



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Cochlear Implantation aus Sicht der
Gehörlosengemeinschaft – Eine Diskursanalyse“

Verfasserin

>Alexandra Maria Kraus<

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, >2012<

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Diplomstudium Pädagogik

Betreuerin / Betreuer:

> Univ. Prof. Dr. Gottfried Biewer <

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG:

Ich, Alexandra Maria Kraus, erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit im besten Wissen und Gewissen selbstständig, vollumfassend und ohne die Einbeziehung von Dritten erstellt und verfasst habe, sowie diese Arbeit weder im Inland noch Ausland bereits als Prüfungsarbeit vorgelegt zu haben.

Hietzing, am 18.07.2012

Alexandra Maria Kraus

DANKSAGUNG:

Niemals wäre ich an diesem Punkt angekommen ohne die Unterstützung mehrerer Personen, denen ich an dieser Stelle meinen Dank aussprechen möchte.

Meiner Mutter, Christine Maria Kraus, danke ich, da sie trotz der Bürde alleinerziehend zu sein, stets dafür sorgte, dass ich meinen Bildungsweg, unabhängig von den damit verbundenen Kosten und Belastungen, konsequent weiterverfolgen konnte, auch wenn dieser Weg konträr zu ihren Vorstellungen ausgerichtet war.

Meinem Vater, Martin Grasegger, für die finanzielle Unterstützung und der Vermittlung der Perspektive, dass meine Erfolge und Leistungen stets von ihm erwartet wurden, und längst nicht das volle Potential meiner Leistungsfähigkeit darstellen konnten.

Meinem Großvater, Johann Kraus, danke ich, dass er immer an mich glaubt und keinen Zweifel mir bezüglich bei Kritiker und Kritikerinnen meiner Person zulassen würde. Sein Weg war nie jener der Bildung, aber egal welche Sache oder welches Werk er begann, er verfolgte es mit Elan und einer inneren Kraft, die ihresgleichen sucht.

Meiner Großmutter, Maria Kraus, gilt besonderer Dank, da sie Tag für Tag über Monate hinweg, während der Erstellung dieser Arbeit, Zeit und Geduld fand, sich mit mir über das Thema der Arbeit und meinen Arbeitsfortschritt auszutauschen und mich immer wieder neu zu motivieren. Seit Beginn meiner Bildungslaufbahn stärkte sie meine Motivation und half mir schwierige Phasen zu überstehen, ohne sie hätte diese Arbeit nie Gestalt angenommen.

Großer Dank gilt auch meinem Diplomarbeitsbetreuer, Univ. Prof. Dr. Gottfried Biewer, nicht nur für die Übernahme der Betreuung trotz begrenzter Zeit- und Betreuungsressourcen, sondern auch für die verständnisvolle, herzliche Umsetzung der Betreuung.

Inhaltsverzeichnis:

1. Verzeichnis der Abkürzungen	10
2. Vorwort	11
3. Einleitung	11-12
4. Motive der Themenwahl	12
5. Aufbau der Arbeit	13
6. Begriffe und Definitionen	13-23
6.1 Die Begriffe „deaf“ und „Deaf“	13
6.2 Die Begriffe „Gehörlosigkeit“ und „Schwerhörigkeit“	14-15
6.3 „Minderheit“	15-16
6.4 „Sprachminderheit“	16
6.5 Gehörlosengemeinschaft	16-18
6.6 Kultur der Gehörlosengemeinschaft	18-20
6.7 Gebärdensprachen	20-21
6.8 „Normalität“ und „Normalisierung“	21-22
6.9 Diskurs(e)	22-23
7. Anbindung an das Forschungsgebiet Heilpädagogik und Integrative Pädagogik	23-24
8. Überblick des gegenwärtigen Forschungsstandes	24-28
8.1 Akzeptanz	25-26
8.2 Ablehnung	26-27
8.3 Zusammenfassung der Ergebnisse	27-28

THEORETISCHE GRUNDLAGEN

9. Gehörlosigkeit	28-67
9.1 Das Phänomen Gehörlosigkeit im Spektrum der Medizin	28
9.1.1 <i>Das menschliche Gehör</i>	29
9.1.1.1 Anatomische Grundlagen des Sinnesorgans Ohr	29-30
9.1.1.2 Auditive Wahrnehmung	30
9.1.1.3 Leistungspotentiale und – grenzen des Gehörs	31
9.1.1.4 Aufnahme und Verarbeitung von auditiven Reizen	31-32
9.1.2 <i>Hörschädigung(en)</i>	32
9.1.2.1 Grade der Hörschädigung	32-33
9.1.3 <i>Gehörlosigkeit</i>	33
9.1.3.1 Prävalenz	33-34
9.1.3.2 Zeitpunkt und Ursachen des Auftretens	34-35
9.1.3.3 Klinische Diagnostik	35-36
9.1.3.4 Behandlungsmöglichkeiten und Zielsetzungen aktuell	36-37
9.2 Das Phänomen Gehörlosigkeit im Spektrum der Heil - und Integrativen Pädagogik	37
9.2.1 <i>Prälinguale, perilinguale und postlinguale Gehörlosigkeit</i>	38
9.2.2 <i>Pädagogische Förderung im Bereich auditive Wahrnehmung und damit verbundene Zielsetzungen</i>	38-40
9.2.3 <i>Pädagogische Prävention</i>	40-41
9.2.4 <i>Pädagogische Audiologie</i>	41
9.2.5 <i>Hörgerichtete Frühförderung und Cochlear Implantation</i>	41-42
9.2.6 <i>Bilinguale Förderung und Gebärdensprache</i>	42-43
9.3 Das Phänomen Gehörlosigkeit im Spektrum der Gehörlosengemeinschaft	43

9.3.1 Behinderung – ein soziales Konstrukt	44-46
9.3.2 Das Deafhood Modell von Gehörlosigkeit	46-47
9.3.3 Das kulturelle Modell von Gehörlosigkeit	47-49
9.3.4 Das linguistische Modell von Gehörlosigkeit	49-50
9.3.5 Das ethnische Modell von Gehörlosigkeit	50-52
9.3.6 Die Gehörlosengemeinschaft und die Cochlear Implantation	52-58
9.3.7 Gehörlose Eltern, gehörlose Kinder und Cochlear Implantationen	58-62
9.3.8 Cochlear Implantationen bei Kindern – Eine ökonomische Entscheidung?	62-63
9.3.9 Das Recht von gehörlosen Kindern und ihrer Eltern zur autonomen Entscheidung zur oder gegen eine Cochlear Implantation	64-67
10. Österreichische Gehörlosengemeinschaft	67-73
10.1 Gehörlose Menschen und die Gehörlosengemeinschaft in Österreich	67-70
10.2 Der Österreichische Gehörlosenbund	70
10.2.1 Nationale Struktur und internationale Vernetzung des ÖGLB	70-71
10.2.2 Zielsetzungen des ÖGLB	71
10.3 Gehörlos und/oder Gebärdensprachig Sein in Österreich	71-73
11. Cochlear Implantate	73-88
11.1 Cochlear Implantate und Hörgeräte - Eine Differenzierung	74-75
11.2 Kosten eines Cochlear Implantates	75-76
11.3 Cochlear Implantat Modelle und ihre Hersteller- Die Verfügbarkeit	76-77
11.4 Funktionsweise von Cochlear Implantaten	77-78
11.5 Relevante Faktoren für und/ oder gegen Cochlear Implantationen	78-79
11.5.1 Alter als Faktor	79-80
11.5.2 Gesundheitliche Faktoren	80
11.5.3 Soziale Faktoren	80-81
11.5.4 Psychologische Faktoren	81-82
11.5.5 Ethische Faktoren	83
11.5.6 Rechtliche Faktoren	83-84
11.6 Erwartete positive Effekte einer Cochlear Implantation	84-85
11.7 Risikofaktoren und Komplikationen bei und nach der Implantation	86-88
11.8 Fakten zur Entwicklung und Zielrichtung	88

METHODISCHES VORGEHEN:

12. Darlegung des Forschungsvorhabens	89
13. Vorstellung der gewählten Methoden und theoretischen Perspektiven	90-100
13.1 Grounded Theory Methodologie	90
13.1.1 Grundlegende Fakten zur Grounded Theory	90-91
13.1.2 Die zwei Variationen der Grounded Theory Methodologie	91-92
13.1.3 Vorgehensweise	92-94
13.1.4 Zielsetzung(en)	94-95
13.1.5 Gütekriterien	95
13.2 Diskursanalyse	96
13.2.1 Grundlegende Fakten zur Diskursanalyse	96

13.2.2 Eine Variation der Diskursanalyse - Die Wissenssoziologische Diskursanalyse	96-97
13.2.3 Vorgehensweise	97-98
13.2.4 Zielsetzung	98-99
13.2.5 Gütekriterien	99-100
14. Begründung der Methodenauswahl	100-102
14.1 Literaturrecherche	100
14.2 Qualitative Methoden	100-101
14.3 Wissenssoziologische Diskursanalyse	101
14.4 Grounded Theory Methodologie	101-102
15. Der Forschungsprozess- Teil 1	102-108
15.1 Literaturrecherchen	102-103
15.2 Festlegung des Untersuchungsfeldes und der Fragestellung(en)	103-104
15.3 Kommentare und Memos	104-105
15.4 Der Datenkorpus	105
15.4.1 Erste Version des Datenkorpus	105-106
15.4.2 Zweite Version des Datenkorpus	106-108
16. Der Forschungsprozess – Teil 2	108-136
16.1 Analyse der „Situiertheit und Materialität einer Aussage“ (Keller 2011a, 99)	108
16.1.1 Erzählereignis 1	108-109
16.1.2 Erzählereignis 2	109-110
16.1.3 Erzählereignis 3	110
16.1.4 Erzählereignis 4	110-111
16.1.5 Erzählereignis 5	111
16.1.6 Erzählereignis 6	111-112
16.1.7 Erzählereignis 7	112
16.1.8 Erzählereignis 8	112-113
16.1.9 Erzählereignis 9	113
16.1.10 Erzählereignis 10	113-114
16.1.11 Erzählereignis 11	114
16.1.12 Erzählereignis 12	114
16.1.13 Erzählereignis 13	115
16.1.14 Erzählereignis 14	115
16.1.15 Erzählereignis 15	115-116
16.1.16 Erzählereignis 16	116
16.1.17 Erzählereignis 17	116-117
16.1.18 Erzählereignis 18	117
16.1.19 Erzählereignis 19	117
16.1.20 Erzählereignis 20	118
16.2 Analyse der formalen und sprachlich-rhetorischen Struktur	118-119
16.2.1 Erzählereignisse 2, 3, 5, 11, 12	119
16.2.2 Erzählereignisse 4, 6, 7, 17, 18	119-120
16.2.3 Erzählereignisse 1, 8, 9, 10, 13, 14	120-121
16.2.4 Erzählereignisse 15, 16	121
16.2.5 Erzählereignisse 19, 20	121-122
16.3 Interpretativ- analytische Rekonstruktion der Aussageinhalte	122
16.3.1 Analyseschritt 1- Das offenes Kodieren	122
16.3.1.1 Konzeptualisierung Erzählereignis 1	122-124
16.3.1.2 Kategorisierung Erzählereignis 1	124-125

16.3.1.3 Ermittelte Kategorien	125-127
16.3.1.4 Entwicklung der Subkategorien	127
16.3.1.5 Eigenschaften und dimensionale Erschließung der ermittelten Kategorien	127-128
<i>16.3.2 Analyseschritt 2- Axiales Kodieren und die Phänomen- und Problemstruktur</i>	128-129
16.3.2.1 Vernetzung von Kategorien und Subkategorien- Die Beschreibung der Phänomen- und Problemstruktur	129-130
<i>16.3.3 Analyseschritt 3- Das selektives Kodieren</i>	130
16.3.3.1 Vorläufige zusammenfassende Beschreibung des Gesamtdiskurses	130-131
16.3.3.2 Festlegung der Kernkategorie und ergänzenden Kategorien	131-132
16.3.3.3 Bestimmung der charakteristischen Eigenschaften und der Dimensionen der Kernkategorie	132-134
16.3.3.4 Analytische Vernetzung der Kernkategorie mit den Ergänzungskategorien	134-135
16.3.3.5 Identifikation von Deutungsmustern	135-136
16.3.3.6 Erschließung der Narration der Diskurse zum Thema „Cochlear Implantation aus Sicht der Gehörlosengemeinschaft“	136

DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE DES FORSCHUNGSVORHABENS

17. Ergebnisse der Analyse	136-147
17.1 Phänomen- und Problemstruktur der Diskurse zum Thema „Cochlear Implantation aus Sicht der Gehörlosengemeinschaft“	137-140
17.2 Rekonstruierte Deutungsmuster	140-143
17.3 Die Erzählstruktur der Diskurse um „Cochlear Implantation aus Sicht der Gehörlosengemeinschaft“	143-147
18. Zusammenfassende Interpretation und Schlussfolgerung	147-158
18.1 Diskussion der ermittelten Diskurse zur Thematik	147
<i>18.1.1 Diskurse über das Phänomen „Gehörlosigkeit“</i>	147-148
<i>18.1.2 Diskurse über das soziale Konstrukt „Normalität“</i>	149-150
<i>18.1.3 Diskurse über Autonomie und Zwang</i>	150-151
<i>18.1.4 Diskurse über die Risiken und Erfolgsaussichten von Cochlear Implantationen</i>	151-152
<i>18.1.5 Diskurse über die Förderung und Bildung von Cochlear Implantat versorgten Kindern</i>	153
<i>18.1.6 Diskurse über die Bedeutung von Gebärdensprachen und der Gehörlosengemeinschaft</i>	153-155
18.2 Diskussion der Bezugspunkte der ermittelten Diskurse auf Bildungsaspekte und Bildungsprozesse	155-157
18.3 Schlussfolgerungen	157-158
19. Ausblick	159
20. Literaturverzeichnis	160-173
21. Onlineressourcen	173-179
22. Abbildungsverzeichnis	179
23. Anhänge	180-181
23.1 Lebenslauf	180
23.2 Abstracts	180-181

1. Verzeichnis der Abkürzungen:

AGBell: Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard of Hearing
ASL: American Sign Language, Amerikanische Gebärdensprache
CI: Cochlear Implantat(e); Cochlear Implantation(en)
CIC: Cochlear-Implant-Centrum
dB: Dezibel, Masseinheit des Schalldruckpegels
DCIG: Deutsche Cochlear Implant Gesellschaft e.V.
DGB: Deutscher Gehörlosenbund
DGS: Deutsche Gebärdensprache
EU: Europäische Union
EUD: European Union of the Deaf
GGKG: Gesellschaft für Gebärdensprache und Kommunikation Gehörloser in Hamburg
Hz: Hertz, Masseinheit der Schallfrequenz
LBG: Lautsprachbegleitetes Gebärden
MDS: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.
NAD: National Association of the Deaf
NIDCD: National Institute on Deafness and Other Communication Disorders, USA
NUD: National Union of the Deaf
ÖAR: Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
ÖGLB: Österreichischer Gehörlosenbund
ÖGS: Österreichische Gebärdensprache
ÖGSDV: Österreichischen Gebärdensprach- DolmetscherInnenverband
ÖSSH: Österreichische Schwerhörigen Selbsthilfe
Pa: Pascal, Masseinheit des Schalldrucks
SALK: Salzburger Universitätsklinikum
SimCom: Simultaneous Communication, parallele Kommunikation
UK: United Kingdom, Großbritannien
UMMC: University of Maryland Medical Center
WFD: World Federation of the Deaf

2. Vorwort:

„Wenn wir kurz darüber nachdenken, was uns Sprache im täglichen Leben bedeutet, dann wird schnell klar, wie wichtig sie für uns alle ist; denn ein wesentlicher Anteil von Sprache ist, dass sie uns erlaubt, den Kontakt mit unseren Nächsten zu pflegen“ (Stocker 2002, 13).

Dieses Zitat macht deutlich, wie zentral Kommunikation und Interaktion mit dem sozialen Umfeld für jeden Menschen ist, und dass Sprache das Medium für die Aufrechterhaltung dieses sozialen Kontaktes darstellt (vgl. Stocker 2002, 13). Es bleibt jedoch unerwähnt, dass der Begriff „Sprache“ nicht nur die jeweiligen internationalen Variationen von Lautsprachen, sondern auch die internationalen landestypischen Gebärdensprachen umfasst (vgl. ÖGLB 2012a, 10.02.2012).

3. Einleitung:

Der 6. Juli 2005 markierte einen Meilenstein in der Geschichte der österreichischen Gehörlosengemeinschaft, deren Interessen seit dem Jahr 1913 durch den österreichischen Gehörlosenbund, kurz ÖGLB, Vertretung finden (vgl. ÖGLB 2006a, 14.02.2012). An diesem Tag kam es nach langen Anstrengungen und Rückschlägen im Zuge der letzten Nationalratssitzung zur lang geforderten Anerkennung der österreichischen Gebärdensprache als eigenständige Sprache (vgl. Krausneker 2006, 134-145). Nach jahrelangen Bemühungen ein Umdenken in der österreichischen Politik, bezüglich der Rechte von gehörlosen Menschen auf ihre eigene Sprache und Kultur, zu erreichen, wurde dieser Tag als großer Erfolg gefeiert, auch wenn es noch bis zum 1. September 2005 dauerte, bis die Verfassungsänderung in Kraft trat (vgl. Krausneker 2006, 134-145). Ab diesem Tag beinhaltet das Bundesverfassungsgesetz von Österreich die Erweiterung durch Absatz 3 zu Artikel 8:

„(3) Die Österreichische Gebärdensprache ist als eigenständige Sprache anerkannt. Das Nähere bestimmen die Gesetze“ (Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt, 15.06.2011).

Konträr zu dieser Entwicklung, die bereits den Beginn einer umfassenden Anerkennung der österreichischen Gehörlosengemeinschaft und ihrer Anliegen suggerierte, konnte die Universitätsklinik für HNO- Krankheiten des AKH Wien am 09.09.2011 bereits auf eine Bilanz von 1000 Cochlear Implantationen, die erfolgreich nur an dieser einen Klinik vorgenommen wurden, zurückblicken (vgl. Wiener AKH 2011, 27.4.2011). Zudem ist auch die bekannte Cochlear Implantat Herstellungsfirma MED EL in Österreich angesiedelt, womit der Staat Österreich, als eines von wenigen Ländern der Welt, behaupten kann, Standort für eine namhafte Cochlear Implantat Herstellungsfirma zu sein (vgl. MEDEL 2012, 15.04.2012).

Diese konträren Entwicklungen im österreichischen Kontext legten einen Grundstein für mein Interesse an einer detaillierten Auseinandersetzung mit der Technologie „Cochlear Implantat“ und den Umgang der internationalen Gehörlosengemeinschaft mit dieser.

4. Motive der Themenwahl:

Ich bin hörend geboren. Geräusche, Laute und der Klang meiner Muttersprache begleiteten mich seit meiner Geburt. Als ich das erste Mal vernahm, dass es Menschen gäbe, welche das für mich so selbstverständliche Hören nicht in vollem Umfang oder nahezu gar nicht nutzen könnten, war mein erster Gedanke, ob es da keine medizinische Lösung gäbe. Damals kam mir der Gedanke nicht, dass es sich um mehr als eine physische Beeinträchtigung einer Sinnesleistung handeln könnte. Erst im Laufe meines Studiums der Heilpädagogik und Integrativen Pädagogik hatte ich erstmals Gelegenheit in direkten Kontakt zu gehörlosen Menschen zu treten. Dies stellte gleichsam ein Schlüsselerlebnis für mich dar.

Im Wintersemester 2006/2007 hatte ich die Gelegenheit die Vorlesung „Gehörlosenpädagogik1“ von Helene Jarmer zu besuchen, die als Kind gehörloser Eltern hörend geboren wurde, aber im Alter von zwei Jahren aufgrund eines Autounfalls ihr Hörvermögen verlor (vgl. Wempe 2009, 206). Ihre damaligen Ausführungen über sich und ihr Erleben von Gehörlosigkeit, sowie die Aussage, welche sie später als Behindertensprecherin der Grünen erneut traf, dass ein Mensch nicht beeinträchtigt ist, sondern durch äussere Umstände und Vorurteile beeinträchtigt werden kann, setzten ein Umdenken in mir in Gang (vgl. Wempe 2009, 211). Ich begann mich vermehrt mit den Themen Gehörlosigkeit, Gebärdensprache und Kultur der Gehörlosengemeinschaft auseinander zu setzen, und besuchte auch ÖGS Kurse, um mein Verständnis der Sprache und Kultur zu vertiefen. Unweigerlich tauchte auch das Thema Cochlear Implantation während der angesprochenen Vorlesung und in weiteren Lehrveranstaltungen dieses Themenfeldes des Studiums auf. Da ich persönlich starkes Interesse an Medizin und technischem Fortschritt habe, stieg in mir das Interesse zu ergründen, welche Positionen und Meinungen dazu in der Gehörlosengemeinschaft tatsächlich vorherrschen. Einem Interesse, welchem ich nun im Zuge dieser Arbeit folgen konnte.

5. Aufbau der Arbeit:

Konkret wurde diese Arbeit zum Zweck einer verbesserten Übersicht in mehrere Teilbereiche unterteilt. Der erste Teilbereich umfasst einerseits die Definition und Erläuterung von Begriffen und Konzepten, welche für das angestrebte Forschungsvorhaben und die darin enthaltenen theoretischen Bezüge als zentral erachtet wurden, und andererseits die Erläuterung der Anbindung an das Forschungsgebiet Heilpädagogik und Integrative Pädagogik und des aktuellen Forschungsstandes, der vor Beginn der Analyse ermittelt werden konnte. Diesem Bereich folgt der zweite umfassende Teilbereich, welcher die Vorstellung und Erläuterung der theoretischen Grundlagen zur Thematik umfasst, und direkt von dem dritten Teilbereich, der Darlegung des methodischen Vorgehens gefolgt wird. Dieser Teilbereich umfasst einerseits Vorstellung der theoretischen Grundlagen der methodischen Herangehensweise dieses Forschungsvorhabens, als auch andererseits die Begründung der Wahl dieser kombinierten methodischen Herangehensweise, sowie die Beschreibung und Darstellung der konkreten Umsetzung. Diesem Teilbereich folgt jener letzte Bereich, der die Ergebnisvorstellung und Erläuterung dieser in einer Diskussion der Ergebnisse unter Bezugnahme auf die forschungsleitenden Fragestellungen umfasst, und mit einem kurzen Ausblick die Arbeit beschließt.

6. Begriffe und Definitionen:

Zunächst sollen nun all jene Begriffe genauer betrachtet und definiert werden, die meines Erachtens von zentraler Bedeutung für ein umfassendes Verständnis der weiterführenden Erläuterungen in den nachfolgenden Kapiteln, sowie des Forschungsvorhabens und der Interpretation der Ergebnisse, sind.

6.1 Die Begriffe „deaf“ und „Deaf“:

Im Zuge der Literaturrecherchen, welche dieser Arbeit vorangingen, tauchten in englischsprachigen Publikationen und Journals die Begriffe „deaf“ und „Deaf“ auf. Eine Übersetzung beider Begriffe in die deutsche Sprache, würde beide Begriffe zu einem werden lassen: gehörlos. Tatsächlich jedoch handelt es sich bei dieser gezielten Groß- und Kleinschreibung des Wortes „deaf“, um eine Differenzierung zwischen der medizinischen und kulturellen Definition von Gehörlosigkeit, auf welche später noch detaillierter eingegangen werden soll:

„A deaf person by medical standards is one who is ‘severely to profoundly deaf’, or who attains a certain score on a test of hearing. A Deaf person is one who knows the language and knows the ways of the group“ (Padden 1998, 87).

6.2 Die Begriffe „Gehörlosigkeit“ und „Schwerhörigkeit“:

Nachdem im letzten Punkt bereits eine erste Unterscheidung hinsichtlich der medizinischen und kulturellen Perspektive auf das Phänomen Gehörlosigkeit getroffen wurde, soll nun in Folge eine erste Differenzierung zwischen den Begriffen „Gehörlosigkeit“ und „Schwerhörigkeit“ getroffen werden, die unter den Punkten 9.1.2.1 und 9.1.3 vertieft und erweitert werden soll.

Laut Annette Leonhardt, Professorin für Gehörlosen- und Schwerhörigenpädagogik an der Ludwig-Maximilians-Universität München, ist der Begriff „Schwerhörigkeit“ komplex und ihn zu klassifizieren, gestaltet sich aufgrund mehrerer Faktoren schwierig. Einerseits werden unterschiedliche Grade von Schwerhörigkeit unterschieden, welche von geringer bis schwerwiegender Beeinträchtigung der Funktionsweise des Sinnesorgans Ohr reichen, wobei es den Betroffenen dennoch möglich ist, mit der Unterstützung z.B. durch Hörgeräte, Lautsprache auditiv wahrzunehmen und als Mittel der eigenen Kommunikation zu gebrauchen (vgl. Leonhardt 2002, 74-80). Andererseits ist ihr Auftreten auch nicht auf einen speziellen Lebensabschnitt oder eine Entstehungsursache festzulegen (vgl. Leonhardt 2002, 74-80). Sie tritt zwar häufig erst nach dem Lautsprachenerwerb auf, kann aber auch z.B. vorgeburtlich bereits ihren Ursprung finden (vgl. Leonhardt 2002, 74-80). Ursachen für Schwerhörigkeit können *„biologische Faktoren sein, wie Medikamente, Stoffwechselstörungen, Schädelverletzungen oder Entzündungen, sie können altersbedingt, durch chemisch-physikalische Einflüsse (toxische Stoffe) und/oder durch Schalleinwirkung entstanden sein“* (Lazarus et al 2007, 308).

Der Begriff „Gehörlosigkeit“ bezieht sich laut Annette Leonhardt auf Menschen, die vor dem Lautsprachenerwerb eine schwerwiegende bis vollständige Beeinträchtigung der Funktionsweise des Sinnesorgans Ohr aufweisen, die den Erwerb der Lautsprache über auditive Wahrnehmung verhindert, wobei ein Erlernen der Lautsprache dennoch möglich ist (vgl. Leonhardt 2002, 80-84). Zusätzlich zum Begriff „Gehörlosigkeit“ verwendet sie den Begriff *„Ertaubung“* (Leonhardt 2002, 85), wenn Erkrankungen, Unfälle oder degenerative Schwerhörigkeit nach dem Lautsprachenerwerb die Funktionsweise des Sinnesorgans Ohr massiv bis völlig beeinträchtigt haben, sodass auditive Wahrnehmung und Kontrolle der Lautsprache nicht mehr erfolgen kann (vgl. Leonhardt 2002, 85-87).

Die World Federation of the Deaf, kurz WFD, geht von etwa 70 Millionen gehörlosen Menschen weltweit aus (vgl. World Federation of the Deaf, 15.02.2012). Im direkten Vergleich mit einer globalen Weltbevölkerung von ca. 7 Milliarden Menschen wird deutlich, dass die Population der gehörlosen Menschen weltweit zahlenmäßig eine Minderheit darstellt (vgl. U.S. Census Bureau, 15.02.2012).

6.3 „Minderheit“:

Der Begriff „Minderheit“ zeigt in seinem lexikalischen Bedeutungshorizont bereits eine zahlenmäßige Unterlegenheit einer Gruppe im Kontext von Staat und Gemeinschaft auf und in Folge auch eine zumindest eingeschränkte Mitbestimmung (vgl. Duden Online a, 13.02.2012). Synonym zum Begriff „Minderheit“ wird der Begriff „Minorität“ verwendet, der wiederum auf Randgruppen verweist, wobei die Bezeichnung „Randgruppe“ sich auf eine *„gesellschaftlich isolierte, benachteiligte Gruppe“* (Österreichisches Wörterbuch 1997, 508) bezieht (vgl. Duden Online b, 13.02.2012). Internationale, völkerrechtliche Bestimmungen hingegen definieren eine Minderheit, unabhängig von sozialer Benachteiligung und Isolierung, bereits als solche, wenn jene Voraussetzungen vorliegen:

*„ein gemeinschaftsbildendes Merkmal (z.B. die Sprache), einen im Verhältnis zu Mehrheit kleineren Anteil an der Bevölkerung und (...) die Ansässigkeit im Land über mehrere Generationen hinweg, die Minderheiten von <<neuen Minderheiten>> (Migranten) unterscheiden soll. Subjektiv (**kursiv im Original; Anmerk. A.K.**) muss dem ein Wille zur Gemeinschaft hinzutreten, der aus Indizien wie dem Bestehen von Vereinigungen zur Pflege einer bestimmten Sprache (...) abgeleitet werden kann“* (Richter 2008, 274).

Wie bereits im vorangehenden Punkt dargestellt wurde, stellt der Anteil von gehörlosen bzw. schwerhörigen Menschen nur einen Bruchteil der Weltbevölkerung dar, wodurch sie global als auch national gesehen, unabhängig davon, ob sie sich als Teil der Gehörlosengemeinschaft sehen, sowohl der lexikalischen Beschreibung einer Minderheit, als auch die erste Voraussetzung der völkerrechtlichen Definition erfüllen. Desweiteren wird Gehörlosigkeit in vielen Publikationen nach wie vor, unabhängig davon, dass sich z.B. Angehörige der Gehörlosengemeinschaft selbst nicht als behinderte oder beeinträchtigte Personen wahrnehmen, als defizitär oder/und behindernd dargestellt. Der Begriff „Behinderung“ jedoch bringt eine gesellschaftliche Stigmatisierung mit sich, welche gehörlosen und schwerhörigen Menschen in gewisser Weise ihre Normalität abspricht, und sie so gesellschaftlicher Isolation als auch Benachteiligung aussetzt, diesbezüglich wäre auch die Bedingung einer Randgruppe erfüllt (vgl. Goffman 1963, 1-8). Während *„die Ansässigkeit im Land über mehrere Generationen hinweg“* (Richter 2008, 274)

aufgrund der Tatsache, dass gehörlose Kinder nicht nur in Familien mit gehörlosen Elternteilen geboren werden, nicht in jedem Fall erfüllt werden kann, ist die gemeinschaftliche Sprache ein wichtiges Definitionsmerkmal für Angehörige der Gehörlosengemeinschaft und intensiv gepflegt, wodurch auch das letzte Kriterium der Definition als Minderheit erfüllt wäre (vgl. Padden 2002, 41-44; Krausneker 2006, 43)

6.4 „Sprachminderheit“:

„Sprachminderheiten sind Gruppierungen, die sich über das Merkmal Sprache auszeichnen und sich in diesem Merkmal von einer sozial und häufig auch zahlenmäßig überlegenen Mehrheit in einem Staatsverband unterscheiden“ (Rindler-Schjerve 2002, 26).

Laut dieser Definition von Rosita Rindler- Schjerve, Professorin für Romanistik an der Universität Wien, tritt eine Sprachminderheit bereits in Existenz, wenn eine Minderheit sich vorrangig oder gänzlich über die gemeinsame Sprache definiert (vgl. Rindler-Schjerve 2002, 26). Die Existenz einer Sprachminderheit ist jedoch nicht gleichbedeutend mit ihrer rechtlichen Anerkennung. Mit der rechtlichen Anerkennung einer Sprachminderheit/ einer Minderheit geht auch der Zuspruch von Minderheitenrechten einher (vgl. Krausneker 2006, 131-146). In Österreich als Sprachminderheit anerkannt zu sein, bedeutet beispielsweise ein Recht auf die Ausübung der eigenen Sprache, Kultur und Religion zu haben und vom Staat in diesen Rechten gefördert zu werden (vgl. Aussenministerium Österreich 2012, 16.02.2012). Unabhängig davon inwieweit diese Rechte tatsächlich aktiv gefördert werden, scheint es nicht nur in Österreich für die nationalen Gehörlosengemeinschaften schwierig (gewesen) zu sein eine derartig weitreichende Gesetzesänderung zu erwirken, da in der EU derzeit nur in zwei weiteren Ländern, Finnland und Portugal, die nationale Gebärdensprache verfassungsrechtlich anerkannt wurde (vgl. Europäische Kommission 2012, 16.02.2012).

6.5 Gehörlosengemeinschaft:

„Eine Gemeinschaft wird erst zu einer solchen, wenn sich ihre Mitglieder mit ihr identifizieren, d.h. wenn die Zugehörigkeit zur Gemeinschaft im Bewusstsein der Mitglieder präsent und auch emotional relevant ist. Erst kollektive Identität konstituiert soziale Einheiten des Typs „Gemeinschaft“ mit definierter Mitgliedschaft und einem geteilten kollektiven Selbstbild, geteilten Überzeugungen und auf die Zukunft der Gemeinschaft bezogene Vorhaben und Ziele, die auch im Bewusstsein der Gemeinsamkeit getragen werden“ (Schlenker – Fischer 2009, 27).

Dieses Zitat verdeutlicht, dass eine Gemeinschaft eine soziale Konstruktion von mehreren Individuen darstellt, welche sich willentlich und aus freiem Willen in einer Gruppe hinsichtlich der dauerhaften Wahrung ihrer gemeinsamen Überzeugungen und Ziele zusammenfinden (vgl. Schlenker – Fischer 2009, 27).

Es sind mehrere Typen von Gruppen zu unterscheiden, wobei erst eine Mitgliederzahl von drei Personen aufwärts als eine Gruppe angesehen wird, aber keine Obergrenze bezüglich der Mitgliederzahl vorgeschrieben wird (vgl. Vester 2009, 80-81). Statistische Gruppen definieren sich über einzelne Spezifika, welche von allen Mitgliedern der gewählten statistischen Gruppe geteilt werden (vgl. Vester 2009, 80-81). Im Gegensatz zu sozialen Gruppen ist eine Identifikation der Mitglieder mit der statistischen Gruppe nicht erforderlich, da die Zuteilung zu dieser Gruppe durch Statistiker und Statistikerinnen sowie Soziologen und Soziologinnen erfolgt (vgl. Vester 2009, 80-81). Unter einer statistischen Gruppe wären beispielsweise mehrere Individuen zu subsumieren, welche bezüglich Gehalt und Beschäftigungsform eine Übereinstimmung aufweisen (vgl. Vester 2009, 80-81). Gruppen der sozialen Kategorie definieren sich jeweils über ein bestimmtes Merkmal der Gruppenmitglieder (vgl. Vester 2009, 80-81). Beispielsweise können gehörlose Menschen, die einerseits befürwortende Angehörige der Gehörlosengemeinschaft ihres jeweiligen Staates und damit bereits Teil einer echten sozialen Gruppe sind, auch als Mitglieder der Gruppe der sozialen Kategorie „Gehörlosigkeit“ angesehen werden (vgl. Vester 2009, 80-81). Andererseits können gehörlose Menschen, welche sich nicht mit der Gehörlosengemeinschaft identifizieren, aber aufgrund medizinischer Befunde das Merkmal „Gehörlosigkeit“ aufweisen, als Mitglieder der sozialen Kategorie „Gehörlosigkeit“ betrachtet werden (vgl. Vester 2009, 80-81). Der dritte Gruppentypus charakterisiert sich durch das Vorhandensein sozialer Aggregate (vgl. Vester 2009, 80-81). Bei diesem Gruppentypus handelt es sich lediglich um die Anwesenheit mehrerer Personen an einer Lokalität zu einem spezifischen Zeitpunkt (vgl. Vester 2009, 80-81). Beispielsweise könnten all jene Personen, welche an einem bestimmten Datum für eine zeitlich begrenzte Dauer eine Veranstaltung des österreichischen Gehörlosenbundes aufsuchen, jenem Gruppentypus zugeordnet werden, auch wenn sie von ihrer Anwesenheit abgesehen keine Übereinstimmungen jedweder Art aufweisen (vgl. Vester 2009, 80-81). Assoziative Gruppen weisen die größten Ähnlichkeiten zu sozialen Gruppen auf, da deren Mitglieder sich willentlich in die gewählte Gruppe einfügen, um kurzweilige Ziele gemeinsam erreichen zu können (vgl. Vester 2009, 80-81). Klassisch für assoziative Gruppen sind Vereine, deren Mitglieder gewisse Interessen teilen und sich zu diesem Zweck zeitweilig organisieren (vgl. Vester 2009, 80-81). Echte soziale Gruppen hingegen erfordern im Gegensatz zu assoziativen Gruppen bereits eine Gruppenstruktur, anhand derer Positionen der Mitglieder innerhalb der Gruppe festgelegt, Tätigkeiten zur und Funktionen für den dauerhaften Gruppenbestand, als auch die Erreichung der gesetzten Ziele, aufgeteilt und umgesetzt

werden können (vgl. Vester 2009, 80-81). Davon abgesehen bildet die soziale Gruppe Werte und Normen aus, welche speziell auf die besagte Gruppe und all jene Werte und Ziele, welche sie zu erreichen als auch zu wahren sucht, zugeschnitten ist (vgl. Vester 2009, 80-81). Die Mitglieder der Gruppe befinden sich in regelmäßigem, dauerhaftem Kontakt, der vor allem aber nicht nur, von direkter, persönlicher Kommunikation und Interaktion geprägt ist, wodurch sich mit der Zeit auch eine sogenannte Gruppenidentität ausbildet, welche von einem starken Zusammengehörigkeitsgefühl geprägt ist (vgl. Vester 2009, 80-81).

Die amerikanische Autorin Carol Padden, eine gehörlose Professorin an der Universität von Kalifornien, versteht unter einer Gehörlosengemeinschaft im Allgemeinen:

„A deaf community is a group of people who live in a particular location, share the common goals of its members, and in various ways, work toward achieving these goals. A deaf community may include persons who are not themselves Deaf, but who actively support the goals of the community and work with Deaf people to achieve them“ (Padden 2002, 41).

Ausgehend von den oben genannten Definitionen handelt sich bei der Gruppe jener Personen, die sich als Angehörige diverser nationaler Gehörlosengemeinschaften definieren, um eine „*echte*“ *soziale Gruppe*“ (Vester 2009, 81), welche als Gemeinschaft hinsichtlich ihrer Angehörigen nicht aufgrund physischer Funktionen diskriminiert (vgl. Padden 2002, 41; Vester 2009, 81). Carol Padden weist jedoch darauf hin, dass auch zwischen der Gehörlosengemeinschaft und der Kultur der Gehörlosengemeinschaft zu unterscheiden sei (vgl. Padden 2002, 40-44).

6.6 Kultur der Gehörlosengemeinschaft:

Carol Padden geht davon aus, dass die Kultur der Gehörlosengemeinschaft wesentlich schwieriger für Aussenstehende zu erschließen sei, als ein anerkannter Angehöriger oder eine Angehörige der Gemeinschaft zu werden (vgl. Padden 2002, 41). Sie unterscheidet zwischen „*deaf people*“ (Padden 2002, 41) und „*culturally Deaf*“ (Padden 2002, 41), wobei sie unter dem erst genannten Begriff jene Personen subsumiert, die gehörlos sind oder Schwerhörigkeit aufweisen, und auch Teil der Gehörlosengemeinschaft sein/werden können, doch welche sich nicht oder nicht vollständig mit ihrer Gehörlosigkeit identifizieren können und deren Interaktion mit anderen Angehörigen der Gehörlosengemeinschaft nicht die kulturellen Werte widerspiegelt, die der Gehörlosengemeinschaft immanent sind, und das Verhalten sowie die Ansichten der einzelnen Angehörigen in großem Ausmass beeinflussen (vgl. Padden 2002, 41). Dem

zweiten Begriff ordnet sie jene gehörlosen und schwerhörigen Menschen zu, welche erstens Teil der Gehörlosengemeinschaft sind und zweitens entweder in die Kultur der Gehörlosengemeinschaft hineingeboren wurden, oder bedingt durch einen Hörverlust Zugang zur Gehörlosengemeinschaft fanden und sich dazu entschieden die kulturellen Werte und Verhaltensweisen der Gehörlosengemeinschaft über jene zu stellen, welche ihren früheren Umgang mit hörenden Menschen bestimmt hatten (vgl. Padden 2002, 41). Sie darauf hin, dass sich der Zugang zur kulturellen Welt für Aussenstehende, welche nicht wie sie selbst als Kind von gehörlosen Eltern geboren werden, und somit nicht mit jenen kulturellen Werten und Verhaltensnormen aufwachsen, schwieriger gestaltet, da die Transition in die kulturelle Welt von Gehörlosen von Missverständnissen aufgrund kultureller Differenzen und einer Neudefinition als Gehörlose geprägt ist (vgl. Padden 2002, 41-44).

Vor allem vier Aspekte erscheinen ihr, aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen und mehrerer Publikationen anderer gehörloser Autoren und Autorinnen, sowie Artikel aus dem American Deaf Magazine, zentral für die gelebte Kultur der Gehörlosengemeinschaft: Gemeinsame Sprache, Verhalten beim Gebärden, gelebte soziale Beziehungen und die direkte Vermittlung der geteilten kulturellen Werte (vgl. Padden 2002, 41-44). Die Verwendung und Bevorzugung von ASL durch die Angehörigen der Gehörlosengemeinschaft hat für sie ein Moment der Identifikation mit der Kultur der Gehörlosengemeinschaft und signalisiert Zugehörigkeit zu dieser, auch wenn es gleichsam ein Mittel der Abgrenzung zur englischsprachigen Majorität darstellt (vgl. Padden 2002, 41-44). Wie ASL gebärdet wird, offenbart ihrer Meinung nach ebenso deutlich, ob die gebärdende Person die kulturellen Werte der Gemeinschaft verinnerlicht hat, da die lautsprachliche Begleitung und/ oder visuelle Begleitung durch Lippenbewegung von Gebärden zwar toleriert wird, aber kulturell nicht als respektvolles und angemessenes Verhalten gegenüber anderen gehörlosen Menschen gewertet wird (vgl. Padden 2002, 41-44). Ebenso wertet sie den hohen Stellenwert von gemeinsamer sozialer Aktivität und die Bereitschaft viel Zeit für die Pflege von sozialen Kontakten aufzuwenden, als besonderes Merkmal der Gehörlosenkultur (vgl. Padden 2002, 41-44). Jene drei Aspekte der Kultur und noch viele mehr finden sich ihrer Meinung nach kaum je in niedergeschriebener Literatur wieder, da die Vermittlung jener Inhalte mehrheitlich und traditionell durch andere Gehörlose parallel zu Interaktion erfolgt, weshalb auch die Form der Vermittlung für sie ein entscheidendes Kriterium der Gehörlosenkultur darstellt (vgl. Padden 2002, 41-44).

Die deutsche Autorin Helga Voit identifiziert weitere Aspekte für die Gehörlosenkultur, die gleichsam die Beobachtungen und Erfahrungen von Carol Padden unterstreichen, als auch detaillierter darstellen, in:

- *der Organisation in Vereinen*
- *dem hohen Prozentsatz endogamer Ehen*
- *in spezifischen Umgangsformen und Tabus (...)*
- *den eigenen Kunstformen (z.B. Gehörlosentheater und Gebärdensprachpoesie)*
- *einer eigenen Art des Humors, z.B. gehörlosenspezifische Witze*
- *einer eigenen Namensgebung (Namensgebärden) und in*
- *Mythen* (Voit 2000; zit.n. Leonhardt 2002, 154).

Beide Autorinnen stimmen jedoch überein in ihrem Aussagen, dass die jeweilige Gebärdensprache die unverzichtbare Basis der Kultur der Gehörlosengemeinschaft darstellt (vgl. Voit 2000; zit.n. Leonhardt 2002; Padden 2002).

6.7 Gebärdensprachen:

Gebärdensprachen sind ebenso vielfältig in ihren globalen Auftreten wie Lautsprachen, insofern sie nationale und auch regionale Versionen aufweisen (vgl. ÖGLB 2012a, 10.02.2012). Bei Gebärdensprachen handelt es sich um vollwertige, natürliche Sprachen, welche mehrheitlich kaum Parallelen zu der jeweiligen Lautsprache in der Region ihrer Verwendung haben (vgl. Knapp, Corina 2008, 77-87). Sie weisen eine unikate linguistische Struktur und Grammatik auf, welche es den gebärdenden Personen erlaubt auch komplexe, abstrakte Inhalte zu kommunizieren (vgl. Knapp, Corina 2008, 77-87). Bezüglich Sprachproduktion und Sprachwahrnehmung zeigen sich die größten Differenzen zu den Lautsprachen, weil die Sprachproduktion bei Gebärdensprachen manuell in Form von Gebärden und nicht manuell durch „*Gesichtsdruck, Blick, Kopf, Oberkörper und Mundbild*“ (Leonhardt 2010, 141) erfolgt, während in den Lautsprachen verbale Artikulation stattfindet, und bei der Sprachwahrnehmung Gebärdensprachen visuell, Lautsprachen hingegen auditiv rezipiert werden (vgl. Knapp, Corina 2008, 77-87). Während Gestikulation in Lautsprachen nicht unüblich ist und u.a. einen hinweisenden Charakter haben kann, sind in Gebärdensprachen „*Signs – the words of a sign language*“ (Liddell 2003, 1). Unter den Begriff „Geste“ kann jede Form von Körperbewegung subsumiert werden, welche der jeweiligen Lautsprache unterstützend, aber nicht ersetzend gegenübersteht (vgl. Bundschuh, Heimlich, Krawitz 2007, 91-92). Gebärden aber ersetzen die Lautsprache gänzlich und „*sind vor allem Hand-, Finger-, Kopf- oder Beinbewegungen des Körpers*“ (Bundschuh, Heimlich, Krawitz 2007, 91). Vor allem die Hände haben beim Gebärden einen besonderen Stellenwert,

wobei laut Siegmund Prillwitz, des Gründers der deutschen Gesellschaft für Gebärdensprache und Kommunikation Gehörloser in Hamburg, kurz GGKG, jeweils vier Grundbausteine bei Gebärden berücksichtigt und unterschieden werden müssen: „a) *Handform* b) *Handstellung* c) *Ausführungsstelle* d) *Bewegung*“ (Prillwitz 2005, 35).

Im Weiteren muss zwischen primären, sekundären und künstlichen Gebärdensprachen differenziert werden, da es sich nur bei primären Gebärdensprachen um die natürlich hervorgebrachten Gebärdensprachen weltweit handelt (vgl. Bundschuh, Heimlich, Krawitz 2007, 91-92). Bei sekundären Gebärdensprachen handelt es sich um Zeichensysteme, die von hörenden Menschen entwickelt wurden, um gegenseitiges Verstehen beispielsweise bei sprachlichen Barrieren zu entschärfen (vgl. Bundschuh, Heimlich, Krawitz 2007, 91-92). Sekundäre Gebärdensprachen sind nicht autonom von Lautsprachen, sondern werden gleich Gesten zeitgleich und unterstützend angewandt (vgl. Schnorr 2007, 39- 48). Praktische Umsetzung fanden/finden sekundäre Gebärdensprachen beispielsweise im lautsprachbegleitenden Gebärden, kurz LBG (vgl. Schnorr 2007, 39-48). Künstliche Gebärdensprachen wurden von hörenden Menschen zum Zweck der Bildung von gehörlosen Menschen kreiert, wie beispielsweise 1770 durch Abbé Charles M. de l'Épée in Frankreich (vgl. Bundschuh, Heimlich, Krawitz 2007, 91-92).

6.8 „Normalität“ und „Normalisierung“:

Historisch betrachtet wurde Gehörlosigkeit oftmals als Andersartigkeit wahrgenommen, derer Abhilfe zu schaffen sei (vgl. Lane 1993, 479- 491). Der Begriff „Normalisierung“ benennt folglich „den Prozess einer einheitlichen Gestaltung (...) die Herstellung ‚normaler‘ Zustände (vorhergehende drei Wörter kursiv im Original; Anmerk. A.K.)“ (Antor, Bleidick 2006, 106). Normalisierungsbestrebungen, welche das Ziel verfolgen aus gehörlosen „normal“ hörende Menschen zu machen, sind jedoch nicht nur in ferner Vergangenheit wiederzufinden (vgl. z.B. Lane 1993; Bauman 2004; Pagel 2006). So bezeichnen beispielsweise Franz Dotter und die gehörlose Lektorin Ingeborg Okorn das Cochlear Implantat als neues Werkzeug des Oralismus, dessen Benennung bereits deskriptiv auf lautsprachliche, mündliche Kommunikationsbestrebungen zur Angleichung an die lautsprachliche Mehrheitsgesellschaft verweist (vgl. Dotter, Okorn 2003, 57).

Der Begriff „Normalität“ ist jedoch keine natürlich vorkommene Ausprägung, die seit jeher Bestand und eine spezielle Bedeutung gehabt hätte (vgl. Rösner 2002, 219- 225). Dieser

Begriff ist ein menschliches Konstrukt, welches das Produkt gesellschaftlicher Aushandlungen darstellt, darüber „*was gesellschaftlich akzeptabel und tolerabel ist*“ (Rösner 2002, 220), wodurch das jeweils gültige Übereinkommen sowohl Variationen kultureller als auch zeitlicher Art erlebt, oder durch eine neue allgemein akzeptierte Variation abgelöst werden kann (vgl. Rösner 2002, 219- 225). Desweiteren verfügt Normalität auch über eine soziale Funktion, da sie durch eine Grenzziehung zwischen Normalem und Abnormalem einer Orientierung des Individuums hinsichtlich seiner Positionierung in der Gesellschaft und seiner Zugehörigkeit zur Gemeinschaft dient (vgl. Schildmann 2009, 204). Durch diese Grenzziehungen entstehen sogenannte „*Normalitäts-Zonen*“ (Rösner 2002, 220) zu denen unter anderem auch das Feld der Gesundheit und Leistung gehören (vgl. Rösner 2002, 220-221; Schildmann 2009, 204).

Der Begriff „Gesundheit“ wurde ab dem 19. Jahrhundert jedoch immer stärker als „Normalität“ assoziiert und beschränkte sich nicht länger auf die medizinische Unterscheidung zwischen normalem und pathologischem Zustand und Verhalten, sondern fand Eingang in und Anwendung auf alle Lebensbereiche, wodurch Andersartigkeit in Folge nicht als Vielfalt, sondern pathologische Abweichung wahrgenommen wurde und wird (vgl. Rösner 2002, 224).

6.9 Diskurs(e):

Dem Begriff „Diskurs“ können verschiedene Bedeutungen zugeschrieben werden, so wird semantisch darunter, sowohl ein gedanklicher Austausch oder ein Wortgefecht mittels sprachlicher Kommunikation, als auch eine „*methodisch aufgebaute Abhandlung über ein bestimmtes [wissenschaftliches] Thema*“ (Duden 2007, 239), erfasst (vgl. Duden 2007, 239; Keller 2011b, 97-100). Im wissenschaftlichen Bereich existiert ebenfalls keine einheitliche Definition des Diskursbegriffes, sondern viele Disziplinen und Fachrichtungen unterhalten zumindest eine spezifische Perspektive (vgl. Keller et al 2010, 7-18).

Da in dieser Arbeit zur Verwirklichung des angestrebten Forschungsvorhabens als eine Herangehensweise die Wissenssoziologische Diskursanalyse nach Reiner Keller zur Anwendung kommen soll, erscheint es zutreffend eine Definition des Begriffes „Diskurs“ vor diesem Hintergrund anzulegen:

„Diskurse lassen sich als mehr oder weniger erfolgreiche Versuche verstehen, Bedeutungszuschreibungen und Sinn-Ordnungen zumindest auf Zeit zu stabilisieren und dadurch

eine kollektiv verbindliche Wissensordnung in einem sozialen Enselble zu institutionalisieren“ (Keller 2011a, 8).

7. Anbindung an das Forschungsgebiet Heilpädagogik und Integrative Pädagogik:

Erziehungswissenschaftliche Forschung umfasst auch den Bereich der erziehungswissenschaftlichen Diskursforschung (vgl. Langer, Wrana 2010, 335-337). Die Hinwendung der Erziehungswissenschaft zur Diskursforschung ist nicht neu, allerdings war der damit verbundene Diskursbegriff nicht an eine empirische Herangehensweise geknüpft (vgl. Langer, Wrana 2010, 337). Aktuelle erziehungswissenschaftliche Diskursforschung greift jedoch *„das Problembewusstsein diskurs-, macht- und bildungstheoretischer Fragestellungen (...) an empirischen Gegenständen“* (Langer, Wrana 2010, 337) auf und zieht qualitative Methoden zur Untersuchung dieser heran (vgl. Langer, Wrana 2010, 337).

Die erziehungswissenschaftliche Diskursforschung beschäftigt sich vorrangig mit Diskursen öffentlicher oder spezieller Natur, welche sich über den Kontext pädagogischer Praxis und Theorie ergeben, diesen tangieren, oder Themenbereiche betreffen, welche eng mit dem Feld der Erziehungswissenschaft verbunden sind (vgl. Langer, Wrana 2010, 336). Konsequenz dieser Eingrenzung ist, dass auch Diskurse mit spezifischer Bedeutung für einzelne Subdisziplinen der Erziehungswissenschaft, so auch der Heilpädagogik und Integrative Pädagogik, relevant für erziehungswissenschaftliche Diskursforschung sind (vgl. Reinhold, Pollak, Heim 1999, 159; Langer, Wrana 2010, 336).

Das Thema dieser Arbeit besitzt für die Heilpädagogik und Integrative Pädagogik aus mehreren Gründen Relevanz. Einerseits hatte die Heilpädagogik ihren Ursprung in Bestrebungen der Bildung und Förderung von Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen, zu jener Gruppe auch Gehörlosigkeit als Funktionseinschränkung des Hörsinns zu zählen ist (vgl. Biewer 2009, 12-13). Desweiteren bestand lange Zeit ein Naheverhältnis zwischen der Heilpädagogik und der Medizin, sodass Begrifflichkeiten und Definitionen in der Heilpädagogik und Integrativen Pädagogik teils noch davon betroffen sind (vgl. Biewer 2009, 34). Die Disability Studies, die ausgehend von der Soziologie auch Eingang in die Erziehungswissenschaft fanden, konfrontieren jedoch die Erziehungswissenschaft und ihre Subdisziplin Heilpädagogik und Integrative Pädagogik gegenteilig zum medizinischen Modell von Beeinträchtigung mit einer soziokulturellen Sichtweise, welches diese als

„soziale und kulturelle Konstruktion“ (Biewer 2009, 171) ansieht, und sprechen sich beispielweise auch für einen gebärdensprachlichen Unterricht gehörloser Kinder in Sonderschulen aus, um so für „die Rechte einer sprachlichen und kulturellen Minderheit“ (Biewer 2009, 173) einzutreten (vgl. Biewer 2009, 171-173). Andererseits stehen überhaupt die Rechte von Menschen mit Beeinträchtigungen im Fokus der Betrachtung seitens der Heilpädagogik und Integrativen Pädagogik, da vor allem „Debatten über Normalisierung, Integration und Inklusion“ (Biewer 2009, 150) bereits Effekte auf die pädagogische Praxis hatten und zu weiteren Überlegungen geführt haben (vgl. Biewer 2009, 150-152). Barrierefreiheit in der Kommunikationsmöglichkeit, als eines dieser Rechte, stellt auch im Kontext von Gehörlosigkeit für die Heilpädagogik und Integrative Pädagogik in Österreich einen aktuellen Diskurs dar, da einerseits die ÖGS im Jahr 2005 offiziell verfassungsmäßig anerkannt wurde, andererseits im Jahr 2011 die tausendste Cochlear Implantation am AKH in Wien durchgeführt wurde (vgl. Krausneker 2006, 145; Biewer 2009, 153-154; Wiener AKH 2011, 27.04.2012).

Diese Arbeit möchte einen Beitrag zur theoretischen Aufarbeitung aktuell vorherrschender Diskurse in der gegenwärtigen Fachliteratur der letzten Jahre, bezüglich der Cochlear Implantation aus Sicht der Gehörlosengemeinschaft, und der mitunter darin tangierten Bildungsaspekte und Bildungsprozesse, leisten.

8. Überblick des gegenwärtigen Forschungsstandes:

Um einen vielschichtigen Überblick über die aktuellen Ausprägungen an Stellungnahmen zur Cochlear Implantation zu gewinnen, wurden in Literaturrecherchen gezielt Publikationen zu dieser Thematik aus den Bereichen Heilpädagogik und Integrative Pädagogik, Medizin und Sprachwissenschaft zusammengetragen. Ein Artikel mit dem Titel „Exploring Perspectives on Cochlear Implants and Language Acquisition Within the Deaf Community“ (Gale 2010) aus dem Journal of Deaf Studies and Deaf Education betrachtete bereits im Jahr 2010 die Entwicklung der Meinungsbildung über Cochlear Implantation aus dem Blickwinkel des Spracherwerbs und der sprachlichen Förderungswahl (vgl. Gale 2010, 121- 136). Die Autorin schlussfolgert, dass, auch wenn ein Grundkonsens zur bilingualen Förderung bestünde, wobei jedoch die befürwortete Erstsprache variere, generell fünf unterschiedliche Positionierungen existieren (vgl. Gale 2010, 121-136):

„(a) Americal Sign Language advocate, (b) bilingual advocate, (c) cochlear advocate, (d) diverse options advocate, and (e) English visually advocate“ (Gale 2010, 121).

Um eine grundsätzliche Übersichtlichkeit für die Ergebnisse der Literaturrecherchen zum Forschungsstand in dieser Arbeit zu erreichen, wurde eine basale Gliederung der gesichteten Publikationen nach grundsätzlicher Akzeptanz- oder Ablehnungsbekundung gewählt.

8.1 Akzeptanz:

Unter dieser, positiv dem Cochlear Implantat zugewandten, Positionierung zeigten sich im Zuge erster Literaturrecherchen mehrere Nuancen ab, die von völligem Zuspruch bis hin zu Anerkennung unter großen Vorbehalten reichten.

Vollkommene Befürwortung des Cochlear Implantats, auch unter Einbeziehung einer geringen Auswahl möglicher Risiken, die in den Artikeln thematisiert, jedoch als behandelbar, vertretbar oder vernachlässigbar dargestellt wurden, kam von der Firma Med El in Form einer Stellungnahme zur Thematik Schwindelgefühle und Gleichgewichtsstörungen bei Cochlear Implantationen durch die Oberärztin des Hörzentrums Homburg, und von Sabine Müller und der Juristin Ariana Zaracko, welche von einem Recht gehörloser Kinder auf die Implantation ausgehen (vgl. Müller, Zaracko 2010, 244-248; Długaiczky 2010, 20.03.2011). Ebenso konnte in einem Artikel zur Thematik der grundlegenden Fragen in der Sonderpädagogik aus dem Jahr 2003 festgestellt werden, dass die frühe Versorgung von Kindern mit einem Cochlear Implantat die Hörgeschädigtenpädagogik reformiert hätte, und es nun möglich wäre, möglichst früh für einen korrekten Spracherwerb zu sorgen, wobei Gebärdensprache zwar erwähnt, jedoch aufgrund der hohen Anzahl von nicht gebärdensprachkompetenten Eltern und dem Zeitfaktor des Erwerbs dieser Kompetenz, als unzureichende Förderung bei hörenden Eltern darstellt wurde (vgl. Horsch 2003, 324-343). Ähnliche Akzeptanzbekundungen, aufgrund der Präferenz der lautsprachlichen Förderung, finden sich ebenso in den Publikationen von Gottfried Diller, der vor allem auch Cochlear Implantation zum Zwecke des Lautspracherwerbs bei Kindern befürwortet (vgl. Diller 1997; Diller 1998; Diller, Graser, Schmalbrock 2000).

Der vollkommenen Befürwortung des Cochlear Implantates folgt eine grundsätzliche Akzeptanz unter dem Vorbehalt, dass das Implantat zwar als möglicher Fortschritt

gewertet wird, aber sich die Toleranz aufgrund verschiedener Faktoren, unter anderem der einseitig lautsprachlichen Förderung und den eingeschränkten Möglichkeiten des Implantats, eher zögerlich äußert (vgl. Pagel 2006, 108; Kermit 2010, 157-165). Horst Pagel nennt als historisches Beispiel für seine Annahme, dass das Cochlear Implantat nur unter Berücksichtigung und Akzeptanz der Muttersprache Gebärdensprache erfolgreich zur Anwendung kommen kann, jenes ab dem zweiten Mailänder Kongress 1880 beschlossene Verbot der Ausübung von Gebärdensprache im schulischen Bereich und den nachfolgenden Abfall der Lernleistungen von gehörlosen Menschen (vgl. Pagel 2006, 104-105). Eine weiteren Positionierung unter Vorbehalt stellen auch gehörlose Eltern dar, welche im Zuge von zwei Forschungsprojekten des Lehrstuhls für Gehörlosen- und Schwerhörigenpädagogik der Ludwig-Maximilians-Universität München zum Thema Cochlear Implantat befragt wurden, denn jene Projekte weisen darauf hin, dass auch seitens gehörloser Eltern nach anfänglicher Skepsis eine Entscheidung für die Implantation begründet auf „*Optimierung der Lebenschancen, eine verbesserte bzw. einfachere Lebensbewältigung und den erleichterten Hör-Sprech-Sprachlernprozess*“ (Leonhardt 2008, 20.05.2011) erfolgen kann, wenn die anfängliche Ablehnung überwunden werden kann (vgl. Leonhardt 2008, 20.05.2011; Leonhardt 2009a; 63-71).

8.2 Ablehnung:

Umfassende und heftige Kritik bezüglich des Einsatzes von Cochlear Implantaten konnte in den Publikationen von Harlan L. Lane festgestellt werden (vgl. Lane 1993; Lane 1994; Lane, Grodin 1997; Lane, Bahan 1998; Lane 2005). Er geht davon aus, dass das Cochlear Implantat nicht nur ein schleichendes Mittel der Zerstörung der Sprache und der Kultur der Gehörlosengemeinschaft sei, sondern vergleicht es mit Experimentalforschung an gehörlosen Kindern und einem Zwangsregulieren der Zeugungsfähigkeit (vgl. Lane 2005, 303-304). Er sieht in den Bestrebungen von Cochlear Befürwortern und Befürworterinnen eine Verletzung der Menschenrechte und ein Verbrechen gegen die Menschheit (vgl. Lane 2005, 303-304). Mehr noch verweist er darauf, dass jene Bestrebungen, welche zum Ziel haben eine ethnische Minderheit, wie er auch die Gehörlosengemeinschaft verortet, in ihrer Quantität zu beschneiden, als Volksmord bzw. als neuzeitliche Eugenik bezeichnet werden können (vgl. Lane 2005, 303-304).

Auch im deutschsprachigen Raum finden sich ablehnende Stellungnahmen zur Cochlear Implantation, die nicht auf der ethnischen Perspektive anzusiedeln sind, welche

beispielsweise von Harlan L. Lane und Richard Clark Eckert im angloamerikanischen Raum vertreten wird, sondern sich auf hauptsächlich auf die, in Zusammenhang mit der Cochlear Implantation stehende, Dominanz der lautsprachlichen Förderungspraxis für gehörlose Menschen fokussieren (vgl. Dotter, Okorn 2003; Lane 2005; Eckert 2010).

Für Franz Dotter und die gehörlose Lektorin Ingeborg Okorn stellt die Cochlear Implantation ein „*oralist tool*“ (Dotter, Okorn 2003, 57) dar, dessen Existenz dafür missbraucht wird, um die Bedeutung der Gebärdensprache herabzusetzen, und welches schwerwiegende Folgen für die Entwicklung eines gehörlosen Kindes haben kann, wenn bei der angestrebten exklusiv lautsprachlichen Förderung über das Cochlear Implantat eventuell kein ausreichender Zugang zur Lautsprache erfolgen konnte, der zu einem entwicklungsangepassten Spracherwerb geführt hätte, aber auch auf gebärdensprachige oder bilinguale Förderung verzichtet wurde (vgl. Dotter, Okorn 2003, 57).

8.3 Zusammenfassung der Ergebnisse:

Die Betrachtung der Ergebnisse zeigt auf, dass aktuell keine grundlegende und weitreichende Akzeptanz oder Ablehnung des Cochlear Implantates aus den recherchierten Publikationen offensichtlich erkennbar wurde. Der biomedizinischen Befürwortung des Cochlear Implantates stehen nach wie vor die teils stark negative Aufnahme jener Technologie durch Angehörige der Gehörlosengemeinschaft, der Deaf Studies und von Aktivisten gegenüber (vgl. Davis 2010, 703).

Der ÖGLB spricht sich nicht grundsätzlich gegen die Cochlear Implantation aus, mahnt aber davor, dass Eltern von den potentiellen Möglichkeiten der Implantation geblendet und das Kind, in den Bestrebungen ein möglichst weitreichendes Hörvermögen durch den Eingriff und das nachfolgende Training, auf seinen Hörstatus beschränkt werden könnte, wodurch beim Ausbleiben der erhofften Erfolge die Beziehung zwischen Eltern und ihren Kindern massgeblich in Mitleidenschaft gezogen werden könnte (vgl. ÖGLB 2006c, 20.02.2011). Der DGB weist, gleich dem ÖGLB, auf die mit der Implantation verbundenen Risiken, aber die fehlenden Erfolgsgarantien bezüglich eines gesicherten Lautspracherwerbs und späterer Lautsprachkompetenz hin (vgl. ÖGLB 2006c, 20.02.2011; DGB 2006, 22.04.2012). Desweiteren merkt der DGB an, dass Cochlear Implantationen bei postlingualer Gehörlosigkeit für Erwachsene eine zu befürwortende Option darstellt, und die Entscheidung der Eltern in jedem Fall befürwortet wird, aber sich eine objektive

Abwägung des tatsächlichen Nutzens versus der potentiellen Risiken für Eltern durch einen Mangel an neutraler Beratung schwierig gestaltet (vgl. DGB 2006, 22.04.2012). Aus diesem Grund befürwortet der DGB auch eine bilinguale Förderung mit Gebärdensprache, damit zumindest das Risiko auf ein Unterbleiben eines natürlichen Spracherwerbs ausgeschlossen werden kann (vgl. DGB 2006, 22.04.2012).

THEORETISCHE GRUNDLAGEN

9. Gehörlosigkeit:

Als ein zentrales Thema dieser Arbeit und als Begriff, der unweigerlich als Kontext in Publikationen zur Cochlear Implantation und der Gehörlosengemeinschaft präsent ist, soll das Phänomen Gehörlosigkeit nun aus drei Perspektiven einer genaueren Betrachtung unterzogen werden.

9.1 Das Phänomen Gehörlosigkeit im Spektrum der Medizin:

Im Zuge der Literaturrecherchen zu dieser Arbeit zeichnete sich bereits nach kurzer Recherche ab, dass Gehörlosigkeit aus medizinischer Sicht mehrheitlich nur auf die eingeschränkte Funktionsweise des Gehörapparates reduziert wird (vgl. z.B. ICF 2005, 25.03.2011). Allerdings tauchten auch Definitionen und Bedeutungszuschreibungen auf, welche meines Erachtens bereits als diskriminierend wahrgenommen werden und keine Allgemeingültigkeit für sich beanspruchen können. So schreibt beispielsweise Hans-Peter Zenner, Direktor der Universitäts-HNO-Klinik in Tübingen:

„Der Hörverlust des Erwachsenen oder die angeborene Taubheit des Säuglings bedeuten eine kommunikative Katastrophe für den Einzelnen. Der Betroffene kann in eine für den Gesunden kaum nachvollziehbare Isolation geraten“ (Zenner 2010, 316).

Ein Zitat aus einem Handbuch für Medizin des Schattauer Verlags für Medizin und Naturwissenschaften aus dem Jahr 2004 jedoch ignoriert nicht nur, wie das obige, die Möglichkeiten der Nutzung der nationalen Gebärdensprachen zur Kommunikation, sondern geht davon aus, dass Gehörlosigkeit im Gegensatz zur Blindheit charakterliche und intellektuelle Negativerscheinung hervorrufen würde: *„Verlust des Gehörs führt zur Vereinsamung und verändert den Charakter in negativer Weise: Missmut, Misstrauen, Aggressivität, Ungeduld, Hadern mit den Schicksal“* (Bunte, Bunte 2004, 1505).

9.1.1 Das menschliche Gehör:

Unabhängig von Definitionen und Betrachtungsweisen des Phänomens Gehörlosigkeit soll nun zunächst das menschliche Gehör hinsichtlich seiner Anatomie, Funktionsweise und Leistungsmöglichkeiten kurz vorgestellt werden.

9.1.1.1 Anatomische Grundlagen des Sinnesorgans Ohr:

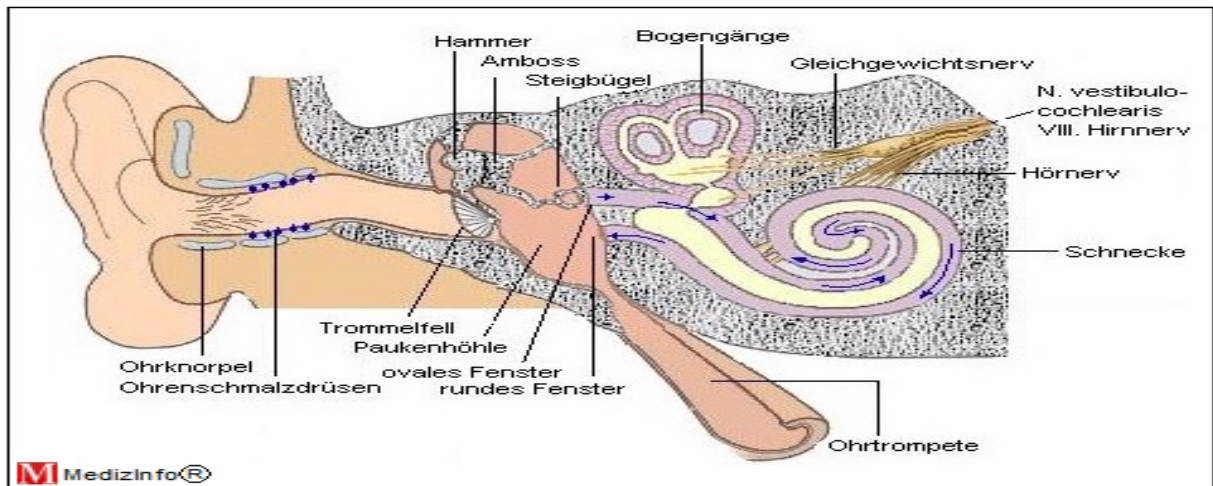


Abbildung 1: Anatomie des Sinnesorgans Ohr (MedizInfo 2012, 23.04.2012)

Das Sinnesorgan Ohr besteht anatomisch gesehen aus den drei Hauptbereichen: äusseres Ohr, Mittelohr und Innenohr (vgl. Schiebler, Korf 2007, 704). Jene drei Teilbereiche sollen nun in Folge genauer dargestellt werden.

Das äussere Ohr setzt sich aus Ohrmuschel, dem äusseren Gehörgang und dem Trommelfell zusammen (vgl. Schiebler, Korf 2007, 704). Die Ohrmuschel besteht hauptsächlich aus einer elastischen Knorpelstruktur, von der nur der Bereich des Ohrläppchens ausgenommen ist (vgl. Schiebler, Korf 2007, 705). Die Ohrmuschel mündet in den äusseren Gehörgang, der eine Länge von ca. 3 cm ausweist, und teils aus Knorpel- und teils aus Knochenstrukturen ausgebaut ist (vgl. Zorowka, Höfler 2008, 329-330). Der äussere Gehörgang wird vom Trommelfell, einer filigranen Hautstruktur von etwa 1 cm Durchmesser, vom zweiten Teilbereich, dem Mittelohr, abgegrenzt und ist direkt mit dem Hammergriff verbunden (vgl. Zorowka, Höfler 2008, 329-331).

Das Mittelohr setzt sich aus den Teilbereichen Paukenhöhle, den Gehörknöchelchen und der Ohrtrompete, auch Eustachische Röhre genannt zusammen (vgl. Zorowka, Höfler 2008, 329-

332). Die Paukenhöhle ist ein lufthaltiger Raum, der über die Eustachische Röhre be- und entlüftet wird, da diese sie mit dem Nasen-Rachenraum verbindet (vgl. Schiebler, Korf 2007, 706-707). Sie beherbergt auch die Gehörknöchelchen, Hammer, Amboss und Steigbügel, die eine Schallleitungskette durch die Paukenhöhle bis hin zum Eingangsbereich des Innenohrs, den runden und ovalen Fenstern, bilden (vgl. Zorowka, Höfler 2008, 331-332).

Das Innenohr trägt aufgrund seiner verzweigten, flüssigkeitsgefüllten Hohlraumstrukturen auch den Namen „Labyrinth“, und beherbergt das Gleichgewichtsorgan und das Hörorgan (vgl. Zorowka, Höfler 2008, 331-332). Das Innenohr besteht aus dem knöchernen Labyrinth und dem membranösem Labyrinth, wobei das knöcherne Labyrinth Raum und Schutz für das membranöse Labyrinth bietet (vgl. Schiebler, Korf 2007, 711). Das Hörorgan, welches aufgrund seiner visuellen Struktur auch Schnecke oder Cochlea genannt wird, beherbergt das eigentliche Sinnesorgan, auch Corti'sches Organ genannt, und ist in die knöcherne Aussenstruktur der Cochlea eingebettet (vgl. Zorowka, Höfler 2008, 333-334).

9.1.1.2 Auditive Wahrnehmung:

Das Ohr stellt das empfindlichste Sinnesorgan des Menschen dar, und ist in der Lage bereits winzige Änderungen des Luftdruckes, auch Schallwellen genannt, aufzunehmen (vgl. Zenner 2010, 316). Entscheidend für die Aufnahme und Verarbeitung von akustischen Reizen sind die Frequenz und der Schalldruck (vgl. Zenner 2010, 316). Als Frequenz werden *„die Anzahl der Schwingungen pro Sekunde, d.h. die Anzahl der Verdichtungen bzw. Verdünnungen pro Sekunde“* (Friedrich 2008, 43) bezeichnet, die in der Masseinheit Hertz (Hz) gemessen und vom menschlichen Gehör als Tonhöhe wahrgenommen wird (vgl. Zenner 2010, 316). Der Schalldruck, der von Seiten der Physik in der Masseinheit Pascal (Pa) gemessen wird, wird im klinischen Gebrauch durch den Schalldruckpegel ersetzt, welcher in der Masseinheit Dezibel (dB) angegeben wird (vgl. Zenner 2010, 316). Über den Schalldruckpegel kann die Intensität der Schallereignisse gemessen werden, welche vom menschlichen Gehör wahrgenommen und verarbeitet werden können, beginnend mit dem tiefsten Punkt der Dezibelskala (0dB), der überhaupt wahrgenommen werden kann, bis zum höchsten Punkt (130dB), der gleichzeitig den Punkt der beginnenden Schmerzwahrnehmung markiert (vgl. Zenner 2010, 317-318).

9.1.1.3 Leistungspotentiale und – grenzen des Gehörs:

Das menschliche Gehör ist nicht unbegrenzt in seiner Aufnahme – und Verarbeitungskapazität (vgl. Zenner 2010, 316-318). So ist das menschliche Gehör auf einen Frequenzbereich von 20 bis 20.000 Hz begrenzt, d.h. Frequenzen jenseits dieser Unter- und Obergrenze können vom menschlichen Gehör nicht aufgenommen und verarbeitet werden (vgl. Hülshoff 2010, 134). Innerhalb dieses Frequenzbereiches weist das Gehör im Bereich von 100 bis 7000 Hz eine besondere Sensibilität auf, in welchem auch die menschliche Lautsprache sich bewegt (vgl. Hülshoff 2010, 134). Bezüglich des Schalldruckpegels ist nicht nur der Bereich der möglichen Wahrnehmung zu unterscheiden, sondern auch die obere Grenze der gesundheitlich unbedenklichen Lautstärkenbelastung zu berücksichtigen, um keine Schädigungen des Gehörs hervorzurufen (vgl. Zenner 2010, 317-318). „*Unterhalb einer Schwelle von 80 dB (A) gibt es praktisch keine Lärmschäden, während Lärmexpositionen über 135 dB relativ schnell zu Innenohrschäden führen*“ (Hildmann, Lautermann 2008, 255).

9.1.1.4 Aufnahme und Verarbeitung von auditiven Reizen:

Nachdem nun kurz auf die Potentiale und Grenzen des menschlichen Gehörs eingegangen wurde, soll nun der Vorgang der Aufnahme und Verarbeitung von auditiven Reizen betrachtet werden.

Durch das äussere Ohr wird das Schallereignis per Luft bis hin zum Trommelfell geleitet, welches dadurch in Schwingung versetzt wird, von wo aus eine Weiterleitung über die Gehörknöchelchen von Hammer über Amboss zu Steigbügel erfolgt, welcher in direktem Verbund zum ovalen Fenster steht, das die erhaltenen Schwingungen an die Innenohrflüssigkeit weitergibt (vgl. Zenner 2010, 316-321). Da das Trommelfell im Vergleich zum ovalen Fenster bezogen auf die Fläche kleiner ist, findet über die Gehörknöchelchen eine Schalldruckverstärkung statt (vgl. Lachenmayr, Hamann 2008, 371). Aufgrund der unterschiedlichen Impedanzen, kurz Übertragungswiderstände, bedingt durch unterschiedliche Übertragungsmedien (Luft, Flüssigkeit), in Mittelohr und Innenohr ist eine Impedanzanpassung notwendig, da andernfalls „*98% des Schalls vom Innenohr reflektiert und nicht aufgenommen werden*“ (Zenner 2010, 321) würde (vgl. Zenner 2010, 318-321). Überwindet das Schallsignal erst das ovale Fenster werden die kochlären Membranen in Schwingung versetzt, wodurch eine Auf- und Abwärtsbewegung des Corti'schen Organs bewirkt wird, welche die mechanoelektrische Transduktion einleitet (vgl. Zenner 2010, 322-323). Die mechanoelektrische Transduktion ist der Vorgang der Umwandlung von

„Schallereignissen (akustischen Informationen) in neurale Signale“ (Zorowka, Höfler 2008, 334), die über den Hörnerv aufgenommen und zum zentralen Hörsystem im Gehirn übermittelt werden, wo sie interpretiert und verarbeitet werden (vgl. Zorowka, Höfler 2008, 333-339).

9.1.2 Hörschädigung(en):

„Unter Hörschädigung wird ein momentaner oder dauerhafter Zustand verstanden, der eine Leistungsminderung (Hörschaden) des auditorischen Systems (bestehend aus Außen-, Mittel- und Innenohr sowie Hörbahnen und Hörzentrum) zur Folge hat. Verbunden damit ist der partielle oder (in selteneren Fällen) vollständige Ausfall auditiver Empfindungen und darauf aufbauender Wahrnehmung“ (Bundschuh, Heimlich, Krawitz 2007, 128-130).

Aus medizinischer Perspektive ist somit jeder Schaden und jede Funktionsminderung des Sinnesorgans Ohr eine Hörschädigung (vgl. Ellmeier, Hellbrück 2008, 76-77). Es wird zwischen zwei Arten von Funktionsstörung unterschieden, die ihrerseits jedoch genauer verortet und benannt werden können: Schallleitungsschwerhörigkeit und Schallempfindungsschwerhörigkeit (vgl. Ellmeier, Hellbrück 2008, 76-77).

Schallleitungsschwerhörigkeit liegt dann vor, wenn der Schall, der auf das Ohr trifft, nicht ungehindert, wie im Punkt 9.1.1.4 beschrieben, zum Innenohr weitergeleitet werden kann (vgl. Ellmeier, Hellbrück 2008, 76). Schallempfindungsschwerhörigkeit liegt vor, wenn die Funktionsbeeinträchtigung im Bereich Innenohr und/oder des Ausgangs zum zerebralen Hörsystem einsetzt (vgl. Ellmeier, Hellbrück 2008, 76). Schallempfindungsschwerhörigkeit wird daher auch *„sensorineurale Schwerhörigkeit“* (Ellmeier, Hellbrück 2008, 76) genannt (vgl. Ellmeier, Hellbrück 2008, 76). Es wird unterschieden zwischen sensorischer Schwerhörigkeit, die ihre Funktionsbeeinträchtigung im Bereich der Cochlea entfaltet, und entweder auf einer Beeinträchtigung der inneren oder äusseren Haarzellen beruht, und einer neuronalen Schwerhörigkeit, welche hinter der Cochlea im Bereich des inneren Gehörgangs einsetzt (vgl. Ellmeier, Hellbrück 2008, 76-77). Abgesehen von diesen zwei Arten kann auch eine Kombination von Schallleitungsschwerhörigkeit und Schallempfindungsschwerhörigkeit auftreten (vgl. Bundschuh, Heimlich, Krawitz 2007, 129).

9.1.2.1 Grade der Hörschädigung:

Unabhängig davon, welche Art der Funktionsbeeinträchtigung vorliegt, wird auch der Grad der Hörschädigung festgestellt, um abzuschätzen, inwieweit die betroffene Person in ihrem

Hörvermögen durch die Hörschädigung eingeschränkt wird (vgl. Nußbeck 2007, 87-88). Die Grade des Hörverlustes werden in Dezibel angegeben und wie folgt eingeteilt:

- „geringgradig: 20-39 dB HL
- mittelgradig: 40-69 dB HL
- hochgradig: 70-96 dB HL
- an Taubheit grenzend: ≥ 95 dB HL“ (Zorowka 2008, 348)

Für die korrekte Interpretation dieser Einteilung muss hinzugefügt werden, dass die unterste Schwelle der akustischen Wahrnehmung für einen Menschen, der von keiner Art von Hörschädigung betroffen war/ist, 0dB beträgt (vgl. Bundschuh, Heimlich, Krawitz 2007, 129). Zwischenmenschliche Kommunikation in durchschnittlicher Lautstärke spielt sich in einem Bereich von 40 bis 70 dB ab, während 80 dB bereits in etwa dem Lärmpegel eines Presslufthammers entsprechen (vgl. Nußbeck 2007, 87-88). Praktisch bedeutet beispielsweise ein hochgradiger Hörverlust von 80dB, dass jede Ansprache, jedes Geräusch usw. über 80dB Lautstärke besitzen müsste, um vom betroffenen Menschen überhaupt akustisch wahrgenommen werden zu können (vgl. Nußbeck 2007, 87-88). Töne von über 120 dB werden von Menschen, die von keiner Art von Hörschädigungen betroffen sind, bereits mit Unwohlsein und/oder unter Schmerzen wahrgenommen, dennoch kann ein Hörverlust ein Ausmass von 120dB ausmachen, dann wird in Folge von völliger Taubheit gesprochen (vgl. Nußbeck 2007, 88).

9.1.3 Gehörlosigkeit:

Die Differenz zwischen den Begriffen „Schwerhörigkeit“ und „Gehörlosigkeit“ ergibt sich aus medizinischer Perspektive dementsprechend aus dem Grad des Hörverlustes (vgl. Zorowka 2008, 348). Über einem Wert von 95 dB Hörverlust wird der Begriff „Taubheit“ oder synonym dazu „Gehörlosigkeit“ verwendet (vgl. Zorowka 2008, 348).

9.1.3.1 Prävalenz:

Aussagen darüber, wie viele Menschen es global gibt, die nach medizinischen Kriterien als gehörlos diagnostizierbar wären bzw. bereits diagnostiziert sind, sind schwer zu treffen, da z.B. in Österreich „Gehörlosigkeit“ keine Meldepflicht mit sich bringt (vgl. Baumgartner 2011, 19.02.2012). Die WFD schätzt die Zahl gehörloser Menschen auf etwa 70 Millionen, allerdings entspricht diese Schätzung nicht nur klinischer Diagnostik, sondern basiert auch auf den Mitgliederzahlen der internationalen Gehörlosengemeinschaften, welche der

kulturellen Definition von Gehörlosigkeit Vorzug vor der klinischen Diagnose geben (vgl. WFD 2012, 15.02.2012).

Bezüglich der Häufigkeit mit welcher Gehörlosigkeit bereits ab Geburt bzw. beim Neugeborenenhörscreening in Erscheinung tritt, lässt sich eine gewisse Übereinstimmung in den Einschätzungen von Vertretern und Vertreterinnen aus der deutschen und amerikanischen Medizin feststellen (vgl. Hildmann, Lautermann 2008, 253; NIDCD 2010, 19.02.2012). Die deutschen Ärzte Henning Hildmann und Jürgen Lautermann gehen von einer Häufigkeit von 1-2 Fällen bei 1000 Geburten aus, während das National Institute on Deafness and Other Communication Disorders in den USA von 2-3 Fällen ausgeht (vgl. Hildmann, Lautermann 2008, 253; NIDCD 2010, 19.02.2012).

9.1.3.2 Zeitpunkt und Ursachen des Auftretens:

Gehörlosigkeit ist in ihrem Auftreten jedoch nicht nur auf den frühesten Lebensabschnitt beschränkt, sondern kann zeitlebens in Erscheinung treten (vgl. Leonhardt 2003, 314-315). Es wird zwischen erblichen und erworbenen Hörstörungen unterschieden (vgl. Nejedlo 2003, 1661).

Erblich bedingte Hörstörungen, auch kongenitale Hörstörungen genannt, können in unterschiedlicher Form auftreten (vgl. Leonhardt 2003, 314-316). Sie können einerseits progredient monosymptomatisch auftreten, d.h. die Funktionsbeeinträchtigung des Gehörs ist an keine weitere Symptomatik gekoppelt, aber die Funktionsbeeinträchtigung des Gehörs wird weiter fortschreitend verlaufen (vgl. Leonhardt 2003, 314-316). Andererseits können sie auch nicht progredient monosymptomatisch auftreten, wobei in dem Fall keine weitere Verschlechterung der Hörleistung zu erwarten ist (vgl. Leonhardt 2003, 314-316). Kongenitale Hörstörungen können allerdings auch polysymptomatisch auftreten, d.h. die Hörstörung tritt in Verbindung mit einer Erkrankung oder physischen Beeinträchtigung, z.B. einer Augenerkrankung, auf (vgl. Leonhardt 2003, 314-316). Es bleibt festzustellen, dass sich die Mehrheit von genetisch bedingten Hörstörungen erst im weiteren Verlauf des Lebens aufzeigen (vgl. Nußbeck 2007, 89).

Erworbene Hörstörungen können ihre Entstehung pränatal, perinatal oder postnatal haben (vgl. Leonhardt 2003, 314-316). Bei pränatal erworbenen Hörstörungen können die Ursachen beispielsweise Krankheiten der Mutter, Suchtmittelmissbrauch oder Verletzungen während

der Schwangerschaft sein (vgl. Leonhardt 2003, 314-316). Die Ursachen von perinatal erworbenen Hörstörungen lassen sich in auftretenden Komplikationen vor, während oder kurz nach der Geburt verorten, hierbei kann es sich beispielweise um Verletzungen des Schädels oder eine Blockierung der Atemwege handeln (vgl. Leonhardt 2003, 314-316). Postnatal erworbene Hörstörungen beinhalten nicht nur den unmittelbaren Zeitraum nach der Geburt, in welchem Infektionskrankheiten die Hauptursache darstellen, sondern umfassen alle Lebensalter, wodurch auch z.B. Altersschwerhörigkeit als postnatal erworbene Hörstörung klassifiziert werden kann (vgl. Leonhardt 2003, 314-316).

9.1.3.3 Klinische Diagnostik:

Die Diagnostik von Hörstörungen obliegt nicht ausschließlich Medizinem und Medizinerinnen, sondern stellt in den meisten Fällen eine Zusammenarbeit zwischen Medizin, Audiologie und Hörgeschädigtenpädagogik dar (vgl. Diller 2009, 201). Phoniatrie und Pädaudiologie zusammen bilden jenen medizinischen Bereich, der sich speziell mit z.B. Sprachentwicklung und kindlichen Hörstörungen auseinandersetzt (vgl. Wendler 2005, 3).

Die erste Möglichkeit auf eine Hörstörung zu testen, ergibt sich bereits pränatal mittels eines Rauschgenerators und der Aufzeichnung von Bewegungen, welche in Reaktion darauf erfolgen (Zorowka 2008, 369). Nach der Geburt stellt das Neugeborenenhörscreening im Idealfall die erste Art von Hörtest dar, mit welcher ein neugeborener Säugling konfrontiert wird, allerdings kommt es nicht in jedem Staat grundsätzlich oder/und verpflichtend zur Anwendung (vgl. Ptok 2011, 426). Audiometrische und pädaudiometrische Screeninguntersuchungen, wie das Neugeborenenhörscreening, sollen Auskunft darüber geben, ob eine Hörstörung vorliegt, und gehen weiteren audiometrischen Hörtestverfahren voraus, falls jene mit einem positiven Befund abgeschlossen werden (vgl. Ptok 2009, 97-98). Derartige Screeninguntersuchungen sind meist Teil von Vorsorgeuntersuchungen oder/und dienen als Vortests bei begründetem Verdacht (vgl. Zorowka 2008, 368). Abhängig vom Alter der zu testenden Person wird von audiometrischen oder pädaudiometrischen Untersuchungen gesprochen, da vorgeburtliche und postnatale Untersuchungen bei Säuglingen und Kindern als pädaudiometrische Untersuchungen bezeichnet werden (vgl. Zorowka 2008, 366-367). Bei audiometrischen und pädaudiometrischen Hörtestverfahren wird zwischen subjektiven und objektiven audiometrischen Verfahren unterschieden (vgl. Ptok 2009, 101-109). Während subjektive audiometrische Testverfahren auf die Mitarbeit des

betroffenen Menschen angewiesen sind, können objektive audiometrische Verfahren die neurobiologische Reaktionen auf zugeführte Schallreize durch die angeschlossenen Messgeräte unabhängig von der Kooperation des zu testenden Individuums aufzeichnen (vgl. Ptok 2009, 101-109). Für die genaue Diagnose der vorherrschenden Hörstörung und die Intensität des damit verbundenen Hörverlustes reicht es nicht aus, nur einen Test durchzuführen, sondern es muss *„eine Vielzahl von subjektiven und objektiven Messverfahren eingesetzt werden, um Qualität (Hervorgehoben im Original; Anmerk. A.K.) und Quantität (Hervorgehoben im Original; Anmerk. A.K.) des Hörschadens genau zu beschreiben“* (Ptok 2009, 98) und aufgrund dessen weitere Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten auswählen zu können (vgl. Ptok 2009, 101-110).

9.1.3.4 Behandlungsmöglichkeiten und Zielsetzungen aktuell:

Aus medizinischer Perspektive handelt es sich bei Gehörlosigkeit um eine schwerwiegende Funktionsbeeinträchtigung, die jedoch meist nicht vollständig ist, sondern von einem gewissen Grad an Resthörigkeit begleitet wird (vgl. Wirth 2000, 257-258). Entsprechend dieser Auffassung ist die zentrale Zielsetzung von Seiten der Medizin die Reintegration der betroffenen Person in die zu 99 Prozent „hörende“ Umwelt und damit auch in die lautsprachliche Kommunikation (vgl. Eysholdt 2005, 438).

Um dieses Ziel zu erreichen, stehen Medizinern und Medizinerinnen mehrere Optionen offen (vgl. Hoth 2011, 256). Es bleibt jedoch festzuhalten, dass unabhängig von der gewählten Behandlung und technischen Versorgung des Gehörs, diese nur in den seltensten Fällen eine vollständige Wiederherstellung des Hörvermögens zur Folge hat, allerdings mehrheitlich eine deutliche Verbesserung erreicht werden kann (vgl. Hoth 2011, 217-218). Optionen nicht apparativer Natur finden sich in der konservativen und operativen Therapie, wobei die konservative Therapie auf der Verabreichung von Medikamenten basiert und vor allem bei schallleitungsspezifischen Hörstörungen eine Erstanwendung darstellt (vgl. Zorowka 2008, 396-398). Die operative Therapie stellt einen invasiven Eingriff dar, der erst in Erwägung gezogen wird, wenn die konservative Therapie entweder nicht erfolgreich war/ist, bzw. keinen Erfolg verspricht, und eine einzig apparative Versorgung bei beidseitigen Beeinträchtigungen des Hörvermögens nicht ausreicht bzw. durch die operative Entfernung von Missbildungen unterstützt werden muss (vgl. Zorowka 2008, 398). Optionen apparativer Natur lassen sich in die drei Typen Hörgeräte, implantierbare Hörsysteme und Cochlear Implantate einteilen (vgl. Hoth 2011, 256).

Schallverstärkende Hörgeräte werden in Betracht gezogen, wenn die vorhergehende Diagnostik und Audiometrie keinen Hinweis auf eine vorliegende oder behandelbare Mittelohrschwerhörigkeit gibt, aber eine Innenohrschwerhörigkeit vorliegt, und die Wirksamkeit von konservativer und operativer Einwirkung ausgeschlossen werden kann im Fall von retrokoklären Schwerhörigkeiten (vgl. Hoth 2011, 256-257). Implantierbare Hörsysteme existieren in teilimplantierter und vollimplantierter Form (vgl. Hoth 2011, 264-265). Während Hörgeräte schallverstärkend wirken, entfalten implantierbare Hörsysteme beider Ausführungen durch „*direkte mechanische Übertragung des aufbereiteten Schallsignals durch vibratorische Anregung der Gehörknöchelchen*“ (Hoth 2011, 264) ihre Wirksamkeit (vgl. Hoth 2011, 256- 265). Durch die Teil- oder Vollimplantation aller Komponenten des Hörsystems kann eine bessere Klangqualität erreicht, sowie Interferenzen und regelmässige Batteriewechsel vermieden werden (vgl. Hoth 2011, 264-265). Cochlear Implantate können zum Einsatz kommen, wenn die Funktionsbeeinträchtigung des Gehörs so schwerwiegend ist, dass von Taubheit/Gehörlosigkeit gesprochen werden kann, und weder Hörgeräte und/oder implantierbare Hörsysteme einen ausreichenden Erfolg versprechen (vgl. Hoth 2011, 265). Auf diese Art der apparativen Versorgung wird noch ab Punkt 11 im Detail eingegangen werden, da sie zentral für die Thematik dieser Arbeit ist und ihr in Folge mehr Raum für eine genauere Betrachtung und Erklärung eingeräumt werden soll.

9.2 Das Phänomen Gehörlosigkeit im Spektrum der Heil - und Integrativen Pädagogik:

Im Gegensatz zur medizinischen Definition von „Gehörlosigkeit“, welche Gehörlosigkeit als schwerwiegende Funktionsstörung begreift und diese mehrheitlich auf den Grad des Hörverlustes reduziert, orientiert sich die Pädagogik überwiegend daran, inwieweit die Schädigung des Gehörs Konsequenzen für das Leben und Erfahren der betroffenen Personen hat (vgl. Bundschuh, Heimlich, Krawitz 2007, 128-130). Die Differenz zwischen Schwerhörigkeit und Gehörlosigkeit ergibt sich im pädagogischen Kontext dadurch, ob es dem Betroffenen oder der Betroffenen möglich ist, Lautsprache wahrzunehmen und über den auditiven Weg zu erlernen (vgl. Diller, Graser, Schmalbrock 2000, 22). Wenn dies möglich ist, wird von Schwerhörigkeit gesprochen, doch falls die Sprachwahrnehmung und der Spracherwerb auch mit Hörhilfen unterschiedlichster Art nicht möglich ist, dann wird von Gehörlosigkeit gesprochen (vgl. Diller, Graser, Schmalbrock 2000, 22).

9.2.1 Prälinguale, perilinguale und postlinguale Gehörlosigkeit:

Seitens der Pädagogik wird eine Unterscheidung zwischen prälingualer, perlingualer und postlingualer Gehörlosigkeit getroffen (vgl. Diller 2009, 201). Wenn die Gehörlosigkeit in der Zeit, ab der Geburt bis wenige Monate danach, einsetzt und damit den Erwerb Lautsprache verhindert, wird von prälingualer, wörtlich vorsprachlicher, Gehörlosigkeit gesprochen (vgl. Diller 2009, 201). Liegt der Zeitpunkt des Auftretens hingegen deutlich nach dem Lautsprachenerwerb, wie im Fall von altersbedingter fortschreitender Schwerhörigkeit, dann handelt es sich um postlinguale Gehörlosigkeit (vgl. Diller 2009, 201). Perilinguale Gehörlosigkeit wird im Zeitraum des Erwerbs der Lautsprache im Kindesalter bis zum Alter von ca. 14 Jahren verortet (vgl. Diller 2009, 201).

Die Einteilung von Gehörlosigkeit nach Kriterien des Spracherwerbs erfolgt aufgrund der Annahme, dass jener zentral für die weitere Entwicklung des betroffenen Menschen ist, wobei gerade das kurze Zeitfenster der ersten drei Lebensjahre entscheidend für die spätere Sprachkompetenz ist (vgl. Leonhardt 2009b, 11-12).

9.2.2 Pädagogische Förderung im Bereich auditive Wahrnehmung und damit verbundene Zielsetzungen:

Entscheidend dafür, dass die pädagogische Förderung bereits in dieser kurzen sensiblen Phase den Spracherwerb bei vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen des Gehörs wirksam werden kann, ist also eine möglichst frühzeitige medizinische Diagnose (vgl. Diller 2009, 205). Pädagogische Förderung sollte demnach bereits sehr früh einsetzen, da bei unentdeckter Funktionsbeeinträchtigung des Gehörs jene sensible Phase förderotechnisch ungenützt verstreichen würde, wodurch der Erstspracherwerb nur erschwert möglich wäre, statt auf natürlichem Weg durch adäquate lautsprachliche Reize ausgelöst zu werden und vonstatten zu gehen (vgl. Leonhardt 2003, 305-319). Eine Ausnahme wären hier gehörlose Kinder von gehörlosen Eltern, da in dieser Konstellation von den Eltern über die visuelle Wahrnehmung als Erstsprache die jeweilige Gebärdensprache an den Säugling herangetragen würde, wodurch unabhängig von der auditiven Wahrnehmung des Säuglings jene sensible Phase für den Spracherwerb genutzt werden würde (vgl. Leuninger 2003, 725). Unabhängig davon, ob als Erstsprache die landestypische Lautsprache oder Gebärdensprache vermittelt wird, werden durch den natürlichen Erstspracherwerb jene neuronalen Bereiche des Gehirns stimuliert, welche sich in dieser sensiblen Phase erst ausbilden müssen und für den späteren Sprachgebrauch unabdingbar sind (vgl. Leuninger

2003, 725-726). Tatsächlich haben aber nur zehn Prozent jener Kinder, die gehörlos geboren werden, auch gehörlose, gebärdende Eltern und haben damit die Möglichkeit die Gebärdensprache muttersprachlich und durch gebärdensprachkompetente Eltern zu erwerben (vgl. Krausneker 2006, 43). Dem gegenüber steht eine neunzig prozentige Mehrheit von gehörlos geborenen Kindern, die als Kinder hörender Eltern geboren werden (vgl. Krausneker 2006, 43). Hörende Eltern, die mehrheitlich über keine oder nur begrenzte Gebärdensprachkompetenz verfügen, und/oder gar nicht von der Möglichkeit der Gebärdensprache als Erstsprache wissen bzw. erfahren (vgl. Krausneker 2006, 46). Gehörlos geborene Kinder von gehörlosen Eltern haben diesbezüglich einen Vorteil in der Sprachentwicklung, da sie in dieser Konstellation mehrheitlich einen natürlichen, vollkommenen Erstspracherwerb durchlaufen können, und daher bereits auf diese Sprachkompetenz beim möglichen Erwerb einer Zweisprache z.B. einer Lautsprache zurückgreifen können (vgl. Krausneker 2006, 60-62).

Jener Bereich der Pädagogik, der sich mit Funktionsstörungen des Hörvermögens und daraus resultierenden Konsequenzen für alle Lebensbereiche der Betroffenen beschäftigt, ist die Hörgeschädigtenpädagogik (vgl. Biewer 2009, 49-50). Auch wenn in dieser Bezeichnung das Wort Schädigung vorkommt, so geht die Hörgeschädigtenpädagogik differenziert mit einem „*audiologisch-fassbaren, defizit-orientierten Befund*“ (Hülshoff 2010, 153) um und versucht sowohl den bisherigen Werdegang als auch den aktuellen Stand zu erfassen, um individuelle Potentiale zu identifizieren und Bildung und Weiterbildung trotz der diagnostizierten Einschränkung der auditiven Wahrnehmung bestmöglich zu fördern (vgl. Hülshoff 2010, 153).

Beim Vorherrschen von postlingualer Gehörlosigkeit war der Spracherwerb bereits abgeschlossen, sodass im Fall von graduell eingetretener oder plötzlicher Gehörlosigkeit durch den Einsatz von Hörhilfen eine Kompensation des Hörverlustes erreicht werden soll, und die Zielsetzungen den Erhalt der lautsprachlichen Kommunikationsfähigkeit, sowie die Reintegration in das hörende Umfeld ausmachen (vgl. Leonhardt 2003, 312-313). Bei prälingualer Gehörlosigkeit hingegen stellt sich die Förderungssituation ungleich schwieriger dar, da bereits die frühzeitige Diagnose nicht in jedem Fall gesichert ist, wodurch negative Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes nicht auszuschließen sind (vgl. Leonhardt 2003, 312). Kurt Stocker, vom Institut für Erziehungswissenschaft der Universität Zürich, identifizierte drei Idealziele, welche durch pädagogische Förderung

möglichst weitreichend verwirklicht werden sollten (vgl. Stocker 2002, 56-61). Zum Einen sollen lautsprachliche Gespräche möglichst ohne Einschränkungen für die betroffenen Menschen aktiv als Sprachproduzenten und Sprachproduzentinnen, als auch Sprachrezipienten und Sprachrezipientinnen zugänglich sein (vgl. Stocker 2002, 56-61). Zum Anderen soll sich dies auch auf Gruppengespräche beziehen (vgl. Stocker 2002, 56-61). Und desweiteren sollen Unterschiede zwischen hörenden und prälingual gehörlosen Menschen hinsichtlich der Aussprache möglichst reduziert werden und bestenfalls völlig verschwinden, und damit kein Unterschied in der lautsprachlichen Kompetenz mehr feststellbar sein (vgl. Stocker 2002, 56-61). Mehrheitlich kann somit vom Erziehungsziel „Hören“ gesprochen werden, mit den Zielsetzungen einer *„Hörbehinderung entgegenwirken zu können“* (Leonhardt 2003, 312) und einen *„natürlichen Lautspracherwerb“* (Horsch 2003, 324) zu ermöglichen (vgl. Horsch 2003, 324-338).

9.2.3 Pädagogische Prävention:

Um diese Zielsetzungen verwirklichen zu können, ist nicht nur eine frühe Diagnose bei prälingualer Gehörlosigkeit seitens der Medizin von Nöten, sondern auch das frühe Einsetzen von pädagogischen Fördermassnahmen (vgl. Horsch 2003, 324-325). In der pädagogischen Prävention lassen sich die drei Arten primäre, sekundäre und tertiäre Prävention unterscheiden (vgl. Bundschuh, Heimlich, Krawitz 2007, 209-212).

Die tertiäre Prävention setzt erst ein, wenn aufgrund unterschiedlicher Ursachen keine primäre oder sekundäre Prävention angedacht werden konnte, oder diese Präventionsmassnahmen nicht die gewünschte Wirksamkeit in der Verhinderung der Entfaltung der Beeinträchtigung gezeigt haben (vgl. Bundschuh, Heimlich, Krawitz 2007, 209-212). Primäres Ziel der tertiären Prävention ist die Einflussnahme der manifesten Beeinträchtigung auf weitere Lebensbereiche zu unterbinden und zu verhindern (vgl. Bundschuh, Heimlich, Krawitz 2007, 209-212). Zwar wird die Altersgruppe, Kinder und Jugendliche, meist als Hauptadressat von pädagogischen bzw. heilpädagogischen Handeln angesehen, doch primäre Präventionsmassnahmen konzentrieren sich nicht auf einzelne Altersgruppen oder Risikogruppen, sondern versuchen ganzheitlich wirksam zu werden, wie z.B. Schutzimpfungen (vgl. Bundschuh, Heimlich, Krawitz 2007, 209-212). Die sekundäre Prävention ist speziell auf den Bereich der Frühförderung und Unterstützung im schulischen Bereich zentriert (vgl. Bundschuh, Heimlich, Krawitz 2007, 209-212). Sie hat das Ziel mittels individueller Förderung bei der weiteren Entwicklung zu helfen und das Ausmass

der bereits existierenden Schädigung einzudämmen (vgl. Bundschuh, Heimlich, Krawitz 2007, 209-212).

9.2.4 Pädagogische Audiologie:

Zentral für die pädagogische Frühförderung bei prälingualer und perilingualer Gehörlosigkeit ist im Kontext der auditiven Wahrnehmung die Pädagogische Audiologie (vgl. Horsch 2003, 331).

„Zu den Aufgaben der Pädagogischen Audiologie gehört die prozessuale Erhebung audiologischer Daten, die Weiterleitung dieser Daten in die Praxis, die Qualitätssicherung der hörtechnischen Versorgung, die Beratung der Eltern und weiterer Bezugspersonen, die Sensibilisierung für und die Durchführung von Früherfassung und Frühbetreuung hörgeschädigter Kinder, die Evaluierung und Weiterentwicklung audiologischer Verfahren und der Auf- bzw. Ausbau von Strukturen für die interdisziplinäre Kooperation“ (Horsch 2003, 331).

Wie aus dem obigen Zitat ersichtlich wird, verschreibt sich die Pädagogische Audiologie dem Ziel der frühen Intervention mit Hörhilfen jeder Art, die anhand spezifischer Diagnosen, aus dem eigenen Forschungsbereich als auch interdisziplinär, erstellt, und damit für die spezielle Situation des betroffenen Menschen indiziert sind, um ausreichend Hörfähigkeit zu erreichen, damit ein natürlicher Lautspracherwerb gewährleistet werden kann (vgl. Horsch 2003, 331). Diese Zielsetzung findet ihre Entsprechung im hörgerichteten Frühförderungskonzept, welches nachfolgend dargestellt werden soll (vgl. Horsch 2003, 331-337).

9.2.5 Hörgerichtete Frühförderung und Cochlear Implantation:

Als einer der wohl bekanntesten Vertreter und Befürworter der hörgerichteten Frühförderung im deutschsprachigen Raum, gilt der deutsche Pädagoge Gottfried Diller (vgl. Horsch 2003, 336-337). Gottfried Diller ist als Professor für Didaktik der Gehörlosen- und Schwerhörigenpädagogik an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg tätig und gründete im Jahr 1994 das Cochlear-Implant-Centrum Rhein-Main in Friedberg (vgl. Diller 2012, 23.02.2012). Unter Hörgerichtetheit versteht Gottfried Diller eine zunächst absolute Zentrierung der pädagogischen Förderung auf die auditive Wahrnehmung, die durch eine möglichst frühzeitige Versorgung des betroffenen Kindes mit Hörhilfen unterstützt werden soll (vgl. Diller 1998, 9-26). Unter Hörhilfen sind, wie bereits erwähnt, schallverstärkende Hörgeräte, implantierbare Hörsysteme und als neueste Technologie, die Cochlear Implantation, zu verstehen (vgl. Hoth 2011, 256). Gerade bei den Cochlear Implantaten ortete Diller bereits im Jahr 1997 enormes Potential hinsichtlich des Einsatzes von Cochlear

Implantaten im Bereich der prälingualen Gehörlosigkeit zum Zweck der Ermöglichung von verbesserten Hörerfahrungen (vgl. Diller 1997). In Publikationen der letzten Jahre scheint die Cochlear Implantation als technisch- medizinische Realisierung des Erziehungsziels des Hörens in der hörgerichteten oder auditiv orientierten Förderung in beliebigen Altersgruppen immer größeren Bekanntheitsgrad und vermehrte Anwendung zu finden (vgl. z.B. Diller 2009; Leonhardt 2009a; Coninx 2011).

Da die Mehrheit aller hörgeschädigten bzw. gehörlosen Kinder hörende Eltern haben und damit vor allem das primäre Umfeld der ersten Lebensjahre hörend ist, wird dies von Vertretern und Vertreterinnen der lautsprachlichen, auditiven Förderung, oder auch hörgerichteten Frühförderung, oftmals als Begründung genommen, dass hörgeschädigte bzw. gehörlose Kinder überwiegend oder gänzlich auditiv in ihrem Spracherwerb gefördert werden sollen (vgl. Leonhardt, Zaiß 2002, 12). Kritik an der hörgerichteten Förderung und damit auch an der Praxis der Cochlear Implantation kommt jedoch vermehrt von Befürwortern und Befürworterinnen eines bilingualen Förderungskonzeptes, und von Vertretern und Vertreterinnen der globalen Gehörlosengemeinschaft, da jene in Cochlear Implantationsbestrebungen mitunter eine neuerliche Diskriminierung ihrer Kultur und Sprache, oder eine Widerkehr des Oralismus, sehen (vgl. z.B. Weinberg 2005, Lane 2005). Internationale Vertreter und Vertreterinnen der Gehörlosengemeinschaft bilden allerdings nicht die einzige Quelle an Kritik, denn auch bei Pädagogen und Pädagoginnen und/oder Vertretern und Vertreterinnen der Sprachforschung ist die monolinguale lautsprachliche Förderung bei prälingualer Gehörlosigkeit bei Kindern nicht unumstritten (vgl. z.B. Wilbur 2008, 117-134).

9.2.6 Bilinguale Förderung und Gebärdensprache:

Ronnie B. Wilbur, Direktorin des Linguistikprogramms an der amerikanischen Purdue Universität in Indiana, ist kein Gegner der Cochlear Implantation oder des Lautspracherwerbs, sondern vertritt die Ansicht, dass eine bilinguale Förderung wesentlich erfolgsversprechender ist und von besseren Lernleistungen begleitet werde, als eine monolinguale, lautsprachliche Förderung (vgl. Wilbur 2008, 117-134). Sie geht davon aus, dass bilinguale Förderung jenes sprachliche Umfeld herzustellen im Stande ist, welches der Situation des prälingual gehörlosen Kindes gerecht wird, statt sich nach den Wünschen der mehrheitlich hörenden Eltern und Pädagogen und Pädagoginnen zu orientieren (vgl. Wilbur 2008, 118). Einen weiteren Vorteil der bilingualen Förderung sieht sie darin, dass der

altersgemässe und natürliche Spracherwerb der Gebärdensprache, entweder bereits vom Erlernen der Zweitsprache, meist eine Lautsprache bei prälingual gehörlosen Kindern, begleitet wird, oder der Lautspracherwerb zumindest im Anschluss an den Erstspracherwerb auf den, hierbei bereits geschaffenen, Sprachgrundlagen aufbauen kann und damit problemloser erfolgt (vgl. Wilbur 2008, 117-134). Ein bilingual gefördertes Kind erwirbt somit nicht nur begrenzte Kompetenzen in einer einzigen Lautsprache, sondern erlernt zwei vollwertige Sprachen, welche nahezu uneingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten mit gebärdenden als auch lautsprachlich kommunizierenden Menschen in Aussicht stellen (vgl. Wilbur 2008, 117-134).

Lautsprachbegleitendes Gebärden wird im bilingualen Förderungskonzept nicht als Option angesehen, da es sich hierbei um keine natürliche Sprache handelt (vgl. Wilbur 2008, 121-122). Natürliche Sprachen werden ohne Intervention von außen von Eltern an ihre Kinder vermittelt, d.h. bei einem prälingual gehörlosen Kind und gehörlosen Eltern in Österreich wäre ÖGS als natürliche Sprache für den Spracherwerb anzusehen (vgl. Wilbur 2008, 121). In diesem Kontext ist es wichtig zu unterscheiden, dass die Muttersprache von hörenden Eltern und prälingual gehörlosen Kindern nicht übereinstimmen muss, und nach Erwerb der Gebärdensprache als Erst- und Muttersprache dennoch auch eine zweite Muttersprache z.B. die Lautsprache der Eltern, angenommen werden kann (vgl. Skutnabb-Kangas 1994, 139-144). Im bilingualen Förderungskonzept wird den Eltern zwar nahegelegt die Gebärdensprache ihres Kindes zu Förderungs- und Kommunikationszwecken zu erlernen, aber für den Erfolg des Gesamtkonzeptes wird ihnen keine Gebärdensprachkompetenz abverlangt, die auf dem Level von muttersprachlicher Sprachkompetenz wäre, da das Kind in Kontakt mit anderen kompetent gebärdenden Personen, z.B. Angehörigen der Gehörlosengemeinschaft, gebracht werden soll (vgl. Wilbur 2008, 123).

9.3 Das Phänomen Gehörlosigkeit im Spektrum der Gehörlosengemeinschaft:

Von Seiten der internationalen Gehörlosengemeinschaft gibt es nicht die EINE Gehörlosigkeit, die es zu definieren gilt (vgl. Ladd 2011). In der Gehörlosengemeinschaft wird sensibel mit dem Begriff „Gehörlosigkeit“ umgegangen, da er im übertragenden Sinn sowohl Segen als auch Fluch ist, je nachdem aus welcher Perspektive er betrachtet wird (vgl. Ladd 2011). Positiv konnotiert als Segen, wenn der Begriff „Gehörlosigkeit“ aus der sprachlichen und kulturellen Perspektive der Gehörlosengemeinschaft heraus in den Fokus genommen wird (vgl. Obasi 2008, 455-463). Negativ hingegen wird der Begriff

„Gehörlosigkeit“ für Angehörige der Gehörlosengemeinschaft, wenn er dem medizinischen Modell von Beeinträchtigung entsprechend erörtert und betrachtet wird (vgl. Obasi 2008, 455-463).

Die interne Auffassung von Gehörlosigkeit in der internationalen Gehörlosengemeinschaft entspricht einem kulturellen und linguistischen Minderheitsmodell (vgl. Obasi 2008, 455-463). Diesem Modell entsprechend wird nicht nur zwischen Angehörigen der Gehörlosengemeinschaft und der Majorität der hörenden Bevölkerung unterschieden, sondern auch nach Kriterien des Zugehörigkeitsempfindens, der Selbstidentifikation und der gelebten Kultur samt präferierten Sprache differenziert, ob ein Mensch der Gehörlosengemeinschaft angehört oder nicht (vgl. Obasi 2008, 455-463). Angehörige der Gehörlosengemeinschaft sind nicht all jene Menschen, die aus medizinischer Sicht über mehr oder minder dieselbe Funktionsbeeinträchtigung des Gehörs zu identifizieren wären, sondern nur jene gehörlosen, schwerhörigen und hörenden Menschen, die sich der Gehörlosengemeinschaft zugehörig fühlen, sich als Angehörige einer sprachlichen und kulturellen Minderheit sehen, und die stolz darauf sind „*DEAF*“ (Ladd 2008, xiii) zu sein, statt nach primärem Anschluss in der „*HEARING WORLD*“ (Ladd 2008, xiv) zu trachten (vgl. Obasi 2008, 455-463) .

9.3.1 Beeinträchtigung – ein soziales Konstrukt:

„Disability, like ethnicity, is a social construct, not a fact of life, although it is a property of such constructs that they appear misleadingly to be a fact of life“ (Lane 2005, 295).

Harlan L. Lane, ein amerikanischer Professor an der Northeastern University von Boston, der selbst hörend ist, sich aber als Teil der amerikanischen Gehörlosengemeinschaft ansieht, will mit diesem Satz darauf hinweisen, dass das Wort „Beeinträchtigung“ von Menschen kreiert und ihm spezielle Bedeutungen zugewiesen wurden/werden (vgl. Lane 2005, 295-296). Diese Bedeutungen können einen Wandel erfahren, wenn sich beispielsweise die sozialen Bedingungen ändern, und variieren auch hinsichtlich der Lokalität, da verschiedene Gesellschaften und Gemeinschaften auch unterschiedliche Grundsätze und Perspektiven vertreten (vgl. Biewer 2009, 171- 173). *„Behinderung ist in diesem Sinne und je nach Perspektive und Kontext das Ergebnis eines Wahrnehmungs- und Deutungsprozesses angesichts von erwartungswidrigen Merkmalen und Eigenschaften eines Individuums“ (Dederich 2009, 37).*

Ein Beispiel dafür, dass Gehörlosigkeit nicht als Beeinträchtigung, sondern als Merkmal des jeweiligen Individuums, wie z.B. Augenfarbe oder Linkshändigkeit, wahrgenommen werden kann, ist die Inselgemeinschaft von Martha's Vineyard in der Nähe von Massachusetts gewesen (vgl. Gregory, Hartley 2002, 5-6). Vom 17. Jahrhundert bis zu den Anfängen des 20. Jahrhunderts existierte auf Martha's Vineyard eine Gemeinschaft, deren Mitglieder hörend als auch gehörlos waren, aber unabhängig davon, ob ihr Gehör durch die hohe Rate von vererbter Gehörlosigkeit beeinträchtigt war oder nicht, die lokale Gebärdensprache erlernten und praktizierten (vgl. Groce 1990). Für die hörenden und gehörlosen Mitglieder der Inselgemeinschaft von Martha's Vineyard war Gehörlosigkeit eine Alltäglichkeit und es entsprach somit dem normalen Alltag gebärdende Personen zu sehen und auf dieselbe Art in Kontakt zu treten (vgl. Groce 1990). Innerhalb dieser speziellen Gemeinschaft entsprach es der Norm zu gebärden, weswegen gehörlose Personen weder gesellschaftliche Isolation noch eine Stigmatisierung erfahren mussten (vgl. Groce 1990). Wenn jedoch das medizinische Modell bei der Betrachtung des Phänomens Gehörlosigkeit in den Vordergrund gestellt wird, dann wird Gehörlosigkeit wahrgenommen, als erstens eine körperliche Beeinträchtigung und zweitens das Gebärden als hervorstechendes Merkmal, welches nicht der Normalität von Körper und lautsprachlicher Kommunikation entspricht (vgl. Dederich 2009, 30-37).

Paddy Ladd, ein Senior Lecturer am Centre for Deaf Studies der Universität Bristol, der selbst gehörlos, ein Angehöriger der Gehörlosengemeinschaft ist, dessen Abhandlungen über die Gehörlosenkultur globalen Bekanntheitsgrad genießen, sieht in der bisherigen und gegenwärtigen Dominanz des medizinischen Modells von Gehörlosigkeit, welches seiner Meinung nach gleich der Wissenschaft großen Anteil daran hat, dass Gehörlosigkeit von der Allgemeinwelt als Beeinträchtigung wahrgenommen wird, sogar eine gesamtgesellschaftliche Gehirnwäsche (vgl. Ladd 2011, 14-15). Auch Harlan L. Lane hinterfragt in dem Artikel „Do Deaf People Have a Disability?“ aus dem Jahr 2002, wie das medizinische Modell von Beeinträchtigung, bzw. Gehörlosigkeit als Beeinträchtigung, seinen Ursprung und eine gesellschaftliche Adaptierung fand (vgl. Lane 2002). Harlan L. Lane weist darauf hin, dass die Wurzeln der medizinischen Differenzierung von Menschen, anhand ausgewählter körperlicher, kognitiver und psychischer Aspekte, im kapitalistischen Streben der modernen Gesellschaft liegen (vgl. Lane 2002, 357-358).

Etwa im Zeitraum des 18. Jahrhunderts zentrierten sich politische Überlegungen darauf, inwiefern all jene Bürger und Bürgerinnen, die keiner Arbeit nachgingen, dies aus Unwillen zur Arbeit oder aufgrund einer körperlichen, kognitiven oder geistigen Kondition, welche es ihnen unmöglich macht, unterließen (vgl. Lane 2002, 357). „*To make productive citizens out of idle burdens on the state, it was necessary to distinguish those who could not work (the sick and disabled) from those who would not work (beggars, vagabonds, and thieves)*” (Lane 2002, 357). Diese Bestrebungen wurden von der Einführung von Messverfahren, die auf die Erhebung von Arbeitseignung und Arbeitsunfähigkeit zugeschnitten werden mussten, und von vermehrter staatlicher Einflussnahme auf den Körper unter dem Tenor der Gesundheits- und Hygienevorsorge, welche die Arbeitsfähigkeit sicherstellen und erhalten sollte, begleitet (vgl. Lane 2002, 357-358). Bei all jenen Bürgern und Bürgerinnen, welche zu der Gruppe jener gehörten, denen bisher zugesprochen wurde, dass sie nicht arbeiten konnten, wurde versucht ihnen durch spezielle Beschulung ein Handwerk zu lehren oder sie in einem Umfeld arbeiten zu lassen, in dem ihre „Beeinträchtigung“ keine Arbeitseinschränkung bedeutete bzw. kleinste Arbeitsvorgänge für sie zu bewerkstelligen wären (vgl. Lane 2002, 357-358). Mit anderen Worten wurde der Versuch unternommen all jene Bürger und Bürgerinnen, die von der damals propagierten Norm abwichen, durch staatliche Eingriffe in Bildung und Körper dieser Norm anzupassen (vgl. Lane 2002, 356-363). Gesellschaftlich akzeptierte Normen, ebenso wie soziale Konzepte u. Konstrukte, unterliegen stetem Wandel und orientieren sich an den vorherrschenden diskursiven Machtstrukturen (vgl. Dederich 2009, 30-37).

Bisher hatte die Medizin eine dominierende Rolle im Diskurs über körperliche Funktion und Funktionsstörungen, und damit auch darüber, dass den sozialen Konstrukten der „Beeinträchtigung“ und im Speziellen der „Gehörlosigkeit“ Bedeutungen zugeschrieben wurden, welche dem medizinischen Modell entsprechen (vgl. Dederich 2009, 35-36). Dass das medizinische Modell jedoch nicht das Einzige war und ist, soll in den nächsten Punkten aus der Perspektive der Gehörlosengemeinschaft dargestellt werden.

9.3.2 Das Deafhood Modell von Gehörlosigkeit:

Das Deafhood Modell, welches im Jahr 1990 durch Paddy Ladd begründet wurde, versteht sich als völliges Gegenkonzept zur medizinischen Auffassung von Gehörlosigkeit (vgl. Ladd 2012, 28.02.2012). Mit dem Begriff „Deafhood“ soll der Begriff „deafness“ abgelöst werden, der innerhalb der Gehörlosengemeinschaft abgelehnt wird, da dieser Begriff medizinischen

Ursprungs ist und damit seit langem auch die Bedeutung Beeinträchtigung, Funktionsbeeinträchtigung und Schädigung assoziiert wird (vgl. Ladd 2012, 28.02.2012). „*Deafhood is defined as a state of mind where Deaf people achieve their fullest and strongest Deaf selves and is a positive approach to re-affirming Deaf people's potential and place in society, history and the world*“ (Nomeland, Nomeland 2012, 67). Es geht den Vertretern und Vertreterinnen des Deafhood Modells vor allem darum, die Perspektiven, Gebräuche und Ansichten der Gehörlosengemeinschaft als kulturelle und linguistische Minderheit als Gegendarstellung zum medizinischen Standpunkt publik zu machen und Einfluss auf die damit verbundenen gesellschaftlichen, politischen und wissenschaftlichen Diskurse zu nehmen (vgl. Ladd 2012, 28.02.2012).

9.3.3 Das kulturelle Modell von Gehörlosigkeit:

Die Weigerung Gehörlosigkeit als Beeinträchtigung oder Schädigung anzuerkennen, findet sich nicht nur im Deafhood Modell, sondern auch im kulturellen Modell wieder (vgl. z.B. Lane, Grodin 1997, 234). „*Being DEAF is highly valued in DEAF culture. DEAF people who espouse those cultural values are glad they are DEAF, and they reject the suggestion that they have an impairment or a disability*“ (Lane, Grodin 1997, 234). Obwohl dieses Zitat aus dem Jahr 1997 stammt und somit über zehn Jahre seit dieser Publikation vergangen sind, bringt es die aktuellen Ansichten der Gehörlosengemeinschaft kurz und prägnant auf den Punkt, und zeigt auf, dass sich damals wie heute Vertreter und Vertreterinnen der Gehörlosengemeinschaft gegen die allgegenwärtige defizitäre Definition von Gehörlosigkeit als Funktionsstörung und Beeinträchtigung aussprechen müssen (vgl. Ladd 2011).

Bereits 1988 versuchten Carol Padden und Tom Humphries in ihrem Werk „*Deaf in America: voices from a culture*“ (Padden, Humphries 1999) zu verdeutlichen, dass Angehörige der Gehörlosengemeinschaft über eine eigene Kultur verfügen, und Gebärdensprachen kein Mittel zur Kompensation der Unfähigkeit über Lautsprache zu kommunizieren sind, sondern Dreh – und Angelpunkt jener Kultur, die sich seit jeher oralistischen Normalisierungsbestrebungen im schulischen Bereich erfolgreich widersetzt (vgl. Padden, Humphries 1999). Gerade dieser Widerstand gegen eine rein oralistische Erziehung und das Bestehen auf die eigene Sprache und Kultur, soll laut Susan Burch, Professorin am Middlebury College im amerikanischen Vermont, ein wichtiger Faktor für die Stärkung der kulturellen Identität der amerikanischen Gehörlosengemeinschaft gewesen sein (vgl.

Burch 2002). Christopher Krentz, Professor an der Universität von Virginia und Direktor des American Sign Language Program, teilt diese Auffassung, und geht davon aus, dass gerade der Oralismus, soziale Vorurteile und Konformitätsbestrebungen entgegen der staatlichen Zielsetzung die Gehörlosenkultur auszulöschen, das Gegenteil erreicht und zu einem Erstarren der Gehörlosenkultur beigetragen haben (vgl. Krentz 2004, 198-201).

Im Jahr 1965 publizierten William C. Stokoe, Carl G. Croneberg und Dorothy C. Casterline das Dictionary of American Sign Language on linguistic principles, in welchem nicht nur erstmals ASL als vollständige Sprache aus linguistischem Blickwinkel beschrieben wurde, sondern auch soziale und kulturelle Merkmale von deren Nutzer und Nutzerinnen zusammengetragen und erläutert wurden (vgl. Padden 2002, 40). Mit dieser Beschreibung wichen die Autoren und die Autorin vom medizinischen Modell von Gehörlosigkeit ab und definierten die ASL Nutzer und Nutzerinnen als kulturelle Gruppe (vgl. Padden 2002, 40). Gerade diesen Schritt des Umdenkens hält Harlan L. Lane für zentral für die öffentliche Anerkennung des kulturellen Modells von Gehörlosigkeit (vgl. Lane 1994, 31-49). Seinem Standpunkt nach ist die Gehörlosengemeinschaft mit jeder anderen kulturellen und sprachlichen Minderheit zu vergleichen, da sich ihre Angehörigen intern über ihre Sprache und Kultur definieren (vgl. Lane 1994, 40). Mehr noch fordert er von Staat und Gesellschaft Akzeptanz für das Faktum, dass *„die Gehörlosigkeit, von der ich spreche, keine Behinderung ist, sondern eine Art zu leben“* (Lane 1994, 41) und der kulturellen Gruppe der Gehörlosen somit die gleichen Rechte zugestanden werden sollten, welche andere kulturelle und sprachliche Minderheiten zugesprochen bekommen haben (vgl. Lane 1994, 31-49). Die Gehörlosengemeinschaft verkörpert für ihre Angehörigen eine Art *„Familie“* (Lane 1994, 37), die durch starken Zusammenhalt und große Kontaktfreudigkeit ausgezeichnet sei (vgl. Lane 1994, 31-49). Nicht nur wird jedes gehörlos geborene Kind freudig in die Gemeinschaft aufgenommen, sondern es wird auch alles dafür unternommen, dass jene gehörlosen Kinder, die in ihrer näheren Umgebung keinen bis kaum Kontakt zu anderen gehörlosen Menschen hätten, diesen erhalten, selbst wenn sich dies, beispielsweise aufgrund der langen Anreise, schwierig gestaltet (vgl. Lane 1994, 37). Auch in Punkto Heirat offenbart sich der kulturelle Zusammenhalt deutlich, da mehrheitlich die Ehe mit einem gehörlosen Partner oder Partnerin eingegangen wird (vgl. Lane 1994, 37). Hörende Menschen können zwar Angehörige der Gehörlosengemeinschaft sein, vor allem wenn sie als die Kinder von gehörlosen Eltern in deren Kultur hineingeboren werden, aber ihnen wird abgesprochen, dass sie jemals die Identität einer

gehörlosen Person ausbilden können, da sie weder die Erfahrung machen gehörlos zu sein, noch spezielle Gehörlosenschulen besuchen werden, welche unverzichtbar für die kulturelle Zugehörigkeit sind (vgl. Lane 1994, 36-37). In den Schulen, Internaten und Clubs für Gehörlose lag nicht nur der Ursprung der Verbreitung und des Wachstums der Gehörlosenkultur, sondern auch deren Gegenwart und Zukunft (vgl. Lane 1994, 31-49). An diesen Orten wird nicht nur Gehörlosenkultur tradiert, die Muttersprache gepflegt, sondern es werden Freundschaften und Zugehörigkeit etabliert, welche über Jahre und Distanz hinweg zentrale Bedeutung für die Identität der gehörlosen Personen haben werden (vgl. Lane 1994, 31-49).

9.3.4 Das linguistische Modell von Gehörlosigkeit:

Das linguistische Modell von Gehörlosigkeit basiert auf der Selbstdefinition der Gehörlosengemeinschaft als Sprachgemeinschaft und Sprachminderheit (vgl. Krausneker 2006). Aus diesem Blickwinkel heraus, definiert die Österreicherin Verena Krausneker die Nutzer und Nutzerinnen der ÖGS nicht länger als gehörlos, sondern präferiert stattdessen die Begriffe „*gebärdensprachig*“ (Krausneker 2006, 21) und „*Gebärdensprachler und Gebärdensprachlerin*“ (Krausneker 2006, 21), um auf den sprachlichen Hintergrund zu verweisen, so wie dies auch bereits der Finne Markku Jokinen, der von 2003 bis 2011 Präsident der WFD war, im englischsprachigen Raum mit den Begriff „*Sign Language Person*“ (Jokinen 2001) vorgenommen hat (vgl. Krausneker 2006, 21). Das medizinische Modell von Gehörlosigkeit wird abgelehnt, jedoch wird eingeräumt, dass eine Art von „Beeinträchtigung“ vorliegt, da „*they encounter barriers put up by society, suffer from lack of access and are therefore also 'disabled'*“ (EUD 1997 ; zitiert nach Krausneker 2008, 17). Diese Art von „Beeinträchtigung“ in ihren sprachlichen Rechten und Menschenrechten bezieht sich nicht ausschließlich auf die Gehörlosengemeinschaft, sondern betrifft auch andere Sprachminderheiten, die in der Ausübung und Pflege ihrer Sprache gehindert werden, und ebenfalls um ihr Bestehen ringen müssen (vgl. Skutnapp –Kangas 2000). „*And frequently, native speakers of minority languages (including sign languages) must deal with the stigma sometimes associated with those languages*“ (Senghas, Monaghan 2002, 82). Angehörige anderer sprachlicher Minderheiten sind zwar ebenso auf Dolmetscher und Dolmetscherinnen angewiesen, wenn sie der vorherrschenden Sprache nicht mächtig sind, jedoch werden weder Angehörige von anderen Sprachminderheiten noch Angehörige einer Sprachmajorität als „behindert“ oder „disabled“ im Sinne des Sozialkonstrukts von Beeinträchtigung klassifiziert, wenn jene aufgrund der Sprachbarriere einen Dolmetscher

oder eine Dolmetscherin benötigen, um nicht in ihren Rechten, ihrer Interaktion und Kommunikation beschränkt zu werden (vgl. Obasi 2008, 458).

Als Zielsetzungen des linguistischen Modells von Gehörlosigkeit können somit die Anerkennung der Gebärdensprachen als eigenständige Sprachen und Minderheitensprachen, der Abbau von Barrieren für Gebärdensprachnutzer und Gebärdensprachnutzerinnen im Bildungsbereich, beim Behördengang und im Alltag mit hörenden Menschen, als auch die öffentliche Abkehr vom medizinischen Modell von Gehörlosigkeit und der rechtliche, verfassungsmässige Zuspruch von Minderheitenrechten subsumiert werden (vgl. Krausneker 2008).

9.3.5 Das ethnische Modell von Gehörlosigkeit:

Das ethnische Modell von Gehörlosigkeit geht noch einen Schritt weiter als das kulturelle und linguistische Modell, da es der Gehörlosengemeinschaft den Status einer Ethnie zuschreibt (vgl. Lane 2005). Der Begriff „Ethnie“ steht synonym für Volk und Volksgruppe, während der Begriff „ethnisch“ die Kultur und Gemeinschaft einer Ethnie beschreibt (vgl. Duden 2010, 413). Laut der Professorin Ana Deumert, der Leiterin der Linguistik Abteilung an der Universität von Cape Town, ist eine kulturelle Gruppe noch keine Ethnie, wenn sie über eine, sie von der Mehrheit abgrenzende, eigene Sprache verfügt, und diese den Mitglieder der Gemeinschaft als identitätsstiftendes Mittel dient und/oder zur Tradierung der kulturellen Gebräuche, Sitten und Tabus verwendet wird (vgl. Deumert 2004, 356). Sprache ist ein grundlegender Faktor für die Definition einer kulturellen Gruppe als Ethnie, doch abgesehen davon muss auch eine „*(real or imagined) shared history which reaches back over several generations*“ (Deumert 2004, 356) vorliegen (vgl. Deumert 2004, 356). Die Gehörlosengemeinschaft verfügt über beide Charakteristiken und stimmt auch mit weiteren soziologischen Merkmalen für ethnische Gruppen überein, die in der nachfolgenden Graphik ersichtlich sind (vgl. Lane 2005, 292-295).

Table 1 Properties of ethnic groups: Distinct

Collective name	Customs
Feeling of community	Social structure
Norms for behavior	Language
Values	Art forms
Knowledge	History
Kinship	

Abbildung 2: Tabelle zu Eigenschaften ethnischer Gruppen (Lane 2005, 292)

Wenn Harlan L. Lane davon spricht, dass die Gehörlosengemeinschaft als ethnische Gruppe klassifiziert werden sollte, unterscheidet er klar zwischen gehörlosen und schwerhörigen Angehörigen der „*Hearing world*“ (Lane 2005, 294) und gehörlosen und schwerhörigen Angehörigen der „*Deaf-World*“ (Lane 2005, 291), da nur Letztere Angehörige der kulturellen und sprachlichen Minderheit der „*Gebärdensprachler und Gebärdensprachlerin[nen]*“ (**Plural hinzugefügt; Anmerk. A.K.**)“ (Krausneker 2006, 21) sind (vgl. Lane 2005, 291-292).

Die Ziele, welche mit der Klassifizierung von Angehörigen der „*Deaf-World*“ (Lane 2005, 291) als ethnische Gruppe, erreicht werden könnten, wären erstens der Wegfall des sozialen Labels der Beeinträchtigung und zweitens der Zuspruch von internationalen und nationalen Rechten für ethnische Gruppen (vgl. Lane 2005, 295). Gerade die offizielle Anerkennung, dass es sich bei Gehörlosigkeit um keine Beeinträchtigung handelt und Angehörige der „*Deaf-World*“ (Lane 2005, 291) nicht beeinträchtigt sind, erachtet Harlan L. Lane als das wichtigste Ziel, da er vergangene, gegenwärtige und zukünftige Gefahren durch die soziale Konstruktion von Gehörlosigkeit als Beeinträchtigung ortet (vgl. Lane 2005, 291-307). Solange die Gehörlosengemeinschaft nicht als ethnische Gruppe anerkannt wird und Gehörlosigkeit entsprechend dem medizinischen Modell als Schädigung und Beeinträchtigung wahrgenommen wird, existiert kein Schutz der gehörlosen Minderheit vor der „*Hearing world*“ (Lane 2005, 294) und ihren „*technologies of normalization*“ (Foucault 1980; zitiert nach Lane 2005, 296), welche eine Dezimierung der Gehörlosengemeinschaft zur Folge hatten und haben (vgl. Lane 2005, 291-307). Eine Reduktion der Geburtenrate von gehörlos geborenen Kindern durch genetische Tests und präventive Eingriffe mag im Sinne der Medizin sein, welche eine Schädigung oder eine Beeinträchtigung verhindern will, doch für Angehörige der „*Deaf-World*“ (Lane 2005, 291), welche dem ethnischen Modell von Gehörlosigkeit verschrieben sind, stellt es neuzeitliche Eugenik und Ethnozid dar (vgl. Lane 2005, 291-307). Genauso stellt sich Harlan L. Lane in seinem Artikel „*Ethnicity, Ethics, and the Deaf-World*“ (Lane 2005) gegen ausschließlich oralistische Erziehung, welche gehörlosen Kindern den Zugang zu ihrer Kultur, Sprache und ethnischen Gruppe verwehrt, da ein „*child who has not acquired spoken language and culture because of limited hearing is a culturally Deaf child, even if that child has not yet had the opportunity to learn DEAF-WORLD language and culture*“ (Lane, Hoffmeister, Bahan 1996; zitiert nach Senghas, Monaghan 2002, 72) und es beim Scheitern dieses oralistischen Reintegrationsversuchs auch dazu kommen kann, dass besagte Kinder lange Zeit keinen entwicklungsangepassten Spracherwerb erleben und

dadurch als Folgeerscheinung auch im Bildungsbereich benachteiligt sind (vgl. Lane 2005, 291-307) . Auch gegen Cochlear Implantationen, die nicht nur von medizinischen Risiken begleitet sind, sondern die Zielsetzung verfolgen gehörlose Kinder durch technologische und chirurgische Eingriffe zu einem Teil der „*Hearing world*“ (Lane 2005, 294) zu machen, spricht er sich im oben genannten Artikel vehement aus (vgl. Lane 2005, 291-307).

9.3.6 Die Gehörlosengemeinschaft und die Cochlear Implantation:

Von Seiten der internationalen Gehörlosengemeinschaft stellt sich nicht ausschließlich die Frage, ob Cochlear Implantationen bei gehörlosen Personen jeden Alters oder bestimmter Altersgruppen toleriert, befürwortet oder gänzlich abgelehnt werden sollen (vgl. z.B. Humphries, Humphries 2010; Gale 2010; Pray, Jordan 2010).

Als die Möglichkeit der Cochlear Implantation um 1980 publik gemacht wurde, sorgte dies für großen Aufruhr in der Gehörlosengemeinschaft und brachte eine Debatte, hinsichtlich der Gefährdung der „*Deaf Identity*“ (McIlroy, Storbeck 2011, 494) und „*Deaf culture*“ (Breivik 2005, 18) und den Fortbestand der „*Deaf-World*“ (Lane 2005, 291) mit sich, welche bis heute nicht konklusiv abgeschlossen wurde (vgl. Gale 2010, 121-136). Diese Debatte herrscht jedoch nicht in jeder lokalen, regionalen oder nationalen Gehörlosengemeinschaft im gleichen Ausmaß oder überhaupt vor (vgl. Humphries, Humphries 2010). „*Vast numbers of Deaf people in Latin America, Africa, the Middle East, and Asia are not as concerned about their existence due to these implants*“ (Humphries, Humphries 2010, 160). In den USA hingegen gibt es diese Bedenken, vor allem wenn die Cochlear Implantation bei Kindern Thema ist (vgl. Pray, Jordan 2010, 178). Während es Erwachsenen frei gestellt wird, sich implantieren zu lassen und die nachfolgenden Konsequenzen, u.a. eventuell auch den Ausschluss aus der Gemeinschaft, zu tragen, stehen sich hinsichtlich der Cochlear Implantation bei Kindern in den USA vor allem zwei Organisationen konträr gegenüber (vgl. Humphries, Humphries 2010, Gale 2010).

Einerseits vertritt die National Association of the Deaf (NAD), welche sich dem Empowerment von gehörlosen Personen in den USA verschrieben hat, einen eher neutralen, skeptischen Standpunkt gegenüber Cochlear Implantationen und den damit verbundenen Risiken (vgl. Gale 2010). Die NAD argumentiert in einem Positionspapier aus dem Jahr 2000, dass sie sich dieser neuen Technologie nicht verschließen wird, und auch den Eltern zugesteht eine informierte Entscheidung zum Wohl ihres Kindes zu treffen,

wenn ihnen der Zugang zu vollständigen Informationen über lautsprachliche und bilinguale Förderung ermöglicht wird, und weder die Existenz und die Realität von ASL als Erstsprache und der Gehörlosengemeinschaft, noch die Risiken und Fehlschläge bei Cochlear Implantationen in der Beratung nicht unerwähnt bleiben (vgl. NAD 2012, 05.03.2012). Sie befürwortet weiter, dass es anzuraten ist, ASL und Lautsprache parallel von Anfang an zu vermitteln, wenn eine Cochlear Implantation bei einem Kind vorgenommen wird, da auf diesen Weise ein Rückstand im Spracherwerb verhindert werden kann, falls die Implantation nicht den erwarteten Erfolg hinsichtlich eines Lautspracherwerbs zeigt (vgl. NAD 2012, 05.03.2012). Diese Position der NAD stellt bereits eine Relativierung eines, im Jahr 1991 publizierten, Positionspapiers dar, welches die Meinung von vielen Vertretern und Vertreterinnen des kulturellen und ethnischen Modells von Gehörlosigkeit zum Thema Cochlear Implantation bei Kindern widerspiegelte (vgl. Gale 2010, 122). „*They view the procedure as invasive, very risky, and inappropriate to impose on a child who is usually too young to participate in the decision* (Pray, Jordan 2010, 180). Die Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard of Hearing (AGBell) vertritt hierzu die Gegenposition, da sie die Cochlear Implantation bei Kindern offensiv befürwortet und auf der eigenen Homepage auch aktiv bewirbt (vgl. Gale 2010, 122; AGBell 2012a, 05.03.2012). Im Gegensatz zur NAD befürwortet sie jedoch den parallelen Einsatz von Lautsprache und ASL nicht, und tritt für eine exklusiv lautsprachliche Frühförderung und Unterrichtsform ein, ein Ansatz der vor allem im „The Volta Review“, einem seit 113 Jahren bestehenden Journal der AGBell, vertreten und dessen Erfolg mit wissenschaftlichen Publikationen unterlegt wird (vgl. AGBell Volta Review 2012b, 05.03.2012).

Anhand der Positionierung von NAD und AGBell wird deutlich, dass die Cochlear Implantation selbst als chirurgischer Eingriff und technisches Hörsystem zwar im Mittelpunkt der Auseinandersetzung zu stehen scheint, es jedoch hintergründig darum geht, ob Gebärdensprache oder Lautsprache Vorrang vor der jeweils anderen Sprache haben soll oder zumindest Teil der Förderung und Erziehung sein soll/darf (vgl. Gale 2010).

„To be accurate, it is not the devices themselves that are seen as harmful. They are just devices. What is seen as harmful is the interventions into deaf children's lives that accompany the implants (Padden & Humphries, 2005). Often doctors and educators strongly discourage signing with children who are implanted“ (Humphries, Humphries 2010, 160).

Wie bereits mehrfach thematisiert, stellen jedoch die jeweiligen Gebärdensprachen für die Angehörigen der internationalen Gehörlosengemeinschaft eine unverzichtbare Basis ihrer Kultur dar (vgl. z.B. Padden 2002; Krausneker 2006).

„Sign Language can be a major marker or symbol in defining Deaf community membership. Through a common sign language, there is the possibility of establishing community culture, a sense of identity, shared meanings and understandings, and a way of life that is owned by the Deaf community“ (Baker 2010, 155).

Die Konstruktion der kulturellen Identität der Gehörlosengemeinschaften weltweit kann jedoch nicht als abgeschlossen, verfestigt oder einheitlich bezeichnet werden (vgl. Humphries, Humphries 2010). Nach wie vor gibt es keinen Konsens darüber, was unter „*DEAF*“ (Humphries, Humphries 2010, 155) zu sein und vor allem „*Deaf enough*“ (Humphries, Humphries 2010, 155) zu sein genau zu verstehen ist (vgl. Humphries, Humphries 2010). Hörgeräte sind für die Angehörigen der Gehörlosengemeinschaft in den USA und in Großbritannien (UK) zur Alltäglichkeit geworden, und das Tragen und Nutzen von jenen scheint keinen gravierenden Einfluss auf die „*Deaf identity*“ (Humphries, Humphries 2010, 160) zu haben (vgl. Humphries, Humphries 2010, 160). Cochlear Implantate hingegen werden nicht vorbehaltlos akzeptiert und als kompatibel zur „*Deaf identity*“ (Humphries, Humphries 2010, 160) wahrgenommen (vgl. Humphries, Humphries 2010). „*Cochlear implants alter the body, and often, identity is called into question*“ (Humphries, Humphries 2010, 160).

Die Konstruktion der „*Deaf identity*“ (Humphries, Humphries 2010, 160) geschieht nicht unabhängig des sozialen Umfeldes und der Historie der Gehörlosenkultur, und diese Faktoren bedingen auch die Perspektive, unter welcher die länderspezifischen Debatten und die wissenschaftlichen Diskurse sich entfalten (vgl. Humphries, Humphries 2010). Gemeinsam ist den internationalen Gehörlosengemeinschaften, dass ihre spezifischen Gebärdensprachen lange Zeit keine Anerkennung als eigenständige Sprachen hatten oder noch immer nicht haben, und sie auf eine Historie des Widerstandes gegen das medizinische Modell und den Oralismus zurückblicken können (vgl. Humphries, Humphries 2010).

Die britische Gehörlosengemeinschaft geht vom Blickwinkel des „*colonialization*“ (Humphries, Humphries 2010, 158) Diskurses aus, während der Diskurs in den USA mehrheitlich vom „*Audism*“ (Humphries, Humphries 2010, 158) geprägt wird (vgl. Humphries, Humphries 2010, 158). Unter dem Begriff „*colonialization*“ (Humphries, Humphries 2010, 158) im

Kontext von Gehörlosigkeit ist eine Unterdrückung von gehörlosen Menschen gleich jener, welche Bewohner und Bewohnerinnen von britischen Kolonien zu erdulden hatten, zu verstehen (vgl. Humphries, Humphries 2010, 158). Der Begriff Audismus geht auf Tom Humphries, der derzeit als Professor an der University of California tätig ist, zurück und steht für eine Form von Diskriminierung von gehörlosen Personen, die darauf basiert, dass die Beherrschung einer Lautsprache, die Teilhabe in der „*Hearing world*“ (Lane 2005, 294) und das dazu passende Verhalten von hörenden Menschen mehr Wert habe (vgl. Humphries, Humphries 2010). Beide Diskurse jedoch beschränken sich längst nicht mehr auf das jeweilige Ursprungsland, sondern fanden wohl auch aufgrund der Ähnlichkeit der erlebten Unterdrückung und Einschränkung in der Ausübung und Pflege der eigenen Sprache im Bildungsbereich Eingang in den jeweils anderen Diskurs (vgl. Humphries, Humphries 2010).

Harlan L. Lane geht in seinem Werk „Die Maske der Barmherzigkeit. Unterdrückung von Sprache und Kultur der Gehörlosigkeit“ (Lane 1994) aus dem Jahr 1994 bereits auf die Begriffe Kolonialisierung und Audismus ein und vermerkt das Naheverhältnis von beiden (vgl. Lane 1994, 75). Er spricht vom „*Paternalismus der Kolonisatoren*“ (Lane 1994, 60) „*ein System, in dem Machthaber versuchen, die Bedürfnisse der unter ihrer Kontrolle stehenden Menschen zu untergraben und ihr Verhalten zu regulieren*“ (Lane 1994, 60). Die Parallelen zwischen Vertretern einer audistischen Auffassung von Gehörlosigkeit und den ehemaligen Kolonialherren in Burundi seien nicht von der Hand zu weisen, da beide jene, die sie kontrollieren und „*zivilisieren*“ (Lane 1994, 60) wollen, Charakteristiken wie, im Fall von gehörlosen Personen, „*kindisch (...) nicht-sozialisiert (...) unintelligent (...) aggressiv (...) interesselos (...) gefühllos (...) emotional gestört*“ (Lane 1994, 59) oder im Fall der betroffenen Afrikaner, „*barbarisch (...) blutrünstig (...) unintelligent (...) kindisch (...) passiv (...) launisch (...) instabil (...) gefühlsbetont*“ (Lane 1994, 57) zuschreiben, welche die Bevormundung der betroffenen Menschen aus einer paternalistischen Perspektive heraus rechtfertigen sollen (vgl. Lane 1994, 53-74). Der Paternalismus oder Kolonialismus hatte jedoch unabhängig von der Zielgruppe der jeweiligen Machthaber stets noch zwei weitere egozentrische Motive, den Machterhalt für die als elitär angenommenen Personen und finanzielle Interessen.

Der Begriff Audismus benennt ebenso keine neue Entwicklung, sondern verleiht jenen vielzähligen und vielfältigen Diskriminierungen, welche gehörlosen Menschen seitens der Majorität der hörenden Menschen erfahren haben und weiterhin erleben, einen Namen (vgl.

Bauman 2004, 239- 246). Laut Dirksen Bauman, der an der Gallaudet Universität im Bereich ASL und Deaf Studies tätig ist, handelt es sich bei Audismus, um eine Form von Rassismus, der sich statt auf Hautfarbe auf Hörvermögen zentriert (vgl. Bauman 2004, 239-240). Er benennt drei Formen von Audismus, welche gleich einem Netz jeden Lebensbereich einer gehörlosen Person durchdringen (vgl. Bauman 2004, 239-240). Einerseits manifestiert er sich in der direkten Interaktion mit hörenden Personen, unabhängig davon, ob dieser von hörenden Menschen bewusst oder unbewusst an die gehörlosen Personen herangetragen wird (vgl. Bauman 2004, 239-240). Andererseits hat er Eingang in jene Strukturen gefunden, welche gehörlosen Personen eigentlich Unterstützung bieten sollten und speziell für jene angedacht sind/waren (vgl. Baumann 2004, 240-241). Ein Beispiel hierfür sieht er auch beispielsweise darin, dass es Tendenzen innerhalb der Struktur der Gehörlosenkultur gäbe, welche jenen mit Lautsprachenkenntnissen einen hierarchisch höheren Platz zugestehen würden (vgl. Bauman 2004, 240). Bezogen auf eigene Erfahrungen nennt er hier, dass es beispielsweise selbst an der Universität Gallaudet, der „*only liberal arts university in the world designed exclusively for deaf and hard of hearing students*“ (Gallaudet Mission Statement; zitiert nach Bauman 2004, 241), keine barrierefreie Kommunikation bei den Konferenzen vorherrscht und hörende Menschen auch hier im Vorteil sein, da die Lautsprache erneut bei der SimCom, dem parallelen lautsprachlichen und gebärdenden Kommunizieren, vergleichbar mit LBG, im Vordergrund steht und nur durch vereinzelte, syntaktisch und grammatikalisch unzureichende Gebärden unterlegt wird (vgl. Bauman 2004, 241). Dirksen Bauman findet es diskriminierend, dass an einer Universität, die auch als das „Mecca for the Deaf community“ (Pray, Jordan 2010, 183) bezeichnet wird, die mehrheitlich gehörlose Population erneut auf Dolmetscher und Dolmetscherinnen angewiesen ist (vgl. Bauman 2004, 241). Für ihn und Harlan L. Lane entfaltet sich struktureller Audismus vor allem im Bereich Medizin und Bildung (vgl. Bauman 2004, 241-242; Lane 1994). „*Since the beginnings of deaf education and the science of audiology (...) Deaf people have been physically and pedagogically coerced into adopting hearing norms, whether they wanted to or not*“ (Bauman 2004, 241). Die dritte Form von Audismus, Dirksen Bauman nennt ihn „*metaphysical audism*“ (Bauman 2004, 242), stellt gleichsam ein grundlegendes Problem der Gesellschaft dar, da er die grundlegende Konstruktion des Begriffes „Sprache“ zentriert (vgl. Bauman 2004, 242-243). Sprache ist nicht gleich Sprache (vgl. Wilbur 2008, 118). Im englischsprachigen Raum wird begrifflich klarer unterschieden zwischen „*language*“ (Wilbur 2008, 118) und „*speech*“ (Wilbur 2008, 118), wobei der erste Begriff jede anerkannte und/oder praktizierte Lautsprache und Gebärdensprache umfasst, jedoch der zweite Begriff

auf die lautsprachliche Äusserung als solche bezogen ist (vgl. Wilbur 2008, 118). Laut Dirksen Bauman herrscht metaphysischer Audismus vor, wenn „*the orientation that links human identity and being with language defined as speech*“ (Bauman 2004, 242) im Vordergrund steht, und damit daher nicht nur die Anerkennung der Gebärdensprachen wieder in Frage gestellt wird, sondern auch die vollwertige Identität als Mensch (vgl. Bauman 2004, 242).

„*One current and heated version of oralist ideology involves cochlear implants as a medical/technological solution for deaf children. This conflict pits well-intended-and frequently well-informed-Deaf community members against equally well-intended medical practitioners and parents who wish to implant an electronic device in deaf children to allow them the possibility to hear*“ (Senghas, Monaghan 2002, 83).

Diese Perspektive auf den Konflikt zwischen Befürwortern und Befürworterinnen der Lautsprache und jenen der Gebärdensprache, stammt aus dem Jahr 2002, hat jedoch nichts an ihrer Aktualität eingebüsst, und findet sich seit der Einführung von Cochlear Implantaten bis heute in Fachpublikationen wieder (vgl. z.B. Swanson 1997, Hintermair, Albertini 2005; Sparrow 2005; Kermit 2009). Harlan L. Lane und Dirksen Bauman sehen Cochlear Implantationen hingegen schlicht als eine neue Ausprägung von Audismus an (vgl. Bauman 2004, 241; Lane 1993).

Harlan L. Lane bezeichnet die Praxis der Cochlear Implantation, ausgehend vom ethnischen und kulturellen Modell von Gehörlosigkeit, als „*Bio-Power gegen das gehörlose Kind*“ (Lane 1993, 257) und als „*letzte Zuflucht des Oralismus*“ (Lane 1993, 259), und besteht darauf, dass jene Implantate vor allem bei Kindern keine Anwendung finden dürften, da jene aufgrund ihres Alters noch nicht die Möglichkeit hätten sich eigenständig gegen diese Form von Audismus zur Wehr zu setzen, wie es erwachsene Angehörige der Gehörlosengemeinschaft tun (vgl. Lane 1993, 259-264). Mehr noch stellen für Harlan L. Lane Cochlear Implantationen bei gehörlosen Kindern sogar eine Form von Genozid dar, da unter „*international law, an activity that has the foreseeable effect of diminishing or eradicating a minority group, even if it is undertaken for other reasons and ist not highly effective, is guilty of genocide*“ (National Inquiry 1997; United Nations 2003b; zit.n. Lane 2005, 303), weswegen Cochlear Implantationen von ihm kategorisch abgelehnt werden (Lane 2005, 303).

Während von Vertretern und Vertreterinnen der Medizin oftmals der ethnische Minderheitenstatus, und damit auch die Auslegung von Cochlear Implantationen als Form von Genozid und/oder Ethnozid, in Frage gestellt wird, gehen aber auch diese von einem

Rückgang der Mitgliederzahlen der „*Deaf-World*“ (Lane 2005, 291) aufgrund der Cochlear Implantationen vor allem bei Kindern, die zum frühen Zeitpunkt der Implantation noch nicht Teil der Gehörlosengemeinschaft sind, aus (vgl. z.B. Gonsoulin 2001; Hintermair, Albertini 2005).

9.3.7 Gehörlose Eltern, gehörlose Kinder und Cochlear Implantationen:

Im Jahr 1985 wurden Cochlear Implantationen bei Kindern noch nicht thematisiert und die FDA hatte erst den Cochlear Implantat Typen, Nucleus 22 und House - 3M, ihre Befürwortung zur Implantation bei Erwachsenen, die nach dem lautsprachlichen Spracherwerb, aufgrund verschiedenster Ursachen, in ihrem Hörvermögen gänzlich oder schwerwiegend eingeschränkt wurden, erteilt (vgl. z.B. Brimacombe, Beiter 1996, 278; Li, Bain, Steinberg 2004, 1027-1028; Zeng 2004, 3). Bereits im Jahr 1990 jedoch wurde das Nucleus 22 Implantat auch für Kinder ab einem Alter von zwei Jahren von der FDA zugelassen, wobei im Jahr 2004 vor allem europäische Implantationszentren dazu tendierten Kinder unter einem Alter von 18 Monaten zu implantieren (vgl. Li, Bain, Steinberg 2004, 1028). Bereits im Jahr 2004 waren von 60 000 implantierten Personen weltweit 20 000 Kinder (vgl. Zeng 2004, 3). Im Jahr 2008 war die Zahl der implantierten Kinder weltweit auf ca. 80 000 angestiegen (vgl. Archbold, Wheeler 2010, 227). Diese global ansteigenden Implantationszahlen bei Kindern können jedoch nicht unreflektiert als Indizes für eine wachsende Akzeptanz von Cochlear Implantation bei gehörlosen Kindern und Erwachsenen, und vor allem den Angehörigen der Gehörlosengemeinschaften weltweit, interpretiert werden, wie auch schon im obigen Punkt thematisiert (vgl. z.B. Pray, Jordan 2010; Gale 2010).

Anhand einer auszugsweisen Betrachtung möglicher Beweggründe für die elterlichen Entscheidungsfindung, hinsichtlich der Durchführung oder dem Unterlassen der Cochlear Implantation bei ihren gehörlosen Kindern, soll versucht werden diese Entwicklung nachzuzeichnen und vor allem die Perspektive von gehörlosen Eltern zu berücksichtigen, welche im Gegensatz zur jener hörender Eltern in vielen Publikationen zur Entscheidungsfindung und nachträglichen Einschätzung der Effektivität des Implantates weniger thematisiert wurde (vgl. z.B. Li, Bain, Steinberg 2004; Hardonk et al 2011). In vielen Artikeln wird auch nicht zwischen den Perspektiven von hörenden und gehörlosen Eltern unterschieden, wobei Letztere Faktoren in ihrem Entscheidungsprozess einbeziehen, welche sich nicht, auszugsweise oder in einem anderen Kontext in jenem von hörenden

Eltern wiederfinden lassen (vgl. z.B. Hyde, Punch, Komesaroff 2010; Hardonk et al 2010; Hardonk et al 2011).

In einer belgischen Studie deren Zielgruppe gehörlose Eltern nach der Entscheidungsfindung, hinsichtlich der Präferenz von Cochlear Implantaten oder konventionellen Hörgeräten, war, welche letztes Jahr im Journal American Annals of the Deaf publiziert wurde, und einer Studie aus dem Jahr 2010 nachfolgte, welche hörende Eltern als Zielgruppe gehabt hatte und ein Jahr früher im gleichen Journal vorgestellt worden war, konnten mehrere Faktoren ausgemacht werden, welche nur oder in einem gänzlich anderem Ausmass den Entscheidungsprozess von gehörlosen Elternteilen im Gegensatz zu hörenden Eltern beeinflussten (vgl. Hardonk et al 2010; Hardonk et al 2011). Bei der Analyse und Interpretation des, in Interviews mit den betroffenen Eltern, gesammelten Datenmaterials konnte beispielsweise als Faktor die unterschiedliche Ausgangssituation und dahingehend der Umgang mit der Erstdiagnose ermittelt werden (vgl. Hardonk et al 2011). Für die betroffenen Eltern, welche alle aktive Angehörige lokaler Gehörlosenverbänden und Gehörlosenorganisationen sind, stellte beispielsweise die Diagnose ihres Kindes keinen Grund zur Trauer oder Enttäuschung dar, und sie konnten es problemlos akzeptieren (vgl. Hardonk et al 2011):

„We did not weep when we heard that [our son] was deaf. [The care professionals] wonder why we are not sad, but we accept that our child is deaf. For us it is normal“ (Hardonk et al 2011, 300).

„I do understand that hearing parents want a CI, because they believe it will help integration into the hearing wolrd. But it is different for Deaf parents. Hearing parents perceive their child as “different“, while for Deaf parents that’s not the case, she is not different to us“ (Hardonk et al 2011, 299).

Die interviewten Eltern verspürten im Gegensatz zu hörenden Eltern auch keinen Zeitzwang, jenseits der ihnen mitgeteilten medizinischen Implantationszeitfenster, und lehnten die Ansicht, es wäre nötig so früh wie nur möglich zu implantieren ab (vgl. Hardonk et al 2011, 295-302). Desweiteren hatten der Lautspracherwerb, gute lautsprachliche Kommunikationsfähigkeiten oder die Stimmausbildung für gehörlose Eltern weniger Priorität und das Cochlear Implantat wurde nur als eine zusätzliche Möglichkeit gesehen, welche dem Kind offen stehen sollte, wobei der Zugang und die Mitgliedschaft in der Gehörlosengemeinschaft mehrheitlich übergeordnete Priorität für die Eltern hatte (vgl. Hardonk et al 2011). Ebenso geringen Stellenwert für die Entscheidung der interviewten Eltern hatte der Faktor der technischen Weiterentwicklung der Cochlear Implantate, wobei

auch erwähnenswert ist, dass nicht alle Eltern dem Cochlear Implantat den Vorzug gegenüber konventionellen Hörgeräten gaben, und letztere für ausreichend und ethisch akzeptabler befanden (vgl. Hardonk et al 2011, 296-302). Auch die professionelle Beratung hatte für die interviewten Eltern nicht nur geringsten Stellenwert in ihrer Entscheidung, sondern wurde von diesen vielmehr als Angriff auf ihre kulturelle Identität, oder auch als Verleugnung dieser bewertet (vgl. Hardonk et al 2011, 294- 301). Die interviewten Eltern empfanden die Informationen seitens der professionellen Beratung als zu einseitig und nicht weitreichend genug, weswegen sie eigenständig über unterschiedlichste Medien, in einem Fall sogar über Selbstimplantation bei einer gehörlosen Mutter, nach zusätzlichen Informationsquellen suchten (vgl. Hardonk et al 2011, 294-302). Die Bewertung der medizinischen Risiken, welche mit der Cochlear Implantation einhergehen, stellte einen weiteren Faktor in der Entscheidungsfindung der interviewten Eltern dar, wobei dieser Faktor auch bei hörenden Eltern wiederzufinden war, allerdings schien der Verlust möglicher Resthörigkeit nur für hörende Elternteile Auswirkungen auf die Entscheidungsfindung zu haben (vgl. Hardonk et al 2011, 301). Abgesehen von der Einschätzung der involvierten Risiken und der ethischen Bedenken, eine nicht lebensnotwendige Operation bei einem gesunden Kind durchzuführen, stellte es für die gehörlosen Elternteile teils auch eine Schwierigkeit dar, sich vorzustellen, was unter „Hören“ genau zu verstehen war, was es für ihr Kind bedeuten würde und ob „Hören“ überhaupt als positiver Faktor anzusehen war (vgl. Hardonk et al 2011, 298):

„When his hearing aids were fitted, he was constantly looking around because all kinds of new sounds were reaching him, he was very quiet. He appeared to be a little nauseated. I felt that was not normal. I wanted to destroy the hearing aids, what were they doing to my boy – he had changed completely! But that gradually changed when he got used to them“ (Hardonk et al 2011, 298).

Zwei deutsche Studien des Lehrstuhls für Gehörlosen- und Schwerhörigenpädagogik der Universität München aus den Jahren 2001-2004 und ab 2006 beschäftigten sich ebenfalls mit der Entscheidungsfindung und Entscheidungsbegründung von gehörlosen Elternteilen, welche ihre Kinder implantieren ließen, deren Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews sich aber nur zum Teil mit der eben beschriebenen belgischen Studie aus dem Jahr 2011 decken (vgl. Leonhardt 2009a, 63-71).

Beispielweise stellte „Hören“ für die befragten Eltern einen erstrebenswerten Zugewinn dar, statt Unsicherheiten, die z.B. im obigen Zitat ersichtlich wurden, seitens der Eltern zu erzeugen (vgl. Leonhardt 2009a, 63-71). Die, in dieser Studie befragten, Eltern, welche sich alle

der Gehörlosengemeinschaft zugehörig fühlten, gaben beispielsweise geschlossen an, dass sie „*dem CI ursprünglich ablehnend gegenüberstanden*“ (Leonhardt 2009a, 66), aber entschieden sich später dennoch aus unterschiedlichen Gründen für die Cochlear Implantation (vgl. Leonhardt 2009a, 63-71). Eine der genannten Hauptbegründungen war die eigene Erfahrung, die teils von großer Anstrengung in der Lebensbewältigung und der Trennung von den Eltern, aufgrund des Schulaufenthalts im Internat, geprägt war, und welche sie den eigenen Kindern ersparen wollten (vgl. Leonhardt 2009a, 67). Die zweite Hauptbegründung könnte als Sicherung der bestmöglichen Zukunftschancen bezeichnet werden, da die befragten Eltern die Zukunft ihrer Kinder in Schule und Beruf, gegensätzlich zu den Ergebnissen der belgischen Studie, als nicht gesichert empfanden (vgl. Leonhardt 2009a, 63-71). Aufgrund aktueller Entwicklungen, wie z.B. der vermehrten Zunahme frühester Cochlear Implantationen bei Kindern von hörenden Eltern, deren Kinder dann in den Gehörlosenschulen fehlen, und dadurch altersübergreifende Klassenzusammenlegungen bedingen und somit die Qualität des Unterrichtes für das eigene Kind beeinträchtigen könnten, sehen die befragten gehörlosen Eltern eine qualitativ hochwertige Schulbildung ihrer Kinder nur im Regelschulbetrieb als gesichert an, der jedoch nur mit einem Cochlear Implantat bewältigbar erscheint (vgl. Leonhardt 2009a, 67). Eine weitere Begründung fand sich darin, dass die Eltern eine mögliche negative Reaktion des Kindes in späteren Lebensjahren im Auge hatte, wenn sie ihm die Chance, möglichst weitreichende Integration in der Welt der Hörenden zu finden, nicht frühzeitig durch die Cochlear Implantation sicherten (vgl. Leonhardt 2009a, 67).

Die österreichische Linguistin Verena Krausneker geht in ihrer Publikation „*Taubstumm bis gebärdensprachig. Die österreichische Gebärdensprachgemeinschaft aus soziolinguistischer Perspektive*“ (Krausneker 2006) aus dem Jahr 2006 zwar nicht explizit und detailliert auf Cochlear Implantationen, sowie die elterliche Entscheidung dafür oder dagegen ein, aber sie beleuchtet die Situation von gehörlosen Eltern und ihren gehörlosen Kindern aus österreichischer Perspektive hinsichtlich bilingualer und lautsprachlicher Erziehungsmöglichkeiten (vgl. Krausneker 2006, 43-47). Sie stellt beispielsweise fest, dass auch bei gehörlosen Eltern in Österreich der Wunsch nach einer Besserung der Lebensqualität ihrer gehörlosen Kinder besteht (vgl. Krausneker 2006, 46). Dieser Wunsch basiert auf eigenen negativen Erfahrungen der Eltern „*der Benachteiligung, des mangelnden Respekts und der Diskriminierung durch Hörende*“ (Krausneker 2006, 46), welche viele gehörlose Eltern dahingehend von ihren gehörlosen Kindern fernhalten wollen, in dem sie der

lautsprachlichen Förderung den Vorzug geben und beispielsweise nicht mehr oder nur wenig vor ihren Kindern gebärden (vgl. Krausneker 2006, 43-47).

9.3.8 Cochlear Implantationen bei Kindern – Eine ökonomische Entscheidung?:

Ein Fall mangelnder Humanität und fehlender Akzeptanz der „*Deaf-World*“ (Lane 2005, 291), samt der ihr inklusiven „*Deaf Identity*“ (McIlroy, Storbeck 2011, 494) und „*Deaf culture*“ (Breivik 2005, 18), findet sich beispielweise im Artikel „*Cochlea Implantate – eine ökonomische Analyse*“ (Baumgartner 2011, 19.02.2012) von Wolf – Dieter Baumgartner aus dem Jahr 2011 wieder, in welchem das Thema Cochlear Implantat aus einer rein ökonomischen Perspektive abgehandelt wird, statt sich, wie der Autor selbst angibt, vorrangig an medizinischer Ethik zu orientieren (vgl. Baumgartner 2011, 19.02.2012).

Laut dem Autor macht es ökonomisch gesehen ausschließlich Sinn drei spezifische Gruppen von möglichen Implantatempfängern und - empfängerinnen auch mit einem solchen zu versorgen, und all jene Personen, die nicht diesen Kriterien entsprechen, unabhängig von ihren Wünschen, nicht in Betracht zu ziehen, da die Kosten in diesen Fällen den finanziellen Nutzen für die Gesellschaft übersteigen würden (vgl. Baumgartner 2011, 19.02.2012). Diese drei Gruppen wären: „*möglichst junge Kinder unbedingt vor dem 4. Lebensjahr (...) postlingual ertaubte Schulkinder (...) Transferleistungsempfänger*“ (Baumgartner 2011, 19.02.2012). Diese Gruppen basieren auf der Annahme, dass z.B. all jene Kinder, die ihr Cochlear Implantat vor dem zweite Lebensjahr bekommen alle „*die Regelschule besuchen (...) einen regulären Schulabschluss wie normalhörende Kinder*“ (Baumgartner 2011, 19.02.2012) erreichen, und die dritte Patientengruppe der Leistungsempfänger – und empfängerinnen nach der Implantation wieder in den Arbeitsmarkt eingegliedert wird, wodurch sich im ersten Fall weiteraus niedrigere Ausgaben für den schulischen Bereich ergeben, und damit im zweiten Fall Steuereinnahmen einhergehen würden (vgl. Baumgartner 2011, 19.02.2012). Der Autor geht in seiner ökonomischen Analyse sogar davon aus, dass regulär beschäftigte Personen, welche aus unterschiedlichen Gründen plötzlich oder gradual eine Einschränkung in ihrem Hörvermögen erfahren, sich aus dieser Perspektive heraus nicht für die Cochlear Implantation eignen würden, da sie bereits im Arbeitsmarkt integriert sind, und somit kein finanzieller Nutzen durch eine Reintegration erzeugt werden könne (vgl. Baumgartner 2011, 19.02.2012). Auch Personen höheren Alters, die sich bereits in Pension befinden und nicht mehr in den Arbeitsmarkt zurückkehren wollen/müssen, eignen sich diesen ökonomischen

Prinzipien entsprechend nicht für die Cochlear Implantation, auch wenn keine medizinischen Gegenindikatoren vorliegen (vgl. Baumgartner 2011, 19.02.2012).

Diese Einschränkung auf jene drei Gruppen und die Aussagen des Autors, zum Zeitpunkt und der damit einhergehenden Wirksamkeit der Implantation, gehen nicht nur konträr dazu, dass das Cochlear Implantat „*ursprünglich für ertaubte Personen entwickelt wurde*“ (Leonhardt 2009a, 63), sondern suggerieren den betroffenen Eltern, unabhängig von ihrem eigenen Hörstatus, auch sie müssten ihr gehörloses Kind unbedingt so früh wie möglich implantieren lassen, und nach der Implantation muss dieses Kind dann die Regelschule besuchen und erfolgreich abschließen (vgl. Baumgartner 2011, 19.02.2012).

In einer letztjährigen Ausgabe der Zeitung der österreichischen Gebärdensprachgemeinschaft „GebärdenSache“ nennt Franz Dotter, vom Zentrum für Gebärdensprache und Hörbehindertenkommunikation der Alpen – Adria Universität Klagenfurt, den oben benannten Artikel von Wolf – Dieter Baumgartner schon hinsichtlich der letztgenannten Bedingung für die Implantation „*menschenverachtend*“ (Dotter 2011; zit. n. nach ÖGLB 2011, 6), da damit all jene Kinder, welche nach der Implantation nicht in der Lage sind die Regelschule zu besuchen und/ oder abzuschließen, laut Wolf – Dieter Baumgartner ein „*Millionengrab*“ (Baumgartner 2011, 19.02.2012) darstellen würden (vgl. Baumgartner 2011, 19.02.2012; Dotter 2011; zit. n. nach ÖGLB 2011, 6). Franz Dotter merkt weiter an, dass die getroffenen Aussagen über den weiteren Lebensverlauf von Cochlear Implantat versorgten Kindern als „*ein klarer Versuch der Fälschung von Fakten*“ (Dotter 2011; zit. n. nach ÖGLB 2011, 6) interpretiert werden kann, da die Mehrheit jener Kinder durch diese Operation weiterhin auf spezielle pädagogische Förderung angewiesen ist (vgl. Dotter 2011; zit. n. nach ÖGLB 2011, 6). Der ÖGLB unterstreicht diese Aussage noch, indem er das Ergebnis einer aktuellen Erhebung aus Kärnten anführt, bei welcher die Leistungen im Sprechen und Lesen von Cochlear Implantat versorgten Kindern im Vergleich zu Kindern ohne Cochlear Implantat merklich schlechter ausfielen (vgl. ÖGLB 2011, 7).

Unabhängig von ökonomischen Faktoren, der tatsächlichen Leistungsfähigkeit des Cochlear Implantates und den damit verbundenen Erwartungshaltungen von Medizinerinnen und Medizinerinnen und Eltern, stellt sich die Frage nach den Rechten von gehörlosen Menschen, ob jung oder alt, auch in Bezug auf die Durchführung von Cochlear Implantationen.

9.3.9 Das Recht von gehörlosen Kindern und ihrer Eltern zur autonomen Entscheidung zur oder gegen eine Cochlear Implantation:

Die gewählte Überschrift dieses Punktes geht zurück auf den Artikel „*Haben gehörlose Kleinkinder ein Recht auf ein Cochleaimplantat*“ (Müller, Zaracko 2010) von Sabine Müller und der Juristin Ariana Zaracko, der im Jahr 2010 in der Zeitschrift „Nervenheilkunde“ erschienen ist (vgl. Müller, Zaracko 2010, 244-248). Die Autorinnen erörtern, ob gehörlose Kinder ein Recht auf eine Cochlear Implantation haben, und ob es dem Staat obliegt, dieses Recht auch gegen den Willen der Eltern mittels eines teilweisen Entzuges des Sorgerechts, begrenzt auf die Durchführung der Cochlear Implantation und der damit verbundenen Nachsorge und auditiven Förderung, durchzusetzen (vgl. Müller, Zaracko 2010, 244-248).

Die Autorinnen räumen zwar ein, dass es zwei gegensätzliche Thesen, hinsichtlich der Bewertung von Gehörlosigkeit als Beeinträchtigung gibt, aber vertreten selbst das medizinische Modell, welches Gehörlosigkeit als behandelbare Funktionseinschränkung des menschlichen Gehörs begreift, die, wenn technisch und medizinisch möglich, unverzüglich zum Wohl des Patienten oder der Patientin zu beheben sei (vgl. Müller, Zaracko 2010, 246). Dem sozialen Differenzmodell hingegen schreiben sie zu, dass es die Beeinträchtigung des betroffenen Menschen ausschließlich im gesellschaftlichen Bereich verorten, aber der Funktionseinschränkung selbst keine negativen Auswirkungen auf oder den Status einer Beeinträchtigung für, das Individuum zusprechen würde, wodurch tatsächliche Erfahrungen von Betroffenen „*deren Leiden am Zustand ihres Körpers oder ihrer Psyche gezeugnet oder als nur gesellschaftsbedingt*“ (Müller, Zaracko 2010, 246) definiert werden würden (vgl. Müller, Zaracko 2010, 246). Ausgehend davon argumentieren sie, dass es besonders wichtig sei gehörlose Kinder bereits vor dem zweiten Lebensjahr mit einem Cochlear Implantat versorgen zu lassen, da nur so den Kindern „*gute Chancen, eine nahezu normale Sprachentwicklung zu durchlaufen und später Regelschulen besuchen zu können*“ (Müller, Zaracko 2010, 244) garantiert und eine „*nicht mehr therapierbare Gehörlosigkeit*“ (Müller, Zaracko 2010, 244) verhindert werden könne (vgl. Müller, Zaracko 2010, 244).

Bedenken der Eltern, bezogen auf Operationsrisiken, Zeitpunkt der Implantation, Folgeerkrankungen, dem psychosozialen Wohlbefinden und der Identitätsausbildung, seien durch den medizinischen und technischen Fortschritt der letzten Jahre gegenstandslos

geworden, und würden mehrheitlich nur noch von „*einigen Gehörlosen –Websites*“ (Müller, Zaracko 2010, 244) und „*den radikalen Positionen der Deaf Community*“ (Müller, Zaracko 2010, 245) getragen und verbreitet (vgl. Müller, Zaracko 2010, 244-246). Die „*Deaf Community*“ (Müller, Zaracko 2010, 244) ist nach Ansicht der Autorinnen eine „*Parallelgesellschaft*“ (Müller, Zaracko 2010, 244), welche „*anders als die meisten anderen kulturellen Minderheiten- eine Notgemeinschaft, die auf der Unmöglichkeit der Integration in die Mehrheitsgesellschaft basiert*“ (Müller, Zaracko 2010, 247), darstellt, weswegen einem gehörlosen Kind, dessen Eltern in ca. 90 Prozent der Fälle hörend sind, nicht der Zugang zur hörenden Mehrheitsgesellschaft verwehrt bleiben darf (vgl. Müller, Zaracko 2010, 244-247). Das Kindeswohl, welches die Autorinnen in der frühestmöglichen Durchführung der Cochlear Implantation gewahrt sehen, dürfe nicht durch elterliche Bedenken, deren Hoffnungen auf eine Integration in die bestehende Familie oder auf eine leichtere Erziehung, und noch weniger durch „*politische Interessen von Gehörlosenorganisationen*“ (Müller, Zaracko 2010, 246) gefährdet werden (vgl. Müller, Zaracko 2010, 244-247). Laut den Autorinnen sei es die Pflicht der Eltern das Kindeswohl zu wahren, indem für das Kind all zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erschlossen werden, in diesem Sinne auch eine Cochlear Implantation, um den Zugang zur hörenden Welt zu ermöglichen, bis das Kind selbst autonome Entscheidungen treffen kann (vgl. Müller, Zaracko 2010, 247-248). „*Im Fall des CI sind die Folgen der Implantation weitgehend reversibel, die der Nichtimplantation aber nicht*“ (Müller, Zaracko 2010, 248).

Der eben vorgestellte Artikel „Haben gehörlose Kleinkinder ein Recht auf ein Cochleaimplantat“ (Müller, Zaracko 2010) blieb seitens der Gehörlosengemeinschaft im deutschsprachigen Raum nicht unkommentiert, sondern brachte eine Vielzahl von Stellungnahmen mit sich, auf welche an dieser Stelle jedoch nur auszugsweise eingegangen werden kann (vgl. z.B. DGB 2010; Bentele 2010; Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Ev. Gehörlosenseelsorge 2010; Vogel 2010).

Die Präsidentin und der Vorstand des deutschen Bundeselternverbandes gehörloser Kinder e.V. fühlte sich beispielsweise genötigt, hinsichtlich der Nennung des Vereins im Artikel, Stellung zu beziehen und zu dementieren, dass der Bundeselternverband gehörloser Kinder e.V., wie im oben genannten Artikel dargestellt, Cochlear Implantationen grundsätzlich befürworten und empfehlen würde (vgl. Müller, Zaracko 2010, 248; Belz, Seidel, Latuske 2010, 256). „*Diese Feststellung ist falsch. Im Gegensatz zu Ihnen akzeptieren wie den Elternwillen*

jeder Mutter und jeden Vaters mit einem gehörlosen Kind“ (Belz, Seidel, Latuske 2010, 256). Im Offenen Brief des Bundeselternverbandes wird desweiteren auch noch darauf hingewiesen, dass der thematisierte Artikel vollständig abgelehnt wird, da er bei betroffenen Eltern Angst schüren, Unsicherheiten erzeugen und einseitige, lückenhafte Informationen vermitteln könnte (vgl. Belz, Seidel, Latuske 2010, 256-257). Der Artikel sei „verantwortungslos“ (Belz, Seidel, Latuske 2010, 256) da ausschließlich die möglichen positiven Aspekte der Cochlear Implantation in den Vordergrund gestellt würden, aber negative Aspekte, z.B. Risiken und Komplikationen, unerwähnt blieben (vgl. Belz, Seidel, Latuske 2010, 256-257).

Manfred Hintermair von der Pädagogischen Hochschule in Heidelberg, dessen Forschungsschwerpunkte die Identitätsentwicklung und Sozialisation bei Beeinträchtigungen des Gehörs darstellt, geht hingegen nicht explizit und detailliert auf die vielen verschiedenen Aussagen des thematisierten Artikels ein, die in anderen Stellungnahmen ausführlicher kritisiert wurden, sondern greift vor allem zwei Gedanken auf, welche ihn bei der erstmaligen Konfrontation mit jenem Artikel diskussionsbedürftig erschienen (vgl. Hintermair 2010, 422- 431). Das größte Problem für ihn stellt die angewandte Sprache des Artikels dar, die seines Erachtens als konkrete und bewusste Manipulation der Leser und Leserinnen aufgefasst werden kann, da die Autorinnen z.B. mit der Wortwahl gezielt Ängste und Befürchtungen der Eltern schüren, und im Verlauf des Artikels der Druck auf die Eltern, die Positionierung der Autorinnen zu übernehmen, immer mehr zunimmt (vgl. Hintermair 2010, 422- 431):

„Wer will als Eltern schon bei seinem Kind ein Hirndefizit und gleichzeitig ein Abdriften seines Kindes in eine Parallelgesellschaft, wenn das Gute, Rettende so nah ist?“ (Hintermair 2010, 423)

Ebenso diskutabel erachtet er den, von den Autorinnen des Artikels angedachten, Teilentzug des Sorgerechts bei Eltern, die eine Cochlear Implantation aus unterschiedlichsten Gründen bei ihrem Kind ablehnen, und welcher ebenfalls als sprachliches Druckmittel zu werten ist (vgl. Hintermair 2010, 422- 431). Er kritisiert, dass der Darstellung der konkreten Umsetzung in der Praxis kein Raum im Artikel eingeräumt wurde, wodurch seines Erachtens viele Fragen offen blieben (vgl. Hintermair 2010, 425). Fragen wie z.B.: *„Das gehörlose Kind wird dann von seinen Eltern vorübergehend getrennt (?), in eine Klinik gebracht (von wem?) und dort operiert (...) Ab wann kommen die eigentlichen Eltern wieder ins Spiel?“* (Hintermair 2010, 425). Von seiner Warte aus sieht er in einem Sorgerechtsentzug und einer Zwangsimplantation genau den gegenteiligen Effekt erreicht, welchen die Autorinnen

beabsichtigen, da derartiger Zwang kein Engagement oder auch nur Kooperation, hinsichtlich einer lautsprachlichen Förderung ihrer Kinder, bei den Eltern erzeugen würde können (vgl. Hintermair 2010, 425). Empirische Erkenntnisse belegen jedoch, dass gerade das Engagement der Eltern und deren Bereitschaft fördernd tätig zu werden, die Grundbasis für Erfolg in der Erziehung darstellt (vgl. Hintermair 2010, 425-426).

Entgegen der getroffenen Aussagen von Sabine Müller und Ariana Zaracko, gibt es jedoch international bereits im Jahr 2002 zumindest einen Präzedenzfall für einen gerichtlichen Entscheid zugunsten der Autonomie der elterlichen Entscheidung (vgl. Müller, Zaracko 2010, 245; Gaines 2003, 600-601). Im konkreten Fall befanden sich die Kinder bereits in einer Pflegefamilie, welche gemeinsam mit dem betrauten Anwalt zuerst das Einverständnis der gehörlosen Mutter für eine Cochlear Implantation einholen wollte, aber nachdem diese verneinte, den Fall vor Gericht verhandeln ließ (vgl. Gaines 2003, 600). Das Gericht von Michigan bestätigte im Jahr 2002 *„parent’s right to choose the best course for their children in an elective medical procedure“* (vgl. Gaines 2003, 600) und stellte damit klar, dass eine Cochlear Implantation keine lebensnotwendige medizinische Intervention darstellt, wie im Artikel von Sabine Müller und der Juristin Ariana Zaracko durch den Vergleich mit einer verwehrten lebensrettenden Bluttransfusion angedeutet (vgl. Müller, Zaracko 2010, 245; Gaines 2003, 600-601).

10. Österreichische Gehörlosengemeinschaft:

Anschließend an die Darstellung von internationalen Perspektiven auf das Phänomen Gehörlosigkeit und der Optionen und Risiken der Cochlear Implantation, sowie der Rechte von Eltern und Kindern bei der autonomen Entscheidung, soll nun der Fokus auf die Lebenssituation von gehörlosen Menschen in Österreich gerichtet werden. Wie gestaltet sich das Leben von gehörlosen Menschen in Österreich? Welche Rechte und Möglichkeiten werden gewährt bzw. sind einforderbar?

10.1 Gehörlose Menschen und die Gehörlosengemeinschaft in Österreich:

Die Gruppe der Menschen mit einer Hörbeeinträchtigung stellt sich in Österreich nicht homogen dar, sondern weist große Vielfalt in ihrer Zusammensetzung auf (vgl. Krausneker 2006, 27-47; Leitner 2008). Eine erste Differenzierung muss bereits hinsichtlich der Benennung „gehörlos“ getroffen werden, da im deutschen Sprachgebrauch „gehörlos“ nicht mit dem englischen Synonym „deaf“ gleichgesetzt werden kann (vgl. Dotter 2000, 246). Während im

Englischen unter „deaf“ auch Personen mit schwerer Hörbeeinträchtigung, die an Gehörlosigkeit grenzt oder aber noch von größerer Resthörigkeit begleitet wird, subsumiert werden, wird im deutschsprachigen Raum mehrheitlich explizit zwischen „Gehörlosigkeit“ und „Schwerhörigkeit“ unterschieden (vgl. Dotter 2000, 246).

Desweiteren ist die, im englisch sprachigen Raum praktizierte, Unterscheidung zwischen der Benennung „Deaf“ von gehörlosen Menschen, die Angehörige der „*Deaf-World*“ (Lane 2005, 291) sind, über eine „*Deaf Identity*“ (McIlroy, Storbeck 2011, 494) und die „*Deaf culture*“ (Breivik 2005, 18) leben, und „deaf“ für Angehörige der „*Hearing world*“ (Lane 2005, 294), welche Gehörlosigkeit nicht als Merkmal ihrer Identität und Kultur, sondern als beeinträchtigenden Faktor für ihre Teilhabe an der „*Hearing world*“ (Lane 2005, 294) begreifen, lässt sich im österreichischen Kontext in dieser Form nicht wiederfinden (vgl. Dotter 2000, 246; Krausneker 2006). Die Begriffsneuschöpfungen aus den Jahren 2003/2004 „*Gebärdensprachler und Gebärdensprachlerin*“ (Krausneker 2006, 21) zeigen jedoch auf, dass sich die österreichische Gehörlosengemeinschaft vom medizinisch geprägten Hörstatus auch begrifflich distanziert, und der sprachlichen Kompetenz eines Individuums in ÖGS weit größeren Wert beimisst, um dessen Zugehörigkeit zur österreichischen „*Gebärdensprachgemeinschaft*“ (Krausneker 2006, 27) abzuschätzen (vgl. Krausneker 2006, 21-29). Diese Definition ermöglicht es für alle Menschen, ob gehörlos, schwerhörig in unterschiedlichen Ausprägungsgraden oder hörend, ein Angehöriger oder eine Angehörige der österreichischen „*Gebärdensprachgemeinschaft*“ (Krausneker 2006, 27) zu sein/ zu werden, da die Sprachkompetenz in ÖGS und die Selbstidentifikation mit der Gemeinschaft als Zugehörigkeitsmerkmale ausreichen (vgl. Krausneker 2006, 21-29). Dennoch handelt es sich bei der österreichischen „*Gebärdensprachgemeinschaft*“ (Krausneker 2006, 27) um eine sprachliche Minderheit innerhalb der Gruppe der gehörlosen und hörbeeinträchtigten Menschen in Österreich (vgl. Krausneker 2006, 27; Krausneker 2011, 13.04.2012). „*Ungefähr 400.000 Menschen in Österreich sind in irgendeiner Form hörbeeinträchtigt, davon verwenden etwa 10.000 Menschen ÖGS als Erstsprache*“ (Krausneker 2011, 13.04.2012). Selbst wenn zu dieser Zahl noch die „*(geschätzten) weiteren 2000 ÖGS-kompetenten Personen*“ (Krausneker 2006, 27) addiert werden, ändert dies nichts am Minderheitenstatus der Sprachgemeinschaft deren Erstsprache ÖGS ist, da nicht jeder Österreicher und jede Österreicherin, welcher/welche gemäß medizinischer Diagnostik als „gehörlos“ definiert wird, Sprachkompetenz in ÖGS vorweisen kann oder sich überhaupt mit der österreichischen „*Gebärdensprachgemeinschaft*“ (Krausneker 2006, 27) identifiziert

(Krausneker 2006, 27). Dies bedeutet gleichsam auch, dass nicht alle gehörlosen Österreicher und Österreicherinnen Mitglied in einem regionalen Gehörlosenverein sind, bzw. noch keinen Zugang oder Informationen über ÖGS und den ÖGLB erreichen konnten (vgl. Krausneker 2006, 27-33).

Auch wenn viele gehörlose Österreicher und Österreicherinnen Mitglieder in Gehörlosenvereinen sind, so findet es Verena Krausneker dennoch angebracht eine weitere Differenzierung der Population gehörloser Menschen in Österreich, hinsichtlich ihres Zugangs zu Bildung, der damit einhergehenden erworbenen Schriftsprachenkompetenz, ihren sozialen Interaktionsmöglichkeiten und ihrem autonomen finanziellem Auskommen vorzunehmen (vgl. Krausneker 2006, 27-30). Bezogen auf diese Kriterien identifiziert sie vier Gruppen von gehörlosen Menschen in Österreich (vgl. Krausneker 2006, 28-29). Dabei kommt sie zu dem Schluss, dass die Mehrheit der gehörlosen Menschen in Österreich jener Gruppe zuzuordnen ist, welche zwar teilweise Kontakt zu anderen gehörlosen Menschen haben, auch in ÖGS kommunizieren können und wollen, aber über geringe Schriftsprachkompetenzen verfügen, und dahingehend auch uninformat bis wenig informat über die Gehörlosengemeinschaft jenseits des regionalen Umfeldes sind, bzw. von Arbeitslosigkeit betroffen sein können (vgl. Krausneker 2006, 28-29). Jene Gruppe wird gefolgt von der zweiten Gruppe, die nicht so zahlreich ist, die jedoch das stärkste Ausmass an Deprivation und Isolation, bezogen auf Sozialkontakte zu gehörlosen Mitmenschen, Kommunikation im Gesamten, jedweder Bildung und Informationen allgemeiner als auch gehörlosenspezifischer Natur, aufweist (vgl. Krausneker 2006, 28-29). Die dritte und kleinste Gruppe bildet dazu einen eklatanten Gegensatz, da jene österreichischen Gehörlosen z.B. nicht nur über Schriftsprachkompetenzen in Deutsch verfügen, sondern teilweise auch mehrsprachig sind (vgl. Krausneker 2006, 28-29). Es handelt sich hierbei, laut Verena Krausneker, um die österreichischen „*Elite`-Gehörlosen, die sich durch hohes Selbstbewusstsein, stolzes Gehörlos- (also GebärdensprachlerIn-) Sein und selbst gewählte, gute (z.T. akademische) Bildung charakterisieren lassen*“ (Krausneker 2006, 28), meist in leitenden Positionen in Gehörlosenorganisationen zu finden, und auch aktiv und engagiert in Wissenschaft und Politik tätig sind (vgl. Krausneker 2006, 28). Die vierte Gruppe besteht aus jenen österreichischen Gehörlosen, die zwischen der Mehrheits- und Minderheitsgruppe anzusiedeln sind, da sie über Allgemeinbildung, Schriftsprachkompetenz, feste Beschäftigung, finanzielle Unabhängigkeit und ein stabiles Netz an Sozialkontakten verfügen, und wenn auch nicht aktiv, zumindest passiv und

interessiert Anteil am politischen, wissenschaftlichen und sozialen Geschehen im Kontext von gehörlosenspezifischen Themen und darüber hinaus nehmen, z.B. durch Rezeption der Zeitschrift des ÖGLB „GebärdenSache“ (vgl. Krausneker 2006, 28-31).

10.2 Der Österreichische Gehörlosenbund:

Der ÖGLB versteht sich *„als Dachverband über die Landesverbände und Gehörlosenvereine in Österreich, mit dem Ziel, die Interessen, Bedürfnisse und Möglichkeiten aller gehörlosen Menschen zu fördern und voranzubringen“* (ÖGLB 2012b, 14.04.2012). Er wurde im Jahr 1913 *„Reichsverband der Taubstummenvereine Österreichs“* (ÖGLB 2012c, 14.04.2012) gegründet und trägt erst seit dem Jahr 1985 seine heutige Bezeichnung (vgl. ÖGLB 2012c, 14.04.2012).

10.2.1 Nationale Struktur und internationale Vernetzung des ÖGLB:

Derzeit umfasst der Vorstand des ÖGLB sieben Personen, unter anderem auch die Nationalratsabgeordnete Helene Jarmer als Präsidentin, welche ehrenamtlich, öffentlich und repräsentativ als Sprecher und Sprecherinnen für die österreichische Gehörlosengemeinschaft auftreten, und die Interessen und Rechte aller gehörlosen und/oder ÖGS kompetenten Österreicher und Österreicherinnen möglichst umfassend vertreten wollen (vgl. ÖGLB 2009a, 14.04.2012). Als Dachverband steht er den Landesverbänden aller Bundesländer und dem Verein „Vorarlberger Gehörlosen-Treff“, der stellvertretend für einen vorarlbergischen Landesverband agiert, vor und hat ca. 2000 Mitglieder, welche keine Einzelpersonen sind, sondern Vereine und Verbände darstellen (vgl. ÖGLB 2006b, 14.04.2012; ÖGLB 2009a, 14.04.2012). Desweiteren ist der ÖGLB auf nationaler Ebene beispielsweise in Kooperation mit dem Selbsthilfe Verein BIZEPS, der in beratender Funktion für beeinträchtigte Menschen und ihre Angehörigen tätig ist, dem Klagsverband zur Durchsetzung der Rechte von Diskriminierungsopfern, der österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, kurz ÖAR, sowie mit dem Österreichischen Gebärdensprach- DolmetscherInnenverband, kurz ÖGSDV (vgl. ÖGLB 2012b, 14.04.2012; BIZEPS 2012, 14.04.2012; Klagsverband 2012, 14.04.2012; ÖAR 2012, 14.04.2012; ÖGSDV 2012, 14.04.2012).

Auf internationaler Ebene unterhält der ÖGLB enge Verbindungen zur European Union of the Deaf, kurz EUD, zwecks der Zusammenarbeit in Projekten und gesamteuropäischen Interessen, und der World Federation of the Deaf, kurz WFD, zwecks der Vernetzung und

Zusammenarbeit bei z.B. Menschenrechts – und Minderheitsfragen auf globaler Ebene (vgl. ÖGLB 2012b, 14.04.2012; EUD 2012, 14.04.2012; WFD 2012, 15.02.2012).

10.2.2 Zielsetzungen des ÖGLB:

Lange Zeit konnte als primäres Ziel des ÖGLB, die Anerkennung der ÖGS als Sprache der Sprachminderheit der österreichischen „*Gebärdensprachgemeinschaft*“ (Krausneker 2006, 27), aufgefasst werden, bis nach 14 Jahren geprägt durch Petitionen und Öffentlichkeitsarbeit dieses Ziel erreicht werden konnte, auch wenn jene Gesetze, welche die Details der Anerkennung und die, durch die verfassungsmäßige Anerkennung zugesicherten, Rechte regeln sollten, nicht Zug um Zug beschlossen wurden (vgl. Krausneker 2002, 14.04.2012; Krausneker 2006, 121-146). Nach der verfassungsmäßigen und rechtlichen Anerkennung der ÖGS, als souveräne, natürliche Sprache, fokussiert der ÖGLB seine Bemühungen, Aktionen, Öffentlichkeitsarbeit und sein politisches Engagement auf nationaler und internationaler Ebene vor allem auf die Sicherung der rechtlich zugesagten Sprachrechte und ihre reale Umsetzung im Bildungs- Arbeits- und Freizeitbereich (vgl. Jarmer 2012, 14.04.2012). Vereinfacht formuliert, könnten die zentralen Anliegen des ÖGLB zusammengefasst werden, als die „*Gleichberechtigung gehörloser und hörender Menschen*“ (Jarmer 2012, 14.04.2012) und eine „*volle Teilnahme an der Gesellschaft*“ (Jarmer 2012, 14.04.2012) unabhängig vom Hörstatus einer Person (vgl. Jarmer 2012, 14.04.2012).

10.3 Gehörlos und/oder Gebärdensprachig Sein in Österreich :

Unabhängig davon, dass die ÖGS seit dem Jahr 2004 als offizielle Minderheitensprache in Österreich anerkannt wurde, und damit die österreichische „*Gebärdensprachgemeinschaft*“ (Krausneker 2006, 27) den Status einer kulturellen und sprachlichen Minderheit erhielt, obwohl diese Anerkennung nach österreichischer Gesetzeslage bisher nur ethnischen Volksgruppen zugestanden wurde, wird Gehörlosigkeit weitestgehend noch immer aus dem defizitären Blickwinkel des medizinischen Modells betrachtet (vgl. Krausneker 2006, 134- 173; Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt 2006, 23.04.2012). Dies geschieht jedoch nicht nur in Österreich:

„Deafness is firmly categorized as both a disabling condition and a condition in need of medical treatment, even despite successful moves by the Deaf community to gain recognition of themselves as a subcultural and linguistic community“ (Branson, Miller 2002, 227).

Bereits im Jahr 2003 weisen Franz Dotter und Ingeborg Okorn, beide an der Alpen – Adria Universität Klagenfurt tätig, darauf hin, dass das österreichische Bildungsangebot

für gehörlose Menschen eklatante Mängel aufweist, da oralistische Förderbestrebungen den Einsatz der ÖGS und bilinguale Erziehung blockieren würden (vgl. Dotter, Okorn 2003, 56-60). Sie gehen davon aus, dass es aufgrund des eingeschränkten Bildungszuganges, und der dadurch resultierenden Problematik die Schriftsprache zu erlernen und zu rezipieren, der Mehrheit der österreichischen Gehörlosen unmöglich ist, öffentlichen Diskussionen über das Bildungsangebot für gehörlose Menschen, und auch andere sie direkt betreffenden Themen oder Themen des öffentlichen Interesses, zu verfolgen und gegebenenfalls dagegen zu protestieren (vgl. Dotter, Okorn 2003, 57).

In einem Bericht des ÖGLB über die Situation von gehörlosen Österreichern und Österreicherinnen, welche von diesem im Juli des Jahres 2010 an die UN-Menschenrechtskommission aus Anlass der Universal Periodic Review geschickt wurde, im Zuge dessen der Menschenrechtsrat der Vereinten Nationen die Umsetzung der Menschenrechte in den einzelnen Staaten reflektiert, offenbarte sich wenig Verbesserung hinsichtlich der Bildungs – und Gesamtsituation (vgl. ÖGLB 2010, 22.04.2012). Der ÖGLB identifiziert mehrere Themen, die besonderen Stellenwert für die gehörlose Bevölkerung in Österreich haben, und zeigt Einschränkungen auf (vgl. ÖGLB 2010, 22.04.2012).

Barrieren sozialer und kommunikativer Natur offenbaren sich ansatzweise bereits in der Frühförderung, wenn die Beratung von Eltern gehörloser Kinder vom defizitären medizinischen Modell von Gehörlosigkeit und monolingualen lautsprachlichen Förderungsbestrebungen geprägt wird, und nicht objektiv auch die Förderungsmöglichkeiten durch ÖGS und den bilingualen Ansatz im Gespräch mit den Eltern erörtert werden (vgl. ÖGLB 2010, 22.04.2012). Weitere Barrieren entstehen dadurch, dass weder ÖGS- Sprachkurse für betroffene Eltern subventioniert werden, noch ausreichend lokale Frühförderstellen und Kindergartenplätze mit bilingualem Förderungsansatz zur Verfügung stehen werden (vgl. ÖGLB 2010, 22.04.2012). Im schulischen Bereich setzt sich diese Unterversorgung an bilingualen Förderungsangeboten fort, sodass bilinguale Klassen meist auf der Selbstorganisation und dem Engagement der Eltern beruhen (vgl. ÖGLB 2010, 22.04.2012).

Weitere Kommunikationsbarrieren ergeben sich aus der deutlichen Unterversorgung an Dolmetschern und Dolmetscherinnen, da für etwa 10 000 gehörlose Österreicher und Österreicherinnen 80-90 Dolmetscher und Dolmetscherinnen zur Verfügung stehen,

allerdings auch nur vier Bundesländer Vermittlungszentralen aufweisen (vgl. ÖGLB 2010, 22.04.2012). Desweiteren wurde im öffentlich- rechtlichen Programm des ORF im Jahr 2010 erst eine von mehreren Nachrichtenberichterstattungen parallel zur Ausstrahlung gedolmetscht und bei 70 Prozent des Programmes fehlt eine Untertitelung, während diese von Privatsendern gänzlich unterlassen wird (vgl. ÖGLB 2010, 22.04.2012).

Insgesamt war keine umfassende „*gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe von gehörlosen und gebärdensprachigen Menschen an allen gesellschaftlichen Bereichen*“ (ÖGLB 2010, 22.04.2012) des Lebens in Österreich zum Zeitpunkt der Berichterstellung, aufgrund der oben genannten Barrieren, sowie einer fehlenden politischen Repräsentanz durch gehörlose „*Gebärdensprachler und Gebärdensprachlerin[nen]*“(Plural hinzugefügt; **Anmerk. A.K.**)“ (Krausneker 2006, 21) und eines fehlenden Mitbestimmungsrechtes durch die Sprecher und Sprecherinnen der Interessensvertretungen der gehörlosen und gebärdensprachigen Menschen in Österreich bei Themen, welche für diese Bevölkerungsgruppe relevant sind, erreicht (vgl. ÖGLB 2010, 22.04.2012).

11. Cochlear Implantate:

Nachdem in den vorhergehenden Punkten bereits mehrmals aus unterschiedlichen Perspektiven und Anlässen auf das Thema „Cochlear Implantationen“ eingegangen worden ist, soll dieses nun detailliert in den Fokus der Betrachtung genommen werden. Die erste und zentrale Frage, welche beantwortet werden soll, ist: Was ist ein Cochlear Implantat?

„Ein Cochlea Implantat, abgekürzt CI, ist eine technische Hörhilfe, welche mittels Elektroden in der Cochlea den Hörnerv direkt elektrisch stimuliert“ (Kompis 2009, 205).

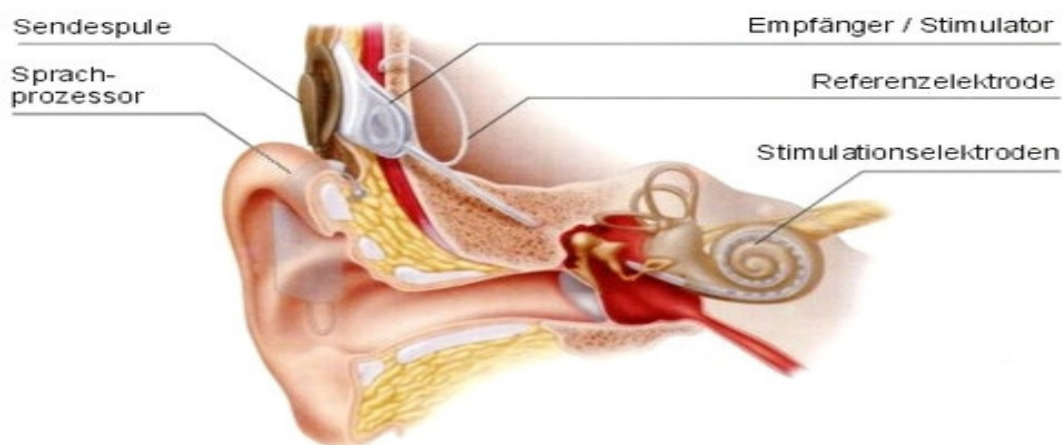


Abbildung 3: Darstellung eines implantierten Cochlear Implantates (Charité Berlin 2012b, 15.04.2012)

Dieses Zitat für sich alleine stehend könnte den Eindruck erwecken, dass ein Cochlear Implantat nicht mehr als ein direkt an den Hörnerv gekoppeltes Hörgerät ist (vgl. Kompis 2009, 205). Tatsächlich aber handelt es sich bei einem Cochlear Implantat um eine *„Innenohrprothese. Sie wird bei Formen von Gehörlosigkeit und Ertaubung angewendet, die ausschließlich Folge eines Funktionsausfalls des Innenohrs bei Erhalt der Funktion des Hörnervs, der zentralen Hörbahnen und Hörzentren sind“* (Zorowka 2008, 405).

11.1 Cochlear Implantate und Hörgeräte - Eine Differenzierung:

Ein Cochlear Implantat ist dementsprechend aus medizinischer Perspektive als Behandlungsmöglichkeit einer Schallempfindungsschwerhörigkeit konzipiert, bei der eine Funktionsbeeinträchtigung bzw. der Ausfall der Hörfunktion im Bereich des Innenohrs und/oder Ausgangs zum zerebralen Hörsystem vorliegt, und durch das Implantat vor Ort überbrückt werden soll (vgl. Ellmeier, Hellbrück 2008, 76-77). Hörgeräte hingegen finden mehrheitlich Anwendung bei Schallleitungsschwerhörigkeiten, welche sich dadurch charakterisieren, dass das, aufs Ohr von aussen, eintreffende Schallereignis nicht ungehindert und/oder in ausreichender Intensität übertragen werden kann (Ellmeier, Hellbrück 2008, 76-77). Konventionelle moderne Hörgeräte entfalten ihre Wirkung, in dem sie das Schallergebnis am äusseren Ohr auffangen, digitalisieren und dieses nach erfolgter Anpassungsleistung, mehrheitlich Schallverstärkung, rezeptionsfähig weiterleiten (vgl. Kießling 2010, 253-261).

Zwar sind auch *„Mittelohrimplantate, auch implantierbare Hörgeräte genannt“* (Charité Berlin 2012a, 15.04.2012) und *„Knochenverankerte Hörgeräte“* (Charité Berlin 2012a, 15.04.2012) von einem invasiv operativen Eingriff begleitet, da eine Teil- oder Vollimplantation gewisser Komponenten erfolgt, doch grundsätzlich kann die Unterscheidung getroffen werden, dass zumindest die Nutzung von konventionellen Hörgeräten im Gegensatz zu jener von Cochlear Implantaten ohne invasiv operativen Eingriff möglich ist und erfolgt (vgl. Charité Berlin 2012a, 15.04.2012).

Hinsichtlich der Funktionsweise und Leistungsfähigkeit kann ebenfalls eine Differenzierung zwischen Hörgeräten, implantierbaren Hörsystemen und Cochlear Implantaten getroffen werden (vgl. Charité Berlin 2012b, 15.04.2012). *„Während ein Hörgerät nur den Schall verstärkt, um so die Sprache für den Schwerhörigen verständlich zu machen, wandelt das CI den Schall in elektrische Impulse um. Diese werden dem Hörnerv*

in einem bestimmten Muster zugeleitet, das z.B. einem gesprochenen Wort entspricht“ (Charité Berlin 2012b, 15.04.2012). Dies macht deutlich, dass Hörgeräten Grenzen, bezüglich ihrer Anwendung und Leistungsfähigkeit, auferlegt sind, welche mehrheitlich beim Cochlear Implantat nicht zutreffen, weswegen Letztere auch als weiterführende Behandlungsmöglichkeit nach einer Hörgeräteversorgung, die nicht die gewünschten Resultate erzielen konnte, in Betracht gezogen werden kann (vgl. Charité Berlin 2012b, 15.04.2012). Allerdings haben auch Cochlear Implantate Grenzen: *„Unbedingte Voraussetzung für eine erfolgreiche Cochlear-Implantation sind die Funktionstüchtigkeit der neuralen Hörbahn sowie der zentralen Hörverarbeitung“* (Charité Berlin 2012b, 15.04.2012). Von dieser Einschränkung abgesehen, ist eine Cochlear Implantation, sowohl bei prälingualen, perilingualen und vor allem bei postlingualen hochgradigen Schwerhörigkeiten bzw. Gehörlosigkeit, durchführbar, auch wenn im Fall von prälingualer Gehörlosigkeit zu einer möglichst frühen Implantation geraten wird (vgl. Charité Berlin 2012b, 15.04.2012).

Cochlear Implantation können monolateral oder bilateral durchgeführt werden, jedoch haben die bilateralen Implantationen in den letzten Jahren stark zugenommen (vgl. Zeng 2011, 4-5). Bei einer monolateralen Cochlear Implantation wird der operative Eingriff und die Implantation ausschließlich an einem Ohr durchgeführt, während eine bilaterale Implantation die Versorgung mit Cochlear Implantaten an beiden Ohren umfasst, von welcher sich Mediziner und Medizinerinnen eine verbesserte Qualität im Hören versprechen, die einen Angleich an das Hörvermögen eines Menschen ohne Hörbeeinträchtigung, z.B. auch in Bezug auf das Hören in lauter Umgebung und dem Richtungshören, erlauben soll (vgl. Zeng 2011, 4-5; van Hoesel 2011, 13- 48). Jedoch würde eine erfolgte einseitige Cochlear Implantation die nachträgliche und zusätzliche Versorgung mit einem Hörgerät beim nicht implantierten Ohr nicht ausschließen (vgl. Madell, Sislian, Hoffman 2004, 223-225).

11.2 Kosten eines Cochlear Implantates:

Unabhängig von der Herstellerfirma und dem Typ des Cochlear Implantates kostet ein Exemplar bereits um ein Vielfaches mehr, als ein konventionelles Hörgerät (vgl. SALK 2012, 14.04.2012; Neuroth 2012, 15.04.2012). Während jedoch bei Hörgeräten meist nur die Kosten der sogenannten Tarifgeräte übernommen werden und bei der Wahl eines Gerätes, welches diesen Regelsatz pro Ohr überschreitet und/oder mehr Funktionen aufweist, die individuell

gewünscht werden, der Differenzbetrag vom Anspruchsberechtigten oder der Anspruchsberechtigten privat beglichen werden muss, werden die Kosten für eine Cochlear Implantation und nachfolgende Massnahmen und Kosten, z.B. in Österreich und Deutschland, vollständig von den Krankenkassen übernommen (vgl. Neuroth 2012, 15.04.2012; DCIG 2012, 15.04.2012; ÖSSH 2012a, 15.04.2012; ÖSSH 2012b, 15.04.2012).

Die Gesamtkosten der medizinischen Maßnahme „Cochlear Implantation“ setzen sich aus dem Preis des Implantates, der ärztlichen Leistungen und der Folgekosten der Rehabilitation zusammen, so kommt beispielsweise die Salzburger Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten auf folgendende Kalulation (vgl. SALK 2012, 14.04.2012):

„Ein Implantatsystem kostet etwa 20.000 Euro, dazu kommen medizinischen Kosten einschließlich Diagnostik, Operation und Nachbetreuung von etwa 20.000 – 30.000 Euro, so dass mit etwa 40.000 – 50.000 Euro pro Kind gerechnet werden muss“ (SALK 2012, 14.04.2012).

Mit dieser Kosteneinschätzung stimmt beispielsweise auch Wolf – Dieter Baumgartner vom Wiener Allgemeinen Krankenhaus überein, wobei dieser zwar darauf verweist, dass die tatsächlichen Kosten dem Wiener AKH nicht vollständig erstattet werden, aber wertet dennoch, wie auch Vertreter und Vertreterinnen des SALK, die Cochlear Implantationsmassnahmen grundsätzlich als sehr ökonomisch, sowie medizinisch effektiv (vgl. Baumgartner 2011, 19.02.2012; SALK 2012, 14.4.2012).

11.3 Cochlear Implantat Modelle und ihre Hersteller- Die Verfügbarkeit:

Das Cochlear Implantat existiert nicht, da es nicht nur mehrere Herstellerfirmen gibt, sondern diese jeweils auch unterschiedliche Typen von Implantaten vertreiben, um ein möglichst breites Spektrum der Kunden- und Kundinnenbedürfnisse abdecken zu können (vgl. z.B. MDS 2005, 15.04.2012; ÖSSH 2012a, 15.04. 2012). Besonderen Bekanntheitsgrad erreichten vor allem die Herstellerfirmen MED EL GmbH, bekannt durch die Opus Implantate, Advanced Bionics, als Herstellerfirma der Clarion Implantate, und Cochlear Limited, welche die Nucleus Implantate vertreibt (vgl. MEDEL 2012, 15.04.2012; Advanced Bionics 2012, 15.04.2012; Cochlear Ltd 2012, 15.04.2012).

Es ist wichtig festzustellen, dass auch wenn es international mehrere Herstellerfirmen von Cochlear Implantaten und jeweils von diesen mehrere unterschiedliche Typen für unterschiedlichste Anforderungen gibt, weder alle Typen von Implantaten aller Hersteller

in einer Klinik, welche Cochlear Implantationen durchführt, noch in jedem Staat und Region weltweit verfügbar, bzw. finanzierbar, ist (vgl. Golikeri 2010, 15.04.2012; Tarabichi et al 2008). In Österreich beispielsweise werden vor allem Implantate von MED EL GmbH und Cochlear Limited vertrieben und implantiert, wobei zwar die MED EL GmbH eine Firma österreichischen Ursprungs ist, aber es sich bei Cochlear Limited um eine australische Firma handelt (vgl. ÖGLB 2006c, 20.02.2012; Junge Stimme ÖSSH 2006, 15.04.2012, Österr. Gesellschaft für implantierbare Hörhilfen 2012a, 15.04.2012).

11.4 Funktionsweise von Cochlear Implantaten:

Detaillierte technische Darstellungen und Beschreibungen zu den einzelnen Implantatmodellen und eine vergleichende Gegenüberstellung dieser, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, sodass in diesem Punkt nicht näher auf einzelne Implantatmodelle eingegangen, sondern die Funktionsweise aus einer allgemeinen Perspektive heraus in den Fokus genommen werden soll.

„Die Funktion der auf dem Markt befindlichen verschiedenen CI-Systeme sind vom Prinzip gleich und unterscheiden sich im Wesentlichen in der Bauform des Cochlea-Implantates, der Anzahl der Kanäle, den verwendeten Materialien für das CI-Gehäuse sowie in der Ausführung (Form, Anordnung und Anzahl) der Elektrodenpole“ (MDS 2005, 15.04.2012).

Ein Cochlear Implantat besteht aus mehreren Teilkomponenten, die einerseits subkutan implantiert werden, und andererseits jedoch, z.B. für einen ungehinderten, nicht operativen Zugang für den Batteriewechsel, direkt an der Schädeloberfläche angebracht sind (vgl. Müller, Ziese 2010, 1-7). Das Implantat unter der Haut umfasst ein elektronisches Teilstück, welche direkt an einen, in die Cochlea führenden, Elektronenträger gekoppelt ist, und eine Empfangsspule samt Magneten (vgl. Müller, Ziese 2010, 1-2). Als externe Teilkomponente fungiert der Signalprozessor, derzeit meist ein HdO Typ, oder auch „*Hinter-dem-Ohr-Prozessor*“ (MDS 2005, 15.04.2012), der seinerseits aus mehreren Einzelkomponenten besteht, wozu auch die Sendespule zu subsumieren ist, welche vom inneren Magneten der Empfangsspule am vorgesehenen Platz fixiert wird (vgl. Müller, Ziese 2010, 1-2). Der gesamte Signalprozessor setzt sich zusammen aus den Signalprozessorstück samt Batterienfach, einer Sicherheitsleuchte zur Funktionsüberprüfung, einem oder mehreren Mikrofonen, eine Tragebügel für dieses Teilstück, sowie dem Verbindungskabel zur Sendespule und dieser selbst (vgl. Müller, Ziese 2010, 1-2).

Wenn ein Schallereignis, unter anderem auch Sprache und Musik, beim Ohr des Implantatträger oder der Implantatträgerin eingeht, wird dieses vom Mikrophon, oder mehreren, aufgenommen und an den Signalprozessor weitergeleitet (Müller, Ziese 2010, 7). Diesem obliegt die Aufgabe das Signal zu analysieren und für die Rezeption durch den Implantatträger oder die Implantatträgerin zu kodieren (vgl. Müller, Ziese 2010, 8-9). Diese Analyse umfasst die Feststellung von „*physikalischen Eigenschaften des akustischen Signals, also Frequenz („Tonhöhe“), Intensität („Lautstärke“) und Zeitverlauf (Dauer und Pausen) als auch die spezifischen Eigenschaften von Sprache (Stimmgrundfrequenz, Vokale, Konsonanten)*“ (Müller, Ziese 2010, 8) und hat eine Aufschlüsselung des Signals in einzelne Frequenzbänder zur Folge (vgl. Müller, Ziese 2010, 8-9). Die Genauigkeit mit welcher die wesentlichen Merkmale der menschlichen Sprache von den Signalprozessoren festgestellt und kodiert werden können, sodass sie durch den Implantatträger oder die Implantatträgerin möglichst korrekt interpretiert werden können, variiert je nach der Kodierungssoftware der Herstellerfirmen (vgl. Müller, Ziese 2010, 8-9). Jedem Frequenzband ist jeweils eine Elektrode am Elektrodenträger in der Cochlea zugewiesen, um am Eingangsbereich der Schnecke die hohen und am Spitzenbereich die tiefen Frequenzen zu übertragen (vgl. Müller, Ziese 2010, 8). Somit besteht die Grundfunktion eines Cochlea Implantates darin den Gehörvorgang, von der Aufnahme eines Schallsignals bis zur Übertragung des Reizes an den Hörnerv mittels elektrischer Stimulation, zu überbrücken (vgl. Müller, Ziese 2010, 5-8).

11.5 Relevante Faktoren für und/ oder gegen Cochlear Implantationen:

Nachfolgend zur Beschreibung der Funktionsweise von Cochlear Implantaten soll nun der Blick darauf gerichtet werden, wie seitens der Medizin beurteilt wird, ob eine Person für die Implantation geeignet ist, und inwiefern die Ausgangslage der individuellen Person Bedeutung für deren Eignung haben kann. Anschließend daran soll noch eine auszugsweise Betrachtung der psychologischen, ethischen und rechtlichen Faktoren im Kontext der Durchführung der Cochlear Implantation bei Erwachsenen und Kindern erfolgen, ehe in Punkt 11.6 auf Erwartungen an eine Cochlear Implantation, sowie Grenzen und Möglichkeiten dieser eingegangen werden soll.

Am Beginn der Cochlear Implantatversorgung war die Gruppe möglicher Implantationskandidaten und Kandidatinnen sehr eng gefasst, da es zunächst nur bei Menschen mit der Diagnose einer postlingualen plötzlichen und gradualen Gehörlosigkeit,

für deren Behandlung es entwickelt wurde, als medizinische Intervention Anwendung fand (vgl. Leonhardt 2009a, 63). Derzeitige Entwicklungen jedoch haben diese Einschränkung umgekehrt, sodass inzwischen eher die Frage nach schwerwiegenden Ausschlusskriterien für einzelne Personen seitens der Medizin erörtert wird, und sich die Cochlear Implantat Versorgung zu einer anerkannten und weitverbreiteten medizinischen Intervention bei vielen Ausprägungen von Hörbeeinträchtigungen etablieren konnte (vgl. Kempf, Büchner, Stöver 2003, 663-674; Stark, Helbig 2011, 605-612).

Nicht länger ist die Indikation einer Cochlear Implantation beispielsweise auf eine Leistungsminderung des Gehörs im Ausprägungsgrad einer Gehörlosigkeit beschränkt, sondern findet bereits auch in Fällen von Resthörigkeit Einsatz (vgl. Stark, Helbig 2011, 605; Nussbaum 2012b, 20.02.2012). Grundsätzlich ist sie aus medizinischer Perspektive bereits in fast jedem Alter möglich, sobald eine genaue Diagnose begleitet von einer audiologischen Testung und Erfassung des tatsächlichen Hörvermögens, sowie einer Abklärung der anatomischen Unversehrtheit des Hörnerves und der neuronalen Bereiche, vorliegt und die Operationsrisiken nicht den potentiellen Nutzen der Implantation übersteigen (vgl. Aschendorff et al 2009, 39-46; Nussbaum 2012b, 20.02.2012).

11.5.1 Alter als Faktor:

Das Alter beim Zeitpunkt der Cochlear Implantation verliert als Kontraindikation immer mehr an Bedeutung, da inzwischen bereits bei Kleinkindern mit vier Monaten als auch bis ins hohe Alter, z.B. mit 82 Jahren an der Universitäts- HNO Klinik Freiburg, Cochlear Implantationen durchgeführt werden (vgl. Aschendorff et al 2009, 39-46; Cosetti, Roland 2010, 46-54). Durch das Neugeborenen Screening, falls es in den einzelnen Staaten bereits routinemässig durchgeführt wird, können Hörbeeinträchtigungen bereits frühzeitig erkannt und mit Diagnostik und apparativer Versorgung mit konventionellen Hörgeräten begonnen werden, wodurch bei keiner ausreichenden Besserung des frühkindlichen Hörvermögens durch diese Massnahme eine frühzeitige Cochlear Implantation ermöglicht wird (vgl. Aschendorff et al 2009, 39-46; Stark, Helbig 2011, 605-612). Dieser Testlauf mit konventionellen Hörgeräten sollte bei Kindern zumindest drei Monate umfassen, bevor eine Cochlear Implantation in Erwägung gezogen wird (vgl. Aschendorff et al 2009, 40-41; Stark, Helbig 2011, 607). Sowohl bei Kleinkindern, Kindern und Personen höheren Alters erfordert eine Cochlear Implantation eine risikosensible Herangehensweise und intensive Zusammenarbeit seitens Diagnostik-, Anästhesie- und Rehabilitationsverantwortlichen, da

vor allem die Anästhesie, die Operationstechnik und die anschließende Rehabilitation bei beiden Risikogruppen spezifische Anforderungen an die Ausführenden stellt (vgl. Nussbaum 2012b, 20.02.2012; Aschendorff et al 2009, 39-46).

11.5.2 Gesundheitliche Faktoren:

Da die Cochlear Implantation als operanter Eingriff zunächst mit klassischen Operationsrisiken, wie unter Punkt 11.7 beschrieben, verbunden ist, kann der Eingriff nur durchgeführt werden, wenn sich der Implantationskandidat oder die Implantationskandidatin körperlich in einem für die Operation angemessenen Gesundheitszustand befindet, bewusst und in seiner Wahrnehmung unbeeinträchtigt seine oder ihre informierte Zustimmung zum Eingriff und den damit verbundenen Risiken geben kann, bzw. bei Kindern die Eltern, und eine Cochlear Implantation für die spezifische Diagnose angemessen und durchführbar erscheint (vgl. Kempf, Büchner, Stöver 2003, 663-667; Stark, Helbig 2011, 605-612).

Absolute Gegenindikatoren für eine Cochlear Implantation sind beispielsweise schwere gesundheitliche Vorerkrankungen, z.B. Herz- und Kreislauferkrankungen, die Wirkungslosigkeit des Implantates aufgrund eines fehlenden oder geschädigten Hörnerves oder einer Beeinträchtigung des zentralen Hörbereiches, fehlende Förderungs- und Trainingsmöglichkeiten nach der Operation und fehlende Motivation und/oder Zustimmung der möglichen Implantationskandidaten (vgl. Kempf, Büchner, Stöver 2003, 663-667; Stark, Helbig 2011, 605-612).

11.5.3 Soziale Faktoren:

Eine Cochlear Implantation macht einen Betroffenen oder eine Betroffene nicht zu einem uneingeschränkt hörenden Menschen, sondern zu einem CI-Träger oder einer CI- Trägerin, die bei einer situationsbedingten Abnahme der externalen Teile des Cochlear Implantates wieder gehörlos wird, wobei dies im Fall der Zerstörung des eventuell zuvor vorhandenen Restgehörs auch für präoperativ schwerhörige Menschen zutrifft (vgl. ÖGLB 2006c, 20.02.2012). Durch eine Cochlear Implantation ist es einem betroffenen Menschen dementsprechend nicht möglich dem Stigma und den Vorurteilen seines hörenden Umfeldes zeitlebens und in jeder Situation zu entgehen (vgl. Goffman 1963, 1-8; Cloerkes 2009, 208-212). Allerdings reduzieren sich jene Situationen mit jedem technologischen Fortschritt der Herstellerfirmen, in welchen ein CI-Träger oder eine CI – Trägerin die

äusseren Komponenten zum Schutz vor Beschädigung jener oder einer Verletzungsgefahr abnehmen muss, wie beispielsweise durch die Entwicklung der HdO- Geräte und dem damit verbundenen Wegfall der einschränkenden Kabel (vgl. Aschendorff et al 2009, 41-42; Hoth et al 2008, 27). In Situationen hingegen, in welchen die Nutzung uneingeschränkt möglich ist, bietet der Einsatz des Implantates oder beider Implantate die Möglichkeit Kommunikationsbarrieren zu überwinden und an Gesprächssituationen teilzunehmen, wobei sie dann von „*unbefangenen Beobachtern nicht als Hörgeschädigte zu erkennen*“ (Hoth et al 2008, 11) wären (vgl. Hoth et al 2008, 11).

Die Reaktionen des informierten näheren und familiären Umfeldes gilt es vor einer Cochlear Implantation ebenfalls zu bedenken, stellt beispielsweise das Fehlen der Unterstützung der Eltern bei Rehabilitation und Training gerade bei Kindern sogar eine bedingte Kontraindikation bei der Beurteilung der Kandidaten und Kandidatinnen dar (vgl. Leonhardt 2009a, 68-70; Maurer 2009, 697-698). Bei gehörlosen Kindern gehörloser Eltern stellt sich die Frage nach der Akzeptanz einer Cochlear Implantation noch in Bezug auf deren Identität und kulturelle Zugehörigkeit zur „*Deaf-World*“ (Lane 2005, 291), falls die Eltern sich als Teil lokaler „*Deaf Communities*“ (Kyle 2002, 83) identifizieren und eventuell mit negativen Reaktionen im sozialen Umfeld rechnen müssen (vgl. Leonhardt 2009a, 68). Auch für die Cochlear Implantat versorgten Kinder stellt sich früher oder später in ihrem Leben dann ebenfalls die Frage, inwieweit sie mit der Entscheidung ihrer Eltern zur Cochlear Implantation übereinstimmen und das Cochlear Implantat weiterhin nutzen wollen oder es ablehnen (vgl. Swanson 1997, 929-932).

11.5.4 Psychologische Faktoren:

„(1) Das Hören bindet den Menschen in seine Umwelt ein. (2) Das Hören bindet den Menschen in die emotionale Befindlichkeit der Mitwelt ein. (3) Das Hören von Sprache bindet den Menschen in die soziale Mitwelt ein“ (Klein, Meinertz, Kausen 1999, 161).

Diese Einschätzung der zentralen Bedeutung des Hörens für den Menschen wird von vielen Vertretern und Vertreterinnen der Medizin und lautsprachlich orientierten Frühförderung geteilt und im Zuge von Beratungsgesprächen auch betroffenen Eltern vermittelt, meist ohne ausführliche Beratung über, oder zumindest eine positive Erwähnung, weiterer Optionen neben einer Cochlear Implantation für einen natürlichen Spracherwerb mittels gebärdensprachlicher und/oder bilingualer Förderung und/ oder den Einsatz konventioneller Hörgeräte (vgl. DGB 2006, 22.04.2012). Vor allem Formulierungen,

welche Eltern suggerieren, dass ihr Kind nur dann keine Entwicklungsdefizite aufgrund des verminderten oder nicht vorhandenen Hörvermögens entwickeln würde, wenn es frühst möglich implantiert und anschließend intensiv exklusiv lautsprachlich, auch durch die Eltern, gefördert werden müsste, setzen die Eltern unnötig einer starken psychischen Belastung aus schnellstmöglich die bestmögliche Entscheidung für ihr Kind zu treffen (vgl. ÖGLB 2006c, 20.02.2012).

Einerseits kann eine frühe Diagnose bei Kindern den Weg zu einer optimalen Versorgung mit Hörgeräten und/ oder Cochlear Implantaten für eine entwicklungsangepasste lautsprachliche oder bilinguale Förderung ebnen (vgl. Simonsen et al 2009, 264; Lesinski-Schiedat et al 2006, 565- 569). Andererseits trifft die frühe Diagnose hörende Eltern meist unvermittelt, da sie in der Kürze der Zeit bis zu dieser noch keine Verdachtsmomente mit dem Kind erleben konnten, und dies kann zu Irritationen in der Eltern-Kind Beziehung, sowie zu einer weiteren psychischen Belastungssituation für die Eltern, führen (vgl. Richter et al 2000, 675- 679; Simonsen et al 2009, 264). Der DGB befürwortete daher, dass dieser Druck von den Eltern genommen werden müsste, indem eine objektive und ausdauernde Beratung über lautsprachliche, gebärdensprachliche und bilinguale Förderungsmöglichkeiten, Gespräche mit gehörlosen Erwachsenen mit Fachwissen, sowie der kostenfreie Zugang zum Erlernen der DGS angeboten werden sollte (vgl. DGB 2006, 22.04.2012). Im Zuge dieser Beratung dürfen Risiken, Komplikationen und Folgeerscheinungen der Cochlear Implantation ebenso wenig unerwähnt bleiben, wie die realen Chancen auf einen natürlichen lautsprachlichen Spracherwerb, den Besuch der Regelschule und die Grenzen des potentiell erreichbaren Hörvermögens, um nicht illusionäre Hoffnungen in den betroffenen Eltern zu erwecken, denen nach Jahren größte Enttäuschung folgen könnten (vgl. DGB 2006, 22.04.2012; ÖGLB 2006c, 20.02.2012). Der ÖGLB mahnt davor, welche negativen Effekte auf die Eltern- Kind Beziehung daraus entstehen können, wenn Eltern ihr Kind nicht unabhängig vom Hörstatus akzeptieren lernen, und sich nach der Implantation oder dem nachfolgenden Training nicht die gewünschten und erhofften Erfolge einstellen (vgl. ÖGLB 2006c, 20.02.2012). Auch den Einfluss des Erfolgsdrucks möglichst große Trainingsfortschritte machen zu müssen, nachdem das Kind mit einem „teuren“ Cochlear Implantat versorgt und eine Operation dafür in Kauf genommen wurde, lastet einerseits auf den Eltern und andererseits auf dem Cochlear Implantat versorgten Kind (vgl. ÖGLB 2006c, 20.02.2012).

11.5.5 Ethische Faktoren:

Während die Cochlear Implantation bei erwachsenen Personen, die autonom und für sich selbst die Einwilligung zur Operation geben können, inzwischen eine anerkannte optionale Behandlungsmöglichkeit bei postlingualer hochgradiger Schwerhörigkeit oder spontaner und gradualer Gehörlosigkeit darstellt, sorgt die Cochlear Implantation bei Kindern und Kleinkindern für Kontroversen (vgl. z.B. Nunes 2001, 337- 347; ÖGLB 2006c, 20.02.2012).

Zu Einen handelt es sich bei einer Cochlear Implantation um einen optionalen operativen Eingriff, der mit dem Ziel ausgeführt wird, eine Verbesserung oder Wiederherstellung des Hörvermögens herbeizuführen, aber keine lebenserhaltende oder notfallchirurgische Massnahme darstellt (vgl. Lane 2005, 300; Stark, Helbig 2011, 605-606). Zum Anderen ist der Eingriff mit allgemeinen und eingriffsspezifischen Operationsrisiken verbunden, und garantiert aber für sich alleine stehend und auch in Verbindung mit intensiver Förderung keine definitiven Verbesserungen oder eine Wiederherstellung des Hörvermögens (vgl. FDA 2010, 16.04.2012; Nussbaum 2012a, 20.02.2012). Für Eltern stellt sich dahingehend die Frage, ob die Chance auf einen natürlichen Lautspracherwerb, welchen diese neue Technologie mitunter vielleicht für ihr Kind bieten kann, die damit verbundenen Risiken und Folgeerscheinungen akzeptabel und vertretbar macht (vgl. Sailer 2010, 258- 259;). Der DGB gibt zu bedenken, dass eine Cochlear Implantation nicht die einzige Chance auf einen natürlichen Lautspracherwerb darstellt, da auch mit Hörgeräten eine auditive Stimulation in der sensiblen Phase des Kindes erfolgen kann, ohne das Recht des Kindes auf Unversehrtheit seines Körpers verletzen (vgl. DGB 2006, 22.04.2012). Eine zumindest vorläufige Versorgung mit Hörgeräten würde auch den Eltern mehr Zeit einräumen eine informierte und überlegte Entscheidung treffen zu können, ohne, aufgrund der Befürchtung diese sensible Phase des Kindes ungenützt verstreichen zu lassen, unter Zeitdruck entscheiden zu müssen (vgl. DGB 2006, 22.04.2012). Davon abgesehen würde eine bilinguale Förderung, begleitend zur Cochlear Implantation, einen natürlichen Spracherwerb beim Cochlear Implantat versorgten Kind garantieren, wenn ein technischer Defekt am Implantat auftritt und/ oder sich bei der lautsprachlichen Förderung nicht die erhofften Erfolge einstellen (vgl. DGB 2006, 22.04.2012).

11.5.6 Rechtliche Faktoren:

Aufgrund der Tatsache, dass, unabhängig von einer potentiellen Anerkennung der Gebärdensprache im jeweiligen Staat, Gehörlosigkeit und hochgradige Schwerhörigkeit,

also eine schwerwiegende Einschränkung des Hörvermögens unabhängig vom subjektiven Einschätzung des Betroffenen oder der Betroffenen, als Beeinträchtigung gewertet wird, haben Betroffene je nach Staat nach einer genauen ärztlichen Diagnose dieser Funktionseinschränkung des Hörvermögens auch einen rechtlichen Anspruch auf eine Minderung oder Beseitigung dieser Einschränkung durch Hörgeräte und/oder Cochlear Implantate (vgl. Müller 2002, 111- 120; Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt 2010, 21.04.2012; Bundessozialamt 2012, 21.04.2012). Dieser rechtliche Anspruch variiert, hinsichtlich der zur Verfügung gestellten Mittel, je nach Staat und ist in seiner Durchsetzung auch von der individuellen Eignung der betroffenen Person abhängig, welche oben auszugsweise erörtert wurden (vgl. Müller 2002, 111-120; Steffens 2009, 58; Bundessozialamt 2012, 21.04.2012).

Besteht ein rechtlicher Anspruch auf Grund der gestellten Diagnose und kann die Eignung der Person für Operation, Rehabilitation und Sprachtraining eindeutig festgestellt werden, dann ist beispielsweise in Deutschland nicht nur die monolaterale Cochlear Implantation für den Betroffenen oder die Betroffene kostenfrei, sondern es besteht ein Anspruch auf bilaterale Versorgung (vgl. HNO - Klinik Aachen 2008, 19.04.2012). Auch für österreichische Betroffene ist die Cochlear Implantation je nach medizinischer Indikation mono- oder bilateral kostenfrei möglich, sofern sie über eine bestehende Krankenversicherung verfügen (vgl. Österr. Gesellschaft für implantierbare Hörhilfen 2012b, 15.04.2012).

Neben dem Recht darauf kostenfrei eine Cochlear Implantation in Anspruch nehmen zu können, besteht jedoch auch ein Recht auf Unversehrtheit des Körpers und eine autonome Entscheidung für jeden betroffenen Menschen, wobei im Fall von Kindern den Eltern in Vertretung die Aufgabe und das Recht zufällt für ihr Kind die Operation abzulehnen oder einzuwilligen (vgl. Gaines 2003, 600; Leist 2010, 232-245).

11.6 Erwartete positive Effekte einer Cochlear Implantation:

Die Hoffnung vieler hörender Eltern und/ oder Betroffenen, welche im späteren Verlauf ihres Lebens gradual oder plötzlich eine hochgradige Schwerhörigkeit oder Gehörlosigkeit ausweisen, dass die monolaterale oder bilaterale Versorgung mit Cochlear Implantat einen Level von Hörvermögen wiederherstellen könnte, welches dem eines uneingeschränkt hörenden Menschen entspricht, stimmt nicht dem realen Potential der Cochlear Implantationstechnik unabhängig von der Herstellerfirma überein (vgl. Bentele 2012, 19.04.2012). Potential deswegen, weil die tatsächlich erreichbaren Erfolge individueller

Natur sind und die Cochlear Implantation für sich alleine ohne weiterführende Massnahmen keine bis wenige Effekte auf den Hörprozess bzw. die Verarbeitung und korrekten Interpretation der eintreffenden auditiven Reize hätte (vgl. Nussbaum 2012a, 20.02.2012). Die potentiellen, in Voruntersuchungen durch die behandelnden Ärzte und Ärztinnen in Aussicht gestellten, Effekte einer mono- oder bilateralen Cochlear Implantation auf das Hörvermögen sind individuell und von mehreren Faktoren, vor allem Möglichkeiten und Zugang zu intensiver Förderung, abhängig (vgl. z.B. HNO - Klinik Aachen 2008, 19.04.2012; Pisoni et al 2008, 52-94). Eine Cochlear Implantation, auch im Fall der bilateralen Implantation, birgt in keinem Fall auch bei bester und intensivster Förderung und optimalen Ausgangsbedingungen, die Effektivität ein durchschnittliches Hörvermögen herzustellen oder wiederherzustellen (vgl. Pisoni et al 2008, 58-59). Dennoch stellt die allgemeine Zielsetzung bei Cochlear Implantationen eine deutliche Verbesserung des Hörvermögens dar, welche zumindest ausreichend für den Lautspracherwerb und die Rezeption der Lautsprache ausfallen soll (vgl. Stark, Helbig 2011, 605-606).

Weitere positive Effekte der Cochlear Implantation können, aber müssen nicht sein, dass ein CI Träger und eine CI Trägerinnen nicht länger auf Lippenlesen und die Untertitel im TV angewiesen sind (vgl. FDA 2010, 16.04.2012). Laut FDA besteht auch die individuelle Chance, dass das Hören von Musik, die Kommunikation per Telefon und die Wahrnehmung von Geräuschen und Tönen im Bereich von leise bis laut, durch eine Cochlear Implantation in Verbindung mit einer nachfolgenden Rehabilitation und intensivem Training, Realität werden kann (vgl. FDA 2010, 16.04.2012).

„Patients often report that they can hear footsteps, slamming of doors, ringing telephones car engines, barking dogs, lawn mowers, and various other environmental sounds“ (FDA 2010, 16.04.2012).

Im Fall einer bilateralen Versorgung wird zusätzlich noch die Chance auf ein besseres Sprachverständnis im Vergleich zur monolateralen Versorgung, und auf ein zumindest mässiges ausgeprägtes Richtungshörvermögen in Aussicht gestellt (vgl. Zeng 2011, 5). Alle der beschriebenen Optionen werden jedoch auch von einer Vielzahl möglicher Risikofaktoren und Komplikationen begleitet, welche nun genauer betrachtet werden sollen.

11.7 Risikofaktoren und Komplikationen bei und nach der Implantation:

Risiken und Komplikationen, die in Verbindung zur Cochlear Implantation stehen, können in zwei Kategorien eingeteilt werden (vgl. z.B. FDA 2010, 16.04.2012; ÖGLB 2006c, 20.2.2011; UMMC 2012, 18.04.2012). Einerseits die chirurgischen Risiken, welche den unmittelbaren Zeitraum des Klinikaufenthaltes während und nach der Operation, sowie die Rekonvaleszenz von der Operation umfassen (vgl. FDA 2010, 16.04.2012). Andererseits jene Kategorie, welche die FDA als sonstige Risiken und Komplikationen beschreibt, und die technischer, medizinischer und individueller Natur sind (vgl. FDA 2010, 16.04.2012). Festzustellen ist, dass auch wenn keine der nachfolgend beschriebenen chirurgischen Risiken während und unmittelbar nach der Implantation in Erscheinung getreten sind, diese auch Jahre nach der Cochlear Implantation erst ihre Wirkung merkbar entfalten könnten (vgl. z.B. Achiques et al 2010, 414; Baidya, Dehran 2011, 92). Die FDA listet neben den chirurgischen Risiken auch eine Reihe von Komplikationen auf, welche unabhängig vom Operationsergebnis, die Nutzung des Cochlear Implantates durch den Implantatträger oder die Implantatträgerin einschränken und bis zum vollkommenen Funktionsausfall führen können, welcher u.a. eine Reimplantation zur Folge haben kann (vgl. FDA 2010, 16.04.2012).

Da es sich bei der Cochlear Implantation um einen operativen Eingriff handelt, ist die Implantation zunächst einmal mit klassischen, sowie lokalitäts- und ablaufspezifischen Operationsrisiken verbunden (vgl. Cohen, Roland 2006, 126-132). Zu den klassischen Operationsrisiken zählt beispielsweise das Anästhesierisiko, da die Implantation bei Vollnarkose durchgeführt wird und durchschnittlich 2-3 Stunden in Anspruch nimmt (vgl. Gross 2008, 16.04.2012). Im Gegensatz zur Operation bei Minderjährigen, besteht bei Erwachsenen jedoch auch die Option auf eine Durchführung bei Lokalanesthäsie, wobei dies kaum in Anspruch genommen wird (vgl. Gross 2008, 16.04.2012). Während Komplikationen direkt während der Cochlear Implantation in ihrer Häufigkeit eher als selten auftretend zu werten sind, gilt dies nicht postoperative Komplikationen (vgl. z.B. Maurer 2009, 701; Baidya, Dehran 2011, 92). Zu diesen können auch Wundinfektionen als klassische Operationsrisiken inkludiert werden, allerdings können sie bei Cochlear Implantaten zur Folge haben, dass dieses entfernt und/oder reimplantiert werden müssen (vgl. Achiques et al 2010, 414-415).

„Infections are the most common complication and are also the doctor's most frequent source of worry (...) Even though current devices are made from well-tolerated materials, contamination from external micro-organisms can favour the development of an infection. The global infection rate (...) varies from 1.7% to 16,6%“ (Achiques et al 2010, 415).

Meningitis, also eine Gehirnhautentzündung, kann ebenfalls durch eine Infektion ausgelöst werden (vgl. Maurer 2009, 701). Aufgrund der Feststellung einer Häufung der Fälle von Meningitis nach Cochlear Implantationen durch die FDA, und da Meningitis unter anderem auch einen tödlichen Verlauf nehmen kann, wird versucht dieses Risiko möglichst gering zu halten, indem vor einer Cochlear Operation vor allem bei Personen mit erhöhtem Risiko, unter anderem Kindern und Personen höheren Alters, eine Schutzimpfung dringend empfohlen wird, deren Wirkung jedoch auch nicht zu 100 Prozent garantiert werden kann (vgl. Müller 2005, 64). Wird dieses Risiko zur Realität zieht es für sich eine weitere Komplikation mit sich, da eine Entzündung in diesem Bereich mehrheitlich operant behandelt werden müssen, also eine weitere Operation mit sich bringen würden (vgl. Müller 2005, 67).

Neben Infektionen und Meningitis können noch eine Vielzahl von chirurgisch bedingten Komplikationen auftreten, z.B. „*Gleichgewichtsstörungen, Schwellungen (...) Schmerzen (...) Geschmacksstörungen, Tinnitus (...) Elektrodenextrusion, Verlagerung des Implantates, intrakranielle Komplikationen, komplette Fazialisparesen, Verletzungen des N. facialis und (...) Schwindel*“ (Maurer 2009, 701). Extrusionen, die verschiedenste Ursachen, u. a. Unverträglichkeit oder Infektionen, haben können, bedingen ebenso eine neuerliche Operation mit den damit verbundenen Risiken und Komplikationen, wie auch eine Verlagerung der Magneten (vgl. Maurer 2009, 701; Baidya, Dehran 2011, 92).

Unter Risiken und Komplikationen, welche nicht direkt mit dem Operationsvorgang in Zusammenhang stehen, und technischer, medizinischer und individueller Natur sind, aber eine neuerliche Operation erfordern, subsumiert die FDA Reimplantationen bei einer Störung und/oder eines dauerhaften technischen Defekts des Implantates oder einer Aktualisierung aufgrund technischen Fortschrittes, welche teils optional oder auch notwendig für die Funktionserhaltung und die Leistung des Implantates sind (vgl. FDA 2010, 16.04.2012). Reimplantationen stellen jedoch aus Sicht von Medizern und Medizinerinnen ein einkalkuliertes Risiko dar, wie das nachfolgende Zitat verdeutlichen sollte (vgl. Müller 2005, 64):

„Bereits bei der Erstimplantation sollte bedacht werden, dass es sich bei den Cochlea – Implantaten um technische Geräte handelt, die eine begrenzte Lebensdauer haben und trotz ihrer hohen Qualität irgendwann ausgetauscht werden müssen“ (Müller 2005, 64).

Der MDS geht im Jahr 2005 bereits von drei bis zu fünf Reimplantationen im weiteren Lebensverlauf aus, wenn ein zweijähriges Kind das erste Cochlear Implantat erhält (vgl. MDS 2005, 15.04.2012). Ein weiteres technisches Riskio besteht darin, dass es keine Garantie von den Implantat Herstellerfirmen für den lebenslangen Zugang zu Ersatzteilen gibt, welche zu einer Reparatur gegebenenfalls unerlässlich sind (vgl. FDA 2010, 16.04.2012). Desweiteren geben die bekanntesten Herstellerfirmen nur bis zu zehn Jahren Garantie auf die internen und auf die externen Komponenten sogar nur bis zu 2 Jahren (vgl. MDS 2005, 15.04.2012). Angesichts dessen, dass bei der Operation auch das Resthörvermögen der betroffenen Person unwiderbringlich geschädigt oder zerstört werden kann, bedeutet dies eine lebenslange Abhängigkeit vom Implantat, da konventionelle Hörgeräte in diesen Fällen keine Option mehr darstellen, auch wenn das Implantat dauerhaft entfernt werden muss (vgl. FDA 2010, 16.04.2012).

11.8 Fakten zur Entwicklung und Zielrichtung:

Trotzdem, dass die oben beschriebenen Risiken und Komplikationen nach wie vor nicht ausgeschlossen werden können, und zu Beginn der Einführung der Cochlear Implantation in Häufigkeit und Ausprägung noch intensiver ausgefallen waren, tat dies der Verbreitung und Ausweitung der Implantationszahlen keinen Abbruch (vgl. Christiansen, Leigh, Spencer 2002, 15- 41; DGB 2006, 22.04.2012).

Beim zehnten European Federation of Audiology Societies Kongress, der vom 22 bis zum 25 Juni 2011 in Warschau abgehalten wurde, gab Borislav Gogusevski die Zahl der durchgeführten Cochlear Implantationen global für das Jahr 2007 mit mehr als 120 000 an, während er die Zahl von ca. 180 000 Implantationen als optimistische Schätzung annimmt (vgl. Gogusevski 2011, 41). Auf der Homepage des amerikanischen NIDCD wird, mit Verweis auf die FDA, die Nummer der international durchgeführten Cochlear Implantationen per Dezember des Jahres 2010 im Gegensatz dazu sogar mit 219,000 Menschen weltweit angegeben (vgl. NIDCD 2011, 29.03.2012). Und im Jahr 2011 schätzt der österreichische Mediziner und Präsident der Österreichischen Gesellschaft für implantierbare Hörhilfen Wolf – Dieter Baumgartner die Zukunft der Cochlear Implantation, wie folgt, ein:

„Ein Ende dieser Entwicklung ist noch lange nicht abzusehen. Weltweit wurden bisher etwa 250.000 Personen (davon über 100.000 Kinder) mit einem Cochlea-Implantat versorgt, davon mehr als 2.500 in Österreich“ (Baumgartner 2011, 16).

METHODISCHES VORGEHEN:

12. Darlegung des Forschungsvorhabens:

Erste Recherchen offenbarten nur ein spärliches Ausmaß an österreichischer Literatur zum Thema Gehörlosigkeit in Verbindung mit dem Einsatz von Cochlear Implantaten und/oder der kulturellen und sprachlichen Minderheit der Gehörlosengemeinschaft in Österreich. Nach Ausweitung der Recherchen auf die internationale Ebene musste ich feststellen, dass sich die Kontroverse im Umgang mit dem Cochlear Implantat nur noch verdeutlichte.

Aus diesem Grund soll in meiner Arbeit über eine österreichspezifische Perspektive hinaus, der Fokus auf die Reaktionen der international vertretenen Gehörlosengemeinschaft auf „*technologisch – chirurgische Fortschritte*“ (Aschendorff et al. 2009, 39) in der Cochlear Implantation sowie die Zunahme an implantierten Personen weltweit, und auf die Stellungnahmen von Befürwortern und Befürworterinnen der Cochlear Implantat Versorgung, in Verbindung zur potentiellen Einflussnahme dieser Entwicklung auf die „*Deaf Identity*“ (McIlroy, Storbeck 2011, 494) und „*Deaf culture*“ (Breivik 2005, 18), gelegt werden. Da dieser Aspekt meines Erachtens bisher noch nicht ausreichend berücksichtigt wurde, möchte ich ihn nun im Zuge dieser Arbeit einer näheren Betrachtung und Analyse unterziehen, um so einen Beitrag zur theoretischen Aufarbeitung der vorherrschenden Diskurse in der gegenwärtigen Fachliteratur der letzten Jahre leisten zu können und erkennbar zu machen, inwieweit überhaupt eine Einflussnahme der oben genannten Entwicklung auf die „*Deaf culture*“ (Breivik 2005, 18) erfolgt, als auch inwieweit die aufzufindenden Diskurse sich mit Bildungsaspekten und Bildungsprozessen auseinandersetzen.

Diesem Forschungsvorhaben entsprechend ergab sich die folgende Fragestellung:
Welche Diskurse treten innerhalb der Gehörlosengemeinschaft bezüglich des Einsatzes von Cochlear Implantaten in Erscheinung?

Sowie die Subfragestellung:

Inwieweit werden Bildungsaspekte und Bildungsprozesse in den, im Zuge der Arbeit, ermittelten Diskursen tangiert?

13. Vorstellung der gewählten Methoden und theoretischen Perspektiven:

Nach der Darlegung des Forschungsvorhabens sollen nun die zentralen Methoden genauer betrachtet werden, bevor im folgenden Punkt 14 und den folgenden Unterpunkten dazu Stellung genommen wird, weshalb für das beschriebene Forschungsvorhaben jene konkrete methodische Herangehensweise eingesetzt wurde.

13.1 Grounded Theory Methodologie:

Im Fall der Grounded Theory Methodologie gibt bereits der Name Aufschluss über die Zielrichtung der Methode, da das Ergebnis der Untersuchung, die Theorie, induktiv während der Untersuchung entwickelt und im Material verankert sein muss (Hülst 2010, 281-293; Przyborski, Wohlrab-Sahr 2009, 187).

13.1.1 Grundlegende Fakten zur Grounded Theory:

Die Soziologen Barney G. Glaser und Anselm L. Strauss publizierten im Jahr 1967 ihr Grundlagenwerk „The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research“, und schufen mit der Grounded Theory Methodologie ein Gegenmodell zu der damals vorherrschenden Dominanz von Forschungsmethoden und – vorgehensweisen, die einerseits der Theorie und Systematik übermäßige Gewichtung beimessen, der „*Grand Theory*“ (Mills 1959; zit. n. Przyborski, Wohlrab-Sahr 2009, 186), und andererseits jenen, deren Aufbau und Zielsetzung auf rein oder massgeblich deduktive Theorienprüfung ausgerichtet waren (vgl. Mey, Mruck 2010, 614; Przyborski, Wohlrab-Sahr 2009, 186). Barney G. Glaser und Anselm L. Strauss kritisierten in ihrem Werk auch die damalige Vormachtstellung der quantitativen gegenüber der qualitativen Forschung, wobei die Letztere nur Ansatzpunkte für die Erste zu bieten im Stande sein sollte, aber selbst keine ausreichend geprüften Ergebnisse vorweisen könnte (vgl. Glaser, Strauss, 2009, 15-16). Ihre Publikation der Grounded Theory Methodologie sollte dem Forschenden und der Forschenden unabhängig der Disziplin einen neuen Blickwinkel und Strategien zur Theoriegenerierung vermitteln, welche sowohl die Bedeutung qualitativer Forschung als auch eines induktiven Vorgehens in den Vordergrund stellen (vgl. Strauss, Corbin 1996, 7- 18).

Wobei der Begriff „Grounded Theory“ genau genommen nicht die Methode, sondern das Ergebnis der Untersuchung mittels der Grounded Theory Methodologie bezeichnet (vgl. Przyborski, Wohlrab-Sahr 2009, 187; Hülst 2010, 281). Die Grounded Theory Methodologie ist in der qualitativen Sozialforschung anzusiedeln und entstammt direkt aus der empirischen

Forschungspraxis von Barney G. Glaser und Anselm L. Strauss (vgl. Hülst 2010, 282-295). Im deutschen Sprachraum ist auch noch der Begriff „*Theoretisches Kodieren*“ (Flick 2006, 258) als Bezeichnung bekannt (vgl. Flick 2006, 258).

13.1.2 Die zwei Variationen der Grounded Theory Methodologie:

Wurden Barney G. Glaser und Anselm L. Strauss auch in ihren gemeinsamen Studien und der nachfolgenden Publikation des Grundlagenwerkes zur Grounded Theory Methodologie noch durch deren Zielsetzung eine „*enge Verschränkung von empirischer Forschung und Theoriebildung*“ (Przyborski, Wohlrab-Sahr 2009, 186) geeint, blieb deren Zusammenarbeit eher kurzer Natur (vgl. Przyborski, Wohlrab-Sahr 2009, 186- 189). Unterschiedliche Perspektiven auf die tatsächliche Praxis der Grounded Theory Methodologie und die Prägung durch verschiedene Erkenntnistheorien bedingten, dass beide getrennt von einander die Grounded Theory Methodologie weiterentwickelten (vgl. Przyborski, Wohlrab-Sahr 2009, 186- 189; Mey, Mruck 2010, 618-619).

Prägend für die Ansichten von Barney G. Glaser war die sogenannte „*Columbia School*“ (Mey, Mruck 2010, 618), welche auf den Soziologen Paul Lazarsfeld zurückgeht, und eine „*kritisch- rationalistische*“ (Mey, Mruck 2010, 618) und eine eher quantitative Orientierung in der Sozialforschung vertritt (vgl. Przyborski, Wohlrab-Sahr 2009, 186- 189; Mey, Mruck 2010, 618- 619). Anselm L. Strauss hingegen wurde massgeblich von der sogenannten „*Chicago School*“ (Przyborski, Wohlrab-Sahr 2009, 188), die dem Pragmatismus verschrieben ist, und Herbert Blumer, einem Vertreter des symbolischen Interaktionismus, geprägt (vgl. Przyborski, Wohlrab-Sahr 2009, 188).

Barney G. Glaser, unter anderem unterstützt durch Phyllis Stern, Kathy Charmaz und Judith Holton, blieb mehrheitlich bei der ersten gemeinsamen Grundfassung der Grounded Theory Methodologie und betonte beispielsweise strikt, dass die Grounded Theory ausschließlich und nur aus den Daten induktiv erschlossen werden, und kein Vorwissen diesen Prozess trüben dürfe, als auch keine deduktiven Überprüfungsschritte angebracht wären (vgl. Titscher et al 1998, 100-101; Przyborski, Wohlrab-Sahr 2009, 186; Mey, Mruck 2010, 615). Gegensätzlich dazu bekannten Anselm L. Strauss und Juliet M. Corbin sich einerseits beispielweise zu der Bedeutung von Vorwissen des Forschers und der Forscherin und einer einleitenden Fragestellung, sowie andererseits zu einem induktiv – deduktiv fortschreitenden Analyseprozess, der deduktive Überprüfungsschritte gestattet (vgl. Titscher

et al 1998, 100-101). Dieser Ansatz von Anselm L. Strauss und Juliet M. Corbin rief heftige Kritik seitens Barney G. Glaser hervor und nach der Aufspaltung in zwei Ansätze erlangten diese jeweils für sich Anerkennung und Anwendung seitens ihrer Befürworter und Befürworterinnen (vgl. Przyborski, Wohlrab-Sahr 2009, 187-188). Für den deutschsprachigen Raum hatte in der Vergangenheit jedoch hauptsächlich der Ansatz von Anselm L. Strauss und Juliet M. Corbin Bedeutung, teils durch Zugänglichkeit der Werke mangels Übersetzung, teils durch die intensiven Kontakte von Anselm L. Strauss zu deutschen Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen (vgl. Mey, Mruck 2010, 615).

Da sich diese Arbeit an der Grounded Theory Methodologie nach Anselm L. Strauss und, in Folge der Zusammenarbeit von diesem mit Juliet M. Corbin, an deren gemeinsamer Weiterentwicklung der Methodologie orientieren wird, beziehen sich die nachfolgenden Aussagen ausschließlich auf die Grounded Theory Methodologie nach Anselm L. Strauss und Juliet M. Corbin.

13.1.3 Vorgehensweise:

Am Anfang der Grounded Theory Methodologie nach Anselm L. Strauss und Juliet M. Corbin steht die Entscheidung für ein spezielles Thema dessen Erforschung mittels der Grounded Theory Methodologie möglich ist und keine andere Forschungsmethode, z.B. quantitative Methoden, erfordert (vgl. Strauss, Corbin 1996, 19-20). Jenes Thema kann entweder durch einen spezifischen Forschungsauftrag vorgegeben sein, auf eigenem Interesse an einem Themenbereich basieren, durch die Rezeption von Fachliteratur inspiriert sein, oder ein durch persönliche Erfahrungen aus Beruf und Alltag bedingtes Forschungsinteresse darstellen (vgl. Strauss, Corbin 1996, 19-21). Da die Untersuchung eines gesamten Forschungsbereiches jedoch sowohl individuelle, institutionelle und zeitliche Ressourcen übersteigen würde, ist eine Eingrenzung nötig (vgl. Strauss, Corbin 1996, 19). Dieses Ziel wird bereits bei der Formulierung der grundlegenden Fragestellung, die an die Untersuchung herangeführt werden soll, verfolgt (vgl. Strauss, Corbin 1996, 21-24). Die Fragestellung nimmt zentralen Stellenwert für die gesamte Untersuchung ein, da sie einerseits die Grenzen des zu untersuchenden Phänomens festlegen und andererseits das Erkenntnisinteresse beschreiben soll (vgl. Strauss, Corbin 1996, 22-23). Sie soll mehr einen Orientierungscharakter für den Forscher oder die Forscherin besitzen, und soll anfangs breiter gefasst noch im Verlauf der Analyse durch die Rezeption des Datenmaterials spezifiziert werden können (vgl. Strauss, Corbin 1996, 22-24). Desweiteren können am Anfang der Untersuchung auch

bereits Subfragestellungen begleitend existieren, und überhaupt stellt das Stellen von Fragen an die Texte/ das Datenmaterial eines der zentralen Anliegen der Analyse dar (vgl. Strauss, Corbin 1996, 23-24).

Analyse steht in der Grounded Theory Methodologie synonym für Prozesse des Kodierens, derer es drei Typen gibt (vgl. Strauss, Corbin 1996, 40). Der erste Analysetyp ist das offene Kodieren (vgl. Strauss, Corbin 1996, 43-55). Während des offenen Kodierens soll das Datenmaterial eröffnet, ausgebreitet, konzeptionalisiert und kategorisiert werden (vgl. Strauss, Corbin 1996, 43-55). Konzeptionalisierung bezeichnet den Vorgang der Benennung spezifischer Ausprägungen im Datenmaterial, die nachfolgend in Bezug zueinander gesetzt werden sollen, um einen Vergleich zu ermöglichen (vgl. Strauss, Corbin 1996, 43-55). Kategorien entstehen im Fall der Übereinstimmung von Konzepten, und bezeichnen deren Zusammenfassung in einer stärker abstrahierten Form (vgl. Strauss, Corbin 1996, 43-55). Der zweite Analysetyp ist das axiale Kodieren (vgl. Strauss, Corbin 1996, 75- 93). Das axiale Kodieren greift jene Kategorien aus dem Prozess des offenen Kodierens wieder auf und bringt sie mittels der Anwendung des Kodierparadimas in eine neue Ordnung (vgl. Strauss, Corbin 1996, 75- 93). Das Kodierparadima umfasst „*Bedingungen, Kontext, Handlungs- und interaktionalen Strategien und Konsequenzen*“ (Strauss, Corbin 1996, 75), welche, in ihren jeweiligen Ausprägungen für jede einzelne Kategorie, gleichsam als Subkategorien bezeichnet werden (vgl. Strauss, Corbin 1996, 75- 93). Beim Vorgang des axialen Kodierens soll jede einzelne Kategorie mit ihren Subkategorien in Beziehung gesetzt werden (vgl. Strauss, Corbin 1996, 75- 93). Anschließend an das axiale Kodieren schließt der dritte Analysetyp, das selektive Kodieren, an, jedoch sind die einzelnen Analysetypen nicht in ihrer Abfolge fixiert, sondern können unabhängig vom Fortschritt der Analyse bei Bedarf erneut zur Anwendung gebracht werden (vgl. Strauss, Corbin 1996, 40). Beim selektiven Kodieren liegt der Fokus auf der Identifizierung der Kernkategorie, welche entweder bereits als eine Kategorie aus dem axialen Kodieren vorliegt, die aufgrund ihres Abstrahierungsgrades als Kernkategorie in Frage kommt, oder es muss eine neuerliche Konzeptionalisierung der neu definierten Kernkategorie vorgenommen werden (vgl. Strauss, Corbin 1996, 94- 98). Die Kernkategorie ergibt sich aus der vorläufigen Darstellung der Geschichte und ihres roten Fadens, der sie durchzieht, sodass die Kernkategorie auch als das „*zentrale Phänomen*“ (Strauss, Corbin 1996, 98) bezeichnet werden kann (vgl. Strauss, Corbin 1996, 98). Nachdem die Kernkategorie festgestellt wurde, muss diese wiederum ausdifferenziert werden, ehe sie in Verbindung zu den anderen bestehenden Kategorien gesetzt wird (vgl. Strauss, Corbin 1996,

100-102). Diese Kategorien, wenn möglich alle, sollen durch eine erneute Anwendung des Kodierparadigmas in eine Ordnung gebracht werden, welche der Geschichte und dem roten Faden entsprechen, dadurch soll eine Verifizierung der Verbindungen zwischen den Daten und die Identifizierung von bestehenden Mustern erreicht werden (vgl. Strauss, Corbin 1996, 102-107). In diesem Forschungsstadium haben einseits die Memos als Hilfsmittel bei der Darlegung und Aufarbeitung der Geschichte, welche sich aus dem gesammelten und analysierten Material ergibt, und andererseits das Theoretische Sampling, da es in Form des diskriminierenden Samplings solange fortgeführt werden muss, bis jede Kategorie an Datenmaterial gesättigt und verifiziert werden konnte und „*keine neuen oder bedeutsamen Daten mehr in bezug auf eine Kategorie aufzutauchen scheinen*“ (Strauss, Corbin 1996, 159) große Bedeutung (vgl. Strauss, Corbin 1996, 94- 193). Die Formulierung der Grounded Theory stellt gleichsam den letzten Schritt der Untersuchung dar (vgl. Strauss, Corbin 1996, 193-194).

13.1.4 Zielsetzung(en):

Hauptziel der Anwendung der Grounded Theory Methodologie liegt zunächst natürlich in der Gewinnung der Grounded Theory selbst, welche aus dem Datenmaterial, durch dessen Analyse und beständiger Verifizierung der gewonnen Erkenntnisse durch das Datenmaterial in Folge eine verdichtete, in den Daten verankerte Theorie darstellen soll (vgl. Strauss, Corbin 1996). Allerdings ist nicht das Endergebnis, also die Grounded Theory, das einzige Ziel, welches Anselm L. Strauss und Juliet M. Corbin an die Anwendung der Grounded Theory knüpfen (vgl. Strauss, Corbin 1996).

Ein zentrales Thema in der Grounded Theory Methodologie ist die „*Theoretische Sensibilität*“ (Strauss, Corbin 1996, 25), welche einerseits die Ausgangslage des Forscher oder der Forscherin, andererseits auch den Umgang jener mit den Daten betrifft (vgl. Strauss, Corbin 1996, 25-30). Anselm L. Strauss und Juliet M. Corbin befürworten ein ausgeprägtes Vorwissen über den zu erforschenden Bereich, sehen jenes als bereichend und hilfreich für die Analyse an, da dem Forscher oder der Forscherin der Umgang mit den Daten leichter fällt und „*ein Bewußtsein für die Feinheiten in der Bedeutung von Daten*“ (Strauss, Corbin 1996, 25) bereits zumindest in Ansätzen vorhanden ist (vgl. Strauss, Corbin 1996, 25-30). Sie gehen jedoch auch davon aus, dass die kontinuierliche und konsequente Anwendung der Grounded Theory Methodologie, also die beständige Analyse und Beschäftigung mit den Daten, die Sensibilität für diese erhöhen wird (vgl. Strauss, Corbin 1996, 25-30). Desweiteren sind eng damit verbunden zwei weitere Zielsetzungen ablesbar (vgl. Strauss, Corbin 1996, 10-

18). Sowohl die Förderung der Kreativität des Forschers oder der Forscherin, die beispielweise bereits bei der Datensammlung gefordert werden kann, aber auch darin besteht viele oder alle der Möglichkeiten der Grounded Theory Methodologie für die eigene Forschung nutzbar zu machen, als auch das Durchhaltevermögen konsequent zu analysieren und die Verfahren der Grounded Theory Methodologie genau und gewissenhaft anzuwenden, stellen ebenfalls Ziele laut Anselm L. Strauss und Juliet M. Corbin dar (vgl. Strauss, Corbin 1996, 10-18).

13.1.5 Gütekriterien:

Die Grounded Theory Methodologie als qualitative Forschungsmethode hat zunächst den Gütekriterien der qualitativen Forschung zumindest weitgehend zu entsprechen, jedoch gibt es auch Kriterien speziell für die Grounded Theory Methodologie, anhand derer die Qualität der damit durchgeführten Untersuchung festgestellt werden kann (vgl. Strauss, Corbin 1996, 8; Hülst 2010, 94-95).

Als allgemeine wissenschaftliche Gütekriterien können beispielweise „*Signifikanz, Kompatibilität von Theorie und Beobachtung, Generalisierbarkeit, Konsistenz, Reproduzierbarkeit, Präzision und Verifikation*“ (Titscher et al 1998, 101) bezeichnet werden (vgl. Titscher et al 1998, 101). Zusätzlich dazu sollte die Anwendung der Grounded Theory Methodologie auch in Bezug auf die Trias von Reliabilität, Repräsentativität und Validität betrachtet werden, jedoch nicht die klassischen damit assoziierten Standards angewandt werden, sondern die Trias aus dem Blickwinkel der Grounded Theory Methodologie überprüft werden (vgl. Strübing 2008, 80-84).

Die Grounded Theory selbst soll laut Anselm L. Strauss und Juliet M. Corbin vier Kriterien, „*Übereinstimmung, Verständlichkeit, Allgemeingültigkeit und Kontrolle*“ (Strauss, Corbin 1996, 8), in Bezug auf das in der Untersuchung analysierte Phänomen erfüllen (vgl. Strauss, Corbin 1996, 8). Nach diesen Kriterien beurteilen sie, welche Aussagekraft und Qualität die durchgeführte Untersuchung mittels der Grounded Theory Methodologie erreichen konnte (vgl. Strauss, Corbin 1996, 8).

13.2 Diskursanalyse:

Diskursanalysen sind, wie von der Bezeichnung bereits vorweggenommen, Vorgehensweisen bzw. Perspektiven zur Analyse von vorherrschenden Diskursen, gegenwärtig als auch vergangen (vgl. Schwab-Trapp 2010, 171-172; Keller 2011b, 12).

13.2.1 Grundlegende Fakten zur Diskursanalyse:

Die Diskursanalyse ist für sich alleine stehend keine Methode im eigentlichen Sinn (vgl. Keller 2011b, 12; Völter, Rosenthal 2011, 228-229). Diskursanalysen finden in verschiedenen Bereichen und Disziplinen Anwendung, wobei sie in Folge in ihrer methodischen Umsetzung, ihrer theoretischen Unterlegung, sowie Zielsetzung variieren (vgl. Völter, Rosenthal 2011, 228). Datenmaterial für Diskursanalysen kann nicht nur durch Rezeption bestehender Formate erschlossen werden, sondern wird mit unter auch durch gezielte Erhebungen zusammengetragen (vgl. Völter, Rosenthal 2011, 228). Nachfolgende Auswertungs- und Interpretationsschritte können sich sowohl an qualitativen als auch quantitativen Methoden orientieren (vgl. Völter, Rosenthal 2011, 228). Als eine der bekanntesten und weiterverbreitetesten Diskurstheorien, welche für einzelne Diskursanalysen den theoretischen Hintergrund bilden, kann die Diskurstheorie bzw. der Diskursbegriff nach Paul-Michel Foucault genannt werden, auch wenn sie sowohl geschätzt als auch kritisiert wurde, unter anderem wegen des Mangels an methodischer Beschreibung und Umsetzungsanweisung (vgl. Völter, Rosenthal 2011, 228-230; Keller 2011b, 122-123).

13.2.2 Eine Variation der Diskursanalyse - Die Wissenssoziologische Diskursanalyse:

Eine Form von Diskursanalyse, welche Elemente der Diskurstheorie/ des Diskursbegriffes von Paul-Michel Foucault aufgreift, ist die Wissenssoziologische Diskursanalyse nach Reiner Keller (vgl. Keller 2008; Keller 2011a; Keller 2011b). Wie aber bereits erwähnt, existieren mehrere unterschiedliche Arten von Diskursanalysen, unter anderem beispielsweise die Kritische Diskursanalyse nach Norman Fairclough oder ein anderer Ansatz der Kritischen Diskursanalyse nach Siegfried Jäger, die jedoch nur als zwei Beispiele einer Vielzahl von Variationen erwähnt werden sollen (vgl. Keller 2011a, 14-58; Keller 2011b 109- 177).

Da diese Arbeit sich an der Wissenssoziologischen Diskursanalyse nach Reiner Keller orientiert, soll diese Variante nun ausführlicher betrachtet werden, und die nachfolgenden Ausführungen werden sich ausschließlich auf diese beziehen.

Die Wissenssoziologische Diskursanalyse nach Reiner Keller verbindet die diskurstheoretische Perspektive der Werke von Paul-Michel Foucault mit den Traditionen und Herangehensweisen der Hermeneutischen Wissenssoziologie und Diskursforschung, wodurch der Fokus der Analyse auf Macht- und Wissenstrukturen, sowie „den „sozialen Sinn“, die sozialen Erzeugungsprozesse und Erscheinungsformen der gesellschaftlichen Wissensvorräte“ (Keller 2008, 79) gerichtet wird (vgl. Keller 2008, 78-79; Keller 2011b, 11-18). Laut Reiner Keller stellt die Wissenssoziologische Diskursanalyse „einen systematischen Vorschlag zur Analyse der diskursiven Konstruktionen symbolischer Ordnungen (vorhergehende vier Wörter kursiv im Original; Anmerk. A.K.)“ (Keller 2011b, 11) dar (vgl. Keller 2011b, 11). Gleichsam kann die Wissenssoziologische Diskursanalyse in ihrer Gesamtheit als ein rekonstruktiver als auch konstruktiver Prozess bezeichnet werden, da sie einerseits die Rekonstruktion diskursiver Praktiken ermöglicht, aber andererseits selbst ein „konstruktivistischer Diskurs über Diskurse“ (Keller 2011b, 323) ist (vgl. Keller 2011b, 323).

13.2.3 Vorgehensweise:

Da die Wissenssoziologische Diskursanalyse für sich alleine stehend keine Methode der Sozialforschung darstellt, greift sie beispielsweise auf Bestandteile der Grounded Theory Methodologie zurück, wobei diese an die Ziele und Vorgaben der Wissenssoziologischen Diskursanalyse angepasst werden (vgl. Keller 2008, 91-95; Keller 2011b, 12).

Der erste Arbeitsschritt besteht in der Ausformulierung von zumindest einer Fragestellung, welche in Folge die Richtung der Analyse massgeblich leiten wird, da diese das Erkenntnisinteresse umschreibt (vgl. Keller 2008, 90). Es können jedoch bereits in diesem Stadium mehrere Fragestellungen ausformuliert werden (vgl. Keller 2008, 90). Nach diesen Schritt erfolgt eine weitläufige Recherche, die der Auffindung und Sammlung relevanter Fachpublikationen dient (vgl. Keller 2008, 90). Die gesammelten Publikationen sollen in Folge je nach Relevanz für die Analyse in den vorläufigen Datenkorpus, der im Zuge der Analyse noch erweitert werden kann, eingegliedert werden (vgl. Keller 2008, 91).

Bereits früh im Forschungsprozess empfiehlt es sich ein Forschungstagebuch anzulegen und/oder mit Rückgriff auf die Grounded Theory Methodologie Memos und Kommentare zu verfassen, um das Nachvollziehen der Gründe für die Wahl gewisser Schlüsseltexte und Überlegungen zum bisherigen oder zukünftigen Verlauf des Auswahlverfahrens und der Analyse für den späteren Verlauf verfügbar zu halten (vgl. Keller 2008, 91-94).

Die Analyse startet mit der Auswahl eines Schlüsseltextes aus dem bestehenden Datenkorpus (vgl. Keller 2008, 91). Auch hinsichtlich der Auswahl relevanter Schlüsseltexte für den Datenkorpus kann die Grounded Theory Methodologie durch das Theoretische Sampling und den Vorgang der maximalen und minimalen Kontrastierung Unterstützung bieten (vgl. Keller 2008, 91). Die Durchführung einer Datenauswahl nach dem Prinzip der maximalen Kontrastierung würde das Ziel verfolgen eine große Bandbreite an unterschiedlichen Positionen innerhalb eines Diskurses oder mehrerer Diskurse zu erfassen, da jeweils nach konträren Positionen gesucht wird, bis keine weiteren mehr erschlossen werden können (vgl. Keller 2008, 92). Minimale Kontrastierung hingegen sucht nach Wiederholungen von oder Ähnlichkeiten zu bis dahin identifizierten Positionierungen und Ausführungen, um den eingegrenzten Bereich möglichst detailliert und komplett nachzeichnen zu können (vgl. Keller 2008, 92). Erst wenn das Theoretische Sampling zu keinen neuen, tieferen Erkenntnissen mehr führt und somit eine „Sättigung“ (Keller 2008, 92) eingetreten ist, wird dieses abgebrochen (vgl. Keller 2008, 92).

Bei der Feinanalyse der Daten findet ebenfalls ein Rückgriff auf die Grounded Theory Methodologie statt, indem das offene, axiale und selektive Kodieren Anwendung findet, um die Nachzeichnung der „*Deutungsmuster, Bausteine der Phänomenstruktur usw.*“ (Keller 2008, 93) zu unterstützen (vgl. Keller 2008, 93-95). Das offene Kodieren dient der Analyse dazu Bestandteile der Phänomenstruktur zu identifizieren und Deutungsmuster begrifflich zu erfassen (vgl. Keller 2008, 94). Axiales Kodieren soll eine Unterstützung bei der Rekonstruktion der Phänomenstruktur bieten (vgl. Keller 2008, 93-95). Das selektive Kodieren soll abschließend die Ergebnisse der bisherigen Detailanalysen in eine konsistente, flüssige Darstellung, die sogenannte „*storyline*“ (Keller 2008, 95) überführen (vgl. Keller 2008, 95).

13.2.4 Zielsetzung:

Ziel der Wissenssoziologischen Diskursanalyse ist die Rekonstruktion des Diskurses oder der Diskurse, aus den jeweiligen Diskursfragmenten, welche sich in Fachpublikationen in Form von Positionierungen und Äußerungen auffinden lassen (vgl. Keller 2011b, 234- 236). Diese Rekonstruktion umfasst die „*inhaltliche Strukturierung*“ (Keller 2011b, 240) des Diskurses oder der Diskurse, und soll möglichst detailliert und komplett erfolgen (vgl. Keller 2008, 92; Keller 2011b, 240). Die innere Struktur eines Diskurses kann über vier Zugänge, nachgezeichnet werden (vgl. Keller 2008, 82; Keller 2011b, 240). Die Identifikation

von Deutungsmustern und das Verbinden einzelner Muster miteinander stellt einen ersten Zugang dar (vgl. Keller 2011b, 240-243). Ein zweiter Zugang ist über Klassifikationen, also Benennungen und Beschreibungen, möglich, welche beispielsweise unterschiedliche Positionen in Diskursen bereits beim der sprachlichen Äusserung oder eine gewisse hierarchische Ordnung erkennbar machen können (vgl. Keller 2011b, 243-248). Die Phänomenstruktur bietet den dritten Zugang, da sie unterschiedliche Dimensionen eines Diskurses innerhalb seiner thematischen Zugehörigkeit zu erfassen sucht, indem sie die „*diskursiven Zuschreibungen*“ (Keller 2011b, 248), welche beispielsweise bereits in Begrifflichkeiten und Deutungsschemata aufgetaucht waren, zueinander in Beziehung setzt und aufschlüsselt (vgl. Keller 2011b, 248-251). Einen vierten Zugang bieten die narrativen Strukturen eines Diskurses, welche sich aus der Rekonstruktion des Diskurses anhand „*verschiedener Deutungsmuster, Klassifikationen und Dimensionen der Phänomenstruktur*“ (Keller 2011b, 251) bzw. deren Verstrickungen ineinander ergeben, und zusammengefasst die oder eine „*story line*“ (Keller 2011b, 251), also den roten Faden des Diskurses erzählend darstellen (vgl. Keller 2011b, 251-252).

13.2.5 Gütekriterien:

Die Wissenssoziologische Diskursanalyse könnte für sich alleine stehend weder quantitative noch qualitative Gütekriterien erfüllen, stellt sie wie bereits erwähnt auch keine eigenständige qualitative Methode dar, welche spezifische Methodenstandards oder eine systematische Methodenanwendung für sich einfordert (vgl. Krüger 2009, 207-221; Keller 2011b, 12; Völter, Rosenthal 2011, 228-229). Die Inanspruchnahme von Bestandteilen der Grounded Theory Methodologie und ihr Rückgriff auf die Traditionen und Herangehensweisen der Hermeneutischen Wissenssoziologie und der Diskursforschung soll jedoch das „*Methodendefizit*“ (Keller 2008, 78), welches bei der Überleitung der diskurstheoretischen Perspektive in die Diskursforschung entsteht, ausgleichen (vgl. Keller 2008, 76-78). Somit kann die Wissenssoziologische Diskursanalyse, gemäß des oben beschriebenen Vorgehens, den speziellen qualitativen Gütekriterien, der „*analytischen Induktion*“ (Krüger 2009, 207) und „*der Triangulation*“ (Krüger 2009, 207), genügen, da durch den methodischen Hintergrund der Grounded Theory Methodologie nicht nur verschiedene Ansätze zur qualitativen Datenauswertung kombiniert werden, einerseits die induktive Theoriebildung der Grounded Theory Methodologie, andererseits die tiefenstrukturelle Herangehensweise der Diskursanalyse, sondern auch der Forschungsprozess von der Datenauswahl bis zur

Ergebnissicherung transparent und systematisch erfolgt und nachvollziehbar ist (vgl. Keller 2008, 78-95; Krüger 2009, 207-221).

14. Begründung der Methodenauswahl:

Nachdem die Grounded Theory Methodologie und die Wissenssoziologische Diskursanalyse nun genauer dargestellt wurden, soll dargelegt werden, weshalb für diese Arbeit jene Zugänge gewählt wurden.

14.1 Literaturrecherche:

Nicht nur bieten Literaturrecherchen unabhängig von einem konkreten Forschungsvorhaben stets die Möglichkeit in Bereichen des beruflichen und privaten Interesses auf dem aktuellen Stand zu bleiben, sondern stellen für die Erarbeitung des theoretischen Hintergrundes einer wissenschaftlichen Arbeit einen unverzichtbaren Arbeitsschritt dar (vgl. Rost 2005, 132; Brink 2007, 40-130). Die Literaturrecherche hatte für diese Arbeit bereits Bedeutung, als das Thema der Arbeit noch nicht im Detail feststand, und erst eine Festlegung auf den Forschungsbereich „Gehörlosigkeit“ erfolgt war. Sie diente zunächst einer ersten Orientierung, bevor sie als zentrales Element in der Datenkorpusbildung und –erweiterung den Forschungsprozess bis zuletzt begleitete.

14.2 Qualitative Methoden:

Quantitative Methoden wurden bei der Methodenwahl als Erhebungs- und Auswertungsmethode ausgeklammert, weil jene meines Erachtens in der theoretischen Aufarbeitung der aktuellen Diskurse der Beantwortung der besagten Forschungsfrage nicht allein durch eine quantitative Sammlung von Zuspruch- und Widerspruchsbekundungen seitens relevanter Fachpublikationen zum Thema Cochlear Implantat Genüge tun können und mehr Wert auf den Bedeutungsinhalt der gesammelten Publikationen gelegt werden soll.

Qualitative Methoden schienen besonders für das Forschungsvorhaben geeignet zu sein, da sie einerseits keine ausformulierte Hypothese voraussetzen, die nachfolgend geprüft werden soll, und andererseits auch eine Orientierung an einem „*zirkulären Modell*“ (Krüger 2009, 208) beim Forschungsprozess verfolgen, wodurch Theoriebildung am Gegenstand der Forschung vollzogen werden kann (vgl. Krüger 2009, 208-209). Die Wahl innerhalb der großen Vielfalt an qualitativen Methoden zur Datenerhebung und Datenauswertung fiel zunächst

auf nicht reaktive Verfahren, da die benötigten Daten bereits existierten, nur noch nicht erhoben worden waren (vgl. Krüger 2009, 210-214). Die Kombination der Wissenssoziologischen Diskursanalyse nach Reiner Keller mit der Grounded Theory Methodology nach Anselm L. Strauss und Juliet M. Corbin bietet weiters auch noch den Vorteil eine theoriebildende und eine tiefenstrukturelle Herangehensweise in der Datenauswertung parallel zur Anwendung zu bringen (vgl. Krüger 2009, 214).

14.3 Wissenssoziologische Diskursanalyse:

Die wissenssoziologische Diskursanalyse erschien, bezüglich ihrer offenen Herangehensweise an eine zuvor festgelegte Thematik, in dem Fall den Umgang mit der Technologie „Cochlear Implantat“ durch die Gehörlosengemeinschaft, welche auch im Laufe der Analyse noch im Bedarfsfall Änderungen am Datenkorpus ermöglicht, als auch eine Erweiterung bzw. Präzisierung der zuvor definieren Fragestellung(en) aufgrund möglicher neu erschlossener Informationen über das Untersuchungsfeld toleriert, und zuallererst die Zielsetzung verfolgt Diskurse nachzuzeichnen und in ihrem Ursprung und ihrer Wirkung zu analysieren, besonders für das angestrebte Forschungsvorhaben geeignet zu sein (vgl. Keller 2011a, 83-86).

14.4 Grounded Theory Methodologie:

Die Grounded Theory Methodologie wurde nicht nur bereits in den Ausführungen von Reiner Keller über die Arbeitsschritte der Wissenssoziologischen Diskursanalyse als ideale ergänzende methodische Unterlegung für diese vorgestellt, und machte eine Wahl daher naheliegend, sondern schien auch bereits nach dem Einlesen in die Methodologie viele Vorteile für die Transparenz des Forschungsprozesses zu bieten (vgl. Keller 2008, 91-95). Das theoretische Sampling beispielweise gibt mit minimaler und maximaler Kontrastierung Kriterien für eine systematische Auswahl von und Ergänzung durch Schlüsseltexte für die Erstellung des Datenkorpus vor und zeigt auf, wann ausreichend Datenmaterial für eine möglichst genaue, vollständige und breitgefächerte Nachzeichnung des Diskurses oder der Diskurse der Analyse zugeführt wurde (vgl. Keller 2008, 91- 92). Bei der Feinanalyse können die drei Kodierstrategien unter der Direktive der Zielsetzungen der Wissenssoziologischen Diskursanalyse zu Anwendung kommen und Unterstützung bei der Rekonstruktion der inhaltlichen Struktur des Diskurses oder der Diskurse bieten (vgl. Keller 2008, 91-95). Zusätzlich dazu können Memos und Kommentare nicht nur einen transparenten Forschungsprozess unterstützen, sondern auch die Auswahl von Schlüsseltexten anleiten

und/ oder wichtige Überlegungen für die spätere Reflexion und Verwertung konservieren (vgl. Keller 2008, 93-94).

15. Der Forschungsprozess- Teil 1:

Der Vorstellung der gewählten Methoden und Herangehensweisen soll nun eine detaillierte Vorstellung der praktischen Umsetzung dieser folgen, um die durchgeführte Analyse transparent und die Ergebnisse dieser nachvollziehbar zu machen. Dieser Punkt umfasst all jene Arbeitsschritte, welche von Beginn des Forschungsvorhabens bis hin zur tatsächlichen Analyse der Erzählergebnisse durchgeführt wurden.

15.1 Literaturrecherchen:

Zunächst dienten die dynamisch durchgeführten Literaturrecherchen der Gewinnung eines Überblickes über das Thema „Gehörlosigkeit, Gehörlosengemeinschaft und Cochlear Implantationen“ (vgl. Brink 2007, 54). Schlagwörter dieser Recherche waren „gehörlos“, „Gehörlose“, „Gehörlosigkeit“, „Gehörlosengemeinschaft“, „Cochlear Implantation“ und „CI“ einzeln sowie kombiniert, als auch zwecks des internationalen Ansinnens dieses Forschungsvorhabens „deaf“, „Deaf“, „deafness“, „deaf community“ und „cochlear implantation“. Diese Recherchen wurden zunächst über den Onlinezugang zur Universität Wien im Bibliothekskatalog (OPAC) und der Suchmaschine U:Search durchgeführt.

Dieser Recherche folgte eine weitere mit der Zielsetzung der Sichtung von aktueller, spezifischer und themenrelevanter Literatur unter Ausweitung der Suchstrategie durch die Nutzung des VPN- Zugangs der Universität Wien, welcher eine ortsungebundene Recherchetätigkeit ermöglichte. Die bereits zuvor genutzten Schlagwörter wurden im ersten Durchgang unverändert zur Anwendung gebracht, bevor sie noch verfeinert und erweitert wurden, beispielsweise durch „Deaf/deaf“, „cultural deafness“, „different perspectives deafness“, „different perspectives Cochlear Implantation“, „CI + deaf community“. Ergebnis dieser Literaturrecherche waren unzählige Verweise auf Monographien, Sammelwerke, Journals etc. und soweit unvermittelt zugänglich, wurden diese für die spätere Verwendung gesammelt, soweit deren Passung zum angestrebten Themenfeld vorläufig treffend erschien. Von Publikationen früheren Datums als 2000 wurde mehrheitlich Abstand genommen, wenn diese beispielsweise nicht auch in aktuellen Publikationen stets hervorgehoben wurden, wie z.B. *„Die Maske der Barmherzigkeit. Unterdrückung von Sprache und Kultur der Gehörlosengemeinschaft“* (Lane 1994).

Eine weitere Literaturrecherche diente nach der Festlegung des Untersuchungsfeldes und der gewählten Methoden der Akquisition entsprechender Methodenliteratur, welche nicht nur, wie bereits anfangs recherchierte Quellen deren Eignung für das angestrebte Forschungsvorhaben aufzeigten, sondern eine genaue und detaillierte Einführung in diese und ihre Durchführung boten.

Nach dieser Literaturrecherche wurde aus der bereits recherchierten und gesammelten Literatur, angeleitet durch die definierten Fragestellungen, ein erster vorläufiger Datenkorpus erstellt. Dieser jedoch wurde im Zuge der Analyse überarbeitet und machte eine erneute Literaturrecherche unabdingbar, wobei nur noch Erzählereignisse gesichtet und gesammelt wurden, welche gemäss der Vorgabe des Theoretical Sampling eine maximale oder minimale Kontrastierung aufwiesen, jedoch auch der Gehörlosengemeinschaft zuordenbar waren und/ oder in welchen sie nicht nur als Randbemerkung thematisiert wurde (vgl. Keller 2011a, 90; ÖGLB 2011, 6-7).

15.2 Festlegung des Untersuchungsfeldes und der Fragestellung(en):

Nachdem vor Beginn dieser Arbeit zunächst nur feststand, dass mein Interesse sich auf die Erforschung der aktuellen Meinungslage der Gehörlosengemeinschaft zum Thema Cochlear Implantat Versorgung richtete, zeigten mir Empfehlungen meines Betreuers und das Einlesen in die potentiell in Frage kommenden Methoden und Herangehensweisen einen Weg auf, um dieses Interesse konkret in der Praxis durch die Anwendung der Wissenssoziologischen Diskursanalyse (vgl. Keller 2008; Keller 2011a; Keller 2011b) und von Bestandteile der Grounded Theory Methodologie (vgl. Strauss, Corbin 1996) umsetzen zu können. Die Arbeit verfolgt dementsprechend die Zielsetzung, mittels der Analyse ausgewählter Fachpublikationen zu dieser Thematik, die vorherrschenden Diskurse und Diskursstrukturen, hinsichtlich der Cochlear Implantatversorgung im internationalen Raum aus Sicht der Gehörlosengemeinschaft, nachzuzeichnen und sichtbar zu machen, inwiefern jene Bezugspunkte zu Bildungsaspekten und Bildungsprozessen aufweisen.

Als Fachpublikationen wurden in dieser Arbeit deutschsprachige und englischsprachige Monographien, Sammelbände, Journalartikel, Artikel aus Zeitungen der Gehörlosengemeinschaft und Stellungnahmen der Gehörlosenvertretungen angesehen, deren Autoren und Autorinnen klar ausgewiesen, deren Quellen belegt wurden und die

ihren Ursprung entweder im wissenschaftlichen Bereich oder der internationalen Gehörlosengemeinschaft haben.

Die Fragestellungen wurden auf die Erkenntnismöglichkeiten der Wissenssoziologischen Diskursanalyse (vgl. Keller 2008; Keller 2011a; Keller 2011b) zugeschnitten. Während die Hauptfragestellung, welche unter Punkt 12 bereits dargestellt wurde, das Untersuchungsfeld noch offener lässt, erfolgt durch die Subfragestellung eine gewisse Eingrenzung. Die Subfragestellung repräsentiert das besondere Interesse an Bildungsaspekten und Bildungsprozessen, welche zu diesem frühen Zeitpunkt, aufgrund eines ersten Einlesens in das Untersuchungsfeld, als Bestandteile des Diskurses angenommen wurden und für den erziehungswissenschaftlichen Gegenstandsbereich dieser Arbeit Bedeutung haben.

15.3 Kommentare und Memos:

Im Zuge der Untersuchung wurde zunächst die Option der Verwendung von Kommentaren und Memos aus der Grounded Theory Methodologie aufgegriffen, welche den gesamten Forschungsprozess begleiten sollten (vgl. Keller 2008, 94). Erste Kommentare wurden bereits während der Erstellung einer ersten Literaturliste verfasst. Memos fanden weniger Anwendung, stellten jedoch eine sinnvolle Ergänzung an gewissen Etappen dar, da sie Anregungen lieferten, als der Forschungsprozess kurzfristig ins Stocken kam. Kommentare dienten hauptsächlich der Nachverfolgung der Beweggründe, weshalb gewisse Entscheidungen der Zuordnung von Textpassagen zu Codes oder Kategorien getroffen wurden (vgl. Keller 2008, 94).

Kommentar zu Konzept „unsichere Hörerfolge“ (E1/22) zugeordnet in Erzählereignis 1:

Der Name des Konzepts blieb relativ nah am Ausgangstext. Er wurde gewählt, weil keine Zusage für ein spezifisches Hörvermögen in der Passage genannt wurde, sondern nur darauf eingegangen wurde, was zu tun sei, um einen Erfolg beim Hören zu erreichen, u.a. die Implantation möglichst früh vornehmen.

Memos können als Notizen in unterschiedlicher Länge gesehen werden, welche der Sammlung von „weiteren Überlegungen, Ideen, Geistesblitzen und Hypothesen“ (Keller 2008, 94) dienen (vgl. Keller 2008, 94).

Memo zu „unsichere Hörerfolge“ (E1/22) zugeordnet in Erzählereignis1:

59 Prozent der implantierten Kinder sind laut Eltern in ihrem Hören trotzdem eingeschränkt. Können all diese Eltern die Vorgaben zur Förderung vernachlässigt oder falsch verstanden haben? Was ist von Seiten der Mediziner und Medizinerinnen überhaupt Erfolg? Ist es nicht Ziel ein zumindest durchschnittliches Hörvermögen durch die frühe Implantation zu erreichen? Warum dann die möglichst frühzeitige Implantation, wenn auch DANN nicht für diese Implantationskandidaten und Implantationskandidatinnen eine Garantie für einen messbaren Hörerfolg zugestanden wird?

15.4 Der Datenkorpus:

Die recherchierte und gesammelte Literatur für die Erstellung des Datenkorpus wurde zunächst dahingehend gesichtet, inwieweit sie Passung zur Fragestellung und dem Erkenntnisinteresse dieser Arbeit aufwiesen, um die gesammelte Datenmenge zu reduzieren und die Identifizierung von Schlüsseltexten zu erleichtern (vgl. Keller 2011a, 90). Die Auswahl des ersten Schlüsseltextes für den Datenkorpus stellte eine der großen Hürden im Forschungsprozess dar, denn obwohl Vorwissen vorhanden war und auch eine lange Phase des Einlesens in das Untersuchungsfeld erfolgt war, schien die Relevanz verschiedener Erzählereignisse gleichrangig zu sein (vgl. Keller 2011a, 90).

Die Wahl des ersten Schlüsseltextes „*Ethics and Deafness. Ethnicity, Ethics, and the Deaf-World*“ (Lane 2005) erfolgte schlussendlich, weil der Autor einerseits großen Bekanntheitsgrad aufzuweisen schien, wie zahlreiche Verweise in anderen Publikationen suggerierten, und andererseits weil der Artikel aus dem Jahr 2005 aktuelleren Ursprungs war, als der zweite Schlüsseltext „*Die Maske der Barmherzigkeit. Unterdrückung von Sprache und Kultur der Gehörlosengemeinschaft*“ (Lane 1994), dessen kritische Stellungnahme zur Cochlear Implantation jedoch auch im Artikel aus dem Jahr 2005 nicht revidiert, sondern neu formuliert wurde (vgl. Lane 1994; Lane 2005). Ausgehend vom ersten Schlüsseltext wurde mittels des Prinzips der minimalen und maximalen Kontrastierung des Theoretical Samplings aus der Grounded Theory Methodology die Auswahl der Schlüsseltexte des Datenkorpus vorgenommen, um die Diskursstrukturen möglichst breitgefächert als auch detailliert erfassen zu können (vgl. Keller 2008, 91-92).

15.4.1 Erste Version des Datenkorpus:

Entsprechend der oben beschriebenen Vorgangsweise konnte ein vorläufiger Datenkorpus für die Analyse erstellt werden, der aus 12 Aussageereignissen bestand, und im Zuge der Analyse bei Bedarf noch geändert oder erweitert werden sollte.

- ❖ Erzählereignis 1: „*Ethics and Deafness. Ethnicity, Ethics, and the Deaf-World*“ (Lane 2005)
- ❖ Erzählereignis 2: „*Die Maske der Barmherzigkeit. Unterdrückung von Sprache und Kultur der Gehörlosengemeinschaft*“ (Lane 1994)
- ❖ Erzählereignis 3: „*Was ist deafhood? Gehörlosenkultur im Aufbruch*“ (Ladd 2008)
- ❖ Erzählereignis 4: „*The Artificial Ear. Cochlear Implants and the Culture of Deafness*“ (Blume 2010)
- ❖ Erzählereignis 5: „*Surgical consent: bioethics and cochlear implantation*“ (Komesaroff 2007)
- ❖ Erzählereignis 6: „*Muted voices. Cochlear Implants, new discourse, and the public fascination with curing deafness*“ (Zdenek 2008, 147-167)
- ❖ Erzählereignis 7: „*Cochlea – Implantate für gehörlose Kinder gehörloser Eltern?*“ (Leonhardt 2009a, 63- 71)
- ❖ Erzählereignis 8: „*Some Ethical Dimensions of Cochlear Implantation for Deaf Children and Their Families*“ (Hyde, Power 2006)
- ❖ Erzählereignis 9: „*Coming to a Decision About Cochlear Implantation: Parents Making Choices for their Deaf Children*“ (Hyde, Punch, Komesaroff 2010)
- ❖ Erzählereignis 10: „*Selling the Cochlear Implant*“ (Campbell 2005, 03.08.2011)
- ❖ Erzählereignis 11: „*Children With Cochlear Implants. Changing Parent and Deaf Community Perspectives*“ (Christiansen, Leigh 2004)
- ❖ Erzählereignis 12: „*Cochlear implants in children: ethics and choices*“ (Christiansen, Leigh 2002)

Die Aussageereignisse 2, 3, 4, 5 und 12 wurden zunächst bei der Erstellung des vorläufigen Datenkorpus noch nicht auf einzelne Kapitel eingegrenzt, da diese Eingrenzung vom Verlauf des Analyseprozesses abhängig gemacht werden sollte.

15.4.2 Zweite Version des Datenkorpus:

Der weitere Forschungsverlauf brachte die Notwendigkeit einer Änderung des Datenkorpus mit sich, welche einerseits darin bestand, dass die Aussageereignisse 9 und 11 aus dem Korpus genommen wurden, andererseits die gekennzeichneten neuen Aussageereignisse Eingang in den Datenkorpus fanden. Nach der Darstellung der letztendlichen Version des Datenkorpus, welcher Basis der Analyse wurde, sollen diese Änderungen auch noch genauer begründet werden.

- ❖ Erzählereignis 1: „*Ethics and Deafness. Ethnicity, Ethics, and the Deaf-World*“ (Lane 2005)
- ❖ Erzählereignis 2: Kapitel „*Bio-Power gegen das gehörlose Kind*“ (Lane 1994, 258) aus dem Werk „*Die Maske der Barmherzigkeit. Unterdrückung von Sprache und Kultur der Gehörlosengemeinschaft*“ (Lane 1994)
- ❖ Erzählereignis 3: Kapitel „*Diskurse des 20. Jahrhunderts*“ (Ladd 2008, 127) aus dem Werk „*Was ist deafhood? Gehörlosenkultur im Aufbruch*“ (Ladd 2008)

- ❖ Erzählereignis 4: Kapitel „*The Cochlear Implant and the Deaf Community*“ (Blume 2010, 58) aus dem Werk „*The Artificial Ear. Cochlear Implants and the Culture of Deafness*“ (Blume 2010)
- ❖ Erzählereignis 5: „*Cochlear Implantation, Colonialism, and Deaf Rights*“ (Ladd 2007, 1-29)
- ❖ Erzählereignis 6: „*Muted voices. Cochlear Implants, new discourse, and the public fascination with curing deafness*“ (Zdenek 2008, 147-167)
- ❖ Erzählereignis 7: „*Cochlea – Implantate für gehörlose Kinder gehörloser Eltern?*“ (Leonhardt 2009a, 63- 71)
- ❖ Erzählereignis 8: „*Some Ethical Dimensions of Cochlear Implantation for Deaf Children and Their Families*“ (Hyde, Power 2006)
- ❖ Erzählereignis 9: „*Exploring Perspectives on Cochlear Implants and Language Acquisition Within the Deaf Community*“ (Gale 2010)
- ❖ Erzählereignis 10: „*Selling the Cochlear Implant*“ (Campbell 2005, 03.08.2011)
- ❖ Erzählereignis 11: Kapitel „*The Deaf Community: Perceptions of Parents, Young People, and Professionals*“ (Christiansen, Leigh 2002, 253) aus dem Werk „*Cochlear Implants in Children: Ethics and Choices*“ (Christiansen, Leigh 2002)
- ❖ Erzählereignis 12: Kapitel „*Ethics and Choices: Ongoing Dilemma*“ (Christiansen, Leigh 2002, 290) aus dem Werk „*Cochlear Implants in Children: Ethics and Choices*“ (Christiansen, Leigh 2002)
- ❖ Erzählereignis 13: „*Pediatric Cochlear Implants: The Great Debate*“ (Weinberg 2005)
- ❖ Erzählereignis 14: „*Hearing the Deaf: Cochlear Implants, the Deaf Community, and Bioethical Analysis*“ (Ouellette 2011)
- ❖ Erzählereignis 15: „*Zur Frage des Umgangs mit der Frage nach dem Cochlea-Implantat (CI)*“ (Bentele 2010)
- ❖ Erzählereignis 16: „*Humanität in der Medizin. Skandalöser Artikel eines Mediziners erregt die Gemüter*“ (ÖGLB 2011)
- ❖ Erzählereignis 17: „*Freedom of Speech for Deaf People*“ (Peterson 2007, 165-173)
- ❖ Erzählereignis 18: „*Deaf Australians and the Cochlear Implant: Reporting from Ground Level*“ (Lloyd, Uniacke 2007, 174-194)
- ❖ Erzählereignis 19: „*Stellungnahme zur Cochlea Implantat-Versorgung hörgeschädigter Kinder*“ (DGB 2006, 22.04.2012)
- ❖ Erzählereignis 20: „*Stellungnahme des Österreichischen Gehörlosenbundes zum Thema Cochlea- Implantat*“ (ÖGLB 2006c, 20.02.2011)

Der Wegfall in der zweiten Version des Datenkorpus der Aussageereignisse 9 und 11 aus der ersten Version des Datenkorpus hatte zwei Begründungen. Im Fall von Erzählereignis 9 „*Coming to a Decision About Cochlear Implantation: Parents Making Choices for their Deaf Children*“ (Hyde, Punch, Komesaroff 2010), welches noch im Zuge des Erstlesens durchaus passend erschien, zeigte sich im Vergleich zu anderen potentiellen Schlüsseltexten ein Ausschlusskriterium auf, da der Artikel aus dem Journal of Deaf Studies and Deaf Education eine nahezu ausschließlichen Zentrierung auf hörende Eltern aufwies (vgl. Hyde, Punch, Komesaroff 2010, 162-178). Im Fall von Erzählereignis 11 „*Children With Cochlear Implants. Changing Parent and Deaf Community Perspectives*“ (Christiansen, Leigh 2004) handelte es sich zwar um einen aktuelleren Artikel des Autors und der Autorin,

die auch die Autorenschaft für die Aussageereignisse 11, das Kapitel „*The Deaf Community: Perceptions of Parents, Young People, and Professionals*“ (Christiansen, Leigh 2002, 253-289) und 12, das Kapitel „*Ethics and Choices: Ongoing Dilemma*“ (Christiansen, Leigh 2002, 290-316) aus dem Werk „*Cochlear Implants in Children: Ethics and Choices*“ (Christiansen, Leigh 2002), aus der zweiten Version des Datenkorpus tragen, jedoch stellte sich der Artikel im direkten Vergleich zu den zwei genannten Kapiteln des früheren Werkes weniger ergiebig dar und bot bei einem Konzeptionalisierungsversuch auch keine neuen Konzepte (vgl. Christiansen, Leigh 2002, 253-316; Christiansen, Leigh 2004, 673- 677). Die Aussageereignisse 2, 3, 4, 5, 11, 12, 17 und 18 stellten das Ergebnis der Auswahl von Schlüsseltexten aus den bereits benannten Schlüsselwerken aus dem ersten Datenkorpus dar, während die Aussageereignisse 9, 13, 14, 15, 16, 19, 20 eine Erweiterung darstellen, welche sich im Zuge der Analyse zwecks maximaler und minimaler Kontrastierung der Aussageereignisse angeboten hatte.

16. Der Forschungsprozess – Teil 2:

Die einzelnen Erzählereignisse, die Bestandteil des letztendlichen Datenkorpus für die Analyse geworden sind, werden in drei Teilschritten einer Analyse und Auslegung unterzogen (vgl. Keller 2011a, 91-112).

16.1 Analyse der „*Situietheit und Materialität einer Aussage*“ (Keller 2011a, 99):

Der erste Analyseschritt widmet sich der Feststellung des Kontexts und der Form eines Erzählereignisses (vgl. Keller 2011a, 99-100). Unter Situietheit ist die Verortung des Erzählereignisses in „*unterschiedlichen situativen, institutionell-organisatorischen und gesellschaftlichen Kontexten*“ (Keller 2011a, 99) zu verstehen, wobei auch der Entstehungszeitpunkt nicht unberücksichtigt bleiben darf (vgl. Keller 2011a, 99-100). Die „*Materialität einer Aussage*“ (Keller 2011a, 99) bezeichnet ihre Erscheinungsform als Medium, und die damit verbundenen Verbreitungsmöglichkeiten und Zugangsmöglichkeiten für die Zielgruppe(n) (vgl. Keller 2011a, 100). Vereinfacht formuliert beschäftigt sich dieser Analyseschritt mit der Frage danach wann „*wer wie wo und für wen*“ (Keller 2011a, 99) und wozu ein Erzählereignis produziert wird (vgl. Keller 2011a, 99-100).

16.1.1 Erzählereignis 1:

Beim Erzählereignis 1 handelt es sich um einen Artikel aus dem englischsprachigen Journal of Deaf Studies and Deaf Education, der sich nicht nur in besagtem Journal

wiederfindet, sondern auch im Sammelband „*Surgical Consent. Bioethics and Cochlear Implantation*“ (Komesaroff 2007) im Jahr 2007 erneut publiziert wurde (vgl. Lane 2005; Lane 2007). Das Journal of Deaf Studies and Deaf Education wird vierteljährlich und auch als Sonderausgaben von der Oxford University Press in England herausgegeben, und soll Zugang für Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen, Forscher und Forscherinnen als auch interessierte Personen ohne wissenschaftlichen Hintergrund bieten (vgl. Journal of Deaf Studies and Deaf Education 2012, 21.01.2012). Beim Autor handelt es sich jedoch um einen hörenden amerikanischen Staatsbürger, der als Professor für Linguistik und Psychologie an der Northeastern University von Boston tätig ist, der oftmals als ein bedeutsamer Verteidiger oder Sprecher der Gehörlosengemeinschaft bezeichnet wird, und dessen Publikationen zur Kultur, der Unterdrückung und den Rechten von gehörlosen Menschen und der Gehörlosengemeinschaft seit Jahren einen großen Bekanntheitsgrad genießen, wenn auch je nach Position der bezugnehmenden Autoren und Autorinnen positiv sowie negativ konnotiert (vgl. z.B. Christiansen, Leigh 2002, 264; Blume 2010, 79-80). Harlan L. Lane versucht nicht nur eine spezielle Zielgruppe, sondern gesamt gesellschaftliche Akzeptanz für die Gehörlosengemeinschaft als ethnische Minderheit zu erreichen, welche durch audistisch orientierte Massnahmen und Unterdrückungsmittel bereits früher in ihrer Geschichte gefährdet wurde, aber nun beispielsweise durch Cochlear Implantationen bei Kindern erneut von der Auslöschung bedroht werde (vgl. Lane 2005, 291-307).

16.1.2 Erzählereignis 2:

Beim Erzählereignis 2 handelt es sich um ein Kapitel der Monographie „*Die Maske der Barmherzigkeit. Unterdrückung von Sprache und Kultur der Gehörlosengemeinschaft*“ (Lane 1994), einer weiteren Publikation von Harlan L. Lane aus dem Jahr 1994, welche als deutsche Übersetzung vom Signum Verlag aus Hamburg publiziert wurde (vgl. Lane 1994). Der im Jahr 1989 gegründete Signum Verlag verschreibt sich der Produktion und dem Vertrieb von Publikationen zu den Themen „*Gebärdensprache, Gehörlosenkultur und sprachliche Minderheiten*“ (Signum Verlag 2012, 21.01.2012) und ist bemüht die vielfältigen Perspektiven von Linguistik und Gehörlosenpädagogik ebenso aufzugreifen, wie jene aus der Gehörlosengemeinschaft auf internationaler Ebene (vgl. Signum Verlag 2012, 21.01.2012). Die gesamte Monographie versteht sich als vehemente Kritik an audistisch orientierten Massnahmen und Unterdrückungsmitteln, wie auch Erzählereignis 1, jedoch behandelt das besagte Kapitel umfassend das Thema Cochlear Implantationen, vor allem auch hinsichtlich früh kindlicher Implantationen, und kann aufgrund der zeitlichen Nähe der

Publikation zur FDA Entscheidung für Cochlear Implantationen bei Kindern und einer Bezugnahme darauf in im Erzählereignis als Reaktion auf dieses Ereignis angesehen werden (vgl. Lane 1994).

16.1.3 Erzählereignis 3:

Beim Erzählereignis 3 handelt es sich um ein Kapitel der Monographie „*Was ist deafhood? Gehörlosenkultur im Aufbruch*“ (Ladd 2008), welche im Jahr 2008 als deutsche Übersetzung im Signum Verlag erschienen ist, und gleichsam Band 48 von Internationale Arbeiten zur Gebärdensprache und Kommunikation Gehörloser darstellt (vgl. Ladd 2008). Der gehörlose englische Autor Paddy Ladd ist als Senior Lecturer im Center for Deaf Studies der Universität Bristol tätig, leitet das Forschungsprojekt „*Deafhood and Genetics*“ (Deafhood and Genetics 2012, 22.05.2012) und ist seit Jahren als Aktivist für die Rechte der Gehörlosengemeinschaft bekannt, da er beispielsweise Mitbegründer der, früher als radikal bezeichneten, National Union of the Deaf, kurz NUD, war (vgl. Symposium Sign Language & Deaf Culture 2001, 22.05.2012; Komesaroff 2007, ix; Ladd 2008). Da der Autor davon ausgeht, dass das Thema Gehörlosengemeinschaft und Kultur, sowie die Bedrohungssituationen, welche in der Vergangenheit bestanden, in der Gegenwart bestehen und in der Zukunft bestehen werden, von gesamtgesellschaftlichen Interesse ist, lädt der Autor in seiner Monographie jeden Leser und jede Leserin wortwörtlich dazu ein sich am Dialog zu beteiligen und auch persönlich mit ihm in Kontakt zu treten (vgl. Ladd 2008). Als Zielsetzung der Monographie könnte die Aufarbeitung vergangener und gegenwärtiger Diskurse und die Vermittlung des Konzeptes „Deafhood“ genannt werden, wobei jenes, als Erzählereignis ausgewählte, Kapitel speziell auf die Diskurse des 20. Jahrhunderts eingeht, welche auch die Cochlear Implantatversorgung umfassen (vgl. Ladd 2008).

16.1.4 Erzählereignis 4:

Bei Erzählereignis 4 handelt es sich um eine weitere Publikation von Paddy Ladd, einen Artikel aus dem Sammelband „*Surgical consent: bioethics and cochlear implantation*“ (Komesaroff 2007) aus dem Jahr 2007, welcher von der Gallaudet University Press herausgegeben wurde (vgl. Ladd 2007, 1-29). Im Gegensatz zu Erzählereignis 3 findet in diesem Artikel eine noch weiterführende Auseinandersetzung mit der Cochlear Implantation und dem Kolonialisimusansatz statt (vgl. Ladd 2007, 1-29; Ladd 2008). Der Sammelband ist keinen Zugangsbeschränkungen unterworfen, wenn davon abgesehen

wird, dass keine deutsche Übersetzung derzeit verfügbar zu sein scheint, und erst eine längere Literaturrecherche Verweise auf den Artikel von Paddy Ladd in diesem Sammelband aufzeigte.

16.1.5 Erzählereignis 5:

Bei Erzählereignis 5 handelt es sich um ein Kapitel der Monographie „*The Artificial Ear. Cochlear Implants and the Culture of Deafness*“ (Blume 2010), welche im Jahr 2010 von der Rutgers University Press in englischer Sprache herausgegeben wurde (vgl. Blume 2010). Stuart Blume, der in England geborene Autor der besagten Monographie, ein emeritierter Professor der Universität Amsterdam und Vater eines gehörlosen sowie eines schwerhörigen Sohnes, genießt innerhalb des Untersuchungsfeldes großen Bekanntheitsgrad, unter anderem auch durch sein Engagement als Expertenratgeber für bioethische Fragen bei der WFD und die Publikation eben jener Monographie (vgl. Blume 2010; University Amsterdam 2012, 22.05.2012). Das Forschungsinteresse von Stuart Blume umfasst vor allem die Perspektive von Nutzer und Nutzerinnen von medizinischer Technologie und bioethische Fragen, welche im Zusammenhang dazu stehen, wobei die besagte Monographie sich ausschließlich auf das Thema Cochlear Implantate zentriert, und das ausgewählte Erzählereignis den Fokus auf die Perspektive der Gehörlosengemeinschaft richtet (vgl. Blume 2010; University Amsterdam 2012, 22.05.2012). Unter anderem zeigt gerade das ausgewählte Erzählereignis auf, dass die Monographie ganzheitlich einen kritischen Blick auf den Einfluss richtet, welchen medizinische Technologien auf das Leben der Nutzer und Nutzerinnen haben können, und darauf, dass die Bestrebungen der Vertreter und Vertreterinnen der Cochlear Implantationstechnologien die Cochlear Implantatversorgung voranzutreiben auch auf Widerstand gestoßen sind und dieser nach wie vor existiert (vgl. Blume 2010).

16.1.6 Erzählereignis 6:

Bei Erzählereignis 6 handelt es sich um einen Artikel aus dem Sammelband „*Rhetoric in Detail: Discourse Analyses of Rhetorical Talk and Text*“ (Johnstone, Eisenhart 2008), welcher von John Benjamins Publishing in Amsterdam herausgegeben wurde (vgl. Zdenek 2008, 147-171). Der Autor des Artikels ist der amerikanische Professor für technische Kommunikation und Rhetorik Sean Zdenek von der Texas Tech University, der unter anderem auch als Forschungsschwerpunkte Disability und Deaf Studies verfolgt (vgl. Zdenek 2012, 22.05.2012). Für diesen Artikel gibt der Autor keine explizite Zielgruppe vor, und auch

die Zugänglichkeit beschränkt sich nicht nur auf den wissenschaftlichen Bereich (vgl. Zdenek 2008, 147-171). Bei dem Artikel handelt es sich um die Publizierung einer Kritischen Diskursanalyse über die mediale Situation der Thematik Cochlear Implantation, welche als Sample Artikel aus bekannten Zeitungen auf internationaler Ebene von einem Zeitraum von drei Jahren genutzt hatte (vgl. Zdenek 2008, 147-171).

16.1.7 Erzählereignis 7:

Bei Erzählereignis 7 handelt es sich um einen Artikel aus dem Sammelband „*Cochlear Implant heute*“ (Ernst, Battmer, Todt 2009), dessen Herausgeber drei Mediziner des Unfallkrankenhauses Berlin sind, und der im Springer Medizin Verlag im Jahr 2009 in Deutschland erschienen ist (vgl. Ernst, Battmer, Todt 2009). Die Autorin des Artikels Annette Leonhardt übt jedoch die Tätigkeit einer Professorin für Gehörlosen- und Schwerhörigenpädagogik an der Ludwig-Maximilians-Universität München aus (vgl. Ernst, Battmer, Todt 2009). Der Artikel dient der Publikation zweier aufeinander folgenden Studien zur Thematik „*Cochlea – Implantate für gehörlose Kinder gehörloser Eltern*“ (Leonhardt 2009a, 63) und betrachtet die Entscheidungsgründe von gehörlosen Eltern, welche sich für die Versorgung ihrer Kinder mit Cochlear Implantaten entschieden haben und diese Entscheidung rückblickend reflektieren, teils im Vergleich zu hörenden Eltern (vgl. Leonhardt 2009a, 63-71). Dem Titel und Inhalt des Artikels entsprechend scheint sich die Autorin einerseits an betroffene Eltern und sich andererseits interdisziplinär an Kollegen und Kolleginnen zu wenden, allerdings ist der Sammelband ohne Zugangsbeschränkungen für jeden Interessierten und jede Interessierte erlangbar (vgl. Leonhardt 2009a, 63- 71).

16.1.8 Erzählereignis 8:

Bei Erzählereignis 8 handelt es sich um einen Artikel aus dem Journal of Deaf Studies and Deaf Education aus dem Jahr 2006, der eine Kooperation zweier Autoren darstellt (vgl. Hyde, Power 2006). Der erste Autor ist Merv Hyde, der als Professor an der australischen Griffith University und Direktor des Centre for Applied Studies in Deafness tätig ist (vgl. Griffith University 2012a, 22.05.2012). Beim zweiten Autor handelt es sich ebenfalls um einen Professor der Griffith Universität, mit dem Forschungsschwerpunkt auf „*educational, social and communication aspects of the lives of deaf children, young people and adults, and the influence of technology on these aspects of their lives*“ (Griffith University 2012b, 22.05.2012), jedoch ist Des Power bereits emeritiert (vgl. Griffith University 2012b, 22.05.2012). Einerseits wenden sich die Autoren an die betroffenen Familien, andererseits kann durch

die Publikation des Artikels im Journal of Deaf Studies and Deaf Education als zweite Zielgruppe wissenschaftliches Fachpublikum angenommen werden, und auch der Zugang zum Fachjournal gestaltet sich für die erste Zielgruppe ungleich schwieriger (vgl. Hyde, Power 2006). Die Zielsetzung des Artikel offenbart sich bereits im Titel, da der Inhalt sich auf ethische Überlegungen zur Cochlear Implantation zentriert (vgl. Hyde, Power 2006, 102-111).

16.1.9 Erzählereignis 9:

Bei Erzählereignis 9 handelt es sich um einen weiteren Artikel aus dem Journal of Deaf Studies and Deaf Education, jedoch von größter Aktualität, da er erst im Jahr 2010 publiziert wurde (vgl. Gale 2010). Der Artikel bezieht sich auf den amerikanischen Raum und erörtert Förderungsperspektiven für gehörlose Kinder und deren Versorgung mit Cochlear Implantaten (vgl. Gale 2010, 121-136). Die Autorin geht speziell und detailliert in ihrer Untersuchung auf die Perspektiven der Gehörlosengemeinschaft ein und versucht nachzuzeichnen, inwiefern Ablehnung und Akzeptanz des Cochlear Implantates in Bezug zur Sprachförderung und den unterschiedlichen Ansichten über die Förderungsprioritäten gesetzt werden kann (vgl. Gale 2010, 121-136). Der Artikel dient der Vermittlung der Forschungsergebnisse und wendet sich hinsichtlich der Zielgruppen sowohl Vertretern und Vertreterinnen der unterschiedlichen Wissenschaftsbereiche als auch der Gehörlosengemeinschaft zu (vgl. Gale 2010, 121-136). Die amerikanische Autorin ist an der City University of New York als Assistenzprofessorin für Gehörlose und Schwerhörige tätig (vgl. City University New York 2012, 22.05.2012).

16.1.10 Erzählereignis 10:

Beim Erzählereignis 10 handelt es sich um einen Artikel aus dem Jahr 2005, der im amerikanischen Disability Studies Quarterly Journal erschienen ist, welches international und interdisziplinär das Thema Beeinträchtigung und gleichwertige, vollständige Partizipation behandelt, und von der Ohio State University Bibliothek publiziert wird (vgl. Disability Studies Quarterly 2012, 22.05.2012). Das Journal ist öffentlich zugänglich und bietet jedem Leser und jeder Leserin uneingeschränkten Zugang, ob nun wissenschaftlich tätig oder schlicht an diesem Themenkomplex interessiert (vgl. Disability Studies Quarterly 2012, 22.05.2012). Bei der Autorin Fiona Kumari Campbell handelt es sich um eine weitere Professorin der Griffith University, welche ihren Interessenschwerpunkt in Bürgerrechten benachteiligter Gruppen, deren Benachteiligung und Unterdrückung sieht, und neben ihrer

Professur als Behindertenrechtsaktivistin tätig ist (vgl. Griffith University 2012c, 22.05.2012). Der Artikel wirft einen kritischen Blick auf die Produktion und die Vermarktung von Cochlear Implantaten, und inwiefern die mediale und öffentliche Vermarktung des Cochlear Implantates als Heilung für Gehörlosigkeit einen Einfluss auf die öffentliche Perspektive auf Gehörlosigkeit und Normalität hat (vgl. Campbell 2005, 03.08. 2011).

16.1.11 Erzählereignis 11:

Bei Erzählereignis 11 handelt es sich um ein Kapitel aus der Monographie „*Cochlear Implants in Children: Ethics and Choices*“ (Christiansen, Leigh 2002), welche im Jahr 2002 von der Gallaudet University Press herausgegeben wurde (vgl. Christiansen, Leigh 2002). Sowohl der gehörlose Autor John Christiansen als auch die gehörlose Autorin Irene W. Leigh hatten/ haben Professuren an der Gallaudet University in Washington D.C., welche weltweit als Gehörlosenuniversität bekannt ist (vgl. Pray, Jordan 2010, 183; Gallaudet University 2011a, 22.05.2012; Gallaudet University 2011b, 22.05.2012). Bei John Christiansen handelt es sich seit Mai letzten Jahres um einen emeritierten Professor für Soziologie, während Irene W. Leigh ihre Professur in Psychologie weiter aktiv ausübt (vgl. Gallaudet University 2011a, 22.05.2012; Gallaudet University 2011b, 22.05.2012). Das Erzählereignis behandelt Cochlear Implantate aus mehreren Perspektiven, unter anderem auch jener der Gehörlosengemeinschaft, und vermittelt insgesamt, wie auch die gesamte Monographie, ein mehrheitlich positives Bild der Technologie, gestützt durch viele Erfahrungsberichte (vgl. Christiansen, Leigh 2002, 253-289). Der Autor und die Autorin geben an, dass sie mit ihrem gemeinsamen Werk vorherrschende Perspektiven aufarbeiten und durch die Darstellung konkreter Fälle und Erfahrungsberichte eine vermittelnde Basis des Dialogs schaffen möchten, sowohl für Vertreter und Vertreterinnen von Cochlear Implantationen als auch Vertreter und Vertreterinnen der Gegenseite (vgl. Christiansen, Leigh 2002, vii-xii).

16.1.12 Erzählereignis 12:

Bei Erzählereignis 12 handelt es sich um das Folgekapitel von Erzählereignis 11 (vgl. Christiansen, Leigh 2002, 253-316). Erzählereignis 12 behandelt extensiv ethische Gründe für und gegen Cochlear Implantation zentriert auf die elterliche Entscheidung und dient somit der Erweiterung der Überlegungen und der vorgestellten Perspektiven des vorhergehenden Kapitels (vgl. Christiansen, Leigh 2002, 253-316).

16.1.13 Erzählereignis 13:

Bei Erzählereignis 13 handelt es sich um einen Artikel aus der ersten Ausgabe des amerikanischen Penn Bioethics Journal, welches seit dem Jahr 2005 von der Universität von Pennsylvania zwei Mal jährlich herausgegeben wird (vgl. Penn Bioethics Journal 2011, 22.05.2012). Die Autorin des Artikels ist eine Absolventin der Universität unter der Sponsorenschaft von Paul Root Wolpe, früher Professor für Psychologie an der Universität Pennsylvania, und nun Professor für Bioethik und Direktor des Ethik Zentrums der Emory Universität im amerikanischen Bundesstaat Georgia (vgl. Weinberg 2005; Emory University 2012, 22.05.2012). Das Erzählereignis versucht in kürzesten Ausführungen den Konflikt zwischen Befürwortern und Befürworterinnen und Gegnern und Gegnerinnen von Cochlear Implantationen darzustellen und aufzuzeigen, dass das ein Verständnis der Gründe dieser Konfliktsituation zu einer Abschwächung und Auflösung dieser beitragen könnte (vgl. Weinberg 2005, 1-4). Der Artikel sowie das gesamte Journal sind für jeden interessierten Leser und jede Leserin öffentlich online zugänglich, jedoch sollen Artikel dieses Journals eine wissenschaftliche Plattform für Diskussion und Erörterung darstellen (vgl. Penn Bioethics Journal 2011, 22.05.2012).

16.1.14 Erzählereignis 14:

Bei Erzählereignis 14 handelt es sich um einen Artikel aus dem amerikanischen Valparaiso University Law Review, welches von der Universität Valparaiso in Indiana vierteljährlich herausgegeben wird, und eines der ältesten Law Review Journals dieser Region ist (vgl. Valparaiso University Law Review 2011, 22.05.2012). Der Artikel wurde letztes Jahr publiziert und die Autorin ist Alicia R. Ouellette, eine Professorin für Rechtswissenschaft und Bioethik an der Albany Law School in New York (vgl. Albany Law School 2012, 22.05.2012). Da der Artikel sehr stark auf die rechtlichen Seiten der Cochlear Implantation, vor allem bezogen auf Elternrechte und Kinderrechte, eingeht und dies in Verbindung zu bioethischen Überlegungen stellt, dürfte auch bei öffentlicher Zugänglichkeit des Artikels die Rezipienten- und Rezipientinnengruppe eher im wissenschaftlichen Bereich gehalten sein (vgl. Ouellette 2011; Valparaiso University Law Review 2011, 22.05.2012).

16.1.15 Erzählereignis 15:

Bei Erzählereignis 15 handelt es sich um einen Artikel aus dem Jahr 2010 aus der deutschen Fachzeitschrift „DAS ZEICHEN“, einer „Zeitschrift für Sprache und Kultur Gehörloser“ (DAS ZEICHEN 2012, 22.05.2012), welche drei Mal im Jahr vom „Institut für

Deutsche Gebärdensprache und Kommunikation Gehörloser (Universität Hamburg) und von der Gesellschaft für Gebärdensprache und Kommunikation Gehörloser e.V.“ (DAS ZEICHEN 2012, 22.05.2012) publiziert wird (vgl. DAS ZEICHEN 2012, 22.05.2012). Die Fachzeitschrift zentriert sich auf Themenbereiche und Facetten der Gehörlosengemeinschaft und der Gebärdensprache (vgl. DAS ZEICHEN 2012, 22.05.2012). Die Autorin des Artikels ist Katrin Bentele, die an der Goethe Universität Frankfurt am Main als Ethikerin, und beim Deutschen Ethikrat tätig ist (vgl. Goethe Universität Frankfurt 2008, 23.05.2012; Bentele 2010). Sowohl die Zeitschrift, als auch der Artikel, haben mehrere Zielgruppen, vorrangig die Gehörlosengemeinschaft, und in Folge auch jeden interessierten Leser und jede Leserin, ob nun aus dem wissenschaftlichen Bereich oder nicht, da sie über ein Abonnement oder auch teils im Bestand von Universitätsbibliotheken verfügbar ist. Dieser spezielle Artikel versteht sich als Kommentar zu dem Artikel „*Haben gehörlose Kleinkinder ein Recht auf ein Cochleaimplantat*“ (Müller, Zaracko 2010) von Sabine Müller und Ariana Zaracko aus der Zeitschrift „Nervenheilkunde“, welcher nicht nur von Katrin Bentele als untragbar kommentiert und kritisiert wurde (vgl. DGB 2010; Bentele 2010; Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Ev. Gehörlosenseelsorge 2010; Vogel 2010; Belz, Seidel, Latuske 2010; Hintermair 2010).

16.1.16 Erzählereignis 16:

Bei Erzählereignis 16 handelt es sich um einen letztjährigen Artikel aus der österreichischen Gehörlosenzeitung „*GebärdenSache*“ (ÖGLB 2009b, 21.05.2012), welche vierteljährlich vom ÖGLB publiziert wird (vgl. ÖGLB 2009b, 21.05.2012). Ein einziger Autor oder eine Autorin ist nicht benannt, doch zeichnet sich der ÖGLB als Verfasser aus (vgl. ÖGLB 2011). Zielgruppe des Artikels und der Zeitung sind zunächst die Abonnenten und Abonnentinnen, welche großteils Angehörige der österreichischen Gehörlosengemeinschaft sind oder in Kontakt zu dieser stehen (vgl. ÖGLB 2009b, 21.05.2012). Der Artikel jedoch versteht sich als kritischer Kommentar zu dem Artikel „*Cochlea Implantate – eine ökonomische Analyse*“ (Baumgartner 2011, 19.02.2012) des österreichischen Mediziners Wolf – Dieter Baumgartner, der am AKH Wien tätig ist (vgl. Baumgartner 2011, 19.02.2012; ÖGLB 2011).

16.1.17 Erzählereignis 17:

Bei Erzählereignis 17 handelt es sich um einen Artikel aus dem Sammelband „*Surgical consent: bioethics and cochlear implantation*“ (Komesaroff 2007) aus dem Jahr 2007, welcher

von der Gallaudet University Press herausgegeben wurde (vgl. Peterson 2007, 165-173). Der Autor Paal Richard Peterson ist ein gehörloser Politikwissenschaftler aus Norwegen, der auch Generalsekretär des norwegischen Gehörlosenbundes ist (vgl. Komesaroff 2007, ix; Universitas.no 2010, 22.05.2012). Der Autor thematisiert in dem ausgewählten Artikel das Recht aller Menschen sich barrierefrei äussern und umfassend gesellschaftlich aktiv sein zu können (vgl. Peterson 2007, 165-173). Hinsichtlich der Zugänglichkeit unterscheidet sich der Artikel nicht von anderen in besagtem Sammelband.

16.1.18 Erzählereignis 18:

Bei Erzählereignis 18 handelt es sich um einen weiteren Artikel aus dem eben genannten Sammelband „*Surgical consent: bioethics and cochlear implantation*“ (Komesaroff 2007). Der Artikel wurde kooperativ von Karen Lloyd, einer Angehörigen der Australian Association of the Deaf, die als Managerin deren Belange und Interessen öffentlich bei Veranstaltungen und schriftlich durch Publikationen repräsentiert, und von Michael Uniacke, einem gehörlosen australischen Autor verfasst (vgl. Komesaroff 2007, ix; Deaf Australia 2012, 22.05.2012). Der Artikel versteht sich als eine Berichterstattung direkt aus dem Feld und stellt in Folge auch eine Aufarbeitung der persönlichen Erfahrungen mit der hörenden Umwelt und der Thematik der Cochlear Implantation des Autor und der Autorin dar (vgl. Lloyd, Uniacke 2007, 174-194). Die Zugänglichkeit gestaltet sich bei diesem Artikel unverändert gegenüber den vorhergehenden Artikeln.

16.1.19 Erzählereignis 19:

Bei Erzählereignis 19 handelt es sich um eine online verfügbare Stellungnahme des Deutschen Gehörlosen- Bundes e. V. aus dem Jahr 2006 (vgl. DGB 2006, 22.04.2012). Die Autorenschaft wird vom DGB getragen, ohne Einzelnennung eines Autors oder einer Autorin (vgl. DGB 2006, 22.04.2012). Formuliert wurde diese Stellungnahme, da der DGB eine Gegenveröffentlichung zu den einseitigen Berichterstattungen zur Cochlear Implantatversorgung tätigen wollte, welche diese Technologie und den damit verbundenen Eingriff ausschließlich oder hauptsächlich positiv konnotiert wiedergeben würden (vgl. DGB 2006, 22.04.2012). Die Stellungnahme ist öffentlich einsehbar und somit für jeden interessierten Leser und jede Leserin zugänglich.

16.1.20 Erzählereignis 20:

Bei Erzählereignis 20 handelt es sich um das Pendant zur Stellungnahme des deutschen Gehörlosen- Bundes e.V., da der ÖGLB ebenfalls im Jahr 2006 eine online verfügbare Stellungnahme zu Cochlear Implantaten publiziert hat (vgl. ÖGLB 2006c, 20.02.2011). Verantwortlich für die Autorenschaft des Artikels zeigt sich das damalige Vorstandsteam des ÖGLB (vgl. ÖGLB 2006c, 20.02.2011). Die Stellungnahme verfolgt die Zielsetzung den Blickwinkel der Gehörlosengemeinschaft in die Diskussion über Cochlear Implantationen einzubringen und eine ausschließlich medizinische Betrachtung der Thematik durch Aspekte der Gehörlosenkultur, Ethik und Linguistik zu erweitern (vgl. ÖGLB 2006c, 20.02.2011). Hinsichtlich der Zugänglichkeit unterscheiden sich die Stellungnahmen des DGB und des ÖGLB nicht.

16.2 Analyse der formalen und sprachlich-rhetorischen Struktur:

Als formale Struktur eines Erzählereignisses wird seine Zugehörigkeit zu einer speziellen Textgattung bezeichnet (vgl. Keller 2011a, 100). Die sprachlich- rhetorische Struktur eines Erzählereignisses steht damit mitunter in enger Verbindung, da beispielsweise ein Zeitungsartikel große Unterschiede in der Formulierung und Präsentation einer Thematik oder Aussage gegenüber einer Publikation in Form einer Monographie aufweist (vgl. Keller 2011a, 100).

Die Erzählereignisse aus der zweiten Version des Datenkorpus unterschieden sich auch massgeblich voneinander, doch auch Parallelen tauchten in Folge einer detaillierten Auseinandersetzung auf. So gleicht sich die formale Struktur der Erzählereignisse 2, 3, 5, 11 und 12, da es sich um einzelne Kapitel von Monographien handelt. Die Erzählereignisse 4, 6, 7, 17 und 18 sind jeweils Artikel aus Sammelbänden, sowie die Erzählereignisse 1, 8, 9, 10, 13 und 14 Artikel aus Fachjournals repräsentieren, während die Erzählereignisse 15 und 16 Artikel aus Fachzeitschriften sind, und die Erzählereignisse 19 und 20 Stellungnahmen von Gehörlosenvertretungen aus dem deutschsprachigen Raum darstellen.

Hinsichtlich der sprachlich- rhetorischen Struktur wurden weniger Parallelen offensichtlich, allerdings gestaltet sich die Analyse der Erzählereignisse in englischer Sprache in diesem Analyseschritt schwieriger, da ich zwar meine Sprach- und Lesekompetenz der englischen Sprache nicht in Zweifel ziehe, allerdings bezweifle feine Nuancen in der Rhetorik, welche

über Fremdsprachenkenntnisse durch Beschulung kaum vermittelt werden können, in dem vom Autor oder der Autorin gewollten Umfang wahrgenommen zu haben.

16.2.1 Erzählereignisse 2, 3, 5, 11, 12:

Hinsichtlich der Präsentation des Inhaltes fanden sich bei keinem Erzählereignis dieses Formates Graphiken im Text wieder (vgl. Lane 1994, 258-302; Christiansen, Leigh 2002, 253-316; Ladd 2008, 127-185; Blume 2010, 58-84). Bei der Formulierung und Ansprache des Lesers oder der Leserin treten jedoch Unterschiede auf, auch wenn alle Erzählereignisse appellativ formuliert sind (vgl. Lane 1994, 258-302; Christiansen, Leigh 2002, 253-316; Ladd 2008, 127-185; Blume 2010, 58-84). Die größte Differenz diesbezüglich ist zwischen den Erzählereignissen 3 und 11/12 festzustellen, da Erzählereignis 3 sehr sachlich und strukturiert eher einer historischen Abhandlung gleicht, aber die Erzählereignisse 11 und 12 mit einer großen Anzahl an direkten Zitaten als Widerspiegelung von Erfahrungsinhalten aufwarten, und auch die Schriftgröße etwas vergrößert ins Auge fällt (vgl. Ladd 2008, 127-185; Christiansen, Leigh 2002, 253-316). Den direktesten und konfrontativsten Formulierungsstil wies meines Erachtens das Erzählereignis 2 auf, da das Kapitel bereits mit Schlagwörtern wie „*Bio-Power gegen das gehörlose Kind*“ (Lane 1994, 258) und „*Letzte Zuflucht des Oralismus*“ (Lane 1994, 259) eingeleitet wird, und sich diese Art der Argumentation und Formulierung über das gesamte Erzählereignis hinwegzieht (vgl. Lane 1994, 258-302). Es tauchen jedoch noch weitere Schlagwörter in den Erzählereignissen auf, wie „*audistisches Establishment*“ (Lane 1994, 259), „*Bionic Ear*“ (Blume 2010, 72), „*dritte Kultur*“ (Ladd 2008, 148), „*Auferstehung des Oralismus*“ (Ladd 2008, 151), „*Sprachlicher Kolonialismus*“ (Ladd 2008, 171) und „*Winds of Change*“ (Christiansen, Leigh 2002, 261), um nur eine Auswahl zu nennen (vgl. Lane 1994, 258-302; Christiansen, Leigh 2002, 253-316; Ladd 2008, 127-185; Blume 2010, 58-84).

16.2.2 Erzählereignisse 4, 6, 7, 17, 18:

Die Präsentation des Inhaltes weist nur bei Erzählereignis 4 Graphiken auf, allerdings dafür auf neun Seiten fünf Stück (vgl. Leonhardt 2009a, 63-71). Die Bilder zeigen einerseits Kinder unterschiedlichen Alters mit fröhlicher und/oder interessierter Miene, und andererseits ein Kind beim Lesen, sowie zwei Bilder von Kindern mit Cochlear Implantat im Kreis der Familie (vgl. Leonhardt 2009a, 63-71). Bei der Formulierung und Ansprache des Lesers oder der Leserin weisen Erzählereignis 4 und 18 die größten Differenzen auf, da im ersten Fall der nüchterne, mahnende Formulierungsstil mit Rückgriff auf historische

Belege vom Autor auch in dieser Textform weitergeführt wird, andererseits der Autor und die Autorin von Erzählereignis 18 in ihren Argumentationen häufig und ausgiebig auf eigene Erfahrungsinhalte in Form von eigenen direkten Zitaten, die dialogähnlich aneinander gereiht werden, zurückgreifen (vgl. Ladd 2007, 1-29; Lloyd, Uniacke 2007, 174-194). Die stärkste Nutzung von Schlagwörtern, wie „*Muted voices*“ (Zdenek 2008, 147), „*curing deafness*“ (Zdenek 2008, 147), „*hailed as a miracle*“ (Zdenek 2008, 150), wies Erzählereignis 6 auf, während Erzählereignis 17 eher mediale Schlagwörter zur Gegenargumentation, wie „*salvation*“ (Peterson 2007, 172) und „*cured*“ (Peterson 2007, 172), aufgriff, der Autor von Erzählereignis 4 bereits, in Erzählereignis 3, genutzte Schlagwörter weiter verwendete, und die Autorin von Erzählereignis 7 auf Schlagwörter mit Wiedererkennungswert verzichtete (vgl. Ladd 2007, 1-29; Peterson 2007, 165-173; Lloyd, Uniacke 2007, 174-194; Zdenek 2008, 147-171; Leonhardt 2009a, 63-71).

16.2.3 Erzählereignisse 1, 8, 9, 10, 13, 14:

Bei der Präsentation der Inhalte kommen die Erzählereignisse dieses Formats, bis auf Erzählereignis 9, ohne Graphiken aus, wobei es sich in diesen besagten Fall um keine Bilder handelt, sondern graphische Darstellungen der Forschungsergebnisse (vgl. Lane 2005; Campbell 2005, 03.08.2011; Weinberg 2005; Hyde, Power 2006; Gale 2010; Ouellette 2011). Bei der Formulierung und Ansprache des Lesers oder der Leserin weisen Erzählereignis 1 und 9 die größte Differenz zueinander auf, da der Autor von Erzählereignis 1 seinen bisherigen Argumentations- und Formulierungsstil, wie bei Erzählereignis 2, konsequent weiterführt, während es sich bei Erzählereignis 9 um eine sehr sachlich und neutral formulierte Darstellung von Forschungsergebnissen handelt (vgl. Lane 2005; Gale 2010). Bei den Erzählereignissen handelt es sich insgesamt gesehen, um Artikel aus vier unterschiedlichen Journals, wobei die Erzählereignisse 2, 8 und 9 jeweils aus dem Journal of Deaf Studies and Deaf Education stammen (vgl. Lane 2005; Campbell 2005, 03.08.2011; Weinberg 2005; Hyde, Power 2006; Gale 2010; Ouellette 2011). Jene drei Erzählereignisse präsentieren sich vom Layout und ihrem Umfang nahezu gleichartig, obwohl sie in differenten Ausgaben und Jahrgängen erschienen sind (vgl. Lane 2005; Hyde, Power 2006; Gale 2010). Die Erzählereignisse aus den anderen Journals unterscheiden sich gravierend in ihrem Layout, ihrer Formulierung, ihrer Ansprache des Lesers oder der Leserin und auch in ihrem Umfang (vgl. Campbell 2005, 03.08.2011; Weinberg 2005; Ouellette 2011). Während in Erzählereignis 9 keine Hervorhebung von Schlagwörtern stattfindet und die Übereinstimmung der befragten Personen mit vorgegebenen Aussagen ermittelt werden soll, stellen Schlagwörter, wie auszugsweise

„*Deaf Eugenics Today*“ (Lane 2005, 303), „*Prison of Silence has Ended*“ (Hyde, Power 2006, 103), „*repair deafness*“ (Weinberg 2005, 1), „*medical establishment*“ (Ouellette 2011, 1257) und „ontology wars“ (Campbell 2005, 03.08. 2011), für die anderen Erzählereignisse ein zentrales Moment ihrer Argumentationslinie dar (vgl. Lane 2005, 291-310; Campbell 2005, 03.08.2011; Weinberg 2005; Hyde, Power 2006; Gale 2010; Ouellette 2011).

16.2.4 Erzählereignisse 15, 16:

Bereits bei der Präsentation der Inhalte werden die Differenzen zwischen Erzählereignis 15 und 16 augenscheinlich, obwohl beide Artikel aus Fachzeitschriften stammen, kommen in Erzählereignis 15 drei Graphiken zum Einsatz, während in Erzählereignis 16 gänzlich darauf verzichtet wird den Inhalt mit Bildern zu unterlegen (vgl. Bentele 2010; ÖGLB 2011). Parallelen sind nur im appellativen Ansprechen des Lesers und/ oder der Leserin erkennbar, wobei sich beide Artikel, da sie als Kommentare zu jeweils einem anderen Artikel verfasst wurden, auch an die Autoren und Autorinnen jener Artikel wenden, und heftige Kritik an dessen oder deren Artikeln verfasst haben (vgl. Bentele 2010; ÖGLB 2011). Bereits beim Layout und dem Umfang tauchen weitere Differenzen auf, da Erzählereignis 15 wesentlich kürzer gefasst wurde als Erzählereignis 16 (vgl. Bentele 2010; ÖGLB 2011). Bei beiden Erzählereignissen werden Schlagwörter genutzt, allerdings geschieht dies im Fall von Erzählereignis 16 vermehrt durch Übernahme der Formulierungen vom Ausgangsartikel z.B. „*Notgemeinschaft*“ (Müller, Zaracko 2010; zit.n. Bentele 2010, 411), und im Fall von Erzählereignis 15 erscheint das Schlagwort „*Humanität*“ (ÖGLB 2011, 6) zentral für die folgenden Aussagen zu sein (vgl. Bentele 2010; ÖGLB 2011).

16.2.5 Erzählereignisse 19, 20:

Bei der Präsentation der Inhalte wird bei beiden Erzählereignissen auf Graphiken in Form von Bildern verzichtet, jedoch jeweils das Logo des Gehörlosenbundes verwendet (vgl. DGB 2006, 22.04.2012; ÖGLB 2006c, 20.02.2011). Hinsichtlich der Ansprache und Formulierung gibt es kaum Parallelen, da die Stellungnahme des ÖGLB direkter und persönlicher formuliert wurde, während jene des DGB mehr Distanz zwischen dem Leser oder der Leserin und dem Text ermöglicht (vgl. DGB 2006, 22.04.2012; ÖGLB 2006c, 20.02.2011). Die Stellungnahme des ÖGLB entspricht vom Layout eher einem Fragebogen, der vorab ausgefüllt wurde, ehe er an die Rezipienten und Rezipientinnen verteilt wurde (vgl. ÖGLB 2006, 22.04.2012). Die Stellungnahme des DGB hingegen ist durch mehrere Punkte strukturiert und besteht zum Teil aus einer Übersetzung der Risikofaktoren von Cochlear Implantationen, welche die

FDA online verfügbar hält (vgl. DGB 2006, 22.04.2012). Differenzen zeigen sich auch im Umfang der Erzählereignisse, da Erzählereignis 19 im Vergleich zu Erzählereignis 20 kürzer gefasst wurde (vgl. DGB 2006, 22.04.2012; ÖGLB 2006c, 20.02.2011). In beiden Erzählereignissen wird auf Schlagwörter, wie unter den vorhergehenden Punkten angeführt, verzichtet (vgl. DGB 2006, 22.04.2012; ÖGLB 2006c, 20.02.2011).

16.3 Interpretativ- analytische Rekonstruktion der Aussageinhalte:

Die interpretativ- analytische Rekonstruktion der Aussageinhalte aus den Erzählereignissen der zweiten Version des Datenkorpus findet mit einem Rückgriff auf die drei Kodierschritte der Grounded Theory Methodologie statt, und versteht sich in Folge als ein gegliederter „*Prozess der Textauslegung*“ (Keller 2011a, 106), welcher zunächst Teilstücke der „*Problem- bzw. Phänomenstruktur*“ (Keller 2011a, 106) aus den einzelnen Erzählereignissen erschließt, um die einzelnen Diskursfragmente schlussendlich zusammengeführt durch die „*storyline*“ (Keller 2008, 95) als rekonstruierten Diskurs oder rekonstruierte Diskurse darstellen zu können (vgl. Keller 2008, 93- 95; Keller 2011a, 101- 107). Diese Vorgehensweise soll nun durch die Vorstellung der Analyseschritte, welche jedes Erzählereignis als ein Diskursfragment durchlief, exemplarisch im Detail ausgehend von Erzählereignis 1 dargestellt werden.

16.3.1 Analyseschritt 1- Das offenes Kodieren:

Der erste Analyseschritt verfolgt die Zielsetzung das Erzählereignis in seiner Gesamtheit durch schrittweise Analysierung aufzubrechen und damit Kodes und „*Bausteine von Phänomenstrukturen*“ zu erschließen (vgl. Keller 2008, 94). Kodes sind abstrahierte Kategorien, welche einzelnen Passagen oder Sätzen, die gleichsam „*Aussage- und Diskursbausteine*“ (Keller 2011a, 105) sind, der jeweiligen Erzählereignisse im Zuge der Kodierung zum Zwecke der begrifflichen Erfassung zugeordnet wurden (vgl. Keller 2011a, 105).

16.3.1.1 Konzeptualisierung Erzählereignis 1:

Unter Konzeptualisierung ist der Vorgang der Benennung einzelner Phänomene, die bei wiederholtem Lesen und einer intensiven Beschäftigung mit dem Text bedeutsam und aussagekräftig erscheinen, und dient dazu jene gesichteten Textstellen durch ihre begriffliche Erfassung für weitere Überlegungen und Analysevorgänge präsent zu halten (vgl. Strauss, Corbin 1996, 43-45). Im Zuge dieser Analyse wurden die Erzählereignisse 1-20

mehrfach gelesen, teils in Auszügen paraphrasiert und Passage für Passage durchgegangen, um zunächst die Themen und Inhalte der Texte durch den Vorgang der Konzeptualisierung festzustellen und begrifflich zu erfassen (vgl. Keller 2008, 97). Bei der Konzeptualisierung von Erzählereignis 1 konnte beispielsweise das Konzept „Informationsmangel“ vergeben werden:

Konzept: Informationsmangel (E1/23)

- (1) *„Thus, the surgery remains innovative despite more than a decade of use because research on language benefit and its parameters is very much a work in progress“* (Lane 2005, 300).
- (2) *„Also, there is no body of knowledge on the effects of the implant on educational achievement, social identity, or psychological adjustment“* (Lane 2005, 300).
- (3) *„True informed consent would require the surgeon to disclose alternative procedures that might be advantageous for the subject, such as early association with Deaf peers and adults to ensure timely language acquisition, but otologists and audiologists are often uninformed about the Deaf-World and its language and disinclined to see that as an alternative“* (Lane 2005, 300) .

Das Konzept „Informationsmangel“ wurde für drei Textstellen innerhalb des Artikels vergeben. Bei der ersten Textstelle wurde das Konzept „Informationsmangel“ vergeben, da die Passage einen Mangel an wissenschaftlicher Forschung bei der Feststellung eines tatsächlichen Vorteils beim Spracherwerb verdeutlicht, der einen Informationsmangel bei der Beratung von betroffenen Personen, als auch für diese bei der Entscheidungsfindung darstellt (vgl. Lane 2005, 300). Bei Textstelle 2 äussert sich die Situation ähnlich, auch wenn in dem Fall mehrere Faktoren nicht weitreichend geklärt scheinen, weswegen auch diese Passage mit besagtem Konzept erfasst wurde (vgl. Lane 2005, 300). Bei der Textstelle 3 wurde das Konzept „Informationsmangel“ vergeben, da diese Passage einen Mangel an umfassender Beratung der Eltern offenbart, welcher durch das mangelnde Wissen oder den mangelnden Informationswillen der Audiologen und Audiologinnen bedingt oder zumindest nicht vermindert wird (vgl. Lane 2005, 300).

Neben dem Konzept „Informationsmangel“ konnten noch weitere 26 Konzepte innerhalb des Artikels für aufgetretene Themen vergeben werden, wie nachfolgend gelistet:

1. Deaf- World members
2. Ethnical model of deafness
3. Geschlossener Kosmos
4. Zugeständnis ethnischer Rechte

5. Soziale Konstruktionen
6. Variabilität sozialer Konstrukte
7. Normalisationsbestrebungen
8. Stigmatisierung
9. Statusgewinn der Gebärdensprachen
10. Unterordnung für Rechte
11. Recht auf bilingualen Unterricht
12. Sprachrechte
13. Dominanz hörender Entscheidungsträger
14. Ablehnung der Behinderungsdefinition
15. Selbsteinschätzung
16. Wertschätzung der Gehörlosigkeit
17. Abgrenzung zu Behindertenvertretungen und Anliegen
18. Unerwünschte Differenz
19. Anpassung durch Operation
20. Risiken der Cochlear Implantation
21. Ablehnung der Gebärdensprache
22. Unsichere Hörerfolge
23. Informationsmangel
24. Ablehnung der Cochlear Implantation bei Kindern
25. Ethische Bedenken
26. Cochlear Implantat kein Muss
27. Gefährdung der Deaf – World

16.3.1.2 Kategorisierung Erzählereignis 1:

Beim Vorgang der Kategorisierung werden die zuvor ermittelten Konzepte vorläufig, entsprechend ihrer Passung zueinander, unter einer Kategorie von einer höheren Abstrahierungsstufe, bzw. im Jargon der Wissenssoziologischen Diskursanalyse eines Kodes, zusammengeführt, wodurch einerseits erste Beziehungen der Konzepte zueinander festgehalten und andererseits die zu analysierende Datenmenge in eine leichter zu handhabendere Form für die nachfolgenden Analyseschritte gebracht werden kann (vgl. Strauss, Corbin 1996, 47-50; Keller 2011a, 105). Bei der Kategorisierung der Konzepte von Erzählereignis 1 konnten folgende fünf Kategorien/ Kodes vergeben werden:

(K1) Kritik am CI:

24. Ablehnung der Cochlear Implantation bei Kindern
26. Cochlear Implantat kein Muss
27. Gefährdung der Deaf – World
25. Ethische Bedenken
22. Unsichere Hörerfolge
23. Informationsmangel
20. Risiken der Cochlear Implantation
21. Ablehnung der Gebärdensprache

(K2) Kampf um Anerkennung:

- 17. Abgrenzung zu Behindertenvertretungen und Anliegen
- 14. Ablehnung der Behinderungsdefinition
- 11. Recht auf bilingualen Unterricht
- 12. Sprachrechte
- 9. Statusgewinn der Gebärdensprachen
- 4. Zugeständnis ethnischer Rechte

(K3) Emanzipierte Kultur:

- 1. Deaf- World members
- 2. Ethnical model of deafness
- 3. Geschlossener Kosmos
- 15. Selbsteinschätzung
- 16. Wertschätzung der Gehörlosigkeit

(K4) Unerwünschte Abweichungen:

- 18. Unerwünschte Differenz
- 19. Anpassung durch Operation
- 7. Normalisationsbestrebungen
- 8. Stigmatisierung

(K5) Macht der Gesellschaft:

- 5. Soziale Konstruktionen
- 6. Variabilität sozialer Konstrukte

Die Kategorie „Macht der Gesellschaft“ wurde beispielsweise an das Konzept „Soziale Konstruktionen“ und damit an die Passage *„Disability, like ethnicity, is a social construct, not a fact of life, although it is a property of such constructs that they appear misleadingly to be a fact of life“* (Lane 2005, 295) vergeben, da Begriffe wie „Beeinträchtigung“ und die damit verbundenen Perspektiven nicht faktisch festgeschrieben sind, sondern wie auch die Passage zu Konzept „Variabilität sozialer Konstrukte“ aufzeigt, gesellschaftlich tradiert, oder an die aktuell vorherrschenden Gesellschaftsnormen angepasst werden können, wodurch sich in abstrahierter Form eine „Macht der Gesellschaft“ abzeichnet (vgl. Lane 2005, 295).

16.3.1.3 Ermittelte Kategorien:

Abgesehen von jenen 5 Kategorien, welche bereits in Erzählereignis 1 zu erschließen waren, konnten noch 36 Kategorien/ Kodes an die Erzählereignisse vergeben werden:

- (K1)Kritik am CI
- (K2) Kampf um Anerkennung
- (K3)Emanzipierte Kultur
- (K4)Unerwünschte Abweichungen

- (K5) Macht der Gesellschaft
- (K6) Audistisches Denken und Handeln
- (K7) Kritik an exklusiv lautsprachlicher Förderung
- (K8) Stellenwert Technologisierung
- (K9) Macht des Oralismus und Audismus – früher und heute
- (K10) Widerstand
- (K11) Positivbild Gehörlosigkeit
- (K12) Normalisierungsbestrebungen
- (K13) Zielsetzungen Deaf World
- (K14) Mediales Bild
- (K15) Wir/Ihr
- (K16) Gesicherter Spracherwerb
- (K17) Die beste Wahl
- (K18) Technologisierte Medizin
- (K19) Machtstrukturen
- (K20) Vergangenheit unvergessen
- (K21) PRO und KONTRA Gehörlosigkeitslager
- (K22) Widerstand alternativ
- (K23) Eine Frage der Perspektive
- (K24) Erzeugung Negativbild Gehörlosigkeit
- (K25) Eine Definitionsfrage
- (K26) Vorteile von Kindern gehörloser Eltern
- (K27) PRO und KONTRA eines CI
- (K28) Perspektive der Eltern
- (K29) Recht oder Zwang
- (K30) Hörende vs Gehörlose
- (K31) Kompromisse
- (K32) Eine Frage der Förderung
- (K33) Profitorientierung
- (K34) Negativbild Gehörlosigkeit
- (K35) Unwissen
- (K36) Negativbild Deaf World
- (K37) Positivbild Deaf World
- (K38) CI- Eine autonome Entscheidung
- (K39) Symbol der Heilung
- (K40) Überschätztes CI
- (K41) Versuch der Entmündigung Gehörloser

Die gelisteten Kategorien konnten unterschiedlich oft für einzelne und gruppierte Konzepte der gesammelten Erzählereignisse vergeben werden. Die Kategorie „Kritik an CI“ (K1) konnte den Konzepten in nahezu jedem Erzählereignis zugeordnet werden. Wie diese Zuordnung genau erfolgte, wird nun am Beispiel der Kategorie „Erzeugung Negativbild Gehörlosigkeit“ (K24) dargestellt, wobei der Buchstabe E samt Nummer ein Erzählereignis benennt, welches Konzepte aufweist, die der besagten Kategorie zuordenbar waren, und die darunter gelisteten Nummern auf eben jene spezifischen Konzepte verweisen:

(K24) Erzeugung Negativbild Gehörlosigkeit:

E6:

- 5. Hören: Resultat von Training
- 19. Schwarz-Weiß Denken
- 20. Polarisierende Argumentation
- 21. Randbemerkung: Gehörlosengemeinschaft
- 22. Keine objektive Berichterstattung
- 25. Gezielte Festigung von Vorurteilen

E15:

- 3. Gezielte Fehlinformationen
- 10. Erzeugung Negativbild
- 11. Fehlender Realitätsbezug

16.3.1.4 Entwicklung der Subkategorien:

Der nächste Arbeitsschritt der Analyse bestand in der Entwicklung von Subkategorien zu den bereits ermittelten 41 Kategorien, wie nachfolgend am Beispiel der Kategorie „Erzeugung Negativbild Gehörlosigkeit“ (K24) dargestellt, die im vorhergehenden Punkt bereits detailliert vorgestellt wurde. Die unter Kategorie 24 subsumierten Konzepte konnten in 3 Subkategorien (SK) eingeteilt werden.

(K24) Erzeugung Negativbild Gehörlosigkeit:

SK1: Beeinflussung durch Fehlinformationen

E15:

- 3. Gezielte Fehlinformationen
- 10. Erzeugung Negativbild
- 11. Fehlender Realitätsbezug

SK2: Macht der Medien

E6:

- 20. Polarisierende Argumentation
- 21. Randbemerkung: Gehörlosengemeinschaft
- 22. Keine objektive Berichterstattung
- 25. Gezielte Festigung von Vorurteilen

SK3: Verzerrtes Realitätsbild

E6:

- 5. Hören: Resultat von Training
- 19. Schwarz-Weiß Denken

16.3.1.5 Eigenschaften und dimensionale Erschließung der ermittelten Kategorien:

In diesem Arbeitsschritt ging es vorrangig darum die Charakteristiken und Dimensionen der 41 ermittelten Kategorien detailliert zu erfassen (vgl. Strauss, Corbin 1996, 50-53). Die Subkategorien, die im vorherigen Punkt auszugsweise dargestellt wurden, fanden hier teils erneute Anwendung, da sie meines Erachtens die zentralen Merkmale der Kategorien

bereits mehrheitlich umfassten (vgl. Strauss, Corbin 1996, 50-53). Bei Kategorien, die noch nicht über solch aussagekräftige Subkategorien verfügten, welche die zentralen Merkmale komprimiert repräsentieren konnten, wurden die Eigenschaften jener Kategorien in einem weiteren Durchgang ausdifferenziert. Die Ergebnisse dieses Arbeitsschrittes sollen nachfolgend auszugsweise am Beispiel der Kategorie 24 dargestellt werden:

(K24) Erzeugung Negativbild Gehörlosigkeit:

(EG116) = **SK1:** Beeinflussung durch Fehlinformationen

SK2:

(EG117) Selektive Berichterstattung

SK3:

(EG118) Gehörlos sein = Unwille hörend zu werden

Diesem Schritt folgte die Betrachtung der Kategorien im Hinblick auf ihre Dimensionen, darunter ist *„die Anordnung einer Eigenschaft auf einem Kontinuum“* (Strauss, Corbin 1996, 51) zu verstehen (vgl. Strauss, Corbin 1996, 50-51). Vereinfacht formuliert geht es in diesem Schritt darum die Zusammenhänge bzw. verbindenden Muster zwischen den einzelnen Eigenschaften festzustellen (vgl. Strauss, Corbin 1996, 50-51). Das Ergebnis dieses Arbeitsschrittes soll erneut an Kategorie 24 nachvollzogen werden:

Dimensionen (K24) Erzeugung Negativbild Gehörlosigkeit:

(A) (EG117) Selektive Berichterstattung

(B) (EG116) Beeinflussung durch Fehlinformationen

(C) (EG118) Gehörlos sein = Unwille hörend zu werden

Die Dimensionen der Kategorie 24 umfassen somit Ausprägungen der Erzeugung eines negativen Blickwinkels bzw. Meinungsklimas auf das Phänomen Gehörlosigkeit, welche von Konzepten, die eine einseitige Perspektive auf die Thematik oder eine auszugsweise Darstellung des Implantationsprozesses thematisieren, bis hin zu Konzepten reichen, die ein Schwarz Weiß Denken instrumentalisieren, wodurch der Eindruck erweckt werden kann, dass jeder Mensch, der hören möchte, dies auch kann, wenn er u.a. eine Cochlear Implantation und das nachfolgende Training in Anspruch nehmen würde.

16.3.2 Analyseschritt 2- Axiales Kodieren und die Phänomen- und Problemstruktur:

Der zweite Analyseschritt verfolgte die Zielsetzung die Kategorien/Kodes und Subkategorien, welche im vorhergehenden Analyseschritt ermittelt wurden, mittels *„eines ‘Kodier- Paradigmas’ zueinander in Beziehung zu setzen, das zwischen ursächlichen*

Bedingungen, intervenierenden Bedingungen, dem Kontext, den Handlungsstrategien zur Problembewältigung, den interaktionalen Strategien der Beteiligten und den Konsequenzen dieser Interventionen im Hinblick auf ein untersuchtes Phänomen unterscheidet“ (Keller 2008, 94), wodurch die in den Erzählereignissen aufzufindenden Phänomen- und Problemstrukturen einer geordneten Darstellung zugeführt werden konnten (Keller 2008, 94).

16.3.2.1 Vernetzung von Kategorien und Subkategorien- Die Beschreibung der Phänomen- und Problemstruktur:

Dieser Arbeitsschritt greift auf das „*paradigmatische Modell*“ (Strauss, Corbin 1996, 78) der Grounded Theory Methodologie zurück, orientiert sich in seiner konkreten Umsetzungspraxis jedoch an den Zielsetzungen und Vorgaben einer Wissenssoziologischen Diskursanalyse, welche sich in der Formulierung des zu Anwendung kommenden Bedingungssatzes bereits erkennen lässt, wie nachfolgend dargestellt (vgl. Strauss, Corbin 1996, 78-88; Keller 2008, 94).

Bedingungssatz:

(A) Phänomen > (B) Ursächliche Bedingungen > (C) Intervenierende Bedingungen > (D) Kontext > (E) Handlungsstrategien zur Problembewältigung > (F) Interaktionale Strategien > (G) Konsequenzen dieser Interventionen (vgl. Keller 2008, 94)

Alle 41 Kategorien wurden in diesem Arbeitsschritt mittels des oben beschriebenen Vorgehens mit ihren Subkategorien und Eigenschaften aufgeschlüsselt und dargestellt. Im Fall von Kategorie 24 stellte sich die konkrete Praxisanwendung dieses Bedingungssatzes, wie folgt, dar:

Phänomen- und Problemstruktur (K24) Erzeugung Negativbild Gehörlosigkeit:

(A) Phänomen:

Negativbild Gehörlosigkeit (SK1/SK2/SK3)

(B) Ursächliche Bedingungen:

Erzeugung eines Negativbildes von Gehörlosigkeit (SK1/SK2/SK3)

(C) Intervenierende Bedingungen:

Schwarz – Weiß Denken im Sinne von „wer nicht mehr gehörlos ist, ist hörend“ (SK3: E6/19)

(D) Kontext:

- (A) (EG117) Selektive Berichterstattung
- (B) (EG116) Beeinflussung durch Fehlinformationen
- (C) (EG118) Gehörlos sein = Unwille hörend zu werden

(E) Handlungsstrategien zur Problembewältigung:

Kritik der Gehörlosengemeinschaft an gezielter Beeinflussung von Betroffenen durch Fehlinformationen und selektive Medienberichterstattung (SK1/SK2/SK3)

(F) Interaktionale Strategien:

(a) Allgemein:

Mediale Präsenz (SK2)

(b) Befürworter und Befürworterinnen Cochlear Implantation:

Beeinflussung von Betroffenen durch Fehlinformationen (SK1: E15/3/10/11)

Starke Medienpräsenz zur Bewerbung der eigenen Standpunkte (SK2: E6/20/21/22/25)

(G) Konsequenzen dieser Interventionen:

Negativbild Gehörlosigkeit (SK1/SK2/SK3)

16.3.3 Analyseschritt 3- Das selektives Kodieren:

Der dritte Analyseschritt verfolgte die Zielsetzung, das zentrale Phänomen des Gesamtdiskurses in Form der Konzeptualisierung einer Kernkategorie zu erfassen, und den roten Faden der „story line“ des zentralen Phänomens durch die gezielte Verknüpfung von Kernkategorie und ergänzenden Kategorien auszudifferenzieren und anhand der Daten zu überprüfen, sowie die in den Daten verborgenen Deutungsmuster zu erschließen. Schlussendlich soll eine Narration des Gesamtdiskurses die Ergebnisse der Analyse zu einer gegenstandsverankerten Theorie zusammenfassen (vgl. Strauss, Corbin 1996, 94-117; Keller 2011a, 91-112).

16.3.3.1 Vorläufige zusammenfassende Beschreibung des Gesamtdiskurses:

Als erster Schritt wurde hierzu zunächst versucht den roten Faden der Geschichte des Diskurses zu erfassen (vgl. Strauss, Corbin 1996, 96-97). Dies wurde in Form eines Memos vorgenommen und stellt eine Ausformulierung der bisherigen Auseinandersetzung mit den Daten dar (vgl. Strauss, Corbin 1996, 96-97). In diesem Schritt geht es darum einen „*allgemeinen beschreibenden Überblick über die Geschichte*“ (Strauss, Corbin 1996, 97) des Diskurses zu formulieren (vgl. Strauss, Corbin 1996, 96-97). Als Geschichte wird in diesem Kontext eine Erzählung oder Darstellung des zentralen Phänomens des analysierten Datenmaterials benannt (vgl. Strauss, Corbin 1996, 94).

Memo „Geschichte Gesamtdiskurs“:

Die gesamte Geschichte handelt vom Umgang mit der Technologie „Cochlear Implantat“ (Phänomen), jedoch scheinen sich hierbei vor allem zwei völlig konträre Perspektiven gegenüber zu stehen. Vertreter und Vertreterinnen einer eher vorsichtigen, ablehnenden Haltung gegenüber der Technologie und dem Umgang mit dieser scheinen sich vor allem aus den Reihen der internationalen Gehörlosengemeinschaft zusammenzusetzen. Gegensätzlich dazu treten als Befürworter und Befürworterinnen der Technologie vor allem Mediziner und Medizinerinnen, hörende Eltern und Vertreter/Vertreterinnen einer exklusiv lautsprachlichen Förderung von gehörlosen Kindern mit/ohne CI auf. Insgesamt zentrieren sich nahezu alle Erzählereignisse in größerem oder geringem Ausmass auf die Cochlear Implantation bei Kindern, wobei meist dann auch im gleichen Atemzug von Förderungsmassnahmen die Rede ist, allerdings scheint sich hier ein weiteres Konfliktfeld aufzutun. Überhaupt erscheint es bisher so, dass es innerhalb der Gehörlosengemeinschaft zwar strikte Ablehnung von Cochlear Implantaten von einigen Vertretern und Vertreterinnen gibt, und ebenso Verunsicherung hinsichtlich der Auswirkung der steigenden Implantationszahlen, vor allem bei Kindern, existiert, aber grundsätzlich sowohl Akzeptanz für die autonome Entscheidung jedes und jeder Einzelnen, als auch bedingt für die Autorität der elterlichen Entscheidung besteht/entsteht. Bedenklich erscheint jedoch der Informationsmangel, die Dominanz des medizinischen Modells von Gehörlosigkeit, die subjektive Beratung ohne Einbeziehung der Gehörlosengemeinschaft, der Druck zur Entscheidung, die Bestrebungen zur Zwangsimplantation mit unterschiedlichen Gründen und Mitteln, als auch die Ablehnung der Gebärdensprache in der Förderung von Cochlear Implantat versorgten Kindern.

16.3.3.2 Festlegung der Kernkategorie und ergänzenden Kategorien:

Das Memo zur Darstellung der Geschichte bzw. des Verlaufs der Erzählung des Diskurses im bisher analysierten Datenmaterial sollte durch seine gezielte, kurze Zusammenfassung in wenigen Sätzen die Identifikation der Kernkategorie erleichtern (vgl. Strauss, Corbin 1996, 98-100). Zunächst wurden die bereits vorhandenen Kategorien erneut einer genauen Betrachtung unterzogen, um die Eignung einer dieser Kategorien als Kernkategorie ausschließen oder bestätigen zu können (vgl. Strauss, Corbin 1996, 98-99). Keine der 41 bestehenden Kategorien erschien abstrakt genug formuliert zu sein, wodurch in einem weiteren Arbeitsschritt eine erneute Konzeptualisierung vorgenommen werden musste, jedoch dieses Mal das zentrale Phänomen des Gesamtdiskurses, der sich im Datenmaterial abzuzeichnen begann, erfasst werden sollte (vgl. Strauss, Corbin 1996, 98-99). Unter Einbeziehung der verfassten Kommentare und Memos, sowie der Kategorielisten und einem Rückgriff auf die Originaltextstellen, konnte schließlich eine Kernkategorie ausformuliert werden, welche allen zuvor ermittelten Kategorien übergeordnet ist und zu jeder Kategorie Bezugspunkte aufweist.

Memo „Kernkategorie: Mangel an Akzeptanz“:

Diese Benennung für die Kernkategorie wurde gewählt, weil auf beiden Seiten (Gegner und Gegnerinnen und Befürworter und Befürworterinnen von CI) wenig bis kein Verständnis für die

Ausgangspunkte, Argumentationen, Bedenken und Ziele der jeweils anderen Seite in den ermittelten Kategorien als auch den originalen Textstellen, die diesen zugeordnet wurden, festgestellt werden konnte. Tituliert als „Einmischung“ von Seiten der Medizin und als „Unterdrückung, Bevormundung und Exklusion“ von Seiten der Gehörlosengemeinschaft, wenn es um die Frage nach dem Thema Cochlear Implantat in den einzelnen Erzählereignissen ging.

Dieser „Mangel an Akzeptanz“ konnte an mehreren Berührungspunkten/Schnittpunkten nachvollzogen werden. Bereits bei der Frage nach Normalität tauchten erste Konfliktpunkte auf. Handelt es sich um eine „hörende Welt“, weil die Mehrheit hörend ist? Oder „dürfen“ Variationen existieren? Variationen wie Gehörlosigkeit? Handelt es sich bei Gehörlosen um Sozialfälle oder Mitglieder der Gesellschaft mit anderen Fähigkeiten als dem Hören, derer sich die Gesellschaft anzupassen hat? Ist Anpassung notwendig? Diese Fragen ziehen sich quer über eine Vielzahl von Konfliktpunkten, wie Modelle von Gehörlosigkeit, Cochlear Implantation allgemein, Cochlear Implantation bei Kindern, Beratungssituation und Entscheidungsprozess (vor allem bei hörenden Eltern), Spracherwerb, Förderung und Bildung gehörloser Kinder, Bedeutung der Gebärdensprache(n) und der Gehörlosengemeinschaft. In all diesen zentralen Themen, die sich deutlich in den Kategorien wiederfinden, können zwar Tendenzen wiedergefunden werden, welche eine teils resignierte und kompromissbereite Haltung der Gehörlosengemeinschaft gegenüber CI-Trägern und Trägerinnen sowie deren Eltern aufzeigen, aber von einer Akzeptanz der Technologie und der Befürworter und Befürworterinnen kann kaum gesprochen werden, während umgekehrt jedoch auch ein Mangel an Akzeptanz für die Bedenken und Wünsche der Gehörlosengemeinschaft offenkundig erscheint.

16.3.3.3 Bestimmung der charakteristischen Eigenschaften und der Dimensionen der Kernkategorie:

Nachdem nun im vorgehenden Punkt erläutert wurde, wie die Kernkategorie „Mangel an Akzeptanz“ ermittelt und festgelegt wurde, sollen nun ihre charakteristischen Eigenschaften und Dimensionen aufgedröselt werden. Die Kurzbezeichnung D für Dimension wurde in diesem Schritt erst neu eingeführt, um eine Unterscheidung zur Dimensionalisierung der einzelnen Kategorien zur Kernkategorie auch optisch besser darstellen zu können, da sich in diesem Fall der Prozess wiederholt, aber auf einem abstrakteren Niveau, welches nicht einzelne Kategorien, sondern das Gesamtphänomen zum Ziel hat.

Eigenschaften und Dimensionen der Kernkategorie „Mangel an Akzeptanz“:

(EG1) Auffassungen von Normalität:

- D1: Majorität – Minorität
- D2: Hörende Welt – Gesellschaft – Deaf World
- D3: Anpassung – Ablehnung- Stigmatisierung

(EG2) Auffassungen von Gehörlosigkeit:

- D1: medizinisches Modell- kulturelles Modell- ethnisches Modell
- D2: Defizit/Behinderung- kulturelle Eigenheit- Geburtsrecht

(EG3) Unterschiedliche Perspektiven auf/bei Cochlear Implantation:

- D1: Zielgruppen: Postlingual gehörlose Erwachsene – perilinguale Gehörlose – prälingual gehörlose Kinder (bis Säuglinge)
- D2: Erfolge : gering- durchschnittlich- hoch
- D3: Notwendigkeit- Normalität- Kosmetik
- D4: Risiken: Einzelfälle- gering- hoch- unbekannt
- D5: Folgen: selten- überschaubar- drastisch- unbekannt
- D6: sichere Technik- ausbaufähig- experimentale Technik
- D7: Zugang – Recht- Zwang

(EG4) Unterschiedliche Perspektiven auf/bei Cochlear Implantation bei Kindern:

- D1: Implantationsalter: postlingual- perilingual- prälingual (bis ins Säuglingsalter)
- D2: Autonome Entscheidung- Überredung- Zwang
- D3: Notwendigkeit – Sorgerechtsverletzung- Kosmetik

(EG5) Beratungssituation:

- D1: Dominanz medizinisches Modell- objektive, umfassende Beratung- Dominanz kulturelles (ethnisches) Modell
- D2: Bedrängung der Eltern durch Mediziner und Medizinerinnen u. andere Befürworter und Befürworterinnen – autonome Entscheidung – Bedrängung der Eltern durch Vertreter und Vertreterinnen der Gehörlosengemeinschaft
- D3: Zugang zu objektiver Information- Informationsmangel – subjektive Informationen/ Fehlinformationen
- D4: zeitintensive, umfassende Beratung – Zeitdruck
- D5: Vermeidung/ Verbot des Kontaktes zu Angehörigen der Gehörlosengemeinschaft- Kontakt zu befürwortenden gehörlosen Erwachsenen- Eigeninitiative seitens interessierter Eltern und Angehörigen der Gehörlosengemeinschaft zur Kontaktaufnahme

(EG6) Entscheidungssituation:

- D1: Kontakt zu gehörlosen Erwachsenen: keinen – selektiven- intensiven
- D2: Zeitdruck- ungerechtfertigter Zeitdruck
- D3: kaum Informationen – unbefriedigende Informationen – ausreichende Informationen zur Entscheidungsfindung
- D4: Umfang und Qualität der Information: gering – ausreichend- Wunsch nach mehr

(EG7) Auffassungen von Spracherwerb:

- D1: Muttersprach-/ Erstspracherwerb – Zweitspracherwerb
- D2: altersgerechter Zugang- verzögerter Zugang- kein altersgerechter Zugang
- D3: auditiver Spracherwerb – visueller Spracherwerb
- D4: Lautsprache- Bilingualität- Gebärdensprache

(EG8) Auffassungen von Förderung und Bildung gehörloser Kinder:

- D1: exklusiv lautsprachliche Förderung – bilinguale Förderung- exklusiv gebärdensprachliche Förderung
- D2: Bildungschancen: gering – gesichert- hoch

(EG9) Auffassungen von der Bedeutung von Gebärdensprache(n):

- D1: Hindernis beim Lautspracherwerb- Basis des Lautspracherwerbs
- D2: Hilfsmittel – LBG- vollständige Sprache
- D3: „Krücke“ – Sicherungsseil- Sprache einer eigenständigen Kultur

(EG10) Unterschiedliche Perspektiven auf die Gehörlosengemeinschaft:

D1: Exklusion der Gehörlosengemeinschaft- nicht mehr als eine Randbemerkung – radikale Aktivisten (Feindbild Deaf World)

D2: geschlossener Kosmos – Kultur der Akzeptanz von Vielfalt- Heimat/Refugium/Familie

Eine Eigenschaft der Kernkategorie wäre somit „Unterschiedliche Perspektiven auf die Gehörlosengemeinschaft“ (EG10), deren dimensionale Ausprägung zum Thema Cochlear Implantation sich auf zwei Dimensionen zusammenfassen lässt. Dimension 1 (D1) weist eine Bandbreite von einem Ausschluss von Angehörigen der Gehörlosengemeinschaft aus allen Cochlear Implantation relevanten Bereichen von Forschung und Förderung, über die Auffassung, die Gehörlosengemeinschaft hätte weder Anrecht auf Mitbestimmung und/oder Macht ihre Forderungen umzusetzen, wodurch sie kaum eine Randbemerkung wert sei, bis hin zu der Ansicht Angehörige der Gehörlosengemeinschaft wären radikale Aktivisten und Aktivistinnen auf. Die Dimension 2 (D2) geht von der Einschätzung die Gehörlosengemeinschaft wäre ein hermetisch gegenüber hörenden Menschen geschlossener Kosmos, über deren Selbstdefinition als Kultur der Vielfalt und Akzeptanz, bis hin zur Wahrnehmung der Gemeinschaft als letzten Endes (nach Jahren in der hörenden Welt) gefundene Heimat oder Refugium, und/oder Sinnbild für Familie. Die soeben benannten Eigenschaften und Dimensionen wurden in der Auseinandersetzung mit dem gesamten Datenmaterial entwickelt und sind jeweils in dieser Fassung nicht auf nur eine oder wenige Kategorien rückführbar.

16.3.3.4 Analytische Vernetzung der Kernkategorie mit den Ergänzungskategorien:

Dieser Arbeitsschritt stellte die Kernkategorie „Mangel an Akzeptanz“ ins Zentrum der Analyse und die ergänzenden 41 Kategorien wurden zu ihr, anhand der erneuten Anwendung eines leicht abgeänderten Bedingungssatzes zur Erschließung der einzelnen Dimensionen, in Verbindung gesetzt:

(A) Gestalt > (B) Ursache > (C) Auswirkungen > (D) Adressanten/Adressatinnen > (E) Akteure/Akteurinnen > (F) Wertvorstellungen Gehörlosengemeinschaft > (G) Wertvorstellungen von Befürwortern und Befürworterinnen von Cochlear Implantationen > (H) Stellenwert Bildungsaspekte und Bildungsprozesse > (I) Lösungs- Handlungsvorschläge (vgl. Strauss, Corbin 1996, 101-106; Keller 2008, 86-89)

Die Dimension „Stellenwert Bildungsaspekte und Bildungsprozesse“ stellt eine Ergänzung der von Reiner Keller exemplarisch vorgeschlagenen Dimensionen der Rekonstruktion der Phänomen- und Problemstruktur dar, welche aufgrund des speziellen Forschungsinteresses

am Vorkommen und der Thematisierung von Bildungsaspekten und Bildungsprozessen innerhalb der Diskurse um Cochlear Implantationen vorgenommen wurde. Wie die Kernkategorie zu ihren ergänzenden 41 Kategorien detailliert in Verbindung steht, wird noch vollständig bei der Darstellung der Analyseergebnisse dargelegt werden.

16.3.3.5 Identifikation von Deutungsmustern:

Im Zuge der gesamten Analyse wurde parallel zu den unterschiedlichen Analyseschritten auf das Auftauchen wiederholter Bedeutungszuschreibungen in den jeweiligen Erzählereignissen geachtet und deren Auftauchen teils in kurzen Notizen festgehalten. In diesem Analyseschritt sollten jene Deutungsmuster aus den einzelnen Diskursfragmenten indentifiziert werden, welche innerhalb der Diskurse über Cochlear Implantate aus Sicht der Gehörlosengemeinschaft mit speziellem Fokus auf Bildungsaspekte und Bildungsprozesse als „*Interpretationsschemata oder rahmen (frames)*“ (Keller 2011a, 108) der Deutung von Aussageinhalten innerhalb der „*Wissens-Gemeinschaft*“ (Keller 2011a, 108) der Gehörlosengemeinschaft herauskristallisiert werden konnten (vgl. Keller 2011a, 108). Durch die Darstellung von Deutungsmuster Nr. 2 soll ein Einblick in diesen Prozess gegeben werden, dessen Ergebnisse nachfolgend unter Punkt 17.2 umfassend vorgestellt werden sollen.

Deutungsmuster Nr. 2 „Cochlear Implantat als Risiko“:

Zuordnung: (K1, K2, K6, K7, K8, K9, K13, K21, K30, K32, K33, K34, K35, K37, K38)

Beschreibung:

Dieses Deutungsmuster greift zweierlei Ebenen von Risiken auf, welche mit der Technologie „Cochlear Implantat“ in der Argumentation verbunden wurden. Die erste Ebene betrifft die physischen, psychischen und sozialen Risiken, welche die Technologie als auch der Eingriff selbst bergen können, wobei auch darauf verwiesen wird, dass diese Risiken nicht nur akut und sofort mit der Cochlear Implantation in Erscheinung treten müssen, sondern sich auch auf Nebenwirkungen und Folgen beziehen, welche ebenso wenig vollkommen erforscht und belegt sind, wodurch auch ungeahnte Risiken auftreten könnten. Die zweite Ebene betrifft die Risiken der Cochlear Implantation vor allem bei Kindern und den Förderungsaspekt. Hierbei wird darauf verwiesen, dass Cochlear Implantationen in Kombination mit exklusiv lautsprachlicher Förderung Entwicklungsstörungen und einen verzögerten Spracherwerb zur Folge haben können, da einerseits der Zugang zu einer barrierefreien Sprache in vollem Umfang nicht ermöglicht wird, als auch andererseits die Kompetenz in der Gebärdensprache nicht mit jener eines natürlichen Spracherwerbs vergleichbar sein könnte.

Innerhalb der einzelnen Kategorien gab es meist mehrere Textstellen, welche dieses Deutungsmuster belegen konnten, und über die einzelnen Kategorien verteilt häuften sich die Zuordnungsmöglichkeiten beträchtlich, allerdings soll hier zur Verdeutlichung dieses Prozesses der Rückschau und der Kontrolle der ermittelten Deutungsmuster am

Originaltext nur eine Textpassage exemplarisch zu Deutungsmuster Nr.2 zugeordnet werden.

Originaltext (K1: SK1/E14/5):

„Although they are commonly used, cochlear implants are not risk free: they cost thousands of dollars, there are efficacy problems, and they require surgery, which always entails risks. Reports of complications are not infrequent. They include injury to the facial nerve, meningitis, cerebrospinal fluid leakage, perilymph fluid leak, infection, attacks of dizziness or vertigo, tinnitus, and the loss of residual hearing“ (Ouellette 2011, 1249).

Diese Textpassage bezieht sich auf die erste Ebene des thematisierten Deutungsmusters, jedoch würde eine weitere Textpassage, als Konzept Nr. 32 „Langzeitfolgen“ erfasst, aus Erzählereignis 14 bereits in großen Teilen der zweiten Ebene des Deutungsmusters entsprechen.

16.3.3.6 Erschließung der Narration der Diskurse zum Thema „Cochlear Implantation aus Sicht der Gehörlosengemeinschaft“:

Im Zuge dieses Arbeitsschrittes wurde versucht die Ergebnisse der Analysen und Einblicke in die Argumentationslinien der einzelnen Akteure und Akteurinnen aus den untersuchten Diskursfragmenten zu einer stringenten Erzählung zusammenzuführen (vgl. Keller 2008, 89-90; Keller 2011a, 110-111). Als narratives Muster eines Diskurses wird die „*story line*“ (Keller 2011a, 111) bezeichnet, welche die „*verschiedenen Deutungsbausteine eines Diskurses*“ (Keller 2011a, 111) miteinander verknüpft und in Beziehung zueinander setzt (vgl. Keller 2011a, 110-112). Das Ergebnis dieses Arbeitsschrittes wird unter Punkt 17.3 ausführlich dargelegt.

DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE DES FORSCHUNGSVORHABENS

17. Ergebnisse der Analyse:

Anschließend an die Darstellung der durchgeführten Analyse soll dieser Punkt der Arbeit sich der Vorstellung der Ergebnisse widmen. Einerseits sollen die rekonstruierte Phänomen- und Problemstruktur und die ermittelten Deutungsmuster der Diskurse zur Thematik einzeln und detailliert vorgestellt werden, als auch in Folge die Gesamtheit der Ergebnisse, mittels der Rekonstruktion des narrativen Musters der Diskurse zur besagten Thematik, zueinander in Beziehung gesetzt und als roter Faden der „*Geschichte*“ (Strauss, Corbin 1996, 94) der Diskurse ausformuliert werden sollen (vgl. Keller 2011a, 110-112).

17.1 Phänomen- und Problemstruktur der Diskurse zum Thema „Cochlear Implantation aus Sicht der Gehörlosengemeinschaft“:

Zunächst soll nun die rekonstruierte Phänomen- und Problemstruktur der Diskurse im Detail Darstellung finden. Sie stellt das Ergebniss der geordneten Vernetzung der ergänzenden Kategorien mit der Kernkategorie, als auch die analytische Rekonstruktion einzelner Diskursbausteine entlang der narrativen Struktur der Diskurse dar (vgl. Keller 2008, 94).

(A) Gestalt des Themas/Problems:

Umgang mit der Technologie „Cochlear Implantat“ (K1-K41)

(B) Ursache des Themas/Problems:

1) Konflikte der Vergangenheit und Gegenwart:

Die genannten Konfliktpunkte bestehen auch mehrheitlich noch, wenn das Thema „Cochlear Implantat“ nicht behandelt wird, womit die Technologie selbst nur einen weiteren Konfliktpunkt darstellt (K32: SK3/E9/2).

(a) Paternalismus, Oralismus und Audismus als Schlagwörter für den historischen und gegenwärtigen Konflikt „Hörende versus Gehörlose“ (K1-41):

Zumindest eines der genannten Schlagwörter findet sich in jedem Erzählergebnis, ob nun explizit genannt oder als Perspektive/Verhalten beschrieben.

(b) Perspektiven auf das Phänomen „Gehörlosigkeit“ (K1, K2, K3, K4, K5, K6, K8, K9, K10, K11, K12, K13, K14, K15, K18, K19, K21, K23, K25, K30, K34, K37, K39):

Medizinisches Modell mit Zentrierung auf das auditive Defizit und die Bestrebung jenes zu heilen

Kulturelles Modell mit Zentrierung auf sprachliche und kulturelle Aspekte von Gehörlosigkeit aus der Perspektive der Gehörlosengemeinschaft und ihrer Geschichte.

(c) Sprachliche und erzieherische Förderungskontroversen (K1, K5, K6, K7, K9, K12, K13, K16, K20, K26, K31, K32, K34):

Kontroversen über Sprache: Anerkennung und Ablehnung der Gebärdensprache;

Gleichsetzung von Lautsprache/Sprechen mit Sprache

Kontroversen um die Erstsprache

Kontroversen über den Einfluss des Zugangs zur Gebärdensprache für Cochlear Implantat

Träger und Trägerinnen: Behinderung des Lautspracherwerbs; keine Behinderung des

Lautspracherwerbs; Sicherung des Spracherwerbs durch Gebärdensprache als

barrierefreies Kommunikationsmittel.

Kontroversen über die Effektivität von Cochlear Implantaten hinsichtlich Bildungschancen

2) Mediale Berichterstattung über Cochlear Implantationen als Heilmittel gegen Gehörlosigkeit ohne Rückbezug auf die Selbstpositionierung von kulturell gehörlosen Menschen und der Gehörlosengemeinschaft, sowie Entwicklung und Festigung eines Negativbildes von Gehörlosigkeit und der Gehörlosengemeinschaft (K1, K14, K15, K19, K24, K36, K37)

(C) Auswirkungen des Themas/Problems:

Exklusive lautsprachliche Förderung und Exklusion der Gebärdensprache -> beim Scheitern oder einer Fehlfunktion des Cochlear Implantates ev. Entwicklungsverzögerungen und gestörter, verzögerter Spracherwerb -> ev. negative Auswirkungen auf den weiteren Bildungsverlauf (K1, K6, K7, K9, K12, K13, K16, K32, K34, K39)

Debatten über Recht und Zwang (K19, K29, K38)

Genereller Informationsmangel u.a. Risiken und Folgen einer Cochlear Implantation, Gehörlosigkeit, Gebärdensprache, alternative Förderungsmöglichkeiten und Gehörlosengemeinschaft (K1, K10, K13, K14, K19, K24, K27, K31, K34, K35)

(D) Adressaten und Adressatinnen des Themas/Problems:

Alle Kategorien einen sich dadurch, dass sich die Argumentationen der jeweiligen Sprecher/ Sprecherinnen in den analysierten Erzähleignissen entweder an die breite Öffentlichkeit, wissenschaftliche Fachdisziplinen und Forscher/Forscherinnen, und indirekt an die Vertreter/Vertreterinnen der Gegenperspektive wenden, oder sie zumindest als Randbemerkung nennen, wobei Eltern entweder direkt als „Zeugen“ für die eigene Perspektive zu Wort kommen oder zumindest an sie appelliert wird (K1-K41)

(E) Akteure und Akteurinnen:

(a) Gegner und Gegnerinnen von Cochlear Implantationen (K1-K41):

WFD; Gehörlosenorganisationen; Vertreter und Vertreterinnen der Gehörlosengemeinschaft, die Cochlear Implantationen allgemein aktiv ablehnen; Vertreter und Vertreterinnen der Gehörlosengemeinschaft, die Cochlear Implantationen bei Kindern bedenklich finden und diese aktiv ablehnen; Vertreter und Vertreterinnen der Gehörlosengemeinschaft, welche die Unaufhaltsamkeit der Cochlear Implantation erkannt haben, und es als eine Hürde von vielen sehen; Behindertenvertretungen gegen Cochlear Implantationszwang

(b) Befürworter und Befürworterinnen von Cochlear Implantationen (K1-41):

National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (USA); FDA (Food and Drug Administration); Vertreter und Vertreterinnen aus den Bereichen Wirtschaft, Medizin und Pädagogik

(F) Wertvorstellungen Gehörlosengemeinschaft:

Anerkennung der Gebärdensprache als vollständige Sprache (K1, K6, K7, K9, K11, K13, K15, K26, K32)

Anerkennung der Gehörlosengemeinschaft als kulturelle Sprachminderheit (K2, K3, K11, K13, K15, K21, K22, K23, K25, K30, K31, K37, K40)

Erhalt und Erweiterung der Gehörlosengemeinschaft (K1, K10, K11, K13, K15, K20, K21, K26, K32)

Wertschätzung der Historie der Gehörlosengemeinschaft (K10, K11, K13, K15, K20, K21, K32)

Wertschätzung von Gehörlosigkeit (K2, K3, K13, K15, K19, K21, K23, K25, K32)

Ablehnung der Definition von Gehörlosigkeit als Behinderung und/oder Defizit (positive Biologie) (K2, K3, K5, K6, K8, K11, K13, K15, K19, K21)

Wunsch nach gesellschaftlicher Akzeptanz von Differenzen statt Normalisierungsbestrebungen im Dienst der Anpassung an die Majorität (K1, K4, K5, K11, K12, K13, K19, K23)

Ablehnung des Einsatzes einer Technologie ohne Erfolgsgarantie aber mit bekannten und unbekannten Risiken und Folgeerscheinungen (K1, K8, K12, K13, K16, K17, K18, K19, K21, K22, K24, K27, K34)

Skepsis an informierter Zustimmung -> Informationsmangel (K1, K12, K13, K14, K19, K24, K34, 35)

(G) Wertvorstellungen von Befürwortern und Befürworterinnen von Cochlear Implantationen:

Gehörlosigkeit als Funktionseinschränkung des menschlichen Gehörs (K23, K25, K29, K32, K34, K38, K39)

Gehörlosigkeit als Beeinträchtigung stellt einen Behandlungs- und Heilanspruch an die Medizin (K23, K25, K29, K32, K34, K38, K39)

Wahrung der Rechte von gehörlosen Kindern auf ein „normales“ Leben durch Cochlear Implantation (K26, K28, K32, K34, K38, K39)

Cochlear Implantation als eine Möglichkeit der besseren Teilhabe an der hörenden Majorität (K26, K27, K28, K32, K34, K39)

Cochlear Implantation und lautsprachliche Förderung als Chanceneröffnung für gehörlose Kinder (K27, K28, K32, K34, K39)

(H) Stellenwert Bildungsaspekte und Bildungsprozesse:

Bildungsaspekte und Bildungsprozesse stellen im Grunde den Hauptkonfliktpunkt dar, da sie eng verknüpft mit der Anerkennung der Gebärdensprache und der Gehörlosengemeinschaft sind, und sich in ihrer Bedeutung für die Argumentation der jeweiligen Standpunkte zentral durch die einzelnen Erzählereignisse ziehen (K1-K41).

(a) Bildungsaspekte:

Bildungschancen bezogen auf die verschiedenen Förderungszugänge (exklusiv lautsprachlich, gebärdensprachlich, bilingual)

Schriftsprachkompetenz (exklusiv lautsprachlich, gebärdensprachlich, Lautsprache visuell)

Beschulung (Gehörlosenschule oder Regelschule)

(b) Bildungsprozesse:

Spracherwerb (altersgerechter Spracherwerb, Lautsprache/Sprechen ungleich Sprache,

Gebärdensprache als vollwertige Sprache)

Folgen eines verzögerten Spracherwerbs

(I) Lösungs- Handlungsvorschläge:

Extrempositionen:

(a)Gegner und Gegnerinnen Cochlear Implantation der Gehörlosengemeinschaft (K1, K2, K23, K41):

keine Kompromisse, Einmischung in die Kultur der Gehörlosengemeinschaft unerwünscht, strikte Ablehnung von Cochlear Implantaten nicht nur bei Kindern

(b) Befürworter und Befürworterinnen Cochlear Implantation extern:

Unverständnis für das Positivbild von Gehörlosigkeit, welches kulturell gehörlose Menschen und die Gehörlosengemeinschaft vertreten (K23, K30, K34, K38, K39)

keine Einmischung in den Beratung- und Nachsorgeprozess bei Cochlear Implantationen erwünscht (K17, K30, K34, K36, K38)

Forderung einer Akzeptanz des uneingeschränkten elterlichen Entscheidungsrechtes zur Cochlear Implantation durch die Gehörlosengemeinschaft ohne weitere Interventionen (K17, K29, K30, K34, K36, K38)

höchstes Ziel: medizinischer Sieg über die Beeinträchtigung Gehörlosigkeit (K23, K34, K39)

Libérale Positionierungen aus der Gehörlosengemeinschaft (K1, K2, K16, K31, K32, K37, K38, K40, K41):

Akzeptanz von CI- Trägern und Trägerinnen als Angehörige der Gehörlosengemeinschaft (K31, K32, K37, K40)

Toleranz der Durchführung von Cochlear Implantationen unter gewissen Bedingungen und Einschränkungen (K31, K32, K38, K40)

Wunsch nach Akzeptanz und Einbindung der Gehörlosengemeinschaft in Beratung, Nachsorge und Förderung (K31, K32, K37, K41)

Vorrang von gesichertem Sprachzugang gegenüber allem anderen (K16, K32, K37)

Vorschlag von bilingualer Erziehung für bessere, gesicherte Bildungschancen und der Sprachkompetenz in auditiver und visueller Sprache (K31, K32, K37)

Die Dimension „Stellenwert Bildungsaspekte und Bildungsprozesse“ stellte insofern eine wichtige Ergänzung der Rekonstruktion der Phänomen- und Problemstruktur der Diskurse über Cochlear Implantationen im Kontext der Perspektive der Gehörlosengemeinschaft dar, da einerseits das Forschungsinteresse der Analyse auf jene Aspekte gerichtet war und es sinnvoll erschien dies gesondert hervorzuheben und auszuarbeiten, und andererseits Verweise auf Bildungsaspekte und Bildungsprozesse zentralen Stellenwert in den Argumentationen der Akteure und Akteurinnen der Diskurse, unabhängig von deren Entscheidung zur Befürwortung oder Ablehnung von Cochlear Implantationen, einnahmen. Wie in der Phänomen- und Problemstruktur ersichtlich, traten in diesem Kontext vor allem Kontroversen bezüglich des altersangepassten Spracherwerbs, der sprachlichen Förderungs- und Bildungsmaßnahmen und der gewählten Beschulung von gehörlosen und/oder Cochlear Implantat versorgten Kindern auf.

17.2 Rekonstruierte Deutungsmuster:

Bei den nachfolgend gelisteten, zugeordneten und beschriebenen Deutungsmustern von den analysierten Diskursfragmenten, welche sich auf die Bedeutungszuschreibungen seitens der internationalen Gehörlosengemeinschaft beziehen, setzt sich diese Zentrierung auf Bildungsaspekte und Bildungsprozesse insbesondere bei Deutungsmuster Nr. 2 und Nr. 9 fort, allerdings können auch die restlichen Deutungsmuster nicht gänzlich unabhängig von Bildungsaspekten und Bildungsprozessen gedacht werden.

Deutungsmuster Nr. 1 „Cochlear Implantat als Gefahr“:

Zuordnung: (K1, K2, K3, K4, K5, K6, K8, K9, K10, K12, K17, K19, K20, K21, K22, K23, K24, K25, K29, K30, K33, K34, K35, K36)

Beschreibung:

Dieses Deutungsmuster bezieht sich auf die potentielle Gefährdung der Gehörlosengemeinschaft hinsichtlich der Zahl ihrer Angehörigen und dem Erhalt und der Stärkung der gemeinschaftlichen Kultur, welche sich unter anderem auch durch das geteilte Merkmal der Gehörlosigkeit der Angehörigen und die Verwendung von Gebärdensprache als Hauptkommunikationsmittel und Erst/Muttersprache definiert. Da die Mehrheit an gehörlosen Kindern als Kinder hörender Eltern geboren werden, die Angehörigen der Gehörlosengemeinschaft selten Zugang zu den jeweiligen Eltern vor oder in der Beratungs- und Entscheidungsfindungsphase über Cochlear Implantationen erlangen, die Implantationszahlen steigen, und die mediale Berichterstattung zu Gunsten der Cochlear Implantation ausgelegt sei und ein Negativbild von Gehörlosigkeit und der Gehörlosengemeinschaft transferiert würde, wird die Technologie „Cochlear Implantat“ als Gefahr dargestellt.

Deutungsmuster Nr. 2 „Cochlear Implantat als Risiko“:

Zuordnung: (K1, K2, K6, K7, K8, K9, K13, K21, K30, K32, K33, K34, K35, K37, K38)

Dieses Deutungsmuster wurde bereits unter Punkt 16.3.3.5 ausführlich dargestellt, weswegen es hier nur erneut gelistet wird, um der Vollständigkeit der Aufzählung Genüge tun zu können.

Deutungsmuster Nr. 3 „Cochlear Implantat als Belastung“:

Zuordnung: (K1, K12, K23, K24, K27, K28, K29, K30, K34, K35, K36, K38, K39)

Beschreibung:

Dieses Deutungsmuster bezieht sich auf die Belastungssituation von Eltern, deren Kind die Diagnose Gehörlosigkeit gestellt bekommen, und im Gegensatz zu gehörlosen Eltern nicht mit einer derartigen Diagnose rechnen, und dann von professionellen Beratern und Beraterinnen, sowie Ärzten oder Ärztinnen zu einer möglichst raschen Entscheidung angehalten werden, mit dem Hinweis, dass eine frühe Cochlear Implantation die besten Aussichten versprechen würde. Innerhalb dieses Deutungsmusters fielen vor allem der Informationsmangel und der Zeitdruck auf, dem jene Eltern gegenüberstehen. Es wurde jedoch nicht nur die Belastungssituation durch die Entscheidungsfindung thematisiert, sondern auch deren Stellung zwischen Vertretern/Vertreterinnen des medizinischen Modells und jenen der Gehörlosengemeinschaft, und die Belastungen nach der Implantation durch familieninternes und professionelles Training.

Deutungsmuster Nr. 4 „Cochlear Implantat als überwindbare Hürde“:

Zuordnung: (K1, K2, K3, K11, K22, K23, K25, K26, K27, K28, K29, K31, K37, K38, K40):

Beschreibung:

Dieses Deutungsmuster bezieht sich vor allem auf zwei Ebenen. Die erste Ebene definiert die Cochlear Implantationstechnik als eine Hürde von vielen, welche die Gehörlosengemeinschaft und ihre Angehörigen über ihre Historie hinweg zu meistern hatten und zieht unter anderem den Vergleich zu Hörgeräten, um aufzuzeigen, dass die Gehörlosengemeinschaft als heterogene Gruppe auch CI- Träger und Trägerinnen als vollständige Angehörige aufnehmen und ihnen die Sprache, Kultur und das Leben der Gemeinschaft vermitteln kann, wenn diese für sich entscheiden, der hörenden Welt/ Lautsprache den Rücken zu kehren, da sie trotz Cochlear Implantat gehörlos geblieben seien. Die zweite Ebene sieht in der Technologie ebenfalls kein großes Gefährdungspotential für die Gehörlosengemeinschaft, da auch andere Hürden bereits gemeistert wurden, allerdings findet hier ein Verweis auf die Gefahr der Genforschung statt, welcher zugeschrieben wird, tatsächlich das Ende von Gehörlosigkeit und der Gehörlosengemeinschaft bewirken zu können.

Deutungsmuster Nr. 5 „Cochlear Implantat als Symbol einer audistischen Perspektive“:

Zuordnung: (K1, K6, K9, K12, K14, K15, K18, K19, K20, K23, K24, K30, K33, K34, K35, K39, K41)

Beschreibung:

Dieses Deutungsmuster beschäftigt sich mit dem Konzept „Audismus“ in Bezug auf die Praxis der Cochlear Implantation. Unter Audismus ist vereinfacht formuliert zu verstehen, dass Hören höherwertig und besser sei, als Gehörlosigkeit. In Bezug auf Cochlear Implantation wird mit diesem Deutungsmuster beispielweise auf die Ablehnung von Gehörlosigkeit allgemein, der Gebärdensprache als Sprache und als Förderungsmittel, als auch der Gehörlosengemeinschaft zu Gunsten einer Wiedereingliederung von gehörlosen Menschen in die Mehrheitsgesellschaft verwiesen, welche aus audistischer Perspektive die „Normalität“ und beste Wahl für jeden Menschen darstellt. Überschneidungspunkte sind vor allem im Bereich der Förderung und Bildung für gehörlose Menschen mit dem Konzept „Oralismus“ gegeben.

Deutungsmuster Nr. 6 „Cochlear Implantat als Symbol einer oralistischen Perspektive“:

Zuordnung: (K1, K6, K9, K13, K14, K16, K19, K20, K23, K33, K34, K41)

Beschreibung:

Dieses Deutungsmuster beschäftigt sich mit dem Konzept „Oralismus“ in Bezug auf die Praxis der Cochlear Implantation. Unter Oralismus ist vereinfacht formuliert zu verstehen, dass der oralen-auditiven Kommunikation und Förderung alleinige Bedeutung zugemessen wird, also eine visuelle Sprache, wie Gebärdensprache nicht in Frage kommt für Befürworter/Befürworterinnen einer oralistischen Perspektive. Im Kontext von Cochlear Implantation bedeutet dies, dass das Cochlear Implantat versorgte Kind keinen Kontakt zur Gehörlosengemeinschaft und deren Sprache haben soll/darf, und eine exklusiv lautsprachliche Förderung und Erziehung die besten Ergebnisse hinsichtlich Spracherwerb, Hörkompetenz und Sprachkompetenz (jeweils Lautsprache) ermöglichen kann, während sogar angeführt wird, Gebärdensprache würde negative Effekte auf die genannten Punkte haben, würde sie auch nur im privaten Rahmen angewandt.

Deutungsmuster Nr. 7 „Cochlear Implantat als Symbol einer ungewollten Heilung/technischen „Lösung““:

Zuordnung: (K1, K3, K4, K5, K6, K8, K10, K12, K14, K17, K18, K23, K25, K38, K39, K41)

Beschreibung:

Dieses Deutungsmuster verweist auf den Konflikt von Vertretern/Vertreterinnen verschiedener Auffassungen von Gehörlosigkeit, einerseits dem medizinischen Modell, andererseits dem kulturellen Modell der Gehörlosengemeinschaft. Im Kontext von Cochlear Implantationen bedeutet dies, dass die Technologie „Cochlear Implantat“ für die Vertreter/Vertreterinnen des medizinischen Modells eine langersehnte technisch- chirurgische Lösung für die, als Defizit wahrgenommene und als Beeinträchtigung definierte, Gehörlosigkeit darstellt. Für Vertreter/Vertreterinnen des kulturellen Modells von Gehörlosigkeit (vor allem Angehörige der Gehörlosengemeinschaft) jedoch stellt Gehörlosigkeit keine Beeinträchtigung oder ein Defizit dar, sondern jenes wird darin erlebt, dass eine Anpassung an die Mehrheitsgesellschaft gefordert wird, die sogar einen operativen Eingriff (Cochlear Implantat) umfassen soll, von Angehörigen einer sprachlichen und kulturellen Minderheit, deren Lebensstil visuell statt auditiv ausgelegt ist, und die ihrer Gehörlosigkeit positiv erleben und an ihre Kinder weitergeben möchten.

Deutungsmuster Nr. 8 „Zwei Welten“:

Zuordnung: (K1, K2, K3, K7, K9, K10, K13, K14, K15, K17, K29, K30, K32, K36, K37, K41)

Beschreibung:

Dieses Deutungsmuster bezieht sich auf die unterschiedlichen Perspektiven und Erfahrungsschätze von hörenden und gehörlosen Menschen, sowie der Differenzen ihrer gewählten Lebensumwelten. In den Erzählereignissen wird diese Differenz an Erfahrung, Erfahren und Perspektivität meist als „Hörende Welt“ und „Deaf – World“ gekennzeichnet. Es wird auf zwei exklusive Welten verwiesen. Eine Gemeinschaft die oral- auditiv kommuniziert und als Majorität auftritt, und eine Gemeinschaft, die gestisch- visuell kommuniziert und als Minderheit auftritt. Im Kontext von Cochlear Implantationen tritt dieses Deutungsmuster auf, wenn es um die Identität als hörende oder gehörlose Menschen, und deren Zugehörigkeit zur hörenden Majorität oder der Gehörlosengemeinschaft geht.

Deutungsmuster Nr. 9 „Bilinguale Förderung – Das Beste beider Welten“:

Zuordnung: (K1, K2, K11, K13, K16, K28, K31, K32, K37)

Beschreibung:

Dieses Deutungsmuster bezieht sich auf zweierlei Ebenen, einerseits die sprachliche und andererseits die kulturelle Ebene. Die sprachliche Ebene umfasst die Argumentation, dass bilinguale Förderung von Anfang an für das gehörlose Kind die beste Wahl darstellt, da Bilingualität nicht nur den Fähigkeiten des Menschen allgemein zugeordnet werden kann, sondern auch eine Garantie für

einen umfassenden Zugang zu zumindest einer Sprache für das gehörlose Kind bietet, da nicht von einer absoluten Fehler- und Störungsfreiheit der Technologie, als auch der tatsächlichen Zugänglichkeit der Lautsprache für/durch das Kind mit dem Cochlear Implantat ausgegangen werden kann/darf. Gebärdensprache kann somit das Sicherungsseil für einen altersgerechten und barrierefreien Spracherwerb und die Basis für den späteren Lautsprach- Schriftspracherwerb darstellen, sowie Entwicklungsverzögerungen vorbeugen. Die kulturelle Ebene umfasst die Argumentation, dass entweder das Kind als Angehöriger/e der Gehörlosengemeinschaft auf die Welt kommt und das Recht darauf hat diese Kultur und Sprache zugänglich zu haben, oder sich später sehr wahrscheinlich dazu entscheiden wird Angehöriger/e der Gehörlosengemeinschaft zu werden, weswegen von Kindesbeinen an auch diese Option der Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft offen stehen sollte. Im Kontext von Cochlear Implantationen stellten diese Argumentationen eine steigende Akzeptanz von CI- Trägern und Trägerinnen als Angehörige der Gehörlosengemeinschaft dar. Das Deutungsmuster bezieht sich somit darauf, dass eine Cochlear Implantation nicht die Identität und Zugehörigkeit eines Menschen bestimmt, und weder hörende/gehörlose Eltern, ihre Cochlear Implantat versorgten Kinder/ Jugendliche oder Angehörige der Gehörlosengemeinschaft, die dennoch das Cochlear Implantat testen wollen/wollten, mehr eine Wahl treffen müssen, sondern auch mit Cochlear Implantat in der Gehörlosengemeinschaft akzeptiert werden, und so jeweils den besten Nutzen aus beiden Gemeinschaften ziehen können.

Im nachfolgenden Punkt fanden auch die übrigen hier vorgestellten Deutungsmuster Einarbeitung in die „*story line*“ (Keller 2011b, 251) und wurden in Verbindung mit den übrigen Analyseergebnissen gesetzt.

17.3 Die Erzählstruktur der Diskurse um „Cochlear Implantation aus Sicht der Gehörlosengemeinschaft“:

Abschließend soll nun die rekonstruierte Erzählstruktur der Diskurse durch die geordnete und vernetzte Ausformulierung der Ergebnisse aus den einzelnen Analyseschritten in Form eines Fließtextes nachvollzogen werden (vgl. Keller 2008, 89-90; Keller 2011a, 110-111).

Zentralen Stellwert innerhalb der Diskurse über Cochlear Implantationen aus Sicht der Gehörlosengemeinschaft scheint der Umgang mit der Technologie „Cochlear Implantat“ zu haben, jedoch nicht nur auf Angehörige der internationalen Gehörlosengemeinschaft, das heißt kulturell gehörlose Erwachsene und auch deren Kinder, beschränkt, sondern auch die Aufnahme und Nutzung bzw. Ablehnung der Technologie durch die hörende Majorität oder auch Gesamtbevölkerung, und spezieller formuliert, durch Vertreter und Vertreterinnen der Bereiche Medien, Wirtschaft, Politik, Schulwesen, Wissenschaften, u. a. Pädagogik, Medizin, Psychologie, Soziologie, Rechtswissenschaften, und hörende Laien im Diskurs über die Thematik. Der Begriff „Umgang“ umfasst hierbei jedoch nicht nur die jeweilige Herangehensweise der genannten Personengruppen und Forschungsfelder, sondern bezieht sich im Kontext „Cochlear Implantation“ vor allem auf die Interaktion der internationalen Gehörlosengemeinschaft mit speziellen externen Personengruppen und Forschungsfeldern, welche sich als betroffene Eltern als Laien, Vertreter und Vertreterinnen des medizinischen Modells von Gehörlosigkeit und/ oder Befürwortern und Befürworterinnen einer exklusiv lautsprachlichen Förderungsperspektive identifizieren ließen.

Als Akteure und Akteurinnen in den analysierten Diskursen traten hörende und gehörlose Sprecher und Sprecherinnen der Gehörlosengemeinschaft, eine Behindertenrechtsaktivistin, ein gehörloser Politikwissenschaftler, eine Ethikerin, Bioethiker und Bioethikerinnen, ein Professor für Soziologie und eine Professorin für Psychologie der Gallaudet Universität, ein Professor für Psychologie und Linguistik, eine Professorin für Gehörlosen- und Schwerhörigenpädagogik, ein Professor für Technische Kommunikation, ein Forscher mit Schwerpunkt medizinische Technologie und Nutzer und Nutzerinnen, Professoren und Professorinnen mit Forschungsschwerpunkt Deaf Studies, Vertreter und Vertreterinnen der Medizin, sowie Eltern mit ihren Cochlear Implantat versorgten Kindern auf. Jene Akteure und Akteurinnen ließen sich einer oder zwei Kategorien, hinsichtlich ihres Perspektiven auf Cochlear Implantationen und der damit verbundenen Förderungsmaßnahmen einteilen. Zunächst handelte es sich einerseits um Befürworter und Befürworterinnen von Cochlear Implantationen, beginnend von Toleranz unter gewissen Bedingungen bis hin zu absoluter Akzeptanz der Technologie samt der potentiellen Risiken zu Gunsten einer Verbesserung/Heilung, und andererseits um Gegner und Gegnerinnen von Cochlear Implantationen, beginnend von einer skeptischen und ablehnenden Haltung aufgrund potentieller Risiken und Folgen bis hin zur Definition des Cochlear Implantates als Mittel zur Auslöschung einer ethnischen Minderheit. Andererseits können die Akteure und Akteurinnen auch zusätzlich zur ihrer Grundhaltung zu Cochlear Implantationen, hinsichtlich ihrer Förderungsorientierungen zugeordnet werden, da sie sich teils als Befürworter und Befürworterinnen einer exklusiv lautsprachlichen Förderung und Bildung, teils als Gegner und Gegnerinnen dieser Art von Förderung und Bildung inszenieren. Die Befürwortung von exklusiv lautsprachlicher Förderung und Bildung reicht hierbei von einem Hinweis auf das bestmögliche Unterlassen einer gebärdensprachlichen Förderung, bis hin zum Verbot jeden Umgangs mit gehörlosen Menschen und Kontakt zur Gebärdensprache. Die Ablehnung von der exklusiven lautsprachlichen Förderung hingegen reicht von einem Hinweis auf die positiven Effekte einer bilingualen Förderung und Bildung bis hin zur gänzlichen Ablehnung zu Gunsten von gebärdensprachlicher Förderung und/ oder eines reinen Schriftspracherwerbs in der Lautsprache, jedoch tritt der Wunsch nach einem bilingualen Zugang dominant in den Diskursen in den Vordergrund.

Als Kontext der Diskurse über Cochlear Implantationen konnten drei Hauptthemen festgestellt werden. Als großes Hauptthema tritt die Ethik in den Diskursen in Erscheinung, vor allem im Kontext von Cochlear Implantationen bei Kindern immer jüngeren Alters, wobei Debatten über das Recht auf eine autonome Entscheidung, oder Debatten über einen legalen Zwang zur Cochlear Implantation im Vordergrund stehen, und ethische/bioethische Fragen hinsichtlich der Wahrung von Menschenrechten, der gesellschaftlichen Toleranz von Abweichungen von der Norm und Majorität, und einer Notwendigkeit der Anpassung von Kindern durch operative Eingriffe aufwerfen. Als zweites Hauptthema tritt die Risikoeinschätzung auf, wobei einerseits von geringen und überschaubaren Risiken und Folgen, andererseits von, unter anderem, sogar letalen Risiken und noch ungekannten, da unerforschten, Risiken und Folgen gesprochen wird, wobei auch stets die nicht belegten oder festgeschriebenen Erfolgsparameter für Cochlear Implantationen thematisiert werden, wodurch potentielle Risiken unsicheren Erfolgen gegenüberstehen, da jede Seite einräumt, dass CI- Träger und Trägerinnen nicht zu „natürlich hörenden“ Menschen durch die Cochlear Implantation gemacht werden können. Als drittes Hauptthema und auch roter Faden und/oder Bezugspunkt nahezu jeder Argumentation zum besagten Thema tritt die Förderung von gehörlosen Kindern allgemein und vor allem bis zur und nach der Cochlear Implantation in den Vordergrund. In diesem Kontext zentriert sich die Argumentation erstens um die grundlegende Frage, wie die bestmögliche Förderung und Bildung von gehörlosen Kindern gestaltet sein und erfolgen muss, und zweitens darum, wie sich dies im speziellen Fall von Cochlear Implantat versorgten Kindern äussern sollte, bzw. ob nicht durch die Cochlear Implantation, deren Zielsetzung vor allem ein Lautspracherwerb und Sprech/Schriftsprachkompetenz ausmacht, eine exklusiv lautsprachliche

Förderung und Bildung vorgegeben würde, und daher von gebärdensprachlicher Förderung und Bildung gänzlich abzusehen sei.

Konfliktpunkte aus dem kontextualen Rahmen finden sich auch in den ursächlichen Bedingungen der analysierten Diskurse wider, da Diskurse über das Phänomen „Gehörlosigkeit“ als auch über die Förderung und Bildung gehörloser Kinder bereits rückblickend in der Historie der Gehörlosengemeinschaft auftraten und ihre Aktualität bis heute erhalten haben, und nun auch in den Diskursen bezüglich Cochlear Implantationen in Erscheinung treten. Grundsätzlich kann hierbei vereinfacht formuliert von einem Konflikt zwischen hörenden und gehörlosen Menschen, angefangen von der Mikroebene bis hin zur Makroebene, gesprochen werden, der von Vertretern und Vertreterinnen der Gehörlosengemeinschaft als Paternalismus, Oralismus und Audismus bezeichnet wird. Cochlear Implantate werden in diesem Zusammenhang als Symbole eines audistisch geprägten Paternalismus von hörenden gegenüber gehörlosen Menschen ausgelegt, der hinsichtlich der Kombination mit einer lautsprachlichen Förderung und Bildung von Cochlear Implantat versorgten Kinder auch zumindest oralistische Züge aufweist. Ein weiterer Konfliktpunkt liegt in der Perspektive auf das Phänomen „Gehörlosigkeit“ und den davon abgeleiteten Argumentationsmustern und Handlungsstrategien. Vor allem zwei Modelle von Gehörlosigkeit wurden in den analysierten Diskursen ersichtlich, einerseits das medizinische Modell, welches sich auf die Besserung und/oder Heilung des auditiven Defizits „Gehörlosigkeit“ bezieht, und andererseits das kulturelle Modell, welches eng verknüpft mit der Gehörlosengemeinschaft und deren Wertvorstellungen ist. Das kulturelle Modell leitet aus dem Auftreten von Gehörlosigkeit keinen Heilungs- und Behandlungsbedarf ab, sondern sieht diese als eine Facette menschlicher Vielfalt und eines der Merkmale der Angehörigen der kulturellen und sprachlichen Minderheit der Gehörlosengemeinschaft, welches nicht nur seit jeher akzeptiert, sondern auch wertgeschätzt wurde und wird.

Einzig der große Einflussbereich der Medien auf die Gesamtbevölkerung und die Bildung eines Meinungsklimas stellt eine gänzlich neue Entwicklung dar, da diese zwar bereits in der Vergangenheit als Printmedien und/ oder Fernsehmedium existierten, aber nicht über die Verbreitungsstärke und die Einflussmacht derzeitiger Verhältnisse verfügten, nun aber zwischenzeitlich auch noch die Plattform „Internet“ hinzugekommen ist. Die mediale Berichterstattung über Gehörlosigkeit, die Gehörlosengemeinschaft und Cochlear Implantationen wies eine deutliche Dominanz zu Gunsten von Befürwortern und Befürworterinnen von Cochlear Implantationen auf, jedoch fand im kleineren Rahmen auch die Berichterstattung von gehörlosen Menschen für gehörlose Menschen statt, die eine Selbstpositionierung der Gehörlosengemeinschaft als visuelle Gemeinschaft ohne Einschränkungen mit einer Wertschätzung gegenüber Gehörlosigkeit erlaubt, wenn auch andernfalls die mediale Berichterstattung ein eher negatives Bild von Gehörlosigkeit, und der Heilung dieser durch Cochlear Implantationen vermittelte.

Die Argumentation des Standpunktes, Gehörlosigkeit sei eine Beeinträchtigung und müsse durch medizinische Technik und Behandlungsmöglichkeiten weitestgehend eingedämmt oder überwunden werden, erfolgte von Seiten der Befürworter und Befürworterinnen von Cochlear Implantation auch verstärkt über mediale Berichterstattung und durch die Einbindung von Statements zufriedener Eltern, welche positive Erfahrungen mit der Cochlear Implantation bei ihren Kindern gemacht hatten. Eine direkte Einbindung von Eltern in den Diskurs um Cochlear Implantationen fand von Seiten der Gehörlosengemeinschaft hingegen erst einmal statt, aber sorgte für ein ebenso großes mediales Echo, wie mediale Schlagwörter des konträren Standpunktes, die aus der Technologie „Cochlear Implantat“ ein Synonym für eine Wunderheilung erzeugten. Sprecher und Sprecherinnen der Gehörlosengemeinschaft konzentrieren sich in ihren Argumentationen auf eine realitätskonforme Betrachtung des Cochlear Implantates unter Einbeziehung von Risiken und Erfolgsbelegen, dessen

Zweckentfremdung, dessen Symbolcharakter und die Belastungssituation für betroffene Eltern und Kinder, als auch auf die Folgen eines Förderungs- und Bildungsprogramms für Cochlear Implantat versorgte Kinder, welches ausschließlich lautsprachlich orientiert ist. Von Seiten der Gehörlosengemeinschaft wird argumentiert, dass das grundlegende Problem weder das Phänomen „Beeinträchtigung“ noch „Gehörlosigkeit“ darstellt, sondern ein Mangel an gesellschaftlicher Akzeptanz für Vielfalt, der sowohl hinsichtlich der fehlenden umfassenden Anerkennung der Gehörlosengemeinschaft, deren Wertvorstellungen und der Gebärdensprache, als auch an Bemühungen der Anpassung von gehörlosen Kindern an die Majorität, welche mittels Gerichtsverfahren sogar legalen Zwang erhalten sollen, wenn es nach einzelnen Befürwortern und Befürworterinnen geht, ersichtlich wird. Desweiteren wird argumentiert, dass auch die Gehörlosengemeinschaft nicht die Autorität der Eltern anzweifeln möchte, wenn es um deren Verfügungsgewalt bei medizinischen Entscheidungen gehe, aber in Zweifel gezogen wird, die betroffenen Eltern könnten überhaupt eine informierte Zustimmung zur Cochlear Implantation geben. Dies wird darin begründet, dass die Beratungssituation zu wenig oder gar nicht auf das kulturelle Modell von Gehörlosigkeit eingehen und Angehörige der Gehörlosengemeinschaft als lebende Positivbeispiele alternativer Wege ausgeschlossen würden, sowie nicht alle potentiellen Risiken und Folgen erforscht seien und/oder in der Situation thematisiert würden. Überhaupt wird argumentiert, dass wenn Risiken und Folgen Thema werden, mehrheitlich oder ausschließlich medizinische Aspekte thematisiert würden, und insgesamt ein weiterreichender Informationsmangel in der Beratung und auch darüber hinaus bestehen würde, der sich auch auf das gänzliche Fehlen von Erfolgsparametern für Cochlear Implantationen erstrecken würde.

Konsequenzen zeigen sich insofern in den Diskursen auf, da einerseits Befürworter und Befürworterinnen von Cochlear Implantationen und/oder exklusiv lautsprachlicher Förderung und Bildung von Cochlear Implantat versorgten Kindern, entweder die Existenz einer eigenständigen kulturellen Gemeinschaft und Geschichte der Gehörlosengemeinschaft leugnen, oder argumentieren, dass durch Massnahmen wie Cochlear Implantationen diese Gemeinschaft entweder aussterben oder zumindest noch weniger von Bedeutung für den Diskurs sein werde. Aus der Perspektive von Gegner und Gegnerinnen von Cochlear Implantationen wird argumentiert, dass Massnahmen wie Cochlear Implantation, Regelbeschulung und Genforschung mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln verhindert und abgeschafft werden müssten. Liberalere Positionen innerhalb der Diskurse der Gehörlosengemeinschaft argumentieren, dass die medizinische Technologie der Cochlear Implantation für die Existenz der Gehörlosengemeinschaft keine oder eine mindere Hürde darstellen würde. Weiter wird argumentiert, dass die Akzeptanz von CI-Träger und Trägerinnen als vollwertige Angehörige der Gehörlosengemeinschaft nichts anderes als die Wiederholung altbewährter Strategien für von aussen herangetragene Veränderungen darstellt, und durch bilinguale Förderung und Bildung bei Cochlear Implantat versorgten Kindern zumindest negative Folgen auf den altersgerechten Spracherwerb und den Bildungszugang verhindert werden könnten. Eine weitere Handlungsstrategie besteht darin, dass der Wunsch nach einer Kooperation hinsichtlich der Beratung und Informierung der betroffenen Eltern angestrebt wird, damit die betroffenen Kinder frühzeitig barrierefreien Zugang zur Gehörlosengemeinschaft und der Gebärdensprache erhalten, als auch das Informationsangebot objektiver und umfassender wird.

Adressanten und Adressatinnen der jeweiligen Argumentationen und Handlungsstrategien beim Umgang mit der Technologie „Cochlear Implantat“ schienen jeweils Angehörige der Gehörlosengemeinschaft, der genannten wissenschaftlichen Fachdisziplinen und der Gegenposition im Diskurs, sowie Forscher und Forscherinnen zu sein, deren Schwerpunkte in den jeweiligen Disziplinen oder Forschungsgebieten liegen.

Tatsächliche Lösungsvorschläge für einen allgemein akzeptierten Umgang mit der Technologie „Cochlear Implantat“ durch die genannten Personengruppen und Forschungsfelder, sowie der internationalen Gehörlosengemeinschaft mit diesen, wurde weder von Seiten der Befürworter und Befürworterinnen als auch der Gegner und Gegnerinnen von Cochlear Implantationen allgemein und bei Kindern erbracht, allerdings stellt die Möglichkeit der bilingualen Förderung und Bildung eine Art Mittelweg dar, der nahezu sämtliche Optionen einer späteren autonomen Entscheidung des betroffenen Menschen offen lässt, auch wenn die Frage nach der Notwendigkeit und/oder ethischen Zulässigkeit des operativen Eingriffs dadurch nicht berührt wird. Diese Art von Kompromiss findet jedoch keine verbreitete Anwendung, da teils von Seiten der Befürworter und Befürworterinnen von Cochlear Implantationen allgemein und bei Kindern auf eine exklusiv lautsprachliche Förderung und Bildung verwiesen wird, als auch auf Seiten von vehementen Gegnern und Gegnerinnen der Cochlear Implantation allgemein aus der Gehörlosengemeinschaft die Cochlear Implantation generell abgelehnt wird.

Dieses Ende der Narration verweist darauf, dass nach wie vor aktuell keine tatsächliche Einigung in den Diskursen über Cochlear Implantationen aus Sicht der Gehörlosengemeinschaft besteht, und sich mehrere Akteure und Akteurinnen in verschiedenen Diskursen zur Thematik konträr gegenüberstehen, wenn auch nicht alle Diskurse von einer Extremposition der Akteure und Akteurinnen gestaltet werden.

18. Zusammenfassende Interpretation und Schlussfolgerung:

Nachdem im letzten Punkt die Ergebnisse der Analyse mittels der Rekonstruktion der Erzählstruktur zusammengefügt und miteinander vernetzt wurden, wendet sich die Arbeit an diesem Punkt der Diskussion der Ergebnisse in Bezug auf die forschungsleitenden Fragestellungen zu.

18.1 Diskussion der ermittelten Diskurse zur Thematik:

Als Basis für den Wettstreit im Diskurs zwischen der internationalen Gehörlosengemeinschaft und externen Akteuren und Akteurinnen um die Definitionsmacht und Bedeutungszuschreibung innerhalb des Rahmens des Umgangs mit der Technologie „Cochlear Implantat“, fungierten mitunter Diskurse und Themen, welche erst von den einzelnen Akteuren in Verbindung mit der Thematik „Cochlear Implantationen“ gebracht wurden, doch auch ohne diese Einbindung als autarke Diskurse für sich thematisiert hätten werden können.

18.1.1 Diskurse über das Phänomen „Gehörlosigkeit“:

Diskurse über die Definition darüber, wie der Begriff „Gehörlosigkeit“ genau zu deuten und in seinen Merkmalen zu erfassen ist, stellen keine neue Entwicklung dar, da das

Auftreten von Gehörlosigkeit historisch einerseits als Andersartigkeit wahrgenommen wurde, es andererseits aber auch historische Belege für eine umfassende Akzeptanz von Gehörlosigkeit als nicht weiter beachtetes Merkmal einzelner Personen gibt (vgl. z.B. Groce 1990; Lane 1993, 479-491; Gregory, Hartley 2002, 5-6).

Im Zuge der Analyse konnten zwei Diskursrichtungen festgestellt werden, welche als Konfliktpunkte innerhalb der Phänomen- und Problemstruktur ausgewiesen werden konnten, und in den jeweiligen Argumentationen der Akteure und Akteurinnen als Ausgangspunkt für den vorgeschlagenen Umgang mit der Technologie „Cochlear Implantat“ diente.

Der Diskurs über Gehörlosigkeit als Beeinträchtigung des Individuums und in Folge auch der Gesellschaft verweist auf den medizinischen Diskurs über Gehörlosigkeit, welcher diese als Defizit der auditiven Wahrnehmung thematisiert, wodurch argumentiert werden kann, dass es sowohl im Sinne des Individuums als auch der Gesellschaft ist einen Weg zu finden oder zu nutzen, bezogen auf Cochlear Implantationen, um diese Beeinträchtigung zu heilen (Deutungsmuster Nr. 7):

„For doctors, allied professionals such as audiologists, and the general public, hearing loss is often not seen as a natural occurrence, but as a pathology that adversely affects the individual's quality of life“ (Christiansen, Leigh 2002, 294).

Gegenteilig zum ersten Diskurs über Gehörlosigkeit, welchen das obige Zitat aus Erzählereignis 12 verdeutlichen sollte, herrscht innerhalb der Gehörlosengemeinschaft und von ihr ausgehend ein Diskurs über Gehörlosigkeit als kulturelle Ausprägung vor, der ein Positivbild von Gehörlosigkeit zu vermitteln und aufrechtzuerhalten sucht (Deutungsmuster Nr. 7):

„Like the members of other ethnic minorities, Deaf people are generally not disturbed by their identity, despite the need to struggle for their rights. Culturally Deaf people have always thought and think today that being Deaf is a perfectly good way to be, as good as hearing, perhaps better“ (Lane 2005, 302).

Ausgehend von diesem Standpunkt wird von den Vertretern und Vertreterinnen des kulturellen, und auch ethnischen, Modells von Gehörlosigkeit argumentiert, dass medizinische Eingriffe, wie Cochlear Implantationen, zum Zweck der Behandlung von Gehörlosigkeit weder eine Notwendigkeit darstellen, noch von kulturell gehörlosen Menschen mehrheitlich gewünscht werden (vgl. z.B. Lane 2005, 298).

18.1.2 Diskurse über das soziale Konstrukt „Normalität“:

Die Diskurse über das Phänomen „Gehörlosigkeit“ weisen große Bezugspunkte zu den Diskursen über das Phänomen „Normalität“ auf, vor allem da beide Phänomene als soziale Konstrukte bezeichnet werden können (vgl. Rösner 2002, 219-225, Dederich 2009, 35-36). Festgelegte gesellschaftliche Normen geben Aufschluss darüber, inwiefern ein Individuum der Majorität entspricht und ab wann dessen differentes Verhalten und/ oder physische Merkmale als Abweichungen definiert werden (vgl. Dederich 2009, 30-37). Normen sind jedoch nicht unabänderbare Fakten, sondern unterliegen dem Diskurs über Normalität, welchen bisher die Medizin dominieren konnte, wodurch von einer Dominanz des medizinischen Modells von Gehörlosigkeit ausgegangen wurde, noch ehe die Ergebnisse der Analyse vorlagen, und im Zuge der Ergebnisauswertung durch die Daten bestätigt werden konnte (vgl. Dederich 2009, 35-36).

Im Kontext dieser Arbeit hatte die Definition von Normalität in mehrerer Hinsicht Bedeutung. Einerseits argumentierten Vertreter und Vertreterinnen des medizinischen Modells von Gehörlosigkeit, dass Gehörlosigkeit einem 'normalen' Leben im Wege stehen und eine Beeinträchtigung darstellen würde (vgl. z.B. Ouellette 2011, 1251). Mehr noch wird diese Anschauung durch das folgende Zitat verdeutlicht: *„the fact of the matter is that it's a hearing world“* (Zdenek 2008, 162). Andererseits stellten Vertreter und Vertreterinnen des Gegenmodells die Definition von Hören als Normalität in Frage, und argumentierten, dass diese Auffassung von der Medizin und anderen Akteuren und Akteurinnen mit derselben Orientierung zwar weitverbreitet ist, aber es 'normal' für einen Menschen ist, sowohl auditive als auch visuelle Kommunikation und Interaktion zu nutzen, und Gehörlosigkeit keine Beeinträchtigung der Normalität und Lebensqualität darstellt, nur weil eine umfangreichere oder ausschließliche Nutzung der visuellen Fähigkeiten praktiziert wird (vgl. Gale 2010, 130-131; Ladd 2007, 1-2; Peterson 2007, 169). So wird argumentiert, dass hörende Menschen in Situationen, welche eine lautsprachliche Kommunikation nicht erlauben, automatisch visuelle Interaktion anstreben, die zwar keine Gebärdensprachnutzung umfasst, aber eine 'normale' Reaktion des Individuums darstellen (vgl. Peterson 2007, 169). Kulturell gehörlose Menschen hingegen seien sogar vormerklich visuell ausgerichtet, wodurch kein Anlass bestehen würde Massnahmen zu setzen, um sie an die auditive Ausrichtung der hörenden Majorität anzupassen (vgl. Ladd 2007, 1-2; ÖGLB 2011, 7):

„Das UN- Übereinkommen erteilt dem undifferenzierten Anspruch, die vorgeblichen Defizite von Menschen mit Behinderungen 'heilen' zu wollen eine klare, menschenrechtliche Absage“ (ÖGLB 2011, 7).

Entgegen dieser Einschätzung der UN jedoch wurden die Diskurse über Cochlear Implantationen aus dem Blickwinkel der Diskurse über Normalität vermehrt von Vertretern und Vertreterinnen des medizinischen Modells bestimmt, und die Technologie „Cochlear Implantat“ als Wegbereiter eines „*healthy, happy, normal life*“ (Ouellette 2011, 1251) auch über mediale Berichterstattung proklamiert (vgl. z.B. Ladd 2008, 156).

18.1.3 Diskurse über Autonomie und Zwang:

Diskurse über die Autonomie und den Zwang zur Cochlear Implantat Versorgung nahmen innerhalb der Diskurse über den Umgang mit der Technologie „Cochlear Implantat“ einen großen Raum ein und umfassten mehrere Argumentationspunkte und Positionen, welche direkt mit den oben thematisierten Diskursen über Normalität in Verbindung stehen.

Einerseits wurde die Thematik Autonomie und Zwang auf der Mikroebene, der Beziehung zwischen Eltern und Kindern, der Entscheidung über die Cochlear Implantat Versorgung thematisiert (vgl. z.B. Hyde, Power 2006, 106). Dem folgend wurde das Verhältnis der Autorität der Eltern gegenüber dem Staat hinsichtlich einer autonomen Entscheidung in den Fokus der Betrachtung genommen (vgl. z.B. Ouellette 2011, 1255). Auf der nächsthöheren Ebene fand bereits die Gegenüberstellung individueller und gesellschaftlicher Interessen an der Durchführung von Cochlear Implantationen statt, und wurde letztlich noch um die Perspektiven der hörenden Majorität im Kontrast zur gehörlosen Minderheit erweitert (vgl. z.B. Campbell 2005, 03.08.2011; Lloyd, Uniacke 2007, 188).

Im Diskurs über eine autonome Entscheidung des Kindes gab es zwei Hauptrichtungen der Argumentation, die jedoch darin geeint waren, dass sie die elterliche Autorität grundsätzlich akzeptierten, wenn sie nicht den jeweiligen Standpunkt im Diskurs gefährdete. So argumentierten Befürworter und Befürworterinnen von Cochlear Implantationen bei Kindern, wenn die Eltern den Eingriff ablehnten, dass es die Pflicht der Eltern sei alle Optionen für eine autonome Entscheidung des Kindes im späteren Lebensverlauf durch die Cochlear Implantation offen zu halten, und dies nicht zu tun das Kindeswohl gefährde, womit es am Staat sei einzugreifen und diese Massnahme anzuordnen (vgl. z.B. Ouellette 2011). Wenn Eltern sich jedoch für den Eingriff aussprachen, wurde argumentiert, dass es deren Recht sei Entscheidungen für ihr Kind zu treffen und niemand dies besser als die Eltern vornehmen könnte, weswegen der Staat die Rechte der elterlichen Entscheidung respektieren müsse (vgl. z.B. Ouellette 2011). Konträr dazu wurde

von Gegnern und Gegnerinnen von Cochlear Implantationen einerseits argumentiert, dass die Rechte von Eltern und Kindern gewahrt werden müssen, aber die elterlichen Rechte auch Grenzen haben sollten, allerdings das Recht auf eine autonome, objektive Entscheidung der Eltern ohnehin nicht gegeben sei, da sie gravierender Informationsmangel darin hindere, diese treffen zu können (vgl. z.B. Christiansen, Leigh 2002, 253-316). Diese beiden Argumentationen zeigen bereits auf, dass innerhalb der Diskurse um Autonomie und Zwang zur Cochlear Implantation Vertreter und Vertreterinnen einer medizinischen Auffassung von Gehörlosigkeit und der Befürwortung einer möglichst früher Cochlear Implantation die Diskurse um den Zwang zur Implantation dominieren, jedoch ändern sich die Argumentationen, sobald die individuelle Ebene der Beziehungen verlassen werden, und das gesellschaftliche Interesse als Begründung zur Durchführung von Cochlear Implantationen angeführt wird (vgl. z.B. Christiansen, Leigh 2002, 253-316; Campbell 2005, 03.08.2011; Ouellette 2011):

„In its documentation Cochlear Limited continually stress that CI's will reduce the economic cost of supporting a deaf child as 'benefits may translate into reduced educational costs and increased earnings' (Cochlear Limited, 2000:12) (...) Negative ontologies of deafness (disability) make it possible to construe the lives of Deaf people in terms of burden (both economic and psychic)“ (Cochlear Limited 2000, zit.n. Campbell 2005, 03.08.2011; Campbell 2005, 03.08.2011).

Davon abgesehen, dass von Vertretern und Vertreterinnen flächendeckender Cochlear Implantationen, wie im obigen Zitat dargestellt, gehörlose Menschen, die sich und ihre Kinder von Cochlear Implantationen distanzieren, als soziale Bürden des Staates klassifiziert werden, fanden sich in den Ergebnissen Hinweise auf einen eingeschränkten Zugang zur besagten Technologie (vgl. z.B. Christiansen, Leigh 2002, 306). Es handelt sich somit nicht nur um einen Diskurs über das Recht einer autonomen Entscheidung des Einzelnen und der Einzelnen, sowie von betroffenen Eltern, oder darum, ob ein Zwang zur Implantation ethisch und rechtlich vertretbar sein kann (vgl. z.B. Campbell 2005, 03.08.2011; Ouellette 2011).

18.1.4 Diskurse über die Risiken und Erfolgsaussichten von Cochlear Implantationen:

Diskurse über Risiken, Nebenwirkungen und Folgen der Cochlear Implantation als auch Diskurse über die Effektivität von Cochlear Implantaten konnten als zwei der umfangreichsten Diskurse über Cochlear Implantationen im Kontext der Analyse identifiziert werden, und finden sich auch in den Deutungsmustern Nr. 1, Nr. 2, Nr. 3 und Nr. 9 wieder.

Hinsichtlich der Thematik Risiken, Nebenwirkungen und Folgen von Cochlear Implantationen lassen sich zwei konträre Diskurse feststellen. Jener, welcher durch Befürworter und Befürworterinnen von Cochlear Implantationen geführt wird, vermittelt die Perspektive, dass die medizinische Technologie „Cochlear Implantat“ neueste Technik mit sicherster Operationstechnik verbinden würde, weswegen Risiken und dergleichen höchstens Einzelfälle betreffen, aber der Eingriff und die Technologie auf dem neuesten Stand und damit sicher und nahezu risikolos sei (vgl. z.B. Campbell 2005, 03.08.2011):

„Dr. Robert Shannon of the House Ear Institute in Los Angeles has the last word on this matter: I think we are at the stage in cochlear implants at present which is analogous to getting a pair of glasses, except that, in the cochlear implants, we give everybody the same set of glasses. Although that works pretty well for some people; for others, those glasses aren't well suited for this kind of vision problem...“ (Shannon 1999, zit. n. Campbell 2005, 03.08.2011).

Der argumentative Vergleich mit der Versorgung mit einer Brille bei einer Lese- und/ oder Sehschwäche aus dem Jahr 1999 suggeriert, dass der nächste Schritt nur noch die Versorgung von Betroffenen mit individuellen Cochlear Implantaten wäre, und dann auch Erfolge für jeden Betroffenen und jede Betroffene möglich werden würden (Shannon 1999, zit. n. Campbell 2005, 03.08.2011).

Aus der Perspektive des Diskurses von Gegnern und Gegnerinnen sowie Akteuren und Akteurinnen, die eine skeptische, liberale Haltung vertreten, stellt sich die Risikoeinschätzung und auch Effektivitätseinschätzung völlig konträr dar (vgl. z.B. Ladd 2007, 11-12). Akteure und Akteurinnen dieses Diskurses argumentieren, dass weder alle potentiellen Risiken, Nebenwirkungen und Folgen, noch die tatsächliche Effektivität der Cochlear Implantate ausreichend oder gar umfassend erforscht und belegt wurden, sondern eher eine Blockade kritischer Forschung vorliegt, zusätzlich zur Absicherung durch das Argument der Fortschritt würde Mängel der Vergangenheit bereits aufgehoben haben (vgl. z.B. Lane 1994; Lane 2005; Ladd 2007, Bentele 2010, Gale 2010). Weiter wird argumentiert, dass dieser Mangel an Information, zusätzlich zur Exklusion von Angehörigen der Gehörlosengemeinschaft aus der Beratung betroffener Eltern, den Eltern weder eine informierte, objektive und wohl überlegte Entscheidung einräume, sondern als zusätzliches Risiko eine längerfristige Beeinträchtigung der Kommunikation zwischen Eltern und Kindern und eine doppelte Belastungssituation für die betroffenen Eltern im Fall mangelnder Effektivität des Cochlear Implantates zur Folge haben kann (vgl. z. B. Lane 1994, 291; Christiansen, Leigh 2002, 303-304; Lane 2005).

18.1.5 Diskurse über die Förderung und Bildung von Cochlear Implantat versorgten Kindern:

Die Folgen von Cochlear Implantationen stellen auch in Diskursen über die Förderung und Bildung von Cochlear Implantat versorgten Kindern eine zentrale Thematik dar, wie unter Deutungsmuster Nr. 5, Nr. 6 und Nr. 9 erfasst. Die Diskurse über Förderung und Bildung in diesem Kontext thematisierten einerseits Diskurse über Sprache, speziell dahingehend, ob den Gebärdensprachen eine Anerkennung als vollwertige Sprachen entgegen gebracht werden sollte, und andererseits Diskurse über die sprachliche und schulische Förderung mittels Lautsprache und/oder Gebärdensprache, wobei zusätzlich noch zwischen gehörlosen und Cochlear implantierten Kindern eine Unterscheidung festgestellt werden konnte, wie vor allem durch Deutungsmuster Nr. 9 ersichtlich wird. Eine genaue und detaillierte Auseinandersetzung mit den Inhalten der Diskurse über Förderung und Bildung bei Cochlear Implantat versorgten Kindern, soll durch den zweiten Teil der Diskussion der Gesamtergebnisse unter Punkt 18.2 erfolgen. Zunächst sollen noch als letzte, jedoch sehr bedeutende Diskurse, jene vorgestellt werden, welche über die Bedeutung von Gebärdensprachen und der Gehörlosengemeinschaft in der Analyse ersichtlich wurden.

18.1.6 Diskurse über die Bedeutung von Gebärdensprachen und der Gehörlosengemeinschaft:

Diskurse über die Bedeutung von Gebärdensprachen und der Gehörlosengemeinschaft im Kontext von Cochlear Implantationen stellten das Hauptmerkmal der Gesamtheit aller Diskurse zur Thematik dar und zogen sich wie ein roter Faden durch alle Diskursfragmente, mit anderen Worten durch jedes analysierte Erzählereignis.

Zunächst beziehen sich die Diskurse über Gebärdensprachen und ihre Bedeutung, für das Individuum als auch für Förderung und Bildung, auf Diskurse über Sprache, da Befürworter und Befürworterinnen von Cochlear Implantationen in Verbindung mit einer exklusiv lautsprachlichen Förderungspraxis und Beschulung zunächst argumentieren, dass Gebärdensprachen keine vollwertigen Sprachen seien (vgl. z.B. Blume 2010, 75). „*Sign language is considered neither a real language nor a form of communication*“ (Zdenek 2008, 161). Davon ausgehend wird argumentativ die Schlussfolgerung gezogen, dass Gebärdensprachen bestensfalls ein Hilfsmittel sein können, z.B. in Form von LBG, aber weder den Status einer Erst- und/oder Muttersprache haben sollten/können, noch Eingang in die Förderung und Beschulung von Cochlear Implantat versorgten Kindern finden

sollten, da dies unter anderem die Effektivität des Cochlear Implantates zur Förderung des Lautspracherwerbs und der lautsprachlichen Artikulationskompetenz gefährden könnte (vgl. z.B. Hyde, Power 2006, 108-109; Gale 2010, 123-124). Dieser Kette von Argumentationen folgend wird betroffenen Eltern in der Praxis auch nahegelegt keinen Kontakt zur Gehörlosengemeinschaft zu unterhalten, wenn der Kontakt zu gebärdenden Personen und der Gehörlosengemeinschaft nicht bereits bei der Zustimmung zur Cochlear Implantation durch die Verantwortlichen der Cochlear Implantationszentren untersagt wurde (vgl. Ladd 2007, 4; ÖGLB 2011, 6). Folglich zeichneten sich die Argumentationen in den Diskursen über die Bedeutung der Gehörlosengemeinschaft für die Förderung und Beschulung von Cochlear Implantat versorgten Kindern von Befürwortern und Befürworterinnen der exklusiv lautsprachlichen Förderung und Beschulung dadurch aus, dass sowohl die Gebärdensprache als sprachliches Förderungsmittel, als auch die Anerkennung der Gehörlosengemeinschaft als kulturelle Minderheit abgelehnt wurde (vgl. z.B. Lane 2005; Gale 2010).

Gegensätzlich zu diesen Diskursen, welche die Bedeutung der Gebärdensprache und der Gehörlosengemeinschaft in der Förderung und Beschulung von Cochlear Implantat versorgten Kindern in Zweifel ziehen, wird von Befürwortern und Befürworterinnen der Gebärdensprache und der Gehörlosengemeinschaft, in den jeweiligen Diskursen davon ausgegangen, dass vor allem der Gebärdensprache in der Förderung und Beschulung von Cochlear Implantat versorgten Kindern größte Bedeutung zukommen muss, da sie im Gegensatz zur Technologie einen altersgerechten und barrierefreien Zugang für den Spracherwerb garantiert (vgl. z.B. DGB 2006, 22.04.2012; ÖGLB 2006c, 20.02.2011; Gale 2010). Der Diskurs über die Bedeutung der Gehörlosengemeinschaft für die Förderung und Beschulung von Cochlear Implantat versorgten Kindern wird davon bestimmt, dass die Einbindung von kulturell gehörlosen Erwachsenen in die Beratung der betroffenen Eltern unerlässlich sei, da gehörlose Erwachsene, einerseits als Exempel für ein glückliches und erfülltes Leben ohne medizinischen Eingriff einen alternativen Entscheidungsweg aufzeigen, und andererseits durch ihre Gebärdensprachkompetenz und die Vermittlung dieser an die Eltern eine Kommunikationsbasis schaffen können, welche durch das Cochlear Implantat in Verbindung mit exklusiv lautsprachliche Förderung und Beschulung nicht garantiert werden kann (vgl. z.B. Hyde, Power 2006; Gale 2010):

„The medical establishment has continually told us that being Deaf is a tragedy. It refuses to admit that American Sign Language is wholly sufficient to allow the development of the language center of a deaf child's brain and to allow the deaf child to develop full linguistic and cognitive competence,

given each individual's potential. It refuses to admit that there are viable options other than a cochlear implant“ (Ouellette 2011, 1257).

Kontakte von betroffenen Eltern zu Angehörigen der Gehörlosengemeinschaft würden zusätzlich dazu auch Aufklärung darüber bieten, dass der Verzicht auf eine frühzeitige Cochlear Implantation nicht bedeutet lautsprachliche Förderung und Stimulation der jeweiligen Areale des Gehirns zu unterlassen, da beispielsweise auch Hörgeräte der neuesten Generation für einen gleichwertigen und/oder bessern Zugang für einen Lautspracherwerb sorgen können (vgl. z.B. Gale 2010, 135). Weiter wird argumentiert, dass ein altersgerechter Gebärdenspracherwerb sogar bessere Konditionen für einen späteren oder parallelen Lautspracherwerb bietet, und keinesfalls eine Hürde für diesen darstellt (vgl. z.B. ÖGLB 2006c, 20.02.2011; Gale 2010).

18.2 Diskussion der Bezugspunkte der ermittelten Diskurse auf Bildungsaspekte und Bildungsprozesse:

Die soeben erfolgte Diskussion der ermittelten Diskurse zeigte bereits auf, dass nicht nur vereinzelte Bezugspunkte auf Bildungsaspekte und Bildungsprozesse in den Diskursen über Cochlear Implantationen im Kontext der internationalen Gehörlosengemeinschaft festgestellt werden konnten, sondern spezielle Diskurse über Förderung und Bildung von Cochlear Implantat versorgten Kindern in den Ergebnissen der Analyse nachvollzogen werden konnten. Thematisch zentrieren sich die besagten Diskurse um Spracherwerb, sprachliche Förderungsmassnahmen, die Wahl der Beschulungsform und den Status von Bildung im Allgemeinen (vgl. z.B. Ladd 2007; Ladd 2008; Gale 2010; ÖGLB 2011).

Als Ausgangspunkt der Diskurse über die Förderung und Bildung Cochlear Implantat versorgter Kinder fungierten mehrheitlich Diskurse über Sprache, da Befürworter und Befürworterinnen einer exklusiv lautsprachlichen Förderung in ihren Argumentationen dazu neigten, Gebärdensprache entweder nicht als Sprache zu thematisieren, oder ihren Status als vollwertige visuelle Sprache bestritten, während Befürworter und Befürworterinnen von gebärdensprachlicher oder bilingualer Förderung ihre Bedeutung für einen barrierefreien Spracherwerb vehement in ihren Argumenten in den Vordergrund stellten (vgl. z.B. DGB 2006, 22.04.2012; ÖGLB 2006c, 20.02.2011; Zdenek 2008, 161; Blume 2010, 75; Gale 2010). Unabhängig von den Ergebnissen der Analyse ist festzustellen, dass es sich bei

Gebärdensprachen um vollwertige Sprachen handelt, die Lautsprachen auf linguistischer Ebene gleichwertig sind (vgl. Knapp, Corina 2008, 77-87).

Während Befürworter und Befürworterinnen von Cochlear Implantationen in Kombination mit exklusiv lautsprachlicher Förderung argumentieren, dass diese möglichst früh durchgeführt werden müsse, um optimale Bedingungen für einen altersgerechten Spracherwerb zu schaffen, verweisen Gegner und Gegnerinnen dieser Vorgehensweise auf die Möglichkeit der lautsprachlichen, aber noninvasiven Förderung durch moderne Hörgeräte (vgl. z.B. Zdenek 2008, 161; Gale 2010, 135). Weiter wird von Befürwortern und Befürworterinnen eines vormerklich gebärdensprachlichen Zugangs argumentiert, dass einerseits die Gebärdensprache barrierefrei als Erstsprache erlernt werden könne, und zweitens in Folge die Basis für einen Lautspracherwerb darstellen kann, wenn beispielsweise über Hörgeräte parallel ein Lautsprachzugang erfolgen soll (vgl. z.B. Peterson 2007, 167-170; Gale 2010). Auch die Option eines parallelen Spracherwerbs von Lautsprache und Gebärdensprache wird in den Diskurs miteingebracht, da argumentiert wird, dass diese Kombination einem verzögerten Spracherwerb vorbeugen kann, der zu befürchten wäre, wenn das jeweilige Kind über das Cochlear Implantat, aufgrund von Funktionsausfall oder Komplikationen, nicht ausreichend Zugang zur Lautsprache für einen altersgerechten Spracherwerb ermöglicht bekäme (vgl. z.B. Blume 2010, 81; Gale 2010).

Hinsichtlich der Beschulung von Cochlear Implantat versorgten Kindern setzt sich der Förderungskonflikt zwischen einer exklusiv lautsprachlichen und gebärdensprachlicher bzw. bilingualer Förderung fort, jedoch wird dies nur auszugsweise in den Diskursen angeschnitten (vgl. z.B. Hyde, Power 2006; Ladd 2007; Ladd 2008). Grundsätzlich präferieren Befürworter und Befürworterinnen von Cochlear Implantationen in Kombination mit exklusiv lautsprachlicher Förderung Regelschulen für Cochlear Implantat versorgte Kinder, während die Gegner und Gegnerinnen dieser Kombination sich gegen Regelschulen aussprechen, wenn in diesen nicht bilinguale Förderung stattfindet (vgl. z.B. Hyde, Power 2006; Ladd 2007; Ladd 2008). Weitere Kontroversen zeigen sich darin, dass Befürworter und Befürworterinnen als auch Gegner und Gegnerinnen der oben genannten Kombination argumentieren, die jeweils vertretenen Förderungskonzepte würden die besten Bildungschancen für Cochlear Implantat versorgte Kinder bieten und das Gegenkonzept würde diese gefährden (vgl. z.B. Gale 2010).

Das Thema Bildung aus einer allgemeinen Perspektive, die nicht speziell auf Förderung oder Beschulung ausgerichtet ist, wird vor allem in Diskursen über die Gehörlosengemeinschaft im historischen Kontext aufgegriffen (vgl. z.B. Ladd 2008). Es wird argumentiert, dass in der Vergangenheit durch einen eingeschränkten Bildungszugang das Recht von gehörlosen Menschen auf Selbstbestimmung und umfassende Teilhabe an der Gesellschaft, sowie die öffentliche Repräsentanz der Anliegen der Gehörlosengemeinschaft beschränkt worden wäre (vgl. z.B. Ladd 2008). Hinsichtlich der Zukunft der Gehörlosengemeinschaft wird argumentiert, dass ein barrierefreier Bildungszugang das Fortbestehen der Gehörlosengemeinschaft massgeblich beeinflussen wird, und die international zugesicherten Sprachenrechte in die Praxis überführt werden müssen, um eine umfassende Teilhabe in der Gegenwart und Zukunft für gehörlose Menschen mit und ohne Cochlear Implantat zu ermöglichen (vgl. z.B. Ladd 2008; ÖGLB 2011).

18.3 Schlussfolgerungen:

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die vorläufigen Ergebnisse der ersten umfassenden Literaturrecherche zur Erfassung des aktuellen Forschungsstandes zur Thematik des Forschungsvorhabens, der unter den Punkten 8, 8.1, 8.2 und 8.3 dargelegt wurde, massgeblich durch die Ergebnisse der Analyse bestätigt wurden, da weder eine umfassende Akzeptanz noch Ablehnung der medizinischen Technologie „Cochlear Implantat“ aus den Ergebnissen der Analyse abgeleitet werden konnte.

Zu Beginn des Forschungsvorhabens wurde davon ausgegangen, dass die Ergebnisse der Analyse auf diesen Kontext bezogen, und die vorherrschenden Diskurse von der Frage nach Akzeptanz oder Ablehnung der Technologie geprägt sein würden. Das Forschungsinteresse wurde vor allem auf mögliche Bezugspunkte der Diskurse zur pädagogischen Praxis und Theorie angeleitet, deren Auftreten in den Diskursen, vor allem hinsichtlich der Erörterung von Cochlear Implantationen bei Kindern, angenommen wurde. Nach Abschluss der Analyse steht nun jedoch fest, dass Bildungsaspekte und Bildungsprozesse nicht nur exemplarisch und vereinzelt in den Diskursen als Themen auftauchten, sondern im Kontext von Förderung einen gesonderten Diskurs innerhalb der Diskurse zur Thematik des Forschungsvorhabens darstellen, und auch in den restlichen ermittelten Diskursen anteilig thematisiert werden. Grundsätzlich handelt es sich sogar um einen Diskurs, der zwar Eingang in die Diskurse über Cochlear Implantationen gefunden hat, aber der Entwicklung dieser medizinischen Technologie bereits in seinem Entstehen

zuvor kam, da Förderungskontroversen zwischen Befürwortern und Befürworterinnen einer exklusiv lautsprachlichen Förderung von gehörlosen Kindern und den Befürwortern und Befürworterinnen einer gebärdensprachlichen oder bilingualen Förderung der besagten Zielgruppe bereits historisch belegt sind, und somit unabhängig vom Einsatz von Cochlear Implantaten bei gehörlosen Kindern vorherrschten und weiterhin Bestand haben (vgl. Gale 2010, 121).

Insgesamt konnte zwar aus den unterschiedlichen Diskursen über Cochlear Implantationen aus Sicht der Gehörlosengemeinschaft keine eindeutige Positionierung, hinsichtlich der Akzeptanz oder der Ablehnung der Technologie, abgeleitet werden, welche von allen Angehörigen der internationalen Gehörlosengemeinschaft getragen würde, jedoch zeigten sich liberale Diskurse auf, welche eine grundsätzliche Akzeptanz bzw. Toleranz der Technologie in Aussicht stellten, wenn gewisse Bedingungen seitens der Befürworter und Befürworterinnen von Cochlear Implantaten erfüllt würden. Diese Bedingungen umfassten unter anderem bilinguale Förderung und Beschulung, Anerkennung von Gebärdensprache und Gehörlosengemeinschaft, sowie unabhängige, objektive Forschung und Beratung von betroffenen Eltern, die unter Einbindung von gehörlosen Erwachsenen stattfinden sollte, damit insgesamt dem vorherrschenden Informationsmangel entgegen gewirkt werden könne, und betroffene Eltern tatsächlich in die Lage versetzt würden, eine informierte und überlegte Entscheidung ohne Zeitdruck treffen zu können (vgl. z.B. Hyde, Power 2006, 107-108; Ouellette 2011, 1270; ÖGLB 2011). Die Ergebnisse der Analyse wiesen jedoch ein zentrales Merkmal auf, welches bereits als Kernkategorie „Mangel an Akzeptanz“ während des Analyseprozesses immer deutlicher wurde, und auch durch diese liberale Positionierung innerhalb der Gehörlosengemeinschaft nicht entkräftet werden konnte. Somit konnte diese Analyse schlussendlich zwar keine eindeutige, umfassende Positionierung der internationalen Gehörlosengemeinschaft bezogen auf den Umgang mit der Technologie „Cochlear Implantat“, welche der Orientierung aller Angehörigen entspricht, feststellen, sondern offenbarte als Ergebnis mehrere Positionierungen innerhalb der Diskurse, die jedoch alle von einem Mangel an Akzeptanz für die Perspektiven anderer Akteure und Akteurinnen geprägt war, der weit über den Umgang mit der Technologie „Cochlear Implantat“ durch die Gehörlosengemeinschaft und anderer Akteure und Akteurinnen hinausging.

19. Ausblick:

Dieses Forschungsvorhaben, welches seit Monaten verfolgt wurde, um herauszufinden, ob eine Vorannahme schlussendlich Gewissheit oder widerlegt werden würde, findet nun mit diesen Ausführungen ein Ende, doch die Diskurse über Cochlear Implantationen werden dadurch nicht berührt, und diese Analyse ließ viele Facetten des Phänomens offen, da nur eine begrenzte Anzahl an Diskursfragmenten auch Teil der Analyse werden konnte und stets neue Erzählereignisse ihren Ursprung im Diskurs finden, wie auch diese Analyse als Teil der Diskurse gesehen werden kann:

„Die Ergebnisse dieser Untersuchungen werden zum Gegenstand weiterer wissenschaftlicher Diskurse, die ihre Inhalte aufnehmen, ihre Vorgehensweisen kritisieren, ihre formalen Annahmen weiterführen oder widerlegen mögen. Sie reihen sich ein in die Verkettung von Aussagen, die das gesellschaftliche Gewebe und den ‚Dschungel‘ von Prozessen symbolischer Ordnung konstituieren“
(Keller 2011b, 323).

Diese Analyse barg in ihren Ergebnissen den Hinweis auf einen grundlegenden Mangel an Akzeptanz aller Akteure und Akteurinnen in den Diskursen für divergierende Perspektiven, welche rückführbar auf Diskurse über Grundsatzfragen der Gesellschaft war. Davon ausgehend erscheint es von Interesse, zunächst Diskurse über soziale Konstrukte wie „Normalität“ und „Beeinträchtigung“ als Themen weiterführender Überlegungen und Forschungsvorhaben zu fokussieren.

20. Literaturverzeichnis:

Achiques, Maria T. et al (2010): Cochlear implant complications and failures. In: Acta Otorrinolaringológica Esp. 61 (6), 412-417.

Antor, Georg; **Bleidick**, Ulrich (2006): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis. W. Kohlhammer Verlag: Stuttgart. 2.Aufl.

Archbold, Sue; **Wheeler**, Alexandra (2010): Cochlear Implants: Family and Young People's Perspectives. In: Marschark, Marc; Spencer, Patricia Elizabeth (Hrsg.): The Oxford Handbook of DEAF STUDIES, LANGUAGE, AND EDUCATION. Band 2. Oxford University Press: New York. 224-240.

Aschendorff, Antje et al (2009): Technologisch- chirurgischer Fortschritt bei der Cochlear Implantation. In: Ernst, Arne; Battmer, Rolf-Dieter; Todt, Ingo (Hrsg.): Cochlear Implant heute. Springer Medizin Verlag: Heidelberg. 39- 46.

Baidya, Dalim K.; **Dehran**, Maya (2011): Anaesthesia for cochlear implant surgery. In: Trends in Anaesthesia and Critical Care 1, 90- 94.

Baker, Colin (2010): Sign Language and the Deaf Community. In: Fishman, Joshua A.; García, Ofelia (Hrsg.): Handbook of Language & Ethnic Identity: Disciplinary & regional perspectives. Oxford University Press: New York. 153-171.

Bauman, H.-Dirksen L. (2004): Audism: Exploring the Metaphysics of Oppression. In: Journal of Deaf Studies and Deaf Education 9 (2), 239-246.

Baumgartner, Wolf-Dieter (2011): Cochlear Implants – a brilliant past and a bright future. In: Wiener Medizinische Wochenschrift Skriptum 8 (9), 16-18.

Biewer, Gottfried (2009): Grundlagen der Heilpädagogik und Inklusiven Pädagogik. In: Julius Klinkhardt Verlag: Bad Heilbrunn.

Beltz, Katja; **Seidel**, Kenneth-Kamal; **Latuske**, Marliese (2010): Offener Brief-Bundeselternverband gehörloser Kinder e.V. In: DAS ZEICHEN 85, 256-257.

Bentele, Katrin (2010): Zur Frage des Umgangs mit der Frage nach dem Cochlea-Implantat (CI). Ein Kommentar. In: DAS ZEICHEN 86, 408- 415.

Blume, Stuart (2010): The Artificial Ear. Cochlear Implants and the Culture of Deafness. Rutgers University Press: New Brunswick, New Jersey.

Branson, Jan; **Miller**, Don (2002): Damned for Their Difference: The Cultural Construction of Deaf People as Disabled. A Sociological History. Gallaudet University Press: Washington D.C.

Breivik, Jan-Kare (2005): Vulnerable but strong: Deaf people challenge established understandings of deafness. In: Scandinavian Journal of Public Health 33 (66), 18-23.

Brimacombe, Judith A.; **Beiter**, Anne L. (1996): Cochlear Implants. In: Gerber, Sanford E. (Hrsg.): The Handbook of Pediatric Audiology. Gallaudet University Press: Washington D.C. 277- 313.

Brink, Alfred (2007): Anfertigung wissenschaftlicher Arbeiten. Ein prozessorientierter Leitfaden zur Erstellung von Bachelor-, Master- und Diplomarbeiten in acht Lerneinheiten. Oldenbourg Verlag: München. 3. Aufl.

Bundschuh, Konrad; **Heimlich**, Ulrich; **Krawitz**, Rudi (2007): Wörterbuch Heilpädagogik. Ein Nachschlagewerk für Studium und pädagogische Praxis. Julius Klinkhardt Verlag: Bad Heilbrunn. 3.Aufl.

Bünthe, Hermann; **Bünthe**, Klaus (2004): Das Spektrum der Medizin. Illustriertes Handbuch von den Grundlagen bis zur Klinik. Schattauer Verlag: Stuttgart.

Burch, Susan (2002): Signs of Resistance: American deaf cultural history, 1900 to World War II. New York University Press: New York.

Christiansen, John B.; **Leigh**, Irene (2002): Cochlear Implants in Children: Ethics and Choices. Gallaudet University Press: Washington D.C.

Christiansen, John B.; **Leigh**, Irene (2004): Children With Cochlear Implants. Changing Parent and Deaf Community Perspectives. In: Archives of otolaryngology- head and neck surgery. Vol. 130, 673- 677.

Christiansen, John B.; **Leigh**, Irene; **Spencer**, Patricia E. (2002): History of Cochlear Implants. In: Christiansen, John B.; Leigh, Irene (2002): Cochlear Implants in Children: Ethics and Choices. Gallaudet University Press: Washington D.C. 15- 44.

Cloerkes, Günther (2009): Stigma/Vorurteil. In: Dederich, Markus; Jantzen, Wolfgang (Hrsg.): Behinderung und Anerkennung. W. Kohlhammer Verlag: Stuttgart. 208- 212.

Cohen, Noel L; **Roland**, J. Thomas (2006): Complications of Cochlear Implant Surgery. In: Waltzman, Susan B.; Roland, J. Thomas (Hrsg.): Cochlear Implants. Thieme Medical Publishers: New York, 2.Aufl. 126-132.

Coninx, Frans (2011): Zur Notwendigkeit der Früherfassung von Hörstörungen. In: Kißgen, Rüdiger; Heinen, Norbert (Hrsg.): Familiäre Belastungen in früher Kindheit. Früherkennung, Verlauf, Begleitung, Intervention. Klett-Cotta Verlag: Stuttgart. 125-132.

Cosetti, Maura; **Roland**, J. Thomas (2010): Cochlear Implantation in the Very Young Child: Issues Unique to the Under-1 Population. In: Trends in Amplification 14 (1), 46-57.

Davis, Lennard J. (2010): The Artificial Ear. Cochlear Implants and the Culture of Deafness. In: Bulletin of the History of Medicine 84(4), 703-704.

Dederich, Markus (2009): Behinderung als sozial- und kulturwissenschaftliche Kategorie. In: Dederich, Markus; Jantzen, Wolfgang (Hrsg.): Behinderung und Anerkennung. Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik. W. Kohlhammer Verlag: Stuttgart. 15-40.

Deumert, Ana (2004): Ethnicity/Ethnizität. In: Ammon, Ulrich (Hrsg.): Sociolinguistics. Soziolinguistik. An International Handbook of the Science of Language and Society. Ein internationales Handbuch zur Wissenschaft von Sprache und Gesellschaft. Walter de Gruyter Verlag: Berlin. 2. Aufl. 355-359.

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Ev. Gehörlosenseelsorge (2010): Gehörlosigkeit – eine Sorgerechtsverletzung? In: DAS ZEICHEN 86, 421.

Deutscher Gehörlosenbund (2010): Pressemitteilung. In: DAS ZEICHEN 85, 258-259.

Diller, Gottfried (1997): Hören mit einem Cochlear- Implant. Eine Einführung. Universitätsverlag C. Winter: Heidelberg. 2.Aufl.

Diller, Gottfried (1998): Lernen mit allen Sinnen. In: Diller, Gottfried (Hrsg.): Hörgerichtetheit in der Praxis. Universitätsverlag C. Winter: Heidelberg. 9-26.

Diller, Gottfried (2009): Hörschäden. In: Grohnfeldt, Manfred (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie 3: Diagnostik, Prävention und Evaluation. Kohlhammer Verlag: Stuttgart. 2.Aufl. 199-207.

Diller, Gottfried; Graser, Peter; Schmalbrock, Cornelia (2000): Hörgerichtete Frühförderung hochgradig hörgeschädigter Kleinkinder. Universitätsverlag C. Winter: Heidelberg.

Dotter, Franz (2000): Gehörlose: Humane Integration oder medizinische Auslöschung? In: Hovorka, Hans; Sigot, Marion (Hrsg.): Intergration(spädagogik) am Prüfstand. Menschen mit Behinderungen außerhalb von Schule. Studien – Verlag: Innsbruck, Wien, München. 245-264.

Dotter, Franz; Okorn, Ingeborg (2003): Austria's Hidden Conflict: Hearing Culture Versus Deaf Culture. In: Monaghan, Leila; Schmaling, Constanze; Nakamura, Karen; Turner, Graham (Hrsg.): Many Ways to be Deaf. International Variation in Deaf Communities. Gallaudet University Press: Washington D.C. 49- 66.

Duden (2007): Das Fremdwörterbuch. Dudenverlag: Mannheim. 9.Aufl.

Duden (2010): Die deutsche Rechtschreibung. Dudenverlag: Mannheim, Zürich. 25. Aufl.

Eckert, Richard C. (2010): Toward a Theory of Deaf Ethnos: Deafnicity~ D/deaf. (Hómaemon. Homóglosson. Homóthreskon). In: Journal of Deaf Studies and Deaf Education 15 (4), 317-333.

Ellmeier, Wolfgang; Hellbrück, Jürgen (2008): Hören- Psychoakustik- Audiologie. In: Weinzierl, Stefan (Hrsg.): Handbuch der Audiotechnik. Springer Verlag: Berlin, Heidelberg. 41-85.

Ernst, Arne; Battmer, Rolf-Dieter; Todt, Ingo (Hrsg.) (2009): Cochlear Implant heute. Springer Medizin Verlag: Heidelberg.

Eysholdt, Ulrich (2005): Soziale Integration schwerhöriger Kinder. In: Wendler, Jürgen; Seidner, Wolfram; Eysholdt, Ulrich (Hrsg.): Lehrbuch der Phoniatrie und Pädaudiologie. Georg Thieme Verlag: Stuttgart. 4.Aufl. 435-445.

Flick, Uwe (2006): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Rowohlt Taschenbuch Verlag: Reinbek bei Hamburg. 4.Aufl.

Friedrich, Gerhard (2008): Grundlagen 1: Physiologie von Stimme und Sprechen. In: Friedrich, Gerhard; Bigenzahn, Wolfgang; Zorowka, Patrick (Hrsg.): Phoniatrie und Pädaudiologie. Einführung in die medizinischen, psychologischen und linguistischen Grundlagen von Stimme, Sprache und Gehör. Hans Huber Verlag: Bern. 4.Aufl. 25-66.

Gaines, Robin A. (2003): The Value of Deaf Culture: Should States have the Right to Mandate Placement of Cochlear Implants? In: Current Surgery 60 (6), 600-601.

Gale, Elaine (2010): Exploring Perspectives on Cochlear Implants and Language Acquisition Within the Deaf Community. In: Journal of Deaf Studies and Deaf Education 16 (1), 121-139.

Glaser, Barney; **Strauss**, Anselm (2009): The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Aldine Transaction Books: New Jersey. 4.Aufl.

Goffman, Irving (1963): Stigma: notes on the management of spoiled identity. Simon & Schuster Verlag: New York.

Gogusevski, Borislav (2011): Surgical techniques in cochlear implantation. In: Journal of Hearing Science 1 (1), 41.

Gonsoulin, Thomas P. (2001): Commentary. Cochlear implant/Deaf World dispute: Different bottom elephants. In: Otolaryngology-Head and Neck Surgery 125 (5), 552-556.

Gregory, Susan; **Hartley**, Gillian M. (2002): Constructing Deafness. Continuum Verlag: London.

Groce, Nora Ellen (1990): Jeder sprach hier Gebärdensprache. erblich bedingte Gehörlosigkeit auf der Insel Martha's Vineyard. Signum Verlag: Hamburg.

Hardonk, Stefan et al (2010): Pediatric cochlear implantation: A qualitative study of parental decision-making processes in Fladers, Belgium. In: American Annals of the Deaf 155 (3), 339-352.

Hardonk, Stefan et al (2011): Deaf parents and pediatric cochlear implantation: An exploration of the decision-making process. In: American Annals of the Deaf 156 (3), 290-304.

Hildmann, Henning; **Lautermann**, Jürgen (2008): Krankheiten von Hals, Nase und Ohren. In: Fritze, Jürgen; Mehrhoff, Friedrich (Hrsg.): Die Ärztliche Begutachtung: Rechtsfragen, Funktionsprüfungen, Beurteilungen. Steinkopff Verlag: Würzburg. 7. Aufl. 253-262.

Hintermair, Manfred (2010): Worauf Kinder mit einer Hörschädigung ein Recht haben. In: DAS ZEICHEN 86, 422- 431.

Hintermair, Manfred; **Albertini**, John A. (2005): Ethics, Deafness, and New Medical Technologies. In: Journal of Deaf Studies and Deaf Education 10 (2), 184-192.

Horsch, Ursula (2003): Pädagogische Interventionen bei Beeinträchtigungen der auditiven Wahrnehmung. In: Leonhard, Annette; Wember, Franz B. (Hrsg.): Grundfragen der Sonderpädagogik. Bildung-Erziehung-Behinderung. Ein Handbuch. Beltz Verlag: Weinheim, Basel, Berlin. 324-348.

Hoth, Sebastian et al (2008): Das Cochlea-Implantat. Eine Informationsschrift für Patienten. UniversitätsKlinikum Heidelberg: Neustadt.

Hoth, Sebastian (2011): Audiometrie- Die Untersuchung des Gehörs und seine technische Versorgung. In: Kramme, Rüdiger (Hrsg.): Medizintechnik: Verfahren - Systeme – Informationsverarbeitung. Springer Verlag: Berlin, Heidelberg. 4. Aufl. 217- 270.

Humphries, Tom; **Humphries**, Jacqueline (2010): Deaf in the Time of the Cochlea. In: Journal of Deaf Studies and Deaf Education 16 (2), 153-163.

Hülshoff, Thomas (2010): Medizinische Grundlagen der Heilpädagogik. Ernst Reinhardt Verlag: München. 2. Aufl.

Hülst, Dirk (2010): Grounded Theory. In: Friebertshäuser, Barbara; Langer, Antje; Prengel, Annedore (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Juventa Verlag: Weinheim, München. 3.Aufl. 281- 300.

Hyde, Merv; **Power**, Des (2006): Some Ethical Dimensions of Cochlear Implantation for Deaf Children and Their Families. In: Journal of Deaf Studies and Deaf Education 11 (1). 102-111.

Hyde, Merv; **Punch**, Renée; **Komesaroff**, Linda (2010): A comparison of the anticipated benefits and received outcomes of pediatric cochlear implantation: parental perspectives. In: American Annals of the Deaf 155 (3), 322- 338.

Johnstone, Barbara; **Eisenhart**, Christopher (Hrsg.) (2008): Rhetoric in Detail: Discourse Analyses of Rhetorical Talk and Text. John Benjamins Publishing: Amsterdam.

Jokinen, Markku (2001): "The Sign Language Person" – a term to describe us and our future more clearly? In: Leeson, Lorraine (Hrsg.). Looking forward: EUD in the 3rd millennium – the deaf citizen in the 21st century. Proceedings of a conference to celebrate 15 years of the European Union of the Deaf. Douglas Maclean Verlag: Coleford. 50-63.

Keller, Reiner (2008): Diskurse und Dispositive analysieren. Die Wissenssoziologische Diskursanalyse als Beitrag zu einer wissensanalytischen Profilierung der Diskursforschung. In: Historical Social Research 33 (1), 73-107.

Keller, Reiner (2011a): Diskursforschung. Eine Einleitung für SozialwissenschaftlerInnen. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. 4.Aufl.

Keller, Reiner (2011b): Wissenssoziologische Diskursanalyse: Grundlegung eines Forschungsprogramms. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. 3.Aufl.

Keller, Reiner et al (2010): Die vielgestaltige Praxis der Diskursforschung- Eine Einführung. In: Keller, Reiner et al (Hrsg.): Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Band 2. Forschungspraxis. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. 4.Aufl. 7-20.

Kempff, Hans-Georg; **Büchner**, Andreas; **Stöver**, Timo (2003): Kochleaimplantat bei Erwachsenen: Indikation und Durchführung. In: HNO 51 (8), 663-676.

Kermit, Patrick (2009): Deaf or deaf? Questioning alleged antinomies in the bioethical discourses on cochlear implantation and suggesting an alternative approach to d/Deafness. In: Scandinavian Journal of Disability Research 11 (2), 159-174.

Kermit, Patrick (2010): Choosing for the child with cochlear implants: a note of precaution. In: Medicine, Health Care and Philosophy 13 (2), 157-167.

Kießling, Jürgen (2010): Aktuelle Möglichkeiten der Hörgeräteversorgung. In: Plinkert, Peter K.; Klingmann, Christoph (Hrsg.): Hören und Gleichgewicht. Im Blick des gesellschaftlichen Wandels. 7.Hennig- Symposium, Heidelberg. Springer Verlag: Wien. 253-262.

Klein, Ferdinand; **Meinertz**, Friedrich; **Kausen**, Rudolf (1999): Heilpädagogik: Ein pädagogisches Lehr- und Studienbuch. Julius Klinkhardt Verlag: Bad Heilbrunn. 10. Aufl.

Knapp, Heather P.; **Corina**, David P. (2008): Cognitive and Neural Representations of Language: Insights from Sign Languages of the Deaf. In: Lindgren, Kristen A.; DeLuca, Doreen; Napoli, Donna Jo (Hrsg.): Signs & Voices. DEAF CULTURE, IDENTITY, LANGUAGE, AND ARTS. Gallaudet University Press: Washington D.C. 77-89.

Komesaroff, Linda R. (Hrsg.) (2007): Surgical Consent: Bioethics and Cochlear Implantation. Gallaudet University Press: Washington D.C.

Kompis, Martin (2009): Audiologie. Hans Huber Verlag: Bern. 2.Aufl.

Krausneker, Verena (2006): Taubstumm bis gebärdensprachig: die österreichische Gebärdensprachgemeinschaft aus soziolinguistischer Perspektive. Drava- Verlag: Klagenfurt, Celovec.

Krausneker, Verena (2008): The protection and promotion of sign languages and the rights of their users in Council of Europe member states: needs analysis. Council of Europe: Strasbourg.

Krentz, Christopher (2004): Deaf Culture Prevails. In: Sign Language Studies 4 (2), 198-209.

Krüger, Heinz-Hermann (2009): Einführung in Theorien und Methoden der Erziehungswissenschaft. Barbara Budrich Verlag: Opladen. 5.Aufl.

Kyle, Jim (2002): Promising Progress. Deaf Communities and Aspirations in Europe. In: Schulmeister, Rolf; Reinitzer, Heimo (Hrsg.): Progress in Sign Language Research. In Honor of Siegmund Prillwitz / Fortschritte in der Gebärdensprachforschung. Festschrift für Siegmund Prillwitz. Signum Verlag: Seedorf, Hamburg. 83-96.

Lachenmayr, Bernhard; **Hamann**, Karl-Friedrich (2008): Sinnesorgane. In: Dörfler, Hans; Eisenmenger, Wolfgang; Lippert, Hans-Dieter; Wendl, Ursula (Hrsg.): Medizinische Gutachten. Springer Medizin Verlag: Heidelberg. 361-400.

Ladd, Paddy (2007): Cochlear Implantation, Colonialism, and Deaf Rights. In: Komesaroff, Linda R. (Hrsg.): Surgical Consent: Bioethics and Cochlear Implantation. Gallaudet University Press: Washington D.C. 1-29.

Ladd, Paddy (2008): Was ist deafhood? Gehörlosenkultur im Aufbruch. Signum Verlag: Seedorf.

Ladd, Paddy (2011): Understanding Deaf Culture. In Search of Deafhood. Multilingual Matters Verlag: Clevedon, Buffalo, Toronto, Sydney.

Lane, Harlan L. (1993): The Medicalization of Cultural Deafness in Historical Perspective. In: Fischer, Renate; Lane, Harlan L. (Hrsg.): Looking back. A Reader on the History of Deaf Communities and their Sign Languages. Signum Press: Hamburg. 479- 493.

Lane, Harlan L. (1994): Die Maske der Barmherzigkeit. Unterdrückung von Sprache und Kultur der Gehörlosengemeinschaft. Signum Verlag: Hamburg.

Lane, Harlan L. (2002): Do Deaf People Have a Disability? In: Sign Language Studies 2 (4), 356-379.

Lane, Harlan L. (2005): Ethics and Deafness. Ethnicity, Ethics, and the Deaf-World. In: Journal of Deaf Studies and Deaf Education 10 (3), 291-310.

Lane, Harlan L. (2007): Ethnicity, Ethics, and the Deaf-World. In: Komesaroff, Linda R. (Hrsg.): Surgical Consent: Bioethics and Cochlear Implantation. Gallaudet University Press: Washington D.C. 42-69.

Lane, Harlan L.; **Bahan**, Benjamin (1998): Ethics of cochlear implantation in young children: A review and reply from a Deaf-World perspective. In: Otolaryngology- Head Neck Surgery 119 (4), 297-313.

Lane, Harlan L.; **Grodin**, Michael (1997): Ethical Issues in Cochlear Implant Surgery: An Exploration into Disease, Disability, and the Best Interests of the Child. In: Kennedy Institute of Ethics Journal 7 (3), 231-251.

Langer, Antje; **Wrana**, Daniel (2010): Diskursforschung und Diskursanalyse. In: Friebertshäuser, Barbara; Langer, Antje; Prengel, Annedore (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Juventa Verlag: Weinheim, München. 3.Aufl. 335-349.

Lazarus, Hans et al (2007): Akustische Grundlagen sprachlicher Kommunikation. Springer Verlag: Berlin.

Leist, Anton (2010): Autonom gehörlos sein. In: DAS ZEICHEN 85, 232-246.

Leitner, Barbara (2008): Menschen mit Beeinträchtigungen. Ergebnisse der Mikrozensus-Zusatzfragen im 4. Quartal 2007. In: Statistische Nachrichten 12, 1132- 1141.

Leonhardt, Annette (2002): Einführung in die Hörgeschädigtenpädagogik. Ernst Reinhardt Verlag: München. 2.Aufl.

Leonhardt, Annette (2003): Symptomatik, Ätiologie und Diagnostik bei Beeinträchtigungen der auditiven Wahrnehmung. In: Leonhardt, Annette; Wember, Franz B. (Hrsg.): Grundfragen der Sonderpädagogik. Bildung-Erziehung-Behinderung. Ein Handbuch. Beltz Verlag: Weinheim, Basel, Berlin. 304-323.

Leonhardt, Annette (2009a): Cochlea- Implantate für gehörlose Kinder gehörloser Eltern? In: Ernst, Arne; Battmer, Rolf-Dieter; Todt, Ingo (Hrsg.): Cochlear Implant heute. Springer Medizin Verlag: Heidelberg. 63- 71.

Leonhardt, Annette (2009b): Hören und Sprechen- Versuch einer Systematisierung und Bestandsaufnahme. In: Leonhardt, Annette (Hrsg.): Ausbildung des Hörens – Erlernen des Sprechens. Beltz Verlag: Weinheim, Basel. 11-25.

Leonhardt, Annette (2010): Einführung in die Hörgeschädigtenpädagogik. Ernst Reinhardt Verlag: München. 3.Aufl.

Leonhardt, Annette; **Zaiß**, Ulrike (2002): Hörgerichtet fördern. Auditiv-verbale Therapie für hörgeschädigte Kinder. Beltz Verlag: Weinheim, Berlin, Basel.

Leuninger, Helen (2003): Sprachproduktion im Vergleich: Deutsche Lautsprache und Deutsche Gebärdensprache. In: Rickheit, Gert; Deutsch, Werner (Hrsg.): Psycholinguistik. Psycholinguistics. Ein internationales Handbuch. An International Handbook. Walter de Gruyter Verlag: Berlin. 707-729.

Lesinski-Schiedat, Anke et al (2006): Kochleaimplantation bei Kindern im 1. Lebensjahr. Vorläufige Ergebnisse. In: HNO 54 (7) , 565- 569.

Li, Yuelin; **Bain**, Lisa; **Steinberg**, Annie G. (2004): Parental decision- making in considering cochlear implant technology for a deaf child. In: International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 68, 1027-1038.

Liddell, Scott K. (2003): Grammar, Gesture, and Meaning in American Sign Language. Cambridge University Press: Cambridge.

Lloyd, Karen; **Uniacke**, Michael (2007): Deaf Australians and the Cochlear Implant: Reporting from Ground Level. In: Komesaroff, Linda R. (Hrsg.): Surgical Consent: Bioethics and Cochlear Implantation. Gallaudet University Press: Washington D.C. 174-194.

Madell, Jane R; **Sislian**, Nicole; **Hoffman**, Ronald (2004): Speech perception for cochlear implant patients using hearing aids on the unimplanted ear. In: Miyamoto, Richard T. (Hrsg.): Cochlear Implants. Proceedings of the VIII International Cochlear Implant Conference held in Indianapolis, Indiana, USA between 10 and 13 May 2004. Elsevier Verlag: Amsterdam. 223-226.

Maurer, Jan (2009): Gegenwärtiger Stand der Kochleaimplantatversorgung bei Erwachsenen und Kindern. In: HNO 57 (7), 693- 706.

McIlroy, Guy; **Storbeck**, Claudine (2011): Development of Deaf Identity: An Ethnographic Study. In: Journal of Deaf Studies and Deaf Education 16 (4), 494- 511.

Mey, Günter; **Mruck**, Katja (2010): Grounded – Theory- Methodologie. In: Mey, Günter; Mruck, Katja (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. 614-626.

Müller, Joachim (2005): Gestörtes Hören. Die apparative Versorgung der Schwerhörigkeit: Cochlea-Implantate und Hirnstammimplantate - Aktuelle Entwicklungen der letzten 10 Jahre. In: Laryngo-Rhino-Otologie 84 (1), 60-69.

Müller, Wenzel (2002): Besser hören. Alles über Schwerhörigkeit. Leben mit dem Hörverlust. Hörgeräte: Typen und Preise. S.Hirzel Verlag: Wien.

Müller, Sabine; **Zaracko**, Ariana (2010): Haben gehörlose Kleinkinder ein Recht auf ein Cochleaimplantat? In: Nervenheilkunde 29 (4), 244- 248.

Müller, Roland; **Ziese**, Michael (2010): Technischer Leitfaden Cochlea Implantat. Universitäts- HNO- Klinik Magdeburg. Universitäts- HNO- Klinik Magdeburg: Magdeburg.

Nejedlo, Ilona (2003): Hör-, Sprach-, Sprech-und Stimmstörungen. In: Lentze, Michael J.; Schaub, Jürgen; Schulte, Franz J.; Spranger, Jürgen (Hrsg.): Pädiatrie. Grundlagen und Praxis. Springer Verlag: Berlin, Heidelberg. 2.Aufl. 1661-1664.

Nomeland, Melvia M.; **Nomeland**, Ronald E. (2012): The deaf community in America: history in the making. McFarland Verlag: North Carolina.

Nunes, Rui (2001): Ethical Dimension of Paediatric Cochlear Implantation. In: Theoretical Medicine 22, 337-349.

Nußbeck, Susanne (2007): Sprache- Entwicklung, Störungen und Interventionen. Kohlhammer Verlag: Stuttgart.

Obasi, Chijioke (2008): Seeing the Deaf in “Deafness”. In: Journal of Deaf Studies and Deaf Education 13(4), 455-465.

Ouellette, Alicia (2011): Hearing the Deaf: Cochlear Implants, the Deaf Community, and Bioethical Analysis. In: Valparaiso University Law Review 45 (3), 1247-1270.

Österreichischer Gehörlosenbund (2011): Humanität in der Medizin. Skandalöser Artikel eines Mediziners erregt die Gemüter. In: GebärdenSache 63 (3), 6-7.

Österreichisches Wörterbuch (1997): Neubearbeitung auf der Grundlage des amtlichen Regelwerkes. ÖBV Pädagogischer Verlag: Wien. 38.Aufl.

Padden, Carol A. (1998): From the cultural to the bicultural: The modern deaf community. In: Parasnis, Ila (Hrsg.): Cultural and Language Diversity and the Deaf Experience. Cambridge University Press: New York. 79-98.

Padden, Carol A. (2002): The Deaf Community and the Culture of Deaf People. In: Gregory, Susan; Hartley, Gillian M. (Hrsg.): Constructing Deafness. Continuum Verlag: London. 40-45.

Padden, Carol A.; **Humphries**, Tom L. (1999): Deaf in America: voices from a culture. Harvard University Press: Cambridge, London.

Pagel, Horst (2006): Historische Anmerkungen zur Kultur und Kommunikation Gehörloser. In: Focus Mul 23 (2), 102-109.

Peterson, Paal Richard (2007): Freedom of Speech for Deaf People. In: Komesaroff, Linda R. (Hrsg.): Surgical Consent: Bioethics and Cochlear Implantation. Gallaudet University Press: Washington D.C. 165- 173.

Pisoni, David B. et al (2008): Efficacy and Effectiveness of Cochlear Implants in Deaf Children. In: Marschak, Mark; Hauser, Peter C. (Hrsg.): Deaf Cognition. Foundations and Outcomes. Oxford University Press: New York. 52-101.

Pray, Janet L.; **Jordan**, I. King (2010): The Deaf Community and Culture at a Crossroads: Issues and Challenges. In: Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation 9 (2-3), 168-193.

Prillwitz, Siegmund (2005): Phonologie. Das Sprachinstrument von Gebärdensprachen und die phonologische Umsetzung für die Handformkomponente der DGS. In: Leuninger, Helen; Happ, Daniela (Hrsg.): Gebärdensprachen: Struktur, Erwerb, Verwendung. Helmut Buske Verlag: Hamburg. 29-58.

Przyborski, Aglaja; **Wohlrab-Sahr**, Monika (2009): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. Oldenbourg Verlag: München. 2.Aufl.

Ptok, Martin (2009): Hörprüfungen beim Säugling und Kleinkind. In: Lehnhardt, Ernst; Laszig, Roland (Hrsg.): Praxis der Audiometrie. Georg Thieme Verlag: Stuttgart. 9. Aufl. 97-111.

Ptok, Martin (2011): Früherkennung von Schwerhörigkeiten im Neugeborenen- und Säuglingsalter - Early Detection of Hearing Impairment in Newborns and Infants. In: Deutsches Ärzteblatt 108 (25), 426-431.

Reinhold, Gerd; **Pollak**, Guido; **Heim**, Helmut (1999): Pädagogik- Lexikon. Oldenbourg Verlag: München.

Richter, Bernhard et al (2000): Psychische Belastung, Informiertheit und Behandlungserwartung von Eltern mit einem Cochlear Implant versorgten Kind. In: HNO 48 (9), 675-683.

Richter, Dagmar (2008): <<Ansprüche>> der Mehrheit auf Einsprachigkeit im Spannungsfeld des Minderheitenschutzes – Nationale und internationale Rechtslage. In: Lüdi, Georges; Seelmann, Kurt; Sitter-Liver, Beat (Hrsg.): Sprachenvielfalt und Kulturfrieden. Sprachminderheit- Einsprachigkeit-Mehrsprachigkeit: Probleme und Chancen sprachlicher Vielfalt. Academic Press Fribourg: Fribourg. 253- 294.

Rindler-Schjerve, Rosita (2002): Minderheiten in der europäischen Sprachpolitik: Perspektiven einer "neuen" Mehrsprachigkeit. In: Nelde, Peter H. (Hrsg.): Sprachpolitik und kleine Sprachen = Language policy and small languages = L'aménagement linguistique et les langues modiques. Niemeyer Verlag: Tübingen. 23-31.

Rost, Friedrich (2005): Lern- und Arbeitstechniken für das Studium. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. 4. Aufl.

Rösner, Hans- Uwe (2002): Jenseits normalisierender Anerkennung. Reflexionen zum Verhältnis von Macht und Behindertsein. Campus Verlag: Frankfurt.

Sailer, Rudolf (2010): Deutscher Gehörlosen-Bund e.V. Pressemitteilung. In: DAS ZEICHEN 85, 258-259.

Schiebler, Theodor H.; **Korf**, Horst-Werner (2007): Anatomie: Histologie, Entwicklungsgeschichte, makroskopische und mikroskopische Anatomie, Topographie; unter Berücksichtigung des Gegenstandskatalogs. Steinkopff Verlag: Darmstadt. 10.Aufl.

Schildmann, Ulrike (2009): Normalität. In: Dederich, Markus; Jantzen, Wolfgang (Hrsg.): Behinderung und Anerkennung. W. Kohlhammer Verlag: Stuttgart. 204-208.

Schlenker-Fischer, Andrea (2009): Demokratische Gemeinschaft trotz ethnischer Differenz. Theorien, Institutionen und soziale Dynamiken. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.

Schnorr, Heike (2007): Unterstützte Kommunikation. In: Schnorr, Heike (Hrsg.): Leben mit Behinderungen. Eine Einführung in die Rehabilitationspädagogik anhand von Fallbeispielen. Kohlhammer Verlag: Stuttgart. 39-49.

Schwab-Trapp, Michael (2010): Methodische Aspekte der Diskursanalyse. Probleme der Analyse diskursiver Auseinandersetzungen am Beispiel der deutschen Diskussion über den Kosovokrieg. In: Keller, Reiner; Hirsland, Andreas; Schneider, Werner; Viehöver, Willy (Hrsg.): Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Band 2. Forschungspraxis. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. 4.Aufl. 171-196.

Senghas, Richard J.; **Monaghan**, Leila (2002): SIGNS OF THEIR TIMES: Deaf Communities and the Culture of Language. In: Annual Review of Anthropology 31, 69-97.

Simonsen, Eva et al (2009): Great Expectations: Perspectives on Cochlear Implantation of deaf children in Norway. In: American Annals of the Deaf 154 (3), 263-273.

Skutnabb-Kangas, Tove (1994): Linguistik Human Rights. A Prerequisite for Bilingualism. In: Ahlgren, Inger; Hyltenstam, Kenneth (Hrsg.): Bilingualism in Deaf Education. Signum Verlag: Hamburg. 139-159.

Skutnabb-Kangas, Tove (2000): Linguistic genocide in education - or worldwide diversity and human rights? Lawrence Erlbaum Associates Verlag: Mahwah NJ.

Sparrow, Robert (2005): Defending Deaf Culture: The Case of Cochlear Implants. In: The Journal of Political Philosophy 13 (2), 135-152.

Stark, Thomas; **Helbig**, Silke (2011): Cochleaimplantatversorgung. Indikation im Wandel. In: HNO 59 (6), 605- 614.

Steffens, Thomas (2009): Bilaterale CI- Versorgung heute. In: Ernst, Arne; Battmer, Rolf-Dieter; Todt, Ingo (Hrsg.): Cochlear Implant heute. Springer Medizin Verlag: Heidelberg. 53-61.

Stocker, Kurt (2002): Spracherwerb beim hörgeschädigten Kind. Cochlea-Implantat, Gebärden und Frühstschriftsprache. SZH Edition Verlag: Luzern.

Strauss, Anselm; **Corbin**, Juliet (1996): Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Beltz Verlag: Weinheim.

Strübing, Jörg (2008): Was ist >gute< Grounded Theory? Konsequenzen einer pragmatischen Epistemologie für Qualitätssicherung und Gütekriterien. In: Strübing, Jörg (Hrsg.): Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. 2.Aufl. 79-94.

Swanson, Lynne (1997): Cochlear implants: the head-on collision between medical technology and the right to be deaf. In: Canadian Medical Association Journal 157 (7), 929-932.

Tarabichi, Muaaz et al (2008): Deafness in the developing world: the place of cochlear Implantation. In: The Journal of Laryngology & Otology 122, 877–880.

Titscher, Stefan et al (1998): Methoden der Textanalyse. Leitfaden und Überblick. Westdeutscher Verlag: Opladen, Wiesbaden.

Van Hoesel, Richard (2011): Bilateral Cochlear Implants. In: Zeng, Fan-Gang; Popper, Arthur N.; Fay, Richard R. (Hrsg.): Auditory Prostheses. New Horizons. Springer Handbook of Auditory Research 39. Springer Verlag: New York, Dordrecht, Heidelberg, London. 13-57.

Vester, Heinz-Günter (2009): Kompendium der Soziologie 1. Grundbegriffe. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. 1. Aufl.

Vogel, Arno (2010): Kommentar zum Artikel von Sabine Müller und Ariana Zaracko: „Haben gehörlose Kleinkinder ein Recht auf ein Cochleaimplantat?“ In: DAS ZEICHEN 86, 432-433.

Völter, Bettina; **Rosenthal**, Gabriele (2011): Diskursanalysen. In: Rosenthal, Gabriele (Hrsg.): Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung. Juventa Verlag: Weinheim, München. 3.Aufl. 228-234.

Weinberg, Aviva (2005): Pediatric Cochlear Implants: The Great Debate. In: Penn Bioethics Journal 1 (1), 1-4.

Wempe, Katrin (2009): „Es gibt Baustellen an allen Ecken und Enden!“ - Interview mit Helene Jarmer. In: DAS ZEICHEN 82, 206-213.

Wendler, Jürgen (2005): Phoniatrie und Pädaudiologie – die medizinische Disziplin für Kommunikationsstörungen. In: Wendler, Jürgen; Seidner, Wolfram; Eysholdt, Ulrich (Hrsg.): Lehrbuch der Phoniatrie und Pädaudiologie. Georg Thieme Verlag: Stuttgart. 4.Aufl. 3-10.

Wilbur, Ronnie B. (2008): Success with Deaf Children: How to Prevent Educational Failure. In: Lindgren, Kristen A.; DeLuca, Doreen; Napoli, Donna Jo (Hrsg.): Signs & Voices. DEAF CULTURE, IDENTITY, LANGUAGE, AND ARTS. Gallaudet University Press: Washington D.C. 117-138.

Wirth, Günter (2000): Sprachstörungen, Sprechstörungen, Kindliche Hörstörungen. Lehrbuch für Ärzte, Logopäden und Sprachheilpädagogen. Deutscher Ärzte – Verlag: Köln. 5. Aufl.

Zdenek, Sean (2008): Muted voices. Cochlear Implants, new discourse, and the public fascination with curing deafness. In: Johnstone, Barbara; Eisenhart, Christopher (Hrsg.): Rhetoric in Detail: Discourse Analyses of Rhetorical Talk and Text. Amsterdam: John Benjamins Publishing. 147-172.

Zeng, Fan-Gang (2004): Auditory Prostheses: Past, Present, and Future. In: Zeng, Fan-Gang; Popper, Arthur N.; Fay, Richard R. (Hrsg.): Cochlear Implants: Auditory Prostheses and Electric Hearing. Springer Handbook of Auditory Research 20. Springer Verlag: New York. 1-13.

Zeng, Fan-Gang (2011): Advances in Auditory Prostheses. In: Zeng, Fan-Gang; Popper, Arthur N.; Fay, Richard R. (Hrsg.): Auditory Prostheses. New Horizons. Springer Handbook of Auditory Research 39. Springer Verlag: New York, Dordrecht, Heidelberg, London. 1-11.

Zenner, Hans-Peter (2010): Die Kommunikation des Menschen: Hören und Sprechen. In: Schmidt, Robert F.; Lang, Florian; Heckmann, Manfred (Hrsg.): Physiologie des Menschen: mit Pathophysiologie mit Repetitorium. Springer Medizin Verlag: Heidelberg. 31. Aufl. 315-335.

Zorowka, Patrick (2008): Pädaudiologie. In: Friedrich, Gerhard; Bigenzahn, Wolfgang; Zorowka, Patrick (Hrsg.): Phoniatrie und Pädaudiologie. Einführung in die medizinischen,

psychologischen und linguistischen Grundlagen von Stimme, Sprache und Gehör. Hans Huber Verlag: Bern. 4.Aufl. 345-417.

Zorowka, Patrick; Höfler, Heribert (2008): Grundlagen V: Ohr und Gehör. In: Friedrich, Gerhard; Bigenzahn, Wolfgang; Zorowka, Patrick (Hrsg.): Phoniatrie und Pädaudiologie. Einführung in die medizinischen, psychologischen und linguistischen Grundlagen von Stimme, Sprache und Gehör. Hans Huber Verlag: Bern. 4.Aufl. 329-343.

21. Onlineressourcen:

Advanced Bionics (2012): About Advanced Bionics. URL: http://www.advancedbionics.com/com/en/system/footer/about_us.html [15.04.2012]

AGBell Association (2012): Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard of Hearing. URL: <http://nc.agbell.org/page.aspx?pid=348> [05.03.2012]

AGBell Association (2012b): Volta Review. URL: <http://nc.agbell.org/page.aspx?pid=501> [05.03.2012]

Albany Law School (2012): Faculty Directory. URL: http://www.albanylaw.edu/sub.php?navigation_id=157&user_id=59 [22.05.2012]

Aussenministerium Österreich (2012): Minderheitenrechte. URL: <http://www.bmeia.gv.at/aussenministerium/aussenpolitik/menschenrechte/schwerpunktthe-men/minderheitenrechte.html> [16.02.2012]

Baumgartner, Wolf-Dieter (2011): Cochlea Implantate – eine ökonomische Analyse. URL: <http://www.springermedizin.at/artikel/22169-cochlea-implantate-eine-oekonomische-analyse> [19.02.2012]

Bentele, Katrin (2012): Wundermittel CI? – Immer kommunikationsfähig durch Zweisprachigkeit. URL: http://www.gehoerlosen-bund.de/dgb/images/stories/elternratgeber_pdfs/er_buch_bentele_s58-59_final.pdf [19.04.2012]

BIZEPS (2012): BIZEPS. BERATUNG. URL: <http://www.bizeps.or.at/bizeps/> [14.04.2012]

Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem (2005): Bundesrecht konsolidiert. Bundes – Verfassungsgesetz. URL: <http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NR40066723> [15.6.2011]

Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem (2006): Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz. URL: <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004228&ShowPrintPreview=True> [23.04.2012]

Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem (2010): Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Einschätzungsverordnung. URL:

<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20006879&ShowPrintPreview=True> [21.04.2012]

Bundessozialamt (2012): Gesetzestexte und Richtlinien. URL: http://www.bundessozialamt.gv.at/basb/Downloads_&_Formulare/Gesetzestexte_und_Richtlinien [21.04.2012]

Campbell, Fiona A. (2005): Selling the Cochlear Implant. In: Journal Disability Studies Quarterly 25 (3). URL: <http://www.dsqu-sds.org/article/view/588/765> [03.08.2011]

Charité Berlin Universitätsmedizin (2012a): Implantierbare Hörgeräte und Cochlea Implantate. URL: http://hno-cvk.charite.de/klinik/spektrum/implantierbare_hoergeraete_und_cochlea_implantate/#c88893 [15.04.2012]

Charité Berlin Universitätsmedizin (2012b): Cochlear-Implant. URL: http://hno-cvk.charite.de/klinik/spektrum/implantierbare_hoergeraete_und_cochlea_implantate/das_cochlear_implant/ [15.04.2012]

City University New York (2012): Elaine Gale. URL: <http://www.hunter.cuny.edu/school-of-education/departments/special-education/faculty/elaine-gale> [22.05.2012]

Cochlear Ltd (2012): Hear now. And always. URL: <http://www.cochlear.com/> [15.04.2012]

DAS ZEICHEN (2012): DAS ZEICHEN - Zeitschrift für Sprache und Kultur Gehörloser. URL: <http://www.sign-lang.uni-hamburg.de/signum/zeichen/> [22.05.2012]

Deaf Australia (2012): Deaf Australia Staff. URL: <http://www.deafau.org.au/profile/staff.php> [22.05.2012]

Deafhood and Genetics Project (2012): Introduction. URL: <http://www.deafhoodgenetics.co.uk/> [22.05.2012]

Deutsche Cochlear Implant Gesellschaft e.V. (2012): FAQ's- häufig gestellte Fragen. URL: <http://www.dci.g.de/faqs.htm#faq-04> [15.04.2012]

Deutscher Gehörlosen-Bund e.V. (2006): Stellungnahme zur Cochlea Implantat-Versorgung hörgeschädigter Kinder. URL: <http://www.kestner.de/n/elternhilfe/verschiedenes/dgb-StellungnahmeCI2006.pdf> [22.04.2012]

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005): ICF- Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. URL: http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endfassung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf [25.03.2011]

Diller, Gottfried (2012): Vita. URL: <http://www.gottfried-diller.de/vita.htm> [23.02.2012]

Disability Studies Quarterly (2012): Index. URL: <http://dsq-sds.org/index> [22.05.2012]

Đlugaiczyl, Julia (2010): Mit beiden Ohren UND beiden Beinen mitten im Leben-Hören und Gleichgewicht. In: Med El – Schaulenster 4. URL: <http://www.medel.com/de/show/index/id/479/> [20.03.2011]

Duden Online (2012a): Minderheit. URL: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Minderheit> [13.02.2012]

Duden Online (2012b): Minorität. URL: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Minoritaet> [13.02.2012]

Emory University (2012): Director. URL: <http://ethics.emory.edu/people/Director.html> [22.05.2012]

Europäische Kommission (2012): Sprachen. Europa: ein Kontinent mit vielen Gebärdensprachen. URL: http://ec.europa.eu/languages/languages-of-europe/sign-languages_de.htm [16.02.2012]

European Union of the Deaf (2012): EUD. URL: <http://www.eud.eu/> [14.04.2012]

FDA. U.S. Food and Drug Administration (2010): Benefits and Risks of Cochlear Implants. URL: <http://www.fda.gov/MedicalDevices/ProductsandMedicalProcedures/ImplantsandProsthetics/CochlearImplants/ucm062843.htm#c> [16.04.2012]

Gallaudet University (2011a): John Christiansen, Ph.D. URL: http://www.gallaudet.edu/faculty-staff/sociology/christiansen_john.html [22.05. 2012]

Gallaudet University (2011b): Irene W. Leigh, Ph.D. URL: http://www.gallaudet.edu/faculty-staff/psychology/leigh_irene.html [22.05.2012]

Goethe Universität Frankfurt (2008): Dr. Katrin Bentele. URL: <http://www.ethik.uni-frankfurt.de/mitarbeiterinnen/Bentele/index.html> [23.05.2012]

Golikeri, Priyanka (2010): Costly cochlear implants beyond reach of masses. URL: http://www.dnaindia.com/money/report_costly-cochlear-implants-beyond-reach-of-masses_1409419 [15.04.2012]

Griffith University (2012a): Professor Merv Hyde. URL: <http://www.griffith.edu.au/education/school-education-professional-studies/staff/academic-staff/merv-hyde> [22.05.2012]

Griffith University (2012b): Emeritus Professor Des Power. URL: <http://www.griffith.edu.au/education/school-education-professional-studies/staff/academic-staff/des-power> [22.05.2012]

Griffith University (2012c): Associate Professor Fiona Kumari Campbell. URL: <http://www.griffith.edu.au/criminology-law/griffith-law-school/staff/fiona-kumari-campbell> [22.05.2012]

Gross, Manfred (2008): Cochlea Implantat oder Hörgerät. URL: http://audiologie-phoniatrie.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc16/audiologie/Neugeborenen_Screening/CI_oder_HG.pdf [16.04.2012]

HNO- Klinik des Universitätsklinikums Aachen (2008): Aachener Broschüre zum Cochlea- Implantat. 2. Auflage. URL: <http://www.ukaachen.de/go/show?ID=4245419&DV=0&COMP=download&NAVID=4246758&NAVDV=0> [19.04.2012]

Jarmer, Helene (2012): Ziele. Die Ziele des neuen Bundesvorstandes. URL: <http://www.oeglb.at/> [14.04.2012]

Journal of Deaf Studies and Deaf Education (2012): About the Journal. URL: http://www.oxfordjournals.org/our_journals/deafed/about.html [21.01.2012]

Junge Stimme ÖSSH (2006): TATSACHENBERICHT – Cochlea Implantat Träger (CI). URL: <http://www.oessh.or.at/jungestimme/gehoerbringen/citraeger.htm> [15.04.2012]

Klagsverband zur Durchsetzung der Rechte von Diskriminierungsoffern (2012): Mitglieder. URL: <http://www.klagsverband.at/ueber-uns/mitglieder> [14.04.2012]

Krausneker, Verena (2002): Wir über uns. Was tun wir. URL: <http://www.oeglb.at/> [14.04.2012]

Krausneker, Verena (2011): Österreichische Gebärdensprache ist anerkannt. URL: http://www.univie.ac.at/linguistics/verbal/fileadmin/user_upload/Tagungen/T2011_KE_Krausneker_Entwurf.pdf [13.04.2012]

Ladd, Paddy (2012): What is ‘Deafhood’ ? – University of Bristol Centre for Deaf Studies and Deafhood Studies. URL: <http://www.bristol.ac.uk/deaf/english/resources/download.html> [28.02.2012]

Leonhardt, Anette (2008): Hörgeschädigte Eltern und CI-Kinder. URL: <http://www.uzh.ch/orl/dga2008/programm/wissprog/Leonhardt.pdf> [20.05.2011]

MED EL (2012): Startseite. URL: <http://www.medel.com/at/index/index/id/1/title/STARTSEITE?PHPSESSID=to3d1o2890niqnd7gflocqrra1> [15.04.2012]

MDS - Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2005): Cochlea-Implantat-Systeme. URL: http://www.kestner.de/n/verschiedenes/presse/2005/ImplKat_Cochlea_2005.pdf [15.04.2012]

NAD - National Association of the Deaf (2012): NAD Position Statement on Cochlear Implants (2000). URL: <http://www.nad.org/issues/technology/assistive-listening/cochlear-implants> [05.03.2012]

National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (2010): Quick Statistics. URL: <http://www.nidcd.nih.gov/health/statistics/Pages/quick.aspx> [19.02.2012]

National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (2011): Cochlear Implants. URL: <http://www.nidcd.nih.gov/health/hearing/pages/coch.aspx> [29.03.2012]

Neuroth (2012): Hörgeräte & Kosten. URL: <http://www.neuroth.at/hoergeraete/hoergeraete-kosten> [15.04.2012]

Nussbaum, Debra (2012a): The Benefits and Limitations of Cochlear Implants. URL: http://www.gallaudet.edu/Clerc_Center/Information_and_Resources/Cochlear_Implant_Education_Center/CI_Navigating_a_Forest/What_is_a_Cochlear_Implant/Factors_Influencing_Performance.html [20.02.2012]

Nussbaum, Debra (2012b): Cochlear Implant Candidacy. URL: http://www.gallaudet.edu/Clerc_Center/Information_and_Resources/Cochlear_Implant_Education_Center/CI_Navigating_a_Forest/What_is_a_Cochlear_Implant/Cochlear_Implant_Candidacy.html [20.02.2012]

Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2012): ÖAR. URL: <http://www.oear.or.at/> [14.04.2012]

Österreichische Gesellschaft für implantierbare Hörhilfen (2012a): Das Cochlea Implantat. Geräte. URL: <http://maximus.repro.meduniwien.ac.at/wolfdieterbaumgartner/> [15.04.2012]

Österreichische Gesellschaft für implantierbare Hörhilfen (2012b): Das Cochlea Implantat. Kosten. URL: <http://maximus.repro.meduniwien.ac.at/wolfdieterbaumgartner/> [15.04.2012]

Österreichischer Gebärdensprach- DolmetscherInnenverband (2012): Willkommen beim ÖGSDV. URL: <http://www.oegsdv.at/> [14.04.2012]

Österreichische Schwerhörigen Selbsthilfe (2012a): Wissenswertes über ein Cochlea Implantat (CI). URL: <http://www.oessh.or.at/hoerspuren/ci> [15.04.2012]

Österreichische Schwerhörigen Selbsthilfe (2012b): Hörgeräte Informationen und Hinweise. URL: <http://www.oessh.or.at/hoerspuren/hoergeraete> [15.04.2012]

Österreichischer Gehörlosenbund (2006a): Der Österreichische Gehörlosenbund die Interessenvertretung der österreichischen Gehörlosengemeinschaft. URL: http://www.oeglb.at/netbuilder/docs/flyer_willkommen06.pdf [14.02.2012]

Österreichischer Gehörlosenbund (2006b): Landesverbände der österreichischen Gehörlosengemeinschaft. URL: http://www.oeglb.at/netbuilder/docs/flyer_landesverbaende06.pdf [14.04.2012]

Österreichischer Gehörlosenbund (2006c): Stellungnahme des Österreichischen Gehörlosenbundes zum Thema Cochlea-Implantat. URL: http://www.oeglb.at/netbuilder/docs/ci_stellungnahme_oeglb_jan06.pdf [20.02.2011]

Österreichischer Gehörlosenbund (2009a): Vorstand. Mitglieder im Vorstand. URL: <http://www.oeglb.at/> [14.04.2012]

Österreichischer Gehörlosenbund (2009b): Zeitschrift „GebärdenSache“ - neu gestaltet. URL: <http://www.oeglb.at/?id=LH2009-02-09-3620&vid=0&srch=> [21.05.2012]

Österreichischer Gehörlosenbund (2010): Universal Periodic Review Österreich. Bericht des Österreichischen Gehörlosenbundes für die 10. Session der UPR- Arbeitsgruppe im Jänner 2011. URL: http://www.oeglb.at/netbuilder/docs/oeglb_upr_submission_austria_january_2011-DE.pdf [22.04.2012]

Österreichischer Gehörlosenbund (2012a): Einführung in die Österreichische Gebärdensprache (ÖGS) – Online. URL: http://www.oeglb.at/oegs_projekt/grammatik.php [10.02.2012]

Österreichischer Gehörlosenbund (2012b): Informationen. Der Österreichische Gehörlosenbund als Dachverband. URL: <http://www.oeglb.at/> [14.04.2012]

Österreichischer Gehörlosenbund (2012c): Geschichte. Chronik des Österreichischen Gehörlosenbundes. URL: <http://www.oeglb.at/> [14.04.2012]

Penn Bioethics Journal (2011): About PBJ. URL: <http://bioethicsjournal.com/about.html> [22.05.2012]

Salzburger Universitätsklinikum (2012): Erfolgsstory: Ich geHÖRE wieder dazu – Cochlea-Implantationen in Salzburg. URL: http://www.salk.at/80_1787.html [14.4.2012]

Signum Verlag (2012): Willkommen! URL: <http://www.signum-verlag.de/> [21.01.2012]

Symposium Sign Language & Deaf Culture (2001): Plenary Speakers. URL: <http://www.slsymposium.inet.hr/ladd.htm> [22.05.2012]

Universitas.no (2010): Grants found after all: Temporarily saved. URL: <http://universitas.no/news/54552/temporarily-saved> [22.05.2012]

University of Amsterdam (2012): Biography. URL: <http://home.medewerker.uva.nl/s.s.blume/page1.html> [22.05.2012]

University of Maryland Medical Center (2012): Center for Auditory Solutions. Cochlear Implant Program. URL: <http://www.umm.edu/otolaryngology/cochlear.htm> [18.04.2012]

U.S. Census Bureau (2012): World POPClock Projection. URL: <http://www.census.gov/population/popclockworld.html> [15.02.2012]

Valparaiso University Law Review (2011): About the Law Review. URL: <http://www.valpo.edu/law/current-students/student-organizations/about-the-law-review> [22.05.2012]

Wiener Allgemeines Krankenhaus (2011): 1.000stes Cochlea-Implantat erfolgreich operiert. URL: <http://www.akhwien.at/default.aspx?pid=99&mid=4162&rid=1718&pnr=2> [27.04.2012]

World Federation of the Deaf (2012): About us. URL: <http://www.wfdeaf.org/about> [15.02.2012]

Zdenek, Sean (2012): Vita. URL: <http://seanzdenek.com/wp-content/themes/beastblog-v2-download/beastblog-v2/images/Zdenek-vita.pdf> [22.05.2012]

22. Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: Anatomie des Sinnesorgans Ohr

Quelle: URL: <http://www.medizinfo.de/ohren/anatomie/anatomie.shtml> [23.04.2012]

Abbildung 2: Tabelle zu den Eigenschaften ethnischer Gruppen

Quelle: Kurzbeleg (Lane 2005, 292)

Abbildung 3: Darstellung eines implantierten Cochlear Implantates

Quelle: URL: http://hno-cvk.charite.de/klinik/spektrum/implantierbare_hoergeraete_und_cochlea_implantate/das_cochlear_implant/ [15.04.2012]

23. Anhänge:

Lebenslauf

Abstracts

23.1 Lebenslauf:

□ Persönliche Daten

Name: Alexandra Maria Kraus
Staatsangehörigkeit: Österreich
Geburtsdaten: 12.09.1985
Geburtsort: Leoben
Familienstand: ledig

□ Schulbildung

September/ 1992 – Juli/1996:
Volksschule Pogier
September/ 1996 – Juli/ 2000:
Unterstufe des Bundesgymnasium und Bundesrealgymnasium Kapfenberg
September/ 2000 – Mai/2005:
Oberstufe des Bundesgymnasium und Bundesrealgymnasium Kapfenberg
AHS - Abschluss: Reifeprüfung am 21.06.2005

□ Studium

Oktober/ 2005 - Februar/2006: Humanmedizin/ Universität Graz
März/ 2006 – heute: Bildungswissenschaft / Universität Wien
Oktober/ 2007- heute: Rechtswissenschaften/ Universität Wien

23.2 Abstracts:

Englisch:

This thesis centers on the usage of cochlear implants and the opinions of culturally Deaf people connected with this technology. The explicit focus of this thesis was the identification of connections to all possible facts about learning und education within the discourses about cochlear implants and the international Deaf community. Discourse analysis was used to reconstruct existing discourses on cochlear implantation within the Deaf Community. Basis for the analysis were current publications which were seen as discourse fragments. Twenty publications were chosen to be part of the analysis corpus. Those were produced by members of the international Deaf community, or showed strong links to the Deaf Community and their struggle for linguistic and cultural rights, and recognition as linguistic minority. The analysis results showed that facts and views of different speakers about learning and education made up the biggest part of the discourses

about the topic, but even nowadays there were a lot of conflicts about cochlear implants and language in support and tutoring of deaf/Deaf children.

Deutsch:

Das Forschungsvorhaben, welches in dieser Arbeit verwirklicht wurde, zentrierte sich auf den Umgang mit und die Nutzung der medizinischen Technologie "Cochlear Implantat" durch die international Gehörlosengemeinschaft, sowie die Standpunkte zu dieser innerhalb der Gehörlosengemeinschaft. Desweiteren fokussierte sich das Erkenntnisinteresse hauptsächlich auf Bezugspunkten zu Bildungsaspekten und Bildungsprozessen innerhalb der vorherrschenden Diskurse zur Thematik, die mittels der Anwendung der Wissenssoziologischen Diskursanalyse ermittelt und benannt werden sollten. Als Basis der Analyse wurden Fachpublikationen neueren Datums herangezogen, die den Status von Diskursfragmenten hatten. Insgesamt wurden zwanzig Publikationen schlussendlich Teil des Datenkorpus, der für die Diskursanalyse herangezogen wurde. Diese Erzählereignisse wurden einerseits entweder direkt von Angehörigen der Gehörlosengemeinschaft produziert, oder wiesen andererseits starke Verbindungen zur Gehörlosengemeinschaft, ihren Bemühungen für kulturelle und sprachliche Rechte, sowie für eine Anerkennung der Gemeinschaft als sprachliche Minderheit, auf. Die Ergebnisse der Analyse weisen darauf hin, dass Wissen und konträre Standpunkte verschiedener Akteure und Akteurinnen über Förderung und Bildung sehr dominant in den Diskursen zur Thematik in den Vordergrund treten, und auch derzeit noch Konflikte über das Thema Cochlear Implantation in Verbindung zur Förderung und Bildung von gehörlosen und kulturell gehörlosen Kindern vorherrschen, welche sich vormerklich auf den Diskurs über Sprache in der Förderung beziehen.