universität wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Krankheit oder Behinderung? Erörtert an der historischen Entwicklung der Gehörlosenpädagogik um die Mitte des 19. Jahrhunderts

Verfasserin

Verena Geier

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 297
Studienrichtung lt. Studienblatt:	Diplomstudium Pädagogik
Betreuerin:	Univ. Prof. Dr. Barbara Schneider-Taylor

Eidesstaatliche Erklärung

Ich versichere, dass

- ich diese Diplomarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Mittel bedient habe.
- ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im Inland noch im Ausland einem Begutachter/einer Begutachterin zur Beurteilung oder in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

  Diese Arbeit stimmt mit der von der Begutachterin beurteilten Arbeit überein.

….. …..

Ort, Datum Unterschrift

Danksagung

Zu Beginn meiner Arbeit möchte ich den Menschen danken, die mich in dieser Zeit begleitet und unterstützt haben.

Großen Dank an meine Professorin Univ.-Prof. Dr. Barbara Schneider-Taylor und ihr Team, ich habe viel gelernt, wurde begleitet, motiviert und angetrieben, vielen Dank dafür.

Weiters möchte ich mich bei dem Mann in meinem Leben bedanken, der mich durch Höhen und Tiefen der Arbeit begleitet hat. Du hast mich getröstet, wenn ich traurig war, mich motiviert, wenn ich faul war und mir geholfen, wenn ich die richtigen Worte nicht finden konnte, vielen Dank. Du bist mein Fels in der Brandung.

Meine nächste Danksagung gilt den Menschen in meinem Leben, die immer an mich Glauben, meinen Eltern und Geschwistern. Vielen Dank, dass ihr immer zu mir haltet, meine Entscheidungen unterstützt und mich voran treibt. Ihr seit der Wind in meinen Segeln.

An meine „gute Fee“. Danke für die Mühen und die Geduld, die du aufbringen musstest. Du hast viel dazu beigetragen, dass die Arbeit nun in dieser Form erscheinen kann. Besonderen Dank für deinen Einsatz.

Familie, Freunde, meine Lieben. Herzlichen Dank für eure Unterstützung, Geduld und euer Verständnis. Jeder von euch hat mich auf seine besondere Art durch die „Schreibzeit“ begleitet, danke.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 1
Einleitung 3
Hermeneutische Methode 5
1. Begriffsdefinition 8
1.1 Begriffe der „Ohrenkrankheiten“ 8
1.1.1 „Gehörlos“ 8
1.1.2 „Taubstumm“ 8
1.1.3 „Ertaubt“ 9
1.1.4 „Postlingual schwerhörig gewordene Erwachsene“ 9
1.1.5 „CI-Träger“ 9
1.1.6 „Taub“ 9
1.2 Die Begriffe „Krankheit“ und „Behinderung“ 12
1.2.1 Krankheit 12
a) Medizinischer Krankheitsbegriff 14
b) Heutiger Krankheitsbegriff 16
c) Heilpädagogischer Krankheitsbegriff 17
1.2.2 Behinderung 19
a) Heutiger Behinderungsbegriff 21
b) Das Normalisierungsprinzip 24
c) Heilpädagogischer Begriff Behinderung 27
2. Geschichte der Gehörlosen 29
2.1 Allgemein 29
2.1.1 16. Jahrhundert 29
2.1.2 17. - 18. Jahrhundert 29
a.) Methodenstreit 31
b.) Methoden und Kritik 33
2.1.3 19. Jahrhundert 41
2.2 Geschichte der Gehörlosen in Österreich 45
2.2.1 Erste Schulgründung 45

2.2.2 Gesetzliche Schulpflicht 47
3. Kennzeichnung von Gehörlosigkeit und Schwerhörigkeit sowie deren Ursachen 50
3.1 Medizin und Pädagogik 50
3.2 Grade der Schwerhörigkeit: 51
3.3 Ursachen 53
3.3.1 - pränatale Ursachen 53
3.3.2 - perinatale Ursachen 53
3.3.3 - postnatale Ursachen 53
4. Erste wissenschaftliche Forschungsansätze 55
4.1 Die Autoren 55
4.1.1 Dr. Wilhelm Kramer (1801 - 1876) 55
4.1.2 Dr. James Yearsley (1805 – 1869) 56
4.1.3 Dr. Franziscus Polansky (keine Daten bekannt) 57
4.2 Ein Vergleich der Ursachenforschung auf dem Gebiet der Schwerhörigkeit bis hin zur Gehörlosigkeit in den gegenständlichen Werken 57
4.2.1 Wissenschaftliche Untersuchungen der Anatomie des Gehörgangs bei Kramer, Yearsley und Polansky 63
4.2.2 Über die reine Anatomie hinaus 70
a) Ein weiterer Aspekt der Geschichte von Taubstummen: ein allgemeines Unwohlsein bis hin zur Depression 70
b) Der damalige Wissensstand betreffend die Frage der Vererbbarkeit 73
4.3 Zur Frage der Heilbarkeit von Taubheit bzw. Taubstummheit 76
4.3.1 Zur Sicht von Dr. Polansky 77
4.3.2 Dr. Kramers Meinung zu diesem Thema 79
4.3.3 Die Sichtweise von Dr. Yearsley 84
4.3.4 Kramer, Polansky, Yearsley: ein vergleichendes Resümee bezüglich Heilbarkeit der Taubstummheit 89
4.4 Zur Frage der Möglichkeiten einer Teilhabe am „normalen“ Leben 89
5. Erörterung der Forschungsfrage 96
5.1 Zum Begriff Krankheit 96
5.2 Zur Ursachenforschung 97

5.3 Zu den Heilungschancen 97
5.4 Zu den gesellschaftlichen Auswirkungen 98
5.5 Zur Vererbbarkeit 99
6. Fazit 101
7. Heute 105
7.1 Gehörlosigkeit = Behinderung? 105
7.1.1 Situation in der Gesellschaft 106
7.1.2 Gleichstellung von Personen mit Behinderung und/oder chronischer Erkrankung an der Universität Wien 108
7.2 Aktueller Status der Gehörlosen 109
7.2.1 Situation in Österreich 109
7.2.2 VITA-Studie von Marion Breiter 110
7.2.3 Taubblindheit 114
Zusammenfassung 115
Abstract 116
Literaturverzeichnis 117
Quellen aus dem Internet 127
Lebenslauf 128

Vorwort

In der heutigen Zeit erscheint es beinahe seltsam, dass die Gehörlosigkeit mit all ihren vielfältigen Ursachen, Erscheinungsformen und Auswirkungen vor 150 Jahren noch ein fast gänzlich unerforschtes Thema war. Die damals als „Taubheit“ bezeichneten Erkrankungen des Hörorgans waren zwar sichtbar vorhanden, deren Erforschung war aus verschiedenen Gründen aber eher vernachlässigt worden. Die Ursachen dafür liegen zum einen sicher in der sehr komplexen und feinen Struktur des gesamten anatomischen Aufbaus des Ohrs und vor allem der inneren Gehörgänge. Deren Untersuchungsmöglichkeiten waren sehr eingeschränkt, Mitte des 19. Jahrhunderts waren Instrumente dafür rar bis nicht vorhanden. Zum anderen wurden die betroffenen Fälle in der damaligen Zeit wahrscheinlich von der Gesellschaft der „Gesunden“ ebenso betrachtet wie die meisten anderen Behinderungen auch, nämlich als eine Art Fügung des Schicksals oder sie wurden als Gott gegeben hingenommen. Darüber hinaus waren diese Erkrankungen nicht in einer derart hohen Zahl zu finden, dass sich ein jeder Arzt damit konfrontiert sah. Es gab daher wenige tatsächliche Fachleute und genauso wenig gab es eine Art Vorwissen, auf das diese sich hätten stützen können. So beschränkte sich die Auseinandersetzung mit diesem Thema zuerst einmal auf die Maßnahmen zur Besserung der Möglichkeiten einer Kommunikation der Betroffenen mit ihrem Gegenüber, also auf deren Leben innerhalb der Gesellschaft, der sogenannten Teilhabe. Es wurden spezielle Schulen gegründet und Anstalten eröffnet, in denen vor allem Kommunikationsmethoden wie die Laut- und später auch die Gebärdensprache gelehrt wurden.

Aber auch die Erforschung der Gehörlosigkeit auf medizinischem Gebiet wurde vorangetrieben. Es wurde Zahlenmaterial zusammengetragen und dieses

ausgewertet. Versuche, Gehörlosigkeit zu verstehen und in Folge zu bessern oder im Idealfall sogar zu heilen wurden mit den zur Verfügung stehenden Mitteln unternommen. Auch diese Hilfsmittel, also die Instrumente für Untersuchungen, aber auch für die ersten Operationen wurden zum Großteil neu entwickelt. In der Zeit dieses großen Aufschwungs, also Mitte des 19. Jahrhunderts, waren die drei Ärzte und Autoren, deren Meinungen und Wirken in dieser Arbeit behandelt wird, eindeutig als Vorreiter zu betrachten. Diese Ärzte, nämlich Dr. Kramer, Dr. Polansky und Dr. Yearsley waren zwar nicht Erfinder großartiger Instrumente oder geniale Erforscher auf medizinischer Ebene, sie waren vielmehr Männer, die sich einer Sache annahmen, die eine kleine Minderheit betraf. Sie waren als Ärzte in ihrer Zeit sogar eher unbekannt oder wenig beachtet. Aber vor allem auch aus diesem Grund halte ich es für wichtig, ihnen hier eine Art Anerkennung zu zollen, indem ihre Entdeckungen, aber auch ihre grundsätzlichen Gedanken und Meinungen von mir aufgegriffen und überarbeitet werden.

Fest steht, dass um die 1850er Jahre viel dazu beigetragen wurde, dass nicht nur die Ohrenheilkunde auf heutigem Niveau steht, sondern auch dazu, den Hörbehinderten neue Perspektiven in ihrer Teilhabe zu schaffen, und genau daran haben diese drei Autoren einen nicht unerheblichen Anteil.

Einleitung

Einen Einstieg in das Thema soll der Versuch einer klaren Unterscheidung der Begriffe „Behinderung“ und „Krankheit“ bilden. Diese Trennung auf der Begriffsebene stellt in der gegenständlichen Arbeit insgesamt einen wichtigen Aspekt dar. Ein angestrebtes Ziel wäre „Gehörlosigkeit“ mit Hilfe der drei ausgesuchten Werke, welche in der Mitte des 19. Jahrhunderts erschienen, einem dieser beiden Gebiete zuordnen zu können.
Auch muss geklärt werden, was unter den verschiedenen Unterbegriffen des Hauptbegriffs „Gehörlosigkeit“, damals eher als „Taubheit“ bezeichnet, zu verstehen ist, und wie die diversen Ab- und Einstufungen zu bewerten sind. Ein Gehörloser, also gänzlich Tauber ist anders einzustufen als ein hochgradig Schwerhöriger oder ein teilweise Ertaubter.

Im nächsten Kapitel wird der geschichtliche Hintergrund der Gehörlosenbildung sowie generelle Fördermaßnahmen beschrieben. Ein Bogen von den ersten Schulgründungen bis hin zur Gegenwart wird hier gespannt. Es beinhaltet neben dem allgemeinen Teil auch ein Unterkapitel, das die österreichische Geschichte im Speziellen behandelt.

In einem dritten Teil der Arbeit sollen die Ursachen sowie die Schweregrade eines Hörschadens angeführt werden. Um dies anschaulicher zu gestalten wurde eine Tabelle von Odo von Arentsschild herangezogen. Weiters werden hier die prä- peri- und postnatalen Ursachen einer Störung des Gehörs beschrieben, sowie die Präventionen deutlich gemacht.

Das vierte Kapitel befasst sich mit wissenschaftlichen Forschungsansätzen. Die Arbeit beschränkt sich hier auf die Zeit um 1850 und auf die Ergebnisse

bezüglich der Gehörlosenbildung in dieser Periode. Hier werden die drei Ärzte Kramer, Polansky und Yearsley herangezogen und ihre Ansätze sowie Meinungen beschrieben. Bezüglich der Begriffe „Krankheit“ und „Behinderung“ werden hier die Aussagen analysiert und eine Zuordnung getroffen. Ein damals für Gehörlose oftmals verwendeter Begriff, nämlich der des „Taubstummen“ wird in dieser Arbeit immer wieder zur Verwendung kommen, dieser hat allerdings heute keinerlei Berechtigung mehr.

Im anschließenden fünften Teil werden die Arbeiten und Untersuchungen der drei Autoren ausgewertet und miteinander verglichen. Die Ergebnisse sollen zeigen, wie gehörlose Menschen damals eingestuft wurden. Sind sie z.B. krank oder nach den heutigen Kriterien, oder auch schon damals, als behindert anzusehen? Die Ergebnisse werden erläutert und schlussendlich das Fazit präsentiert.

Das Fazit bildet dann auch das nächste, sechste Kapitel.

Ein abschließendes Kapitel soll die aktuelle Situation der Betroffenen kurz beschreiben und aufzeigen, welche Erfolge die Gehörlosengemeinschaft in verschiedenen Bereichen bereits zu verbuchen hat. Dazu wird die Untersuchung von Frau Marion Breiter herangezogen. In der Vergangenheit wurden „Taubstumme“ oftmals diskriminiert und von der Gesellschaft der Hörenden ausgeschlossen. Heute werden vielfältige Möglichkeiten geboten, die es den Betroffenen erleichtern, mit ihrem Kontext zu leben und in der Welt der „Normalen“ eine größtmögliche Chancengleichheit zu erreichen. Es haben sich nicht nur auf öffentlich rechtlichen Ebenen in den vergangenen Jahrzehnten viele positive Veränderungen zum Vorteil der Patienten ergeben, sondern auch auf der menschlichen Ebene gibt es viele erfreuliche Erfolge zu verbuchen. Auch darauf wird im Verlauf der Arbeit noch eingegangen.

Hermeneutische Methode

Um das Thema bestmöglich bearbeiten zu können, wählte ich die hermeneutische Methode. Sie erschien mir als die am ehesten geeignete, vor allem unter dem Aspekt, dass die drei Werke, die den eigentlichen Kern der Arbeit bilden, aus der Mitte des 19. Jahrhunderts stammen. Was unter dieser Methode zu verstehen ist, möchte ich kurz erläutern.

H. Seiffert beschreibt in seinem, in der zweiten Auflage erschienenen Buch „Einführung in die Wissenschaftstheorie: Phänomenologie, Hermeneutik historische Methode, Dialektik“, was unter Hermeneutik verstanden werden kann.

> „[...] *unter Hermeneutik verstehen wir eben jene Methode, eine Lebenssituation als solche verstehend zu erfassen - mag es sich dabei nun um Zahnschmerzen, um eine Gesellschaft in einer bestimmten Stimmung, um den Charakter einer Wohnung, um ein Raumerlebnis, um die Situation des wissenschaftlichen Außenseiters oder etwas ähnliches handeln.“* (Seiffert 2006, 57)

Was Seiffert hier beschreibt, ist das wahre Verstehen einer Situation, ein sich in diese so zu sagen hinein versetzen können durch Faktoren wie die Auslegung, das Interpretieren und vor allem Empathie. Bei der Hermeneutik geht es also zunächst einmal darum, eine Situation, die sich ergibt, wirklich zu erfassen. Allerdings ist das für sich alleine noch nicht zufriedenstellend, da es eines weiteren Aspektes bedarf, um von „Hermeneutik“ sprechen zu können. Zu dem zuerst einmal Erfassen einer Situation gehört nämlich zusätzlich auch das wirkliche Verstehen derselben, oder aber auch in umgekehrter Reihenfolge, die Situation zuerst verstehen, um sie dann als Ganzes erfassen zu können. Wie es auch gedreht und gewendet wird, es geht darum, beides zu erreichen, das Verständnis und das Erfassen.

Eine weitere Voraussetzung, um die hermeneutische Methode anwenden zu können, ist ein notwendiges Vorhandensein historischer Dokumente. Die Daten, die daraus entnommen und im obigen Sinne verwendet werden, werden unter dem Aspekt des geschichtlichen Hintergrundes präsentiert, aufgearbeitet und gedeutet.

Kann man Hermeneutik also als eine historisch-philologische Methode bezeichnen?

H.G. Soeffner meint dazu in seinem Buch „Auslegung des Alltags – der Alltag zur Auslegung“, dass die wissenschaftliche Hermeneutik das Ergebnis einer historischen Entwicklung sei, die bis dato noch nicht abgeschlossen ist. Die Hermeneutik konstituiert durch das Moment der Tradierbarkeit von Deutungen, durch Dokumentation von Handlungen, Ereignissen und Erzeugnissen historischen Denkens, so Soeffner (vgl. Soeffner 2004, 118).

Weiters schreibt er:

> *„Die Sammlung historischer Dokumente und ihre Deutungen repräsentiert zugleich (1) Material der Geschichte, (2) die Geschichtlichkeit der Deutungen und (3) die Konstitution und Entwicklung geschichtlichen Denkens: die Kunstlehre des wissenschaftlichen Verstehens ist notwendig eine Kunstlehre des historischen Verstehens.“* (Soeffner 2004, 118)

Es handelt sich hier allerdings nicht unbedingt um eine Methode, die prinzipiell herangezogen wird, um historische Texte zu analysieren. Tatsächlich geht es aber gerade in dieser Arbeit darum, die gegenständlichen Bücher nicht nur zu verstehen und deren Aussagen zu erfassen, sondern vor allem darum, diese im Anschluss möglichst genau zu analysieren, ihre Aussagen auch auszulegen, und sie schlussendlich unter verschiedenen Aspekten miteinander zu vergleichen.

Was dabei geschieht, ist nichts anderes als das, was wir in unserem Alltag oftmals erleben. Eine Situation wird gesichtet, verstanden und ausgelegt. Die

Methode ist demnach eine rein objektive. Unter Zuhilfenahme dieser objektiven Methode sollen nun in der vorliegenden Arbeit drei historische Bücher aufgearbeitet werden, die nach Meinung der Autorin wesentlich zur Beantwortung der Forschungsfrage beitragen können.

Im Vordergrund der Arbeit stehen drei Autoren, die Mitte des 19. Jahrhunderts ihre Werke veröffentlichten. Diese wurden von mir letztlich unter einigen anderen ausgewählt, um den Kern der Arbeit zu bilden. Dieses Autorentrio setzt sich wie folgt zusammen: zuerst ein deutschstämmiger Autor, Dr. Wilhelm Kramer. Weiters stand für mich fest, dass ein Österreicher mit einbezogen werden sollte, sein Name: Dr. Franciscus Polansky. Als Dritten im Bunde wählte ich den englischen Arzt Dr. James Yearsley. Damit war das Autorenteam komplett. Alle drei ausgewählten Ärzte veröffentlichten im Zeitraum von 1842 – 1856 ihre Bücher über „Ohrenkrankheiten und Ohrenheilkunde“, schon allein damit stellten sie und ihre Veröffentlichungen eine gute Basis für diese Arbeit dar. Aber auch bei der Betrachtung der menschlichen Komponenten über die rein medizinischen hinaus fand ich so manchen interessanten, für ihre Zeit modernen und teilweise sogar bahnbrechenden Denkansatz bei allen dreien.

1. Begriffsdefinition

1.1 Begriffe der „Ohrenkrankheiten“

1.1.1 „Gehörlos“

Dies ist die Bezeichnung bei Menschen, bei denen im frühen Kindesalter oder sogar schon im Mutterleib oder während der Geburt (prä-. peri-, oder postnatal), zumindest aber vor Abschluss des Lautspracherwerbes (prälingual) eine so schwere Schädigung des Gehörs vorliegt, dass seine Funktionstüchtigkeit hochgradig beeinträchtigt bis vollständig gestört ist. Die Lautsprache kann sich infolgedessen nicht natürlich auf auditiv-imitativem Weg, also hörend und nachahmend, entwickeln (vgl. Leonhard 2002, 80).

1.1.2 „Taubstumm“

Dies ist ein veralteter Begriff für generell gehörlose Menschen. Da Gehörlose aber keinesfalls stumm sind, wird dieser Begriff von den Betroffenen abgelehnt, vor allem auch weil er impliziert, dass gebärdensprachliche Kommunikation nicht vollwertig sei und diejenigen stumm, die ihr ja im Regelfall intaktes Sprechorgan nicht benutzen. Das Wort „gebärdensprachig“ ist ein sehr neues Wort, in Österreich tauchte es erstmals zwischen 2003 und 2004 auf. Durch diesen Ausdruck wird klar gemacht, dass es auch Sprache ohne Sprechen gibt, und dass die damit verbundene Sprachkompetenz und nicht der Hörstatus im Vordergrund steht (vgl. Krausneker 2006, 21). Die neue Definition sollte demnach also gebärdensprachig und keinesfalls stumm lauten.

1.1.3 „Ertaubt“

Als „Ertaubte“ gelten Kinder, Jugendliche und Erwachsene, bei denen eine totale oder praktische Taubheit nach Abschluss des natürlichen Spracherwerbs (postlingual) eingetreten ist. (Vgl. Leonhard 2002, 85)

1.1.4 „Postlingual schwerhörig gewordene Erwachsene“

Diese Personengruppe unterscheidet sich von „Ertaubten“ insofern, als dass sie, um das Gesagte zu verstehen, in der lautsprachlichen Kommunikation das verbliebene Hörvermögen unterstützend einsetzen können. Die Lautsprache wurde auf natürlichem Weg erlernt und wird weiterhin genutzt. Hörhilfen können beim Verstehen der Sprache eine entsprechende Unterstützung bilden (vgl. Leonhard 2002, 84).

1.1.5 „CI-Träger“

Das Cochlea-Implantat wird seit Beginn der 80er Jahre verwendet. Es handelt sich um eine Hörprothese für Gehörlose, deren Hörnerv primär noch funktioniert. Seit Ende der 80er Jahre wird es auch prä-, peri-, oder postnatal (somit prälingual) gehörlosen Kindern operativ implantiert, davor wurde es nur bei ertaubten Erwachsenen eingesetzt (vgl. Leonhard 2002, 87).

1.1.6 „Taub“

Zunächst einmal ist es mir ein Anliegen, das Wort „taub“ nochmals genau zu definieren, um einen Einblick und ein Gefühl für die Gehörlosenkultur zu bekommen.

Im Online Duden Wörterbuch wird „taub“ folgendermaßen beschrieben:
Herkunft:
das Wort stammt vom mittelhochdeutschen Wort „toup" und vom althochdeutschen Wort „toub" ab. Ursprünglich bedeutete es: empfindungslos, stumpf(sinnig). Die eigentliche Bedeutung ist aber: benebelt, verwirrt, betäubt. (http://www.duden.de/rechtschreibung/taub)
Synonyme:

- *gehörlos; (umgangssprachlich emotional verstärkend) stocktaub; (bayrisch, österreichisch) törisch*
- *abgestorben, blutleer, eingeschlafen, empfindungslos, gefühllos; (Medizin) insensibel*
- *leer, nicht befruchtet, wertlos* (http://www.duden.de/rechtschreibung/taub)

Allein diese Aufzählungen lassen durch ihren Assoziationstenor erahnen, wie gehörlose Menschen vor allem in der Vergangenheit betrachtet wurden. Um diesen Tatbestand noch zu untermauern, hier noch ein drastisches Zitat:
Bettina Herrmann schreibt in ihrem Artikel „Einblicke in die Geschichte der Taubstummenbildung“ folgendes:

> *„Sprachgeschichtlich ist das Wort taub verwandt mit doof, stumm mit stammeln bzw. sogar mit dumm. Darin spiegelt sich eine Sichtweise auf Gehörlosigkeit wider, die mehrere Jahrhunderte lang verbreitet war: Eine Hör- und Sprachbehinderung wurde als Strafe Gottes angesehen, „Taubstumme“ als Idioten und Schwachsinnige diffamiert und teilweise sogar mit Tieren gleichgesetzt“* (Herrmann 2011, 80)

Wegen ihrer vermeintlichen Sprachlosigkeit mussten Taube über Jahrhunderte für die Überprüfungen philosophischer Theorien herhalten. Die Unfähigkeit zu sprechen wurde gleichgesetzt mit der Unfähigkeit zu denken. Taubstumme galten als „sprachlose, tumbe Wesen“.

Der Mönch Pedro Ponce de Lèon begann 1550 zwei gehörlosen adeligen Jungen das Sprechen beizubringen. Das galt als Wunder, aber es war auch ein Beweis für die Bildungsfähigkeit von Gehörlosen (vgl. Herrmann 2011, 80f).

Wenn nun die Begriffe Krankheit und Behinderung herangezogen und mit dem obigen Zitat in Verbindung gebracht werden, kann daraus gefolgert werden, dass Pedro Ponce de Léon eine Art „Heilung“ gelungen ist. Er machte es möglich, dass gehörlose Kinder das Sprechen erlernten und bewies damit deren Denk- und Entwicklungsfähigkeiten. Das „Stummsein“ stellte sich also als heilbare Krankheit oder vielmehr als eine behebbare Behinderung heraus.
Allerdings ist es auch bei dieser Sichtweise wieder notwendig, auf unseren Kulturkreis und im speziellen unseren Krankheitsbegriff Bedacht zu nehmen. Es darf z.B. die Tatsache nicht außer Acht gelassen werden, dass diese Kinder ja nur scheinbar, also nicht wirklich stumm gewesen waren, oder zumindest die allermeisten von ihnen. Das Sprechorgan selbst war ja nicht beschädigt. Heute bedeutet „stumm sein“ eine rein körperlich oder kognitiv bedingte Unfähigkeit, akustische Laute hervor zu bringen und somit in Folge zu sprechen. Früher war damit eine generelle Unfähigkeit des Kommunizierens gemeint. Gehörlose Menschen sind heute wie damals aber weder im einen noch im anderen Sinne stumm, da das Sprechorgan sehr wohl ausgebildet ist, und sie sind zu einem sehr hohen Anteil sogar als ausgesprochen kommunikativ zu bezeichnen.
Ein weiterer grundsätzlicher Aspekt bei der Betrachtung des Begriffs Krankheit wäre, dass diese nicht nur dann als eine solche zu gelten hat, wenn sie auch ganzheitlich heilbar ist. Die Komplexität dieses Begriffs wird auch hier wieder deutlich. Bedenkt man die ja immer noch andauernde Gehörlosigkeit der betroffenen Kinder, so fand eine „ganzheitliche Heilung“ bei de Léon ja in Wahrheit nicht statt.

1.2 Die Begriffe „Krankheit“ und „Behinderung“

1.2.1 Krankheit

Schon der Begriff „Krankheit“ ist keinesfalls ein eindeutiger und klarer, obwohl er mit Sicherheit so alt ist wie die Menschen und ihre Sprache. A. Strachota beschreibt in ihrem Buch „Heilpädagogik und Medizin. Eine Beziehungsgeschichte“, die Bedeutung dieses Begriffs und seinen geschichtlichen Hintergrund.

Das Phänomen Krankheit, schreibt sie dort, ist so alt wie die Menschheit selbst. An Körperüberresten aus prähistorischer Zeit wurden die verschiedensten Krankheitsarten festgestellt (vgl. Strachota 2002, 48).

So alt die Menschheit ist, so alt ist auch ihre Krankengeschichte. Im Laufe der Jahrmillionen haben sich aber mit Sicherheit nicht nur die Krankheiten selber nachhaltig verändert, sondern auch deren Schweregrad sowie die Möglichkeiten sie zu heilen und damit ihre Auswirkungen auf das Leben und Sterben. Unzählbare „echte“ Krankheiten wie die Pest konnten durch den medizinischen Fortschritt und nicht zuletzt durch veränderte Lebensbedingungen ausgerottet werden. Aber auch viele heute eher als Unbefindlichkeiten empfundene Irritationen waren vor gar nicht allzu langer Zeit noch eine lebensbedrohende Krankheit und sind es zum Teil noch heute, vor allem in Ländern mit rückständigen Lebensbedingungen. Zum Beispiel war eine entzündete Zahnwurzel, und kann es sogar heute noch sein, unter ungünstigen Umständen ein Todesurteil. Hier war und ist auch der Begriff „Krankheit“ ein durchaus richtiger, und es wird die Problematik der Begriffsbestimmung klar.

In der Bibel wird Krankheit als eine „Lebensstörung“ charakterisiert und definiert. Allumfassend stört sie das Wohl des Menschen. Sie wird als Lebenskrise und als Störung eines schöpfungsgemäßen, menschlichen Lebens dargestellt. (Vgl. Kostka 2000, 416)

Dies allerdings als Definition von Krankheit zu verwenden, ist aus meiner Sicht nur zum Teil richtig, und wir sind auch hier wieder mit der Frage der Begriffswahl konfrontiert. Ist Krankheit nur dann als eine solche zu definieren, wenn sie tatsächlich zu einer Beeinträchtigung des gesamten Lebens führt? Ein Teil von uns kommt mit genetischen Fehlern zur Welt wie wir heute wissen, die unweigerlich zu ernsthaften Erkrankungen führen werden. Richtig ist natürlich auch, dass sehr viele, vor allem ernsthafte Erkrankungen zu Lebenskrisen führen können, aber auch das ist abhängig vom jeweiligen Kranken und dessen physischer und nicht zuletzt psychischer Disposition. (Vgl. Kostka 2000, 416) Krankheit kann oftmals auch eine Chance auf ein Erleben positiver Dinge mit sich bringen, ein sich besinnen, ein inne halten, ein kürzer treten.

Der Begriffsbestimmung der „Krankheit“ kann man sich wahrscheinlich nur über deren Phänomenologie nähern. Das Phänomen Krankheit ist wann als solches klar zu definieren? Wenn sie lebensbedrohlich ist wie Krebs?- selbstverständlich. Wenn sie Lebens einschränkend ist wie die meisten aller „echten“ Krankheiten?- mit Sicherheit auch. Wenn sie aber nur als schlichtweg lästig empfunden wird wie ein leichter Schnupfen, wird es schon schwieriger. Und ganz kompliziert wird es bei psychischen Erkrankungen. Wir alle kennen die noch gar nicht so lange zurück liegenden Debatten über Depression: eine ernsthafte, „echte“ Erkrankung oder nicht? Heute wissen wir durch die moderne Hirnforschung nicht nur auf diesem Gebiet viel mehr, aber noch lange nicht alles, und die Debatten gestalten sich schon unter Fachleuten vor allem in der neurologisch wissenschaftlichen Forschung ziemlich hitzig, also um wie viel schwieriger muss sich diese Frage des Krankheitsbegriffs erst für uns Laien darstellen. Depressionen sind heute nachweislich z.B. zumindest zu einem Teil auf einen Mangel von Seratonin zurückzuführen, was ein rein körperlich bedingtes Manko darstellt, und diese bedürfen dann auch einer entsprechenden medikamentösen Therapie. Aber auch diese Überlegungen beantworten nicht die grundlegende Frage, ob bei einer als solche zu bezeichnenden „Krankheit“

nun ein körperlich nachweisbarer Grund vorhanden sein muss oder nicht.
Unabhängig davon, ob es sich um eher harmlose oder wirklich schwerwiegende Krankheiten handelt, für uns alle ist zuerst einmal Wissen immens notwendig. Dieses kann nur durch ernsthafte Aufklärung im Vorfeld und richtige, also wissenschaftlich fundierte, Informationen vermittelt werden. Wir verspüren ein leichtes Schwächegefühl, einen nicht erklärbaren Energieverlust, sind wir krank oder ist es einfach nur eine unbestimmbare Unpässlichkeit? Vieles kann ein Anzeichen für eine allfällige Krankheit sein. Hier sind dann die Fachleute, also unsere Ärzte, denen wir uns anvertrauen und denen wir vertrauen sollten, gefragt: Es kann nicht oft genug gesagt werden, wie wichtig und oftmals Lebens rettend die Früherkennung vieler Krankheiten sein kann. Darüber hinaus helfen Aufklärung und das Wissen um spezielle Verhaltensmaßnahmen im Krankheitsfall ganz oft immens beim Heilungsprozess. Es wird dem Kranken das Gefühl vermittelt, selber etwas zum Guten hin verändern zu können, so zu sagen tatkräftig mithelfen zu können. Wer krank ist, möchte an erster Stelle zunächst wieder gesund werden, sich „auskurieren“ ist hier ein modernes Wort. In der heutigen, stressigen Welt ist Zeit allerdings ein knappes Gut und leider werden die Erholungsphasen nach einer Krankheit oftmals viel zu kurz gehalten.

a) Medizinischer Krankheitsbegriff

Als wissenschaftlicher Begriff ist der Begriff Krankheit an verschiedene Diskursordnungen gebunden, z.B. an jene der Philosophie, der Theologie, der Rechtswissenschaften und nicht zuletzt an jene der Medizin (vgl. Strachota 2002, 31).

H. Schipperges schrieb in seinem Buch „Krankheiten im Wandel der Zeit. Die Heilkunst“, dass der Begriff das „eigentliche Kernproblem der Medizin“ darstellt. (Vgl. Schipperges 1976, 1 zit. nach Strachota 2002, 31).

K. E. Rothschuh schreibt in seinem Buch „Der Krankheitsbegriff. Was ist Krankheit?“, dass der Krankheitsbegriff in die allgemeine Krankheitslehre gehört. So viele Wandlungen die Krankheitslehre in der Geschichte der Medizin bereits durchgemacht hat, so viele auch der Begriff „Krankheit“ selbst. Die Frage nach dem, was Krankheit eigentlich bedeutet, wie sie definiert und eingegrenzt werden kann, muss also folgerichtig vom jeweilig geltenden Wissensstand abhängig sein. Für den unmittelbar Betroffenen, also den Kranken, bedeutet sie zuerst einmal Schwäche, Schmerzen, Leiden, und vor allem Bedrohung. Daher unterliegt sie auch den Wertungen der religiösen und der philosophischen Richtungen, so Rothschuh weiter. Krankheit beginnt immer bei den Kranken, deshalb ist sie eine vorwissenschaftliche Benennung. Die unmittelbare Umwelt des Kranken ist mitbetroffen. Was als krank gilt hat sowohl für die öffentliche Gesundheitspflege, als auch für die Rechtsprechung, sowie für das Versicherungswesen erhebliche Konsequenzen. Daher ist Krankheit laut Rothschuh auch ein soziologischer Begriff (vgl. Rothschuh 1972, 3).

Für Sigmund Freud war Gesundheit gleichbedeutend mit Arbeits- und Genussfähigkeit, wobei Genussfähigkeit für Freud automatisch auch Leistungsfähigkeit impliziert. (Vgl. Honecker, 1995, 84)

Gesundheit und Krankheit bedingen einander. Wer nie krank war, weiß nicht was es bedeutet gesund zu sein und umgekehrt. Schipperges beschreibt, dass Gesundheit und Krankheit immer als ein Begriffspaar, welches zusammengehört, aufgefasst wird. Es gibt allerdings zahlreiche Abstufungen der beiden Begriffe (vgl. Schipperges 1990, 20).

Krankheit ist ein Phänomen, das nicht nur ein medizinisches Faktum besitzt. E. Seidler spricht von drei „Sinnebenen“. Zum einen die Perspektive des kranken Menschen – welches ein subjektives Empfinden ist, dann die Sicht der

Ärzte/Ärztinnen – welcher der medizinische Befund ist, und zu guter Letzt die Reaktionen der Gesellschaft – welches die normative Bewertung darstellt (vgl. Seidler 1996, 303).

Rothschuh meint dazu, dass das, was wir heute als Krankheit bezeichnen, immer andere Eigenschaften, Beziehungen und Merkmale mit sich bringt. (vgl. Rothschuh 1972, 11).

Nach einer Untersuchung beim Arzt/bei der Ärztin wird im Idealfall eine Diagnose erstellt, also das Erkennen einer Krankheit findet statt. Um diese allerdings erkennen zu können, muss sie auch bekannt sein. Der Arzt/die Ärztin muss sich während ihres Bemühens um Erkenntnis auf diesen Begriff der Krankheit verlassen können, so Schipperges (vgl. Schipperges 1990, 160).

Nach Rothschuh (1976) hat der Krankheitsbegriff eine Abgrenzung bzw. Festlegung von Merkmalen zu leisten, um krank von gesund unterscheiden zu können. (Vgl. Rothschuh 1976, 1186, zit. nach Strachota 2002, 35f)

b) Heutiger Krankheitsbegriff

WHO (World Health Organisation)

Die WHO definiert den Begriff „Krankheit“ als fehlende Gesundheit. Was ist aber nun Gesundheit? Gesundheit ist fehlende Krankheit?

Der Begriff Gesundheit wurde von der WHO wie folgt beschrieben: *„Health is a state of complete physical, mental and social well being and not merely the absence of disease or infirmity“* (WHO Constitution) (URL: www.who.int) Übersetzt bedeutet dies: Gesundheit ist der Zustand völligen körperlichen, seelischen (geistigen) und sozialen Wohlbefindens – und nicht allein die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen.

In dem Buch „Krankheitsbegriff, Krankheitsforschung, Krankheitswesen“ von V. Becker und H. Schipperges wird hingegen die Ansicht vertreten, dass Krankheit nicht als das Gegenteil von Gesundheit gesehen werden darf.

Ein Arzt/eine Ärztin weiß demnach sehr gut, dass Gesundheit nicht das Gegenteil von Krankheit ist, sondern dass hier Qualitätsunterschiede eines organischen Systems bezeichnet werden (vgl. Becker/Schipperges 1995, 3).
H. Habs wiederum weist auf das Gegenstück zu „gesund“ hin, nämlich „ungesund“ und nicht etwa „krank“. Diese Ausweitung auf nunmehr drei Begriffe führt aber eher zu noch mehr Konfusion. Gesundheit und Krankheit sind Faktoren im menschlichen Körper, von denen jeweils der eine oder der andere überwiegt, so Becker (vgl. Becker/Schipperges 1995, 3).
Der deutsche Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswissenschaftler Klaus Hurrelmann berücksichtigt in seiner Definition von Krankheit mehrere Modelle und stellt so seinen integrativen Gedanken vor:

> „*Krankheit ist das Stadium des Ungleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung von inneren (körperlichen und psychischen) und äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen nicht gelingt. Krankheit ist ein Stadium, das einem Menschen eine Beeinträchtigung seines Wohl-befindens und seiner Lebensfreude vermittelt“* (Hurrelmann 2006, 146)

Hurrelmann bezieht sich in diesem Zitat auf das Risiko und den Schutz. Wenn diese Faktoren durch innere oder äußere Anforderungen nicht mehr im Gleichgewicht zu einander stehen, so kann dies zu einer Krankheit führen. Der Schutzfaktor stellt sich ein. Dem Menschen werden Signale gesendet, er wird krank, fühlt sich unwohl und die Lebensfreude wird beeinträchtigt, so Hurrelmann.

c) Heilpädagogischer Krankheitsbegriff

Die Definition des Krankheitsbegriffs aus der Sicht der Heilpädagogik ist schwierig aber nicht unwesentlich.
A. Strachota befasst sich in ihrem Buch „Heilpädagogik und Medizin. Eine

Beziehungsgeschichte“ auch mit diesem Aspekt. Anders als in der Medizin oder bei der Begriffsklärung geht es hier nun darum zu hinterfragen, was der Begriff für die heilpädagogische Praxis bedeutet. In der Medizin geht es um eine Diagnose einer Erkrankung und deren angestrebte anschließende Heilung. Das Wort „Heilung“, also die Heilung einer Krankheit, hat aber wiederum in der Heilpädagogik keinen medizinischen Hintergrund. Gehörlosigkeit zählt zwar auch zu ihrem unmittelbaren Themenbereich, aber vor allem geht es dabei um die Förderung und Schulung gehörloser Menschen.

Um mich dem Thema Heilpädagogik zu nähern, möchte ich zunächst einen kurzen Abriss der heilpädagogischen Aufgaben aus Sicht der Fachleute anfügen.

Ein wichtiger Vertreter der Heilpädagogik war Heinrich Hanselmann. Er gilt als ein Pionier dieser speziellen Praxis und als Begründer der wissenschaftlichen Disziplin der Heilpädagogik.

Heilpädagogik ist für Hanselmann: „[...] *die Lehre vom Unterricht, von der Erziehung und Fürsorge aller jener Kinder, deren körperlich-seelische Entwicklung dauernd durch individuale und soziale Faktoren gehemmt ist“* (Hanselmann 1930, 12)

Sein Schüler Paul Moor schränkt den Begriff in seinem Werk „Heilpädagogik. Ein pädagogisches Lehrbuch“ ein. Nach ihm ist Heilpädagogik die „Lehre von der Erziehung.“ Moor nennt die Fürsorge nicht mehr ausdrücklich als eigene Komponente, dazu kommt stattdessen „der Unterricht“. Er ist der Meinung, dass Erziehung etwas anderes als Fürsorge bedeutet (vgl. Moor 1965, 11). Auch der Satz „Heilpädagogik ist Pädagogik und nichts anderes“ stammt von Moor. (Vgl. Moor 1965, 273)

Haeberlin schreibt später, dass pädagogische Orientierung an erster Stelle eine erzieherische Tätigkeit erfordert (vgl. Haeberlin 1996, 14).

In seinem Buch „Grundlagen der Heilpädagogik. Einführung in eine

wertgeleitete Wissenschaft“ beschreibt Urs Haeberlin, was mit dem Begriff Heilpädagogik gemeint ist. Es soll eben nicht bedeuten, dass es ein Spezialistentum gibt, welches der Gesellschaft die Betreuung behinderter Menschen abnimmt und nachweisen kann, dass auch behinderte Menschen nützlich sein können (vgl. Haeberlin 2005, 34). „*Sondern das Wort `Heilpädagogik´ soll in erster Linie Bezeichnung für wertgeleitetes Denken und Empfinden sein. Es soll auch eine Bezeichnung für die Achtung vor der Schöpfung sein, die Annahme jedes Menschen als Person und Partner bedeutet.“* (Haeberlin 2005, 34)

In diesem Zitat kristallisiert sich ein weiterer Aspekt heraus, nämlich dass Heilpädagogik auch einen respektvollen Umgang mit allen Menschen impliziert, gleich welches Schicksal oder welche Erkrankung ihnen widerfahren ist. Jeder Mensch, gleich ob gesund oder krank, verdient Wertschätzung, und seine persönliche Würde muss gewahrt bleiben. Ein respektvoller Umgang mit den Betroffenen soll genauso selbstverständlich sein wie die liebevolle Erziehung und Pflege.

1.2.2 Behinderung

Später in ihrem Buch „Heilpädagogik und Medizin. Eine Beziehungsgeschichte“ stellt A. Strachota den Behinderungsbegriff dem Begriff der Krankheit gegenüber, oder vielmehr an die Seite. Auch das Phänomen der Behinderung hat es schon immer gegeben. Dies haben die beiden Begriffe gemeinsam. (Vgl. Strachota 2002, 201).
Das Wort Behinderung ist aber im Gegensatz zum Krankheitsbegriff ein ziemlich junges, neues Wort. Monika Vernooij schreibt:

„*Erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde der Terminus schließlich auf seinen jetzigen Gegenstandsbereich und in der Sonderpädagogik angewandt*“ (Vernooij 2007, 8).

Die Geschichte dieses Wortes ist demnach eine kürzere.

Erst 1958 wurde der Begriff in einem heilpädagogischen Werk auf den Menschen angewendet. Lindmeier schreibt, dass R. Egenberger der erste war, der die Begriffe „Behinderung“ und „Behinderte“ in einem Buch der Heilpädagogik verwendete. Er gab jedoch keine Definitionen für diese Begriffe an und so spiegeln sie den damals allgemeinen Sprachgebrauch wieder (vgl. Lindmeier 1993, 49 zit. nach Strachota 2002, 202).

Da es allerdings viele verschiedene Arten der Behinderung gibt, ist es wichtig zu definieren, was Behinderung an sich bedeutet. Es existieren körperliche Behinderungen sowie geistige Behinderung. Neben rein körperlichen wie einem fehlenden Arm oder Bein gibt es aber auch die Mischformen wie einen gelähmten Arm oder ein steifes Bein, das sowohl rein körperliche, als auch rein neurologische Ursachen haben kann. Zu diesen Mischformen zählen auch viele Sprachbehinderungen, Sehbehinderungen und nicht zuletzt auch Hörbehinderungen. Es ist oft gar nicht einfach, bei diesen jeweiligen Behinderungen klar zwischen körperlich oder geistig zu trennen. Neuronen, also Nervenzellen steuern die meisten Prozesse in unserem Körper. Beim Sehen sind Hirn und Auge beteiligt, beim Sprechen vor allem das Hirn, beim Hören wiederum mehr das Ohr, aber auch sehr wesentlich das Gehirn. Wir wissen heute z.B., dass unsere Neuronen uns bei Tinnitus (Ohrensausen) Töne und Geräusche vorspielen, die in Wahrheit nicht vorhanden sind, trotzdem hören die Betroffenen sie fraglos und sogar messbar.

Ob ein spezielles Defizit oder welches genau nun als Behinderung gilt, kann nicht nur an der Definition des Begriffes Behinderung festgemacht werden, es erfordert eigentlich die Untersuchung jedes speziellen Falles und Individuums. Ist Behinderung dann eine solche, wenn sie ihren Träger in einem speziellen

Maße behindert und wer legt dieses Maß fest? Das gesamte räumliche Umfeld des „Behinderten“ spielt hier eine ganz gewichtige Rolle, und vor allem auch der soziale Kontext muss berücksichtigt werden.
Bach nimmt 1976 zu diesem Thema Stellung. Er schreibt:

> „*Die gegenwärtige Situation ist durch eine Inflationierung und eine entsprechende Unschärfe der umgangssprachlichen Verwendung des Behinderungsbegriffes gekennzeichnet. Es finden sich verschiedene Ansätze zu wissenschaftlichen Definitionen des Begriffs, deren Ergebnisse von relativ weiten über strenge Fassungen bis hin zur totalen Negierung reichen“* (Bach 1976, 396 zit. nach Strachota 2002, 203f)

Die also etwas ungenauen und zumeist verwirrenden unterschiedlichen Definitionen des Begriffs „Behinderung“ hat die WHO 1980 unter dem Namen ICIDH in eine eindeutigere oder zumindest einheitlichere Form gebracht.

a) Heutiger Behinderungsbegriff

WHO – Behinderung
ICIDH steht für „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps.“ Übersetzt bedeutet dies „Internationale Klassifikation von Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen.“
Fornefeld beschreibt die Begriffe in ihrem 2002 erschienenen Buch „Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik“.
Impairment meint hier: Schäden einer psychischen, physischen oder anatomischen Struktur. Aus diesen Schäden ergeben sich *Disabilities,* diese stehen für die Fähigkeitsstörungen, die auf Grund der Schäden entstanden sind. Die Schäden haben wiederum das Handicap zur Folge, was nichts anderes beschreibt, als die soziale Benachteiligung aufgrund der Schäden und/oder der Fähigkeitsstörung (vgl. Fornefeld 2002, 49).
Die WHO unterscheidet diese drei Begriffe auch nach dem Grad und der Art der Schädigung sowie der Beeinträchtigung, die sich daraus ergibt.

Im Jahr 1999 wurde diese Unterteilung erweitert und verbessert. Es veränderte sich die Bedeutung, sowie auch die Anzahl der Begriffe. Die Bezeichnung für das neue System ist ICIDH-2.

Die neuen Begriffsdefinitionen lauten:
Impairments – Beeinträchtigung einer Körperfunktion oder -struktur im Sinn einer wesentlichen Abweichung oder eines Verlustes. In Bezug auf die vorherige Definition wurden jegliche Schäden nun in Beeinträchtigungen der Körperfunktion oder -struktur zusammengefasst, die eine Abweichung oder gar einen Verlust bedeuten. *„Impairment“* ist als einziges Wort in die ICIDH 2 übernommen worden. Der Begriff *„Activity“* wurde erst in der ICIDH 2 hinzugefügt und bezeichnet die Möglichkeiten der Aktivität eines Menschen, um die persönliche Verwirklichung zu erreichen. Auch *„Participation“* ist ein neues Wort und soll das Maß der Teilhabe an öffentlichen, gesellschaftlichen, kulturellen Aufgaben, Angelegenheiten sowie Errungenschaften betitelt. Das nächste Wort schließt die gesamte Umwelt mit ein, die Rede ist von den *„Kontextfaktoren“*, welche die physikalische, soziale und einstellungsbezogene Umwelt meint, in der ein Mensch das eigene Leben gestaltet. Die vier neuen Begriffe der ICIDH 2 aus dem Jahre 1999 lauten also: Impairments, Activity, Participation und Kontextfaktoren (vgl. Fornefeld 2002, 49).

Es wird deutlich, dass nicht mehr die Defizite des Menschen im Vordergrund stehen, sondern die Beeinträchtigungen, die sich möglicherweise für ihn daraus ergeben. Die Aktivitäten, die ihn in seiner Selbstverwirklichung hindern, werden sichtbar, die eingeschränkte Teilhabe, die sich durch z.B. Sprachbarrieren, Sehbarrieren, Bewegungsbarrieren u.v.m. ergeben, werden hier genannt. Die Umgebung, der Kontext, in dem der Mensch sich befindet, hat wesentlichen Einfluss auf das Wohlbefinden und die Lebensgestaltung. Diese vier neuen Begriffe, die Beeinträchtigung, die eventuell geringere Möglichkeit aktiv zu sein,

die eingeschränkte Teilhabe, sowie die Umgebung des Menschen mit Behinderungen, sind 1999 dahin gehend abgeändert worden und seither unverändert geblieben.
Darüber hinaus ist der Begriff „Behinderung“ heute durch allgemein gültige Regeln und vor allem auch in Gesetzen definiert.

Im Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz (BGStG) § 3, Absatz 1 wird Behinderung als

> *„Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder psychischen Funktionsbeeinträchtigung oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen, die geeignet ist, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu erschweren. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als voraussichtlich sechs Monaten.“* (URL: www.ris.bka.gv.at)

Im Wiener Behindertengesetz (WBHG) wird Behinderung wie folgt definiert:

> § 1a. Absatz 1 *„Als Behinderte im Sinne dieses Gesetzes gelten Personen, die infolge eines Leidens oder Gebrechens in ihrer Fähigkeit, eine angemessene Erziehung und Schulbildung zu erhalten oder einen Erwerb zu erlangen oder beizubehalten, dauernd wesentlich beeinträchtigt sind.*“ (URL: www.wien.gv.at)

Im Buch „Das Normalisierungsprinzip und seine konzeptuelle Weiterentwicklung durch Wolfensberger und Thimm“ von Patrick Schickedanz wird unter anderem auch das „Normalisierungsprinzip“ für behinderte Menschen beschrieben. Normalisierung bedeutet hier, behinderten Menschen ein so „normales“ Leben wie möglich zu gestalten.
Bengt Nirje lieferte 1974 eine systematische Darstellung dieses Prinzips. 1959 finden wir das Prinzip allerdings schon bei dem Dänen Bank-Mikkelsen im Fürsorgegesetz. (Vgl. Schuppener 2005, 45).

Dieses Prinzip besteht aus acht Elementen, wie Nirje sie nennt.

b) Das Normalisierungsprinzip

- einen normalen Tagesrhythmus

Es soll behinderten Menschen ermöglicht werden, einen „normalen“ Tagesrhythmus zu gestalten, natürlich unter Rücksichtnahme auf die individuellen Bedürfnisse dieser Menschen. Geregelte Zeiten sollen eingehalten werden (vgl. Nirje 1994 zit. nach Schickedanz 2008, 5). In der Früh aufstehen, einer Tätigkeit nachgehen, Mahlzeiten zu bestimmten Zeiten einnehmen, sowie zu geregelten Zeiten schlafen gehen, gehören zu diesem Rhythmus.

- einen normalen Wochenrhythmus

Ebenso wie ein normaler Tagesrhythmus soll ein Wochenrhythmus gefunden werden. Unter der Woche soll tagsüber einer Tätigkeit nachgegangen werden, nach Feierabend gibt es Freizeit. Am Wochenende sind Ruhetage. Die Arbeitsstelle soll nicht unmittelbar in der Nachbarschaft liegen, sodass das familiäre Umfeld vom Arbeitsumfeld getrennt ist. Dies dient der besseren gesellschaftlichen Integration (vgl. Nirje 1994 zit. nach Schickedanz 2008, 5).

- einen normalen Jahresrhythmus

Dies bedeutet, Urlaube zu nehmen, Feiertage einzuhalten, Ferien zu erleben und Familientage einzuplanen. (Vgl. Nirje 1994 zit. nach Schickedanz 2008, 6)
Das Feiern des Geburtstages sowie andere Feiern die von persönlicher Bedeutung sind zu zelebrieren.

- normale Erfahrungen im Ablauf des Lebenszyklus

Die verschiedenen Entwicklungsschritte sollen möglich sein. Wie alle Menschen durchleben auch Menschen mit Behinderungen einen Zyklus. Sie sind Babys, dann Kleinkinder, Schulkinder, Teenager, Erwachsene und schließlich alte Menschen. Es soll gewährleistet sein, dass zu jedem Lebensabschnitt normale

Erfahrungen gemacht werden dürfen. So z.B. wie im Erwachsenenalter eine Loslösung vom Elternhaus erfolgen muss, damit ein „normaler“ Lebenszyklus ermöglicht werden kann. Eine Arbeitsstelle, eine veränderte Wohnsituation oder sogar eine gemeinsame Wohnung mit einem Partner können eine Veränderung sein. In jedem Fall muss auf die altersgerechten Bedürfnisse der behinderten Menschen eingegangen werden (vgl. Nirje 1994 zit. nach Schickedanz 2008, 6f).

- normalen Respekt vor dem Individuum und dessen Recht auf Selbstbestimmung

Wie alle Menschen haben Menschen mit Behinderung ihre Würde und ihren Stolz. Entscheidungen, Rechte und Wünsche behinderter Menschen sollen stets anerkannt, respektiert und berücksichtigt werden. Besonders Menschen, denen es nicht möglich ist sich durch Sprache auszudrücken, muss mit Feingefühl begegnet werden. Die allgemeinen Regeln eines respektvollen Umgangs miteinander müssen unbedingt auch im Verhalten gegenüber Behinderten geltend sein (vgl. Nirje 1994 zit. nach Schickedanz 2008, 7).

- Leben in einer zwei-geschlechtlichen Welt

Ein besonders sensibles und viel diskutiertes Thema: Die normalen, also ihrer Kultur gemäßen sexuellen Lebensmuster dürfen stattfinden und sollen ausgelebt werden. Alle Menschen haben das Bedürfnis nach Nähe, besonders der einer vertrauten Person und natürlich auch nach Sexualität, auch Menschen mit Behinderungen. Eine Partnerschaft ist daher für sie ebenso wichtig und gehört zum Rhythmus der Zeit. Die Frage des Zusammenfindens, des Heiratens, aber auch der Fortpflanzung behinderter Menschen sollte keinesfalls restriktiv behandelt werden (vgl. Nirje 1994 zit. nach Schickedanz 2008, 8).

- normale ökonomische Lebensmuster und Rechte im Rahmen gesellschaftlicher Gegebenheiten

Menschen mit Behinderungen haben das gleiche Recht auf einen bestimmten sozialen Lebensstandard wie andere, also Nichtbehinderte. Der hier geltende Standard muss in beiden Fällen in gleichem Maß gewährleistet sein, und Behinderte haben selbstverständlich den gleichen Anspruch auf soziale Unterstützung. Wenn es ihnen nicht möglich ist, aus eigener Kraft für ihren Lebensunterhalt zu sorgen, müssen also lebenssichernde Hilfen angeboten werden und vor allem die rechtlichen Voraussetzungen dafür vorhanden sein. Dies gilt auch für spezielle Fragen, die sich im Detail stellen. Zum Beispiel muss im Falle, dass es ihnen möglich ist einer geregelten Arbeit nachzugehen, auch der Anteil des Lohnes, der ihnen zur freien Verfügung steht, geklärt sein (vgl. Nirje 1994 zit. nach Schickedanz 2008, 8).

- normale ökonomische Umweltmuster und Umweltstandards innerhalb der Gemeinschaft

Dies bedeutet, dass gleiche Standards bei Behinderteneinrichtungen sowie Einrichtungen des Regelbereichs vorliegen sollen. Öffentliche Gebäude, wie Schulen, aber auch die Arbeitsstellen sollen diesem Standard entsprechen. Auch soll es Behinderten möglich sein, von ihrem jeweiligen Wohnort behindertengerechte Verkehrsanbindungen, zum Beispiel in die nächste größere Stadt vorzufinden. Vor allem im ländlichen Bereich lebende, behinderte Menschen sollen so von den Möglichkeiten einer Erwerbstätigkeit nicht ausgeschlossen werden (vgl. Nirje 1994 zit. nach Schickedanz 2008, 9).

Bei Betrachtung dieser acht Elemente nach Nirje wird ersichtlich, dass auf diesem Gebiet so manches, das in unserem sozialen Zeitalter und in unseren Breiten eigentlich als selbstverständlich gelten sollte, auch heute noch sehr wohl einige restriktive, in diesem Fall auch gesetzlich festgelegte Normen

braucht. Die Normalisierungsprinzipien, die hier vorgestellt wurden, sind ohne Ausnahme auf alle Menschen anzuwenden, vor allem, wenn es sich um Randgruppen wie behinderte Menschen handelt. Deren Rechte auf Selbstbestimmung, auf Respekt und Würde, auf ein „normales“ Leben, in allen Abschnitten und Lebensformen, sowie soziale, ökonomische und gesellschaftliche Unterstützungen müssen gewährleistet sein.
Schwierig ist natürlich hier eine genaue Festlegung dessen, was als ein normales Leben anzusehen ist. Es existiert natürlich auch in der Rechtsprechung hier keine genaue, allgemeingültige Definition für diesen Begriff. Es gibt nicht *die* Normalität, sondern unterschiedliche Normalitätsvorstellungen werden durch Diskurse erst hergestellt. Was unter Normalität und Anormalität (in diesem Zusammenhang: Behinderung) verstanden wird, unterliegt einer fortwährenden Diskussion. Die Übergänge zwischen normal und anormal sind fließend, anders ausgedrückt: Die Frage, wer normal und wer behindert ist, wird in verschiedenen Diskursen ständig neu beantwortet (vgl. Kelle/Tervooren 2008, 64).

c) Heilpädagogischer Begriff Behinderung

A. Strachota geht in ihrem bereits erwähnten Werk auch auf die Problematik der Begriffe und deren Einfluss auf die Heilpädagogik ein, oder wie sie es beschreibt, auf die heilpädagogische Praxis.
So schreibt sie, dass das Phänomen, das heute unter „Behinderung“ bekannt ist, nach Wember als „materieller Gegenstandsbereich“ der Heilpädagogik verstanden wird. Weiters ist es der „Ausschnitt von Realität, der zum Erkenntnisgegenstand (einer bestimmten Disziplin Anm. der Autorin) gemacht wird“ (vgl. Wember 1995, 197 zit. nach Strachota 2002, 205).
Auch soziale und gesellschaftliche Hintergründe, sowie das Umfeld werden als Entstehungsbedingungen von Behinderungen mit einbezogen.

Aus diesem Grund ist der Gegenstandsbereich der Heilpädagogik auch wesentlich ausgeweitet worden (vgl. Strachota 2002, 205f).

Auffallend ist, dass in der Heilpädagogik fast ausschließlich der Begriff „Behinderung“ und „behindert“ verwendet wird. Weniger wird hier von einer „Krankheit“ oder von „krank sein“ gesprochen. So spricht z.B. Speck in seinem Buch „System Heilpädagogik“ davon, dass in der Heilpädagogik von behindert oder nicht behindert die Rede ist, was allerdings vermeintlich keinen Raum für andere Begrifflichkeiten lässt. Eine scheinbare Begriffsunterscheidung findet statt. Speck lehnt daher den Begriff „Behinderung“ als Basisbegriff bzw. Ausgangsbegriff der Heilpädagogik ausdrücklich ab (vgl. Speck 1987, 235).

Der Begriff „Krankheit“ hat hier wenig Platz, bzw. wurde er durch den Begriff „Behinderung“ ersetzt. Krankheit ist demnach ein Begriff, der eher in medizinischen Bereichen beheimatet ist. Natürlich wird er auch in der Heilpädagogik verwendet, wenn man z.B. von ADHS als Krankheit spricht.

Vermutlich wäre es oftmals richtig, bei speziellen Behinderungen ebenfalls von Krankheitsbildern zu sprechen, allerdings würde dies bedingen, dass wiederum in die Begriffe Krankheit und Krankheitsbilder unterschieden wird. Aus Gründen des Umfangs dieser Arbeit kann auf die Unterscheidung dieser Begriffe leider nicht eingegangen werden.

Zusammenfassend lässt sich jedoch sagen, dass die beiden Begriffe einerseits sehr komplexe sind, sie sich allerdings nicht immer als exakt trennbar darstellen. Es gälte, sie sehr genau zu definieren, um festlegen zu können, worum es sich in den einzelnen Fällen nun tatsächlich handelt. Was als Krankheit oder Behinderung gilt, hängt darüber hinaus stark davon ab, was in den jeweiligen Kulturkreisen darunter verstanden wird. In den unterschiedlichen Epochen und durch den Wandel der Zeit haben sich nicht nur die Krankheiten und Behinderungen an sich verändert, sondern auch deren Sicht auf sie und somit ihre Begrifflichkeit.

2. Geschichte der Gehörlosen

2.1 Allgemein

2.1.1 16. Jahrhundert

Bundschuh/Heimlich/Krawitz schreiben in ihrem „Wörterbuch Heilpädagogik“, dass es den ersten Blinden- und Taubstummen-Pädagogen wichtig war, taube und blinde Kinder gemeinsam mit anderen, den so genannten „normalen Kindern“ zu unterrichten. Auch die meisten derer Eltern wollten die schulische Integration ihrer Kinder vor allem in sozialer Hinsicht. Es war den Pädagogen wichtig, ein *„verfeinertes methodisches Bewusstsein und vertieftes erzieherisches und unterrichtliches Handeln“* (Bundschuh/Heimlich/Krawitz 2007, 121) zu bieten.
Im spanischen Kloster San Salvatore de Ona war der Mönch Pedro Ponce de Leon (um 1530) Lehrer. Er unterrichtete taubstumme Kinder, und zwar mit beachtlichem Erfolg. Seine SchülerInnen waren meist Kinder Adeliger. Es ist bekannt, dass er es schaffte, ihnen sogar das Sprechen ohne Gehör beizubringen. Er hielt seine Erfahrungen in der Kunst des Unterrichtens gehörloser Kinder leider nicht schriftlich fest, sodass nach seinem Tod 1584 die Methoden wieder neu erarbeitet werden mussten (vgl. Möckel 1988, 32).

2.1.2 17. - 18. Jahrhundert

Schon im 17./18. Jahrhundert gab es Ambitionen, Menschen mit Beeinträchtigungen an Bildung teilhaben zu lassen. Taube und/oder Stumme wurden zunächst mit Hilfe von Zeichen- oder Gebärdensprache, zumeist natürlich in Einzelunterricht zu Hause unterrichtet. Für Blinde stellte sich ihre Bildungssituation ähnlich dar.
Der Spanier Jakob Rodrigez Pereira war ebenfalls ein Pionier auf diesem

Gebiet. Er war Kaufmann und lebte in Frankreich. Er widmete sich der Erziehung taubstummer Kinder, da seine eigene Schwester taubstumm war.
Mit seinen Methoden feierte er große Erfolge (vgl. Möckel 1988, 32f).
Es existiert ein Vertrag aus dem Jahre 1748 mit dem Vater eines seiner Schüler. Dieser, ein Direktor von fünf Pachtgütern, bezahlte Pereira 1000 Pfund Gehalt im Jahr. Damit musste er aber auch für den Unterhalt und die Verpflegung der Kinder aufkommen. Der Unterricht für taubstumme Kinder war aber nichts desto weniger ziemlich kostspielig. Es wird deutlich, was verzweifelte Eltern überraschenderweise schon damals an Kosten auf sich nahmen, um ihre behinderten Kinder zu fördern (vgl. Möckel 1988, 33).
Ihren so zu sagen wirklichen Anfang hat die Gehörlosenbildung allerdings erst ab dem Jahr 1760 genommen. Es begann mit diversen Schulgründungen in Frankreich, England, Deutschland und noch einigen anderen Ländern, wo taubstumme Kinder professionell unterrichtet wurden (vgl. Vogel 1999, 1).
Später wurden auch Blinde wie Taubstumme in speziellen Schulen oder sogenannten Anstalten und Institutionen unterrichtet. 1771 gründete Charles Michel de l´Epée die erste Schule für Taubstumme in Paris, 1784 Valtenin Haüy die erste Blindenschule ebenfalls in Paris (vgl. Bundschuh/Heimlich/Krawitz 2007, 121).
Auch gab es in jener Zeit bereits Literatur zu diesem Thema. Schon im 17. Jahrhundert waren zwei Bücher: „Der sprechende Taube“ von Conrad Amman und „Vereinfachung der Buchstaben und die Kunst Stumme sprechen zu lehren“ von Juan Pablo Bonet über den Unterricht taubstummer Kinder erschienen. Juan Pablo Bonet, ein Offizier und Diplomat, hatte Gelegenheit, dem Unterricht von Ramirez de Carrión beizuwohnen. Auch wenn er selber nie als Lehrer tätig war, schrieb er ein Buch über die Ausbildung taubstummer Kinder. Da auch Carrión das Geheimnis seiner Unterrichtsmethoden gut hütete, ist das, was Bonet in seinem Buch darüber festhielt, alles was darüber bis heute bekannt ist. Carrión befasste sich, nach Bonet, mit der Reduktion der Buchstabennamen auf

ihren Lautwert. Dies ist vermutlich eine der größten Schwierigkeiten für taubstumme Kinder, so Möckel. Die Kinder lernten zu dieser Zeit nicht das ABC zu lautieren, sondern es zu buchstabieren. Die so genannten Abecedaries lernten, die Namen aller Buchstaben eines Wortes in der korrekten Reihenfolge aufzusagen. War dies erst einmal erlernt, rückten sie zu den Silabisten auf. Diesen wurde dann das Lesen der Silben beigebracht. Danach folgte die Stufe, in der die Kinder in der Bibel oder im Katechismus lasen. Diese Methode, im Grunde eine Buchstabiermethode, hielt sich, nach Möckel, bis ins 18. Jahrhundert (vgl. Möckel 1988, 37).
A. Möckel beschreibt in seinem Buch „Geschichte der Heilpädagogik“, aber auch die Situation „taubstummer“ Kinder in der Zeit vor den Möglichkeiten, die schulische Einrichtungen später brachten.

a.) Methodenstreit

Abbe de l´Épée entwickelte für seine Arbeit mit taubstummen Kindern eine eigene methodische Zeichensprache. Er unterrichtete seine SchülerInnen mit Hilfe von Gebärden, die den „lautsprachbegleitenden Gebärden“ unserer Zeit ziemlich ähnlich waren. In etwa zur selben Zeit wurde auch der Deutsche Samuel Heinicke aktiv. Ab 1778 wurde er Leiter der ersten Gehörlosenschule in Leipzig, Deutschland. Im Gegensatz zu de l´Épée war Heinicke ein Vertreter der „oralen Methode“, einer monolingualen Lautsprachmethode. Er arbeitete vor allem mit Lautsprache und griff zu Gebärden nur als Hilfsmittel. Da er der Vertreter dieser Methode in Deutschland war, wird diese auch „deutsche Methode“ genannt. Die Methode der Gebärdensprache durch de l´Epée war dagegen vor allem in Frankreich bekannt und wird daher auch als „französische Methode“ bezeichnet (vgl Prillwitz 1990, 19).
Diese beiden Methoden standen zur Diskussion und vor allem in Konkurrenz zueinander.
Wie zu erwarten kam es zu einem Methodenstreit zwischen den beiden.

De l´Epée´s Methode galt aber schon zur damaligen Zeit als erfolgreicher, also bekam er recht, und die manuelle Methode der Gebärden wurde in Europa verbreitet. Mancherorts wurde sie allerdings von der Laut- und/oder Schriftsprache unterstützt verwendet (vgl. Vogel 1999, 1).

Von seiner Gebärdensprache überzeugt, verteidigte Abbe de l´Epée diese Unterrichtsmethode natürlich zu seinen Lebzeiten vehement, was ihm in Folge einiges an Kritik einbrachte. Möckel z.B. schreibt, dass er gegen den Unterricht in Lautsprache „*polemisierte*“. (Vgl. Möckel 1988, 39)
An vielen Stellen seiner 1776 erschienenen Schrift äußerte de l´Epée sich tatsächlich ziemlich abfällig über die Erziehung zur Lautsprache. Er meinte auch, dass ihn als Unterrichtenden das Lehren der recht einfachen Lautsprache nichts anginge, sondern dass die im gemeinsamen Haushalt mit dem Taubstummen lebenden Personen dies leicht alleine zustande brächten. (Vgl. Épée 1776, 158 zit. nach: Möckel 1988, 39) Im Kapitel „Wie man die Taubstummen reden lehren kann“ ging er aber trotzdem auf die Geschichte der Lautbildung als Lehrmethode ein. Er bezieht sich in seinem Werk auf die Methode von Bonet, welcher rund 150 Jahre vor ihm eine Schrift zu diesem Thema veröffentlicht hatte. Zum Erlernen von Lauten, Vokalen und Konsonanten schreibt de l´Epée folgendes:

> „*Dies alles ist für die Taustummen, sofern sie nur einige Begabung haben, gewissermaßen ein Spiel; sie brauchen keine Stunde dazu, um es zu lernen und auszuführen. Sie kennen also schon elf Laute, die ungefähr die Hälfte unseres Alphabets ausmachen“* (Epée 1776, 150 zit. nach: Möckel 1988, 39).

Er geht also offensichtlich davon aus, dass gehörlose Menschen sehr schnell und mit Leichtigkeit sprechen lernen können. Allem Anschein nach sträubte er sich selbst, aus welchen Gründen immer, einfach gegen diese Methode. Er sah

offenbar in seiner Methode der Gebärden mehr Sinn, wobei er aber das Erlernen der Lautsprache nicht grundsätzlich ablehnte. Er meint nur, dass dafür keine Schule und vor allem keine Pädagogen nötig seien.
So unterschiedlich de l´Epées und Heinickes Methoden auch waren, eines hatten sie gemeinsam. Weder der eine noch der andere erhielt die verdiente Unterstützung staatlicher Stellen (vgl. Möckel 1988, 43). Die Gründung der Taubstummenschule durch de l´Epée erfolgte aus eigenen Mitteln. (Vgl. Möckel 1988, 38)
Heinicke bezog zumindest ein Gehalt vom Hamburger Institut, an dem er Direktor war. Sowohl bei Heinicke als auch bei de l´Epée spielte der Gedanke der Ausbreitung des Taubstummenunterrichts eine wesentliche, tragende Rolle (vgl. Möckel 1988, 42f).
Im Kern verfolgten also beide trotz unterschiedlicher Ansätze das gleiche Ziel. Ihnen war es wichtig, nicht zuletzt auch nach ihrem Ableben eine Unterrichtung gehörloser Kinder gesichert zu wissen. Beide wollten verhindern, dass ihre Bemühungen und Methoden in Vergessenheit geraten und gaben sie an spätere Pädagogen weiter, indem sie ihre jeweiligen Erfahrungen schriftlich festhielten.
Der Schwiegersohn Heinickes, Ernst Adolf Eschke gründete 1788 nach einem Praktikum bei seinem Schwiegervater eine Gehörlosenschule in Berlin. Im Laufe seiner Arbeit blieb die rein orale Methode allerdings auf der Strecke, und er versuchte es mit einer kombinierten Methode aus Gebärden- und Lautsprache. Diese Methode konnte in Berlin bis weit über die Mitte des 19. Jahrhunderts bestehen (vgl. Vogel 1999, 2).

b.) Methoden und Kritik

Möckel schreibt, dass sich beinahe sämtliche Gehörlosenlehrer durch eine Eigenschaft besonders auszeichneten. Sie gaben auch nach anfänglichen Schwierigkeiten und Misserfolgen nicht einfach auf (vgl. Möckel 1988, 44).

Es gibt in der Gehörlosenpädagogik nicht eine Methode, eine Unterrichtsform, die vor einer anderen entstand, verschiedene Wege wurden fast zeitgleich erschlossen. Es lassen sich allerdings drei Hauptrichtungen erkennen. Pedro Ponce begann mit einem Fingeralphabet, bei dem jeder Buchstabe ein anderes Handzeichen hatte. Ramirez (Bonet), Amman, Pereira und Heinicke begannen, wie bereits beschrieben, mit der Lautbildung. In Frankreich hingegen begannen Abbe de l´Epée und Sicard mit der Gebärdensprache, also den Gesten, die zum Teil nur einzelne Wörter bezeichneten, mit denen aber auch ganze Sätze gezeigt werden konnten (vgl. Möckel 1988, 44f).

Alle Methoden hatten eines gemeinsam. Der Lehrer musste, um Erfolg zu haben, den Blickkontakt zu seinen SchülerInnen herstellen und halten. Er musste sicher gehen, dass er wahrgenommen und somit verstanden wurde. Nur so war es den Kindern möglich, ihn nachzuahmen oder ihm nachzusprechen. Die SchülerInnen mussten also viel Disziplin und Aufmerksamkeit, vor allem Konzentration aufbringen, um dem Unterricht folgen zu können (vgl. Möckel 1988 45). Sämtlichen Taubstummenlehrern gelang es aber allem Anschein nach und ihren Aufzeichnungen zufolge, diese Voraussetzungen für einen gelungenen Unterricht und ein Weiterkommen ihrer Schüler mit der jeweils andersartigen Methode zu gewährleisten.
Nach Georg und Paul Schumann soll sich Heinicke übrigens ebenso wie Ponce auch mit dem Fingeralphabet befasst haben. (Vgl. Schumann G. u. P. 1912, VII zit. nach Möckel 1988, 46)
Um die Lautbildung der Kinder zu fördern und vor allem, um ihnen leichter vermitteln zu können, wie die Mundstellungen auszusehen haben, bediente sich Heinicke verschiedenster Nahrungsmittel. Um mit den Lippen z.B. ein i zu formen, gab er ihnen etwas Essig, ein e wurde mit Wermutextrakt geformt, a mit reinem Wasser, o mit Zuckerwasser sowie u mit Öl. (Vgl. Schumann 1940, 161)
Ein zusätzliches Hilfsmittel aller Lehrer, die die Lautbildung und Lautproduktion

zum Ziel hatten, war ein Spiegel, um es den SchülerInnen zu ermöglichen, ihre Lippenstellung selbst sehen und somit kontrollieren zu können, aber auch die Lage der Zunge zu üben. Das Ablesen von den Lippen der Lehrer bildete ebenfalls eine Übung, um die Bewegungen und Formen des Mundes zu verinnerlichen. Handzeichen, Sprechen in die Hand oder hinter das Ohr, sowie das Befühlen der Zungenstellung und des Kehlkopfes wurden ebenso praktiziert, um deren Arbeitsauftrag zu begreifen, so Möckel. Nicht zuletzt spielt die Atmung beim Sprechen eine tragende Rolle, auch diese wurde durch Beobachten und Erfühlen ein Mittel, um Sprechen zu lernen (vgl. Möckel 1988, 47). Die eben genannten Übungen und Hilfsmittel werden zum Teil auch heutzutage verwendet, um gehörlosen Kindern das Sprechen zu lehren.

Das Befühlen des Kehlkopfes der LehrerInnen gehört hier ebenso dazu, wie das genaue Beobachten der Lippen- und Zungenstellungen.
Heribert Jussen (1925–2011), Professer für Gehörlosen- und Schwerhörigenpädagogik an der Universität Köln, sagte dazu: *[...] „Das Erfassen einer Mitteilung erfordert deshalb von Gehörlosen eine hohe Einfühlsamkeit in die Redeabsicht des Gesprächspartners sowie die Fähigkeit, aus den wenigen erkennbaren Informationen den Kern der Mitteilung zu erschließen“* (Jussen 1991, 205).
Hier wird deutlich, dass gehörlose Menschen eine ungemeine Anstrengung an den Tag legen müssen, um das Gesagte auch verstehen zu können. Wie Jussen in seinem obigen Zitat beschreibt, erfordert dies eine hohe Einfühlsamkeit in die Redeabsicht des Gesprächspartners. Vermutlich meinte er damit, dass Gehörlose oftmals schon eine Idee von dem haben müssen, worauf das Gegenüber hinaus will, um eben dann den besagten Kern der Mitteilung bestmöglich erschließen zu können. Ein wichtiger Punkt hierbei ist darüber hinaus, dass sie das ausschließlich Gesehene, und nicht Gehörte sehr gut deuten und interpretieren können müssen.

Den Kindern wurde auferlegt, sich mit diesen oben angeführten Mitteln Hunderte von Bewegungsabläufen zu merken, diese zu kontrollieren, sie zu vergleichen und sie sich richtig einzuprägen. (Vgl. Möckel 1988, 47) Mit dieser Methode sollte vermutlich ein schneller Lernerfolg erzielt werden.

Nach Albertini hat eine gewisse Zuwendung der gehörlosen Menschen zur hörenden oder gehörlosen Gesellschaft durch das Erlernen der Laut- bzw. Gebärdensprache, wesentlichen Einfluss auf die Identitätsentwicklung Gehörloser. (Vgl. Albertini 1991, S.98-104 zit. nach Antor/Bleidick 2006, 131) Er geht demnach davon aus, dass sich gehörlose Menschen verschiedenartig entwickeln, wenn sie sich für die eine oder die andere Gesellschaft „entscheiden“, wenn sie also entweder Laut- oder Gebärdensprache lernen. Die Identitätsentwicklung ist allerdings ein ganz eigenes Thema, dennoch soll angemerkt werden, dass jeder Mensch in seinem Leben Entscheidungen zu treffen hat, die für die Entwicklung des „Selbst“ oftmals eine tragende Rolle spielen können. Die Entwicklung eines jeden ist also immer von dessen jeweiligen Entscheidungen abhängig.

Die Vertreter der Lautsprache sind der Meinung, dass eine Integration in die Welt der Hörenden nur über die Lautsprache möglich ist, da diese auch Hörenden zugänglich ist. Befürworter der Gebärdensprache weisen allerdings darauf hin, dass eine Integration Gehörloser in die Welt und die Kulturgemeinschaft der Hörenden möglich gemacht werden muss, um eine gute Identitätsfindung zu gewährleisten (vgl. Antor/Bleidick 2006, 131).

Dies beschreibt auch schon das Dilemma der beiden Methoden. Vertreter der Lautsprache meinen, diese muss gelernt werden, um Integration zu sichern, Befürworter der Gebärdensprache halten dagegen, dass dies für die Identitätsfindung immer gewährleistet sein muss, unabhängig von der Sprache.

Karl Heinz Wisotzki nimmt in seinem Buch „Grundriss der Hörgeschädigtenpädagogik“ Stellung zum Frühförderungsprogramm bei Prillwitz. Dieser entwickelte eine Frühförderungskonzeption, die im Gegensatz

zum oralen Ansatz zwei wesentliche Punkte enthält, so Prillwitz.

> - *„Die Gehörlosen bilden eine positiv einzuschätzende Minderheitengruppe mit einer eigenen vollwertigen Sprache.*
> - *Allein das bewusste frühe Einbeziehen der Gebärdensprache garantiert eine relativ normale und anspruchsvolle kommunikative Situation in der Familie mit all ihren positiven Auswirkungen für die Gesamtentwicklung des Kindes“* (Prillwitz 1982, 131 zit. nach Wisotzki 1994, 92).

Einerseits vertritt Prillwitz also die Meinung, dass Gebärdensprache wichtig sei, andererseits hält er aber an der Integration Gehörloser in die Gesellschaft fest. Er geht sogar so weit zu behaupten, dass der Gehörlose für zwei Welten vorbereitet werden muss. Dieser lebt einerseits in der Welt der gehörlosen Menschen, in der er die Gebärdensprache braucht, um problemlos untereinander kommunizieren zu können. Er muss sich allerdings ebenso in der Welt der hörenden Menschen behaupten können, da er hier arbeiten wird, der Großteil seiner Mitmenschen hörend ist und die Gebärdensprache nicht beherrscht (vgl. Prillwitz 1982, 131 zit. nach Wisotzki 1994, 92).
A. Löwe widerspricht ihm in dieser Hinsicht und erteilt Prillwitz, wenn auch mit Einschränkungen, eine Absage, so Wisotzki.

> *„Wie die eingangs angeführten Untersuchungen gezeigt haben, ist eine zusätzliche manuelle Kommunikation für die Lautspracherziehung vieler gehörloser Kinder ein Hemmnis. Es wäre darum töricht, sie für die Mehrheit der gehörlosen Kinder fordern zu wollen. Dass es allerdings eine Minderheit gehörloser Kinder gibt, die unbedingt darauf angewiesen ist, wird kein ernstzunehmender Gehörlosenpädagoge bestreiten wollen“* (Löwe 1982a, 147 zit. nach Wisotzki 1994, 92).

Löwe ist sich also der Schwierigkeit einer Entscheidung zwischen den beiden „Sprachen“ bewusst. Er weist darauf hin, dass Gebärdensprache für eine Minderheit der Gehörlosen, wie er meint, von Bedeutung ist.

Er zieht allerdings die Lautspracherziehung der manuellen Kommunikation vor, da er sie als grundsätzlich bedeutender empfindet und vor allem als allgemein verständlich.

A. Schulte zieht bei dieser schwierigen Frage der Entscheidungsfindung zwischen der einen und der anderen Kommunikationsmethode eine amerikanische Studie heran, die sich damit befasst, welche der beiden für die Entwicklung hörgeschädigter Kinder von Vorteil ist. Und er gelangt zu folgenden Schlüssen:

„1. Die Ergebnisse stützen keinen Glaubenskrieg zwischen Fachvertretern, Eltern oder innerhalb der Gruppe der Gehörlosen. 2. Die Ergebnisse der vorstehend skizzierten vorurteilslosen Untersuchung relativieren den Anspruch, durch den frühen lautsprachbegleiteten Einsatz von Gebärden könne das sprachlich-kommunikative Niveau grundsätzlich und in kürzerer Zeit wesentlich verbessert werden. 3. Die Ergebnisse dieser Untersuchung fordern systematischere und intensivere Arbeit und Reflexion von vorurteilsfrei diskutierten pädagogischen Wegen, um die individuellen Möglichkeiten der tauben Kinder entsprechend - die Wahrnehmungsvoraussetzungen und -fähigkeiten zu verbessern, - Lernen entsprechend den schulischen und nachschulischen Anforderungen zu ermöglichen - und so das Sprach-, Kommunikations- und Leistungsniveau entsprechend dem Anforderungsniveau an Nichtbehinderte im Berufs- und Arbeitsleben anzuheben (Schulte 1986, 36f).

Was Schulte hier deutlich macht ist, dass der frühe Einsatz der Lautsprache in Begleitung der Gebärdensprache offensichtlich keinen wesentlichen Einfluss auf das höhere sprachliche Niveau der gehörlosen Kinder nimmt. Er relativiert also die Sorge des Methodenstreits und gibt keinen Vertretern Grund zur Annahme, ihre bevorzugte Methode wäre geeigneter.

Verena Krausneker fasst in ihrem Buch „taubstumm bis gebärdensprachig“ den Gedanken, dass „sprachwissenschaftliche Einschätzung von Zwei- und Mehrsprachigkeit als menschlicher „Normalfall“ (Krausneker 2006, 47) anzusehen

sei. Damit ist gemeint, dass global gesehen Einzelpersonen im alltäglichen Gebrauch mit zwei oder mehreren Sprachen kommunizieren (vgl. Krausneker 2006, 47).
Ingrid Gogolin prägte den Terminus „lebensweltliche Zweisprachigkeit“ bedeutend. Sie forschte mit Kindern verschiedenster ethnischer Minderheiten und schrieb in ihrem „Der monolinguale Habitus der multilingualen Schule“, dass das Erlernen zweier Sprachen während des Primärspracherwerbs nicht zu vermeiden ist. Gogolin lehnt sich an den Habermas´schen Lebensweltbegriff, genauer also an eine kommunikationstheoretische Form an (vgl. Gogolin 2008, 16).
Gericke sagt dazu: *„Der Begriff ´lebensweltliche Zweisprachigkeit` trifft meines Erachtens genau die sprachliche Situation Gehörloser. Unabhängig von ihrem Wohnort, ihrer Nationalität oder der sprachlichen Situation der Eltern werden Gehörlose bereits im Erstspracherwerb mit zwei Sprachen konfrontiert“* (Gericke 1998, 189).

Dies bedeutet also, dass bei gehörlosen Menschen das frühzeitige und meist gleichzeitige Erlernen zweier Sprachen eine notwendige Norm ist. Eine weitere nicht uninteressante Frage wäre, in wie weit die beiden von den Betroffenen als unterschiedlich schwer zu erlernen empfunden werden. Wie bereits erwähnt haben Jussen sowie auch Breiter schon festgestellt, dass das Erlernen der Lautsprache große Anstrengung, Mühe, Konzentration und Disziplin von den gehörlosen Menschen erfordert.

Auch Volterra meint, dass es sich bei beiden Sprachen bzw. Kodes wie er sie nennt, nicht um simultanen Bilingualismus handelt, sondern dass das Erlernen der Lautsprache ein langwieriger, ja mühseliger Prozess sei. Die Gebärdensprache ließe sich allerdings spontan und natürlich erlernen.

Er weist darüber hinaus darauf hin, dass zwischen dem Erfolg der beiden Kodes immer eine Zeitverschiebung liege. Die Lautsprache wird im Gegensatz zur Gebärdensprache immer etwas nachlaufen, so Volterra (vgl. Volterra 1990, 51).

Annette Leonhardt schreibt in ihrem Buch „Einführung in die Hörgeschädigtenpädagogik“ über einen Aspekt, der ihrer Meinung nach ebenso wichtig ist. Sie meint, dass das Hauptziel der Gehörlosenpädagogik der Erwerb einer umfassenden kommunikativen Kompetenz sein muss, da diese eine Grundvoraussetzung für das Erreichen und Verwirklichen aller anderen nachstehenden Zielaspekte darstellt (vgl. Leonhardt 2002, 32).

Hier spricht Leonhardt einen der wichtigsten Punkte in diesem Diskurs an, denn bei all der Problematik des Methodenstreits darf nicht die Aufgabe und das eigentliche Ziel vergessen werden. Gehörlose Menschen sollen eine möglichst frühzeitige, vor allem aber die bestmögliche „sprachliche“ Ausbildung bekommen, um alle ihre späteren Ziele realisieren zu können.

Fest steht, dass bis heute keine Einigung darüber erfolgte, welche Methode nun die „richtige“, die „bessere“ oder „einfacher zu erlernende“ für Gehörlose sei. Beide Methoden haben von den Disputanten zugegebene Vor- als auch Nachteile.

> „*Während die Gebärdensprache im Vergleich zur hörgerichteten Lautsprache leichter zu erwerben ist, beschränkt sie jedoch die Kommunikation auf die Gruppe, die die Gebärdensprache auch beherrscht. Dagegen erlaubt die Lautsprache auch sprachliche Kommunikation mit hörenden Menschen und bildet eine wesentliche Voraussetzung für die gesellschaftliche Integration gehörloser Menschen“* (Dörr/Günther 2003, 77).

Dies ist mit Sicherheit ein wesentliches Faktum, warum oftmals die Lautsprache der Gebärdensprache vorgezogen wird. Es wird aus nachvollziehbaren Gründen befürchtet, dass gehörlose Menschen ohne das Erlernen der Lautsprache nicht zur Genüge in der weit größeren Gemeinschaft der Hörenden

als der weit kleineren der Gehörlosen kommunizieren können und damit nicht in einem ausreichenden Maß in die Gesellschaft integriert sind.

2.1.3 19. Jahrhundert

Im Jahr 1880 trafen sich zum zweiten Mal LehrerInnen und PädagogInnen, um über die in weiterer Folge am zweckmäßigsten und zielführendsten anzuwendende Unterrichtsmethode für Gehörlose zu beraten. Der Kongress fand vom 6. bis zum 11. September dieses Jahres in Mailand statt. Hörende entschieden dort unter Ausschluss von gehörlosen Menschen, also ohne die eigentlich Betroffenen zu deren Meinung zu befragen und ihnen damit Gehör zu verschaffen, dass der Lautsprache Vorzug gegenüber der Gebärdensprache gegeben werden soll. Die „deutsche Methode“ setzte sich somit durch (vgl. Glunz 2007, 2).

Prillwitz beschreibt diese Entscheidung des „Mailänder Kongresses“ 1880 als Gehörlosenpädagogik, die zur Sprech-Pädagogik wurde. Das „Entstummen“, also das sich vor allem in der hörenden Gesellschaft Gehör verschaffen im wahrsten Sinne des Wortes rückte in den Vordergrund. Die Folge war, dass Gebärdensprache aus dem Unterricht praktisch verbannt und gehörlose Lehrer entlassen wurden. Hörende Pädagogen arbeiteten mit Gehörlosen ab sofort ausschließlich daran, deren Lautsprache aufzubauen, sie zu verbessern und zu fördern. Die Erziehung gehörloser Menschen zu selbstbestimmten, selbstbewussten Menschen war nun nicht mehr das vorrangige Anliegen, sondern dass diese rein technisch eine allgemein verständliche Sprache erlernten. Prillwitz schreibt weiter, dass das Bildungsniveau gehörloser Menschen dadurch natürlich stark sank und damals weit unter dem der hörenden SchülerInnen lag (vgl. Prillwitz 1990, 19f).

Ludwig Habermaß, ein selbst gehörloser Lehrer, der von 1803 bis zu seinem Tod Gehörlose unterrichtete, wurde von Eschke gefördert. Darüber hinaus

leitete er noch Seminare für angehende Pädagogen. Nach Habermaß gab es auch noch andere, ähnliche Fälle, es wurden z.B. auch die Gehörlosen Daniel Heinrich Senß (1800-1868) und Karl Heinrich Wilke (1800-1876) Lehrer an der Gehörlosenschule in Berlin (vgl. Vogel 1999, 2).

Als Nachfolger von de l´Epée gilt Abbe Roch-Ambrois Cucurron Sicard. Er führte die Methode de l´Epée´s erfolgreich weiter und ergänzte seine methodischen Zeichen. Vor allem beschäftigte er sich auch mit jenen taubstummen Kindern, die aus verschiedenen Gründen keine Bildung erhielten und keinem Unterricht beiwohnen konnten. 1800 beschrieb er diese als Kinder im „Naturzustand“ und schilderte sie als traurige Wesen, die ihre Lage aus eigener Kraft natürlich nicht verbessern konnten. Da sie auf rein sinnliche Empfindungen beschränkt waren, waren auch ihre Gefühlszustände recht beschränkt und davon abhängig, ob sich ihre unmittelbare Umgebung jeweils angenehm oder eher unangenehm anfühlte. War das Gegenüber, also die Menschen oder die Natur freundlich, so war das Kind heiterer Stimmung, war das nicht der Fall, so war es meist traurig, so Sicard. Da völlig ungebildete Kinder, also jene, die nie irgendeine Art von Unterricht erhalten haben, zumeist das Ursache-Wirkung Phänomen nicht kennen, irren sie sich in vielen Dingen. Vor allem können sie Konsequenzen ihres eigenen Handelns, aber auch demjenigen der anderen, nicht richtig vorhersehen und einschätzen. Sie sind zumeist auch weniger interessiert an ihrem Umfeld, sie betrachten ihre Umwelt nicht in einem ebenso neugierigen Maß wie das ihre vorgebildeteren Mitmenschen tun. Sicard geht sogar so weit zu behaupten, sie würden weder Tugenden noch Laster, noch Sittlichkeit kennen (Sicard 1800, 186 in: Möckel 1988, 35).

Ein Zitat von Sicard über einen unterrichteten, also gebildeten Menschen lautet: *„Vor diesem neuen Leben, das der glückliche Erfolg seiner Erziehung ist, war er zu nichts zu gebrauchen; er war ein wildes und bösartiges Tier; heute ist er ein vernünftiges Wesen, zu allem tauglich und fähig“* (Sicard 1800, 188 zit. nach Möckel 1988, 35f).

Ein sehr ähnliches Zitat, dieses Mal aus Schumanns Buch aus dem Jahre 1940:

> *„Dieser kam, kein Mensch, sondern ein Vieh an Sitten und Klotz in äußerer Gestalt; er war als Kind verwaist und auf mindestkostende Pflege verauktioniert worden. Jetzt ist er gebildet, schreibt eine schöne Handschrift, liest jedes leichte deutsche Buch, kennt die Religion und seine menschlichen und bürgerlichen Pflichten und ist vorzüglich gut an Sitten und Charakter“* (zit. nach Schumann 1940, 28).

Beide Zitate sind natürlich vor allem auch unter Berücksichtigung des Aspekts der damals völlig anders gearteten grundsätzlichen Lebensbedingungen sehr vorsichtig und kritisch zu bewerten. Kinder, die in jener Zeit auf der Straße leben mussten, genau wie diejenigen, die in speziellen Regionen auch heute noch zu einem solchen Leben gezwungen sind, deren Eltern vielleicht verstorben sind oder einfach nur nicht für sie da sein können, und die keinerlei Erziehung genossen haben, sind unerzogen und ungesittet, ganz gleich, ob sie gehörlos sind oder nicht. Ihnen fehlt die elterliche, also jede grundsätzliche erzieherische Zuwendung und Fürsorge. Es entsteht leicht der falsche Eindruck, gehörlose Menschen wären von Natur aus bösartiger, ungesitteter und wilder. Selbstverständlich ist das jedoch keinesfalls ein Charakteristikum dieser Menschen, vielmehr führt deren ungünstiges bis katastrophales Umfeld zu Verwahrlosung mit all ihren schlimmen Folgen.

In der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts wurde dann erstmals die überraschend große Zahl an taubstummen Menschen bekannt. Charles Michel de l`Epée, wie bereits erwähnt einer der Vorreiter auf dem Gebiet des Schulunterrichts für diese Kinder, fragte sich nach Möckel, warum diese traurige Tatsache so lange im Verborgenen blieb. Er erklärte, dass die Eltern sich wohl schämten, ein „behindertes“ Kind zu haben, sie wollten dieser Schande wahrscheinlich nicht ausgeliefert sein. Behinderte wurden damals oft versteckt und nicht der Öffentlichkeit preisgegeben. Sie glaubten ihren Pflichten durch eine Art Minimalversorgung ausreichend nachzukommen, indem sie für den Unterhalt und die Verpflegung der Kinder sorgten. Oft wurden diese in einem Kloster oder einer Pflegeanstalt untergebracht, um sie einerseits aus dem Blickfeld der anderen zu bringen, andererseits aber auch aus dem eigenen (vgl. de l´Épée 1776 in: Wollermann II, 1912, 107 zit. nach Möckel, 1988, 32).

Was Wisotzki in seinem 1944 erschienenen Buch „Grundriß der Hörgeschädigtenpädagogik“ klar herausarbeitete, ist, dass ganz gleich welche der beiden Methoden nun für die Erziehung gehörloser Kinder angewandt wird, die Eltern und die engsten Familienmitglieder wesentlichen Anteil daran nehmen. Hörende oder nicht hörende Eltern, oft aber auch Geschwister, nehmen eine ganz zentrale Stellung in der Erziehung dieser Kinder ein. Die allermeisten, oft unvorbereiteten Eltern reagieren vorerst auf die Behinderung ihres Kindes mit Schock-Trauer-und Angst (vgl. Wisotzki 1994, 79).
Nach der Geburt eines sichtbar oder messbar behinderten Kindes tritt der erste Schockzustand bei deren Eltern relativ rasch ein. Im Falle der Gehörlosigkeit kommt dies erst später und langsamer, da Gehörschäden im Normfall nicht direkt nach der Geburt erkannt werden und diese dann meistens auch nicht sofort verifizierbar sind. Nach der Überwindung des ersten Schocks kommt die Trauer. Es ist die verständliche Trauer darüber, dass man das „Phantasiekind“ verloren hat. Jede werdende Mutter, jeder werdende Vater hat eine bestimme

Vorstellung sein Kind betreffend, und wenn diese nicht erfüllt wird, muss man sich von der Idee des „perfekten Kindes“ verabschieden. Freud bezeichnet dies als normale Reaktion auf einen Objektverlust. Die Phase der Trauer wird danach oftmals von Angst abgelöst, Angstzuständen, die sich meist nur durch die verschiedensten Abwehrmechanismen bewältigen lassen, so Wisotzki (vgl. Wisotzki 1994, 79f).

2.2 Geschichte der Gehörlosen in Österreich

2.2.1 Erste Schulgründung

Die Schulgründung für Taubstumme in Wien erfolgte 1779 durch Kaiser Joseph II. Diese Schule war nach der Gründung der ersten Anstalten, nämlich in Paris (de l´Épée) und Leipzig (Heinicke) die dritte Gehörlosenschule überhaupt. Joseph II. hielt sich 1777 bei seinem Schwager König Ludwig XVI. in Paris auf, wo er auf die Pariser Schule aufmerksam wurde. Daraufhin beschloss er, auch in seiner Monarchie eine ebensolche Schule für Taube und Stumme zu gründen. Er schickte den Priester Dr. Johann Friedrich Stork und den aus Mähren stammenden Deutschlehrer Joseph May nach Paris, um von de l´Epée dessen Methode des Taubstummenunterrichts zu erlernen. Eine Unterkunft für diese neue Schule wurde im alten Bürgerspital gefunden, Stork wurde Schuldirektor, May sein Gehilfe. Diese gilt erwähnenswerter weise auch als die erste staatliche Gehörlosenschule, da Joseph II. veranlasste, dass sechs Buben und sechs Mädchen unbemittelter Eltern unentgeltlich aufgenommen wurden (vgl. Schott 2002, 16).
Später erhöhte Kaiser Joseph II. die Zahl der Staatszöglinge von 12 auf 30 Kinder. Für jedes aufgenommene Kind zahlte die Staatskasse jährlich 100 Gulden an den Direktor, der die Verwaltung innehatte. Der Direktor selbst, damals Stork, erhielt 800 Gulden, sein Gehilfe May 400. Eltern, die vermögend waren, mussten ausschließlich für die Verpflegung ihrer Kinder aufkommen,

nämlich 100 fl (Florentiner Gulden), der Unterricht selbst war für alle kostenlos. Da die Kinder aus allen Teilen der Monarchie kamen, war ein Internat notwendig und wurde der Schule angeschlossen. Seit 1805 trug dieses Institut daraufhin ganz offiziell den Namen „k.k. Taubstummen-Institut“. Im Jahr 1792 übernahm May dann von Stork die Direktion, weitere Lehrer wurden aufgenommen, und eine Vergrößerung des Gebäudekomplexes wurde veranlasst. May unterrichtete anfangs nach der „französischen Methode“, also mit Hilfe der Gebärden, entschloss sich aber später dazu, seinen SchülerInnen auch das Sprechen beizubringen. Er entwickelte damit eine neue, quasi kombinierte Methode des Unterrichts. Über Jahrzehnte galt diese als die „moderne“ Methode, die dann auch als „gemischte“ oder „Wiener Methode“ in die Geschichte einging (vgl. Schott 2002, 16f).

Bei der „Wiener Methode“ wurden Schriftsprache und Lautsprache an Hand von Gebärden gelernt, das Ablesen von den Lippen ist nicht gemeint (Elischka 1999, 15).

Als May schließlich 1819 seine Pension antrat, wurde Michael Venus zu seinem Nachfolger, der die Wiener Methode weiterhin einsetzte und festigte. Von ihm stammt auch das sogenannte „Methodenbuch“. Es diente ihm als Konzept für seine Vorlesungen für angehende Lehramtskandidaten und spätere Gehörlosenlehrer. Sein Buch mit dem Titel: „Methodenbuch oder Anleitung zum Unterricht der Taubstummen“ erschien erstmals 1826 (vgl. Schott 2002, 17).

Auch der damalige Katechet (Priester und Religionslehrer) des Instituts, Dr. Franz Hermann Czech, veröffentlichte mehrere pädagogische Schriften. In seinem Werk „Versinnlichte Denk- und Sprachlehre, mit Anwendung auf die Religions- und Sittenlehre und das Leben“, das 1836 erschien, wies er besonders auf das Recht gehörloser Menschen auf Bildung hin (vgl. Schott 2002, 17).

In den damals bestehenden schulischen Einrichtungen war allerdings immer noch nur ein Bruchteil der gehörlosen Kinder untergebracht. Pädagogen

suchten gemeinsam nach einer Lösung, um möglichst vielen oder sogar allen gehörlosen Kindern eine schulische Ausbildung zu ermöglichen. In einzelnen Landesbehörden wurden in Lehrerseminaren die Studenten nicht nur auf den Umgang und den Unterricht von voll-sinnigen SchülerInnen vorbereitet, sondern auch von taubstummen Kindern (vgl. Schott 2002, 17).

Zweite Einrichtung:
1881 wurde die niederösterreichische Landestaubstummenanstalt in Oberdöbling (Direktor Adalbert Lehfeld) gegründet. Zu dieser Zeit war Oberdöbling eine eigenständige Gemeinde, heute bildet sie den 19. Wiener Gemeindebezirk Döbling (vgl. Schott 2002, 25).
Auch in Graz wurde 1931 eine Taubstummenschule gegründet, welche 1961 in die Verwaltung des Landes überging. Auch alle anderen heutigen Bundesländer richteten um diese Zeit Taubstummenanstalten ein (vgl. Engelbrecht 1986, 135).

2.2.2 Gesetzliche Schulpflicht

Dänemark gelang es als erstem Land, in den Herzogtümern von Schleswig und Holstein dieses Unterfangen zu erfüllen. Am 8. November 1805 erließ König Christian VII. ein Gesetz, nach dem alle taubstummen Kinder ab dem vollendeten siebenten Lebensjahr erfasst werden mussten und nach dem alle, auch die Mittellosen unter ihnen, auf Staatskosten unterrichtet werden sollten. Da es aber nicht möglich war, sämtliche gehörlosen Kinder in den dafür angelegten Einrichtungen unterzubringen, entschied man sich dafür, den Rest in Regelschulen zu unterrichten. Nachdem dieser Versuch allerdings gescheitert war, die Erfolge waren einfach zu gering, hoben die Schulbehörden nach Jahrzehnte langen Bemühungen den gemeinsamen Unterricht wieder auf (vgl. Schott 2002, 17f).

In Österreich wurde ein solches Gesetz vom k.k. Ministerium für Unterricht und Kultus am 6. Juli 1881 erlassen. Dort wurde die „Pflicht des Schulbesuchs für alle Kinder“ festgeschrieben, und im Falle, dass „keine Anstalten besonderer Art“ zur Verfügung standen, sollten taubstumme und blinde Kinder „wenigstens zur Aushilfe in allgemeinen Volksschulen“ untergebracht und unterrichtet werden (vgl. Schott 2002, 19).

Im obigen Absatz wird deutlich, dass schon damals versucht wurde, wirklich sämtlichen Kindern, also auch den gehörlosen unter ihnen, eine adäquate Schulbildung zukommen zu lassen. Der auch hier offenbar stattgefundene Misserfolg eines gemeinsamen Unterrichts in den Regelklassen erklärt sich vermutlich dadurch, dass gehörlose Kinder einfach ein höheres Maß und anders geartete Zuwendung und Hilfe brauchen als hörende Kinder. Der Ansatz jedoch war durchaus nicht schlecht und ein sogar heute wieder aktueller, da auch gegenwärtig versucht wird, auf diese Weise Integration bzw. Inklusion zu ermöglichen. Fakt ist aber, dass damals auf einen theoretischen Ansatz verzichtet wurde, und die Praxis zeigte, dass die Unterrichtung gehörloser Kinder gemeinsam mit hörenden Kindern ohne spezielle Unterrichtsmethoden nicht Ziel führend war.

Im weiteren Verlauf der Geschichte der Gehörlosenschulen, so führt Schott an, unterzeichneten erwachsene Gehörlose eine Petition, worin um ein weiteres Taubstummeninstitut für gehörlose Kinder gebeten wurde. (Vgl. Schott 2002, 19) Daraufhin wurde im November 1881 die bereits erwähnte Landes-Taubstummenanstalt in Oberdöbling eröffnet.

Gegen Ende des 18. Jahrhunderts, um die Jahrhungertwende erfolgte ein Umdenken im österreichischen Schulwesen. Auch behinderte Kinder, *„[...] arme verkrüppelte, aber geistig gesunde“* (Engelbrecht 1986, 144) zu denen z.B. taube und blinde Menschen zählen wurden als bildungsfähig angesehen und erste Einrichtungen geschaffen (vgl. Engelbrecht 1986, 144).

1911 wurde per Gesetz die Schulpflicht für gehörlose Kinder festgeschrieben,

sodass diese in die Gehörlosenschulen eingewiesen werden konnten. Zuvor konnten ohne gesetzliche Grundlage nicht alle gehörlosen Kinder erfasst werden (vgl. Vogel 1999, 4).

Die österreichische Gehörlosengemeinschaft, die nach Krausneker seit der Mitte des 19. Jahrhunderts gut organisiert gewesen war, wurde dann allerdings durch die nationalsozialistische Herrschaft unterbrochen, hat sich aber in den 60er Jahren nach Ende des nationalsozialistischen Regimes wieder erholt. Die Ausnahme, so Krausneker, stellen die jüdischen Segmente dar. Keine der damaligen jüdischen Gehörlosen-Vereine existieren heute noch (vgl. Krausneker 2006, 33f).

Seit etwa 1998 gibt es in Wien Integrationsklassen in Volksschulen, wo hörende und hör- beeinträchtigte Kinder gemeinsam unterrichtet werden. Der Unterricht wurde lautsprachlich und/oder hörgerichtet für hörbeeinträchtigte Kinder angeboten. Die Integrationsklassen wurden unter zu Hilfenahme der Gebärdensprache unterrichtet (vgl. Kramreiter 2008, 139).
Krausneker schreibt, dass es bis heute (noch) kein „universitäres Fach bzw. akademisches Forschungsgebiet zum Bereich „Gehörlosenpädagogik“ in Österreich gibt. Um als SonderschullehrerIn mit Gehörlosen an einer Gehörlosenschule unterrichten zu können, ist ein dreijähriges, allgemeines Diplomstudium zum Lehramt notwendig. Danach erfolgt ein zweijähriger, bundesweiter, berufsbegleitender Lehrgang („Hörgeschädigktenpädagogik“), welcher Spezialisten hervorbringen soll (vgl. Krausneker 2006 83).

3. Kennzeichnung von Gehörlosigkeit und Schwerhörigkeit sowie deren Ursachen

3.1 Medizin und Pädagogik

Sowohl in der Medizin als auch in der Pädagogik wird unterschieden, ob ein Patient oder Schüler gehörlos oder schwerhörig ist. Handelt es sich um eine Hör-Störung, also meist Schwerhörigkeit, so spielt hier der Grad, also die Schwere der Behinderung bei der Behandlung, respektive der Unterrichtung vorerst eine wichtige Rolle. Aber auch die Disziplinen selber unterscheiden einander in Bezug auf die Sichtweise.

In der Medizin etwa wird jede der vielfältigen, und verschieden gearteten Funktionsstörungen des Hörorgans erfasst. In der Pädagogik wird auf diese reduziert, die die Beziehungen zwischen Individuum und Umwelt beeinträchtigen und somit unmittelbare Auswirkungen auf die sozialen Kontakte haben. Aus der Sicht der Betroffenen kann diese Definition nochmals unterschieden werden und abweichen. Jeder hörgeschädigte oder gehörlose Mensch kann sich selber zuordnen. Wenn sich nun jemand der Gemeinschaft der Gehörlosen zugehörig fühlt, so kann er sich selbst als gehörlos definieren (vgl. Leonhard 2002, 22).

Regina Selinger führt in ihrer Diplomarbeit aus dem Jahre 2002 die Einstufungen der Hörbeeinträchtigungen aus medizinischer Sicht an. Das Ausmaß der Schädigung wird mittels eines audiometrischen Untersuchungsverfahrens festgestellt, die Angabe erfolgt in Dezibel (dB).

Leichtgradige Schwerhörigkeit reicht bis zu >30dB, mittlere von 30-60dB und hochgradige Schwerhörigkeit von 60-90dB. Von Resthörigkeit wird bei 90-120dB gesprochen, alles was darüber liegt, wird als Gehörlosigkeit <120dB, diagnostiziert (vgl. Selinger 2002, 16).

In der folgenden Tabelle von Odo von Arentsschild werden die Einstufungen etwas abweichend dargestellt, allerdings nur geringfügig.

3.2 Grade der Schwerhörigkeit:

Tabelle:

Hörverlust im Hauptsprachbereich	Wertung nach Odo von Arentsschild (19)	Klinische Bezeichnung/ Diagnose
Bis 20 dB		(eventuell) leichte Hörminderung
20-40 dB	geringgradige Schwerhörigkeit	geringgradige Schwer-hörigkeit
40-50 dB	mittelgradige Schwerhörigkeit (= 40-50% GdB)	mittelgradige Schwer-hörigkeit
50-60 dB	hochgradige Schwerhörigkeit (= 55-60% GdB)	Mittel-bis hochgradige Schwer-hörigkeit
60-80 dB	an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit (= 70-80% GdB)	hochgradige Schwer-hörigkeit
80-90 dB	Hörrestigkeit (= 80-90% GdB)	
Über 90 dB	Taubheit (= 90-100% GdB)	Hörreste

Quelle: www.aerzteblatt.org (S.37)

Die Wertung nach Von Arentsschild für die Bemessung des Grades der Behinderung berücksichtigt neben der Hörstörung auch die audiogene Sprachstörung. Die GdB-Werte gelten jeweils dann, wenn der genannte

Hörverlust für das besser hörende Ohr ermittelt wurde (vgl. Ptok 1997, 37).
Innerhalb der gehörlosen Gruppe wird, so Ruoß, wiederum zwischen Gehörlosen unterschieden, die: prälingual also entweder ohne Hörvermögen geboren wurden, oder vor dem Spracherwerb (also vor dem vierten Lebensjahr) ertaubt sind. Bei post- oder perilingual Ertaubten kann dies ganz andere Auswirkungen auf das Verhalten – besonders aber auf die Lautsprache – haben. Nach dem Spracherwerb Ertaubte sind (postlingual Ertaubte): Bei ihnen haben sich Sprach- und Sprechfertigkeiten im Allgemeinen so weit gefestigt, dass der Verlust des Gehörs andere Folgen hat als bei den früh Ertaubten oder gehörlos Geborenen (vgl. Ruoß 1994, 15f).
Durch diese vielfältigen Unterscheidungen und Kategorisierungen wird deutlich, dass gehörlos nicht gleich gehörlos ist, wobei Differenzierung nicht nur in der Medizin und Pädagogik stattfindet, sondern auch bei gehörlosen Menschen selbst. Wenn also von (früher) taubstumm, gehörlos, ertaubt oder hörgeschädigt, sowie schwerhörig die Rede ist, muss meist zuerst einmal kritisch hinterfragt werden, was nun tatsächlich gemeint ist.
Neben diesen gängigen und allgemein verständlichen Unterscheidungen gibt es auch noch so genannte CI-Träger, sowie „gebärdensprachige“ Gehörlose. Welche Fälle hier gemeint sind wurde im Begriffsklärungsteil dieser Arbeit bereits erläutert.
Nach dieser Erklärung der vielfältigen Grade einer „Gehörlosigkeit“ möchte ich noch auf die möglichen Ursachen für die diversen Störungen eingehen. Um mit der Behandlung einer Schädigung beginnen zu können, muss oftmals zuerst herausgefunden werden, durch welche Ursachen diese entstand. Im nächsten Kapitel werden nur einige der vielen Gründe dafür angeführt.

3.3 Ursachen

Armin Löwe beschreibt in seinem 1987 erschienenen Buch „Pädagogische Hilfen für hörgeschädigte Kinder in Regelschulen“ Ursachen für die Schäden des Ohres und des Gehörganges.

Als häufigste Ursachen für Hörschäden bei Kindern nennt er:

3.3.1 - pränatale Ursachen

erbliche Hörschäden
Röteln während der ersten Schwangerschaftshälfte
schwere Diabetes während der Schwangerschaft
schwere Blutungen während der Schwangerschaft
Alkohol-Fetopathie
Chromosomenaberration (vgl. Löwe 1987, 28)

3.3.2 - perinatale Ursachen

Geburtsgewicht unter 1500g
schwere Asphyxie mit längeren Wiederbelebungsmaßnahmen
neonatale Sepsis/Meningitis
Ikterus gravis (schwere Gelbsucht) (vgl. Löwe 1987, 28)

3.3.3 - postnatale Ursachen

Meningitis/Encephalitis
schwere Mumps- und Maserninfektion im Säuglingsalter
(vgl. Löwe 1987, 28).

Schon während der Schwangerschaft können also Einflüsse von außen den Fötus schädigen. Häufige Ursachen dafür sind Alkohol, Nikotin, Drogen, Medikamente, Gifte, Bakterien bzw. Antikörper, sowie die bei Löwe oben angeführten Krankheiten der Mutter. (Vgl. Löwe 1987, 28)

Ein Atemstillstand beim Neugeborenen während des Geburtsvorganges kann dann ebenfalls eine Schädigung des Gehörganges zur Folge haben.
Auch die sogenannten Frühchen, also Frühgeburten mit einem meist zu niedrigen Geburtsgewicht, sowie Babys, die an Gelbsucht leiden, sind gefährdet.
Wie Löwe sagt, kann auch eine Infektion (Bakterien im Blut) sowie eine Hirnhautentzündung oder Schädelverletzungen während der Geburt Hörschäden verursachen. (Vgl. Löwe 1987, 28)
Nach der Geburt, also postnatal, können wiederum alle Kinderkrankheiten zu Taubheit oder Schwerhörigkeit führen, um einige Beispiele zu nennen: Masern, Mumps, Röteln, Scharlach sowie Mittelohrentzündungen.
Aber auch vielfältige andere Schädigungen des Gehirns z.B. durch einen Sturz oder Aufprall bis hin zum Schädelbruch können Kindern das Gehör nehmen. Auch zugeführte Medikamente können in seltenen Fällen Verursacher von Hörschäden sein.
Darüber hinaus gibt es noch eine Reihe von angeborenen Schäden, meist durch Vererbung, oder wie Löwe sie nennt „genetische Hörschäden“. Er meint sogar, dass Hörschäden häufiger vererbt sind als bisher geglaubt. Früher wurde zwischen angeborenen und erworbenen Hörschäden unterschieden, heute zwischen erblichen und erworbenen, so Löwe (vgl. Löwe 1987, 27f).
Rein medizinisch betrachtet liegt die Ursache des „nicht hören Könnens“ in den allermeisten Fällen an verschiedensten Stellen im oder beim Gehörgang, also dem Ohr selbst. In manchen Fällen kann es sich um eine neurologisch bedingte Störung handeln, deren Ursache also im Hirn beheimatet ist. Ganz selten gibt es auch noch die Variante der psychischen Störung, also einer Hörverweigerung.

4. Erste wissenschaftliche Forschungsansätze

Ich möchte in der Folge die Verfasser dreier früher Werke auf dem Gebiet der Erkrankungen der Hörorgane ansprechen und deren grundsätzliche Ansätze sowie Erkenntnisse miteinander vergleichen.
Zunächst eine kurze Vorstellung der Autoren sowie der entsprechenden Bücher.

4.1 Die Autoren

4.1.1 Dr. Wilhelm Kramer (1801 - 1876)

Dr. Wilhelm Kramer verfasste im Jahre 1856 ein Werk mit dem Titel „Die Ohrenheilkunde in den Jahren 1833 – 1855. Ein Nachtrag zu der Erkenntnis und Heilung von Ohrenkrankheiten.“
Gleich zu Anfang bei Betrachtung eben dieses Titels fällt auf, dass er hier nicht nur die Erkenntnis, sondern auch die Heilung der Ohrenkrankheiten anspricht, allerdings nicht dezidiert die Heilung der Taubheit, die von ihm in diesem Werk eingehend untersucht und beschrieben wird. Ob er Taubheit schlussendlich als eine heilbare Krankheit erkennt oder nicht, wird im Verlauf der Arbeit noch behandelt. Der Grund weshalb sich Kramer besonders mit diesen speziellen Krankheiten befasste, ist schnell gefunden. Er meint, dass die Ohrenheilkunde zu den damals noch weitgehend unerforschten und damit vernachlässigten Gebieten der Gesamt-Heilkunde gehörte. Ein ganz wesentlicher Ansatz dafür ist für ihn die Tatsache, dass auf diesem Gebiet von den Fachleuten, vor allem Ärzten, an prinzipiellen Grundsätzen und teils überholten Ansichten diese Krankheiten betreffend festgehalten wurde. Das bot in Folge wenig Platz für neue Erkenntnisse. Darüber hinaus war die Anzahl der spezialisierten Ärzte in diesem Fachbereich, die sich dieser quasi noch im Verborgenen liegenden Erkenntnisse über Ohrenkrankheiten annahmen, sehr gering, so der Autor (vgl.Kramer 1856, 1).

4.1.2 Dr. James Yearsley (1805 – 1869)

Sein englischer Kollege Dr. James Yearsley, welcher 1852 sein Buch „Die Taubheit. Eine Zusammenstellung eigener aus der Praxis und Erfahrung geschöpfter Ansichten über die Natur, die Ursachen und Behandlung der Krankheiten des menschlichen Ohres“ in deutscher Sprache veröffentlicht wurde, gibt Kramer im Wesentlichen recht.

Er ist der Meinung, dass auf diesem Gebiet grundlegende Irrtümer beständen, die dringlich zu beseitigen wären, und dass zu seiner Zeit immer noch Hilfsmittel bei den Untersuchungsmethoden herangezogen würden, die er für nicht zeitgemäß hält. (Vgl. Yearsley 1852, iv)

Yearsley´s Werk wurde allerdings von Dr. Claudius Ulmann übersetzt, und die fachlichen Angaben, die in dieser Arbeit zu finden sind, stammen also eigentlich von Dr. Ulmann Irrtümer und Übersetzungsfehler können daher nicht ganz ausgeschlossen werden.

Wie schon oben erwähnt, findet sich nicht nur bei Kramer gleich zu Anfang der Ansatz zur Heilungsabsicht. Auch Yearsley weist in seiner Überschrift darauf hin, dass Taubheit seiner Meinung nach durchaus behandelt werden kann. Im Unterschied zu Kramer verwendet er jedoch nicht das Wort „Heilung“ sondern das der „Behandlung“. Es gilt hier daher wieder zwischen den Begriffen zu differenzieren, da eine Behandlung nicht in Folge die zwangsläufige Heilung impliziert, so wie in speziellen Fällen eine Heilung sogar ohne eine Behandlung möglich ist.

Später in seinem Werk wird sich zeigen, ob Taubheit für ihn heilbar ist, oder ob es sich nach Abschluss seiner Nachforschungen und Untersuchungen eher um eine unheilbare Krankheit handelt. Auf diese seine Schlüsse wird im Verlauf dieser Arbeit noch eingegangen.

4.1.3 Dr. Franziscus Polansky (keine Daten bekannt)

Ein weiterer Fachmann der damaligen Zeit, Dr. F. Polansky, veröffentlichte bereits im Jahre 1842 das Werk: „Grundriss zu einer Lehre von den Ohren-Krankheiten“.
Zunächst einmal springt wieder der Titel des Buches ins Auge. Dr. Polansky beschreibt die Lehre der Krankheiten der Ohren ohne in seinem Titel vorerst den Begriff „Heilung“ oder den der „Behandlung“ zu verwenden, wahrscheinlich bewusst und mit einer speziellen Absicht.
Nach einer umfassenden Einführung, die vor allem die Symptome der verschiedensten Ohrenkrankheiten untersucht und beschreibt, nimmt Polansky eine sehr genaue Unterteilung und Aufstellung der Krankheiten vor. Er beschreibt in seinem Werk zuerst die unterschiedlichen Symptome der verschiedenen Erkrankungen des Hörapparats, wie sich diese äußern, wo sie liegen, wie sie zu untersuchen und in Folge zu behandeln sind, sowie deren Auswirkungen.

4.2 Ein Vergleich der Ursachenforschung auf dem Gebiet der Schwerhörigkeit bis hin zur Gehörlosigkeit in den gegenständlichen Werken

In Yearsley´s Buch ist vor allem ein Grundtenor zu erkennen, er geht nämlich grundsätzlich davon aus, dass für beinahe alle Krankheiten des Ohres der Ursprung bei einer Erkrankung der Schleimhaut des Schlundes, der Nase oder des Ohres selbst zu finden ist. Er geht sogar so weit zu sagen, dass er jegliche Werke für wertlos hält, in denen nicht die Beziehung der Schleimhaut mit dem Ohr erwähnt wird. (Vgl. Yearsley 1852, vi)
Andererseits meint er, dass die krankhafte Beschaffenheit des Hörorgans dennoch verschiedenste andere Ursachen haben kann, so z.B. hitzige Hautausschläge oder Magenverderbnis. (Vgl. Yearsley 1852, iv)

Er betrachtet jedoch seine eigene Annahme, dass eine Erkrankung des Magens ein Auslöser von Taubheit sein könne, durchaus sehr kritisch. Er schreibt, dass auf Grund von Beobachtungen zwar Vermutungen in dieser Richtung ausgesprochen wurden, es jedoch keinerlei ernsthafte Forschungsergebnisse dazu gäbe, ob tatsächlich, und wie oft der Magen in Zusammenhang mit einer Taubheit stünde.

Weiters mokiert sich Yearsley darüber, dass von seiner Kollegenschaft sehr viel Aufmerksamkeit dem Ohre selbst geschenkt werde, während die „Kette“, wie er sie nennt, die zu einer Erkrankung führt, völlig vernachlässigt wird. Er beschreibt diese Kette als einen Weg, auf dem die Krankheit immer näher an das Organ heranrückt, und diese Kette müsse von ihrem Ursprung an verfolgt werden (vgl. Yearsley 1852, 104). Hier erwähnt Yearsely seinen Kollegen Kramer, welcher wohl zumindest einige Male den selben Ansatz verfolgte, nämlich den Ursprung der Krankheiten zu suchen und deren Weg von Beginn an zu verfolgen. Yearsley schreibt jedoch, dass Kramer nie ein wirklich gänzliches Verständnis von der Sache hatte, vor allem auch deshalb, weil dieser die nach seiner Meinung extrem wichtige Rolle der Schleimhautflächen weitestgehend ignorierte. In Kramers Werk, so Yearsley, finden sich dagegen etliche Fälle, die eigentlich alle in eine spezielle Rubrik einzureihen sind, nämlich jene der so genannten Magen-Gaumen-Taubheit (vgl. Yearsley 1852, 104). Yearsley´s Kritik an Kramer basiert also vor allem auf dem Umstand, dass Kramer Taubheit nicht in Verbindung mit den Schleimhäuten bringt.

Allerdings nimmt auch Kramer ebenso wie Yearsley Erkältungskrankheiten, also durchaus Erkrankungen von Schleimhäuten als häufigste Ursache für Ohrenkrankheiten an. Abschwächend ist er aber auch der Meinung, dass von etwa 100 späterhin am Hörorgan Erkrankten kaum einer den ursprünglichen Auslöser, also die wirkliche Ursache der Krankheit wie eine Erkältungskrankheit in Zusammenhang mit seiner Taubheit bringen kann, geschweige denn deren genauen Zeitpunkt nennen kann. Er meint, dass sich eine adäquate

Behandlung auch aus diesem Grund oft als sehr erschwert darstellt und meist auch nur sehr verzögert einsetzen kann (vgl. Kramer 1856, 8).
Kramer gibt sogar an, dass von seinen 5500 untersuchten Patienten lediglich 469 unter Entzündung der Schleimhaut des mittleren Ohres und übermäßiger Schleimabsonderung litten. (Vgl. Kramer 1856, 14f) Diese Ergebnisse sind aber sicherlich unter dem Aspekt zu betrachten, dass seine Untersuchungen zu einem sehr viel späteren Zeitpunkt als dem ursprünglichen Auslöser der Erkrankung des Ohres stattfanden, nämlich zu einem Zeitpunkt, als die Schleimhauterkrankung bereits überwunden war.
Wie oben bereits kurz beschrieben gibt es also bei Kramer mehrfache Ursachen, die, anders als bei Yearsley, bei weitem nicht samt und sonders in Beziehung mit den Schleimhäuten stehen.

Heute wissen wir, wie bereits erwähnt, dass Schwerhörigkeit, aber auch gänzliche Gehörlosigkeit durch die verschiedensten Ursachen ausgelöst werden kann. Auch aktuell gelten Masern, Mumps und Röteln (Infektionskrankheiten, bei Yearsley: hitzige Hautausschläge), Mittelohrentzündungen und grippale Infekte, aber auch eine Verdickung der Schleimhaut als mögliche Ursachen einer Hörbeeinträchtigung.
Interessant erscheint mir, dass auch Polansky schon zu seiner Zeit ebenfalls davon spricht, dass Hautausschläge (besonders Scharlach) und Reizungen, Kopfausschläge, Krätze und Flechte bei Kindern, aber auch Verkühlungen eine Kophose zur Folge haben können. (Vgl. Polansky 1842, 77f) Mit Kophose meint Polansky die nervöse Taubheit. Ausführlicher erklärt er diese so: *„die Unfähigkeit des Gehörnervs die durch Schallwellen auf ihn hervorgebrachten Stösse als Schall zu empfinden*“ (Polansky 1842, 69).
Auffallend ist nach diesem kurzen Vergleich, dass alle drei Autoren nicht nur in ihren Buchtiteln den Begriff „Krankheit“ verwenden. Auch sprechen sie alle sehr allgemein von Ohrenkrankheiten, indem sie auf die unterschiedlichen

Beschwerden der Ohren und des Hörorgans eingehen. Angesprochen wird hier allerdings vollständige Taubheit meist nicht ausdrücklich als Krankheit. Ob Taubheit von ihnen prinzipiell als Krankheit oder als Behinderung im Sinne der heutigen Definitionen betrachtet wird, wird im Folgenden noch erörtert.

Zuerst zu den Erklärungsansätzen des Ausdrucks „Taubheit“ und eine Aufstellung derer verschiedener Formen bei den drei Autoren:

In Yearsley´s Buch ist vor allem einmal die Rede von „chronischer Taubheit“. Um seine Ansichten ausführlicher präsentieren zu können, ziehe ich das neunte Kapitel seines Buches heran, das da lautet: „Über die besten Verhaltungsmassregeln bei unheilbarer Taubheit“ (Yearsley 1852, 208).

Er meint im Grundsatz, dass Taubheit selten als Folge eines Leidens des Gehörnervs anzusehen ist. Vielmehr hält er an der Annahme fest, dass fast alle tauben Menschen an einer besonderen, sehr peinlichen und traurigen Art von Nervenschwäche leiden. Diese sieht er als Folge oder Symptom, nicht aber als Ursache des Gehörschadens. Diese Ursache erweist sich für ihn wie bereits beschrieben vor allem als eine zuvor aufgetretene krankhafte Veränderung der Schleimhaut. Nach seiner konsequenten Meinung wären ja die kranken Schleimhäute die bei weitem wichtigsten und bedeutendsten Ursachen, allerdings gibt es auch bei ihm noch zumindest einige wenige andere Gehörstörungen bis zur Taubheit, die unabhängig von den Schleimhäuten entstehen können (vgl. Yearsley 1852, 109).

Eine Magenverderbnis führt nach ihm z.B. häufig zur Erzeugung von Ohrenkrankheiten. (Vgl. Yearsley 1852, 209) „*In vielen Fällen lässt es sich mit Sicherheit nachweisen, wie die Störung im Ohre allein aus Unordnung im Magen entspringt.“* (Yearsley 1852, 209)

Yearsley ist der grundsätzlichen Meinung, dass Taubheit als ein Symptom anzusehen ist mit Ursachen, die bei einer anderen Krankheit liegen. (Vgl. Yearsley 1852, 164) Taubheit kann ihm zu Folge aber nicht nur als Folge- sondern auch als Nebenerscheinung einer Primärerkrankung auftreten, wie

eben etwa einer Darmreizung. Dazu schreibt er: „*Nervöse Taubheit kann auch bloß ein Symptom anderer Krankheiten sein, wie schlechter Verdauung oder von Darmreizen in Folge von Würmern herkommen.“* (Yearsley 1852, 46)
Weiters geht er darauf ein, dass sich die Krankheit, also das „Ertauben“, auch auf das Gemüt und den Geist der Patienten schlägt. Er beschreibt diesen gedrückten Gemütszustand, vor allem wenn er nicht überwacht und beobachtet wird, als „furchtbaren Verbündeten“ der Krankheit (vgl. Yearsley 1852, 209).

Auch sein Kollege Kramer meint, dass die gegenständlichen Krankheiten in den verschiedensten Formen auftreten können, und dass das Erkennen der Krankheitsform der eigentliche Gegenstand der Behandlung ist. Eine erfolgreiche Behandlung dieser hält Kramer für ziemlich aussichtslos, solange die krankhaften Erscheinungen nicht auf die Mutterkrankheiten im Gehörorgan zurückgeführt werden, sondern als Nebenwirkungen anderer Erkrankungen verstanden werden (vgl. Kramer 1856, 10). „*Taubheiten nach Fiebern, nach Krankheiten des Schlundes u.s.w. geben nicht nur ganz irriger Weise einem blossen Symptom (der Taubheit!) den Karakter einer eigenen Krankheitsform.“* (Kramer 1856, 23f)

Bei Polansky gestaltet sich eine Zuordnung schon etwas schwieriger. Auch er nimmt in seinem Buch Taubheit als Symptom verschiedener Krankheiten an, allerdings versucht er genauere Einteilungen und begibt sich auf eine Suche nach den Ursachen der Taubheit. Besondere Aufmerksamkeit widmet er auch der Frage, ob die Taubheit von Geburt an vorhanden sein kann oder ob zu Beginn noch ein später verlorenes Restgehör vorhanden war:

> „*Es ist in den allermeisten Fällen sehr schwer, über den krankhaften Zustand des Gehörorgans, welcher der Taubstummheit eines bestimmten Individuums zu Grunde liegt, sich mit einiger*

> *Gewissheit auszusprechen, weil die anamnestische [!] Frage: ob der Taubstumme taub geboren sey, oder ob und welche Spuren des vorhandenen Gehörs er bis zu einer gewissen Zeit offenbarte, und wenn dieses Letztere der Fall ist, bei welcher Krankheit er das Gehör verloren hat?“* (Polansky 1842, 109)

Auch in seinem Werk finden wir Taubstummheit, die durch Krankheiten im Kindesalter, durch Ohrenentzündungen, durch unterdrückte Hautkrankheiten, durch Wurmreiz, sowie durch Skropheln (Drüsenkrankheit), Convulsionen (Schüttelkrampf), Hirnkrankheiten und mechanischen Erschütterungen hervorgerufen wurde. (Vgl. Polansky 1842, 108)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass alle drei Autoren davon ausgehen, dass Taubheit als Folge einer „Mutterkrankheit“, also einer Primärerkrankung, auftritt. Taubheit ist demnach ein Symptom eines davor bereits vorhanden gewesenen Leidens. Aus den verschiedensten Gründen schlagen sich Beschwerden auf das Gehörorgan und verhindern die unbeeinträchtigte Aufnahme von Tönen, Stimmen und Geräuschen.

Jedoch gibt es auch hier Modifikationen, eine davon bildet die Taubheit, die vermeintlich von Geburt an besteht, die Hauptkrankheit kann hier oftmals nicht gefunden und meist auch nicht nachgewiesen werden. Vor allem bei Fällen, bei denen keinerlei Fehlbildungen des Gehörorgans festgestellt werden können, stellt die Taubheit einfach ein Rätsel dar. Wie Polansky schreibt, kann bei kleinen Kindern der Zeitpunkt des Eintretens der Taubheit nicht mit Gewissheit festgestellt werden. (Vgl. Polansky 1842, 109) Ob diese taub geboren wurden, oder ob die Taubheit in den ersten Monaten ihres Lebens, bzw. nach einer Krankheit aufgetreten ist, ist bei Kindern in den ersten Lebensjahren besonders problematisch zu erkennen.

4.2.1 Wissenschaftliche Untersuchungen der Anatomie des Gehörgangs bei Kramer, Yearsley und Polansky

Besonders wichtig erscheint bei Kramer die Trennung der Krankheiten des Ohres von jenen des Gehörs. Das Ohr ist nach Kramer für die Organisation zuständig, das Gehör für die Funktion (vgl. Kramer 1856, 7).
Kramer unternimmt hier zwar den statthaften Versuch, das Ohr und das Gehör zu trennen, rein anatomisch ist dies tatsächlich aber nicht möglich. Was jedoch die Funktionsweise betrifft, hat er auch aus heutiger Sicht nicht ganz Unrecht. Er spricht dem Ohr, also dem rein anatomischen Teil die Organisation zu, also ein rein technisches Arbeiten, im Unterschied dazu dem Gehör die Funktion, also die Wirkung, das eigentliche Hören. Kramer hat vor allem in der Hinsicht Recht, als dass das Ohr noch so gesund sein kann, das Gehör ist dennoch nicht gesichert. Auch wenn das Sinnesorgan gesund und völlig ausgebildet ist, können (wie etwa bei Gehörlosigkeit) andere Teile im menschlichen Körper versagen und so das Hören verhindern (z.B. Nervenschäden, Gendefekte).
Für die nervöse Schwerhörigkeit sowie die Taubheit fand Kramer also keine wie auch immer gearteten organischen Ursachen. Weder bei Untersuchungen am lebenden Patienten, noch bei Fällen am Sektionstisch war es ihm möglich, die wahren Ursachen zu eruieren. Was er jedoch herausfand war, dass weder im äußeren noch im mittleren Ohr organische Abweichungen und Krankheitszustände zu finden waren (vgl. Kramer 1856, 8). Die Ursache für die Taubheit musste demnach im inneren Ohr liegen.
Aufgrund der Vernachlässigungen der genauen Ergründung durch Instrumental-Untersuchung kann jedoch dieser Nachweis oftmals nicht erbracht werden, so Kramer. (Vgl. Kramer 1856, 8)
Kramer geht hier nun, ein häufig angesprochener Punkt und dringlich eingeforderter Wunsch in seinem Buch, auf die Wichtigkeit der Instrumente und damit den Möglichkeiten der wissenschaftlichen Ausübung der Medizin an sich ein, also den Fortschritt in der Forschung. Er besteht förmlich darauf, dass alle

Ärzte mit den neuesten und besten Utensilien ihrer Zeit ausgestattet sein sollten, um damit professionell arbeiten zu können.

Ein Zitat seines Buches dazu lautet:

> „*Hier wie dort vermag weder die sorgfältigste Anamnese, noch die vollständigste Schilderung der Empfindungen der Kranken auch nur im Entferntesten zu ersetzten, was die Ermittlung objektiver Krankheitserscheinungen an den genannten Organtheilen durch Untersuchung derselben mittels Ohrenspiegel, Ohrenkatheter und Luftpresse an die Hand giebt.*“ (Kramer 1856, 4)

Was hier zwischen den Zeilen ziemlich deutlich wird, ist die Kritik Kramers an Kollegen und deren ungenauen Analysen oder Diagnosen. Er wirft ihnen unterschwellig vor, nicht genügend Wert auf die seiner Meinung nach so wichtigen anatomischen Untersuchungsmöglichkeiten mit den neuesten zur Verfügung stehenden Gerätschaften zurück zu greifen, so wie er selbst das offensichtlich tat. In logischer Folge beschreibt Kramer, dass die rein organischen Gründe der Taubheit bei Taubstummen bis dato zu wenig Gegenstand der anatomisch-pathologischen Forschung und Untersuchung waren, und dass diese Krankheit noch sehr im Verborgenen liegt. (Vgl. Kramer 1856, 124)

Ins Bewusstsein rückt Kramer mit dem Anführen dieser Tatsache, dass Taubheit, die auf anderen, also primären Krankheiten beruht, öfter thematisiert wurde als Taubheit der Taubstummen, wie er es nennt. Taub geboren zu werden, ohne organische Gründe dafür erkennen zu können, erscheint ihm zu seinem Leidwesen immer noch als ein unlösbares Rätsel, während Störungen der Hörfunktion, welche im Laufe des Lebens auftreten, schon damals weitestgehend bekannt sind. Die Gründe für die angeborene Taubheit, die wir heute unter dem Titel Gehörlosigkeit kennen, sind in unserer Zeit natürlich wesentlich bekannter, sie liegen sehr oft in den Genen, die damals noch gänzlich unbekannt waren, mehr zu diesem Thema im nächsten Punkt der Arbeit. Damit ist auch die Differenzierung zwischen der angeborenen Taubheit

und der, welche altersbedingt, krankheitsbedingt oder durch Unfälle auftritt, heute eine wesentlich einfachere.

Auch Dr. Polansky behandelt in seinem Buch die „zwei Arten“ der Taubheit, er trennt sie in die Taubstummheit und die Taubheit. Polansky versucht in diesem Zusammenhang auch eine Erklärung oder vielmehr Einreihung des Begriffes „Taubstumm“. Nach ihm werden taub geborene Kinder, oder solche, welche in den ersten Monaten ertauben, als taubstumm bezeichnet. Auch jene bindet Polansky mit ein, welche bis zum 5.-6. Lebenjahr ertaubt sind, da sie die bis dahin erlernte Lautsprache wieder vergessen (vgl. Polansky 1842, 103).

Was Polansky prinzipiell gelingt, ist eine individuellere Trennung vor allem der Begriffe. Er kennt nicht nur die Taubstummen, sondern er differenziert auch deren Ausgangssituationen. Die Kinder werden in taub geborene Kinder, die vor dem Spracherwerb ertaubten, und jenen, die Lautsprache schon erlernt hatten, sie jedoch auf Grund ihrer auftretenden Taubheit wieder verlernten, unterteilt. Sein Fazit ist jedoch wieder ernüchternd, denn alle Kinder sind, so der Autor, am Ende ohne Lautsprache. (Vgl. Polansky 1842, 103)

Über die Ursachen der angeborenen Taubheit schreibt er, dass bisherige anatomische Untersuchungen ergeben hätten, dass bei den meisten Fällen so genannte paralytische Gründe dahinter steckten. Allerdings gesteht Polansky auch ein, dass eben diese paralytischen Gründe beschrieben worden wären, da bis dato keinerlei andere krankhafte Veränderungen der Gehörnerven gefunden werden konnten. Weiters, so meint er, könnten Formfehler der ersten Bildung des Gehörorgans Taubheit verursachen. Er nennt auch einen krankhaften, beschädigten Zustand des Schallleitungsapparates als möglichen Verursacher der angeborenen Taubheit (vgl. Polansky 1842, 107f).

Polansky unternimmt auch hier eine genauere Analyse der Ursachen für Gehörlosigkeit als sein Kollege Kramer. Außerdem stellt er schon im Jahre 1842 folgerichtige Überlegungen an, tatsächlich stellte sich weit später ein Schallleitungsfehler als einer der möglichen Ursachen für Gehörlosigkeit

heraus, aber auch Fehler der rein anatomischen Ausformung. Paralytische Ursachen, also eine Lähmung im Ohr oder beim Ohr sind nicht eindeutig von Polansky beschrieben. Worauf er allerdings aufmerksam machen möchte, sind die Nervenleiden, die er in diesem Zusammenhang nennt, während er diese jedoch nicht genauer beschreibt und sie in Folge auch nicht weiter bestimmt.

Sowohl den paralytischen Zustand, aber auch die Formfehler findet Polansky oftmals bei Kindern, bei deren Eltern oder in deren engerer Verwandtschaft dieses Phänomen bereits zuvor zu finden war. Die Möglichkeit der Vererbung von Form- oder Funktionsanomalien des Gehörorgans stand nun bei ihm ohne Zweifel fest. Auch bei Müttern, die während der Schwangerschaft einen Schlag, Fall oder heftigen Schrecken erleiden mussten, treten nach Polansky häufig Formfehler oder paralytische Zustände auf, die eine Gehörlosigkeit nach sich ziehen (vgl. Polansky 1842, 108).

Auch die heute unbestrittene Tatsache, dass Embryos, die im Mutterleib als geschützte Wesen leben, Schäden durch äußere suboptimale Umstände erleiden können, kristallisiert sich hier deutlich heraus. Nach heutigem Wissensstand übt die Umwelt ja ebenfalls Einfluss auf ein ungeborenes Kind aus. Besonders die werdende Mutter trägt hier eine große Verantwortung, da sie nicht nur durch meist unverschuldete Krankheiten, sondern auch eine falsche Ernährung, vor allem aber durch den Missbrauch von Suchtgiften die Gesundheit und mitunter sogar das Leben ihres Kindes gefährden kann, zur damaligen Zeit allerdings noch nicht Wissensstand.

Yearsley stellt in seinem Buch übrigens einen netten Vergleich an, nämlich den des Gehörorgans mit einem Gebäude, auch wenn diese Idee ursprünglich von einem anderen „geistreichen Schriftsteller“ stammt (Yearsley 1852, 18), wie Yearsley ihn nennt, den er allerdings nicht namentlich erwähnt.

Ein Gebäude sowie ein Ohr, so führt er aus, bestehen aus verschiedenen Räumlichkeiten, jeder Raum ist anders eingerichtet und außerdem für verschiedene Zwecke und Aufgaben bestimmt. Der äußere Teil des Gebäudes

dient als Portal, die Besucher versammeln sich hier und treten gemeinsam ein. Nun werden sie von Führern durch das Vorzimmer geleitet, anschließend treten die Gäste in das Audienzzimmer. Hier schreiben sie auf Gedächtnistafeln ihren Namen, ihren Titel und ihre Qualifikation in der Reihenfolge ihres Eintritts (vgl. Yearsley 1852, 18).
Yearsley bezeichnet das Ohr auch als die Maschine des Menschen, weil die einzelnen Teile wie in keinem anderen Teil des menschlichen Körpers so genau und präzise aneinander angepasst sind wie bei einer feinmechanischen Apparatur. Jeder Teil des Ohres hat eine andere Bestimmung, und dennoch bilden sie als Ganzes eine Einheit und erfüllen erst jeder für sich und dann gemeinsam eine Aufgabe. Er nimmt auch gerne das Symbol der Kette zu Hilfe und beschreibt die einzelnen Gelenke als einen Konduktor für einen Impuls. Sobald die einzelnen Glieder diesen empfangen haben, geben sie ihn sogleich wieder an das nächst liegende Gelenk weiter. Dadurch wird eine Schallschwingung, nachdem sie von der Luft an das äußere Ohr herangetragen wurde, konzentriert und wieder zurückgeworfen. Die Form des Gehörganges und die Luft, die er enthält, dienen dazu, den Schallstrahl und seine Kraft zu verstärken, so der Autor. Hierauf streichen die Tonwellen gegen das Trommelfell, dadurch wird der Impuls den Gehörknöchelchen mitgeteilt, die wiederum wie eine Kette in der Trommelhöhle aneinander liegen.

Durch den Steigbügel, der das letzte Glied in dieser Kette bildet, teilt sich diese Schwingung der feinen Haut des eirunden Fensters mit, durch welche sie zu der Flüssigkeit tritt, die das Labyrinth ausfüllt. Aufgrund der Flüssigkeit teilt sich nun endlich die Ausbreitung der Schallschwingung dem Gehörnerv mit
(vgl. Yearsley 1852, 19).
Mit dieser seiner wirklich ausgesprochen anschaulichen Beschreibung des Gehörganges und der vielen Hürden, die der Schall zu überwinden hat, wollte Yearsley ausführen wie vielfältig und dennoch komplex „das Hören“ eigentlich

ist. Auch sollte damit bewusst gemacht werden, wie anfällig für den geringsten Fehler dieses komplexe Gebilde sein muss, was alles kaputt gehen kann oder von vornherein defekt sein kann, und was somit das Aufnehmen oder Weiterreichen eines Schalls verhindern kann. Yearsley meint dazu: „*Von dieser Skizze der normalen Gehörverrichtungen kann man nun leicht einen Schluss ziehen, wie zahlreich und verschieden die Ursachen der Taubheit sein können.“* (Yearsley 1852, 20)

Er erkannte also schon sehr früh die Zartheit des Gehörorgans und daraus resultierend seine große Verletzbarkeit, aber auch seine Komplexität mit all seiner Fehleranfälligkeit. Ist nur ein kleiner Teil dieser Maschinerie beschädigt oder gestört, so wird in der Regel das Hörvermögen stark beeinträchtigt sein. Sobald der Schall, die Luft aus welchem Grund auch immer nicht mehr zum Trommelfell vordringen kann, wird der Hörsinn paralysiert. Es erscheint nun auch der Schluss als logisch, dass Beeinträchtigungen des Hörens bis hin zur Taubheit bei weitem nicht nur einen einzigen, immer gleichen Auslöser haben können, da beim Hören jeweils ganz verschiedene Aktionen in unterschiedlichen Bereichen stattfinden, die aus unterschiedlichsten Gründen gestört sein können.

Er beschreibt in seinem Buch auch schon, dass nicht selten der „Eustachische Canal“; heute die „Eustachische Röhre“ für eine Taubheit verantwortlich sein kann. Dieser Kanal dient als Zuleitungskanal für die Luft, sowie als Abflusskanal für die Sekrete im Ohr.

Er ist aber, so wusste er auch, so zu sagen „sanierbar“ und die Taubheit kann durch dessen Wiederherstellung behoben werden (vgl. Yearsley 1852, 21).

Yearsely beschreibt in seinem Buch zwar auch die nervöse Taubheit, simplifiziert aber nicht wie andere Kollegen, die Nervosität an sich, als eine Ursache für Taubheit.

Er weist ausdrücklich darauf hin, dass nicht angenommen werden darf, Taubheit wäre primär die Folge eines nervösen Leidens. Ganz im Gegenteil, bei Menschen, die zu Nervosität neigen, weist nichts auf eine Veränderung der Sinneswahrnehmungen hin, im Regelfall schmecken und riechen sie nicht anders als andere, und sie hören auch nicht schlechter. Aus diesem Grund und in logischer Konsequenz geht er sogar so weit zu meinen, der Schluss müsse umgekehrt werden. Der Ausdruck nervöse Taubheit hätte keinerlei Logik, es wäre vielmehr die Nervenschwäche als logische Folge der Taubheit anzunehmen (vgl. Yearsley 1852, 109).

Yearsley fand bereits eine Menge an unterschiedlichsten Gründen für die verschiedensten Ohrenkrankheiten sowohl im äußeren, aber auch im inneren Ohr, von der einfachen Verstopfung des Organs bis hin zu Erkrankungen oder Missbildungen des Trommelfells, Striktur oder Verwachsung der Eustachischen Trompete. Er befand auch schon eine Schwäche des Hörnervs oder dessen angeborene Missbildung, wie sie häufig bei Taubstummen vorkommt, als einen dieser vielen Gründe (vgl. Yearsley 1852, 6).

Fehlbildungen des äußeren Ohres und der Gehörmuschel, haben in der Regel wie wir auch heute wissen, keine Gehörlosigkeit zur Folge. Erst wenn die Funktionen des Mittelohres oder des Innenohres schwerwiegend beeinträchtigt sind, kann es zu völliger Gehörlosigkeit kommen, während hier die Funktion des Innenohres als primärer Faktor anzusehen ist. Auch wenn der Hörnerv beschädigt oder gar zur Gänze zerstört ist, ist ein unbeeinträchtigtes Hörvermögen nicht mehr gegeben, so Yearsley. Er beschreibt also die Anfälligkeiten für Fehler der einzelnen Teile des Hörorgans, sowie dessen Verletzbarkeit bereits sehr früh sehr genau und äußerst fachgemäß. Diese Tatsache muss umso mehr verwundern, da er selbst die unzureichenden Möglichkeiten für genauere Untersuchungen ganz genau erkennt.

Es fehlt nicht nur ihm, sondern auch allen seinen Kollegen nicht nur an Vorwissen, sondern vor allem auch an den notwendigen Instrumenten, um jene feinen Teilchen, wie er sie nennt, zu erforschen.

Dazu meint er:

> „*Mitunter ist man auch etwas subtiler zu Werke gegangen und hat in dem feinen Bau des Labyrinths die Ursache und den Sitz der Taubheit zu finden geglaubt, obgleich wir eigentlich gar keine Kenntniss von der physiologischen Bestimmung jener feinen Theilchen besitzen und nichts Thatsächliches in Händen haben, um zu ermessen, welche Folgen krankhafte Structurveränderungen derselben auf das Gehör hervorbringen.“* (Yearsley 1852, 107)

4.2.2 Über die reine Anatomie hinaus

a) Ein weiterer Aspekt der Geschichte von Taubstummen: ein allgemeines Unwohlsein bis hin zur Depression

Yearsley schreibt in seinem Werk, dass die Krankheit Taubheit Einfluss auf das Gemüt des Patienten und dessen Geist hat. Der Gemütszustand sei gedrückter und wenn dieser nicht behandelt und beobachtet werde, als ein Verbündeter der Ohrenkrankheiten zu betrachten. Das Elend des physischen Leidens, des Hörverlustes, wird verschlimmert und vermehrt (vgl. Yearsley 1852, 209). Yearsely geht hier auch auf die schon mehrfach erwähnte nervöse Taubheit ein und meint dazu, dass diese von der dyspeptischen Störung oder von deprimierenden Wirkungen des Gehörleidens, welche die nervöse Reizbarkeit auslöst, stammen kann. (Vgl. Yearsley 1852, 210) Als ein Beispiel für diese nervöse Affektion nennt er Beethoven, dessen letzte Lebensjahre durch seine Taubheit bestimmt waren. Er wurde verbittert, einsam und unzufrieden. Er entwickelte laut Yearsley sogar eine tiefe Abneigung gegen seine Freunde und gegen seine Familie und schließlich gegen die ganze Welt, er wurde misstrauisch und menschenfeindlich. Yearsley meint, dass diese Gefühle

Beethoven oftmals so übermannten, dass sie an Wahnsinn grenzten.
Er zog sich zurück und lebte oft lange Zeit abgeschieden und alleine, hilflos seinem Gehörleiden und sonstigen Leiden ausgeliefert. Yearsley gibt jedoch auch an, dass die Behandlung Beethovens sehr zu wünschen übrig ließ.
Er meint, dass der Fall dieses ausgezeichneten Mannes als warnendes Beispiel für alle tauben Leute gelten solle (vgl. Yearsely 1852, 210f).
Jeder taube Mensch sollte demnach Acht darauf geben, sich diesen melancholischen Gemütsschwankungen nicht hinzugeben, da sie möglicherweise Überhand gewinnen könnten und, wie in Beethovens Fall, eine „tyrannische Herrschaft“ über alle anderen Gefühle erlangen könnten. Vorsicht sei also geboten, und der Gesundheitszustand sei nicht zu vernachlässigen, so Yearsley, besonders dann nicht, wenn es sich um „Nervosität“ handle oder Personen, die zu dieser neigen (vgl. Yearsley 1852, 211).
Yearsely meint, dass Patienten, bei denen die Diagnose unheilbar taub lautet, bereits beim ersten Auftreten von Nervenstörungen sofort eine ärztliche Behandlung benötigen. Er schreibt, dass es nötig sei, sich vor dem „geistig und physisch deprimierten Zustande“ (Yearsley 1852, 211) zu schützen und zu wehren (vgl. Yearsely 1852, 211) Eine Depression stellt sich zunächst ja in den meisten Fällen nicht von heute auf morgen ein, es handelt sich anfangs vielmehr um einen sich schleichend verschlechternden Allgemeinzustand. Allerdings wird der Übergang zur unbedingt zu behandelnden Krankheit oftmals übersehen. Depression ist und war auch schon damals aus nachvollziehbaren Gründen offensichtlich eine Krankheit, die zusammen oder aufgrund eines Gehörverlustes auftreten kann. Sie lässt sich aber besonders aus heutiger Sicht therapeutisch und vor allem medikamentös gut behandeln, wobei es aber auch schon früher einige Möglichkeiten gab, diesen Zustand zu bessern oder ihn sogar ganz hinter sich zu lassen.

Yearsley schreibt zu diesem Thema, dass auch das allgemeine körperliche Befinden eines Tauben geachtet werden müsse, da sich ein kräftiger, gesunder Geist zuletzt den Depressionen hingibt. (Vgl. Yearsley 1852, 211)

Um dem negativen Blickwinkel etwas gegenüberzustellen, und um auch den gesund verbleibenden Geist zu präsentieren, führt Yearsley als Gegenpol zum tragischen Schicksal Beethovens noch das positive der Miss Martineau hinzu. (Vgl. Yearsley 1852, 211f)

Diese verfasste den Brief „guter Rath für Taube“, in dem sie „bewunderungswürdig“ und „gemütlich“ über ihre Krankheit, die Taubheit schreibt. Sie litt natürlich selbst an den Auswirkungen ihres Defizits, und sie wusste um die Schwierigkeiten, mit denen ihre Leidensgenossen, so wie sie auch, zu kämpfen hatten. Nur ließen viele jener Menschen mit derselben Problematik noch zusätzlich Gemütsschwankungen bis hin zur tiefen Depression erkennen, sie hingegen trat der Krankheit mit offensichtlicher Stärke entgegen. Der Autor bewundert ihren Umgang mit der Krankheit und meint, dass dies die einzige Möglichkeit sei, sie zu ertragen. Man müsse sich ergeben und einsichtig sein, so könne die Seele fröhlich und zufrieden sein (vgl. Yearsley 1852, 212).
Im Folgenden schreibt Yearsley noch, dass der taub gewordene Mensch nicht nur für sein Seelenwohl etwas tun könne, sondern auch für den Sinn, den er verloren hat. Dieser Mensch solle das Ohr ersetzen, laut Autor gelänge dies am besten mit den Augen. Dazu schreibt er: „*Ein Tauber hat, wenn er ein deutliches, scharf und schnell erkennendes Auge besitzt, das beste Mittel zu seiner Verfügung, um sich für das fehlende Gehör einen Ersatz zu verschaffen“* (Yearsley 1852, 212).

Auffallend ist es für Yearsley, dass taube Personen sich der unbezahlbaren Dienste der Augen häufig nicht bewusst sind. Sie wundern sich oftmals, warum sie alles begreifen, wenn vor ihnen stehend gesprochen wird, wenn ihnen jedoch direkt ins Ohr gesprochen wird, verstehen sie kein Wort. Auch wenn einem solchen Kranken die Augen geschlossen werden, würde er nicht mehr unterscheiden können, was gesprochen wird (vgl. Yearsley 1852, 215).

b) Der damalige Wissensstand betreffend die Frage der Vererbbarkeit

Nun zu einem Thema, welches im Verlauf der Arbeit schon kurz erwähnt wurde, zu der wichtigen Frage unserer Autoren, ob Taubstummheit nun erblich sei oder nicht. Diese Frage stellte sich vor allem immer wieder dann folgerichtig, wenn bei einer angeborenen Taubheit keinerlei anatomisch bedingte Gründe dafür zu finden waren. Natürlich waren zu der damaligen Zeit vererbbare, also genetisch bedingte Behinderungen unerforscht. Dass Gehörlosigkeit zumindest zum Teil vererbbar ist, daran gibt es heutzutage keine Zweifel mehr, die heute bekannte genetische Komponente lag aber damals noch im Verborgenen. Allerdings waren zu dieser Zeit bereits etliche Untersuchungen mit dem Gegenstand Erblichkeit von Gehörlosigkeit am Laufen oder bereits vorhanden, damals allerdings ausschließlich unter Zuhilfenahme von statistischen Zahlen.
Dr. Kramer zitiert in seinem Buch aus dem „*Boston medical Journal, vom Juli 1851“,* in dem ein Treffen von rund 200 Taubstummen beschrieben wurde. Von diesen 200 Menschen waren 103 verheiratet, unter ihnen wiederum 40 Paare, bei denen beide Teile taubstumm waren, während bei 23 anderen Paaren nur jeweils einer der beiden hören und sprechen konnte. 31 der Eheleute waren kinderlos, während die übrigen 72 Eltern von insgesamt 102 Kindern waren, von denen 98 hören und sprechen konnten und nur 4 taubstumm waren (vgl. Kramer 1856, 123f).

Was Kramer hier aufzeigen konnte ist, dass Kinder taubstummer Eltern nicht zwangsläufig auch gehörlos werden. Die Gefahr, dass taubstumme Eltern ebenfalls ein gehörloses Kind haben werden, ist zwar größer, aber nicht automatisch gegeben. Sehr wohl können aber auch hörende Eltern den Untersuchungen zu Folge taubstumme Kinder bekommen, eine damals noch eher verwirrende Sachlage.

Kramer nimmt in der Konseqenz an, dass Taubheit nicht unbedingt eine vererbbare Krankheit ist, dass es aber Familien gibt, die zu Taubstummheit neigen.

Er geht allerdings auf Grund des Ergebnisses, dass Kinder taubstummer Eltern eine höhere Wahrscheinlichkeit haben ebenfalls taubstumm zu werden als Kinder gut hörender Eltern, sogar so weit zu sagen, zwischen Personen, die eine konstitutionelle Anlage für Taubstummheit zu haben scheinen, sollte eine Heirat „verhütet“ werden. Dazu führt er das Beispiel eines Untersuchungsergebnisses aus Dublin im Jahre 1851 an. Es gab dort 471 Fälle von Taubstummheit in 329 Familien. Zwei Mal waren hier der Vater und vier Mal die Mutter, fünf Mal der Großvater und drei Mal die Großmutter taubstumm. In allen anderen Fällen waren ferner liegende Verwandte taubstumm (vgl. Kramer 1856, 124).
Heutzutage ist bekannt, dass Gehörlosigkeit nicht dominant vererbt werden muss, sogar „*neun von zehn Kindern, die von beidseits gehörlosen Eltern geboren werden, hören normal“,* so Dr. Volker Faust. (Faust 2011, 5)
Die beiden Kollegen Kramers, Polansky sowie auch Yearsley, gehen in ihren gegenständlichen Werken auf die Erblichkeit der Taubstummheit nicht näher ein, Polansky allerdings spricht diesen für ihn doch auch erkennbaren und wichtigen Aspekt der Taubheit einige Male an. Er geht davon aus, dass eine Vererbung von Form- oder Funktionsanomalien möglich ist.

Die krankhaften Zustände des Ohres kommen oft bei Kindern vor, deren Eltern oder andere nahe Verwandte ebenfalls Ohren-krank sind, so Polansky (vgl. Polansky 1842, 108).
Der Aspekt der Vererbbarkeit ist in der vorliegenden Arbeit nicht unwesentlich für die Klärung, ob Gehörlosigkeit nun als Krankheit oder Behinderung angesehen werden muss. Dass vielerlei Krankheiten vererbbar sind, daran gibt es heute und gab es damals keinen Zweifel, aber auch Behinderungen können weitergegeben und damit vererbt werden. Die Gründe dafür sind in den Chromosomen zu finden wie wir heute wissen, die unsere Gene mit ihren Erbinformationen enthalten. Damals befand sich die Forschung so zu sagen noch in den Kinderschuhen und man war von diesen Erkenntnissen noch weit entfernt.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass sowohl die Ursachen für Gehörlosigkeit als auch die Gründe für eine Schädigung des Hörorgans zur Zeit der Autoren noch sehr wenig erforscht waren. Die Erkenntnisse in der Ohrenheilkunde waren damals also eher auf Vermutungen und Experimente gestützt. Alle drei Autoren geben auch an, dass die organischen Gründe der „Taubstummheit“ noch zu wenig untersucht seien. Dennoch kristallisieren sich einige gemeinsame Punkte heraus, es gehen z.B. die Autoren in Konsens davon aus, dass Taubheit prinzipiell im Inneren des Ohres seinen Ursprung nimmt. Um hier bessere Untersuchungsergebnisse erzielen zu können, fordert nicht nur Kramer neue und genauere Instrumente. Was allen gelingt und gemeinsam ist, ist eine Unterscheidung der Taubheit, welche im späteren oder nach dem Kindesalter z.B. durch Krankheiten entsteht, von der Taubstummheit, die von Geburt an existiert.
Polansky beschreibt paralytische Ursachen, Formfehler, einen krankhaften und beschädigten Zustand des Schallleitungsapparates als Gründe für Taubstummheit. Diese Fehlbildungen fand er oftmals bei Kindern, deren Eltern

ebenfalls eine Schädigung des Ohres oder des Gehörs aufwiesen, also eine hohe Wahrscheinlichkeit für Vererbbarkeit. Er kam dem heutigen Wissen über genetisch bedingte Defekte damit recht nahe.
Seinem Kollegen Yearsley gelingt eine sehr anschauliche und auch für heutige Begriffe recht genaue Beschreibung des Ohres durch einen Vergleich mit einem Gebäude, in dem sich viele ganz unterschiedliche Räume befinden, die jeweils für andere Aufgaben gemacht sind. Er zeigt hier auch auf, aus wie vielen winzig kleinen Teilchen das Ohr besteht, die alle zusammenspielen und funktionieren müssen, um ein uneingeschränktes Hören zu gewährleisten.
Wenn alle Untersuchungsergebnisse, aber zum Teil auch die reinen Vermutungen der drei Autoren betrachtet werden, so kommt man zu dem Schluss, dass sie gemeinsam vor allem schon zu ihrer Zeit nicht wenige Gründe für Gehörschäden bis zur Gehörlosigkeit erkannt haben.

Zusammengefasst handelt es sich meist um Schädigungen des mittleren oder des inneren Gehörganges und Nervenschädigungen, aber auch um Formfehler oder Krankheiten als Auslöser. Auch Schallleitungs- und Empfindungsstörungen, die das Auftreffen des Tons auf das Trommelfell unmöglich machen, wurden als Ursachen für ein gestörtes Hören befunden.

4.3 Zur Frage der Heilbarkeit von Taubheit bzw. Taubstummheit

Hier handelt es sich um einen ganz wesentlichen Punkt dieser Arbeit: ist nach dem damaligen Wissensstand und den daraus resultierenden Autorenmeinungen Taubheit oder Taubstummheit nun eine zumeist unheilbare Behinderung oder handelt es sich vielmehr um eine heilbare Krankheit?

4.3.1 Zur Sicht von Dr. Polansky

Er spricht zunächst die Annahme aus, dass Taubstummheit in Europa in ebenen Gegenden weniger oft vorkommt als im gebirgigen Bergland. Er ist sich allerdings der Tatsache bewusst, dass Taubheit überall auf der Welt existiert (vgl. Polansky 1842, 113). Die sich hier zwangsläufig stellende Frage ist, ob diese für Europa geltende Tatsache sich anderswo genauso darstellt, worauf er aber nicht näher eingeht.

Weiters zitiert Polansky seinen Kollegen Dr. Franz Herrmann Czech, Professor im Wiener k.k. Wiener-Taubstummeninstitut, der angibt, dass 20.639 mutmaßliche Taubstumme in der Österreichischen Monarchie leben. Bekannt ist auch, dass dabei mehr männliche als weibliche Taubstumme auftreten, im Verhältnis von 4 zu 3, nach Schmalz (vgl. Polansky 1842, 113).
Zur Behandelbarkeit dieser Krankheit, respektive Behinderung, meint Polansky, sie wäre einerseits abhängig von der Ursache derselben, andererseits dem vorhandenen Restgehörgrad.
Eine Therapie des lähmungsartigen Zustandes des Gehörnerven bei angeborener Taubheit sei vielfältig versucht worden, aber nach oft erprobten Behandlungen, vor allem unter Zuhilfenahme diverser Reizmittel sei die Erkrankung wohl als unheilbar zu betrachten, so Polansky (vgl. Polansky 1842, 113).
Polansky beschreibt hier im Speziellen eine Form der Taubstummheit, bei welcher der Nerv beschädigt oder bis zur Gänze defekt ist. Diese Form der Taubheit zählt heute zu der Schallempfindungsschwerhörigkeit, da durch den Defekt des Nervs oder des Hörzentrums eine Empfindung des Schalls fast unmöglich ist. (Vgl. Leonhard 2002, 53) Diese Art der Taubheit gilt nun also bei Polansky als eher unheilbar.

Über die angeborenen Formfehler schreibt er, dass jene, die im äußeren Gehörgang liegen, durchaus chirurgisch behandelt werden können. Diejenigen Missbildungen allerdings, welche im Ohr selber liegen, also im inneren Bereich, können ihm zu Folge aber weder zulänglich untersucht noch therapiert werden (vgl. Polansky 1842, 113).

Wie wir wissen, war zu jener Zeit die von Geburt an bestehende Taubheit noch nicht erforscht, daher verwundert es auch nicht, dass Polansky keine genaueren Angaben über deren Heilbarkeit machen kann. Er meint zu diesem Thema, dass der ärztliche Wirkungskreis hinsichtlich der sich in den ersten Lebensjahren entwickelten Taubheit weitaus kompetenter und fachgerechter handeln kann als bei jener Form der Taubheit, die von Geburt an besteht. Die sich erst entwickelnde Taubheit, die z.B. durch andere Erkrankungen entsteht, kann durch eine fachgerechte Behandlung eingedämmt, oftmals sogar verhütet und der Normalzustand wiederhergestellt werden. Polansky schreibt, es sei möglich, bei dieser sich entwickelnden Form der Taubheit durch Bekämpfung des bestehenden chronischen Ohrenleidens und Entfernung der behebbaren Krankheitsprodukte der äußeren und mittleren Ohrabteilung einen Gehörgrad zu erzielen, bei dem zumindest keine vollständige Taubheit vorhanden ist, auch wenn die Normalität nicht vollends wiederhergestellt werden kann. Die vollständige Gesundung des Patienten sei oftmals nicht möglich, da die bereits eingetretenen und nicht mehr behebbaren Veränderungen eines der vielen Teilchens im Gehörorgan nicht rückgängig gemacht werden können (vgl. Polansky 1842, 113f).

Diese Form der Störung ist heute unter „Schallleitungsschwerhörigkeit“ bekannt. Sie entsteht oftmals nach Ohrentzündungen oder Infektionskrankheiten. Der Schall kann hier das Innenohr nicht ungehindert erreichen (vgl. Leonhard 2002, 50).

4.3.2 Dr. Kramers Meinung zu diesem Thema

Dieser spricht in seinem Buch wiederum die Tatsache an, dass die Hälfte der Taubstummen keinen Hörrest habe, oder aber nur sehr laute Geräusche wahrnehmen könne. Als Beispiel für zweiteres führt er Donner oder Flintenschüsse an, die zwei Fünftel der Taubstummen hören könnten. Einem Fünftel der Gehörlosen gelänge es laut ins Ohr gesprochene Vokale zu wiederholen und nachzusprechen. Die Wenigsten unter ihnen könnten jedoch ganze Wörter, geschweige denn Sätze auffassen (vgl. Kramer 1856, 124f).
Nicht ersichtlich ist, ob diese Zahlen aus seinen eigenen Untersuchungen oder von jenen anderer Kollegen stammen. Davor führt er kurz Itard an, jedoch ist nicht sicher, ob die Ausführungen und Zahlen von diesem stammen oder von Kramer selbst.
Die Tatsache, dass ein Teil der Gehörlosen in Folge von methodischem Unterricht ein Verstehen ihres Gegenübers entwickeln, z.B. durch Ablesen von den Lippen, aber auch durchaus Antworten geben können, etwa in der erlernten Lautsprache, führe oftmals zu einem gänzlich falschen Schluss. Die Taubheit würde als quasi geheilt betrachtet, wobei es sich in Wahrheit nur um das Erlernen von Ersatzfertigkeiten für das eigentliche Hören und Sprechen handle. Er sagt zu diesem Thema, dass immer wenn Taubstumme angeführt oder vorgeführt werden, die nach einer Behandlung angeblich sprechen und hören können, dies alles auch ein Trug sein kann, da er die Möglichkeit, dass sie von den Lippen ablesen oder Eingelerntes zum Besten geben, nicht ausschließt. Die Taubheit kann sich für ihn erst dann wesentlich gebessert haben oder sogar zur Gänze als geheilt betrachtet werden, wenn es dem Patienten tatsächlich möglich ist, mit verschlossenen Augen mit jedermann ein Gespräch über ein dem Alter und Bildungsstand entsprechendes Thema zu führen. Diese Möglichkeit ist für Kramer die einzige, um eine angebliche Heilung Taubstummer zu beurteilen und zu beweisen (vgl. Kramer 1856, 25).

Er scheint seinen Kollegen gegenüber hier äußerst kritisch eingestellt zu sein und schließt Schwindeleien, die aus der einen oder anderen Euphorie seiner Ärzte-Kollegen entstehen können, offensichtlich nicht ganz aus. Er selber nimmt für sich in Anspruch, sich nicht von vermeintlichen Heilungen blenden zu lassen, er untersucht hingegen lieber sorgfältig, genau und kritisch.

Kramer führt zu diesem Thema dann auch einige Beispiele an. Er erwähnt seinen Kollegen Glasner, der in einer ungarischen Zeitung aus dem Jahre 1851, No. 5, eine Geschichte erzählt, die einem jungen Mann widerfahren sein soll. Dieser sei taubstumm geboren worden, wohnte 17 Jahre lang bei seinen Eltern und ging dann 6 Jahre in die Taubstummenanstalt in Wien. Dort lernte er schreiben, lesen, rechnen und das Schuhmacherhandwerk. Kramer ist es wichtig, hier auch anzugeben, dass der Schüler, wenn er Lesen gelernt hat, dies mit Hilfe von Lauterkennung gelungen sei, er also nun auch (Laut-)Sprache kenne und somit sprechen könne. Er arbeitete anschließend in einer Dampfbrennerei, wo er eines Tages durch eine Explosion an die Decke geschleudert und nach einem Blutfluss durch Mund, Ohren und Nase, welcher drei Tage andauerte, plötzlich hörend war. Kramer lässt dieser Artikel unbeeindruckt, er meinte dazu nur, dass dies eine summarische Erklärung sein, welche über die Heilung der Taubstummheit nichts aussagt und entscheidet (vgl. Kramer 1856, 125f).

Ein weiteres Beispiel, das Kramer in seinem Buch beschreibt, stammt von Rousselle aus einem Artikel in der „*Presse medicale*“ von 1851 No.14. Dieser berichtete von einem Mann, der vor langer Zeit im Krieg durch einen andauernden Beschusshagel ertaubte. Bald darauf verlor er durch Typhus auch die Sprache. 18 Jahre später erkrankte er an einer Blattern-Epidemie, welche sich auch auf dem behaarten Kopfe ausbreitete. Durch Eiterung verlor er seine Haare, der Eiterfluss rann auch aus der Nase. Nachdem die Blattern abgeheilt waren, konnte der Mann plötzlich wieder hören und sprechen. Rousselle leitete davon ab, dass eine künstliche Eiterung am Scheitel gegen Taubstummheit

helfen könne, so Kramer. Kramer kritisiert, dass beide Ohren nie untersucht wurden, sodass es keinerlei wissenschaftliche Vorstellung von dieser Taubheit und deren Heilung gab. Daher könne aus dieser Geschichte keine Nutzanwendung für eine Heilung gezogen werden (vgl. Kramer 1856, 126).

Weiters führt Kramer auch Blanchet an, einen Chirurgen am Pariser Taubstummen-Institut. Dieser stellte seit 1848 Heilversuche an taubstummen Patienten an, die er anschließend durch die Kommission der *„Academie de Medecine“* prüfen ließ. Die Kommission, so Kramer, hat zwar zunächst die noch verbliebene Hörfähigkeit der vier Probanden festgestellt, sich aber nicht über deren Fertigkeiten in der Tonsprache kundig gemacht. Von den Patienten wiederholte nach einem Jahr der 1. Zögling nur gewisse Wörter und konnte viele andere nicht aussprechen. Der nächste konnte alle Wörter gut aussprechen, der dritte vermochte die in gewöhnlicher Lautstärke gesprochenen Wörter nicht zu hören, so der Autor. Zum letzten Patienten gibt es keine Angaben. Nach wiederum drei Jahren konnte der erste Patient laute und dicht am Ohr gesprochene Wörter mit Hilfe eines Hörrohres hören, der nächste wiederholte und hörte Wörter aus einer Entfernung von zwei Metern, der Dritte sprach die Wörter in einer Entfernung von einem Meter nach und tat, was man ihm auftrug, der letzte konnte nun besser von den Lippen ablesen. Kramer meint dazu, dass es besser wäre, diese vierjährige ärztliche Behandlung in Vergessenheit geraten zu lassen, da die letzten drei Jahre keinerlei Fortschritte in der Leistung der betroffenen Personen gebracht und selbst die Leistungen, welche sie nach einem Jahr vollbracht hatten, nichts zu bedeuten hätten, weil die Kommissions-Mitglieder nicht nachweisen konnten, dass die Patienten nicht schon zu Beginn der Untersuchung im Jahre 1848 eben so viel Hörfähigkeit gehabt hätten (vgl. Kramer 1856, 126f).

Auch eine zweite und dritte Reihe dieser Untersuchung kritisierte Kramer, da über die Ausgangssituation der Patienten zu Beginn der Behandlung zu wenig bekannt war. Blanchet hatte die Taubstummen mit Gesangsübungen, sowie

Sprach- und Gehörgymnastik behandelt. Gegen etwaige Ohrenkrankheiten verabreichte er örtliche und allgemeine Mittel, so Kramer. Nach dem Bericht der Kommission lag die Höhe der Entwicklungsstufe dieser Gehörlosen, laut Kramer, nicht über jener, die einige Taubstumme von vorn herein besitzen (vgl. Kramer 1856, 128). Daher ist es ihm auch unerklärlich, dass die Mitglieder der Kommission vor der *Academie de Medecine* die Erklärung abgaben, „*dass eine gewisse Anzahl der ihnen vorgeführten Zöglinge der Heilung oder Besserung ihres Leidens fähig und zugänglich sei“* (Kramer 1856, 129). Kramer spricht seine Kritik offen aus und schreibt in seinem Buch, dass *„die gesamte Akademie ihre Zustimmung glücklicherweise entschieden verweigerte“* (Kramer 1856, 129).

Kramer schreibt auch noch kurz über die Sichtweisen seiner Kollegen Bonnafont und Valleroux. Ersterer meinte:

> *„Alle Taubstumme, welche das Tiktak einer an den Schädel gelegten Taschenuhr hören, sind heilungsfähig, weil dies Hören die Gesundheit der Hörnerven beweist, und zugleich die Gewissheit (!) giebt, dass die Ursache der Taubheit im mittlern Ohre ihren Sitz hat, folglich (!) auch der wohlthätigen Wirkung rationeller Heilmittel zugänglich ist*“ (s. Rapport de l`Academie de Medecine de Paris 1853, p. 843, in: Kramer 1856, 130)

Valleroux schrieb: *„der Schluss, welcher sich aus meinen vielfältigen Studien ergiebt, ist, dass eine gewisse (!) Zahl von Taubhstummen heilbar ist.“* (s. dessen Introduction a l`etude medicale et philos. de la Surdi-mulite. 1853 in: Kramer 1856, 130).

Die Bamberger´schen angeblichen Heilungen von Taubstummen sind hier ebenfalls einzureihen, so Kramer. Auch hier wurde das Erkennen von Buchstaben, einzelnen Wörtern und kurzen Sätzen ohne das wirkliche Erlernen der Tonsprache eingeübt. Laut Kramer bestünden zwar Hoffnungen auf dieses Erlernen, der abverlangte Anspruch auf Anerkennung der angeblichen Resultate sei aber nicht gegeben. Es läge dieselbe Täuschung der

wissenschaftlich sonst ausgezeichneten Männer durch Scharlatanerien vor. Abschließend zu diesem Kapitel schreibt Kramer, dass:

> „[...] *man doch endlich in Bezug auf etwanige spätere Heilversuche an taubstummen Personen an dem Grundsatze festhalten, dass die Taubheit derselben nur dann als geheilt zu betrachten ist, wenn sie, mit Ausschluss des methodischen Unterrichts durch den Gesichtssinn, die Tonsprache durch das Gehör wirklich erlernt haben und im Stande sind, sich wie andere Hörende, ohne Hülfe des Gesichtssinnes mit Jedermann, nicht etwa nur mit ihren Lehrern, mündlich zu unterhalten; ein Resultat, welches bis jetzt noch bei keinem Taubstummen auch nur annähernd erreicht worden ist.“* (s. Caspers Wochenschrift. 1841. No. 47., 48 in: Kramer 1856, 135f)

Kramer fordert also vehement eine ernsthaftere Auseinandersetzung mit dem Thema Heilung der Taubstummheit vor allem von denjenigen seiner Kollegen ein, die seiner Meinung nach von falschen Voraussetzungen ausgehen und damit Endergebnisse zu erzielen vorgeben, die in den Augen von Kramer keinerlei Heilung im Sinne von besserem Hören oder sogar wiedererlangter Hörfähigkeit darstellen. Erst dann nämlich, so meint er, könne von Besserung beziehungsweise Heilung die Rede sein. Es fällt allerdings auf, dass er keine einzige der Untersuchungen anderer Kollegen als ernst zu nehmende wissenschaftliche Arbeit akzeptiert, es ist vielmehr sehr deutlich eine gewisse Abneigung Kramers gegenüber sämtlichen von ihm als äußerst fragwürdig empfundenen Untersuchungen auf diesem Gebiet zu spüren. Seine kritischen Anschauungen gegenüber seiner Kollegenschaft mögen berechtigt gewesen sein, allerdings wird auch klar, dass er selber nicht an eine Heilung der Taubstummheit glauben kann oder will. Er äußert sich teilweise sogar ziemlich abfällig über die Kollegen, die eine Besserung der Taubstummheit erreicht zu haben vorgeben und findet meist seine guten Gründe, weshalb die jeweiligen Untersuchungen unzulänglich und die Ergebnisse keine wirklichen wären. Seine hier angelegten Kriterien haben mit Sicherheit ihre Berechtigung,

allerdings bleibt die Frage offen, inwieweit ein Erlernen von Kommunikationsfähigkeiten durch einen methodischen Unterricht wie das Ablesen von den Lippen nicht zumindest als dazu gehöriger Teil einer Heilung von Taubstummheit angesehen werden kann.
Kramer kommt nach eigenen Beobachtungen, nämlich dass Taubstumme keine Wörter oder Sätze sprechen können, zu dem Schluss, dass es jenen nicht möglich ist, ihre Aufmerksamkeit wegen der mit dem Versuch des Hörens verbundenen Anstrengung so lange zu halten, dass sie die Tonsprache erlernen könnten.

Um sich also verständigen zu können, sieht er den methodischen Unterricht durch Unterstützung des Gesichtssinns als notwendig (vgl. Kramer 1856, 125).
Er schreibt hier allerdings auch über die zu Hilfenahme des Lippenlesens sowie der Mimik und dass der Gesichtssinn herangezogen werden muss, um mit Gehörlosen kommunizieren zu können. Ob er dies befürwortet oder für schlecht empfindet, wird im Text nicht ersichtlich, mit Sicherheit ist es für ihn aber kein Aspekt einer Heilung.
Sein Standpunkt ist jedenfalls ein klarer, er geht nicht davon aus, dass Taubstummheit in seinem Sinne geheilt werden könne, vor allem da ihn keinerlei wissenschaftliche Untersuchungen vom Gegenteil überzeugen konnten.

4.3.3 Die Sichtweise von Dr. Yearsley

Er beschreibt in seinem Buch durchaus Besserungs- und sogar Heilungsansätze und welche Behandlungsmethoden er dafür heranzieht.
Bei einem Tauben z.B., bei dem jegliche Kurmethoden versagt hatten, führte er eine gebogene Sonde durch die Nase in die Trompete. Nachdem er die Sonde herausgezogen hatte, behauptete der Patient nun besser zu hören (vgl.

Yearsley 1852, 61). Dieser Erfolg ermutigte Yearsley und er begann mit einem weiteren Versuch. Er führte eine Röhre mit einer Spitze aus Elfenbein, die wiederum mit einer flüssigen Mischung aus Rosenessenz und warmem Wasser gefüllt war, zwischen Nasenflügel und Nasenscheidewand ein, sodass die Spitze in die Trompete eindringen konnte. Die Flüssigkeit spritzte er nun in die Tuba, dadurch sollten die Schlacken, wie Yearsley sagt, durch Mund und Nase heraus gespült werden (vgl. Yearsley 1852, 61).

Was Yearsley hier als eine Röhre mit einer Spitze aus Elfenbein mit einer Flüssigkeit gefüllt beschreibt, klingt wie das Vorgängermodell unserer heutigen Spritze.

Er kümmerte sich in diesem Fall zwar erfolgreich um die Symptome der Verstopfung, als er jedoch versuchte, die genauen Ursachen dafür herauszufinden, konnte er keine sicheren Angaben dazu machen. Was er allerdings an dieser Stelle behauptete war, dass die einzigen Ohrenkrankheiten, die für ihn als heilbar gelten, im äußeren Gehörgang lägen oder von geschwollenen Mandeln herrührten. Jedenfalls wurden von ihm solche Krankheiten als heilbar erachtet, die für das Auge sichtbar und damit für eine Behandlung zugänglich und geeignet waren. Wenn die Ursache der Taubheit allerdings im inneren des Ohres lag, so wurde bis dato wenig oder gar nichts dagegen unternommen. Dieser Situation wollte Yearsley Abhilfe schaffen, und er erachtete in Konsequenz eine Operation als notwendig. Dazu meinte er, diese sei gefahrlos und nicht schmerzhaft, daher könne ein jeder Kranke dies über sich ergehen lassen, auch wenn am Ende kein Erfolg erzielt werde (vgl. Yearsley 1852, 61f).

Zur Diagnose wurde allerdings zu jener Zeit noch kein Katheter angewendet, den es zwar bereits gab, der aber nur als Heilmittel verwendet wurde, allerdings auch nur dann, wenn alle anderen Mittel versagt hatten.

Das Einführen dieses Katheters in die Eustachische Trompete durch den Mund erschien zu Beginn zumindest als sehr eigentümlich, und der Methode wurde nicht viel Vertrauen entgegengebracht (vgl .Yearsley 1852, 62).

Yearsley führt an dieser Stelle seines Buches einige Kollegen an, die mit Katheter arbeiteten. Hier erwähnt er auch Kramer erneut, und gibt diesem in der Hinsicht Recht, als dass die Schriften der Kollegenschaft sehr oberflächlich und ungenau wären. Yearsley ist derselben Meinung wie Kramer, dass bis auf Buchanan keiner der Ärzte die Operation begriffen oder ausgeübt hätte (vgl. Yearsley 1852, 64).

Yearsley zitiert hier offensichtlich aus einem früheren Werk von Kramer und bezieht sich auf dessen Informationen. Aus welcher genauen Quelle Kramers Ausführungen stammen, gibt er leider in seinem Buch nicht an. Yearsley hält allerdings die Methoden von Kramer für so richtig und wichtig, dass er sie später in seinem Werk noch einmal wie folgt beschreibt:

Bevor Kramer anfängt den Katheter einzuführen, wird dem Patienten eine Stirnbinde um die Stirn und die Nasenwurzel gelegt, dann bindet man diese hinten am Kopf fest. Der Patient sitzt auf einem Stuhl, der Operateur steht vor ihm. Nachdem der Arzt den Katheter eingeölt, fasst er ihn unmittelbar vor seiner trichterförmigen Erweiterung, sodass die konvexe Seite des Gerätes nach unten zeigt. Der Schnabel des Katheters wird nun in den unteren Nasenkanal eingeführt und schnell aber vorsichtig hineingeschoben, soweit, bis er am Rande der Schlundhöhle angelangt ist. Die hintere Fläche des Katheters soll in der Schlundhöhle das Schnabelende berühren. Der Schnabel muss durch Bewegen des Instrumentes gesenkt werden, um den hinteren runden Rand der Eustachischen Trompete hinweg, und berührt die hintere Fläche des Gaumensegels. Dann wird das Instrument um seine Axe gedreht, durch eine Wendung nach außen und oben und gleichzeitig mit einem Druck in die Tuba hinein befördert. Nun soll etwas zu einem gezogen werden, um zu prüfen, ob der vordere knorpelige Rand der Kanalmündung das Instrument zurückhält.

Dies ist das sichere Zeichen, dass sich der Katheter wirklich in der Trompetenmündung befindet (vgl.Yearsley 1852, 69ff).

Bevor Yearsley nun zur Beschreibung seiner eigenen Methode kommt, führt er noch ein Beispiel an, das verdeutlichen soll, warum eine Operation in seinen Augen so wichtig erscheint und dies nicht nur bei der Behandlung der Taubheit (vgl. Yearsley 1852, 71). Er führt hier Elisabeth Dixen als Beispiel an, die an einer Taubheit litt, welche im frühen Kindesalter begonnen und immer zugenommen hatte. Sie kam am 1. Oktober 1839 in die Heilanstalt. Wenn ihr ins Ohr geschrien wurde, hörte und verstand sie noch, sonst war sie als taub anzusehen, wobei sie zu der Ursache ihrer Taubheit keinerlei Angaben machen konnte. Sie konnte sich diese nicht erklären, außer dass sie schon ihr ganzes Leben lang sehr zur Erkältung geneigt hatte, so Yearsley.

Um das Trommelfell untersuchen zu können, wurde zunächst eine Menge Ohrenschmalz entfernt, danach wurde mittels des Katheters behandelt. Eine Schleimverstopfung bei der Eustachischen Trompete und der Trommelhöhle wurden entdeckt. Es waren nur drei Behandlungen mit dem Katheter nötig, um das Gehör der Kranken wieder vollständig herzustellen (vgl. Yearsley 1852, 71f).

Der Grund warum ich dieses Beispiel für wichtig halte, ist der nächste Satz Yearsleys:

> „*Diese Beobachtung liefert einen glänzenden Beweis für die Wahrheit von Kramers Behauptung, dass solche Verstopfungen Jahre lang, ja selbst eine ganze Lebenszeit über dauern können, ohne dass die Heilkraft der Natur einen Versuch machte, die Krankheit über Bord zu werfen. Ebensowenig ändert sich die Art des Uebels im Laufe der Jahre auch nur im Geringsten, - es ist und bleibt Anhäufung von Schleim und nichts als Schleim, wie lange es auch existiren mag.“* (Yearsley 1852, 72f)

Yearsley und Kramer teilen also dieselbe Meinung über die Arbeit mit dem Katheter, und beide sind als eindeutige Befürworter dieser Behandlungsmethode zu betrachten. Yearsley schreibt später noch, dass

niemand, der an Taubheit leide, die Hoffnung auf Hilfe aufgeben solle, solange die Ohren nicht mittels Katheter untersucht worden seien, jedoch müsse die Behandlung von geschickten Händen durchgeführt werden. (Vgl. Yearsley 1852, 73)

Zu Yearsleys eigener Operationsmethode schreibt er, dass auch er das Kramer´sche Stirnband verwende. Er empfiehlt darüber hinaus Kramers Katheter für die Arbeit, da er meint, dass dieser am einfachsten konstruiert sei und die Operation schmerzlos für die Patienten (vgl. Yearsley 1852, 75).

Auf Grund Yearsleys Vergleich der Methoden von Deleau, Saissy, Itard und Kramer stellt sich für ihn Kramer als der kompetenteste in seinem Fach dar, weil dieser am besten wisse, wie eine Behandlung durchzuführen sei und mit welchen Mitteln.

Deshalb greift Yearsley immer wieder gerne auf das Wissen und die Methoden seines Vorbilds Kramer zurück. Es macht den Anschein, dass er dies auf Grund dessen Erfahrung gerne tut und er macht kein Hehl daraus, viel von Kramer lernen zu können.

Auch in einem weiteren Punkt folgt Yearsley Kramers Forderung, nämlich der nach einer genauen Analyse der Krankheits-Ursachen im Vorfeld einer etwaigen Behandlung. Er unternimmt daher eine sehr genaue Aufstellung der verschiedenen Ohrenkrankheiten und deren Ursachen, da für ihn wie für Kramer auch das Geheimnis einer Heilung immer in der richtigen Auffassung der Ursache des Übels liegt. (Vgl. Yearsley 1852, 52) Yearsley versucht eine Trennung der Ursachen, der Schweregrade der Taubheit sowie deren Sitz. Seine Diagnosen stellt er sehr genau an, um über die Heilbarkeit oder auch Unheilbarkeit der Taubheit, wie er selbst sagt, ein besseres Bild zu bekommen (Vgl. Yearsely 1852, 75).

In Yearsley´s Werk befindet sich sogar ein Kapitel, das sich ausschließlich mit unheilbarer Taubheit beschäftigt, was die Frage hinlänglich beantwortet, ob der Autor Taubheit als heilbar oder unheilbar betrachtet.

Zusammenfassend lässt sich bei Yearsley sagen, dass er nicht davon ausgeht, dass Taubheit prinzipiell und ohne weiteres heilbar ist. Er führt an, dass es sehr wohl Taubstumme gibt, bei denen auch die mehrmalige Operation mit dem Katheter keine Besserung bringt. Wenn diese Behandlung jedoch keine Heilung verspricht, so können dem Patienten alle Quälereien mit späteren Behandlungen erspart bleiben, da die Diagnose unheilbar und hoffnungslos lautet (vgl. Yearsley 1852, 77).

4.3.4 Kramer, Polansky, Yearsley: ein vergleichendes Resümee bezüglich Heilbarkeit der Taubstummheit

Für Yearsley existieren auf Grund seiner umfangreichen Recherchen viele verschiedene Krankheiten, die eine Taubheit zur Folge haben können, und manche derer Spätfolgen sind unter keinen Umständen rückgängig zu machen und damit zu heilen. Anders als Kramer geht Yearsley davon aus, dass Taubheit aber sehr wohl in einigen Fällen geheilt werden kann. Im direkten Vergleich zu Polansky, der meint, dass Ohrenkrankheiten oftmals heilbar sind, und dies für Taubheit seltener aber doch auch gilt, kann man sagen, dass Yearsley und Polansky sich also prinzipiell einig sind. Beide stimmen darin überein, dass sich Taubheit in manchen Fällen als unheilbare, bei anderen jedoch als heilbare Krankheit herausstellt, während Kramer in seinem Werk noch keinen für ihn ausreichenden Beweis dafür gefunden zu haben scheint, dass Taubheit tatsächlich geheilt werden kann.

4.4 Zur Frage der Möglichkeiten einer Teilhabe am „normalen“ Leben

Der unheilbar Taube muss, um an Kommunikation teilnehmen zu können, eine Rede oder eine Unterhaltung zuerst einmal verstehen, das heißt für ihn all seine Kräfte mobilisieren und seine Aufmerksamkeit auf den Gegenstand richten, dem

er „zuhören“ möchte, so Yearsley. So gelingt es ihm, nach und nach etwas vom Gesprochenen zu erfassen. Wenn dem Tauben die Person, mit der er sich unterhalten möchte, schon bekannt ist, kann dies schneller funktionieren, da er den Gedankengang des Redners mit seinem „in Einklang zu bringen versucht“ (Yearsley 1852, 216). Es lässt sich beweisen, so der Autor weiter, dass die Form der inneren Anschauung oder das geistige Hören tatsächlich existieren. (Vgl. Yearsley 1852, 217) Wenn der Taube allerdings einen Moment lang unaufmerksam ist und so den Faden verliert, ist es schwierig wieder in das Gespräch einzusteigen. Er muss sich erneut konzentrieren und anstrengen, um das Gesagte erfassen zu können (vgl. Yearsley 1852, 218).

Es ist auf Grund dieser Aussagen anzunehmen, dass Yearsley das Erlernen des Lippenlesens und die orale Methode grundsätzlich befürwortet. Er geht davon aus, dass diese Fertigkeiten für den tauben Menschen eine wichtige Möglichkeit bilden sich zu unterhalten. Jedoch ist er nicht zur Gänze von dieser Art der „Unterhaltung“ überzeugt, da er erkennt, welch ein hohes Maß an Anstrengung, Geduld und Konzentration dies den Gehörlosen abverlangt. Yearsely schreibt, dass die Hilfe der Augen zuletzt auch nachteilig werden kann, da das Vermögen der Aufmerksamkeit nach und nach schwindet. (Vgl. Yearsley 1852, 218) Er befürchtet, dass der Gesichtssinn auch dann angewendet wird, wenn die Funktion des Ohres noch einigermaßen intakt ist. Dies bedeutet, dass auch jene Erkrankten mit einem gewissen Restgehör sich des Lippenlesens bedienen, und dass deren Gehör in Folge vernachlässigt wird, sie also unaufmerksam für Töne werden. So fehlt dem nur Halbtauben die so nötige Übung des Hörens. Weiters wird eine „geistige Taubheit“ gegen Töne und Eindrücke erzeugt, so Yearsley, die jedoch, wenn die Aufmerksamkeit auf das Gehör gelegt wäre, sofort verstanden werden würde (Yearsley 1852, 218f). Deshalb werden jedoch auch wirklich taube Personen oft für träge, ungesittet und faul gehalten, so Yearsley, weil sie der Unaufmerksamkeit beschuldigt werden, obwohl sie wirklich nichts hören können (Yearsely 1852, 219).

Yearsley schreibt noch einige Ratschläge nieder, wie sich Taube in Gesellschaft verhalten sollten. Dazu meint er, dass sie sich vor dem Versinken in den Zustand der Abstraktion bewahren sollten und auch, dass sie das Träumen in Gesellschaft zu vermeiden suchen sollten (vgl. Yearsley 1852, 220).

Yearsleys „Angst“ um das Gehör scheint berechtigt, da wie vieles andere auch das Hören geübt werden kann und muss. Wird allerdings eine Art Ersatz geschaffen, indem auf ein anderes Sinnesorgan ausgewichen wird, so wird mit hoher Wahrscheinlichkeit die Funktion des ersteren immer mehr vernachlässigt, es wird so zu sagen übergangen. Der Erkrankte verlässt sich immer mehr auf das Sehen anstelle des Hörens, und das Ohr wird seine Arbeit immer schlechter verrichten und schlussendlich seiner eigentlichen Funktion nicht mehr nachkommen. Die immense Anstrengung jedoch, die aufgebracht werden muss, um das Gehör zu schulen, kann und will nicht jeder leisten. Yearsley beschreibt dann eine Art von Erschöpfungs- oder Überforderungszustand, dass oft geträumt wird, oder dass der Taube in einen abstrakten Zustand verfällt. Diese seine Beobachtungen könnten aber auch auf eine Art Rückzugsmöglichkeit hindeuten, was heißen würde, dass das Maß der Teilhabe eines Gehörlosen an einem Gespräch oder an gesellschaftlichem Treiben von ihm selbst bestimmt werden kann, bis hin zur Möglichkeit, sich buchstäblich zu verschließen und sich damit gänzlich auszuschließen. Nur wenn der Taube sich redlich bemüht, einem Gespräch zu folgen und sich somit angepasst verhält, kann er also auch in einer Gruppe bestehen. Es scheint, als wolle Yearsley einen Appell starten, um tauben Personen klar zu machen, dass sie aufmerksam und angepasst sein müssen, um dazu gehören zu können.
Er nennt ein junges Mädchen als Beispiel, das nach einer Scharlach Erkrankung an einer schweren Taubheit litt. Er behandelt sie und es gelingt ihm, einen Teil des Gehörs zu retten (vgl. Yearsley 1852, 239). Die Mutter des Mädchens schreibt Yearsley später, dass sie nun die Hilfe bekommen hätte, die

sie den Freuden der Gesellschaft wieder zugeführt habe. (Vgl. Yearsley 1952, 241) Deutlich wird hier, dass das Mädchen offensichtlich nach ihrer Erkrankung und vor der Behandlung Probleme gehabt hatte in der Gesellschaft zu bestehen, was ihr danach wieder offenbar mühelos gelungen war. Die Teilhabe am „freudvollen“ gesellschaftlichen Leben dürfte also aus Gründen, die hier nicht genau erläutert werden, aber auf der Hand liegen, erschwert worden sein.

Yearsley beschreibt auch die angewendete Methode und die Mittel, die dazu führten, dass das Mädchen wieder hören konnte: Die Methode dient dazu, ein perforiertes Trommelfell wieder herzustellen oder zu verbessern (Vgl. Yearsley 1852, 237).

Verkürzt gesagt führte er befeuchtete Baumwolle in den Gehörgang seiner Patienten, bis das Trommelfell berührt wurde. Durch die Berührung an der geschädigten Stelle war es einigen Patienten möglich wieder zu hören, allerdings nur so lange die Wolle im Ohr blieb. Je nach Grad der Zerstörung des Trommelfells war diese Methode erfolgreich. „*Eine sehr kleine Quantität Wolle ist hinreichend. Sie muss in irgendeiner Flüssigkeit, ohne sie zu drücken oder zusammenzuballen, angefeuchtet, und hierauf mit dem Ende einer Sonde gelind in den Gehörgang hinabgedrückt werden.“* (Yearsley 1852, 244)

Kramer erwähnt Yearsley mit dieser einfachen Methode ebenfalls in seinem Werk. Er jedoch verfolgt dessen „unwahrscheinliche Erklärung“, dass die Schallschwingungen sich auf dem Baumwollen Kügelchen brächen, nicht weiter. Kramer erwähnt aber auch, dass Tonybee und Erhard mit Ideen hervortreten, die sich an Yearsleys Erfindungen anlehnen (vgl. Kramer 1856, 104).

Die Methode klingt sehr einfach, und es scheint überraschend, dass mit solch simplen Mitteln einer Taubheit so weit Abhilfe geschaffen werden kann. Yearsley führt einige wenige Beispiele an, bei denen dies tatsächlich gelungen ist, allerdings gesteht er auch ein, dass er oft an dieser Art der Behandlung gezweifelt hat, da er mit ihr ebenso Misserfolge verbuchen musste. Bevor das

taube Mädchen zu ihm kam, spielte er sogar mit dem Gedanken, diese Methode zu vernachlässigen oder sogar ganz aufzugeben (vgl. Yearsley 1852, 239).

Polansky führt in seinem Buch zunächst die Schwierigkeiten an, mit denen Taubstumme im gesellschaftlichen Alltag zu rechnen haben. Er erläutert deren Gründe und beschreibt die in der Gesellschaft unangenehm auffallenden Auswirkungen.

1. Taubstumme äußern ihre Gefühle, Vorstellungen und Wünsche hauptsächlich durch Gebärden und Mienen.

2. Sie sind gezwungen auf die Eindrücke des Gesichts- und Gefühlssinn der anderen Personen mehr zu achten als Hörende.

3. Ihre Stimm- und Sprachorgane bleiben wegen des Gehörmangels in ihrer Entwicklung und Ausbildung zurück.

4. Die geringe Reizbarkeit der Taubstummen gegen Abführmittel und andere Medikamente hält Polansky für bemerkenswert. Diese Beobachtungen lieferten ihm Itard und Mansfeld, die darüber hinaus noch meinten, dass tauben Kindern dieselbe Dosis an Medikamenten verabreicht werden müsse wie gesunden Erwachsenen, wenn dieselbe Wirkung gewünscht war (vgl. Polansky 1842, 103f).

Polansky geht hier auf die offensichtlichen Folgen eines Taubstummendaseins ein, nicht genug damit, dass eine normale Teilhabe am gesellschaftlichen Leben durch die fehlenden, vor allem sprachlichen Kommunikationsmöglichkeiten immens erschwert wird, sind sie durch ihr auffällig andersartiges Verhalten allzu oft auch noch der Häme ihrer Mitmenschen hilflos ausgeliefert. Besonders bei Kindern ist dies sehr oft der Regelfall. Die seltsamen Wesen, die gezwungen sind, sich auf ihre übrig gebliebenen Sinne zu verlassen und durch Gestik und Mimik verständlich zu machen, erscheinen als fremdartige Wesen, die sich als Opfer geradezu anbieten. Das führt von Ausgrenzung bis hin zu offenen

Anfeindungen und sogar Quälereien. Aber auch in der Erwachsenenwelt ziehen und zogen damals schon Menschen mit diesem sonderbaren Verhalten Blicke auf sich.

Handelt es sich um lautsprachlich geschulte Gehörgeschädigte, so fallen diese auch akustisch auf. Die Stimme der Erkrankten, das Sprachrohr zur Außenwelt klingt meist sehr fremdartig. Polansky meint, die Zunge ist dick und schwer beweglich, nur zum Kauen und zum Schlucken geeignet, der kleine, nicht vorspringende Kehlkopf lässt nur zeitweise, unwillkürlich und unangenehm (!) klingende Laute hören, so der Autor; der Brustkasten bleibt eng, die Lungen sind zur Tuberkulose und Phthisis geneigt, an der im zweiten Lebensabschnitt viele Taubstumme sterben. (Vgl. Polansky 1842, 104)

Was allerdings unerklärlich ist, und worauf Polansky auch nicht näher eingeht, ist der 4. Punkt. Die angebliche, prinzipiell geringere Reizbarkeit gegen Arzneien der Taubstummen scheint auch für Polansky ein Rätsel.

Ein weiterer Punkt, den Polansky in diesem Zusammenhang anspricht, ist die Möglichkeit zur Ausbildung geistiger Fähigkeiten bei Taubstummen. Geistesbildung hat vor allem mit Sprache zu tun. Er sieht daher den größten Nutzen des Gehörs darin, den Geist mittels der Lautsprache ausbilden zu können. Bei Taubstummen sind dieselben Fähigkeiten wie bei Vollsinnigen zu Anfang wohl vorhanden, diese können jedoch nicht auf demselben Weg und vor allem in demselben Maß gefördert und ausgebildet werden. Die Bildung des Geistes sollte daher mit anderen Mittel erfolgen, so wurden sichtbare Sprachzeichen verwendet, um ihn zu wecken und zu bilden (vgl. Polansky 1842, 114).

Was Polansky hier beschreibt, ist die heute bekannte Gebärdensprache. Wenn der Geist nicht im gleichen Maß ausgebildet und gefördert werden kann wie bei hörenden Menschen, sieht Polansky dies wohl zu Recht als einen erheblichen Nachteil für die Betroffenen an, vor allem in Bezug auf die Möglichkeiten einer

Teilhabe auf gleichem geistigen Niveau, also (Geistes-)Bildungsstand. Der weitere Verlauf der Entwicklung der Gebärdensprache und deren Entstehungsgeschichte wurde anfangs schon beschrieben.

Kramer beschreibt in seinem Buch die gesellschaftlichen Aspekte der Taubheit nicht. Er bezeichnet Taubstumme aber als „Unglückliche“ (Kramer 1856, 124), was darauf schließen lässt, dass er sie als durchaus auffällig andersartig erkennt und empfindet.

Er hält sie wahrscheinlich auch durchaus für bedauernswert, aber deren Ausgrenzung von der Gesellschaft sowie die psychische Befindlichkeit der Betroffenen sind nicht Teil seines Interesses, zumindest nicht in seinem gegenständlichen Werk, dieses beschränkt sich

vielmehr auf die physischen und psychischen Komponenten.

5. Erörterung der Forschungsfrage

Alle drei Autoren gehen in verschiedenster Weise auf die Definitionen der Begriffe „Krankheit“ und „Behinderung“ ein.
Ein Hauptthema stellt bei die generelle Taubheit dar, die allen dreien allerdings eher ein Rätsel zu sein scheint. Die Ursachenforschung für die Taubheit nimmt unter Heranziehen diverser Studien bei jedem einen gewissen Raum ein.
Sie beschreiben im Weiteren die Symptome der Hörschäden, die zu ihrer Zeit üblichen Behandlungsmethoden, sowie deren Heilungschancen.
Auch die gesellschaftlichen Auswirkungen der Erkrankung werden hinterfragt.
Betrachtet wird ebenso die Frage, ob Taubheit vererbbar ist oder nicht.

5.1 Zum Begriff Krankheit

Einen nicht unwesentlichen Punkt liefert in diesem Zusammenhang das Allgemeinbefinden der Betroffenen, vom einfachen Unwohlsein bis hin zur Depression. Yearsley beschreibt in seinem Werk auch das allgemeine Unwohlsein, welches sich auf das Gemüt des „Tauben“ schlagen kann bis hin zu einem so genannten deprimierenden Zustand als Begleiter der Taubheit. Kramer äußert sich über die seelischen Auswirkungen und den mentalen Zustand der Patienten, der damit verbunden ist, nicht. Polansky nur sekundär. Die seelischen Auswirkungen sind bei den allermeisten Fällen der Gehörgeschädigten ja die eigentlichen Begleiter im Sinne von Krankheit, im Unterschied zu denjenigen Krankheiten, die oftmals ein körperliches Schwächegefühl hervorrufen und nicht nur eine reine Antriebs- und Lustlosigkeit. Meist sind Krankheiten, wie wir sie heute als solche verstehen, ja mit Schmerzen verbunden, was in der Regel bei Gehörlosigkeit eben auch nicht der Fall ist. Auch deshalb wird die Frage erörtert, ob nun bei Gehörlosigkeit

davon ausgegangen werden kann, dass es sich um eine Krankheit handelt, und ob und in welchem Maß sich dieser Mensch nun „krank“ fühlt.

5.2 Zur Ursachenforschung

Die Untersuchungen, die in frühen Schriften unternommen wurden, stützten sich vorwiegend auf diverse Zählungen. Sie basierten also vor allem auf erhebbarem Zahlenmaterial, dies war eine noch relativ einfache Sache, auch zur damaligen Zeit. Der Versuch genauere Analysen der verschiedenen ursächlich vorhandenen Krankheiten, die zu Taubheit führten, waren schon etwas schwieriger zu bewerkstelligen, und die rein anatomisch bedingten Fehlleistungen des komplexen Hörorgans waren vor allem mit den damaligen, sehr beschränkten Mitteln als beinahe unerforschlich einzuordnen. Trotz alldem hat bis auf einige Ausnahmen ein jeder Beginn eines jeden Forschungsansatzes sein Gutes und damit seine Berechtigung, denn ohne ihn gäbe es keinen Fortschritt.

5.3 Zu den Heilungschancen

Einen wesentlichen, wenn nicht sogar den umfangreichsten Teil der Arbeiten der drei Autoren, stellt die Frage nach den Heilungschancen der Gehörlosigkeit dar. Yearsley und Polansky sind, wie bereits erwähnt, der Meinung, dass „Taubheit“ in manchen Fällen sehr wohl geheilt werden kann. Kramer betrachtet dies allerdings sehr kritisch und stellt mehrfach klar, dass eine tatsächliche Heilung der „Taubheit“ für ihn noch nicht genügend bewiesen wurde. Hier stellt sich nun die Frage, ob Gehörlosigkeit aus heutiger Sicht heilbar ist oder nicht. Die Antwort ist einfach, in leider immer noch seltenen, speziellen Fällen ist eine verloren gegangene Hörfähigkeit mit Hilfe der modernen Technik und Medizin wieder herstellbar, wie Polansky und Yearsley, allerdings noch unter

Zuhilfenahme weit weniger tauglicher Mittel, bereits ebenso erkannt haben. In diesen Fällen wäre die Taubheit eigentlich den (heilbaren) Krankheiten zuzuordnen, während wenn wir sie wie bei Kramer als unheilbar erkennen, sie eindeutig als (nicht zu behebende) Behinderung einzustufen wäre. Eine Trennung und eine eindeutige Aussage kann hier jedoch nicht getroffen werden. Es gibt ja auch unheilbare Krankheiten, die sich in der Umwelt der Betroffenen nicht zeigen, sowie an deren Teilhabe nicht auswirken, also keine Behinderung im Sinne der WHO darstellen. Genauso gibt es Behinderungen, die durch neue Errungenschaften in der Medizin oder Technik stark gebessert oder sogar gänzlich behoben werden können, man betrachte z.B. eine heutige Fuß- oder sogar Handprothese. Analysieren wir die Ausführungen der Autoren Polansky und Yearsley zu diesem Thema etwas genauer, so kommen wir zu dem Ergebnis, dass auch diese beiden vor allem nach diversen fehl geschlagenen Heilungsversuchen davon ausgehen, dass Taubheit nur in einzelnen, speziellen Fällen geheilt werden kann, und also in den allermeisten Fällen als Behinderung anzusehen ist. Die Autoren müssen sich schon damals darüber im Klaren gewesen sein, dass mit „Taubstummheit“ nicht wie mit anderen Krankheiten zu verfahren ist.

5.4 Zu den gesellschaftlichen Auswirkungen

Einen nächsten, wichtigen Aspekt stellt die Teilhabe der Gehörlosen an gesellschaftlichen Ereignissen und am Leben generell dar. Wieder sind es Polansky und Yearsley, die diesen wichtigen Aspekt aufgreifen und durchleuchten. Sie gehen auf die Schwierigkeiten ein, mit denen taube Menschen im Alltag zu rechnen haben, aber auch darauf, wie sie der Außenseiterrolle so gut wie möglich ausweichen und sie eventuell sogar verhindern können. Dass eine Teilhabe sich vor allem zur damaligen Zeit grundsätzlich als erschwert darstellt, oder diese oftmals sogar völlig verweigert

bleibt, daran gibt es für die Autoren keinen Zweifel. Um eine normale Unterhaltung zu führen, muss ein Gehörloser also Kräfte mobilisieren und sehr ausdauernd, genau und aufmerksam einem Gespräch folgen. Aber auch dann kann noch lange nicht davon ausgegangen werden, dass auf beiden Seiten alles verstanden und richtig ausgelegt wird. Mit der damals zumeist also noch stärker als heute eingeschränkten, behindernden Teilhabe und der daraus folgenden Ausgrenzung der Behinderten aus der normalen, gesunden Umwelt, also dem gesamten Kontext, in dem sie leben, definieren die beiden Autoren schon damals Behinderung in beinahe derselben Form wie heute die WHO dies tut. Wenn also nicht uneingeschränkt die Teilhabe erfolgen kann, so wie es bei gehörlosen Menschen der Fall ist, so ist nicht nur aktuell, sondern war schon damals die Rede von einer Behinderung.
Kramer schweigt, wie bereits erwähnt, zu diesem Thema. Er meint aber, dass Taube „Unglückliche“ sind, was darauf schließen lässt, dass er sie zumindest für andersartig und bemitleidenswert hält. Dies führt wiederum dazu, dass in Konsequenz eine Sonderbehandlung nötig ist, die diese Unglücklichen von den „Normalen“ im Regelfall eher absondert. Ob eine Teilhabe dadurch allerdings noch ermöglicht oder nicht vielmehr diese verhindert wird, sei dahin gestellt.

5.5 Zur Vererbbarkeit

Zu dieser Frage äußert sich Dr. Kramer. Er meint, wie oben beschrieben, dass Gehörlosigkeit vererbt werden kann, allerdings nicht zwingend vererbt werden muss. Auch sein österreichischer Kollege Dr. Polansky meint, dass krankhafte Zustände des Ohres oftmals bei Kindern vorkommen, deren Eltern ebenfalls Ohren-krank sind. Wie heute bekannt ist, gibt es eine lange Reihe vererbbarer Behinderungen, allerdings sind durchaus nicht alle davon genetisch bedingt. Aber nicht nur Behinderungen, auch die Zahl der Krankheiten, die vererbt werden können, allerdings nicht müssen, ist hoch. Wenn z.B. Eltern Diabetes-

krank sind, bedeutet das zwar nicht automatisch, dass ihre Kinder dies auch werden, aber man kann es zweifellos nicht ausschließen wie die entsprechenden Studien zeigen. Ein erhöhtes Risiko, spezielle Krebsformen wie z.B. Brust- oder Darmkrebs zu vererben, ist heute mit Hilfe eines Gentests sogar nachweisbar. Die Frage der Erblichkeit kann demnach sowohl bei dem Begriff der Krankheit als auch bei dem Begriff der Behinderung so beantwortet werden: weder das eine noch das andere überträgt sich notwendigerweise auf die Nachkommen, das Risiko dafür ist allerdings zumindest erhöht.

6. Fazit

Abschließend wird nun nochmals in Bezug auf die Forschungsfrage auf die Begriffe Krankheit und Behinderung eingegangen. Nach eingehender Lektüre der drei gegenständlichen Werke unserer Autoren kann mit Sicherheit gesagt werden, dass Mitte des 19. Jahrhunderts Taubstummheit in den Köpfen der Autoren schon als Behinderung angesehen wurde. Tatsächlich wurde dies zwar nie so ausgesprochen, da „Behinderung“ ein eher junges Wort ist, von dem um 1850 noch keiner Gebrauch machte, was im Begriffsklärungs-Teil der Arbeit bereits behandelt wurde. In den zwar teilweise recht unterschiedlichen Ansichten der Autoren auf diesem Gebiet kann eine gewisse Tendenz zu dem Begriff Behinderung bei allen trotzdem deutlich erkannt werden, jedoch nicht immer eindeutig in Unterscheidung zu dem der Krankheit. Besonders die Fragen der Heilbarkeit und der Teilhabe werden eher unter dem Aspekt einer Behinderung als dem einer Krankheit verständlich. Dass der gesamte Kontext, in dem Taubstumme zur damaligen Zeit lebten, ein abgesonderter, ein nicht freiwillig ausgesuchter, und vor allem ein meist sehr einsamer war, halten alle Autoren in ihren Werken fest. Schon das Leben mit den Eltern, die Wahl der Ausbildung, der Schule, ja die ganze allgemeine Umgebung war eine andere. Diese tauben Kinder und später Erwachsenen konnten ihren Lebensweg in den allermeisten Fällen nicht selbst gestalten. Sie mussten die wenigen, meist unzureichenden Möglichkeiten einer Ausbildung und des späteren Broterwerbs ergreifen, die sich ihnen boten, schon um überleben zu können.

Das nicht verwirklichen Können der eigenen Träume und die Unmöglichkeit der Gestaltung eines frei gewählten Lebens wird deutlich sichtbar, wenn diverse Beispiele von den Autoren angeführt werden wie etwa das folgende aus Kramers Buch:

Ein Junge lebte siebzehn Jahre lang ohne jede Förderung bei seinen Eltern, bevor er in die Wiener Taubstummen-Anstalt geschickt wurde, wo der dann 6 Jahre lang sprechen und lesen lernte, sodass er danach das Schuhmacherhandwerk erlernen konnte (vgl. Kramer 1856, 125). Wenn es nach dem Buben gegangen wäre und er seinen ganz eigenen, persönlichen Weg hätte einschlagen können, wäre er vermutlich nicht eine derart lange Zeitspanne von siebzehn Jahren ohne Ausbildung geblieben. Vermutlich wäre er auch freiwillig so spät nicht mehr in die Anstalt gegangen und vielleicht hätte er grundsätzlich unter anderen, besseren Voraussetzungen einen ganz anderen Beruf ergriffen.

Auch Yearsley macht in diesem Sinne ehrliche Angaben über die Anstalt, in der er selber arbeitete, und er führt Buch über die Patienten. (Yearsley 1852, 196) Für manche sicher die Rettung, für andere eine Qual und fraglich, ob Kinder freiwillig in so eine Anstalt ziehen würden. Dies ist zumindest ein trauriger Aspekt des heiklen Themas der Lebensumstände in diesen Anstalten. Und es war eines der vielen Dilemmas, in dem Taubstumme damals fast zwangsläufig steckten, entweder ohne Ausbildung und damit hilflos und ausgeliefert zu bleiben, oder eine Ausbildung in einer der gegenständlichen Anstalten unter zumindest fraglichen, oft aber tatsächlich menschenwürdigen Bedingungen zu erhalten. Diese Schulung bot immerhin ein wenig Aussicht auf eine Teilhabe und ein später eigenständiges Leben. Fest steht jedenfalls, dass Taubstumme damals nicht viel Auswahl hatten und sie ihr Leben nach den gegebenen, wenigen Möglichkeiten ausrichten mussten, die sich ihnen boten.
Diese Sonderstellung wird in allen drei Büchern angesprochen, was auch unter dem Aspekt des Begriffs „Behinderung“ interessant erscheint, da hier eine eindeutige Behinderung in den persönlichen Entfaltungsmöglichkeiten gegeben ist, und diese auch als solche beschrieben wird. Die Gestaltung des eigenen Lebens erfolgt damals bei weitem nicht nach den Vorstellungen der Betroffenen

und die Verwirklichung der individuellen Perspektiven ist damit natürlich ganz und gar nicht gewährleistet. Genau das ist aber aus heutiger Sicht und nach heutigen Forderungen das angestrebte und zu erreichende Ziel, nämlich in sämtlichen Bereichen der Gesellschaft eine größtmögliche Chancengleichheit, abhängig ausschließlich von den tatsächlichen körperlichen und geistigen Möglichkeiten des Behinderten zu schaffen. Alles in allem lässt sich sagen, dass die Autoren zumindest schon damals eine Ahnung davon hatten, dass Gehörlosigkeit nicht wie eine normale Krankheit darzustellen und zu behandeln ist. Sie bot damals sogar ein schier unlösbares Rätsel, sie konnte nicht einmal eindeutig bestimmt oder kategorisiert werden, sie warf viele ungelöste Fragen auf, aber sie beschäftigte zumindest bereits in jener Zeit einige interessierte und motivierte Ärzte. Kramer, Polansky und Yearsley waren mit Sicherheit als solche Ärzte zu sehen, die sich der dringlich vorhandenen Anliegen der Gehörlosen nicht nur halbherzig widmeten, sondern vielmehr eine Menge an Herzblut investierten. Gerade diejenigen, die sich kein Gehör verschaffen konnten, brauchten Menschen wie jene drei Vorreiter, die sich mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln zu Dienern einer Sache machten, die vor allem zur damaligen Zeit kaum Profilierungsmöglichkeiten bot. Und die drei machten ihre Sache, jeder auf seine Weise, offenbar gut, vor allem wenn man über Versuche liest, die zur selben Zeit von anderen Kollegen mit Gehörlosen unternommen wurden. Zahlreiche Gehörlose waren alles andere als freiwillige Opfer bei der Erprobung neuer Heilmittel oder Heilmethoden. Oftmals drängten sogar deren Eltern dazu, alles Mögliche zu unternehmen, und so manche hilflose Patienten mussten als Versuchsobjekte herhalten. So schreiben Kramer, Yearsley, sowie auch Polansky über ebensolche Versuche mit neuen Heilmitteln und Methoden, aber auch über verschiedene Anstalten und über aufgezwungene Lebensgestaltungen, die sicher nicht immer den Vorstellungen der Taubstummen entsprachen. Man darf bei aller berechtigter Kritik allerdings auch nicht vergessen, dass ohne Forschung und die frühen Versuche kein

Fortschritt möglich gewesen wäre. Fehlschläge sind dabei leider nicht auszuschließen, sondern eher vorprogrammiert, und sie wurden zwar in Kauf genommen, aber immerhin im Dienste der guten Sache. Ein besonderer Dank und ein Lob muss hier vor allem jenen Ärzten ausgesprochen werden, die mit Herz und Hirn an die Sache herangingen, ohne das Wohl des jeweiligen Patienten hintan zu stellen, und zu diesen, so denke ich, kann man Kramer, Polansky und Yearsley zählen. Auch was die Gründungen der speziellen Schulen und Anstalten angeht, auch wenn die damaligen unseren heutigen Maßstäben bei weitem nicht gerecht werden konnten, muss man bedenken, dass ohne diese die Gehörlosenkultur sich nicht weiterentwickeln hätte können, und sie hätte nicht zu dem werden können, was sie heute ist. Die Gehörlosen sind auch heute noch eine Minderheit, aber eine anerkannte und durchaus fortschrittliche.

Schon damals wurde Taubheit also als (eher) unheilbar, als die Teilhabe erschwerende Krankheit betrachtet, was einen Aspekt der Behinderung ausmacht. Weiters wurde sie jedoch auch als ein Zustand des Unwohlseins und des Unbehagens beschrieben, was eher einer Krankheit zugeordnet würde. Zu guter Letzt wird ebenso beschrieben, dass gehörlose Menschen nicht die Wahl einer Schule oder einer Ausbildung hatten, sodass sie nicht der Tätigkeit nachgehen konnten, die sie wirklich wollten. Die Selbstverwirklichung und die Selbständigkeit der Betroffenen hat darunter ohne Zweifel sehr gelitten. Dies ist wiederum ein Kriterium von Behinderung.

7. Heute

7.1 Gehörlosigkeit = Behinderung?

Eine Antwort auf die grundsätzliche Frage, ob nun Gehörlosigkeit als Behinderung zu betrachten ist, ist insofern wichtig, als sie Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen hat. Es ist vor allem die rechtliche Komponente zu berücksichtigen, die die Stellung der Gehörlosen definiert. Diese hat z.B. einen ganz wesentlichen Einfluss auf die Möglichkeiten finanzieller Unterstützung durch die diversen öffentlich rechtlichen Institutionen wie Krankenkassen, wenn es um Fördermaßnahmen oder auch technische Hilfsmittel geht. Bei Hörhilfen etwa in Fällen, wo noch ein Restgehör vorhanden ist, wird über die finanzielle Unterstützung auch heute noch individuell entschieden, leider oftmals zum Nachteil der Patienten und in vielen Fällen ist nicht nachvollziehbar nach welchen Kriterien, und genau hier wäre eine genauere Definition und damit eine einheitlichere Regelung sehr sinnvoll. Natürlich ist es schwierig, den Begriff Behinderung einzugrenzen, wo beginnt sie tatsächlich? Ab wann behindert eine verminderte Fähigkeit zu hören? Wenn man gänzlich taub ist, ist die Behinderung eindeutig wie bei einem fehlenden Bein, aber bei verminderter Hörfähigkeit? Kann es schon behindernd sein, wenn man immer wieder nachfragen muss, was gesagt wurde? Gilt die Behinderung ab dann als eine solche, wenn eine so zu sagen „normale Kommunikation“ erschwert ist, oder erst dann, wenn diese gänzlich unmöglich ist? Oder gilt eine massive Schwerhörigkeit dann nicht mehr als Behinderung, wenn sie durch einen Hörapparat soweit gebessert ist, dass der Betroffene in seiner Umwelt wieder hören und damit kommunizieren kann? Ist ein Beinamputierter dann noch als behindert zu betrachten, wenn er mit Hilfe einer Prothese wieder gehen kann? Und wenn ja, als wie schwer ist die Behinderung dann noch einzustufen? Alle diese Fragen wären erst einmal zu klären und die zuständigen Stellen sollten

sich hier wie dort, wie schon gesagt, auf einen möglichst einheitlichen Standard einigen und diesen festschreiben. Selbst dann wird es immer wieder speziell gelagerte Fälle geben, und es werden immer wieder spezielle Lösungsansätze gebraucht werden, dennoch ist dies kein Argument gegen eine einheitlichere Politik der Hilfestellung und vor allem –leistung.

7.1.1 Situation in der Gesellschaft

Um die vielfältigen heute zur Verfügung stehenden Hilfeleistungen für Gehörlose oder hörbehinderte Menschen in Anspruch nehmen zu können, muss zunächst einmal ein nicht optimal funktionierendes Gehör vorhanden sein, was aus heutiger Sicht aber noch keine Behinderung darstellt.
Die Definition der WHO lautet: Der Mensch weicht mit seinem defekten Gehör von der Norm ab, was ihn beeinträchtigt, da er für hörende Menschen selbstverständliche Dinge anders erlernen muss. Durch diese Andersstellung wird die Teilhabe erschwert und die Aktivität eingeschränkt, die Kontextfaktoren setzen sich anders zusammen. Unsere Kultur, die so zu sagen „hörende Kultur“ macht demnach die Betroffenen erst zu Behinderten. Versuchen wir noch einmal einen Vergleich mit unserem einbeinigen Patienten unter dem Aspekt der aktuellen Definition der WHO: Einem Mann muss nach einem Arbeitsunfall ein Bein amputiert werden, dadurch wird er natürlich zunächst in seinem ganz persönlichen Alltag mit all seinen Verrichtungen beeinträchtigt. Die Folge daraus ist, dass er in seiner Aktivität stark eingeschränkt ist, er seinen Beruf nicht mehr ausüben kann und so die Teilhabe, die Gestaltung seines gesamten Lebens, sowie sein gesamter Kontext verändert wird. Durch den Verlust seines Beins wird er damit laut WHO als behindert gelten. Wenn wir nun dieselben Kriterien bei Hörbehinderungen anwenden, dann ergibt sich in Konsequenz genauso eine Behinderung laut Definition der WHO. Ein nicht hörender oder beim Hören stark beeinträchtigter Mensch ist ganz eindeutig in seiner Kommunikationsfähigkeit behindert, es sei denn, er selbst, sowie sein

Gegenüber, beherrscht die Gebärdensprache. Es gibt in der Zwischenzeit ja erfreuliche Ansätze, wie wir alle sehen können, z.B. wenn Nachrichtensendungen im Fernsehen auch gebärdensprachlich gesendet werden. Dies ist zwar sehr hilfreich für die Betroffenen und lobenswert, es kann aber nur einen sehr kleinen Teil der Mankos ausgleichen. Befindet sich also ein gebärdensprachlich ausgebildeter Hörbehinderter nicht in einer Gruppe ebenfalls gebärdensprachlich Kommunizierender, was natürlich nicht die Regel in seinem Alltag sein kann, so wäre dieser behindert sich mitzuteilen oder ein Gespräch zu führen. Eine Behinderung hängt also immer auch von der Kultur und der Gesellschaft ab, und folglich mit dem gesamten Kontext zusammen.

Heutzutage wird der Begriff der „Behinderung“ gerne ersetzt durch „Menschen mit besonderen Bedürfnissen“. Diese Umschreibung wurde vermutlich nicht zuletzt deshalb herangezogen, weil der Begriff „Behinderung“ bei vielen Menschen zuerst einmal Assoziationen hervorruft, die mit starken negativen Gefühlen einhergehen. Ablehnung ist wahrscheinlich ein zu starker Ausdruck dafür, aber unverhohlene Neugier, vielerlei unangebrachte Vorurteile, sowie auch oft ungeschickt vermitteltes Mitleid sind in der Gesellschaft der „Gesunden“ leider auch heute noch sehr verbreitet. Das eigentliche Ziel, ein allerdings zugegebenermaßen sehr schwierig zu erreichendes, wäre eine echte Gleichstellung von behinderten Menschen anstelle der Andersstellung, und zwar sowohl im negativen als auch im positiven Sinn, ohne jegliche Wertung und damit Wertigkeit.
Ein zweiter Grund für das Ersetzen des Begriffs der „Behinderung“ ist wahrscheinlich auch die bereits angesprochene schwierige Situation der Eingrenzung, also der Begriffsbestimmung. Der Ausdruck „Menschen mit besonderen Bedürfnissen“ impliziert schon in sich selbst die Möglichkeit zu differenzieren, die Bedürfnisse der Betroffenen sind automatisch von Fall zu Fall unterschiedlich und sehr individuell zu betrachten.

Dem entsprechend bedarf es eigentlich in jedem einzelnen Fall unterschiedlicher Handhabung und eines differenten Umgangs.
Hier kommt auch das Faktum zum Tragen, dass Gehörlosigkeit und vor allem die verschiedenen Grade der Schwerhörigkeit oftmals nicht eindeutig zu messen und damit auch nicht tabellarisch zu unterscheiden sind. Dies hat vor allem Auswirkungen auf die rein rechtliche Situation der Patienten. Die finanziellen Zuwendungen, sowie der Ersatz der Kosten für technische Geräte wie Hörhilfen, aber auch diverse Fördermaßnahmen müssen zwangsläufig abhängig gemacht werden vom Schweregrad der Erkrankung, beziehungsweise Behinderung.
Spannend ist auf längere Sicht gesehen sicherlich, ob der Begriff „Behinderung“ bestehen bleiben wird, oder ob er von dem der „Menschen mit besonderen Bedürfnissen“ ersetzt werden kann. Wenn man die Auslegung und die Charakteristik der Begriffe vergleicht, so bietet mit Sicherheit der zweite der beiden von vornherein weit bessere Möglichkeiten, die Situation der Betroffenen zu verstehen. Ob diese durch eine reine Begriffsänderung jedoch auch verbessert werden kann, sei dahin gestellt.
Abschließend zu diesen Ausführungen möchte ich noch die Bestimmungen, die aktuell an der Universität Wien für behinderte Menschen gelten, anführen, da ich diese für erfreulich Richtungsweisend halte.

7.1.2 Gleichstellung von Personen mit Behinderung und/oder chronischer Erkrankung an der Universität Wien

„§ 1. *Die Gleichstellung von Personen mit Behinderung und/oder chronischer Erkrankung stellt für die Universität Wien ein wichtiges Element auf dem Weg zur Chancengleichheit für alle Studierenden und MitarbeiterInnen dar. Die Universität Wien strebt an, dass eine gleichberechtigte Teilnahme von Personen mit Behinderung und/oder chronischer Erkrankung am Studien-, Lehr- und Forschungsbetrieb ermöglicht wird sowie jede Form von diskriminierendem Vorgehen oder Verhalten verhindert wird.*

§ 2. *Leitender Grundsatz für die Gleichstellung von Personen mit Behinderung ist die Beachtung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.*

§ 3. *Alle Lehrenden berücksichtigen die Bedürfnisse von Studierenden mit Behinderung und chronischer Erkrankung bei der Gestaltung ihrer Lehrveranstaltungen im Rahmen der Gegebenheiten der Lehrinhalte und im Rahmen der räumlichen und technischen Möglichkeiten.*

§ 4. *Die Universität Wien berücksichtigt die Bedürfnisse von MitarbeiterInnen mit Behinderung und/oder chronischer Erkrankung im Rahmen der räumlichen und technischen Möglichkeiten.*

§ 5. *Das Recht von behinderten Studierenden auf eine abweichende Prüfungsmethode wird bekräftigt.*

§ 6. *Die konkreten Zielsetzungen zur Verbesserung der Situation von Angehörigen der Universität Wien mit Behinderung und/oder chronischer Erkrankung werden im Entwicklungsplan festgelegt.*

§ 7. *Diese Verordnung tritt mit dem Tag nach ihrer Kundmachung im Mitteilungsblatt in Kraft".*

(URL: http://www.univie.ac.at)

7.2 Aktueller Status der Gehörlosen

7.2.1 Situation in Österreich

Laut Mikrozensus (zuletzt im Juni 2002 durchgeführt), einem Sonderprogramm zur Erfassung der Anzahl von beeinträchtigten und behinderten Menschen in Österreich gaben 2,5% aller Österreicher, das sind rund 202.000 Personen an, mit Problemen beim Hören behaftet zu sein, wobei der Prozentsatz der Frauen etwas höher war als der der Männer (2,7% bzw. 2,1% der Bevölkerung). Dauerhafte schwerwiegende Hörbeeinträchtigungen traten eher selten auf: 0,7% der Bevölkerung waren davon betroffen, weitere 0,4% hatten leichte und 1,2% Hörbeeinträchtigungen mittleren Ausmaßes (vgl. Leitner 2007, 1134).

7.2.2 VITA-Studie von Marion Breiter

Dr. Marion Breiter begann 2001 mit einer Studie zur Erkundung der Lebens- und Berufssituation gehörloser Frauen in Wien, der so genannten VITA-Studie. In ihrem 2005 dazu erschienenen Buch „Muttersprache Gebärdensprache.

Vita – Studie zur Lebens- und Berufssituation gehörloser Frauen in Wien“ schreibt sie: *„Als gehörlos werden Menschen bezeichnet, die die gesprochene Sprache auch mit technischen Mitteln nicht über das Ohr wahrnehmen können“ (Breiter 2005, 17)*

Die Auswirkungen sind für sie klar:

- *„Informationsdefizite im Bereich praktischer Lebensprobleme ebenso wie in der Allgemeinbildung*
  Missverständnisse und Kommunikationsschwierigkeiten mit Hörenden
- *psychosoziale Probleme – Isolation, Probleme mit der Ausbildung und der Erwerbsarbeit*
- *enger sozialer Zusammenhalt von Gehörlosengemeinschaften durch ihre eigene Sprache (Gebärdensprache) und Kultur“ (Breiter 2005, 18).*

Breiter interviewte Frauen, die in und um Wien leben und zum großen Teil zwischen 25 bis 35 Jahre alt waren. Die meisten von ihnen sind seit ihrer Geburt gehörlos oder waren vor dem Spracherwerb ertaubt (vgl. Breiter 2005, 38f).

Sie wurden zu verschiedenen Situationen in ihrem Leben befragt, unter anderem über Kontakte zu Hörenden sowie auch zu anderen gehörlosen Menschen, zur Schul- und Ausbildung, der Bedeutung der Gebärdensprache in ihrem Leben sowie zur Arbeitssituation und Berufsausbildung.

Breiter führt unter anderem an, weshalb sich das Erlernen der Lautsprache als doch recht problematisch herausstellt. Sie schreibt, dass das Mundablesen und die eigene orale Verständigung für viele Gehörlose äußerst schwierig sind und beides eine Menge an vielfältigen Fähigkeiten erfordert wie etwa: kombinatorisches Denken, prüfendes Abwägen logischer Wahrscheinlichkeiten und ständiges, selbsttätiges, gedankliches Ergänzen von Wahrnehmungsfragmenten. Die Kommunikation für gehörlose Menschen erfordert also einen enorm hohen Energieaufwand und geht mit einem ziemlichen Stressfaktor einher (vgl. Breiter 2005, 18).

Breiter fasst in ihrem Buch die verschiedensten Aspekte von sowohl lautsprachlicher Kommunikation als auch der Gebärdensprache wie folgt zusammen, wobei sie sich auf zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen bezieht.

> *„1.) Die lautsprachliche Kommunikation ist für Gehörlose äußerst schwierig. Durch Lippenablesen können sie nur etwa ein Drittel der Informationen erfassen. Ihre eigene Lautsprache ist trotz langwierigen Trainings für Hörende meist nur schwer verständlich.*
> *2.) Die Gebärdensprache ist eine hoch entwickelte Sprache mit Grammatik und Syntax und sie ist die natürliche Erstsprache von Gehörlosen, die vor dem Spracherwerb ertaubt sind. Je früher und besser sie gelernt wird, desto besser können die Betroffenen auch Bildungsinhalte und die deutsche Schriftsprache erlernen.*
> *3.) Lautsprache zentrierte Erziehung hat Bildungsdefizite und mangelhaftes Erlernen der deutschen Schriftsprache zur Folge, denn das orale Training nimmt einen Großteil der Schulzeit und der Energie gehörloser Kinder in Anspruch.*
> *4.) Bilinguale Erziehung verhilft Gehörlosen zu besseren Bildungschancen und einem besseren Selbstwertgefühl.*
> *5.) Auch für hörende Kinder und Babys bedeutet die Gebärdensprache eine Erweiterung ihrer Kommunikationsmöglichkeiten“ (Breiter 2005, 26f).*

Die Ergebnisse:

Die Ausbildungs- und Berufssituationen gehörloser Frauen sind nach Breiter dermaßen trostlos, dass hier von massiver Diskriminierung gesprochen werden muss. Ursachen dafür sind:

- *„die generell klischeehafte Schulausbildung für Mädchen*
- *die Konzentration auf das Erlernen der von Hörenden gut zu verstehenden Lautsprache und die daraus resultierende mangelnde Vermittlung von Bildungsinhalten. Es wird oftmals mehr Wert auf das Vermitteln einer korrekten Aussprache gelegt als auf das von Wissen.*
- *die problematische Organisation von Integrationsklassen“* (Breiter 2005, 185).

Im Bereich der schulischen Ausbildung gehörloser Frauen in Österreich kritisiert sie folgendes:

- *„orale Übungen statt das Vermitteln von Inhalten*
- *wegen des oralen Unterrichts wird der Lehrstoff oft nicht verstanden*
- *zu viele Abschreibübungen*
- *zu viele Wiederholungen*
- *zu viel Auswendiglernen ohne den Inhalt zu verstehen*
- *zu langweilig, daher wurde viel getratscht und geträumt*
- *zu leichtes, niedriges Lernniveau*
- *zu wenig Rücksichtnahme der LehrerInnen auf die Bedürfnisse der SchülerInnen*
- *Sanktionen im Falle der Verwendung der Gebärdensprache*
  Nach der Schule mussten oftmals die Mütter den Kindern die eigentlichen Inhalte des Unterrichtsstoffes nahebringen“ (Breiter 2006, 81).

Zu den zahlreichen Verbesserungsvorschlägen der Befragten zählten unter anderen:

- *„die Einführung von Schwerpunktgymnasien mit guten Integrationsbedingungen für schwerhörige und gehörlose Frauen und Mädchen*
- *ein Unterricht, der vor allem in Gebärdensprache oder zumindest bilingual stattfinden sollte*
- *das selbstverständliche Beherrschen der Gebärdensprache aller LehrerInnen*
- *eine adäquate Anpassung des Lehrstoffes an die Bedürfnisse der SchülerInnen anstelle einer reinen Vereinfachung und Kürzung*
- *Eine verstärkte Thematisierung gehörloser Vorbilder und der Möglichkeiten eines in unserer Gesellschaft voll integrierten Lebens*
- *Keine der interviewten Frauen fand übrigens vorwiegend oralen Unterricht für gehörlose Kinder sinnvoll“* (Breiter 2006, 94).

Nun ein Auszug aus Breiters Empfehlungen:

> *„1.) Die Anerkennung (*in Österreich mittlerweile geschehen*) und die Verbreitung der Gebärdensprache*
> *2.) Eine generelle Sensibilisierung der Öffentlichkeit (z.B. Gebärdensprachkurse für KollegInnen der Gehörlosen) sowie diverse gesetzliche Veränderungen*
> *3.) Die Förderung einer adäquaten Berufsausbildung für gehörlose Frauen*
> *4.) Eine professionelle Schulung von BeraterInnen“* (Breiter 2005, 188f).

In ihrer Studie zeigt Dr. Marion Breiter nicht nur etliche Probleme auf, die sich bis heute vor allem gehörlosen Frauen und Mädchen stellen und ein Leben nach der Norm fast unmöglich machen. Die Defizite in der Ausbildung speziell bei Mädchen werden hier sehr deutlich angesprochen, auch unter dem Aspekt der generellen Diskriminierung der Frauen. Sie soll darüber hinaus vor allem die Betroffenen zu Wort kommen lassen und deren Wünsche und Verbesserungsvorschläge aufzeigen. Nicht zuletzt möchte Breiter ja etwas erreichen, nämlich eine Verbesserung der Situation der gehörlosen Mädchen

und Frauen und deren Chancen auf ein gleichberechtigtes Leben.
Es liegt an der Gesellschaft und deren Aufgeschlossenheit, die Vorschläge Breiters zu überdenken und etwas zum Positiven zu verändern. Zumindest eine Wendung hat sich seit der Veröffentlichung ihrer Untersuchung bereits ergeben. Seit 2005 ist die Gebärdensprache in Österreich als offizielle, eigenständige Sprache anerkannt. Im Gesetz ist die ÖGS (österreichische Gebärdensprache) in Artikel 8 Abs. 3 der Bundesverfassung als eigenständige Sprache verankert (Vgl. http://www.oegsdv.at).
Nun ist zu hoffen, dass in naher Zukunft ein weiteres Umdenken erfolgen wird, das noch mehr Fortschritte speziell in der Ausbildung der gehörlosen Mädchen und Frauen möglich machen wird, was natürlich für sämtliche gehörlose Menschen gelten soll.

7.2.3 Taubblindheit

Im Oktober 2010 wurde Taubblindheit in Österreich endlich als eigene Behinderungsform anerkannt. Die Behindertensprecherin der Grünen, Helene Jarmer (die einzige gehörlose Abgeordnete in unserem Parlament) meinte dazu: "*Steter Tropfen höhlt den Stein. Dies ist ein großer Erfolg im Sinne einer kleinen Gruppe von Menschen in Österreich, die damit endlich eine Chance auf die Unterstützung bekommen, die sie brauchen, um am sozialen Leben teilzuhaben"*. Weiters sagt sie: *„Ich hoffe, dass jetzt rasch die nötigen Schritte für eine optimale Unterstützung dieser Personengruppe in die Wege geleitet werden“* (http://www.oehtb.at).

Zusammenfassung

In der Diplomarbeit sollen der Begriff „Krankheit“ und der neuere Begriff „Behinderung“ in einem ersten Schritt erörtert werden. Anhand dieser Definitionen wird dann im zweiten Schritt in die Geschichte der Gehörlosenkultur eingetaucht. Nach einer geschichtlichen Darstellung der Kultur und der Entwicklung der gehörlosen Gemeinschaft wird der Schwerpunkt der Arbeit um die Mitte des 19. Jahrhunderts gestaltet. Drei Bücher werden herangezogen um zu klären ob die „Taubstummen“, wie sie zu dieser Zeit benannt wurden, als krank oder behindert dargestellt wurden.

Die Arbeit behandelt also, was mit dem Begriff der Krankheit gemeint ist und ob, nach den Definitionen des heutigen Behinderungsbegriffes, dieser immer schon gemeint, jedoch noch nicht bekannt, war.

Abschließend wird das Fazit entscheiden, wie die Autoren Dr. Wilhelm Kramer, Dr. Franciscus Polansky und Dr. James Yearsley „Taubstumme“ einstuften.

Die Darstellung der heutigen Situation der Gehörlosen und ihrer Beeinträchtigungen soll den Abschluss bilden.

Die Veränderungen der Begriffe und der Bezug zur Gehörlosengemeinschaft wird selten gezogen. Es existieren Bücher aus der Mitte des 19. Jahrhunderts, die Untersuchungen an „Taubstummen“ beinhalten, jedoch sind diese äußerst rar.

Mit dieser Arbeit soll also versucht werden, die Bemühungen der Autoren ans Licht zu bringen und in Beziehung zum Krankheits- beziehungsweise Behinderungsbegriff zu stellen. Oftmals ist in der ausgewählten Literatur von einer Krankheit die Rede obwohl eine Behinderung vorliegt, diese Unterschiede sollen bei diesen drei Werken aufgedeckt werden. Es muss geklärt werden, was Gehörlosigkeit nun tatsächlich ist und wofür es in der Vergangenheit gehalten wurde. Daraus ergibt sich gegebenenfalls ein besseres Verständnis der Gehörlosenkultur.

Abstract

At the beginning of this thesis the terms "disease" and "disability" will be defined and reconsidered in a first step. With the help of these definitions the history of deaf culture will be discussed in a second step. After a historical description of the culture and the evolution of the "deaf community", this paper is focused on the middle of the 19th century.

Three books will be used to clarify if deaf-mute people were defined as diseased or disabled at this age. One of the goals of this thesis is to point out if the word "disease" was used for deaf-mute people in default of other descriptions, such as "disability", or not.

The conclusion will show the classification of deaf-mute people to being either diseased or disabled in accordance to the authors Dr. Wilhelm Kramer, Dr. Franciscus Polansky and Dr. James Yearsley. Furthermore, at the end of this thesis, the current situation of deaf-mute people will be defined.

In the past the diversification of the words "disease" and "disability" and its reference to the deaf community was done infrequently. There are only few books existing dealing with examinations of deaf-mute people in the middle of the 19th century. Thus, within this thesis, the efforts of the three authors will be brought to light and related to the terms "diseased" and "disabled".

In the used literature, deaf-mute people are mostly defined as diseased even though they are obviously disabled. Therefore, the main goal of this thesis is to clarify if deafness was defined as a disease or a disability in the past, and to maybe create a better understanding of the deaf-culture.

Literaturverzeichnis

Albertini, J. A. (1991): Die Hörgeschädigten in der amerikanischen Gesellschaft. Identität im Wandel. In: Jussen H./Claußen, W.H. (Hrsg.): Chancen für Hörgeschädigte. Hilfen aus internationaler Perspektive. München. Zit. nach: Antor, G./Bleidick, U. (2006): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriff aus Theorie und Praxis, 2. Auflage, Stuttgart: W. Kohlhammer

Antor, G./**Bleidick,** U. (2006): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriff aus Theorie und Praxis. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer

Bach, H. (1976): Der Begriff der Behinderung unter dem Aspekt der Multidisziplinarität. Zeitschrift für Heilpädagogik 27(7), 396–404 zit. nach: Strachota, A. (2002): Heilpädagogik und Medizin. Eine Beziehungsgeschichte. 1. Auflage. Wien: Literas-Universitätsverlag

Becker, V./**Schipperges** H. (Hrsg.) (1995): Krankheitsbegriff - Krankheitsforschung – Krankheitswesen. Wissenschaftliche Festsitzung der Heidelberger Akademie der Wissenschaften zum 80. Geburtstag von Wilhelm Doerr. Berlin; Heidelberg: Springer

Breiter M. (2005): Muttersprache Gebärdensprache. Vita – Studie zur Lebens- und Berufssituation gehörloser Frauen in Wien. Wien; Mühlheim a. d. Ruhr: Guthmann-Peterson

Bundschuh K./**Heilmich** U./**Krawitz** R. (Hrsg.) (2007): Wörterbuch Heilpädagogik. 3. Auflage. Bad Heilbrunn: Klinkhardt

Dörr, G./**Günther**, H. (2003): Gehörlosigkeit und Schwerhörigkeit. In: Dörr, Günter/Günther, Herbert: Sonderpädagogik. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag: 75-78

Elischka, K. (1999): Gehörlosenbildung in Wien. Institute und Schulen in der Zeit von 1880 bis 1945 – Diplomarbeit an der Universität Wien 1999

Engelbrecht, H. (1986): Geschichte des österreichischen Bildungswesens. Erziehung und Unterricht auf dem Boden Österreichs. Band 4. Von 1848 bis zum Ende der Monarchie. Wien: Bundesverlag

Epeé, C. M. De (1776): Unterweisung der Taubstummen durch methodische Zeichen. Paris. In: Wollermann II, S. 105–125 zit. nach: Möckel, A. (1988): Geschichte der Heilpädagogik. Stuttgart: Klett-Cotta

Faust, V. (2011): Psychiatrie heute. Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln. Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit (Hrsg.): Gehörlosigkeit und Psychosoziale Folgen
gesichtet bei: http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/Int.1-Gehoerlosigkeit.pdf (Gesichtet am: 02.01.2012)

Fornefeld, B. (2002): Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik. München / Basel: Reinhardt

Gericke, W. (1998): Lebensweltliche Zweisprachigkeit. Am Beispiel Gehörloser in Schweden (Teil 1) In: Das Zeichen 44/1998 S.188–203

Glunz, A. (2007): Das Bild des Gehörlosen im Wandel – Aspekte der Pädagogik. Hausarbeit im Rahmen der ersten Staatsprüfung für das Lehramt an Sonderschulen. Hamburg

Gogolin, W. (2008): Der monolinguale Habitus der multilingualen Schule. 2. unveränderte Auflage. Münster: Waxmann

Haeberlin, U. (1996): Heilpädagogik als wertgeleitete Wissenschaft. Ein propädeutisches Einführungsbuch in Grundfragen einer Pädagogik für Benachteiligte und Ausgegrenzte. Bern; Stuttgart; Wien: Haupt

Haeberlin, U. (2005): Grundlagen der Heilpädagogik. Einführung in eine wertgeleitete erziehungswissenschaftliche Disziplin. 1. Auflage. Bern; Stuttgart; Wien: Haupt

Hanselmann, H. (1930; 1979): Einführung in die Heilpädagogik. 9. Auflage. Zürich; Stuttgart: Rotapfel

Herrrmann, B. (2011): Einblicke in die Geschichte der „Taubstummenbildung“ In: Mein Kind : ein Ratgeber für Eltern mit einem hörbehinderten Kind / Deutscher Gehörlosen-bund e.V. Bettina Herrmann (Hrsg.): S. 81-83 gesichtet bei: URL: http://www.gehoerlosenbund.de/dgb/images/stories/elternratgeber_pdfs/er_buch_herrmann_s80-83_final.pdf (Gesichtet am: 12.12.2011)

Honecker, M**.** (1995): Grundriß der Sozialethik. Berlin; New York: De-Gruyter-Lehrbuch

Hurrelmann, K. (2006): *Gesundheitssoziologie.* Weinheim: Juventa.

Jussen, H. (1991): Spracherwerb bei Gehörlosen. In: Jussen H., Claußen H. (Hrsg.): Chancen für Hörgeschädigte. Hilfen aus internationaler Perspektive. Müchen; Basel: Ernst Reinhardt

Kelle, H./**Tervooren,** A. (Hrsg.) (2008): Ganz normale Kinder. Heterogenität und Standardisierung kindlicher Entwicklung. Weinheim; München: Juventa

Kostka, U. (2000): Der Mensch in Krankheit, Heilung und Gesundheit im Spiegel der modernen Medizin. Eine biblische und theologisch-ethische Reflexion. Münster; Hamburg; London: LIT-Verlag In: Studien der Moraltheologie, 12

Kramer, W. (1856): Die Ohrenheilkunde in den Jahren 1851 – 1855. Ein Nachtrag zu der Erkenntniss und Heilung der Ohrenkrankheiten. Berlin: Verlag von August Hirschwald.

Kramreiter, S. (2008): Zwischenbericht: Schulische Integration gehörloser Kinder mit Gebärdensprache in der Regelschule. In: Gebärdensprachlinguistik und Gebärdensprachkommunikation Referate der VERBAL-Sektion "Gebärdensprachlinguistik und -kommunikation" innerhalb der 34. Österreichischen Linguistiktagung an der Universität Klagenfurt am 8. 12. 2006 mit CD-ROM Veröffentlichungen des Zentrums für Gebärdensprache und Hörbehindertenkommunikation der Universität Klagenfurt Band13 Klagenfurt 2008 gesichtet bei: http://www.uni-klu.ac.at/ zgh/downloads/downloadB13.pdf (Gesichtet am: 22.12.2012).

Krausneker V. (2006): taubstumm bis gebärdensprachig. Die österreichische Gebärdensprachgemeinschaft aus soziolinguistischer Perspektive**.** Dietmar Larcher (Hrsg.): Meran; Lauben: Ed. Alpha&Beta

Leitner B. (2007): Menschen mit Beeinträchtigungen. Ergebnisse der Mikrozensus- Zusatzfragen im 4. Quartal 2007 (Hrsg): Gesundheitswesen Statistische Nachrichten 12/2008 gesichtet bei: URL:http://www.statistik.at/web_de/suchergebnisse/index.html (Gesichtet am 03.01.2012)

.

Leonhard A. (2002): Einführung in die Hörgeschädigtenpädagogik. 2. Auflage. München; Basel: E. Reinhardt

Lindmeier, Ch. (1993): Behinderung – Phänomen oder Faktum? Bad Heilbrunn: Klinkhardt

Löwe, A. (1974a): Gehörlose, ihre Bildung und Rehabilitation. In: Deutscher Bildungsrat (Hrsg.): Gutachten und Studien der Bildungskommission. Bd. 30. Stuttgart: Klett, 15-184. In: Wisotzki K.H. (1994): Grundriß der Hörgeschädigktenpädagogik. Professer Dr. Klauer K.J. (Hrsg.) Band 4: Ed. Marhold im Wiss.-Verlag Spiess: Berlin

Löwe, A. (1982a): Gehörlose Kinder in einer Regelschule. Eine vorläufige Schlußbilanz nach mehr als sechs Schuljahren. Hörgeschädigktenpädagogik 36, 88–89. In: Wisotzki K.H. (1994): Grundriß der Hörgeschädigktenpädagogik. Professer Dr. Klauer K.J. (Hrsg.) Band 4: Ed. Marhold im Wiss.-Verlag Spiess: Berlin

Löwe A. (1987): Pädagogische Hilfen für hörgeschädigte Kinder in Regelschulen. Eine Handreichung für Eltern und Lehrer gehörloser und schwerhöriger Regelschüler. Heidelberg: Edition Schindele.

Möckel, A. (1988): Geschichte der Heilpädagogik. Stuttgart: Klett-Cotta

Moor, P. (1965): Heilpädagogik. Ein pädagogisches Lehrbuch. Bern u.a: Hans Huber

Nirje, B. (1994): Das Normalisierungsprinzip – 25 Jahre danach In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete, 1, 63, 12–32 zit. nach: Schickedanz, P. (2008): Das Normalisierungsprinzip und seine konzeptuelle Weiterentwicklung durch Wolfsberger und Thimm. Studienarbeit. Grin Verlag

Polansky F. (1842): Grundriss zu einer Lehre von den Ohren-Krankheiten. In: Commission der Fr. Beck´schen Universitäts-Buchhandlung. Wien: Anton Benko

Prillwitz, S. (1982): Früherziehung gehörloser Kinder unter Einbeziehung der Gebärdensprache – praktische Entwicklung und Erprobung eines Programms – Hörgeschädigtenpädagogik 36, 128-134. In: Wisotzki K.H. (1994): Grundriß der Hörgeschädigktenpädagogik. Professer Dr. Klauer K.J. (Hrsg.) Band 4: Ed. Marhold im Wiss.-Verlag Spiess: Berlin

Prillwitz, S. (1990): Der lange Weg zur Zweisprachigkeit Gehörloser im deutschen Sprachraum. (Seite 19 – 32) – In: Prillwitz, Sigmund und Vollhaber, Thomas: Gebärdensprache in Forschung und Praxis: Vorträge vom Internationalen Kongress Hamburg, 23. – 25. März 1990. Hamburg: Signum-Verlag gesichtet bei: URL: http://www.signum-verlag.de/BTitel/pdf/3-927731-19-6.pdf (Gesichtet am 27.12.2011)

Ptok, M. (1997): Das schwerhörige Kind. Medizin zur Fortbildung. In: Deutsches Ärzteblatt 94, Heft 28–29, 14. Juli 1997 gesichtet bei: URL: http://data.aerzteblatt.org/pdf/94/28/a1932_7.pdf (Gesichtet am 01.11.2011)

Rothschuh, K. E. (1972): Der Krankheitsbegriff (was ist Krankheit?). Hippokrates Verlag

Rothschuh, K. E. (1976): Krankheit. Historisches Wörterbuch der Philosophie, Band 4, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1184–1190 zit. nach: Strachota, A. (2002): Heilpädagogik und Medizin. Eine Beziehungsgeschichte. 1. Auflage. Wien: Literas-Universitätsverlag

Ruoß, M. (1994): Kommunikation Gehörloser. In: Rett A. (Hrsg.) Arbeiten zur Theorie und Praxis der Rehabilitation in Medizin, Psychologie und Sonderpädagogik. Band 28. Bern: Hans Huber

Schipperges, H. (1976): Krankheiten im Wandel der Zeit. Die Heilkunst, 89 (9), 1–6 In: Strachota, A. (2002): Heilpädagogik und Medizin. Eine Beziehungsgeschichte. 1. Auflage. Wien: Literas-Universitätsverlag

Schipperges, H. (Hrsg.) (1990): Geschichte der Medizin in Schlaglichtern. Mannheim: Meyers Lexikonverlag

Schott W. (2002): Die niederösterreichischen Landes-Taubstummenanstalten in Wien- Döbling 1881-1921 und Wiener Neustadt 1903-1932. Wien: Eigenverlag Walter Schott.

Schulte, K. (1986): Rein lautsprachlicher oder gebärdensprachlich unterstützter früher Spracherwerb In: Hörgeschädigtenpädagogik 40, 30–37

Schumann, P. (1940): Geschichte des Taubstummenwesens. Frankfurt a.M.: Diesterweg

Schumann, P./**Schumann** G. (1912): Samuel Heinickes gesammelte Schriften. Leipzig zit. nach: Möckel, A. (1988): Geschichte der Heilpädagogik. Stuttgart: Klett-Cotta

Schuppener, S. (2005): Selbstkonzept und Kreativität von Menschen mit geistiger Behinderung. Forschungsarbeit. Bad Heilbrunn: Klinkhardt

Seidler, E. (1996): Medizin als Heilkultur – Erinnerungen an die Zukunft. In: Kemper, P. (Hrsg.): Die Geheimnisse der Gesundheit. Medizin zwischen Heilkunde und Heiltechnik. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 303-317

Seiffert, H. (2006): Einführung in die Wissenschaftstheorie 2. Phänomenologie, Hermeneutik und historische Methode, Dialektik. 11. Auflage. München: C.H. Beck

Selinger R. (2002): Umwelt ohne Laute – Gehörlose arbeiten unter Hörenden. Diplomarbeit: Wien

Sicard, R. A. (1800): Unterrichtsgang eines Taubstummen von Geburt, ein Hilfsmittel zur Erziehung der Taubstummen- und Vollsinnigen. Paris. In: Wollermann II, S. 179–240 zit. nach: Möckel, A. (1988): Geschichte der Heilpädagogik. Stuttgart: Klett-Cotta

Soeffner, H. G. (2004): Auslegung des Alltags – Der Alltag der Auslegung. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft

Speck, O. (1987): System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung. München; Basel: Ernst Reinhardt

Strachota, A. (2002): Heilpädagogik und Medizin. Eine Beziehungsgeschichte. 1. Auflage Literas-Universitätsverlag, Wien

Vernooij, M. (2007): Einführung in die Heil- und Sonderpädagogik. Theoretische und praktische Grundlagen der Arbeit mit beeinträchtigten Menschen. 8. Auflage. Wiebelsheim: Quelle&Meyer Verlag.

Vogel, H. (1999): Geschichte der Gehörlosenbildung. In: Anne Beecken, Jörg Keller, Siegmund Prillwitz, Heiko Zienert (1999): Grundkurs Deutsche Gebärdensprache, Stufe I, Arbeitsbuch, Hamburg, S. 46-49. gesichtet bei:URL:http://www.deafhistorynow.de /mediapool/86/866123/data/Ueberblick_zur_Geschichte_der_Gl-Bildung_Grundkurs_1999_.pdf (Gesichtet am: 06.11.2011).

Volterra, V. (1990): Gebärdenspracherwerb und Bilingualismus. In: Prillwitz, Siegmund, Vollhaber, Thomas (Hrsg.): Gebärdensprache in Forschung und Praxis. Vorträge vom Internationalen Kongress „Gebärdensprache in Forschung und Praxis“, Hamburg, 23-25. März, Hamburg: Signum

Wember, F. B. (1995): Interdisziplinäre Forschung, interdisziplinäre Praxis? Anmerkungen zur Identität der Sonderpädagogik als Wissenschaft. Heilpädagogische Forschung, Band XXI(4), 194–205 zit. nach: Strachota, A. (2002): Heilpädagogik und Medizin. Eine Beziehungsgeschichte. 1. Auflage. Wien: Literas-Universitätsverlag

Wisotzki K.H. (1994): Grundriß der Hörgeschädigktenpädagogik. Professer Dr. Klauer K.J. (Hrsg.) Band 4: Ed. Marhold im Wiss.-Verlag Spiess: Berlin

Yearsley J. (1852): Die Taubheit: eine Zusammenstellung eigener aus der Praxis und Erfahrung geschöpfter Ansichten über die Natur, die Ursachen und Behandlung der Krankheiten des menschlichen Ohres. Nach der dritten englischen Originalauflage deutsch bearbeitet von Dr. Claudius Ulmann. Mit 6 lithographirten Tafeln. Weimar, Druck, Lithographie und Verlag von Bernhard Friedrich Voigt.

Quellen aus dem Internet

URL:http://data.aerzteblatt.org/pdf/94/28/a1932_7.pdf (Stand 01.11.2011)

URL:http://www.oegsdv.at/download_public/Bundesverfassung2005.pdf (Stand 05.11.2011)

URL:http://www.oehtb.at/aktuelles/news/taubblindheit-wird-endlich-als-eigenstaendige-behinderungsform-anerkannt (Stand 05.11.2011)

URL:http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/ Stand 06.11.2011

URL:http://www.deafhistorynow.de/mediapool/86/866123/data/Ueberblick_zur_Geschichte_der_Gl-Bildung_Grundkurs_1999_.pdf (Stand 06.11.2011)

URL:http://www.duden.de/rechtschreibung/taub (Stand 11.11.2011)

URL:http://www.univie.ac.at/satzung/gleichstellung.html
(Stand20.11.2011)

URL:https://www.wien.gv.at/recht/landesrecht-wien/rechtsvorschriften/html/s0200000-20050309-20061201.htm
(Stand 26.11.2011)

URL:http://www.ris.bka.gv.at/geltendeFassung.wxe?Abfrage=bundesnormen&gesetzesnummer=20004228 (Stand 26.11.2011)

Lebenslauf

Name:	Verena Geier
Geburtsdatum:	27.05.1985
Geburtsort:	Wien
Familienstand:	ledig

Schulbildung:	seit 2005 Studium der Erziehungs- und Bildungswissenschaft an der Universität Wien
	2004-2005 ORG 1230 Wien, Anton-Krieger-Gasse 25 (Abschluss mit Matura)
	1992-2004 Rudolf Steiner Schule Wien Mauer
Bisherige Arbeit:	seit August 2009 Assistentin im Verein Kindergruppen an der BOKU
	März 2008 – März 2009 geringfügige Beschäftigung bei Max Moda
	2005 – 2008 geringfügige Beschäftigung bei Artex Acoustics (Hofburg Wien)

Wien, 30.Jänner 2012