Zeitschrift: GZ in Kontakt : Gehörlosenzeitung für die deutschsprachige Schweiz
Herausgeber: Schweizerischer Verband für das Gehörlosenwesen
Band: 88 (1994)
Heft: 13-14

Artikel: CI : was ist neu seit 1994?
Autor: Spillman, Thomas
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-924546

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 05.12.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Sind weitere «Kulturkonflikte» vorprogrammiert?

CI: Was ist neu seit 1994?

Dr. med. Thomas Spillman, ORL-Klinik, Universitätsspital Zürich, Medizinischer Berater, SVG-Vorstandsmitglied

Über ein Jahr ist seit der Konsensus-Konferenz vom 18. März 1993 in Zürich vergangen (siehe GZ Nr. 4/1993 und SGB-Nachrichten Nr. 32/1993). Was ist seither erreicht worden? Welche Ergebnisse sind erzielt worden? Mit welchen Schwierigkeiten müssen Interessentinnen und Interessenten und Anwenderinnen und Anwender rechnen? Worauf konzentrieren sich die Diskussionen? Wie ist die Entwicklung in der Schweiz seither gelaufen? Was bedeutet eine künftige CI-Versorgung von Kleinkindern für das Zusammenleben zwischen Hörenden und Gehörlosen?

Vom 26. bis 28. Mai 1994 hat in Montpellier (Frankreich) ein internationales Symposium von audiologischen Wissenschaftern stattgefunden. Es wurden Methoden und Ergebnisse des CIs bei Kindern vorgestellt. Der Eindruck lässt sich so zusammenfassen: Das CI ist auf dem Weg, Kindern den Zugang zur Lautsprache zu erleichtern, erfolgreich. Bessere Mittel der Innenohr-Diagnostik erlauben eine frühere Behandlung mit weniger Risiko. Raffiniertere elektronische Soft- und Hardware zur Sprachverarbeitung lassen die CI-Träger und -Trägerinnen immer besser verstehen. (Zum Beispiel konnte beim Wechsel vom MPeak-Prozessor zum SPeak-Prozessor der Firma Cochlear die Sprach-Verständlichkeit um rund 20% verbessert werden.) Aber ein Ende des «Kultur-Konfliktes» der Gehörlosen ist nicht in Sicht. Ein Konsens über die CI-Anwendung bei Kindern scheint unerreichbar und die «Proteste» gehen weiter (vergleiche «Die Weltwoche» Nr. 13 und 23/1994). In Montpellier wurde gar in Erwartung von täglichen Angriffen gehörloser Aktivisten die Kongress-Halle polizeilich abgeriegelt.

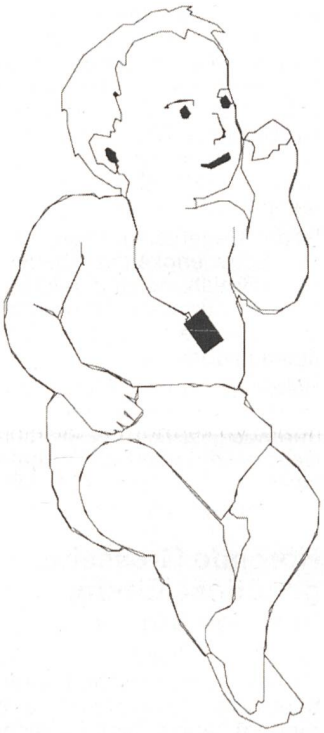
Es ist klar, dass die neuesten Entwicklungen nicht spurlos an der Schweiz vorübergehen. Einwände gegen eine Technologie die als «gegen die Gehörlosen gerichtet» empfunden wird, lösen sich nicht von heute auf morgen in Luft auf. Philosophen sagen: «Über Probleme, die nicht lösbar sind, soll man weder schreiben noch sprechen!» Jedoch: Hat es hier noch einen Sinn, zu schweigen, um der Auseinandersetzung aus dem Weg zu gehen? Trotz der Mahnung der Philosophen wähle ich den schwierigeren Weg und möchte die GZ-Leserinnen und -leser über die aktuelle CI-Situation orientieren. Diese Orientierung richtet sich nicht nur an Gehörlose, sondern auch an hörende Eltern und Fachleute, die wissen möchten, warum über das CI so viel diskutiert wurde und noch immer wird.

Kurz zu den Fakten

Das Cochlea-Implantat (CI) ist ein Produkt des medizinisch-technischen Fortschrittes der letzten 16 Jahre. Es wird durch eine Operation ins Ohr eingesetzt und stimuliert das Gehör elektronisch bei höchstgradiger oder vollständiger Taubheit, welche nicht mehr durch konventionelle, akustische Hörgeräte versorbar ist. Es ist zwar nicht möglich, ein normals Hörvermögen herzustellen. Die vermittelten Höreindrücke ermöglichen es jedoch (ohne oder mit Ablesen von Lippenbewegungen vom Mund des Sprechers), nach einer vollständiger Ertaubung eine akustisch-sprachliche Kommunikation zu führen. Damit kann ein ertaubter Erwachsener zum «hochgradig Schwerhörigen» werden. Viel weniger verspricht dagegen eine CI-Operation bei einem gehörlosen (angeboren taub oder früh ertaubten) Erwachsenen: Wenn in der frühen Kindheit keine Hörreize das Hirn erreicht haben, bleiben die Hörbahnen unterentwickelt. Sie können auch durch eine spätere elektrische Aktivierung nach Abschluss einer Reifungsphase (6 bis 10 Jahre) nicht mehr zur akustischen Entschlüsselung von Sprache gebracht werden. Die wenigen gehörlosen Erwachsenen, die sich implantieren liessen, bestätigen dies: Sie können zwar Geräusche wahrnehmen und unterscheiden. Gesprochene Sprache bleibt jedoch ebenfalls ein «Geräusch» und ist damit höchstens nach Akzent und Rythmus, nicht dagegen nach bedeutungstragenden Merkmalen zu differenzieren. Die Gehörlosen haben also für sich recht, wenn sie sagen: «Das CI ist nichts für uns!»

Die heutige Erkenntnis ist wie folgt

Eine CI-Operation unterstützt bei angeborener oder früh erworbener Taubheit nur dann das Lautsprach-Verständnis, wenn sie nicht zu spät vorgenommen wird. Nach den bisher vorliegenden Ergebnissen muss man sogar sagen: «Je früher, desto besser». Dieses Argument hat mehr und mehr Eltern, die sich für den frühen Lautsprach-Aufbau ihres taub geborenen oder früh ertaubten Kindes einsetzen möchten, dazu geführt, das CI als therapeutische Möglichkeit zu sehen. Weltweit sind über 7000 Personen mit derartigen Geräten (von sechs verschiedenen Herstellern) versorgt. An fünf Schweizer Hals-Nasen-Ohren-Kliniken sind seit 1977 bis heute über 80 Cochlea-Implantationen vorgenommen worden. Darunter befinden sich ca. 20 Kinder (drei mit angeborener, 17 mit erworbener Taubheit.



In der Schweiz haben sich die CI-Kliniken auf folgende Zulassungskriterien für Kinder geeinigt:

- Kein prothetischer Nutzen durch optimal angepasste konventionelle Hörgeräte, welche ein Kandidat während mindestens vier Monaten regelmässig trägt (das heisst die Hörreste sind nicht nutzbar.)
- Keine unüberwindlichen anatomischen Hindernisse (Verknöcherungen oder Missbildungen der Cochlea)
- Keine unrealistischen, übersteigerten Erwartungen des Interessenten oder seiner Eltern
- Bereitschaft der Eltern, Lehrer und Therapeutinnen und Therapeuten zur optimalen sprachlichen Förderung nach Implantation

Die Konsensus-Konferenz und alle späteren CI-Kongresse haben festgestellt: Die Resultate der audiologischen und sprachlichen Rehabilitation nach Implantation bei Kindern, die während des Spracherwerbs ertaubt sind, überzeugen. Auch besteht bei Kindern kein höheres

operatives oder postoperatives Risiko als bei Erwachsenen. Damit sind die Voraussetzungen für die Kostenübernahme durch Sozialversicherungen (Krankenkassen und IV) erfüllt. Die Altersgrenze der Operation ist an einigen Kliniken bis gegen zwei Jahre hinuntergerückt (das jüngste operierte Kind in der Schweiz ist ca. drei Jahre). Bei angeborener Taubheit sind die Erfahrungen in der Schweiz noch gering. Neue Erkenntnisse aus dem Ausland, wo in einem steigenden Anteil der kindlichen CI-Operationen Geburtstaubheit zugrunde liegt, zeigen jedoch ähnliche, zum Teil sogar bessere Resultate wie bei Implantation nach Ertaubung durch Meningitis. Die Resultate sind von chronologischen Faktoren (Zeitraum zwischen Ertaubung und Operation und Alter des Kindes im Zeitpunkt der Implantation) und von der Kommunikationsmethode abhängig. Lautsprachlich trainierte Kinder erreichen bessere Lautsprachleistungen als Kinder in «totalen» oder «gebärdensprachlichen» Kommunikationsprogrammen. Dennoch unterscheiden sich implantierte Kinder auch in gebärdender Umgebung durch ihr besseres Lautsprachverständnis und bessere Lautsprachproduktion von nichtimplantierten Kindern ohne nutzbare Hörreste.

Ist es heute noch möglich, Eltern die CI-Operation für ihre Kinder zu verbieten? Kann von den Versicherungsträgern ein Stop der CI-Finanzierung verlangt werden? Für ein «Moratorium» der CI-Operation bei Kindern, wie es von den Gehörlosen gefordert wurde, gibt es immer weniger Anlass. Ein solches Moratorium lässt sich weder medizinisch, noch pädagogisch begründen. Auch in der Schweiz ist dieses Moratorium nicht zustande gekommen: Das IV- und das Krankenversicherungsgesetz erlauben die Finanzierung, sobald eine Behandlung «wissenschaftlich erprobt» ist. Mit den heutigen Kenntnissen ist das auch bei der Geburtstaubheit der Fall, sofern die medizinisch-audiologischen Abklärungen gezeigt haben, dass «nutzbare Hörreste» auf beiden Ohren fehlen. So ist gekommen, was kommen musste: Eltern, die sich für eine CI-Operation bei einem geburtstauben Kind interessierten, haben sich die Finanzierungs-Leistung vor Gericht erkämpft. Damit gelten für die Schweiz die gleichen Bedingungen für die CI-Finanzierung, wie sie auch andere Länder kennen. Dennoch werden die Kliniken auch in Zukunft eine restriktive (zurückhaltende) Zulassung zur CI-Operation üben. Einerseits müssen «nutzbare Hörreste» sicher ausgeschlossen sein. Andererseits ist der personelle Aufwand für die Betreuung von CI-Kindern an den Kliniken sehr hoch, und die Pflicht zur aufwendigen Protokollierung und Dokumentation der Ergebnisse gegenüber der IV besteht weiter.

Mit ihrer Ablehnung des CIs stehen die Gehörlosen in der Schweiz nicht allein da. In den USA sind Diskussionen im Gang, die zeigen, dass das CI nur die vorgeschobene Fassade eines tiefer liegenden Kulturkonfliktes ist. Die Wurzeln stecken in unterschiedlichen Ansichten über Gehörlosen-Ethik. Gehörlose, die gegen das CI reden, müssten auch klar zu erkennen geben, dass sie gegen das Bestimmungsrecht der hörenden Eltern über die Kommunikationsmitttel ihres tauben Kindes sind. Es ist unlogisch, zu behaupten «das CI ist bei tauben Kindern wirkungslos», und gleichzeitig «es bedeutet das Ende der Gehörlosengemeinschaft», sei somit ein «ethnischer Genozid (Völkermord)». Die eine Behauptung schliesst doch die andere aus! In Wirklichkeit trifft beides weit daneben. In Kindern steckt viel mehr Entwicklungspotential drin als die meisten Leute denken. Gerade diejenigen Kinder, die in «totalen» und «bilingualen» Erziehungssystemen stehen und dank dem CI nicht nur Gebärdensprache sondern auch Lautsprache gelernt haben zeigen dies. Sie absolvieren ihr Schulprogramm erfolgreich und man sieht, dass ein Mehr an Kommunikation auch mehr Entfaltungsmöglichkeiten bringt. So absurd die Frage «Wem gehört das gehörlose Kind?» klingen mag, sie wird in den USA im Zeichen von «neuer Ethik» und «political correctness» diskutiert. Welche Moral gibt das Recht, zu behaupten, das taub geborene oder früh ertaubte Kind sei Mitglied der Gehörlosengemeinschaft, bevor dieses Kind selbst aus freiem Willen diese Gemeinschaft gewählt hat oder von seinen Eltern bewusst dahin plaziert worden ist? Warum soll nicht gerade das CI seinem Träger oder Trägerin dazu verhelfen, sich über schwierige Sachverhalte besser zu informieren und sich seinen freien Willen zu bilden? Das Kind kann sich vielleicht später auch den Gehörlosen anschliessen oder ein/e «Bürgerln zweier Welten» werden, wie es schon vorgekommen ist?

Was haben die hörenden Fachleute, speziell die Mediziner, aus dem CI-Konflikt zu lernen?

- Die Ärzte haben zum Teil erkannt, dass es eine «Gehörlosen-Gemeinschaft gibt, sind jedoch über den CI-Konflikt und seine Hintergründe zu wenig informiert. Der Begriff «gehörlos» wird von ihnen leider oft nur den medizinischen Sachverhalt des «nicht nutzbaren Gehörs» verwendet. Man kann in Ärztebriefen sogar von «einseitiger Gehörlosigkeit» (mit normalem Gehör des gegenseitigen Ohres) lesen! Hier müsste eine Begriffsklärung unter Respektierung der Bedeutung des Begriffes «gehörlos» stattfinden.
- Die Ärzte sollen dem gehörlosen Kind und seinen Eltern nicht als Vertreter einer «Kultur» begegnen, weder der «Kultur der Hörenden», noch der «Gehörlosen-Kultur». Ärzte sollen auch nicht Vertreter einer bestimmten Kommunikationsmethode, einer bestimmten elektronischen Technologie oder eines Geräteherstellers sein. Alle derartigen Bindungen würden über kurz oder lang zum Scheitern der ärztlichen Aufgabe führen. Die Beratung, wie sie von den CI-Kliniken angeboten wird, hat zum Ziel, den CI-Interessenten oder ihren Eltern diejenigen Unterlagen zu verschaffen, die diese für ihre eigene Entscheidung brauchen. Wenn Eltern sich auch objektiv darüber orientieren könnten, wie ein Leben ohne CI aussieht, umso besser!
- Das CI sollte auch denjenigen Mehrfachbehinderten angeboten werden können, die erschwerten oder gar keinen Zugang zur Gebärdensprache haben: Hierzu gehören motorisch behinderte, sehschwache und taubblinde sowie bis zu einem bestimmten Grad geistig-intellektuell beschränkte Gehörlose. Bleibt das CI für die «Star-Patienten» reserviert, die audiologische Spitzenresultate erwarten lassen, würde dies zwar die Ergebnis-Statistik einer Klinik aufbessern, jedoch an den Bedürfnissen der (auch von den Gehörlosen) oft vernachlässigten Randgruppen vorbeigehen.
- Die ärztliche Aufgabe beruht auf vier Pfeilern: Die Vorbeugung (Prophylaxe), die Früherkennung (Diagnose), die Behandlung (Therapie) und die Betreuung und Beratung. In den Augen mancher Gehörlosen hat die ärztliche Tätigkeit keine Berechtigung, wenn es um das Gehör geht: Weder eine Verhinderung der Geburtstaubheit durch Vorbeugemassnahmen (z.B. Impfungen gegen Viruskrankheiten), noch eine medizinische Behandlung durch Medikamente, Operationen oder Geräte, noch eine Früherkennung, die zur Frühbehandlung bei Kindern führt, sind erwünscht. Sind Ärzte deswegen grundsätzliche Gegner der Gehörlosen? Auch hierin liegt einer der Gründe für die Schwierigkeit des Dialogs zwischen Medizin und Gehörlosen-Kultur.

Das CI lässt sich nicht mehr rückgängig machen. Gehörlose gelten im allgemeinen nicht als technik-feindlich. Mit Geräten wie Schreibtelefon, Fax und Video haben sie sich genauso schnell angefreundet wie Hörende. Dies wird noch mehr in der kommenden Ära des Bildtelefons der Fall sein. So wird den Gehörlosen auch die Einsicht nicht allzu schwer fallen, dass eine einmal entwickelte Technik, die ihre Anwendbarkeit bewiesen und die Welt verändert hat, nicht mehr zu stoppen ist, sondern erst durch eine noch effizientere abgelöst und ersetzt wird. Dies war in der Menschheitsgeschichte immer so, leider auch bei sich negativ auswirkenden Technologien wie Waffen (Atombombe!). Um wieviel mehr gilt dies für eine biomedizinische Entwicklung wie das CI! Gelingt es den Gehörlosen diese Erkenntnis zu akzeptieren und ihre starre Strategie der Ablehnung des CIs zu ändern? Dann wird es möglich sein, sich wieder zusammen zu setzen und über diejenigen Bedürfnisse von Gehörlosen zu sprechen, zu deren Erfüllung auch medizinische Fachleute etwas beitragen können und möchten. Und dies ohne, dass sie ständig wie gebannt den drohenden «Kulturkonflikt» vor Augen haben müssen. Offen zu sein für die Anliegen der anderen, dies sollte in Zukunft wieder unser gemeinsames Anliegen im SVG und in den Gehörlosen-Vereinen sein.