

3 Inklusion

Ein Streben nach Normalität seitens Gehörloser liegt dem Umstand zugrunde, dass sich Gehörlose als gesund ansehen und erst durch eine medizinische Behandlung zu Patienten würden (vgl. Ugarte Chacón 2015: 66). Der medizinische Blick entscheidet über die Lebensführung eines gesunden Menschen und dessen Verhältnis zur Gesellschaft (vgl. Foucault 1973: 52). Gehörlose gelten somit (nach hörenden Normen und Werten) als behindert (vgl. Ugarte Chacón 2015: 75) und bedürfen *inklusorischen Zugängen*, um an der Gesellschaft teilzuhaben. Inklusion »soll dazu führen, dass die gesellschaftliche Zugehörigkeit und Teilhabe von Menschen mit Behinderung gestärkt wird, sich ihre individuellen Entfaltungsmöglichkeiten verbessern und persönlichen Lebensperspektiven erweitern« (Ahrbeck 2014: 6). Wenn auch der Begriff zunächst einmal den Entwurf einer Gesellschaft beschreibt, die aus vielen einzelnen Kohorten besteht und nicht nur behinderte und nicht behinderte Menschen ins Auge fasst, beziehe ich *Inklusion* in soziologischer Perspektive explizit auf den Schwerpunkt *Behinderung*. Für eine herzustellende Beziehung zwischen dem Terminus Inklusion und Gehörlosen müssen zunächst gewisse thematische Spektren wie die Frage, was es mit den Begriffen Behinderung, Normalität, Exklusion und Integration auf sich hat, sowie die Modelle im Umgang mit Behinderung allgemein behandelt werden. Daraus ergibt sich ein Blick auf den immer noch als problematisch geltenden behinderten, gehörlosen Körper und ein Transfer zu dem Binnenmodell von Gehörlosigkeit als Gegenentwurf zu den Modellen *über* Behinderung.

3.1 Was oder wer ist hier behindert oder normal?

Nach Johannes Neumann ist der Begriff *Behinderung* erst einmal eine normativ konstruierte Bezeichnung für Menschen oder Menschengruppen, die durch einen defizitären Zustand als beeinträchtigt und beschädigt gelten (vgl. Neumann 1997: 21). Eine *normale* gesellschaftliche Rollenerwartung kann von Abweichenden nicht erfüllt werden. So wird mit natürlichem Fortgang und sofortiger Wirkung eine Statuszuweisung vorgenommen (vgl. Thimm 2006: 40), die wiederum jegliche soziale Interaktion hemmt oder sogar vermeidet. Die vagen Bezeichnungen *nicht behindert* oder *normal* gehen ebenso von gesellschaftlich geformten Idealbildern aus (vgl. Neumann 1997: 25), die in ihren Beurteilungen eine hierarchisierende Entgegensetzung beinhalten. Die Bezeichnung *behindert* wird zwangsläufig von Menschen bestimmt, die sich selbst als *nicht behindert* oder *normal* bezeichnen würden. Ein *behinderter Körper* und ein *behinderter Geist* entsprechen nach dieser Vorstellung nicht der hegemonialen Norm und werden insofern zum »Objekt von Fürsorge und Paternalismus« (Rombach 2017: 407): »Der behinderte Mensch bleibt fremd, weil er anders aussieht, anders handelt und oft anders reagiert als sein soziales Umfeld es gewohnt ist« (ebd.). Mit diesem sich manifestierenden Zustand der Befremdlichkeit, der Angst und der Schuldzuweisung aller eigenen Probleme an das schwächere Glied ohne Lobby (vgl. Neumann 1997: 39ff.) und der Zurückweisung oder Distanz, entstehen voneinander getrennte Gruppen, die vornehmlich durch die Konstitution eines Machtgefüges geleitet werden (vgl. Vollhaber 2011: 511): die *Behinderten* und die *Normalen* (Nichtbehinderten).¹ Schließlich sei die subjektive Auseinandersetzung mit Behinderung entscheidend für den normativen Umgang mit ihr (vgl. Kahle 2019: 40).

Normalismus ist »ein gesamtgesellschaftliches, politisches und soziales Regulativ« (ebd.: 45) indem sich ein Mensch positionieren, vergleichen und er nach Ungleichem und Gleichem suchen kann, um sich

¹ Tomas Vollhaber verbindet mit der idealisierten Konstruktion von Unabhängigkeit, manifestiert im Begriff *normal*, eine hegemoniale Vorstellung von nicht-behindert, weiß, männlich (vgl. Vollhaber 2011: 511).

immer wieder neu aufzustellen. »Ohne Wesensgrenze des Normalen kann kein Individuum wesenhaft sein und ist nicht vor Denormalisierung geschützt« (ebd.: 46). Ein gewisser Grad an Normalismus und eine Wesensgrenze sind also unabdingbar in der gesellschaftlich-lebensweltlichen Orientierung eines Menschen (in und mit seiner Umwelt). Es kommt allerdings nicht zu einer vollständigen Entgrenzung. »Behindertsein wird zwar normaler, aber nicht ganz normal« (ebd.: 47). Der Grad der Normalität ist daher entscheidend, der einer jeweiligen Begebenheit oder Momentaufnahme von allen Akteuren zugesprochen wird. Denn das ist maßgeblich: Normalität ist nicht manifest, Normalität ist veränderlich. *Normal ist eine Vereinbarung.*

3.2 Inklusion und Exklusion

Geht es um *Inklusion*, das heißt um »die aktive Gewährleistung von Partizipationsmöglichkeiten konkret bestimbarer Gruppen in einem [...] territorial eingrenzbaren [räumlich erfahrbaren] Sozialraum« (Schäffter 2013: 54), so geht es zwangsläufig auch um *Exklusion*, das heißt um die aktive Verhinderung von Inklusionsbestrebungen. So steht der Mechanismus des *unbedingten-bedingten Einschlusses* in dialektischer Verbindung zum *bedingten-unbedingten Ausschluss*² und in der Bestimmung eines Spannungsverhältnisses zwischen *inkludierender Exklusion* »durch Einschluss in einen ausgegrenzten territorialen Sozialraum« (ebd.: 54) zum Beispiel der Sonderförderung (Förderschule) und *exkludierender Inklusion* im »Sonderstatus diskriminierender Defizitzuschreibungen (positive Diskriminierung)« (ebd.: 55).

Es ist allerdings wichtig, darauf hinzuweisen, dass eine Exklusion, ein Ausschluss, nicht *zwangsläufig* mit einer negativ konnotierten Restriktion einhergeht, sondern mitunter einen selbst entschiedenen Zu-

² Die Begrifflichkeiten weisen auf ein Wortspiel hin, wobei *unbedingt* als grundlegend und zwangsläufig zu erreichen gilt und *bedingt* ein Abhängigkeitsverhältnis zum Unbedingten und seinem Verlauf darstellt als die sich auswirkende Folgeerscheinung.

gehörigkeitsraum beschreibt. Es geht um Wohlfühlräume und nicht um Abschiebezonen (vgl. Ahrbeck 2014: 32). Menschen suchen sich Bündnisse, mit denen sie sich identifizieren können, die ihnen entsprechen, die ihnen ähneln, womit sich ein eigeninitierter *Safe Space* etabliert, ein Raum der Sicherheit für marginalisierte Gruppen. Anders verhält es sich, wenn Orte des *Gleich-Seins* zugewiesen werden. Das ist für die Betroffenen ein negativer Ausschluss (inkludierende Exklusion), wodurch ein behinderter Mensch seine Rolle als Behindter dadurch erst lernt und ein nicht behinderter Mensch keinerlei alltägliche Beziehung zu nicht behinderten Menschen entwickeln kann (vgl. Neumann 1997: 30). Es braucht die Exklusion zur Bestätigung der Inklusion (mit kritischem Blick auf Inklusion). Eine permanente Defizitorientierung wird verlangt, damit Inklusion relevant ist, die nur fortbesteht, wenn sich das Subjekt (Inklusion) permanent gegen die eigenen Werte richtet und im inneren Widerspruch beständig bleibt (vgl. Schäffter 2013: 56).

3.3 Inklusion versus Integration

Ist Inklusion nun also der Schlüssel einer gleichberechtigten, mündigen Gesellschaft oder reine Ideologie, wie Jörg Michael Kastl sie beschreibt (vgl. 2017: 242)?³ *Inklusion* steht für einen Mechanismus gleichberechtigter Teilhabe »ohne Diskriminierung und unter Anerkennung ihrer Person« (Ahrbeck 2014: 63). Anders verhält es sich bei dem Begriff *Integration*, der die Aufnahme einer kleinen Gruppe in eine große homogene Gruppe beschreibt. Die von außen Dazukommenden, die In-

3 Kastl führt in Bezug auf Inklusion aus: »Von einer Ideologie kann man deshalb sprechen, weil ein eindeutig unrealistisches Bild der modernen Gesellschaft und ihrer strukturellen Möglichkeiten gezeichnet wird und dabei wichtige Differenzierungen verloren gehen« (Kastl 2017: 247). Dabei spricht er von Fragen nach Zugängen zu einem sozialen System und dem Ausmaß der Teilhabemöglichkeit. Martin Kronauer verweist auf die vielen Bemühungen, die sich um eine Begriffserläuterung von Inklusion ranken. Es gehe um »Öffnung gesellschaftlicher Organisationen und Infrastruktur zur gleichberechtigten Teilhabe aller an deren Leistungen« (2013: 18).

tegrierten, passen sich den Werten der homogenen Mehrheit an oder werden angepasst, um selbst zum Teil der Mehrheit zu werden (Firlinger 2003⁴). Integration sieht insofern den Zugang für ausgeschlossene Personengruppen vor, wohingegen Inklusion gar nicht erst den Ausschluss vorsieht. »Was heißt das eigentlich konkret: Jemanden gegenüber eine »inklusive« Haltung einzunehmen und ihm persönlich einen adäquaten Platz einzuräumen« (Ahrbeck 2014: 63f.)? Für jegliche Formen des Einbezugs muss davon ausgegangen werden, dass es jemanden gibt, der einbezieht. Dieser Vorgang setzt jedoch eine hegemoniale Haltung der Zugangsermöglichung von nicht behinderten Entscheidungsträgern voraus (vgl. ebd.: 64-69). Insofern kann sich das Ideal von Inklusion sehr schnell zu Integration umkehren und wieder dahingehen, wo sie hergekommen ist (vgl. ebd.: 70). Unter *diesen* Bedingungen werden Menschen *inkludiert*, was jedoch nicht dem Leitgedanken von Inklusion entspricht.

3.4 Die Modelle und Perspektiven über Behinderung von Menschen ohne Behinderung⁵

Nach welchen Maßstäben ist ein Mensch ein Teil der Gesellschaft? Im Folgenden werden Modelle aufgezeigt, die als Paradigmen der Sicht auf behinderte Menschen in Abhängigkeit zu ihrer *nicht behinderten Umwelt* gelten und die gleichwohl Aufmerksamkeit hinsichtlich Gehörloser und Hörender erhalten. Die Modelle bauen in ihrer Entwicklungsgeschichte aufeinander auf (vgl. Waldschmidt 2005: 25). Ich orientiere mich bei der Charakterisierung der Modelle hauptsächlich an die Begründerin

4 Diese Quelle ist eine Empfehlung von *Leidmedien.de* (Sozialhelden e. V. o. J.). Die Beratungsinitiative fördert den kompetenten sprachlichen Umgang zwischen behinderten und nicht behinderten Menschen.

5 Der Titel lehnt sich an den, in diesem Kapitel abschließenden, Abschnitt: *Identitätspolitik der Disability Studies* und verweist auf das Problem, bei dem mehrheitlich über eine *Betroffenheitsgruppe* von Menschen geforscht wird, von Menschen, die diese Perspektive weder einnehmen (können), noch diejenigen befragt werden, um die es geht (vgl. Hermes & Rohrmann 2006: 7f.).

des *kulturellen Modells* Anne Waldschmidt (u.a. 2005), die den Diskurs über die Politik der Disability Studies in Deutschland maßgebend vorangetrieben hat. Ich möchte unterstreichen, dass ein Modell ein Impuls sein kann für die Entwicklung einer eigenen Haltung. Ein Modell kann allerdings die alltägliche Handhabe nicht ersetzen (vgl. ebd.: 28).

3.4.1 Das medizinische Modell

Mit der Entwicklung der *Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH) im Jahre 1980 durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurden erstmals (chronische) Krankheit und Behinderung voneinander unterschieden. Es handelte sich um eine internationale Klassifikation in Schädigung (impairment), Beeinträchtigung (disability) und Benachteiligung (handicap) (vgl. Kahle 2019: 49). Die beiden zuletzt genannten Klassierungen wurden mit pathologischen Abweichungen im Sinne von körperlichen und kognitiven Funktionsstörungen verbunden. Es geht um eine »fehlerhafte biologische Ausstattung« (Waldschmidt 2006: 85) eines Individuums, jener *Objekte des Mitleids*, die der Außenstehende mit Leiden gleichsetzt. Diese Leiden, gesundheitliche Schädigungen und Beeinträchtigungen, müssen gelindert werden (vgl. Waldschmidt & Schneider 2007: 9). Nach diesem Maßstab der Unversehrtheit von Körper und Geist ist das medizinische Modell (auch individuelles oder pathologisches Modell genannt) auf die Reparatur von Schäden im Sinne der Angleichung an die Beschaffenheit der Mehrheitsgesellschaft ausgerichtet und auf »das Verwiesensein der Behinderten auf Sozialleistungen, deren Empfang an soziale Kontrolle und Disziplinierung gekoppelt ist« (Waldschmidt 2006: 85). Die noch heute etablierte Sichtweise geht einher mit einer Defizitdarstellung und dementsprechend mit einem verminderten Sozialstatus, sofern die *Unversehrtheit*, das heißt exemplarisch das Hören nicht gegeben ist (vgl. Rombach 2017: 406-415).

3.4.2 Das soziale Modell

Mit der Verabschiedung der Inklusion als Menschenrecht für Menschen mit Behinderung nach der UN-BRK 2008 und einem Leben mit Selbstbestimmung gehen die Strömungen verstärkt hin zu einer *Zugangs-Politik* für diejenigen, die bislang außen vor waren⁶. »Behinderung ist kein Ergebnis medizinischer Pathologie, sondern das Produkt sozialer Organisation« (Waldschmidt 2006: 86) heißt es, wenn es um das soziale Modell des Menschen mit Behinderung geht, das seit seiner Entwicklung in den 1980er Jahren eine Grenzlinie zu den traditionellen Rehabilitationswissenschaften zieht (vgl. ebd.: 86). Es liegt nach Waldschmidt für das soziale Modell keine kausale Beziehung von Beeinträchtigung (impairment) und Behinderung (disability) vor (vgl. ebd.: 86ff.).⁷ Beide Bezeichnungen sind in dieser Ausführung auf das *Konstrukt*⁸ von Behinderung ausgelegt, werden jedoch erst mit der Einführung des sozialen Modells in ihrer Bedeutung aufgegriffen.

Es wird innerhalb dieser Perspektive von einer Behinderung ausgängen, die von der sozialen Umgebung und insofern von einer sozialen Benachteiligung eines Menschen ausgeht. Diesem Gedanken folgend ist ein Mensch nicht behindert, sondern wird von der Gesellschaft behindert (gemacht).⁹ »Entsprechend wird soziale Verantwortlichkeit

6 Vgl. Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2018. Die Abkürzung UN-BRK steht für UN-Behindertenrechtskonvention. Das Recht auf Bildung für alle wurde mit der Salamanca-Erklärung (1994) der UNESCO verabschiedet (vgl. UNESCO 1994).

7 Der Begriff *Handicap* ist vor diesem Hintergrund eine äußerste Diskriminierung: »Bei *Handicap* [Hervorheb. im Original] verschwindet der Mensch vollkommen und der Fokus wird auf eine (vermeintliche) Schwäche gelegt« (Karpa 2019). Die Ausführung von Jonas Karpa ist im Rahmen von *Leidmedien.de*, ein Projekt von Sozialhelden e. V. veröffentlicht worden.

8 Nach der UN-Behindertenrechtskonvention gilt Behinderung als soziales Konstrukt, wonach gesellschaftliche Barrieren die gleichberechtigte Teilhabe behindern (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2017: 8).

9 Ein Rollstuhlfahrer ist behindert, wenn neben der Treppe weder Rampe noch Lift vorhanden sind (vgl. Rommelspacher 2011: 10). So ist ein gehörloser Mensch

postuliert und die Erwartung, dass nicht der einzelne, sondern die Gesellschaft sich ändern müsse» (Waldschmidt 2006: 86). Es gilt die Partizipation als grundlegend für die Handhabe des sozialen Modells. Behinderte Menschen sind keine passiven Empfänger von Sozialleistungen, sondern mündige Bürger, die selbstverständlich zu Selbstbestimmung und demokratischer Partizipation fähig sind (vgl. ebd.).

3.4.3 Das kulturelle Modell

Die Perspektive eines *kulturellen Modells*, das vornehmlich in den USA »innerhalb der poststrukturalistisch orientierten Geistes- und Geschichtswissenschaften entwickelt wurde« (Waldschmidt 2006: 90), hat sich bisher kaum durchgesetzt, wird in der einschlägigen Literatur kaum diskutiert und noch weniger in einen operativen Kontext gesetzt. Das kulturelle Modell ist jedoch in der Diskussion der bestehenden Modelle unabdingbar. Nach Waldschmidt geht es hinsichtlich des kulturellen Modells¹⁰ als Weiterführung des sozialen Modells und innerhalb der Disability Studies (vgl. Waldschmidt 2006: 93) um ein »vertieftes Verständnis der Kategorisierungsprozesse selbst, um die Dekonstruktion der ausgrenzenden Systematik [hinsichtlich des Behinderungsbegriffs] und der damit verbundenen Realität« (Waldschmidt 2005: 25), wobei die »gemeinhin nicht hinterfragte »Normalität« (ebd.) in den Blick genommen werden soll. So können zum Beispiel Einsichten in der Art und Weise gewonnen werden, »wie Wissen über den Körper produziert wird, wie Normalitäten und Abweichungen konstruiert werden, wie exklusive und inklusive Praktiken gestaltet sind, wie Identitäten geformt und neue Subjektbegriffe geschaffen werden« (ebd.: 27). Das soziale Modell geht nunmehr von der (sozialen) Konstruktion von Wissen aus. Das kulturelle Modell hingegen macht die Konstrukteure dieses Wissens als *conditio sine qua non*

behindert, wenn der Gesprächspartner über keinerlei Gebärdensprachkompetenz verfügt oder kein Gebärdensprachdolmetscher anwesend ist.

¹⁰ Kultur beschreibt einen Normen- und Wertemaßstab, der sich in Wertegruppen und deren Lebensformen manifestiert (vgl. Waldschmidt 2006: 90).

von Behinderung (vgl. Kastl 2017: 259) zum Untersuchungsgegenstand, die nicht behinderte Mehrheitsgesellschaft. *Behinderung* wird nicht als Problemlage begriffen, sondern vielmehr als Impuls zur Erkenntnis über die Beschaffenheit der *normalen* Mehrheitsgesellschaft.

Vor diesem Hintergrund geht es um ein neues Verständnis von (Nicht-)Behinderung, das »sich traut, die hergebrachten, defizit- und normalitätsorientierten Herangehensweisen, kurz: die vermeintlich so selbstverständliche ›nichtbehinderte Welt‹ in Frage zu stellen« (Waldschmidt 2006: 91f.), indem Behinderung als Ergebnis von Stigmatisierung und damit als kulturelles Deutungsmuster gilt (vgl. ebd.: 93). Waldschmidt macht sehr deutlich, dass es sich nicht um eine binäre Gegenüberstellung zweier Gruppen – *Behinderte* und *Normale* – handelt, sondern sie als voneinander bedingende »Komplementaritäten« (Waldschmidt 2005: 25) verstanden werden (sollen).

3.5 Identitätspolitik der Disability Studies

Die Hervorhebung einer Abweichung in der Abgrenzung zur Normalität und der Orientierung *am* Menschen ohne Behinderung, geäußert von Menschen ohne Behinderung, hat vor allem in den Sozial- und Bildungswissenschaften verstärkt zu Kritik geführt. Gisela Hermes und Eckhard Rohrmann (2006) kritisieren, dass in der Handhabe der Disability Studies als interdisziplinär ausgerichtete Forschungsstrategie, die davon ausgeht, dass Behinderung kein spezifisches Wesensmerkmal von Behinderten ist, sondern gesellschaftlich konstruiert wird, *keine Objektivität* vorherrsche. Vielmehr erinnern Disability Studies in ihren kontrollwissenschaftlichen Ansätzen eher an »Ansätze emanzipatorischer Wissenschaft« (2006: 8) unter politischen und praktischen Ansprüchen der Hilfe- und Selbsthilfebewegung Behindter (vgl. ebd.: 7). Nach Anne Waldschmidt leitet die Querschnittsdisziplin *Disability Studies* eine kulturelle Wende ins Feld der Behindertenpolitik (vgl. 2006: 83, 87) und schafft ein »Gegengewicht zum medizinisch-therapeutischen und pädagogisch-fördernden Paradigma« (ebd.: 83). Sie geht jedoch auch auf die Schwachstelle der Disability Studies ein, indem sie

auf die prioritäre Nähe zu den Rehabilitationswissenschaften verweist, die die »mainstream scientific community« (Waldschmidt 2006: 84) im Forschungsgegenstand der Behinderung sieht. Hinzu kommt die verstärkte Konzentration auf die Bestimmung von Fähigkeiten als Norm, der eine be- und verurteilende Haltung zugrunde liegt: »Ableism kritisiert diese einseitige und unsichtbare gesellschaftliche Konstruktion von Fähigkeit (»abledness«) als diejenigen Kompetenzen [essenzielle Fähigkeiten, über die Individuen zu verfügen haben], die Subjekte zu Produktivkräften machen« (Buchner et al. 2015).¹¹ Im kulturellen Modell von Behinderung sei diese Fehlstellung insofern aufgenommen, als eine kulturelle Konstruktion als ursächlich angesehen würde (vgl. ebd.).

»Was genau tut man, wenn man Disability Studies betreibt, was meint ›Behinderung‹, wie kann ›(Nicht-)Behinderung‹ jenseits des rehabilitationswissenschaftlichen Denkmodells sowohl de- als auch rekonstruiert werden?« Diese Frage stellt Anne Waldschmidt (2006: 84). Johannes Neumann formuliert eine gesellschaftliche Perspektive:

»Solange wir Behinderung in erster Linie als Abweichung und Unfähigkeit zu beschreiben vermögen, wird es schwerlich gelingen, die uns allen innewohnende irrationale Angst, die Behinderte und Behinderung, Alter und Krankheit im Menschen auslösen, *gesellschaftlich* [Hervorheb. im Original] zu reduzieren durch ein Klima menschlichen Verständnisses und gelebter Humanität« (1997: 40).

Die Essenz der Disability Studies ist nicht klar aufgestellt. In der Kritik aus den eigenen Reihen steht das Vorgehen, das medizinische Modell abzulehnen jedoch selbst zu praktizieren (vgl. Hermes und Rohrmann 2006: 8). Demnach geht das Problem für nicht behinderte Men-

11 Ableism (Ableism) bezeichnet eine Beurteilung von Menschen anhand ihrer Fähigkeiten, sodass explizit behinderte Menschen automatisch schlechter gestellt sind, weil sie auf vielen Gebieten einer Fähigkeitsnorm nicht entsprechen können und gleichsam ausgeprägte Fähigkeiten (zum Beispiel der Sehsinn bei gehörlosen Menschen) nicht von der Norm beachtet werden. Diese Einstellung wird aufgrund ihrer *Behindertenfeindlichkeit* kritisiert (vgl. Buchner et al. 2015).

schen nach wie vor von dem behinderten Körper aus und ist in allen genannten Modellen als solches zentral. Die Kontrastierung von Behinderung und Normalität ist omnipräsent und wird auch durch die Disability Studies kaum thematisiert. Eine Problematisierung über die gesellschaftliche Hinderung (sozial und kulturell) bewährt sich nur in der Theorie. Eine Übersetzung in die alltägliche Handhabe scheint nicht gegeben, denn die Angst vor einer Abweichung (von nicht behinderten Menschen) oder vor einer Ablehnung (von behinderten Menschen) ist real und ohne Anlass und Instrument einer Veränderung. Dazu gilt es ein Paradigma zu verankern, dass erst in den Grundzügen seiner Entwicklung steht.

3.6 Der (gehörlose) Körper – Immer noch ein Problem

Der Körper als Störmechanismus, durch den Schmerz und Leid erfahren wird, steht nach wie vor im Mittelpunkt der Modelle über Behinderung (vgl. Waldschmidt 2005: 23) und wird als negative Abweichung (erst) hervorgehoben. Der Körper stellt in der »Annahme einer »behinderten Identität« (ebd.: 17) eine Problemorientierung dar, ein Problem, das der Betroffene hat und sich um sein Problem kümmern muss. *Da bei wird ihm geholfen.* Waldschmidt kritisiert, dass der Körper nicht abzusprechen ist und von Menschen, um die es primär geht, auch nicht abgesprochen werden will. So steht *der* Körper immer im Verhältnis zur *Gesellschaft* und formt damit die Lebenswirklichkeit eines Menschen (vgl. Waldschmidt 2006: 88). Rafael Ugarte Chacón konstatiert, dass auch das kulturelle Modell von einer Perspektive *auf* den Menschen ausgeht und nicht von einer Perspektive *mit* dem Menschen (vgl. 2015: 302). Somit bleibt der gehörlose, behinderte Körper innerhalb aller drei Modelle eine negativ konnotierte Abweichung in der Sicht *auf* einen Menschen. Der einzige Unterschied zum kulturellen Modell ist, dass ein *behindert gemacht werden* (Blick auf den Menschen) von *beiden Seiten* beleuchtet werden kann, das dazugehörige Modell jedoch ebenfalls keinen Ansatz des Dialogs vorsieht. Eine kulturelle Sicht von *Gehörlos-Sein* wirkt nach Ugarte Chacón (vgl. 2015: 75f.) nur innerhalb der Commu-

nity, nicht aber im Aufeinandertreffen mit Hörenden, womit Gehörlose als behindert gelten und sich innerhalb des sozialen Modells positionieren (müssen). Im Zusammenspiel mit Hörenden sind Gehörlose auf politisch-rechtliche Gesetzmäßigkeiten angewiesen, die auf einen behinderten Körper geeicht sind (vgl. Rombach 2017: 411ff.).¹² Dieser Mechanismus evoziert ein verordnetes Fügen in Strukturen und schreibt damit eine nicht selbstbestimmte Abhängigkeit vor (vgl. ebd.).

Der Körper ist immer Teil des Diskurses, produziert und reproduziert Herrschaftsbeziehungen nicht zuletzt für das eigene Selbst (vgl. Ugarte Chacón 2015: 92). Der Körper wird nach Erving Goffman gleich einer Etikette oder einer Brandmarke bewertet¹³ und stigmatisiert.¹⁴ Goffman versteht *Stigma* als »Situation des Individuums, das von vollständiger sozialer Akzeptierung ausgeschlossen ist« (1972: 7). Insofern sind Stigmatisierungen »zutiefst diskreditierend« (ebd.: 11). Der Mensch wähnt sich (bewusst oder unbewusst) in der Situation, eine Annahme zu treffen und diese in normative Erwartungen umzuwandeln. Es ist also eine Art Zuschreibung, die über das, was ein Individuum von allen anderen unterscheidet, nämlich »das Innerste seines Seins« (ebd.: 74), beflissentlich hinwegsieht.¹⁵ Stigmatisierung besteht folgerichtig in symbiotischer Verbindung zum *Körper*. Der Körper ist das Medium

12 Rombach diskutiert beispielsweise das Teilhabegeld. Es geht dabei mitunter um die Finanzierung von Gebärdensprachdolmetschern (vgl. 2017: 406-415).

13 Die Griechen brannten oder schnitten Zeichen in die Körper von Sklaven, Verbrechern oder Verrätern, womit sie als *gebrandmarkt* und damit unrein galten (vgl. Goffman 1972: 9).

14 Tatsächlich ist Goffmans *Stigma*-Theorie wenn auch schon in den 1960er Jahren begründet noch heute aktuell und auf vielfältige gesellschaftliche Verhältnisse anwendbar.

15 Es ist die Rede von den *Stigmatisierten* und den *Normalen*. Als *die Normalen* bezeichnet Goffman »diejenigen, die von den jeweils in Frage stehenden Erwartungen nicht negativ abweichen« (1972: 13). *Die Stigmatisierten* wiederum sind jene negativ Abweichenden einer gewissen unversehrten Seins-Erwartung (vgl. ebd.).

der Selbstmachung (vgl. Turner 2001: 245)¹⁶ und gleichsam *sozial verletzbar* (vulnerabel) (vgl. Kastl 2017: 75). Für einen (ethnisch) gehörlosen Menschen ist ein Hörgerät oder ein CI exemplarisch der »Inbegriff des behinderten Menschen und des zerstörten Körpers« (Rombach 2017: 409). Die Gesellschaft ist jedoch per se eine körperliche Realität (vgl. Kastl 2017: 107) und das Fundament von zwischenmenschlichen Beziehungen, wie anhand Gehörloser und Hörender ersichtlich ist. Das Gehör ist erst einmal unsichtbar. Gerade aus diesem Grund herrscht eine solche Verletzbarkeit, denn wenn *Gehörlos-Sein* im öffentlichen Raum erkannt wird, ist es oftmals eine Folge von Störung der Ordnung (vgl. Clarke 2006: 10). Bei der Stigmatisierung geht es grundlegend um die Interaktion von Stigmatisierten und Stigmatisierenden. Wie kann also der Körper zum Seins-Konstrukt eines selbstbestimmten Teils der Gesellschaft überführt werden? Gemeint ist der Körper, der die Gesellschaft bestimmt und somit die Kultur von Gesellschaft trägt. Ist die Kultur der entscheidende Hebel?

16 Bryan S. Turner spricht in diesem Sinne von *Embodiment* als einen Lebensprozess von corporalen Praktiken, die Körper produzieren und platzieren und mit einem sozialen Habitus versehen (vgl. 1991: 265).

