



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

FAKULTÄT FÜR PSYCHOLOGIE UND PÄDAGOGIK
DEPARTMENT FÜR PÄDAGOGIK UND REHABILITATION
LEHRSTUHL FÜR GEHÖRLOSEN- UND SCHWERHÖRIGENPÄDAGOGIK

Cochlea Implantat Versorgung von Eltern von mit Cochlea Implantat versorgten Kindern

Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science (M.Sc.)
in Prävention, Inklusion und Rehabilitation bei Hörschädigung-
Gehörlosenpädagogik

vorgelegt von:

Verena Goldberg

Abgegeben am:

30. August 2018

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung	4
2. Das Cochlea Implantat	6
2.1 Entwicklung	7
2.2 Auditive Wahrnehmung	9
2.3 Versorgung bei Erwachsenen	12
2.4 Entscheidung für oder gegen das Cochlea Implantat	13
2.4.1 Gehörlosengemeinschaft	13
2.4.2 Kritische Stimmen	14
2.4.3 Lautsprache als Chance	15
2.5 Gehörlose Eltern und Cochlea implantierte Kinder	17
3. Familiensituation	20
3.1 Familiensozialisation und Bindungsentwicklung	21
3.2 Kommunikation in Eltern-Kind-Beziehung	24
3.3 Situation von CODAs	26
3.4 Psychosoziale Situation von Eltern mit Cochlea implantierten Kindern	29
4. Forschungsdesign	33
4.1 Fragestellungen	33
4.2 Methodisches Vorgehen	34
4.2.1 Begründung der Methodenwahl	34
4.2.2 Problemzentriertes Interview nach Witzel	36
4.2.3 Kurzfragebogen und Interviewleitfaden	39
4.3 Durchführung und Interviewpartner	41
4.4 Kritische Reflexion der Interviews	44
4.5 Qualitative Inhaltsanalyse	46
4.6 Categoriesystem	51

5. Darstellung der Ergebnisse	62
5.1 Beurteilung Cochlea Implantat	64
5.2 Cochlea Implantat in der Familie	65
5.3 Zugehörigkeit zu den Welten	72
5.4 Gründe für Cochlea Implantation	75
6. Interpretation und Diskussion der Ergebnisse	77
6.1 Beurteilung Cochlea Implantat	77
6.2 Cochlea Implantat in der Familie	79
6.3 Zugehörigkeit zu den Welten	87
6.4 Gründe für Cochlea Implantation	90
7. Beantwortung der Forschungsfragen	92
8. Schlussfolgerung	96
Tabellenverzeichnis	98
Abbildungsverzeichnis	100
Literaturverzeichnis	101
Eidesstattliche Erklärung	106
Anhang	107

1. Einführung

Wir Menschen sind verschieden. In jedem Punkt unseres Lebens haben wir mit individuellen Problemen und Schwierigkeiten zu kämpfen und versuchen uns bestmöglich an unsere Umwelt anzupassen und mit ihr zu kommunizieren. Kommt bei uns noch eine Behinderung hinzu, fungiert diese nicht selten als Multiplikator für diese Probleme und erschwert den Austausch mit unserem Umfeld zusätzlich. So haben hörgeschädigte Personen weitaus größere Schwierigkeiten in eine normale Lautsprache zu kommen, als normal Hörende. Derzeit leben in der Bundesrepublik Deutschland circa 80.000 Gehörlose. Nach Angaben des Deutschen Schwerhörigenbundes gibt es circa 16 Millionen Schwerhörige, von denen etwa 140.000 einen Grad der Behinderung von mehr als 70% aufweisen und daher auf Gebärdensprach-Dolmetscher angewiesen sind (vgl. Deutscher Gehörlosen-Bund e.V. 2018). Um dieser Problematik entgegenzuwirken, wurde im Jahr 2009 ein flächendeckendes Neugeborenenhörscreening eingeführt, wodurch eine frühe Versorgung mit Hörhilfen möglich geworden ist (vgl. Leonhardt 2010, 89f). Als Folge der frühen Erkennung von Hörschäden werden immer mehr Kinder bereits im Säuglingsalter mit Cochlea Implantaten versorgt. Neben Kindern werden auch immer mehr Erwachsene implantiert, was schätzungsweise zu einer Zahl von 45.000 Menschen führt, die aktuell in Deutschland mit einem Cochlea Implantat (CI) versorgt sind (vgl. Deutsche Cochlea Implantat Gesellschaft e.V. 2018).

Im Hinblick auf die besonderen Situationen von CI Trägern und deren Familien, wurden bereits zahlreiche Forschungen durchgeführt. So entstanden beispielsweise Studien zur kindlichen und erwachsenen Versorgung mit CIs und deren Auswirkungen auf das Individuum, Studien zur Akzeptanz von Gehörlosen auf das CI, Studien zur Familiensituation von CI Trägern und Studien zur Situation gehörloser Eltern mit implantierten Kindern. Der letztgenannte Punkt stellt bereits einen großen Meilenstein in der Geschichte der Gehörlosenpädagogik dar, da viele Gehörlose das CI ablehnen. Insbesondere gehörlose Eltern stehen vor dem Konflikt, ihre Kinder durch eine Implantation, in eine, ihnen unbekannte Welt zu entlassen (vgl. Busch 2013, 39ff). Im Zuge dieser Entscheidungen lässt sich immer mehr der Trend beobachten, dass sich die gehörlosen Eltern der implantierten Kinder im Nachgang an deren Implantation, selbst mit CIs versorgen lassen (vgl. Leonhardt 2011, 116). Wie und in welchem Maß sich dieser Eingriff sowohl auf die individuelle psychische Situation, als auch auf die Dynamiken auf familiärer Ebene auswirkt, ist derzeit nicht weiter erforscht.

Daher wird im Folgenden dieser Arbeit, die besonderen Situationen von gehörlosen Eltern von mit Cochlea implantierten Kindern, die sich im Anschluss selbst mit einem CI versorgen haben lassen, genauer beleuchtet. Es soll herausgefunden werden, inwieweit die Kinder am

Entscheidungsprozess beteiligt sind und welche Auswirkungen und Veränderungen eine Implantation im Erwachsenenalter mit sich zieht.

Zu diesem Zweck ist es Ziel dieser Arbeit, neben dem Aufzeigen theoretischer Grundlagen, individuelle und persönliche Informationen von Betroffenen mittels qualitativer Forschungsmethoden zu erheben und diese in den Gesamtzusammenhang des Systems der Familie einzuordnen. Der Fokus liegt dabei auf den Gründen für den Entschluss der eigenen Implantation und den damit einhergehenden Veränderungen und Erwartungen, im Hinblick auf Alltag und Familie.

Zugunsten der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Masterarbeit die maskuline Sprachform verwendet. Diese impliziert sowohl das weibliche, als auch das männliche Geschlecht, und ist frei von etwaigen Diskriminierungen.

2. Das Cochlea Implantat

Schon lange besteht Uneinigkeit darüber, wie gehörlose und hörgeschädigte Kinder bestmöglich gefördert werden sollen. Als Möglichkeit der Förderung werden die lautsprachliche und gebärdensprachliche Methode angesehen. Die Ursprünge der Diskussion, ob gehörlose Kinder lieber gebärdensprachlich oder lautsprachlich erzogen werden sollen, geht weit zurück. Bereits im 18. Jahrhundert entbrannte der sogenannte Methodenstreit zwischen Anhängern der oralen und denen der gebärdensprachlichen Methode. Beteiligt an dieser Debatte waren sowohl Abbé Charles-Michel de l'Épée, als auch Samuel Heinicke. Während de l'Épée 1755 in Paris seinen Unterricht mittels methodischer Gebärden begann, welche der in Paris verwendeten Gebärdensprache entsprang, eröffnete Heinicke 1778 in Leipzig seine Gehörlosenschule auf Basis der oralen Methode. Sein Ziel war es, gehörlose Kinder lautsprachlich zu erziehen. In den folgenden Jahren und Jahrzehnten entstanden immer mehr Schulen für Gehörlose. Folge dieser gemeinsamen Beschulung gehörloser Kinder war, dass sich von nun an Gemeinschaften bilden konnten, da die Gehörlosen nicht mehr im gesamten Land verteilt waren. Die Kommunikation untereinander erfolgte meist über Gebärden. Neben Frankreich und Deutschland eröffnete Thomas Hopkins Gallaudet 1817 die erste Gehörlosenschule in den USA, welche sich an den Unterrichtsmethoden von de l'Épée orientierte. Zu dieser Zeit, hatte sich die Gebärdensprache im Vergleich zur Lautsprache im Unterricht vermehrt durchgesetzt. Dieser Zustand änderte sich ab etwa der 60er Jahre des 19. Jahrhunderts und der Einfluss der oralen Methode nahm zu. 1911 wurde in Nebraska diesbezüglich ein Gesetz verabschiedet, welches dazu führte, dass sich an den staatlichen Gehörlosenschulen die lautsprachliche Methode durchsetzte. Unterstützung durch manuelle Gebärden wurde nur dann gewährt, wenn diese tatsächlich von Nöten war. Dennoch war auch diese Einstellung keine bleibende. In den 60er Jahren des darauffolgenden Jahrhunderts erhielt die Gebärdensprache neuen Aufschwung. Mit der Veröffentlichung des Buches „Sign language structures“ von William Stokoe, begann die Gesellschaft ihre Ansicht zur Gebärdensprache zu ändern. In Folge dessen erlebte die Gebärdensprachforschung neuen Auftrieb und die gebärdensprachliche Methode erhielt wieder mehr Beachtung. Die darauffolgenden Jahre waren durch ein wachsendes Interesse Hörender an Gehörlosen geprägt, was unter anderem zu Gebärdensprachkursen von Gehörlosen für Hörende führte. Zusätzlich gewann die Gebärdensprache so viel Ansehen, dass 1985 in Hamburg beim ersten Gebärdenkongress in Deutschland, der Anspruch die deutsche Gebärdensprache als vollwertige Sprache anzuerkennen, lauter wurde. 1988 beschloss das Europaparlament, dass alle Mitgliedsstaaten die Gebärdensprache anerkennen sollen. Die Ernüchterung folgte in den folgenden Jahren.

Zehn Jahre nach diesem Beschluss, hatten von den 15 Mitgliederstaaten nur Finnland, Schweden, Dänemark und Portugal die Gebärdensprache offiziell anerkannt (vgl. Vonier 2008, 8ff). Im Jahr 2002 beugte sich Deutschland dem Beschluss des Europaparlaments. Im Rahmen des Gleichstellungsgesetz für behinderte Menschen (Behinderten-Gleichstellungsgesetz) wurden in §6 die Regelungen für Gebärdensprache und Kommunikationshilfen verankert.

„(1) Die Deutsche Gebärdensprache ist als eigenständige Sprache anerkannt.

(2) Lautsprachbegleitende Gebärden sind als Kommunikationsform der deutschen Sprache anerkannt.

(3) Hörbehinderte Menschen (Gehörlose, Ertaubte und Schwerhörige) und sprachbehinderte Menschen haben nach Maßgabe der einschlägigen Gesetze das Recht, die Deutsche Gebärdensprache oder lautsprachbegleitende Gebärden zu verwenden. Somit sie sich nicht in Deutscher Gebärdensprache oder lautsprachbegleitenden Gebärden verständigen, haben sie nach Maßgabe der einschlägigen Gesetze das Recht, andere geeignete Kommunikationshilfen zu verwenden.“ (Behindertengleichstellungsgesetz 2002).

Auf Basis dieser gesetzlichen Verankerung, haben nun gehörlose Menschen die Entscheidungsfreiheit zu wählen, in welcher Form sie kommunizieren möchten. Dass diese Möglichkeit aber nicht nur Vorteile mit sich bringt, zeigt die Stellung von CI Trägern in der Gehörlosengemeinschaft. Das Implantat führt in der Gehörlosengemeinschaft zu großen Diskrepanzen unter den Anhängern dieser Kultur, da kein Konsens über die Vor- und Nachteile des CIs vorliegt. Ursächlich für die verschiedenen Meinungen zum CI ist unter anderem die eigene Verbundenheit mit der Gebärden- und Lautsprache. Aus Angst, dass die eigene Kultur in Vergessenheit geraten könnte, sehen viele Gehörlose das CI als Bedrohung an. Im Folgenden sollen daher sowohl die Ansichten der Gehörlosenkultur zum Thema CI und der damit verbundenen Lautsprache, als auch die besondere Situation gehörloser Eltern, mit CI versorgten Kindern, genauer erläutert werden.

2.1 Entwicklung

Trotz stetigem, technischen Fortschritt, haben hörgeschädigte Personen mit vielen Barrieren im Alltag zu kämpfen. Aufgrund des fehlenden auditiven Kanals, bleiben ihnen viele auditive Reize verborgen, weswegen zahlreiche Informationen nicht zu den hörgeschädigten Personen gelangen. Die Möglichkeiten, sich mit der eigenen Umwelt auseinanderzusetzen, sind eingeschränkt. Finden die Kommunikationspartner kein gemeinsames Sprachrohr, gestaltet

sich die soziale Interaktion schwierig. Ein Verständnis seitens des Hörgeschädigten mittels Lippenablesen ist zwar unter Umständen möglich, erreicht aber nur eine etwa 30%tige Verstehens-Quote des Gesagten. Aufgrund der eingeschränkten auditiven Wahrnehmung entwickeln hörgeschädigte Personen sehr häufig Probleme mit der Lautsprache. In vielen Fällen beschränkt sich die Lautsprachkompetenz auf rudimentäre Fähigkeiten. Neben diesen Fällen gibt es allerdings auch hörgeschädigte Personen, bei denen die Lautsprachentwicklung komplett ausbleibt und eine lautsprachliche Kommunikation nicht möglich ist. Die Auswirkungen auf das Individuum sind subjektiv, können in vielen Fällen aber schwerwiegende Folgen haben, wie beispielsweise Isolation und eingeschränkte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Um diesen negativen Folgen entgegenzuwirken, erforschten der Ontologe Charles Eyriès und der Physiker André Djourno in den 1960er Jahren Möglichkeiten, gehörlosen Personen den Zugang zur auditiven Welt zu ermöglichen. 1957 erkannten Djourno und Eyriès, dass eine elektrische Reizung des Hörnervs eine Hörempfindung beim betroffenen Menschen auslöst. Diese bahnbrechende Entdeckung führte zur Entwicklung einer elektronischen Innenohrprothese, dem CI. Mit Hilfe des CIs sollte es hochgradig schwerhörigen oder an Taubheit grenzenden, gehörlosen Menschen möglich sein, auditive Reize aus ihrer Umgebung wahrzunehmen. Durch die Förderung des Hörverstehens, konnte nun die gesellschaftliche Isolation verringert werden. Einzige und entscheidende Voraussetzung, um als Verwender eines CIs geeignet zu sein, war eine cochleäre Schwerhörigkeit, bei der ein intakter Hörnerv obligatorisch ist (vgl. Battmer 2009, 1ff).

Bereits 1984 wurden auf Basis der Forschung von Djourno und Eyriès in Hannover erstmals vier ertaubte Erwachsene mit einem CI versorgt. Zu Beginn der Cochlea Implantationen war die Implantation von Kindern sehr umstritten. Ursächlich hierfür waren fehlende Studien zu langfristigen Auswirkungen. Generell sahen die Gehörlosen die Entwicklung des CIs als kritisch an, obwohl ertaubten Personen mittels des Implantats das Hören zu einem bestimmten Grad zurückgegeben werden konnte. Trotz dieser kritischen Stimmen, operierte Ernst Lehnhardt 1988 erstmals sehr junge Kinder und versorgte sie mit einem CI. Dadurch legte er den Grundstein für die Versorgung von Säuglingen und Kleinkindern mit CIs (vgl. Busch 2009, 17ff). Mit der Einführung des flächendeckenden Neugeborenenhörscreening im Jahr 2009, wurden ab diesem Zeitpunkt bereits Säuglinge implantiert. Die Operation an sich entwickelte sich im Laufe der Jahre zu einer minimal invasiven Behandlung, was zu einem Anstieg der Versorgung mit einem CI führte, da sich das Risiko für Komplikationen dadurch verringern ließ. 2005 waren bereits mehr als 7.000 Personen in Deutschland mit einem solchen Implantat versorgt. 2009 waren es weltweit 120.000 Menschen (vgl. Battmer 2009, 1ff).

Während dem Hörvorgang mit einem CI, ersetzt dieses die Funktion von Außen-, Mittel- und Innenohr. Wie Abbildung 1 zeigt, besteht die elektronische Innenohrprothese aus einem Implantat und den außen am Kopf getragenen Komponenten, wie dem Sprachprozessor, und der Überträgerspule.

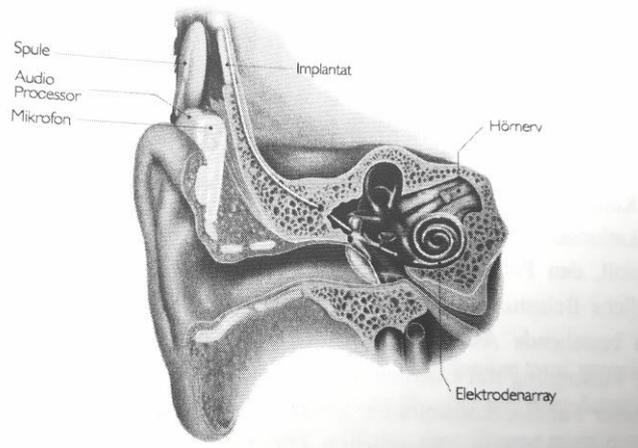


Abb. 1: Schemazeichnung eines CIs (Schulz 2010, 45)

Gelangt ein akustischer Reiz in die Nähe des Mikrophons des CIs, nimmt dieses die ankommenden Schallwellen auf und sendet sie an den Audioprozessor. Dort wird der Schall analysiert und die Informationen in ein elektrisches Pulsmuster umgewandelt. Dieses Muster wird über die Überträgerspule an das Implantat weitergeleitet. Hier angekommen wird das Pulsmuster entschlüsselt und gelangt in die Cochlea. Die entstehenden Impulse stimulieren den Hörnerv, wodurch das Gehirn die ankommenden Signale interpretieren kann. Die akustischen Reize werden somit trotz fehlerhaften Hörvermögens an der richtigen Stelle verarbeitet (vgl. Becker 2008, 15f).

Wie auch in anderen Bereichen der modernen Welt, führt die stetige Weiterentwicklung der Technik zu immer höheren Ansprüchen an die von uns verwendete Technologie. Die fortschreitenden Erfahrungen in der CI Versorgung steigern daher ebenfalls die an sie gestellten Erwartungen. So soll das Gerät ein detailliertes und komplexes Sprachverstehen gewährleisten und insbesondere das Verständnis von Konsonanten und Gesprächsinhalten soweit ermöglichen, dass ein Lippenabsehen des Gesprächspartners nicht mehr nötig ist (vgl. Jaekel et al. 2002, 649ff). Das Ziel des CIs ist es, das natürliche Hören bestmöglich zu ersetzen und die Grundlage für eine unkompliziertere Wahrnehmung akustischer Reize zu schaffen.

2.2 Auditive Wahrnehmung

Die Wahrnehmung ist ein Prozess, durch den von den Sinnessystemen aufgenommene und bereitgestellte Informationen verarbeitet und interpretiert werden. Der Wahrnehmungsprozess

an sich verläuft dabei, trotz seiner Komplexität, mühelos, unmittelbar und ermöglicht ein Abbild der Umwelt im Gehirn. Ziel der Wahrnehmung ist es, den Menschen vor Gefahren zu beschützen und ihn auf bevorstehende Handlungen vorzubereiten. Sie hilft dem menschlichen Organismus, sich an seine Umwelt anzupassen und dadurch sein Überleben zu sichern. Ein Alltagsbeispiel hierfür wäre der Straßenverkehr, in dem der Mensch viele verschiedene Eindrücke verarbeiten und passend zur Situation handeln muss (vgl. Hagendorf et al. 2011, 3ff). Dennoch läuft nicht jeder Wahrnehmungsprozess bewusst ab. Auch die unbewusste Wahrnehmung von Reizen kann zu einer Änderung unseres Handelns oder Verhaltens führen. Bei genauerer Betrachtung des Wahrnehmungsprozesses wird deutlich, dass es sich um einen dynamisch ablaufenden Prozess handelt, welcher aus verschiedenen Einzelschritten besteht. Am Anfang steht hierbei ein verfügbarer Stimulus, welcher aus allem besteht, was potentiell wahrgenommen werden kann. Erregt dieser Stimulus nun die Aufmerksamkeit wird er zum betrachteten Stimulus. Dieser bewusste Reiz wird anschließend an die Rezeptoren des jeweiligen Sinnesorgans weitergegeben und dort verarbeitet. Es entsteht ein Abbild des wahrgenommenen Reizes. Jenes Abbild wird während der Transduktion von einer mechanischen, durch die Umwelt herbeigeführten Energie, in elektrische Signale transformiert. Im Anschluss aktivieren diese Signale Neuronen, welche über Synapsen wiederum andere Neuronen aktivieren und das Signal weiter transportieren. Alle Neuronen sind durch neuronale Bahnen miteinander verbunden und verlaufen vom Sinnesorgan bis ins Gehirn. Der Prozess der Ausbreitung im Neuronen Netzwerk wird als neuronale Verarbeitung bezeichnet, bei dem die elektronischen Signale über die verschiedenen Neuronen übertragen werden. Ist dieser Schritt abgeschlossen, erfolgt die Wahrnehmung als bewusste Erfahrung. Dennoch ist eine Differenzierung zwischen Wahrnehmung und Erkennen von entscheidender Bedeutung. Das Erkennen an sich erfolgt erst nachdem die Informationen bereits wahrgenommen wurden und in einem Vergleich zwischen wahrgenommen Reiz und bereits vorhandenem Wissen. Am Ende des Vergleichs steht im besten Fall das Erkennen. Der Schritt des Erkennens ermöglicht es dem Menschen auf bestimmte Situationen angemessen mit seiner Handlung zu reagieren und sich beispielsweise vor einer möglichen Gefahr zu schützen. Obwohl es so scheint, als sei eine klare Abgrenzung der einzelnen Schritte des Wahrnehmungsprozesses möglich, handelt es sich nach Bruce Goldstein um einen kreisförmigen Ablauf, bei dem es weder Anfang noch Ende gibt. Ursächlich hierfür ist die Tatsache, dass der Mensch, unabhängig auf welchen Reiz er seine Aufmerksamkeit richtet, immer wieder diesen Prozess durchlaufen wird (vgl. Goldstein 2008, 3ff).

Speziell die auditive Wahrnehmung erfüllt neben dem Aufnehmen und Verarbeiten akustischer Reize noch eine weitaus wichtigere Aufgabe: sie sichert die Kommunikation im Alltag und verhindert eine soziale Isolation. Diese soziale Komponente des Hörens zeigt direkt, wie wichtig es für den Menschen ist, seine Umwelt wahrzunehmen und mit dieser zu interagieren. Das Hören vereinfacht viele Situationen und verhilft dem Menschen Informationen aufzunehmen, welche beispielsweise nur visuell nicht ganzheitlich wahrzunehmen sind. Neben der Betonung und Lautstärke von Gesagtem, ermöglicht die auditive Wahrnehmung besondere emotionale Eindrücke beim Hören von Musik. Nichtsdestotrotz übernimmt auch die auditive Wahrnehmung eine Warn- und Schutzfunktion, indem beispielsweise ein sich näherndes Fahrzeug bereits frühzeitig wahrgenommen wird (vgl. Hagendorf et al. 2011, 123ff). Zur genauen Schalllokalisation verhilft dabei die beidohrige Verarbeitung von Schallsignalen, dem sogenannten Richtungshören. Dieses dient neben der Ortung von Schallquellen auch der Unterdrückung von Störgeräuschen (vgl. Baumann 2012, 73f). Das Organ zur auditiven Wahrnehmung stellt dabei das Ohr dar, welches in äußeres Ohr, Mittelohr und Innenohr unterteilt ist. Um zu Hören nimmt das äußere Ohr mit der Ohrmuschel Schall aus seiner Umwelt auf und leitet diesen über das Trommelfell durch das Mittelohr und seine Gehörknöchelchen bis zum ovalen Fenster des Innenohres. Im Innenohr befindet sich das cortische Organ, welches die inneren und äußeren Haarzellen als Hörrezeptionen enthält. Über diese Rezeptoren gelangen die ausgelösten Erregungen über neuronale Bahnen zu den dafür vorhergesehen Arealen in der Hirnrinde (vgl. Hellbrück/Ellermeier 2004, 91ff).

Dennoch ist es nicht allen Menschen im gleichen Maße möglich, von den Vorteilen der auditiven Wahrnehmung zu profitieren. Gehörlosen Personen ist der Zugang über diesen Sinn verwehrt. Als kompensatorische Möglichkeit kann das CI angesehen werden. Durch dessen Hilfe, soll es hörgeschädigten Menschen wieder möglich gemacht werden zu hören. Nichtsdestotrotz ist das Hörergebnis und der Profit des Implantats abhängig von der Dauer der Taubheit, dem Grund des Hörverlustes und anatomischen Besonderheiten. Aufgrund der fortschreitenden Technik bewerten implantierte Personen die Qualität des Höreindrucks als sehr gut. Sogar einseitig implantierte Menschen empfinden das technische Hören in Verbindung mit dem natürlichen Hören als Zugewinn. Eine weitere Möglichkeit, die das CI bietet, ist die Verständlichkeit von Sprache auf einem hohen Niveau. Nichtsdestotrotz kann das Implantat nicht immer alle Vorteile eines intakten Ohres gewährleisten. In vielen Fällen ist es den CI Trägern nicht oder nur im eingeschränkten Maße möglich, in den Genuss vom Musikhören zu gelangen (vgl. Sittel 2010, 87f).

2.3 Versorgung bei Erwachsenen

Mittels CI wird das fehlende oder nicht voll funktionsfähige Sinnesorgan durch Elektrostimulation prothetisch ersetzt. Deutschlandweit werden jährlich ca. 4.000 Patienten neu mit einem solchen Implantat versorgt. Etwa 70% der Patienten stellen Erwachsene mit einer, für die konventionelle Hörgeräteversorgung unzureichenden, cochleären Funktionsfähigkeit, dar. 30% der versorgten Patienten sind Kinder mit einer angeborenen oder erworbenen Hörstörung. Die Hauptindikationsgruppe sind allerdings weiterhin Erwachsene. In den Anfängen der CI Versorgung wurden ausschließlich beidseitig ertaubte Erwachsene operiert, wogegen sich die Indikationsgruppe in der heutigen Zeit auf beidseits hochgradige Schwerhörige, einseitig Ertaubte und ein- oder beidseitig Ertaubte im Hochtonbereich, ausgeweitet hat. Ursächlich für diesen Wandel ist die ununterbrochene Weiterentwicklung der Technik in den Bereichen Signalaufbereitung und Signalapplikation (vgl. Zahner/Mürbe 2017, 396-409). Von diesem Indikationskreis ausgeschlossen sind in den meisten Fällen prälingual ertaubte Erwachsene, außer diejenigen, die bereits früh auditiv gefördert wurden und über eine gute Lautsprache verfügen. Im Laufe ihres Lebens muss die vorhandene Resthörigkeit mittels Hörgeräten genutzt worden sein. Zusätzlich ist die Durchführung einer sprachorientierten Förderung obligatorisch. Neben den Sprachkompetenzen des zukünftigen CI Trägers, ist dessen Wille entscheidend. Nur mit einer realistischen Erwartungshaltung und dem Anspruch an sich selbst, von dem CI zu profitieren, ist die Entscheidung für ein Implantat sinnvoll (vgl. Kempf et al. 2003, 667ff).

Unabhängig welche Hörstörung bei dem Patienten vorliegt, das generelle Ziel einer Cochlea Implantation ist die Verbesserung der Kommunikation im Alltag mit dem maximal nutzbaren Hörvermögen. Patienten gelten dann als geeignet, wenn in alltäglichen Hörsituationen, mit Unterstützung von konventionellen Hörgeräten, ein absehbar schlechtes Kommunikationsvermögen gegeben ist. Die Indikation für ein Implantat erfolgt daher nur mit der Aussicht auf eine verbesserte Kommunikation mit der sozialen Umwelt. Als Beispiel können hier ertaubte Personen betrachtet werden, die trotz optimaler Hörgeräteversorgung mit dem betroffenen Ohr nicht mehr telefonieren können. Generell kann allerdings keine Verallgemeinerung des Nutzens für die Betroffenen gemacht werden, da individuelle Unterschiede der einzelnen Patienten, keine eindeutige Aussage in diesem Punkt zulassen. Andererseits zeigen die Erfahrungen, dass insbesondere Betroffene mit einer symmetrischen, beidseitigen Schwerhörigkeit enorm von einer beidseitigen Versorgung mit einem CI profitieren (vgl. Zahner/Mürbe 2017, 396-409).

Obwohl das CI viele Vorteile für geeignete Patienten mit sich bringt, birgt es dennoch einige Risiken. Eine mögliche und vor allem schwerwiegende Komplikation, kann das Verschwinden

der Resthörigkeit sein. Zusätzlich können Überstimulationen der Elektroden auftreten, welche zu einer Fehlinnervation des Nervus facialis führt. In Folge dessen müssen die dafür verantwortlichen Elektroden abgeschaltet werden und können für das Hören nicht weiter genutzt werden. Neben diesen Einschränkungen für das Hören an sich, leiden einige Patienten im Anschluss an ihre Implantation an aufkommendem Schwindel. Selbst wenn keine dieser Komplikationen bei den Patienten auftritt, müssen sie sich auf eine lange Rehabilitation und eine lebenslange Nachsorge einstellen. Ebenfalls verlangt das CI dem Träger/ der Trägerin viel Ehrgeiz und Hörtraining ab (vgl. Zahner/Mürbe 2017, 396-409).

2.4 Entscheidung für oder gegen das Cochlea Implantat

Die Entscheidung für oder gegen die Versorgung mit einem CI ist immer mit der Teilhabe an einer Gemeinschaft verbunden. Im Falle der betreffenden Personen geht es um die Entscheidung für oder gegen die Möglichkeit, an der Gemeinschaft der Hörenden teilzuhaben und dafür die Gehörlosengemeinschaft zumindest teilweise zu verlassen.

2.4.1 Gehörlosengemeinschaft

„Die Gehörlosengemeinschaft umfasst diejenigen gehörlosen und schwerhörigen Personen, die eine gemeinsame Sprache, gemeinsame Erfahrungen und Werte und eine gemeinsame Art, miteinander bzw. mit hörenden Menschen umzugehen, teilen“
(Baker/Padden zit. n. Ladd 2008, 39).

Die primäre, gemeinsam genutzte Sprache in der Gehörlosengemeinschaft ist die Gebärdensprache. Sie dient als bedeutendstes Kommunikationsmittel zwischen den Mitgliedern und erfordert neben der visuellen Wahrnehmung zusätzlich motorische Fähigkeiten (vgl. Busch 2013, 57). Weltweit wird sie von etwa vier bis fünf Millionen Personen genutzt (vgl. Ladd 2008, 25). Aufgrund der daraus resultierenden, gesicherten Kommunikation, empfinden die meisten von Geburt an Gehörlosen das Nicht-Hören nicht als Mangel. Mit den Gebärden haben sie ein gleichwertiges Kommunikationsmedium zur Lautsprache. Da vielen von Geburt an Gehörlosen der Zugang zur Lautsprache teilweise gar nicht oder nur sehr rudimentär zugänglich war, identifizieren sie sich über die Gebärdensprache. Dies ist auch der Grund, warum viele Gehörlose sich ein gehörloses, beziehungsweise hörgeschädigtes, soziales Umfeld suchen und auch die Partner häufig ebenfalls aus der Gehörlosengemeinschaft stammen. Viele gehörlose Paare wünschen sich zudem gehörlose Kinder. Mit Hilfe der neuen Medien wie Smartphones und die Verwendung von Messenger-Diensten, sind die

Austauschmöglichkeiten innerhalb der Gehörlosen-Gemeinschaft groß genug, um diese Minderheitengemeinschaft als nicht einschränkend zu empfinden (vgl. Leist 2009, 79ff).

Dennoch ist die Existenz der Gehörlosengemeinschaft im gewissen Maße abhängig von der hörenden Welt. Auch wenn das gehörlose Leben die gleichen Chancen bieten kann wie das hörende Leben, sind die Möglichkeiten trotz allem abhängig von der Toleranz der Hörenden. Die gesellschaftlichen Strukturen und Erwartungen führen oftmals zu weniger vielfältigen Möglichkeiten im Hinblick auf Ausbildung, Beruf und Kommunikation für die Gehörlosen. Auch wenn es sich bei der gehörlosen und hörenden Welt um gleichwertige Gesamtkulturen handelt, stellen sie dennoch keine gleichwertigen Chancenkulturen dar. Die Zugehörigkeit zur Gehörlosen-Gemeinschaft bietet weniger die Möglichkeit, ein autonomes und selbstbestimmtes Leben zu führen. Ursächlich hierfür ist, dass Gehörlosigkeit als Behinderung angesehen wird, welche in der hörenden Gemeinschaft oftmals pauschal als schlecht bewertet wird. Die subjektive Beurteilung der Betroffenen spielt in dem gesellschaftlichen Gefüge kaum eine Rolle. Die Behinderung stellt dabei das Produkt der sozialen Umwelt dar. Trotz der Nachteile, die mit einer solchen Stigmatisierung einhergehen, ist es nötig, die Gehörlosigkeit als Behinderung anzusehen, da es ansonsten keine Hilfe und Unterstützung seitens der Gesellschaft gäbe. Die nichthörende Kultur ist somit abhängig von den staatlichen Zuschüssen und dessen Fürsorge (vgl. Leist 2009, 79ff).

Nichtsdestotrotz ist die Gehörlosengemeinschaft von einem stark positiven Selbstbild geprägt. Die Gehörlosenkultur zeichnet sich überdies sowohl durch verschiedene, weltweit agierende Verbände, eigenes Theater und Festivals, als auch über gesonderte Sportevents aus. Diese Freiheit in der Organisation des sozialen Lebens ist ein wichtiger und positiver Aspekt, welchen die Gemeinschaft ermöglicht (vgl. Ladd 2008, 25ff).

2.4.2 Kritische Stimmen

Das starke Zusammengehörigkeitsgefühl der Gehörlosengemeinschaft ergibt sich aufgrund ähnlicher Erfahrungen, der gleichen kulturellen Identität, gemeinsamer Sprache und einem spezifischen Verhaltensmuster der Gehörlosen (vgl. Busch 2013, 39ff). Der Mangel an Lautsprache und am Hören selbst wird in dieser Kultur nicht als Defizit angesehen. Die Entwicklung des CIs und die damit einhergehenden neuen Möglichkeiten zum Lautspracherwerb werden von vielen Gehörlosen als Angriff auf ihre Kultur interpretiert. Das Hören an sich wird ihrer Meinung nach als zu dominant betrachtet (vgl. Vogel 2017, 29). Generell wird dem Hören in der Gehörlosengemeinschaft keine erstrebenswerte Notwendigkeit zugeschrieben, weswegen die stetige Verbesserung der CIs als Bedrohung für die Interessen der eigenen Gemeinschaft empfunden wird (vgl. Vonier 2008, 66f). Aufgrund steigender

Zahlen von CIs fürchten die Gehörlosenvereine sinkende Zahlen an Mitgliedern. Zusätzlich sorgen sie sich um die Weitergabe kultureller Güter und der Weitergabe von gebärdensprachlichen Kenntnissen (vgl. Busch 2013, 39ff). Etwas drastischere Ansichten zu diesem Thema vertritt Harlan Lane. Er sieht es kritisch, dass die Wissenschaft nach neuen Möglichkeiten sucht, Kinder biologisch zu verändern, um eine Mehrheitszugehörigkeit zu erreichen. Weiter spricht er von Völkermord an den Gehörlosen, wenn hörgeschädigte Kinder ein CI erhalten. Trotz der daraus folgenden Verbesserungen für das jeweilige Kind, sollte das CI in seiner Funktion konsequent abgelehnt werden (vgl. Lane 1994, 300).

Im Zuge der ersten Versorgung mit einem CI bei einem Kind 1985/86 in Melbourne, mischte sich der Weltverband der Gehörlosen in die Diskussion mit ein. Es solle eine Differenzierung zwischen späterraubten Erwachsenen und gehörlosen Kindern vorgenommen werden. Die Implantation bei späterraubten Erwachsenen wurde als sinnvoll erachtet, wogegen die Implantation von Kindern als Experiment am Kind strikt abgelehnt wurde (vgl. Vonier 2008, 21ff). Zusätzlich geriet das CI, aufgrund seines experimentellen Charakters und fehlendem Wissen zu langfristigen Auswirkungen auf den Patienten, in Verruf bei den Gehörlosen. Obwohl die medizinischen und technischen Argumente im Laufe der Weiterentwicklung des CIs immer mehr an Bedeutung verloren haben, bleibt die Sorge um Komplikationen während der Operation oder technische Schwierigkeiten. Des Weiteren gibt es häufig nur sehr unsichere Prognosen über die Wirksamkeit und die damit verbundene Verbesserung des Hörvermögens Betroffener. Neben diesen, das Individuum und die Gemeinschaft betreffenden Argumenten, stehen die finanziellen Aspekte (vgl. Vonier 2008, 66f). Die Kosten einer Cochlea Implantation belaufen sich auf insgesamt bis zu 40.000 Euro, inklusive anschließender Rehabilitation, und werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen (vgl. DIAS 2018). Mitglieder der Gehörlosenkultur würden dieses Geld lieber für den Ausbau von Untertiteln und für die Bezahlung von Dolmetschern verwenden (vgl. Vonier 2008, 66f). Trotz aller Argumente der Gehörlosen gegen das CI gibt es auch hier Mitglieder, welche das CI als Bereicherung ansehen. Die Gruppe der „oral deaf“ sind beispielweise lautsprach-kommunizierende Gehörlose, welche neue Möglichkeiten in der Lautsprachkompetenz mittels CI sehen (vgl. Vonier 2008, 21ff).

2.4.3 Lautsprache als Chance

Entgegen dem weitverbreiteten Irrglauben, ist es von Geburt an gehörlosen Personen durchaus möglich, die Lautsprache im vollen Umfang zu erlernen und sich somit ihren Erlebnisbereich zu erschließen. Darüber hinaus eröffnet der lautsprachliche Zugang auch Aspekte, die die Gebärdensprache nicht leisten kann. Eine veraltete Annahme, dass gehörlose Kinder nur durch

Gebärden in ihren kognitiven Leistungen gefördert werden können, ist falsch. Auch die Lautsprache kann zu einer normalen Entwicklung des Kindes befähigen. Dennoch müssen beispielsweise mehrfachbehinderte Kinder mit einer Hörschädigung ausgenommen werden, da gewisse Fähigkeiten und Fertigkeiten die Basis für die Entwicklung einer Lautsprache bilden. Ein großer Nachteil an den Gebärden ist laut Herbert Breiner, dass die Kommunikation mittels Gebärden zur Isolation führt, da die Kommunikation so nur mit Gleichbetroffenen aufgenommen werden kann, nicht aber mit dem hörenden Umfeld (vgl. Breiner 1986, 75ff).

Im Laufe der vergangenen Jahre ist die Akzeptanz von CIs auch in der Gehörlosengemeinschaft gestiegen. Es soll sich nun nicht mehr zwischen Gebärden- und Lautsprache entschieden werden müssen, sondern vielmehr sollen beide Sprachen miteinander vereint werden. Das CI stellt somit keinen Widerspruch mehr zu den Gebärden dar, sondern wird als Ergänzung dieser angesehen. Ziel soll es sein, den Kindern die bestmögliche Entwicklung zukommen zu lassen, die sie durch Gebrauch von Laut- und Gebärdensprache erreichen können. Diese Vorteile für das Kind überwiegen immer mehr gegenüber den Einwänden und Zweifeln der Gehörlosengemeinschaft. Insbesondere hörenden Eltern fällt es leichter, sich für das CI ihres hörgeschädigten Kindes zu entscheiden (vgl. Busch 2013, 39ff). Zudem wächst auch die Gruppe der gehörlosen Eltern, die ihr hörgeschädigten Kind implantieren lassen. Im Vergleich zu hörenden Eltern, befähigen diese ihr Kind zur Teilhabe an einer ihnen unbekanntem Welt, mit der stetigen Angst, ihr Kind an diese hörende Welt zu verlieren (vgl. Scholler/Scholler 2005, 36). Problematisch an dieser Entwicklung ist, dass eine Lautsprachentwicklung des Kindes mittels muttersprachlichem Ansatz so gut wie unmöglich ist, da den Eltern der Sinneskanal Hören fehlt. In diesem Fall ist die Unterstützung aus dem hörenden Umfeld, wie den Großeltern oder Kindergärten, unabdingbar (vgl. Vogel 2017, 29).

Zudem ist der Wille die Lautsprache zu erlernen elementar. Nur durch den ständigen Gebrauch von Hören und Absehen können bereits gehörlose Kleinkinder von der lautsprachlichen Welt profitieren. Teilweise wird dieser Prozess durch natürliche, lautsprachbegleitende Gebärden unterstützt. Die Entwicklung der Lautsprache beruht auf vorhanden Hörresten, einer optimalen Versorgung mit Hörgeräten und erfordert ein hohes Maß an Geduld und Zuneigung der Bezugspersonen und Personen, die an dem Prozess der Lautsprachentwicklung beteiligt sind (vgl. Brosch/Pirsig 2003, 115ff). Neben professionellen Frühförderern übernehmen die Eltern eine wichtige Rolle bei dieser Entwicklung. Sie ermöglichen dem Kind, das Hören als relevanten Sinneseindruck wahrzunehmen und schaffen eine Umwelt, in der das Hören in den Tagesablauf fest integriert wird. Sie werden der wichtigste Bezugspunkt im Hinblick auf Hör- und Sprachlernprozesse und motivieren ihr Kind, durch aktives Zuhören, selbst die Lautsprache

zu erlangen. Durch Motivation und Unterstützung sollen die Kinder lernen, das Gehörte aus allen Lebensbereichen wahrzunehmen und für ihre eigene Entwicklung zu nutzen (vgl. Leonhardt 2009, 2).

Ein möglicher Ansatz für eine lautsprachliche Erziehung stellt die auditiv-verbale Förderung dar. Durch Ausnutzen von vorhandenen Hörresten, soll das gehörlose Kind die Lautsprache auf der Grundlage des Hörens erlernen. Basis dieser Annahme bildet das Wissen über vollfunktionsfähige Sprechorgane bei gehörlosen Menschen und die potenzielle Fähigkeit Sprechen zu können. Bei erfolgreicher Umsetzung steigen das funktionelle Hören und die lautsprachlichen Kompetenzen des Kindes weit über die traditionellen Maßstäbe hinaus. Das damit verbundene Ziel ist die Integration in die hörende Welt (vgl. Leonhardt 2010, 89f). Wie effektiv diese Methode ist, zeigt eine 1993 in den USA und Kanada durchgeführte Studie von Carol Flexer und Donald Goldberg (vgl. 190ff). Im Zuge dieser sollten ehemalige Teilnehmer des Programms der auditory verbal therapy zu ihrer Zugehörigkeit in der hörenden oder gehörlosen Gemeinschaft befragt werden. Als Kriterien, um an dieser Studie teilzunehmen, galt ein Alter von 18 Jahren und älter und eine mindestens drei jährige Teilnahme am Programm. Die Befragung erfolgte postalisch und lief über die Therapeuten des Programms, als Weitervermittlungsstelle. Insgesamt wurden 366 Fragebögen versendet, von denen 157 beantwortet und zurückgesendet wurden und in die Auswertung mit einbezogen wurden. Die Ergebnisse belegen, dass zwei Drittel aller befragten Probanden, die durch diese Art der Förderung zur Lautsprache gelangt waren, in der hörenden Welt lebten, und ein Drittel sich sowohl in der hörenden als auch in der gehörlosen Welt beheimatet fühlte. Lediglich ein Proband fühlte sich ausschließlich der gehörlosen Gemeinschaft zugehörig.

2.5 Gehörlose Eltern und Cochlea implantierte Kinder

Durch die steigende Akzeptanz der Gehörlosengemeinschaft und die Bereitstellung umfassender Informationen und Beratung, entscheiden sich auch immer mehr gehörlose Eltern für die Implantation ihres Kindes. Auch wenn der Großteil der Eltern, die sich für eine Versorgung entscheiden, hörend ist, sind die Beweggründe beider Gruppen ähnlich. Sie wollen ihrem Kind das Hören ermöglichen und ihm die Grundlage für eine altersgerechte Sprachentwicklung unterbreiten. Ein, vor allem die hörenden Eltern betreffendes, Argument für eine solche Implantation, liegt in der gesicherten innerfamiliären Kommunikation. Durch die Möglichkeit Lautsprache zu hören und zu erwerben, erhoffen sie sich eine problemlosere Verständigung innerhalb der Familie. Zusätzlich zur Lautsprachkompetenz wird dem Kind der Zugang zur hörenden Welt geöffnet und erleichtert seine Integration in diese Welt. Neben der

Entscheidung ihr Kind in eine Welt zu entlassen, die sie selbst nicht kennen, stehen gehörlose Eltern vor weiteren Schwierigkeiten. Aufgrund ihrer eingeschränkten Hör- und Lautsprachkompetenzen können sie ihr Kind nicht im erforderlichen Maße beim Rehaprozess nach einer Implantation begleiten und unterstützen. Dennoch wurde Mitte der 1990er Jahre erstmals eine CI Versorgung bei Kindern von gehörlosen Eltern durchgeführt. Die Implantation erfolgte damals auf Wunsch der hörenden Großeltern (vgl. Busch 2013, 17ff). Obwohl der Nutzen eines CIs für gehörlose Erwachsene eher gering ist, wurde im Zuge der Implantation der Kinder die gesamte Familie mit CIs versorgt. In den darauffolgenden Jahren gab es immer wieder Fälle, in denen gehörlose Eltern ihre Kinder mit einem Implantat versorgen haben lassen. Die Gründe hierfür waren verschieden. Bei zwei Geschwisterkindern kam der Wunsch nach einem eigenen CI auf, nachdem sie dieses bei Freunden gesehen hatten. Eine andere Familie entschied sich für eine CI Operation, als Reaktion auf die Meinung von Ärzten, welche behaupteten, dass die gehörlosen Eltern wohl kaum einer Implantation ihres Kindes zustimmen werden. Ihre Motivation war der Trotz und der Beweis gegenüber der hörenden Gesellschaft, dass sie sich immer für die besten Entwicklungschancen ihres Kindes entscheiden (vgl. Leonhardt 2011, 112ff). Nichtsdestotrotz müssen sowohl die hörenden als auch die gehörlosen Eltern *„stellvertretend für ihr Kind eine schwerwiegende, das gesamte Leben des Kindes prägende Entscheidung treffen“* (Burger/Kirchner 2001, 147).

Ungeachtet der Schwierigkeiten, die für die gesamte gehörlose Familie mit einer solchen Implantation einhergehen, ergeben sich dennoch auch positive Aspekte für das Kind. Gehörlose Eltern hatten ihr Leben lang Zeit sich mit der Thematik Gehörlosigkeit auseinanderzusetzen, weswegen der Diagnoseschock nach der Geburt des Kindes in den meisten Fällen geringer ausfällt. Viele gehörlose Paare wünschen sich sogar ein gehörloses Kind. Neben dieser positiveren Ausgangsbedingung für eine gute Eltern-Kind-Beziehung, konnten gehörlose Eltern bereits mehr Informationen über CIs zusammenstellen und diese im Austausch mit anderen diskutieren. Dennoch ist die Entscheidung für ein CI, eine Entscheidung ihr Kind in einen ihnen unbekannte akustische Welt zu entlassen, die sie selbst nicht kennenlernen konnten. Im Hinblick auf die Förderung ihres implantierten Kindes, sind sie weiter auf die Hilfe von Hörenden angewiesen, welche den Kindern den Zugang zur lautsprachlichen Kommunikation ebnen. Gleichwohl können sie ihren Kindern die Gebärdensprache als Muttersprache anbieten, welche zu einer gesicherten Kommunikation unter den Familienmitgliedern führt. In Anbetracht der verschiedenen Überlegungen, welche Eltern vor einer Implantation anzustellen haben, geraten sie häufig in Disproportionalität: sie möchten ihr Kind auf eine Welt vorbereiten, die sie kennen und in der sie selbst leben. Andererseits möchten sie ihrem Kind den Zugang zur

Mehrheit der hörenden Welt ermöglichen, die sie allerdings nur bedingt kennen und nur im eingeschränkten Maße begleiten können (vgl. Leonhardt 2011, 72ff).

Demungeachtet steigt die Anzahl der gehörlosen Familien, in denen die Kinder mit einem CI versorgt werden. Im Jahr 2013 waren etwa 108-113 solcher Familien in Deutschland bekannt (vgl. Busch 2013, 21). Die Gründe dafür sind mannigfaltig und oftmals den Beweggründen von hörenden Eltern ähnlich. Wie alle Eltern auch, wünschen sich gehörlose Eltern von gehörlosen Kindern optimale Bedingungen, um ihre Kinder in ihrer Lebensqualität nicht einzuschränken. Zusätzlich erhoffen sie sich bessere Zukunftschancen für ihr implantiertes Kind, nicht zuletzt basierend auf dem Wunsch, dem Kind den Sprech- und Sprachlernprozess zu erleichtern. Zusammengefasst blicken sie einer vereinfachten Lebensbewältigung entgegen. Neben den Vorteilen für das Kind an sich, wollen sich viele Eltern mit der Entscheidung für ein CI selbst schützen. Sie wollen vermeiden, dass ihnen ihr Kind im späteren Leben vorhält, dass sie es nicht haben implantieren lassen. Das Kind kann dann selbst entscheiden, ob es weiterhin sein Implantat nutzen möchte oder nicht. Alle bisherigen Argumente eingerechnet, ermöglicht das CI einen weiteren positiven Aspekt. Durch die Kompensation beziehungsweise Verringerung der Auswirkung seiner Hörschädigung, steigen die Chancen an einer Regelschule beschult zu werden, wodurch die Wahrscheinlichkeit sinkt an einem Förderzentrum unterrichtet werden zu müssen. Auch wenn noch viele Hörgeschädigte an Förderzentren unterrichtet werden, steigt im Zeichen der Inklusion die Anzahl derer, die sich für eine Regelbeschulung entscheiden. Diese Tatsache führt in den meisten Fällen zu einem kürzeren Schulweg und ermöglicht häufiger ein Wohnen in der Familie, da eine Internatsunterbringung am Förderzentrum wegfällt (vgl. Leonhardt 2008, 96ff).

Eine weitere beobachtbare Entwicklung ist, dass der Stellenwert des Hörens in den hörgeschädigten Familien steigt. Sie wollen selbst entscheiden was für ihr Kind das Beste ist und wünschen sich Akzeptanz in ihrer Entscheidung. Sie möchten von einem respektvollen Umgang des sozialen Umfelds profitieren, um die eigenen familiären Ziele zu erreichen und das trotz, oder gerade obwohl sie sich für eine Cochlea Implantation bei ihrem Kind entscheiden. Die bestmöglichen Zukunftschancen für ihr Kind stehen dabei an erster Stelle (vgl. Busch 2013, 21ff). Welche Tragweite das Hören per se für hörgeschädigte Familie innehat, lässt sich am besten durch folgende Neuheit beschreiben. In der vergangenen Zeit haben sich langsam immer mehr gehörlose Eltern mit einem CI versorgen lassen. Obwohl die Erfolgchancen und Bedenken bei Operationen von geburtsstauen Erwachsenen bekannt sind, lässt sich dieser Trend weiter beobachten. Solche geburtsgehörlosen Erwachsenen verfügen meist über gute Lautsprachkompetenzen und haben ihr Leben lang die Hörreste bestmöglich

genutzt. Ein weiterer Beweggrund für eine Implantation im Erwachsenenalter sind progrediente Hörverläufe (vgl. Leonhardt 2011, 116). Mittels CI Versorgung erhoffen sie sich, ihre Lautsprachkompetenz besser einsetzen und nutzen zu können. Durch eine vereinfachte Lautsprachaufnahme setzen sie auf eine erleichterte Kommunikation mit Hörenden. Dennoch liegt die Vermutung nahe, dass das neue, permanente Hören, zu einer Verunsicherung und Überforderung seitens der Betroffenen führen kann. Demungeachtet wird das CI als Erweiterung der eigenen Sinneserfahrung angesehen, durch die sich die gehörlosen Personen besser in der hörenden Welt zurechtfinden können. Die Neugierde auf die akustische Welt, scheint für viele Motivation zu sein, sich für diesen Schritt zu entscheiden. Ausschlaggebend für die Entscheidung der Eltern sich selbst implantieren zu lassen, ist der Wunsch das eigene Kind zu hören und mit ihm gemeinsame neue Erfahrungen zu sammeln (vgl. Vogel 2010, 10ff). Neben den Einfluss des Zugehörigkeitsgefühls zu einer bestimmten Gesellschaft und den damit verbundenen Chancen und Risiken, hat die Entscheidung gehörloser Eltern ihr gehörloses Kind mit einem CI versorgen zu lassen auch Einfluss auf familieninterne Dynamiken. Durch das Hinzufügen einer Sinnesmodalität, die bei den Eltern oder Elternteilen nicht vorhanden ist, verschieben sich die Beziehungsverhältnisse in einer Familie mit Auswirkungen auf die Sozialisation des Kindes. Dem Komplex *Familie* ist daher besondere Beachtung zu schenken.

3. Familiensituation

Der Begriff der Familie ist ein sehr unpräziser Begriff und bedeutet nicht für jeden das Gleiche. Aufgrund von gesellschaftlichen Verhältnissen verbindet jeder Mensch etwas anderes mit den Gedanken an Familie. Auch befindet sich der Begriff im Wandel. Früher lag die Betonung meist auf einer Reproduktionsfunktion, wogegen in der heutigen Zeit, nicht mehr jede Familie Kinder hat und somit diese Funktion erfüllt. Die sogenannte Kernfamilie besteht aus Vater, Mutter und den unmündigen unverheirateten Kindern. Charakterisiert ist die Kernfamilie durch einen Intimgruppencharakter, welcher die sozialen Beziehungen umfasst und sich sowohl in gefühlvollen als auch in affektiven Merkmale ausdrückt. Sie definiert sich weiter durch einen gemeinsamen Kern, welcher durch eine, auf Dauer angelegte Verbindung zwischen Mann und Frau, einem gemeinsamen Haushalt und mindestens einem eigenen beziehungsweise adoptierten Kind, charakterisiert ist. Die Familie an sich verändert sich. In früherer Zeit wurde der Vater als Machtinhaber angesehen, wogegen die Kinder lediglich einen ökologischen Nutzen hatten. Zu Gunsten der Kinder entwickelte sich im Laufe der Zeit ein gesonderter und von Emotionen geprägter Lebensbereich, in dem die Machtverhältnisse unter den Familienmitgliedern ausgeglichener sind. Dies bestätigen die immer neueren Formen von

Familien und familienähnlichen Konstellationen, wie beispielsweise den Paaren ohne Kindern, den Alleinerziehenden, gleichgeschlechtlichen Paaren oder Patchwork-Familien (vgl. Cloerkes 2007, 280ff). Der Wandel des Familienbegriffs ist durch den Wandel der Akzentsetzung und Perspektiven in der Gesellschaft geprägt. 2010 wurde jedes dritte Kind in Deutschland außerhalb einer Ehe geboren, wobei es in den neuen Bundesländern sogar über 60% der Kinder waren. Der Trend geht hierbei Richtung Stief- oder Patchworkfamilie. Dennoch sind auch diese Konstellationen durch ein intimes Bezugssystem verordnet, welches in sozial-strukturellen Kontexten verankert ist. Das System der Familie stellt dabei ein sich entwickelndes System dar (vgl. Walper et al. 2015, 364-374). Hofer beschreibt zusammenfassend die Familie als *„eine Gruppe von Menschen, die durch nahe und dauerhafte Beziehungen miteinander verbunden sind, die sich auf eine nachfolgende Generation hin orientiert und die einen erzieherischen und sozialisatorischen Kontext für die Entwicklung der Mitglieder bereitstellt.“* (Hofer 2002, 6). Die Familie verfolgt damit das Ziel, durch die Zeugung von Nachkommen sich selbst zu reproduzieren. Zusätzlich soll die Existenz der Familienmitglieder, durch Befriedung von grundlegenden Bedürfnissen, gesichert werden. Individuelle Verlangen nach Selbstverwirklichung, im Rahmen der Regeneration, und dem Kompetenzerwerb durch Sozialisation und Erziehung, sollen florieren. Mit Hilfe der Platzierungsfunktion der Familie sollen Bildungsinteressen der Familienmitglieder verwirklicht werden (vgl. Busch 2013, 59).

Im nachfolgenden sollen daher die Besonderheiten von Familien, in denen einzelne Mitglieder von einer Hörschädigung betroffen sind, genauer Beachtung finden. Hierfür wird insbesondere auf Familien mit gehörlosen Eltern und hörenden Kindern und Familien, mit gehörlosen Eltern und CI versorgten Kindern, eingegangen.

3.1 Familiensozialisation und Bindungsentwicklung

Das primäre Ziel von Sozialisation ist es, das Individuum zu einem sozialhandlungsfähigen Subjekt zu formen. Dieser Prozess erfolgt unter Berücksichtigung von Einflüssen, welche zur Persönlichkeitsentwicklung beitragen. Hierzu gehören unter anderem die gesellschaftlichen Ansichten und Vorgaben. Sie prägen die Rollenmuster und Verhaltensaufforderungen, die wiederum zu einer autonomen Lebensgestaltung führen. In diesem Zusammenhang stellt die Familie ein System dar, in dem die einzelnen Familienmitglieder die Beziehung anderer Familienmitglieder beeinflussen. Das somit entstehende System grenzt sich von anderen sozialen Systemen ab (vgl. Schneewind 2010, 132ff) und ist charakterisiert durch spezifische Regeln und Verhaltensmuster. Die Familie ist durch Beziehungen verbunden, die durch Interaktionen der einzelnen Familienmitglieder untereinander entstehen. Der Erfolg der Familie

als eigenständiges System ist abhängig von der umgebenden Gesellschaft und deren Reaktionen. Einen besonders prägenden Einfluss haben die Reaktionen des Umfeldes dann, wenn die Familie etwaige kulturelle, soziale, religiöse oder ethnische Besonderheiten innehat. Der generelle Entwicklungsprozess einer Familie ist sowohl durch interne, als auch durch externe Einflüsse gekennzeichnet. Zu den internen Einflüssen gehören beispielsweise Geburt und Tod von Mitgliedern der Kernfamilie, wogegen der Verlust des Arbeitsplatzes als externer Einfluss angesehen wird. Jede neue Veränderung in dem bestehenden System erfordert eine Neuanpassung. Speziell bei der Geburt eines neuen Familienmitgliedes bestimmen neben den Eltern auch die Kinder selbst, wie sich das System der Familie entwickelt. Durch spezifische Verhaltensmuster und Erwartungen der Kinder an die Eltern, beeinflussen diese die Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung. Die Kinder spielen somit nicht nur eine passive Rolle bei den Sozialisationsversuchen ihrer Eltern. Zusammen handelt es sich um ein komplexes Gefüge aus wechselhafter Beeinflussung (vgl. Schneewind 2008, 256ff).

Seit Jahrzehnten dominiert nun mehr die Bindungstheorie die Erforschung menschlicher Interaktion und Beziehungen. Der Begriff Bindung (engl.: attachment) beschreibt die besondere Beziehung zwischen einem Kind und seinen Eltern, beziehungsweise Bezugspersonen. Diese Beziehung ist durch starke Emotionen und einer Verbundenheit über Zeit und Raum hinweg charakterisiert. Die Notwendigkeit einer solchen Bindung zeigt sich in der angeborenen Bereitschaft sozialer Lebewesen bereits Säuglinge zu beschützen und ihnen fürsorglich zu begegnen. In den 1960er Jahren entwickelte John Bowlby, auf Basis dieser evolutionsbiologischen Denkweise, in Verbindung mit klinisch-psychoanalytischem Wissen, die Bindungstheorie (vgl. Grossmann, Grossmann 2014, 31f). Die Inhalte der Bindungstheorie befassen sich mit der *„emotionalen Entwicklung des Menschen, mit seinen lebensnotwendigen soziokulturellen Erfahrungen und vor allem mit den emotionalen Folgen, die sich aus unangemessenen Bindungserfahrungen ergeben können“* (Grossmann/Grossmann 2012, 32). Die Bindungstheorie selbst geht von einem gesunden Verhältnis zwischen Kind und Eltern aus, welches durch positive Emotionen und Gefühle wie der Verbundenheit, Nähe, Zärtlichkeit und Schutz definiert ist. Kommt es im Laufe der kindlichen Entwicklung zu Abweichungen von der normalen Entwicklung, erklärt die Bindungstheorie diese Problematik durch Mängel im fürsorglichen Umgang. Ursächlich für das Auftreten der Mängel, können unter anderem psychische oder physische Beeinträchtigungen der Eltern sein, aufgrund derer sie ihren Kindern nicht den nötigen Schutz und Fürsorge entgegenbringen können (vgl. Grossmann/Grossmann 2014, 67f). Im Hinblick auf die Qualität der Bindung, welche durch den Umgang zwischen Eltern und Kind geprägt wird, ergeben sich vier Bindungsqualitäten: (1) sichere Bindung (2)

unsicher-vermeidende Bindung (3) unsicher-ambivalente Bindung (4) desorganisiert-desorientierte Bindung. Eine sichere Bindung ist gegeben, wenn Kinder die Bezugsperson als sicheren Hafen sehen, von dem aus sie die Umwelt erkunden und explorieren. Verlieren die Kinder die Bezugsperson aus den Augen, vermissen sie diese und freuen sich bei deren Wiederkehr. Liegt eine unsicher-vermeidende Bindung vor, so verhalten sich die Kinder meist indifferent gegenüber ihren Eltern beziehungsweise den Bezugspersonen. Verlieren die Kinder bei dieser Art von Bindung ihre Eltern aus den Augen, wirken sie kaum beunruhigt. Kommt die Bezugsperson wieder zu ihnen zurück, vermeiden die Kinder die Suche nach Nähe. Bei einer unsicher-ambivalenten Bindung suchen die Kinder die Nähe zu ihren Bezugspersonen. Sobald diese allerdings das Kind alleine lassen und wiederkommen, reagiert das Kind wütend und aggressiv ihr gegenüber und lässt sich kaum beruhigen. Eine desorganisiert-desorientierte Bindung ist durch widersprüchliches Verhalten der Kinder charakterisiert, welches keinem der anderen Bindungsmuster entspricht (vgl. Lohaus/Vierhaus 2015, 111).

Neben dem Erlernen und angemessen Nutzen von neuen Fähigkeiten, ist es demnach die Aufgabe der Eltern, die Grundbedürfnisse ihres Kindes zu befriedigen. Hierzu gehört unter anderem das Bedürfnis nach Bezogenheit, genauer gesagt der Wärme und Responsivität, die die Eltern den Kindern entgegenbringen. Überdies benötigen Kinder emotionale und sachbezogene Unterstützung im Hinblick auf das Bedürfnis nach Kompetenz. Dennoch ist es auch Aufgabe der Eltern, ihre Kinder im angemessenen Maße zu regulieren und deren Autonomie minimal zu beschränken. Sie übernehmen dabei die Rolle des Erziehers und versuchen mittels elterlicher Kompetenz ihre Kinder dahingehend zu erziehen, dass die eigenen Handlungen aus intrinsischer Motivation heraus vollzogen werden, ohne dass die extrinsische Motivation Beachtung findet. Das damit einhergehende Ziel ist die Selbstbestimmung und autonome Selbstregulation des Kindes. Die Umsetzung all dieser Aufgaben ist notwendig, damit die Sozialisation des Kindes innerhalb der Familie funktionieren kann. Dieser Sozialisationsprozess ist relevant für die weitere Identitätsentwicklung des Kindes. Die in der Familie erlebten Rituale und Routinen führen das Kind zu den, für jede Familie, spezifischen Denk- und Handlungsmustern heran. Angesichts der Bedeutung, die die Familie den eigenen Ritualen zuschreibt, entwickelt sich das Selbstwertgefühl des Kindes. Ausgiebiger definiert bedeutet dies, dass eine hohe Bedeutungszuschreibung der familiären Rituale zu einem ausgeprägteren Selbstwertgefühl führt, als ein inkonsequentes Durchführen von Ritualen oder deren gänzlich Ausbleiben. Generell bilden gemeinsam gemeisterte und erlebte Erfahrungen die Basis für die Lebensorientierung der einzelnen Familienmitglieder. Solch positive

Familiengeschichten sind die Voraussetzung für ein positives familiäres Selbstbewusstsein und ein ausgeprägtes Werteprofil (vgl. Schneewind 2008, 256ff).

Obleich das Verlangen der Menschen nach Zugehörigkeit bei den meisten sehr ausgeprägt ist, stehen sie zwischen der Entscheidung ihre eigene Identität zu bewahren oder in der Mehrheitskultur integriert zu sein. Nur durch Selbstbehauptung und Anpassung können die Menschen aus dem Sozialisationsprozess als eigenständiges und dennoch gesellschaftsfähiges Subjekt hervorgehen. Speziell die Angst aus der Gesellschaft, aufgrund von Andersartigkeit, ausgeschlossen zu werden, motiviert den Menschen, sein eigenes Verhalten zu reflektieren und dem wünschenswerten Verhalten im gewissen Maße anzupassen. Die Entwicklung innerhalb des Sozialisationsprozesses ist abhängig von der Familie und deren Unterstützung für das Individuum (vgl. Garlichs/Leuzinger-Bohleber 1999, 32ff). Vornehmlich in den Familien, in denen der unterschiedliche Hörstatus ein wichtiges Charakteristikum der Familie darstellt, ist der Sozialisationsprozess unabhängig sensorischer, kultureller oder sprachlicher Unterschiede relevant. Für diese Familie ist entscheidend, dass die Unterschiede Anerkennung finden, sowohl innerhalb der Familie per se, als auch im Hinblick auf das soziale Umfeld. Auch die Akzeptanz beziehungsweise auch die Ablehnung darüber, dass sich eine Familie für ein CI entschieden hat, beeinflusst die innere Stabilität dieser. Die positive Einstellung der Eltern gegenüber der Andersartigkeit ihrer Familie ist Voraussetzung dafür, dass sich alle Familienmitglieder, insbesondere die Kinder, als kompetente Person ansehen. Unabhängig der speziellen Situation von Familien mit hörgeschädigten Mitgliedern, müssen auch hier die Beteiligten ihre eigenen Erfahrungen sammeln und diesen individuelle Bedeutung zuschreiben (vgl. Pollard 1999, 412ff). Losgelöst vom Hörstatus der Familie verkörpert die Sprache die Grundlage für eine intakte Interaktion innerhalb und außerhalb der Familie. Um welche Sprache es sich dabei handelt ist primär nicht von Bedeutung, da es für die psychosoziale Entwicklung des Kindes lediglich wichtig ist, dass eine gemeinsame (Gebärden)Sprache vorhanden ist (vgl. Gutjahr 2007, 109ff).

3.2 Kommunikation in Eltern-Kind-Beziehung

Für eine gute Qualität der Eltern-Kind-Beziehung ist unter anderem eine gemeinsame Kommunikationsbasis unerlässlich. Hierbei sollte die Muttersprache der Eltern die Sprache darstellen, mit der die Familienmitglieder untereinander kommunizieren, damit eine ungehinderte und fließende Familienkommunikation gewährleistet ist. In Familien, in denen einzelne, oder aber auch alle, Familienmitglieder von einer Hörschädigung betroffen sind, ist die Basis der gemeinsamen Kommunikationsform umso bedeutender. Durch die

unterschiedlichen Konstellationen innerhalb der Familien, besteht häufig eine sprachliche Mischform als Familiensprache. Diese setzt sich meistens aus Gebärdensprache, lautsprachbegleitende Gebärden und Lautsprache zusammen, so dass die Kinder einen bilingualen Spracherwerb haben. Diese Situation ist aber nur dann der Fall, wenn mindestens ein Elternteil über eine gute lautsprachliche Kompetenz verfügt. Die Relevanz einer gemeinsamen sprachlichen Basis wird bei der Versorgung der Bedürfnisse deutlich. Ohne funktionierende Kommunikation können Missverständnisse in der Familie aufkommen und eine Begleitung der kindlichen Entwicklung, durch Befriedung der positiven Gefühle und Emotionen, ist nicht gewährleistet. Fehlt ein intensiver Austausch zwischen Eltern und Kind, oder ist dieser nur im eingeschränkten Maße vorhanden, ist die Eltern-Kind-Beziehung belastet und wird von negativen Gefühlen geprägt. Zusätzlich befinden sich Familien, in denen der Hörstatus der Familienmitglieder verschieden ist, in einem Konflikt zwischen zwei Kulturen. Nur wenn die jeweils andere Kultur von allen Mitgliedern einer Familie akzeptiert und respektiert wird, ist eine gesunde Beziehung untereinander möglich. Insbesondere hörende Kinder von gehörlosen Eltern befinden sich häufig zwischen den beiden verschiedenen Kulturen, da sie als Bindeglied für ihre Eltern fungieren (vgl. Peter et al. 2010, 61ff).

Nichtsdestotrotz bietet die Andersartigkeit aufgrund einer Hörschädigung auch Vorteile für das hörgeschädigte Kind mit seinen hörgeschädigten Eltern. Aufgrund der meist positiveren Einstellung der gehörlosen Eltern gegenüber einer möglichen Gehörlosigkeit ihrer Kinder, nehmen diese die Hörschädigung leichter an als beispielsweise hörende Eltern. Für die gehörlosen Eltern stellt die Sinnesbehinderung ihres Kindes kein Stigma dar, sondern lediglich ein Charakteristikum, welches dieses Kind nun mal aufweist. Weiter fällt den gehörlosen Eltern die Identifikation mit ihrem Kind als gleichartig leichter und sie beginnen bereits von Geburt an ihr Kind auf die speziellen Merkmale der gehörlosen Welt vorzubereiten. Durch vermehrten Körperkontakt und die Orientierung hin zur Antlitz Gerichtetheit wird das Kind bereits früh an die Grundlagen der hörgeschädigten-spezifischen Kommunikation herangeführt. Unterstützt wird dieser Weg durch den frühen Gebrauch von Gebärden. Mittels der Eltern wird den gehörlosen Kindern von klein auf eine Welt geboten, an der sie möglichst viele akustische Reize durch visuelle Reize ersetzen können. Dennoch darf auch bei hörgeschädigten Kindern die Lautsprachentwicklung nicht außer Acht gelassen werden. Ein gewisses Maß an lautsprachlichen Fähigkeiten ermöglicht allen hörgeschädigten Personen ein Leben in zwei Kulturen (vgl. Gutjahr 2007, 109ff).

Generell hat das gehörlose Kind somit zwei Möglichkeiten, in welche Situation es geboren wird: etwa 90 Prozent der gehörlosen Kinder werden in eine lautsprachliche Umgebung mit

hörenden Eltern hineingeboren; zehn Prozent der gehörlosen Kinder wachsen hingegen in einem gebärdenden Umfeld mit gehörlosen Eltern auf (vgl. Krause 2007, 6). Allerdings gebären wiederum 90 Prozent der gehörlosen Eltern hörende Kinder, was ebenfalls eine kritische und herausfordernde Situation für diese Kinder darstellen kann. Die Gehörlosigkeit ist in der Familiengeschichte somit oft einmalig (vgl. Funk 2001, 282).

3.3 Situation von CODAs

Das Akronym CODA steht für „children of deaf adults“ und beschreibt die Personengruppe von Kindern gehörloser Eltern. Weisen die Kinder ebenfalls eine Gehörlosigkeit oder eine hochgradige Hörschädigung auf, werden sie als Deaf CODA bezeichnet und sind somit gehörlose Kinder von gehörlosen Eltern. Aufgrund der Hörschädigung der Eltern stellt in beiden Fällen meist die Gebärdensprache die Familiensprache dar, da diese eine gesicherte Kommunikation unter allen Familienmitgliedern gewährleistet. Bei hörenden CODAs erfolgt der Lautspracherwerb im Austausch mit dem hörenden sozialen Umfeld (vgl. Dumanski/Leonhardt 2017, 25ff). Aufgrund fehlender Problematiken im Lautspracherwerb wird die Situation von CODAs häufig zu wenig Beachtung geschenkt. Obwohl sie zwar die Lautsprache normal erlernen können und einen Ausschluss aus der Gesellschaft somit äußerst gering ist, kann die besondere Familienkonstellation Auswirkungen auf die psychosoziale Entwicklung des Kindes haben. Ursächlich kann unter anderem das Leben in zwei Welten sein, da sich die hörenden Kinder gehörloser Eltern häufig ihrer Zugehörigkeit zur jeweiligen Welt unsicher sind. Auch das Aufwachsen mit zwei Sprachen kann zu Schwierigkeiten führen, wenn möglicherweise eine oder auch beide Sprachen, nicht im vollständigen Maße erlernt werden und die Kommunikation mit der jeweiligen Welt erschwert wird (vgl. Leonhardt 2017a, 17f). Diese permanente Doppelbelastung, charakterisiert durch Ausgrenzung und Zugehörigkeit zu zwei verschiedenen Welten, führt nicht selten zu einer innerlichen Zerrissenheit von CODAs. Als Folge dieser Zerrissenheit können Probleme in der Identitätsentwicklung auftreten. Neben dem Zwiespalt zu welcher Welt sie gehören, fungieren diese Kinder zusätzlich als Vermittler zwischen zwei unterschiedlichen kulturellen Gemeinschaften. Die dadurch aufkommende Ambivalenz erschwert die kindliche Entwicklung weiter, da die Gehörlosigkeit der Eltern innerhalb der Familie als normal angesehen wird, wogegen eben diese Gehörlosigkeit in der hörenden Welt als unnormal und andersartig definiert wird (vgl. Peter et al. 2010, 24f). Die Vermittlerrolle, welche CODAs sehr häufig einnehmen, entspricht nicht immer dem kindlichen Wissens- und Entwicklungsstand. Als Folge dieser Vermittlerrolle kann es zu einem Rollentausch innerhalb der Familie kommen, bei der die Eltern in Abhängigkeit ihrer Kinder

geraten und die Kinder als Entscheidungsträger handeln. Ein solcher Rollenwechsel lässt sich nur schwer vermeiden und erfordert vom Kind sehr viel Verantwortung, welches diese in seinem Alter aber nicht unbedingt tragen kann (vgl. Grüner 2004, 13ff). Die Kinder agieren sowohl als Informationsvermittler für ihre Eltern als auch als Filter. Insbesondere die Filterfunktion ist nicht unproblematisch, da mit dieser Funktion sehr viel Verantwortung einhergeht. Die Kinder nehmen es sich zur Aufgabe, ihre Eltern vor etwaigen Beleidigungen zu beschützen und filtern eingehende Informationen im Vorfeld, bevor sie die aufgenommenen Reize an ihre Eltern weiterleiten. Neben dieser Schutzfunktion, welche nicht der Rolle eines Kindes zugeschrieben wird, können wichtige Informationen auch aus Eigenschutz zurückgehalten werden. Ein Beispiel wäre hier ein Gespräch in der Schule, bei dem die Eltern voll und ganz auf die Ehrlichkeit ihres Kindes vertrauen müssen und nicht selten eine beschönigte Wahrheit dargeboten bekommen. Das Kind als Dolmetscher repräsentiert die einzige Informationsquelle der Eltern, welches wie bereits beschrieben, eher negative Auswirkungen auf das Kind hat. Sollte es keine andere Möglichkeit geben, als dass das Kind für die Eltern zwischen den Sprachen vermittelt, müssen beide Parteien damit einverstanden sein und sich an klare Regeln und Grenzen halten. Bei Gesprächen, die weit über die kindliche Entwicklung, wie beispielsweise ein Arztbesuch, hinausgeht, sollten die Eltern eine andere Lösung für die Kommunikation mit dem hörenden Umfeld in Betracht ziehen (vgl. Pollard 1999, 412ff).

Neben dem geänderten Abhängigkeitsverhältnis zwischen Eltern und Kindern im Hinblick auf den Erhalt von Informationen, beeinflusst die Hörschädigung der Eltern das gesamte Familienleben. Aufgrund verschiedener Hörstadien gestalten sich die Beziehungen untereinander von Familienmitgliedern anders, als in normalhörenden Familien. Die Bedeutung der hörenden Großeltern nimmt oftmals dahingehend zu, dass sie die lautsprachliche Entwicklung der hörenden Kinder besser begleiten und unterstützen können als die gehörlosen Eltern. Generell nimmt das Verhältnis der Eltern zu Hörenden Einfluss auf die gesamte Entwicklung des Kindes. Familien mit gehörlosen Eltern und hörenden Kindern weisen eine andere Struktur des Familiensystems auf. Die Kinder solcher Familien unterliegen anderen Anforderungen als Familien mit normal hörenden Mitgliedern. Sie sind anders als andere und verhalten sich auch dahingehend. Dennoch haben auch gehörlose Eltern gewisse Erwartungen an ihre Kinder, deren Erfüllung zu einem positiven Familienklima beiträgt. Nichtsdestotrotz ist es als problematisch anzusehen, wenn gehörlose Eltern ihre Kinder als Tor zur hörenden Welt sehen, auch wenn sie ihm selbst diesen Weg möglichst erleichtern wollen. Ziel der gehörlosen Eltern sollte sein, ihrem Kind, trotz der eigenen Hörschädigung, das Kind-Sein zu ermöglichen

und eine Überforderung und Überlastung des Kindes, durch frühzeitige Übernahme von zu viel Verantwortung, zu vermeiden. Als Folge von einer Überforderung des Kindes können Schwierigkeiten in der Identitätsentwicklung auftreten, insbesondere zu welcher Welt sie sich dazugehörig fühlen. Generell gilt die Hörschädigung der Eltern als ein gewisser Risikofaktor für eine schwierige Eltern-Kind-Beziehung in der Pubertät (vgl. Grüner 2004, 13ff). Speziell im Teenager Alter nutzen viele der CODAs ihre Kompetenz, zwischen den Sprachen wechseln zu können und nutzen dann die Lautsprache, wenn ihre Eltern etwas nicht mitbekommen sollen. Häufig ist dies der Fall, wenn sich die Kinder mit Freunden unterhalten. Dennoch ist die Fähigkeit, die Kommunikationsform dem Gesprächspartner anzupassen, bereits im Kleinkindalter vorhanden und ermöglicht eine sichergestellte Kommunikation. Zusammengefasst können die Familienmitglieder mit verschiedenen Hörstatus, trotz vieler Schwierigkeiten und Anforderungen, voneinander profitieren und auch die Familie an sich, hat die Möglichkeit sich zu zwei verschiedenen Kulturen zugehörig zu fühlen (vgl. Pollard 1999, 412ff).

Im Gegensatz zu den Familien mit gehörlosen Eltern und hörenden Kindern, stehen die Familien mit gehörlosen Eltern und gehörlosen Kindern. Bei den sogenannten deaf CODA können Schwierigkeiten im Lautspracherwerb auftreten, da ein Aufwachsen mit einer lautsprachlichen Muttersprache nicht möglich ist. Als Folge können nur sehr unzureichende Fähigkeiten in der lautsprachlichen Wahrnehmung erfolgen. Um diesen Schwierigkeiten entgegenzuwirken entscheiden sich immer mehr gehörlose Eltern für ein CI bei ihrem Kind, wenn die Qualität des auditiven Inputs durch eine herkömmliche Hörgeräteversorgung nicht mehr ausreichend ist. Die, durch eine CI Versorgung auftretenden Möglichkeiten in der Lautsprache, können dem Kind den Weg in die hörende Welt sehr vereinfachen. Auf der anderen Seite, kann es mittels Cochlea Implantation die Rolle des Kindes ändern. Es wird von einem deaf CODA zu einem hörenden CODA (vgl. Dumanski/Leonhardt 2017, 25ff).

Durch das CI zum CODA

Obschon eine Versorgung mit einem CI viele Vorteile mit sich bringt und letztlich zu einem (im gewissen Maße) hörenden CODA führt, bestehen große Unterschiede zwischen eben diesen gehörlos geborenen und hörend geborenen CODAs. Der wohl größte Gegensatz besteht im Spracherwerb. Während hörende CODAs zwei Muttersprachen auf natürlichem Weg erlernen, erlernen die gehörlos geborenen CODAs nur die Gebärdensprache muttersprachlich. Die Lautsprache hingegen wird, wie bei allen gehörlosen Kindern gehörloser Eltern, auf einem künstlich initiierten Weg angeeignet, welcher in Abhängigkeit zum hörenden Umfeld, wie beispielsweise den Großeltern, entsteht. Gehörlose Eltern sind sich bei der Versorgung ihrer

Kinder mit einem Implantat durchaus bewusst, dass sie auf die Hilfe von Hörenden angewiesen sind, um ihren Kindern die bestmöglichen Entwicklungschancen bieten zu können. Dennoch benötigen auch die gehörlosen Eltern selbst Unterstützung und Aufklärung darüber, welche Fortschritte ihr Kind macht und inwieweit auch sie als Eltern dem Kind helfen können, damit sie dieses nicht in die hörende Welt verlieren (vgl. Vogel 2017, 33). Generell ist es wichtig, dass es mindestens ein hörendes Familienmitglied in der Nähe zur Kernfamilie gibt, welches das Kind bei der, im Anschluss an die Implantation folgenden, Rehabilitation in seiner Lautsprachentwicklung unterstützen kann. Wenngleich sich für das Kind nach einer Implantation vieles ändert, bleiben die Familienbeziehungen innerhalb der Kernfamilie vor und nach der Operation ähnlich. Für die Eltern ist es vor der Versorgung des Kindes enorm wichtig, dass die Cochlea Implantation am Kind selbstständig und ohne Drängen von außen erfolgt. Nur so können innerfamiliäre Veränderungen als positiv wahrgenommen und nicht etwa die eigene Akzeptanz des Kindes, durch ein ungewolltes und möglicherweise aufgedrängtes CI, verringert werden. Ebenfalls behalten die Eltern ihre Kompetenz als Eltern, wohingegen sie diese verlieren, wenn sie nicht hinter ihrer Entscheidung stehen. Die besseren Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes werden als erstrebenswert genug erachtet, auch Unterstützung von anderen Personen anzunehmen und diese sogar als positiv zu bewerten, nicht etwa als ein Einmischen der Hörenden. Besonders die Kinder sehen das Implantat als Bereicherung an. Sie haben bessere Möglichkeiten auf Regelschulen unterrichtet zu werden, was meist zu einer wohnortnahen Beschulung führt, anstatt einer Unterbringung an einem Förderzentrum mit oftmals langen Anfahrtswegen. Auch können sie ihren Eltern in bestimmten Situationen helfen und zum Beispiel Dolmetscherdienste übernehmen. Die für CODAs typischen Charakteristika und Anforderungen, werden nun teilweise auch von den zuvor gehörlosen Kindern übernommen. Die neuen hörenden CODAs können sich an das Sprachverständnis der Eltern anpassen, um diesen, mit Hinzunahme von Gebärden, den Austausch mit der hörenden Welt zu erleichtern. Nichtsdestotrotz ist auch hier auf den richtigen Umgang zu achten um eine Überforderung durch zu viel Verantwortung zu vermeiden (vgl. Leonhardt 2017b, 34ff).

3.4 Psychosoziale Situation von Eltern mit Cochlea implantierten Kindern

Die psychosoziale Situation von Eltern behinderter Kinder ist in vielen Fällen eine belastende. Obwohl Eltern von behinderten Kindern ebenso Teil der Gesellschaft sind wie Eltern nicht behinderter Kinder, sind sie weit mehr bemüht, keine negativen Tendenzen im Hinblick auf die Behinderung oder ihr Kind an sich aufkommen zu lassen. Beide Elterngruppen vertreten die

gleiche Einstellung und möchten ihrem Kind ein bestmögliches Leben gestalten. Dennoch stehen die Eltern behinderter Kinder häufig in der Diskrepanz zwischen Wunsch und Realität. Die meisten Eltern wünschen sich für ihr Kind, dass sie diejenigen Dinge im Leben erreichen, die ihnen selbst verwehrt geblieben sind. Können die Kinder, aufgrund ihrer Einschränkungen, diese Ziele nicht erreichen, kann ein Gefühl von Ambivalenz zwischen Ablehnung und Akzeptanz des eigenen Kindes entstehen. Dieses Gefühl ist unter anderem durch die Vorurteile und dem Verhalten der Gesellschaft gegenüber der Behinderung geprägt. Zusätzlich ist das Auftreten von Frustration bei den Eltern, abhängig von ihrer eigenen Einstellung gegenüber der Behinderung und den daraus resultierenden Erwartungen an das Kind, möglich. In den meisten Familien führt eine zu hohe Erwartung zu hoher Enttäuschung, wenn das angestrebte Ziel der Eltern für das Kind nicht zu erreichen ist. Das Rollenverhältnis kann dabei ins Ungleichgewicht fallen, wenn das Kind seine Rollenerwartung in der Familie, aufgrund seiner Einschränkungen, nicht im vollen Maße erfüllen kann. Besonders schwierig gestalten sich die innerfamiliären Beziehungen, wenn das Kind bereits von Geburt an behindert ist. Immer wieder kann es in diesen Situationen zu einer gestörten Eltern-Kind-Beziehung kommen, abhängig von den Reaktionen der Eltern. Viele der Eltern verfallen nach der Geburt eines behinderten Kindes in den Diagnoseschock und erleben die Geburt als belastendes Ereignis. Die somit auftretenden Schuldgefühle sind beispielsweise geprägt durch religiöse Sündenvorstellungen, einer Erblichkeit der Behinderung oder Aggressionen gegenüber dem behinderten Kind. Weiter kann es zu Verleugnungen als Abwehrmechanismus kommen, welche für eine intakte Eltern-Kind-Beziehung schädlich sind. Neben möglichen körperlichen Einschränkungen des Kindes, spielt insbesondere die Intelligenz eine große Rolle in der Akzeptanz der Behinderung. Vor allem fehlende Kommunikationsmöglichkeiten werden schnell mit geringer Intelligenz gleichgesetzt, gleichwohl dieser Zusammenhang nicht pauschal besteht (vgl. Cloerkes 2007, 283ff).

Die Kommunikation und Interaktion gilt auch bei Menschen mit Behinderung als Grundvoraussetzung für die Sozialisation. Mittels Sprache werden Normen und Werte der jeweiligen Gesellschaft vermittelt, weswegen ihr Einfluss auf die Identitätsentwicklung von Kindern eine entscheidende Bedeutung hat. Zusätzlich dient die Sprache als Transportmedium in zwischenmenschlichen Beziehungen und Handlungen. Eine gemeinsame Kommunikation in einer Familie ist wichtig für eine gute Bindung unter den einzelnen Mitgliedern. Es ist daher besonders relevant, welche Sprache in der Familie genutzt wird, da diese Sprache das Bindeglied zwischen der Familie und der gesellschaftlichen Zugehörigkeit darstellt. Als Beispiel hierfür ist eine hörgeschädigte Familie zu sehen: entschließt sich die Familie die Lautsprache als Familiensprache zu nutzen, ist ihr der Weg in die hörende Welt geebnet.

Entscheidet sich diese Familie allerdings für den Gebrauch der Gebärdensprache innerhalb ihrer Familie, entscheiden sie sich dadurch für die Zugehörigkeit in der Gehörlosengemeinschaft (vgl. Wisotzki 2006, 130ff). Haben indes nicht alle Familienmitglieder den gleichen Hörstatus, können Einschränkungen in der Kommunikation, nicht nur zwischen der Familie und dem sozialen Umfeld, entstehen, sondern vielmehr auch innerhalb der Familie selber. Beispielsweise nutzen die gehörlosen Eltern die Gebärdensprache um sich untereinander zu verständigen, während die Kinder die Lautsprache präferieren. Diese Situation kann auch nach einer Cochlea Implantation von zuvor gehörlosen Kindern entstehen. Mit Hilfe des Implantats ist es den Kindern möglich, Lautsprache besser wahrzunehmen und diese auch besser selbst zu verwenden. Daher haben viele gehörlose Eltern Angst, ihr Kind irgendwann vollständig in die hörende Welt zu verlieren, wenn sie sich für eine Cochlea Implantation entscheiden. Außerdem können gehörlose Eltern die lautsprachlichen Kompetenzen ihrer Kinder nur eher selten zu genüge überprüfen, um gegebenenfalls Hilfestellung anzubieten. Auch erfordert es ein großes Maß an Überwindung, die Aufgabe des Sprechen-Lernens an die hörende Welt abzugeben. Kommuniziert das Kind in Lautsprache, ist es in vielen Fällen auf sich allein gestellt, weswegen es keine Gewissheit gibt, dass das Gesagte in korrekter Form bei dem Kind ankommt (vgl. Busch 2013, 55ff). Zusammengefasst können *„Unterschiede im Hörstatus zwischen Eltern und Kindern [...] eine Bereicherung für eine Familie sein, oder eine Plattform, auf der Konflikte ausgetragen werden“* (Pollard/Rendon 1999, 412). Besonders relevant ist in diesen Familien, dass sich alle Mitglieder als kohärent erleben und ihre Kommunikationsform frei wählen. Vorzugsweise in Familien, in denen die Großeltern hörend und die Eltern gehörlos sind, sind Konflikte zwischen den Mitgliedern natürlich. Nicht selten übernehmen die hörenden Großeltern die Rolle der Erziehungsberechtigten, indem sie sich in die Erziehung der hörenden beziehungsweise mit CI versorgten Kinder einmischen. Speziell bei letztgenannten, stellen die Großeltern oftmals während der CI Rehabilitation einen wichtigen Bezugspunkt für die Kinder dar. Durch ihr Hörvermögen und lautsprachlichen Kompetenzen, können sie dem Kind die nötige Unterstützung und Hilfestellung beim Sprachlernprozess bieten (vgl. Busch 2013, 82ff). Unabhängig von der Unterstützung der Großeltern sind es die Eltern, die stellvertretend für ihr Kind entscheiden und sich für den Weg eines CIs entschließen müssen. Relevant für diese Entscheidung sind die Ressourcen und Stärken innerhalb der Familie und das stetige Verlangen, die Familie im Gleichgewicht zu halten. Ungeachtet der familiären Ressourcen sind die hörgeschädigten Familien auf die Hilfe anderer angewiesen und müssen akzeptieren, dass sie die Unterstützung benötigen, wenn die Kinder die Lautsprache in vollem Umfang erlernen sollen. Die dadurch entstehenden Erfahrungen, zwischen hörender und gehörloser Welt,

müssen in Einklang gebracht werden und erfordern Akzeptanz der Unterschiede, besonders der unterschiedlichen Sprachen. Ursächlich für die Entscheidung der Eltern ist zumeist der Wunsch, den Kindern die Lautsprache zu ermöglichen. Um ihre eigene Familie dennoch zusammenhalten und eine intakte Kommunikation gewährleisten zu können, ist in vielen Fällen die bilinguale Kommunikation ein Erfolg bringender Kompromiss zwischen den jeweiligen Familienmitgliedern (vgl. Busch 2013, 88ff).

Bereits existierende Literatur umfasst Informationen zu gehörlosen Eltern, die ihre gehörlosen Kinder implantieren lassen und gehörlose Erwachsene, die mit einem CI versorgt wurden. Allerdings ist die Situation von Familien, in denen sich die Eltern nach der Implantation ihrer Kinder selbst für ein solches Implantat entscheiden, derzeit im deutschsprachigen Raum weder weiter erforscht noch veröffentlicht. Die Fragen nach den Beweggründen für eine CI Versorgung von Eltern gehörloser Kinder, den besonderen Empfindungen in dieser Situation und dem Kampf um die Zugehörigkeit zu den unterschiedlichen Gesellschaften, drängen sich hierbei besonders auf. Welche Überlegungen stellen die betreffenden Eltern an, welche Erwartungen haben sie und mit welchen Konflikten müssen sie sich unter Umständen auseinandersetzen?

4. Forschungsdesign

Die oben dargebotenen theoretischen Grundlagen geben einen Überblick über die gewählte Thematik, sodass im Folgenden die angewandte Methodik für die vorliegende Studie vorgestellt werden kann. Ziel ist es, sowohl die grundlegenden Aspekte der durchgeführten empirischen Forschung, als auch das genaue Vorgehen bei der Datenerhebung detailliert aufzuzeigen. Hierfür werden zunächst die Fragestellung und Zielsetzung der Datenerhebung genauer erläutert. Im Anschluss daran folgen die Darstellung der angewandten Datenerhebungsmethode, der Durchführung und der Vorgehensweise bei der Auswertung der empirischen Studienergebnisse.

4.1 Fragestellungen

Wie aus den theoretischen Aufzeichnungen bereits hervorgeht, ist es für hörgeschädigte Personen nicht einfach sich für ein eigenes CI oder für ein Implantat bei ihren Kindern zu entscheiden. Hinzukommt die Tatsache, dass die Chancen auf Erfolg, von dem CI im Alltag zu profitieren, mit zunehmenden Alter immer schlechter werden. Nichtsdestotrotz ist es für den Menschen besonders wichtig, sich in seinen eigenen Entscheidungen autonom wahrzunehmen, da die hörgeschädigte Person selbst diejenige ist, die mit einer solchen Entscheidung zurechtkommen muss. Dennoch stoßen viele Gehörlose auf Ablehnung aus ihrem sozialen Umfeld, wenn sie sich für ein Implantat entscheiden. Mit welchen Gedankengängen sich die hörgeschädigten Eltern bei der CI Versorgung ihrer Familie beschäftigen, soll anhand folgender Forschungsfragen geklärt werden:

Welche Beweggründe haben gehörlose Eltern, sich nach der Cochlea Implantation ihrer Kinder, selbst mit einem Cochlea Implantat versorgen zu lassen?

Es wird vermutet, dass sich die gehörlosen Eltern, mittels eigener CIs ihren Kindern näher fühlen und verhindern wollen, dass sie ihre Kinder in die hörende Welt verlieren. Das CI stellt somit möglicherweise eine Verbindung zwischen Eltern und Kind dar. Zusätzlich wird davon ausgegangen, dass die Erfahrungen, welche die Eltern bei ihren Kindern beobachten können, zu einem erhöhten Interesse an der auditiven Wahrnehmung führt.

Welche Erwartungen haben erwachsene Gehörlose an das Cochlea Implantat und in wie weit werden ihre Vorstellungen erfüllt?

Ziel dieser Frage soll es sein, herauszufinden, welche Hoffnungen und Erwartungen die Eltern der Cochlea implantieren Kinder an das eigene CI stellen und inwieweit ihre Erwartungen letztlich erfüllt wurden. Ein genaues Aufzeigen der, möglicherweise, aufgetretenen Veränderungen, soll ebenfalls ermöglicht werden.

Zu konkreten Beantwortung der eben aufgestellten Forschungsfragen, wird als Methode zur Datenerhebung ein qualitativer Forschungszugang gewählt.

4.2 Methodisches Vorgehen

Als Methode für diese Arbeit wurden qualitative Interviews gewählt, bei denen CI Träger zu den Bereichen Kommunikation in der Familie, Einfluss der gehörlosen Welt, Einfluss der hörenden Welt, Familiensituation und Veränderungen und Erwartungen befragt wurden. Nachfolgend werden sowohl die methodische Auswahl der Interviews begründet und deren Durchführung beschrieben, als auch eine kritische Reflexion der Interviews vorgenommen, bevor abschließend die Auswertung charakterisiert wird.

4.2.1 Begründung der Methodenwahl

Das primäre Ziel der Sozialforschung ist es, die soziale Wirklichkeit und Realität in seiner Gänze möglichst unverfälscht zu erfassen. Als Basis für die Theorieentwicklung dient dabei die soziale Realität des zu untersuchenden Feldes. Die Theorie an sich entsteht durch einen Anpassungsprozess der Theorie an die soziale Wirklichkeit. Ausgangspunkt dieser Anpassung ist die soziale Lebenswelt: die Realität formt die Theorie. Um die Theoriebildung angemessen voranzubringen ist der Forscher selbst nicht ohne Vorwissen. Dieses Vorwissen wird sich im Austausch mit Fachpersonal oder durch das Einlesen in vorhandene Literatur angeeignet. Zusammengefasst forscht das qualitative Feld induktiv. Im Gegensatz hierzu steht die deduktive Forschung im quantitativen Feld (vgl. Lamnek 2010, 106). Die Induktion beschreibt die Theoriebildung als Schluss von spezifischen empirischen Fällen auf Gesetze und Regeln. Bei der Deduktion erfolgt dieser Schluss umgekehrt. Hierbei wird von einer angenommenen Theorie auf spezifische empirische Fälle geschlossen. Der Forschungsprozess der qualitativen Methode ist von Material charakterisiert, welches durch Datengewinnung zusammengetragen wird und dessen „*Gehalt sich durch formalen, quantifizierenden Auswertungen nicht angemessen erschließen lässt*“ (Stübing 2013, 4). Das Ergebnis der Datengewinnung ist umfangreiches Textmaterial, welches beispielsweise durch eine vollständige Transkription eines geführten Interviews entsteht. Mit Hilfe dieser Abschrift können alle nötigen Informationen aus dem Interview festgehalten werden und dienen als Basis für die weitere Verarbeitung. Die gesammelten Informationen des Gesagten hängen somit zusammen und

verweisen untereinander auf sich. Sie sind keine eigenständigen Informationsstücke, sondern stellen die individuelle soziale Realität als Großes und Ganzes dar. Im Anschluss an die Transkription wird das Textmaterial analysiert, interpretiert, rekonstruiert und zu qualitativen Daten weiterverarbeitet. Insbesondere die Interpretation hat einen hohen Stellenwert in der qualitativen Sozialforschung. Durch sie gibt der Forscher dem Material Sinngehalt und relevantes Wissen, welches das Verhältnis zwischen Material und dem Forscher darstellt (vgl. Stübing 2013, 4f).

Den somit entstehenden subjektiven Ergebnissen des Forschers, sollen durch gewisse Gütekriterien entgegengewirkt werden. Mittels dieser Gütekriterien soll die Qualität des wissenschaftlich gewählten Weges sichergestellt und die erfassten Informationen vergleichbar gemacht werden. Das erste Gütekriterium ist die Objektivität. Sie stellt die Basiskategorie einer jeden Forschung dar und ermöglicht, dass verschiedene Forscher unter den gleichen Rahmenbedingungen der Erhebung zu dem gleichen Ergebnis gelangen. Zur genaueren Differenzierung wird hierbei zwischen Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität unterschieden. Neben der Objektivität steht die Validität. Diese prüft den Bezug der Gültigkeit auf die Erhebung und Auswertung. Vereinfacht gesagt wird überprüft, in welchem Maße der Test tatsächlich das misst, was er vorgibt zu messen. Der Fokus dieses Gütekriteriums liegt in der qualitativen Forschung auf der Datengewinnung, da eine Interpretation von standardisiert erhobenen Daten, weniger Probleme mit sich zieht. Das letzte Kriterium definiert die Zuverlässigkeit beziehungsweise die Reliabilität. Sie gibt Auskunft über die Genauigkeit der Messung und die Konstanz der Messbedingungen. Im Rahmen der explorativen Sozialforschung wird dem Forscher ein intersubjektives Verständnis unterstellt, welches durch seine direkten Kenntnisse, des zu untersuchenden Bereits, entsteht. Diese Intersubjektivität beruht auf der Standardisierung des Kontextes und der Isolierung von den untersuchten Daten. Sie dienen der Künstlichkeit der Interaktionsbedingungen und werden als positiv angesehen. Nichtsdestotrotz zieht die Intersubjektivität auch Nachteile mit sich: die gesammelten Ergebnisse können nicht uneingeschränkt auf die Realität verallgemeinert werden, da sie nur in solchen Situationen Gültigkeit aufweisen, in denen die gleichen Rahmenbedingungen, wie in der Untersuchung, vorliegen (vgl. Lamnek 2010, 133ff).

Das Ziel der vorliegenden Arbeit soll es sein, die verschiedenen und individuellen Beweggründe von betroffenen Eltern aufzuzeigen. Im Zuge dessen, wurde die qualitative Forschung gewählt, da die Personen selbst die Basis für eine Theorie darstellen. Aufgrund der Tatsache, dass es sich bei der Implantation von hörgeschädigten Erwachsenen nach einer vorangegangenen Cochlea Implantation bei ihren Kindern, um eine noch sehr neue und

wachsende Personengruppe handelt, ist ein Schluss von der Allgemeinheit auf das Individuum (noch) nicht möglich. Die Aussagekraft einer eher kleinen Stichprobengröße ist in diesem Fall ausreichend, da weniger auf eine weitreichende Repräsentativität, sondern vielmehr auf die persönliche Meinung abgezielt wird (vgl. Aeppli 2016, 141ff).

4.2.2 Problemzentriertes Interview nach Witzel

Bei dem von Andreas Witzel 1982 entwickelten problemzentrierten Interview, handelt es sich um ein theoriegenerierendes Verfahren, bei dem der Forscher, durch ein Wechselspiel aus induktiven und deduktiven Komponenten, zu neuen Erkenntnissen gelangt. Mit Hilfe dieser Methode sollen zum einen die subjektiven Probleme des Befragten dargestellt und zum anderen eine Erzählung angeregt werden. Die Narration wird dabei durch Dialoge ergänzt, welche durch leitfadengestützte Aussagen angeregt werden. Das Ziel der problemzentrierten Interviews soll es sein, sowohl die individuellen Handlungen und Erfahrungen als auch die subjektive Wahrnehmung von der gesellschaftlichen Realität, zu erfassen und miteinander zu vergleichen. Die leitfadengestützten Anregungen werden im Vorfeld des Interviews vom Forscher, durch gesammeltes Vorwissen, erarbeitet und dienen während der Erhebung als Ideenlieferer zwischen Proband und Befragtem. Durch den narrativen Charakter dieser Interviewform schreibt der Befragte gewissen Aussagen ihre individuelle Relevanz zu, indem er das Gesagte besonders betont oder ausordentlich lange über ein Thema spricht. Neben diesen besonderen Merkmalen ist das problemzentrierte Interview durch drei Grundpositionen gekennzeichnet. Die Problemzentrierung verfolgt das Ziel einer möglichst unbeeinflussten Erfassung der individuellen Handlungen und der subjektiven Wahrnehmung gesellschaftlicher Realität. Mit Hilfe des, im Vorfeldes des Interviews gesammelten, Wissens über objektive Rahmenbedingungen, ist es dem Forscher möglich, die Intentionen des Probanden besser zu verstehen, die subjektiven Sichtweisen zu interpretieren und in den Gesamtzusammenhang des befragten Feldes einzuordnen. Zusätzlich bietet ihm dieses Vorwissen die Möglichkeit, adäquate und ergänzende Fragen zu bestimmten Bereichen zu stellen, wodurch er das Interview immer weiter auf den gewünschten Forschungsgegenstand zuspitzen kann. Die zweite Grundposition beschreibt die Gegenstandorientierung, welche durch die Flexibilität gegenüber verschiedensten Anforderungen des zu untersuchenden Feldes, gekennzeichnet ist. Die Prozessorientierung, als dritte Grundposition, nimmt Bezug zum gesamten Forschungsablauf, insbesondere auf die Vorinterpretationen. Durch eine möglichst sensible Reaktion auf Handlungen und Verhaltensweisen des Befragten, versucht der Forscher eine Offenheit zu generieren, in der sich der Proband mit seiner Problemansicht ernstgenommen und respektiert fühlt. Ein solches Vertrauensverhältnis fördert die Erinnerung des Probanden und regt diesen

zum Sprechen an. Aufgrund des narrativen Charakters kann der Befragte immer wieder neue Aspekte zu einem bereits genannten Thema hervorbringen oder Korrekturen an bereits getätigten Aussagen und Widersprüchlichkeiten vornehmen. Ebenfalls entstehen durch die Erzählform erwünschte Redundanzen, welche oftmals interpretationserleichternde Neuformulierungen enthalten. Durch diese Offenheit wird der Befragte zum Erzählen seiner Lebensgeschichte angeregt, weswegen isolierte Fragen mit isolierten Antworten vermieden werden sollten (vgl. Witzel 2000).

Unterstützt wird diese Methode durch vier Instrumente: Kurzfragebogen, Leitfaden, Tonband und Postskriptum. Der Kurzfragebogen dient der Datenerfassung und verhindert, dass zu viele geschlossene Fragen während dem Interview gestellt werden. Hierdurch werden soziale und biografische Daten wie Alter, Beruf oder Herkunft abgefragt, je nachdem welche Informationen für den Forscher interessant und notwendig sind. Diese gesammelten Rahmendaten und Fakten, können neben der informierenden Eigenschaft auch eine Überleitung zum Interview ermöglichen und einen geeigneten Gesprächseinstieg bieten. Das zweite Instrument, der Leitfaden, stellt eine Gedächtnisstütze für den Interviewenden dar und übernimmt eine Orientierungsfunktion. Aufgrund des Fragebogens ist es im Anschluss der Interviews möglich, diese untereinander zu vergleichen. Der Leitfaden ist in die zu behandelnden Themenkomplexe untergliedert und untersucht die relevanten Forschungsbereiche. Zusätzlich können mit Hilfe des Leitfadens noch nicht behandelte Themen aufgegriffen und in die Unterhaltung mit eingebracht werden. Zusammengefasst dient der Leitfaden als Kontrolle und soll den Interviewer in seinem Vorhaben unterstützen und Sicherheit bieten (vgl. Witzel 2000, Lamnek 2010, 332ff, Mey/Mruck 2010, 425). Damit sich der Interviewer auf das Gespräch konzentrieren kann, wird das Interview mit einem Tonband aufgenommen. Diese Aufnahme bildet die Basis für eine wortwörtliche und vollständige Transkription des Gesagten, damit keine Informationen verloren gehen. Handelt es sich beispielsweise um ein Interview in Gebärdensprache, sollte zusätzlich eine Videokamera genutzt werden, damit auch hier eine anschließende Transkription erfolgen kann. Der Interviewer selbst achtet während dem Interview auf nonverbale Merkmale und Besonderheiten. Diese werden unmittelbar nach dem Gespräch im Postskriptum festgehalten. Die daraus entstehende Gesprächsskizze mit Anmerkungen oder besonderen situativen oder spontanen Aspekten, kann im Anschluss ebenfalls in die Analyse mit einfließen. Zusätzlich kann hier festgehalten werden, wenn der Befragte sich auf ein Thema speziell eingelassen und seinen eigenen Schwerpunkt gesetzt hat. Generell werden die Rahmenbedingungen des Interviews notiert, genauso wie besondere Mimik und Gestik des Gesprächspartners (vgl. Witzel 2000, Lamnek 2010, 332ff).

Zu Beginn des Interviews wird Kontakt mit dem Probanden aufgenommen. Hierbei soll die Art die Kommunikation abgeklärt werden und der Befragte durch Zusicherung der Anonymität beruhigt werden. Ebenfalls sollte der Forscher zu diesem Zeitpunkt seine Forschungsfrage offenlegen, damit der Befragte weiß worum es geht und sich nicht während des Gesprächs diese Frage stellen muss. Es ist wichtig, dass dem Probanden verdeutlicht wird, dass es ausschließlich um seine subjektiven Meinungen und Empfindungen geht, und nicht die Antworten intellektuell bewertet werden. Der Befragte stellt den Experten in seinem Bereich dar und sollte vom Forscher auch als solcher behandelt werden. Durch einen erzählgenerierenden Gesprächseinstieg animiert der Interviewer sein Gegenüber zu einem Gespräch. Um einen möglichst hohen Erkenntnisgewinn zu erlangen, wechselt der Interviewer zwischen Zuhören und Nachfragen (vgl. Witzel 2000, Lamnek 2010, 332ff). Nichtsdestoweniger soll der Interviewer bei der Durchführung eines problemzentrierten Interviews *„sehr früh strukturierend und nachfragend in das Gespräch eingreifen, Themen einführen [und] Kommentare und Bewertungen erbitten“* (vgl. Mey/Mruck 2010, 425). Hierzu stehen ihm verschiedene Gesprächsstrategien zur Verfügung (vgl. Witzel 2000, Lamnek 2010, 332ff).

a) Erzählungsgenerierende Kommunikationsstrategien

Mit Hilfe von vorformulierten Einstiegsfragen, soll der Proband zum Problembereich hingeführt werden. Charakterisiert sind diese Fragen durch ihre Offenheit, damit der Befragte von sich aus ins Erzählen kommt. Zusätzlich kann der Interviewer in der allgemeinen Sondierung, bereits Gesagtes erneut aufgreifen um mögliche weitere Details hervorzulocken. Die sogenannten Ad hoc Fragen sind notwendig, damit alle zu erforschenden Themenbereiche angesprochen werden. Nur so kann eine Vergleichbarkeit der Interviews sichergestellt werden. Dennoch sollten diese Fragen eher am Schluss gestellt werden, da eine Frage-Antwort Situation während dem Hauptteil vermieden werden sollte (vgl. Witzel 2000, Lamnek 2010, 332ff).

b) Verständnisgenerierende Kommunikationsstrategien

Als verständnisgenerierende Kommunikationsstrategie wird die spezifische Sondierung angesehen. Hierbei macht sich der Fragende das selbst erworbene Wissen durch die vorherigen gegebenen Antworten zunutze, um neue Fragen in das Gespräch mit einzubringen. Der Interviewer gibt bereits genannte Äußerungen des Probanden wieder und regt durch Zurückspiegeln zur Selbstreflexion an. Sollte der Befragte im Laufe des Gesprächs abweichende oder missverständliche Antworten geben, kann der Interviewer mit Verständnisfragen nachfragen, damit er später eine präzise und gültige Interpretation des

Gesagten durchführen kann. Zusätzlich kann der Proband mit möglichen Widersprüchen oder Ungereimtheiten konfrontiert werden. Hierbei ist es besonders relevant, dass bereits ein Vertrauensverhältnis zwischen den Gesprächspartnern vorherrscht, da sich der Befragte anderweitig zur Rechtfertigung gezwungen fühlen könnte. Die Strategie der Konfrontation sollte auch nur nach reichlicher Überlegung gewählt werden, da diese schnell das Interviewklima verschlechtert (vgl. Witzel 2000, Lamnek 2010, 332ff).

Der Interviewer fördert somit durch erzählungsgenerierende Fragen die Narration des Befragten wogegen durch die verständnisgenerierenden Fragetechniken neue Muster im Sinnverstehens entstehen. Aufgrund der Verknüpfung von Vorwissen und gehörtem Wissen, stellt diese Form der Befragung eine hohe Herausforderung für den Interviewer dar (vgl. Witzel 2000, Lamnek 2010, 332ff).

4.2.3 Kurzfragebogen und Interviewleitfaden

In Anlehnung an das problemzentrierte Interview nach Witzel, wird den Probanden vor Beginn des Interviews ein Kurzfragebogen vorgelegt (siehe Anhang B). Dieser erfragt die demografischen Daten der Versuchsperson und bietet dem Interviewer wichtige vorab Informationen. Mittels der privaten Daten kann sich der Interviewer auf die individuellen Voraussetzungen des Probanden einlassen und das anschließende Gespräch persönlicher und auf den Probanden zugeschnitten gestalten. Gleichzeitig wird durch das Ausfüllen des Fragebogens ein Frage- Antwort- Schema während des Interviews vermieden, welches eine vermeintlich unangenehme Situation für die Probanden mit sich ziehen könnte. Der Fragebogen erfragt neben dem Geschlecht und dem Geburtsjahr auch Angaben zur Hörschädigung. Der Grad der Hörschädigung, der Zeitpunkt der Diagnose der Hörschädigung sowie der Zeitpunkt der ersten Hörgeräteversorgung sind dabei von Interesse. Zusätzlich wird das Jahr der CI Versorgung erbeten, sowie ob eine einseitige oder beidseitige Versorgung stattgefunden hat. Neben diesen persönlichen, nur den Probanden betreffenden Informationen, wird nach der Familiensituation gefragt und ob es weitere Familienmitglieder mit einer Hörschädigung gibt. Hierbei stehen vor allem die eigenen Kinder und deren mögliche Hörschädigung im Fokus. Daher wird sowohl jeweils die Anzahl der Kinder und die Anzahl der Kinder mit Hörschädigung, als auch die Anzahl der mit CI versorgten Kinder, ermittelt. Zusätzlich sollen die Probanden darstellen, in welcher Form innerhalb ihrer Familie kommuniziert wird. Zur Auswahl stehen dabei die Kommunikationsformen: Lautsprache, Gebärden, lautsprachbegleitende Gebärden und Sonstiges. Mehrfachnennungen sind bei dieser Frage erlaubt. Abschließend wird das Einverständnis, zur anonymen Verwendung der gegebenen Daten, erbeten.

Im Anschluss an den Fragebogen beginnt das Interview. Dieses ist auf einen Leitfaden (siehe Anhang C) gestützt, welcher sich in acht Teile gliedert: Einführung, Kommunikation in der Familie, Einfluss der gehörlosen Welt, Einfluss der hörenden Welt, Familiensituation, Erwartungen und Veränderungen und Abschluss. In der Einführung wird der Proband an die Thematik herangeführt und durch Fragen zum derzeitigen Befinden, mit dem CI, Erwartungen und eventuelle Veränderungen, zum Erzählen animiert. Auch soll der Proband Angaben zum Zeitraum, welcher zwischen der Implantation des Kindes und der eigenen lag, tätigen. Ebenfalls wird die Reaktion des Probanden erfragt, als dieser erfahren hat, dass sein/ihr Kind ebenfalls hörgeschädigt ist. Im zweiten Bereich soll die Kommunikation innerhalb der Familie genauer beleuchtet werden. Hierzu steht vor allem die Familiensprache im Vordergrund und deren mögliche Veränderung. Zusätzlich wird der Einfluss der Lautsprache, sowohl in der alltäglichen Kommunikation, als auch im Sprachlernprozess des Kindes, nach der Implantation, erfragt. Der dritte Bereich behandelt den Einfluss der gehörlosen Welt, unter anderem welchen Stellenwert das Hören für den Probanden und dessen Familie hat. Weiter werden eventuelle Meinungen und Ansichten von Gehörlosen gegenüber der Implantation des Kindes und der Implantation des Probanden erkundet. Der darauffolgende Themenbereich behandelt den Einfluss der hörenden Welt und soll herausfinden, inwieweit die Angst, das implantierte Kind in die hörende Welt zu verlieren, zur eigenen Entscheidung beigetragen hat. Ebenfalls ist an dieser Stelle das Interesse an der akustischen Welt des Befragten interessant. Anschließend wird die Familiensituation genauer betrachtet. Hierbei ist vor allem die gemeinsame Erfahrung durch das CI und der generellen Beziehung zwischen der Versuchsperson und dem implantierten Kind relevant. Darüber hinaus wird der Proband dahingehend befragt, inwieweit die Identitätsentwicklung des Kindes die eigene Entscheidung beeinflusst hat. Im vorletzten Bereich werden Veränderungen und Erwartungen erfragt, die die Implantation mit sich gebracht hat. Unter anderem soll der erwartete Nutzen im Vergleich zu dem Nutzen des Implantats beim Kind betrachtet werden. Auch soll die Frage geklärt werden, wie sich die Versuchsperson selbst mit dem CI sieht und ob sie sich als ein Vorbild für das Kind ansieht. Im letzten Bereich, dem Abschluss, wird gefragt, ob sie sich noch einmal für ein CI entscheiden würden und ob es weitere Gründe für ihre Entscheidung gibt. Abschließend wird nach den Zukunftswünschen der Interviewpartner gefragt und ihnen der Raum geboten, noch etwas hinzuzufügen.

Da es in dieser Arbeit auch um die (veränderte) Familiensituation nach den Cochlea Implantationen geht, enthält der Fragebogen zusätzlich einige Fragen für anwesende Familienmitglieder. Diese erfragen neben dem persönlichen Hörstatus auch die aufgefallenen Veränderungen innerhalb der Familie und deren individuelle Bewertung. Abschließend wird

auch den Familienmitgliedern die Gelegenheit gegeben, sich zu Wünschen bezüglich des Hörens und der vorangegangenen Implantationen zu äußern.

Um eine Vergleichbarkeit aller Interviews zu gewährleisten, werden bestimmte Fragen in jedem Interview behandelt und durch mögliche Anregungen ergänzt. Diese sind im Interviewleitfaden als solche gekennzeichnet.

4.3 Durchführung und Interviewpartner

Zu Beginn der Datenerhebung wurden zunächst geeignete Probanden rekrutiert. Hierfür wurden sowohl Ausschreibungen (siehe Anhang A) in verschiedenen öffentlichen Netzwerken veröffentlicht, als auch verschiedene Selbsthilfegruppen von CI Trägern und CI Zentren kontaktiert. Als notwendiges Kriterium, um an der Erhebung teilnehmen zu können, galt die Tatsache, dass das Implantat der Eltern erst nach der Implantation der Kinder erfolgte. Die Probanden mussten sich daher entweder selbstständig melden, oder wurden aus Empfehlungen außenstehender Personen, welche in der Gehörlosengemeinschaft aktiv sind, oder aus Empfehlungen anderer Teilnehmer heraus, rekrutiert. Die so entstandene Stichprobe besteht aus Teilnehmern aus dem Süden und der Mitte Deutschlands. Betroffene, die im Norden der Republik beheimatet sind, finden aufgrund mangelnder Rückmeldung keine Berücksichtigung. Es fand keine Konkretisierung im Hinblick auf den Zeitraum, welcher zwischen den Implantationen von Kind und Eltern liegen muss, statt. Daher wurde auch ein Proband mit in die Studie aufgenommen, der sich einen Tag nach seinem Kind implantieren lies. Ein weiterer Teilnehmer ließ sich bereits vor seinem Kind operieren. Spezifische Aussagen, welche aus der zuerst stattgefundenen Implantation hervorgehen, werden als solche im Folgenden gekennzeichnet. Nichtsdestotrotz wurde dieses Interview in die Auswertung mit einbezogen, da die Implantationen von dem Kind beeinflusst und nur aufgrund diesem durchgeführt wurde. Die Interviews selbst wurden erst durchgeführt, als der Forscherin bereits die theoretischen Grundlagen vertraut waren und ein autonomes und selbstsicheres Agieren während der Interviews gewährleistet war. Zusätzlich sollte die Interviewerin in der Lage sein zu entscheiden, wann und ob es in bestimmten Situationen sinnvoll wäre vom Leitfaden abzuweichen und weiterführende Fragen zu stellen (vgl. Hopf 2015, 358ff). Grundsätzlich gilt für den Interviewer/die Interviewerin *„sich einfühlen, ohne sich mit dem Befragten zu identifizieren; verstehen, ohne zu werten; erklären, ohne zu konstruieren; und nachfragen, bis eine eindeutige Antwort vorliegt“* (Beller 2008, 46).

Insgesamt wurden acht Probanden in sieben Interviews befragt. Die Erhebungen der Interviews fanden zwischen dem 24. Mai 2018 und dem 11. Juni 2018 statt. Die Interviews selbst wurden

auf unterschiedlichem Wege durchgeführt, je nach Präferenz der Versuchsteilnehmenden. So wurden vier der Interviews bei den Probanden zuhause und jeweils ein Interview via Skype, FaceTime und Telefon erhoben. Weiter konnten bei drei Probanden auch die Ehepartner oder Kinder zur Thematik befragt werden. Eine genaue Beschreibung der Versuchspersonen erfolgt in anonymisierter Form und anhand des Kurzfragebogens, welcher jedem Probanden vor dem Interview ausgeteilt wurde. Der Altersdurchschnitt der untersuchten Stichprobe liegt bei 41,85 Jahren bei einer Standardabweichung von 3,92. Der jüngste Interviewpartner ist 36 Jahre und der älteste Teilnehmer 48 Jahre alt. Drei der Teilnehmenden sind weiblich und fünf Teilnehmende männlich. Alle Probanden verfügen über sehr gute lautsprachliche Kompetenzen, weswegen alle Interviews ohne Unterstützung von Gebärden oder Dolmetschern durchgeführt werden konnten. Durch ihren offenen Charakter variieren die Interviewzeiten der einzelnen Interviews zwischen 17 und 54 Minuten. Nach der Einverständnisaussage der Probanden wurden alle Interviews mithilfe eines Tonbandes aufgezeichnet, welches auch noch nach Beendigung des eigentlichen Interviews weiterlief. In den anschließenden Gesprächen zwischen Interviewerin und Befragten ergaben sich zusätzliche, relevante Informationen, welche als solche in den Transkripten der Interviews (siehe Anhang C) dargestellt sind.

Proband 1

Proband 1 ist männlich und leidet an einer einseitigen Taubheit auf dem rechten Ohr, links ist er normal hörend. Seine Hörschädigung wurde etwa im Alter von zwei bis drei Jahren entdeckt und circa im sechsten Schuljahr mit einem Hörgerät versorgt. Seine Cochlea Implantation fand im Alter von 38 Jahren im Jahr 2011 statt. Neben seinem Großvater, sind seine zwei Kinder und er hörgeschädigt, weswegen die Hörschädigung vermutlich genetisch bedingt ist. Beide Kinder sind mit einem CI versorgt. Der Sohn wurde Ende 2008 und Anfang 2009 mit CIs, die Tochter im Säuglingsalter im Jahr 2013, versorgt. Seine Frau ist normal hörend und die Familiensprache ist die Lautsprache.

Proband 2

Proband 2 ist weiblich und von einer hochgradigen bis an Taubheit grenzenden Hörschädigung betroffen. Ihre Hörschädigung wurde zwei Jahre nach der Geburt entdeckt und zum selbigen Zeitpunkt mit Hörgeräten versorgt. Im Alter von 40 Jahren bekam sie 2017 ein CI, sechs Jahre nach ihrem heute zwölfjährigen Sohn. Dieser wurde vor Schuleintritt auf beiden Seiten versorgt. Aus ihrer Familie ist sie die einzige mit Hörschädigung und ist daher in einem hörenden Umfeld aufgewachsen. Ihr Mann ist ebenfalls hörend, weswegen die Lautsprache die Familiensprache darstellt.

Proband 3

Proband 3 ist männlich und ebenfalls an Taubheit grenzend hörgeschädigt. Diese Beeinträchtigung wurde mit etwa eineinhalb Jahren entdeckt und beidseitig mit Hörgeräten versorgt. Im Jahr 2005 bekam er mit 35 Jahren auf dem rechten Ohr sein erstes und 2007 auf dem linken Ohr das zweite CI. Seiner Tochter wurde im Alter von zweieinhalb Jahren, einen Tag vor ihm, mit dem CI implantiert. Sein Sohn ist normal hörend und seine Frau gehörlos. Die Familiensprache, zwischen den Eltern untereinander und in der Kommunikation mit den Kindern, ist meist die Gebärdensprache. Die Kinder kommunizieren in Lautsprache miteinander.

Proband 4

Proband 4 ist männlich und gehörlos. Im Alter von einem Jahr wurde bei ihm die Gehörlosigkeit diagnostiziert und im gleichen Jahr mit Hörgeräten versorgt. Nachdem seine Tochter im Dezember 2009 implantiert wurde, hat er im Januar 2010 mit 32 Jahren ebenfalls ein CI erhalten. Ein weiteres Jahr später erfolgte die Implantation des anderen Ohres. Er hat zwei hörgeschädigte Kinder, von denen eins implantiert ist. Seine Frau ist ebenfalls hörgeschädigt und mit CI versorgt. Die Familie kommuniziert mittels Laut- und Gebärdensprache und Mischformen.

Proband 5 und 6

Bei den Probanden 5 und 6 handelt es sich um ein hörgeschädigtes Ehepaar mit ebenfalls zwei hörgeschädigten Kindern. Proband 5 ist weiblich und an Taubheit grenzend schwerhörig. Ihre Hörschädigung wurde mit circa einem Jahr entdeckt und daraufhin mit Hörgeräten versorgt. Bei ihrer ersten Cochlea Implantation war sie 31 Jahre alt, bei der zweiten Implantation 34 Jahre. In ihrer Familie sind nur sie und ihr Bruder hörgeschädigt, die Eltern sind hörend. Proband 6 ist männlich und ebenfalls an Taubheit grenzend schwerhörig. Seine Hörschädigung wurde direkt bei Geburt diagnostiziert und er trug ab diesem Zeitpunkt Hörgeräte. Im Alter von 32 ließ er sich einseitig implantieren. Drei Monate später folgte sein Sohn mit 11 Monaten. Weitere sechs Monate später wurde die vier jährige Tochter implantiert. 2011 erhielten die Kinder ihr jeweils zweites CI und Proband 5 ihr Erstes gleichzeitig. Proband 6 ist in einer gehörlosen Familie aufgewachsen. Die Kommunikation innerhalb der Familie ist geprägt durch Laut- und Gebärdensprache und wird teilweise durch lautsprachbegleitende Gebärden unterstützt. Die Kinder untereinander nutzen meist die Lautsprache.

Proband 7

Proband 7 ist weiblich und an Taubheit grenzend hörgeschädigt. Ihre Hörschädigung wurde mit einem Jahr diagnostiziert und mit Hörgeräten versorgt. Sie ist in einer hörenden Familie aufgewachsen und hat selbst zwei gehörlose Kinder und einen gehörlosen Ehemann. Ihr Sohn wurde mit einem Jahr 2011 und eineinhalb Jahre später implantiert. 2014 wurde die ebenfalls einjährige Tochter einseitig implantiert und erhielt 2015 gemeinsam mit Proband 7 das zweite CI. Sie selber war bei der ersten Implantation 35 Jahre alt und bekam 2017 das zweite Implantat. Mit ihren Kindern kommuniziert sie hauptsächlich in Lautsprache. Sobald der Mann anwesend ist, nutzt die Familie die Gebärdensprache.

Proband 8

Proband 8 ist männlich und an Taubheit grenzend schwerhörig. Seine Hörschädigung wurde direkt bei Geburt erkannt und mit einem Jahr mit Hörgeräten versorgt. Er ist in einer normal hörenden Familie aufgewachsen und bekam mit 39 Jahren im Jahr 2012 sein erstes CI und ein Jahr später sein zweites. Er erhielt sein erstes Implantat ein halbes Jahr nachdem seine fünfzehn Monate alte Tochter ihr zweites CI bekommen hat. Sie wurde mit elf Monaten einseitig versorgt. Sein Sohn ist normal hörend und seine Frau hörgeschädigt. Die Familie kommuniziert lautsprachlich.

4.4 Kritische Reflexion der Interviews

Das problemzentrierte, Leitfaden gestützte Interview nach Witzel erwies sich als sehr geeignete Methode zur Erfassung der Beweggründe von hörgeschädigten Eltern, die sich nach der Implantation ihrer Kinder selbst für ein CI entschieden haben. Durch den narrativen Charakter wurden die Probanden zum freien Erzählen angeregt, wodurch viele Erkenntnisse zu den individuellen Ansichten zusammengetragen werden konnten. Zu Beginn der Interviews erfolgte bei allen Gesprächen eine detaillierte Beschreibung der derzeitigen Situation mit den CIs. Einige der Probanden beantworteten, durch ihre ausgedehnte Antwort, bereits mehrere nachfolgende Fragen. Allgemein konnten die Versuchspersonen selbst entscheiden wie viel sie zu welcher Frage erzählen wollten oder wie detailliert sie auf bestimmte Ereignisse in der Vergangenheit eingehen. Diese Freiheit führte zu sehr unterschiedlich langen Interviews. Ein weiterer Faktor, der die Länge der Interviews beeinflusst hat, war die Zugehörigkeit zur hörenden oder gehörlosen Welt. Zwei der Interviewpartner sind vollständig in die hörende Welt integriert und haben daher wenig Kontakt zu Gehörlosen. Aufgrund dessen wurden Fragen zur Akzeptanz anderer Gehörloser, im Hinblick auf das CI, entweder sehr kurz angesprochen oder vollständig weggelassen, da bereits vorher der nicht vorhandene Kontakt zur gehörlosen Welt

aufgezeigt wurde. Generell erwies sich der Leitfaden dennoch als sinnvoll und hilfreich, da so Unsicherheiten seitens der Interviewerin verhindert werden konnten. Des Weiteren konnte mit Hilfe des Leitfadens eine „peinliche Stille“ umgangen werden, da den Probanden jederzeit neue Hinweise gegeben, beziehungsweise neue Fragen gestellt werden konnten. Die Anzahl der tatsächlich gestellten Fragen und die Auswahl der gestellten Fragen variiert innerhalb der Interviews, da die Fragen des Leitfadens während der Interviews so ausgewählt wurden, dass sie zur Situation und Erzählungen der Versuchspersonen passen. Zusätzlich erzielte der Kurzfragebogen den gewünschten Effekt. Die Probanden konnten sich so schon vor Interviewbeginn mit dem Thema auseinandersetzen und ein klassisches Frage-Antwort Schema umgangen werden. Ausnahme bilden dabei die Interviews, welche nicht im direkten persönlichen Kontakt mit den Probanden durchgeführt wurden. Die Fragen des Kurzfragebogens wurden in diesem Fall anhand des Frage-Antwort Schemas beantwortet. Nichtsdestotrotz diente in diesem Fall der Kurzfragebogen als Einstieg in das Thema und verleitete die Probanden teilweise bereits zu diesem Zeitpunkt zum ausführlicheren Erzählen. Generell brachten die Interviews, welche via Telefon, Skype und FaceTime geführt wurden, keine Nachteile mit sich. Vielmehr regte die vertraute Umgebung, ohne das Vorhandensein einer fremden Person, den Redefluss der Probanden an.

Während der Kontaktaufnahme wurden alle Probanden mit „Sie“ angesprochen, wobei fünf der acht Probanden direkt das „Du“ angeboten haben. Die Interviews mit diesen Probanden verliefen daher auf einer vertrauteren Ebene und es herrschte allgemein eine lockerere Atmosphäre. Nicht selten führte die Anwesenheit von Familienmitgliedern auch zu einer aufgelockerten Atmosphäre, da die Probanden sich durch die Nähe zu vertrauten Personen mehr entspannen konnten. Zusätzlich fungierte die Tochter bei einem der Interviews als Unterstützung, wenn der Proband die Frage nicht direkt beim ersten Mal verstanden hatte. Die Anwesenheit von Familienmitgliedern stellt sich daher als ein überwiegend positiv zu bewertender Faktor dar.

Binnen der Interviews selbst wurde hauptsächlich auf das Konzept der Verständnisfragen zurückgegriffen, um sicher zu stellen, dass bestimmte Äußerungen auch richtig verstanden wurden. Ziel war es, den Probanden nicht in seiner Erzählung zu unterbrechen, sondern das von ihm gewählte Thema weiter auszuführen. Im Gegensatz hierzu wurde das Konzept der Konfrontation nicht angewendet, da die vorherrschende angenehme Atmosphäre nicht durch eine Konfrontation verschlechtert werden sollte. Im Vorfeld und Nachgang der Interviews wurden in fast allen Fällen kurze private Gespräche geführt, weswegen sich alle Interviewteilnehmer von Anfang an auf einer Augenhöhe befanden.

4.5 Qualitative Inhaltsanalyse

Nach Philipp Mayring besteht das primäre Ziel einer qualitativen Inhaltsanalyse darin, den Inhalt von vorhandenem Datenmaterial so zu systematisieren, dass im Anschluss eine Auswertung möglich ist. Der große Vorteil einer solchen Analyse ist die Einbettung des Materials in einen Kommunikationszusammenhang. Genauer gesagt wird das Textmaterial auf seine Wirkung und Entstehung hin untersucht und lässt eine Interpretation der Textstellen im Gesamtkontext zu. Um eine Nachvollziehbarkeit der Interpretation zu gewährleisten ist ein systematisches und regelgeleitetes Vorgehen Hauptbestandteil einer qualitativen Inhaltsanalyse. Das Erstellen eines Kategoriensystems, welches das zentrale Instrument einer Inhaltsanalyse darstellt, soll zusätzlich die Intersubjektivität steigern. Während des gesamten Prozesses ist der Gegenstandsbezug nicht außer Acht zu lassen. Die gewählte Technik kann und sollte nicht blindlings auf alle nachfolgenden Untersuchungen angewendet werden, sondern erfordert eine stetige Anpassung und Modifizierung an den zu untersuchenden Gegenstand. Neben technische Unschärfen, welche durch theoretische Stringenz ausgeglichen werden sollen, haben inhaltliche Argumente Vorrang vor Verfahrensargumenten (vgl. Mayring 2015, 50ff). Als Vorschlag für ein strukturierendes Regelwerk gibt Mayring ein allgemeingültiges inhaltsanalytisches Ablaufmodell (Tab. 1) vor, an welchem sich im Folgenden orientiert wird.

Tab. 1: Ablaufmodell Inhaltsanalyse nach Mayring (vgl. 2015, 54ff)

1. Festlegung des Materials
2. Analyse der Entstehungssituation
3. Formale Charakteristika des Materials
4. Richtung der Analyse
5. Theoretische Differenzierung der Fragestellung
6. Bestimmung der Analysetechnik
7. Definition der Analyseeinheiten
8. Analyseschritte mittels Kategoriensystem

9. Rücküberprüfung des Kategoriensystems an Theorie und Material
10. Interpretation der Ergebnisse in Richtung der Hauptfragestellung
11. Anwendung inhaltsanalytischer Gütekriterien

1. Festlegung des Materials

Ausgangsmaterial der Inhaltsanalyse sind die wörtlichen Transkripte der sieben geführten Interviews mit acht hörgeschädigten Interviewpartnern. Eine detaillierte Beschreibung der Probanden findet sich in Kapitel 4.2.

2. Analyse der Entstehungssituation

Die Teilnahme der Probanden an den Interviews war freiwillig. Hierzu mussten die Versuchspersonen selbst Kontakt mit der Forscherin aufnehmen, da es keine spezifische Anlaufstelle gab, um geeignete Probanden zu finden. Eine Ausschreibung, mit allen notwendigen Kriterien an die Versuchsteilnehmer, wurde mittels verschiedener öffentlicher Netzwerke verbreitet (siehe Kapitel 4.2). Bei den Gesprächen handelt es sich um halbstrukturierte, offene Interviews.

3. Formale Entstehungssituation

Die Transkription wurde von der Interviewerin selbst durchgeführt. Durch eine sehr zeitnahe Transkription der jeweiligen Interviews war es möglich, nonverbale Merkmale wie das Gebärden zum Ehepartner, als solches schriftlich festzuhalten. Die Transkription orientiert sich dabei an den Richtlinien nach Wirth (2010, 178). Demnach werden die Kürzel „I“ für Interviewer und „P“ für Proband verwendet, wobei bei jedem Sprecherwechsel eine neue Zeile beginnt. Ausnahme bildet das Interview 5, da beide Gesprächsteilnehmer als Versuchspersonen angesehen werden. In diesem Fall werden die Kürzel „P5“ für Proband 5 und „P6“ für Proband 6 verwendet. Zusätzlich werden die verschiedenen Familienmitglieder mittels „Mann“, „Tochter“ und „Sohn“ differenziert. Eine Befragung der Ehefrauen der Probanden hat sich in keinem der Interviews ergeben. Alle genannten Namen werden nur mit dem Anfangsbuchstaben aufgeschrieben. Ursächlich für die Wahl der Transkriptionsregeln nach Wirth, war die Tatsache, dass insbesondere die schwerhörigen-spezifische Sprechweise herausgearbeitet werden sollte, weswegen Auffälligkeiten in der Sprache, dem Sprechfluss oder des Sprechens allgemein, festgehalten werden. Auch werden Grammatikfehler, Fehler im Satzbau und Fehler in der Aussprache nicht korrigiert, sondern wortgetreu wiedergegeben. Das

Gespräch soll in seiner „*Unvollkommenheit fixiert*“ (Wirth 2010, 178) werden. Dennoch werden Füllwörter wie „ähm“ weggelassen, da diese den Inhalt der Aussagen nicht beeinflussen (vgl. Lamnek 2010, 367f). Nichtsdestotrotz werden längere Pausen, verzögerte Antworten oder anderweitiges Zeigen von Gefühlen wie Lachen, als solches gekennzeichnet. Alle Interviews wurden unter zu Hilfenahme des Programms Express Scribe transkribiert.

4. Richtung der Analyse

Die Analyse zielt in eine entwicklungspsychologische Richtung. Hörgeschädigte CI Träger sollen aufzeigen, welche vergangenen Situationen und Ereignisse dazu geführt haben, dass sie sich mit einem Implantat versorgen lassen, nachdem ihre Kinder bereits ein solches implantiert bekommen haben. Durch die Interviews sollen die Probanden dazu angeregt werden, über ihr gegenwärtiges Befinden, über die Schritte der Entscheidungsfindung, über mögliche Konflikte mit anderen Hörgeschädigten und über die endgültigen Beweggründe für ihre Entscheidung und über eigene biografische Erfahrungen zu berichten. Die genauen Fragestellungen finden sich in Kapitel 4.1.

5. Theoretische Differenzierung der Fragestellung

Das Textmaterial enthält Aussagen von acht CI Trägern, die sich nach, beziehungsweise kurz vor, der Implantation ihrer Kinder selbst für ein Implantat entschieden haben. Die bisherige Literatur zu dieser Thematik befindet sich noch in den Kinderschuhen und bietet kaum eine angemessene Grundlage. Daher handelt es sich bei dieser Arbeit um eine der ersten, die sich mit den Beweggründen hörgeschädigter Eltern auseinandersetzt, sich selbst mit einem CI versorgen zu lassen, nachdem die Kinder implantiert wurden. Die Herangehensweise zur Beantwortung der Forschungsfrage ist daher explorativ. Bereits vorhandene Literatur behandelt die Problematik, dass gehörlose Eltern ihre ebenfalls hörgeschädigten Kinder mit einem Implantat versorgen, geht aber nicht darüber hinaus. Dieser Schritt ist bereits für viele Hörgeschädigte ein sehr großer, da die Anhänger der Gehörlosenkultur, sich häufig gegen das CI aussprechen.

6. Bestimmung der Analysetechnik

Als Analysetechnik wird primär die strukturierende Inhaltsanalyse angewendet. Ziel der Strukturierung ist es, spezifische Aspekte aus dem vorhandenen Material herauszufiltern und mittels bestimmter Kriterien einzuschätzen. Mittels einer Häufigkeitsanalyse können des Weiteren Aussagen über die relative Gewichtung bestimmter Textbestandteile, anhand ihrer Häufigkeit im Kategoriensystem, gemacht werden (vgl. Mayring 2015, 65ff). Das induktive Vorgehen der Kategorienentwicklung, wird durch Paraphrasierung der Interviews unterstützt.

Zu Beginn werden alle sieben Interviews ausschöpfend paraphrasiert und in Kategorien erster Ordnung (siehe Anhang F) eingeordnet. Im Anschluss werden die Kategorien erster Ordnung in Kategorien zweiter Ordnung zusammengefasst, um eine Hinführung zu den Forschungsfragen zu gewährleisten. Um Abgrenzungsprobleme zwischen Kategorien zu vermeiden werden zusätzlich Codier-Regeln aufgestellt, welche während der Analyse durch weitere Codierungen oder Ankerbeispiele ergänzt werden. Bei dieser Auswertungsmethode spielt das Expertenwissen und das theoretische Wissen eine große Rolle. Die zuvor transkribierten und in Microsoft Word Dateien gespeicherten Interviews, werden unter Zuhilfenahme des Auswertungsprogramms MAX.QDA 2018 für qualitative Daten, ausgewertet. Abbildung 2 verdeutlicht dies in einem Ausschnitt.

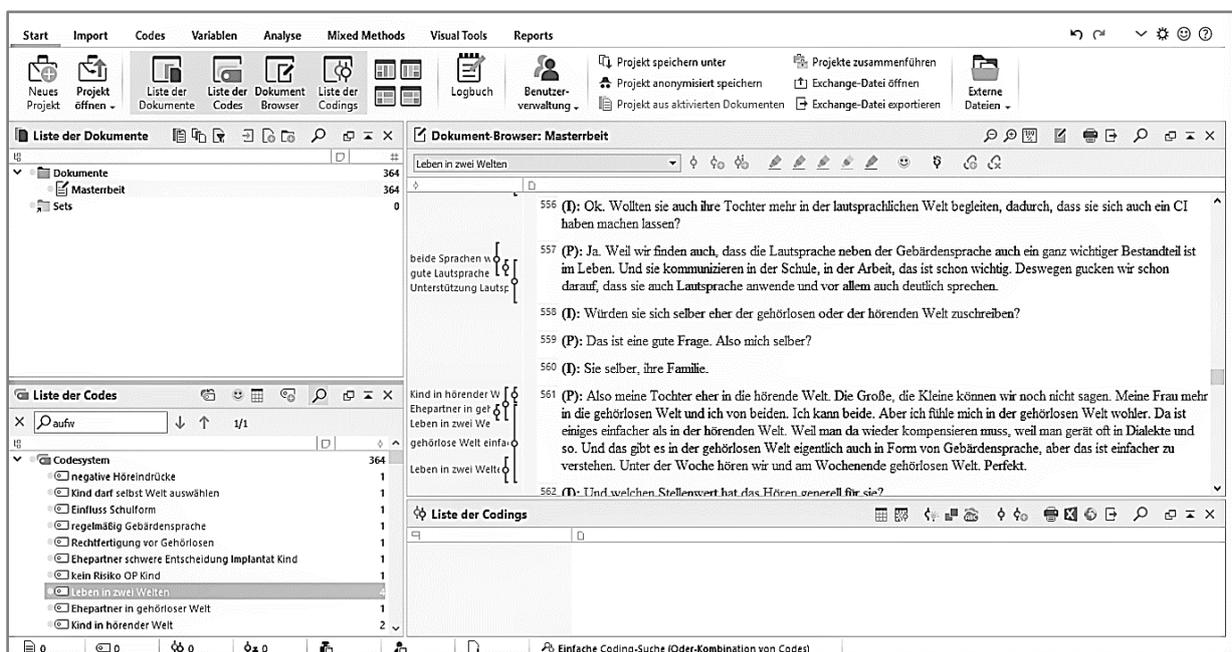


Abb. 2: Auswertung und Kategorienbildung

7. Definition der Analyseeinheiten

Unter Berücksichtigung der Analyseeinheiten wird das Material dem Kategoriensystem zugeordnet. Die Codier-Einheit legt dabei fest, welches der kleinste Textbestandteil ist, der ausgewertet und einer Kategorie zugeordnet werden darf. Im Gegensatz hierzu definiert die Kontexteinheit den größten Textbestandteil, der unter eine Kategorie fallen kann. Die Auswertungseinheit legt weiter fest, in welcher Reihenfolge Textteile ausgewertet werden (vgl. Mayring 2015, 61).

- Codier-Einheit: ein einzelnes Wort
- Kontexteinheit: das gesamte Interview einer Person
- Auswertungseinheit: Fundstelle im Interview

Während des Codierungsprozesses, kann eine Textstelle nicht mehreren Codierungen zugeordnet werden. Eine weitere Differenzierung der Codierungen ist so lang von Nöten, bis eine eindeutige Zuordnung erfolgen kann. Anderenfalls können auch mehrere sehr ähnliche Codierungen zu einer übergeordneten Codierung zusammengefasst werden, um eine Doppelcodierung zu vermeiden.

8. Analyseschritte mittels Kategoriensystem

Im Anschluss werden weitere Interviews ausgewertet, um die Sammlung von Ankerbeispielen zu erweitern, bevor eine Feinabstimmung der Ankerbeispiele, die Abgrenzung von Ausprägungen und die Konkretisierung der Kategorien vorgenommen wird.

9. Rücküberprüfung des Kategoriensystems an Theorie und Material

Wenn das Kategoriensystem ausdifferenziert und weitgehend stabil erscheint, werden bei einem Interview erneute Codierungen vorgenommen. Anschließend erfolgt eine letzte Reflexion der Codierungen, bevor das Kategoriensystem abschließend festgelegt wird.

10. Interpretation der Ergebnisse in Richtung der Hauptfragestellung

Die Darstellung und Interpretation der Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse, entlang der Fragestellung, finden sich in Kapitel 5 und 6.

11. Anwendung inhaltsanalytischer Gütekriterien

Neben den in Kapitel 4.1.1 vorgestellten Gütekriterien der qualitativen Forschung, werden im Folgenden nun noch weitere, besonders für die qualitative Inhaltsanalyse, relevante Kriterien auf ihr Vorhandensein hin überprüft. Hierfür wird sich an den aufgestellten Gütekriterien nach Steinke (2015, 319ff) orientiert. Im Sinne der reflektierten Subjektivität ist es das Ziel, den gesamten Forschungsprozess immer wieder kritisch zu beleuchten und das eigene Vorgehen zu hinterfragen. Durch „self monitoring“ Strategien hat die Forscherin versucht, ihre Überlegungen und Handlungen auf metakognitiver Ebene stetig zu reflektieren. Während des gesamten Prozesses der Auswertung wurden zusätzlich fortwährende Erweiterungen der Theorie und Änderungen zugelassen, welches dem Gütekriterium der empirischen Verankerung entspricht. Als besonders entscheidend bei einer qualitativen Inhaltsanalyse wird die intersubjektive Nachvollziehbarkeit genannt. Zur Sicherung dieses Kriteriums wurde eine genaue Dokumentation der Vorgehensweise während des gesamten Forschungsprozesses, einschließlich der Darstellung des theoretischen Hintergrunds, der Erhebungsmethodik, der Transkriptionsregeln, der Auswertungsmethodik, der genutzten Informationsquellen, sowie aller Überlegungen der Forscherin, durchgeführt.

4.6 Kategoriesystem

Nachdem die Durchführung und Transkription der sieben Interviews abgeschlossen ist, wird das vorhandene Datenmaterial anhand eines Kategoriesystem ausgewertet. Die Kategorienbildung erfolgt induktiv aus den Interviews entwickelte Kategorien. Hierzu werden alle sieben Interviews zunächst in Kategorien erster Ordnung zusammengefasst. Ziel ist eine erste strukturierende und überblickverschaffende Zusammenführung der verschiedenen Aussagen. Insgesamt werden 910 Aussagen als relevant angesehen und in 310 Kategorien erster Ordnung (siehe Anhang F) vorsortiert. Im nächsten Schritt werden die Kategorien erster Ordnung in insgesamt 31 Kategorien zweiter Ordnung komprimiert. Diese zweite Ordnung orientiert sich an den acht inhaltlichen Aspekten des Leitfadens: Einführung, Kommunikation in der Familie, Einfluss der gehörlosen Welt, Einfluss der hörenden Welt, Familiensituation, Erwartungen und Veränderungen und Abschluss. Generell orientiert sich die Kategorienbildung an dem Ziel, die Hauptfragestellungen zu beantworten. Das Wissen über das Auswertungsziel bildet die Grundlage der Kategorienentwicklung. Für eine bessere Übersicht wird in einigen der Kategorien zweiter Ordnung beispielsweise eine Differenzierung zwischen Eltern und Kind betreffende Aussagen und Unterschiede in der hörenden und gehörlosen Welt vorgenommen. Diese Differenzierung wird im Folgendem als Subkategorie bezeichnet.

Nachfolgend werden für die Kategorien der zweiten Ordnung Ankerbeispiele aufgeführt, welche die Zuordnung einzelner Aussagen zu den jeweiligen Kategorien verdeutlichen soll. Dabei werden zu jeder Kategorie mindestens zwei Textstellen als Beispiele aufgeführt. Enthält eine Kategorie mehr als zwei Subkategorien, wird in diesem Fall mindestens eine Textstelle pro Subkategorie als Beispiel dargestellt. Die Ankerbeispiele können teilweise nur im gesamt Zusammenhang verstanden werden. Aus platztechnischen Gründen können aber nicht alle Textstellen in voller Gänze dargeboten werden.

Die Ankerbeispiele werden im folgenden Schema abgebildet:

Tab. 2: Schematische Darstellung der Kategorien

Kategorie	Proband	Interaktionssequenz (Seite, Zeile)	Textstelle
<i>Subkategorie</i>			

Der Kategorie beschreibt den Namen der Kategorie und wird in fetter Schrift angeführt. Mögliche Subkategorien werden kursiv geschrieben. Während Proband die anonymisierte Durchnummerierung der acht Interviewpartner angibt, zeigt die Interaktionssequenz die Stelle in den Interviews an, in denen die Textstelle zu finden ist. Hierbei steht die erste Zahl für die

Seitenzahl und die zweite für die Zeilennummerierung, bei der die Aussage beginnt. Die Textstelle liefert das Ankerbeispiel.

Biografische Daten

Die Kategorie *biografische Daten* beschreibt objektive Aussagen wie den Grad der Hörschädigung und die Zeit zwischen den Implantationen von Eltern und Kindern. Die Aussagen in dieser Kategorie beschreiben einige der Angaben, welche bereits im Kurzfragebogen behandelt wurden, ausführlicher.

Tab. 3: Ankerbeispiele für: Biografische Daten

Biografische Daten	1	8, 12	Also mein Sohn ist Dezember 2008 implantiert worden und Januar 2009. Dann kam ich, ich wurde zwei Jahre später, ich glaube es war April 2011 implantiert worden
	2	17, 3	von Anfang an hochgradig schwerhörig gewesen

Erwartungen an CI

Die Kategorie *Erwartungen an das CI* beinhaltet sowohl Aussagen, die unabhängig vom Alter getätigt wurden, als auch eine Differenzierung zwischen den Erwartungen, welche die Eltern bei der Implantation ihrer Kinder hatten, und den Erwartungen an das eigene CI.

Tab. 4: Ankerbeispiele für: Erwartungen an CI

Erwartungen an CI	5	46, 32	Bei uns wurden die Erwartungen übertroffen.
<i>Für Kind</i>	1	7, 35	Weil so unsere Kinder eine ganz normale Entwicklung vollziehen können
<i>Für Erwachsene</i>	6	44, 8	Was ich erwarten, einfacherer und leichtere Kommunikation. Und wichtig Musik

Gründe für Cochlea Implantation

Aussagen, in denen die Probanden Gründe für ihre eigene Implantation geäußert haben, werden in der Kategorie *Gründe für Cochlea Implantation* zusammengefasst. Dabei werden sowohl diejenigen Aussagen, welche das Kind und dessen Entwicklung als ausschlaggebendes Kriterium ansehen, zugeordnet, als auch Gründe, welche aus eigener Intention heraus motiviert sind.

Tabelle 5: Ankerbeispiele für: Gründe für Cochlea Implantation

Gründe für Cochlea Implantation	7	59, 28	Weil ich hab ja gemerkt, sie hören besser als ich. Und, also bei denen war der Erfolg ziemlich schnell da. Und da haben wir gesagt, das gibts nicht.
--	---	--------	--

	2	17, 4	Und ich habe einfach in den letzten Jahren gemerkt, mit den Hörgeräten wird es immer schlechter, das Sprachverstehen.
--	---	-------	---

Reaktion auf Hörstatus Kind bei Geburt

In die Kategorie *Reaktion auf Hörstatus Kind bei Geburt* fallen alle Aussagen, die von den Gesprächspartnern zu dieser Thematik geäußert wurden, unabhängig ob sie über ihre eigenen Empfindungen oder die Empfindungen des Ehepartners sprechen. Ebenfalls werden die Aussagen, der befragten Ehepartner, zu dieser Thematik mit in die Auswertung der Kategorie aufgenommen.

Tab. 6: Ankerbeispiele für: Reaktion auf Hörstatus Kind bei Geburt

Reaktion auf Hörstatus Kind bei Geburt	7	53, 15	Ja also wir waren drauf eingestellt
	5	40, 6	Aber ich hab trotzdem geheult.

Familiensprache

Die Kategorie der *Familiensprache* wird für Aussagen verwendet, in denen die Kommunikation innerhalb der Familie geschildert wird.

Tab. 7: Ankerbeispiele für: Familiensprache

Familiensprache	8	64, 22	Ja also zu 80 Prozent unterhalten wir uns ganz normal in Lautsprache
	4	32, 3	Also meine Frau und ich, Deutsche Gebärdensprache oder Lautsprache. Es hängt ganz von der Situation ab

Unterstützung Lautspracherwerb beim Kind

Unter die Kategorie *Unterstützung Lautspracherwerb beim Kind* fallen Bemerkungen, welche die lautsprachliche Förderung der Kinder beschreiben. Dazu gehören sowohl die Unterstützungsmöglichkeiten der Eltern, als auch der Einfluss von weiteren Familienmitgliedern und professioneller Unterstützung, wie beispielsweise Logopäden.

Tab. 8: Ankerbeispiele für: Unterstützung Lautspracherwerb beim Kind

Unterstützung Lautspracherwerb beim Kind	1	9, 36	Meine Frau ist Logopädin und hat von Anfang an, wir beide haben, unsere Kinder von Anfang an mit kommunikativen Spielen, ja sozusagen, beschäftigt ja. Dass wir immer viel viel kommuniziert haben und viel gesprochen haben
	3	25, 16	Und am Ende war noch die Schwiegereltern, auch deswegen.

Stellenwert Hören

Die Kategorie *Stellenwert Hören* beinhaltet Aussagen, in denen die Versuchspersonen die Relevanz vom Hören selbst beurteilen und die verschiedenen Ansichten der Familienmitglieder zu dieser Thematik beschreiben.

Tab. 9: Ankerbeispiele für: Stellenwert Hören

Stellenwert Hören	5	42, 23	Dann ist es eben so, naja Luxus
	1	11, 3	Also einen unheimlich hohen Stellenwert

Entscheidung für Implantat beim Kind

Unter die Kategorie *Entscheidung für Implantat beim Kind* fallen diejenigen Bemerkungen, welche den Prozess der Entscheidungsfindung, damit verbundene Diskussionen und ein Abwägen der Notwendigkeit eines Implantats für das Kind beinhalten.

Tab. 10: Ankerbeispiele für: Entscheidung für Implantat beim Kind

Entscheidung für Implantat beim Kind	8	61, 42	Und ich glaube das hat meine Frau dann bisschen beruhigt. Dass es dann vielleicht doch nicht so schlimm sein kann. Wenn ich das schon zustimme und sage, ich mach es bei mir selber auch. Und das war denn der Auslöser, warum meine Frau zugestimmt hat und deswegen hat meine Tochter dann das CI bekommen
	7	55, 6	Also bei der zweiten haben wir gleich gesagt was Sache ist, das machen wir so. Und ihm bieten wir das Hören an und der Kleinen nicht, da haben wir gesagt ne. Machen wir sofort auch.

Reaktion CI von Gehörlosen

In der Kategorie *Reaktion CI von Gehörlosen* gibt es zwei Subkategorien und allgemeingültige Aussagen, unabhängig ob es sich um die Akzeptanz beim Kind oder bei den Eltern handelt. Die Subkategorien differenzieren zwischen der Akzeptanz des CIs bei den Kindern und bei den Eltern als Interviewpartner.

Tab. 11: Ankerbeispiele für: Reaktion CI von Gehörlosen

Reaktion CI von Gehörlosen	3	26, 25	Und grade hier im Ruhrgebiet, ist die Gehörlosenkultur sehr stark geprägt. In München oder Heidelberg, ist andere Situation. In Stuttgart sind viele CI Träger von gehörlose Eltern. Aber im Ruhrgebiert wird das noch mehr kritisiert.
<i>Akzeptanz Implantat Erwachsene</i>	3	26, 21	Und da war auch irgendwie gewisse Akzeptanz da, gegenüber den Leuten, mit denen ich zu tun hatte
<i>Akzeptanz Implantat Kind</i>	5	43, 15	Also ich, aber ich weiß, dass es welche gibt die haben dann drei Wochen nicht mit mir gesprochen

Reaktion CI von Hörenden

Die Kategorie *Reaktion CI von Hörenden* beschreibt Aussagen, wie das hörende Umfeld auf die Versorgung der Familienmitglieder mit CIs reagiert hat.

Tab. 12: Ankerbeispiele für: Reaktion CI von Hörenden

Reaktion CI von Hörenden	2	19, 2	Dadurch, dass es viele schon gekannt haben, vom L. her, haben viele gesagt: ja super. Wenn es dir was bringt, mach das. Warum nicht, mach das. So.
	5	43, 20	Und von den Bekannten hier im Ort, das sind ja eigentlich alles nur normal Hörende, wurde das ja super aufgenommen. Und jeder hätte des so gemacht, also da haben sie mir immer bestätigt.

Gehörlosengemeinschaft

Bemerkungen, die von den Versuchspersonen zu Vorteilen der eigenen Hörschädigung und zur Bewertung der Gehörlosenkultur an sich getätigt haben, werden in der Kategorie *Gehörlosengemeinschaft* zusammengetragen.

Tab. 13: Ankerbeispiele für: Gehörlosengemeinschaft

Gehörlosengemeinschaft	4	33, 32	Ne. Heutzutage ist so vieles möglich. Da seh ich keine Nachteile ne
	8	67, 34	Nur weil sie Angst haben um ihre eigenen Kultur, Gebärdensprachkultur und sonst wie..

Zugehörigkeit Gemeinschaft

Die Kategorie *Zugehörigkeit Gemeinschaft* besteht neben dem Vergleich von Laut- und Gebärdensprache aus den Subkategorien: Angst das Kind zu verlieren, Familienmitglieder, Leben in zwei Welten, Leben in gehörloser Welt und Leben in hörender Welt. Die Subkategorie der Angst das Kind zu verlieren beinhaltet Äußerungen, in denen die Eltern ihre Einstellung bezüglich der Zugehörigkeit in den verschiedenen Welten ihres Kindes bewerten. Die Subkategorie Familienmitglieder enthält Bemerkungen zur derzeitigen Zugehörigkeit des Ehepartners und Kinder.

Tab. 14: Ankerbeispiele für: Zugehörigkeit Gemeinschaft

Zugehörigkeit Gemeinschaft	4	32, 28	Weil wir finden auch, dass die Lautsprache neben der Gebärdensprache auch ein ganz wichtiger Bestandteil ist im Leben
<i>Angst Kind zu verlieren</i>	4	35, 18	Man macht sich keine Gedanken dann. Man muss einfach den Weg gehen lassen.
<i>Familienmitglieder</i>	4	32, 36	Meine Frau mehr in die gehörlosen Welt

<i>Leben in zwei Welten</i>	8	68, 1	Das was grade gefordert wird, oder was gerade gebraucht wird, das mache ich dann auch. Und da kann ich ganz gut hin und her switchen.
<i>Leben in gehörloser Welt</i>	7	56, 18	In der gehörlosen Welt. Also wir haben unsere Freunde mit denen wo wir auch die Zeit verbringen. Und gehen auf Veranstaltungen.
<i>Leben in hörender Welt</i>	2	18, 33	Also zu der gehörlosen Welt an sich nicht, ne

Relevanz CI

Die Kategorie *Relevanz CI* ist unterteilt in die drei Subkategorien unabhängig vom Alter, für Erwachsene und für Kinder. In allen Subkategorien werden Aussagen zusammengefasst, in denen die individuelle Notwendigkeit des Implantats bewertet wird.

Tab. 15: Ankerbeispiele für: Relevanz CI

Relevanz CI <i>Unabhängig Alter</i>	4	33, 17	Weil auch mit CI ist man gehörlos. Es ist ja praktisch nur eine Prothese.
<i>Für Erwachsene</i>	3	24, 32	Gerade auch im Arbeitsumfeld, weil das Gruppen-geschehen geht dann auch viel leichter.
<i>Für Kinder</i>	8	62, 15	Meine Tochter sagt selber immer, sie ist so froh, dass sie das CI hat

Positive Veränderungen nach Cochlea Implantation

Unter die Kategorie *positive Veränderungen nach Cochlea Implantation* werden positive Veränderungen des Probanden nach seiner Implantation zusammengefasst. Hierbei differenzieren die zwei Subkategorien Einschätzung Familienmitglieder und eigene Einschätzung, von wem diese Veränderungen genannt wurden.

Tab. 16: Ankerbeispiele für: positive Veränderungen nach Cochlea Implantation

positive Veränderungen nach Cochlea Implantation <i>Einschätzung Familienmitglieder</i>	2	21, 18	Aber es fällt schon auf. Ich kann jetzt auch, ich kann jetzt auch, schon ganz leise was ich Hausflur, an der Haustür sagen und die Treppe hoch, sieben Treppen hoch, in den nächsten Raum rein, kommt die Antwort dann schon an. Ohne dass ich gerufen hab
<i>Eigene Einschätzung</i>	4	31, 17	Also ich bin mehr selbstbewusster geworden. Offener. Weil ich auch mehr mitbekomme

Veränderung nach Implantation beim Kind

Alle Aussagen, welche die Interviewteilnehmer im Hinblick auf die Veränderungen des eigenen Kindes nach dessen Cochlea Implantation geäußert haben, finden sich in der Kategorie Veränderungen nach Implantation beim Kind.

Tab. 17: Ankerbeispiele für: Veränderungen nach Implantation beim Kind

Veränderung nach Implantation beim Kind	1	9, 10	Mein Sohn war damals schon, zur Geburt meiner Tochter, wirklich exzellentes Gehör, das kann man einfach so sagen. der hat ab 20 Dezibel beginnende Audiostücke, ja. Also die Audiogramme von ihm waren exzellent.
	8	65, 40	Sie hat also gar keine Probleme heute, das ist bei ihr in Fleisch und Blut. Dass wenn man ihr ein Wort sagt, dass sie gleich weiß welcher Artikel dazu gehört.

Bedeutung Gebärdensprache

In dieser Kategorie werden Äußerungen zusammengefasst, die die Bedeutung der Gebärdensprache für den Interviewteilnehmer selbst und dessen Familie darstellen.

Tab. 18: Ankerbeispiele für: Bedeutung Gebärdensprache

Bedeutung Gebärdensprache	7	54, 29	Und manchmal tu ich dazu auch noch gebärden. Wenns so komplexes Thema ist, dass verstehen die Kinder das doch schneller.
	8	67, 15	Und ich hab eine Klasse, in der alle komplett gehörlos sind. Die brauchen alle die Gebärden. Ich bin einer der wenigen Lehrer, der Klassen hat, die komplett Gebärden brauchen und deswegen bekommen die auch mich. Weil ich mit denen gebärden kann.

Negative Aspekte CI

Die Kategorie *negative Aspekte CI* beinhaltet Aussagen, zum fehlenden Erfolg mit CI und zu einer Überforderung aufgrund des Implantats. Des Weiteren enthält diese Kategorie eine Subkategorie, in der die Operation und damit verbunden Risiken zusammengefasst sind.

Tab. 19: Ankerbeispiele für: negative Aspekte CI

negative Aspekte CI	4	34, 5	Das Uhr ticken macht mich wahnsinnig.
	7	52, 35	Aber ich bin am Abend erschöpfter wie mit den Hörgeräten
<i>OP Risiken</i>	5	47, 24	Und dann hab ich das Heulen angefangen, weil ich Schiss hatte, dass sie das falsche Ohr operieren.

Hörschädigung kompensieren

Unter die Kategorie *Hörschädigung kompensieren* fallen die genannten Möglichkeiten mit dem Hörverlust besser umzugehen. Hierzu gehören unter anderem Kommentare zum Lippenabsehen, unabhängig ob beim Kind oder bei den Probanden selbst.

Tab. 20: Ankerbeispiele für: Hörschädigung kompensieren

Hörschädigung kompensieren	8	62, 26	Und dann war ich halt so drauf fixiert, dass ich 40 Jahre lang nur von den Lippen abgelesen hab
	1	10, 15	Dass er sehr gut von Lippen ablesen kann. Das heißt, dass ich ganz normal Lautsprache sprechen kann und er das trotzdem versteht

Austausch mit anderen

Die Kategorie *Austausch mit Anderen* beinhaltet Bemerkungen zur Relevanz von Austauschmöglichkeiten und Aussagen im Hinblick auf die eigene Vorbildfunktion für andere.

Tabelle 21: Ankerbeispiele für: Austausch mit anderen

Austausch mit anderen	8	61, 10	Und dann hab ich auch immer wieder gefragt. Die können telefonieren, wie ist das mit der Musik. Und wie verstehst du die Lehrer und so weiter. Und da kam überwiegend positive Rückmeldungen.
	5	43, 23	Aber wir waren eben so die ersten die Kinder hatten, so in unserm Freundeskreis. Und deswegen haben wir uns da auch mit niemandem austauschen können.

Erneut für CI entscheiden

Unter die Kategorie *erneut für CI entscheiden* fallen alle Äußerungen, in denen sich die Versuchsteilnehmer erneut für ein Implantat entscheiden würden. Ebenso werden Aussagen, welche einer erneuten Implantation kritisch gegenüberstehen, mit in diese Kategorie aufgenommen.

Tab. 22: Ankerbeispiele für: erneut für CI entscheiden

erneut für CI entscheiden	7	54, 24	Aber, jetzt sind wir schon froh und würden es wieder machen.
	3	29, 31	Joa, aus Gewohnheit ja.

Positive Beurteilung CI

Diese Kategorie wird für Aussagen verwendet, die eine positive Bewertung und Beurteilung des CIs an sich und dessen individuellen Nutzen beschreiben.

Tabelle 23: Ankerbeispiele für: positive Beurteilung CI

positive Beurteilung CI	8	62, 6	Also bin ich sehr zufrieden
	5	47, 7	Und deswegen, dass das alleine schon funktioniert, ist für mich Wahnsinn.

CI in der Familie

Die Kategorie CI in der Familie beinhaltet Aussagen, in denen die Probanden den Alltag mit den Implantaten und deren Integration in die Familie beschreiben. Zusätzlich fallen Bemerkungen zu Überlegungen vor den Implantationen mit hinein, wie das Leben mit CIs sein wird.

Tab. 24: Ankerbeispiele für: CI in der Familie

CI in der Familie	2	19, 24	Also zu dem Zeitpunkt als es bei L. soweit war, war uns sowieso klar: jetzt ist erstmal der L. dran
	5	51, 11	Zum Einschlafen haben die Kinder die CIs auch immer an. Weil sie dann Musik laufen lassen. Und wenn wir dann ins Bett gehen, nehmen wir sie ab.

Erfolgschancen mit CI

In die Kategorie *Erfolgschancen mit CI* werden diejenigen Bemerkungen eingeordnet, in denen Unterschiede zwischen dem erwarteten Erfolg bei Kind und Erwachsenen und Gründe für diese Unterschiede benannt werden.

Tab. 25: Ankerbeispiele für: Erfolgschancen mit CI

Erfolgschancen mit CI	1	8, 22	Da ist es nagelneu, fabrikneu, und unbenutzt und wenn sie dann da die Informationen draufliefen, ist die Chance unheimlich hoch, dass sie auch sehr schnell ans Hören kommen.
	2	20, 41	Man merkt schon was gehen kann. Ich denke mir, ich muss jetzt nicht unbedingt dahinkommen

Persönliche Hintergründe

Bemerkungen, die die Versuchspersonen zu ihrer eigenen Kindheit und dem Aufwachsen, auch im Hinblick auf die lautsprachliche Förderung, geäußert haben, werden zur der Kategorie *persönliche Hintergründe* zusammengetragen.

Tab. 26: Ankerbeispiele für: persönliche Hintergründe

persönliche Hintergründe	2	18, 10	Also meine Mutter sagt, sie hat damals sehr sehr viel geübt mit mir. Mit Bildern und Memory und viel vorgelesen.
	8	65, 28	Aber Muttersprache ist bei mir die Lautsprache, ganz klar.

Cochlea Implantation

In der Kategorie *Cochlea Implantation* werden all solche Aussagen zusammengefasst, welche sich generell mit dem Thema CI und die dazugehörige Operation befassen. Hierzu gehören

sowohl geäußertes Vorwissen im Hinblick auf die Vorteile und Implantation, als auch Beschreibungen der Erstanpassung und die vergangene Zeit bis sich ein Hörerfolg eingestellt hat.

Tab. 27: Ankerbeispiele für: Cochlea Implantation

Cochlea Implantation	2	17, 4	Und jetzt mit dem CI, klar habe ich am Anfang etwas gebraucht, ein halbes Jahr, bis ich auch was verstanden habe.
	5	47, 35	Und Montag war dann die Erstanpassung und das war schlimm. Weil da hab ich gedacht, scheiße was hab ich da denn jetzt aufgegeben, das ist doch nichts. Und am Freitag in derselben Woche habe ich dann schon die Zahlen verstanden.

Hören mit CI

Unter die Kategorie *Hören mit CI* fallen Äußerungen, welche die Höreindrücke mit dem CI beschreiben und bewerten.

Tab. 28: Ankerbeispiele für: Hören mit CI

Hören mit CI	4	31, 6	Ich höre alle, ich höre auch Sachen, die ich nicht hören sollte
	7	52, 11	Beim ersten war es sehr gewöhnungsbedürftig

Familiensituation

In der Kategorie *Familiensituation* werden Bemerkungen zusammengefasst, in denen die Versuchspersonen über ihre Familie sprechen, spezifische Situationen beschreiben und diese beurteilen. Ebenfalls werden Aussagen zu Unterschieden zwischen den Kindern und deren Hörstatus dieser Kategorie zugeordnet.

Tab. 29: Ankerbeispiele für: Familiensituation

Familiensituation	4	35, 5	Nur bei manche Sachen, manche Leute, verstehe ich nicht alles. Dann übersetzten die für uns. Das machen die aber automatisch. Der hat das und das gesagt, gut danke
	8	64, 18	Wir sind heute sehr zufrieden wie die Situation ist. Hörender Sohn, hörgeschädigte Tochter, alles toll, alles gut. Ja die entwickeln sich alle prima.

Bedeutung Hörschädigung

Unter die Kategorie *Bedeutung Hörschädigung* fallen Beschreibungen von Äußerungen, die die persönliche Bedeutung und Bezug zur eigenen und zu der Hörschädigung der Kinder darstellen.

Tab. 30: Ankerbeispiele für: Bedeutung Hörschädigung

Bedeutung Hörschädigung	7	60, 11	Denke ich mir jetzt mal. Als Gehörloser würde er noch mehr am Rand stehen. Weil er dann gar nicht mit ihnen kommunizieren kann.
	8	64, 34	Und das ist ihr auch sehr bewusst, das weiß sie. Und geht damit wirklich sehr sehr gut um.

Relevanz Hörgeräte

Bemerkungen, welche die Versuchspersonen zur individuellen Einschätzung des Nutzens von Hörgeräten und Nachteile die das Hörgerät mit sich bringt, werden in der Kategorie *Relevanz Hörgeräte* zusammengefasst.

Tab. 31: Ankerbeispiele für: Relevanz Hörgeräte

Relevanz Hörgeräte	7	56, 29	Ich hab mit den Hörgerät eigentlich ziemlich gut gehört sage ich jetzt mal. Also für mich war das ausreichend.
	8	62, 25	Ich hab zwar Hörgeräte gehabt, aber ich hab, Geräusche gehört, aber ich hab keine Sprache verstanden damit.

Wunsch für die Zukunft

In der Kategorie *Wunsch für die Zukunft* werden all diejenigen Aussagen zugeordnet, in denen die Probanden Wünsche an das CI selbst, an dessen Technik und Optik äußern. Ebenfalls fallen hier Wunschäußerungen nach mehr Aufklärung in der Gesellschaft darunter.

Tab. 32: Ankerbeispiele für: Wunsch für die Zukunft

Wunsch für die Zukunft	4	36, 7	Nur wenn halt die Komptabilität bei MRT Untersuchungen besser wäre
	5	49, 35	Ich würde sagen von der Optik her. Dass es ein bisschen dezenter

Restkategorie

In die Kategorie *Restkategorie* werden alle Aussagen zusammengefasst, die zu keiner der bisher genannten Kategorien zugeordnet werden können und lediglich einmal in allen Interviews aufgekommen sind.

5. Darstellung der Ergebnisse

Nachdem das Categoriesystem anhand des vorhandenen Datenmaterials entwickelt wurde, werden nun die Ergebnisse, die aus der Auswertung resultieren, vorgestellt. Abbildung 3 zeigt die relative Häufigkeit der Nennungen der geäußerten Kategorien an. Dabei bezeichnet die Y-Achse die relative Anzahl der genannten Kategorien innerhalb der Interviews, während die X-Achse die Kategorien zweiter Ordnung namentlich darstellt.

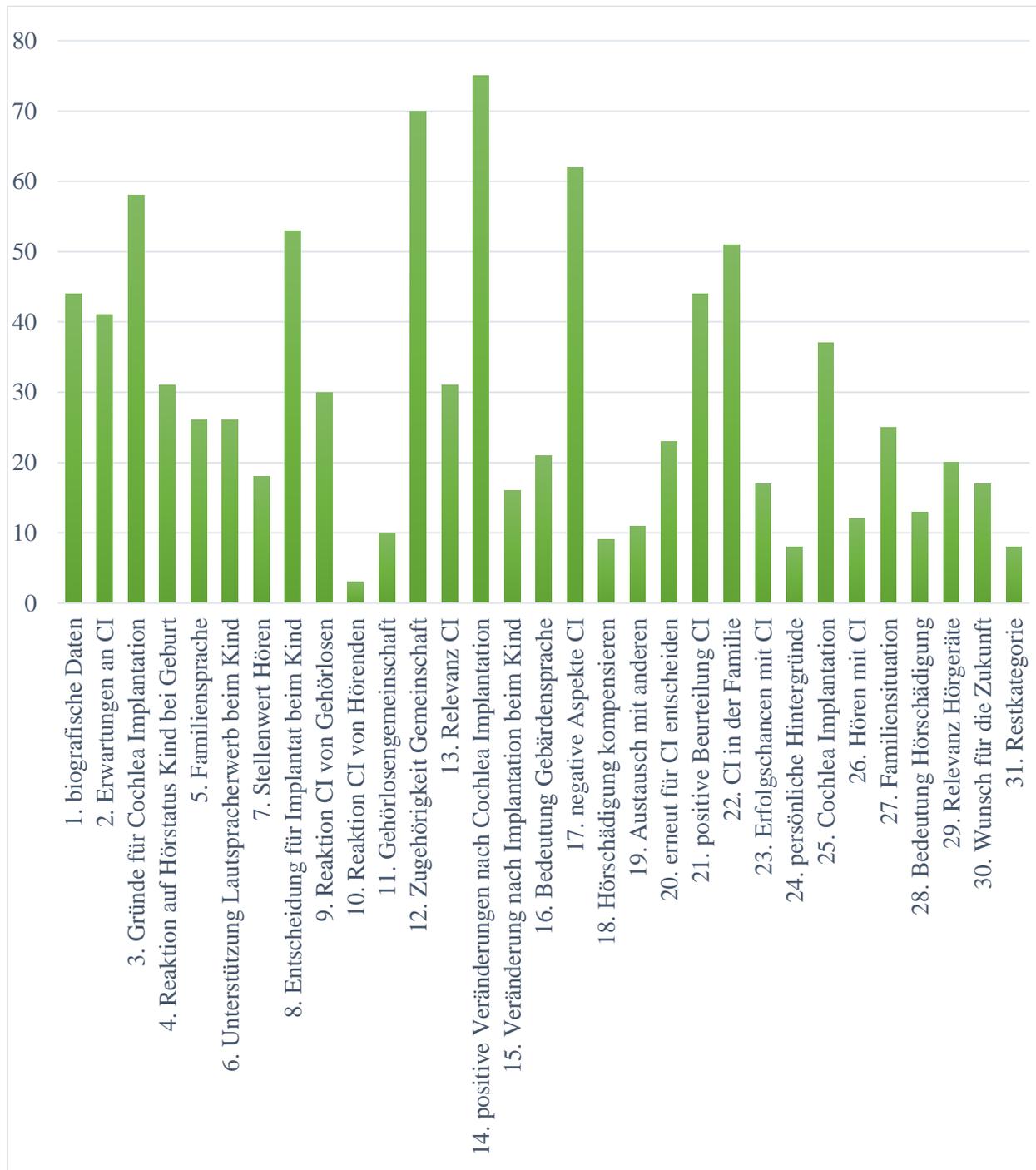


Abb. 3: Anzahl der Nennungen

Im Hinblick auf die prozentualen Angaben der Nennungen einzelner Kategorien ergibt sich folgende Verteilung: **(1)** biografische Daten: 4,84%, **(2)** Erwartungen an CI: 4,51 %, **(3)** Gründe für Cochlea Implantation: 6,37%, **(4)** Reaktion auf Hörstatus Kind bei Geburt: 3,41%, **(5)** Familiensprache: 2,86%, **(6)** Unterstützung Lautspracherwerb beim Kind: 2,86%, **(7)** Stellenwert Hören: 1,98%, **(8)** Entscheidung für Implantat beim Kind: 5,82%, **(9)** Reaktion CI von Gehörlosen: 3,3%, **(10)** Reaktion CI von Hörenden: 0,33%, **(11)** Gehörlosengemeinschaft: 1,1%, **(12)** Zugehörigkeit Gemeinschaft: 7,69%, **(13)** Relevanz CI: 3,41%, **(14)** positive Veränderungen nach Cochlea Implantation: 8,24%, **(15)** Veränderung nach Implantation beim Kind: 1,76%, **(16)** Bedeutung Gebärdensprache: 2,31%, **(17)** negative Aspekte CI: 6,81%, **(18)** Hörschädigung kompensieren: 0,99%, **(19)** Austausch mit anderen: 1,21%, **(20)** erneut für CI entscheiden: 2,53%, **(21)** positive Beurteilung CI: 4,84%, **(22)** CI in der Familie: 5,6%, **(23)** Erfolgchancen mit CI: 1,87%, **(24)** persönliche Hintergründe: 0,88%, **(25)** Cochlea Implantation: 4,07%, **(26)** Hören mit CI: 1,32%, **(27)** Familiensituation: 2,75%, **(28)** Bedeutung Hörschädigung: 1,43%, **(29)** Relevanz Hörgeräte: 2,2%, **(30)** Wunsch für die Zukunft: 1,87%, **(31)** Restkategorie: 0,88%.

Die somit am häufigsten genannte Kategorie ist Kategorie 14, positive Veränderungen nach Cochlea Implantation, gefolgt von den Kategorien (12) Zugehörigkeit Gemeinschaft und (17) negative Aspekte CI. Das viert häufigste Thema, welches die Probanden während den Gesprächen gewählt haben, sind Äußerungen zu den eigenen Beweggründen für die Entscheidung für ein CI (Kategorie 3, Gründe für Cochlea Implantation). Die am wenigsten genannte Kategorie ist Kategorie (10) Reaktion CI von Hörenden.

Bezugnehmend auf die behandelten Themenblöcke des Leitfadens Einführung, Kommunikation in der Familie, Einfluss der gehörlosen Welt, Einfluss der hörenden Welt, Familiensituation, Erwartungen und Veränderungen und Abschluss werden diese zu den Bereichen *Beurteilung CI*, *CI in der Familie*, *Zugehörigkeit zu den Welten* und *Gründe für Cochlea Implantation* zusammengefasst. Der Bereich *Beurteilung CI* setzt sich aus den Kategorien (13) Relevanz CI, (17) negative Aspekte CI, (20) erneut für CI entscheiden, (21) positive Beurteilung CI (23) Erfolgchancen mit CI, (25) Cochlea Implantation, (26) Hören mit CI und (29) Relevanz Hörgeräte zusammen. Die Kategorien (1) biografische Daten, (2) Erwartungen an CI, (4) Reaktion auf Hörstatus Kind bei Geburt, (5) Familiensprache, (6) Unterstützung Lautspracherwerb beim Kind, (8) Entscheidung für Implantat beim Kind, (14) positive Veränderungen nach Cochlea Implantation, (15) Veränderung nach Implantation beim Kind, (22) CI in der Familie, (24) persönliche Hintergründe, (27) Familiensituation und (30) Wunsch für die Zukunft fallen in den Bereich CI in der Familie. Zu dem Bereich Zugehörigkeit

zu den Welten werden (7) Stellenwert Hören, (9) Reaktion CI von Gehörlosen, (10) Reaktion CI von Hörenden, (11) Gehörlosengemeinschaft, (12) Zugehörigkeit Gemeinschaft, (16) Bedeutung Gebärdensprache, (18) Hörschädigung kompensieren, (19) Austausch mit anderen und (28) Bedeutung Hörschädigung zugeordnet. Dem Bereich Gründe für Cochlea Implantation ist die gleichnamige Kategorie (3) Gründe für Cochlea Implantation unterstellt. Die Restkategorie (31) findet im Folgenden keine weitere Beachtung. Insgesamt behandeln 43,52% der Aussagen das Leben der Familie mit dem CI. Hierzu gehören unter anderem die Situationen in denen sich die Familien nach den Implantationen befinden, die Art der Kommunikation innerhalb der Familie und Veränderungen nach der Cochlea Implantation der einzelnen Familienmitglieder. 28,9 % der Aussagen beinhalten die Thematik CI und damit verbundene neue Höreindrücke, Beurteilungen und ein Abwägen der Vor- und Nachteile. Weitere 20,33% der Bemerkungen wurden dahingehend geäußert, in welcher Welt sich die Interviewpartner sehen und welche Eigenschaften und Vorteile die jeweilige Welt mit sich bringt. Die Gründe, welche die Versuchsteilnehmer letztlich zu ihrer Entscheidung bewogen haben, wurden in 6,37% der Äußerungen benannt.

Nachfolgend werden die einzelnen Ergebnisse der jeweiligen Bereiche detailliert vorgestellt. Dabei bezeichnet die Angabe der Zeilennummer den Beginn und nicht die gesamte Textstelle.

5.1 Beurteilung Cochlea Implantat

Während den Interviews wurden die Gesprächsteilnehmer gebeten ihre derzeitige Situation mit den CIs zu schildern. Dieser Anreiz wurde genutzt um die neuen Höreindrücke mit dem Implantat zu beschreiben und zu beurteilen. Als Ergebnis stellt sich heraus, dass mit Hilfe der Implantate wesentlich mehr auditive Reize wahrgenommen werden (vgl. Anhang D S.31, 6). Dennoch gehen das Wahrnehmen und Hören von Worten an sich nicht unbedingt mit dem Verständnis des Gesagten einher (vgl. Anhang D S.27, 14). Generell besteht ein großer Unterschied zwischen den Höreindrücken, welche durch die Hörgeräte und durch die CIs wahrgenommen werden (vgl. Anhang D S.27, 12). Der Klang wird als mechanisch beschrieben (vgl. Anhang D S.28, 25).

„Beim Ersten war es sehr gewöhnungsbedürftig, weil ich praktisch mit Hörgeräten aufgewachsen bin“ (Anhang D S.52, 11).

Zusätzlich ist es einigen der Versuchsteilnehmer, nach erfolgreicher Implantation, möglich, akustisch mehr Musik aufzunehmen und teilweise Liedtexte zu verstehen (vgl. Anhang D S.29, 24). Insgesamt standen, vor der Operation, alle Probanden einem möglichen Erfolg mit den CIs kritisch gegenüber und waren der Ansicht, dass es für sie als Erwachsene weitaus schwieriger

ist, von den Implantaten zu profitieren (vgl. Anhang D S.8, 20). Im Gegensatz hierzu wurden die Chancen auf Erfolg bei ihren Kindern, nach einer CI Versorgung, als sehr gut eingeschätzt und waren weiter mit großer Hoffnung auf ein vereinfachtes Aufwachsen dieser verbunden (vgl. Anhang D S.9, 1). Zusätzlich äußern sich einige der Probanden dahingehend, dass die Operation an sich, von den Kindern viel leichter verarbeitet wurde als bei ihnen selbst (vgl. Anhang D S.39, 27) und der Profit, den die Kinder aus den Implantaten ziehen, deren Leben stark prägt und positiv beeinflusst (vgl. Anhang D S.51, 10). Das CI wird als Chance für ein besseres Hörvermögen und eine damit einhergehende Erleichterung des Alltags angesehen (vgl. Anhang D S.12, 30). Vor allem im Hinblick auf die Kommunikation innerhalb der Familie eröffnen sich neue Möglichkeiten und erleichtern das Zusammenleben miteinander (vgl. Anhang D S.62, 32). Neben unproblematischen Entwicklungen mit den CIs (vgl. Anhang D S.28, 36) ergeben sich für einige der Versuchsteilnehmer auch Nachteile durch die Implantate. Diese werden von den Betroffenen dahingehend geschildert, dass sie abends oft müde sind und das Hören mit den Implantaten anstrengend ist (vgl. Anhang D S.60, 15). Generell ist es für Erwachsene schwierig und mit Aufwand verbunden, von den Implantaten Nutzen zu erzielen (vgl. Anhang D S.8, 19). Neben dem erhöhten Aufwand überhaupt mit den CIs mehr akustische Reize wahrzunehmen, steht der Aspekt, dass in einigen Fällen auch zu viele Höreindrücke aufgenommen werden (vgl. Anhang D S.34, 5). Auch wird die Optik der CIs kritisiert und als nicht unauffällig genug bezeichnet (vgl. Anhang D S.28, 37). Obwohl sieben der acht Probanden von ihren Implantaten profitieren, blieb bei einem der Probanden der erhoffte Erfolg mit dem CI aus (vgl. Anhang D S.7, 30). Prinzipiell würden sich aber alle Versuchsteilnehmer erneut für ein CI entscheiden, auch wenn sich einer der Probanden über eine erneute Implantation unsicher ist (vgl. Anhang D S.13, 38). Dennoch würde er einer Implantation des anderen Ohres sofort zustimmen (vgl. Anhang D S.14, 36). Ohne CI und ohne die damit verbundene Fähigkeit mehr Sprache zu verstehen, erleben einige Gehörlose das Gefühl von sozialer Ausgrenzung.

„Als Gehörloser würde er noch mehr am Rand stehen. Weil er dann gar nicht mit ihnen kommunizieren kann“ (Anhang D S.60, 11).

5.2 Cochlea Implantat in der Familie

Die nachfolgenden Ergebnisse beschreiben sowohl die einzelnen Familien der Probanden und deren Konstellation anhand der beantworteten Kurzfragebögen, als auch den Ablauf der Cochlea Implantationen der Familienmitglieder, durch Informationen aus den Interviews. Insgesamt wurden acht Probanden aus sieben Familien während der Interviews befragt. Zwei

der Probanden sind verheiratet, weswegen sie nachfolgend nur als gemeinsame Familie und nicht individuell betrachtet werden. Insgesamt setzen sich zwei der Familien aus einem hörenden und einem gehörlosen Ehepartner zusammen, alle übrigen Familien bestehen aus zwei hörgeschädigten Ehepartnern. Ebenfalls haben zwei Familien jeweils ein hörendes und ein hörgeschädigtes Kind, welche mit CIs versorgt sind. Eine Familie hat zwei hörgeschädigte Kinder, von denen aber nur eins implantiert ist. Bei den restlichen vier Familien sind jeweils alle Kinder hörgeschädigt und mit CIs versorgt. Eine dieser Familien hat dabei nur ein einzelnes Kind, die sechs weiteren Familien jeweils zwei Kinder. Die Reaktion der Probanden auf den Hörstatus ihrer gehörlosen Kinder fiel unterschiedlich aus. Drei der Versuchsteilnehmer beschrieben den Moment der Erkenntnis über die Gehörlosigkeit des Kindes als schlimm und desillusionierend. Die Hörschädigung des Kindes war ein Schock für sie (vgl. Anhang D S.8, 38; S.31, 34; S.40, 6). Im Gegensatz dazu, stehen vier der anderen Probanden, denen der Hörstatus ihrer Kinder nicht wichtig ist und die die Hörschädigung nicht als Belastung ansehen (vgl. Anhang D S.17, 28; S.25, 3; S.40, 16; S.64, 18).

„Kein Problem, wir kennen das, wir können das“ (Anhang D S.25, 3).

Ein weiterer Proband erklärte, dass er auf eine Hörschädigung beim Kind eingestellt war und diese erwartete, allerdings nicht in der vorhandenen Ausprägung (vgl. Anhang D S.53, 15).

Insgesamt sind drei der Versuchsteilnehmer einseitig und fünf der Teilnehmer beidseitig implantiert. Das Alter der Probanden lag bei ihrer eigenen ersten Cochlea Implantation im Durchschnitt bei 35,5 Jahren mit einer Standardabweichung von 3,04. Die Alterspanne bei den Kindern der Probanden beläuft sich zwischen acht Monate und fünf Jahre, weswegen sich ein Durchschnittsalter der Kinder bei der Erstimplantation von 20,9 Monaten mit einer Standardabweichung von 18,1 ergibt. In diesen Wert wurden neun der 13 Kinder miteinbezogen, da diese vor den Implantationen der Eltern versorgt wurden. An dieser Stelle wurde Proband 6, welcher sich vor seinen Kindern implantieren ließ, ausgenommen, und nur seine Frau als relevantes Familienmitglied angesehen. Im Hinblick auf die Zeiträume, die zwischen den Implantationen der Eltern und Kinder liegen, ist zu berichten, dass sich einer der Probanden drei Monate vor seinem Kind implantieren ließ (vgl. Anhang D S. 39, 3). Ein weiterer Proband wurde einen Tag nach seinem Kind mit einem CI versorgt (vgl. Anhang D S. 24, 12). Weitere Versuchsteilnehmer ließen sich vier Monate (vgl. Anhang D S. 31, 26) und sechs Monate nach dem zweiten Implantat beim Kind (vgl. Anhang D S. 62, 17) operieren. Jeweils einer der Versuchsteilnehmer wurde zwei Jahre nach dem ersten Implantat (vgl. Anhang D S.39, 22) und zwei Jahre nach dem zweiten Implantat beim Kind (vgl. Anhang D S. 8, 13) mit CIs versorgt. Nachdem vier Jahre seit der ersten Implantation beim ersten Kind

vergangen sind, ließ sich einer der Probanden implantieren (vgl. Anhang D S. 53, 9). Der größte Zeitraum beläuft sich auf sechs Jahren zwischen den Cochlea Implantationen beim Kind und der Implantation des Probanden (vgl. Anhang D S. 17, 18). Bezugnehmend auf die Implantationszeiträume ergeben sich Besonderheiten dahingehend, dass einige der Eltern sich gleichzeitig mit den eigenen Kindern implantieren ließen. Einer der Probanden ließ sich sein erstes CI nahezu gleichzeitig mit dem ersten Implantat bei seinem Kind machen (vgl. Anhang D S.24, 12). Ein weiterer Proband wurde zeitgleich mit dem zweiten Implantat beim zweiten Kind mit dem eigenen ersten Implantat versorgt (vgl. Anhang D S.53, 12). Zusätzlich ließ sich ein Proband gleichzeitig mit beiden Kindern, welche das zweite CI erhalten haben, mit seinem eigenen ersten CI operieren (vgl. Anhang D S.39, 22).

Die sich durch diese Konstellationen ergebenden Formen der Familienkommunikation gestaltet sich wie folgt: drei der Familien geben an, dass sie untereinander lautsprachlich kommunizieren, wogegen vier Familien ihre Kommunikation eher bilingual gestalten, also sowohl die Laut- als auch die Gebärdensprache verwenden. Die Kinder aller sieben Familien nutzen untereinander die Lautsprache (vgl. Anhang D S.54, 36) und drei der Elternpaare machen regelmäßigen Gebrauch der Gebärdensprache, wenn sie sich mit dem Ehepartner verständigen. In einer der sieben Familien wird, sobald alle Familienmitglieder anwesend sind, nur die Gebärdensprache verwendet, da der Ehepartner keine Lautsprache beherrscht. Sobald dieser nicht vor Ort ist, nutzt die Versuchsperson mit ihren Kindern die Lautsprache beziehungsweise unterstützt diese teilweise mit Gebärden (vgl. Anhang D S.54, 28). Im Gegensatz hierzu stehen zwei der Probanden, deren Gebärdenkenntnisse nur sehr beschränkt sind und im Alltag eine untergeordnete Rolle spielen (vgl. Anhang D S.11, 42; S.17, 34). Insgesamt äußern sich die Probanden, deren Familienmitglieder alle von einer Hörschädigung betroffen sind, dahingehend, dass sie nach den Cochlea Implantationen mehr lautsprachlich untereinander kommunizieren (vgl. Anhang D S.41, 6). Nichtsdestotrotz wird innerhalb der Familie die Gebärdensprache genutzt, sobald die CIs nicht getragen werden.

„Wenn wir die CI weg haben, dann wenden wir die DGS an. Weil dann ist die Stimme aus und dann wird gebärdet“ (vgl. Anhang S S.40, 26).

Insbesondere in Situationen, in denen die CIs keinen Nutzen bringen, wie beispielsweise unter der Dusche oder im Schwimmbad, greifen einige der Probanden auf die Gebärdensprache zurück (vgl. Anhang D S.10, 7).

Aufgrund der verschiedenen Hörstatus innerhalb der Familie, und die damit verbundenen lautsprachlichen Fähigkeiten, ergeben sich auch im Hinblick auf die Kommunikation mit der hörenden Welt Besonderheiten. Einer der Probanden dolmetscht für den gehörlosen Ehepartner,

da dieser die Lautsprache nicht ausreichend beherrscht, um sich mit dem hörenden Umfeld auszutauschen (vgl. Anhang D S.53, 33). Die Kinder übernehmen in dieser Familie keine Dolmetscherdienste. Diese Situation findet sich in fast allen Familien. Keiner der Versuchsteilnehmer erwartet, dass das Kind für ihn dolmetschen muss, unabhängig ob diese mit CIs versorgt wären oder nicht (vgl. Anhang D S.46, 6). Dennoch helfen die Kinder in bestimmten Situationen den Eltern aus und übersetzten das Gesagte des Gesprächspartners. Diese Handlung erfolgt allerdings freiwillig, da die Eltern ihre Selbstständigkeit nicht verlieren möchten (vgl. Anhang D S.35, 5).

„Also Papa versteht halt nicht immer alles zu 100% und dann muss ich manchmal noch bisschen nachhelfen. Dass er das dann bisschen besser versteht“ (Anhang D S.27, 8).

Der Konsens bei dieser Thematik war daher dahingehend, dass die Kinder nicht für die Eltern dolmetschen müssen, sondern vielmehr unterstützend eingreifen, wenn sie selbst wollen (vgl. Anhang D S.35, 4). Nichtsdestoweniger beschrieb einer der Probanden, dass sein Kind nicht nur ihm gegenüber unterstützend tätig ist, sondern vielmehr auch andere Gehörlose beim Verstehen dahin gehend unterstützt, dass es für diese die Lautsprache in die Gebärdensprache übersetzt (vgl. Anhang D S.26, 38).

Erwartungen und Veränderungen

Bezugnehmend auf die Erwartungen, welche die Versuchsteilnehmer vor ihrer Implantation an das Cochlea Implantation hatten, ergeben sich folgende Ergebnisse. Die Probanden erhofften sich generell eine vereinfachte Kommunikation (vgl. Anhang D S.45, 8), in der die Sprache leichter verstanden wird (vgl. Anhang D S.20, 17) und die Notwendigkeit des Mundbildes verringert wird (vgl. Anhang D S.37, 7). Weiter bestand dadurch die Hoffnung, auf eine entspanntere und vereinfachte Situation im beruflichen Arbeitsumfeld (vgl. Anhang D S.71, 9). Neben diesen kommunikativen Aspekten, äußerten die Probanden ebenfalls Erwartungen, welche sie direkt an das Hören hatten. So wollten sie Musik akustisch wahrnehmen (vgl. Anhang D S.45, 8) und telefonieren können (vgl. Anhang D S.68, 23). Insgesamt haben die Probanden ihre Erwartungen niedrig gehalten, damit bereits kleine Erfolge als positiv angesehen werden (vgl. Anhang D S.68, 27). Diesbezüglich war die Erwartung an das Hören, dass es mit dem CI genauso gut sein wird, wie mit den bisher getragenen Hörgeräten (vgl. Anhang D S.28, 2). Sie waren ihr Leben lang mit der Situation mit den Hörgeräten zufrieden und wussten nicht, was mit Hilfe der Implantate überhaupt möglich ist (vgl. Anhang D S.63, 12). Der Konsens bestand darin, dass die Erwartungen übertroffen wurden (vgl. Anhang D S.37, 3). Ausnahme bildet dabei der Proband, bei dem sich ein Erfolg durch das CI nicht ergeben wollte.

Im weiteren Verlauf der Interviews, wurden die Probanden gebeten die Veränderungen zu schildern, welche ihnen bei sich selbst nach den Implantationen aufgefallen sind. Im Hinblick auf die Kommunikation ergab sich, dass sich die eigenen lautsprachlichen Kompetenzen verbessert haben (vgl. Anhang D S.35, 33), weswegen die Probanden nun weniger gebärden (vgl. Anhang D S.24, 7) und das Mundbild des Gesprächspartners weniger wichtig geworden ist (vgl. Anhang D S.62, 28). Insgesamt gestaltet sich die Kommunikation einfacher (vgl. Anhang D S.17, 15) und führt weiter zu einem vereinfachten Umgang mit dem sozialen Umfeld, da die Versuchsteilnehmer mehr von dem hören können, was die anderen sagen (vgl. Anhang D S.25, 37). Zusammengefasst ergeben sich weniger Missverständnisse zwischen den CI Trägern und den Gesprächspartnern, welche in Lautsprache kommunizieren (vgl. Anhang D S.31, 18). Ursächlich hierfür ist die Tatsache, dass mehr Sprache gehört werden kann (vgl. Anhang D S.29, 9), weswegen teilweise sogar im Dunkeln eine Unterhaltung in Lautsprache möglich ist (vgl. Anhang D S.62, 30). Im Hinblick auf die neuen Höreindrücke, welche nun vermehrt aufgenommen werden, besteht keine direkte Einigkeit. Es werden zwar generell mehr auditive Reize wahrgenommen, dennoch sehen nicht alle diese Veränderung als durchweg positiv an, da es in einigen Fällen zu viele Höreindrücke sind (vgl. Anhang D S.34, 5). Auf der anderen Seite stehen diejenigen Versuchsteilnehmer, die die neuen Höreindrücke durchweg positiv beurteilen (vgl. Anhang D S.69, 24). Das Hören an sich wird bewusster (vgl. Anhang D S.21, 34) und erleichtert die Unterscheidung von Geräuschen im Alltag (vgl. Anhang D S.28, 27). Die Fähigkeit des Hörens geht bei einigen Versuchsteilnehmern so weit, dass sie in der Lage sind, die Untertitel beim Fernsehschauen mit dem Gehörten zu vergleichen und Fehler bei der Untertitelung festzustellen (vgl. Anhang D S.70, 31). Obschon das Hören mit dem CI den Alltag der Versuchsteilnehmer erleichtert, bietet ihnen das Implantat weitere Vorteile im Beruf. Durch ein funktionierendes Richtungshören (vgl. Anhang D S.36, 1) und die Möglichkeit telefonieren zu können (vgl. Anhang D S.41, 24), berichten mehrere der Versuchsteilnehmer, dass sie auch im beruflichen Alltag vom CI profitieren (vgl. Anhang D S.37, 9; S.41, 22).

„Und beruflich habe ich viel erreicht, ja. Ich habe paar mehr Bereiche wo ich arbeiten kann, ich hab weniger Einschränkungen“ (Anhang D S.31, 7).

Zusätzlich zu den Verbesserungen im Hören und in der Kommunikation, hat das CI zu Veränderungen in der Person selbst geführt. So fühlen sie sich selbstbewusster und gehen offener durchs Leben (vgl. Anhang D S.31, 17). Des Weiteren sind sie am Abend entspannter, da das Hören für sie weniger anstrengend geworden ist (vgl. Anhang D S.20, 33). Diese neuen Veränderungen und die verbesserten Hörfähigkeiten erfüllen die Probanden mit Stolz (vgl. Anhang D S.70, 33).

Anschließend an die Befragungen der Versuchsteilnehmer, konnten bei drei der Familien noch weitere Familienmitglieder befragt werden. Diese sollten sich ebenfalls zu den Veränderungen, welche sie selbst bei den Probanden nach den Implantationen wahrgenommen haben, äußern. Aus diesen Befragungen ergab sich, dass die Kommunikation innerhalb der Familie im Alltag besser funktioniert, da ein ständiger Augenkontakt während den Gesprächen nicht mehr unbedingt nötig ist (vgl. Anhang D S.21, 18). Ebenfalls fragen die CI Träger weniger nach (vgl. Anhang D S.22, 3) und machen vermehrt Gebrauch von der Lautsprache (vgl. Anhang D S.50, 25). Insgesamt gaben die Familienmitglieder an, dass sich die generellen lautsprachlichen Kompetenzen der Probanden verbessert haben (vgl. Anhang D S.29, 8) und bewerten die aufgetretenen Veränderungen als durchweg positiv (vgl. Anhang D S.50, 28). Ein Ehepartner beschrieb, dass der andere nun mutiger geworden sei und sich mehr traut in Lautsprache zu kommunizieren (vgl. Anhang D S.45, 1). Nichtsdestotrotz sind die Veränderungen der Probanden nicht direkt für die Familienmitglieder sichtbar, da sie diese jeden Tag sehen und es sich um einen schleichenden Wandel handelt (vgl. Anhang D S.22, 12).

Cochlea Implantation beim Kind

Nachdem die Zeitpunkte der Implantationen bei den einzelnen Familienmitgliedern bereits aufgezeigt wurden, soll im nachfolgendem der Weg dorthin und die Unterstützung der Kinder nach den Implantationen dargestellt werden. Hierfür werden verschiedene Ansichten und Gefühle der Versuchsteilnehmer aufgelistet und mit Nachweisen aus den Transkripten der Interviews belegt. Zur Verdeutlichung, wie viele der acht Teilnehmer welche Ansicht vertreten, finden sich bei diesen Aussagen bis zu acht verschiedene Transkript-Verweise. Aussagen, welche nicht direkt die persönliche Meinung darstellen, werden mit nur einem Nachweis belegt. Insgesamt herrscht bei den Versuchsteilnehmern eine Diskrepanz über die Komplexität der Entscheidung für das CI beim Kind. Vier der Probanden sahen die Entscheidung für das Implantat beim Kind als eine sehr leichte an (vgl. Anhang D S.7, 35; S.18, 30; S.33, 17; S.61, 30). Ein Proband äußerte sich dahingehend, dass der Entschluss für das Implantat an sich ein einfacher war, die Umsetzung und abschließender Beschluss für die Operation hingegen Überwindung kostete (vgl. Anhang D S.43, 9). Auf der anderen Seite standen zwei der Probanden der Thematik CI skeptisch gegenüber und lehnte dieses ursprünglich ab (vgl. Anhang D S.24, 6; S.37, 14). Eine weitere Versuchsperson war bezüglich der Operation und damit verbundenen Risiken eher gegen eine CI Versorgung ihrer Kinder und teilte diese Ansicht mit dem Ehepartner (vgl. Anhang D S.54, 19). Zusätzlich gab es noch zwei Ehepartner, die gegen die Implantation ihrer Kinder waren (vgl. Anhang D S.33, 7; S.67, 28). Beide sind hörgeschädigt. Die Ablehnung einiger außenstehender Gehörloser gegenüber dem CI hat den

Entschluss und die Gedankengänge einer Familie beeinflusst (vgl. Anhang D S.42,33), diese aber nicht von der Implantation ihrer Kinder abgehalten. Insgesamt ist es wichtig, dass beide Elternteile einen gemeinsamen Konsens bei der Entscheidung finden (vgl. Anhang D S.61, 32), auch wenn der Weg zur Einigung mit Diskussionen unter den Eheleuten verbunden ist (vgl. Anhang D S.53, 43). Trotz ursprünglicher verschiedener Ansichten, haben sich alle Familien für eine Implantation ihrer Kinder entschieden. Unter anderem auch deswegen, weil sie den Kindern alle Optionen bieten wollen und sich später einmal nicht von ihnen vorwerfen lassen wollen, sie hätten nicht alles für ein vereinfachtes Leben getan (vgl. Anhang D S.16, 8).

Im Anschluss an die Operationen der Kinder kann ein weitestgehend normaler Lautspracherwerb erfolgen. Hierbei wurden die Kinder der Versuchsteilnehmer entweder durch professionelle Frühförderer oder Logopäden (vgl. Anhang D S.32, 17) oder durch hörende Großeltern (vgl. Anhang D S.41, 30) unterstützt. Der Lautspracherwerb verlief dabei nebenher im Alltag (vgl. Anhang D S.41, 33). Eines der Kinder benötigte aufgrund seiner vergleichsweise späten Implantation keine zusätzliche Unterstützung beim Spracherwerb (vgl. Anhang D S.18, 7). Insgesamt sahen alle Eltern die Notwendigkeit einer lautsprachlichen Erziehung und unterstützen ihre Kinder. Durch in den Alltag integrierte, kommunikative Spiele (vgl. Anhang D S.11, 10) und dem Achten auf die richtige Artikelnutzung (vgl. Anhang D S.65, 39) bemühen sich die Probanden um gute Lautsprachkompetenzen ihrer Kinder. Die Begleitung auf diesem Weg wird durch das eigene CI vereinfacht, da eine Kontrolle der kindlichen Äußerungen erfolgen kann (vgl. Anhang D S.42, 4). Zur Zeit der Interviews waren alle Eltern durchweg von den lautsprachlichen Fähigkeiten ihrer Kinder begeistert und freuten sich über deren Entwicklung (vgl. Anhang D S.10, 6). Die Kinder stellen ein Vorbild für die implantierten Erwachsenen dar (vgl. Anhang D S.35, 23).

Das CI als Gemeinsamkeit

Wie bereits zu Beginn des Kapitels erwähnt, ließen sich mehrere Probanden gemeinsam mit ihren Kindern implantieren. Diese Tatsache führte dazu, dass bereits die Operation an sich und die damit verbundene Unterbringung im selben Krankenhauszimmer von Anfang an gemeinsam erlebt wurde (vgl. Anhang D S.52, 23). Nach erfolgreicher Operation verbrachten sie anschließend gemeinsam Zeit bei der gemeinsamen Rehabilitation, bei der die ganze Familie zusammen war. Auch der nicht implantierte Ehepartner war mit auf Reha (vgl. Anhang D S.45, 33). Die CIs der Familienmitglieder stellen einen gemeinsamen Unterschied zu anderen Familien dar, welche normal hörend oder nicht implantiert sind (vgl. Anhang D S.48, 31). Speziell die Situation der Kinder wird durch das Implantat dahin gehend vereinfacht, dass sie weniger Fragen stellen, wieso sie etwas anderes haben als andere Kinder, oder als die übrigen

Familienmitglieder (vgl. Anhang D S.48, 28). Durch das CI fühlen sich die Kinder ihren ebenfalls implantierten Eltern verbunden (vgl. Anhang D S.70, 37).

„Ja es war ja so, dadurch dass ich auch ein CI habe ist es für meine Tochter besonders wertvoll, die fühlt sich da ganz besonders verbunden mit mir“ (Anhang D S.70, 37)

Zusätzlich zu dem Gefühl der Verbundenheit, können sich Eltern und Kinder gegenseitig mit der Technik der Implantate unterstützen (vgl. Anhang D S.20, 5). Insgesamt können sich alle Probanden ein Leben ohne die CIs in ihrer Familie nicht mehr vorstellen und habe diese vollständig in den Alltag integriert (vgl. Anhang D S.51, 12).

„Das erste was sie morgens machen sie holen sich das CI und es ist auch abends das letzte, wenn wir sie ins Bett bringen“ (Anhang D, S.12, 35).

5.3 Zugehörigkeit zu den Welten

Nachfolgend werden die Ergebnisse im Hinblick auf die verschiedenen Ansichten der gehörlosen und hörenden Welt, deren Einfluss auf die Entscheidung für das CI und die Zugehörigkeit zu den zwei Welten, vorgestellt. Hierfür werden bei persönlichen und die Familie betreffenden Ansichten maximal acht Textbelege, als Repräsentation der acht Teilnehmer, aus den Transkripten angegeben. Als Nachweise gelten die vollständigen Transkripte der Interviews und die ausgefüllten Kurzfragebögen.

Im Laufe der Interviews wurden die Versuchsteilnehmer gebeten, selbst einzuschätzen in welcher Welt sie sich selber sehen. Als Ergebnis gaben zwei der Probanden an, komplett der hörenden Welt zugeordnet zu sein, und keinen Kontakt mit der gehörlosen Welt zu haben (vgl. Anhang D S.11, 23; S.19, 6). Weitere fünf Probanden fühlen sich in beiden Welten beheimatet und leben sowohl in der hörenden, als auch in der gehörlosen Welt (vgl. Anhang D S. 24, 32; S.33, 2; S.46, 22; S.67, 44). Zusätzlich äußerte ein Proband, dass er in der gehörlosen Welt leben würde (vgl. Anhang D S.56, 18). Die Verteilung der Zugehörigkeiten ist grafisch in Abbildung 4 dargeboten.



Abb. 4: Zugehörigkeit zu den Welten

Diejenigen Probanden, die sich bereits vor der Cochlea Implantation in der hörenden Welt inkludiert gefühlt haben, gaben an, dass es bei ihnen zu keinem Wechsel der Welt nach der Implantation gekommen ist (vgl. Anhang D S.12, 15). Im Gegensatz hierzu stehen die Familien, deren Lebensmittelpunkt sich von der gehörlosen Welt zu einer Mischung aus beiden Welten hin geändert hat. Durch das CI sehen sie sich nun auch mehr in der hörenden Welt (vgl. Anhang D S.44, 34). Nichtsdestotrotz geben die Probanden an, dass die Kommunikation und das Zusammensein in der gehörlosen Welt einfacher sind, da das Reden in der hörenden Welt anstrengender ist (vgl. Anhang D S.56, 19). Das Verstehen der Kommunikationspartner fällt ihnen trotz CI in der gehörlosen Welt einfacher (vgl. Anhang D S.32, 38; S.67, 5). Insgesamt sind sieben der acht Probanden selbst in einer hörenden Familie aufgewachsen. Lediglich ein Proband hat einen ebenfalls gehörlosen Bruder und ein weiterer Proband hatte einen gehörlosen Großvater. Einer der acht Probanden ist in einer gehörlosen Familie aufgewachsen. Die Probanden geben an, dass ihre Kinder die hörende Welt bevorzugen und aktiv in dieser integriert sind (vgl. Anhang D S.44, 15). Weiter überlassen sie es ihren Kindern, in welcher Welt sie sich wohler fühlen und in welcher Welt sie ihren Lebensmittelpunkt gestalten (vgl. Anhang D S.33, 40). Die Probanden haben darüber hinaus keine Angst, ihre Kinder in die hörende Welt zu verlieren (vgl. Anhang D S.55, 22). Dennoch äußert sich ein Proband dahingehend, dass er froh sei, dass sein Kind auch in der gehörlosen Welt aktiv ist und nicht nur in der hörenden Welt leben möchte (vgl. Anhang D S.27, 28). Nichtsdestotrotz legen die Versuchsteilnehmer, welche sich selbst der gehörlosen oder beiden Welten zuordnen, Wert darauf, dass ihre Kinder beide Kulturen kennen und sich in diesen zurechtfinden (vgl. Anhang D S.33, 38). Die gehörlosen Ehepartner wurden von den Probanden eher der gehörlosen Welt zugeschrieben (vgl. Anhang D S.32, 36). Aus der Zugehörigkeit der Welten ergeben sich

unterschiedliche Ansichten bezüglich der Relevanz des Hören-Könnens. Drei der Versuchsteilnehmer bezeichnen das Hören als sehr wichtig (vgl. Anhang D S.11, 3; S.33, 4; S.66, 36), wohingegen zwei Probanden es unwichtig finden, ob gehört werden kann oder nicht (vgl. Anhang D S.42, 19; S.55, 21). Zwischen diesen Meinungen stehen zwei weitere Probanden, welche das Hören als wichtig, aber nicht als überlebenswichtig, bezeichnen (vgl. Anhang D S.25, 38; S.42, 20). Für einen Probanden ist das Hören normal und gehört zum Alltag einfach dazu (vgl. Anhang D S.18, 20). Zusätzlich gaben alle Probanden an, dass das Hören bei ihren Kindern, unabhängig von deren Hörstatus, einen sehr hohen Stellenwert hat und somit sehr wichtig für sie ist (vgl. Anhang D S.42, 22). Dennoch lernen alle Kinder der Familien, bei denen beide Elternteile hörgeschädigt sind, die Gebärdensprache (vgl. Anhang D S.33, 20). Im Gegensatz hierzu stehen die gehörlosen Ehepartner, welche das Hören, nach Ansicht der Interviewpartner, als nicht wichtig einstufen (vgl. Anhang D S.25, 36). Das Hören durch das CI wird als Qualitätszugewinn bezeichnet (vgl. Anhang D S.42, 20) und wird von einem Probanden als Glücksfall definiert, wenn man vom CI profitieren kann (vgl. Anhang D S.14, 11).

„Leute kaufen sich einen Lottoschein, wie groß ist die Wahrscheinlichkeit (...). Und vielleicht bin ich ja derjenige, der 24 Millionen Euro gewinnt, das kann doch sein. Und vielleicht bin ich ja derjenige, der tatsächlich in das Hören kommt“.

Einfluss der Gemeinschaften auf die Entscheidung für die CIs

Die Gehörlosengemeinschaft, mit ihren eigenen kulturellen Aspekten und Möglichkeiten, bieten zwar keinerlei Nachteile im Vergleich zur hörenden Welt (vgl. Anhang D S.26, 38), die Hörschädigung selbst, zieht jedoch viele Barrieren im Alltag mit sich (vgl. Anhang D S.31, 35). Daher haben viele Gehörlose Angst, dass ihre Kultur und die dazugehörige Gebärdensprache durch das CI zurückgedrängt wird (vgl. Anhang D S.67, 34). Mit dieser Ansicht gehen die Probanden nicht d'accord und bezeichnen diese Art von Gehörlosen als „*Hinterwäldler*“ (Anhang D S.33, 13). Nichtsdestoweniger sehen die Familien mit zwei hörgeschädigten Elternteilen die Gebärdensprache als absolut notwendig und wichtig an, auch wenn sie die Lautsprache beherrschen (vgl. Anhang D S.25, 25). Aufgrund der Angst der Gehörlosen, die Gebärdensprache könne aufgrund der Implantate an Relevanz verlieren, müssen sich die Probanden vor der Gehörlosengemeinschaft rechtfertigen und beweisen, dass sie trotz Implantat vollwertige Mitglieder sind und die Gebärdensprache beherrschen (vgl. Anhang D S.67, 37). Demungeachtet vertreten nicht alle Gehörlosen diese Meinung, sondern lassen sich immer öfter selbst implantieren (vgl. Anhang D S.39, 16). Von deren Erlebnissen und Veränderungen haben sich die Probanden beraten lassen, bevor sie sich selbst für die Cochlea Implantationen bei sich

und ihren Kindern entschieden haben (vgl. Anhang D S.61, 10). Vor allem der Austausch mit anderen gehörlosen Eltern implantierter Kinder, hat den Probanden bei ihrer Entscheidungsfindung geholfen (vgl. Anhang D S.54, 11). Aufgrund der sozialen Umgebung war es aber nicht allen Versuchsteilnehmern möglich, sich mit anderen Eltern bezüglich einer Versorgung der Kinder auszutauschen, da die Probanden die ersten im Freundeskreis waren, die Kinder bekommen haben (vgl. Anhang D S.43, 23).

Insgesamt ist die Reaktion des gehörlosen Umfeldes auf die Cochlea Implantationen sehr verschieden ausgefallen. Bei Gehörlosen, welche sich eher im süddeutschen Raum befinden, war die Akzeptanz gegenüber den bevorstehenden Operationen weitaus höher, als von gehörlosen Bekannten aus dem Norden Deutschlands (vgl. Anhang D S.67, 26). Auch im Hinblick auf die Akzeptanz der Implantate bei den Probanden selbst und bei deren Kindern ergaben sich Unterschiede. Bei den Implantaten der Probanden stießen sie bei den Gehörlosen auf mehr Akzeptanz als bei den Kindern. Im Hinblick auf die im Interview genannten relativen Häufigkeiten zu vorhandener und fehlender Akzeptanz Gehörloser, ergeben sich acht Nennungen zur fehlenden (vgl. Anhang D S.26, 28) und fünf Nennungen zur vorhandenen Akzeptanz (vgl. Anhang D S.56, 9) Gehörloser, gegenüber der Implantation der Versuchsteilnehmer. Bei der Implantation der Kinder wurde in insgesamt zehn Nennungen die fehlende Akzeptanz Gehörloser (vgl. Anhang D S.55, 30) und in drei Nennungen die vorhandene Akzeptanz (vgl. S.26, 13) Gehörloser angemerkt. Im Gegensatz hierzu stehen die Meinungen aus dem hörenden Umfeld, welche durchweg das CI als positiv ansehen und dessen Implantation sowohl bei den Kindern, als auch bei den Erwachsenen, befürworten (vgl. Anhang D S.19, 2).

5.4 Gründe für Cochlea Implantation

Im nachfolgenden Abschnitt werden die Beweggründe der Probanden genauer vorgestellt. Hierfür werden im Anschluss an die Gründe Belege angeführt. Die Anzahl der Belege soll dabei verdeutlichen, wie viele der acht Probanden den jeweiligen Grund für ihre Entscheidung benannt haben.

Die Gründe, welche die Probanden für eine Versorgung mit CIs veranlasst haben, sind verschieden. Allerdings herrscht Einigkeit über die Tatsache, dass die Implantation der Kinder ausschlaggebend für das Auseinandersetzen mit der Thematik CI und die eigene Implantation war (vgl. Anhang D S.8, 18; S.19, 33; S.24, 5; S.31, 28; S.37, 23; S.38, 29; S.53, 4; S.59, 28). Zusätzlich zu den Erfolgen, die bei den Kindern aufgrund der Implantate beobachtet wurden (vgl. Anhang D S.37, 4), führte unter anderem der Wunsch des Kindes nach einem CI zur

eigenen Versorgung (vgl. Anhang D S.24, 5). Des Weiteren war der Wille, das Kind implantieren zu lassen, der Grund für die eigene Implantation, da durch diesen Schritt dem Ehepartner die Angst und Skepsis vor der Operation genommen werden sollte (vgl. Anhang D S.61, 38). Ein weiterer Proband ließ sich im Vorfeld der Implantation vom Kind operieren, um herauszufinden, welche Erfahrungen das Kind zu erwarten hat (vgl. Anhang D S.37, 23). Nachdem der Anreiz für die eigenen CIs durch die Kinder erfolgte, kristallisierten sich weitere Beweggründe für die Entscheidung heraus. Die Versuchsteilnehmer hatten den Wunsch, dass ihr Leben barriereärmer wird (vgl. Anhang D S.21, 11; S.29, 17; S.34, 28; S.71, 9). Durch weniger Barrieren im Alltag, im Beruf und mit dem sozialen Umfeld wollten sie ihre Selbstständigkeit ausbauen (vgl. Anhang D S.21, 11). Zusammengefasst bestand die Hoffnung mehr auditive Reize wahrzunehmen (vgl. Anhang D S.13, 21; S.36, 5; S.48, 2) und sogar in das Richtungshören zu gelangen (vgl. Anhang D S.12, 7). Im Anschluss an die erste Auseinandersetzung mit dem Thema CI für das Kind, empfanden einige der Probanden die Leistung der bisher genutzten Hörgeräte nicht mehr ausreichend und erhofften sich durch eine Implantation eine Alltagserleichterung (vgl. Anhang D S.19, 36; S.59, 15). Hierzu gehören sowohl ebenfalls eine nicht ausreichende Hörfähigkeit beim Telefonieren (vgl. Anhang D S.59, 17; S.21, 12), als auch Schwierigkeiten im beruflichen Umfeld (vgl. Anhang D S.58, 7), welche durch eine Versorgung mit CIs entgegengewirkt werden sollte. Zusätzlich äußerten sich einige der Probanden dahingehend, dass der Wunsch ihr eigenes Kind besser oder überhaupt hören zu können (vgl. Anhang D S.62, 38; S.45, 29; S.34, 26), mit in die Entscheidung eingeflossen ist. Auch war der Wunsch, Musik akustisch wahrzunehmen (vgl. Anhang D S.69, 29; S.29, 19), ein weiteres Argument sich für ein CI zu entscheiden. Nichtsdestotrotz spielte auch einfach die Neugier, auf das was möglich ist und wie es sein wird, eine große Rolle bei dem Entschluss für ein eigenes Implantat (vgl. Anhang D S.12, 12; S.24, 30; S.71, 8;). Im Hinblick auf das Ausprobieren wollte sich einer der Gesprächsteilnehmer später nicht selbst vorwerfen müssen, er habe nicht alles versucht, um ein besseres Hörvermögen zu erlangen (vgl. Anhang D S.13, 22). Im Anschluss an die erste Operation benannte ein weiterer Proband, den Erfolg des ersten Implantats, als Grund für eine Versorgung auf dem zweiten Ohr (vgl. Anhang D S.52, 31).

6. Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Im Anschluss an die Darstellung der Ergebnisse werden diese im Folgenden interpretiert, diskutiert und in Beziehung mit den Kapiteln zwei und drei dieser Arbeit gesetzt. Die zentralen empirischen Studienergebnisse werden zu diesem Zweck mit den theoretischen Grundlagen verknüpft. Als Orientierung dienen hierbei ebenfalls der Interviewleitfaden und dessen behandelten Themenbereiche, bezugnehmend auf die zu erforschenden Fragestellungen.

6.1 Beurteilung Cochlea Implantat

Im Hinblick auf den Wahrnehmungsprozess im Allgemeinen wird deutlich, dass das Erkennen tatsächlich an letzter Stelle steht und nicht mit dem Wahrnehmen gleich zu setzen ist (vgl. Goldstein 2008, 3ff). Obwohl die verfügbaren akustischen Informationen, mit Hilfe des CIs, wahrgenommen werden, werden diese nicht unmittelbar erkannt (vgl. Anhang D S.27, 14). Insbesondere kurz nach der Operation, bei der Erstanpassung, haben neu implantierte Personen, große Schwierigkeiten überhaupt etwas wahrzunehmen, geschweige denn zu erkennen (vgl. Anhang D S.68, 29). Das Erkennen der gehörten Informationen muss erst neu gelernt werden, damit bisherige Verknüpfungen zwischen Gehörtem und vorhandenem Wissen, durch die neuen akustischen Eindrücke mit dem CI, ersetzt werden (vgl. Anhang D S.34, 6). Im Vergleich hierzu ist es für das Gehirn einfacher, auditive Reize zu verarbeiten, welche mittels Hörgerät bereits lange Zeit wahrgenommen werden konnten. Grund hierfür sind die bestehenden neuronalen Verknüpfungen im Gehirn, die die Eindrücke an den entsprechenden Stellen zu verarbeiten (vgl. Anhang D S.52, 11). Für ein allumfassendes Hörerlebnis ist die beidohrige Verarbeitung von Schallsignalen besonders entscheidend. Das Richtungshören bietet durch seine Lokalisations- und Filterfunktion (vgl. Baumann 2012, 73f), den Gehörlosen neue Möglichkeiten. So können sich die CI Träger durch das neu gewonnene Richtungshören neue Felder im beruflichen Alltag erschließen (vgl. Anhang D S.35, 40). Insgesamt wird die Fähigkeit die akustischen Informationen auf beiden Ohren zu verstehen als sehr positiv angesehen, da es die Hörqualität weiter steigert (vgl. Anhang D S.62, 21). Aufgrund der immer fortschrittlicheren Technik, verbessert sich die Qualität des Hörens mit den CIs stetig und das neue Hören wird als Zugewinn angesehen (vgl. Sittel 2010, 87f). Trotz der Andersartigkeit, welche die Höreindrücke mittels CI mit sich bringen (vgl. Anhang D S.24, 20), wird das Hören mit den Implantaten als so gut angesehen, dass nun Geräusche in einer Qualität wahrgenommen werden können, wie es mit den Hörgeräten nicht möglich war (vgl. Anhang D S.27, 12). Generell führt die verbesserte Hörqualität zu einem Zugewinn an Lebensqualität (vgl. Anhang D S.42, 20). Ebenfalls kann durch das CI Sprache in einem Umfang wahrgenommen werden, welcher mit

einer reinen Hörgeräteversorgung undenkbar war (vgl. Anhang D S.62, 26). Die immer ausgefeiltere Technik der Implantate selbst, bietet ein Sprachverständnis auf hohem Niveau (vgl. Sittel 2010, 87f), welches unter Umständen so ausgeprägt wird, dass das Gesagte von Familienmitgliedern auch in der Dunkelheit verstanden werden kann (vgl. Anhang D S.62, 32). Besonders für die Kommunikation ist eine gemeinsame Sprache von Bedeutung. Soll diese Kommunikation in der hörenden Welt stattfinden, ist die Fähigkeit sich lautsprachlich mitzuteilen unabdingbar, und vereinfacht eine soziale Integration (vgl. Hagendorf et al. 2011, 123ff). Durch das verbesserte Sprachverstehen mithilfe der CIs, kann einer Ausgrenzung aus der Gesellschaft vorgebeugt werden (vgl. Anhang D S.60, 11). Nichtsdestotrotz ist der Profit, welcher aus den CIs gezogen werden kann, von verschiedenen Faktoren, wie dem Alter bei der Implantation oder anatomischen Besonderheiten, abhängig (vgl. Sittel 2010, 87f). Den Eltern waren diese Faktoren bewusst und sie waren sich darüber im Klaren, dass der Erfolg bei ihnen nicht so hoch ausfallen würde, wie bei ihren Kindern. Ihre Erwartungshaltung war entsprechend ausgeprägt (vgl. Anhang D S.8, 20). Hinzukommt, dass der Weg zum Hören mit dem CI, viel Aufwand erfordert und für erwachsene Gehörlose schwieriger ist als für Kinder (vgl. Anhang D S.8, 25). Auch wenn das Implantat nach der Operation einsatzfähig scheint, sind eine lange Rehabilitation und eine lebenslange Nachsorge notwendig. Ebenfalls verlangt das CI dem Träger beziehungsweise der Trägerin viel Ehrgeiz und Hörtraining ab (vgl. Zahner/Mürbe 2017, 396-409). Einen zusätzlichen negativen Aspekt, stellt die Operation an sich dar. Grundsätzlich besteht das Risiko bei einer Cochlea Implantation darin, dass die vorhandene Resthörigkeit vollständig verschwindet (vgl. Zahner/Mürbe 2017, 396-409). Aufgrund dieses Risikos wurde teilweise erst das schlechtere Ohr zuerst implantiert, da die Betroffenen ihr Resthörvermögen nicht verlieren wollten (vgl. Anhang D S.47, 17). Bei einigen der Teilnehmer trat der Verlust des Resthörvermögens tatsächlich ein (vgl. Anhang D S.20, 35). Nichtsdestotrotz erwies sich dieser Verlust als nicht dramatisch, da die Resthörigkeit, unter dem Gebrauch des CIs, nicht genutzt werden kann (vgl. Anhang D S.58, 41).

Trotz dem Aufwand, möglicher Risiken und der lebenslangen Arbeit, um bestmöglich von den Implantaten zu profitieren, wächst die Gruppe der hörgeschädigten Erwachsenen, die sich mit einem CI versorgen lassen stetig (vgl. Zahner/Mürbe 2017, 396-409). Wie die Vorstellung der Teilnehmer dieser Forschung in Kapitel 4.3 zeigt, besteht auch in dieser Studie eine gewisse Bandbreite vom Ausmaß der Hörschädigungen. Als notwendige Voraussetzung, um als prälingual Gehörloser überhaupt vom CI zu profitieren, gilt eine, von klein auf durchgeführte, auditive Förderung und eine Versorgung mit Hörgeräten von Kindheitstagen an. Die lautsprachlichen Kompetenzen sollten bei Geburtsgehörlosen gut ausgebildet sein (vgl. Kempf

et al. 2003, 667ff). Durch ein Ausnutzen der Resthörigkeit mit den Hörgeräten und ein Aufwachsen im hörenden Umfeld (vgl. Anhang D S.71, 34), besitzen alle Studienteilnehmer sehr gute lautsprachliche Fähigkeiten. Die Qualität der Lautsprache kann Anhand der wörtlichen Transkripte abgeleitet werden. Dennoch reicht der Fortschritt der Technik nicht aus, um jedem Gehörlosen das Hören mittels CI zu ermöglichen. Aus Gründen, die keiner genau benennen kann, bleibt der Hörerfolg immer mal wieder aus (vgl. Anhang D S.12, 32). Mögliche Ursache kann ein Hörnerv sein, der bis in das Erwachsenenalter hinein zu wenig akustische Signale wahrnehmen konnte und somit nicht ausreichend stimuliert wurde (vgl. Anhang D S.7, 11). So kann es vorkommen, dass kein akustischer Zugewinn durch das CI erfolgt (vgl. Anhang D S.12, 16).

Wie individuelle der Profit des eigenen CIs ausfällt, zeigt unter anderem der Einfluss auf das Musikverständnis. Obwohl die Technik in diesem Punkt der CIs noch weiter verbessert werden kann (vgl. Sittel 2010, 87f), kommt es dennoch vor, dass die Implantat Träger in den Genuss vom Musikhören gelangen (vgl. Anhang D S.68, 6) und darüber hinaus auch die Liedtexte bei bestimmten Liedern verstehen (vgl. Anhang D S.29, 27). Im Hinblick auf die Hörerfolge und positiven Konsequenzen der Implantate, steigt der Stellenwert des Hörens in den hörgeschädigten Familien (vgl. Busch 2013, 21ff). Dieser Trend lässt sich auch bei den teilnehmenden Familien feststellen, welche dem Hören eine sehr wichtige Position in ihrem Leben und Alltag zuschreiben (vgl. Anhang D S.33, 4). Das CI wird Teil der Person und komplimentiert diesen. Erst wenn die Geräte angelegt und angeschaltet sind, fühlen sich die Träger in ihrer neuen Welt angekommen (vgl. Anhang D S.66, 30).

6.2 Cochlea Implantat in der Familie

Im Laufe der Zeit entwickelte sich das System Familie immer mehr zu einer Gemeinschaft, in der sich die Stellung der einzelnen Familienmitglieder mehr und mehr angleichen (vgl. Cloerkes 2007, 280ff), wodurch eine gegenseitige Unterstützung der Ehepartner resultiert. So übernimmt die gehörlose Ehefrau beispielsweise die Dolmetscherrolle für ihren ebenfalls gehörlosen Ehemann und organisiert zum Beispiel Arzttermine für die gesamte Familie telefonisch. Sie kann sich aufgrund ihrer lautsprachlichen Erziehung und Versorgung mit CIs in der hörenden Welt sehr gut zurecht finden, wohingegen der nur gebärdensprachlich kompetente Ehemann, gewisse Schwierigkeiten in der Interaktion mit dem hörenden Umfeld aufweist (vgl. Anhang D S.53, 33). Ebenfalls fungieren mit Cochlea implantierte Kinder als mögliches Sprachrohr und können für ihre Eltern zwischen ihnen und einem hörenden Kommunikationspartner vermitteln. Die Kinder helfen somit ihren Eltern, das Gesagte

schneller und leichter zu verstehen (vgl. Anhang D S.34, 5). Dennoch gibt es in jeder Familie feste Rollen, die mit gewissen Erwartungen einhergehen. So ist es Aufgabe der Eltern die Kinder zu erziehen und sie zu eigenen Handlungen, aus der intrinsischen Motivation heraus, anzuregen (vgl. Schneewind 2008, 256ff). Dahingehend ist es der eigene Wunsch der Kinder, ihren Eltern bei der Interaktion im hörenden Umfeld zu helfen (vgl. Anhang D S.46, 12), da sie durch die zeitnahe Implantation nach der Geburt, mehr von den CIs profitieren, als ihre ebenfalls mit CIs versorgten Eltern (vgl. Anhang D S.9, 1). Anhand des CIs wird deutlich, wie sehr sich einzelne Familienmitglieder innerhalb des Familiensystems, durch eigene Entscheidungen und deren Auswirkungen auf andere Familienmitglieder, beeinflussen (vgl. Schneewind 2010, 132ff). Neben dem Entschluss der Eltern, sich für ein CI bei ihrem Kind zu entscheiden, welches das gesamte zukünftige Leben des Kindes beeinflussen wird (vgl. Anhang D S.46, 32), steht der Einfluss der Elternteile untereinander. So kann der eigene Entschluss, sich mit einem CI versorgen zu lassen, das ausschlaggebende Kriterium werden, den Ehepartner von der Implantat Versorgung des gemeinsamen Kindes, zu überzeugen. Dieser Entschluss animiert den Ehepartner zum Umdenken und beeinflusst dadurch auch die Nähe zwischen Eltern und Kind nach der Operation (vgl. Anhang D S.61, 37). Eine weitere Möglichkeit, wie sich die Entscheidungen einzelner auf weitere Familienmitglieder auswirken können, ist der unabdingbarer Wille des Kindes, mit einem CI versorgt zu werden. Durch den nicht nachlassenden Wunsch nach einem Implantat, können die hörgeschädigten Eltern nicht nur ihre negative Meinung gegenüber CIs ändern, sondern vollführen ein Umdenken und lassen sich teilweise selbst operieren (vgl. Anhang D S.26, 31). Vor allem die zuletzt aufgezeigte Möglichkeit der gegenseitigen Beeinflussung der Beziehungen, stellt die aktive Beteiligung der Kinder am Sozialisationsprozess innerhalb der Familie dar (vgl. Schneewind 2008, 256ff).

Neben der aktiven Beteiligung an der Familiensozialisation ist eine gute Qualität der Eltern-Kind-Beziehung für ein harmonisches Zusammenleben unabdingbar. Vor allem eine gemeinsame Sprache kann als Voraussetzung für das Gelingen angesehen werden. Die Wahl, um welche Form der Kommunikation es sich letztlich handelt, ist dabei unbedeutend. Viel wichtiger ist die Tatsache, dass die Eltern diese Sprache beherrschen und ihren Kindern lehren, damit eine ungehinderte Familienkommunikation gewährleistet werden kann (vgl. Peter et al. 2010, 61ff). Inwieweit die gemeinsame Sprache sich auf die Beziehung innerhalb der Familie auswirkt, zeigt sich anhand der Interviews, bei denen zusätzlich zum Studienteilnehmer die Kinder und Ehepartner mit anwesend waren. Die Kinder waren durchweg neugierig und halfen auch während der Gespräche dem Studienteilnehmer bei Verständnisschwierigkeiten (vgl.

Anhang D S.24, 3). Zusätzlich waren sie sehr anhänglich und interessiert am gesprochenen Wort der Teilnehmer (vgl. Anhang D S.70, 41).

Insgesamt sollte das Ziel aller Eltern darin bestehen, ein möglichst gesundes Verhältnis zwischen sich und den eigenen Kindern herzustellen. Durch Befriedung der Bedürfnisse und dem Schutz vor negativen Einflüssen wird dieses Ziel erreicht (vgl. Grossmann/Grossmann 2014, 67f). Die Implantation des hörgeschädigten Kindes, kann dabei als Schutzmaßnahme angesehen werden. Mittels Cochlea Implantation, und dem damit verbundenen leichteren Lautspracherwerb, wird den hörgeschädigten Kindern von klein auf, der Weg in die Mehrheitskultur geebnet und einer Ausgrenzung aus dieser entgegengewirkt (vgl. Anhang D S.30, 40). Weiter handelt es sich um die Befriedung persönlicher Bedürfnisse, wenn die hörgeschädigten Eltern einer Implantation bei ihrem Kind zustimmen, wenn der Wunsch aus eigener Motivation heraus entsteht (vgl. Anhang D S.24, 9). Insgesamt sind die Beziehungen innerhalb einer Familie durch Interaktionen untereinander gekennzeichnet (vgl. Schneewind 2008, 256ff), weswegen der Entschluss für ein CI beim Kind und Elternteil zu einer engen Beziehung beider führt (vgl. Anhang D S.70, 37). Zusätzlich stellt das CI in diesen Fällen eine gemeinsam gemeisterte Erfahrung dar (vgl. Anhang D S.12, 18), wodurch das Fundament eines positiven familiären Selbstbildes, trotz möglicher Einschränkungen, aufgrund der Hörschädigungen, entsteht (vgl. Schneewind 2008, 256ff). Insbesondere durch die CIs der Eltern fühlen sich die implantierten Kinder nicht aus der eigenen Familie ausgegrenzt, sondern bilden, gemeinsam mit dem implantierten Elternteil, eine Einheit (vgl. Anhang D S.70, 43). Neben der Gemeinsamkeit der Versorgung mit einem CI, kann bei einer zeitgleichen Implantation von Eltern und Kindern ein gemeinsamer Krankenhausaufenthalt und eine gemeinsam durchgeführte Rehabilitation stattfinden (vgl. Anhang D S.58, 31). Auch der nicht implantierte Elternteil kann sich einer gemeinsamen Reha anschließen und sowohl Kinder als auch Ehepartner unterstützen (vgl. Anhang S S.45, 33). Im Nachgang der Implantationen ist es einigen Eltern überdies hinaus möglich, ihre Kinder in der Artikulation zu korrigieren und unterstützend einzugreifen (vgl. Anhang D S.54, 31). Speziell der letztgenannte Punkt stellt für hörgeschädigte Eltern ohne CI eine große Herausforderung dar. Aufgrund eingeschränkter Hör- und Lautsprachkompetenzen können sie ihre Kinder nicht im ausreichenden Maße beim Lautspracherwerb unterstützen (vgl. Busch 2013, 17ff).

Obschon sich Geburtsgehörlose von klein auf mit ihrer Hörschädigung auseinandersetzen können und wissen was ihre ebenfalls gehörlos geborenen Kinder erwarten wird (vgl. Leonhardt 2011, 72ff), ist die tatsächliche Erkenntnis, dass ihre Kinder hörgeschädigt sind, nicht selten auch für hörgeschädigte Eltern ein Schock (vgl. Anhang D S.31, 34). Der Wunsch

für das Kind, dass es ein einfacheres und barriereärmeres Leben führen kann, als die hörgeschädigten Eltern selbst, ist groß (vgl. Anhang D S.9, 7). Nichtsdestotrotz überwinden die hörgeschädigten Eltern den ersten Schock schnell und überlegen sich Möglichkeiten, wie sie ihr Kind von klein auf am besten unterstützen und fördern können (vgl. Anhang D S.33, 8).

Kommunikation

Wie in jeder anderen Familie auch, ist eine gemeinsame Sprache innerhalb der Familie unabdingbar für die psychosoziale Entwicklung des Kindes. Um Welche Sprache es sich dabei handelt ist nicht von Bedeutung (vgl. Gutjahr 2007, 109ff). So ergeben sich in den hörgeschädigten Familien verschiedenen Formen der Kommunikation, je nachdem welche Familienmitglieder anwesend sind. Die Gebärdensprache wird die Familiensprache, sobald der gehörlose Elternteil zuhause ist (vgl. Anhang D S.54, 28). Wiederum nutzen manche Familien eine Mischform aus Gebärden- und Lautsprache und können sich so in jeder Alltagssituation problemlos verständigen (vgl. Anhang D S.40, 23). Auch in Familien, in denen es neben den Cochlea implantierten Kindern auch hörende Kinder gibt, stellt die Gebärdensprache häufig die Sicherung der Kommunikation dar, da die hörgeschädigten Elternteile ohne eigenes CI mehr von dieser Form der Kommunikation profitieren (vgl. Anhang D S.25, 27). Vor allem in den Familien, in denen nur ein Elternteil hörgeschädigt ist, ist die Lautsprache die Familiensprache, da die hörgeschädigten Elternteile primär in der hörenden Welt aktiv sind (vgl. Anhang D S.9, 25). Aufgrund der frühen Versorgung mit CIs bei den Kindern, zeigen sich keine offensichtlichen Mängel in ihrer lautsprachlichen Kompetenz, weswegen die Kinder aller befragten Familien im Austausch mit den Geschwisterkindern die Lautsprache bevorzugen (vgl. Anhang D S.32, 5). Im Gegensatz dazu greifen die hörgeschädigten Eltern häufiger auf die Gebärdensprache zurück (vgl. Anhang D S.32, 3). Können die Familienmitglieder in bestimmten Situationen nicht von den CIs Gebrauch machen, wie beispielsweise beim Schwimmen, verwendet die Familie die Gebärdensprache, damit eine Kommunikation weiterhin möglich ist (vgl. Anhang D S.40, 30).

Im Hinblick auf die Situation von CODAs und im speziellen von diejenigen, die aufgrund ihrer CIs zum CODA geworden sind, fällt auf, dass deren Situation nicht mit der Situation von gehörlosen Kindern mit Implantat von mit Cochlea implantierten Eltern vergleichbar ist. Während CODAs zwei Muttersprachen gleichzeitig erlernen, erlernen die gehörlosgeborenen CODAs in den meisten Fällen nur die Gebärdensprache als Muttersprache. Die lautsprachlichen Kompetenzen steigern sich erst nach der Versorgung mit CIs, durch einen aktiven Austausch mit dem hörenden Umfeld (vgl. Vogel 2017, 33). Im Gegensatz hierzu sind die mit CIs versorgten Kinder zu sehen, deren Eltern ebenfalls CIs tragen. Durch ausgeprägte

lautsprachliche Fähigkeiten, welche die Erwachsenen bereits vor deren Implantation innehatten, können sie direkt nach der Versorgung der Kinder, diese im Lautspracherwerb unterstützen (vgl. Anhang D S.11, 10). Die sprachliche Förderung der Kinder wird in diesen Familien von Geburt an in den Alltag integriert und von den Eltern begleitet (vgl. Anhang D S.65, 39). Nichtsdestotrotz erlernen die Kinder von zwei hörgeschädigten Elternteilen zusätzlich die Gebärdensprache, damit eine ungehinderte Kommunikation in jeder Situation möglich ist (vgl. Anhang D S.25, 27). Insgesamt können sowohl die Eltern von CODAs, die Eltern von gehörlosgeborenen CODAs, als auch die Eltern mit eigenem CI von den Fähigkeiten ihrer Kinder profitieren (vgl. Leonhardt 2017b, 34ff). So können sich die Kinder an das Sprachverständnis der Eltern anpassen und diesen den Austausch mit der hörenden Welt erleichtern. Anders als ursprünglich vermutet, übernehmen die implantierten Kinder von implantierten Eltern allerdings weniger häufig die CODA-typische Dolmetscherrolle. Da die Eltern bereits vor ihrer eigenen Implantation über sehr gute lautsprachliche Fähigkeiten verfügten und sich mit der lautsprachlichen Welt auseinandersetzen konnten, sind sie nicht gezwungen auf die lautsprachlichen Kompetenzen ihrer Kinder zurückzugreifen. Nur auf Grund einer derart gut ausgeprägten lautsprachlichen Kompetenz werden überhaupt Cochlea Implantationen bei geburtsgehörlosen Erwachsenen durchgeführt (vgl. Kempf et al. 2003, 667ff). Während CODAs in eine für Kinder untypische Rolle hineingedrängt werden und in der Eltern-Kind-Beziehung überdurchschnittlich viel Verantwortung übernehmen (vgl. Grüner 2004, 13ff), sind implantierte Kinder von implantierten Eltern diesem Druck nicht ausgesetzt und können selbst entscheiden, wie stark sie ihre Eltern unterstützen wollen. Auch wenn die, mit CIs versorgten Eltern ihre Kinder in keine Dolmetscherrolle hineindrängen wollen, sondern sich viel mehr selbstständig zurecht finden und mit dem hörenden Umfeld agieren möchten (vgl. Anhang D S.35, 5), kommt es immer wieder vor, dass die Kinder aus freien Stücken heraus den Eltern unterstützend zur Seite stehen (vgl. Anhang D S.27, 8). Dennoch übernehmen die implantierten Kinder der implantierten Eltern zwischenzeitlich eine Art Vermittlerrolle ein. In diesen Momenten sind es nicht nur die eigenen Eltern, die von den sprachlichen Fähigkeiten ihrer Kinder profitieren, sondern auch andere Gehörlose. Durch eine Übersetzung der lautsprachlich geäußerten Information, in Gebärdensprache, können die gehörlosen Personen verstehen (vgl. Anhang D S.26, 38). Zusammengefasst können somit alle Familienmitglieder von den jeweiligen Hörstatus und damit verbunden Fähigkeiten des anderen profitieren und lernen, wodurch eine Zugehörigkeit zu beiden Kulturen gewährleistet werden kann (vgl. Pollard 1999, 412ff).

Auswirkungen und Veränderungen

Damit eine Indikation für ein CI bei Geburtsgehörlosen überhaupt gestellt wird, ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Personen über gute lautsprachliche Kompetenzen verfügen und ihre Resthörigkeit mittels Hörgeräten ihr Leben lang ausgenutzt haben (vgl. Kempf et al. 2003, 667ff). Aufgrund der eigenen Hörgeräte wurde es den Studienteilnehmern ermöglicht, mit einem CI versorgt zu werden (vgl. Anhang D S.52, 11). Erst nachdem der Nutzen aus den Hörgeräten nicht mehr ausreichend war (vgl. Anhang D S.52, 12), oder wenn alltägliche Hörsituationen zu einem schwer zu überwindenden Hindernis werden, erfolgt die Operation (vgl. Zahner/Mürbe 2017, 396-409). Insgesamt ist aber vor allem die lautsprachliche Kompetenz obligatorisch (vgl. Kempf et al. 2003, 667ff). Da fast alle Studienteilnehmer in einer hörenden Familie aufgewachsen sind, beherrschen sie die Lautsprache problemlos (vgl. Anhang D S.64, 32). Als Nachweis über die gute Qualität der Lautsprache können die wörtlichen Transkripte aus Anhang D angesehen werden.

Erfüllt ein gehörloser Erwachsener diese Bedingungen, kann eine CI Versorgung vorgenommen werden. Im Vorfeld einer solchen Operation stehen viele Hoffnungen und Erwartungen an die neue Hörhilfe (vgl. Jaekel et al. 2002, 649ff). So wünschen sich die Gehörlosen ein detailliertes Sprachverstehen, bei dem das Mundbild weniger wichtig wird (vgl. Anhang D S.24, 33). Bei sieben der acht Studienteilnehmer ist der erhoffte Nutzen eingetreten. Sie können mittels CI leichter in der Lautsprache kommunizieren und auch, ohne ausschließlich auf das Mundbild angewiesen zu sein, verstehen (vgl. Anhang D S.37, 6). Dennoch ist eine realistische Einschätzung der zu erwarteten Veränderungen wichtig, da zu hohe Ansprüche an das eigene CI zu großer Frustration führen kann, wenn die Veränderungen nicht im erhoffen Maße eintreten (vgl. Anhang D S.68, 22). Nichtsdestotrotz ist auch die Enttäuschung, bei niedrig gehaltenen Erwartungen groß, wenn der Profit des CIs vollständig ausbleibt (vgl. Anhang D S.7, 13). Im Gegensatz hierzu stehen diejenigen Erwachsenen, welche mit zwei CIs versorgt sind, da in diesen Fällen ein besonders hoher Nutzen erwartet wird (vgl. Zahner/Mürbe 2017, 396-409). Die beidseitige Implantierung ermöglicht ein gewisses Maß an Richtungshören, welches sich positiv auf alle Lebenslagen auswirkt (vgl. Anhang D S.62, 21). Zusätzlich können mehr auditive Informationen leichter aufgenommen werden. Dieser Aspekt kann allerdings nicht pauschal positiv bewertet werden (vgl. Vogel 2010, 10ff), da zu viele Geräusche auch stören können (vgl. Anhang D S.34, 5). Andererseits wird das Hören für die neuen CI Träger, durch eine einfachere Wahrnehmung der auditiven Reize, entspannter (vgl. Anhang D S.20, 32). Mittels Erweiterung der eigenen Sinne, können die gehörlosen Personen sich besser in der hörenden Welt zurechtfinden (vgl. Vogel 2010, 10ff). Ein ehemals

Gehörloser, welcher sich selbst in der gehörlosen Welt gesehen hat, kann mittels CIs nun auch Kontakt zu Hörenden aufbauen und seine Gemeinschaftszugehörigkeit auf die hörende Welt ausbauen (vgl. Anhang D S.44, 34).

CI beim Kind

Mit der Entscheidung für das CI beim Kind und bei sich selber, gehen die gehörlosen Eltern den ersten Schritt für ein einfacheres Leben für ihre Kinder gemeinsam mit ihnen. Den Eltern ist bewusst, dass das Hören die Grundlage für eine altersgerechte Sprachentwicklung bildet (vgl. Anhang D S.7, 35), weswegen sie sich, trotz aller Bedenken, für ein CI entscheiden um den Kindern den leichteren Weg anzubieten (vgl. Anhang D S.46, 32). Durch ihre eigene Implantation erfahren sie, welche Erfahrungen die Kinder machen und mit welchen Schwierigkeiten sie sich wohlmöglich auseinandersetzen müssen (vgl. Anhang D S.49, 13). Zusätzlich wollen die Eltern, durch die Entscheidung beim Kind vermeiden, dass diese ihnen später vorwerfen könnten, sie haben nicht alles versucht, damit die Kinder ein barriereärmeres Leben führen können (vgl. Anhang D S.16, 9). Nichtsdestotrotz fällt es gehörlosen Eltern schwer, sich letztlich für ein solches Implantat zu entscheiden. Erst wenn die Qualität des auditiven Inputs durch Hörgeräte nicht mehr ausreichend ist, entscheiden sie sich für das Implantat (vgl. Dumanski/Leonhardt 2017, 25ff). Der Schritt der Akzeptanz, dass das eigene Kind so schwer hörgeschädigt ist, dass Hörgeräte nicht mehr ausreichen, ist trotz der eigenen Hörschädigung, sehr schwer und erfordert Überwindung (vgl. Anhang D S.53, 17). Für die elterliche Kompetenz ist der Entschluss, sich bewusst für das Implantat beim Kind zu entscheiden, besonders relevant. Würde das CI der Familie aufgedrängt werden, wäre ein negativeres Selbstbild der Familie die Folge (vgl. Leonhardt 2017b, 34ff). Ein weiterer Faktor für das Gefühl der Familienzugehörigkeit ist das Leben und Wohnen im gemeinsamen Haushalt. Mittels CIs können die Kinder auf die Regelschule gehen, was zu einer wohnortnahen Beschulung führt (vgl. Anhang D S.50, 13). Dennoch ermöglichen die Eltern ihren Kindern einen Besuch am Förderzentrum Hören, wenn dieses nicht allzu weit vom Wohnort entfernt ist und eine Unterbringung im eigenen Haushalt zulässt (vgl. Anhang D S.57, 20).

Im Hinblick auf die besonderen Situationen in denen sich gehörlose Eltern, welche ihre Kinder mit einem CI versorgen lassen, und diejenigen gehörlosen Eltern, die sich im Nachgang zu ihren Kindern selbst mit einem Implantat versorgen lassen, befinden, ergeben sich entscheidende Unterschiede. Während die lautsprachlichen Kompetenzen und die Hörfähigkeit der gehörlosen Eltern zumeist eher unzureichend sind, um das neu implantierte Kind in seiner Sprache zu fördern (vgl. Busch 2013, 55ff), ist es den mit Implantaten versorgten, gehörlosen Eltern durchaus möglich, ihre Kinder in der Lautsprache zu begleiten und zu fördern. Ursächlich ist

neben dem verbesserten Hören, welches mit dem CI einhergeht, die von Anfang an gut ausgeprägte, lautsprachliche Kompetenz bei ihnen (vgl. Anhang D S.41, 5). Diese stellt eine Grundbedingung an den erwachsenen Gehörlosen dar, überhaupt mit einem CI versorgt zu werden (vgl. Kempf et al. 2003, 667ff). Zusätzlich sehen die mit Cochlea implantierten Erwachsenen die Unterstützung hörender Großeltern nicht als Einmischen in ihre Erziehung an (vgl. Busch 2013, 82ff), sondern sind viel mehr dankbar um ihre eigenen lautsprachlichen Fähigkeiten, welche sie selbst durch die Förderung der Großeltern erhalten haben (vgl. Anhang D S.65, 6). Unabhängig ob die Eltern selbst implantiert sind, ist ihnen die bestmögliche Entwicklung ihrer Kinder erstrebenswert genug, um die Hilfe des hörenden Umfeldes, wie beispielsweise den Großeltern, anzunehmen (vgl. Leonhardt 2017b, 34ff; Anhang D S.32, 24). Nichtsdestoweniger besteht ein Unterschied zwischen gehörlosen Eltern mit und ohne eigenem CI, im Hinblick auf die Notwendigkeit der Hilfe von Hörenden. Bei gehörlosen Eltern ist es nahezu unabdingbar, dass es ein hörendes Familienmitglied in unmittelbare Nähe zur Kernfamilie gibt. Aufgabe dieser Person soll es sein, das Kind nach dessen Implantation bei der Rehabilitation zu unterstützen (vgl. Leonhardt 2017b, 34ff). Aufgrund der ausgeprägten lautsprachlichen Fähigkeiten und der Versorgung mit CIs, ist es diesen Eltern möglich, komplett ohne Hilfe aus dem hörenden familiären Umfeld, den Kindern bei ihrem Lautspracherwerb beizustehen. Auch wenn der Ehepartner kaum lautsprachliche Kompetenzen aufweisen kann (vgl. Anhang D S.55, 4). Mittels verbessertem Sprachverstehen durch die Implantate, können den Kindern gewisse sprachliche Anreize geboten werden, wenn diese benötigt werden (vgl. Anhang D S.54, 41).

Aufgrund der vorherrschenden Integration in die gehörlose Welt von gehörlosen Erwachsenen, besteht bei ihnen die Angst, dass sie ihre Kinder, aufgrund der CIs, in die hörende Welt verlieren könnten (vgl. Busch 2013, 55ff). Vor diesem Konflikt stehen die implantierten Eltern nicht (vgl. Anhang D S.45, 3). Sie überlassen ihren Kindern die Wahl und beeinflussen sie nicht (vgl. Anhang D S.35, 12), weswegen alle Kinder der Studienteilnehmer bereits in beiden Welten beheimatet sind (vgl. Anhang D S.56, 24). Ursächlich für diese Differenz zwischen den Eltern, ist unter anderem die Tatsache, dass die implantierten Eltern selbst in beiden Welten integriert sind und somit ihre Kinder gar nicht in eine der beiden Welten verlieren können (vgl. Anhang D S.64, 26). Zur Entscheidungsfreiheit der Kinder kommt zusätzlich, dass die Akzeptanz und der Respekt verschiedener Kulturen der einzelnen Familienmitglieder, zu einer harmonischen und gesunden Beziehung innerhalb der Familie führt (vgl. Peter et al. 2010, 61ff). Daher ist es besonders entscheidend, dass sich alle Familienmitglieder in der jeweiligen Welt des anderen zurechtfinden und sich verständigen können. Ein hin und her springen zwischen den Welten

lässt sich in Familien mit implantierten Kindern und Erwachsenen nicht vermeiden (vgl. Anhang D S.68, 1).

6.3 Zugehörigkeit zu den Welten

Der Einfluss der beiden Welten, auf die Entscheidung für oder gegen das CI, lässt sich nicht pauschalisieren. Zusätzlich ist auch die Akzeptanz der Implantate innerhalb der beiden Welten sehr verschieden. Im Hinblick auf die Reaktion der hörenden Welt, sind von den Teilnehmenden keinerlei negative Äußerungen seitens des Umfeldes genannt worden, als vielmehr Befürwortung und Unterstützung (vgl. Anhang D S.19, 2). Ursächlich für diesen Zustand ist die Tatsache, dass es hörenden Eltern prinzipiell leichter fällt sich für ein CI bei ihrem gehörlosen Kind zu entscheiden und um dessen Möglichkeiten dankbar sind (vgl. Busch 2013, 39ff). Die Eingliederung in die hörende Welt fällt mittels verbesserter Kommunikation durch die CIs leichter. Auf dem Weg dorthin erhalten die hörgeschädigten Familien oftmals Unterstützung von hörenden Angehörigen wie den Großeltern (vgl. Anhang D S.25, 16), oder aber auch von Fachleuten wie Logopäden und Frühförderern (vgl. Anhang D S.41, 33). Nichtsdestotrotz ist neben der Zugehörigkeit zur hörenden Welt, vor allem die Zugehörigkeit in der eigenen Familie entscheidend. Die Familiensprache stellt das Bindeglied zwischen der Familie und dem sozialen Umfeld dar (vgl. Wisotzki 2006, 130ff). Aufgrund dessen ist es wichtig, dass ein Wechsel zwischen gehörloser und hörender Welt möglichst mühelos erfolgen kann. Den hörgeschädigten Personen soll es möglich sein, sich der Situation anzupassen und Teil der sozialen Interaktion zu werden (vgl. Anhang D S.65, 27). Hierfür legen die hörgeschädigten Eltern, welche in beiden Welten beheimatet sind, großen Wert auf die sprachlichen Fähigkeiten ihrer Kinder. Neben einer ausgeprägten lautsprachlichen Kompetenz, erlernen die Kinder zusätzlich die Gebärdensprache (Anhang D S.33, 20). Obgleich der Wechsel zwischen den Welten nicht immer einfach ist und die hörende Welt, im Hinblick auf die Kommunikation und Interaktion, für hörgeschädigte Menschen schwieriger ist, als die gehörlose Welt, legen sie dennoch großen Wert auf die Zugehörigkeit (vgl. Anhang D S.67, 5). Der Mensch hat grundsätzlich das Verlangen sich zugehörig zu fühlen und in der Mehrheitskultur integriert zu sein. Die hörende Welt stellt diese Mehrheit dar (vgl. Garlichs/Leuzinger-Bohleber 1999, 32ff). Trotz diesem Bedürfnis, der Mehrheit anzugehören, wählen einige gehörlose Personen bewusst die gehörlose Welt, da sich das Leben in dieser Welt für sie einfacher gestaltet (vgl. Anhang D S.56, 18). Der Wunsch nach einem unkomplizierten Leben kann unter Umständen auch zu einem Wechsel zwischen den Welten führen. Ein im hörenden Umfeld aufgewachsener Hörgeschädigter kann sich daher im späteren Leben bewusst

für die Gehörlosengemeinschaft entscheiden, um dort seinen Lebensmittelpunkt außerhalb der Arbeit anzusiedeln (vgl. Anhang D 6). Wiederum kann es aufgrund der Cochlea Implantation dazu kommen, dass sich ein im gehörlosen Umfeld aufgewachsener Hörgeschädigter entscheidet, über den Tellerrand hinauszublicken und sich zusätzlich auch in die hörende Welt zu integrieren (vgl. Anhang D 5). Dieser bewusste Wille und das Treffen eigener Entscheidungen, führt zu einer positiven Einstellung gegenüber den Besonderheiten der eigenen Familie. So können sich alle Familienmitglieder als kompetente Person erleben und sich mit ihrer eigenen Situation auseinandersetzen (vgl. Pollard 1999, 412ff). Unabdingbar für die kindliche Entwicklung ist dabei das Wissen über die eigene Hörschädigung. Die Kinder sollen sich darüber im Klaren sein, dass sie immer gehörlos bleiben, auch wenn sie mit einem CI versorgt sind (vgl. Anhang D S.64, 33). Das Wissen über die Hörschädigung an sich und die Akzeptanz der Eltern, dass sich die Kinder nicht entscheiden müssen welcher Welt sie angehören wollen, beeinflusst die Identität der Kinder positiv (vgl. Anhang D S.64, 34). Damit die hörgeschädigten Eltern ihre Kinder bestmöglich in ihrer Entwicklung fördern und unterstützen können, ist auch hier das Wissen bei ihnen über die eigene Zugehörigkeit zu den Gehörlosen trotz Implantate Voraussetzung (vgl. Anhang D S.33, 17).

Gehörlosengemeinschaft

Die Gehörlosen selbst sehen das nicht Hören nicht per se als negativ an (vgl. Leist 2009, 79ff), da die Hörschädigung unter Umständen auch Vorteile mit sich bringen kann. So ist es den hörgeschädigten Familien möglich, auch in einer lauten Umgebung die Kommunikation aufrecht zu erhalten oder sich von Straßenlärm nicht ablenken zu lassen, da mit einem Ausstellen der technischen Hörhilfen nur sehr wenige akustische Reize wahrgenommen werden können (vgl. Anhang D S.51, 31). Dennoch bringt die Hörschädigung für den Betroffenen auch Probleme und Barrieren im Alltag mit sich (vgl. Anhang D S.31, 35). Eine gelingende Kommunikation mit Hörenden oder das Wahrnehmen von Informationen über Lautsprecherdurchsagen am Bahnhof, gelingt nicht immer problemlos, sondern erfordert mehr Aufwand sich an die derzeitige Situation anzupassen (vgl. Anhang D S.29, 15). Im Gegensatz zu den Nachteilen, die durch die fehlende Hörfähigkeit auftreten, sehen die Gehörlosen keinerlei Probleme in der Gehörlosengemeinschaft an sich. In ihren Augen haben sie weder schlechtere Möglichkeiten im Hinblick auf Ausbildung und Beruf, noch in der Kommunikation (vgl. Anhang D S.26, 38). Obschon sie sich der möglichen schlechteren Möglichkeiten (vgl. Leist 2009, 79ff) nicht direkt bewusst sind, erfahren einige der hörgeschädigten Teilnehmer eine Besserung ihrer beruflichen Situation nach der Cochlea Implantation (vgl. Anhang D S.35, 40).

Die erschwerten Kommunikationsbedingungen zwischen hörenden und gehörlosen Personen, führen nicht selten zu einem Zusammenschluss Hörgeschädigter. So suchen sich viele gehörlose Personen gezielt ein hörgeschädigtes Umfeld und häufig auch einen ebenfalls hörgeschädigten (Ehe)Partner (vgl. Leist 2009, 79ff). Diesem Muster folgen auch fünf der sieben befragten Familien dieser Studie. Obwohl die Vermutung nahe liegt, dass sich die gehörlosen Ehepartner ein ebenfalls gehörlose Kind wünschen (vgl. Leist 2009, 79ff), kann diese Annahme nicht bestätigt werden. Die Eltern wünschen sich hauptsächlich ein leichteres und barriereärmeres Leben für ihre Kinder und wissen über die Problematiken, welche eine Hörschädigung mit sich ziehen kann, genauestens Bescheid. Der Wunsch nach einem normal hörenden Kind ist daher nicht selten genauso groß (vgl. Anhang D S.31, 34), wie die Ernüchterung bei der Geburt eines hörgeschädigten Kindes (vgl. Anhang D S.40, 6). Mit Hilfe der CIs kann der Hörschädigung der Kinder bereits von klein auf entgegengewirkt werden und ihnen der Weg für einen vereinfachten Lautspracherwerb geebnet werden. Als Folge dieser neuen Möglichkeit auf natürlichem Weg die Lautsprache zu erlernen, sehen einige der Gehörlosen das CI als Angriff auf ihre eigene Kultur und Sprache an (vgl. Vogel 2017, 29). Sie haben Angst, dass ihre Gebärdensprache, welche das bedeutendste Kommunikationsmittel innerhalb der Gehörlosengemeinschaft darstellt, ausstirbt (vgl. Busch 2013, 57). Diese Meinung wird allerdings nicht von den Studienteilnehmern vertreten. Ihrer Meinung handelt es sich um „*Hinterwäldler*“ (Anhang D S.33, 17), wenn tatsächlich die Angst besteht, dass durch lautsprachliche Kompetenzen die Gebärdensprache verdrängt wird (vgl. Anhang D S.33, 17). Auch wenn die Teilnehmer selbst nicht die Ansichten der Gehörlosengemeinschaft teilen, kommen sie häufiger in Situationen, in denen sie im gewissen Maße Rechenschaft für ihre Entscheidungen und Lebensstile ablegen müssen. So wird unter anderem ein Beweis dafür verlangt, dass die gehörlosen Erwachsenen trotz CI, weiter die Gebärdensprache beherrschen und diese auch nutzen (vgl. Anhang D S.67, 37). Dieses Wissen der Gehörlosengemeinschaft über die Gebärdenkompetenzen und der bisherigen Integration in die Gehörlosengemeinschaft der neuen CI Träger, führt zu unterschiedlichen Reaktionen auf deren Entschluss. Wohingegen die erwachsenen Gehörlosen, trotz aller Integration in der Gehörlosengemeinschaft, auf ein gewissen Maß an Ablehnung stoßen (vgl. Anhang D S.43, 1), ist die Ablehnung bei der Entscheidung die Kinder implantieren zu lassen, weitaus höher (vgl. Anhang D S.26, 11). Die Skepsis ist damit zu begründen, dass das gehörlose Umfeld derzeit noch keine Kenntnisse über die gebärdensprachlichen Fähigkeiten des Kindes hat und die Angst da ist, es könnte ausschließlich lautsprachlich erzogen werden (vgl. Vonier 2008, 21ff). Dennoch führt gerade der ausschließliche Gebrauch der Gebärdensprache zu weiteren Problemen, welche durch eine

Ausgrenzung aus der hörenden und zugleich lautsprachlichen Welt charakterisiert ist. Der Gebrauch der Gebärden, als einzige Form der Kommunikation, lässt nur eine Kommunikation unter Gleichbetroffenen zu, da die gehörlosen Personen weder die Lautsprache beherrschen, noch beherrschen die hörenden Personen die Gebärdensprache (vgl. Breiner 1986, 75ff). Durch die CIs sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass die gehörlosen Personen aufgrund mangelnder lautsprachlicher Kompetenzen aus der Mehrheitsgesellschaft ausgegrenzt werden. Vielmehr ermöglicht das CI eine Unterstützung seitens der Träger für gehörlose Personen, welche auf die Gebärdensprache angewiesen sind. Sie können die lautsprachlich aufgenommenen Informationen mittels Gebärden an die Gehörlosen weitergeben. Voraussetzung hierfür ist eine, im ausreichenden Maße ausgeprägte, Gebärdenkompetenz (vgl. Anhang D S.31, 37). Aufgrund dessen wachsen die Kinder der Studienteilnehmer in einem zweisprachigen Umfeld auf, damit sie sowohl die Gebärden- als auch die Lautsprache verinnerlichen. Dennoch ist es den Kindern selbst überlassen, in welcher Sprache sie sich wohler fühlen und welche sie vermehrt nutzen (vgl. Anhang D S.32, 6). Insgesamt kann das CI daher als Ergänzung zu den Gebärden angesehen werden und nicht mehr, wie häufig befürchtet, als Widerspruch (vgl. Busch 2013, 39ff).

6.4 Gründe für Cochlea Implantation

Grundsätzlich stellt ein progredienter Hörverlauf im Erwachsenenalter häufig einen Grund für eine Cochlea Implantation dar, unabhängig welcher Hörstatus im Vorfeld vorgelegen ist (vgl. Leonhardt 2011, 116). So ist es nicht überraschend, dass auch hörgeschädigte Erwachsene, die ihr Leben lang mit Hörgeräten versorgt waren, auf das CI als letzte Chance wieder mehr hören zu können zurückgreifen (vgl. Anhang D S.52, 12). Ebenfalls treffen einseitig Gehörlose für sich die Entscheidung, dass sobald sich das intakte Ohr in seinen Hörleistungen verschlechtert, mit einem CI versorgt werden soll (vgl. Anhang D S.14, 36). Neben diesem ganz praktischen Argument steht auch immer die Neugierde auf die akustische Welt (vgl. Vogel 2010, 10ff). So stellt die akustische Welt einen Anreiz dar, welcher nur mittels CI erkundet werden kann (vgl. Anhang D S.12, 12). Zusätzlich ist der Wunsch, das eigene Kind zu hören und zu verstehen Grund genug, sich in das Wagnis CI im Erwachsenenalter zu begeben (vgl. Vogel 2010, 10ff). Die Aussicht auf das Implantat als gemeinsame Erfahrung motiviert (vgl. Anhang D S.45, 29). Nichtsdestotrotz hat die Umsetzung, beziehungsweise der Gedanke an die CI Versorgung der Kinder, bei allen Studienteilnehmern den Ausschlag für die eigene Implantation gegeben. Es war ihnen im Vorfeld nicht bewusst, was das CI leisten kann und wie sehr es das eigene Leben und die Kommunikation mit anderen vereinfacht (vgl. Anhang D S.31, 22). Im Hinblick auf die

Argumente, welche letztlich für die Implantation des Kindes geführt haben steht die Tatsache, dass sie ihren Kindern alles ermöglichen wollen, damit diese ihnen später nichts vorwerfen können (vgl. Leonhardt 2008, 96ff). Dieser Aspekt verleitet auch vereinzelt die gehörlosen Erwachsenen zu ihrem Entschluss, da sie sich selbst nicht in Zukunft vorwerfen müssen, sie hätten nicht alles versucht, um bessere Hören zu können (vgl. Anhang D S.8, 25).

Insgesamt besteht der ausschlaggebende Grund für die Implantation der Erwachsenen in ihren Kindern selbst. Durch beobachtbare, positive Entwicklungen der Kinder nach deren Cochlea Implantation, werden die Eltern zum Umdenken animiert und beginnen über mögliche Vorteile nachzudenken, die sie selbst aus den Implantaten ziehen könnten (vgl. Anhang D S.37, 4). Zusätzlich ist der Weg zum Implantat beim Kind ein Aspekt, welcher letzten Endes zur Implantation der Eltern führen kann. So sind der aktive Wunsch des Kindes und die Überzeugung vom Implantat zu profitieren, motivierend genug, dass sich auch ein Elternteil implantieren lässt (vgl. Anhang D S.24, 5). Ebenfalls wird der Entschluss eines Elternteils, sich selbst mit einem CI versorgen zu lassen, das ausschlaggebende Argument, das gemeinsame Kind implantieren zu lassen. Durch die Erkenntnis, dass sich sogar der lebenslang gehörlose Ehepartner zu einem solch schwerwiegenden Eingriff bereit erklärt, lässt sich die Angst und Skepsis gegenüber CIs, beim zuvor zweifelnden Ehepartner, verringern (vgl. Anhang D S.61, 38). Eine zusätzliche, sich aus der Skepsis ergebende, Entscheidung für die Implantation beim gehörlosen Erwachsenen ist der Entschluss, sich vor der Implantation des Kindes selbst mit einem CI versorgen zu lassen. So soll sichergestellt werden, dass es sich bei der Implantation um eine für das Kind akzeptable Operation handelt und am eigenen Leib erfahren werden, wie groß der Einfluss des Implantats auf das weitere Leben sein wird (vgl. Anhang D S.37, 23). Zusätzlich wollten die gehörlosen Eltern mit Hilfe der CIs wieder mehr und überhaupt erstmalig ihre Kinder hören (vgl. Anhang D S.62, 38). Auch wenn bei allen Studienteilnehmern die Kinder den entscheidenden Impuls für die eigene Implantation gegeben haben, entwickelten die gehörlosen Erwachsene immer weitere Gründe, die sie in ihrem Beschluss stärken sollten. So wuchs der Wunsch nach einem barriereärmeren Leben, in dem sie sich eine Vereinfachung der alltäglichen Kommunikation mit Hörenden erhofften (vgl. Anhang D S.34, 28). Generell bestand die Hoffnung, mehr akustische Reize wahrzunehmen (vgl. Anhang D S.48, 2) und möglicherweise auch vom Richtungshören Gebrauch zu machen (vgl. Anhang D S.12, 7). Insbesondere der Gedanke an die akustische Wahrnehmung von Musik, bestärkte einige der Probanden in ihrer Entscheidung für das CI (vgl. Anhang D S.69, 29).

7. Beantwortung der Forschungsfragen

Im Folgenden werden die im Vorfeld aufgestellten wissenschaftlichen Fragestellungen, unter Bezugnahme der empirisch erarbeiteten Ergebnisse beantwortet. Ziel ist es, einen umfassenden Überblick über die Beweggründe gehörloser Eltern zu geben, welche sich im Nachgang an die Cochlea Implantation ihrer Kinder selbst mit einem Implantat versorgen haben lassen. Zusätzlich wird aufgezeigt, in wie weit sich das alltägliche Leben der Studienteilnehmer durch die CIs verändert hat und ob ihre Erwartungen an das Implantat erfüllt wurden.

Hierfür wird zunächst die Forschungsfrage *Welche Beweggründe haben gehörlose Eltern, sich nach der Cochlea Implantation ihrer Kinder, selbst mit einem Cochlea Implantat versorgen zu lassen?* genauer betrachtet. Es wurde vermutet, dass sich die Eltern für ein eigenes CI entscheiden, damit sie sich ihren Kindern näher fühlen und das CI als Verbindung zwischen Eltern und Kind ansehen. Sie wollten langfristig vermeiden, dass sie ihre Kinder in die hörende Welt verlieren. Zusätzlich wurde davon ausgegangen, dass der Entschluss für das eigene Implantat, von den Erfahrungen, die das Kind mit dem CI erlebt hat, angetrieben wurde.

Im Hinblick auf die letztgenannte Vermutung ist zu sagen, dass der Hauptgrund, warum sich die Eltern für ein CI bei sich selber entschieden haben, die eigenen Kinder waren. Die positiven Erfahrungen, welche die Eltern an den Kindern beobachten konnten, waren Anlass, ihre eigene Situation zu überdenken und sich somit ebenfalls für eine Cochlea Implantation entschieden haben. Vor der Implantation ihrer Kinder wussten sie nicht was das CI für Möglichkeiten und Verbesserungen bietet. Sie haben sich vor der Geburt ihrer hörgeschädigten Kinder nie mit der Thematik CI auseinandergesetzt oder es für sich selbst in Erwägung gezogen. Ursächlich dafür ist die Tatsache, dass sie mit ihrer Hörsituation mit Hörgeräten durchweg zufrieden waren und einfach nicht erwartet haben, dass das CI einen so großen Hörerfolg mit sich bringt. Erst nachdem sie festgestellt haben, wie gut ihre Kinder mit den CIs zurechtkommen und wie sehr sie diese in ihrer Lautsprache unterstützen, erfolgte bei einigen der gehörlosen Erwachsenen ein Umdenken. Die überaus positive Lautsprach- und Hörentwicklung der Kinder überraschte die gehörlosen Eltern, da sie nicht erwartet hatten, dass die Kinder nur aufgrund des CIs die Lautsprache besser beherrschen lernen, als sie selbst. Der Anreiz und die Motivation sich selbst noch im Erwachsenenalter mit einem solchen Implantat versorgen zu lassen war so groß geworden, dass sie trotz vorheriger Skepsis, diese überwunden haben und sich selbst operieren haben lassen. Neben dem sichtbaren Erfolg der Kinder, welcher die Eltern zur eigenen Versorgung angeregt hat, stehen weitere kinderbezogene Einflüsse. Durch den unbedingten Wunsch des Kindes nach einem CI, wurden die gehörlosen Eltern gezwungen sich mit dem

Thema CI zu befassen. Sie wollten ihrem Kind bei seiner Entwicklung nicht im Weg stehen und entschlossen sich letztlich für die Operation beim Kind. Dieser bedingungslose Wille des Kindes, trotz Risiken und Schmerzen, sich für ein Implantat zu entscheiden, animierte einen der Elternteile, sich mit seinem Kind implantieren zu lassen. Obschon einer der Studienteilnehmer aufgrund seiner CI Versorgung, welche vor der Operation des Kindes erfolgte, nicht direkt in die zu erforschende Personengruppe hineinfällt, soll ihm dennoch Beachtung geschenkt werden. Aufgrund der schlechten Hörfähigkeit seiner Kinder, wurde eine Implantation bei diesen sehr empfohlen. Aus Angst und Unwissenheit, was auf die Kinder mit dem CI zukommen wird, entschied er sich für seine eigene Implantation. Er wollte die Erfahrungen, welche auf die Kinder zukommen, erst selbst erleben und beurteilen. Der ausschlaggebende Grund eines weiteren Studienteilnehmers für den Entschluss einer eigenen Cochlea Implantation, war die Hoffnung, dass er durch diesen Schritt den Ehepartner zum Umdenken bewegen konnte und dieser der Implantation des gemeinsamen Kindes zustimmt. Zusammengefasst lässt sich sagen, dass die Versorgung, beziehungsweise die bevorstehende Versorgung der Kinder der primäre Beweggrund für die Eltern war, sich selber implantieren zu lassen, unabhängig in welcher Art und Weise sie von ihren Kindern dahingehend beeinflusst wurden.

Nichtsdestotrotz ergaben sich für die Eltern weitere Gründe, sich mit CIs versorgen zu lassen, nachdem der Anreiz durch die Kinder erfolgte. So wollten sie ihr eigenes Leben vereinfachen, indem das CI eine unbeschwertere Kommunikation mit Hörenden ermöglichen sollte. Zusätzlich flossen Schwierigkeiten aufgrund der Hörschädigung im beruflichen Alltag mit in die Entscheidung ein. Auch war die Neugierde, auf das was letztlich doch mit den CIs möglich ist, sehr groß.

Auch wenn keiner der Studienteilnehmer als Grund für seine Implantation angab, er mache das damit er seinen Kindern näher sein kann, änderten sich die Beziehungen zwischen Eltern und Kindern teilweise. So fühlen sich vor allem die Kinder ihren Eltern besonders verbunden, da sie ihren Eltern nach deren Operation ähnlicher sind und sich besser in der Familie integriert fühlen. Ist nur ein Kind der Familie implantiert, könnte dies zu einem Ungleichgewicht und infolgedessen zu Schwierigkeiten im Gefühl der familiären Zugehörigkeit führen. Obendrein ließen sich einige der Probanden zeitgleich mit ihren Kindern operieren, was zu Gemeinsamen Krankenhaus- und Rehaaufenthalten führte. Eine Verbundenheit und Gemeinsamkeit aufgrund der gleichzeitig gesammelten Erfahrungen war nicht intendiert, wurde aber nachträglich als sehr positiv bewertet. Dennoch konnte die Vermutung, dass die Eltern durch ihre eigene Implantation einem Verlust der Kinder in die hörende Welt entgegenwirken wollen, in keiner

Weise bestätigt werden. Alle Familien leben sowohl in der hörenden als auch in der gehörlosen Welt, da alle Studienteilnehmer einem Beruf in der hörenden Welt nachgehen und somit viel Zeit in der Interaktion mit Hörenden verbringen. Die berufliche Situation der Teilnehmer hat sich in dieser Hinsicht nach den Implantationen nicht verändert, da sie schon vorher mit Hörenden zusammengearbeitet haben. Insgesamt gestaltet sich das Zugehörigkeitsgefühl einzelner Mitglieder in den beiden Gemeinschaften als problemlos und beeinflusst die Beziehung der Familienmitglieder untereinander nicht negativ. Insgesamt war es allen Studienteilnehmern wichtig, dass ihre Kinder die Lautsprache ohne große Mängel beherrschen und sich in dieser verständigen können. Grund für den Entschluss der bilingualen Erziehung ist die ausgeprägte lautsprachliche Kompetenz aller Studienteilnehmer in Verbindung mit dem Wissen über die positiven Aspekte des Gebärden Könnens und dessen Notwendigkeit in Familien mit zwei hörgeschädigten Elternteilen.

Zusammengefasst ist der ausschlaggebende Grund, warum sich erwachsene, gehörlose Personen im Nachgang zur Cochlea Implantation bei ihren Kindern, selbst für ein Implantat entscheiden, die Kinder an sich sind. Durch überraschend positive Erfolge in der kindlichen Entwicklung, wurden die Eltern animiert sich selbst implantieren zu lassen. Darüber hinaus sollte dem Kind, durch den Entschluss zur eigenen Implantation und den damit verbundenen Erfahrungen, der Weg für eine Cochlea Implantation geebnet werden.

Mit Hilfe der zweiten wissenschaftlichen Fragestellung *Welche Erwartungen haben erwachsene Gehörlose an das Cochlea Implantat und in wie weit werden ihre Vorstellungen erfüllt?* sollten die Hoffnungen, Erwartungen und Veränderungen, welche mit den CIs bei den gehörlosen Erwachsenen einhergehen, beleuchtet werden.

Nachdem der Anreiz für die Cochlea Implantation durch die Versorgung der Kinder gegeben wurde, entwickelten die gehörlosen Erwachsenen weitere Vorstellungen und Erwartungen an ihr eigenes Implantat. So hatten alle Studienteilnehmer die Hoffnung, dass ihnen das CI Erleichterung im Alltag, insbesondere in der Kommunikation, verschafft. Obschon die Teilnehmer der Studie schon im Vorfeld der Implantation über sehr gute lautsprachliche Fähigkeiten verfügten, waren sie im Gespräch mit Hörenden auf deren Mundbild angewiesen. Sie konnten die Sprache sprechen und absehen, aber nicht hören. Die Erwartung, beziehungsweise die Hoffnung, an das CI war, dass es damit möglich ist, die Sprache auch zu hören. Aufgrund ihres Alters war es den Probanden durchaus bewusst, dass sie keinen vergleichbaren Profit aus den Implantaten ziehen könnten, wie ihre Kinder. Die somit entstandene Erwartungshaltung war keine allzu große. Dennoch, oder gerade deswegen, waren fast alle Teilnehmer vom Erfolg der CIs positiv überrascht. Sie hätten mit einem so hohen

Nutzen nicht gerechnet. Lediglich ein Teilnehmer kann bis heute nicht aus seinem Implantat profitieren. Trotz einer geringen Erwartungshaltung und hohem Engagement das neue Hören zu lernen, war es ihm nicht möglich, in die Wahrnehmung der akustischen Welt zu gelangen. Dennoch steht er dem CI an sich weiterhin positiv gegenüber, da er bei seinen Kindern sieht, was für Möglichkeiten es bei einer frühzeitigen Implantation bieten kann. Aufgrund seiner einseitigen Gehörlosigkeit, wird er sich, sobald dieses von Nöten ist, sein bisher hörendes Ohr ebenfalls mit einem CI versorgen lassen, da er von einem positiven Erfolg überzeugt ist.

Zusätzlich entstand die Hoffnung, dass ein Wahrnehmen von Musik durch die Versorgung mit CIs möglich gemacht wird. Obwohl der derzeitige Stand der Technik keine Musikwahrnehmung garantieren kann, ist es einigen der Probanden möglich, Musik zu hören und teilweise auch Liedtexte zu verstehen. Den Wunsch Musik zu hören, nannten einige der Versuchsteilnehmer als Grund, die Skepsis vor der Operation abzulegen. Ebenfalls blickten sie voller Zuversicht der Tatsache entgegen, telefonieren zu können. Der Erfolg ging so weit, dass neben Telefonaten mit Familienmitgliedern, auch Telefonate mit fremden Personen möglich wurden. Zusätzlich erleichtert das Telefonieren den beruflichen Alltag einiger Studienteilnehmer. Im Hinblick auf das Berufsleben, konnte mit Hilfe der CIs neue Bereiche innerhalb des Arbeitsumfeldes erschlossen werden und führten zu einer Verbesserung der beruflichen Stellung. Generell wurde ein Zugewinn an akustischen Reizen erwartet, welcher bei sieben der acht Probanden auch eintrat. In der Beurteilung über diesen Zugewinn herrscht dennoch keine komplette Übereinstimmung. Auch wenn sich alle der Studienteilnehmer erneut für ihr CI entscheiden würden, wurden die neuen Reize teilweise als zu komplex und störend beschrieben. Wiederum andere sehen diesen Zugewinn an akustischen Reizen allerdings als durchweg positiv und freuen sich über jedes neue Alltagsgeräusch, welches sie durch die Implantate wahrnehmen und zuordnen können.

Insgesamt hat das CI nicht nur Auswirkungen auf das Hören, sondern auch auf den Menschen selbst. So fühlen sich einige der Teilnehmer weniger gestresst, da das Hören nun einfacher ist. Ebenfalls ist das Selbstbewusstsein durch die neuen Fähigkeiten gestiegen.

Die selbstbeobachteten Veränderungen der Studienteilnehmer, wurden von den anwesenden Familienmitgliedern bestätigt. Vor allem den Kindern ziehen einen großen Profit aus den neuen Fähigkeiten der Eltern und empfinden diese als sehr angenehm.

Zusammengefasst ergaben die Ergebnisse dieser Studie, dass die generellen Erwartungen an das CI bei den gehörlosen Erwachsenen als eher gering und bescheiden angesehen werden können. Der Wunsch nach einem barriereärmeren Leben konnte, bei dem Großteil der Teilnehmer, mit Hilfe der Implantate ein Stück weit erfüllt werden.

8. Schlussfolgerung

Die Situation von gehörlosen Eltern mit CI versorgten Kindern, welche sich im Nachgang an die Operation der Kinder selbst mit einem CI versorgen haben lassen, ist ein noch sehr unerforschtes Gebiet in der Gehörlosenpädagogik. Die Forschung steckt bei dieser Thematik noch in den Kinderschuhen, weswegen weiterführende Studien erstrebenswert sind. Wie die Ergebnisse dieser Studie zeigen, hat der Entschluss verschiedene Familienmitglieder implantieren zu lassen große Auswirkungen, sowohl auf die innerfamiliäre Situation, als auch auf die Interaktionen mit dem sozialen Umfeld. Die Beziehungen der implantierten Familienmitglieder werden positiv beeinflusst. Zusätzlich können aufgrund der Implantate neue Welten erkundet werden, was zu einer vereinfachten Integration der gehörlosen Erwachsenen in die hörende Welt führt. Insgesamt bietet das CI auch gehörlosgeborenen Erwachsenen in den meisten Fällen viele neue Möglichkeiten und einen, mit den Implantaten einhergehenden, großen Erfolg in den verschiedensten Lebenslagen.

Aufgrund dieser ersten, sehr positiven Ergebnisse im Hinblick auf den Einfluss von CIs bei gehörlosen Eltern von mit Cochlea implantierten Kindern, sollte dieser Thematik in weiteren Studien Beachtung geschenkt werden. Insbesondere wäre eine tieferführende Forschung zum Thema Bindung und Bindungsentwicklung in diesen Familien von besonderem Interesse. Wie die Ergebnisse dieser Arbeit bereits bestätigt haben, haben Eltern und Kinder, wenn beide mit CIs versorgt sind, eine enge Bindung zueinander. Nichtsdestotrotz sind diese Ergebnisse subjektiv von den Studienteilnehmern gegeben worden, ohne dass Instrumente der Bindungsforschung angewendet wurden. Bezugnehmend darauf, könnte anhand von Langzeitstudien erforscht werden, inwieweit sich die Versorgung der Eltern positiv auf die Entwicklung der implantierten Kinder auswirkt.

Insgesamt wäre eine Zählung der Familien mit der erforschten Konstellation sehr interessant, da die Zahl zwar steigt, es aber keine Angaben zur tatsächlichen Anzahl dieser Familien innerhalb Deutschlands gibt. Aufgrund fehlender, offizieller Angaben gestaltete sich die Gewinnung von Studienteilnehmern schwierig. Mangels konkreter Anlaufstellen konnten nicht alle potenziellen Probanden angeschrieben werden, weswegen der Aufruf nicht alle Betroffenen erreicht hat. Die Repräsentativität der Stichprobe ist daher unter Umständen nicht gegeben, weswegen die Ergebnisse dieser Studie unter Vorbehalt zu betrachten sind. Zudem erreichte der Aufruf nach Teilnehmern nur die Mitte Deutschlands, weswegen kein allgemeingültiger Rückschluss auf die, in ganz Deutschland lebenden, betroffenen Familie gezogen werden kann. Die Untersuchung bezüglich der Akzeptanz des gehörlosen Umfeldes auf den Entschluss der Cochlea Implantationen in Abhängigkeit der räumlichen Lage in Deutschland sollte daher

Thema zukünftiger Forschung sein. In der vorliegenden Studie gaben die Teilnehmer an, dass die Akzeptanz im süddeutschen Raum weitaus größer sei, als im norddeutschen Raum. Eine Bestätigung oder Widerlegung dieser Annahme wäre das Ziel. Der Zugang zu dieser Thematik durch Interviews ist als gelungen zu bewerten, da eine explorative Forschungsarbeit in diesem Feld notwendig ist, um in Zukunft systematische, quantitative Forschung anschließen zu können. Die Ergebnisse liefern eine gelungene Grundlage, müssen allerdings mit Vorsicht und Einschränkungen bezogen auf die Generalisierbarkeit betrachtet werden.

Die gefundenen Unterschiede zwischen der Situation von implantierten Kindern gehörloser Eltern und der implantierter Kinder implantierter Eltern, stellen eine interessante Basis zur weiteren Forschung im Bereich CODA, im speziellen bei Familien mit geburtsgehörlosen Kindern, dar. In Folge der vorliegenden Studie wären Untersuchungen mit Fokus auf die Kinder der betroffenen Familien von hohem Interesse, um einen Vergleich von den Meinungen der Eltern mit denen der Kinder zu vergleichen und zu untersuchen, inwieweit eine typische CODA Situation in den Familien vorherrscht.

Abschließend ist anzumerken, dass sich die Verläufe und damit einhergehenden Erfolge nach einer CI Versorgung sehr stark unterscheiden können und je nach Individuum verschiedenen stark ausgeprägt sind. Nichtsdestotrotz ist eine allgemeingültige Aufklärung über die Thematik Cochlea Implantation, sowohl bei Erwachsenen, als auch bei Kindern, derzeit noch nicht ausreichend passiert. Im Leben stoßen CI Träger nicht nur auf Seiten der Gehörlosen selbst, auf Ablehnung für ihre Entscheidung, sondern auch bei vielen hörende Personen auf Unwissenheit bezüglich dem CI an sich. Im Zuge der Inklusion sollte daher vermehrt Aufklärungsarbeit geleistet werden, um den CI Trägern ihr Leben weiter zu vereinfachen.

[Zeichen: 246.153]

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Ablaufmodell Inhaltsanalyse nach Mayring	46
Tab. 2: Schematische Darstellung der Kategorien	51
Tab. 3: Ankerbeispiele für: Biografische Daten	52
Tab. 4: Ankerbeispiele für: Erwartungen an CI	52
Tab. 5: Ankerbeispiele für: Gründe für Cochlea Implantation	52
Tab. 6: Ankerbeispiele für: Reaktion auf Hörstatus Kind bei Geburt	53
Tab. 7: Ankerbeispiele für: Familiensprache	53
Tab. 8: Ankerbeispiele für: Unterstützung Lautspracherwerb beim Kind	53
Tab. 9: Ankerbeispiele für: Stellenwert Hören	54
Tab. 10: Ankerbeispiele für: Entscheidung für Implantat beim Kind	54
Tab. 11: Ankerbeispiele für: Reaktion CI von Gehörlosen	54
Tab. 12: Ankerbeispiele für: Reaktion CI von Hörenden	55
Tab. 13: Ankerbeispiele für: Gehörlosengemeinschaft	55
Tab. 14: Ankerbeispiele für: Zugehörigkeit Gemeinschaft	55
Tab. 15: Ankerbeispiele für: Relevanz CI	56
Tab. 16: Ankerbeispiele für: positive Veränderungen nach Cochlea Implantation	56
Tab. 17: Ankerbeispiele für: Veränderungen nach Implantation beim Kind	57
Tab. 18: Ankerbeispiele für: Bedeutung Gebärdensprache	57
Tab. 19: Ankerbeispiele für: negative Aspekte CI	57
Tab. 20: Ankerbeispiele für: Hörschädigung kompensieren	58
Tab. 21: Ankerbeispiele für: Austausch mit anderen	58
Tab. 22: Ankerbeispiele für: erneut für CI entscheiden	58
Tab. 23: Ankerbeispiele für: positive Beurteilung CI	58
Tab. 24: Ankerbeispiele für: CI in der Familie	59
Tab. 25: Ankerbeispiele für: Erfolgchancen mit CI	59
Tab. 26: Ankerbeispiele für: persönliche Hintergründe	59
Tab. 27: Ankerbeispiele für: Cochlea Implantation	60
Tab. 28: Ankerbeispiele für: Hören mit CI	60
Tab. 29: Ankerbeispiele für: Familiensituation	60

Tab. 30: Ankerbeispiele für: Bedeutung Hörschädigung	61
Tab. 31: Ankerbeispiele für: Relevanz Hörgeräte	61
Tab. 32: Ankerbeispiele für: Wunsch für die Zukunft	61

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Schemazeichnung eines CIs (Schulz 2010, 45)	9
Abb. 2: Auswertung und Kategorienbildung	49
Abb. 3: Anzahl der Nennungen	62
Abb. 4: Zugehörigkeit zu den Welten	73

Literaturverzeichnis

- Aeppli, J. (2016): Empirisches wissenschaftliches Arbeiten: ein Studienbuch für die Bildungswissenschaften. Bad Heilbrunn: Julius Kinkhardt.
- Battmer, R. (2009): 25 Jahre Cochlea-Implantat in Deutschland – eine Erfolgsgeschichte mit Perspektiven: Indikationserweiterung, Reliabilität der Systeme. In: Ernst, A., Battmer, R., Todt, I. (Hrsg.): Cochlea Implantat heute. Heidelberg: Springer, 1-9.
- Baumann, U. (2012) Psychoakustik und Wahrnehmungsgrößen. In: Leonhardt, A. (Hrsg.): Frühes Hören. Hörschädigungen ab dem ersten Lebenstag erkennen und therapieren. München: Ernst Reinhardt, 62-78.
- Becker, M. (2008): Klänge aus dem Schneckenhaus. Cochlea-Implantat-Träger erzählen. Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Beller, S. (2008): Empirisch forschen lernen: Konzepte, Methoden, Fallbeispiele, Tipps. Bern: Huber.
- Breiner, H. (1986): Zur Lautsprachbildung bei Gehörlosen: Gemik ja- Gebärden nein. In: Breiner, H. (Hrsg.): Lautsprache oder Gebärden für Gehörlose? Zum Erhalt der Lautsprachmethode und deren Weiterentwicklung bei Gehörlosen. Frankenthal: Pfalzinstitut, 71-92.
- Bretherton, I. (2002): Die Geschichte der Bindungstheorie. In: Spangler, G., Zimmermann, P. (Hrsg.): Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. 4. Aufl., Stuttgart: Klett-Cotta, 27-50.
- Brosch, S., Pirsig, W. (2003): Gehörlosigkeit im kulturgeschichtlichen Kontext Teil 2. In: HNO. 2, 51, 113-117.
- Buch, K. (2013): Die Familiensituation gehörloser bzw. hochgradig hörgeschädigter Eltern mit Cochlea implantierten Kindern. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Burger, Th., Kirchem, P. (2011): Über die psychologische Arbeit an einem Cochlea Implantat Centrum. In: Hörgeschädigtenpädagogik. 65, 4, 147-151.
- Cloerkes, G. (2007): Soziologie der Behinderten. Eine Einführung. 3. Aufl., Heidelberg: Edition S.

- Deutsche Cochlea Implantat Gesellschaft e.V. (2018): Durchblick - MRT auch für CI-Träger. Online: https://dcig.de/informationen/ci-tag-2018/umfrage_radiologen [22.08.2018].
- Deutscher Gehörlosen-Bund e.V. (2018): Gehörlosigkeit. Online: <http://www.gehoerlosenbund.de/faq/gehoerlosigkeit> [22.08.2018].
- DIAS (2018): Cochlea Implantat. Online: <http://www.hoerkomm.de/cochlea-implantat.html> [22.08.2018].
- Dumanski, J., Leonhardt, A. (2017): CI-versorgte Deaf Coda im Spannungsfeld der Mehrsprachigkeit. In: Sprache, Stimme, Gehör. 41, 25-28.
- Funk, H. (2001): Die Beziehung zwischen hörenden Großeltern, gehörlosen Eltern und ihren hörenden Kindern. In: Hörgeschädigten Pädagogik. 55, 6, 282–290.
- Garlichs, A., Leuzinger-Bohleber, M. (1999): Identität und Bindung. Die Entwicklung von Beziehungen in Familie, Schule und Gesellschaft. Weinheim und München: Juventa.
- Goldberg, D., Flexer, C. (1993): Outcome Survey of Auditory-Verbal Graduates: Study of Clinical Efficacy. Journal of the American Academy of Audiology. 4, 3, 189-200.
- Goldstein, B. (2008): Wahrnehmungspsychologie. Der Grundkurs. 7. Aufl., Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.
- Grossmann, K., Grossmann, K. (2012): Bindung- das Gefüge psychischer Sicherheit. 5. Aufl., Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grüner, B. (2004): Die Sprachentwicklung hörender (Vorschul-)Kinder hochgradig hörgeschädigter bzw. gehörloser Eltern. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Gutjahr, A. (2007): Lebenswelten Hörgeschädigte. Zum Kommunikationserleben hörgeschädigter junger Menschen. Seedorf: Signum.
- Hagendorf, H., Krummenacher, J., Müller, H., Schubert, T. (2011): Wahrnehmung und Aufmerksamkeit. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.
- Hellbrück, J., Ellermeier, W. (2004): Hören- Physiologie, Psychologie und Pathologie. 2. Aufl., Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Hofer, M. (2002): Familienbeziehungen in der Entwicklung. In: Hofer, M., Wild, E., Noack, P. (Hrsg.): Lehrbuch Familienbeziehungen. Bern: Huber, 4-27.

- Hopf, C. (2015): Qualitative Interviews- ein Überblick. In: Flick, U., Kardorff, E., Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung: ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 349-359.
- Jaekel, K., Richter, B., Laszig, R. (2002): Die historische Entwicklung der Cochlea- Implantate- von Volta bis zur mehrkanaligen. In: Laryngo-Rhino-Otologie. 81, 649–658.
- Kempf, H., Büchner, A., Stöver, T. (2003): Kochleaimplantat bei Erwachsenen: Indikation und Durchführung. Teil II: Spezielle Aspekte und Technik der Implantatsysteme. In: HNO. 51, 663-676.
- Krause, C. (2007): Spracherwerb von gehörlosen Kindern. München: GRIN Verlag.
- Ladd, P. (2008): Was ist DEAFHOOD? Gehörlosenkultur im Aufbruch. Seedorf: Signum.
- Lamnek, S. (2010): Qualitative Sozialforschung. 5. Aufl., Weinheim/Basel: Beltz.
- Lane, H. (1994): Die Maske der Barmherzigkeit. Unterdrückung von Sprache und Kultur der Gehörlosengemeinschaft. Hamburg: Signum.
- Leist, A. (2009): Autonom gehörlos sein. In: Leonhardt, A., Vogel, A. (Hrsg.): Gehörlose Eltern und CI-Kinder- Management und Support. Heidelberg: Median-Verlag von Killisch-Horn GmbH, 78-96.
- Leonhardt, A. (2008): Verstehen und Helfen?!- Wenn gehörlose Eltern ihr gehörlosen Kind mit einem Cochlea- Implantat versorgen lassen. In: Jürgens, D. (Hrsg.): Verstehen und Helfen. Zur Einheit von Diagnostik und Förderung. Bern: Edition SZH/CSPS, 89-104.
- Leonhardt, A. (2009): Auditiv-verbale Therapie. In: Sprache Stimme Gehör, 33, 2.
- Leonhardt, A. (2010): Einführung in die Hörgeschädigtenpädagogik. 3. Aufl., München: Ernst Reinhard Verlag.
- Leonhardt, A. (2011): Hörgeschädigte als Eltern von CI-Kindern. In: Hörgeschädigte Kinder, erwachsene Hörgeschädigte. 48, 3, 112-117.
- Leonhardt, A. (2017a): Cudas. In: Sprache, Stimme, Gehör. 41, 17-18.
- Leonhardt, A. (2017b): Wenn gehörlose Kinder hörend werden – Auswirkungen der CI-Versorgung von gehörlosen Kindern gehörloser Eltern auf deren Familiensituation. In: Sprache Stimme Gehör. 41, 34-40.

- Lohaus, A., Verhaus, M. (2015): Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters für Bachelor. 3. Aufl., Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.
- Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 12. Aufl., Weinheim und Basel: Beltz.
- Mey, G., Mruck, K. (2010): Interviews. In: Mey, G., Mruck, K. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Peter, C., Raith-Kaudelka, A., Scheithauer, H. (2010): Gehörlose Eltern- Hörende Kinder. CODA- Trainingsprogramm. Weinheim/Basel: Beltz.
- Pollard, R., Rendon, M. (1999): Familien mit gehörlosen und hörenden Mitgliedern: Vorteile optimal nutzen und Risiken klein halten. In: Das Zeichen. 13, 49, 412-419.
- Schneewind, K. (2008): Sozialisation in der Familie. In: Hurrelmann, K., Grundmann, M., Walüer, S. (Hrsg.): Handbuch Sozialisationsforschung. 7. Aufl., Weinheim: Benz, 256-273.
- Schneewind, K. (2010): Familienpsychologie. 3. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer.
- Scholler, Ch., Scholler C. (2005): Ich wünsche mir zu Weihnachten ein CI. In: Schnecke. 16, 49, 35-36.
- Schulz, E. (2010): Wie funktionieren Hörimplantatsysteme?. In: Hermann- Röttgen, M. (Hrsg.): Cochlea- & Mittelohrimplantate. Ein Ratgeber für Betroffene und Therapeuten. Stuttgart: TRIAS, 44-53.
- Sittel, C. (2010): CI- Eine Chance ohne Ängste. In: Hermann- Röttgen (Hrsg.): Cochlea- & Mittelohrimplantate. Ein Ratgeber für Betroffene und Therapeuten. Stuttgart: TRIAS, 87-88.
- Steinke, I. (2015): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U., Kardorff, E., Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung: ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 319-331.
- Stübing, J. (2013): Qualitative Sozialforschung. Eine komprimierte Einführung für Studierende. München: Oldenbourg Verlag.
- Vogel, A. (2010): Mit den Kindern hören können- CI- Versorgung gehörloser Eltern. In: Schnecke. 21, 68, 10-14.

- Vogel, A. (2017): Durch das Cochlea-Implantat zum CODA? CI-Versorgung von Kindern mit gehörlosen oder hochgradig hörgeschädigten Eltern: Voraussetzungen, Probleme, Ergebnisse. In: Sprache, Stimme, Gehör. 41, 29-33.
- Vonier, A. (2008): Cochlea-implantierte Kinder gehörloser bzw. hochgradig hörgeschädigter Eltern. Heidelberg: Median-Verlag von Killisch-Horn GmbH.
- Walper, S., Langmeyer, A., Wendt, E. (2015): Sozialisation in der Familie. In: Klaus Hurrelmann, K., Bauer, U., Grundmann, M., Walper, S. (Hrsg.): Handbuch Sozialisationsforschung. 8. Aufl., Weinheim und Basel: Beltz, 364-392.
- Wirth, W. (2010): Schwerhörigkeit- Trauma und Coping. Qualitative Untersuchung einer diagnostischen Fragestellung. Heidelberg: Median-Verlag von Killisch-Horn GmbH.
- Wisotzki, K. (2006): Gehörlosigkeit, Gehörlose, Gehörlosenpädagogik. In: Antor, A., Bleidick, U. (Hrsg.): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis. 2. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer.
- Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview [25 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 1(1), Art. 22. Online: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228> [22.08.2018].
- Zahnert, T., Mürbe, D. (2017): Kochleaimplantatversorgung von Kindern und Erwachsenen. In: Laryngo-Rhino-Otol. 96, 396–419.

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Masterarbeit in allen Teilen selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe. Mir ist bekannt, dass Plagiate inakzeptabel und Doppelabgaben von Dokumenten nicht erlaubt sind.

München, 26. August 2018

Anhang

Zum Schutz der Privatsphäre der Probanden, werden der Anhang mit den wörtlichen Transkripten nicht veröffentlicht.