

Aus dem Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

**Sozialmedizinische Aspekte der
medizinischen Versorgung
gehörloser Menschen in Deutschland**

Entwicklung und Durchführung einer internetbasierten
Umfrage mit Gebärdensprachvideos

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der
Medizin

der Universitätsmedizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
vorgelegt von

Johannes Till Höcker
aus Clausthal-Zellerfeld

Mainz, 2010

elektronische Publikation

Tag der Promotion: 14. Dezember 2010

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	1
1 Einleitung.....	2
1.1 Stand der Forschung.....	4
1.2 Ziele der Untersuchung.....	4
1.3 Begriffsbestimmung Gehörlosigkeit.....	6
2 Methodik.....	8
2.1 Qualitative Expertenbefragung.....	9
2.1.1 Planung der Interviews.....	9
2.1.2 Auswertungsmethodik.....	11
2.2 Quantitative Querschnittsstudie.....	14
2.2.1 Entwicklung des Online-Fragebogens.....	14
2.2.2 Umfang und Inhalt des Fragebogens.....	17
2.2.3 Gestaltung der Frage- und Antworttypen.....	19
2.2.4 Umsetzung der Fragen in Gebärdenvideos.....	24
2.2.5 Rekrutierung der Teilnehmer.....	27
2.2.6 Statistische Methoden.....	27
3 Ergebnisse.....	30
3.1 Qualitative Expertenbefragung.....	30
3.1.1 Teilnehmer und Umfang der Interviews.....	30
3.1.2 Generelle Informationen.....	31
3.1.3 Die aktuelle Situation der Gehörlosen.....	33
3.1.4 Problemfelder auf der Gehörlosenseite.....	36
3.1.5 Problemfelder auf der Dolmetscherseite.....	39
3.1.6 Problemfelder auf der Ärzteseite.....	41
3.1.7 Weitere Problemfelder.....	41
3.1.8 Anregungen für eine weiterführende Untersuchung.....	43
3.2 Quantitative Querschnittsstudie.....	46
3.2.1 Teilnehmer/Studienkollektiv.....	46
3.2.2 Sozioökonomische Daten des Studienkollektivs.....	47
3.2.3 Einschätzung der Arzt-Patienten-Beziehung.....	51
3.2.4 Gestaltung der Kommunikation mit dem Arzt (ohne Dolmetscher).....	53
3.2.5 Nutzung von (medizinischen) Informationsquellen.....	54
3.2.6 Bedarf und Nutzung von psychotherapeutischer Behandlung.....	55
3.2.7 Kenntnisse der Teilnehmer über die Sozialgesetzgebung.....	56
3.2.8 Nutzung der Dolmetscherunterstützung.....	57
3.2.9 Einflussfaktoren auf eine mögliche Unkenntnis der Kostenerstattung.....	59

4 Diskussion.....	61
4.1 Qualitative Expertenbefragung.....	61
4.1.1 Teilnehmer und Umfang der Interviews.....	61
4.1.2 Generelle Informationen.....	61
4.1.3 Die aktuelle Situation der Gehörlosen.....	62
4.1.4 Problemfelder auf der Gehörlosenseite.....	65
4.1.5 Problemfelder auf der Dolmetscherseite.....	68
4.1.6 Problemfelder auf der Ärzteseite.....	69
4.1.7 Weitere Problemfelder.....	70
4.1.8 Anregungen für eine weiterführende Untersuchung.....	71
4.2 Quantitative Querschnittsstudie.....	72
4.2.1 Teilnehmer/Studienkollektiv.....	72
4.2.2 Sozioökonomische Daten des Studienkollektivs.....	73
4.2.3 Einschätzung der Arzt-Patienten Beziehung.....	75
4.2.4 Gestaltung der Kommunikation mit dem Arzt (ohne Dolmetscher).....	75
4.2.5 Nutzung von (medizinischen) Informationsquellen.....	77
4.2.6 Bedarf und Nutzung von psychotherapeutischer Behandlung.....	77
4.2.7 Kenntnisse der Teilnehmer über die Dolmetscherkostenerstattung.....	78
4.2.8 Nutzung der Dolmetscherunterstützung.....	78
4.2.9 Einflussfaktoren auf eine mögliche Unkenntnis der Kostenerstattung.....	78
4.2.10 Bemerkungen zum Studiendesign.....	79
4.3 Fazit.....	80
5 Zusammenfassung.....	82
6 Literaturverzeichnis.....	85
7 Tabellenverzeichnis.....	89
8 Abbildungsverzeichnis.....	90
9 Anhang.....	91
9.1 Interviewleitfaden für die qualitativen Experteninterviews.....	91
9.2 Fragenkatalog für die quantitativen Umfrage.....	93
9.3 Drehbuchtext des Informationsvideos.....	103
9.4 Institutsbrief zur Bekanntmachung der Mainzer GL-Studie.....	105
9.5 Adressenliste der Gehörlosenverbände und Internetportale.....	107
9.5.1 Gehörlosenlandesverbände.....	107
9.5.2 Weitere Gehörlosenverbände und Beratungsstellen.....	109
9.5.3 Adressen der Gehörlosen-Internetportale.....	110

Abkürzungsverzeichnis

aOR	adjustiertes Odds ratio
AVI	Audio Video Interleave
CI	Cochlea-Implantat
dB	Dezibel
DV	Digital Video
e.V.	eingetragener Verein
EFS	Enterprise Feedback Suite
fps	Frames per second, Bildwechselfrequenz
Gb	Gigabyte
GL-Studie	Gehörlosen-Studie
GMBH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
Kbps	Kilobytes per second
Mbps	Megabytes per second
MPEG	Moving Picture Experts Group
MPG	Kurzbezeichnung für MPEG, Dateierdung
o.ä.	oder ähnliches
RNID	Royal National Institute For The Deaf
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SWF	Shockwave Flash
u.a.	und andere
vs.	versus
z.B.	zum Beispiel

1 Einleitung

Die Besonderheiten in der Gesundheitsversorgung von gehörlosen Personen in Deutschland sind aus medizinischer Sichtweise weitgehend unbekannt. Und dies, obwohl sich schätzungsweise 41.500 (1) bis 80.000 Gehörlose (2) immer wieder mit Kommunikationsproblemen bei Arztbesuchen und Klinikaufenthalten konfrontiert sehen (3). Dabei gilt eine gute Kommunikation als Basis für eine gute Arzt-Patienten-Beziehung (4). Der erste Schritt einer jeden ärztlichen Untersuchung ist noch immer das Gespräch zur Erhebung einer umfassenden Anamnese. Neben dem reinen Informationsaustausch ist eine gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient auch förderlich für Genesung (5) und Therapieadhärenz (6,7). Die hausärztliche Allgemeinmedizin wird nicht ohne Grund heute als „sprechende Medizin“ bezeichnet (8), obwohl dieses Konzept schon seit der Antike bekannt ist, wie die viel zitierten Ausführungen von Sokrates über den Wert von „heilenden Worten“ bezeugen (9).

Eine große Anzahl an Gehörlosen ist hingegen nur allzu oft von lautsprachlicher Kommunikation ausgeschlossen. Das so genannte Lippenablesen funktioniert meist schlecht, große Teile der gesprochenen Inhalte gehen dem Gehörlosen verloren (10). Ist ein Mensch bereits von Geburt an gehörlos, bereitet es ihm darüber hinaus nicht nur große Schwierigkeiten gesprochene Worte zu verstehen, sondern überhaupt die deutsche Sprache zu erlernen (11).

Auch schriftliche Kommunikation kann für Gehörlose – anders als oft vermutet wird – ein großes Problem darstellen (12). Als Hörender entwickelt man sein Sprachgefühl für gesprochene Sprache bei entsprechendem Stimulus in der Regel im Laufe der Kindheit von selbst (13). Da es zwischen gesprochener und geschriebener Sprache große Übereinstimmungen gibt, lässt sich anschließend das Lesen und Schreiben im Regelfall gut vermitteln. Gehörlose sind bei diesem Prozess außen vor, das Erlernen einer Schriftsprache ist für sie ungleich schwieriger (14).

Die Sprache vieler Gehörloser ist daher die Gebärdensprache, die eine allumfassende und vollwertige Kommunikation erlaubt. Gebärdensprachen lassen sich allerdings schon ihrer Natur nach nur schwer aufschreiben und verfügen darüber hinaus in wesentlichen Aspekten über eine ganz andere und eigenständige Grammatik. Das Erlernen einer Schriftsprache ist für einen Gehörlosen folglich eher vergleichbar mit dem Erlernen einer Fremdsprache und entsprechend aufwendig.

Aus sozialmedizinischer Sicht ergeben sich für die Gesundheitsversorgung von Gehörlosen viele Fragen. Wie kommen Gehörlose in einer Gesundheitsversorgung

zurecht, die vorrangig von Hörenden gestaltet wird? Wie findet eine Arzt-Patient-Kommunikation statt, wenn - wie es der Normalfall ist - ein gehörloser Patient auf einen hörenden Arzt trifft, welcher die Gebärdensprache nicht beherrscht?

Um Kommunikationsbarrieren in der medizinischen Versorgung abzumildern, hat der Gesetzgeber vorgesehen, dass ein Dolmetscher bestellt werden kann und durch die Krankenversicherung finanziert wird. Grundlage hierfür ist das im Jahr 2001 anerkannte Recht der hörbehinderten Menschen, Gebärdensprache in sozialen Bereichen zu verwenden (15,16). Aber wie gut sind die Versorgung und die Zusammenarbeit mit den Dolmetschern? Und sind die vom Gesetzgeber vorgesehenen Hilfsmaßnahmen, um gleiche Chancen im Gesundheitswesen zu ermöglichen, allen Betroffenen bekannt? Welche Barrieren und Berührungspunkte liegen in der ärztlichen Versorgung von Gehörlosen in Deutschland vor? Welche Problemfelder sind vielleicht noch gar nicht bekannt? Und wie ist die gesundheitliche Situation der Gehörlosen in Deutschland?

Um diese Fragen erstmals umfassend für Deutschland beantworten zu können, wurde die vorliegende sozialmedizinische Studie (Mainzer Gehörlosen-Studie, im Folgenden kurz GL-Studie genannt) entworfen und durchgeführt. Zunächst musste aber eine ganz andere Frage geklärt werden: Wie können Gehörlose im Rahmen einer sozialmedizinischen Studie überhaupt erreicht werden, wenn doch konventionelle epidemiologische Querschnittsstudien und entsprechende Erhebungsverfahren stark von Laut- oder Schriftsprache abhängig sind und entsprechende Hör-, Lese- und Schreibkompetenzen bei den Teilnehmern vorausgesetzt werden müssen? Gerade unter der Berücksichtigung, dass mutmaßlich vor allem Gehörlose mit Schwierigkeiten im Bereich der Schriftsprache voraussichtlich auch die größten Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen haben, mussten im Rahmen der vorliegenden Untersuchung einige neue Ideen in der sozialmedizinischen Gehörlosenforschung entwickelt und angewendet werden. Ein wichtiger Teilschritt war dabei die Entwicklung einer barrierefreien Umfrage, die durch die Benutzung von Gebärdensprachvideos in Verbindung mit dem Internet als Umfrage-Ort realisiert werden konnte.

Mit diesem Umfrageinstrument konnten anschließend die oben gestellten Fragen auf das Ziel hin untersucht werden, einen „Status Quo“ der medizinischen Versorgung von Gehörlosen in Deutschland zu erheben, wesentliche Problemfelder zu identifizieren und gegebenenfalls Verbesserungen anzuregen.

1.1 Stand der Forschung

Wie viele Personen in Deutschland von Gehörlosigkeit betroffen sind, ist nicht sicher bekannt und lässt sich nur schätzen. Der Deutsche Gehörlosen-Bund geht von circa einem Fall pro 1000 Einwohnern aus (2), im Vergleich mit anderen westlichen Ländern scheint dies eine realistische Einschätzung zu sein (17,18).

Weil eine solche sozialmedizinische Online-Umfrage mit Gebärdensprachvideos im Rahmen dieser Arbeit erstmalig in Deutschland durchgeführt wurde, fanden sich nur wenige Literaturstellen zum Thema. Internationale Forschungsergebnisse ließen sich auf Grund der nationalen Unterschiede nicht einfach übertragen. In der Planungsphase der Mainzer GL-Studie konnte daher kaum auf Veröffentlichungen über die Gesundheitsversorgung von gehörlosen Personen in Deutschland zurückgegriffen werden. Nicht zuletzt aus diesem Mangel an Informationen entstand die Motivation zur Durchführung einer aktuellen Bestandsaufnahme.

In der eigentlichen Entstehungsphase erschien im Rahmen einer Dissertation an der Universität Hamburg eine Übersichtsarbeit mit einem vergleichbaren Thema, jedoch unterschiedlicher Herangehensweise (3). Dort prüfte Paulini in einer schriftlichen Befragung von 246 Personen - davon 73 Gehörlose - die Zufriedenheit Hörgeschädigter mit ihrer ärztlichen Behandlung. Es fand sich eine signifikant höhere Unzufriedenheit unter den gehörlosen Teilnehmern im Vergleich zu anderen Hörgeschädigten. Die dort vorgestellten Ergebnisse konnten daher in die Diskussion dieser Arbeit mit aufgenommen werden.

1.2 Ziele der Untersuchung

Die vorliegende Arbeit enthält zwei unterschiedliche Untersuchungen. In einer Vorstudie wurde mit Methoden der qualitativen Sozialforschung (in diesem Fall qualitative Experteninterviews) ermittelt, ob in dem Spannungsfeld der unterschiedlichen Kommunikationswelten von hörenden Ärzten und gehörlosen Patienten tatsächlich ein sozialmedizinischer Forschungsbedarf besteht und wie diese Forschung aussehen könnte. Wesentliche Punkte in dieser Vorstudie waren:

- ▶ Die Überprüfung der These, dass gehörlose Menschen aufgrund ihrer Gehörlosigkeit mit Schwierigkeiten im Bereich der Gesundheitsfürsorge zu kämpfen haben.
- ▶ Die Identifizierung von häufigen Problemfeldern in der medizinischen Versorgung und die Ableitung von Arbeitshypothesen.
- ▶ Die Frage, auf welche Weise Gehörlose im Rahmen einer quantitativen Untersuchung erreicht werden können.

Nachdem in diesem qualitativ ausgerichteten Teil viele Informationen erhoben und engere Fragestellungen entwickelt werden konnten, wurde darauf aufbauend eine quantitative Untersuchung geplant und durchgeführt, die den eigentlichen Hauptteil dieser Arbeit ausmacht. Dabei wurde mit Hilfe der eigens entwickelten gebärdensprachlichen Online-Umfrage und üblichen statistischen Methoden geprüft, wie groß die Schwierigkeiten tatsächlich sind. Charakteristische Probleme beim Arzt-Patienten Kontakt sollten quantifiziert werden, um ein aktuelles Bild der Situation von gehörlosen Patienten zeichnen zu können. Besonderes Augenmerk lag dabei auch auf dem Wert der Dolmetscherunterstützung und der Rolle der Dolmetscher in der medizinischen Versorgung von Gehörlosen, deren Kosten nach aktueller Rechtslage von den Krankenkassen übernommen werden müssen.

Die quantitative Untersuchung sollte klären:

- ▶ wie Gehörlose ihre Kenntnisse über gesundheitsrelevante Themen einschätzen und ob sie sich ausreichend informiert fühlen,
- ▶ ob sie die hausärztliche und stationäre Versorgung zufrieden stellend erleben, oder ob bestimmte Probleme, die in der qualitativen Vorstudie ermittelt wurden, in einiger Häufigkeit auftreten,
- ▶ auf welche Weise die Kommunikation mit dem Arzt gestaltet wird, insbesondere auf welche Hilfsmittel dabei zurückgegriffen wird (Dolmetscher, Angehörige, schriftliche Notizen, o.ä.) oder werden sollte,
- ▶ auf welchen Wegen sich Gehörlose über Gesundheitsthemen informieren und ob sie die Informationsquellen als zufrieden stellend erleben,
- ▶ in welchem Maße die Versorgung mit Dolmetschern in der Praxis funktioniert,
- ▶ ob sich geschlechtsspezifische Unterschiede bei den geprüften Items finden lassen.

Weil über die Situation der Gehörlosen im deutschen Gesundheitssystem so wenig bekannt ist, wurde im Rahmen dieser Untersuchung noch eine Vielzahl weiterer Fragen erhoben, die sich während der qualitativen Voruntersuchung ergaben (Kapitel 4.1). Eine ausführliche Analyse aller gesammelten Daten hätte jedoch den üblichen Rahmen einer Dissertation überschritten, weshalb für den Diskussionsteil dieser Arbeit die wesentlichen Ergebnisdaten zur Beantwortung der oben genannten Fragen ausgewählt wurden.

Darüber hinaus sollte mit dieser Arbeit erstmalig die Methodik der Online-Umfrage mit Gebärdensprachvideos in der sozialmedizinischen Forschung etabliert werden.

1.3 Begriffsbestimmung Gehörlosigkeit

Eine eindeutige begriffliche Definition für Menschen ohne oder mit stark eingeschränktem Hörvermögen gibt es in der deutschen Sprache nicht. Es werden vielmehr mehrere Begriffe nebeneinander benutzt. Eine tabellarische Übersicht über diese gibt beispielsweise einer Konzeption des Caritasverbands für Stadt und Landkreis Fulda e.V., Fachbereich Hörgeschädigtenhilfe (19).

Tabelle 1: Unterschiedliche Begriffe im Bezug auf Menschen ohne Hörvermögen

	Taubstumm	Taub	Gehörlos	Deaf	Hörgeschädigt	Gebärdensprachler
Vorteil		weitläufig bekannt	weitläufig eingeführt (z.B. Deutscher Gehörlosenbund)	Klingt für jüngere Menschen „gefälliger“ als „taub“	weitläufig eingeführt	unterscheidet nicht nach behindert und nichtbehindert
Nachteil	defizitorientiert veraltet, inhaltlich falsch	defizitorientiert, gleicher Wortstamm: „dumm/ doof“, sprachlich nicht immer einfach, z.B. „Taubenverein“ vs. Verein tauber Menschen	defizitorientiert, Kunstwort (blind heißt auch nicht sehlos)	defizitorientiert, lässt sich mit anderen deutschen Wörtern nicht verbinden (z.B. das deafe Kind)	defizitorientiert, im Vordergrund steht die medizinische Einordnung	(noch) völlig ungewohnt

Quelle: Caritasverband für Stadt und Landkreis Fulda e.V. Fachbereich Hörgeschädigtenhilfe (19)

Nicht alle Begriffe sind in ihrer Bedeutung gleich zutreffend, eine Begriffsbestimmung ist daher bei Arbeiten über gehörlosenspezifische Themen unabdingbar.

Innerhalb der Gemeinschaft der Betroffenen scheint der Begriff „Gehörlos“ am weitesten verbreitet. Allerdings gibt es bereits von diesem einen Begriff unterschiedliche Definitionen, die sich voneinander unterscheiden. Die medizinische Definition der Gehörlosigkeit sei daher dem eher kulturellen Begriffsverständnis zum besseren Verständnis hier kurz gegenüber gestellt.

Aus medizinischer Sicht ist eine Person gehörlos, bei einem permanenten Hörverlust von 90 dB oder mehr (20). Nach dieser Definition gehören folglich auch schwere Fälle der Altersschwerhörigkeit zur Gehörlosigkeit. Die von Altersschwerhörigkeit betroffenen Personen fühlen sich jedoch in der Regel immer noch eher der hörenden Sprachwelt zugehörig und erlernen nur in seltenen Ausnahmefällen die Gebärdensprache.

Gehörlose definieren sich selbst oft weniger über die medizinische Art oder tatsächliche Ausprägung der Hörschädigung, sondern vielmehr über ihre gemeinsame

Kultur und die gemeinsame Gebärdensprache (21). Aus dieser Sicht zählen die oben genannten altersschwerhörigen Personen nicht zu den klassisch Gehörlosen.

Diese Arbeit folgt in ihrer Nomenklatur der letzteren Definition. Ist also von Gehörlosen die Rede, so ist die Gruppe von Hörgeschädigten aller Art gemeint, die sich der Gehörlosenkultur und der Gebärdensprachengemeinschaft zugehörig fühlen.

2 Methodik

Die vorliegende Untersuchung besteht aus einer Vorstudie und einer Hauptstudie. Während bei der Durchführung diese beiden Teile voneinander getrennt waren, gibt es aus Gründen der besseren Übersichtlichkeit in der Arbeit nur einen Methodik- und einen Ergebnisteil, in dem dann jeweils beide Untersuchungen nacheinander dargestellt werden.

Der (chronologische) Ablauf und die Teilschritte der Untersuchung sind als Übersicht in Abbildung 1 aufgeführt.

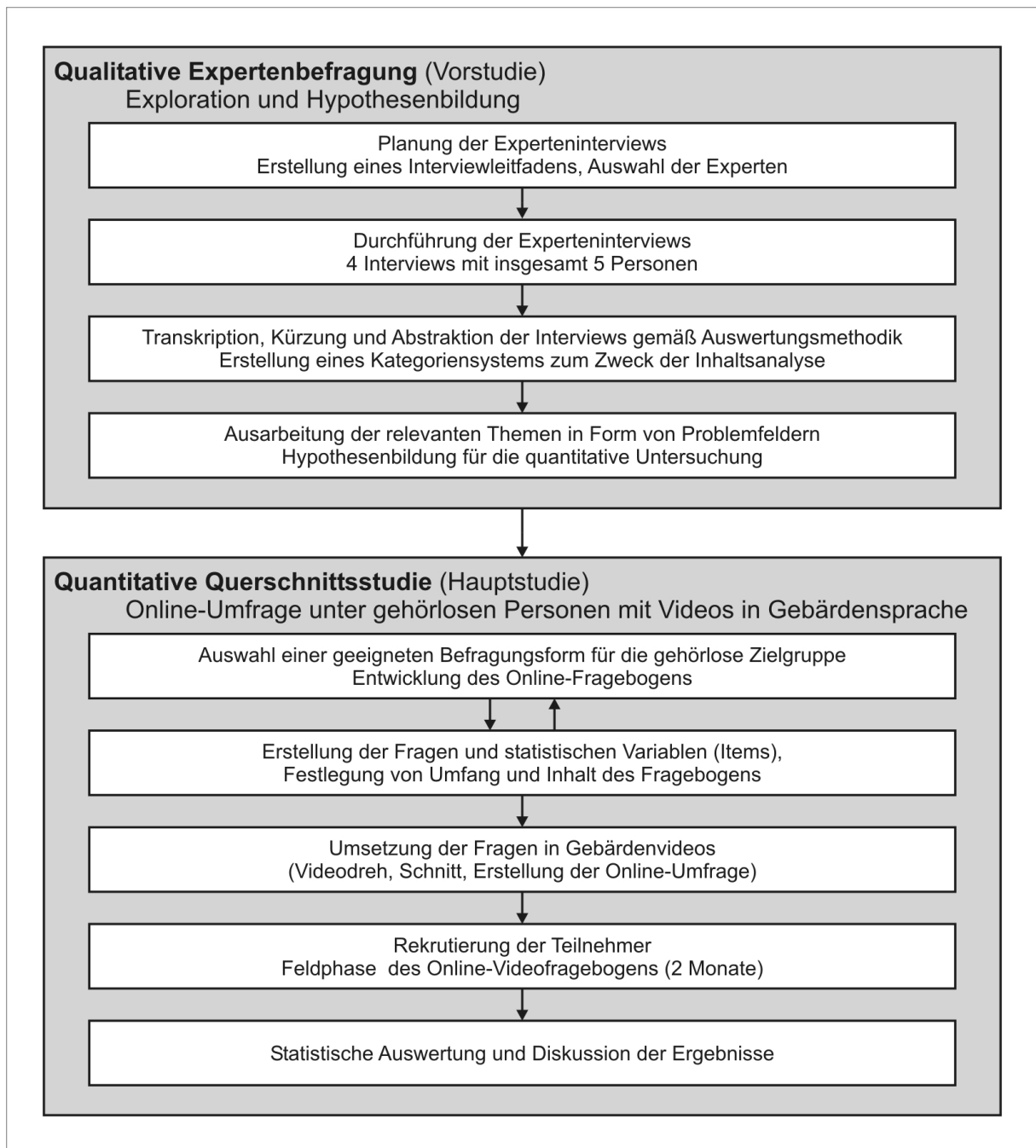


Abbildung 1: Überblick über den Untersuchungsablauf

2.1 Qualitative Expertenbefragung

Das Projekt wurde mit Experteninterviews eingeleitet, um den in der Einleitung vermuteten Forschungsbedarf zu prüfen. Zielsetzung war hier, das Thema zu erkunden. Auf der Grundlage dieser qualitativ ausgerichteten Studie konnten schließlich engere Fragestellungen für den quantitativen Teil der Untersuchung entwickelt werden.

Es wurden zunächst unter Zuhilfenahme eines halbstandardisierten Interview-Leitfadens (Kapitel 9.1) in einer einmaligen Befragung hörende Personen befragt, die über Erfahrung im Bereich der Gehörlosigkeit verfügen. Dieses Design wurde gewählt, um möglichst effizient an viele Informationen zu gelangen. Sicherlich wäre die direkte Befragung von gehörlosen Personen schon in diesem Stadium der Untersuchung wünschenswert gewesen, sie wäre jedoch zugleich auch aufwändig und aufgrund der benötigten Dolmetscher kostenintensiv gewesen. Auch versprach die Befragung von Experten die gebündelten Erfahrungen von vielen Gehörlosen bereits in wenigen Interviews zu erfassen. Im besten Fall würden Experten bereits eine vorsichtige Abschätzung von relativen Häufigkeiten von Problemen geben können. Extremfälle von besonders positiven oder negativen Erfahrungen würden relativiert und in einem Kontext von anderen Erfahrungen gesehen. Eine der teilnehmenden Personen war selbst gehörlos und konnte als „Experte in eigener Sache“ ihre Erfahrungen einbringen. Die Kommunikation war in diesem Fall ohne Dolmetscher möglich, da die Person erst spät ertaubt war und über sehr gute Kenntnisse der deutschen Laut- und Schriftsprache verfügte.

2.1.1 Planung der Interviews

Um eine Auswahl geeigneter Interviewpartner für die Experteninterviews treffen zu können, wurden Einschlusskriterien formuliert. Die Teilnehmer sollten gebärdensprachkompetent sein und über Berufserfahrung als Dolmetscher oder Berater verfügen. Um die Interviews realisieren zu können, sollten die potentiellen Teilnehmer eine Arbeitsstelle im Großraum Mainz innehaben.

Über eine Internetrecherche wurden die etablierten Beratungsstellen und Dolmetscherdienste im Raum Mainz ermittelt und aufgelistet. Auf postalischem Weg wurde angefragt, ob sich Mitarbeiter für ein Interview zur Verfügung stellen würden.

Um etwaige Beratungsstellen ohne Internetpräsenz nicht zu übersehen wurde in den Interviewleitfaden die Frage aufgenommen, welche anderen Beratungsstellen der Interviewpartner kennt und für ein Interview empfehlen würde.

Die Interviews wurden für Februar 2008 terminiert, dabei sollten sie im Januar mittels eines Anschreibens auf den Weg gebracht werden und bis Ende Februar abgeschlossen sein.

Die Interviews wurden jeweils in den Arbeitsräumen des entsprechenden Mitarbeiters der Beratungsstellen geführt und dabei auf Tonband aufgenommen. Es waren jeweils nur der Interviewer und der Experte anwesend.

Im Vorfeld wurde telefonisch oder per E-Mail auf die Freiwilligkeit der Interviews sowie auf die Möglichkeit der Anonymisierung hingewiesen und die wesentlichen Ziele der Untersuchung dargelegt.

Für die Befragung der Experten wurde ein halbstandardisierter Interviewleitfaden entworfen. Der Leitfaden enthielt einen Grundstock an Fragen, deren konkrete Formulierung und Reihenfolge jedoch vom Interviewer variabel gestaltet werden konnte. Offene und freie Antworten waren - ganz im Sinne der qualitativen Forschung - nicht nur möglich, sondern ausdrücklich vorgesehen. Auf entsprechenden Wunsch wurde den Interviewpartnern der halbstandardisierte Fragebogen bereits im Vorfeld ausgehändigt.

Die Gliederung des Interviewleitfadens bestand aus einem einleitenden und einem allgemeinen Teil, sowie den Themenbereichen Arztbesuch, Gesundheitssystem und Studiendesign. Die insgesamt 27 Fragestellungen enthielten Fragen über den Interviewpartner, die Beratungsstelle, die Dolmetscherversorgung und etwaige Kommunikationsschwierigkeiten.

Es wurden außerdem fünf konkrete Zielfragen formuliert, die in jedem Interview gestellt werden sollten. Die fünf Zielfragen lauteten:

- ▶ Wie schätzen Sie - ganz allgemein - die Zufriedenheit der Gehörlosen mit der medizinischen Versorgung ein?
- ▶ Welche Probleme tauchen in der Beratung gehäuft auf?
- ▶ Sehen Sie einen Verbesserungsbedarf in der medizinischen Versorgung von Gehörlosen bzw. im Gesundheitssystem?
- ▶ Haben Sie eine gute Idee, wie man die Gehörlosen im Rahmen einer Studie erreichen kann? Welchen Weg würden Sie wählen, um eine quantitative Befragung von Gehörlosen durchzuführen?
- ▶ Welche anderen Experten sollten noch zu dem Thema befragt werden?

Der vollständige Interviewleitfaden ist im Anhang abgedruckt (Kapitel 9.1)

2.1.2 Auswertungsmethodik

Die Auswertung der Interviews wurde in mehrere Schritte gegliedert. Nach Aufnahme und Transkription folgte die Kürzung und Abstrahierung des Materials. Anschließend wurde in mehreren Durchgängen ein Kategoriensystem zur Einteilung und Strukturierung der Interviewinhalte erstellt. In die Auswertung gingen alle vier Interviews vollständig ein, es erfolgte keine Auswahl von bestimmten Textpassagen. Das Ziel der Analyse war die rein inhaltliche Erfassung der besprochenen Themen. Abbildung 2 zeigt ein Schema des Arbeitsablaufs.

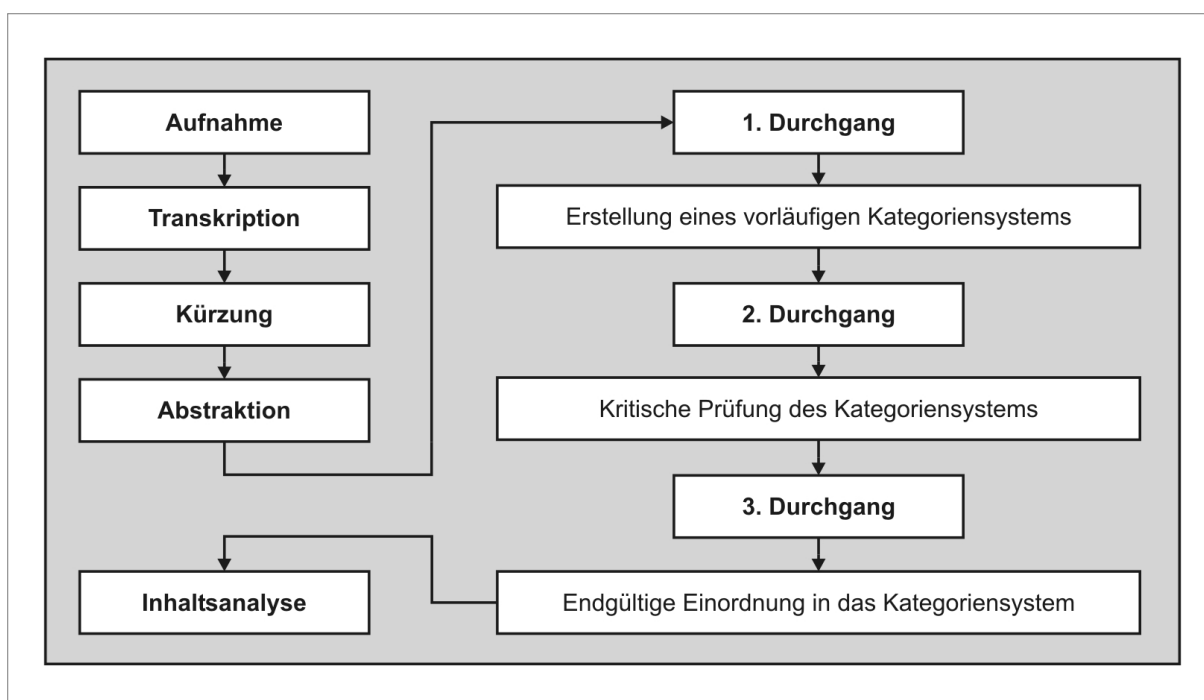


Abbildung 2: Schema der Interviewaufarbeitung zur Inhaltsanalyse

Nach der Aufnahme mittels Tonband wurden die Interviews vollständig transkribiert. Da das gewonnene Material in erster Linie einer reinen Inhaltsanalyse zugeführt werden sollte, wurden die Transkriptionsregeln entsprechend gewählt:

- ▶ mundartliche Eigenheiten wurden geglättet,
- ▶ Füllworte und Fülllaute wurden gestrichen, der Text behutsam geglättet,
- ▶ Pausen und Störungen des Gesprächsfluss (wie beispielsweise der Wechsel des Tonbands) wurden nicht ausdrücklich vermerkt,
- ▶ Eigennamen wurden anonymisiert, ebenso alle Angaben, die eine eindeutige Zuordnung von Personen ermöglichen würden,
- ▶ Ortsbezeichnungen wurden nach Gehör transkribiert und gegebenenfalls nachrecherchiert,

- ▶ Unvollständig formulierte Aussagen wurden vervollständigt, wenn es der Sinnzusammenhang erforderte,
- ▶ Lachen wurde dann vermerkt, wenn es das spätere Verständnis der Textpassage (beispielsweise bei ironischen Aussagen) erforderte,
- ▶ Aussagen über eigene Gedanken oder Gedanken anderer Personen, die in direkter Rede getroffen wurden, wurden durch Anführungszeichen gekennzeichnet.

Nach der Transkription wurden die Interviews den Mitarbeitern der Beratungsstellen noch einmal zur Durchsicht und Freigabe vorgelegt. Dabei wurden kleinere Korrekturen vorgeschlagen und durchgeführt (beispielsweise Berichtigungen von falsch geschriebenen Ortsbezeichnungen), die wesentlichen Inhalte der Interviews wurden jedoch nicht mehr verändert.

Bei der Kürzung des Textmaterials wurden unter Erhalt wesentlicher Inhalte Abschweifungen und Wiederholungen gestrichen und umständliche lautsprachliche Formulierungen in besser lesbaren Text umgewandelt. Textpassagen, in denen persönliche Details der Biografie eines Interviewteilnehmers Erwähnung fanden, wurden ebenfalls in diesem Schritt gestrichen und gingen nicht mit in die Analyse ein. Hiervon ausgenommen waren (anonymisierte) Angaben über wesentliche berufliche Stationen der Befragten, um die Erfahrung des einzelnen Teilnehmers besser beurteilen zu können.

Bei der Abstraktion wurden allgemeine Aussagen formuliert, die sich - wiederum unter Erhalt wesentlicher Inhalte - in ihrer Formulierung vom ursprünglichen Text lösten. Schilderte ein Interviewpartner beispielsweise zu einem Thema zwei unterschiedlich herrschende Meinungen oder war er überzeugter Verfechter einer bestimmten Meinung, war es die Aufgabe der Abstraktion, solche Meinungen neutral zu formulieren und vom Befragten zu lösen, unabhängig davon, ob der Befragte sie für richtig oder falsch hielt. Auf diese Weise entstanden bei der Abstraktion aus Meinungen und Ansichten Hypothesen, die erst überprüft werden mussten.

Um das Vorgehen zu verdeutlichen sind in Tabelle 2 die Schritte Transkription, Kürzung und Abstraktion mit einem Textbeispiel aus einem der Interviews gezeigt.

Nach der Abstraktion wurde ein Kategoriensystem erstellt um die Interviewtexte der Inhaltsanalyse zugänglich zu machen (Kapitel 3.1.2). In einem zweiten Durchgang wurden die gewählten Kategorien überprüft, auf Praktikabilität getestet und bei Bedarf angepasst. In einem dritten Durchgang wurden die Interviewinhalte den endgültigen Kategorien zugeordnet.

Anschließend konnten die Inhalte aufbereitet dargestellt (Kapitel 3.1) und diskutiert (Kapitel 4.1) werden.

Tabelle 2: Transkription, Kürzung und Abstraktion anhand einer beispielhaften Interviewpassage

Transkription	Kürzung	Abstraktion
<p><u>Interviewer</u> [Können Sie sagen,] wie denn ein Gehörloser überhaupt seinen Arzt aussucht? Sucht sich ein Gehörloser einen Spezialisten, von dem er denkt, dass er doch am ehesten mit gehörlosen Patienten umgehen kann?</p> <p><u>Experte 1</u> Also ich hatte neulich das Auswahlkriterium, ob er ein Faxgerät besitzt oder nicht. Das ist nun mal so. Ich musste zwar im ersten Moment ein bisschen lächeln, aber das ist ein Kriterium. Wie können die Gehörlosen sonst einen Termin ausmachen, ohne, dass sie gleich dran vorbei fahren müssen? SMS ist wohl kaum möglich, also bleibt Fax oder E-Mail. Das ist ein ganz wichtiges Kriterium: Wie kann man mit dem Arzt im Vorfeld kommunizieren, oder mal schnell was nachfragen? Eine Rückmeldung von einem Kollegen war, dass viele auf die Kommunikationsbereitschaft achten. Das heißt, erst mal einen aussuchen und ausprobieren, aber dann durchaus auch wieder fortgehen und sagen, sie gehen da nicht mehr hin. Ist er bereit, deutlich zu sprechen? Oder etwas aufzumalen? Da achten einige Gehörlose drauf. Oder auch auf Empfehlung von anderen Gehörlosen.</p> <p><u>Experte 2</u> Beispielsweise gibt es da - das weiß ich von einigen gehörlosen Frauen, dass die sich das zugetragen haben - eine Frauenärztin, die gebärden kann, weil in ihrer Verwandtschaft irgendwie Gehörlose vorkommen. Und die muss bestimmt zehn, zwanzig gehörlose Patientinnen haben, weil die wissen: „Die kann damit umgehen“.</p> <p><u>Experte 1</u> Es gab noch eine Rückmeldung - interessanterweise - von unserer gehörlosen Kollegin, dass einige zu ausländischen Ärzten gehen, weil die sich noch mal besser auf die spezielle Kommunikation einstellen können. Ich weiß nicht, ob die noch mal eine andere Gestikulation haben, oder was?</p> <p><u>Experte 2</u> Weil Ausländer oftmals, seien es Türken oder Italiener oder andere, einfach eine ausgeprägte Mimik haben, Gestik haben, bereit sind auf Körpersprache einzugehen, während die Gehörlose sagen: „typisch deutsch ist immer steif“. Bloß nicht Gebärden oder ein bisschen Gestikulieren oder Mimik einsetzen. Da sind ausländische Ärzte aufgeschlossener.</p>	<p><u>Interviewer</u> Wie sucht ein Gehörloser seinen Arzt aus? Sucht er einen Spezialisten, von dem er denkt, dass er gut mit gehörlosen Patienten umgehen kann?</p> <p><u>Experte 1</u> Ein Kriterium ist, ob er ein Faxgerät besitzt. Wie können die Gehörlosen sonst einen Termin ausmachen, im Vorfeld etwas klären oder schnell etwas nachfragen, ohne dass sie gleich beim Arzt vorbei fahren müssen? Da bleibt nur Fax oder E-Mail.</p> <p>Viele achten auf die Kommunikationsbereitschaft. Das heißt, dass sie auch erst mal mehrere Ärzte ausprobieren.</p> <p>Empfehlung von anderen Gehörlosen.</p> <p><u>Experte 2</u> Es gibt eine Frauenärztin, die etwas gebärden kann, weil in ihrer Verwandtschaft Gehörlose vorkommen. Die hat bestimmt zehn bis zwanzig gehörlose Patientinnen, weil die wissen: „Die kann damit umgehen“.</p> <p><u>Experte 1</u> Unsere gehörlose Kollegin meinte, dass einige zu ausländischen Ärzten gehen, weil die sich besser auf die spezielle Kommunikation einstellen könnten.</p> <p><u>Experte 2</u> Ausländer haben oftmals eine ausgeprägtere Mimik und Gestik. Sie sind bereit auf Körpersprache einzugehen. Typisch deutsch ist immer steif, ohne Gebärden, Gestikulieren oder Mimik einsetzen. Da sind ausländische Ärzte aufgeschlossener.</p>	<p>Kriterien zur Arztwahl:</p> <p>Das Vorhandensein eines Faxgerätes ist ein Kriterium, damit gehörlosen Patienten einen Termin ausmachen, im Vorfeld etwas klären oder schnell etwas nachfragen können. Eine Alternative zum Faxgerät ist ein E-Mailadresse</p> <p>Viele Gehörlose achten auf die generelle Kommunikationsbereitschaft. Das heißt unter Umständen, dass sie mehrere Ärzte ausprobieren.</p> <p>Empfehlungen von anderen Gehörlosen spielen bei der Arztwahl eine Rolle</p> <p>Die Erfahrungen des Arztes mit Gehörlosigkeit (z.B. durch ein betroffenes Familienmitglied) spielen bei der Arztwahl eine Rolle</p> <p>Einige Gehörlose gehen vornehmlich zu ausländischen Ärzten, weil diese sich besser auf die spezielle Kommunikation einstellen können (Körpersprache) und gegenüber Gebärden, Gestik und Mimik aufgeschlossener sind.</p>

2.2 Quantitative Querschnittsstudie

Bei der quantitativen Umfrage handelte es sich um eine barrierefreie, internetbasierte Querschnittsstudie mit Gebärdensprachvideos.

Die Teilnehmer konnten einen speziell für diese Studie entwickelten Online-Fragebogen über das Internet aufrufen und per Internetbrowser die Antworten barrierefrei eingeben, welche dann in einer automatischen Datenbank gespeichert wurden.

Von den insgesamt 86 Fragen in der Datenbank wurden für diese Arbeit schließlich die wichtigsten Zielfragen ausgewählt und statistisch analysiert. Im Wesentlichen waren dies die Häufigkeitsverteilungen von sozioökonomischen Merkmalen innerhalb des gehörlosen Studienkollektivs sowie eine Analyse der Arzt-Patienten-Beziehung. Darüber hinaus wurde die Nutzung und Bewertung von Dolmetschern durch die gehörlosen Teilnehmer, der Wissensstand um die Kostenerstattung von Dolmetschereinsätzen, das Nutzungsverhalten bezüglich unterschiedlicher Informationsquellen sowie der Bedarf an Psychotherapien innerhalb des Kollektivs untersucht.

In einer weiterführenden statistischen Analyse wurde geprüft, welche „Risikofaktoren“ für eine Unkenntnis über die Kostenerstattung eines Dolmetscherdienstes beim Arztbesuch eruiert werden können und aus welchen Gründen informierte Gehörlose unter Umständen dennoch keinen Dolmetscher nutzen.

2.2.1 Entwicklung des Online-Fragebogens

Nachdem im qualitativen Teil der Untersuchung Themenbereiche und Problemfelder exploriert und Fragestellungen für eine quantitative Untersuchung generiert wurden (Kapitel 4.1) galt es einen Weg zu finden, die Fragen in Gebärdensprache umzusetzen und den Gehörlosen zugänglich zu machen. Inspiriert wurde dieses Vorgehen dabei von den Interviews aus der qualitativen Voruntersuchung (Kapitel 3.1.8). Prinzipiell wäre es möglich gewesen, einen Fragebogen in Schriftsprache zu erstellen und diesen für die gehörlosen Teilnehmer bei Bedarf zu dolmetschen, etwa in Beratungsstellen oder im Rahmen von Workshops. Dies hätte jedoch einen erheblichen personellen Aufwand erfordert und hätte außer den mutmaßlich höheren Kosten zur Folge, dass jeweils nur eine kleine Gruppe von Gehörlosen aus einem regional begrenzten Gebiet hätte erreicht werden können. Hier wurde stattdessen angestrebt, die Inhalte den Gehörlosen *direkt*, das heißt ohne Dolmetscher, und *jederzeit* zugänglich zu machen. Zu diesem Zweck wurden die Fragen in Gebärdensprache als Videos aufgenommen. Umfragen mit Gebärdensprachvideos existieren aktuell noch selten und werden nur vereinzelt benutzt, obwohl die technischen

Voraussetzungen dafür immer ausgefeilter geworden sind. Inzwischen ist beispielsweise das Internet sehr gut geeignet dafür, Videos gezielt abrufbar zu machen und eine weite Verbreitung zu ermöglichen. Es lag also nahe, den Video-Fragebogen online verfügbar zu machen. Bereits im Jahr 2004 hat das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung mit einer Kurzumfrage experimentiert, die aus Gebärdensprachvideos bestand. Die Resonanz war ausgesprochen positiv (22).

Bei der Erstellung der Umfrage galt stets der Grundsatz, auch und gerade Gehörlosen ohne Kenntnis der Schriftsprache eine Teilnahme zu ermöglichen. Gleichzeitig sollte die Zielgruppe auch nicht durch zu einfache Formulierungen diskriminiert werden, denn fehlende Lese- und Schreibkompetenz ist selbstverständlich nicht gleichzusetzen mit geminderter Intelligenz.

Das Design dieser Umfrage musste daher von Grund auf überlegt und entwickelt werden. Im Folgenden soll das gewählte Design detailliert wiedergegeben werden, um eventuell nachfolgenden interessierten Arbeitsgruppen die Erstellung eines gebärdensprachlichen Video-Fragebogens zu erleichtern.

Software zur Erstellung von Online-Umfragen

Computergestützte Datenerhebungsmethoden sind in der Sozialforschung inzwischen etabliert. Es gibt heute eine Vielzahl an Anbietern, die die Erstellung eines Online-Fragebogens ermöglichen. Die gewonnenen Daten können in der Regel nach Abschluss der Untersuchung gleich in einem passenden Format für die üblichen Auswertungsprogramme (Excel, SPSS und andere) herunter geladen werden. Jeder Frage wird dabei automatisch eine Variable in der Datenbank zugeordnet. Die wichtigste Anforderung an die Software zur Erstellung dieser speziellen Online-Umfrage war jedoch die Fähigkeit, Multimediaelemente - genauer gesagt: Videos - einbinden zu können. Der kostenpflichtige Anbieter *Globalpark GMBH* bietet mit der web-basierten Anwendung *EFS Survey* diese Voraussetzung. Nach Erwerb einer zeitlich begrenzten Lizenz steht das Softwarepaket ohne Einschränkung zur Verfügung. Die Tochterfirma *Unipark* stellt dabei besondere Konditionen für wissenschaftliche Institute bereit.

Informationsvideo

Es darf als eine Selbstverständlichkeit angesehen werden, dass bei einer wissenschaftlichen Erhebung alle Teilnehmer über das Studienziel und die Verwendung ihrer Daten aufgeklärt werden. Da im qualitativen Teil der Untersuchung jedoch deutlich wurde, dass Gehörlose mutmaßlich häufiger das Gefühl erleben, von

wichtigen Informationen ausgeschlossen zu sein, ist hier auf die Aufklärung besonderen Wert gelegt worden. Vor der Umfrage informierte ein barrierefreies Video (in Gebärdensprache, mit Untertiteln) über Datenschutz, Anonymität, Freiwilligkeit und die Ziele der Mainzer GL-Studie.

Wesentliche Punkte des Informationsvideos waren:

- ▶ Wer für die Studie verantwortlich ist und an wen man sich mit Fragen wenden kann,
- ▶ welche Themen erfragt werden und welche Ziele verfolgt werden,
- ▶ wie man teilnehmen kann und dass jede Teilnahme freiwillig ist,
- ▶ dass ein Abbruch keine negativen Folgen hat,
- ▶ dass die Teilnahme anonym ist und jeder Teilnehmer Teil einer größeren Stichprobe ist,
- ▶ dass keine Daten an Dritte weitergegeben werden.

Zusätzlich wurden die unterschiedlichen Fragetypen kurz erklärt. Der vollständige „Drehbuchtext“, auf dessen Grundlage das Video entstanden ist, befindet sich im Anhang (Kapitel 9.3).

Werbevideo

Zu Rekrutierungszwecken ist ein Werbevideo in Gebärdensprache produziert worden, welches später über die einschlägigen Homepages und Portale für Gehörlose veröffentlicht wurde. Das Werbevideo war dabei im Wesentlichen eine Kurzversion des oben bereits vorgestellten Informationsvideos und enthielt eine Zusammenstellung der wichtigsten Angaben zur Umfrage. Am Ende des Videos befand sich ein Verweis auf das ausführliche Informationsvideo am Beginn der Umfrage und auf die Internetadresse, unter der die Umfrage zu finden war.

Abschiedsvideo

An das Ende der Umfrage wurde ein Video gestellt, in welchem dem Teilnehmer in Gebärdensprache für seine Teilnahme gedankt wurde und an ihn die Bitte erging, weitere Gehörlose über die Umfrage zu informieren.

Feedback-Möglichkeiten

Gerade weil während der Umfrage nahezu ausschließlich geschlossene Fragetypen verwendet wurden, sollten die Teilnehmer eine Möglichkeit für Fragen oder Kritik oder generell zur schriftlichen Kontaktaufnahme zu Verfügung haben. Deshalb wurde sowohl auf der Startseite als auch am Ende der Umfrage (nach der Evaluation

mit geschlossenen Fragen) eine E-Mail-Adresse angegeben und um ein Feedback gebeten.

2.2.2 Umfang und Inhalt des Fragebogens

Für die Umfrage wurden 86 Fragen entwickelt, die in gebärdensprachlicher Form den gehörlosen Teilnehmern präsentiert wurden. Der vollständige Fragenkatalog ist im Anhang abgedruckt (Kapitel 9.2). Jeder Frage wurde eine laufende Nummer zugeordnet (#1 bis #86), um im Text auf die entsprechenden Fragen verweisen zu können.

Da die Umfrageseiten digital erstellt wurden, konnten problemlos Fragen unter Berücksichtigung der vorherigen Antworten ausgeblendet oder zusätzlich eingeblendet werden. Wenn zum Beispiel ein Teilnehmer während der Umfrage angab, nie auf einen Dolmetscher zurückgegriffen zu haben (#53), wurden ihm weitere Fragen zur Zusammenarbeit mit einem Dolmetscher nicht gestellt (#59, #61, #62, #64 und #65). Gleichmaßen bekam ein Teilnehmer, der beispielsweise angab spät ertaubt zu sein (#4), zusätzlich die Frage gestellt, zu welchem Zeitpunkt er ertaubt ist (#5).

Um diese individuellen Anpassungen zu ermöglichen, wurden die Fragen in drei Ebenen unterteilt: Fragen der Ebene eins wurden jedem Teilnehmer gestellt. Fragen der Ebene zwei nur solchen Teilnehmern, deren bisherige Antworten bestimmte Bedingungen der Ebene eins erfüllten. Fragen der Ebene drei wiederum nur denjenigen, bei denen jeweils festgelegte Bedingungen auf Ebene zwei erfüllt waren. In der Aufstellung im Anhang sind daher die jeweils zugeordneten Ebenen und die Einbeziehungsweise Ausblendbedingungen mit aufgelistet.

Jeder Teilnehmer bekam aus den genannten Gründen des individuell erstellten Fragebogens ein Minimum von 59 Fragen gestellt. Maximal konnten 85 Fragen angezeigt werden. Die Gesamtzahl von 86 Fragen konnte nicht erreicht werden, weil sich die Einblendbedingungen für zwei bestimmte Fragen gegenseitig ausschlossen (#17 und #18). Auf Ebene zwei befanden sich 24 Fragen, auf Ebene drei weitere drei Fragen. Für den Teilnehmer wurden die Fragen jeweils individuell durchnummeriert, die ihm angezeigten Zahlen entsprachen also in der Regel nicht der hier benutzten laufenden Nummer.

Der Inhalt der Umfrage ergab sich zu großen Teilen aus der Diskussion der qualitativen Voruntersuchung und wird dort besprochen (Kapitel 4.1). Der so erstellte Fragenkatalog wurde jedoch noch um sozioökonomische Items und einige Zusatzfragen ergänzt. Diese werden im Folgenden vorgestellt. Fragestellungen, die später

im Rahmen dieser Arbeit ausgewertet und diskutiert wurden, sind unterstrichen abgedruckt.

Bei der Auflistung der Fragen ist zu beachten, dass die Teilnehmer der Mainzer GL-Studie geduzt wurden, sobald deutsche Schriftsprache benutzt wurde. Die Gründe dafür sind weiter unten in Kapitel 2.2.4 erläutert.

sozioökonomische Fragen

- Bist Du männlich oder weiblich? (#1)
- In welchem Jahr bist Du geboren? (#2)
- Wohnst Du in einer Stadt oder auf dem Land? (#3)
- Wohnst Du in einer großen Stadt oder einer kleinen Stadt? (#4)
- Wie bist Du krankenversichert? (11#)
- Welchen Schulabschluss hast Du? (#77)
- Bist Du berufstätig? (#78)
- Wie ist Dein Familienstand? (#79)
- Leben bei Dir Kinder unter 18 Jahren im Haushalt? (#80)
- Wie viele Personen wohnen (außer Dir) noch im Haushalt? (#82)

Folgende Fragen ergaben sich nicht direkt aus der Voruntersuchung, sollten aber dennoch mutmaßlich wichtige Erkenntnisse liefern und wurden deshalb in die Umfrage aufgenommen.

zusätzliche Fragen

- Bist Du gehörlos, spät ertaubt oder schwerhörig? (#5)
- Wann bist Du ertaubt? (#6)
- Wie gesund fühlst Du Dich jetzt in diesem Moment? (12#)
- Wie groß bist Du? (#19)
- Wie schwer bist Du? (#20)
- Bist Du schon einmal nicht zum Arzt gegangen, obwohl Du krank warst und einen Arzt gebraucht hättest? (#41)
- Was war der Grund? (#42)
- Hast Du aus Geldmangel schon einmal ein Medikament nicht gekauft, obwohl es der Arzt verschrieben hat? (#43)
- Woher kennst Du Deinen Hausarzt? (#44)
- Hast Du oft Probleme, einen Termin beim Arzt zu bekommen? (#47)

2.2.3 Gestaltung der Frage- und Antworttypen

Die Entwicklung der Antwortmöglichkeiten für diese Umfrage wurde wesentlich von den Fragestellungen bestimmt. Auf Grund der besonderen Natur der Erhebung - mit dem Anspruch, auf Schriftsprache weitestgehend zu verzichten - sollten sogenannte Texteingabe-Felder möglichst nicht oder nur sparsam verwendet werden. Die Fragen mussten folglich zu einem ganz überwiegenden Teil geschlossener Art sein. Die endgültige Formulierung der Fragen war wiederum auch abhängig von den zur Verfügung stehenden Antworttypen. Es musste ein Ausgleich gefunden werden zwischen den Inhalten, die abzufragen wünschenswert waren, und den Möglichkeiten, diese auch tatsächlich in geschlossener Form zu erfragen.

Insgesamt wurden vier Frage- beziehungsweise Antworttypen erstellt, um die unterschiedlichen Inhalte darzustellen. Besonderes Augenmerk wurde darauf gelegt, die Antwortmöglichkeiten visuell zu gestalten, um Umfrageteilnehmern mit wenig Schriftsprachkompetenz die Orientierung zu erleichtern.

Allen Fragen gemeinsam war, dass jeweils im oberen Teil des Bildschirms die Frage in Gebärdensprache gezeigt wurde. In der Pretest-Phase war angeraten worden, die Fragen auch in Schriftsprache aufzunehmen, um eventuellen Missverständnissen vorzubeugen. Auch in der bereits erwähnten Umfrage des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung zur Verwendung von Online-Gebärdensprachvideos wünschten die Teilnehmer ebenfalls größtenteils Untertitel (22). Daher befand sich in der endgültigen Fassung unter jedem Video die Frage noch einmal in schriftlicher Form. Im unteren Teil der Seite fanden sich dann die visuellen Antwortmöglichkeiten, die per Mausklick angewählt werden können.

Es wurde bereits erwähnt, dass die Fragen in erster Linie als geschlossene Fragen formuliert wurden, also Antwort-Alternativen vorgegeben waren. EFS Survey bietet zu diesem Zweck verschiedene Standard-Auswahl-Fragetypen an, welche für die Umfrage noch speziell angepasst wurde, um eine bildliche Orientierung zu ermöglichen.


Ja/Nein-Fragen

Diese einfachste Art der Auswahlfragen wurde mithilfe des EFS Survey-Fragetyps „Einfachauswahl nebeneinander“ erstellt. Die Antworten standen gleichberechtigt nebeneinander, jeweils unterhalb der Antwort gab es ein Auswahlfeld. Für die visuelle Unterstützung wurden den Antwortalternativen „Ja“ und „Nein“ jeweils ein stilisiertes Bild der Gebärden für Ja und Nein vorangestellt (Abbildung 3).









Frage 37: Hattest Du bei einem Arztbesuch schon einmal das Gefühl, dass Du hilflos und abhängig bist?



Ja



Nein

Zurück
Weiter

Abbildung 3: Fragetyp "Ja/Nein"

Die Abbildungen der Gebärden wurden extra für die Mainzer GL-Studie angefertigt, als Vorlage diente das Allgemeine Gebärdenwörterbuch des Instituts für Deutsche Gebärdensprache und Kommunikation Gehörloser in Hamburg (33). Dieser Fragetyp fand bei insgesamt 25 Fragen Anwendung (29,1 % aller Fragen) und war damit einer der zwei häufigsten Fragetypen. Fragen, die zwar mit den Antwortalternativen „Ja“ und „Nein“ beantwortet werden konnten, aber zusätzlich noch die Eingabe weitere Daten erforderten (z.B. Grad der Schwerbehinderung, #73) oder außerdem die Antwortalternative „Ich weiß nicht“ enthielten, wurden formal nicht den Ja/Nein-Fragen zugeordnet, sondern dem Fragetyp „Liste“ (siehe unten).

Skala-Fragen

Der *Fragetyp Skala* diente dazu, die Haltung der Teilnehmer gegenüber einem Thema zu erfragen. In der Sozialforschung werden meist fünf-stufige Skalen benutzt, beispielsweise nach dem Schema: „*stimme voll zu - stimme eher zu - indifferent - stimme eher nicht zu - stimme nicht zu*“.

In der qualitativen Voruntersuchung stellte sich jedoch heraus, dass diese sprachlichen Schattierungen von Gehörlosen so eher nicht benutzt und auch nicht verstanden werden (Kapitel 3.1.8), was auch im Pretest bestätigt wurde. Daher wurde die Skala auf drei Ausprägungsgrade begrenzt. Zur grafischen Umsetzung boten sich stilisierte Gesichter (Smileys) an, die zudem noch farblich gestaltet wurden: Ein fröhliches Gesicht in Grün, ein neutrales in Gelb und ein trauriges in Rot (Abbildung 4).



ASU Universität Mainz

JOHANNES GUTENBERG UNIVERSITÄT MAINZ

73%

Frage 53: Wie fühlst Du Dich, wenn Du mit dem Arzt über persönliche und intime Dinge sprechen willst, wenn ein Dolmetscher dabei ist?

Zurück Weiter

Abbildung 4: Fragetyp "Skala"

Die Gesichter standen dabei für Aussagen über Zustimmung, Zufriedenheit oder - je nach Kontext - auch für die Angaben „sehr gut“, „mittel“ und „sehr schlecht“, beispielsweise bei Fragen über Kenntnisse (#13 u.a.) und Fähigkeiten (#69, #70 u.a.). 22 Fragen nutzten diesen Antworttyp (25,6 % aller Fragen). Technisch gesehen handelte es sich ebenso wie bei der Ja/Nein-Frage um den *EFS Survey*-Fragetyp „Einfachauswahl nebeneinander“.

Listen-Fragen

Die *Listen-Fragen* gaben mehrere Antwortalternativen vor, aus denen der Teilnehmer wählen konnte. Damit dieser Fragetyp ohne Schriftsprache auskam, wurden die möglichen Antworten im Video vollständig gebärdet.

The screenshot displays a survey interface. At the top left is the logo for 'ASU Universität Mainz'. At the top right is the logo for 'JOHANNES GUTENBERG UNIVERSITÄT MAINZ' next to a portrait of Johannes Gutenberg and a '10%' progress indicator. The central video player shows a woman signing. Below the video, the question 'Frage 7: Hast Du ein Hörgerät oder ein CI?' is presented. Three radio button options are listed: 'Ja, Hörgerät' (with a hand sign for 'Yes'), 'Ja, CI' (with a hand sign for 'Yes'), and 'Nein' (with a hand sign for 'No'). At the bottom, there are 'Zurück' and 'Weiter' buttons.

Abbildung 5: Fragetyp "Liste"

Dabei stellte die Person im Video jeder Antwortalternative einen Buchstaben des Fingeralphabets voran. Kleine Bilder des entsprechenden Gebärden-Buchstabens kennzeichneten dann zur schnellen Orientierung den entsprechenden Eintrag in der Liste (Abbildung 5). Zusätzlich wurden auch hier die Antworten noch einmal in Schriftsprache angeboten. Im Programm EFS Survey wurde für diesen Fragetyp die Einstellung „Einfachauswahl untereinander“ benutzt. Eine Sonderform der Listen-Frage waren die fünf Mehrfachauswahl-Fragen. Sie bestanden im Wesentlichen ebenfalls aus einer Liste, der Teilnehmer hatte aber die Möglichkeit, mehr als eine Antwort auszuwählen (#15, #35 u.a.). Insgesamt waren 25 Fragen in Listen-Form gehalten (29,1 % aller Fragen).

Textfeld-Fragen

Textfeld-Fragen ließen sich nicht vollständig vermeiden. Sie waren jedoch ausschließlich den Fragen vorbehalten, die nicht oder nur schwerlich in geschlossener Form gestellt werden konnten. Die Einstellung in EFS Survey lautete „Textfeld einzeilig“.



The screenshot shows a survey interface with the following elements:

- Logos for "A UNIVERSITÄT MAINZ SU" and "JOHANNES GUTENBERG UNIVERSITÄT MAINZ" at the top.
- A progress indicator showing "7%".
- A video player showing a woman.
- Question text: "Frage 5: Wann bist Du gehörlos geworden?"
- Instruction: "Bitte das Jahr eintragen."
- Text input field: "gehörlos seit:
- Navigation buttons: "Zurück" and "Weiter"

Abbildung 6: Fragetyp "Textfeld"

Alle Textfeld-Fragen erfassten jeweils nur Zahlen und keine Wörter, beispielsweise Alter (#2), Größe (#19) oder Gewicht (#20). Der Teilnehmer wurde gebeten, in einem Textfeld die entsprechende Zahl einzutragen (Abbildung 6). Dieser Fragetyp kam mit neun Mal nur selten zum Einsatz (10,5 % aller Fragen).

2.2.4 Umsetzung der Fragen in Gebärdenvideos

Die Umsetzung der Fragen in Gebärdenvideos war ein Schwerpunkt dieser Untersuchung. Die Arbeitsschritte sollen daher detailliert beschrieben werden. Eine Zusammenfassung mit den wesentlichen Eckdaten bietet Abbildung 7.

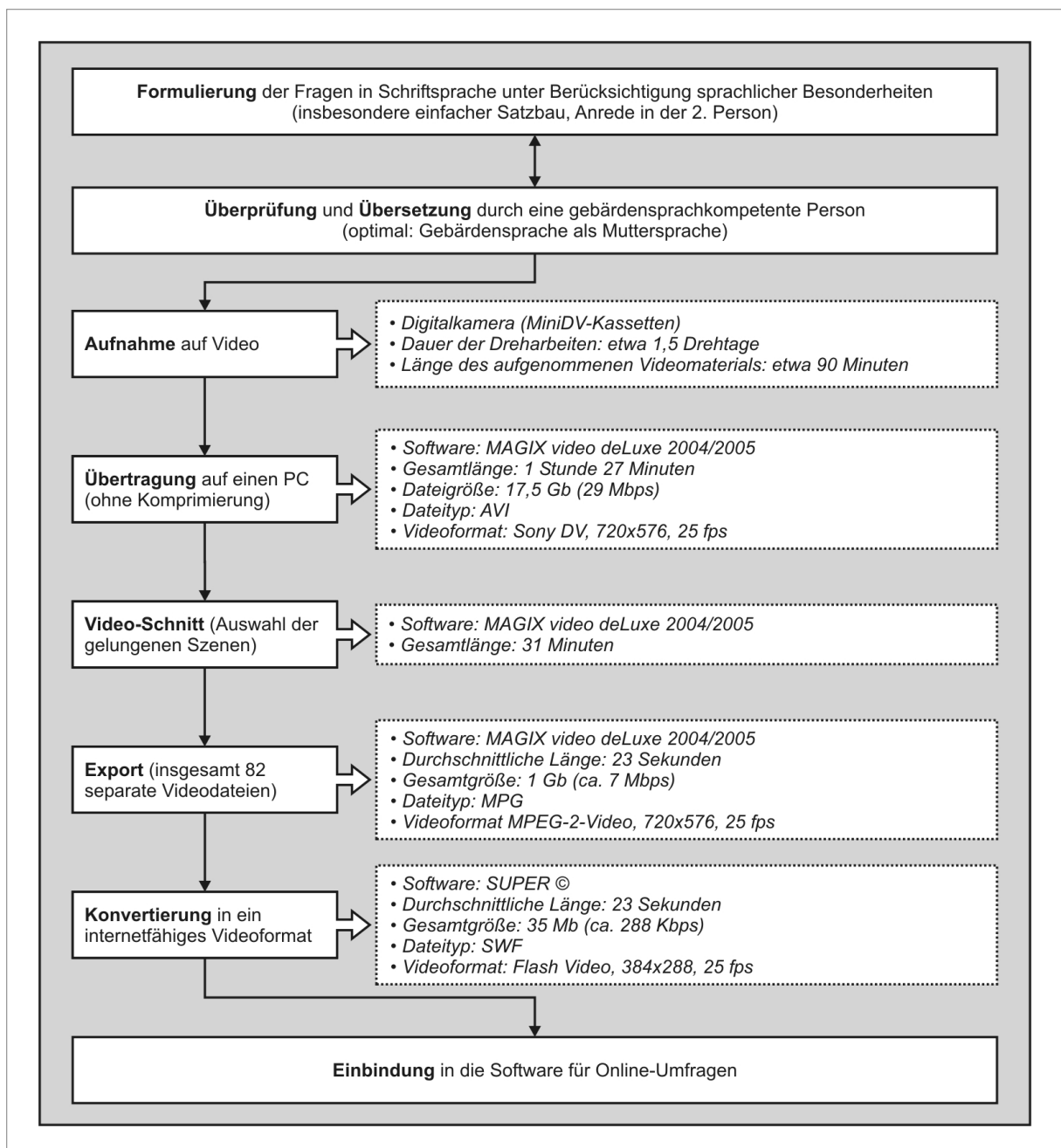


Abbildung 7: Arbeitsschritte bei der Erstellung der Fragen in Gebärdensprache

Formulierung der Fragen

Nachdem die Fragetypen in ihrer endgültigen Form feststanden, konnten die Fragentexte in einer finalen Version formuliert werden. Hierzu wurde eine sowohl laut- als auch gebärdensprachkompetente Person hinzugezogen, die sich in beiden Sprachwelten sicher bewegen konnte. Von dieser Hilfsperson kam der Vorschlag, die Schriftversion der Fragen in der zweiten Person Singular zu halten („Du“), und auf die dritte Person Plural („Sie“) zu verzichten, welche die Höflichkeit in der deutschen Schrift- und Lautsprache eigentlich gebietet. Dies beruhte darauf, dass Worte in der Gebärdensprache nicht im Sinne der Lautsprache dekliniert werden und ein Gehörloser Gefahr läuft, die dritte Person Plural mit der dritten Person Singular zu verwechseln. Der Gehörlose hat folglich das Gefühl, es wäre in der Frage jemand anderes - eben eine dritte Person - gemeint, über die Auskunft gegeben werden soll. Es wurde ferner darauf geachtet, verschachtelte und lange Sätze zu vermeiden.

Aufnahme

Dieser Arbeitsschritt war in seiner Bedeutung keineswegs untergeordnet, sondern hatte bereits maßgeblichen Einfluss darauf, ob die Videos später von einem gebärdensprachkompetenten Betrachter verstanden werden konnten. Wichtig war die Wahl eines möglichst dunklen Hintergrundes (schwarz oder dunkelblau), um einen hohen Kontrast zu den gebärdenden Händen zu erreichen. Gute Ausleuchtung war bedeutsam, da auch Mundbild und Mimik eine große Rolle in der Gebärdensprache spielen.

Für die Aufnahme wurde eine handelsübliche digitale Videokamera verwendet. Aufgezeichnet wurde auf Mini-DV-Kassetten, weil diese hervorragende Eigenschaften in Bezug auf die Nachbearbeitung haben, da das Video-Rohmaterial kaum komprimiert wird.

Für die 86 Fragen wurden Dreharbeiten über 2 Tage angesetzt. Zusätzlich zu den Fragen ist noch ein Begrüßungsvideo, ein Abschiedsvideo und ein Werbevideo gedreht worden (siehe Kapitel 2.2.1 für inhaltliche Details). Insgesamt entstand Videomaterial von ca. 90 Minuten Länge.

Übertragung des Videomaterials auf einen PC

Das Videomaterial wurde ohne Komprimierung auf einen PC übertragen, um die oben genannten Qualitätsvorteile der Mini-DV-Kassetten ausschöpfen zu können. Es entstand dabei eine große Datenmenge von circa 17,5 Gigabyte für 90 Minuten Video. In dieser Untersuchung wurde für diesen Arbeitsschritt das Programm *MAGIX*

video deLuxe 2004/2005 (© MAGIX AG) verwendet, prinzipiell wäre aber jedes beliebige Videobearbeitungsprogramm dafür geeignet.

Videoschnitt

Die jeweils besten Versionen der Aufnahmen wurden zurechtgeschnitten und die misslungenen Szenen entfernt. Es blieben ca. 31 Minuten Videomaterial übrig. Die hierzu verwendete Software war ebenfalls *MAGIX video deLuxe 2004/2005*.

Export als Videodatei

In diesem Schritt wurde für jede der 86 Fragen eine eigene Videodatei angelegt. Hinzu kamen das Begrüßungs- und das Abschiedsvideo. Die durchschnittliche Videolänge betrug 23 Sekunden. Beim Export aus dem Videoschnittprogramm wurden die Dateien einer ersten Komprimierung unterzogen (MPEG-2, 1 Gigabyte Gesamtgröße).

Konvertierung in ein internetfähiges Format

Der Zugang zu großen Datenmengen ist über das Internet derzeit noch nur erschwert möglich, der folgende Schritt war daher wesentlich um die Fragen online anbieten zu können. Bei der Wahl des Dateiformates kam es dabei nicht nur auf eine möglichst große Komprimierung bei guter Qualität an, die Videos sollten auch in jedem Internetbrowser angezeigt werden können, ohne dass zuerst zusätzliche Videoabspielprogramme von den Teilnehmer benötigt würden. Es war dabei von Vorteil, dass Videos im Internet (unabhängig von der Gebärdensprache) ein weit verbreitetes Medium geworden sind um Inhalte zu übermitteln. Es gab daher mehrere leistungsstarke Dateiformate zur Auswahl, die es erlaubt hätten, Videos ohne schwerwiegende Qualitätsverluste auf geringem Speicherplatz unterzubringen. Das in dieser Hinsicht vermutlich am besten etablierte Format ist das „Flash Video“. Zur Konvertierung wurde das kostenlose Programm *SUPER*© (Simplified Universal Player Encoder & Renderer) der Firma *eRightSoft* in der Version *2008.build.30* verwendet.

Der Speicherplatzbedarf konnte durch die Konvertierung in das Flash-Video-Format bei guter Bildqualität um 96,6 % Prozent auf insgesamt 35 Megabyte gesenkt werden. Eine noch größere Komprimierung wäre möglich gewesen, ging aber zusehends zu Lasten der Bildqualität.

In dieser Form konnten die Videos problemlos bei *EFS-Survey* hochgeladen und in die Umfrage eingebunden werden.

2.2.5 Rekrutierung der Teilnehmer

Gleichzeitig mit dem Beginn der Umfrage am 01.02.2009 startete auf unterschiedlichen Kanälen auch die Werbung für die Teilnahme. Das für diese Zwecke produzierte Werbevideo wurde an die mutmaßlich am häufigsten genutzten Gehörlosen-Homepages und Portale übermittelt und dort veröffentlicht.

Der zusätzlichen Verbreitung dienten eine Pressemitteilung der Universitätsmedizin Mainz und ein Institutsbrief, mit dem zahlreiche Gehörlosenverbände und Selbsthilfegruppen auf die Umfrage aufmerksam gemacht wurden (Institutsbrief und Adressenliste im Anhang, Kapitel 9.4 bzw. 9.5). Bei Interesse konnte den Verbänden zusätzlich das Werbevideo zur Veröffentlichung auf den verbandseigenen Homepages zur Verfügung gestellt werden.

2.2.6 Statistische Methoden

Für die statistische Analyse wurden alle Fragebögen ausgewählt, die von volljährigen Personen ausgefüllt wurden, die ihren Hörstatus mit „gehörlos“ angaben. Weil auf geschlechtsspezifische Unterschiede geprüft werden sollte, konnten Fragebögen ohne Angabe des Geschlechts nicht berücksichtigt werden.

Die stetige Variable Alter (#2) wurde kategorisiert, um nicht-lineare Effekte aufweisen zu können. Die beiden Fragen nach dem Wohnumfeld der Teilnehmer (#3 und #4) wurden zu einer einzigen Variable zusammengefasst (Tabelle 3).

Tabelle 3: Herleitung der Variablen "Altersgruppe" und "Wohnumfeld"

ursprüngliches Umfrage-Item		neu kategorisierte Variable
Geburtsjahr (#2)		Altersgruppe
stetig erfasste Variable		18 bis 30 Jahre
		31 bis 50 Jahre
		51 Jahre und älter
Wohnumfeld (#3)	Stadtgröße (#4)	Wohnumfeld
Stadt	über 100.000 Einwohner	Stadt über 100.000 Einwohner
	unter 100.000 Einwohner	Stadt unter 100.000 Einwohner
Land		ländliche Gegend

Absolute und relative Häufigkeiten in der Mainzer GL-Studie wurden mit dem Programmpaket SPSS Version 17.0 errechnet. Mittels Chi²-Test wurden alle Ergebnisse auf geschlechtsspezifische Unterschiede untersucht. Bei Variablen mit geringer Fallzahl beziehungsweise zu geringer erwarteter Häufigkeiten (kleiner 5), bei denen im testtheoretischen Sinne ein Chi²-Test nicht zulässig ist, wurde statt dessen ein exakter Fisher-Test verwendet. Alle Tests wurden zweiseitig mit der lokalen Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha = 0,05$ durchgeführt.

Insgesamt wurden ganz im Sinne der Exploration etwa 50 statistische Test ohne Adjustierung durchgeführt. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist daher zu berücksichtigen, dass bei multipler Testung die Wahrscheinlichkeit für einen Fehler 1. Art entsprechend hoch anzusiedeln ist (beinahe 100%).

Binäre logistische Regressionsanalyse

Mit Hilfe einer binären logistischen Regressionsanalyse wurde geprüft, in wie weit die vorliegenden Daten die Frage beantworten lassen, welche Untergruppe von Gehörlosen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit besitzt, nicht über die aktuelle Sozialgesetzgebung aufgeklärt zu sein. Diese Gehörlosen könnten dann gezielt angesprochen und informiert werden.

Als dichotome Zielvariable galt das Wissen um die Gesetzgebung. Geprüft wurde, in wie weit die Variablen Altersgruppe, Geschlecht, Partnerschaft, Berufstätigkeit, Wohnumfeld, Bildung, Lesekompetenz und bevorzugte Informationsquelle eine Erklärung der Gruppenzugehörigkeit erlauben. Dazu wurden adjustierte Odds ratios (aOR) und 95% Konfidenzintervalle kalkuliert.

Um das Modell überschaubar zu halten, wurden einige der in der Umfrage erhobenen Variablen neu kategorisiert (Tabelle 4). Unverändert blieben in dem Modell die Variablen Geschlecht und Lesekompetenz. Die Variablen „Altersgruppe“ und „Wohnumfeld“ wurden bereits weiter oben eingeführt (Tabelle 3).

Die Variable „Partnerschaft“ ist eine dichotome Variable, die aus dem Familienstand bestimmt wurde. Die Variable „Berufstätigkeit“ ist ebenfalls eine dichotome Variable, die sich aus dem Berufsstatus ableitet.

Für die Variable „Bildung“ wurden alle Kategorien unterhalb des Hauptschulabschlusses aufgrund der geringen Anzahl an Nennungen zu einer Kategorie zusammengefasst. Die Variablen Realschulabschluss und Abitur wurden übernommen.

Für die Variable „bevorzugte Informationsquelle“ wurde aufgrund der möglichen Mehrfachnennungen zunächst eine Gewichtung der unterschiedlichen Informationsquellen vorgenommen und jeder Teilnehmer der höchsten von ihm angegebenen Kategorie zugeordnet. Informationssuche über das Internet hat die höchste Wertung (Internetforen und medizinische Homepages), gefolgt von professionellen Informationen (Besuch von Vorträgen oder Ärzten). Es folgen die nahe stehenden Personen (Freunde, Bekannte und Familie) und die Interesslosigkeit (kein Interesse an medizinischen Informationen).

Tabelle 4: Kategorisierung der in der binären logistischen Regressionsanalyse verwendeten Variablen „Partnerschaft“, „Berufstätigkeit“, „Bildung“ und „bevorzugte Informationsquelle“

neu kategorisierte Variable	ursprüngliches Umfrage-Item
Partnerschaft	Familienstand (#79)
mit Partner	verheiratet feste Partnerschaft
ohne Partner	ledig geschieden getrennt lebend verwitwet
Berufstätigkeit	Berufsstatus (#78)
berufstätig	Vollzeit Teilzeit
nicht berufstätig	Arbeit suchend Sonstiges (Schüler, Hausfrau, Rentner, Student)
Bildung	höchster Schulabschluss (#77)
Hauptschulabschluss und darunter	ohne Abschluss (Schule abgebrochen) noch Schüler Förderschule/Sonderschule Hauptschule
Realschulabschluss	Realschule
Abitur	Gymnasium/Abitur
bevorzugte Informationsquelle	Benutzte Informationsquelle
Internet	Internetforen medizinische Homepages
professionelle Informationen	Vorträge für Gehörlose Arzt
nahe stehende Personen	Familie Freunde/Bekannt
kein Interesse an Informationen	kein Interesse an Informationen

Fehlende Werte

Traten bei der Auswertung einer Variablen fehlende Werte auf, so wurden diese in den Häufigkeitstabellen mit aufgeführt, gingen aber wegen fehlender Aussagekraft nicht in die Signifikanzanalysen mit ein.

Die angegebenen Prozentzahlen bei den fehlenden Werten beziehen sich auf den Anteil fehlender Werte an der Gesamtzahl der Fragebögen. Dahingegen beziehen sich die Prozentzahlen bei den Ergebnissen innerhalb der Kreuztabellen auf die jeweilige Anzahl der ausgewerteten Fragebögen, also ohne fehlende Werte. Folglich addieren sich diese Prozentangaben nur ohne die fehlenden Werte auf 100. Die Prozentangaben bei fehlenden Werten wurden daher bei der Ergebnisdarstellung in Klammern gefasst.

3 Ergebnisse

3.1 Qualitative Expertenbefragung

3.1.1 Teilnehmer und Umfang der Interviews

Bei der durchgeführten Internetrecherche konnten vier etablierte Beratungsstellen im Raum Mainz gefunden werden, die als besonders geeignet erschienen, weil die dort arbeitenden Personen aufgrund der im Methodenteil formulierten Einschlusskriterien als Experten für Gehörlosigkeit gelten konnten (Gebärdensprachkompetenz, und mehrjährige Tätigkeit als Berater für Gehörlose, Kapitel 2.1.1).

Da von einem Interviewpartner Anonymität in Bezug auf seine Person und die von ihm vertretene Organisation gewünscht wurde, erfolgen an dieser Stelle keine weiteren Kontaktangaben. Drei der vier Institutionen führen Beratungen für Gehörlose in allen Lebenslagen durch, die vierte nimmt die Aufgabe einer Dolmetscherzentrale in Rheinland-Pfalz wahr. Die entsprechenden Stellen werden daher wie folgt benannt: Beratungsstelle 1, Beratungsstelle 2, Beratungsstelle 3 und Dolmetscherzentrale.

Zwei Institutionen sind soziale Einrichtungen in kirchlicher Trägerschaft, die beiden anderen sind im Rahmen von Gehörlosen-Selbsthilfe organisiert.

Am 24.01.2008 wurde an alle vier Beratungsstellen ein Anschreiben verschickt mit Informationen über die geplante Studie und der gleichzeitigen Bitte um ein Interview. Drei der Schreiben wurden positiv beantwortet, die vierte Beratungsstelle verwies auf ihre übergeordnete Stelle als besseren Ansprechpartner. Von dieser Stelle gab es kurz darauf ebenfalls eine Zusage für ein Interview.

Eine Institution schlug ein Doppelinterview mit zwei Mitarbeitern vor, so dass letztlich fünf Personen für die qualitativen Interviews gewonnen werden konnten.

Die Interviews wurden im Zeitraum zwischen dem 08.02.2008 und dem 28.02.2008 geführt. Insgesamt sind dabei rund 3 Stunden Tonbandmaterial aufgezeichnet und ausgewertet worden. Ein Interview dauerte im Schnitt etwa 45 Minuten, wobei das längste Interview als Doppelinterview etwa 1 Stunde und 10 Minuten in Anspruch nahm, das kürzeste Interview lief 25 Minuten.

Die anschließende Transkription lieferte circa 22.000 Worte (entsprechend circa 50 Seiten Text), die gemäß dem im Methodenteil dargestellten Schema bearbeitet wurden (Kapitel 2.1.2). Die Kürzung der Interviews reduzierte den Umfang auf 12.000 Worte. Die Abstraktion führte zu 6000 Worten, die in die Analyse gingen.

3.1.2 Generelle Informationen

Bei der Kategoriensammlung entstanden im ersten Durchgang 80 Kategorien, die systematisiert und soweit möglich zusammengefasst wurden. Viele Kategorien lagen doppelt, dreifach oder auch vierfach vor, falls die entsprechenden Themen in mehr als einem Interview Erwähnung fanden. Das resultierende vorläufige Kategoriensystem bestand zunächst aus 8 Oberthemen mit insgesamt 22 Kategorien.



Abbildung 8: Übersicht über das Kategoriensystem zur Interviewauswertung

13 Kategorien wurden als so genannte Problemfelder angelegt. Im Verlauf der zweiten Durchsicht mit kritischer Überprüfung des Kategoriensystems mussten einige Kategorien als nicht zweckmäßig eingeschätzt und überarbeitet werden. Das

revidierte, endgültige Kategoriensystem setzte sich aus 7 Oberthemen mit 19 Kategorien zusammen, davon 11 als Problemfelder (Abbildung 8). Dieses Kategoriensystem erwies sich als gut praktikabel, um die in den Interviews besprochenen Themen wiederzugeben.

Informationen über die Interviewpartner und Beratungsstellen (Kategorie 1)

In dieser Kategorie wurden alle Informationen über die Tätigkeitsfelder und beruflichen Werdegänge der Interviewpartner sowie alle Informationen über die Beratungsstellen gesammelt. Nur relevanten Angaben sind hier wiedergegeben.

Die besuchten Beratungsstellen wurden bisher von den Gehörlosen in der Regel zu den unterschiedlichsten Themen in Anspruch genommen (Berufsberatung, Familien- und allgemeine Lebensberatung, Seelsorge, behördliche Anträge und vieles mehr). Medizinische Fragen und Probleme bildeten daher im gesamten Beratungsaufwand nur eher einen Teilaspekt, tauchten aber gleichwohl mit Regelmäßigkeit auf.

Über die meisten Erfahrungen verfügten hier die Mitarbeiter aus der Dolmetscherzentrale, da sie in die Kommunikation zwischen Arzt und Gehörlosen mitunter direkt als Dolmetscher involviert wären. Die Mitarbeiter der anderen Beratungsstellen waren zwar ebenfalls gebärdensprachkompetent, klassische Dolmetschertätigkeiten wurden von ihnen jedoch eher selten ausgeübt. Bei medizinischen Fragen nahmen sie vor allem eine vermittelnde Rolle ein.

Informationen zu den Besonderheiten der Gehörlosen-Kultur oder der Gebärdensprache (Kategorie 2)

Diese Kategorie wurde eingerichtet, um Wissenswertes über Kultur und Lebenswelt der Gehörlosen unabhängig von den medizinischen Belangen zu erfassen. So etwa das Verhältnis vieler Gehörloser zur geschriebenen Sprache und die Kommunikationsbarriere zwischen Hörenden und Gehörlosen, die mitunter zu Isolation führen könne:

Beratungsstelle 3: „Viele denken: ‚Ach, die Leute können nicht hören, aber die können doch lesen!‘ Aber so einfach ist das halt nicht, das ist schon mit Schwierigkeiten verbunden. Das wissen viele nicht! [...] Isolation ist ein weiteres [Problem], dass sich viele aufgrund der Behinderung isoliert fühlen.“

Kommunikationsbarrieren und die Gefahr der Isolation beständen oft auch im Kontakt zu den eigenen Angehörigen:

Dolmetscherzentrale: „Vielen Eltern wird oder wurde [...] gesagt, mit den Kindern [...] nicht zu gebärden. ‚Die müssen lautsprachlich erzogen werden, sonst lernen sie die

Lautsprache nicht.' [...] Das zieht sich bis heute durch, dass viele Verwandte von Gehörlosen nicht gebärden können. Die haben eine eigene familiäre Kommunikation aufgebaut, die besteht aus Gestikulation, besonderem Mundbild, besonderer Satzstellung, und irgendwie können die miteinander kommunizieren. Aber auch nicht tiefer gehend, das bleibt an der Oberfläche.“

Vor diesem Hintergrund wurde es von den Experten auch als problematisch angesehen, wenn unreflektiert Familienmitglieder zu Dolmetschertätigkeiten hinzugezogen würden.

3.1.3 Die aktuelle Situation der Gehörlosen

Epidemiologie der Gehörlosigkeit (Kategorie 3)

Alle Interviewpartner wurden nach ihrer Einschätzung gefragt, wie viele gehörlose Personen im Einzugsgebiet der Beratungsstelle beziehungsweise in der Bundesrepublik Deutschland leben oder wie viele Personen Gebärdensprache sprechen. Alle haben übereinstimmend angegeben, dass es keine offizielle Erfassung der Gehörlosigkeit gäbe und daher auch keine repräsentativen Zahlen existierten. In einem Interview wurde auf Zahlen des statistischen Bundesamtes verwiesen, allerdings beruhe diese Statistik auf medizinischen und nicht auf soziologischen Kriterien, sodass man anhand der Zahlen keine Aussage über die Gebärdensprachgemeinschaft treffen könne. Für Rheinland-Pfalz wurde eine Schätzung von 3000 gehörlosen Personen abgegeben.

Ein Interviewpartner versuchte zu erklären, warum die Gruppe der Gehörlosen in der Medizin so wenig wahrgenommen werde:

Dolmetscherzentrale: „Man muss in Relation [zur Zahl der Gehörlosen] auch die Masse an Ärzten sehen. Da wird ein Arzt vielleicht ein- oder zweimal im Jahr einen Gehörlosen sehen, aber das repräsentiert nicht, wie viel wirklich der Bedarf da ist.“

Zufriedenheit der Gehörlosen mit der gesundheitlichen Versorgung (Kategorie 4)

Die Interviewpartner berichteten von großer Unzufriedenheit, differenzierten aber zwischen der rein fachlichen Versorgung und der dabei stattfindenden Kommunikation.

Dolmetscherzentrale: „Eher schlecht, [...] nicht zufrieden.“

Beratungsstelle 1: „Sehr unzufrieden, [...] die Problematik der Gehörlosen ist ja, dass sie den Arzt nicht verstehen. Also sowohl kommunikativ nicht, als auch inhaltlich nicht. [...] Ich denke, die medizinische Versorgung ist ja gut, das Problem ist das Kommunikative.“

Ein Interviewpartner sprach davon, dass seiner Meinung nach die Zufriedenheit vergleichbar sei wie die der Hörenden, solange nur eine gute Kommunikation gewährleistet sei.

Beratungsstelle 3: *„Ich würde sagen, dass ist genau wie bei Hörenden auch, wenn die gebärdensprachliche Versorgung gegeben ist, zum Beispiel durch Dolmetscher. [...] Immer mal wieder mehr Zufriedenheit, mal mehr Unzufriedenheit.“*

Positive Beispiele in der gesundheitlichen Versorgung gehörloser Personen (Kategorie 5)

Um zu verstehen, auf welche Weise die gesundheitliche Versorgung der Gehörlosen verbessert respektive die Zufriedenheit erhöht werden könnte, bat sich die Prüfung der Frage an, welche Situationen möglicherweise bereits jetzt als positiv erlebt wurden.

Genannt wurden hier in erster Linie Ärzte, die bereits über Erfahrung im Umgang mit gehörlosen Patienten verfügten. Diese Ärzte würden häufiger einfache Sprache benutzen und sich mehr Zeit für die Gehörlosen nehmen. Auch eine generelle aufgeschlossene Kommunikationsbereitschaft wurde positiv eingeschätzt.

Dolmetscherzentrale: *„Einige [Gehörlose] gehen zu ausländischen Ärzten, weil die sich noch mal besser auf die spezielle Kommunikation einstellen können, weil Ausländer oftmals [...] einfach eine ausgeprägte Mimik und Gestik haben und bereit sind auf Körpersprache einzugehen. Da sind ausländische Ärzte aufgeschlossener.“*

Als besonders positiv wurden gebärdensprachkompetente oder selbst gehörlose Ärzte erlebt, die aber nur äußerst selten zu finden seien.

Im Dolmetscher-Setting wurde vor allem Termintreue und Geduld geschätzt.

Dolmetscherzentrale: *„Es gibt eine Kinderärztin, mit der ich toll kooperiere. [...] Die nimmt sich furchtbar viel Zeit und ist ganz geduldig, guckt immer, dass der Dolmetscher nicht zu lange warten muss und macht dann auch mit mir Termine ab. Das ist ein gutes Beispiel.“*

Der allgemeine technische Fortschritt auf dem Gebiet der Hörgeräteversorgung fand ebenfalls positive Erwähnung:

Beratungsstelle 2: *„Toll ist, wie sich die Technik von Hörgeräten verbessert. [Es gibt] jetzt Bluetooth-Verbindungen in den neuen Hörgeräten, über die viele, die vorher nicht telefonieren konnten, wieder telefonieren können.“*

Die Technik der Cochlea-Implantate würde auf Grund der Invasivität des Verfahrens, mangelnder Aufklärung und schlechter Kommunikation mit den Betroffenen und ihren Angehörigen allerdings oft kritisch betrachtet.

Verbesserungsmöglichkeiten in der gesundheitlichen Versorgung gehörloser Personen (Kategorie 6)

Die Inhalte dieser Kategorie entstammen im Wesentlichen der Zielfrage Nummer drei des Interviewleitfadens (Sehen Sie einen Verbesserungsbedarf in der medizinischen Versorgung von Gehörlosen bzw. im Gesundheitssystem?).

Als optimale Verbesserung wurde eine größere Verfügbarkeit von gebärdensprachkompetenten Ärzten vorgeschlagen und die damit verbundenen Möglichkeiten vollständig barrierefreier Arztbesuche:

Beratungsstelle 1: *„Es wäre natürlich schön, wenn man sagen könnte es gibt in jeder größeren Region [...] ein oder zwei Ärzte die gebärdensprachkompetent sind, das würde das den Menschen sehr vereinfachen. [...] Das wäre eine Grundverbesserung, wenn es einen Mediziner gäbe, der selbst gebärdensprachkompetent ist.“*

Es müsse aber nicht zwangsläufig vollständige Gebärdenkompetenz sein, auch einfache Maßnahmen wie beispielsweise das Erlernen des Fingeralphabets zum Buchstabieren von schwierigen Worten könnten den Gehörlosen helfen.

Beratungsstelle 2: *„Es wäre [...] schön, wenn die Kliniken ihrerseits mehr darauf achten würden [...] dass einfach jemand da ist, auch im Bereich des Pflegepersonals, der zumindest das Fingeralphabet und auch einfache Gebärden kann.“*

Viele Fachbegriffe könne man nicht vom Mund absehen. Sie müssten aufgeschrieben oder buchstabiert werden.

Der Abbau von Kommunikationsbarrieren wurde konsequent in allen Interviews gefordert, beispielsweise bei Hilfsangeboten wie Erziehungs- oder Eheberatungen und Präventiv- oder Rehabilitationskursen. Aber auch bei Informationsmaterialien im medizinischen Bereich, wie Anamnese- und Aufklärungsbögen oder Internetauftritten der Krankenkassen.

Dolmetscherzentrale: *„[...] Beiträge, die im Internet zu finden sind zu irgendwelchen medizinischen Themen müssten umgesetzt werden in kleine Gebärdensprachenfilme. Oder die Krankenkassen [müssten] sich barrierefrei präsentieren mit ihren Newslettern und Homepages [...] wo Informationen drin stehen über gesunde Ernährung, Fettwerte, Bonusprogramme, Gesundheitsvorsorge oder Prävention von Krankheiten.“*

Die Ärzteschaft wurde von den Experten in erster Linie um Verständnis und Aufgeschlossenheit gebeten. Es müsse ein Bewusstsein dafür geschaffen werden, dass

für einen Gehörlosen im Zweifelsfall mehr Zeit einzuplanen sei. Auch wenn prinzipiell simultan gedolmetscht werde, erfordere das Gespräch trotzdem oft mehr Zeit, weil man mit mehr anschaulichen Beispielen arbeiten müsse und aufgrund des generellen Informationsmangels eventuell auch insgesamt mehr zu erklären wäre. Darüber hinaus sollte dafür sensibilisiert werden, dass Gehörlose mit ihren Dolmetschern nicht übermäßig lange warten müssten, da durch Wartezeit unnötige Dolmetscherkosten entstünden.

Wünschenswert wäre eine bessere Nutzung der Kommunikationswege per E-Mail oder Fax durch die Ärzteschaft. So sei etwa die Terminvergabe bislang oft rein telefonisch organisiert.

Als problematisch wurden auch die hohen Kosten der Hilfsmittel beziehungsweise die zurückhaltende Kostenübernahme durch die Sozialleistungsträger insbesondere im Bereich der Hörgeräteversorgung angesehen. Gerade volljährige Arbeitslose und Rentner hätten oft keinen Anspruch auf die technische Unterstützung und die damit verbundene Lebensqualität.

Darüber hinaus könne von ärztlicher Seite die Zusammenarbeit mit den Hörgeräte-Akustikern verbessert werden. So könne sich zum Beispiel der Arzt über (technische) Hilfsmittel informieren, und schon im Zuge eines Hörtests Ratschläge geben, welche Optionen dem Hörgeschädigten überhaupt offen stehen.

3.1.4 Problemfelder auf der Gehörlosenseite

Problemfeld: genereller und spezieller Informationsmangel bei Gehörlosen (Kategorie 7)

Häufige Erwähnung fand der zum Teil geringe Wortschatz Gehörloser, insbesondere auf dem Gebiet der Medizin. Ein Betroffener könne sich Fremdworte häufig auch nicht ableiten, weil die sprachliche Basis dafür oft fehle. Die Beschaffung von Informationen sei für Gehörlose generell schwieriger.

Bei der Frage, ob Gehörlose Kenntnis von der möglichen Kostenübernahme eines Dolmetschereinsatzes durch die Sozialleistungsträger hätten, gaben die Experten unterschiedliche Angaben: Eine vertretene Meinung lautete, dass inzwischen prinzipiell alle Gehörlosen über diese Information verfügten, der Dolmetscherservice aber aus unterschiedlichen Gründen nicht von allen genutzt werde, hauptsächlich, weil sich mit einem Dolmetscher nur die kommunikativen Probleme, nicht aber die inhaltlichen lösen ließen.

Zwei weitere Experten waren übereinstimmend einer anderen Meinung. Viele Gehörlose wären über dieses Thema nicht informiert. Die Kenntnis über die Kosten-erstattung von Dolmetschereinsätzen sei aber bei Arztbesuchen noch vergleichs-weise groß, in anderen Bereichen (vor allem bei Behördengängen aller Art oder auch bei der Inanspruchnahme anderer Heilberufe) bestände eine noch deutlich größere Unsicherheit.

Die Information der Kostenübernahme würde sich eher langsam unter den Gehör-losen verbreiten, unter anderem über das Internet. Gehörlose, die das Internet ohnehin als Informationsquelle nutzten, seien hier im Vorteil.

Besonders problematisch wurde der Informationsmangel dann gesehen, wenn er auf Patientenseite zu einer verspäteten Diagnose führt, wie im folgenden Fallbeispiel:

Dolmetscherzentrale: „Manchmal denke ich, dass es vor allem eine Unbedachtheit oder Unwissenheit ist, dass es jetzt vielleicht mal nötig ist, zum Arzt zu gehen. Ich weiß von einer Kollegin von mir, die mal ganz geschockt war. Die ist zu einem Termin im Krankenhaus gegangen, das sollte eine Routineuntersuchung einer älteren Patientin werden. Und dann wurde sie untersucht, und es hat sich herausgestellt, dass eine Brust vom Krebs völlig zerfressen war, weil dieses Bewusstsein gar nicht da war - aus mangelnden Informationen, da könnte jetzt irgendwas nicht stimmen. „Ich müsste mal zum Arzt gehen.““

Problemfeld: Informationsquellen für Gehörlose (Kategorie 8)

Fernseh- oder Radioreportagen sowie Zeitschriftenartikel seien den Gehörlosen in der Regel nicht zugänglich. Eine in den Interviews geäußerte These lautete, dass vor allem das Internet in allen Bereichen als Informationsquelle genutzt werde, unabhängig des Themas. Wesentlich seien hier die gehörlosenspezifischen Chatforen und Plattformen, auf denen die besonderen Kommunikationsbedürfnisse Berücksichtigung fänden. Die Rolle des Internets wurde von den Experten aber unterschiedlich beurteilt. Die Gegenthese lautete, dass das Internet zwar prinzipiell als Informationsmedium genutzt werde, aber ausdrücklich nicht im medizinischen Bereich, da hier die Sprachbarriere aufgrund der vielen Fachbegriffe in der Regel unüberwindbar sei.

Eine Beratungsstelle berichtete von gelegentlich stattfindenden Vortragsveranstaltungen für Gehörlose. Als Referenten würden professionelle (in der Regel nicht gebärdenkompetente) Kräfte eingeladen. Während der Veranstaltungen werde dann gedolmetscht. Das Interesse an solchen Veranstaltungen sei groß, es kämen viele Besucher. Gehörlose seien darauf angewiesen, dass bestimmte Organisationen

solche Vortragsveranstaltungen anbieten, denn die Zugänge zu Informationen seien bei Gehörlosen sonst sehr eingeschränkt.

Problemfeld: Kommunikation mit dem Arzt oder Dolmetscher (Kategorie 9)

Als ein wesentliches und folgenschweres Problem wurde die „Ja-sage-Tendenz“ gesehen, die bei gehörlosen Patienten generell noch ausgeprägter sei als bei vielen hörenden Patienten.

Beratungsstelle 1: *„der Gehörlose hat die Angewohnheit, wenn er nicht viel versteht trotzdem zu nicken [...] der Arzt denkt: ‚Ah ja, der versteht ja alles, wir brauchen keinen Dolmetscher‘ [...] Es fällt den Gehörlosen schwer zu sagen: ‚Bitte, ich verstehe nichts, der Doktor soll das noch mal sagen!‘ Das macht kaum ein Gehörloser, sondern er nickt weiter.“*

Fataler Weise hätten aber Gehörlose genau davor große Angst, Gesprächsinhalte zu verpassen. Deshalb sei dieses „vorgespielte Verständnis“ besonders häufig eine Quelle für Unzufriedenheit und Missmut. Medizinisches Fachvokabular verkompliziere die Kommunikation noch zusätzlich. Begriffe wie beispielsweise „Blutbild“ seien einem Gehörlosen oft nicht vertraut. Er denke dann möglicherweise (und nahe liegend) eher an ein Foto des Blutes. Aber schon vermeintlich banale Sachen wie die Terminabsprache könnten aufgrund der vielfältigen Kommunikationsbarrieren für einen gehörlosen Patienten zum Problem werden.

Oft würden Ärzte den Dolmetscher auch fälschlicherweise als Betreuer des gehörlosen Patienten ansehen mit der Folge, dann mehr über den Patienten zu sprechen als mit ihm.

Problemfeld: Inanspruchnahme von Dolmetschern oder Familienangehörigen (Kategorie 10)

Zur Inanspruchnahme von Dolmetscherdiensten, Familienmitgliedern oder Freunden fielen die Expertenmeinungen unterschiedlich aus. Ob überhaupt auf einen Dolmetscher zurückgegriffen werde, hinge nicht allein vom Wissen um die Möglichkeit ab, sondern auch von vielen weiteren Faktoren. Beispielsweise nähmen die Art und Schwere des medizinischen Problems, die Verfügbarkeit von Dolmetschern, die Vorerfahrungen des Gehörlosen mit Ärzten und Dolmetschern und seine Einbindung in Familienstrukturen einen Einfluss auf die Entscheidung für oder gegen einen Dolmetscher. Familienmitglieder nähmen als Begleitpersonen eine wichtige Rolle ein und würden häufig in Anspruch genommen. Die Motive dahinter wurden unterschiedlich gedeutet: Zum einen seien Angehörige eine schnelle und einfache Lösung

für die Behandler, zum anderen drängten sich Familienmitglieder aus gut gemeinter Absicht als Begleiter geradezu auf. Dann wiederum gäbe es Gehörlose, die von sich aus gerne Familienmitglieder hinzuziehen. Oftmals sprächen allerdings Angehörige nicht suffizient Gebärdensprache, in der Kommunikation gingen deshalb viele Inhalte verloren.

Einige Gehörlose würden die Zusammenarbeit mit einem Dolmetscher aber generell ablehnen, beispielsweise weil dieser nur kommunikative Probleme lösen, aber nicht die inhaltlichen Schwierigkeiten beim Arztbesuch überbrücken könne. Das Dolmetschen sei somit bei allen Vorteilen noch immer eine Notlösung gegenüber den Möglichkeiten im Umgang mit gebärdenkompetenten Ärzten und Therapeuten.

3.1.5 Problemfelder auf der Dolmetscherseite

Problemfeld: Terminvergabe und Verfügbarkeit von Dolmetschern, auch im Notfall (Kategorie 11)

Laut Interviews könne in der Regel zeitnah ein Dolmetscher gefunden werden, immer vorausgesetzt, es seien Termine frei. Auf Grund der geringen Zahl an Dolmetschern könne damit jedoch nicht immer gerechnet werden, ein Vorlauf von mindestens einer Woche wäre angeraten. Je mehr Kontakte ein Gehörloser dabei habe, desto größer wären seine Chancen, auch kurzfristig einen Dolmetscher zu organisieren. Gleiches gelte für Dolmetschereinsätze im Notfall. Die Verfügbarkeit von Dolmetschern in Notfällen sei in der Regel eher dem persönlichen Engagement der Dolmetscher geschuldet als den zugrunde liegenden Strukturen.

Problemfeld: Zusammenarbeit mit dem Dolmetscher oder der Begleitperson, Qualität der Kommunikation (Kategorie 12)

Manche Gehörlose hätten Schwierigkeiten, sich bei jedem Termin auf einen neuen Dolmetscher einzustellen. Bei aller gebotenen Professionalität sei ein gutes persönliches Verhältnis zwischen dem Gehörlosen und seinem Dolmetscher ein wichtiger Aspekt für eine offene und vertrauensvolle Kommunikation.

Üblicherweise sei es die einzige Aufgabe des Dolmetschers, die Gesprächsinhalte eins zu eins zu übersetzen. Selbstbewusste und informierte Gehörlose, die auch darauf hinweisen etwas nicht verstanden zu haben, kämen mit diesem Setting in der Regel sehr gut zurecht. Für andere bliebe die Situation dennoch schwierig, weil eine funktionierende Kommunikation nicht unmittelbar auch alle Verständnisprobleme lösen könne.

An dieser Stelle entstünden für die Dolmetscher viele Probleme. Das Vereinfachen von Gesprächsinhalten oder das Einbringen von eigenen Gedanken und Erklärungen könne gehörlosen Patienten zwar helfen, sei aber in der Regel eine Überschreitung des Aufgabengebiets eines Dolmetschers. Gerade unsichere Gehörlose, die ungern einem Arzt sagen, dass sie wesentliche Inhalte des Gesprächs nicht verstanden haben, bäten häufig nach einem Arztgespräch um eine Nachbereitung des Gesagten. Dolmetscher liefen dann trotz bester Absichten Gefahr, Verantwortung zu übernehmen, die ihre Kompetenz überschreitet könne. Missverständnisse und Fehlinformationen könnten sich hier besonders fatal auswirken.

Andererseits würden gerade in psychotherapeutischen Situationen Dolmetscher oft über wertvolles Expertenwissen in Bezug auf Gehörlosenkultur und -sozialisierung verfügen. Damit würden sie Dinge wahrnehmen können, die einem medizinischen Experten verborgen blieben. Hier könne also umgekehrt die unbedingte Neutralität eines Dolmetschers zu vermeidbaren Missverständnissen führen.

In den Interviews wurde auch die Sorge geäußert, dass es für Gehörlose mitunter schwierig und ungewohnt sein könne über persönliche und intime Dinge wie Erkrankungen zu sprechen, wenn beim Arztgespräch mit dem Dolmetscher eine dritte Person anwesend ist.

Um eine hohe Qualität der Kommunikation zu gewährleisten wäre eine spezielle Erfahrung des Dolmetschers im medizinischen Bereich zwar hilfreich aber nicht unbedingt notwendig. Auch in Arztgesprächen zwischen Hörenden träfe in der Regel ein medizinischer Laie auf eine professionelle Kraft, so dass Ärzte ihre Kommunikation entsprechend ausrichten müssten.

Als wichtiger Aspekt zur Qualität der Kommunikation wurde von den Experten angesprochen, dass die Berufsbezeichnung des Gebärdensprachdolmetschers nicht gesetzlich geschützt sei. Entsprechend gäbe es bei Dolmetschern große Qualitätsunterschiede.

Problemfeld: Kostenübernahme (Kategorie 13)

Schwierigkeiten bei der Übernahme von Dolmetscherkosten gehörten laut Experten in der Regel der Vergangenheit an, seit es die entsprechenden gesetzlichen Regelungen gäbe. Problematisch sei aber der bürokratische Aufwand, da die Kostenübernahme bereits im Voraus geregelt sein müsse, bevor ein Dolmetscher in Anspruch genommen werden könne.

In Notfällen würde ein Dolmetscher zwar direkt kommen können, dann müsse der Gehörlose sich aber verpflichten, die Kosten gegebenenfalls selbst zu übernehmen. In einigen Spezialfällen, beispielsweise beim Einsatz von Schriftdolmetschern, sei die Kostenübernahme noch immer schwierig, obwohl prinzipiell nicht nur Gebärdensprachdolmetscher, sondern generell Kommunikationshelfer abrechenbar seien.

3.1.6 Problemfelder auf der Ärzteseite

Problemfeld: Einstellungen, Kenntnisse und Verhaltensweisen der Ärzte (Kategorie 14)

Die Sozialgesetzgebung sieht zum aktuellen Zeitpunkt vor, dass ein Gehörloser nur seinen Dolmetscherbedarf anmelden muss, worauf der Erbringer der Sozialleistung den Dolmetscher organisiert. Dies fände laut übereinstimmender Aussagen der Interviewteilnehmer in der Praxis allerdings kaum Anwendung. In der Regel müsse sich der Gehörlose selbst um einen Dolmetscher bemühen, eventuell - je nach Bedarf und persönlichen Ressourcen - unterstützt von den Beratungsstellen.

Der Einsatz von Dolmetschern werde von den Ärzten aber häufig begrüßt, die mangelnde Initiative dürfe wohl in erster Linie aus Unkenntnis erwachsen.

Problemfeld: Strukturelle Probleme (Kategorie 15)

Häufig wurde von den Interviewpartnern bemängelt, dass es so gut wie keine gebärdensprachkompetenten Ärzte gäbe. Aber auch in den vorhandenen Strukturen lägen Schwierigkeiten begründet. Allen voran wurde hier der hohe Zeitdruck genannt, der viele Prozesse im Krankenhaus und im ambulanten Sektor bestimme. Gerade die zeitaufwändige Kommunikation mit Gehörlosen käme dadurch häufig zu kurz. Der wenig planbare und oft unstrukturierte Klinikalltag würde dazu führen, dass Termine seltener eingehalten werden. Die dadurch entstehenden Wartezeiten für die Gehörlosen und deren Dolmetscher führten zu unnötigen Kosten.

Besonders kritisch wurde die Situation in Altenpflegeheimen gesehen. Durch die geringe Zahl der Gehörlosen käme es öfters vor, dass nur ein einziger Gehörloser in einer solchen Einrichtung wohne und mit seinen Bedürfnissen unterginge. Wiedermalspiele hier vor allem der Zeitdruck eine Rolle, unter dem die Beschäftigten stünden.

Befragt nach den Auswirkungen der Einführung der Praxisgebühr stellten die interviewten Experten übereinstimmend fest, dass dies kein gehörlosenspezifisches Problem sei. Die Praxisgebühr sei für Gehörlose keine größere Hürde als für Hörende auch.

3.1.7 Weitere Problemfelder

Problemfeld: Psychotherapie (Kategorie 16)

Die Probleme in der Verfügbarkeit von Psychotherapien wurden unabhängig voneinander in drei von vier Interviews angesprochen, ohne dass eine entsprechende Frage Gegenstand des Interviewleitfadens war. Denn während in der somatischen Medizin die Anliegen von Gehörlosen mit den Anliegen der Hörenden (bis auf die speziellen Erfordernisse der Gehörlosigkeit) im Wesentlichen identisch seien, so hätten sie doch einen deutlich höheren Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung. Diesem erhöhten Bedarf stehe die außerordentlich geringe Verfügbarkeit von gebärdenkompetenten Psychotherapeuten gegenüber, was entsprechend zu Wartelisten von sechs Monaten bis zu zwei Jahren führe. Nicht-gebärdenkompetente Therapeuten hätten außerdem oft Schwierigkeiten mit dem Dreiersetting aus Gehörlosem, Dolmetscher und Therapeut, weil diese Gesprächsform von üblichen psychotherapeutischen Konzepten abweiche. Manche Therapeuten würden daher die Zusammenarbeit mit einem Dolmetscher generell ablehnen, und damit auch indirekt die Zusammenarbeit mit dem betroffenen Gehörlosen.

Therapeuten, die sich auf die besondere Gesprächssituation einließen, hätten häufig wenig Erfahrung mit Gehörlosen und gehörlosenspezifischen Belastungen.

Dolmetscherzentrale: „Das ist eine kulturelle Sache. Genau so wie man auch sagt, dass es besser ist einen Psychotherapeuten zu haben, der mit Migranten umgehen kann, weil er den kulturellen Hintergrund kennt und sich da einfüllen kann, der weiß, was Tabuthemen sind und so etwas. Genau so ist es bei Gehörlosen auch, die ja auch eine eigene Kultur haben, die eine ganz spezielle Art der Kommunikation haben. Da erlebe ich [...] wenn ich diese Therapien dolmetsche: Dolmetscher ist eine Notlösung. Einmal eine Notlösung in der Hinsicht, weil ich die Kommunikation eigentlich nicht so gestalten kann, wie ich merke, dass der Gehörlose das benötigen würde. Und weil die Therapeuten den Hintergrund nicht kennen, die Sozialisation Gehörloser nicht kennen, sich nicht darauf einlassen können und sich nicht einfüllen können in die Problematiken.“

Eine Möglichkeit rasch an eine Psychotherapie zu kommen, wäre die stationäre Aufnahme in eine der wenigen gehörlosenspezifischen Rehabilitationskliniken. Allerdings mangle es dann an der ambulanten Weiterbetreuung.

*Problemfeld: technische Hilfsmittel (Hörgeräte, Cochlear-Implantate und andere)
(Kategorie 17)*

Generell würden Gehörlose technische Hilfsmittel begrüßen, Probleme träten allerdings bei der Finanzierung und durch lange Wartezeiten auf.

Technische Hilfsmittel (beispielsweise Lichtwecker oder Lichtsignalanlagen) müssten bei den Krankenkassen langwierig beantragt werden und bei Bewilligung 10 Jahre funktionieren, bevor ein Neuantrag möglich sei. Auch der Antrag auf Finanzierung von Hörgeräten sei schwierig, eine Bewilligung hänge nicht allein von der medizinischen Indikation ab, sondern auch und besonders von sozialen Faktoren, wie beispielsweise Berufstätigkeit. Die Höhe der schließlich für Hörgeräte bewilligten Leistungen entspräche dann oft nicht der Kostenrealität der fortschreitenden technischen Entwicklung. Restbeträge müssten von anderen Sozialleistungsträgern oder dem Betroffenen getragen werden. Darüber hinaus müssten auch Batterien für Hörgeräte selbst finanziert werden, bei regelmäßigem Gebrauch der Geräte entstünde ein Betrag, der sich bei gering verdienenden Gehörlosen durchaus bemerkbar machen würde.

Auf Unverständnis stoße bei vielen Gehörlosen eine scheinbare Bevorzugung von Cochlea-Implantaten. Durch den Status als Prothese gälten hier andere Bestimmungen als für Hörgeräte, die Kosten für die Implantation würden von den Krankenkassen inklusive Rehabilitation vollständig übernommen, auch die Kosten für Batterien würden erstattet. Manche Hörgeschädigte fühlten sich daher bei der Bezahlung von Zuschüssen gegenüber den CI-Trägern benachteiligt.

Obwohl Hörgeräte weniger invasiv und insgesamt kostengünstiger seien, stellten sich laut Experten Gehörlose immer öfter die Frage, ob sich angesichts der Problematik einer optimalen Versorgung mit Hörgeräten und der hohen Zuzahlungen ein CI für sie nicht besser lohnen würde. Diese Entwicklung sei ebenso fragwürdig wie unsinnig. Die medizinische Fachwelt würde diese Entwicklung oft zusätzlich unterstützen und über Cochlea-Implantate einseitig beraten.

In einem Interview wurde darauf hingewiesen, dass es in Deutschland eine ausgeprägte Hemmschwelle beim Tragen von Hörgeräten gäbe. Träger von Hörgeräten würden als alt oder geistig minderbemittelt angesehen oder seien an ihrer Hörschädigung selber schuld.

3.1.8 Anregungen für eine weiterführende Untersuchung

Quantitatives Studiendesign (Kategorie 18)

Die Verwendung eines schriftlichen Fragebogens wurde von den Experten unterschiedlich bewertet. Die Entscheidung für eine schriftliche Umfrage sei an einige Voraussetzungen gebunden. Neben üblichen Qualitätsmerkmalen wie beispielsweise einer angemessenen Anonymisierung sei vor allem das sprachliche Niveau zu berücksichtigen.

Beratungsstelle 1: *„Das [sprachliche Niveau] müsste sehr einfach sein. Also sagen wir mal Grundschul-Deutsch. Man muss dabei unterscheiden zwischen den Inhalten und den sprachlichen Formulierungen. Natürlich soll der Gehörlose nicht als Kindergartenkind da stehen. Aber es ist wichtig die Fragen so zu formulieren, dass sie in einer einfachen Sprache gestellt sind. Der Inhalt kann ruhig anspruchsvoll sein, es geht ja schließlich um eine Studie.“*

Auch zwei weitere Interviewpartner rieten im Falle einer schriftlichen Umfrage zu einfacher Sprache. Die Gefahr einer Diskriminierung von Gehörlosen sei dabei zwar nicht auszuschließen, aber in der Regel nicht gegeben:

Beratungsstelle 2: *„Die meisten Gehörlosen die ich kenne sind immer froh, wenn sie Sätze eigenständig verstehen und nicht jeden Satz fünfmal lesen müssen [...] Für viele Gehörlose ist es glaube ich schlimmer, wenn sie rückfragen müssen, und damit zugeben müssen: ‚Ich verstehe das Deutsch nicht‘. Also besser eine einfache und klare Frage, mit der sie selbst zurechtkommen.“*

Befragt nach bisherigen Erfahrungen mit schriftlichen Fragebögen, berichtete ein Interviewpartner von Schwierigkeiten in der Umsetzung:

Beratungsstelle 3: *„[Ich habe etwas Erfahrung damit] wenn andere Institutionen mal eine Umfrage machen, oder der Arbeitgeber, wie die Zufriedenheit ist und wie das Klima eingeschätzt wird. Oder bei Banken zum Beispiel, im Rahmen von Kundenservice und Serviceleistungen. Das ist immer schwierig für die Gehörlosen. Denn wie gesagt, da muss dann wirklich jemand da sein, der die Fragen übersetzt. Weil die Grammatik oft sehr schwierig ist und sehr viele fachspezifische Wörter gebraucht werden.“*

Im vierten Interview wurde von dem Einsatz von schriftlichen Fragebögen abgeraten. Viele Gehörlose hätten eine generelle Aversion gegen Schriftliches, weil die Schriftsprache nicht ihr Medium sei. Außerdem würde man mit einem schriftlichen Fragebogen nur eine bestimmte, schriftsprachlich gebildete Gruppe von Gehörlosen erreichen, die wirklich „schwachen“ Gehörlosen würden dagegen gar nicht erreicht. Die schriftsprachkompetenten Gehörlosen könnten sich dieser Expertenmeinung

nach durchaus aufgrund zu einfacher Sprache diskriminiert fühlen. Es sei schwierig, einen Mittelweg zu finden zwischen „einfacher Formulierung“ und „zu einfacher Formulierung“. Eine Umfrage müsse daher am besten per Gebärdensprache durchgeführt werden. Neben gebärdensprachlichen Interviews oder Gruppeninterviews wäre auch ein Fragebogen in Gebärdensprache eine Möglichkeit.

Der Vorschlag eines gebärdensprachlichen Online-Fragebogens fand bei allen Interviewpartnern Zustimmung. Berücksichtigt werden sollte aber, dass man dann nur Gehörlose mit Internetzugang erreiche.

Gewarnt wurde vor der unreflektierten Verwendung von Antwort-Skalen, wie im folgenden Beispiel zur Schmerztherapie.

Dolmetscherzentrale: „Das war auch ein gutes Beispiel, wo die gehörlose Betroffene nichts damit anfangen konnte. Erstmal musste ich ihr die Fragen in Gebärdensprache übersetzen, und dann wurde so eine Wertigkeit abgefragt, auf einer Skala von eins bis zehn, wie ihr Schmerzempfinden aussieht. [...] Solche Skalen sind für Gehörlose völlig unbegreiflich. Während das für uns Hörende ganz selbstverständlich ist.“

Andere Interviewpartner bestätigten diese Erfahrung. Es sei generell schwierig für Gehörlose, etwas auf einer Skala einzuordnen.

Problematisch sei auch, Gehörlose flächendeckend zu erreichen. Es müssten erst Wege gefunden werden, die Gehörlosen über die Umfrage zu informieren. Auch wäre vermutlich die Repräsentativität nicht gewährleistet, da epidemiologische Angaben zu Gehörlosen fehlten. Als wesentliche Kanäle zur Information der Gehörlosen wurden Fach- und Selbsthilfeverbände sowie Beratungsstellen vorgeschlagen. Außerdem die wichtigsten Internetplattformen für Gehörlose, wie beispielsweise das am häufigsten genannte Portal taubenschlag.de.

Mögliche Experten für weitere Interviews (Kategorie 19)

Diese Zielfrage des Interviewleitfadens wurde in den Interviews nicht durchgängig abgefragt (nur zwei von vier Interviews). Neben einigen Bezügen auf ohnehin durchgeführte Interviews ergab sich hier jedoch kein Hinweis auf ein unerlässliches Interview. Es wurden daher keine weiteren Interviews geplant.

3.2 Quantitative Querschnittsstudie

3.2.1 Teilnehmer/Studienkollektiv

Während der Feldphase verzeichnete die automatische Datenbank von EFS Survey 5298 Besucher auf der eingerichteten Homepage. Wiederholte Besuche durch denselben Nutzer wurden jeweils als neuer Besuch gezählt, es ist daher anzunehmen, dass die tatsächliche Zahl geringer ausfällt. 2362 Besucher haben einen Fragebogen gestartet und 1369 Personen den Fragebogen abgeschlossen. Ein Fünftel aller Abbrüche fand bereits nach der ersten Frage statt, nach der dritten Frage waren es bereits ein Drittel aller Abbrüche. Es darf vermutet werden, dass sich hier Gehörlose oder andere interessierte Personen zunächst ein Bild von der Umfrage verschaffen wollten.

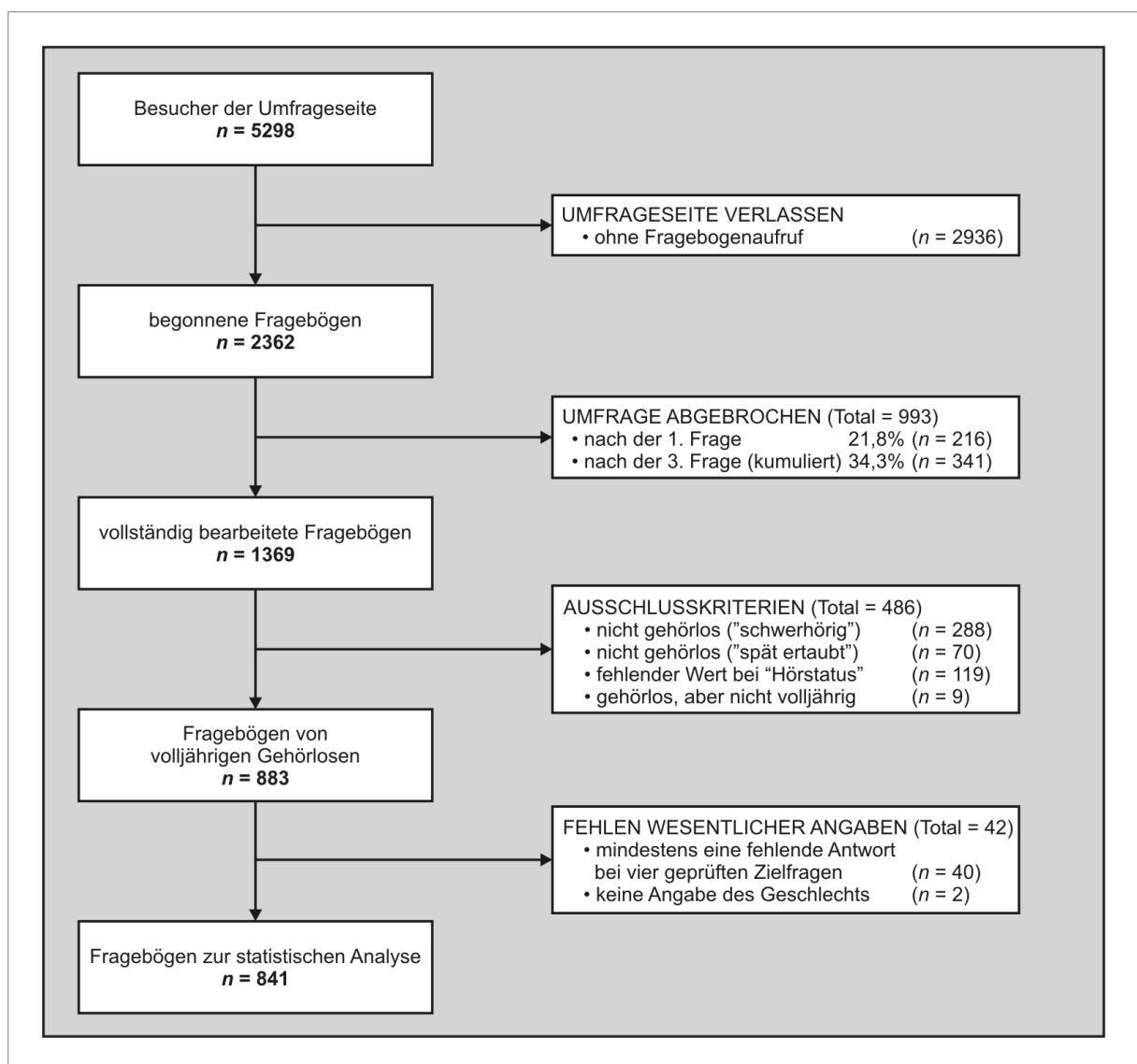


Abbildung 9: Festlegung des Studienkollektivs

Im Rahmen dieser Arbeit wurden nur Fragebögen von volljährigen Personen berücksichtigt, die ihren Hörstatus mit „gehörlos“ angeben (n = 883).

Benutzer, welchen den Fragebogen vollständig durchgesehen haben ohne jedoch eine Frage beantwortet zu haben, wurden in der automatischen Datenbank mit dem Label „vollständig bearbeiteten Fragebogen“ registriert. Dies führte zu artifiziellen fehlenden Werten, weshalb ein zusätzlicher Filter benutzt wurde. Dieser Filter prüfte, ob ein Teilnehmer bei vier relevanten Zielfragen eine Antwort gegeben hat und somit mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht nur neugierig auf die Umfrage war, sondern sich auch beteiligen wollte. Da die Ergebnisse auf geschlechtsspezifische Unterschiede geprüft werden sollten, konnten Fragebögen ohne Angabe des Geschlechts keine Berücksichtigung finden. Es blieben n = 841 Fragebögen zur Analyse (Abbildung 9). Von den ausgewerteten Fragebögen wurden 362 (43%) von männlichen und 479 (57%) von weiblichen Teilnehmern ausgefüllt.

3.2.2 Sozioökonomische Daten des Studienkollektivs

Altersverteilung

Das durchschnittliche Alter der Teilnehmer beträgt 39 Jahre (Männer: 40 Jahre, Frauen: 38 Jahre) bei einer Standardabweichung von 12 Jahren. Der älteste Teilnehmer ist 76, der jüngste 18 Jahre alt, wobei zu berücksichtigen ist, dass Teilnehmer unter 18 Jahren nicht in die Auswertung mit eingingen.

Die Altersverteilung der Probanden ist in Tabelle 5 in Form von kategorisierten Altersgruppen abgebildet. Aus der Tabelle ergibt sich, dass sich etwas unter der Hälfte aller Studienteilnehmer im mittleren Alterssegment befindet. Jüngere Teilnehmer machen ca. 30 % des Kollektivs aus.

Signifikante geschlechtsspezifische Altersunterschiede finden sich im mittleren bis höheren Alterssegment. Während bei den weiblichen Teilnehmern das mittlere Alterssegment über die Hälfte aller Teilnehmer ausmacht, ist dieser Anteil bei den Männern zu Gunsten des höheren Alterssegments geringer.

Tabelle 5: Altersverteilung innerhalb der Teilnehmer der Mainzer GL-Studie

	Gesamt	Spalten-%	Männer	Spalten-%	Frauen	Spalten-%	p-Wert
Altersgruppe	n = 840		n = 362		n = 478		0,002
18 bis 30	254	30,2	106	29,3	148	31,0	
31 bis 50	411	48,9	160	44,2	251	52,5	
51 und älter	175	20,8	96	26,5	79	16,5	
Fehlend	(1)	(0,1)					

Die detaillierten Angaben zu Familienstand, Wohnumfeld, Berufsstatus und höchstem Schulabschluss finden sich in Tabelle 6.

Familienstand

Unter den Teilnehmern ist die Ehe die häufigste Form der Partnerschaft. Knapp ein Drittel der Männer sowie ein Viertel der Frauen gaben ihren Familienstand mit ledig an, womit diese Angabe die zweithäufigste ist (gesamt: 28,6%). Auf Platz drei liegt die feste Partnerschaft (ohne Schließung einer Ehe) welche weitere 19,1% des Studienkollektivs ausmacht.

Die Teilnehmerinnen weisen eine (nicht signifikante) tendenziell höhere Quote bezüglich „Scheidung“ oder „Ehe, aber getrennt lebend“ auf. Im Gesamtkollektiv liegt der Anteil dieser beiden Kategorien bei etwas unter 10%. Der Anteil von verwitweten Teilnehmern ist insgesamt sehr niedrig (0,6%).

Wohnumfeld

Etwas weniger als die Hälfte aller Teilnehmer lebt in Großstädten mit mehr als 100.000 Einwohnern (47,0%). Für ein Viertel aller Teilnehmer bilden kleinere Städte das Wohnumfeld (25,4%), die restlichen Studienteilnehmer geben ihr Wohnumfeld mit ländlicher Gegend an (27,6%). Geschlechtsspezifische Unterschiede finden sich dabei nicht.

Höchster Schulabschluss

Der am häufigsten genannte Schulabschluss ist mit 44,9% der Realschulabschluss, auf Platz zwei liegt der Hauptschulabschluss mit 31,5%. Hauptschul- und Realschulabsolventen machen zusammen somit circa drei Viertel des GL-Studienkollektivs aus.

Die weiblichen Teilnehmer im Studienkollektiv haben im Vergleich zu den männlichen Teilnehmern häufiger einen Realschulabschluss (47,3% gegenüber 41,6% der männlichen Teilnehmer). Die männlichen Teilnehmer verfügen häufiger über die Hochschulreife, liegen dafür aber auch bei den niedrigeren Schulformen (Haupt-, Förder- und Sonderschulen) vor den Teilnehmerinnen. Alle Unterschiede sind jedoch ohne jegliche statistische Signifikanz ($p = 0,430$).

Der Anteil der Schüler und Schülerinnen sowie der Personen ohne Schulabschluss liegt in beiden Gruppen sehr niedrig (Männer: insgesamt 1,6%, Frauen insgesamt 1,7%).

Berufsstatus

Etwas über die Hälfte aller Studienteilnehmer ist Vollzeit beschäftigt. Im Bereich der Beschäftigung ergeben sich allerdings große geschlechtsspezifische Abweichungen. Während die Quote von Arbeit suchenden Personen bei beiden Geschlechtern etwa um 11% liegt (Männer: 10,8%, Frauen 11,5%) ergeben sich signifikante Geschlechtsunterschiede bei der Voll- und Teilzeitbeschäftigung. Die Teilzeitbeschäftigung ist mit 2,8% bei den Männern eine Seltenheit, während über ein Fünftel der Frauen dieser Beschäftigungsart nachgeht (22,0%). Entsprechend gegenläufig ist es im Bereich der Vollzeitbeschäftigung (68,4% Männer gegen 41,9% Frauen). Alle übrigen Teilnehmer (Schüler, Studenten, Hausfrauen, Rentner) sind in der Kategorie „Sonstiges“ zusammengefasst.

Tabelle 6: sozioökonomische Variablen des Kollektivs der Mainzer GL-Studie

	Gesamt	Spalten-%	Männer	Spalten-%	Frauen	Spalten-%	p-Wert
Familienstand	n = 837		n = 361		n = 476		0,182*
ledig	239	28,6	117	32,4	122	25,6	
feste Partnerschaft	160	19,1	59	16,3	101	21,2	
verheiratet	353	42,2	153	42,4	200	42,0	
verwitwet	5	0,6	2	0,6	3	0,6	
geschieden	63	7,5	25	6,9	38	8,0	
getrennt lebend	17	2,0	5	1,4	12	2,5	
fehlend	(4)	(0,5)					
Wohnumfeld	n = 840		n = 362		n = 478		0,97
Land	232	27,6	99	27,3	133	27,8	
Stadt < 100.000 Einw.	213	25,4	91	25,1	122	25,5	
Stadt > 100.000 Einw.	395	47,0	172	47,5	223	46,7	
fehlend	(1)	(0,1)					
höchster Schulabschluss	n = 829		n = 358		n = 471		0,430*
ohne Abschluss	9	1,1	3	0,8	6	1,3	
noch Schüler	5	0,6	3	0,8	2	0,4	
Förder-/Sonderschule	45	5,4	24	6,7	21	4,5	
Hauptschulabschluss	261	31,5	118	33,0	143	30,4	
Realschulabschluss	372	44,9	149	41,6	223	47,3	
Abitur, Fachabitur	137	16,5	61	17,0	76	16,1	
fehlend	(12)	(1,4)					
Berufsstatus	n = 838		n = 361		n = 477		< 0,001
Vollzeit	447	53,3	247	68,4	200	41,9	
Teilzeit	115	13,7	10	2,8	105	22,0	
Arbeitssuchende	94	11,2	39	10,8	55	11,5	
Sonstiges	182	21,7	65	18,0	117	24,5	
fehlend	(3)	(0,4)					

*exakter Fisher-Test (siehe Kapitel 2.2.6)

Schriftsprachkompetenz

Alle Ergebnisse zur Schrift- und Lautsprachkompetenz der Probanden sind in Tabelle 7 zusammengestellt.

Etwa die Hälfte der Studienteilnehmer geben bei der Selbsteinschätzung ihrer Schriftsprachkompetenz an, über gute Lesefähigkeiten zu verfügen. Moderate Lesefähigkeiten werden von 39,8%, schlechte von 5,3% des Studienkollektivs angegeben. Wesentliche geschlechtsspezifische Unterschiede finden sich dabei nicht.

Das Schreiben fällt den befragten Gehörlosen etwas schwerer. Der Anteil von Studienteilnehmern mit guter Beherrschung des Schreibens sinkt mit 47,1% auf unter die Hälfte der Teilnehmer. Entsprechend höher liegen die Werte im Bereich der moderaten und schlechten Schreibkompetenz.

Lautsprachkompetenz

Die subjektive Einschätzung bezüglich der gesprochenen Sprache zeigt, dass 18,5% bzw. 19,7% der gehörlosen Probanden Lautsprache gut verstehen bzw. sprechen. Moderate Fähigkeiten im Umgang mit Lautsprache werden von 53,1% („Verstehen“) bzw. 52,2% („Sprechen“) der Teilnehmer angegeben. Über ein Viertel aller Teilnehmer berichtet von nur schlechter Lautsprachkompetenz

Tabelle 7: Schrift- und Lautsprachkompetenz des Studienkollektivs

	Gesamt	Spalten-%	Männer	Spalten-%	Frauen	Spalten-%	p-Wert
Lesekompetenz, subjektiv	n = 837		n = 361		n = 476		0,625
gut	460	55,0	202	56,0	258	54,2	
moderat	333	39,8	143	39,6	190	39,9	
schlecht	44	5,3	16	4,4	28	5,9	
fehlend	(4)	(0,5)					
Schreibkompetenz, subjektiv	n = 838		n = 361		n = 477		0,593
gut	395	47,1	165	45,7	230	48,2	
moderat	390	46,5	175	48,5	215	45,1	
schlecht	53	6,3	21	5,8	32	6,7	
fehlend	(3)	(0,4)					
Verständnis von Lautsprache, sub.	n = 836		n = 361		n = 475		0,084
gut	155	18,5	57	15,8	98	20,6	
moderat	444	53,1	190	52,6	254	53,5	
schlecht	237	28,3	114	31,6	123	25,9	
fehlend	(5)	(0,6)					
aktive Lautsprache, subjektiv	n = 832		n = 359		n = 473		0,384
gut	164	19,7	63	17,5	101	21,4	
moderat	434	52,2	191	53,2	243	51,4	
schlecht	234	28,1	105	29,2	129	27,3	
fehlend	(9)	(1,1)					

Beim Verständnis von gesprochener Sprache zeigt sich eine nicht signifikante Tendenz, dass die weiblichen Studienteilnehmer hier generell etwas besser abschneiden.

3.2.3 Einschätzung der Arzt-Patienten-Beziehung

Die generelle Zufriedenheit von gehörlosen Patienten wurde anhand des letzten Arztbesuches erfragt, die Ergebnisse finden sich aufgeschlüsselt in Tabelle 8. Es zeigt sich eine eher mittelmäßige Zufriedenheit ohne geschlechtsspezifische Unterschiede. Die Zufriedenheit im stationären Bereich ist generell schlechter als im ambulanten Sektor.

Tabelle 8: generelle Zufriedenheit der Studienteilnehmer mit der ambulanten und stationären Versorgung

	Gesamt	Spalten-%	Männer	Spalten-%	Frauen	Spalten-%	p-Wert
Zufriedenheit mit dem letzten Arztbesuch	n = 831		n = 360		n = 471		0,709
hoch	242	29,1	101	28,1	141	29,9	
moderat	439	52,8	190	52,8	249	52,9	
niedrig	150	18,1	69	19,2	81	17,2	
fehlend	(10)	(1,2)					
Zufriedenheit mit dem letzten Krankenhausaufenthalt	n = 754		n = 324		n = 430		0,997
hoch	174	23,1	75	23,1	99	23,0	
moderat	369	48,9	158	48,8	211	49,1	
niedrig	211	28,0	91	28,1	120	27,9	
fehlend	(87)	(10,3)					

Tabelle 9 enthält die detaillierten Angaben über die Einschätzung des Arzt-Patienten-Verhältnis durch die gehörlosen Patienten anhand dreier Fragen, die mit der 3-stufigen Smiley-Skala beantwortet wurden. Zum besseren Verständnis wurden die abstrakten Smileys (lächelnd, neutral, traurig) in der Tabelle durch konkrete Begriffe ersetzt (Zustimmung, Indifferenz, Ablehnung). Die Probanden wurden gebeten, ihren letzten stattgefundenen Arztbesuch zu bewerten.

Ein Drittel des Studienkollektivs gibt an, dass sich ihr Arzt bei ihrem letzten Arztbesuch in ausreichender Weise Zeit genommen hat. 46,5% der Befragten können hier weder mit Ja noch mit Nein antworten. Ein Fünftel aller Teilnehmer berichtet, dass sich Ihr Arzt nur unzureichend Zeit genommen hat.

28,9% der Teilnehmer geben an, dass sie gut verstehen konnten worum es bei der Konsultation ging. Etwa die Hälfte der Probanden entschied sich für die indifferente Antwortmöglichkeit. Wiederum ein Fünftel der Patienten berichtet, dass ihnen die Inhalte des Gesprächs völlig unverständlich waren.

28,3% der Ärzte konnte sich im Gespräch dem Kommunikationsniveau des gehörlosen Patienten gut anpassen, beinahe ebenso vielen Ärzten (26,2%) gelang dieses nur unzureichend.

Signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede konnten bei keiner der drei Fragen eruiert werden.

Tabelle 9: Charakteristika der Arzt-Patienten-Beziehung (bezogen auf den letzten Arztbesuch)

	Gesamt	Spalten-%	Männer	Spalten-%	Frauen	Spalten-%	p-Wert
Der Arzt hat sich genug Zeit genommen	n = 832		n = 359		n = 473		0,706
Zustimmung	277	33,3	114	31,8	163	34,5	
Indifferenz	387	46,5	170	47,4	217	45,9	
Ablehnung	168	20,2	75	20,9	93	19,7	
fehlend	(9)	(1,1)					
Der Arzt wurde gut verstanden	n = 834		n = 358		n = 476		0,213
Zustimmung	241	28,9	100	27,9	141	29,6	
Indifferenz	421	50,5	174	48,6	247	51,9	
Ablehnung	172	20,6	84	23,5	88	18,5	
fehlend	(7)	(0,8)					
Der Arzt hat seine Kommunikation angepasst	n = 836		n = 361		n = 475		0,130
Zustimmung	237	28,3	95	26,3	142	29,9	
Indifferenz	380	45,5	159	44,0	221	46,5	
Ablehnung	219	26,2	107	29,6	112	23,6	
fehlend	(5)	(0,6)					

In Tabelle 10 finden sich die Ergebnisse einer weiteren Fragenserie zur Arzt-Patienten-Beziehung. Die Fragestellung lautete hier, ob der Teilnehmer eine dargebotene Situation jemals erlebt hat (Ja/Nein-Antwortmöglichkeit), bezogen auf alle jemals stattgefundenen Arztbesuche.

Über die Hälfte aller Teilnehmer berichtet von Hilflosigkeits- oder Abhängigkeitsgefühlen. Knapp die Hälfte aller Studienteilnehmer gibt an, schon einmal so getan zu haben, als hätten sie alles verstanden, obwohl es noch Fragen gab, weil Sie nicht dumm aussehen oder dem Arzt nicht lästig sein wollten.

43,3% der Probanden hatte bereits das Gefühl, dass auf Grund von Kommunikationsschwierigkeiten Ihre Diagnose nicht korrekt war.

41,0% des Kollektivs geben an, mit ihren Beschwerden von einem Arzt nicht ernst genommen worden zu sein.

Wie schon bei den Charakteristika der Arzt-Patienten-Beziehung aus Tabelle 9 ergeben sich auch hier keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede.

Tabelle 10: Charakteristika der Arzt-Patienten-Beziehung (bezogen auf alle Arztbesuche)

	Gesamt	Spalten-%	Männer	Spalten-%	Frauen	Spalten-%	p-Wert
Hilflosigkeits- oder Abhängigkeits- gefühle	n = 835		n = 361		n = 474		0,623
Ja	473	56,6	201	55,7	272	57,4	
Nein	362	43,4	160	44,3	202	42,6	
fehlend	(6)	(0,7)					
Gefühl, vom Arzt nicht ernst genommen zu werden	n = 831		n = 359		n = 472		0,569
Ja	341	41,0	143	39,8	198	41,9	
Nein	490	59,0	216	60,2	274	58,1	
fehlend	(10)	(1,2)					
nur vorgetäushtes Verständnis durch den Gehörlosen	n = 834		n = 361		n = 473		0,834
Ja	410	49,2	179	49,6	231	48,8	
Nein	424	50,8	182	50,4	242	51,2	
fehlend	(7)	(0,8)					
Verdacht des Gehörlosen auf eine falsche Diagnose	n = 841		n = 362		n = 479		0,206
Ja	364	43,3	166	45,9	198	41,3	
Nein	477	56,7	196	54,1	281	58,7	
fehlend	(0)	(0)					

3.2.4 Gestaltung der Kommunikation mit dem Arzt (ohne Dolmetscher)

Mit Hilfe einer Mehrfach-Antwort-Listen-Frage wurde erhoben, wie die Ärzte den gehörlosen Patienten am besten in der Kommunikation entgegen kommen und helfen könnten. Die detaillierten Antworten auf diese Frage finden sich in Tabelle 11. Häufigste Antwort auf die Frage nach den gewünschten Kommunikationshilfen ist der Wunsch nach einem gebärdensprachkompetenten Arzt mit 65,3%. Auf Platz zwei befindet sich das Aufschreiben von besprochenen Inhalten mit 61,8 %. Ein deutliches Mundbild ist für 46,7% der Teilnehmer wichtig, das Fingeralphabet liegt mit 19,3% auf dem letzten Platz.

In zwei weiteren Fragen sollten die Kommunikationskanäle Fax und E-Mail auf ihre Relevanz für den Arzt-Patienten-Kontakt geprüft werden. 73,3% der Teilnehmer beurteilen einen Faxanschluss in der Arztpraxis als wichtig, eine E-Mail-Adresse des Arztes wird von 67,5 % als wichtig angesehen. Signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede finden sich nicht.

Tabelle 11: Wünsche der Studienteilnehmer in Bezug auf die Ärzteschaft

	Gesamt	Spalten-%	Männer	Spalten-%	Frauen	Spalten-%	p-Wert
Der Arzt soll Sachen aufschreiben	n = 841		n = 362		n = 479		0,316
genannt	520	61,8	231	63,8	289	60,3	
nicht genannt	321	38,2	131	36,2	190	39,7	
Der Arzt soll ein deutliches Mundbild haben	n = 841		n = 362		n = 479		0,486
genannt	393	46,7	164	45,3	229	47,8	
nicht genannt	448	53,3	198	54,7	250	52,2	
Der Arzt soll das Fingeralphabet können	n = 841		n = 362		n = 479		0,290
genannt	162	19,3	76	21,0	86	18,0	
nicht genannt	679	80,7	286	79,0	393	82,0	
Der Arzt soll Gebärdensprache sprechen	n = 841		n = 362		n = 479		0,306
genannt	549	65,3	229	63,3	320	66,8	
nicht genannt	292	34,7	133	36,7	159	33,2	
Erreichbarkeit der Arztpraxis per Fax ist wichtig	n = 830		n = 357		n = 473		0,146
Zustimmung	608	73,3	250	70,0	358	75,7	
Indifferenz	119	14,3	60	16,8	59	12,5	
Ablehnung	103	12,4	47	13,2	56	11,8	
fehlend	(11)	(1,3)					
Erreichbarkeit der Arztpraxis per E-Mail ist wichtig	n = 832		n = 358		n = 474		0,419
Zustimmung	562	67,5	233	65,1	329	69,4	
Indifferenz	134	16,1	62	17,3	72	15,2	
Ablehnung	136	16,3	63	17,6	73	15,4	
fehlend	(9)	(1,1)					

3.2.5 Nutzung von (medizinischen) Informationsquellen

Häufigste genannte Anlaufstelle bei medizinischen Fragen sind Freunde und Bekannte aus dem Umfeld des Teilnehmers (51,5%). Fast ebenso häufig werden Familienmitglieder um Rat gefragt (50,5%). An dritter Stelle stehen medizinische Homepages mit 43,9%. Ein Arztbesuch wird von 42,2% als Informationsquelle für medizinische Informationen angegeben. Internetforen werden von 35,2% aller Teilnehmer benutzt, Vorträge und andere Informationsveranstaltungen sind mit 27,8% auf dem letzten Platz. Nur 4,0% des Kollektivs haben kein besonderes Interesse an gesundheitsspezifischen Informationen. Tabelle 12 zeigt die Ergebnisse der entsprechenden Mehrfach-Antwort-Listen-Frage.

Nur etwa ein Fünftel aller Befragte gibt an, dass es in ihrer Umgebung speziell auf Gehörlose zugeschnittene Informationsangebote gibt, wobei jeweils etwa zwei Drittel aller Teilnehmer vorhandene Angebote nutzen oder Angebote nutzen würden, wenn es sie in ihrer Umgebung gäbe. Die detaillierten Ergebnisse finden sich ebenfalls Tabelle 12.

Tabelle 12: Nutzung von verschiedenen Informationsquellen durch die Studienteilnehmer

	Gesamt	Spalten-%	Männer	Spalten-%	Frauen	Spalten-%	p-Wert
Internetforen	n = 841		n = 362		n = 479		0,884
genannt	296	35,2	126	34,8	170	35,5	
nicht genannt	545	64,8	236	65,2	309	64,5	
medizinische Homepages	n = 841		n = 362		n = 479		0,021
genannt	369	43,9	142	39,2	227	47,4	
nicht genannt	472	56,1	220	60,8	252	52,6	
Vorträge/ Informationsveranstaltungen	n = 841		n = 362		n = 479		> 0,999
genannt	234	27,8	101	27,9	133	27,8	
nicht genannt	607	72,2	261	72,1	346	72,2	
Freunde/Bekannte	n = 841		n = 362		n = 479		0,486
genannt	433	51,5	181	50,0	252	52,6	
nicht genannt	408	48,5	181	50,0	227	47,4	
Familie	n = 841		n = 362		n = 479		0,444
genannt	425	50,5	177	48,9	248	51,8	
nicht genannt	416	49,5	185	51,1	231	48,2	
Ärzte	n = 841		n = 362		n = 479		0,438
genannt	355	42,2	147	40,6	208	43,4	
nicht genannt	486	57,8	215	59,4	271	56,6	
kein Interesse an Informationen	n = 841		n = 362		n = 479		0,480
genannt	34	4,0	17	4,7	17	3,5	
nicht genannt	807	96,0	345	95,3	462	96,5	
Verfügbarkeit von Informationsver- anstaltungen speziell für Gehörlose	n = 836		n = 361		n = 475		0,726
Ja	166	19,9	74	20,5	92	19,4	
Nein	670	80,1	287	79,5	383	80,6	
fehlend	(5)	(0,6)					
Nutzung dieser Angebote	n = 166		n = 74		n = 92		0,744
Ja	110	66,3	48	64,9	62	67,4	
Nein	56	33,7	26	35,1	30	32,6	
Voraussichtliche Nutzung, wenn es Angebote gäbe	n = 667		n = 285		n = 382		0,808
Ja	434	65,1	184	64,6	250	65,4	
Nein	31	4,6	15	5,3	16	4,2	
Ich weiß nicht	202	30,3	86	30,2	116	30,4	
fehlend	(3)	(0,4)					

3.2.6 Bedarf und Nutzung von psychotherapeutischer Behandlung

17,7% des Studienkollektivs geben an, dass sie sich bereits einmal um einen Platz für eine Psychotherapie bemüht haben, 70,1% haben davon auch einen Psychotherapieplatz finden können. Die detaillierten Ergebnisse finden sich in Tabelle 13.

Tabelle 13: Bedarf an und Verfügbarkeit von Psychotherapien

	Gesamt	Spalten-%	Männer	Spalten-%	Frauen	Spalten-%	p-Wert
Bedarf an Psychotherapie	n = 841		n = 362		n = 479		0,101
Ja	149	17,7	55	15,2	94	19,6	
Nein	692	82,3	307	84,8	385	80,4	
Platz für Psychotherapie bekommen	n = 144		n = 53		n = 91		0,851
Ja	101	70,1	38	71,7	63	69,2	
Nein	43	29,9	15	28,3	28	30,8	
fehlend	(5)	(3,4)					

Umfrageteilnehmer, welche einen Platz für eine Psychotherapie finden konnten, wurden zusätzlich gebeten mit Hilfe eines Texteingabefelds Auskunft über die Wartezeit und die Entfernung zur Psychotherapie zu geben (n = 101). Die Ergebnisse sind in kategorisierter Form in Tabelle 14 dargestellt. Demnach haben mindestens 45,5% der betroffenen Personen innerhalb von 3 Monaten psychotherapeutische Hilfe finden können, durch den hohen Anteil an fehlenden Werten (39,6%) ist eine Einschätzung der Situation jedoch nur unter Vorbehalt möglich. Für mindestens 42,5% der Betroffenen war es möglich, einen Therapieplatz in einem Umkreis von 20 Kilometern zu ihrem Wohnort zu finden, man beachte auch hier den hohen Anteil an fehlenden Werten (30,7%).

Tabelle 14: Wartezeiten und Entfernungen zur Psychotherapie (auf Grund geringer Fallzahl nicht nach Geschlechtern stratifiziert)

	Anzahl	Prozent
Wartezeit in Kategorien	n = 101	
bis 1 Monat	28	27,7%
2 bis 3 Monate	18	17,8%
4 bis 6 Monate	9	8,9%
7 bis 12 Monate	5	5,0%
13 bis 24 Monate	1	1,0%
Fehlend	40	39,6%
Entfernung in Kategorien	n = 101	
bis 10 Kilometer	26	25,7%
11 bis 20 Kilometer	17	16,8%
21 bis 50 Kilometer	13	12,9%
51 bis 100 Kilometer	8	7,9%
über 100 Kilometer	6	5,9%
fehlend	31	30,7%

3.2.7 Kenntnisse der Teilnehmer über die Sozialgesetzgebung

Die Antworten der Teilnehmer zu ihrem Wissensstand bezüglich der Sozialgesetzgebung sind in Tabelle 15 zusammengefasst. Es zeigt sich, dass 31,4% der Befragten zum Zeitpunkt der Umfrage nicht gewusst haben, dass es ein Gesetz gibt,

welches die Kostenübernahme von Dolmetschereinsätzen bei einer medizinischen Behandlung durch die Krankenkassen vorsieht.

15,4% der Probanden geben an, die Härtefallregelung zur finanziellen Belastungsgrenze zu kennen. Diesem Anteil der Teilnehmer wurde zusätzlich eine Frage zur richtigen Antragsstelle gestellt. Die richtige Antwort („bei der Krankenkasse“) wurde dabei zwar am häufigsten genannt, jedoch konnten insgesamt nur 44,2% derjenigen Teilnehmer welche die Härtefallregel kennen die Frage korrekt beantworten.

Tabelle 15: Kenntnis der Studienteilnehmer über die Sozialgesetzgebung

	Gesamt	Spalten-%	Männer	Spalten-%	Frauen	Spalten-%	p-Wert
Wissen um Gesetzgebung zur Dolmetscherfinanzierung	n = 841		n = 362		n = 479		0,653
Ja	577	68,6	245	67,7	332	69,3	
Nein	264	31,4	117	32,3	147	30,7	
Wissen um Härtefallregelung	n = 839		n = 361		n = 478		0,122
Ja	129	15,4	64	17,7	65	13,6	
Nein	710	84,6	297	82,3	413	86,4	
fehlend	(2)	(0,2)					
Angabe der Antragsstelle für einen Härtefallantrag	n = 129		n = 64		n = 65		0,771*
Arzt	21	16,3	11	17,2	10	15,4	
Landesministerium	3	2,3	1	1,6	2	3,1	
Gesundheitsamt	13	10,1	8	12,5	5	7,7	
Krankenkasse	57	44,2	29	45,3	28	43,1	
unbekannt	35	27,1	15	23,4	20	30,8	

*exakter Fisher-Test (siehe Kapitel 2.2.6)

3.2.8 Nutzung der Dolmetscherunterstützung

Von den befragten Gehörlosen haben nur 41,5% bis zum Zeitpunkt der Studie überhaupt einen Dolmetscher bei einem Arztbesuch in Anspruch genommen (4 fehlende Werte, 0,5%).

Diese Teilnehmer wurden zusätzlich gefragt, ob die Kostenübernahme durch die Krankenkassen für sie problemlos funktioniere. 85,9% berichten dabei von einem problemlosen Ablauf der Kostenübernahme (keine fehlenden Werte).

Während also nur 41,5% der Studienteilnehmer jemals einen Dolmetscher in Anspruch genommen haben, scheinen deutlich mehr Teilnehmer die aktuelle Gesetzeslage zu kennen (68,6%). Folglich nimmt nicht jeder informierte Gehörlose auch tatsächlich die Dolmetscherunterstützung in Anspruch. Eine weitere Analyse soll daher prüfen, wie hoch der Anteil an Gehörlosen ist, welche die Gesetzeslage kennen aber dennoch auf Dolmetscher verzichten und ob Anhaltspunkte für mögliche Ursachen gefunden werden können.

Tabelle 16 zeigt den Zusammenhang zwischen dem Wissen um die Gesetzgebung und der Nutzung von Dolmetscherdiensten in der Darstellung einer Kreuztabelle. Es zeigt sich erwartungsgemäß, dass das fehlende Wissen um die Gesetzgebung mit einer deutlich niedrigeren Nutzung von Dolmetschern einhergeht.

In der Gruppe von Probanden welche die Gesetzeslage kennen gibt es einen Anteil von 46,1%, der keine Dolmetscher in Anspruch nimmt.

Tabelle 16: Nutzung von Dolmetschern in Abhängigkeit vom Wissen über die Gesetzgebung

	Dolmetscher jemals		Gesamt	Zeilen-%	p-Wert
	Ja	Nein			
Wissen um Gesetzgebung\$	n = 348	n = 491	n = 839		< 0,001
Ja	310	265	575	53,9	100
Nein	38	226	264	14,4	100

Um eine mögliche Ursache des unterschiedlichen Nutzungsverhaltens zu untersuchen wurde die Untergruppe der Gehörlosen mit Wissen um die Gesetzgebung auf Unterschiede in der Laut- und Schriftsprachkompetenz geprüft (dargestellt in Tabelle 17). Es zeigt sich, dass die Gehörlosen, die keine Dolmetscher in Anspruch nehmen, in allen Kommunikationsbereichen (Schriftsprache aktiv und passiv, Lautsprache aktiv und passiv) signifikant besser abschneiden als diejenigen, welche auf Dolmetscher zurück greifen.

Tabelle 17: Zusammenhang zwischen Nutzung von Dolmetschern und Schrift- bzw. Lautsprachkompetenz bei Gehörlosen mit Wissen um die Sozialgesetzgebung

	Dolmetscher jemals		Spalten-%	p-Wert
	Ja	Nein		
Lesekompetenz, subjektiv	n = 310	n = 262		0,001
gut	155	170	50,0	64,9
moderat	136	86	43,9	32,8
schlecht	19	6	6,1	2,3
Schreibkompetenz, subjektiv	n = 310	n = 263		0,002
gut	129	143	41,6	54,4
moderat	157	112	50,6	42,6
schlecht	24	8	7,7	3,0
Verständnis von Lautsprache, subjektiv	n = 310	n = 261		< 0,001
gut	37	62	11,9	23,8
moderat	158	150	51,0	57,5
schlecht	115	49	37,1	18,8
aktive Lautsprache, subjektiv	n = 307	n = 260		< 0,001
gut	42	67	13,7	25,8
moderat	154	136	50,2	52,3
schlecht	111	57	36,2	21,9

3.2.9 Einflussfaktoren auf eine mögliche Unkenntnis der Kostenerstattung

Die Ergebnisse der binären logistischen Regressionsanalyse sind in Tabelle 18 dargestellt. Das Modell zeigt, dass das Alter eines Gehörlosen einen wesentlichen Einfluss darauf hat, ob er über die aktuelle Sozialgesetzgebung zur Dolmetscherkostenerstattung informiert ist. 18- bis 30-jährige Gehörlose haben im Vergleich zu der ältesten Altersgruppe (51 Jahre und älter) ein etwa dreifach erhöhtes Risiko (aOR 3,1; 95%-KI 1,9 - 5,3), nicht über die Gesetzeslage Bescheid zu wissen.

Auch Gehörlose, die sich mit gesundheitlichen Themen vornehmlich an ihnen nahe stehende Personen wenden, haben ein erhöhtes Risiko, die Gesetzeslage nicht zu kennen (aOR 2,5; 95%-KI 1,6 - 3,8).

Im Bereich der Bildung hat vornehmlich ein mittlerer Schulabschluss einen günstigen Effekt: Realschulabsolventen haben im Vergleich zu Hauptschulabsolventen eine signifikant bessere Chance informiert zu sein (aOR 0,6; 95%-KI 0,4 - 0,8). Für Gehörlose mit Abitur als höchstem Schulabschluss lässt sich im Vergleich mit den Hauptschulabsolventen kein signifikanter Unterschied feststellen. Der Risikoschätzer zeigt in der Tendenz jedoch einen vergleichbar günstigen Effekt wie der Realschulabschluss. Da die Abiturienten zahlenmäßig am wenigsten vertreten sind, reicht hier eventuell die Fallzahl nicht aus, um eine Signifikanz nachzuweisen.

Tabelle 18: Faktoren, die mit einer Unkenntnis der Sozialgesetzgebung bezüglich der Dolmetscherkostenerstattung einhergehen.

	p-Wert	aOR	95% Konfidenzintervall für aOR	
			unterer Wert	oberer Wert
Altersgruppe	< 0,001			
51 Jahre und älter		Referenz		
31 bis 50 Jahre	0,043	1,6	1,0	2,5
18 bis 30 Jahre	< 0,001	3,1	1,9	5,3
Wohnumfeld	0,350			
Stadt über 100.000 Einwohner		Referenz		
Stadt unter 100.000 Einwohner	0,206	1,3	0,9	1,9
ländliche Gegend	0,251	1,2	0,9	1,8
Geschlecht				
männlich		Referenz		
weiblich	0,788	1,0	0,7	1,3
Partnerschaft				
mit Partner		Referenz		
ohne Partner	0,841	1,0	0,7	1,4
Berufstätig				
berufstätig		Referenz		
nicht berufstätig	0,461	0,9	0,6	1,2
Höchster Schulabschluss	0,018			
Hauptschulabschluss und darunter		Referenz		
Realschulabschluss	0,005	0,6	0,4	0,8
Abitur	0,101	0,6	0,4	1,1
Lesekompetenz	0,814			
Lesekompetenz gut		Referenz		
Lesekompetenz moderat	0,637	0,9	0,6	1,3
Lesekompetenz schlecht	0,774	1,1	0,5	2,2
bevorzugte Informationsquelle	< 0,001			
Internet		Referenz		
professionelle Informationen	0,112	1,4	0,9	2,1
nahe stehende Personen	< 0,001	2,5	1,6	3,8
kein Interesse an Informationen	0,117	2,0	0,8	4,7
Konstante				
Konstante	< 0,001	0,3		

Einbezogen in die Analyse: n = 813, fehlende Fälle: n = 28, gesamt: n = 841; Cox & Snell R-Quadrat = 0,069

4 Diskussion

4.1 Qualitative Expertenbefragung

Die Diskussion der qualitativen Experteninterviews wird ein erstes Fazit über die Situation Gehörloser Patienten in Deutschland ziehen. Die Interviews konnten bereits einige Fragen beantworten, sie haben aber auch zu vielen neuen Fragen geführt. An dieser Stelle wurden daher Fragestellungen für die später durchgeführte quantitative Untersuchung abgeleitet. Alle abgeleiteten Fragestellungen, die im Verlauf dieser Arbeit ausgewertet (Kapitel 3.2) und diskutiert (Kapitel 4.2) werden, sind im Folgenden unterstrichen abgedruckt.

4.1.1 Teilnehmer und Umfang der Interviews

Umfang und Dauer der Interviews waren nicht einheitlich, was wohl in den ungleichen Aufgabenfeldern und dem unterschiedlichen Selbstverständnis der Interviewpartner in der Begleitung und Beratung von Gehörlosen begründet liegt. Dadurch konnten verschiedene Sichtweisen und teilweise sogar widersprüchliche Meinungen erhoben werden. Dennoch gab es auch viele Themen, die unabhängig voneinander in mehreren oder allen Interviews als Problem angesprochen wurden, wie beispielsweise die psychotherapeutische Versorgung von gehörlosen Patienten.

4.1.2 Generelle Informationen

In den Interviews entsteht der Eindruck, dass viele Gehörlose Schwierigkeiten beim Lesen und Schreiben haben. Auch der Kontakt zu Familienangehörigen ist offensichtlich schwierig, wenn Angehörige nicht suffizient Gebärdensprache sprechen können. In diesem Fall sind Angehörige auch nur bedingt als Kommunikationshelfer bei Arztbesuchen geeignet.

Doch wie verbreitet sind Lese- und Schreibschwierigkeiten? Und wie viele Gehörlose leben tatsächlich ohne gebärdensprachkompetente Angehörige? In der Literatur finden sich hierzu kaum Angaben, allerdings hat eine Autorin der geringen Quellenlage zum Trotz eine Übersichtsarbeit angefertigt, die deutschsprachige und internationale Literatur berücksichtigt und wertvolle Hinweise liefert (12). In der Lautsprache gut geschulte gehörlose Kinder haben bei Einschulung dennoch einen etwa 10 bis 20 mal geringeren lautsprachlichen Wortschatz als ihre hörenden Altersgenossen, nach dem Schulabgang ist sogar ein Rückgang des Wortschatzes zu beobachten. Bei der Textproduktion kommen zu den Wortschatz-Schwierigkeiten

noch Syntax-Probleme hinzu, vor allem im Bereich der richtigen Flexion. Bei gehörlosen Kindern wurde in den 80iger Jahren bei 31% der Teilnehmer eine totale Leseunreife festgestellt, während in der hörenden Vergleichsgruppe nur 3% der Kinder eine Leseunreife aufwies.

Für die quantitative Untersuchung ergeben sich also einige Fragen:

Abgeleitete Hypothesen:

- Es besteht ein Risiko, dass Angehörige von Gehörlosen nicht gut Gebärdensprache sprechen.
- Gehörlose haben vermehrt Schwierigkeiten beim Lesen und Schreiben.

Abgeleitete Fragen:

- Hast Du hörende Angehörige, die gut Gebärdensprache sprechen? (#81)
- Wie gut kannst Du lesen? (#69)
- Wie gut kannst Du schreiben? (#70)

Um die Ergebnisse anschließend besser einordnen zu können, wurden die Gehörlosen auch nach einer subjektiven Einschätzung ihrer lautsprachlichen Fähigkeiten gefragt.

Abgeleitete Fragen:

- Wie gut kannst Du Lautsprache sprechen? (#71)
- Wie gut kannst Du Lautsprache verstehen? (#72)

4.1.3 Die aktuelle Situation der Gehörlosen

Epidemiologie der Gehörlosigkeit

Zuverlässige Daten zur Epidemiologie der Gehörlosigkeit in Deutschland scheint es nicht zu geben. Das liegt nicht zuletzt an den unterschiedlichen, nebeneinander benutzten Definitionen der Gehörlosigkeit. Daher gibt es auch unterschiedliche Schätzungen über die Prävalenz der Gehörlosigkeit.

Der Deutsche Gehörlosenbund geht unter der Annahme, dass etwa 0,1% der Bevölkerung in Industrienationen von Gehörlosigkeit betroffen ist, in einer oft zitierten Schätzung von 80.000 Gehörlosen in Deutschland aus (2).

In der Eurobarometer-Umfrage der europäischen Kommission zur Mehrsprachigkeit gaben sogar 0,2% aller Befragten an, eine Gebärdensprache zu sprechen, nach etwaigen Hörschädigungen wurde dort jedoch nicht gefragt (23).

Eine inoffizielle Schätzung von Ullmann beruft sich auf Zahlen der Versorgungsämter über alle Personen, die die Voraussetzungen für einen Eintrag des Merkzeichens GL in einem Schwerbehindertenausweis erfüllen und kommt so für das zweite Halbjahr

2008 auf insgesamt 41.583 Gehörlose (1). Die Schätzung folgt also einer medizinischen Definition der Gehörlosigkeit und gibt leider keine Auskunft über die Gebärdensprachkompetenz der Betroffenen. Interessant ist, dass es regional große Unterschiede gibt, ob ein Gehörloser einen Schwerbehindertenausweis besitzt oder nicht, je nach Bundesland sind zwischen 2% und 50% der Gehörlosen ohne das Merkzeichen GL. Während von Ullmann vermutet wird, dass sich einige Gehörlose bewusst gegen einen Schwerbehindertenausweis entscheiden, ist auch zu prüfen ob die Beantragung eventuell mit Schwierigkeiten verbunden ist.

Abgeleitete Hypothesen

- Nicht alle Gehörlosen verfügen über einen Schwerbehindertenausweis

Abgeleitete Fragen

- Ist Deine Hörbehinderung eine anerkannte Schwerbehinderung? (#73)
- War es einfach, einen Schwerbehindertenausweis für die Gehörlosigkeit ausgestellt zu bekommen? (#74)
- Weißt Du welche Merkzeichen in Deinem Schwerbehindertenausweis stehen? (#75)
- Welche Merkzeichen stehen in Deinem Schwerbehindertenausweis? (#76)

Zufriedenheit der Gehörlosen mit der gesundheitlichen Versorgung

Die Hypothese, Gehörlose könnten mit ihrer Situation in der gesundheitlichen Versorgung unzufrieden sein, wurde in den Interviews bestätigt. In einer Untersuchung von Paulini mit 73 gehörlosen Personen findet sich ebenfalls eine deutliche Unzufriedenheit (Mittelwert von 3,11 auf einer fünfstufigen Skala) (3). Die einfache Frage nach Zufriedenheit kann natürlich der Komplexität eines Arztbesuches und aller damit verbundenen Faktoren nicht gerecht werden. Dennoch wurde auch in die hier vorliegende Untersuchung eine solche Frage aufgenommen, um ein Stimmungsbild zeichnen zu können.

Abgeleitete Hypothesen

- Gehörlose sind mit ihrer medizinischen Versorgung eher unzufrieden.

Abgeleitete Fragen

- Wenn Du an Deinen letzten Krankenhausaufenthalt zurückdenkst: Wie zufrieden warst Du insgesamt mit der Behandlung (#26)
- Wenn Du jetzt an Deinen letzten Arztbesuch zurückdenkst: Wie zufrieden warst Du insgesamt mit dem Arztbesuch? (#29)

Verbesserungsmöglichkeiten in der gesundheitlichen Versorgung von gehörlosen Personen

Als grundsätzliche Verbesserungsmöglichkeit wurde in den Interviews der Abbau von Kommunikationsbarrieren gefordert. Dazu wurden verschiedene Vorschläge sowohl für den ambulanten als auch den stationären Sektor unterbreitet. Ärzte könnten Gebärdensprache oder das Fingeralphabet erlernen, wichtige Sachverhalte aufschreiben und ihre Erreichbarkeit per Fax und E-Mail sicherstellen. Außerdem müssten sie sich für die Bedürfnisse der Gehörlosen entsprechend Zeit nehmen. Ähnliche Forderungen werden in unterschiedlichen Ländern seit Jahren aufgestellt (24–26). Doch wie äußern sich dazu die Betroffenen in Deutschland? Welche Unterstützung wird am ehesten gebraucht, welche Forderungen sollten vorrangig umgesetzt werden? Um dies zu klären wurden in die quantitative Untersuchung einige Fragen zu Kommunikationshilfen aufgenommen.

Abgeleitete Hypothesen

- Ärzte sollten Gebärdensprache können
- Ärzte sollten das Fingeralphabet beherrschen
- Ärzte sollten wichtige Sachverhalte aufschreiben
- Ärzte sollten per Fax und/oder E-Mail erreichbar sein
- Medizinische Informationen sollten auch in einfacher Sprache oder Gebärdensprache Vorliegen.

Abgeleitete Fragen

- Welche Kommunikationshilfen würdest Du Dir von einem Arzt wünschen? (#35)
- Findest Du, dass diese Kommunikationshilfen von den Ärzten genug benutzt werden? (#36)
- Ist es wichtig, dass der Arzt ein Faxgerät besitzt? (#45)
- Ist es wichtig, dass der Arzt eine E-Mail-Adresse hat? (#46)
- Findest Du, es sollte solche Dinge wie Narkoseaufklärungsbögen oder Aufklärungen über Operationen auch in einfacher Sprache geben? (#66)
- Findest Du, es sollte solche Dinge wie Narkoseaufklärungsbögen oder Aufklärungen über Operationen auch in Gebärdensprache geben? (#67)

Von Ärzteseite aus ist gelegentlich zu hören, dass es sich nicht lohne, noch Gebärdensprache zu erlernen, da die Gebärdensprache durch die technische Entwicklung der Cochlea-Implantate vom Aussterben bedroht sei. Weil Gehörlose mitunter das Gefühl haben, dass sie zu diesem Thema nicht befragt werden, sollten sie sich im Rahmen der quantitativen Untersuchung zu diesem Thema äußern können.

Abgeleitete Hypothesen

- Gehörlose sind nicht der Ansicht, dass Gebärdensprache „aussterben“ könnte.

Abgeleitete Fragen

- Einige Leute sagen, dass die Gebärdensprache eines Tages überflüssig wird, weil es jetzt das CI (Cochlea-Implant) gibt. Glaubst Du das auch? (#68)

4.1.4 Problemfelder auf der Gehörlosenseite

Viele gängige Informationskanäle gehen an Gehörlosen vorbei, in den Interviews wurde daher von einem generellen Informationsmangel unter Gehörlosen gesprochen. Dass Gehörlose an einem Informationsdefizit leiden ist unbestritten, wenn auch kaum systematisch untersucht. Im Rahmen der quantitativen Untersuchung sollten die Teilnehmer aber zumindest eine Selbsteinschätzung vornehmen können.

Ob Gehörlose über die aktuellen Regelungen zur Kostenübernahme von Dolmetschereinsätzen bei Arztbesuchen informiert sind, wurde von den Interviewpartnern unterschiedlich gesehen. Mehrheitlich wurde jedoch vermutet, dass der größere Teil der Gehörlosen durchaus über die aktuelle Regelung informiert sei. Die quantitative Untersuchung soll hier Klarheit schaffen.

Abgeleitete Hypothesen

- Gehörlose haben Informationsdefizite bei gesundheitlichen Themen.
- Gehörlose sind in der Regel darüber informiert, dass ihnen Kosten für Dolmetschereinsätze bei Arztbesuchen erstattet werden.

Abgeleitete Fragen

- Wie gut weißt Du über das Thema Gesundheit bescheid? (#13)
- Achtest Du auf gesunde Ernährung? (#14)
- Hast Du gewusst, dass es seit dem 01.07.2001 ein Gesetz gibt, in dem steht, dass die Krankenkassen einem Gehörlosen den Dolmetscher für einen Arztbesuch bezahlen müssen? (#52)
- Kennst Du die "Härtefallregelung" im Gesundheitssystem? (#21)
- Weißt Du, wo man die Härtefallregelung beantragen kann? (#22)

Spezielle Informationsangebote für Gehörlose sind laut Interviews kaum vorhanden und schwierig zu finden, während gleichzeitig Gehörlose an solchen Angeboten generell sehr interessiert seien. Auch diese Punkte sollten durch geeignete Fragestellungen in der quantitativen Untersuchung objektiviert werden. Außerdem wurde untersucht, welche Informationswege überhaupt von Gehörlosen bei medizinischen Themen benutzt werden.

Abgeleitete Hypothesen:

- Es gibt nur wenige gehörlosenspezifische Informationsangebote zu Gesundheitsthemen, Gehörlose sind aber an solchen Veranstaltungen interessiert.

Abgeleitete Fragen:

- Wo holst Du Dir Informationen zum Thema Gesundheit? (#15)
- Gibt es in Deiner Umgebung spezielle Angebote für Gehörlose, um Informationen über das Thema Gesundheit zu bekommen? Zum Beispiel: Vorträge, Gesundheitsberatung, Präventionskurse, spezielle Kochkurse... (#16)
- Hast Du an solchen Veranstaltungen schon teilgenommen? (#17)
- Würdest Du an solchen Veranstaltungen teilnehmen, wenn es sie geben würde? (#18)

Welchen Einfluss das persönliche Verhältnis zwischen einem Gehörlosen und seinem Kommunikationshelfer auf die Qualität der Kommunikation hat ist wissenschaftlich bisher leider nicht untersucht. Es ist auch nicht klar, ob Dolmetscher spezielle Erfahrung im medizinischen Bereich benötigen, oder auch als medizinische Laien adäquat dolmetschen können, unter der Vorstellung, dass im Arztgespräch zwangsläufig ein medizinischer Experte auf einen Laien trifft. Sehr wohl gibt es aber umfassende Untersuchungen zum Einsatz von Dolmetschern im Krankenhaus in anderen Sprachen als der Gebärdensprache (27). Dort wird diskutiert, dass der Einsatz von Dolmetschern ohne spezielle Erfahrung oder Schulung im medizinischen Bereich zu einer weniger genauen und vollständigen Information des Patienten führt. Es finden sich unterschiedliche Meinungen und Argumente nebeneinander, welche Personen eher als Kommunikationshelfer geeignet sind und welche weniger. Entsprechend vielfältig fielen auch die Meinungen der Interviewpartner aus. Besonders die Bedeutung von Familienangehörigen in der Rolle des Kommunikationshelfers blieb nach den Interviews unklar. In der oben genannten Untersuchung zu lautsprachlichen Dolmetschern findet sich jedoch der Hinweis, dass Angehörige dazu neigen, negative Aspekte einer medizinischen Prozedur herunterzuspielen, um den Patienten nicht zu verunsichern. Qualifizierte Dolmetscher sehen darüber hinaus beim Einsatz von Familienangehörigen die Professionalität der Kommunikation gefährdet und den Gehörlosen potentiell bevormundet. Gehörlose kommen aber laut Interviews auch nicht mit jedem Dolmetscher zurecht und nehmen gelegentlich durchaus gerne und in vollem Bewusstsein der Dolmetscher-Alternative einen Angehörigen oder Bekannten in Anspruch. Es ergeben sich also einige Fragen: Auf welche Personen greifen Gehörlose nun tatsächlich zurück? Welche Rolle spielt dabei die Schwere der Erkrankung? Ist im Zweifelsfall eher persönliche Bindung

oder professionelle Kommunikation gefragt? Folgende Fragen wurden daher in die quantitative Untersuchung mit aufgenommen.

Abgeleitete Hypothesen

- Gehörlose greifen in Arztgesprächen gerne auf professionelle Dolmetscher zurück, aber auch nahe stehende Personen werden genutzt.
- Die schwere der Erkrankung spielt bei der Wahl des Kommunikationshelfers eine Rolle

Abgeleitete Fragen

- War ein Dolmetscher beim letzten Arztbesuch dabei? (#30)
- Hast Du schon einmal einen Dolmetscher mit zum Arzt genommen? (#53)
- Hast Du schon einmal ein Familienmitglied oder einen Freund als Übersetzer mit zum Arzt genommen? (#54)
- Bist Du schon einmal alleine zum Arzt gegangen? (#55)
- Wenn Du wählen müsstest: Was wäre Dir bei einer Begleitung zum Arzt wichtiger? Dass Du die Person gut kennst (z.B. Familienmitglied) oder dass die Person gut gebärden kann (z.B. Dolmetscher)? (#56)
- Macht es dabei einen Unterschied, was Du für eine Erkrankung hast? Wen würdest Du zum Beispiel bei einer Erkältung mitnehmen? (#57)
- Wen würdest Du bei einer schlimmen oder schwerwiegenden Erkrankung mitnehmen? (#58)

Eine wichtige Frage ist, ob sich die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen zwischen Hörenden und Gehörlosen unterscheidet. Um hier Vergleichen zu können wurden die Gehörlosen in der quantitativen Untersuchung zur Anzahl ihrer Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte befragt.

Abgeleitete Hypothesen

- Gehörlose gehen nicht häufiger zum Arzt als Hörende

Abgeleitete Fragen

- Warst Du im letzten Jahr mindestens eine Nacht oder auch länger in einem Krankenhaus? (#23)
- Wie oft musstest Du ins Krankenhaus? (#24)
- Wie viele Nächte hast Du insgesamt im letzten Jahr im Krankenhaus verbracht? (#25)
- Warst Du in den letzten drei Monaten beim Hausarzt oder bei einem Facharzt? (#27)
- Wie oft warst Du in den letzten drei Monaten beim Hausarzt oder bei einem Facharzt? (#28)

4.1.5 Problemfelder auf der Dolmetscherseite

Es ist zu vermuten, dass Notfälle noch einmal eine besonders kritische Situation darstellen. Die Teilnehmer der quantitativen Untersuchung wurden daher nach ihren Erfahrungen in Bezug auf die Verfügbarkeit von Dolmetschern in Notfällen befragt.

Abgeleitete Hypothesen

- Dolmetscher sind im Notfall nicht ausreichend verfügbar, die Wartezeiten unter Umständen lang.

Abgeleitete Fragen

- Wie gut kann man im Notfall einen Dolmetscher erreichen? (#62)
- Was war die längste Zeit, die Du im Notfall auf einen Dolmetscher gewartet hast? (#61)

Wie wird die Dolmetschsituation bei Arztgesprächen von Gehörlosen empfunden? In den Interviews wurde die Theorie geäußert, dass es für Gehörlose schwierig sein kann, wenn sie sich bei jeder Konsultation auf einen anderen Dolmetscher einstellen müssten. Dies impliziert bereits, dass zumindest eine gewisse persönliche Beziehung zum Kommunikationshelfer förderlich ist. Darüber hinaus wurden die Teilnehmer der quantitativen Untersuchung aber auch gefragt, in welchem Maß sich Dolmetscher in einem Gespräch denn selbst einbringen sollen und dürfen, beispielsweise wenn sie Missverständnisse noch vor den beiden Gesprächspartnern feststellen. Interessant ist aber auch die Frage, ob die Anwesenheit einer eigentlich unbeteiligten Person einer offenen Kommunikation vielleicht sogar eher hinderlich ist, beispielsweise wenn persönliche oder intime Themen besprochen werden.

Abgeleitete Hypothesen

- Ein häufiger Wechsel des Dolmetschers wirkt sich ungünstig aus.
- Dolmetscher sollen den Gehörlosen als Kommunikationshelfer begleiten ohne sich selbst einzubringen.
- Es ist für Gehörlose mitunter schwierig, über persönliche Dinge zu sprechen, wenn noch eine eigentlich unbeteiligte dritte Person als Kommunikationshelfer beim Arztgespräch anwesend ist.

Abgeleitete Fragen

- Ist es wichtig, dass immer derselbe Dolmetscher kommt? (#64)
- Soll der Dolmetscher neutral sein und sich nicht selbst am Gespräch beteiligen, sondern wirklich nur dolmetschen, oder sollte der Dolmetscher auch seine eigenen Ideen und Gedanken äußern? (#65)
- Wie fühlst Du Dich, wenn Du mit dem Arzt über persönliche und intime Dinge sprechen willst, wenn ein Dolmetscher dabei ist? (#59)
- Wie fühlst Du Dich, wenn Du mit dem Arzt über persönliche und intime Dinge sprechen willst, wenn ein Familienmitglied oder ein Freund daneben sitzt? (#60)

Nachdem die Kostenübernahme von Dolmetschereinsätzen bei Arztbesuchen gesetzlich geregelt ist, tut sich die Frage auf wie die praktische Umsetzung funktioniert. In den Interviews wurden im Gegensatz zu den Zeiten vor der gesetzlichen Regelung deutliche Verbesserungen festgestellt. Dieser Eindruck sollte durch eine entsprechende Frage in der quantitativen Untersuchung objektiviert werden.

Abgeleitete Hypothesen

- Die Bezahlung der Dolmetscher durch die Krankenkassen funktioniert in der Regel problemlos.

Abgeleitete Fragen

- Klappt die Bezahlung der Dolmetscher durch die Krankenkassen ohne Probleme? (#63)

4.1.6 Problemfelder auf der Ärzteseite

Wie erleben gehörlose Patienten in Deutschland die Situation beim Arzt, und wie verhalten sich die Ärzte ihnen gegenüber? Die Interviews zeigen ein weites Bild von sehr positiven bis zu sehr negativen Erfahrungen. Hier zeichnen sich daher einige besonders wichtige Fragen zu Unsicherheitsgefühlen, Kommunikations- und Verständnisproblemen sowie Zeitmanagement ab.

Abgeleitete Hypothesen

- Ärzte nehmen sich nicht ausreichend Zeit
- Verständnisprobleme sind häufig
- Gehörlose erleben beim Arztbesuch mitunter Hilflosigkeits- und Abhängigkeitsgefühle sowie respektlose Behandlung.
- Gehörlose spielen dem Arzt gelegentlich ein Verständnis nur vor, um negative Eindrücke zu vermeiden.
- Durch Kommunikationsprobleme werden verspätete oder falsche Diagnosen gestellt.

Abgeleitete Fragen

- Hat sich bei Deinem letzten Arztbesuch der Arzt genug Zeit für Dich genommen? (#32)
- Hast Du gut verstanden, was der Arzt gesagt hat? (#33)
- Hat der Arzt versucht, sich Deinem Kommunikationsniveau anzupassen? (#34)
- Hattest Du bei einem Arztbesuch schon einmal das Gefühl, dass Du hilflos und abhängig bist? (#37)
- Hast Du schon einmal so getan, als hättest Du alles verstanden, obwohl Du noch Fragen hattest, weil Du nicht dumm aussehen wolltest oder dem Arzt nicht lästig sein wolltest? (#38)
- Hattest Du schon einmal das Gefühl, dass eine falsche Diagnose gestellt wurde, weil der Arzt Dich nicht verstanden hat? (#39)
- Wurdest Du von einem Arzt schon einmal nicht ernst genommen oder respektlos behandelt? (#40)
- Wer hat den Dolmetscher für den Arztbesuch bestellt? (#31)

4.1.7 Weitere Problemfelder

In den Interviews wurde ein erhöhter Bedarf an Psychotherapien unter Gehörlosen vermutet. In der Literatur finden sich Angaben, dass Gehörlose tatsächlich erhöhten psychischen Belastungen ausgesetzt sind (28, 29). Der Bedarf an und die Versorgung mit psychotherapeutischen Behandlungen sollen daher in der Hauptuntersuchung quantifiziert werden.

Abgeleitete Hypothesen

- Gehörlose haben einen erhöhten Bedarf an Psychotherapien
- Wartezeiten auf und Entfernungen zu einer Psychotherapie sind bei Gehörlosen besonders groß.

Abgeleitete Fragen

- Hast Du schon einmal probiert, einen Platz für eine Psychotherapie zu bekommen? (#48)
- Hast Du einen Platz bekommen? (#49)
- Wie lange hast Du gesucht und gewartet, bist Du einen Platz bekommen hast? (#50)
- Wie weit war die Psychotherapie ungefähr von Deinem Wohnort entfernt? (#51)

Einige Gehörlose nutzen im beruflichen Umfeld oder im Alltag technische Hilfsmittel wie Hörgeräte oder Cochlea-Implantate. In den Interviews deuteten sich allerdings Finanzierungsschwierigkeiten an und es zeigte sich, dass sich Hörgeräteträger mitunter gegenüber den CI-Trägern benachteiligt fühlen. In der quantitativen Untersuchung wurde daher gefragt, wie viele Gehörlose überhaupt auf Hörgeräte oder Cochlea-Implantate zurückgreifen, wie groß das Interesse an solchen Hilfsmitteln ist und ob es aus Sicht der Gehörlosen bei der Anschaffung große Hürden zu überwinden gibt.

Abgeleitete Hypothesen

- Zuzahlungen zu Hörgeräten stellen eine finanzielle Belastung dar.
- Unterschiede in der Erstattungsfähigkeit von Hörgeräten und CIs sorgen für Unmut.

Abgeleitete Fragen

- Hast Du ein Hörgerät oder ein CI? (#7)
- Hättest Du gerne ein Hörgerät oder ein CI? (#8)
- Hast Du Schwierigkeiten Dein Hörgerät zu bezahlen? (#9)
- Bei Hörgeräten muss man einen Teil selbst bezahlen, CIs werden komplett von der Krankenkasse bezahlt. Ärgert dich das? (#10)

4.1.8 Anregungen für eine weiterführende Untersuchung

Eine zentrale Frage vor Durchführung der quantitativen Untersuchung war, welche Umfrage-Methode geeignet ist um gehörlose Personen zu erreichen. In den Interviews wurde von schriftlichen Fragebögen abgeraten, da sie die Gehörlosen nicht in ihrer eigenen Sprache ansprechen. Zwar gibt es einige Untersuchungen auf der Grundlage von schriftlichen Erhebungen, man darf aber davon ausgehen, dass viele Umfragen mit schriftlichen Fragebögen nicht zu einer Publikationsreife gelangen, weil der Rücklauf zu gering ist. Diese Annahme wurde im Vorfeld im Erfahrungsaustausch mit anderen Autoren bestätigt. Angeregt durch die Interviews entstand die Idee einer Umfrage mit Gebärdensprach-Videos.

Die Teilnehmer der quantitativen Untersuchung sollten die Möglichkeit bekommen, die Form der Befragung im Allgemeinen und die Umfrage im Speziellen zu bewerten. Außerdem wurden die Teilnehmer befragt, ob sie dieselbe Umfrage auch in reiner Schriftform bearbeitet hätten.

Abgeleitete Hypothesen

- Schriftliche Fragebögen sind bei Umfragen unter Gehörlose weniger geeignet, Online-Videoumfragen sind eine gute Alternative.

Abgeleitete Fragen

- Sind Umfragen im Internet mit Gebärdenvideos eine gute Methode, um Meinungen von Gehörlosen zu verschiedenen Themen zu erfragen? (#83)
- Hättest Du auch an der Umfrage teilgenommen, wenn der Fragebogen nur in Schriftsprache wäre? (#84)
- Wie würdest Du diese Umfrage bewerten? (#85)
- Was hat dich an der Umfrage gestört? (#86)

4.2 Quantitative Querschnittsstudie

4.2.1 Teilnehmer/Studienkollektiv

Die Studie wurde von der gehörlosen Zielgruppe wohlwollend aufgenommen. Wie bereits erörtert ist nicht genau bekannt, wie groß die Grundgesamtheit der Gehörlosen in Deutschland ist. Geht man aber von etwa 80.000 Gehörlosen aus, konnten bei über 800 ausgewerteten Fragebögen etwa ein Prozent aller Gehörlosen in Deutschland befragt werden. Einige Autoren berichten, dass sie die Feldphase für gehörlosenspezifische Umfragen nachträglich verlängern mussten oder von vornherein länger geplant haben, da die Information über die Existenz einer Umfrage sich eher langsam unter der Zielgruppe verbreiten würde und die Teilnehmerzahlen über die Zeit zunehmen. In der hier vorliegenden Untersuchung konnte ein solcher Effekt nicht beobachtet werden, 80% aller Fragebögen wurden innerhalb von zwei Wochen nach Umfragestart ausgefüllt. Es darf daher davon ausgegangen werden, dass die Umfrage suffizient und über die richtigen Kanäle beworben wurde.

Von den 2362 Fragebögen wurden etwa 42% in der Bearbeitung abgebrochen. In der bisherigen Auswertung wurde nicht geprüft, in wie weit Unterschiede zwischen denjenigen Gehörlosen bestehen, die die Umfrage abgebrochen haben und denen, die sie beendet haben. Es wäre eine Selbstselektion der Stichprobe denkbar, mutmaßlich hatten Gehörlose mit größeren Schwierigkeiten in der medizinischen Versorgung auch eine höhere Motivation, die Umfrage bis zum Ende durchzuführen. Der häufigste Grund für den Ausschluss von der Analyse war der Hörstatus. So sind allein 288 Fragebögen von schwerhörigen Personen ausgefüllt worden. Obwohl die Umfrage deutlich auf die Belange von gebärdensprachkompetenten Gehörlosen ausgerichtet war, zeigt die hohe Teilnahmebereitschaft von schwerhörigen Personen, dass auch sie mit Schwierigkeiten in der gesundheitlichen Versorgung zu kämpfen haben. Auch im E-Mailfeedback wurde von schwerhörigen Personen gebeten, eine vergleichbare Umfrage durchzuführen, die speziell auf Schwerhörige zugeschnitten ist. Spätertaubte bilden eine weitere Gruppe, die mit individuellen Schwierigkeiten und Herausforderungen konfrontiert ist (30).

4.2.2 Sozioökonomische Daten des Studienkollektivs

Altersverteilung, Familienstand, höchster Schulabschluss, Berufsstatus

Der Frauenanteil unter den Umfrageteilnehmern überwiegt den Männeranteil (57% zu 43%) und ist damit nahezu identisch zur Verteilung in der Arbeit von Paulini (3). Dort wurden insgesamt 246 hörgeschädigte Personen schriftlich zu ihrer Zufriedenheit bei Arztbesuchen befragt.

Im Vergleich mit den Daten des Mikrozensus 2008 (31) ist der Altersdurchschnitt im Studienkollektiv geringer als in der deutschen Gesamtbevölkerung. Während in der Gesamtbevölkerung etwa zwei Fünftel aller Deutschen über 50 Jahre alt sind, ist es im Studienkollektiv nur ein Fünftel. Dafür ist etwa die Hälfte der Studienteilnehmer zwischen 30 und 50 Jahren alt. Unter 30-jährige machen in beiden Fällen etwa 30% aus. Diese Verschiebung im Studienkollektiv hin zu Personen zwischen 31 und 50 Jahren lässt sich plausibel durch das unterschiedliche Internet-Nutzungsverhalten innerhalb der Altersgruppen erklären.

Bezüglich ihres Familienstandes zeigen die gehörlosen Studienteilnehmer keine nennenswerten Auffälligkeiten gegenüber den Daten des Mikrozensus. Gehörlose scheinen ebenso häufig verheiratet (44,2% gegenüber 46,7% im Mikrozensus) oder geschieden zu sein (6,3% gegenüber 7,5% im Mikrozensus). Allerdings sind im Studienkollektiv kaum Teilnehmer verwitwet (0,6% gegenüber 7,3% im Mikrozensus), was im geringeren Altersdurchschnitt der Studienkollektivs begründet liegen mag.

Knapp die Hälfte der Studienteilnehmer wohnt in Großstädten mit über 100.000 Einwohnern, in der Allgemeinbevölkerung liegt dieser Anteil laut Mikrozensus 2008 nur bei 31,2%. Es kann vermutet werden, dass Gehörlose häufiger in Großstädte ziehen, weil hier die Infrastrukturen bezüglich Dolmetscherunterstützung und Beratungsstellen besser und auch das kulturelle Angebot größer ist. Eventuell wird ein Teil dieses Unterschieds aber auch durch die bessere Verfügbarkeit von Internetanschlüssen in Großstädten erklärt, wodurch Gehörlose aus Großstädten im Studienkollektiv eventuell überrepräsentiert sind.

Die Frage, ob Gehörlose in Deutschland in ihren Bildungschancen benachteiligt sind, besitzt einen besonderen Stellenwert. Ein Vergleich der gesammelten Daten mit den Daten des Mikrozensus 2008 verspricht daher einen interessanten Einblick. Allerdings sind die Altersgruppen im Mikrozensus bei der Darstellung des höchsten Schulabschlusses anders gewählt als in der Mainzer GL-Studie. Man beachte

daher, dass hier das Studienkollektiv der Mainzer GL-Studie mit den 25 bis 65-jährigen Teilnehmern des Mikrozensus verglichen wird. Es zeigt sich, dass der Hauptschulabschluss etwa gleich häufig vertreten ist (31,5% bzw. 32,6%). Tatsächlich haben die Gehörlosen des untersuchten Kollektivs jedoch deutlich häufiger einen Realschulabschluss (44,9% gegenüber 33,5%) und seltener Abitur (16,5% gegenüber 29,3%). Ohne Schulabschluss blieben nur 1,1% der Gehörlosen, jedoch 3,8% der Allgemeinbevölkerung. 5,4% der Gehörlosen gaben an, eine Förder- oder Sonderschule absolviert zu haben.

Insgesamt gesehen verfügt das Studienkollektiv der Mainzer GL-Studie somit durchaus über einen guten Bildungsstand, der wesentliche Unterschied liegt im Bereich des Realschulabschlusses beziehungsweise des Abiturs und damit der Hochschulzugangsberechtigung. Hier ist das Ergebnis dann aber deutlich, Gehörlose haben im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung seltener das Abitur als höchsten Schulabschluss.

11,2% der Gehörlosen gaben an, zurzeit arbeitssuchend zu sein. Ein Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung wird dadurch erschwert, dass die offiziellen Arbeitslosenzahlen sich nur auf registrierte, arbeitslose Erwerbspersonen beziehen und auch Gegenstand politischer Veränderungen sind. Die vorliegende Zahl liegt aber zumindest in einer Größenordnung, die in etwa der Allgemeinbevölkerung entspricht.

Sprachkompetenz (deutsche Laut- und Schriftsprache)

Leider gibt es aufgrund der Erstmaligkeit dieser Untersuchung keine Vergleichsdaten in der Literatur. In der Selbsteinschätzung im Rahmen der hier vorliegenden Untersuchung gaben jedoch nur etwa die Hälfte der Teilnehmer an, gut lesen oder schreiben zu können (55% bzw. 47,1%). Die vermuteten Schwierigkeiten im Umgang mit der deutschen Schriftsprache werden dadurch bestätigt. Bemerkenswert ist, dass viele Gehörlose trotz ausreichender Schulbildung hier Probleme haben. Umso wichtiger ist es, auf die unterschiedliche Sprachwelt der Gehörlosen hinzuweisen! Das Aufschreiben von wichtigen Informationen im Arztgespräch kann daher nur eine mäßig brauchbare Lösung sein.

Das Verständnis von Lautsprache ist erwartungsgemäß noch einmal schlechter. Etwa 28% der Teilnehmer können sich in Lautsprache nur sehr schlecht bis gar nicht verständigen. Auf diese Gehörlosen muss in der gesundheitlichen Versorgung besonders Rücksicht genommen werden, Dolmetscher oder gebärdensprachkompetente Ärzte sind hier unabdingbar!

4.2.3 Einschätzung der Arzt-Patienten Beziehung

Die Zufriedenheit der Gehörlosen mit der gesundheitlichen Versorgung bewegt sich in mittelmäßigen Bereichen, wobei stationäre Aufenthalte schlechter bewertet werden als der ambulante Sektor. Die Aussagekraft dieser Zahlen ist begrenzt, ist doch die einfache Frage nach „Zufriedenheit“ etwas kurz gegriffen und die Evaluation von Patientenzufriedenheit durch viele Störfaktoren und unterschiedliche Definitionen ohnehin schwierig. Es zeigt sich jedoch, dass es nach oben noch viel Spielraum gibt, ohne dass die aktuelle Situation untragbar wäre.

Welche Gründe lassen sich für Unzufriedenheit ausmachen? Gerade einmal ein Drittel aller Umfrageteilnehmer berichtet, dass ihr Arzt sich bei der letzten Konsultation genug Zeit für sie genommen hat. Noch weniger haben ihren Arzt gut verstehen können (28,9%). Und noch einmal weniger hatten das Gefühl, dass sich der Arzt an ihren Kommunikationsstil angepasst habe (28,3%). Unter der Annahme, dass dieses ärztliche Verhalten in erster Linie aus Unkenntnis der Ärzteschaft über die Bedürfnisse von Gehörlosen resultiert, könnte hier ein „deaf-awareness“-Programm beispielsweise nach Vorbild des Royal National Institute for Deaf People (RNID) deutliche Verbesserungen im Arzt-Patienten-Verhältnis erzielen. Dort werden in kleinen und größeren Kampagnen Handzettel an niedergelassene Ärzte verteilt, die über die besonderen Belange von gehörlosen Patienten aufklären und Tipps im Umgang geben.

Gehörlose können ihren Arztbesuch als Zumutung erleben: Über die Hälfte der Teilnehmer berichtet von Hilflosigkeits- und Abhängigkeitsgefühlen bei einem Arztbesuch. 41% fühlten sich von ihrem Arzt schon einmal nicht ausreichend ernst genommen und sogar 43,4% hatten bereits einmal das Gefühl, dass auf Grund der Kommunikationsbarriere eine falsche Diagnose gestellt wurde! Verbesserungen in der Kommunikation mit gehörlosen Patienten sind daher unabdingbar. Dabei sollte man auch im Hinterkopf behalten, dass knapp die Hälfte der Gehörlosen bereits einmal nur so getan hat, als hätten sie alle Gesprächsinhalte verstanden, um nicht negativ aufzufallen. Es wäre bereits eine gute Verbesserung, wenn behandelnde Ärzte über diese Tatsachen bescheid wüssten.

4.2.4 Gestaltung der Kommunikation mit dem Arzt (ohne Dolmetscher)

Auf die Frage, welche Hilfen sich gehörlose Patienten im direkten Kontakt mit dem Arzt wünschen würden, antworten die Teilnehmer in absteigender Häufigkeit: Gebärdensprachkompetenz der Ärzte (65,3%), das Aufschreiben von wichtigen

Gesprächsinhalten (61,8%), ein deutliches Mundbild (46,7%) und zuletzt die Beherrschung des Fingeralphabets durch den Arzt (19,3%).

Die Reihenfolge entspricht in etwa den Ergebnissen einer Untersuchung von Paulini (3). Dort wurden unter anderem 73 gehörlose Personen mit einer fünfstufigen Skala nach ihren Wünschen bezüglich der Kommunikationssituation befragt. In absteigender Relevanz lautet die Reihenfolge dort: Aufschreiben, deutliches Mundbild, Gebärdensprachkompetenz, lautsprachbegleitendes Gebärden und zuletzt Benutzung des Fingeralphabets.

Gebärdensprachkompetenz des behandelnden Arztes erscheint als die beste Lösung für gehörlose Patienten, wenn sie auch schwierig umzusetzen ist. Für den einzelnen Arzt kann es sich aber durchaus lohnen, sich die Gebärdensprache anzueignen, würde er doch unter den Gehörlosen auf positive Resonanz und große Dankbarkeit stoßen.

Obwohl nur ca. 55% der Teilnehmer subjektiv über gute Lesekompetenz verfügen, ist das Aufschreiben von wesentlichen Sachverhalten für insgesamt 61,8% der Teilnehmer wichtig. In der Publikation von Paulini liegt „Aufschreiben“ sogar auf dem ersten Platz. Es darf allerdings vermutet werden, dass hier vor allem die Möglichkeit einer Nachbereitung des Gesprächs für das gute Abschneiden sorgt. Wie bereits gesagt, spricht die subjektiv eingeschätzte Schriftsprachkompetenz der gehörlosen Patienten eher gegen eine schriftliche Kommunikation in Arztgesprächen.

Bemerkenswert ist das vergleichsweise schlechte Abschneiden des Fingeralphabets sowohl hier als auch bei Paulini. Anders als erwartet, reicht das Fingeralphabet allein offenbar nicht aus, um etwaige „Vokabelschwierigkeiten“ zu überbrücken.

Obwohl viele der Umfrageteilnehmer vermutlich routinierte Internetnutzer sind, schneidet dennoch das Faxgerät zur Telekommunikation besser ab als die Möglichkeit zur Kommunikation per E-Mail. Fast drei Viertel der Teilnehmer (73,3%) finden es wichtig, dass der Arzt zur Kontaktaufnahme über ein Faxgerät verfügt, während die Verfügbarkeit einer E-Mail-Adresse des Arztes mit 67,5% von etwas weniger Teilnehmern für wichtig gehalten wird. Ein Arzt, welcher einen gehörlosen Patienten behandelt, sollte also den etablierten Kommunikationsweg per Faxgerät pflegen.

Entgegen den Erwartungen fanden sich in keinem der Kommunikationsbereiche signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass viele der Kommunikationsschwierigkeiten nicht von den Gehörlosen ausgehen, sondern eher auf der Ärzteseite liegen.

4.2.5 Nutzung von (medizinischen) Informationsquellen

Für die gehörlosen Studienteilnehmer sind bei medizinischen Fragen die wichtigsten Informationsquellen Familie, Freunde und Bekannte. Dies bedeutet mitunter eine hohe Verantwortung für die Bezugspersonen und kann auch darin begründet sein, dass der Gehörlose nicht um alternative Informationsquellen bescheid weiß.

Noch gibt es kaum barrierefreie Informationsmöglichkeiten für Gehörlose im Internet. Als positives Beispiel sei hier exemplarisch auf das Portal „imh plus - Information für gehörlose und schwerhörige Menschen mit zusätzlichen Handicaps“ verwiesen. Dort gibt es für die entsprechende Zielgruppe viele Informationen auch als Video in Gebärdensprache (32). Eine solch vorbildliche Informationsaufarbeitung und -vermittlung wäre in vielen Bereichen nützlich und wünschenswert.

Vorträge und andere Informationsveranstaltungen spielen die kleinste Rolle um sich fortzubilden, was aber vor allem in einem Mangel an solchen Veranstaltungen begründet zu sein scheint, schließlich bekunden zwei Drittel der Teilnehmer ihr Interesse an solchen Veranstaltungen. In diesem Bereich gibt es daher noch großes Verbesserungspotential. Beispielsweise könnten spezielle Informations-Angebote für Gehörlose entwickelt werden und über die Gehörlosenverbände beziehungsweise Internetplattformen beworben werden. Die schnelle Verbreitung dieser Studie zeigt, dass es entsprechende funktionierende Informationskanäle gibt.

4.2.6 Bedarf und Nutzung von psychotherapeutischer Behandlung

Der Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung ist im Studienkollektiv, wie bereits im Vorfeld vermutet wurde, hoch. Über ein Sechstel aller Teilnehmer hat sich bereits aktiv um eine Psychotherapie bemüht. Behandelnde Ärzte und Psychologen, aber auch Mitarbeiter von Beratungsstellen, sollten sich dieser hohen Prävalenz an psychischen Belastungen bewusst sein. Eine Informationskampagne könnte hier helfen, die Aufmerksamkeit aller Beteiligten gegenüber den psychischen Belastungen der Gehörlosen zu verbessern.

Immerhin 70% der Studienteilnehmer, die eine Psychotherapie für notwendig hielten, haben einen Psychotherapie-Platz bekommen können, die Versorgungslage ist somit ausbaufähig, aber nicht völlig desolat, wie es in den Interviews erschien. Wartezeiten und Entfernungen scheinen in zumutbaren Bereichen zu liegen, die hohe Zahl an fehlenden Werten bei Wartezeit (39,6%) und Entfernung (30,7%) zur Psychotherapie lässt jedoch eine Beurteilung nur unter Vorbehalt zu.

4.2.7 Kenntnisse der Teilnehmer über die Dolmetscherkostenerstattung

31,4% der Teilnehmer waren zum Zeitpunkt der Studie nicht über die aktuelle Regelung der Dolmetscherfinanzierung bei Sozialleistungen informiert. Somit ist die gehörlose Zielgruppe zwar tatsächlich mehrheitlich informiert, dennoch verfügt knapp ein Drittel nicht über diese für sie so wichtige Information (Kapitel 4.2.8). Es kann angenommen werden, dass der Anteil unter den Nicht-Teilnehmern an der Mainzer GL-Studie noch höher liegt. Es sollte daher weiter über die aktuellen Regelungen aufgeklärt werden, sowohl unter den Inanspruchnehmern als auch den Erbringern von Sozialleistungen, denn es sollte nicht vergessen werden, dass ein Gehörloser in der Therapie eigentlich nur seinen Bedarf an einem Dolmetscher anzumelden braucht und die eigentliche Organisation durch den Erbringer der Sozialleistung erfolgen sollte.

4.2.8 Nutzung der Dolmetscherunterstützung

Von den befragten Gehörlosen haben nur 41,5% bis zum Zeitpunkt der Studie jemals einen Dolmetscher für einen Arztbesuch in Anspruch genommen. Der häufigste Grund dafür, dass kein Dolmetscher in Anspruch genommen wurde, dürfte die Unkenntnis über die Rechtslage sein, denn 85,6% aller Gehörlosen ohne Dolmetschererfahrung war über die Kostenerstattung nicht informiert. Somit zeichnet sich auch hier ein Bedarf nach weiterer Aufklärung der Gehörlosen über ihre Rechte in Bezug auf Dolmetscherunterstützung ab.

Jedoch gibt es auch Gehörlose, die zwar informiert sind, aber dennoch bislang keinen Dolmetscher in Anspruch genommen haben. Ob dies eventuell einem Mangel an Dolmetschern zu schulden ist bleibt anhand der Studiendaten unklar. Auffällig ist jedoch, dass diese Subgruppe in allen abgefragten Kommunikationsbereichen signifikant besser abschneidet als ihre Vergleichsgruppe (Informierte Gehörlose mit Dolmetschererfahrung) und daher eventuell nicht unbedingt auf Dolmetscherunterstützung angewiesen ist.

4.2.9 Einflussfaktoren auf eine mögliche Unkenntnis der Kostenerstattung

In der binären logistischen Regressionsanalyse konnten Faktoren gefunden werden, die eine Unkenntnis begünstigen. Besonders junge Gehörlose und solche, die bei medizinischen Fragen vor allem auf Familienmitglieder zurückgreifen, haben ein erhöhtes Risiko, nicht über die Kostenerstattung bei Dolmetschereinsätzen informiert

zu sein. Möglicherweise liegt das darin begründet, dass diese Gehörlosen noch weniger Erfahrung mit Erkrankungen haben. Aber gerade deshalb sollte jungen, stark familienorientierten Gehörlose schon im Vorhinein das Wissen um die Dolmetscherunterstützung an die Hand gegeben werden, um ihnen zu ermöglichen, sich in medizinischen Belangen von ihren Familienmitgliedern zu emanzipieren, sofern sie dies wollen.

Das Modell hat auch gezeigt, dass eine bessere Schulbildung einen günstigen Effekt darauf hat, über die Regelungen zur Dolmetscherkostenerstattung Bescheid zu wissen. Wie bereits in Kapitel 4.2.2 gezeigt, haben Gehörlose allerdings weniger häufig das Abitur als höchsten Schulabschluss. Gehörlose Personen bleiben vermutlich vorrangig durch Sprachbarrieren hinter ihren Möglichkeiten zurück. Auch völlig unabhängig von der gesundheitlichen Versorgung muss daher angestrebt werden, weiterhin Hürden und Barrieren abzubauen, um gehörlosen Menschen gleiche Bildungschancen zu ermöglichen.

4.2.10 Bemerkungen zum Studiendesign

Über die Datengüte von Online-Umfragen wird derzeit noch kontrovers diskutiert. Auch bei den hier vorliegenden Daten darf nicht vergessen werden, dass Gehörlose ohne Internetzugang ausgeschlossen sind oder bei Teilnahmebereitschaft zumindest vor Hindernissen stehen. Durch die Nutzung des Mediums Internet verschiebt sich das Durchschnittsalter der Teilnehmer vermutlich hin zu jüngeren Gehörlosen, während ältere und chronisch Kranke eher nicht erfasst werden.

Theoretisch könnte ein Teilnehmer mehrere Fragebögen ausgefüllt haben, der große Umfang der Umfrage macht dies aber unwahrscheinlich. Es ist auch unbeweisbar - wenn auch sehr wahrscheinlich - dass die Fragebögen tatsächlich von Gehörlosen ausgefüllt wurden. Um diesem Kritikpunkt zu begegnen bietet es sich an, bei zukünftigen Umfragen eine „Kontrollfrage“ ohne Unterstützung durch Schriftsprache einzubauen, die nur von gebärdensprachkompetenten Personen beantwortet werden kann.

Die starre Vorgabe von Antwortalternativen und der völlige Verzicht auf Textfelder zur freien Formulierung von Antworten waren, anders als zunächst befürchtet, kein Kritikpunkt der Teilnehmer. Im E-Mailfeedback fand sich auch kein Hinweis darauf, dass schriftsprachkompetente Gehörlose sich diskriminiert fühlten. In einer Untersuchung des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung aus dem Jahr 2004 entpuppten sich allerdings gerade die frei formulierten Antworten als reichhaltige Informationsquelle über die Lebenswelt der Gehörlosen (22). Der Verzicht auf

Textfelder hat also in der hier vorliegenden Umfrage gut funktioniert, dennoch scheinen Textfelder trotz der eventuellen Schwierigkeiten von Gehörlosen beim Schreiben ihre Berechtigung zu haben, da Gehörlose gerne auf ihre Situation aufmerksam machen möchten und sich dafür auch schriftlich äußern. Für oder gegen den Einsatz von Textfeldern kann daher keine pauschale Empfehlung gegeben werden.

4.3 Fazit

Die Mainzer GL-Studie kann in mehrfacher Hinsicht als Erfolg gesehen werden. Die Umfrage wurde von den gehörlosen Teilnehmern gut aufgenommen und überwiegend positiv bewertet. Nimmt man die wenigen verfügbaren Zahlen zur Epidemiologie der Gehörlosigkeit als Grundlage, so konnte tatsächlich mindestens 1% aller Gehörlosen in Deutschland erreicht werden. Die Methodik der Online-Umfrage mit Gebärdensprachvideos konnte damit erfolgreich in der sozialmedizinischen Forschung etabliert werden.

Ein weiterer Erfolg besteht darin, dass einige epidemiologische Daten zur Lebenswelt der Gehörlosen erhoben werden konnten. Dabei zeigte sich, dass das Studienkollektiv insgesamt über eine gute Schulausbildung verfügte. Der Anteil an Abiturienten lag im Studienkollektiv allerdings deutlich niedriger als in der hörenden Allgemeinbevölkerung. Und trotz ausreichender Schulbildung verfügte nur etwa die Hälfte der Gehörlosen über gute Schriftsprachkompetenzen, bedingt durch die unterschiedlichen Sprachwelten.

Auch das Hauptziel der Studie, einen Status Quo über die gesundheitliche Versorgung von Gehörlosen abzubilden, konnte erreicht werden. Es hat sich gezeigt, dass gehörlose Patienten häufig Gefahr laufen, ihren Arztbesuch durch vielfältige Kommunikationsbarrieren und Missverständnisse als Zumutung zu erleben. Eine Informationskampagne unter Ärzten könnte diese Situation verbessern. Sie müsste Informationen enthalten erstens über die von Gehörlosen bevorzugten Kommunikationsformen (Gebärdensprache, Fax oder E-Mail, u.a.), zweitens über die aktuellen Regelungen des Sozialgesetzbuchs bezüglich der Dolmetscherkostenerstattung und drittens den erhöhten Bedarf der Gehörlosen an psychotherapeutischer Unterstützung. Es ist für die Behandler auch wichtig zu wissen, dass sich Gehörlose in Arztgesprächen gerne Informationen schriftlich geben lassen, diese Informationen dadurch jedoch nicht zwangsläufig besser verstehen. Vermutlich lassen sie sich vielmehr diese schriftlichen Informationen hinterher von Familienmitgliedern oder

anderen Personen erklären, was eine hohe Verantwortung für diese Helfer bedeutet. Dolmetscher können hier unschätzbare Hilfe leisten, die Kostenübernahme scheint in der Regel auch problemlos gewährleistet zu sein. Der häufigste Grund für die Nicht-Inanspruchnahme eines Dolmetschers war, dass der gehörlose Patient über diese Option nicht bescheid wusste. Weitere Aufklärung und Informationsverbreitung ist daher wichtig, besonders unter jungen und wenig gebildeten Gehörlosen. Gebärdensprachkompetenz des behandelnden Arztes wäre aber noch die beste Lösung, um eine gute Kommunikation zwischen Arzt und gehörlosem Patient zu schaffen.

5 Zusammenfassung

Einleitung:

Die Besonderheiten in der Gesundheitsversorgung von gehörlosen Bürgerinnen und Bürgern in Deutschland sind weitgehend unbekannt. Dabei gelten etwa 266.000 Personen als gehörlos oder schwerhörig im Sinne des Neunten Sozialgesetzbuches. Schätzungsweise 41.500 bis zu 80.000 Menschen sind in Deutschland von Geburt an gehörlos oder früh ertaubt. Diese Gehörlosengemeinschaft verwendet vorrangig die Deutsche Gebärdensprache, die seit 2002 per Gesetzgebung als selbstständige Sprache in Deutschland amtlich anerkannt ist.

Um Kommunikationsbarrieren und damit Chancenungleichheiten in der medizinischen Versorgung abzumildern hat der Gesetzgeber seit 2001 vorgesehen, dass ein von der Krankenversicherung bezahlter Dolmetscher bei einem Arztbesuch bestellt werden kann. Erkenntnisse, inwieweit diese Unterstützungsmaßnahme unter den Betroffenen bekannt ist und genutzt wird, liegen nicht vor. Ebenso sind Annahmen, dass gehörlose Patienten in einer vorrangig von Hörenden gestalteten Gesundheitsversorgung mutmaßlich auf Probleme, Barrieren und Vorurteile stoßen, in Deutschland nicht systematisch untersucht.

Die vorliegende Arbeit gibt daher zum ersten Mal anhand eines größeren Studienkollektivs einen sozialmedizinischen Einblick in den Gesundheitsversorgungszustand von Gehörlosen in Deutschland.

Methodik:

Im Rahmen einer Vorstudie wurden 2009 zunächst qualitative Experteninterviews geführt, um den Zustand der medizinischen Versorgung von Gehörlosen zu explorieren und Problemfelder zu identifizieren. Anschließend wurde für die Hauptstudie auf der Grundlage der Experteninterviews ein quantitativer Online-Fragebogen mit Gebärdensprachvideos entwickelt und erstmalig in der sozialmedizinischen Gehörlosenforschung eingesetzt. Die gehörlosen Teilnehmer wurden über etablierte Internetportale für Gehörlose und mit Hilfe von Gehörlosenverbänden und Selbsthilfegruppen sowie einer Pressemitteilung rekrutiert. Insgesamt wurden den Teilnehmern bis zu 85 Fragen zu sozioökonomischen Daten, Dolmetschernutzung, Arzt-Patienten-Beziehung und häufig auftretenden Problemen gestellt. Es wurden absolute und relative Häufigkeiten bestimmt und mittels Chi²-Test bzw. exaktem Fisher-Test auf geschlechtsspezifische Unterschiede geprüft. Alle Tests wurden zweiseitig mit der lokalen Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha = 0,05$ durchgeführt.

Ergebnisse:

Am Ende der Feldphase verzeichnete die automatische Datenbank 1369 vollständig bearbeitete Fragebögen. 843 entsprachen den a-priori definierten Auswertungskriterien (volljährige Personen, gehörlos, keine fehlenden Angaben in wesentlichen Zielfragen). Häufigstes Ausschlusskriterium war ein anderer Hörstatus als Gehörlosigkeit. Die Kriterien wurden jedoch in dieser Form gewählt, damit möglichst alle ausgewerteten Fragebögen mit hoher Wahrscheinlichkeit von gebärdensprachkompetenten Gehörlosen ausgefüllt wurden.

Etwa die Hälfte der 831 Teilnehmer (45,1% bzw. 52,8%) schätzte trotz ausreichender Schulbildung ihre Lese- bzw. Schreibkompetenz als mäßig bis schlecht ein. Zeitdruck und Kommunikationsprobleme belasteten bei 66,7% und 71,1% der Teilnehmer bereits einmal einen Arztbesuch. Von 56,6% der Teilnehmer wurde angegeben, dass Hilflosigkeits- und Abhängigkeitsgefühle beim Arztbesuch auftraten. Falsche Diagnosen auf Grund von Kommunikationsproblemen wurden von 43,3% der Teilnehmer vermutet. 17,7% der Teilnehmer gaben an, sich bereits einmal aktiv um psychotherapeutische Unterstützung bemüht zu haben. Gebärdensprachkompetente Ärzte wären optimal um die Kommunikation zu verbessern, aber auch Dolmetscher spielen eine große Rolle in der Kommunikation. 31,4% der gehörlosen Teilnehmer gaben jedoch an, nicht über die aktuellen Regelungen zur Kostenübernahme bei Dolmetschereinsätzen informiert zu sein. Dies betraf besonders jüngere, wenig gebildete und stark auf die eigene Familie hin orientierte Gehörlose. Wesentliche geschlechtsspezifische Unterschiede konnten nicht festgestellt werden.

Diskussion:

Geht man von etwa 80.000 Gehörlosen in Deutschland aus, konnten mit der Mainzer Gehörlosen-Studie etwa 1% aller Betroffenen erreicht werden, wobei Selektionsverzerrungen zu diskutieren sind. Es ist anzunehmen, dass Personen, die nicht mit dem Internet vertraut sind, selten bis gar nicht teilgenommen haben. Hier könnten Gehörlose mit hohem Alter sowie möglicherweise mit niedriger Schreib- und Lesekompetenz besonders betroffen sein, ebenso könnten chronisch Kranke seltener teilgenommen haben. Eine Prüfung auf Repräsentativität war jedoch nicht möglich, da die Grundgesamtheit der Gehörlosen mit sozioökonomischen Eckdaten nicht bekannt ist.

Die dargestellten Ergebnisse weisen erstmalig bei einem großen Studienkollektiv Problembereiche in der medizinischen Versorgung von Gehörlosen in Deutschland auf:

Gehörlose Patienten laufen Gefahr, ihren Arztbesuch durch vielfältige Kommunikationsbarrieren und Missverständnisse als Zumutung zu erleben. Eine Informationskampagne unter Ärzten könnte helfen, diese Situation zu verbessern. Dolmetscher können die Kommunikation zwischen Arzt und Patient enorm verbessern, die gesetzlich geregelte Kostenübernahme funktioniert dabei in der Regel auch problemlos. Allerdings gibt es noch viele Gehörlose, die nicht über die Regelungen zur Dolmetscherunterstützung informiert sind und die Dienste entsprechend nicht nutzen können. Hier muss es weitere Bemühungen geben, die Gehörlosen aufzuklären, um ihnen eine barrierefreie Nutzung von gesundheitsbezogenen Leistungen zu ermöglichen.

6 Literaturverzeichnis

- [1] Ullmann, Oliver. *Nackte Wahrheit statt geschöner Zahlen - Die erste "amtliche" Gehörlosen-Statistik*; 2008. 2008 Dec 12 [zitiert am 2009 Jan 27]. Verfügbar unter: URL: online nicht mehr verfügbar.
- [2] Deutscher Gehörlosen-Bund e.V., *FAQ*; 2008. 2008 Sep 4 [zitiert am 2010 Feb 16]. Verfügbar unter: URL:<http://www.gehoerlosen-bund.de/faq/faq.htm>.
- [3] Paulini A. *Hörgeschädigte Patienten: Ärztliche Behandlungszufriedenheit gehörloser schwerhöriger und ertaubter Patienten* [Hamburg, Univ., Diss., 2008]; 2008.
- [4] Leiß O. *Die Sprechstunde - Gedanken zur Praxis des ärztlichen Gespräches*. *Anaesthesist* 2007; 56(1):78–91.
- [5] Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. *Influence of context effects on health outcomes: a systematic review*. *The Lancet* 2001 Mar 10; 357(9258):757–62.
- [6] Martin LR, Williams SL, Haskard KB, Dimatteo MR. *The challenge of patient adherence*. *Ther Clin Risk Manag* 2005; 1(3):189–99.
- [7] Jin J, Sklar GE, Min Sen Oh V, Chuen Li S. *Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective*. *Ther Clin Risk Manag* 2008; 4(1):269–86.
- [8] Bochnik HJ, Demisch K, Gärtner-Huth C, Huth CG. *Sprechende Allgemeinmedizin: Personale Orientierung und psychiatrische Praxis*. Köln: Dt. Ärzte-Verl.; 1989.
- [9] Platon, Martens E. *Charmides: Griechisch und Deutsch*. Bibliogr. erg. Ausg. Stuttgart: Reclam; 2000.
- [10] Alich G. *Zur Erkennbarkeit von Sprachgestalten beim Ablesen vom Munde* [Bonn, Phil. F., Diss. v. 25. Jan. 1961]. Bonn; 1961.
- [11] Kiese-Himmel C, Ohlwein S. *Evaluation des Spracherwerbs bei Kindern mit sensorineuralen Hörstörungen*. *HNO* 2002; 50(1):48–54.
- [12] Krammer K. *Schriftsprachkompetenz gehörloser Erwachsener*. Klagenfurt; 2001. (Veröffentlichungen des Forschungszentrums für Gebärdensprache und Hörgeschädigtenkommunikation der Universität Klagenfurt; vol 3).

- [13] Szagun G. *Wie Sprache entsteht: Spracherwerb bei Kindern mit normalem und beeinträchtigtem Hören*. Weinheim: Beltz; 2001. (Beltz-Taschenbuch; vol 103).
- [14] Musselman C. *How Do Children Who Can't Hear Learn to Read an Alphabetic Script? A Review of the Literature on Reading and Deafness*. J Deaf Stud Deaf Educ 2000; 5(1):9–31.
- [15] § 17 Absatz 2 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - (Artikel 1 des Gesetzes vom 11. Dezember 1975, BGBl I S. 3015), das zuletzt durch Artikel 7 Absatz 5 des Gesetzes vom 7. Juli 2009 (BGBl. I S. 1707) geändert worden ist.
- [16] § 19 Absatz 1 Satz 2 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - Sozialverfahren und Sozialdatenschutz - (Artikel 1 des Gesetzes vom 18. August 1980, BGBl. I S. 1469 und Artikel 1 des Gesetzes vom 4. November 1982, BGBl. I S. 1450) in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. Januar 2001 (BGBl. I S. 130), das zuletzt durch Artikel 4 Absatz 15 des Gesetzes vom 29. Juli 2009 (BGBl. I S. 2258) geändert worden ist.
- [17] Bubbico L, Rosano A, Spagnolo A. *Prevalence of prelingual deafness in Italy*. Acta Otorhinolaryngol Ital 2007; 27(1):17–21.
- [18] Connolly JL, Carron JD, Roark SD. *Universal newborn hearing screening: are we achieving the Joint Committee on Infant Hearing (JCIH) objectives?* Laryngoscope 2005; 115(2):232–6. Verfügbar unter: URL:doi:10.1097/01.mlg.0000154724.00787.49.
- [19] Caritasverband für Stadt und Landkreis Fulda e.V. Fachbereich Hörgeschädigtenhilfe. *Konzeption - Sozialdienst für Gehörlose Caritasverband für Stadt und Landkreis Fulda e.V. Fachbereich Hörgeschädigtenhilfe*; 2000. 2009 Mar 1 [zitiert am 2010 Feb 16].
- [20] Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie. *S2-Leitlinie Phoniatrie und Pädaudiologie: Periphere Hörstörungen im Kindesalter Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie*; 2005. 2005 [zitiert am 2010 Feb 16]. Verfügbar unter: URL:<http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/049-010I.htm>.
- [21] Bierwagen M, Fischer R, Müller R. *Geschichte der Gehörlosen und der Gehörlosenbildung*. DAS ZEICHEN 1997; (39) [zitiert am 2010 Feb 16].

- Verfügbar unter: URL:<http://www.sign-lang.uni-hamburg.de/personal/personen/renate-fischer/bierwagen%20et%20al.39.pdf>.
- [22] Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung. *Gebärdensprach-Filme im Internet*; 2004. 2004 Apr 29 [zitiert am 2010 Feb 23]. Verfügbar unter: URL:<http://db02.bmgs.de/UmfrageGebaerdenvideos.pdf>.
- [23] COMM/EAC *Europa: ein Kontinent mit vielen Gebärdensprachen*; 2010. 2010 Feb 17 [zitiert am 2010 Feb 23]. Verfügbar unter: URL:http://ec.europa.eu/education/languages/languages-of-europe/doc189_de.htm.
- [24] Binggeli T, Lussi A, Zimmerli B. *The deaf patient - information for a barrier-free conversation with patients in dentistry*. Schweiz Monatsschr Zahnmed 2009; 119(8):795–806.
- [25] McAleer M. *Communicating effectively with deaf patients*. Nurs Stand; 20(19):51–4.
- [26] RNID. *Information and resources: Communicating better: Tips for hearing people*; 2004. 2004 Oct 12 [zitiert am 2010 Feb 16]. Verfügbar unter: URL:http://www.rnid.org.uk/information_resources/communicating_better/tips_for_hearing_people/.
- [27] Meyer B. *Dolmetschen im medizinischen Aufklärungsgespräch: Eine diskursanalytische Untersuchung zur Wissensvermittlung im mehrsprachigen Krankenhaus* [Univ., Diss.--Hamburg, 2003.]. Münster: Waxmann; 2004. (Mehrsprachigkeit; vol 13).
- [28] Fellingner J, Holzinger D, Schoberberger R, Lenz G. *Psychosoziale Merkmale bei Gehörlosen Daten aus einer Spezialambulanz für Gehörlose*. Der Nervenarzt 2005; 76(1) [zitiert am 2010 Feb 20]:43–51. Verfügbar unter: URL:<http://www.springerlink.com/content/ur9jwl73v5cceb1g/fulltext.pdf>.
- [29] Fellingner J, Holzinger D, Dobner U, Gerich J, Lehner R, Lenz G et al. *Mental distress and quality of life in a deaf population*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2005; 40(9):737–42. Verfügbar unter: URL:<http://www.springerlink.com/content/x54603640g343m40/>.
- [30] Barlow JH, Turner AP, Hammond CL, Gailey L. *Living with late deafness: insight from between worlds*. Int J Audiol 2007; 46(8):442–8.

- [31] Statistisches Bundesamt. *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Bevölkerung mit Migrationshintergrund [Ergebnisse des Mikrozensus 2008]*; 2010. (Fachserie 1 Reihe 2.2).
- [32] Pädagogische Hochschule Heidelberg *Information für gehörlose und schwerhörige Menschen mit zusätzlichen Handicaps* [zitiert am 2010 Jul 12]. Verfügbar unter: URL:<http://imhplus.de/>.
- [33] Institut für Deutsche Gebärdensprache und Kommunikation Gehörloser. *Allgemeines Gebärdenwörterbuch* [zitiert am 2008 Jan 03]. Verfügbar unter: URL: <http://www.sign-lang.uni-hamburg.de/alex/index.html>

7 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Unterschiedliche Begriffe im Bezug auf Menschen ohne Hörvermögen.....	6
Tabelle 2: Transkription, Kürzung und Abstraktion anhand einer beispielhaften Interviewpassage.....	13
Tabelle 3: Herleitung der Variablen "Altersgruppe" und "Wohnumfeld"	27
Tabelle 4: Kategorisierung der in der binären logistischen Regressionsanalyse verwendeten Variablen „Partnerschaft“, „Berufstätigkeit“, „Bildung“ und „bevorzugte Informationsquelle“	28
Tabelle 5: Altersverteilung innerhalb der Teilnehmer der Mainzer GL-Studie	47
Tabelle 6: sozioökonomische Variablen des Kollektivs der Mainzer GL-Studie.....	49
Tabelle 7: Schrift- und Lautsprachkompetenz des Studienkollektivs.....	50
Tabelle 8: generelle Zufriedenheit der Studienteilnehmer mit der ambulanten und stationären Versorgung.....	51
Tabelle 9: Charakteristika der Arzt-Patienten-Beziehung (bezogen auf den letzten Arztbesuch).....	52
Tabelle 10: Charakteristika der Arzt-Patienten-Beziehung (bezogen auf alle Arztbesuche).....	53
Tabelle 11: Wünsche der Studienteilnehmer in Bezug auf die Ärzteschaft.....	54
Tabelle 12: Nutzung von verschiedenen Informationsquellen durch die Studienteilnehmer.....	55
Tabelle 13: Bedarf an und Verfügbarkeit von Psychotherapien.....	56
Tabelle 14: Wartezeiten und Entfernungen zur Psychotherapie (auf Grund geringer Fallzahl nicht nach Geschlechtern stratifiziert).....	56
Tabelle 15: Kenntnis der Studienteilnehmer über die Sozialgesetzgebung.....	57
Tabelle 16: Nutzung von Dolmetschern in Abhängigkeit vom Wissen über die Gesetzgebung.....	58
Tabelle 17: Zusammenhang zwischen Nutzung von Dolmetschern und Schrift- bzw. Lautsprachkompetenz bei Gehörlosen mit Wissen um die Sozialgesetzgebung.....	58
Tabelle 18: Faktoren, die mit einer Unkenntnis der Sozialgesetzgebung bezüglich der Dolmetscherkostenerstattung einhergehen.....	60

8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Überblick über den Untersuchungsablauf.....	8
Abbildung 2: Schema der Interviewaufarbeitung zur Inhaltsanalyse.....	11
Abbildung 3: Fragetyp "Ja/Nein".....	20
Abbildung 4: Fragetyp "Skala".....	21
Abbildung 5: Fragetyp "Liste".....	22
Abbildung 6: Fragetyp "Textfeld".....	23
Abbildung 7: Arbeitsschritte bei der Erstellung der Fragen in Gebärdensprache.....	24
Abbildung 8: Übersicht über das Kategoriensystem zur Interviewauswertung.....	31
Abbildung 9: Festlegung des Studienkollektivs.....	46

9 Anhang

9.1 Interviewleitfaden für die qualitativen Experteninterviews

Einleitung

- ▶ (Vorstellung, Dank, Einverständnis zur Aufzeichnung)
- ▶ Welche Tätigkeit üben Sie in innerhalb der Beratungsstelle aus?
- ▶ Über welche Erfahrung verfügen Sie speziell im Umgang mit Gehörlosen?

Allgemeines

- ▶ **Zielfrage: Wie schätzen Sie - ganz allgemein - die Zufriedenheit der Gehörlosen mit der medizinischen Versorgung ein? (Status quo)**
- ▶ Welche anderen Bevölkerungsgruppen beraten Sie in medizinischen Dingen?
- ▶ Wie finden die Gehörlosen Kontakt zu Ihnen bzw. Ihrer Institution?
- ▶ Wie groß ist das Beratungsaufkommen?
- ▶ Welche Arten der Gehörlosigkeit stehen im Vordergrund?
- ▶ Welche Betreuungsmöglichkeiten bieten Sie?
- ▶ Wie viele Gehörlose gibt es im Einzugsbereich?
- ▶ **Zielfrage: Welche Probleme tauchen in der Beratung gehäuft auf?**
- ▶ Können Sie eine Aussage dazu treffen, wo sich Gehörlose am liebsten medizinischen Rat einholen? (Internet, Freunde, Arzt)

Arztbesuch

- ▶ Wie wird der Arzt ausgesucht?
- ▶ Wen nehmen die Gehörlosen - wenn überhaupt - mit zum Arzt?
- ▶ Gibt es nennenswerte Kommunikationsschwierigkeiten (z.B. bei der Terminvergabe etc.)
- ▶ Wie häufig wird ein beruflicher Dolmetscher bestellt, und wer bestellt den Dolmetscher?
- ▶ Wie kurzfristig kann ein Dolmetscher reagieren?
- ▶ Wie gut funktioniert die Zusammenarbeit mit den beruflichen Dolmetschern?
- ▶ Gibt es Dolmetscher mit spezieller Erfahrung im medizinischen Bereich?
- ▶ Ist die Finanzierung der Dolmetscher, wie sie das SGB IX vorsieht, zufrieden stellend umgesetzt?
- ▶ Hat sich seit der Einführung der Zuzahlungsverpflichtung (10 Euro Praxisgebühr, Medikamentenzuzahlungen) das Inanspruchnahmeverhalten von medizinischen Leistungen verändert?

Gesundheitssystem

- ▶ **Zielfrage: Sehen sie einen Verbesserungsbedarf in der medizinischen Versorgung von Gehörlosen bzw. im Gesundheitssystem?**
- ▶ Gab es negative oder positive Veränderungen in den letzten Jahren?
- ▶ Gibt es besondere Schwierigkeiten im ambulanten Sektor (Hausarzt) oder im stationären Sektor (Krankenhaus etc.) oder ähneln sich die Probleme?
- ▶ Gibt es besondere Probleme bei der medizinischen Versorgung von nicht-selbstständigen Personen im Haushalt (z.B. Kinder, pflegebedürftige Eltern)?

Studiendesign

- ▶ **Zielfrage: Haben Sie eine gute Idee, wie man die Gehörlosen im Rahmen einer Studie erreichen kann? Welchen Weg würden Sie wählen, um eine quantitative Befragung von Gehörlosen durchzuführen?**
- ▶ Würde ein Fragebogen angenommen und beantwortet werden?
- ▶ Auf welchem sprachlichen Niveau sollte sich der Fragebogen bewegen?
- ▶ Können Sie sich vorstellen, uns bei der Erstellung eines Fragebogens zu helfen, in dem Sie ihn zum Beispiel abschließend auf Verständlichkeit prüfen?

weitere Fragen

- ▶ **Zielfrage: Welche anderen Experten sollten noch zu dem Thema befragt werden?**
- ▶ Gibt es etwas zu dem Thema „Gehörlose im Gesundheitssystem“, über das Sie gerne noch sprechen würden?
- ▶ Dürfen Ihr Name und Ihre Adresse in der Doktorarbeit genannt werden?

9.2 Fragenkatalog für die quantitativen Umfrage

Lfd. Nr. (#)	Ebene	Bedingung	Fragentext	Fragentyp	Ausprägung	Bedeutung
1	1		Bist Du männlich oder weiblich?	Liste	1 2	männlich weiblich
2	1		In welchem Jahr bist Du geboren?	Textfeld	varchar	Geburtsjahr
3	1		Wohnst Du in einer Stadt oder auf dem Land?	Liste	1 2	Stadt Land
4	2	#3 = 1	Wohnst Du in einer großen Stadt oder einer kleinen Stadt	Liste	1 2	große Stadt (> 100.000) kleine Stadt (< 100.000)
5	1		Bist Du gehörlos, spät ertaubt oder schwerhörig?	Liste	1 2 3	gehörlos spät ertaubt schwerhörig
6	2	#5 = 2	Wann bist Du ertaubt?	Textfeld	varchar	Jahr der Ertaubung
7	1		Hast Du ein Hörgerät oder ein CI?	Liste	1 2 3	Ja, Hörgerät Ja, CI Nein
8	2	#7 = 3	Hättest Du gerne ein Hörgerät oder ein CI?	Liste	1 2 3	Ja, Hörgerät Ja, CI Nein
9	2	#7 OR #8 = 1	Hast Du Schwierigkeiten Dein Hörgerät zu bezahlen?	Ja/Nein	1 2	Ja Nein
10	1		Bei Hörgeräten muss man einen Teil selbst bezahlen, CIs werden komplett von der Krankenkasse bezahlt. Ärgert dich das?	Ja/Nein	1 2	Ja Nein
11	1		Wie bist Du krankenversichert?	Liste	1 2 3	gesetzlich privat nicht versichert
12	1		Wie gesund fühlst Du Dich jetzt in diesem Moment?	Skala	1 2 3	positiv neutral negativ

13	1		Wie gut weißt Du über das Thema Gesundheit bescheid?	Skala	1 2 3	positiv neutral negativ
14	1		Achtest Du auf gesunde Ernährung?	Skala	1 2 3	positiv neutral negativ
15	1		Wo holst Du Dir Informationen zum Thema Gesundheit?	Liste (Mehrfach- auswahl)	0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1	Internetforen - Internetforen + medizinische Homepages - medizinische Homepages + Vorträge für Gehörlose - Vorträge für Gehörlose + Freunde/Bekannt - Freunde/Bekannt + Familie - Familie + Arzt - Arzt + kein Interesse an Informationen - kein Interesse an Informationen +
16	1		Gibt es in Deiner Umgebung spezielle Angebote für Gehörlose, um Informationen über das Thema Gesundheit zu bekommen? Zum Beispiel: Vorträge, Gesundheitsberatung, Präventionskurse, spezielle Kochkurse...	Ja/Nein	1 2	Ja Nein
17	2	#16 = 1	Hast du an solchen Veranstaltungen schon teilgenommen?	Ja/Nein	1 2	Ja Nein
18	2	#16 = 2	Würdest Du an solchen Veranstaltungen teilnehmen, wenn es sie geben würde?	Liste	1 2 3	Ja Nein Ich weiß nicht
19	1		Wie groß bist Du?	Textfeld	varchar	Größe in cm
20	1		Wie schwer bist Du?	Textfeld	varchar	Gewicht in kg
21	1		Kennst Du die "Härtefallregelung" im Gesundheitssystem?	Ja/Nein	1 2	Ja Nein

22	2	#21 = 1	Weißt Du, wo man die Härtefallregelung beantragen kann?	Liste		1 2 3 4 5	Arzt Landesministerium Gesundheitsamt Krankenkasse Ich weiß nicht
23	1		Warst Du im letzten Jahr mindestens eine Nacht oder auch länger in einem Krankenhaus?	Ja/Nein		1 2	Ja Nein
24	2	#23 = 1	Wie oft musstest Du ins Krankenhaus?	Textfeld	varchar		Anzahl der Krankenhausbesuche < 1 Jahr
25	2	#23 = 1	Wie viele Nächte hast Du insgesamt im letzten Jahr im Krankenhaus verbracht?	Textfeld	varchar		Nächte im Krankenhaus < 1 Jahr
26	1		Wenn Du an Deinen letzten Krankenhausaufenthalt zurückdenkst: Wie zufrieden warst Du insgesamt mit der Behandlung?	Skala		1 2 3	positiv neutral negativ
27	1		Warst Du in den letzten drei Monaten beim Hausarzt oder bei einem Facharzt?	Ja/Nein		1 2	Ja Nein
28	2	#27 = 1	Wie oft warst Du in den letzten drei Monaten beim Hausarzt oder bei einem Facharzt?	Textfeld	varchar		Anzahl der Hausarztbesuche < 3 Monate
29	1		Wenn Du jetzt an Deinen letzten Arztbesuch zurückdenkst (auch wenn er länger als drei Monate her ist): Wie zufrieden warst Du insgesamt mit dem Arztbesuch?	Skala		1 2 3	positiv neutral negativ
30	1		War ein Dolmetscher beim letzten Arztbesuch dabei?	Ja/Nein		1 2	Ja Nein
31	2	#30 = 1	Wer hat den Dolmetscher für den Arztbesuch bestellt?	Liste		1 2 3	Ich der Arzt jemand anderes
32	1		Hat sich bei Deinem letzten Arztbesuch der Arzt genug Zeit für Dich genommen?	Skala		1 2 3	positiv neutral negativ
33	1		Hast Du gut verstanden, was der Arzt gesagt hat?	Skala		1 2 3	positiv neutral negativ
34	1		Hat der Arzt versucht, sich Deinem Kommunikationsniveau anzupassen?	Skala		1 2 3	positiv neutral negativ

35	1		Welche Kommunikationshilfen würdest Du Dir vom Arzt wünschen	Liste (Mehrfach- auswahl)	0 1 0 1 0 1 0 1	Aufschreiben - Aufschreiben + deutliches Mundbild - deutliches Mundbild + Fingeralphabet - Fingeralphabet + Gebärdensprache - Gebärdensprache +
36	2	#35 = 1	Findest Du, dass die Kommunikationshilfen, die Du eben ausgewählt hast, von den Ärzten genug benutzt werden?	Skala	1 2 3	positiv neutral negativ
37	1		Hattest Du bei einem Arztbesuch schon einmal das Gefühl, dass Du hilflos und abhängig bist?	Ja/Nein	1 2	Ja Nein
38	1		Hast Du schon einmal so getan, als hättest Du alles verstanden, obwohl Du noch Fragen hattest, weil Du nicht dumm aussehen oder dem Arzt lästig sein wolltest?	Ja/Nein	1 2	Ja Nein
39	1		Hattest Du schon einmal das Gefühl, dass eine falsche Diagnose gestellt wurde, weil der Arzt Dich nicht verstanden hat?	Ja/Nein	1 2	Ja Nein
40	1		Wurdest Du von einem Arzt schon einmal nicht ernst genommen oder respektlos behandelt?	Ja/Nein	1 2	Ja Nein
41	1		Bist Du schon einmal nicht zum Arzt gegangen, obwohl Du krank warst und einen Arzt gebraucht hättest?	Ja/Nein	1 2	Ja Nein
42	2	#41 = 1	Was war der Grund?	Liste	1 2 3 4 5	Weil ich Angst hatte, dass ich vom Arzt nicht verstanden werden Weil der Aufwand wegen meiner Gehörlosigkeit zu groß ist Weil ich nicht wusste, dass meine Krankheit schlimm sein könnte Weil ich die 10 Euro Praxisgebühr nicht bezahlen konnte oder wollte aus einem anderen Grund

43	1	Hast Du aus Geldmangel schon einmal ein Medikament nicht gekauft, obwohl es der Arzt verschrieben hat?	Ja/Nein	1 2	Ja Nein
44	1	Woher kennst Du Deinen Hausarzt?	Liste	1 2 3 4 5 6	Eltern Tipp von Gehörlosen Telefonbuch Internet Sonstiges Ich habe keinen Hausarzt
45	1	Ist es wichtig, dass der Arzt ein Faxgerät besitzt?	Skala	1 2 3	positiv neutral negativ
46	1	Ist es wichtig, dass der Arzt eine E-Mail-Adresse hat?	Skala	1 2 3	positiv neutral negativ

					0	Nein -
					1	Nein +
					0	Ja, der Arzt hat oft keinen Termin frei -
					1	Ja, der Arzt hat oft keinen Termin frei +
					0	Ja, mein Dolmetscher oder meine Begleitperson hat oft keinen Termin frei -
					1	Ja, mein Dolmetscher oder meine Begleitperson hat oft keinen Termin frei +
47	1		Hast Du oft Probleme, einen Termin beim Arzt zu bekommen?	Liste (Mehrfachauswahl)	0	Ja, Ärzte haben oft Vorurteile mit Dolmetschern zusammenzuarbeiten -
					1	Ja, Ärzte haben oft Vorurteile mit Dolmetschern zusammenzuarbeiten +
					0	Ja, weil die Kommunikation bei der Terminvergabe oft nicht gut klappt -
					1	Ja, weil die Kommunikation bei der Terminvergabe oft nicht gut klappt +
					0	Ja, aus einem anderen Grund -
					1	Ja, aus einem anderen Grund +
48	1		Hast Du schon einmal probiert, einen Platz für eine Psychotherapie zu bekommen?	Ja/Nein	1	Ja
					2	Nein
49	2	#48 = 1	Hast Du einen Platz bekommen?	Ja/Nein	1	Ja
					2	Nein
50	3	#49 = 1	Wie lange hast Du gesucht und gewartet, bist Du einen Platz bekommen hast?	Textfeld	varchar	Monate
51	3	#49 = 1	Wie weit war die Psychotherapie ungefähr von Deinem Wohnort entfernt?	Textfeld	varchar	Kilometer

52	1		Hast Du gewusst, dass es seit dem 01.07.2001 ein Gesetz gibt, in dem steht, dass die Krankenkassen einem Gehörlosen den Dolmetscher für einen Arztbesuch bezahlen müssen?	Ja/Nein	1 2	Ja Nein
53	2	#30 = 2	Hast Du schon einmal einen Dolmetscher mit zum Arzt genommen?	Ja/Nein	1 2	Ja Nein
54	1		Hast Du schon einmal ein Familienmitglied oder einen Freund als Übersetzer mit zum Arzt genommen?	Ja/Nein	1 2	Ja Nein
55	1		Bist Du schon einmal alleine zum Arzt gegangen?	Ja/Nein	1 2	Ja Nein
56	1		Wenn Du wählen müsstest: Was wäre Dir bei einer Begleitung zum Arzt wichtiger?	Liste	1 2	Dass ich die Person gut kenne (z.B. Familienmitglied) Dass die Person gut gebärden kann (z.B. Dolmetscher)
57	1		Macht es dabei einen Unterschied, was Du für eine Erkrankung hast? Wen würdest Du zum Beispiel bei einer Erkältung mitnehmen?	Liste	1 2 3	Die Person, die ich gut kenne Die Person, die gut gebärdet Niemanden
58	1		Wen würdest Du bei einer schlimmen oder schwerwiegenden Erkrankung mitnehmen?	Liste	1 2 3	Die Person, die ich gut kenne Die Person, die gut gebärdet Niemanden
59	2	#30 OR #53 = 1	Wie fühlst Du Dich, wenn Du mit dem Arzt über persönliche und intime Dinge sprechen willst, wenn ein Dolmetscher dabei ist?	Skala	1 2 3	positiv neutral negativ
60	2	#54 = 1	Wie fühlst Du Dich, wenn Du mit dem Arzt über persönliche und intime Dinge sprechen willst, wenn ein Familienmitglied oder ein Freund daneben sitzt?	Skala	1 2 3	positiv neutral negativ
61	1		Was war die längst Zeit, die Du im Notfall auf einen Dolmetscher gewartet hast?	Liste	1 2 3 4 5 6 7	Ich hatte noch keinen Notfall bis 1 Stunde 1-2 Stunden 2-6 Stunden 6-12 Stunden 12-24 Stunden über 24 Stunden

62	2	#30 OR #53 = 1	Wie gut kann man im Notfall einen Dolmetscher erreichen?	Skala	1 2 3	positiv neutral negativ
63	2	#30 OR #53 = 1	Klappt die Bezahlung der Dolmetscher durch die Krankenkassen ohne Probleme?	Skala	1 2 3	positiv neutral negativ
64	2	#30 OR #53 = 1	Ist es wichtig, dass immer derselbe Dolmetscher kommt?	Ja/Nein	1 2	Ja Nein
65	2	#30 OR #53 = 1	Soll der Dolmetscher neutral sein und sich nicht selbst am Gespräch beteiligen, sondern wirklich nur dolmetschen, oder sollte der Dolmetscher auch seine eigenen Ideen und Gedanken äußern.	Liste	1 2	nur dolmetschen auch beteiligen
66	1		Findest Du, es sollte solche Dinge wie Narkoseaufklärungsbögen oder Aufklärungen über Operationen auch in einfacher Sprache geben?	Ja/Nein	1 2	Ja Nein
67	1		Findest Du, es sollte solche Dinge wie Narkoseaufklärungsbögen oder Aufklärungen über Operationen auch in Gebärdensprache geben?	Ja/Nein	1 2	Ja Nein
68	1		Einige Leute sagen, dass die Gebärdensprache eines Tages überflüssig wird, weil es jetzt das CI (Cochlea-Implant) gibt. Glaubst Du das auch?	Liste	1 2 3	Ja Nein Ich weiß nicht
69	1		Wie gut kannst Du lesen?	Skala	1 2 3	positiv neutral negativ
70	1		Wie gut kannst Du schreiben?	Skala	1 2 3	positiv neutral negativ
71	1		Wie gut kannst Du Lautsprache verstehen?	Skala	1 2 3	positiv neutral negativ
72	1		Wie gut kannst Du Lautsprache sprechen?	Skala	1 2 3	positiv neutral negativ
73	1		Ist Deine Hörbehinderung eine anerkannte Schwerbehinderung?	Liste	1 2 varchar	Ja Nein / Ich weiß nicht Grad der Behinderung

74	2	#73 = 1	War es einfach, einen Schwerbehindertenausweis für die Gehörlosigkeit ausgestellt zu bekommen?	Skala	1 2 3	positiv neutral negativ
75	2	#73 = 1	Weißt Du welche "Merkzeichen" in Deinem Schwerbehindertenausweis stehen?	Ja/Nein	1 2	Ja Nein
					0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1	1. Klasse - 1. Klasse + außergew. Gehbehind. - außergew. Gehbehind. + Blindheit - Blindheit + erhebliche Gehbehinderung - erhebliche Gehbehinderung + Gehörlosigkeit - Gehörlosigkeit + Hilflosigkeit - Hilflosigkeit + Rundfunkgebühren befreit - Rundfunkgebühren befreit + mit Begleitung - mit Begleitung +
76	3	#75 = 1	Welche Merkzeichen stehen in Deinem Schwerbehindertenausweis?	Liste (Mehrfachauswahl)	0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1	ohne Abschluss (Schule abgebrochen) noch Schüler Förderschule/Sonderschule Hauptschule Realschule Gymnasium/Abitur Ja, Vollzeit Ja, Teilzeit Nein, aber ich suche Arbeit Nein, ich bin Schüler, Hausfrau, Rentner, Student...
77	1		Welchen Schulabschluss hast Du?	Liste	1 2 3 4 5 6	ohne Abschluss (Schule abgebrochen) noch Schüler Förderschule/Sonderschule Hauptschule Realschule Gymnasium/Abitur
78	1		Bist Du berufstätig?	Liste	1 2 3 4	Ja, Vollzeit Ja, Teilzeit Nein, aber ich suche Arbeit Nein, ich bin Schüler, Hausfrau, Rentner, Student...

79	1	Wie ist Dein Familienstand?	Liste	1 2 3 4 5 6	ledig feste Partnerschaft verheiratet verwitwet geschieden getrennt lebend
80	1	Leben bei Dir Kinder unter 18 Jahren im Haushalt?	Ja/Nein	1 2	Ja Nein
81	1	Hast Du hörende Angehörige, die gut Gebärdensprache sprechen	Liste	1 2 3 4 5	Ja, eine Person Ja, zwei Personen Ja, drei Personen Ja, vier Personen oder mehr Nein
82	1	Wie viele Personen wohnen (außer Dir) noch im Haushalt?	Liste	1 2 3 4 5	eine Person zwei Personen drei Personen vier Personen Niemand
83	1	Sind Umfragen im Internet mit Gebärdenvideos eine gute Methode, um Meinungen von Gehörlosen zu verschiedenen Themen zu erfragen?	Skala	1 2 3	positiv neutral negativ
84	1	Hättest Du auch an der Umfrage teilgenommen, wenn der Fragebogen nur in Schriftsprache wäre?	Liste	1 2 3	Ja Nein Ich weiß nicht
85	1	Wie würdest Du diese Umfrage bewerten?	Skala	1 2 3	positiv neutral negativ
86	2	#85 ≠ 1 Was hat Dich an der Umfrage gestört	Liste (Mehrfach- auswahl)	1 2 3 4	zu lang zu persönlich zu kompliziert anderer Grund

9.3 Drehbuchtext des Informationsvideos

Begrüßung

- Hallo und herzlich willkommen!
- Wir freuen uns, dass Du Interesse an dieser Studie hast!
- Die Studie ist nur mit der Unterstützung der Gehörlosenverbände und Internetplattformen möglich. Ohne diese Hilfe würde es diese Studie nicht geben. Wir bedanken uns darum sehr für die Unterstützung!
- Vorher wollen wir Dir aber alle wichtigen Informationen über diese Studie geben.

Wer steckt hinter der Umfrage?

- Wir sind vom Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin an der Universität in Mainz.
- Verantwortlich für die Studie ist der Medizinstudent Johannes Till Höcker, der leider nur wenig Gebärdensprache spricht (kurze persönliche Vorstellung).

Ziel der Studie

- Die Umfrage soll herausfinden:
 1. Wie Gehörlose über das Thema Gesundheit bescheid wissen.
 2. Ob die Gehörlosigkeit den Besuch beim Arzt beeinflusst. Vielleicht hat Dich der Arzt ja schon einmal überhaupt nicht verstanden und schlimmstenfalls sogar eine falsche Diagnose gestellt?
 3. Wie die Ärzte am besten mit Gehörlosen umgehen sollen, zum Beispiel durch aufschreiben, einfaches erklären oder mit Hilfe von Dolmetschern.
- Wichtige Themen sind dabei Gesundheit allgemein, das Gespräch mit dem Arzt und die Zusammenarbeit mit Dolmetschern
- Mit den Ergebnissen sollen Ideen und Maßnahmen gefunden werden, um gehörlosen Menschen eine optimale Gesundheitsfürsorge zu ermöglichen
- Insgesamt sollen so viele Gehörlose wie möglich befragt werden. Die Umfrage wird mehrere Monate lang im Internet laufen.
- Mitmachen kann jeder, der Gebärdensprache spricht. Das Alter ist egal

Warum soll ich teilnehmen?

- Um die genannten Ziele zu erreichen, brauchen wir die Unterstützung von möglichst vielen Gehörlosen.
- Wir können dann hoffentlich die Situation von Gehörlosen im Gesundheitssystem verbessern
- Alle Teilnehmer werden nur einmal befragt, es gibt keine weiteren Aktionen oder Kontaktaufnahmen von uns.
- Wir brauchen von den Gehörlosen Angaben über ihre jetzige Gesundheit, ihre Lebensumstände und ihre Erfahrungen beim Arztbesuch mit oder ohne Dolmetscher.

Wie kann ich teilnehmen?

- Wenn Du teilnehmen möchtest, fülle einfach den folgenden Online-Fragebogen aus.
- Alle Fragen gibt es als Gebärdensprachvideo
- Das Ausfüllen des Fragebogens dauert etwa 30 bis 45 Minuten
- Die Teilnahme an der Studie ist absolut freiwillig! Wer nicht teilnehmen möchte, hat dadurch keinen Nachteil.

- Du kannst die Umfrage auch abbrechen, wenn Du während des Ausfüllens lieber doch nicht teilnehmen möchtest.

Wie funktioniert die Umfrage?

- Es gibt vier Arten von Fragen:
 1. Einfache „Ja oder Nein“-Fragen
 2. Fragen, bei denen Du eine Zahl eintragen musst (z.B. das Geburtsjahr)
 3. Fragen, bei denen Du angeben musst, wie gut oder schlecht Du etwas findest. Bei diesen Fragen kann man einen Smiley auswählen. Lachen bedeutet Gut, weinen bedeutet schlecht. Der neutrale Smiley heißt: so Mittel
 4. Fragen, bei denen Du eine oder mehrere Aussagen ankreuzen musst, die für dich zutreffen. Die Aussagen sind alle im Gebärdensprachvideo erklärt.

Was geschieht mit meinen Angaben?

- Die Daten werden anonym erfasst! Es werden keine Namen oder Adressen und auch keine Computer-IPs oder E-Mail-Adressen abgefragt oder gespeichert!
- Niemand wird später wissen, von wem die Antworten gegeben wurden
- In der Auswertung werden die Aussagen von allen Teilnehmern zusammengefasst. Das bedeutet: Im Ergebnis wird nur gesagt, dass eine Anzahl von Gehörlosen das und das angegeben hat. Es wird nicht von Einzelnen die Rede sein.
- Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, die Vorschriften des Datenschutzes werden strikt eingehalten.

Und wenn ich noch Fragen habe?

Schreib einfach eine E-Mail an gl-umfrage@gmx.de. Wir stehen gerne zur Verfügung!

- Wenn Du keine weiteren Fragen hast und an der Studie teilnehmen möchtest, kannst Du jetzt mit dem Fragebogen beginnen. Klicke dazu auf das Wort: „weiter“.
- Wenn Du später teilnehmen möchtest, kannst Du einfach hierher zurückkommen und dieses Video überspringen, in dem Du gleich auf den Knopf „weiter“ klickst.

9.4 Institutsbrief zur Bekanntmachung der Mainzer GL-Studie

Sozialmedizinische Befragung zur Qualitätsbeschreibung der gesundheitlichen und ärztlichen Versorgung von gehörlosen Personen

Sehr geehrte Damen,

sehr geehrte Herren,

das Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz untersucht derzeit in einer wissenschaftlichen Studie die Situation von gehörlosen Bürgerinnen und Bürgern in der gesundheitlichen und ärztlichen Versorgung. Ziel ist es, Defizite im Versorgungssystem und im Gesundheitsverhalten zu erkennen und eine Optimierung herbeizuführen.

Zu diesem Zweck haben wir einen internetbasierten Fragebogen mit Gebärdensprachvideos entwickelt, den wir nun gerne unter den Gehörlosen bekannt machen wollen. Dazu sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen und möchten sie herzlich bitten, die Umfrage zu unterstützen!

Inhaltlich geht es um sozialmedizinische Aspekte. Themenschwerpunkte sind Gesundheitsverhalten, Schwierigkeiten beim Arztbesuch und die Zusammenarbeit mit Dolmetschern. Die Umfrage richtet sich in erster Linie an Personen jeden Alters, die überwiegend mittels Gebärdensprache kommunizieren. Dabei ist egal, ob die Person von Geburt an gehörlos, spät ertaubt oder schwerhörig ist.

Im Zeitraum vom 01.02.2009 bis 31.03. 2009 sollen möglichst viele hörgeschädigte Bürgerinnen und Bürger zu ihren Erfahrungen und Wünschen befragt werden. Die Umfrage ist ab dem 01.02.2009 unter der Adresse www.gl-umfrage.de zu finden.

Wissenschaftliche Erkenntnisse über die medizinische Versorgung von Gehörlosen in Deutschland sind trotz einiger erfreulicher Entwicklungen auf diesem Gebiet noch immer rar. Diese Studie soll nun erstmals bundesweit eine große Zahl von Gehörlosen erreichen. Dies ist allerdings ohne die Unterstützung von Gehörlosenverbänden und Beratungsstellen nicht möglich.

Wenn Sie unser Vorhaben unterstützen wollen, möchten wir Sie bitten, gehörlose und schwerhörige Personen im Rahmen ihrer Möglichkeiten auf die Umfrage und die entsprechende Internetadresse www.gl-umfrage.de hinzuweisen. Das könnte beispielsweise per E-Mail-Verteiler oder Mitgliedschreiben passieren, oder auch bei persönlichem Kontakt in Beratungsstellen.

Für den Erfolg der Studie ist es wichtig, möglichst viele gehörlose Personen zu motivieren, an der Umfrage teilzunehmen. Ganz besonders würde uns freuen, wenn Sie auch gehörlosen Personen ohne eigenen Internetzugang eine Teilnahme an der Umfrage ermöglichen können, falls in ihren Räumlichkeiten entsprechend zugängliche PCs mit Internetanschluss verfügbar sind und es sich organisatorisch einrichten lässt.

Falls Sie über einen Internet-Auftritt verfügen und bereit wären, die Umfrage auch dort publik zu machen, können wir Ihnen gerne per E-Mail ein Gebärdensprachvideo zusenden, welches wir für diesen Zweck gedreht haben. In diesem Video sind alle wesentlichen Informationen über die Umfrage zusammengefasst.

Mit großer Sorgfalt wurde darauf geachtet, den Fragebogen barrierefrei zu gestalten. Alle Fragen und Inhalte sind auch als Gebärdensprachvideo zu sehen. Es war stets unser Anspruch, dass sich auch gebärdende Personen mit geringen Kenntnissen des Schriftdeutschen in der Umfrage zu Recht finden und ihre Meinungen und Erfahrungen äußern können. Zu Beginn der Umfrage findet der Teilnehmer ein ausführliches Gebärdensprachvideo, welches ihn über alle Belange der Studie informiert.

Die Umfrage ist vom Landesbeauftragten für den Datenschutz Rheinland-Pfalz geprüft und genehmigt worden. Die Teilnahme erfolgt anonym und kann jederzeit abgebrochen werden. Es erfolgen keine weiteren Kontaktaufnahmen von unserer Seite.

Verantwortlich für die Studie ist der Medizinstudent Herr Johannes Till Höcker, der die Umfrage im Rahmen seiner Doktorarbeit gestaltet hat. Sie können ihn per E-Mail unter fragen@gl-umfrage.de erreichen. Er ist auch zuständig für das Versenden des oben genannten Werbe- und Informationsvideos.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung. Es würde mich freuen, wenn Sie unsere sozialmedizinische Befragungsstudie unterstützen könnten, indem Sie Informationen hierzu verbreiten könnten.

Herzlichen Dank für Ihre Hilfe!

9.5 Adressenliste der Gehörlosenverbände und Internetportale

9.5.1 Gehörlosenlandesverbände

Baden-Württemberg

Landesverband der Gehörlosen Baden-
Württemberg e.V.
- Geschäftsstelle -
Hohenheimer Str. 5
70184 Stuttgart
Telefax: 0711 - 23 63 149
geschaeftsfuehrer@lv-gl-bw.de
www.lv-gl-bw.de

Bayern

Landesverband Bayern der
Gehörlosen e.V.
- Geschäftsstelle -
Schwanthaler Str. 76 / Rgb.
80336 München
Telefon: 089 - 543 81 11
Telefax: 089 - 543 97 92
info@lv-bayern-gehoerlos.de
www.lv-bayern-gehoerlos.de

Berlin

Gehörlosenverband Berlin e.V.
- Geschäftsstelle -
Friedrichstr. 12
10969 Berlin
Telefon: 030 - 25 17 053
Telefax: 030 - 25 17 053
info@deafberlin.de
www.deafberlin.de

Brandenburg

Landesverband der Gehörlosen
Brandenburg e.V.
- Geschäftsstelle -
Lipezker Str. 48
03048 Cottbus
Telefon: 0355 - 72 95 890
Telefax: 0355 - 22 779
landesverband@gl-brandenburg.de
www.gl-brandenburg.de

Bremen

Landesverband der Gehörlosen Bremen
e.V.
- Geschäftsstelle -
Schwachhauser Heerstr. 266
28359 Bremen
Telefax: 0421 - 22 31 139
info@lvb-bremen.de
www.lvg-bremen.de

Hamburg

Gehörlosenverband Hamburg e.V.
- Geschäftsstelle -
Bernadottestr. 126
22605 Hamburg
Telefon: 040 - 88 09 88 18
Telefax: 040 - 88 11 536
info@gehoerlosenverband-hamburg.de
www.gehoerlosenverband-hamburg.de

Hessen

Landesverband der Gehörlosen Hessen
e.V.
- Vorstand -
Rothschildallee 16a
60389 Frankfurt am Main
Telefon: 069 - 15 34 56 23
Telefax: 069 - 15 34 56 22
info@gl-hessen.de
www.gl-hessen.de

Mecklenburg-Vorpommern

Gehörlosen Landesverband Mecklen-
burg-Vorpommern e.V.
- Geschäftsstelle -
Henrik-Ibsen-Str. 20
18106 Rostock
Telefax: 0381 - 21 03 946
gllv-mv@alice-dsl.net
www.gl-mecklenburg-vorpommern.de

Niedersachsen

Gehörlosenverband Niedersachsen e.V.
 - Geschäftsstelle -
 Westerfeldstr. 7
 31177 Harsum
 Telefon: 05127 - 69 544
 Telefax: 05127 - 69 557
 gehoerlosenverband-nds@t-online.de
 www.gehoerlosenverband-nds.de

Nordrhein-Westfalen

Landesverband der Gehörlosen
 Nordrhein-Westfalen e.V.
 - Geschäftsstelle -
 Simsonstr. 29
 45147 Essen
 Telefon: 0201 - 74 98 511
 Telefax: 0201 - 70 31 49
 info.landesverband@lvglnrw.de
 www.lvglnrw.de

Rheinland-Pfalz

Landesverband der Gehörlosen Rhein-
 land-Pfalz e.V.
 - Geschäftsstelle -
 Stockingerstraße 5
 67227 Frankenthal
 Telefax: 06233 - 29 89 67
 www.gehoerlose-rlp.de
 kurtstuebiger@aol.com

Saarland

Landesverband der Gehörlosen
 Saarland e.V.
 - Geschäftsstelle -
 Dornheimer Ring 37
 68309 Mannheim
 Telefax: 0621 - 81 90 548
 christine.koenig-bittner@lv-gl-saar-
 land.de
 www.lv-gl-saarland.de

Sachsen

Landesverband der Gehörlosen
 Sachsen e.V.
 - Geschäftsstelle -
 Carolinenstr. 10
 01097 Dresden
 Telefon: 0351 - 804 18 79
 Telefax: 0351 - 803 07 72
 kontakt@deaf-sachsen.de
 www.deaf-sachsen.de

Sachsen-Anhalt

Gehörlosengemeinschaft Sachsen-
 Anhalt e.V.
 c/o Karin Genzel
 Bachstr.46a
 06507 Rieder
 Telefax: 0394 - 85 65 585
 kage48@t-online.de
 www.gehoerlosengemeinschaft-sach-
 sen-anhalt.de

Schleswig-Holstein

Gehörlosen-Verband Schleswig-Holstein
 e.V.
 - Geschäftsstelle -
 Hasseer Str. 47
 24113 Kiel
 Telefon: 0431 - 64 34 468
 Telefax: 0431 - 68 88 52
 info@gv-sh.de
 www.gv-sh.de

Thüringen

Landesverband der Gehörlosen
 Thüringen e.V.
 - Geschäftsstelle -
 Hans-Grundig-Straße 25
 99099 Erfurt
 Telefon: 0361 - 34 52 964
 Telefax: 0361 - 34 52 965
 glv-thueringen@t-online.de
 www.lvglth.de

9.5.2 Weitere Gehörlosenverbände und Beratungsstellen

Diakonisches Werk Württemberg

Beratung für Hörgeschädigte
 Heilbronner Straße 180
 70191 Stuttgart
 Tel. 0711/1656 - 195
 Fax: 0711/1656 - 49195
 koeble.r@diakonie-wuerttemberg.de
 www.hoergeschaedigtenberatung-wuerttemberg.de

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Evangelische Gehörlosenseelsorge e.V.

- Geschäftsstelle -
 Garde-du-Corps-Str. 7
 34117 Kassel
 Telefon: 0561- 73 94 051
 Telefax: 0561- 73 94 052
 info@dafeg.de
 www.dafeg.de

Integrationsfachdienst Paderborn/Höxter

Judith Rodeck, Fachberaterin für hörbehinderte Menschen
 Bahnhofstr. 1
 33102 Paderborn
 Tel.: 05251 - 8786946
 Fax: 05251 - 8786948
 judith.rodeck@ifd-westfalen.de

Deutsche Gehörlosen-Skatvereinigung e.V.

- Geschäftsstelle -
 Kirchstr. 28
 64839 Münster-Altheim
 Telefax: 06071 - 62 375
 funck-altheim@t-online.de
 www.deutsche-gehoerlosen-skatvereinigung.de

Bundesverband der Dozenten für Gebärdensprache (BDG)

- Geschäftsstelle -
 Karolingerweg 12
 69123 Heidelberg
 Telefon: 06221 - 73 68 35
 Telefax: 06221 - 73 68 34
 info@bdg-netzwerk.de
 www.bdg-netzwerk.de

Deutscher Gehörlosen-Sportverband e.V.

- Geschäftsstelle -
 Tenderweg 9
 45141 Essen
 Telefon.: 0201 - 81 41 70
 Telefax: 0201 - 81 41 729
 dgs-geschaefsstelle@dg-sv.de
 www.dg-sv.de

Bundesverband der GebärdensprachdolmetscherInnen Deutschlands e.V.

- Geschäftsstelle -
 Karolinenstrasse 12b
 99310 Arnstadt
 Telefon: 036 28 / 581 894
 Telefax: 036 28 / 569 803
 info@bgsd.de
 www.bgsd.de

Deutsches Gehörlosen-Theater e.V.

Lohengrinstraße 11
 81925 München
 Telefon: 089 - 99 26 98 0
 Telefax: 089 - 99 26 98 11
 info@gehoerlosentheater.de
 www.gehoerlosentheater.de

**Gesellschaft für Gebärdensprache und
Kommunikation Gehörloser e.V.**

- Geschäftsstelle -
Binderstr. 34
20146 Hamburg
Telefon: 040 - 42 83 86 735
Telefax: 040 - 42 83 86 109
hansw.feige@gmx.de

Deutsche Gehörlosen-Jugend e.V.

Lohengrinstraße 11
81925 München
info@gl-jugend.de
www.gl-jugend.de

**Kultur und Geschichte Gehörloser e.V.
(KuGG)**

- Geschäftsstelle -
Blostwiete 1
22111 Hamburg
Telefax: 040 - 65 59 26 10
helmut.vogel@kugg.de
www.kugg.de

**Netzwerk der Gehörlosen-Stadtverbände
e.V.**

- Geschäftsstelle -
Lohengrinstraße 11
81925 München
Telefon: 089 - 99 26 98 14
Telefax: 089 - 99 26 98 11
info@net-gest.de
www.net-gest.de

**Verband der Katholischen Gehörlosen
Deutschlands e.V.**

- Geschäftsstelle -
Mühlenmathe 19b
48599 Gronau
Telefon.: 02562 - 38 71
Telefax: 02562 - 21 002
antonius-gronau@t-online.de
www.vkgd.de.vu

9.5.3 Adressen der Gehörlosen-Internetportale

www.taubenschlag.de
www.gehoerlosen-bund.de