



# MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Zugang erwachsener Personen mit Gehörlosigkeit zu  
Gesundheitsleistungen und deren Gesundheitskompetenz

verfasst von | submitted by

Sandra Kerstin Fuchs BSc

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of  
Master of Science (MSc)

Wien | Vienna, 2024

Studienkennzahl lt. Studienblatt | Degree  
programme code as it appears on the  
student record sheet:

UA 066 330

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree  
programme as it appears on the student  
record sheet:

Masterstudium Pflegewissenschaft

Betreut von | Supervisor:

Dr. Ingeborg Eberl

## **Zusammenfassung**

### **Einleitung:**

Österreich verzeichnete 2023 450.000 Menschen mit einer Hörbehinderung. Sobald der Hörverlust 95dB übersteigt, so wird von Gehörlosigkeit gesprochen, wovon etwa 10.000 Menschen in Österreich betroffen sind. Diese kommunizieren zum Großteil in ihrer Muttersprache, der österreichischen Gebärdensprache, und haben aufgrund der sprachlichen Barriere in vielen Lebensbereichen mit Herausforderungen zu kämpfen. Besonders im Gesundheitswesen bedarf es jedoch einem barrierefreien Zugang, beispielsweise durch ÖGS-kompetentes Personal, sodass diese Patient:innengruppe umfassend betreut werden kann. In unterschiedlichen Ländern wurde diese Zugänglichkeit von Menschen mit Gehörlosigkeit zu Gesundheitsleistungen bereits erforscht und zeigte auf, dass zu wenig Dolmetscher:innen zur Verfügung gestellt werden, daher keine adäquate Kommunikation möglich ist und sich dies in einer schlechten Gesundheitskompetenz der Betroffenen niederschlägt. Nachdem bislang keinerlei Forschung in diesem Bereich in Österreich durchgeführt worden war, sollte dieses Forschungsvorhaben den Ist-Zustand der Versorgungsstrukturen von Menschen mit Gehörlosigkeit in Österreich erforschen. Es ging grundlegend darum den Zugang zu Gesundheitsleistungen mit besonderem Fokus auf die Gesundheitskompetenz zu beleuchten.

### **Methodik:**

Für die Umsetzung dieses Forschungsvorhabens wurde eine explorative, quantitativ deskriptive Querschnittstudie durchgeführt. Hierbei wurden im Zeitraum von Mai bis Juli 2024 in vier Gehörlosenambulanzen in Österreich und über die Website „Survio“ eine standardisierte Befragung von erwachsenen Menschen mit Gehörlosigkeit durchgeführt. Die Daten wurden anhand deskriptiver Statistik ausgewertet.

**Ergebnisse:**

Es konnte eine Rücklaufquote von n=97 Fragebögen erzielt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass Veränderungsbedarf im österreichischen Gesundheitswesen hinsichtlich der Betreuung von Menschen mit Gehörlosigkeit besteht. Der Zugang zu Gesundheitsleistungen gestaltet sich für die Betroffenen insofern schwer als dass Kommunikationsschwierigkeiten bestehen, zu wenig Gehörlosenambulanzen und Dolmetscher:innen zu Verfügung stehen oder der Aufruf im Wartebereich akustisch erfolgt. Unterstützungsmaßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz zeigten eine Verbesserung in der Zugänglichkeit von Gesundheitsinformationen, wobei weiterhin großer Wert darauf gelegt werden muss diese auch verständlich zu gestalten. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung konnten von den Befragten zum Großteil benannt und umgesetzt werden.

**Schlussfolgerung:**

Obwohl einige Aspekte, welche in der Literatur aus anderen Ländern bekannt waren, im österreichischen Gesundheitswesen bereits besser funktionieren, zeigt sich in den Verbesserungswünschen der Betroffenen, dass noch viel Sensibilisierungsarbeit im Umgang mit Menschen mit Gehörlosigkeit geleistet werden muss. Die Zugänglichkeit und Verständlichkeit von Gesundheitsinformationen ist wesentlicher Bestandteil in der Stärkung der Gesundheitskompetenz. Zudem fehlt es weiterhin an evidenzbasierten standardisierten Handlungsleitlinien und Schulungsformaten für Gesundheitsprofessionen, wie Menschen mit Gehörlosigkeit umfassend betreut werden können.

**Schlüsselbegriffe:**

Gehörlosigkeit

Gesundheitsversorgung

Kommunikation im Gesundheitswesen

Gesundheitskompetenz

## **Abstract**

### **Introduction:**

In 2023 there were 450.000 people with impaired hearing. As soon as the hearing loss is above 95dB it is referred to as deafness, which is the case for around 10.000 people in Austria. These people communicate in their mother tongue, which is the Austrian sign language and face difficulties in several areas of their life because of the language barrier. Especially in healthcare it is important to provide a barrier-free access to care for these patients, for example by introducing healthworkers, who speak the Austrian sign language. A few different countries have done research on the accessibility of health benefits for deaf patients and have shown that there are too few interpreters, therefore no adequate communication is possible and this reflects in a bad outcome for the patient's health literacy. Since there hasn't been any research in this field in Austria, this research project was supposed to show the status quo of the support structure for deaf people in Austria. Generally this research project was meant to present the accessibility of health benefits with special focus on the health literacy.

### **Method:**

An exploratory, quantitative descriptive cross-sectional study was chosen to implement this research project. During the time of may and july 2024 a survey for adults took place in four ambulances specialized on deafness and via the website "survio". The data has been collected by using a standardised questionnaire and has been presented as descriptive statistics.

### **Results:**

The rate of return for this questionnaire was n=97. Within the results it becomes apparent that there is a lot of need for change in the Austrian healthcare system concerning the care of people with deafness. The access to health benefits appear to be difficult because of the language barrier, too few ambulances specialized on deafness, too few interpreters or the acoustic call in the waiting room. Support systems to improve health literacy have shown that health information is accessible, but there is still the need to focus on comprehensibility. The majority of respondents were able to designate and implement actions to improve health promotion.

**Conclusio:**

Eventhough literature from other countries have shown several aspects, which didn't work out, the austrian healthcare system seems to work out better. Nonetheless respondents designated wishes for improvement and therefore raising awareness for interaction with deaf patients is necessary. To improve health literacy it is essential to present health information accessible and comprehensively. Still evidence-based standardized guidelines and projects for teaching healthcare workers how to care for deaf patients are missing.

**Keywords:**

Deaf, hearing impaired

Healthcare

Healthcare communication, patient-physician communication

Health literacy

## Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung .....	1
Abbildungsverzeichnis.....	6
Tabellenverzeichnis.....	7
1. Einleitung .....	8
1.1 Gesundheitsversorgung von Menschen mit Gehörlosigkeit weltweit.....	9
1.2 Gesundheitsversorgung von Menschen mit Gehörlosigkeit in Österreich .....	13
1.3 Pflegewissenschaftliche Relevanz .....	14
1.4 Fragestellung und Zielsetzung .....	15
2. Theoretischer Hintergrund.....	17
2.1 Konzepte und Modelle.....	17
2.1.3 Pflegetheorie nach Orem.....	22
3. Methodik.....	24
3.1 Literaturrecherche .....	24
3.2 Forschungsdesign .....	26
3.3 Fragebogenerstellung .....	26
3.4 Ethische Überlegungen und Datenschutz .....	28
3.5 Stichprobenbeschreibung.....	29
3.6 Datenerhebung.....	30
3.7 Datenauswertung .....	31
3.8 Gütekriterien quantitativer Forschung .....	33
4. Ergebnisse .....	35
4.1 Zugang zu Gesundheitsleistungen .....	37
4.2 Unterstützungsmaßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz .....	48
5. Diskussion.....	60
5.1 Beantwortung der Forschungsfragen und Interpretation der Ergebnisse .....	60
5.2 Stärken und Limitationen.....	68
5.3 Empfehlungen für die Praxis und weiterführende Forschung.....	71
Literaturverzeichnis .....	76
Anhang I.....	79
Anhang II.....	88
Anhang III.....	89

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Fragebögen und Abwurfbehälter Gehörlosenambulanz Graz und Linz ....	33
Abbildung 2: Kreisdiagramm Geschlechtsidentität (n=97).....	35
Abbildung 3: Balkendiagramm Jahre seit Erlernen der ÖGS (n=87).....	38
Abbildung 4: Balkendiagramm Versorgungseinrichtungen (n=156).....	39
Abbildung 5: Balkendiagramm Terminvereinbarung (n=182).....	40
Abbildung 6: Kreisdiagramm Wartezeit auf einen Termin (n=139).....	41
Abbildung 7: Balkendiagramm Wartezimmeraufruf (n=96).....	42
Abbildung 8: Balkendiagramm Kommunikation zwischen Patient:innen und Gesundheitspersonal (n=213).....	43
Abbildung 9: Kreisdiagramm Selbstständigkeit bei Arztterminen (n=97).....	44
Abbildung 10: Kreisdiagramm Unterstützung (n=13).....	45
Abbildung 11: Balkendiagramm Probleme beim Arztbesuch (n=34).....	47
Abbildung 12: Balkendiagramm Übersetzungshilfe (n=40).....	49
Abbildung 13: Kreisdiagramm Verbesserungswünsche (n=97).....	51
Abbildung 14: Balkendiagramm Gesundheitsinformationen (n=199).....	55
Abbildung 15: Beispiel Aufnahmebogen Ambulanz .....	76

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchstrings der systematischen Literaturrecherche .....	25
Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien .....	31
Tabelle 3: Reliabilitätsanalyse Cronbach's Alpha.....	36
Tabelle 4: Häufigkeitstabelle ÖGS .....	38
Tabelle 5: Häufigkeitstabelle Wohnort bis Ambulanz .....	42
Tabelle 6: Häufigkeitstabelle Angst .....	46
Tabelle 7: Häufigkeitstabelle Arztbesuch .....	47
Tabelle 8: Häufigkeitstabelle Dolmetscher:in.....	48
Tabelle 9: Häufigkeitstabelle Verbesserungswünsche .....	50
Tabelle 10: Verbesserungswünsche offene Antwortkategorie .....	52
Tabelle 11: Häufigkeitstabelle guter Aspekte in der Gesundheitsversorgung .....	53
Tabelle 12: Häufigkeitstabelle unterstützender Gesundheitsangebote.....	54
Tabelle 13: Häufigkeitstabelle Unterstützung bei gesundheitlichen Problemen .....	56
Tabelle 14: Häufigkeitstabelle Verständnis von Informationen .....	56
Tabelle 15: Häufigkeitstabelle Information über eigenen Gesundheitszustand .....	57
Tabelle 16: Häufigkeitstabelle Probleme werden ernst genommen.....	57
Tabelle 17: Häufigkeitstabelle Zeit .....	58
Tabelle 18: Häufigkeitstabelle Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen .....	56
Tabelle 19: Häufigkeitstabelle psychisches Wohlbefinden positiv beeinflussen.....	59
Tabelle 20: Häufigkeitstabelle Unterstützungsmöglichkeiten bei körperlichen Problemen .....	57
Tabelle 21: Häufigkeitstabelle körperliches Wohlbefinden positiv beeinflussen .....	60
Tabelle 22: Häufigkeitstabelle ausreichend Informationen .....	60
Tabelle 23: Häufigkeitstabelle verständliche Erklärungen .....	61
Tabelle 24: Häufigkeitstabelle Informationen über Vorsorgeuntersuchungen .....	61

## 1. Einleitung

Kommt es aufgrund von verschiedenen Ursachen zu einer Beeinträchtigung des Hörvermögens, so kann von einer Höreinschränkung oder Hörbehinderung gesprochen werden. Hierbei wird medizinisch in verschiedene Schweregrade unterschieden, je nachdem wieviel Dezibel Hörverlust vorhanden sind. Zwischen 20 und 80 dB Hörverlust wird zwischen leichtgradig, mittelgradig und hochgradig schwerhörig unterschieden. Hierbei können Geräusche unterschiedlicher Lautstärke wahrgenommen werden und der Hörverlust zum Teil mit Hörgeräten ausgeglichen werden. Bei einem Hörverlust von 80-95dB spricht man von an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit und sobald der Hörverlust 95dB übersteigt, so wird von Gehörlosigkeit gesprochen (Redaktion Gesundheitsportal, 2021).

In Österreich wiesen 2023 etwa 450.000 Menschen eine Hörbehinderung auf, wodurch sie in der alltäglichen Kommunikation beeinträchtigt waren. Hierbei spricht der Österreichische Gebärdensprach-, Dolmetscher:innen- und Übersetzer:innen Verband, kurz ÖGSDV, von ungefähr 8.000-10.000 Menschen mit Gehörlosigkeit (ÖGSVD, 2023). Auf internationaler Ebene wird daher von einem Gehörlosen-Anteil von 0,1% in Bezug auf die Gesamtbevölkerung gesprochen (ÖGSVD, 2023). Dieser Anteil von Personen nutzt größtenteils die Österreichische Gebärdensprache, ÖGS, um mit anderen Menschen kommunizieren zu können. Jedoch zuzüglich zu all jenen Menschen mit Gehörlosigkeit kommunizieren auch rund 1000 Menschen, welche hochgradig schwerhörig sind und daher trotz Hörhilfe eine Kommunikation nur über das Gehör kaum möglich ist, mittels ÖGS.

2005 wurde die ÖGS daher als eigenständige Sprache in der österreichischen Bundesverfassung anerkannt, da sie eine eigene Grammatik und Syntax aufweist (ÖGSDV, 2023).

Dennoch gibt es im österreichischen Bildungswesen immer noch sehr limitiert bilingualen Unterricht für gehörlose Menschen, welche die ÖGS oftmals als ihre Muttersprache bezeichnen.

Doch auch in vielen anderen Lebensbereichen treffen diese Personen nur limitiert auf ÖGS-kompetentes Personal, wodurch sich die Alltagsbewältigung zunehmend schwierig gestaltet. Eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten können nämlich durchaus als fehlende Barrierefreiheit, welche von vielen Institutionen vorausgesetzt wird, angesehen werden. Besonders starker Fokus hinsichtlich Barrierefreiheit liegt im Gesundheitswesen, welches für alle Menschen in Österreich zugänglich sein sollte, doch genau dieses Gesundheitsversorgung gehörloser Menschen weist Lücken auf (Krausneker, 2004). Krammer beschrieb bereits 2001 ein niedriges Niveau in der Schriftsprachkompetenz der meisten Gehörlosen. Demnach können Informationen zwar gesammelt, allerdings nicht genutzt werden, weil sie schlichtweg nicht verstanden werden (Krammer, 2001).

Diese Kombination aus fehlenden Kommunikationsstrategien und unverständlichen Gesundheitsinformationen führen zu schlechterer Gesundheitsversorgung, was wiederum in eine schlechtere Gesundheitskompetenz der Betroffenen resultieren kann.

### **1.1 Gesundheitsversorgung von Menschen mit Gehörlosigkeit weltweit**

Zunehmend stellen Gesundheitssysteme weltweit den Anspruch an Barrierefreiheit, um eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten (Freed, Hansberry, & Arrieta, 2013). Ein oftmals nicht bedachter Aspekt ist, dass das zur Verfügung stellen von Dolmetscher:innen, ebenso als Teil von Barrierefreiheit gesehen wird.

Hinsichtlich der hier angesprochenen Thematik zeigt die Studie von Schniedewind, Lindsay, & Snow (2020) auf, dass zahlreiche Beschwerden in den untersuchten Gesundheitseinrichtungen eingegangen waren, da Personal Dolmetscher:innen versprach und keine zur Verfügung gestellt wurden oder gar die Dolmetscher:innen fehlende Kompetenz hinsichtlich Gebärdensprache aufwiesen. Gur, Dolaner, & Turan, (2020) verzeichneten in ihrer in der Türkei durchgeführten Befragung, dass 71,5% der befragten Menschen mit Gehörlosigkeit nicht adäquat mit dem Gesundheitspersonal kommunizieren konnten. In derselben Studie gaben 73,5% an sich eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgungsleistungen zu wünschen. Kritzinger, Schneider, Swartz, & Braathen (2013) zeigten in ihrer Studie zudem auf, dass diese Probleme bei der Kommunikation zu Unsicherheiten und mangelnder Autonomie führten, wodurch viele Betroffene zwangsläufig in betreute Wohneinrichtungen ziehen mussten.

Eine andere Studie von Lesch, Burcher, Wharton, Chapple, & Chapple (2019) zeigte, dass auch der Krankenhausalltag in den USA hinsichtlich gehörloser Menschen Probleme aufweist. Im Akutsetting fehlt es an standardisierten Handlungsleitlinien, wodurch sich die Betroffenen auf die Kompetenz und Expertise der zu betreuenden Pflegeperson verlassen muss, ob jene verstanden werden und ihre Anliegen tatsächlich bearbeitet werden. Anstatt einen personenzentrierten Ansatz zu wählen, um mit gehörlosen Menschen in Kontakt zu treten, wird in der Praxis oftmals auf handschriftliche Kommunikation oder provisorische Zeichensprache zurückgegriffen (Lesch, Burcher, Wharton, Chapple, & Chapple, 2019). Diese Autor:innen beschrieben zudem: "Healthcare providers often view deafness as pathology instead of with a patient-centred view of Deaf culture" (Lesch, Burcher, Wharton, Chapple, & Chapple, 2019, S. 237). Sheppard bestätigte bereits 2013 den Ansatz, dass sich Menschen mit Gehörlosigkeit als „members of a nondisabled culture“ (Sheppard, 2013, S. 504) sehen, wobei Gesundheitsprofessionen Gehörlosigkeit sehr wohl als „disability“ beschreiben. Dieses Ungleichgewicht führt zu einer großen Distanz zwischen Gesundheitspersonal und Patient:in. Zwangsläufig resultiert dies wiederum in schlechterer Gesundheitsversorgung der Betroffenen. Demnach wäre es essentiell vorrangig die Sichtweise des Gesundheitswesens zu verändern um Menschen mit Gehörlosigkeit adäquat betreuen zu können (Sheppard, 2013).

Die mangelhafte, ambulante Versorgung von Menschen mit Gehörlosigkeit beleuchtete Schröder (2020) im psychologischen Setting in Deutschland. Hierbei befassten sich die Autor:innen mit der Sicht der Therapeut:innen und zeigten einige Barrieren in den Versorgungsstrukturen auf. Einerseits können Therapien nur teilweise in Gebärdensprache durchgeführt werden, da es nur eine begrenzte Anzahl an Therapeut:innen gibt, die Kenntnisse in der deutschen Gebärdensprache haben. Aus diesem Grund wird Personal, welches die ÖGS nicht sprechen kann, herangezogen, wodurch es jedoch vermehrt zu Falschdiagnosen oder gar einer Überdiagnostik kommt. Andererseits weist das Gesundheitswesen fehlendes Wissen im Umgang mit Gehörlosenkultur auf, sodass Follow-Ups oftmals nicht wahrgenommen oder viele Beschwerden abgetan und Arztbesuche verschoben werden (Schröder, 2020).

In der Studie von Sheppard (2013) wird dieselbe Problematik angesprochen und die Autor:innen beschreiben, dass Betroffene nur sehr widerwillig Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, obwohl Bedarf bestehen würde.

Hommes, Borash, Hartwig, & DeGracia (2018) verzeichneten in ihrer Studie ebenfalls seltenere Arztbesuche und besonders auch weniger Inanspruchnahme von präventiven Maßnahmen hinsichtlich Gesundheitsförderung, wie beispielsweise Mammografien oder Koloskopien. Durch die erschwerte Kommunikation kam es vermehrt zu Missverständnissen in der Medikamenteneinnahme und Follow-Up-Prozeduren wurden schlichtweg nicht eingehalten. Ein besonders interessanter Aspekt in dieser Studie ist zudem, dass sich die Wahrnehmung einer guten Kommunikation zwischen Gesundheitspersonal und Menschen mit Gehörlosigkeit grundlegend unterscheidet. So zeigt sich, dass Gesundheitspersonal Lippen lesen als adäquate Kommunikationsstrategie einstufen, hingegen aber Menschen mit Gehörlosigkeit dem nicht zustimmten (Hommes, Borash, Hartwig, & DeGracia, 2018).

Diese Problematik fehlender adäquater Informationsweitergabe durch Personal im Gesundheitswesen zeigten Chastonay, et al. (2018) in einer schweizer Studie und betitelten dies als mangelnde Gesundheitskompetenz. Diese Studie zeigt, dass die Patient:innengruppe von Menschen mit Gehörlosigkeit oftmals nur eingeschränkten Zugang zu öffentlichen Gesundheitsinformationen haben (Chastonay, et al., 2018).

Der Aspekt wird auch in einer Studie von Gur, Dolaner, & Turan (2020) beschrieben und vermerkte, dass Menschen mit Gehörlosigkeit eine 6,9 Mal schlechtere Gesundheitskompetenz aufwiesen verglichen mit Menschen ohne Gehörlosigkeit, da sie aufgrund fehlender Informationen vermehrt Notfallambulanzen aufsuchten. Dies begründeten die Autor:innen damit, dass sie aufgrund unzureichendem Wissen ihren eigenen Gesundheitszustand nicht umfassend einschätzen könnten. Dieselbe Problematik beschreiben auch McKee, Winters, Sen, Zazove & Fiscella (2015), indem sie in den USA von fast doppelt so vielen Krankenhausbesuchen von Menschen mit Gehörlosigkeit verglichen mit Menschen ohne Gehörlosigkeit sprechen.

Die Autor:innen Smith, Massey-Stokes, & Lieberth (2012) stellten bei dieser Thematik sogar einen Zusammenhang zwischen geringerer Gesundheitskompetenz und einer höheren Wahrscheinlichkeit chronischen Erkrankungen her. Zudem beschreiben die Autor:innen, dass Gesundheitsinformationen im Internet zwar als sehr attraktiv eingestuft werden, jedoch bislang noch zu schwer zugänglich sind. „However, much of the Internet remains inaccessible to d/Deaf individuals because of uncaptioned video and audio content and text content written at high reading levels“ (Smith, Massey-Stokes, & Lieberth, 2012, S. 44). Dies zeigt die Notwendigkeit die Zugänglichkeit zu Gesundheitsinformationen niederschwelliger zu gestalten, auf.

Chastonay, et al. (2018) beschrieben in der Studie „Die Gehörlosen: eine vulnerable, von Gesundheitsfachleuten verkannte Population“ (Chastonay, et al., 2018, S. 769) zudem auch logistischen Schwierigkeiten für gehörlose Menschen bei der telefonischen Terminvereinbarung oder das Hören des eigenen Namens, wenn dieser im Wartezimmer aufgerufen wird. Um dieser Problematik entgegen zu wirken schlagen die Autor:innen beispielsweise die Einführung von Sensibilisierungs- und Schulungsprojekten für zukünftige Ärzte- und Pflegegenerationen vor. Diese Projekte geben erste Anstöße zur Entwicklung von Standards für Schnittstellen von ambulanter Versorgung und Menschen mit Gehörlosigkeit (Chastonay, et al., 2018).

Pinilla & Stephan (2015) sprechen sich in ihrem Artikel grundlegend dafür aus, dass es in der Kompetenz des Gesundheitspersonals liegt „Gehörlosigkeit zu erfragen, wesentliche Informationen zu erhalten und bei Bedarf einen Gebärdendolmetscher zu organisieren“ (Pinilla & Stephan, 2015, S. 55). Zudem präsentieren die Autor:innen in ihrem Artikel eine Auswahl technischer Hilfsmittel für die Kommunikation mit Menschen mit Gehörlosigkeit, welche jedoch bislang nicht bundesweit einheitlich zur Verfügung stehen. Dies unterstreicht erneut, dass es an Standards und Leitlinien fehlt.

Die Autor:innen Mathos & Pollard Jr. stellten in ihrer Studie 2016 das Konzept vor eine eigene sogenannte „task force“ etabliert zu haben. Es wurde eine 20-köpfige Gruppe bestehend aus Dolmetscher:innen, Audiologen, Administratoren und Personen, welche die Gehörlosen-Community repräsentierten, zusammengestellt. Ein Teil dieser Gruppe war der amerikanischen Gebärdensprache (ASL) mächtig und es wurden ab 2005 alle

zwei Monate Meetings abgehalten. Besonderes Augenmerk legte diese Arbeitsgruppe auf: „resource awareness, information gathering about consumer needs, public outreach and community education, direct service development, workforce development, and mentoring opportunities for young professionals“ (Mathos & Pollard Jr., 2016, S. 189). Aus diesen regelmäßigen Meetings entstanden Informationsbroschüren sowohl für Menschen mit Gehörlosigkeit, als auch für Gesundheitsprofessionen, um diesen die Bedürfnisse aus Sicht von Betroffenen hinsichtlich Kommunikation näher zu bringen. Zudem wurde eine eigene Website zur Verbreitung dieser Informationsmaterialien erstellt. Die Autor:innen sprechen sich zudem für eine Vielzahl zukünftiger Ziele aus um das Gesundheitswesen in Pennsylvania für Menschen mit Gehörlosigkeit attraktiver zu gestalten (Mathos & Pollard Jr., 2016).

## **1.2 Gesundheitsversorgung von Menschen mit Gehörlosigkeit in Österreich**

Wie die vorherigen Kapitel bereits gezeigt haben, wurde weltweit bereits großes Forschungsinteresse in die Versorgung von Menschen mit Gehörlosigkeit gesteckt. Es konnten vielerlei Herausforderungen identifiziert werden, mit welchen diese Patient:innengruppe zu kämpfen hat. Um diese Patient:innengruppe in ihrer Muttersprache, der ÖGS, versorgen zu können, wurde 1999 die erste Gehörlosenambulanz in Wien eröffnet. In den darauffolgenden Jahren wurden vier weitere Ambulanzen in den Städten Graz, Klagenfurt, Salzburg und Linz, in welchen gehörlose Patient:innen umfangreiche Beratung und Versorgung erhalten, errichtet (Gebärdensprache, 2023). In diesen Ambulanzen ist ausschließlich Personal, welches der ÖGS mächtig ist, tätig. Die Patient:innen können daher mit allen Belangen, egal ob ärztliche, pflegerische, soziale oder psychologische Betreuung notwendig ist, die Gehörlosenambulanz aufsuchen um dort Behandlung, Beratung oder Überweisung zu erhalten. Diese Ambulanzen sind montags bis freitags vormittags oder nachmittags geöffnet. Sollte es außerhalb dieser Öffnungszeiten zu akutem Handlungsbedarf kommen, so gibt es einen eigenen Gehörlosen-Notruf, welcher per Fax oder SMS funktioniert (Bundesministerium für Inneres, 2024).

All dies sind bereits wichtige Schritte in Richtung umfassender Betreuung von Menschen mit Gehörlosigkeit. Dennoch ist einerseits zu bedenken, dass fünf Gehörlosenambulanzen bundesweit für viele Menschen lange Anfahrtszeiten bedeuten und womöglich Termine dadurch limitiert sein können. Andererseits stellt ein Akutfall, in welchem eine „normale“ Notfallambulanz aufgesucht werden muss die Betroffenen vor große Herausforderungen. Ambulanzen in Kliniken können zwar auf Gehörlosendolmetscher:innen zurückgreifen, wobei es bislang keinerlei Forschung zum Einsatz dieser in österreichischen Kliniken gibt. Die sehr limitierte Forschungslandschaft lässt daher wenig evidente Aussagen zu, wie die Versorgung von gehörlosen Menschen in Österreich funktioniert und wie diese von den Betroffenen wahrgenommen wird.

### **1.3 Pflegewissenschaftliche Relevanz**

Die vorangegangenen Überlegungen ermöglichen bereits einen Bezug zwischen der pflegetheoretischen Fundierung und pflegewissenschaftlichen Relevanz. Die Recherche zeigte, dass es bereits Studien aus anderen Ländern gibt, die sich mit dem Thema Dolmetsch und Gehörlosigkeit befassten. In Österreich gibt es generell noch sehr limitierte Forschung und im Bereich der Gehörlosenkultur und Caring Community zeigt sich eine große Forschungslücke. Durch Einbezug der Betroffenen soll in der vorliegenden aufgezeigt werden, wie sich die Betreuung dieser Patient:innengruppe in Österreich gestaltet und wie diese subjektiv wahrgenommen wird. Hierbei gilt es zudem zu identifizieren, welche Versorgungsangebote tatsächlich vorhanden sind und welche genutzt werden.

In Anknüpfung daran, dass andere Länder vermehrte Ambulanzbesuche verzeichnen und daraus schlussfolgern, dass eine geringere Gesundheitskompetenz vorhanden ist (Abel & Sommerhalder, 2015), soll dieses Forschungsvorhaben zudem Unterstützungsmöglichkeiten zur Stärkung der Gesundheitskompetenz erfragen. Demnach ermöglicht dieses Forschungsvorhaben einen Überblick über die derzeitigen ambulanten Versorgungsstrukturen von Menschen mit Gehörlosigkeit und bietet zugleich die Möglichkeit zur Verbesserung der Pflegequalität aus pflegewissenschaftlicher Perspektive. Nachdem andere Länder fast flächendeckend verzeichneten, dass es an Standards und Richtlinien im Umgang mit Menschen mit Gehörlosigkeit im

Gesundheitswesen fehlt, kann diese Arbeit durch konkrete Praxisempfehlungen einen wesentlichen Beitrag zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung leisten.

#### **1.4 Fragestellung und Zielsetzung**

Anhand der oben genannten Problematiken zeigt sich deutlich, dass einerseits noch viel Veränderungsbedarf und andererseits fehlende Forschung im österreichischen Gesundheitswesen besteht – insbesondere mit Einbezug der Betroffenen. Es wurden in den vorangegangenen Kapiteln bereits vielerlei Komponenten angesprochen, welche mögliche Hindernisse für Menschen mit Gehörlosigkeit im täglichen Leben darstellen können.

In dem vorliegenden Forschungsvorhaben soll deshalb ein Fokus auf den Zugang zu Gesundheitsleistungen und mögliche Unterstützungsmöglichkeiten von Menschen mit Gehörlosigkeit gelegt werden. Hierfür wird der jetzige Ist-Zustand der Versorgungsstrukturen von Menschen mit Gehörlosigkeit in Österreich mit besonderem Fokus auf deren Gesundheitskompetenz beleuchtet.

Daraus sollen Möglichkeiten zur Verbesserung abgeleitet werden, sodass eine Handlungsleitlinie für all jene Versorgungsbereiche im ambulanten Setting erstellt werden kann, welche mit Menschen mit Gehörlosigkeit versorgen. Diese Thematik soll mit dem theoretischen Hintergrund der Gesundheitskompetenz und des Selbstmanagements der Patient:innen beleuchtet werden. Sollte im Zuge dieses Projektes die Notwendigkeit von Schulungen, Simulationstraining und Workshops für das Gesundheitspersonal ersichtlich werden, so kann diese Arbeit als Basis für die Entwicklung und Implementierung solcher herangezogen werden und soll zudem einen Beitrag zur Sensibilisierung zu diesem Thema leisten.

Obwohl sich dieses Forschungsvorhaben auf erwachsene Menschen mit Gehörlosigkeit fokussiert und Schwerhörigkeit im Alter aufgrund fehlender Kenntnisse der ÖGS nicht direkt beleuchtet wird, können womöglich auch für diese Personengruppe Rückschlüsse gezogen werden.

Anhand der vorab beschriebenen Problemlage wurden folgende Forschungsfragen abgeleitet, welche mithilfe dieses Forschungsprojektes beantwortet werden sollen.

**Wie nehmen erwachsene Menschen mit Gehörlosigkeit den Zugang zu Gesundheitsleistungen im ambulanten Setting in Österreich wahr?**

**Welche Unterstützungsmaßnahmen erhalten erwachsene Menschen mit Gehörlosigkeit derzeit durch das Gesundheitspersonal in ambulanten Versorgungseinrichtungen zur Stärkung ihrer Gesundheitskompetenz?**

## **2. Theoretischer Hintergrund**

Im folgenden Kapitel des theoretischen Hintergrundes soll die Thematik hinsichtlich vorhandener und anwendbarer Konzepte und Pflegetheorien beleuchtet werden.

### **2.1 Konzepte und Modelle**

Um diese Arbeit hinter dem Gesichtspunkt von Konzepten und Modellen beleuchten zu können, wurden vorab Überlegungen angestellt und sich für zwei zentrale Begrifflichkeiten entschieden. Einerseits soll der Aspekt der Gesundheitskompetenz beleuchtet werden. In Bezugnahme auf die Forschungsfrage sollen hier zusätzlich Möglichkeiten zur Stärkung von Gesundheitskompetenz durch Gesundheitspersonal identifiziert werden. Andererseits soll die Problemstellung bezugnehmend auf das Selbstmanagement und die Selbstpflegekompetenz der Patient:innen interpretiert werden. Bei der Recherche konnten in Bezug auf die Thematik der Gehörlosigkeit verschiedene Blickwinkel zu diesen Begrifflichkeiten identifiziert werden, weshalb sich bewusst für eine Abgrenzung und nähere Erläuterung der Begrifflichkeiten entschieden wurde. Dies soll in den nächsten zwei Kapiteln erläutert und begründet werden.

#### **2.1.1 Gesundheitskompetenz**

Obwohl die Definitionen zu Gesundheitskompetenz oftmals variieren, gibt es dennoch Bestandteile, die Gesundheitskompetenz ganz grundlegend beschreiben.

So beschreiben die Autor:innen Bitzer & Sørensen (2018) den Begriff Gesundheitskompetenz oder im englischen „Health literacy“ folgendermaßen: Die „patientenseitige Fähigkeit ärztliche Anweisungen, Packungsbeilagen, Patienteninformationen u. ä. zu verstehen und umzusetzen“ (Bitzer & Sørensen, 2018, S. 754).

Abel & Sommerhalder (2015) bezeichnen Gesundheitskompetenz als die Fähigkeit eines Individuums Gesundheitsinformationen zu erhalten, zu verstehen, zu beurteilen, sowie für die Gesundheit relevante Entscheidungen zu treffen und Gesundheitsförderung anzuwenden (Abel & Sommerhalder, 2015).

Diese Autor:innen unterscheiden zudem zwischen drei Arten von Gesundheitskompetenz:

- 1) Funktionale Gesundheitskompetenz, welche all jene Fähigkeiten beschreibt, relevante Gesundheitsinformationen zu finden und diese inhaltlich zu verstehen. Darunter wird zudem auch die Patient:innencompliance und das Nutzen von Versorgungsangeboten des Gesundheitswesens verstanden.
- 2) Interaktive Gesundheitskompetenz beschreibt die Fähigkeit sich über Gesundheitswissen austauschen zu können. Dies setzt voraus, dass gefundene Informationen verstanden worden waren und diese im Austausch mit Freunden oder Angehörigen oder dem zuständigen Gesundheitspersonal zu besprechen.
- 3) Kritische Gesundheitskompetenz legt den Fokus vielmehr auf die Reflexion im Umgang mit Gesundheit und dem Nutzen von Angeboten des Gesundheitssystems. Diese Art der Gesundheitskompetenz basiert auf einer „(selbst)bewussten und (selbst)kritischen Lebensgestaltung“ (Abel & Sommerhalder, 2015, S. 924). Daher fallen besonders auch die Begriffe der Gesundheitsförderung und Prävention in diese Kategorie der Gesundheitskompetenz.

Nachdem nun ein allgemeines Verständnis von dem Begriff der Gesundheitskompetenz erzielt werden konnte, bedarf es einer Verbindung mit der Thematik der Gehörlosigkeit. In den Studien von Abel & Sommerhalder (2015) und Kritzinger, Schneider, Swartz & Braathen (2014) konnten bereits Daten erhoben werden, dass die Gesundheitskompetenz von Menschen mit Gehörlosigkeit als geringer eingestuft wird, was sich in vermehrten Ambulanzaufenthalten widerspiegelt. Zudem manifestierte sich eine geringere Gesundheitskompetenz aufgrund von schlechterem Zugang zu Gesundheitsinformationen und -leistungen. Dies verdeutlicht, dass es grundlegend notwendig ist, für Menschen mit Gehörlosigkeit barrierefreie Informationen zu Gesundheitsförderung und Prävention zugänglich zu machen (Wizowski, Harper, & Hutchings, 2014).

Um genau diese Art von Informationsbeschaffung ermöglichen zu können, wurde die Arbeit von Wizowski, Harper & Hutchings (2014) genauer betrachtet. Die Autor:innen erstellten einen Leitfaden für die Entwicklung von Materialien zur Edukation und Stärkung der Gesundheitskompetenz von Patient:innen. Dieser Leitfaden soll kurz genauer erläutert werden und anschließend für die Zielgruppe der Menschen mit Gehörlosigkeit

adaptiert werden. Der Leitfaden besteht grundlegend aus zwölf Schritten und beschreibt die Herangehensweise um patient:innenorientierte Informationen zu entwickeln. Hierbei bietet er zudem Hilfestellungen für die praktische Umsetzung, wobei besonderer Fokus auf die individuellen Bedürfnisse der Patient:innen gelegt werden soll. Durch diese Individualität kann dieser Leitfaden, wenn auch etwas abgeändert, in vielen Spezialbereichen zum Einsatz kommen, wie es für die Thematik der Gehörlosigkeit in diesem Zusammenhang gedacht ist.

Wizowski, Harper, & Hutchings (2014) beschreiben die ersten Schritte der Gründung der Planungsgruppe und der Definition der Zielgruppe und anschließender Beurteilung von bereits vorhandenem Material. Dieser dritte Schritt erscheint bei der Thematik der Gehörlosigkeit besonders relevant. Hierbei erscheint besonders interessant, welche Informationskanäle, wie beispielsweise Broschüren oder TV, bereits angeboten werden und welche genutzt werden. Die Autor:innen Smith, Massey-Stokes, & Lieberth (2012) beschreiben das Internet als besonders attraktives Medium, um Informationen bezüglich der Gesundheit zu erhalten, wobei hier die Zugänglichkeit mittels Videos mit Untertiteln oder leicht verständlichen Artikeln essentiell ist.

In Bezug auf Leitlinien konnten für das ambulante Setting, in welchem diese Arbeit eingebettet ist, keine einheitlichen Standards identifiziert werden, die eine Betreuung von Menschen mit Gehörlosigkeit im Akutfall ermöglicht, falls keine Dolmetscher:innen zur Verfügung stehen.

Die nächsten drei Schritte beschreiben die inhaltliche Prüfung, das Design, sowie die Art der Informationsweitergabe in verständlicher Sprache. Anschließend geht es daran Feedback und Genehmigungen einzuholen und das Material zu produzieren (Wizowski, Harper, & Hutchings, 2014).

Obwohl dieser Leitfaden von Wizowski, Harper & Hutchings (2014) für jeglichen Gesundheitsinformationen genutzt werden kann, ist es aus Sicht der Autorin dieser Arbeit besonders wichtig, Menschen mit Gehörlosigkeit grundsätzlich über ihre Möglichkeiten und Rechte zum Einsatz von Dolmetscher:innen zu informieren. Zudem müssen zur

Stärkung der Gesundheitskompetenz Gesundheitsinformationen zugänglich und verständlich gemacht werden (Wizowski, Harper, & Hutchings, 2014).

Der Schweizer Berufsverband präsentierte in seiner „Perspektive 2020“ (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI, 2020) welche konkreten Aufgaben Pflegepersonen übernehmen können um ihre Patient:innen in ihrer Gesundheitskompetenz zu stärken.

„Die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten und weiterer Zielgruppen mittels Information und Beratung erlaubt diesen, möglichst autonom und selbstbestimmt zu leben. Gezielte Gesundheitsförderung und Prävention, ebenso wie die Koordination der erforderlichen Leistungen in neuen Versorgungsmodellen, z.B. in Form von Case Management, unterstützen die Menschen bei der Krankheitsbewältigung und verbessern die Lebensqualität der Betroffenen“ (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI, 2020, S.12). Hierbei ist es essenziell auf die speziellen Bedürfnisse einzugehen und das Pflegeangebot sowie die Beratung auf die Individualität der Person abzustimmen.

Zudem können Angehörige oder andere Unterstützungssysteme herangezogen werden, um das Selbstmanagement der Personen zu stärken (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI 2011, 2020). Hierbei zeigen die Autor:innen das Zusammenwirken der beiden Konzepte Selbstmanagement und Gesundheitskompetenz auf.

### **2.1.2 Selbstmanagement**

Der Begriff „Selbstmanagement“ wird wie folgt definiert:

*„Selbstmanagement [...] bedeutet das, was Menschen mit langandauernden Krankheiten und ihre Angehörigen unternehmen, um ihr Leben mit den täglichen Herausforderungen zu meistern und immer wieder in eine Balance zu bringen. Durch die gemachten Erfahrungen entwickeln die Betroffenen und deren Angehörige Selbstmanagement-Kompetenzen, stärken ihre Selbstwirksamkeit und ihre Fähigkeit zum Handeln und Annehmen eines gesundheitsfördernden Verhaltens“ (Kessler & Lasserre Moutet, 2022, S. 8).*

Diese Definition wurde bewusst gewählt, da sie auf den ersten Blick dem Begriff der Gesundheitskompetenz ähnelt. Besonders einprägsam erscheint jedoch bei diesem Zitat, dass einerseits das Meistern des alltäglichen Lebens mit der langandauernden Krankheit oder im besonderen Fall mit der Hörbeeinträchtigung beschrieben wird.

Andererseits unterstreicht die Formulierung „ihre Fähigkeit zum Handeln“ nicht nur die vorhandene Kompetenz zur Einschätzung des Gesundheitszustandes, sondern vielmehr die Selbstständigkeit und Autonomie der Patient:innen. Im Vergleich zur Gesundheitskompetenz zeigt sich hierbei demnach nicht nur die Fähigkeit Gesundheitsinformationen zu finden und zu verstehen, sondern vielmehr auch die Fähigkeit zur Bewältigung der täglichen Herausforderungen.

Die Autor:innen Holman & Lorig (2003) beschreiben die Selbstmanagementkompetenz eines/r Patient:in als die Verantwortung tagtäglich mit der Erkrankung oder Einschränkung umzugehen. Dies unterstreicht erneut diese Alltagskompetenz, die mit dem Begriff von Selbstmanagement einhergeht und diese klar von der Gesundheitskompetenz eines Menschen abgrenzt.

Im Schulungskontext wird ein problemzentrierter Ansatz zur Stärkung des Selbstmanagements gewählt.

„Thus, self-management programs must be based on patient perceived problems. For example, traditional arthritis education programs focus on preventing disability and disability management. However, the major concern of arthritis patients is pain (6). Therefore, arthritis self-management programs focus on pain management. This does not mean that information about managing disability is not taught. Rather, it is taught in the context of pain management“ (Lorig & Holman, 2003, S. 2)

Demnach bedarf es bei der Betreuung und Unterstützung von Menschen mit Gehörlosigkeit einer Bewusstseinschaffung für die täglichen Herausforderungen und Probleme. Zudem sollte dies vor dem Hintergrund eines individuell abgestimmten und problemzentrierten Ansatz geschehen.

### 2.1.3 Pflgeetheorie nach Orem

Leitet man seinen Blick hinsichtlich den täglichen Herausforderungen, gehen mit den Herausforderungen natürlich auch all jene Dinge einher, die nicht mehr von den Patient:innen selbst bewältigt werden können. Demnach sind das all jene Herausforderungen, bei denen die Patient:innen ihre Autonomie ein Stück weit aufgeben müssen, da sie Unterstützung in Anspruch nehmen müssen. Dieser Überlegung liegt das Pflegekonzept von Dorothea Orem, deren „Wirken einen entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung der Pflegewissenschaft genommen hat“ (Deutsche Nationalbibliothek, 2015, S. 70), zugrunde. Orem beschrieb in ihrem Pflegekonzept 1971 erstmalig den Begriff der Selbstpflege und des Selbstpflegedefizits und unterteilte diese Theorie in drei middle range theories:

- 1) Theorie der Selbstpflege/Dependenzpflege
- 2) Theorie des Selbstpflegedefizits
- 3) Theorie des Pflegesystems (Deutsche Nationalbibliothek, 2015, S. 72)

Grundlegend beschreibt Orem, dass die Bedürfnisse des einzelnen Menschen und dessen Fähigkeit diese Bedürfnisse zu stillen im Vordergrund steht und Pflegende ihren Fokus weg von Krankheitsorientierung hin zur Pflegebedürftigkeit lenken sollen. (Deutsche Nationalbibliothek, 2015)

Hinsichtlich der Thematik dieses Forschungsprojektes soll besonders Bezug auf die zweite Theorie mittlerer Reichweite genommen werden, in welcher Orem ein Ungleichgewicht zwischen Selbstpflegebedarf und Selbstpflegekompetenz beschreibt. Je größer dieses Ungleichgewicht, umso größer der Spagat zwischen Selbstpflegekompetenz und Selbstpflegedefizit, wodurch es zur Notwendigkeit von pflegerischer Unterstützung kommt.

Besonders zu bedenken ist bei diesem Modell, dass es in den Kompetenzbereichen des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals liegt, die Patient:innen individuell zu bestärken um genau diesem Selbstpflegedefizit entgegen zu wirken oder in diesem zu unterstützen.

*„The theory of self-care proposes that individuals learn and deliberately perform for themselves or have performed for them (dependent care) on a continuous basis those actions [...] Self-care is learned behavior, deliberate action for some purpose; it is practical work requiring energy expenditure.” (Allison, 2007, S. 68).*

Zieht man Ansätze dieser Theorie in seine Überlegungen hinein wird schnell ersichtlich, dass eine sprachliche Barriere, womöglich durch das fehlende zur Verfügung stellen von Dolmetscher:innen zwangsläufig zu einer eingeschränkten Selbstpflegekompetenz oder gar zu einem Selbstpflegedefizit führen kann, da zum Beispiel Arzttermine nicht mehr ohne Hilfeleistung wahrgenommen werden können.

Betrachtet man die Pflgetheorie der Selbstfürsorge von Orem als sogenanntes „systems model“ (Tourville & Ingalls, 2003, S. 21), so kann jedes Individuum als Teil eines Systems angesehen werden, welches stets versucht in Balance zu bleiben. Systeme können beispielsweise Organisationen oder Communities sein. Denkt man diesen Gedanken weiter, so könnte also die Gehörlosenkultur als Caring Community angesehen werden und somit als System fungieren. Äußere Faktoren und Stressoren können dieses System beeinflussen, wobei es immer auf den Informationsaustausch, also den Input an Information in das System und den Output von Information außerhalb des Systems, ankommt.

„The combination of input and output of information is related to the feedback loop. The feedback loop is the regulator of information. How well the system response to stress and strain will be dependent on its feedback loop and the flow of information” (Tourville & Ingalls, 2003, S. 26).

Weiterführend kann man diese Überlegungen dahingehend leiten, dass es essenziell ist Informationen in das System, im speziellen Fall in die Gehörlosen-Community, zu bringen. Anschließendes Feedback und Informationen innerhalb der Community – wie beispielsweise mittels Befragung – und Informationsweitergabe aus der Community heraus ermöglicht wiederum Stabilität und Reduktion von Stressoren innerhalb der Community.

### **3. Methodik**

Im folgenden Kapitel wird das methodische Vorgehen dieser quantitativen Querschnittstudie beschrieben. Dieses beinhaltet zum Einen die systematische Literaturrecherche, die Ein- und Ausschlusskriterien, welche für die anschließend beschriebene Rekrutierung festgelegt wurden und zum Anderen die Vorgehensweise der Fragebogenerstellung. Die Datenerhebung und -auswertung erfolgte anschließend. Diese Unterkapitel können repräsentativ für die chronologische Reihenfolge des Forschungsprozesses angesehen werden.

#### **3.1 Literaturrecherche**

Zu Beginn wurde eine umfangreiche systematische Literaturrecherche durchgeführt. Hierfür wurden die Datenbanken Pubmed und Cinahl genutzt, um Versorgungsstrukturen von Menschen mit Gehörlosigkeit weltweit zu identifizieren. Da nur ein begrenzter Zeitrahmen für die Arbeit angedacht war, wurde sich für ein spezifisches Rechercheprinzip entschieden um gezielte Treffer identifizieren zu können. Der Rechercheprozess erstreckte sich von August 2023 bis Dezember 2023.

Hierbei wurde aufgrund der Komplexivität der Thematik auf eine zeitliche Eingrenzung von Literatur verzichtet. Es wurde deutsch- und englischsprachige Literatur berücksichtigt und sollte grundsätzlich ein allgemeines Bild von Problemen und Herausforderungen für und im Umgang mit Menschen mit Gehörlosigkeit im Gesundheitswesen ermöglichen.

Es wurde sich hierbei auf die folgende Suchkomponenten „Menschen mit Gehörlosigkeit“, „Gesundheitsversorgung“, „Kommunikation“ und „Gesundheitskompetenz“ spezialisiert. Zudem kam es zum Einsatz von den Boole'schen Operatoren „AND“ und „OR“. (Brandenburg, Panfil, Mayer, & Schrems, 2023)

Diese kamen zum Einsatz um einerseits die Suchkomponenten miteinander zu verbinden und andererseits sollten durch die Verknüpfung mit dem Operator „OR“ „unzureichend verschlagwortete Datensätze trotzdem von der Suchstrategie erfasst werden“ (Brandenburg, Panfil, Mayer, & Schrems, 2023, S. 69).

Aus dieser Eingrenzung konnten zu jeder Suchkomponente Suchbegriffe zugeordnet werden, sodass sich pro Datenbank ein Suchstring entwickelte, welcher in der nachfolgenden Tabelle 1 dargestellt wird.

Suchkomponente	Suchstring: Pubmed	Suchstring: Cinahl
Suchkomponente 1: Patient	Hearing loss OR deaf OR hearing impaired OR sensory loss OR auditory OR non-auditory	deaf OR hard of hearing OR hearing impaired OR hearing loss AND patients OR clients OR individuals
	AND	AND
Suchkomponente 2: Gesundheitsversorgung	Healthcare OR healthcare providers OR healthcare workers OR primary care settings OR hospital OR health facilities OR healthcare quality	Healthcare OR health care OR hospital OR health services OR health facilities
	AND	AND
Suchkomponente 3: Kommunikation im Gesundheitswesen	Patient-physician communication OR healthcare communication OR patient-healthcare provider communication OR communication barriers OR communication challenges	Communication in nursing OR communication in healthcare OR communication barriers AND barriers OR obstacles or challenges
	AND	AND
Suchkomponente 4: Gesundheitskompetenz	Health literacy OR limited health literacy OR health education OR health outcome OR public health perspectives OR public health knowledge	health literacy OR health education OR health knowledge AND patients education OR health outcomes OR health education
	AND	AND

Tabelle 1: Suchstrings der systematischen Literaturrecherche

Demnach konnten 14 Studien identifiziert werden, die es ermöglichten ein grundlegendes Verständnis von Herausforderungen von Menschen mit Gehörlosigkeit in verschiedenen Gesundheitssystemen weltweit zu erlangen.

### **3.2 Forschungsdesign**

Da zur Beantwortung der Forschungsfragen Menschen mit Gehörlosigkeit den Ist-Zustand vom Zugang zu Gesundheitsleistungen in Österreich benennen sollten, wurde sich für eine explorativen, quantitativ deskriptiven Querschnittstudie (Brandenburg, Panfil, Mayer, & Schrems, 2023) entschieden.

Es wurde sich für die Analyse und Darstellung mittels deskriptiver Statistik in Form von absoluten und relativen Häufigkeiten entschieden, deren Ergebnisse in Kreisdiagrammen und Häufigkeitstabellen grafisch dargestellt werden.

### **3.3 Fragebogenerstellung**

Im Zeitraum von Dezember 2023 bis Februar 2024 wurde ein literaturgestützter stadnardisierter Fragebogen (Porst, 2014) erstellt, welcher zum Ziel hatte alle essentiellen Themen, die zur Beantwortung der Forschungsfragen notwendig waren, zu vereinen und zu beleuchten.

Es wurden im Fragebogen, welcher im Anhang I ersichtlich ist, die zwei verschiedene Messniveaus von Nominalskala und Ordinalskala angewandt und grundlegend in folgende Teilbereiche gegliedert:

- Die ersten vier Fragen richteten sich nach den soziodemografischen Daten der Befragten, in welchen Alter, Geschlecht und das Können der Gebärdensprache erfragt wurden.
- Die nächsten sechs Fragen wurden dafür genutzt bereits in Anspruch genommene Versorgungsmöglichkeiten zu erfragen. Diese Fragen wurden im Single- oder Multiple-Choice-Format dargestellt. Falls es sich um Mehrfachantworten handelte, so wurde dies explizit vermerkt (Porst, 2014).

- Die Frage mit der Nummer acht zeigte ein etwas anderes Format, in welchem insgesamt vier Aussagen getätigt und die Befragten dazu aufgefordert wurden, die Antworten so zu beurteilen, ob sie zutrafen oder nicht.
- Die Fragen neun bis 12 wurden erneut im Single-, Multiple-Choice oder offenem Antwortformat dargestellt. Hierbei ging es darum Verbesserungsmöglichkeiten der Gesundheitsversorgung zu erfragen.
- Die letzte Fragenkategorie wurde mittels Tabelle dargestellt und präsentierte 12 Aussagen, welche jeweils auf einer Likert-Skala von vier Stufen, trifft zu, trifft eher zu, trifft eher nicht zu und trifft nicht zu, zu beantworten waren (Steiner & Benesch, 2021). Dieses Antwortformat wurde speziell dafür genutzt die Gesundheitskompetenz der Befragten einschätzen zu können.

Nach Erstellung des Fragebogens wurde ein klassischer Pretest (Steiner & Benesch, 2021) mit zwei Personen mit Gehörlosigkeit, zwei unabhängigen Personen und einer Person, welche in einer Gehörlosenambulanz tätig ist und täglich mit der Patient:innengruppe zu tun hat, durchgeführt. Um den Fragebogen evaluieren zu können, wurde neben dem Fragebogen auch ein Bogen mit Fragen zur Verständlichkeit und Verbesserungsvorschlägen beigelegt. Entsprechend den Rückmeldungen, dass manche Fragen zu komplex erschienen, wurde eine Adaption des Fragebogens durchgeführt.

Der Fragebogen wurde sowohl als Online-Befragung über das Programm Survio (Survio s.r.o, 2012) und als Papierversion zur Verfügung gestellt. Diese parallel laufende Befragung hatte den Zweck eine höhere Rücklaufquote generieren zu können. Das Online-Format ermöglichte eine österreichweite Verbreitung des Fragebogens auch in jene Regionen in denen keine Gehörlosenambulanzen angesiedelt waren. Zudem bot es den Teilnehmenden die Möglichkeit den Fragebogen mittels Link oder QR-Code weiterzuversenden.

Zudem erhoffte sich die Forscherin durch die Praktikabilität des Online-Formates auch Personen anzusprechen, welche von einer Beantwortung im Papierformat absahen oder diese später durchführen wollten. Für all jene Personen, welche sich von technischen Belangen abgeschreckt fühlten, sollte das Papierformat eine passende Variante bieten.

### **3.4 Ethische Überlegungen und Datenschutz**

Aufgrund der Vulnerabilität der zu befragenden Patient:innengruppe vor Beginn der Studie das Forschungsvorhaben von der Ethikkommission der Uni Wien geprüft und das positive Votum zur Durchführung der Studie eingeholt. Im Rahmen der informierten Zustimmung (Porst, 2014) wurde ein Informationsschreiben erstellt. Dieses ist im Anhang III ersichtlich.

Die Befragung erfolgte anonym ohne mögliche Rückschlüsse auf die Befragten. Eine Aufklärung der Befragten zur Thematik erfolgte lediglich durch das Informationsschreiben zu Beginn des Fragebogens. Die Studienteilnahme war zu jedem Zeitpunkt freiwillig und ein vorzeitiger Abbruch durch nicht Ausfüllen des Fragebogens oder nicht Abwerfen des Fragebogens war jederzeit möglich. Daraus resultieren keinerlei Konsequenzen. Sonst waren keine Risiken bei der Durchführung zu erwarten, da mittels Pretest mögliche belastende Fragen bereits adaptiert und sensibilisiert worden waren.

Als grundlegendes Ausschlusskriterium galt die Minderjährigkeit, da es um die Eigeneinschätzung der befragten Personen ging und diese in Ihrer Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt sein können, sowie Bevollmächtigte Personen hinzugezogen werden müssten.

Eine Anonymisierung erfolgte zudem dadurch, dass die Forscherin die Fragebögen an verschiedenen Orten verteilte und nie anwesend war, wenn Fragebögen ausgefüllt wurden. Die Fragebögen wurden bei der Auswertung mit Nummern versehen, sodass letztendlich auch keine Rückschlüsse mehr darauf zu führen waren, welche Fragebögen von welcher Ambulanz oder aus der Online-Befragung kamen. Die erhobenen Daten wurden vertraulich behandelt und lediglich von der Forscherin selbst eingesehen. Nach Eingabe der Daten in den Datensatz des Programmes SPSS, wurden die Fragebögen vernichtet.

Es war nicht zu erwarten, dass die Teilnehmer:innen durch die Teilnahme an dieser Studie einen (bspw. gesundheitlichen) Nutzen ziehen würden. Allerdings sollte diese Studie den Ist-Zustand aufdecken und somit Möglichkeiten zur Verbesserung ableiten, sodass eine Handlungsleitlinie für all jene Bereiche im Akutsetting erstellt werden konnte, welche mit Menschen mit Gehörlosigkeit in Berührung kommen. Somit konnte ein Beitrag

zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen, dem Abbau möglicher Zugangsbarrieren und zur Sensibilisierung dieser Thematik geleistet werden.

### 3.5 Stichprobenbeschreibung

Um möglichst präzise und aussagekräftige Ergebnisse erhalten zu können, wurden bestimmte Personen und Personengruppen von der Erhebung ausgeschlossen. Dies zeigt sich in der nachfolgenden Tabelle 2 der Ein- und Ausschlusskriterien.

<b>Einschlusskriterien</b>	<b>Ausschlusskriterien</b>
Erwachsene Personen >18 Jahre	Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre
Taub, taubstumm, schwerhörig	Taubblind
ÖGS erlernt	ÖGS nie erlernt
Ambulantes Setting	Akut- und langzeitstationärer Bereich
	Kognitive Beeinträchtigung
	Schwerhörigkeit im Alter
	Analphabeten

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien

Die Erhebung fand in vier Gehörlosenambulanzen in Österreich und über das Online-Format Survio (Survio s.r.o, 2012) statt. Hierbei ging es darum die Versorgungsstrukturen im ambulanten Setting zu erfragen, weshalb der akut- und langzeitstationäre Bereich ausgeschlossen wurden. Ebenso wurden minderjährige Teilnehmer:innen, Personen, welche taubblind oder Analphabeten sind, von der Studie ausgeschlossen. Genauere ethische Überlegungen hierzu wurden bereits im Kapitel 3.4 erläutert.

Um ebenso die Problematik mit Dolmetscher:innen beleuchten zu können, wurde das Einschlusskriterium die ÖGS erlernt gehabt zu müssen, erstellt. Anfänglich wurde sich überlegt, dass Personen, die nicht ÖGS kompetent sind, von der Befragung ausgeschlossen werden sollten. Im Zuge dieser Arbeit wurden sich hierzu neuerlich Gedanken gemacht, welche im Kapitel 5.2 genauer beschrieben wurden.

Da es bei diesem Forschungsprojekt grundlegend um die Versorgung von Menschen mit Gehörlosigkeit ging, wurde die Thematik der Schwerhörigkeit im Alter ausgeschlossen,

obwohl manche Überlegungen bestimmt auch auf diese Personengruppe angewandt werden können.

### **3.6 Datenerhebung**

Um genau die Untersuchungsgruppe erreichen zu können wurde bereits im Oktober 2023 eine erste, formlose Kontaktaufnahme und Schilderung des Forschungsvorhabens mit der Präsidentin des österreichischen Gehörlosenbund, kurz ÖGLB, gestartet. Diese versicherte die Möglichkeit der Verbreitung des Fragebogens über die Social Media Kanäle des ÖGLB.

Im Februar 2024 erfolgte zudem eine Kontaktaufnahme mit allen fünf Gehörlosenambulanzen in Österreich. Hierbei wurde das Forschungsvorhaben beschrieben und darum gebeten die Fragebögen inkl. Abwurfbehälter in den Ambulanzen auflegen zu dürfen. Nachdem vier positive Rückmeldungen von den Gehörlosenambulanzen in Wien, Linz, Salzburg und Graz eingelangt waren, erfolgte ein E-Mail-Kontakt zwischen der Forscherin und den zuständigen Personen der Ambulanzen. Nach positivem Ethikvotum wurden sich Termine für Mai 2024 vereinbart. Zudem wurde ein separates Instagram-Profil erstellt, wodurch Social Media genutzt werden konnte, um mit Vereinen und Personen, die sich besonders in der Gehörlosen-Community einsetzen, in Verbindung zu treten. Dieses Social Media-Profil ermöglichte zudem eine finale Kontaktaufnahme mit den Social Media Kanälen des ÖGLB, sowie der Verbreitung des Fragebogens durch diese.

Die Datenerhebung startete am 03.05.2024 im Online-Format, sowie den Ambulanzen Wien und Graz, in welchen je 20 Exemplare in ausgedruckter Form sowie Abwurfbehälter (siehe Abbildung 1) zur Verfügung gestellt wurden. Der Start der Online-Befragung wurde durch das erstellte Social-Media-Profil mitgeteilt und durch den Verteiler der ÖGLB zusätzlich verbreitet.

Ein Besuch in den Ambulanzen Linz und Salzburg erfolgte Ende Mai 2024.

Die tatsächliche Erhebungsphase erstreckte sich von Anfang Mai bis Ende Juli.

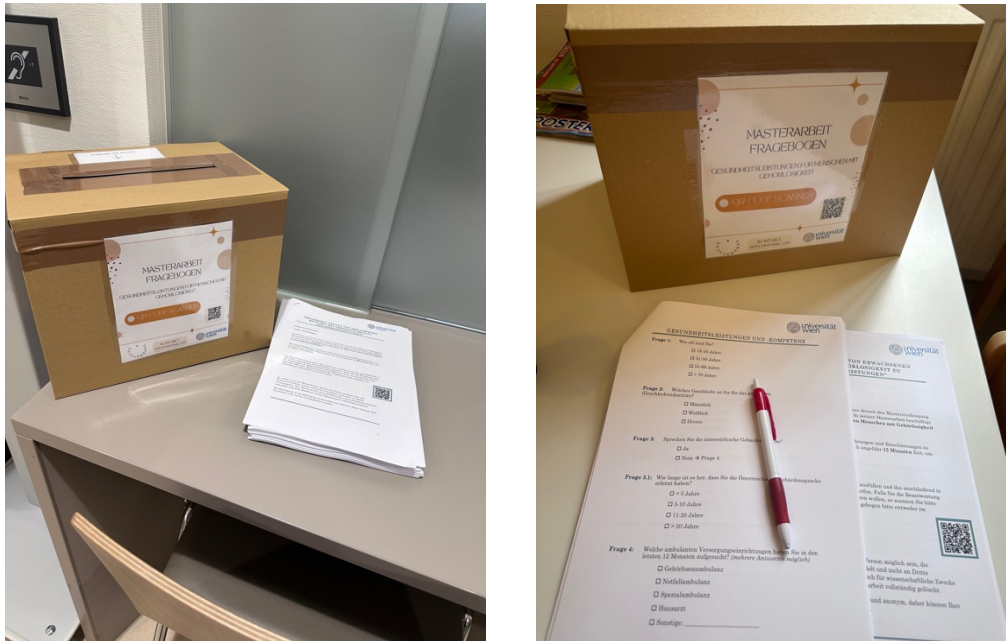


Abbildung 1: Fragebögen und Abwurfbehälter Gehörlosenambulanz Graz und Linz

Während der Datenerhebungsphase gab es stets Austausch zwischen der Forscherin und den Ambulanzen. Aufgrund der hohen Rücklaufquote in den Ambulanzen Graz und Salzburg wurden jeweils zehn zusätzliche Exemplare übermittelt. Nach der Datenerhebungsphase von zwei Monaten wurden die Fragebögen im Papierformat aus den Abwurfbehältern eingesammelt und die Online-Befragung inaktiv geschaltet. Insgesamt konnten 97 Fragebögen, davon 32 im Online-Format und 65 in den Ambulanzen, erhoben werden.

### 3.7 Datenauswertung

Die deskriptive Datenauswertung erfolgte im August 2024 mittels IBM SPSS Statistics Dateneditor Version 29 (IBM Corporation, 2023).

Hierfür erstellte die Forscherin einen Datensatz mit allen Items des Fragebogens. Da bei manchen Items Multiple-Choice-Antworten möglich waren, wurde für jede

Antwortmöglichkeit eine eigene Variable erstellt, sodass letztendlich 65 Variablen zustande kamen.

Nach Ende der Datenerhebung wurden zuerst die 32 Online-Fragebögen ausgewertet. Anschließend erfolgte die Auswertung der 65 Fragebögen aus den Ambulanzen. Wie bereits vorab festgelegt wurde ein deskriptives Analyseverfahren durchgeführt.

Die Grafiken zur bildlichen Darstellung von Häufigkeiten wurden mit dem Programm Word (Microsoft® Word, 2017), in welchem diese Arbeit verfasst wurde, erstellt. Bei all jenen Items, die im Multiple-Choice-Format angeboten worden waren, wurden die Häufigkeitstabellen mittels SPSS erstellt.

Bei all jenen Items, die der Logik des Fragebogens folgten und daher von manchen Teilnehmer:innen beantwortet und von manchen bewusst ausgelassen worden waren, wurden prozentuale Anteile berechnet und variieren daher von Frage zu Frage. Bei den Multiple-Choice-Fragen sind ebenfalls unterschiedliche n-Werte ersichtlich. Fragen, welche freie Antwortkategorien beinhalteten, wurden in den Ergebnissen beispielhaft wiedergegeben. Da es eine Frage im Fragebogen gab, welche ausschließlich als offene Antwortkategorie konfiguriert war und eine hohe Anzahl von Antworten hervorbrachte, erfolgte eine in-vivo-Codierung. Anschließend wurden Kategorien gebildet, welchen die Aussagen wortwörtlich zugeordnet werden konnten.

Um den Gütekriterien quantitativer Forschung nachzukommen wurden trotz deskriptiver Statistik einige statistische Tests, wie die Reliabilitätsanalyse, durchgeführt. Diese werden im nächsten Kapitel genauer beschrieben.

Es wurde sich bewusst gegen die Beschreibung des Konfidenz-Intervalls  $p$  entschieden, da in der vorliegenden Arbeit keine Hypothesen aufgestellt worden waren. Auch eine Testung auf Chi-Quadrat um Zusammenhänge und Korrelationen berechnen zu können, wurde für keine Fragekategorie als sinnvoll empfunden und daher bewusst vernachlässigt.

### **3.8 Gütekriterien quantitativer Forschung**

Während des gesamten Forschungsprozesses wurde stets auf die Einhaltung der Gütekriterien quantitativer Forschung geachtet. Dies diente zur Sicherstellung einer möglichst fehlerfreien Datenerhebung und der Möglichkeit einer aussagekräftigen Interpretation der Ergebnisse.

#### **- Validität**

Bereits zu Beginn dieses Forschungsvorhabens wurde ein Pretest durchgeführt, welcher dafür herangezogen werden kann die Inhaltsvalidität des Messinstruments zu überprüfen (Brandenburg, Panfil, Mayer, & Schrems, 2023).

Da es sich um einen von der Forscherin neu erstellten Fragebogen handelt und detailliertere Validitätsanalysen den Rahmen dieser Forschungsprojektes gesprengt hätten, bleibt dies zukünftiger Forschung vorbehalten. Dennoch kann das Gütekriterium Validität grundlegend als erfüllt angesehen werden, da mittels der gewählten Erhebungsmethode die zu Beginn festgelegten Forschungsfragen beantwortet werden konnten.

#### **- Objektivität**

Der Aspekt der Objektivität konnte dahingehend sichergestellt werden, dass ein standardisiertes Erhebungsinstrument angewandt wurde. Alle Teilnehmer:innen bekamen dieselben Fragen gestellt und konnten aus vorgegebenen Antwortkategorien wählen. Der Fragebogen wurde an verschiedenen Orten verteilt und die Forscherin war nie anwesend, wenn Fragebögen ausgefüllt wurden. Zudem können durch die Beantwortung im Online-Format jegliche Einflüsse durch die Forscherin ausgeschlossen werden.

#### **- Reliabilität**

Um die Reliabilität dieses Forschungsvorhabens beurteilen zu können, wurde sich für die Reliabilitätsanalyse entschieden. Hierfür wurde mittels SPSS der Cronbach's Alpha ermittelt. Es mussten die Items mit offenen Antwortkategorien ausgeschlossen werden, da diese als „Zeichenfolge“ in SPSS erfasst worden waren.

Daher konnten insgesamt 55 Items hinsichtlich ihrer Korrelation zwischen den Antworten des Fragebogens geprüft werden.

Hierbei bewegt sich der Cronbach's Alpha, wie in Tabelle 3 ersichtlich, im Bereich „ $\alpha > 0,80$ “, weshalb von einer guten internen Konsistenz gesprochen werden kann.

### **Reliabilitätsstatistiken**

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
.814	55

Tabelle 3: Reliabilitätsanalyse Cronbach's Alpha

Auch bei genauerer Betrachtung der einzelnen Items und wie sich Cronbach's Alpha verändert hätte, wenn Items weggelassen worden wären, zeigen sich Werte zwischen 0,789 und 0,827. Daraus lässt sich schließen, dass keine große Veränderung der Reliabilität nach Adaption einzelner Items erzielt werden hätte können und der Fragebogen gesamt als reliabel einzustufen ist.

## 4. Ergebnisse

Die gesamte Teilnehmer:innenzahl der Studie betrug 97 Personen (n=97). Hiervon konnten 32 Personen über das Online-Format generiert werden. 65 Teilnehmer:innen konnten durch vier Gehörlosenambulanzen in Österreich erreicht werden. Die Teilnehmer:innen in diesen Ambulanzen teilten sich wie folgt auf:

- Linz: n=11
- Wien: n=12
- Graz: n=14
- Salzburg: n=28

Wie bereits erwähnt dienten die ersten vier Items des Fragebogens dazu die soziodemografischen Daten der Teilnehmer:innen zu erfassen. Hierbei zeigte sich, dass die meisten Teilnehmer:innen zwischen 51 und 69 Jahre alt waren (n=34) – dies entspricht 35,1%.

Die Mehrheit der Teilnehmer:innen, nämlich 63,9%, waren „weiblich“ (n=62) an und n=35 wählten das Geschlecht „männlich“ (siehe Abbildung 2).

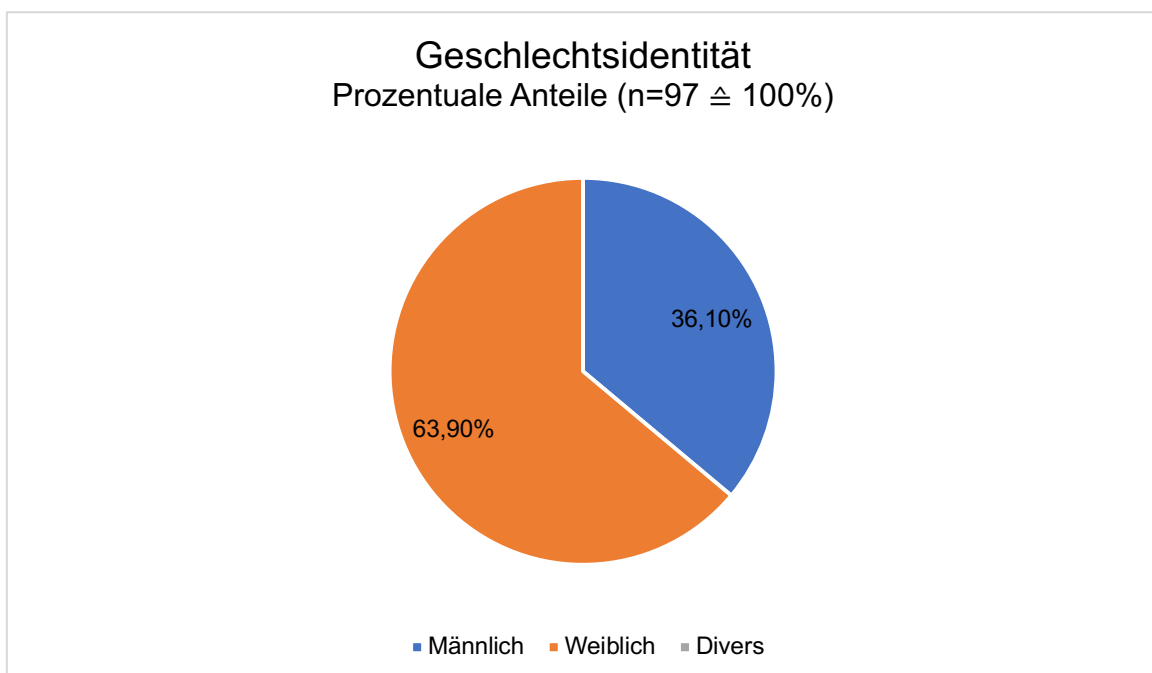


Abbildung 2: Kreisdiagramm Geschlechtsidentität (n=97)

In den nächsten zwei Fragen ging es darum zu erfragen, ob die Teilnehmer:innen die österreichische Gebärdensprache sprechen und wenn ja, wann sie diese erlernt haben. Hierbei gaben 92,8% (n=90) an, die österreichische Gebärdensprache zu sprechen. Die genauen Häufigkeiten sollen in der nachfolgenden Tabelle 4 dargestellt werden.

### Sprechen Sie die österreichische Gebärdensprache?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 ja	90	92.8	93.8	93.8
	2 nein	6	6.2	6.3	100.0
	Gesamt	96	99.0	100.0	
Fehlend	99 keine Angabe	1	1.0		
Gesamt		97	100.0		

Tabelle 4: Häufigkeitstabelle ÖGS

Von diesen 90 Personen antworteten 87 Personen auf die nächste Frage. Hier gab mehr als die Hälfte, nämlich 69% (n=60), an die ÖGS bereits vor über 20 Jahren erlernt zu haben. Insgesamt gaben nur 19,5% (n=17) die ÖGS in den letzten 10 Jahren erlernt zu haben. Die prozentuale Aufteilung dieser Häufigkeiten ist im nachfolgenden Balkendiagramm in Abbildung 3 dargestellt.

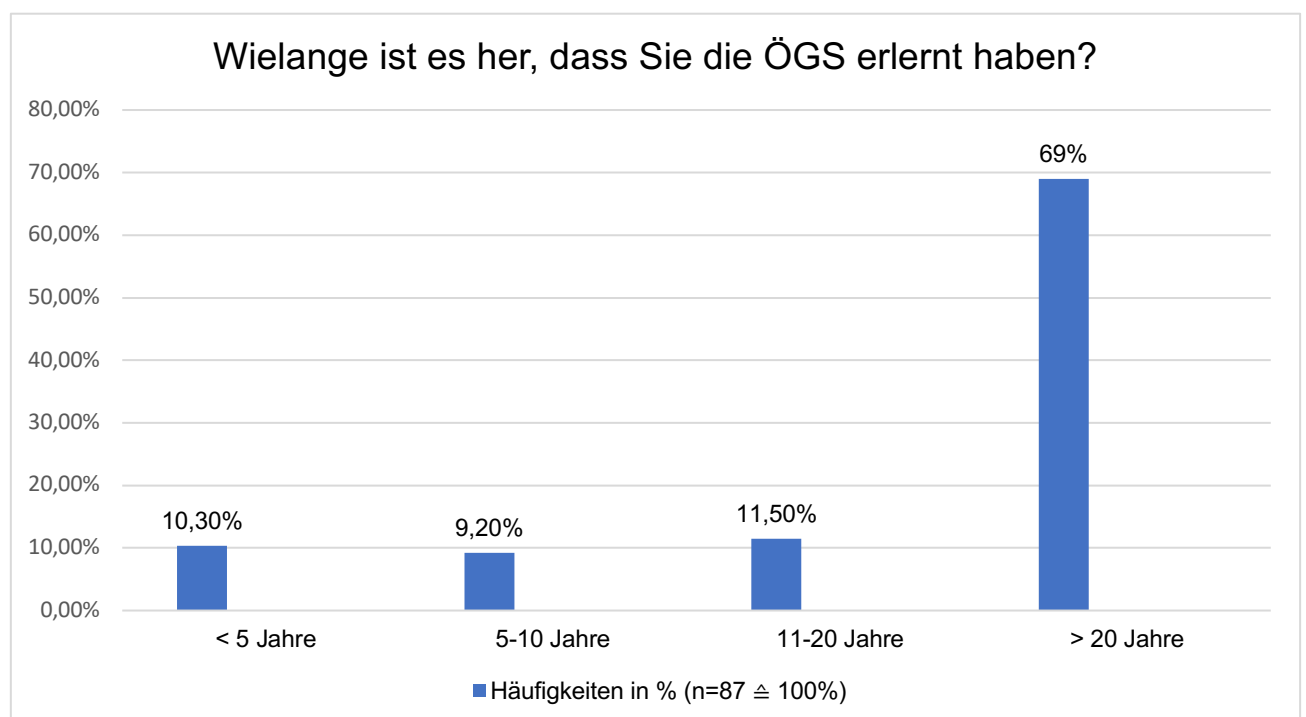


Abbildung 3: Balkendiagramm Jahre seit Erlernen der ÖGS (n=87)

## 4.1 Zugang zu Gesundheitsleistungen

Dieses Kapitel konzentriert sich auf die Fragebogen-Items vier bis acht. Diese Fragen zielten grundlegend darauf ab herauszufiltern, welche Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen werden. Zusätzlich konnte aufgrund der gezielten Formulierungen die Zugänglichkeit hinsichtlich Terminvereinbarungen, Wartezeiten auf einen Termin und Erreichbarkeit der Ambulanzen erfragt werden.

Die Gehörlosenambulanz wurde in den letzten 12 Monaten von 84 Personen in Anspruch genommen. Am zweit häufigsten wurden mit n=38 Hausärzte aufgesucht und Notfall- (n=10) bzw. Spezialambulanzen (n=11) wurden am seltensten aufgesucht. Bei der offenen Antwortkategorie „Sonstige“ gaben n=13 Personen an Physiotherapeut:innen, Neurolog:innne, Orthopäd:innen, Dermatolog:innen, Zahn-, Frauen- und Augenärzte in den letzten 12 Monaten besucht zu haben (siehe Abbildung 4). Bei dieser Frage waren Mehrfachantworten möglich.

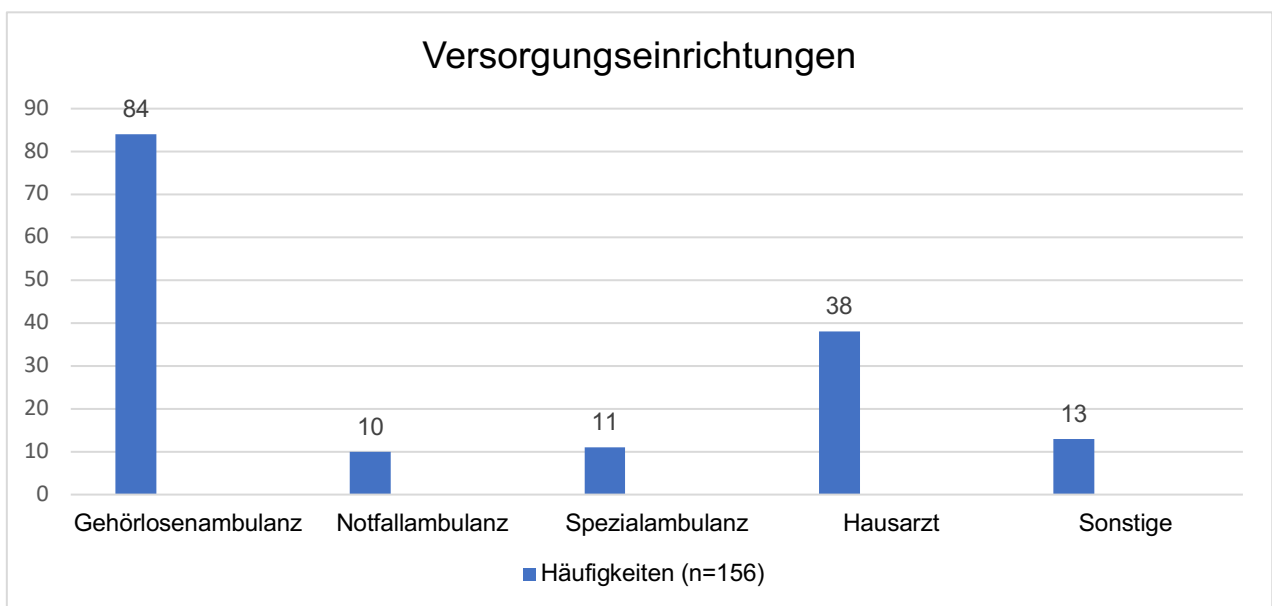


Abbildung 4: Balkendiagramm Versorgungseinrichtungen (n=156)

Berechnet man anhand der Antwortanzahl Prozente, so zeigt sich die Aufteilung folgendermaßen (n=156 Antworten  $\hat{=}$  100%):

- Gehörlosenambulanz  $\hat{=}$  53,8%
- Notfallambulanz  $\hat{=}$  6,4%
- Spezialambulanz  $\hat{=}$  7,1%
- Hausarzt  $\hat{=}$  24,4%
- Sonstige  $\hat{=}$  8,3%

Die Frage zur Terminvereinbarung zeigte, dass sich bereits eine deutliche Umstellung in Richtung elektronischer Möglichkeiten entwickelt. Hierbei handelt es sich erneut um eine Multiple-Choice-Antwortkategorie. So gaben n=71 ( $\hat{=}$  39%) an Termine per SMS, n=41 ( $\hat{=}$  22,5%) per Email, n=32 ( $\hat{=}$  17,6%) vor Ort, n=18 ( $\hat{=}$  9,9%) online, n=17 ( $\hat{=}$  9,3%) telefonisch und n=3 ( $\hat{=}$  1,7%) mittels Fax vereinbaren zu können. Die prozentuale Verteilung wird in dem nachfolgenden Balkendiagramm (siehe Abbildung 5) dargestellt.

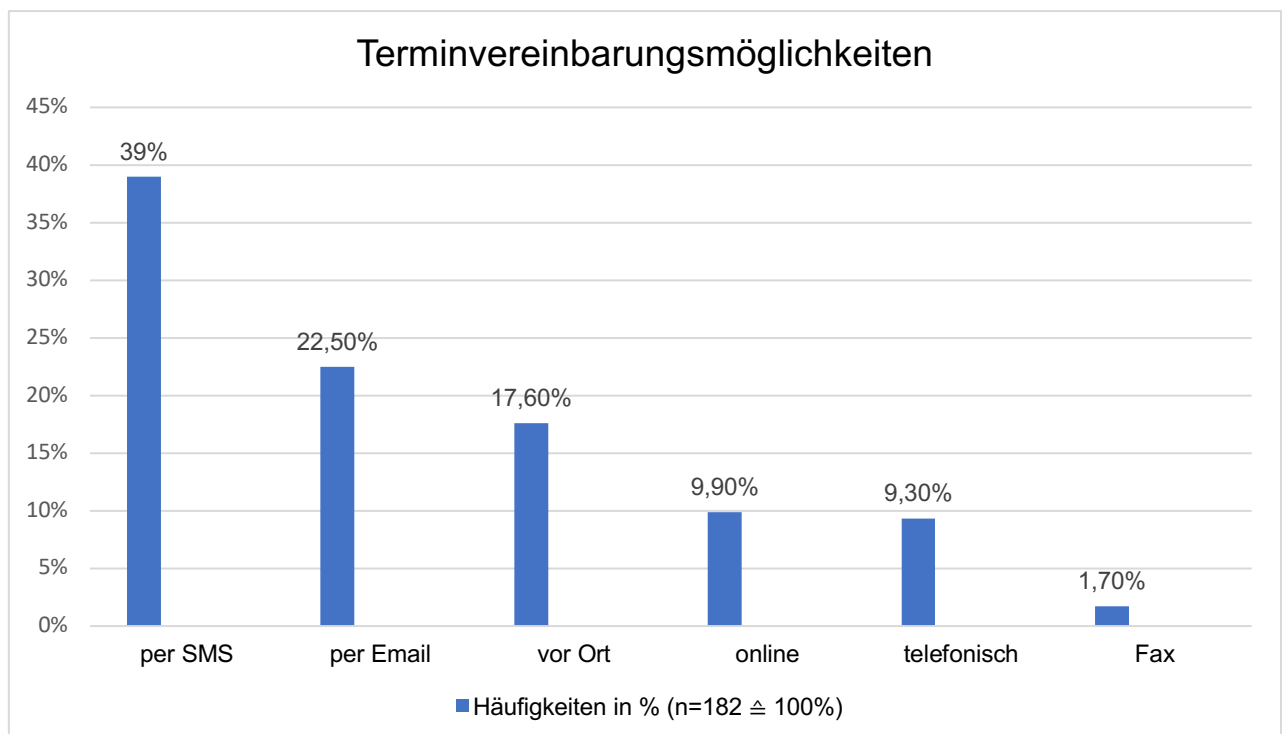


Abbildung 5: Balkendiagramm Terminvereinbarung (n=182)

Die nachfolgende Abbildung 6 gibt Auskunft darüber, wie lange die befragten Personen auf einen Termin warten mussten. Die Zusatzinformation, dass es sich um Mehrfachantworten handeln kann, wenn mehrere Termine vereinbart worden waren, zeigt sich in dem Rücklauf von n=139 Antworten.

So gaben 52 Personen an aufgrund des akuten Handlungsbedarfs sofort einen Termin zu bekommen. Dies entspricht 37,4%. Knapp darauf folgende machten 51 Personen ( $\hat{=}$  36,7%) die Angabe maximal eine Woche auf einen Termin warten zu müssen. Die seltenst gewählten Antworten waren eine Wartezeit von bis zu vier Wochen (n=21  $\hat{=}$  15,1%) oder mehrere Monate (n=15  $\hat{=}$  10,8%).

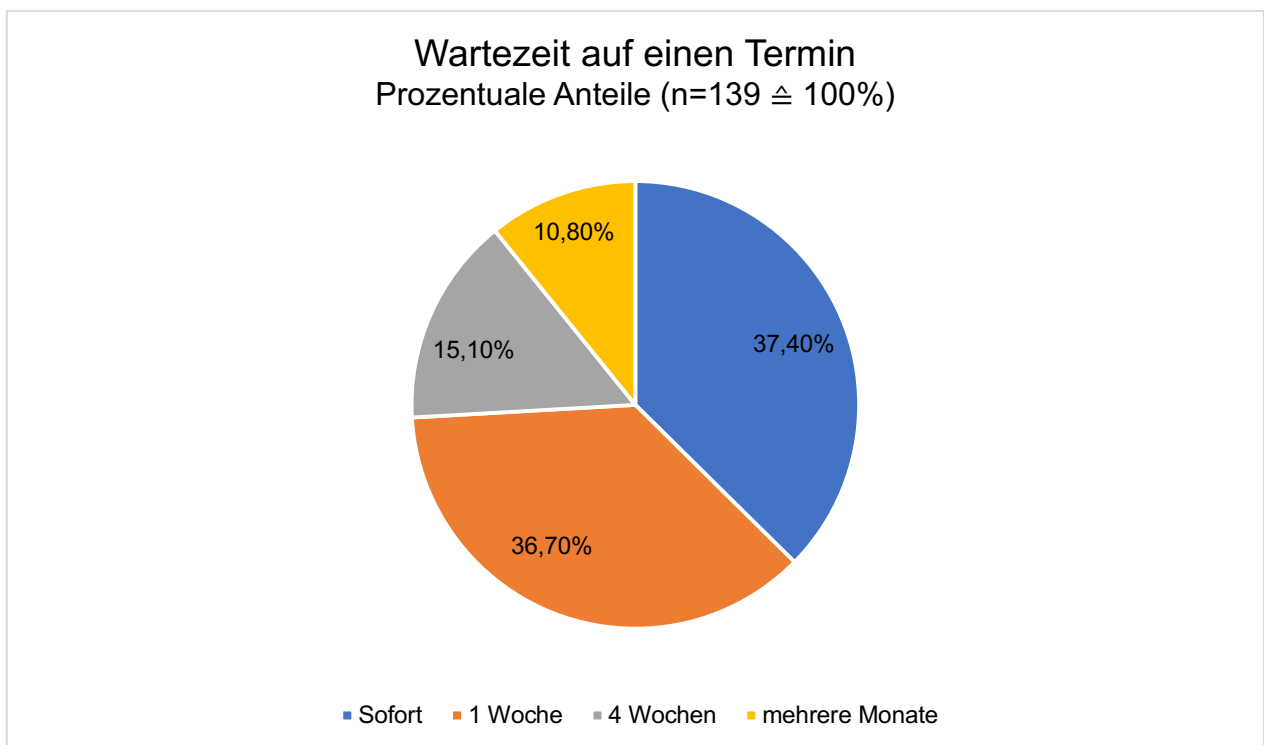


Abbildung 6: Kreisdiagramm Wartezeit auf einen Termin (n=139)

Um die wohnortnahe Zugänglichkeit von Versorgungseinrichtungen bewerten zu können, sollten die Befragten in der nächsten Frage angeben, wie lange sie von ihrem Wohnort in die Ambulanz brauchten. Die Häufigkeiten zeigen sich in der nachfolgenden Tabelle 5. Knapp die Hälfte der Befragten, nämlich n=49, benötigte weniger als 30 Minuten und 28 Personen weniger als 60 Minuten. Somit erreichten insgesamt 79,4% die Ambulanzen

innerhalb einer Stunde. 15 Personen brauchten über eine Stunde und nur 3 Personen brauchten über zwei Stunden in die Ambulanz.

### Wie lange brauchten Sie von Ihrem Wohnort in die Ambulanz?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 <30 Minuten	49	50.5	51.6	51.6
	2 <60 Minuten	28	28.9	29.5	81.1
	3 über 1 Stunde	15	15.5	15.8	96.8
	4 über 2 Stunden	3	3.1	3.2	100.0
	Gesamt	95	97.9	100.0	
Fehlend	99 keine Angabe	2	2.1		
<b>Gesamt</b>		<b>97</b>	<b>100.0</b>		

Tabelle 5: Häufigkeitstabelle Wohnort bis Ambulanz

Abbildung 7 gibt Auskunft darüber, wie die Patient:innen in den Ambulanzen aus dem Wartezimmer aufgerufen wurden. 76,3% (n=74) gaben an persönlich von Mitarbeiter:innen der Ambulanzen „aufgerufen“ zu werden. 13,4% (n=13) wurden akustisch aufgerufen und 9,3% (n=9) nutzten visuelle Wartezimmeraufrufe. Eine Person hat dazu keine Angabe gemacht.

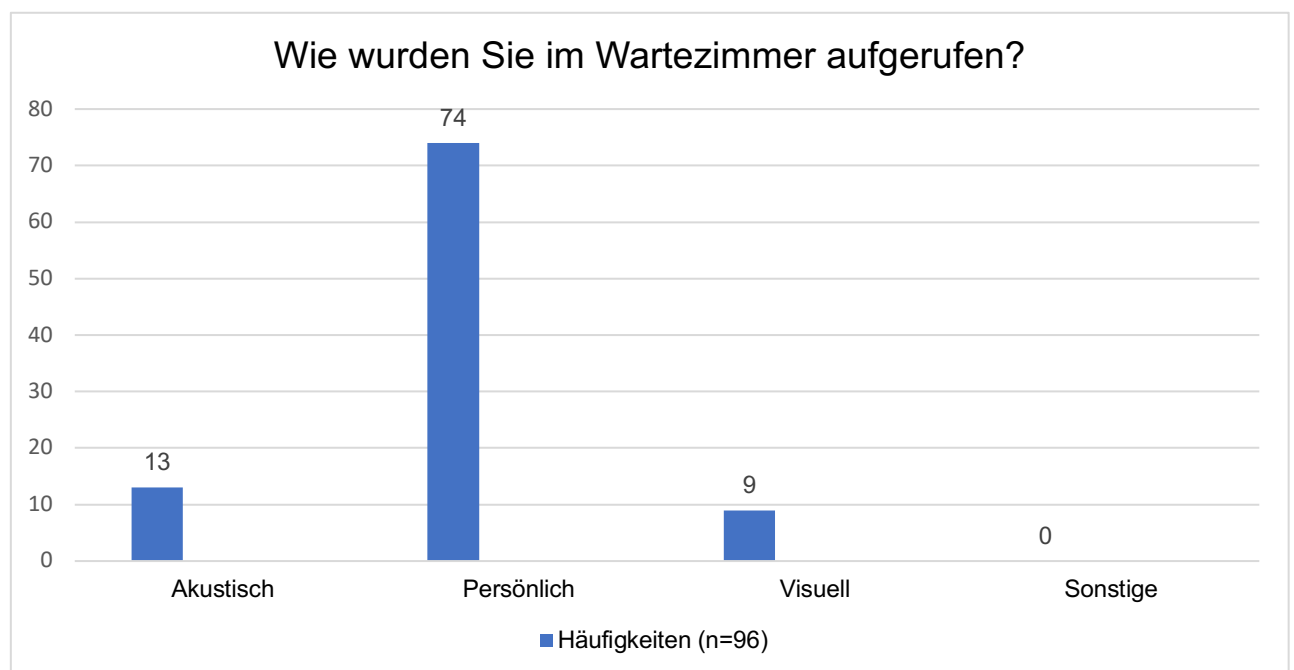


Abbildung 7: Balkendiagramm Wartezimmeraufruf (n=96)

Die Abbildung 8 veranschaulicht wie sich die Kommunikation zwischen Patient:innen und dem Gesundheitspersonal gestaltete. Hierbei waren Mehrfachantworten möglich, woraus sich n=213 ergab. Es wurden von insgesamt 14 Personen Videodolmetscher:innen und Angehörige/Freunde hinzugezogen um zu kommunizieren. Auf elektronische Kommunikation griffen 4 Personen zurück. Handschriftliche Kommunikation wurde von 24 Personen genutzt. Am Häufigsten, mit 56 Personen und einem prozentualen Anteil von 26,6%, kam die Österreichische Gebärdensprache (ÖGS) zum Einsatz. Dicht folgte die Häufigkeit der Kommunikation mittels Lippen lesen (n=53  $\hat{=}$  24,9%) und dem Einsatz von Dolmetscher:innen (n=48  $\hat{=}$  22,5%).

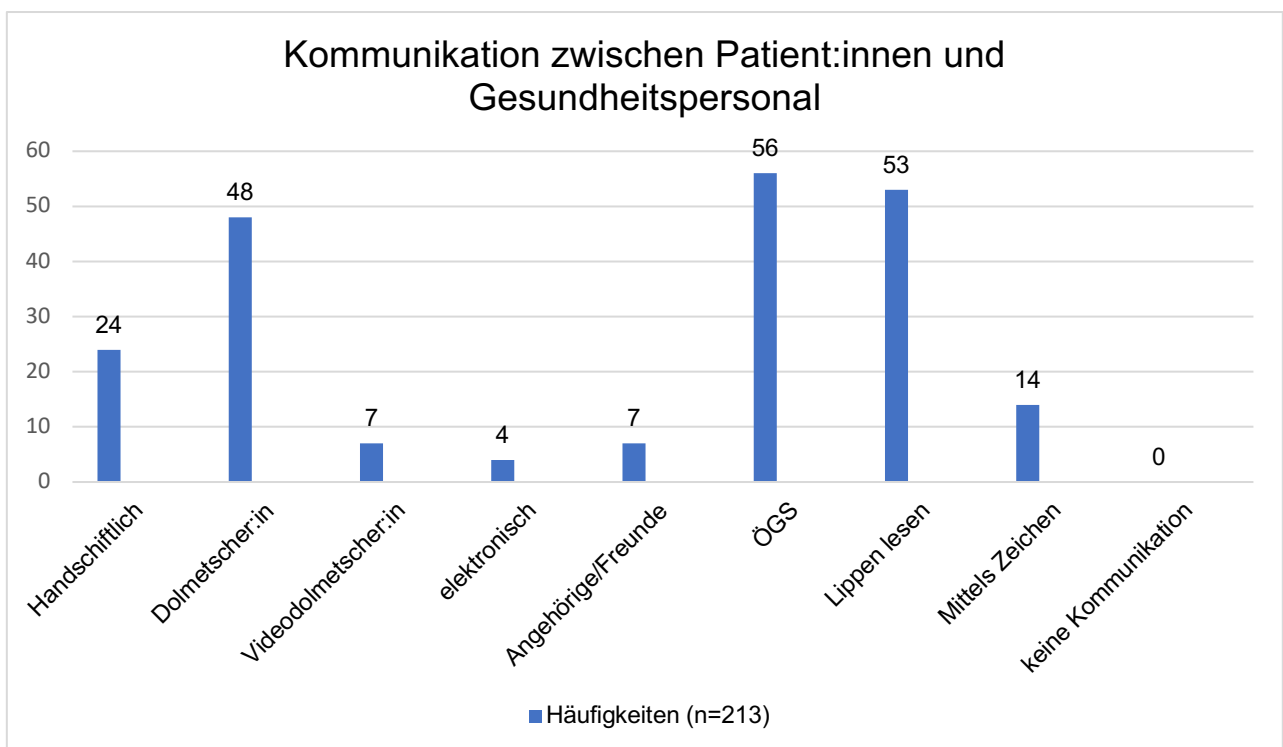


Abbildung 8: Balkendiagramm Kommunikation zwischen Patient:innen und Gesundheitspersonal (n=213)

Die nächsten vier Items des Fragebogens wurden in einem anderen Format präsentiert. Es wurde zu Beginn eine Aussage getätigt, der die Befragten zustimmen oder nicht zustimmen sollten (Antwortmöglichkeit „ja“ oder „nein“). Darauf aufbauend wurde je nach Antwort mittels Logik des Fragebogens eine vertiefende Frage gestellt oder der Teilnehmende informiert die darauffolgende Frage zu überspringen.

Die Abbildung 9 gibt Auskunft über die Verteilungen zur Aussage, ob Arzttermine selbstständig wahrgenommen werden können. 85,6% (n=83) gaben an Arzttermine selbstständig wahrnehmen zu können. 12,4% (n=12) hingegen bestätigten, dass Arzttermine nicht selbstständig wahrgenommen werden können. 2% (n=2) machten keine Angaben zu dieser Frage.

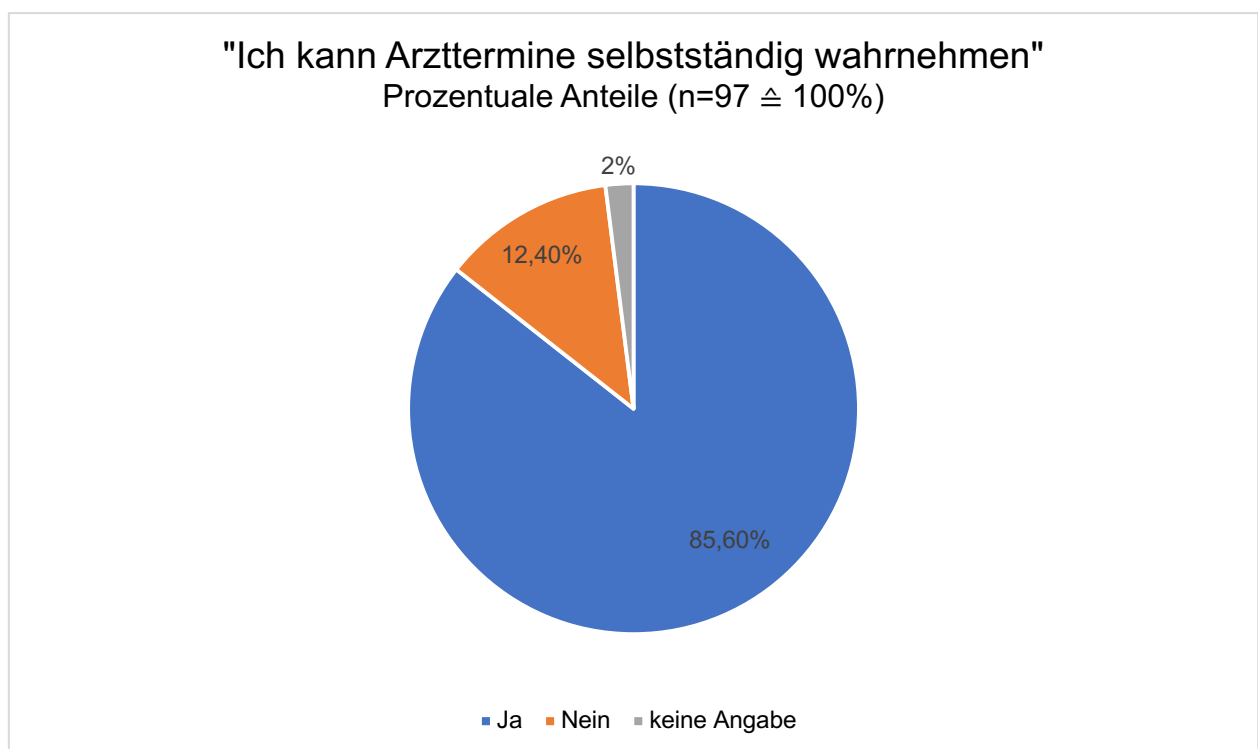


Abbildung 9: Kreisdiagramm Selbstständigkeit bei Arztterminen (n=97)

Von den Personen, die Unterstützung beim Arztbesuch benötigten gaben 38,5% (n=5) an, dass sie eine Person, welche das Übersetzen übernimmt brauchen und 53,8% (n=7) brauchen eine Person, die die telefonische Terminvereinbarung übernimmt. 0% (n=0) brauchten Hilfe bei der Anreise oder wählten eine freie Antwort. 7,7% (n=1) machten keine Angabe, welche Art von Unterstützung sie benötigten (siehe Abbildung 10).

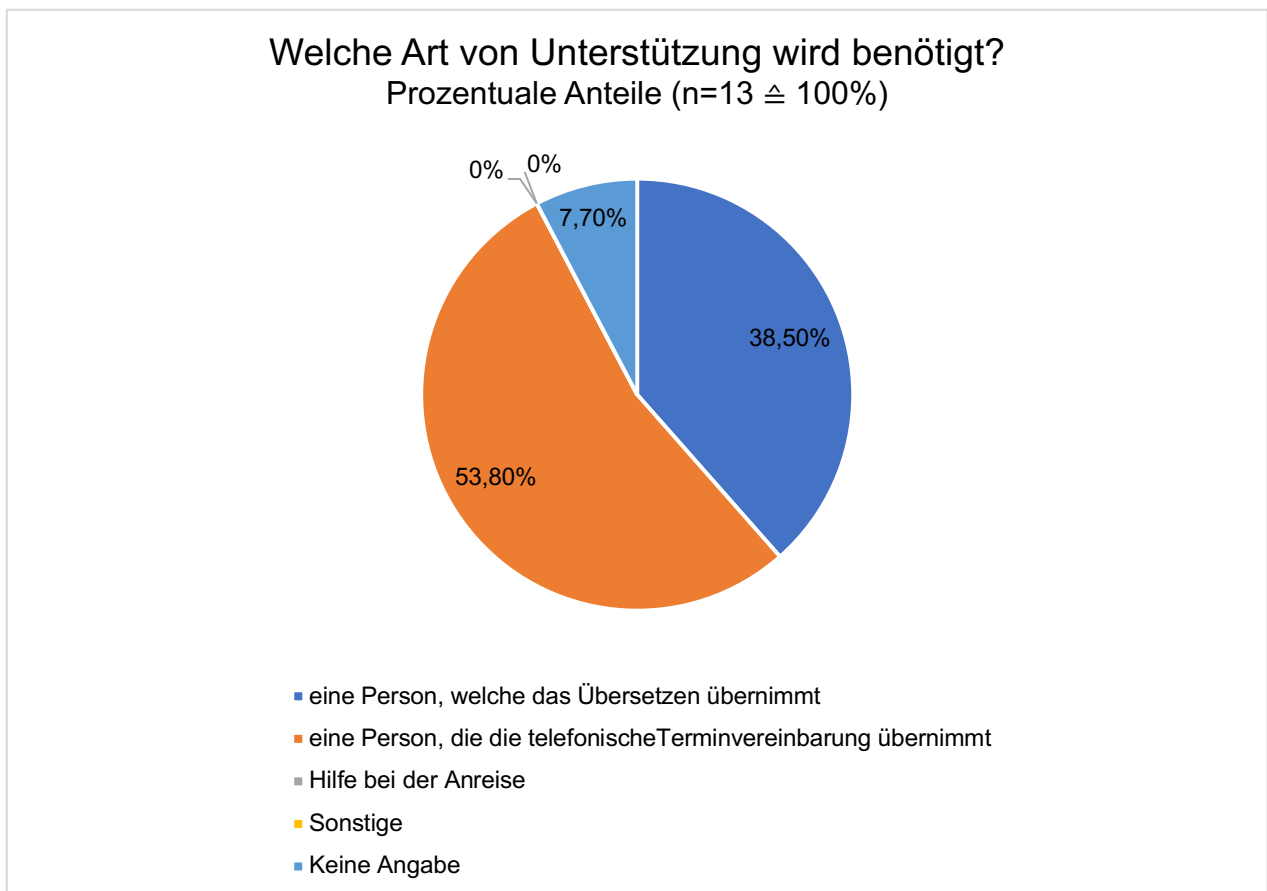


Abbildung 10: Kreisdiagramm Unterstützung (n=13)

Die Tabelle 6 stellt die Verteilung der Antworten zur Aussage „Ich hatte schon einmal Angst vor einer Behandlung, weil ich nicht ausreichend darüber informiert worden war oder ich nichts verstanden habe“ dar. Ein Drittel der Befragten, nämlich 30 Personen,

wählten die Antwortmöglichkeit „ja“. Zwei Drittel ( $n=64 \hat{=} 66\%$ ) gaben an, dass die Aussage nicht auf sie zutraf.

**„Ich hatte schon einmal Angst vor einer Behandlung, weil ich nicht ausreichend darüber informiert worden war oder ich nichts verstanden habe.“**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 Ja	30	30.9	31.9	31.9
	2 Nein	64	66.0	68.1	100.0
	Gesamt	94	96.9	100.0	
Fehlend	99 keine Angabe	3	3.1		
Gesamt		97	100.0		

Tabelle 6: Häufigkeitstabelle Angst

Von den 30 Personen, welche Antwortkategorie „ja“ gewählt hatten, sollten anschließend die Probleme identifiziert werden, mit welchen sie bei ihrem Arztbesuch konfrontiert waren. Auch hier waren Mehrfachantworten möglich (siehe Abbildung 11).

Hier war das häufigste Problem für die Betroffenen die sprachliche Barriere mit 47,1% ( $n=16$ ). Das zweithäufigste Problem mit 23,5% ( $n=8$ ) stellte mangelnde Zeitressourcen für umfangreiche Aufklärung dar. Bei 14,7% ( $n=5$ ) der Befragten bestand sofortiger Handlungsbedarf und bei 11,8% ( $n=4$ ) war eine Nachfragen nicht möglich. 2,9% ( $n=1$ ) wählten die freie Antwortmöglichkeit und gaben an, dass sie beispielsweise vergessen

hatten, was sie fragen wollten oder keine spezifischen Probleme benannt werden konnten (siehe Abbildung 11).

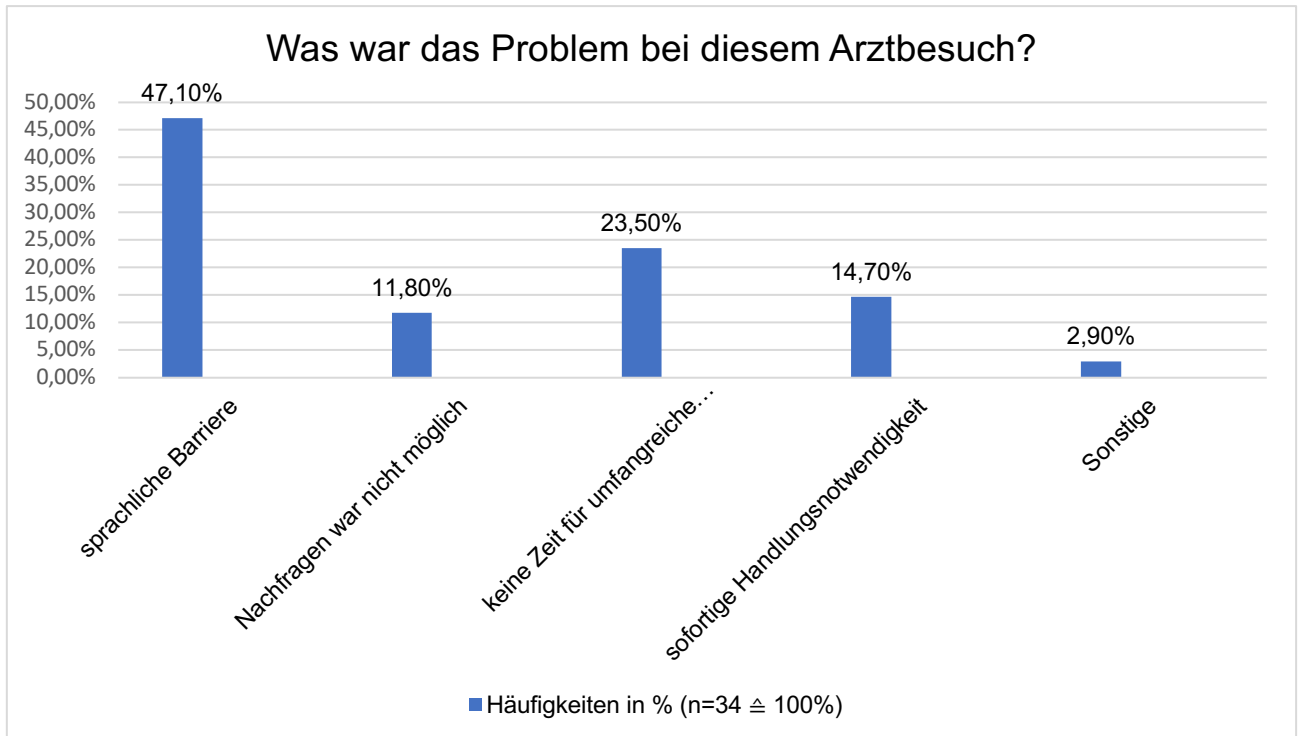


Abbildung 11: Balkendiagramm Probleme beim Arztbesuch (n=34)

Die Häufigkeiten der Aussage „Ich bin schon einmal nicht zum Arzt/Ärztin gegangen, weil ich nicht kommunizieren konnte und keine Dolmetscher:in Zeit hatte.“ sind in Tabelle 7 ersichtlich. Mehr als zwei Drittel der Befragten (n=68) bewerteten die Aussage als „nicht zutreffend“. Für etwa ein Drittel, nämlich 26 Personen, traf diese Aussage zu.

**„Ich bin schon einmal nicht zum Arzt/Ärztin gegangen, weil ich nicht kommunizieren konnte und keine Dolmetscher:in Zeit hatte.“**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 Ja	26	26.8	27.7	27.7
	2 Nein	68	70.1	72.3	100.0
	Gesamt	94	96.9	100.0	
Fehlend	99 keine Angabe	3	3.1		
Gesamt		97	100.0		

Tabelle 7: Häufigkeitstabelle Arztbesuch

Von den 26 Personen, welche schon einmal nicht zum Arzt/Ärztin gegangen waren, da die Kommunikation nicht möglich war, gaben 7 Personen an, an wen sie sich stattdessen gewandt hatten. Hierbei gaben 57,1% (n=4) an, dass sie sich selbstständig um jemanden kümmerten, der das Übersetzen für sie übernahm. Jeweils 14,3% (n=1, n=1) nahmen den Termin nicht wahr oder vereinbarten einen neuen Termin. 14,3% (n=1) suchten statt der besuchten Ambulanz anschließend eine Gehörlosenambulanz auf.

Um die Zugänglichkeit zu Dolmetscher:innen zu erheben, wurde die vierte Aussage „Bislang wurde mir bei meinen Arztbesuchen stets ein:e Dolmetscher:in zur Verfügung gestellt.“ getätigt. Tabelle 8 zeigt, dass 52 Personen diese Aussage mit „ja“ beantworteten und 40 Personen angaben, dass ihnen oftmals keine Dolmetscher:in zur Verfügung gestellt worden war. Fünf Personen machten keine Angabe zu dieser Aussage.

**„Bislang wurde mir bei meinen Arztbesuchen stets ein:e Dolmetscher:in zur Verfügung gestellt.“**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 Ja	52	53.6	56.5	56.5
	2 Nein	40	41.2	43.5	100.0
	Gesamt	92	94.8	100.0	
Fehlend	99 keine Angabe	5	5.2		
Gesamt		97	100.0		

Tabelle 8: Häufigkeitstabelle Dolmetscher:in

Die 40 Personen ohne verfügbaren Dienst einer Dolmetscher:in sollten daraufhin angeben, wer das Übersetzen für sie übernommen hat. Diese Antworten werden in Abbildung 12 in Prozenten angegeben. Die Analyse zeigt, dass sich 20% (n=8) selbst um ein:e:n Dolmetscher:in kümmerten, welche:r das Übersetzen übernahm. 15% (n=6) griffen auf handschriftliche Kommunikation zurück und 12,5% (n=5) brachten Angehörige oder Freunde zu ihrem Arztbesuch mit. Insgesamt 10% (n=4) gaben an, niemanden hinzugezogen zu haben und stattdessen selbst versucht hatten sich zu verständigen. Die

meisten der 40 Befragten, nämlich 42,5% (n=17), machten keine Angabe zu dieser Frage.

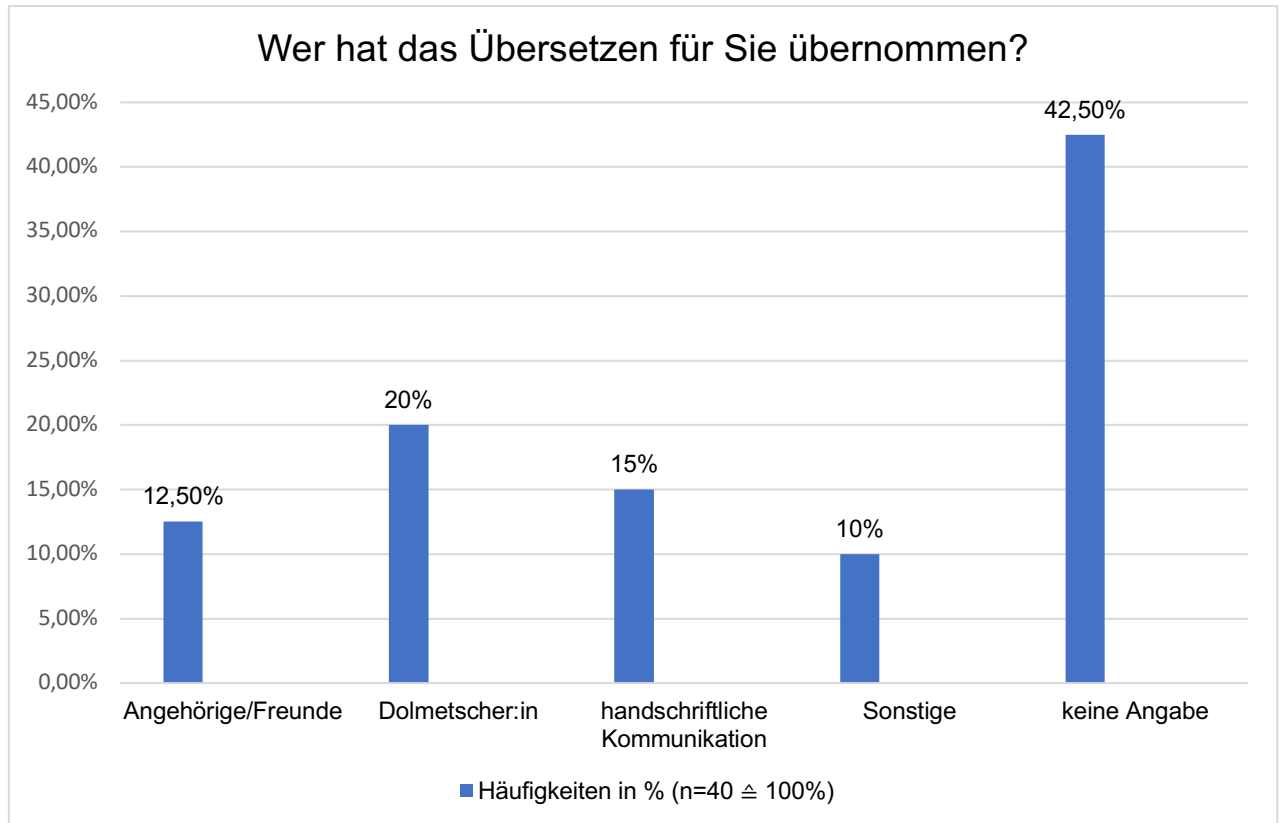


Abbildung 12: Balkendiagramm Übersetzungshilfe (n=40)

## 4.2 Unterstützungsmaßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz

Die Items neun bis 13 richteten sich danach die Gesundheitskompetenz der Teilnehmer:innen einschätzen zu können. Hierbei ging es darum bereits vorhandene Unterstützungsmaßnahmen für Menschen mit Gehörlosigkeit im Gesundheitswesen zu erheben und daraus möglichen Veränderungsbedarf abzuleiten.

Die Tabelle 9 und Abbildung 13 geben Auskunft darüber, ob sich die Teilnehmer:innen eine Verbesserung in der Versorgung von Menschen mit Gehörlosigkeit im österreichischen Gesundheitssystem wünschten. So gaben 86 von 97 Personen an, dass sie sich eine Verbesserung der Versorgung wünschten. Nur acht Personen gaben keine Verbesserungswünsche an und 3 Personen machten hierzu keine Angabe.

### Verbesserungswünsche

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 Ja	86	88.7	91.5	91.5
	2 Nein	8	8.2	8.5	100.0
	Gesamt	94	96.9	100.0	
Fehlend	99 keine Angabe	3	3.1		
Gesamt		97	100.0		

Tabelle 9: Häufigkeitstabelle Verbesserungswünsche

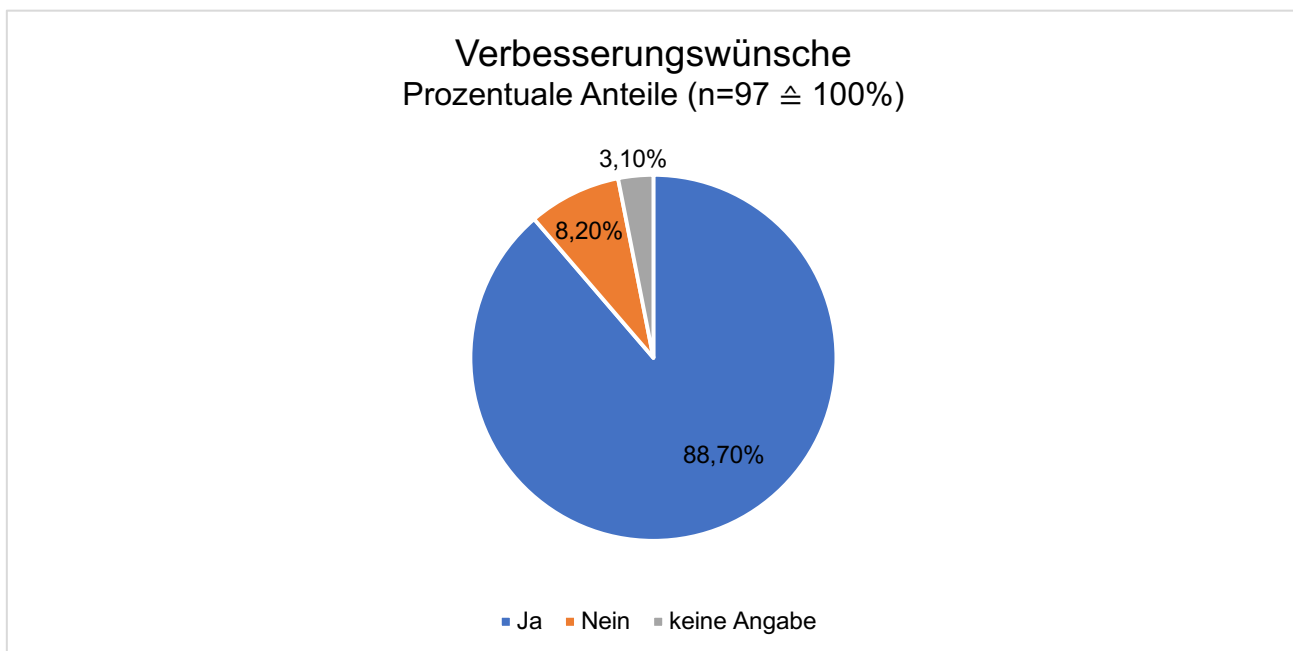


Abbildung 13: Kreisdiagramm Verbesserungswünsche (n=97)

Die 88,7%, welche die Frage zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung mit „ja“ beantwortet hatten, sollten in der darauffolgenden Frage darlegen, welche Verbesserung(en) sie sich wünschen. Dies war als freie Antwortkategorie generiert und brachte eine Vielzahl von Verbesserungswünschen hervor. Insgesamt gab es 60 Antworten, welche anschließend codiert und vier großen Kategorien zugeordnet werden konnten. Diese Kategorien inklusive zugeordneter Beispielantworten sind in der nachfolgenden Tabelle 10 veranschaulicht.

Kategorie	Beispielantworten
Verbesserungswünsche auf organisatorischer Ebene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurze Wartezeit auf Termin</li> <li>• Magistratstelle für Gehörlosigkeit</li> <li>• Visuelles Aufrufverfahren</li> <li>• Terminvereinbarung per Mail oder Online-Formular</li> <li>• Gehörlosenambulanzen erweitern</li> <li>• Flächendeckend medicsign help</li> <li>• In Ausbildung mehr über sprachliche Deprivation und deren Auswirkungen lernen</li> <li>• Strukturelle Diskriminierung mindern</li> </ul>

Verfügbarkeit von Dolmetscher:innen und ÖGS-Kompetenz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mehr Ärzt:innen mit ÖGS-Kenntnis</li> <li>• Mehr Pflegepersonen mit ÖGS-Kenntnis</li> <li>• Mehr Verfügbarkeit von Dolmetscher:innen</li> <li>• Akzeptanz gegenüber ÖGS, die eine unmissverständliche Kommunikation und einen barrierefreien Zugang zu Informationen gewährleistet</li> <li>• Barrierefreies Angebot</li> <li>• Hausarzt mit Videodolmetscher:in</li> <li>• ÖGS im Altenheim</li> </ul>
Bessere Aufklärung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mehr Zeit für Erklärungen nehmen</li> <li>• Schriftliche Aufklärung möglich</li> <li>• Befunde verständlich erklären</li> <li>• Ärzt:innen sollen Patient:innen zuhören/zuschauen</li> <li>• Mehr auf Augenhöhe kommunizieren</li> <li>• Mehr Informationen</li> </ul>
Verbesserungswünsche auf zwischenmenschlicher Ebene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geduld und Freundlichkeit</li> <li>• Einfühlsame Mitarbeiter in den Ambulanzen mit Geduld</li> <li>• Mehr Empathie und Sensibilisierung</li> <li>• Alltagsdiskriminierung mindern</li> <li>• Gesundheitsförderung</li> </ul>

Tabelle 10: Verbesserungswünsche freie Antwortkategorie

Mittels Frage 10 des Fragebogens sollten bereits vorhandene gute Aspekte in der Gesundheitsversorgung erhoben werden. Die Ergebnisse hiervon sind in der nachfolgenden Tabelle 11 ersichtlich. Die Mehrheit von 42 Personen gab an, dass sie keine Aspekte in der Gesundheitsversorgung als besonders gut erachteten. Hingegen

sprachen sich 33 Personen für bestimmte positive Aspekte aus, welche sie mittels offener Antwortkategorie benennen konnten.

### Gute Aspekte

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 Ja, welche	33	34.0	44.0	44.0
	2 Nein	42	43.3	56.0	100.0
	Gesamt	75	77.3	100.0	
Fehlend	99 keine Angabe	22	22.7		
Gesamt		97	100.0		

Tabelle 11: Häufigkeitstabelle guter Aspekte in der Gesundheitsversorgung

In der offenen Antwortkategorie benannten 15 Personen gute Aspekte in der Gesundheitsversorgung. Hierbei wurden die verschiedene Aufrufmöglichkeiten im Wartezimmer, wie beispielsweise per Bildschirmanzeige mit Namen und Raumnummer, von 20% als besonders gut angegeben. 66,7% sprachen sich positiv für die Gehörlosenambulanzen aus. Zwei Mal ( $\cong$  13,3%) wurde angegeben, dass die gesamte Gesundheitsversorgung als sehr gut einzustufen ist. 18 Personen machten keine Angabe.

Tabelle 12 soll Auskunft darüber geben, ob es Gesundheitsangebote gibt, die die Teilnehmer:innen als unterstützend wahrnehmen. 45 Personen gaben keine unterstützenden Gesundheitsangebote an und 20 Personen machten keine Angabe. Hingegen beantworteten 32 Personen die Frage mit „ja“.

Von diesen 32 Personen füllten 17 Befragte die offene Antwortkategorie aus und benannten beispielsweise verschiedene Ärzt:innen, wie Psycholog:innen, Audiolog:innen und Physiotherapeut:innen als besonders guten Aspekt. 35,3% führten die Gehörlosenambulanz als besonders positiv an. Auch Themen wie die Erreichbarkeit von Ambulanzen und das zur Verfügung stellen von Dolmetscher:innen wurden als gut

erachtet. Vereinzelt wurden beispielsweise die Marienapotheke in Wien als besonders ÖGS-kompetent beschrieben und daher als positiver Aspekt gewertet.

### Unterstützende Gesundheitsangebote

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 Ja, welche	32	33.0	41.6	41.6
	2 Nein	45	46.4	58.4	100.0
	Gesamt	77	79.4	100.0	
Fehlend	99 keine Angabe	20	20.6		
Gesamt		97	100.0		

Tabelle 12: Häufigkeitstabelle unterstützender Gesundheitsangebote

Die nachfolgende Abbildung 14 zeigt auf, worauf die Befragten zurückgreifen um Informationen zu ihrer Gesundheit zu bekommen. Hierbei waren Mehrfachantworten möglich, sodass sich ein Anzahl von 199 Antworten ergab.

So gaben 35,2% (n=70) an Informationen bezüglich ihrer Gesundheit von ihrem Hausarzt oder einer Ambulanz zu bekommen. 26,6% (n=53) nutzten das Internet zur Beschaffung von Gesundheitsinformationen. Relativ ausgeglichen wurden Informationsbroschüren (10,6%  $\hat{=}$  n=21), Social Media (10,6%  $\hat{=}$  n=21), Fernsehen (7,5%  $\hat{=}$  n=15) und Fachzeitschriften (6,5%  $\hat{=}$  n=13) genutzt. Als sonstige 3% (n=6) gaben die Befragten an

auf Ansprechpartner:innen innerhalb der Versorgungseinrichtungen, die elektronische Gesundheitsakte „Elga“ oder Freunde zurückzugreifen.

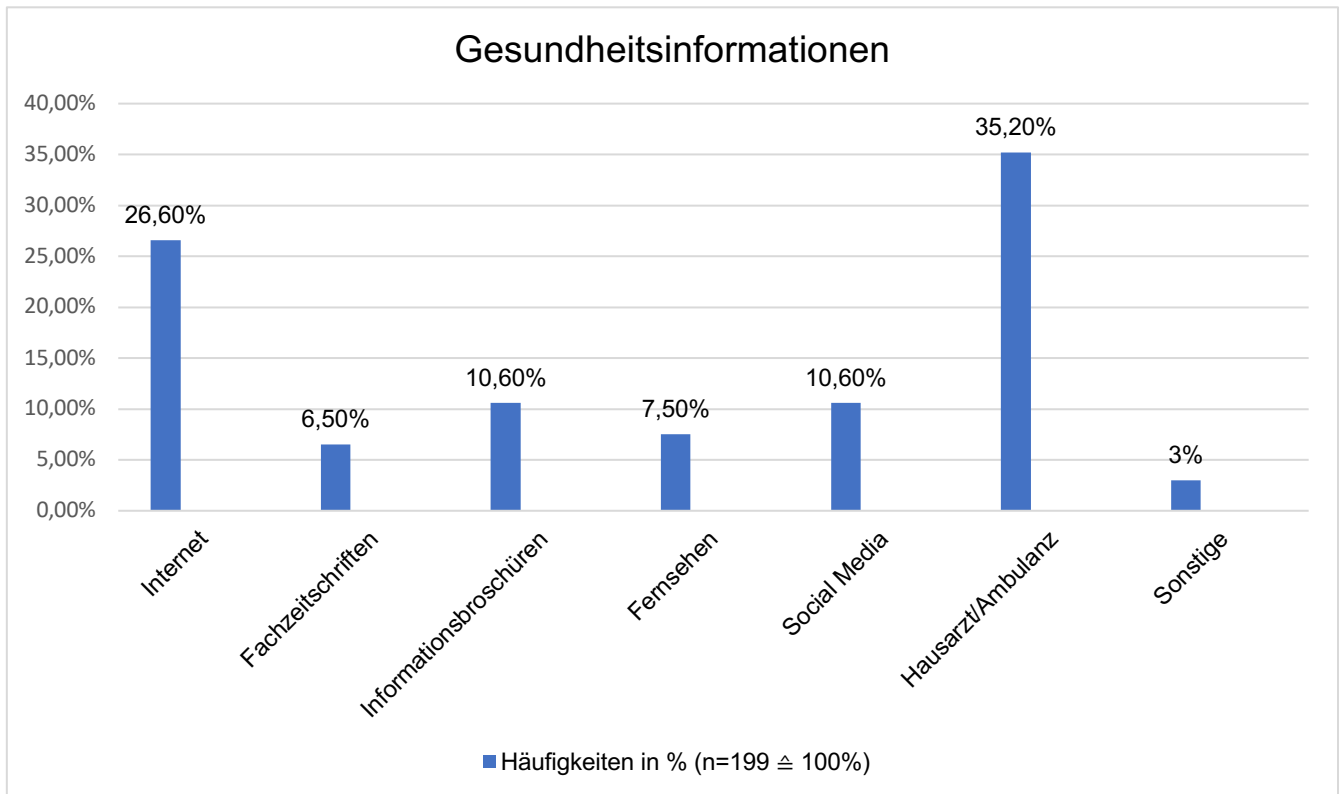


Abbildung 14: Balkendiagramm Gesundheitsinformationen (n=199)

Die letzte Frage des Fragebogens bestand aus 12 Items, welche in Form von Aussagen mittels Likert-Skala von „trifft zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“ bis „trifft nicht zu“ bewertet werden sollten.

Die nachfolgende Tabelle 13 zeigt die Antworten zur Aussage „Wenn ich ein gesundheitliches Problem habe, weiß ich, wohin ich gehen oder wen ich fragen kann.“ Die Mehrheit, nämlich 58,8% (n=57), gaben an, dass diese Aussage zutrifft. Zudem machten 23,7% (n=23) die Angabe, dass diese Aussage eher zutrifft. Nur insgesamt 9,3% bewerteten die Aussage, dass sie eher nicht (7,2%  $\cong$  n=7) oder nicht zutrifft (2,1%  $\cong$  n=2).

**Wenn ich ein gesundheitliches Problem habe, weiß ich, wohin ich gehen oder wen ich fragen kann.**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 trifft zu	57	58.8	64.0	64.0
	2 trifft eher zu	23	23.7	25.8	89.9
	3 trifft eher nicht zu	7	7.2	7.9	97.8
	4 trifft nicht zu	2	2.1	2.2	100.0
	Gesamt	89	91.8	100.0	
Fehlend	99 keine Angabe	8	8.2		
Gesamt		97	100.0		

Tabelle 13: Häufigkeitstabelle Unterstützung bei gesundheitlichen Problemen

Tabelle 14 gibt Auskunft über die Analyse zur Aussage „Es fällt mir schwer Informationen über meinen Gesundheitszustand zu erhalten, die ich verstehe.“

Es zeigt sich eine Mehrheit von insgesamt 55,7%, die dieser Aussage zustimmen (28,9%) oder eher zustimmen (26,8%). Jedoch auch knapp unter der Hälfte, nämlich 17,5% und 16,5% empfanden die Aussage als eher nicht zutreffend und nicht zutreffend.

**Es fällt mir schwer Informationen über meinen Gesundheitszustand zu erhalten, die ich verstehe.**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 trifft zu	28	28.9	32.2	32.2
	2 trifft eher zu	26	26.8	29.9	62.1
	3 trifft eher nicht zu	17	17.5	19.5	81.6
	4 trifft nicht zu	16	16.5	18.4	100.0
	Gesamt	87	89.7	100.0	
Fehlend	99 keine Angabe	10	10.3		
Gesamt		97	100.0		

Tabelle 14: Häufigkeitstabelle Verständnis von Informationen

Die Häufigkeitsverteilung zur Aussage „Ich habe das Gefühl genug über meinen Gesundheitszustand informiert zu sein“ sind in der Tabelle 15 ersichtlich. 41,2% stimmten der Aussage zu, 25,8% empfanden die Aussage als eher zutreffend, auf 18,6% der Befragten traf die Aussage eher nicht zu und für 2,1% war die Aussage nicht zutreffend.

### **Ich habe das Gefühl genug über meinen Gesundheitszustand informiert zu sein.**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 trifft zu	40	41.2	47.1	47.1
	2 trifft eher zu	25	25.8	29.4	76.5
	3 trifft eher nicht zu	18	18.6	21.2	97.6
	4 trifft nicht zu	2	2.1	2.4	100.0
	Gesamt	85	87.6	100.0	
Fehlend	99 keine Angabe	12	12.4		
<b>Gesamt</b>		<b>97</b>	<b>100.0</b>		

Tabelle 15: Häufigkeitstabelle Information über eigenen Gesundheitszustand

Die nachfolgende Tabelle 16 zeigt die Häufigkeiten zu der Aussage „Ich habe das Gefühl, dass meine Probleme ernst genommen werden.“ Diese Aussage bewerteten 40,2% mit zutreffend, 27,8% mit eher zutreffend, 16,5% mit eher nicht zutreffend und 3,1% mit nicht zutreffend.

### **Ich habe das Gefühl, dass meine Probleme ernst genommen werden.**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 trifft zu	39	40.2	45.9	45.9
	2 trifft eher zu	27	27.8	31.8	77.6
	3 trifft eher nicht zu	16	16.5	18.8	96.5
	4 trifft nicht zu	3	3.1	3.5	100.0
	Gesamt	85	87.6	100.0	
Fehlend	99 keine Angabe	12	12.4		
<b>Gesamt</b>		<b>97</b>	<b>100.0</b>		

Tabelle 16: Häufigkeitstabelle Probleme werden ernst genommen

Auskunft über die Häufigkeiten zur Aussage „Ich habe das Gefühl, dass sich Zeit für mich genommen wird.“ sind in der Tabelle 17 präsentiert. Hierbei wählten 39,2% die Antwortkategorie „trifft zu“ und 25,8% „trifft eher zu“. Insgesamt 18,6% entschieden sich für die Antwortmöglichkeit „trifft eher nicht zu“ (15,5%) und „trifft nicht zu“ (3,1%).

### Ich habe das Gefühl, dass sich Zeit für mich genommen wird.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 trifft zu	38	39.2	46.9	46.9
	2 trifft eher zu	25	25.8	30.9	77.8
	3 trifft eher nicht zu	15	15.5	18.5	96.3
	4 trifft nicht zu	3	3.1	3.7	100.0
	Gesamt	81	83.5	100.0	
Fehlend	99 keine Angabe	16	16.5		
Gesamt		97	100.0		

Tabelle 17: Häufigkeitstabelle Zeit

Die nachfolgende Tabelle 18 zeigt die Antworten zur Aussage „Ich weiß, dass Unterstützungsmöglichkeiten es bei psychischen Problemen gibt.“

Über zwei Drittel, nämlich insgesamt 62,9%, bewerteten diese Aussage positiv und wählten die Antwortkategorien „trifft zu“ (37,1%) und „trifft eher zu“ (25,8%). Zudem machten 15,5% die Angabe, dass diese Aussage eher nicht zutrifft und 8,2%, dass die Aussage nicht zutrifft.

### Ich weiß, welche Unterstützungsmöglichkeiten es bei psychischen Problemen gibt.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 trifft zu	36	37.1	42.9	42.9
	2 trifft eher zu	25	25.8	29.8	72.6
	3 trifft eher nicht zu	15	15.5	17.9	90.5
	4 trifft nicht zu	8	8.2	9.5	100.0
	Gesamt	84	86.6	100.0	
Fehlend	99 keine Angabe	13	13.4		
Gesamt		97	100.0		

Tabelle 18: Häufigkeitstabelle Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen

Auch bei der Aussage „Ich weiß, wie ich mein psychisches Wohlbefinden positiv beeinflussen kann.“ zeigt sich eine überwiegend positive Zustimmung (siehe Tabelle 19). 46,4% der Befragten empfanden die Aussage als zutreffend und 29,9% als eher zutreffend. Insgesamt gaben 12,4% an, dass die Aussage eher nicht (5,2%) und nicht (7,2%) zutrifft.

### **Ich weiß, wie ich mein psychisches Wohlbefinden positiv beeinflussen kann.**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 trifft zu	45	46.4	52.3	52.3
	2 trifft eher zu	29	29.9	33.7	86.0
	3 trifft eher nicht zu	5	5.2	5.8	91.9
	4 trifft nicht zu	7	7.2	8.1	100.0
	Gesamt	86	88.7	100.0	
Fehlend	99 keine Angabe	11	11.3		
<b>Gesamt</b>		<b>97</b>	<b>100.0</b>		

Tabelle 19: Häufigkeitstabelle psychisches Wohlbefinden positiv beeinflussen

Tabelle 20 gibt Auskunft über die Häufigkeiten zur Aussage „Ich weiß, welche Unterstützungsmöglichkeiten es bei körperlichen Problemen gibt.“

Hier zeigt sich eine prozentuale Häufigkeit von 41,2%, dass die Befragten die Aussage als zutreffend bewerteten. Zudem gaben 35,1% an der Aussage eher zuzustimmen. Ein geringer Anteil von knapp einem Achtel der Stichprobe empfanden die Aussage als eher nicht zutreffend (8,2%) und nicht zutreffend (5,2%).

### **Ich weiß, welche Unterstützungsmöglichkeiten es bei körperlichen Problemen gibt.**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 trifft zu	40	41.2	46.0	46.0
	2 trifft eher zu	34	35.1	39.1	85.1
	3 trifft eher nicht zu	8	8.2	9.2	94.3
	4 trifft nicht zu	5	5.2	5.7	100.0
	Gesamt	87	89.7	100.0	
Fehlend	99 keine Angabe	10	10.3		
<b>Gesamt</b>		<b>97</b>	<b>100.0</b>		

Tabelle 20: Häufigkeitstabelle Unterstützungsmöglichkeiten bei körperlichen Problemen

Die Aussage „Ich weiß, wie ich mein körperliches Wohlbefinden positiv beeinflussen kann.“ gibt Auskunft über die physische Gesundheit der Befragten. Hierbei bewertete knapp die Hälfte, nämlich 45,4% die Aussage mit „trifft zu“ und 34,0% mit „trifft eher zu“. Hingegen wählten 7,2% und 2,1% die Antwortkategorien „trifft eher nicht zu“ und „trifft nicht zu“. Diese Häufigkeiten sind in der Tabelle 21 ersichtlich.

**Ich weiß, wie ich mein körperliches Wohlbefinden positiv beeinflussen kann.**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 trifft zu	44	45.4	51.2	51.2
	2 trifft eher zu	33	34.0	38.4	89.5
	3 trifft eher nicht zu	7	7.2	8.1	97.7
	4 trifft nicht zu	2	2.1	2.3	100.0
	Gesamt	86	88.7	100.0	
Fehlend	99 keine Angabe	11	11.3		
Gesamt		97	100.0		

Tabelle 21: Häufigkeitstabelle körperliches Wohlbefinden positiv beeinflussen

Die Aussage „Ich habe ausreichend Informationen erhalten, wie Medikamente richtig einzunehmen sind.“, deren Häufigkeiten in der nachfolgenden Tabelle 22 präsentiert werden, beurteilten fast zwei Drittel der Befragten mit zutreffend. Das restliche Drittel empfand die Aussage als eher zutreffend (21,6%), eher nicht zutreffend (6,2%) und nicht zutreffend (4,1%).

**Ich habe ausreichend Informationen erhalten, wie Medikamente richtig einzunehmen sind.**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 trifft zu	58	59.8	65.2	65.2
	2 trifft eher zu	21	21.6	23.6	88.8
	3 trifft eher nicht zu	6	6.2	6.7	95.5
	4 trifft nicht zu	4	4.1	4.5	100.0
	Gesamt	89	91.8	100.0	
Fehlend	99 keine Angabe	8	8.2		
Gesamt		97	100.0		

Tabelle 22: Häufigkeitstabelle ausreichend Informationen

Die Tabelle 23 gibt Auskunft über die Häufigkeiten zur Aussage „Mir wird verständlich erklärt, welche Untersuchungen ich brauche.“ Mehr als die Hälfte, nämlich 55,7%, bewerteten die Aussage mit zutreffend. 23,7% gaben an, dass die Aussage eher zutrifft. Knapp ein Zehntel, nämlich insgesamt 9,3%, wählten die Antwortmöglichkeiten „trifft eher nicht zu“ (6,2%) und „trifft nicht zu“ (3,1%).

### **Mir wird verständlich erklärt, welche Untersuchungen ich brauche.**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 trifft zu	54	55.7	62.8	62.8
	2 trifft eher zu	23	23.7	26.7	89.5
	3 trifft eher nicht zu	6	6.2	7.0	96.5
	4 trifft nicht zu	3	3.1	3.5	100.0
	Gesamt	86	88.7	100.0	
Fehlend	99 keine Angabe	11	11.3		
Gesamt		97	100.0		

Tabelle 23: Häufigkeitstabelle verständliche Erklärungen

In der nachfolgenden Tabelle 24 sind die Antworten zur Aussage „Ich fühle mich ausreichend darüber informiert, welche Vorsorgeuntersuchungen gemacht werden sollten.“ ersichtlich. Erneut stimmten mit 50,5% mehr als die Hälfte der Aussage zu. 25,7% wählten die Antwort „trifft eher zu“, 8,2% machten die Angabe, dass die Aussage eher nicht zutrifft und für 6,2% traf die Aussage nicht zu.

### **Ich fühle mich ausreichend darüber informiert, welche Vorsorgeuntersuchung gemacht werden sollten.**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 trifft zu	49	50.5	56.3	56.3
	2 trifft eher zu	24	24.7	27.6	83.9
	3 trifft eher nicht zu	8	8.2	9.2	93.1
	4 trifft nicht zu	6	6.2	6.9	100.0
	Gesamt	87	89.7	100.0	
Fehlend	99 keine Angabe	10	10.3		
Gesamt		97	100.0		

Tabelle 24: Häufigkeitstabelle Informationen über Vorsorgeuntersuchungen

## **5. Diskussion**

Diese Masterarbeit basiert auf dem Hintergrund zweier Forschungsfragen. Einerseits ging es darum den Zugang von erwachsenen Menschen mit Gehörlosigkeit zu Gesundheitsleistungen im ambulanten Setting abzubilden (Forschungsfrage 1).

Andererseits sollten Unterstützungsmaßnahmen für erwachsene Menschen mit Gehörlosigkeit durch das Gesundheitspersonal in ambulanten Versorgungseinrichtungen zur Stärkung ihrer Gesundheitskompetenz identifiziert werden (Forschungsfrage 2).

Hierbei konnten bereits in der Literaturrecherche einige Probleme identifiziert werden, mit welchen Menschen mit Gehörlosigkeit im Gesundheitswesen konfrontiert sind. Diese Erkenntnisse werden nun mit den Ergebnissen dieses Forschungsvorhabens gegenübergestellt und anhand der Forschungsfragen diskutiert.

### **5.1 Beantwortung der Forschungsfragen und Interpretation der Ergebnisse**

#### Zugang zu Gesundheitsleistungen im ambulanten Setting in Österreich

Wie die vorab identifizierten Studien von Schniedewind, Lindsay & Snow (2020) sowie Gur, Dolaner & Turan (2020) bereits zeigten, birgt die Kommunikation zwischen Menschen mit Gehörlosigkeit und dem Gesundheitspersonal Herausforderungen. In dem vorliegenden Forschungsvorhaben zeigt sich, dass die Kommunikation hauptsächlich über die Österreichische Gebärdensprache erfolgt. Dolmetscher:innen kommen beinahe gleich viel zum Einsatz. Der hohe Einsatz der ÖGS könnte sich darin begründen, dass ein Großteil der Fragebögen in den Gehörlosenambulanzen erhoben wurde. In diesen Ambulanzen gibt es bereits eine Optimierung und Sensibilisierung hinsichtlich dieser Thematik. Denn in den Verbesserungswünschen der Befragten zeigt sich ein einheitlicher Konsens im Streben nach mehr ÖGS-Kompetenz. Dies unterstreicht den hohen Anteil an Befragten, welche angaben mittels Lippen lesen oder handschriftlich kommunizieren zu müssen um mit Gesundheitsprofessionen in Kontakt treten zu können (Lesch, Burcher,

Wharton, Chapple, & Chapple, 2019). Dass keine Kommunikation möglich war, spiegelte sich in diesem Forschungsvorhaben nicht wieder.

Hierbei sind jedoch auch die Erkenntnisse von Hommes, Borash, Hartwig, & DeGracia, (2018) zu bedenken, dass Gesundheitspersonal manche Kommunikationsstrategien als adäquat einstufen würden, diese von Betroffenen jedoch nicht als gute Kommunikation angesehen wird. So könnte eine Person mit Gehörlosigkeit Lippen lesen zwar nicht als adäquate Kommunikationsmöglichkeit ansehen, diese jedoch dennoch als Kommunikation werten. Womöglich begründet sich darin, dass keine/r der Teilnehmer:innen „keine Kommunikation“ als Antwort wählte.

Eine Stellungnahme zu den einzelnen Kommunikationsformen wurde von den Teilnehmer:innen nicht erfragt, wobei dies vor diesem Hintergrund durchaus sehr interessant wäre.

Dadurch wurde bereits eine weitere Problematik im Gesundheitswesen aufgezeigt. Die Aspekte der Terminvereinbarung und Aufruf im Wartezimmer wurden von manchen Studien angeschnitten, allerdings fehlte es an Zahlen und Fakten (Chastonay, et al., 2018). Dieses Forschungsvorhaben zeigt eindrücklich, dass die Möglichkeiten der Terminvereinbarung bereits gut auf die Bedürfnisse von Menschen mit Gehörlosigkeit abgestimmt sind. Die Meisten der Befragten hatten die Möglichkeit per SMS oder Email Termine zu vereinbaren. Mit knapp 10% ist ausschließlich telefonische oder online-Terminvereinbarung relativ selten.

Eine Veränderung hinsichtlich der Barrierefreiheit von Menschen mit Gehörlosigkeit zeigte sich in Bezug auf den Aufruf im Wartezimmer noch nicht. Die meisten der Befragten wurden persönlich aufgerufen, wobei visuelle Aufrufe über beispielsweise einen Monitor selten zum Einsatz kamen. Obwohl es sich um Menschen mit Gehörlosigkeit handelt, wurden dennoch bei einem Fünftel der Befragten akustische Aufrufe im Wartezimmer getätigt. Dies zeigt deutlich, dass es hier noch

Veränderungsbedarf im Umgang mit Menschen mit Gehörlosigkeit im ambulanten Setting hinsichtlich patient:innenorientierter Betreuung gibt.

Die vorliegende Erhebung zeigt, dass im ambulanten Setting mit 53% die Gehörlosenambulanzen am häufigsten genutzt werden. Am zweithäufigsten wurden Hausärzt:innen angegeben und andere Spezial- oder Notfallambulanzen wurden selten genutzt. Dies unterstreicht die Notwendigkeit von Gehörlosenambulanzen für die Versorgung von Menschen mit Gehörlosigkeit. Zu bedenken ist hierbei, dass es in Österreich insgesamt nur fünf Gehörlosenambulanzen gibt (Gebärdenswelt.tv, 2023). Um die Zugänglichkeit dieser einschätzen zu können, wurden gezielt Fragen dahingehend generiert. Drei Viertel der Befragten bekamen sofort oder innerhalb einer Woche einen Termin in der gewünschten Ambulanz. Das restliche Viertel musste von einem Monat bis zu mehreren Monaten auf einen Termin warten. Die Erreichbarkeit der Ambulanzen gestaltete sich bei den Teilnehmer:innen größtenteils als unkompliziert, denn zwei Drittel erreichten die nächste Ambulanz von ihrem Wohnort aus innerhalb einer Stunde. Hier stellt sich jedoch die Frage, wie die Antworten ausgefallen wären, wenn explizit nach der Erreichbarkeit von den Gehörlosenambulanzen gefragt worden wäre. In den offenen Antwortkategorien zeigte sich nämlich deutlich, dass Verbesserungswünsche darin bestanden die Gehörlosenambulanzen auszubauen und somit weniger Wartezeit auf Termine zu ermöglichen.

Der Zugang zu Gesundheitsleistungen, welcher als zentraler Aspekt der ersten Forschungsfrage hervorgeht, wird in Frage acht der vorliegenden Erhebung veranschaulicht. Ein Drittel der Befragten gab an Arzttermine schon einmal verschoben oder nicht wahrgenommen zu haben, da keine Kommunikation möglich war. Auch die Angst vor einer Behandlung, da keine ausreichende Informationsweitergabe oder Aufklärung stattgefunden hatte, bestätigten ein Drittel der Teilnehmer:innen. Da es sich hierbei erneut um offene Antwortkategorien handelte, konnten die Befragten benennen, was das genaue Problem des Arztbesuches war oder an wen sie sich stattdessen gewandt haben. Antworten wie „neuen Termin ausgemacht“, „abgesagt“, „Dolmetscher:in organisiert“ zeigen eindringlich, dass die Endverantwortung stets auf den/die Patienten/Patientin übertragen wird. Diese Problematik beschrieb Schröder bereits 2020

in ihrer Studie und zeigt durch die Erkenntnisse dieses Forschungsvorhabens erneut, dass das fehlende Wissen im Umgang mit Menschen mit Gehörlosigkeit und unzureichender Informationsweitergabe schlichtweg zu einer schlechteren Gesundheitsversorgung führt (Schröder, 2020).

Eine wichtige Erkenntnis zeigt sich hier, wenn zwischen den Zeilen des Fragebogens gelesen wird. So sehen es Menschen mit Gehörlosigkeit offensichtlich in ihrem Kompetenzbereich flexibel und vorausschauend auf Kommunikationsschwierigkeiten zu reagieren, indem sie bereits vorausplanen Angehörige oder Freunde zu Arztterminen mitzunehmen, da diese entweder das Übersetzen oder die Terminvereinbarung übernehmen müssen. Obwohl Pinilla & Stephan bereits 2015 klar davon sprachen, dass es in den Kompetenzbereich des Gesundheitspersonals fällt adäquate Kommunikation zu ermöglichen, zeigen die Antworten dieses Forschungsvorhabens eine andere Tendenz (Pinilla & Stephan, 2015).

Bei der Aussage zur Selbstständigkeit bei Arztterminen kam es auffallend häufig vor, dass die Logik nicht eingehalten wurde und die Selbstständigkeit mit „Ja“ beantwortet und dennoch eine Art von Unterstützung angegeben wurde. In der Auswertung wurden diese Antworten der Unterfrage nicht berücksichtigt. Zu bedenken dahingehend ist jedoch, dass sich Menschen mit Gehörlosigkeit in ihrer Selbstständigkeit nicht eingeschränkt sehen „nur“ weil sie eine Person zum Übersetzen oder für die telefonische Terminvereinbarung brauchen. Obwohl die Befragten also ihre Arztbesuche ausschließlich mit Freunden/Angehörigen wahrnehmen konnten wurde dies nicht als Einschränkung in der Autonomie angesehen. Die Thematik der Autonomie wurde beispielsweise von Kritzinger, Schneider, Swartz, & Braathen schon 2014 beleuchtet und zeigte damals aber noch, dass Probleme bei der Kommunikation zu Unsicherheiten führten und sich daher negativ auf die Autonomie der Patient:innen auswirkten. Dies konnte in dem vorliegenden Forschungsvorhaben widerlegt werden, wodurch von einer positiven Entwicklung innerhalb der letzten zehn Jahre ausgegangen werden kann.

Obwohl das österreichische Gesundheitssystem für alle zugänglich sein sollte, gibt es dennoch Fälle in denen Patient:innen aufgrund fehlender Aufklärung oder Angst vor

Kommunikationsproblemen schlichtweg nicht zum Arzt/zur Ärztin gehen, obwohl Notwendigkeit besteht (Hommes, Borash, Hartwig, & DeGracia, 2018).

Bei den Fragen, ob es Aspekte in der Gesundheitsversorgung gibt, die die Betroffenen als besonders gut oder unterstützend wahrnehmen kam es auffallend häufig vor, dass die Antwortkategorie „nein“ gewählt oder die Frage gar nicht beantwortet wurde. Dies könnte einerseits darauf zurückzuführen sein, dass es sich um eine offene Antwortkategorie handelte. Hierbei könnte die Schrift-Sprach-Kompetenz eine entscheidende Rolle gespielt haben und womöglich hätten aussagekräftigere Ergebnisse erzielt werden können, wenn es vorgegebene Antwortmöglichkeiten gegeben hätte (Krammer, 2001). Womöglich unterstreichen die Ergebnisse dieser Fragen aber auch nur die generelle Unzufriedenheit und das Streben nach Veränderung. Denn auch die Antworten, die gegeben wurden, waren sehr spezifisch und auf einzelne Personen oder Standorte bezogen, die für eine Person als gut oder unterstützend angesehen wurden. Die Forscherin hatte sich erhofft, dass mehrere Befragte dieselben Aspekte als gut empfinden und anschließend in der Handlungsempfehlung weiter ausgebaut werden hätte können. Durch gezieltes Nachfragen könnte dieser Gesichtspunkt jedoch in zukünftiger Forschung detaillierter betrachtet werden.

#### Unterstützungsmaßnahmen durch Gesundheitspersonal zur Stärkung der Gesundheitskompetenz

Smith, Massey-Stokes, & Lieberth (2012) berichteten zwar von dem Internet als attraktive Quelle um Gesundheitsinformationen zu erhalten, allerdings, dass diese für Menschen mit Gehörlosigkeit zu schwer zugänglich sind.

In dem vorliegenden Forschungsvorhaben wurde deshalb auch erfragt, worauf die Teilnehmer:innen generell zurückgreifen um Informationen bezüglich ihres Gesundheitszustandes zu erhalten. Es zeigte sich deutlich bei über einem Drittel der Befragten, dass die erste Anlaufstelle die Hausärzt:innen oder Ambulanzen sind. Dies lässt sich womöglich damit begründen, dass sich die Schriftsprachkompetenz von Menschen mit Gehörlosigkeit oftmals als schwierig erweist (Krammer, 2001). Daher

erscheint die Möglichkeit Begrifflichkeiten in einem persönlichen Gespräch nachzufragen oder genauer erklärt zu bekommen als sinnvoll.

In den offenen Antwortkategorien wurde hierbei auch explizit auf einzelne Personen in den Ambulanzen, welche durch deren ÖGS-Kompetenz besonders hilfreich im Informationsaustausch waren, hingewiesen.

Am zweithäufigsten nutzten die Befragten das Internet als Informationsquelle. Dies erscheint wenig überraschend, da sich besonders im digitalen Bereich über die letzten Jahre viel verändert hat und Internetquellen im Vergleich zur Studie von Smith, Massey-Stokes, & Lieberth aus dem Jahre 2012 zugänglicher wirken. Social Media, Fernsehen, Informationsbroschüren oder Fachzeitschriften wurden mit jeweils ca. 10% vergleichsweise selten genutzt.

Um tatsächlich alle Bereiche, welche unter dem Begriff der Gesundheitskompetenz angesiedelt sind, im Fragebogen abzudecken und ein möglichst umfassendes Bild abbilden zu können, wurden Aussagen getätigt, welche die Teilnehmer:innen von trifft zu, trifft eher zu, trifft eher nicht zu und trifft nicht zu beurteilen sollten. Es zeigt sich deutlich in der ersten Aussage, dass der Großteil der Befragten weiß wohin sie gehen oder wen sie fragen können, wenn sie ein gesundheitliches Problem haben. Smith, Massey-Stokes & Lieberth (2012) verzeichneten in ihrer Studie die Notwendigkeit Gesundheitsinformationen zugänglicher zu gestalten. Dies hatte sich damals vermehrt auf Informationen aus dem Internet bezogen. Das Ergebnis dieser Erhebung, dass Informationen bereits leichter zu bekommen sind, lässt sich womöglich darin, dass viele der Befragten die Hausärzt:innen und Ambulanzen nutzten um Informationen zu ihrer Gesundheit zu erhalten.

Mehr als die Hälfte der befragten Teilnehmer:innen der vorliegenden Studie empfindet es als eher schwer Informationen bezüglich deren Gesundheitszustandes zu erhalten, die sie verstehen. Dieses Ergebnis erscheint besonders interessant, wenn man bedenkt, dass vorab zahlreiche Quellen angegeben wurden, worauf die Befragten zurückgriffen um Informationen zu ihrem Gesundheitszustand zu erhalten. Demnach ist hierbei genaues Augenmerk darauf zu legen, dass den Befragten scheinbar nicht grundsätzlich

schwer fällt Informationen über den Gesundheitszustand zu erhalten, sondern vielmehr die Verständniskomponente hier eine tragende Rolle spielt.

Dies gibt einen essentiellen Denkanstoß hinsichtlich der Betreuung von Menschen mit Gehörlosigkeit, da es nun vielmehr nicht um die Zugänglichkeit sondern die Verständlichkeit von Gesundheitsinformationen geht (Smith, Massey-Stokes, & Lieberth, 2012).

Die Aussage hinsichtlich dem Gefühl genug über den Gesundheitszustand informiert zu sein wurde von über zwei Drittel der Befragten bejaht. Allerdings stellt sich nun auch hier die Frage, ob ausreichende Informationsweitergabe gleichzustellen mit verständlicher Informationsweitergabe ist.

Die verständliche Erklärung, welche Untersuchungen gemacht werden müssen, scheint jedoch gut funktioniert zu haben. Über zwei Drittel bewerteten diese Aussage mit (eher) zutreffend. Auch die Informationen über Medikamenteneinnahme oder Vorsorgeuntersuchungen konnten zwei Drittel positiv einordnen. Dies zeigt bereits eine Verbesserung im Vergleich zur Studie von Hommes, Borash, Hartwig, & DeGracia (2018) oder von Sheppard (2013), in welchen noch vermehrt Missverständnisse in der Medikamenteneinnahme verzeichnet worden waren.

Bei den folgenden Aussagen, ob die Befragten das Gefühl haben, dass ihre Probleme ernst genommen werden und sich Zeit für sie genommen wird, zeigt sich ein positives Ergebnis. Die Teilnehmer:innen stufen diese Aussagen zu 80% als zutreffend ein. Verglichen mit der Studie von Lesch, Burcher, Wharton, Chapple & Chapple aus dem Jahr 2019 zeigt sich hier eine positive Entwicklung im österreichischen Gesundheitswesen. Die Expertise der betreuenden Gesundheitsprofessionen hat sich dahingehend verbessert, dass Patient:innen zum Großteil das Gefühl haben, dass sich ihrem Anliegen angenommen und dieses ernst genommen wird.

Grundlegend erschien auch bei den vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten für körperliche oder psychische Probleme ein positiver Eindruck. Es bildete sich ab, dass mehr Befragte über Unterstützungsmöglichkeiten hinsichtlich körperlicher Probleme als psychischer Probleme informiert waren. Hierbei geht es lediglich um eine Tendenz,

welche jedoch durchaus im Wandel der Zeit, in der psychische Gesundheit immer mehr in den Fokus gerät, interessant wäre genauer zu erforschen.

Positive Einflussfaktoren auf das körperliche als auch psychische Wohlbefinden konnten von über zwei Drittel der Teilnehmer:innen benannt werden. Dies ist ein wichtiger Schritt hinsichtlich Gesundheitsförderung, welche bislang in der Literatur zu wenig Beachtung geschenkt bekommen hat (Hommes, Borash, Hartwig, & DeGracia, 2018).

Bezugnehmend auf die zweite Forschungsfrage zeigt sich grundlegend, dass Unterstützungsmaßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz bereits flächendeckend vorhanden sind. Besonders in Hinblick auf Gesundheitsinformationen haben Menschen mit Gehörlosigkeit Zugriff, wobei es stets noch Verbesserungsbedarf hinsichtlich Verständlichkeit dieser Informationen gibt. Die Möglichkeit Gespräche in ihrer Muttersprache, der ÖGS, führen zu können, sind der grundlegende Baustein für die patient:innenorientierte Betreuung und Stärkung der Gesundheitskompetenz der Betroffenen (Lesch, Burcher, Wharton, Chapple, & Chapple, 2019). Auch Chastonay, et al., sprachen sich bereits 2018 für die Einführung von Schulungsprojekten für Gesundheitsprofessionen aus um einerseits mehr Anlaufstellen, in welchen Kommunikation in ÖGS möglich ist, anbieten zu können und andererseits Standards im Umgang mit Menschen mit Gehörlosigkeit zu etablieren.

## 5.2 Stärken und Limitationen

Als klare Stärke dieses Forschungsvorhabens geht die hohe Rücklaufquote von 97 Teilnehmer:innen hervor. Obwohl vorab Zweifel artikuliert worden waren, dass es sich um eine schwer erreichbare Gruppe handelt, welche aufgrund mangelnder Schriftsprachkompetenz für das Beantworten eines Fragebogens nicht empfänglich erscheint, kam ein guter Rücklauf zustande. Ebenso waren Überlegungen, da die Forscherin selbst nicht ÖGS-kompetent ist, wie die Kommunikation in den Ambulanzen erfolgen würde. Die Ambulanzen meldeten vorab rück, dass es teils nur sehr limitierte Ressourcen ihrerseits geben würde um Teilnehmer:innen über das Forschungsvorhaben zu informieren. Um dieser Problematik entgegenzuwirken eignete sich die Forscherin im Laufe des Prozesses der Fragebogengestaltung die grundlegenden Gebärden an, um in den Ambulanzen erklären zu können, worum es bei diesem Forschungsvorhaben geht.

Im Zuge der Auswertung konnten Schwächen des Fragebogens identifiziert werden, welche vor erneuter Erhebung Überarbeitungsbedarf aufweisen. Der Fragebogen beinhaltet Verzerrungen, welche bei einer erneuten Erhebung mit der Patient:innengruppe von Menschen mit Gehörlosigkeit adaptiert werden sollten. So erschienen trotz Adaption nach dem Pretest einige Formulierungen zu komplex, was sich im vermehrten Auslassen von Fragen widerspiegelte. Dies bestätigten auch im Austausch mit den Gehörlosenambulanzen die Mitarbeiter:innen vor Ort, welche zum Teil Begrifflichkeiten im Fragebogen in Gebärdensprache genauer erläutern mussten, sodass die Teilnehmer:innen die Frage verstanden.

Zudem stellte die Logik des Fragebogens im schriftlichen Format eine Herausforderung dar, da Teilnehmer:innen Fragen oftmals nicht übersprungen. Diese Problematik konnte im Online-Format dahingehend behoben werden, dass Teilnehmer:innen die eine bestimmte Antwort wählten die nächste Frage gar nicht bekamen, sondern gleich zur übernächsten Frage weitergeleitet wurden. Dies war im ausgedruckten Format nicht möglich und führte teils zu Verwirrung.

Grundlegend bleibt hier zudem zu sagen, dass sich das Format der Likert-Skala als etwas problematisch im Verständnis herausstellte, worin möglicherweise auch die vergleichsweise zum Rest des Fragebogens häufig fehlenden Angaben zu begründen sind. Zudem zeigte sich, dass die Aussagen dieser Frage alle positiv formuliert worden

waren bis auf eine („Es fällt mir schwer Informationen über meinen Gesundheitszustand zu erhalten, die ich verstehe“). Hier wäre es von Vorteil gewesen alle Aussagen positiv oder negativ zu formulieren, da dies die Möglichkeit geboten hätte die Items hinsichtlich ihrer Bewertungen in der Likert-Skala miteinander noch besser vergleichen zu können.

Zusätzlich ist die Aussagekraft der Ergebnisse unter dem Gesichtspunkt, dass die Erhebung zum Großteil in den Gehörlosenambulanzen erfolgte, zu hinterfragen. Einerseits ist es möglich, dass viele Antworten, beispielsweise ob Dolmetscher:innen zur Verfügung gestellt wurden, nicht zutrafen, da das Personal in den Gehörlosenambulanzen ÖGS-kompetent war und daher keine Dolmetscher:innen zum Einsatz kamen. Demnach wäre es durchaus interessant gewesen in Ambulanzen, in denen ausschließlich auf Dolmetscher:innen zurückgegriffen werden müsste um mit Menschen mit Gehörlosigkeit kommunizieren zu können, zu erheben. Durch die zeitgleiche Erhebung im Online-Format konnte jedoch trotzdem ein guter Anteil unabhängig von den Gehörlosenambulanzen erhoben werden und können daher dennoch als repräsentativ angesehen werden.

Die anfängliche Überlegung Menschen, welche die ÖGS nicht sprachen, von der Befragung auszuschließen wurde im Laufe der Datenerhebung und Datenauswertung verworfen und kann nun rückblickend aus den Ein- und Ausschlusskriterien, welche in Kapitel 3.5 beschrieben worden waren, entfernt werden. Ein solcher Ausschluss hätte unter Beachtung der Forschungsfragen dieses Forschungsvorhabens schlichtweg keinen Sinn gemacht.

Hinzu kommt zudem, dass sich für ein quantitatives Erhebungsinstrument entschieden worden war und daher lediglich Interpretationen aus den Angaben abgeleitet werden können. Ein gezieltes Nachfragen, welches in Form einer qualitativen Befragung möglich gewesen wäre, hätte womöglich zusätzliche Erklärungen und Sichtweisen der Betroffenen und deren Angehöriger aufgezeigt. Besonders aufschlussreich auch in Hinblick auf die Etablierung von Standards wäre die Sicht der betreuenden Gesundheitsprofessionen gewesen.

Grundlegend ist zudem zu bedenken, dass es sich um eine Querschnittstudie handelt, welche den Ist-Zustand im Jahr 2024 im österreichischen Gesundheitswesen abbildet.

Eine Erhebung in einem etwas breiterem Setting, wie beispielsweise in Allgemein- oder Notfallambulanzen ohne Spezialisierung auf Gehörlosigkeit, wäre durchaus denkbar und könnte neue Blickwinkel zu dieser Thematik zum Vorschein bringen.

Wie bereits in den vorherigen Kapiteln angesprochen wurde, ist zudem stets zu bedenken, dass die Forschung nach der Corona-Pandemie erfolgte und in dieser Zeit besonders im Gesundheitswesen viel auf elektronische Kommunikation und Versorgung umgestellt worden war. Umso interessanter wäre es gewesen, ob beispielsweise die Möglichkeiten der Terminvereinbarungen vor der Pandemie genauso online möglich gewesen wären.

Da es sich um eine der ersten Forschungsarbeiten zu dieser Thematik in Österreich handelt wurde versucht eine Vielzahl von Blickwinkeln zu beleuchten, weshalb nur bis zu einem gewissen Grad im Detail auf jeden einzelnen Aspekt eingegangen werden konnte. Ganz allgemein wäre zu jedem dieser Aspekte, seien es die Dolmetscher:innen, Terminvereinbarungen oder die Gesundheitskompetenz hinsichtlich psychischer oder physischer Probleme, ein eigenes Forschungsvorhaben denkens- und erstrebenswert und bleibt zukünftiger Forschung vorbehalten.

### **5.3 Empfehlungen für die Praxis und weiterführende Forschung**

Aus dem Forschungsvorhaben und der vorliegenden Masterthesis geht klar hervor, dass Veränderungsbedarf besteht. Hierbei geht es nicht nur um Verbesserungen in der Versorgung, sondern es bedarf vielmehr einer grundlegenden Sensibilisierung zu der Problematik im österreichischen Gesundheitswesen nicht optimal betreut zu werden. Als eines der Ersten konnte dieses Forschungsvorhaben die Versorgungsstrukturen für Menschen mit Gehörlosigkeit im ambulanten Setting in Österreich aufzeigen. Anhand dessen konnte präsentiert werden, welche Handlungsempfehlungen besonders in der Aufbereitung von Informationsmaterialien für Menschen mit Gehörlosigkeit relevant werden. Als zentrale Handlungsempfehlung in der Versorgung von Menschen mit Gehörlosigkeit zeigt sich der personenzentrierte Ansatz, welchem adäquate Kommunikationsmöglichkeiten zugrunde liegen (Lesch, Burcher, Wharton, Chapple, & Chapple, 2019). Hierbei muss es als Kompetenz des Gesundheitswesens angesehen werden, individuell auf seine Patient:innen einzugehen und bereitzustellen, was diese brauchen. In Zeiten, in denen Barrierefreiheit präsenter denn je ist, kann es nicht in die Verantwortung der Patient:innen abgegeben werden, vorausschauend auf mögliche Kommunikationsprobleme reagieren zu müssen, sondern bedarf es vielmehr einer Verbesserung der Betreuung von Seiten der Gesundheitsprofessionen. Sei es Kommunikation mittels Dolmetscher:innen, einem standardisierten Aufnahmebogen für Menschen mit Gehörlosigkeit in jeder Ambulanz oder verständliche Gesundheitsinformationen – der Fokus muss auf den Bedürfnissen des/der Patienten/Patientin liegen.

Um dieses Ziel zu erreichen konnten drei grundlegende Handlungsempfehlungen ausgearbeitet werden:

#### 1) Schulungsformate

Wenn Gesundheitspersonal nicht weiß vor welchen Herausforderungen Menschen mit Gehörlosigkeit in ihrem Alltag stehen, können diese nicht adäquat auf diese Patient:innengruppe reagieren. Daher bedarf es österreichweiter Fort- und Weiterbildungen in welchen Informationen bereitgestellt werden, wie mit Menschen mit Gehörlosigkeit kommuniziert werden kann. Jede Berufsgruppe sollte darüber informiert

sein wie ein erster Kontakt ermöglicht werden kann, wie Dolmetscher:innen hinzugezogen werden können und wie Wartezimmeraufrufe, beispielsweise durch den Einsatz von Lichtsignalen, auf die Bedürfnisse der Patient:innen angepasst werden können. Diese Fortbildungen könnten beispielsweise im Rahmen der zu absolvierenden verpflichtenden Fortbildungsstunden (Bsp.: DGKP 60 Fortbildungsstunden in 5 Jahren) angeboten werden. Alle neuen Berufseinsteiger sollten bereits im Laufe ihres Studiums einmal in Kontakt mit der Thematik Gehörlosigkeit gekommen sein. Um dies zu gewährleisten wäre es essentiell dieses Thema in das Curriculum an den Universitäten und Fachhochschulen aufzunehmen.

Ebenso sind kostengünstige Sprachkurse für all jene Gesundheitsprofessionen, welche die ÖGS erlernen wollen, wünschenswert.

## 2) Sensibilisierungsarbeit

Wie bereits erwähnt sind vielen Menschen die täglichen Herausforderungen für Menschen mit Gehörlosigkeit schlichtweg nicht bewusst. Besonders Forschung kann hier einen großen Beitrag leisten, indem sie Betroffenen eine Stimme gibt und zur Sensibilisierung der Gesellschaft beiträgt.

Diese Forschungsarbeit ermöglichte es grundlegend ein besseres Verständnis für diese Thematik zu erlangen. Da der Blickwinkel jedoch ausschließlich auf das ambulante Setting gerichtet worden war, wäre der Einbezug von stationären Einrichtungen oder Notfallambulanzen anzudenken. Die Sprachbarriere bei stationären Aufenthalten erscheint ebenso allgegenwärtig und birgt womöglich zusätzliche Herausforderungen, welche in der Forschungslandschaft bislang nicht beleuchtet wurden. Sowohl der Einbezug von Gesundheitsprofessionen als auch eine qualitative Erhebung um Erfahrungen von Menschen mit Gehörlosigkeit und deren Angehörige zu erfragen, würde neue Sichtweisen hervorbringen. Um flächendeckende Sensibilisierungsarbeit zu leisten sollten daher mehr Projekte und Kampagnen in diesem Bereich gefördert werden.

## 3) Einheitliches Vorgehen und Leitlinien

Eine der wichtigsten Veränderungen, welche im österreichischen Gesundheitswesen erfolgen sollten, ist die Etablierung einheitlicher evidenzbasierter Leitlinien. Obwohl dieses Forschungsvorhaben ausschließlich den ambulanten Bereich und auch diesen nur

zum Teil beleuchtet hatte, konnten weitere Schnittstellen, welche tagtäglich mit Menschen mit Gehörlosigkeit in Kontakt kommen, identifiziert werden. Hierbei geht es nicht nur um Ambulanzen oder Allgemeinarztpraxen, sondern vielmehr auch um Beratungsstellen für den Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, welche für Menschen mit Gehörlosigkeit zugänglicher gemacht werden sollten.

Wünschenswert wäre hierbei ein einheitliches Vorgehen, sobald ein:e Patient:in erscheint und klar wird, dass die verbale Kommunikation nicht möglich ist. Das nachfolgende fiktive Fallbeispiel soll veranschaulichen, wie die ambulante Versorgung von Menschen mit Gehörlosigkeit im Optimalfall ablaufen kann.

#### Fallbeispiel in der Notfallambulanz (fiktiv):





Patientin, 46, gehörlos, kommt in die Notfallambulanz, da sie ein starkes Stechen in ihrem Brustbereich verspürt. Am Ambulanzschalter wird von der Sekretärin erfragt, wer sie ist und welche Beschwerden sie hat. Mit Deuten zeigt die Patientin schmerzgeplagt, dass es sich um den Brustbereich handelt und versucht mittels Zeichensprache zu verdeutlichen, dass sie gehörlos ist. Die Sekretärin versteht die Zeichen, identifiziert die sprachliche Barriere und händigt der Patientin einen vorgefertigten Aufnahmebogen aus. Während die Patientin diesen ausfüllt, kontaktiert die Sekretärin die hausinterne Dolmetscher:in für die ÖGS. Am Ende des Aufnahmebogens wird die Patientin darüber informiert im Wartebereich Platz zu nehmen und dass sie anschließend persönlich von der Sekretärin „aufgerufen“ und in den Behandlungsraum gebracht werden wird. In der Zwischenzeit kann die Sekretärin aufgrund des standardisierten Aufnahmebogens in einer ersten Kontaktaufnahme das Problem sowie die Dringlichkeit der medizinischen Behandlung einschätzen. Während die Sekretärin alle notwendigen Informationen vermerkt betritt die ÖGS-Dolmetscher:in die Ambulanz und nimmt Kontakt mit der Sekretärin und anschließend der Patientin auf. Die medizinische Behandlung kann nun in ÖGS durchgeführt werden.

Bislang gibt es keine einheitlichen Aufnahmebögen oder Informationsschreiben für Menschen mit Gehörlosigkeit. Um sich einen solchen Aufnahmebogen vorstellen zu können, wurde ein beispielhaftes Exemplar von der Forscherin erstellt und ist in Abbildung 15 ersichtlich.

# AUFNAHMEBOGEN

## Notfallambulanz

sprachliche Barriere - Gehörlosigkeit

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin schwerhörig	Ich bin gehörlos	Ich kann nicht sprechen	Ich kommuniziere in Gebärdensprache
			

Name: \_\_\_\_\_

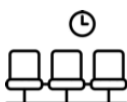
SV-Nummer: \_\_\_\_\_

Welche Beschwerden haben Sie?

- |                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Verbrennung | <input type="checkbox"/> Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Vergiftung  | <input type="checkbox"/> Wunde     |
| <input type="checkbox"/> Blutung     | <input type="checkbox"/> psychisch |

Wo bestehen diese Beschwerden? \_\_\_\_\_

Seit wann bestehen diese Beschwerden? \_\_\_\_\_



Bitte nehmen Sie nun in dem Wartebereich Platz.  
Ich werde eine Dolmetscherin kontaktieren und sie persönlich im  
Wartebereich abholen, sobald sie dran sind.

Vielen Dank für Ihre Geduld!

Abbildung 15: Beispiel Aufnahmebogen Ambulanz

Die Versorgungskette hinsichtlich dem Einbezug von Dolmetscher:innen muss ebenso adaptiert werden. Falls keine Dolmetscher:in vor Ort ist, sollte es in jeder Ambulanz, Praxis oder Beratungsstelle möglich sein beispielsweise auf Videodolmetscher:innen zurückzugreifen. Der ÖSVD führt auf seiner Website Kontaktdaten von

Dolmetscher:innen für Privatpersonen an, welche per Whatsapp oder Telegram kontaktiert werden können (ÖGSVD, 2023). In den unterschiedlichen Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens bedarf es hierfür einheitliche Standards auf welche Dolmetsch-Dienste zurückgegriffen wird.

In Zeiten der Digitalisierung, welche im medizinischen Setting besonderen Anklang findet, kann zudem auf die Einbindung technologischer Möglichkeiten wie beispielsweise Apps zur Kommunikation zurückgegriffen werden. Ebenso der Einsatz von künstlicher Intelligenz-gestützter Systeme könnte in der Zukunft großen Beitrag dazu leisten das Gesundheitssystem zugänglicher zu gestalten, indem robotische Systeme gezielt auf die Bedürfnisse der Patient:innen reagieren können.

In vielen Ambulanzen sind Informationsmaterialien oder Videos in unterschiedlichen Sprachen zugänglich, allerdings wird hier bislang kein Fokus auf Gebärdensprache gelegt. Nachdem die ÖGS bereits seit 2005 als eigenständige Sprache angesehen wird, ist eine Vernachlässigung dieser im Gesundheitswesen nicht länger zulässig. Demnach sollten Bilder oder Videos, welche für Schulungszwecke von Patient:innen genutzt werden, in ÖGS oder mit Untertiteln produziert werden.

Dies veranschaulicht, dass es die Kombination aus den drei Handlungsempfehlungen – Schulungsformate, Sensibilisierungsarbeit und einheitliches Vorgehen/Leitlinien – ist, die eine grundlegende Veränderung im Gesundheitswesen bewirken kann. Wenn die Gesundheitsprofessionen und die Gesellschaft mehr über die Thematik der Gehörlosigkeit informiert sind, können diese in neuen Projekten Bewusstsein schaffen und neue Blickwinkel erforschen, sodass anschließend Leitlinien entwickelt werden können, die ein einheitliches Vorgehen ermöglichen.

## Literaturverzeichnis

- ÖGSVD. (2023). *Österreichischer Gebärdensprach-Dolmetscher:innen- und Übersetzer:innen-Verband*. Abgerufen am 18.08.2024 von ÖGSVD: <https://oegsdv.at>
- Abel, T., & Sommerhalder, K. (23. Juli 2015). Gesundheitskompetenz/Health Literacy. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*(58:), S. 923-929. doi:10.1007/s00103-015-2198-2
- Allison, S. E. (Jänner 2007). Self-Care Requirements for Activity and Rest: An Orem Nursing Focus. *Nursing Science Quarterly*, 20(1), S. 68-76.
- Bitzer, E. M., & Sørensen, K. (2018). Gesundheitskompetenz - Health Literacy. *Gesundheitswesen*(80), S. 754-766.
- Brandenburg, H., Panfil, E.-M., Mayer, H., & Schrems, B. (2023). *Pflegewissenschaft 2* (4. Auflage Ausg.). Bern, Schweiz: Hogrefe Verlag.
- Bundesministerium für Inneres. (2024). *BMI*. Von Bundesministerium für Inneres: [https://www.bmi.gv.at/Notrufnummern/notruf\\_gehoerlose.aspx#:~:text=%2B43%20800%20133%20133%20%2D%20Notrufnummer,Notrufnummer%20Hilfe%20herbeirufen%20zu%20können](https://www.bmi.gv.at/Notrufnummern/notruf_gehoerlose.aspx#:~:text=%2B43%20800%20133%20133%20%2D%20Notrufnummer,Notrufnummer%20Hilfe%20herbeirufen%20zu%20können.). abgerufen
- Chastonay, O., Blanchard, J., Cantero, O., Carmes, M., Michel, P., Singy, P., . . . Mongourdin, B. (2018). Die Gehörlosen: eine vulnerable, von Gesundheitsfachleuten verkannten Population. *Swiss Medical Forum - Schweizerisches Medizin-Forum*(18(38)), S. 769-774.
- Deutsche Nationalbibliothek. (2015). *i Care Pfl eg* (4. Ausg.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Freed, C., Hansberry, S., & Arrieta, M. (2013). Structural and hidden Barriers to a local primary health care infrastructure: autonomy, decisions about primary health care, and the centrality and significance of power. *Res Sociol Health Care*(31), S. 57-81. doi:10.1108/S0275-4959(2013)0000031006.
- Gebärdenswelt.tv. (2023). ÖGS. Von Gebärdenswelt - Plattform für Gehörlose: <https://www.gebaerdenwelt.tv> abgerufen
- Gur, K., Dolaner, G., & Turan, S. R. (5. April 2020). Health literacy of hearing-impaired adolescents, barriers and misunderstandings they encounter, and their

- expectations. *Disability and Health Journal*, S. 1-8.  
<https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100929>
- Hommel, R. E., Borash, A. I., Hartwig, K., & DeGracia, D. (25. April 2018). American Sign Language Interpreters Perceptions of Barriers to Healthcare Communication in Deaf and Hard of Hearing Patients. *Journal of Community Health*(43), S. 956-961.  
<https://doi.org/10.1007/s10900-018-0511-3>
- IBM Corporation. (2023).
- Kessler, C., & Lasserre Moutet, A. (2022). Konzept Selbstmanagement-Förderung. In B. f. BAG (Hrsg.), *Konferenz der kantonalen Beauftragten für Suchtfragen (KKBS)* (S. 4-26). Bern: Heyday.
- Krammer, K. (2001). *Schriftsprachkompetenz gehörloser Erwachsener* (Bd. 3). Österreich: Veröffentlichungen des Forschungszentrums für Gebärdensprache und Hörgeschädigtenkommunikation der Universität Klagenfurt.
- Krausneker, V. (2004). Bilingualer Unterricht für gehörlose VolksschülerInnen. *SWS-Rundschau*, 3(44), S. 289-313.
- Kritzinger, J., Schneider, M., Swartz, L., & Braathen, S. H. (2014). "I just answer 'yes' to everything they say": Access to health care for deaf people in Worcester, South Africa and the politics of exclusion. *Patient Education and Counseling*(94), S. 379-383. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2013.12.006>
- Lesch, H., Burcher, K., Wharton, T., Chapple, R., & Chapple, K. (2019). Barriers to Healthcare Services and Supports for Signing Deaf Older Adults. *American Psychological Association*, 2(64), S. 237-244.  
<http://dx.doi.org/10.1037/rep0000252>
- Loriquet, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-Management Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanism. *Annals of Behavioral Medicine*(26(1)), 1-7.
- Mathos, K. K., & Pollard Jr., R. Q. (2016). Capitalizing on Community Resources to Build Specialized Behavioral Health Services Together with Persons who are Deaf, Deafblind or Hard of Hearing. *Community Mental Health Journal*(52), S. 187-193.  
 DOI 10.1007/s10597-015-9940-y
- Microsoft® Word. (2017). Microsoft 365. Von <https://www.microsoft365.com> abgerufen
- Pinilla, S., & Stephan, K. S. (2015). Gehörlose Patienten in der Allgemeinarztpraxis. *CME Continuing Medical Education*, 12(9), S. 55-64. DOI 10.1007/s11298-015-1214-z

- Porst, R. (2014). Fragebogen: Ein Arbeitsbuch (4. Ausg.). Springer VS.
- Redaktion Gesundheitspersonal. (19. Dezember 2019). Gesundheit.gv.at. Abgerufen am Jänner 2023 von Öffentliches Gesundheitspersonal Österreichs: <https://www.gesundheit.gv.at/leben/eltern/geburt/geburtsvorbereitung/fruehgeburt.html>
- Schniedewind, E., Lindsay, R., & Snow, S. (10. März 2020). Ask and ye shall not receive: Interpreter-related access barriers reported by Deaf users of American sign language. *Disability and Health Journal*, S. 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100932>
- Schröder, L. (14. Dezember 2020). "Mixed-methods"-Studie zu Barrieren in der ambulanten Psychotherapie von Gehörlosen. *Psychotherapeut*. <https://doi.org/10.1007/s00278-020-00476-0>
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI. (2020). Perspektive 2020: Positionspapier des Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK. *Professionelle Pflege Schweiz*, 1-37.
- Sheppard, K. (2013). Deaf adults and health care: Giving voice to their stories. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*(26), S. 504-510. doi: 10.1002/2327-6924.12087
- Smith, C. E., Massey-Stokes, M., & Lieberth, A. (2012). Health Information need of d/Deaf adolescent females: A call to action. *American Annals of the Deaf, Volume 57*(1), 41-47.
- Steiner, E., & Benesch, M. (2021). *Der Fragebogen: Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung* (6. Ausg.). Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Survio s.r.o. (2012). *survio*. (Survio s.r.o) Von <https://www.survio.com/de/> abgerufen
- Tourville, C., & Ingalls, K. (Juli-September 2003). The Living Tree of Nursing Theories. *Nursing Forum, Vol. 3*(No. 3), S. 21-36.
- Wizowski, L., Harper, T., & Hutchings, T. (2014). *Writing health information for patients and families: A guide to developing patient education materials that promote health literacy* (4th edition Ausg.). Hamilton Health Sciences.

# Anhang I

## Fragebogen



### FRAGEBOGEN „ZUGANG VON ERWACHSENEN MENSCHEN MIT GEHÖRLOSIGKEIT ZU GESUNDHEITSLEISTUNGEN“

---

**Liebe Teilnehmerin,**

**Lieber Teilnehmer,**

mein Name ist Sandra Fuchs und ich absolviere derzeit den Masterstudiengang Pflegewissenschaft an der Universität Wien. In meiner Masterarbeit beschäftige ich mich mit dem „**Zugang von erwachsenen Menschen mit Gehörlosigkeit zu Gesundheitsleistungen**“.

Mit diesem Fragebogen möchte ich Ihre Erfahrungen und Einschätzungen zu diesem Thema erfragen. Bitte nehmen Sie sich ungefähr **15 Minuten** Zeit, um den Bogen auszufüllen.

Sie können den Fragebogen in der Ambulanz ausfüllen und ihn anschließend in den dafür vorgesehenen Abwurfbehälter abwerfen. Falls Sie die Beantwortung des Fragebogens im Online-Format durchführen wollen, so scannen Sie bitte folgenden QR-Code. Beantworten Sie den Fragebogen bitte entweder im Papierformat oder online und nicht beides.



Es werden keinerlei Rückschlüsse auf Sie als Person möglich sein, die gewonnenen Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Ihre Daten werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet und nach Abschluss meiner Masterarbeit vollständig gelöscht.

Die Beteiligung an der Befragung ist freiwillig und anonym, daher können Ihre Antworten nicht auf Sie zurückgeführt werden.

---

---

## AUSFÜLLHINWEISE

---

<p>Die meisten Fragen sind durch Ankreuzen <u>eines</u> Kästchens zu beantworten.</p>	<p style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="padding: 5px;">Trifft zu</th> <th style="padding: 5px;">Trifft eher zu</th> <th style="padding: 5px;">Trifft eher nicht zu</th> <th style="padding: 5px;">Trifft nicht zu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </tbody> </table>	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu		<input checked="" type="checkbox"/>		
Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu						
	<input checked="" type="checkbox"/>								
<p>Wenn mehr als ein Kästchen angekreuzt werden kann, da <u>Mehrfachantworten</u> möglich sind, so ist dies nach der Frage ausdrücklich vermerkt.</p>	<p> <input type="checkbox"/> Telefonisch  <input checked="" type="checkbox"/> SMS  <input type="checkbox"/> Fax  <input checked="" type="checkbox"/> Online  <input checked="" type="checkbox"/> Email         </p>								
<p>Bei einigen Fragen haben Sie die Möglichkeit eine Antwort <u>in eigenen Worten</u> zu formulieren.</p>	<p> <input checked="" type="checkbox"/> Sonstige: <u>Ambulanz</u> .....  <input type="checkbox"/> Ja, welche .....         </p>								
<p>Bitte beantworten Sie die Fragen in der vorgesehenen Reihenfolge. Überspringen Sie eine oder mehrere Fragen nur dann, wenn durch einen <u>Pfeil</u> darauf hingewiesen wird.</p>	<p> <input type="checkbox"/> Ja  <input checked="" type="checkbox"/> Nein → Frage 100         </p> <p>Wenn <b>ja</b>: vorgesehene Reihenfolge beibehalten          Wenn <b>nein</b>: Pfeil folgen und zu angegebener Frage springen (möglichweise bleiben Fragen dadurch unbeantwortet)</p>								

Bei Rückfragen stehe ich Ihnen gerne unter folgenden Kontaktdaten zur Verfügung:

**Sandra Fuchs**

skfuchs@gmail.com

---

---

## GESUNDHEITSLEISTUNGEN UND -KOMPETENZ

---

**Frage 1:** Wie alt sind Sie?

- 18-30 Jahre
- 31-50 Jahre
- 51-69 Jahre
- > 70 Jahre

**Frage 2:** Welches Geschlecht ist für Sie das passendste (Geschlechtsidentität)?

- Männlich
- Weiblich
- Divers

**Frage 3:** Sprechen Sie die österreichische Gebärdensprache?

- Ja
- Nein → Frage 4

**Frage 3.1:** Wie lange ist es her, dass Sie die Österreichische Gebärdensprache erlernt haben?

- < 5 Jahre
- 5-10 Jahre
- 11-20 Jahre
- > 20 Jahre

**Frage 4:** Welche ambulanten Versorgungseinrichtungen haben Sie in den letzten 12 Monaten aufgesucht? (*mehrere Antworten möglich*)

- Gehörlosenambulanz
- Notfallambulanz
- Spezialambulanz
- Hausarzt
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Frage 4.1:** Welche Möglichkeiten der Terminvereinbarung wurden angeboten?  
(mehrere Antworten möglich)

- Telefonisch
- SMS
- Email
- Online
- Fax
- vor Ort

**Frage 4.2:** Wie rasch erhielten Sie einen Termin? (mehrere Antworten möglich,  
wenn mehrere Termine vereinbart wurden)

- akut, daher sofort
- innerhalb 1 Woche
- innerhalb 4 Wochen
- innerhalb mehreren Monaten

**Frage 5:** Wie lange brauchen Sie von Ihrem Wohnort in die nächste  
Ambulanz?

- < 30 Minuten
- < 60 Minuten
- über 1 Stunde
- über 2 Stunden

**Frage 6:** Wie wurden Sie im Wartezimmer aufgerufen?

- Akustisch
- Persönlich
- Visuell (Bsp.: über Monitor)
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Frage 7:** Wie gestaltete sich die Kommunikation zwischen Ihnen und dem Gesundheitspersonal (Arzt, Ärztin, Pflegeperson)? (*mehrere Antworten möglich*)

- Handschriftlich
- Dolmetscher:in
- Videodolmetscher:in
- elektronisch
- Angehörige/Freunde
- Österreichische Gebärdensprache
- Lippen lesen
- Mittels Zeichen (z.B.: Daumen hoch, nicken)
- keine Kommunikation möglich

**Frage 8:** Hinsichtlich dem Zugang zu Gesundheitsleistungen für Menschen mit Gehörlosigkeit: Anbei finden Sie 4 Aussagen – bitte wählen Sie aus, ob diese auf Sie zutreffen oder nicht.

**Aussage 1:** „Ich kann Arzttermine selbstständig wahrnehmen.“

- Ja
- Nein

Wenn nein: Welche Art von Unterstützung brauchen Sie bei Ihrem Arztbesuch?

- eine Person, welche das Übersetzen übernimmt
- eine Person, die die telefonische Terminvereinbarung übernimmt
- Hilfe bei der Anreise
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Aussage 2:** „Ich hatte schon einmal Angst vor einer Behandlung, weil ich nicht ausreichend darüber informiert worden war oder ich nichts verstanden habe.“

- Ja
- Nein

Wenn ja: Was war das Problem bei diesem Arztbesuch? (*mehrere Antworten möglich*)

- sprachliche Barriere
- Nachfragen war nicht möglich
- Es wurde sich keine Zeit für eine umfangreiche Aufklärung genommen
- Es musste sofort gehandelt werden
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Aussage 3:** „Ich bin schon einmal nicht zum Arzt/Ärztin gegangen, weil ich nicht kommunizieren konnte und keine Dolmetscher:in Zeit hatte.“

- Ja
- Nein

Wenn ja: An wen haben Sie sich stattdessen gewandt?

\_\_\_\_\_

**Aussage 4:** „Bislang wurde mir bei meinen Arztbesuchen stets ein:e Dolmetscher:in zur Verfügung gestellt.“

- Ja
- Nein

Wenn nein: Wer hat das Übersetzen für Sie übernommen?

- Angehörige/Freunde
- Dolmetscher:in
- Es wurde auf handschriftliche Kommunikation zurückgegriffen
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Frage 9:** Wünschen Sie sich eine Verbesserung in der Versorgung von Menschen mit Gehörlosigkeit im österreichischen Gesundheitswesen?

- Ja
- Nein → Frage 10

**Frage 9.1:** Welche Verbesserung(en) würden Sie sich wünschen?

---

---

---

**Frage 10:** Gibt es Aspekte in der Gesundheitsversorgung, die Sie als besonders gut erachten?

- Ja, welche: \_\_\_\_\_
- Nein

**Frage 11:** Gibt es Gesundheitsangebote, die Sie als unterstützend wahrnehmen?

- Ja, welche: \_\_\_\_\_
- Nein

**Frage 12:** Worauf greifen Sie zurück um Informationen zu Ihrer Gesundheit zu bekommen?

- Internet
- Fachzeitschriften
- Informationsbroschüren
- Fernsehen
- Social Media
- Hausarzt/Ambulanz
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Frage 13:** Bezugsnehmend auf die Zugänglichkeit von Gesundheitsinformationen für Menschen mit Gehörlosigkeit und der daraus resultierenden Gesundheitskompetenz:

Beurteilen Sie bitte die nachfolgenden Aussagen auf einer Skala von trifft zu – trifft eher zu – trifft eher nicht zu – trifft nicht zu.

	<b>Trifft zu</b>	<b>Trifft eher zu</b>	<b>Trifft eher nicht zu</b>	<b>Trifft nicht zu</b>
Wenn ich ein gesundheitliches Problem habe, weiß ich, wohin ich gehen oder wen ich fragen kann.				
Es fällt mir schwer Informationen über meinen Gesundheitszustand zu erhalten, die ich verstehe.				
Ich habe das Gefühl genug über meinen Gesundheitszustand informiert zu sein.				
Ich habe das Gefühl, dass meine Probleme ernst genommen werden.				
Ich habe das Gefühl, dass sich Zeit für mich genommen wird.				
Ich weiß, welche Unterstützungsmöglichkeiten es bei psychischen Problemen gibt.				

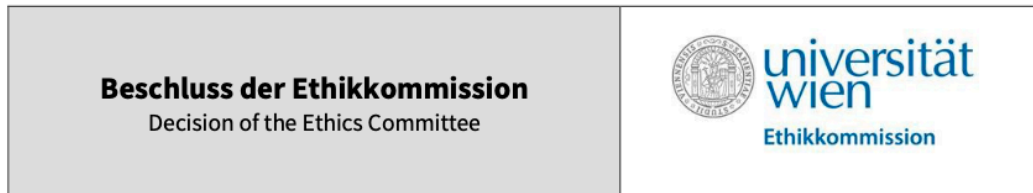
	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
Ich weiß, wie ich mein psychisches Wohlbefinden positiv beeinflussen kann.				
Ich weiß, welche Unterstützungsmöglichkeiten es bei körperlichen Problemen gibt.				
Ich weiß, wie ich mein körperliches Wohlbefinden positiv beeinflussen kann.				
Ich habe ausreichend Informationen erhalten, wie Medikamente richtig einzunehmen sind.				
Mir wird verständlich erklärt, welche Untersuchungen ich brauche.				
Ich fühle mich ausreichend darüber informiert, welche Vorsorgeuntersuchung gemacht werden sollten.				

Sie sind am **Ende** der Befragung angekommen. Ich bedanke mich recht herzlich für Ihre Teilnahme und wünsche noch einen schönen Tag!



## Anhang II

### Ethikvotum



Antragsteller\*in / Applicant: **Prof. Dr. Inge Eberl**  
Bearbeitungsnummer / Reference Number: **01127**  
Projekttitle / Title of Project: **Zugang erwachsener Personen mit Gehörlosigkeit zu Gesundheitsleistungen und deren Gesundheitskompetenz**

Die Stellungnahme der Ethikkommission erfolgt aufgrund folgender eingereichter Unterlagen / The decision of the Ethics Committee is based on the following documents:

13.02.2024

- Exposé\_Fuchs
- Fuchs\_Fragebogen\_Gehörlosigkeit
- Information für Teilnehmer und Teilnehmerinnen\_Fuchs\_Gehörlosigkeit
- Mail ad Projektbeginn

14.02.2024

- Antrag Ethikkommission\_Fuchs\_Gehörlosigkeit

20.04.2024

- Antrag\_Ethikkommission\_Gehörlosigkeit\_Frau\_Fuchs\_aktualisiert

Die Kommission fasst folgenden Beschluss (mit X markiert) / The Ethics Committee has made the following decision (marked with an X):

Zustimmung: Es besteht kein ethischer Einwand gegen die Durchführung der Studien. / Consent: There is no ethical objection to conduct the study as proposed.

Negative Beurteilung: Der Antrag wird von der Ethikkommission abgelehnt. / Negative evaluation: The proposal is rejected by the Ethics Committee.

Inhaltliche Abänderungen müssen der Ethikkommission vorgelegt werden. / Amendments to the content must be presented to the Ethics Committee.

Unterschrift / Signature



Datum / Date

23.04.2024

Vorsitzender der Ethikkommission / Chair of the Ethics Committee  
Univ.-Prof. MMag. DDr. Martin Voracek

# Anhang III

## Informationsschreiben

Zugang erwachsener Personen mit Gehörlosigkeit zu Gesundheitsleistungen und deren Gesundheitskompetenz – Teilnehmer\*inneninformation und Einwilligungserklärung

---

### **Teilnehmer\*inneninformation und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie:**

#### **Zugang erwachsener Personen mit Gehörlosigkeit zu Gesundheitsleistungen und deren Gesundheitskompetenz**

Sehr geehrte\*r Teilnehmer\*in,

wir laden Sie ein, an der oben genannten Studie teilzunehmen.

**Ihre Teilnahme an dieser Studie erfolgt freiwillig. Sie können jederzeit, ohne Angabe von Gründen, Ihre Bereitschaft zur Teilnahme zurückziehen. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen für Sie.**

Diese Art von Studien ist notwendig, um verlässliche neue *wissenschaftliche* Forschungsergebnisse zu gewinnen. Unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung von Studien ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme an dieser Studie schriftlich erklären. Bitte lesen Sie den folgenden Text sorgfältig durch und zögern Sie nicht, Fragen zu stellen.

#### **1. Zweck der Studie:**

*Diese Studie soll den Ist-Zustand der Versorgungsstrukturen von Menschen mit Gehörlosigkeit in Österreich mit besonderem Fokus auf deren Gesundheitskompetenz beleuchten. Es geht daher darum aufzudecken, wie Menschen mit Gehörlosigkeit den Zugang zu Gesundheitsleistungen im ambulanten Setting wahrnehmen und welche Unterstützungsmaßnahmen sie durch Gesundheitspersonal in ambulanten Versorgungseinrichtungen zur Stärkung ihrer Gesundheitskompetenz erhalten.*

#### **2. Ablauf der Studie:**

*Im April 2024 werden die Fragebögen in den Gehörlosenambulanzen inklusive Abwurfbehälter zur Verfügung gestellt, zugleich läuft die Befragung über ein Online-Format. Hierfür sollen Personen mit Gehörlosigkeit ihre Eigeneinschätzung zur Thematik geben. Die Beantwortung des Fragebogens erstreckt sich über 15 Minuten.*

#### **3. Nutzen einer Teilnahme an der Studie**

*Es ist nicht zu erwarten, dass Sie aus Ihrer Teilnahme an dieser Studie einen (bspw. gesundheitlichen) Nutzen ziehen werden. Allerdings soll diese Studie den Ist-Zustand aufdecken und somit Möglichkeiten zur Verbesserung ableiten, sodass eine Handlungsleitlinie für all jene Bereiche im Akutsetting erstellt werden, welche mit Menschen mit Gehörlosigkeit in Berührung kommen. Somit kann ein Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen, dem Abbau möglicher Zugangsbarrieren und zur Sensibilisierung dieser Thematik geleistet werden.*

#### **4. Mögliche Risiken bei der Durchführung der Studie:**

*Die Studienteilnahme ist zu jedem Zeitpunkt freiwillig und ein vorzeitiger Abbruch durch nicht Ausfüllen des Fragebogens oder nicht Abwerfen des Fragebogens ist jederzeit möglich. Daraus resultieren keinerlei Konsequenzen. Sonst ist von keinen Risiken bei der Durchführung zu erwarten, da mittels Pretest mögliche belastende Fragen bereits adaptiert und sensibilisiert worden waren.*

*Als grundlegendes Ausschlusskriterium gilt die Minderjährigkeit, da es um die Eigeneinschätzung der befragten Personen geht und diese in Ihrer Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt sind, sowie Bevollmächtigte Personen hinzugezogen werden müssten.*

**5. sonstige Auswirkungen auf die Lebensführung:**

*Es ist nicht zu erwarten, dass sich Auswirkungen auf die Lebensführung ergeben.*

**6. Auftreten von Beschwerdesymptomen, unerwünschten Begleiterscheinungen und/oder Verletzungen:**

*Es ist nicht zu erwarten, dass Beschwerdesymptome oder unerwünschte Begleiterscheinung, welche unmittelbar mit der Befragung zu tun haben, auftreten.*

**7. Vorzeitiges Beenden der Studie:**

*Es ist jederzeit möglich, auch ohne Angabe von Gründen, die Teilnahme an der Studie zu widerrufen oder die Teilnahme an der Studie aus persönlichen Gründen abzubrechen. Daraus resultieren keinerlei Nachteile für die Teilnehmenden.*

*Ein vorzeitiger Abbruch von Seiten des Forschungsteams ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht denkbar.*

**8. Verwendung der gesammelten Daten:**

*Es werden keinerlei Rückschlüsse auf Sie als Person möglich sein, die gewonnenen Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Die Beteiligung an der Befragung ist freiwillig. Ihre Teilnahme ist anonym, Ihre Antworten können nicht auf Sie zurückgeführt werden. Das bedeutet ebenfalls, dass Ihr persönlicher Datensatz nach Abschluss der Befragung für mich nicht identifizierbar ist. Ihre Daten werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet.*

**9. Kosten, Kostenersatz und Vergütung:**

*Es entstehen bei der Teilnahme keinerlei Kosten für die Teilnehmenden. Der Fragebogen soll innerhalb von 15 Minuten beantwortet werden können, sodass mögliche Wartezeiten in der Ambulanz für die Beantwortung genutzt werden können. Vergütung für die Teilnahme sind lediglich die Dankesworte der Forscherin.*

*Namen der Kontaktperson bzw. der Kontaktpersonen:*

Leiter*in	Name: Fuchs Sandra E-Mail: skfuchs@gmail.com Tel.: +43 6763112020
-----------	---