

Taube Menschen in Deutschland: Mental Health Literacy und Einschätzung der Angebote des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems – eine Online-Studie

Antonia Ricke^a Hannah Klusmann^a Manuel Heinrich^a Stephanie Haering^a
Meike Katharina Blecker^a Christine Knaevelsrud^a Sarah Schumacher^{a, b}

^aArbeitsbereich Klinisch-Psychologische Interventionen, Freie Universität Berlin, Berlin, Deutschland; ^bKlinische Psychologie und Psychotherapie, Department Psychologie, HMU Health and Medical University, Potsdam, Deutschland

Schlüsselwörter

Taub · Gehörlos · Mental Health Literacy · Versorgungssystem · Gebärdensprache

Zusammenfassung

Hintergrund: Taube Menschen begegnen als sprachliche Minderheit im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem zahlreichen Barrieren. Mental Health Literacy (MHL), die für Erkennen, Behandlung und Hilfesuchverhalten bei psychischen Störungen essenziell ist und den Umgang mit Belastungen prägt, wurde bei Tauben Menschen bislang nicht untersucht. **Material und Methoden:** Taube Menschen ($n = 390$) wurden online zur MHL und der Einschätzung der Angebote des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems befragt. Dafür wurde eine in deutsche Gebärdensprache übersetzte Version des *Mental Health Literacy Questionnaire* genutzt. Der Einfluss des Spracherwerbszeitpunktes und der Gebärdensprache als natürlicher Erstsprache auf die MHL wurden mithilfe von Welch-Tests und Cohens d untersucht. **Ergebnisse:** Das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden war 32,6 Jahre ($SD = 11,0$) und ein Großteil (69%) bezeichnete sich als weiblich. In Bezug auf den Ertaubungszeitpunkt wurden 78,7% der Teilnehmenden Taub/schwerhörig geboren und 14,1% sind vor dem vierten Geburtstag ertaubt. Ein früher Spracherwerb ($p > 0,001$) sowie das Erlernen einer Gebärdensprache als Erstsprache ($p = 0,02$) waren mit einer höher ausgeprägten MHL assoziiert. Die Zufriedenheit mit dem Versorgungssystem

bezüglich verschiedener Aspekte (z. B. Eingebundenheit in Behandlung) wurden beschrieben. **Diskussion:** Die MHL bei Tauben Menschen ist erhöht, wenn ein früher Spracherwerb gegeben ist sowie eine Gebärdensprache als Erstsprache erlernt wurde. Daraus abgeleitet sind gesellschaftliche und gesundheitspolitische Anstrengungen notwendig, um einen frühen Spracherwerb und den Zugang zu Gebärdensprache für Taube Kleinkinder zu ermöglichen. Als zusätzliche Maßnahmen können mögliche Defizite der MHL mit einer erleichterten Zugänglichkeit zu psychischen Gesundheitsinformationen vermindert werden. Dabei könnten die Verfügbarkeit von Informationsmaterialien in Gebärdensprache und die Verbesserung der Ausbildung für Taubes Personal und Gebärdensprachdolmetschende eine wichtige Rolle spielen.

© 2024 The Author(s).

Published by S. Karger AG, Basel

Deaf People in Germany: Mental Health Literacy and Perception of Mental Health Services – an Online Study

Keywords

Deaf · Hard of hearing · Mental health literacy · Mental health service · Sign language

Abstract

Background: Deaf people encounter numerous barriers as a linguistic minority in mental health services. Mental

health literacy (MHL), which is essential for recognition, treatment, and help-seeking behavior in mental disorders, and shapes how people cope with stressors, has not yet been studied in deaf people. **Material and Methods:** Deaf people ($n = 390$) were surveyed online about MHL and perception of mental health services. A version of the Mental Health Literacy Questionnaire translated into German sign language was used for this purpose. The influence of the timepoint of language acquisition and sign language as a natural first language on MHL were investigated using Welch tests and Cohen's d . **Results:** The mean age of participants was 32.6 years ($SD = 11.0$) and a large proportion (69%) described themselves as female. In terms of time of deafness, 78.7% of participants were born deaf/hard of hearing and 14.1% became deaf before their fourth birthday. Early language acquisition ($p > 0.001$) and learning a sign language as a first language ($p = 0.02$) were associated with higher levels of MHL. Perception of the care system related to various aspects (e.g., involvement in treatment) was described. **Discussion:** MHL in deaf people is increased when early language acquisition is given, as well as when sign language was learned as a first language. Consequently, societal and health policy efforts are necessary to enable early language acquisition and access to sign language for deaf infants. As additional measures, possible deficits in MHL can be addressed with improved accessibility to mental health information. The availability of information materials in sign language and improved training for deaf staff and sign language interpreters could play an important role in this regard.

© 2024 The Author(s).
Published by S. Karger AG, Basel

1. Einleitung

Taube Menschen weisen ein erhöhtes Risiko für psychische Störungen auf [Bridgman et al., 2000; Fellingner et al., 2005, 2009; Kvam et al., 2007]. Gleichzeitig zeigen zahlreiche Studien den eingeschränkten oder gar fehlenden Zugang für Taube zum psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem [Fellinger et al., 2012; Cabral et al., 2013; Pertz et al., 2018]. Nur ca. 2% der Tauben Erwachsenen, die psychische Unterstützung benötigten, erhielten diese auch [Pollard, 1996].

Die Herausforderungen im Zugang zu adäquater psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung für Taube Menschen sind vielfältig: Neben einem Mangel an Psychotherapeut:innen mit Gebärdensprachkenntnissen (vgl. Box 1) stehen Tauben Patient:innen häufig keine Gebärdensprachdolmetschende für Hausärzt:innenbesuche zur Verfügung. Diese ermöglichen jedoch oft den Zugang zu einer psychologisch-psychotherapeutischen Behandlung [Bridgman et al., 2000; Middleton et al., 2010;

Box 1: Taubheit und Psychotherapie – ein kurzer Überblick

Etwa 14 Millionen Menschen in Deutschland haben eine Hörbehinderung. Davon sind 80'000 Menschen gehörlos.

Medizinisch wird eine Schwerhörigkeit ab einem Hörverlust von 70 dB diagnostiziert, eine ‚an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit‘ ab 85 dB und eine Gehörlosigkeit bzw. Taubheit ab 100 dB Hörverlust [Deutscher Gehörlosenbund, 2018]. Die Selbstbezeichnung ‚Taub‘ wird zunehmend von Menschen genutzt, die hörbehindert sind und überwiegend Gebärdensprache nutzen. Dabei wird das Wort ‚Taub‘ großgeschrieben, um kenntlich zu machen, dass es sich um eine Selbstbezeichnung einer sprachlichen und kulturellen Minderheit handelt. Denn Taube Menschen definieren sich nicht nur durch ihre eigene Sprache, sondern allgemeiner durch ihre eigene Kultur, die Gehörlosenkultur. Diese umfasst neben der Gebärdensprache z. B. auch eigene soziale Normen und Werte, eine eigene Geschichte sowie eigene künstlerische Darstellungsformen [Padden et al., 2009].

Die Lebenszeitprävalenz psychischer Erkrankungen ist bei Tauben im Vergleich zu Hörenden um 45,3% erhöht [Fellinger et al., 2009]. Dabei stellt nicht der Hörverlust per se ein Risiko für psychische Störungen dar, vielmehr werden die kommunikativen Barrieren als Einflussfaktor angesehen [Fellinger et al., 2009].

Von bundesweit 344'000 psychologischen und ärztlichen Psychotherapeut:innen sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeut:innen gaben offiziell 39 (0,11%) Personen an, Gebärdensprachkenntnisse zu besitzen [Ärztblatt, 2019]. Es liegt jedoch keine Information darüber vor, ob diese Personen tatsächlich Therapie in Gebärdensprache anbieten. Insgesamt gibt es in Deutschland nur zwei psychiatrische Fachkliniken mit speziellen Abteilungen für erwachsene Taube Patient:innen.

Pertz et al., 2018]. Eine weitere Barriere stellt ein in der Gesundheitsversorgung vorherrschender Mangel an kulturellen Kompetenzen gegenüber der Gehörlosenkultur dar. Kulturelle Kompetenzen beinhalten „eine Reihe von kongruenten Verhaltensweisen, Wissen, Einstellungen und Strategien [...] die eine effektive Arbeit in interkulturellen Situationen ermöglicht“ [Association of American Medical Colleges, 2005]. Eine gehörlosenspezifische kulturelle Kompetenz umfasst also Wissen und Fähigkeiten, um effektiv mit Tauben Menschen zusammenzuarbeiten, wobei die Effektivität von beiden Parteien als solche empfunden werden sollte. Jedoch zeigt sich in der Gesundheitsversorgung ein Mangel an Fachwissen im Umgang mit Tauben Menschen sowie eine mangelnde Sensibilität gegenüber der Lebenswelten Tauber Menschen.

Es ist davon auszugehen, dass durch die vorherrschenden kommunikativen und sprachlichen Barrieren in der Interaktion mit dem Gesundheitspersonal die Wahrscheinlichkeit von Fehldiagnosen psychischer Störungen bei Tauben erhöht ist [Leven, 2003; Black und Glickman, 2006; Fellingner et al., 2012; Cabral et al., 2013].

Dies zeigt sich z. B. darin, dass Taube Menschen in psychiatrischen Kliniken, die *nicht* auf Taube Menschen spezialisiert sind, häufiger eine psychiatrische Diagnose erhalten als in Fachkliniken für Taube Menschen. Weiterhin ist in Fachkliniken für Taube Menschen die Bandbreite der bei Tauben Menschen diagnostizierten psychischen Störungen größer, was auf ein angemesseneres differentialdiagnostisches Vorgehen hinweisen könnte [Black und Glickman, 2006]. Neben sprachlichen und kommunikativen Barrieren benennen Taube Menschen weitere psychosoziale Herausforderungen im Zugang zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesundheitsversorgung: so berichten sie von Misstrauen und Vermeidung gegenüber dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem – oft basierend auf negativen Interaktionserfahrungen mit Gesundheitspersonal. Diese wurden als wesentliche Einflussfaktoren identifiziert [Steinberg et al., 2006; Feldman und Gum, 2007; Middleton et al., 2010]. Auch fehlende Intimität bei der Kommunikation über Gebärdensprachdolmetschende [Critchfield, 2002] sowie Angst vor falschen Übersetzungen oder Frustration aufgrund fehlender direkter Kommunikation [Cabral et al., 2013] werden als Schwierigkeiten genannt. Ein weiterer Faktor mit Einfluss auf die Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Gesundheitsleistungen ist die (Angst vor) Stigmatisierung: viele Taube Menschen halten psychische Störungen aus Angst vor negativen Bewertungen geheim [Cabral et al., 2013]. Während dies auch für viele hörende Menschen der Fall ist, kann im Kontext der kleinen Tauben Community und den vielfältigen Beziehungsgeflechten untereinander von einer übermäßig starken Stigmatisierung psychischer Störungen ausgegangen werden [Cabral et al., 2013].

Eine weitere Herausforderung liegt für Taube Menschen im erschwerten Zugang zu Informationen: Berichte und Aufklärungskampagnen bezüglich psychischer Gesundheit erfolgen oft über Print und Ton (z. B. Radio, TV oder Podcasts) und erreichen somit Taube Menschen aufgrund eingeschränkter Hör- und Schriftsprachkompetenzen nicht oder nur begrenzt [Cabral et al., 2013]. Entsprechend konnten bei Tauben Menschen Defizite im Wissen über psychische Störungen nachgewiesen werden [Steinberg et al., 1998; Fellingner et al., 2012]. Eine angemessene Vorstellung sowie ausreichendes Wissen über psychische Störungen sind jedoch relevant für einen informierten Umgang mit Belastungen und eine angemessene Interaktion mit Akteur:innen des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems.

Zusammenfassend ist also davon auszugehen, dass neben kommunikativen, sprachlichen sowie weiteren psychosozialen Barrieren auch das Wissen und die Überzeugungen über psychische Störungen zu einem erschwerten

Zugang zum psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem beitragen. Das Wissen über psychische Störungen als wichtige Grundvoraussetzung für den erfolgreichen Umgang mit diesen findet sich auch in dem Konzept der Mental Health Literacy (MHL) wieder.

1.1 Mental Health Literacy bei Tauben Menschen

Nach Jorm [2000, 2012] umfasst die MHL „das Wissen und die Überzeugungen über psychische Erkrankungen, welche das Erkennen, den Umgang mit, und die Prävention von psychischen Erkrankungen erleichtern“ [Jorm, 2020, S.146]. Zentrale Facetten, die auch in verschiedenen Fragebögen erfasst werden, sind dabei beispielsweise (1) *die Fähigkeit, bestimmte psychische Beschwerden zu erkennen*, und das Wissen über psychische Störungen. Ist diese Fähigkeit nicht ausreichend ausgebildet, hat dies häufig negative Konsequenzen für die Kommunikation (der Symptome) mit dem Gesundheitspersonal sowie die Behandlung. Weiterhin führt Jorm an, dass (2) *Glaubenssätze und Wissen über verfügbare professionelle Hilfe*, z. B. über psychotherapeutische oder pharmakologische Behandlung, sich nachhaltig darauf auswirken können, ob psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe aufgesucht wird und wie hoch die Behandlungsdhärenz ist [Jorm, 2012; Jorm, 2020]. (3) *Einstellungen, die hilfreich sind, um psychische Störungen zu erkennen und um angemessene Hilfe zu suchen*, können ebenso zu einem erfolgreichen Umgang mit psychischen Störungen beitragen. (4) *Zu wissen, welche Möglichkeiten zur Selbsthilfe bestehen*, kann in frühen Stadien psychischer Erkrankungen effektiv sein. Zusammengefasst begünstigt eine höhere MHL die Wahrscheinlichkeit, eigene psychische Störungen zu erkennen und zu benennen, erleichtert die Kommunikation mit dem Gesundheitspersonal und unterstützt Personen darin, angemessene präventive Maßnahmen zu ergreifen oder einen funktionalen Umgang mit bereits bestehenden Belastungen zu finden [Jorm et al., 1997; Gulliver et al., 2010; Swami, 2012; Bonabi et al., 2016].

Über die MHL bei Tauben Menschen gibt es bislang kaum wissenschaftliche Erkenntnisse. Hinweise darauf, wie die MHL bei Tauben Menschen ausgeprägt ist und welche Einflussfaktoren existieren, lassen sich in der Forschung zur sogenannten Health Literacy finden, welche die allgemeine Kompetenz beschreibt, Anforderungen im gesundheitlichen Bereich zu begegnen. Studien zeigen, dass die Health Literacy bzw. das Gesundheitswissen unter Tauben Menschen im Vergleich zu hörenden Menschen geringer ausfällt [Fellinger et al., 2012; McKee et al., 2015]. Darüber hinaus ist die MHL grundsätzlich meistens niedriger ausgeprägt als die allgemeine Health Literacy [Wickstead und Furnham, 2017] und es ist davon auszugehen, dass sich dieser Unterschied auch bei Tauben Menschen finden lässt. Bei Tauben Menschen spielt

möglicherweise die Kommunikationsentwicklung eine wichtige Rolle.

1.2 Spracherwerb und Schriftsprachkompetenz als Einflussgröße auf die MHL

Taube Menschen bilden eine sehr heterogene Gruppe mit vielfältigen Gründen und Zeitpunkten für die Ertaubung. Ein Teil der Gruppe ist von Geburt an Taub, manche ertauben durch eine Erkrankung im Kindesalter, andere werden hörend oder schwerhörig geboren und erleben eine fortschreitende Verschlechterung ihrer Hörfähigkeit bis zu vollständiger Ertaubung. Somit ist auch der Spracherwerb heterogen: ein Teil der Tauben wird in ein gebärdensprachliches Umfeld hineingeboren, während manchmal hörende Eltern gemeinsam mit dem Tauben Baby die Gebärdensprache erlernen [Kaul et al., 2018].

Die Art und Weise und der Zeitpunkt des Spracherwerbs spielen eine wichtige Rolle für dessen weitere Entwicklung. Hörende Babys erfahren Lautsprache von Geburt an [Mayberry et al., 2002]. Bei Tauben Kindern ist der Lautspracherwerb aufgrund des fehlenden Hörvermögens beeinträchtigt, die allgemeine Kompetenz zum Spracherwerb hingegen nicht: Taube Kinder können in der Gebärdensprache die gleichen Spracherwerbstufen bewältigen wie hörende Kinder im Lautspracherwerb [Grimm, 2012]. Die Sprachkompetenz ist abhängig vom Alter des Erwerbs der Erstsprache, wobei die Zeit zwischen der Geburt und dem dritten oder dem vierten Lebensjahr als kritisches Zeitfenster für einen natürlichen Spracherwerb betrachtet wird [Lenneberg, 1967]. Dies gilt für Gebärdensprache gleichermaßen wie für Lautsprache.

Taube Kinder, die in einem gebärdensprachlichen Umfeld aufwachsen, beherrschen die Gebärdensprache auf einem muttersprachlichen Niveau [Mayberry, 1992]. Ihr Spracherwerb ist vergleichbar mit dem hörender Kinder in einem lautsprachlichen Umfeld. Jedoch wächst nur eine kleine Gruppe Tauber Kinder mit mindestens einem Tauben Elternteil auf: etwa 2–8% der Tauben Kinder lernen die Gebärdensprache als natürliche Erstsprache. Der Rest wächst in einer lautsprachlichen und/oder kommunikationsarmen Umgebung auf [Grosse, 2003; Mitchell und Karchmer, 2004], wobei eine lautsprachliche Erziehung bei 30–50% der Tauben Kinder auch unter guten Bedingungen zu einer gestörten Sprachentwicklung führt [Niparko et al., 2010].

Aufgrund des beeinträchtigten Lautspracherwerbs hat die Schriftsprache (neben der Gebärdensprache) als Kommunikationsmittel für Taube Menschen einen besonders hohen Stellenwert [Hennies, 2019]. Gleichzeitig ist die Schriftsprachkompetenz bei vielen Tauben Menschen eingeschränkt: Erwachsene Taube Menschen erreichen im Durchschnitt in der Schriftsprachkompetenz

ähnliche Ergebnisse wie hörende Grundschul Kinder [Hennies, 2014]. Bei einem frühen Zugang zu einer Sprache (Gebärdensprache oder Lautsprache) entwickeln Taube Menschen im Durchschnitt eine vergleichbare Schriftsprachkompetenz wie fremdsprachige hörende Personen [Mayberry et al., 2002].

Generell lässt sich aus zahlreichen Studien ableiten, dass ein möglichst guter Erstspracherwerb die beste Voraussetzung für einen möglichst guten Schriftspracherwerb bietet, wie z. B. die Übersichtsarbeit von Hennies [2019] zeigt. Menschen, die ihre Erstsprache innerhalb des kritischen Zeitfensters (vor dem vierten Lebensjahr) erworben haben, verfügen erwartungsgemäß über eine bessere Schriftsprachkompetenz. Diese wiederum ist – vor dem Hintergrund fehlender Angebote in Gebärdensprache – eine wesentliche Komponente in der Zugänglichkeit zu Bildung sowie Informationen und beeinflusst somit auch Aspekte der MHL. Vor diesem Hintergrund ist anzunehmen, dass der Spracherwerbszeitpunkt der Erstsprache und der Erwerb von Gebärdensprache als natürlicher Erstsprache einen Einfluss auf die MHL Tauber Menschen haben können.

Eine wichtige Voraussetzung für die Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung Tauber Menschen ist ein ausreichendes Wissen über, sowie eine angemessene Einstellung gegenüber, psychischen Störungen. Da bislang wenig darüber bekannt ist, wie Wissen und Einstellungen zu psychischen Störungen bei Tauben Menschen ausgeprägt sind, stellt die MHL ein sinnvolles Konzept dar, um dies systematisch zu untersuchen.

1.3 Ziel der Studie

Das Ziel dieser Studie war es, (1) die MHL Tauber Menschen zu beschreiben und zu untersuchen, (2) ob es Subgruppenunterschiede in der MHL bei Tauben Menschen in Abhängigkeit (a) vom Spracherwerbzeitpunkt oder (b) vom Erwerb der Gebärdensprache als natürlicher Erstsprache gibt, und (3) wie Taube Menschen das Angebot der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland beurteilen.

2. Methoden

2.1 Studienablauf

Taube Menschen wurden online von September bis Oktober 2020 befragt. Es wurden nur Daten von Personen berücksichtigt, die (1) mindestens 18 Jahre alt waren und (2) in Deutschland lebten. Die Teilnehmenden wurden über verschiedene Soziale Medien (z. B. Instagram, Facebook-Gruppen für Taube Menschen) und persönliche Kontakte rekrutiert. Teilnehmende konnten zur Incentivierung an einer Verlosung von Wunschgutscheinen teilnehmen. Aufgrund zeitlicher Restriktionen konnte im Rahmen dieser

Studie nicht, wie initial geplant, eine repräsentative Vergleichsstichprobe von Hörenden erhoben werden. Dies steht für zukünftige Forschung noch aus.

2.2 Instrumente und Übersetzung in Gebärdensprache

Alle Daten wurden über die Online-Befragungssoftware Unipark [Questback GmbH, 2020] erhoben. Im Sinne der „deaf friendly research“ [Morgan et al., 2015] – hier umgesetzt in der Zugänglichkeit des Fragebogens, der Datenschutzhinweise und Einwilligungserklärung – wurde jede Frage in deutscher Schriftsprache und in deutscher Gebärdensprache (DGS) gestellt. Teilnehmende wählten aus schriftsprachlich präsentierten Antwortmöglichkeiten die jeweilig passende Antwort aus. Die Übersetzung der Fragen in Gebärdensprache erfolgte durch die Erstautorin (AR, DGS-Muttersprachlerin). Die Rückübersetzung zur gemeinsamen inhaltlichen Überprüfung erfolgte nach dem Vier-Augen-Prinzip mit einer Tauben Gebärdensprachdolmetscherin.

2.2.1 Demografische Variablen

Als demografische Variablen wurden Geschlecht, Alter, höchster Bildungsabschluss und die aktuelle Berufstätigkeit erhoben. Zudem wurde erfasst, ob die Teilnehmenden in psychologischen Berufen arbeiteten.

2.2.2 Variablen zum Hörstatus

Zur Erfassung der Personen als „Taub“ wurde zunächst der medizinische Hörstatus abgefragt. Zusätzlich wurden die Selbstbezeichnung, der Ertaubungszeitpunkt, die Erstsprache und der Spracherwerbszeitpunkt, die Verwandtschaft mit anderen Tauben Menschen sowie die präferierte und im Alltag genutzte Sprache erfasst.

2.2.3 Mental Health Literacy

Zur Erfassung der Mental Health Literacy wurde der *Mental Health Literacy Questionnaire Adult Form* (MHLq-adult form) von Dias et al. [2018] eingesetzt. Der MHLq umfasst vier Aspekte des Konstruktes der Mental Health Literacy nach Jorm [2012]. Die englischen Originalfragen wurden in die deutsche Schriftsprache übersetzt. Die Rückübersetzungen und Überprüfungen erfolgten durch eine Muttersprachlerin.

Der Fragebogen enthält 29 Items, welche sich auf die vier Faktoren (1) Wissen über psychische Probleme („*Knowledge of mental health problems*“), (2) falsche Überzeugungen/Stereotypen („*Erroneous beliefs/stereotypes*“), (3) Erste-Hilfe-Fertigkeiten und hilfesuchendes Verhalten („*First aid skills and help seeking behavior*“) und (4) Selbsthilfestrategien („*Self-help strategies*“) beziehen. Jedes Item besteht aus einer Aussage (z. B. „Körperliche Bewegung trägt zur psychischen Gesundheit bei“). Die Zustimmung oder die Ablehnung erfolgte auf einer fünfstufigen Likert-Skala („stimmt überhaupt nicht“ bis

„stimmt vollkommen“). Ein höherer Summenwert in diesem Fragebogen repräsentiert eine höhere Mental Health Literacy. Die englische Version des Fragebogens zeigte eine gute interne Konsistenz (Cronbachs $\alpha = 0.84$).

2.2.4 Beurteilung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem

Teilnehmende, die nach eigenen Angaben in den letzten 12 Monaten wegen psychischer Probleme Kontakt mit dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem hatten, wurden nach ihrer Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen („Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit den Informationen, die Sie zu ihren gesundheitsbezogenen Anliegen [z. B. Behandlung, Diagnose und Krankheitsbild] erhalten haben?“), der Gesprächszeit („Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Zeit, die man sich für Ihre gesundheitsbezogenen Anliegen nahm?“), der Zuwendung („Wie zufrieden sind Sie mit der Zuwendung, die Ihnen im Rahmen dieser Kontakte entgegengebracht wurde?“), dem Behandlungsergebnis („Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem Ergebnis der Behandlung?“), dem Entscheidungsfindungsprozess („Wie zufrieden waren Sie insgesamt damit, wie sehr Sie in ihre Behandlung betreffende Entscheidungen miteinbezogen wurden?“) sowie ihrer allgemeinen Zufriedenheit mit der erhaltenden Versorgung befragt. Antworten wurden mit Hilfe einer vierstufigen Rating-Skala erfasst („gar nicht zufrieden“ bis „sehr zufrieden“). Taube Studienteilnehmende beantworteten zusätzliche Fragen zur Kommunikationspräferenz im psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting.

2.3 Datenanalyse

Die Daten wurden mithilfe von R (Version 1.3.1093) ausgewertet. Es wurden nur vollständige Datensätze in die Analysen inkludiert. Zur Beschreibung der Stichproben wurden (relative) Häufigkeiten, Mittelwerte und Standardabweichungen bestimmt. Gruppenunterschiede wurden mit Welch-Tests auf Signifikanz geprüft (zweiseitige Testung, $\alpha = 0,05$). Cohens d wurde als Effektstärke bestimmt und der Mittelwertsunterschied durch die gepoolte Standardabweichung geteilt.

3. Ergebnisse

3.1 Stichprobe

Tabelle 1 fasst die demographischen Eigenschaften der Teilnehmenden zusammen. Die Daten von 390 Personen, die angaben, eine Hörbehinderung zu haben, wurden in der Auswertung berücksichtigt. Weitere hörstauspezifische Variablen sind in Tabelle 2 summarisch dargestellt. Das durchschnittliche Alter war 32,6 Jahre ($SD = 11,0$); $n = 269$ (69%) der Teilnehmenden bezeich-

Tabelle 1. Soziodemografische Daten

Alter in Jahren, <i>M</i> (<i>SD</i>)	32,6 (11,0)
Geschlecht, <i>n</i> (%)	
Weiblich	269 (69,0)
Männlich	113 (29,0)
Divers	8 (2,1)
Bildung, <i>n</i> (%)	
Schule ohne Abschluss beendet	3 (0,8)
Aktuell Schüler:in	6 (1,5)
Hauptschulabschluss	28 (7,2)
Realschulabschluss (Mittl. Reife)	90 (23,1)
Fachabitur/Fachhochschulreife	43 (11,0)
Abitur	59 (15,1)
Abgeschlossene Ausbildung	97 (24,9)
Meister	2 (0,5)
Hochschulabschluss	61 (15,6)
Promotion	1 (0,3)
Beschäftigungsstatus	
Selbstständige:r	23 (5,9)
Schüler:in, Auszubildende:r	57 (14,6)
Angestellte:r/Arbeiter:in	211 (54,1)
Rentner:in	6 (1,5)
Student:in	46 (11,8)
Derzeit Arbeitssuchende:r	18 (4,6)
Sonstige	29 (7,4)

Tabelle 3. Mental Health Literacy und Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem bei Tauben Menschen

	<i>M</i>	<i>SD</i>
Mental Health Literacy		
MHLq – gesamt	85,8	10,7
MHLq – Wissen	32,8	5,1
MHLq - falsche Überzeugungen	24,8	3,9
MHLq – Hilfesuche	15,8	4,0
MHLq – Selbsthilfe	12,4	2,7
Zufriedenheit		
Information	2,6	0,7
Zeit	2,8	0,7
Zuwendung	2,9	0,7
Behandlungsergebnis	2,7	0,8
Eingebundenheit	2,8	0,8
Insgesamt	2,6	0,8

MHLq = Mental Health Literacy Questionnaire. Die Zufriedenheit umfasst Einzelitems zur Erfassung bestimmter Aspekte der Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem. Numerisch höhere Werte sprechen für eine im Sinne der Mental Health Literacy günstigere Ausprägung bzw. mehr Zufriedenheit. *M* = Mittelwert. *SD* = Standardabweichung.

Tabelle 2. Angaben zu Hörstatus, Ertaubungszeitpunkt, Erstsprache und Zeitpunkt des Spracherwerbs

<i>Eigenschaft</i>	
Hörstatus, <i>n</i> (%)	
Schwerhörig	47 (12,1)
Cochlea-Implantat-Träger:in	93 (23,8)
Gehörlos (bzw. Resthörigkeit/an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit)	243 (62,3)
Spätertaubt	5 (1,3)
Taubblind	2 (0,5)
Ertaubungszeitpunkt, <i>n</i> (%)	
Taub/schwerhörig geboren	307 (78,7)
Vor dem vierten Geburtstag	55 (14,1)
Nach dem vierten Geburtstag	24 (6,2)
Ich weiß es nicht	4 (1,0)
Erstsprache, <i>n</i> (%)	
DGS	191 (49,0)
Deutsch (Lautsprache)	145 (37,2)
Ich weiß es nicht	3 (0,8)
Andere, und zwar ^a	10 (2,6)
Andere Gebärdensprache	27 (6,9)
Andere Lautsprache	14 (3,6)
Zeitpunkt des Erstspracherwerbs, <i>n</i> (%)	
Vor dem vierten Geburtstag	298 (76,4)
Nach dem vierten Geburtstag	66 (16,9)
Ich weiß es nicht	26 (6,7)

^aNennungen bei Erstsprache: „Andere, und zwar“: Hausgebärden, Sprachlos, Lautsprachbegleitende Gebärden, Bilingual und Ähnliche(s).

neten sich selbst als weiblich, *n* = 113 (29%) als männlich und *n* = 8 (2,1%) als divers. Insgesamt gaben 22% der Tauben Teilnehmenden an, in psychologischen Berufsfeldern zu arbeiten.

3.2 Mental Health Literacy

Die mittleren Summenwerte des MHLq für sind in Tabelle 3 (obere Hälfte) zusammengefasst.

Im ersten Subgruppenvergleich diente der Zeitpunkt des Spracherwerbs als Unterscheidungsmerkmal. Insgesamt gaben *n* = 66 (16,9%) der Tauben an, erst nach ihrem vierten Lebensjahr eine Sprache gelernt zu haben. Auf den Subskalen Wissen, Selbsthilfe und falsche Überzeugungen hatten Taube Menschen mit Spracherwerb nach dem vierten Lebensjahr im Vergleich zu Tauben Menschen mit Spracherwerb vor dem vierten Lebensjahr signifikant niedrigere Werte (Tabelle 4). Die Effektstärken variierten zwischen *d* = -0,1 (Hilfesuche) und *d* = -0,8 (Subskala „falsche Überzeugungen“).

Im zweiten Vergleich diente der Zeitpunkt des Gebärdenspracherwerbs als Unterscheidungsmerkmal. Insgesamt gaben *n* = 218 (55,9%) der Tauben Menschen an, eine Gebärdensprache (DGS oder andere Gebärdensprache) als Erstsprache zu nutzen. Von diesen Personen gaben *n* = 181 (83,0%) an, eine Gebärdensprache vor dem

Tabelle 4. Subgruppen-Vergleiche Mental Health Literacy

	Vor dem 4. LJ		Ab dem 4. LJ		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>d</i> [95% KI]
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
Spracherwerb								
MHLq – gesamt	86,8	10,7	80,9	8,9	-4,8	107,3	<0,001	-0,6 [-0,8; -0,3]
MHLq – Wissen	33,1	5,1	31,4	5,0	-2,5	95,4	0,016	-0,3 [-0,6; -0,1]
MHLq – falsche Überzeugungen	25,3	3,7	22,2	3,8	-6,0	91,8	<0,001	-0,8 [-1,1; -0,6]
MHLq – Hilfesuche	15,9	4,1	15,6	3,2	-0,6	114,0	0,564	-0,1 [-0,3; 0,2]
MHLq – Selbsthilfe	12,6	2,6	11,6	2,8	-2,5	91,0	0,013	-0,3 [-0,6; -0,1]
Gebärdenspracherwerb								
MHLq – gesamt	85,9	10,9	81,4	10,3	2,4	53,8	0,020	0,4 [0,1; 0,8]
MHLq – Wissen	33,1	5,1	31,9	4,8	1,4	54,1	0,154	0,2 [-0,1; 0,6]
MHLq – falsche Überzeugungen	24,8	3,7	22,6	4,1	3,1	48,95	0,003	0,6 [0,2; 0,9]
MHLq – Hilfesuche	15,8	4,2	15,3	3,4	0,7	60,4	0,466	0,1 [-0,2; 0,5]
MHLq – Selbsthilfe	12,2	2,8	11,6	2,8	1,1	51,7	0,296	0,2 [-0,2; 0,5]

MHLq = Mental Health Literacy Questionnaire. Numerisch höhere Werte sprechen für eine im Sinne der Mental Health Literacy günstigere Ausprägung. *M* = Mittelwert. *SD* = Standardabweichung. *t* = Teststatistik Welch-Test. *Df* = Freiheitsgrade. *p* = *p*-Wert zweiseitige Testung. *d* = Effektstärke und 95% Kofidenzintervall.

vierten Lebensjahr erworben zu haben. Der Gesamtwert der MHL war in der Gruppe, die eine Gebärdensprache vor dem vierten Lebensjahr erworben hatte, signifikant höher ($d = 0,4$). Auch wenn die Effektstärken der Subskalen deskriptiv auf Unterschiede in dieselbe Richtung hinweisen, zeigte nur der Unterschied auf der Subskala „falsche Überzeugungen“ statistische Signifikanz ($d = 0,6$).

3.3 Beurteilung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems

3.3.1 Zufriedenheit

Die Angebote des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems wurden von 86% der Tauben Menschen als nicht ausreichend beurteilt. Insgesamt hatten 27% ($n = 105$) der Teilnehmenden in den 12 Monaten vor der Erhebung Kontakt zum psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem, inklusive stationärer psychotherapeutischer Behandlung (6,7%, $n = 7$), ambulanter Psychotherapie (47,6%, $n = 50$), Behandlung mit Psychopharmaka (16,2%, $n = 17$) und sonstiger Angebote (10,5%, $n = 11$).

Die allgemeine Zufriedenheit mit der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung der Tauben Menschen, die in den letzten 12 Monaten Kontakt mit dem Versorgungssystem hatten, ist in Tabelle 1 (untere Hälfte) zusammengefasst. Hier muss erwähnt werden, dass nur $n = 63$ der Teilnehmenden die Fragen beantworteten.

3.3.2 Versorgungssystem und Kommunikation

Unabhängig von der Inanspruchnahme des Versorgungssystems beantworteten alle Tauben Menschen die Fragen zu den Kommunikations- und den Ansprache-

Präferenzen sowie dem Hörstatus der psychotherapeutisch behandelnden Person und den Informationsbedürfnissen. Befragt nach dem bevorzugten Medium zur Information über psychische Störungen gaben 63% ($n = 245$) Videos und 64% ($n = 248$) Vorträge in Gebärdensprache als Wunschmedium an. Ein deutlich geringerer Anteil von Personen gab an, sich über Flyer (19%, $n = 74$) oder in anderer schriftsprachlicher Form (z. B. in Zeitschriften oder im Internet) informieren zu wollen (38%, $n = 147$). Knapp ein Viertel der Personen hatte bereits Informationen durch einen Vortrag (25%) oder durch ein Video (20%) in Gebärdensprache erhalten.

74% ($n = 289$) der befragten Personen erklärten, in der psychotherapeutischen Behandlung eine direkte Kommunikation in Gebärdensprache mit der behandelnden Person zu bevorzugen, während 13% ($n = 4$) berichteten, dass sie eine lautsprachliche Kommunikation, die Rücksicht auf Lippenlesen nimmt, bevorzugen würden. Die restlichen Befragten (13%) gaben an, andere Strategien, wie z. B. die Kommunikation über eine dolmetschende Person, in Betracht zu ziehen. Insgesamt äußerten 44% ($n = 171$) der Teilnehmenden, dass sie eine psychotherapeutische Behandlung bei einem:r Tauben Psychotherapeuten:in präferieren würden, während 38% ($n = 148$) angaben, dass der Hörstatus des:r Psychotherapeuten:in egal sei, solange eine Gebärdensprachkompetenz bestünde. 18% der Befragten berichteten, dass sie es bevorzugen würden, von einem:r hörenden Psychotherapeuten:in behandelt zu werden.

4. Diskussion

4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Ziel der vorliegenden Studie war es, die MHL Tauber Menschen und ihre Einschätzung der Zugänge in das psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssystem zu untersuchen. Subgruppenanalysen konnten zeigen, dass ein Erwerb einer Erstsprache wie z. B. der Gebärdensprache mit einer höheren MHL assoziiert waren. Die Angebote des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems wurden von 86% der Tauben Menschen als nicht ausreichend beurteilt. Im Zugang zu Psychotherapie würden sich 74% eine direkte Kommunikation in Gebärdensprache, also nicht über Gebärdensprachdolmetschende, wünschen. In diesem Zusammenhang bemängeln Taube Menschen die fehlenden direkten Kommunikationsmöglichkeiten mit Personen, die im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem tätig sind, sowie deren häufig unzureichende gehörlosenspezifische kulturelle Kompetenz.

4.2 Interpretation der Ergebnisse

In der vorliegenden Studie zeigten Analysen der möglichen Einflussfaktoren der MHL bei Tauben Personen, dass der Zeitpunkt des Spracherwerbs und die Art der erworbenen Sprache mit der MHL zusammenhängen. Bisherige Studien konnten zeigen, dass je später der Spracherwerb erfolgt, desto unvollständiger die Erstsprache ist und desto stärker die Einschränkungen beim Erlernen jeder weiteren Sprache sind [Mayberry et al., 2002; Grimm, 2012]. Dieser vermutete Zusammenhang konnte in der vorliegenden Studie bestätigt werden: Taube Menschen, deren Spracherwerb erst nach dem kritischen Zeitfenster, dem vierten Lebensjahr, erfolgte, verfügten über eine signifikant niedrigere MHL.

Zudem weisen bisherige Befunde darauf hin, dass der Erwerb einer Gebärdensprache vor dem vierten Lebensjahr als muttersprachliche Gebärdensprachkompetenz gelten kann und diese eine höhere Schriftsprachkompetenz begünstigt [Mayberry et al., 2002]. Unter den aktuell gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen mit kaum gebärdensprachlichen Informationen ist eine gute Schriftsprachkompetenz für Taube Menschen also von Vorteil. In der vorliegenden Studie konnte gezeigt werden, dass Taube Menschen, die eine Gebärdensprache vor dem vierten Lebensjahr erlernt hatten, über eine signifikant stärker ausgeprägte MHL verfügten als Menschen, die sie erst nach dem vierten Lebensjahr erlernten. Es kann vermutet werden, dass der natürliche Spracherwerb einer Gebärdensprache in der sensiblen Phase eine zentrale Rolle für die Entwicklung einer höheren MHL spielt. Obwohl dies vermutlich nicht der einzige relevante Einflussfaktor für die Entwicklung einer guten MHL ist, lässt sich festhalten, dass sich das Erlernen einer Sprache im kritischen Zeitfenster und der frühe Erwerb einer Gebärden-

sprache positiv auf die MHL auszuwirken scheinen. Unter den aktuellen gesellschaftlichen Bedingungen sind höhere Barrieren im Bildungszugang für Taube Menschen zu erwarten. Weiterhin wächst der Großteil Tauber Kinder mit hörenden Eltern mit einem verspäteten Zugang zur Gebärdensprache auf [Grosse, 2003; Mitchell und Karchmer, 2004].

Vor dem Hintergrund der erhöhten Prävalenz an psychischen Störungen und Komorbiditäten bei Tauben Menschen müssen diese als besonders vulnerable Gruppe angesehen werden und eine hohe MHL ist umso wichtiger, um eine passende Versorgung aufzusuchen [Fellinger et al., 2005, 2009; Kvam et al., 2007; Baines et al., 2010]. Der aktuelle Forschungsstand legt nahe, dass nicht die Taubheit per se eine schlechtere MHL oder geringere psychische Gesundheit bedingt, sondern die daraus resultierenden Faktoren, Barrieren und Schwierigkeiten als direkte und indirekte Einflüsse wirken [Sinkkonen, 1994; Polat, 2003]. Frühere Studien zeigen Defizite im Wissen über psychische Störungen bei Tauben Menschen [Steinberg et al., 1998; Fellinger et al., 2012]. Ein zentraler Faktor scheint in diesem Zusammenhang der eingeschränkte Zugang Tauber Menschen zu Gesundheitsinformationen zu sein, die meist durch ärztliche und öffentliche Institutionen übermittelt werden. Studien weisen allerdings darauf hin, dass Informations- und Aufklärungskampagnen im Gesundheitsbereich Taube Menschen nur schwer oder gar nicht erreichen [Cabral et al., 2013].

Das Angebot des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems wird von Tauben Menschen als nicht ausreichend beurteilt. Das in der Studie aufgezeigte Bedürfnis Tauber Menschen nach direkter Kommunikation mit einem/r Psychotherapeuten:in in Gebärdensprache findet sich in bisherigen Studien wieder. Diese zeigen, dass Taube Patient:innen eine direkte Behandlung in Gebärdensprache präferieren und daher häufig eher keine Therapie aufsuchen, anstatt Psychotherapie mit Gebärdensprachdolmetschenden in Anspruch zu nehmen [Feldman und Gum, 2007; Middleton et al., 2010]. Ein Faktor scheint in diesem Zusammenhang die Angst vor falscher Übersetzung [Cabral et al., 2013] bzw. vor Falschdiagnosen aufgrund von Kommunikationsschwierigkeiten [Black und Glickman, 2006; Fellingner et al., 2012; Cabral et al., 2013] zu sein. Ähnliche Sorgen wurden auch von den Teilnehmenden der vorliegenden Studie geäußert. Die Präferenz einer direkten Kommunikation in Gebärdensprache deckt sich jedoch nicht mit dem vorhandenen Behandlungsangebot in Deutschland (siehe auch Box 1). Interessanterweise gaben einige der befragten Personen an, dass sie präferieren würden, von einer hörenden Person behandelt zu werden. Die spezifischen Gründe dafür wurden nicht weiter erhoben. Zwei mögliche Erklärungen können hier nur spekulativ disku-

tiert werden. Zum einen ließe sich ein solcher Wunsch auf einen *internalisierten Audismus* zurückführen, was bedeutet, dass die Person die Überzeugung hat, dass „Hörende es besser können“. Zum anderen könnte vermutet werden, dass die Person sich eine:n Behandler:in außerhalb der Tauben Community wünscht, da sie dieser Person mehr „Neutralität“ unterstellt. Wie beschrieben, sind die dargestellten Erklärungen lediglich Vermutungen, die in zukünftigen Studien genauer untersucht werden müssten.

4.3 Limitationen

Eine Limitation der vorliegenden Arbeit ist, dass aufgrund fehlender Verfügbarkeit keine validierte deutsche Version des MHLq in Schriftsprache oder Gebärdensprache eingesetzt werden konnte. Ergänzende Fragen zur Zufriedenheit mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wurde nur von einem Teil der Befragten beantwortet. In der Erhebung wurde nicht erfragt, ob die Studienteilnehmenden in spezialisierten Einrichtungen behandelt wurden. Zudem ist ein Vergleich mit einer repräsentativen Stichprobe aus der hörenden Bevölkerung notwendig, um aussagekräftige vergleichende Aussagen über MHL und Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem machen zu können. Aus den Erfahrungen dieser Studie lässt sich ableiten, dass eine vergleichbare Stichprobe essentiell ist, um beispielsweise Stichproben mit vergleichbarem Bildungsstand einander gegenüberzustellen. Untersuchungen größerer Stichproben, die beide Gruppen mit ihren soziodemografischen Merkmalen repräsentativ erfassen, sind dabei notwendig.

4.4 Implikationen für zukünftige Studien und Ausblick

Der positive Zusammenhang zwischen dem frühen Erwerb einer Gebärdensprache und einer höheren MHL zeigt, dass ein früher Zugang zur Kommunikation für Taube Menschen neben ethischen Gründen auch förderlich für die MHL und somit wichtig zur Erhaltung der psychischen Gesundheit ist. Den frühzeitigen Erwerb von Gebärdensprache zu fördern, trägt damit langfristig zur Förderung der psychischen Gesundheit Tauber Menschen bei.

Die vorliegende Studie verweist auf einen gesteigerten Bedarf nach einem leichteren gebärdensprachlichen Zugang zu Informationen über die psychische Gesundheit. Ein wichtiger Ansatzpunkt ist es daher, die Verfügbarkeit durch die Bereitstellung von Informationsmaterialien in Gebärdensprache zu erhöhen. Dazu müssten z. B. Internetseiten zur psychischen Gesundheit, das Informationsmaterial der Krankenkassen, Infobroschüren und Flyer sowie weitere Ressourcen in Gebärdensprachvideos übersetzt werden. Auch dadurch kann dazu beigetragen werden, dass Taube Menschen angemessene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung erhalten.

Zudem wurde in der Studie ein hoher Bedarf an gebärdensprachkompetentem Personal in der psychischen Versorgung deutlich. Langfristig sollte die Ausbildung Tauber Menschen im Gesundheitswesen und im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem im Speziellen verstärkt gefördert werden.

Gleichzeitig ist die Förderung von Gebärdensprachkenntnissen bei hörendem Personal wünschenswert. Neben den sprachlichen Anforderungen wird für eine optimale Behandlung auch die Förderung zusätzlicher spezieller Kenntnisse und Kompetenzen der Gehörlosenkultur, die „deaf awareness“, notwendig sein [Black und Glickman, 2006; Middleton et al., 2010; Cabral et al., 2013]. Z. B. wäre es vorstellbar, dass Informationen zur Gebärdensprache und zur Gehörlosenkultur als Teil der medizinischen bzw. psychologisch-psychotherapeutischen Ausbildung gesehen werden und vermehrt Gebärdensprachdolmetschende eingesetzt werden können [Middleton et al., 2010]. Neben diesen langfristigen Strategien sollten kurzfristige Ansätze, wie mehr Weiterbildungsangebote für hörendes Gesundheitspersonal, verfolgt werden, um grundsätzliches Wissen über Taube Menschen zu vermitteln.

Zuletzt ist mehr Forschung notwendig, um die Bedarfe dieser vulnerablen Gruppe verstehen und adressieren zu können. Wie in dieser Studie gezeigt wurde, ist dabei der Einbezug Tauber Menschen essentiell, um mögliche Barrieren vorherzusehen (z. B. Übersetzungen in Gebärdensprache, nicht nur Befragung in Schriftsprache) und die Bevölkerungsgruppen bestmöglich zu erreichen. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist, neben Kenntnissen in Gebärdensprache und kulturellen Kompetenzen des Forschungsteams im Umgang mit der Gehörlosenkultur, die Übersetzung und Validierung von Interviews und Fragebögen in die (nationale) Gebärdensprache. Dazu fehlen bisher Richtlinien zur Übersetzung von Fragebögen aus Schrift- in Gebärdensprache und gebärdensprachliche Versionen klinisch-psychologischer Diagnoseinstrumente. Dazu gehört auch die Schulung differentialdiagnostischer Kompetenzen von Diagnostiker:innen, spezifisch in Bezug auf Barrieren und Belastungsfaktoren bei Tauben Menschen, damit eine valide klinische Diagnostik gewährleistet und eine Überdiagnostik vermieden werden kann.

Mit der Unterzeichnung der UN-Behindertenrechtskonvention hat Deutschland den Willen zum Abbau bisheriger Hürden und Hindernisse für Menschen mit Behinderung bekräftigt. Die genannten Aspekte können laut den Ergebnissen dieser und weiterer Studien dieses Ziel essentiell unterstützen und die psychische Versorgung Tauber Menschen in Deutschland bestmöglich unterstützen.

Acknowledgement

Wir danken allen Teilnehmenden an der Studie und insbesondere der Tauben Community für ihre Unterstützung und Solidarität.

Statement of Ethics

Das Studienvorhaben wurde von der Ethikkommission des Fachbereichs Erziehungswissenschaft und Psychologie an der Freien Universität Berlin bewilligt (Ethikantrag Nr. 041.2020).

Conflict of Interest Statement

Die Autor:innen haben keine Interessenkonflikte zu erklären.

Funding Sources

Keine.

Literatur

Ärzteblatt. 39 Psychotherapeuten haben bundesweit Kenntnisse in Gebärdensprache [Internet]. 2019. Available from: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/104613/39-Psychotherapeuten-haben-bundesweit-Kenntnisse-in-Gebaerdensprache>

Association of American Medical Colleges. **Cultural competence education for medical students**. Washington (DC): Association of American Medical Colleges; 2005.

Baines D, Patterson N, Austen S. An investigation into the length of hospital stay for deaf mental health service users. *J Deaf Stud Deaf Educ*. 2010;15(2):179–84.

Black PA, Glickman N. Demographics, psychiatric diagnoses, and other characteristics of North American deaf and hard-of-hearing inpatients. *J Deaf Stud Deaf Educ*. 2006;11(3):303–21.

Bonabi H, Müller M, Ajdacic-Gross V, Eisele J, Rodgers S, Seifritz E, et al. Mental health literacy, attitudes to help seeking, and perceived need as predictors of mental health service use: a longitudinal study. *J Nerv Ment Dis*. 2016;204(4):321–24.

Bridgman G, Ba B, Rako M, Bed J, Manning V, Norman-Kelly T. **Reducing risk in Deaf mental health**. 2000.

Cabral L, Muhr K, Savageau J. Perspectives of people who are deaf and hard of hearing on mental health, recovery, and peer support. *Community Ment Health J*. 2013;49(6):649–57.

Critchfield A. **Cultural diversity series: meeting the mental health needs of persons who are deaf**. Pap Prep Natl Assoc State Ment Health Program Dir Natl Tech Assist Cent State Ment Health Plan. 2002.

Deutscher Gehörlosenbund e.V. **Deutsche Gebärdensprache** [Internet]. 2018. Available from: [http://www.gehoerlosen-bund.de/faq/deutsche%20gebardensprache%20\(dgs\)](http://www.gehoerlosen-bund.de/faq/deutsche%20gebardensprache%20(dgs)).

Author Contributions

Antonia Ricke: Konzeptualisierung, Methodik, Software, Formale Analyse, Untersuchung, Ressourcen, Schreiben – Originalentwurf. Hannah Klusmann: Konzeptualisierung, Methodik, Schreiben – Originalentwurf, Schreiben – Review und Redaktion, Supervision, Projektverwaltung. Manuel Heinrich: Konzeptualisierung, Methodik, Software, Formale Analyse, Schreiben – Originalentwurf, Schreiben – Überprüfung und Bearbeitung, Supervision. Meike Blecker: Schreiben – Originalentwurf, Schreiben – Überarbeitung und Redaktion. Stephanie Haering: Schreiben – Originalentwurf, Schreiben – Überprüfung und Bearbeitung. Christine Knaevelsrud: Schreiben – Originalentwurf, Schreiben – Überprüfung und Bearbeitung, Supervision. Sarah Schumacher: Schreiben – Originalentwurf, Schreiben – Überprüfung und Bearbeitung, Supervision.

Data Availability Statement

Die Primärdaten sind aus rechtlichen und ethischen Gründen nicht öffentlich zugänglich. Die Syntax für alle Analysen kann bei der Autorin angefordert werden.

Dias P, Campos L, Almeida H, Palha F. Mental health literacy in young adults: adaptation and psychometric properties of the mental health literacy questionnaire. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7):1318.

Feldman DM, Gum A. Multigenerational perceptions of mental health services among deaf adults in Florida. *Am Ann Deaf*. 2007;152(4):391–97.

Fellinger J, Holzinger D, Dobner U, Gerich J, Lehner R, Lenz G, et al. Mental distress and quality of life in a deaf population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40(9):737–42.

Fellinger J, Holzinger D, Pollard R. Mental health of deaf people. *Lancet*. 2012;379(9820):1037–44.

Fellinger J, Holzinger D, Sattel H, Laucht M, Goldberg D. Correlates of mental health disorders among children with hearing impairments. *Dev Med Child Neurol*. 2009;51(8):635–41.

Grimm H. **Störungen der Sprachentwicklung: Grundlagen - Ursachen - Diagnose - Intervention - Prävention** [Internet]. Hogrefe Verlag; 2012. Available from: <https://books.google.de/books?id=8j2CysJDs5MC>.

Grosse K-D. **Das Bildungswesen für Hörbehinderte in der Bundesrepublik Deutschland: Daten und Fakten zu Realitäten und Erfordernissen**. Universitätsverlag Winter; 2003.

Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2010;10:113.

Hennies J. Laut- und Schriftspracherwerb von gehörlosen und schwerhörigen Kindern. In: Chilla S, Haberzettl S, editors. **Mehrsprachigkeit, 1. Auflage**. München: Elsevier, Urban & Fischer; 2014. p. 225–37.

Hennies J. Prälinguale Hörbehinderung und Schriftsprachkompetenz. In: Maass C, Rink I, editors. **Handbuch Barrierefreie Kommunikation**. Berlin: Frank & Timme Verlag für wissenschaftliche Literatur; 2019.

Jorm A. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2000;177:396–401.

Jorm A. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol*. 2012;67(3):231–43.

Jorm A, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. “Mental health literacy”: a survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust*. 1997;166(4):182–186.

Jorm A. Eine Einführung in das Konzept Mental Health Literacy [Internet]. In: Bollweg TM, Bröder J, Pinheiro P, editors. **Health Literacy im Kindes- und Jugendalter: Ein- und Ausblicke**. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2020. p. 145–60.

Kvam MH, Loeb M, Tambs K. Mental health in deaf adults: symptoms of anxiety and depression among hearing and deaf individuals. *J Deaf Stud Deaf Educ*. 2007;12:1–7.

Kaul T, Büchler N, Gelhardt A, Menzel F. **Handlungsperspektiven zur Verbesserung der Versorgungssituation gehörloser Menschen im Alter**. Köln: GIA - Gehörlose Menschen im Alter; 2018.

Lenneberg EH. The biological foundations of language. *Hosp Pract*. 1967;2(12):59–67.

Leven R. **Pseudoversorgungsangebot** [Internet]. Dtsch Ärztebl. 2003. Available from: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/35969/Hoerbehinderte-Pseudoversorgungsangebot>.

Mayberry R, Lock E, Kazmi H. Linguistic ability and early language exposure. *Nature*. 2002;417(6884):38–38.

- Mayberry RI. The cognitive development of deaf children: Recent insights. In: [Handbook of neuropsychology](#). New York (NY): Elsevier Science; 1992. Vol. 7; p. 51–68.
- McKee MM, Paasche-Orlow MK, Winters PC, Fiscella K, Zazove P, Sen A, et al. Assessing health literacy in deaf American sign language users. [J Health Commun](#). 2015;20(Suppl 2): 92–100.
- Middleton A, Turner GH, Bitner-Glindzicz M, Lewis P, Richards M, Clarke A, et al. Preferences for communication in clinic from deaf people: a cross-sectional study. [J Eval Clin Pr](#). 2010;16(4):811–7.
- Mitchell RE, Karchmer M. Chasing the mythical ten percent: Parental hearing status of deaf and hard of hearing students in the United States. [Sign Lang Stud](#). 2004;4(2):138–63.
- Morgan G, Orfanidou E, Woll B. [Research methods in sign language studies: a practical guide](#). Wiley-Blackwell; 2015.
- Niparko JK, Tobey EA, Thal DJ, Eisenberg LS, Wang NY, Quittner AL, et al. Spoken language development in children following cochlear implantation. [JAMA](#). 2010;303(15): 1498–506.
- Padden C, Humphries T, Padden C. [Inside deaf culture](#). Harvard University Press; 2009.
- Pertz L, Plegue M, Diehl K, Zazove P, McKee M. Addressing mental health needs for deaf patients through an integrated health care model. [J Deaf Stud Deaf Educ](#). 2018;23(3):240–48.
- Polat F. Factors affecting psychosocial adjustment of deaf students. [J Deaf Stud Deaf Educ](#). 2003; 8(3):325–39.
- Pollard RQ. Professional psychology and deaf people: The emergence of a discipline. [Am Psychol](#). 1996;51(4):389–96.
- Questback GmbH. [Unipark](#). 2020.
- Sinkkonen J. Evaluation of mental health problems among Finnish hearing impaired children. [Psychiatr Fenn](#). 1994;25:52–65.
- Steinberg AG, Barnett S, Meador HE, Wiggins EA, Zazove P. Health care system accessibility: experiences and perceptions of deaf people. [J Gen Intern Med](#). 2006;21(3):260–66.
- Steinberg AG, Sullivan VJ, Loew RC. Cultural and linguistic barriers to mental health service access: the deaf consumer's perspective. [Am J Psychiatry](#). 1998;155(7):982–4.
- Swami V. Mental health literacy of depression: gender differences and attitudinal antecedents in a representative British sample. [PLoS One](#). 2012;7(11):e49779.
- Wickstead R, Furnham A. Comparing mental health literacy and physical health literacy: an exploratory study. [J Ment Health](#). 2017;26(5): 449–56.