

Journal für

# Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/  
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

## Psychiatrische Versorgung gehörloser Patienten

Fellinger M, Fellinger J

*Journal für Neurologie*

*Neurochirurgie und Psychiatrie*

2015; 16 (4), 159-163

Homepage:

**www.kup.at/**

**JNeurolNeurochirPsychiatr**

Online-Datenbank  
mit Autoren-  
und Stichwortsuche

Indexed in  
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

# 77. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie



2026  
7.–10. Juni  
AACHEN

Personalisierte Neurochirurgie – digital, kompetent, vernetzt

[dgnc-kongress.de](http://dgnc-kongress.de)

Joint Meeting with the Belgian Society and the Dutch  
Society of Neurosurgery and Neurosurgeons of Luxembourg

*Werfen Sie einen  
Blick ins Programm!*



*Registrieren  
Sie sich jetzt!*



# Psychiatrische Versorgung gehörloser Patienten

M. Fellingner<sup>1</sup>, J. Fellingner<sup>2</sup>

**Kurzfassung:** Ca. ein Promille der Bevölkerung ist von einer bilateralen, mindestens moderaten Hörbeeinträchtigung vor Spracherwerb betroffen. Hörbeeinträchtigungen sind oft mit sprachlichen, kognitiven, motorischen und auch psychosozialen Entwicklungsverzögerungen assoziiert. Viele Menschen, bei denen die Hörschädigung vor Spracherwerb aufgetreten ist, haben Spezialschulen besucht und fühlen sich der Gehörlosenkultur, die sich durch den Gebrauch der Gebärdensprache definiert, zugehörig. Unter Gehörlosen finden sich doppelt so hohe Prävalenzzahlen an psychosozialen und psychiatrischen Störungen. Insbesondere kommunikative Barrieren erschweren sowohl die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, den Zugang zu Informationen als auch die medizinische und insbesondere psychiatrische Grundversorgung. Spezialisierte Angebote mit gebärdensprachkompetenten Fachleuten und der Einsatz von Dolmetschern können den Zugang zur Gesund-

heitsversorgung verbessern. In Österreich zeigt sich diesbezüglich ein heterogenes Versorgungsangebot. In einigen Bundesländern sind bereits spezialisierte Gesundheitszentren und frühe Unterstützungsangebote ab dem Kindesalter etabliert.

**Schlüsselwörter:** Gehörlosigkeit, Gebärdensprache, psychiatrische Störung, psychosoziale Gesundheit, psychiatrische Versorgung

**Abstract: Psychiatric Care of Deaf and Hard-of-Hearing People.** About one out of thousand people is affected by a bilateral, at least moderate hearing impairment before language acquisition. It is known that hearing impairment is associated with linguistic, cognitive, motor, and psychosocial developmental delays. Many deaf or hard-of-hearing people, whose hearing impairment is present before language

acquisition, have attended specialized schools and describe themselves to belong to the deaf community – a community that is defined by the use of sign language. People with hearing impairment have at least twice as high prevalence rates of psychosocial problems and psychiatric disorders. In particular, communicative barriers impede the participation in social life as well as the access to information and to adequate medical care. Therefore, specialized services with sign language competent professionals and the use of interpreters can improve the access to adequate health care. In Austria, the level of offered supply and care is still heterogeneous. In some states specialized health services as well as support from an early age on are already established. **J Neurol Neurochir Psychiatr 2015; 16 (4): 159–63.**

**Key words:** deaf, sign language, mental disorder, mental health, mental health services

## ■ Einleitung

Betrachtet man die psychiatrische Versorgungssituation von gehörlosen Patienten, so stößt man im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung auf eine große Diskrepanz zwischen der psychosozialen und psychiatrischen Leidensbelastung und dem Zugang zur Gesundheitsversorgung [1].

Eine wesentliche Barriere stellt die eingeschränkte Einsetzbarkeit der Sprache dar, die gerade in der Psychiatrie sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie von entscheidender Bedeutung ist. Die Unterzeichnung der UN-Konvention „Die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ verpflichtet die Unterzeichnerstaaten, zu denen auch Österreich gehört, zu einem chancengleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung [2]. Österreich weist in den unterschiedlichen Bundesländern ein inhomogenes Angebot an psychiatrischer Versorgung für Gehörlose auf. Es besteht weiterer Handlungsbedarf, um eine flächendeckende chancengleiche Versorgung sicherzustellen.

Ziel dieses Artikels ist es, sowohl den aktuellen Wissensstand bezüglich der psychosozialen Gesundheit und psychiatrischen Versorgungssituation von gehörlosen Patienten darzustellen als auch Fertigkeiten für den richtigen Umgang zu vermitteln.

## ■ Epidemiologie und soziokulturelle Aspekte

In der westlichen Welt wird ca. jedes 700.–1000. Kind mit einer mindestens mittelgradigen Hörbeeinträchtigung geboren [3, 4]. Von Seiten der WHO liegen keine weltweiten Prävalenzzahlen vor. Betrachtet man jedoch die weltweit verfügbaren Prävalenzstudien, so zeigen sich große Divergenzen mit der höchsten Prävalenzrate in Schwellen- und Entwicklungsländern [5]. Im Laufe der Kindheitsentwicklung steigt aufgrund von Erkrankungen, wie z. B. Meningitiden, sowie im Verlauf genetisch bedingter Formen von Hörschädigung die Prävalenzrate weiter an [6]. Für die Entwicklung von hörbeeinträchtigten Kindern und den soziokulturellen Kontext ist es von Bedeutung zu wissen, dass ca. 90 % der hörbeeinträchtigten Kinder hörende Eltern haben, von denen die meisten auf keine Vorerfahrungen und Kompetenzen im Umgang mit dieser Beeinträchtigung zurückgreifen können [7, 8].

Betrachtet man die soziokulturellen Aspekte der Hörbeeinträchtigung, so muss zu allererst festgehalten werden, dass der Begriff „gehörlos“ im Allgemeinen als soziokulturell und nicht als medizinisch zu verstehen ist. Er umfasst jene Gruppe von mittel bis schwer hörbeeinträchtigten Menschen, deren Hörschädigung bereits vor Abschluss des Spracherwerbs bestand, sodass ein Erlernen der Sprache auditiv nicht oder nur eingeschränkt möglich war. Die meisten der heute erwachsenen Gehörlosen besuchten Gehörlosenschulen und erlernten vor allem von Mitschülern mit gehörlosen Eltern die Gebärdensprache. Das außerfamiliäre soziale Umfeld der Gehörlosengemeinschaft gewinnt insbesondere in der späten Adoleszenz und im Erwachsenenalter an Bedeutung und trägt zu einem positiven Selbstwert und zu sozialen Beziehungen bei [9].

Viele Gehörlose fühlen sich der Gehörlosengemeinschaft zugehörig. Diese definiert sich über den gemeinsamen Gebrauch

Eingelangt am 19. Jänner 2015; angenommen am 5. März 2015

Aus der <sup>1</sup>Klinischen Abteilung für Sozialpsychiatrie, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien und dem <sup>2</sup>Institut für Sinnes- und Sprachneurologie, Konventhospital Barmherzige Brüder Linz

**Korrespondenzadresse:** Dr. Matthias Fellingner, Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien, A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20; E-Mail: matthaeus.fellinger@meduniwien.ac.at



der Gebärdensprache als primäres Kommunikationsmittel und versteht sich selbst als soziokulturelle Minderheit. Die Bedeutung dieser Gemeinschaft ist auch an der hohen Rate von internen Partnerschaften ablesbar [10–12]. Oftmals besteht gegenüber der hörenden Welt, mit der sehr oft auch negative Erfahrungen in Schule und sozialem Umfeld verbunden sind, eine distanzierte Haltung [10, 11]. Gehörlose weisen deutlich geringere Durchschnittseinkommen und Benachteiligungen am Arbeitsmarkt auf [13].

Durch die Entwicklung des Cochlea-Implantats, neuer Kommunikationsmedien und die Veränderung pädagogischer Konzepte verändert sich aktuell auch die Gehörlosengemeinschaft.

### ■ Psychosoziale Gesundheitsprobleme bei Gehörlosen

Die Anzahl an epidemiologischen Studien unter Gehörlosen ist sehr gering und mag in der Unzugänglichkeit der Gehörlosenkultur für Außenstehende begründet sein. Die vorliegenden Studien weisen jedoch deutlich erhöhte Prävalenzraten von psychischen Störungen auf. So zeigte beispielsweise eine Untersuchung an 236 Gehörlosen in Oberösterreich, die den „General Health Questionnaire-12“ (GHQ-12), das „Brief Symptom Inventory“ (BSI) und den „World Health Organisation's Brief Quality of Life Questionnaire“ (WHO-QUOL-BREF) in einer Gebärdensprachversion verwendete, folgende Ergebnisse: Gehörlose hatten im GHQ-12 durchschnittlich 4,38 (SD: 2,53) Beschwerden im Vergleich zu 1,16 (SD: 2,10) in der Kontrollgruppe der österreichischen Bevölkerung. Auch im BSI und dem WHOQUOL-BREF konnten in allen Skalen höhere Problemwerte festgestellt werden. Nur in der Skala „Soziale Beziehungen“ zeigten sich Werte wie in der deutschsprachigen Allgemeinbevölkerung. Dies lässt auf positiv gestaltete Freundschaftsbeziehungen innerhalb der Gehörlosengemeinschaft schließen [14, 15]. Eine Fragebogenuntersuchung an Mitgliedern der norwegischen Gehörlosengemeinschaft mittels der Hopkins-Symptom-Checkliste – die Nord-Trøndelag Health Study – zeigte hochsignifikant höhere psychosoziale Problembelastungen als in der großen Kontrollgruppe [16].

Aufgrund bisheriger Studienergebnisse bei fehlenden größeren epidemiologischen Studien gibt es keinen Anhaltspunkt für eine spezifische Psychopathologie unter Gehörlosen. Vor allem affektive Störungen dürften zur erhöhten Prävalenzrate psychischer Störungen beitragen.

Die erhöhten Prävalenzzahlen psychosozialer Probleme und psychiatrischer Störungsbilder sind durch etliche bekannte Vulnerabilitätsfaktoren erklärbar. Die Ätiologie des Hörverlusts selbst kann Erklärungen für die hohe Vulnerabilität bieten [6, 17, 18]. So sind zum Beispiel perinatale (z. B. Zytomegalievirus, Rötelvirus) bzw. postnatale Infektionen sowie gewisse syndromale Formen von Hörverlust mit Schädigungen des zentralen Nervensystems assoziiert. Dies spiegelt sich auch in der erhöhten Prävalenz an zusätzlichen Beeinträchtigungen wider. In einem prospektiven Geburtenregister in Atlanta zeigte sich beispielsweise, dass Kinder mit Hörbeeinträchtigung in 30 % weitere Entwicklungsstörun-

gen und in 26 % intellektuelle Beeinträchtigungen aufweisen [19]. Eine Untersuchung des Gallaudet Research Institutes ergab, dass 27 % der gehörlosen und schwerhörigen Studenten im Alter zwischen 6 und 19 Jahren weitere Behinderungen haben. Intelligenzminderung wurde in 9 %, Entwicklungsverzögerungen in 5 %, Lernbeeinträchtigungen in 8 %, Sehbeeinträchtigungen in 4 % und Autismus in 2 % festgestellt [20].

Als weiterer Vulnerabilitätsfaktor sind erhöhte Prävalenzzahlen an Gewalt- und Missbrauchserfahrungen anzusehen. So zeigte eine Untersuchung der norwegischen erwachsenen Gehörlosenpopulation auf, dass die Prävalenz von sexuellem Missbrauch bei Mädchen doppelt und bei Buben 3-mal so hoch war als in der hörenden Population [21]. Während der Kindheit waren drastische Ausprägungen des Missbrauchs, wie z. B. Geschlechtsverkehr, 4-mal häufiger als in der Allgemeinbevölkerung zu finden. 44 % der Opfer schilderten, von einem oder mehreren hörenden Menschen, 41 % von einer gehörlosen Person und 15 % sowohl von hörenden als auch von gehörlosen Menschen missbraucht worden zu sein. Die Hälfte der Opfer gab an, dass der Missbrauch während ihrer Schulzeit (hohe Rate an Internatsaufenthalten) vorfiel [21]. Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass Kinder mit hochgradiger Hörschädigung in der Erziehung vermehrt Gewalt erleben und auch dass Partnerschaften von Gehörlosen häufiger von Gewalt und Missbrauch geprägt sind [22, 23].

Die von Kindheit an eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeit ist als wesentliche Entwicklungseinschränkung und als Risikofaktor für die psychosoziale Gesundheit anzusehen. Bereits im Kindesalter weisen Kinder mit Hörbeeinträchtigung deutlich erhöhte Sprach-, Schrift- und Kommunikationsschwierigkeiten auf [24]. Zum Erlernen von Vokabeln benötigen sie ca. die doppelte Zeitspanne wie hörende Kinder ihres Alters [25]. Ein etwa 18–19-jähriger Gehörloser liest durchschnittlich auf dem Niveau eines 8–9-jährigen Schülers [26]. Eine schwache Gebärdensprach- und Lautsprachkompetenz unabhängig vom Ausmaß des Hörschadens bzw. der Kommunikationsweise ist mit psychosozialen Schwierigkeiten verbunden [18, 27–29]. Die sprachlichen Einschränkungen beeinflussen die Alltagskommunikation sowie die Bildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten [39]. Dieser Einfluss konnte im Speziellen innerhalb der Familie beobachtet werden. Demnach sind Gehörlose und schwerhörige Kinder, die sich in ihrer Familie nicht verständlich machen können, 4-mal häufiger von psychischen Störungen betroffen [31].

### ■ Psychiatrische Versorgung und Behandlung

Gehörlose berichten häufig von Angst, Misstrauen und Frustration im Kontakt mit dem Gesundheitssystem [32]. Zur psychiatrischen ambulanten und stationären Versorgung von Patienten mit Gehörlosigkeit liegen nur retrospektive Studien mit heterogenen Ergebnissen vor [33–35]. Unter den Behandelten zeigen sich jedoch bei gehörlosen Patienten signifikant mehr Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis, stressbedingte und somatoforme Störungen, Störungen der Impulskontrolle und der Aufmerksamkeit als auch der kognitiven Funktio-

nen. Des Weiteren werden im direkten Vergleich mit hörenden Patienten beinahe doppelt so lange stationäre Aufenthaltsdauern angegeben [34, 35]. Es wird vermutet, dass Gehörlose mit schwerwiegenderen psychiatrischen Störungsbildern zugewiesen werden und unzureichende Möglichkeiten der Nachversorgung den Aufenthalt verlängern [34, 35]. In einer retrospektiven Auswertung konnte gezeigt werden, dass 43 % der gehörlosen Patienten im Vergleich zu 12 % der hörenden und 30 % der intelligenzgeminderten hörenden Patienten geschlossen untergebracht werden. Ein maßgeblicher Anteil der längeren Freiheitsbeschränkung bei Gehörlosen wird auf mangelndes Fachwissen über kulturelle Unterschiede und den richtigen Umgang zurückgeführt [36].

In der Betreuung von gehörlosen Patienten ist zu berücksichtigen, dass neben Kommunikationseinschränkungen auch oftmals eingeschränktes Wissen um gesundheitliche Zusammenhänge besteht [37]. Eine amerikanische Studie zeigte auf, dass ein Drittel an sich gut gebildeter gehörloser Erwachsener im Hinblick auf gesundheitsbezogenes Wissen der Altersgruppe von 14–15-jährigen entspricht [38].

Gehörlose schätzen entsprechende Bemühungen, die Kommunikation mit ihnen zu verbessern, indem medizinisch geschulte Dolmetscher eingesetzt werden oder wenn Fachleute im Gesundheitssystem direkt in Gebärdensprache mit ihnen kommunizieren können [39–40]. Entsprechende Hinweise und Empfehlungen für eine bestmögliche Kommunikation mit gehörlosen Patienten sind in Tabelle 1 angeführt.

Wie bereits eingangs erläutert, beeinflusst eine prälinguale Hörbeeinträchtigung das Sprachvermögen, das Kommunikationsverhalten und die kognitive Verarbeitung. Eine adäquate Beurteilung der psychischen Befindlichkeit ist demnach nur bei ausreichender Erfahrung mit gesunden Gehörlosen und dem Verständnis der kulturellen Hintergründe dieser Patienten möglich, insbesondere um beispielsweise eingeschränktes Sprachvermögen im Hinblick auf psychiatrische und neurologische Erkrankungen differenzialdiagnostisch beurteilen und abklären zu können [41]. Deshalb sind spezialisierte Angebote für diese Patientengruppe sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting von großer Bedeutung. Psychiatrische Abteilungen für Gehörlose bestehen in einigen Ländern seit den frühen 1960er-Jahren [42]. In Österreich ist die psychosoziale Versorgung in einigen Bundesländern in allgemeine Gesundheitszentren für Gehörlose integriert [11].

## ■ Versorgungssituation in Österreich

Bereits unter Kaiser Josef II. wurde begonnen, Gehörlose systematisch schulisch zu bilden. Anfang bis Mitte des 19. Jahrhunderts entstanden Gehörlosenschulen in den westlichen Landeshauptstätten Österreichs. Diese Gehörlosenschulen waren im Wesentlichen die Ausgangspunkte für Gehörlosenvereine, die sich ebenfalls in den Bundesländern vor allem Anfang des 20. Jahrhunderts organisierten. Gehörlosenlehrer und Angehörige unterstützten Gehörlose in einer Doppelrolle von Sozialhelfer und Dolmetscher. Vor allem Kinder gehörloser Eltern brachten sich in dieser Doppelfunktion immer wieder ein und wurden dann auch als gerichtlich beeidete Dolmetscher eingesetzt.

**Tabelle 1:** Tipps für die richtige Kommunikation mit Gehörlosen. (Mod. nach [1].)

1. Fragen Sie den Patienten nach seiner bevorzugten Kommunikationsweise. Falls es die Gebärdensprache ist, arbeiten Sie mit einem Dolmetscher.
2. Versuchen Sie dem Patienten direkt gegenüber zu sitzen, um Augenkontakt und bestmögliche Sicht auf Ihr Gesicht zu ermöglichen. Stehen Sie dabei nicht direkt vor einer Lichtquelle.
3. Wenn der Fokus der Aufmerksamkeit, z. B. auf den Computer, abgewendet werden muss, kommunizieren Sie dies zuvor.
4. Bedenken Sie die verminderte Effektivität und erhöhte Ermüdung durch Lippenlesen. Nutzen Sie deshalb visuelle Elemente wie klare Mimik und Gestik, geschriebene Notizen und Zeichnungen.
5. Verwenden Sie einen einfachen, jedoch sehr klaren und bewusst gewählten Sprachcode. Der Einsatz von Schlüsselbegriffen, kurzen Sätzen, einfacher Grammatik und der Verzicht auf Mundart sind große Hilfen für ein besseres Verständnis.
6. Sprechen Sie dabei in normaler Lautstärke.
7. Vermeiden Sie es, während einer Untersuchung etwas zu kommentieren. Sprechen Sie immer zuerst, bevor sie handeln.
8. Planen Sie längere Behandlungszeiten ein und nehmen Sie sich Zeit für die Erklärung von Zusammenhängen. Eine gute Kommunikation mit gehörlosen Patienten beansprucht mehr Zeit (niedriges Bildungsniveau).
9. Überprüfen Sie im Gespräch wiederholt, ob Sie verstanden wurden. Sinnvoll ist es dabei, den Patienten um eine kurze Zusammenfassung zu bitten, denn das alleinige Kopfnicken auf die Nachfrage hin ist nicht gleichzusetzen mit der akkuraten Auffassung der gesprochenen Inhalte.

## ■ Entwicklung spezifischer medizinisch-psychosozialer Hilfsangebote

Sensibilisiert durch die Taubheit des eigenen Vaters begann der Letztautor 1991 damit, am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Linz gehörlosen Patienten medizinische Hilfestellung in Gebärdensprache anzubieten. Die Breite der Fragestellungen machte den Aufbau eines multidisziplinären Teams erforderlich, dessen Aufgaben sich am besten anhand des WHO-Konzepts von Gesundheit beschreiben lassen. Gebärdensprachkompetente Mitarbeiter bieten barrierefreien Zugang zu Hilfestellungen, die die körperliche, psychische und soziale Gesundheit betreffen. Die Anbindung an ein Allgemeinkrankenhaus erschließt die gesamte diagnostische und therapeutische Infrastruktur. Auf diese Weise können spezialisierte Dolmetscher Patienten mit Gehörlosigkeit zu Konsiliaruntersuchungen begleiten bzw. erfahren gehörlose Patienten bei stationären Aufenthalten entsprechende Unterstützung durch das multiprofessionelle, gebärdensprachkompetente Team. Bezüglich psychiatrischer Fragestellungen erwies sich der Zugangsweg über die Primärversorgung vor allem auch im Hinblick auf die zahlreichen somatoformen Störungsbilder als sinnvoll. Patienten, die an externen psychiatrischen Abteilungen in stationärer Betreuung stehen, werden ebenso wie Patienten im eigenen Haus vom Team des Gesundheitszentrums begleitet.

Das Linzer Modell fand in der Gehörlosenwelt regen Zuspruch. Dies führte zur Gründung von Gesundheitszentren für Gehörlose am Landeskrankenhaus Salzburg (1999) und den Konventspitälern der Barmherzigen Brüder in Wien (1999) und Graz (2008). Charakterisiert sind diese durch ihre Anbindung an Allgemeinkrankenhäuser mit einem entsprechend breiten medizinischen Spektrum und ihren besonderen Schwerpunkt im Hinblick auf psychosoziale Fragestellungen. Für gehörlo-

se Menschen mit Mehrfachbehinderungen und psychosozialen Beeinträchtigungen wurden in den letzten 15 Jahren therapeutische Gemeinschaften in Schenkenfelden (OÖ), Pinsdorf (OÖ) und Wallsee (NÖ) aufgebaut. Diese Lebenswelten, welche vom Orden der Barmherzigen Brüder getragen werden, bieten jeweils im Ortszentrum liegend Dauerwohn- und Arbeitsplätze an. In Wien ist das Österreichische Hilfswerk für Taubblinde und hochgradig Hör- und Sehbehinderte (ÖHTB) Träger von betreuten Wohn- und Arbeitsplätzen für Gehörlose.

Bezüglich der stationären Behandlung besteht eine Kooperation mit deutschen Einrichtungen. Psychiatrische Abteilungen befinden sich im westfälischen Landeskrankenhaus Lengerich und am Klinikum am Europakanal in Erlangen. Psychosoziale Rehabilitationsmaßnahmen werden für Gehörlose und Schwerhörige am Stiftsberg in Bad Grönenbach und in Bad Berleburg angeboten. In Uchtspringe gibt es eine spezialisierte kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung.

Neben diesen Spezialeinrichtungen für Gehörlose mit medizinischen und psychosozialen Problemen gibt es breite sozialarbeiterische Hilfestellungen, die unterschiedlich organisiert sind. Auch Dolmetschleistungen werden in Österreich auf professionellem Niveau angeboten. Als zentrale Anlaufstelle sei hier der Österreichische Gehörlosenbund genannt. In den jeweiligen Bundesländern gibt es Landesverbände, die auch über Dolmetscher für Gebärdensprache Auskunft geben können.

Auch wenn in den letzten Jahren deutliche Verbesserungen im Zugang und in der Qualität der Betreuung von Patienten mit Gehörlosigkeit erreicht wurden, so ist festzuhalten, dass diese regional noch deutlich divergieren und Barrieren vielfach noch nicht überwunden sind.

## ■ Relevanz für die Praxis

Menschen mit Hörbeeinträchtigungen sind mit beträchtlichen Barrieren im Zugang zu adäquater Information und Gesundheitsversorgung konfrontiert. Die erhöhte psychosoziale Leidensbelastung verschärft diese Problematik. Angesichts dieser großen Diskrepanz bedarf es intensiver Bemühungen, die Zugänge zur psychiatrischen Versorgung zu erleichtern. Hierbei scheint es notwendig zu sein, sowohl Fachleute für die psychiatrische Versorgung von Menschen mit Hörbeeinträchtigungen zu sensibilisieren als auch in Zusammenarbeit mit Fachzentren ein Netzwerk von Hilfsangeboten (Dolmetschdienste etc.) aufzubauen.

## ■ Interessenkonflikt

Für die beiden Autoren besteht kein Interessenkonflikt.

## Literatur:

1. UNTC 15. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. [http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg\\_no=IV-15&chapter=4&lang=en#top](http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-15&chapter=4&lang=en#top)
2. Fortnum HM, Summerfield AQ, Marshall DH, et al. Prevalence of permanent childhood hearing impairment in the United Kingdom

- and implications for universal neonatal hearing screening: questionnaire based ascertainment study. *BMJ* 2001; 323: 536–40.
3. Mehra S, Eavey RD, Keamy DG. The epidemiology of hearing impairment in the United States: newborns, children, and adolescents. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2009; 140: 461–472.

## Weiterführende Links:

Österreichischer Gehörlosenbund: <http://www.oeglb.at>

Österreichisches Hilfswerk für Taubblinde und hochgradig Hör- und Sehbehinderte: <http://www.oehbt.at>

Deutscher Gehörlosenbund: <http://www.gehoerlosen-bund.de>

Schweizer Gehörlosenbund: <http://www.sgb-fss.ch> & <http://gehoerlosenbund.ch/index.php>

Weltverband der Gehörlosen: [www.wfdeaf.org](http://www.wfdeaf.org)

European Society for Mental Health and Deafness: <http://www.esmhd.org/eu>

Informationsportal für den deutschsprachigen Raum: <http://www.taubenschlag.de>

Gesundheitszentrum für Gehörlose, Barmherzige Brüder Linz: [www.bblinz.at/content/site/linz/abteilungen/sinnes\\_und\\_sprachneurologie\\_gesundheitszentrum\\_fuer\\_gehoerlose/gesundheitszentrum\\_fuer\\_gehoerlose/index.html](http://www.bblinz.at/content/site/linz/abteilungen/sinnes_und_sprachneurologie_gesundheitszentrum_fuer_gehoerlose/gesundheitszentrum_fuer_gehoerlose/index.html)

Klinik in Lengerich: [http://www.lwl.org/LWL/Gesundheit/psychiatrieverbund/K/klinik\\_lengerich](http://www.lwl.org/LWL/Gesundheit/psychiatrieverbund/K/klinik_lengerich)

Klinikum am Europakanal: <http://www.klinikum-am-europakanal.de>

4. WHO. Deafness and hearing loss. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/index.html>

5. Bubbico L, Rosano A, Spagnolo A. Prevalence of prelingual deafness in Italy. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2007; 27: 17–21.

6. Kral A, O'Donoghue GM. Profound deafness in childhood. *N Engl J Med* 2010; 363: 1438–50.

7. Schein JD. Childhood hearing loss: epidemiology and implications. *Birth Defects Orig Artic Ser* 1980; 16: 3–

8. Hindley P. Psychiatric aspects of hearing impairments. *J Child Psychol Psychiatry* 1997; 38: 101–17.

9. Padden C, Humphries T. Inside deaf culture. Harvard University Press, Cambridge, 2006.

10. Hauser PC, O'Hearn A, McKee M, et al. Deaf epistemology: deafhood and deafness. *Am Ann Deaf* 2010; 154: 486–92, discussion 493–6.

11. Fellinger J, Holzinger D, Schoberberger R, et al. [Psychosocial characteristics of deaf people: evaluation of data from a special outpatient clinic for the deaf]. *Nervenarzt* 2005; 76: 43–51.

12. Jambor E, Elliott M. Self-esteem and coping strategies among deaf students. *J Deaf Stud Deaf Educ* 2005; 10: 63–81.

13. Rydberg E, Gellerstedt LC, Danermark B. The position of the deaf in the Swedish labor market. *Am Ann Deaf* 2010; 155: 68–77.

14. Fellinger J, Holzinger D, Sattel H, et al. Mental health and quality of life in deaf pupils. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17: 414–23.

15. Fellinger J, Holzinger D, Dobner U, et al. Mental distress and quality of life in a deaf population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 40: 737–42.

16. Brown AS, Cohen P, Greenwald S, et al. Nonaffective psychosis after prenatal exposure to rubella. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 438–43.

17. Dammeyer J. Psychosocial development in a Danish population of children with cochlear

- implants and deaf and hard-of-hearing children. *J Deaf Stud Deaf Educ* 2010; 15: 50–8.

18. Van Naarden K, Decoufflé P, Caldwell K. Prevalence and characteristics of children with serious hearing impairment in metropolitan Atlanta, 1991–1993. *Pediatrics* 1999; 103: 570–5.

19. Gallaudet Research Institute. Regional and National Summary Report of Data from the 2007–2008. Annual Survey of Deaf and Hard of Hearing Children and Youth. Gallaudet Research Institute of Gallaudet University, Washington D.C., 2008.

20. Jones L, Bellis MA, Wood S, et al. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet* 2012; 380: 899–907.

21. Kvam MH. Sexual abuse of deaf children. A retrospective analysis of the prevalence and characteristics of childhood sexual abuse among deaf adults in Norway. *Child Abuse Negl* 2004; 28: 241–51.

22. Knutson JF, Johnson CR, Sullivan PM. Disciplinary choices of mothers of deaf children and mothers of normally hearing children. *Child Abuse Negl* 2004; 28: 925–37.

23. Barnett S, Klein D, Pollard RQ JR, et al. Community participatory research with deaf sign language users to identify health inequities. *Am J Public Health* 2011; 101: 2235–8.

24. Marschark M, Sapere P, Convertino CM, et al. Are deaf students' reading challenges really about reading? *Am Ann Deaf* 2009; 154: 357–70.

25. Boothroyd A, Geers AE, Moog JS. Practical implications of cochlear implants in children. *Ear Hear* 1991; 12: 815–89S.

26. Traxler CB. The stanford achievement test, 9th edition: national norming and performance standards for deaf and hard-of-hearing students. *J Deaf Stu Deaf Edu* 2000; 5: 337–48.

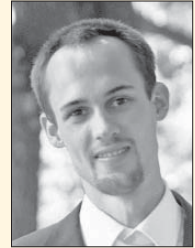
27. Polat F. Factors affecting psychosocial adjustment of deaf students. *J Deaf Stud Deaf Educ* 2003; 8: 325–39.

28. Sinkkonen J. Evaluation of mental health problems among Finnish hearing impaired children. *Psychiatr Fenn* 1994; 25: 52–65.

29. Stevenson J, McCann D, Watkin P, et al. The relationship between language development and behaviour problems in children with hearing loss. *J Child Psychol Psychiatry* 2010; 51: 77–83.
30. Marschark M, Hauser PC. *Deaf cognition : foundations and outcomes*. Oxford University Press, New York, 2008.
31. Fellinger J, Holzinger D, Sattel H, et al. Correlates of mental health disorders among children with hearing impairments. *Dev Med Child Neurol* 2009; 51: 635–41.
32. Vernon M, Leigh IW. Mental health services for people who are deaf. *Am Ann Deaf* 2007; 152: 374–81.
33. Steinberg AG, Barnett S, Meador HE, et al. Health care system accessibility. Experiences and perceptions of deaf people. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 260–6.
34. Feldman DM, Gum A. Multigenerational perceptions of mental health services among deaf adults in Florida. *Am Ann Deaf* 2007; 152: 391–7.
35. Middleton A, Turner GH, Bitner-Glindzic M, et al. Preferences for communication in clinic from deaf people: a cross-sectional study. *J Eval Clin Pract* 2010; 16: 811–7.
36. Fellinger J, Holzinger D, Pollard R. Mental health of deaf people. *Lancet* 2010; 379: 1037–44.
37. Margellos-Anast H, Estarzi M, Kaufman G. Cardiovascular disease knowledge among culturally deaf patients in Chicago. *Prev Med* 2006; 42: 235–9.
38. Pollard RQ, Barnett S. Health-related vocabulary knowledge among deaf adults. *Rehabil Psychol* 2009; 54: 182–5.
39. Glickman, N. Do you hear voices? Problems in assessment of mental status in deaf persons with severe language deprivation. *J Deaf Stud Deaf Educ* 2007; 12: 127–47.
40. Landsberger SA, Diaz DR. Inpatient psychiatric treatment of deaf adults: demographic and diagnostic comparisons with hearing inpatients. *Psychiatr Serv* 2010; 61: 196–9.
41. Diaz DR, Landsberger SA, Povlinski J, et al. Psychiatric disorder prevalence among deaf and hard-of-hearing outpatients. *Compr Psychiatry* 2013; 54: 991–5.
42. Appleford J. Clinical activity within a specialist mental health service for deaf people: comparison with a general psychiatric service. *Psychiatr Bull* 2003; 27: 375–7.
43. Diaz DR, Landsberger SA. Exploring the use of seclusion and restraint with deaf psychiatric patients: comparisons with hearing patients. *Psychiatr Q* 2010; 81: 303–9.
44. 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: 179–84.

#### Dr. Matthäus Fellinger

*Geboren 1986, 2006–2012 Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Universität Wien, seit 2013 in Assistenzarztausbildung an der Klinischen Abteilung für Sozialpsychiatrie der Medizinischen Universität Wien.*



# Mitteilungen aus der Redaktion

## Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

## Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)