

Situations- und Bedarfsanalyse

Zugang zu einer gehörlosengerechten Gesundheitsversorgung

Abschlussbericht.



Bildquelle: © Andy Iten

Nicole Bachmann, Geneviève Piérart, Simone Girard-Groeber, Nadja Hess, Amélie Rossier, Sandrine Papaux & Atanasio Bugliari Goggia

Institut für Soziale Arbeit und Gesundheit, Hochschule für Soziale Arbeit, FHNW und
Haute école de travail social Fribourg HES-SO

Im Auftrag des Eidg. Büros für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen EBGB
und des Bundesamtes für Gesundheit BAG

Olten, 12. März 2025

Impressum

Titel:	Abschlussbericht. Situations- und Bedarfsanalyse Zugang zu einer gehörlosengerechten Gesundheitsversorgung.
Autorinnen:	Nicole Bachmann, Geneviève Piérart, Simone Girard-Groeber, Nadja Hess, Amélie Rossier, Sandrine Papaux & Atanasio Bugliari Goggia
Co-Forschende:	Emanuel Lubart & Laura Setz
Korrektorat:	Monika Amann
Institute:	Institut für Soziale Arbeit und Gesundheit, Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) Haute école de travail social Fribourg, Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES – SO)
Auftraggeberinnen:	Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (EBGB) und Bundesamt für Gesundheit (BAG).
Zitierweise:	Bachmann, N., Piérart, G., Girard-Groeber, S., Hess, N., Rossier, A., Papaux, S. & Bugliari Goggia, A. (2024). Abschlussbericht. Situations- und Bedarfsanalyse Zugang zu einer gehörlosengerechten Gesundheitsversorgung. Olten: FHNW.

Dieser Bericht wurde von der FHNW im Auftrag der Schweizerischen Eidgenossenschaft, GS-EDI, Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (EBGB) und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) erstellt.

Die Zusammenfassung steht in Deutsch, Französisch, Italienisch (schriftlich und in Gebärdensprache) zur Verfügung. Die zusätzliche Zusammenfassung in Englisch liegt in der Verantwortung der FHNW.

Dank

Der grösste Dank geht an alle Teilnehmenden der Fokusgruppengespräche und den Interviews für ihre Zeit und ihre Offenheit.

Ausserdem danken wir dem Schweizerischen Gehörlosenbund SGB-FSS, sichtbar GEHÖRLOSE ZÜRICH und weiteren Organisationen für Personen mit Hörbehinderung (u. a. IGGH, Procom und Pro Audito), die unsere Studie unterstützt und ermöglicht haben.

Ein besonderer Dank auch an die Mitglieder des Fachbeirats Andreas Blaser (Sozialbegleiter FABE), Jacky Genoud (Krankenpflege Kantonsspital Freiburg), Christophe Lesimple (Präsident des Freiburger Hörgeschädigten Verbands), Emanuel Lubart (Projektleiter Gesundheit beim SGB-FSS), Paola Origlia Ikhilor (Dozentin und Hebamme, BFH, Fachbereich Geburtshilfe) und Laura Setz (Physiotherapeutin, Praxis chraftrum).

Schliesslich danken wir auch den Mitgliedern der Begleitgruppe, Nadia Di Bernardo Spital Solothurn und Swiss Health Network for Equity (SH4E), Karin Gasser BAG, Serge Houmard BAG, Urs Germann EBGB, Véronique Grazioli Unisanté und SH4E, Tobias Grisiger BAG, Emanuel Lubart SGB-FSS, André Marty SGB-FSS, Andreas Rieder EBGB, Marie Taczanowski BAG, Isabelle Villard Risse BAG, Barbara Weil FMH, Patrick Bodenmann Unisanté und SH4E.

Inhaltsverzeichnis

SITUATIONS- UND BEDARFSANALYSE ZUGANG ZU EINER GEHÖRLOSENGERECHTEN GESUNDHEITSVERSORGUNG	I
Impressum	iii
Dank	iv
INHALTSVERZEICHNIS	V
ZUSAMMENFASSUNG (DEUTSCH)	IX
Ausgangslage und Ziel der Studie	ix
Forschungsfragen und Methoden	ix
Resultate	x
Empfehlungen	xii
Grundausrüstung und Grundleistungen für alle Leistungserbringenden des Gesundheitswesens:	xii
Entwicklung und Implementierung von Aus- und Weiterbildungsangeboten für das Gesundheitspersonal:	xiii
Entwicklung von Versorgungsstrukturen, die auf die Bedürfnisse von gehörlosen und schwerhörigen Personen spezialisiert sind:	xiv
Massnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz von gehörlosen und schwerhörigen Menschen	xv
RÉSUMÉ (FRANÇAIS)	XVI
Contexte et objectif de l'étude	xvi
Questions de recherche et méthodes	xvi
Résultats	xvii
Recommandations	xix
Infrastructures et prestations de base pour tous les fournisseurs de prestations du système de santé	xix
Développement et mise en place d'offres de formation initiale et continue pour le personnel de santé	xx
Développement de structures de soins spécialisées dans les besoins des personnes sourdes et malentendantes	xxi
Mesures visant à améliorer la littératie en santé des personnes sourdes et malentendantes	xxii
SINTESI (ITALIANO)	XXIII
Premessa e scopo dello studio	xxiii
Quesiti di ricerca e metodologia	xxiii
Risultati	xxiv
Raccomandazioni	xxvi
Dotazione e prestazioni di base per tutti i fornitori di prestazioni sanitarie	xxvi
Sviluppo e implementazione di offerte di formazione e perfezionamento per il personale medico-sanitario	xxvii

Sviluppo di strutture di assistenza specializzate nel rispondere alle esigenze delle persone sorde e ipoudenti	xxviii
Misure per migliorare l'alfabetizzazione sanitaria delle persone sorde e ipoudenti	xxviii
EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)	XXX
Background and aim of the study	xxx
Research questions and methods	xxx
Results	xxx
Recommendations	xxxii
Basic equipment and basic services for all healthcare providers	xxxii
Development and implementation of training and continuing education programmes for healthcare personnel	xxxiv
Development of care structures that are specialised for the needs of deaf and hard of hearing persons	xxxiv
Measures to improve the health literacy of deaf and hard of hearing individuals	xxxv
1 EINLEITUNG	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Zielsetzungen und Fragestellungen	4
1.3 Aufbau der Studie	4
1.4 Organisation der Forschungsstudie und ethische Qualität	4
2 ARBEITSPAKET 1: PALETTE DER ANGEBOTE IN DER SCHWEIZ	6
2.1 Zielsetzung und Methodik	6
2.2 Ergebnisse	8
2.3 Fazit und Grenzen der Aussagekraft	9
3 ARBEITSPAKET 2: GUTE PRAXIS IN DEN NACHBARLÄNDERN	11
3.1 Fragestellungen und Methodik	11
3.1.1 Vorgehensweise bei der Recherche	11
3.1.2 Ableitung von Gute Praxis-Kriterien	12
3.1.3 Ein- und Ausschlusskriterien	12
3.2 Ergebnisse	13
3.2.1 Beispiele Guter Praxis aus Frankreich	13
3.2.2 Beispiele Guter Praxis aus Italien	16
3.2.3 Beispiele Guter Praxis aus Deutschland	17
3.2.4 Beispiele Guter Praxis aus Österreich	18
3.3 Fazit und Grenzen der Aussagekraft	20
4 ARBEITSPAKET 3: FOKUSGRUPPEN UND INTERVIEWS MIT MENSCHEN MIT HÖRBEHINDERUNGEN UND MIT FACHPERSONEN	21
4.1 Methodik	21
4.1.1 Datenerhebung und Sample	21
4.1.2 Fragestellung	22
4.1.3 Datenanalyse	23

4.2	Ergebnisse: Perspektive der Menschen mit Hörbehinderungen	23
4.2.1	Fehlendes Wissen, mangelnde Kompetenzen und inadäquates Verhalten auf Seiten der Gesundheitsfachpersonen	24
4.2.2	Kontextbedingungen des Gesundheitssystems	26
4.2.3	Eigenschaften und Verhalten der hörbehinderten Patienten und Patientinnen	28
4.2.4	Herausforderungen und Probleme in der Interaktion zwischen MmH und Gesundheitsfachpersonal	29
4.2.5	Herausforderungen und Probleme beim Einbezug von Gebärdensprach-Dolmetschenden	31
4.2.6	Strategien und Ressourcen	33
4.2.7	Bedürfnisse und Verbesserungspotenzial	35
4.3	Ergebnisse: Perspektive der Fachpersonen	36
4.3.1	Mangelndes Wissen, fehlende Aus- und Weiterbildung	36
4.3.2	Erschwerte Kommunikation	38
4.3.3	Kontextbedingungen des Gesundheitssystems	39
4.3.4	Eigenschaften und Verhalten der Patienten und Patientinnen mit Hörbehinderungen	40
4.3.5	Gesprächsführung, kulturelle Unterschiede	41
4.3.6	Genutzte Ressourcen und Strategien	42
4.3.7	Bedürfnisse und Verbesserungspotenzial	42
4.4	Fazit und Grenzen der Aussagekraft	43
4.4.1	Perspektive der MmH	43
4.4.2	Perspektive der Fachpersonen	44
4.4.3	Verbesserungsvorschläge und Empfehlungen	45
4.4.4	Grenzen der Aussagekraft	45
5	SCHLUSSFOLGERUNGEN	47
6	EMPFEHLUNGEN	49
	Grundausstattung und Grundleistungen für alle Leistungserbringenden des Gesundheitswesens	49
	E1 - Barrierefreie Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung entwickeln	49
	E2 - Ausstattung mit Hilfsmaterialien und Ressourcen für eine barrierefreie Kommunikation	49
	E3 – Die Gesprächsführung im Hinblick auf eine patientenzentrierte Versorgung verbessern	50
	E4 - Die Kommunikation in besonderen Situationen aufrechterhalten	50
	E5 - Förderung des Zugangs zu Gebärdensprachdolmetschdiensten und Klärung der Verantwortlichkeiten	51
	Entwicklung und Implementierung von Aus- und Weiterbildungsangeboten für das Gesundheitspersonal	52
	E6 – Die Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals fördern	52
	Entwicklung von Versorgungsstrukturen, die auf die Bedürfnisse von MmH spezialisiert sind	52

E7 - Entwicklung von spezialisierten Behandlungseinheiten für MmH (Empfang, Grundversorgung und begleitete Triage) an Universitäts- und Zentrumsspitalern	52
E8 - Auf- und Ausbau des Angebots an psychiatrischer, psychotherapeutischer sowie gynäkologischer und geburtshilflicher Versorgung im ambulanten und stationären Setting	53
E9 - Entwicklung von spezifischen Diagnose- und Screening-Instrumenten	53
Massnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von MmH	54
E10 - Stärkung der Gesundheitskompetenz von MmH	54
7 LITERATURVERZEICHNIS	56
8 ANHANG	1
8.1 Materialien zum Arbeitspaket 1	1
8.2 Materialien zum Arbeitspaket 2	3

Zusammenfassung (Deutsch)

Ausgangslage und Ziel der Studie

Studien zeigen, dass gehörlose und schwerhörige Personen¹ in der Gesundheitsversorgung mit zahlreichen Barrieren konfrontiert sind. Auch der Bundesrat hat dies im Zusammenhang mit der Beantwortung des Postulats 19.3668² festgestellt. Zum Beispiel: zielgruppenspezifische Gesundheitsinformationen sind schwer zugänglich, Gesundheitsdienste können nur telefonisch kontaktiert werden und es gibt Kommunikationsprobleme mit dem medizinischen Personal. Fachpersonen im Gesundheitssystem können ausserdem zu wenig auf die spezifischen Bedürfnisse gehörloser und schwerhöriger Personen eingehen. Diese und andere Barrieren erschweren eine qualitativ gute Versorgung. Sie können zu Gesundheitsrisiken wie Fehlbehandlungen oder verspäteten Therapien führen. Das Ziel dieser Studie war es zu untersuchen, wie zugänglich die Gesundheitsversorgung für gehörlose und schwerhörige Personen in der Schweiz ist. Sie wurde vom Eidgenössischen Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (EBGB) und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Auftrag gegeben.

Forschungsfragen und Methoden

Die Studie bestand aus drei Teilen, in welchen verschiedene Fragestellungen bearbeitet wurden:

Teil 1: Einblick in die verschiedenen Angebote in der Schweiz

- Welche unterschiedlichen Angebote und Dienstleistungen gibt es in der Schweiz, die den Zugang für gehörlose und schwerhörige Personen zum Gesundheitssystem ermöglichen oder vereinfachen?
- Gibt es Unterschiede zwischen den Regionen?
- Für welche Bereiche der Gesundheitsversorgung (z.B. Hausärztliche Medizin, Spitalaufenthalt, Notfall, Psychotherapie, etc.) gibt es Angebote und Dienstleistungen?

Teil 2: Gute Beispiele aus den Nachbarsländern

- Welche guten Beispiele gibt es in den Nachbarsländern der Schweiz, bei denen der Zugang zum Gesundheitssystem auf den Bedarf von gehörlosen und schwerhörigen Personen ausgerichtet ist (sogenannte «Gute Praxis-Beispiele»)?

Teil 3: Erfahrungen gehörloser und schwerhöriger Personen mit dem Gesundheitssystem und Erfahrungen von Fachpersonen

- Welche Herausforderungen haben gehörlose und schwerhörige Menschen in der Schweiz im Zusammenhang mit dem Zugang zur Gesundheitsversorgung?

¹ Zur Bezeichnung der Personengruppe, die hier im Fokus stehen, nutzen wir prioritär «gehörlose und schwerhörige Personen». Diese Bezeichnung wird vielfach von den Selbstvertreter:innen und ihren Verbänden genutzt. Die Gruppe 'gehörlose und schwerhörige Personen' umfasst Menschen mit unterschiedlichen Graden von Hörverlust, der die unterschiedlichen sprachlichen Präferenzen, Kompetenzen der Personen sowie Identitäten nicht determiniert. Im Bericht nutzen wir auch den Oberbegriff «Menschen mit Hörbehinderung» (MmH), wobei Behinderung in Anlehnung an die UN-BRK (Art. 1) verstanden wird.

² Titel des Postulats: Möglichkeiten der rechtlichen Anerkennung der Schweizer Gebärdensprachen und konkrete praktische Umsetzungsmassnahmen zur vollständigen Teilhabe

- Welche Strategien und Ressourcen wenden sie an?
- Was brauchen sie für eine Verbesserung des Zugangs?
- Und: Was denken Fachpersonen des Gesundheitssystems und von Organisationen für gehörlose und schwerhörige Personen zu diesen Fragen?

Alle Fragen wurden für die deutschsprachige, französischsprachige und italienischsprachige Schweiz untersucht. Sie wurden mit folgenden Methoden bearbeitet: Online-Umfrage und -recherche, Literaturarbeit sowie Einzel- und Gruppeninterviews.

Die Perspektive der gehörlosen und schwerhörigen Personen wurde erstens durch einen **Forschungsbeirat** und zweitens durch die Mitwirkung von **zwei gehörlosen Co-Forschenden** miteinbezogen. Die Erwartungen und das Fachwissen der Auftraggebenden der Studie (EBGB und BAG) wurden durch den Austausch mit einer **Begleitgruppe** miteinbezogen.

Resultate

Teil 1: Einblick in die verschiedenen Angebote in der Schweiz

In der Studie wurden 30 Angebote in der Schweiz gefunden, die gehörlosen und schwerhörigen Personen einen angepassten bedarfsgerechten Zugang zur Gesundheitsversorgung ermöglichen sollen. Diese Angebote werden im Anhang des Berichts kurz vorgestellt. Es ist möglich, dass noch weitere Angebote in der Schweiz existieren, die mit dieser Studie nicht gefunden werden konnten.

- Es gibt **innerhalb von einigen wenigen Spitälern** eine breite Palette von Angeboten und Dienstleistungen. Die Angebote sind zum Beispiel: ein Eintrittsformular, in welchem der Patient oder die Patientin seinen, respektive ihren Kommunikationsbedarf angeben kann; Kliniken mit Fachpersonen, die in Gebärdensprache kommunizieren; oder ein Spital, wo eine gehörlose in Gebärdensprache kommunizierende Pflegefachfrau eine umfassende Unterstützung, Begleitung und Koordination der Pflege von gehörlosen und schwerhörigen Patienten und Patientinnen garantiert.
- **Ausserhalb des Spitalsektors** gibt es vereinzelt Praxen und Fachpersonen, die Beratung, Begleitung und Therapie in Psychotherapie, Traumatherapie, Physiotherapie, Ergotherapie, etc. in Gebärdensprache anbieten. Es wurde keine hausärztliche Praxis gemeldet, die ein Angebot in Gebärdensprache macht. Speziell ist das Angebot im Boulevard Santé in Lausanne: In einem Haus sind verschiedene ambulante Therapien und Angebote vorhanden, die für gebärdensprachlich wie lautsprachlich kommunizierende Personen mit Hörbehinderung geeignet sind.
- In bestimmten Gesundheitsbereichen fehlt es besonders an passenden Angeboten. Diese Bereiche sind: **Gesundheitsförderung und Prävention, stationäre psychiatrische und psychotherapeutische Angebote sowie hausärztliche Praxen.**
- Die in der Studie gefundenen Angebote sind **regional unterschiedlich verteilt**. In einigen Regionen der Schweiz (z. B. Kantone Genf und Waadt) ist das Angebot etwas besser ausgebaut, in anderen Regionen scheint fast kein Angebot zu existieren. Von dem Ziel, dass alle gehörlosen und schwerhörigen Personen in der Schweiz eine für sie gut zugängliche Gesundheitsversorgung finden können, ist man heute noch weit entfernt.

Teil 2: Gute Beispiele in den Nachbarländern

Gute Beispiele wurden in Deutschland, Österreich, Frankreich und Italien gesucht und gefunden. Als besonders gutes Beispiel können die **Empfangs- und Behandlungsabteilungen für Gehörlose an grossen Spitälern in Frankreich** angesehen werden («Unité d'Accueil et de Soins pour les Sourds, UASS»). Sie stehen in allen Regionen des Landes zur Verfügung und stellen das Tor zum Gesundheitssystem für gehörlose und schwerhörige Personen dar. Ein ähnliches Versorgungssystem wurde in **Österreich** etabliert. In allgemeinen Krankenhäusern wurden spezielle **Gesundheitszentren für gehörlose Menschen** eingerichtet, die einen umfassenden Zugang zur Gesundheitsversorgung bieten. Das Personal kann in Gebärdensprache oder, je nach Bedürfnissen auf andere Weise kommunizieren. In Italien wird in vielen Regionen ein **Videodolmetschdienst in Gebärdensprache** angeboten, der jederzeit zur Verfügung steht und auch bei Notfällen und ungeplanten Situationen genutzt werden kann. In Deutschland wurden mehrere **Kliniken für Menschen mit psychischen Erkrankungen** gefunden, die für die Kommunikationsbedürfnisse von gehörlosen und schwerhörigen Menschen eingerichtet sind.

Teil 3: Erfahrungen gehörloser und schwerhöriger Personen mit dem Gesundheitssystem und Erfahrungen von Fachpersonen

Als dauernde Herausforderung nehmen **gehörlose und schwerhörige Personen** das unangemessene Verhalten der Fachpersonen aufgrund von fehlendem Wissen und mangelnden Kompetenzen wahr. Die schwierigen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems erschweren den Zugang weiter (z.B. Zeitdruck, Personalmangel und -wechsel, mangelnder Informationsaustausch innerhalb von Spitälern oder Arztpraxen, unpassende räumliche Ausstattung). Es existieren Barrieren oder Unklarheiten bei der Frage, wer für welche Leistung bei welcher Person bezahlen muss, z. B. im Zusammenhang mit der Invalidenversicherung (IV) und der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV). Weiter zeigt die Studie, dass die Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen in der Gesundheitsversorgung nicht genug berücksichtigt werden: Viele Gehörlose und schwerhörige Personen sind aus verschiedenen Gründen zu wenig und zu schlecht informiert, um mitentscheiden zu können. Das Recht auf Selbstbestimmung wird dadurch ungenügend gewährleistet. Für gebärdensprachnutzende Personen wurden ausserdem diverse Probleme in der Nutzung von Gebärdensprach(GS)-Dolmetschdiensten deutlich (Verfügbarkeit, Planbarkeit von Terminen, Bezahlung, Notwendigkeit sehr sensible Informationen mit Dritten zu teilen). In der psychiatrischen, psychotherapeutischen sowie in der gynäkologischen Behandlung ist ein Angebot in Gebärdensprache besonders wichtig, damit der direkte Kontakt zwischen Patienten und Patientinnen und behandelnden Fachpersonen möglich ist und die Privatsphäre gewährt werden kann.

Fachpersonen berichten von ähnlichen Herausforderungen bei der Versorgung von gehörlosen und schwerhörigen Patienten und Patientinnen (z.B. fehlendes Wissen zu Kommunikation mit gehörlosen und schwerhörigen Personen, Zeitdruck, etc.). Sie nennen auch zusätzliche Faktoren, die die Versorgung erschweren. Zum Beispiel muss die Versorgung immer mehr nach vorgegebenen Standards ablaufen. Deshalb können Fachpersonen zu wenig auf spezifische Bedürfnisse eingehen, wie z. B. mehr Zeit für ein Gespräch einplanen. Die Fachpersonen erwähnen ebenfalls Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Organisieren von Gebärdensprach-Dolmetschenden. Was die Bedürfnisse von gehörlosen und schwerhörigen Menschen anbelangt, die lautsprachlich kommunizieren, werden

verschiedene Barrieren festgestellt, die insbesondere den direkten Austausch erschweren. Fachpersonen nennen auch persönliche Merkmale der Patienten und Patientinnen, welche die Versorgung aus ihrer Sicht erschweren: geringere Gesundheitskompetenz, fehlendes Selbstvertrauen, Unklarheit über die eigenen Rechte, zu wenig klares Äussern der eigenen Kommunikationsbedürfnisse sowie manchmal generell negative Einstellungen gegenüber Fachpersonen aufgrund von schlechter Erfahrungen.

Empfehlungen

Zur Verbesserung der Situation wurden gestützt auf die Ergebnisse der Studie vom Forschungsteam und der Begleitgruppe in gemeinsamer Diskussion **zehn Empfehlungen** (E) formuliert, die in vier Kategorien zusammengefasst werden und mit konkreten Massnahmen (M) verbunden sind.

Grundausstattung und Grundleistungen für alle Leistungserbringenden des Gesundheitswesens:

E1 - Barrierefreie Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung entwickeln:

Alle Leistungserbringenden des Gesundheitssystems (z. B. Spitäler inklusive Notfall; ambulante Praxen der Medizin, Psychologie, Physiotherapie, etc.) treffen die notwendigen Vorkehrungen, dass Menschen mit Hörbehinderung (MmH) ohne telefonischen Anruf Kontakt aufnehmen und einen Termin vereinbaren können.

- M1: Anbieten von barrierefreien Online-Reservationssystemen für die Terminvereinbarung
- M2: Anbieten der Kommunikation per SMS
- M3: Anbieten der Kommunikation über verschlüsselte E-Mail

E2 - Ausstattung mit Hilfsmaterialien und Ressourcen für eine barrierefreie Kommunikation:

Leistungserbringende werden dafür befähigt und sind mit den notwendigen Tools ausgestattet, die individuellen Kommunikationsbedürfnisse der MmH in Erfahrung zu bringen und sich den individuellen Sprachkenntnissen und Kommunikationsfähigkeiten der MmH anpassen zu können. Sie wenden die Grundprinzipien der Kommunikation mit MmH an (z.B. [Voir pour comprendre](#) für Französisch, [Mit Gehörlosen kommunizieren](#) für Deutsch, [Comunicare con le persone sorde](#) für Italienisch).

- M4: Kommunikationshilfen und eine Checkliste zur Erhebung des Kommunikationsbedarfs sind als Standardausrüstung in medizinischen Einrichtungen verfügbar.

E3 – Die Gesprächsführung im Hinblick auf eine patientenzentrierte Versorgung verbessern:

MmH werden systematisch als Hauptakteuren in die Diskussion und Entscheidungsfindung einbezogen, dies sowohl in der Interaktion mit Ärzten und Ärztinnen, also auch in jenen mit den anderen Gesundheitsfachpersonen. Im Falle der Einbeziehung von Dritten wird die Vertraulichkeit gewährleistet. Die Person mit Hörbehinderung bleibt der Hauptadressat oder die Hauptadressatin im Gespräch.

- M5: Anpassung der Gesprächsdauer an die kommunikativen Bedürfnisse und ggf. Einbeziehung zusätzlicher Hilfsmittel (Einfache Sprache, Visualisierungen, Bilder wie z.B. Piktogramme).
- M6: Einbezug von professionellen GS-Dolmetschenden.

- M7: Einbezug von kultureller Mediation, falls erforderlich.

E4 - Die Kommunikation in besonderen Situationen aufrechterhalten:

Das Personal wird für Kommunikationsschwierigkeiten sensibilisiert, die mit besonderen Situationen (z. B. während Untersuchungen oder im Operationssaal) verbunden sind. Es kann Massnahmen treffen, um damit umzugehen. Es kann sicherstellen, dass die Hörgeräte funktionstüchtig sind (z. B. nach einer Operation) und visuelle oder schriftliche Kommunikationsmittel verwenden.

- M8: Die Leistungserbringenden stellen sicher, dass das Personal zur Funktionsweise von Hörgeräten und Cochlea Implantaten geschult wird und erkennen kann, ob diese funktionstüchtig sind oder wie die Funktion wieder hergestellt werden kann.
- M9: Die Leistungserbringenden tragen Sorge, dass das Personal alternative Kommunikationsmittel kennen lernt und diese bei Bedarf zur Hand hat.

E5 - Förderung des Zugangs zu Gebärdensprachdolmetschdiensten und Klärung der Verantwortlichkeiten:

Die Anzahl der GS-Dolmetschenden wird für die gesamte Schweiz erweitert. Die Verfügbarkeit von GS-Dolmetschenden in medizinischen Notfallsituationen wird jederzeit gewährleistet. Die Regelungen und Bestimmungen bezüglich der Verantwortung und Finanzierung von GS-Dolmetschenden werden in allen Sektoren des Gesundheitssystems (einschliesslich des ambulanten Sektors) und auch bei den MmH bekannt gemacht. Die Nützlichkeit von digitalen Tools und Innovationen (u.a. Videodolmetschen, KI-Spracherkennung) wird auf die bereits bestehenden Angebote, das zukünftige Potenzial und die damit verbundenen Risiken geprüft.

- M10: Die verantwortlichen Akteure fördern die Ausbildung von GS-Dolmetschenden und der GS-Sprachkompetenzen bei Gesundheitsfachpersonen mit öffentlichen Mitteln.
- M11: Etablierung eines allzeit (24 Stunden, 7 Tage) verfügbaren Videodolmetschdienstes ohne Wartefrist (insbesondere für Notfälle).
- M12: Ausschreibung eines Forschungsprojekts zur Prüfung des Potenzials, der Vor- und Nachteile der Entwicklung von innovativen digitalen Tools im Zusammenhang mit der GS-Verdolmetschung.

Entwicklung und Implementierung von Aus- und Weiterbildungsangeboten für das Gesundheitspersonal:

E6 – Die Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals fördern:

Die Ausbildung wird in allen Bildungsbereichen des Gesundheitswesens implementiert durch die Zusammenarbeit zwischen SBFI, BAG, kantonale Gesundheits- und Erziehungsdirektionen, Berufsschulen, Höhere Fachschulen, Fachhochschulen, Universitäten, Weiterbildungsorganisationen, Vereinigungen und Organisationen für gehörlose und schwerhörige Personen und Berufsverbände. Besondere Aufmerksamkeit wird der Entwicklung der Kompetenz zur patientenzentrierten Gesprächsführung gewidmet.

- M13: Das Thema barrierefreie und patientenzentrierte Kommunikation mit gehörlosen und schwerhörigen Personen unter Berücksichtigung von biopsychosozialen Aspekten wird in den

Lehrplänen der Aus- und Weiterbildungsgänge im Gesundheitsbereich eingeführt oder allenfalls ausgebaut.

- M14: Die Bildungsangebote werden regelmässig durchgeführt, um eine nachhaltige Wirkung zu erzielen.
- M15: Für das gesamte Personal (alle Berufsgruppen) werden Sensibilisierungsinhalte und Weiterbildungen angeboten.

Entwicklung von Versorgungsstrukturen, die auf die Bedürfnisse von gehörlosen und schwerhörigen Personen spezialisiert sind:

E7 - Entwicklung von spezialisierten Behandlungseinheiten für gehörlose und schwerhörige Personen (Empfang, Grundversorgung und begleitete Triage) an Universitäts- und Zentrumsspitalern:

Universitäts- und Zentrumsspitäler verfügen über eine spezialisierte Behandlungseinheit (Empfang, Grundversorgung und begleitete Triage), die für die Bedürfnisse von MmH eingerichtet ist. Diese spezialisierten Einheiten oder Abteilungen sind in der regionalen Grundversorgung aktiv, indem sie sich mit ambulanten Leistungserbringenden vernetzen, diese schulen und unterstützen

- M16: Die für die Versorgung verantwortlichen Akteure tragen Sorge, dass Universitäts- und Zentrumsspitäler spezialisierte Behandlungseinheiten auf der Grundlage der Modelle von Frankreich und Österreich aufbauen oder weiterentwickeln (vgl. Kapitel 2 des Berichts).
- M17: Diese Behandlungseinheiten bieten Beratung, Weiterbildung und Supervision für das Personal ambulanter Leistungserbringer in der Region an.

E8 - Auf- und Ausbau des Angebots an psychiatrischer, psychotherapeutischer sowie gynäkologischer und geburtshilflicher Versorgung im ambulanten und stationären Setting:

Jeder Kanton, allenfalls im Rahmen interkantonalen Vereinbarungen, stellt sicher, dass der Zugang zu spezialisierten Angeboten im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe für MmH gewährleistet ist. Es wird eine direkte Kommunikation, das heisst ohne Sprachmittler:in, zwischen den MmH und dem Personal ermöglicht.

- M18: Bildung regionaler Angebote für Psychiatrie, Psychotherapie und Gynäkologie, Geburtshilfe mit Personal, das über gute Gebärdensprachkompetenzen verfügt.
- M19: Anstellung von Personal, das über Gebärdensprachkompetenzen verfügt, in den Kliniken für Psychiatrie und Gynäkologie oder Geburtshilfe.

E9 - Entwicklung von spezifischen Diagnose- und Screening-Instrumenten:

Valide und reliable Screenings-, Diagnose- und Qualitätssicherungsinstrumente werden unter Berücksichtigung der spezifischen Kommunikationsbedarfe und der psychosozialen Lage von MmH entwickelt.

- M20: Förderung und Ausbau der angewandten Forschung in der Diagnostik für gehörlose und schwerhörige Personen insbesondere in den medizinischen Fachgesellschaften, den Universitätsspitalern und Fachhochschulen.
- M21: Prüfung, Adaption und Validierung von internationalen Instrumenten an die Situation in der Schweiz.

Massnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz von gehörlosen und schwerhörigen Menschen

E10 - Stärkung der Gesundheitskompetenz:

Die für Gesundheitsinformationen verantwortlichen Akteure wie BAG, BSV, Gesundheitsförderung Schweiz, kantonale Gesundheitsdirektionen, Organisationen von MmH, Berufsverbände, Universitätskliniken, Fachhochschulen wie auch Leistungserbringende der Gesundheitsversorgung tragen Sorge, dass wichtige Gesundheitsinformationen MmH barrierefrei zugänglich sind. Persönliche Gesundheitsinformationen (z. B. zum Gesundheitszustand, zu geplanten Untersuchungen und Behandlungen) werden den gehörlosen und schwerhörigen Patienten und Patientinnen so zugänglich gemacht, dass sie auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten und verständlich sind. Zentrale öffentliche Informationen zum Gesundheitssystem (z. B. zu Versorgungsstrukturen, Unterstützungsangebote, Organisationen für MmH, Rechte und Pflichten als Patientinnen und Patienten, etc.) werden den MmH barrierefrei zugänglich gemacht. Präventionskampagnen sollen ebenfalls barrierefrei angeboten werden (z. B. in Leichter Sprache und in Gebärdensprach-Filmen). Die Versorgungsstrukturen vernetzen sich mit den Unterstützungsangeboten und Organisationen für MmH und verweisen die Patienten und Patientinnen bei Bedarf an diese Angebote. Alle Massnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der MmH sollten grundsätzlich in einem partizipativen Prozess mit den MmH entwickelt werden.

- M22: Wichtige schriftliche Informationen zum Thema Gesundheit und Gesundheitssystem Schweiz werden in eine leicht verständliche Sprache übersetzt (z.B. Einfache oder Leichte Sprache) und allenfalls mit passenden Bildern angereichert.
- M23: Bei Präventionskampagnen und für Informationen über die Funktionsweise des Gesundheitssystems werden Videos in den drei Gebärdensprachen der Schweiz erstellt.
- M24: Auf die Bedürfnisse von gehörlosen und schwerhörigen Personen spezialisierte Dienste bieten Beratung und Erklärungen zu komplexen und fachspezifischen Texten im Zusammenhang mit gesundheitlichen Themen an.
- M25: Materialien und Massnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz werden in einem partizipativen Vorgehen unter Einbezug von MmH entwickelt.

Résumé (français)

Contexte et objectif de l'étude

Les études montrent que les personnes sourdes et malentendantes³ sont confrontées à de nombreux obstacles dans le système de santé. Le Conseil fédéral l'a également constaté dans sa réponse au postulat 19.3668⁴. Par exemple : les informations sur la santé adaptées aux groupes cibles sont difficilement accessibles, les services de santé sont seulement joignables par téléphone et la communication avec le personnel médical est problématique. Ce dernier ne répond pas suffisamment aux besoins spécifiques des personnes sourdes et malentendantes. Ces obstacles, entre autres, compliquent l'accès à des soins de qualité et peuvent entraîner des risques pour la santé, tels que des erreurs dans les traitements ou des soins retardés. L'objectif de cette étude, commandée par le Bureau fédéral de l'égalité pour les personnes handicapées (BFEH) et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), consistait à analyser l'accessibilité des soins pour les personnes sourdes et malentendantes en Suisse.

Questions de recherche et méthodes

L'étude se composait de trois parties, chacune traitant différentes questions de recherche.

Partie 1 : Aperçu des différentes offres en Suisse

- Quelles sont les offres et prestations proposées en Suisse pour permettre ou faciliter l'accès des personnes sourdes et malentendantes au système de santé
- Des différences entre les régions existent-elles ?
- Quels sont les domaines de la santé (médecine générale, hospitalisations, urgences, psychothérapie, etc.) qui bénéficient d'offres et de services ?

Partie 2 : Bonnes pratiques dans les pays voisins

- Quels sont les bons exemples d'accès au système de santé adaptés aux besoins des personnes sourdes et malentendantes dans les pays voisins (« exemples de bonnes pratiques ») ?

Partie 3 : Expériences des personnes sourdes et malentendantes avec le système de santé et expériences des professionnels

- Quelles sont les difficultés auxquelles les personnes sourdes et malentendantes sont confrontées en Suisse pour accéder aux soins ?
- Quelles stratégies et ressources utilisent-elles ?
- Quels sont les éléments nécessaires pour améliorer l'accès ?

³ Le groupe des « personnes sourdes et malentendantes » comprend des personnes présentant différents degrés de perte auditive, qui ne déterminent pas les différentes préférences linguistiques, compétences et identités des personnes. Dans le rapport, l'appellation générique de « personnes atteintes d'un handicap auditif » est également utilisée, le terme « handicap » étant compris conformément à la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées (art. 1).

⁴ Titre du postulat : Possibilités de reconnaissance juridique des langues des signes suisses et mesures concrètes de mise en œuvre pour une pleine participation

- Et quelle est la position des professionnels de la santé et des organisations pour personnes sourdes et malentendantes sur ces questions ?

Tous ces aspects ont été examinés pour la Suisse alémanique, la Suisse romande et la Suisse italophone. Ils ont été traités avec les méthodes suivantes : enquête et recherche en ligne, travail de recherche bibliographique, entretiens individuels et collectifs.

Le point de vue des personnes sourdes et malentendantes a été pris en compte d'abord par un **comité consultatif de recherche** puis avec la participation de **deux co-chercheurs sourds**. Un échange avec un **groupe d'accompagnement** a permis de prendre en compte les attentes et l'expertise des commanditaires de l'étude (BFEH et OFSP).

Résultats

Partie 1 : Aperçu des différentes offres en Suisse

L'étude a recensé 30 offres qui devraient permettre aux personnes sourdes et malentendantes d'accéder au système de santé de manière adaptée et conforme à leurs besoins. Ces offres sont présentées brièvement dans l'annexe du rapport. Il est possible que d'autres offres existent en Suisse, mais n'aient pas pu être identifiées dans le cadre de cette étude.

- **Quelques rares hôpitaux** proposent des offres et des services variés. Par exemple : un formulaire d'admission dans lequel la personne peut indiquer ses besoins en matière de communication, des cliniques avec des spécialistes qui communiquent en langue des signes, un hôpital où une infirmière sourde communiquant en langue des signes assure un soutien, un accompagnement et une coordination complets des soins prodigués aux patients sourds ou malentendants.
- **En dehors du secteur hospitalier**, quelques cabinets et spécialistes proposent en langue des signes des conseils, un accompagnement et des traitements en psychothérapie, thérapie post-traumatique, physiothérapie, ergothérapie, etc. Aucun cabinet médical n'a été signalé comme proposant des services en langue des signes. L'offre de Boulevard Santé à Lausanne est particulière : dans un même bâtiment, différentes thérapies et offres ambulatoires sont adaptées aux personnes atteintes d'un handicap auditif qui communiquent en langue des signes ou en langue parlée.
- Dans les secteurs suivants, les offres adaptées font particulièrement défaut : **promotion de la santé et prévention, offres psychiatriques et psychothérapeutiques stationnaires ainsi que cabinets de médecins généralistes**.
- Les offres répertoriées dans l'étude sont **réparties de manière inégale selon les régions**. Dans certaines (p. ex. les cantons de Genève et de Vaud), les offres sont un peu plus développées, tandis que dans d'autres, elles sont presque inexistantes. L'objectif visant à fournir à toutes les personnes sourdes et malentendantes de Suisse un accès facile aux soins est loin d'être atteint.

Partie 2 : Bonnes pratiques dans les pays voisins

De bons exemples ont été recherchés et trouvés en Allemagne, en Autriche, en France et en Italie. Les **Unités d'accueil et de soins pour les sourds** (UASS) des grands hôpitaux français peuvent être considérées comme particulièrement convaincantes. Ils sont disponibles dans toutes les régions du

pays et représentent la porte d'entrée au système de santé pour les personnes sourdes et malentendantes. Un système de soins similaire a été mis en place en **Autriche**. Dans les hôpitaux généraux, des **centres de santé pour personnes sourdes** ont été créés pour leur offrir un accès complet aux soins. Le personnel peut communiquer en langue des signes ou par d'autres moyens, en fonction des besoins. En Italie, de nombreuses régions proposent un **service d'interprétation vidéo en langue des signes**, disponible à tout moment, aussi en cas d'urgence ou de situations imprévues. En Allemagne, l'étude a identifié plusieurs **cliniques pour personnes souffrant de troubles psychiques** équipées pour répondre aux besoins des personnes sourdes et malentendantes en matière de communication.

Partie 3 : Expériences des personnes sourdes et malentendantes avec le système de santé et expériences des professionnels

Les personnes sourdes et malentendantes vivent comme un défi permanent le comportement inapproprié des professionnels de la santé, dû à un manque de connaissances et de compétences. Les conditions-cadres compliquées du système de santé rendent l'accès encore plus difficile (p. ex. manque de temps, manque et rotation de personnel, échange d'informations lacunaire au sein des hôpitaux ou des cabinets médicaux, aménagement inadapté des locaux). Des obstacles ou des incertitudes subsistent pour déterminer qui doit payer pour quelle prestation et à l'intention de qui, par exemple concernant l'assurance invalidité (AI) et l'assurance vieillesse et survivants (AVS). L'étude montre également que les besoins en matière de soins des patientes et patients ne sont pas suffisamment pris en compte : pour diverses raisons, de nombreuses personnes sourdes et malentendantes sont trop peu et trop mal informées pour pouvoir participer aux décisions. Le droit à l'autodétermination n'est donc pas suffisamment garanti. En outre, les personnes utilisant la langue des signes rencontrent différents problèmes en faisant appel aux services d'interprétation en langue des signes (disponibilité, planification des rendez-vous, paiement, nécessité de partager des informations très sensibles avec des tiers). Dans le cadre des traitements psychiatriques, psychothérapeutiques et gynécologiques, il est particulièrement important de proposer des services en langue des signes, afin d'assurer un contact direct entre les patients et patientes et les professionnels de la santé et de garantir la sphère privée.

Les professionnels font état de difficultés similaires dans la prise en charge des personnes sourdes et malentendantes (p. ex. manque de connaissances pour communiquer avec elles, contraintes de temps, etc.). Ils citent également d'autres facteurs qui compliquent la prise en charge, qui doit par exemple se dérouler de plus en plus selon des normes prédéfinies. Ils ne peuvent pas suffisamment répondre à des besoins spécifiques, par exemple prévoir plus de temps pour un entretien. Les spécialistes mentionnent également des difficultés pour organiser une interprétation en langue des signes. En ce qui concerne les besoins des personnes sourdes et malentendantes qui communiquent en langue parlée, ils constatent différents obstacles qui compliquent notamment l'échange direct. Les professionnels évoquent également des caractéristiques individuelles de certains patients et patientes qui, selon eux, rendent les soins plus difficiles : une faible littératie en santé, un manque de confiance en soi, une méconnaissance de ses propres droits, un manque de clarté pour exprimer ses besoins en matière de communication et parfois une attitude globalement négative envers les professionnels de la santé due à de mauvaises expériences.

Recommandations

Pour améliorer la situation, en se fondant sur les résultats de l'étude, l'équipe de recherche et le groupe d'accompagnement ont formulé ensemble **dix recommandations (R)**, regroupées en quatre catégories et déclinées en mesures concrètes (M).

Infrastructures et prestations de base pour tous les fournisseurs de prestations du système de santé

R1 – Développer l'accessibilité des prises de contact et de rendez-vous

Tous les fournisseurs de prestations du système de santé (hôpitaux, urgences incluses ; cabinets ambulatoires de médecine, de psychologie, de physiothérapie, etc.) prennent les dispositions nécessaires pour que les personnes atteintes d'un handicap auditif puissent prendre contact et rendez-vous sans avoir à téléphoner.

- M1 : Développer l'offre de systèmes de réservation en ligne accessibles pour prendre rendez-vous.
- M2 : Développer la communication par SMS.
- M3 : Développer la communication par e-mail crypté.

R2 – Fournir des supports d'aide et des ressources pour une communication accessible

Les fournisseurs de prestations sont formés et disposent des outils nécessaires pour identifier les besoins individuels des personnes sourdes ou malentendantes en matière de communication et pour s'adapter à leurs compétences linguistiques et à leurs capacités de communication individuelles. Ils appliquent les principes de base de ces formes de communication (p. ex. [Communiquer avec les sourds](#) pour le français, [Mit Gehörlosen kommunizieren](#) pour l'allemand et [Comunicare con le persone sorde](#) pour l'italien).

- M4 : Des aides à la communication et une liste de contrôle pour déterminer les besoins sont disponibles de manière standardisée dans les établissements médicaux.

R3 – Améliorer la conduite des entretiens en vue d'une prise en charge centrée sur le patient

Les personnes sourdes ou malentendantes sont systématiquement impliquées en tant qu'actrices principales dans les discussions et la prise de décision, tant dans l'interaction avec les médecins qu'avec les autres professionnels de la santé. Si des tiers sont impliqués, la confidentialité est garantie. La personne atteinte d'un handicap auditif est la destinataire prioritaire de l'échange.

- M5 : La durée de l'entretien est adaptée aux besoins de communication, et des outils supplémentaires (langage simple, supports visuels, images, pictogrammes, etc.) sont utilisés si nécessaire.
- M6 : Recours à une interprétation professionnelle en langue des signes.
- M7 : Recours à une médiation culturelle, si nécessaire.

R4 – Maintenir la communication dans des situations particulières

Le personnel est sensibilisé aux difficultés de communication liées à des situations particulières (p. ex. pendant des examens ou en salle d'opération). Il peut prendre des mesures, notamment en s'assurant

que les appareils auditifs sont en état de marche (p. ex. après une opération) et en utilisant des supports de communication visuels ou écrits.

- M8 : Les fournisseurs de prestations veillent à ce que le personnel suive une formation sur les appareils auditifs et les implants cochléaires et qu'il sache déterminer s'ils sont en état de marche et comment les faire fonctionner.
- M9 : Les fournisseurs de prestations veillent à ce que le personnel connaisse les moyens de communication alternatifs et en dispose si nécessaire.

R5 – Promouvoir l'accès aux services d'interprétation en langue des signes et clarifier les responsabilités

Il convient d'augmenter le nombre d'interprètes en langue des signes dans toute la Suisse et de garantir leur disponibilité permanente dans les situations d'urgence médicale. Les règles et dispositions relatives à leur responsabilité et leur financement sont à diffuser dans tous les secteurs du système de santé (y c. le secteur ambulatoire) ainsi qu'auprès des personnes sourdes ou malentendantes. Il importe d'examiner l'utilité des outils et des innovations numériques (notamment l'interprétation vidéo, la reconnaissance vocale par IA) en fonction des offres existantes, du potentiel futur et des risques associés.

- M10 : Les acteurs responsables encouragent la formation d'interprètes en langue des signes et le développement des compétences linguistiques en langue des signes chez les professionnels de la santé grâce à des fonds publics.
- M11 : Mise en place d'un service d'interprétation par vidéo disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, sans délai d'attente (en particulier pour les cas d'urgence).
- M12 : Appel d'offres pour un projet de recherche visant à examiner le potentiel, les avantages et les inconvénients du développement d'outils numériques innovants en lien avec l'interprétation en langue des signes.

Développement et mise en place d'offres de formation initiale et continue pour le personnel de santé

R6 – Promouvoir la formation initiale et continue des professionnels de la santé

La formation est mise en œuvre dans tous les domaines de la santé grâce à la coopération entre le Secrétariat d'État à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI), l'OFSP, les directions cantonales de la santé et de l'instruction publique, les écoles professionnelles, les écoles supérieures, les hautes écoles spécialisées (HES), les universités, les organismes de formation continue, les associations et organisations pour personnes sourdes et malentendantes et les associations professionnelles. Une attention particulière est accordée au développement de compétences relatives à la conduite d'entretiens centrés sur le patient.

- M13 : Le thème de la communication accessible et centrée sur le patient avec des personnes sourdes ou malentendantes, en tenant compte d'aspects biopsychosociaux, est introduit ou développé dans les programmes de formation initiale et continue dans le secteur de la santé.
- M14 : Les offres de formation sont proposées régulièrement afin d'obtenir un effet durable.

- M15 : Des contenus portant sur la sensibilisation et des formations continues sont proposés à l'ensemble du personnel (tous les groupes de professions).

Développement de structures de soins spécialisées dans les besoins des personnes sourdes et malentendantes

R7 – Développement d'unités de traitement spécialisées pour les personnes sourdes ou malentendantes (accueil, soins de base et triage accompagné) dans les hôpitaux universitaires et les centres hospitaliers

Les hôpitaux universitaires et les centres hospitaliers disposent d'une unité de traitement spécialisée (accueil, soins de base et triage accompagné) qui est adaptée aux besoins des personnes atteintes d'un handicap auditif. Ces unités ou services spécialisés sont actifs dans les soins de base régionaux, dans la mesure où ils se mettent en réseau avec les fournisseurs de prestations ambulatoires, les forment et les soutiennent.

- M16 : Les acteurs responsables des soins veillent à ce que les hôpitaux universitaires et les centres hospitaliers mettent en place ou développent des unités de traitement spécialisées en se fondant sur les modèles français et autrichien (cf. chapitre 2 du rapport).
- M17 : Ces unités de traitement proposent des conseils, des formations continues et une supervision au personnel des fournisseurs de prestations ambulatoires actifs dans la région.

R8 – Développement et extension de l'offre de soins psychiatriques, psychothérapeutiques, gynécologiques et obstétriques en milieux ambulatoire et stationnaire

Chaque canton, éventuellement dans le cadre d'accords intercantonaux, veille à ce que les personnes sourdes ou malentendantes accèdent à des offres spécialisées de psychiatrie, de psychothérapie, de gynécologie et d'obstétrique. Une communication directe, c'est-à-dire sans interprète, est rendue possible entre les personnes atteintes d'un handicap auditif et le personnel.

- M18 : Création d'offres régionales en psychiatrie, en psychothérapie, en gynécologie et en obstétrique avec du personnel disposant de bonnes compétences en langue des signes.
- M19 : Engagement de personnel disposant de compétences en langue des signes dans les services de psychiatrie, de gynécologie et d'obstétrique.

R9 – Développement d'instruments spécifiques de diagnostic et de dépistage

Des instruments de dépistage, de diagnostic et d'assurance qualité valides et fiables sont développés en tenant compte des besoins spécifiques en matière de communication et de la situation psychosociale des personnes sourdes et malentendantes.

- M20 : Promotion et développement de la recherche appliquée dans le domaine du diagnostic pour les personnes sourdes et malentendantes, en particulier dans les sociétés de discipline médicale, les hôpitaux universitaires et les HES.
- M21 : Test, adaptation et validation d'instruments internationaux au regard de la situation en Suisse.

Mesures visant à améliorer la littératie en santé des personnes sourdes et malentendantes

R10 – Renforcement de la littératie en santé

Les acteurs responsables des informations sur la santé, par exemple l'OFSP, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), Promotion santé Suisse, les directions cantonales de la santé, les organisations pour les personnes sourdes ou malentendantes, les associations professionnelles, les cliniques universitaires, les HES et les fournisseurs de prestations de soins de santé veillent à ce que les personnes atteintes d'un handicap auditif accèdent aux informations importantes sur la santé. Les informations de santé personnelles (p. ex. sur l'état de santé, les examens et traitements prévus) leur sont fournies sous une forme adaptée à leurs besoins et compréhensible, de même que les informations publiques essentielles sur le système de santé (p. ex. sur les structures de soins, les offres de soutien, les organisations pour les personnes sourdes et malentendantes, les droits et obligations des patients, etc.). Les campagnes de prévention doivent également être proposées dans un format accessible (p. ex. en langage simplifié et via des films en langue des signes). Les structures de soins se mettent en réseau avec les offres de soutien et les organisations pour les personnes sourdes ou malentendantes et orientent les patients vers ces offres si nécessaire. Toutes les mesures visant à renforcer la littératie en santé des personnes atteintes d'un handicap auditif devraient en principe être élaborées dans le cadre d'un processus participatif avec ces personnes.

- M22 : Les informations écrites essentielles sur la santé et le système sanitaire suisse sont traduites dans un langage facile à comprendre (p. ex. langue simple ou facile à lire) et éventuellement enrichies d'images pertinentes.
- M23 : Des vidéos sont réalisées dans les trois langues des signes suisses pour les campagnes de prévention et pour informer sur le fonctionnement du système de santé.
- M24 : Des services spécialisés dans les besoins des personnes sourdes et malentendantes proposent des conseils et des explications sur des textes complexes et techniques en rapport avec des thèmes liés à la santé.
- M25 : Des supports et des mesures visant à renforcer la littératie en santé sont développés dans le cadre d'une approche participative impliquant des personnes sourdes ou malentendantes.

Sintesi (italiano)

Premessa e scopo dello studio

Alcuni studi hanno evidenziato che le persone sorde e ipoudenti⁵ si trovano ad affrontare numerosi ostacoli nell'accesso all'assistenza sanitaria. Anche il Consiglio federale è giunto a questa conclusione nel suo parere in risposta al postulato 19.3668⁶. Tra i problemi riscontrati vi sono la difficile accessibilità delle informazioni sanitarie a gruppi specifici, il fatto che i servizi sanitari possono essere contattati solo per telefono e le difficoltà di comunicazione con il personale medico-sanitario. Inoltre i professionisti della salute non sono in grado di soddisfare pienamente le esigenze specifiche di questa categoria di pazienti. Queste e altre barriere possono comportare rischi per la salute, come trattamenti sbagliati o terapie eseguite in ritardo, compromettendo così la qualità delle cure. Lo scopo del presente studio, commissionato dagli uffici federali per le pari opportunità delle persone con disabilità (UFPD) e della sanità pubblica (UFSP), è esaminare l'accessibilità dell'assistenza sanitaria per le persone sorde e ipoudenti in Svizzera.

Quesiti di ricerca e metodologia

Lo studio consta di tre parti, ciascuna delle quali è finalizzata a rispondere a specifici quesiti.

Parte 1: Panoramica delle varie offerte in Svizzera

- Quali offerte e servizi sono messi a disposizione delle persone sorde e ipoudenti in Svizzera per consentire o agevolare loro l'accesso al sistema sanitario?
- Vi sono differenze tra le regioni?
- Per quali ambiti dell'assistenza sanitaria (p. es. medicina di famiglia, degenza ospedaliera, pronto soccorso, psicoterapia ecc.) sono messi a disposizione offerte e servizi?

Parte 2: Esempi di buone pratiche dai Paesi limitrofi

- Quali esempi di buone pratiche si riscontrano nei Paesi limitrofi alla Svizzera per garantire un accesso alle cure adeguato alle esigenze delle persone sorde e ipoudenti?

Parte 3: Esperienze delle persone sorde e ipoudenti in relazione al sistema sanitario ed esperienze dei professionisti della salute

- Quali sfide affrontano le persone sorde e ipoudenti in Svizzera nell'accesso all'assistenza sanitaria?
- Quali strategie e risorse utilizzano?
- Che cosa serve per migliorare l'accesso?

⁵ «Persone sorde e ipoudenti» è il termine principalmente impiegato per indicare il gruppo di persone su cui si concentra il presente rapporto. Tale denominazione è spesso impiegata anche dalle stesse persone interessate e dalle associazioni che le rappresentano. Il gruppo delle «persone sorde e ipoudenti» include persone con una perdita uditiva di grado diverso che non determina le loro preferenze e competenze linguistiche né la loro identità. Nel rapporto viene utilizzato anche il termine generico di «persone audiollese».

⁶ Titolo del postulato: Possibilità di riconoscimento giuridico della lingua dei segni in Svizzera e misure concrete di attuazione pratica per la piena partecipazione

- Che cosa pensano i professionisti della salute e gli specialisti delle organizzazioni per persone sorde e ipoudenti riguardo a queste questioni?

Tutti questi aspetti sono stati esaminati per la Svizzera tedesca, francese e italiana, impiegando i metodi seguenti: sondaggio e ricerca online, analisi della letteratura nonché interviste individuali e di gruppo.

La prospettiva delle persone sorde e ipoudenti è stata presa in considerazione, in primo luogo, consultando un apposito **comitato di ricerca** e, in secondo luogo, coinvolgendo **due co-ricercatori sordi**. Le aspettative e le conoscenze specialistiche dei committenti dello studio (UFPD e UFSP) sono invece state integrate attraverso lo scambio con un **gruppo di accompagnamento**.

Risultati

Parte 1: Panoramica delle varie offerte in Svizzera

Nell'ambito dello studio sono state individuate 30 offerte disponibili in Svizzera (v. breve descrizione nell'allegato) che dovrebbero consentire alle persone sorde e ipoudenti un accesso all'assistenza sanitaria adeguato alle loro esigenze. Tuttavia, non si può escludere che nel nostro Paese esistano altre offerte, che non sono emerse nel corso della presente indagine.

- **Pochi ospedali** forniscono un ampio ventaglio di offerte e servizi. Tra questi, per esempio, vi sono: un modulo d'ammissione in cui il paziente può indicare le proprie esigenze comunicative; cliniche dotate di personale specializzato in lingua dei segni; un ospedale in cui un'infermiera sorda che comunica in lingua dei segni assicura ampio sostegno, accompagnamento e coordinamento delle cure dei pazienti sordi e ipoudenti.
- **Al di fuori del settore ospedaliero** vi sono alcuni studi medici e specialisti che offrono consulenza, accompagnamento e cure in lingua dei segni nei settori psicoterapia, traumatoterapia, fisioterapia, ergoterapia ecc. Non è noto alcuno studio di medicina di famiglia con un'offerta in lingua dei segni. Un caso eccezionale è rappresentato dall'offerta dell'associazione Boulevard Santé di Losanna, che riunisce in un'unica struttura diverse terapie e offerte ambulatoriali pensate sia per le persone che comunicano in lingua dei segni, sia per quelle audiolese che si esprimono in lingua parlata.
- La mancanza di offerte adeguate è particolarmente marcata nei seguenti settori: **promozione della salute e prevenzione, assistenza psichiatrica e psicoterapeutica stazionaria e medicina di famiglia**.
- Le offerte individuate nell'ambito dello studio sono **distribuite in maniera disomogenea a livello regionale**. In alcuni Cantoni (p. es. Ginevra e Vaud) vi sono più offerte, mentre in altri sembrano quasi inesistenti. La strada per garantire alle persone sorde e ipoudenti in Svizzera facile accesso all'assistenza sanitaria è quindi ancora molto lunga.

Parte 2: Esempi di buone pratiche dai Paesi limitrofi

Esempi di buone pratiche sono stati ricercati e individuati in Germania, Austria, Francia e Italia. Tra gli esempi particolarmente virtuosi si annoverano i **reparti di ammissione e cure per le persone sorde in grandi ospedali francesi** («Unité d'Accueil et de Soins pour les Sourds, UASS»): disponibili in tutte le regioni del Paese, rappresentano la porta d'accesso al sistema sanitario per le persone sorde e

ipoudenti. Un sistema simile è presente in **Austria**, dove negli ospedali di cure generali sono stati istituiti **centri sanitari speciali per persone sorde**, che offrono loro ampio accesso all'assistenza sanitaria e dove il personale è capace di comunicare in lingua dei segni o in altro modo a seconda delle esigenze. In molte regioni d'Italia è offerto un **servizio di video-interpretariato in lingua dei segni** disponibile in qualsiasi momento, anche in caso di emergenze o situazioni impreviste. In Germania, invece, sono state individuate diverse **cliniche per persone con malattie psichiche**, attrezzate per rispondere alle esigenze comunicative delle persone sorde e ipoudenti.

Parte 3: Esperienze delle persone sorde e ipoudenti in relazione al sistema sanitario ed esperienze dei professionisti della salute

Una delle sfide più comuni per le **persone sorde e ipoudenti** riguarda il comportamento inadeguato dei professionisti della salute dovuto alla mancanza di conoscenze e competenze specifiche. Le complesse condizioni quadro del sistema sanitario complicano ulteriormente l'accesso alle cure (p. es. mancanza di tempo, carenza e ricambio di personale, insufficiente scambio di informazioni all'interno di ospedali o studi medici, inadeguatezza dei locali). Vi sono poi barriere o ambiguità quando si tratta di stabilire chi debba farsi carico di una data prestazione e per quale persona, per esempio in relazione all'assicurazione per l'invalidità (AI) e all'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (AVS). Lo studio mostra inoltre che non si tiene sufficientemente conto delle esigenze dei pazienti: per varie ragioni, molte persone sorde e ipoudenti sono male informate o non lo sono abbastanza per poter partecipare alle decisioni. Il diritto all'autodeterminazione non è quindi del tutto garantito. Per le persone che comunicano in lingua dei segni sono infine emersi diversi problemi nell'utilizzo di servizi di interpretariato in lingua dei segni (disponibilità, pianificazione di appuntamenti, pagamento, necessità di condividere informazioni molto sensibili con terzi). Nell'ambito delle cure psichiatriche, psicoterapeutiche e ginecologiche è particolarmente importante che vi sia la possibilità di comunicare in lingua dei segni per consentire il contatto diretto tra paziente e specialista e garantire il rispetto della sfera privata.

I **professionisti della salute** riferiscono di sfide simili nell'ambito dell'assistenza alle persone sorde e ipoudenti (mancanza di conoscenze sulla comunicazione con questi pazienti, mancanza di tempo ecc.), ma menzionano anche fattori supplementari che complicano il loro lavoro. Sempre più spesso, infatti, devono attenersi a standard prestabiliti, che limitano la possibilità di orientarsi alle esigenze individuali e quindi, per esempio, accordare più tempo per una consultazione. Un'altra difficoltà riguarda l'organizzazione della presenza di un interprete in lingua dei segni. Per quanto riguarda le esigenze delle persone sorde e ipoudenti che comunicano in lingua parlata, sono state individuate diverse barriere che rendono difficile in particolare lo scambio diretto. I professionisti della salute evidenziano anche alcune caratteristiche specifiche dei pazienti che, a loro avviso, complicano l'accesso all'assistenza sanitaria, quali la scarsa alfabetizzazione sanitaria, la mancanza di fiducia in sé stessi, l'incertezza in merito ai propri diritti, la difficoltà nell'esprimere in modo chiaro le proprie esigenze comunicative nonché, talvolta, un atteggiamento negativo a priori nei confronti dei professionisti della salute dovuto a esperienze spiacevoli vissute in passato.

Raccomandazioni

Per migliorare la situazione, sulla base dei risultati dello studio, il team di ricercatori e il gruppo di accompagnamento hanno formulato **dieci raccomandazioni (R)** suddivise in quattro categorie e associate a misure concrete (M).

Dotazione e prestazioni di base per tutti i fornitori di prestazioni sanitarie

R1 – Sviluppare un sistema di presa di contatto e prenotazione degli appuntamenti senza barriere

Tutti i fornitori di prestazioni sanitarie (p. es. ospedali, reparti di pronto soccorso, studi ambulatoriali di medicina, psicologia, psicoterapia ecc.) adottano le misure necessarie affinché le persone udienti possano contattarli e prendere appuntamento senza dover telefonare.

- M1: Offrire sistemi online per la prenotazione di appuntamenti senza barriere.
- M2: Offrire la possibilità di comunicare tramite SMS.
- M3: Offrire la possibilità di comunicare tramite e-mail criptate.

R2 – Dotarsi di materiale di supporto e risorse che garantiscano una comunicazione senza barriere

I fornitori di prestazioni sono appositamente formati e dispongono degli strumenti necessari per comprendere le esigenze comunicative individuali delle persone udienti e per adattarsi alle loro capacità linguistiche e comunicative. Applicano inoltre i principi base di comunicazione con le persone udienti (v. p. es. [Communiquer avec les sourds](#) per il francese, [Mit Gehörlosen kommunizieren](#) per il tedesco e [Comunicare con le persone sorde](#) per l'italiano).

- M4: Garantire, come parte della dotazione standard, accesso ad ausili alla comunicazione e a una lista di controllo per identificare le esigenze comunicative dei pazienti nelle strutture mediche.

R3 – Migliorare la gestione dei colloqui con i pazienti in modo da adeguarli alle loro esigenze

Le persone udienti sono sistematicamente coinvolte come attori principali nelle discussioni e nei processi decisionali, sia nelle interazioni con i medici che con gli altri professionisti della salute. Se è necessario l'intervento di terzi, è garantita la confidenzialità. La persona udiente resta l'interlocutrice principale della discussione.

- M5: Adeguare la durata dei colloqui con i pazienti in base alle loro esigenze comunicative e utilizzare eventualmente strumenti ausiliari supplementari (lingua facile, visualizzazione, immagini come p. es. pittogrammi).
- M6: Coinvolgere interpreti in lingua dei segni professionisti.
- M7: Coinvolgere mediatori culturali, se necessario.

R4 – Assicurare la continuità della comunicazione in situazioni particolari

Il personale è sensibilizzato in merito alle difficoltà di comunicazione legate a situazioni particolari (p. es. durante esami medici o in sala operatoria) e può adottare misure per risolverle. Può assicurarsi che gli apparecchi acustici funzionino (p. es. dopo un'operazione) e impiegare mezzi di comunicazione visivi o scritti.

- M8: I fornitori di prestazioni assicurano che il personale sia formato sul funzionamento di apparecchi acustici e impianti cocleari per poter verificare se sono funzionanti e, se necessario, rimmetterli in funzione.
- M9: I fornitori di prestazioni si assicurano che il personale conosca mezzi di comunicazione alternativi e che possa facilmente impiegarli se necessario.

R5 – Promuovere l'accesso a servizi di interpretariato in lingua dei segni e chiarire le responsabilità

Il numero di interpreti in lingua dei segni deve aumentare in tutta la Svizzera e la loro disponibilità deve essere sempre garantita nelle situazioni di emergenza medica. Inoltre, le norme e le disposizioni in materia di responsabilità e finanziamento degli interpreti in lingua dei segni devono essere rese note in tutti i settori del sistema sanitario (incluso il settore ambulatoriale) e anche alle persone audiolese. Infine, l'utilità degli strumenti e delle innovazioni digitali (p. es. il video-interpretariato e il riconoscimento vocale basato sull'IA) è esaminata in relazione alle offerte esistenti, al potenziale futuro e ai rischi associati.

- M10: Gli attori responsabili finanziano con fondi pubblici la formazione di interpreti e lo sviluppo di competenze in lingua dei segni tra i professionisti della salute.
- M11: Istituzione di un servizio di video-interpretariato disponibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7, senza tempo d'attesa (soprattutto per le emergenze).
- M12: Messa a concorso di un progetto di ricerca per verificare il potenziale, i vantaggi e gli svantaggi dello sviluppo di strumenti digitali innovativi da impiegare nell'ambito dell'interpretariato in lingua dei segni.

Sviluppo e implementazione di offerte di formazione e perfezionamento per il personale medico-sanitario

R6 – Promuovere la formazione e il perfezionamento del personale medico-sanitario

La formazione deve essere implementata in tutti i settori medico-sanitari attraverso la collaborazione tra SEFRI, UFSP, dipartimenti cantonali della sanità e della pubblica educazione, scuole professionali, scuole specializzate superiori, scuole universitarie professionali, università, organizzazioni di perfezionamento, associazioni e organizzazioni per persone sorde e ipoudenti e associazioni professionali. Particolare attenzione è data allo sviluppo delle competenze necessarie per la conduzione di colloqui incentrati sul paziente.

- M13: Il tema della comunicazione senza barriere e incentrata sul paziente con le persone sorde e ipoudenti, che tiene conto anche degli aspetti biopsicosociali, è introdotto o eventualmente ampliato nei piani didattici dei cicli di formazione e perfezionamento in ambito medico-sanitario.
- M14: Le offerte di formazione sono proposte regolarmente per ottenere un effetto duraturo.
- M15: Contenuti di sensibilizzazione e perfezionamenti sono offerti a tutto il personale (di tutte le categorie professionali).

Sviluppo di strutture di assistenza specializzate nel rispondere alle esigenze delle persone sorde e ipoudenti

R7 – Sviluppo di unità di cura specializzate per persone sorde e ipoudenti (ammissione, cure di base e triage assistito) negli ospedali universitari e centrali

Gli ospedali universitari e centrali devono disporre di unità di cura (ammissione, cure di base e triage assistito) specializzate nelle esigenze delle persone audiolese. Queste unità o reparti specializzati sono attivi a livello regionale: mantengono i contatti con fornitori di prestazioni ambulatoriali, li formano e li sostengono.

- M16: Gli attori responsabili dell'assistenza sanitaria provvedono affinché gli ospedali universitari e centrali creino o sviluppino unità di cura specializzate sulla base dei modelli di Francia e Austria (v. cap. 2 del rapporto).
- M17: Le unità di cura forniscono consulenza, perfezionamento e supervisione ai fornitori di prestazioni ambulatoriali attivi nella regione.

R8 – Realizzazione e sviluppo di offerte di cure psichiatriche, psicoterapeutiche, ginecologiche e ostetriche nel settore ambulatoriale e stazionario.

Ogni Cantone, eventualmente mediante accordi intercantionali, garantisce alle persone audiolese l'accesso a offerte specialistiche nei settori della psichiatria, della psicoterapia, della ginecologia e dell'ostetricia. Viene resa possibile una comunicazione diretta – ossia senza un mediatore linguistico – tra queste persone e il personale.

- M18: Realizzazione di offerte regionali in psichiatria, psicoterapia, ginecologia e ostetricia con personale che dispone di buone competenze in lingua dei segni.
- M19: Assunzione di personale che dispone di competenze in lingua dei segni presso le cliniche psichiatriche, ginecologiche e ostetriche.

R9 – Sviluppo di strumenti di diagnosi e screening specifici

Strumenti validi e affidabili di screening, diagnosi e garanzia della qualità sono sviluppati tenendo conto delle esigenze comunicative specifiche e della situazione psicosociale delle persone audiolese.

- M20: Promozione e sviluppo della ricerca applicata nella diagnostica per persone sorde e ipoudenti, in particolare nelle società mediche specialistiche, negli ospedali universitari e nelle scuole universitarie professionali.
- M21: Esame, adeguamento e convalida di strumenti internazionali in rapporto alla realtà svizzera.

Misure per migliorare l'alfabetizzazione sanitaria delle persone sorde e ipoudenti

R10 – Rafforzamento dell'alfabetizzazione sanitaria

Gli attori responsabili delle informazioni sanitarie, come l'UFSP, l'UFAS, Promozione Salute Svizzera, i dipartimenti cantonali della sanità, le organizzazioni di persone audiolese, le associazioni professionali, le cliniche universitarie, le scuole universitarie professionali e i fornitori di prestazioni sanitarie, si assicurano che le informazioni sanitarie importanti siano accessibili senza barriere per le persone

audiolese. Le informazioni sanitarie personali (p. es. sullo stato di salute o su esami e trattamenti programmati) sono fornite ai pazienti sordi e ipoudenti in una forma comprensibile e adeguata alle loro esigenze. Lo stesso dicasi per le principali informazioni pubbliche sul sistema sanitario (p. es. sulle strutture di assistenza, le offerte di sostegno, le organizzazioni per persone audiolese, i diritti e i doveri dei pazienti ecc.), per le quali si garantisce un accesso facilitato. Anche le campagne di prevenzione devono essere senza barriere (p. es. impiegando la lingua facile o filmati in lingua dei segni). Le strutture di assistenza collaborano con i servizi che forniscono offerte di sostegno e con le organizzazioni per persone audiolese e, se necessario, indirizzano i pazienti a queste offerte. In linea di principio, tutte le misure adottate per rafforzare l'alfabetizzazione sanitaria di queste persone devono essere sviluppate in un processo partecipativo che coinvolge il gruppo target.

- M22: Le informazioni scritte importanti concernenti la sanità e il sistema sanitario in Svizzera sono tradotte in modo da essere facilmente comprensibili (p. es. impiegando la lingua facile o semplificata) e accompagnate eventualmente da apposite immagini.
- M23: Video nelle tre lingue dei segni svizzere sono realizzati per le campagne di prevenzione e per informare sul funzionamento del sistema sanitario.
- M24: Servizi specializzati per le esigenze delle persone sorde e ipoudenti offrono consulenza e spiegazioni su testi sanitari complessi e specialistici.
- M25: Materiale e misure per rafforzare l'alfabetizzazione sanitaria sono sviluppati in un processo partecipativo che coinvolge le persone audiolese.

Executive summary (English)

Background and aim of the study

Deaf and hard of hearing people face numerous barriers to healthcare. The Swiss Federal Council has also recognised this in its response to parliamentary postulate number 19.3668. For example: health information is difficult to access, health services can only be contacted by telephone and there are communication problems with medical staff. Specialists in the healthcare system are also not enabled to respond sufficiently to the specific needs of deaf and hard of hearing people. These and other barriers make it difficult to provide good quality care and can lead to health risks such as incorrect treatment or delayed therapies. This study investigated how accessible healthcare is for deaf and hard of hearing people in Switzerland. It was commissioned by the Federal Office for the Equality of Persons with Disabilities (EBGB) and the Federal Office of Public Health.

Research questions and methods

The study consisted of three parts, in which various questions were addressed.

Part 1: Insight into the various offers in Switzerland

- What offers and services are available in Switzerland that enable or simplify access to the healthcare system for deaf and hard of hearing people?
- Are there differences between the regions or cantons?
- For which fields of healthcare (e.g. general practitioner, hospitalisation, emergency, psychotherapy) are there offers and services?

Part 2: Good practice in neighbouring countries

- What examples of good practice can be found in neighbouring countries where access to the healthcare system is tailored to the needs of deaf and hard of hearing people?

Part 3: Experiences of deaf and hard of hearing people with the healthcare system and experiences of professionals

- What challenges do deaf and hard of hearing people in Switzerland face in accessing healthcare?
- What strategies and resources do they use?
- What do they need for improved access?
- And: What do professionals in the healthcare system and organisations for deaf and hard of hearing people think about these issues?

All questions were analysed for German-speaking, French-speaking and Italian-speaking Switzerland using the following methods: a search for offers and good practice on online platforms and specialised databases as well as individual and group interviews.

The perspectives of deaf and hard of hearing people were included firstly through a research advisory board and, secondly, through the involvement of two deaf co-researchers. The expectations and expertise of those commissioning the study were incorporated through dialogue with a steering group.

Results

Part 1: Healthcare services in Switzerland

The study identified 30 services in Switzerland that provide deaf and hard of hearing people with customised, needs-based access to healthcare. These services are briefly presented in the appendix of the report. It is possible that other services exist in Switzerland which were not found.

- There is a wide range of offers and services in a few hospitals. These include, for example: an admission form in which patients can indicate their communication needs; clinics with specialists who communicate in sign language; and a hospital where a deaf nurse who uses sign language guarantees comprehensive support, guidance and coordination of care for deaf and hard of hearing patients.
- Outside of the hospital sector, there are a few practices and specialists who offer counselling, support and therapy such as psychotherapy, trauma therapy, physiotherapy and ergotherapy in sign language. No general practitioner practice offering sign language services was identified. An offer in Lausanne is special: in one building (“Boulevard Santé”), there are various outpatient therapies and services suitable for people with hearing impairments, who use sign language as well as spoken language.
- There is a particular lack of suitable services in certain health areas: health promotion and prevention, inpatient psychiatric and psycho-therapeutic services and general medical practice.
- The services found in the study varied from region to region. In some (e.g. the cantons of Geneva and Vaud), the range of services is somewhat better developed, while in other regions there appears to be almost no provision at all. The goal of ensuring that all deaf and hard of hearing people in Switzerland can find easily accessible healthcare is still a long way off.

Part 2: Good practice in neighbouring countries

Good practices were sought and found in Germany, Austria, France and Italy. The reception and treatment departments for the deaf at large hospitals in France (‘Unité d'Accueil et de Soins pour les Sourds, UASS’) can be seen as an example for best practice. They are available in all regions of the country and represent the gateway to the healthcare system for deaf and hard of hearing people. A similar care system has been established in Austria. Special health centres for deaf people have been set up in general hospitals, and they offer comprehensive access to healthcare. Staff can communicate in sign language or in other ways, depending on the patient’s needs. In Italy, many regions offer a video interpreting service in sign language, which is available at all times and can also be used in emergencies and unplanned situations. In Germany, several clinics for people with mental illness are equipped to meet the communication needs of deaf and hard of hearing people.

Part 3: Experiences of deaf and hard of hearing people and professionals

Deaf and hard of hearing people perceive the inadequate behaviour of professionals due to a lack of knowledge and skills as a constant challenge. The difficult conditions in the healthcare system make access even more difficult (e.g. time pressure, staff shortages and turnover, lack of information exchange within hospitals or with general medical practices, unsuitable facilities). There are barriers or a lack of clarity regarding the question of who must pay for which service for which person, e.g. depending on the rationale of the different social insurance programmes). The study also shows that the needs of patients are not sufficiently considered in healthcare: For various reasons, many deaf and hard of hearing people are too little and too poorly informed to be able to participate in shared decision-making. The right to self-determination is therefore insufficiently guaranteed. For people who use sign language, various problems in the use of qualified interpreters also became apparent (availability, scheduling of appointments, payment, need to share very sensitive information with third parties). In psychiatric, psychotherapeutic and gynaecological treatment, a service in sign language is particularly important so that direct contact between patients and treating professionals is possible and complete privacy can be guaranteed.

Healthcare professionals report similar challenges when caring for deaf and hard of hearing patients (e.g. lack of knowledge about communicating with deaf and hard of hearing people, time pressure). They also mention additional factors that make care more difficult. For example, care must increasingly be provided according to predefined standards. As a result, professionals are not able to respond sufficiently to specific needs, such as allowing more time for a face-to-face consultation. Professionals also mention difficulties in organising sign language interpreters. As far as the needs of deaf and hard of hearing people who communicate in spoken language are concerned, various barriers were identified that make direct communication particularly difficult. Professionals also cite personal characteristics of patients that make care more difficult from their point of view: lower health literacy, lack of self-confidence, lack of clarity about their own rights, not providing clear enough instructions regarding their own communication needs and sometimes generally negative attitudes towards healthcare professionals due to bad experiences.

Recommendations

Based on the results of the study, the research team and the steering group jointly formulated ten recommendations (R1 – R10) to improve the situation, which are summarised in four categories.

Basic equipment and basic services for all healthcare providers

R1: Develop barrier-free contact and appointment scheduling

All healthcare providers (e.g. hospitals including emergency; outpatient medical, psychology, physiotherapy practices) make the necessary arrangements enabling deaf and hard of hearing people to contact them and make an appointment without calling by phone.

- M1: Provide accessible online reservation systems for making appointments.
- M2: Offer communication via SMS.

- M3: Offer communication via encrypted e-mail.

R2: Provide support materials and resources for accessible communication

Service providers are empowered to do so and are equipped with the necessary tools to enquire about the individual communication needs of deaf and hard of hearing people and to be able to adapt to the individual language skills and communication abilities of this group of patients. They apply the basic principles of communication with deaf and hard of hearing people.

- M4: Communication aids and a checklist for assessing communication needs are available as standard equipment in medical facilities.

R3: Improve communication with a focus on patient-centred care

Deaf and hard of hearing people are systematically included as key stakeholders in discussion and decision-making, both in interactions with physicians and in those with other healthcare professionals. If third parties are involved, confidentiality is guaranteed. The person with a hearing impairment remains the main addressee in the conversation.

- M5: Adapt the duration of the consultation to the communicative needs and, if necessary, include additional aids (simple language, visualisations, images such as pictograms).
- M6: Involvement of professional sign language interpreters.
- M7: Inclusion of cultural mediation, if necessary.

R4: Maintain communication in special situations

Staff are sensitised to communication difficulties associated with special situations (e.g. during examinations or in the operating theatre). They can take measures to deal with this. They can ensure that hearing aids are in working order (e.g. after an operation) and use visual or written means of communication.

- M8: Service providers ensure that staff are trained in the functioning of hearing aids and cochlear implants and can recognise whether they are functional or how function can be restored.
- M9: Service providers ensure that staff are familiarised with alternative communication tools and have them to hand if necessary.

R5: Promote access to sign language interpreting services and clarify responsibilities

The number of interpreters is increased for the whole of Switzerland. The availability of interpreters in medical emergency situations is guaranteed at all times. Rules and regulations regarding the responsibility and funding of sign language interpreters are publicised in all sectors of the healthcare system (including the outpatient sector) and also among sign language users. The usefulness of digital tools and innovations (e.g. video interpreting, AI language recognition) is assessed in terms of existing services, future potential and associated risks.

- M10: The responsible stakeholders promote the training of interpreters and sign language skills among healthcare professionals with public funding.
- M11: Establishment of a video interpreting service available at all times (24 hours a day, 7 days a week) without a waiting period (especially for emergencies).
- M12: Call for proposals for a research project to examine the potential, advantages and disadvantages of developing innovative digital tools in connection with sign language interpreting.

Development and implementation of training and continuing education programmes for healthcare personnel

R6: Promote the training and continuing education of healthcare personnel

Training is implemented in all areas of education in the health sector through cooperation between all relevant actors in the education and health systems, as well as organisations for deaf and hard of hearing people. Particular attention is paid to developing competence for patient-centred communication.

- M13: The topic of accessible and patient-centred communication with deaf and hard of hearing people, taking into account biopsychosocial aspects, is introduced or expanded in the curricula of training and further education courses in the health sector.
- M14: The training courses are conducted regularly to achieve a sustainable effect.
- M15: Awareness-raising content and further training are offered to all staff (all professional groups).

Development of care structures that are specialised for the needs of deaf and hard of hearing persons

R7: Development of specialised treatment units for deaf and hard of hearing persons (reception, basic care and accompanied triage) at university and district general hospital

These hospitals have a specialised treatment unit (reception, primary care and accompanied triage) that is set up to meet the needs of people with hearing disabilities. These specialised units or departments are active in regional primary care by networking with outpatient service providers, training and supporting them.

- M16: The actors responsible for care ensure that university and district general hospitals establish or further develop specialised treatment units based on the French and Austrian models (see chapter 2 of the report).
- M17: These treatment units provide advice, training and supervision for the staff of outpatient service providers in the region.

R8: Develop and expand the range of psychiatric, psychotherapeutic, gynaecological and obstetric care in both outpatient and inpatient settings

Each canton, possibly within the framework of intercantonal agreements, ensures that access to specialised services in the field of psychiatry and psychotherapy as well as gynaecology and obstetrics for deaf or hard of hearing patients is guaranteed. Direct communication, i.e. without an interpreter, is to be facilitated between people with hearing impairments and staff.

- M18: Creation of regional services for psychiatry, psychotherapy and gynaecology/obstetrics with staff who have good sign language skills.
- M19: Employment of staff with sign language skills in psychiatric and gynaecological or obstetric clinics.

R9: Development of specific diagnostic and screening tools

Valid and reliable screening and diagnostic tools as well as instruments for measuring the quality of treatment and patient satisfaction are developed taking into account the specific communication needs and psychosocial situation of people with hearing disabilities.

- M20: Promotion and expansion of applied research in diagnostics for deaf and hard of hearing individuals, particularly in medical professional associations, university hospitals and universities of applied sciences.
- M21: Testing, adaptation, and validation of international instruments for the situation in Switzerland.

Measures to improve the health literacy of deaf and hard of hearing individuals

R10: Strengthening health literacy

The stakeholders responsible for health information, such as the Swiss Federal Office of Public Health, Swiss Federal Office of Social Insurance, Health Promotion Switzerland, cantonal health departments, organisations of people with hearing loss, professional associations, universities and universities of applied sciences as well as healthcare providers, ensure that important health information for people with hearing loss is accessible. Personal health information (e.g. on health status, planned examinations and treatments) is made available to deaf and hard of hearing patients in a way that is tailored to their needs and easy for them to understand. Key public information on the healthcare system (e.g. on care structures, support services, organisations for people with hearing impairments, rights and obligations as a patient) is made accessible to people with hearing impairments. Prevention campaigns should also be offered in accessible formats (e.g. in Plain Language and in sign language films). All measures to strengthen the health literacy of people with hearing impairments should be developed in a participatory process with them.

- M22: Important written information on topics related to health and the Swiss healthcare system is translated into an easy-to-understand language (e.g. Easy or Plain Language) and, if necessary, supplemented with appropriate images.
- M23: Videos in Switzerland's three sign languages are created for prevention campaigns and to provide information on how the healthcare system works.

- M24: Services specialising in the needs of deaf and hard of hearing people offer advice and explanations on complex or technical texts related to health issues.
- M25: Materials and measures to strengthen health literacy are developed in a participatory process involving people with hearing impairments.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Das Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (EBGB) hat zusammen mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Nachgang zum Bericht des Bundesrats zum Po. 19.3886 «Möglichkeiten der rechtlichen Anerkennung der Schweizer Gebärdensprachen» ein Mandat ausgeschrieben, um untersuchen zu lassen, wie der Zugang zur Gesundheitsversorgung für gehörlose Menschen und Menschen mit Hörbehinderungen in der Schweiz gewährleistet ist und welche Empfehlungen zur Verbesserung sich daraus ableiten lassen. Der Handlungsbedarf leitet sich insbesondere aus den Erfahrungen der Gehörlosen-Community im Umgang mit dem Gesundheitssystem ab (Chastonay et al., 2018). Zusätzlich weisen epidemiologische Befunde auf schlechtere Gesundheitschancen und eine geringere Gesundheitskompetenz⁷ dieser Bevölkerungsgruppe hin (Emond et al., 2015; Fellingner et al., 2012; Höglinger et al., 2022; Margellos-Anast et al., 2006). Dazu kommen ethische Grundsätze und rechtliche Rahmenbedingungen⁸, die dazu verpflichten, sich für Chancengleichheit in der Gesundheit aller einzusetzen.

Vorbemerkung zur verwendeten Terminologie in diesem Bericht

Zur Bezeichnung der Personengruppe, die hier im Fokus stehen, nutzen wir prioritär «gehörlose und schwerhörige Personen». Diese Bezeichnung wird vielfach von den Selbstvertreter:innen und ihren Verbänden genutzt. Die Gruppe 'gehörlose und schwerhörige Personen' umfasst Menschen mit unterschiedlichen Graden von Hörverlust, der die unterschiedlichen sprachlichen Präferenzen, Kompetenzen der Personen sowie Identitäten nicht determiniert. Im Bericht nutzen wir auch den Oberbegriff «Menschen mit Hörbehinderung» (MmH), wobei Behinderung in Anlehnung an die UN-BRK (Art. 1) verstanden wird¹. Inwiefern unterschiedliche Hörbeeinträchtigungen das alltägliche Leben und die Teilhabe beeinflussen, hängt grundlegend von den Umweltfaktoren ab. Entstehen durch die soziale oder physikalische Umwelt Barrieren für die Personen, entsteht als Wechselwirkung eine Behinderung. Hörbehinderung wird in dem Sinn als Ausdruck eines systemischen Geschehens verstanden.

Die Gruppe der Menschen mit Hörbehinderungen (MmH) ist heterogen, was die Ursache der Beeinträchtigung, die subjektive Wahrnehmung, die Folgen und Bewältigungsstrategien angeht. Während Menschen mit Schwerhörigkeit, die sich erst im Verlauf des Lebens entwickelt, die deutsche

⁷ Unter Gesundheitskompetenz verstehen wir in diesem Bericht ein Bündel von Kompetenzen, um proaktiv mit gesundheitsbezogenen Informationen, Dienstleistungen und Herausforderungen umzugehen. Dadurch werden Menschen befähigt, sich um die Gesundheit und das Wohlbefinden von sich und von anderen zu kümmern (vgl. De Gani et al., 2023).

⁸ U. a. Allg. Erklärung der Menschenrechte, Art. 1; Verfassung der WHO, 1946; Bundesverfassung, Art. 2, Abs. 2 und UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) (2014)

Laut- und vor allem auch die Schriftsprache erworben haben und oft mittels Hörgeräten die funktionalen Einschränkungen des Hörens mindern können, sehen sich viele Menschen mit angeborener oder prälingualer Entwicklung einer Hörschädigung in einer gänzlich anderen Lage. Diese Ausgangslage hat schwerwiegende Folgen für den Erwerb der Laut- und der Schriftsprache. Die Kinder mit starker Hörschädigung haben keinen ungehinderten und direkten Zugang zur Lautsprache. Sie nehmen die Lautsprache visuell wahr, sie sehen die Lippenbewegungen und die Mimik. Dieser visuelle Input reicht aber nicht, um die Lautsprache auf natürliche Art und Weise zu erwerben. Gehörlose müssen sich die Lautsprache in einem formellen Prozess erschliessen: Sie lernen Laute zu artikulieren, welche sie nicht hören, und sie lernen ein Schriftsprachsystem, ohne eine Verbindung zwischen den Buchstaben und den Lauten der gesprochenen machen zu können. Die Gebärdensprache hingegen können Gehörlose ungehindert und natürlich erwerben. Diese ist eine vollwertige und natürliche Sprache. Bei Gehörlosen, die heute im 3. und 4. Lebensalter sind, wurde dieser frühe Zugang nicht ermöglicht, denn die Gebärdensprache war sogar an den Gehörlosenschulen in der Schweiz bis in die 80er Jahre verboten. Aufgrund dieser Erfahrungen und des oralistischen Modells der damaligen Internate und Gehörlosenschulen (siehe Hesse et al., 2020) sind viele ältere Gehörlose stark lautsprachlich orientiert, obwohl sie auch mit Gebärden kommunizieren. Von vielen gehörlosen Personen im 1. und 2. Lebensalter hingegen wird Gehörlosigkeit weniger als Einschränkung verstanden, denn als identitätsstiftendes Merkmal, wobei die Gebärdensprache (GS) als Sprache der Gehörlosengemeinschaft die Grundlage ihrer Soziokultur darstellt (Chastonay et al., 2018). Sie bezeichnen sich als Gehörlos (wie *Deaf* mit Grossschreibung), um ihr Zugehörigkeitsgefühl zu dieser Gemeinschaft zu signalisieren.

Die Schwierigkeit, die lokal gesprochene Sprache zu erlernen sowie die Ausrichtung der Schulbildung auf Hörende führen dazu, dass für viele Gehörlose die Chancen auf eine gute Schulbildung und berufliche Karriere eingeschränkt sind (z. B. Piérart, Geneviève & Rossier, Amélie, 2020). In der Verbreitung von Hörbehinderung zeigt sich auch in der Schweiz ein **deutlicher sozialer Gradient** im Zusammenhang mit Schulbildung, Einkommen und beruflicher Position sowie auch Unterschiede je nach Migrationshintergrund (Höglinger et al., 2022). Menschen mit Hörbehinderungen weisen insgesamt ein tieferes Wohlbefinden, ein erhöhtes Risiko für psychische Störungen, chronische somatische Erkrankungen (Diabetes, Herz-Kreislaufkrankheiten) und Krankheitsrisiken (Bluthochdruck, Adipositas, erhöhtes Cholesterin) auf (u. a. Emond et al., 2015; Fellingner et al., 2012; Höglinger et al., 2022). Der **Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung** ist ein Grundrecht für alle, ungeachtet von Geschlecht, Alter, Ethnie, Behinderung oder geschlechtlicher Identität. Dies ist aber für Menschen mit Behinderungen oft nicht in gleichem Masse und in gleicher Qualität gegeben (World Health Organization, 2015).

Die Gesundheitsversorgungsforschung postuliert, dass folgende Kriterien gegeben sein müssen, damit eine qualitativ hochstehende Versorgung für alle gegeben ist (Tanahashi, 1978):

1. «Availability coverage»: bedarfsgerechtes Vorhandensein der notwendigen Ressourcen (qualifiziertes Personal, Medikamente, Dolmetscherdienste, etc.);
2. «Accessibility coverage»: Zugänglichkeit dieser Ressourcen in Bezug auf die finanziellen Möglichkeiten, die mobilitätsbezogene Distanz und Barrierefreiheit des Zugangs;

3. «Acceptability coverage»: Akzeptanz des Angebots in Bezug auf soziokulturelle und religiöse Bedürfnisse, die soziale Lage, etc.;
4. «Contact coverage»: Tatsächliche Nutzung des Angebots;
5. «Effectiveness coverage»: Wirksame Interventionen des Gesundheitssystems.

Dieses Modell stellt die Frage ins Zentrum, welche Bedingungen gegeben sein müssen, damit die gesamte Bevölkerung eine qualitativ hochstehende und wirksame Gesundheitsversorgung erhält. Dies ist erst dann gegeben, wenn das Angebot bedarfsgerecht in ausreichender Menge vorhanden, erreichbar und barrierefrei zugänglich, akzeptabel und frei von Diskriminierung ist, tatsächlich genutzt wird und die Interventionen schliesslich für alle Personen in gleichem Ausmass wirksam sind. Insbesondere bei Patienten und Patientinnen mit chronischen Krankheiten kann nur dann eine optimale Wirkung erzielt werden, wenn eine **patientenzentrierte Behandlung** angeboten wird. Ein guter Umgang mit chronischen Krankheiten (z. B. Diabetes) kann nur gelingen, wenn die Patienten und Patientinnen als handelnde Subjekte verstanden werden, die in ihrem Alltag mit der Krankheit umgehen müssen. Dies kann nur auf Basis einer Kommunikationskultur auf Augenhöhe erreicht werden, wobei die erkrankten Personen als Experten und Expertinnen ihrer alltäglichen Krankheitsbewältigung wahrgenommen werden (Bachmann, 2015).

Bisherige Studien zum **Zugang von gehörlosen Menschen (insbesondere von Menschen, die in GS kommunizieren) zur Gesundheitsversorgung** zeigen eine ganze Reihe von Schwierigkeiten und Barrieren auf: u. a. mangelnder Zugang zu schriftlichen und mündlichen Gesundheitsinformationen (z. B. Inhalte von Präventionskampagnen), technische Barrieren (z. B. bei der Vereinbarung von Terminen), Kommunikationsprobleme bei der Interaktion mit Ärzten und Ärztinnen und Pflegefachpersonen, Nichteinhalten des Rechts auf Privatsphäre und Selbstbestimmung, wenn beispielsweise bei ärztlichen Gesprächen eine angehörige Person als Dolmetschende oder Stellvertretende fungieren muss. Viele gehörlose Menschen sehen sich vor dem Problem, dass die Kommunikation mit der Kultur der Hörenden und damit auch dem Gesundheitsversorgungssystem erschwert ist. Fachleute des Gesundheitssystems sind nicht in ausreichendem Masse sensibilisiert, informiert oder kompetent, um adäquat auf die Bedürfnisse der gehörlosen Menschen eingehen zu können (Binggeli & Hohenstein, 2020; Girard-Groeber, 2022). Es ist anzunehmen, dass innerhalb dieser Kontextbedingungen eine patientenzentrierte, qualitativ hochstehende Versorgung nicht, oder nur eingeschränkt, realisierbar ist. Diese Barrieren können zu einer verminderten Gesundheitskompetenz, zu Unter- und Fehlbehandlungen sowie verspäteten Behandlungen führen (Chastonay et al., 2018).

Internationale und nationale Forschung (z. B. unser eigenes Forschungsprojekt «Social Inequalities and Hospitalisations in Switzerland, SIHOS»; vgl. Bayer-Oglesby et al., 2023) zeigen ausserdem, dass sozial benachteiligte Personen oder Menschen mit sprachlichen Barrieren deutlich mehr Schwierigkeiten haben, sich innerhalb des Gesundheitssystems Gehör zu verschaffen und dies oft zu einer schlechteren Qualität der Versorgung führt (Bayer-Oglesby et al., 2023; Piérart, Geneviève et al., 2023). Insbesondere **sozial benachteiligte gehörlose Menschen** sind deshalb in einer mehrfach vulnerablen Lage, was ihre Chancen auf eine gute Gesundheit angeht. Sie sind (1) aufgrund der tiefen sozialen Position einem deutlich erhöhten Krankheitsrisiko ausgesetzt und haben (2), ebenfalls aufgrund der tiefen sozialen Position sowie (3) von Kommunikationsbarrieren, einen erschwerten Zugang zu einer adäquaten, patientenzentrierten und qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung.

1.2 Zielsetzungen und Fragestellungen

Das Ziel dieses Mandats wird von EBGB und BAG folgendermassen festgelegt: Es soll eine Situationsanalyse (IST-Zustand) und eine Bedarfsanalyse (SOLL-Zustand) zum bedarfsgerechten Zugang zur Gesundheitsversorgung von MmH unter Berücksichtigung der Sicht der Betroffenen, vorgenommen werden und zusammen mit der Projektbegleitung die Erkenntnisse der Studie diskutiert und verwertet werden. Was die Adressat:innen der Studie angeht, liegt die Priorität des Mandats⁹ bei Menschen, die sich als Mitglieder der Gehörlosen-Community verstehen und die Gebärdensprache als Erstsprache verwenden. Ausserdem sollen auch MmH einbezogen werden, die sich nicht mit Gebärdensprache (GS) ausdrücken sowie Eltern mit Hörbehinderungen, wobei die Frage im Vordergrund steht, wie sie in ihrer Rolle und Verantwortung als Eltern vom Gesundheitssystem einbezogen und berücksichtigt werden. Im Hinblick auf die begrenzten Ressourcen des Mandats, wird die Problematik von Menschen mit altersbedingter Hörbehinderung (HB) in dieser Studie mit geringer Priorität behandelt. Die Problematik der Dolmetschfinanzierung stand ebenfalls nicht im Zentrum der Fragestellung.

1.3 Aufbau der Studie

Die Forschungsstudie gliedert sich in drei Arbeitspakete, die folgenden Fragestellungen nachgehen:

- **Arbeitspaket 1 (AP1): Welche Palette an unterschiedlichen Angeboten und Dienstleistungen** für gehörlose und schwerhörige Menschen, die den Zugang dieser Bevölkerungsgruppe zum Gesundheitssystem ermöglichen oder vereinfachen, lassen sich heute in der Schweiz finden? Zeigen sich dabei Unterschiede zwischen den Regionen? Für welche Bereiche der Gesundheitsversorgung gibt es Angebote und Dienstleistungen und wie gut sind diese ausgebaut?
- **Arbeitspaket 2 (AP2): Welche Beispiele Guter Praxis** bei der Förderung der Zugänglichkeit von MmH zum Gesundheitssystem lassen sich in den Nachbarsländern der Schweiz finden?
- **Arbeitspaket 3 (AP3): Welche Erfahrungen machen gehörlose und schwerhörige Menschen in der Schweiz im Zusammenhang mit dem Zugang zur Gesundheitsversorgung?** Mit welchen Problemen und Herausforderungen sehen sie sich konfrontiert? Welche Strategien und Ressourcen wenden sie an und was sind ihre Bedürfnisse für eine Verbesserung der Problematik? Und: wie sehen **Fachpersonen** des Gesundheitssystems und von Organisationen für gehörlose und schwerhörige Menschen diese Themen?

1.4 Organisation der Forschungsstudie und ethische Qualität

Um die Perspektive der MmH auf Fragestellungen und Methodik einzubeziehen und die Relevanz der Studie für dieselbe zu gewährleisten, wird dieses Forschungsprojekt **partizipativ** (Beratung und Mitbestimmung in verschiedenen Stufen des Projektprozesses) durchgeführt. Zu diesem Zweck

⁹ Telefonische Auskunft von Dr. phil. Urs Germann, EBGB

wurden einerseits zwei gehörlose **Co-Forschende** in einzelne Schritte des Forschungsprojekts einbezogen und andererseits ein **Forschungsbeirat** einberufen, in dem MmH (Gebärdende und nicht gebärdende Personen), eine Vertretung aus dem Schweizerischen Gehörlosenbund SGB-FSS, eine Vertretung des Verbands der Schwerhörigen sowie Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Grundversorgung und stationärer Bereich) einbezogen sind. Die teilnehmenden Personen werden für ihre Mitarbeit entlohnt. Ausserdem wurden die Erwartungen und Expertise der Auftraggeberinnen (EBGB, BAG) eingebunden, indem eine **Begleitgruppe** eingesetzt wurde, die sich im Verlauf der Studie mehrmals ausgetauscht hat.

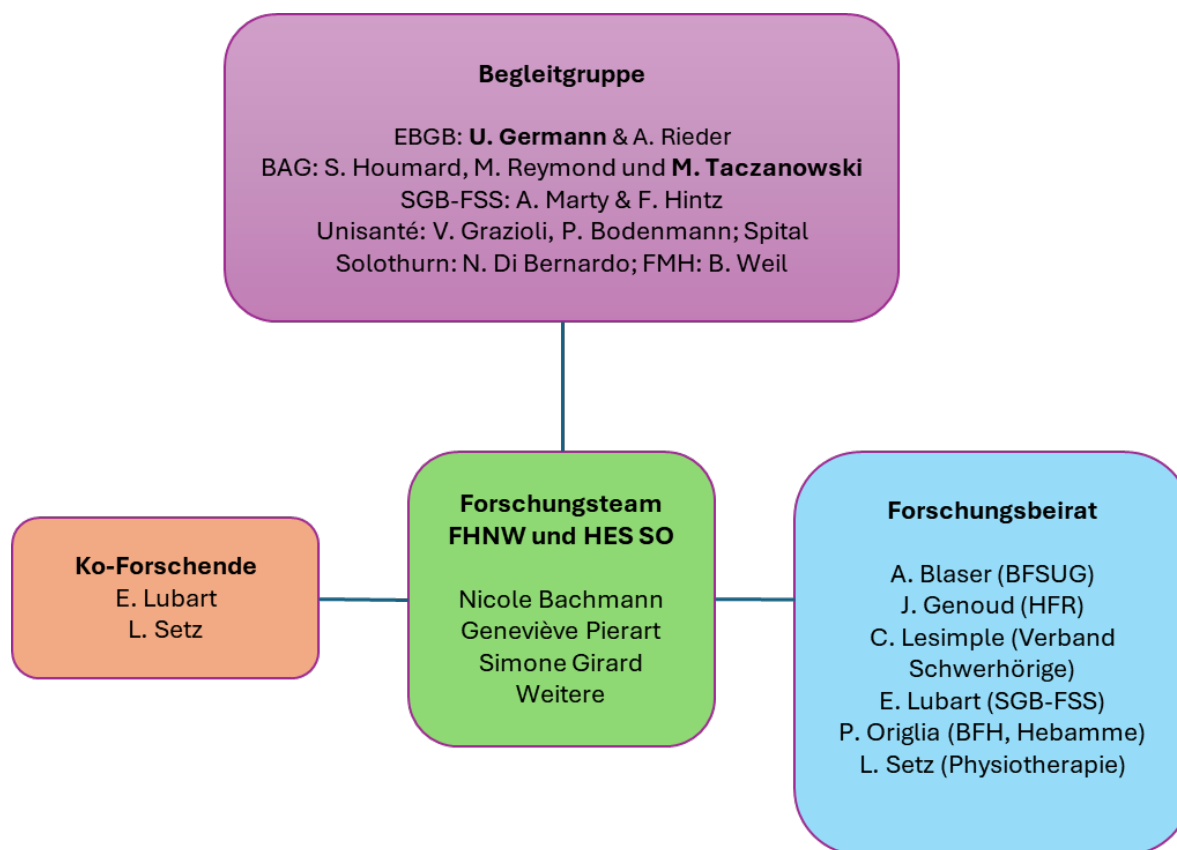


Abbildung 1: Organigramm der Forschungsstudie

Die Studie wird in allen drei Sprachregionen durchgeführt werden und sprachregionale Unterschiede werden berücksichtigt. Zu diesem Zweck wird die Studie in Kooperation zwischen der FHNW und der HES-SO durchgeführt, wobei letztere einen Mitarbeitenden aus dem Tessin in dieses Projekt einbezogen hat. Bei dieser Forschungsstudie stellten sich eine Reihe ethischer Fragen, die besondere Aufmerksamkeit verlangten, u. a. auch, da es sich um eine partizipative Forschungsstudie handelt und u. a. auch gesundheitliche Themen angesprochen wurden. Die **ethische Qualität** der Vorgehensweise wurde deshalb durch die Verantwortliche für Forschungsethik und Datenschutz der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW geprüft.

2 Arbeitspaket 1: Palette der Angebote in der Schweiz

2.1 Zielsetzung und Methodik

Ziel des Arbeitspakets 1 (AP1) war es, einen **Einblick in die Palette an unterschiedlichen Angeboten und Dienstleistungen** für gehörlose und schwerhörige Menschen zu erhalten, die den Zugang dieser Bevölkerungsgruppe zum Gesundheitssystem ermöglichen oder vereinfachen. Diese Angebote beziehen sich auf die verschiedenen Leistungsbereiche und Disziplinen des Gesundheitssystems in den drei Sprachregionen der Schweiz.

Zu diesem Zweck wurde eine **Online-Umfrage** an Institutionen, Organisationen und Verbände des Gesundheits- und Sozialsystems versendet (z. B. Swiss Health Network for Equity, Bundesamt für Gesundheit (BAG), Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV), Gesundheitsdirektoren-Konferenz (GDK), Gesundheitsförderung Schweiz, Curaviva, Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), physioswiss, Notfallpflege Schweiz) sowie an Verbände, Fachstellen und Kompetenzzentren im Bereich der Gehörlosigkeit und Schwerhörigkeit (z. B. Association suisse pour le Langage Parlé Complété (ALPC), Lausanne; Geschäftsstelle Zürich des Schweizerischen Gehörlosenbundes (SGB-FSS), Interessengemeinschaft Gehörlose und Hörbehinderte IGGH Bern, Anlaufstelle für Menschen mit Schwerhörigkeit Pro Audito). Ergänzend dazu wurde eine **Recherche auf Online-Plattformen** von wichtigen öffentlichen und privaten Institutionen, Verbänden und Organisationen durchgeführt.

In der **Online-Umfrage** wurden die Fachpersonen gebeten, ihnen bekannte Angebote und Dienstleistungen, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung für Menschen mit Hörbehinderungen erleichtern und verbessern, im Fragebogen zu erfassen. Es handelt sich dabei um Angebote wie z. B. Einbezug von gehörlosen oder bilingualen Fachpersonen des Gesundheitswesens, GS-Dolmetscherdienste, Unterstützung durch kulturvermittelnde Personen, Beratungsangebote für Fachpersonen, Beratungsangebote für Betroffene, technische und digitale Lösungen, Informationen in leicht verständlicher oder Leichter Sprache und bauliche Massnahmen wie auch Leitlinien für Gute Praxis. Leistungsbereiche, die im AP1 berücksichtigt wurden, sind die Gesundheitsförderung und Prävention, stationäre und ambulante Akutbehandlung (Grundversorgung, spezialisierte Versorgung) sowie Rehabilitation, Langzeitpflege und Palliative Care. Es wurde nach Angeboten in unterschiedlichen Disziplinen im Gesundheitssystem gesucht wie Medizin, Pflege, Psychiatrie oder Psychotherapie, Physiotherapie, Spitex sowie in der Hebammenversorgung.

Um die Ergebnisse des AP1 richtig interpretieren zu können, ist es wichtig zu beachten, dass

- es nicht das Ziel dieser Erhebung war, ein vollständiges Inventar der heute in der Schweiz vorhandenen Angebote zu erfassen;
- mit dieser Vorgehensweise auch nicht erhoben wurde, wie gross der Anteil der Fachpersonen oder der Mitglieder der Gehörlosen-Community ist, die ein solches Angebot kennen respektive kein solches Angebot kennen.

Diesen beiden Fragestellungen müsste mit weiteren Forschungsstudien nachgegangen werden.

Der Online-Fragebogen wurde in Deutsch, Französisch und Italienisch mit dem Programm EFS (Tivian) erstellt und mit einem Informationsschreiben per E-Mail an die Verantwortlichen der Organisationen (Leitung Geschäftsstellen, Kontaktpersonen für MmH, etc.) versandt. Zwei Wochen nach dem Versand erfolgte ein Reminder. Der Fragebogen wurde nicht als Gebärdensprach-Video angeboten, da davon ausgegangen wurde, dass für die Angesprochenen, welche in Fach- und Geschäftsstellen tätig sind, die schriftliche Version zugänglich sein sollte¹⁰. Eine direkte Erhebung bei der Zielgruppe selbst war nicht vorgesehen. Eine solche Erhebung der Kenntnis von Angeboten und Dienstleistungen des Gesundheitssystems bei den Menschen mit Hörbehinderungen selbst wäre erstrebenswert und müsste im Rahmen einer weiteren Studie durchgeführt werden. Eine vollständige Liste der Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie der Organisationen für gehörlose und schwerhörige Menschen, die auf diesem Weg kontaktiert wurden, befindet sich im Anhang.

Auf den Fragebogen wurde insgesamt **723 Mal zugegriffen**. Es kann sich dabei um mehrmalige Zugriffe beim Ausfüllen desselben Fragebogens handeln oder auch um den Zugriff von Personen, die den Fragebogen konsultiert und festgestellt haben, dass ihnen kein entsprechendes Angebot bekannt ist. Obwohl die Umfrage, wie oben erwähnt, nicht zum Ziel hatte zu erfassen, wie gross der Anteil der Befragten ist, der ein Angebot kennt (und dies demnach im Fragebogen auch nicht erfragt wurde) haben 20 Personen dennoch in den offenen Antwortmöglichkeiten angemerkt, dass sie kein solches Angebot in der Schweiz kennen würden. **49 Fragebogen wurden ausgefüllt**. Die Einträge wurden zunächst auf Mehrfachmeldungen desselben Angebots kontrolliert und bereinigt. Dann wurden die Angebote gesichtet und entsprechend der im Folgenden aufgeführten Kriterien ein- oder ausgeschlossen. Das gleiche Vorgehen wurde bei den Ergebnissen der Recherche auf Online-Plattformen durchgeführt.

Kriterien zum Einschluss:

- Angebot des Gesundheitssystems (öffentliche und private Anbieter);
- Angebot, um den Zugang zum Gesundheitssystem spezifisch für MmH zu ermöglichen oder zu vereinfachen;
- Angebot zur Weiterbildung und Sensibilisierung für Gesundheitsfachpersonen;

Kriterien zum Ausschluss:

- Das Angebot bezieht sich nicht auf den Zugang zum Gesundheitssystem;
- Es handelt sich um die Gesundheitsversorgung innerhalb eines Heims für Menschen mit verschiedenen Formen von Behinderungen ohne Angebot für Personen, die ausserhalb des Heims wohnen;
- Angebot ausschliesslich zum psychosozialen Austausch (Verein, Geselligkeit);
- Erkennen und Behandlung von Hörschädigung ohne besondere Berücksichtigung der Zugänglichkeit für MmH;
- Bereits abgeschlossene Angebote (z. B. Angebot während der Covid-19-Pandemie).

¹⁰ Einige angeschriebene Organisationen und Verbände für MmH haben den Fragebogen an ihre Mitglieder weitergeleitet, welche daraufhin kritisierten, dass der Fragebogen nur in Schriftform und nicht in Gebärdensprache angeboten wurde. Die Studienverantwortlichen bedauern das Missverständnis.

Die detaillierten Angaben zur Suchstrategie (Suchbegriffe, Online-Plattformen, Anzahl Treffer, etc.) finden sich im Anhang.

2.2 Ergebnisse

Entsprechend den angewendeten Ein- und Ausschlusskriterien wurden insgesamt **30 Angebote und Dienstleistungen identifiziert**, welche einen Einblick in die Palette an Angeboten in der Schweiz geben können (vgl. Tabelle 1).

Angebote nach Sprachraum:	Anzahl
Deutschschweiz	16
französischsprachige Schweiz	12
italienischsprachige Schweiz	2
Total	30

Tabelle 1a: Anzahl der identifizierten Angebote und Dienstleistungen nach Sprachraum des Angebots

Angebote nach Versorgungsbereich:	Anzahl
ambulante Grundversorgung	16
Spitalversorgung	6
Gesundheitsförderung und Prävention	2
Weiterbildung, Sensibilisierung für Gesundheitsfachpersonen	6
Total	30

Tabelle 1b: Anzahl der identifizierten Angebote und Dienstleistungen nach Versorgungsbereich des Angebots

Identifiziert wurde einerseits eine breite Palette an Angeboten innerhalb von **Akutspitälern**, die mehr oder weniger umfassend sind. Es handelt sich dabei u. a. um die Vorbereitung eines Spitaleintritts mittels eines speziellen Formulars, wobei die spezifischen Kommunikationsbedürfnisse von MmH erfasst werden, das ehrenamtliche GS-Dolmetschen für Spitalpatienten und -patientinnen, spezifische Kliniken mit in GS-kommunizierenden Fachpersonen wie eine ambulante zahnmedizinische Klinik (Klinik für Allgemein-, Behinderten- und Seniorenzahnmedizin im Zentrum für Zahnmedizin der Universität Zürich) oder eine gynäkologische Klinik am Universitätsspital Kanton Waadt (Centre hospitalier universitaire vaudois, CHUV), in der ein umfassendes Angebot für gebärende MmH realisiert wurde (Untersuchungen, Behandlungen, Prävention in GS), inklusive technischer und digitaler Tools, barrierefreier Anmeldung, Informationen in Leichter Sprache, GS-Videos, Behandlungsleitfäden, etc. Am stärksten ausgebaut scheint das Angebot im Genfer Universitätsspital (Hôpitaux Universitaires de Genève, HUG), das u. a. folgende Leistungen anbietet: In GS kommunizierende Pflegefachfrau sorgt für Patientenversorgung inklusive Empfang, Unterstützung, Erschliessung von Ressourcen, Sicherung der Zugänglichkeit der Information nach W3C-Normen¹¹ und Koordination der Pflege; Angebot einer Pflegefachkonsultation in Gebärdensprache; Begleitung zu

¹¹ Normen des World Wide Web Consortium (W3C) in Bezug auf die Programmierung der Inhalte auf dem Internet (WWW).

Konsultationen; Nachsorge von gehörlosen und schwerhörigen Krankenhauspatienten; Einbezug einer gehörlosen, zweisprachigen Fachkraft. Ausserdem wird eine Sensibilisierungsschulung für Gehörlosigkeit und Hörverlust für Fachkräfte des HUG angeboten.

Ausserhalb des Spitalsektors wurden einerseits einzelne Angebote in den Bereichen Physiotherapie, Psychotherapie, Traumatherapie, psychosoziale Beratung und Begleitung gemeldet, die von Fachpersonen in GS angeboten werden. Seltener finden sich Angebote, die auch für die Bedürfnisse von lautsprachlich kommunizierenden MmH eingerichtet sind (z. B. Beratung für Schwerhörige und Gehörlose, BFSUG Bern, die Unterstützung bei psychischen und sozialen Belastungen anbietet).

Im Rahmen dieser Studie wurde uns ein **Zentrum gemeldet, das verschiedene ambulante Angebote in einem Haus** anbietet (Boulevard Santé in Lausanne). Sie bieten Dienstleistungen u. a. im Bereich Psychotherapie, Physiotherapie, sexuelle Gesundheit, Krankenpflege, Logopädie, Ergotherapie, Massagetherapie, Rehabilitation, Langzeitpflege, bio-psychosoziale Unterstützung sowie Gesundheitsförderung und Prävention an. Es handelt sich um ein Zentrum für Menschen, die in GS kommunizieren, aber auch für lautsprachlich kommunizierende MmH.

Es wurden insgesamt nur sehr wenige Angebote im Bereich **Gesundheitsförderung und Prävention** gemeldet oder erfasst (z. B. der «Bärner Xundheitstag» in Gebärdensprache der Berner Gesundheit oder eine Serie von Filmen auf YouTube in Gebärdensprache zur Prävention von sexuellem Missbrauch des Vereins «dans ton slip», erschienen bei RTS Suisse). Sechs Angebote im Zusammenhang mit **Weiterbildung für Gesundheitsfachleute** wurden identifiziert, davon drei in der Deutschschweiz, zwei in der Romandie und eines im Tessin.

Die Liste der gemeldeten oder recherchierten Angebote und Dienstleistungen werden im Detail im Anhang beschrieben.

2.3 Fazit und Grenzen der Aussagekraft

Betrachtet man das in dieser Studie gefundene **Angebot für gebärdende Personen**, fällt die **regional ungleiche Verteilung** auf. Obwohl hier nicht das gesamte existierende Angebote erfasst werden konnte, scheint es doch klar zu sein, dass das Angebot in den Kantonen Waadt und Genf zwar nicht den gesamten Bedarf decken kann, aber dennoch etwas besser ausgebaut ist. Die Angebote in den übrigen Regionen sind hingegen eher schwach ausgebaut, wobei die fehlenden Angebote für die italienischsprachige Schweiz besonders auffallen. Die geringe Anzahl von Angeboten im Tessin kann damit erklärt werden, dass Angebote und Dienstleistungen für gehörlose GS-Nutzer:innen im Kanton Tessin kaum vorhanden sind, da im Tessin vor allem die fachliche Unterstützung und Selbsthilfeaktivitäten von schwerhörigen Menschen aufgebaut wurde.

Angebote, die spezifisch die Zugänglichkeit und Nutzung des Gesundheitssystems **für lautsprachlich kommunizierende Menschen mit Hörbehinderungen** fördern sollen, konnten im Rahmen dieser Studie selten identifiziert werden. Viele der gemeldeten Angebote, insbesondere im ambulanten Bereich, beschränken sich darauf, dass eine Fachperson anwesend ist, die in Gebärdensprache kommunizieren kann (z. B. Angebote für Psychotherapie, Physiotherapie, etc.).

Ebenfalls fällt auf, dass die Förderung der Zugänglichkeit für MmH in gewissen Bereichen der Gesundheitsversorgung besonders schwach vertreten ist: So existieren **kaum Angebote im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention** für gebärdende Menschen. Hervorzuheben ist ausserdem, dass unter den gemeldeten oder gefundenen Angeboten **keine hausärztliche Praxis** verzeichnet war. Auffallend ist auch der **Mangel an psychiatrischen oder psychotherapeutischen Angeboten** für MmH, die in Gebärdensprache oder lautsprachlich kommunizieren.

Die gewählte Vorgehensweise ist, wie bereits erwähnt, mit bestimmten **Grenzen der Aussagekraft** verbunden. Diese haben damit zu tun, dass nicht alle existierenden Angebote erfasst werden konnten, was vor allem die Möglichkeit, regionale Unterschiede zu analysieren, einschränkte. Ausserdem wäre die Durchführung der Umfrage in deutschsprachiger, französisch- und italienischsprachiger Gebärdensprache eine wertvolle Ergänzung gewesen. Schliesslich hätte eine direkte Befragung der Zielgruppe der MmH ebenfalls zusätzliche Erkenntnisse über den Bekanntheitsgrad der bestehenden Angebote gebracht.

Auf Basis der in dieser Studie erarbeiteten Ergebnisse kann trotz der methodischen Einschränkungen dennoch geschlossen werden, dass das Angebot in der Schweiz den Bedarf der MmH nicht decken kann. Betrachtet man die Anzahl und die Verteilung der Angebote scheint es, dass diese eher aus privaten Interessen und Engagements einzelner Personen oder Interessensgruppen entstanden ist, als aus Überlegungen zur Versorgungssicherheit und Deckung des Bedarfs der Zielgruppe. Die Angebote gleichen demnach eher einer Art «Flickenteppich» als einem geplanten Versorgungsangebot.

Wie gross der heute bestehende Mangel an Art und Menge der Angebote ist oder anders formuliert, wie gross der in konkreten Kennzahlen ausgedrückte Bedarf zur Sicherung einer guten Versorgungsqualität wäre, kann hingegen auf Basis dieser Studie nicht bestimmt werden.

3 Arbeitspaket 2: Gute Praxis in den Nachbarländern

3.1 Fragestellungen und Methodik

Ziel des Arbeitspakets 2 (AP2) ist es, einen Überblick über qualitativ hochwertige Angebote und Dienstleistungen, sogenannte **Gute Praxis**, in den Nachbarländern der Schweiz (DE, FR, AU, IT, FL) zu geben. Zu diesem Zweck wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, um Publikationen zu identifizieren, die Gute Praxis-Beispiele beschreiben, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung für gehörlose und schwerhörige Menschen verbessern sollen. Berücksichtigt werden Publikationen, die sich auf die oben definierten Länder beziehen und zwischen 2010 und 2023 veröffentlicht wurden sowie entweder **in deutscher, französischer, italienischer oder englischer Sprache** vorliegen. Die Methodik, die für die Suche in der Literatur über bewährte Verfahren verwendet wird, ist die des **Scoping-Reviews** (Tétreault, Sylvie & Blais-Michaud, Sophie, 2014). Das gewählte mehrstufige Verfahren beinhaltet verschiedene partizipative Elemente. So wurden beispielsweise die Ergebnisse der Recherche mit Mitgliedern des Forschungsbeirats dieser Studie diskutiert und anhand ihrer Feedbacks validiert.

3.1.1 Vorgehensweise bei der Recherche

Die Bibliotheken der Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW (angeschlossen an die Swiss Library Service Plattform, SLSP) und der Hochschule für Soziale Arbeit Fribourg gewährten Zugriff auf die für diese Studie notwendige Fachliteratur. Verschiedene Fachdatenbanken wurden bei der Recherche für die Präzisierung der Suchbegriffe wie für die Literaturrecherche konsultiert. Diese Fachdatenbanken sind in der Tabelle 2 aufgelistet.

deutschsprachig	französischsprachig	englischsprachig	italienischsprachig
LIVIVO Suchportal für Medizin, Gesundheitswesen PubPsych WISO Psyndex Google scholar	CAIRN Lissa Google scholar	Scopus Cinahl Complete Web of Science Ovid Medline PubMed Annual Review Cochrane	Google scholar Cairn info Opac SBN Academia.edu

Tabelle 2: Liste der Fachdatenbanken nach Sprache der Publikationen, die für die Recherche genutzt wurden

Pro Sprachraum wurden für die drei Themen Hörbehinderung, Gesundheitssystem und Zugang dem wissenschaftlichen Diskurs entsprechende Suchbegriffe definiert und in der Suche verwendet. Die Hauptaspekte (Zahlen 1-3) wurden mit dem Operator AND verbunden und die Teilaspekte eines Hauptaspektes (Kleinbuchstaben a, b, c, etc.) mit OR. Die verwendeten Suchbegriffe sind in der folgenden Tabelle aufgeführt.

Deutschsprachige Begriffe	Englischsprachige Begriffe	Französischsprachige Begriffe	Italienischsprachige Begriffe
1a. Hörbeeinträchtigung 1b: gehörlos 1c: schwerhörig 1d: Gebärdensprache	1a: Hearing impaired 1b: deaf 1c: hard of hearing 1d: sign language 1e: hearing disorder	1a: surdité 1b: sourd 1c: malentendant 1d: langue des signes	1a: sordit�� 1b: sordo, sordoa 1c: ipoudente 1d: lingua dei segni
2a: Gesundheit* 2b: Gesundheitswesen 2c: Gesundheitsversorgung	2a: Health 2b: health care	2a: santé 2b: soins	2a: salute 2b: assistenza
3a: Zugang 3b: Angebote	3a: access 3b: interventions 3c: strategies	3a: accès 3b: accessible	3a: accesso alle cure
	4a: French or France 4b: german or Germany 4c: Italian or Italy 4d: Liechtenstein		

Tabelle 3: Suchbegriffe in den drei Sprachen und Logik der Verknüpfung (Boolesche Operatoren)

3.1.2 Ableitung von Gute Praxis-Kriterien

Um für diese Recherche diejenigen Angebote identifizieren zu können, die aus Sicht des Forschungsteams als Gute Praxis gelten können, wurde eine Liste mit **Gute Praxis-Kriterien** für die Förderung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für gehörlose und schwerhörige Menschen definiert. Diese basieren auf dem von Middleton (2010) veröffentlichten Leitfaden für bewährte Verfahren. Auf der Grundlage dieses Dokuments wurde eine Liste von Kriterien für Gute Praxis und bewährte Verfahren erstellt, die durch Elemente aus anderen wissenschaftlichen Quellen ergänzt wurde. Der Entwurf dieser Gute Praxis-Indikatoren wurde Beiratsmitgliedern der Forschungsstudie, die im Gesundheitsbereich tätig sind und mit dem Konzept der Guten Praxis vertraut sind, zur Validierung vorgelegt. Die Liste mit den Gute Praxis-Kriterien, die in der vorliegenden Studie verwendet wurden, findet sich im Anhang des Berichts.

3.1.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Anzahl der gefundenen Artikel und Dokumente wurde auf der Grundlage vordefinierter Einschlusskriterien selektiert:

1. Publikation beschreibt eines oder mehrere konkrete Angebote, Dienstleistungen, Projekte oder Hilfsmittel, die mit dem Ziel eingesetzt werden, den Zugang zur Gesundheitsversorgung für gehörlose und schwerhörige Menschen zu verbessern;
2. Publikationszeitraum zwischen 2010 und 2023;

3. Einbezug von Fachpublikationen und Grauer Literatur¹²;
4. Geografisches Gebiet beschränkt sich auf die an die Schweiz angrenzenden Länder;
5. Es handelt sich um Angebote, für die bereits eine Evaluation vorliegt oder um Angebote, die gut dokumentiert sind und auf den Kriterien Guter Praxis (vgl. Abschnitt 3.1.2) beruhen.

Ausgeschlossen wurden:

1. Angebote und Dienstleistungen, die sich an ein breiteres Publikum, wie z. B. generell Menschen mit Behinderungen richten.
2. Angebote und Dienstleistungen, die sich spezifisch an Menschen richten, deren Hörverlust mit dem Altern zusammenhängt.

3.2 Ergebnisse

Insgesamt wurden bei der gewählten Vorgehensweise 31 Angebote Guter Praxis als relevant für diese Studie identifiziert, davon 8 in Deutschland, 6 in Österreich, 6 in Frankreich und 11 in Italien.

Im Folgenden werden einzelne ausgewählte Beispiele aus den verschiedenen Nachbarländern genauer vorgestellt. Eine Übersicht über alle Angebote, die aufgrund des geschilderten Vorgehens gefunden wurden, finden sich in Tabellenform im Anhang. Bei jedem dieser Angebote ist eine Referenz oder URL-Adresse aufgeführt, so dass interessierte Lesende weiterführende Informationen dazu finden können.

3.2.1 Beispiele Guter Praxis aus Frankreich

Das Angebot für gehörlose Menschen ist in Frankreich im Vergleich zur Schweiz stärker ausgebaut und kann in Bezug auf beispielsweise die «Unité d'Accueil et de Soins pour les Sourds, UASS» als vorbildlich gelten. Ein Grund dafür liegt möglicherweise in der stärkeren Akzeptanz von Gleichberechtigungs- und Inklusionsforderungen für Menschen mit Behinderungen, die sich beispielsweise in der Anerkennung der Gebärdensprache als gleichwertiger Sprache bereits im Jahr 2005 ausgedrückt hat.

*«La langue des signes française est reconnue comme une langue à part entière...»
(Bildungsgesetz; La loi 205-102 vom 11. Februar 2005)¹³*

Im Folgenden werden zwei Beispiele aus Frankreich exemplarisch vorgestellt, die die Kriterien für Gute Praxis in besonders hohem Ausmass abdecken.

¹² Die Suche nach Grauer Literatur erfolgte auf den Internet-Plattformen von relevanten Organisationen wie WHO, World Federation of the Deaf, des deutschen Bundesministeriums für Gesundheit, des deutschen Gehörlosenbundes, des französischen Ministeriums für Gesundheit und Prävention, der nationalen Agentur Santé Publique France und der Société Française de Santé en Langue des Signes SFSLS, des italienischen Gesundheitsministeriums, der Nationalen Agentur für den Schutz und die Unterstützung von Gehörlosen ETS APS (ENS) und der italienischen Vereinigung für Gehörlosenforschung (AIRS Onlus).

¹³ <http://www.fnsf.org/wp-content/uploads/2019/03/Lettre-aux-Parlementaires-1.pdf>

➤ **Unité d'Accueil et de Soins pour les Sourds, UASS**

Die «Unité d'Accueil et de Soins pour les Sourds, UASS», zu denen im Jahr 2022 insgesamt 23 somatische oder psychiatrische Empfangs- und Versorgungsabteilungen in Frankreich gehören¹⁴, stellen das Tor zum französischen Gesundheitssystem für gehörlose und schwerhörige Menschen dar. Die 23 UASS sind auf 9 der 18 Verwaltungsregionen Frankreichs verteilt. Sie befinden sich in Universitätskliniken oder Krankenhauszentren und haben es sich zur Aufgabe gemacht, gehörlosen Patienten und Patientinnen eine Versorgung zu bieten, die eine ebenso hohe Qualität aufweist wie die Versorgung der Allgemeinbevölkerung¹⁵. Das Angebot ist wissenschaftlich untersucht und sehr gut dokumentiert (Chastonay et al., 2018; Mongourdin & Karacostas, 2015). In den UASS stehen im **Bereich Allgemeinmedizin** Ärzten und Ärztinnen, administratives Personal, Psychologen und Psychologinnen, Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen zur Verfügung, die über ein zertifiziertes Niveau der Gebärdensprache (mindestens Niveau B2) verfügen; die GS-Dolmetschenden, die in diesen Einheiten tätig sind, haben einen Masterabschluss in Dolmetschen; ausserdem stehen gehörlose Vermittler:innen zur Verfügung. Die Leistungen der Grundversorgung werden durchwegs in Gebärdensprache erbracht, falls dies die Sprache der Patienten und Patientinnen ist. Im **Bereich der medizinischen Fachrichtungen** stehen diplomierte GS-Dolmetschende und falls erforderlich, Kulturvermittler:innen zur Verfügung.

Als «Leuchtturm-Projekt» innerhalb der UASS gilt die somatische **Empfangs- und Versorgungsabteilung für gehörlose Menschen UASS des Universitätsklinikums Grenoble**¹⁶. Sie wird als Pioniereinheit in der Versorgung von gehörlosen und schwerhörigen Menschen beschrieben, insbesondere im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe (Chastonay et al., 2018).¹⁷

Um das Ziel zu erreichen, MmH eine ebenso gute Versorgung anzubieten wie der hörenden Bevölkerung, hat die **Anpassung der Kommunikation** an Gehörlosigkeit oberste Priorität. Dabei wird es nicht mehr als Verantwortung der Patienten und Patientinnen betrachtet, sich an die Sprache der Fachkräfte anzupassen, sondern umgekehrt, ist es Sache der Gesundheitsfachpersonen, die Sprache zu verwenden, in der sich die Patienten und Patientinnen am wohlsten fühlen (Französisch oder Gebärdensprache). So verfügt **das gesamte Personal in diesen Stationen über ein zertifiziertes Niveau der Gebärdensprache** (mindestens Niveau B2 des Europäischen Referenzrahmens für Sprachen, d. h. 350 Stunden Sprachunterricht), so dass jede Person in der Lage ist, ihren Beruf mit der gleichen Qualität in Gebärdensprache oder auf Französisch auszuüben (Mongourdin & Karacostas, 2015). Die **Dolmetschenden**, die in diesen Einheiten arbeiten, sind qualifiziert und verfügen über einen Master-Abschluss in Dolmetschen (Bac + 5). Zusätzlich sind kulturvermittelnde Personen anwesend, um die

¹⁴ <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/sourds-et-malentendants/patients-sourds>

¹⁵ Circulaire N°DHOS/E1/2007/163 du 20 avril 2007 relative aux missions, à l'organisation et au fonctionnement des unités d'accueil et de soins des patients sourds en langue des signes (LS). Paris: Ministère de la Santé et des Solidarités.

¹⁶ <https://www.chu-grenoble.fr/patients-et-accompagnants/offre-de-soin/unite-daccueil-et-de-soins-pour-les-sourds>

¹⁷ "L'unité d'accueil et de soins somatiques pour les sourds UASS du CHU de Grenoble est représentative du fonctionnement de toutes les UASS et décrite comme une unité pionnière dans la prise en charge des personnes sourdes et malentendantes, en particulier dans le secteur de la gynécologie-obstétrique (Chastonay et al., 2018)."

kulturelle Kluft zwischen Patienten und Patientinnen und Fachkräften zu überbrücken (Mongourdin & Karacostas, 2015). Darüber hinaus setzen sich die **Teams aus gehörlosen Menschen und hörenden Fachkräften** zusammen, wobei Abteilungssitzungen in Gebärdensprache abgehalten werden. Dies verringert das Machtgefälle und verhindert die Stereotypenbildung und Vorteilsbildung gegenüber MmH.

Der **Zugang zu den Pflegestationen und die Rezeption** werden an die spezifischen Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen angepasst. Die MmH sind autonom in der Lage, einen Termin über die üblichen Kommunikationsmittel für gehörlose Menschen zu vereinbaren: SMS, Fax, E-Mail, Videokonferenz. Ausserdem existiert eine eigene Notrufnummer mittels SMS (Chastonay et al., 2018).

Die UASS stellen sicher, dass die MmH über den **gesamten Versorgungspfad** innerhalb der Zentrumsspitäler fachlich gut begleitet werden (Dolmetschende, bei Bedarf ein oder eine Kulturvermittelnde, manchmal ein gebärdender Arzt oder eine Ärztin oder eine Sozialarbeiterin (Mongourdin & Karacostas, 2015).

Ausserdem bieten die UASS **Sensibilisierungsmassnahmen und Partnerschaften** mit intra- und aussersserklinischen Akteur:innen an und den Aufbau von **regionalen Gesundheitsnetzwerken**.

Die im Rahmen dieses Systems eingerichteten Mittel ermöglichen es gehörlosen Patienten und Patientinnen, **Zugang zu grundlegenden Rechten** zu erhalten, die ihnen normalerweise vorenthalten werden: **Vertraulichkeit** (die Anwesenheit einer dritten Person ist während den Gesprächen mit dem Fachpersonal nicht mehr zwingend erforderlich) und **informierte Einwilligung** (durch angemessene Informationen können die MmH, sich ausreichend informieren und auf dieser Basis eine informierte Entscheidung treffen, ob sie die angebotene Behandlung annehmen oder ablehnen). Die Gehörlosen Patienten und Patientinnen werden so zu selbstbestimmten Akteuren in ihrem Versorgungspfad (Mongourdin & Karacostas, 2015). Kritisch erwähnt wird hingegen der Mangel an entsprechenden Angeboten zur **Versorgung von psychischen Erkrankungen** bei MmH sowohl im ambulanten wie stationären Bereich. Es existieren bisher nur zwei solche Zentren in Frankreich (Quérel, 2013).

➤ **Weiterentwicklung einer hausärztlichen Praxis zu einem regionalen Gesundheitszentrum für gehörlose Menschen**

Dieses Beispiel Guter Praxis ist unseres Erachtens besonders erwähnenswert, weil in diesem Rahmen **medizinische Konsultation in einer hausärztlichen Praxis in GS** angeboten werden, was gemäss den Recherchen dieser Studie bisher eher selten realisiert wurde. Diese hausärztliche Praxis für MmH wurde in Saint-Etienne von zwei Allgemeinmediziner:innen und Dozent:innen der Medizinischen Fakultät der Universität Saint-Etienne ins Leben gerufen mit der Absicht, das Fehlen einer Krankenhausabteilung zu kompensieren, die speziell der Aufnahme von gehörlosen Menschen in Saint-Etienne gewidmet wäre. Die Praxis wird von zwei Allgemeinmediziner:innen und einer Pflegefachperson geführt und versorgt etwa hundert gehörlose Patienten und Patientinnen.

Die **Kommunikationsmittel wurden auf die Bedürfnisse der MmH** angepasst (u. a. elektronisches Nachrichtensystem für Terminvereinbarungen in direktem Kontakt mit den beiden Ärzten und Ärztinnen, die in GS kommunizieren und die Einrichtung eines Notfallfaxes). Auch bei diesem Angebot

wird aufgezeigt, dass auf diese Weise die Rechte der MmH in Bezug auf **Vetraulichkeit und informierte Entscheidungen** gewährleistet werden können.

Diese Praxis wurde ausserdem zu einem **regionalen Gesundheitszentrum für gehörlose Menschen ausgebaut**, indem in Kooperation mit dem Gemeindeverband kommunale Gesundheitsaktionen (z. B. Gruppe zum Thema Diabetes in GS, Angebot von Gesundheitscafés) entwickelt wurden. Ausserdem fördert die Praxis, in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Fakultät der regionalen Universität, die Ausbildung der Student:innen in den spezifischen Bedürfnissen der MmH (Ausbildung, Supervision bei unabhängigen Konsultationen, Organisation von Praktika). Die Mitarbeitenden der Praxis widmen sich auch der Zusammenarbeit mit Fachverbänden und nehmen regelmässig an Konferenzen teil, um das Gesundheitsfachpersonal für das Thema zu **sensibilisieren**.

Eine vor rund zehn Jahren durchgeführte **Evaluation** kam zu einem positiven Ergebnis in Bezug auf die regionale Ausstrahlung des Angebots und dessen Wirksamkeit (Amoros et al., 2014).

3.2.2 Beispiele Guter Praxis aus Italien

In Italien wird die Anerkennung der Gebärdensprache als gleichwertige Sprache und die Inklusion und Gleichstellung von MmH auf föderaler Ebene in den Regionen und Gemeinden geregelt¹⁸. Unsere Recherchen identifizierten insgesamt elf Projekte als Gute Praxis auf dem Hintergrund, der von uns verwendeten Kriterien. Diese betreffen eine breite Palette an Angeboten innerhalb des Gesundheitssystems, wobei auffällt, dass viele der Angebote Menschen in besonders vulnerabler Lage betreffen (z. B. Opfer von Gewalt, gehörlose Menschen mit Migrationshintergrund). Ähnlich wie in Frankreich wurde ein wichtiger Teil dieser Angebote von staatlicher Seite gefördert respektive wurden die Regionen aufgefordert, ein Grundangebot zum Zugang von MmH zur Gesundheitsversorgung zu entwickeln.

➤ **Zugang innerhalb von 60 Sekunden zu einem Videodolmetschdienst in italienischer Gebärdensprache in Norditalien**

In der Region Lombardei, und danach in ganz Norditalien, wurde ein Online erreichbarer [Videodolmetschdienst](#) mit professionellen GS-Dolmetschenden eingerichtet, der innerhalb von **maximal 60 Sekunden allzeit (24 Stunden während 7 Tagen)** zur Verfügung steht. Dieses Angebot können gehörlose Bürger und Bürgerinnen und alle Mitarbeitenden von anerkannten öffentlichen und privaten Sozial- und Gesundheitsdiensten in Anspruch nehmen. Das Angebot, das für **Smartphone, Tablet und Computer** entwickelt ist, wird u. a. genutzt, um Terminvereinbarungen zu treffen, für Hausbesuche, geplante Konsultationen und für Notfälle, inklusive die Fahrt in einer Ambulanz.

➤ **Hilfe bei Gewalt für gehörlose Frauen**

Das Projekt « Donne Sorde non più sole » (gehörlose Frauen sind nicht mehr allein) wurde in Mailand entwickelt mit dem Ziel, gehörlosen Frauen einen Zugang in Gebärdensprache zum Anti-Gewalt-

¹⁸ Zum Beispiel in der Region Lazio „Lazio: eine barrierefreie Region für gehörlose und schwerhörige Menschen«: <https://www.laziocrea.it/il-lazio-una-regione-senza-barriere-per-le-persone-non-udenti-e-con-ipoacusia/>

Netzwerk der Stadt zu gewähren. Dieses Netzwerk will mit präventiven Massnahmen Gewalt gegen Frauen vermindern und Opfern Schutz und Hilfe anbieten.

Das Projekt für gehörlose Frauen umfasst bisher vier Massnahmen: (1) **Ausbildung** der Leitung und der Mitarbeitenden des Anti-Gewalt-Netzwerks zum Thema Gehörlosigkeit und Bedürfnisse von gehörlosen Menschen; (2) Einrichten eines **GS-Dolmetschdienstes** für die Kommunikation zwischen gehörlosen Frauen und den Mitarbeitenden; (3) Einführung des ersten **«rosa Telefons» für gehörlose Menschen** (über den Telegram-Kanal wurde ein spezieller Bot-Messaging-Dienst erstellt, an den die gehörlose Person ein Video in italienischer GS und als Anhang Dokumente, Fotos und kurze Videos senden kann); (4) **Sensibilisierungskampagne** mit Videos in GS zum Thema Gewalt, zwei Treffen speziell für gehörlose Frauen und ein Treffen für gehörlose Männer (Rete Antiviolenza & Ente Nazionale Sordi Milano, 2022).

➤ *Hausbesuche bei Familien mit gehörlosen Kindern und Migrationshintergrund*

Ein weiteres Angebot aus Italien, das als Gute Praxis identifiziert wurde, richtet sich an Familien mit Migrationshintergrund, in denen gehörlose Kinder leben («Visite domiciliari a sostegno delle famiglie straniere con bambini sordi»). Dieses Angebot wurde ursprünglich in der Lombardei und Venetien entwickelt, wird aber in der Zwischenzeit flächendeckend in Italien eingeführt. Die Initiative wird mit dem erhöhten Risiko der Diskriminierung innerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems begründet, denen diese Gruppe von Personen ausgesetzt sind. Ziel ist es, die in der Familie vorhandenen Erziehungskompetenzen zu stärken und die **Beziehungen zum Bildungs-, Sozial- und Gesundheitssystem zu erleichtern**. Die Hausbesuche dauern, je nach den Bedürfnissen der Familie, unterschiedlich lange, im Durchschnitt aber 90 Minuten. Das Team besteht aus Therapeut:innen mit transkultureller Ausbildung, einer kulturvermittelnden Person und Pädagog:innen für italienische GS. Im Rahmen des Projekts werden **Schulungs- und Sensibilisierungskurse** für Fachkräfte zu den Bedürfnissen von gehörlosen und schwerhörigen Menschen angeboten, interkulturelle Unterstützung durch den Einsatz von gehörlosen Vermittlern und Fachleuten (Bonomi, 2012), **Kommunikationsunterstützung** mit Identifizierung und Berücksichtigung der Kommunikationspräferenzen der MmH und den Einsatz qualifizierter und anerkannter Dolmetschenden, Sprache, die an die Sprachkenntnisse der MmH angepasst ist, um das Lippenverständnis und das Lesen zu erleichtern, Zusammenarbeit mit spezialisierten Organisationen, die Dienstleistungen, Informationen und Ratschläge zur Arbeit mit gehörlosen Personen anbieten (Bonomi, 2012).

3.2.3 *Beispiele Guter Praxis aus Deutschland*

Im Rahmen dieser Studie wurden in Deutschland insgesamt acht Angebote identifiziert, welche den für diesen Bericht definierten Gute Praxis-Kriterien entsprechen. Hier soll auf die stationären Angebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen eingegangen werden, da diese selten zur Verfügung stehen (vgl. Kolnsberg, 2021).

➤ **Psychiatrische Klinik mit Angebot für gehörlose und schwerhörige Menschen ab 18 Jahren**

Im Bereich der Psychiatrie gibt es in Deutschland drei spezialisierte Angebote. Zum einen verfügt das [Klinikum am Europakanal Erlangen](#) über eine spezialisierte psychiatrisch-psychotherapeutische Abteilung mit 25 Betten für gehörlose und schwerhörige Menschen ab 18 Jahren mit speziell geschultem Personal, das **Gebärdensprache, lautsprachbegleitendes Gebärden und Lormen**¹⁹ beherrscht. Es stehen 25 Betten mit angepasster Zimmerausstattung zur Verfügung. Die Gegebenheiten der Station sind an die **Kommunikationsbedürfnisse** der MmH angepasst: Lichtglocken oder Fernseher mit Induktionsschleife gehören zur Ausstattung. Für die Kommunikation mit den Angehörigen sind Lichtklingeln und Faxgeräte vorhanden. Als Einzeltherapien werden therapeutische Gespräche, sozialpädagogische Beratung, Entspannungsverfahren, Bewegungstherapie und Kommunikationsförderung angeboten. In der Gruppentherapie werden lebenspraktische Trainings und soziale Kompetenztrainings angeboten.

➤ **Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik inklusive Entwöhnungsstation für Suchtkrankheiten mit Behandlungszentrum für Hörgeschädigte**

Die [LWL-Klinik Lengerich für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik](#) führt ein Behandlungszentrum für Hörgeschädigte mit speziell geschultem Personal. Zum Behandlungszentrum gehören ambulante und stationäre Behandlungen, eine Tagesklinik und eine Entwöhnungsstation für Suchtkrankheiten mit einem auf die Bedürfnisse hörgeschädigter Menschen abgestimmten Programm. Termine können über die Internetseite, per E-Mail oder Fax vereinbart werden. Viele Mitarbeitende des Zentrums beherrschen die Gebärdensprache und sind in der Kommunikation mit gehörlosen und schwerhörigen Menschen (deutliches und langsames Sprechen, Hörtaktik) ausgebildet. Mehrere Mitarbeiter:innen sind auch in der Kommunikation mit Taubblinden erfahren (taktiles Gebärden, Lormen). Ein Teil des Personals ist selbst gehörlos oder schwerhörig.

➤ **Deutsches Zentrum für hörgeschädigte Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen**

Die Fachklinik Uchtspringe betreibt das [Deutsche Zentrum für hörgeschädigte Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen](#) mit acht Betten und einem breiten Therapieangebot. Die Mitarbeitenden sprechen die **Deutsche Gebärdensprache oder beherrschen die Lautsprachbegleitende Gebärden** und werden jährlich durch Gebärdensprachdozent:innen geschult. Zudem werden Chat-Sprechstunden für Angehörige und Interessierte angeboten (Kolnsberg, 2021).

3.2.4 Beispiele Guter Praxis aus Österreich

In Österreich wurden insgesamt sechs Angebote und Entwicklungen als Gute Praxis identifiziert. Zwei Beispiele werden hier exemplarisch vorgestellt.

¹⁹ Das Lormen oder Lorm-Alphabet dient der Kommunikation von Menschen mit Taubblindheit mit anderen Menschen. Das Lorm-Alphabet entspricht bestimmten Berührungen auf der Handinnenfläche. Die «sprechende» Person tastet dabei auf die Handinnenfläche der «lesenden» Person. Die verschiedenen Finger sowie bestimmten Handpartien sind bestimmten Buchstaben zugeordnet.

➤ ***Gesundheitszentren für gehörlose Menschen, angegliedert an allgemeine Krankenhäuser***

In Österreich gibt es spezielle Gesundheitszentren für gehörlose Menschen, die an allgemeine Krankenhäuser angegliedert und gehörlosen Personen einen umfassenden Zugang zur Gesundheitsversorgung bieten. Das Personal der Zentren ist **mit der Gehörlosenkultur vertraut und kann in Gebärdensprache oder, je nach Bedürfnissen der MmH, auf andere Weise kommunizieren**. Da die Dienste an die allgemeinen Krankenhäuser angeschlossen sind, können die Patienten und Patientinnen leicht an das gesamte Spektrum der Einrichtungen verwiesen werden, die bei Bedarf von gebärdenden Mitarbeitenden begleitet werden (Kuenburg et al., 2016). Das Angebot umfasst ambulante Grundversorgung und stationäre Behandlungen, psychologische Betreuung und Sozialarbeit sowie Prävention. In Linz werden spezielle Programme für ältere gehörlose Menschen und für gehörlose Menschen mit besonderen Bedürfnissen sowie für Eltern gehörloser Kinder angeboten. Die **transdisziplinäre Zusammenarbeit** zwischen den Disziplinen Allgemeinmedizin, Neurologie, Psychiatrie, Psychologie, Pflege, Logopädie, Sozialarbeit, Pädagogik wird als wichtig erachtet (Fellinger, 2007; Fellinger et al., 2021).

Für viele gehörlose Menschen in Österreich sind diese Gesundheitszentren zu ihren primären Versorgungseinrichtungen geworden, während andere, die von weit herkommen, diese lediglich für regelmässige Vorsorgeuntersuchungen nutzen. Diese Vorsorgeuntersuchungen haben sich als ein wichtiges Mittel für die individuelle Gesundheitsbildung erwiesen. Für spezielle Zielgruppen wie gehörlose Diabetiker:innen werden spezielle Gesundheitsprogramme angeboten. Die ssregelmässig stattfindenden Gesundheitstage vermitteln der Gehörlosengemeinschaft zudem relevante Gesundheitsinformationen. Im Rahmen des Gehörlosen-Gesundheitszentrums wird auch psychologische Betreuung und Sozialarbeit angeboten.

➤ ***GS-Videodolmetsch-App mit integrierter Abrechnung und Zeitkonto***

Im Rahmen des Projekts «Barrierefreie Gesundheitsförderung für gehörlose Menschen in Österreich durch Videodolmetschen» wurde 2015, in Kooperation mit der SAVD Videodolmetschen GmbH, eine Videodolmetsch-App entwickelt. Ziel der App war es, das PräsenzdolmetscherInnen-Netz in Österreich durch den Einsatz von Videodolmetschen auf mobilen Geräten zu entlasten beziehungsweise zu unterstützen. Durch Videodolmetschen können Dolmetschende adhoc zur Verfügung stehen und Kosten durch den Wegfall von Anreise- und Wartezeiten eingespart werden. Des Weiteren können mit dem Tool **alle Dolmetschleistungen direkt mit der Förderstelle abgerechnet werden und die gehörlose Person hat jederzeit Einsicht in das Zeitkonto**, um den aktuellen Stand der noch zur Verfügung stehenden Dolmetschleistungen zu sehen. Im Rahmen der Projektevaluation wurden einige Verbesserungspunkte identifiziert. Die visuellen und akustischen Informationen sind über das Handydisplay nur in reduziertem Umfang verfügbar. Auch ist eine Unterstützung durch die Mobilfunkbetreiber notwendig, um hohe Zusatzkosten zu vermeiden, wenn kein WLAN zur Verfügung steht (Klettecka-Pulker et al., 2015).

3.3 Fazit und Grenzen der Aussagekraft

Um Gute Praxis-Beispiele in den Nachbarländern der Schweiz finden zu können, wurde mittels Scoping Review-Verfahren nach Publikationen in Fachdatenbanken und als Ergänzung nach Grauer Literatur in relevanten Online-Portalen gesucht. Um Gute Praxis selektionieren zu können, wurde ein Leitfaden für bewährte Praxis aus vorhandener wissenschaftlicher Literatur abgeleitet und in einem partizipativen Verfahren diskutiert. Mit dieser Vorgehensweise zum Finden von Guter-Praxis-Beispielen wurden insgesamt 31 Angebote als relevant für diese Studie identifiziert, davon 8 in Deutschland, 6 in Österreich, 6 in Frankreich und 11 in Italien.

Es fällt auf, dass in Frankreich und in Österreich Angebote für MmH in Zentrumsspitalern aufgebaut wurden, die sich einerseits in starkem Ausmass an den spezifischen Bedürfnissen dieser Adressat:innen orientieren und andererseits auch am **bevölkerungsbezogenen Bedarf**, so dass diese Ressourcen in allen Regionen zugänglich sein sollen. Beide Länder haben bereits im Jahr 2005 die GS als gleichwertige Sprache anerkannt und damit auch den **politischen Willen ausgedrückt, die Gleichstellung und Inklusion der MmH sicherzustellen**. Damit verbunden ist auch der Zugang zur Gesundheitsversorgung. In Italien haben die Regionen teilweise sehr inspirierende Lösungen vorangetrieben, um MmH eine gute Gesundheitsversorgung und Zugang zu psychosozialen und präventiven Angeboten zu ermöglichen. Dabei fällt auf, dass sie insbesondere auch Angebote für Menschen in besonders vulnerabler Lage entwickelt haben. In Deutschland stehen unter anderem drei psychiatrische Kliniken für MmH zur Verfügung, welche sich auf die Bedürfnisse von psychisch erkrankten Menschen mit Hörbehinderungen spezialisiert sind und damit ein wichtiges Bedürfnis abdecken.

Mit der gewählten Vorgehensweise war es möglich, einen Einblick in Gute Praxis-Beispiele in den Nachbarnsländern der Schweiz zu gewinnen. Die Ursachen (u.a. auch aufgrund von politischen Entscheidungen in Bezug auf die Inklusionspolitik, die Anerkennung der Gebärdensprache, etc.), die dazu geführt haben, dass je nach Staat sehr unterschiedliche Entwicklungen des Angebots für MmH zu beobachten sind, konnten im Rahmen dieser Studie hingegen nicht aufgearbeitet werden. Auch bestehende Angebote, die nicht ausreichend dokumentiert waren oder deren Dokumentation dem Forschungsteam nicht zugänglich war, mussten ausgeschlossen werden.

4 Arbeitspaket 3: Fokusgruppen und Interviews mit Menschen mit Hörbehinderungen und mit Fachpersonen

4.1 Methodik

Das Ziel des Arbeitspakets 3 der Studie war es, mit Erhebungs- und Analysemethoden (Fokusgruppen und Einzelinterviews, Inhaltsanalyse) der qualitativen Sozialforschung die Erfahrungen und Bedürfnisse von Menschen mit Gehörlosigkeit und Schwerhörigkeit in Bezug auf ihren Zugang zum Gesundheitssystem zu untersuchen. Zusätzlich wurden die Erfahrungen von Gesundheitsfachpersonen und von Fachpersonen aus Organisationen für MmH erfasst, Instrumente und Massnahmen zur Förderung einer guten Zugänglichkeit und Qualität der Versorgung identifiziert sowie der Stellenwert von Gehörlosigkeit in der Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsfachpersonen erfragt. Die Gespräche wurden in der deutsch-, italienisch- und französischsprachigen Schweiz geführt.

4.1.1 Datenerhebung und Sample

Die Datenerhebung erfolgte über einen Zeitraum von zwei Monaten, von Mitte April bis Mitte Juni 2024, und umfasste in jeder Sprachregion Einzelinterviews (EI) und Fokusgruppengespräche (FG).

	Deutschschweiz	Romandie	Tessin
Gehörlose und schwerhörige Menschen (n = 25)	FG mit 11 Personen 7 Männer, 4 Frauen; 21 - 72 Jahre 3 Einzelinterviews davon 2 Personen mit Hörhilfe, in Lautsprache; engagiert in Vereinigungen für GL, SH	FG mit 4 Personen 3 Frauen, 1 Mann; 30 - 51 Jahre 1 Einzelinterview 1 Frau	FG mit 5 Personen 3 Frauen, 2 Männer; 33 – 68 Jahre 1 Einzelinterview 1 Frau
Fachpersonen Gesundheitssystem oder Gehörlosenorganisationen (n = 12)	FG mit 5 Personen 2 Pflegefachpersonen Notfallstation; 1 Assistenzarzt Gynäkologie 1 Behindertenbeauftragte Akutspital 1 Sozialarbeiterin Psychiatrie	FG mit 4 Personen 2 Fachpersonen Vereinigungen GL, SH, 1 Psychotherapeutin, 1 ehem. Mitarbeitende Radiologie 1 Einzelinterview Gehörlose Pflegefachperson Spital	3 Einzelinterviews Mitglied Vereinigung GL, SH; Hörakustiker; Audiometrie- Techniker

Tabelle 4: Anzahl und Eigenschaften der Teilnehmenden an den Fokusgruppengesprächen (FG) und den Einzelinterviews (EI) nach Sprachraum: gehörlose und schwerhörige Menschen sowie Fachpersonen

Für die **FG mit gehörlosen und schwerhörigen Menschen**, die Gebärdensprache verwenden, wurden Gebärdensprach-Dolmetschende und Kulturvermittler:innen beigezogen. Sowohl in der Romandie wie in der deutschsprachigen Schweiz setzten sich die Fokusgruppen mehrheitlich aus Personen zusammen, die in Gebärdensprache kommunizieren. Zusätzlich waren schwerhörige Personen vertreten, die lautsprachlich und mittels Lippenlesens kommunizieren. Die FG in der italienischsprachigen Schweiz wurde mit fünf Personen durchgeführt, von denen keine Gebärdensprache verwendet. Im Verlauf der Rekrutierung der Teilnehmenden für diese Studie zeigten sich Hinweise darauf, dass sich im Tessin, im Vergleich zur übrigen Schweiz, nur wenige gehörlose Menschen mittels Gebärdensprache verständigen. An den Fokusgruppen nahmen auch mehrere Personen mit Migrationshintergrund teil sowie zwei Mütter.

Die **Einzelinterviews mit Betroffenen** in der deutschsprachigen Schweiz fanden mit Personen mit Hörbehinderungen statt, die in Lautsprache kommunizieren. In der Romandie wurde eine hörende Mutter eines hörgeschädigten Kindes interviewt. Das Einzelinterview im Tessin wurde mit einer gehörlosen Frau durchgeführt, welche in Gebärdensprache kommuniziert.

In den drei Sprachregionen fanden auch **Fokusgruppengespräche oder Einzelinterviews mit Gesundheitsfachpersonen oder Fachleuten von Gehörlosenorganisationen** statt. Dabei wurde darauf geachtet, dass Gesundheitsfachpersonen aus dem somatischen und dem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Bereich vertreten waren sowie Personen aus verschiedenen beruflichen Disziplinen. Im Tessin konnten ausschliesslich Gesundheitsfachpersonen rekrutiert werden, welche sich mit Hörproblemen befassen und ergänzend eine Vertretung eines Gehörlosenverbands.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass insgesamt 25 Personen mit Hörbehinderungen teilnahmen, wobei sowohl Personen, die in Gebärdensprache wie auch in Lautsprache kommunizieren, einbezogen wurden, gehörlose wie auch schwerhörige Menschen und Personen mit und ohne Cochlea-Implantate CI. Ausserdem nahmen gehörlose Eltern und eine hörende Mutter eines gehörlosen Kindes teil. Einige Personen haben zudem einen Migrationshintergrund. Bei den Gesprächen mit den zwölf Expert:innen waren mehrheitlich Personen einbezogen, die im Gesundheitssystem tätig sind, aber auch einige Fachleute von Gehörlosenorganisationen, die beispielsweise in der Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen tätig sind. Es wurden Fachpersonen aus verschiedenen Disziplinen befragt, Expert:innen aus dem somatischen wie auch psychiatrischen oder psychotherapeutischen Bereich.

Sowohl die Fokusgruppengespräche als auch die Interviews wurden aufgezeichnet und transkribiert, wobei die Anonymität der Teilnehmer:innen stets gewahrt wurde.

4.1.2 Fragestellung

Die Befragungen in den Fokusgruppen und Einzelinterviews wurden mit identischen Fragen durchgeführt, die sich auf Seiten der Personen mit Hörbehinderungen auf folgende Aspekte konzentrierten:

- Wahrgenommene Probleme und Herausforderungen bezüglich der Kompetenzen und Verhaltensweisen der Gesundheitsfachpersonen, der Kontextbedingungen (im Spital, in der Hausarztpraxis, beim Empfang, etc.), der Eigenschaften und des Verhaltens der MmH selbst

sowie der vielfältigen Interaktionen, die zwischen Patienten und Patientinnen und Gesundheitsfachpersonal stattfinden;

- Genutzte Ressourcen und Strategien im Umgang mit dem Gesundheitssystem;
- Bedürfnisse und Verbesserungspotenzial aus Sicht der MmH.

Bei den Gesprächen mit den Experten und Expertinnen standen folgende Aspekte im Fokus:

- Wahrgenommene Probleme und Herausforderungen bei der Betreuung von hörbehinderten Patienten und Patientinnen, die mit Eigenschaften der Gesundheitsfachpersonen, dem Gesundheitssystem oder den Eigenschaften der Patienten und Patientinnen selbst zusammenhängen;
- Ressourcen und Strategien der Fachpersonen;
- Bedürfnisse und Verbesserungspotenzial aus Sicht der Fachpersonen.

Die Fachleute und Vertreter / Vertreterinnen von Gehörlosen-Organisationen wurden zu folgenden Themen befragt:

- Angebote der Gehörlosenorganisationen in der Ausbildung und Sensibilisierung von Gesundheitsfachpersonen;
- Probleme und Herausforderungen, die von Fachpersonen der Gehörlosen-Community beim Zugang gehörloser Menschen zur Gesundheitsversorgung beobachtet werden;
- Verbesserungsvorschläge zur Gesundheitsversorgung gehörloser Patienten und Patientinnen.

4.1.3 Datenanalyse

Die Daten wurden anhand der Prinzipien der synthetischen und strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ausgewertet, wobei sowohl deduktive als auch induktive Ansätze verfolgt wurden. Die Analyse gliederte sich in vier Hauptteile: Herausforderungen und Schwierigkeiten, Bedürfnisse und Verbesserungspotenziale, von Fachkräften zur Verfügung gestellte Ressourcen und Versorgungsstrukturen sowie individuelle Strategien. Diese Teile wurden weiter in spezifische Unterkategorien gegliedert, darunter Fachwissen von Gesundheitsberufen, Zugang zu Informationen und Gesundheitsdiensten, kulturelle und Umweltfaktoren, Kommunikation, Vertraulichkeit, Patientenbeteiligung, Überweisungen an geeignete Dienste und Zusammenarbeit mit spezialisierten Organisationen.

4.2 Ergebnisse: Perspektive der Menschen mit Hörbehinderungen

Der Ergebnisteil widmet sich zuerst den wahrgenommenen Problemen und Herausforderungen. Anschliessend werden Strategien und Ressourcen vorgestellt, die von MmH im Umgang mit dem Gesundheitssystem genutzt und entwickelt werden. Zum Schluss wird das Verbesserungspotenzial und die Bedürfnisse von MmH thematisiert. Die von den MmH geschilderten Probleme und Herausforderungen im Zugang und bei der Nutzung des Gesundheitssystems lassen sich den folgenden Bereichen zuordnen: Gesundheitsfachpersonen, Kontextbedingungen des Gesundheitssystems,

Patienten und Patientinnen mit HB und Interaktion zwischen Gesundheitsfachpersonen und Patienten und Patientinnen.

4.2.1 *Fehlendes Wissen, mangelnde Kompetenzen und inadäquates Verhalten auf Seiten der Gesundheitsfachpersonen*

Als zentrale Problematik und Herausforderung wird das **fehlende Wissen der Gesundheitsfachpersonen um die Kommunikationsbedarfe** der gehörlosen und schwerhörigen Menschen deutlich. Es fehlt ihnen vielfach an Wissen und Erfahrung im Umgang mit MmH und an Sensibilisierung für deren Bedarfe. Vielen Fachpersonen ist nicht bewusst, dass schriftliche Kommunikation für eine gehörlose Person schwer zugänglich sein kann. Folgende Aspekte werden besonders oft als problematisch erwähnt:

- Es wird angenommen, dass schriftliche Kommunikation für alle MmH problemlos zugänglich ist;
- Die Sprechweise ist nicht angemessen (undeutliche Artikulation, zu schnell, zu leise, Schreien);
- Das kommunikative Verhalten ist nicht angemessen (kein Blickkontakt mit MmH, Adressierung von Drittpersonen anstelle der MmH);
- Wenn Patienten und Patientinnen ein Hörgerät tragen, wird fälschlicherweise angenommen, dass sie keinerlei Einschränkung des Hörens haben;
- Die zuständigen Personen wissen nicht, wer verantwortlich ist für die Organisation und die Finanzierung bei einem Beizug von GS-Dolmetschenden.

Besonders bezeichnend ist in diesem Zusammenhang, dass auch dann, wenn Fachpersonen von den MmH gebeten werden, angemessen zu kommunizieren (zum Beispiel deutlich oder langsamer zu artikulieren), dies im Gesprächsverlauf schnell wieder vergessen geht. Sogar bei Spezialisten für Hörprobleme fehlt oft das Wissen, wie kommuniziert werden sollte (z. B. bei HNO-Ärzten und Ärztinnen oder in der Hörgeräteversorgung).

Dieses mangelnde Wissen bezieht sich auch auf die **Strategien, die MmH anwenden oder Hilfsmittel**, die sie nutzen können. So erklärten zwei gehörlose Mütter, dass ihre Fähigkeit zur Betreuung ihrer Kinder von Ärzten und Ärztinnen in Frage gestellt wurde, da diese nicht Bescheid wussten über die technischen Mittel, welche von ihnen im Alltag eingesetzt werden.

„Als mein Kind geboren wurde, [...] war es während meines Krankenhausaufenthalts die Aufgabe der Ärzte, mich zu informieren, wenn mein Kind weinte, damit ich es stillen konnte. Sie machten sich Sorgen, wie ich es zu Hause schaffen würde. Aber tatsächlich haben wir zu Hause die technischen Mittel. Also war es kein Problem, aber das Fehlen dieser Mittel im Krankenhaus liess sie befürchten, dass ich es zu Hause nicht schaffen würde.“²⁰

20 « *Moi quand mon enfant est né, [...] c'est pendant que j'étais à l'hôpital, c'était les médecins qui m'avertissaient quand mon enfant pleurait pour l'allaiter. Ils s'inquiétaient pour moi quand de retour à la maison et savoir comment j'allais faire. Mais en fait, de retour à la maison, on a ses moyens techniques. Donc en fait c'était pas un souci, mais le fait qu'ils n'aient pas ces moyens techniques à l'hôpital, ils avaient peur, ils avaient l'impression que, une fois de retour à la maison, j'allais pas m'en sortir. »*

Ausserdem wird erwähnt, dass die starke Spezialisierung der Fachpersonen eine Barriere bei der Kommunikation darstellen kann, wenn z. B. ein Chirurg nur das Knie sieht und nicht fähig ist, Patienten und Patientinnen ganzheitlich zu betrachten. Mehrere Befragte weisen speziell auf die mangelnde Sensibilität und Zeitdruck beim Pflegefachpersonal hin.

«Besonders das Pflegepersonal, das am meisten bei uns ist, wenn wir im Krankenhaus sind, kommt, nähert sich dir, spricht, berührt dich, ohne den Grund zu nennen, warum sie dich berühren. Für eine gehörlose Person ist es sehr schwierig, berührt zu werden und nicht zu verstehen, was gesagt wird, man erschrickt. Manchmal betritt das Pflegepersonal das Zimmer und spricht schon, wenn es die Tür öffnet, [...] du liegst im Bett und hast natürlich nichts gehört [...], und du denkst, was passiert [...]. Aber das Personal ist nicht alles so, es gibt auch diejenigen, die sehr aufmerksam sind. Und worauf ist dieser Unterschied zurückzuführen? Auf die Sensibilität oder die Ausbildung? Das ist es, was man nicht versteht.»²¹

Eine zusätzliche Schwierigkeit in der deutschsprachigen Schweiz ergibt sich dadurch, dass das Gesundheitsfachpersonal in verschiedenen **Dialekten** spricht, die schwer verständlich sein können, sowie Personal aus Deutschland mit ungewohnt hoher Sprechgeschwindigkeit.

Vielfach erleben MmH, dass das Gesundheitsfachpersonal von **Stereotypen** im Zusammenhang mit Hörschädigung ausgeht und daraus eine **Diskriminierung der MmH** entsteht. Hörschädigungen werden mit kognitiver Einschränkung gleichgesetzt, was zu fehlendem Respekt in der Begegnung mit den MmH führt und zur Nichtbeachtung des Rechts auf Selbstbestimmung (vgl. dazu auch Probleme und Herausforderungen in der Interaktion). Es wurde auch darauf hingewiesen, dass es im Zusammenhang mit solchen Stereotypen manchmal zu Fehldiagnosen und entsprechend auch Behandlungen komme (falsche Diagnosen in Bezug auf kognitive Einschränkungen, ADHS, etc.).

In vielen Situationen, die nicht vorausgeplant werden können, leiden MmH an einem **Mangel an Gesundheitsfachpersonal, das in GS kommunizieren kann** und ohne zeitliche Verzögerung beigezogen werden könnte. Dies betrifft insbesondere Notfälle oder Situationen, in denen Angehörige durch die schwierige Situation selbst emotional überfordert sind und es für sie zu belastend ist, die Verdolmetschung zu übernehmen. So hat sich eine Mutter, deren gehörloses Kind intensivmedizinisch behandelt wurde, stark überlastet gefühlt mit dieser Mehrfachrolle:

²¹ *“Specialmente il personale infermieristico che è quello che sta di più con noi quando siamo ricoverati [...] arrivano, vengono verso di te, parlano, ti toccano senza dire il motivo per cui ti stanno toccando. Per una persona sorda sentirsi toccare è non capire cosa dice, è molto difficile, ci si spaventa. A volte il personale sanitario entra in camera e parla già quando apre la porta, [...] tu sei nel letto e non hai ovviamente sentito nulla [...], e pensi che cosa sta succedendo [...]. Ma il personale non è tutto così, ci sono quelli che invece sono attentissimi. E questo divario a cosa è dovuto? Alla sensibilità o alla formazione? E' questo che non si riesce a capire.”*

«Aber da er gehörlos ist, mussten wir anwesend sein und die Präsenzzeiten organisieren, um für ihn da zu sein, wenn er aufwachte. [...] Ich hatte also schon die Rolle der Mutter, ich hatte damals die Rolle der Erzieherin und ich hatte auch die Rolle der Kommunikationshilfe. Tatsächlich hatte ich in dieser Situation drei Rollen gleichzeitig zu bewältigen. Und auch hier geht es um die Bewältigung auf der Ebene meiner Familie. Und dann auch viele Leute, die mich rechts und links um Informationen gebeten haben, die sich Sorgen um meinen Sohn gemacht haben, es war eine riesige Belastung.»²²

4.2.2 Kontextbedingungen des Gesundheitssystems

Eine angemessene Kommunikation mit Menschen mit Hörbehinderung kann einen zusätzlichen Zeitaufwand bedeuten, weil zum Beispiel Gebärdensprach-Dolmetschende und Kulturvermittelnde organisiert werden müssen, oder weil im direkten Gespräch langsamer gesprochen werden, etwas aufgeschrieben oder aufgezeichnet werden muss. Ein wichtiger hemmender Faktor ist deshalb Zeitmangel und Stress des Gesundheitsfachpersonals. MmH erkennen, dass das medizinische Personal unter **Zeitdruck** agiert und deshalb wenig Ressourcen für eine angemessene Kommunikation hat.

«Man sollte sich die Zeit nehmen, all diese Daten zu erklären und zu vereinfachen und uns Bilder im Internet zu zeigen, ausser dass das Zeit braucht und sie nicht unbedingt Zeit haben.»²³

Auch positiv gewertete Strategien, wie z. B. den Patienten und Patientinnen nach einer Konsultation eine kurze Memo zum Gespräch zu schicken, scheitern an diesem Zeitmangel. Wie untenstehendes Zitat zeigt, scheinen Betroffene Verständnis für das Personal zu haben, die diesem Zeitdruck vielfach ausgeliefert sind.

«Das hat mir so weh getan für sie. Aber zugleich musste ich auf die Situation reagieren. Zeit ist halt ein Problem. Die Ärzte haben keine Zeit. Man muss schon sehen, dass es ja einen Grund gibt, warum es so ist, wie es ist.»

Weiter wird der **Personalmangel** als Herausforderung geschildert, welcher in engem Zusammenhang mit dem Zeitmangel und schlussendlich der nicht angemessenen Kommunikation steht.

Oft ist der **mediale Zugang zum Gesundheitsdienst** (Möglichkeiten der Kontaktaufnahme, Terminvereinbarung, etc.) zu stark eingeschränkt und nicht angepasst an die Bedürfnisse von MmH. Dies ist der Fall, wenn die Kontaktaufnahme und Terminvereinbarungen ausschliesslich per Telefon angeboten werden. Einige Interviewte berichten, dass auch auf ihre Bitten zum Kommunizieren per

²² « Mais lui étant sourd, il fallait que nous on fasse acte de présence et qu'on organise du présentiel pour être là pour lui au moment où il se réveillerait. [...] Alors déjà, moi j'avais le rôle de maman, j'avais le rôle d'éducatrice à ce moment-là et j'avais aussi le rôle d'aide à la communication. En fait, j'avais 3 rôles à gérer en même temps dans cette situation-là. Et aussi voilà gérer au niveau de ma famille. Et puis aussi beaucoup de monde qui me demandait des informations à droite à gauche qui s'inquiétaient pour mon fils, c'était une charge énorme. »

²³ « Il faudrait prendre le temps d'expliciter et de vulgariser en fait toutes ces données de de nous montrer des images sur Internet, sauf que ça demande du temps et ils n'ont pas forcément du temps. »

SMS, E-Mail oder postalisch darauf beharrt wurde, dass nur telefonisch kommuniziert würde. Dasselbe Problem stellt sich bei der Notwendigkeit, eine Ambulanz zu rufen.

«Eine wichtige Frage ist sicherlich: Wie ruft man einen Krankenwagen? Nun, per SMS funktioniert es nicht [...]. Es gibt Informationen, wie man jede [Notrufnummer] anruft, und sie haben eine neue App installiert, VOICE STEF [...], und dann haben sie jedoch mitgeteilt, dass sie blockiert ist.»²⁴

Ein **mangelnder Informationsaustausch innerhalb von Spitälern oder Arztpraxen** scheint weit verbreitet zu sein. So werden beispielsweise Informationen zu Hörbehinderungen, die im Eintritts- oder Anmeldeformular aufgeführt werden, nicht an die Behandelnden weitergeleitet. Auch die mangelnde Kommunikation zwischen den verschiedenen Spezialist:innen stellt eine zusätzliche Belastung dar.

«Es hat mich ermüdet, weil ich immer wieder die gleichen Fragen von verschiedenen Personen gestellt bekam und jedes Mal wiederholen musste, obwohl es meiner Meinung nach einfacher gewesen wäre, wenn die Kommunikation zwischen ihnen funktioniert hätte. Und jedes Mal, wenn eine neue Person kam, um Informationen zu erfragen, musste ich sagen, dass ich gehörlos bin, und die Dinge ständig wiederholen, als hätten sie sich nicht darüber ausgetauscht, dass ich gehörlos bin.»²⁵

Es zeigen sich auch **spezifische Probleme bei der Nutzung von Operationssälen**, die mit erhöhtem Umgebungslärm, der Unmöglichkeit der Nutzung von Hörgeräten und dem Tragen von OP-Masken zusammenhängen. Auch bei **bildgebenden Verfahren** müssen die MmH auf die Nutzung von Hörgeräten verzichten. Schwierig sind diese Situationen auch dadurch, weil die behandelnden Fachpersonen nicht realisieren, dass die Patienten und Patientinnen nun nichts mehr hören können. Wiederholt wurde auch auf das Problem von **Notfallsituationen** hingewiesen, wenn keine Zeit mehr bleibt, um Kommunikationsunterstützung anzufordern und von Seiten des Spitals keine zur Verfügung steht (GS-Dolmetschende, Angehörige, Nachbarn). Ein hoher **Umgebungslärm in Empfangs- und Warteräumen** (z. B. durch TV-Geräte) kann ebenfalls belastend und ermüdend sein. Eine hörbehinderte Person, die als Pflegefachperson tätig ist, weist auch darauf hin, dass die **Spitäler sehr unterschiedlich ausgestattet** sind für MmH, was ihre technischen und finanziellen Ressourcen angeht.

Das **Fehlen von für MmH eingerichtete psychiatrische Kliniken und ambulante Angebote** wurde mehrfach als grosser Mangel erwähnt. Die Interviewten geben an, dass bei der Behandlung von psychischen Problemen wichtig ist, dass die behandelnden Fachleute direkt mit den Erkrankten kommunizieren können, ohne den Einbezug von Dritten, um eine hohe Vertraulichkeit zu gewährleisten. Sie wünschen sich Fachpersonen, die in GS kommunizieren können und mit der Kultur

²⁴ «Una domanda che è importante sicuramente è: come fare a chiamare l'ambulanza? Ecco, tramite SMS non funziona [...]. Ci sono le informazioni per chiamare qualsiasi [numero di emergenza] e hanno installato una nuova app, VOICE STEF [...] e poi hanno invece avvisato che è bloccata.»

²⁵ «Ça me fatiguait parce que j'ai eu un peu toujours les mêmes questions par différentes personnes, et il fallait à chaque fois que je répète alors que si la communication était passée entre eux moi il me semble que ça aurait pu être plus simple. Et à chaque fois qu'il y avait une nouvelle personne qui venait me demander des informations je devais dire que j'étais sourde et je devais répéter les choses sans arrêt comme s'ils ne s'étaient pas passé le mot sur le fait que je sois sourde. »

der Gebärdenden vertraut sind. Weiter wird darauf verwiesen, dass es an für MmH adaptierte Diagnose- und Screening-Instrumenten fehlt.

Schliesslich werden auch **finanzielle Barrieren** angesprochen, die mit der fragmentierten Versicherungslogik in der Schweiz zusammenhängen. Es wird kritisch erwähnt, dass ältere Personen Schwierigkeiten haben, wichtige Unterstützungs- und Hilfsmittel in Anspruch nehmen zu können, weil beispielsweise der Einsatz eines GS-Dolmetschdienstes durch die IV nur finanziert werde, solange die Person berufstätig sei. Auch wurde erwähnt, dass Hörgeräte durch die IV nur bezahlt würden, solange die Person berufstätig sei²⁶, aber Cochlea-Implantate würden vollständig von den Krankenkassen übernommen. Ein weiteres Problem wird im Zusammenhang mit **Zusatzversicherungen** erwähnt: dass Hörbehinderungen von den Versicherern als Krankheit definiert werden und MmH von Leistungen ausgeschlossen werden, da sie «diese Krankheit» im Fragebogen nicht deklariert hatten.

«Ich hatte zuerst eine Versicherung abgeschlossen und musste mich dann einer Operation für das Implantat stellen und am Ende [...] Vor der Operation haben sie alles annulliert, weil ich die Versicherung angelogen hätte, dass ich eine Ohrenkrankheit habe, aber ich sagte, ich habe keine Krankheit, ich bin gehörlos, ich bin nicht krank, was anders ist [...]. Ich musste zu Anwälten gehen [...] und am Ende habe ich den Fall gewonnen.»²⁷

4.2.3 *Eigenschaften und Verhalten der hörbehinderten Patienten und Patientinnen*

Auch das Verhalten der Patienten und Patientinnen mit HB, selbst im Umgang mit dem Gesundheitssystem, ihr teilweise mangelndes Wissen und mangelnde Strategien werden als Herausforderungen erwähnt. Ein Teil der MmH versteckt aus **Schamgefühl** seine Beeinträchtigung und macht diese nicht transparent. Dazu gehört auch, dass diese Personen auf die technischen Hilfsmittel, die sie nutzen könnten oder einen Dolmetschdienst verzichten. Falls dadurch Unklarheiten und Missverständnisse entstehen, werden diese möglichst versteckt. Die erlebte Stigmatisierung und Diskriminierung von Hörbehinderung spielen dabei eine wichtige Rolle.

²⁶ Die geschilderte Problematik steht im Widerspruch zur rechtlichen Lage und weist gleichzeitig auf die hohe Komplexität der Abgeltungslogik hin: Hörgeräte werden bis zum 65. Altersjahr durch die IV bezahlt, unabhängig von der Frage, ob eine Person berufstätig ist oder nicht. Ab 65 Jahren werden die Kosten bei Personen, die bereits früher ein Hörgerät benutzten im Sinne der Besitzstandswahrung weiterhin durch die IV abgegolten; bei Personen, die erst nach 65 Jahren ein Hörgerät benötigen hingegen durch die AHV. Die Anträge um Erstattung der Kosten werden aber auch bei den älteren Personen durch die IV-Stellen bearbeitet.

²⁷ «Avevo prima stipulato un piano di assicurazione e poi mi son trovato a fare un intervento chirurgico per l'impianto e alla fine [...] prima dell'intervento chirurgico mi annullano tutto perché io avrei mentito all'assicurazione che ho una malattia all'orecchio, ma io ho detto malattia non ho, io son sordo non son malato, che è differente [...]. Son dovuto andare per avvocati [...] e alla fine ho vinta la causa.»

«Das Blöde ist eben, wenn man selber schwerhörig ist, man schämt sich auch ein wenig und man will auch nicht so darauf herumreiten. Also da kann ich jetzt nur von mir sprechen, die Leute sind sicher auch verschieden, aber es fällt mir auch ein wenig auf, allgemein als schwerhörige Person, man ist so gewöhnt, dass man so viel nicht versteht, dass man sich angewöhnt, auch wenn man es nicht versteht, manchmal so zu tun, als hätte man es doch verstanden, weil man nicht mehr immer die ganze Zeit nachfragen möchte. Weil das Nachfragen, das wird automatisch als dumm, es wird sehr oft auch verwechselt mit Dummheit, wenn man etwas nicht versteht, also gewöhnt man sich wie so Strategien an und fragt wirklich nur nach, wenn es gar nicht anders geht. Ich habe es selber so gemacht, dass ich automatisch gesagt habe, ich höre schlecht, habe meine Hörgeräte gezeigt und wie auf Verständnis gehofft und wenn es nicht so kam, habe ich beim Arzt nachgefragt, wie bitte, das habe ich nicht verstanden, habe aber zu wenig gesagt, was ich eigentlich brauchen würde.»

Andere Betroffene stehen zwar zu ihrer Hörbehinderung, äussern aber nicht, welchen Bedarf sie an Strategien zur Kommunikationsoptimierung haben. Dies führt oft zu Missverständnissen und erschwerten Kommunikationen. Der **Hörstatus allein** gibt zu wenig Anleitung an das Gesundheitsfachpersonal, welche Vorbereitungen sie treffen oder Medien sie nutzen sollen. Spezifisch für lautsprachlich kommunizierenden Personen ist es wichtig, dass sie **Kenntnis von den möglichen Kommunikationshilfen** haben, um diese in Anspruch nehmen zu können (z. B. Roger Pen oder die Bestellung von Schriftdolmetschenden). Menschen mit einer Hörbehinderung müssen aufgrund der Beeinträchtigung und der sie umgebenden Kommunikationsform einen grossen Mehraufwand leisten, um Inhalte zu verstehen. Dies erfordert eine grosse kognitive Leistung und ist ermüdend. Dies kann dazu führen, dass den Gesprächen aufgrund der **Ermüdung** nicht mehr gefolgt werden kann. Ausserdem kann sich bei den Betroffenen, aufgrund der wiederholten Erfahrungen der erschwerten Kommunikation und des Nichtverstehens, eine Form der **Resignation** einstellen, die dazu führt, dass man den Effort des Verstehens nicht mehr zu leisten vermag.

4.2.4 Herausforderungen und Probleme in der Interaktion zwischen MmH und Gesundheitsfachpersonal

Die Qualität des Gesprächs zwischen Ärzten / Ärztinnen (und weiterem Gesundheitsfachpersonen) und Patienten / Patientinnen ist in vielfacher Hinsicht von entscheidender Bedeutung für die Qualität der Behandlung. Selbstverständlich ist die sprachliche Verständigung eine Voraussetzung, aber die Frage, wie das Gespräch gestaltet wird, geht darüber hinaus. Dazu gehört zum Beispiel, ob Patienten und Patientinnen gut informiert werden, ob sie in die Entscheidungen einbezogen werden («shared-decision making»), ob ihnen als selbstbestimmte Menschen und handelnde Subjekte respektvoll begegnet wird.

Einige wenige der Teilnehmenden berichten von guten Erfahrungen, die sie gemacht haben, wenn beispielsweise Hausärzten gut informieren, weshalb eine Behandlung notwendig ist und sich die Zeit nehmen, auch Rückfragen ruhig und ausführlich zu beantworten. Ein Teil der Ärzten / Ärztinnen ist auch bereit, ein schriftliches Memo über eine Besprechung zu verfassen, so dass die MmH eine zusätzliche Informationsquelle erhalten. Die Mehrheit der Befragten berichtet aber, dass sie sich **nicht genug informiert und einbezogen wahrnehmen**.

«Ich bekomme mit, dass es immer wieder zu schwierigen Situationen kommt, z. B., dass ein Augenarzt einfach das Licht gelöscht und eine Behandlung durchgeführt hat, ohne vorher zu erklären, was er demnächst machen wird. Die gehörlose Frau war im Anschluss sehr wütend auf den Arzt. Auch habe ich öfters den Eindruck, dass gehörlose und schwerhörige Menschen sich im Allgemeinen eher mit wenigen Informationen zufriedengeben, ohne gründlicher nachzufragen, z. B., welche Nebenwirkungen eine Behandlung haben kann.»

Da gehörlose Menschen auch Gespräche unter dem Fachpersonal nicht als 'bystander' (also eine Person, die beiläufig zuhört, ohne im Gespräch beteiligt zu sein) automatisch mithören können, gelingt es ihnen nicht, wie vielleicht anderen Personen, Informationen indirekt 'aufzuschnappen'. Dies muss dem medizinischen Personal bewusst sein, wenn sie in Anwesenheit der MmH miteinander sprechen. Eine weitere stark verbreitete Problematik besteht darin, dass **medizinische Fachsprache** für viele Personen nicht verständlich ist und in eine allgemein zugängliche oder Leichte Sprache übersetzt werden müsste.

«Und dann hat der Chef etwas in ein Gerät geredet und dann sind die Texte erschienen, dann konnte ich das zwar lesen, aber ich habe trotzdem nicht verstanden.»

Problematisch ist ebenfalls die Strategie, dass **hörende Begleitpersonen anstatt der gehörlosen betroffenen Person adressiert werden**. Dies wird von den Betroffenen als **mangelnder Respekt** empfunden. Ausserdem wird in diesen Situationen deutlich, dass sie von der ursprünglichen Information nur einen kleinen Teil weitervermittelt bekommen:

«Bei meinen Eltern sagt A., die werden angeschaut, nicht ich. Und dann bin ich so unsicher, ob sie miteinander sprechen. Dann bin ich so unsicher, was der Arzt alles gesagt hat. Sie haben so lange miteinander gesprochen. Dann habe ich mich per Mail beim Arzt gemeldet und gefragt, was wir besprochen haben. Dann hat er ausführlicher darüber berichtet. Viel mehr, als was meine Eltern mir erzählt haben.»

Oft besteht die Strategie beim Einbezug von nicht-professionellen Dolmetschenden, respektive Angehörigen auch darin, dass die **hörenden Begleitpersonen anstelle der Patienten und Patientinnen informiert werden**, mit der Idee, diese sollen die Informationen später an ihre gehörlosen Angehörigen weitergeben. Dies ist auf mehreren Ebenen problematisch, da die MmH auf diese Weise nicht in Entscheide einbezogen werden können, in ihrer Selbstbestimmung nicht respektiert werden und im Nachhinein oft nur lückenhafte Informationen erhalten.

«Mit 16 wurde ich jedes Mal ein wenig beiseitegelassen, man gab die Informationen an meine Mutter und dann wurde mir die ganze Zeit gesagt, man wird es dir nachher erzählen. Ich fühlte mich, als würde ich nicht als Mensch betrachtet, und da ich keine Erklärung hatte und es war, als ob ich betrachtet würde, als wäre ich jemand, der nicht für sich selbst denken könnte, und es war immer: Wir werden es dir nachher erzählen, wir werden es dir später erklären.»²⁸

²⁸ « A 16 ans, à chaque fois, on me laissait un peu de côté, on donnait les informations à maman et puis on me disait tout le temps on te dira après, on te dira après. J'avais l'impression d'être pas considérée comme un humain et

Der Einbezug von Personen aus dem privaten Umfeld zur Unterstützung und Verdolmetschung von gesundheitlichen Problemen wird oft als **Verlust an Vertraulichkeit und Privatsphäre** erlebt.

Gehörlose Eltern erleben oft, dass ihre **Kinder als Dolmetschende** eingesetzt werden, was problematisch ist, da die Fachleute dabei oft die Eltern-Kind-Rollen verwechseln und sich ausschliesslich an die Kinder wenden. Sie fügen hinzu, dass dies zu einer Abwertung der Elternrolle führt, zu einer mangelnden Beteiligung des gehörlosen Elternteils und zu einer Überverantwortung und -belastung des hörenden Kindes führen kann.

"Ich sah, dass der Arzt ständig meinem Sohn antwortete, mit ihm sprach. Und ich sagte: nein, nein, sprich direkt mit mir. Und es war kompliziert, der Arzt sprach trotz meiner Aufforderung weiterhin immer mit meinem Sohn. »²⁹

Noch expliziter wird die Erfahrung des mangelnden Respekts und Ausschlusses, wenn das **Recht auf Selbstbestimmung nicht respektiert** wird und für die MmH entschieden oder an ihrer Stelle gehandelt wird. Dies kann, aus Sicht der Betroffenen, darauf gründen, dass sie aufgrund ihrer Behinderung nicht ernst genommen werden oder Instrumente und Material der Gesundheitsversorgung nicht bedarfsgerecht vorliegt. Ein Beispiel für eine solche Erfahrung: Da ein Austrittsformular einer psychiatrischen Klinik nur in Schriftsprache vorlag, was für die betroffene Person nicht verständlich war, wurde es durch das Personal ausgefüllt. Die betroffene Person wurde nicht in den Prozess miteinbezogen. Alternativ hätte ein GS-Dolmetscher:in zugezogen werden können, oder, idealerweise würde das Formular in leicht verständlicher Sprache oder in Gebärdensprache vorliegen.

«Als ich in der psychiatrischen Klinik war, musste ich wirklich kämpfen, dass ich wieder rauskomme. da gab es so ein Formular – wie geht es? Und sie haben dann einfach was gemacht. Und ich habe dann gesagt, nein ich möchte das mit Dolmetscher lösen.»

4.2.5 Herausforderungen und Probleme beim Einbezug von Gebärdensprach-Dolmetschenden

Gemäss den interviewten Betroffenen gilt eine Übersetzung von Gesprächen in die Gebärdensprache als ein wichtiger Faktor für eine gute Gesundheitsversorgung. Leider ist der Zugang zur GS-Verdolmetschung aber aus unterschiedlichen Gründen erschwert. Die wichtigste Problematik liegt im **Mangel an GS-Dolmetschenden**. Daher ist die **Organisation der Verdolmetschung** schwierig und es ist auch kaum möglich, diejenigen Dolmetschenden zu wählen, mit denen man gute Erfahrungen gemacht hat. Aufgrund der unterschiedlichen Kompetenzen auf Seiten sowohl der gehörlosen Menschen als auch der GS-Dolmetschenden, ist dies jedoch ein wichtiger Faktor für eine gelungene Dolmetschsituation. Die Bestellung ist aufwändig und die Wartezeit zum Aufbieten einer GS-Dolmetscher:in über die nationale Vermittlungsstelle PROCOM dauert in der Regel mindestens zwei

comme je n'avais pas d'explication et c'était comme si moi j'étais considérée, comme si j'étais quelqu'un qui ne pouvait pas réfléchir par moi-même et c'était toujours on te dirait après, on t'expliquera après. »

²⁹ « Je voyais que constamment le docteur, il répondait, il parlait à mon fils. Et moi je disais non, non, parlez à moi directement. Et c'était compliqué le médecin, malgré ce que je lui disais, il continuait à s'adresser toujours à mon fils. »

Wochen. Dies führt Gehörlose zu der Strategie, dass sie zuerst die Verfügbarkeit der Dolmetscher:innen prüfen und den Arzttermin erst in einem zweiten Schritt vereinbaren. So können sie sicher sein, dass die Kommunikation gewährleistet ist. Die Kehrseite davon ist, dass der **Zugang zur Versorgung zeitlich verzögert** wird, was in gewissen Situationen den Gesundheitszustand verschlechtern kann. Bei Notfällen greift diese Strategie deshalb nicht. Eine Verdolmetschung für einen **Notfall** zu finden, scheint eher ein Glücksfall. Es gibt zwar die Möglichkeit **Ferndolmetscher:innen** (per Videokonferenz) beizuziehen, was aber auch nicht immer gelingt. Ausserdem wird diese Form der Verdolmetschung als qualitativ weniger gut bewertet, weil die räumlich-gestische Sprache nur zweidimensional wahrgenommen werden kann (was das Verständnis erschwert) und bei schlechter Internetverbindung störanfällig ist.

Weiter erschwerend ist, dass vielfach nicht genügend geklärt ist, wer für die **Bestellung und Bezahlung** der GS-Dolmetscher:innen zuständig ist. MmH, die sich darauf verlassen müssen, dass das Spital die Dolmetschenden organisiert, sind durch die Unsicherheit, ob es wirklich funktioniert, gestresst und belastet.

«Ich finde es sehr mühsam, dass einige Abteilungen von Spitälern sich immer noch weigern, Dolmetscher:innen zu bestellen und zu bezahlen. Die Beratungsstelle musste sie mehrfach auf ihre Pflicht, Dolmetscher:innen zu bestellen und zu bezahlen, aufmerksam machen. Manchmal vergehen dabei Zeit, so dass der Termin verschoben werden musste. Die leidtragenden Personen sind die gehörlosen Personen. Es wäre sehr gut, wenn eine noch ausdrücklichere Weisung von ganz oben an alle Spitäler gehen würde.»

Der Einbezug von GS-Dolmetschenden betrifft auch Fragen der **Vertraulichkeit und Privatsphäre**. Obwohl professionelle GS-Dolmetschende zur Vertraulichkeit verpflichtet sind, empfinden viele MmH es als problematisch, dass die Dolmetschenden, die in der kleinen Gehörlosengemeinschaft stark vernetzt sind, über vertrauliche und intime Informationen ihrer Person verfügen. Viele Befragte wünschen sich, dass sie immer dieselben Dolmetschenden, zu denen sie eine Vertrauensbeziehung aufgebaut haben, für ärztliche Gespräche aufbieten können.

„Wenn man zum Beispiel bei Frauenarzt ist, möchte man auch immer die gleiche Person. Ich kann nicht irgendwelche Dolmetscher hinzuziehen, das will ich nicht. Ich möchte, das ist etwas Vertrauliches. Und es geht um meinen Körper. Und so ist es mir wichtig, dass ich auch eine vertraute Dolmetscherin habe.“

Auf der anderen Seite kann es auch als peinlich erlebt werden, wenn GS-Dolmetschende einen Einblick in das gesamte Leben eines MmH erhalten.

"Irgendwann muss es peinlich sein, mit der Person, mit der man zusammen war, in der Anwaltskanzlei und allem, über seine sexuell übertragbare Krankheit zu sprechen."³⁰

³⁰ « À un moment donné ça doit être gênant d'aller parler de sa MST avec la personne avec qui on était chez l'avocat et tout. »

4.2.6 Strategien und Ressourcen

Die MmH berichten von verschiedenen Strategien, mit denen sie den Zugang und die Teilnahme am Gesundheitssystem gestalten.

➤ **Information und Anleitung der Fachpersonen:**

Das Gesundheitsfachpersonal wird über die Hörbehinderung informiert und angeleitet, wie eine adäquate Kommunikation funktionieren kann. Dies muss im Verlauf eines Gesprächs oft mehrfach wiederholt werden. Dies kann belastend sein, wenn immer wieder gesagt werden muss, dass man eine Hörbehinderung hat. Einige Personen informieren lediglich über ihren Hörstatus, was wenig zielführend ist, da die Fachpersonen oft nicht adäquat darauf reagieren.

➤ **Einbezug und Sicherung von GS-Dolmetschenden:**

Verschiedene Interviewte verweisen auf den Umstand, dass sich GS-Dolmetschende nicht nur auf die Verdolmetschung beschränken, sondern oft auch Unterstützung in Form von Kulturvermittlung und «advocacy» (Interessenvertretung) für die gehörlose Person leisten. GS-Dolmetschende werden damit zu einer Ressource, die über die rein sprachliche Vermittlung hinausgeht. Um sicher zu sein, dass eine GS-Verdolmetschung stattfinden kann, wird diese von den MmH organisiert, bevor der Arzttermin vereinbart wird. Ausserdem informieren sie Spitalangestellte vorab darüber, dass sie einen GS-Dolmetschdienst organisieren müssen und wie man das macht, obwohl das nicht ihre Aufgabe ist und sie sich auch darüber ärgern, dass es nötig ist.

➤ **Drittpersonen als Ressource:**

Von sehr vielen MmH werden Drittpersonen aus dem privaten Umfeld um Unterstützung gebeten, wenn z. B. ein Termin vereinbart werden muss oder auch als Begleitung zu einer ärztlichen Konsultation. Dies können hörende Angehörige (Partner:innen, Eltern, Kinder, Geschwister), Freunde oder auch Nachbar:innen sein. Diese Strategie wird aber auch immer wieder kritisch beurteilt, da sie auch einige Nachteile mit sich bringt (vgl. weiter oben Probleme und Herausforderungen).

➤ **Einbezug von Vereinigungen für gehörlose und schwerhörige Menschen:**

Einige MmH lassen sich von Organisationen und Vereinigungen für Gehörlose oder für Schwerhörige beraten und unterstützen, wenn sie beispielsweise medizinische Texte nicht verstehen oder Probleme im Umgang mit dem Gesundheitssystem haben. Dabei zeigt sich aber auch eine kulturelle Problematik in Bezug auf die Frage, ob die Gehörlosigkeit als eigene Kultur wertgeschätzt werden soll ohne Versuch, diese zu überwinden. Eltern von gehörlosen Kindern kritisieren, dass ihre Bedürfnisse von den Verbänden nicht berücksichtigt werden, wenn sie sich dafür engagieren, dass ihre Kinder auch lautsprachlich gefördert und in die hörende Gemeinschaft integriert werden, und nicht ausschliesslich in GS kommunizieren.

➤ **Zusätzliche Informationen einfordern:**

Um schriftliche Informationen besser verstehen zu können, wird nach Visualisierungen des Inhalts durch Bilder und einer Version in Leichter Sprache gefragt oder hörende Drittpersonen oder die Beratungsstellen für MmH um Erläuterungen gebeten. Inhalte visuell darzustellen, hilft dem Verständnis. Eine weitere Strategie, um mit einer schwierigen Kommunikationssituation und mangelndem Verstehen umzugehen ist, den Bericht einer Untersuchung einzufordern. Dies ist aber an die Bedingung geknüpft, dass man diesen lesen und verstehen kann, oder sich diesen von einer Drittperson lesen und erklären lassen kann.

➤ **Nutzung von technischen Hilfsmitteln:**

Schwerhörige lautsprachlich orientierte Personen können von der **automatischen Sprachausgabe** des Handys oder Computers profitieren – die Fachperson spricht (deutlich) ins Gerät, welches die Inhalte für die Betroffenen lesbar macht. Ebenfalls oft genutzt werden sog. **Roger Pen**³¹. Die Video- und Textvermittlung über «**myMMX**» von Procom wird teilweise genutzt, gleichzeitig aber auch als zu kompliziert und aufwändig beurteilt. Ob sich dies allenfalls durch die neue Kommunikationslösung myPROCOM, welche myMMX ab dem 1. November 2024 ersetzt, ändert, muss abgewartet werden.

➤ **Lippenlesen und Mundbild lesen:**

Wenn Fachpersonen der privaten Gesundheitsversorgung wählbar sind, ist ein wichtiges Kriterium, dass die Person ein «gut lesbares Mundbild» hat. Sowohl gebärdensprachlich als auch lautsprachlich orientierte Personen stützen sich auf das Mundbild der sprechenden Person, d. h. sie schauen Wörter von den Lippen ab.

➤ **Nachfragen:**

Eine wichtige Strategie ist, dass die Personen nachfragen, wenn sie etwas nicht verstanden haben (Wahrnehmung oder Interpretation). Studien zeigen, dass diese Nachfragen für Menschen mit Hörbehinderung eine enorme Schwierigkeit darstellt – man wartet ab, ob man vielleicht beim weiteren Zuhören doch noch versteht. Wenn man realisiert, dass dies nicht der Fall ist, ist es zu spät, um genau sagen zu können, was man nicht verstanden hat.

➤ **Termine am Tagesende vereinbaren:**

Als mögliche und funktionierende Strategie wird von zwei Personen erwähnt, dass ihre Termine zu Tagesende stattfinden, so dass der Arzt oder die Ärztin in der Konsultationslänge mehr Freiheit hat.

³¹ «Roger-Systeme bieten diskrete drahtlose Mikrofone, die von der sprechenden Person benutzt werden und diskrete Roger-Empfänger, die einfach mit ihren Hörgeräten, Cochlea-Implantaten oder Bahas (Knochenverankertes Hörgerät) verbunden werden. (...) Sie hören die Stimme der sprechenden Person direkt in Ihren Ohren, ohne störende Hintergrundgeräusche.» (Phonak, S. 4, Quelle: https://www.phonak.com/content/dam/phonak/gc_de/en/solution/accessories/roger_technology/documents/Brochure_BtC_Roger_at_Work_028-3066.pdf)

➤ **Strategien der Vermeidung:**

Konfrontiert mit den vielen Hindernissen, die auf ihrem Behandlungsweg auftreten, geben einige Studienteilnehmer:innen an, Vermeidungsstrategien anzuwenden, wie z. B. auf eine ärztliche Behandlung zu verzichten und sich selbst zu behandeln, Termine so weit wie möglich nach hinten zu verschieben, auf Dolmetscher:innen zu verzichten und die durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen zu akzeptieren, ohne den Sinn der unternommenen Schritte zu verstehen.

Abschliessend kann hervorgehoben werden, dass die Strategien auch – je nach Gesundheitsproblem und Dringlichkeit – angepasst werden:

«Wenn ich zum Hausarzt gehe, dann schreiben wir, ich bestell da keine Dolmetscher, wir lösen das schriftlich, oder haben das schriftlich gelöst. Und wenn es aber etwas Schlimmeres ist, dann gehe ich ins Kantonsspital und dort sind dann Dolmetscher vor Ort, die das Spital organisiert.»

4.2.7 Bedürfnisse und Verbesserungspotenzial

Die im Folgenden aufgeführten Bedürfnisse wurden von der Mehrheit der Teilnehmenden geäussert und Verbesserungen in diesen Bereichen als zentral wichtig betont.

- **Erhöhung des Wissens und der Kompetenzen des Personals im Gesundheitssystem**
Ausbau der Information und Sensibilisierung zum Wissen über Gehörlosigkeit, Schwerhörigkeit und Kommunikationsbedürfnisse für das Personal im Gesundheitssystem. Dies betrifft alle Berufsgruppen inklusive Sekretariat und Reinigungspersonal. Von zentraler Bedeutung ist dabei das Wissen und Üben des adäquaten Kommunikationsverhaltens. Auch wird der Auf- oder Ausbau von Aus- und Weiterbildung des Personals im Gesundheitssystem für die Bedürfnisse von MmH gefordert.
- **Bei allen Angeboten des Gesundheitssystems sollte die Kontaktierung und Terminanfragen ohne die Nutzung von Telefonen möglich sein**
Folgende Alternativen werden vorgeschlagen: Online-Buchungssysteme, Austausch per SMS, E-Mail.
- **Erhöhung der Anzahl von GS-Dolmetschenden und Sicherstellung ihrer Verfügbarkeit inklusive einer unmittelbaren Erreichbarkeit in Notsituationen**
Es wird gewünscht, dass die Anzahl der GS-Dolmetschenden erhöht wird und diese bei Bedarf (Notfall) auch ohne Voranmeldung und in der Nacht zur Verfügung stehen. In diesem Zusammenhang wird auch immer wieder kritisiert, dass die GS-Dolmetschenden nicht bereits zu Beginn eines Gesprächs zur Verfügung stehen und erst verspätet einbezogen werden. Als besonders wünschenswert wird dabei erwähnt, dass in Spitälern Fachpersonen, die in GS kommunizieren, angestellt sind, die jederzeit zugezogen werden können (z. B. HUG).
- **Spezifische Kliniken und Angebote für gehörlose Menschen mit Gesundheitsfachpersonal, das in GS kommunizieren kann**
Die Studienteilnehmenden wünschen sich spezialisierte Angebote z. B. an Universitätsspitalern mit Fachpersonal, das direkt mit gehörlosen Menschen in GS kommunizieren kann und mit einer adäquaten Infrastruktur für MmH. Dies betrifft insbesondere sensible Bereiche der Gesundheitsversorgung wie Psychiatrie oder Psychotherapie und auch Gynäkologie.
- **Verbesserung der Kommunikation**
Sprechen immer nur mit direktem Blick auf das Gesicht der MmH; deutliche Artikulation, um

das Lippenlesen zu erleichtern; allgemein verständliche Sprache ohne Fachjargon; visuelle Mittel einsetzen, z. B. auch um die Aufmerksamkeit in einem Warteraum zu erregen; schriftliche Kommunikationsmittel im Operationssaal oder bei Untersuchungen, falls keine Hörgeräte mehr genutzt werden dürfen oder das Personal Masken trägt. Wichtig ist auch, dass die individuell unterschiedlichen Kommunikationsbedürfnisse erfragt und angewendet werden und nicht davon ausgegangen wird, dass der Hörstatus oder die Nutzung von Hörgeräten allein angibt, wie eine Person kommuniziert. Dazu gehört auch, dass man sich an die Sprachkenntnisse der MmH anpasst.

- **Verbesserung der Gesprächsführung**
MmH sollen immer als Hauptakteur:innen in die Gesprächsführung und Entscheidungsfindung einbezogen werden; dies betrifft nicht nur das ärztliche Gespräch, sondern auch Interaktionen mit dem Pflegefachpersonal. Für die Gespräche sollte genug Zeit zur Verfügung stehen. Beim Einbezug von Dritten sollte auf die Sicherung der Vertraulichkeit geachtet werden. Wichtig ist auch das Nachfragen, ob Anweisungen beispielsweise bezüglich der Medikamenteneinnahme verstanden wurden und die Aufforderung, sich wiederholen zu lassen, was von den MmH verstanden wurde.
- **Verbesserter Zugang zu Gesundheitsinformationen**
Die Teilnehmenden äusserten das Bedürfnis, über ihren Gesundheitszustand und die durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen besser informiert zu werden. Ausserdem wünschten sich viele der Teilnehmenden auch Informationen zur Vernetzung zu unterstützenden Gruppen (Selbsthilfegruppen, spezialisierte Angebote z. B. für Eltern von gehörlosen Kindern) zu erhalten. Es besteht insbesondere ein grosses Bedürfnis nach einem leichteren Zugang zu schriftlichen Gesundheitsinformationen mittels der Übersetzung in Einfache oder Leichte Sprache und der Anreicherung mit Bildmaterial; der Beratung und Erläuterung von schwierigen Texten durch Fachstellen sowie der Erstellung von Videos in GS (z. B. als Zugang zu Präventionskampagnen und Informationen zum Funktionieren des Gesundheitssystems).
- **Kommunikationshilfen als Standard-Ausrüstung in Spitälern und Arztpraxen**
Dazu gehören transparente Masken, um das Lippenlesen zu ermöglichen, Ladegeräte für Hörgeräte, Roger-Mikrofone, Transkriptions-Tools, Räumlichkeiten mit Magnetschleifen, gute Beleuchtung und Schalldämmung.
- **Klärung und Lösung von Finanzierungsproblemen**
vgl. Tessin AHV Hörgeräte.

4.3 Ergebnisse: Perspektive der Fachpersonen

Vorbemerkung: Die Teilnehmenden an den Fokusgruppen-Gesprächen vertreten unterschiedliche Disziplinen, Fachbereiche und auch Perspektiven. Dies hängt u. a. auch mit der Frage zusammen, ob sich ihre Expertise auf eine berufliche Tätigkeit innerhalb des Gesundheitssystems bezieht oder auf die Tätigkeit in einer Organisation für MmH. Ausserdem ist die Vertrautheit mit MmH und das Wissen über Hörbehinderungen auch stark divergent.

4.3.1 Mangelndes Wissen, fehlende Aus- und Weiterbildung

Die teilnehmenden Fachpersonen haben gemäss ihrer Einschätzung tendenziell **zu wenig Wissen** zur Schwerhörigkeit und Gehörlosigkeit, zur Sprache und Kultur der gehörlosen Menschen sowie zu den

relevanten Kommunikationsanpassungen für Menschen mit einer Hörbehinderung allgemein. Ausserdem hat sich keine der teilnehmenden Gesundheitsfachpersonen in der Ausbildung Wissen und Kompetenzen zum Thema Kommunikation mit Menschen im Kontext von Behinderung aneignen können. Eine Fachperson einer Organisation für Menschen mit Hörbehinderung weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass sie zwar entsprechende Angebote für Gesundheitsfachpersonal anbieten, aber diese Ausbildungsinhalte aus ihrer Sicht Teil des Lehrplans der Ausbildung sein sollten.

«In der Ausbildung einer Krankenschwester oder eines Pflegefachmanns in der Schweiz gibt es keinen Kurs oder keine Prüfung, die speziell den Techniken und Strategien der Kommunikation mit gehörlosen Menschen gewidmet sind. Alles wird deshalb an die ehrenamtliche Arbeit der Vereine delegiert.»³²

Wenn das Thema Kommunikation im Lehrplan behandelt wurde, dann ging es um spezifische Themen wie 'Schlechte Nachrichten übermitteln', herausfordernde Verhaltensweisen von Patienten und Patientinnen und Konfliktsituationen. **Unterschiedliche Zielgruppen und deren Kommunikationsbedarf waren nicht Teil der Ausbildung.** Bei der Ausbildung in Psychopathologie waren Gesprächsführung und verschiedene Therapieansätze Thema, aber nicht spezifisch für eine Zielgruppe wie gehörlose Menschen. Dieser Mangel an Ausbildung führt dazu, dass die Angemessenheit der Kommunikation sehr **stark personenabhängig** ist. Personen, die sehr offen sind, versuchen in Kommunikation zu treten, wie dies eine Fachperson beschreibt:

«Ich persönlich finde, es kommt darauf an, wie man sensibilisiert ist. Wenn man keinen Kontakt damit hat, ist es sehr schwierig zu verstehen, ah ich sollte die Maske abziehen sollte. Oder so Überlegungen. Man hat einfach das Gefühl, man probiert es mal. Es gibt Leute, die mehr die Offenheit und den Mut haben, die versuchen, den Kontakt und die Kommunikation zwischen ihnen zu finden. Mit Hand und Fuss. Ich glaube, das ist sehr unterschiedlich. Ich sehe es immer wieder im Team, es gibt Leute, die versuchen, einen Weg zu finden. Und andere die ... Der Zeitfaktor ist dort auch ein grosser Punkt.»

Das mangelnde Wissen bezieht sich nach Wahrnehmung der Befragten auch auf die **falsche Einschätzung der Wirkung von Hilfsmitteln** (Cochlea-Implantate und Hörgeräte). Dabei wird oft fälschlicherweise davon ausgegangen, dass MmH, die ein solches Hilfsmittel benutzen, ein unbeeinträchtigtes Hörvermögen aufweisen.

«[Charles Gaucher zitierend:] Vergleichen Sie es [das Cochlea-Implantat] nicht mit einer Brille, sondern mit einem Rollstuhl. [...]. Das Hörgerät ist wie eine ein Rollstuhl. So kann man gut erkennen, dass Hörgeräte nie ausreichen werden, wenn sich die Umgebung nicht anpasst.»³³

³² «Nel percorso formativo di un infermiere in Svizzera non esiste un corso o un esame specificamente dedicato alle tecniche e strategie di comunicazione con persone sorde. Tutto viene quindi demandato al lavoro volontario delle associazioni.»

³³ «[Citant Charles Gaucher :] Ne le comparez pas [l'implant cochléaire] à des lunettes, mais à un fauteuil roulant. [...]. L'appareil auditif est comme un fauteuil roulant. On voit donc bien que les aides auditives ne suffiront jamais si l'environnement ne s'adapte pas. »

4.3.2 Erschwerte Kommunikation

Die Fachpersonen weisen darauf hin, dass die Kommunikation ein Problem darstellt und es immer wieder zu **Verständigungsproblemen** kommt, die sich negativ auf die Qualität der Behandlung auswirken. Mehrfach wird davon gesprochen, dass man sich mit Händen und Füssen verständigt oder es 'dann schon irgendwie geht'. Diese Art der Kommunikation ist weit weg vom präzisen und fachlichen Sprachgebrauch, wie man ihn in einer professionellen Kommunikation erwarten kann. Diese Verständigungsprobleme können auch zu Komplikationen und unnötigen Konsultationen führen.

«Ich hatte mal einen Patienten, der einen Katheter bekam. Er konnte nach Hause, aber mit dem Katheter. Man muss gewisse Dinge erklären, wie man das zu Hause händeln muss. Ich habe das dann probiert. Er kam dann viermal in den nächsten Tagen wieder auf den Notfall. Weil er Dinge nicht wusste, oder mich eben nicht verstanden hat. Er wusste nicht, dass es brennen kann, oder dass Urin rausläuft. Er hatte immer Angst, dass etwas nicht gut ist. Verständlicherweise. Das ist ein Beispiel, das mir geblieben ist. Das führte dazu, dass er viermal wieder auf den Notfall kommen und wieder aufgenommen werden musste. Das hätte man gut vermeiden können, wenn man einen Dolmetscher hätte oder so.»

Während es in gewissen Settings zur Normalität gehört, dass man GS-Dolmetscher:innen bestellt, wie man dies für andere Sprachen macht, ist dies beispielsweise im **Notfall** nicht möglich³⁴. Die Bestellung einer GS-Dolmetscher:in braucht einigen Vorlauf. Die **fehlende Planbarkeit** ist ein Faktor, der die Kommunikation erschwert. Es wird auch erwähnt, dass es vorkommt, dass das **Spital versäumt, GS-Dolmetschende zu organisieren** und gehörlose Patienten und Patientinnen dann ohne Kommunikationsmöglichkeit zu einer Konsultation aufgeboten werden oder man darauf verzichtet, GS-Dolmetschende zu organisieren, da für kurze Arzt-Visiten der Aufwand zu gross erscheint.

"Es ist schon passiert, dass Gehörlose, die einen Termin hatten, dass es keine Dolmetscher gab, weil die Rezeption nicht daran gedacht hat, zu buchen."³⁵

In diesem Zusammenhang wird auch auf die Frage der **Verantwortung für die Ermöglichung der Kommunikation im Sinne einer Bring- und Holschuld** hingewiesen. Eine Fachperson weist darauf hin, dass sie einen Teil der Verantwortung für eine gute Kommunikationslage auch bei den MmH sieht, indem diese beispielsweise ihre Bedürfnisse vorab klar anmelden müssen. Gleichzeitig sollte aus ihrer Sicht aber auch die Finanzierung klar geregelt sein, so dass es keine Frage ist, dass MmH das Recht haben, mehr Zeit zu beanspruchen und dieser Zusatzaufwand von den Versicherungen übernommen wird. Dies sollte auch für den ambulanten Bereich gelten.

Auch die **kulturellen Unterschiede** zwischen Gebärdensprach-Community und lautsprachlich orientierten Personen können nach Ansicht der Fachpersonen zu Missverständnissen führen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, Angebote in einem **partizipativen Verfahren** zu entwickeln und mit

³⁴ Zwar gibt es mit myMMX eine Notfall-Textvermittlung für das Kontaktieren der Sanität; eine Video-Verdolmetschung ist jedoch nicht möglich. Für eine Verdolmetschung auf der Notfallstation muss ein:e GS-Dolmetschende bestellt werden.

³⁵ « C'est déjà arrivé que les sourds qui avaient un rendez-vous, qu'il n'y avait pas eu d'interprètes, parce que l'accueil n'a pas pensé à réserver. »

Mediator:innen der Gehörlosen-Community zusammenzuarbeiten, insbesondere bei der Entwicklung von Präventionsprojekten.

4.3.3 Kontextbedingungen des Gesundheitssystems

Ein grosses Problem stellt der **wahrgenommene Zeitdruck** dar, der nach Aussage der Teilnehmenden auch dazu führen kann, dass sich die Behandelnden nicht versichern, ob die MmH die Informationen wirklich verstanden haben. Sie begnügen sich damit, dass sie es mitgeteilt haben, auch wenn sie befürchten, dass dies nicht genügt.

«Der Zeitdruck der Leute, der Pfleger und Ärzteschaft, und ich höre es auch oft auf der Kardiologie: manchmal ist weniger mehr. Ich bin jetzt beim Patienten, ich arbeite und er muss ja gar nicht alles wissen. Egal, ob er gehörlos ist oder nicht. Vielleicht muss man auch unterscheiden, wäre das bei einem anderen Patienten das gleiche Thema? Würde man auch so wenig sagen? Oder hat man das Gefühl, man hat so wenig gesagt, weil er eine Behinderung hat. weil er schwerhörig oder gehörlos ist? Oder würde der Mediziner oder die Ärztin sowieso nicht mehr dazu sagen?»

Die **wachsende Standardisierung von Behandlungsprozessen** wird als Problem wahrgenommen, wenn man einen integrativen und patientenzentrierten Ansatz verfolgen möchte. So kann man laut einer Fachperson aus dem Spital nicht einfach die doppelte Zeit für eine 20-Minuten-Kontrolle oder Sprechstunde einberechnen, weil die Person zum Beispiel eine:n Dolmetscher:in dabei hat oder mehr Zeit und Erklärungen benötigt. Dies scheint **je nach Behandlungs-Setting** unterschiedlich zu sein. Eine teilnehmende Fachperson aus der Psychiatrie gibt an, dass sie mehr Flexibilität haben, wie viel Zeit sie für ein Gespräch einsetzen können.

Von verschiedenen Fachleuten wird die **fehlende oder lückenhafte Finanzierung von Hilfsmitteln und Höruntersuchungen** durch das fragmentierte Sozialversicherungssystem (OKP, IV) kritisiert. Je nach Hilfsmittel (Cochlea-Implantate versus Hörgeräte) und je nach beruflicher Integration (IV nur für berufstätige Personen) und Alter, sind andere Versicherungen zuständig, die aber nicht denselben Deckungsumfang haben. Insbesondere **für ältere Personen** seien die Kosten für die Hilfsmittel und Untersuchungen, die sie benötigen, nicht ausreichend gedeckt. In diesem Zusammenhang wird auch kritisiert, dass viele Personen (sowohl Fachpersonen wie auch Patienten und Patientinnen) **zu wenig Wissen** über die komplexe Abdeckung der benötigten Leistungen für MmH durch Sozialversicherungen haben.

«Und dann gibt es auch noch schlechte Informationen, weil viele Menschen nicht einmal wissen, dass sie ein Recht darauf haben, Geld für den Kauf von Hörgeräten zu haben [...]. Es gibt einen völligen Mangel an Kommunikation. Es fehlen wirklich Informationen gegenüber den Patienten.»³⁶

³⁶ «E poi c'è anche mala informazione perché molte persone non sanno neanche che hanno diritto ad avere dei soldi per acquistarsi gli apparecchi [...]. C'è una mancanza di comunicazione totale. L'informazione manca proprio tanto verso i pazienti.»

4.3.4 *Eigenschaften und Verhalten der Patienten und Patientinnen mit Hörbehinderungen*

Die Verständigungsprobleme werden aus Sicht der Fachpersonen dadurch verschärft, dass ein Teil der MmH aus Angst vor Diskriminierung und Schamgefühl, seine **Hörprobleme nicht transparent macht und vorgibt, Informationen und Anweisungen verstanden zu haben, obwohl dies nicht zutreffend ist**. Weiter wird berichtet, dass MmH teilweise ihr eigenes Hörvermögen und ihre Fähigkeit zu verstehen überschätzen. Es wird auch darauf hingewiesen, dass diese Tendenz damit zu tun hat, dass ein Teil der MmH versucht, sich vollständig an die Welt der Hörenden anzupassen («sur-adaption») **und mit der Behinderung niemandem zur Last fallen will**. Diese «Über-Anpassung» wird auch mit einem erhöhten Risiko zur Entwicklung von Einsamkeit, Erschöpfung und psychischen Erkrankungen in Verbindung gebracht.

*"Ich denke an eine andere Situation mit einer lautsprachlich kommunizierenden Person, die selbst nie bemerkt hat, dass sie ernsthafte Hörprobleme hat. Sie hatte Hörgeräte, aber sie versteckte viel, ich denke, im Zusammenhang mit ihrer psychischen Gesundheit. Ich denke, daraus können sich Menschen entwickeln, die grosse Einsamkeit erleben und die wirklich psychische Probleme entwickeln können, die damit zusammenhängen, dass sie sich so sehr angepasst haben, dass sie immer denken, dass sie es sind, die zu viel daraus machen."*³⁷

Nach Ansicht von Fachpersonen aus Organisationen für Menschen mit Hörbehinderungen, ist es für **Menschen, die nicht mittels GS kommunizieren**, erheblich schwieriger, sich im Gesundheitssystem autonom zu bewegen und den Zugang zu einer guten Versorgung zu finden.

*"Es gibt einen Unterschied zwischen gebärdenden und nicht gebärdenden Menschen. Erstere erhalten die Informationen leichter, da sie in der Regel von einem Dolmetscher unterstützt werden. Daher ist es für sie einfacher, sich zu verständigen. [...] Sie können vollständige Informationen erhalten, weil es jemanden gibt, der an ihrer Seite übersetzt und weil das Gesundheitspersonal selbst weniger Angst hat, nicht verstanden zu werden. Auf der anderen Seite befinden sich Menschen, die schwerhörig sind oder nicht gebärden, wie in einer Grauzone, [...] für sie ist es problematischer in Bezug auf das Recht auf Information."*³⁸

Verschiedene Fachpersonen weisen ebenfalls darauf hin, dass es vor allem **ältere MmH** sind, die sich schwertun, sich als hörbehindert zu sehen und die Problematik und ihre spezifischen Bedürfnisse gegenüber dem Umfeld transparent zu machen. Diese MmH seien sich auch oft ihrer Rechte nicht bewusst und forderten diese nicht ein.

³⁷ « Je pense à une autre situation avec une personne oraliste, qui elle-même ne s'est jamais rendu compte qu'elle avait de graves problèmes d'audition. Elle avait des appareils, mais elle a beaucoup caché. Moi je pense en lien avec la santé mentale. Je pense que ça donne des personnes qui peuvent vivre de grosses solitudes et qui peuvent développer vraiment des soucis de santé mentale liés au fait qu'elles se sont tellement adaptées qu'elles pensent toujours que c'est elles qu'elles en font trop. »

³⁸ C'è una differenza tra sordi segnanti e non segnanti. I primi ricevono più facilmente le informazioni poiché di solito c'è un interprete che li assiste; dunque, per loro è più semplice a livello di comunicazione. [...] Riescono a ricevere informazioni più complete perché c'è qualcuno che segna al loro fianco e perché anche il personale sanitario ha meno paura di non essere compreso. Invece, le persone ipoudenti o che non segnano sono come in una zona grigia, [...] per loro è più problematico a livello di diritto all'informazione."

Von einigen Fachpersonen wird auf das Problem einer **tiefen Gesundheitskompetenz** von MmH hingewiesen. Dies betrifft nicht nur Fragen des Umgangs mit gewissen Gesundheitsproblemen, sondern auch, wie das Gesundheitssystem funktioniert und genutzt werden soll und welche Rechte MmH haben (z. B. das Recht auf GS-Verdolmetschung). Diese Problematik wird als Folge der schwierigen **Zugänglichkeit von schriftlichen Informationen** gesehen. Eine Fachperson unterstreicht in diesem Zusammenhang, dass dies für schwerhörige Menschen nicht zutrefte – in dieser Gruppe gäbe es zwar Personen mit tiefer Gesundheitskompetenz, aber nicht häufiger als dies in der Bevölkerung insgesamt der Fall sei.

Negative Stereotypen gegenüber Gesundheitsfachpersonen. Eine Fachperson weist auch darauf hin, dass viele MmH aufgrund von schlechten Erfahrungen alle Gesundheitsfachpersonen «in einen Topf werfen», respektive unfreundliches und unmotiviertes Verhalten fälschlicherweise auf sich selbst beziehen, obwohl die verantwortlichen Mitarbeitenden sich allen Patienten und Patientinnen gegenüber so verhalten.

"Wenn sie über ihre schlechten Erfahrungen im Krankenhaus sprechen. Ich muss aber schon sagen, du hast es mit einem Individuum zu tun, ein Individuum, das keine Lust hat. Diese Person, die sich keine Mühe gibt, die den Rücken zuwendet, die in ihre Hand spricht, die macht das mit allen Menschen so."³⁹

Schliesslich wurde erwähnt, dass Menschen mit Hörbehinderungen von klein auf von einem Netzwerk umgeben seien, das nicht zur **Entwicklung ihrer Entscheidungsfindung** beigetragen habe.

"Von klein auf gibt es ein riesiges Netzwerk um sie herum, das für sie entscheidet. Wann haben sie gelernt, ihre eigene Entscheidung zu treffen? Es sind die Erwachsenen, die es wissen, es ist die Logopädin, es sind die Eltern, es ist der Sonderlehrer, usw. Also plötzlich, als Erwachsener im Spital, muss ich etwas sagen, es ist ein Recht."⁴⁰

4.3.5 Gesprächsführung, kulturelle Unterschiede

Die in den Fokusgruppen oder Einzelgesprächen befragten Gesundheitsfachpersonen erwähnen deutlich **weniger kritische Punkte** im Zusammenhang mit der Art der Gesprächsführung als die Betroffenen selbst. Von einer Gesundheitsfachperson werden negative Erfahrungen der MmH erwähnt, welche bei vielen Betroffenen dazu führen würden, dass sie resignieren und sich nicht mehr genug für sich selbst einsetzen können. Es wird auch auf die Problematik hingewiesen, dass die **Vertraulichkeit** und Privatsphäre von MmH nicht gewährt ist, wenn Dritte als Dolmetschende ins Gespräch involviert sind.

³⁹ « Quand ils racontent leurs mauvaises expériences à l'hôpital. Je dois quand même dire, mais il s'agit de l'individu à qui tu as eu à faire, un individu qui n'a pas envie. Cette personne qui ne se donne pas la peine, qui tourne le dos, qui parle dans sa main, elle le fera avec tout le monde. »

⁴⁰ « Depuis leur plus jeune âge, il y a un réseau énorme autour d'eux qui décide pour eux, quand est ce qu'ils ont appris à prendre leur décision ? C'est les adultes qui savent, c'est le logopédiste, c'est les parents, c'est l'enseignant spécialisé, etc. Donc tout à coup, adulte hospitalisé, je dois dire quelque chose, c'est un droit. »

Von den Fachleuten der Gehörlosen-Organisationen wird hingegen darauf hingewiesen, dass MmH oft die Erfahrung machen, dass ihnen im Gespräch mit medizinischem und pflegerischem Personal **zu wenig Respekt** entgegengebracht werde und sie zu wenig in die Entscheidungsfindung einbezogen werden.

4.3.6 Genutzte Ressourcen und Strategien

Folgende Strategien zur Verbesserung des Zugangs zum Gesundheitssystem für MmH werden von Fachpersonen erwähnt:

- Einbezug von gehörlosen Gesundheitsfachpersonen (z. B. CHUV, Boulevard Santé) zur Ermöglichung der Kommunikation, Koordination der Versorgung, Triage, Begleitung an Termine und Kulturvermittlung;
- Bestellung von GS-Dolmetschenden, welche teilweise auch als Unterstützungsperson für die MmH fungieren und Finanzierung derselben durch die Klinik;
- Erhebung des Kommunikationsbedarfs mittels Eintrittsformular ins Spital (z. B. Universitäts-spital Basel);
- Kontaktaufnahme mittels SMS, Visio, Facebook;
- Einsatz von Schriftsprache, digital unterstützter Kommunikation mit Symbolkatalogen (www.santebd.org), Piktogrammen oder selbst erstellten Erklärfilmen;
- Transparenter Mundschutz;
- Nutzung eines internen Leitfadens für die Kommunikation (mit Verweis auf die Procom)
- Nutzung von digitalen Tools (z. B. die Procom App «myMMX»⁴¹);
- Nutzung der Angebote von Schwerhörigen- und Gehörlosen-Organisationen. Dies beinhaltet insbesondere den Besuch von Weiterbildungsangeboten für Gesundheitsfachpersonen wie beispielsweise vom Verband ATIDU im Tessin (Kommunikationsbedürfnisse und Möglichkeiten sowie Sensibilisierung für kulturelle Fragen) sowie die Vernetzung von MmH mit den verschiedenen Unterstützungsleistungen der Organisationen (z. B. rechtliche Beratung, Hilfe beim Verstehen von schwierigen Texten, Selbsthilfegruppe für Eltern von hörbehinderten Kindern).

4.3.7 Bedürfnisse und Verbesserungspotenzial

- Ausbau der Weiterbildung für alle Berufsgruppen im Gesundheitssystem zum Thema Gehörlosigkeit und Schwerhörigkeit und regelmässige Wiederholungen, um eine nachhaltige Wirkung zu erzielen;
- Integration dieses Themas in den Lehrplan der Gesundheitsprofessionen;
- Anpassung der Kommunikation an die Bedürfnisse und Fähigkeiten der MmH;
- Genug Zeit für Gespräche einsetzen können und ein Vertrauensverhältnis aufbauen;
- Anpassung der Tarifstrukturen, damit für Gespräche mit MmH mehr Zeit eingesetzt werden kann;

⁴¹ Diese App wird ab September 2024 durch eine neue App „myPROCOM“ ersetzt.

- Klärung der zentralen Fragen rund um die Organisation von GS-Dolmetschenden (Zuständigkeit für Aufgebot, Finanzierung) innerhalb der verschiedenen Bereiche des Gesundheitssystems und Information aller involvierter Stellen;
- Rasche und bessere Zugänglichkeit von GS-Dolmetschenden, auch für Notfälle;
- Einbezug von Kulturvermittler:innen;
- Klärung und Behebung der finanziellen Barrieren im Zugang zu Hilfsmitteln und Höruntersuchungen auch für ältere Personen und Aufklärung der Betroffenen über ihre Rechte;
- Entwicklung von angepassten Screening-Instrumenten in Gebärdensprache (z. B. zur Abklärung von Demenz oder psychischen Erkrankungen);
- Entwicklung von Erklärvideos in GS für wichtige Informationen rund ums Gesundheitssystem;
- Entwicklung von Erklärvideos in GS für medizinische Anleitungen bei der Entlassung aus dem Spital
- Möglichkeit der Verweisung an spezialisierte Versorgungsbereiche, die für die Bedürfnisse von MmH eingerichtet sind (z. B. Psychiatrie, Gynäkologie).

4.4 Fazit und Grenzen der Aussagekraft

Im Arbeitspaket 3 dieser Studie sollten in Fokusgruppendifkussionen und mittels Einzelinterviews die Perspektiven von MmH und von Fachpersonen des Gesundheitswesens und der Organisationen für MmH auf die Frage der gehörlosengerechten Gesundheitsversorgung in der Schweiz erfasst werden. In den Gesprächen wurden Probleme und Herausforderungen beim Zugang und der Nutzung von Angeboten der Gesundheitsversorgung thematisiert, Strategien im Umgang mit diesen Herausforderungen, Verbesserungsvorschläge und Bedürfnisse der Interviewten diskutiert. An den Interviews und Fokusgruppendifkussionen haben insgesamt 37 Personen teilgenommen. Die Gruppen setzten sich zusammen aus 25 MmH, die zu ihrer Perspektive als Patienten und Patientinnen befragt wurden und 12 Fachpersonen (hörend oder gehörlos, aus dem Gesundheitsbereich und von Gehörlosenorganisationen), die zu Herausforderungen in der Versorgung von MmH befragt wurden.

4.4.1 Perspektive der MmH

Die Erfahrungen und Meinungen von Menschen mit Hörbehinderungen haben folgendes gezeigt: Als Problem und Herausforderung empfinden sie vor allem **inadäquates (kommunikatives) Verhalten der Fachpersonen** aufgrund von fehlendem Wissen und mangelnden Kompetenzen. Die schwierigen **Kontextbedingungen des Gesundheitssystems** erschweren eine gute Gesundheitsversorgung weiter (z. B. Zeitdruck, Personalmangel und -wechsel, mangelnder Informationsaustausch innerhalb von Spitälern oder Arztpraxen, inadäquate räumliche Ausstattung, ausschliesslich telefonische Kontaktnahme um Termine, etc. zu vereinbaren, finanzielle Barrieren im Zusammenhang mit IV und AHV). Weiter zeigt die Studie, dass eine **personenzentrierte Gesundheitsversorgung** bei MmH unter den heutigen Bedingungen selten realisiert ist: MmH sind zu wenig und zu schlecht informiert, was unter anderem daran liegt, dass schriftliche Informationen überfordernd sind und sie fühlen sich oftmals nicht ausreichend in die Diagnose- und Entscheidungsprozesse miteinbezogen. Wenn Begleitpersonen anwesend sind, werden oft diese adressiert und informiert anstelle der betroffenen

MmH. Das Recht auf Selbstbestimmung und Einbezug in die Entscheidungsfindung wird dadurch ungenügend gewährt. **Gehörlose Eltern** stehen zusätzlich vor der Schwierigkeit, dass das Gesundheitsfachpersonal statt mit ihnen als Verantwortlichen mit den hörenden Kindern spricht, was ihre Autorität als Eltern verletzt und auch dazu führen kann, dass die medizinischen Informationen nicht adäquat weitervermittelt werden.

Für gehörlose Menschen wurden ausserdem diverse Hürden in der **Nutzung von GS-Dolmetschenden** deutlich (Mangel an GS-Dolmetschenden, Verfügbarkeit, Bezahlung, Planbarkeit, Vertraulichkeit). Die Studie zeigt auch, dass MmH **diverse Strategien** nutzen, um mit den Herausforderungen umzugehen. Diese Strategien sind z. B. abhängig davon, um welche Art Gesundheitsproblem es sich handelt (Ist es sehr intim? Ist es wichtig, schnell zu handeln oder nicht?).

Die Studie bestätigt auch, dass die Bedürfnisse von gehörlosen und schwerhörigen Menschen nicht immer deckungsgleich sind. Für beide gibt es Handlungsbedarf, der sich aber nur teilweise überschneidet. Während für **gebärdende gehörlose** Menschen der Zugang zu GS-Dolmetschenden und die verschiedenen damit verbundene Probleme sowie die erschwerte Zugänglichkeit von schriftlichen Informationen spezifische Schwierigkeiten darstellen, zeigt sich für **schwerhörige Menschen, die nicht gebärden**, die Hauptschwierigkeit darin, dass sich das Gesundheitssystem im direkten Kontakt noch schwerer damit tut, spezifisch auf ihre Kommunikationsbedürfnisse einzugehen. Oft wird fälschlicherweise davon ausgegangen, dass Menschen, die Hörgeräte benutzen, ein gutes Hörvermögen haben. Der Zugang zu schriftlichen Informationen ist hingegen in der Regel für schwerhörige Menschen, die nicht GS nutzen, einfacher als für Menschen, die GS nutzen. Dass schriftliche Gesundheitsinformationen ebenfalls als GS-Videos zur Verfügung stehen, ist die grosse Ausnahme.

4.4.2 *Perspektive der Fachpersonen*

In vielen Aspekten stimmt die Wahrnehmung der interviewten Fachpersonen zu Problemen und Herausforderungen mit denjenigen der MmH überein (z. B. **fehlendes Wissen** zu Kommunikation mit MmH, Zeitdruck, etc.). Die Fachpersonen berichten indessen auch von weiteren Kontextbedingungen, welche die Versorgung von MmH erschweren. Zum Beispiel wird die medizinische und pflegerische Arbeit immer mehr **standardisiert**, und somit können die Fachpersonen zu wenig auf die spezifischen Bedürfnisse von Patienten und Patientinnen eingehen wie beispielsweise mehr Zeit für ein Gespräch einplanen. Fachpersonen nennen auch Merkmale der MmH, welche die Versorgung schwierig machen: eine **tiefe Gesundheitskompetenz**, fehlendes Selbstvertrauen und Wissen um die eigenen Rechte, **Schamgefühle und Angst vor Diskriminierung**, welche verhindern, dass der eigene Kommunikationsbedarf transparent gemacht wird. Dies betrifft **insbesondere MmH, die lautsprachlich kommunizieren**. Der Hörstatus allein gibt zu wenig Anleitung an das Gesundheitsfachpersonal, welche Vorbereitungen sie treffen oder Medien sie nutzen sollen. Spezifisch für lautsprachlich kommunizierende Personen ist es wichtig, dass sie **Kenntnis von den möglichen Kommunikationshilfen** haben, um diese in Anspruch nehmen zu können (z. B. Roger Pen oder die Bestellung von Schriftdolmetscher:innen). In diesem Zusammenhang wird auch auf die Gefahr der Überanpassung hingewiesen, wobei MmH bestrebt sind zu kaschieren, dass sie Hörprobleme haben. Es wird auch auf eine **generalisierte negative Einstellung** gegenüber den Fachpersonen aufgrund wiederholter schlechter Erfahrungen aufmerksam gemacht.

4.4.3 *Verbesserungsvorschläge und Empfehlungen*

Die Empfehlungen und Verbesserungswünsche der interviewten MmH und der Fachleute stimmen ebenfalls stark überein. Folgende Punkte wurden u. a. angesprochen:

- Erhöhung des Wissens und der Kompetenzen des Personals im Gesundheitssystem;
- Kontaktaufbau zu allen Angeboten des Gesundheitssystems muss ohne Nutzung von Telefonen möglich sein;
- Erhöhung der Anzahl von GS-Dolmetschenden und Sicherstellung ihrer Verfügbarkeit inklusive einer unmittelbaren Erreichbarkeit in Notsituationen;
- Spezifische Kliniken und Angebote für gehörlose Menschen mit Gesundheitsfachpersonal, das in GS kommunizieren kann, insbesondere im Bereich Psychiatrie und Gynäkologie;
- Verbesserung der Kommunikationskompetenzen des Gesundheitsfachpersonals;
- Verbesserung der Gesprächsführung mit dem Ziel von patientenzentrierten Gesprächen;
- Verbesselter Zugang zu Gesundheitsinformationen (Videos in GS, schriftliche Informationen in Leichter Sprache);
- Kommunikationshilfen als Standard-Ausrüstung in Spitälern und Arztpraxen;
- Klärung und Lösung von Finanzierungsproblemen (GS-Dolmetschende, Hörhilfen).

Zusätzlich wurde von den Fachpersonen u. a. angesprochen:

- Ausbau der Weiterbildung für alle Berufsgruppen im Gesundheitssystem zum Thema Gehörlosigkeit und Schwerhörigkeit sowie regelmässige Wiederholungen, um eine nachhaltige Wirkung zu erzielen;
- Integration dieses Themas in den Lehrplan der Gesundheitsprofessionen;
- Verbesserung der Gesundheitskompetenz durch Entwicklung von Erklärvideos in GS;
- Klärung der zentralen Fragen rund um die Organisation von GS-Dolmetschenden;
- Rasche und bessere Zugänglichkeit von GS-Dolmetschenden, auch für Notfälle;
- Anpassungen des Tarifsystems, damit bei Bedarf längere Gesprächszeiten pro Konsultation möglich sind.

4.4.4 *Grenzen der Aussagekraft*

Die Aussagekraft der Ergebnisse des Arbeitspakets 3 sind in Bezug auf einige Punkte eingeschränkt. Zum einen ist festzuhalten, dass die Zusammensetzung der Teilnehmenden an den Fokusgruppengesprächen in den drei Sprachregionen nicht homogen war. Es erwies sich beispielsweise im italienischsprachigen Raum als schwierig, ausreichend Teilnehmende zu gewinnen, welche die gleichen Voraussetzungen erfüllten wie in der deutschsprachigen Schweiz. Ziel wäre es gewesen, in allen drei Sprachregionen genügend Gesundheitsfachpersonal aus verschiedenen Fachbereichen für die FG zu gewinnen. Da dies nicht realisiert werden konnte, wurden in der Romandie und im Tessin ergänzend Fachpersonen für Gehörlosigkeit und Schwerhörigkeit angefragt, welche Erfahrung mit der dem Thema der Zugänglichkeit des Gesundheitssystems aufweisen, da sie sich oft als Begleitperson für MmH betätigen und sich als Fachpersonen mit dieser Problematik befassen.

Als Ergänzung zur gewählten qualitativen Vorgehensweise wäre eine quantitative Erhebung bei einer repräsentativen Stichprobe von MmH in der Schweiz wünschenswert gewesen. Dies auch im Hinblick auf einen möglichen Bias bei den Personen, die sich bereit erklärt haben, an den Fokusgruppengesprächen und Interviews teilzunehmen («self-selection bias»). Aus finanziellen Gründen war es im Rahmen dieser Studie nicht möglich, eine solche ergänzende Fragebogen-Erhebung durchzuführen.

5 Schlussfolgerungen

Wenn man die Ergebnisse der drei Forschungsphasen miteinander verbindet, zeigt sich, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung für Menschen mit Hörbehinderung (MmH) in der Schweiz erheblich eingeschränkt ist, da die Voraussetzungen für eine wirksame und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung überwiegend nicht gegeben sind. Das in der Einleitung zitierte Modell von Tanahashi (1978) ermöglicht es, die verschiedenen Faktoren zu identifizieren, die zu diesem Zustand beitragen.

Was die *availability coverage* (Verfügbarkeit der erforderlichen Ressourcen entsprechend dem Bedarf) betrifft, so ist das Angebot an bedarfsgerechten Dienstleistungen sehr uneinheitlich und nicht Gegenstand kantonaler Planungsprozesse. Es mangelt an Ressourcen für einen angemessenen Umgang durch das Gesundheitsfachpersonal, das im Bereich Gehörlosigkeit und Hörbehinderung nicht ausreichend geschult ist. Der Mangel an Ressourcen wird für gehörlose Gebärdensprachnutzende weiter durch Lücken in der Verfügbarkeit von Dolmetschenden verstärkt. Die Untersuchung von Guter-Praxis Beispielen in den Nachbarkantonen und bestehenden Projekten zeigt, dass eine staatliche Förderung und Planung der Ressourcen eine angemessene Antwort auf die Bedürfnisse von MmH bietet.

Auf der Ebene der *accessibility coverage* (Zugänglichkeit von Ressourcen) wurden zahlreiche Barrieren identifiziert: Neben den architektonischen Barrieren, die in Gesundheitseinrichtungen vorhanden sind, stellt die geografische Distanz für viele gehörlose und schwerhörige Menschen ein Problem dar, insbesondere für diejenigen, die in Kantonen mit einem kleinen Dienstleistungsangebot leben. Auch finanzielle Barrieren und mangelnde Kenntnis der Rechtslage sind aufgrund der fragmentierten Logik des Schweizer Sozialversicherungssystems von Bedeutung. Der Zugang von MmH zur medizinischen Grundversorgung wird durch diese verschiedenen Faktoren besonders erschwert. Auch wenn sie nicht alle Probleme lösen, können Dienste, die zentralisierte und spezialisierte Leistungen für MmH anbieten, diese Barrieren erheblich reduzieren.

Die *acceptability coverage* (soziokulturelle Angemessenheit des Angebots) wird durch das Erleben von Stigmatisierung und Bevormundung der MmH, die an dieser Studie teilgenommen haben, geschmälert. Probleme beim gegenseitigen Verständnis zwischen dem Gesundheitsfachpersonal und den MmH tragen wesentlich dazu bei. Die Unterschiede zwischen Fachsprache und Laiensprache können durch wahrgenommene Unterschiede zwischen gehörloser und hörender Kultur verstärkt werden, was das Vertrauen, das einige MmH dem Gesundheitsfachpersonal entgegenbringen, verringert. Unter den etablierten Praktiken sind die Präsenz von gehörlosen und schwerhörigen Fachkräften in den Gesundheitsteams und die Finanzierung von zusätzlicher Zeit für die Konsultationen wahrscheinlich am wirksamsten, um eine respektvolle und patientenzentrierte Gesprächsführung zu ermöglichen.

Das *Contact Coverage* (die tatsächliche Nutzung des Angebots) ist manchmal begrenzt, weil MmH ihre gesundheitlichen Bedarfe unterschätzen, was unter anderem auf eine geringere Gesundheitskompetenz zurückzuführen ist. Darüber hinaus führen organisatorische und administrative Komplikationen dazu, dass einige MmH auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verzichten, die sie eigentlich benötigen würden. Diejenigen Angebote, die diese Unterversorgung wirksam bekämpfen können, sind solche, die klare und zugängliche Informationen über ihr Angebot bereitstellen und aktiv mit den Organisationen der MmH

zusammenarbeiten. Eventuell hier ergänzen, dass Gesundheitskompetenz und Zugang zu präventiven Massnahmen gefördert werden sollen mittels GS-Videos.

Was schliesslich die *effectiveness coverage* (Wirksamkeit der Intervention des Gesundheitssystems) betrifft, so sind Kommunikationsschwierigkeiten die Hauptursache für die auftretenden Probleme. Dem Gesundheitsfachpersonal fehlt es ausserdem an Zeit und den Behandlungseinheiten an personellen Ressourcen, um die besonderen Bedürfnisse von MmH zu berücksichtigen. Dieser Mangel erschwert eine wirksame Gesundheitsversorgung von MmH. Aufgrund der beschriebenen Hindernisse kann gesagt werden, dass einerseits die Qualität der Behandlungen für MmH eingeschränkt ist, und andererseits auch ein Risiko für ein schlechteres «Outcome» der Behandlung gegeben ist.

Obwohl die vorliegende Studie aufgrund der vorgegebenen Rahmenbedingungen und der gewählten methodischen Vorgehensweise keinen Anspruch auf Vollständigkeit und Repräsentativität erheben kann, bestätigen, konkretisieren und ergänzen die erarbeiteten Ergebnisse die bisher vorliegenden Erkenntnisse zum Zugang zur Gesundheitsversorgung für MmH in der Schweiz.

Darüber hinaus stimmen die zentralen Erkenntnisse über die drei untersuchten Sprachregionen und die drei Arbeitspakete der Studie hinweg überein, was ihre Validität stützt. Um die heute existierenden Barrieren vertiefter zu erforschen und den Bedarf an Art und Menge der notwendigen Ressourcen, die für eine qualitativ hochstehende Versorgung notwendig sind, zu bestimmen, wären weitere Studien erforderlich. Auf Basis der Erkenntnisse der vorliegenden Studie ist es aber bereits heute möglich, eine Reihe von Empfehlungen abzuleiten, die sich an politische Entscheidungsträger, die Organisationen des Gesundheitssystems und Einrichtungen, die Gesundheitsfachkräfte ausbilden, richten.

6 Empfehlungen

Die folgenden Empfehlungen stützen sich auf die Ergebnisse des vorliegenden Berichts unter Berücksichtigung des Fachwissens der Forschungsgruppe und der Rückmeldungen der Begleitgruppe der Studie.

Die zehn Empfehlungen wurden in vier Kategorien zusammengefasst:

- Grundausstattung und Grundleistungen für alle Leistungserbringenden des Gesundheitswesens (z. B. Spitäler, Institutionen der Langzeitpflege, ambulante Praxen, Beratungs- und Fachstellen, etc.);
- Entwicklung und Implementierung von Aus- und Weiterbildungsangeboten für das Gesundheitsfachpersonal;
- Entwicklung von Versorgungsstrukturen, die auf die Bedürfnisse von Menschen mit Hörbehinderung (MmH) spezialisiert sind;
- Massnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von MmH.

Jede Kategorie umfasst einen oder mehrere Handlungsansätze. Die Handlungsansätze werden nach folgender Struktur vorgestellt: (1) Empfehlung (2) Begründung für die Empfehlung (Problem und Bedarf); (3) konkrete Massnahmen.

Grundausstattung und Grundleistungen für alle Leistungserbringenden des Gesundheitswesens

E1 - Barrierefreie Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung entwickeln

Alle Leistungserbringenden des Gesundheitssystems (z. B. Spitäler inklusive Notfall; ambulante Praxen der Medizin, Psychologie, Physiotherapie, etc.) treffen die notwendigen Vorkehrungen, dass MmH ohne telefonischen Anruf Kontakt aufnehmen und einen Termin vereinbaren können.

Begründung:

Eine telefonische Kontaktaufnahme stellt für viele MmH eine Hürde dar, die sie oft nur mit Unterstützung Dritter überwinden können, wodurch die Autonomie und die Informationshoheit in einem sensiblen Bereich eingeschränkt wird.

Konkrete Massnahmen:

- M1: Anbieten von barrierefreien Online-Reservationssystemen für die Terminvereinbarung
M2: Anbieten der Kommunikation per SMS
M3: Anbieten der Kommunikation über verschlüsselte E-Mail

E2 - Ausstattung mit Hilfsmaterialien und Ressourcen für eine barrierefreie Kommunikation

Leistungserbringende werden dafür befähigt und sind mit den notwendigen Tools ausgestattet, die individuellen Kommunikationsbedürfnisse der MmH in Erfahrung zu bringen und sich den individuellen Sprachkenntnissen und Kommunikationsfähigkeiten der MmH anpassen zu können. Sie wenden die

Grundprinzipien der Kommunikation mit MmH an (z.B. [Voir pour comprendre](#)⁴² für Französisch, [Mit Gehörlosen kommunizieren](#)⁴³ Fehler! Linkreferenz ungültig.für Deutsch).

Begründung:

Eine effektive Kommunikation ist grundlegend für eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung. Die Qualität der Kommunikation für MmH ist in der Regel zu hindernisreich und muss verbessert werden. Der Zustand des Gehörs oder die Verwendung von Hörgeräten definieren nicht per se, wie die Person kommunizieren kann und möchte. Die Kommunikationsfähigkeiten und -bedürfnisse müssen daher erfragt werden.

Konkrete Massnahmen:

M4: Kommunikationshilfen und eine Checkliste zur Erhebung des Kommunikationsbedarfs sind als Standardausrüstung in medizinischen Einrichtungen verfügbar.

E3 – Die Gesprächsführung im Hinblick auf eine patientenzentrierte Versorgung verbessern

MmH werden systematisch als Hauptakteur:innen in die Diskussion und Entscheidungsfindung einbezogen, dies sowohl in der Interaktion mit Ärzt:innen, also auch in jenen mit den anderen Gesundheitsfachpersonen. Im Falle der Einbeziehung von Dritten wird die Vertraulichkeit gewährleistet. Die Person mit Hörbehinderung bleibt der oder die Hauptadressat:in im Gespräch.

Begründung:

MmH haben wie alle übrigen Personen ein Recht auf eine patientenzentrierte Gesundheitsversorgung, die eine hohe Qualität der Behandlung ermöglicht.

Konkrete Massnahmen:

- M5: Anpassung der Gesprächsdauer an die kommunikativen Bedürfnisse und ggf. Einbeziehung zusätzlicher Hilfsmittel (Einfache Sprache, Visualisierungen, Bilder wie z.B. Piktogramme).
- M6: Einbezug von professionellen GS-Dolmetschenden.
- M7: Einbezug von kultureller Mediation, falls erforderlich.

E4 - Die Kommunikation in besonderen Situationen aufrechterhalten

Das Personal wird für Kommunikationsschwierigkeiten sensibilisiert, die mit besonderen Situationen (z. B. während Untersuchungen oder im Operationssaal) verbunden sind. Es kann Massnahmen treffen, um damit umzugehen. Es kann sicherstellen, dass die Hörgeräte funktionstüchtig sind (z. B. nach einer Operation) und visuelle oder schriftliche Kommunikationsmittel verwenden.

Begründung:

MmH, die Hörgeräte oder Cochlea Implantate tragen, müssen diese während einer Behandlung (z. B. bei bildgebenden Untersuchungen, im Operationssaal) manchmal abnehmen. Das medizinische

⁴² <https://www.voirpourcomprendre.ch/>

⁴³ <https://www.sgb-fss.ch/content/uploads/2024/01/flyer-kommunikation-d-lang.pdf>

Personal muss manchmal Masken tragen, was das Lippenlesen verhindert, resp. bei transparenten Masken erschwert.

Konkrete Massnahmen:

- M8: Die Leistungserbringenden stellen sicher, dass das Personal zur Funktionsweise von Hörgeräten und Cochlea Implantaten geschult wird und erkennen kann, ob diese funktionstüchtig sind oder wie die Funktion wieder hergestellt werden kann.
- M9: Die Leistungserbringenden tragen Sorge, dass das Personal alternative Kommunikationsmittel kennen lernt und diese bei Bedarf zur Hand hat.

E5 - Förderung des Zugangs zu Gebärdensprachdolmetschdiensten und Klärung der Verantwortlichkeiten

Die Anzahl der GS-Dolmetschenden wird für die gesamte Schweiz erweitert.

Die Verfügbarkeit von GS-Dolmetschenden in medizinischen Notfallsituationen wird jederzeit gewährleistet.

Die Regelungen und Bestimmungen bezüglich der Verantwortung und Finanzierung von GS-Dolmetschenden werden in allen Sektoren des Gesundheitssystems (einschliesslich des ambulanten Sektors) und auch bei den MmH bekannt gemacht.

Die Nützlichkeit von digitalen Tools und Innovationen (u.a. Videodolmetschen, KI-Spracherkennung) wird auf die bereits bestehenden Angebote, das zukünftige Potenzial und die damit verbundenen Risiken geprüft.

Begründung:

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass das Angebot an GS-Dolmetschenden nicht ausreicht, um den Bedarf im Gesundheitswesen der Schweiz zu decken. Es ist zudem oft unklar, wer für die Organisation und die Finanzierung zuständig ist.

Konkrete Massnahmen:

- M10: Die verantwortlichen Akteure fördern die Ausbildung von GS-Dolmetschenden und der GS-Sprachkompetenzen bei Gesundheitsfachpersonen mit öffentlichen Mitteln.
- M11: Etablierung eines allzeit (24 Stunden während 7 Tagen) verfügbaren Videodolmetschdienstes ohne Wartefrist (insbesondere für Notfälle).
- M12: Ausschreibung eines Forschungsprojekts zur Prüfung des Potenzials, der Vor- und Nachteile der Entwicklung von innovativen digitalen Tools im Zusammenhang mit der GS-Verdolmetschung.

Entwicklung und Implementierung von Aus- und Weiterbildungsangeboten für das Gesundheitspersonal

E6 – Die Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals fördern

Die Ausbildung wird in allen Bildungsbereichen des Gesundheitswesens implementiert durch die Zusammenarbeit zwischen SBFI, BAG, kantonale Gesundheits- und Erziehungsdirektionen, Berufsschulen, Höhere Fachschulen, Fachhochschulen, Universitäten, Weiterbildungsorganisationen, Vereinigungen und Organisationen für gehörlose und schwerhörige Personen und Berufsverbände. Besondere Aufmerksamkeit wird der Entwicklung der Kompetenz zur patientenzentrierten Gesprächsführung gewidmet.

Begründung:

Schulungen sollen den Mitarbeitenden des Gesundheitssystems ein besseres Verständnis von Gehörlosigkeit und Schwerhörigkeit, Hörschädigungen, unterschiedlichen Kommunikationsbedürfnissen sowie von Strategien und Hilfsmitteln zur Überwindung von Hindernissen vermitteln. Dies gilt für alle Berufsgruppen, einschliesslich des Personals der Administration.

Konkrete Massnahmen:

- M13: Das Thema barrierefreie und patientenzentrierte Kommunikation mit MmH unter Berücksichtigung von biopsychosozialen Aspekten wird in den Lehrplänen der Aus- und Weiterbildungsgänge im Gesundheitsbereich eingeführt oder allenfalls ausgebaut.
- M14: Die Bildungsangebote werden regelmässig durchgeführt, um eine nachhaltige Wirkung zu erzielen.
- M15: Für das gesamte Personal (alle Berufsgruppen) werden Sensibilisierungsinhalte und Weiterbildungen angeboten.

Entwicklung von Versorgungsstrukturen, die auf die Bedürfnisse von MmH spezialisiert sind

E7 - Entwicklung von spezialisierten Behandlungseinheiten für MmH (Empfang, Grundversorgung und begleitete Triage) an Universitäts- und Zentrumsspitalern

Universitäts- und Zentrumsspitäler verfügen über eine spezialisierte Behandlungseinheit (Empfang, Grundversorgung und begleitete Triage), die für die Bedürfnisse von MmH eingerichtet ist.

Diese spezialisierten Einheiten oder Abteilungen sind in der regionalen Grundversorgung aktiv, indem sie sich mit ambulanten Leistungserbringenden vernetzen, diese schulen und unterstützen.

Begründung:

Die Forschungsstudie zeigt, dass spezialisierte Abteilungen an Universitäts- und Zentrumsspitalern einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität anbieten können, da ohne Beizug

von Dritten kommuniziert werden kann. Dies ist besonders wichtig, da (1) der Beizug von externen GS-Dolmetschenden nicht immer möglich ist und (2) auch die Kommunikation mit Personen mit Hörbehinderung, die nicht in GS kommunizieren besondere Anforderungen stellt.

Konkrete Massnahmen:

- M16: Die für die Versorgung verantwortlichen Akteure tragen Sorge, dass Universitäts- und Zentrumsspitäler spezialisierte Behandlungseinheiten auf der Grundlage der Modelle von Frankreich und Österreich aufbauen oder weiterentwickeln (vgl. Kapitel 2 des Berichts).
- M17: Diese Behandlungseinheiten bieten Beratung, Weiterbildung und Supervision für das Personal ambulanter Leistungserbringer in der Region an.

E8 - Auf- und Ausbau des Angebots an psychiatrischer, psychotherapeutischer sowie gynäkologischer und geburtshilflicher Versorgung im ambulanten und stationären Setting

Jeder Kanton, allenfalls im Rahmen interkantonaler Vereinbarungen, stellt sicher, dass der Zugang zu spezialisierten Angeboten im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe für MmH gewährleistet ist.

Es wird eine direkte Kommunikation – ohne Sprachmittler:in - zwischen den MmH und dem Personal ermöglicht.

Begründung:

Die Studie zeigt, dass Personen mit psychischen Problemen wie auch Frauen mit Behandlungsbedarf im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe in einer besonders vulnerablen Lage sind. Für die Betroffenen ist eine direkte Gesprächsführung ohne Einbezug von Dritten von zentraler Bedeutung. Auch das Wissen über kulturelle und psychosoziale Aspekte von Hörbehinderung ist für die Behandlungsqualität unerlässlich.

Konkrete Massnahmen:

- M18: Bildung regionaler Angebote für Psychiatrie, Psychotherapie und Gynäkologie, Geburtshilfe mit Personal, das über gute Gebärdensprachkompetenzen verfügt.
- M19: Anstellung von Personal, das über Gebärdensprachkompetenzen verfügt, in den Kliniken für Psychiatrie und Gynäkologie oder Geburtshilfe.

E9 - Entwicklung von spezifischen Diagnose- und Screening-Instrumenten

Valide und reliable Screenings-, Diagnose- und Qualitätssicherungsinstrumente werden unter Berücksichtigung der spezifischen Kommunikationsbedarfe und der psychosozialen Lage von MmH entwickelt.

Begründung:

Die heute existierenden Diagnose- und Screeninginstrumente sind für MmH bei bestimmten Gesundheitsproblemen nicht valide. Dies betrifft zum Beispiel die Diagnose von psychischen Erkrankungen, Demenzerkrankungen oder von kognitiven Einschränkungen. Das Problem liegt im Format der Instrumente (z. B. wenn diese ausschliesslich als schriftliche Fragebogen entwickelt

wurden) und auch bei der Aussagekraft in Bezug auf die Differenzierung von Hörproblemen und Krankheiten. Das Screening und die Diagnose von bestimmten Gesundheitsproblemen bei MmH muss verbessert werden. Auch die Entwicklung von barrierefreien Instrumenten zur Überprüfung der Patientenzufriedenheit und Behandlungsqualität, wie sie beispielsweise beim Austritt aus dem Spital eingesetzt werden ist wichtig, um Probleme im Zugang und der Behandlungsqualität von MmH erkennen und angehen zu können.

Konkrete Massnahmen:

- M20: Förderung und Ausbau der angewandten Forschung in der Diagnostik für MmH insbesondere in den medizinischen Fachgesellschaften, den Universitätsspitalern und Fachhochschulen.
- M21: Prüfung, Adaption und Validierung von internationalen Instrumenten an die Situation in der Schweiz.

Massnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von MmH

E10 - Stärkung der Gesundheitskompetenz von MmH

Die für Gesundheitsinformationen verantwortlichen Akteure wie BAG, BSV, Gesundheitsförderung Schweiz, kantonale Gesundheitsdirektionen, Organisationen von MmH, Berufsverbände, Universitätskliniken, Fachhochschulen wie auch Leistungserbringende der Gesundheitsversorgung tragen Sorge, dass wichtige Gesundheitsinformationen MmH barrierefrei zugänglich sind.

Persönliche Gesundheitsinformationen (z. B. zum Gesundheitszustand, zu geplanten Untersuchungen und Behandlungen) werden den gehörlosen und schwerhörigen Patienten und Patientinnen so zugänglich gemacht, dass sie auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten und verständlich sind.

Zentrale öffentliche Informationen zum Gesundheitssystem (z. B. zu Versorgungsstrukturen, Unterstützungsangebote, Organisationen für MmH, Rechte und Pflichten als Patientinnen und Patienten, etc.) werden den MmH barrierefrei zugänglich gemacht.

Präventionskampagnen werden ebenfalls barrierefrei angeboten (z. B. in Leichter Sprache und in Gebärdensprach-Filmen).

Die Versorgungsstrukturen vernetzen sich mit den Unterstützungsangeboten und Organisationen für MmH und verweisen die Patienten und Patientinnen bei Bedarf an diese Angebote.

Alle Massnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der MmH sollten grundsätzlich in einem partizipativen Prozess mit den MmH entwickelt werden.

Begründung:

Ein Teil der MmH weist eine deutlich geringere Gesundheitskompetenz auf, was sich negativ auf die Gesundheit auswirken kann. Der Zugang eines Teils der MmH zu schriftlichen Gesundheitsinformationen ist stark eingeschränkt. Insbesondere der Zugang zu Präventionskampagnen ist bisher eingeschränkt.

Konkrete Massnahmen:

- M22: Wichtige schriftliche Informationen zum Thema Gesundheit und Gesundheitssystem Schweiz werden in eine leicht verständliche Sprache übersetzt (z.B. Einfache oder Leichte Sprache) und mit passenden Bildern angereichert.
- M23: Bei Präventionskampagnen und für Informationen über die Funktionsweise des Gesundheitssystems werden Videos in den drei Gebärdensprachen der Schweiz erstellt.
- M24: Auf die Bedürfnisse von MmH spezialisierte Dienste bieten Beratung und Erklärungen zu komplexen und fachspezifischen Texten im Zusammenhang mit gesundheitlichen Themen an.
- M25: Materialien und Massnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz werden in einem partizipativen Vorgehen unter Einbezug von MmH entwickelt.

7 Literaturverzeichnis

- Amoros, T., Bonnefond, H., Martinez, C., & Charles, R. (2014). Un dispositif ambulatoire pour la santé des Sourds en soins primaires: *Santé Publique*, Vol. 26(2), 205–215.
<https://doi.org/10.3917/spub.138.0205>
- Bachmann, N. (2015). Leben mit chronischen Krankheiten. In *Gesundheit in der Schweiz—Fokus chronische Erkrankungen: Nationaler Gesundheitsbericht 2015* (S. 149–189). Hogrefe.
- Bayer-Oglesby, L., Bachmann, N., Zumbrunn, A., & Solèr, M. (2023). Soziale Lage und Spitalaufenthalte aufgrund chronischer Erkrankungen. *Primary and Hospital Care*, 23(1), 9–11. <https://doi.org/10.4414/phc-d.2023.10493>
- Binggeli, T., & Hohenstein, C. (2020). Deaf Patients' Access to Health Services in Switzerland: An Interview with Dr. Tatjana Binggeli, Medical Scientist and President of the Swiss Federation of the Deaf SGB-FSS. In C. Hohenstein & M. Lévy-Tödter (Hrsg.), *Multilingual Healthcare* (S. 333–347). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-27120-6_13
- Chastonay, O., Blanchard, J., Cantero, O., Carmes, M., Michel, P., Singy, P., Bodenmann, P., & Mongourdin, B. (2018). Die Gehörlosen: Eine vulnerable, von Gesundheitsfachleuten verkannte Population. *Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizin-Forum*.
<https://doi.org/10.4414/smf.2018.03361>
- Emond, A., Ridd, M., Sutherland, H., Allsop, L., Alexander, A., & Kyle, J. (2015). The current health of the signing Deaf community in the UK compared with the general population: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 5(1), e006668–e006668. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006668>
- Fellinger, J. (2007). Patient gehörlos- Medizin unter vier Augen. *Das Zeichen*, 77.
- Fellinger, J., Breiteneder, S., & Schossleitner, K. (2021). Psychosoziale Arbeit im Netzwerk. *Taubenschlag*. <https://www.taubenschlag.de/2021/11/psychosoziale-arbeit-im-netzwerk/>
- Fellinger, J., Holzinger, D., & Pollard, R. (2012). Mental health of deaf people. *The Lancet*, 379(9820), 1037–1044. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61143-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61143-4)
- Girard-Groeber, S. (2022). *Unabhängige Lebensführung gehörloser Menschen im Alter. Am Beispiel Kanton Zürich. Schlussbericht*. Fachhochschule Nordwestschweiz.
- Höglinger, D., Guggisberg, J., & Jäggi, J. (2022). *Hör- und Sehbeeinträchtigungen in der Schweiz. (Obsan Bericht 01/2022)*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Klettecka-Pulker, M., Pernkopf Regina, Recheis, C., & Norwood, N. (2015). *Barrierefreie Gesundheitsförderung für gehörlose Menschen in Österreich durch Videodolmetschen*. https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/project-attachments/Endbericht_FG%C3%96_Geb%C3%A4rdensprachdolmetscher%20am%20Display.pdf
- Kolnsberg, A. (2021). Psychotherapeutische und psychiatrische Angebote fuer gehoerlose und hoerbeeintraechtigte Menschen., Zur Versorgungslage in Deutschland., Psychotherapeutic and psychiatric services for deaf and hearing impaired people. On the care situation in Germany (Deepl). *Psychotherapie in Gebaerdensprache. Ansaetze und Interventionen*, 132. PSYNDEXplus Literature and Audiovisual Media <1977 to September 2023>.

- Kuenburg, A., Fellingner, P., & Fellingner, J. (2016). Health Care Access Among Deaf People. *Journal of deaf studies and deaf education*, 21(1), 1–10. Ovid MEDLINE(R) <2016>. <https://doi.org/10.1093/deafed/env042>
- Margellos-Anast, H., Estarziou, M., & Kaufman, G. (2006). Cardiovascular disease knowledge among culturally Deaf patients in Chicago. *Preventive Medicine*, 42(3), 235–239. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2005.12.012>
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. (11., aktualisierte und überarbeitete Auflage.). Beltz Verlag.
- Middelton, A. (2010). *Working with Deaf People: A Handbook for Healthcare Professionals*. Cambridge University Press.
- Mongourdin, B., & Karacostas, A. (2015). *Les Unités régionales hospitalières d'accueil et de soins pour les sourds*. 798–800.
- Piérart, Geneviève, & Rossier, Amélie. (2020). *Les besoins des personnes sourdes et malentendantes et de leurs proches en Suisse romande. Rapport final de la recherche mandatée par le Centre les chemain'S de la Fédération suisse des sourds* (S. 52). Haute école de travail social.
- Piérart, Geneviève, Rossier, Amélie, & Gaucher, Charles. (2023). Expériences parentales de la surdité: Convergences et divergences entre le vécu de parents entendants et de parents sourds. *La nouvelle revue - Education et société inclusives*, 97, 57–75.
- Quérel, C. (2013). *Surdité et santé mentale. Communiquer au coeur du soin*. Lavoisier; Cairn.info. <https://www.cairn.info/surdite-et-sante-mentale--9782257205391.htm>
- Rete Antiviolenza, & Ente Nazionale Sordi Milano. (2022). Donne Sorde no più sole. In C. Galluccio & A. Zuccalà, *Pensare la sordità. Tra dimensione scientifica e promozione sociale. Contributi dalla 3a Conferenza Nazionale sulla Sordità* (Franco Angeli Opne Access, S. 136–138). <http://bit.ly/francoangeli-oa>
- Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 56(2), 295.
- Tétreault, Sylvie, & Blais-Michaud, Sophie. (2014). Etude de la portée (scoping review). In Tétreault, Sylvie & Guillez, Pascal (Hrsg.), *Guide pratique de la recherche en réadaptation* (S. 151–198). De Boeck.
- World Health Organization. (2015). *WHO global disability action plan 2014-2021: Better health for all people with disability*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/199544>

8 Anhang

8.1 Materialien zum Arbeitspaket 1

Auf den nationalen Plattformen des Gesundheitswesens wurde mit den nachfolgenden Suchwörtern nach Treffern gesucht:

- Deutsch: Gehörlos, Gehörlosigkeit, Gebärdensprache, Hörbeeinträchtigung, Schwerhörigkeit
- Französisch: sourd, surdité, langue des signes, d ficiency auditive, malentendence
- Italienisch: sordo, sordit , lingua dei segni, deficit uditivo, perdita dell'udito

Name der Organisation oder Plattform	Treffer
Bundesamt für Gesundheit, BAG	0
Bundesamt für Sozialversicherungen, BSV	11
Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK)	0
Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK)	0
Gesundheitsförderung Schweiz, GFCH	0
H+ Die Spitäler der Schweiz	1
Swiss Health Network for Equity	0
Notfallpflege Schweiz	0
Palliativ Care Schweiz	0
Branchenverbände im Langzeitbereich der Schweiz CURAVIVA, INSOS und YOVITA.	0
Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, FMH	0
Schweizer Physiotherapie Verband, physioswiss	1
Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer (SBK ASI)	0
SPITEX Schweiz	0
Schweizerischer Hebammenverband (SHV)	0
Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen, FSP	1
ErgotherapeutInnen Verband Schweiz	0
Sages Schweizerischer Fachverband für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit	0
Pro Cap, Verein für Menschen mit Handicap	0
Pro Infirmis, Dachorganisation für regionale und lokale Behindertenorganisationen.	0
Agile, Dachverband der Organisationen von Menschen mit Beeinträchtigungen	0

Auf den Plattformen der Vereinigungen für Gehörlose und Schwerhörige wurden die folgenden Suchwörter verwendet:

- Deutsch: Gesundheit, Gesundheitssystem, Gesundheitsversorgung, Medizin, Pflege, Geburtshilfe, Gesundheitsförderung, Prävention; Psychotherapie.
- Französisch : santé, système de santé, soins de santé, médecine, soins, obstétrique, promotion de la santé, pr vention, psychothérapie.
- Italienisch: salute, sistema sanitario, assistenza sanitaria, medicina, cura, ostetricia, promozione della salute, psicoterapia.

Name der Organisation oder Plattform	Treffer
Geschäftsstelle Zürich des Schweizerischen Gehörlosenbunds	2
Interessengemeinschaft Gehörlose und Hörbehinderte IGGH Bern	1
BFSUG Beratung für Schwerhörige und Gehörlose Aargau Solothurn	0
Gehörlosenfachstelle in Basel, Gehörlosenzentrum und Gehörlosen-Fürsorgeverein Bilingual Basel	0
BFSUG Beratung für Schwerhörige und Gehörlose	3
Fachstelle für Gehörlose St. Gallen	0
sichtbar GEHÖRLOSE ZÜRICH (https://sichtbar-gehoerlose.ch)	1
Fachstelle Bilinguale Bildung für Gehörlose/Hörbehinderte Graubünden	0
Zentrum für Gehör und Sprache Zürich ZGSZ	1
Verein zur Förderung der Gebärdensprache für Kinder	0
Verein Vispy	1
Schweizerischer Hörbehindertenverband SONOS	2
Anlaufstelle für Menschen mit Schwerhörigkeit Pro Audito	0
Stiftung Uetendorfberg	0
Stiftung Schloss Turbenthal	0
SZBLIND Fachstelle Hörsehbehinderung und Taubblindheit	0
Aargauischer Verein für Gehörlosenhilfe	0
Bündner Gehörlosenverein	0
Bündner Hilfsverein für Gehörlose	0
Christliche Gehörlosen Gemeinschaft der Schweiz CGG	0
Berufsvereinigung der Gebärdensprachdolmetscher*innen	0
SOGS-COSM Schweiz. Ökumenische Arbeitsgemeinschaft für Gehörlosen- und Schwerhörigen Seelsorge	0
Procom	1

8.2 Materialien zum Arbeitspaket 2

Liste der Gute Praxis-Kriterien

Die folgenden **Indikatoren für Gute Praxis** wurden ausgewählt:

- Ausbildung von Angehörigen der Gesundheitsberufe und Sensibilisierung für die Bedürfnisse von gehörlosen und schwerhörigen Menschen durch Schulungen in LS-Gebärdensprache und LPC-Lautsprache sowie durch Sensibilisierung für Gehörlosigkeit (Kultur, Schwierigkeiten usw.);
- Erleichterung des Zugangs zu Gesundheitsinformationen und -diensten, Bereitstellung zugänglicher medizinischer Informationen für gehörlose Menschen und Berücksichtigung spezifischer Bedürfnisse bei der Terminvergabe;
- Erleichterung des Verständnisses zwischen den Kulturen der gehörlosen und hörenden Menschen durch den Einsatz von Vermittlern und gehörlosen Fachkräften;
- Unterstützung der Kommunikation unter Berücksichtigung der Kommunikationspräferenzen der Patienten und Patientinnen und Einsatz von qualifizierten und anerkannten GS-Dolmetschenden vor Ort oder aus der Ferne (RVI-Ferndolmetschtechnik);
- Fördern einer klaren und effektiven Kommunikation, Anpassen von Haltung und Sprache an die Sprachkenntnisse und spezifischen Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen; Verwenden von visuellen Hilfsmitteln; flexible Handhabung der Zeitdauer der Konsultationen inklusive Überprüfung, ob die erhaltenen Informationen verstanden worden sind;
- Anpassung der Umgebungsbedingungen: optimale Lichtverhältnisse, Reduktion von Lärm, Nutzung technischer Hilfsmittel (induktive Hörsysteme oder ähnliche Systeme für Menschen mit Hörgeräten, DI);
- Sorgsamer Umgang mit sensiblen Informationen und Daten und Einbeziehung der Patientin oder des Patienten in die medizinische Versorgung;⁴⁴
- Überweisung von Patienten und Patientinnen bei Bedarf an Dienste, die über Ressourcen verfügen, die auf gehörlose und schwerhörige Menschen abgestimmt sind. Dies setzt voraus, dass das Gesundheitsfachpersonal über gute Kenntnisse des Gehörlosennetzwerks verfügt;
- Zusammenarbeit mit spezialisierten Organisationen, die Dienstleistungen, Informationen und Beratung für die Arbeit mit gehörlosen Patienten anbieten

⁴⁴ Die Literatur zeigt, dass diese als Grundrechte anerkannten Aspekte im konkreten Fall der Versorgung gehörloser und schwerhöriger Patienten und Patientinnen häufig beeinträchtigt werden (z. B. durch den Einsatz Dritter in der Rolle von Dolmetschenden, durch Kommunikationsschwierigkeiten, die zu einem Mechanismus des Ausschlusses der Patienten und Patientinnen von Überlegungen und Entscheidungen, die sie oder ihn betreffen, führen, etc.); Vgl. dazu auch Kapitel 4 dieser Forschungsstudie.