Sozialer Wandel und Kohäsionsforschung

RESEARCH

Sabine Fries

Gewalterfahrungen gehörloser Frauen

Risikofaktoren, Ressourcen und gesundheitliche Folgen

ikon Institut Sozialer Wandel und Kohäsionsforschung

Springer VS

Sozialer Wandel und Kohäsionsforschung

Reihe herausgegeben von

Sigrid Bathke, Fakultät Soziale Arbeit, Hochschule Landshut, Landshut, Deutschland

Uta Benner, Fakultät Soziale Arbeit, Hochschule Landshut, Landshut, Deutschland

Hubert Beste, Fakultät Soziale Arbeit, Hochschule Landshut, Landshut, Deutschland

Stefan Borrmann, Fakultät Soziale Arbeit, Hochschule Landshut, Landshut, Bayern, Deutschland

Clemens Dannenbeck, Fakultät Soziale Arbeit, Hochschule Landshut, Landshut, Deutschland

Dominique Moisl, Fakultät Soziale Arbeit, Hochschule Landshut, Landshut, Deutschland

Karin-Elisabeth Müller, Fakultät Interdisziplinäre Studien, Hochschule Landshut, Landshut, Bayern, Deutschland

Mihri Özdogan, Hochschule Landshut, Landshut, Deutschland

Barbara Thiessen, Fakultät Soziale Arbeit, Hochschule Landshut, Landshut, Deutschland

Mechthild Wolff, Studiengangsleitung Kinder & Jugendhi, Hochschule Landshut, Landshut, Bayern, Deutschland

Eva Wunderer, Fakultät Soziale Arbeit, Hochschule Landshut, Landshut, Deutschland

Soziale Ungleichheit bezeichnet ein zentrales gesellschaftliches Phänomen, das mit der Entwicklungsgeschichte der Sozialen Arbeit und anderer Sozialwissenschaften untrennbar verbunden ist. Spätestens mit dem Aufkommen des modernen Industriekapitalismus in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde der gesellschaftspolitische Hintergrund geschaffen, auf dem sich Soziale Arbeit als Organisationsinstanz entsprechender Hilfen und Unterstützungsleistungen herausbilden konnte. Während in der fordistischen Phase der Nachkriegsgeschichte die Auswirkungen der Polarisierungsprozesse in den unteren Segmenten der Gesellschaft noch einigermaßen hinreichend abgefedert werden konnten, treten die Konsequenzen dieser „gespaltenen Moderne“ in der neoliberalen Ära immer deutlicher zu Tage. Für die Sozialwissenschaften ist damit ein verstärkter theoretischer wie empirischer Forschungsaufwand verbunden, um die Folgen dieser sozialpolitischen Verwerfungen besser verstehen und darstellen zu können. Das Institut „Sozialer Wandel und Kohäsionsforschung (IKON)“ legt seinen Fokus einerseits auf die Eruierung dieser tiefgreifenden strukturellen Transformationsprozesse, um andererseits aber auch gesellschaftliche Kohäsionsmomente herausarbeiten zu können, die den zunehmenden Spaltungsprozessen entgegen wirken können. Zentral ist dabei die Analyse der Stärkung von Teilhabe und Lebensbewältigungskompetenzen. So vielfältig wie die zu bearbeitenden Problemstellungen fallen die sozialen Felder aus, in denen kohäsionsbezogene Alternativen zu erforschen sind. Dazu gehören beispielhaft die Kinder- und Jugendhilfe, die Herausforderungen der Pflege und Gesundheitsförderung, die Analyse von Geschlechterverhältnissen und Care sowie Formen der Arbeitsteilung im Kontext von Familie und Beruf, die intersektoralen Prozesse sozialer Ausschließung im Bereich abweichenden Verhaltens und sozialer Kontrolle, die Fragen der Integration, der Inklusion/ Exklusion und Migration sowie der Bereich der betrieblichen Restrukturierung und des demographischen Wandels. „Kohäsion“ bedeutet so verstanden immer auch die Suche nach gesellschaftlichen Gestaltungsmöglichkeiten jenseits von eindimensionalen Kausalitäten. Die grundsätzliche Möglichkeit und das grundlegende Erfordernis einer Gestaltbarkeit von Gesellschaft stehen daher im Vordergrund der maßgeblichen wissenschaftlichen Anstrengungen, die sich auch durch eine Ausrichtung auf externe gesellschaftliche Zwecksetzungen auszeichnen und fachliche Debatten anregen wollen. IKON verfolgt insoweit eine Forschungsprogrammatik, die auf eine etablierte und auch selbstverständliche Forschungspraxis auf dem Gebiet der Hochschulen für angewandte Wissenschaften abzielt, auch um ihre gesellschaftliche Stellung und strategische Gewichtung weiter zu konsolidieren. Zu betonen ist dabei eine Eigenständigkeit und Selbstverantwortung von Forschung. Denn gerade die immer noch wachsenden allgemeinen Ansprüche an die Regulierungsfähigkeit und Steuerungskraft des sozialen Bereichs machen eine entsprechende Grundlegung, die maßgeblich durch empirische Forschung ausgeformt wird, schlicht unverzichtbar.

Weitere Bände in der Reihe http://www.springer.com/series/16176

Sabine Fries

Gewalterfahrungen gehörloser Frauen

Risikofaktoren, Ressourcen und gesundheitliche Folgen

Springer VS

Sabine Fries
Berlin und Landshut, Deutschland

Dissertation Universität Bielefeld 2019

Sozialer Wandel und Kohäsionsforschung
ISBN 978-3-658-31925-0 ISBN 978-3-658-31926-7 (eBook)
https://doi.org/10.1007/978-3-658-31926-7

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020
Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.
Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.
Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Stefanie Eggert
Springer VS ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature.
Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Danksagung

Für Andrea, Beate, Christa, Dora, Elin, Fee, Gisela, Helena, Inge, Jasmin, Klara und Lucie, die wichtigsten Personen dieser Untersuchung, deren tatsächliche Namen ich nicht nennen darf und die doch wissen werden, dass sie gemeint sind. Und für Claudia, die mich wie ein Schatten durch die ganze Arbeit begleitet hat. Ohne ihre Unterstützung hätte ich diese Untersuchung nicht durchführen können.

Berlin und Landshut
im Mai 2019

Zusammenfassung

Im Zentrum der vorliegenden Dissertation stehen Gewalterfahrungen im Leben gehörloser Frauen. Es geht um gehörlose Frauen, deren Erstsprache die Deutsche Gebärdensprache (DGS) ist und die als Mitglieder der Gehörlosengemeinschaft angesehen werden können. Die Dissertation fragt danach, welche Risikofaktoren zur hohen Gewaltbetroffenheit geführt haben, über welche Ressourcen gehörlose Frauen ungeachtet kommunikativer Einschränkungen verfügen, um aus Gewaltsituationen herauszufinden, und mit welchen gesundheitlichen Folgen sie bedingt durch Gewalterfahrungen zu kämpfen haben. Ziel ist es, relevante Handlungsaspekte zu ermitteln, die bei einer Konzeption geeigneter präventiver Maßnahmen berücksichtigt werden müssen.

Hintergrund: Ausgangspunkt der Untersuchung und zugleich ihr Problemhintergrund war die Studie Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland (von Schröttle et al. 2013). Die dort ermittelte Datenlage gab das Thema der Untersuchung vor. Es stellt sich die Frage nach dem Zusammenhang zwischen der erhöhten Vulnerabilität für Gewaltbetroffenheit und der besonderen Lebenssituation gehörloser Frauen. Dabei wurde der partizipative Forschungsansatz der genannten Studie weitergeführt und als Teil des Theorierahmens (Community Engaged Research) postuliert.

Methode: Es wurden qualitative Interviews mit 12 gehörlosen Frauen aus ganz Deutschland im Alter von 25 bis 65 Jahren durchgeführt, die im Lebensverlauf Gewalt erfahren hatten. Die Erhebung wurde auf der Basis eines gehörlosenfreundlichen Designs in DGS durchgeführt. Zu den forschungsethischen Vorkehrungen gehörte unter anderem der Einsatz einer Schattengebärderin. Die gebärdensprachlichen Daten wurden zum Zweck der Auswertung mit der Transkriptionssoftware ELAN erfasst und in die deutsche Sprache übersetzt,

bevor sie mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet wurden. Um dem Umfang und der inhaltlichen Vielfalt der Interviews Rechnung zu tragen, wurde alle Daten mit einer QDA-Software erfasst und in vier Haupt- und 16 Subkategorien eingeteilt.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen, dass die Interviewpartnerinnen im Lebensverlauf mehrere und unterschiedliche Formen von Diskriminierung erleben, deren Ursachen in Einflüssen diskriminierender und gewaltfördernder Mechanismen zu suchen sind, die auf unterschiedlichen Ebenen wirken. Es wird erkennbar, dass gehörlose Frauen in mehrfacher Hinsicht benachteiligt sind, da bei ihnen mehrere zu einer Diskriminierung führende Merkmale zusammenwirken und sich wechselseitig beeinflussen. Die Aussagen der Interviewpartnerinnen zeigen in aller Deutlichkeit auf, dass bei ihnen eine intersektionelle Diskriminierung vorliegt, also eine Überschneidung von verschiedenen Diskriminierungsformen in einer Person, wobei die Taubheit und die damit einhergehenden Folgen besonders schwer wiegen.

Schlussfolgerungen: Die vorliegenden Ergebnisse bieten Lektionen für alle Beteiligten: Eltern und Schule, Gehörlosengemeinschaft und Partner, Beratungsstellen und Frauenhäuser, Ärzte und Therapeuten und nicht zuletzt gehörlose Frauen selbst. Gewaltbetroffene und gewaltgefährdete gehörlose Frauen benötigen eine bedarfsgerechte Infrastruktur. Sie müssen sich – nicht nur im Notfall – darauf verlassen können, dass sie Anlaufstellen und Unterstützungseinrichtungen vorfinden, die für sie zugänglich sind und in denen Fachkräfte auf ihre speziellen Beratungsbedürfnisse vorbereitet sind.

Abstract

This dissertation focuses on experiences of violence in the lives of deaf women. It deals with deaf women whose first language is German Sign Language (Deutsche Gebärdensprache, DGS) and who can be regarded as members of the deaf community. The dissertation inquires into the risk factors that lead to a high incidence of violence, it considers the resources deaf women can draw on, despite communicative restrictions, in order to find their way out of violent situations, and it looks at health consequences deaf women have to contend with as a result of experiences of violence. The aim is to identify relevant aspects of action that must be taken into account when designing suitable preventive measures.

Background: A study on the living conditions of women with disabilities and impairments (Schröttle et al. 2013) indicated the problem background and served as the starting point of the present study. The empirical results of the earlier study provided the subject matter of this dissertation. The question arises as to the connection between an increased vulnerability to violence and the special living conditions of deaf women. The participatory research approach of the earlier study was continued and extended to the theoretical framework (Community Engaged Research) of the dissertation.

Methods: Qualitative interviews were conducted with 12 deaf women from all over Germany, aged 25 to 65, who had experienced violence during their lifetime. The survey was conducted on the basis of a deaf-friendly design in DGS. One of the research-ethical precautions was the use of a deaf signer who shadowed the responses of the interviewees. For the purpose of analysis, sign language data were recorded with the transcription software ELAN, translated into German, and evaluated by means of qualitative content analysis. In order to take account of the scope and diversity of the content of the interviews, all the data were recorded using QDA software and divided into four main categories and 16 subcategories.

Results: The results show that the interviewees experience several different forms of discrimination throughout their lives, the causes of which are to be found in the influences of discriminatory and violence-promoting mechanisms that operate at different levels. It can be seen that deaf women are disadvantaged in a number of ways, as several characteristics that lead to discrimination interact and influence each other. The responses of the interviewees clearly show that they suffer from intersectional discrimination, i.e. an overlap of different forms of discrimination in one person, with deafness and the associated consequences weighing particularly heavily.

Conclusions: The available results offer lessons for all participants: parents and schools, the deaf community and deaf partners, counselling centres and women's shelters, doctors and therapists and, last but not least, deaf women themselves. Deaf women who are affected by or at risk of violence need an infrastructure that meets their needs. Not only in emergency situations must they be able to rely on finding contact points and support facilities that are accessible to them and in which specialists are prepared to meet their specific counselling needs.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 1
1.1 Annäherung an das Thema 1
1.2 Forschungsinteresse 4
1.3 Public-Health-Relevanz 6
1.4 Ausgangsannahmen 10
1.5 Zielsetzung dieser Arbeit 11

2 Zur bilingualen und bikulturellen Lebenssituation gehörloser Frauen 15
2.1 Lebenswelt und Sprache(n) gehörloser Menschen 17
2.2 Untersuchungen zur Lebenssituation gehörloser Frauen 30
2.3 Zwischenfazit I: Die Bedeutung der bilingualen und bikulturellen Prägung der zu befragenden gehörlosen Frauen für die Untersuchung 36

3 Gewalterfahrung hörender und gehörloser Frauen 39
3.1 Risikofaktoren für das Erleben von Gewalt 40
3.2 Ressourcen und Bewältigungsstrategien 43
3.3 Gesundheitliche Folgen von Gewalt 45
3.4 Untersuchungen zu spezifischen Gewalterfahrungen gehörloser Frauen 47
3.5 Zwischenfazit II: Konsequenzen für die eigene Fragestellung und die Forschungsfragen 53

4 Empirische Umsetzung 57
4.1 Auswahl des Forschungsdesigns 58
4.2 Forschungsethik 59
4.2.1 Wahl eines gehörlosengerechten Forschungsansatzes 59

4.2.2 Die Methode des Schattengebärdens 65
4.2.3 Gehörlosenfreundliches Forschungsdesign 70
4.3 Erhebung 74
4.3.1 Interview 74
4.3.2 Leitfaden 78
4.3.3 Sampling und Ablauf 82
4.4 Übersetzung der gebärdensprachlichen Daten 87
4.4.1 Die Transkriptionssoftware ELAN 88
4.4.2 Übersetzung der Videoaufzeichnungen in die deutsche Schriftsprache 89
4.4.3 Ausgewählte Besonderheiten der Übersetzung der gebärdensprachlichen Interviews in die deutsche Schriftsprache 92
4.5 Auswertung 94
4.6 Gütekriterien 99

5 Ergebnisse der Befragung gewaltbetroffener gehörloser Frauen . . . 103
5.1 Beschreibung der Stichprobe 104
5.2 Der Einsatz der Schattengebärderin 107
5.2.1 Die Arbeitsweise der Schattengebärderin 108
5.2.2 Zwischenfazit zum Schattengebärden 112
5.3 Gewaltsituationen im Leben gehörloser Frauen 113
5.3.1 Gewaltsituationen in Kindheit und Jugend 113
5.3.1.1 Gehörlose und andere hörbehinderte Kinder und Jugendliche als Täter 116
5.3.1.2 Hörende als Täter 118
5.3.1.3 Gehörlose Erwachsene als Täter 119
5.3.2 Gewaltsituationen im Erwachsenenleben 119
5.3.2.1 Fortführung der in Kindheit und Jugend erlebten Gewaltsituationen 120
5.3.2.2 Gewalt in Paarbeziehungen 121
5.3.2.3 Gewalt durch einen gehörlosen Partner 122
5.3.3 Diskriminierung in der Ausbildung und am Arbeitsplatz 125
5.3.4 Ausmaß der Gewalterfahrung 127
5.4 Risikofaktoren 129
5.4.1 Sprachkompetenzen 130
5.4.1.1 Fehlender Erstspracherwerb 130
5.4.1.2 Unzureichende Deutschkompetenz 132

5.4.1.3 Späte Entdeckung der Gebärdensprache 133
5.4.2 Selbstbild 134
5.4.2.1 Identitätskrisen 134
5.4.2.2 Unwissenheit und Uninformiertheit 136
5.4.2.3 Scham- und Schuldgefühle 136
5.4.2.4 Infragestellen der eigenen Glaubwürdigkeit 137
5.4.2.5 Gewöhnung an das Überschreiten der Intimitätsgrenze und an Übergriffe 137
5.4.2.6 Selbstkritik 138
5.4.3 Familie 139
5.4.3.1 Überforderung durch ein hörbehindertes Kind . . . 139
5.4.3.2 Schwächendes oder überbehütendes Elternverhalten 140
5.4.3.3 Mühsame alltägliche Kommunikation 141
5.4.3.4 Außenseiterrolle und geringe emotionale Bindung an Eltern und Geschwister 143
5.4.3.5 Unzureichende Information und/oder sexuelle Aufklärung 143
5.4.4 Schule und Internat 144
5.4.4.1 Eingeschränkte Kommunikation 145
5.4.4.2 Eingeschränkte Wissensvermittlung und sexuelle Aufklärung 146
5.4.4.3 Fehlende oder unzureichende Reaktion auf das Gewalterleben 148
5.4.5 Gehörlosengemeinschaft 149
5.4.5.1 Alternativlose Einbindung in eine kleine begrenzte Gemeinschaft 150
5.4.5.2 Fehlende Freundschaften 150
5.4.5.3 Soziale Kontrolle durch „Klatsch und Tratsch“ 151
5.4.5.4 Eingeschränkte Peer-Group-Erfahrungen 153
5.4.5.5 Gehörlos-gehörlose Paarbeziehungen 154
5.4.5.6 Schwangerschaft und Kinder 155
5.5 Ressourcen 156
5.5.1 Persönliche Ressourcen 157
5.5.1.1 Biografische Wendepunkte, die zur Eigeninitiative führten 157
5.5.1.2 Religion und Spiritualität 159
5.5.2 Soziale Ressourcen 160

5.5.2.1 Unterstützung durch Familienangehörige 160
5.5.2.2 Unterstützung durch hörbehinderte Freunde und Bekannte 163
5.5.2.3 Selbsthilfegruppen mit anderen gehörlosen betroffenen Frauen 165
5.5.2.4 Unterstützung durch Partner 166
5.5.2.5 Unterstützung durch hörende und gehörlose Arbeitskollegen und Vorgesetzte 167
5.5.3 Professionelle Ressourcen 168
5.5.3.1 Polizei 171
5.5.3.2 Weißer Ring 173
5.5.3.3 Justiz 173
5.5.3.4 Ärzte 175
5.5.3.5 Psychotherapeuten 176
5.5.3.6 Beratungseinrichtungen 180
5.5.3.7 Frauenhäuser 180
5.6 Gesundheitliche Folgen von Gewalt 181
5.6.1 Körperliche Folgen 182
5.6.2 Somatische und psychosomatische Folgen 183
5.6.3 Psychische Folgen 184
5.6.4 Verstärkte soziale Isolation 186
5.7 Zusammenfassung der Ergebnisse 187
5.7.1 Erziehungs- und Kommunikationsversäumnisse in Elternhaus und Schule 188
5.7.2 Alternativlose Einbindung in die Gehörlosengemeinschaft 189
5.7.3 Ansatzpunkte für Hilfe und Unterstützung 190

6 Diskussion 191
6.1 Methodendiskussion 191
6.1.1 Methodenwahl 192
6.1.2 Stichprobe, Interviewführung und Interviewauswertung . . . 193
6.1.3 Reflexion des Einsatzes der Schattengebärderin 197
6.1.4 Reflexion der eigenen Rolle als gehörlose Forscherin 202
6.2 Ergebnisdiskussion 206
6.2.1 Erziehungs- und Kommunikationsversäumnisse in Elternhaus und gehörlosenspezifischen Institutionen 207
6.2.1.1 Mangelnder Schutz und Respekt in der Herkunftsfamilie 208

6.2.1.2 Frühe Fremdbestimmung und kommunikative Isolation . . . 210
6.2.1.3 Unzureichende Reaktion auf Gewaltvorfälle in gehörlosenspezifischen Institutionen . . . 212
6.2.2 Beschränkte Peer-Group-Erfahrungen und alternativlose Einbindung in die Gehörlosengemeinschaft . . . 214
6.2.2.1 Sexuelle Grenzverletzungen durch eigene Peers . . . 215
6.2.2.2 Spezifische Abhängigkeitsverhältnisse in gehörlos-gehörlosen Paarbeziehungen und in der Gehörlosengemeinschaft . . . 216
6.2.3 Ansatzpunkte für Hilfe und Unterstützung . . . 221

7 Handlungsempfehlungen . . . 225
7.1 Handlungsempfehlungen für die Politik . . . 226
7.2 Konkrete Handlungsschritte für Beratungseinrichtungen, Frauennotrufe und Frauenhäuser . . . 228
7.2.1 Zugang . . . 228
7.2.2 Kommunikative Barrierefreiheit . . . 230
7.2.3 Einbeziehung von Gebärdensprachdolmetscherinnen . . . 232
7.2.4 Information und Aufklärung . . . 233
7.3 Qualitätssichernde Maßnahmen . . . 235

8 Fazit: Gesundheitspolitische Perspektiven für gewaltbetroffene gehörlose Frauen . . . 237

Literaturverzeichnis . . . 241

Abbildungsverzeichnis

Abb. 3.1 Deaf Power and Control Wheel (Deaf Hope 2006) 48
Abb. 4.1 Interviewsetting mit Schattengebärderin 66

Tabellenverzeichnis

Tab. 4.1 Wunschliste Stichprobenauswahl 83
Tab. 4.2 Ergebnis Stichprobenauswahl 85
Tab. 4.3 Thematische Hauptkategorien 96
Tab. 4.4 Zusammenstellung Hauptkategorien (Beispiel) 97
Tab. 4.5 Vollständiges Kategoriensystem 98
Tab. 5.1 Übersicht über Gewalterfahrungen der Interviewpartnerinnen . . . 106
Tab. 5.2 Überblick über Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend 114
Tab. 5.3 Formen sexuellen Missbrauchs durch gehörlose Mitschüler 116
Tab. 5.4 Überblick über Gewalterfahrung im Erwachsenenleben 120
Tab. 5.5 Überblick über erfahrene Übergriffe durch einen Partner 122
Tab. 5.6 Überblick über Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen in Kindheit und Jugend sowie Erwachsenenleben 128
Tab. 5.7 Inanspruchnahme professioneller Unterstützung 169

Einleitung 1

Violence against women must never be accepted, never excused, never tolerated. Every girl and woman has the right to be respected, valued and protected.

(Ban Ki-moon, ehemaliger UN-Generalsekretär, am 29.12.2012 anlässlich des gewaltsamen Todes der Inderin Jyoti Singh Pandey)

1.1 Annäherung an das Thema

Gewalt gegen Frauen – diesem Thema kommt in Deutschland eine immer größer werdende gesellschaftliche und gesundheitspolitische Bedeutung zu. Hiervon zeugen unter anderem die in den letzten Jahren veröffentlichten Studien, allen voran die erste bundesweit repräsentative Untersuchung *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland* (Müller & Schröttle 2004). Daran anknüpfend lässt sich im letzten Jahrzehnt eine wachsende Sensibilisierung zu diesem Thema feststellen, die sich in entsprechenden Gesetzen, dem *Gewaltschutzgesetz* von 2002 (Bundesamt für Justiz 2002) und dem *Gesetz zur Verbesserung des Schutzes gegen Nachstellungen* 2007; 2017 (BMJV o. J.), in Maßnahmen der Prävention und des Opferschutzes (u. a. seit 2012 *Bundesweites Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen*) und nicht zuletzt in weiteren vertiefenden Forschungsarbeiten[1] niedergeschlagen hat.

2010 löste die Aufdeckung von sexuellem Missbrauch in pädagogischen Institutionen eine öffentliche Debatte aus und führte noch im selben Jahr zur

[1]Einen Überblick über relevante Studien bietet Abschn. 2.2.

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

S. Fries, *Gewalterfahrungen gehörloser Frauen,* Sozialer Wandel und Kohäsionsforschung, https://doi.org/10.1007/978-3-658-31926-7_1

Gründung des Runden Tisches des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), um die Gewaltvorkommen in Institutionen historisch aufarbeiten zu können (Bundesregierung 2011; vgl. auch Bange 2016: 33f.). Damit wurde ein Signal gegen das Vertuschen und Verdrängen von Gewalt gesetzt. In Politik und Zivilgesellschaft begann man damit, sich umfassend mit dem Thema zu beschäftigen, und dem ersten Runden Tisch folgten weitere Gesprächsrunden zur Aufarbeitung verschiedenster Formen von Gewalt.[2] Gewalt in engen sozialen Beziehungen gilt längst nicht mehr als Privatangelegenheit, die innerhalb der Familie unter Verschluss gehalten wird, sondern wurde in medialen Kampagnen, Veröffentlichungen von Studienergebnissen und einer Reihe von Fachtagungen öffentlich diskutiert und sichtbar gemacht. Aufgrund einer wachsenden Zahl von Umfragen zur Gewaltbetroffenheit liegen nunmehr verlässliche Daten vor, die nicht nur über Ausmaß und Verbreitung von Gewalt informieren, sondern auch auf die Folgen von Gewalt hinweisen. Alle Formen von Gewalt können erhebliche psychische, psychosoziale und gesundheitliche Folgen nach sich ziehen. Die vielfältigen gesundheitlichen Folgen sind mit denen von HIV, Tuberkulose, Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen vergleichbar (WHO 2002; Hornberg et al. 2008: 7).

Die Erkenntnis, dass gehörlose Frauen von verschiedenen Formen von Gewalt und ihren Folgen genauso oder sogar weit häufiger betroffen sein können als andere Frauen, ist vor allem Forschungsarbeiten der letzten fünf Jahre zu verdanken, allen voran der Studie *Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland* (Schröttle et al. 2013). Ein erhöhtes Risiko für Gewalterfahrungen ergibt sich bei gehörlosen Frauen, aber auch bei Männern,[3] zunächst vor allem aufgrund einer ausgeprägten sozialen Isolation. Selbst in der hochzivilisierten bundesrepublikanischen Gesellschaft des 21. Jahrhunderts bestehen für gehörlose Menschen nach wie vor gravierende Kommunikationsbarrieren, obwohl sich in den vergangenen 20 Jahren Veränderungen hin zu einer zunehmenden gesellschaftlichen Anerkennung und

[2]Um aus der Fülle der Runden Tische einen für diese Studie besonders relevanten herauszugreifen: Die Veröffentlichung der Ergebnisse der Gehörlosenbefragung der Studie *Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland* (Schröttle et al. 2013) hat 2014 zur Gründung des Runden Tisches gegen Gewalt unter Federführung der Evangelischen Gehörlosenseelsorge Berlin geführt, der seitdem mit Aktionen, Vorträgen, Theaterstücken und anderen Veranstaltungen berlinweit auf dieses Thema aufmerksam macht (www.taub-gewalt-stop.net).

[3]Im Folgenden werden gehörlose Männer als Gewaltopfer ausgeklammert, was nicht implizieren soll, dass diese nicht oder weniger betroffen sein können als gehörlose Frauen.

Wertschätzung der Gebärdensprache vollzogen haben (u. a. Anerkennung der Deutschen Gebärdensprache im *Gesetz zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen* (Bundesamt für Justiz 2002); vgl. dazu auch Abschn. 2.1).

Ein allgemein gegenwärtiger Aspekt, der sozial- und gesundheitspolitisch konsequent mitbedacht wird, ist der Gebrauch der Gebärdensprache deshalb noch lange nicht. Nach wie vor erschweren soziale und kommunikative Einschränkungen Gehörlosen den Zugang zu Informationen und zu Wegen aus der Gewaltsituation. Von Tätern kann dies für ihre Zwecke ausgenutzt werden, wie in der vorliegenden Arbeit aufzuzeigen sein wird. Gewalttätige Übergriffe und die sich daraus ergebende Notsituation sind mit Bezug auf gehörlose Frauen noch schwerer zu erkennen und zu bewältigen, als es für nicht behinderte Frauen auf Grundlage der bestehenden Forschungseinsichten angenommen werden muss.

Die Situation gehörloser Frauen ist durch einen weiteren Faktor gekennzeichnet: Sie sind nicht nur Mitglieder einer gesellschaftlichen Randgruppe, sondern stellen aufgrund ihres Geschlechtes innerhalb dieser Minorität wiederum eine benachteiligte Gruppe dar. Eine wichtige Motivation dieser Arbeit besteht darin, zu klären, inwieweit Denkweisen und Strukturen, die innerhalb der Gehörlosengemeinschaft anzutreffen sind, dazu beitragen, gehörlose Frauen in ihrer Rolle als *zweites Geschlecht* zu fixieren (de Beauvoir 1949; vgl. Fries 2013), und letztlich auch das hohe Ausmaß an Gewaltbetroffenheit begünstigen. Damit verknüpft ist die Hoffnung, das Thema Gewalt innerhalb der Gehörlosengemeinschaft nach ersten erfolgreichen Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung[4] konsequent zu enttabuisieren und so das Risiko für gewalttätige Übergriffe gegen gehörlose Frauen zu vermindern.

Es mag verwundern, dass in einer Arbeit, in deren Mittelpunkt Frauen stehen, diese häufig ‚nur mitgemeint' sind, wenn es um die Bezeichnung gemischtgeschlechtlicher Personengruppen geht. Dass auf eine gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet wurde, geschieht vor allem aus Gründen der besseren Lesbarkeit. Dass es sich bei Ärzten, Autoren oder Dolmetschern häufig, wenn nicht überwiegend, um Frauen handelt, sollte sich von selbst verstehen.

[4]Durch das Einbeziehen gehörloser Frauen in die BMFSFJ-Befragung (Schröttle et al. 2013) entwickelte sich eine verstärkte Sensibilisierung innerhalb der Gehörlosengemeinschaft. So fanden seit 2013 zahlreiche Frauenseminare zur Gewaltproblematik statt. Auch durch die wöchentliche Fernsehsendung für Hörgeschädigte „Sehen statt Hören" wurde dieses Thema mehrfach in die Gehörlosengemeinschaft getragen (Bayerischer Rundfunk 2014; 2017).

1.2 Forschungsinteresse

Erste Einblicke zum Thema Gewalt gegen gehörlose Frauen bekam ich durch meine Mitarbeit an der Studie *Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland* (Schröttle et al. 2013), die vom Interdisziplinären Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung (IFF) und der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld durchgeführt wurde. Diese bundesweit repräsentative, groß angelegte Untersuchung füllte bis dahin bestehende Wissenslücken über das Ausmaß von Gewalt gegen Frauen mit Beeinträchtigungen, Behinderungen[5] und chronischen Erkrankungen und trug zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit für dieses Thema bei. Die erhobenen Daten zeigen nachdrücklich auf, dass ein Zusammenhang von Gewalt und gesundheitlicher Beeinträchtigung oder Behinderung besteht: Frauen und Mädchen mit Behinderungen sind in auffälliger, teilweise erschreckender Weise häufiger als Frauen ohne Behinderungen von Gewalterfahrungen betroffen.

Meine Mitwirkung an der Studie bestand darin, die Befragung gehörloser Frauen vorzubereiten, durchzuführen und die Ergebnisse aus der Sicht der Deaf Studies und auf der Grundlage meiner Erfahrungen als Angehörige der Gehörlosengemeinschaft auszuwerten.

In dieser zahlenmäßig kleinsten zusätzlichen Befragungsgruppe war ein besonders ausgeprägtes Ausmaß von Gewaltbetroffenheit zu erkennen: Gehörlose Frauen wiesen in allen Formen von Gewalterfahrungen hohe, im Vergleich mit anderen Befragungsgruppen oft sogar höchste Betroffenheit auf. Das betraf sowohl Erfahrungen häuslicher Gewalt im Erwachsenenleben durch gehörlose oder hörgeschädigte Beziehungspartner als auch das Erleben sexueller Gewalt in Kindheit und Jugend im Umfeld von Schulen und Betreuungseinrichtungen durch gehörlose oder hörgeschädigte männliche Mitschüler. Die Eindringlichkeit dieser Ergebnisse war vermutlich mitbedingt durch die für diese Teilbefragungsgruppe speziell entwickelte methodische Zugangsweise. Da das Interesse des verantwortlichen Forscherteams um Prof. Dr. Claudia Hornberg und Dr. Monika Schröttle groß war, auch solche Gruppen von Frauen einzubeziehen, die durch Standardbefragungen schwer erreichbar sind, wurde es ermöglicht, eine kommunikativ barrierefreie Form der Befragung durchzuführen. So gehörte es zu

[5]Die Begriffe „Beeinträchtigung“ und „Behinderung“ werden in der Literatur oft synonym benutzt. Sofern nicht anders ausgewiesen, ist hier vor allem gemeint, dass Bedingungen und Erwartungen einer Gesellschaft zu Beeinträchtigungen und Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen führen können (vgl. Bleidick et al. 1989: 9).

meinen Aufgaben, die Voraussetzungen für eine direkte, persönliche Befragung in Gebärdensprache zu definieren. Zu diesem Zweck wurden gehörlose Interviewerinnen gewonnen und speziell für diese Aufgabe geschult. Der Fragebogen wurde mit Blick auf die besondere Lebenssituation gehörloser Frauen modifiziert und in angepasster Form in die Deutsche Gebärdensprache (DGS) übersetzt.

Die durch diese Interviews an den Tag gebrachte auffällige Präsenz der Gewaltproblematik innerhalb der Gehörlosengemeinschaft überraschte nicht nur das Bielefelder Forschungsteam, sondern auch die involvierten gehörlosen Interviewerinnen, die von mir in kontinuierlichen Feedbackschleifen während der Feldphase begleitet wurden. Tatsächlich waren bis dahin Gewalterfahrungen gehörloser Frauen nur rudimentär dokumentiert worden. In dem zeitgleich mit der Durchführung der Interviews veröffentlichten Forschungsüberblick von Anderson, Leigh und Samar (2011) wurde genau diese Problematik thematisiert. Die Autoren deckten auf, dass zwar Untersuchungen vorlägen, in denen behinderte Frauen und ihre Gewalterfahrungen im Mittelpunkt stünden, und dass in diesem Zusammenhang auch gehörlose Frauen befragt worden seien, man es jedoch versäumt habe, diese Daten gesondert zu analysieren: „This absence of research wrongly implies that intimate partner violence is a non-issue in the Deaf Community“ (7).

Aber auch innerhalb der Gehörlosengemeinschaft wurde die in den Studien dokumentierte Gewaltbetroffenheit gehörloser Frauen und Mädchen allem Anschein nach selten angesprochen oder gar problematisiert. Zudem erschwert die besondere Ausprägung der Behinderungsform Gehörlosigkeit betroffenen Personen den Zugang zu Information, Hilfe und Unterstützung. Fehlender Nachdruck seitens der Betroffenen und ein Mangel an gesicherten Erkenntnissen zur Gewaltproblematik innerhalb der Gehörlosengemeinschaft haben dazu geführt, dass diese Personengruppe im Bereich des Gesundheitswesens in Aufklärung und Prävention sowie bei der Bereitstellung unterstützender Maßnahmen kaum jemals angemessen berücksichtigt worden ist: „And although the deaf community has a powerful history of advocacy work, domestic and sexual violence issues in the community are still largely overlooked or misunderstood“ (Rems-Smario 2007: 17). Das weitgehende Fehlen empirischer Studien und differenzierter Analysen zur Lebenssituation gehörloser Frauen erschwert die Ermittlung und Aufdeckung gewaltbegünstigender Risikofaktoren.

Die Motivation für die vorliegende Arbeit ergibt sich aus der skizzierten Sachlage. Im Rahmen der Bielefelder Studie waren über die repräsentative Haushaltsbefragung und die Zusatzbefragung hinaus in einer weiteren qualitativen Studie unter der Federführung von Barbara Kavemann und Cornelia Helfferich (2013) auch 31 Frauen mit unterschiedlichen Behinderungen, nicht jedoch gehörlose

Frauen vertiefend zu ihren Gewalterfahrungen im Lebensverlauf befragt worden. Die vorliegende Arbeit füllt somit eine Lücke: Verlässliche empirische Daten zu den Gewalterfahrungen gehörloser Frauen vorzulegen, um Erkenntnisse über Hintergründe und Verlaufsformen des individuellen Gewalterlebens einerseits und über Erfahrungen mit und Erwartungen an Unterstützung andererseits zu gewinnen, ist ihr ein wichtiges Anliegen. Mein Forschungsinteresse zielt darauf ab, Erkenntnisse über Zusammenhänge, Ausmaß und Hintergründe von Gewalterfahrungen gehörloser Frauen zu gewinnen. Diese sollen Auskunft über die Vielfalt und Komplexität von häufig sich überlappenden Gewaltformen und -erfahrungen innerhalb der Gehörlosengemeinschaft geben. Letztlich sollen damit Ansatzpunkte ermittelt werden, an denen sich gezielte Präventions- und Interventionsmaßnahmen orientieren können.

1.3 Public-Health-Relevanz

Gehörlose Menschen können im selben Sinne gesund oder krank sein wie andere Menschen auch, aber der Zugang zum medizinischen Versorgungssystem ist häufig in spezifischer Weise erschwert: Die Teilhabe an Information, Beratung, Unterstützung, Versorgung und Hilfe ist oft in besonderer Weise mit Hürden verbunden und es bedarf eines besonderen Aufwands, um Wege der Verständigung zu schaffen. Höcker (2010) gelangt in seiner Untersuchung zur sozialmedizinischen Versorgung Gehörloser zu folgendem Fazit: „Es hat sich gezeigt, dass gehörlose Patienten häufig Gefahr laufen, ihren Arztbesuch durch vielfältige Kommunikationsbarrieren und Missverständnisse als Zumutung zu erleben“ (80).

Man darf davon ausgehen, dass eine pathogenetische Sichtweise auf gehörlose Menschen, die auf pädagogische, vor allem aber auch medizinische Interventionen setzt, gesellschaftlich und institutionell einflussreich und wirkungsmächtig ist. Orientiert man sich an den klassischen Unterscheidungen der Weltgesundheitsorganisation (vgl. DIMDI 2005), dann geht es bei Gehörlosigkeit vor allem um physische Schädigungen des Gehörorgans, denen möglicherweise mit Mitteln medizinisch-technischer Interventionen zu begegnen ist; es geht um Fähigkeitsstörungen, die die Funktion des Hörens betreffen und nur bedingt durch medizinische oder audiopädagogische Maßnahmen auszugleichen sind, und es geht nicht zuletzt um gravierende soziale Beeinträchtigungen, die gesellschaftliche Teilhabe einerseits einschränken, andererseits jedoch autonome soziale Zusammenhänge und Lebensentwürfe zur Folge haben (Ebbinghaus & Heßmann 1989; Woll & Ladd 2003; Heßmann, Hansen & Eichmann 2012).

Gehörlosigkeit bzw. „Taubstummheit“ gehört vom Standpunkt unhinterfragter Normalität in einen Bereich beeinträchtigter Gesundheit, der Eingriffe und Hilfsmaßnahmen aller Art als selbstverständlich geboten erscheinen lässt. Nach den neuesten Schätzungen der World Health Organization (WHO) sind mehr als fünf Prozent der Weltbevölkerung (ca. 360 Millionen Menschen, darunter 32 Millionen Kinder) von einer Hörschädigung betroffen. In einer jüngst verabschiedeten Resolution zur Hörgesundheit hat die WHO bestätigt, dass Hörverlust als ein schwerwiegendes Problem der öffentlichen Gesundheit verstanden wird. In diesem Zusammenhang sind die Regierungen aller Mitgliedsstaaten aufgefordert, diesem Problem künftig eine höhere Priorität einzuräumen und einen nationalen Aktionsplan zur Bewältigung zu entwickeln (WHO 2017). Die Resolution bezieht sich jedoch lediglich auf hörgeschädigte Menschen – gehörlose Menschen und Gebärdensprache werden nicht erwähnt. Der Weltverband der Gehörlosen (WFD), der sich als internationaler Dachverband für die Rechte von über 70 Millionen vorwiegend gebärdensprachorientierten Gehörlosen weltweit einsetzt, hat sich mit einer kritischen Stellungnahme an die WHO gewandt und gefordert, die Förderung der sprachlichen und kulturellen Identität Gehörloser und die gebärdensprachliche Bildung gehörloser Kinder explizit als eine der Gesundheitsmaßnahmen zu benennen (WFD 2017). Dass Gehörlosigkeit durchaus als Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens aufgefasst und gelebt werden kann, ist tatsächlich eine Einsicht neueren Datums, die auch mit einem aufgeklärten Verständnis von Behinderung nicht immer umstandslos vereinbar ist. Längst drückt sich das auch in der Selbstbezeichnung „gehörlos“ aus, die sich spätestens mit Beginn des neuen Jahrtausends auch im allgemeinen Sprachgebrauch gegenüber dem älteren, als diskriminierend empfundenen Begriff „taubstumm“ durchgesetzt hat. In Anlehnung an den englischen Begriff „deaf“ wird in jüngerer Zeit jedoch zunehmend auch die Bezeichnung „taub“ verwendet. Gemeint sind mit all diesen Begriffen in aller Regel Menschen, die seit früher Kindheit mit einer gravierenden Einschränkung ihres Hörvermögens leben und regelmäßig Gebrauch von Gebärdensprache machen. In der vorliegenden Arbeit verwende ich für diesen Personenkreis um des besseren Verständnisses willen vorwiegend die Bezeichnungen „gehörlos“, „Gehörlose“ und „Gehörlosengemeinschaft“. Damit beziehe ich mich auf Menschen mit einer meist frühkindlich erworbenen gravierenden Einschränkung des Hörvermögens, zu deren Alltag der Gebrauch der Gebärdensprache und die Interaktion mit Gleichbetroffenen gehören, und zwar unabhängig davon, ob ein Restgehör vorhanden ist, ob medizinisch-technische Hilfsmittel wie Hörgeräte oder ein Cochlea-Implantat genutzt werden (s. auch Abschn. 2.1) oder ob die Betreffenden regelmäßigen laut- oder schriftsprachlichen Umgang mit Hörenden

haben. Bei aller Variation hinsichtlich der genannten Faktoren ist Gebärdensprache für die hier gemeinten Menschen in aller Regel die kommunikativ eindeutig bevorzugte Sprache und kann in diesem Sinne als ihre Erstsprache angesehen werden.

Gehörlose und gebärdensprachorientierte Menschen haben an Stärke und Selbstbewusstsein gewonnen und sind zunehmend stolz darauf, gehörlos oder aucht taub zu sein. Und dennoch soll und darf nicht ausgeblendet werden, dass es daneben auch noch eine „eingeschränkte Leiblichkeit“ (Fries 2012: 328f.) gibt, die das Leben in einer hörenden Mehrheitsgesellschaft und die Bewältigung von alltäglichen Herausforderungen häufig schwer macht. Aus dieser Perspektive heraus greift der Gesundheitsbegriff der WHO in seiner Fokussierung auf pathogenetische Aspekte und Maßnahmen zu kurz, „nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, dass er zu wenig differenziert zwischen Gesundheit auf der einen und Wohlbefinden (‚*well being*‘) auf der anderen Seite“ (Hornberg 2016: 64). Die gelebte Wirklichkeit gehörloser Menschen ist eben nicht nur die einer beeinträchtigten Gesundheit. Auf der Suche nach Tiefe und Erkenntnis, was es heißt, als gehörloser Mensch durch die Welt zu gehen, hat sich längst eine weitergehende Perspektive gebildet. So hat sich koexistent und teilweise konkurrierend seit den 1980er-Jahren eine neue, emanzipatorisch inspirierte Sichtweise von Gehörlosigkeit etabliert. Diese Sichtweise nimmt ihren Ausgang von der Einsicht in den Sprachcharakter der lange als primitiv beargwöhnten Gebärdensprachen Gehörloser (vgl. Abschn. 2.1.). Sie hat Anlass zu vielfältigen sozialen Veränderungen gegeben. Akademisch findet sie Ausdruck in der vor einigen Jahrzehnten in den USA gegründeten Wissenschaftsdisziplin Deaf Studies (vgl. Marschark & Spencer 2003; 2010; Bauman 2008a; Kusters, de Meulder & O’Brien 2017), die mittlerweile auch in der deutschen Lehre und Forschung Fuß gefasst hat (vgl. u. a. Fries & Geißler 2013). Gehörlosigkeit wird nunmehr als ein positives Merkmal persönlicher Identität auf der Grundlage einer gebärdensprachlich orientierten Lebensweise und Kultur, so wie sie innerhalb der Sprach- und Kulturgemeinschaft Gleichbetroffener wesentlich ausgeprägt ist, verstanden. Im Zentrum steht die Formulierung eines salutogenetischen Selbstverständnisses gehörloser Menschen mit dem Ziel der Nutzung von Ressourcen und der Stärkung von Resilienz in Abgrenzung zu einem traditionellen, medizinisch und karitativ geprägten Behinderungsparadigma (vgl. Abschn. 2.1). Eine solche Auffassung von Gehörlosigkeit fügt sich in ein Verständnis von Gesundheit, das sich im Anschluss an die sogenannte Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation von 1986 entwickelt hat (WHO 1986). Gesundheit ist danach nicht auf das Freisein von Krankheit und Gebrechen zu reduzieren, sondern erweist sich wesentlich als Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens.

Der interdisziplinäre Ansatz der Gesundheitswissenschaften (Public Health)[6] ist vor diesem Hintergrund als ein kritisches Bemühen um eine nachhaltige Entwicklung des Gesundheitswesens und die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten anzusehen. Die Gesundheitswissenschaften verstehen sich als eine Verbindung von Wissenschaft und Praxis und nehmen das körperliche, geistige und soziale Wohlergehen einer ganzen Bevölkerung oder einer spezifizierten Bevölkerungsgruppe in den Blick: „Public Health ist die Wissenschaft und die Praxis zur Verhinderung von Krankheiten, zur Verlängerung des Lebens und zur Förderung von physischer und psychischer Gesundheit unter Berücksichtigung einer gerechten Verteilung und einer effizienten Nutzung der vorhandenen Ressourcen“ (DGPH 2012). Gesundheit wird als eines der Grundrechte des Menschen angesehen. Sie ist ein Zustand, der maßgeblich durch gesundheitsbezogenes Verhalten und gesundheitsschützende Lebensverhältnisse bestimmt ist (vgl. Trojan & Legewie 2001). Es entspricht diesem Denk- und Praxisansatz, das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden gehörloser Menschen nicht losgelöst von der gelingenden gebärdensprachlichen Kommunikation innerhalb der sozialen Gemeinschaft Gehörloser zu betrachten.

Es bedarf einer gesundheitswissenschaftlich aufgeklärten ressourcenorientierten Sichtweise auf gehörlose Menschen, um qualitative Daten vorlegen zu können, die mit Bezug auf Gewalterfahrungen über Risikofaktoren und Ressourcen im Leben gehörloser Frauen verlässlich Auskunft geben. Nur so können bestehende Lücken und Schnittstellenprobleme in der Gesundheitsversorgung aufgespürt, entsprechende Optimierungsprozesse angestoßen und in ihrer praktischen Umsetzung langfristig fachlich begleitet werden. Gehörlose Frauen gehören bislang noch zu einer in der gesundheitlichen Versorgung wenig beachteten Teilgruppe.

Im Zuge einer gesundheitswissenschaftlich fundierten Herangehensweise können sinnvolle Ansätze für präventive Maßnahmen aufgezeigt werden, die im weiteren Sinn auch ein wesentliches Korrektiv zu vornehmlich medizinisch-rehabilitativen Interventionsperspektiven darstellen.

---

[6]In der Gesundheitsforschung und im Gesundheitswesen wurde für die neue Querschnittsdisziplin in den 1980er-Jahren in Deutschland die Bezeichnung *Gesundheitswissenschaften* und als englische Entsprechung die Bezeichnung *Public Health* eingeführt. Mittlerweile hat sich der Oberbegriff *Gesundheitswissenschaften* weitgehend durchgesetzt: Er steht für „ein Ensemble von Einzeldisziplinen, die auf einen gemeinsamen Gegenstandsbereich gerichtet sind: die bevölkerungs- und systembezogene Analyse von Determinanten und Verläufen von Gesundheits- und Krankheitsprozessen und die Ableitung von bedarfsgerechten Versorgungsstrukturen und deren systematische Evaluation unter Effizienzgesichtspunkten“ (Hurrelmann, Laaser & Razum 2012: 16).

1.4 Ausgangsannahmen

Die vorliegende Arbeit bringt mit den Themenfeldern Gehörlosigkeit, Geschlecht und Gewalt soziale Aspekte zusammen, die in einem hohen Maß gesundheitsrelevant sind, aber in der Praxis bislang noch keine hinreichende Berücksichtigung erfahren. Ausgehend von den Ergebnissen der im Kontext der BMFSFJ-Studie (Schröttle et al. 2013) entstandenen Arbeiten lassen sich die wesentlichen Ausgangsannahmen, die dieser Dissertation zugrunde liegen, wie folgt zusammenfassen:

1. *Gehörlose Frauen sind überdurchschnittlich häufig von psychischer, körperlicher, sexueller und struktureller Gewalt betroffen.*
   Die BMFSFJ-Studie hat diesen grundlegenden Aspekt bereits zu großen Teilen in generalisierender Form bestätigt: Gehörlose Frauen sind nach den Frauen in Einrichtungen für psychische Erkrankungen die am höchsten von körperlicher und sexueller Gewalt betroffene Gruppe (Schröttle et al. 2013: 415).
2. *Die hohe Gewaltbetroffenheit gehörloser Frauen steht in Zusammenhang mit kommunikativen Barrieren.*
   Mit Blick auf die mir – durch meine Einbindung in die Gehörlosengemeinschaft – bekannten Lebensverläufe gehörloser Frauen und den in diesen Lebensverläufen im Besonderen noch zu untersuchenden gewaltbegünstigenden Konstellationen lässt sich ein Zusammenhang zwischen der erhöhten Gewaltbetroffenheit und der besonderen Lebens- und Kommunikationssituation gehörloser Frauen vermuten (Fries 2013: 44; Fries & Schröttle 2015: 87).
3. *Die starke, häufig alternativlose Einbindung in die Gehörlosengemeinschaft ist ein weiterer Risikofaktor im Leben gehörloser Frauen und erhöht ihre Gewaltbetroffenheit, besonders in Paarbeziehungen.*
   Die Daten der BMFSFJ-Studie haben eine hohe Gewaltbetroffenheit besonders in Paarbeziehungen aufgezeigt (Schröttle et al. 2013: 416). Auffällig sind auch die Zahlen, die auf sexuellen Missbrauch in Kindheit und Jugend durch gleichaltrige Mitschüler in den Bildungseinrichtungen und Internaten mit Hörbehinderten hindeuten (ebd.: 415).
4. *Kommunikative und soziale Barrieren erschweren gehörlosen Frauen den Ausstieg aus der Gewalt.*
   Gehörlose Frauen haben oft einen langen und beschwerlichen Weg hinter sich, wenn sie aus der Gewalt herausgefunden haben (Fries 2013: 45; Fries & Schröttle 2015: 75).
5. *Gewalterfahrungen wirken sich bei gehörlosen Frauen in besonderer Weise auf ihre Gesundheit aus und können zu kurz-, mittel- und langfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen.*

Gewalterfahrungen wirken sich nachhaltig auf das weitere Leben betroffener Frauen aus (Hornberg et al. 2008: 7). Unter „Gewaltfolgen" versteht man neben akuten physischen Verletzungen auch im Nachhinein auftretende psychische sowie psychosoziale Probleme. Sowohl reale Gewaltereignisse als auch die persönliche und psychische Verarbeitung des Gewalterlebens führen wegen der erschwerten Teilhabe an Unterstützungsangeboten zu weiteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen und zu sozialer Isolation gehörloser Frauen.

6. *Um aus der Gewalt zu finden, nutzen gehörlose Frauen vor allem gebärdensprachbasierte Kontaktmöglichkeiten, Wege und Mittel.*
   Allem Anschein nach finden gehörlose Frauen häufig auch ohne ein adäquates Beratungs- und Unterstützungsangebot aus der Gewalt heraus. Da ihnen die gängigen Wege (Hilfetelefon, Frauenhäuser) aufgrund der kommunikativen Barrieren oft versperrt bleiben, nutzen sie stattdessen möglicherweise alternative Wege und Mittel, insbesondere auf der Basis persönlicher und sozialer Kontakte (Fries 2013: 45; Fries & Schröttle 2015: 78).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die auffällige Prävalenz von Gewalterfahrung bei gehörlosen Frauen, ihr hoher Einfluss auf die Lebensqualität sowie die sozialen und gesellschaftlichen Auswirkungen eine Herausforderung für wirksame Public-Health-Strategien darstellen. Als einem anwendungsorientierten Fachgebiet gehört es zu den Aufgaben von Public Health, auch schwer erreichbare und benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu berücksichtigen. Für gehörlose Frauen muss ebenfalls gelten, was für die Durchschnittsbevölkerung gilt, nämlich „die Chancen auf eine lange Lebenszeit bei guter Gesundheit für alle Bürgerinnen und Bürger unabhängig von Region und sozialer Stellung zu verbessern" (Dragano et al. 2016: 688).

1.5 Zielsetzung dieser Arbeit

Im Zentrum der vorliegenden Dissertation steht die Thematisierung von *Gewalterfahrungen gehörloser Frauen.* Sie zielt darauf ab, Gewalterfahrungen und Gewaltkontexte dieser gesellschaftlichen Minderheitsgruppe zu untersuchen. Es geht um gehörlose Frauen, deren Erstsprache die DGS ist und die als Mitglieder der Gehörlosengemeinschaft angesehen werden können. Alle Interviews wurden daher direkt und ohne Zuhilfenahme von Gebärdensprachdolmetschern oder anderen Kommunikationshilfen in DGS geführt. Zusätzlich zu Fragen des Gewaltausmaßes befasst sich diese Untersuchung auch mit den speziellen