



Dokumentation des Fachaustauschs zur Sprachmittlung im Gesundheitswesen

18. Oktober 2022, 15-18 Uhr (Zoom)

Die Regierungskoalition plant, Sprachmittlung auch mit Hilfe digitaler Anwendungen im Kontext notwendiger medizinischer Behandlungen im SGB V zu verankern. Dieses Vorhaben ist grundsätzlich sehr zu begrüßen, in Hinblick auf die Umsetzung bestehen jedoch viele offene Fragen.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) und der Verband für Interkulturelle Wohlfahrtspflege (VIW) haben daher am 18. Oktober 2022 zu einem digitalen Fachaustausch eingeladen, um in einer kleinen Runde von ca. 30 Expert:innen aus Zivilgesellschaft, Wissenschaft und Verwaltung über die konkrete Umsetzung des Anspruchs auf Sprachmittlung im Gesundheitswesen zu diskutieren. Der Fachaustausch schloss sich an eine erste Veranstaltung an, zu der die Verbände im März 2022 eingeladen haben.

Moderiert wurde der Fachaustausch von Susanna Steinbach (Türkische Gemeinde in Deutschland), Hamidou Bouba (Verband für Interkulturelle Wohlfahrtspflege) und Natalia Bugaj-Wolfram (Der Paritätische Gesamtverband) haben die Teilnehmenden begrüßt und den inhaltlichen Rahmen des Fachaustauschs gesetzt. Folgende Themen wurden zunächst in parallelen Kleingruppen und anschließend im großen Plenum diskutiert und weitergedacht:

- (1) Welche Behandlungen sind als „notwendig“ einzustufen?
(Moderation: Maike Grube, Diakonie Deutschland)

Leitfragen: Sind alle Leistungen aus dem GKV-Leistungskatalog als notwendige Behandlungen einzustufen? Erhalten alle Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung, die Leistungen nach SGB V anbieten, Zugriff auf Sprachmittlung? Ist eine Budgetierung von Sprachmittlungskosten pro Krankheitsfall hilfreich?

- (2) Wer soll Anspruch auf Sprachmittlung haben?
(Moderation: Hamidou Bouba, Verband für Interkulturelle Wohlfahrtspflege)

Leitfragen: An welchen Kriterien kann man feststellen, dass die Verständigung mit Patient:innen gesichert ist? Wer entscheidet über den Einsatz von Sprachmittlung? Sind neben der Aufnahme der Sprachmittlung im SGB V perspektivisch weitere gesetzliche Anpassungen notwendig, um die Verständigung mit Patient:innen ohne ausreichende Deutschkenntnisse sicher zu stellen?

- (3) Welche Qualifizierungsanforderungen sollen die Sprachmutter:innen erfüllen und welche Qualitätsstandards müssen bei der Sprachmittlung erfüllt werden?
(Moderation: Natalia Bugaj-Wolfram, Der Paritätische Gesamtverband)



Leitfragen: Bedarf es einer einheitlichen Profilanforderung an die Sprachmittler:innen im Gesundheitswesen, oder soll hier eine Differenzierung je nach Gesprächssituation oder Einsatzbereich erfolgen? Wie kann die Abstufung und Zuordnung von Kommunikationssettings im Gesundheitswesen und den entsprechenden Profilanforderungen an die Dolmetschenden erfolgen? Welche Instrumente der Qualitätssicherung sollen für die Sprachmittlung im Gesundheitswesen angewendet werden?

- (4) Welche Rolle sollen digitale Anwendungen bei der Leistungserbringung spielen? (Moderation: Ehsan Djafari, Verband für Interkulturelle Wohlfahrtspflege (krankheitsbedingt ausgefallen))

Leitfragen: Welche digitalen Anwendungen sind für die Sicherung der sprachlichen Verständigung im Gesundheitswesen geeignet? Wann sind digitale Anwendungen angemessen - und wann Einsätze der Sprachmittler:innen in Präsenz erforderlich? Welche Bedeutung hat Entwicklung der Telemedizin für die Kommunikation mit Patient:innen ohne ausreichende Deutschkenntnisse?

Zu der Diskussion im großen Plenum waren auch Vertreter:innen aus dem Bundesgesundheitsministerium eingeladen, die mit der Umsetzung des Vorhabens befasst sind.

Zum Abschluss des Fachaustauschs verständigen sich die Teilnehmenden darauf, in ein paar Monaten erneut zusammenzukommen, um die aktuellen gesetzgeberischen Entwicklungen zu diskutieren und das weitere Vorgehen gemeinsam abzustimmen. Im Folgenden fassen wir die wichtigsten Ergebnisse der Diskussionen zu den drei Themenbereichen kurz zusammen:

(1) Welche Behandlungen sind als „notwendig“ einzustufen?

Im Koalitionsvertrag wird von „notwendigen medizinischen Behandlungen“ gesprochen. Hierunter fallen unseres Erachtens alle Gesundheitsleistungen, die im GKV-Leistungskatalog geführt werden, ist doch gesetzlich festgeschrieben, dass diese „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein müssen und „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ dürfen (§ 12 Absatz 1 SGB V). Es bestand unter den Teilnehmenden Konsens, dass eine Einschränkung insofern nicht sachgerecht bzw. nachvollziehbar wäre und der Anspruch auf Sprachmittlung bei vorliegendem Bedarf für alle Anamnese-, Diagnose- und Aufklärungsgespräche, Untersuchungen inkl. Kontrolluntersuchungen wie auch Behandlungen im ambulanten und stationären Bereich der Gesundheitsversorgung gleichermaßen gelten müsse. Deutlich wurde zudem, dass hier nicht allein die ärztliche Versorgung mitgedacht werden dürfe, sondern dass alle Gesundheitsfachberufe, die Leistungen nach SGB V anbieten, wie z. B. Hebammen, Heilmittelerbringer:innen, Krankenpfleger:innen, Psychotherapeut:innen und Ärzt:innen, Zugriff auf Sprachmittlung haben müssen. Mit eingeschlossen werden müssten zudem auch andere Berufsgruppen, die z. B. in den klinischen Notaufnahmen oder Rettungsdiensten und -leitstellen tätig werden. Zudem müsse



Sprachmittlung nicht nur für Gespräche mit Patient:innen, sondern auch für Gespräche mit Partner:innen, Erziehungsberechtigten, Betreuer:innen, Begleitpersonen oder anderen An- und Zugehörigen gewährleistet werden und auch für administrative Tätigkeiten, wie z. B. Terminbuchungen, zur Verfügung stehen (vgl. Modelle in der Schweiz, Australien oder Thüringen). Insofern wurde angeregt, den Anspruch auf Sprachmittlung sachgerecht weiter zu fassen, wie z. B. mit Blick auf Leistungen nach dem AsylbLG, SGB VI, VII oder XI sowie fakultative, zuwendungsfinanzierte Beratungsleistungen, wie z. B. die Sucht- oder Schwangerschaftskonfliktberatung. Eine Analogie zur Regelung des Gebärdensprachdolmetschens gem. § 17 SGB I wäre hier denkbar und hilfreich.

Die Idee einer Budgetierung von Sprachmittlungskosten pro Krankheitsfall wird mehrheitlich nicht befürwortet, da Budgetierung potenziell immer mit einer Einschränkung von Leistungen verbunden sei. Zudem sei eine Budgetierung, so sie an die bestehenden Bedarfe angepasst werden solle, extrem komplex umzusetzen und gehe mit einem hohen Verwaltungsaufwand einher. Es wird darauf hingewiesen, dass die Kostenübernahme für Sprachmittlung beispielsweise bei Strafverfahren nicht gedeckelt sei.

Es wurde ferner betont, dass Sprachbarrieren auch den Zugang zu qualitativ hochwertigen Gesundheitsinformationen erschweren und sichergestellt werden müsse, dass diese in verschiedenen Sprachen zur Verfügung stehen, zudem auch in einfacher Sprache und, wo machbar, auch unterstützt durch bildliche Darstellungen. Viele Menschen seien zudem überfordert von den vielen ausschließlich deutschsprachigen Informationsmaterialien, die sie z. B. nach der Geburt eines Kindes vom Gesundheitspersonal ausgehändigt bekämen.

(2) Wer soll Anspruch auf Sprachmittlung haben?

Objektive Kriterien, anhand derer festgestellt werden könne, dass eine Verständigung mit Patient:innen ohne Sprachmittlung nicht gesichert ist, gebe und brauche es nicht, da eine gelingende Verständigung von höchst unterschiedlichen, teilweise subjektiven Kriterien abhängen. Vielmehr solle die Einschätzung der beratenden oder behandelnden Gesundheitsfachkraft, dass eine Sprachmittlung benötigt werde, ausreichen, um den Anspruch auszulösen. Eine formelle Einschätzung des vorliegenden Sprachniveaus der Patient:in vorzunehmen o. ä. sei praktisch nicht umzusetzen und mit unverhältnismäßigen bürokratischen Aufwänden verbunden, die der eigentlichen Zwecksetzung von Sprachmittlung entgegenstünden. Die Teilnehmenden betonen, dass Patient:innen nach Möglichkeit in die Entscheidung, eine Sprachmittlung einzubinden, eingebunden werden sollten. Zudem müsse es Möglichkeiten der Anspruchserwirkung bzw. Beschwerdeführung geben, wenn trotz expliziter Aufforderung durch den:die Patient:in keine Sprachmittlung eingesetzt werde.

Ein Anspruch auf Sprachmittlung solle daher grundsätzlich bestehen, sobald die für den jeweiligen Versorgungskontext erforderliche Verständigung zwischen Patient:in und Gesundheitsfachkraft nicht möglich ist, unabhängig davon, ob Patient:innen neu zugewandert seien oder bereits lange in Deutschland leben. Ausschlaggebend



müsse sein, ob eine Person ohne Sprachmittlung eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung erhalten könne.

Es wird kritisch gesehen, dass in der aktuellen Diskussion oft auf die vermeintlich hohen Kosten hingewiesen werde, die mit dem Anspruch auf Sprachmittlungsleistungen einhergehen könnten. Rechnet man jedoch langfristig, werde deutlich, dass durch die Vermeidung von Fehl- und Unterversorgung und die Vermeidung der daraus resultierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Erkrankungen oder Chronifizierungen nicht nur Risiken für Patient:innen und Behandelnde, sondern auch unnötige Kosten für die Krankenkassen reduziert werden können. Transparente und umfassende Bedarfserhebungen könnten eine gute Basis für eine tragfähige Kostenabschätzung bieten.

Den Anspruch auf Sprachmittlung im SGB V zu verankern, ist nach Ansicht der Teilnehmenden nicht ausreichend, wenn man den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung für Menschen ohne oder mit geringen Deutschkenntnissen sicherstellen wolle. So müssten auch Menschen, die Anspruch auf gesundheitliche Leistungen nach dem AsylbLG haben, dringend einen gesicherten Anspruch auf Sprachmittlung erhalten. Grundsätzlich, betonten viele der Teilnehmenden, bräuchte es eine übergreifende Verankerung des Anspruchs auf Sprachmittlung im SGB I und/ oder SGB X als Lösung, die analog zum Anspruch auf Gebärdensprachdolmetschen für hör- und sprachbehinderte Menschen aufgebaut ist (vgl. § 17 SGB I).

(3) Welche Qualifizierungsanforderungen sollen Sprachmittler:innen erfüllen und welche Qualitätsstandards müssen bei der Sprachmittlung erfüllt werden?

Die Teilnehmenden sprachen sich deutlich für die Schaffung einheitlicher Standards und Profilanforderungen an Sprachmittler:innen im Gesundheitswesen aus. Sprachmittlung im Gesundheitswesen müsse in allen Versorgungskontexten qualitativ hochwertig sein. Die Qualifizierung der Sprachmittler:innen müsse sowohl für Leistungserbringer als auch für Patient:innen transparent sein. Zugleich wird betont, dass die zu vereinbarenden Standards auch praktisch umsetzbar sein müssten und beispielsweise nicht für alle Sprachen Sprachmittler:innen mit universitärem Abschluss verfügbar seien. Auch Personen, die in bestehenden Zertifikatslehrgängen (z. B. SprInt, SPuK, IHK) qualifiziert wurden, müssten im Sinne der Anschlussfähigkeit und Durchlässigkeit berücksichtigt werden, niedrighschwellige Möglichkeiten zur Nachqualifizierung seien denkbar. Die Verständigung auf Minimalstandards sei auch eine Chance, den Beruf der Sprachmittler:in stärker zu professionalisieren. Auch die Möglichkeit der Nachqualifizierung müsse gegeben sein. Ehrenamtliche Sprachmittlung sei hingegen keine hinreichend tragbare Lösung.

Die einheitliche Qualität der Sprachmittlung müsse durch staatliche Prüfungen bundeseinheitlich sichergestellt werden. Bestehende Prüfungssysteme seien insofern nicht ausreichend, oft auf schriftliches Übersetzen ausgerichtet und nicht für alle erforderlichen Sprachen verfügbar. Gute Instrumente zur fortlaufenden Evaluation und Qualitätssicherung gebe es hingegen bereits.



Wichtigste Kompetenzen von Sprachmittler:innen im Gesundheitswesen seien das Rollenverständnis, ethisches Grundverständnis, die Kenntnis des Gesundheitssystems und die Fähigkeit zu recherchieren, der medizinische Fachwortschatz sei hingegen zweitrangig, da sich Behandelnde auch mit deutschsprachigen Patient:innen auf eine für Laien nachvollziehbare Art und Weise verständigen müssen. Grundsätzlich sollten Sprachmittler:innen ausreichend breit qualifiziert sein, sodass sie Aufträge in verschiedenen Versorgungssettings übernehmen können.

Eine Ausdifferenzierung in Form eines Stufenmodells wird kontrovers diskutiert. Sie sei zwar prinzipiell denkbar, aber nicht einfach umzusetzen. Für Nutzer:innen könne eine Ausdifferenzierung, welche Qualifikation in welchen Versorgungssettings erforderlich ist, unklar oder intransparent sein. Zudem seien Versorgungssettings nicht immer klar zu differenzieren, in der Praxis sei vorab oft nur schwer einzuschätzen, wie komplex eine Beratung und ggf. anschließende Behandlung werde. Gleichzeitig müsse das zu schaffende Sprachmittlungsangebot existierende Versorgungsrealitäten angemessen berücksichtigen, so unterscheiden sich beispielsweise planbare Aufklärungsgespräche vor operativen Eingriffen letztendlich doch stark von Ad-hoc-Anamnesen in der klinischen Notaufnahme. Wichtig sei auch, die Finanzierung für einheitliche Qualifizierungsmaßnahmen vorzuhalten und eine auskömmliche Vergütung für Sprachmittler:innen im Gesundheitswesen sicherzustellen.

Abschließend wird darauf verwiesen, dass neben der Einführung eines Anspruchs auf Sprachmittlung im Gesundheitswesen auch der Diskurs über Diversität im Gesundheitswesen und interkulturelle Öffnung verstärkt weitergeführt werden müsse.

(4) Welche Rolle sollen digitale Anwendungen bei der Leistungserbringung spielen?

Die Teilnehmenden betonten mehrheitlich, dass man nicht grundsätzlich festlegen könne, wann digitale Lösungen zur Sprachmittlung im Gesundheitswesen angemessen seien und wann eine Sprachmittlung in Präsenz erforderlich sei. Dies müsse vielmehr im Einzelfall durch die behandelnden Gesundheitsfachkräfte in Absprache mit den Patient:innen entschieden werden. Maßstab sei auch hier immer die Fragen, was für eine gelingende Verständigung benötigt werde.

Es wurde darauf hingewiesen, dass manche Versorgungskontexte eine Sprachmittlung in Präsenz erforderten, z. B. besonders sensible Situationen, komplexere Gesprächsinhalte, längere Gespräche oder wenn viele Personen vor Ort an einem Gespräch beteiligt seien. Einfache Gespräche hingegen seien auch digital gut zu bewerkstelligen. Es könne nicht per se davon ausgegangen werden, dass Sprachmittlung per Video immer besser gelinge als Sprachmittlung per Telefon. Sowohl bei telefonischer als auch bei digitaler Sprachmittlung bestehe aber immer das Risiko, dass non-verbale Aspekte des Gesprächs untergehen, oder nicht gesehen werden, dass z. B. etwas am Körper gezeigt werde. Hingewiesen wird auf das Landesprogramm Dolmetschen in Thüringen, bei dem Sprachmittlung ausschließlich mittels digitaler Anwendungen angeboten werde. Hier hätten die ersten Erfahrungen gezeigt, dass das Angebot im gesundheitlichen Bereich überwiegend von Kliniken in Anspruch genommen werde, in der ambulanten Versorgung jedoch selten darauf zurückgegriffen werde. In manchen Kontexten, z. B. in Notfallsituationen, könne ein:e Sprachmittler:in



nicht immer schnell genug vor Ort sein, hier sei es sinnvoll auf digitale Anwendungen zurückzugreifen. Es gebe zudem große Unterschiede in der Verfügbarkeit von Sprachmittler:innen je nach Region oder benötigter Sprache.

Angeregt wird, einen Leitfaden für Fachkräften im Gesundheitswesen zur Sprachmittlung in Präsenz, mittels Telefon oder mittels digitaler Anwendungen zu entwickeln, gemeinsam mit Sprachmittlungs-, Patient:innen- und Migrant:innenorganisationen. Wichtig war den Teilnehmenden, dass Sprachmittler:innen für die Sprachmittlung mittels digitaler Anwendungen gesondert geschult werden müssten. Bei digitaler Sprachmittlung müssten zudem arbeitsschutzrechtliche Aspekte mitgedacht werden. Die digitale Zuschaltung von Sprachmittler:innen aus dem Ausland wurde eher kritisch bewertet, vor allem unter Qualifikationsgesichtspunkten. Betont wird zudem, dass digitale Anwendungen datenschutzkonform ausgestaltet sein müssten und über europäische Server laufen müssten. Sie sollten zudem barrierefrei zugänglich und möglichst intuitiv anzuwenden sein, damit sie auch tatsächlich genutzt werden. Zudem sei zu beachten, dass die Nutzung digitaler Anwendungen ein stabiles Internet und angemessene Hard- und Software erfordern, um eine notwendige Datenübertragungsqualität zu gewährleisten. Wenn Einrichtungen oder Praxen darüber nicht verfügen, erschwere dies die Nutzung digitaler Anwendungen immens. Eine Finanzierung der für das Angebot und die Inanspruchnahme von Sprachmittlungsleistungen erforderlichen Ausstattung sei daher unabdingbar. Für ein flächendeckendes Rollout müsse ohnehin auch auf digitale Lösungen zurückgegriffen werden, insofern lohne sich die Investition. Gleichwohl dürfe nicht aus Kostenspargründen eine Engführung auf rein digitale Lösungen vorgenommen werden.

Berlin, den 17.11.2022
Dr. Maike Grube, Diakonie Deutschland
Luca Torzilli, Der Paritätische Gesamtverband