



Wortprotokoll der 70. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 24. Mai 2023, 14:45 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und
Webex-Meeting

Vorsitz: Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einzigiger Tagesordnungspunkt

Seite 5

Antrag der Abgeordneten Kathrin Vogler, Susanne Ferschl, Gökay Akbulut, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Sprachmittlung in der Pflege und im Gesundheitssystem für alle einführen

BT-Drucksache 20/5981

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Inneres und Heimat

Ausschuss für Wohnen, Stadtentwicklung, Bauwesen und Kommunen

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
SPD	Baehrens, Heike Baradari, Nezahat Engelhardt, Heike Heidenblut, Dirk Mende, Dirk-Ulrich Mieves, Matthias David Moll, Claudia Müller, Bettina Pantazis, Dr. Christos Rudolph, Tina Stamm-Fibich, Martina Wollmann, Dr. Herbert	Bahr, Ulrike Cademartori Dujisin, Isabel Katzmarek, Gabriele Koß, Simona Machalet, Dr. Tanja Mesarosch, Robin Peick, Jens Schmidt (Wetzlar), Dagmar Schwartz, Stefan Stadler, Svenja Troff-Schaffarzyk, Anja Westphal, Bernd
CDU/CSU	Borchardt, Simone Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Monstadt, Dietrich Müller, Axel Pilsinger, Stephan Rüddel, Erwin Sorge, Tino Stöcker, Diana Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Czaja, Mario Föhr, Alexander Janssen, Anne Knoerig, Axel Lips, Patricia Müller, Sepp Stracke, Stephan Straubinger, Max Stumpp, Christina Timmermann-Fechter, Astrid
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Grau, Dr. Armin Heitmann, Linda Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Schulz-Asche, Kordula Wagner, Johannes Weishaupt, Saskia	Aeffner, Stephanie Bsirske, Frank Ganserer, Tessa Klein-Schmeink, Maria Piechotta, Dr. Paula Rüffer, Corinna Walter-Rosenheimer, Beate
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Lindemann, Lars Lütke, Kristine Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Adler, Katja Funke-Kaiser, Maximilian Helling-Plahr, Katrin Kober, Pascal Kuhle, Konstantin
AfD	Baum, Dr. Christina Dietz, Thomas Schneider, Jörg Sichert, Martin Ziegler, Kay-Uwe	Bachmann, Carolin Bollmann, Gereon Braun, Jürgen Reichardt, Martin Rinck, Frank
DIE LINKE.	Gürpınar, Ates Vogler, Kathrin	Möhring, Cornelia Sitte, Dr. Petra



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Liste der Sachverständigen zur öffentlichen Anhörung

Sprachmittlung in der Pflege

Mittwoch, 24. Mai 2023, 14:45 bis 15:45 Uhr, Paul-Löbe-Haus,
Sitzungssaal E 300

Verbände/Institutionen

- Bitkom e. V.¹
- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)¹
- Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer (BDÜ)¹
- Deutscher Caritasverband e. V. (DCV)²
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)¹
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)¹
- GKV-Spitzenverband^{1 2}
- Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR (KBV)¹
- Triaphon gemeinnützige GmbH¹
- Verband privater Krankenversicherung e. V. (PKV)²

Namentlich benannte Sachverständige

- Prof. Dr. Ulrike Kluge (Charité- Universitätsmedizin Berlin - Humboldt Universität zu Berlin)³
- Prof. Dr. Bernd Meyer (Johannes Gutenberg-Universität Mainz)¹
- Dr. Simone Penka (Charité- Universitätsmedizin Berlin)³

¹ Auf Vorschlag der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

² Auf Vorschlag der Fraktion der CDU/CSU zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

³ Auf Vorschlag der Fraktion DIE LINKE. zur öffentlichen Anhörung eingeladen.



Beginn der Sitzung: 14:46 Uhr

Einzigiger Tagesordnungspunkt

Antrag der Abgeordneten Kathrin Vogler, Susanne Ferschl, Gökay Akbulut, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Sprachmittlung in der Pflege und im Gesundheitssystem für alle einführen

BT-Drucksache 20/5981

Die **amtierende Vorsitzende**, Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonthier** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Abgeordnete, liebe Sachverständigen, liebe Kolleginnen und liebe Gäste auf der Tribüne. Ich begrüße Sie alle herzlich zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit, die eine Mischung aus Präsenz-sitzung und Online-Meeting ist. Vorab, das kennen Sie alle schon, bitte ich alle, die digital dabei sind, sich mit ihrem vollen Namen anzumelden, damit wir wissen, wer teilnimmt, und außerdem Ihre Mikrofone zunächst stummschalten.

Ich werde jetzt kurz und nur kursorisch umreißen, worum es in der heutigen Anhörung geht. Wir hören einen Antrag der Fraktion DIE LINKE. zu dem Thema „Sprachmittlung in der Pflege und im Gesundheitssystem für alle einführen“ an. Sie finden diesen Antrag auf der Bundestagsdrucksache 20/5981. Die Fraktion DIE LINKE. stellt in ihrem Antrag fest, dass sprachliche Verständigung eine Grundvoraussetzung für eine medizinische Diagnostik, Beratung und Therapie ist. Aber auch für die Gesundheitsförderung und Prävention sowie in der Rehabilitation und in der Pflege ist die sprachliche Verständigung natürlich unerlässlich. Sprachbarrieren verschlechtern die Behandlungsqualität und auch den Behandlungserfolg und können den Zugang zum Gesundheitssystem, zu Gesundheitsinformationen und die Nutzung von Angeboten der Gesundheits- und Pflegeversorgung verhindern. Deshalb soll es einen gesetzlichen Anspruch auf Sprachmittlung in der Gesundheits- und Pflegeversorgung in den Sozialgesetzbüchern sowie im Asylbewerberleistungsgesetz geben und verbindliche Qualitätsstandard für die Sprachmittlung definiert werden.

Bevor wir mit der Anhörung beginnen, ein paar Anmerkungen zum Ablauf. Die von Ihnen, die als Sachverständige häufig dabei sind, kennen das,

aber es sind natürlich jedes Mal auch neue Personen dabei. Deshalb ist es sehr wichtig, dass wir uns darüber einmal miteinander verständigen, wie diese Anhörung ablaufen wird. Es stehen uns 60 Minuten zur Verfügung, und zwar ab dem Moment, wo die erste Frage gestellt wird. Die Fragen werden von den Fraktionen abwechselnd an die Sachverständigen gestellt. Es beginnt immer die Fraktion, die die Vorlage formuliert hat. Das ist in unserem Fall jetzt die Linke. Die weitere Reihenfolge orientiert sich an der Stärke der Fraktion und beruht auf einer ausschussinternen Vereinbarung. Das heißt, manche Fraktionen haben mehr Fragen, die sie stellen können als andere. Das ist dann kein Versehen, sondern so ist die Geschäftsordnung. Für Frage und Antwort zusammen stehen immer drei Minuten zur Verfügung. Damit möglichst viele Menschen fragen können, bitte ich Sie, sich bei den Fragen kurz zu fassen und bei den Antworten so kurz, wie es eben geht, um Sachverhalte rüberzubringen. Ich werde auch relativ streng drauf achten. Das geht bei uns im Ausschuss so, dass, wenn es zum Ende der drei Minuten kommt, ich anfangs, mich zu straffen. Irgendwann mache ich so [*Geste der amtierenden Vorsitzenden*] und wenn Sie darauf nicht reagieren, dann unterbreche ich, aber in der Regel läuft das ganz wunderbar. Nach 60 Minuten schließe ich die Anhörung. Jetzt gibt es eine zusätzlich wichtige Information. Wenn Sie als Sachverständige aufgerufen werden, müssen Sie bei jedem Aufruf bitte Ihren Namen sagen und in welcher Funktion Sie hier sind, zum Beispiel welchen Verband Sie vertreten, auch wenn Sie zum Beispiel dreimal hintereinander gefragt werden. Das hat etwas mit dem Protokoll zu tun und damit, dass die Personen, die digital dabei sind, immer zuordnen können, wer gerade spricht. Außerdem müssen Sie als Sachverständige beim ersten Aufruf etwaige finanzielle Interessensverknüpfung in Bezug auf unseren heutigen Beratungsgegenstand offenlegen. Das ist aus Transparenzgründen notwendig und in der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages unter § 70 geregelt.

Vielen Dank, dass Sie alle da sind. Danke auch denen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Das Wortprotokoll wird später auf der Internetseite des Gesundheitsausschusses veröffentlicht. Leider wird die heutige Anhörung nicht aufgezeichnet. Das ist sehr schade. Man muss sich immer um die Plätze bewerben und meistens gelingt es im Ausschuss für Gesundheit. Doch dieses



Mal gab es keine Kapazitäten für die Aufzeichnung. Das bedauern wir sehr. Deshalb werden wir im Anschluss auf das Wortprotokoll angewiesen sein. Jetzt noch eine Besonderheit hier im Ausschuss. Bitte schalten Sie Ihre Handys alle stumm. Wenn es klingelt oder pingt, kostet es fünf Euro für einen guten Zweck. Das ist auch schön, aber wir wollen trotzdem vermeiden, dass es hier dauernd klingelt. Dann darf ich Sie oben auf der Tribüne noch darauf aufmerksam machen, dass Sie weder klatschen noch „buh“ rufen. Es sind weder Beifall noch Unmutsbekundungen erlaubt. Aber aufmerksam zuhören, das dürfen Sie natürlich! Wir freuen uns, dass Sie da sind. Aufnahmen mit dem Handy sind auch nicht gestattet. Das war es mit den Vorbemerkungen. Jetzt beginnen wir die Anhörung.

Abg. **Ates Gürpınar** (DIE LINKE.): Meine erste Frage richtet sich an Dr. Simone Penka von der Charité Universitätsmedizin Berlin. Sie vermitteln als Praktikerin Ihrer durch das Land finanzierten Einrichtungen Transfers von Migrant:innen und Geflüchtete in Gesundheitseinrichtungen. Wie erleben Sie in der Praxis die fehlende Regelung der Kostenübernahme für Sprachmittlungen?

Dr. Simone Penka: Wir erleben die fehlende, mangelnde Regelung zur Kostenübernahme tatsächlich als das allergrößte Zugangsproblem in das deutsche Gesundheitswesen, was nahezu eine Zugangshinderung ist und wissenschaftlich durch zahlreiche Studien belegt wurde. Die Frage des Erlebens in der Praxis muss aus verschiedenen Perspektiven beantwortet werden, einmal aus der Perspektive der Hilfesuchenden, der gesundheitlichen Versorgungssuchenden und auch aus Perspektive der Behandelnden. Wenn man die Perspektive der zu Versorgenden einnimmt, dann ist ganz klar, Menschen mit geringen deutschen Sprachkompetenzen scheitern in der Regel immer bei der Suche nach zum Beispiel niedergelassenen Ärzt:innen oder Therapeut:innen. Diese haben zwar mittlerweile zahlreiche unterschiedliche Sprachen, die auch auf der Seite der Kassenärztlichen Vereinigung gebündelt werden, aber dem Bedarf nach den unterschiedlichen Fachrichtungen, werden diese Sprachen oft nicht gerecht und auch nicht der großen Sprachenvielfalt, die es in Deutschland gibt. Es gibt offizielle Zahlen zu nicht deutschen Staatsangehörigen in Deutschland aus dem Jahr 2015. Diese stammten

aus insgesamt 190 unterschiedlichen, diplomatisch anerkannten Herkunftsländern. Das kann man zwar nicht eins zu eins in die Anzahl der Sprachen übertragen, aber es ist eben ein Näherungswert. Wenn wir Menschen ins Gesundheitswesen vermitteln, dann erleben wir zumeist durch die Reihe weg eine Ablehnung dieser Bevölkerungsgruppen. Es fallen Aussagen wie: „Da können wir Ihnen leider nicht helfen, wenden Sie sich an andere Kollegen.“ Selbst wenn wir den Zugang hinbekommen, geht dieser immer mit dem Satz einher: „Aber die Person soll eine Begleitperson zur Sprachmittlung mitbringen.“ Das ist ein großes Problem. Einige Menschen haben zum einen kein Netzwerk an Menschen mit deutschsprachigen Kompetenzen. Aber auch Studien belegen, dass dieser Standard des Arbeitens mit Begleitperson für den medizinischen Kontext unzureichend ist, weil ungeschulte Personen oft Übersetzungsfehler machen, Dinge weglassen, Ergänzung tätigen und das immense medizinische Komplikation nach sich ziehen kann. Es gibt viel Frust und Ausweglosigkeit. Die Chronifizierung wird vorangetrieben und die Seite der Behandlung ... [Zeitablauf].

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an Dr. Meyer. Wir haben im Koalitionsvertrag vereinbart, dass wir die Sprachmittlung auch mithilfe digitaler Anwendungen ermöglichen wollen und werden das mit dem anstehenden Versorgungsgesetz zur Stärkung des Zugangs zu gesundheitlicher Versorgung aufgreifen. Es ist daher gut, dass wir uns heute darüber fachlich schon austauschen können. Herr Prof. Meyer, welchem Personenkreis sollte nach Ihrer Einschätzung eine Sprachmittlung zur Verfügung gestellt werden? Wie groß würden Sie den Bedarf im deutschen Gesundheitssystem einschätzen?

Prof. Dr. Bernd Meyer: Keine Interessenkonflikte. Zur Frage des Personenkreises: Das sind meines Erachtens einfach die Personen, die Mitglieder der Krankenversicherung sind. Potenziell können alle Mitglieder der Krankenversicherung durch Sprachbarrieren betroffen sein. Ich würde keine besondere Eingrenzung vornehmen. Aufgrund von Erfahrungen aus der Schweiz schätze ich den Bedarf auf 800 000 bis eine Million Sprachmittlungseinsätze bei einem gut implementierten, gut funktionierenden Versorgungssystem mit Sprachmittlung. Das



heißt erst dann, wenn diese Möglichkeit tatsächlich im Gesundheitswesen angekommen ist, wird es zu solchen Zahlen kommen. Vorher werden diese Zahlen sehr viel niedriger sein, wie ich in meiner Stellungnahme gesagt habe.

Abg. Dr. Georg Kippels (CDU/CSU): Ich würde gerne die Frage an den GKV-Spitzenverband richten. Wie bewerten Sie die Umsetzbarkeit des Antrags im Allgemeinen und im Besonderen im Hinblick auf die personellen Kapazitäten der Sprachmittlung und der Dimension der Finanzierung?

Gerd Kukla (GKV-Spitzenverband): Auch ich habe keine Interessenverknüpfung mit diesem heutigen Thema. Die Frage lässt sich nach den uns zur Verfügung stehenden Unterlagen und Hinweisen nicht fundiert beantworten. Der Antrag der Fraktion DIE LINKE. IST relativ abstrakt formuliert. Es geht aus diesem Antrag nicht hervor, welche Personen unter welchen Voraussetzungen bei welchen Anlässen und in welchem Umfang einen Anspruch auf Sprachmittlung insgesamt haben sollen. Selbst wenn man diese Grundlagen näher ausformuliert vorliegen hätte, würde für eine Abschätzung der Kapazitäten, also wie viele Sprachmittler werden benötigt und welche Kosten können dadurch entstehen, zentrale Bewertungsgrundlagen fehlen. Das sind die Fragen nach dem Sprachstatus der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung, also wer hat einen entsprechenden Bedarf in welchen Situationen Sprachmittlung in Anspruch nehmen zu müssen. Dann die Frage, welchen medizinischen und pflegerischen Versorgungsbedarf haben diese Personen und bei welchen Anlässen müsste diese Sprachmittlung zum Einsatz kommen. Im Ergebnis lässt sich weder die erforderliche Kapazität der Sprachmittler noch der finanzielle Aufwand seriös abschätzen. Deswegen verzichte ich jetzt auf die Nennung einer nicht gut basierten Zahl.

Abg. Linda Heitmann (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Auch ich würde meine Frage gern an Herrn Prof. Meyer stellen. Sie haben eben schon gesagt, dass Sie damit rechnen, dass es einige Jahre brauchen wird, bis Sprachmittlung wirklich flächendeckend viel in Anspruch genommen wird. Was glauben Sie, welche Schritte nötig sind, damit sie zur Anwendung kommt und damit viele medizinische

Einrichtungen einen gesetzlichen Anspruch auch nutzen? Was glauben Sie, wer sollte den Anspruch am Ende geltend machen, eher die Behandler:innen oder eher die Patientinnen und Patienten?

Prof. Dr. Bernd Meyer: Die letzte Frage zuerst. Geltend machen sollten die Fachkräfte den Anspruch, das heißt, es sollte eine Entscheidung medizinischer Fachkräfte sein, ob Sprachmittlung in einem konkreten Fall benötigt wird oder nicht. Das heißt, Sprachmittlung wäre in diesem Fall eine Art Hilfsmittel, ein Werkzeug, das den Beschäftigten zur Verfügung gestellt wird, aber das nicht verpflichtend genutzt werden muss, sondern es ist eben immer ein Ermessen der Fachkraft. Was die Schritte zur Implementierung angeht, das sind sehr viele Schritte, die gegangen werden müssen. Aber ein wichtiger Schritt wäre, glaube ich, erstens eine digitale Plattform, auf der Fachkräfte niedrigschwellig und auch zeitnah Sprachmittlung bestellen können oder auch direkt in Anspruch nehmen können in Form von Telefondolmetschung. Hilfreich wäre sicherlich auch ... Also es wird so etwas geben müssen wie ein Zertifizierungssystem, wo nach Kriterien geeignete Personen zur Sprachmittlung ausgewählt werden und zertifiziert werden mit irgendeiner Art von Ausweis oder so. Es wird erforderlich sein, das Angebot zu propagieren, zu bewerben und in medizinischen Einrichtungen bekannt zu machen. Ich würde auch sagen, dass die Fachkräfte darin geschult werden sollten, solche Dienste in Anspruch zu nehmen und vor allem zu entscheiden, wann sie einen professionellen Sprachmittlungsdienst in Anspruch nehmen. Wir haben dazu mit dem Uniklinikum Freiburg eine kostenlose Onlineschulung entwickelt, die jedermann ausprobieren kann und die meines Erachtens sehr gut aufzeigt, wann professionelle Sprachmittlung erforderlich ist und wann es vielleicht auch möglich ist, andere Ressourcen zu nutzen.

Abg. Kristine Lütke (FDP): Meine Frage richtet sich an Herrn Fritsche vom Bitkom. Wir sehen, dass videobasierte Kommunikation nicht zuletzt durch Corona massiv an Bedeutung gewonnen hat und im Alltag vieler Menschen verortet ist. Auch die Anhörung heute ist hybrid und nutzt moderne Technologien. Wie schätzen Sie die Möglichkeiten videobasierter Sprachmittlung im Gesundheitswesen ein? Wie könnte die Politik hier unterstützen, um



die Rahmenbedingungen für einen derartigen Einsatz zu verbessern?

Malte Fritsche (Bitkom e. V.): Grundsätzlich sind wir natürlich auch der Meinung, dass Sprachmittlung ein ganz wichtiger Faktor ist, um eine gleichberechtigte Versorgung im Gesundheitswesen zu gewährleisten. Es stellt sich die Frage, ob das überall personell abbildbar ist und es auch eine effiziente Steuerung im Gesundheitswesen darstellt. Aus unserer Sicht ist die Video-Sprachmittlung eine sinnvolle Alternative und Ergänzung in diesem Modell. Sie ist zeitlich flexibel einsetzbar und eine Echtzeitkommunikation. Durch den Einsatz von Video-Sprachmittlungen können Patient:innen, Sprachmittler:innen und auch das medizinische Personal effizient, effektiv und ortsungebunden miteinander kommunizieren. So können in sehr kurzer Zeit sehr wichtige Behandlungsinformationen übermittelt werden. Das ist gerade in zeitkritischen Einsatzfällen sehr wichtig und auch ganz maßgeblich. Darüber hinaus ist durch die Video-Sprachmittlung auch der Fundus, der Schatz an verfügbaren Sprachen, die vermittelt werden können, größer als der, der wahrscheinlich vor Ort abrufbar ist, je nachdem, wo der Patient, die Patientin sich aufhält. Was können wir tun, um die Sprachmittlung stärker in die Versorgung zu bringen? Wir brauchen Transparenz, wir brauchen Technologieoffenheit und auch Diskriminierungsfreiheit. Das heißt, wir dürfen bei künftigen Vergütungsstrukturen hier keine Zweiklassengesellschaft zulassen. Das heißt, die Video-Sprachmittlung erfüllt dieselben Zwecke wie die Sprachmittlung vor Ort und sollte entsprechend nicht geringer vergütet werden in diesem System. Mit einbeziehen würde ich gerne auch noch die Telemedizin, die auch im Zuge der Corona-Pandemie, man kann das so sagen, ihren Durchbruch erlebt hat und ein wichtiger Teil der Digitalisierungsstrategie des BMG ist. Dort ist der Wegfall der 30 Prozent-Grenze bei der Vergütung der Video-Sprechstunden in Aussicht gestellt. Das müssen wir hier schon antizipieren, mitdenken. Genauso wie die Video-Sprachmittlung bei der Behandlung vor Ort gleichgestellt sein muss, sollte auch die Video-Sprachmittlung bei der telemedizinischen Behandlung direkt mitgedacht und hier antizipiert werden.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Meine erste Frage geht an den Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer, an Frau Elvira Iannone. Wie kann sichergestellt werden, dass ausreichend qualifizierte Dolmetscher zur Verfügung stehen? Welche Probleme müssen dabei gelöst werden? Welche Kosten schätzen Sie eventuell? Stehen insbesondere auch genügend fachlich geeignete Dolmetscher mit medizinischen Vorkenntnissen bereit?

Elvira Iannone (Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer (BDÜ)): Kein Interessenkonflikt. Dadurch, dass das Dolmetschen genauso wie das Übersetzen keine geschützte Berufsbezeichnung ist, gibt es keine konkreten Zahlen darüber, wie viele Personen insgesamt diesen Beruf tatsächlich ausüben. Es gibt aus dem Mikrozensus Zahlen, die aber auch schon ein bisschen älter sind. Wir haben die Zahlen aus den Berufsverbänden, der Mitglieder der Berufsverbände, und wir haben aber gleichzeitig auch viele Sprachmittler in ganz unterschiedlicher Qualifizierung, die nicht organisiert sind und deswegen auch nicht statistisch erfasst werden. Mit Blick auf die Qualifizierung gibt es geschätzt für bestimmte Sprachen definitiv ausreichend qualifizierte Dolmetscher:innen, die zur Verfügung stehen. Die Frage ist, zu welchem Tarif man qualifizierte Freiberufler:innen engagieren kann, bzw. zu welchem Preis eben nicht; was bis jetzt in vielen Organisationen der Fall ist – auch Freiberufler:innen müssen sich absichern und fürs Alter vorsorgen. Für andere Sprachen wiederum, insbesondere solche, für die es keine universitären Ausbildungsstrukturen gibt bzw. für Sprachen, für die in relativ kurzer Zeit ein großer Bedarf entstanden ist aus unterschiedlichen Gründen, sieht die Verfügbarkeit ausreichend qualifizierter Sprachmittler:innen anders aus, aufgrund des Fehlens von nachhaltigen Qualifizierungsstrukturen. Mit Qualifizierungsstrukturen meinen wir nicht ein, zwei Wochenenden oder sich dreimal abends zusammen zusammensetzen und man weiß dann, wie dieser Beruf funktioniert - denn es ist ein Beruf - sondern wir meinen eine ausreichend lange Qualifizierung, die alle Kompetenzen abdeckt, und zwar nicht nur, wie in den unterschiedlichen Stellungnahmen genannt, die Sprachkompetenz und die Fachkompetenz, sondern auch die Transferkompetenz. Das heißt, wie übertrage ich etwas aus einer Sprache in einer andere. Hier sind wir auch schon bei dem Rollen-



verständnis und vor allen Dingen den berufsethischen Grundlagen.

Abg. **Ates Gürpınar** (DIE LINKE.) Meine Frage richtet sich an Frau Prof. Dr. Ulrike Kluge. Sie bündelt ein bisschen die Fragen von Herrn Dr. Kippels und Frau Lütke. Ich möchte von Ihnen wissen, wie zukünftige Finanzierungsmodelle und zukünftige Infrastrukturen für Sprachmittlungen aussehen könnte. Was wäre also dabei zu berücksichtigen? Gibt es vielleicht andere Staaten, die als Vorbild dienen könnten? Ist es Ihrer Meinung nach ratsam, vornehmlich digitale Lösungen anzustreben?

Prof. Dr. Ulrike Kluge: Ich habe keinen Interessenkonflikt. Ich möchte gerne vorweschicken, weil ich als Sachverständige geladen bin, dass ich sehr froh bin, dass diese Anhörung heute stattfindet und dass damit auch das Engagement sehr vieler Akteur:innen, die seit nunmehr 20, 25 Jahren sich sehr aktiv mit dem Thema der Einführung von Sprachmittlung als Regelleistung in den Leistungskatalog beschäftigen, gewürdigt wird. Diese Anhörung wird, glaube ich, hier vor Ort, aber auch im Geiste von vielen, nicht nur von unseren Patient:innen, sondern auch von ärztlichen Kolleginnen und Kollegen verfolgt; aber auch von vielen jungen und älteren Menschen, die als Kinder vielfach selber gedolmetscht haben und da in viele schwierige Situationen und in Überforderungssituationen geraten sind. Ihnen allen ist es ein großes Anliegen, dass dieses Thema weiter vorankommt. Ich glaube, das ist heute hier ein ganz guter Schritt. Jetzt zu Ihrer konkreten Frage: Herr Meyer hatte in seiner Stellungnahme schon einmal auf die Schweiz verwiesen. In der Schweiz gibt es tatsächlich, das ist jetzt noch nicht das Finanzierungsmodell, eine relativ gute Infrastruktur namens Interpret. Dort sind alle Informationen darüber gut gebündelt, was in welchen Kantonen für Sprachmittlungen zur Verfügung steht, wie diese finanziert sind, wer qualifizierter Dolmetscher, wer nicht qualifizierter Dolmetscher ist. Der schweizerische Staat hat sehr viel Geld investiert, um diese Infrastruktur aufzubauen, weil, es ist schon mehrfach aufgetaucht, es eben nicht nur darum geht, wer finanziert das, sondern auch auf welcher Struktur und wie entsteht diese Struktur und wer ist für die Finanzierung dieser Struktur verantwortlich. Das ist der eine Punkt. Der

andere Punkt: Wenn es um die Finanzierungsmodelle geht, das konnten wir alle in Stellungnahmen sehr präzise und konzise lesen, gibt es natürlich Länder, die Vorreiter sind, das sind Australien, Kanada, UK, die skandinavischen Länder. Aber auch da steht die große Frage, die mich als Migrationsforscherin natürlich beschäftigt: In was für einer Gesellschaft leben wir und in was für einer Gesellschaft wollen wir leben? Sind Menschen mit Migrations- und Fluchtgeschichte und Menschen, die nicht muttersprachlich deutschsprachig sind, Teil der deutschen Gesellschaft. In einer Migrationsgesellschaft mit 25 Prozent Menschen mit Migrationsgeschichte, ist das aus meiner Sicht der Fall. Viele von diesen sind gesetzlich oder privat krankenversichert, das hat Herr Meyer in seinen Ausführungen auch schon angeführt.

Abg. **Heike Engelhardt** (SPD): Meine Frage richtet sich an Frau Dr. Doka von der BAG SELBSTHILFE. Die sprachliche Verständigung ist eine wichtige Bedingung für einen guten Zugang zu medizinischer Versorgung. Welche Patientinnen und Patienten sind aus Ihrer Sicht besonders auf eine verlässliche Sprachmittlung angewiesen und welche besonderen Bedürfnisse sind gegebenenfalls zum Beispiel bei der Vermittlung von Sprachbildern zu berücksichtigen?

Dr. Siiri Doka (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Ich habe keine Interessenkonflikte. Also für uns ist es traditionell ein besonderes Anliegen, dass auch Menschen mit kognitiven Einschränkungen, die eine Migrationsgeschichte haben, von der Sprachmittlung profitieren können. Diese haben schon den Bedarf, dass nicht nur wörtlich übersetzt wird, sondern dass auch in einfacher Sprache übersetzt wird, dass unter Umständen auch bestimmte kulturelle Besonderheiten berücksichtigt werden bei der Übersetzung. Als Beispiel: Es gibt bei der Demenz in unterschiedlichen Kulturen durchaus unterschiedliche Verständnisse. Das muss ein Sprachmittler auch wissen und berücksichtigen, wie er das entsprechend an die Betroffenen vermittelt, weil ansonsten gerne über den Kopf der Betroffenen hinweg diskutiert wird. Das ist aber sicherlich nicht wünschenswert.



Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Ich würde gerne erneut meine Frage an den GKV-Spitzenverband richten und mich ein bisschen nach dem Status quo erkundigen. Das heißt, was machen die einzelnen Mitglieds-kassen bereits heute nach Ihrer Kenntnis, um Sprachbarrieren zum Beispiel auch bei den Beratungspflichten der Krankenkassen zu überwinden?

Gerd Kukla (GKV-Spitzenverband): Das ist jetzt eine Frage, die sich an die Krankenkassen richtet, wie diese mit den Versicherten in Beratungssituationen umgehen. Das betrifft dann in erster Linie nicht die gesundheitliche Versorgung als Leistung von Leistungserbringern der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Die Krankenkassen finden in solchen Beratungsgesprächen mit den Versicherten individuelle Lösungen, indem, so wie in anderen Kontexten auch, die Sprachkompetenzen der Mitarbeitenden genutzt werden, indem Versicherte zu den Beratungen sprachkompetente Angehörige oder Bekannte hinzuziehen. Natürlich werden alle Informationsunterlagen zu bestimmten Leistungen und gesundheitlichen Fragen von den Krankenkassen in vielen unterschiedlichen Sprachen vorgehalten.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an Frau Hammer von Triaphon. Mich würde interessieren, was Sie glauben, welche Personengruppen besonders interessiert daran sind und auch geeignet sind, um sich als Sprachmittlerinnen und Sprachmittler zu qualifizieren. Haben Sie auch eine Vorstellung davon, wie ein Vergütungssystem aussehen müsste, damit Sprachmittlung wirklich flächendeckend angeboten werden kann?

Marthe Hammer (Triaphon gGmbH): Keine Interessenkonflikte. Triaphon ist eine gemeinnützige medizinische Dolmetsch-Hotline, gegründet von Ärzt:innen für die medizinische Akut- und Basis-kommunikation, also für kurze, spontane Einsätze. Unsere Erfahrung hat gezeigt, dass neben vereidigten bzw. staatlich anerkannten Dolmetscher:innen auch andere Personengruppen für Sprachmittlung in Frage kommen. Wir haben ein großes Potenzial an Menschen mit Migrationsgeschichte in unserer Gesellschaft. Diese kann man für Sprachmittlung

gewinnen und qualifizieren. Aus unserer Sicht werden diese mehrsprachigen Menschen auch dringend benötigt, um den vorhandenen Bedarf überhaupt abzudecken, vor allem, was seltene Sprachen anbelangt. Bei uns dolmetschen geschulte Sprachmittler:innen am Telefon. Diese werden von uns geschult. Natürlich ist das Sprachlevel ganz entscheidend, aber eben auch eventuelle Vorerfahrung und auch die Grundregeln des Telefondolmetschens, also Verantwortung, Überparteilichkeit, Neutralität, Rollenverständnis. Man kann ein solches Rund-um-die-Uhr-System finanzieren durch zwei Komponenten. Es braucht Geld für die Bereitstellung. Die Personen sind telefonisch auf Schicht, das sind sozusagen Fixkosten. Dazu kommen variable Kosten. So werden unsere Sprachmittler:innen auch vergütet. Neben der Bereitschaftszeit erhalten sie zusätzliche Gelder für die tatsächliche Zeit, die sie telefonisch übersetzen. Nochmal zum Punkt, was das medizinische Personal angeht: Es ist ganz wichtig, dass man auch dieses mit den Grundzügen des Telefondolmetschens bekannt macht und nicht nur die Sprachmittler:innen geschult sind, sondern auch das Personal weiß, wer dort übersetzt. Stichwort: leichte Sprache, Vermeidung von Fachtermini. In gewissen Situationen, wenn es schnell gehen muss, zum Beispiel in der Notaufnahme oder bei akuten Fällen auf Stationen, können auch geschulte Sprachmittler:innen am Telefon gut übersetzen. Das ersetzt nicht vereidigte Dolmetschende, die bei anderen Gesprächsanlässen vor Ort erscheinen sollten. Bei komplexeren, emotional belastenden Gesprächen, bei Psychotherapie, planbarer OP-Aufklärung sollten Dolmetschende vor Ort erscheinen und die sollten natürlich dann auch durch ein anderes Vergütungssystem abgedeckt werden. Aber für die telefonische Sprachmittlung eignet sich eben diese Kombi aus Bereitstellungsgeldern plus Geld für die telefonische Übersetzung.

Abg. **Kristine Lütke** (FDP): Meine nächste Frage richtet sich an Herrn Kukla vom GKV-Spitzenverband. Ein wichtiges Kriterium bei der Frage, ob eine Leistung versicherungsinherent ist, also in den Aufgabenbereich der Krankenversicherung fällt oder nicht, ist die medizinische Notwendigkeit dieser Leistung. Ist dieses Kriterium der medizinischen Notwendigkeit aus Ihrer Sicht beim Thema Sprachmittlung im Gesundheitswesen erfüllt oder



sehen Sie hier eher den Charakter einer versicherungsfremden Leistung?

Gerd Kukla (GKV-Spitzenverband): Also die Sprachmittlung selbst ist keine Leistung der medizinischen und pflegerischen Versorgung, sondern es handelt sich um eine Nebenleistung zu den medizinisch notwendigen Leistungen. Das muss man berücksichtigen. Das Bundessozialgericht hat in ständiger Rechtsprechung in den letzten Jahrzehnten, muss man sagen, festgestellt, dass deshalb auch kein Leistungsanspruch auf der Grundlage der geltenden Regelungen des SGB V auf Sprachmittlung besteht. Wenn ein solcher eingerichtet werden sollte, dann bedürfte es einer expliziten gesetzlichen Normierung. In diesem Zusammenhang hat das Bundessozialgericht sehr deutlich herausgestellt, dass es sich insoweit um eine gesamtgesellschaftliche oder gesellschaftspolitische Aufgabe handelt und dass es kein spezifisches Anliegen der Krankenversicherung wäre, welches im Bereich der Krankenversicherung dann auch zu verankern wäre. Diese Einschätzung, dass es sich nicht um eine medizinisch notwendige Leistung handelt, sondern es eine gesellschaftspolitische Frage ist, ob man diese Leistungen den Versicherten zukommen lassen will, die teilen wir. Damit würden wir das dann auch in die Kategorie der versicherungsfremden Leistung einordnen. Wir haben schon des Öfteren hier im Gesundheitsausschuss zu vergleichbaren Anträgen Diskussionen gehabt. So wurde im Jahr 2016 seinerzeit auf der Grundlage eines Antrags der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden eine Anhörung durchgeführt. Seinerzeit kam aus den Reihen der Bundesregierung die explizite Aussage, ich zitiere wörtlich: „dass die Finanzierung der Dolmetscher als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zwingend aus Steuermitteln zu erfolgen hat“ und „die Beitragszahler seien der falsche Adressat“. Auch die Gesundheitsministerkonferenz hat im Juni des letzten Jahres nochmals festgestellt, dass es sich um eine gesamtstaatliche Aufgabe handelt und deswegen eine vollständige Gegenfinanzierung durch den Bund erfolgen sollte.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Meine Frage geht nochmal an Frau Iannone. Es geht um die Kosten. Prof. Meyer von der Gutenberg-Universität Mainz

schätzt die Zahl der Einsätze auf ungefähr eine Million im Jahr. Das ist jetzt einfach eine fiktive Zahl. Für mich ist es noch alles sehr nebulös, diesen Antrag zu beurteilen. Ich kann das gar nicht einschätzen. Die Kosten sollen bei etwa 60 Millionen Euro im Jahr liegen. Das wäre also praktisch ein Einsatz-Kostensatz von 60 Euro. Nun stelle ich mir jetzt die Fachkräfte-Stunden-Verrechnungssätze vor. Die liegen meistens ab 45 Euro heutzutage. Dann wäre es mit allen Bereitschaftszeiten, Fahrtkosten und Vorhaltungszeiten, Nebenkosten ungefähr eine Stunde oder eine reichliche Stunde, die man damit bezahlen könnte. Halten Sie das für ausreichend oder sehen Sie eher andere Kosten auf die gesetzliche Krankenversicherung und wahrscheinlich auch auf die private Krankenversicherung zukommen?

Elvira Iannone (Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer (BDÜ)): Ich verweise zunächst einmal auf Anhang 1 unserer Stellungnahme, in der wir beispielhaft Stundensätze durchgerechnet haben, und dies nicht, wie das für Fachkräfte, wie Sie gesagt hatten, machbar ist. Vor dem Hintergrund, dass diese angestellt sind, heißt das, dass sie mit einem bestimmten Gehalt jeden Monat rechnen können. Da sind Sozialabgaben, die abgeführt werden, auch für die Altersversorgung wird gesorgt. Das sind alles Kosten, für die Freiberufler:innen selbst aufkommen müssen und die über das einzunehmende Honorar abgedeckt werden. Ich habe die Stellungnahme von Prof. Meyer gelesen. Ich habe auch seinen Aufsatz oder seine Publikation gelesen, wo er vorrechnet, wie er zu diesen Einsatzzahlen kommt. Ich kenne die Ausgangszahlen. Ich habe nicht nachgerechnet. Ich hinterfrage sie jedoch, weil die Schweiz eine andere Migrationsgeschichte hat als Deutschland und ich nicht weiß, inwiefern diese Zahlen entsprechend vergleichbar sind. Auch insofern ist die zweite Zahl, die Prof. Meyer in den Raum stellt, nämlich 60 Euro pro Einsatz, definitiv zu niedrig. Weiter kann ich zu diesen Kosten nichts sagen.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD): Ich würde an die Frage der Kollegin Lütke und an Ihre Antwort, Herr Kukla, anknüpfen wollen. Die Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Kosten sind ein entscheidender Faktor und wir würden uns auch der Bewertung insofern anschließen, dass es eine gesamtge-



sellschaftliche Aufgabe sein sollte, die Sprachmittlungen durchführen zu können. Wir entnehmen aber auch den Ausführungen des Bundessozialgerichts, dass das Ganze in einem Sozialgesetzbuch normiert werden müsste. Die Frage ist: In welchem? Wenn man über das SGB V regeln würde, würde mich interessieren, ob Sie eine Rechnung haben, also durchgerechnet haben, was es der gesetzlichen Krankenversicherung kosten würde bzw., wenn wir über das Niederschreiben in einem anderen Bereich reden, über welche Kosten sprechen wir dann aus Ihrer Sicht?

Gerd Kukla (GKV-Spitzenverband): Es gilt für alle Bereiche, egal ob Sie an das SGB V, an das SGB XI oder an das SGB VI, wenn wir im Bereich der Rentenversicherung und Reha sind, denken, dass man zunächst definieren muss, welche Personen in welchem Kontext, also bei der Inanspruchnahme welcher medizinisch notwendigen Leistung einen Anspruch auf Sprachmittlungen haben sollen. Wie grenzt sich dieser Anspruch zu einem möglicherweise eigenverantwortlichen Bereich ab? Wie organisiere ich diese Leistung? Wie kommen Preise, also wie kommt die Vergütung zustande? Sind das Vertragspreise? Ist das eine Vergütungsordnung? Das sind die entscheidenden Fragen, die, wenn man die Entscheidung als Gesetzgeber getroffen hat, Ansprüche einzuräumen, erst einmal konkretisiert werden müssen, um abschätzen zu können, über welches Fallvolumen und über welche Dauer der notwendigen Sprachmittlung man redet; und insbesondere: Wie müsste man dieses Angebot organisieren und welche Kosten sind damit verbunden? Darüber kann man dann erst reden, wenn diese Grundlagen festgesetzt sind. Deswegen muss ich nochmal sagen: Das ist eine Gleichung mit zu vielen Unbekannten, als dass man das jetzt heute vernünftig abschätzen könnte. Es macht keinen Sinn, Hausnummern zu nennen, die losgelöst von solchen grundlegenden Kriterien einfach nicht seriös berechnet werden können.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Meine Frage geht an Bitkom e. V. Welches Potenzial sehen Sie in einfachen Fällen Dolmetscher durch digitale Anwendungen zu ersetzen? Es gibt schon eine Vielzahl von Übersetzungs-Apps. Was halten Sie zum Beispiel von der „tip doc medic“-App?

Malte Fritsche (Bitkom e. V.): Das hatte ich gerade vergessen: Kein Interessenskonflikt. Ganz grundsätzlich: Es kommt darauf an. Es kommt darauf an, ob die Inhalte in solchen Apps fachlich geprüft sind. Es kommt auch darauf an, wie die Inhalte aufbereitet worden sind. Ganz grundsätzlich lässt sich sagen, dass solche Apps in einfachen Versorgungsfällen sicherlich einen niederschweligen Zugang und Mehrwert für Praxen leisten können. Bedenken muss man dabei, dass die Inhalte in solchen Apps in ihrem Umfang quasi begrenzt sind. Es wird einmal eingespeist, einmal programmiert. Die Inhalte sind in der App. Es sind aber keine lernenden Systeme, die sich automatisch weiterentwickeln, wie zum Beispiel neuronale Maschinenübersetzungen. Das heißt, wir bekommen hier auch nicht dieselbe Tiefe rein, wie wir sie bei einer Videosprachmittlung, also mit einer Person, die direkt übersetzt, bekommen. Es können keine spezifischen Nachfragen gestellt werden. Hier stößt so eine App eben an ihre Grenzen. Vielleicht nochmal zusammengefasst: Ich glaube, in niederschweligen Fällen ist es ein Mehrwert in den Praxen. Es ist einfach verfügbar. Es kann auch durch Bildgebung und durch Videoinhalte sehr niederschwellig Inhalte transportieren, hat aber eben nicht dieselbe Tiefe wie eine Videosprachmittlung.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage geht an die DKG, Herrn Dr. Mörsch. In vielen Krankenhäusern existieren Mitarbeiter:innenpools und manchmal sogar eigene Dolmetscherdienste. Welche Erfahrungen haben Sie aus der Versorgungspraxis und insbesondere auch zum Einsatz von Gesundheitspersonal mit Fremdsprachenkompetenz zur Sprachmittlung?

Dr. Michael Mörsch (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Repräsentative Daten liegen uns zu den Mitarbeiterpools nicht vor. Soweit wir von den Krankenhausträgern aber hören, sind sowohl Mitarbeiterpools als auch die systematische Erfassung der Mitarbeiter mit den verschiedenen Fremdsprachenkenntnissen der absolute Regelfall. Die Erfahrungen mit den Mitarbeiterpools sind in der Regel sehr gut. Wobei man auch sagen muss, natürlich in besonders komplexen Fällen oder auch bei besonders seltenen Sprachen, nehmen die Krankenhäuser auch häufig dann doch externe Dolmetscherdienste in Anspruch. Die Rechnung können



die Krankenhäuser aber in Regelfall nicht auf die Patienten übertragen. Das ist unrealistisch und praxisfern. Das heißt, deshalb würden wir es sehr begrüßen, wenn die Krankenhäuser eine externe Abrechnungsmöglichkeit erhalten könnten. Sie hatten auch nach den eigenen Dolmetscherdiensten gefragt. Es ist nach unserer Erfahrung eher die Ausnahme, dass Krankenhäuser eigene Dolmetscherdienste vorhalten; wahrscheinlich, wenn überhaupt, sind das dann sehr große Einrichtungen.

Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Dann stelle ich eine Frage an den Deutschen Caritasverband. Welche Erfahrungen haben Sie bereits mit der Sprachmittlung in der Pflege gemacht? Gibt es besonders gute und auch schlechte Erfahrungen, die hervorzuheben wären?

Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V. (DCV)): Keine Interessenkonflikte. Ich kann sagen, in der Pflege haben wir noch keine großartigen Erfahrungen mit professioneller Sprachmittlung gemacht. Insbesondere in der Langzeitpflege ist es so, dass überwiegend Angehörige Dolmetscherdienste leisten, falls es erforderlich ist. Es ist auch lebenspraktisch und lebensnah, dass in Situationen im deutschsprachigen Kontext, sehr häufig die Angehörigen, die pflegebedürftigen Menschen unterstützen. Bedarfe würde ich schon sehen im Bereich der ambulanten Pflege, zum Beispiel beim Abschluss eines Pflegevertrags. Da wäre es hilfreich, wenn es die Möglichkeit gäbe. Aber ich kann weder von sehr vielen Erfahrungen berichten und entsprechend auch nicht von guten oder schlechten Erfahrungen. Ich glaube, in der Pflege ist das Erfordernis an Sprachmittlung in geringerem Maße vorhanden als im medizinischen Bereich *stripto sensu*.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde gleich daran anschließen und an Frau Dr. Fix meine nächste Frage stellen. Wir haben im Koalitionsvertrag stehen, dass wir Sprachmittlung einführen wollen, auch mithilfe technischer Hilfsmittel bei notwendigen medizinischen Behandlungen. Haben Sie eine Vorstellung, was eine notwendige medizinische Behandlung in diesem Kontext definieren könnte?

Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V. (DCV)): Man kann sagen, eine notwendige medizinische Behandlung ist eigentlich jede Behandlung aus dem sogenannten, eigentlich ja nicht vorhandenen, Leistungskatalog der GKV, die aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Diese muss nach § 12 SGB V so erbracht werden, dass sie ausreichend ist, dass sie zweckmäßig ist und dass sie wirtschaftlich erbracht ist. Diese Grundsätze sind auch hier anzuwenden, ganz grundsätzlich. Es bedarf dann bei Menschen, die eben über nicht ausreichende Deutschkenntnisse verfügen, der Sprachmittlung, um die Aufklärungspflichten erfüllen zu können. Hier möchte ich einen wesentlichen Punkt nochmal benennen. Wir sehen schon Nachbesserungsbedarf im Asylbewerberleistungsgesetz, insbesondere in § 6 Absatz 1. Es können für die ersten 18 Monate Leistungen in Anspruch genommen werden, einschließlich der Sprachmittlung. Aber wenn die ersten 18 Monate passé sind, dann greift § 2 Absatz 1 und damit die Analogieleistungen des SGB XII, die eben keine Sprachmittlungsmöglichkeiten vorsehen. Das ist, wenn Sie beispielsweise daran denken, dass Menschen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf haben, geflüchtete Menschen, die Foltererfahrungen erleiden mussten und über 18 Monate hinaus eine Therapie benötigen, einfach nicht nachvollziehbar. Hier bedürfte es, selbst wenn es im SGB V zu keiner Änderung käme, auf jeden Fall einer Änderung im Asylbewerberleistungsgesetz.

Abg. **Ates Gürpınar** (DIE LINKE.): Jetzt weiß ich gar nicht genau, ob ich Frau Prof. Kluge oder Frau Dr. Penka ansprechen soll. Vielleicht nicken Sie kurz. Frau Dr. Fix hat es schon von der praktischen Perspektive angesprochen, nun vielleicht auch von der rechtlichen Perspektive, von den Patient:innenrechten gedacht: Welche Einschränkungen sehen Sie im Hinblick auf Patientinnen- und Patientenrechte zum Beispiel bei der Erstellung von Behandlungsverträgen, wenn eben gerade keine Sprachmittlungsfinanzierung zur Verfügung steht?

Prof. Dr. Ulrike Kluge: Das ist eine ganz relevante Frage, um nochmal auf das, was Frau Penka vorhin versucht hatte zu sagen. Es geht einerseits um die Patient:innenrechte und andererseits geht es aber auch um die Pflichten und die juristische Sicherheit der Ärzte und Versorgenden. Wir hatten gerade



die Aufklärungspflicht. Es wird vielfach darüber gesprochen, dass es hier keine gesetzlichen Regelungen gibt. Ich habe im Vorfeld der Sitzung heute nochmal nachgeschaut, welche Gerichtsurteile es eigentlich dazu gibt. Es gibt sehr wohl Gerichtsurteile aus den 80er- und 90er- Jahren, wo deutlich wird ... Das eine Urteil von 1989 finde ich ganz interessant und lese es deswegen einmal ganz kurz vor: „Bei der Behandlung ausländischer Patienten muss der Arzt eine sprachkundige Person hinzuziehen, wenn er nicht oder nicht ohne Weiteres sicher ist, dass der Patient die deutsche Sprache so gut beherrscht, dass er die Erläuterungen, die er vom Arzt erhält, verstehen kann.“ Jetzt kann man natürlich sagen: Die sprachkundige Person könnte dann eine Angehörige, ein Cousin, ein Kind, wie auch immer mitbringen. Studien zeigen sehr deutlich, wie problematisch das Hinzuziehen von Angehörigen ist, in welche Loyalitätskonflikte die Person kommen kann. Wenn wir uns jetzt vorstellen, in diesem Fall ging es um eine Sterilisation, in anderen Fällen geht es um lebensbedrohliche Erkrankungen, wenn das Angehörige kommunizieren, wie problematisch das ist. Das können wir uns alle vorstellen. Aber darüber hinaus ist es nicht nur die Frage der Belastung derer, die übersetzen, sondern der Ärzt:innen. Das ist mir erst vor einigen wenigen Jahren klar geworden; nämlich in dem Moment, wo die Situation viel häufiger auftritt, dass unsere ärztlichen Kolleg:innen und psychologischen Kolleg:innen feststellen, sie können Behandlungsverträge ohne eine professionelle Sprachmittlung nicht sicher und guten Gewissens bearbeiten, für sie plötzlich der Druck ein ganz anderer wird. Ich finde es mittlerweile hochproblematisch, das ist mir, wie gesagt, erst vor wenigen Jahren so klar geworden, dass unsere ärztlichen und professionellen Kollegen in die Situation gebracht werden, nicht ihrem medizinischen oder professionellen Eid folgend Versorgung anbieten zu können. Das ist, finde ich, eine Verschiebung. Was ich aber gerne, trotz der Frage, noch mit in die Runde geben wollen würde – weil, ich hatte den Eindruck, dass wir viel darüber sprechen, was wir alles nicht wissen, welche Daten uns nicht vorliegen, zu welchen Zahlen wir nichts sagen können - ist, dass wir mit vielen Verbänden und mit sehr vielen Akteuren ein sehr einfaches und präzises Positionspapier formuliert haben. Am Ende dieses Positionspapiers, und das ist, glaube ich, auch verlinkt in der Bundestagsdrucksache, sind ganz klare Forderungen. Weil für

mich stellt sich auch die Frage: Wie gehen wir heute aus dieser Anhörung raus und was passiert danach, im Sinne von Dinge voranzubringen? In den Forderungen stehen klare Ideen, wie wir an dieser Stelle jetzt weitermachen können, um zu Zahlen und Ideen und Prozessen zu kommen.

Abg. **Kristine Lütke** (FDP): Meine nächste Frage richtet sich nochmal an Herrn Fritsche. Sie haben gerade schon zum Thema Apps in der Sprachmittlung ausgeführt. Meine Frage oder meine Bitte wäre, ob Sie den aktuellen Stand der Technik in Bezug auf automatisierte oder auch auf KI-basierte Sprachmittlung ausführen könnten, welche Möglichkeiten bereits heute bestehen und wie Sie die zukünftige Entwicklung in dem Bereich einschätzen.

Malte Fritsche (Bitkom e. V.): Grundsätzlich geht das Potenzial der digitalen Sprachmittlung über die Videosprachmittlung hinaus. Es gab besonders in den letzten Jahren im Bereich der gerade angesprochenen neuronalen Maschinenübersetzung sehr große Fortschritte. Ein bisschen vereinfacht gesagt, fungieren dabei künstliche neuronale Netze, sodass sie im Modell des menschlichen Gehirns Kontexte erkennen, Wahrscheinlichkeiten gewichten und sich dabei immer weiterentwickeln. Dafür ist maßgeblich der Umfang und die Qualität der Daten, die in solche Modelle eingespeist werden. Ein Modell kann nur so gut sein und nur so viel weiterlernen, wie es auch mit Daten gefüttert wird. Um hochwertige Fachübersetzungen zu erstellen, ist es daher auch wichtig, dass fachspezifische Daten eingespeist werden, die den bestimmten Behandlungskontext abbilden. Völlig willkürlich herausgegriffen zum Beispiel die Dermatologie: Daten für den Einsatz in der Dermatologie werden in solche Modelle reingegeben. Stand heute ist es so, dass es keine eigenständige Alternative zum Hinzuziehen einer Fachperson ist. Das ist aktuell der Stand der Entwicklung. Vielmehr können diese Modelle gerade bei nachgelagerten Übersetzungsprozessen eine große Hilfestellung für fachübersetzendes Personal liefern, Effizienz generieren, Zeit einsparen. Was den Blick in die Zukunft angeht, ist das eine sehr gute Frage. Wie ich gerade schon sagte, die aktuellen Entwicklungen sind sehr schnell, sehr rasant. Hier müsste ich darauf verweisen, dass wir



uns überraschen lassen müssten. Es passiert sicherlich noch sehr viel.

Abg. **Heike Engelhardt** (SPD): Ich habe nochmal eine Frage an Prof. Kluge. Es war jetzt hier schon viel die Rede vom Thema „Wie qualifiziert müssen die Übersetzer:innen sein? Wie können sie sich vom medizinisch-therapeutischen Personal abgrenzen? Wer leistet was und wer supervidiert nachher gegebenenfalls Übersetzer:innen?“ Vor allem wenn ich im psychotherapeutischen, psychiatrischen Kontext mir diese Herausforderung nochmal anschau, geht es da um die Vermittlung von Sprachbildern und auch um kultursensibles Verständnis. Können Sie bitte dazu nochmal einen Impuls geben?

Prof. Dr. Ulrike Kluge: Die Frage ist sehr wichtig und interessant, gleichzeitig vielleicht in diesem Moment aber noch gar nicht die richtige. Wir müssen erst schauen, wie Finanzierungen möglich sind. Erst schauen müssen, welche Infrastrukturen wir entwickeln können, um dann ins Detail zu gehen. Natürlich muss beides immer in einer Pendelbewegung stattfinden. Hier sitzen viele Interessensverbände und viele Kolleg:innen, die sehr unterschiedliche Formate in den vielen Jahren, in denen es keine Strukturen, sowohl finanzielle als auch was den Rahmen der Infrastruktur anbetrifft, gegeben hat, und gute Modelle entwickelt haben. Man muss sich jetzt in gut moderierten Runden zusammensetzen und überlegen, welches dieser Modelle ist für welchen Gesundheitsbereich relevant und nötig und welche Qualifikationen gibt es schon und braucht es perspektivisch. Natürlich kann ich sagen, für meinen psychotherapeutischen Bereich brauche ich Dolmetschende, die idealerweise beide Sprachen perfekt beherrschen, die das Dolmetschen perfekt beherrschen, die zugleich den medizinisch-psychotherapeutischen Kontext und das Fachwissen haben. Ich muss nicht nur Sprachbilder dolmetschen, sondern ich muss als Person gut geschult sein, gutes Reflexionsvermögen zu mir selbst haben, wenn ich zum Beispiel den schizophren erkrankten Patienten in einer wahnhaften Krise dolmetsche. Das ist sehr anstrengend und überfordernd. Das geht für mich dann auch immer damit einher: Wem kann man das eigentlich zumuten und mit welcher Bezahlung? Denn die Aufgabe ist,

würde ich sagen, vergleichbar mit der anstrengenden Aufgabe eines Mediziners oder eines Arztes. Deswegen würde ich sagen, da hängen so viele Momente, auch wie diese Verbände und wie diese Modelle zusammenkommen können, dran, dass ich keine einfache Antwort darauf habe, sondern sage, das müssen wir alle gemeinsam miteinander entwickeln, um zu schauen, wer was kann und welche Strukturen schon aufgebaut hat. Denn, wie gesagt, es ist natürlich eine andere Qualifizierung nötig, wenn ich eine Terminvereinbarung nach der Behandlung in der Rettungsstelle benötige.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Die Frage geht an den Verband der Privaten Krankenversicherung. Wie steht die PKV zur Notwendigkeit der Sprachmittlung und wie werden die im Antrag geforderten Finanzierungsfragen insbesondere für privat Versicherte, aber auch für gesetzlich Versicherte bewertet?

Dr. Anke Schlieker (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Ich habe auch keine Interessenkonflikte. Also grundsätzlich sehen wir auch die Notwendigkeit, Sprachmittlung anzubieten. Deutschland ist ein Einwanderungsland und wir sind komplett der Meinung, wie hier eigentlich alle am Tisch, dass wir es als Gesellschaft möglich machen müssen, dass die Personen, die herkommen, die kein Deutsch oder ein sehr ungenügendes Deutsch sprechen, eine Unterstützung für die Teilhabe bei der Nutzung des Gesundheitssystems benötigen. Zum Antrag der Linken ist festzustellen, dass dieser weit über den Koalitionsvertrag hinausgeht. Dort steht drin, dass es Unterstützung geben soll bei der Inanspruchnahme des Gesundheits-, Pflege- und Sozialwesens, die eben auch Beratung, Prävention, Rehabilitation usw. beinhaltet. Angesichts der aktuellen Flüchtlingskrisen, aber auch in der Vergangenheit und des sehr hohen Anteils an Personen, die Bedarf haben, schätzen wir, dass wir einen sehr hohen Bedarf in der Bevölkerung haben. Grundsätzlich gehen wir d'accord mit dem GKV-Spitzenverband, dass wir sagen, die Integration, die Betreuung, die Versorgung von Flüchtlingen ist eine Aufgabe, die dem Staat obliegt, also der Gesamtgesellschaft, und dass es zu einer konsistenten Integrationspolitik dazugehört. Es ist nicht angemessen das auf die Versichertengemeinschaft, egal ob auf die private oder gesetzliche



Krankenversicherung, zu überlagern. Wir sagen, das ist eigentlich eine Steueraufgabe, die sollte auch aus Steuern finanziert werden. Und es ist eine versicherungsfremde Leistung. Da sind wir auch gemein mit dem GKV-System. Insofern lehnen wir eine Kostentragung durch die Versichertengemeinschaft ab.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Die Frage geht an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Dr. Mörsch. Nun ist die Sache so, dass bis jetzt auch schon Dolmetschereinsätze in Krankenhäusern und in Pflegeeinrichtungen usw. nötig wurden. Die wurden auch bestellt. Wer hat bisher die Kosten getragen?

Dr. Michael Mörsch (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wie ich vorhin schon ausgeführt hatte, ist es tatsächlich so, dass die meisten Dolmetscherleistungen über die Mitarbeiterpools stattfinden. Wir müssen aber auch externe Dolmetscherdienste in Anspruch nehmen. Hier ist es tatsächlich im Regelfall so, dass die Kosten bei den Krankenhäusern liegen bleiben, weil es einfach praxisfern ist, dass wir den Patienten dafür die Leistung in Rechnung stellen. Das ist viel zu aufwändig und würde letztlich den Rechnungsbetrag in der Regel auch übersteigen. Wie gesagt, deshalb würden wir eine zusätzliche Möglichkeit, diese Leistungen vergütet zu bekommen, sehr begrüßen.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde Frau Iannone noch einmal fragen. Ich schätze, Sie haben auch Erfahrung mit unterschiedlichen digitalen Anwendungen in der Sprachmittlung bzw. beim Dolmetschen. Welche digitalen Anwendungen halten Sie für welche Art des Einsatzes im medizinischen Kontext im Gesundheitswesen für sinnvoll?

Elvira Iannone (Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer (BDÜ)): Zur maschinellen Übersetzung schließe ich mich meinem Vorredner an, möchte aber noch ergänzen, dass die Qualität der Daten, mit denen die Maschinen trainiert werden, auch davon abhängt, von welchen Sprachen wir sprechen. Für Englisch oder für große, wirtschaftlich wichtige Sprachen gebe ich Ihnen sicherlich recht, zu den Entwicklungen in den letzten Jahren. Die Frage ist, ob das für Urdu, Igbo, Tigrinja oder

auch Bulgarisch nur ansatzweise vergleichbar ist. Die Erfahrungen, die wir mit diesem System gemacht haben, gehen nämlich in eine andere Richtung. Quasi für die Terminvereinbarung in eine App hineinzusprechen, wie Frau Prof. Kluge das vorhin gesagt hatte, ja. Aber für alles, was eine zwischenmenschliche Interaktion ist, ist maschinelle Übersetzung ... Das Hineinsprechen in ein Gerät und die entsprechende Sprachausgabe ist auch vor dem Hintergrund, dass die Maschinen mit schriftlichen Texten, also mit schriftlicher Sprache trainiert werden und nicht mit gesprochener Sprache, nicht realistisch. Eine weitere Überlegung ist auch, inwiefern eine Maschine einen Fehler erkennt. Maschinen machen Fehler, Menschen machen auch Fehler. Nur wenn ich mit im Raum bin, stelle ich eine Irritation fest, kann vielleicht nochmal nachfragen, kann mich korrigieren oder kann zumindest zum Ausdruck bringen, hier stimmt gerade irgendwas nicht, können wir das bitte nochmal machen. Das macht die Maschine von sich aus sicherlich nicht. Das ganz abgesehen von den ethischen Fragen, für die ich an den Deutschen Ethikrat verweise bzw. auf die Veröffentlichungen von Prof. Remmers und von Prof. Hülsken-Giesler aus den Pflegewissenschaften, die zur Beziehungsarbeit und der Technikakzeptanz geschrieben haben. Was das Videodolmetschen angeht, war in den unterschiedlichen Stellungnahmen die Rede von Smartphones oder Tablets. Als Arbeitsbedingungen müssen wir Dolmetscher:innen dies aufgrund der Tonqualität, die bei der Übertragung herrscht, ablehnen. Ja, auch diese Veranstaltung findet hybrid statt, aber ein Techniker war vorher im Raum, ist im Raum. Es gab vorher Interferenzen, eine Viertelstunde davor ein Technik-Setup. Das ist etwas, das man in einer Notfallsituation sicherlich nicht beanspruchen kann. In einer nicht veröffentlichten Studie der Europäischen Union bzw. dessen Parlamentes haben über 40 Prozent der Dolmetscher:innen nach zwei Jahren Pandemiezeit und entsprechenden Videodolmetsch-Situationen Hörschäden angegeben. Hier braucht es eine Gefährdungsbeurteilung dieses Kommunikationsmediums.

Die **amtierende Vorsitzende**: Damit sind wir am Ende dieser Anhörung angekommen. Ganz herzlichen Dank Ihnen allen für Ihre Expertise. Danke allen für die präzisen und auch das weite Spektrum abdeckenden Fragen. Wir stellen fest: Wir haben



zugunsten der Teilhabe und der gerechten Gesundheitsversorgung eine Aufgabe. Danke, dass Sie uns auf den Schritten zur Lösung geholfen haben. Ich wünsche Ihnen einen schönen Nachmittag und schließe hiermit die Anhörung.

Schluss der Sitzung: 15:53 Uhr

gez.
Dr. Kirsten Kappert-Gonther
Amtierende Vorsitzende