

# Blickpunkt öffentliche Gesundheit

Herausgeber: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf

Nachgefragt: Arbeitslosigkeit  
und Gesundheit

Seite 3

Nachhaltige Gesundheitsförderung in  
der Kita: Schluss mit der Projektitis!

Seite 4/5

Nur die Hälfte zu verstehen,  
reicht nicht

Seite 8

## Der EHEC-Ausbruch und das Meldewesen

Es war der größte Krankheitsausbruch durch EHEC in Deutschland, der von Mai bis Juli 2011 Kliniken, Labore und Behörden in Atem hielt. Das Robert-Koch-Institut bilanziert in seinem gerade veröffentlichten Abschlussbericht 855 Erkrankungen an HUS, dem hämolytisch-urämisches Syndrom, und 2.987 Fälle von akuter Gastroenteritis. 35 HUS-Patienten und 18 der EHEC-Patienten mit Gastroenteritis verstarben. Bezogen auf die HUS-Fälle handelt es sich, so das RKI, um den größten, weltweit beschriebenen derartigen Ausbruch. Soweit die Statistik. Schnell kommt man dann aber zu den Fragen, die das Krisenmanagement betreffen. Wie sieht es in der Rückschau aus? Hat die Zusammenarbeit aller Beteiligten reibungslos funktioniert? Auch wenn insgesamt eine positive Bilanz gezogen wird – ein Kritikpunkt taucht immer wieder auf. Er betrifft das Meldewesen im deutschen Gesundheitssystem.

Dieses Meldewesen ist im Infektionsschutzgesetz geregelt – dem Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Danach müssen der Erregernachweis von EHEC als auch der Infektionsverdacht, Erkrankung oder Tod an HUS an das

Mail an das Robert-Koch-Institut melden. Vertreter der Universitätskliniken sprachen gar von einem Kommunikationswirrwarr auf den Epidemie-Meldewegen und forderten Bund und Länder auf, hier Abhilfe zu schaffen. So zitiert die Ärzte Zeitung am 14.

onswege anders, als es in den Medien kolportiert wurde. Von dem Märchen der Meldungen auf dem Postwege sollte man sich verabschieden. Die Gesundheitsämter nutzten zur Weitergabe der Daten ein bundeseinheitliches elektronisches Übermittlungssystem, und das schon seit zehn Jahren. Das Infektionsschutzgesetz schreibt bislang die wöchentliche Übermittlung vor („spätestens am dritten Tag der folgenden Woche“). Aber bei einem Ausbruchsgeschehen, wie bei der Influenzapandemie 2009 als auch der aktuellen EHEC-Epidemie, handelten die Gesundheitsämter problemorientiert und würden die gemeldeten Fälle täglich an die Landesbehörden und das RKI übermitteln. Dafür gebe es außerhalb der übli-

### **Harsche Kritik: Der Föderalismus erweist sich beim Meldewesen als Hindernis und die Kommunikation auf dem Postweg als nicht mehr zeitgemäß.**

Gesundheitsamt vor Ort gemeldet werden. Zu der namentlichen Meldung sind unter anderem handelnde Ärzte, Krankenhäuser und Labore verpflichtet, und zwar „unverzüglich“. Das Gesundheitsamt überprüft die Falldefinition, komplettiert die personenbezogenen Angaben, ergänzt gegebenenfalls epidemiologische Zusatzinformationen und meldet die Fälle dann weiter an die zuständige Landesbehörde und diese an das Robert-Koch-Institut.

Das ist der vorgeschriebene Meldeweg, der beim EHEC-Ausbruch schon bald die Kritiker auf den Plan rief. Und: Je länger die EHEC-Krise anhielt, umso deutlicher wurde die Kritik. Umständlich und verwirrend sei dieses Meldewesen. Kostbare Zeit ginge dadurch verloren. Vor allem der SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach kritisierte wiederholt in den Medien, dass die Meldeweg vom Gesundheitsamt vor Ort über das Landesgesundheitsamt an das Robert-Koch-Institut mindestens eine Woche dauere und dass das entschieden zu lang sei. Die Kliniken müssten in Zukunft jeden EHEC-Fall direkt per

Juli den Vorsitzenden des Medizinischen Fakultätentages, Dieter Bitter-Suermann, der beklagt, dass die derzeit vorgeschriebenen Meldketten mehr als zwei Wochen in Anspruch nehmen könnten. Nach wie vorher nutzten sie noch die Post und seien an den Wochenenden unterbrochen. Elektronische Übermittlungswege seien bislang nicht Pflicht. Hinzu komme: Die Umständlichkeit würde durch fehlende Interpretationskompetenz in den Ländern noch verschärft. Harsche Kritik also, die sich da in den Monaten der EHEC-Krise angesammelt hat. Fasst man sie zusammen, geht es vor allem um zwei Aspekte: Der Föderalismus erweist sich beim Meldewesen als Hindernis und die Kommunikation auf dem Postweg im Zeitalter von Google, Twitter & Co. als nicht mehr zeitgemäß.

Berechtigte Kritik am deutschen Meldewesen? Ute Teichert-Barthel, Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen, verneint das. Sie wendet sich gegen die pauschale Kritik und möchte einiges klarstellen. Zunächst einmal, sagt sie, funktionieren die Kommunikati-

### **Von dem Märchen der Meldungen auf dem Postwege sollte man sich verabschieden.**

chen Bürozeiten, zum Beispiel am Wochenende, Rufbereitschaften, betont sie. Anders sieht es bisweilen noch mit den Meldungen der Ärzte und Kliniken an die Gesundheitsämter aus. Aber auch hier seien Meldungen auf dem Postwege eher selten. In der Regel würde telefonisch, per Fax oder E-Mail innerhalb von 24 Stunden gemeldet.

Soweit zum Vorwurf der „archaischen“ Kommunikation. Auch dürfe man, so Ute Teichert-Barthel, nicht vergessen, warum das Infektionsschutzgesetz die Meldewege in dieser Form vorgeschrieben habe. Das Gesundheitsamt hat neben der schnellen Erfassung und Weitergabe der Krankheitsfälle die Aufgabe,



Foto: Sprintpool © Ilee Straube

**Sprach- und Integrationsmittler dolmetschen in Kliniken, Praxen und im öffentlichen Gesundheitsdienst. Mehr zu dem neuen Berufsbild „Sprint“ auf Seite 8.**

Schutzmaßnahmen einzuleiten und damit der Weiterverbreitung von Infektionskrankheiten vorzubeugen. Diesem Zweck dienen beispielsweise die Umgebungsuntersuchungen im Umfeld der Erkrankten. Die Vorsitzende des Bundesverbandes der ÖGD-Ärzte ist davon überzeugt: „Nur eine lokale Erfassung des Geschehens vor Ort macht es möglich, Ausbrüche schnell zu erkennen und angemessen zu reagieren.“

Fabian Pfeil vom niedersächsischen Gesundheitsministerium sieht dies ähnlich. Im Niedersäch-

Präsident des niedersächsischen Landesgesundheitsamtes und damit ein weiterer Repräsentant der Landesebene, rekapituliert, aber eben gerade die Zusammenarbeit von kommunalen und Landesbehörden mit der Bundesebene gewesen, durch die wichtige Basisinformationen gewonnen und weiterverfolgt werden konnten. Deshalb lautet auch bei ihm das Fazit: „Zur Bewältigung derartiger Ausbruchssituationen ist Kompetenz, Kenntnis der örtlichen Gegebenheiten sowie ein ressortübergreifendes Zusammenspiel vor Ort und Präsenz in der Fläche unverzichtbar.“ (Niedersächsisches Ärzteblatt 10/2011)

Die Bundesregierung sieht ebenfalls keine Notwendigkeit für eine Zentralisierung von Kompetenzen nach dem Vorbild des CDC. Stattdessen setzt sie auf ein beschleunigtes Meldewesen mit vorgeschriebenen Übermittlungsfristen. Die tägliche Meldung soll zum Standard werden. Daher beinhaltet die aktuelle Änderung des Infektionsschutzgesetzes die Verpflichtung zu einer Meldung an das Gesundheitsamt innerhalb von 24 Stunden. Die Übermittlungsfristen über die Landesstellen an das Robert-Koch-Institut dürfen maximal drei Tage betragen. Und in einer Studie sollen bessere informationstechnologische Lösungen im Meldewesen untersucht und getestet werden.

Ellen Steinbach

# Nur die Hälfte zu verstehen, reicht nicht

Wer kann von sich behaupten, dass er sich mit den Strukturen des hiesigen Bildungs-, Sozial- und Gesundheitswesens wirklich gut auskennt? Wahrscheinlich die wenigsten von uns, aber wir können nachfragen, wir können uns informieren. Für Menschen mit Migrationshintergrund ist das ungleich schwieriger. Hier scheitert die Kommunikation oft an sprachlichen und kulturellen Hürden. Eine Erfahrung, die die Mitarbeiter von Gesundheitsämtern im Kontakt mit Migranten oft genug machen. In solchen Situationen auf Sprach- und Integrationsmittler zurückgreifen zu können, ist eine gute Lösung, meint Miguel Tamayo vom SprIntpool Wuppertal. Er stellt im Folgenden die praktische Arbeit der Sprach- und Integrationsmittlung vor. Seit 2002 bildet die Diakonie Wuppertal, Träger von SprIntpool, Migranten zu professionellen Sprach- und Integrationsmittlern aus. Mittlerweile gibt es ein Netzwerk von verschiedenen Trägern aus neun Bundesländern, die sich auf gemeinsame Qualitätsstandards für dieses neue Berufsbild „SprInt“ verständigt haben.

Nikolai\* ist vor einigen Monaten aus Russland nach Deutschland gekommen. Er versuchte, im Bergischen Land Fuß zu fassen, aber ohne Aufenthaltstitel ist das nicht leicht. Dann wurde er auch noch krank. Über Bekannte fand er einen Arzt, der auch Menschen ohne Krankenversicherung behandelte. Die Diagnose: Tuberkulose. Der Arzt konnte ihn überreden, trotz seiner Angst vor Abschiebung zum Gesundheitsamt zu gehen, weil die Tuberkulose eine sehr gefährliche Krankheit ist. Zur Sicherheit gab er ihm auch Antibiotika mit, aber die Erläuterungen zur Therapie überforderten Nikolais spärliche Deutschkenntnisse.

Im Gesundheitsamt war man sich der Problematik bewusst, dass Menschen ohne Aufenthaltstitel von Maßnahmen des Gesundheitsschutzes oft nicht erfasst werden und schwierig zu überwachen sind. Umso wichtiger war es, einen Patienten, der freiwillig den Kontakt herstellte, zur Kooperation zu motivieren. Schnell wurde der Amtsärztin im ersten Gespräch klar, dass Nikolai trotz eines mitgebrachten dolmetschenden Freundes nicht verstanden hatte, welche Art von Tuberkulose er hatte und wie er die Medikamente einnehmen sollte. Deshalb beschloss sie, die Dienste einer Sprach- und Integrationsmittlerin in Anspruch zu nehmen.

Olga Walter vom SprIntpool Wuppertal, der Vermittlungszentrale der Diakonie für Sprach- und Integrationsmittler, kennt sich mit Einsätzen im Gesundheitswesen aus: „Wir dolmetschen meist in Kliniken, auch im psychiatrischen Bereich. Das Fachpersonal wundert sich manchmal, dass wir uns

besser im Gesundheitswesen auskennen als mancher Diplomdolmetscher, aber das ist eben unsere Spezialisierung. Andere Dinge können wir nicht so gut wie studierte Dolmetscher.“

Nach dem Termin im Gesundheitsamt zieht Olga Walter eine positive Bilanz: „Die Amtsärztin war sehr zufrieden. Sie hat Informationen über die Vorgeschichte und die soziale Situation des Patienten bekommen, von der sie beim Erstkontakt noch nichts wusste. Außerdem kann sie sicher sein, dass er versteht, welche Krankheit er hat und dass er die Medikamente bis zum Schluss nehmen soll, auch wenn er sich schon besser fühlen sollte.“

Dieses Fallbeispiel lief ohne Probleme ab – ein „Trialog“, von dem alle Seiten profitieren. Sprach- und Integrationsmittler geraten aber auch in heiklere Situationen, zum Beispiel, wenn der Sozialpsychiatrische Dienst der Auftraggeber ist. Aus dem Trialog wird dann manchmal ein Gruppengespräch mit mehreren Familienmitgliedern in emotional aufgeladener Atmosphäre. Das erfordert viel Kraft und Konzentration. Ohne eine neutrale Mittlerperson wäre der Sozialpsychiatrische Dienst jedoch angewiesen auf die Angaben von dolmetschenden Angehörigen oder Bekannten, die selbst betroffen sind.

## Dolmetschkompetenz plus Kontextwissen

Neben der rein sprachlichen Vermittlung müssen in vielen Einsätzen auch kulturelle Missverständnisse aufgeklärt werden. „Dolmetschen und interkulturelles Vermitteln sind zwei un-

terschiedliche Funktionen, die in dem Berufsbild des SprInt vereint sind“, erklärt Heike Timmen, Leiterin der Vermittlungszentrale. Die Ethnologin hat auch eine Ausbildung als Gesundheits- und Krankenschwester absolviert und weiß, welche Kompetenzen im Gesundheitswesen benötigt werden. Außer der Dolmetschkompetenz zählt sie das Kontextwissen über die Herkunftskultur, aber auch über die Strukturen des deutschen Gesundheits- und Sozialwesens auf. „Das ist eine völlig andere Kommunikation als mit ehrenamtlichen Helfern oder ad-hoc-Dolmetschern“, weiß Timmen. „Die Kunden schätzen an SprInt, dass sie sich professionell verhalten, das heißt: Neutralität wahren, Transparenz über alles Gesprochene herstellen und eine klare Rollenteilung mit dem Auftraggeber einhalten, der die Gesprächsführung in der Hand behält.“

Um der anspruchsvollen Aufgabe gewachsen zu sein, besuchten die SprInt-Anwärter eine 18-monatige Qualifizierung bei der Diakonie Wuppertal (siehe Kasten). Die Entwicklung des Curriculums begann bereits 2002. Es wurde in mehreren Schulungen erprobt und an die Praxisanforderungen angepasst. Inzwischen gibt es ein Netzwerk von Trägern aus insgesamt neun Bundesländern, die sich auf die gemeinsamen Qualitätsstandards verpflichtet haben.

Die Sprach- und Integrationsmittlung trägt als ein Baustein neben anderen zur interkulturellen Öffnung der Gesundheitsämter bei. Muttersprachliche Fachkräfte und Informationsbroschüren, interkulturelle Trainings und eh-

renamtliche Projekte sind weitere Strategien, um Verständigungsbrücken zu schaffen. In vielen Fällen ist der Baustein „SprInt“ aber unverzichtbar, will man nicht sämtliche Qualitätsansprüche an die eigene Arbeit über Bord werfen.

So gibt es zum Beispiel für die Belehrung gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 1 des Infektionsschutzgesetzes bereits Schulungsmaterialien in mehreren Sprachen, die die Vielfalt unserer Gastronomie abbilden. Die Vielfalt wird jedoch immer größer, wie SprInt Kirija Kämpf von einem Einsatz in tamilischer Sprache bei einem Gesundheitsamt im Ruhrgebiet zu berichten weiß. „Natürlich hätte der Gastwirt die Erklärung auch unterschrieben, wenn er nichts von der Belehrung verstanden hätte“, sagt Kämpf, „es wäre unhöflich, einen Behördenvertreter zu bitten, noch einmal von vorn zu beginnen. Die Erleichterung war aber beiden Seiten anzumerken: Das Gesundheitsamt hat die Sicherheit, dass die Bescheinigung auch den Tatsachen entspricht, und der tamilische Gastronom ist froh, alles verstanden und die Anforderungen des Gesetzes erfüllt zu haben.“

## Deutschland hinkt im europäischen Vergleich hinterher

In anderen europäischen Ländern wie Großbritannien, Schweden, Belgien oder den Niederlanden gehören medizinische Dolmetscher bei der Behandlung von Migranten zur Grundausstattung des Gesundheitswesens. Weitere Länder haben die Notwendigkeit einer professionellen Lösung erkannt und bauen entsprechende Dienste auf. In der Schweiz gibt es den Beruf „Interkulturelle/r Übersetzer/in“ seit 2008.

Vorangegangen waren Studien zum Bedarf und zur Wirksamkeit, die im Rahmen einer nationalen Strategie „Migration und Gesundheit“ in Auftrag gegeben worden waren. Die Ergebnisse bestätigten eindrücklich die Einschätzung der Fachleute: Sowohl die Qualität der Behandlung als auch die Zufriedenheit von Patienten und medizinischem Personal waren bei speziell ausgebildeten medizinischen Dolmetschern deutlich höher als beim Hinzuziehen von Ad-hoc-Dolmetschern.

Eine Kostenwirksamkeitsstudie kam zu dem Schluss, dass die Einführung professioneller Sprach- und Integrationsmittlung den Charakter einer Investition habe: Zuerst kosten die Einsätze Geld und das Gesundheitswesen wird intensiver von Migranten genutzt, weil Zugangsbarrieren wegfallen.



Madeleine Betchem, Sprach- und Integrationsmittlerin aus Kamerun, bei der Arbeit

Die Investition zahle sich aber durch einen mittel- bis langfristig verbesserten Gesundheitszustand der Zuwanderer aus. Die Autoren geben auch zu bedenken, dass mit dem Dienst Ungleichheiten beseitigt und Grundrechte verwirklicht werden – ein Nutzen, der den finanziellen Aufwand rechtfertigt (siehe: Gehring, Matthias / Graf, Iris (2009): Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen. Bern).

## Die Frage der Finanzierung

Hierzulande ist die Frage der Finanzierung der Einsätze noch nicht befriedigend beantwortet. Professionelle Qualität kostet natürlich Geld, wenn auch der Stundensatz der SprInt (in Wuppertal: 25 Euro zzgl. Fahrtkostenpauschale) relativ moderat ausfällt. Das zu lösende Problem ist weniger die Höhe der Kosten – im Gesundheitswesen werden weitaus kostenintensivere Maßnahmen finanziert – als die Zuordnung zur „richtigen“ Kostenstelle. Zwar wird allgemein anerkannt, dass Dolmetschen erforderlich ist, um bei mangelnden Deutschkenntnissen zum Beispiel eine gültige Einwilligung in eine Behandlung zu bekommen. Jedoch ist es keine medizinische Tätigkeit, weswegen sich die Krankenkassen weigern, die Kosten zu übernehmen.

Während Kliniken SprInt-Einsätze über die Fallkostenpauschale abrechnen können und dies auch tun, haben niedergelassene Ärzte es schwieriger, die Dienstleistung zu refinanzieren. Auch in Gesundheitsämtern ist ein Budget für Dolmetscheinsätze oft nicht vorgesehen. Die Erfahrung aus dem SprInt-Transfer Netzwerk zeigt: Ressourcen werden dann mobilisiert, wenn die Auftraggeber die Chance haben, die Vorteile von SprInt kennen zu lernen. Ein Beispiel ist Aachen: Aufgrund des hohen Bedarfs konnte ein Netzwerk unterschiedlicher Träger im Migrationsbereich mit Unterstützung der Integrationsbeauftragten den Sozialausschuss der Stadt davon überzeugen, ein Budget zur Verfügung zu stellen.

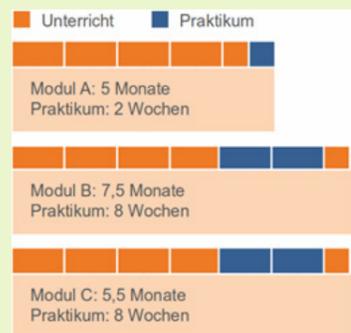
Miguel Tamayo

Miguel Tamayo ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Transferzentrum Sprach- und Integrationsmittlung Wuppertal.  
E-Mail: tamayo@migrationsdienst-wuppertal.de

\*Der Name und weitere Angaben wurden geändert, um Anonymität zu gewährleisten

## SprInt: ein neues Berufsbild

Es gibt in Deutschland verschiedene Modelle, nach denen SprInt ausgebildet werden. Die Abschlussprüfung ist jedoch identisch. Die Qualifizierung dauert zwischen 12 und 18 Monaten. Die Teilnehmenden erhalten mindestens 1.450 Unterrichtsstunden, in der 18-monatigen Version sind es rund 2.000. Dazu kommen Praktikumszeiten von 2 bis 4 ½ Monaten. Die Grafik veranschaulicht die Struktur der Vollzeit-Qualifizierung mit 2000 Unterrichtseinheiten. Sie setzt sich aus drei Modulen zusammen: 1. Grundlagen, 2. Dolmetschtraining, Vertiefung und 3. Dolmetschtraining, Vertiefung, Berufsvorbereitung. Integrativer Bestandteil der Module sind Praxisphasen in Institutionen des Bildungs-, Sozial- und Gesundheitswesens.



Zu den Unterrichtsfächern zählen Grundlagen der Kommunikation/Dolmetschtechniken, -training/Fachterminologie Medizin, Recht, Sozialwesen/Strukturen des deutschen Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens/interkulturelle Kommunikation/Berufsethik/Reflexion soziokultureller Prägung und Migrationserfahrung/

Soziale Kompetenzen/Migrationssoziologie/Ausländerrecht/Deutsche Geschichte/Gesellschaftskunde.

Die Qualifikation endet mit einer Abschlussprüfung, die aus einem schriftlichen, einem mündlichen und einem praktischen Teil besteht. Sie wird von externen Prüfern aus drei Hochschulen durchgeführt: Uniklinikum Hamburg-Eppendorf (Medizin/Gesundheitswesen), Alice Salomon Hochschule Berlin (Bildung/Sozialwesen) und Johannes-Gutenberg-Universität Mainz (Dolmetschen).

Internet-Tipp: Weitergehende Informationen zur Sprach- und Integrationsmittlung bietet [sprint-transfer.de](http://sprint-transfer.de), das führende Onlineportal mit news, Hintergrundinformationen und Downloadbereich.