



HEALTHCARE ENVIRONMENT NEEDS ACCESSIBLE LANGUAGE

Rahmen und
Leitlinien



Ausgestellt am
02.02.2026



Co-funded by
the European Union

Inhaltsverzeichnis

02	PROJEKTÜBERSICHT Worum geht es in diesem Projekt?
05	SEKUNDÄRFORSCHUNG Was sagt die Studie?
21	MATERIALIEN Was ist bereits verfügbar?
22	UMFRAGEN Zentrale Erkenntnisse und Erfahrungen.
27	INTERVIEWS Erfahrungsberichte und Rückmeldungen
34	ABSCHLIESSENDE SCHLUSSFOLGERUNGEN Zusammenfassung



Das Projekt in Kürze

Das Erasmus+ Projekt "HEAL" (Healthcare Environment needs Accessible Language) widmet sich einer sehr praktischen Herausforderung: Die Kommunikation im Gesundheitswesen ist noch immer nicht vollständig barrierefrei. Für gehörlose Menschen kann dies mehr Stress, geringere Autonomie und – in manchen Situationen – auch eine weniger effektive Versorgung bedeuten.

Das Projekt zielt daher darauf ab, die Kommunikationsfähigkeiten des Gesundheitspersonals zu stärken und Informationen sowie Behandlungspfade verständlicher und zugänglicher zu gestalten. Um das zu erreichen werden umfassende Trainingsmaterialien, ein Glossars in barrierefreier Sprache und eine interaktive App entwickelt. Interviews und Fokusgruppen mit Gebärdensprachkompetenten Fachkräften aus dem Gesundheitswesen finden laufend statt. Die Materialien werden in der Praxis getestet und erprobt. Schulungs- sowie Informationsmaßnahmen begleitet die Einführung und Anwendung um die Akzeptanz zu erhöhen und eine langfristige Nutzung zu fördern.

Warum dieser Referenzrahmen?

Bevor HEAL Schulungen oder digitale Tools entwickelt, macht das Projekt etwas, das sich im besten Sinne fast altmodisch anfühlt: Es beginnt mit Zuhören – aufmerksam, systematisch und mit Neugier.

In dieser Phase geht es darum zu verstehen, was tatsächlich passiert, wenn gehörlose und andere Menschen mit Behinderungen eine Gesundheitseinrichtung betreten. Nicht die in Richtlinien beschriebene Idealvorstellung, sondern die reale Erfahrung: zu komplexe oder mehrdeutige Informationen, zu schnelle Gespräche, nur mündlich erklärte Abläufe, nicht wirklich barrierefreie Einwilligungserklärungen und Anweisungen sowie Umgebungen, die davon ausgehen, dass alle Menschen auf dieselbe Weise kommunizieren. Um diese Realität abzubilden, kombiniert die Partnerschaft Forschungsergebnisse zu bestehenden Erkenntnissen und bewährten Verfahren mit direkten Erfahrungen aus der Praxis: Interviews, Fokusgruppen und Fragebögen mit Inklusionsexperten und Menschen mit Behinderungen selbst. Das Ziel ist einfach und ambitioniert zugleich: herauszufinden, was funktioniert, was nicht funktioniert und was sich ändern muss, damit die Kommunikation im Gesundheitswesen klarer, sicherer und selbstbestimmter wird.

Das Ergebnis dieser Arbeit bildet den Kern dessen, was Sie als Leser in unserem Magazin finden werden: ein gemeinsames Rahmenwerk – ein fundiertes, praxisorientiertes Nachschlagewerk, das Daten, authentische Erfahrungsberichte und konkrete Empfehlungen vereint. Es soll Fachkräften im Gesundheitswesen helfen, Kommunikationsbarrieren gehörloser Menschen zu verstehen und einen konkreten Weg nach vorn aufzuzeigen: keine bloßen „Tipps und Tricks“, sondern eine strukturierte Herangehensweise zur Verbesserung der täglichen Praxis.

Das Team von
von HEAL



DIE THEMEN



SEKUNDÄRFORSCHUNG

Wir haben internationale Forschungsergebnisse und offizielle Leitlinien zur barrierefreien Kommunikation im Gesundheitswesen, insbesondere im Hinblick auf die Rechte von Gehörlosen, ausgewertet. Wir haben bestehende Instrumente und Schulungsansätze im Gesundheitswesen erfasst und deren Wirksamkeit sowie bestehende Lücken analysiert. Wir haben Richtlinien und bewährte Verfahren verschiedener Länder verglichen, um zu ermitteln, welche Ansätze sich realistisch auf unseren Kontext übertragen und entsprechend anpassen lassen, anstatt sie unverändert zu übernehmen.



UMFRAGEN

Wir entwickelten Umfragen, um zu erfassen, wie Kommunikation im alltäglichen Gesundheitswesen von Patienten und Fachkräften erlebt wird. Die Fragen konzentrierten sich auf praktische Situationen – Termine, Anweisungen, Einwilligung, Nachsorge – und darauf, was das Verständnis fördert bzw. behindert. Die Antworten wurden gesammelt, um sowohl Muster als auch länderspezifische Probleme zu erkennen.



INTERVIEWS

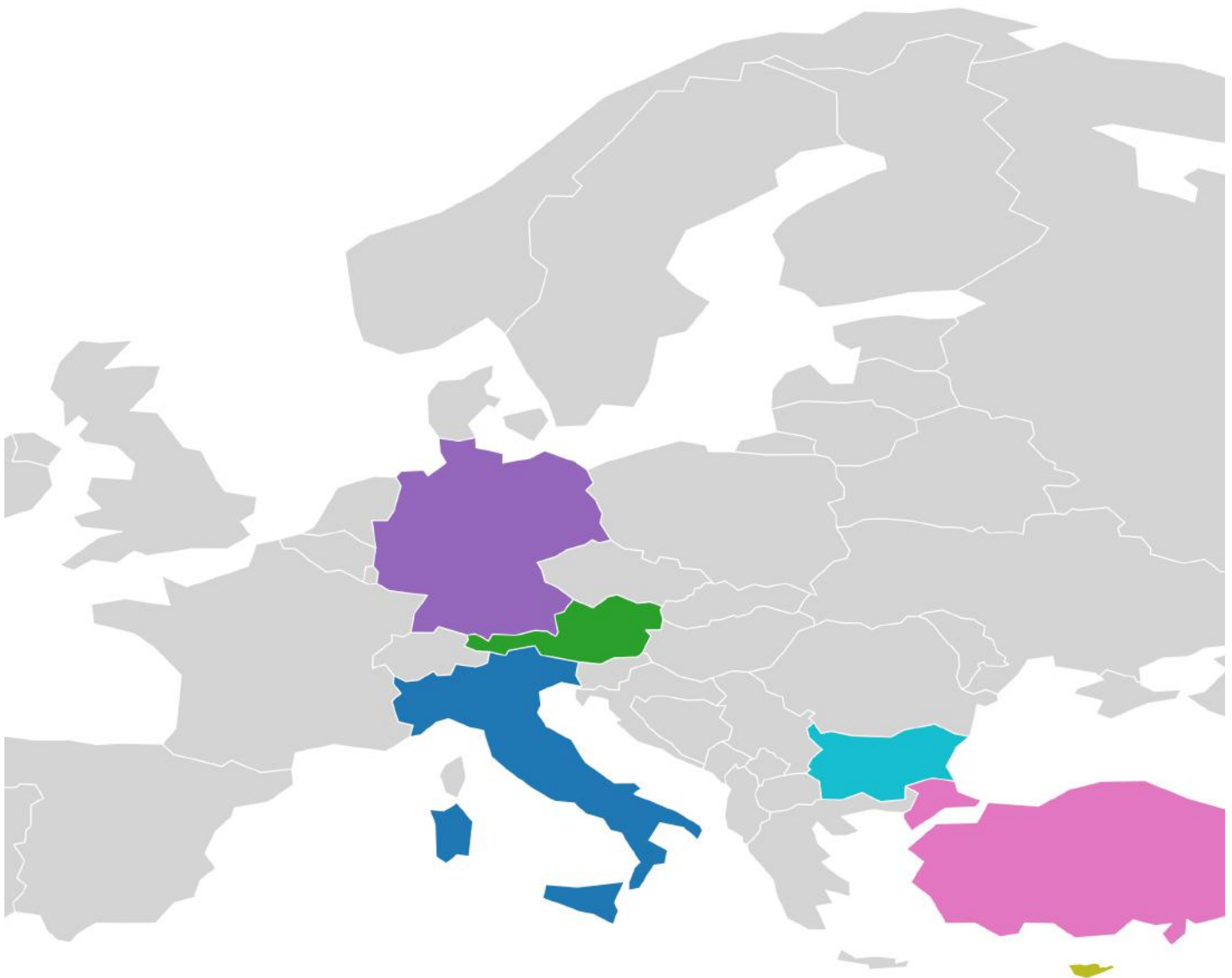
Wir führten halbstrukturierte Interviews mit gehörlosen Menschen und gebärdensprachkompetenten Fachkräften durch, um über allgemeine Einschätzungen hinauszugehen und konkrete, realitätsnahe Alltagssituationen detailliert zu erfassen. Die Teilnehmenden wurden gebeten, konkrete Momente in der Betreuung zu beschreiben. In den Gesprächen suchten wir nach wiederkehrenden Barrieren und den kleinen Anpassungen, die einen großen Unterschied machten – von der Sprachwahl bis hin zu Interaktionsroutinen.



Sekundärforschung

Wenn die Gesundheitsversorgung von Kommunikation abhängt

Was uns sechs Länder über den Zugang gelehrt haben



Die Recherche wurde in den hervorgehobenen Ländern durchgeführt.

GEBÄRDENSPRACHEN IN EUROPA

Auch wenn das Thema Zugänglichkeit im Gesundheitswesen in Europa (und darüber hinaus) zunehmend in den Fokus rückt, bedeutet das nicht automatisch, dass Patient:innen die notwendige Kommunikationsunterstützung erhalten. Die von HEAL in Österreich, Bulgarien, Zypern, Deutschland, Italien und der Türkei durchgeführte Studie geht von einer einfachen Tatsache aus: Zugänglichkeit bedeutet mehr als nur Rampen und Türen. Sie umfasst auch Sprache, Information, Timing und die Fähigkeit, unter Stress zu verstehen und verstanden zu werden.

Eine erste gemeinsame Erkenntnis ist die oft starke rechtliche Formulierung. Mehrere Länder erkennen nationale Gebärdensprachen ausdrücklich an, was von Bedeutung ist, da Gebärdensprache dadurch als Sprachrecht und nicht als „Sonderbehandlung“ verankert wird. In Deutschland ist die Deutsche Gebärdensprache im Bundesgesetz eindeutig als eigenständige Sprache anerkannt (Behindertengleichstellungsgesetz [BGG], § 6, dargestellt auf dem Informationsportal des Bundesamts für Gebärdensprache; Schlichtungsstelle BGG, 2022).

Österreich verankert denselben Grundsatz auf Verfassungsebene: „Die österreichische Gebärdensprache ist als eigenständige Sprache anerkannt.“

(Bundesverfassungsgesetz, Art. 8 Abs. 3; RIS, 2026). Auch Bulgarien ging mit seinem Gesetz zur bulgarischen Gebärdensprache einen entscheidenden Schritt und verankerte die Anerkennung in der nationalen Gesetzgebung anstatt in der informellen Praxis. (Ministerium für Arbeit und Sozialpolitik, 2021). Zypern erkannte die zypriotische Gebärdensprache durch sein Anerkennungsgesetz von 2006 an und verlieh ihr den Status einer „Amtssprache“ – die Umsetzung hängt jedoch noch davon ab, wie dieser Status in finanzierte Dienstleistungen umgesetzt wird (AccessibleEU, o. J.). Italien verankerte nach jahrelangem Engagement die Förderung und den Schutz der Gebärdensprache in nationalen Bestimmungen und erkannte die berufliche Rolle der Gebärdensprachdolmetscher*innen formell an (Gazzetta Ufficiale, Art. 34 ff.).



Gesetzlich anerkannte
Gebärdensprachen (Bericht über den
Status der Gebärdensprachen, 2003)

DAS LABYRINTH DER BARRIEREFREIHEIT

ERKANNT BEDEUTET NICHT AUTOMATISCH ZUGÄNGLICH



Die zweite gemeinsame Erkenntnis ist eine eher unbequeme und zeigt: Rechte führen nicht automatisch zu einem ungehinderten Zugang. Selbst dort, wo Gebärdensprache anerkannt ist, hängt der Zugang weiterhin von der lokalen Verfügbarkeit, Buchungsregeln und dem Wissen des Personals vor Ort ab. In der Praxis bewegen sich Patienten oft in einem Flickenteppich: Manche Dienste sind für geplante Termine, andere für Notfälle ausgelegt, und viele hängen von regionalen Gegebenheiten ab. Italien ist ein Paradebeispiel für „ein Land, viele Systeme“. Auf nationaler Ebene gibt es Fortschritte in der rechtlichen Entwicklung: Das Dekret vom 10. Dezember 2024 (veröffentlicht im Januar 2025) aktualisiert den Rahmen für die Dolmetscher*innenberufe (LIS/LIST) – eine wichtige Grundlage für Qualität und Rechenschaftspflicht.

Doch der alltägliche Zugang zu Dolmetscher*innen variiert weiterhin stark zwischen den Regionen und sogar zwischen den Krankenhäusern. Mancherorts wird die Buchung eines Dolmetschers/einer Dolmetscherin wie jede andere Dienstleistung behandelt – möglich, aber mit Voranmeldung. So beschreibt beispielsweise das ENS Mailand, dass Dolmetscher*innenanfragen über die Buchungskanäle des Krankenhauses mit einer Vorlaufzeit von mindestens 72 Stunden gestellt werden müssen. In Notfällen kommen andere Lösungen zum Einsatz: Im Piemont wurde ein Modell eingeführt, bei dem Notaufnahmen mit Tablets ausgestattet sind, die eine Dreier-Videoverbindung (Patient–Arzt–Dolmetscher*in) ermöglichen. Zusätzlich gibt es Schulungen für das Personal und festgelegte Servicezeiten.

Der Zugang zu Notrufsystemen zeigt auch, wie digitale Werkzeuge helfen können – vorausgesetzt, sie sind bekannt und werden genutzt. Italien verfügt über mehrere Kanäle, die mit Notrufsystemen verknüpft sind: „112 Where Are U“ ist in bestimmten Regionen aktiv, und spezialisierte Dienste listen auf, wo der Dienst aktuell verfügbar ist. Tools wie FlagMii beschreiben die Aktivierung von Text-Chats zur Unterstützung der Notfallkommunikation. Die Recherche verdeutlicht eine wichtige Erkenntnis für HEAL: Zugangslösungen existieren, aber Patienten und Fachkräfte benötigen einheitliche Verfahren und Schulungen, damit die Lösung im entscheidenden Moment aktiviert werden kann.

Ein drittes gemeinsames Ergebnis ist, dass die Datenlage zu gehörlosen Nutzer*innen und Gebärdensprachnutzer*innen weiterhin lückenhaft ist. Die Statistiken zu Behinderungen verbessern sich zwar, doch die Daten zu Gebärdensprachnutzer:innen fehlen häufig oder basieren auf Schätzungen statt auf systematischer Erfassung. Der vergleichbare Indikator von Eurostat zur Prävalenz von Behinderungen zeigt, dass der Anteil der Menschen mit Aktivitätseinschränkungen im Jahr 2024 stark variiert – von 12,7 % in Bulgarien bis 14,5 % in Italien, wobei die Werte in einigen anderen EU-Ländern deutlich höher liegen. Für Italien allein weisen die Infografiken von ISTAT zu Behinderungen 2,9 Millionen Menschen mit schweren Einschränkungen im Alltag (Stand: 2023) aus und heben zudem regionale Ungleichheiten bei den kommunalen Sozialausgaben für behindertenbezogene Dienstleistungen hervor.

Berichte auf europäischer Ebene zum Thema Hörverlust kombinieren Umfragedaten (darunter EuroTrak und Schätzungen, wo keine Umfragen vorliegen) und verdeutlichen so sowohl das Ausmaß des Bedarfs als auch die Grenzen der aktuellen Messmethoden. Der Rahmen von HEAL muss daher ehrlich sein: Evidenzbasiert bedeutet nicht, die Daten als perfekt darzustellen, sondern die Lücken zu benennen und Instrumente zu entwickeln, die auch bei unsicherer Prävalenz funktionieren.

Was erwartet die Leser also im Rahmenwerk von HEAL (im Abschnitt „Warum das wichtig ist“)? Sie finden dort einen praktischen, auf das Gesundheitswesen ausgerichteten Weg, um rechtliche Verpflichtungen in wiederholbare Maßnahmen umzusetzen: wie man Kommunikationsunterstützung anfordert, wie man den Kommunikationsbedarf in Notfällen priorisiert, wie man digitale Kanäle sicher nutzt und wie man regionale Ungleichbehandlungseffekte reduziert, indem man den minimalen Zugangsweg standardisiert, den jeder Anbieter kennen sollte.

„DAS FEHLEN VON BEWEISEN IST KEIN BEWEIS FÜR DIE ABWESENHEIT.“

Carl Sagan -

Definition des Konzepts der Inklusion und der Inklusionskriterien im Gesundheitswesen

Italien

In Italien bildet das Gesetz 104/1992 den rechtlichen Rahmen für Inklusion. Es legt die Grundsätze für die Rechte, die Unterstützung und die soziale Integration von Menschen mit Behinderungen fest. Das Gesetz definiert Inklusion als ein grundlegendes Menschenrecht und fordert Maßnahmen, die Ausgrenzung und soziale Diskriminierung in Bereichen wie Bildung, Familienleben, Arbeit und gesellschaftlicher Teilhabe verhindern.



Deutschland

Ziel der Inklusion ist es, jegliche Barrieren im Gesundheitswesen aufgrund von Behinderung oder Kommunikationsschwierigkeiten abzubauen. Lösungsansätze umfassen die Verwendung der vereinfachten deutschen Gebärdensprache (DGS) und visueller Hilfsmittel.



Österreich

Inklusion bedeutet gleichberechtigte Teilhabe, anstatt Menschen mit Behinderungen zu Anpassungen zu zwingen. Zu den Kriterien gehören barrierefreie Kommunikation (Gebärdensprache, einfache Sprache) und keine zusätzlichen Kosten für Menschen mit Behinderungen.



Definition des Konzepts der Inklusion und der Inklusionskriterien im Gesundheitswesen

Bulgarien

Inklusion bedeutet gleichberechtigten Zugang zu Versorgung und Teilhabe für alle. Die Strategie 2030 konzentriert sich auf barrierefreie Umgebungen und die Unterstützung von Menschen mit chronischen Erkrankungen.



Zypern

Inklusion wird definiert als Respekt, Teilhabe und Unterstützung unterschiedlicher Bedürfnisse. Zu den Kriterien gehören barrierefreier Zugang gemäß EU-Standards und interkulturelle Kompetenz in der Durchführung.



Türkei

Inklusion wird definiert als die Beseitigung physischer, digitaler und kommunikativer Barrieren. Zu den Hauptkriterien gehören in Gebärdensprache geschultes Personal, die Anwesenheit von Dolmetscher*innen in Krankenhäusern und barrierefreie schriftliche und visuelle Materialien.



Rechtsrahmen und Stand der Barrierefreiheit in Gesundheitseinrichtungen in Partnerländern

Italien



In Italien bildet das Gesetz 104/1992 den rechtlichen Rahmen für Inklusion. Es legt die Grundsätze für die Rechte, die Unterstützung und die soziale Integration von Menschen mit Behinderungen fest. Das Gesetz definiert Inklusion als ein grundlegendes Menschenrecht und fordert Maßnahmen, die Ausgrenzung und soziale Diskriminierung in Bereichen wie Bildung, Familienleben, Arbeit und gesellschaftlicher Teilhabe verhindern.

Deutschland



Die rechtliche Grundlage bilden das AGG (Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz), das Diskriminierung verbietet, und das BGG (Bundesgesetz über Chancengleichheit), das physische und kommunikative Barrierefreiheit vorschreibt. Das SGB IX (Sozialgesetzbuch IX) regelt neben der UN-Konvention die Rechte im Gesundheitswesen und in der Rehabilitation.

Österreich



Der rechtliche Rahmen orientiert sich an den Nationalen Aktionsplänen (2012–2020 und 2022–2030), die Inklusion fördern. Barrierefreiheit im Gesundheitswesen ist in den Artikeln 9 und 25 der UN-Behindertenrechtskonvention verankert und gewährleistet barrierefreie Gebäude sowie leicht verständliche medizinische Informationen.

Rechtsrahmen und Stand der Barrierefreiheit in Gesundheitseinrichtungen in Partnerländern

Bulgarien



Die Rechte von Menschen mit Behinderungen sind im Behindertengleichstellungsgesetz (2019) geschützt. Öffentliche Gebäude, einschließlich Krankenhäuser, müssen barrierefrei sein, obwohl es in ländlichen Gebieten weiterhin an angemessenen Dienstleistungen mangelt. Zu den Anforderungen an die Barrierefreiheit gehören physischer Zugang, Transport und Kommunikation (Gebärdensprache, Braille, leicht lesbare Formate).

Zypern



Der Rechtsrahmen basiert auf dem Gesetz von 2004 (1(I)/2005), das die Rechte von Patienten festlegt, darunter den Zugang zur Gesundheitsversorgung, die Würde und das Recht auf Nichtdiskriminierung. Obwohl Zypern die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen ratifiziert hat, bestehen weiterhin Herausforderungen hinsichtlich der Barrierefreiheit und der offiziellen Anerkennung der Gebärdensprache. Es besteht ein deutlicher Bedarf an einer Modernisierung des Rechts, um neuen ethischen und technologischen Entwicklungen Rechnung zu tragen.

Türkei



Das Recht auf Gesundheit ist in Artikel 56 der Verfassung und im Gesetz Nr. 5378 über Menschen mit Behinderungen verankert. Das Gesundheitsministerium hat das Programm „Barrierefreie Gesundheitsversorgung“ ins Leben gerufen, im Rahmen dessen Krankenhäuser durch die Bereitstellung von Gebärdensprachdolmetschern und barrierefreien Materialien ein Zertifikat als „behindertenfreundliches Krankenhaus“ erhalten können.

Status von Gesundheitsfachkräften und Unterstützung für gehörlose Menschen

Italien

Der italienische Rechtsrahmen stützt sich auf das Gesetz 104/1992. Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen wurde durch Gesetz 18/2009 ratifiziert. Italien verpflichtet sich, einen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen zu gewährleisten. Dies umfasst insbesondere die Sicherstellung barrierefreier Kommunikationsmöglichkeiten für gehörlose Nutzer*innen der Gebärdensprache. Dies wurde durch die Anerkennung der italienischen Gebärdensprache (LIS) im Jahr 2021 und weitere berufliche Bestimmungen für LIS/LiSt-Dolmetscher*innen, die im Dezember 2024 eingeführt wurden, gestärkt – die Umsetzung beruht jedoch weiterhin häufig auf bedarfsorientierten Diensten und ungleichmäßiger Verfügbarkeit.



Deutschland

Es mangelt generell an Gebärdensprachausbildung für das Personal, und Patienten müssen Dolmetscher*innen oft selbst organisieren. Positive Beispiele sind die LWL-Klinik (spezialisierte psychiatrische Versorgung) und eine Zahnklinik in Hamburg, die von gehörlosen Fachkräften geleitet wird. Plattformen wie Deafservice.de helfen dabei, barrierefreie Anbieter aufzulisten.



Österreich

Bundesweit stehen nur 130 Gebärdensprachdolmetscher*innen zur Verfügung. Fünf Krankenhäuser in Österreich verfügen über spezielle Ambulanzen für gehörlose Patient*innen. Die Kosten für Dolmetscher*innen werden häufig von öffentlichen Einrichtungen übernommen (z. B. übernimmt der Fonds Soziales Wien - FSW bis zu 10.000 € pro Jahr).



Status von Gesundheitsfachkräften und Unterstützung für gehörlose Menschen

Bulgarien

Gebärdensprachdolmetscher*innen sind ausgebildete Fachkräfte, die in Krankenhäusern arbeiten. Gehörlose und taubblinde Menschen haben Anspruch auf 120 Stunden kostenlose Gebärdensprachdolmetschung pro Jahr, Studierende erhalten zusätzlich 60 Stunden pro Semester.



Zypern

Es besteht ein erheblicher Schulungsbedarf hinsichtlich effektiver Kommunikation mit gehörlosen Patient*innen. Obwohl die Abteilung für Diversitätskompetenz der Universität Nikosia die Inklusion verbessern möchte, sind Schulungen speziell zum Thema Hörbeeinträchtigungen begrenzt.



Türkei

Für Gesundheitspersonal gibt es keine verpflichtende Gebärdensprachausbildung, jedoch einige optionale Kurse. Eine mobile App zur Terminvereinbarung ist verfügbar, ihre praktische Anwendung ist jedoch verbesserungsbedürftig. Laut Daten aus dem Jahr 2022 betreuen 164.594 Ärzt*innen und 198.465 Pflegekräfte eine Bevölkerung, zu der 179.867 offiziell registrierte Hörgeschädigte gehören.



Barrierefreiheit weiterhin „auf Anfrage“



Italien verfügt über strenge Gesetze zur Barrierefreiheit und Inklusion von Menschen mit Behinderungen – einschließlich der Anerkennung durch LIS/LIS –, doch der Zugang zur Gesundheitsversorgung für Gehörlose hängt immer noch oft von patientenseitigen Anfragen, ungleichmäßiger Mitarbeiterschulung und begrenzter Verfügbarkeit von Dolmetschern ab.

In Italien wird Barrierefreiheit im Gesundheitswesen zunehmend im Sinne angemessener Vorkehrungen verstanden, angelehnt an den Ansatz der Vereinten Nationen: Dienstleistungen sollen so angepasst werden, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigten Zugang zur Versorgung erhalten. Die wichtigste nationale Rechtsgrundlage ist nach wie vor das Gesetz 104/1992, das die Rechte von Menschen mit Behinderungen schützt und öffentliche Dienste – einschließlich des Gesundheitswesens – verpflichtet, Inklusion zu fördern und dabei auch die Rolle pflegender Angehöriger anzuerkennen. (gazzettaufficiale.it) Italien hat diese Richtung 2009 durch die Ratifizierung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen mittels Gesetz 18/2009 bekräftigt. Dieses Gesetz bekräftigt das Recht auf den erreichbaren Höchststandard an Gesundheit und erweitert die Barrierefreiheit über die bloße Verfügbarkeit hinaus hin zu tatsächlicher Zugänglichkeit. (parlamento.it)

In der Praxis muss Barrierefreiheit sowohl in physischen Räumen als auch in digitalen Werkzeugen und Kommunikationsformen funktionieren. Physische Barrieren in Krankenhäusern und Kliniken spielen nach wie vor eine Rolle, ebenso wie Websites, Apps, Buchungsplattformen und digitale Dokumente – Bereiche, in denen das italienische Barrierefreiheitsgesetz (Legge Stanca, Gesetz 4/2004) eine wichtige Referenz darstellt und die Barrierefreiheit digitaler Systeme fördert, die von öffentlichen Einrichtungen und Diensten des öffentlichen Interesses, einschließlich des Gesundheitswesens, genutzt werden. (normattiva.it)

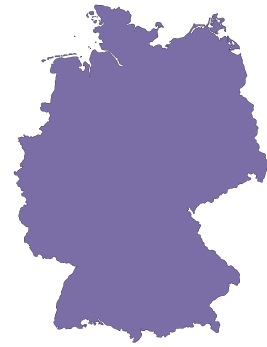
Für gehörlose Gebärdensprachnutzer*innen war die wichtigste Neuerung der offiziellen Anerkennung der italienischen Gebärdensprache (LIS) und der italienischen taktilen Gebärdensprache (LIST) durch Artikel 34 des Gesetzesdekrets 41/2021 (umgewandelt in Gesetz 69/2021). (normattiva.it) Ein weiterer Schritt folgte mit dem Dekret vom 10. Dezember 2024 (veröffentlicht 2025), das die Ausbildung der LIS- und LIST-Dolmetscher*innen regelt und eine strukturierte berufliche Ausbildung fördert, wobei besonderer Wert auf den Unterricht durch gehörlose Lehrkräfte und erfahrene LIS-Muttersprachler*innen gelegt wird. (gazzettaufficiale.it)

Der alltägliche Zugang ist jedoch oft noch immer umständlich und nicht patientenorientiert. In vielen Einrichtungen müssen gehörlose Patienten Dolmetschungsdienste per E-Mail oder Formular anfordern, persönliche Daten und die Art des Termins angeben und explizit nach einer Gebärdensprachdolmetschung fragen. Die Einrichtung bestätigt dann den Termin, und der Dolmetscher bzw. die Dolmetscherin begleitet die Person während des Besuchs. Selbst wenn der Service kostenlos ist, macht dieses Modell die Zugänglichkeit von Planungskapazitäten und administrativem Aufwand abhängig – zwei Dinge, die im Gesundheitswesen nicht als Voraussetzung gelten sollten.

Es bestehen weiterhin strukturelle Lücken. Die Verfügbarkeit von Dolmetscher*innen ist für gebärdensprachlich kommunizierende Gehörlose unzureichend, Arbeitsbedingungen und Bezahlung sind oft mangelhaft, und die Versorgung ist ungleichmäßig, wobei einige Gebiete – insbesondere in Teilen Süditaliens – schlecht versorgt sind. Die Dolmetschausbildung umfasst zudem selten eine formale medizinische Spezialisierung, sodass Kompetenzen im Gesundheitswesen häufig durch Weiterbildung und praktische Erfahrung anstatt durch einen einheitlichen Lehrplan erworben werden.

Die Ausbildung des Gesundheitspersonals stellt eine weitere Schwachstelle dar. Gehörlosigkeit, Gebärdensprache und barrierefreie Kommunikation werden in geisteswissenschaftlichen Studiengängen stärker berücksichtigt, während viele medizinische Fakultäten Gehörlosigkeit immer noch hauptsächlich aus anatomisch-pathologischer Perspektive lehren. Dadurch sind Fachkräfte unzureichend auf barrierefreie Kommunikation vorbereitet. Gehörlose Patienten sind daher oft gezwungen, Maßnahmen zur Sicherstellung der Barrierefreiheit selbst zu organisieren. Es gibt auch ermutigende Innovationen, insbesondere in Notfallsituationen. In Piemont unterstützt Comunic@ENS_Pro die Kommunikation in Notaufnahmen mithilfe eines speziellen Tablets, das gehörlose Patienten, medizinisches Fachpersonal und Dolmetscher per Videoanruf verbindet – ein Ansatz, der nach COVID-19 an Bedeutung gewonnen hat und sich zunehmend verbreitet. (malattiarare.gov.it) Auch die Notfallzugangstools unterscheiden sich je nach Region. So gibt es beispielsweise die App „Where Are U“, die mit dem Notrufsystem 112 in der Lombardei verknüpft ist, sowie spezielle Lösungen für Gehörlose wie 112 Sordi, die auf der FlagMii-Technologie basieren. (regione.lombardia.it)

Zugang ist keine Gefälligkeit



Eine Recherche in Deutschland zeigt eine deutliche Diskrepanz: Zwar stehen auf dem Papier starke Rechte auf Barrierefreiheit, doch gehörlose Patienten stoßen im Alltag immer noch auf Kommunikationsbarrieren – insbesondere beim Zugang zu Dolmetschern*innen.

In Deutschland wird die Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung sowohl durch gesetzliche Bestimmungen als auch durch internationale Standards gewährleistet. Zu den wichtigsten rechtlichen Grundlagen gehören:

Allgemeines Gesetz zur Gleichbehandlung (AGG): Dieses Gesetz verbietet Diskriminierung aufgrund von Behinderungen und verpflichtet öffentliche und private Einrichtungen des Gesundheitswesens zur Gewährleistung eines barrierefreien Zugangs. Es schreibt vor, dass diese Einrichtungen einen barrierefreien Zugang zu ihren Einrichtungen und Dienstleistungen sicherstellen müssen.

UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK): Diese Konvention verpflichtet Deutschland, den gleichberechtigten Zugang zu allen öffentlichen Dienstleistungen, einschließlich der Gesundheitsversorgung, zu gewährleisten. Sie fordert barrierefreie Kommunikation, physische Zugänglichkeit von Gebäuden und angepasste Dienstleistungen für Menschen mit Behinderungen.

Bundesgesetz über Chancengleichheit für Menschen mit Behinderungen (BGG): Dieses Gesetz verpflichtet öffentliche Einrichtungen, die Zugänglichkeit sowohl in Bezug auf die physische Zugänglichkeit (z. B. Rollstuhlrampen, barrierefreie Toiletten) als auch auf die Kommunikation (z. B. Gebärdensprache oder einfache Sprache) sicherzustellen.

Sozialgesetzbuch IX: Dieses Gesetz regelt die Rechte von Menschen mit Behinderungen und schreibt vor, dass Gesundheitseinrichtungen barrierefreie Dienstleistungen, insbesondere im Bereich der Rehabilitation und der medizinischen Versorgung, anbieten müssen.

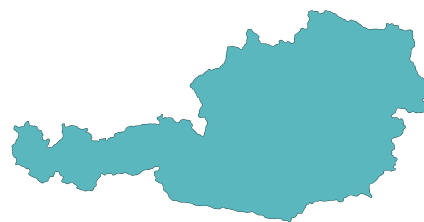
Die Situation von Gesundheitsfachkräften in Deutschland hinsichtlich der effektiven Versorgung und Unterstützung hörgeschädigter Menschen ist mit mehreren Herausforderungen verbunden. Ein zentrales Problem ist der Mangel an Schulungen in Gebärdensprache und mit Blick auf spezifische Kommunikationsbedürfnisse gehörloser Menschen. Obwohl einige Universitäten und Ausbildungseinrichtungen Seminare zur Interaktion mit gehörlosen Menschen anbieten – oft initiiert von spezialisierten Gebärdensprachlehrenden –, bleiben diese Angebote die Ausnahme und basieren in der Regel eher auf Eigeninitiative als auf einer strukturellen Integration in die Lehrpläne.

In der Praxis sind gehörlose Patient*innen oft selbst für die Organisation von Gebärdensprachdolmetschern verantwortlich – selbst bei dringenden medizinischen Angelegenheiten. Wenn Ärzte oder Pflegepersonal die Initiative ergreifen, scheitert die Umsetzung häufig an der kurzfristigen Nichtverfügbarkeit von Dolmetschern*innen – ein deutliches Zeichen für den bestehenden Mangel an qualifizierten Fachkräften in diesem Bereich.

Gleichzeitig gibt es ermutigende Beispiele: So verfügt die LWL-Klinik Lengerich über eine spezialisierte Abteilung für Menschen mit Hörbeeinträchtigungen in den Bereichen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. (<https://www.lwl-klinik-lengerich.de/de/fuer-patienten-angehoerige/die-klinik/medizinischefachabteilungen/#behandlungszentrum-fur-horgeschadigte-27298360>)

Ebenso gibt es gebärdensprachkompetente Ärzt*innen beispielsweise in einer Zahnarztpraxis in Hamburg, in der Zahnärzt*innen und mehrere Assistent*innen selbst gehörlos sind – ein beispielhaftes Modell gelebter Barrierefreiheit. (<https://vonschuleralarcon.de/>) Darüber hinaus bietet die ehrenamtlich betriebene Website deafservice.de einen Überblick über barrierefreie Rehabilitationseinrichtungen und Ärzt*innen mit Erfahrung in der Behandlung gehörloser Patient*innen. Obwohl diese Ressource nicht vollständig ist, dient sie vielen Betroffenen als wichtige Orientierungshilfe.

Von Rechten zur Realität



Österreich ist umfangreiche Verpflichtungen zur Umsetzung von Barrierefreiheit eingegangen, gehörlose Menschen stoßen im Alltag aber immer noch auf Kommunikationsbarrieren – insbesondere uneinheitliche Schulungsstandards und der eingeschränkte Zugang zu Dolmetscher*innen – wodurch eine inklusive Versorgung weiterhin stark von der Eigeninitiative abhängt.

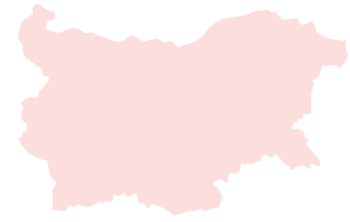
Barrierefreiheit im Gesundheitswesen wird in Österreich häufig noch primär als bauliche Zugänglichkeit verstanden. Die tatsächliche Bewährungsprobe zeigt sich jedoch woanders: Kann jede Person – unabhängig von körperlichen, kognitiven oder sensorischen Beeinträchtigungen – Leistungen in Anspruch nehmen, Informationen verstehen und gleichberechtigt versorgt werden? Barrierefreiheit bedeutet in diesem Sinne, Barrieren abzubauen, die den Zugang zu Diagnose, Behandlung und Nachsorge behindern, sodass eine gleichberechtigte Versorgung zur Routine und nicht zur Ausnahme wird. In Österreich wird dieses Ziel durch ein Zusammenspiel von Gesetzen, politischen Maßnahmen und internationalen Verpflichtungen unterstützt. Das Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz (BGStG) verbietet die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen, auch im Gesundheitswesen, und verpflichtet Leistungserbringer, angemessene Maßnahmen zur Barrierefreiheit zu ergreifen. Österreichs Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (UNCRPD) bekräftigt die Verpflichtung, einen gleichberechtigten Zugang zu öffentlichen Dienstleistungen zu gewährleisten, einschließlich barrierefreier Kommunikation, physischer Zugänglichkeit und angepasster Dienstleistungen. Der Nationale Aktionsplan Behinderung setzt diese Prinzipien in konkrete nationale Maßnahmen um, während das allgemeine Gesundheitsrecht die angemessene Versorgung aller Patient*innen betont – was implizit Anpassungen erfordert, wenn die Bedürfnisse der Menschen dies verlangen.

Doch der Alltag von gehörlosen und hörbeeinträchtigten Menschen zeigt, wie schnell die auf dem Papier verankerten Rechte in der Praxis an Bedeutung verlieren. Vielen Fachkräften im Gesundheitsbereich fehlt es nach wie vor an systematischen Schulungen in Gebärdensprache und zu den spezifischen Kommunikationsbedürfnissen von Gehörlosen. Zwar gibt es Workshops und Fortbildungen, diese sind jedoch nicht immer in die medizinischen Lehrpläne integriert. Das bedeutet, dass barrierefreie Kommunikation oft eher auf persönlichem Engagement oder improvisierten Lösungen als auf einem verlässlichen System beruht. Auch der Zugang zu Dolmetscher*innen stellt ein Problem dar.

Gehörlose Patient*innen haben oft Schwierigkeiten, Gebärdensprachdolmetschung für ihre Termine zu organisieren, und die Verfügbarkeit von Dolmetscher*innen ist häufig begrenzt – insbesondere kurzfristig oder in Notfällen. Auch die Kosten können ein Hindernis darstellen, selbst wenn die gesetzliche Krankenversicherung in bestimmten Fällen Dolmetschungskosten übernimmt, da Unsicherheit und bürokratische Hürden die Unterstützung verzögern können. Gleichzeitig bietet Österreich vielversprechende Beispiele. Es gibt Initiativen, die leicht verständliche Gesundheitsinformationen in Gebärdensprache entwickeln oder spezialisierte Unterstützung in bestimmten Gesundheitsbereichen anbieten. Organisationen wie equalizent gGmbH setzen sich für die Inklusion von gehörlosen und hörbeeinträchtigten Menschen ein und sensibilisieren medizinisches Fachpersonal durch Schulungen und Weiterbildungsmaßnahmen. Ehrenamtlich betriebene Ressourcen – darunter deafservice.de und ähnliche Websites – helfen, indem sie barrierefreie Rehabilitationseinrichtungen und Ärzte mit entsprechender Erfahrung auflisten. Diese Mischung aus Fortschritten und Defiziten verdeutlicht das zentrale Problem: Zugang zu Kommunikation beruht allzu oft auf individueller Initiative statt auf stabilen Strukturen. Ein wirklich inklusives Gesundheitssystem muss physische Barrierefreiheit mit verlässlicher Kommunikation – Dolmetscher*innen vor Ort und per Fernzugriff, visuelle Hilfsmittel und verständliche schriftliche Materialien – verbinden sowie Schulungen des Personals (praktische Kommunikationsstrategien und gehörlosenkultureller Kompetenz) anbieten. Starke rechtliche Rahmenbedingungen wie die BGStG und die UN-Behindertenrechtskonvention bilden bereits die Grundlage; der nächste Schritt besteht darin, klare Verantwortlichkeiten, verbindliche Standards und nachhaltige Finanzierungsstrukturen zu schaffen, um gehörlosen Menschen jederzeit einen gleichberechtigten, sicheren und würdevollen Zugang zur Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

BULGARIEN

Wandel im Verständnis für Barrierefreiheit – Stärkere Rechte, bessere Auslegung



Bulgarien hat seit 2019 die Regeln für Menschen mit Behinderungen und Inklusion verschärft – das Verständnis von Zugänglichkeit wurde von baulichen Aspekten auf den Zugang zu Informationen und Gebärdensprache erweitert. Dennoch variiert der Zugang zur Gesundheitsversorgung nach wie vor stark je nach Region, Ressourcen und Verfügbarkeit von Dienstleistungen.

Bulgarien hat einen bedeutenden Wandel in der Behindertenpolitik eingeleitet. Nach Reformschritten ab 2018 wurde das Behindertengesetz – in Kraft seit dem 1. Januar 2019 – zur zentralen Rechtsgrundlage für die Gewährleistung der Rechte von Menschen mit Behinderungen. Besonders bemerkenswert ist die umfassende Definition von „Barrierefreiheit“. Sie beschränkt sich nicht auf bauliche Zugänglichkeit, sondern erstreckt sich auf die gesamte Umgebung, in der sich Menschen bewegen und auf Informationen, die Menschen verstehen müssen: Angemessene Vorkehrungen, barrierefreie Kommunikation und individuelle Mobilität stehen im Mittelpunkt des Konzepts. Ziel ist ein gleichberechtigter Zugang nicht nur zur Gesundheitsversorgung, sondern auch zu öffentlichen Dienstleistungen und allen Bereichen des täglichen Lebens – einschließlich städtischer Räume, Verkehrsmittel, Informationssysteme und Rettungsdienste. Auch der Zugang zu Stränden wird ausdrücklich einbezogen. Die Logik ist einfach: Barrieren werden identifiziert und anschließend beseitigt, ob sie nun auf Fußwegen, in öffentlichen Gebäuden (einschließlich Krankenhäusern), im öffentlichen Nahverkehr oder in Kommunikationskanälen auftreten.

Diese erweiterte Definition ist besonders relevant für die praktische Umsetzung der Teilhabe gehörloser und taubblinder Menschen. Laut der Sozialhilfebehörde haben gehörlose und taubblinde Menschen Anspruch auf kostenlose Dolmetschleistungen in bulgarischer Gebärdensprache (bis zu 120 Stunden pro Jahr). Die Inanspruchnahme erfolgt nach Antragstellung und Entscheidung durch eine Fachkraft. Gehörlose und taubblinde Studierende und Doktoranden können zusätzlich zu dieser jährlichen Höchstgrenze bis zu 60 Stunden pro Semester an Dolmetschleistungen erhalten, da der Kommunikationsbedarf im akademischen Umfeld steigt. Darüber hinaus hat Bulgarien die Tätigkeit der Gebärdensprachdolmetscher*innen rechtlich als Beruf verankert und einen staatlich anerkannten Ausbildungsstandard für diesen Berufsbereich geschaffen. Dieser beschreibt die Rolle detailliert: präzises Zwei-Wege-Dolmetschen zwischen gesprochenem Bulgarisch und Bulgarischer Gebärdensprache, einschließlich der flexiblen Anwendung verschiedener Gebärdenformen sowie des Konsekutiv- oder Simultandolmetschens – sowohl vor Ort als auch per Echtzeit-Fernübertragung.

Die Aufgaben von Dolmetscher*innen erstrecken sich über viele Kontexte – darunter Krankenhäuser und öffentliche Einrichtungen – wobei Vertraulichkeit, Genauigkeit und Kenntnisse der Gehörlosenkultur im Vordergrund stehen. Auch die körperlichen Anforderungen der Arbeit werden berücksichtigt; je nach Situation kann ein Dolmetscher*innenwechsel nach etwa zwanzig Minuten erforderlich sein.

All dies ist in einen umfassenderen Inklusionsrahmen eingebettet. Das bulgarische Gesetz zur Integration von Menschen mit Behinderungen zielt darauf ab, Diskriminierung zu verhindern und die sozioökonomische Teilhabe durch Zulagen und gezielte Unterstützung zu fördern. Gleichzeitig wird die Beschäftigung durch Arbeitsplatzanpassungen und Anreize unterstützt. Im Gesundheitswesen ist der Zugang zur Versorgung in der Verfassung und im Gesundheitsgesetz als Recht verankert. Gesundheit – körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden – wird als nationale Priorität betrachtet und durch Prinzipien wie gleichberechtigten Zugang und barrierefreie, qualitativ hochwertige Dienstleistungen gestützt. Das System sieht zudem integrierte Gesundheits- und Sozialdienste sowie häusliche Unterstützung für Menschen mit chronischen Erkrankungen, Behinderungen und ältere Menschen vor, die tägliche Hilfe benötigen.

Und doch bleibt die Kluft zwischen Recht und Realität bestehen. Bulgariens Strategie zur Armutsbekämpfung und sozialer Inklusion 2030 priorisiert den gleichberechtigten Zugang zu hochwertiger Gesundheitsversorgung und barrierefreier Umwelt. Anhaltende Herausforderungen bestehen aufgrund einer ungleichen Verteilung von ärztlichen Kapazitäten und Einrichtungen, hoher Kosten und begrenzter Verfügbarkeit im Bereich ambulanter Rehabilitation und spezialisierter Dienste, insbesondere in ländlichen Gebieten. All dies führt dazu, dass Personen weiterhin uneinheitlich versorgt sind. Bulgariens Kurs ist klar und wird zunehmend umfassender; die nächste Herausforderung besteht darin, ihn flächendeckend verlässlich zu gestalten, sodass der Zugang nicht von geografischen Voraussetzungen oder anderen zufälligen Umständen abhängt.

Patient*innenrechte auf dem Papier vorhanden, Barrierefreiheit hinkt jedoch noch hinterher



Zypern verfügt über eine starke Grundlage im Bereich der Patientenrechte und internationaler Verpflichtungen, aber die Zugänglichkeit – insbesondere der Zugang zur Kommunikation für gehörlose Menschen – bedarf noch klarerer Standards, Anerkennung und gezielter beruflicher Weiterbildung.

Zyperns moderne Debatte über die Zugänglichkeit des Gesundheitswesens begann 2004 mit einem Wendepunkt: Damals führte das Land ein Patient*innenrechtsgesetz ein, das grundlegende Schutzrechte formell anerkannte – das Recht auf Gesundheitsversorgung und Behandlung, auf Würde, auf Zugang zu Gesundheitsleistungen und auf Nichtdiskriminierung. Dieses Gesetz regelte auch den Datenschutz und die Bedingungen im Krankenhaus und markierte damit einen wichtigen Wandel: Im Gesundheitswesen ging es nicht nur um Leistungen, sondern auch darum, wie Menschen behandelt werden. Zwei Jahrzehnte später ist dasselbe Gesetz veraltet. Technologie, Lebensstile und ethische Standards haben sich rasant weiterentwickelt und nun wird eine Aktualisierung gefordert, die mehr als nur eine Überarbeitung des Wortlauts beinhaltet. Ziel ist es, die rechtlichen Grundlagen zu modernisieren und gleichzeitig langjährige Fehlvorstellungen anzugehen, die historisch zur Marginalisierung von Menschen mit Behinderungen beigetragen haben. In der Praxis bedeutet dies, Zugänglichkeit als ein umfassendes – nicht nur teilweises – Ziel zu verfolgen und als ein Recht zu begreifen, das in der Realität und nicht nur auf dem Papier funktionieren muss.

Zypern hat seine Ausrichtung an internationale Standards angeglichen, indem es die UN-Behindertenrechtskonvention ratifiziert hat und damit seine nationalen Verpflichtungen an die umfassenden Anforderungen der Rechte von Menschen mit Behinderungen angepasst hat. Dennoch bleibt ein zentrales Problem bestehen: Obwohl die bauliche Barrierefreiheit zunehmend als politisches Ziel verankert ist, gestaltet sich ihre einheitliche Umsetzung weiterhin schwierig. Noch größere Lücken bestehen beim kommunikativen Zugang, der besonders für gehörlose und schwerhörige Menschen eine zentrale Voraussetzung für gleichberechtigte Teilhabe darstellt. Besonders deutlich wird dies daran, dass Gebärdensprache noch immer nicht offiziell als Kommunikationsform zwischen hörenden und gehörlosen Menschen anerkannt ist. Die Bemühungen der Regierung werden als begrenzt beschrieben und konzentrieren sich hauptsächlich auf Medien und öffentliche Kommunikation anstatt auf die Erbringung alltäglicher Dienstleistungen.

Die Struktur des Gesundheitssystems stellt eine weitere Komplexitätsebene dar. Zypern arbeitet mit einem öffentlichen und einem privaten Sektor: Das öffentliche System – verwaltet vom Gesundheitsministerium (Zypern) und staatlich finanziert – zielt darauf ab, den Zugang zur Gesundheitsversorgung für Steuerzahler*innen zu gewährleisten, während das private System auf Selbstbehalt in privaten Kliniken und Krankenhäusern basiert. In einem solchen heterogenen System kann die Zugänglichkeit ungleichmäßig sein, wenn Standards und Verantwortlichkeiten in beiden Sektoren nicht eindeutig definiert sind.

Im Bereich der Aus- und Weiterbildung sowie der Unterstützung von gehörlosen Menschen oder Menschen mit Hörverlust ist die Lage uneinheitlich und – was besonders wichtig ist – öffentlich schwer nachvollziehbar. Gehörlose Patient*innen oder Menschen mit Hörverlust werden in offiziellen Dokumenten in der Regel unter „Menschen mit Behinderungen“ zusammengefasst. Es gibt jedoch ermutigende Schritte: Im September 2023 gründete die Universität Nikosia die Einheit für Diversitätskompetenz im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsausbildung. Ziel ist es, durch Schulungsangebote für Gesundheitspersonal ein inklusiveres Gesundheitsumfeld zu schaffen. Die Initiative ist vielversprechend, doch es besteht weiterhin eine Lücke: Gezielte Studien oder strukturierte Schulungsmaßnahmen, die sich speziell mit Hörverlust und der Kommunikation von Gehörlosen befassen, sind hier nicht eindeutig belegt.

Die Einschlusskriterien rücken in den Mittelpunkt: Wer hat Anspruch auf Leistungen des allgemeinen Gesundheitssystems? Ist physische und kommunikative Barrierefreiheit gewährleistet (einschließlich Dolmetscherdienste und Assistenztechnologien)? Wird kulturelle Kompetenz gefördert? Und halten sich medizinische Forschung und klinische Studien an ethische Richtlinien, die die Repräsentation von Menschen mit Behinderungen schützen? Die Richtung ist klar: Zypern hat die Grundlagen geschaffen. Der nächste Schritt besteht darin, diese in eine durchgängige, anerkannte und barrierefreie Versorgung – insbesondere gehörloser Menschen – im gesamten System umzusetzen.

TÜRKEI

„Barrierefreier“ Wandel: Rechte auf dem Papier, Werkzeuge in Bewegung



Obwohl Barrierefreiheit im Gesundheitswesen in der Türkei rechtlich verankert ist und zunehmend durch nationale Maßnahmen zur Förderung barrierefreier Strukturen unterstützt wird, bleibt der kommunikative Zugang für gehörlose Menschen weiterhin von regional unterschiedlichen Umsetzungen und nicht verpflichtenden Schulungsangeboten abhängig.

In der Türkei beginnt das Versprechen einer barrierefreien Gesundheitsversorgung an der Spitze: Das Recht auf Gesundheit ist in der Verfassung verankert. Der Staat ist beauftragt, die Gesundheitsversorgung so zu organisieren, dass die Menschen ein Leben in körperlichem und seelischem Wohlbefinden führen können. Darüber hinaus definiert die Behindertengesetzgebung, wie beispielsweise das Gesetz Nr. 5378 über Menschen mit Behinderungen, „Barrierefreiheit“ als mehr als nur eine bauliche Anforderung – sie erstreckt sich auf Transport, Information, Kommunikationstechnologien und die alltäglichen Dienstleistungen, die Menschen benötigen, um selbstständig und sicher genutzt werden zu können.

Diese politische Ausrichtung wurde durch das türkische Gesundheitsministerium in konkrete Maßnahmen im Gesundheitswesen umgesetzt. Das Ministerium fördert Standards für barrierefreie Gesundheitsdienstleistungen und einen behindertengerechten Ansatz für Krankenhäuser. Konkret bedeutet dies, Krankenhäuser zu verständlicherer Beschilderung, schriftlichen und visuellen Informationsmaterialien und – besonders wichtig für gehörlose Patient*innen – zu Dolmetscherunterstützung zu bewegen. Die Türkei hat zudem in direkte, praktische Zugangspunkte investiert: So wurde beispielsweise das Modell „Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM)“ vorgestellt. Es ermöglicht gehörlosen Menschen, über Videokommunikation mit gebärdensprachkompetenten Mitarbeitern Notfallhilfe zu erhalten, Dolmetscher anzufordern, ihren Standort mitzuteilen und Termine zu vereinbaren. Gleichzeitig zeigt das System weiterhin die bekannte Diskrepanz zwischen „verfügbar“ und „zuverlässig verfügbar“. Der von Ihnen bereitgestellte Text spricht Klartext zum Thema Schulung: Es gibt keinen einheitlichen, verpflichtenden Weg, der sicherstellt, dass alle Angehörigen der Gesundheitsberufe effektiv mit gehörlosen Menschen kommunizieren können, selbst wenn einige Krankenhäuser und Universitäten vor Ort Gebärdensprachkurse anbieten. Positiv ist, dass solche Schulungen im öffentlichen Gesundheitssystem stattfinden – mitunter durch formale Protokolle und Gruppenkurse für Krankenhauspersonal –, doch sie sind nach wie vor uneinheitlich und nicht flächendeckend gewährleistet.

Auch die Größe spielt eine Rolle. Das türkische Krankenhausnetz ist im Laufe der Zeit gewachsen und hat sich sektorübergreifend verändert. Statistiken des Ministeriums zeigen beispielsweise, dass die Gesamtzahl der Krankenhäuser im Jahr 2015 über 1.500 betrug, wobei ein großer Anteil davon in öffentlicher und privater Trägerschaft war. Nationale Initiativen haben bereits messbare Ergebnisse erzielt – einem öffentlichen Bericht zufolge erhielten seit 2013 145 Krankenhäuser ein Zertifikat für Barrierefreiheit. Die tatsächliche Bewährungsprobe zeigt sich aber darin, ob gehörlose Menschen im Alltag verlässlichen Zugang zu barrierefreier Kommunikation erhalten – und nicht nur dort, wo einzelne Einrichtungen bereits vorbildliche Strukturen geschaffen haben.

Schließlich können selbst die Zahlen zu Behinderung und Hörbeeinträchtigung je nach Datenquelle und Definition variieren – die Berichterstattung der türkischen Behindertendatenbank und die auf Umfragen basierenden Schätzungen stimmen nicht immer überein – daher muss die Planung barrierefreier Angebote bestehende Unsicherheiten berücksichtigen und gleichzeitig Lösungen entwickeln, die unter realen Bedingungen zuverlässig funktionieren.

Das Heal Rahmenwerk bietet Ihnen nicht nur einen allgemeinen Überblick über den aktuellen Stand der Technik in den Partnerländern, sondern auch eine Liste mit Ressourcen und Referenzen, die für Ihre tägliche Arbeit im Gesundheitswesen hilfreich sein können. Besuchen Sie unsere Website über den Link oder QR-Code und entdecken Sie, welche Tools in Ihrem Land bereits verfügbar sind.

Filter helfen Ihnen, die Ressourcen und Referenzen zu durchsuchen, damit Sie schnell und einfach finden, was Sie brauchen.

Wenn Sie weitere Ressourcen hinzufügen möchten, wenn Sie Tools kennen, die hier nicht aufgeführt sind und die für die Zugänglichkeit des Gesundheitssystems für die Gehörlosengemeinschaft nützlich wären, besuchen Sie bitte unsere Website und kontaktieren Sie uns!

THE GUIDEBOOK

RESIST

Research, Interview, and Survey Tables

[https://projectheal.eu/
resist-the-guidebook/](https://projectheal.eu/resist-the-guidebook/)





UMFRAGEN

Die Zielgruppe gibt Feedback

**„NICHTS ÜBER UNS
OHNE UNS.“**

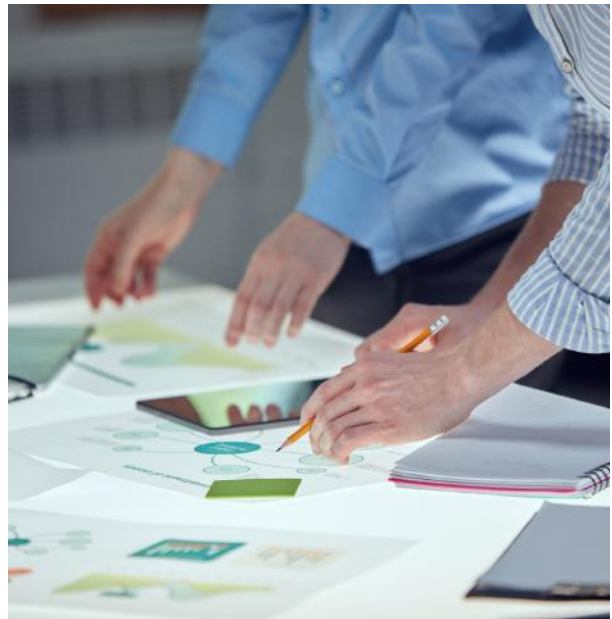
VEREINTE NATIONEN

Um zu verstehen, wie „barrierefreie Gesundheitsversorgung“ im Alltag tatsächlich umgesetzt wird – über gesetzliche Vorgaben und Richtlinien hinaus –, haben wir eine koordinierte Umfrage in sechs Ländern durchgeführt. Das Ziel war praxisorientiert: Erfasst werden sollten die tatsächlichen Erfahrungen, Herausforderungen und Rahmenbedingungen im Bereich der Kommunikation – insbesondere im Hinblick auf gehörlose Menschen, den Zugang zu Gebärdensprache sowie das umfassendere Konzept einer barrierefreien Kommunikation im Gesundheitswesen. Dieser Abschnitt beschreibt die Konzeption und Durchführung der Umfrage und ermöglicht es den Leser*innen, die Ergebnisse im entsprechenden Kontext zu interpretieren.

Die Methodik

Um die Vergleichbarkeit der erhobenen Daten sicherzustellen, wurde in allen Partnerländern ein einheitliches Vorgehen angewendet. Die Projektpartner entwickelten zunächst gemeinsam einen standardisierten Fragebogen, der in allen Ländern mit denselben Kernfragen eingesetzt wurde. Lediglich geringfügige Anpassungen wurden vorgenommen, wenn diese aufgrund unterschiedlicher nationaler Gesundheitsstrukturen oder spezifischer Terminologien erforderlich waren.

Anschließend wurde der Fragebogen übersetzt und einer lokalen Prüfung unterzogen, um Verständlichkeit, sprachliche Angemessenheit und kulturelle Sensibilität sicherzustellen – insbesondere im Hinblick auf Formulierungen zu Behinderung, Gehörlosengemeinschaften und Erfahrungen im Gesundheitswesen. Dabei stand nicht nur die sprachliche Genauigkeit im Vordergrund, sondern auch die funktionale Zugänglichkeit: Die Fragen sollten verständlich, eindeutig und respektvoll formuliert sein. Die Teilnehmenden wurden über die Netzwerke der Projektpartner aus den Bereichen Gesundheitswesen, Interessenvertretung von Menschen mit Behinderungen und sozialen Einrichtungen gewonnen. Jedes Land nutzte passende lokale Wege – beispielsweise Kontakte zu Einrichtungen und öffentliche Informationskanäle –, um Menschen zu erreichen, die eigene Erfahrungen mit Barrieren und Barrierefreiheit im Gesundheitswesen haben.



Wichtig ist, dass wir Barrierefreiheit nicht als einzelnes „Merkmal“ betrachteten, sondern als ein Bündel von Bedingungen, die darüber entscheiden, ob die Versorgung nutzbar ist: physischer Zugang, Kommunikationszugang, Verständlichkeit der Informationen und die Verfügbarkeit von Unterstützung (einschließlich Dolmetscher*innen- und Assistenzsystemen).

Da die Umfrage persönliche Erfahrungen und potenziell sensible Situationen berührte, wählten wir einen ethisch und datenschutzkonformen Ansatz. Die Teilnahme war freiwillig, und in der Einleitung der Umfrage wurde erläutert, welche Daten warum erhoben und wie sie in der Projektberichterstattung verwendet werden. Wir vermieden die Erhebung unnötiger personenbezogener Daten und konzentrierten uns auf wiederkehrende Herausforderungen statt auf einzelne persönliche Fälle, damit die Ergebnisse Empfehlungen ermöglichen, ohne die Teilnehmenden zu gefährden.





Nach Abschluss der Datenerhebung überprüften die Partner die Ergebnisse in ihren jeweiligen Ländern und stellten sie anschließend in einem gemeinsamen Format für die länderübergreifende Auswertung zusammen. Dadurch konnten nationale Unterschiede berücksichtigt und gleichzeitig gemeinsame Themen in den verschiedenen Ländern identifiziert werden. Dazu gehörten beispielsweise Situationen, in denen politische Vorgaben zwar vorhanden sind, aber unterschiedlich umgesetzt werden, oder Bereiche, in denen gute Ansätze bestehen, jedoch noch stark von einzelnen Initiativen und nicht von festen Strukturen abhängen.

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse jedes Landes im jeweiligen Kontext dargestellt. Anschließend folgt eine vergleichende Analyse, die zeigt, welche Herausforderungen strukturelle Ursachen haben, welche durch lokale Bedingungen beeinflusst werden und in welchen Bereichen Veränderungen besonders wirksam sein können.

**Um die beiden
Berichte
einzusehen,
besuchen Sie
unsere Website
oder scannen Sie
den QR-Code.**

[https://projectheal.eu/
/resist-the-
guidebook/](https://projectheal.eu/resist-the-guidebook/)



Eckdaten Fachkräfte



Insgesamt nahmen 94 Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen aus sechs Ländern teil.

Überwiegend weibliche Teilnehmende (Italien 77 %, Bulgarien 60 %, Zypern 90 %, Deutschland 62,5 %).

Das Alter liegt überwiegend zwischen 31 und 60 Jahren (Bulgarien stark 51–60; Italien 51–60; Zypern 31–40; Österreich und Deutschland jüngere Verteilung).

Das Bildungsniveau ist im Allgemeinen hoch (die meisten Absolventen haben einen Master- oder Dokortitel in Bulgarien, Österreich und Zypern).

beruflicher Hintergrund: Krankenschwestern, Ärzte, Sozial-/Gesundheitsfachkräfte, Verwaltungspersonal, Freiwillige.

Die überwiegende Mehrheit sind hörend (100 % Bulgarien, Zypern; 90 % Österreich), während in Österreich und Deutschland auch gehörlose/schwerhörige Fachkräfte befragt wurden

Gebärdensprachkompetenz:

Sehr niedrig in Österreich, Zypern, Bulgarien
Mäßig in der Türkei

Sehr hoch in Italien und Deutschland (viele fließende Gebärdensprachnutzer)

In allen Ländern haben die meisten Fachkräfte mindestens einmal Erfahrungen mit gehörlosen oder schwerhörigen Patienten gemacht.

Häufig berichtete Erfahrungen:

Abhängigkeit von Schrift, Gesten, Lippenlesen und Familienmitgliedern

Schwierigkeiten bei der Erhebung genauer klinischer Informationen

Positive Erfahrungen, wenn

Dolmetscher*innen oder Gebärdensprache verfügbar waren

Frustration aufgrund der Unfähigkeit, direkt mit dem Patienten zu kommunizieren

Was gut funktionierte:

Blickkontakt, ruhige Interaktion, visuelle Hilfsmittel, schriftliche Kommunikation

Anwesenheit von Dolmetscher*innen (vor Ort oder per Fernzugriff)

Fachkräfte mit Gebärdensprachkenntnissen berichten von reibungsloser Kommunikation (Österreich, Deutschland).

Was nicht funktionierte:

Mangel an Dolmetscher*innen

Übermäßiges Vertrauen ins Lippenlesen

Zeitaufwändige Kommunikation

Missverständnisse bezüglich der Bedürfnisse gehörloser Patient*innen

Eckdaten Gehörlosen gemeinschaft



Stichprobengröße und Geschlecht:

Italien: 20 Antworten. Die Mehrheit war weiblich (65 %).

Türkei: 12 Antworten. Alle Befragten (100 %) waren männlich und wurden hauptsächlich über einen Sportverein rekrutiert.

Deutschland: 32 Antworten. Die Mehrheit war männlich (62,5 %).

Österreich: 15 Antworten. Die Mehrheit war weiblich (60 %).

Bulgarien: 15 Antworten.

Zypern: 6 Antworten. Die Mehrheit davon waren Frauen.

Alter:

Teilnehmende in Italien und Zypern überwiegend jung, meist im Alter von 20–30 Jahren; Türkei: meist im Alter von 31–40 Jahren; Österreich, Bulgarien, Deutschland: breitere Altersverteilung 31–60

Der Bildungshintergrund reicht von der High School bis zum Universitätsabschluss:

Ich bevorzuge folgende Kommunikationsform: Gebärdensprache (nationale Varianten: LIS, TlD, DGS, ÖGS, CSL, BgSL) ist in allen Ländern die bevorzugte Kommunikationsmethode.

Schriftliche Kommunikation und gemischte Methoden (zweisprachig) stellen eine sekundäre Präferenz dar.

Die Erfahrungen sind überwiegend negativ bis neutral.

Italien: 40 % negativ, 30 % neutral.

Deutschland: Viele berichteten von traumatischen Erlebnissen, insbesondere in Notfällen oder Krankenwägen, wo sich das Personal weigerte, die Masken abzunehmen oder schriftlich zu kommunizieren.

Bulgarien: Teilnehmende berichteten, ignoriert worden zu sein oder dass Ärzte mit hörenden Angehörigen anstatt mit Patient*innen sprachen.

Türkei: Die Teilnehmenden merkten an, dass Mitarbeiter*innen oft behaupten, Gebärdensprache zu beherrschen, aber nur wenig können, was zu Verwirrung führt.

Besondere Schwierigkeiten:

Häufige Verhaltensmuster sind Ungeduld, Schreien (als ob Lautstärke helfen würde), die Weigerung, Notizen zu schreiben, und die Verwendung komplexer medizinischer Fachbegriffe.

In Österreich betrafen konkrete Vorfälle medizinische Eingriffe (z. B. Operationen, Untersuchungen), die ohne vorherige Erklärung durchgeführt wurden und Schock und Verunsicherung auslösten.



INTERVIEWS

Die Gemeinschaft ist unsere Stärke

Dieser Bericht dient als zusammenfassende Analyse der Interviews und Fokusgruppen, die im Rahmen des HEAL-Projekts in den Partnerländern Italien, Österreich, Bulgarien, Zypern, Deutschland und der Türkei durchgeführt wurden. Hauptziel dieser Aktivitäten war es, die spezifischen Lücken im Gesundheitssystem hinsichtlich der Barrierefreiheit für Gehörlose zu ermitteln und die für die nachfolgenden Arbeitspakete erforderlichen Grundstrukturen zu identifizieren. Der Bericht umfasst qualitative und quantitative Daten, die zwischen Juni und Oktober 2025 in sechs verschiedenen Ländern erhoben wurden.

INTERVIEWS UND FOKUSGRUPPEN

Direkter Kontakt mit der Zielgruppe

Ziel dieses Berichts ist es, die wichtigsten qualitativen Ergebnisse dieser Aktivitäten zusammenzufassen und gemeinsame Herausforderungen, unerfüllte Bedürfnisse und strukturelle Lücken im Bereich der Kommunikationszugänglichkeit für gehörlose Menschen im Gesundheitswesen aufzuzeigen. Anstatt länderspezifische Ergebnisse separat darzustellen, verfolgt der Bericht einen integrierten thematischen Ansatz, um gemeinsame Muster und übergreifende Probleme zu erfassen.

In allen Partnerkontexten wurden Kommunikationsbarrieren als größte Herausforderung identifiziert, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung in jeder Phase beeinträchtigen – von der Terminvereinbarung über Beratungen und Nachsorge bis hin zur Notfallversorgung. Obwohl Dolmetscher* innen und digitale Hilfsmittel in einigen Einrichtungen verfügbar sind, ist deren Nutzung nach wie vor uneinheitlich, unzureichend institutionalisiert und weitgehend von Eigeninitiative statt von systemischer Bereitstellung abhängig. Die Ergebnisse unterstreichen den Bedarf an strukturierter Ausbildung von medizinischem Fachpersonal, klareren institutionellen Standards und nachhaltigen Maßnahmen zur Zugänglichkeit. Dieser Bericht liefert eine qualitative Evidenzgrundlage für die Entwicklung des theoretischen Rahmens von HEAL, der Schulungsmodule und der Pilotprojekte.

Dieser zusammenfassende Bericht ordnet die qualitativen Ergebnisse dieser Aktivitäten in einem einheitlichen Analysemodell zusammen. Durch die Fokussierung auf gemeinsame Themen und wiederkehrende Erfahrungen geht der Bericht über lokale Kontexte hinaus und trägt zu einem umfassenderen europäischen Verständnis der Herausforderungen im Bereich der Barrierefreiheit im Gesundheitswesen bei.

Die hier vorgestellte integrierte Analyse unterstützt unmittelbar die nachfolgenden Arbeitspakete des HEAL-Projekts, insbesondere jene, die sich mit der Ausbildungsentwicklung, dem Kapazitätsaufbau und der praktischen Umsetzung befassen. Die Datenerhebung umfasste Fokusgruppen und Einzelinterviews in sechs Partnerländern. Insgesamt wurden ausführliche Gespräche mit über 35 wichtigen Akteuren geführt.

Die Studie berücksichtigte ein breites Spektrum an Interessengruppen. Die in den Berichten aufgeführte Teilnehmendenverteilung stellt sich wie folgt dar:
Gehörlose Personen: Teilnehmende, die von ihren Erfahrungen mit Kommunikationsbarrieren berichten (z. B. 2 Teilnehmende in Zypern, 2 Teilnehmende in der Türkei, 3 Teilnehmende in Deutschland, 1 Teilnehmende in Italien).

Gesundheitsfachkräfte: Ärzt* innen, Krankenschwestern, Zahnarzthelfer* innen, Diätassistent* innen und Ergotherapeut* innen (z. B. 4 Gesundheitsfachkräfte in Österreich, 1 Krankenschwester und 1 Zahnarzthelfer in Zypern, 5 Fachkräfte in Italien).

Dolmetscher* innen & Expert* innen:

Gebärdensprachdolmetscher* innen und Expert* innen für die Rechte von Menschen mit Behinderungen.

Kategorie	Anzahl	Prozent
gehörlose Teilnehmende	≥11	≥34%
Fachkräfte im Gesundheitswesen	≥16	≥50%
Gebärdensprachdolmetscher* innen/Expert*innen für Barrierefreiheit	≥5	≥16%



„Es geht nicht nur um Kommunikationsmittel – wir brauchen auch eine Systemänderung.“

Land	Teilnehmende	Befragungsrunden	Methode
Deutschland	5	5	Interview
Österreich	5	5	Interview
Türkei	6	1	Fokusgruppe
Zypern	5	4	Fokusgruppe & Interview
Bulgarien	≥5	1	Fokusgruppe
Italien	5	5	Interview

Format: Die Sitzungen fanden je nach Präferenz der Teilnehmenden sowohl in Präsenz (in Besprechungsräumen von Krankenhäusern, Büros) als auch über Online-Plattformen (Zoom, Google Meet, WhatsApp) statt. Um die vollständige Zugänglichkeit zu gewährleisten, wurden Gebärdensprachdolmetscher*innen eingesetzt.

Alle Aktivitäten folgten den gemeinsamen HEAL Fokusgruppen Richtlinien und befassten sich mit den Themenbereichen Kommunikation, Tools und Unterstützungsmechanismen, Zugänglichkeit und zusätzliche Bedürfnissen. Die Sitzungen wurden je nach lokalen Gegebenheiten entweder online oder in Präsenz durchgeführt, wobei angemessene Zugänglichkeitsmaßnahmen gewährleistet wurden.

Es wurden Interviews und Fokusgruppen mit gehörlosen Personen, Fachkräfte im Gesundheitsbereich, Gebärdensprachdolmetscher*innen, Expert*innen für Barrierefreiheit und Behinderung sowie Vertreter*innen von Gehörlosenorganisationen und Interessenvertretungen durchgeführt.

Thema	Reichweite
Kommunikationsbarrieren	100%
Mangel an Dolmetschungen	80%
Probleme beim Zugang zu Notfallversorgung	100%
unzureichende Schulung des Personals	100%
Bedarf an digitalen Hilfsmitteln	100%
Lücken bei der Umsetzung von Barrierefreiheitsrichtlinien	80%



„Vom Moment meiner Einlieferung ins Krankenhaus an erfordert alles zusätzliche Anstrengung. Was für andere normal ist, ist für mich doppelt so schwer.“

„In Notfällen ist es noch schlimmer, weil alles von Telefonanrufen abhängt, was mich völlig ausschließt.“



Thema 1

Kommunikation

Eine übereinstimmende Erkenntnis in allen Ländern ist, dass die Kommunikation nach wie vor das größte Hindernis darstellt.

Zeit und Geschwindigkeit: Ärzte sprechen oft zu schnell und nehmen sich zu wenig Zeit (wie in Berichten aus der Türkei und Deutschland hervorgehoben wird), was es gehörlosen Patienten erschwert, die Diagnosen zu verstehen.

Notfälle: Die Abhängigkeit von telefonischen Terminvergabe- und Notrufsystemen (wie der 112) schließt gehörlose Menschen aus.

Teilnehmer in Bulgarien fassten dies mit den Worten zusammen: „In Notfällen hängt alles von Telefonanrufen ab, was mich völlig ausschließt.“

Datenschutz: Der Mangel an professionellen Dolmetschern zwingt die Patienten, sich auf Familienmitglieder zu verlassen, was die Privatsphäre der Patienten beeinträchtigt.

Kommunikationsbarrieren im Gesundheitswesen.

Die Kommunikation erwies sich in allen Interviews und Fokusgruppen als die zentrale und am weitesten verbreitete Herausforderung.

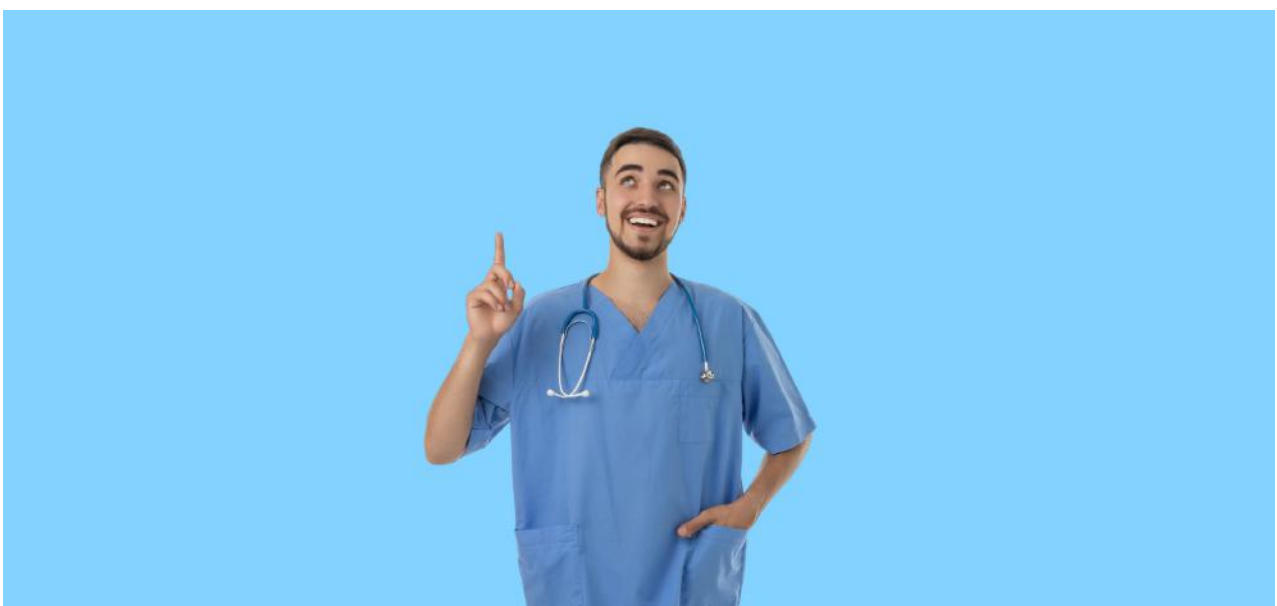
Gehörlose Teilnehmende berichteten übereinstimmend von Schwierigkeiten im gesamten Behandlungsprozess, darunter Terminvereinbarungen, Kommunikation während der Sprechstunde, Verständnis von Diagnosen und Behandlungsplänen sowie der Zugang zu Nachsorgeinformationen.

Telefonbasierte Systeme wurden als großes Hindernis identifiziert, insbesondere in Notfallsituationen.

Die Fachkräfte im Gesundheitswesen erkannten diese Herausforderungen an und berichteten von begrenzten Schulungen und mangelndem Selbstvertrauen in der Kommunikation mit gehörlosen Patienten. Die Kommunikation beruhte häufig auf improvisierten Strategien wie schriftlichen Notizen, Spracherkennungsanwendungen oder Familienangehörigen als Vermittler.

Die Teilnehmenden berichteten häufig über wahrgenommene Ungleichbehandlung und Ausgrenzung im Gesundheitswesen und schilderten, dass sie sich wie Patient*innen zweiter Klasse fühlten.

„Die Kommunikation funktioniert gut, wenn Fachkräfte die Gebärdensprache beherrschen.“



Thema 2

Werkzeuge

Die bestehenden digitalen Werkzeuge reichen nicht aus.

Bedarf: Die Teilnehmenden forderten die Verfügbarkeit von Tablets in Arztpraxen, die mit Video-Ferndolmetschdiensten (VRI) verbunden sind.

Aktueller Stand: Apps wie Google Live Transcribe werden zwar genutzt, weisen aber eine hohe Fehlerquote bei medizinischer Terminologie auf. In Österreich gilt die App „DEC 112“ als Fortschritt, ist aber noch nicht weit verbreitet.

Alle Länder (100 %) betonten die dringende Notwendigkeit digitaler und professioneller Werkzeuge (siehe Tabelle unten).

Italien, Deutschland und Österreich berichten von Fortschritten bei der Videodolmetschung und digitalen Hilfsmitteln, doch die Verfügbarkeit ist weiterhin unzureichend.

- Die Türkei, Bulgarien und Zypern betonen den Mangel an institutionellen Dolmetscherdiensten.

Bulgarien: „Jede Arztpraxis sollte über ein Tablet verfügen, das mit einem Gebärdensprachdolmetscher verbunden ist.“

„Ein Drittel gab an, keine Hilfsmittel zu verwenden, weil sie nicht wussten, dass es sie gibt.“

„Jede Arztpraxis sollte über ein Tablet verfügen, das mit einem Gebärdensprachdolmetscher verbunden ist.“

„Wir haben verschiedene Mittel eingesetzt: Telezeichen, Dolmetscher* innen, Bilder, schriftliche Kommunikation.“

Benötigte Tools	Länder
Live-Gebärdensprachdolmetschung	6
Textbasierte Notfalldienste	6
Medizinisches Gebärdensprachlexikon	6
Digitale Schulung des Personals	6

Thema 3

Zugänglichkeit

Barrierefreiheit wird nicht nur als physischer Zugang verstanden, sondern als Ausdruck eines systemischen Versagens.

Rechtliche Lücken: Selbst in Ländern, in denen Gebärdensprache gesetzlich anerkannt ist – wie beispielsweise in Bulgarien (seit 2021) und Österreich –, bleibt die praktische Umsetzung in Krankenhäusern uneinheitlich.

Wartebereiche: Die Abhängigkeit von ausschließlich akustischen Hinweisen, etwa beim Aufruf von Namen, führt dazu, dass gehörlose Patient*innen ihren Termin oder ihre Untersuchung verpassen und dadurch erheblichen Stress und Unsicherheit erleben.

Thema 4

Lösungsvorschläge

Schulung: Für Mitarbeitende im Gesundheitswesen müssen obligatorische, kurze Schulungsmodule zu Gebärdensprache und Sensibilisierung für Gehörlosigkeit eingerichtet werden.

Beschwerdemechanismus: Es muss ein klarer Mechanismus (z. B. ein Ombudsmann) eingerichtet werden, um Verstöße gegen die Zugänglichkeit zu ahnden.

Inklusion: Eine nachhaltige Teilhabe erfordert, dass Gehörlosenorganisationen nicht nur konsultiert werden, sondern aktiv an Entscheidungsprozessen beteiligt sind und eine zentrale Rolle bei der Gestaltung von Politik und Maßnahmen übernehmen.

- Neben Kommunikation, Werkzeugen und Zugänglichkeit betonten alle Partnerländer tiefgreifende systemische Probleme.
- Verletzung der Privatsphäre bei der Interpretation durch Familienmitglieder
- ethische Risiken einer Fehldiagnose
- Ungleichheit beim Zugang zu Notfalldiensten

(siehe Tabelle unten)

„Die Teilnahme an der Umfrage hat mich zum Nachdenken angeregt, was ich noch tun könnte.“

Strukturelles Problem	Prozentsatz
Fehlende institutionelle Richtlinien	80%
Mangel an strukturierten Schulungsangeboten für Mitarbeitende	100%
Unzureichende finanzielle Mittel für Inklusionsmaßnahmen	80%
Ethische Herausforderungen (Privatsphäre, Selbstbestimmung)	100%



Schlussfolgerungen

Die im Rahmen des HEAL-Projekts in sechs Ländern erhobenen Daten bestätigen quantitativ und qualitativ, dass die derzeitigen Gesundheitssysteme den Bedürfnissen gehörloser Patient*innen nicht ausreichend gerecht werden. Alle Befragten gaben an, professionelle Unterstützung (Dolmetscher*innen oder digitale Hilfsmittel) in der Kommunikation zu benötigen.

Die wichtigsten Schlussfolgerungen für das Grundlagenwerk lauten:

- Technologie allein reicht nicht aus; eine Mitarbeiterschulung ist unerlässlich.
- Dolmetschleistungen müssen institutionalisiert werden; die Abhängigkeit von der Familie muss ein Ende haben.

Die Ziele des HEAL-Projekts (Glossar, Schulungsmaterialien) decken sich perfekt mit den dringenden Bedürfnissen, die vor Ort festgestellt wurden.

Es bestehen weiterhin Kommunikations- und Zugänglichkeitsbarrieren. Die Ergebnisse bilden eine solide qualitative Grundlage für die nächsten Phasen des HEAL-Projekts.

Dieser Bericht belegt eindeutig, dass die Barrieren, mit denen gehörlose Menschen im Gesundheitswesen konfrontiert sind, strukturell, systembedingt und in ganz Europa fortbestehen. Die Übereinstimmung der Ergebnisse in sechs Ländern bestätigt, dass die Herausforderungen der Barrierefreiheit keine Randthemen, sondern Kernmängel der bestehenden Gesundheitssysteme darstellen.

Das HEAL-Projekt bietet eine wissenschaftlich fundierte, ethisch vertretbare und operativ umsetzbare Antwort. Durch die Verknüpfung von Forschung, Bildung, digitaler Innovation und der Entwicklung praxisorientierter Empfehlungen für Politik und Praxis schafft HEAL ein europaweit übertragbares Modell für eine inklusive und barrierefreie Gesundheitskommunikation.

Wichtigste Schlussfolgerungen:

Kommunikation ist die Grundlage für Chancengleichheit im Gesundheitswesen. Digitale Hilfsmittel und professionelle Dolmetscher*innen sind nicht mehr optional, sondern unerlässlich. Die Weiterbildung von medizinischem Fachpersonal muss verpflichtend und kontinuierlich werden. Barrierefreiheit muss durch Richtlinien, Finanzierung und Überwachung institutionalisiert werden.

**„NIEMAND IN DIESEM SYSTEM WILL UNS
SCHADEN; SIE KENNEN EINFACH UNSERE
BEDÜRFNISSE NICHT.“**

„ES BESTEHT EIN ENORMER SCHULUNGSBEDARF.“

HEALTHCARE ENVIRONMENT NEEDS ACCESSIBLE LANGUAGE



Das
Konsortium



Besuchen Sie uns
auf unserer
Website

<https://projectheal.eu/>

Gefördert von der Europäischen Union. Die geäußerten Ansichten und Meinungen sind jedoch ausschließlich die der Autoren und spiegeln nicht notwendigerweise die der Europäischen Union oder der Exekutivagentur für Bildung und Kultur (EACEA) wider. Weder die Europäische Union noch die EACEA übernehmen dafür die Verantwortung.



Co-funded by
the European Union