

### **Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen (Vorstudie). Teilbericht I (Hauptbericht), Darstellung der medizinischen Wirkungsketten, die dem Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen zugrunde liegen**

Gehrig, Matthias; Graf, Iris

Veröffentlichungsversion / Published Version

Forschungsbericht / research report

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

#### **Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:**

Gehrig, M., & Graf, I. (2009). *Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen (Vorstudie). Teilbericht I (Hauptbericht), Darstellung der medizinischen Wirkungsketten, die dem Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen zugrunde liegen*. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG.  
<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-377913>

#### **Nutzungsbedingungen:**

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

#### **Terms of use:**

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

## **Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen (Vorstudie)**

**Teilbericht I (Hauptbericht):** Darstellung der medizinischen Wirkungsketten, die dem Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen zugrunde liegen.

[Nebenberichte: **Teilbericht II:** Fallstudien, die den Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen illustrieren, **Teilbericht III:** Methodisches Konzept zur quantitativen Bestimmung der Kosten und Nutzen des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen im Gesundheitswesen, **Teilbericht IV:** Überlegungen zur Marketingkommunikation «Interkulturelles Übersetzen im Gesundheitswesen»]

Im Auftrag von:

Bundesamt für Gesundheit

Frau Michèle Baehler

Herr Thomas Spang

Matthias Gehrig, Iris Graf

Bern, 23. November 2009

# Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>I</b>
<b>Zusammenfassung</b>	<b>III</b>
<b>1 Ausgangslage, Fragestellung, Textaufbau</b>	<b>1</b>
1.1 Ausgangslage und Fragestellung	1
1.2 Aufbau des Berichts	4
<b>2 Begriffe und Methodik</b>	<b>5</b>
2.1 Begrifflichkeiten und Abkürzungen	5
2.2 Verwendete Erhebungsmethoden	6
2.3 Hinweise zur Literaturanalyse	7
<b>3 Der Einsatz von Übersetzungshilfen in den befragten Institutionen</b>	<b>9</b>
3.1 Kantonsspital Olten	9
3.1.1 Organisation der ikÜ-Einsätze	9
3.1.2 Finanzierung der ikÜ-Einsätze	10
3.2 Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	10
3.2.1 Organisation der ikÜ-Einsätze	10
3.2.2 Finanzierung der ikÜ-Einsätze	11
3.3 Inselspital Bern	11
3.3.1 Organisation der ikÜ-Einsätze	11
3.3.2 Finanzierung der ikÜ-Einsätze	13
<b>4 Die Sprachbarrieren und ihre Anforderungen an die Dolmetschenden</b>	<b>14</b>
4.1 Eine Typologie der sprachlich-kulturellen Barrieren	14
4.2 Wörtliche Übersetzung, Übersetzung von kulturellen Bedeutungszusammenhängen und medizinisches Fachwissen der Dolmetschenden	15
4.3 Der Einsatz von Ad-hoc-Dolmetschenden	18
<b>5 Das Kosten-Nutzen-Modell</b>	<b>21</b>
5.1 Kosten, Nutzen und Nettonutzen als Differenz	21
5.2 Mögliche Perspektiven der Kosten-Nutzen-Analyse	26
5.3 Das medizinische Wirkungsmodell	28
<b>6 Direkte Kosten des ikÜ: Einsatzkosten</b>	<b>34</b>
<b>7 Indirekte Kosten des ikÜ: Mengenausweitung</b>	<b>37</b>
7.1 Moralphilosophischer Exkurs: Interpretation einer ökonomisch ineffizienten Mengenausweitung	38

7.2	Unterversorgung, Sprachbarrieren und Mengenausweitung	41
<b>8</b>	<b>Direkter Nutzen des ikÜ: Effizienzgewinne</b>	<b>44</b>
8.1	Erhöhung der Gesprächsgeschwindigkeit	44
8.2	Reduktion der Unsicherheit der Gesundheitsfachpersonen	46
8.2.1	Reduktion der Anzahl objektiver medizinischer Tests	47
8.2.2	Reduktion der Spitalaufenthaltsdauer	48
8.2.3	Reduktion der Konsultationskadenz	49
8.3	Reduktion des Ärztetourismus	49
8.4	Reduktion der Spitalinanspruchnahmequote	51
8.5	Reduktion der Wahrscheinlichkeit von Fehldiagnosen	53
8.6	Reduktion der Wahrscheinlichkeit von falschen, nutzlosen und suboptimalen Behandlungen	55
<b>9</b>	<b>Indirekter Nutzen des ikÜ: Nutzen eines verbesserten Gesundheitszustandes</b>	<b>57</b>
9.1	Früherer Zeitpunkt der Diagnose und des Behandlungsbeginns	60
9.1.1	Ursachen eines verspäteten Behandlungsbeginns	60
9.1.2	Auswirkungen eines verspäteten Behandlungsbeginns	61
9.1.3	Vorsorge und Präventionsverhalten	63
9.2	Verbesserung der Compliance	64
9.2.1	Mangelndes medizinisches Wissen allophoner PatientInnen	64
9.2.2	Mangelnde Motivation der allophonen PatientInnen	66
9.2.3	Verbesserung der Compliance	67
9.3	Komplexe Wirkungszusammenhänge	69
<b>10</b>	<b>Schlussfolgerungen</b>	<b>71</b>
10.1	Stand der empirischen Forschung	71
10.2	Einschätzung der Kosten-Nutzen-Bilanz durch die befragten ExpertInnen	72
10.3	Globale Einschätzung der Kosten-Nutzen-Bilanz	73
<b>11</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>77</b>

## Zusammenfassung

Zurzeit leben in der Schweiz schätzungsweise 200'000 allophone Personen, d.h. fremdsprachige Personen, die nicht in der Lage sind, sich in einer der gängigen Landessprachen zu verständigen. Fehlende Sprachkenntnisse und damit einhergehend oft auch fehlende Kenntnisse der schweizerischen Institutionen stellen allophone Personen in unterschiedlichen Lebensbereichen vor Probleme. Einer dieser Bereiche ist das Gesundheitswesen: Allophone Personen sind mit einem Gesundheitswesen konfrontiert, mit dem sie nicht in ihrer Muttersprache oder einer anderen ihnen vertrauten Sprache kommunizieren können. Sprachliche und kulturelle Barrieren können durch den Einsatz von geschulten DolmetscherInnen, den sogenannten interkulturellen ÜbersetzerInnen, überwunden oder vermindert werden.

Für den Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen im Gesundheitswesen, insbesondere in den Spitälern und Kliniken, werden üblicherweise die folgenden zwei Argumente angeführt:

■ **Ethisches Argument:** Das ethische Argument besagt im Wesentlichen, dass der Zugang zu medizinischen Leistungen und der Anspruch eines jeden Menschen auf «die für seine Gesundheit notwendige Pflege» (Art. 41 Abs. 1b der Bundesverfassung) in der Schweiz ein Recht darstellen, das kein Gegenstand politischer Verhandlungen ist und das dem Geltungsbereich sozialer Interessensabwägungen entzogen ist. Deshalb ist es aus ethischer Sicht angezeigt, mit dem Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen einen diskriminierungsfreien Zugang der allophonen Bevölkerung zu medizinischen Leistungen sicherzustellen. Diskriminierungsfrei heisst dabei insbesondere, dass eine Qualität der medizinischen Leistungen sichergestellt wird, die mit derjenigen vergleichbar ist, in deren Genuss die einheimische Bevölkerung kommt.

■ **Juristisches Argument:** Das juristische Argument besagt zum einen, dass der Anspruch auf gleiche medizinische Versorgung vom Verfassungsrecht der Schweiz und dem Völkerrecht garantiert wird. Zum anderen verpflichten die gesetzlichen Regelungen zum Patientendekret den Staat, sicherzustellen, dass in den öffentlichen Spitälern die Aufklärung von PatientInnen und das Einholen ihrer Einwilligung zu medizinischen Eingriffen nicht von Sprachbarrieren verhindert werden.

Darüber hinaus wird für den Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen oft ein **ökonomisches Argument** angeführt: Dieses besagt, dass sich der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen im Gesundheitswesen auch ökonomisch

rentiert. Das ökonomische Argument folgt dabei der folgenden Logik: Verständigungsprobleme zwischen Gesundheitsfachpersonen und allophonen PatientInnen können zum einen zu einer *medizinischen Unterversorgung* führen, die überproportional hohe Kosten in der Zukunft aufgrund ungünstiger Krankheitsverläufe verursacht. Zum anderen können Sprachbarrieren zwischen allophonen PatientInnen und Gesundheitsfachpersonen kurzfristig in einer ineffizienten *medizinischen Überversorgung* der allophonen Bevölkerung resultieren, die im Gesundheitswesen unmittelbar höhere Kosten auslöst.

Das ethische, das juristische und das ökonomische Argument setzen die Gültigkeit eines **medizinischen Arguments** voraus, das im Einsatz von geschulten Übersetzungshilfen eine medizinische Notwendigkeit sieht. Die Notwendigkeit liege zum einen darin begründet, dass sich das Gesundheitsfachpersonal bei Anamnese, Diagnose, Beurteilung des Krankheitsverlaufs und Behandlung nicht nur auf objektive Daten verlassen kann, sondern für eine effiziente und fundierte Beurteilung wesentlich auf die Sicht der Patientin oder des Patienten angewiesen ist. Die medizinische Notwendigkeit des Einsatzes von geschulten Übersetzungshilfen ergebe sich zum anderen daraus, dass die moderne Medizin in vielen Fällen auf die Herbeiführung von Verhaltensänderungen der PatientInnen abzielt: Diese sind aufgefordert, regelmässig Vorsorgeuntersuchungen wahrzunehmen, präventive Massnahmen gegen Krankheiten durchzuführen (Sonnenschutz, Kariesschutz, gesunde Ernährungsweise etc.) und bei Krankheiten ihr Verhalten kurzfristig (regelmässige Einnahme von Medikamenten, Mitarbeit bei Therapien) oder langfristig (Ernährungsumstellungen etc.) entsprechend zu verändern. Eine Sprachbarriere zwischen PatientInnen und Gesundheitsfachpersonen verhindert, in vollem Umfang auf die Ressourcen einzelner Patientinnen und Patienten zurückgreifen zu können, was sich negativ auf den Gesundheitsverlauf bzw. den Genesungsprozess auswirken kann.

Da die Auswirkungen des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen im Gesundheitswesen noch nie im Rahmen einer umfassenden ökonomischen Kosten-Nutzen-Analyse untersucht worden sind, muss das ökonomische Argument als Hypothese bezeichnet werden.

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) beauftragt, eine Vorstudie zum Thema «Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen» zu erarbeiten. Die Vorstudie verfolgt dabei die folgenden drei Ziele:

■ Qualitative Darstellung der medizinischen Wirkungsketten, die den Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens zu Grunde liegen (**Teilbericht I**).

■ Darstellung der Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen anhand von drei Fallbeispielen (**Teilbericht II**).

■ Prüfung der Durchführbarkeit (Machbarkeit) und Erarbeitung der konzeptuellen Voraussetzungen einer allfälligen Hauptstudie im Sinne einer quantitativen Kosten-Nutzen-Analyse (**Teilbericht III**).

Bei deren Erarbeitung der vorliegenden Vorstudie kamen folgende **Methoden** zur Anwendung:

■ **Literaturrecherche:** Analyse von 5 Meta-Studien zum Thema «Auswirkungen von Sprachbarrieren und des Einsatzes von Übersetzungshilfen im Gesundheitswesen».

■ **Experteninterviews:** Interviews mit 15 ExpertInnen, die in der Administration, in der Pflege oder als Arzt oder Ärztin des Inselspitals Bern, des Kantonsspitals Olten oder der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich tätig sind.

### Definition von Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens

Im Jahr 2008 wurden im Schweizer Gesundheitswesen rund 120'000 Einsatzstunden interkulturelles Übersetzen geleistet. Die Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens lassen sich bestimmen, indem man danach fragt, was passiert wäre, wenn keine interkulturelle ÜbersetzerInnen zur Verfügung gestanden wären. In diesem Fall wäre entweder gar nicht übersetzt worden oder die Übersetzungen wären in anderer Qualität von Angehörigen der allophonen PatientInnen oder bilingualen SpitalmitarbeiterInnen (sog. Ad-hoc-Dolmetschende) geleistet worden. Diese Überlegungen führen zu der Schlussfolgerung, dass durch den Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen die Interaktion (Inanspruchnahme) der allophonen Personen mit dem Gesundheitswesen und der Gesundheitszustand der allophonen PatientInnen verändert wurde, was zu ökonomischen Veränderungen führt. Diese ökonomischen Veränderungen gegenüber einem (hypothetischen) Schweizer Gesundheitswesen ohne interkulturelle ÜbersetzerInnen (Referenzszenario) sind die Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen. Die Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen stellen also eine Differenz zwischen der Realität und einem hypothetischen Vergleichszustand dar.

### Kosten des interkulturellen Übersetzens

Die **direkten Kosten** des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen lassen sich relativ einfach bestimmen:

■ **Arbeitskosten der interkulturellen ÜbersetzerInnen** (inkl. Reisezeitkosten und Reisespesen), die im Rahmen ihrer Einsätze in Institutionen des Gesundheitswesens anfallen.

■ **Kosten der Vermittlungsstellen**, der Stellen also, die interkulturelle ÜbersetzerInnen an die Versorgungsbetriebe des Gesundheitswesens vermitteln.

■ **Administrationskosten**, die in den Institutionen des Gesundheitswesens anfallen, wenn interkulturelle ÜbersetzerInnen angefordert und eingesetzt werden.

Diesen direkten Kosten des interkulturellen Übersetzens stehen die direkten Kosten gegenüber, die im Referenzszenario entstanden wären, wenn anstelle von geschulten DolmetscherInnen keine Übersetzungshilfen, Ad-hoc-Dolmetschende im Sinne von spitalinternen Sprachressourcen oder Ad-hoc-Dolmetschende im Sinne von Angehörigen der allophonen PatientInnen eingesetzt worden wären.

Der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen kann jedoch auch **indirekte Kosten** auslösen. Denn gerade in einer Situation, in welcher es eine medizinische *Unterversorgung* von allophonen Personen gibt, kann (und soll in vielen Fällen) der Einsatz von geschulten Dolmetschenden zu einer *erhöhten Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen* führen. Die indirekten Kosten des interkulturellen Übersetzens können deshalb als Kosten einer **«Mengenausweitung»** bezeichnet werden. Eine Mengenausweitung entsteht u.a. dann, wenn durch besseres Verstehen das Spektrum möglicher Behandlungen ausgeweitet wird, die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen steigt oder besser und differenzierter diagnostiziert werden kann. A priori ist davon auszugehen, dass nicht alle zusätzlichen medizinischen Leistungen, die kausal auf die Überwindung von Sprachbarrieren durch den Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen zurückgeführt werden können, eine positive Kosten-Nutzen-Bilanz aufweisen:

■ **«Unnötige» medizinische Leistungen:** Eine Mengenausweitung führt erstens zu einem negativen Nettonutzen, wenn aufgrund der Sprachmittlung zusätzliche Behandlungen vorgenommen werden, die in dem Sinne «unnötig» sind, als dass eine Nicht-Behandlung (z.B. infolge einer sprachlich verhinderten Diagnose) zu einem gleichen Heilungsergebnis führen würde. Ein solcher Tatbestand ist zum Beispiel bei

selbstheilenden Krankheiten oder in Fällen, in welchen «Vergessen kann heilen» gilt, denkbar.

■ «*Wirkungslose*» medizinische Leistungen: Eine Mengenausweitung führt zweitens dann zu einem negativen Nettonutzen, wenn die zusätzlichen medizinischen Leistungen wirkungslos sind.

■ «*Ökonomisch ineffiziente*» Leistungen: Eine Mengenausweitung führt drittens immer dann zu einem negativen Nettonutzen, wenn die zusätzlichen medizinischen Leistungen unabhängig davon, ob die PatientInnen allophon sind oder nicht, eine negative Kosten-Nutzen-Bilanz aufweisen.

Da in der Realität in den meisten Fällen ex ante (oder sogar ex post) nicht bekannt ist, ob eine Behandlung in diesem Sinne «unnötig», «unwirksam» oder «ökonomisch ineffizient» ist, stellt sich die Frage, ob solche zusätzlichen Kosten einer Mengenausweitung überhaupt als «Kosten des interkulturellen Übersetzens» interpretiert werden können. Alternativ könnte man sich etwa auf den Standpunkt stellen, derartige indirekte Kosten als «Kosten eines ungenügenden medizinischen Wissensstandes» zu interpretieren. Eine solche Sichtweise setzt sich allerdings dem Verdacht aus, das zugrundeliegende ökonomische Problem einfach «wegzudefinieren». Eine Interpretation von Kosten, die entstehen, weil sich das Gesundheitsverhalten der allophonen Bevölkerung demjenigen der autochthonen annähert, als «Kosten des interkulturellen Übersetzens» ist letztlich aus einer moralphilosophischen Perspektive problematisch, da sie in letzter Konsequenz ein «medizinisches Zweiklassensystem» begründet: allophone Personen haben im Gegensatz zu autochthonen Personen kein Recht, solche «unnötigen», «wirkunglosen» und «ökonomisch ineffizienten» medizinischen Leistungen zu beziehen. Dies ist nicht nur aus einer ethischen Sicht, sondern auch aus einer politisch-demokratischen Sicht problematisch. Denn ein «medizinisches Zweiklassensystem» entbehrt grundsätzlich jeglicher verfassungsmässiger oder gesetzlicher Basis und ist dementsprechend nicht legitimiert.

### Nutzen des interkulturellen Übersetzens

Auch bezüglich des Nutzens des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen können direkte und indirekte Nutzen differenziert werden.

**Direkter Nutzen** kann in Form von eingesparten Kosten im Gesundheitswesen entstehen, wenn durch den Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen reduziert werden kann, ohne dass darunter der Gesundheitszustand der entsprechenden allophonen Person leidet. Aus

diesem Grund können die direkten Nutzen auch als «**Effizienzgewinne**» bezeichnet werden: Durch den Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen kann das Ziel der medizinischen Leistung mit einem geringeren Ressourceneinsatz realisiert werden. Solche Effizienzgewinne sind in den Fällen wahrscheinlich, in denen Verständigungsprobleme zu einer medizinischen *Übersorgung* der allophonen PatientInnen führen. Eine solche Übersorgung, d.h. erhöhte, kostensuboptimale Inanspruchnahme des Gesundheitswesens infolge Sprachbarrieren, kann über verschiedene Wirkungsketten entstehen:

■ Sprachbarrieren können dazu führen, dass die allophonen PatientInnen die medizinischen Leistungen *verstärkt in Spitälern und weniger in ambulanten Arztpraxen* nachfragen. Eine solche Interaktion mit dem Gesundheitswesen ist suboptimal, da die Spitäler mit ihren komplexen Strukturen oft ungünstigere Kostenstrukturen als die kleinen und übersichtlichen Arztpraxen haben.

■ Sprachbarrieren vermindern die *Geschwindigkeit der medizinischen Dienstleistungserbringung*. Diese Verlangsamung kann dazu führen, dass die *Konsultationsdauer* und/oder die *Konsultationskadenz* erhöht werden muss.

■ Wenn eine Gesundheitsfachperson eine allophone Patientin oder einen allophonen Patienten nicht versteht, kann sie sich unsicher fühlen. Diese *Unsicherheit* kann dazu führen, dass die *Konsultationskadenz* und/oder die *Spitalaufenthaltsdauer* erhöht werden, mehr *objektive medizinische Tests* durchgeführt werden oder unnötige *Spitaleinweisungen* erfolgen.

■ Sprachbarrieren können dazu führen, dass die Menge der in Frage kommenden Diagnosen auf Basis des Anamnesegesprächs nicht genügend eingegrenzt werden kann, so dass im Rahmen der Diagnostik *zusätzliche objektive Testverfahren* (Radiologie etc.) appliziert werden müssen, die unmittelbar kostenrelevant sind.

■ Wenn allophone PatientInnen einer Gesundheitsfachperson ihre *medizinische Behandlungsgeschichte* aufgrund von Sprachbarrieren nicht adäquat kommunizieren können, kann dies dazu führen, dass die gleichen medizinischen Untersuchungen und Eingriffe *mehr als einmal* vorgenommen werden.

■ Wenn allophone PatientInnen ihre Krankheitssymptome nicht adäquat beschreiben und kommunizieren können, steigt die *Wahrscheinlichkeit von Fehldiagnosen und unnötigen Behandlungen*.

■ Sprachbarrieren können die *Arzt-Patienten-Beziehung*, das *Vertrauen*, das allophone PatientInnen den Ärzten und Ärztinnen entgegenbringen und die *Zufriedenheit* von allophonen Pati-

entInnen mit erfolgten medizinischen Konsultationen nachhaltig negativ tangieren. Derartige negative Auswirkungen können einen kosten-treibenden *Ärztetourismus* der allophonen Bevölkerung verursachen.

Auch der **indirekte Nutzen** des interkulturellen Übersetzens fällt in Form von eingesparten bzw. verhinderten Kosten an. Sie entstehen dann, wenn durch Einsätze von interkulturellen ÜbersetzerInnen *negative Krankheitsverläufe* verhindert werden können, die im Gesundheitswesen, in der Wirtschaft und in der Gesellschaft Kosten verursachen. Bezüglich des indirekten Nutzens können folgende **Nutzenarten** differenziert werden:

■ Nutzen in Form eingesparter zusätzlicher *Kosten im Gesundheitswesen*, die entstehen, wenn Verständigungsprobleme den Gesundheitszustand von allophonen PatientInnen negativ beeinflussen.

■ Nutzen in Form verhinderter *Produktionsausfälle in der Wirtschaft* (bezahlte Arbeit) und in der *Gesellschaft* (unbezahlte Arbeit) infolge von krankheitsbedingten *Absenzen, Invalidität* oder *Tod* sowie krankheitsbedingten *Produktivitätsverlusten*, die mit dem Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen verhindert werden können.

■ Nutzen in Form eingesparter bzw. verhinderter zusätzlicher *Kosten ausserhalb des Gesundheitswesens und der Wirtschaft*, die mit dem Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen verhindert werden können (Bildungswesen, Strafvollzug etc.).

Die Einsätze von geschulten DolmetscherInnen führen also dann zu einem indirekten Nutzen, wenn Sprachbarrieren überwunden werden können, die zu einem negativen Krankheitsverlauf geführt hätten. Sprachbarrieren können die Krankheitsverläufe von allophonen PatientInnen insbesondere im Rahmen der folgenden zwei Wirkungszusammenhänge negativ tangieren:

■ **Späterer Zeitpunkt des Einsetzens einer adäquaten Behandlung:** Sprachbarrieren können aufgrund verschiedener Kausalzusammenhänge – insbesondere aufgrund einer Unterversorgung der allophonen Bevölkerung bezüglich dem Erstzugang zu medizinischen Leistungen – dazu führen, dass eine adäquate medizinische Behandlung erst zu einem verhältnismässig späten Zeitpunkt eingesetzt werden kann. Mit dem zeitlichen Abstand zwischen Krankheitsentstehung und dem Einsetzen einer adäquaten Behandlung sinkt die *Heilungswahrscheinlichkeit* und nimmt die *Genesungsdauer* zu. Darüber hinaus können *zusätzliche Symptome* und *komorbide Störungen* auftreten und es kann zu einer *Chronifizierung* der Krankheit kommen. Dies führt letztlich dazu, dass die Behandlungs-

kosten mit dem zeitlichen Abstand zwischen Krankheitsentstehung und Diagnose überproportional stark steigen.

■ **Mangelnde Compliance (Adherence):** Sprachbarrieren können dazu führen, dass die Compliance (Therapietreue) allophoner PatientInnen ungenügend ist. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die allophonen PatientInnen die Therapieanweisungen nicht verstehen. Darüber hinaus können Sprachbarrieren das Vertrauen der allophonen PatientInnen in die Gesundheitsfachpersonen untergraben, so dass die Motivation zur aktiven Mitarbeit im Rahmen der angeordneten Therapie sinkt. Eine schlechte Compliance führt letztlich zu einem negativen Krankheitsverlauf, der mittels Sprachmittlung hätte verhindert werden können.

### Stand der empirischen Forschung

Einige der bisher referierten Wirkungszusammenhänge sind empirisch umstritten, andere wiederum wurden bisher empirisch überhaupt nicht untersucht. Vor dem Hintergrund der recherchierten Literatur, scheinen folgende Wirkungszusammenhänge **empirisch gültig** zu sein:

■ Durch den Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen steigt das relevante *medizinische Wissen* der allophonen PatientInnen.

■ Der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen erhöht die *Zufriedenheit* von allophonen PatientInnen bezüglich den beanspruchten medizinischen Leistungen und steigert das *Vertrauen* derselben in ihre Gesundheitsfachpersonen.

■ Der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen erhöht die *Compliance* allophoner PatientInnen.

■ Der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen wirkt sich positiv auf den weiteren *Krankheitsverlauf* bzw. den *Gesundheitszustand* aus.

■ Der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen erhöht kurzfristig die *Menge der medizinischen Leistungen*, die von allophonen PatientInnen beansprucht werden.

■ Der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen erhöht die *Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen*, denen sich allophone Personen unterziehen.

**Keinen Konsens** gibt es in der wissenschaftlichen Literatur bezüglich den folgenden Auswirkungen des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen:

■ Wirkung des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen auf die *Wahrscheinlichkeit und Dauer des stationären Aufenthalts* von allopho-



nen PatientInnen in Krankenhäusern und Kliniken.

■ Wirkung des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen auf die *Anzahl medizinischer Tests*, denen allophone PatientInnen im Rahmen der Anamnese unterzogen werden.

■ Wirkung des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen auf die *Wahrscheinlichkeit von Fehlbehandlungen und/oder suboptimalen Behandlungen*.

**Kaum Erkenntnisse** gibt es in der wissenschaftlichen Literatur bezüglich den folgenden Auswirkungen des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen:

■ Wirkung des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen auf den *Ärztetourismus* von allophonen PatientInnen.

■ Wirkung des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen auf die *Wahrscheinlichkeit von Fehldiagnosen* (die wenigen verfügbaren Studien kommen zum Schluss, dass Verständigungsprobleme die Wahrscheinlichkeit von Fehldiagnosen erhöhen).

## Fazit

Zusammenfassend kann der Schluss gezogen werden, dass der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen kurzfristig zusätzliche Kosten im Gesundheitswesen auslöst, welchen in der langen Frist Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen, in der Wirtschaft und in der Gesellschaft entgegenstehen. Dieser *zeitliche Trade-Off* verleiht dem Einsatz von geschulten Dolmetschenden einen *Investitionscharakter* :

■ **Kurzfristig** wird die Kosten-Nutzen-Bilanz des interkulturellen Übersetzens von den direkten und indirekten Kosten sowie den direkten Nutzen determiniert. Dabei dürfte entscheidend sein, ob die direkten Nutzen (*Effizienzgewinne*) die indirekten Kosten (*Mengenausweitung*) überwiegen. Da das Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung indiziert, dass es bezüglich dem Erstzugang zu medizinischen Leistungen eine Unterversorgung der ausländischen Wohnbevölkerung gibt, ist davon auszugehen, dass die indirekten Kosten existieren. Ob diese durch die direkten Nutzen aufgewogen werden, ist unklar, so dass die kurzfristige Kosten-Nutzen-Bilanz (Nettonutzen) ebenfalls unklar ist.

■ Die **langfristigen** Effekte des interkulturellen Übersetzens entstehen indirekt über die Krankheitsverläufe von allophonen PatientInnen. Diese langfristigen Effekte sind mit Gewissheit positiver Natur, so dass sie einen indirekten Nutzen begründen, der grösser als Null ist. Sollte sich herausstellen, dass der kurzfristige Nettonutzen

des interkulturellen Übersetzens negativ ist, wird das Ausmass des indirekten Nutzens entscheiden, ob der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen letztlich ökonomisch rentabel ist.

## 1 Ausgangslage, Fragestellung, Textaufbau

### 1.1 Ausgangslage und Fragestellung

Gemäss Fritschi et al. (2009) muss davon ausgegangen werden, dass in der Schweiz zurzeit über 200'000 Personen leben, die als allophon<sup>1</sup> bezeichnet werden können. Im Jahr 2000 hielten sich in der Schweiz knapp 300'000 registrierte Personen auf, deren Hauptsprache<sup>2</sup> nicht die Regionalsprache<sup>3</sup> ist und die weder zu Hause noch an ihrer Arbeitsstelle bzw. in der Schule die Regionalsprache sprechen. Ein Teil dieser 300'000 Personen dürfte nicht – oder nicht immer – allophon sein. So kann etwa davon ausgegangen werden, dass eine Person, die in der Deutschen Schweiz lebt, deren Hauptsprache französisch ist, zu Hause französisch und auf der Arbeit englisch spricht, sich in vielen Situationen verständigen kann: nämlich genau dann, wenn die GesprächspartnerInnen dieser Person französisch oder englisch verstehen und sprechen. Dieses Beispiel macht deutlich, dass die Eigenschaft der «Allophonie» streng genommen nur situativ definiert werden kann und nicht als permanentes Persönlichkeitsmerkmal interpretiert werden kann: eine Person kann in einer Situation A allophon sein, während sie dies in einer Situation B nicht ist. Allerdings muss davon ausgegangen werden, dass es in der Schweiz ausländische Personen gibt, die fast in jeder Situation allophon sind. Dies dürfte insbesondere für die 140'000 Personen zutreffen, die im Jahr 2000 in der Schweiz lebten, deren Hauptsprache nicht Deutsch, Französisch, Italienisch, Rätoromanisch oder Englisch ist und die weder zu Hause noch an der Arbeitsstelle bzw. in der Schule eine dieser vier Sprachen sprechen. Laut Longchamp et al. (2005) lebten im Jahr 2004 darüber hinaus 90'000 Sans Papiers in der Schweiz, unter welchen sich ebenfalls Personen finden dürften, die sich nur unzureichend oder überhaupt nicht in der Regionalsprache oder in einer der Landessprachen verständigen können.

Fehlende Sprachkenntnisse und damit einhergehend oft auch fehlende Kenntnisse der schweizerischen Institutionen stellen allophone Personen in unterschiedlichen Lebensbereichen vor Probleme. Einer dieser Bereiche ist das Gesundheitswesen: Allophone Personen sind mit einem Gesundheitswesen konfrontiert, mit dessen Akteuren und Leistungserbringern sie nicht in ihrer Muttersprache oder einer anderen ihnen gut vertrauten Sprache kommunizieren können. Erschwerend kommt hinzu, dass sie mit den Strukturen und Gepflogenheiten der entsprechenden Institutionen (Krankenkassen, Arztpraxen, Spitäler, psychiatrische Kliniken, Pflegeheime etc.) in der Regel schlecht vertraut sind.

Sprachliche und kulturelle Barrieren können durch den Einsatz von geschulten Übersetzungshilfen überwunden oder vermindert werden. In der Schweiz spricht man bezüglich den geschulten Übersetzungshilfen von «INTERPRET-zertifizierten interkulturellen ÜbersetzerInnen»<sup>4</sup>. Die bekannten, unter anderem auch in der einschlägigen Literatur formulierten Argumente für den Einsatz von geschulten, kostenpflichtigen Übersetzungshilfen können im Rahmen von vier Argumentationsfiguren zusammengefasst werden:

■ **Ethische Argumentation:** Übersetzungsdienste im Gesundheitsbereich sind aus ethischen Gründen notwendig. Nur die Verfügbarkeit von effektivem Dolmetschen ermöglicht einen adäquaten Zugang der allophonen Bevölkerung zur medizinischen Versorgung, der qualitativ und quantitativ mit dem Zugang der nicht-allophonen Bevölkerung vergleichbar ist. Den moralischen Aspekt der Gerechtigkeit formulieren

<sup>1</sup> Allophone Personen sind fremdsprachige Personen, die nicht in der Lage sind, sich in einer der gängigen Landessprachen zu verständigen.

<sup>2</sup> Die Hauptsprache ist die Sprache, in der ein Individuum denkt.

<sup>3</sup> Die Regionalsprache einer Sprachregion ist die Sprache, welche die Hauptsprache einer Mehrheit darstellt. In der deutschsprachigen Schweiz ist die Regionalsprache dementsprechend die deutsche Sprache, in der französischsprachigen Schweiz die französische Sprache, in der italienischsprachigen Schweiz die Italienische Sprache und in der rätoromanischen Schweiz das Rätoromanisch.

<sup>4</sup> vgl. Abschnitt 2.1 für eine Definition des interkulturellen Übersetzens.

Bischoff und Grossmann (2007) folgendermassen: «Aus ethischer Sicht ist somit das Vorenthalten eines Dolmetschers als ein Verstoss gegen die Prinzipien der Autonomie und der Non-Malefizien (nicht schaden) zu bewerten». Einer allophonen Person im Gesundheitswesen keine qualitativ hochstehende Übersetzung zur Verfügung zu stellen, widerspricht damit Gerechtigkeitsüberlegungen ebenso wie dem Recht auf Autonomie und gute medizinische Versorgung. Dies sind nicht verhandelbare Rechte, die jeder Person zustehen, welche Sprache sie auch sprechen und welcher Nation sie auch angehören mag.

■ **Juristische Argumentation:** Der oben ausformulierte Anspruch auf gleiche medizinische Versorgung ist nicht nur moralischer Natur, sondern entfaltet auch eine juristische Wirkung. Denn der Anspruch auf gleiche medizinische Versorgung wird vom Verfassungsrecht der Schweiz und vom Völkerrecht garantiert: Der Zugang zur Gesundheitsinfrastruktur muss diskriminierungsfrei ausgestaltet werden und es darf keiner Person infolge mangelnder Sprachkenntnisse eine medizinisch indizierte Behandlung vorenthalten werden. Der UNO-Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, Art. 12 Abs. 1 Pakt I hält fest: «Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmass an körperlicher und geistiger Gesundheit an». Um dies zu erreichen, muss ein diskriminierungsfreier «Zugang zu solchen Gesundheitsdiensten und gesundheitsrelevanter Information für alle Menschen und insbesondere auch für benachteiligte Menschen auf dem gesamten Staatsgebiet gewährleistet» sein (Achermand und Künzli 2008, 9). Sprachbarrieren dürfen demnach nicht dazu führen, dass die Benutzung dieser Infrastruktur behindert oder gar verunmöglicht wird. Das juristische Gutachten von Achermand und Künzli kommt ausserdem zum Schluss, dass der Staat sicherzustellen hat «dass in den öffentlichen Spitälern nicht Sprachbarrieren die Aufklärung von Patienten und das Einholen ihrer Einwilligung zu medizinischen Eingriffen verunmöglichen. Diese Verpflichtung gilt bei fremdsprachigen Patienten unabhängig von Aufenthaltsrecht oder ausländerrechtlichem Status». Einige Kantone regeln darüber hinaus das Recht auf «vollständige, angemessene und verständliche Aufklärung» (Achermand und Künzli 2008, 2), was eine Übersetzungshilfe impliziert, wenn die Sprachkenntnisse der Patientin oder des Patienten nicht hinreichend sind. Eine Übersetzung zu verweigern, wo sie nötig wäre, verunmöglicht die Einwilligung der PatientInnen zu einer medizinischen Behandlung nach Kenntnisnahme aller relevanten Informationen («informed consent») und ist somit weder juristisch noch ethisch haltbar. Das Gesundheitsfachpersonal hat also nicht nur das Recht, sondern sogar die Pflicht, eine Übersetzerin oder einen Übersetzer einzusetzen, wenn die Sprachkenntnisse der Patientin oder des Patienten für eine vollständige Aufklärung ungenügend sind. Hans-Peter Wyss, Direktor der Spitalregion Ost der Solothurner Spitäler AG mit dem Kantonsspital Olten als Schwerpunktspital, spitzt den rechtlichen Anspruch der allophonen PatientInnen auf entsprechende Übersetzungsleistungen folgendermassen zu: «Wir haben die Pflicht, die Übersetzungsdienste zu leisten, da wir sonst die Sorgfaltspflicht gegenüber dem Patienten verletzen. Wenn ein allophoner Patient oder einer allophone Patientin die Ausführungen während einem medizinischen Aufklärungsgespräch nicht versteht, dann hat dieses Aufklärungsgespräch de facto nicht stattgefunden. Ein Arzt, der nicht aufklärt, begeht einen Behandlungsfehler. Damit jedoch können die gesetzlichen Regelungen im Haftpflichtrecht wirksam werden». Auch Stephan Hänsenberger, Leiter Tarife und Verträge des Inseospitals Bern, betont das juristische Argument für den Einsatz von geschulten Übersetzungshilfen im Spital: «Bezüglich dem Nutzen des Einsatzes von Übersetzungshilfen im Spital muss man auch das Gesundheitsgesetz, insbesondere die rechtlichen Regelungen zum Patientendekret berücksichtigen. Ein Patient muss verstehen, was ihm von der Ärzteschaft über einen bevorstehenden medizinischen Eingriff gesagt wird. Er muss die mit diesem Eingriff zusammenhängenden Risiken und Nebenwirkungen verstanden haben und über die möglichen medizinischen Behandlungsalternativen informiert sein, damit er dem Eingriff zustimmen kann.»

■ **Medizinische Argumentation:** Die medizinische Argumentation besagt im wesentlichen, dass der Einsatz von geschulten Übersetzungshilfen eine medizinische Notwendigkeit darstellt, solange die Medizin das Ziel verfolgt, kranke Menschen zu heilen. Die Notwendigkeit liegt darin begründet, dass sich das Ge-

sundheitsfachpersonal bei Anamnese, Diagnose, Beurteilung des Krankheitsverlaufs und Behandlung nicht nur auf objektive Daten verlassen kann, sondern für eine effiziente und fundierte Beurteilung wesentlich auf die Sicht der Patientin oder des Patienten angewiesen ist. Denn gerade in einem modernen Medizinverständnis ist der Genesungs- und Vorsorgeprozess zu grossen Teilen vom Verhalten der PatientInnen abhängig. Dass die Kosten für Übersetzungsleistungen zurzeit nicht von der Grundversicherung abgedeckt sind, impliziert ein verkürztes Medizinverständnis im Sinne eines «Garagenkonzepts»: Es wird implizit davon ausgegangen, dass eine erkrankte Person in das Spital eingeliefert, dort behandelt und dann gesund entlassen wird – so wie dies bei der Reparatur eines defekten Fahrzeugs in einer Autoreparatur-Werkstätte der Fall ist. Dies steht dem modernen Medizinverständnis diametral entgegen: In der modernen Medizin wird davon ausgegangen, dass das Verhalten von Patientinnen und Patienten eine zentrale Rolle für ihren Gesundheitszustand spielt. Sie baut zu einem grossen Teil auf präventiver Medizin und auf der Herbeiführung von Verhaltensänderungen der Patientin oder des Patienten auf. PatientInnen sind deshalb aufgefordert, regelmässig Vorsorgeuntersuchungen wahrzunehmen, präventive Massnahmen gegen Krankheiten durchzuführen (Sonnenschutz, Kariesschutz, gesunde Ernährungsweise etc.) und bei Krankheiten ihr Verhalten kurzfristig (regelmässige Einnahme von Medikamenten, Mitarbeit bei Therapien) oder langfristig (Ernährungsumstellungen etc.) entsprechend zu verändern. Eine Sprachbarriere zwischen PatientInnen und Gesundheitsfachpersonen verhindert, in vollem Umfang auf die Ressourcen einzelner Patientinnen und Patienten zurückgreifen zu können, die für einen optimalen Gesundungsverlauf oder die Vorsorgemedizin zwingend nötig sind.

■ **Ökonomische Argumentation:** In verschiedenen Studien wird darüber hinaus die Hypothese formuliert, dass im Gesundheitswesen Dolmetschdienste auch aus Gründen der ökonomischen Effizienz eingesetzt werden sollen, da langfristig eine positive Kosten-Nutzen-Bilanz resultiert. Dies lässt sich aufgrund der folgenden Wirkungsketten vermuten: Sprachlich oder sozio-kulturell bedingte Verständigungsprobleme können einerseits dazu führen, dass das Gesundheitswesen übermässig oder aber zu wenig beansprucht wird. Eine übermässige Beanspruchung, die ursächlich auf Kommunikationsprobleme zwischen dem medizinischen Dienstleistungserbringer und den allophonen PatientInnen zurückzuführen ist, erhöht direkt die Kosten im Gesundheitswesen. Eine Unterversorgung hingegen kann einen negativen Krankheitsverlauf auslösen, da medizinische Behandlungsmassnahmen zu spät oder gar nicht eingesetzt werden. Erhöhte zukünftige Kosten im Gesundheitswesen entstehen so als indirekte Folge von Verständigungsproblemen. Zudem wird argumentiert, dass eine mangelnde Qualität in Form von Fehldiagnosen, Fehlbehandlungen, mangelnder Compliance etc., die ursächlich in Verständigungsschwierigkeiten begründet sind, ebenso einen ungünstigen Krankheitsverlauf auslösen können. Dies führt wiederum dazu, dass in der Zukunft im Gesundheitswesen erhöhte Kosten anfallen, welche durch den Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen hätten vermieden werden können. Schliesslich kann ein ungünstiger Krankheitsverlauf zu substantiellen Kosten ausserhalb des Gesundheitswesens führen (insbesondere in Form von Produktionsausfällen).

Da die Auswirkungen des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen im Gesundheitswesen noch nie im Rahmen einer umfassenden ökonomischen Kosten-Nutzen-Analyse untersucht worden sind, muss das ökonomische Argument als Hypothese bezeichnet werden. Vor diesem Hintergrund hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) beauftragt, eine Vorstudie zum Thema «Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen» zu erarbeiten. Eine Kosten-Nutzen-Analyse setzt allerdings voraus, dass die medizinischen Wirkungsketten bekannt sind, die zu kostenrelevanten Folgen führen können und die durch interkulturelle Übersetzung verhindert oder abgeschwächt werden könnten. Der medizinischen Argumentationsfigur kommt also insofern eine herausragende Bedeutung zu, als dass die ökonomische Argumentation (wie übrigens auch die ethische und juristische) die Gültigkeit der medizinischen Wirkungsketten voraussetzt.

Vor diesem Hintergrund verfolgt diese Studie drei Ziele:

- Erstens die qualitative Darstellung der medizinischen Wirkungsketten, die den Kosten und dem Nutzen des interkulturellen Übersetzens zu Grunde liegen und deren Kenntnis die Voraussetzung für die Kosten-Nutzen-Analyse bildet (**vorliegender Teilbericht I**)
- Zweitens die Darstellung von Einzelschicksalen, anhand derer die negativen Auswirkungen von Verständigungsproblemen zwischen allophonen PatientInnen und Gesundheitsfachpersonen und deren Überwindung durch interkulturelle ÜbersetzerInnen exemplarisch aufgezeigt werden können (vgl. **Teilbericht II**). Gerade im Bereich der medizinischen Versorgung, in welcher auch absolute, verfassungsmässig geschützte Grundrechte von Individuen tangiert werden, haben Einzelschicksale eine Bedeutung, welche über den exemplarischen Charakter hinausreicht.
- Drittens die Prüfung der Durchführbarkeit (Machbarkeit) und Erarbeitung der konzeptuellen Voraussetzungen einer allfälligen Hauptstudie im Sinne einer quantitativen Kosten-Nutzen-Analyse (vgl. **Teilbericht III**).

### 1.2 Aufbau des Berichts

Der vorliegende Bericht ist folgendermassen aufgebaut: Im Kapitel 2 führen wir einige Begriffe und Abkürzungen ein. Darüber hinaus geben wir kurz einen Überblick über die Methoden, die bei der Erarbeitung dieses Berichts zur Anwendung kamen. In Kapitel 3 fassen wir zusammen, wie der Einsatz von Übersetzungshilfen in den drei Spitälern, die bei der Expertenbefragung berücksichtigt wurden, organisiert ist und finanziert wird. In Kapitel 4 zeigen wir auf, was unter Sprachbarrieren zu verstehen ist und welche Anforderungen dieselben an den Einsatz von Übersetzungshilfen stellen. In Kapitel 5 diskutieren wir methodische Fragestellungen, die sich im Zusammenhang mit einer Kosten-Nutzen-Analyse bezüglich dem Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen im Schweizer Gesundheitswesen ergeben. Dabei präsentieren wir ein medizinisches Wirkungsmodell, an dem die Entstehung von Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens expliziert werden können und aus dem eine Differenzierung in direkte Kosten, indirekte Kosten, direkter Nutzen und indirekter Nutzen abgeleitet werden kann. Diese werden vor dem Hintergrund der verfügbaren empirischen Literatur und der durchgeführten Expertenbefragung in den Kapiteln 6 bis 9 im Detail diskutiert. Im abschliessenden Kapitel 10 fassen wir den Stand der empirischen Literatur zusammen und versuchen, die Kosten-Nutzen-Bilanz des interkulturellen Übersetzens global einzuschätzen.

## 2 Begriffe und Methodik

### 2.1 Begrifflichkeiten und Abkürzungen

#### Interkulturelles Übersetzen

Bei den geschulten DolmetscherInnen, die in der Schweiz in den Bereichen Gesundheit, Bildung und Soziales bei den Vermittlungsstellen angefordert werden können, handelt es sich um sogenannte «INTERPRET-zertifizierte interkulturelle ÜbersetzerInnen». INTERPRET, die Schweizerische Interessensgemeinschaft für interkulturelles Übersetzen und Vermitteln, definiert interkulturelles Übersetzen folgendermassen:

«Interkulturelle ÜbersetzerInnen sind Fachpersonen für mündliches Übersetzen in Dialogsituationen. Sie ermöglichen eine gegenseitige Verständigung zwischen GesprächspartnerInnen. Sie verfügen über das notwendige Basiswissen im Bereich der interkulturellen Kommunikation, um die Verständigung zwischen GesprächspartnerInnen unterschiedlicher Herkunft zu ermöglichen. Sie kennen die möglichen Missverständnisse und Konflikte, die in diesem Kontext entstehen können und können angemessen darauf reagieren. Interkulturelle ÜbersetzerInnen kennen sich im schweizerischen Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich aus. Sie können dieses Wissen zu eigenen migrationsspezifischen Erfahrungen oder jenen anderer Personen sowie zu den Strukturen in den Herkunftsländern der MigrantInnen in Bezug setzen. Sie sind fähig, MigrantInnen im Kontakt mit Institutionen und Fachleuten zu orientieren. Sie sind sich ihrer Rolle als Vermittlungsperson bewusst und halten sich an berufsethische Grundsätze (Schweigepflicht, Allparteilichkeit usw.).»

Trotz dieser Abgrenzung des interkulturellen Übersetzens von einem klassischen Dolmetschen verwenden wir die zwei Begriffe «Dolmetschen» und «interkulturelles Übersetzen» in dieser Studie synonym. Auch den Begriff «Übersetzungshilfen» verwenden wir synonym. Die von INTERPRET geschulten interkulturellen ÜbersetzerInnen bezeichnen wir auch als «professionelle ÜbersetzerInnen/DolmetscherInnen» und «geschulte Übersetzungshilfen». Dies zur Abgrenzung von den sogenannten «Ad-hoc-Dolmetschenden». Mit Ad-hoc-Dolmetschenden bezeichnen wir Personen, die über keine Ausbildungen im Dolmetschen verfügen. Mit Blick auf das Gesundheitswesen können zwei Typen von Ad-hoc-Dolmetschenden differenziert werden:

■ Ad-hoc-Dolmetschende im Sinne von Angehörigen (Familienmitglieder, Bekanntenkreis) von allophonen PatientInnen, die als Übersetzungshilfen eingesetzt werden.

■ Ad-hoc-Dolmetschende im Sinne von spitalinternen Sprachressourcen: MitarbeiterInnen von Krankenhäusern und Kliniken, die zufälligerweise die gleiche Sprache wie die allophonen PatientInnen sprechen.

«Interkulturelles Übersetzen» und «interkulturelle/r ÜbersetzerIn» bzw. «interkulturelle ÜbersetzerInnen» kürzen wir gelegentlich mit **«ikÜ»** ab.

#### Allophone und autochthone PatientInnen

Allophone Personen sind fremdsprachige Personen, die nicht in der Lage sind, sich in einer der gängigen Landessprachen zu verständigen. Sofern nicht anders gekennzeichnet, wird in diesem Bericht zusätzlich angenommen, dass eine Sprachbarriere zwischen der Gesundheitsfachperson und der allophonen Patientin oder dem allophonen Patienten besteht. Dies um den Spezialfall auszuschliessen, dass die Gesundheitsfachperson die Muttersprache der allophonen Patientin oder des allophonen Patienten fließend zu sprechen vermag. Mit autochthonen PatientInnen bezeichnen wir Personen, die nicht allophon sind.

## Medizinische Fachbegriffe

■ **Compliance / Adherence:** Unter «Compliance» versteht man die Therapietreue, also das Ausmass der Einhaltung der Therapieanweisungen durch eine Patientin oder einen Patienten. Im englischen Sprachraum wird zunehmend der Begriff «Adherence». Der Begriff «Adherence» wird oft synonym verwendet, unterscheidet sich in der Bedeutung allerdings vom Begriff «Compliance» in zwei Dimensionen: Zum einen impliziert der Begriff «Compliance», dass die Verantwortung für die Therapietreue einseitig bei den PatientInnen liegt. Der Begriff «Adherence» interpretiert die Therapietreue als gemeinsame Aufgaben der PatientInnen und ÄrztInnen. Zum anderen geht der Begriff «Adherence» von einer aktiveren Rolle der PatientInnen in der Therapiegestaltung. Da der Begriff «Compliance» in der Schweiz verbreiteter ist als der Begriff «Adherence», verwenden wir ersteren, obwohl uns der letztere adäquater erscheint.

■ **Komorbide Störung:** Unter einer komorbiden Störung wird ein Krankheits- oder Störungsbild bezeichnet, das diagnostisch von der Grunderkrankung abgegrenzt werden kann. Komorbide Störungen können im Sinne einer Folgeerkrankung ursächlich auf die Grunderkrankung zurückgeführt werden.

■ **Swiss DRG:** Swiss DRG ist eine Abkürzung für den Begriff «Swiss Diagnosis Related Groups» und bezeichnet die medizinisch-ökonomische Klassifizierung bzw. Gruppierung von Diagnosen zu (diagnosebezogenen) Fallgruppen. Mit dem Begriff meint man oft das Fallpauschalensystem zur Abgeltung von stationären Leistungen, das in der Schweiz per 1. Januar 2012 eingeführt werden soll. Detaillierte Informationen finden sich auf <http://www.swissdrg.org>.

## 2.2 Verwendete Erhebungsmethoden

Die medizinischen Wirkungsketten, die dem Nutzen des Einsatzes von geschulten Übersetzungshilfen zugrunde liegen, wurden in einem zweistufigen Verfahren ermittelt.

In einem ersten Schritt wurde im Rahmen einer kurzen Literaturrecherche ein erstes provisorisches Wirkungsmodell entwickelt. Dabei wurden die folgenden **Meta-Studien** berücksichtigt:

■ Ribera, Joan Muela et al. (2008): Is the use of interpreters in medical consultations justified?, 2008: Partners for Applied Social Sciences PASS Internationale v.z.w.

■ Flores, Glenn (2005): «The Impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Health Care: A Systematic Review», *Medical Care Research and Review*, Vol 62 No. 3, June 2005, 255-299

■ Jacobs, Elisabeth et al. (2006): «The Need for More Research on Language Barriers in Health Care: A proposed Research Agenda», *The Milbank Quarterly*, Vol. 84, No. 1, 2006, 111-133

■ Bischoff, Alexander (2003): Caring for Migrant and Minority Patients in European Hospitals. A Review of effective Interventions, Swiss Forum for Migration and Population Studies: Basel

■ Bowen, Sarah (2001): Language Barriers in Access to Health Care, Health Canada: Ottawa, Ontario

In einem zweiten Schritt wurde das Wirkungsmodell, das im Rahmen der Literaturrecherche erarbeitet wurde, mittels qualitativen Interviews mit Expertinnen und Experten aus der Schweizer Spitallandschaft validiert und wo nötig bereinigt und/oder ergänzt. **Tabelle 1** zeigt, welche Expertinnen und Experten befragt worden sind, in welcher Institution sie tätig sind und welche Funktion sie in dieser Institution ausüben. Für jedes Spital, das Eingang in die Stichprobe gefunden hat, wurde jeweils ein Gespräch mit der Spitalleitung zusammen mit dem oder der Beauftragten «Migration» oder leitenden Personen aus der Administration und zwei bis drei Gespräche mit der operativ tätigen Ärzteschaft und Pflege durchgeführt. Folgende **medizinische Fachgebiete** konnten damit abgedeckt werden:

■ Psychiatrie (Psychiatrische Universitätsklinik Zürich)

■ Ambulatorium: schwergewichtig Onkologie und Infektiologie (Kantonsspital Olten)

■ Gedächtnisstörungen (Memory Klinik des Kantonsspital Olten)

- Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung (Inselspital Bern)
- Ernährungsberatung (Inselspital Bern)
- Psychosomatik (Inselspital Bern)

Tabelle 1: Interviewte Expertinnen und Experten

<b>Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUKZH)</b>	
Herr Dr. Bernhard Küchenhoff	Stellvertretender Direktor, Leiter der Abteilung für psychisch kranke MigrantInnen
Frau Heidi Schär Sall	Ethnopsychologin
Herr Franz Hierlemann	Leiter Sozialdienst
Frau Christine Eberhart	Stationsleiterin
<b>Kantonsspital Olten</b>	
Herr Hans-Peter Wyss	Direktor der Spitalregion Ost, Budgetverantwortung Kantonsspital Olten und Klinik Allerheiligenberg
Frau Nadia Di Bernardo Leimgruber	Beauftragte Integration des Kantonsspitals Olten
Herr Dr. Georg Grüwell	Neuropsychologe in der ambulanten Abklärungsstelle für Gedächtnisstörungen (Memory Klinik), insbesondere diagnostisch tätig
Frau Natascha Brisa	Bereichsleiterin des medizinischen Ambulatoriums
<b>Inselspital Bern (IB)</b>	
Herr Gerold Bolinger	Direktor Dienste, Mitglied der Spitalleitung
Herr Egon Schmidt	Leiter Sozialberatung
Herr Stephan Hänsenberger	Leiter Tarife und Verträge
Herr Martin Bruderer	Bereichsleiter Patientenmanagement
Herr Prof. Dr. Peter Diem	Chefarzt Abteilung für Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung
Frau Yvonne Haslebacher	Ernährungsberaterin: betreut v.a. PatientInnen mit Diabetes, Gewichtsproblemen, Essstörungen und schwangere Frauen
Herr Dr. Stefan Bégré	Stellvertretender Chefarzt der Abteilung Psychosomatik an der Klinik für Allgemeine Innere Medizin des Inselspitals Bern

Quelle: eigene Darstellung

### 2.3 Hinweise zur Literaturanalyse

Aufgrund der grossen Anzahl von wissenschaftlichen Artikeln zum Thema interkulturelles Übersetzen im Gesundheitswesen könnte man davon ausgehen, dass dieser Bereich sehr umfassend untersucht ist. Allerdings zeigt die Analyse der einschlägigen Literatur einige Probleme des Forschungsfelds:

- Der Kostenaspekt von Sprachbarrieren und interkultureller Übersetzung wird kaum untersucht. Jacobs konstatiert denn auch: «Notably missing in the current literature is research on the cost of language barriers» (Jacobs 2006, 122). Bestehende Kosten-Nutzen-Analysen beschränken sich auf einzelne Wirkungszusammenhänge oder auf grobe Einschätzungen des Nutzenpotentials von Übersetzungsleistungen in Bezug auf einige spezifische Krankheiten. Dies ist nicht nur ein Problem des Forschungsstands, das mit zusätzlicher Forschung behoben werden könnte, sondern verweist auf grundlegendere Probleme, die durch fehlende Datenverfügbarkeit und die Komplexität des Gegenstands entstehen.
- Das Datenverfügbarkeitsproblem besteht darin, dass viele relevante Daten nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung stehen. Aus diesem Grund beziehen sich die wissenschaftlichen Studien meistens auf eine einzelne Abteilungen oder Kliniken, einzelne Krankheitsbilder und einzelne Migrantengruppen oder sie



müssen mit wenig detaillierten Daten und wenigen Variablen auskommen, was die Validität der Ergebnisse in Frage stellen kann. Die Validität misst die Güte der Operationalisierung der in Kausalmodellen verwendeten Faktoren, die als Konstrukte bezeichnet werden und gibt auf die folgende Frage Antwort: «Inwiefern misst ein Testinstrument das, was es messen soll». Können aufgrund einer mangelnden Datenverfügbarkeit gewisse Faktoren (kulturelle, soziale Faktoren, Gesundheitszustand, Grad der Integration etc.) nicht mitmodelliert werden, kann die Validität der Ergebnisse in Mitleidenschaft gezogen werden. Stichworte hierzu sind: omitted variable bias, Selbstselektionsbias, Scheinkorrelationen und Multikollinearitäten. Die unzufriedenstellende Datenverfügbarkeit führt auch dazu, dass in vielen Studien Faktoren wie die Anwesenheit/Abwesenheit einer Übersetzungshilfe (nur der Vergleich zwischen allophonen und autochthonen Personen ist möglich), sowie die Art der Übersetzung (professionelle Übersetzung, Ad-hoc-Dolmetschen) nicht mitmodelliert werden können. Aus konzeptuellen bzw. methodischen Gründen kann aufgrund dieser Studien nur beschränkt auf die Wirkung von Übersetzungshilfen geschlossen werden. ■ Hinzu kommt die Problemstellung, dass die Wirkungsketten, die durch Sprachbarrieren ausgelöst werden können, ausgesprochen komplex und teilweise nur langfristig wirksam sind. Die Kausalitäten können nur schwer nachvollzogen werden, da beispielsweise ein schlechter Krankheitsverlauf ganz unterschiedliche Ursachen haben kann. Dieses Problem ist letztlich darin begründet, dass die Zusammenhänge und Ursache-Wirkungs-Relationen im Bereich der Medizin nicht deterministischer Natur sind.

## 3 Der Einsatz von Übersetzungshilfen in den befragten Institutionen

### 3.1 Kantonsspital Olten

#### 3.1.1 Organisation der ikÜ-Einsätze

Die Solothurner Spitäler AG mit dem Kantonsspital Olten sind Mitglied des Spitalnetzwerks Migrant Friendly Hospitals. Beauftragte «Integration» ist Frau Nadia Di Bernardo Leimgruber. Das Spital verfügt über ein «Dolmetscherkonzept», das unter anderem das Ziel «Optimierung der Behandlung und Einsparung von Kosten durch qualitäts- und kostenbewusstes Management» verfolgt. Das Konzept beruht auf 4 Säulen:

■ **Face-to-face-Dolmetschen:** Es kommen sowohl geschulte interkulturelle ÜbersetzerInnen als auch dafür ausgebildete spitalinterne Laien-Dolmetschende zum Einsatz, wobei klar definiert ist, in welchen Situationen welche Dolmetschenden eingesetzt werden sollen. Für planbare Gespräche mit komplexen Sachverhalten und medizinischem Inhalt, z.B. für Anamnese-, Beratungs- und Therapiegespräche werden die externen geschulten interkulturellen ÜbersetzerInnen eingesetzt. Im Jahr 2008 gab es rund 110 Einsätze von externen, kostenpflichtigen und geschulten Übersetzungshilfen. Für Gespräche mit einfachen Sachverhalten von maximal 30 Minuten Dauer und in Notfallsituationen kann auf die spitalinternen Sprachressourcen zurückgegriffen werden. Im Jahr 2008 gab es mindestens 100 Einsätze der spitalinternen Sprachressourcen.

■ **Telefondolmetschen:** Für Notfallsituationen und für Gespräche mit einfachen Sachverhalten von maximal 30 Minuten Dauer kann alternativ zu den spitalinternen Ad-hoc-Dolmetschenden auf einen Telefondolmetschendienst zurückgegriffen werden.

■ **Weiterbildung:** Die spitalinternen Laien-Dolmetschenden werden im Rahmen eines Einführungskurses, eines Aufbaukurses sowie eines jährlichen Weiterbildungskurses auf ihre Aufgabe vorbereitet. Für die Ausbildung der internen Sprachressourcen sind die Sprachkenntnisse und der Migrationshintergrund ausschlaggebend. Insgesamt verfügt das Kantonsspital über 40 Mitarbeitende, die als Laien-Dolmetschende 14 Sprachen abdecken. Rund drei Viertel der spitalinternen Sprachressourcen haben einen medizinischen Tätigkeitshintergrund. Darüber hinaus gibt es für die gesamte Belegschaft Seminare und Informationsveranstaltungen zur Thematik, insbesondere zum Thema «Gesprächsführung in einer Trialogsituation».

■ **Sensibilisierung:** Die Mitarbeitenden des Kantonsspitals Olten haben via Intranet Zugang zu den relevanten Informationen im Bereich «Migration und Gesundheit». Weiter wird das Thema bei den Mitarbeitenden mittels spitalinternen Kommunikationskampagnen immer wieder in Erinnerung gerufen, so dass eine ständige Auseinandersetzung mit der Thematik realisiert werden kann. Dabei werden die folgenden Kommunikationskanäle eingesetzt: Intranet, E-Mail-Marketing und Informationsflyer. Die geschulten spitalinternen Sprachressourcen haben bezüglich der Abteilungen, in denen sie tätig sind, auch einen Sensibilisierungsauftrag als Schlüsselpersonen.

Die geschulten interkulturellen ÜbersetzerInnen werden über eine interne Koordinationsstelle (Sprechstunde) aufgeboden. Die spitalinternen Laien-Dolmetschenden können über die jeweiligen Vorgesetzten angefordert werden. Der Impuls zum Einsatz einer Übersetzungshilfe wird also von Pflegenden oder der Ärzteschaft ausgelöst. Die Einsätze von kostenwirksamen geschulten externen Übersetzungshilfen erfolgt aus Datenschutzgründen anonym, d.h. dass es system- und datentechnisch keine Verbindungen zwischen Einsätzen von interkulturellen ÜbersetzerInnen auf der einen Seite und den allophonen PatientInnen auf der anderen Seite gibt.

Da der Impuls zum Einsatz einer Übersetzungshilfe von Mitarbeitenden aus der Pflege und/oder der Ärzteschaft ausgelöst wird, war und ist es gemäss Di Bernardo notwendig, eine ständige Sensibilisierung im Sinne eines «kontinuierlichen Kommunikationsrauschens» aufrecht zu erhalten – nicht zuletzt aufgrund der hohen Fluktuation, insbesondere unter den Assistenzärztinnen und -ärzten. Letztlich geht es darum, hinsichtlich des Einsatzes von Übersetzungshilfen einen Gewöhnungseffekt in dem Sinne zu etablieren, dass der Einsatz von geschulten Übersetzungshilfen zu einem selbstverständlichen Teilschritt im organisatorischen Prozess der medizinischen Dienstleistungserbringung wird.

#### **3.1.2 Finanzierung der ikÜ-Einsätze**

Die Umsetzung des Dolmetschkonzeptes verursacht im Kantonsspital Olten Kosten in der Höhe von rund 200'000 Fr. pro Jahr. Diese Kosten werden einerseits aus dem Globalbudget, d.h. aus den Betriebskostenstellen, und andererseits aus Drittmitteln finanziert.

Eine Aufnahme der Übersetzungsleistungen in den Leistungskatalog der Grundversicherung ist gemäss der Spitalleitung weiterhin anzustreben, obwohl eine entsprechende Motion auf eidgenössischer Parlamentsebene abgelehnt wurde. Diesbezüglich wird die Einführung der Fallpauschale, d.h. der Swiss DRGs als Chance gesehen. Die Einführung der Fallpauschalen kann auch jenseits der Finanzierungsfrage als Chance für den Einsatz von geschulten Übersetzungshilfen interpretiert werden, da die Swiss DRGs das Anreizsystem umkehren: Unter dem alten Regime der Tagespauschalen waren die Spitäler gemäss den Ausführungen von Hans-Peter Wyss, Direktor der Spitalregion Ost der Solothurner Spitäler AG, dem ökonomischen Anreiz ausgesetzt, die Spitaltage zu maximieren. Unter dem Regime der Fallpauschalen hingegen dem ökonomischen Anreiz, den Aufwand pro Fall, d.h. insbesondere die Spitalaufenthaltsdauer zu minimieren. Sofern der Einsatz von kostenwirksamen Übersetzungshilfen dazu beiträgt, die Spitalaufenthaltsdauer zu reduzieren, kann die Einführung der Fallpauschalen den Anreiz schaffen, verstärkt geschulte Übersetzungshilfen einzusetzen. Allerdings hängt dies von der Qualität des Einzelfalls ab. Bei einer allophonen Person, die aufgrund der Diagnose ohnehin für eine unabhängige, d.h. fixe Dauer im Spital verweilen muss, erhöhen sich durch den Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen die Kosten des Spitals additiv, so dass der ökonomische Anreiz grundsätzlich auch in die andere Richtung laufen kann.

### **3.2 Psychiatrische Universitätsklinik Zürich**

#### **3.2.1 Organisation der ikÜ-Einsätze**

An der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK) wurden im Jahr 2005 mit der Einführung einer neuen Kliniknorm die Einsatz- und Finanzierungsregeln bezüglich des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen grundsätzlich neu definiert. Diese Norm ist gemäss der befragten ExpertInnen der PUK von der Überzeugung geprägt, dass der Zugang zum affektiven Erleben der PatientInnen für die TherapeutInnen nur dann gewährleistet werden kann, wenn die PatientInnen im psychiatrischen Therapiesetting in derjenigen Sprache erzählen und kommunizieren können, in der sie auch denken – also entweder in ihrer Muttersprache oder aber in einer ihnen sehr geläufigen Sprache. Daraus leitet sich die operationalisierte Regel ab, dass während Konsultationen mit psychiatrisch-medizinischem Inhalt konsequent geschulte ÜbersetzerInnen eingesetzt werden müssen, wenn die betroffenen TherapeutInnen die Hauptsprache der allophonen PatientInnen nicht in genügender Art und Weise beherrschen. Mit besagter Norm wurde zusätzlich die Zusammenarbeit mit der Zürcher Vermittlungsstelle medios eingeführt, die interkulturelle ÜbersetzerInnen während 7 Tagen pro Woche rund um die Uhr vermittelt.

Bezüglich des Prozesses, der zum Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen führt, lässt sich festhalten, dass die Initiative von den Fachkräften, insbesondere von den operativen TherapeutInnen ausgeht. Diese Fachkräfte fordern die medios-ÜbersetzerInnen dann jeweils auch selbst an, nachdem sie – im Sinne eines schonenden Umgangs mit den monetären Ressourcen der Klinik - bei der Bereichsleitung das Einverständnis für den Einsatz eingeholt haben.

#### **3.2.2 Finanzierung der ikÜ-Einsätze**

Mit der im Jahr 2005 eingeführten neuen Kliniknorm bezüglich des Einsatzes von Übersetzungshilfen leitete die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich auch hinsichtlich der Finanzierung der Kosten der Einsätze einen Paradigmenwechsel ein. Vor dem Jahr 2005 hatten die PatientInnen die Übersetzungskosten zu tragen – falls sie dazu in der Lage waren. Mit der neuen Kliniknorm wurde verfügt, dass die Kosten der eingesetzten interkulturellen ÜbersetzerInnen fortan vollständig aus dem Globalbudget der Klinik zu finanzieren seien. Franz Hierlemann, Leiter des Sozialdiensts der PUK, wurde mit der Aufgabe betraut, das Kostenwachstum der veränderten Regelungen zu beobachten. Grundsätzlich führten die neuen Regelungen zu keiner unkontrollierten Kostenerhöhung. Die Kosten für Entschädigungen von kostenpflichtigen Übersetzungshilfen stieg von jährlich 12'000 Fr. im Jahr 2004 auf 30'000 Fr. im Jahr 2008 – ein Kostenwachstum, das gemäss Hierlemann «tragbar und finanzierbar» ist.

### **3.3 Inselehospital Bern**

#### **3.3.1 Organisation der ikÜ-Einsätze**

Gemäss den Ausführungen von Egon Schmidt, Leiter Sozialberatung des Inseleospitals Bern, wurden im Inseleospital Bern bis ins Jahr 1990 vorwiegend Ad-hoc-Dolmetschende im Sinne von spitalinternen Sprachressourcen eingesetzt. Diese Praxis wurde dahingehend zum Problem, als die spitalinternen Sprachressourcen während den Dolmetsch-Einsätzen ihre primären Funktionen nicht wahrnehmen konnten und diese Absenzen den Prozess der medizinischen Dienstleistungserbringung negativ beeinflussten. Schmidt bekam deshalb von der Spitalleitung den Auftrag, externe ÜbersetzerInnen zu rekrutieren. In der Folge wurden 300 nicht-zertifizierte Dolmetschende aus anderen Institutionen (Gerichte, Sozialdienste etc.) rekrutiert. Da diese für ihre Übersetzungseinsätze im Setting Spital geschult und begleitet werden mussten (Vorbereitung, Inter- und Supervision) resultierte ein hoher Aufwand an zeitlichen und damit monetären Ressourcen. Aus diesem Grund entschied man sich per 1. Januar 2006 für die Zusammenarbeit mit der Berner Vermittlungsstelle comprendi. In diesem Zusammenhang weist Martin Bruderer, Bereichsleiter Patientenmanagement am Inseleospital, vermutet in Anlehnung an die Aussagen von Egon Schmidt, dass der Einsatz von geschulten Übersetzungshilfen von comprendi in einer konsequenten Vollkostenrechnung günstiger sein könnte als eine Lösung mit spitalinternen Sprachressourcen. Dies zum einen deshalb, weil die Organisation des Einsatzes von spitalinternen Sprachressourcen aufwändiger ist als die Anforderung von comprendi-Dolmetschenden, zum anderen, weil der Abzug der als Ad-hoc-Dolmetschende instrumentalisierten Spitalfachkräfte einen reibungslosen und damit kosteneffizienten Ablauf der medizinischen Dienstleistungserbringung stören kann. Allerdings gibt es dazu keine systematischen Studien.

Gemäss Schmidt werden im Inselspital Bern drei Situationen differenziert, in welchen geschulte ÜbersetzerInnen von comprendi eingesetzt werden sollen:

- Anamnese
- Aufklärung über geplante medizinische Eingriffe und Behandlungen
- Kommunikation von Verhaltensanweisungen

Die Spitalleitung des Inselspitals hat deklariert, dass für medizinische Konsultationen, die den soeben dargestellten drei Situationen entsprechen, keine Ad-hoc-Dolmetschende im Sinne von Familienangehörigen, Bekannten, Freunden etc. einzusetzen sind. Die Gründe für diese Weisung sind gemäss Gerold Bolinger, Direktor Dienste und Mitglied der Spitalleitung des Inselspitals Bern, fachmedizinischer und haftungsrechtlicher Natur. Schmidt fasst die Situation im Inselspital dahingehend zusammen, dass in den definierten drei Situationen zu 90% interkulturelle ÜbersetzerInnen eingesetzt werden, die von comprendi vermittelt werden. In Ausnahmefällen, insbesondere in Notfallsituationen, kann es vorkommen, dass auf spitalinterne Sprachressourcen zurückgegriffen wird. Im Inselspital gibt es auch die Möglichkeit des Telefondolmetschens. Gerade in Zusammenhang mit der Schweinegrippe war und ist die Verfügbarkeit eines Telefondolmetschendienstes wichtig. Gemäss Schmidt ist das Inselspital mit der Lösung über comprendi und mit der Qualität der von comprendi vermittelten interkulturellen ÜbersetzerInnen sehr zufrieden. Nur in Einzelfällen gab es Reklamationen, im Jahr 2008 nur deren 2.

Die Details des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen über comprendi sind auf der Ebene der einzelnen Kliniken bzw. der einzelnen Abteilungen – teilweise in schriftliche Form – geregelt. Wie die detaillierten Regelungen aussehen können, beschreiben wir nachfolgend exemplarisch anhand der Abteilung Psychosomatik des Inselspitals Bern.

#### **ikÜ-Einsätze in der Abteilung Psychosomatik**

Die Prozesse, die zu einem Einsatz von kostenpflichtigen, geschulten Übersetzungshilfen auf der Abteilung Psychosomatik des Inselspitals Bern führen, sind in entsprechenden internen Dokumenten zum Ablauf der medizinischen Dienstleistungserbringung geregelt. Das Einsatzkonzept differenziert gemäss den Ausführungen von Dr. Stefan Begré, stellvertretender Chefarzt der Abteilung Psychosomatik am Inselspital Bern, drei verschiedene Fälle:

■ **Erstkontakt mit allophoner Person:** Die allophonen PatientInnen werden grundsätzlich von Arztpraxen oder anderen Institutionen des Gesundheitswesens an die Abteilung Psychosomatik des Inselspitals überwiesen. Im Rahmen der Überweisung muss der zuweisende Arzt oder die zuweisende Ärztin ein Aufnahmeformular ausfüllen. Auf diesem Aufnahmeformular ist einzutragen, ob die Sprachkenntnisse unzureichend sind, ob eine Übersetzungshilfe eingesetzt werden muss und falls ja, um welche Sprache es sich dabei handelt. Basierend auf diesen Informationen fordert das Abteilungssekretariat für die erste medizinische Konsultation der allophonen PatientInnen bei der Vermittlungsstelle comprendi eine interkulturelle Übersetzungshilfe an.

■ **Nachfolgende Termine im ambulanten Setting:** Der Impuls, bei Folgekonsultationen nach dem Erstgespräch mit allophonen PatientInnen weiterhin eine kostenpflichtige Übersetzungshilfe einzusetzen, wird von den behandelnden Ärztinnen und -ärzten ausgelöst. Einsätze, die von nicht-ärztlichen Gesundheitsfachpersonen (i.d.R. Pflegende, Physio- und ErgotherapeutInnen) beansprucht werden, müssen von den in die ambulante Behandlung involvierten Ärztinnen bewilligt werden. Die konkrete Anforderung der interkulturellen ÜbersetzerInnen bei der Vermittlungsstelle comprendi wird dann von den beantragenden Gesundheitsfachpersonen vorgenommen.

■ **Nachfolgende Termine im stationären Setting:** Der Impuls, im weiteren Hospitalisationsverlauf nach dem Eintrittsgespräch mit einer allophonen Person kostenpflichtige Dolmetschende von comprendi einzusetzen, wird von den ärztlichen Case ManagerInnen in Rücksprache mit den zuständigen OberärztInnen ausgelöst. Die direkt behandelnden ÄrztInnen sind es auch, welche die Übersetzungshilfen von comprendi dann in Eigenregie anfordern. Nicht-ärztliche Gesundheitsfachpersonen (z.B. PhysiotherapeutInnen) müssen den Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen mit den Case ManagerInnen absprechen bzw. von diesen autorisieren lassen.

Gemäss Begré muss der Einsatz von kostenwirksamen interkulturellen ÜbersetzerInnen von comprendi aus Gründen der Ressourcenschonung durch die behandelnden Ärztinnen und -ärzte bewilligt werden: Die knappen monetären Mittel sollen haushälterisch eingesetzt werden. Über diese Einsatzregeln können ökonomische Überlegungen wirksam werden.

#### **3.3.2 Finanzierung der ikÜ-Einsätze**

Das Inselspital benötigt für den Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen im Rahmen der Zusammenarbeit mit comprendi rund 700'000 Fr. pro Jahr. Gemäss Gerold Bolinger wird dieser Betrag von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kanton Bern sonderfinanziert. Aus diesem Grund ist «der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen für das Inselspital Bern ein ‚kostenneutrales Geschäft‘, während er für den Kanton einen Kostenfaktor darstellt.» (Egon Schmidt).

Nicht zuletzt aufgrund dieser Sonderfinanzierung könnte sich eine Abrechnung der ikÜ-Einsätze über die Grundversicherung für das Inselspital Bern betriebswirtschaftlich nachteilig auswirken, wie Gerold Bolinger ausführt: «Im stationären Bereich haben wir das Problem, dass die Kosten des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen nicht im DRG abgebildet sind und nicht entsprechend codiert werden können, so dass das Spital für diese Leistung keinen Ertrag hat.» Dieser Mechanismus kann gemäss Stephan Hänsenberger sogar zu einer Wettbewerbsverzerrung führen: «Wenn der Einsatz von kostenpflichtigen Dolmetschenden über die Grundversicherung pauschalisiert, d.h. im Rahmen eines Fixbestandteils der Kosten, finanziert würde, könnte dies zu einer Wettbewerbsverzerrung führen. Diejenigen Spitäler, die keine kostenwirksamen Dolmetschenden einsetzen, würden dann für eine Leistung entschädigt, die sie gar nicht erbringen.»

## 4 Die Sprachbarrieren und ihre Anforderungen an die Dolmetschenden

### 4.1 Eine Typologie der sprachlich-kulturellen Barrieren

Vor dem Hintergrund der recherchierten Literatur und der durchgeführten Interviews mit Experten und Expertinnen aus der Schweizer Spitallandschaft können grundsätzlich drei Typen von sprachlich-kulturellen Barrieren identifiziert und unterschieden werden:

■ **Rein sprachliche Barrieren:** Hierbei handelt es sich um rein sprachliche Verständnisprobleme. Derartige «technische» Sprachbarrieren können durch den Einsatz von Übersetzungshilfen, insbesondere durch den Einsatz von geschulten interkulturellen ÜbersetzerInnen, überwunden werden. Rein sprachliche Barrieren lösen in der Praxis Missverständnisse und Fehlinterpretationen aus, die kostenwirksame Konsequenzen haben können.

■ **Kulturelle Bedeutungsbarrieren:** Hierbei handelt es sich um Verständigungsprobleme, die auch auftreten können, wenn es keine rein sprachlichen Übersetzungsprobleme gibt. Sie entstehen, weil die Bedeutung von Gesten und Begriffen in den unterschiedlichen Kulturen der Patientin oder des Patienten auf der einen Seite und der Gesundheitsfachperson auf der anderen Seite unterschiedlich sein kann. Der gleiche Begriff wird unterschiedlich interpretiert. Ein Beispiel dafür ist der Begriff «Familie», der im Schweizer Sprachgebrauch zumeist nur die atomisierte Kleinfamilie umfasst, während er in gewissen afrikanischen Kulturen einen breiteren Personenkreis bezeichnet. Kulturelle Bedeutungsbarrieren stellen insbesondere in der psychiatrischen Diagnostik und Behandlung ein Problem dar: So kann magisches Denken (Voodoo etc.), das in gewissen Kulturen sehr verbreitet ist, als Schizophrenie fehlinterpretiert werden, wenn die kulturellen Differenzen von den DiagnostikerInnen nicht reflektiert und entsprechend berücksichtigt werden. Kulturelle Bedeutungsbarrieren können jedoch auch im somatischen Bereich ungünstige Auswirkungen zeitigen. PatientInnen türkischer Abstammung etwa berühren mit kreisenden Handbewegungen gerne ihren Bauch, wenn sie von Sorgen bedrückt werden. Dies kann, wie Christine Eberhart, Stationsleiterin an der PUK, ausführt, von der beobachtenden, kulturell nicht sensibilisierten Pflege als Bauchschmerzen interpretiert werden und in der Folge etwa unnötige Behandlungskosten aufgrund einer angeordneten Magenspiegelung auslösen.

■ **Soziale Interaktionsbarrieren:** Soziale Interaktionsbarrieren gibt es zum einen in medizinischen Behandlungssituationen, in welchen neben der Patientin oder dem Patienten noch weitere Angehörige anwesend sind, welche die Thematisierung von bestimmten Inhalten verunmöglichen. Diese Problemstellung akzentuiert sich in autoritären Kulturen, in welchen die Beziehungen zwischen Menschen stark hierarchisch strukturiert sind. Eine soziale Interaktionsbarriere ist z.B. dann gegeben, wenn ein junger allophoner Patient in Anwesenheit seines Vaters nicht über seine Erektionsstörungen sprechen kann. Oder wenn eine medizinische Konsultation einer islamischen Patientin nur in Anwesenheit einer oder sogar mehrerer männlicher Bezugspersonen (Ehemann, Bruder, Vater etc.) stattfinden kann. Es kann sogar vorkommen, dass in einem solchen Setting die medizinische Gesundheitsfachperson nur mit dem männlichen Angehörigen kommunizieren darf, nicht jedoch mit der Patientin selbst. Solche sozialen Interaktionsbarrieren stellen nicht nur dann ein Problem dar, wenn die Anwesenden selbst ein Teil des medizinischen Problems darstellen. Denn gerade im psychiatrischen Setting kann es Voraussetzung einer erfolgreichen Therapie sein, dass der Psychiater oder die Psychiaterin einen Zugang zu der originären Gefühlswelt der Patientin erhält, was nicht möglich ist, wenn ein Angehöriger die Äusserungen der Patientin filtert, interpretiert oder anderweitig entstellt. Soziale Interaktionsbarrieren sind jedoch auch in klassischen Dialog-Situationen denkbar. Dies ist etwa dann der Fall, wenn ein allophoner Patient in Anwesenheit einer weiblichen Ärztin nicht über seine Erektionsstörungen sprechen kann oder wenn eine Patientin aus kulturellen Gründen mit einem männlichen Arzt nicht über gewisse Thematiken ihrer Weiblichkeit sprechen darf. Soziale Interakti-

onsbarrieren können schwerwiegende Auswirkungen haben: So kann der Versuch einer weiblichen Ärztin, einem muslimischen Patienten zur Begrüssung die Hand zu schütteln (was in gewissen muslimischen Kulturen nicht akzeptabel ist) die Arzt-Patienten-Beziehung nachhaltig beeinträchtigen.

### **4.2 Wörtliche Übersetzung, Übersetzung von kulturellen Bedeutungszusammenhängen und medizinisches Fachwissen der Dolmetschenden**

Nicht nur die befragten ExpertInnen aus dem psychiatrischen Bereich sind der Ansicht, dass kulturelle Bedeutungsbarrieren fast schwieriger zu überwinden sind als rein sprachliche Barrieren. Zum einen deshalb, weil die rein sprachlichen Barrieren mit Übersetzungshilfen überwunden werden können, zum anderen, weil kulturelle Bedeutungsbarrieren für die Gesundheitsfachperson im Gegensatz zu den rein sprachlichen unsichtbar und weniger bewusst sind. In diesem Sinne hält etwa Haslebacher bezüglich ihrer Tätigkeit als Ernährungsberaterin am Inselspital Bern fest:

«Ich habe manchmal das Gefühl, es sei weniger wichtig, dass jemand sprachlich gut übersetzen kann, als dass er die Kultur kennt bzw. die gleiche Nationalität hat wie der Patient. Bei rein sprachlichen Problemen kann man sich noch eher weiterhelfen (Beispiel: Telefonanruf beim Bruder, der das arabische Wort für Schilddrüse nachschlägt). Hingegen hat man bei kulturellen Barrieren viel grössere Probleme, die medizinische Konsultation wirksam durchzuführen.»

Darin kommt nicht zuletzt auch eine Kritik an den interkulturellen ÜbersetzerInnen der Vermittlungsstellen zur Sprache, die Prof. Dr. Diem, Chefarzt der Abteilung für Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung am Inselspital Bern, teilt:

«Jetzt läuft alles über compendi [Organisation, die dem Inselspital interkulturelle Übersetzerinnen vermittelt, BASS]. Dies hatte zwar eine Professionalisierung zur Folge, brachte jedoch nicht nur Vorteile. Vorher haben wir spitalinterne Sprachressourcen eingesetzt, die zwar in der technisch-sprachlichen Übersetzung z.T. schlechter gewesen sein mögen als die geschulten ÜbersetzerInnen von compendi, in der Vermittlung von kulturellen Bedeutungen, Hinweisen und Hintergründen jedoch oft besser waren. Es ist nicht selten so, dass die interkulturellen Komponenten von uns kommen müssen, wir uns diese selber aneignen müssen und sie nicht von den professionellen interkulturellen ÜbersetzerInnen erbracht werden. Ich bin der Ansicht, dass die interkulturellen ÜbersetzerInnen noch zu wenig interkulturell und zu stark sprachlich orientiert sind. Dies ist teilweise problematisch, was sich am Beispiel eines arabischen Mannes mit einer erektilen Dysfunktion exemplifizieren lässt: In einem solchen Fall bringt eine technisch korrekte Übersetzung nicht viel und es braucht eine interkulturelle Übersetzung des Gesagten: Ein «Nein» heisst in der interkulturellen Übersetzung dann schon mal «Ja»...»

Da nicht immer Verlass darauf ist, dass sie von den eingesetzten Übersetzungshilfen auf die relevanten kulturell geprägten Bedeutungszusammenhänge aufmerksam gemacht werden, sei es gemäss Diem und Haslebacher unumgänglich, transkulturelle Kompetenzen aufzubauen, indem man sich entsprechend weiterbildet.

Dr. Georg Grüwell, der an der Memory Klinik des Kantonsspitals Olten als Neuropsychologe vor allem in der Diagnostik von Gedächtnisstörungen (Alzheimer, Demenz etc.) tätig ist, erwartet von den eingesetzten interkulturellen ÜbersetzerInnen bei Diagnosegesprächen ebenfalls mehr als eine Wort-für-Wort-Übersetzung. Dies hängt damit zusammen, dass bei der Diagnostik von Gedächtnisstörungen normierte Testverfahren eingesetzt werden, mit welchen die Gedächtnisleistungen der PatientInnen gemessen werden. Dabei werden den PatientInnen Wortlisten vorgelegt, die sie memorisieren und zu einem späteren Zeitpunkt reproduzieren müssen. Um die Ergebnisse richtig interpretieren zu können, benötigt der Diagnostiker zum einen eine wörtliche Übersetzung, so dass er die Antworten der allophonen PatientInnen möglichst ungefiltert hört und interpretieren kann. Zum anderen ist er jedoch auch darauf angewiesen, von den interkulturellen ÜbersetzerInnen auf semantische und phonemische Ähnlichkeiten aufmerksam



gemacht zu werden, die ihm, der der Sprache der allophonen PatientInnen nicht mächtig ist, verborgen sind.

Die Ethnopsychologin Schär Sall betrachtet es als ihre Kernaufgabe, dass auch Patientinnen und Patienten im transkulturellen Kontext eine sinnadäquate Behandlung erhalten. Konsequenterweise ist in der PUK im Konzept der transkulturellen Psychiatrie das transkulturelle Behandeln, Verstehen und Erfragen (mittels unterschiedlicher qualitativer Herangehensweisen bei komplexen kulturellen, sozialen und individuellen Inhalten) als Aufgabe der Ethnopsychologin und des Teams des Migrationsschwerpunkts definiert. In diesem Sinne sind die ÜbersetzerInnen, die von der Vermittlungsstelle medios an die Klinik entsandt werden, angehalten, möglichst nahe am Text und ohne eigene Interpretationen zu übersetzen. Das möglichst genaue Übersetzen wird von Schär Sall gerade als das Relevante für Diagnose und Therapie beschrieben. Dadurch soll verhindert werden, dass die interkulturellen ÜbersetzerInnen nicht durch eigene unaufgeklärte Übertragungen, Interpretationen und Sichtweisen zusätzliche Verwirrung stiften oder Stereotypen reproduzieren. Schär Sall meint dazu:

«Der Übersetzer darf seine Übertragungen und Interpretationen nicht implizit in seine Übersetzung einfließen lassen. Dies ist schwierig, weil Übertragungen nicht bewusst ablaufen und die Übersetzer aufgrund fehlender psychologischer Ausbildung nicht entsprechend dafür ausgebildet sind, was im Gegensatz zu einem sehr guten textnahen Dolmetschen auch nicht unbedingt nötig ist. Neben den Sprachkenntnissen braucht es auch terminologische Kenntnisse, um gewisse Dinge sinngemäss zu übersetzen. Deshalb ist es so wichtig, dass die Übersetzer sich auf ihre Rolle als Dolmetscher konzentrieren und nicht als Vermittler, da sonst niemand mehr weiss, was der Patient wirklich gesagt hat und welche unbewussten, bewussten, pathologischen oder gesunden sozialen und kulturellen Anteile und Vorstellungen von wem sind.»

Schär Sall weist in diesem Zusammenhang explizit daraufhin, dass es nicht einfach regional abgrenzbare Kulturen gäbe. In einer Region gibt es vielmehr ein Nebeneinander und Ineinander von Subkulturen, respektive eine dynamische Vernetzung unterschiedlicher kultureller Konstruktionen, die insbesondere von der Bildung und der Zugehörigkeit zur sozialen Schicht beeinflusst sind. In diesem Sinne kann die sogenannte Kultur z.B. eines Afrikaners, der Medizin studiert hat und in einem urbanen Umfeld aufgewachsen ist, mit der Kultur eines Schweizer Psychiaters eine grössere Schnittmenge aufweisen als mit derjenigen eines weniger gut gebildeten interkulturellen Übersetzers afrikanischer Herkunft, der in einer ländlichen Gegend aufgewachsen ist.

Bezüglich des medizinischen Wissens, das von den interkulturellen ÜbersetzerInnen erwartet wird, gehen die Meinungen auseinander. So weist Schär Sall etwa darauf hin, dass für die interkulturellen ÜbersetzerInnen die Kenntnis der Terminologie und der Sprache der modernen Psychologie und Psychiatrie z.T. notwendig ist, da ansonsten nicht korrekt übersetzt werden kann. So muss eine geschulte Übersetzungshilfe z.B. eine Idee davon haben, dass Schizophrenie oder Paranoia psychiatrische Kategorienbildungen sind, da sie diese Begriffe ansonsten nicht übersetzen kann. Die Erklärung der Krankheit bleibt jedoch grundsätzlich die Aufgabe der TherapeutInnen. Bezüglich anderer Konzepte wie das der «Übertragung und Gegenübertragung» oder der «kulturellen Schablonisierung» seien Kenntnisse zwar nicht unbedingt notwendig, jedoch sei sicherlich wünschenswert, dass man sich solcher Mechanismen ein wenig bewusst sei. Auch Diem und Grüwell teilen die Ansicht, dass Kenntnisse der medizinischen Sachverhalte der Übersetzungsqualität förderlich sein können. Nicht zuletzt deshalb arbeiten die befragten Gesundheitsfachpersonen der Schweizer Spitallandschaft gerne immer wieder mit den gleichen interkulturellen ÜbersetzerInnen zusammen; dadurch kann das medizinische Fachwissen, das sich diese «on the job» aneignen, zunehmend genutzt werden. Haslebacher macht allerdings darauf aufmerksam, dass medizinisches oder vermeintlich medizinisches Wissen der interkulturellen ÜbersetzerInnen auch negative Auswirkungen haben können. Dies ist dann der Fall, wenn sich die Dolmetschenden aufgrund ihrer medizinischen Kennt-

nisse kompetent fühlen, durch eigene medizinische Aussagen in die medizinische Behandlung einzugreifen. So könne ein Gespräch dann schon einmal «aus dem Ruder laufen».

Tendenziell scheint sich die Praxis zu etablieren, dass von den interkulturellen ÜbersetzerInnen erwartet wird, während des ersten Teils der medizinischen Konsultation, d.h. während der klassischen Trialogsituation, Wort-für-Wort zu übersetzen. Das Wort-für-Wort-Übersetzen muss allerdings dahingehend relativiert werden, dass korrektem wörtlichen Übersetzen auch ein interpretatives Element eigen ist: So muss z.B. die Frage «Hören Sie Stimmen?» – die Standard-Frage zur Diagnose der Schizophrenie – derart übersetzt werden, dass die allophonen PatientInnen die Frage nach der «inneren, real nicht existierenden» Stimme verstehen können. In einem zweiten Teil der medizinischen Konsultation holen die Gesundheitsfachpersonen dann bei den Dolmetschenden der Vermittlungsstellen das kulturelle Wissen derselben ab, in dem sie ausgewählte Gesprächsinhalte interpretieren lassen, so dass soziokulturell unterschiedliche Bedeutungen und Zusammenhänge sichtbar werden können. Eine solche Praxis kommt u.a. bei Begré zur Anwendung. Allerdings weist er daraufhin, dass für eine korrekte Interpretation der Ausführungen von interkulturellen ÜbersetzerInnen die Beziehung zwischen den allophonen PatientInnen und den DolmetscherInnen vorgängig geklärt werden muss. Darüber hinaus verfolgt er averbale und paraverbale Gesprächselemente wie Gestik und Mimik oder Stimmmodulationen der ÜbersetzerInnen und der PatientInnen, um einen allfällige Bias der Übersetzung (kulturelle Schablonisierung, zu wenig Wort getreue Übersetzung bei wichtigen Passagen, unglückliche Beziehungsgestaltung zwischen ÜbersetzerInnen und PatientInnen etc.) zu identifizieren und entsprechend zu reagieren.

Bei aller Kritik an den interkulturellen ÜbersetzerInnen der Vermittlungsstellen, die in diesem Abschnitt zur Sprache gekommen sind, möchten wir darauf hinweisen, dass die befragten Expertinnen und Experten mit der Qualität der Arbeit der interkulturellen ÜbersetzerInnen der Vermittlungsstellen im Grossen und Ganzen zufrieden sind. Zu Problemen kam es nur in Einzelfällen, wobei diese Fälle mit den Vermittlungsstellen jeweils konstruktiv besprochen und «gelöst» werden konnten.

Im Sinne eines Fazits zu den Ausführungen der befragten ExpertInnen lassen sich die Anforderungen an die interkulturellen ÜbersetzerInnen sowie die Qualität der interkulturellen ÜbersetzerInnen der Vermittlungsstellen folgendermassen zusammenfassen:

■ Im **psychiatrischen und psychosomatischen Setting** ist es wünschenswert, dass die interkulturellen ÜbersetzerInnen nur Wort für Wort übersetzen. Vom Übersetzen von kulturellen Bedeutungszusammenhängen während der Trialogsituation sind die meisten überfordert, da sie nicht über eine entsprechende psychologische, ethnologische und medizinische Ausbildung verfügen. Im Rahmen einer Nachbesprechung sind die Interpretationen der interkulturellen ÜbersetzerInnen zu ausgewählten Problem- und Fragestellungen erwünscht. Eine Sensibilisierung der DolmetscherInnen für diese Problem- und Fragestellungen wird oft im Rahmen eines Vorgesprächs vorgenommen.

■ Im **somatischen Setting** ist eine interkulturelle Vermittlung, die über das Wort-für-Wort-Übersetzen hinausgeht, in vielen Fällen wünschenswert. Diese Leistung der gewünschten Qualität und Quantität zu erbringen, scheinen nicht alle interkulturelle ÜbersetzerInnen der Vermittlungsstellen in der Lage zu sein.

■ Die **Arbeit der Vermittlungsstellen und deren interkulturellen ÜbersetzerInnen** wird im Grossen und Ganzen als gut eingeschätzt. Das Feld der interkulturellen ÜbersetzerInnen scheint ziemlich heterogen zu sein. Es gibt solche, die exzellente Arbeit erbringen und einige wenige, deren Arbeit nicht als zufriedenstellend wahrgenommen wurde.

■ Grundsätzlich ist es wünschenswert, dass die ÜbersetzerInnen auch spezifisches **medizinisches Wissen** haben. Da die ÜbersetzerInnen sich spezifisches medizinisches Wissen im Rahmen ihrer Einsätze aneignen können, wünschen die institutionellen Kunden, dass sie wenn immer möglich mit den gleichen Überset-

zerInnen zusammenarbeiten können und dass bei einer allophonen Person jeweils der gleiche Übersetzer oder die gleiche Übersetzerin eingesetzt wird.

### 4.3 Der Einsatz von Ad-hoc-Dolmetschenden

#### Ergebnisse der Expertenbefragung

Im Abschnitt 4.1 haben wir darauf hingewiesen, dass beim Einsatz von Ad-hoc-Dolmetschenden im Sinne von Familienangehörigen oder von anderen Personen, die dem sozialen System der allophonen PatientInnen angehören, «soziale Interaktionsbarrieren» die Kommunikation erschweren können. Dort haben wir ausgeführt, dass sich dieses Problem bei Krankheiten akzentuiert, bei welchen es um kulturell tabuisierte Themen geht (Sexualität, Weiblichkeit, Erektionsstörungen etc.). Im psychiatrischen und psychosomatischen Behandlungssetting stellt sich das Problem der sozialen Interaktionsbarrieren allerdings auch jenseits von tabuisierten medizinischen Inhalten. Die befragten ExpertInnen der PUK und der Psychosomatiker Bègré weisen daraufhin, dass die Anwesenheit einer nahestehenden Person während der medizinischen Konsultation dazu führen kann, dass medizinisch relevante Inhalte nicht zur Sprache kommen. Dies sei insbesondere dann der Fall, wenn die dolmetschenden Angehörigen im sozialen System der allophonen PatientInnen eine massgebliche Rolle spielen oder sogar den Kern der Krankheitsthematik darstellen. Schär Sall weist allerdings daraufhin, dass es nicht nur problematisch ist, wenn gewisse Dinge aufgrund der Anwesenheit von Ad-hoc-Dolmetschenden (insbesondere Familienmitgliedern) nicht zur Sprache kommen. Denn der Einsatz von Ad-hoc-Dolmetschenden kann auch dann negative Auswirkungen haben, wenn heikle Problemstellung thematisiert werden. Schär Sall: «Der Einsatz von Angehörigen kann Familienstrukturen zerstören und gewisse Familienmitglieder in grosse Nöte bringen».

Die befragten ExpertInnen haben durchgehend darauf hingewiesen, dass es Situationen gibt, in welchen der Einsatz von Ad-hoc-Dolmetschenden vertretbar oder sogar wünschenswert sei. So setzt Bègré Familienangehörige in speziellen Fällen als Ad-hoc-Dolmetschende ein, um ein bestimmtes therapeutisches Ziel zu erreichen.

Auch an der Memory Klinik des Kantonsspital Olten werden Ad-hoc-Dolmetschende teilweise aus therapeutischen Gründen eingesetzt. Im medizinischen Gespräch, in dem die Diagnose und die Therapieanweisungen kommuniziert werden, setzt Grüwell die Bezugspersonen der allophonen PatientInnen – oft sind dies die erwachsenen Kinder der pensionierten PatientInnen – als Ad-hoc-Dolmetschende ein. Nicht ohne Grund: Von der Gedächtnisstörung einer allophonen Person sind jeweils auch die Angehörigen der PatientInnen betroffen. Ihnen kommt bei der Befolgung der Therapieanweisung, die auf Verhaltensänderung zielen (Einnahme der Medikamente, geistige Anregung), eine wichtige Funktion zu, da die Compliance aufgrund der Gedächtnisstörung in vielen Fällen nicht von der betroffenen Person allein gewährleistet werden kann.

Eine ähnliche Situation gibt es in der Ernährungsberatung: Auch die Ernährungsberaterin Haslebacher setzt bei der Kommunikation der Therapieanweisungen, die ebenfalls auf Verhaltensänderungen abzielen, Ad-hoc-Dolmetschende im Sinne von Familienmitgliedern ein: «Wenn Kinder dabei sind, die hier zur Schule gehen und gut Deutsch können, brauche ich keine geschulten interkulturellen ÜbersetzerInnen». Denn auch diese Familienmitglieder können von der Krankheit der Patientin oder des Patienten betroffen sein. Ein Beispiel hierfür ist ein Ernährungsberatungsgespräch, in dem einer an Diabetes erkrankter allophoner

Patient tamilischer Nationalität von seiner sprachkundigen Ehefrau<sup>5</sup> begleitet wird. Wenn diese in der Familie das Essen zubereitet, dann ist es unumgänglich und ebenso wichtig, dass auch sie von den Therapieanweisungen bezüglich optimaler Kost in Kenntnis gesetzt wird. Familienmitglieder als Ad-hoc-Dolmetschende einzusetzen ist in spezifischen Situationen also sinnvoll, oft aber problematisch.

Diem macht darauf aufmerksam, dass auch der Einsatz von spitalinternen Sprachressourcen als Ad-hoc-Dolmetschende problematisch sein kann: Die Sprachressourcen werden für die Einsätze von ihren Stationen abgezogen, wo sie dann allenfalls fehlen. Bruderer sieht unter anderem in dieser Problemstellung den Grund dafür, dass in einer konsequenten Vollkostenrechnung die Lösung über die Vermittlungsstelle compendi allenfalls sogar günstiger sein könnte als eine Lösung mit spitalinternen Sprachressourcen.

### Ergebnisse der Literaturanalyse

Die wissenschaftliche Literatur zum Thema Ad-hoc-Dolmetschen ist sich grösstenteils darüber einig, dass professionelle ÜbersetzerInnen Ad-hoc-Dolmetschenden aus mehreren Gründen vorzuziehen sind: **Ers-****tens** entstehen bei Ad-hoc-Dolmetschenden mehr Auslassungen und Fehler bei der Übersetzung als bei professionellen DolmetscherInnen – darunter auch Fehler, die potentiell zu medizinischen Problemen führen können (Flores 2005, Ribera 2008). **Zweitens** sind die Ärztinnen und Ärzte zufriedener mit professionellen Übersetzerinnen und Übersetzern als mit Ad-hoc-Dolmetschenden (Flores 2005, 262). Bei den Patientinnen und Patienten zeigen sich unterschiedliche Ergebnisse: Einige Studien finden eine höhere Zufriedenheit der allophonen Personen mit Ad-hoc-Dolmetschenden, andere mit professionellen Übersetzerinnen und Übersetzern. Das weist darauf hin, dass in gewissen Situationen der Einsatz von Ad-hoc-Dolmetschenden eine sinnvolle Alternative sein kann. Dies dürfte insbesondere in Situationen der Fall sein, in denen fehlerhaftes Übersetzen nicht zu negativen medizinischen Folgen führen kann. **Drittens** wird darauf hingewiesen, dass der Einsatz von Familienmitgliedern und Bekannten als Dolmetschende problematisch ist, weil die Anonymität der Patientin oder des Patienten nicht gewährt ist und über Tabuthemen schwerer gesprochen werden kann (Bischoff 2003, 27f.).

Aus diesen Gründen hält Bowen (2001, VII) den Einsatz von Ad-hoc-Dolmetschenden für inakzeptabel: «Reliance on family members, or untrained interpreters recruited on an ad hoc basis [...] poses too many risks to be acceptable. While there is continuing debate about how the interpreter role should be defined, there is sufficient consensus on core competencies that these should form the basis for training programs». Dies zeigt, als wie problematisch die Autorinnen und Autoren der Studien Ad-hoc-Dolmetschen erachten. Gleichzeitig legen die Ausführungen der befragten ExpertInnen nahe, dass in spezifischen Situationen der Einsatz von Ad-hoc-Dolmetschenden durchaus sinnvoll ist.

### Fazit zum Einsatz von Ad-hoc-Dolmetschenden

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse der wissenschaftlichen Literatur und der durchgeführten Befragung von 15 ExpertInnen, die in der Schweizer Spitallandschaft beschäftigt sind, ziehen wir bezüglich dem Einsatz von Ad-hoc-Dolmetschenden das folgende Fazit:

■ Für **kurze Gespräche** mit einfachsten medizinischen oder nicht-medizinischen Inhalten (Terminvereinbarung, Anleitung, wie eine Salbe appliziert werden muss etc.) sind Einsätze von Ad-hoc-Dolmetschenden aus Gründen der Organisations- und Kosteneffizienz wünschenswert.

---

<sup>5</sup> Das Beispiel ist insofern etwas aussergewöhnlich, als dass die erwerbstätigen ausländischen Männer zumeist über bessere Kenntnisse der Landessprachen der Schweiz verfügen als ihre Frauen, die oft den Haushalt besorgen.

■ Für **längere medizinische Konsultationen**, die den Kern der medizinischen Leistungserbringung betreffen, können aus Gründen der Übersetzungsqualität grundsätzlich nur geschulte Übersetzungshilfen eingesetzt werden. **Ausnahmen** hierzu gibt es bei Konsultationen, in welchen mit dem Einsatz von Ad-hoc-Dolmetschenden aus dem nahen Umfeld der allophonen PatientInnen ein therapeutisches oder medizinisches Ziel angestrebt wird. Ein Beispiel hierfür sind Konsultationen, in welchen Therapieanweisungen kommuniziert werden, die auf eine Verhaltensänderung der PatientInnen abzielen. Dabei können Ad-hoc-Dolmetschende aus dem nahen Umfeld geeigneter sein als geschulte ÜbersetzerInnen – insbesondere dann, wenn die betreffenden Ad-hoc-Dolmetschenden von den Therapieanweisung betroffen sind und eine wichtige Rolle bezüglich der Compliance spielen.

■ Im **psychiatrischen Setting** kann der Einsatz von Ad-hoc-Dolmetschenden aus dem nahen Umfeld der allophonen PatientInnen negative Auswirkungen haben. Auf den Einsatz von Ad-hoc-Dolmetschenden ist im psychiatrischen Setting grundsätzlich zu verzichten – die Gründe hierfür sind mannigfaltig. Ausnahmen sind wiederum denkbar, wenn der Einsatz therapeutische Ziele verfolgt.

■ Bei allophonen PatientInnen aus **autoritären Gesellschaftsstrukturen und hierarchisierten Familienstrukturen** ist der Einsatz von Ad-hoc-Dolmetschenden problematisch und deshalb wenn möglich zu vermeiden.

## 5 Das Kosten-Nutzen-Modell

### 5.1 Kosten, Nutzen und Nettonutzen als Differenz

**Wichtigste Ergebnisse:** Die Kosten, der Nutzen und der Nettonutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen können nur bezüglich einem Alternativ- bzw. Referenzszenario berechnet werden. Denn Kosten und Nutzen einer Massnahme stellen immer eine Differenz zwischen zwei Zuständen dar: Zwischen der Realität auf der einen Seite, in der interkulturelle ÜbersetzerInnen eingesetzt werden, und einem Referenzszenario, in dem keine interkulturelle ÜbersetzerInnen verfügbar sind. Im Referenzszenario werden anstelle der interkulturellen ÜbersetzerInnen keine Übersetzungshilfen oder Ad-hoc-Dolmetschende eingesetzt.

Der Nutzen, die Kosten und damit auch der Nettonutzen einer politischen Massnahme (z.B. des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen im Gesundheitswesen) stellen immer ein Differential dar. Worin die Kosten und Nutzen des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen auch immer liegen mögen; sie sind letztlich als Differenz zwischen zwei Zuständen zu interpretieren. Bezüglich der Problemstellung der vorliegenden Studie können grundsätzlich die folgenden idealtypischen Zustände unterschieden werden, die uns in Zusammenhang mit Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens relevant erscheinen:

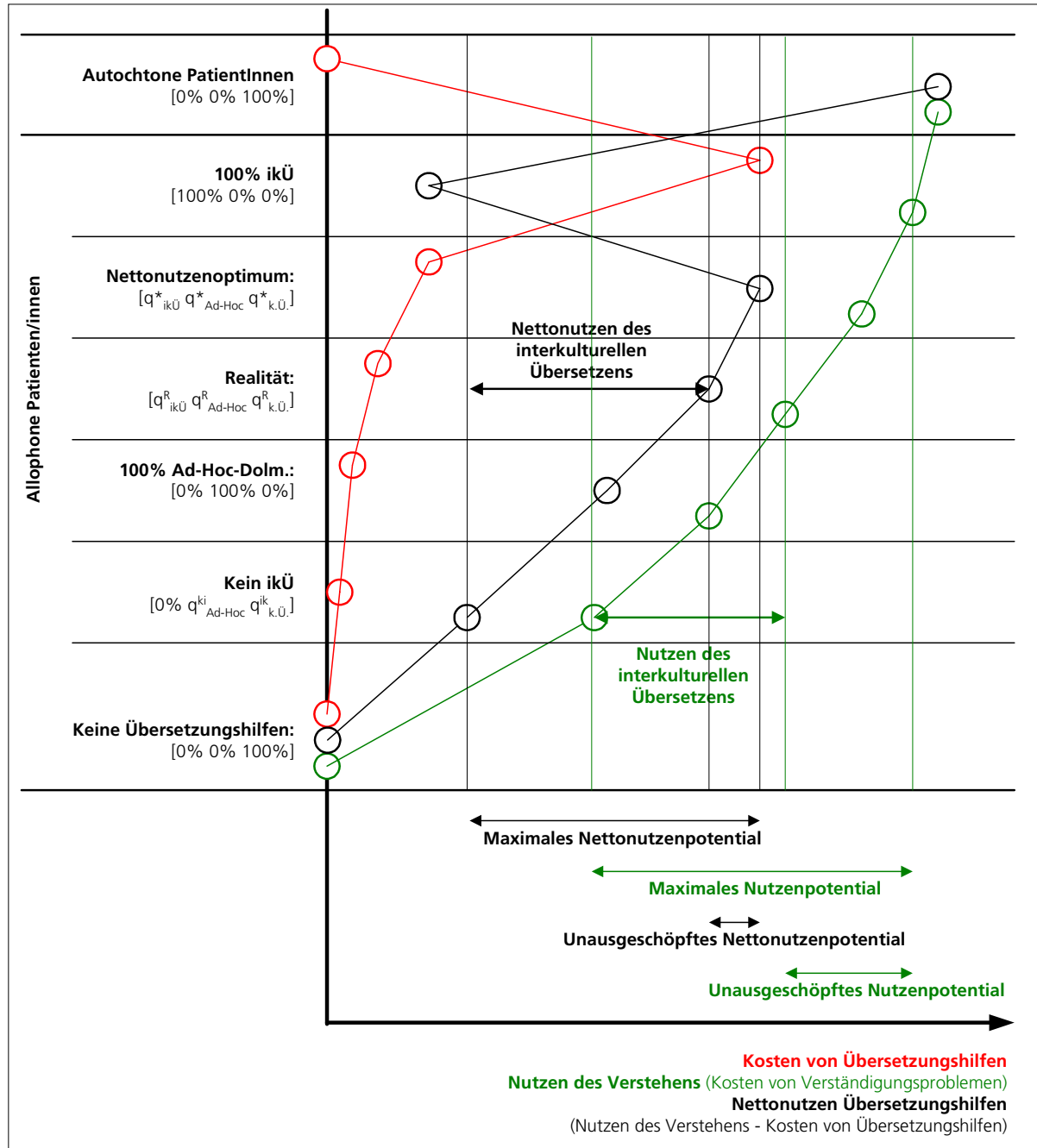
- Zustand **«Keine Übersetzung»**: Zustand, in welchem überhaupt nicht übersetzt wird, d.h.: Bei Konsultationen von allophonen PatientInnen mit Institutionen des Gesundheitswesens kommen weder geschulte Übersetzungshilfen noch Ad-hoc-Dolmetschende zum Einsatz.
- Zustand **«100% Ad-hoc-Dolmetschende»**: Zustand, in welchem stets Ad-hoc-Dolmetschende zum Einsatz kommen, d.h.: Bei Konsultationen von allophonen PatientInnen mit Institutionen des Gesundheitswesens kommen zum einen nie geschulte Übersetzungshilfen zum Einsatz, zum anderen gibt es keine Konsultationen, in welchen überhaupt nicht übersetzt wird.
- Zustand **«Kein ikÜ»**: Zustand, in welchem keine kostenpflichtigen interkulturelle ÜbersetzerInnen eingesetzt werden, d.h.: Bei Konsultationen von allophonen PatientInnen mit Institutionen des Gesundheitswesens kommen entweder gar keine Übersetzungshilfen oder aber Ad-hoc-Dolmetschende zum Einsatz.
- Zustand **«100% ikÜ»**: Zustand, in welchem stets interkulturelle ÜbersetzerInnen zum Einsatz kommen, d.h.: Bei Konsultationen von allophonen PatientInnen mit Institutionen des Gesundheitswesens kommen nie Ad-hoc-Dolmetschende zum Einsatz. Darüber hinaus gibt es keine Konsultationen, bei denen überhaupt keine Übersetzungshilfen eingesetzt werden.

Bei diesen drei Zuständen handelt es sich um idealtypische Zustände, die es in der Realität so nicht gibt. In der Realität gibt es nur Mischformen dieser Zustände. Bezeichnet man mit  $q_{ikÜ}$  den Anteil der Konsultationen, bei denen interkulturellen ÜbersetzerInnen eingesetzt werden, mit  $q_{Ad-hoc}$  den Anteil der Konsultationen, bei denen Ad-hoc-Dolmetschende zum Einsatz kommen und mit  $q_{k.Ü.}$  den Anteil der Konsultationen, bei welchen überhaupt keine Übersetzungshilfen zum Einsatz kommen, dann kann jeder denkbare Zustand bezüglich des Einsatzes von Übersetzungshilfen als dreidimensionaler Vektor geschrieben werden:  $[q_{ikÜ} \ q_{Ad-Hoc} \ q_{k.Ü.}]$ <sup>6</sup>. Der Zustand «Keine Übersetzung» kann gemäss dieser Notationen geschrieben werden als [0% 0% 100%], der Zustand «100% ikÜ» als [100% 0% 0%] etc. Den Zustand, der in der

<sup>6</sup> Diese analytische Darstellung eines Zustands als Vektor ist nicht eindeutig, da die Vektoren nur etwas über die prozentuale Aufteilung der Konsultationen aussagen, nicht aber etwas darüber, bei welchen Konsultationen welche Methode (ikÜ, Ad-hoc-Dolmetschen, keine Übersetzung) zur Anwendung kommt. Wir führen die Notation an dieser Stelle nur ein, weil sie dem Verständnis förderlich sein kann.

**Realität**, d.h. in der Schweiz im Jahr 2009 herrscht, bezeichnen wir mit:  $[q_{ikÜ}^R, q_{Ad-Hoc}^R, q_{k.Ü.}^R]$ . Verschiedene Zustände implizieren unterschiedliche Kosten, Nutzen und Nettonutzen des interkulturellen Übersetzens. Der Zustand «Keine Übersetzungen» impliziert z.B., dass sowohl die Kosten als auch der Nutzen des Einsatzes von Übersetzungshilfen Fr. 0.- betragen. Vor diesem Hintergrund kann man sich einen Zustand vorstellen, in dem der Nettonutzen, also die Differenz aus Nutzen und Kosten des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen im Gesundheitswesen, maximal wird. Diesen Zustand bezeichnen wir im folgenden als «**Nettonutzenoptimum**»:  $[q_{ikÜ}^*, q_{Ad-Hoc}^*, q_{k.Ü.}^*]$ .

Abbildung 1: Theoretisches Kosten-Nutzen-Modell



Quelle: eigene Darstellung

In **Abbildung 1** ist ein möglicher Zusammenhang zwischen den verschiedenen denkbaren Zuständen und den mit diesen Zuständen verbundenen Kosten, Nutzen und Nettonutzen dargestellt. Die Zustände

sind dabei gemäss dem Nutzen absteigend sortiert. Zusätzlich zu den bisher definierten Zuständen ist in dieser Abbildung ein Zustand **«Autochthone PatientInnen»** abgetragen: dieser hypothetische Zustand misst den Nutzen des Verstehens zwischen autochthonen PatientInnen und Fachpersonen von Institutionen des Schweizer Gesundheitswesens. Dieser Zustand ist insofern relevant (und spielt in der Literatur eine Rolle), als der Nutzen des Verstehens bei autochthonen PatientInnen als maximales Nutzenpotential des interkulturellen Übersetzens interpretiert werden kann: Ein höherer Nutzen kann durch den Einsatz von Übersetzungshilfen nicht realisiert werden. Die Kosten für interkulturelles Übersetzen betragen in diesem Zustand Fr. 0.-, da keine kostenpflichtigen Dolmetschleistungen nötig sind.

Der Zusammenhang zwischen den Zuständen und den Kosten und dem Nutzen des Einsatzes von Übersetzungshilfen, der in Abbildung 1 dargestellt ist, basiert auf **Annahmen**, die folgendermassen beschrieben werden können:

- Die Kosten und der Nutzen des Zustands «Keine Übersetzung» betragen definitionsgemäss Null, weshalb auch der Nettonutzen dieses Zustands Null beträgt.
- Abbildung 1 nimmt an, dass gilt:  $\text{Nutzen}(\text{Autochthone PatientInnen}) \geq \text{Nutzen}(100\% \text{ ikÜ}) \geq \text{Nutzen}(\text{Nutzenoptimum}) \geq \text{Nutzen}(\text{Realität}) \geq \text{Nutzen}(100\% \text{ Ad-Hoc-Dolm.}) \geq \text{Nutzen}(\text{Keine Übersetzung})$ . Es sei explizit darauf hingewiesen, dass es sich bei diesen Zusammenhängen um **Arbeitshypothesen** handelt, deren Gültigkeit nicht geklärt ist. So ist es a priori zum Beispiel denkbar, dass der Nettonutzen des Zustandes «Nutzenoptimum» tiefer ist als derjenige des Zustands «Realität», was bedeuten würde, dass bereits heute zu oft interkulturelle ÜbersetzerInnen eingesetzt werden.
- Der in Abbildung 1 dargestellte Übergang vom Zustand «Nutzenoptimum» zum Zustand «100% ikÜ» macht die Annahme sichtbar, dass es bezüglich des Nettonutzens nicht optimal ist, bei jeder medizinischen Konsultation von allophonen PatientInnen geschulte DolmetscherInnen einzusetzen. Ein Beispiel hierfür sind Konsultationen, im Rahmen derer mittels rein technischer, objektiver Mess- und Testverfahren Diagnosen erstellt werden.

Weiter oben haben wir dargelegt, dass der Nutzen, die Kosten und damit auch der Nettonutzen einer politischen Massnahme (z.B. des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen im Gesundheitswesen) eine Differenz zwischen zwei Zuständen darstellt, was insbesondere die Festlegung eines Referenz- bzw. Benchmark-Szenarios verlangt. Anhand von Abbildung 1 kann nun abgelesen werden, was unter Kosten, Nutzen und Nettonutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen zu verstehen ist:

Die Kosten, der Nutzen und der Nettonutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen der Schweiz im Jahr 2009 ist gegeben durch die **Differenz zwischen dem Zustand «Realität» und dem hypothetischen Zustand «Kein ikÜ»**. Die Schwierigkeit der Messung des Nutzens des interkulturellen Übersetzens liegt darin begründet, dass es sich beim Zustand «Kein ikÜ» um einen hypothetischen Zustand handelt, den es so in der Realität nicht gibt. In der Literatur zu den ökonomischen Aspekten des Einsatzes von kostenpflichtigen Übersetzungshilfen wird die Differenz zwischen dem Zustand «Realität» und dem Zustand «Kein ikÜ» teilweise dadurch operationalisiert, dass in einem ersten Schritt die Gruppe der «allophonen PatientInnen» ex post in zwei Subgruppen geteilt wird: Die eine Gruppe besteht aus allophonen PatientInnen, bei welchen geschulte, kostenpflichtige Übersetzungshilfen eingesetzt wurden, die andere Gruppe besteht aus allophonen PatientInnen, bei welchen keine geschulten DolmetscherInnen eingesetzt wurden. In einem zweiten Schritt werden die Kosten, die bei den beiden Gruppen im Gesundheitswesen (und/oder in der Volkswirtschaft) angefallen sind, miteinander verglichen. In einem dritten Schritt wird sodann eine Hochrechnung zum Nutzen des Einsatzes von geschulten DolmetscherInnen vorgenommen. Dieses Verfahren kann aufgrund des sogenannten **«Selbstselektionsbias»** zu verzerrten Ergebnissen führen. Ein Selbstselektionsbias liegt dann vor, wenn unbekannte Drittvariablen, die mit den Gesundheitskosten der allophonen PatientInnen korreliert sind, die Zuteilung zu den beiden Gruppen, die



ex post vorgenommen wird, unsichtbar steuern. Es ist davon auszugehen, dass interkulturelle Übersetzerinnen nicht völlig zufällig auf allophone Personen verteilt werden, sondern dass bei Personen mit sehr schlechten Deutschkenntnissen und in Situationen, in denen Verständnis ausgesprochen wichtig ist, häufiger interkulturelle ÜbersetzerInnen eingesetzt werden. Dies führt zu Verzerrungen der Ergebnisse. Weiter ist zum Beispiel denkbar, dass in der Gruppe der allophonen PatientInnen, bei welchen geschulte DolmetscherInnen eingesetzt wurden, solche überrepräsentiert sind, die sozial isoliert sind, so dass sie auf keine Ad-hoc-Dolmetschende aus dem Kreis der Bekannten, Familie etc. zurückgreifen können. Gibt es nun eine positive Korrelation zwischen dem Grad der sozialen Integration und dem Gesundheitszustand, (der wiederum mit den Gesundheitskosten korreliert ist,) resultiert letztlich eine Unterschätzung des Nutzens des interkulturellen Übersetzens.

Explizit muss darauf hingewiesen werden, dass insbesondere die Differenz zwischen dem Zustand «Realität» und dem Zustand «100% Ad-hoc-Dolmetschen» und die Differenz zwischen dem Zustand «Realität» und dem Zustand «Keine Übersetzungshilfe» nicht den Nutzen des Einsatzes des interkulturellen Übersetzens messen: das erste der beiden Differentiale unterschätzt, das zweite überschätzt den Nutzen des interkulturellen Übersetzens.

Die Differenz zwischen dem Nutzen im Zustand «Nettonutzenoptimum» und dem Nutzen im Zustand «Realität» misst das **Nutzenpotential**, das zurzeit noch nicht ausgeschöpft wird. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass der Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Sinne der Differenz zwischen dem Zustand «Realität» und dem Zustand «Kein ikÜ» streng genommen keinen Schluss auf dieses Nutzenpotential zulässt. Denn a priori ist denkbar, dass dieses nicht-ausgeschöpfte Nutzenpotential auch dann negativ ist, wenn der Nutzen des interkulturellen Übersetzens positiv ist – nämlich dann, wenn die zusätzlichen Kosten den zusätzlichen Nutzen übersteigen. Das ist dann der Fall, wenn in der Realität bereits genügend oft bzw. zu oft interkulturelle Übersetzerinnen eingesetzt werden und eine weitere Erhöhung der Anzahl Übersetzungen mehr Kosten als Nutzen verursachen würde.

In der Literatur, die sich mit den ökonomischen Aspekten des Einsatzes von geschulten, kostenwirksamen Übersetzungshilfen befasst, wird oft auch die Differenz zwischen den Zuständen «autochthone PatientInnen» und «Realität» thematisiert. Dieses Vorgehen basiert auf der Überlegung, dass mit dem Einsatz von geschulten Übersetzungshilfen allophone PatientInnen sozusagen zu autochthonen PatientInnen gemacht werden können. Dieses Verfahren birgt die Gefahr eines «**omitted variable bias**»: Die kalkulierte Differenz zwischen den allophonen und autochthonen Personen ist dann verzerrt, wenn unsichtbare, interferierende Drittvariablen (Gesundheitszustand, Altersstruktur etc.), die mit den Kosten im Gesundheitswesen korreliert sind, bei der Kalkulation der Kostendifferenzen nicht entsprechend mitmodelliert werden. Dem Vergleich der Kosten zwischen autochthonen und allophonen PatientInnen ist jedoch auch ein grundsätzliches, konzeptuelles Problem inhärent. Denn der Vergleich impliziert die Annahme, dass Qualität und Quantität der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch allophone Personen dann optimal sind, wenn sie derjenigen durch die autochthonen Personen entspricht. An der Plausibilität dieser Annahme darf zumindest gezweifelt werden. Denn es ist naheliegend, dass die Allophonie eine optimale Inanspruchnahme des Gesundheitswesens impliziert, die sich qualitativ und quantitativ von der optimalen Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch autochthone Personen unterscheidet. So weist etwa Dr. Stefan Begré, stellvertretender Chefarzt der Abteilung Psychosomatik des Inselspitals Bern, explizit darauf hin, dass die Eigenschaft der Allophonie einen erhöhten zeitlichen und monetären Ressourceneinsatz verlangt, wenn eine medizinische Wirkung erzielt werden soll, die mit derjenigen bei autochthonen PatientInnen vergleichbar ist.

Die Ausführungen haben bis hierher gezeigt, dass die Kosten und Nutzen des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen im Gesundheitswesen als Differenz zwischen der Realität und einem hypothetischen

(Referenz-)Zustand gegeben ist, in welchem keine interkulturelle ÜbersetzerInnen zur Verfügung stehen. Das Referenzszenario unterscheidet sich von der Realität also einzig dahingehend, dass in Situationen, in welchen heute interkulturelle ÜbersetzerInnen eingesetzt werden, keine solchen zur Verfügung stehen. Dies macht deutlich, dass das bisher beschriebene Referenzszenario noch «unterdefiniert» ist. Denn grundsätzlich sind im Referenzszenario drei alternative Möglichkeiten denkbar, wie die Konsultationen, während welchen in der heutigen Realität interkulturelle ÜbersetzerInnen eingesetzt werden, durchgeführt würden. Diese drei Optionen der Substitution sind namentlich die folgenden:

- **Möglichkeit 1:** Kein Einsatz von Übersetzungshilfen.
- **Möglichkeit 2:** Einsatz von spitalinternen Sprachressourcen als Ad-hoc-Dolmetschende.
- **Möglichkeit 3:** Einsatz von Angehörigen als Ad-hoc-Dolmetschende.

Die Annahmen, die bezüglich der Substitution von interkulturellen ÜbersetzerInnen durch diese drei Optionen getroffen werden, sind deshalb entscheidend, weil die drei Substitutionsmöglichkeiten unterschiedliche medizinische und ökonomische Wirkungen entfalten. Dies führt uns direkt zu der Frage, welches Verhältnis der drei Optionen der Substitution plausibel ist. Eine Möglichkeit, diese Frage zu beantworten, ist zu fragen, was passieren würde, wenn den Institutionen des Gesundheitswesens keine Übersetzungshilfen zur Verfügung stehen würde. Dabei erscheinen uns die folgenden Überlegungen relevant:

■ **Erstens** ist davon auszugehen, dass die Option «Keine Übersetzung» für Situationen, in welchen heute interkulturelle ÜbersetzerInnen eingesetzt werden, irrelevant ist. Denn in der Realität werden die kostenpflichtigen interkulturellen ÜbersetzerInnen nur dann eingesetzt, wenn eine Übersetzungshilfe für die Erbringung der medizinischen Dienstleistung notwendig ist. Deshalb würden in einem Zustand, in dem es die Möglichkeit des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen nicht gibt, in solchen Situationen möglichst oft Ad-hoc-Dolmetschende im Sinne von spitalinternen Sprachressourcen oder Angehörigen der allophonen PatientInnen eingesetzt. Die Option «Keine Übersetzung» erscheint uns nur für Notfallsituationen relevant, in welchen der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen aus organisatorischen Gründen keine Option darstellt oder in Fällen, in denen keine der spitalinternen Sprachressourcen die Sprache der Patientin oder des Patienten sprechen kann. Deshalb erscheint uns die Annahme zielführend, dass der Anteil der Option «Keine Übersetzung» gering ist und das Referenzszenario vor allem eine Mischung aus den beiden Optionen «Einsatz von spitalinternen Sprachressourcen als Ad-hoc-Dolmetschende» und «Einsatz von Angehörigen der allophonen PatientInnen als Ad-hoc-Dolmetschende» darstellt.

■ **Zweitens** ist davon auszugehen, dass der **grösste Teil** der ikÜ-Einsätze durch Einsätze von spitalinternen Sprachressourcen substituiert würde, wenn der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen nicht möglich wäre. Denn andernfalls stellt sich die Frage, warum in den Situationen, in denen zurzeit die geschulten interkulturellen ÜbersetzerInnen eingesetzt werden, nicht bereits heute Ad-hoc-Dolmetschende im Sinne von Angehörigen und Bekannten eingesetzt werden. Es muss also davon ausgegangen werden, dass es in den meisten Situationen, in welchen heute interkulturelle ÜbersetzerInnen eingesetzt werden, einen Grund dafür gibt, dass nicht Ad-hoc-Dolmetschende eingesetzt werden.

## 5.2 Mögliche Perspektiven der Kosten-Nutzen-Analyse

**Wichtigste Ergebnisse:** Eine Kosten-Nutzen-Analyse des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen kann je nach dem, welche Kosten und Nutzen berücksichtigt werden, aus unterschiedlichen Perspektiven vorgenommen werden:

- **Betriebswirtschaftliche Perspektive des einzelnen Spitals:** Berücksichtigt nur die betriebswirtschaftlichen Kosten und Nutzen des ikÜ, die im entsprechenden Spital anfallen.
- **Perspektive der Spitallandschaft:** Berücksichtigt nur die Kosten und Nutzen des ikÜ, die in Schweizer Spitälern anfallen.
- **Perspektive des Gesundheitswesens:** Berücksichtigt zusätzlich den Nutzen, der ausserhalb der Spitallandschaft, jedoch im Gesundheitswesen anfällt.
- **Perspektive der Volkswirtschaft:** Berücksichtigt zusätzlich den Nutzen, der ausserhalb des Gesundheitswesens, also in der Schweizer Gesellschaft und Volkswirtschaft anfällt.

Nur in der volkswirtschaftlichen Perspektive kann der gesamte relevante Nutzen berücksichtigt werden.

Wie wir weiter unten ausführen werden, fällt der Nutzen des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen in Form von verhinderten Kosten an. Dabei können die folgenden Nutzenarten differenziert werden:

- Kosten, die im **Gesundheitswesen** aufgrund von Verständigungsproblemen anfallen und mit dem Einsatz von kostenpflichtigen, geschulten Übersetzungshilfen ganz oder teilweise verhindert werden können.
- Kosten in Form von **Produktionsverlusten**, die aufgrund von Absenzen am Arbeitsplatz, reduzierter Produktivität, Invalidität oder Ableben entstehen<sup>7</sup>. Diese Absenzen, die reduzierte Produktivität, die Invalidität und das Ableben müssen dabei kausal auf Verständigungsprobleme zurückgeführt werden können, die mit dem Einsatz von kostenpflichtigen, geschulten Übersetzungshilfen ganz oder teilweise verhindert werden können.
- **Andere** verhinderte soziale **Kosten**, die aufgrund eines negativen Krankheitsverlaufs entstehen können, wobei dieser negative Krankheitsverlauf mit dem Einsatz von kostenpflichtigen, geschulten Übersetzungshilfen ganz oder teilweise verhindert werden kann. Beispiele sind hier die Belastung des sozialen Umfelds (Erkrankung von Familienangehörigen, Lernschwächen von Kindern etc.), die Kosten eines Strafvollzugs etc.

Je nachdem, welche Nutzenarten in der Analyse berücksichtigt werden, kann der Kosten-Nutzen-Vergleich bezüglich des Einsatzes von kostenpflichtigen, geschulten Übersetzungshilfen aus unterschiedlich umfassenden Perspektiven vorgenommen werden (siehe **Abbildung 2**). Dabei können u.a. die folgenden Perspektiven unterschieden werden:

- **Betriebswirtschaftliche Perspektive eines einzelnen Spitals:** Die Kosten und der Nutzen des Einsatzes von geschulten Übersetzungshilfen können aus der betriebswirtschaftlichen Sicht des einzelnen Spitals analysiert werden. In dieser Perspektive ist die Kosten-Nutzen-Bilanz durch die buchhalterische Wirkung (betriebswirtschaftliches Finanzergebnis) des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen gegeben. Jegliche Wirkungen von Verständigungsproblemen ausserhalb des spezifischen Spitals können in

<sup>7</sup> Produktionsverluste können nicht nur bezüglich bezahlter Arbeit, sondern auch bezüglich unbezahlter Arbeit anfallen: Pflege von Angehörigen, Kinderbetreuung etc. Wenn wir im weiteren Bericht von Produktionsverlusten schreiben, meinen wir damit jeweils nicht nur die Produktionsverluste bezüglich bezahlter Arbeit, sondern ebenso diejenigen bezüglich unbezahlter Arbeit.

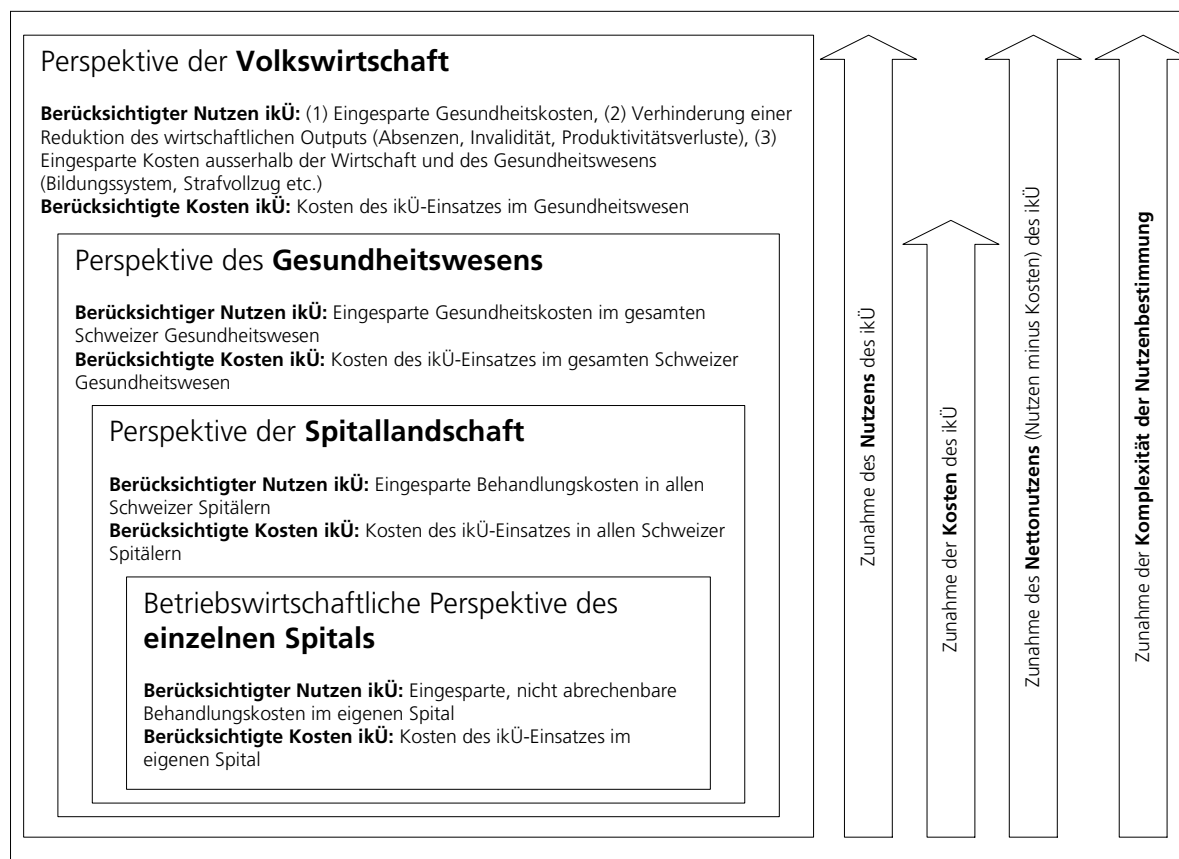
dieser Perspektive nicht berücksichtigt werden. Zusätzlicher Aufwand, der aufgrund von Verständigungsproblemen im Spital entsteht (z.B. durch eine Erhöhung der Anzahl Liegetage einer allophonen Person), stellen für dieses Spital nicht Kosten dar, da dieser zusätzliche Aufwand durch Zahlungen der Krankenkassen und der subventionierenden Körperschaften (insbesondere der Kantone) gedeckt ist. Es ist denkbar, dass sich diese Situation mit der Einführung der Swiss DRG verändert. Dies ist dann der Fall, wenn mit der Einführung der Fallpauschalen diejenigen Behandlungskosten vollständig internalisiert werden können, die durch Verständigungsprobleme zwischen allophonen PatientInnen und medizinischen MitarbeiterInnen der Spitäler und Kliniken entstehen und durch den Einsatz von geschulten Übersetzungshilfen verhindert werden können.

■ **Perspektive der Spitallandschaft:** Die Kosten und der Nutzen des Einsatzes von geschulten Übersetzungshilfen können aus der Perspektive der gesamten schweizerischen Spitallandschaft analysiert werden. Diese Perspektive kann man sich dadurch veranschaulichen, dass man sich die Gesamtheit aller Spitäler der Schweiz als einziges Unternehmen vorstellt. In dieser Sichtweise auf die Kosten-Nutzen-Bilanz wird der Nutzen berücksichtigt, der durch die Verhinderung von Kosten aufgrund von Verständigungsproblemen in sämtlichen Spitälern entsteht. Verfolgt wird das Ziel, die Kosten im Gesundheitswesen im Rahmen der erwarteten und festgelegten Qualität der Spitaldienstleistung zu minimieren. Darüber hinaus kann aus der Perspektive der Spitallandschaft im Gegensatz zur betriebswirtschaftlichen Perspektive auch der Nutzen berücksichtigt werden, der entsteht, wenn Verständigungsprobleme in einem Spital A Kosten in einem anderen Spital B auslösen.

■ **Perspektive des Gesundheitswesens:** Die Perspektive des Gesundheitswesens kann man sich analog zur Perspektive der Spitallandschaft dadurch veranschaulichen, dass man sich alle Institutionen und Unternehmen des Schweizer Gesundheitswesens als einziges Unternehmen vorstellt. In der Perspektive des Gesundheitswesens auf die Kosten-Nutzen-Bilanz wird der Nutzen berücksichtigt, der durch die Verhinderung von Kosten entsteht, die in irgendeiner Institution des Schweizer Gesundheitswesens aufgrund von Verständigungsproblemen anfallen. Im Vergleich zur Perspektive der Spitallandschaft kann damit zusätzlich der Nutzen berücksichtigt werden, der in der Verhinderung von Kosten liegt, die aufgrund von Verständigungsproblemen bei ambulanten Diensten (insb. Arztpraxen und Spitex) und sozialmedizinischen Institutionen (z.B. Pflegeheime) anfallen.

■ **Volkswirtschaftliche Perspektive:** Die Kosten und der Nutzen des Einsatzes von geschulten Übersetzungshilfen können schliesslich aus der Perspektive der gesamten Volkswirtschaft kalkuliert werden. In dieser Sichtweise auf die Kosten-Nutzen-Bilanz werden alle oben aufgeführten Nutzenarten berücksichtigt. Im Vergleich zur Perspektive des Gesundheitswesens kann zusätzlich der Nutzen berücksichtigt werden, der in der Verhinderung von Kosten liegt, die aufgrund von Verständigungsproblemen ausserhalb des Gesundheitswesens anfallen (z.B. in der Wirtschaft, in der Gesellschaft, im Strafvollzugs, im Bildungswesen etc.). Da der Einsatz von interkulturellem Übersetzen im Gesundheitswesen nicht nur im Gesundheitswesen selbst Nutzen auslöst (in Form von verhinderten Behandlungskosten), sondern auch ausserhalb des Gesundheitswesens, kann bereits an dieser Stelle festgehalten werden, dass allein die umfassende volkswirtschaftliche Perspektive zu einem nicht-verzerrten Kosten-Nutzen-Vergleich führen kann. Kosten-Nutzen-Analysen, die auf allen anderen (reduzierten) Perspektiven beruhen, unterschätzen systematisch den Nutzen und damit den Nettonutzen des Einsatzes von interkultureller Übersetzung im Gesundheitswesen. Mit der Ausweitung des Blickwinkels steigt allerdings die Komplexität der Kosten-Nutzen-Analyse.

Abbildung 2: Unterschiedlichen Perspektiven auf die Kosten-Nutzen-Bilanz von interkultureller Übersetzung im Gesundheitswesen



Quelle: Eigene Darstellung

### 5.3 Das medizinische Wirkungsmodell

**Wichtigste Ergebnisse:** Wir unterscheiden folgende Kosten und Nutzen des ikÜ:

- **Direkte Kosten – Einsatzkosten:** Kosten des Einsatzes der ikÜ.
- **Indirekte Kosten – Kosten der Mengenausweitung:** Kosten einer erhöhten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, die auf den Einsatz von ikÜ zurückgeführt werden kann.
- **Direkter Nutzen – Effizienzgewinne:** Kosten, die eingespart werden können, wenn der Einsatz von ikÜ zu einem effizienteren Prozess der medizinischen Dienstleistungserbringung führt.
- **Indirekter Nutzen – Nutzen besserer Gesundheit:** Kosten im Gesundheitswesen, in der Wirtschaft und in der Gesellschaft, die eingespart werden können, wenn durch den Einsatz von ikÜ der Gesundheitszustand allophoner PatientInnen verbessert werden kann.

Im Gesundheitswesen werden geschulte DolmetscherInnen eingesetzt, damit Sprachbarrieren zwischen allophonen PatientInnen und Gesundheitsfachpersonen überwunden werden können. Diese Motivation für den Einsatz von Übersetzungshilfen impliziert, dass der ökonomische Nutzen des Einsatzes von Übersetzungshilfen in der Überwindung solcher Sprachbarrieren zu suchen ist. Aus diesem Grund steht bei der Bestimmung der Kosten und insbesondere der Nutzen die Analyse der Auswirkungen von Sprachbarrieren zwischen allophonen PatientInnen und Fachpersonen des Schweizer Gesundheitswesens im Zentrum.

Vor diesem Hintergrund haben wir auf der Basis der durchgeführten Literaturanalyse ein medizinisches Wirkungsmodell erarbeitet, das die verschiedenen Wirkungsketten beschreibt, die im Gesundheitswesen in Zusammenhang mit Verständigungsproblemen im Gesundheitswesen und damit in Zusammenhang mit dem Einsatz von geschulten Übersetzungshilfen bekannt sind und beobachtet werden können. Das Wirkungsmodell diente als Diskussionsgrundlage der Expertengespräche und wurde von den Gesundheitsfachpersonen kritisch beurteilt.

Im Folgenden werden die wichtigsten Wirkungsketten des Modells kurz vorgestellt. Eine detaillierte Beschreibung und Analyse der einzelnen Wirkungsketten wird in den Kapiteln 6 bis 9 vorgenommen, in denen die Ergebnisse der Literaturanalyse mit den Ergebnissen der Expertengespräche zusammengeführt werden.

In **Abbildung 3** werden die Wirkungsketten, die im Zusammenhang mit Sprachbarrieren wirksam sind, schematisch dargestellt. Die farblich unterschiedlichen Bereiche machen deutlich, dass bezüglich dem Nutzen des interkulturellen Übersetzens grundsätzlich fünf verschiedene Typen von Wirkungsketten unterschieden werden können, im Rahmen derer Verständigungsprobleme zwischen allophenen PatientInnen und Gesundheitsfachpersonen negative, kostenwirksame Auswirkungen haben können.

**Erstens** können Verständigungsprobleme während medizinischen Konsultationen in einer sehr direkten Weise, sozusagen «mechanisch» zu erhöhten Kosten führen. Dies ist dann der Fall, wenn die Verständigungsprobleme den Prozess der medizinischen Dienstleistungserbringung während einer Konsultation verlangsamen. Eine solche Verlangsamung führt dazu, dass die Konsultationsdauer und/oder die Konsultationskadenz erhöht werden muss, wenn eine Behandlungsqualität erbracht werden soll, die mit derjenigen von Konsultationen von autochthonen PatientInnen vergleichbar ist.

**Zweitens** ist davon auszugehen, dass Verständigungsprobleme dahingehend eine kostensuboptimale Interaktion zwischen allophenen PatientInnen und Institutionen des Gesundheitswesens fördern, dass eine Verschiebung der Inanspruchnahme von medizinischen Dienstleistungen von den Arztpraxen hin zu den Spitälern induziert wird.

**Drittens** können Verständigungsprobleme zwischen allophenen PatientInnen und Gesundheitsfachpersonen auf die Gesundheitsfachpersonen Wirkungen entfalten, die dann in einem zweiten Schritt zu erhöhten Kosten im Gesundheitswesen führen. Dabei können drei Wirkungsketten unterschieden werden:

- Die Verständigungsprobleme können dazu führen, dass sich die Gesundheitsfachpersonen unsicher fühlen. Diese Unsicherheit kann bewirken, dass sich die Gesundheitsfachpersonen für zusätzliche medizinische Tests, einen erhöhten Konsultationsrhythmus, unnötige Spitaleinweisungen und/oder eine Verlängerung der Spitalaufenthaltsdauer entscheiden.
- Verständigungsprobleme können zu Fehldiagnosen führen. Fehldiagnosen wiederum können zu unnötigen Kosten im Gesundheitswesen aufgrund nutzloser Behandlungskosten auslösen. Zum anderen kann der Krankheitsverlauf der allophenen PatientInnen negativ tangiert werden.
- Unnötige Behandlungskosten können auch entstehen, wenn korrekt diagnostiziert wird. Dies ist dann der Fall, wenn es unterschiedliche Behandlungsoptionen gibt. Verständigungsprobleme können verhindern, dass die Behandlung optimal an den Krankheitsverlauf und an die Individualität der allophenen Person angepasst werden kann.

**Viertens** können Verständigungsprobleme zwischen allophenen PatientInnen und Gesundheitsfachpersonen auf die allophenen PatientInnen Wirkungen entfalten, die dann in weiteren Wirkungsschritten zu erhöhten Kosten führen können. Dabei können folgende Wirkungsketten differenziert werden:

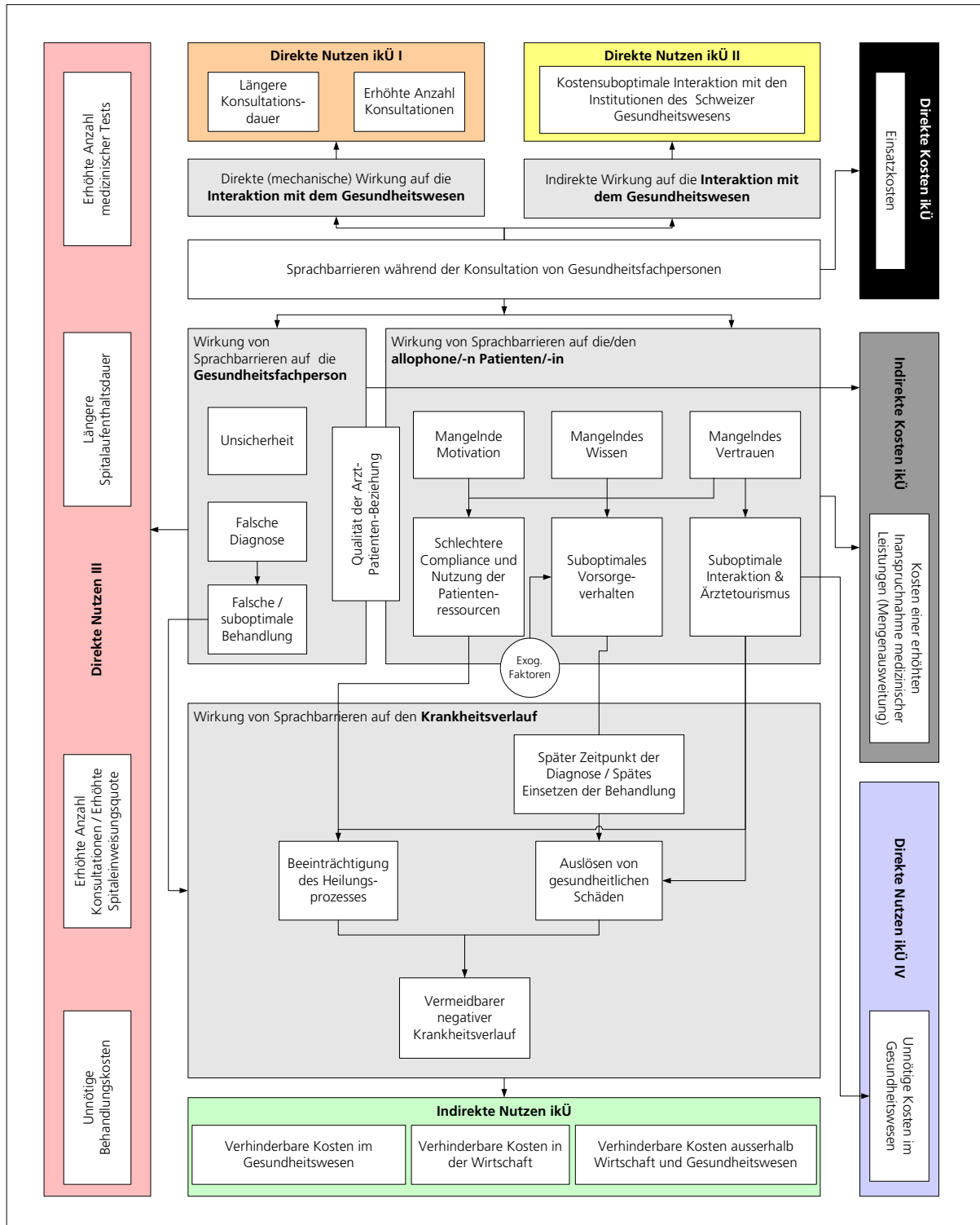
- Verständigungsprobleme können die Motivation der allophonen Person, sich aktiv an der Therapie zu beteiligen, reduzieren. Die ungenügende Compliance kann den Heilungsprozess beeinträchtigen.
- Verständigungsprobleme können dazu führen, dass das Wissen der allophonen Person bezüglich der relevanten medizinischen Zusammenhänge ungenügend ist. Ungenügendes Wissen kann nicht nur die Compliance negativ beeinflussen. Auch das Vorsorgeverhalten der allophonen Person kann unter ungenügendem medizinischem Wissen leiden: Denn wer die Notwendigkeit und Nützlichkeit von Vorsorgeuntersuchungen nicht versteht, hat wenig Grund, sie durchzuführen.
- Verständigungsprobleme können das Vertrauen der allophonen Person in die zuständige Gesundheitsfachperson beeinträchtigen. Mangelndes Vertrauen reduziert nicht nur die Compliance, sondern kann auch dazu führen, dass die allophone Person weitere Ärztinnen oder Ärzte aufsucht. Sei es, um eine Zweitmeinung einzuholen, oder aber in der Hoffnung, bei einer weiteren Konsultation besser verstanden zu werden. Sogenannter «Ärztetourismus»<sup>8</sup> ist nicht nur problematisch, weil er unnötige Kosten verursacht, sondern auch, weil sich parallele Behandlungen gegenseitig negativ beeinflussen können und die Einschätzung von Krankheitsverlauf und Folgebehandlung erschwert wird.

**Fünftens** können die oben genannten Wirkungszusammenhänge den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen oder gesundheitliche Schäden erst auslösen. Sei es, weil die Behandlung wegen fehlender Vorsorgeuntersuchungen zu spät einsetzt, die falsche Behandlung gewählt wurde, die allophone Person die Anweisungen nicht befolgt hat (fehlende Compliance) oder weil verschiedene Behandlungen gleichzeitig angewendet werden und sich negativ beeinflussen. Der verursachte negative Krankheitsverlauf kann zu zusätzlichen Kosten im Gesundheitswesen (zusätzliche Konsultationen, erhöhte Medikamentenkosten, längere Spitalaufenthalte, erhöhte Hospitalisationsrate), zu Arbeitsausfällen oder zu anderweitigen sozialen Kosten führen.

---

<sup>8</sup> Bei ausländischen PatientInnen kann der «Ärztetourismus» auch internationaler Natur sein: Ein solcher «Medizintourismus» ist dann gegeben, wenn ausländische PatientInnen während vorübergehenden Aufenthalten (z.B. Ferien) in ihrem Heimatland dort ansässige Ärztinnen oder Ärzte konsultieren.

Abbildung 3: Das medizinische Wirkungsmodell



Quelle: eigene Darstellung, Grundlage: Literaturrecherche und Expertenbefragung

Aus dem in Abbildung 3 dargestellten medizinischen Wirkungsmodell kann ein ökonomisches Wirkungsmodell abgeleitet werden, wie es in **Abbildung 4** dargestellt ist. Abbildung 4 differenziert die folgenden Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens:

■ **Direkte Kosten:** Die direkten Kosten des interkulturellen Übersetzens sind die unmittelbaren Kosten, die bei den interkulturellen ÜbersetzerInnen, den Vermittlungsstellen und den nachfragenden Versor-



gungsbetrieben des Gesundheitswesens entstehen, wenn es zu Dolmetsch-Einsätzen kommt. Die direkten Kosten nennen wir auch **Einsatzkosten**. Sie werden im **Abschnitt 6** im Detail diskutiert.

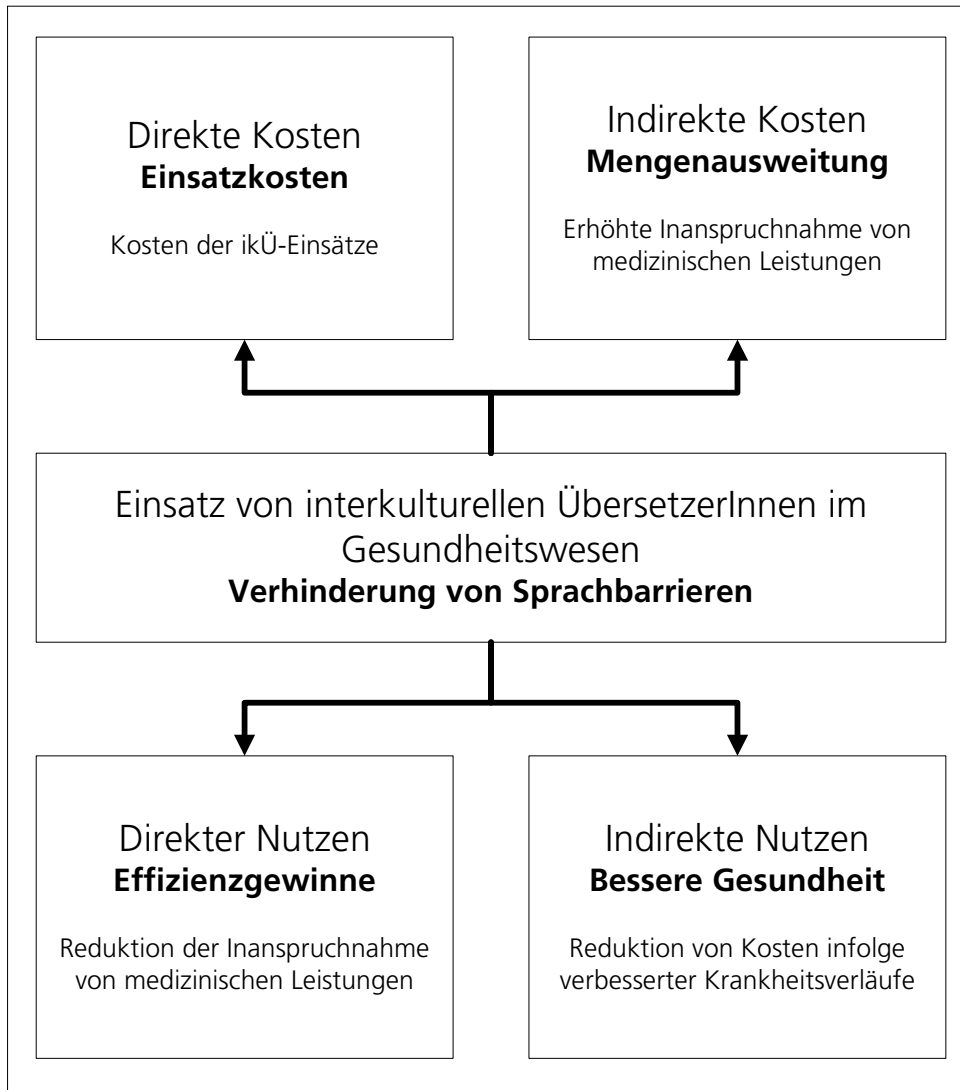
■ **Indirekte Kosten:** Der Einsatz von geschulten interkulturellen ÜbersetzerInnen kann indirekt zu höheren Kosten im Gesundheitswesen führen. Dies ist dann der Fall, wenn aufgrund eines verbesserten Verstehens zusätzliche medizinische Leistungen appliziert werden. Die indirekten Kosten nennen wir auch **Kosten der Mengenausweitung**. Sie werden im **Abschnitt 7** im Detail analysiert.

■ **Direkte Nutzen:** Der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen kann dazu führen, dass die Effizienz des medizinischen Dienstleistungsprozesses verbessert werden kann. Wir bezeichnen diese Nutzen in dem Sinne direkt, als dass sie unabhängig von einer Veränderung des Gesundheitszustandes von allophonen PatientInnen entstehen können. Ein direkter Nutzen entsteht also dann, wenn für ein exogen vorgegebenen Outcome (Gesundheitszustand) der Ressourceneinsatz reduziert werden kann. Aus diesem Grund nennen wir die direkten Nutzen auch **Effizienzgewinne**. Sie werden im **Abschnitt 8** erörtert.

■ **Indirekte Nutzen:** Der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen im Gesundheitswesen kann dazu führen, dass – verglichen mit einer Situation ohne geschulten Übersetzungshilfen – der Gesundheitszustand einer allophonen Person verbessert werden kann. Dadurch können Kosten im Gesundheitswesen, in der Wirtschaft und in der Gesellschaft verhindert werden. Wir nennen diese Nutzen in dem Sinne indirekt, als dass sie mittelbar über eine Veränderung des Gesundheitszustands der allophonen Personen entstehen. Wir nennen diese indirekten Nutzen auch **Nutzen eines verbesserten Gesundheitszustands**. Wir werden die indirekten Nutzen des interkulturellen Übersetzens im **Abschnitt 9** im Detail diskutieren.

Wir möchten explizit darauf hinweisen, dass die soeben formulierte Differenzierung zwischen den direkten und indirekten Nutzen nicht der Terminologie entspricht, die in Kosten-Nutzen-Analyse üblicherweise verwendet wird. Gemäss unserer Differenzierung unterscheiden sich direkte und indirekte Nutzen dadurch, dass die direkten Nutzen als solche definiert sind, die unabhängig vom Krankheitsverlauf entstehen, die indirekten Nutzen hingegen als solche, die «indirekt» über den Krankheitsverlauf entstehen. Die Abweichung von der in der Literatur zu Kosten-Nutzen-Analyse verwendeten Definition bzw. Differenzierung begründen wir damit, dass unsere Differenzierung hinsichtlich einer allfälligen späteren quantitativen Messung der Nutzen hilfreich ist.

Abbildung 4: Das ökonomische Wirkungsmodell



Quelle: eigene Darstellung

## 6 Direkte Kosten des ikÜ: Einsatzkosten

**Wichtigste Ergebnisse:** Die direkten Kosten des Einsatzes von ikÜ im Gesundheitswesen sind gegeben durch die *Differenz zwischen den Einsatzkosten der ikÜ und den direkten Kosten im Referenzszenario*, d.h. den direkten Kosten des Einsatzes von Ad-hoc-Dolmetschenden. Die direkten Kosten im Referenzszenario hängen stark davon ab, ob anstelle von ikÜ keine Übersetzungshilfen, spitalinterne Sprachressourcen oder Bekannte/Angehörige der allophonen PatientInnen als Ad-hoc-Dolmetschende eingesetzt werden. Die direkten Kosten umfassen nicht nur die Arbeitszeitkosten der Übersetzungshilfen, sondern auch administrative Kosten und Ausbildungskosten.

Die direkten Kosten des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen im Gesundheitswesen, d.h. in den Spitälern und Kliniken, liegen auf der Hand:

- Kosten der **Ausbildung** von interkulturellen ÜbersetzerInnen.
- **Arbeitskosten der interkulturellen ÜbersetzerInnen** inkl. Zeitkosten der An- und Rückreise.
- **Spesen** der An- und Rückreise der interkulturellen ÜbersetzerInnen.
- **Kosten der Vermittlungsstellen** für: Disposition der Einsätze, Aus- und Weiterbildung, Akquisition, Fakturierung, Administration und Overhead.
- **Administrative Kosten der nachfragenden Versorgungsbetriebe** des Gesundheitswesens: Organisation der Einsätze und Fakturierung.

Von den direkten Kosten des interkulturellen Übersetzens müssen die **direkten Kosten im Referenzszenario** subtrahiert werden. Denn – wie im Abschnitt 5.1 ausgeführt –, in Kosten-Nutzen-Analysen wird jeweils ein Differential ausgewiesen. Das Referenzszenario unterscheidet sich von der Realität einzig dahingehend, dass bei medizinischen Konsultationen, während welchen interkulturelle ÜbersetzerInnen eingesetzt werden, entweder Ad-hoc-Dolmetschende im Sinne von spitalinternen Sprachressourcen, Ad-hoc-Dolmetschende im Sinne von Angehörigen und Bekannten der allophonen PatientInnen oder aber überhaupt keine Übersetzungshilfen eingesetzt werden. Da der «Einsatz von keinen Übersetzungshilfen», von Angehörigen als Ad-hoc-Dolmetschenden und von spitalinternen Sprachressourcen als Ad-hoc-Dolmetschende unterschiedliche Kostenfolgen zeitigen, reagieren die direkten Kosten im Referenzszenario stark auf die Annahmen, in welchem Verhältnis die ikÜ-Einsätze durch die drei Alternativen substituiert würden (s. Abschnitt 5.1 für eine Diskussion dieser Frage).

Die direkten **Kosten des Einsatzes von spitalinternen Sprachressourcen** als Ad-hoc-Dolmetschende sind:

- Kosten einer allfälligen **Kurzausbildung** von spitalinternen Sprachressourcen bezüglich ihren Einsätzen als Ad-hoc-Dolmetschende.
- **Arbeitskosten der spitalinternen Sprachressourcen:** Der Einsatz von spitalinternen Sprachressourcen ist nicht kostenlos, da diese die Einsätze während ihrer bezahlten Arbeitszeit leisten.
- **Administrative Kosten:** Nicht nur der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen, sondern auch der Einsatz von Ad-hoc-Dolmetschenden im Sinne von spitalinternen Sprachressourcen muss organisiert sein. Dadurch entstehen in den Spitälern Arbeitszeitkosten.

Darüber hinaus kann der Einsatz von spitalinternen Sprachressourcen als Ad-hoc-Dolmetschende auch **indirekte Kosten** auslösen: Bei den Dolmetscheinsätzen werden die spitalinternen Sprachressourcen von ihren primären Funktionen und Arbeitsorten abgezogen. Diese Absenzen können die Effizienz des Prozesses der medizinischen Dienstleistung negativ tangieren, so dass betriebliche Kosten entstehen. Ein Beispiel

hierfür sind Kosten der Personaleinsatzplanung, die entstehen, wenn die Einsatzpläne verändert werden müssen, da spitalinterne Sprachressourcen für Dolmetscheinsätze reserviert werden.

Demgegenüber sind die **Kosten des Einsatzes von Angehörigen und Bekannten der allophonen PatientInnen** als Ad-hoc-Dolmetschende die folgenden:

■ **Opportunitätskosten:** Wenn die Angehörigen und Bekannten nicht übersetzen müssten, könnten sie einer anderen Tätigkeit nachgehen, wobei es sich dabei um bezahlte oder unbezahlte Arbeit handeln kann. Dadurch ergeben sich sogenannte Opportunitätskosten.

■ **Reisespesen:** Reisespesen entstehen, wenn die Ad-hoc-Dolmetschenden mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder mit einem gesonderten Fahrzeug (d.h. nicht zusammen mit den allophonen PatientInnen) an- und/oder zurückreisen.

Schliesslich lässt sich festhalten, dass der «Einsatz von keinen Übersetzungshilfen», d.h. der Nicht-Einsatz von Dolmetschenden, keine direkten Kosten auslöst.

In **Tabelle 2** sind die verschiedenen Bestandteile der direkten Kosten des Einsatzes der drei Arten von Übersetzungshilfen (ikÜ, spitalinterne Sprachressourcen, Angehörige) dargestellt. Dabei sind sie semiquantitativ (+++ hohe Kosten / ++ mittlere Kosten / + tiefe Kosten / 0 keine Kosten) bewertet, wobei in erster Linie der Zeilenvergleich interessiert. Der semiquantitative Vergleich zeigt vor allem, dass davon ausgegangen werden muss, dass aus der Sicht der Spitäler und Kliniken der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen nicht oder nicht substantiell mehr Kosten verursachen dürfte als der Einsatz von spitalinternen Sprachressourcen:

■ Die Bruttobruttolohnstundenlöhne der interkulturellen ÜbersetzerInnen dürften etwa gleich hoch sein wie diejenigen der spitalinternen Sprachressourcen. Die Overhead-Kosten, die in einer konsequenten Vollkostenrechnung berücksichtigt werden müssen, dürften bei den spitalinternen Sprachressourcen substantiell höher sein als dies bei den interkulturellen ÜbersetzerInnen der Fall ist.

■ Die Kosten der Ausbildung einer interkulturellen Übersetzerin oder eines interkulturellen Übersetzers dürften substantiell höher sein als die Kosten der Kurzausbildung von internen Sprachressourcen (soweit diese überhaupt ausgebildet werden). Da davon ausgegangen werden muss, dass die interkulturellen ÜbersetzerInnen mehr Einsatzstunden als spitalinterne Sprachressourcen leisten (teilweise ausserhalb des Gesundheitswesens) reduziert sich diese Kostendifferenz, wenn man die Ausbildungskosten auf die Anzahl Einsatzstunden verteilt.

■ Beim Einsatz von spitalinternen Sprachressourcen als Ad-hoc-Dolmetschende gibt es zwar keine Kosten der Vermittlungsstellen. Das Outsourcing an die Vermittlungsstellen dürfte aber dazu führen, dass die administrativen Kosten der Spitäler beim Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen tiefer sind als diejenigen des Einsatzes von spitalinternen Sprachressourcen – nicht zuletzt, weil die Vermittlungsstellen gegenüber den Spitäler und Kliniken Skalenvorteile (economies of scale) bezüglich dem Einsatz von Übersetzungshilfen aufweisen.

Tabelle 2: Direkte Kosten eines einstündigen Einsatzes von Übersetzungshilfen im Vergleich

	Durchschnittliche Kosten eines 1stündigen Einsatzes von...:		
	interkulturellen ÜbersetzerInnen	spitalinernen Sprachressourcen	Angehörigen und Bekanntnen
Ausbildungskosten	++	+	0
Arbeitskosten Übersetzungshilfen	+++	+++	++
Reisezeitkosten	++	0	+
Reisespesen	+	0	0 / +
Kosten der Vermittlungsstellen	+++	0	0
Administrative Kosten	+	+++	0
Total	+++ / ++	++	+

Bemerkungen: +++ hohe Kosten, ++ mittlere Kosten, + tiefe Kosten, 0 keine Kosten.

Quelle: eigene Darstellung

## 7 Indirekte Kosten des ikÜ: Mengenausweitung

**Wichtigste Ergebnisse:** Wenn sich allophone PatientInnen und Gesundheitsfachpersonen besser verstehen, weil ikÜ eingesetzt werden, ist es möglich, dass die allophonen PatientInnen mehr medizinische Leistungen in Anspruch nehmen. Die Kosten solcher zusätzlicher medizinischer Leistungen nennen wir indirekte Kosten bzw. Kosten der Mengenausweitung. Es sind Situationen denkbar, in welchen diese zusätzlichen medizinischen Leistungen eine negative Kosten-Nutzen-Bilanz aufweisen.

Der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen kann auch indirekte Kosten auslösen. Denn gerade in einer Situation, in welcher es eine medizinische Unterversorgung von allophonen Personen gibt, kann (und soll in vielen Fällen) der Einsatz von geschulten Dolmetschenden zu einer erhöhten Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen führen. Die indirekten Kosten des interkulturellen Übersetzens können deshalb als Kosten einer **«Mengenausweitung»** bezeichnet werden. Eine Mengenausweitung entsteht im Vergleich zu einer Situation, in welcher keine geschulten Dolmetschenden oder gar keine Übersetzungshilfen eingesetzt werden, dann, wenn durch besseres Verstehen das Spektrum möglicher Behandlungen ausgeweitet wird, die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen steigt oder besser und differenzierter diagnostiziert werden kann.

A priori ist davon auszugehen, dass nicht alle zusätzlichen medizinischen Leistungen, die kausal auf die Überwindung von Sprachbarrieren durch den Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen zurückgeführt werden können, eine positive Kosten-Nutzen-Bilanz aufweisen:

■ **«Unnötige» medizinische Leistungen:** Eine Mengenausweitung führt erstens zu einem negativen Nettonutzen, wenn aufgrund der Sprachmittlung zusätzliche Behandlungen vorgenommen werden, die im Sinne «unnötig» sind, als dass eine Nicht-Behandlung (z.B. infolge einer sprachlich verhinderten Diagnose) zu einem gleichen Heilungsergebnis führen würde. Ein solcher Tatbestand ist zum Beispiel bei selbstheilenden Krankheiten oder in Fällen, in welchen «Vergessen kann heilen» gilt, denkbar.

■ **«Wirkungslose» medizinische Leistungen:** Eine Mengenausweitung führt zweitens dann zu einem negativen Nettonutzen, wenn die zusätzlichen medizinischen Leistungen wirkungslos sind<sup>9</sup>.

■ **«Ökonomisch ineffiziente» Leistungen:** Eine Mengenausweitung führt drittens immer dann zu einem negativen Nettonutzen, wenn die zusätzlichen medizinischen Leistungen unabhängig davon, ob die PatientInnen allophon sind oder nicht, eine negative Kosten-Nutzen-Bilanz aufweisen. Beispiele hierfür sind gewisse Vorsorgeuntersuchungen, deren Kosten-Nutzen-Bilanz zumindest umstritten sind.

Ob und in welchem Ausmass die Überwindung von Sprachbarrieren durch den Einsatz von geschulten Übersetzungshilfen zu einer kostentreibenden Mengenausweitung führt, hängt in erster Linie davon ab, ob Sprachbarrieren zu einer medizinischen Unterversorgung oder aber zu einer medizinischen Überversorgung führen. Aus diesem Grund werden wir im Abschnitt 7.2 einen Überblick über den Stand der empirischen Forschung zu diesem Thema geben und empirische Ergebnisse des Gesundheitsmonitorings der Schweizer Migrationsbevölkerung (GMM) präsentieren, die in diesem Zusammenhang relevant sind. Vor-

<sup>9</sup> Ein Beispiel hierfür ist die Anwendung mehrerer Therapieansätze (Körpertherapie, Maltherapie, Musiktherapie, Gestaltungstherapie, Gesprächstherapie, Gruppentherapie etc.) im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einer psychiatrischen Klinik, z.B. aufgrund einer Erschöpfungsdepression. Die Wirkungsforschung in der Psychiatrie geht davon aus, dass die Wirkung eines spezifischen Therapieansatzes vom therapierten Individuum abhängt. So gibt es PatientInnen, die z.B. auf Körpertherapien reagieren, nicht jedoch auf Musiktherapien. Das Problem ist, dass man ex-ante nicht weiss, welcher Therapieansatz beim spezifischen Individuum wirkt und welche Therapiemethoden unwirksam sind. Aus diesem Grund wird eine Batterie von Therapieansätzen appliziert.

her jedoch diskutieren wir im nachfolgenden Abschnitt 7.1 einige moralphilosophische Problemstellungen an, die sich bei der Interpretation solcher indirekten Kosten der Mengenausweitung ergeben.

## 7.1 Moralphilosophischer Exkurs: Interpretation einer ökonomisch ineffizienten Mengenausweitung

**Wichtigste Ergebnisse:** Bei der ökonomischen Bewertung der indirekten Kosten des interkulturellen Übersetzens (Kosten der Mengenausweitung) stellen sich ernstzunehmende *ethische Probleme*. Der ökonomischen Logik von Kosten-Nutzen-Analysen ist das Potential inhärent, das ethische Argument für den Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen zu unterwandern und ein medizinisches Zweiklassensystem zu begründen.

An dieser Stelle möchten wir auf eine moralphilosophische bzw. ethische Problemstellung hinweisen, welche die methodische Konzeption einer Kosten-Nutzen-Analyse bezüglich des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen betrifft: Wie soeben ausgeführt, ist es denkbar, dass der Einsatz von geschulten Übersetzungshilfen die Inanspruchnahme des Schweizer Gesundheitswesens durch allophone PatientInnen erhöht. Solange diese «Mengenausweitung» aus einer ökonomischen Perspektive effizient ist, d.h. solange die Mengenausweitung einen positiven Nettonutzen aufweist, stellen sich keine ethischen Probleme, da die Mengenausweitung auch aus ökonomischer Sicht wünschbar ist. Jedoch sind, wie soeben gezeigt, auch Situationen denkbar, in welchen die erhöhte Inanspruchnahme des Schweizer Gesundheitswesens Kosten auslöst, denen kein entsprechender Nutzen (z.B. in Form von tieferen Gesundheitskosten in der Zukunft) gegenübersteht. Wenn in solchen Situationen interkulturelles Übersetzen dazu führt, dass die Gesundheitskosten der allophonen Personen steigen, da sich deren Interaktion mit dem Gesundheitswesen derjenigen der autochthonen Personen annähert – sich also in Richtung einer kosten-suboptimalen Gesundheitsversorgung entwickelt –, erscheint es uns aus folgenden Gründen problematisch, diese zusätzlichen Kosten negativ zu bewerten<sup>10</sup>:

■ **Fachmedizinischer Grund:** Der Tatbestand, dass in der Realität der Bezug überflüssiger Gesundheitsleistungen vorkommt, dürfte unbestritten sein. Allerdings dürfte dieser Tatbestand bezüglich des Entscheids, ob eine Übersetzungshilfe eingesetzt werden soll, in der Praxis irrelevant sein. Denn einer Gesundheitsfachperson ist ex ante in vielen Fällen nicht bekannt, ob eine Inanspruchnahme einer medizinischen Leistung zum gewünschten Outcome (Heilung) führt. Dies ist der Grund, weshalb auch bei autochthonen PatientInnen medizinische Leistungen appliziert werden, die nicht die intendierte medizinische Wirkung entfalten. Diese «medizinische Unwissenheit» ist letztlich darauf zurückzuführen, dass die Zusammenhänge und Ursache-Wirkungs-Relationen in der Medizin nicht deterministischer Natur sind. Diese Überlegung kann anhand eines einfachen Beispiels expliziert werden: Gegeben sei eine allophone Patientin mit einer depressiven Verstimmung. Dabei handle es sich um eine Depression, die von der Zeit geheilt wird (Spontanverlauf), d.h. ohne medizinische Eingriffe abklingt und nach einer gewissen Zeit ganz verschwindet. Darüber hinaus sei die Sachlage derartig, dass die Depression nur diagnostiziert und behandelt werden kann, wenn bei der Anamnese eine geschulte Übersetzungshilfe anwesend ist. Wird in einem solchen hypothetischen Setting nun eine geschulte Übersetzungshilfe eingesetzt, dann wird in einem ersten Schritt die Depression diagnostiziert und in einem zweiten Schritt eine entsprechende Behandlung

<sup>10</sup> Im Rahmen einer Kosten-Nutzen-Rechnung werden Kosten in dem Sinne negativ bewertet, dass sie bei der Berechnung des Nettonutzens mit einem **negativem** Vorzeichen berücksichtigt werden, während die Nutzen mit einem positiven Vorzeichen in die «Kosten-Nutzen-Summe» eingehen.

appliziert. Dadurch entstehen im Gesundheitswesen Kosten der Anamnese, der Behandlung und des Einsatzes der DolmetscherIn. Wird keine geschulte Übersetzungshilfe eingesetzt, entstehen demgegenüber nur die Kosten der Anamnese. Der Outcome der beiden Szenarien ist derselbe: die Depression klingt ab und verschwindet nach einer bestimmten Zeit gänzlich. Da ex ante unbekannt ist, ob es sich um eine Depression handelt, die von der Zeit geheilt wird oder aber um eine solche, die nicht von selber abklingt, sondern medizinisch behandelt werden muss, liegt der Schluss nahe, dass für den Entscheid, interkulturelle ÜbersetzerInnen einzusetzen, die Möglichkeit einer eventuell wirkungslosen Behandlung irrelevant ist. Vor dem Hintergrund dieser Überlegung könnte man sich auf den Standpunkt stellen, dass die Kosten von unnötigen, wirkungslosen und/oder ökonomisch ineffizienten Behandlungen, die zwar kausal auf den Einsatz von geschulten Übersetzungshilfen zurückgeführt werden kann, nicht als Kosten des interkulturellen Übersetzens, sondern als Kosten eines ungenügenden Wissensstands der modernen Medizin zu interpretieren sind. Einem solchen Standpunkt ist allerdings die Tendenz inhärent, das zugrundeliegende ökonomische Problem einfach wegzudefinieren.

■ **Moralphilosophischer Grund:** Wenn man bezüglich des soeben formulierten Beispiels einer unnötigen Behandlung den Schluss zieht, dass die Kosten der überflüssigen Behandlung, die durch den Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen entstanden sind, als Kosten des interkulturellen Übersetzens zu interpretieren hat, dann kann festgehalten werden, dass das interkulturelle Übersetzen in diesem Beispiel eine negative Kosten-Nutzen-Bilanz aufweist. Leitet man aus einer solchen negativen Kosten-Nutzen-Bilanz ab, dass auf den Einsatz von geschulten Übersetzungshilfen zu verzichten ist, dann wird implizit die folgende normative Bewertung vorgenommen: Allophone PatientInnen haben im Gegensatz zu autochthonen Personen kein Recht, medizinische Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen, deren Wirksamkeit bezüglich des gewünschten Outcomes (Genesung, Heilung) nicht deterministisch, d.h. mit 100-prozentiger Gewissheit vorausgesagt werden kann. Damit ist ein Zweiklassensystem begründet, das aus ethischer und moralphilosophischer Sicht nicht gestützt werden kann.

■ **Politisch-demokratischer Grund:** Soeben haben wir dargelegt, dass eine Interpretation der zusätzlichen Kosten im Gesundheitswesen, die durch den Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen entstehen können, als Kosten des interkulturellen Übersetzens ein medizinisches Zweiklassensystem begründen kann. Ein solches System ist jedoch politisch-demokratisch nicht legitimiert, da der Volkswille, dokumentiert in der Schweizer Verfassung und in den von der Schweiz ratifizierten internationalen Rechtsabkommen, einen diskriminierungsfreien Zugang zum Gesundheitswesen verlangt.

Diese ganze Problemstellung ist letztlich darauf zurückzuführen, dass Kosten-Nutzen-Analysen, in deren Rahmen Kosten und Nutzen «stumpf» gegeneinander auf- und miteinander verrechnet werden, normativ dem Utilitarismus verpflichtet sind<sup>11</sup>. Dieser geht davon aus, dass eine Nutzeneinbusse einiger durch ein grösseres Wohl anderer wettgemacht werden kann. Dadurch wird deutlich, dass dem ökonomischen Argument, das im Rahmen dieses Berichts entwickelt werden soll, das Potential inhärent ist, das ethische Argument (vgl. Abschnitt 1.1), das politisch-demokratisch legitimiert ist, zu unterwandern. Denn das ethische Argument geht davon aus, dass die Gesundheit ein Gut darstellt, das dem Geltungsbereich des ökonomischen Kosten-Nutzen-Kalküls entzogen ist. Rawls (1971) formuliert diesen Gedanken folgendermassen:

«Die Gerechtigkeit ist die erste Tugend sozialer Institutionen, so wie die Wahrheit bei Gedankensystemen. [...]. Jeder Mensch besitzt eine aus der Gerechtigkeit entspringende Unverletzlichkeit, die auch im Namen des Wohles der ganzen Gesellschaft nicht aufgehoben werden kann. [...]; die auf der Gerechtigkeit beruhenden Rechte sind kein Gegen-

---

<sup>11</sup> Faktisch wird eine mathematische Verrechnung von Kosten und Nutzen nicht einmal dem bekannten und von Utilitaristen anerkannten Phänomen des abnehmenden Grenznutzens gerecht.



tand politischer Verhandlungen oder sozialer Interessenabwägungen. [...]. Als Haupttugenden für das menschliche Handeln dulden Wahrheit und Gerechtigkeit keine Kompromisse» (Rawls 1971, 20).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Frage, inwiefern indirekte Kosten einer Mengenausweitung, die im Sinne eines mechanistischen Kausalitätsbegriffs auf den Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen zurückgeführt werden kann, als Kosten des interkulturellen Übersetzens interpretiert werden können, ein ernstzunehmendes konzeptuelles Problem darstellt. Allerdings muss eingeräumt werden, dass die Fragestellung insofern «irrelevant» ist, dass sie sich empirisch nicht stellt bzw. in der empirischen Bestimmung der Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens nicht berücksichtigt werden kann. Denn empirisch können solche indirekte Kosten des interkulturellen Übersetzens in vielen Fällen überhaupt nicht identifiziert und isoliert werden, weil auch ex post nicht bekannt ist, ob eine durch interkulturelles Übersetzen induzierte medizinische Leistung nötig, wirksam und/oder ökonomisch effizient war. Dies ist bezüglich des oben explizierten Beispiels etwa dann der Fall, wenn durch den Einsatz einer geschulten Übersetzungshilfe die Depression diagnostiziert und eine entsprechende kostenwirksame Behandlung appliziert wird. Kommt es nach einer gewissen Zeit zu einer Heilung, dann weiss man noch immer nicht, ob diese Heilung auf die Behandlung zurückgeführt werden kann oder aber darauf, dass es sich um eine «selbstheilende Depression» handelte.

Vielleicht nicht zuletzt aufgrund solcher Problemstellungen ist der Mehrzahl der wissenschaftlichen Studien zur Wirkung des Einsatzes von Übersetzungshilfen eine normative Bewertung eigen, die den Zustand bezüglich autochthoner PatientInnen als Idealzustand betrachtet, den es auch bezüglich allophoner PatientInnen anzustreben gilt. In dieser Logik wird – vorausgesetzt, dass eine medizinische Unterversorgung bei allophonen Personen besteht – eine Ausweitung der Nachfrage nach medizinischen Leistungen im Sinne einer Konvergenz in Richtung der Nachfrage der autochthonen Bevölkerung positiv bewertet – wobei zumeist unklar ist, ob eine solche Mengenausweitung auch aus einer ökonomischen Kosten-Nutzen-Sicht wünschenswert ist. Die Interpretation der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen durch die autochthone Bevölkerung als Idealzustand, der auch für die allophone Bevölkerung anzustreben ist, muss aus einer moralphilosophischen Perspektive als plausibel bezeichnet werden, da unlösbare ethische Probleme entstehen, wenn man sich von dieser Position entfernt.

Abschliessend möchten wir auf ein weiteres methodisches Problem aufmerksam machen: Weiter oben haben wir ausgeführt, dass die Einsatzkosten der interkulturellen ÜbersetzerInnen als direkte Kosten des interkulturellen Übersetzens interpretiert werden können. Diese Interpretation ist insofern unvollständig, als Situationen denkbar sind, in welchen die ikÜ-Einsatzkosten nicht nur Kosten, sondern zeitgleich einen Nutzen des interkulturellen Übersetzens darstellen. Ein solcher Sachverhalt kann sich etwa ergeben, wenn es aufgrund des Nicht-Einsatzes von interkulturellen Übersetzens zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes einer allophonen Personen kommt, die dazu führt, dass zu einem späteren Zeitpunkt medizinische Konsultationen in Anwesenheit einer geschulten Übersetzungshilfe nötig werden. Die Kosten, die sich aus diesem ikÜ-Einsatz ergeben, stellen bezüglich der Vergangenheit einen Nutzen dar, bezüglich der Zukunft hingegen Kosten. Auch diese Problemstellung dürfte empirisch nicht lösbar sein.

## 7.2 Unterversorgung, Sprachbarrieren und Mengenausweitung

**Wichtigste Ergebnisse:** Aufgrund der internationalen Literatur muss davon ausgegangen werden, dass der Einsatz von Übersetzungshilfen dazu führt, dass allophone Personen kurzfristig mehr medizinische Leistungen beanspruchen, was indirekt Kosten im Gesundheitswesen auslöst (indirekte Kosten der Mengenausweitung). Dies ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass in den meisten Ländern die allophone Bevölkerung medizinisch unterversorgt ist. Vor dem Hintergrund der empirischen Ergebnisse des Gesundheitsmonitorings der Schweizer Migrationsbevölkerung muss davon ausgegangen werden, dass die allophone Bevölkerung auch in der Schweiz bezüglich dem Erstzugang zu medizinischen Dienstleistungen unterversorgt ist – damit wird die Existenz von indirekten Kosten des ikÜ wahrscheinlich.

Es stellt sich die Frage, ob allophone Personen genügend oft und zum richtigen Zeitpunkt eine Gesundheitsfachperson aufsuchen. In der wissenschaftlichen Literatur werden in Bezug auf den Zugang und die Nutzung von medizinischen Dienstleistungen zwei gegenläufige Effekte beschrieben, die teilweise schwer auseinander zu halten sind: Einerseits dürfte die Sprachbarriere den Zugang zu medizinischen Dienstleistungen erschweren (**Unterversorgung**<sup>12</sup>). Andererseits könnte die Sprachbarriere dazu führen, dass nach dem ersten Kontakt mit dem Gesundheitswesen eine erhöhte Nutzung stattfindet, weil Missverständnisse und Unklarheiten mehr Konsultationen notwendig machen (**Übersorgung**). Bowen (2001, 61) zitiert denn auch Studien, die zu entgegengesetzten Ergebnissen kommen – es wird sowohl eine erhöhte als auch eine verringerte Nutzung von medizinischen Dienstleistungen durch allophone Personen festgestellt. Trotzdem weisen die meisten wissenschaftlichen Studien eher darauf hin, dass eine **Unterversorgung** besteht, sowohl Jacobs (2006, 116) als auch Bowen ziehen dieses Fazit aufgrund ihres Literaturüberblicks.

Bei **psychologischen und psychiatrischen Dienstleistungen** verschärft sich die Unterversorgung allophoner Personen. Ribera (2008, 11) verweist auf vier verschiedene Studien, die empirische Evidenz dafür liefern, dass aufgrund von Sprachbarrieren signifikant weniger psychologische oder psychiatrische Dienstleistungen in Anspruch genommen werden. Zum gleichen Schluss kommt Bowen (2001, 49/64), die ebenfalls einen Mangel an Beratung bei psychiatrischen Problemen nachweist.

Studien, die sowohl die Variable «Ethnizität» als auch die Variable «Sprachbeherrschung einer offiziellen Sprache» berücksichtigten, konnten zeigen, dass in vielen Fällen die **Sprache eine schwerwiegendere Barriere** zum Erstkontakt mit dem Gesundheitswesen darstellt als kulturelle Überzeugungen und Praktiken (Bowen 2001, VI). Vermutlich ist die Sprachbarriere sogar die wichtigste Ursache für die medizinische Unterversorgung überhaupt (Bowen 2001, 65). Das Fehlen von ÜbersetzerInnen oder zweisprachigen Anbietern wird von Frischimmigrierten denn auch als wichtigste Zugangsbarriere beschrieben (Bowen 2001, VI). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Untersuchungen, welche die **Wirkung von Übersetzerinnen und Übersetzern** analysieren: Mit Übersetzungen für allophone Personen werden signifikant mehr medizinische Dienstleistungen in Anspruch genommen als ohne Übersetzungen (Bowen 2001, 49; Bischoff 2003, 6).

<sup>12</sup> Eine medizinische Unterversorgung liegt dann vor, wenn die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch eine bestimmte Person aus medizinischer Sicht zu gering ist. Eine medizinische Übersorgung liegt hingegen dann vor, wenn die Inanspruchnahme aus medizinischer (und ökonomischer) Sicht zu exzessiv ist. Von besonderem Interesse ist die medizinische Unterversorgung bezüglich dem Erstzugang zu medizinischen Leistungen: Eine solche liegt dann vor, wenn erkrankte Personen zu spät Gesundheitsfachpersonen aufsuchen, um sich medizinisch behandeln zu lassen.

Bowen **resümiert**: «Es gibt überwältigende Evidenz dafür, dass Sprachbarrieren einen nachteiligen Effekt auf den Erstzugang zu medizinischen Dienstleistungen aufweisen. Diese Barrieren sind nicht auf ärztliche Konsultationen und Betreuung im Spital beschränkt. Patienten sind auch mit signifikanten Barrieren in Bezug auf Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen konfrontiert» (Bowen 2001, VI; eigene Übersetzung).

Nicht nur die Literatur, auch das Gesundheitsmonitoring der Schweizer Migrationsbevölkerung (GMM, vgl. Rommel et al. 2006) indiziert eine Unterversorgung der ausländischen, und damit wohl auch der allophonen Bevölkerung:

■ **Inanspruchnahme niedergelassener Ärztinnen und Ärzte**: Der Anteil der befragten ausländischen Wohnbevölkerung, die nach eigenen Angaben in den letzten 12 Monate mindestens einmal einen Arzt oder eine Ärztin (ohne Zahn- und Spitalärzte bzw. -ärztinnen) aufsuchten, ist signifikant tiefer als bei der autochthonen Wohnbevölkerung. Am tiefsten ist die Quote bezüglich dem Besuch von FrauenärztInnen in den letzten 12 Monaten, wobei Rommel et al. (2006) diesbezüglich eine **Unterversorgung** diagnostizieren. Bezüglich der Ursachen dieser Unterschiede zwischen der ausländischen und der autochthonen Bevölkerung verweisen Rommel et al. (2006) auf Informationsdefizite und strukturelle Zugangsbarrieren. Ein anderes Bild zeigt sich, wenn man nur jene Personen betrachtet, die in den letzten 12 Monaten mindestens einmal einen Arzt oder eine Ärztin besucht haben: Die *Anzahl der Arztbesuche* von denjenigen Personen, die in den letzten 12 Monaten mindestens einmal einen Arzt oder eine Ärztin aufgesucht haben, ist signifikant höher als bei der entsprechenden einheimischen Bevölkerung. Bei Personen aus der Türkei und aus dem Kosovo, die in den letzten 12 Monaten mindestens einmal eine Arzt oder eine Ärztin aufgesucht haben, ist die Anzahl der Arztbesuche während der letzten 12 Monate mehr als doppelt so hoch wie diejenige von einheimischen Personen, die in den letzten 12 Monaten mindestens einmal beim Arzt bzw. einer Ärztin waren. Rommel et al. (2006) interpretieren diese Zahlen folgendermassen:

«Eine solche erhöhte Arztinanspruchnahme ist in der Migrationsforschung bekannt und wird gelegentlich als Folge von kulturellen und sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten und teilweise damit einhergehender Fehlbehandlung interpretiert.» (S. 152)

■ **Spitalinanspruchnahme**: Die Spitalinanspruchnahmequote, d.h. der Anteil der Personen, die in den letzten 12 Monaten ambulant oder stationär ein Spital besucht haben, ist bei der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung rund 50% höher als bei der autochthonen Bevölkerung, bei der ausländischen Bevölkerung mit Asylstatus etwa doppelt so hoch. Rommel et al. (2006) interpretieren die stark erhöhte Spitalinanspruchnahme der Asylbevölkerung wie folgt:

«... dass Leistungen vergleichsweise häufiger verspätet und erst im Notfall wahrgenommen werden und das medizinisch Notwendige in diesen Fällen erst dann erfolgt, wenn eine ambulante Behandlung beim niedergelassenen Arzt nicht oder nicht mehr vorgenommen werden kann, also bspw. in der Nacht bzw. in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium. Andererseits müssen auch alternative Erklärungsmöglichkeiten berücksichtigt werden. Einerseits ist davon auszugehen, dass der Gesundheitszustand besonders bei Asylsuchenden schon bei der Einreise stärker angegriffen sein kann. Zum anderen ist bekannt, dass gerade der ambulante Spitalbesuch in vielen Ländern eine gängige Variante des Arztbesuches ist, die im Einwanderungsland möglicherweise einfach beibehalten wird. Insofern erklären sich die dargestellten Ergebnisse wohl aus verschiedenen Ursachen heraus.» (S. 149)

Betrachtet man hingegen die durchschnittliche Zahl an Spitaltagen unter denjenigen Befragten, die in den letzten 12 Monaten im Spital waren, zeigt sich ein ganz anderes Bild: Diese Kennzahl ist bei der ausländischen Wohnbevölkerung substantiell tiefer als bei der autochthonen Bevölkerung der Schweiz. Rommel et al. (2006) weisen daraufhin, dass die Unterschiede in den Spitalliegezeiten zum Teil mit der jüngeren Altersstruktur der nicht-schweizerischen Personengruppen erklärt werden können. Allerdings ist nicht auszuschliessen, dass die Unterschiede zum Teil auch mit Faktoren zusammenhängen, die nicht den Gesundheitszustand betreffen (vgl. Abschnitt 8.2 und 8.4 für alternative Interpretationsansätze).

**Zusammenfassend** kann festgehalten werden, dass auch das GMM eine Unterversorgung der allophonen Bevölkerung bezüglich des Erstzugangs zum Schweizer Gesundheitswesen indiziert. Eine derartige Unterversorgung macht die Existenz von indirekten Kosten aufgrund einer Mengenausweitung, die auf den Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen zurückgeführt werden kann, wahrscheinlich.

## 8 Direkter Nutzen des ikÜ: Effizienzgewinne

**Wichtigste Ergebnisse:** Sprachbarrieren können dazu führen, dass der Prozess der medizinischen Dienstleistungserstellung ineffizienter wird, so dass – im Vergleich mit einer Situation ohne Sprachbarrieren – mehr Ressourcen investiert werden müssen, um die gewünschten gesundheitlichen Ziele zu erreichen. Mit dem Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen können derartige Effizienzeinbussen teilweise verhindert werden.

Der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen kann dazu führen, dass der Prozess der medizinischen Dienstleistungserbringung effizienter wird. Effizienter ist dabei in dem Sinne zu verstehen, dass ein exogen vorgegebenes Ziel einer medizinischen Behandlung (z.B. Heilung) mit einem geringeren Einsatz von Ressourcen erreicht werden kann. Effizienzgewinne liegen unter anderem etwa dann vor, wenn durch den Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen reduziert werden kann, ohne dass darunter der Gesundheitszustand der entsprechenden allophonen Person leidet. Die aufgrund derartiger Effizienzgewinne eingesparten Kosten im Gesundheitswesen nennen wir direkte Kosten, wobei «direkt» dahingehend zu verstehen ist, dass der Nutzen nicht indirekt über eine Veränderung des Gesundheitszustandes entsteht.

Solche Effizienzgewinne sind dann wahrscheinlich, wenn Verständigungsprobleme zu einer medizinischen Überversorgung der allophonen PatientInnen führen. Eine solche Überversorgung, d.h. erhöhte, kosten-suboptimale Inanspruchnahme des Gesundheitswesens infolge Sprachbarrieren, kann über verschiedene Wirkungsketten entstehen, die wir in den nachfolgenden Subkapitel einzeln und detailliert vorstellen.

### 8.1 Erhöhung der Gesprächsgeschwindigkeit

**Wichtigste Ergebnisse:** Sprachbarrieren vermindern die Geschwindigkeit des Prozesses der medizinischen Dienstleistungserbringung. Diese Verlangsamung kann dazu führen, dass die Konsultationsdauer und/oder die Konsultationskadenz erhöht werden muss. Mit dem Einsatz von geschulten interkulturellen ÜbersetzerInnen können die Kosten solcher Effizienzeinbussen reduziert werden.

Die befragten Expertinnen und Experten gehen darin einig, dass der Einsatz von Übersetzungshilfen, welcher Art sie auch immer sind, das Gespräch mit allophonen PatientInnen im Vergleich zu demjenigen mit autochthonen mechanisch verlangsamt, da alles zweimal gesagt werden muss. Diesem Problem kann gemäss den Ausführungen Diems unterschiedlich begegnet werden:

■ **Erhöhung der Konsultationskadenz:** Es gibt die Praxis, dass die Konsultationsdauer fix ist. Dies ist zum Beispiel bei den meisten Konsultationen der Fall, die in der Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie des Inselspitals Bern vorgenommen werden. In diesem Fall können in Anwesenheit einer geschulten Übersetzungshilfe nicht alle Inhalte zur Sprache kommen, die diskutiert würden, wenn es sich um sprachassimilierte PatientInnen handeln würde. Wenn die Behandlungsqualität gehalten werden soll, führt dies dazu, dass der Zeitabstand zwischen den Konsultationen verkürzt werden muss, der für Diabetes-Erkrankte typischerweise 3 Monate beträgt. Damit steigt die Anzahl Konsultationen, was zusätzliche Kosten auslöst.

■ **Erhöhung der Konsultationsdauer:** Es gibt die Praxis, dass die Konsultationsdauer erhöht wird, wenn Übersetzungshilfen eingesetzt werden, so dass das gleiche Inhaltsvolumen besprochen werden kann, das auch im Fall von autochthonen PatientInnen thematisiert würde. Die erhöhte Konsultationsdauer führt im Vergleich zum Normalfall sprachkundiger PatientInnen unmittelbar zu höheren Kosten.

■ **Reduktion der Qualität:** Wenn bei allophonen PatientInnen weder die Konsultationszeit noch die Konsultationskadenz erhöht wird, reduziert sich automatisch das inhaltliche Volumen, das besprochen werden kann. Dies führt ceteris paribus dazu, dass die Behandlungsqualität sinkt.

Durch die Übersetzungen werden, zumindest bei konstanter Qualität, automatisch Mehrkosten verursacht (wenn man diese Kosten mit den Kosten vergleicht, die durch autochthone Personen verursacht werden). Es ist jedoch davon auszugehen, dass auch eine Sprachbarriere – also das Fehlen einer Übersetzung – mit den gleichen Problemen konfrontiert ist. Bereits im Abschnitt 5.1 haben wir deshalb darauf hingewiesen, dass ein Vergleich der Kosten, die von allophonen PatientInnen auf der einen Seite und autochthonen PatientInnen auf der anderen Seite im Gesundheitswesen ausgelöst werden, irreführend sein kann. Denn ein solcher Vergleich impliziert die Annahme, dass Qualität und Quantität der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch allophone Personen dann optimal sind, wenn sie derjenigen durch die autochthonen Personen entspricht. Dass diese Annahme unplausibel ist, zeigen die soeben präsentierten Ausführungen: Die Eigenschaft der Allophonie führt gleichsam mechanisch dazu, dass mehr zeitliche und damit monetäre Ressourcen in die Behandlung von allophonen PatientInnen gesteckt werden müssen als dies bei autochthonen PatientInnen der Fall ist. Begré weist explizit darauf hin, dass bei allophonen PatientInnen aufgrund sprachlicher und kultureller Barrieren zusätzliche Konsultationszeit nötig ist – egal ob übersetzt wird oder nicht: Informationen zu sammeln, einen gemeinsamen Nenner zu finden und Verständnis zu vermitteln, ist zeitaufwendiger, wenn sprachliche und insbesondere kulturelle Hindernisse und mögliche Missverständnisse überwunden werden müssen. Diese Zeit zu investieren ist aber wichtig, da dadurch die Diagnose fundierter gestellt (s. Abschnitt 8.5) und die Compliance der Patientin oder des Patienten erhöht werden kann (s. Abschnitt 9.2).

Es lässt sich also festhalten, dass unter der Voraussetzung, dass die gängige Behandlungsqualität aufrecht erhalten bleibt, der Einsatz von Übersetzungshilfen zu Mehrkosten in Form eines erhöhten Konsultationsrhythmus oder in Form einer Verlängerung der Konsultationsdauer führt. Ob die Dauer der Konsultation mit einer Übersetzungshilfe höher ist als die Dauer einer Konsultation ohne Übersetzung, ist in der Literatur eine ungeklärte Fragestellung. Auch die befragten ExpertInnen hatten grundsätzlich Probleme, diese Fragestellung zu beantworten. Aus einem einfachen Grund: Wenn allophone PatientInnen ohne Übersetzungshilfen zu einer medizinischen Konsultation kommen, in der die Kommunikation im Zentrum steht, kann diese Konsultation schlichtweg nicht durchgeführt werden. Gemäss Haslebacher kommen solche Situationen in der Praxis vereinzelt vor – wenn, aus welchen Gründen auch immer, keine Übersetzungshilfe angefordert wurde. In solchen Situationen versucht man sich in der Regel dadurch zu helfen, dass somatische Untersuchungen vorgezogen werden, die keiner Kommunikation mit dem allophonen Patienten bzw. der allophonen Patientin bedürfen. Im schlimmsten Fall kann es laut Haslebacher jedoch auch dazu kommen, dass eine medizinische Konsultation abgebrochen werden muss. Auf diese Art und Weise kann der Nicht-Einsatz von Übersetzungshilfe also in sehr direkter Weise zu Kosten führen, die durch den Einsatz von Übersetzungshilfen verhindert werden können. Wenn ein inhaltliches Volumen, das im Rahmen einer medizinischen Konsultation besprochen werden muss, exogen vorgegeben ist (was als vorgegebene Qualität verstanden werden kann), kann mit Sicherheit gefolgert werden, dass eine solche Konsultation ohne Übersetzungshilfe massiv länger dauern würde als eine solche mit Übersetzungshilfe.

Unbestritten ist auch die Tatsache, dass – gegeben ein bestimmtes inhaltliches Besprechungsvolumen – eine Konsultation mit geschulten interkulturellen ÜbersetzerInnen kürzer dauert als eine Konsultation mit Ad-hoc-Dolmetschenden. Dies zum einen deshalb, weil die interkulturellen ÜbersetzerInnen hinsichtlich einer effizienten Gesprächsführung während einer Trialogsituation geschult sind. Zum anderen weist Diem daraufhin, dass eine Trialogsituation mit Ad-hoc-dolmetschenden Angehörigen schon mal unkontrollier-

bar werden kann – zum Beispiel dann, wenn ein allophoner Patient und sein Angehöriger, der als Ad-hoc-Dolmetscher fungiert, beginnen, über ein angesprochenes Thema zu witzeln.

## 8.2 Reduktion der Unsicherheit der Gesundheitsfachpersonen

**Wichtigste Ergebnisse:** Wenn eine Gesundheitsfachperson eine allophone Patientin oder einen allophonen Patienten nicht versteht, kann sie sich unsicher fühlen – zum Beispiel bezüglich der Diagnose oder der optimalen Behandlung. Diese Unsicherheit kann zu folgenden Auswirkungen mit negativen Kostenfolgen führen:

- Reduktion der Anzahl objektiver Tests
- Erhöhung der Spitalaufenthaltsdauer
- Erhöhung der Konsultationskadenz
- Häufigere Spitaleinweisungen

Mit dem Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen können solche Mengenausdehnungen medizinischer Leistungen teilweise verhindert werden. Die empirische Gültigkeit dieser Wirkungsketten ist teilweise umstritten.

Qualitativ schlechte Arzt-Patienten-Gespräche können dazu führen, dass sich die Ärztinnen und Ärzte von allophonen PatientInnen bezüglich Diagnose und adäquater Behandlung unsicher fühlen, da Sprachbarrieren die Übermittlung von diagnose- und behandlungsrelevanten Informationen durch die allophonen PatientInnen verhindern. Allophone Patientinnen und Patienten stellen nicht nur weniger Fragen, sondern sind auch um einiges schlechter in der Lage, ihr Befinden, ihre Symptome und ihre Krankheitsgeschichte zu schildern. Wie Studien zeigen (Bischoff 2003, 24; Ribera 2008, 11f.), werden von allophonen Personen signifikant weniger Symptome geschildert als von autochthonen. Eine Untersuchung von AsylbewerberInnen in der Schweiz hat ebenfalls gezeigt, dass bei schlechter Kommunikation zwei- bis dreimalweniger Symptome erwähnt werden als bei guter Kommunikationsqualität (Bischoff 2003, 24). Gesundheitsfachpersonen sind denn generell auch zufriedener mit der Qualität von Konsultationen, wenn das Gespräch mit professioneller Übersetzung stattfindet (im Gegensatz zu Gesprächen mit Ad-hoc-ÜbersetzerInnen oder zu Gesprächen ohne Übersetzung) (Bischoff 2003, 23; Jacobs 2006, 117). Eine andere Untersuchung weist darauf hin, dass allophone Personen nicht nur von sich aus weniger Informationen über ihre Krankheit einbringen, sondern von den Gesundheitsfachpersonen auch weniger dazu aufgemuntert werden zu sprechen (Bischoff 2003, 24). Eine weitere Studie findet allerdings keinen solchen Zusammenhang.

Wenn sich behandelnde Ärztinnen und Ärzte bezüglich Diagnose und angezeigter Behandlung unsicher fühlen, ist es möglich, dass sie folgendermassen reagieren:

- Sie führen **zusätzliche objektive medizinische Tests** durch, z.B. apparative und bildgebende Abklärungen, um sicherzugehen, dass keine gesundheitlichen Probleme übersehen werden, die beherrschbar sein könnten (Abschnitt 8.2.1).
- Sie erhöhen die Konsultationskadenz, damit **häufiger Kontrolluntersuchungen** vorgenommen werden können und damit die **Entwicklung des Gesundheitszustands bzw. des Genesungsprozesses in kürzeren Zeitabschnitten beobachtet** werden kann (Abschnitt 8.2.2).
- Sie behalten die allophonen PatientInnen **länger im Spital**, damit die gesundheitliche Entwicklung länger beobachtet werden kann (Abschnitt 8.2.2).
- Hausärzte und Hausärztinnen **weisen** die allophonen PatientInnen **«zur Sicherheit» in Krankenhäuser ein** (Abschnitt 8.4).

## 8.2.1 Reduktion der Anzahl objektiver medizinischer Tests

**Wichtigste Ergebnisse:** Sprachbarrieren können dazu führen, dass die Menge der in Frage kommenden Diagnosen auf Basis des Anamnesegesprächs nicht genügend eingegrenzt werden kann, so dass im Rahmen der Diagnostik zusätzliche objektive Testverfahren (Radiologie etc.) appliziert werden müssen. Mit dem Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen können die Kosten solcher zusätzlicher medizinischer Tests reduziert werden. Das Ausmass dieser Wirkungskette ist in der Forschung umstritten.

### Ergebnisse der Literaturanalyse

Die Unklarheiten in der Arzt-Patienten-Kommunikation und die Unsicherheit auf Seiten der Gesundheitsfachperson können dazu führen, dass für eine Diagnose und Behandlung **medizinische Tests** appliziert werden müssen, die ohne sprachliche Schwierigkeiten unnötig wären. Es gibt teilweise Evidenz dafür, dass die Sprachbarriere in gewissen Fällen zu erhöhten Testkosten führt. Eine Studie in einer pädiatrischen Notfallklinik kommt zum Schluss, dass die Testkosten bei allophonen Patientinnen und Patienten höher sind als bei autochthonen (145\$ vs. 104\$) (Ribera 2008, 16). Ebenfalls mehr bzw. unnötige medizinische Tests bei allophonen Personen finden drei von Jacobs und Bischoff zitierte Studien und eine von Flores erwähnte Analyse, die Diabetes-PatientInnen untersuchte (Jacobs 2006, 117; Bischoff 2003, 18; Flores 2005, 290). Andere Untersuchungen finden allerdings keine Unterschiede in der Testwahrscheinlichkeit oder sogar eine tiefere Wahrscheinlichkeit bei allophonen Personen (Flores 2005, 290; Ribera 2008, 5). Allenfalls hängen die widersprüchlichen empirischen Ergebnisse damit zusammen, dass die Unterversorgung der allophonen Bevölkerung sich in einer entgegengesetzten Richtung auf die Anzahl medizinischer Tests auswirkt (vgl. Kapitel 7 zu den Themen «Unterversorgung» und «Mengenausweitung durch den Einsatz von geschulten DolmetscherInnen»).

**Mit professioneller Übersetzung**, so legte eine weitere Studie nahe, können die Testkosten allophoner Personen auf das Niveau der autochthonen Bevölkerung gesenkt werden, während dies mit Ad-hoc-Übersetzung nicht entsprechend der Fall ist. Die Übersetzung führte gemäss dieser Studie allerdings auch zu einer Erhöhung der Spitaleinweisungswahrscheinlichkeit und einer längeren Konsultationsdauer (Flores 2005, 283). Eine weitere Analyse kam zum Schluss, dass mit dem Einsatz von Übersetzerinnen und Übersetzern die Testkosten nur um 6\$ reduziert werden können (Ribera 2008, 16).

### Ergebnisse der Expertenbefragung

Küchenhoff ist allerdings überzeugt: «Verständigungsschwierigkeiten führen zu erhöhten Abklärungstestkosten». Ärztinnen und Ärzte würden bei Verständigungsschwierigkeiten auf zusätzliche medizinische Tests zurückgreifen, um sich durch vermeintlich objektive Befunde zumindest abzusichern. Das erhöht aber die Behandlungskosten deutlich. Auch Begré geht davon aus, dass mehr apparative und bildgebende Abklärungen vorgenommen werden, um sicherzugehen, dass keine gesundheitlichen Probleme übersehen werden, die behebbar sein könnten. Darüber hinaus werde das Risiko für iatrogene Schädigungen damit erhöht. Wyss sieht ein Problem bezüglich unnötigen medizinischen Leistungen: Besonders bei internistischen Fällen können mehr oder weniger differenzierte Laboruntersuchungen gemacht werden, oder beim Einsatz der Radiologie. Diese Untersuchungen sind teilweise sehr teuer. Je genauer der Patient einen Schmerz lokalisieren und beschreiben kann, desto zielgerichteter und kostensparender gestalten sich die Abklärungen.



## 8.2.2 Reduktion der Spitalaufenthaltsdauer

**Wichtigste Ergebnisse:** Wenn sich Ärztinnen und Ärzte aufgrund von Sprachbarrieren unsicher sind, ist es möglich, dass sie die allophonen PatientInnen länger im Spital behalten, damit sie die gesundheitliche Entwicklung länger beobachten können.

### Ergebnisse der Literatur

Dass die Unsicherheit der Gesundheitsfachpersonen zu längerer Spitalaufenthaltsdauer führt, weil der Krankheitsverlauf aufgrund von Sprachproblemen schlechter eingeschätzt und deshalb länger beobachtet werden muss, wird von internationalen Studien nahegelegt, ist aber noch nicht vollständig geklärt. Ribera (2008, 16) zitiert eine Studie, die zum Schluss kommt, dass allophone Personen bei 7 von 23 medizinischen Eingriffen bzw. Diagnosen im Vergleich zur autochthonen Bevölkerung eine längere Verweildauer im Spital aufweisen – für die weiteren Eingriffe wurden allerdings keine Unterschiede gefunden. Insgesamt ergibt sich eine Differenz von 0.5 Tagen, bei einzelnen Eingriffen oder Diagnosen ist der Unterschied allerdings bedeutend grösser. Eine weitere Studie, die in einer pädiatrischen Notfallklinik in der USA durchgeführt wurde, zeigt eine etwas längere Verbleibzeit von allophonen Personen, nämlich 165 im Vergleich zu 137 Minuten (Ribera 2008, 16). Auch eine Studie zu Diabetes II zeigt, dass allophone Personen länger hospitalisiert bleiben, im Durchschnitt 1.8 Tage länger. Dies verursacht pro Patientin oder Patient Zusatzkosten von 197 Euro pro Tag (Ribera 2008, 19). Jacobs und Bischoff zitieren ebenfalls je eine Studie, die auf längere Verweildauern hindeuten (Jacobs 2006, 119; Bischoff 2003, 22).

### Ergebnisse der Expertenbefragung

Schär Sall schätzt, dass zumindest im psychologisch-psychiatrischen Setting die Zahl der Konsultationen und damit auch die Aufenthaltsdauer ohne professionelle Übersetzung erhöht wird. Dies deshalb, weil eine Therapeutin oder ein Therapeut bei Verständigungsschwierigkeiten fast nur auf Beobachtungen abstellen muss und die therapeutische Arbeit dadurch erschwert oder gar verunmöglicht wird.

Küchenhoff weist ausserdem noch auf einen positiven emotionalen Effekt von Übersetzungshilfen hin, der sich auf die Länge bzw. Häufigkeit von Konsultationen auswirkt: Das Sprechen in einer vertrauten Sprache erhöht das Vertrauen des Patienten oder der Patientin in die Gesundheitsfachperson. Dies führt dazu, dass wichtige Informationen schneller zur Sprache kommen können. Dies ist insbesondere im psychiatrischen Bereich besonders relevant, spielt aber auch in anderen Bereichen eine Rolle, besonders dann, wenn die Gesundheitsfachperson auf persönliche oder tabuisierte Informationen der Patientin oder des Patienten angewiesen ist. Es ist eine Erfahrungstatsache, dass in der Muttersprache oft ganz andere Emotionen zum Ausdruck kommen, die in der Fremdsprache verborgen bleiben. Küchenhoff weist allerdings auch darauf hin, dass eine verbesserten Kommunikation zwischen Therapeuten und allophonen PatientInnen auch dazu führen kann, dass zusätzliche Behandlungsoptionen und Therapieansätze möglich werden, was die Spitalaufenthaltsdauer verlängern kann (vgl. die Ausführungen zu den Kosten einer ikÜ-induzierten Mengenausweitung im Kapitel 7).

### 8.2.3 Reduktion der Konsultationskadenz

**Wichtigste Ergebnisse:** Wenn sich Ärztinnen und Ärzte aufgrund von Sprachbarrieren unsicher sind, ist es möglich, dass sie die Konsultationskadenz erhöhen, damit sie häufiger Kontrolluntersuchungen vornehmen können und die Entwicklung des Gesundheitszustandes der allophonen PatientInnen in kürzeren Zeitabständen verfolgen können.

Sprachbarrieren können dazu führen, dass sich die Ärztinnen und Ärzte bezüglich der Wirkung verordneter Behandlungen auf die allophonen PatientInnen nicht sicher sind, so dass die Einschätzung des Genesungsprozesses darunter leidet. Auch können sie sich aufgrund von Sprachbarrieren unsicher sein, ob die allophonen PatientInnen die Therapieanweisungen richtig verstanden haben und ädaquat befolgen. Brisa vertritt die Ansicht, dass die Ärztinnen und Ärzte in solchen Fällen die Tendenz haben, die Konsultationen in kürzeren Zeitabständen anzusetzen, so dass sie die gesundheitliche Entwicklung der allophonen PatientInnen besser verfolgen können und häufiger Kontrolluntersuchungen vornehmen können.

### 8.3 Reduktion des Ärztetourismus

**Wichtigste Ergebnisse:** Sprachbarrieren können die Arzt-Patienten-Beziehung, das Vertrauen, das allophone PatientInnen den Ärzten und Ärztinnen entgegenbringen und die Zufriedenheit von allophonen PatientInnen mit erfolgten medizinischen Konsultationen nachhaltig negativ tangieren. Dadurch kann die Bereitschaft sinken, zum gleichen Arzt bzw. zur gleichen Ärztin zurückzukehren, so dass ein kostentreibender Ärztetourismus entstehen kann. Mit dem Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen kann das Vertrauen und die Zufriedenheit erhöht werden, wodurch die Wahrscheinlichkeit eines Ärztetourismus reduziert werden dürfte.

Ärztetourismus kann aufgrund fehlender Zufriedenheit oder fehlenden Vertrauens einer Patientin oder eines Patienten in eine bestimmte Gesundheitsfachperson zustande kommen. Es können zwei Arten von Ärztetourismus differenziert werden:

■ **«Sequentieller Ärztetourismus»:** Ein solcher liegt vor, wenn PatientInnen aufgrund fehlendem Vertrauen oder Unzufriedenheit mit erfolgten medizinischen Konsultationen den Arzt bzw. die Ärztin wechseln. Der sequentielle Ärztetourismus führt dazu, dass Arzt-Patienten-Gespräche, Untersuchungen, Abklärungen und Behandlungen zum Teil wiederholt vorgenommen werden. Diem macht darauf aufmerksam, dass sich dieses Problem bei allophonen PatientInnen akzentuiert, wenn sie nicht klar genug darlegen können, welche Krankheits- und Ärztegeschichte sie bereits hinter sich haben. Darüber hinaus kann bei einem Ärztewechsel medizinisches Wissen bezüglich den allophonen PatientInnen verloren gehen, was sich negativ auf den weiteren Krankheitsverlauf auswirken kann.

■ **«Paralleler Ärztetourismus»:** Ein solcher liegt vor, wenn sich PatientInnen parallel von verschiedenen ÄrztInnen behandeln lassen. Ein solches Verhalten führt nicht nur zu einer Verdoppelung der Gesundheitskosten, sondern kann sich auch negativ auf den weiteren Krankheitsverlauf auswirken: Gleichzeitige Behandlungen können sich gegenseitig negativ beeinflussen (beispielsweise bei der gleichzeitigen Anwendung verschiedener, nicht aufeinander abgestimmter Medikamente) und sie erschweren es den Gesundheitsfachpersonen, die Wirkung der Behandlung einzuschätzen und darauf aufbauend eine angemessene weiterführende Behandlung zu wählen. Dies kann sich negativ auf den Heilungsprozess auswirken oder zusätzliche gesundheitliche Probleme auslösen, was wiederum Kosten im Gesundheitssystem und in der Wirtschaft auslösen kann.

## Ergebnisse der Literaturanalyse

Zum Zusammenhang zwischen Ärztetourismus, Sprachbarrieren und dem Einsatz von Übersetzungshilfen finden sich in der internationalen Literatur keine Untersuchungen. Vielleicht nicht zuletzt deshalb, weil die freie Arztwahl, die es in der Schweiz gibt, international nicht sehr verbreitet ist. Es gibt allerdings eine Vielzahl von Studien, die untersuchen, wie sich Sprachbarrieren und der Einsatz von Übersetzungshilfen auf das Vertrauen der allophonen PatientInnen in ihre Gesundheitsfachpersonen und auf die Zufriedenheit von allophonen PatientInnen mit erfolgten medizinischen Konsultationen auswirken. Zufriedenheit wird dabei als Indikator des Vertrauens und der Güte der Arzt-Patienten-Beziehung interpretiert.

Jacobs verweist auf sieben verschiedene Studien, die zeigen, dass allophone Personen weniger zufrieden sind mit ihrer medizinischen Versorgung und mit der Kommunikation mit ihrer Gesundheitsfachperson als autochthone Personen (Jacobs 2006, 117). Auch Bowen (2001, VI) und Bischoff (2003, 25) weisen darauf hin, dass allophone Personen generell weniger zufrieden sind bei ihren Kontakten zu Gesundheitsfachpersonen und dass sie dadurch weniger bereit sind, zur gleichen Notfallstation zurückzukehren.

Drei weitere Studien, die **verschiedene Typen von ÜbersetzerInnen** vergleichen, zeigen, dass allophone Personen *mit* Übersetzung ähnlich zufrieden sind wie autochthone Patientinnen und Patienten (Flores 2005, 264). Professionelle Übersetzung vermag die Zufriedenheit sowohl auf der Seite der Patientin oder des Patienten als auch auf der Seite der Gesundheitsfachperson zu erhöhen (Bischoff 2003, 23). Flores und Ribera zitieren allerdings Untersuchungen, die zum Ergebnis kommen, dass nur *professionelle* Übersetzung die Zufriedenheit auf das Niveau der Zufriedenheit der autochthonen Bevölkerung ansteigen lässt – mit Ad-hoc-ÜbersetzerInnen waren die Patientinnen und Patienten weniger zufrieden mit der Qualität des Arzt-Patienten-Gesprächs (Flores 2005, 264; Ribera 2008, 6).

Zur Zufriedenheit mit einem Arzt-Patienten-Gespräch gehört auch die **subjektive Wahrnehmung des Verstanden-Werdens**: Patientinnen und Patienten, denen eine Übersetzung zur Verfügung gestellt wurde, fühlten sich verstanden und gingen davon aus, dass auch die Gesundheitsfachperson sie verstanden hatte. Umgekehrt wünschten sich überproportional viele Personen, die eine Übersetzung für nötig erachteten, aber keine erhielten, dass die Gesundheitsfachperson die Dinge besser hätte erklären sollen (Flores 2005, 259/264).

Diesen Ergebnissen entgegen steht eine von Bischoff beschriebene Studie, die zum Ergebnis kommt, dass die Zufriedenheit mit professioneller Übersetzung sinkt: Die Gesundheitsfachpersonen werden von allophonen Personen als weniger freundlich und weniger respektvoll beschrieben, wenn eine professionelle Übersetzerin oder ein professioneller Übersetzer anwesend war (Bischoff 2003, 26). Eine weitere Untersuchung findet zumindest keine Unterschiede zwischen Allophonen und Autochthonen in Bezug auf das Gefühl, vom Arzt oder von der Ärztin verstanden worden zu sein (Flores 2005, 259).

**Zusammenfassend** lässt sich festhalten: Die Gesamtheit der Studien deutet darauf hin, dass die Zufriedenheit durch die Sprachbarriere beeinträchtigt wird. Was die Wirkung einer Übersetzerin oder eines Übersetzers auf die Zufriedenheit der allophonen Person betrifft, sind widersprüchliche Ergebnisse vorhanden. Die Mehrzahl der Studien verweist aber eher auf eine positive Wirkung der Übersetzung.

### Ergebnisse der Expertenbefragung

Sowohl Haslebacher als auch Diem betonen, wie wichtig das **Vertrauen** der PatientInnen in die Gesundheitsfachperson ist und beschreiben dabei ebenfalls Schwierigkeiten, dieses Vertrauen gewinnen zu können. Ob es grosse Unterschiede zwischen allophonen und autochthonen Personen gibt, bleibt allerdings unklar. Diem deutet aber an, dass es für die Vertrauensbildung ausgesprochen wichtig ist, dass an den Konsultationen immer der gleiche Übersetzer oder die gleiche Übersetzerin teilnimmt, weil diese ebenfalls zu einer Vertrauensperson werden muss.

Begré weist darauf hin, dass **Vertrauen und Wissensvermittlung** zusammenhängen: Der Patient oder die Patientin muss sich verstanden fühlen und die Informationen, die er oder sie von der Gesundheitsfachperson erhält, verstehen können. Wenn der Patient oder die Patientin den Ausführungen der Gesundheitsfachperson nicht folgen kann oder diese nicht zu seiner Vorstellung einer angemessenen Arzt-Patienten-Beziehung oder seines Krankheitskonzepts passen, kann kein entsprechendes Vertrauensverhältnis aufgebaut werden.

Um Vertrauen aufzubauen, ist laut Küchenhoff auch das **Sprechen in der eigenen Sprache** ein wichtiger Faktor: In einer vertrauten Sprache kommunizieren zu können, erhöht das Vertrauen der PatientInnen und führt dazu, dass emotional belastende und heikle Themen zur Sprache kommen können. Küchenhoff ist der Meinung, dass Ärztetourismus dann entstehen kann, wenn sich Patientinnen und Patienten nicht genügend ernst genommen oder verstanden fühlen.

Der **kulturelle Hintergrund** und die Erwartungen der allophonen Person an eine Arzt-Patienten-Beziehung muss für den Prozess der Vertrauensbildung ebenfalls mitberücksichtigt werden. Kulturell unterschiedlich bewertete Gesten oder Interaktionsmuster können bereits Auswirkungen auf die Beziehung zwischen allophoner Person und Gesundheitsfachperson und auf das Vertrauen der Patientin oder des Patienten haben. Eine interkulturelle Übersetzungshilfe kann auf solche kulturellen Differenzen aufmerksam machen.

## 8.4 Reduktion der Spitalinanspruchnahmequote

**Wichtigste Ergebnisse:** Sprachbarrieren können dazu führen, dass die allophonen PatientInnen die medizinischen Leistungen verstärkt in Spitälern und weniger in ambulanten Arztpraxen nachfragen. Eine solche Interaktion mit dem Gesundheitswesen ist suboptimal, da die Spitäler mit ihren komplexen Strukturen oft ungünstigere Kostenstrukturen als die kleinen und übersichtlichen Arztpraxen haben.

Im Abschnitt 7.2 haben wir dargelegt, dass die Quote der Spitalinanspruchnahme der ausländischen – und damit wohl auch der allophonen – Bevölkerung signifikant höher ist als diejenige der autochthonen Bevölkerung. Rommel et al. (2006) führen diesen empirischen Tatbestand auf die folgenden Ursachen zurück:

- **Unterversorgung bezüglich des Erstzugangs zu medizinischen Leistungen:** Medizinische Leistungen werden vergleichsweise verspätet und erst im Notfall wahrgenommen werden, wenn eine ambulante Behandlung beim niedergelassenen Arzt nicht oder nicht mehr vorgenommen werden kann.
- **Schlechterer gesundheitlicher Ausgangszustand**, insbesondere bei den Asylsuchenden.
- **Beibehaltung des aus dem Herkunftsland gewohnten Verhaltens** der Interaktion mit dem Gesundheitswesen und fehlende Kenntnis des Schweizer Hausarzt-Modells.

Vor dem Hintergrund der vorgenommenen Literaturanalyse und der durchgeführten Experteninterviews kann nicht ausgeschlossen werden, dass die im GMM konstatierte Verlagerung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch die ausländische Bevölkerung von den Arztpraxen hin zu den Spitälern sowie die verspätete Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen auch von Sprachbarrieren begünstigt werden. In diesem Sinne könnten folgende Wirkungsketten wirksam sein, die letztlich darin begründet sind, dass die Arztpraxen keine kostenpflichtigen geschulten Übersetzungshilfen einsetzen können, da diese Kosten nicht über die Krankenkassen abgerechnet werden können:

■ Es ist denkbar, dass die erhöhte Spitalbesuchsquote zu einem Teil darauf zurückzuführen ist, dass die Verständigungsprobleme zwischen allophonen PatientInnen und ambulant praktizierenden Ärztinnen und Ärzten zu unnötigen Spitaleinweisungen führen. Eine solche Wirkungskette könnte auch miterklären, warum die Spitalaufenthaltsdauer bei den ausländischen PatientInnen tiefer ist als bei den autochthonen. Unnötige Spitaleinweisungen von allophonen PatientInnen durch Arztpraxen können entstehen, weil die ambulant praktizierenden Ärzte und Ärztinnen keine Möglichkeit haben, die Behandlung selber durchzuführen, da Leistungen von kostenpflichtigen, geschulten ÜbersetzerInnen nicht über die Krankenkassen abgerechnet und deshalb nicht finanziert werden können. Die Ausführungen von Grüwell, der an der Memory Klinik in Olten v.a. in der Diagnostik von Gedächtnisstörungen tätig ist, sind mit einer solchen Argumentation konsistent. Da die Diagnose einer Demenz eine ausreichende sprachliche Verständigung mit dem Betroffenen erfordert, stellt sie den Diagnostiker bei allophonen Patienten vor besondere Probleme; mit der erschwerten Verständigung steigt die diagnostische Unsicherheit. Es liegt nahe, anzunehmen, dass Hausärzte, sofern sie die Sprache des Patienten nicht selbst sehr gut beherrschen, einen höheren Patientenanteil ihrer allophonen Patienten in die Memory Klinik überweisen als der nicht-allophonen Patienten. So könnte sich erklären, dass der Anteil an allophonen Patienten im Kantonsspital Olten höher ist, als dies aufgrund der Prävalenzraten zu erwarten wäre. Daraus teilt die Einschätzung von Grüwell: Hausärzte und Hausärztinnen überweisen allophone PatientInnen an die Spitäler, wenn sie aufgrund von Sprachbarrieren überfordert sind.

■ Die allophonen PatientInnen handeln rational, wenn sie ein Spital und nicht eine Arztpraxis konsultieren. Es stellt sich nämlich die Frage, weshalb die allophonen Personen überhaupt noch in die Hausarztpraxen gehen sollen, wenn sie in der Vergangenheit aufgrund von Kommunikationsproblemen von den ambulant praktizierenden Ärztinnen und Ärzten stets in ein Krankenhaus überwiesen wurden oder aber aufgrund von Verständigungsproblemen die Konsultationen stets negativ erlebt haben. Da die Wahrscheinlichkeit, in einem Spital verstanden zu werden und zu verstehen, höher ist, als dies in einer Hausarztpraxis der Fall ist, ist es für allophone PatientInnen rational, die Hausärzte gar nicht mehr aufzusuchen, sondern die erforderliche medizinische Leistung direkt in einem Spital nachzufragen.

Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen kann **zusammenfassend** gefolgert werden, dass die Nicht-Abrechenbarkeit von Übersetzungsleistungen über die Krankenkassen letztlich einer kostentreibenden Interaktion der allophonen Bevölkerung mit dem Schweizer Gesundheitssystem förderlich ist.

## 8.5 Reduktion der Wahrscheinlichkeit von Fehldiagnosen

**Wichtigste Ergebnisse:** Wenn allophone PatientInnen ihre Krankheitssymptome nicht adäquat beschreiben und kommunizieren können, steigt die Wahrscheinlichkeit von Fehldiagnosen. Fehldiagnosen können zu unnötigen Behandlungskosten führen.

Im Abschnitt 8.2 haben wir bereits dargestellt, dass Sprachbarrieren die Übermittlung von diagnose- und behandlungsrelevanten Informationen durch die allophonen PatientInnen verhindern können. Zum einen schildern allophone PatientInnen signifikant weniger Symptome als autochthone (Bischoff 2003, 24; Ribera 2008, 11f.). Zum anderen werden sie von den Gesundheitsfachpersonen auch weniger dazu aufgefordert, zu sprechen (Bischoff 2003,24).

Vor diesem Hintergrund erscheint es plausibel, dass Sprachbarrieren die Wahrscheinlichkeit von Fehldiagnosen erhöhen, was zusätzliche Kosten im Gesundheitswesen, in der Wirtschaft und in der Gesellschaft auslösen kann:

- Wenn innerhalb von kurzer Zeit erkannt wird, dass eine Fehldiagnose vorliegen muss, entstehen einerseits zusätzliche Abklärungskosten: Durch weitere Abklärungen, medizinische Tests und zusätzliche Konsultationsgespräche kann die Diagnose berichtigt werden. Andererseits können Kosten infolge einer bereits begonnenen (falschen oder unnötigen) Behandlung angefallen sein.
- Eine falsche Diagnose kann aber zusätzlich auch dazu führen, dass die Krankheit lange nicht diagnostiziert und damit nicht richtig behandelt wird oder über lange Zeit Abklärungen vorgenommen werden müssen. Diese Zeitverzögerung kann dazu führen, dass sich der Krankheitsverlauf verschlechtert oder sogar eine Chronifizierung der Krankheit eintritt, was generell zu höheren Kosten im Gesundheitswesen, in der Wirtschaft und in der Gesellschaft führen kann (vgl. Kapitel 9).

### Ergebnisse der Literaturanalyse

Zur Frage, ob die mangelnde Qualität des Arzt-Patienten-Gesprächs zu einer höheren Wahrscheinlichkeit von Fehldiagnosen führt, bestehen in der wissenschaftlichen Literatur nur wenige empirische Ergebnisse. Unter anderem vermutlich deshalb, weil eine verlässliche Überprüfung von Diagnosen sehr aufwändig ist und nur schwer in umfangreichen empirischen Studien durchgeführt werden kann. Ribera (2008, 6) verweist allerdings auf eine Studie in einem amerikanischen Kinderspital, in dem die Sprachbarriere zu mehr Diagnosefehlern geführt hat. Eine weitere Studie kam zum Ergebnis, dass fehlende Übersetzung zu verzerrten psychiatrischen Einschätzungen führen kann (Flores 2005, 265). Aufgrund dieser schmalen und auf wenige Kliniken und Migrationsgruppen beschränkten empirischen Basis zu verallgemeinern, wäre aber verfrüht.

### Ergebnisse der Expertenbefragung

Die Einschätzung der befragten Expertinnen und Experten sind je nach Fachgebiet unterschiedlich. Im Bereich der **Gedächtnisstörungen**, so Grüwell, können ohne professionelle Übersetzung kaum Frühdiagnosen gestellt werden. Neben einer somatischen ärztlichen Untersuchung wird die Gedächtnisleistung der PatientInnen mit normierten Testverfahren ermittelt. Für viele Sprachen (z.B. serbokroatisch) stehen den DiagnostikerInnen keine eigens in der jeweiligen Sprache normierten Verfahren zur Verfügung. Für den Einsatz bei allophonen PatientInnen müssen hiesige Testverfahren (z.B. Wortlisten) somit zunächst übersetzt werden, um überhaupt eingesetzt werden zu können. Wegen der erforderlichen Genauigkeit

überfordert erfahrungsgemäss bereits diese Aufgabe die Sprachkompetenz von Ad-hoc-Dolmetschenden bzw. Angehörigen häufig. Selbst dann, wenn die Verfahren gut übersetzt wurden, bleibt ihre Validität eingeschränkt. Als Folge hiervon ist der Diagnostiker in besonders hohem Mass auf die genaue Beobachtung des sprachlichen und nicht-sprachlichen Verhaltens der Patientinnen und Patienten angewiesen. Daher müssen die ÜbersetzerInnen die Reaktionen der Patienten dem Diagnostiker oder der Diagnostikerin in allen Feinheiten vermitteln können. Dabei geht es unter anderem zum Beispiel um semantische und phonematische Ähnlichkeiten. So verwechseln Patientinnen und Patienten, die an Demenz leiden, mitunter ähnlich klingende Wörter, so dass es zum Beispiel vorkommen kann, dass in einer Wortliste «Spinne» steht und die PatientInnen das bedeutungslose Wort «Spille» wiedergeben. Teilweise werden auch Wörter wiedergegeben, die zwar eine ähnliche Bedeutung haben, phonematisch jedoch völlig unterschiedlich sind (Beispiel: «Krabbeltier»). Solche phonematischen und semantischen Feinheiten sind für die Interpretation der Ergebnisse sehr wichtig, so dass die DiagnostikerInnen darauf angewiesen sind, von der Übersetzungshilfe auf solche semantischen und phonematischen Feinheiten aufmerksam gemacht zu werden. Aus diesem Grund findet im Nachgang zu einer Untersuchung eine Besprechung zwischen dem Diagnostiker und der geschulten Übersetzungshilfe statt, in welcher die letztere schildert, was sie vor dem Hintergrund der Mentalität, des Bildungsniveaus und der Sprachkultur der Patientin oder des Patienten beobachten konnte. Was den Einsatz von Angehörigen bei der Diagnostik angeht, ist zudem zu bedenken, dass ihnen neben der sprachlichen Kompetenz auch die nötige Unabhängigkeit fehlt: Die Erfahrung zeigt, dass in ihre Übersetzungen vielfach eigene Beobachtungen und Bewertungen einfließen.

In der **Psychiatrie und Psychosomatik** ist professionelle Übersetzung für die Diagnosestellung eine unabdingbare Notwendigkeit: «Die Motivation zur Implementierung von Dolmetscherdiensten war fachmedizinischer Natur. Eine Diagnostik und anschliessende Behandlung ist kaum praktikabel, wenn die Patienten uns nicht verstehen», erläutert Küchenhoff. Schär Sall erwähnt zwei Beispiele von problematischen Diagnosen, welche bis zur IV-Anmeldung führten: In einen Fall lag eine Somatisierung von psychischem Leid aufgrund einer misslungenen Kieferoperation vor und im anderen eine fehlerhafte Diagnose «paranoide Schizophrenie», obwohl es sich um eine Depression handelte. Auch Begré betont die Wichtigkeit einer guten Verständigung zwischen Patient oder Patientin und Gesundheitsfachperson. Beispielsweise treten bei einer posttraumatischen Belastungsstörung vegetative Symptome, Vermeidungsverhalten und Hypervigilanz auf. Besonders eindrückliche Symptome können in manchen Fällen aufgrund mangelnder Verständigungsmöglichkeiten und soziokultureller Unterschiede in der Krankheitspräsentation zu Fehldiagnosen führen bis hin zur fälschlicher Diagnose einer psychotischen Erkrankung mit entsprechender Verabreichung von wenig geeigneten Medikamenten. Umgekehrt gibt es auch Fälle, in denen eine psychische Krankheit diagnostiziert wird ohne erkennbare Hinweise auf eine somatische Ursache der Beschwerden, dann aber später dank einer sorgfältig erhobenen biopsychosozialen Anamnese mit ÜbersetzerInnen doch noch eine somatische Krankheit diagnostiziert werden muss. Di Bernardo befürchtet in diesem Zusammenhang, dass Schmerzen von allophenen Personen schneller als psychosomatisches Problem «abgestempelt» werden als bei autochthonen, wenn die Ursache der Krankheit nicht geklärt werden kann.

Neben den rein sprachlichen Schwierigkeiten spielen **kulturelle Unterschiede** in der Diagnostik eine zentrale Rolle. Diese Unterschiede müssen bei der Diagnosestellung in Betracht gezogen werden. So muss beispielsweise in der Psychiatrie die Standarddiagnosefrage zur Diagnose von Schizophrenie («Hören Sie Stimmen?») bei wörtlicher Übersetzung nicht unbedingt als Frage nach «inneren», real inexistenten Stimmen verstanden werden. In diesem Fall muss ein Übersetzer oder eine Übersetzerin über psychologische Kompetenzen verfügen, um die Frage richtig übersetzen zu können. Neben den kulturellen Unterschieden muss eine Therapeutin oder ein Therapeut von der Patientin oder dem Patienten ebenfalls Informationen zu sozio-strukturellen Merkmalen und zu biografisch prägenden Ereignissen erhalten. Dabei

müssen neben subjektiven Konzepten ebenfalls emische Konzepte – also Konzepte der Bezugsgruppe bzw. der kulturellen «Insider» berücksichtigt werden. Beispielsweise stellt sich bei einem Patienten, der von Hexerei spricht, bei der Diagnose die Frage, ob es sich um eine psychische Störung handelt (bei einem Schweizer würde man paranoide Schizophrenie vermuten) oder ob das Konzept von Hexerei in der Bezugsgruppe «normal» ist. Daraus ergeben sich diagnostisch und therapeutisch andere Zugänge. Vielen Afrikanerinnen und Afrikanern wurde fälschlicherweise Schizophrenie diagnostiziert, weil nicht bedacht wurde, dass Hexerei in vielen afrikanischen Kulturen ein sozialer Tatbestand ist. Ähnlich liegt der Fall, wenn Patientinnen und Patienten von körperlichen Symptomen berichten, obwohl sie an Depressionen leiden, weil sie über keine Konzepte und Begriffe für innere psychische Konflikte verfügen. Diese Beispiele machen deutlich, dass die sprachliche Verständigung eine zwingende Voraussetzung für eine angemessene psychiatrische Diagnose ist.

Begré weist darauf hin, dass auch in der **Gynäkologie** der kulturelle Hintergrund eine grosse Rolle spielt. Wenn aus sprachlichen oder kulturellen Gründen nicht über gynäkologische Probleme gesprochen werden kann, werden keine gynäkologischen Untersuchungen gemacht (und dementsprechend keine gynäkologische Diagnose gestellt), stattdessen u.U. andere Ursachen der Beschwerden abgeklärt. Diese «verpassten Diagnosen» sind nicht nur problematisch, weil sie einen erhöhten Abklärungsaufwand bedeuten, sondern auch, weil sie einen sofortigen Behandlungsbeginn verhindern. Eine schnelle und gute Diagnose ist notwendig, um die richtige Behandlung einleiten zu können, was wiederum für einen positiven Gesundungsprozess notwendig ist.

Diem, Chefarzt der Abteilung für Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung, geht hingegen davon aus, dass es in seinem Gebiet selten zu Fehldiagnosen kommt, da Diagnosen aufgrund von objektiven Kriterien gestellt werden können. Gewisse Probleme sieht er aber ebenfalls darin, dass aufgrund von kulturellen Tabus gewisse Abklärungen erschwert werden.

Ob die Häufigkeit von Fehldiagnosen mit interkulturelle Übersetzung gesenkt werden kann, hängt offensichtlich vom Diagnoseverfahren ab: Je technisierter und sprachunabhängiger ein Diagnoseprozess gestaltet ist, je weniger eine Gesundheitsfachperson auf die individuellen Aussagen der Patientin oder des Patienten angewiesen ist, desto weniger Fehldiagnosen dürften durch Sprachbarrieren ausgelöst werden. Sprachbarrieren und kulturelle Barrieren sind besonders dann problematisch, wenn die individuelle Geschichte oder die präzise Beschreibung des körperlichen Zustands für die Diagnose wichtig sind.

### 8.6 Reduktion der Wahrscheinlichkeit von falschen, nutzlosen und suboptimalen Behandlungen

**Wichtigste Ergebnisse:** Sprachbarrieren können dazu führen, dass inadäquate und suboptimale Behandlungen appliziert werden. Wirkungslose und unnötige medizinische Behandlungen führen unmittelbar zu höheren Kosten im Gesundheitswesen.

#### Ergebnisse der Literaturanalyse

Ob allophone Personen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit aufweisen, falsche oder suboptimale medizinische Behandlungen zu erhalten, ist in der recherchierten Literatur umstritten. Die Mehrheit der Studien deutet jedoch daraufhin, dass dem so ist. Bischoff verweist auf fünf Studien, die darauf schliessen lassen, dass allophone Patientinnen und Patienten eine höhere Wahrscheinlichkeit für inadäquate Medikation bzw. eine Unterversorgung mit Medikamenten aufweisen (Bischoff 2003, 19). Auch Jacobs kommt aufgrund seines Literaturüberblicks zum gleichen Schluss (Jacobs 2006, 117). Ribera verweist auf unterschied-



liche Ergebnisse wissenschaftlicher Studien: Zwei Studien zeigen eine schlechtere Qualität der Behandlung im Bereich der palliativen Medizin bzw. mehr Fehler in der Medikation von allophonen Personen – eine weitere Studie kann allerdings keine Unterschiede im Versorgungsniveau feststellen zwischen allophonen Personen ohne Übersetzung oder mit Ad-hoc-Übersetzung im Vergleich zu autochthonen Personen (Ribera 2008, 5). Auch Flores zitiert eine Untersuchung, die keine Unterschiede in Bezug auf die Behandlungsqualität findet (Flores 2005, 285).

### Ergebnisse der Expertenbefragung

Grüwell beschreibt vor dem Hintergrund seines Fachgebiets der **Gedächtnisstörungen** zwei Wirkungsketten, in deren Rahmen Fehlbehandlungen, die von Verständigungsprobleme verursacht sein können, Kosten im Gesundheitswesen verursachen können:

- Fehlbehandlungen können zu direkten zusätzlichen Kosten im Gesundheitswesen führen. Dies ist etwa dann der Fall, wenn es aufgrund einer Fehlmedikation zu einer Hospitalisierung kommt oder die Fehlmedikation zu starken Nebenwirkungen führt, die ärztlich behandelt werden müssen.
- Fehlbehandlungen können zur einer Verschlechterung der Symptomatik bzw. zu einer Verschlechterung des Krankheitszustands führen (vgl. Kapitel 9). Bei einer Geschwisterkrankheit der Alzheimerkrankheit treten beispielsweise häufig optische Halluzinationen auf; diese dürfen mit einer bestimmten Gruppe von Medikamenten, welche im Allgemeinen für die Behandlung von Halluzinationen eingesetzt wird, nicht behandelt werden, da es zu starken Nebenwirkungen und/oder einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes kommen kann.

Auch im **psychologisch-psychiatrischen Bereich** ist eine optimale Behandlung von allophonen PatientInnen ohne Übersetzung kaum vorstellbar. Wie Schär Sall und Begré ausführen, muss die Gesundheitsfachperson Zugang zur Bedeutungswelt und zu den Konzepten, sowie zu biographischen Ereignissen des Patienten oder der Patientin haben. Die Therapeutin oder der Therapeut muss wissen, «mit wem und welchen sozialen und kulturellen Konstruktionen und Bedeutungen sie es zu tun hat», wie dies Schär Sall formuliert. Umgekehrt kann auch keine therapeutische Behandlung stattfinden, wenn die Patientin oder der Patient die Therapeutin oder den Therapeuten nicht verstehen kann. Selbst dann, wenn eine allophone Person über gewisse Kenntnisse der Landessprache verfügt, ist eine psychologische Behandlung erschwert. Das Potential von Therapieoptionen kann nicht ausgeschöpft werden, unbewusste Gedanken können schlechter erschlossen werden und der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses wird erschwert. Das kann zu Blockaden in der Genesung oder zumindest zu Verzögerungen führen. Eberhart erwähnt, dass gute Verständigung auch bei medikamentösen psychiatrischen Behandlungen wichtig ist: Durch gute Kommunikation kann besser festgestellt werden, welche Medikamente für den Patienten oder die Patientin am geeignetsten sind.

Für eine optimale Behandlung ist es ebenfalls wesentlich, dass die Gesundheitsfachperson über den **kulturellen Hintergrund** der Patientin oder des Patienten informiert ist oder von interkulturellen ÜbersetzerInnen darüber informiert wird. Diem erwähnt beispielsweise, dass er die Ursache von Vitamin-D-Mangel bei zwei nicht verschleierten Frauen aus der Oberschicht eines arabischen Landes nicht auf Anhieb zu eruieren vermochte. Denn auf Nachfrage gaben die beiden Frauen an, dass sie sich oft draussen aufhielten und regelmässig am Strand baden würden. Erst dank Zusatzangaben einer französisch sprechenden Begleitperson wurde ihm klar, dass sich arabische Frauen aus der Oberschicht tagsüber vor allem in klimatisierten Räumen bewegen, nur abends aus dem Haus gehen und damit eigentlich keiner Sonnenbestrahlung ausgesetzt sind.

## 9 Indirekter Nutzen des ikÜ: Nutzen eines verbesserten Gesundheitszustandes

**Wichtigste Ergebnisse:** Sprachbarrieren können den Gesundheitszustand, Krankheitsverlauf und Genesungsprozess von allophonen Personen negativ tangieren. Ein negativer Krankheitsverlauf, der mit dem Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen hätte verhindert werden können, führt grundsätzlich zu höheren Kosten im Gesundheitswesen, in der Wirtschaft und/oder der Gesellschaft.

Sprachbarrieren können den Gesundheitszustand, den Krankheitsverlauf und den Genesungsprozess von allophonen Personen negativ tangieren. Dadurch können substantielle Mehrkosten ausgelöst werden: Negative Krankheitsverläufe führen im Gesundheitswesen zu zusätzlichen Kosten, da sie zusätzliche medizinische Leistungen bedingen. Darüber hinaus können sie zu zusätzlichen Kosten ausserhalb des Gesundheitswesens, insbesondere in der Wirtschaft führen: in Form einer Reduktion des Produktionsoutputs, die auf temporäre Absenzen, dauerhafte Absenzen (Invalidität), Ableben oder auf eine reduzierte Produktivität zurückzuführen ist.

### Ergebnisse der Literaturanalyse

Es gibt nur wenige wissenschaftliche Studien, die Wirkungen über den Krankheitsverlauf (Unterschiede im Gesundheitszustand, Komplikationsrate etc.) untersuchen, die durch Übersetzungshilfen zustande kommen. Die meisten Untersuchungen fokussieren auf einzelne intermediäre Effekte, die bereits besprochen wurden, wobei typischerweise davon ausgegangen bzw. angenommen wird, dass diese intermediären Effekte einen negativen Krankheitsverlauf auslösen. So gibt es zum Beispiel einige Studien, welche die Wirkung von Verständigungsproblemen und vom Einsatz von Übersetzungshilfen auf die Compliance untersuchen. Keine einzige dieser Studie geht über diese Teilwirkungskette hinaus und liefert empirische, quantitative Daten zum gesamten Wirkungsprozess «Verständigungsprobleme – Compliance – Krankheitsverlauf – Kosten». Dieser unbefriedigende Tatbestand dürfte insbesondere darauf zurückzuführen sein, dass sich die Wirkungen über den Krankheitsverlauf in den meisten Fällen nicht unmittelbar, sondern nur langsam und über eine längere Zeitspanne entfalten. Nachfolgend fassen wir die spärliche Literatur zusammen, die empirische Informationen über die Wirkung von Verständigungsproblemen und des Einsatzes von geschulten DolmetscherInnen auf den Krankheitsverlauf liefern.

Eine Studie zu Bluthochdruck- und Diabetes-PatientInnen findet signifikante tiefere Werte bezüglich physischer Funktionen, psychologischem Wohlbefinden, bezüglich der Wahrnehmung des Gesundheitszustands und Schmerzempfinden bei PatientInnen, welche nicht die gleiche Hauptsprache sprechen wie die behandelnden ÄrztInnen, im Vergleich zu PatientInnen, welche die gleiche Hauptsprache wie ihre behandelnden ÄrztInnen sprechen (Flores 2005, 74). Entsprechende Ergebnisse präsentiert eine Studie über AsthmapatientInnen: Spanischsprechende Personen, die von spanischsprechenden Ärztinnen und Ärzten betreut werden, weisen signifikant bessere Blutwerte auf als solche, die mit englischsprechenden Gesundheitsfachpersonen konfrontiert sind (Bowen 2001, 78).

Eine Studie, die Diabetes II-PatientInnen in zwei amerikanischen Kliniken mit sehr gut ausgebauten Dolmetschdiensten untersuchte, kommt zu einem ähnlichen Schluss: Allophone Patientinnen und Patienten, bei denen **professionelle Übersetzungshilfen** eingesetzt wurden, haben sogar eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass der Glycol-Hämoglobin-Wert bei Bluttests den «american diabetes association guidelines» entspricht als dies bei autochthonen PatientInnen der Fall ist. Bei dieser Studie wurden diverse mögliche Einflussfaktoren kontrolliert. Bei weiteren vier Outcome-Variablen konnten ebenfalls keine schlechteren Werte der allophonen Bevölkerung festgestellt werden, bei denen geschulte DolmetscherInnen einge-

setzt wurden. Die Autoren der Untersuchung schliessen daraus, dass die Verfügbarkeit von professionellen Übersetzungsdiensten für sämtliche Patientinnen und Patienten zu einer vergleichbaren Qualität medizinischer Dienstleistungen führen kann wie sie autochthonen Personen zur Verfügung steht (Bischoff 2003, 43f.; Flores 2005, 290). In der Behandlung von Diabetes sind die Probleme einer Sprachbarriere besonders ausgeprägt: Die Behandlung und Kontrolle von Diabetes umfasst sowohl Selbstkontrolle durch den Patienten oder die Patientin als auch Fremdkontrolle durch Gesundheitsfachpersonen, die beide aufeinander abgestimmt sein müssen. Nur mit genügender Prävention und Compliance können die Risikofaktoren (z.B. Anteil der Glukose im Blut), die zu kostenintensiven Komplikationen führen können, abgeschwächt werden. Da sich eine Sprachbarriere zwischen Gesundheitsfachperson und allophoner Person negativ auf die Compliance auswirkt, kann daraus geschlossen werden, dass eine Übersetzung die Komplikationsrate senken und dadurch den Krankheitsverlauf verbessern kann (Ribera 2008, 17f.).

Ribera (2008, 18f.) untersucht die Kosten-Nutzen-Bilanz von professionellen Übersetzungshilfen am Beispiel von Diabetes II mittels der Methode der **«hypothetical cost comparison examples»**. Dabei wird aufgrund der Ergebnisse von diversen medizinischen Studien eine Hochrechnung auf die gesamte belgische Bevölkerung vorgenommen. Die Argumentationslinie dieser Studie kann folgendermassen nachgezeichnet werden: Bei 3 bis 8% der Diabetes II-Patientinnen und -Patienten führt die Krankheit zu einem sogenannten diabetischen Fuss (diabetic foot). Damit sind Nervenstörungen, Knochenschäden und Bindegewebeschädigungen im Fuss gemeint, die durch die Diabetes ausgelöst werden und im Endstadium zu einer Amputation führen können. 20% der gesamten Kosten im Gesundheitsbereich, die durch Diabetes II verursacht werden, sind auf diabetische Füsse zurückzuführen, wobei der Grossteil der Kosten durch Amputationen und deren Nachbehandlung entstehen. Durch Früherkennung der Symptome, die einem diabetischen Fuss vorausgehen, können 85% aller Fälle verhindert werden. Da die Verständigung zwischen Gesundheitsfachpersonen und allophonen Personen ein relevanter Faktor für Prävention und Compliance ist, kann davon ausgegangen werden, dass durch interkulturelle Übersetzung zumindest einige Fälle von diabetischen Füßen verhindert werden können. Würde es durch den Einsatz von geschulten Übersetzungshilfen gelingen, einen einzigen Fall zu verhindern, könnten damit 40'000 Euro eingespart werden. Mit diesem Betrag wiederum könnte ein professioneller Übersetzer oder eine professionelle Übersetzerin ein gesamtes Jahr Vollzeit angestellt werden. Ein ähnlicher hypothetischer Kostenvergleich lässt sich mit der durchschnittlichen Liegezeit der Patientinnen und Patienten mit Diabetes II durchführen. 55% der totalen, direkten medizinischen Kosten wird durch Spitalaufenthalte verursacht. Ribera geht aufgrund einer Studie davon aus, dass allophone Personen 1.8 Tage länger im Spital verbleiben. Wenn diese Differenz durch eine Übersetzung behoben werden könnte, dann könnten dadurch in Belgien knapp 2 Mio. Euro eingespart werden. Mit diesem Betrag wäre es möglich, 90 Übersetzerinnen und Übersetzer Vollzeit einzusetzen.

Mit Hilfe dieser hypothetischen Kostenvergleiche lässt sich grob abschätzen, ob sich der Einsatz einer interkulturellen Übersetzung ökonomisch rentiert. Würde es empirische Evidenz dazu geben, in wie vielen Fällen ein übersetztes Gespräch zur Verhinderung eines diabetischen Fusses bzw. zu einer Verkürzung der Liegetage führt, könnte der Nettonutzen des Übersetzens quantitativ bestimmt werden. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass mittels Abschätzungen im Sinne von **«hypothetical cost comparison examples»** die Kosten-Nutzen-Bilanz von Übersetzungsleistungen bei spezifischen Diagnosen grob abgeschätzt werden kann. Ohne lückenlose empirische Evidenz sind sie letztlich aber auf Plausibilitätsannahmen angewiesen, die in der Realität umstritten sein dürften.

## Ergebnisse der Expertenbefragung

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass der Ärztetourismus (Abschnitt 8.3) und Fehlbehandlungen (Abschnitt 8.6) den Gesundheitszustand, Genesungsprozess und Krankheitsverlauf negativ tangieren können. Gemäss den befragten ExpertInnen können Sprachbarrieren den Gesundheitszustand, den Krankheitsverlauf und den Genesungsprozess jedoch auch im Rahmen folgender Wirkungszusammenhänge negativ beeinflussen:

■ Sprachbarrieren können dazu führen, dass erst zu einem vergleichsweise **späten Zeitpunkt** eine erfolgsversprechende Behandlung allophoner PatientInnen appliziert werden kann. Der Gesundheitszustand kann sich mit dem zeitlichen Abstand zwischen Krankheitsentstehung und Einsetzen einer adäquaten Behandlung verschlechtern, was zu höheren Kosten im Gesundheitswesen, in der Wirtschaft und/oder der Gesellschaft führen kann. Diese Wirkungskette diskutieren wir im Abschnitt 9.1.

■ Sprachbarrieren können die **Compliance** allophoner PatientInnen negativ tangieren. Eine schlechte Compliance kann sich negativ auf Krankheitsverlauf, Gesundheitszustand und Genesungsprozess allophoner PatientInnen auswirken, so dass zusätzliche Kosten im Gesundheitswesen, in der Wirtschaft und/oder der Gesellschaft entstehen. Diese Wirkungskette diskutieren wir im Abschnitt 9.2.

Wie stark sich die negativen Auswirkungen von Verständigungsproblemen (reduzierte Compliance, später Zeitpunkt der Diagnose etc.) auf den Krankheitsverlauf auswirken und welche Kosten ein solcher Krankheitsverlauf auslösen kann, ist sehr stark von der Diagnose abhängig. Ebenfalls diagnosespezifisch ist der Ort, an dem die Kosten entstehen können, die letztlich auf Verständigungsprobleme zurückgeführt werden können. Die Diagnose-Abhängigkeit der Wirkungsketten kann anhand von Gedächtniskrankheiten gemäss den Ausführungen Grüwell's illustriert werden: Demenzerkrankungen können auch bei einer korrekten und frühzeitigen Diagnose und Behandlung nur in Ausnahmefällen geheilt werden. Die Behandlung zielt vielmehr darauf ab, die Leistungsfähigkeit der betroffenen PatientInnen zu verbessern oder möglichst lange zu erhalten und die Lebenssituation des oder der Betroffenen in seinem Umfeld zu stabilisieren. Verschiedene medikamentöse und psychologische Massnahmen dienen diesen Zielen: Behandlung der Demenzerkrankung selbst durch entsprechende zugelassene Medikamente, Behandlung von Begleitsymptomen der Demenzerkrankung (z.B. Depressionen) durch Medikamente bzw. psychologische Massnahmen, Beratung der Angehörigen und Verhaltensanweisungen, die auf eine geistige Anregung abzielen. Dadurch können indirekte Kosten, die in der Zukunft anfallen, eingespart werden: Wenn die Diagnose frühzeitig gestellt, die Behandlung frühzeitig eingesetzt wird und eine entsprechende Compliance gegeben ist, kann die Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähigkeit verzögert werden, so dass der Zeitpunkt der kostenintensiven Pflegebedürftigkeit hinausgeschoben werden kann. Die Behandlung sieht überdies typischerweise vor, dass der Patient bzw. die Patient während mindestens einem Tag pro Woche in einer Tagesklinik aufhält. Diese Massnahme zielt zum einen darauf ab, eine geistige Anregung sicherzustellen. Zum anderen verfolgt sie das Ziel, das Umfeld der erkrankten Person zu entlasten. Denn die Pflege von Personen mit Gedächtnisstörungen ist derart belastend, dass die Erkrankung von Angehörigen ein zentrales Problem bei Gedächtnisstörungen darstellt. Dieses Beispiel illustriert zweierlei:

■ Zum einen zeigt das Beispiel, dass bei Gedächtnisstörungen der Nutzen des interkulturellen Übersetzens über drei verschiedene Wirkungsketten entstehen kann: (1) Eingesparte Kosten in den sozialmedizinischen Institutionen infolge einer Verzögerung des Eintritts der PatientInnen in Pflegeheime, (2) Kosten im Gesundheitswesen aufgrund der Behandlung erkrankter Angehöriger, (3) Reduktion der wirtschaftlichen Produktion aufgrund der Erkrankung von Angehörigen (vgl. auch Abschnitt 9.3).

■ Zum anderen zeigt das Beispiel, dass die diagnosespezifischen Wirkungszusammenhänge äusserst komplex sind. Allein zu dem Aspekt der möglichen Einsparung von Pflegeheimtagen gibt es gemäss Grü-

well in den entsprechenden medizinischen Fachkreisen eine angeregte wissenschaftliche Diskussion mit unterschiedlichen Positionen, die sich an der Frage scheiden, ob die eingesparten Kosten an Pflegeheimtagen die Kosten der medizinische Behandlung von PatientInnen mit Gedächtnisstörungen (Medikamente, Aufenthalt in der Tagesklinik etc.) aufwiegen.

## 9.1 Früherer Zeitpunkt der Diagnose und des Behandlungsbeginns

### 9.1.1 Ursachen eines verspäteten Behandlungsbeginns

**Wichtigste Ergebnisse:** Sprachbarrieren können aufgrund folgender Ursachen dazu führen, dass bei allophonen PatientInnen eine adäquate medizinische Behandlung erst zu einem vergleichsweise späten Zeitpunkt appliziert werden kann:

- Unterversorgung der allophonen Bevölkerung bezüglich dem Erstzugang zu medizinischen Leistungen.
- Unterversorgung der allophonen Bevölkerung bezüglich Vorsorgeuntersuchungen.
- Verzögerungen aufgrund von Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen.

Sprachbarrieren können gemäss den befragten Experten im Rahmen unterschiedlicher Wirkungsketten dazu führen, dass bei allophonen PatientInnen erst zu einem vergleichsweise späten Zeitpunkt eine adäquate Behandlung eingesetzt werden kann:

- Erstens kann die zeitliche Verzögerung durch den Patienten oder die Patientin selber zustande kommen, weil der **Erstkontakt mit dem Gesundheitswesen** zu einem zu späten Zeitpunkt stattfindet. Das kann darauf zurückzuführen sein, dass allophone Personen bereits negative Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen gemacht haben oder auf weitere, exogene Faktoren wie Informationsstand, Vertrautheit mit dem Gesundheitssystem, kulturelle Vorstellungen etc.
- Zweitens kann eine **Unterversorgung hinsichtlich Vorsorgeuntersuchungen** dazu führen, dass die Diagnose einer Krankheit erst zu einem späteren Zeitpunkt gestellt wird, als dies bei optimalem Vorsorgeverhalten der Fall gewesen wäre.
- Drittens ist es möglich, dass **Verzögerungen durch Fehldiagnosen** entstehen, da Fehldiagnosen entweder zu langen Abklärungen oder zu falscher Behandlung führen können. In beiden Fällen setzt die richtige Behandlung, wenn überhaupt, erst zu einem späteren Zeitpunkt ein. So werden laut Begré beispielsweise Depressionen häufig nicht erkannt und anstelle der Einleitung einer adäquaten Behandlung werden weitere somatische Abklärungen vorgenommen. Begré weist daraufhin, dass derartige Probleme in vielen Fällen bereits in Arztpraxen ihren Anfang nehmen: Aufgrund einer Fehleinschätzung von ambulant praktizierenden ÄrztInnen, die das Resultat einer Sprachbarriere sein kann, werden allophone PatientInnen zu somatischen Abklärungen in Spitäler geschickt. Dadurch geraten diese sozusagen in die «somatische Abklärungs- und Behandlungsmaschinerie», so dass allenfalls erst nach einer längeren Zeitspanne erkannt wird, dass ein psychisches Leiden vorliegt. Diese Problemstellung stellt sich insbesondere auch bei diffusen Schmerzerkrankungen. Grundsätzlich gibt es auch den umgekehrten Fall: PatientInnen werden von ambulant praktizierenden ÄrztInnen an psychiatrische Einrichtungen überwiesen, obwohl deren Krankheitsbild nach somatischen Abklärungen und Behandlungen verlangt.
- Viertens werden medizinische Konsultationen, in welchen es Kommunikationsprobleme und Missverständnisse gibt, von allophonen PatientInnen als **emotional negative Erlebnisse** wahrgenommen. Dies fördert die Tendenz der allophonen Migrationsbevölkerung, erst dann eine medizinische Konsultation

wahrzunehmen, wenn sie unausweichlich wird und die Krankheit bereits fortgeschritten oder sogar chronifiziert ist. In diesem Sinne äussert die Mehrheit der befragten Expertinnen und Experten die Vermutung, dass allophone Patientinnen und Patienten zu einem späteren Zeitpunkt in eine Behandlung eintreten als autochthone. Daraus erwähnt allerdings auch eine gegenläufige Tendenz: Da Hausärzte und -ärztinnen mit allophonen Personen schlechter umzugehen wissen, werden diese z.T. sogar früher ins Spital überwiesen als autochthone.

### 9.1.2 Auswirkungen eines verspäteten Behandlungsbeginns

**Wichtigste Ergebnisse:** Ein später Zeitpunkt des Einsetzens einer adäquaten medizinischen Behandlung kann den Gesundheitszustand allophoner PatientInnen negativ tangieren. Wenn der zeitliche Abstand zwischen Entstehung und Behandlung einer Krankheit zunimmt,...:

- kann die Heilungswahrscheinlichkeit sinken,
- kann die Genesungsdauer zunehmen,
- steigt die Wahrscheinlichkeit, dass zusätzliche Symptome und komorbide Störungen auftreten, die behandelt werden müssen,
- steigt die Wahrscheinlichkeit einer Chronifizierung der Krankheit.

Dies führt letztlich dazu, dass die Behandlungskosten mit dem zeitlichen Abstand zwischen Krankheitsentstehung und Krankheitsbehandlung überproportional zunehmen können.

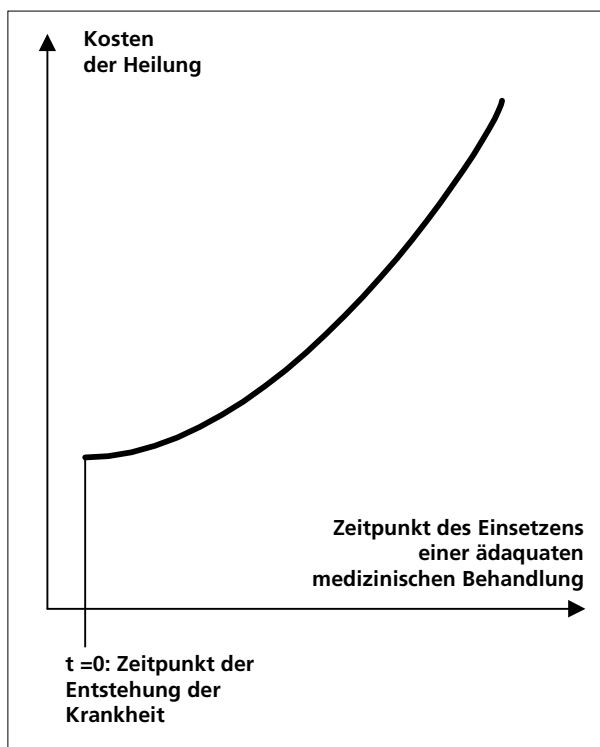
Die befragten ExpertInnen sind sich einig, dass ein möglichst früher Zeitpunkt der Diagnose und des Einsetzens einer adäquaten Behandlung für die Heilungswahrscheinlichkeit und den Heilungsverlauf von grosser Bedeutung sind:

- Ein später Zeitpunkt der Diagnose bzw. des Einsetzens der Behandlung kann die **Heilungswahrscheinlichkeit** reduzieren. Brisa erläutert diese Problematik anhand von Krebskrankheiten: Je weiter die Krankheit bereits fortgeschritten ist, desto grösser ist das Risiko, dass sich Metastasen ausgebildet haben und desto geringer ist deshalb die Genesungs- und Heilungswahrscheinlichkeit.
- Ein später Zeitpunkt der Diagnose bzw. des Einsetzens der Behandlung kann dazu führen, dass die Zeitdauer, welche für die Heilung benötigt wird, zunimmt. Eine solche **Zunahme der Genesungsdauer** kann zu höheren Kosten im Gesundheitswesen und in der Wirtschaft führen.
- Ein später Zeitpunkt der Diagnose bzw. des Einsetzens der Behandlung kann dazu führen, dass aufgrund des fortgeschrittenen Krankheitsstadiums **zusätzliche Symptome** auftreten, deren Auftreten hätte verhindert oder herausgezögert werden können, wenn die adäquate Behandlung früher eingesetzt worden wäre. Das Auftreten dieser Symptome kann zu zusätzlichen Kosten im Gesundheitswesen und in der Wirtschaft führen. Haslebacher erläutert zum Beispiel, dass bei einer früh einsetzenden Behandlung von Diabetes die Risiken von Komplikationen wie Blindheit, Nierenversagen, Amputationen, Herzinfarkten o.ä. geringer sind. Sie ist allerdings der Meinung, dass der Zeitpunkt der Behandlung sowohl bei allophonen als auch bei autochthonen Personen häufig zu spät ist.
- Eine späte Diagnose und ein spätes Einsetzen einer adäquaten Behandlung kann dazu führen, dass **komorbide Störungen**, also ein von der Grunderkrankung abweichendes Störungsbild, auftreten. Unter Umständen können diese komorbiden Störungen wiederum die ursprüngliche Krankheit negativ tangieren. Komorbide Störungen können gemäss den ExpertInnen der PUK Zürich bei Depressionen auftreten. Werden diese nicht frühzeitig behandelt, können sie z.B. Angststörungen auslösen. Grundsätzlich führt das Auftreten von komorbiden Störungen zu erhöhten Behandlungskosten im Gesundheitswesen. Auch zusätzliche Kosten in der Wirtschaft aufgrund von Absenzen sind möglich.

Ein später Zeitpunkt der Diagnose und des Einsetzens einer adäquaten Behandlung wirkt sich gemäss den befragten ExpertInnen insbesondere in den Fällen negativ aus, in welchen es zu einer **Chronifizierung** der Krankheit kommt, die durch einen frühzeitigen medizinischen Eingriff hätte verhindert werden können. Der Heilungserfolg ist in einem chronifizierten Krankheitsstadium deutlich geringer und mit mehr Aufwand verbunden. Sowohl Küchenhoff als auch Begré sind der Meinung, dass allophone Patienten oft erst in eine Behandlung eintreten, wenn die Krankheit bereits chronifiziert ist. Dies kann beispielsweise bei Schmerzstörungen, Depressionen und Suchterkrankungen, aber auch bei posttraumatischen Belastungsstörungen oder Stresserkrankungen beobachtet werden. Gemäss Begré stellt sich diese Problematik bei psychosomatischen Beschwerden akzentuiert, da diese schwierig zu diagnostizieren sind und bis zur korrekten Diagnose oftmals eine längere Zeitspanne vergehen kann, während der die Beschwerden zunehmen und chronisch werden.

Die soeben formulierten Zusammenhänge zwischen dem Zeitpunkt der Diagnose bzw. des Einsetzens einer adäquaten Behandlung und dem Krankheitsverlauf führen letztlich dazu, dass die Genesungskosten ansteigen, je später eine Krankheit behandelt wird. Es muss sogar davon ausgegangen werden, dass die Kosten nicht nur linear, sondern exponentiell ansteigen (vgl. **Abbildung 5**). Für gewisse Krankheiten ist dieser Zusammenhang laut Begré erwiesen (Beispiel: Rückenerkrankungen, Gebärmutterhalskrebs).

Abbildung 5: Zusammenhang zwischen Diagnosezeitpunkt und Kosten der Heilung



Quelle: eigene Abbildung

Ein besonderer Stellenwert bezüglich dem Zeitpunkt der Diagnose bzw. des Einsetzens einer adäquaten Behandlung nimmt die Inanspruchnahme von Vorsorguntersuchungen ein, die wir im nachfolgenden Abschnitt diskutieren.

### 9.1.3 Vorsorge und Präventionsverhalten

**Wichtigste Ergebnisse:** Vor dem Hintergrund der verfügbaren Daten muss davon ausgegangen werden, dass das Ausmass der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und das Präventionsverhalten der allophonen Bevölkerung auch in der Schweiz suboptimal sind. Mit dem Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen kann die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und das Vorsorgeverhalten von allophonen Personen verbessert werden.

Die Literaturanalyse zeigt in Bezug auf das Vorsorgeverhalten der allophonen Bevölkerung ein nicht ganz eindeutiges Bild. Studien deuten darauf hin, dass allophone Personen tendenziell weniger Vorsorgeuntersuchungen durchführen lassen als autochthone (Bowen 2001, 64) und dass die Sprachbarriere dabei eine wichtige Rolle spielt (Bischoff 2003, 21). Rommel et al. (2006) legen den Schluss nahe, dass dies bezüglich ausgewählter Vorsorgeuntersuchungen auch in der Schweiz der Fall ist.

In welchem Ausmass Übersetzerinnen und Übersetzer das Problem zu lösen vermögen, ist allerdings umstritten. Flores zitiert drei Studien, die die Wirkung der Einführung von professionellen Übersetzungsdiensten auf das Vorsorgeverhalten allophoner Personen untersuchen. Alle drei Studien finden in Bezug auf einige Vorsorgeuntersuchungen einen positiven Einfluss der Übersetzung auf die Anzahl durchgeführter Vorsorgeuntersuchungen: Signifikante Effekte ergaben sich in einer Studie beim Test auf frühe Brustkrebserkennung, bei der zweiten Studie bei Mammographien und in der dritten Studie in bezug auf Rektaluntersuchungen. Die letzte Studie testete allerdings noch fünf weitere präventivmedizinische Untersuchungen, fand für diese aber keine signifikanten Ergebnisse (Flores 2005, 280ff.). Sämtliche weiteren Autorinnen und Autoren verweisen auf Studien, die einen positiven Zusammenhang zwischen Übersetzung und dem Vorsorgeverhalten beschreiben (Bowen 2001, 49; Jacobs 2006, 119; Ribera 2008, 12f.). Ribera beschreibt beispielsweise eine Zunahme von 16% an Mammographien, die mit der Zuhilfenahme von Übersetzerinnen und Übersetzern erreicht werden konnte (Ribera 2008, 12).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass genügende Sprachkenntnisse bzw. eine genügend gute Übersetzung relevante Faktoren für die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen sind. Dies bestätigt auch eine qualitative Studie: Der wichtigste Hinderungsgrund, Vorsorgetests bezüglich Gebärmutterhalskrebs durchzuführen, sei, wenn der Sinn und die Notwendigkeit der Vorsorgeuntersuchung nicht verstanden wird (Bowen 2001, 63). Zu diesem Schluss kommen auch Ribera und Bowen nach ihrer Literaturanalyse (Ribera 2008, 13; Bowen 2001, VI).

Haslebacher und Di Bernardo vertreten die Ansicht, dass bezüglich der allophonen Bevölkerung Prävention generell wichtiger genommen werden sollte. Di Bernardo sieht in Zusammenhang mit Präventionsmassnahmen allerdings eine Problemstellung hinsichtlich der allophonen Bevölkerung: Prävention und Gesundheitsförderung sind inhaltlich zu wenig auf die besonderen Anforderungen ausgerichtet, die vom kulturellen Hintergrund und der Lebenssituation der Migrantinnen und Migranten induziert sind. Diese Problematik verschärft sich dadurch, dass allophone Personen generell einen erschwerten Zugang zu Informationen haben. Sie ist wie Haslebacher der Meinung, dass mehr Gewicht auf präventive Massnahmen gelegt werden sollte. Weil der Vorsorgebereich soziokulturell geprägt ist, sollte bei Präventionsmassnahmen verstärkt auf individuelle soziokulturelle Aspekte geachtet werden.<sup>13</sup>

<sup>13</sup> s. <http://www.transpraev.ch> für die Thematik migrationsspezifischer Prävention.



## 9.2 Verbesserung der Compliance

**Wichtigste Ergebnisse:** Sprachbarrieren können die Compliance von allophonen PatientInnen im Rahmen unterschiedlicher Wirkungsketten negativ beeinflussen. Eine schlechtere Compliance wirkt sich negativ auf den Genesungsprozess und damit auf den Gesundheitszustand aus, so dass im Gesundheitswesen, in der Wirtschaft und in der Gesellschaft zusätzliche Kosten entstehen können.

Fehlende Compliance kann dazu führen, dass die Behandlung auch bei rechtzeitiger Diagnose und frühem Behandlungsbeginn nicht optimal durchgeführt werden kann. Die «Mitarbeit» der Patientin oder des Patienten bei der Behandlung spielt eine wichtige Rolle beim Behandlungserfolg und wird von den Expertinnen und Experten mehrfach betont. Insbesondere bei beratungsintensiven Behandlungen und solchen, die auf Verhaltensänderungen abzielen, ist eine genügende Compliance eine zentrale Erfolgsvoraussetzung. Wenn Behandlungsanweisungen nicht befolgt oder Folgeuntersuchungen nicht wahrgenommen werden, kann die Behandlung nicht oder nicht optimal durchgeführt werden. Mangelnde Compliance kann so zu negativen Krankheitsverläufen führen, die zu den bekannten zusätzlichen Kosten im Gesundheitswesen, in der Wirtschaft und/oder der Gesellschaft führen können.

Die Compliance von PatientInnen wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst, unter anderem vom Vertrauen der allophonen PatientInnen in ihre Gesundheitsfachpersonen und von der Zufriedenheit allophoner PatientInnen mit erfolgten medizinischen Konsultationen (vgl. Abschnitt 8.3). Gemäss der recherchierten Literatur und den Ausführungen der befragten ExpertInnen kommt dem Verstehen der Therapieanweisungen und der damit zusammenhängenden Vermittlung von medizinischem Wissen bei allophonen PatientInnen eine besonders wichtige Rolle zu. Aus diesem Grund diskutieren wir im nachfolgenden Abschnitt 9.2.1 den Zusammenhang zwischen Sprachbarrieren und medizinischem Wissen, das für die Compliance relevant ist. Im Abschnitt 9.2.2 thematisieren wir dann kurz die Relevanz der Motivation der allophonen PatientInnen, die für die Compliance ebenfalls relevant ist. Im Abschnitt 9.2.3 schliesslich, präsentieren wir die empirischen Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Compliance, Sprachbarrieren und Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen.

### 9.2.1 Mangelndes medizinisches Wissen allophoner PatientInnen

**Wichtigste Ergebnisse:** Sprachbarrieren führen dazu, dass allophone PatientInnen über weniger medizinisches Wissen und Informationen verfügen, die für die weitere Krankheits- und Behandlungsgeschichte relevant sind. Es scheint, dass mit dem Einsatz von Übersetzungshilfen der relevante Informationsstand allophoner PatientInnen verbessert werden kann.

#### Ergebnisse der Literaturanalyse

Gemäss der konsultierten Literatur ist es insbesondere bei medizinischen Behandlungen, bei denen die Compliance für den Therapieerfolg entscheidend ist, wichtig, dass der Patient oder die Patientin von der Gesundheitsfachperson in genügender Qualität und Quantität informiert wird: Nur PatientInnen, die Behandlungsanweisungen richtig verstehen, können sie auch in gewünschter Art und Weise ausführen. Ebenfalls relevant ist genügendes Verstehen, um Nebenwirkungen oder unzureichende Wirkungen von Behandlungen als Patientin oder Patient erkennen zu können und der zuständigen Ärzteschaft mitzuteilen, so dass diese die Behandlung optimieren kann.

Diverse Studien zeigen, dass allophone Personen über signifikant **weniger Wissen** zu Diagnose, Behandlung und Nebenwirkungen verfügen als autochthone Personen (Bowen 2001, IV). Jacobs zitiert zwei Studien aus unterschiedlichen medizinischen Bereichen, die signifikante Wissensunterschiede zwischen allophonen und autochthonen Personen aufzeigen (Jacobs 2006, 116/120). Auch Flores führt drei Untersuchungen auf, die zeigen, dass Patienten mit zweisprachigen Gesundheitsfachpersonen signifikant mehr Informationen zu ihrer Krankheit wiedergeben können bzw. dass das Verstehen der PatientInnen geringer ist, wenn sie eine Übersetzung nötig hätten, aber keine erhalten (Flores 2005, 259/261). Auch Ribera und Bischoff weisen je auf eine Studie hin, die den Zusammenhang zwischen schlechten Sprachkenntnissen und schlechter Informiertheit bestätigen (Ribera 2008, 5; Bischoff 2003, 23).

Der Vorteil von autochthonen Personen gegenüber allophonen liegt allerdings nicht nur darin, dass sie die Gesundheitsfachperson besser verstehen können, sondern sie können sich auch durch **aktives Nachfragen** weitere Informationen besorgen. PatientInnen stellen signifikant mehr Fragen und machen mehr Bemerkungen, wenn sie in ihrer eigenen Sprache mit der Gesundheitsfachperson sprechen können (Flores 2005, 261; Bischoff 2003, 24).

Das Verstehen von Diagnose, Prognose und Behandlungsanweisungen kann laut Jacobs verbessert werden, wenn **eine Übersetzerin oder ein Übersetzer** hinzugezogen wird (Jacobs 2006, 120), ebenso wie die Qualität der Kommunikation und die Anzahl der Fragen (Ribera 2008, 9).

Die genannten Ergebnisse sind allerdings nicht ganz unumstritten. Bischoff und Flores beschreiben je eine Studie, die keine Unterschiede im Informationsstand zwischen allophonen Personen mit und solche ohne Übersetzung finden (Flores 2005, 259; Bischoff 2003, 26).

Trotzdem kann aufgrund sämtlicher Studien das **Fazit** gezogen werden, dass allophone Personen über weniger Informationen zu ihrer Krankheit verfügen als autochthone. Ein informierter Konsens zwischen allophoner Person und Gesundheitsfachperson wird durch die Sprachbarriere ebenfalls erschwert (Bowen 2001, VI). Mit einer Übersetzung scheint dieses Problem abgeschwächt werden zu können – dazu bestehen allerdings unterschiedliche Ergebnisse. Es wäre genauer zu prüfen, in welchen Situationen und unter welchen Umständen Übersetzungen zu signifikanten Verbesserungen führen können. Insbesondere müsste die Qualifikation der Übersetzungshilfe als Kontrollvariable einbezogen werden, was nicht in allen genannten Studien der Fall war.

### **Ergebnisse der Expertenbefragung**

Begré betont den **kulturellen Aspekt** der Wissensvermittlung: Je nach sozioökonomischem Status und kulturellem Hintergrund der Patientin oder des Patienten verfügt sie oder er über ein anderes Konzept von Körper und Gesundheit. In der gesamten Medizin, insbesondere auch in der Psychosomatik sei es unabdingbar, dass zwischen der Gesundheitsfachperson und der Patientin oder dem Patienten Einigkeit darüber geschaffen wird, was die Diagnose bedeutet. In der Psychosomatik sei dies besonders dringend, da hier die Interaktionen zwischen körperlichen, psychischen und sozialen Elementen der Erkrankungen eine besonders wichtige Rolle spielen. Erst durch das Angleichen des medizinischen Konzepts der Patientin oder des Patienten und der Gesundheitsfachperson kann die Voraussetzung für eine zufriedenstellende Compliance überhaupt geschaffen werden. Diese Einigkeit sei bei ausländischen PatientInnen oft schwieriger zu erreichen. Um allophone Personen von der Wirkung und Notwendigkeit von Verhaltensänderungen zu überzeugen, müssen sie anders angesprochen werden als autochthone Personen, was wiederum seitens der Gesundheitsfachperson ein vertieftes Verständnis der jeweiligen Kultur voraussetzt. Informationen können demnach nicht standardisiert vermittelt werden; vielmehr müssten sie jeweils auf das Verständnis und den Informationsstand der allophonen Person angepasst werden. Di Bernardo nennt dazu

ein konkretes Beispiel: Diabetes gilt in der Schweiz als schwerwiegende Krankheit, während dies von gewissen allophonen Personen nicht so wahrgenommen wird, da keine offensichtlichen Symptome erkennbar werden. Um verständlich zu machen, warum Tabletten eingenommen werden sollen, muss den PatientInnen erst erläutert werden, worin die Probleme von Diabetes bestehen. Bei dieser kulturellen Übersetzungsarbeit sind interkulturelle Übersetzerinnen und Übersetzer sehr hilfreich. Dass kulturelle Annahmen oder Krankheitskonzepte das Verständnis von Diagnose und Behandlung erschweren können, illustriert Bgré an folgendem Beispiel: In gewissen Kulturen wird erwartet, dass während der Behandlung expliziert wird, dass gute Heilungschancen bestehen. Erwähnt die Gesundheitsfachperson das nicht explizit, geht der Patient oder die Patientin davon aus, dass es sich um eine tödliche Krankheit handelt.

Auch Eberhart geht davon aus, dass im Umgang mit allophonen Patientinnen und Patienten spezifische Kenntnisse des kulturellen Hintergrunds der allophonen Person nötig sind. Nur mit Hilfe dieser Kenntnisse kann allophonen Personen verständlich gemacht werden, was eine psychische Krankheit in einem westlichen Verständnis überhaupt ist und wie diese eingeordnet und behandelt werden kann. Diese Einschätzung teilt auch die Ernährungsberaterin Haslebacher: Eine Herausforderung ihrer Arbeit liege u.a. darin, in einem ersten Schritt überhaupt ein Bewusstsein zu schaffen, dass ein medizinisches Problem vorliege. In diesem Zusammenhang erwähnt sie das Beispiel einer Afrikanerin, die während der Schwangerschaft zuviel zugenommen hat und deshalb zu Haslebacher in die Ernährungsberatung verwiesen wurde. Diese stellte sich auf den Standpunkt, dass doch gar kein Problem vorliegen könne, da sie jetzt schon vier Kinder zur Welt gebracht haben, die sich allesamt bester Gesundheit erfreuen.

### 9.2.2 Mangelnde Motivation der allophonen PatientInnen

**Wichtigste Ergebnisse:** Sprachbarrieren reduzieren die Motivation allophoner PatientInnen zur aktiven und konstruktiven Mitarbeit im Rahmen ihrer medizinischen Behandlung.

Dass allophone Personen die Krankheit und den Sinn der Behandlung schlechter verstehen als autochthone, dass sie im Vergleich zu autochthonen PatientInnen weniger Vertrauen in die Gesundheitsfachpersonen haben und tendenziell weniger zufrieden sind mit ihrer Arzt-Patienten-Beziehung, kann sich negativ auf die Motivation der allophonen Patientinnen und Patienten auswirken. Nur wenn verstanden wird, wie die Diagnose zu interpretieren und weshalb die Behandlung sinnvoll ist, besteht bei der Patientin oder beim Patienten auch genügend Motivation, sich der Behandlung zu unterziehen und Nachfolgeuntersuchungen wahrzunehmen. Ribera (2008) stellt denn auch zwei Studien vor, die auf eine signifikant tiefere Motivation allophoner Personen im Vergleich zu autochthonen Personen hinweisen. Bgré betont in Zusammenhang mit der Motivation der PatientInnen die Herausforderung und die Notwendigkeit, die gesundheits- und krankheitsspezifischen Konzepte der PatientInnen zu berücksichtigen bzw. das Behandlungsdesign entsprechend an diese anzupassen. Eine kompetente interkulturelle Übersetzung dürfte potentiell auch in der Lage sein, die Motivation der Patientinnen und Patienten zu erhöhen, wenn es gelingt, die sprachlichen und kulturellen Barrieren zu überbrücken.

### 9.2.3 Verbesserung der Compliance

**Wichtigste Ergebnisse:** Sprachbarrieren zwischen Gesundheitsfachpersonen und allophonen PatientInnen reduzieren die Compliance der letztgenannten. Mit dem Einsatz von geschulten DolmetscherInnen kann die Compliance allophoner PatientInnen erhöht werden.

#### Ergebnisse der Literaturanalyse

Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass die **Compliance** bei allophonen Personen **signifikant schlechter** ist als bei autochthonen; sowohl die Befolgung von Therapieanweisungen als auch das zuverlässige Wahrnehmen von Folgeuntersuchungen sind bei ihnen weniger ausgeprägt (Ribera, 2008, 5; Jacobs 2006, 116; Bischoff 2003, 21; Bowen 2001, 71). Nur gerade ein zitierter Artikel findet keinen Unterschied im Wahrnehmen von Arztterminen zwischen allophonen und autochthonen Personen (Flores 2005, 291). Bischoff und Bowen verweisen auf eine Untersuchung, welche Unterschiede zwischen allophonen und autochthonen PatientInnen bezüglich der Compliance auch noch dann findet, wenn Übersetzungshilfen eingesetzt werden. Allerdings verweist Bischoff auf die geringe Fallzahl dieser Studie (Bischoff 2003, 21; Bowen 2001, 71). Zwei andere Studien, welche die Therapietreue bei Diabetes und das Wahrnehmen von Folgeuntersuchungen untersuchen, kommen hingegen zum Schluss, dass die Compliance – in diesem Fall das Diabetes-Management – durch den Einsatz von **geschulten ÜbersetzerInnen** erhöht werden kann (Ribera 2008, 6; Jacobs 2006: 119, Bischoff 2003, 12).

Dass ein **Zusammenhang zwischen Sprachbarriere und Compliance** besteht, bestätigt sich auch in zwei von Ribera zitierten Studien (Ribera 2008, 5) und in Studien, die allophone Personen mit monolingualen Gesundheitsfachpersonen und allophone Personen, die mit der Gesundheitsfachperson in ihrer eigenen Muttersprache sprechen können (bilingual), vergleichen. Dort zeigt sich, dass die allophonen Personen, die von bilingualen Gesundheitspersonen betreut werden, eine höhere Compliance aufweisen (Flores 2005: 291; Jacobs 2006: 118).

Bowen **fasst** die wissenschaftlichen Ergebnisse zur Wirkung von Verständigungsproblemen auf Compliance wie folgt **zusammen**: «A review of the literature reveals consistent and significant differences in patients' understanding of their conditions and compliance with treatment when a language barrier is present. Findings from these studies are consistent with general research on provider-patient communication, which finds that communication is a key factor in patient adherence to the treatment plan» (Bowen 2001, VI f.). Die Arzt-Patienten-Kommunikation erscheint also als Schlüsselfaktor für die Compliance – und Compliance ist wiederum ein zentrales Element für den Behandlungserfolg.

#### Ergebnisse der Expertenbefragung

Für einen optimalen Heilungsprozess ist eine zufriedenstellende Compliance notwendig. Compliance wird denn auch von sämtlichen Interviewpersonen als ausgesprochen wichtiger Bestandteil einer Behandlung bezeichnet. Geradezu zum Schlüsselfaktor einer Behandlung wird Compliance dann, wenn die Behandlung vorwiegend auf Verhaltensänderungen abzielt.

Diem erläutert die herausragende Bedeutung der Compliance für Erkrankungen im **Ernährungsbereich**: Während Diagnosen in diesem Bereich laborbasiert sind und deshalb standardisiert und ohne persönliche Angaben ermittelt werden können, geht es bei der Behandlung zu einem grossen Teil um Verhaltensänderungen. Compliance sei insbesondere bei Diabetes sehr wichtig, da bei der Behandlung die regelmässige Einnahme von Medikamenten, Bewegung und Ernährung durch den Patienten oder die Patientin koor-

diniert und kontrolliert werden müssen. «Was die Auswirkung der Compliance auf mögliche Komplikationen angeht, ist die Wichtigkeit riesig», meint Diem.

Natascha Brisa, Bereichsleiterin des medizinischen Ambulatoriums betont die Wichtigkeit von Compliance in der **Onkologie**: Da die Chemotherapie die Haut strapaziert, muss der Patientin oder der Patient besonders auf sie acht geben – Unachtsamkeit könne etwa zu schweren Sonnenbränden führen, die behandelt werden müssen und so Kosten im Gesundheitswesen entstehen, die durch eine entsprechende Compliance leicht hätten verhindert werden können.

Eine etwas besondere Stellung nimmt die Compliance bei **Gedächtnisstörungen** ein. Einerseits zielt die Therapie bei Gedächtnisstörungen gemäss Grüwell fast ausschliesslich auf Verhaltensänderungen ab: Neben einer regelmässigen Einnahme der Medikamente sollen geistig anregende Verhaltensanweisungen befolgt werden, um den Krankheitsverlauf zu verlangsamen. Andererseits kann gerade die Gedächtnisstörung selbst genügende Compliance verhindern. In diesem Bereich macht es Sinn, Angehörige als Ad-hoc-Dolmetschende beizuziehen, da diese von den Folgen der Krankheit mitbetroffen sind und ihren Teil zur Compliance beitragen können. Auch in diesem Fall ist ein genügend gutes Verstehen aber die Voraussetzung für Compliance (auch wenn sich hier das Verstehen unter Umständen auf Angehörige beschränken kann).

In der **Psychiatrie** sind Gesundheitsfachpersonen vor spezifische Probleme gestellt: Wie Eberhart erläutert, kann die Akzeptanz einer psychischen Krankheit eine wichtige Voraussetzung zur Compliance darstellen. Bei gewissen Patientinnen und Patienten ist es wichtig, zu verstehen zu geben, dass eine psychische Krankheit keine Schande darstellt und dass psychische Krankheiten behandelt werden können. Erst dadurch kann die Motivation und die Bereitschaft erreicht werden, an einer adäquaten Behandlung konstruktiv teilzunehmen.

Gemäss den befragten ExpertInnen sind das Wissen über die eigene Krankheit und das Verstehen der Behandlungsanweisungen unabdingbare Voraussetzung für die Compliance: Nur wenn die Anweisungen der Gesundheitsfachperson korrekt verstanden worden sind, können sie auch korrekt befolgt werden. Ansonsten, so Begré, kann der Patient oder die Patientin misstrauisch werden und dadurch wird die Compliance verschlechtert. Doch auch wenn das entsprechende Wissen vorhanden ist, ist zusätzlich Motivation und Vertrauen in die Gesundheitsfachperson wichtig: Nur wenn seitens der Patientin oder des Patienten klar ist, dass die Gesundheitsfachperson ihre oder seine Anliegen verstanden hat, diese ernst nimmt und die allophone Person den Sinn und das Funktionieren einer Behandlung versteht, sind gute Voraussetzung für das Befolgen der Behandlungsanweisungen gegeben.

Begré weist darauf hin, dass die Compliance nicht nur im Verantwortungsbereich der PatientInnen, sondern auch in demjenigen der verantwortlichen Gesundheitsfachpersonen liegt. Für diese ist es eine besondere Herausforderung, durch ihre Verhalten und durch ihre Kommunikation die Compliance der PatientInnen zu fördern. Er weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die **Art der Kommunikation durch die Gesundheitsfachperson** einen Einfluss auf die Compliance der PatientInnen haben kann: Ob Behandlungsinformationen und Therapieanleitungen eher direktiv oder eher offen formuliert werden sollen, um eine möglichst hohe Compliance zu erzielen, ist vom kulturellen Hintergrund des Patienten oder der Patientin abhängig. Deshalb sollten Gesundheitsfachpersonen die Art der Kommunikation anpassen, was den Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen insbesondere bei einem ersten Gespräch bedingt. Di Bernardo teilt die Einschätzung Begré's, dass bei der Kommunikation von Inhalten, die auf eine Erhöhung der Compliance abzielen, der kulturelle Hintergrund der allophonen PatientInnen berücksichtigt werden muss. Da allophone Personen grundsätzlich schlechteren Zugang zu Informationen haben und

Informationen der Ärzteschaft und Pflege weniger effektiv verarbeiten können besteht eine ungenügende Compliance der allophonen PatientInnen.

**Zusammenfassend** lässt sich festhalten, dass sich die befragten ExpertInnen darin einig sind, dass der Compliance im Heilungsprozess eine herausragende Bedeutung zukommen kann und dass eine gute Compliance voraussetzt, dass die Behandlungsanweisungen auf sprachlicher und kultureller Ebene gut und verständlich kommuniziert werden können.

### 9.3 Komplexe Wirkungszusammenhänge

**Wichtigste Ergebnisse:** Wenn Sprachbarrieren den Gesundheitszustand, den Krankheitsverlauf und den Genesungsprozess allophoner PatientInnen negativ tangieren, können in dem Sinne exotische Kosten anfallen, dass diese weder im Gesundheitswesen noch in der Wirtschaft anfallen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Wirkungszusammenhänge im biosozialen Biotop allophoner Menschen sehr komplex sind.

Die negativen Auswirkungen einer Krankheit beschränken sich nicht ausschliesslich auf die kranke Person selbst. Vielmehr können solche auch bei **Personen aus dem nahen Umfeld** der Patientin oder des Patienten entstehen. So können gemäss Grüwell Gedächtniskrankheiten auch für die Personen belastend sein, welche die von der Gedächtniserkrankung betroffene Person betreuen. Die Belastung kann dabei derart ausgeprägt ausfallen, so dass die Angehörigen selbst erkranken. Solche Erkrankungen können zum einen zu Behandlungskosten im Gesundheitswesen führen, zum andere können auch Kosten in der Wirtschaft anfallen, da die Angehörigen temporär krankgeschrieben werden oder aufgrund der starken Belastung weniger produktiv sind. Eine frühzeitige Behandlung von Gedächtniskrankheiten, die den Abbau der kognitiven Fähigkeiten verlangsamt, kann denn auch dazu führen, dass die Angehörigen weniger belastet werden bzw. dass eine Überlastung und damit Erkrankung dieser Personen verhindert werden kann. Auch bei psychischen und psychosomatischen Krankheiten sind solche Phänomene bekannt: So ist uns ein Beispiel eines allophonen Vaters bekannt, bei dessen Sohn sich in der Schule Lernstörungen ergeben haben, da die Krankheit des Vaters ihn derart belastete. In der Folge musste der Schüler einem kostenintensiven Förderunterricht unterzogen werden, so dass Kosten im Bildungswesen entstanden sind.

Die Belastung durch eine Krankheit kann aber auch dann zu kostenrelevanten Folgen führen, wenn die Personen aus dem Umfeld der Patientin oder des Patienten nicht erkranken, sondern «nur» belastet werden. Denn eine Krankheit kann zu psychischen Belastungen der Personen im sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten führen und dies kann wiederum Spannungen im Familiensystem und in sozialen Beziehungen auslösen. Diese Spannungen und Belastungen wirken wieder auf die erkrankte Person zurück: Sie wird von Familie und sozialem Umfeld schlechter getragen, und dies kann sich negativ auf die (insbesondere psychische) Gesundheit der erkrankten Person auswirken. Ähnliche Problematiken sind im Bereich der Arbeitssituation zu erwarten: Eine Krankheit kann die Arbeitssituation einer Person erschweren, was sich wiederum negativ auf deren Gesundheit auswirken kann und umgekehrt. Über diese **Rückkopplungseffekte** können sich multiple Belastungen und Problemlagen gegenseitig verstärken und verschlimmern. Wie Begré erläutert, führt das insbesondere bei psychischen und psychosomatischen Krankheiten dazu, dass der Aufwand und die Kosten für eine Heilung stark zunehmen. Den Zusammenhängen zwischen Krankheit und weiteren Bereichen (Familie, soziale Isolation, Arbeitssituation etc.) wäre in einer umfassenden Kosten-Nutzen-Perspektive ebenfalls Beachtung zu schenken.

Weitere Wirkungen von negativen Krankheitsverläufen können sich aus dem Zusammenhang zwischen **Integration und Gesundheit** ergeben. Als ermöglichendes Gut ist die Gesundheit eine Voraussetzung dafür, dass eine immigrierte Person ein Verhalten verfolgen kann, das die Integration fördert. Gesundheitliche Problemlagen können eine Integration verhindern oder den Integrationsprozess verlangsamen. Dies führt zu den bekannten Kosten der sozialen Desintegration. Dabei kann wiederum beobachtet werden, dass nicht nur die Gesundheit die Integration tangiert, sondern umgekehrt auch die Integration die Gesundheit beeinflusst, so dass wiederum komplexe Rückkoppelungseffekte entstehen können, deren Komplexität verhindert, klare Wirkungsketten zu identifizieren.

## 10 Schlussfolgerungen

### 10.1 Stand der empirischen Forschung

Einige der bisher referierten Wirkungszusammenhänge sind empirisch umstritten, andere wiederum wurden bisher empirisch überhaupt nicht untersucht. Vor dem Hintergrund der recherchierten Literatur, scheinen folgende Wirkungszusammenhänge **empirisch gültig** zu sein:

- Wenn einer allophonen Patientin eine vergleichbare Qualität und Quantität medizinischer Leistungen zugestanden werden soll wie ihrer autochthonen «Zwillingsschwester», dann führt – im Vergleich zu einer Situation, in welcher überhaupt nicht übersetzt wird oder ein/e Ad-hoc-DolmetscherIn eingesetzt wird – der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen dazu, dass die Dauer der medizinischen Konsultationen und/oder die Konsultationskadenz sinkt (Abschnitt 8.1).
- Allophone PatientInnen verfügen über signifikant weniger Wissen zu ihren Krankheiten als autochthone PatientInnen. Durch den Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen steigt das relevante medizinische Wissen der allophonen PatientInnen (Abschnitt 9.2.1)
- Der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen erhöht die Zufriedenheit von allophonen PatientInnen bezüglich den beanspruchten medizinischen Leistungen und steigert das Vertrauen derselben in ihre Gesundheitsfachpersonen. (Abschnitt 8.3).
- Der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen erhöht die Compliance allophoner PatientInnen (Abschnitt 9.2.3).
- Der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen erhöht kurzfristig die Menge der medizinischen Leistungen, die von allophonen PatientInnen beansprucht werden (Kapitel 7).
- Der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen erhöht die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen, denen sich allophone PatientInnen unterziehen und verbessert das Präventionsverhalten derselben (Abschnitt 9.1.3).
- Der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen wirkt sich positiv auf den weiteren Krankheitsverlauf der allophonen PatientInnen aus (Kapitel 9).

**Keinen Konsens** gibt es in der wissenschaftlichen Literatur bezüglich der folgenden Auswirkungen des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen:

- Wirkung des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen auf die Wahrscheinlichkeit und Dauer von stationären Aufhalten von allophonen PatientInnen in Krankenhäusern und Kliniken (Abschnitte 7.2, 8.4 und 8.2.2).
- Wirkung des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen auf die Anzahl medizinischer Tests, denen allophone PatientInnen im Rahmen der Anamnese unterzogen werden (Abschnitt 8.2.1).
- Wirkung des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen auf die Wahrscheinlichkeit von Fehlbehandlungen oder suboptimalen Behandlungen (Abschnitt 8.6).

**Kaum Erkenntnisse** gibt es in der wissenschaftlichen Literatur bezüglich den folgenden Auswirkungen des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen:

- Wirkung des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen auf den Ärztetourismus von allophonen PatientInnen (Abschnitt 8.3).
- Wirkung des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen auf die Wahrscheinlichkeit von Fehldiagnosen (Abschnitt 8.5).



## 10.2 Einschätzung der Kosten-Nutzen-Bilanz durch die befragten ExpertInnen

Im **Abschnitt 5.2** haben wir dargelegt dass eine Kosten-Nutzen-Analyse bezüglich des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen aus verschiedenen Perspektiven vorgenommen werden kann. Die Einschätzung der 15 befragten ExpertInnen bezüglich dieser verschiedenen Perspektiven kann folgendermassen zusammengefasst werden:

■ **Betriebswirtschaftliche Perspektive des einzelnen Spitals im Status Quo:** Die befragten ExpertInnen sind sich einig, dass der Nettonutzen des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen aus der eigennutzorientierten, finanzbuchhalterischen Sicht des einzelnen Spitals höchstens 0 betragen kann. Werden die Kosten des interkulturellen Übersetzens aus den Globalbudgets herausfinanziert, resultiert ein negativer Nettonutzen, da die entsprechenden Spitäler nur die Kosten des interkulturellen Übersetzens zu tragen haben: Kosten, die im Spital entstehen, weil keine interkulturellen Übersetzungshilfen eingesetzt wurden, werden nicht vom Spital, sondern von den Krankenkassen und den subventionierenden Kantonen getragen. Werden in einem Spital die Kosten des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen im Rahmen einer Sonderposition finanziert, resultiert ein Nettonutzen von 0: Die Kosten des interkulturellen Übersetzens entsprechen exakt dem Betrag, den die subventionierenden Kantone den Spitälern für diese Leistung entgelten.

■ **Betriebswirtschaftliche Perspektive des einzelnen Spitals unter dem Regime der Swiss DRG:** Ob sich durch die Einführung der Swiss DRG per 2012 etwas an der ökonomischen Anreizstruktur der Spitäler bezüglich des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen ändert, hängt von den Details der Umsetzung ab. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Einführung der Fallpauschalen einen Druck auf die Kosten auslösen wird: Da die Spitäler für eine bestimmte Diagnose nur noch mit einer festgelegten Pauschale abgegolten werden, werden sie versuchen, die Kosten zu minimieren. Der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen tangiert die Kosten dabei auf zwei Weisen: Zum einen entstehen durch den Einsatz Kosten. Zum anderen können durch den Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen allenfalls Kosten eingespart werden. Nämlich genau dann, wenn durch den Einsatz von Übersetzungshilfen negative Auswirkungen von Verständigungsproblemen verhindert werden können, die im eigenen Spital Kosten verursachen. Handeln die Spitäler rational, dann wägen sie die Einsatzkosten gegen die Kosten ab, die durch den Einsatz eingespart werden können (Nutzen). Eine aus ökonomischer Sicht optimale Anreizstruktur könnte deshalb nur dann entstehen, wenn die Kosten von Verständigungsproblemen (die dem Nutzen des interkulturellen Übersetzens entsprechen) bei den Spitälern vollständig internalisiert werden könnten. Dies ist jedoch nicht möglich, da Verständigungsprobleme auch ausserhalb des Spitals, das über den iKÜ-Einsatz entscheidet, Kosten verursachen können (Arbeitsausfall etc.). Die Spitäler haben also die gesamten Kosten der Übersetzung zu tragen, ohne vom gesamten Nutzen profitieren zu können. Aus diesem Grund werden rational handelnde Spitäler interkulturelle ÜbersetzerInnen nur in einem Ausmass einsetzen, das tiefer ist als das sozial optimale Ausmass, das bei einer Berücksichtigung aller Kosten von Verständigungsproblemen resultiert. Damit ist aus einer ökonomischen Perspektive ein Marktversagen<sup>14</sup> begründet, das einen staatlichen Eingriff rechtfertigt, damit das soziale Optimum implementiert wird. Aus diesem Grund muss aus einer ökonomischen Perspektive die Empfehlung ausgesprochen werden, die Einsätze von interkulturellen ÜbersetzerInnen unter dem Regime der DRG als ertragsrelevante Leistungen codieren zu lassen und diese Leistungen zu entgelten. Dabei sollten die Einsätze nicht vollständig entgolten werden, damit

<sup>14</sup> Ein Marktversagen bezeichnet eine ökonomische Situation, die aus Kosten-Nutzen-Perspektive nicht zu einem optimalen Ergebnis führt. In unserem Fall entsteht das Marktversagen durch externalisierten Nutzen: Die Spitäler müssen die vollständigen Kosten von interkulturellen ÜbersetzerInnen tragen, können aber nicht vom vollständigen Nutzen profitieren.

weiterhin Anreize zum ressourcenschonenden Umgang mit den zur Verfügung stehenden monetären Mittel wirksam bleiben.

■ **Perspektiven der Spitallandschaft, des Gesundheitswesens und der Volkswirtschaft:** Die befragten ExpertInnen der Schweizer Spitallandschaft sind davon überzeugt, dass der Einsatz von interkulturellem Übersetzen in allen übergeordneten Perspektiven, also bereits in der Perspektive der Schweizer Spitallandschaft, einen positiven Nettonutzen aufweist; dass der Nutzen der ikÜ-Einsätze also deren Kosten übersteigt. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass es sich dabei um intuitive Einschätzungen handelt, die nicht in objektiven Daten, sondern eher in den Erfahrungen im Spitalalltag begründet sind.

### 10.3 Globale Einschätzung der Kosten-Nutzen-Bilanz

Im Abschnitt 5.3 haben wir dargelegt, dass die Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens folgendermassen systematisiert werden können:

■ **Direkte Kosten – Einsatzkosten:** Arbeitskosten der interkulturellen ÜbersetzerInnen, Kosten der Vermittlungsstellen und administrative Kosten der Spitäler, bereinigt um die entsprechenden Kosten im Referenzszenario (Mischung aus keiner Übersetzung, Einsatz von spitalinternen Sprachressourcen als Ad-hoc-Dolmetschende, Einsatz von Angehörigen der allophonen PatientInnen als Ad-hoc-Dolmetschende).

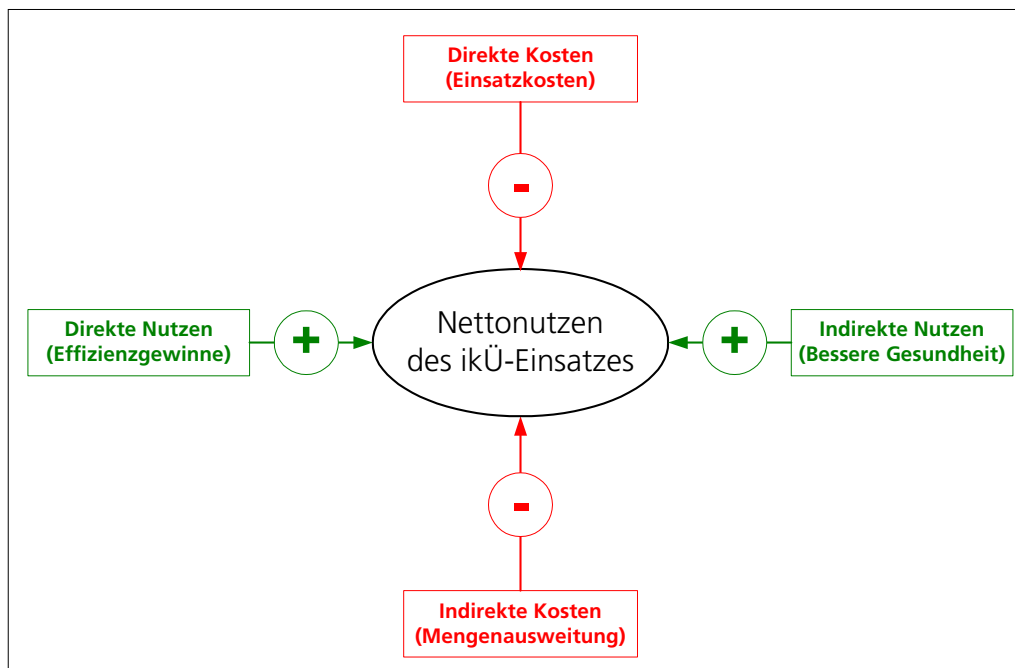
■ **Indirekte Kosten – Kosten der Mengenausweitung:** ikÜ-induzierte Mengenausweitung im Sinne einer erhöhten Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen durch die allophonen PatientInnen. Diese Mengenausweitung ist letztlich die Folge einer medizinischen Unterversorgung der allophonen Wohnbevölkerung. Wie im Abschnitt 7.1 dargestellt, ist die Interpretation dieser Kosten als Kosten des interkulturellen Übersetzens ethisch problematisch.

■ **Direkter Nutzen – Effizienzgewinne:** ikÜ-induzierte Reduktion der Menge der medizinischen Leistungen, die bei allophonen PatientInnen appliziert wird (weniger medizinische Tests, reduzierte Konsultationskadenz etc.).

■ **Indirekter Nutzen – Nutzen einer verbesserten Gesundheit:** Kosten im Gesundheitswesen, in der Wirtschaft und in der Gesellschaft, die auf negative Krankheitsverläufe zurückgeführt werden können, die mit dem Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen verhindert werden könnten.

In **Abbildung 6** haben wir auf einfache Art und Weise dargestellt, wie die verschiedenen Arten von Kosten und Nutzen, die wir differenzieren, den Nettonutzen beeinflussen.

Abbildung 6: Zusammenhang zwischen Kosten, Nutzen und Nettonutzen



Quelle: eigene Darstellung

Diese Differenzierung der Kosten und Nutzen impliziert, dass die Auswirkungen des Einsatzes von geschulten Übersetzungshilfen einem ausgeprägten **zeitlichen Trade-Off** unterliegen, der dem Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen einen **Investitionscharakter** verleiht:

■ **Kurzfristig** wird die Kosten-Nutzen-Bilanz des interkulturellen Übersetzens von den direkten und indirekten Kosten sowie dem direkten Nutzen determiniert. Dabei dürfte entscheidend sein, ob der direkte Nutzen (Effizienzgewinne) die indirekten Kosten (Mengenausweitung) überwiegen. Da das Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung indiziert, dass es bezüglich dem Erstzugang zu medizinischen Leistungen eine Unterversorgung der ausländischen Wohnbevölkerung gibt, ist davon auszugehen, dass es die indirekten Kosten zumindest gibt. Ob diese Kosten der ikÜ-induzierten Mengenausweitung durch die ikÜ-induzierten Effizienzgewinne (direkter Nutzen) aufgewogen werden, ist unklar, so dass die kurzfristige Kosten-Nutzen-Bilanz (Nettonutzen) ebenfalls unklar ist.

■ Die **langfristigen** Effekte des interkulturellen Übersetzens entstehen indirekt über die Krankheitsverläufe von allophonen PatientInnen. Diese langfristigen Effekte sind mit Gewissheit positiver Natur, so dass sie einen indirekten Nutzen begründen, der grösser als Null ist. Sollte sich herausstellen, dass der kurzfristige Nettonutzen des interkulturellen Übersetzens negativ ist, wird das Ausmass des indirekten Nutzens, der über den Krankheitsverlauf zustande kommt, entscheiden, ob der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen letztlich ökonomisch rentabel ist.

Daraus kann der Schluss gezogen werden, dass der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen eine Investition darstellt: In der Gegenwart werden monetäre Ressourcen investiert, in der Hoffnung, in der Zukunft monetäre Ressourcen in einem Umfang einsparen zu können, der den Investitionsbetrag übersteigt. Dieser Zusammenhang ist in **Abbildung 7** im Sinne eines idealtypischen Beispiels dargestellt. Die Abbildung zeigt die möglichen Verläufe des Gesundheitszustands und der Gesundheitskosten für eine allophone Person, die zu einem Zeitpunkt  $t_0$  an einer heilbaren Krankheit erkrankt – einmal für den Fall, dass jeweils interkulturelle ÜbersetzerInnen eingesetzt werden und einmal für den Fall, dass im Gesundheitswe-

sen keine interkulturellen ÜbersetzerInnen eingesetzt werden. Die Geschichte, die Abbildung 7 erzählt, könnte etwa folgendermassen zusammengefasst werden:

Zwei allophone Zwillinge A und B erkranken bei zu einem Zeitpunkt  $t_0$  an einer vollständig identischen, heilbaren Krankheit. Von diesem Zeitpunkt an verschlechtert sich deren Gesundheitszustand. Die allophone Person A interagiert mit dem Schweizer Gesundheitswesen jeweils in Anwesenheit von interkulturellen ÜbersetzerInnen. Aus diesem Grund verursacht A im Normalfall höhere Kosten als Person B, der keine geschulten Dolmetschende zur Seite stehen. Zum einen deshalb, weil der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen kostet (direkte Kosten: Einsatzkosten). Zum anderen, weil die Person A im Normalfall mehr medizinische Leistungen, z.B. regelmässige Vorsorgeuntersuchungen, beansprucht als die Person B (indirekte Kosten: Mengenausweitung). Deshalb kann bei A die Krankheit früher diagnostiziert werden als dies bei B der Fall ist, nämlich zum Zeitpunkt  $d_{\text{mit ikÜ}}$ . Entsprechend wird bei A zu einem früheren Zeitpunkt eine adäquate Behandlung eingesetzt, so dass ein schneller Genesungsprozess resultiert. Zum Zeitpunkt  $e_{\text{mit ikÜ}}$  ist A wieder gesund. Bei der Person B erfolgt die Diagnose und das Einsetzen einer Behandlung vergleichsweise in einem späten Krankheitsstadium zum Zeitpunkt  $d_{\text{ohne ikÜ}}$ . Aufgrund des fortgeschrittenen Krankheitsstadiums müssen für die Heilung von B aus folgenden Gründen mehr Ressourcen eingesetzt werden:

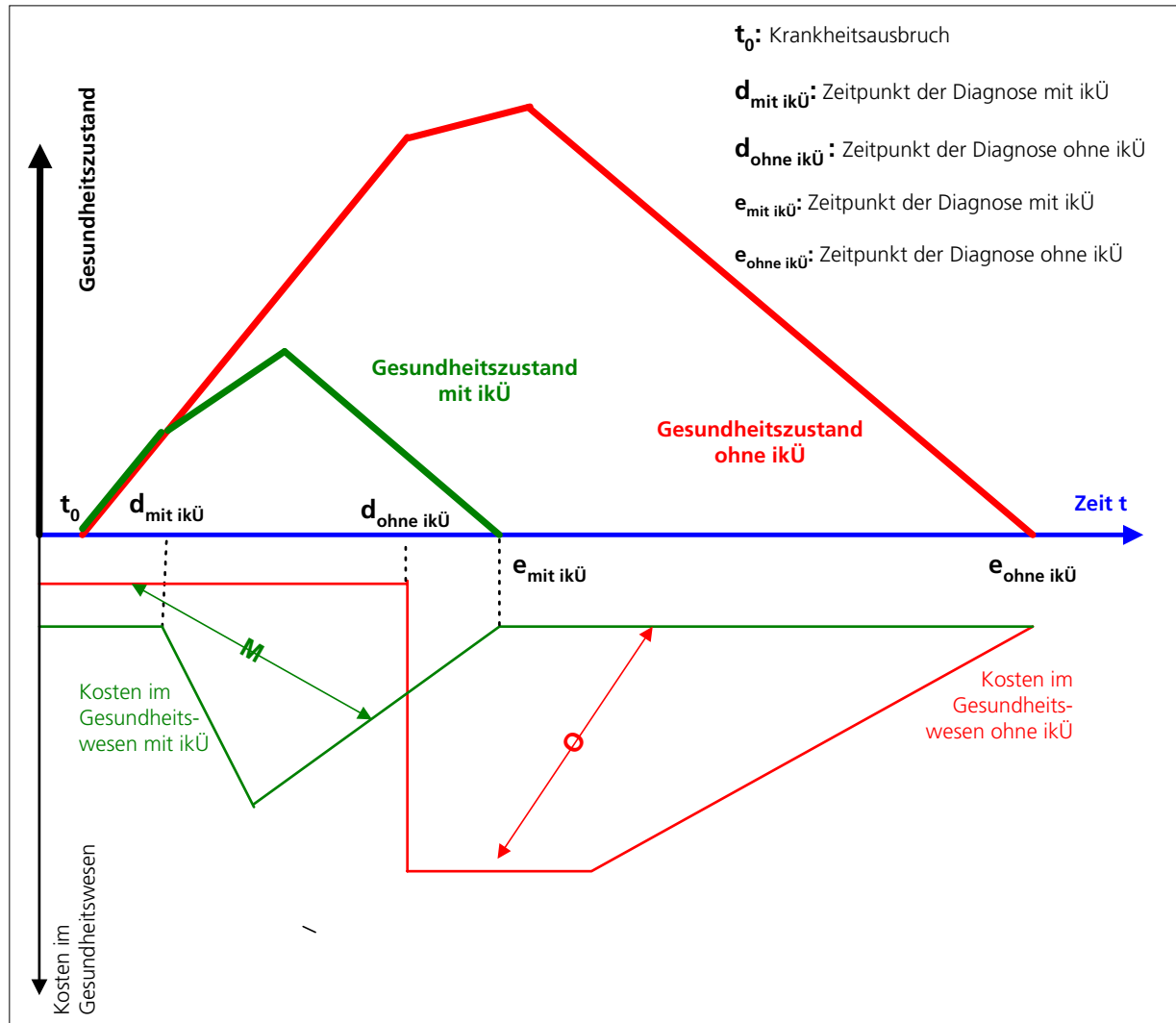
- Aufgrund des späten Diagnosezeitpunkts dauert die Genesung länger.
- Aufgrund von Sprachbarrieren gibt es Effizienzverluste bei der Behandlung.
- Aufgrund von Sprachbarrieren ist die Compliance mangelhaft.
- Aufgrund des späten Diagnosezeitpunkts sind zusätzliche Symptome und Komorbiditäten aufgetreten, die behandelt werden müssen.

Zum Zeitpunkt  $e_{\text{ohne ikÜ}}$  ist auch die Person B wieder auf dem gesundheitlichen Ausgangszustand.

An **Abbildung 7** kann die Entwicklung des Gesundheitszustands (oberhalb der Zeitachse abzulesen) und der Kosten im Gesundheitswesen (unterhalb der Zeitachse abzulesen), die aufgrund der Behandlung der Krankheit entstehen. Die Abbildung macht den zeitlichen Trade-Off deutlich: die Gesundheitskosten sind bis zu dem Zeitpunkt  $d_{\text{ohne ikÜ}}$  bei der allophonen Person A höher als bei B. Ab dem Zeitpunkt  $d_{\text{ohne ikÜ}}$  ist es umgekehrt. Ob sich der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen ökonomisch rentiert, reduziert sich zu der weiterhin ungeklärten Frage, welche der beiden (Kosten-)Flächen M oder O grösser ist:

- Ist die Fläche O grösser als die Fläche M, hat der Einsatz von geschulten Übersetzungshilfen im Gesundheitswesen einen positiven Nettonutzen, rentiert ökonomisch also.
- Ist die Fläche M grösser als die Fläche O, hat der Einsatz von geschulten Übersetzungshilfen einen negativen Nettonutzen, rentiert ökonomisch also nicht.

Abbildung 7: Idealtypische Entwicklung von Gesundheitszustand und Gesundheitskosten mit ikÜ und ohne ikÜ



Quelle: eigene Darstellung

## 11 Literaturverzeichnis

- Achermann Alberto und Jürg Künzli (2008): «Übersetzen im Gesundheitsbereich: Ansprüche und Kostentragung. Gutachten zuhanden des Bundesamt für Gesundheit», Bern
- Bischoff, Alexander (2003): Caring for migrant and minority patients in european hospitals. A review of effective Interventions, Basel: Swiss Forum for Migration and Population Studies
- Bischoff Alexander und Florian Grossmann (2007): «Telefondolmetschen – eine Chance zur Überwindung von Sprachbarrieren?», *Schweizerische Ärztezeitung*, 2007 (03), 102f.
- Bowen Sarah (2001): Language Barriers in Access to Health Care, Ottawa, Ontario: Health Canada
- Fritschi Tobias, Matthias Gehrig, Theres Egger, Markus Muggli und Cornelia Mellenberger (2009): Konzept Telefondolmetschdienst für den Gesundheitsbereich. Detailkonzept und Marktanalyse, Bern: Büro BASS und PricewaterhouseCoopers PwC
- Jacobs Elisabeth et al. (2006): «The Need for More Research on Language Barriers in Health Care: A proposed Research Agenda», *The Milbank Quarterly*, Vol. 84, No. 1, 2006, 111-133
- Longchamp Claude, Monia Aebersold, Bianca Rousselot, Silvia Ratelband-Pally (2005): Sans Papiers in der Schweiz: Arbeitsmarkt, nicht Asylpolitik ist entscheidend. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Migration, Bern: gfs.bern
- Rawls John (1971): Eine Theorie der Gerechtigkeit, Frankfurt am Mai: Suhrkamp Verlag
- Ribera Joan Muela et al. (2008): Is the use of interpreters in medical consultations justified?, Partners for Applied Social Sciences PASS Internationale v.z.w.
- Flores Glenn (2005): «The Impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Health Care: A Systematic Review», *Medical Care Research and Review*, Vol 62 No. 3, June 2005, 255-299