

Einsatz und Wirkung von interkulturellem Übersetzen in Spitälern und Kliniken

Schlussbericht

Im Auftrag von:

Bundesamt für Gesundheit, Direktionsbereich Gesundheitspolitik, Nationales Programm Migration und
Gesundheit

Frau Karin Gasser (Projektleiterin Forschung und Wissensmanagement)

Frau Michèle Baehler (Projektleiterin interkulturelles Übersetzen)

Matthias Gehrig, Ruth Calderón (rc consulta), Jürg Guggisberg, Iris Graf

Bern, Mai 2012

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Management Summary	1
Synthèse	4
Begriffe und Abkürzungen	7
1 Ausgangslage und Fragestellungen	9
2 Analyse der Einsatzdaten	11
2.1 Entwicklung des Volumens des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen	11
2.2 Analyse der Einsatzdaten ausgewählter Vermittlungsstellen	15
2.3 Definitionen	15
2.4 Datenbasis	15
2.5 Ergebnisse	17
2.5.1 Analyse nach Einrichtungen	17
2.5.2 Analyse nach Bereichen	18
2.5.3 Analyse auf Stufe Abteilung	21
3 Befragung von Expert/innen	24
3.1 Methodik der Befragung	24
3.2 Ergebnisse der Befragung	26
4 Quasiexperiment: Analyse der Wirkung des Dolmetschens	31
4.1 Die Untersuchungsstichprobe	31
4.2 Bei wem werden Dolmetschende eingesetzt?	33
4.3 Zusammenhang mit dem Vorsorgeverhalten	36
4.4 Wirkung auf den Gesundheitszustand	37
5 Anhang	41
5.1 Tabellen	41
5.2 Fragebogenleitfaden der Expert/innenbefragung	41
6 Literatur	46

Management Summary

Ausgangslage und Fragestellungen

Bei Verständigungsschwierigkeiten im Gesundheitswesen können interkulturell Übersetzende beigezogen werden, die zwischen der Patientin / dem Patienten und der medizinischen Fachperson übersetzen. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) fördert diese Einsätze im Gesundheitswesen durch verschiedene Massnahmen im Nationalen Programm Migration und Gesundheit, und das Bundesamt für Migration (BFM) finanziert die Vermittlungsstellen für interkulturell Übersetzende im Rahmen der Massnahmen der nationalen Integrationspolitik. Vor diesem Hintergrund hat das BAG das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS beauftragt, folgende Fragen zu beantworten:

- Wie hat sich das Volumen des Einsatzes von Dolmetschenden im Schweizer Gesundheitswesen in den letzten Jahren entwickelt?
- Wo im Schweizer Gesundheitswesen werden Dolmetschende eingesetzt?
- Bei welchen Patient/innen werden Dolmetschende eingesetzt?
- Welche Wirkungen des Dolmetschens lassen sich auf Basis der Daten des zweiten Gesundheitsmonitorings der Schweizer Migrationsbevölkerung (GMM II) empirisch nachweisen?

Methodisches Vorgehen

Die Studie umfasste drei Module:

1. **Analyse der Einsatzdaten der Vermittlungsstellen:** Anhand der elektronischen Einsatzdaten der sechs einsatzstärksten Vermittlungsstellen wurde eruiert, in welchen Bereichen und Abteilungen in den Schweizer Spitälern und Kliniken interkulturell Übersetzende eingesetzt werden.
2. **Befragung von Expertinnen und Experten:** Mittels einer Befragung von Fachpersonen in den Spitälern wurde untersucht, in welchen Fällen und Konstellationen Dolmetschende eingesetzt werden.
3. **Analyse der Wirkung des Dolmetschens anhand der Daten des GMM II:** Die Daten des GMM II wurden auf die Frage hin ausgewertet, welche Wirkungen der Einsatz von interkulturell Übersetzende auf den Gesundheitszustand und das Vorsorgeverhalten der Patientin / des Patienten hat.

Ergebnisse

Wie hat sich das Volumen des Einsatzes von Dolmetschenden im Schweizer Gesundheitswesen in den letzten Jahren entwickelt?

- Das Volumen der über die Vermittlungsstellen organisierten Einsätze ist zwischen 2006 und 2010 von 49'037 Einsatzstunden auf 72'044 Einsatzstunden gestiegen. Dies entspricht einem Wachstum von rund 47 Prozent.
- Neben den interkulturell Übersetzenden werden im Schweizer Gesundheitswesen in einem beachtlichen Ausmass Spitalmitarbeitende mit Fremdsprachkenntnissen als Dolmetschende eingesetzt. Wir schätzen, dass «nur» etwa die Hälfte aller Einsätze Dolmetschender über die vom BFM subventionierten Vermittlungsstellen abgewickelt wird.
- Mit einer Verschiebung von spitalinternen Dolmetschenden hin zu externen Dolmetschenden (d.h. interkulturell Übersetzenden) fand in den letzten Jahren eine Professionalisierung des Dolmetschens in den Spitälern statt.

■ Der «Markt für interkulturelles Übersetzen im Gesundheitswesen» ist in der französischen Schweiz weiter entwickelt: Das Einsatzvolumen war im Jahr 2010 in der Französischen Schweiz ebenso hoch bzw. sogar noch etwas höher als das Einsatzvolumen in der Deutschen Schweiz.

■ Die fünf grössten Vermittlungsstellen generierten im Jahr 2010 85 Prozent des gesamten Einsatzvolumens aller Vermittlungsstellen.

Wo werden in den Schweizer Spitälern und Kliniken Dolmetschende eingesetzt?

■ Ungefähr ein Fünftel der Einsätze von interkulturell Übersetzenden in Schweizer Spitälern und Kliniken betrifft den Bereich «Gynäkologie & Geburt».

■ Ungefähr ein weiteres Fünftel der Einsätze von interkulturell Übersetzenden erfolgt im Bereich «Kinder & Jugendliche».

■ Gut ein Drittel der Einsätze von interkulturell Übersetzenden wird im Bereich «Psychiatrie» geleistet.

■ Knapp ein Drittel der Einsätze von interkulturell Übersetzenden wird im Bereich «Somatik» (ohne Gynäkologie und Kinder/Jugendliche) erbracht, und zwar in einer Vielzahl von Abteilungen. Die fünf Abteilungen mit dem grössten Einsatzvolumen (Neurologie, innere Medizin, Chirurgie, HNO und Rheumatologie) machen nicht einmal die Hälfte des gesamten Einsatzvolumens im Bereich Somatik aus.

Bei welchen Patient/innen werden Dolmetschende eingesetzt?

■ Ob Dolmetschende eingesetzt werden, hängt vom Gesundheitszustand der allophonen Patient/innen (d.h. Personen, welche keine der Schweizer Landessprachen verstehen) ab: Der Gesundheitszustand allophoner Patient/innen, bei denen Dolmetschende eingesetzt werden, ist im Durchschnitt deutlich schlechter als der Gesundheitszustand allophoner Patient/innen, bei denen keine Dolmetschende eingesetzt werden.

■ Ob externe Dolmetschende oder spitalinterne Mitarbeitende mit Sprachkenntnissen als Dolmetschende eingesetzt werden, hängt stark von der Sprache der Patient/innen bzw. davon ab, ob Spitalmitarbeitende mit Kenntnissen der entsprechenden Fremdsprache verfügbar sind.

■ Ob Dolmetschende eingesetzt werden, hängt nicht vom Geschlecht der Behandelten ab. Bei Männern werden jedoch häufiger externe Dolmetschende eingesetzt als dies bei Frauen der Fall ist: Bei diesen werden häufiger als bei den Männern spitalinterne Dolmetschende eingesetzt.

■ Allophone Patient/innen, bei denen Dolmetschende eingesetzt werden, haben eine schlechtere Gesundheitskompetenz als allophone Patient/innen, bei welchen keine Dolmetschende eingesetzt werden.

■ Insgesamt muss der Schluss gezogen werden, dass allophone Patient/innen, bei denen Dolmetschende eingesetzt werden, deutlich vulnerabler sind als allophone Patient/innen, bei welchen keine Dolmetschende eingesetzt werden.

Welche Wirkungen des Dolmetschens lassen sich auf Basis der Daten des zweiten Gesundheitsmonitorings der Schweizer Migrationsbevölkerung (GMM II) empirisch nachweisen?

■ Die empirischen Daten deuten darauf hin, dass sich der Einsatz von Dolmetschenden positiv auf das Vorsorgeverhalten allophoner Personen auswirkt.

■ Die empirischen Daten zeigen, dass sich der Einsatz von Dolmetschenden positiv auf den Genesungsprozess und den zukünftigen Gesundheitszustand allophoner Patient/innen auswirkt, sofern der Ausgangs-Gesundheitszustand der Patient/innen nicht allzu schlecht ist. Somit bestätigen sich die Erkenntnisse der Vorstudie „Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswe-

sen“¹: Der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen löst kurzfristig zusätzliche Kosten im Gesundheitswesen aus, welchen in der langen Frist Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen, in der Wirtschaft und in der Gesellschaft entgegenstehen.

Fazit

Die Einsatzdaten der Vermittlungsstellen für interkulturelles Übersetzen wurden in dieser Studie erstmals detailliert und vergleichend ausgewertet. Die Analyse brachte interessante Ergebnisse zum Vorschein, zeigte aber auch, dass die Daten der Vermittlungsstellen nur beschränkt vergleichbar sind, da sie nicht einheitlich erhoben werden. Die Auswertung der Daten des GMM II konnte eine positive Wirkung des interkulturellen Übersetzens auf den Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten aufzeigen. Allerdings hat auch diese Analyse methodische Grenzen, da es sich bei den GMM-Daten nicht um Langzeitdaten handelt. Insgesamt hat die Studie gezeigt, dass eine Nutzenanalyse des interkulturellen Übersetzens anhand der in der Schweiz vorhandenen Daten schwierig ist und weitere Erhebungen nötig wären, um den Einsatz und die Wirkung von Dolmetschdiensten im Gesundheitswesen näher zu untersuchen.

¹ Gehrig Matthias und Iris Graf (2009): Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen (Vorstudie), Bern: Büro BASS

Synthèse

Contexte et questions :

Lorsque patients et personnel médical ont des difficultés à se comprendre, il est possible de recourir à des interprètes communautaires pour assurer la communication. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) encourage cette démarche via différentes mesures s'inscrivant dans le Programme national Migration et santé, et l'Office fédéral des migrations (ODM) finance les services d'interprétariat dans le cadre de la politique nationale d'intégration. Dans ce contexte, l'OFSP a chargé le Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale (BASS) de répondre aux questions suivantes :

- Comment a évolué le volume des interventions d'interprètes dans le contexte sanitaire suisse ces dernières années ?
- Dans quels secteurs du système de santé les interprètes interviennent-elles² ?
- Après de quels patients et patientes ?
- Selon les données collectées lors du deuxième Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse (GMM II), quel est l'impact de l'interprétariat ?

Méthode :

L'étude se divise en trois modules :

1. **Analyse des données fournies par les services d'interprétariat** : L'étude des données électroniques sur les interventions fournies par les six services d'interprétariat les plus sollicités a permis de déterminer les domaines et les services des hôpitaux et des cliniques suisses ayant recours aux interprètes communautaires.
2. **Sondage des experts** : Un sondage mené auprès des professionnels dans les hôpitaux a permis d'analyser dans quels cas et dans quelles constellations les interprètes sont mises à contribution.
3. **Analyse de l'impact de l'interprétariat communautaire selon les données du GMM II** : Les données recueillies lors du GMM II ont été dépouillées dans l'optique de déterminer quels sont les effets de l'intervention d'interprètes sur l'état de santé des patients et des patientes et sur leur comportement en matière de prévention.

Résultats :

Comment a évolué le volume des interventions d'interprètes dans le contexte sanitaire suisse ces dernières années ?

- Le volume des interventions organisées par les services d'interprétariat a augmenté, passant de 49 037 heures en 2006 à 72 044 heures en 2010. Cela représente une croissance de près de 47 %.
- Hormis les interprètes communautaires, le personnel des services hospitaliers ayant des connaissances linguistiques est très largement sollicité pour assurer cette fonction. Nous estimons que « seule » la moitié environ des interventions sont organisées via les services subventionnés par l'ODM.
- Le remplacement progressif des interprètes internes à l'hôpital par des interprètes externes (c.-à-d. communautaires) a permis, ces dernières années, de professionnaliser cette activité dans les hôpitaux.

² Le terme féminin est utilisé, les membres de la profession étant majoritairement des femmes ; il s'applique aux hommes et aux femmes de manière égale.

■ Le marché de « l'interprétariat communautaire dans le système de santé » est plus développé en Suisse romande : en effet, en 2010, le volume des interventions y était tout aussi élevé, voire un peu plus, qu'en Suisse alémanique.

■ En 2010, sur l'ensemble des services d'interprétariat, les cinq plus grands ont assuré 85 % du volume total des interventions.

Dans quels secteurs des hôpitaux et des cliniques suisses les interprètes interviennent-elles ?

■ Dans près d'un cas sur cinq, les hôpitaux et les cliniques suisses ont recours à des interprètes communautaires dans le domaine « gynécologie et naissance ».

■ Dans près d'un cas sur cinq également, elles interviennent dans le domaine « enfants et adolescents ».

■ Dans plus de 30 % des cas, il s'agit du domaine « psychiatrie ».

■ Dans près de 30 % des cas, elles sont sollicitées dans le domaine « maladies somatiques » (sans gynécologie et sans enfants/adolescents) et ce, dans une multitude de services. Les cinq services dans lesquels les interventions sont les plus nombreuses (neurologie, médecine interne, chirurgie, ORL et rhumatologie) ne représentent pas même la moitié du volume total des interventions dans le domaine « maladies somatiques ».

Auprès de quels patients et patientes ?

■ Le recours aux interprètes dépend de l'état de santé des patients allophones (c.-à-d. ne comprenant aucune langue nationale de la Suisse) : en général, les personnes allophones auprès desquelles interviennent les interprètes présentent un état de santé largement plus préoccupant que les personnes allophones pour lesquelles aucune interprète n'est sollicitée.

■ La décision de recourir à une interprète externe ou à un membre du personnel interne ayant des connaissances linguistiques dépend fortement de la langue maternelle des patients et de la disponibilité de collaborateurs connaissant cette langue.

■ Le choix de solliciter une interprète ne dépend pas du sexe de la personne traitée. Toutefois, on remarque que, chez les hommes, ce sont plus souvent des interprètes externes qui interviennent : chez les femmes, on recourt plus souvent à des interprètes internes.

■ Les patients allophones pour lesquels on a fait appel à une interprète ont une culture sanitaire moins développée.

■ Dans l'ensemble, on conclue que les patients allophones ayant eu recours à l'interprétariat sont nettement plus vulnérables.

Selon les données collectées lors du deuxième Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse (GMM II), quel est l'impact de l'interprétariat ?

■ Les données empiriques indiquent que l'intervention d'une interprète produit un effet positif sur le comportement des personnes allophones en matière de prévention.

■ Elles montrent également que leur intervention se répercute favorablement sur le processus de guérison et sur la santé future des patients allophones, pour autant que leur état ne soit pas trop sérieux au départ. Ainsi les résultats de l'étude préliminaire « **Coûts et bénéfices de l'interprétariat communautaire dans le domaine de la santé** »³ se confirment : Le recours à

³ Gehrig Matthias und Iris Graf (2009): Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen (Vorstudie), Bern: Büro BASS

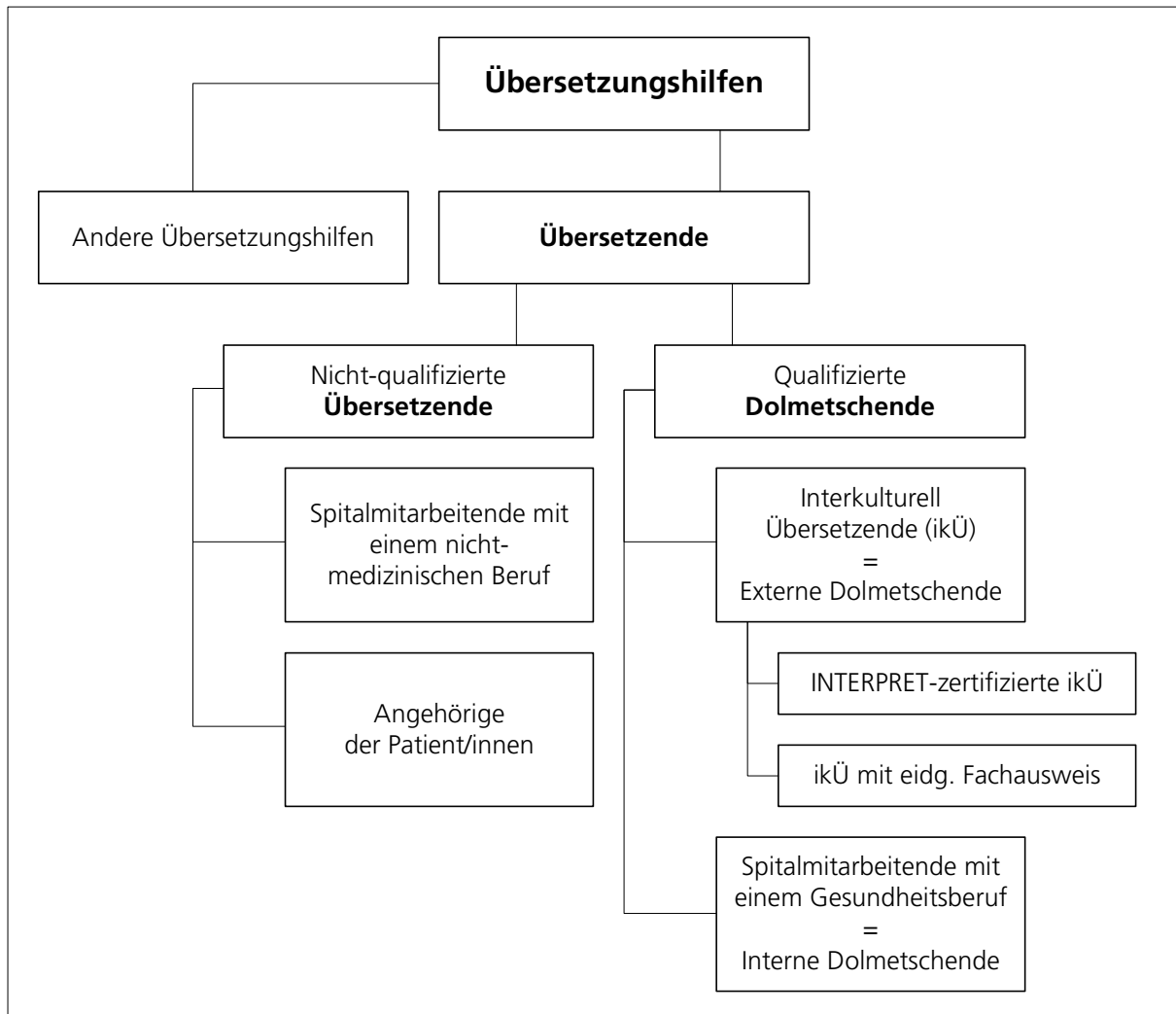
l'interprétariat communautaire accroît temporairement les frais de santé, alors qu'à plus long terme, il économise des frais dans le secteur de la santé, dans l'économie et dans la société.

Conclusion :

Pour la première fois, les données fournies par les services d'interprétariat ont été étudiées en détail et de façon comparative. Cette analyse a donné des résultats intéressants, mais a également révélé que les données ne pouvaient être comparées que de façon limitée, les services d'interprétariat ne suivant pas la même procédure de collecte. L'exploitation des données du GMM II a mis en évidence l'effet positif de l'interprétariat communautaire sur la santé des patients et des patientes. Ce type d'analyse a toutefois ses limites, car les données n'ont pas été recueillies sur le long terme. Au final, l'étude a montré qu'il est difficile d'évaluer l'utilité de l'interprétariat communautaire au moyen des données disponibles en Suisse ; d'autres recensements seraient nécessaires pour analyser plus en détail ces prestations et leur impact dans le contexte sanitaire.

Begriffe und Abkürzungen

Abbildung 1: Differenzierung und Bezeichnung von Übersetzenden im Rahmen dieser Studie



Quelle: Darstellung BASS

Abbildung 1 kann entnommen werden, welche Arten von Übersetzungshilfen differenziert werden können und wie wir die verschiedenen Arten von Übersetzenden bezeichnen. Folgende Eigenheiten dieser Systematik sind bemerkenswert:

■ Wir unterscheiden grundsätzlich zwischen qualifizierten und nicht-qualifizierten Übersetzenden. Zu den qualifizierten Dolmetschenden zählen wir interkulturell Übersetzende (INTERPRET-zertifiziert oder mit eidgenössischem Fachausweis) und Spitalmitarbeitende mit Fremdsprachenkenntnissen, die einen Gesundheitsberuf ausüben. Zu den nicht qualifizierten Übersetzenden zählen wir Spitalmitarbeitende mit Fremdsprachenkenntnissen, die einen nicht-medizinischen Beruf ausüben sowie Angehörige von Patient/innen.

■ Die Begriffe «**Dolmetschende**» und «**Dolmetschen**» verwenden wir in diesem Bericht dahingehend, dass sie auf qualifizierte Dolmetschende, d.h. auf interkulturell Übersetzende und Spitalmitarbeitende mit einem Gesundheitsberuf verweisen. Angehörige von Patient/innen und Spitalmitarbeitende mit einem nicht-medizinischen Beruf (z.B. Mitarbeitende des Facility Management) sind also nicht mitgemeint, wenn von «Dolmetschenden» oder «Dolmetschen» die Rede ist. Wenn von diesen die Rede ist, sprechen wir konsequent von nicht-qualifizierten Übersetzenden.

Tabelle 1 können die Abkürzungen entnommen werden, die im vorliegenden Text verwendet werden.

Tabelle 1: Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFM	Bundesamt für Migration
CHUV	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
CRG	Croix-Rouge Genevoise (Vermittlungsstelle)
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
ikÜ	Interkulturelles Übersetzen / interkulturell Übersetzende
KISPI	Kinderspital Zürich
LUKS	Luzerner Kantonsspital
LUPS	Luzerner Psychiatrie
PMU	Polyclinique Médicale Universitaire (Organisationseinheit des CHUV)
PUK	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Méd. Comm.	Département de médecine communautaire et de premier recours (Organisationseinheit des HUG)
UPD	Universitäre Psychiatrische Dienste Bern
USB	Universitätsspital Basel
USZ	Universitätsspital Zürich

1 Ausgangslage und Fragestellungen

Mit einer Vorstudie hat das Büro BASS den Nutzen des Einsatzes von Dolmetschenden qualitativ untersucht (Gehrig und Graf 2009). Im Rahmen dieser Vorstudie wurden zum einen die Wirkungsmechanismen identifiziert, die dem Nutzen des Einsatzes von Dolmetschen zugrunde liegen (Teilbericht I). Zum anderen wurde ein Untersuchungsdesign konzipiert (unveröffentlichter Teilbericht III), das eine Quantifizierung des Nutzens des Dolmetschens auf der Basis von Daten des zweiten Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung in der Schweiz (GMM II) vorsieht.

Der konzeptionelle Kern des Untersuchungsdesigns, das im Rahmen der Vorstudie konzipiert wurde, ist ein **Quasiexperiment**, das folgendermassen beschrieben werden kann:

In einem ersten Schritt werden diejenigen Personen, die im Rahmen des GMM II befragt wurden, die seit mindestens zwei Jahren in der Schweiz leben, die seit ihrer Immigration mindestens einmal in einem Schweizer Spital oder in einer Schweizer Klinik und zum Zeitpunkt ihres ersten Spitalbesuchs allophon waren⁴, einer der folgenden zwei Gruppen zugewiesen:

■ **Experimentalgruppe:** Die Experimentalgruppe umfasst Personen, bei welchen Dolmetschende eingesetzt wurden, als sie im Spital waren.

■ **Kontrollgruppe:** Die Kontrollgruppe umfasst diejenigen Personen, bei welchen keine Dolmetschende eingesetzt wurden, als sie im Spital waren.

In einem zweiten Schritt werden diese beiden Gruppen bezüglich verschiedener Variablen bzw. Eigenschaften, die durch den Einsatz von Dolmetschenden verändert werden (sollen), verglichen. Gehrig und Graf (2009, Teilbericht I) haben dargelegt, dass der Einsatz von Dolmetschenden v.a. darauf abzielt, die Gesundheitskompetenz, das Gesundheitsverhalten (das von der Gesundheitskompetenz beeinflusst wird) und den Gesundheitszustand (der u.a. auch vom Gesundheitsverhalten abhängt) der allophonen Patient/innen zu verändern. Stellt sich bei einem solchen Vergleich zum Beispiel heraus, dass das Gesundheitsverhalten der Personen der Experimentalgruppe signifikant besser ist als das Gesundheitsverhalten in der Kontrollgruppe, dann kann dies dem Einsatz von Dolmetschenden zugeschrieben werden.

Ein derartiges Quasiexperiment ist der Gefahr ausgesetzt, dass die beiden Gruppen nicht wirklich vergleichbar sind, weil es allenfalls nicht Zufall⁵ ist, ob eine bestimmte Person zur Experimentalgruppe oder aber zur Kontrollgruppe gehört. Konkret heisst dies: Es muss davon ausgegangen werden, dass der Gesundheitszustand einer spezifischen allophonen Person die Wahrscheinlichkeit verändert, dass diese Person während ihrer Interaktion mit Gesundheitsfachpersonen in den Genuss eines/r Dolmetschenden kommt. Aufgrund von Plausibilitätsüberlegungen ist naheliegend, dass gilt: Je schlechter der Gesundheitszustand einer Person ist, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese Person in den Genuss von Dolmetschenden kommt. Diese Schlussfolgerung ist trivial: Eine allophone Person, die sich bester Gesundheit erfreut und nie krank ist, kommt gar nie in Kontakt mit Institutionen des Schweizer Gesundheitswesens. Die Wahrscheinlichkeit des Einsatzes eines/r Dolmetschenden beträgt bei dieser (gesunden) Person 0 Prozent. Doch auch wenn man Personen, die völlig gesund sind

⁴ Die Personen, die diesen Kriterien entsprechen, bilden die Untersuchungsstichprobe.

⁵ Das Quasiexperiment unterscheidet sich vom Experiment dahingehend, dass bei letzterem die Zuteilung einer Person zur Experimental- bzw. Kontrollgruppe ex ante vorgenommen wird, wobei sichergestellt wird, dass die Zuteilung zufällig erfolgt. Bei einem Quasiexperiment hingegen wird der Zuteilungsprozess nicht aktiv gesteuert und die Zuteilung der Personen zu den beiden Gruppen wird ex post vorgenommen.

bzw. noch nie in einem Spital waren, nicht berücksichtigt bzw. vom Quasiexperiment ausschliesst⁶, ist es weiterhin möglich, dass es in Bezug auf den Gesundheitszustand eine Verzerrung zwischen den beiden Gruppen gibt. Denn die Schweizer Spitäler und Kliniken sind ökonomischen Restriktionen unterworfen und müssen mit den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen schonend umgehen. Diese Restriktionen können dazu führen, dass Dolmetschende nur bei schweren oder komplexen Krankheitsfällen bzw. Eingriffen beigezogen werden. Insgesamt ist deshalb damit zu rechnen, dass der Gesundheitszustand allophoner Personen, die der Experimentalgruppe angehören, durchschnittlich schlechter ist als der Gesundheitszustand allophoner Personen, die der Kontrollgruppe angehören. In diesem Zusammenhang spricht man von einem **Selektionsbias**: Vergleichsweise kranke allophone Personen selektieren sich in die Experimentalgruppe, vergleichsweise gesunde hingegen in die Kontrollgruppe. Da der Gesundheitszustand einer Person stark mit den Kosten der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch diese Person zusammenhängt, würde ein Vergleich der Experimental- und Kontrollgruppe, der diesen Selektionsbias nicht berücksichtigt, unweigerlich zum Ergebnis führen, dass der Einsatz von Dolmetschenden zu einer erhöhten Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und damit zu erhöhten Kosten führt.

Vor diesem Hintergrund wurde der Fragekatalog des GMM II mit einem zusätzlichen Fragemodul, dem **Spezialmodul «Dolmetschen»**, angereichert. Mit diesem Spezialmodul sollte sichergestellt werden, dass im Rahmen des GMM II die Informationen erhoben werden, anhand welcher sich die Wirkung des Dolmetschens im Gesundheitswesen identifizieren und empirisch untersuchen lässt.

Unterdessen wurden das GMM II erfolgreich durchgeführt, sodass die Daten, die eine Analyse der Wirkung des Dolmetschens erfordert, nun verfügbar sind.

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) beauftragt, die Wirkung des Dolmetschens auf der Basis der GMM II Daten zu untersuchen. Das Mandat umfasst drei Module:

■ **Analyse der Einsatzdaten (Kapitel 2):** Im Rahmen dieses Moduls wurden elektronische Einsatzdaten von ausgewählten «Vermittlungsstellen für interkulturelles Übersetzen und Vermitteln» bezüglich der Frage ausgewertet, wo genau in den Schweizer Spitälern und Kliniken interkulturell Übersetzende eingesetzt werden. Mit der Analyse der Einsatzdaten wurde auch das Ziel verfolgt, diejenigen Organisationseinheiten des Schweizer Gesundheitswesens zu identifizieren, in welchen besonders häufig Dolmetschende eingesetzt werden (→ Auswahl der zu befragenden Expert/innen).

■ **Befragung von Expert/innen (Kapitel 3):** Die Befragung von Expert/innen verfolgte das Ziel, Einsicht zu erhalten, in welchen Fällen und Konstellationen von den Spitälern Dolmetschende eingesetzt werden. Mit Blick auf das Quasiexperiment auf Basis der GMM II Daten interessierten insbesondere der Patient/innen-spezifische Kontext, in dem es zum Einsatz von Dolmetschenden kommt. Vor dem Hintergrund der weiter oben beschriebenen Problemstellung eines allfälligen Selektionsbias ging es dabei im Wesentlichen darum festzustellen, ob der Gesundheitszustand einer allophonen Person, welche ein Spital besucht, die Wahrscheinlichkeit beeinflusst, dass während der medizinischen Konsultation ein/e Dolmetscher/in zum Einsatz kommt.

■ **Analyse der Wirkung des Dolmetschens (Kapitel 4):** Im Rahmen dieses Moduls wurde die Wirkung des Einsatzes von Dolmetschenden im Gesundheitswesen im Sinne des weiter oben erläuterten Quasiexperiments identifiziert.

⁶ Was wir getan haben: Weiter oben haben wir ausgeführt, dass die Untersuchungsstichprobe nur Personen umfasst, welche seit ihrer Immigration in die Schweiz mindestens einmal in einem Spital oder in einer Klinik waren.

2 Analyse der Einsatzdaten

2.1 Entwicklung des Volumens des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen

Es gibt keine Statistik, die das Einsatzvolumen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen umfassend wiedergibt. Einen Anhaltspunkt zur Entwicklung der Inanspruchnahme interkulturellen Übersetzens durch Institutionen des Gesundheitswesens kann allerdings die vom Bundesamt für Migration (BFM) geführte Statistik über die subventionierten «Vermittlungsstellen für interkulturelles Übersetzen und Vermitteln» geben. Das BFM führt diese Statistik seit dem Jahr 2006. Sie basiert auf elektronischen Daten der Vermittlungsstellen, die vom BFM subventioniert werden.

Aus zwei Gründen bildet die Statistik des BFM nicht die gesamte Nachfrage der Institutionen des Schweizer Gesundheitswesens nach interkulturellem Übersetzen ab⁷:

■ *Einsatzvolumen nicht-subventionierter Vermittlungsstellen*: Nicht alle Vermittlungsstellen werden vom Bund subventioniert.

■ *Einsatzvolumen des «Direktgeschäfts»*: Es muss davon ausgegangen werden, dass ein Teil der Übersetzungsmandate direkt zwischen nachfragenden Einrichtungen und interkulturell Übersetzenden vereinbart wird. Diesbezüglich ist zu bemerken, dass die nachfragenden Einrichtungen und die (anbietenden) interkulturell Übersetzenden unter bestimmten Bedingungen dem ökonomischen Anreiz ausgesetzt sind, das Geschäft direkt, d.h. ohne Zwischenschaltung einer Vermittlungsstelle, abzuwickeln⁸. Das Einsatzvolumen des Direktgeschäfts ist in der BFM-Statistik nicht abgebildet. In den Spitälern, in denen wir eine Befragung durchgeführt haben, scheint dies jedoch nur in sehr geringem Ausmass vorzukommen.

Die Entwicklung der Anzahl Einsatzstunden und der Anzahl Einsätze (im Gesundheitswesen), die über vom BFM subventionierte Vermittlungsstellen abgewickelt wurden, kann **Tabelle 2** entnommen werden. Die Entwicklung der Anzahl Einsatzstunden ist darüber hinaus in **Abbildung 2** grafisch dargestellt. Folgende Beobachtungen erachten wir als erwähnenswert:

■ Das Einsatzvolumen hat zwischen 2006 und 2010 um 46.9 Prozent zugenommen.

⁷ Es ist zu berücksichtigen, dass es neben dem interkulturellen Übersetzen im Gesundheitswesen noch andere Formen qualifizierten Dolmetschens gibt. Insbesondere ist es in Spitälern und Kliniken verbreitet, dass Übersetzungsleistungen auch von Mitarbeitenden mit Fremdsprachenkenntnissen erbracht werden. Diese Übersetzungsleistungen werden in der Literatur unter der Kategorie «Ad-hoc-Dolmetschen» abgehandelt – einer Kategorie, der auch Übersetzungsleistungen von Angehörigen der Patient/innen zugerechnet werden. Übersetzungsleistungen von spitalinternen Mitarbeitenden mit Fremdsprachekenntnissen können aus zwei Gründen als «semi-professionell» bezeichnet werden: Zum einen werden spitalinterne Mitarbeitende, die zum Übersetzen eingesetzt werden, zum Teil im Rahmen von Kursen im Übersetzen ausgebildet. Zum anderen handelt es sich bei den eingesetzten Mitarbeitenden oft um Personen mit einem Gesundheitsberuf, was der Übersetzungsqualität förderlich sein dürfte. Das Volumen von Übersetzungsleistungen von spitalinternen Mitarbeitenden dürfte in der Schweiz auch im Vergleich zum Volumen des interkulturellen Übersetzens bedeutend sein. Dieses Volumen ist in den BFM-Daten selbstredend nicht enthalten.

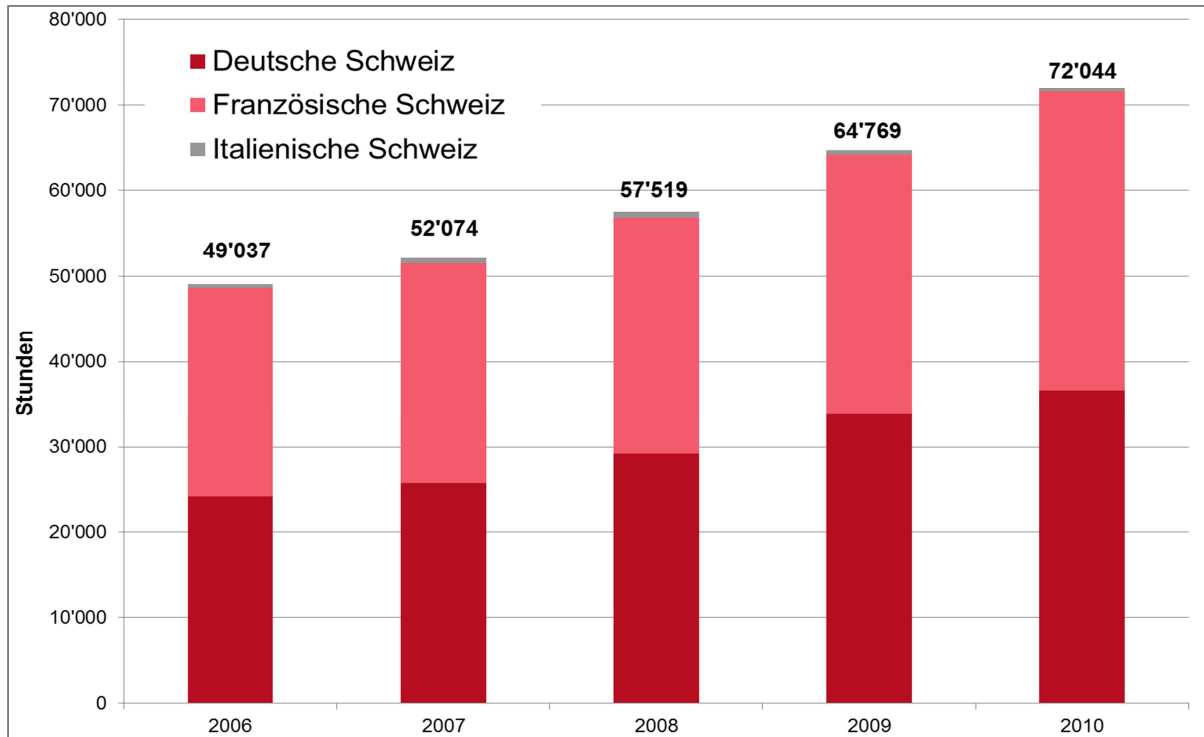
⁸ Der Grund hierfür liegt in der Existenz von Vermittlerkosten der Vermittlungsstelle (Vermittlerkosten = Vollkosten einer Vermittlungsstelle minus Einsatzkosten, wobei Einsatzkosten = Lohnkosten der interkulturellen Übersetzer/innen + Einsatzspesen) zu sehen: Sind die zusätzlichen Transaktionskosten, die der nachfragenden Einrichtung und dem/der interkulturellem/n Übersetzer/in entstehen, wenn Sie auf die Dienstleistung einer Vermittlungsstelle verzichten, in der Summe tiefer als die Vermittlerkosten, dann können sich die nachfragende Einrichtung und die/der interkulturell Übersetzende auf einen Preis einigen, der – im Vergleich zu einer Transaktion über die Vermittlungsstelle – für die nachfragende Einrichtung zu tieferen Kosten (Cash-Out) und für den/die interkulturell Übersetzende/n zu einem höheren Ertrag (Cash-In) führt. Diesbezüglich ist zu berücksichtigen, dass die Transaktionskosten auch die Kosten der Qualitätssicherung (u.a. Supervision und Weiterbildung der interkulturell Übersetzenden) umfassen, die von den Vermittlungsstellen gewährleistet ist (siehe Calderón-Grossenbacher 2010a).

■ Das Einsatzvolumen ist in der Französischen Schweiz ebenso hoch bzw. sogar noch etwas höher als das Einsatzvolumen in der Deutschen Schweiz. Wir sehen a priori zwei Erklärungsansätze für diesen eher überraschenden Sachverhalt:

- Der Einsatz von interkulturell Übersetzenden im Gesundheitswesen ist in der Französischen Schweiz stärker etabliert als in dies in der Deutschen Schweiz der Fall ist – wahrscheinlich aufgrund einer stärkeren Sensibilisierung der Gesundheitsfachpersonen. Dies impliziert, dass das Wachstumspotential in der Deutschen Schweiz grösser ist als in der Französischen Schweiz.
- Es ist denkbar, dass die subventionierten Vermittlungsstellen in der Französischen Schweiz einen höheren Anteil am «Gesamtmarkt für interkulturelles Übersetzen im Gesundheitswesen» halten. Dies würde implizieren, dass in der Deutschen Schweiz ein grösserer Teil des Marktes an den subventionierten Vermittlungsstellen «vorbeiläuft» (Direktgeschäft und nicht-subventionierte Vermittlungsstellen). Im Rahmen der durchgeführten Befragung von Spitälern und Kliniken (vgl. Kapitel 3) haben wir allerdings keine Hinweise gefunden, welche diese Hypothese empirisch stützen würden.

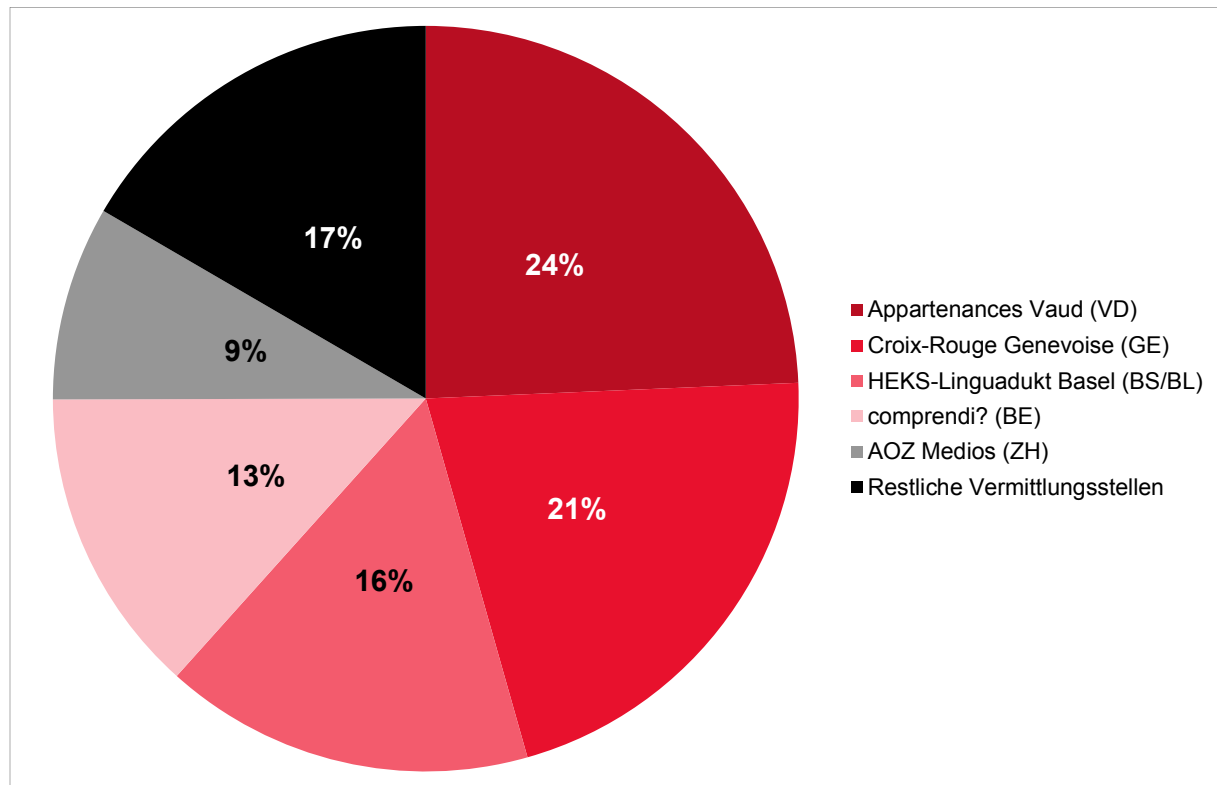
■ Die fünf grössten Vermittlungsstellen (Appartenances Vaud, Croix-Rouge genevoise, comprendi?, HEKS-Linguadukt Basel und AOZ Medios) vermittelten im Jahr 2010 gut 83 Prozent des Einsatzvolumens, das über subventionierte Vermittlungsstellen abgewickelt wurde (vgl. **Abbildung 3**).

Abbildung 2: Entwicklung der Anzahl Einsatzstunden des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen



Quelle: Bundesamt für Migration BFM, eigene Berechnungen, Darstellung BASS

Abbildung 3: Anteil der 5 grössten Vermittlungsstellen am Einsatzvolumen im Gesundheitswesen im 2010



Quelle: Bundesamt für Migration, eigene Berechnungen, Darstellung BASS

Tabelle 2: Anzahl Einsatzstunden und Anzahl Einsätze des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen

		Einsatzstunden					Anzahl Einsätze				
		2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
CH	TOTAL SCHWEIZ	49'037	52'074	57'519	64'769	72'044	26'940	29'725	32'005	46'576	53'446
D-CH	Deutsche Schweiz	24'198	25'803	29'203	33'911	36'581	15'259	16'955	18'741	22'128	24'962
AG/SO	HEKS Linguadukt Aargau/Solothurn	689	531	1'168	1'395	1'692	380	274	758	957	1'210
AG	Netzwerk Kulturvermittlung Baden	141	146	198	177	813	96	111	120	113	643
BE	comprendi?	6'031	6'837	7'924	9'284	9'603	4'279	4'667	5'481	6'342	6'649
BS/BL	HEKS-Linguadukt Basel	8'659	9'367	10'063	11'136	11'559	3'902	4'759	5'362	6'428	6'857
BL	Ausländerdienst Baselland	473	563	686	552	585	294	364	437	328	576
GR	Caritas Graubünden	141	292	234	328	218	96	189	165	248	175
Zentral-CH*	Dolmetschdienst Zentralschweiz	2'308	1'936	2'037	2'931	3'502	1'824	1'555	1'667	2'296	2'855
SG	verdi - ikÜ in der Ostschweiz	939	1'396	1'479	1'927	2'012	935	947	1'018	1'338	1'416
SH	DERMAN Schaffhausen	845	926	269	405	528	515	460	175	130	348
TG*	Caritas Thurgau	446	393	384	0	0	352	334	302	0	0
Zürich	AOZ Medios	3'527	3'416	4'761	5'776	6'070	2'586	3'295	3'256	3'948	4'233
F-CH	Französische Schweiz	24'444	25'703	27'635	30'300	35'026	11'460	12'453	12'873	24'104	28'209
VD	Appartenances Vaud	11'454	12'679	13'899	15'400	17'527	10'744	11'890	12'409	13'749	15'599
GE	Croix-Rouge genevoise	11'967	12'294	12'923	14'052	15'321	-	-	-	9'836	11'063
JU/FR/BE(f)	Se comprendre	250	276	393	563	1'864	-	220	313	407	1'442
NE	Centre d'interprétariat communautaire	773	453	420	284	314	716	343	151	112	105
I-CH	Italienische Schweiz	395	569	681	558	437	221	317	391	344	275
TI	Agenzia DERMAN Ticino	395	569	681	558	437	221	317	391	344	275

Legende: * Ab 2009 hat der Dolmetschdienst Zentralschweiz die Vermittlungen von Caritas Thurgau übernommen

Quelle: Bundesamt für Migration BFM, eigene Berechnungen, Darstellung BASS

2.2 Analyse der Einsatzdaten ausgewählter Vermittlungsstellen

2.3 Definitionen

Einsätze des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen lassen sich in Bezug auf verschiedene Dimensionen analysieren. Wir unterscheiden – nicht zuletzt angesichts der Datenverfügbarkeit – folgende Dimensionen:

■ **Dimension «Einrichtung»:** Unter der Dimension «Einrichtung» verstehen wir die Einrichtung, die in Bezug auf den Auftrag (Einsatz eines/r interkulturellen Übersetzers/in) haftet. Es handelt sich um die juristische Person, welche den Einsatz eines/r interkulturellen Übersetzers/in formal-juristisch in Auftrag gibt. Typischerweise ist diese juristische Person auch Rechnungsempfänger. Nur zum Teil kann eine Einrichtung in ihrer Gesamtheit einem «Bereich» (vgl. nachfolgender Aufzählungspunkt) zugeordnet werden. Dies gilt für alle psychiatrische Einrichtungen (Beispiele: UPD, PUK), die jeweils integral dem Bereich «Psychiatrie» zugeordnet werden können. Ein anderes Beispiel ist das Kinderspital Zürich (KISPI), das integral dem Bereich «Kinder & Jugendliche» zugeordnet werden kann. Oft umfasst eine Einrichtung jedoch Organisationseinheiten, die unterschiedlichen Bereichen zugeordnet werden müssen. Dies ist zum Beispiel beim Inselspital Bern der Fall: Die Frauenklinik des Inselspitals (eine Organisationseinheit des Inselspitals) kann integral dem Bereich «Gynäkologie & Geburt» zugeordnet werden. Die Kindermedizinische Klinik des Inselspitals (eine weitere Organisationseinheit des Inselspitals Bern) hingegen kann integral dem Bereich «Kinder & Jugendliche» zugeordnet werden.

■ **Dimension «Bereiche»:** Wir differenzieren folgende Bereiche: 1. Psychiatrie⁹, 2. Gynäkologie & Geburt, 3. Kinder & Jugendliche¹⁰, 4. Somatik¹¹. Es gibt ikÜ-Einsätze, die keinem dieser vier Bereiche zugeordnet werden können¹². Das mit derartigen Einsätzen verbundene Volumen ist derart gering, dass sie bei der Analyse der Einsatzdaten nach Bereichen nicht berücksichtigt wurden. In Bezug auf den Zusammenhang zwischen der Dimension «Bereich» und der Dimension «Einrichtung» verweisen wir auf die Ausführungen im Rahmen des vorangehenden Aufzählungspunkts.

■ **Dimension «Abteilung»:** Bei einer «Abteilung» handelt es sich um eine Organisationseinheit der Einrichtung, die in Bezug auf den Auftrag haftet. Diese Dimension hängt davon ab, wie eine Einrichtung organisatorisch strukturiert ist. Eine Abteilung kann immer integral einem Bereich zugeordnet werden: Es ist nicht möglich, dass unterschiedliche organisatorische Einheiten einer Abteilung unterschiedlichen Bereichen zugeordnet sind. Die Dimension «Abteilung» spielt nur in Bezug auf den Bereich «Somatik» eine Rolle bzw. ist nur für diesen Bereich auswertbar. Denn die Datenverfügbarkeit bei den Vermittlungsstellen ist derart, dass es nicht möglich ist, die Bereiche «Psychiatrie», «Gynäkologie & Geburt» und «Kinder & Jugendliche» weiter zu differenzieren.

2.4 Datenbasis

Um zu analysieren, in welchen Bereichen und Abteilungen genau in den Schweizer Spitälern und Kliniken interkulturelles Übersetzen eingesetzt wird, haben wir bei insgesamt sechs Vermittlungsstellen ergänzendes Datenmaterial zu deren Einsätzen eingeholt. In **Tabelle 3** sind die wichtigsten Infor-

⁹ Der Bereich «Psychiatrie» umfasst auch die Kinder- & Jugendpsychiatrie. Der «Subbereich» Kinder- & Jugendpsychiatrie ist also nicht im Bereich «Kinder & Jugendliche enthalten»

¹⁰ vgl. Fussnote 9.

¹¹ Der Bereich «Somatik» ist als «Residual»-Bereich definiert: Er umfasst alles, was nicht den Bereichen Psychiatrie, Gynäkologie & Geburt und Kinder & Jugendliche zugeordnet werden kann. Somatische Abteilungen von Frauen- und Kinderkliniken sind also nicht im Bereich «Somatik» enthalten.

¹² Insbesondere interne Einsätze in Zusammenhang mit allophonen Spitalmitarbeiter/innen (z.B. Personalberatung) und Einsätze in allenfalls vorhandenen Sozialdiensten.

mationen zu der verwendeten Datengrundlage zusammengefasst. Folgende Bemerkungen zur Datenverfügbarkeit sind wichtig:

- Die sechs berücksichtigten Vermittlungsstellen hatten im Jahr 2010 einen Anteil von 90.4 Prozent am gesamten Einsatzvolumen der vom BFM subventionierten Vermittlungsstellen.
- Die Analyse der Einsatzdaten nach der **Dimension «Bereich»** kann nicht in Bezug auf die Gesamtheit der Einsätze der Vermittlungsstelle vorgenommen werden – dies gilt für alle sechs Vermittlungsstellen. Der Grund hierfür ist, dass für einige Kunden der Vermittlungsstellen, insbesondere für regionale Spitäler, keine differenzierten Daten verfügbar sind, die einen Rückschluss auf den Bereich zulassen, in dem der ikÜ-Einsatz erfolgte. Wie Tabelle 3 entnommen werden kann, ist die Aufschlüsselung nach den vier definierten Bereichen faktisch nur für die Zentrumsversorger möglich. Bei den beiden Zentrumsversorgern HUG (Genf) und CHUV (Lausanne) gibt es darüber hinaus bedeutende Organisationseinheiten¹³, bei welchen eine Zuordnung zu den Bereichen nicht möglich ist bzw. bei welchen davon ausgegangen werden muss, dass deren ikÜ-Einsätze nicht integral einem einzigen Bereich zugeordnet werden können.
- Wie bereits ausgeführt, ist die Datenlage derart, dass sich nur der Bereich «Somatik» der Zentrumsversorger noch detaillierter, d.h. auf der Ebene einzelner **Abteilungen**, analysieren lässt. Dies gilt allerdings nicht für das Universitätsspital Basel (USB) sowie das Kantonsspital Luzern (KSLU): Die ikÜ-Einsätze in diesen beiden Einrichtungen lassen sich leider nicht aussagekräftig auf der Ebene einzelner Abteilungen analysieren.

Tabelle 3: Datengrundlage der Analyse der ikÜ-Einsätze¹⁴

		AOZ Medios	comprendi?	HEKS- Linguadukt Basel	Dolmetschdienst Zentralschweiz	Appartenances Vaud	Croix-Rouge Genevoise
		ZH	BE	BS, BL	LU	VD	GE
Daten- basis	Zeitperiode	1.1.2005- 31.10.2011	1.1.2006- 31.12.2010	1.1.2006- 31.8.2011	1.1.2001- 31.10.2011	1.7.2011- 15.11.2011 ^a	1.1.2002- 31.12.2010
	Einsatzstunden	19'576	29'843	50'417	11'165	5'281	88'872
Einrichtungen, die der Analyse nach Bereichen zugrunde liegen		USZ, KISPI, PUK	Inselspital, UPD	USB, UPK, UKBB	LUKS, LUPS	CHUV exkl. PMU	HUG exkl. Méd. comm.
Einrichtungen, die der Analyse nach Abteilungen zugrunde liegen (nur Bereich «Somatik»)		USZ	Inselspital	n.a.	n.a.	CHUV exkl. PMU	HUG exkl. Méd. comm.

Fussnote: ^aAus Gründen der Datenerfassung lassen sich die Einsatzstunden von Appartenances Vaud erst seit dem 1. Juli 2011 aussagekräftig nach Bereichen und Abteilungen auswerten.

Abkürzungen: vgl. Legenden in Abbildung 4

Quelle: Daten der Vermittlungsstellen, eigene Berechnungen, Darstellung BASS

¹³ Beim CHUV ist dies die POLICLINIQUE MEDICALE UNIVERSITAIRE (PMU), beim HUG das Département de médecine communautaire et de premier recours (Méd. Comm). Das Einsatzvolumen ist in beiden Organisationseinheiten beträchtlich: Die PMU hält an den gesamten Einsatzstunden des CHUV einen Anteil von rund 45 Prozent, das Méd. comm. einen Anteil von rund 55 Prozent am gesamten Einsatzvolumen des HUG.

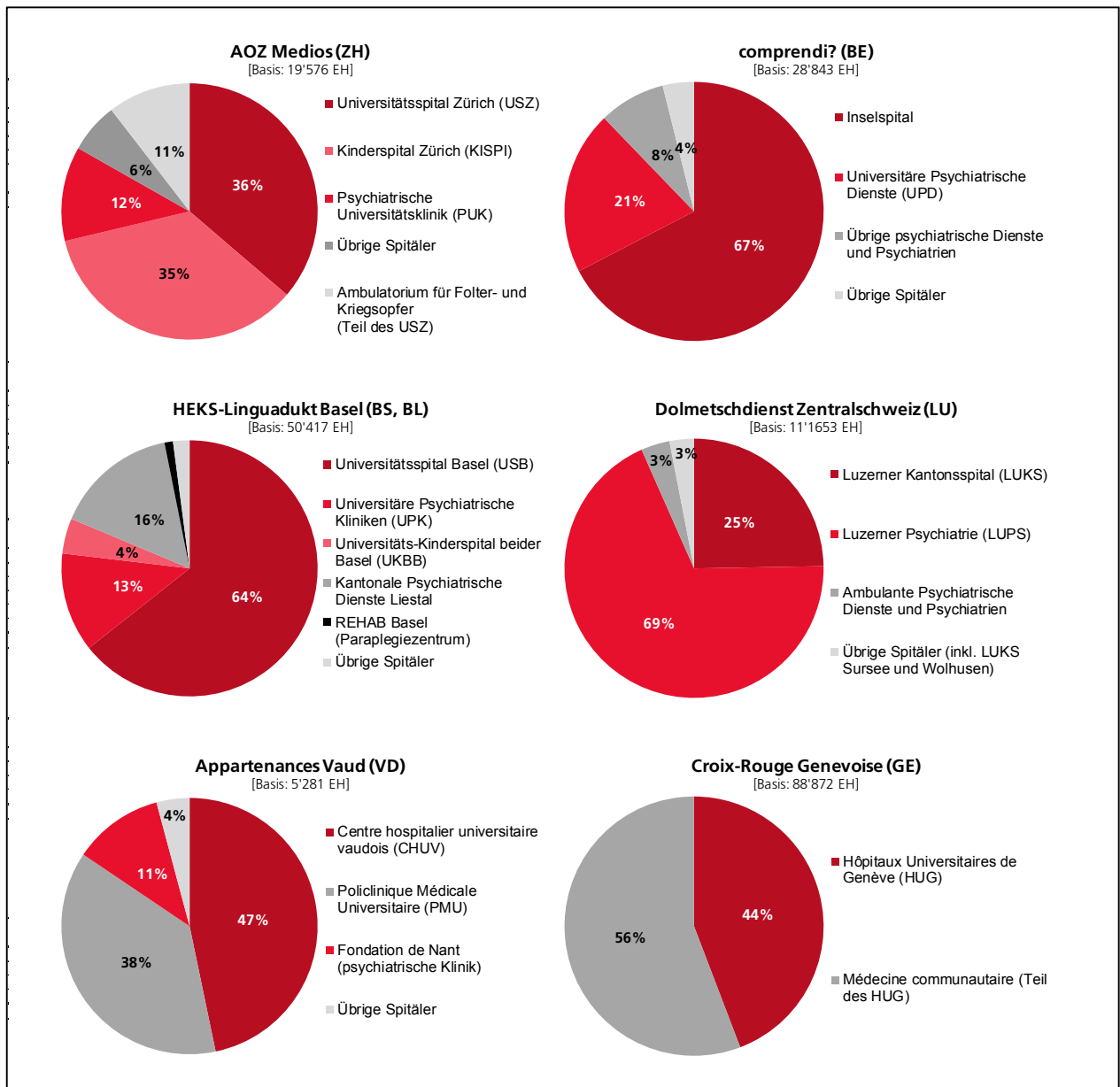
¹⁴ Die in der Tabelle enthaltenen Einsatzstunden der Vermittlungsstellen, die der Analyse zugrunde liegen, können nicht mit den Einsatzstunden in Tabelle 2 (BFM-Daten) verglichen werden, da es sich um eine andere Datengrundlage handelt. Entweder sind die Perioden nicht identisch (bspw. AOZ Medios) und/oder es handelt sich um eine Auswahl von ikÜ-Einsätzen in ausgewählten Spitälern.

2.5 Ergebnisse

2.5.1 Analyse nach Einrichtungen

Abbildung 4 kann entnommen werden, auf welche Einrichtungen sich die Einsatzstunden der sechs untersuchten Vermittlungsstellen verteilen. Sie macht deutlich, dass die Zentrumsversorger für die Vermittlungsstellen mengenmässig die wichtigsten Kunden sind. Ein Vergleich ist auf Ebene der Einrichtungen schwierig, weil sich die Versorgungsstruktur der Gebiete, in denen die Vermittlungsstellen jeweils tätig sind, unterscheidet.

Abbildung 4: Anteil der verschiedenen Einrichtungen am Einsatzvolumen (Einsatzstunden) der sechs untersuchten Vermittlungsstellen im Gesundheitswesen



Bemerkungen: 1. Die ikÜ-Einsätze in den Einrichtungen, die in Gräutönen ausgewiesen sind, können weder nach Bereichen noch nach Abteilungen ausgewertet werden, weshalb sie bei der Analyse nach Bereichen und Abteilungen nicht berücksichtigt werden.

2. In Klammern [Basis: ...] ist jeweils das Einsatzvolumen in Stunden angegeben, das der entsprechenden Grafik zugrunde liegt.

Quelle: vgl. Tabelle 3; Daten der sechs Vermittlungsstellen, eigene Berechnungen, Darstellung BASS

2.5.2 Analyse nach Bereichen

Abbildung 5 kann entnommen werden, wie sich das Einsatzvolumen der sechs untersuchten Vermittlungsstellen auf die vier definierten Bereiche verteilt.

Bei der Interpretation ist zu beachten, dass den Grafiken in Abbildung 5 aus Gründen der Vergleichbarkeit und Datenverfügbarkeit nicht das gesamte Einsatzvolumen der untersuchten sechs Vermittlungsstellen zugrunde liegt (vgl. Ausführungen in den Abschnitten 2.3 und 2.4). Aus diesem Grund sind im Untertitel der Grafiken zum einen die Einrichtungen und Organisationseinheiten ausgewiesen, deren ikÜ-Einsätze den Grafiken zugrunde liegen¹⁵. Zum anderen ist im Untertitel der Grafiken ausgewiesen, welchen Anteil (Prozentsatz) die Einsatzstunden, die im Rahmen der Analyse nach Bereichen berücksichtigt werden konnten, an der Gesamtheit der Einsatzstunden der entsprechenden Vermittlungsstelle ausmachen. Dieser Anteil ist bei den Vermittlungsstellen der Deutschen Schweiz mit 81 Prozent (AOZ Medios) bis 93 Prozent (Dolmetschdienst Zentralschweiz) sehr hoch. Bei den beiden Vermittlungsstellen der Französischen Schweiz hingegen fanden nur knapp die Hälfte der Einsatzstunden Eingang in die Auswertung nach Bereichen. Dies ist im Fall von Appartenances Vaud auf die Policlinique Médicale Universitaire (PMU, Organisationseinheit des CHUV) und im Fall von Croix-Rouge Genevoise auf das Département de médecine communautaire et de premier recours (Méd. Comm., Ambulatorium für Hausarztmedizin des HUG) zurückzuführen. Diese beiden Organisationseinheiten machen über die Hälfte des gesamten Einsatzvolumens der beiden Vermittlungsstellen aus, wobei die Datenlage derart ist, dass eine Aufteilung dieses Einsatzvolumens auf die vier definierten Bereiche nicht möglich ist.

Während die **Verteilung der ikÜ-Einsätze auf die Bereiche** bei den beiden Vermittlungsstellen der französischen Schweiz vergleichbar ist, unterscheidet sich diese Verteilung bei den vier Vermittlungsstellen der Deutschen Schweiz beträchtlich. Auffallend sind:

- der hohe Anteil des Bereichs «Psychiatrie» am Einsatzvolumen des Dolmetschdienstes Zentralschweiz,
- der geringe Anteil des Bereichs «Gynäkologie & Geburt» bzw. der hohe Anteil des Bereichs «Kinder & Jugendliche» am Einsatzvolumen von AOZ Medios und
- der geringe Anteil des Bereichs «Kinder & Jugendliche» bzw. der hohe Anteil des Bereichs «Somatik» am Einsatzvolumen von HEKS-Linguadukt Basel¹⁶.

Auffallend ist schliesslich auch der Tatbestand, dass die Verteilung des Einsatzvolumens von *comprendi?* den Verteilungen der beiden Vermittlungsstellen der Französischen Schweiz ähnlich sind.

Für die unterschiedliche Bedeutung der vier Bereiche in der Deutschen Schweiz sehen wir folgende mögliche **Gründe**:

¹⁵ Diejenigen Einrichtungen und Organisationseinheiten von Einrichtungen, die bei der Analyse nach Bereichen nicht berücksichtigt wurden, sind – wie bereits erwähnt – in Abbildung 4 in Grautönen dargestellt.

¹⁶ In Bezug auf die Analyse der Daten von HEKS-Linguadukt Basel sind folgende Punkte zu berücksichtigen: 1. In den Daten des Universitätsspitals Basel (USB) gibt es eine Kategorie «Spezialkliniken». Gemäss Auskunft der Vermittlungsstelle handelt es sich bei den Einsätzen in den «Spezialkliniken» fast ausnahmslos um Einsätze im Bereich Gynäkologie & Geburt. 2. In den Daten des USB gibt es eine Kategorie «Medizin», in welcher auch (nicht-identifizierbare) Einsätze in psychiatrischen Polikliniken enthalten sind. Die Einsätze, die in den Daten unter der Kategorie «Medizin» codiert wurden, haben wir dem Bereich «Somatik» zugeordnet. Der Anteil des Bereichs «Somatik» wird deshalb über- und der Anteil des Bereichs «Psychiatrie» unterschätzt. 3. Der Anteil des Bereichs «Psychiatrie» wird auch deshalb unterschätzt, weil wir die Einrichtung «Kantonale Psychiatrische Dienste Liestal», die ein beachtliches Einsatzvolumen hat, bei der Analyse nach Bereichen nicht berücksichtigt haben: Wie in Abschnitt 2.4 ausgeführt, wurden bei der Analyse nach Bereichen aus Gründen der Vergleichbarkeit nur die Zentrumsversorger berücksichtigt.

■ Wir können nicht ausschliessen, dass die Unterschiede insofern ein Datenkonstrukt sind, als dass es auf der Basis der verfügbaren Daten nicht möglich war, eine «korrekte» Aufteilung der Einsätze auf die Bereiche vorzunehmen. So stellt sich zum Beispiel in Bezug auf den geringen Anteil des Bereichs «Gynäkologie & Geburt» des USZ die Frage, ob dieser nicht auch darauf zurückzuführen ist, dass Einsätze in diesem Bereich des Universitätsspitals Zürich nicht identifizierbar waren, weil sie bei der nachfragenden Abteilung erscheinen, z.B. unter der Abteilung «Anästhesie» bei gynäkologischen Operationen.

■ Es ist denkbar, dass die Unterschiede auf eine unterschiedliche Sensibilisierung derjenigen Personen zurückzuführen sind, die entscheiden, ob und unter welchen Bedingungen interkulturelle Übersetzer/innen eingesetzt werden.

■ Es ist auch denkbar, dass sich die Unterschiede damit erklären, dass es Organisationseinheiten gibt, die als Übersetzungshilfen nicht primär interkulturelle Übersetzer/innen, sondern andere Übersetzungshilfen, z.B. spitalinterne Mitarbeitende mit Fremdsprachenkenntnissen, einsetzen.

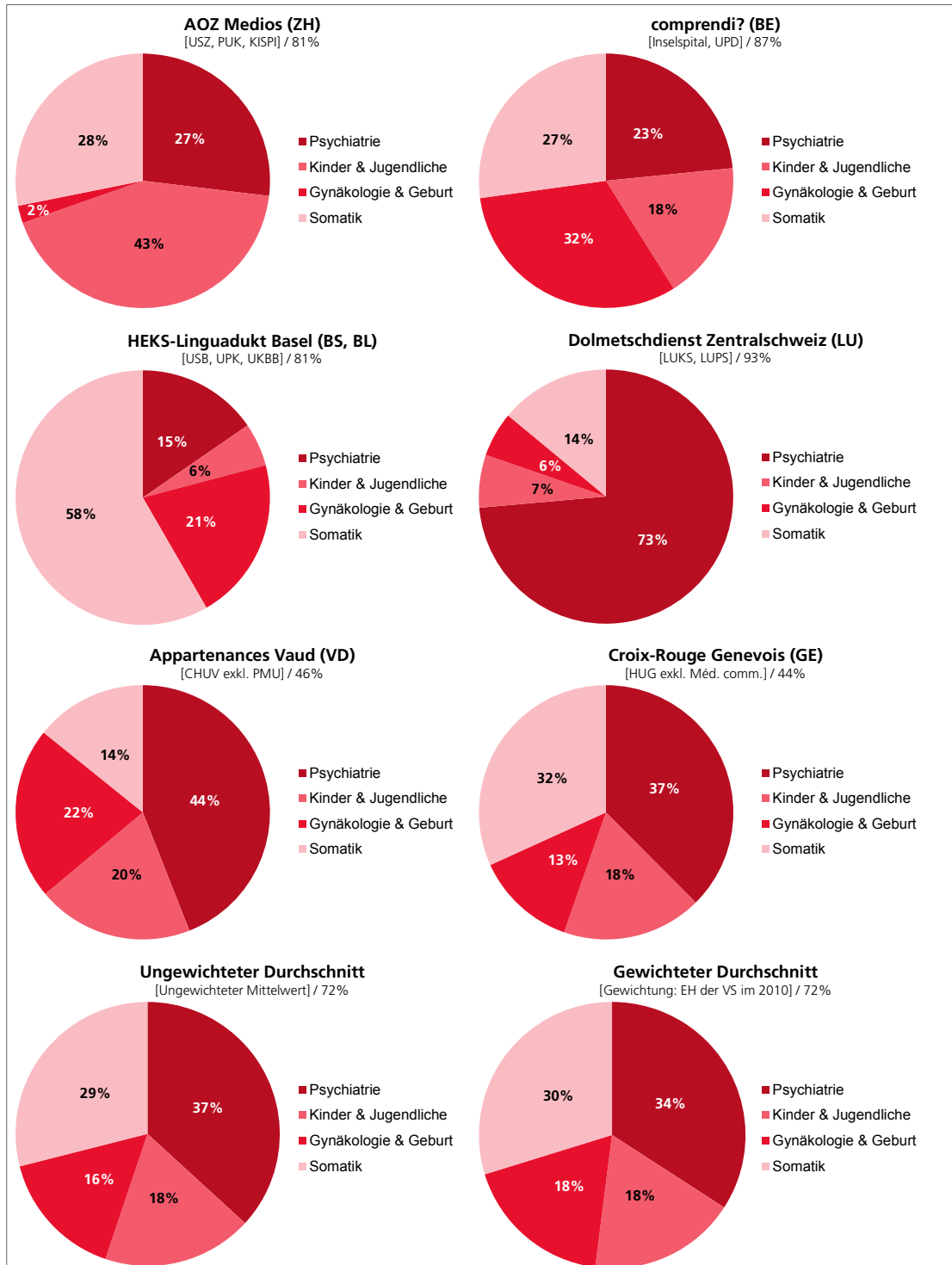
Ungeachtet der Unschärfen, die sich aus der aktuellen Datenlage ergeben, können unseres Erachtens folgende **Schlussfolgerungen** gezogen werden (vgl. Grafik «Gewichteter Durchschnitt» in Abbildung 5):

■ Ungefähr je ein Fünftel der ikÜ-Einsätze in Schweizer Spitälern und Kliniken werden im Bereich «Gynäkologie & Geburt» bzw. im Bereich «Kinder & Jugendliche» geleistet.

■ Gut ein Drittel der ikÜ-Einsätze in Schweizer Spitälern und Kliniken werden im Bereich «Psychiatrie» geleistet.

■ Knapp ein Drittel der ikÜ-Einsätze in Schweizer Spitälern und Kliniken werden im Bereich «Somatik» erbracht.

Abbildung 5: Anteil der Bereiche am Einsatzvolumen (Einsatzstunden) der sechs untersuchten Vermittlungsstellen (Basis: Einsätze im Gesundheitswesen)



Abkürzungen: VS = Vermittlungsstelle, EH = Einsatzstunden

Bemerkungen: 1. In Klammern [] sind die Einrichtungen aufgeführt, die den nach Bereichen analysierten Einsatzdaten zugrunde liegen. 2. Der Prozentsatz im Untertitel gibt an, welcher Anteil der Einsatzstunden der entsprechenden Vermittlungsstelle der Auswertung nach Bereichen zugrunde liegt: Der Prozentsatz beträgt nicht 100 Prozent, weil es Einsatzstunden gibt, zu welchen in den Erfassungssystemen der Vermittlungsstellen nicht genügend detaillierte Informationen vorliegen, so dass eine Zuordnung zu einem Bereich nicht möglich ist. 3. Gewichteter Durchschnitt: Die Verteilungen der einzelnen Vermittlungsstellen wurden mit deren Einsatzvolumen im Jahr 2010 gewichtet

Quelle: Daten der sechs Vermittlungsstellen, eigene Berechnungen, Darstellung BASS

2.5.3 Analyse auf Stufe Abteilung

Wie in den Abschnitten 2.3 und 2.4 erwähnt, lässt sich nur der Bereich «Somatik» noch detaillierter, d.h. auf der Ebene von Abteilungen, analysieren. In jenen Abschnitten haben wir bereits darauf hingewiesen, dass sich nur die Daten des Inselspitals Bern, der Universitätsklinik Zürich (USZ), des CHUV und – bedingt, wie wir noch sehen werden – des HUG (Genf) sinnvoll nach der Dimension «Abteilung» auswerten lassen.

Abbildung 6 können die Ergebnisse der Auswertung nach Abteilungen entnommen werden. Grundsätzlich ist zu bemerken, dass die Verteilung der Einsatzstunden nach Abteilungen auch davon abhängen dürfte, wie ein Spital organisatorisch strukturiert ist und auf welcher Strukturebene die ikÜ-Einsätze in den Daten differenziert werden können. Dieser Tatbestand erschwert grundsätzlich den Vergleich der Verteilung auf Abteilungen zwischen verschiedenen Spitälern. In diesem Zusammenhang fällt auf, dass sich die Verteilung der Einsatzstunden auf Abteilungen im HUG deutlich von den entsprechenden Verteilungen in den drei anderen Einrichtungen (Inselspital, USZ, CHUV) unterscheidet. Es erscheint uns naheliegend, dass diese Unterschiedlichkeit zumindest zu einem Teil damit erklärt werden kann, dass zu den ikÜ-Einsätzen im HUG in Bezug auf den Einsatzort weniger detaillierte Informationen vorliegen, als dies bei den drei anderen Zentrumsversorgern der Fall ist. Denn die Grafik macht deutlich, dass sich die Einsätze im HUG auf nur 5 Abteilungen verteilen, während sich die ikÜ-Einsätze bei den anderen drei Zentrumsversorgern auf deutlich mehr Abteilungen verteilen. Allenfalls hängt dieser Tatbestand auch damit zusammen, dass die vier Einrichtungen – und das HUG im Besonderen – organisatorisch unterschiedlich strukturiert sind. Bei der Interpretation der Unterschiede der Verteilungen der ikÜ-Einsätze auf die Abteilungen ist deshalb Zurückhaltung geboten: Wir können nicht ausschliessen, dass es sich bei diesen Unterschieden zumindest zum Teil um ein statistisches Konstrukt handelt, das mit dem Detaillierungsgrad der verfügbaren Daten zusammenhängt.

Da sich das HUG in Bezug auf die Verteilung der ikÜ-Einsätze auf Abteilungen deutlich von den anderen drei Einrichtungen unterscheidet, haben wir die Aggregation über die Spitäler sowohl inklusive als auch exklusive HUG vorgenommen (vgl. die beiden Grafiken «Gewichteter Durchschnitt inkl. CRG¹⁷» und «Gewichteter Durchschnitt exkl. CRG» in Abbildung 6).

Es kann festgestellt werden, dass es zwischen den vier analysierten Universitätsspitalern in Bezug auf die Verteilung der ikÜ-Einsätze auf die verschiedenen Abteilungen grosse Unterschiede gibt. Auffallend sind u.a.:

- der vergleichsweise hohe Anteil der Abteilung «Endokrinologie & Diabetologie» am Einsatzvolumen des Inselspitals Bern,
- der vergleichsweise hohe Anteil der Abteilung «Hals, Nasen, Ohren (HNO)» des CHUV,
- der vergleichsweise hohe Anteil der Abteilung «Rheumatologie» des USZ,
- die Anteile der Abteilung «Neurologie», die im USZ und im HUG deutlich höher sind als im Inselspital und im CHUV,
- der vergleichsweise hohe Anteil der Abteilung «Dermatologie» im CHUV
- der vergleichsweise hohe Anteil der Abteilung «Anästhesie & Schmerzmedizin» im USZ

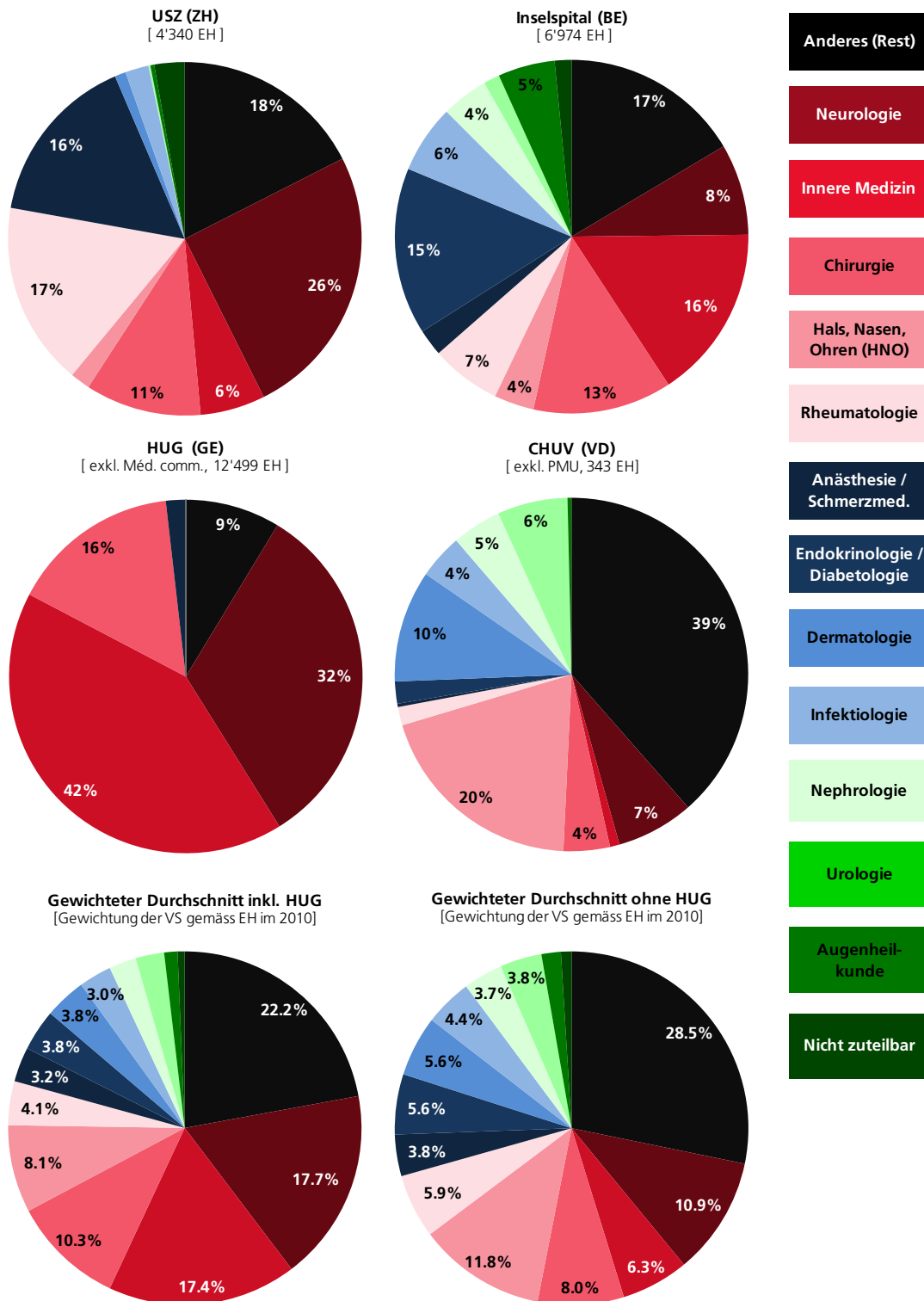
Zum Teil dürften diese Unterschiede mit der Spezialisierung der vier Universitätsspitäler zusammenhängen. Denn a priori muss davon auszugehen, dass die verschiedenen Abteilungen in den verschiedenen Universitätsspitalern unterschiedlich gross sind. Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden,

¹⁷ C-Rg ist eine Abkürzung für Croix-Rouge genevois

dass die Unterschiede zum Teil auch auf unterschiedliche Praktiken in Bezug auf den Einsatz von Übersetzungshilfen zurückgeführt werden können.

Die Grafik «Gewichteter Durchschnitt exkl. CRG» in Abbildung 6 legt grundsätzlich den Schluss nahe, dass das Einsatzgebiet des interkulturellen Übersetzens in Schweizer Spitälern und Kliniken sehr breit ist. Das äussert sich zum einen im vergleichsweise hohen Anteil der Abteilung «Anderes (Rest)», die als «Residualkategorie» bzw. «Residualabteilung» konzipiert ist. Zum anderen darin, dass die fünf Abteilungen mit dem grössten Einsatzvolumen (Neurologie, innere Medizin, Chirurgie, HNO und Rheumatologie) nicht einmal die Hälfte des gesamten Einsatzvolumens ausmachen.

Abbildung 6: Anteil der der Abteilungen am Bereich «Somatik» (exkl. somatische Abteilungen in den Bereichen «Kinder & Jugendliche» sowie «Gynäkologie & Geburt»



Bemerkung: Die Zahl in Klammern [] gibt das Einsatzvolumen in Stunden wieder, das der Grafik zugrunde liegt
 Abkürzungen: EH = Einsatzstunden
 Quelle: Daten der sechs Vermittlungsstellen, eigene Berechnungen, Darstellung BASS; vgl. Tabelle 10 im Anhang 5.1 für die zugrunde liegenden Daten

3 Befragung von Expert/innen

3.1 Methodik der Befragung

Ziele und Inhalt der Befragung

Bei der Befragung der Expert/innen ging es im Wesentlichen darum, einen Einblick zu erhalten, in welchen Fällen und Konstellationen von den Spitälern Dolmetschende eingesetzt werden. Vor dem Hintergrund der Analyse der Wirkung des Einsatzes von Dolmetschen anhand der GMM II Daten interessierte insbesondere der Patient/innen-spezifische Kontext, in dem interkulturell Übersetzende oder Spitalmitarbeiter/innen mit Sprachkenntnissen als Dolmetschende zum Einsatz kommen. Mit Blick auf eine adäquate Behandlung des mit dieser Analyse zusammenhängenden Selektionsbias interessierten insbesondere folgende Fragen:

- Zu welchem Zeitpunkt wird entschieden, ob ein/e Dolmetscher/in eingesetzt wird?
- Gemäss welchen Kriterien wird entschieden, ob ein/e Dolmetscher/in eingesetzt wird?

Des Weiteren wurden im Rahmen der Expert/innenbefragung die folgenden weiteren Inhalte thematisiert:

- Welche Arten von Dolmetschenden werden in welchem Ausmass eingesetzt?
- Werden die Einsätze von Dolmetschenden elektronisch so erfasst, dass eine quantitative Analyse der Wirkung des Einsatzes von Dolmetschen auf der Basis spitalinterner Daten auf Patient/innen-Ebene möglich wäre?

Das Befragungsinstrument beinhaltete acht geschlossene Fragen mit Ein- und Mehrfachantworten sowie teilweise der Möglichkeit, Bemerkungen einzufügen. Der entsprechende Interviewleitfaden kann Anhang 5.1 entnommen werden.

Befragte Expert/innen

Befragt wurden Expert/innen, die in ihrem Arbeitsalltag in unmittelbarer Art und Weise mit dem Einsatz von interkulturell Übersetzenden zu tun haben: Ärzte/Ärztinnen, Pflegende, Therapeut/innen und für die Organisation der Sprechstunden zuständige Spitalmitarbeiter/innen, die Aufträge an die Vermittlungsstellen für interkulturelles Übersetzen koordinieren.

Insgesamt wurden je ein Experte bzw. eine Expertin aus zwölf Abteilungen¹⁸ von Spitälern bzw. Spezialkliniken befragt – je sechs aus der deutschen und der französischen Schweiz. Die Auswahl richtete sich nach den Fachbereichen, in denen interkulturelles Übersetzen gemäss Einsatzstatistiken der Vermittlungsstellen am häufigsten eingesetzt wird. Wie im Abschnitt 2.5 dargelegt, handelt es sich dabei um die Bereiche Psychiatrie, Kinder- & Jugendmedizin sowie Gynäkologie & Geburt. Da das GMM II nur Angaben von Erwachsenen beinhaltet, verzichteten wir auf den Einbezug der Kinder- und Jugendmedizin. Ergänzend wählten wir neben der Psychiatrie und der Frauenmedizin aus dem Bereich «Somatik» diejenigen aus, die in einzelnen Abteilungen vergleichsweise hohe Einsatzzahlen aufwiesen und paarten sie mit Abteilungen derselben Fachrichtung in anderen Einrichtungen, bei denen die Einsatzzahlen teilweise ähnlich hoch, teilweise aber auch deutlich tiefer lagen. Mit dieser Auswahl wurde einerseits angestrebt, Aussagen von Stellen zu erhalten, die bereits einen hohen Anteil an Patient/innen mit interkulturellem Übersetzen abdecken, und andererseits interessierte uns, ob

¹⁸ Im Folgenden ist vereinfachend von «Abteilungen» die Rede, obwohl es sich bei der Fondation de Nant nicht um eine Abteilung eines Spitals, sondern um eine Spezialklinik handelt.

die Kriterien zum Einsatz von Dolmetschenden bei gleichen Fachbereichen unterschiedlicher Spitäler variieren.

Tabelle 4 kann entnommen werden, aus welchen Bereichen und Abteilungen welcher Institutionen Expert/innen befragt wurden.

Tabelle 4: Anzahl Abteilungen, die im Rahmen der Expert/innenbefragung berücksichtigt wurden

Abteilungen/Spezialkliniken in den Bereichen...						
	Psychiatrie	Gynäkologie & Geburt	Allg. & innere Medizin	Rheumatologie	Endokrinologie & Diabetologie	Total
Universitätsspital Bern (Inselspital)	x				xx ¹	3
Universitätsspital Basel (USB)		x				1
Universitätsspital Zürich (USZ)	x			x		2
Fondation de Nant	x					1
Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)				x	x	2
Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)		x	xx ¹			3
Total						12

Fussnote: ¹Zwei verschiedene Abteilungen

Quelle: Darstellung BASS/rc consulta

Vorgehen

Alle Expert/innen wurden zuerst telefonisch angefragt und über die Rahmenbedingungen der Befragung informiert. Anschliessend erhielten sie den Interviewleitfaden als Fragenformular (vgl. Anhang 5.1) per Mail zugestellt. Bei drei Stellen erfolgte die eigentliche Befragung nach vorgängiger Information nur schriftlich, bei drei Stellen gab es nur ein telefonisches Interview, bei sechs Stellen wurde nach der schriftlichen Beantwortung noch telefonisch nachgefragt. Die telefonischen Interviews dauerten zwischen 5 (bei kurzen Nachfragen) und 30 Minuten, durchschnittlich jedoch rund 15 Minuten.

Die Untersuchung diente der qualitativen Erfassung der Praxis in Bezug auf den Einsatz von Dolmetschenden. Dank der geschlossenen Fragen als Grundlage für die Befragung bzw. für die telefonischen Kurzinterviews konnte die zeitliche Beanspruchung der Expert/innen im Rahmen gehalten werden. So war es auch möglich, die Zahl der befragten Expert/innen von ursprünglich vorgesehenen fünf auf zwölf zu erhöhen. Die Antworten zeigen eine Momentaufnahme der aktuellen Praxis. Angesichts der steigenden Einsatzzahlen über die letzten Jahre gehen wir davon aus, dass die so erhobenen Informationen eher Tendenzen aufzeigen, die das Ergebnis der Erfahrungen und Entwicklungen der letzten Jahre sind.

Ergänzend fand auch noch ein ausführliches Interview mit der Ansprechperson für interkulturelles Übersetzen in einem Universitätsspital statt. Zudem wurden die Ergebnisse einer Erhebung zum interkulturellen Übersetzen bei den MFH-Spitälern des Bundesamts für Gesundheit (Bundesamt für Gesundheit 2012) sowie ein Bericht zur Situationsanalyse des CHUV (Bodenmann und Faucherre 2011) zu diesen Fragen berücksichtigt.

3.2 Ergebnisse der Befragung

Spitalinterne Richtlinien in Bezug auf den Einsatz von Dolmetschenden

Bei neun der zwölf in die Untersuchung einbezogenen Abteilungen verfügt das Spital über Weisungen oder Normen, die Einsatz- und Finanzierungsregeln in Bezug auf den Einsatz von Dolmetschenden festlegen. Die bestehenden Richtlinien sind in der Praxis nur knapp der Hälfte (4 Personen) der betreffenden Expert/innen bekannt. In einem Fall sind die Richtlinien zum interkulturellen Übersetzen zurzeit in Überarbeitung, weil sie sich in der Praxis nicht bewährt haben. Die zuständigen Ansprechpersonen für interkulturelles Übersetzen und interkulturelle Kommunikation von drei Spitälern sind sich dessen bewusst, dass die Richtlinien je nach Abteilung oder Spezialklinik sehr unterschiedlich umgesetzt werden. Die Grösse der Spitäler und der Umfang der Personalfuktuation stellen bezüglich Sensibilisierung und Information des Spitalpersonals eine grosse Herausforderung dar. Das Vorhandensein von Richtlinien ist keine Garantie für eine konsequente Umsetzung in der Praxis, kann aber denjenigen, die Dolmetschen im Behandlungsprozess einsetzen, als Orientierungshilfe dienen. Zudem sind Richtlinien eine Grundlage für die interne Sensibilisierung bezüglich der Sicherstellung der Verständigung mit allophonen Patient/innen (Calderón-Grossenbacher 2010b).

Einsatz von internen und externen Dolmetschenden

Die Expert/innen wurden dazu befragt, welche mengenmässige Bedeutung den nachfolgenden drei Arten von Dolmetschenden in ihrer Organisationseinheit zukommt:

- Qualifizierte Dolmetschende im Sinne von Spitalmitarbeiter/innen mit Fremdsprachenkenntnissen, die einen Gesundheitsberuf ausüben
- Interkulturell Übersetzende, über eine Vermittlungsstelle abgerechnet
- Interkulturell Übersetzende, direkt, d.h. ohne Zwischenschaltung einer Vermittlungsstelle, abgerechnet

Eine eindeutige Praxis zeichnet sich im Bereich der Psychiatrie ab. Bei den drei berücksichtigten psychiatrischen Abteilungen resp. Kliniken werden selten oder nie Spitalmitarbeitende mit Fremdsprachenkenntnissen als Dolmetschende beigezogen, da einer Rollenvermischung vorgebeugt werden soll. Die Dolmetschenden werden zu 100 Prozent über Vermittlungsstellen angefordert. Bei den acht übrigen Bereichen kommen zusätzlich zu den externen Dolmetschenden auch interne Dolmetschende zum Einsatz. Im Durchschnitt über alle zwölf befragten Abteilungen werden in knapp drei von zehn Fällen interne Dolmetschende eingesetzt. Die relative Häufigkeit des Einsatzes interner Dolmetschenden variiert zwischen den befragten Abteilungen mit 0 bis 90 Prozent beträchtlich.

Der Anteil externer, über eine Vermittlungsstelle angeforderter Dolmetschender am gesamten Übersetzungsvolumen liegt bei den befragten Stellen anteilmässig bei knapp 80 Prozent. Zwei Abteilungen haben angegeben, dass sie auch andere externe Dolmetschende, welche nicht über Vermittlungsstellen laufen, einsetzen. Dies ist dann der Fall, wenn die gesuchte Sprache (z.B. ein spezieller Dialekt) nicht im Angebot ist oder wenn innert der benötigten Frist keine Lösung über die Vermittlungsstelle gefunden werden kann.

In Bezug auf diese Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass im Rahmen der Befragung nur Spitäler berücksichtigt wurden, die mit Vermittlungsstellen zusammenarbeiten. Spitäler, welche nicht mit Vermittlungsstellen zusammenarbeiten, wurden in der Befragung nicht berücksichtigt. Deshalb können die Ergebnisse nicht ohne weiteres auf die Gesamtheit der Schweizer Spitäler übertragen werden: Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass der Anteil von interkulturell Übersetzenden, die über eine

Vermittlungsstelle angefordert werden, in unserem Sample signifikant höher ist als dies in Bezug auf die Gesamtheit der Schweizer Spitäler und Kliniken der Fall ist (Selektionsbias).

Angesichts des Tatbestands, dass interne Dolmetschende bereits in unserem, in Bezug auf die Art der eingesetzten Übersetzungshilfen «verzerrten» Sample einen Anteil von rund 30 Prozent am gesamten Übersetzungsvolumen halten, kann abgeschätzt werden, dass mit der statistischen Erfassung der Einsatzstunden der Vermittlungsstellen (vgl. Abschnitt 2.1) «nur» etwa die Hälfte der geleisteten Dolmetschstunden abgebildet wird.

Spitalinterne Erfassung der Einsatzstunden

Nur drei der befragten Expert/innen haben angegeben, dass die Einsätze von Dolmetschenden elektronisch, z.B. für administrative Zwecke, erfasst werden. Die Daten werden gemäss ihren Kenntnissen weder pro Patient/in noch nach Diagnosecode, Behandlungscode oder DRG erfasst. Es muss deshalb davon ausgegangen werden, dass in keinem Spital der Schweiz die Datenlage derart wäre, dass die Wirkung des Einsatzes von Dolmetschenden anhand spitalinterner, Patient/innen-bezogener Daten analysiert werden könnte.

Zeitpunkt des Entscheids, Dolmetschende einzusetzen

Tabelle 5 zeigt, mittels welcher Fragen Informationen zum Zeitpunkt des Entscheids, eine/n Dolmetschende/n einzusetzen, erhoben wurden.

Tabelle 5: Zeitpunkt des Entscheids, Dolmetschende einzusetzen

Welche der folgenden Aussagen trifft in Bezug auf den Zeitpunkt des Einsatzentscheides zu?		Anzahl Antworten (N=12)	Antworten in Prozent
<i>(Mehrfachantworten möglich)</i>			
Z1	Meistens wird bereits vor der 1. Konsultation entschieden, ob ein/e Dolmetschende eingesetzt wird, so dass schon von Beginn der Behandlung an ein/e Dolmetschende/r zur Verfügung steht.	10	83
Z2	Dolmetschende werden oft erst dann eingesetzt, wenn sich im Verlauf der Behandlung Verständigungsprobleme ergeben.	9	71
Z3	Dolmetschende werden oft erst dann eingesetzt, wenn sich im Verlauf der Behandlung medizinische Probleme ergeben oder wenn der Genesungsprozess nicht wie erwartet verläuft.	3	25

Legende: **Rote Schriftfarbe:** Gesundheitszustand beeinflusst den Einsatzentscheid; **Grüne Schriftfarbe:** Einsatzentscheid ist vom Gesundheitszustand unabhängig; **Orange Schriftfarbe:** Es ist eher davon auszugehen, dass die Einsatzwahrscheinlichkeit vom Gesundheitszustand abhängt.

Quelle: Expert/innenbefragung, N=12

In Bezug auf die Frage, ob der Gesundheitszustand einer allophonen Person die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass ein/e Dolmetscher/in eingesetzt wird, lässt sich Folgendes sagen:

■ **Frage Z1:** Die erste Aussage (Entscheid vor der ersten Konsultation) ist ein Indikator dafür, dass der Einsatzentscheid unabhängig vom Gesundheitszustand des Patienten bzw. der Patientin ist. Die grüne Schriftfarbe des Kürzels «Z1» verweist auf die Unabhängigkeit vom Gesundheitszustand.

■ **Frage Z2:** Die zweite Aussage (Einsatz, wenn sich im Verlauf der Behandlungen Verständigungsprobleme ergeben) indiziert eher, dass der Gesundheitszustand einer Person die Einsatzwahrscheinlichkeit beeinflusst. Dies deshalb, weil es bei vergleichsweise gesunden Patient/innen gar keinen oder nur einen sehr kurzen «Behandlungsverlauf» geben dürfte.

■ **Frage Z3:** Die dritte Aussage (Einsatz erst bei medizinischen Problemen und/oder unerwartetem Genesungsprozess) ist ein Indikator dafür, dass der Einsatzentscheid vom Gesundheitszustand abhängig ist. Die rote Schriftfarbe des Kürzels «Z3» verweist auf die Abhängigkeit vom Gesundheitszustand.

Gut vier Fünftel der Expert/innen haben angegeben, dass der Entscheid meistens bereits vor der ersten Konsultation gefällt wird (**Frage Z1**). Dies betrifft insbesondere die ambulanten Bereiche der Psychiatrie, Rheumatologie, Endokrinologie & Diabetologie, bei denen die Patient/innen durch Hausärzte oder Psychiater/innen zugewiesen werden. Diese informieren bereits in der Überweisung über die Sprachkenntnisse der Patient/innen. Bei ambulanten Diensten wie den Frauenkliniken, in der Romania bei der Médecine communautaire (Ambulatorium für Hausarztmedizin im Spital) oder bei Notfalldiensten kommen die Patient/innen direkt. Falls bereits im Rahmen der ersten Konsultation Verständigungsprobleme bestehen, wird für den zweiten Termin ein/e Dolmetscher/in organisiert. Entsprechend geben auch drei Viertel der Befragten an, dass sie Dolmetschende oft erst dann einsetzen, wenn sich im Verlauf der Behandlung Verständigungsprobleme ergeben (**Frage Z2**).

Drei Expert/innen, darunter zwei aus Frauenkliniken, haben angegeben, dass Dolmetschende teilweise auch erst dann eingesetzt werden, wenn sich im Verlauf der Behandlung medizinische Probleme ergeben oder wenn der Genesungsprozess nicht wie erwartet verläuft (**Frage Z3**). Bei der Geburtshilfe ist dies damit zu erklären, dass viele Routineuntersuchungen durchgeführt werden und die normale Entwicklung einer Schwangerschaft voraussehbar ist. Bei der Verständigung wird auf die Unterstützung von Familienangehörigen und Bekannten gezählt. Wichtige Informationen liegen übersetzt in verschiedenen Sprachen vor. In der einen Frauenklinik arbeiten Hebammen, welche speziell für die Betreuung von Migrantinnen in bestimmten Sprachen zuständig sind. Bei einer Klinik aus einem der anderen Fachbereiche wird Dolmetschen hauptsächlich bei dringenden Fällen und schweren Krankheiten eingesetzt.

Kriterien für den Einsatz von Dolmetschenden

Tabelle 6 zeigt, mittels welcher Fragen Informationen zu den Kriterien erhoben wurden, gemäss denen entschieden wird, ob ein/e Dolmetscher/in eingesetzt wird.

Tabelle 6: Kriterien für den Einsatz von Dolmetschenden

Welche der folgenden Aussagen treffen bei Ihnen in Bezug auf den Entscheid zu, ob ein/e Dolmetschende/r eingesetzt wird?		Anzahl Antworten (N=12)	Antworten in Prozent
<i>(Mehrfachantworten möglich)</i>			
K1	Der Einsatzentscheid hängt nur davon ab, ob eine Verständigung unsicher oder nicht möglich ist. Andere Faktoren (z.B. Schweregrad der Krankheit) spielen für den Einsatzentscheid keine Rolle.	10	83
K2	Der Einsatzentscheid hängt auch vom Gesundheitszustand des/der betroffenen PatientIn ab: Bei schwer kranken PatientInnen werden häufiger Dolmetschende eingesetzt.	2	17
K3	Ob Dolmetschende eingesetzt werden, hängt auch davon ab, ob der/die betroffene PatientIn eine ihnen bekannte Person (z.B. Familienangehörige) zum Übersetzen mitbringen können.	7	58
K4	Beim Einsatzentscheid spielen auch Budgetrestriktionen (z.B. begrenztes Budget für Dolmetschen) eine Rolle.	1	8
K5	Ob Dolmetschende eingesetzt werden, hängt auch von der Person ab, die entscheidet, ob ein/e Dolmetschende/r eingesetzt wird (Sensibilität für Verständigungsprobleme bzw. für Dolmetschen).	1	8

Legende: **Rote Schriftfarbe:** Gesundheitszustand beeinflusst den Einsatzentscheid; **Grüne Schriftfarbe:** Einsatzentscheid ist vom Gesundheitszustand (eher) unabhängig
 Quelle: Expert/innenbefragung, N=12

In Bezug auf die Frage, ob der Gesundheitszustand eines/r allophonen Patient/in die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass ein/e Dolmetscher/in eingesetzt wird, lässt sich Folgendes sagen:

- **Frage K1:** Diese Aussage (Sprachkenntnisse der Patient/innen als alleiniges Einsatzkriterium) ist trivialerweise ein Indikator dafür, dass der Gesundheitszustand des Patienten bzw. der Patientin für den Einsatzentscheid unerheblich ist.
- **Frage K2:** Diese Aussage (Abhängigkeit vom Gesundheitszustand) ist trivialerweise ein Indikator dafür, dass der Gesundheitszustand des/r Patienten/in den Einsatzentscheid beeinflusst.
- **Frage K3:** Diese Aussage (Möglichkeit der Patient/innen, Angehörige zum Übersetzen mitzubringen) ist eher ein Indikator dafür, dass der Einsatz von Dolmetschenden zufällig ist, sodass der Gesundheitszustand den Einsatzentscheid nicht systematisch beeinflusst.
- **Frage K4:** Wenn der Einsatzentscheid von ökonomischen Restriktionen abhängt, ist davon auszugehen, dass (kostenwirksames) Dolmetschen vor allem in Fällen eingesetzt wird, bei welchen es «um viel geht». Ökonomische Restriktionen dürften deshalb dazu führen, dass bei vergleichsweise kranken Patient/innen häufiger Dolmetschende eingesetzt werden als bei vergleichsweise gesunden Patient/innen.
- **Frage K5:** Wenn der Entscheid auch davon abhängt, welche Gesundheitsfachperson entscheidet, ist der Einsatzentscheid in gewisser Weise zufällig – die entscheidende Gesundheitsfachperson fungiert sozusagen als Zufallsgenerator in Bezug auf den Einsatzentscheid.

Tabelle 6 können die Ergebnisse der Expert/innenbefragung entnommen werden. Sie macht deutlich, dass gut vier Fünftel der Expert/innen angegeben haben, dass für den Einsatzentscheid die sprachliche Verständigung prioritär sei und dass andere Faktoren wie der Schweregrad der Krankheit keine Rolle spielen (Frage K1). Bei etwas mehr als der Hälfte ist der Einsatz von Dolmetschenden auch abhängig davon, ob der/die betroffene Patient/in eine ihnen bekannte Person (z.B. Familienangehörige) zum Übersetzen mitbringen kann (Frage K3). Allerdings haben mehrere Expert/innen darauf hingewiesen, dass beim Übersetzen von Bekannten der Patient/innen Vorsicht geboten ist, da diese sel-

ber auch eine Ursache von Problemen sein können. Darüber hinaus seien Laien in Zusammenhang mit medizinischen Fachbegriffen oft überfordert. In einer der befragten Kliniken, bei der auch Budgetrestriktionen eine Rolle spielen, werden vermehrt Spitalmitarbeiter/innen mit Fremdsprachenkenntnissen als externe Dolmetschende eingesetzt. Solche decken gemäss Auskunft der befragten Person etwa die Hälfte des gesamten Bedarfs an Dolmetschleistungen ab.

Jede der befragten Abteilungen wurde auf der Basis der Antworten zu den Fragen Z1-Z3 sowie K1-K5 in Bezug auf die Frage bewertet, ob die Wahrscheinlichkeit des Einsatzes von Dolmetschenden vom Gesundheitszustand der allophonen Patient/innen abhängt:

- Bei einem Viertel der befragten Stellen stehen die Schwere der Krankheit (K2) und/oder ökonomische Restriktionen (K4) als Einsatzkriterium für Dolmetschende im Vordergrund.
- Bei drei Vierteln der befragten Stellen ist der ausschlaggebende Faktor hingegen die sprachliche Verständigung.

Schlussfolgerung in Hinblick auf die Wirkungsanalyse auf Basis der GMM II Daten

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass aufgrund der Ergebnisse der Expert/innenbefragung davon ausgegangen werden muss, dass bei allophonen Personen mit einem vergleichsweise schlechten Gesundheitszustand eine etwas erhöhte Wahrscheinlichkeit besteht, dass Dolmetschende zum Einsatz gelangen. Bei Spitälern ohne Zusammenarbeit mit Vermittlungsstellen kann zudem davon ausgegangen werden, dass Dolmetschende durch das Fachpersonal in erster Linie bei schweren Krankheiten und bei medizinischen Eingriffen von grosser Tragweite beigezogen werden. Unabhängig von der Wirkung des Dolmetschens auf den Gesundheitszustand ist deshalb davon auszugehen, dass in der Gruppe allophoner Personen, bei denen Dolmetschende eingesetzt wurden, der Anteil von Personen mit einem schlechten Gesundheitszustand höher ist als in der Gruppe allophoner Personen, bei denen keine Dolmetschende eingesetzt wurden. Die Ergebnisse der Expert/innenbefragung legen allerdings den Schluss nahe, dass dieser «Selektionsbias» nicht sehr ausgeprägt sein sollte, was im Widerspruch zu den Ergebnissen unserer empirischen Analyse der GMM II Daten steht: In den GMM II Daten konnten wir einen stark ausgeprägten Selektionsbias dahingehend identifizieren, dass der Gesundheitszustand allophoner Spitalaufenthalter/innen, bei denen Dolmetschende eingesetzt werden, deutlich schlechter ist als derjenige allophoner Spitalaufenthalter, bei denen keine Dolmetschende eingesetzt werden (vgl. Abschnitt 4.2). Wir erklären uns diesen scheinbaren Widerspruch folgendermassen: Zwar sind die befragten Schweizer Spitäler und Kliniken bemüht, den Entscheid, ob Dolmetschende eingesetzt werden, einzig vom Faktum abhängig zu machen, ob eine Verständigung mit dem Patienten bzw. der Patientin möglich ist. Ganz offenbar gibt es jedoch Selektionsmechanismen, die sich der Steuerung der Gesundheitsfachpersonen der Spitäler und Kliniken entziehen. Einen solchen Selektionsmechanismus, der von den Gesundheitsfachpersonen kaum bemerkt wird, haben wir anhand des Indikators Z2 (vgl. Tabelle 5) bereits erörtert: Aus der Befragung der Spitäler geht hervor, dass es relativ oft vorkommt, dass Dolmetschende erst dann eingesetzt werden, wenn sich im Verlauf der Behandlung Verständigungsprobleme ergeben. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass es vor allem Personen mit einem vergleichsweise schlechten Gesundheitszustand sind, die im Rahmen einer Behandlung mehrmals zu Konsultationszwecken ins Spital gehen müssen. Damit erhöht sich für Personen mit einem vergleichsweise schlechten Gesundheitszustand die Wahrscheinlichkeit, dass im Rahmen ihrer Behandlung Dolmetschende eingesetzt werden.

4 Quasiexperiment: Analyse der Wirkung des Dolmetschens

4.1 Die Untersuchungsstichprobe

Tabelle 7: Die Untersuchungsstichprobe, die dem Quasiexperiment zugrunde liegt

Personengruppe	Anzahl Personen
GMM II Ausländer/innen (=Stichprobe GMM II)	3'018
Ausländer/innen, die seit weniger als 2 Jahre in der Schweiz sind	719
S' Nicht-Spitalaufenthalter/innen: Ausländer/innen, die seit 2 oder mehr Jahren in der Schweiz sind und die nie in einem Spital oder in einer Klinik waren	618
S Spitalaufenthalter/innen: Ausländer/innen, die seit 2 oder mehr Jahren in der Schweiz sind und mindestens einmal im Spital waren	1'681
A Allophone Spitalaufenthalter/innen (Untersuchungsstichprobe)	464
E Experimentalgruppe: Personen mit Dolmetschen	158
E[ikÜ] Personen der Experimentalgruppe, bei welchen externe Dolmetschende, d.h. interkulturell Übersetzende, eingesetzt wurden	90
E[intern] Personen der Experimentalgruppe, bei welchen Spitalmitarbeitende (mit einem Gesundheitsberuf) als Dolmetschende eingesetzt wurden	68
K Kontrollgruppe: Personen ohne Dolmetschen	306
A' Nicht-Allophone Spitalaufenthalter/innen	1'217

Quelle: GMM II, eigene Berechnungen, Darstellung BASS

Alle nachfolgend erwähnten Zahlen sind in **Tabelle 7** im Überblick dargestellt.

Im Rahmen des GMM II wurden insgesamt 3'018 Ausländer/innen befragt (**Stichprobe GMM II**). Unter diesen 3'018 Personen befinden sich 719 Personen, die seit weniger als zwei Jahren in der Schweiz sind. Diese Personen sind in Zusammenhang mit unserem Forschungsgegenstand nicht von Interesse, da davon auszugehen ist, dass die Wirkung des Einsatzes von Dolmetschenden – insbesondere die Wirkung auf den Gesundheitszustand – nicht unmittelbar einsetzt. Es verbleiben 2'299 Personen, die seit mindestens 2 Jahren in der Schweiz leben. Unter diesen finden sich 618 Personen, die seit ihrer Immigration in die Schweiz nie in einem Schweizer Spital oder in einer Schweizer Klinik waren. Auch diese 618 Personen interessieren uns nicht, da sich bei diesen die Frage der Verständigung mit Gesundheitsfachpersonen gar nie stellte. Es verbleiben 1'681 Personen, die:

- im Rahmen des GMM II befragt wurden,
- seit mindestens zwei Jahren in der Schweiz leben und die
- sich seit ihrer Immigration mindestens einmal ambulant oder stationär in einem Schweizer Spital oder in einer Schweizer Klinik aufgehalten haben¹⁹.

Diese 1'681 Personen bilden die Gruppe der **«Spitalaufenthalter/innen» (S)**: Sie hatten im Rahmen der GMM II Befragung die Fragen des Spezialmoduls «Dolmetschen» zu beantworten. Ihnen wurden im Rahmen dieses Moduls Fragen zu den aktiven und passiven Sprachkenntnissen zum Zeitpunkt des ersten Spitalbesuchs gestellt, sodass die Gruppe der Spitalaufenthalter/innen S in zwei Subgruppen aufgeteilt werden konnte:

¹⁹ Spitalaufenthalte wurden derart definiert, dass einmalige Besuche von Notfallstationen, die zu keinen weiteren Konsultationen bzw. Behandlungen in einem Spital geführt haben, nicht als Spitalaufenthalt gelten. Personen mit derartigen Kontakten mit Notfallstationen haben also nicht Eingang in die Untersuchungsstichprobe gefunden.

■ **Allophone Spitalaufenthalter/innen (A) (Untersuchungsstichprobe):** 464 Personen, die zum Zeitpunkt ihres ersten Spitalbesuchs allophon waren. Diese Personengruppe bezeichnen wir mit A, wobei das «A» auf die Eigenschaft der Allophonie verweist. Die Personengruppe A stellt die Untersuchungsstichprobe dar, die dem Quasiexperiment zugrunde liegt.

■ **Nicht-allophone Spitalaufenthalter/innen (A')**: 1'217 Personen der Untersuchungsstichprobe, die zum Zeitpunkt ihres ersten Spitalbesuchs nicht allophon waren. Diese Personengruppe bezeichnen wir mit A', wobei das Apostroph darauf verweist, dass es sich um Personen handelt, die zum Zeitpunkt ihres ersten Spitalbesuchs *nicht* allophon waren.

Die Personen der Untersuchungsstichprobe wurden im Rahmen des Spezialmoduls «Dolmetschen» darüber hinaus dazu befragt, ob während ihren (ambulanten und/oder stationären) Spitalaufenthalten Dolmetschende²⁰ eingesetzt wurde. Damit konnten die 464 allophonen Spitalaufenthalter/innen der Experimental- bzw. Kontrollgruppe zugeordnet werden:

■ **Experimentalgruppe (E):** Die Experimentalgruppe besteht aus denjenigen **158 allophonen Spitalaufenthalter/innen**, bei welchen Dolmetschende eingesetzt wurden.

■ **Kontrollgruppe (K):** Die Kontrollgruppe besteht aus den restlichen **306 allophonen Spitalaufenthalter/innen**, bei denen während ihrer Spitalaufenthalte keine Dolmetschenden eingesetzt wurden. Es ist hervorzuheben, dass die Kontrollgruppe auch Personen enthält, bei denen Ad-hoc-Dolmetschende (im Sinne von Angehörigen oder im Sinne von Spitalmitarbeitenden, die einen nicht-medizinischen Beruf ausüben) enthält.

Diejenigen Personen der Untersuchungsstichprobe, die angegeben haben, dass während ihrer Spitalaufenthalte Übersetzende eingesetzt wurden, wurden überdies nach der Art der übersetzenden Personen befragt. Dadurch war es möglich, die Experimentalgruppe weiter in zwei Personengruppen aufzuteilen:

■ **Personengruppe E[ikÜ]:** Diese Personengruppe umfasst diejenigen 90 Personen der Experimentalgruppe, bei denen interkulturelle Übersetzende (ikÜ) als Dolmetschende eingesetzt wurden. Wir bezeichnen diese Gruppe mit E[ikÜ].

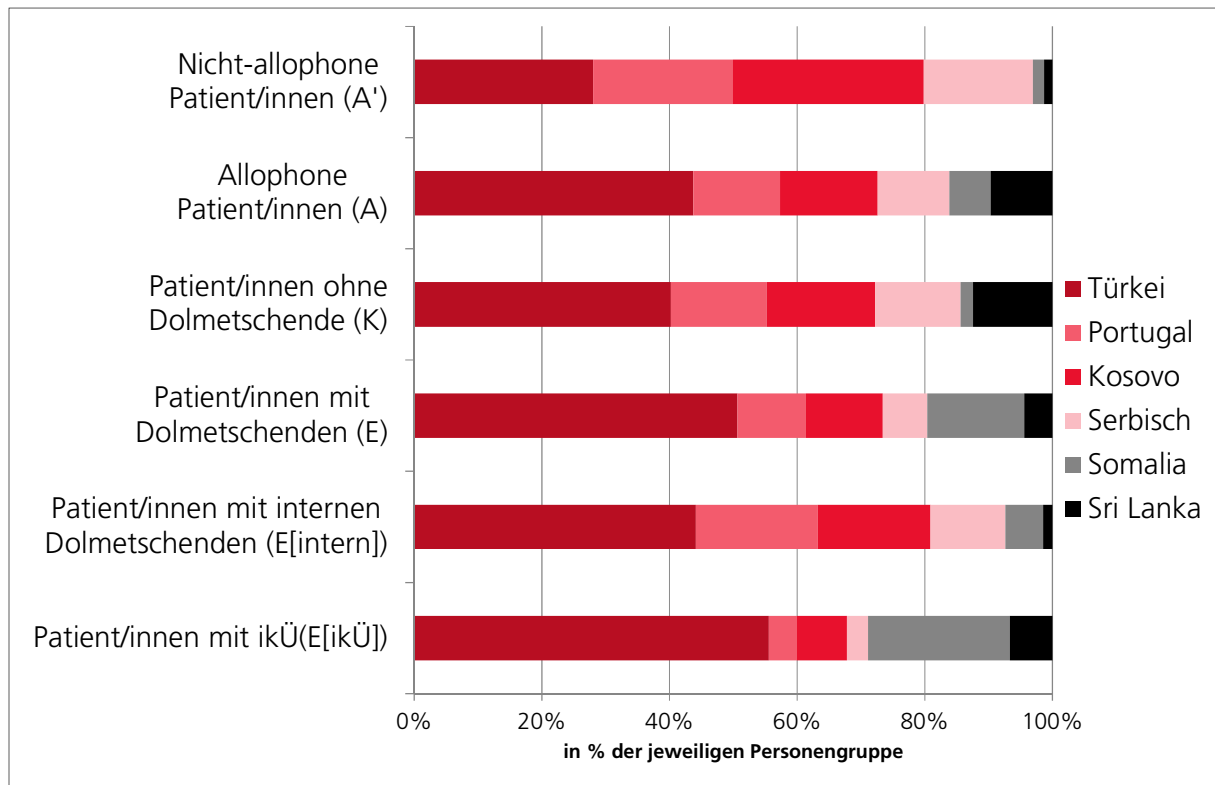
■ **Personengruppe E[intern]:** Diese Personengruppe umfasst die restlichen 68 Personen der Experimentalgruppe, bei welchen Spitalmitarbeitende mit Fremdsprachenkenntnissen und einem Gesundheitsberuf als Dolmetschende eingesetzt wurden. Diese Personengruppe bezeichnen wir mit E[intern], wobei «intern» darauf verweist, dass spitalinterne Dolmetschende eingesetzt wurden.

Wir bereits einleitend ausgeführt, besteht die **Idee des Quasiexperiments** im Wesentlichen darin, die Experimentalgruppe mit der Kontrollgruppe in Bezug auf Eigenschaften (z.B. Gesundheitszustand) zu vergleichen, die durch den Einsatz von Dolmetschenden allenfalls beeinflusst werden (→ Wirkung des Einsatzes von Dolmetschenden). Ein Vergleich der beiden Personengruppen E[ikÜ] und E[intern] kann darüber hinaus Aufschluss darüber geben, ob es eine Rolle spielt, ob externe oder aber interne Dolmetschende eingesetzt werden.

Abbildung 7 zeigt die Zusammensetzung der verschiedenen oben definierten Personengruppen nach Herkunftsland. Sie macht deutlich, dass die Experimentalgruppe (E) und die Kontrollgruppe (K) in Bezug auf die Zusammensetzung nach Herkunftsland ähnlich sind.

²⁰ Wie wir einleitend darauf hingewiesen haben, verstehen wir unter «Dolmetschenden» interkulturell Übersetzende und Spitalmitarbeitende mit einem Gesundheitsberuf, die gelegentlich als Übersetzende eingesetzt werden. Unqualifiziert Dolmetschende im Sinne von Angehörigen und im Sinne von Spitalmitarbeitenden, die einen nicht-medizinischen Beruf ausüben, fallen **nicht** unter den Begriff von «Dolmetschenden».

Abbildung 7: Zusammensetzung der Untersuchungsstichprobe nach Herkunftsland



Abkürzungen der Personengruppen: vgl. Tabelle 7

Quelle: GMM II, Zusatzmodul «Dolmetschen»; Basis: Fallzahlen (ungewichtet); eigene Berechnungen

4.2 Bei wem werden Dolmetschende eingesetzt?

Die Analyse der Daten hat in Bezug auf die Frage, bei welchen Personen Dolmetschende (interkulturell Übersetzende oder spitalinterne Mitarbeiter/innen mit Sprachkenntnissen, die einen Gesundheitsberuf ausüben) eingesetzt werden, zu folgenden Ergebnissen geführt:

Bedeutung des Zeitpunkts des Spitalbesuchs

Bei allophonen Personen, die in den letzten 12 Monaten ein Spital besucht haben, ist die Wahrscheinlichkeit, dass Dolmetschende eingesetzt werden, höher als bei allophonen Personen, deren letzter Spitalbesuch weiter zurückliegt. **Tabelle 8** zeigt, dass die entsprechenden Wahrscheinlichkeiten 49.5 Prozent (Personen mit einem Spitalbesuch in den letzten 12 Monaten) bzw. 29.2 Prozent (kein Spitalbesuch in den letzten 12 Monaten) betragen. Wir interpretieren diesen Sachverhalt als empirisches Indiz dafür, dass der Einsatz von Dolmetschenden im Schweizer Gesundheitswesen in den letzten Jahren intensiviert wurde. **Tabelle 8** zeigt darüber hinaus, dass es in den letzten Jahren eine Verschiebung von spitalinternen Dolmetschenden hin zu externen Dolmetschenden, d.h. interkulturell Übersetzenden gegeben hat: Die Wahrscheinlichkeit des Einsatzes von interkulturell Übersetzenden beträgt bei Personen, die in den letzten 12 Monaten im Spital waren und bei denen Dolmetschende eingesetzt wurden 49.7 Prozent. Bei Personen, die vorher im Spital waren, betrug diese Wahrscheinlichkeit hingegen «nur» 37.3 Prozent. Dieser Tatbestand ist konsistent mit dem Wachstum des Einsatzvolumens der vom BFM subventionierten Vermittlungsstellen (vgl. Abschnitt 2.1). **Tabelle 8** indiziert schliesslich, dass die vom BFM subventionierten Vermittlungsstellen auch in der Gegenwart «nur» etwa die Hälfte des gesamten Volumens qualifizierten Dolmetschens im Schweizer Gesund-

heitswesen abbildet bzw. dass das Volumen qualifizierten Dolmetschens, das nicht über die vom BFM subventionierten Vermittlungsstellen läuft, beträchtlich ist.

Tabelle 8: Wahrscheinlichkeit, dass Dolmetschen und interkulturell Übersetzende eingesetzt werden

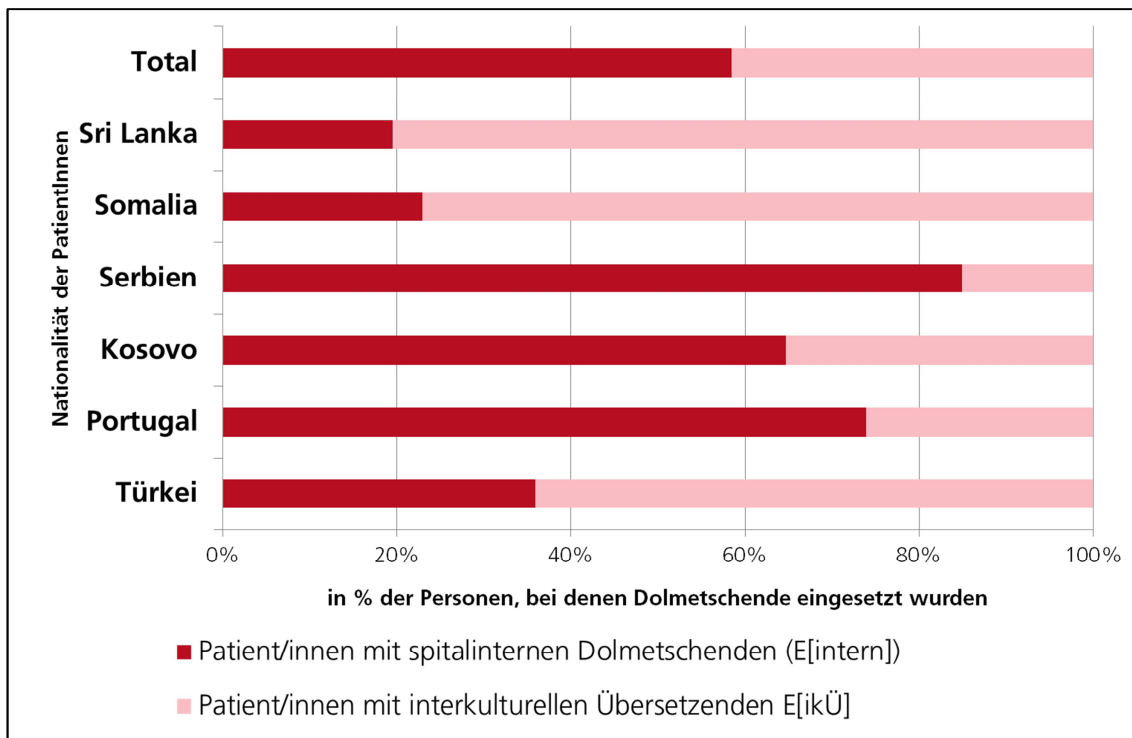
	Allophone Personen, die in den letzten 12 Monaten im Spital waren	Allophone Personen, die vorher im Spital waren
Wahrscheinlichkeit des Einsatzes von Dolmetschenden	49.5%	29.2%
Wahrscheinlichkeit des Einsatzes von ikÜ	49.7%	37.3%

Quelle: GMM II, Spezialmodul «Dolmetschen»; Basis: Gewichtete Daten; eigene Berechnungen

Bedeutung der Sprache

Ob interkulturell Übersetzende oder aber spitalinterne Dolmetschende (mit einem Gesundheitsberuf) eingesetzt werden, hängt stark von der Sprache ab. **Abbildung 8** zeigt, dass bei allophonen Personen aus Sri Lanka und Somalia vergleichsweise häufig, bei Personen aus Portugal und dem ehemaligen Jugoslawien vergleichsweise selten externe Dolmetschende eingesetzt werden. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass es in den Schweizer Spitälern und Kliniken mehr Spitalmitarbeitende aus Portugal und aus dem ehemaligen Jugoslawien gibt als solche aus Sri Lanka und Somalia.

Abbildung 8: Interkulturell Übersetzende oder spitalinterne Dolmetschende?



Quelle: GMM II, Spezialmodul «Dolmetschen»; Basis: Gewichtete Daten; eigene Berechnungen

Bedeutung des Geschlechts

■ Der Anteil allophoner Personen ist bei den Frauen mit 28 Prozent höher als bei den Männern mit 20 Prozent. Dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass die Erwerbsquote bei den ausländischen Männern höher ist als bei den ausländischen Frauen.

■ Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen beträgt der Anteil der Personen, bei denen Dolmetschende eingesetzt werden, rund ein Drittel. Bezüglich des Einsatzes von Dolmetschenden im Gesundheitswesen lässt sich also keine Geschlechterdiskriminierung erkennen.

■ Bei der Hälfte der Männer, bei welchen Dolmetschende eingesetzt wurden, handelte es sich bei den Dolmetschenden um externe, d.h. um interkulturell Übersetzende. Bei den Frauen beträgt dieser Anteil nur 34 Prozent: Bei den Männern werden also häufiger interkulturell Übersetzende eingesetzt als bei Frauen. Allenfalls hängt dies damit zusammen, dass es gemäss unseren Informationen Frauenkliniken gibt, in denen gezielt mehrsprachige Hebammen angestellt werden, die speziell für die Betreuung von Migrantinnen zuständig sind.

Tabelle 9: Die Bedeutung des Geschlechts

	Frauen	Männer	Total
Basis: Spitalaufenthalter/innen (S)	100%	100%	100%
davon allophon (A)	28%	20%	24%
davon mit Dolmetschen (E)	33%	34%	33%
davon mit ikÜ	34%	51%	42%
davon mit internen Dolmetschenden	66%	49%	58%

Quelle: GMM II, Spezialmodul «Dolmetschen»; Basis: Gewichtete Daten; eigene Berechnungen

Bedeutung der Gesundheitskompetenz

Im Rahmen von GMM II hatten die Befragten acht binäre (richtig/falsch) Wissensfragen im Bereich «Gesundheit» zu beantworten. Auf Basis dieser Fragen konnte ein Indikator zur Gesundheitskompetenz gebildet werden, der Werte zwischen 0 (keine richtige Antwort) und 8 (alle Antworten korrekt) annehmen kann. Die Kontrollgruppe weist mit einem Durchschnittswert von 3.12 einen deutlich besseren Wert auf als die Experimentalgruppe mit 2.7. Deshalb kann festgehalten werden, dass Dolmetschende verstärkt bei allophonen Personen mit einer schlechten Gesundheitskompetenz eingesetzt werden.

Bedeutung des Gesundheitszustand

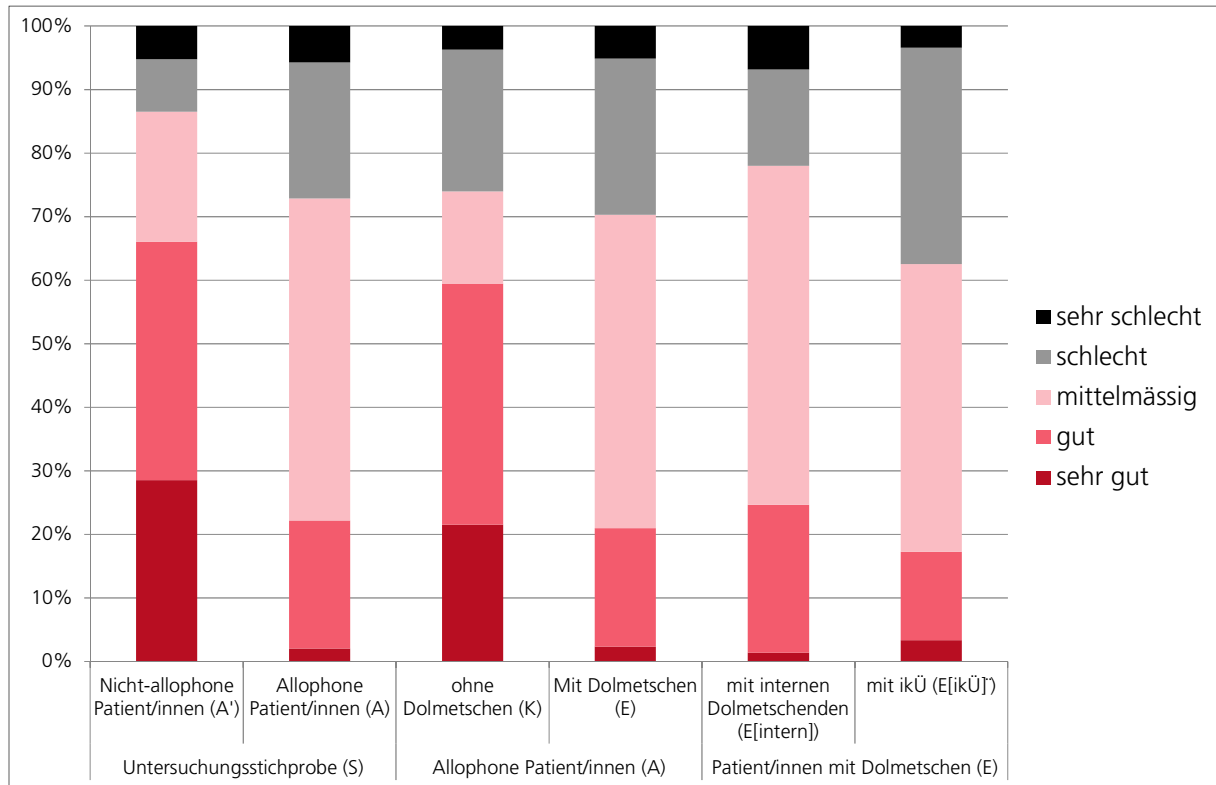
Abbildung 9 zeigt den im Rahmen von GMM II erhobenen subjektiven Gesundheitszustand von Personen, die **während den letzten 12 Monaten** ambulant oder stationär in einem Spital behandelt wurden. Die Abbildung macht Folgendes deutlich:

■ Der Gesundheitszustand von allophonen Personen (A) ist deutlich schlechter als der Gesundheitszustand von nicht-allophonen Personen (A').

■ Der Gesundheitszustand von allophonen Personen mit Dolmetschen (Experimentalgruppe) ist deutlich schlechter als der Gesundheitszustand von allophonen Personen ohne Dolmetschen (Kontrollgruppe). Dieser Sachverhalt kann zum einen als empirischer Beleg dafür interpretiert werden, dass der Entscheid, ob Dolmetschende eingesetzt werden, vom Gesundheitszustand des/r betreffenden allophonen Patienten/in abhängt. Zum anderen ist dieser Sachverhalt konsistent mit den Ergebnissen der Expert/innen-befragung (vgl. Abschnitt 3.2), die gezeigt hat, dass allophone Personen mit einem vergleichsweise schlechten Gesundheitszustand eine erhöhte Wahrscheinlichkeit haben, in den Genuss von Dolmetschenden zu kommen.

■ Der Gesundheitszustand von allophonen Personen, bei welchen interkulturell Übersetzende eingesetzt wurden, unterscheidet sich nicht wesentlich vom Gesundheitszustand allophoner Personen, bei welchen spitalinterne Dolmetschende eingesetzt wurden.

Abbildung 9: Gesundheitszustand von Personen, die während den letzten 12 Monaten ambulant oder stationär in einem Spital oder in einer Klinik waren



Abkürzungen der Personengruppen: vgl. Tabelle 7
Quelle: GMM II, eigene Berechnungen, Darstellung BASS

4.3 Zusammenhang mit dem Vorsorgeverhalten

Im Rahmen des GMM II wurden die an der Befragung teilnehmenden Personen gefragt, ob sie sich schon einmal einer der nachfolgenden vier Vorsorgeuntersuchungen unterzogen haben:

- Prostata-Untersuchung (nur Männer)
- Mammographie (nur Frauen)
- Stuhluntersuchung
- Darmspiegelung

Abbildung 10 zeigt den Anteil der Personen, die sich diesen Vorsorgeuntersuchungen unterzogen haben – für die verschiedenen definierten Personengruppen (vgl. Tabelle 7). Sie macht deutlich, dass der Anteil der Personen, die sich einer Mammographie oder einer Stuhluntersuchung unterziehen, in der Experimentalgruppe deutlich höher ist als dies in der Kontrollgruppe (allophone Spitalaufenthalter/innen, bei denen keine Dolmetschende eingesetzt wurden) der Fall ist. Darüber hinaus ist der Anteil der Personen, die eine Vorsorgeuntersuchung gemacht haben, in der Gruppe der Personen, bei welchen externe Dolmetschende eingesetzt wurden, tendenziell höher als in der Gruppe der Personen, bei welchen interne Dolmetschende eingesetzt wurden – dies gilt insbesondere in Bezug auf die Mammographie.

Abbildung 10 zeigt jedoch auch, dass der Anteil der Personen, die sich einer Mammographie, einer Prostata-Untersuchung und einer Stuhluntersuchung unterzogen haben, bei den allophonen Personen (A) grundsätzlich höher ist als bei den nicht-allophonen Personen (A').

Vor dem Hintergrund dieser Beobachtungen lassen sich unseres Erachtens die folgenden Schlussfolgerungen ziehen:

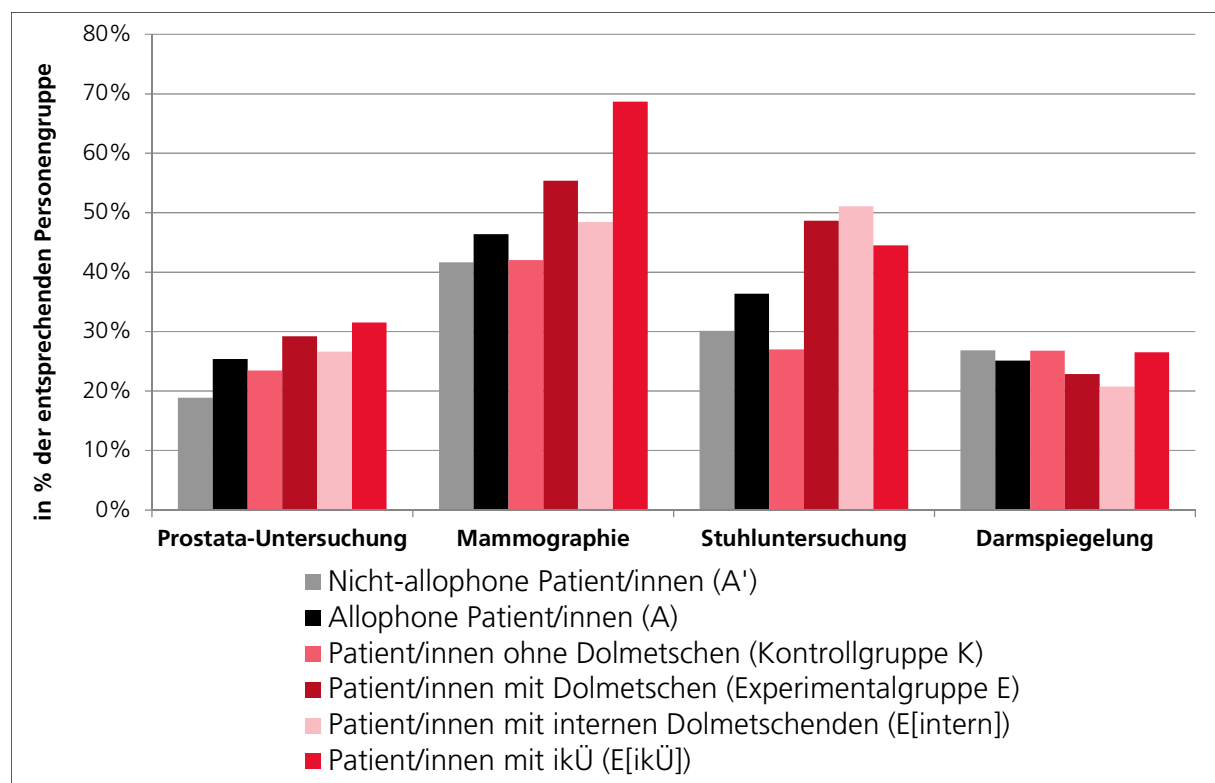
■ Je schlechter der Gesundheitszustand einer Personengruppe, desto höher ist tendenziell der Anteil der Personen in dieser Gruppe, die sich Vorsorgeuntersuchungen unterziehen. Dies erscheint uns plausibel: Je schlechter der Gesundheitszustand einer Person, desto höher ist unter sonst gleichen Bedingungen die Häufigkeit von Kontakten mit Gesundheitsfachpersonen, wodurch die Wahrscheinlichkeit steigt, sich einer Vorsorgeuntersuchung zu unterziehen. Aus diesem Grund ist es schwierig, die Wirkung des Einsatzes des Dolmetschens auf das Vorsorgeverhalten zu identifizieren.

■ In Bezug auf die Mammographie und die Stuhluntersuchung indizieren die empirischen Daten, dass sich der Einsatz von Dolmetschenden positiv auf das Vorsorgeverhalten auswirkt. In Bezug auf die Prostata-Untersuchung und die Darmspiegelung ist unseres Erachtens in den empirischen Daten keine Wirkung auf das Vorsorgeverhalten erkennbar.

Abbildung 10: Wirkung des Dolmetschens auf das Vorsorgeverhalten

Abkürzungen der Personengruppen: vgl. Tabelle 7

Quelle: GMM II, SBG 2007, eigene Berechnungen, Darstellung BASS



4.4 Wirkung auf den Gesundheitszustand

Abbildung 9 hat gezeigt, dass ein schlechter Gesundheitszustand mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit des Einsatzes von Dolmetschenden einhergeht. Die Wirkung des Einsatzes von Dolmetschenden auf den Gesundheitszustand lässt sich aufgrund der Selektionsverzerrung deshalb nicht nachweisen, indem der Gesundheitszustand von allophonen Personen mit Dolmetschen (Experimentalgruppe) mit demjenigen von allophonen Personen ohne Dolmetschen (Kontrollgruppe) verglichen wird.

Es ist deshalb zielführend, die Wirkung des Einsatzes von Dolmetschenden nicht anhand des Gesundheitszustand in der Gegenwart (Zeitpunkt der GMM II Befragung), sondern in Bezug auf die **Veränderung des Gesundheitszustands** zwischen dem ersten Spitalbesuch und der Gegenwart (Zeitpunkt der GMM II Befragung) zu analysieren.

Diese Idee kann in einfacher Form folgendermassen expliziert werden:

- In einem ersten Schritt vergleichen wir den Gesundheitszustand aller Personen der Kontrollgruppe zum Zeitpunkt des ersten Spitalbesuchs mit dem Gesundheitszustand derselben in der Gegenwart (Zeitpunkt der GMM II Befragung). Damit kennen wir die (prozentuale) Veränderung des Gesundheitszustands in der Kontrollgruppe.
- In einem zweiten Schritt führen wir das gleiche Prozedere für die Experimentalgruppe, d.h. für die Personen mit Dolmetschen, durch.
- In einem dritten Schritt vergleichen wir die Veränderung des Gesundheitszustands in der Kontrollgruppe mit der Veränderung des Gesundheitszustands in der Experimentalgruppe und behaupten: Wenn die Veränderung des Gesundheitszustands in der Experimentalgruppe von der Veränderung des Gesundheitszustands in der Kontrollgruppe abweicht, dann ist diese Abweichung auf den Einsatz von Dolmetschenden zurückzuführen.

Diesem Konzept ist ein praktisches Problem inhärent, für das wir allerdings eine Lösung gefunden haben: Wir kennen den Gesundheitszustand der allophonen Personen zum Zeitpunkt ihres ersten Spitalbesuchs nicht, da dieser im Rahmen der GMM II Befragung nicht erhoben wurde. Wir kennen nur den Gesundheitszustand in der Gegenwart, d.h. zum Zeitpunkt der GMM II Befragung.

Wir sind deshalb gezwungen, den Gesundheitszustand der allophonen Personen zum Zeitpunkt des ersten Spitalbesuchs zu schätzen. Dabei gehen wir folgendermassen vor: Wir betrachten nur diejenigen Personen, die während den letzten 12 Monaten weder ambulant noch stationär in einem Spital behandelt wurden. Aus dem GMM II kennen wir den Gesundheitszustand dieser Personen in der Gegenwart (Zeitpunkt der GMM II Befragung). Als Schätzer für den Gesundheitszustand dieser Personen zum Zeitpunkt des ersten Spitalbesuchs verwenden wir den Gesundheitszustand derjenigen Personen, die während den letzten 12 Monaten ambulant und/oder stationär in einem Spital behandelt wurden. In einem letzten Schritt schauen wir, wie sich der Gesundheitszustand in der Experimentalgruppe im Vergleich zum Gesundheitszustand in der Kontrollgruppe verändert hat.

Das Ergebnis dieses Vergleichs ist in **Abbildung 11** dargestellt²¹. Die Abbildung zeigt Folgendes²²:

- Der Anteil der Personen mit einem guten oder sehr guten Zustand hat in der Kontrollgruppe seit dem ersten Spitalbesuch von 60 Prozentpunkten auf 70 Prozentpunkte, also «nur gerade» um 16 Prozent zugenommen. Der gleiche Anteil hat in der Experimentalgruppe von 20 Prozentpunkten auf 46 Prozentpunkte zugenommen, er hat sich also mehr als verdoppelt. Dieser Sachverhalt ist unseres Erachtens überraschend, da aufgrund des Selektionsbias davon auszugehen ist, dass die Personen der Kontrollgruppe mit einem z.B. mittelmässigen Ausgangs-Gesundheitszustand durchschnittlich einen besseren Ausgangs-Gesundheitszustand haben als Personen der Experimentalgruppe mit

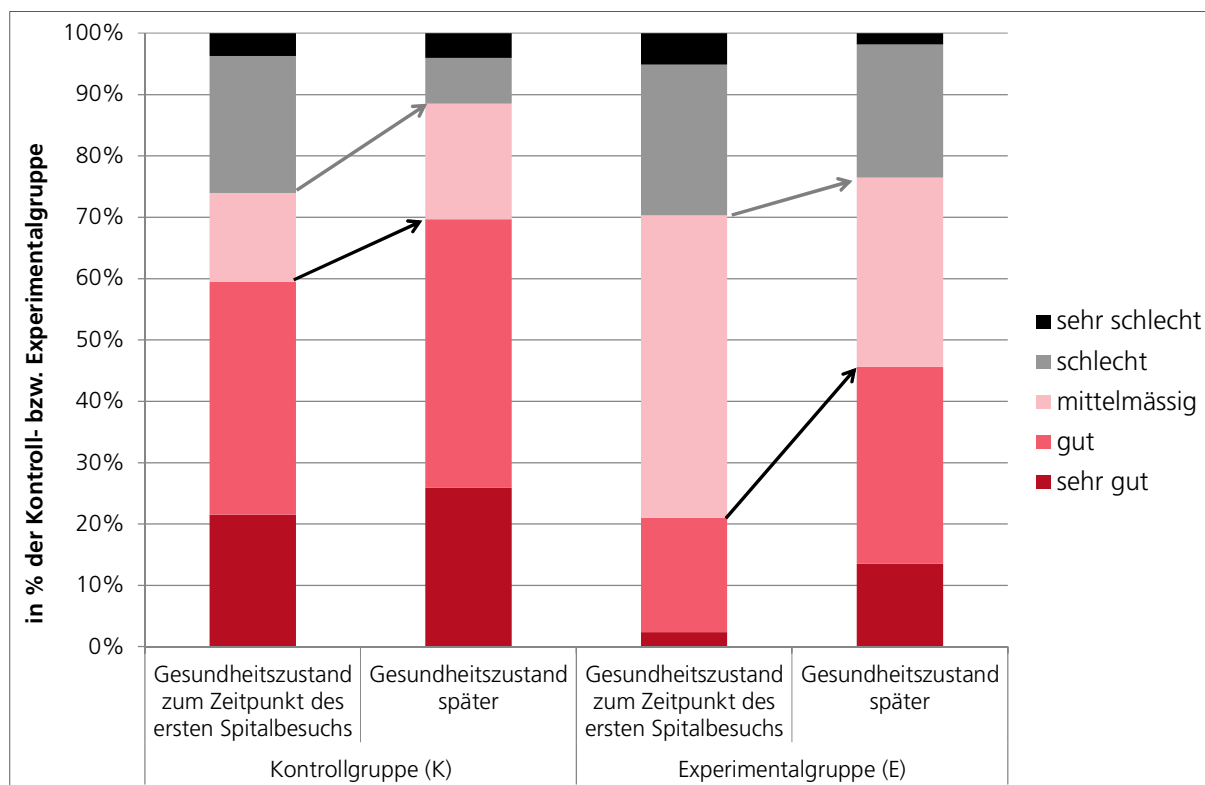
²¹ Es ist zu beachten, dass die Beschriftung der horizontalen Achse in Abbildung 11 streng genommen falsch ist. Der «Gesundheitszustand zum Zeitpunkt des ersten Spitalbesuchs» ist eigentlich der Gesundheitszustand der Personen, die während den letzten 12 Monaten im Spital waren. Der «Gesundheitszustand später» hingegen der Gesundheitszustand der Personen, die nicht während den letzten 12 Monaten, jedoch zu einem früheren Zeitpunkt im Spital waren.

²² Die nachfolgenden Aussagen gelten nur unter der Annahme, dass der Gesundheitszustand der Personen, die in den letzten 12 Monaten im Spital waren, ein valider Schätzer für den Gesundheitszustand der Personen, die während den letzten 12 Monaten nicht im Spital waren, zum Zeitpunkt ihres ersten Spitalbesuchs ist.

einem mittelmässigen Ausgangs-Gesundheitszustand (das gleiche gilt für die restlichen vier Kategorien «sehr schlecht», «schlecht», «gut» und «sehr gut»)²³. Intuitiver formuliert: Für eine Person der Kontrollgruppe mit einem mittelmässigen Ausgangs-Gesundheitszustand sollte es im Durchschnitt einfacher sein, einen guten Gesundheitszustand zu erlangen als dies bei einer Person der Experimentalgruppe mit einem mittelmässigen Ausgangs-Gesundheitszustand der Fall ist.

■ Eine analoge Beobachtung kann in Bezug auf den Anteil der Personen mit einem schlechten oder sehr schlechten Gesundheitszustand hingegen **nicht** gemacht werden. Allenfalls ist dieser Sachverhalt darauf zurückzuführen, dass bei einem schlechten oder sehr schlechten Gesundheitszustand die Genesung weniger stark von der Kommunikation zwischen Patient/in und Gesundheitsfachperson abhängt («hoffnungslose Fälle»).

Abbildung 11: Wirkung des Dolmetschens auf den Gesundheitszustand



Bemerkungen: vgl. Fussnote 21
Quelle: GMM II, eigene Berechnungen, Darstellung BASS

Vor dem Hintergrund dieser beiden Beobachtungen liegt die folgende **Schlussfolgerung** nahe:

Das auf Basis empirischer Daten durchgeführte Quasiexperiment liefert Hinweise, dass sich der Einsatz von Dolmetschenden positiv auf den Genesungsprozess allophoner Patient/innen auswirkt. Dies gilt in besonderem Masse für Personen mit einem mittelmässigen Ausgangs-Gesundheitszustand, nicht jedoch für Personen mit einem schlechten oder sehr schlechten Ausgangs-Gesundheitszustand. Da der Gesundheitszustand direkt auf die Gesundheitskosten und die indirekten Kosten einer schlechten Gesundheit (Absenzen vom Arbeitsplatz etc.) einwirkt, ist zu folgern, dass der Einsatz von Dol-

²³ Dies ist auf die kategoriale Erfassung des Gesundheitszustands (sehr schlecht, schlecht, mittelmässig, gut, sehr gut) zurückzuführen: Aufgrund des Selektionsbias muss davon ausgegangen werden, dass sich die Schiefe der Verteilung innerhalb einer Kategorie (z.B. der Kategorie «mittelmässiger Gesundheitszustand») in der Kontrollgruppe von der Schiefe der Verteilung innerhalb der gleichen Kategorie in der Experimentalgruppe unterscheidet.

4 Quasiexperiment: Analyse der Wirkung des Dolmetschens

metschenden die zukünftigen Kosten einer schlechten Gesundheit im Gesundheitswesen und in der Wirtschaft reduziert.

5 Anhang

5.1 Tabellen

Tabelle 10: Verteilung der Einsatzstunden im Bereich «Somatik» auf die Abteilungen

Abteilung	USZ (ZH)		Inselspital (BE)		CHUV ¹ (VD)		HUG ² (GE)	
	EH	in %	EH	in %	EH	in %	EH	in %
Anderes (Rest)	783	18%	1'167	17%	132	39%	1'086	9%
Neurologie	1'121	26%	592	8%	24		4'054	32%
Innere Medizin	264	6%	1'128	16%	3		5'196	42%
Chirurgie	474	11%	899	13%	15		1'938	16%
HNO	81	2%	259	4%	67		-	-
Rheumatologie	750	17%	455	7%	6		-	-
Anästhes. / Schmerzmed.	703	16%	174	2%	1		226	2%
Endokrinologie / Diabetologie	1	0%	1'081	15%	7		-	-
Dermatologie	45	1%	-	0%	35		-	-
Infektiologie	96	2%	442	6%	14		-	-
Nephrologie	2	0%	304	4%	16		-	-
Urologie	5	0%	105	2%	22		-	-
Augenheilkunde	16	0%	368	5%	1		-	-
Nicht zuteilbar	124	3%	109	2%	-		-	-
Total	4'340	100%	6'974	100%	343		12'499	100%

Quelle: Daten der Vermittlungsstellen; eigene Berechnungen

5.2 Fragebogenleitfaden der Expert/innenbefragung

Inanspruchnahme von Dolmetschenden im Spital (ambulant und stationär) ExpertInnenbefragung

Spital	<input type="text" value="Klicken Sie hier, um Text einzugeben."/>
Abteilung	<input type="text" value="Klicken Sie hier, um Text einzugeben."/>
ExpertIn, Auskunftsperson (Name, Funktion, Tel.Nr.).	<input type="text" value="Klicken Sie hier, um Text einzugeben."/>
Datum	<input type="text" value="Klicken Sie hier, um Text einzugeben."/>

Die Angaben zu Ihrer Person werden ausschliesslich für diese Untersuchung verwendet, um allfällig weitere Fragen zu klären. Sie werden nicht an Dritte weiter gegeben. Die Antworten werden im Bericht so dargestellt, dass nicht auf einzelne der befragten Institutionen geschlossen werden kann.

Begriffsklärungen:

Dolmetschende: interkulturell Übersetzende, Spitalangestellte mit Sprachkenntnissen

Einsatzsituationen: Bei medizinischen Konsultationen und Behandlungen, Beratung und Pflege, nicht aber in Bezug auf Alltagssituationen wie Termin vereinbaren oder Essensauswahl

Fragen**1 Gibt es offizielle Richtlinien, die definieren, in welchen Fällen Dolmetschende eingesetzt werden?**

Nur eine Antwort ankreuzen

- 14 Ja → Können Sie uns diese Richtlinien bitte per Mail zustellen?
- 15 Nein → weiter zu Frage 3
- 16 Weiss nicht → weiter zu Frage 3

2 In welchem Ausmass werden diese Richtlinien eingehalten?

Nur eine Antwort ankreuzen

- 20 Immer oder fast immer
- 21 teils teils
- 22 meistens nicht oder nie
- 23 Weiss nicht

3 Wer entscheidet in der Regel, ob Dolmetschende eingesetzt werden?

Zutreffende Aussagen ankreuzen

- 27 Ich
- 28 Arzt/ Ärztin
- 29 zuständige Pflegende
- 30 Organisationsstelle der Sprechstunde / Arztvisite (ohne ärztlichen Auftrag)
- 31 Beratungsperson (Sozial-, Diabetes-, Ernährungs-, Stillberatung etc.)

32 PatientIn / Familienangehörige

33 Weiss nicht

34 Andere:

4 Unterscheiden sich - abgesehen von den Sprachkenntnissen - die allophonen (fremdsprachigen) PatientInnen, bei welchen Dolmetschende eingesetzt werden, von den allophonen PatientInnen, bei welchen keine Dolmetschende eingesetzt werden?

Nur eine Antwort ankreuzen

38 Ja

Wenn ja: Inwiefern unterscheiden sie sich?

39 Weiss nicht

40 Nein

5 Welche der folgenden Aussagen trifft in Bezug auf den Zeitpunkt des Einsatzentscheides zu?

Zutreffende Aussagen ankreuzen

- 44 Meistens wird bereits vor der 1. Konsultation entschieden, ob ein/e Dolmetschende eingesetzt wird, so dass schon von Beginn der Behandlung an ein/e Dolmetscher/in zur Verfügung steht.
- 45 Dolmetschende werden oft erst dann eingesetzt, wenn sich im Verlauf der Behandlung Verständigungsprobleme ergeben.
- 46 Dolmetschende werden oft erst dann eingesetzt, wenn sich im Verlauf der Behandlung medizinische Probleme ergeben oder wenn der Genesungsprozess nicht wie erwartet verläuft.

6 Welche der folgenden Aussagen treffen bei Ihnen in Bezug auf den Entscheid zu, ob ein/e Dolmetscher/in eingesetzt wird?

Zutreffende Aussagen ankreuzen

- 50 Der Einsatzentscheid hängt nur davon ab, ob eine Verständigung unsicher oder nicht möglich ist. Andere Faktoren (z.B. Schweregrad der Krankheit) spielen für den Einsatzentscheid keine Rolle.
- 51 Der Einsatzentscheid hängt auch vom Gesundheitszustand des/der betroffenen PatientIn ab: Bei schwer kranken PatientInnen werden häufiger Dolmetschende eingesetzt.
- 52 Ob Dolmetschende eingesetzt werden, hängt auch davon ab, ob der/die betroffene PatientIn eine ihnen bekannte Person (z.B. Familienangehörige) zum Übersetzen mitbringen können.
- 53 Beim Einsatzentscheid spielen auch Budgetrestriktionen (z.B. begrenztes Budget für Dolmetschen) eine Rolle.
- 54 Ob Dolmetschende eingesetzt werden, hängt auch von der Person ab, die entscheidet, ob ein/e Dolmetscher/in eingesetzt wird (Sensibilität für Verständigungsprobleme bzw. für Dolmetschen).

7 In welchem Umfang werden bei Ihnen die nachfolgenden drei Arten von Dolmetschenden eingesetzt?

Prozente so angeben, dass sie sich zu 100% addieren

- 58 Anteil interkulturell Übersetzende, über Vermittlungsstelle abgerechnet
- 59 Anteil interkulturell Übersetzende direkt vereinbart und bezahlt, ohne Abrechnung über Vermittlungsstelle
- 60 Anteil von Spitalangestellten mit Sprachressourcen
- 100 % Total
- 61 Weiss nicht

8 Werden die Einsätze von Dolmetschenden in irgendeinem elektronischen Informationssystem Ihrer Institution erfasst bzw. registriert?

Nur eine Antwort ankreuzen

- 65 Ja
- 66 zum Teil
- 68 Nein
- 69 Weiss nicht

Wenn ja: Sind die Einsätze auswertbar nach Diagnose(-code), Behandlungscode oder DRG?

Nur eine Antwort ankreuzen

- 71 Ja
- 72 Nein
- 73 Weiss nicht

6 Literatur

- Bodenmann Patrick und Florence Faucherre (2011) : Projet pilote « Migrant Friendly Hospitals »
Phase A : Evaluation des acquis et des besoins, Lausanne: CHUV
- Bundesamt für Gesundheit (2012): Erhebung zum interkulturellen Übersetzen bei den MFH-Spitälern
(MFH = Migrant Friendly Hospital), unveröffentlichtes Dokument, Bern: BAG
- Calderón-Grossenbacher Ruth (2010a): Interkulturelles Übersetzen und Vermitteln im Sozial- und
Bildungsbereich: Aktuelle Praxis und Entwicklungspotenzial, Bern: Bundesamt für Migration
- Calderón-Grossenbacher Ruth (2010b): Rechtliche und strukturelle Steuerung des interkulturellen
Übersetzens. Diskussion von erfolgreichen Beispielen. Bericht zuhanden von INTERPRET,
Schweiz. Bern: Interessengemeinschaft für interkulturelles Übersetzen und Vermitteln
- Gehrig Matthias und Iris Graf (2009): Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesund-
heitswesen (Vorstudie), Bern: Büro BASS
- Gehrig Matthias, Tobias Fritschi und Theres Egger (2009): Marktanalyse: interkulturelles Übersetzen
in der Schweiz. Beilage zum Konzept eines Telefondolmetschdienstes, Bern: Büro BASS