

# Dolmetschende in Schweizer Haus- und Kinderarztpraxen

---

Analyse des aktuellen Zustandes, des Bedarfs und Vorschläge zur Verbesserung

Studie im Auftrag von:  
Kollegium für Hausarztmedizin (KHM)  
Rue de l'Hôpital 15 / CP 1552  
1701 Fribourg

Dr. med. Fabienne Jäger, MPH  
FMH Kinder- und Jugendmedizin  
FMH Prävention und Gesundheitswesen  
Fabienne.jaeger@unibas.ch

Binningen, 30.04.2017

# Dolmetschende in Schweizer Haus- und Kinderarztpraxen

---

## Inhaltsverzeichnis

Abkürzungen.....	2
Zusammenfassung .....	4
I Einleitung.....	6
II Ausgangslage.....	6
Migration und Sprachenvielfalt.....	6
Überbrücken der Sprachbarrieren in der Gesundheitsversorgung.....	7
Professionelle Dolmetschende.....	7
INTERPRET, die Vermittlungsstellen und der Nationale Telefondolmetschdienst .....	8
Nicht-professionelle Übersetzungen .....	9
Das Schweizer Gesundheitswesen – Dolmetscheinsätze und Kostenübernahme.....	10
III Methodologisches Vorgehen.....	12
Zielsetzung .....	12
Generelles Vorgehen.....	12
Umfrage bei Haus- und Kinderärzten.....	12
Umfrage Vermittlungsstellen .....	13
Anfragen bei Kantonen und Institutionen.....	13
IV Ergebnisse .....	14
Umfrage KA/HA .....	14
Teilnahme und Verteilung.....	14
Sprachbarrieren und der Einsatz von Dolmetschenden.....	14
Folgen mangelnder Einsätze von Dolmetschenden.....	16
Einsätze professioneller Dolmetschender in der Praxis - wer veranlasst Sie?.....	18
Gründe keine Dolmetsch-Einsätze selber zu veranlassen .....	20
Finanzierung und Angebote.....	22
Ungedeckter Bedarf – für welche Patienten-Gruppen?.....	26
Dolmetsch-Minuten zur freien Verfügung .....	29
Umfrage Vermittlungsstellen .....	30
Erfahrungen aus den Kantonen.....	32

V Handlungsempfehlungen und Perspektiven.....	35
Argumente für den bezahlten Einsatz von Dolmetschenden.....	36
Mögliche Lösungsansätze.....	38
Information/Sensibilisierung.....	38
Organisatorische Aspekte.....	39
Finanzielle Aspekte.....	40
Ein Weg vorwärts.....	41
Weitere Ansätze .....	46
VI Dank .....	47
VII Referenzen .....	48

## Abkürzungen

AG	Kanton Aargau
AI	Kanton Appenzell Innerrhoden
AR	Kanton Appenzell Ausserrhoden
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BE	Kanton Bern
BL	Kanton Basel-Land
BS	Kanton Basel-Stadt
CSIR	Centre social d'intégration des réfugiés
FR	Kanton Freiburg
GE	Kanton Genf
GL	Kanton Glarus
GR	Kanton Graubünden
HA	Hausarzt*
ikD	interkulturelle Dolmetschende
ikÜ	interkulturelle Übersetzer
JU	Kanton Jura
KA	Kinderarzt*
KHM	Kollegium für Hausarztmedizin
KVG	Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung
LU	Kanton Luzern
MFE	Haus- und Kinderärzte Schweiz
NCD	Non-communicable diseases
NE	Kanton Neuenburg
NGO	Nichtregierungsorganisation
NW	Kanton Nidwalden
OW	Kanton Obwalden
SEM	Staatssekretariat für Migration
SG	Kanton St. Gallen
SGP	Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie
SH	Kanton Schaffhausen
SO	Kanton Solothurn

SZ Kanton Schwyz  
TG Kanton Thurgau  
TI Kanton Ticino  
UR Kanton Uri  
VD Kanton Waadt  
VS Kanton Wallis  
ZG Kanton Zug  
ZH Kanton Zürich

\* Wegen der besseren Lesbarkeit werden wir generell auf Nennung der weiblichen Form verzichten, auch wenn immer beide gemeint sind.

## Zusammenfassung

Aktuell fehlt ein Überblick über den Einsatz von Dolmetschenden in Haus- und Kinderarztpraxen, einen allfälligen ungedeckten Bedarf und Hindernissen zu einem bedarfsgerechten Einsatz.

Eine Schweiz-weite Umfrage, welche von 599 Haus- (HA) und Kinderärzten (KA) beantwortet wurde, macht deutlich, dass über 90% der Teilnehmer mindestens 1x im Jahr und mehr als die Hälfte sogar mindestens einmal im Monat Konsultationen bestreiten, bei denen eine direkte adäquate Kommunikation mit dem Patienten, oder im Kinderärztlichen Setting den Eltern, wegen Sprachbarrieren nicht möglich ist. Knapp 1/3 verzeichnet mindestens 1x im Jahr den Einsatz professioneller Dolmetschender. Die grosse Mehrheit jener, die Konsultationen bestreiten, bei denen keine direkte Kommunikation möglich ist, würden sich Dolmetschereinsätze häufiger wünschen, über die Hälfte sogar mindestens einmal im Monat und über 10% sogar mindestens einmal pro Woche, wobei der ungedeckte Bedarf bei den KA etwas höher liegt. Ca. 2/3 geben an, dass mit Hilfe von Dolmetschereinsätzen unnötige Kosten gespart werden könnten.

Der Verzicht präventiver Ratschläge und von Informationen zu Procedere und Therapie, Unsicherheiten, ob alles verstanden wurde, aber auch Komplikationen, Zusatzuntersuchungen bei Anamneseschwierigkeiten, Zuweisungen auf eine Notfallstation und Hospitalisierungen wegen der Sprachbarriere, die mittels professionellem Dolmetschenden hätten vermieden werden können, werden von den Ärzten in unterschiedlicher Relevanz für das letzte Arbeitsjahr bestätigt. Interkulturelle Unsicherheiten werden lediglich von 1/5 der KA und etwas mehr als ¼ der HA (des Gesamtteilnehmerkollektivs) verneint.

Dolmetschereinsätze werden durch 34.4% der Teilnehmer, welche sprachinkongruente Konsultationen bestreiten, veranlasst. Im Schnitt werden jedoch 57% der Dolmetschereinsätze von extern veranlasst, dies insbesondere für Menschen im Asylprozess.

Gründe, keine Einsätze professioneller Dolmetschender zu organisieren, waren vielfältig. Auffallend sind organisatorische Aspekte (58.7%), die mangelnde finanzielle Deckung (53.7%) und mangelndes Wissen wo/wie Einsätze zu organisieren sind. Ebenso gab ein Teil der Teilnehmer an, die Organisation lohne sich nicht, die Patienten würden jemanden zum Übersetzen mitbringen. Das Organisieren wurde oft als mühsam und aufwändig betrachtet und die nicht zeitgerechte Disponibilität von Dolmetschenden für gewünschte Sprachen beanstandet. Die Mangelnde finanzielle Deckung verschärfte organisatorische Aspekte: so muss ein Einsatz auch bei Nichterscheinen des Patienten bezahlt werden. Ca. 50% der Teilnehmer wussten nicht, wer einen allfälligen Einsatz aktuell zu berappen hätte. Nur jeder Zehnte konnte angeben, Finanzierungsmöglichkeiten für den Einsatz professioneller Dolmetschender zu kennen. Wurde besagte Frage bejaht, erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit, Einsätze zu organisieren um das 8-fache. Nur eine Minderheit jener, die Kenntnisse von Finanzierungsmöglichkeiten haben (17%), benutzen diese nicht.

Der Kanton Graubünden verfügt über ein Finanzierungssystem, welches allen niedergelassenen Ärzten im Kanton ermöglicht, Dolmetschende direkt bei der Vermittlungsstelle 'Verdi' zu organisieren, während der Kanton für die Kosten aufkommt. Der einzige administrative Aufwand besteht im Einbestellen des professionellen Dolmetschenden und dem Gegenzeichnen des Einsatzblattes. Das Projekt war 2/3 der Teilnehmern aus dem Kanton bekannt. Andere Kantone subventionieren die lokalen Dolmetscherdienste, was den Stundenansatz leicht senkt

(z.B. bei 'Verdi' von 90 CHF auf 75 CHF). Im Asylbereich sind vor allem die Kantone VD und GE gut aufgestellt. Hier wird kaum ein ungedeckter Bedarf an Dolmetschenden für Asylsuchende beanstandet. Gesamtschweizerisch sind die grössten Lücken jedoch im Asyl- und Flüchtlingsbereich (ungedekter Bedarf an Dolmetschenden von 87.7% der KA und 77.4% der HA bestätigt), sonstigen Neuankömmlingen (KA 44.3%, HA 33.7%) und Erstgenerationspatienten, deren Sprachniveau für anspruchsvolle medizinische Konsultationen ungenügend ist (HA 37.2%).

Gefragt, ob ein Projekt, welches gratis Dolmetsche-Minuten zur freien Verfügung stellen würde auch genutzt würde, gaben 94.3% der Teilnehmenden an, dies sicher oder potentiell nutzen zu wollen. Gewünscht wäre in 46% präferentiell vor-Ort-Dolmetschende, in 10% präferentiell Telefondolmetschminuten, in 32.4% eine Mischung, dem Rest war es egal.

Eine Umfrage bei den Vermittlungsstellen, die den Zweck gehabt hätte, die Antworten der Ärzte zu spiegeln und mehr über die lokalen Finanzierungsinstrumente zu erfahren, welche den Ärzten möglicherweise ungenügend bekannt wären, zeigte trotz Versand via Email, Post und telefonischer Nachfrage, einen sehr schwachen Rücklauf. Auffallend ist, dass viele Zentren angaben, hierfür keine Ansprechperson zu haben oder mit Personalumstrukturierungen zu kämpfen zu haben. Anfragen bei den Kantonen, um weitere Informationen zu erhalten, zeigten einen besseren Rücklauf. Es schien jedoch, dass mancherorts kein wirklicher Überblick vorhanden ist.

Das erfolgreiche Modell in Graubünden zeigt, dass gut organisierte Dolmetscher-Finanzierungsmodelle von Erfolg gekrönt sein können. Wichtig sind jedoch: eine einfache *Organisation*, die auch den Bedürfnissen der Ärzteschaft Rechnung trägt (wenig Aufwand, relativ rasche, zeitgerechte Disponibilität von professionellen Dolmetschenden); umfängliche *finanzielle Deckung*; gute *Information* aller Beteiligten via verschiedene Kanäle. Auch die Vermittlungsstellen brauche genügend Vorlauf, um sich auf einen potentiellen Anstieg der Anfragen einstellen zu können. Wegen des Spardrucks bei den Kantonen und um eine gewisse solidarische Harmonisierung zu erzielen ist eine Nationale Lösung vermutlich am sinnvollsten.

## **I Einleitung**

Ohne gute Verständigung ist ein erfolgreicher Arzt-Patienten-Kontakt nur schwer denkbar. Die Gesundheit ist allgemein als von äusserstem Wert anerkannt. Dennoch scheinen Sprachbarrieren in der ambulanten Versorgung häufig. Während ein Teil durch Laiendolmetscher behoben werden kann, so besteht im Prinzip Konsens, dass in vielen Situationen ein professioneller Dolmetscher hilfreich, wenn nicht sogar nötig wäre. Diese Studie untersucht die Situation primär aus der Perspektive der Haus- und Kinderärzte, da diese Gruppe zwar einen entscheidenden Teil der Gesundheitsversorgung mitträgt, ihre Patienten aber nur ungenügend Zugang zu Dolmetschenden im Rahmen der ambulanten Gesundheitsversorgung zu haben scheinen.

## **II Ausgangslage**

### **Migration und Sprachenvielfalt**

Die Schweiz zeichnet sich durch eine sprachliche und kulturelle Vielfalt aus, welche durch den hohen Ausländeranteil akzentuiert wird. 2015 waren 24.6 % der ständigen Wohnbevölkerung Ausländer [1]. Die meisten von ihnen (68%) stammen aus den EU-28/EFTA-Staaten, vor allem Italien, Deutschland und Portugal [2]. Aufnahme einer Erwerbstätigkeit und Familiennachzug führen zu weiterer Zuwanderung. So betrug für das Jahr 2015 der Wanderungssaldo 71'495 Personen, wobei Franzosen, Italiener und Portugiesen am häufigsten zuwanderten [2].

Im Jahr 2015 stellten 39'523 Menschen in der Schweiz einen Asylantrag. Die meisten kamen aus Eritrea (9'966), Afghanistan (7'381), Syrien (4'745) und Irak (2'388). Es folgen Sri Lanka (1'878), Somalia (1'254) und weitere Staaten wie Nigeria (970) und Gambia (968). Ende 2015 lebten in der Schweiz 40'277 anerkannte Flüchtlinge (Ausweis B und C). Von 66'352 Personen im Asylprozess Ende 2015, hatten 33'059 den vorläufige Aufnahmestatus [3].

Die Migration und Internalisierung führen nebst den vier Landessprachen zu einer weiteren Sprachenvielfalt. So sprechen, schreiben, hören oder lesen 2014 - laut einer Erhebung des Bundesamtes für Statistik zu Sprache, Religion und Kultur - vier von zehn (38%) in der Schweiz wohnhaften Personen ab 15 Jahren mindestens einmal pro Woche zwei Sprachen, jede fünfte Person (19%) drei Sprachen und 7 % mindestens vier Sprachen. Besonders junge Menschen (15- bis 24-Jährige: 79% mehrere Sprachen), Personen mit einer tertiären Ausbildung (76%) und Erwerbspersonen (72%) benutzen anteilmässig am häufigsten mehrere Sprachen, ebenso wie Migrantinnen und Migranten der zweiten oder höheren Generation (84%). Englisch ist insbesondere bei Jungen beliebt (15- bis 24-Jährigen: 63%). Die Sprache wird jedoch auch besonders häufig von Erwerbspersonen und solchen mit einem tertiären Abschluss (62%) benutzt. Spanisch (6%), Portugiesisch (5%) sowie die Sprachen der Balkanländer (3%) zählen zu den am häufigsten benutzten weiteren ausländischen Sprachen in der Schweiz [4].

Während also insbesondere Menschen aus Nachbarländern sich oft in einer Landessprache und gut qualifizierte Arbeitsnehmende („Expats“) oft in Englisch ausdrücken können, können mangelnde Sprachkenntnisse der lokalen Landes- oder

gängigen Ausweichsprache wie Englisch bei einem Teil der Migranten die Kommunikation mit der lokalen Bevölkerung, Dienstleistern, Institutionen und Behörden einschränken.

## **Überbrücken der Sprachbarrieren in der Gesundheitsversorgung**

Ohne sprachliche Verständigung ist eine qualitative Medizin schwer vorstellbar. Die Anamnese ergibt i.d.R. wichtige Hinweise auf die Diagnose und beeinflusst somit stark die verordneten Untersuchungen und Therapien. Ist die Verständigung eingeschränkt, kann dies dazu führen, dass unnötige oder falsche Untersuchungen und Therapien verordnet werden, was nicht nur zusätzliche Kosten verursacht, sondern auch potentiell schädlich für den Patienten ist. Auch für den weiteren Therapieplan ist eine gute Kommunikation unabdingbar. Insbesondere im ambulanten Bereich muss der behandelnde Arzt sich darauf verlassen können, dass die Instruktionen betreffend Medikamente und Prozedere vollumfänglich verstanden wurden. Ist nicht sicher zu stellen, dass die Instruktionen betreffend Therapie und Wiedervorstellen bei unerfreulichem Verlauf vollumfänglich verstanden wurden, bleibt manchmal nichts anderes als eine Hospitalisierung. Selbst dann sind allophone Patienten mancherorts eher Opfer medizinischer Zwischenfälle [5].

Im Falle einer sprachinkongruenten medizinischen Konsultation, also einer Konsultation bei welcher behandelnder Arzt und Patient nicht die gleichen Sprachen beherrschen, wird im Idealfall auf kompetente Dolmetschende zurückgegriffen.

## **Professionelle Dolmetschende**

Der Gebrauch von professionellen Dolmetschenden bringt verschiedene Vorteile und wird allgemein empfohlen [6]:

Insbesondere sind zu erwähnen:

- Sicherstellen einer guten Übersetzungsqualität (auch komplexerer Inhalte) und Kommunikation [7].
- Intime, psychologische oder soziale Aspekte können angesprochen werden, welche im Beisein von Freunden und Familie potentiell nicht genügend behandelt werden können.
- Reduziert das Risiko, dass Informationen vor Patient/Elternteil bewusst zurückgehalten werden.
- Weniger unnötige Verordnungen und Hospitalisierungen [8].
- Höhere Patientenzufriedenheit (inkl. Personal wird als offener/hilfsbereiter wahrgenommen) [9].
- Inter-kulturelles Vermitteln ermöglicht es, auch kulturellen Unterschieden Rechnung zu tragen [10].
- Bessere Adherence/Compliance im Sinne von Wiedervorstellungen und nutzen des empfohlenen präventiven Angebots [6, 11].
- Kürzere Hospitalisierungsdauer und weniger Re-hospitalisierungen [12].
- Ermöglicht adäquate Aufklärung vor medizinischen Interventionen, gute Anamneseerhebung und Erklärung von Prozedere und Therapie.
- Allgemeine Verbesserung der Versorgungsqualität durch Überbrücken der Sprachbarriere [6]



Zusätzlich zu rein sprachlichen Schwierigkeiten können auch kulturelle Missverständnisse und Unsicherheiten auftreten, wenn Medizinisches Personal und Patient nicht die gleiche Kultur teilen. Nebst dem Übersetzen der Sprache werden professionelle Dolmetschende in der Schweiz auch in interkultureller Mediation und Übersetzung geschult. Um zu unterstreichen, dass das Dolmetschen nicht nur die Übertragung des Gesprochenen in eine andere Sprache beinhaltet, sondern dies auch unter Berücksichtigung des sozialen und kulturellen Hintergrundes der Gesprächsteilnehmenden geschieht, wird in der Schweiz anstelle von professionellen Dolmetschenden auch der Begriff interkulturelle Übersetzer (ikÜ) oder interkulturelle Dolmetschende (ikD) gebraucht [10]. Für den Zweck dieser Arbeit verwenden wir die Begriffe gleichwertig. Da nicht alle professionellen Dolmetschenden auch interkulturell geschult sind, verwenden wir generell den Begriff professionelle Dolmetschende. Ebenso werden wir, wegen der Lesbarkeit, generell auf die Nennung der weiblichen Form verzichten, auch wenn immer beide gemeint sind.

Als nachteilig bei Dolmetscheinsätzen gelten anfallende Kosten und bei Vor-Ort-Dolmetschen die Organisation: nicht immer lassen sich professionelle Dolmetschende rasch genug einbestellen. Für Notfallsituationen, Kurzeinsätze und Situationen in denen ein direkter Kontakt mit dem Dolmetschenden nicht gewünscht ist, bietet sich der kostenpflichtige Nationale Telefondolmetschdienst 0842 442 442 an (siehe unten). Insgesamt verbessert der Einsatz von professionellen Dolmetschenden die Behandlungsqualität klar [6]. Je besser die Ausbildung der übersetzenden Person, desto weniger Übersetzungsfehler mit potentiell negativen Konsequenzen sind zu verzeichnen [7].

### **INTERPRET, die Vermittlungsstellen und der Nationale Telefondolmetschdienst**

INTERPRET, die 1999 gegründete Interessensgemeinschaft für interkulturelles Dolmetschen und Vermitteln, bildet interkulturelle Dolmetschende und Vermittelnde aus und zertifiziert diese. Die Institution fördert die Qualität des interkulturellen Dolmetschens durch Setzen von Qualitätsstandards, Monitoring der Qualität und durch Weiterbildungen. Sie begleitet Projekte und sammelt Daten der verschiedenen lokalen Vermittlungsstellen für interkulturelle Dolmetschende. In der Schweiz gibt es 18 solche lokale Vermittlungsstellen die zertifizierte Dolmetschende für Einsätze vor Ort, z.B. in Spitälern, Schulen oder bei Behörden, vermitteln [10].



zu wünschen übrig. Daher ist es nicht erstaunlich, dass mehr Übersetzungsfehler mit potentiell negativen Folgen für den Patienten bei unprofessionellen als bei professionellen Übersetzungen auftreten [7, 14] und selbst bei unprofessionellen ad hoc Übersetzungen unnötige Untersuchungen häufiger vorkommen [6]. Manche Übersetzungen sind selbst für professionelle Dolmetschende belastend [15], besonders schwierig wird es aber, wenn Minderjährige heiklere oder belastende Themen für kranke Familienmitglieder übersetzen müssen. Insgesamt ist das Risiko von Loyalitätskonflikten, soziokulturellen Tabus (schwere Diagnosen können nicht gesagt werden) und Belastungen, sowie Zensur und hohe Fehlerdichte zu beachten [7, 16].

Oft wird auch auf vorhandenes Personal für sogenannte ad hoc Dolmetscheinsätze ausgewichen. Während diese Übersetzungen oft rasch vorhanden sind, sind die Übersetzenden selber i.d.R. nicht für diese Zusatzaufgabe ausgebildet und müssen diese nebst Ihrer normalen Tätigkeit verrichten. Hierbei unterscheidet man zwischen nicht medizinisch ausgebildeten und medizinisch ausgebildetem Personal, wobei letztere – idealerweise in Sachen Übersetzung geschult - klar vorzuziehen sind, da sie über das nötige Vokabular verfügen und den Umgang mit Patienten gewohnt sind [17].

Online-tools [16] wie Google translate können nur bedingt eingesetzt werden, denn die Übersetzungsqualität ist oft ungenügend und vom Medizinischen Personal nicht beurteilbar. Zudem bedingt es, dass der Patient lesen kann. Weiter stehen Apps und Phrasebooks zur Verfügung.

Es besteht allgemeiner Konsens, dass im Idealfall auf professionelle Dolmetschende zurückgegriffen wird. Dies ist umso wichtiger, je schwerwiegender die Tragweite und höher die Komplexität des Gesprächs ist [17].

## **Das Schweizer Gesundheitswesen – Dolmetscheinsätze und Kostenübernahme**

Das Bundesamt für Gesundheit versucht die Gesundheit und die Gesundheitsversorgung der Migrationsbevölkerung im Rahmen des Nationalen Programms "Migration und Gesundheit" seit 2002 zu verbessern [18]. Nebst Prävention und Gesundheitsförderung, Forschung und Förderung der migrationsspezifischen Kompetenz beim medizinischen Personal, ist der bedarfsgerechte Einsatz von interkulturellen Dolmetschenden ebenfalls ein Ziel der aktuellen Strategie, eine Chancengleichheit zu erreichen. INTERPRET, der Nationale Telefondolmetschdienst und Weiterbildungen werden u.a. finanziell unterstützt [18].

Der Einsatz professioneller Dolmetschender im Gesundheitswesen hängt von multiplen Faktoren ab: Dem Verständigungsniveau, welches ohne Dolmetschende erreicht werden kann; der Sensibilisierung der Behandelnden, respektive der Institutionen für den Nutzen des Einsatzes von professionellen Dolmetschenden; den generellen Rahmenbedingungen, inklusive den Finanzierungsmöglichkeiten.

Aktuell werden die Kosten für Dolmetscheinsätze durch die obligatorische Krankenversicherung nicht übernommen [19]. Dies stützt auch ein Bundesgerichtsentscheid (31.12.2002), wonach Übersetzungskosten nicht in den

Leistungsbereich des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) fallen. Eine Revision des KVG wäre nötig, damit Kosten interkultureller Übersetzer übernommen werden könnten. 2008 wurde jedoch eine parlamentarische Initiative (Menétrey) abgelehnt, welche die Kostenübernahme von Dolmetschenden bei ärztlicher Behandlung verlangte, sei es durch die öffentliche Hand oder die Grundversicherung [19].

Das Unfallversicherungsgesetz ist weniger einschränkend formuliert, weshalb auch Dolmetschende als Leistungserbringer auftreten können und besagte Übersetzerkosten übernommen werden, wenn es das Abklärungs- oder Behandlungsziel erfordert [19].

Da öffentliche Spitäler zur Aufnahme und Behandlung verpflichtet sind, müssen sie bei Bedarf eine interkulturelle Übersetzung sicherstellen. Sie können die Dolmetscher-Kosten nur dann auf die Patienten abwälzen, wenn eine rechtliche Regelung besteht [19]. Private Kliniken und privat arbeitende Ärzte können mit den Patienten eine Vereinbarung treffen, wenn sie die Kosten nicht selber übernehmen wollen, oder eine elektive Behandlung ablehnen [19].

Verschiedene Kantone (z.B. Bern, Solothurn, Uri, Waadt, Zug) regeln deshalb die Finanzierung im Leistungsvertrag mit ihren Spitälern [20]. Manche Spitäler bezahlen die Dolmetschenden aus dem Globalbudget und greifen auf Drittmittel zurück (Bsp. Olten) [21]. Verschiedene Spitäler haben zusätzlich Fonds eingerichtet.

Professionelle Dolmetschende werden in den Spitälern zu knapp 1/5 je in Gynäkologie und Geburtshilfe und in der Kinder- und Jugendmedizin, zu ca. 1/3 in der Psychiatrie und zu knapp 1/3 in der Somatik eingesetzt, wobei je nach Region die Verteilung variiert [22]. Sie werden insbesondere für schwerer kranke Patienten und solche mit tiefer Gesundheitskompetenz (Health literacy) aufgeboten [22]. Zudem deuten Einsatzzahlen darauf hin, dass in Spitälern der Romandie professionelle Dolmetschende verhältnismässig häufiger zum Einsatz kommen [22].

Insbesondere im Bereich ad hoc Übersetzen leisten auch Angestellte des Gesundheitswesens mit Migrationshintergrund einen wichtigen Beitrag zur gegenseitigen Verständigung. Ihre Präsenz kann sicher auch emotional eine Erleichterung sein und helfen, kulturelle Unterschiede zu verstehen, birgt aber oben erwähnte Nachteile. Verschiedene Spitäler verfügen über Listen mit mehrsprachigen Mitarbeitern [20].

Manche Spitäler nutzen fremdsprachige Ärzte auch bewusst für Migrantensprechstunden [23], was den Bedarf an Übersetzern reduziert, aber bedingt, dass gewisse Patientengruppen präferentiell an einem gewissen Halbtage aufgeboten werden. Desweiteren gilt zu erwähnen, dass besonders im Gesundheitssektor viele gutausgebildete Migranten arbeiten und so einen Fachkräftemangel ausgleichen. Der Einsatz gleichsprachiger Ärzte erhöht die Anzahl Informationen, welche die Patienten nach der Konsultation noch wissen, und die Anzahl Fragen, die sie stellen [24].

Während Spitäler also auf verschiedene Ressourcen zurückgreifen können, ist dies bei niedergelassenen Ärzten i.d.R. nicht möglich. Die Finanzierungsmöglichkeiten sind eingeschränkt, der Pool potentiell fremdsprachiger Mitarbeiter ist viel kleiner.

## **III Methodologisches Vorgehen**

### **Zielsetzung**

Das Hauptziel der Studie war es, zu erfassen, in welchem Ausmass professionelle Dolmetschende in den Praxen der Grundversorger, also Haus- und Kinderärzten (HA, KA), benötigt werden. Desweiteren sollten die Gründe identifiziert werden, welche den Einsatz von professionellen Dolmetschern einschränken und welche Finanzierungsarten zum Tragen kommen.

### **Generelles Vorgehen**

In einem ersten Schritt wurden das Bundesamt für Gesundheit, Sektion Migration und INTERPRET kontaktiert. Es wurde bestätigt, dass einerseits betreffend Einsatz von interkulturellen Dolmetschenden im Bereich der Grundversorgung eine Wissenslücke besteht, und andererseits davon auszugehen ist, dass deren Einsatz ungenügend sei. Mangelnde Finanzierung, als auch mangelnde Kenntnis der Ärzte betreffend vorhandenen Dienstleistungen, wurden vermutet.

In einem zweiten Schritt wurden die Vermittlungsstellen kontaktiert und die Umfrage bei den Kinder- und Hausärzten durchgeführt. Ebenso wurde Hinweisen auf Finanzierungsmöglichkeiten für den Einsatz Dolmetschender in Arztpraxen nachgegangen.

### **Umfrage bei Haus- und Kinderärzten**

Ein Online Fragebogen wurde entwickelt und auf Findmind ([www.findmind.ch](http://www.findmind.ch)) programmiert, wobei auf Inputs von Grundversorgern geachtet wurde. Der Fragebogen wurde auf Deutsch verfasst und professionell auf Französisch und Italienisch übersetzt. Ein kleiner Pilot fand vor dem ersten offiziellen Versand statt. Die Schweizerischen Gesellschaften für Pädiatrie (SGP) und Haus- und Kinderärzte Schweiz (MFE) stellten ihre Adresslisten zur Verfügung und haben die Einladungen zur Onlineumfrage versandt. Der Fragebogen ging im Februar/März 2017 an die Mitglieder der SGP und MFE. Da gewisse Kinderärzte sowohl bei MFE als auch bei der SGP eingeschrieben sind, wurde in einem ersten Versand MFE die Anschrift der Doppelmitglieder überlassen. Der erste Versand von MFE umfasste demnach 3'443 deutschsprachige und 915 französischsprachige Internisten und Allgemeinpraktiker sowie 500 Kinderärzte. Die italienischsprachigen MFE-Mitglieder geben normalerweise an, ob sie auf Deutsch oder Französisch angeschrieben werden möchten und erhalten den MFE-Newsletter in besagter Sprache, konnten den Fragebogen aber auf Italienisch ausfüllen. Die SGP hat in ihrem ersten Versand (14.02.17) 647 Adressen, davon 34 italienisch, 395 deutsch und 218 französisch sprechende Kinderärzte, angeschrieben. In einem 2. Versand, welcher die Doppelmitglieder berücksichtigte, total 1'020 Adressaten.

Da der Rücklauf auf Seiten der SGP bedeutend besser war, wurde für den 2. Versand für alle Kinderärzte, welche auch bei MFE Mitglied sind, die SGP gewählt. Auch MFE konnte beim Erinnerungsschreiben zwei Wochen später (02.03.17) den Rücklauf stark steigern, indem die Umfrage präsenter im MFE-Newsletter erschien.

Bei der SGP handelte es sich jeweils um Emails, welche nur den Fragebogen zum Inhalt hatten. Ein weiteres Erinnerungsemail war für MFE nicht möglich. Für die elektronische Beantwortung wurden zwischen 5-10 Minuten benötigt. Die Beantwortung des Fragebogens war anonym. Es erfolgte eine deskriptive Datenanalyse mittels StataIC 14.

## **Umfrage Vermittlungsstellen**

In der Schweiz gibt es 18 regionale Vermittlungsstellen für interkulturelle Dolmetschende und wobei eine zusätzliche für den nationalen Telefondolmetschdienst verantwortlich ist. Um eine weitere Perspektive zu erhalten, wurden all diese Stellen angefragt. Da diese Stellen i.d.R. gut über mögliche Finanzierungsinstrumente in betreuten Kantonen informiert sein sollten, welche möglicherweise den einzelnen niedergelassenen Ärzten nicht bekannt sind, sollte diese Umfrage erlauben, ein besseres Bild über die Situation in den Kantonen zu erhalten.

Abgefragte Bereiche umfassten, ob Dolmetschende an KA/HA vermittelt werden; wer die im Gesundheitsbereich vermittelten Einsätze bezahlt; für wen in den von ihnen betreuten Kantonen Finanzierungsmöglichkeiten bekannt sind (z.B.: für Asylbewerber); Finanzierungslücken; welche Sprachen am meisten vermittelt werden und für welche es einen Mangel gibt; wie viel organisatorische Vorlaufzeit nötig ist und was für Notfalleinsätze als kurzteste Vorlaufzeit möglich ist; Hindernisse zu einem häufigeren Gebrauch; und Anregungen aus Perspektive der Vermittlungsstellen.

Der Fragebogen wurde in der jeweiligen Landessprache via Email am 17.11.2016 vom Kollegium für Hausarztmedizin (KHM) an die Institutionen geschickt. Da nach dem ersten Email lediglich zwei ausgefüllte Fragebogen eingingen und eine Institution (ald Ausländerdienst BL) zurückschrieb, nur IV-Gutachten zu betreuen, wurde ein nächster Versuch via Briefversand am 25.01.2017 unternommen (an alle, die nicht geantwortet hatten, ausser nationaler Telefondolmetschdienst). Da dies jedoch auch keine Verbesserung des Rücklaufes brachte, wurden alle Vermittlungsstellen zwischen Ende März und April noch telefonisch durch das Kollegium Hausarztmedizin (KHM) kontaktiert. Konnten zuständige Personen nicht erreicht werden folgte i.d.R. eine weitere Email. Der nationale Telefondolmetschdienst wurde ein zweites Mal via Email angeschrieben.

## **Anfragen bei Kantonen und Institutionen**

Bei widersprüchlichen Angaben, Hinweisen auf Finanzierungsmodelle, oder um gewisse Angaben zu verifizieren, wurden einige Kantone und Asylinstitutionen angeschrieben. Über  $\frac{3}{4}$  der angeschriebenen Kantone haben geantwortet.

## **IV Ergebnisse**

### **Umfrage KA/HA**

#### **Teilnahme und Verteilung**

Total haben 628 Ärzte an der Umfrage teilgenommen. Ausgeschlossen von den weiteren Analysen wurden davon 10 Spitalpädiater ohne Praxistätigkeit, 2 Schulärzte und 15 nicht klinisch tätige Ärzte (Pension/Forschung), 1 Arzt, der weder als Haus- noch Kinderarzt tätig war und ein Teilnehmer, der keine Funktion angab. Bei den Restlichen 599 handelte es sich um 351 Hausärzte (58.6%) und 247 Praxispädiater (41.2%), wobei dies auch jene einschloss, die in Polikliniken der ambulanten Grundversorgung ausserhalb der Spitäler tätig sind. Zudem wurde ein Teilnehmer, der angab als Praxisassistent zu arbeiten, ohne Angabe ob im Bereich der Kinder- oder Erwachsenenmedizin, für die gepoolten Analysen beibehalten. Ärzte, die sowohl im Spital als auch in der Praxis tätig sind, wurden gebeten, für den Zweck dieses Fragebogens nur den Praxisteil zu beachten.

Frauen und Männer waren unter den Antwortenden gleichermassen vertreten (262 Männer, 50.1%).

Grundversorger aus allen Kantonen, mit Ausnahme des kleinen Halbkantons Appenzell-Innerrhoden (nur ca. 16'000 Einwohner), haben mitgemacht, was auf eine gute Abdeckung der gesamten Schweiz hinweist. 71.3% beantworteten den Fragebogen auf Deutsch, 25.9 % auf Französisch und knapp 3% auf Italienisch, womit das Italienische, trotz Italienischem Fragebogen, etwas untervertreten war. Eine Person gab an, mehrheitlich Rätoromanisch bei der Arbeit zu benutzen. 45.2% der teilnehmenden Ärzte arbeiten in der Stadt, 29,6% in der stadtnahen Agglomeration und 25.2% auf dem Lande.

#### **Sprachbarrieren und der Einsatz von Dolmetschenden**

Die Umfrage zeigt auf, dass Konsultationen bei welchen wegen der Sprachbarrieren eine direkte qualitativ gute Kommunikation mit dem Patienten, oder in der Pädiatrie zusätzlich mit den Bezugspersonen, unmöglich ist, einer Realität des Praxisalltags entspricht. Professionelle Dolmetschende werden zwar eingesetzt, der Bedarf nach Übersetzung ist jedoch nicht immer gedeckt. Es besteht ein beträchtlicher Unterschied zwischen Kinder- und Hausärzten: So ist der Prozentsatz der Hausärzte (HA), die angeben, nie oder weniger als einmal im Jahr sprachinkongruente Konsultationen ohne direkte Kommunikation bestreiten zu müssen, fast 4x grösser als bei den Kinderärzten (KA). Kinderärzte gaben auch vermehrt an (36.8% vs. 26.8%), mindestens 1x pro Woche solche Konsultationen bestreiten zu müssen (Tabelle 1).

Nur Teilnehmende, welche angaben, mindestens 1x/Jahr Konsultationen, bei denen eine direkte Kommunikation ohne Übersetzung nicht möglich wäre, zu bestreiten, wurden nach der aktuellen Häufigkeit des Einsatzes Dolmetschender in Ihrer Sprechstunde und nach ungedecktem Bedarf und Kosteneinsparungspotential gefragt.

Deutlich weniger als 30% dieser HA gaben an, dass im Verlaufe des letzten Jahres Dolmetschende in Ihrer Sprechstunde im Einsatz waren, dies im Gegensatz zu den KA wo doch mehr als 40% dies bejahen. Der Prozentsatz der Praktizierenden, welche angeben, mindestens 1x/Monat einen Dolmetschereinsatz zu verzeichnen, ist bei den KA nahezu doppelt so hoch wie bei den HA.

Ein ungedeckter Bedarf an Dolmetschereinsätzen wurde von der Mehrheit jener, welche angaben, allophone Patienten mit Sprachbarriere zu betreuen, bestätigt (Total 87.8%; 85.6% der HA und 91.2% der KA). Berücksichtigt man alle Teilnehmer, also auch jene, die nicht mit Sprachbarrieren konfrontiert sind (Gesamtteilnehmer), so bleiben die Anteile hoch: 73.5% (440/599) der Gesamtteilnehmenden, 69.2% (243/351) der HA und fast 4/5 der KA (79.5%; 196/247) bejahen, mindestens 1x/Jahr mit dieser Versorgungslücke konfrontiert zu sein. Ca. 1/3 aller teilnehmenden Ärzte (196/599) gaben an, 1-3x/Monat einen Bedarf an Dolmetschenden zu haben, 11.1% weitere sogar mindestens 1x/Woche. Insgesamt bedeutet dies, dass die Hälfte der Teilnehmer mindestens 1x/Monat einen zusätzlichen Dolmetschereinsatz als wünschenswert erachten würde.

Der Einsatz professioneller Dolmetschender kostet zwar, birgt aber auch die Möglichkeit, Gesundheitskosten einzusparen. Zwei Drittel jener, welche die Frage beantwortet haben, sehen durch den Einsatz von professionellen Dolmetschenden mindestens 1x/Jahr (285/423, 67.3%) ein Sparpotential bei den Gesundheitskosten, ein Viertel sogar mindestens 1x/Monat für gegeben.

Tabelle 1: Konsultationshäufigkeiten

<b>Häufigkeit Konsultation ohne direkte Kommunikation</b>									
p<0.001 (HA vs. KA)	N total	< 1x/ Jahr		mind. 1x/Jahr (<1x/Monat)		mind. 1x/Monat (<1x/Woche)		mind. 1x/Woche	
Total	599	55	9.2%	153	25.5%	206	34.3%	185	30.9%
HA	351	46	13.1%	87	24.8%	124	35.3%	94	26.8%
KA	247	9	3.6%	66	26.7%	81	39.5%	91	36.8%
<b>Häufigkeit Dolmetschende im Einsatz</b>									
p=0.003 (HA vs. KA)	N total	< 1x/ Jahr		mind. 1x/Jahr (<1x/Monat)		mind. 1x/Monat (<1x/Woche)		mind. 1x/Woche	
Total	506	338	66.8%	120	23.7%	41	8.1%	7	1.4%
HA	286	210	73.4%	56	19.6%	17	5.9%	3	1.1%
KA	219	127	58.9%	64	29.2%	24	11.0%	2	1.8%
<b>Häufigkeit Dolmetschende gewünscht aber aktuell nicht vorhanden</b>									
p=0.06 (HA vs. KA)	N total	< 1x/ Jahr		mind. 1x/Jahr (<1x/Monat)		mind. 1x/Monat (<1x/Woche)		mind. 1x/Woche	
Total	501	61	12.2%	177	35.3%	196	39.1%	67	13.4%
HA	285	42	14.7%	105	36.8%	107	37.5%	31	10.9%
KA	215	19	8.8%	72	33.5%	88	40.9%	36	16.7%
<b>Häufigkeit Kosteneinsparungspotential mit zusätzlichem Dolmetschenden-Einsatz</b>									
p=0.66 (HA vs. KA)	N total	< 1x/ Jahr		mind. 1x/Jahr (<1x/Monat)		mind. 1x/Monat (<1x/Woche)		mind. 1x/Woche	
Total	423	138	32.6%	176	41.6%	92	21.8%	17	4.0%
HA	234	73	31.2%	104	44.4%	48	20.5%	9	3.9%
KA	188	65	34.6%	72	38.3%	43	22.9%	8	4.3%



Die Teilnehmer wurden gebeten, die ungefähre Anzahl aktuell existierender als auch gewünschter Einsätze zu schätzen. Die Verteilung für beide Antworten zeigt eine stark ungleiche Verteilung mit Ausreißern nach oben. Von den 167 Teilnehmern, die sich zu existierenden Konsultationen äusserten, lag so der Durchschnitt zwar bei 16.8 Konsultationen pro Jahr, der Median jedoch bei 5/Jahr. Diese Verteilung ist durch wenige Teilnehmer bedingt: so gab ein Teilnehmer z.B. an, pro Monat ca 29 Konsultationen mit Dolmetschern zu bestreiten, dies weil er im Auftrag seines Kantons Asylsuchende betreut, was pro Jahr über 300 Dolmetscheinsätzen entspricht. Insgesamt verzeichneten 6 Teilnehmer mehr als 100 Dolmetscheinsätze pro Jahr. Auch bei der Frage nach dem ungedecktem Bedarf an Einsätzen, die von 440 Teilnehmern beantwortet wurde, haben lediglich 23 über 100 gewünschte Einsätze pro Jahr angegeben, der Median lag bei 12 Einsätzen pro Jahr.

Bedenkt man, dass 9.2 % der Gesamtteilnehmer angaben, keinen wesentlichen Sprachbarrieren zu begegnen und von den verbleibenden nur 33.2% von Dolmetscheinsätzen profitieren und 87.8% mehr Dolmetscheinsätze wünschen, lässt sich anhand der Durchschnitte die aktuelle Anzahl Einsätze pro Grundversorger allgemein auf 5 und die (zusätzlich) gewünschte auf 23 /Jahr schätzen (Total 28/Jahr).

Die Zahlen verraten auch, dass mit 15 Einsätzen /Jahr der Bedarf von 50% der Grundversorger, welche Konsultationen führen, bei denen keine direkte Kommunikation möglich ist, gedeckt wäre (siehe Tabelle 2). Zu beachten ist jedoch, dass es sich bei diesen Zahlen um grobe Schätzungen handelt.

Tabelle 2 – grobe Schätzung der Anzahl Einsätze

Perzentilen	Aktuelle Einsätze N=167	Gewünschte Einsätze N=440	Total Einsätze N= 450
P 10	2	2	3
P 25	3	5	5
Median (p 50)	5	12	15
P 75	12	36	48
P 90	36	72	83
P 95	48	120	125
Max	348	360	372
Durchschnitt	16.8	30.1	35.7

### **Folgen mangelnder Einsätze von Dolmetschenden**

Die Anwesenheit professioneller Dolmetschender kann dazu beitragen, Situationen zu vermeiden, welche die Versorgungsqualität beeinträchtigen. Die Frage nach Situationen, welchen sie im Verlauf des letzten Jahres mindestens einmal begegnet sind und, die durch die Sprachbarriere in Abwesenheit von professionellen Dolmetschenden hervorgerufen wurden, wurde an jene Teilnehmenden mit sprachinkongruenten Konsultationen gerichtet und von 504 Personen beantwortet.

Über 90% der Teilnehmer gaben Unsicherheiten an, ob alles von Seiten des Patienten/ der Familie verstanden wurde. Das Gefühl, Patienten und Familien wegen der Sprachbarriere ungenügend betreuen zu können, wurde von  $\frac{3}{4}$  der Hausärzte und  $\frac{4}{5}$  der Kinderärzte bestätigt. So führten anamnesebedingte Schwierigkeiten bei knapp  $\frac{2}{3}$  der Praktizierenden mindestens 1x im Verlauf des letzten Jahres zu

Schwierigkeiten beim Festlegen der Diagnose, wobei die Hausärzte hiervon etwas mehr betroffen zu sein schienen (75.5%). Dementsprechend verordneten sie auch mehr Extrauntersuchungen (HA 38.5% vs. KA 28.6%), weil die Anamnese lückenhaft blieb. Insgesamt bedeutete dies, dass 1/3 der an dieser Frage Teilnehmenden und 28.9% aller am Fragebogen Teilnehmenden (Gesamtteilnehmer) mindestens 1x im Verlaufe des letzten Jahres Extrauntersuchungen angeordnet haben, welche mit der Hilfe eines professionellen Dolmetschenden eigentlich hätten vermeidbar sein müssen.

Der Verzicht präventiver Ratschläge wurde in 55.8% (Gesamtteilnehmer 46.9%), der Verzicht von Informationen betreffend Krankheit, Therapie und Procedere in 62,3% (Gesamtteilnehmer 52,4%) angegeben.

Komplikationen, welche ohne Sprachbarriere vermeidbar gewesen wären, wurden von knapp 1/5 der Antwortenden (17.9%; Gesamtteilnehmer 15%) berichtet. Um solche zu vermeiden, wenn wegen sprachlicher Verständigung die Compliance unsicher war, gaben 11.1% der KA und 6.6% der antwortenden HA an, bereits Hospitalisierungen veranlasst zu haben (Gesamtteilnehmende KA 9.7%, Gesamtteilnehmende HA 5.4%). Auch Zuweisungen auf die Notfallstation, wegen mangelnder sprachlicher Verständigung, fanden sich in knapp 10% (9.3%, Gesamtteilnehmer: 7.8%).

Sprachbarriere bedingte, längere Konsultationsdauern wurden von knapp 90% (88.1%) der Antwortenden (79% der Gesamtteilnehmer) bejaht. Von den 504 Teilnehmern, welche diesen Fragenblock beantwortet haben, gab lediglich knapp 1% an, nie solche Situationen anzutreffen.

Interkulturelle Herausforderungen wurden von 27.1% der HA und 19.9% der KA, welche besagte Frage beantworteten, verneint. Interkulturelle Übersetzer, wie die professionellen Dolmetschenden von INTERPRET auch genannt werden, haben das Potential, auch hier vermittelnd zu wirken. (Frage an alle Teilnehmer)

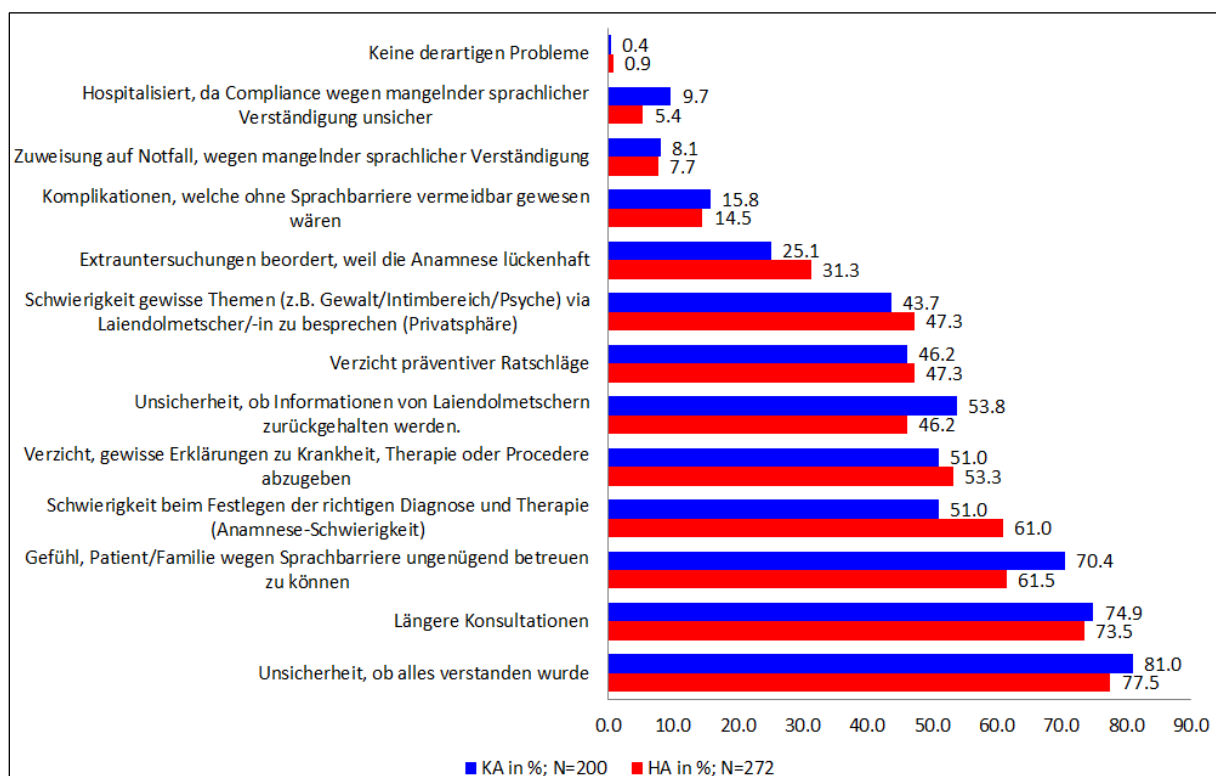


Abb 2: Konsequenzen mangelnder Dolmetschereinsätze

## Einsätze professioneller Dolmetschender in der Praxis - wer veranlasst Sie?

Generell kann man zwischen professionellen Dolmetschereinsätzen unterscheiden, die vom Arzt veranlasst wurden, und extern veranlassten Einsätzen, bei denen der Patient, ohne Zutun der Praxis, mit einem professionellen Dolmetschenden erscheint. Organisiert werden die Dolmetschenden in beiden Fällen oft, aber nicht immer, über die Vermittlungsstellen, der Unterschied besteht jedoch darin, wer dies initiiert. Manche Organisationen, die sich um Asylsuchende kümmern, verfügen auch über eigene Dolmetscher.

### Extern veranlasst:

Teilnehmende, welche sprachinkongruente Konsultationen bestreiten müssen, wurden gefragt, ob die Patienten zum Teil mit extern veranlassten Dolmetschenden (ohne Zutun der Praxis) erscheinen würden. Dies wurde von 169 von 492 Personen (34.4%), welche diese Frage beantwortet haben, bejaht, wobei KA mit 40.6% (86/212) höhere Raten hierfür aufwiesen als HA (29.8%; 83/279) ( $p=0.04$ ). Auf das Gesamtkollektiv der Teilnehmenden würde dies 23.6% der HA und 34.8% der KA bedeuten.

170 Teilnehmende haben die Frage nach dem Prozentsatz extern veranlasster Einsätze beantwortet. Im Schnitt seien 57.0 % der Einsätze extern veranlasst, die Streubreite war jedoch enorm (SD 41.07); 35.3% gaben an, alle Einsätze seien extern organisiert.

Im Falle extern veranlasster professioneller Dolmetsch-Einsätze handelte es sich in der grossen Mehrheit der Fälle um Personen im Asylverfahren und Flüchtlinge. So gaben 100% der HA und 92.7% der KA an, Personen im Asylprozess, vorläufig Aufgenommene oder Flüchtlinge würden am ehesten von den externen Dolmetscherbegleitungen profitieren. Botschaften und Firmen senden seltener Dolmetschende mit (Botschaft + Firmen: 6 von 72 Antwortenden HA und 11 von 82 antwortenden KA).

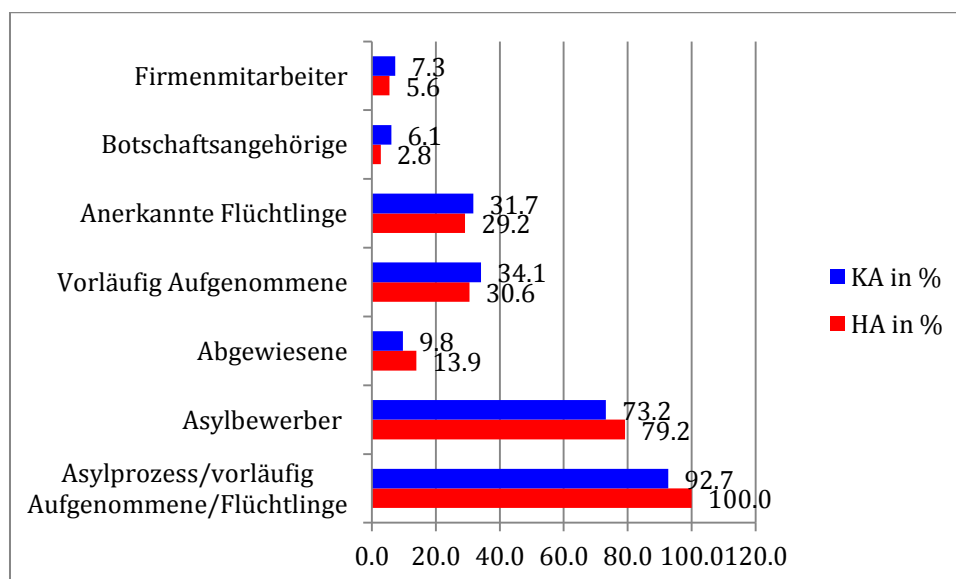


Abb.3: Welche Kategorie Patienten kommen (manchmal) mit von extern veranlassten professionellen Dolmetschenden? Angaben in %

Veranlasst wurden diese Einsätze in erster Linie durch Asylzentren, Behörden und NGOs welche sich um Asylsuchende und Flüchtlinge kümmern. In seltenen Fällen (je 1/79 HA und 1/90 KA) hatten Patienten selber die Dolmetschenden organisiert und finanziert.

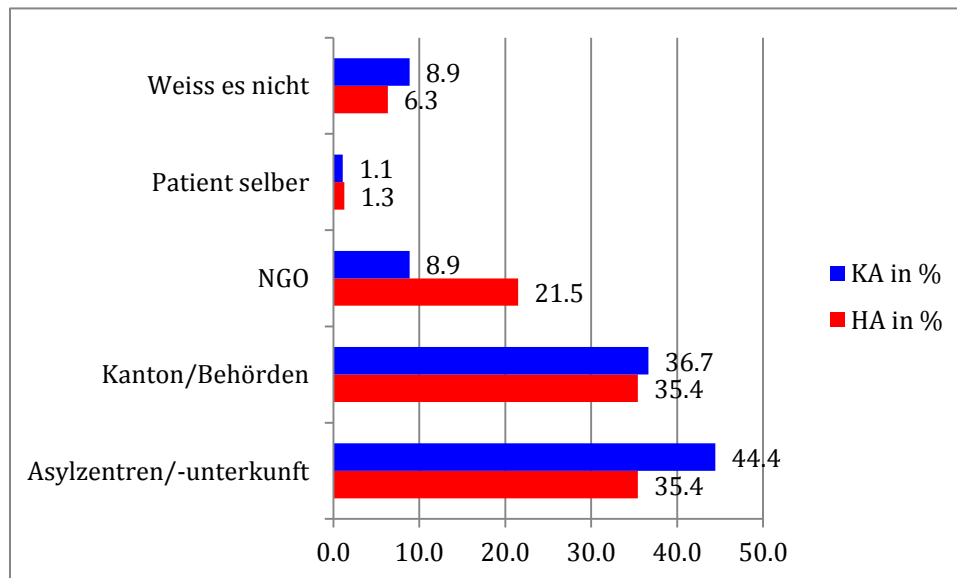


Abb. 4: Wer organisiert und finanziert die Dolmetschenden, die mit den Patienten kommen (ohne Zutun der Praxis).

Teilnehmer nahezu aller Kantone bestätigten, bereits Konsultationen für Asylsuchende bestritten zu haben, bei welchen Dolmetschende die Patienten begleitet hätten. Für GE, TG und UR konnte dies nicht gefunden werden, was aber auch an der Teilnehmeranzahl und dem lokalen System liegen kann. So kennen die Kantone VD und GE ein Netzwerk an Ärzten, die als Hausärzte für Asylsuchende auftreten. Wenn Asylsuchende sprachlich nicht gematched werden können (mit Arzt mit gemeinsamer Sprache), so stehen dennoch i.d.R. Dolmetschende zur Verfügung. Im Falle der Kinder übernimmt z.B. die Sprechstunde santé migrant der Kinderklinik der Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) diese Aufgabe. Auch für das VS wurde bestätigt, dass für die Betreuung von Asylsuchenden durch hierfür ausgewählte Ärzte selten ein Dolmetschproblem vorhanden ist.

Extern veranlasste Dolmetschende für anerkannte Flüchtlinge wurden weniger oft, aber dennoch für die Kantone AG, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, SG, SO, SZ, TI, VS und ZH bestätigt, wenn auch von geringeren Teilnehmeranteilen. Insgesamt scheint je nach Kanton eine unterschiedlich grosse Versorgungslücke zu bestehen (siehe unten).

### **Selber veranlasste Einsätze:**

Ärzte, welche angegeben hatten, sprachinkongruente Konsultationen zu bestritten, wurden gefragt, ob Sie bereits Dolmetschereinsätze selber veranlasst haben. Diese Frage wurde von 44% (224/498) jener, die diese Frage beantwortet haben, bejaht. Dies war jedoch bei den Kinderärzten (54.7%; 117/214) signifikant ( $p < 0.001$ ) häufiger

der Fall als bei den HA (37.8%; 107/283). Auf das Gesamtteilnehmerkollektiv wäre dies: HA 30.5% (107/315) und KA 47.4% (117/247) die bereits Dolmetschereinsätze veranlasst haben. 79.0% gaben an, nur vor Ort, 4.9% nur Telefondolmetscher und 16.1% beides zu organisieren, wobei die Verteilung bei HA und KA ähnlich war.

### Gründe keine Dolmetsch-Einsätze selber zu veranlassen

Gefragt, welches der **wichtigste Grund** ist, weshalb trotz Sprachbarriere noch nie ein Dolmetschereinsatz veranlasst wurde, bestanden keine Unterschiede ( $p=0.12$ ) zwischen HA und KA. Spitzenreiter war mit **30.6% das Unwissen**, wie solche Einsätze zu organisieren seien (75/245). **Ungenügende finanzielle Deckung (25.3%)** und **Organisatorische Aspekte (26.9%)** wurden je zu einem Viertel als wichtigster Grund angegeben. Weitere **17,1%** gaben an, es „ginge auch ohne“.

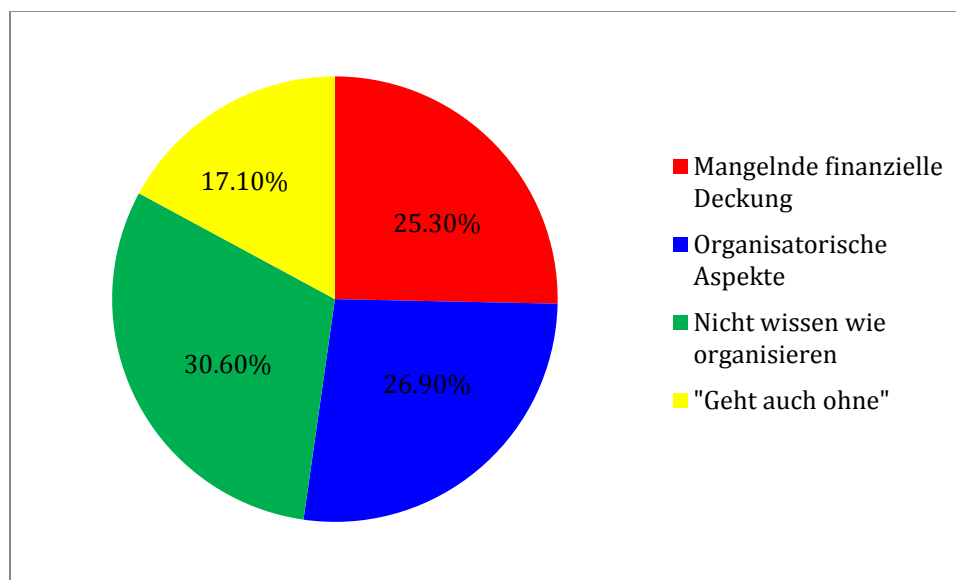


Abb.5: Hauptgründe für mangelnden Dolmetschereinsatz

Da nebst den wichtigsten Gründen, auf den Einsatz von Dolmetschenden zu verzichten, auch weitere Gründe einer Rolle spielen können, wurden die Teilnehmenden, welche Patienten mit Sprachbarriere betreuen, gebeten, alle Gründe, die mitspielten, weshalb professionelle Dolmetschende gar nicht oder nicht häufiger hinzugezogen werden, anzukreuzen.

Zentrale Punkte blieben die als mühsam und aufwändig betrachtete Organisation, die von 58.7% beanstandet wurde (277/472), und die mangelnde finanzielle Deckung 53.7%, 254/473) – beides Punkte, die von über der Hälfte bejaht wurden.

Das Unwissen, wie ein Einsatz zu organisieren sei (insgesamt 44%), wurde von der Hälfte der HA (51.3%) als relevanten Grund angegeben, dies im Gegensatz zu den KA, wo lediglich ein Drittel (34.7%) dies als Grund einstufte ( $p<0.001$ ).

Auffallend ist auch, dass bei HA generell eher das Gefühl besteht, es lohne sich nicht einen professionellen Dolmetschenden zu organisieren als bei KA: (Total Antwortende: 15.4%; HA:19.3%, KA 10.0%;  $p=0.005$ ), die Patienten würden selber jemanden bringen (Total Antwortende: 40.7%; HA: 47.3%, KA 31.7%;  $p=0.001$ ), und man sei es nicht gewohnt, mit Dolmetschenden zu arbeiten (Total Antwortende: 24.2%; HA:28.6%, KA:18.1%;  $p=0.009$ ).

Die Tatsache, dass Dolmetschende nicht genug rasch verfügbar sind (37.1%), die Unsicherheit, ob der Patient, für den man einen Dolmetschenden organisiert, wirklich erscheint (29.5%), ein Unterschätzen der Sprachbarriere im Vorfeld (25.9%), die Tatsache, dass für gewisse Sprachen professionelle Dolmetschende nur ungenügend vorhanden sind (24.5%), die Verlängerung der Konsultationsdauer (16.7%), als auch die als zu lange erachtete Minimaldauer für Dolmetschereinsätze (18.6%), waren Gründe, die von KA und HA ähnlich häufig identifiziert wurden. Ein weiteres Problem sind Patienten, die eigentlich von professionellen Dolmetschenden begleitet sein sollten (so vorgesehen von den Institutionen), aber diese Begleitung nicht erhalten und ohne erscheinen (15.4%). Das Ablehnen professioneller Dolmetschenden durch die Patientenfamilien wird von fast 10% der KA beobachtet, ungleich den HA, wo dies nur 4.0% ( $p=0.003$ ) betrifft. Mangelndes Vertrauen in die Qualität der Dolmetschenden, im Sinne von schlechter Übersetzung, zurückgehaltenen Informationen oder Hinzufügen von Fehlinformationen wird nur selten (3.8%) beanstandet. Keine Hindernisse wurden von 4.5% angegeben.

In den Freitexten wurde von KA und HA verschiedentlich darauf hingewiesen, dass selbst ein Telefondolmetschereinsatz des Bundes zu teuer ist und sogar mehr kostet, als ein Arzt in derselben Zeit verdient.

„Solange der Dolmetscher einen höheren Stundelohn hat als der Hausarzt, werde ich keinen Dolmetscher engagieren.“

Ebenso wurde darauf hingewiesen, dass es doch unlogisch sei, dass der Arzt einen solchen Einsatz zu berappen habe, wenn der Patient die Sprache nicht beherrsche. Es wurde mehrfach eine Übernahme via Krankenkassen gefordert, da der Einsatz ja das Potential habe, Gesundheitskosten zu senken. Als ebenfalls kostentreibend wurden lange Anreisewege der Dolmetschenden für Praxen auf dem Land angesehen. Verschiedene Teilnehmer forderten in den Freitexten eine Vereinfachung der Organisation, bessere Information und eine bessere Qualität. Dies beinhaltet auch die Forderung, Gemeinden mit Asylzentren und Flüchtlingsheimen sollten Dolmetschende fix anstellen, die auch zu nützlichen Zeiten und rasch für Einsätze in Grundversorger Praxen verfügbar wären.

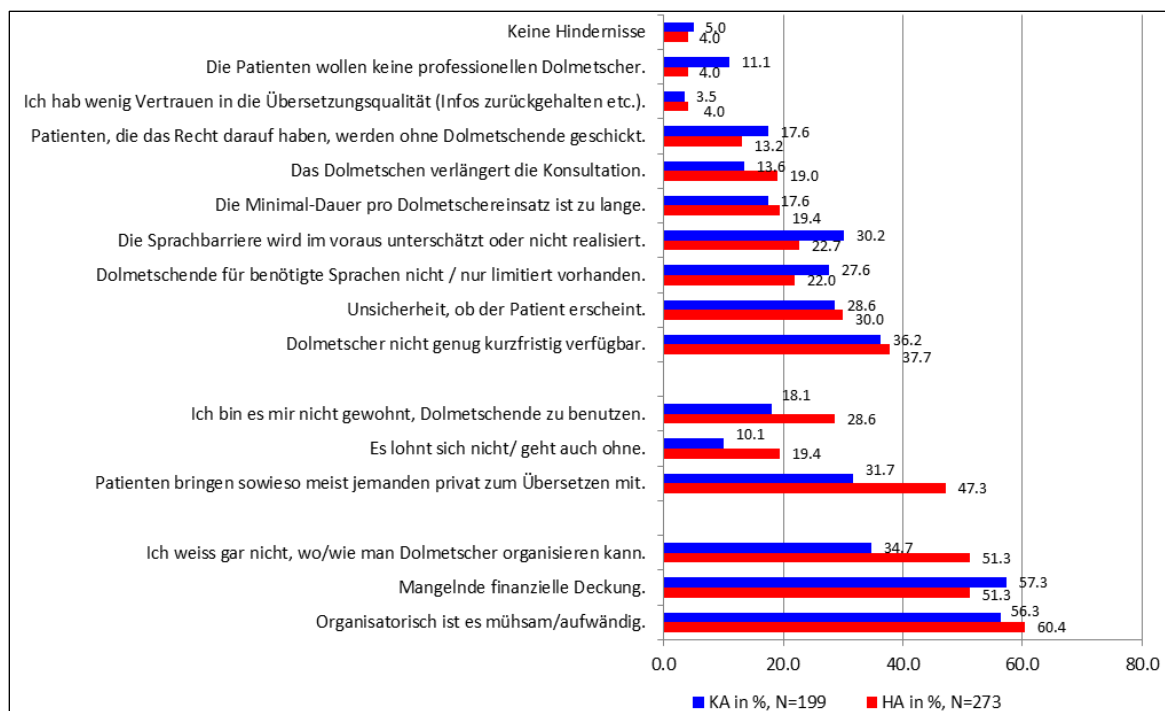


Abb. 6: Gründe für mangelnden Dolmetschereinsatz

## Finanzierung und Angebote

Finanzielle Aspekte wurden verschiedentlich als Hinderungsgrund genannt, weshalb die Teilnehmer auch befragt wurden, wer, sollten sie einen professionellen Dolmetschereinsatz veranlassen, diesen bezahlen würde. Die Frage ging an die Gesamtteilnehmerschaft.

Die Mehrheit der 518 Befragten, welche die Frage nach der Finanzierung von potentiellen oder realen durch sie veranlassten Einsätze beantworteten, gab an, nicht zu wissen, wer dies übernimmt (53.5%; 227/518), wobei deutlich wurde, dass diese Antwort häufiger von jenen gegeben wurde, die noch nie einen Einsatz organisiert haben (64.6% vs. 29.5% (177/274 vs. 66/224)). Am häufigsten wurden die Möglichkeiten 'Behörden' 25.3%, 'Stiftung/NGO' (13.9%) und 'Selber' (13.1%) angekreuzt, wobei letztere bei den KA etwas häufiger gewählt wurden. Jene, die bereits selber Einsätze organisiert hatten, gaben in 42.4% eine Finanzierung via Behörden und in 23.2% eine Finanzierung via eine Stiftung an, dies im Gegensatz zu 10% 'Behörden' und 6.2% 'Stiftung' bei jenen, die noch keine Einsätze organisiert haben. Auch die Selbstfinanzierung wurde bei jenen, die bereits Einsätze organisiert hatten doppelt so oft angewählt (18.8% vs. 9.1%).

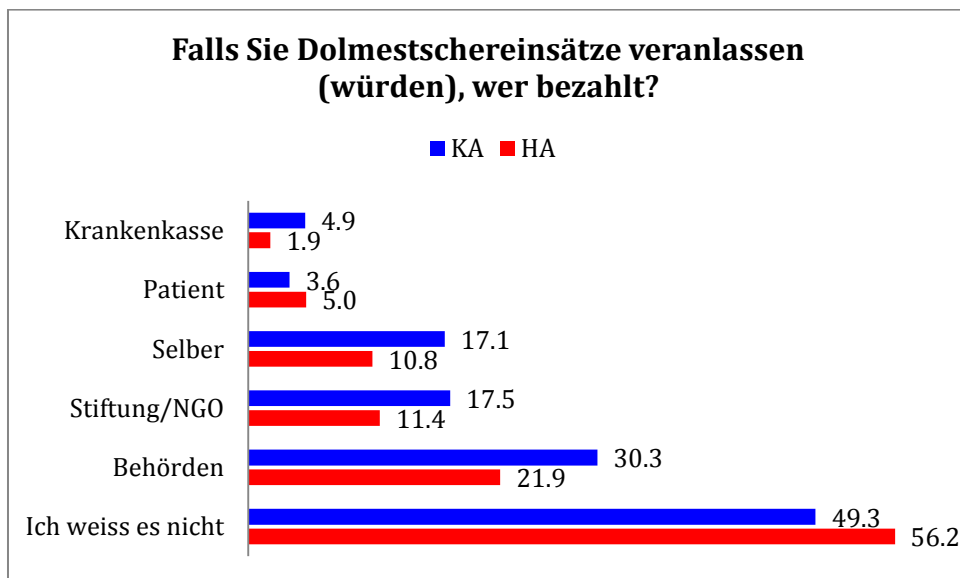


Abb.7 Wer würde bezahlen, wenn Praxen Dolmetsch-Einsätze veranlassen. Angaben in Prozent

Alle Teilnehmer wurden gefragt, ob Ihnen in Ihrem Kanton Finanzierungsmöglichkeiten für durch Arztpraxen veranlasste Dolmetschereinsätze bekannt seien. Nur jeder Zehnte konnte angeben, in seinem Kanton spezielle Finanzierungsmöglichkeiten für Dolmetschereinsätze zu kennen. **Es zeigte sich jedoch deutlich, dass jene, die besagte Frage bejaht hatten, eine 8x Mal höhere Wahrscheinlichkeit aufwiesen, bereits Dolmetschereinsätze selber veranlassen zu haben (OR adj. 8.1;  $p < 0,001$ ; 95%CI 4.17-15.91).** Nur 17.0 % jener, die Kenntnis von ihnen zugänglichen Finanzierungsmöglichkeiten haben und Sprachinkongruente Konsultationen führen, haben noch nie Dolmetschende organisiert. Von jenen, die nie solche organisieren, kennen nur 3.3% eine Finanzierungsmöglichkeit. Die Unkenntnis solcher Finanzierungsmöglichkeit scheint einige Ärzte jedoch nicht davon abzuhalten, Einsätze zu organisieren – nur 19.6% jener, die Einsätze organisierten, konnten die Kenntnis solcher Finanzierungsinstrumente klar bejahen.



**Sind Ihnen in Ihrem Kanton  
Finanzierungsmöglichkeiten für durch  
Arztpraxen veranlasste Dolmetscheinsätze  
bekannt?**

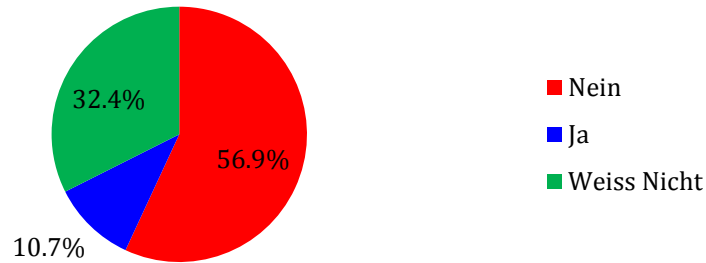


Abb.8: Finanzierungsmöglichkeiten bekannt

$\frac{3}{4}$  der Befragten, welche Kenntnis eines Finanzierungsangebotes für professionelle Dolmetschereinsätze haben, haben bejaht, dieses bereits benutzt zu haben. Die Spezialisierung beeinflusste nicht die Antworten der 54 Teilnehmenden, die diese Frage beantwortet haben. Abbildung 9 zeigt, dass insgesamt eine gute Zufriedenheit (50%) besteht, 13.0% das Angebot jedoch auch nicht nutzen, weil es unpraktisch sei.

**Haben Sie das Angebot genutzt? (in %)**

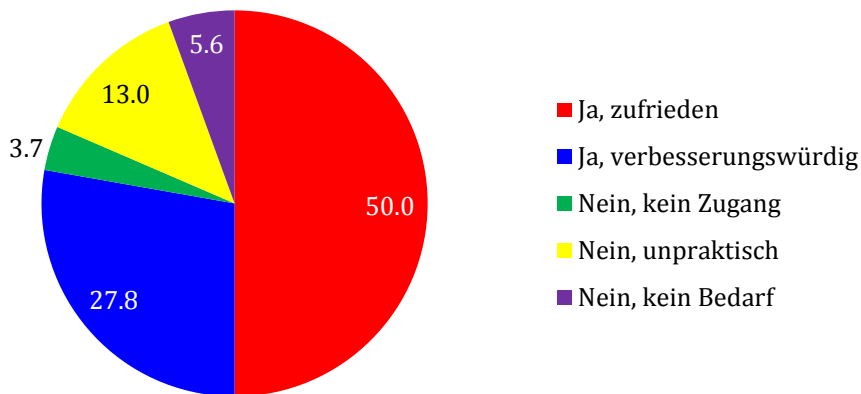


Abb.9: Angebot genutzt?

Für die vertieften Analysen der Kantone (siehe Tabelle 3), wurden jene mit drei oder weniger Teilnehmern ausgeschlossen.

Tabelle 3: Versorgungslücke, Finanzierungsinstrument und Nutzung

Kanton	N-total	N-total Antwortende ungedeckter Bedarf ja/nein (falls allophonen Patienten betreut)	% mind. 1x/Monat ungedeckter D-Bedarf	Selber bereits organisiert	N-total Antwortende Finanzierungs- mittel bekannt ja/nein	% Finanzierungs- mittel bekannt	N-total Antwortende bekanntes Angebot benutzt ja/nein	Benutzt
Unterschied zw. Kantonen			p=0.018	p=0.026	p<0.001		p=0.342	
AG	30	28	39.3	28.6	30	3.3	1	100.0
AR						0.0		
BE	66	56	57.1	55.4	66	6.1	4	75.0
BL	19	17	70.6	53.0	19	5.3	1	0.0
BS	23	21	52.4	38.1	23	4.4	1	100.0
FR	21	20	50.0	45.0	21	14.3	3	100.0
GE	31	29	31.0	24.1	31	3.2	1	100.0
GL	4	4	0.0	50.0	4	25.0	1	100.0
GR	7	7	71.4	57.1	7	57.1	3	100.0
JU	5	4	50.0	25.0	5	0.0		
LU	18	16	68.6	68.6	18	16.7	3	100.0
NE	15	15	60.0	53.3	15	20.0	3	100.0
NW						0.0		
OW							1	
SG	38	36	61.1	33.3	38	0.0		
SH	4	3	33.3	33.3	4	50.0	2	50.0
SO	17	17	52.9	41.2	17	11.8	2	50.0
SZ	10	10	90.0	70.0	10	20.0		
TI	16	6	16.7	33.3	16	6.3	1	0.0
TG	13	12	50.0	16.7	13	0.0		
UR	4	3	66.7	100.0	4	0.0		
VD	50	45	57.8	46.7	50	26.0	13	61.5
VS	10	10	60.0	60.0	10	20.0	2	100
ZG	9	8	25.0	75.0	9	11.1	1	100.0
ZH	113	104	51.1	39.4	113	4.4	5	100.0
Total	529	476	52.9	43.7	529	9.6	50	80.0

(Schwarzer Balken: wegen zu geringer Teilnehmerzahl nicht dargestellt)

Am häufigsten wurde von Teilnehmern aus dem Kanton Graubünden (66.7%), wo der Zugang zu professionellen Dolmetschenden für Arztpraxen gratis ist, angegeben, das Finanzierungssystem zu kennen. 57.1% der Ärzte aus diesem Kanton gaben an, das Angebot auch zu nutzen. Von den 3 Ärzten, die dies nicht taten, gab nur ein einziger an, es sei ihm unklar, wie es zu organisieren sei; zwei erklärten, organisatorische Aspekte hielten sie davon ab.

Für 6 Kantone gaben alle Teilnehmer an, keine Finanzierungsmöglichkeiten für HA und KA zu kennen (AR, JU, NW, SG, TG, UR). Diese Angaben wurden von den Kantonen AR SG, TG, UR bestätigt, die Anfrage bei JU und NW blieb ohne Antwort. Der Kanton UR erwähnte jedoch, dass das Schweizerische Rote Kreuz Asylsuchende betreut und für diese Dolmetschende bei Bedarf zur Verfügung stelle. Die Kantone TG, AR, SG subventionieren Verdi (ikÜ-Vermittlungsstelle) so dass die Vermittlungsgebühren entfallen. Dies führt für Anbieter im Gesundheitsbereich in besagten Kantonen zu einer Vergünstigung des Tarifs von 90 CHF auf 75 CHF pro Dolmetscher-Einsatzstunde. Ein Bejahen von Finanzierungsmitteln in kleinen

Prozentsätzen bedeutet jedoch auch für die anderen Kantone nicht unbedingt ein flächendeckendes Angebot. So gaben gewisse Ärzte an, für gewisse Fälle auf die Kinder- und Jugendschutzbehörde (KESB) zurückgreifen zu können (Kinderschutz). Andere Ärzte haben auch erwähnt, Vertreter der Mütter- und Väterberatung für eine gemeinsame Beratung eingeladen zu haben, da diese Dolmetschende bezahlt bekommt. Auch AG, BS, FR, SH, ZG und ZH, gaben auf Anfrage an, über kein Finanzierungsangebot für professionelle Dolmetscheinsätze bei niedergelassenen Ärzten zu verfügen. ZH betonte, nach einer nationalen, BS nach einer lokalen Lösung zu suchen. ZG und SG haben bereits Modelle getestet, die aber bislang noch nicht die Grundversorger eingeschlossen haben (Kostenübernahmen für Institutionen, Gutscheinmodell). BL hat kurze Zeit eine Promotionsaktion für Kinderärzte geführt, die es diesen ohne grossen organisatorischen Aufwand erlaubte, Dolmetschende zu einem um 50% reduzierten Tarif zu organisieren – das Projekt fand jedoch keinen Anklang.

Im Kanton VD andererseits gibt es für gewisse Ärzte (Netzwerk RESAMI) Zugang zu Dolmetschenden für von Ihnen betreute Asylsuchende und für Flüchtlinge, welche von der Sozialhilfe abhängig sind. Teilnehmer aus dem Kanton NE berichteten, Dolmetscher-Einsätze für Asylbewerber würden lediglich im ersten Aufenthaltsjahr übernommen.

### **Ungedeckter Bedarf – für welche Patienten-Gruppen?**

Der ungedeckte Bedarf an Dolmetschenden wurde besonders bei Patienten aus dem Asyl- und Flüchtlingsbereich identifiziert (381/465, 81.9%), gefolgt von Neuankömmlingen ausserhalb des Asylbereichs (38.3%) und Migranten, deren Sprachniveau der Komplexität und Sensitivität einer medizinischen Konsultation nicht gerecht wird (33.85%). KA gaben den Asyl- und Flüchtlingsbereich ( $p=0.04$ ) und Neuankömmlinge im Sinne von Arbeitsmigranten/Expats ( $p=0.04$ ) signifikant häufiger an als HA, bei denen – wenn auch wegen kleinen Fallzahlen nicht das Signifikanz-Niveau erreichend ( $p=0.08$ ) - Migranten, die länger in der Schweiz lebten etwas häufiger genannt wurden. Wichtig ist zu beachten, dass nicht nur Personen im Asylprozess, sondern auch anerkannte Flüchtlinge und vorläufig Aufgenommene, ebenfalls als mit erhöhtem ungedecktem Bedarf identifiziert wurden.

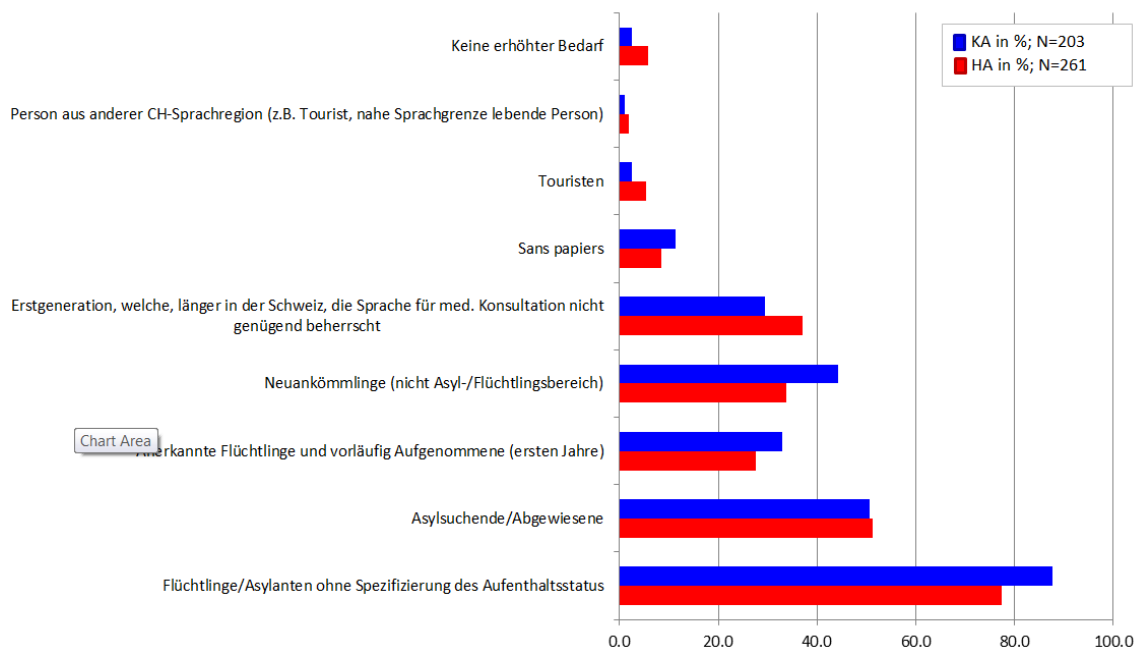


Abb. 10: Bei welchen Gruppen beobachten Sie am häufigsten einen ungedeckten Bedarf an Dolmetschenden im Sinne von relevanter, sprachlicher Verständigungseinschränkung mit dem Patienten (der Familie im pädiatrischen Setting)?

Ein näherer Blick auf die Kantone (siehe Tabelle 4) zeigt erneut die Versorgungslücke insbesondere im Asylbereich. Besonders positiv ist jedoch, dass in den Kantonen GE und VD die Versorgungslücke bei Asylsuchenden auffallend klein ist (relevant für 7.7% und 14.0% der Antwortenden).

Im Kanton VD gibt es für HA und KA seit Juni 2016 die Möglichkeit, unter gewissen Bedingungen eine Rückvergütung von Dolmetschereinsätzen zu erwirken. Für Familien, welche durch EVAM (Etablissement Vaudois d'Accueil des Migrants, [www.evam.ch](http://www.evam.ch)) betreut und durch RESAMI (Réseau de Santé et Migration, [www.resami.ch](http://www.resami.ch)) Grundversorger (Ärzte müssen Mitglied sein) betreut werden, werden die Dolmetscherkosten immer übernommen. Neu übernimmt das CSIR (Centre social d'intégration des réfugiés) die Dolmetscherkosten für von ihnen betreute, vom Service de prévoyance et d'aide sociale abhängige, anerkannte Flüchtlinge (Ausweis F und B) bis zu einem Sprachniveau A2 (Der Antrag muss alle 6 Monate neu gestellt werden).

Auch der Kanton Genf kennt ein System von ausgewählten Ärzten, die sich um Asylsuchende kümmern und entweder nach Sprachfähigkeiten zugeteilt werden oder Dolmetschende zur Verfügung gestellt bekommen. Für die Kinder wird diese Funktion von einer Spezialsprechstunde am Hôpital des Enfants (Hôpitaux Universitaires de Genève, HUG) übernommen. Diese beiden Systeme scheinen dazu zu führen, dass der ungedeckte Bedarf in beiden Kantonen für Asylsuchende als tief eingeschätzt wird. Vorgesehene Strukturen scheinen aber nicht immer eine Deckung des Bedarfs im Asylwesen zu garantieren.

Im Kanton VS bestätigt zwar ein Arzt, im Auftrag des Kantons Asylsuchende Kinder zu betreuen und dann auch Dolmetschende zu haben, welche die Kommunikation ermöglichen und der Kanton gibt an, dass das Office cantonal d'asile Konsultationen und bei Bedarf Dolmetschende organisiert (Email Korrespondenz, April 2017),

dennoch wird auch hier von gewissen Teilnehmern eine Lücke identifiziert. Dieses Phänomen wird auch in anderen Kantonen beobachtet. In Freiburg wird dies z.T. damit erklärt, dass Asylsuchende manchmal direkt den Arzt konsultieren, ohne bei den zuständigen Stellen vorbeigegangen zu sein (Tel. mit Amt, April 2017).

In den Kommentaren beklagen sich Teilnehmer, dass Asylsuchende ohne Begleitung, wenigstens eines Laiendolmetschers, zu Konsultationen erscheinen oder gesandt werden, dies inklusive von Empfangszentren des Bundes. Versuche von Ärzten für solche Patienten einen Dolmetscher bei den zuständigen Zentren zu erwirken, blieben teils ohne Erfolg (z.B. SO). Aus NE melden Teilnehmer, dass Dolmetscher für Asylsuchende nur während des ersten Aufenthaltsjahres verfügbar seien, was eine Lücke in die Versorgung reisse. In manchen Kantonen scheinen Ärzte während der Tätigkeit im Heim auf Übersetzung zählen zu können, nicht aber bei Menschen im Asylprozess oder Flüchtlingen, wenn sie diese in der eigenen Praxis sehen (z.B. ZH). In den Kantonen BS und BL sind z.B. keine spezifischen Dolmetsch-Strukturen für Asylsuchende vorgesehen. Insbesondere, wenn die Asylsuchenden in eigenen Wohnungen leben, gehen sie auf eigene Initiative zu den Ärzten.

Auch wenn die Unterschiede zwischen den Kantonen bei Neuankömmlingen ausserhalb des Asylbereichs keine statistisch signifikanten Unterschiede aufweisen, scheinen doch die Kantone GE (61.6%), VD (58.1%), GR (50.0%, aber geringe Teilnehmerzahl), ZH (43.6%), FR (42.1%) und VS (40%) eher mit Sprachbarrieren zu kämpfen.

Tabelle 4 Versorgungslücke – welche Gruppen?

<b>Versorgungslücke identifiziert durch % Antwortende</b>						
	Gesamt Total Antworten	% - Asyl/ Flucht zusammen	% Asyl-suchende/ Abgewiesene	% - Anerkannte Flüchtlinge (B-Ausweis)	% - Neuan-kömmlinge nicht Asyl	% - Länger hier
		p=0.213	p<0.001	p=0.168	p=0.253	p=0.133
AG	28	82.1	53.6	21.4	25.0	32.1
AR						
BE	55	90.9	65.5	36.5	32.7	29.1
BL	17	76.5	58.8	35.3	17.7	29.4
BS	19	84.2	63.2	10.5	31.6	31.6
FR	19	79.0	31.6	31.6	42.1	63.2
GE	26	65.4	7.7	26.9	61.6	42.3
GL	4	75.0	75.0	75.0	25.0	25.0
GR	6	100.0	66.7	16.7	50.0	50.0
JU						
LU	16	87.5	81.3	43.8	25.0	18.8
NE	15	80.0	40.0	33.3	33.3	33.3
NW						
OW						
SG	35	85.7	65.7	20.0	45.7	37.1
SH						
SO	17	94.1	76.4	29.4	35.3	17.7
SZ	10	100.0	60.0	20.0	30.0	30.0
TI	6	100.0	50.0	66.7	16.7	16.7
TG	12	91.7	58.3	33.3	16.7	16.7
UR						
VD	43	65.1	14.0	44.2	58.1	48.8
VS	10	80.0	60.6	40.0	40.0	20.0
ZG	8	87.5	50.0	12.5	12.5	37.5
ZH	101	80.2	51.5	23.8	43.6	36.6
Total	460	81.9	51.3	30.1	38.3	33.7

(Schwarzer Balken: wegen zu geringer Teilnehmerzahl nicht dargestellt)

### **Dolmetsch-Minuten zur freien Verfügung**

Teilnehmer, welche mindestens einmal pro Jahr mit sprachinkongruenten Konsultationen konfrontiert werden, wurden gefragt, ob sie - angenommen, eine gewisse Anzahl Minuten an Dolmetschereinsätzen würden kostenlos zur Verfügung gestellt – ein derartiges Angebot nutzen würden. Zwei Drittel der 476 Teilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, bejahten dies (68.5%), lediglich 27 (5.7%) verneinten. Ein weiterer Viertel (25.8%) gab an, dies noch nicht zu wissen oder vielleicht zu benutzen. 94.3% der Antwortenden würden somit ein solches Projekt sicher oder potentiell nutzen.

Auf die Gesamtteilnehmerzahl (also auch jene ohne Sprachbarriere) berechnet, entspricht dies über der Hälfte der Gesamtteilnehmer (54.4%; 326/599), die ein

solches Projekt sicher und weitere 20% (20.3%, 122/599) welche ein solches Projekt potentiell benützen würden.

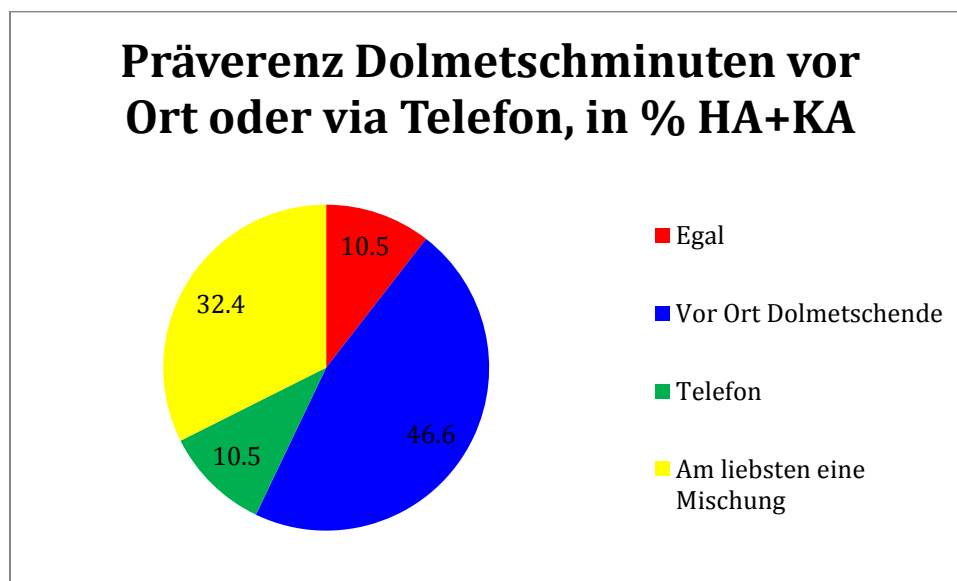


Abb. 11: Präferenz vor Ort versus Telefondolmetschen

Von den 324 Teilnehmern, welche ihre Meinung nach der Art der ideal zur Verfügung gestellten Dolmetschereinsätze preisgaben, lag der Wunsch nach Vor-Ort-Dolmetschern mit 46.6% vorn, gefolgt von einer Mischung zwischen den beiden Arten (32.4%, vor Ort und Telefonminuten). Beim Wunsch nach Art der zur Verfügung gestellten Dolmetscher bestand kein signifikanter Unterschied zwischen KA und HA ( $p=0.18$ ), wobei KA tendenziell eher eine Mischung bevorzugten (38.4 % vs. 27.5 %).

## Umfrage Vermittlungsstellen

Der Rücklauf der Umfrage an die Vermittlungsstellen war harzig. Auf den Initialen Onlineversand haben lediglich 2 Stellen geantwortet, auf einen weiteren Postversand nur eine einzige. Um den Rücklauf zu verbessern wurden nachfolgend die restlichen Stellen telefonisch kontaktiert, was zu einem weiteren ausgefüllten Fragebogen führte. AOZ Medios antwortete auf spezifische Fragen in einem Email. Gründe, welche von den Zentren für die mangelnde Teilnahme an der Umfrage vorgebracht wurden, waren die Abwesenheit einer für derartige Anfragen zu ständigen Person (z.B. BE), Reorganisationen (v.a. personeller Natur), personelle Engpässe und die Abwesenheit der zuständigen Fachperson. HEKS Basel und die Vermittlungsstelle der Zentralschweiz liessen verlauten, sie würden keine Dolmetschenden an HA/KA vermitteln, da es keine Anfragen gäbe, sie wüssten jedoch nicht warum. Auch Interunido (Bern Langenthal, Fragebogen ausgefüllt) gab für das Jahre 2016 an, nur ein einziges Mal einen Einsatz an einen HA vermittelt zu haben, was etwas weniger als 2% der im Gesundheitswesen vermittelten Einsätzen entspricht. Auch die Vermittlungsstellen interkulturelles Dolmetschen Oberwallis FMO und Se comprendre (FR, JU, BE-francophone), welche beide ebenfalls den Fragebogen ausgefüllt haben, berichteten nie, beziehungsweise fast nie Einsätze für HA/KA zu organisieren. Ausnahme bilden im Oberwallis durch Institutionen veranlasste

Einsätze, welche aber in Praxen stattfinden (z.B. durchs Rote Kreuz) oder für Se comprendre Einsätze in Praxen, welche durch ORS Service AG für Asylsuchende organisiert werden. Se comprendre gab an, 4730 derartige Dolmetschstunden für 2016 zu verzeichnen. Interunido (BE) erklärte, dass für Asylsuchende mit Sozialhilfe die Kosten durch die Asylsozialhilfestelle übernommen würden, diese jedoch meist eigenen Dolmetschende organisiert (internes Beschäftigungsprogramm), und auch für Flüchtlinge zuständige Sozialhilfestellen finanziell einsprängen. Die Agendzia Derman di interpretariato interculturale (TI, Fragebogen ausgefüllt) meldete, dass das „Ufficio del sostegno sociale e dell’inserimento (USSI)“ für Dolmetscheinsätze für Asylsuchende bei Hausärzten im Kanton TI aufkomme, wobei ein kleiner privater Fonds für Einsätze für Menschen ausserhalb des Asylwesens vorhanden sei; insgesamt organisiere sie aber nur manchmal für Grundversorger, dafür umso häufiger für Spitäler und psychiatrische Dienste, für welche es eine kantonale Finanzierung gibt. Für anerkannte Flüchtlinge sehen die anderen beiden Institutionen einen ungedeckten Bedarf. So erwähnt Se comprendre, dass Caritas für schwere medizinische Fälle bei Flüchtlingen einspringt, ansonsten jedoch eine mangelnde finanzielle Deckung für Flüchtlinge und sonstige Migranten besteht, ein Anliegen, dass auch andere Vermittlungsstelle bestätigen, die den Fragebogen ausgefüllt haben.

Was die Organisation angeht wird deutlich, dass die Zentren teils auch rasche Einsätze innert 30 min bis 4h ermöglichen können. Ein Zentrum empfahl ½ bis 1 Tag als realistische Vorlaufzeit für Notfälle, ideal seien aber 3-5 Tage. Eine kleinere Organisation gab jedoch an, dass die meisten Ihrer Dolmetschenden nur nebenberuflich dolmetschen und deshalb ein Vorlauf von 1-2 Wochen ideal wäre, denken aber, dass sie ihr Angebot bei besserer Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssektor ausbauen und verbessern könnten.

AOZ Medios (nationaler Telefondolmetscherdienst und Vor-Ort-Dolmetscherangebot im Kanton Zürich), berichtet ebenfalls, dass Einsätze bei KA und HA einen verschwindend kleinen Teil ausmachen. Der Vor-Ort-Dolmetschdienst von AOZ Medios wird vom Kanton ZH subventioniert, der nationale Telefondolmetschdienst vom BAG getragen. Als Knackpunkt wird auch hier, wie von anderen Stellen (Bsp.: Oberwallis) die Mangelnde Kostenübernahme durch die Krankenkassen beanstandet. Insgesamt wird das Volumen der Aufträge stetig gesteigert, wobei, insbesondere im Bereich des noch nicht ausgelasteten Telefondolmetschens, noch Wachstumspotenzial vorhanden ist. Der hohe Tarif des Telefondolmetschdienstes wird mit der Notwendigkeit einer 24h-Abdeckung gerechtfertigt.

Insgesamt scheint vor allem für Sprachen wie Tigrinya, Dari, Farsi und etwas weniger Arabisch zusätzlicher Ausbildungsbedarf an Dolmetschenden zu bestehen.

Auf weitere Fragebogen, die von den Zentren telefonisch versprochen wurden, wurde vergeblich gewartet.

Das neue, rasche Asylverfahren sieht eine Präsenz Dolmetschender von Anfang an im Asylprozess vor. Dies bedingt, einen erhöhten Bedarf an professionellen Dolmetschenden. Caritas Schweiz investiert deshalb aktuell in die Ausbildung neuer Dolmetschenden für Ihre Vermittlungsstellen (Telefon Caritas Schweiz, April 2017).



## Erfahrungen aus den Kantonen

Der Kanton Graubünden (GR) ist ein Vorreiter, wenn es um den Zugang von Arztpraxen zu professionellen Dolmetschenden geht. Im Frühjahr 2015 hat das Gesundheitsamt Graubünden die "Dialog - Interkulturelles Dolmetschen in Arztpraxen" lanciert und die Fachstelle Integration Graubünden Mittel zur Finanzierung von Dolmetsch-Einsätzen in Arztpraxen in GR zur Verfügung gestellt. Das erfolgreiche Projekt wird nun vom Gesundheitsamt und der Fachstelle Integration Graubünden Ko-finanziert. Haus- und Fachärzte im Kanton Graubünden können demzufolge im Jahr 2017 bei Verdi (Vermittlungsstelle für Interkulturelles Dolmetschen in der Ostschweiz) und dem nationalen Telefondolmetschdienst von diesem Angebot und dem Mehrwert, den Ihnen das interkulturelle Dolmetschen bei der täglichen Arbeit bietet, profitieren [25]. Laut Informationen der Fachstelle (Email/Tel. Feb 2017) bestellen die Ärzte die Dolmetschenden direkt bei Verdi ein und protokollieren die Zeit, welche der Dolmetschende bei Ihnen verbringt, die Kostenübernahme erfolgt direkt, ohne weiteren Aufwand für den Arzt. Dennoch brauchen nicht alle Gebiete das Angebot gleichermassen. Italienisch ist als Ausweichsprache sehr verbreitet. Die Geographie mit den langen Anreisewegen macht das ganze Projekt teurer. Anfangs lief das Projekt nur zögerlich an: im ersten Jahr wurde nur ein Viertel (5000sFr.) des Budgets (20'000sFr.) aufgebraucht. In der Verlängerung wurde eine stetige Steigerung der Nutzung beobachtet. So waren zwischen April 2015 und Dezember 2016 ca. 230 Einsätze zu verzeichnen, Anzahl steigend. Ärzte, die den Dienst einmal eingesetzt haben, benutzen ihn meist wieder. Aktuell sind die Einsatzstunden zusätzlich durch den Kanton subventioniert (75sFr./h). Eine Tendenz, durch andere Strukturen bisher finanzierte Einsätze auf diese Finanzierungsstruktur abzuwälzen, wurde beobachtet. Insgesamt wird auf eine nationale Lösung gehofft.

Verschiedene andere Kantone haben ebenfalls versucht, den Einsatz von Interkulturellen Übersetzenden zu fördern.

Beim Versuch eines Gutscheinsystems des Kantons St. Gallen für Spitäler und Mütter - und Väterberatungsstellen (nicht aber Arztpraxen) zeigte sich, dass Gutscheine nicht ausgeschöpft wurden, vermutlich weil das Projekt zu wenig lange lief, um eine gute Information und Änderung der Prozesse zu erreichen [26].

Auch der Kanton Zug hat versucht, den Einsatz zu fördern, indem er Institutionen, insbesondere im sozialen Bereich für eine befristete Zeit bis zu einer gewissen Summe von gratis Dolmetschereinsätzen profitieren lässt, die über den Dolmetscherdienst der Zentralschweiz organisiert werden. Zu Projektbeginn erhielten diese Institutionen eine 2-stündige Schulung durch den Dolmetscherdienst (Wie funktioniert die Buchung, was muss ich bei einem Aufgebot beachten, Rolle der Dolmetschenden, wie führe ich ein Gespräch im Dialog). Es wurden nur Stellen bedient, die noch keine Dolmetschenden einsetzen. Da die niedergelassenen Ärzte jedoch Unternehmer seien, gestaltet sich die Finanzierung als schwieriger und der Einbezug des Gesundheitsamtes sei unabdingbar (Information: Emailaustausch mit Bereich Integration, Kantonales Sozialamt ZG, Feb. 2017).

Eine Promotionsaktion für den Gebrauch interkultureller Dolmetschender, welche den kostenlosen Einsatz von interkulturellen Übersetzern über den Ausländerdienst Basel-Landschaft (BL) in Schulen und Mütter - und Väterberatungen fördern sollte, war sehr erfolgreich: der zur Verfügung gestellte Betrag war schnell aufgebraucht [27]. Da interkulturelles Übersetzen ein Förderbereich des Integrationsprogrammes

des Kantons BL ist, wurde ab 2014 eine Promotionsaktion ins Leben gerufen, welche Kindergärten, Primarschulen, Mütter - und Väterberatungsstellen und den sozialen Diensten den unentgeltlichen Zugang zu professionellen Dolmetschenden ermöglichte, und damit zur Sensibilisierung beitragen sollte. Anfangs lief es zwar etwas harzig, dann aber erfreute sich die Aktion stetig wachsender Nachfrage. Die Institutionen waren mit dem Angebot zufrieden. Angesichts limitierter finanzieller Ressourcen wurde der Beitrag des Kantons in einem 2. Schritt ab Herbst 2015 auf 50% gesenkt, dafür sollten neu auch Kinderärzte aus dem Kanton BL davon profitieren. Dies bedingte die Mitarbeit auch der Gesundheitsdirektion und eine Sensibilisierung der Ärzteschaft via Rundschreiben und Vorstellung des Projekts bei einer Ärztereinbildung. Trotz tiefer administrativer Hürden (lediglich Ausfüllen eines 1-seitigen Onlineformulars mittels welchem der Dolmetscher direkt einbestellt wird), blieb die Nachfrage auf ärztlicher Seite tief. Es bleibt unklar, inwiefern der zu leistende finanzielle Beitrag und die noch ungenügende Sensibilisierung und Information für die ungenügende Aufnahme des Angebots verantwortlich waren. Während bei den Schulen und Kindergärten die Senkung des Beitrags die Zunahme an Einsätzen nicht zu bremsen vermochte, war dies bei den Mütter-und-Väterberatungen und gewissen Sozialdiensten zu verzeichnen. Das Ausmass des Weiterbestands wird von den finanziellen Ressourcen des Kantons abhängen, der Kanton beabsichtigt jedoch auch zukünftig einen Teil der Dolmetscherkosten nach seinen Möglichkeiten mitzufinanzieren. (Tel. und Emailaustausch mit BL)

Auffallend bei diesen Projekten ist, i) dass sie von den **Integrationsstellen** und nicht den Gesundheitsbehörden ausgingen, und ii) es eine gewisse **Anlaufzeit** benötigt, bis die Projekte voll genutzt werden. Die **Information des Zielpublikums** scheint extrem wichtig, nicht aber immer einfach zu erreichen. Verschiedentlich wurde die schwierige Erreichbarkeit der Ärzteschaft erwähnt.

Das Beispiel BL zeigt auch den Wert einer langfristigen Finanzierung auf: Der Entzug der Finanzierung kann den Gebrauch drosseln, wenn die empfangenden Institutionen kein Budget für deren Weiterführung haben. Auch bemerken verschiedene Stellen, dass existierende Finanzstrukturen für Dolmetschende (z.B. Sozialdienst), welche eigentlich für Gespräche mit gewissen Patienten zuständig wären, ihre Kosten dann auf das Projekt abwälzen würden. Auch AR erwähnt, dass die indirekte Subvention, die entsteht, wenn die privaten Kliniken subventionierte professionelle Dolmetschende für ausländische Privatpatienten einsetzen, natürlich nicht im Interesse der Kantone sei, die die öffentlichen Spitäler und Grundversorger unterstützen wollen (Tel. AR, April 2017). Auch Bedenken, dass ein zu gutes Angebot die Leute vom Erlernen der Lokalsprache abhielten, wurden seitens verschiedener Kantone erwähnt.

Weitere Initiativen (Bsp. TG) beinhalten: Listen fremdsprachiger Ärzte, Informationen der Ärzteschaft bezüglich Dolmetscherangeboten (Ärzteneuletter: Info zu Telefondolmetscherdienst), und Subventionierungen von Dolmetschenden in der Mütter - und Väterberatung. Auch mit Broschüren für Eltern (z.B.: BS, TG) soll die Kommunikation gefördert werden.

Im Asylbereich scheinen besonders die Modelle von GE und VD von Erfolg gekrönt (siehe Resultate der Umfrage für mehr Informationen). Insgesamt scheinen viele Kantone die Asylsuchenden in den ersten Monaten in Heimen unterzubringen, wo i.d.R. ein Heimarzt vorbeikommt oder ein externer Arzt für die medizinische Versorgung zuständig ist. Danach findet jedoch eine Verteilung auf Wohnungen in

Gemeinden statt. Die durch die Grundversicherung gedeckten Asylsuchenden und Flüchtlinge können dann selbstständig HA und KA aufsuchen. Für Dolmetschende ist dann nicht automatisch gesorgt (Bsp.: BS, BL). Auch scheint zum Teil eine Debatte zu bestehen, ob nun der Gesundheitsbereich oder der Asylbereich für die Versorgung mit Dolmetschenden zuständig sei.

Die Zuständigkeit für Asylsuchende (noch keine Entscheidung) und Flüchtlinge ist in den Kantonen sehr unterschiedlich geregelt (Bsp. FR: ORS Services für Asylsuchende, Caritas für Flüchtlinge; SZ: Asylzentren: Caritas, Flüchtlinge: der Kanton, Unbegleitete Minderjährige: Caritas) Insgesamt muss aber bemerkt werden, dass im Rahmen des Spardruckes in den Kantonen, verschiedene Kantone beschlossen haben, die Versorgung der Asylsuchenden und der Flüchtlinge selber zu übernehmen (Bsp.: LU, OW), dem Tiefstbietenden zu übertragen (Bsp.: ORS Services AG, Bund, SO), oder die Vergütungen derart zu senken versuchen, dass gewisse Organisationen aus Qualitätsbedenken nicht mehr bereit sind, den Auftrag zu erfüllen (Caritas-CH: Flüchtlingsbetreuung LU) (Telefonat Caritas CH, April 2017). Finanziell stellt auch die Mengenausweitung im Bereich Dolmetschen, obwohl gewünscht, eine Herausforderung für Kantone dar, die Vermittlungsstellen subventionieren, und je nach Zuwachs über Einschränkungen werden nachdenken müssen. (Tel. TG, April 2017).

Caritas CH berichtet, dass die NGO, als sie für Asylsuchende und Flüchtlinge im Kanton OW zuständig waren, versucht haben, bei Bedarf für medizinische Konsultationen Dolmetschende zu organisieren, erwähnen jedoch auch Schwierigkeiten, dies immer angemessen zu erreichen, z.B., wenn ein HA einen Patienten zum Spezialisten weiterleitet, die NGO jedoch nicht informiert wird. Zudem will man auch keine Dolmetschenden für unnötige Konsultationen (Bsp. einfacher Schnupfen) zur Verfügung stellen (Telefonat Caritas CH, April 2017).

In den Empfangszentren des Bundes besteht aktuell keine umfassende Dolmetscherpflicht für medizinische Konsultationen mit Sprachbarrieren. Ab 2018 sollen jedoch, im Rahmen des kürzeren Asylverfahrens und des neuen Epidemien Gesetzes, Dolmetschende auch bei medizinischen Konsultationen anwesend sein (Tel. BAG, April 2017).

ORS Services AG, die neben Bundeszentren auch für gewisse Kantone die Versorgung im Asylbereich übernommen hat, berichtet von den kantonalen Unterschieden in der Handhabung in von ihnen im Auftrag der Kantone betreuten Zentren: Für den Kanton SO wird berichtet, eine medizinische Erstkonsultation erfolge beim Zentrumsarzt. Ist eine Übersetzung nötig, so werde entweder ein vertrauenswürdiger Asylsuchender aus dem Zentrum oder ein Betreuer zum Dolmetschen herangezogen - die Betreuer deckten die meisten Sprachen ab. Beim Besuch von Spezialisten würden diese selber Dolmetscher anbieten. Auch im Kanton BE würde die Erstkonsultation mit Dolmetschhilfe durch Asylsuchende aus dem Zentrum stattfinden. Diese würden vom Patienten selbst ausgesucht.

Bei Besuchen von Spezialisten berichtet ORS Services für BE, würden Dolmetscher aufgeboten. Eine Zusammenarbeit mit Comprendi, der Berner Fachstelle interkulturelles Dolmetschen der Caritas bestehe, auf Wunsch der Asylsuchenden können aber auch andere Asylsuchende als Begleiter eingesetzt werden.

Im Kanton FR würden, wenn immer nötig, durch das ORS-Pflegefachpersonal Dolmetscher für Asylsuchende organisiert. Man arbeite regelmässig mit dem Caritas Übersetzungsdienst *Se comprendre* zusammen. Spricht der/die Asylsuchende eine

Sprache, für die kein Dolmetscher zur Verfügung steht, versuchen die ORS-Pflegefachkräfte einen Dolmetschenden aus einem anderen Kanton zu organisieren (Email ORS Service AG, April 2017).

Der Kanton FR bestätigt, dass sofern der Asylsuchende vorgängig eine Pflegefachfrau des ORS Services AG aufsuche, diese gehalten sei, bei Bedarf einen Dolmetschenden zu organisieren. Die Finanzierung erfolge über den Service de l'action sociale (SASoc) im Rahmen eines Forfaits. Sonstige Dolmetscheinsätze in Praxen im Kanton seien i.d.R. im Rahmen von Invaliden-Versicherungs-Expertisen von besagter Stelle finanziert.

## **V Handlungsempfehlungen und Perspektiven**

Die Umfrage zeigt klar auf, dass ein Grossteil der HA/KA Konsultationen meistern, bei denen ein direkter sprachlicher Austausch mit den Patienten nicht möglich ist, Dolmetschende von Ärzten und Behörden zwar organisiert werden, die Anzahl organisierter Einsätze aber den Bedarf nicht deckt. Sie zeigt ebenfalls auf, dass die Sprachbarriere zu zusätzlichen Kosten für das Gesundheitssystem und zu einer Beeinträchtigung der Versorgungsqualität führen kann.

Die Situation in der Schweiz variiert je nach Kanton. Der Kanton Graubünden führt seit 2015 ein Gratisdolmetscherprogramm für seine Praxisärzte erfolgreich durch. Insgesamt ist jedoch eine Schweiz-weite Unterversorgung bemerkbar. Lediglich im Asylbereich scheinen Strukturen für den Einsatz von Dolmetschenden vermehrt zu bestehen, ohne jedoch dem Bedarf gerecht zu werden.

Angaben der Teilnehmenden an der Umfrage zur Situation in den Kantonen könnten durch mangelnde Kenntnisse beeinflusst sein. Antworten bezüglich ungenügender Versorgung und finanzieller Deckung können also auch ein ungenügendes Wissen widerspiegeln, obwohl die Versorgung und Deckung eigentlich durch die Institutionen gewährleistet wäre. Dennoch haben uns einige Kantone die Abwesenheit von Finanzierungsinstrumenten bestätigt, nicht aber ohne meist zu betonen, dass das Problem erkannt sei und man eine kantonale oder nationale Lösung anstrebe.

Ebenso muss bemerkt werden, dass innerhalb gewisser Kantone verschiedene Ämter keinen wirklichen Überblick zu haben schienen (Bsp.: wenig Wissen, welche Strukturen, insbesondere im Asylbereich, existieren, um den Einsatz von Dolmetschenden zu fördern). Zudem deckten sich Angaben der Behörden, Dolmetscher-Vermittelnden Stellen und Antworten von HA/KA, welche an der Umfrage beteiligt waren nicht immer, was die Frage offen lässt, ob es lediglich an der Informationslage liegt, oder ob gewisse Regeln nicht genug gut umgesetzt werden.

Auffallend ist ebenfalls, dass ein Grossteil bereits existierender Initiativen, den Dolmetschergebrauch zu verbessern, soziale Institutionen wie Schulen oder die Mütter- und Väterberatung tangieren und von den Integrationsstellen der Kantone ausgehen (z.B. SG, ZG, BL). Ebenso sind die Projekte i.d.R. initial als Pilotprojekte angelegt, was immerhin eine Sensibilisierung für den Einsatz professioneller Dolmetschender erlaubt, für die Nachhaltigkeit aber weitere Gelder nötig macht.

Im Asylbereich scheinen insbesondere VD und GE eine gute Abdeckung mit Dolmetschenden zu erreichen. Das Defizit bei den Flüchtlingen im Kanton VD wurde im Sommer 2016 erkannt und durch eine Finanzierung für von der Sozialhilfe abhängige Flüchtlinge immerhin teilweise korrigiert.

## Argumente für den bezahlten Einsatz von Dolmetschenden

Es gibt verschiedene Argumente, welche für eine Finanzierung von Dolmetschereinsätzen in HA/KA-Praxen sprechen:

### Verbesserung der Versorgungsqualität

Professionelle Dolmetschende vermögen die Kommunikation und das Verständnis und damit die Qualität und die Zufriedenheit mit der ärztlichen Konsultation zu verbessern. Missverständnisse, Fehldiagnosen und Komplikationen könnten unter Umständen vermieden werden.

### Existierender Bedarf, Finanzierung als Hürde und Interesse an Einsätzen

Unsere Umfrage unter den HA und KA zeigt klar einen ungedeckten Bedarf an professionellen Dolmetschereinsätzen auf. Sie zeigt auch, dass finanzielle Hürden in über 50% als Barriere zum regelrechten Einsatz gesehen werden und, dass mittels Abbau besagter Hürden die Wahrscheinlichkeit, dass ein HA/KA einen Dolmetschereinsatz veranlasst um das 7-fache ansteigt. Die Frage, ob ein System mit Gratisminuten für Dolmetschereinsätze genutzt werden würde, wurde von fast 95%, jener, die Konsultationen mit Sprachbarriere führen, entweder bejaht oder als Möglichkeit angesehen. Es scheint verständlich, dass Asylsuchende und Flüchtlinge in den ersten Jahren, sofern sie keine Ausweichsprache beherrschen, öfter Dolmetschende benötigen, da der Spracherwerb Zeit braucht. Auch wenn die Forderung an Migranten, unsere Sprache rasch zu lernen, berechtigt ist, gilt auch zu bedenken, dass jenes Sprachniveau, das eine emotionale medizinische Situation abverlangt, bedeutend höher ist, als was im Alltag von Nöten ist. Dieses Sprachniveau zu erreichen, kann jedoch besonders für Leute, die in Tieflohnbereich tätig sind (Bau, Fabrik, Reinigung) nicht evident sein. Dies widerspiegelt sich auch in den Resultaten der Umfrage, die einen beträchtlichen Bedarf auch bei Menschen mit längerem Aufenthalt gezeigt haben.

### Sparpotential und Langzeitperspektive

Eine Verbesserung der Versorgungsqualität bedeutet auch mögliche Kosteneinsparungen. Dies wurde ebenfalls von 2/3 der Teilnehmer, welche sprachinkongruente Konsultationen durchführen, für das vergangene Kalenderjahr bejaht. Dabei kann es sich selbstverständlich um relativ kleine Beträge durch Zusatz-Untersuchungen (Labor, Röntgen) aber auch um Hospitalisierungen, Nachkontrollen, Notfallzuweisungen und Behandlungskosten für Komplikationen handeln. Auch in der Literatur (siehe Kapitel Hintergrund) finden sich Hinweise auf ein Kostensparpotential.

Gute Kommunikation ist entscheidend für präventive Aufklärungsgespräche und um z.B. bei chronischen Krankheiten die Patienten so zu schulen, dass die Prognose

optimiert wird. Bereits jetzt werden gewisse Präventionsangebote von manchen Migrantengruppen schlechter genutzt und der Prävention zugängliche schädliche Verhaltensweisen sind in gewissen Gruppen dieser Population häufiger [28]. Über die Hälfte der Teilnehmer der Umfrage unter HA/KA, die sprachinkongruente Konsultationen meistern, haben auch angegeben, in Abwesenheit von Dolmetschenden wegen der Sprachbarriere auf Präventivinformationen und Informationen zum Procedere und Krankheitsmanagement verzichtet zu haben. Dies kann jedoch nicht nur negative Folgen für die Gesundheit des Einzelnen haben, sondern auch zu einer langfristigen Erhöhung der Gesundheitskosten wegen eigentlich vermeidbarer Konditionen führen.

Deshalb fordert auch die Präventionskommission der FMH für die Umsetzung der nationalen Non-communicable diseases (NCD) - Strategie den Zugang zu interkulturellen Dolmetschenden [29].

### Ethische Aspekte

Die nationale Ethikkommission fordert, die Schaffung von Versorgungssystemen, die den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten mit Sprachbarrieren sowie jenen der Versorgungseinrichtungen gerecht werden, und den Verpflichtungen eines Rechtsstaates, namentlich in Bezug auf die Patientenrechte, entsprechen. Sie fordern: 1) ein Angebot an interkulturellen Dolmetschdiensten bei Sprachbarrieren sei zu gewährleisten, denn das sei zur Wahrung der Menschenrechte im gesamten Gesundheitssystem erforderlich; 2) die Gesundheitsfachleute müssten für die spezifischen Herausforderungen der Interkulturalität bei der Patientenbetreuung sensibilisiert werden [30].

### Legale Aspekte

Insbesondere bei Medizinischen Interventionen ist eine Einverständniserklärung, welche einer vollumfänglichen Information folgt, gefordert. Dies ist jedoch ohne gute sprachliche Verständigung nicht erreichbar [19].

Auch argumentieren lässt sich mit der Bundesverfassung (Art. 41 Abs 1b) [31], die besagt: Bund und Kantone setzen sich, in Ergänzung zu persönlicher Verantwortung und privater Initiative, dafür ein, dass jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält.

Auch die Fachgruppe interkulturelles Dolmetschen von Hospitals for Equity von H+ fordert eine nationale Finanzierungsstrategie von Einsätzen interkultureller Dolmetscher und, dass deren Einbezug als Leistungen im Gesundheitswesen anerkannt wird, und auf allen Ebenen Strukturen geschaffen werden, damit eine sprachliche Verständigung mit qualifizierten Dolmetschenden sichergestellt wird [32]. Die Tripartite Agglomerationskonferenz, die politische Plattform von Bund, Kantonen, Städten und Gemeinden für eine gemeinsame Agglomerationspolitik in der Schweiz [33], welche sich auch Integrations und Gesundheitsfragen annahm, fordert bei nicht ausreichender Sprachkompetenzen oder anstehen schwerwiegenden und komplexen Entscheidungen bzw. medizinischen Eingriffen eine Sicherstellung der Kommunikation durch geschulte Dolmetschende [34].

## Mögliche Lösungsansätze

Konkrete Lösungen müssen die verschiedenen bekannten Gründe, weswegen HA und KA vom Einsatz absehen, berücksichtigen. Der Gebrauch von Dolmetschern wird zum einen durch den Bedarf (z.B.: Ausmass der Sprachbarriere, Wichtigkeit der zu vermittelnden Information, Sensitivität) beeinflusst, als auch durch das Erkennen dieses Bedarfs und des Nutzens eines Einsatzes eines professionellen Dolmetschenden. Das vorhandene Angebot muss adäquat und qualitativ hochstehend sein. Dies bedingt u.a. die Möglichkeit, rasch und unkompliziert die gewünschte Sprache zu organisieren. Desweiteren muss der Dolmetschende kompetent sein, sich an die Schweigepflicht halten und für die Patienten vertrauenswürdig sein. Ist ein Angebot vorhanden, muss der Arzt wissen, wo und wie er ohne grossen Aufwand auf dieses zugreifen kann. Ohne klare Kostenübernahme verliert das Angebot seine Attraktivität, wenn der Patientenkontakt für den Arzt nicht defizitär werden soll.

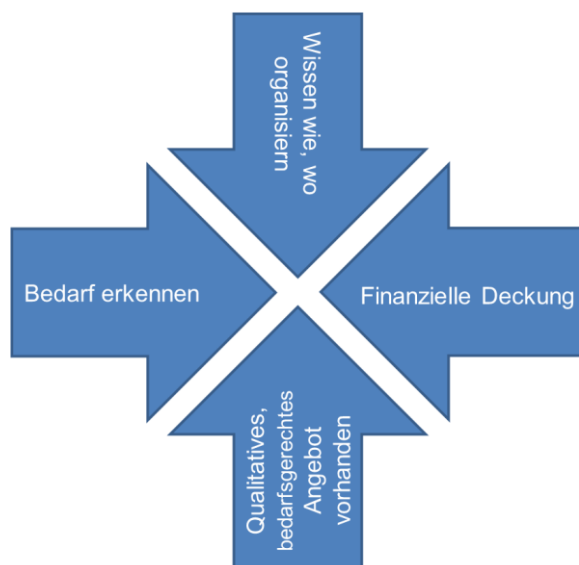


Abb. 12: Grundlagen für den Einsatz Dolmetschender

Die zentralsten Aspekte, die HA und KA davon abhielten, professionelle Dolmetscher-Einsätze zu organisieren, waren organisatorischer und finanzieller Natur sowie im Bereich Wissen anzusiedeln.

## Information/Sensibilisierung

Einige der Teilnehmenden geben sicher zu recht an, keinen Bedarf an Dolmetschenden zu haben, dass Patienten sowieso jemanden mitbrächten (40% Hinderungsgrund) und es meist auch so gehe. Einsätze professioneller Dolmetschender sind nicht in allen Fällen nötig, praktikabel und ressourcentechnisch möglich. Dennoch gibt es Situationen, in denen ein Einsatz unabdingbar oder sehr wünschenswert wäre. Diese Situationen zu erkennen bedarf einer gewissen Sensibilisierung für die Thematik, die doch bei einem Grossteil der Teilnehmer vorhanden zu sein scheint. Ebenso will der Umgang mit Dolmetschenden gelernt sein. Fast ein Viertel gab mangelnde Gewohnheit im Umgang mit Dolmetschenden

als einen Hinderungsgrund an. Angebote zur Förderung dieser Kompetenzen in der Zusammenarbeit mit professionellen Dolmetschenden sollten niederschwellig und mit Facharzt-Weiterbildungspunkten angeboten werden.

Ist der Bedarf erkannt, braucht es ein Wissen um die existierenden Angebote und Finanzstrukturen. Insbesondere HA gaben in diesem Bereich ein Defizit an.

Kantone, welche versucht haben, Finanzierungsmodelle aufzubauen, beklagten sich über den schwierigen Zugang zur Ärzteschaft. Selbst im Kanton GR, welcher seit Frühjahr 2015 ein gratis-Dolmetscherprogramm führt, wussten nicht alle Teilnehmer davon. Im Kanton BL gab es ein Angebot, welches Dolmetschende ohne grossen Aufwand zu 50% Rabatt für KA zur Verfügung stellte. Obwohl die Kantonale Ärzteschaft informiert worden war, wurde das Angebot kaum genutzt - ob wegen nicht 100%-iger Deckung, zu kurzer Laufzeit oder mangelnder Information - blieb fraglich. Die Ärzteschaft wird mit Informationen überschwemmt. Dass eine unterschiedliche Platzierung der Information zu unterschiedlichen Resultaten führen kann, machte auch der unterschiedliche Rücklauf je nach Platzierung dieser Umfrage im MFE-Newsletter deutlich.

Am Sinnvollsten scheint eine wiederholte Information über mehrere Kanäle: Kantonale Ärztegesellschaften, Fachgesellschaften, Flyer vom Kanton via Post und bei Vorträgen/Weiter- und Fortbildungen. Wichtig bei allen schriftlichen Informationen: diese muss attraktiv, prägnant und kurz formuliert sein, und sich auf das Wesentliche begrenzen.

*Fazit:*

- *Sensibilisierung und Training via von den Fachgesellschaften anerkannte Weiterbildungen*
- *Informationen zum Angebot / neuen Projekten via multiple Kanäle.*

## **Organisatorische Aspekte**

Organisatorische Aspekte sind in über ¼ der Fälle als Hauptgrund angegeben, wieso auf den Einsatz von Dolmetschern verzichtet wird. Insbesondere werden genannt: die ungenügend rasche Verfügbarkeit und die Tatsache, dass gewisse Sprachen nur ungenügend zeitgerecht, also wann gewünscht, vorhanden sind. Auch der organisatorische Aufwand wird wiederholt beanstandet. So ist es zum Teil schwierig, Termine zu finden.

Organisatorische Aspekte, die als Hindernis aktuell erwähnt werden, die aber durch eine generelle Kostenübernahme aus Sicht der Ärzteschaft behoben würden, sind die Minimaldauer für Dolmetscheinsätze, die zu berappen ist (i.d.R. 1h für vor-Ort), und die Tatsache, dass die Kosten für Einsätze, bei denen jedoch die Patienten nicht erscheinen, ebenfalls übernommen werden müssen.

Das Unterschätzen der Sprachbarriere im Vorfeld kann Teils durch eine bessere Schulung des Personals, welches die Termine entgegen nimmt, verbessert werden. Ebenso wünschenswert wäre es, bei grösseren Migrationspopulationen mit einem spezifischen Dolmetscherbedarf, diese terminlich zu gruppieren, was jedoch in Praxen kaum möglich ist.

Auch in Fragen des Vertrauens in die Dolmetschenden kann durch gutes Training vermutlich eine Verbesserung erzielt werden. So ist es z.B. für Patienten wirklich wichtig, dass sie auf die Schweigepflicht zählen können.



Die Umfrage bei den Vermittlungsinstitutionen zeigt, dass manche aktuell mit ihren jetzigen Aufgaben bereits so überlastet scheinen, dass sie nicht einmal eine Umfrage beantworten konnten, obwohl diese in Ihrem Interesse gewesen wäre. Dies bedeutet, dass die Institutionen vorgängig über einen möglichen Volumenzuwachs informiert werden müssen, damit sie sich darauf vorbereiten können. Es ist wichtig, dass zum Zeitpunkt eines allfälligen Projektstartes die dienstleistenden Institutionen bereit sind, um negative Erfahrungen sowohl der Dienstleister als auch der Ärzte zu vermeiden. Ist die erste Erfahrung wegen mangelnder Vorbereitung negativ, so besteht das Risiko, dass professionelle Dolmetschende nichtmehr eingesetzt werden. Ebenso sollten sich die Institutionen damit auseinandersetzen, inwieweit auch sie die organisatorischen Hürden senken und die Dienstleistung verbessern könnten. Ein Teil, insbesondere der Asylsuchenden und Sozialbezügler, kommt bereits jetzt mit professionellen Dolmetschenden zu Konsultationen. Es muss sichergestellt werden, dass ein neues System nicht lediglich zu einer Umorganisation ohne Verbesserung des Angebotes führt.

*Fazit:*

- *Die Organisation muss so einfach wie möglich sein.*
- *Die Dienstleistung muss soweit möglich an die Realitäten angepasst sein.*
- *Die Institutionen müssen für einen möglichen Volumenzuwachs vorbereitet sein.*
- *Die Qualität muss gewährleistet sein.*
- *Existierende Projekte und Finanzierungsquellen müssen beachtet und ein unbeabsichtigter Task shift vermieden werden.*

## **Finanzielle Aspekte**

Die Studie zeigt auf, dass finanzielle Aspekte nur in einem Viertel als Haupthinderungsgrund für den Einsatz von Dolmetschenden identifiziert werden und manche Ärzte, trotz ungenügender Deckung, Dolmetschende organisieren. Die finanzielle Barriere bleibt aber nicht zu unterschätzen: so steigert das Aufheben der Barriere den Gebrauch um das 8-fache. Ein relativ geringer Prozentsatz jener (lediglich 17,0%), die Zugang zu einem Angebot haben, nützen dieses nicht. Über die Hälfte jener, die keine Dolmetschenden, trotz sprachinkongruenten Konsultationen einsetzen, gaben die mangelnde finanzielle Deckung als einen relevanten Grund an. Dies zeigt deutlich, dass die finanziellen Aspekte unbedingt zu regeln sind, wenn die Barrieren zu einem adäquaten Dolmetschergebrauch abgerissen werden sollen.

Ein Pilotprojekt, welches nur 50% der Kosten gedeckt hatte, fand – sei es wegen Informationsmangel, sei es wegen der noch ungenügenden Deckung - keinen bis kaum Anklang bei den KA, welche Zugang dazu hatten, und dies obwohl eine automatische Kostenübernahme zu 50% ohne jeglichen organisatorischen Zusatzaufwand inbegriffen war. Die Freitext Aussagen von Teilnehmern, die beklagten, die Einsätze seien teurer als ihr Verdienst in vergleichbarer Zeit, machen deutlich, dass die Organisation von Einsätzen ohne umfassende finanzielle Deckung für viele Grundversorger nicht interessant ist.

*Fazit:*

- *Eine möglichst umfassende finanzielle Deckung pro angebotene Einheit ist anzustreben.*

## **Ein Weg vorwärts**

Das Modell des Kantons GR ist sehr attraktiv, da es den Grundversorgern im Kanton eine vollumfängliche Übernahme der Kosten ohne Zusatzaufwand verspricht. Es wäre für die ganze Schweiz wünschenswert, wenn man die optimale Versorgungsqualität anstrebt.

Insgesamt arbeiten in der Schweiz 8009 Ärzte als Grundversorger [35]. Rechnen wir unsere grobe Schätzungen von im Schnitt 28 Einsätzen (gewünscht und aktuell vorhanden) pro Jahr auf diese Anzahl auf, so würden dies ein Volumen von jährlich über 224' 000 Einsätzen bedeuten. Zu beachten ist jedoch, dass aktuell ein Teil der Übersetzungsarbeit durch Familien, Freunde, Betreuer in Asylzentren und Asylsuchende selbst erbracht wird, der hier nicht erfasst ist.

Wie viel wirklich abgedeckt werden kann, wird von 1) den finanziellen Ressourcen, 2) dem Anteil der Bedarfsabdeckung, die angestrebt wird, 3) dem Zielpublikum (nur gewisse Ärzte/Patienten?) und 3) der Verteilung der Verantwortung für die Kostenübernahme abhängen, wobei das existierende Angebot nicht verschlechtert werden soll.

Initial jedem HA und KA eine Kontingent an professionellen Dolmetscher-Einsatzminuten zur Verfügung zu stellen, die er selber nach Bedarf einteilen kann, entspricht einer praktikablen Lösung, die eine Kostenkontrolle erlaubt. Nicht für jede Konsultation ist professionelle Unterstützung gleich dringlich und indiziert. Die Ärzte wissen selber am besten, für welche Patienten sie ihr Kontingent am sinnvollsten einsetzen können. Die Verrechnung der Kosten sollte jedoch automatisch bis zum Ausschöpfen des Kontingentes ohne zusätzlich administrativen Aufwand für die Ärzteschaft an die das Projekt finanzierende Stelle gehen, die Einbestellung eines Dolmetschenden so einfach wie möglich bleiben.

Die Umfrage zeigt eine klare Präferenz für Vor-Ort-Dolmetschen. Dies möglicherweise wegen des fehlenden Gegenübers am Telefon und der Tatsache, dass Telefondolmetschen noch nicht zu den Gewohnheiten gehört. Eine Umfrage bei Ärzten im Kanton LU hat auch aufgezeigt, dass die Möglichkeit mit 17% noch relativ unbekannt ist [36]. Vor-Ort-Dolmetschen ist gut geeignet für längere, heiklere Gespräche, wie das Erläutern komplizierter Prozedere bei schwerwiegender Diagnose. Es wird oft als persönlicher und praktikabler eingeschätzt [36]. Dennoch haben ca. ein Drittel der Teilnehmer eine Mischung und weitere 10% den Telefoneinsatz bevorzugt. Eine Mischung, welche auch Telefondolmetsch-Minuten beinhaltet, wäre sinnvoll, da Telefondolmetschen, auch wenn noch selten in Praxen genutzt, das Potential für kurze, sofort verfügbare Übersetzungen hat, die es erlauben, bei unerwarteten Unsicherheiten rasch Klarheit zu schaffen. Auch Kosten für weite Anfahrtswege, wie sie besonders in ländlichen Regionen relevant sind, entfallen.

Freitext Antworten der teilnehmenden Ärzten ist zu entnehmen, dass eine Dolmetscherleistung via Video (z.B.: Skype) dem einfachen Telefondolmetschen

tendenziell vorgezogen würde. Da Video Dolmetschen lediglich im Ausland sehr erfolgreich ist, in der CH aber noch nicht angeboten wird, haben wir dies nicht näher untersucht. Dennoch wäre es eine Überlegung wert, ob der Telefondolmetscherdienst seinen Dienst nicht zusätzlich zum Videodolmetschdienst ausbauen möchte; die Dolmetschenden sind ja ohnehin vorhanden. Das Bild hat den Vorteil, dass auch Mimik und Körperreaktionen bei der interkulturellen Übersetzung miteingezogen werden können, ohne dass diese vom Arzt beschrieben werden muss.

Von den 90.8% Teilnehmer, die mindestens einmal pro Jahr Konsultationen führen, bei denen keine direkte Kommunikation möglich ist, profitieren aktuell nur 33.2% von Dolmetscheinsätzen und 87.8% würden sich mehr Dolmetscheinsätze wünschen. Im Median gaben sie an, 15 professionelle Dolmetscheinsätze (aktuell vorhandene und gewünschte Einsätze) zu bedürfen. Mittels jeweils eines Vor-Ort-Einsatzes pro Monat und 5 h Telefondolmetschdienst liese sich dies gut abdecken („Schema 12+5“). Wird eine höhere Abdeckung angestrebt, erhöhen sich die Kosten. Je höher das Kontingent angesetzt wird, desto höher ist jener Teil der Ärzte, die Ihren Bedarf gedeckt sehen, aber auch jener Teil, der das Kontingent Mangels Bedarf nicht ausschöpfen wird. So haben 25% der Teilnehmer mit Sprachinkongruenten Konsultationen maximal einen Bedarf von lediglich 5 Konsultationen / Jahr, knapp 10 % der Gesamtteilnehmer sogar gar keinen Bedarf, da sie keine Konsultationen führen, bei denen Dolmetschende potentiell hilfreich wären. Hinzu werden all jene kommen, die das Angebot wegen Unkenntnis oder aus organisatorischen Gründen nicht nutzen werden. Die Erfahrung des Kantons GR zeigt auf, dass es einiges an Zeit und Einsatz braucht, bis ein Projekt bekannt ist und benutzt wird.

Für ein „Schema 12+5“ wären die Gesamttarifkosten also wie folgt: wenn der Tarif für vor-Ort-Einsätze wegen zusätzlicher Wegspesen und von aktuell ca. 90 CHF auf 150 CHF pro Stunde erhöht wird und man von 5h nationalem Telefondolmetschdienst (180CHF/h) ausgeht, kommt man bei 8009 HA+KA auf 21.6 Mio. CHF pro Jahr. Beachtet man, dass knapp 10% keine Sprachinkongruenten Konsultationen führen und 25% jener mit sprachinkongruenten Konsultationen den Bedarf bei max. 5 Einsätzen an gaben (Perzentile 25 = 5), so reduziert sich das Budget auf max. 16.4 Mio CHF pro Jahr. Die Erfahrungen aus den Kantonen zeigen jedoch, dass aus Unkenntnis oder organisatorischen Gründen ein beachtlicher Teil der Ärzte das Angebot nicht nützen wird, was den Budgetbedarf weiter beträchtlich senken kann. Selbst wenn dieses Schema nur für etwas mehr als 50% der Ärzte eine vollständige Deckung des Bedarfs erreicht, so scheint es ein guter Anfang.

Soll der Bedarf von 75% der mindestens einmal jährlich mit erheblicher Sprachbarriere konfrontierter HA und KA gedeckt werden, würde dies 48 Einsätze pro Jahr bedeuten; will man nur jenen Anteil abdecken, der als ungedeckten Bedarf angegeben wurden, wären dies 36 Einsätze pro Jahr (Perzentile 75 = 36). Rechnet man mit 48 Einsätzen, so würde dies, wenn man von besagter Bedarfsverteilung und nichtbenutzen durch Ärzte, die einen tieferen Bedarf angemeldet haben, ausgeht, und noch nicht abgedeckte Konsultationen durch vor-Ort- Einsätze abgedeckt würde, eine Kostensteigerung um maximal 17.8 Mio. CHF pro Jahr bei voller Ausnützung bedeuten. Beachtet man nur die gewünschten Einsätze und hofft auf eine weiterbestehende möglichst umfassende Abdeckung existierender Angebote, so wären es immer noch 36 Einsätze pro Jahr als Kontingentobergrenze (+ 11.3 Mio. CHF / Jahr).

Diese Berechnungen basieren auf Schätzungen und überschätzen den Betrag tendenziell, da sie immer mit dem obersten Bedarfswert der 25-Perzentilen Blöcken arbeitet. Nicht einberechnet ist ebenfalls die Tatsache, dass ein Teil der Ärzte nicht 100% arbeitet und voraussichtlich nur ein Teil (in GR etwas mehr als 50%) das Angebot nutzen werde. Die Kosten werden also besonders initial vermutlich bedeutend tiefer ausfallen.

Selbstverständlich können auch schon mit kleineren Beträgen Verbesserungen erzielt werden, sofern anderwärtige Finanzierungsstrukturen nicht abgebaut werden.

Zu beachten ist, dass in der aktuellen Situation von den geleisteten Einsätzen mit Sicherheit mehr als die Hälfte bereits von Behörden, NGOs oder Asylzentren übernommen werden, wobei dieser Anteil sehr stark variieren kann. Auch bei den in der Umfrage als selber initiierten Einsätzen angegebenen Einsätzen gibt es einige Einsätze, die über den Sozialdienst, die Kinderschutzbehörden, NGOs etc. mitorganisiert und finanziert wurden, was erklären kann, wieso sie nicht als HA/KA Einsätze in den Statistiken der Vermittlungszentren auftauchen. Es ist jedoch zu befürchten, dass bei einer neuen Finanzierungsstruktur existierende Angebote versuchen werden, ihren Auftrag auf das neue Finanzierungsprojekt zu überwälzen. Ein Abbau der Versorgungsqualität ist selbstverständlich zu verhindern.

Wichtig ist deshalb auch zu beachten, dass die vorgeschlagenen Modelle den Bedarf gewisser HA und KA nicht abdecken, die besonders viele Migranten, zum Beispiel in Zusammenarbeit mit den Asylbehörden, betreuen. Um eine Unterdeckung zu verhindern, müssten also bestehende Übersetzungs-Schemas für Menschen im Asyl- und Flüchtlingsprozess (Finanzierung durch Asylheime, Stiftungen, NGOs, Kantone etc.) idealerweise weiter geführt werden. Dies ist insbesondere in Kantonen wichtig, in denen Asylsuchende und Flüchtlinge entweder zu sprach-kongruenten Ärzten oder zu speziell hierfür ausgewählten Ärzten mit Dolmetscherzugang geschickt werden, die somit nicht nur überproportional viele Migranten sehen, sondern auch viel Erfahrung in deren Betreuung mitbringen. Sollten die für Asylsuchende zuständigen Institutionen verpflichtet sein, die Dolmetschenden zu bezahlen, so ist es denkbar, dass die Rechnungen für diese Einsätze von den Vermittlungszentren direkt an die betreffende Institution geschickt werden und nicht in das Kontingent des Arztes fallen. Sollen die Flüchtlingsinstitutionen davon befreit sein, so müsste idealerweise zumindest für Asylsuchende ein System erwogen werden, welches die von den Vermittlungsstellen erhobenen Kosten automatisch an die Behörden gehen lässt, ohne aber insbesondere kleingewählte Kontingente zu gefährden. Idealerweise sollten anerkannte Flüchtlinge und vorläufig Aufgenommene in den ersten Jahren, insbesondere falls sie von der Sozialhilfe abhängig sind, ebenso behandelt werden. Alternativ müssen bei einer Befreiung bestehender Verpflichtungen die Kontingente für Ärzte im Schnitt höher angesetzt und eine Spezial-Finanzierung für jene Versorger vorgesehen sein, die vermehrt Personen im Asylprozess und Flüchtlinge betreuen.

Anstelle eines Modelles mit Kontingenten ist auch ein Modell ähnlich des Kantons VD denkbar, wo Dolmetscheinsätze für Asylsuchende und von der Sozialhilfe abhängige Flüchtlinge übernommen werden. Die Schwierigkeit hierbei ist, dass der Aufenthaltsstatus jedes Mal kommuniziert werden muss und ein solches System ebenfalls bedürftige Menschen, die hier oft auch langfristig leben, ausschliesst,

obwohl ein Bedarf besteht und die Qualität der Versorgung und die Gesundheit potentiell langfristig durch den gezielten, adäquaten Einsatz Dolmetschender verbessert werden könnten.

Ein Modell wie GR es vorsieht - ohne Obergrenze und Limitation der Patientengruppen - hätte den Vorteil weniger administrativer Hürden und geringeren administrativen Aufwands, die zu erwartenden Kosten in den ersten Jahren sind jedoch schwieriger abzuschätzen. Sie wären massgeblich durch die Resonanz auf das Projekt und potentiellen Abschiebeversuche von aktuell zur Übernahme von Einsetzten verpflichteter Institutionen auf das Projekt beeinflusst.

Je nach Bevölkerungsstruktur ist es möglich, Kontingente anzupassen. Da bei KA der Bedarf laut Umfrage höher scheint, kann ein Modell, bei dem KA ein höheres Kontingent erhalten, sinnvoll sein. Eine Minimallösung, welche die Kantone je nach lokalen Ressourcen und dem Bedarf aufbessern können, ist denkbar. Dies ermöglicht es Kantonen wie GE und VD, die bereits eine gute Abdeckung im Asylbereich haben, sowie GR, ihr gutes Angebot weiter zu führen. Ein Abbau der existierenden Versorgung ist nicht wünschenswert. Da ein Teil der Ärzte ihr Kontingent nicht benutzen wird (kein Bedarf, Unkenntnis, Gewohnheit, organisatorische Aspekte etc.), könnten halbjährlich nicht benutzte Einsätze an jene Ärzte weitergegeben werden, die vermehrt Konsultationen mit Sprachbarrieren führen müssen, z.B. weil sie besonders viele Flüchtlinge betreuen.

Sollte der Bund einspringen, dabei aber nur den nationalen Telefondolmetschdienst fördern wollen, so ist auch ein Angebot von 30-60 min. nationaler Telefondolmetschdienst pro Monat für alle KA und HA der Schweiz eine Möglichkeit, die es immerhin erlaubt, Notfallsituationen besser zu meistern und somit schwere Missverständnisse, akuten Komplikation und Notfallüberweisungen zu vermeiden. Würden alle 8009 [35] Schweizer Grundversorger das Angebot vollumfänglich 1 Stunde nützen – was angesichts der Tatsache, dass viele gar keinen Bedarf aufweisen und lediglich 52.9% der Teilnehmenden angaben, mindestens 1x im Monat einen ungedeckten Dolmetscherbedarf zu haben, sehr unwahrscheinlich ist – so würde dies den Bund beim aktuell teuren nationalen Telefondolmetschertarif von 180CHF/h 17.3 Mio. CHF kosten; 8.6 Mio. CH wären es, wenn alle den Dienst im Schnitt 30 Minuten benützen würden, die real zu erwartenden Kosten lägen aber aus erwähnten Gründen tiefer. Zudem wären mit erhöhten Einsatzzahlen mit einer besseren Effizienz und somit tieferen Tarifen zu rechnen. Auch AOZ Medios, die Betreiberin des nationalen Telefondienstes, hat bestätigt, dass eine Tarifsenkung langfristig bei guter Ausnützung potentiell möglich sei (Email April 2017). Da der Telefoneinsatz für Kurzinterventionen gedacht ist, wären mit 1h Kredit/ Monat (12h/Jahr) mehrere Interventionen (Minimaldaure 10 min) pro Monat kostenfrei möglich. Selbst 30 Telefon-Minuten pro Monat hätten also sogar das Potential den Bedarf wenigstens im Notfallbereich sehr wohl nachhaltig wenigstens Teilweise anzugehen.

Anstelle des Telefondolmetschens und potentiell eines Teils der Vor-Ort-Einsätze kann natürlich auch Videodolmetschen – sobald der Service aufgebaut ist – eingesetzt werden, denn auch wenn er wegen der Technik vermutlich ähnlich teuer sein wird, wie der nationale Telefondolmetschdienst, so birgt er dank des Bildes zusätzliche Vorteile.

*Fazit:*

- *Gratisminuten Dolmetschereinsätze zur freien Einteilung für KA und HA*

- *Mischung Vor-Ort- und Telefondolmetschen mit einem grösseren Anteil vor Ort gewünscht*
- *Tendenziell höheres Kontingent für KA, da höherer Bedarf.*
- *Bestehende Verpflichtungen ausschöpfen, oder Systemwechsel anstreben mit besserer Deckung für Asylsuchende (relevante Konsultationen).*

## Wer soll bezahlen?

Die Finanzierung bleibt der entscheidende Knackpunkt. In den Freitextantworten wird von Umfrageteilnehmern beanstandet, dass der HA/KA für mangelnde Sprachkenntnisse aufkommen soll. Es wird bemängelt, dass die Krankenkassen aktuell nicht belangt werden können, z.B. mittels einer zusätzlichen Tarifposition, und gefragt, wieso nicht Bund und Kantone mehr unterstützen.

Die aktuelle Gesetzeslage ermöglicht es nicht, die Krankenkassen zur Übernahme dieser Kosten zu verpflichten [19], dies auch wenn durch den Einsatz von Dolmetschenden es auch zu für die Versicherungen relevanten Kosteneinsparungen kommen kann. Lediglich bei der Unfallversicherung ist dies möglich [19].

Da diese Einsparungen insbesondere den Gesundheitsbereich betreffen, sind Argumente berechtigt, die zusätzlich zu oder anstelle der Integrationsstellen und Asylbehörden die Kostenübernahmen auch diesem Bereich anlasten wollen.

Organisatorisch sind die verschiedenen Initiativen, welche das Ziel haben die Kommunikation und den Einsatz von Dolmetschenden zu fördern, aktuell i.d.R. bei kantonalen Integrationsbüros angesiedelt, welche nicht immer ins gleiche Departement wie die Gesundheit fallen. Viele Projekte fangen als Pilot an, ringen danach jedoch um eine langfristige Weiterfinanzierung. Da der Einsatz von Dolmetschenden auch zu Einsparungen von Gesundheitskosten führen kann, wäre eine Ko-Finanzierung durch Gesundheitsbehörden und den Bund einleuchtend.

Je nach Einwohnerverteilung und Finanzkraft kann ein Projekt, welches sämtliche Kosten für Dolmetscher-Einsätze in den Haus- und Kinderarztpraxen und vielleicht sogar zusätzlich in Gynäkologischen Praxen oder Praxen anderer Spezialisten übernimmt, den Rahmen sprengen, den der Kanton tragen kann. Die aktuelle finanzielle Lage in einzelnen Kantonen wird es vielen politisch und z.T. auch ressourcen- und finanztechnisch nicht möglich machen, ein Dolmetscherprojekt aufzubauen. In diesem Sinne und auch, um eine Vereinheitlichung und damit eine Vereinfachung des Systems zu erreichen, wäre eine Lösung auf Bundesebene erstrebenswert.

Würde der Bund die Federführung übernehmen, wenn auch in Zusammenarbeit mit den Kantonen, hätte dies verschiedene Vorteile: Die Entwicklungsarbeit eines einheitlichen Modells kann zentral übernommen werden, ohne dass jeder Kanton den Aufwand betreiben muss, selber ein System zu entwickeln. Die Umsetzung könnte rascher gesamtschweizerisch erfolgen. Aktuell sind politische Strategien betreffend Migration und Gesundheit oder Non-communicable-disease (NDC) bereits vorhanden, die im Prinzip eine gute Dolmetschleistung auch in der Grundversorgung fordern oder bedingen. Eine Finanzierung, welche durch die Kantone je nach Bedarf erhöht werden kann, kann auf Bundesebene am ehesten getragen werden.

Eine klassische monetäre Economic Evaluation, wie sie vor derartigen Interventionen oft von politischer Seite gewünscht wird, ist kaum sauber machbar. Während bei klassischen Evaluationen in der Medizin die zu vergleichenden Therapien und möglichen Komplikationen relativ klar begrenzt sind, ist die Problematik hier weitläufiger: Resultate einer Evaluation würden abhängig von den medizinischen Befunden und Komplikationen, Inzidenzen und inwiefern auch präventive Aspekte einberechnet werden, stark variieren. Abschliessend zu beurteilen, ob die möglichen Einsparungen vollumfänglich die Kosten auch langfristig decken, wird kaum möglich sein. Auch Aspekte wie Konfidentialität, emotionale Belastung übersetzender Angehöriger und Ethik lassen sich schlecht einrechnen. Die internationale Literatur (s.o.) gibt jedoch Hinweise auf ein klares Kostensparpotential. Auch in dieser Umfrage konnte aufgezeigt werden, dass die Anwesenheit von professionellen Dolmetschenden zu Kosteneinsparungen im Gesundheitsbereich auch in der Schweiz führen könnten.

Selbstverständlich ist das Ziel allfälliger Angebote nicht, finanzstarke Fremdsprachige zu unterstützen. HA und KA können – nach vorgängiger Absprache – Dolmetscherkosten auch diesen Personen in Rechnung stellen. Bei einem Kontingent an Dolmetschstunden werden diese Gruppen von HA/KA nicht privilegiert.

*Fazit:*

- *Für eine nationale Abdeckung bestehen die besten Chancen bei einer Beteiligung der Bundes*

## **Weitere Ansätze**

Um die Kosten für Dolmetschereinsätze so tief wie möglich zu halten, gilt es natürlich weiterhin, die Akquisition der Sprachkompetenz von Migranten und deren Integration zu fördern. Weiter kann eine, wenn immer mögliche, Überweisung an sprachkongruente Ärzte beträchtlich dazu beitragen, Kosten zu senken. Viele Ärzte in unserer Umfrage haben angegeben, die Sprachbarrieren dank ihren eigenen oder den Sprachkenntnissen ihrer Mitarbeiter zu meistern. Ebenso kann eine Konzentration von Konsultationen für Patienten mit gleichem Dolmetscherbedarf hilfreich und kostensparend sein. Insbesondere das Potential von auf Migranten spezialisierten Spezialsprechstunden je nach geographischer Situation (insb. Städte) bleibt zu eruieren, da nicht nur das vorhandene spezialisierte Knowhow sondern auch die Möglichkeit, Dolmetschereinsätze zu poolen eher gegeben ist, was kurz und langfristig zu Kosteneinsparungen führen könnte.

Für die Präventionsarbeit ist die Kommunikation zentral. Broschüren, Filme und Dokumente vermögen nur einen Teil abzudecken.

Das Vermitteln von Empfehlungen zur Sicherheit, Gesundheit und Krankheit, Ernährung und Entwicklung von Kindern sind ein Teil der Präventionsarbeit eines jeden Arztes, der Kinder betreut. Ebenso ist die Vermittlung von Wissen, insbesondere auch bei chronischen Krankheiten, wie z.B. Diabetes mellitus, für alle Grundversorger zentral.

Bereits jetzt werden sekundär Präventions- und Informationsveranstaltungen betreffend häufiger chronischer Krankheiten in Gruppen durchgeführt (Bsp: Thema Asthma bei Kindern am CHUV). Auch für die Primärprävention werden

Gruppenveranstaltungen genutzt. So organisiert Caritas Schweiz seit Jahren erfolgreich Workshops und Veranstaltungen zum Thema Prävention Mädchenbeschneidung, wobei darauf geachtet wird, dies attraktiv zu gestalten (gemeinsames Essen, Musik, i.d.R. von betroffenen Migrantengruppen mitorganisiert). Diese Art der Wissensvermittlung ist kulturell oft adaptierter, da in Herkunftsländern eher in Gruppen solche Themen besprochen werden, und Sozialkontakte gepflegt werden können, was von den Patienten geschätzt wird. Femmes Tisches benutzt ebenfalls diesen Ansatz.

Zusätzlich zu einem besseren Zugang zu Dolmetschenden in den Praxen können solche Veranstaltungen in Regionen mit grösseren fremdsprachigen Migrationspopulationen möglicherweise via Prävention langfristig Gesundheitskosten senken. Dieser Ansatz bleibt als Ergänzung zu evaluieren, ersetzt aber das 1:1 Arztgespräch nicht.

Ebenfalls bleibt zu eruieren, ob Arbeitgeber, die Leute ohne lokale Sprachkenntnisse einstellen, oder besser situierte Ausländer nicht vermehrt auf die Möglichkeit von selbst-finanzierten Einsätzen professioneller Dolmetschender aufmerksam gemacht werden sollten.

Ein weiterer wichtiger Aspekt wird die Wissensvermittlung und Schulung von HA und KA in interkulturellen Belangen, betreffend des Einsatzes von professionellen Dolmetschenden und des Zugang zu verschiedenen Angeboten sein. Kantonale Ärzteorganisationen, Fachgesellschaften und das KHM können hier einen Beitrag im Rahmen ihrer Fortbildungen leisten.

## **VI Dank**

Ein erster Dank geht an alle Haus- und Kinderärzte, die sich die Zeit genommen haben, an der Umfrage teilzunehmen. Ebenso danken wir den beteiligten Gesellschaften, dem BAG und INTERPRET, den Vermittlungsstellen und den Kantonen, die Informationen mit uns teilten, und all jenen, die immer wieder gute Inputs geliefert haben. Speziell zu erwähnen sind Frau B. Laville und Dr. Pierre Klauser, Kollegium für Hausarztmedizin, und Frau Dr. Nicole Pellaud, Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP), ohne die diese Studie nie das Tageslicht erblickt hätte. Ebenfalls möchten wir Herrn Egli, KHM, unseren Dank dafür aussprechen, dass er die deutschsprachigen Vermittlungsstellen kontaktiert hat. Besten Dank auch an die Referenzgruppe Migration der SGP für Ihre Beobachtungen und jenen, die welche die professionelle Übersetzung sicher gestellt haben. Für den Versand des Fragebogens und Inputs danken wir auch der SGP (Frau C. Baeriswyl, Frau Dr. N. Pellaud) und MFE (Herr R. Wiesli). Dank auch an K. und Ch. Jäger fürs Durchlesen.



## VII Referenzen

1. Bundesamt für Statistik. *Bevölkerung 2015*. 2016 [10.11.2016]; Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung.html>.
2. Staatssekretariat für Migration. *Ausländerstatistik 2015, Medienmitteilungen, SEM*, 28.01.2016. 2016; Available from: <https://www.sem.admin.ch/sem/de/home/aktuell/news/2016/2016-01-280.html>.
3. Staatssekretariat für Migration SEM, *Asylstatistik 2015*, E.J.-u.P. EJPD, Editor. 2016.
4. Bundesamt für Statistik BFS, *Erste Ergebnisse der Erhebung zur Sprache, Religion und Kultur 2014, Teil Sprache - Medienmitteilung*. 2016.
5. Divi, C., et al., *Language proficiency and adverse events in US hospitals: a pilot study*. Int J Qual Health Care, 2007. **19**(2): p. 60-67.
6. Flores, G., *The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review*. Med Care Res Rev, 2005. **62**(3): p. 255-99.
7. Flores, G., et al., *Errors of medical interpretation and their potential clinical consequences: a comparison of professional versus ad hoc versus no interpreters*. Ann Emerg Med, 2012. **60**(5): p. 545-53.
8. Hampers, L.C. and J.E. McNulty, *Professional interpreters and bilingual physicians in a pediatric emergency department: effect on resource utilization*. Arch Pediatr Adolesc Med, 2002. **156**(11): p. 1108-13.
9. Andrulis, D., N. Goodman, and C. Pryor, *What a difference an interpreter can make. Health care experiences of uninsured with limited English proficiency. The Access Project*. 2002: Boston.
10. INTERPRET. *INTERPRET - die schweizerische Interessengemeinschaft für interkulturelles Dolmetschen und Vermitteln*. 25.01.2017]; Available from: <http://www.inter-pret.ch/>.
11. Jacobs, E., et al., *The impact of interpreter services on delivery of health care to limited English proficient patients*. J Gen Intern Med, 2001. **16**: p. 468-474.
12. Lindholm, M., et al., *Professional language interpretation and inpatient length of stay and readmission rates*. Journal of General Internal Medicine, 2012(10): p. 1294-1299.
13. Bundesamt für Gesundheit BAG, *Verständigungsnotfall? Wir verbinden: 0842 442 442*, B.f.G. BAG, Editor., AOZ.
14. Flores, G., et al., *Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters*. Pediatrics, 2003. **111**(1): p. 6-14.
15. Kurth, E., et al., *Reproductive health care for asylum-seeking women - a challenge for health professionals*. BMC Public Health, 2010. **10**(1): p. 659.
16. migesExpert. *Kommunikation/Dolmetschen*. 25.01.2017]; Available from: <http://www.migesplus.ch/migesexpert/kommunikation-dolmetschen/>.
17. Bischoff, A. and R. Steinauer, *Pflegende Dolmetschende? Dolmetschende Pflegende? Literaturanalyse*. Pflege, 2007. **20**: p. 343-351.
18. Bundesamt für Gesundheit. *Nationales Programm Migration und Gesundheit 2014-2017*. 2013 [22.04.2013]; Available from: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/14002/index.html?lang=de>.
19. Achermann, A. and J. Künzli, *Übersetzen im Gesundheitsbereich: Ansprüche und Kostentragung - Gutachten zuhanden des Bundesamts für Gesundheit, Direktionsbereich Gesundheitspolitik, Fachbereich Migration und Gesundheit 2008*.

20. Hösli, S., Baehler Michèle, *Regelung und Finanzierung des interkulturellen Übersetzens in Schweizer Spitälern - Auswertung einer Umfrage bei den H+ Institutionen* 2013, Bundesamt für Gesundheit - Programm Migration und Gesundheit.
21. Gehrig, M. and I. Graf, *Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen (Vorstudie)*. 2009, Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien Bass AG.
22. Gehrig, M., et al., *Einsatz und Wirkung von interkulturellem Übersetzen in Spitälern und Kliniken*. 2012, Bundesamt für Gesundheit; Büro BASS.
23. Jaeger, F.N., et al., *Migrant-friendly hospitals: a paediatric perspective--improving hospital care for migrant children*. BMC Health Serv Res, 2013. **13**: p. 389.
24. Seijo, R., H. Gomez, and J. Freidenberg, *Language as a communication barrier in medical care for Hispanic patients.*, in *Hispanic psychology—Critical issues in theory and research*, A.M. Padilla, Editor. 1995, Sage: Thousand Oaks, CA. p. 169-81.
25. Graubünden, F.I. *Trialog - Interkulturelles Dolmetschen in Arztpraxen*. [cited 2017; Available from: <https://www.gr.ch/DE/themen/Integration/integrationgr/dolmetschen/Seiten/default.aspx>.
26. St.Gallen, K., et al., *Auswertung Gutscheinmodell Gesundheitsvorsorge und Migration*. 2015.
27. Brägger, M., *Begleitstudie zur Promotion Interkulturelles Dolmetschen des Fachbereichs Integration Kanton Basel-Landschaft*. 2015.
28. Guggisberg, J., et al., *Zweites Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung in der Schweiz (GMM II)*. 2011, BASS AG, ZHAW, ISPM, M.I.S. Trend.
29. Quinto, C., B. Weil, and e. al., *Die Rolle der Ärzteschaft im NCD-Arbeitspaket 2*. SAEZ, 2017.
30. Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK) *Gesundheitsversorgung für fremdsprachige Zugewanderte: Die NEK betont, dass der Zugang zur Kommunikation eine Voraussetzung für den Zugang zu den universellen Menschenrechten jedes Einzelnen ist*. 22.03.2017.
31. *Schweizerische Bundesverfassung*. Available from: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19995395/201405180000/101.pdf>.
32. H+ die Spitäler der Schweiz, *Positionspapier der Fachgruppe interkulturelles Dolmetschen der „Swiss Hospitals for Equity“ (SH4E)*. 2016.
33. *Tripartite Agglomerationskonferenz (TAK) -webpage*. 29.04.2017]; Available from: <http://www.tak-cta.ch/de>.
34. *Tripartite Agglomerationskonferenz (TAK), TAK-Integrationsdialog „Aufwachsen-gesund ins Leben starten“ - Empfehlungen an die Dialogpartner* 2014.
35. FMH, *Ärzttestatistik der FMH 2016* 2016.
36. Oetterli, M., et al., *Unterstützung von Hausärzten/-innen bei der Behandlung von Patienten/-innen mit Migrationshintergrund: Situationsanalyse, Handlungsbedarf und Empfehlungen zu Massnahmen. Studie zuhanden der Sektion Migration und Gesundheit des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und der Dienststelle Soziales und Gesellschaft (DISG) des Kantons Luzern, Interface Politikstudien Forschung Beratung und Institut für Haus-arztmedizin und Community Care (IHAM&CC), Luzern*. 2016.