

Zusammenfassung

Gehrig und Graf (2009): «Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen. Teilbericht I (Hauptbericht): Darstellung der medizinischen Wirkungsketten, die dem Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen zugrunde liegen», Bern: Büro BASS

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

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

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

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

Darüber hinaus wird für den Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen oft ein **ökonomisches Argument** angeführt: Dieses besagt, dass sich der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen im Gesundheitswesen auch ökonomisch rentiert. Das ökonomische Argument folgt dabei der folgenden Logik: Verständigungsprobleme zwischen Gesundheitsfachpersonen und allophonen PatientInnen können zum einen zu einer *medizinischen Unterversorgung* führen, die überproportional hohe Kosten in der Zukunft aufgrund ungünstiger Krankheitsverläufe verursacht. Zum anderen können Sprachbarrieren zwischen allophonen PatientInnen und Gesundheitsfachpersonen kurzfristig in einer ineffizienten *medizinischen Überversorgung* der allophonen Bevölkerung resultieren, die im Gesundheitswesen unmittelbar höhere Kosten auslöst.

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

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

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) das Büro für arbeits- und

sozialpolitische Studien (BASS) beauftragt, eine Vorstudie zum Thema «Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen» zu erarbeiten. Die Vorstudie verfolgt dabei die folgenden drei Ziele:

- Qualitative Darstellung der medizinischen Wirkungsketten, die den Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens zu Grunde liegen (**Teilbericht I**).
- Darstellung der Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen anhand von drei Fallbeispielen (**Teilbericht II**).
- Prüfung der Durchführbarkeit (Machbarkeit) und Erarbeitung der konzeptuellen Voraussetzungen einer allfälligen Hauptstudie im Sinne einer quantitativen Kosten-Nutzen-Analyse (**Teilbericht III**).

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

- *Literaturrecherche*: Analyse von 5 Meta-Studien zum Thema «Auswirkungen von Sprachbarrieren und des Einsatzes von Übersetzungshilfen im Gesundheitswesen».
- *Experteninterviews*: Interviews mit 15 ExpertInnen, die in der Administration, in der Pflege oder als Arzt oder Ärztin des Inselspitals Bern, des Kantonsspitals Olten oder der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich tätig sind.

Definition von Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens

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

interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen stellen also eine Differenz zwischen der Realität und einem hypothetischen Vergleichszustand dar.

Kosten des interkulturellen Übersetzens

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

- *Arbeitskosten der interkulturellen ÜbersetzerInnen (inkl. Reisezeitkosten und Reisespesen)*, die im Rahmen ihrer Einsätze in Institutionen des Gesundheitswesens anfallen.
- *Kosten der Vermittlungsstellen*, der Stellen also, die interkulturelle ÜbersetzerInnen an die Versorgungsbetriebe des Gesundheitswesens vermitteln.
- *Administrationskosten*, die in den Institutionen des Gesundheitswesens anfallen, wenn interkulturelle ÜbersetzerInnen angefordert und eingesetzt werden.

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

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

- *«Unnötige» medizinische Leistungen*: Eine Mengenausweitung führt erstens zu einem negativen Nettonutzen, wenn aufgrund der Sprachmittlung zusätzliche Behandlungen vorgenommen werden, die im Sinne «unnötig»

sind, als dass eine Nicht-Behandlung (z.B. infolge einer sprachlich verhinderten Diagnose) zu einem gleichen Heilungsergebnis führen würde. Ein solcher Tatbestand ist zum Beispiel bei selbstheilenden Krankheiten oder in Fällen, in welchen «Vergessen kann heilen» gilt, denkbar.

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

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

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

Nutzen des interkulturellen Übersetzens

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

Direkter Nutzen kann in Form von eingesparten Kosten im Gesundheitswesen entstehen, wenn durch den Einsatz von interkulturellen

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

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

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

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

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

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

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

■ Sprachbarrieren können die *Arzt-Patienten-Beziehung*, das *Vertrauen*, das allophone PatientInnen den Ärzten und Ärztinnen entgegenbringen und die *Zufriedenheit* von allophonen PatientInnen mit erfolgten medizinischen Konsultationen nachhaltig negativ tangieren. Derartige negative Auswirkungen können einen kosten-treibenden *Ärztetourismus* der allophonen Bevölkerung verursachen.

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

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

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

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

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

■ **Späterer Zeitpunkt des Einsetzens einer adäquaten Behandlung:** Sprachbarrieren können aufgrund verschiedener Kausalzusammenhänge – insbesondere aufgrund einer Unterversorgung der allophonen Bevölkerung bezüglich dem Erstzugang zu medizinischen Leistungen – dazu führen, dass eine adäquate medizinische Behandlung erst zu einem verhältnismässig späten Zeitpunkt eingesetzt werden kann. Mit dem zeitlichen Abstand zwischen Krankheitsentstehung und dem Einsetzen einer adäquaten Behandlung sinkt die *Heilungswahrscheinlichkeit* und nimmt die *Genesungsdauer* zu. Darüber

hinaus können *zusätzliche Symptome* und *komorbide Störungen* auftreten und es kann zu einer *Chronifizierung* der Krankheit kommen. Dies führt letztlich dazu, dass die Behandlungskosten mit dem zeitlichen Abstand zwischen Krankheitsentstehung und Diagnose überproportional stark steigen.

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

Stand der empirischen Forschung

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

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

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

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

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

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

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

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

■ Wirkung des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen auf die *Wahrscheinlichkeit und Dauer des stationären Aufenthalts* von allophonen PatientInnen in Krankenhäusern und Kliniken.

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

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

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

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

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

Fazit

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

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

■ Die **langfristigen** Effekte des interkulturellen Übersetzens entstehen indirekt über die Krankheitsverläufe von allophonen PatientInnen. Diese langfristigen Effekte sind mit Gewissheit positiver Natur, so dass sie einen indirekten Nutzen

begründen, der grösser als Null ist. Sollte sich herausstellen, dass der kurzfristige Nettonutzen des interkulturellen Übersetzens negativ ist, wird das Ausmass des indirekten Nutzens entscheiden, ob der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen letztlich ökonomisch rentabel ist.