



Literaturreview

Interkulturelles Dolmetschen 2012-2018

Zuhanden der Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit
Bundesamt für Gesundheit BAG

Natalie Tarr
Sonja Merten

21. November 2019

Kontakte

Swiss TPH



Swiss Tropical and Public Health Institute
Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut
Institut Tropical et de Santé Publique Suisse

Associated Institute of the University of Basel

Swiss Tropical and Public Health Institute

Socinstrasse 57

P.O. Box

CH – 4002 Basel

Website: www.swisstph.ch

PD Dr. Sonja Merten

Leitung der Einheit 'Gesellschaft, Gender und Gesundheit'

Department Epidemiologie und Public Health

T: +41 61 284 83 87

F: +41 61 284 81 06

E-mail: sonja.merten@swisstph.ch

Natalie Tarr MA

Wissenschaftliche Mitarbeiterin Einheit

'Gesellschaft, Gender und Gesundheit'

Department Epidemiologie und Public Health

T: +41 79 593 83 9

E-mail: natalie.tarr@swisstph.ch

oder natalie.tarr@unibas.ch

Bundesamt für Gesundheit

Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit

Direktionsbereich Gesundheitspolitik

Schwarzenburgstrasse 157

CH – 3003 Bern

Michèle Baehler

Projektleiterin interkulturelles Dolmetschen

T +41 58 464 10 39

E-mail: michele.baehler@admin.bag.ch

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
Résumé	5
1 Einleitung	7
1.1 Zielsetzung der vorliegenden Literaturübersicht	9
1.1.1 Spezifische Fragestellung der vorliegenden Literaturübersicht	9
1.2 Methode	10
1.2.1 Definitionen (Klärung der Begriffe)	11
2 Das interkulturelle Dolmetschen im Gesundheitswesen der Schweiz und in ausgewählten Ländern	14
2.1 Sprachbarrieren als Zugangsbarrieren: Bedarf, Nutzung und Wirkung der Dolmetschdienste	14
2.2 Qualität in der Kommunikation und Qualität der Kommunikation	17
2.3 Auswirkungen des Dolmetschens auf die Behandlungsqualität, sowie Kosten-Nutzen Studien	20
3 Neue Dolmetsch-Modalitäten (Telefon, Video, CAT) und ihre Nutzung	22
3.1 Computer-unterstütztes Übersetzen	22
3.2 Telefondolmetschen	25
3.3 Videodolmetschen	27
4 Anforderungen an das interkulturellen Dolmetschen	30
4.1 Zusammenarbeit IkD – medizinisches Personal	30
4.2 Berufliche Anforderungen an IkD	32
5 Richtlinien zum Dolmetschen im Gesundheitsbereich	35
5.1 Richtlinien zum Dolmetschen	35
5.2 Finanzierung des IkD	37
5.2.1 Finanzierung des ikD im Asylbereich	38
6 Diskussion und Fazit	39
7 Empfehlungen für die Schweiz, basierend auf den Recherchen zu diesem Bericht	41
8 Recommandations pour la Suisse, basées sur les recherches du présent rapport	41
Referenzen	422
Annex	47

Zusammenfassung

Es gibt weltweit Ähnlichkeiten, wie Sprachbarrieren den chancengleichen Zugang zu Gesundheitsdiensten und die Qualität der medizinischen Versorgung beeinträchtigen. Dies belegen Studien aus der Schweiz und aus anderen europäischen Ländern, USA, Kanada oder Australien. Das Schweizer Gesundheitswesen beruht auf dem Prinzip der Chancengleichheit. Um allen Patientinnen und Patienten gleichberechtigt Zugang zur Gesundheitsversorgung zu ermöglichen, wird daher wo nötig auch der Einsatz des interkulturellen Dolmetschens gefördert. Es bestehen zwar noch einige Lücken bei der Finanzierung des professionellen Dolmetschens im Gesundheitswesen. Im stationären Bereich von Spitälern können die Kosten für interkulturelle Dolmetschleistungen aber via DRG-Fallpauschale zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abgerechnet werden.

In der nationalen und internationalen Fachliteratur sind hinreichend Belege zu finden, dass professionelles Dolmetschen dazu beiträgt, den Zugang zur medizinischen Versorgung zu verbessern. Auch Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitszustand werden bei Verständigungsschwierigkeiten durch Dolmetschen positiv beeinflusst. Wenn Dolmetschende beigezogen werden, führt dies erwiesenermassen auch zu höherer Zufriedenheit bei Patientinnen, Patienten und Fachpersonen sowie zu einer besseren Wirksamkeit der Versorgung (tiefere Rehospitalisierungsrate). Dennoch wird professionelles Dolmetschen in der Praxis oft nicht im erforderlichen Ausmass eingesetzt.

Dieser Literaturreview 2012-2018 zeigt auf, dass der Einsatz von professionellen Dolmetschdiensten im Gesundheitsbereich in den letzten Jahren zwar zugenommen hat, dass aber das Potential bei weitem nicht ausgeschöpft ist. Die Gründe hierzu liegen gemäss den untersuchten Publikationen vor allem in der «Spitalkultur», beim Kostendruck und bei einer fehlenden Sensibilisierung des Gesundheitspersonals für die Unzulänglichkeit von ad-hoc Übersetzungen. Zudem wird das Dolmetschen bei leichteren Erkrankungen oft als unnötig betrachtet. In der Regel werden erst bei komplexen und ernsthaften Erkrankungen professionell Dolmetschende angefordert.

Was die beruflichen Anforderungen und die Rahmenbedingungen des Dolmetschens anbelangt, werden in der Fachliteratur insbesondere die folgenden Mängel aufgezeigt: Dolmetschende wie auch Fachpersonen sind hinsichtlich Umgang mit gedolmetschten Konsultationen zu wenig gut ausgebildet. Kliniken und Spitäler berücksichtigen die Sichtweise der Dolmetschenden oder die Komplexität der Arbeit, die diese verrichten, oft nur unzureichend. Möglichkeiten der Supervision und Richtlinien zur Nutzung und Finanzierung des interkulturellen Dolmetschens fehlen in den meisten Fällen - sowohl national als auch international.

Die Diskrepanz zwischen unzureichender Anwendung und Wertschätzung des professionellen Dolmetschens in der Praxis und seiner wissenschaftlich anerkannten Nützlichkeit scheint sowohl für die Schweiz als auch für andere Industrieländer zu gelten und betrifft sowohl das Dolmetschen vor Ort als auch das Telefondolmetschen. Als Beitrag zur Verbesserung dieser Situation enthält der Literaturreview eine Zusammenstellung empfohlener Massnahmen, um die bedarfsgerechte Nutzung des Dolmetschens zu fördern und die Arbeitsbedingungen für Dolmetschende zu verbessern. Die Empfehlungen beziehen sich einerseits auf die Settings Spital und Hausarztmedizin, andererseits auf die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitspersonal und Dolmetschenden sowie auf die Arbeitsbedingungen und Rekrutierung der Dolmetschenden (siehe Kapitel 7, Seite 40).

Schliesslich enthält der Literaturreview auch Angaben zur Nutzung neuerer Dolmetsch-Methoden wie Telefon- und Videodolmetschen und Computerunterstützte Übersetzung. Das Telefondolmetschen wird in den meisten untersuchten Ländern aus vielfältigen Gründen

weniger häufig genutzt als erwartet. Dagegen erfreut sich in einigen Ländern (z.B. Australien, Dänemark, Österreich) das Videodolmetschen zunehmender Beliebtheit. Sobald die anfänglichen technischen Hürden überwunden sind, ist die Nutzerzufriedenheit beim Videodolmetschen ähnlich gross wie beim Beizug von persönlich anwesenden Dolmetschenden (Dolmetschen vor Ort). Das Computerunterstützte Übersetzen befindet sich noch im Entwicklungsstadium, wird jedoch zusehends besser. Es kann zwar professionell Dolmetschende noch nicht ersetzen, wird aber bereits in Situationen angewendet, in denen diese nicht zur Verfügung stehen.

Résumé

Dans le monde entier, on constate des similitudes quant à la manière dont les barrières linguistiques affectent l'égalité d'accès aux services de santé et la qualité des soins médicaux. Des études menées en Suisse et dans d'autres pays européens, aux États-Unis, au Canada et en Australie le confirment. Le système de santé suisse repose sur le principe de l'égalité des chances. Afin d'offrir à tous les patients et toutes les patientes un accès équitable aux soins de santé, le recours à l'interprétariat communautaire est donc encouragé lorsque nécessaire. Toutefois, son financement dans le système de santé présente encore quelques lacunes. En revanche, dans le secteur stationnaire des hôpitaux, les coûts de ces services peuvent être facturés à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) par le biais de forfaits par cas DRG.

La littérature spécialisée nationale et internationale présente suffisamment de preuves qui montrent que l'interprétariat professionnel contribue à améliorer l'accès aux soins de santé. En cas de difficultés de communication, l'interprétariat a des répercussions positives sur la prévention, la promotion et l'état de santé. Il a été démontré que le recours à des interprètes se traduit également par une plus grande satisfaction des patients et des professionnels et une meilleure efficacité des soins (taux de réhospitalisation plus faible). Néanmoins, dans la pratique, on ne recourt pas toujours autant nécessaire à l'interprétariat professionnel.

La présente analyse de la littérature entre 2012 et 2018 montre que le recours aux services d'interprétariat professionnel dans le secteur de la santé a augmenté ces dernières années, mais que le potentiel est loin d'être pleinement exploité. Selon les publications examinées, les raisons résident principalement dans la « culture hospitalière », la pression des coûts et le manque de sensibilisation du personnel de santé à l'inadéquation des traductions improvisées. En outre, l'interprétariat est souvent considéré comme inutile dans le cas de maladies bénignes. En règle générale, les interprètes professionnelles ne sont sollicitées que pour les maladies complexes et graves.

La littérature spécialisée met notamment en évidence les lacunes suivantes concernant les exigences professionnelles et les conditions-cadres de l'interprétariat : les interprètes tout comme les professionnels ne sont pas assez bien formés à la gestion des consultations interprétées. Souvent, les cliniques et les hôpitaux ne prennent pas suffisamment en compte le point de vue des interprètes et la complexité de leur travail. Les possibilités de supervision et les directives portant sur l'utilisation et le financement de l'interprétariat communautaire font défaut dans la plupart des cas – tant au niveau national qu'international.

Le décalage entre, d'une part, l'utilisation et l'appréciation insuffisantes de l'interprétariat professionnel dans la pratique et, d'autre part, son utilité scientifiquement reconnue semble exister aussi bien en Suisse que dans les autres pays industrialisés. Il concerne aussi bien l'interprétariat sur place que par téléphone. Pour contribuer à améliorer cette situation, l'analyse de la littérature contient une compilation de mesures recommandées visant à promouvoir un recours à l'interprétariat adapté aux besoins et à améliorer les conditions de travail des interprètes. Les recommandations portent, d'une part, sur le contexte hospitalier et sur la médecine de famille et, d'autre part, sur la formation et le perfectionnement du personnel de santé et des interprètes ainsi que sur leurs conditions de travail et leur recrutement (voir chapitre 8, page 41).

Enfin, l'analyse de la littérature contient également des informations sur le recours à des méthodes récentes telles que l'interprétariat par téléphone et vidéo et la traduction assistée

par ordinateur. Dans la plupart des pays examinés, l'interprétariat par téléphone est utilisé moins fréquemment que prévu, pour diverses raisons. Par contre, la vidéoconférence est de plus en plus populaire dans certains pays (par exemple en Australie, au Danemark et en Autriche). Une fois que les obstacles techniques initiaux ont été surmontés, la satisfaction des utilisateurs est aussi élevée avec cette technique qu'avec des interprètes présentes en personne (interprétariat sur place). La traduction assistée par ordinateur est encore en phase de développement, mais elle s'améliore sans cesse. Bien qu'elle ne puisse pas encore remplacer les interprètes professionnelles, elle est déjà utilisée dans des situations où elles ne sont pas disponibles.

Einleitung

Ein chancengleicher Zugang zum Gesundheitssystem schliesst gemäss Bundesamt für Gesundheit (BAG) auch die Förderung der Verständigung zwischen Gesundheitsfachleuten und fremdsprachigen (allophonen) Patientinnen und Patienten mit ein. Bis anhin ist die gesundheitliche Situation von allophonen Menschen in unterschiedlichen Bereichen schlechter als diejenige der Schweizer Bevölkerung, etwa bei psychischen oder bei chronischen Erkrankungen.¹ Fremdsprachigkeit als Barriere zur Gesundheitsversorgung muss angegangen werden, da die Schweiz sich verpflichtet hat, allen in der Schweiz lebenden Personen den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu ermöglichen.

Wie bereits 2010 in einer Empfehlung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) an die Kantone festgehalten, besteht bei allophonen Patientinnen und Patienten aufgrund von Kommunikationsproblemen nicht nur die Gefahr einer Über- resp. Unterversorgung, sondern es fallen dementsprechend auch höhere Kosten an.² Auch sind aus rechtlicher Perspektive die Gesundheitsinstitutionen vor einem Eingriff verpflichtet, hierzu das schriftliche Einverständnis der Patientin bzw. des Patienten einzuholen (informed consent). Es stellt sich hier die Frage nach dem Beiziehen einer professionellen Dolmetschperson, was nicht verpflichtend kantonal geregelt ist. Die Übernahme der Dolmetschkosten im stationären Bereich der Spitäler durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung ist unter gewissen Bedingungen möglich.³

Aus **Sicht der öffentlichen Gesundheit** sollten sprachliche Barrieren grundsätzlich beseitigt werden, da sie zu einer schlechteren Gesundheitsversorgung allophoner Patientinnen und Patienten führen und auch höhere Kosten verursachen können. Seit über 30 Jahren gibt es deswegen in der Schweiz regionale Vermittlungsstellen für das interkulturelle Dolmetschen. Diese werden von den kantonalen Integrationsprogrammen (KIP)⁴ unterstützt. Die regionalen Vermittlungsstellen sind Mitglieder von INTERPRET,⁵ die Schweizerische Interessengemeinschaft für interkulturelles Dolmetschen und Vermitteln. INTERPRET führt ein Kompetenzzentrum und eine Qualifizierungsstelle. Diese definiert und überwacht Standards für die Ausbildung und Zertifizierung von interkulturell Dolmetschenden. INTERPRET wird für diese Arbeit vom Staatssekretariat für Migration (SEM) und vom BAG finanziell unterstützt.

Bisher vorliegende Informationen zum Thema schliessen verschiedene Quellen ein, die hier kurz zusammengefasst werden. Unterschiede im **Zugang zu den Gesundheitsdiensten** zwischen allophonen Menschen und der einheimischen Bevölkerung bilden die Ausgangslage für mehrere vom BAG in Auftrag gegebene Studien und Übersichtsarbeiten, welche zum Ziel hatten, diese Ungleichheiten genauer zu untersuchen.

Ein Gutachten zum Übersetzen im Gesundheitsbereich, den Ansprüchen und der Kostentragung von Achermann und Künzli (Achermann and Künzli, 2008) geht vertieft auf **vorhandene juristische Grundlagen** des die Schweiz bindenden Völkerrechts sowie des

¹ Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich, siehe <https://www.kantonsrat.zh.ch/Dokumente/Dc84e7aae-1b0b-43bc-b9c9-a0eaac48bd33/R16301.pdf>, Zugriff 18.01.2019.

² <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nat-programm-migration-und-gesundheit/interkulturelles-dolmetschen/wissensgrundlagen-interkulturelles-dolmetschen/interk-dolmetschen-finanzierung/intk-dol-empfehlung-gdk.download/gdk-empfehlungen-dolmetschen.pdf.intk-dol-empfehlung-gdk>, Zugriff 02.03.2019.

³ Siehe <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/interkulturelles-dolmetschen/Wissensgrundlagen-interkulturelles-Dolmetschen.html> und <https://www.srf.ch/news/schweiz/uebersetzer-in-spitaelern-krankenkassen-sollen-dolmetscher-bezahlen>, SRF 14. Mai 2019.

⁴ <https://www.sem.admin.ch/sem/de/home/themen/integration/kip.html>.

⁵ <https://www.inter-pret.ch/de/home-1.html>

schweizerischen Verfassungsrechts ein, welche die ethisch-juristische Basis für einen egalitären Zugang zum Gesundheitswesen für Alle ausmachen. Das Büro BASS erstellte 2009 eine **Kosten-Nutzen-Analyse des interkulturellen Dolmetschens im Gesundheitswesen** (Gehrig and Graf, 2009). Die Studie kam zum Schluss, dass der Einsatz von interkulturell Dolmetschenden (ikD) kurzfristig zwar ein Mehr an Kosten verursacht, sich dies aber längerfristig lohnt, weil im Gesundheitswesen, in der Wirtschaft und in der Gesellschaft Kosten eingespart werden.

Hinzu kommen auf einander aufbauende **Reviews zu Migration und Gesundheit** ab 2009 (Wyssmüller et al., 2009; Novak, 2012), in welchen auch das ikD angesprochen wird. Die Broschüre «Sprachliche Brücken zur Genesung. Interkulturelles Übersetzen im Gesundheitswesen der Schweiz» (BAG, 2011) beleuchtet das interkulturelle Übersetzen aus qualitativer, rechtlicher und wirtschaftlicher Sicht. Die Autorin resümiert darin die wesentlichsten Erkenntnisse zum Thema und zeigt, in welchem Forschungskontext diese eingebettet sind. Einerseits wurde in diesen Arbeiten eine **Übersicht der Datenlage zur Gesundheit der allophonen Bevölkerung in der Schweiz** angefertigt, einschliesslich des interkulturellen Dolmetschens, andererseits wurden auf Basis der Literatur allgemeine Massnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Migrationsbevölkerung formuliert, wie zum Beispiel die Verbesserung der transkulturellen Kompetenz von Gesundheitsfachleuten, oder der Einsatz von Dolmetschdiensten, um die Qualität der Versorgung gewährleisten zu können.

1.1 Zielsetzung der vorliegenden Literaturübersicht

Ziel dieses Literaturreview ist es, den **neusten Stand der Forschung und Literatur** zum Thema des interkulturellen Dolmetschens in der Schweiz und in den ausgewählten Ländern zusammenzufassen und die wichtigsten Empfehlungen und Massnahmen zu identifizieren. Die Literaturübersicht soll klären, wie sich interkulturelles Dolmetschen auf den **Zugang** allophoner Patientinnen und Patienten zur Gesundheitsversorgung auswirkt und welche Bedeutung die **Qualität des Dolmetschens** hat. Im Jahr 2011 wurde im Rahmen der Bundesstrategie «Migration und Gesundheit 2008-2013» letztmals eine Literaturrecherche zum Thema des interkulturellen Dolmetschens in der Schweiz durchgeführt (BAG, 2011). Die vorliegende Literaturübersicht über Ansätze und Erfahrungen mit Dolmetschen im Gesundheitswesen der Schweiz ist als Aktualisierung des Literaturreviews von 2011 zu verstehen und schliesst zusätzlich wichtige Neuerungen seit 2011 in ausgewählten Ländern ein, insbesondere die **Nutzung von sozialen Medien und anderen Formen der digitalen Kommunikation**. Empfehlungen und Trends, die für die Schweiz relevant sind, werden zusammengestellt und kommentiert.

Folgende Themen werden in der vorliegenden Literaturübersicht berücksichtigt:

- Der Einfluss des Dolmetschens auf Zugang und Nutzung von Gesundheitsdiensten
- Dolmetschen und Qualität der Kommunikation aus Sicht der Patientinnen und Patienten
- Einfluss des Dolmetschens auf die Wirksamkeit und die Qualität der medizinischen Behandlung, einschliesslich Kosten-Nutzen-Analysen
- Typologien des Dolmetschens, z. B. remote Dolmetschen (Telefon, Video)
- Technisch unterstützte Kommunikation (Online Übersetzungsprogramme, speziell entwickelte Software)
- Richtlinien und Finanzierungsmodelle von Dolmetschdienstleistungen

1.1.1 Spezifische Fragestellung der vorliegenden Literaturübersicht

Die Fragestellung beinhaltet folgende Teilfragen:

- 1) Was ist der Einfluss des ikD auf Zugang und Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen, bzw. Gesundheitsdiensten?
- 2) Wie beeinflusst ikD die Qualität der Kommunikation zwischen Patienten und medizinischen Fachpersonen?
- 3) Welche Wirkung hat das ikD auf die Gesundheit allophoner Patientinnen?
- 4) Wie beliebt sind remote Dolmetschdienste wie Video- oder Telefondolmetschen bei Patientinnen und Versorgern?
- 5) Welche Finanzierungsmodelle und best practices existieren in der Schweiz oder sind für die Schweiz von Interesse?

1.2 Methode

Die Literaturübersicht zum interkulturellen Dolmetschen in der Schweiz und in ausgewählten Ländern umfasst Publikationen aus dem **Zeitraum 2012-2018**. Es wurden qualitative und quantitative wissenschaftliche ('peer reviewed') Publikationen auf Englisch, Französisch und Deutsch berücksichtigt, sowie graue Literatur (Berichte, Dissertationen, sowie BA und MA Arbeiten, Leitfäden, etc.), die sich mit dem Thema des interkulturellen Dolmetschens im Gesundheitsbereich in der Schweiz befassen. Neben der Literatur zur Schweiz, die vollständig erhoben wurde, berücksichtigten wir für Europa, USA, Kanada und Australien primär **bestehende Literaturübersichten**, die durch ausgewählte Publikationen zu relevanten Themen ergänzt wurden.

Für den vorliegenden Literaturreview wurden zunächst mehrere Online-Datenbanken systematisch durchsucht: **PubMed, CINAHL, Psycinfo, JSTOR, SSCI, Swissbib** und **Google Scholar**. Die Suchstrategie war breit und umfasste einmal die Begriffe *medical interpreter OR medical interpreters, interpreter service OR interpreter services AND Switzerland* in verschiedenen Kombinationen als Suchstrings, sowie die Kombination Dolmetschen und Gesundheit, ohne Ländereinschränkung, für den Zeitraum nach 2011. Die Suchbegriffe wurden in Englisch, Deutsch, Französisch und Italienisch verwendet. Im Laufe unserer Recherche haben wir es als sinnvoll erachtet, **weitere Schlagworte** in unsere Suche miteinzubeziehen: *broker, health interpreter, community interpreter/interpreting* und *public service interpreter/interpreting* und für die gesuchten Publikationen auf Französisch *interprétation/interprète, interprétation culturelle/interprète culturel, courtier* und *médiateur culturel*. Weitere Terme sind **cultur* and interpret**, *translat** and *migrat** sowie *Dolmetsch** AND *Gesund**. Darüber hinaus haben wir nach grauer Literatur unter anderem in Google, Google Scholar und den Internetseiten diverser Hochschulen gesucht.

Datenbank	Treffer Total	Davon CH
PubMed	832	22
CINAHL	776	25
SSCI	54	2
JStor	981	113
Google Scholar	1890	306
Manuell	15	15
Total (einschliesslich doppelte)	4547	483
- wissenschaftliche Artikel	296	21
- Berichte	14	14
- Thesis	6	2
- Buchkapitel	11	3
- Leitlinien, webseiten, etc.	19	16
TOTAL nach Titel und Abstract Review	346	52
- wissenschaftliche Artikel (LR)*	49(13)	18
- Berichte	18	14
- Thesis	2	2
- Buchkapitel	3	3
- Leitlinien, webseiten, etc.	5	5
TOTAL nach Volltext Review	77	42

* LR: Literaturreviews

Tabelle 1: Resultate der Literatursuche

Wir haben in zwei Phasen Einschränkungen vorgenommen: Zuerst wurden ein Titel-Review und eine erste Durchsicht der Zusammenfassungen (*abstracts*) durchgeführt. Publikationen wurden eingeschlossen, wenn sie sich direkt mit Dolmetschdiensten im Gesundheitsbereich befassten, d.h. sich

- (1) mit Zugang zu und Benutzen von Gesundheits-Dolmetschdiensten,
- (2) der Kommunikation zwischen Fachpersonen und Patientinnen,
- (3) der Übersetzungs- und Vermittlungsarbeit der Dolmetschpersonen,
- (4) den Kosten von Dolmetschdiensten oder
- (5) mit deren Finanzierungsmodellen

auseinandersetzen. Artikel, welche sich mit Gebärdensprache und Dolmetschenden für Taubstumme befassten, wurden ausgeschlossen. Ausgeschlossen wurden auch Artikel von geringer Qualität, sowie Webseiten und Leitfäden, die teils in den Fussnoten referenziert sind. 15 weitere Publikationen, die unsere Kriterien erfüllten, wurden nach dem Schneeballsystem unserem Review hinzugefügt, also nach Durchsicht der Bibliographien der bereits inkludierten Publikationen sowie Online-Publikationen auf Websites ausgewählter laufender Projekte.

Insbesondere Projekte aus der Schweiz im Bereich interkulturelles Dolmetschen und Zugang zur und Nutzung der Gesundheitsversorgung waren relativ schwach dokumentiert, ebenso Texte, welche sich explizit mit der Finanzierung von Dolmetschleistungen auseinandersetzen. Relevante Daten wurden nach Themenbereichen extrahiert.

Die Mehrheit der Texte wurde auf Englisch publiziert, einige wenige in Deutsch oder Französisch. Studien sowohl aus der Schweiz wie auch aus den oben genannten ausgewählten Ländern zeigen auf, dass es weltweit Ähnlichkeiten darin gibt, wie Sprachbarrieren den egalitären Zugang zu Gesundheitsdiensten und die Qualität der medizinischen Betreuung beeinflussen.

1.2.1 Definitionen (Klärung der Begriffe)

Allophon: Wir gebrauchen in diesem Bericht ausschliesslich den Begriff **allophon**, um eine Person zu bezeichnen, die weder der lokalen Amtssprache noch Englisch in ausreichendem Masse mächtig ist. Mit dieser Definition können wir einschränkende Ausdrücke wie Fremdsprache oder LEP (*limited English proficiency*), welcher in der anglophonen Literatur benutzt wird und welchem die Idee eines Mangels anhaftet, vermeiden.

Interkulturell Dolmetschende (EN: *community interpreters, public service interpreters und medical interpreters oder health interpreters*; FR: *interprète communautaire, interprète de liaison, interprète dans le domaine de la santé*): Unter dem Begriff **community interpreting** werden in der angelsächsischen Literatur alle Arten des Dolmetschens in der Verwaltung oder Gesellschaft verstanden, einschliesslich des Gerichtsdolmetschens (*court interpreting*) und des Dolmetschens im Gesundheitsbereich (**medical** oder **health interpreting**); französisches Equivalent wäre die Bezeichnung **interprétariat communautaire**. Man trifft auch auf den Ausdruck **public service interpreting**, welcher synonym mit *community interpreting* benutzt wird. In der Literatur ab 2012 bis heute, welches den Zeitrahmen für unseren Literaturreview umfasst, stellen wir fest, dass *medical/health interpreting* wie auch *court interpreting* als Bezeichnungen an Eigenständigkeit gewinnen. Wir befassen uns in diesem Bericht ausschliesslich mit *medical/health interpreting* und werden diese Begriffe mit dem in der

Schweiz geläufigen Ausdruck **interkulturelles Dolmetschen (ikD) im Gesundheitswesen, bzw. interprétariat communautaire/dans le domaine de la santé**, synonym verwenden⁶.

*(Cultural) brokers, (cultural) advocates, mediators, médiateurs (culturels), courtiers*⁷: Für Dolmetschende, welche diese kulturelle Erklärungsarbeit zu leisten haben, finden wir in der Fachliteratur im Englischen auch die Bezeichnung **(cultural) brokers** (auch **cultural advocate, conciliator**) oder **courtiers** sowie **médiateurs** auf Französisch⁸.

Ad hoc Dolmetschende: Gemeinhin werden in der Literatur alle Menschen, die zu Übersetzungen beigezogen werden und dafür weder angestellt sind noch eine Ausbildung haben, als ad hoc Dolmetschende bezeichnet. Dies können Familienmitglieder/Begleitpersonen sein, die Patienten in die Konsultation mitbringen, oder aber auch klinisches oder nicht-klinisches Spitalpersonal sowie Fremde aus dem Wartezimmer.

Gehrig et al. (Gehrig et al., 2012) unterscheiden in ihrer Studie zu Einsatz und Wirkung von ikD in Spitälern und Kliniken bei den Übersetzenden zwischen **qualifizierten Dolmetschenden – externe** ikD mit INTERPRET Zertifikat oder eidg. Fachausweis sowie bilinguale Spitalmitarbeitende mit einem Gesundheitsberuf, also **interne** Dolmetschende – und **nicht-qualifizierten Dolmetschenden** – Spitalmitarbeitende mit einem nicht-medizinischen Beruf oder Angehörige der Patienten (Gehrig et al. 2012:7). Diese Definition entspricht nicht exakt der in der internationalen Literatur häufig verwendeten Bezeichnung ‚professionelle Dolmetschende‘. Eine medizinische Qualifikation und Kenntnisse einer Sprache alleine greifen aus linguistisch-anthropologischer wie auch aus medizin-ethnologischer Sicht oft zu kurz. Medizinisches Spitalpersonal ist nicht dafür qualifiziert, interkulturelle Dolmetscheinsätze zu leisten, da diese nicht nur sprachliche Kompetenzen, sondern auch eine transkulturelle Interpretation voraussetzen, die eine gewisse Schulung benötigt.

Für diesen Bericht integrieren wir die beiden Definitionen anhand der Kompetenz in interkulturellem Dolmetschen und der medizinischen Qualifikation für die Definition der Qualifikation der Dolmetschenden, wie schematisch in Tabelle 2, dargestellt.

⁶ Die Tätigkeit oder der Beruf einer interkulturell dolmetschenden Person, eines *community interpreter* oder *interprète communautaire*, erfährt eine zunehmende, wenn auch äusserst langsam verlaufende Professionalisierung und eine damit einhergehende Anerkennung durch Experten (Ärzte, Gesundheitspersonal, Richter, etc.) und der Gesellschaft allgemein (Gehrig M, Caldéron R, Guggisberg J, et al. (2012) Einsatz und Wirkung von interkulturellem Übersetzen in Spitälern und Kliniken. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS.; Glatz E. (2014) „Ich würde Ihnen raten...“ „Der Doktor sagt, Sie müssen...“ Eine empirische Studie über die Funktion des Hedgings im Spitaldolmetschen. ZHAW.14:3f; Hsieh E. (2016) *Bilingual health communication: Working with interpreters in cross-cultural care*, New York: Routledge.).

Generell wird noch immer das Konferenzdolmetschen und vor allem seine Methodik als Standard wahrgenommen, was dem interkulturellen Dolmetschen nur insofern zuträglich ist, als dass Konferenzdolmetschende eine fundierte, langjährige Ausbildung durchlaufen haben. Dies ist für interkulturell Dolmetschende in den wenigsten Ländern, die wir für unseren Literaturreview recherchiert haben, konsequent der Fall.

⁷ Als linguistische Anthropologinnen und Medizinethnologinnen finden wir die Trennung von Dolmetschen und Vermitteln, wie INTERPRET sie lehrt, nicht haltbar/nicht der Sache zuträglich/problematisch: <https://www.interpret.ch/de/angebote/interkulturelles-dolmetschen-und-vermitteln-188.html>.

⁸ Als Drittperson in Gesprächen zwischen Expertinnen und Laien werden interkulturell Dolmetschende als Dienstleistende verstanden, die sich in den Dialog zwischen der Expertin und allophonen Patienten einbringen. Sie sind sicht- und fühlbar in der Gesprächssituation dabei. Und sie übersetzen in beide Richtungen, also in *und* aus ihrer/n Muttersprache/n oder Erstsprache in die Landessprache, das heisst, sie sollten – idealerweise – in beiden Sprachen und Richtungen gleich gut «beheimatet» sein. Hier muss beachtet werden, dass interkulturell Dolmetschende wohl keine Schwierigkeiten haben, die Anamnese zu dolmetschen, also die Krankengeschichte der Patientin für die medizinische Fachperson auf Deutsch, bzw. in der jeweiligen Landessprache, wiederzugeben. Es wird aber schwieriger die medizinischen Empfehlungen des Arztes in die Muttersprache oder Erstsprache der Patientin zu übersetzen, weil hier sowohl Fachjargon und medizinisches Vokabular einem Laien verständlich gemacht werden muss – und vor allem zuerst selber verstanden werden muss (*domain specific knowledge*) – als auch kulturell unterschiedliche Auffassungen von krank sein, Schmerz, oder einer adäquaten Behandlungsmethode). Das heisst nicht nur sollte die interkulturell Dolmetschende das medizinische Fachvokabular in ihre Muttersprache übersetzen können, sie sollte auch genug davon verstehen um es so wiederzugeben, damit allophone Patienten dies verstehen. Bei einer falschen Übersetzung der Dosierung eines Medikaments, beispielsweise, kann dies klinische Folgen haben. Es haftet aber immer die Ärztin (dazu mehr, siehe Seite 29 unten).

		Qualifiziert	
		Nein	Ja
Professionell	Nein	Familie, Fremde aus dem Wartezimmer, nicht-klinisches Spitalpersonal (Administratoren, Reinigungskraft, Abwart, etc.) → ad hoc, nicht qualifiziert	Bilinguales, klinisches Spitalpersonal (Ärzte, Pflegefachkraft, etc.) → ad hoc mit medizinischer Qualifikation
	Ja	Muttersprachler/Bilinguale mit sehr guten Landessprachenkenntnissen und in CH mit ikD INTERPRET zertifiziert oder eidg. Fachausweis ⁹ ; (nicht-CH: ‚cultural brokers‘ oder ‚mediateurs‘) → professionell, ohne medizinische Qualifikation	Bilinguales, klinisches Fachpersonal, in CH mit ikD INTERPRET zertifiziert oder eidg. Fachausweis (nicht-CH: ‚cultural brokers‘ oder ‚mediateurs‘, z. B. in Frankreich) → professionell, mit medizinischer Qualifikation

Tabelle 1: Definitionen, Bezeichnungen und Qualifikationsmerkmale von interkulturell Dolmetschenden laut der gesichteten Literatur

⁹ Allerdings passt die Verwendung des Begriffs *professional interpreter*, mit welcher die internationale, hauptsächlich US Amerikanische Literatur eine vom Spital angestellte und bezahlte Dolmetschperson ohne Angabe zu Ausbildung oder Diplom/Zertifikat beschreibt/definiert, nicht genau.

2 Das interkulturelle Dolmetschen im Gesundheitswesen der Schweiz und in ausgewählten Ländern

2.1 Sprachbarrieren als Zugangsbarrieren: Bedarf, Nutzung und Wirkung der Dolmetschdienste

Literatur CH

Die Frage nach der Anzahl in der Schweiz wohnhaften, allophonen Menschen lässt sich mit den Daten des **Bundesamtes für Statistik** nicht direkt beantworten, da nicht die Sprachkompetenzen, sondern die Verwendung der Sprachen im Alltag erhoben werden (BFS, 2014). Den Bedarf an Dolmetsch-Einsatzstunden zu schätzen ist deshalb schwierig. Es wird angenommen, dass circa 200'000 Personen, die in der Schweiz leben, keine der Landessprachen oder Englisch verstehen (cf. (Gehrig and Graf, 2009; SH4E, 2016); Empfehlung GDK an die kantonalen Gesundheitsdepartemente 2010;).¹⁰ Hinzu kommen all jene Personen, die zwar ein Alltagsgespräch führen können, aber bei komplizierteren Themen sprachliche Unterstützung benötigen. Insgesamt haben über 900'000 Personen als Hauptsprache keine schweizerische Landessprache, wobei die direkte Kommunikation mit einer medizinischen Fachperson einem beachtlichen Teil dieser Personen Schwierigkeiten bereitet. Gemäss der ESRK Befragung 2014 haben 89% der fremdsprachigen Bevölkerung in der Schweiz, die in den letzten 12 Monaten krank waren, angegeben, dass sie im Krankheitsfall keine Sprachprobleme hatten, als sie einen Arzt oder eine sonstige medizinische Fachperson aufsuchten¹¹. Zehn Prozent hatten einige Sprachprobleme, und ein Prozent hatte grosse Verständigungsprobleme. Diese 11% umfassen hochgerechnet rund 100'000 Personen, die innerhalb eines Jahres in der Schweiz beim Kontakt mit Gesundheitspersonal Verständigungsprobleme hatten (BFS, 2014). Bei Personen aus dem Asylbereich bestehen noch deutlichere Verständigungsprobleme (siehe (BAG, 2014) Nationales Programm Migration und Gesundheit 3, Bilanz 2008–13 und Schwerpunkte 2014–17: 3;).

Seit 2014 ist INTERPRET für das Erfassen der gesamtschweizerischen Zahlen im Bereich interkulturelles Dolmetschen verantwortlich (vorher erfasste das SEM, resp. das BFM diese Statistiken). Laut den Berechnungen von INTERPRET und in Zusammenarbeit mit den regionalen Vermittlungsstellen, wurden **2017 im Schweizer Gesundheitswesen** über 180'500 Einsatzstunden interkulturelles Dolmetschen geleistet. Dies entspricht **54% aller Einsatzstunden in allen Bereichen des interkulturellen Dolmetschens**. Die Tendenz ist kontinuierlich leicht steigend: 2015 wurden fast 140'000 Einsatzstunden ikD im Gesundheitswesen getätigt, 2016 fast 170'000.¹² Dies entspricht 56%, resp. 55% aller

¹⁰<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/interkulturelles-dolmetschen/Wissensgrundlagen-interkulturelles-Dolmetschen.html> und <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nat-programm-migration-und-gesundheit/interkulturelles-dolmetschen/wissensgrundlagen-interkulturelles-dolmetschen/interk-dolmetschen-finanzierung/intk-dol-empfehlung-gdk.download/gdk-empfehlungen-dolmetschen.pdf.intk-dol-empfehlung-gdk>.

¹¹ In der letzten Erhebung des Bundesamts für Statistik zu Sprache, Religion und Kultur (BFS. (2014) Erhebung zur Sprache, Religion und Kultur. *Bundesamt für Statistik BFS.*) werden einige Fragen zu allfälligen sprachlichen Schwierigkeiten der Befragten gestellt. Die ESRK ist eine Stichprobenerhebung, an welcher 16'487 Personen der ständigen Wohnbevölkerung der Schweiz ab einem Alter von 15 Jahren teilgenommen haben. Im Bereich Gesundheit wurde z.B. folgendes gefragt: ‚Haben Sie in den letzten 12 Monaten wegen der Sprache keine Probleme, einige Probleme oder grosse Probleme gehabt...Beim Kontakt mit Gesundheitspersonal?‘

¹² https://www.inter-pret.ch/admin/data/files/marginal_asset/file/360/2017_einsatzstatistik_dt.pdf?lm=1531310832, Zugriff 21.02.2019.

Einsatzstunden im Bereich ikD (zum Vergleich: 2008 waren es laut BFM wenig über 57'500 Einsatzstunden (Calderón-Grossenbacher, 2010).

Das Büro BASS hat 2012 eine Auftragsstudie für das BAG abgeschlossen, in welchem «Einsatz und Wirkung von interkulturellem Übersetzen in Spitälern und Kliniken» untersucht wurde (Gehrig et al. 2012). Im Zeitraum 2006-2010 hat sich das Volumen an gedolmetschten Einsätzen im Schweizer Gesundheitswesen um rund 47% erhöht. Es werden neben den ikD **«in einem beachtlichen Ausmass Spitalmitarbeitende mit Fremdsprachenkenntnissen als Dolmetschende eingesetzt»**. Dies hängt mit der zu übersetzenden Sprache zusammen, bzw. ob Spitalmitarbeitende mit entsprechenden Sprachkenntnissen als Dolmetschende verfügbar sind. Gehrig et al. schätzen, dass **nur ungefähr die Hälfte aller Dolmetscheinsätze über die Vermittlungsstellen abgewickelt werden**. Obwohl es also in der Schweiz flächendeckend Institutionen gibt, welche interkulturell Dolmetschende vermitteln und ausbilden, werden diese noch immer nicht lückenlos eingesetzt, wie diverse von uns hier gesichtete Texte aufzeigen (siehe für Hebammen: (Ikhilor et al., 2017; Zemp Stutz et al., 2019); im Asylwesen: (Cignacco, 2018; Müller et al., 2018); am HUG: (Hudelson et al., 2012). Weiter halten Gehrig et al. (2012) fest, dass die allophonen Patientinnen, bei welchen ikD zum Einsatz kommen, einen durchschnittlich **schlechteren Gesundheitszustand** aufweisen, als der von allophonen Patienten, bei denen keine ikD eingesetzt werden. Dies wird in der internationalen Literatur bestätigt (Abbato et al., 2018).

Die BRIDGE-Studie mit allophonen Frauen zeigte, dass schwangere Frauen wegen schlechter Erfahrungen mit der Kommunikation die Schwangerschaftsvorsorge manchmal nicht wie empfohlen aufsuchten, was die Früherkennung eines Risikos für Komplikationen einschränkt (Ikhilor et al., 2017). Gleichzeitig haben die allophonen Patientinnen, bei denen ikD eingesetzt werden, eine **schlechtere Gesundheitskompetenz** als allophone Patientinnen, bei welchen keine Dolmetschenden übersetzen (Gehrig et al., 2012). Der Einsatz von Dolmetschenden kann sich laut Gehrig et al. positiv auf das Vorsorgeverhalten, auf den Genesungsprozess und den zukünftigen Gesundheitszustand allophoner Personen auswirken. Dies bestätigt die 2009 erhobenen Daten des Büro BASS (Gehrig and Graf, 2009). Abschliessend betonen Gehrig et al. allerdings, dass diese Studie zeigt, dass eine Nutzenanalyse des ikD anhand der in der Schweiz vorhandenen Daten schwierig ist. Weitere Daten wären nötig, um den Einsatz und die Wirkung von Dolmetschleistungen im Gesundheitswesen näher zu untersuchen. Die mangelnden Informationen zur Wirkung des Dolmetschens auf die Inanspruchnahme scheint generell eine Lücke in der Forschung darzustellen, die oft lediglich deskriptiv bleibt.

Literatur INTERNATIONAL

Informationen zu Bedarf und Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen mit oder ohne Dolmetschdienste lagen auch aus anderen Ländern vor.

Der Zusammenhang zwischen **Sprachbarriere und dem Zugang zur Gesundheitsversorgung ist gut belegt**: Dass allophone Patienten das Gesundheitssystem weniger nutzen als die lokale Bevölkerung, zeigen zum Beispiel Angeloz et al. in ihrem Literaturreview zum Management von Diabetes mellitus in 6 Ländern bei allophonen Migranten und Migrantinnen (Angéloz et al., 2017). Ein kürzlich durchgeführter Literaturreview in Kanada anhand von 31 wissenschaftlichen Artikeln zeigte, dass der **Zugang zur medizinischen Grundversorgung, zur Gesundheitsförderung und Krebsvorsorge und zur Psychiatrie für ältere Personen mit schlechteren Sprachkenntnissen eingeschränkt ist**. Dabei spielen mangelnde Sprachkenntnisse und kulturelle Krankheitsvorstellungen, wie auch

sozioökonomische Unterschiede eine Rolle (Wang et al., 2019). Eine verzögerte Inanspruchnahme birgt zudem das Risiko von schweren Komplikationen, wie zum Beispiel für die Krebsbehandlung oder der Mutterschaft gezeigt wurde (Adunlin G, 2018; Genoff et al., 2016; Martijn et al., 2013). Auch im Bereich der **psychiatrischen Erkrankungen** zeigte ein systematischer Literaturreview, die 18 Artikel einschloss, dass **weniger psychiatrische Konsultationen von allophonen Personen in Anspruch genommen wurden**. Die Autoren stellten auch fest, dass es keine publizierten Daten über die Wirkung des Dolmetschens auf die Inanspruchnahme von psychiatrischen Diensten gab (Ohtani et al., 2015). Dowbor et al. (Dowbor et al., 2015) schliesslich zogen für Kanada den Schluss, dass das Angebot eines Dolmetschdienstes im Gesundheitswesen zu

- besserer gesundheitlicher Versorgung benachteiligter Patientinnen führen kann,
- die Zufriedenheit von Patienten und Fachpersonen erhöhen kann,
- und auch den Zugang zur medizinischen Grundversorgung sowie zu Präventionsmassnahmen verbessern kann.

Bleiben Sprachbarrieren hingegen bestehen, wirkt sich dies entsprechend negativ auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aus.

2.2 Qualität in der Kommunikation und Qualität des Dolmetschens

Literatur CH

Dolmetschen soll die Qualität der Gesundheitsversorgung allophoner Personen verbessern. Dies setzt jedoch auch die Akzeptanz und ein Bedürfnis der betroffenen Personen voraus. Langewitz (Langewitz 2013) hielt im Leitfaden ‚Kommunikation im Alltag‘ der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften fest, dass es nur wenig Arbeiten darüber gibt, welche Erwartungen Patientinnen und Patienten an Dolmetschdienste haben. Die BRIDGE Studie ist eine der wenigen Studien, welche die Perspektive der Patientinnen in der Schweiz erforschte. Die Studie untersuchte die Kommunikation in der geburtshilflichen Versorgung allophoner Migrantinnen (Ikhilior et al., 2017). Die Autorinnen zeigen auf, dass Sprachbarrieren eine ethisch und qualitativ angemessene Betreuung allophoner Frauen in der Schwangerschaft und während der Geburt manchmal verunmöglichen. Zum Beispiel haben mehrere Frauen erwähnt, dass sie eine Einverständniserklärung unterzeichnet haben, ohne genau zu verstehen, was sie unterschrieben. Der zeitnahe Einsatz einer Dolmetschenden war nicht immer gewährleistet, was dann dazu führen konnte, dass Frauen Einwilligungen in operative Verfahren gaben, zu denen ihnen die Informationen fehlten. Gerade in der Geburtshilfe, wo die Zeit für Entscheidungen manchmal knapp ist, sind aber effiziente Dolmetschdienste wichtig. Im Fall von Einwilligungen für operative Eingriffe oder bei schwerwiegenden Entscheidungen wird ein ‚face-to-face‘ Dolmetschen erforderlich, da eine Erklärung am Telefon ein vertiefendes Gespräch hier nicht ersetzen kann.

In der BRIDGE Studie zeigte sich, dass auch bei nicht-dringenden Eingriffen trotz Planbarkeit nicht immer ein Dolmetschdienst beigezogen wurde, hier manchmal auch auf Wunsch der Frau. Während einige Frauen Angehörige vorzogen, wurde der Bedarf einer professionellen Dolmetscherin dennoch mehrfach betont, auch wenn sich die Studienteilnehmerinnen im Allgemeinen gut betreut fühlten (Ikhilior et al., 2019; Ikhilior et al., 2017). Auch Würth et al. (Würth, 2018) stellten in einer Studie in Basel fest, dass Dolmetschende im Spital oft erst bei komplexen Situationen beigezogen wurden, was teilweise durch den Wunsch, die Kosten tief zu halten, erklärt wurde. Die Schwierigkeiten, die sich durch nicht-professionelles Übersetzen ergeben können, werden auch in der Arbeit von Glatz deutlich gemacht (Glatz, 2014). Glatz hält in ihrer Studie fest, dass die Dolmetschenden die Feinheiten einer Mitteilung verstehen müssen, um schwierige Sachverhalte inhaltlich unverfälscht und mit der ursprünglichen Konnotation der Nachricht übersetzten zu können, ohne die von der Gesundheitsfachperson intendierte Bedeutung der Nachricht zu verändern. Dies ist insbesondere bei schwierigen Sachverhalten wichtig, gerade wenn Vertrauen aufgebaut werden muss. Glatz führt aus, dass es in diesem Fall auch wichtig sein kann, dass die Dolmetschenden dem Patienten nicht zu nahe stehen, da eine gewisse emotionale Neutralität helfen kann, schwierige und inhaltlich komplexe Nachrichten zu vermitteln und integrierend zu wirken (Bischoff et al., 2012). Dies entspricht jedoch nicht immer den Vorstellungen der Patienten oder Patientinnen, die eher eine Vertrauensperson wünschen (Brisset et al., 2013).

Während der Bedarf an gut ausgebildeten Dolmetschenden, die auch mit schwierigen Nachrichten und inhaltlich komplexen Sachverhalten umgehen können, klar besteht, werden in der Praxis oft Mängel bei der Qualität der Dolmetschdienste festgestellt, die teils durch mangelnde Befähigung der Dolmetschenden, teils durch eine geringe Erfahrung des Gesundheitspersonals in der Zusammenarbeit mit Dolmetschenden zustande kommen. Analysen der Qualität von Übersetzungen, die von Dolmetschenden im Spitalbereich durchgeführt wurden, zeigten auf, wie **Missverständnisse oder sogar Behandlungsfehler** hervorgerufen werden können, wenn Inhalte nicht adäquat übersetzt werden (Sleptsova et al.,

2015; Sleptsova et al., 2017). Das Team um Sleptsova et al. stellten zum Beispiel fest, dass **Inhalte teils nicht korrekt wiedergegeben wurden, oft durch Auslassen gewisser Aussagen**. Diese Auslassungen können **klinische Konsequenzen** haben, beispielsweise wenn die Dosierung von Medikamenten nicht vollständig wiedergegeben wird. Dennoch weisen die Autoren darauf hin, dass eine nur auf Vollständigkeit bedachte Übersetzung zu kurz greift. Dies illustriert auch die Arbeit von Albl-Mikasa et al. (Albl-Mikasa et al., 2015). In ihrer Studie zur Genauigkeit transkultureller Übersetzungen fanden die Autoren ebenfalls viele Auslassungen, die teils durch den **kulturellen oder sozialen Hintergrund der ikD** bedingt waren. Sie hielten dazu aber fest, dass es weniger darum gehe, jeden kulturell spezifischen Ausdruck bedeutungsgenau zu übersetzen, als vielmehr den Meta-Diskurs zu berücksichtigen – also zum Beispiel die Bemühungen, Vertrauen zu schaffen, zu erkennen und in der Übersetzungsarbeit wiederzugeben. Wiederum gilt, dass eine gute Schulung in jedem Fall unerlässlich ist, um diese Kompetenzen zu erwerben. Es muss hier erwähnt werden, dass in der Schweiz die Ausbildung der Dolmetschenden im Gesundheitsbereich in der Zwischenzeit stärker reguliert und professionalisiert wurde. Auf dieses Thema wird weiter unten im Bericht vertieft eingegangen (siehe Kapitel 4.20)

Literatur INTERNATIONAL

Auch in der internationalen Literatur wurde festgehalten, dass die Sichtweise der Patientinnen, die sich zu gedolmetschten Konsultationen äussern, in der Literatur wenig vorkam. Ein systematischer Review (Brisset et al., 2013) untersuchte 61 qualitative Studien, die sich mit gedolmetschten Konsultationen befassten und stellte unterschiedliche Erwartungen an die Dolmetschenden fest, je nachdem, ob es sich um Patienten und Patientinnen oder um medizinische Fachpersonen handelte. Während die **medizinischen Fachpersonen** in erster Linie ein **striktes Wiedergeben ihrer Aussagen** erwarteten, **wünschten sich Patienten und Patientinnen** eher eine **Vertrauensperson**. Brisset et al. betonten, dass es hilfreich wäre, wenn für die gleiche Patientin jeweils immer dieselbe Person dolmetschen würde. So könnte die nötige Vertrauensbasis aufgebaut werden, welche für Patienten wichtig sei.

Ein systematischer Review von Alfred et al. (Alfred, 2016) über die Zufriedenheit hospitalisierter asiatischer Patienten in den USA, die nur begrenzt Englisch sprachen, zeigte, dass eine kulturell kompetente Kommunikation einschliesslich der Verfügbarkeit von Dolmetschenden, Ruhe im Raum, ausführliche Informationen über Therapien sowie asiatisches Essen die Patientenzufriedenheit förderte. Generell waren mehrere Faktoren für die Patientenzufriedenheit wichtig, wie Batbaatar et al. feststellten (Batbaatar et al., 2015; Batbaatar et al., 2017): In einem systematischen Literaturreview von 1980 bis 2014 untersuchten sie Faktoren, die für die Patientenzufriedenheit wichtig waren. Obwohl die Studie nicht explizit gedolmetschte Situationen ansprach, kam sie zum Schluss, dass **eine gute Patienten-Versorger Kommunikation sich positiv auf die Patientenzufriedenheit auswirkt**. Vor allem die Bereitschaft des Gesundheitspersonals, ihren Patientinnen und Patienten zuzuhören und mit ihnen zu kommunizieren, erhöhte die Zufriedenheit. Allgemein kam das Forscherteam zum Schluss, dass zufriedene Patienten sich eher an Abmachungen hielten und beispielsweise zu Folgeuntersuchungen erschienen oder sich an Behandlungsvorgaben hielten, was wiederum eine bessere Gesundheit zur Folge hatte. Zudem wurden Ärzte oder Ärztinnen bevorzugt, welche auf Augenhöhe mit Patienten und Patientinnen kommunizierten anstatt als Autoritätsperson auftraten.

Während sich die Patienten und Patientinnen eher eine Vertrauensperson wünschten, war es genau diese Rolle, die für nicht-professionelle Dolmetschende oft eine Schwierigkeit darstellte. Schwarzinger (Schwarzinger et al., 2012) zeigte in seiner Studie in Frankreich, dass Begleitpersonen allophoner Patienten und Patientinnen selber oft froh waren, nicht als Dolmetschende fungieren zu müssen, weil die vielen Rollen, die sie für diese Aufgabe wahrnehmen mussten – Dolmetschen, Begleitung der Medikamenteneinnahme, familiäre Unterstützung – für sie eine grosse emotionale Belastung darstellten. Ausserdem konnte diese Rollenakkumulation die Entscheidungsfreiheit der Patienten einschränken. Auch die Patientinnen und Patienten selber zogen professionelle Dolmetschende ihren Begleitpersonen vor, wenn sie darüber informiert waren, dass professionelle Dolmetschende zur Verfügung standen (ibid.). Dennoch wurden **die professionellen Dolmetschenden eher wenig in Anspruch genommen**. Unter den befragten Ärztinnen und Ärzten in Schwarzingers Studie hatten fast zwei Drittel noch nie oder äusserst selten eine professionelle Dolmetschperson angefragt, da sie **Begleitpersonen der Patienten und Patientinnen als Dolmetschende bevorzugten**, weil diese **sofort zur Verfügung standen** und die Patienten über die ärztliche Konsultation hinaus **weiter begleiteten**. Auch unter den allophonen Patienten, die Schwarzinger für seine Studie befragte, wussten nur rund einer von acht, dass es einen professionellen Dolmetschservice gab (ibid.).

2.3 Auswirkungen des Dolmetschens auf die Behandlungsqualität sowie Kosten-Nutzen Studien

Literatur CH

Laut Gehrig et al. (Gehrig et al., 2012) zeigten die empirischen Daten, die aus der Schweiz vorlagen, dass sich der Einsatz von Dolmetschenden positiv auf das Vorsorgeverhalten, den Genesungsprozess und den zukünftigen Gesundheitszustand allophoner Patientinnen auswirkte. Auch die BRIDGE-Studie, die allophonen Migrantinnen zu Schwangerschaft und Geburt befragte, konnte aufzeigen, dass ohne professionelle Übersetzung manchmal Entscheide getroffen wurden, die sich letztlich negativ auf die Inanspruchnahme (i.e. Schwangerschaftsvorsorge und Prävention) wie auch auf das Befolgen einer Therapie auswirkten (Ikhilor et al., 2017). Sprachbarrieren wirkten sich direkt auf die Qualität der medizinischen Dienstleistungen aus, da falsche oder nicht verstandene Ratschläge und ärztliche Anweisungen zu einer schlechteren Gesundheit, der falschen Dosierung von Medikamenten und sogar einem erhöhten Gesundheitsrisiko beitragen konnten (Müller et al., 2018). Laut der Untersuchung von Müller et al. (Müller et al. 2018) wurden als Folge von Kommunikationsschwierigkeiten **unnötige und vor allem kostenintensive und wiederholt durchgeführte Untersuchungen und Abklärungen** vorgenommen, welche bei ausreichendem sprachlichem Verständnis wohl nicht angeordnet worden wären. Es wurde bereits vor über zehn Jahren festgestellt, dass **der Einsatz von ikD kurzfristig zusätzliche Kosten im Gesundheitswesen auslösen kann, doch langfristig können Kosten eingespart werden** (Gehrig and Graf, 2009; Bischoff and Denhaerynck, 2010; Gehrig et al., 2012). Es gibt jedoch für die Schweiz seither keine neueren Kosten-Nutzen Analysen.

Im **Bereich Psychiatrie** besteht grundsätzlich bei eingeschränkter Kommunikation zwischen Patienten und Fachpersonen eine besonders grosse Gefahr von Fehldiagnosen und falschen Behandlungsentscheiden. Viele Informationen gehen verloren, bzw. können nicht vermittelt werden, wenn Ärztinnen und Patienten nicht ausreichend miteinander kommunizieren können (Brägger, 2018; Weber et al., 2014).

Im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie von **traumatisierten Asylsuchenden in der Deutschschweiz** ist eine der grössten Herausforderung die fehlende Kostenübernahme für das ikD, was die Gefahr birgt, dass die **Kosten für die Behandlung von traumatisierten Asylsuchenden insgesamt steigen**.¹³ Laut SEM werden in diesem Bereich zu wenig ikD eingesetzt, was zu vermehrten Verständigungsproblemen führt, die wiederum **ineffiziente Behandlungen und Folgekosten** für das Gesundheitssystem verursachen (SEM, 2018). Es wurde geschätzt, dass zwischen 15% und 40% der Flüchtlinge traumatisierende Flucht-, Kriegs- und/oder Foltererfahrungen machten und nur **ungenügenden Zugang zu psychiatrisch-psychotherapeutischen Angeboten** haben. Insbesondere wurden zu wenig ikD in diesem Bereich eingesetzt. Dies bedeutet, dass kaum eine entsprechende Therapie möglich ist. Im Pilotprojekt ‚Zugänge schaffen‘, in dem Dolmetschende für den Einsatz in der Traumabehandlung eingesetzt wurden, konnte gezeigt werden, dass die Beratungs- und Behandlungsqualität durch den Dolmetscheinsatz deutlich verbessert werden konnte (Brägger, 2018). Der Beizug von ikD kann dazu beitragen, dass Asylsuchende die Betreuung erhalten, die sie benötigen. Wenn das Problem frühzeitig als ein psychisches erkannt wird,

¹³ Siehe <https://www.humanrights.ch/de/menschenrechte-schweiz/inneres/gruppen/sprachminderheiten/finanzierung-dolmetschen-traumatisierte-fluechtlinge>, Zugriff 24.01.2019.

müssen nicht unnötige medizinische Abklärungen vorgenommen werden und es können auch unnötige Kosten gespart werden.

Literatur INTERNATIONAL

Schwarzinger (Schwarzinger et al., 2012) untersuchte für das Französische Gesundheitsamt (*Direction générale de la santé*) die Inanspruchnahme und Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen und die Auswirkungen des iKD auf die Gesundheit von Patienten mit HIV, Diabetes und Tuberkulose. Gemäss Schwarzinger trugen professionelle Dolmetscher dazu bei, dass sich die **Qualität der Gesundheitsversorgung für allophone Patientinnen verbesserte**. Auch die Befolgung der **Medikamenteneinnahme verbesserte sich mit dem Beizug professioneller Dolmetschenden** im Vergleich mit der Übersetzung durch bilinguales, nicht-klinisches Personal oder durch die Begleitperson des Patienten. Neben den professionellen Dolmetschenden trug bilinguales Spitalpersonal aber ebenfalls zu einer Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung bei. Allerdings erreichte die Qualität der Gesundheitsversorgung auch mit Dolmetschenden nicht das Qualitätsniveau der frankophonen Kontrollpopulation.

In den USA haben mehrere neuere Studien positive Effekte eines professionellen Dolmetschendienstes auf die Versorgungsqualität aufgezeigt. Gemäss Lindholm lagen die **Aufenthaltsdauer im Spital sowie die Rehospitalisationsrate tiefer**, wenn bei Eintritt und bei Austritt ein professioneller Dolmetscher konsultiert wurde (Lindholm et al., 2012). Luan Erfe (Luan Erfe et al., 2017) stellte fest, dass die **Betreuung allophoner Herzinfarktpatienten signifikant besser** war, wenn ein professioneller Übersetzerdienst beigezogen wurde. Im selben Jahr publizierte Njeru (Njeru, 2017) eine Studie, die zeigte, dass **Diabetespatienten bessere Ergebnisse aufwiesen**, wenn wiederum professionelle Übersetzer eingesetzt wurden. Karliner (Karliner et al., 2017) analysierte im selben Zeitraum retrospektiv die Rehospitalisations-Daten von über 50-jährigen anhand von Daten eines Universitätsspitals. Die Studie untersuchte den Effekt von Telefondolmetschen auf die Rehospitalisations-Rate und fand **weniger Rehospitalisationen während der Intervention mit einem bed-side Telefon-Übersetzerdienst**, der jederzeit das Zuschalten eines Übersetzers ermöglichte. Auch die berechneten Einsparungen, die dieses System aufwies, fielen gemäss der Studie deutlich aus. Auch eine Studie aus Australien (Abbato et al., 2018) zeigte, dass die **Länge des Aufenthalts kürzer war**, wenn auf der Notfallstation ein Übersetzerdienst beansprucht wurde. Im konkreten Fall war die Aufenthaltsdauer im Schnitt rund einen Tag kürzer, was kostenwirksam ist und die direkten Kosten der Dolmetschleistung möglicherweise wieder einsparen kann.

Lopez et al. (López et al., 2015) fanden hingegen in einer spitalbasierten Studie, dass die Aufenthaltsdauer bei Patienten, bei denen ein Dolmetschdienst in Anspruch genommen wurde, länger war. Die Autoren wiesen aber darauf hin, dass die Dolmetschenden selektiv für die schwierigeren Fälle beigezogen wurden, wie dies auch für die Schweiz beschrieben wurde (Würth, 2018). Dies deutet auf ein methodologisches Problem hin, wenn die Wirkung eines Dolmetscherdienstes erhoben werden soll, der nicht flächendeckend benutzt wird. Das selektive Hinzuziehen der Dolmetschenden in Abhängigkeit der Schwere der Erkrankung und nicht alleine auf Grund der Sprachkenntnisse verzerrt in diesem Fall die Ergebnisse, wie dies auch von den Autoren dargelegt wurde.

3 Neue Dolmetsch-Modalitäten (Telefon, Video, CAT) und ihre Nutzung

3.1 Computer-unterstütztes Übersetzen

Literatur CH

Während die Literatur zur Inanspruchnahme, Qualität und Wirkung des Dolmetschens frühere Untersuchungen mehrheitlich bestätigte, gab es in den letzten Jahren einige Neuerungen im Bereich der computerunterstützten Kommunikation und der Kommunikation mit audiovisuellen Medien. Im Bereich **Computer unterstützte Kommunikation** (CAT Computer Assisted Technology) finden wir in der Literatur zur Schweiz einige Forschungen, die sich dem Thema widmeten (Bouillon et al., 2017; Boujon, 2017; Spechbach, 2017; Gerlach et al., 2018). In einer Studie der Uni Genf wurden verschiedene sprachbasierte Übersetzungsformen am Unispital Genf, HUG, verglichen (Bouillon et al., 2017; auch Spechbach 2017 zusammenfassend). Patientinnen, die das HUG in Anspruch nahmen, bestanden zu 52% aus Ausländerinnen, wovon 10% überhaupt kein Französisch sprachen. Verständigungsprobleme waren aber nicht nur linguistischer Natur, sondern auch kultureller.

Wenn keine Dolmetschenden verfügbar waren, gab es diverse Alternativen, die aber auch gewisse Nachteile aufwiesen. So war das **Telefondolmetschen** relativ teuer und es waren nicht immer die benötigten Sprachen verfügbar. Zudem war das Telefondolmetschen weniger beliebt als das face-to-face Dolmetschen. **Google Translate (GT)** und andere maschinell unterstützten Übersetzungssysteme (*machine translation* MT), wurden zunehmend dann in Anspruch genommen, wenn keine Alternative zur Verfügung stand. Die Autoren wiesen auch darauf hin, dass GT und andere MTs nicht sehr verlässlich waren für medizinische Übersetzungen; sie erfüllten keine Datenschutzrichtlinien oder Sicherheitsstandards (Gerlach et al., 2018). Ausserdem war Tigrinya, eine der wichtigsten Sprachen seit der europäischen Flüchtlingskrise, auf GT nicht verfügbar (ibid). Um diese Lücke zu füllen, wurden **MediBabble und Universal Doctor von medizinischem Personal spezifisch für die Situation medizinischer Diagnosen entwickelt**. Diese sogenannten *phraselators* übersetzten eine Reihe fixer Fragen und Instruktionen, doch waren beide Systeme technisch nicht ausgereift und nicht sehr effizient in der Handhabung (ibid). So konnte beispielsweise der Inhalt nicht einfach genug geändert werden. Ressourcen, welche für Dolmetschende im Asylwesen oder Asylsuchende entwickelt wurden, wie das *Handbook for Interpreters in Asylum Procedures* (UNHCR, 2017) oder das *Medical Handbook for Refugees*¹⁴, sind hingegen nicht interaktiv.

Um diese Situation zu verbessern, hat ein interdisziplinäres Team der Fakultät Übersetzen und Dolmetschen (FTI/TIM) der Uni Genf und dem HUG das Programm **BabelDr**¹⁵ entwickelt, welches von Bouillon et al. als flexibles, sprachkompetentes Phrasenbuch bezeichnet wird. BabelDr übersetzte von Französisch nach Arabisch, Spanisch und Tigrinya; an Albanisch und Farsi wurde gearbeitet. BabelDr wurde spezifisch für die Situation entwickelt, wenn für die Arbeit mit Flüchtlingen in einem Spital keine ikD zur Verfügung stehen. Die wichtigsten Designziele von BabelDr waren:

¹⁴ <https://refugeephrasebook.de/medical%20phrases/>, Zugriff 13.03.2019.

¹⁵ <https://babeldr.unige.ch>, Zugriff 13.03.2019.

- es übersetzt zuverlässig,
- neue Zielsprachen können dem Programm einfach beigelegt werden und
- der Inhalt kann dem Kontext angepasst werden.

BabelDr unterscheidet sich grundlegend von den bisher bekannten/angewendeten sprachbasierten Übersetzungssystemen wie GT, weil sowohl die Spracherkennung als auch die Übersetzung Domänen-spezifisch (medizinisches Vokabular) und regelbasiert (Grammatik) sind. BabelDr ist ebenfalls ein *phraselator*, es ermöglicht den Zugang zu einer Liste von anerkannten/autorisierten Sätzen oder Standardsätzen (*canonical sentences*). Nach jeder Erkennung wird die Liste der Standardsätze erneuert und das System geht automatisch zum erkannten Satz und bietet verwandte Fragen dazu an. BabelDr funktioniert nur Sprachbasiert, während bei GT auch getippt werden kann. Das Team von Bouillon hat die **Auswirkung des Mediums – GT und BabelDr – auf die Diagnose** der Ärzte gemessen und ist zu dem Schluss gekommen, dass mit BabelDr öfters eine korrekte Diagnose gestellt werden konnte¹⁶.

Die verschiedenen Teilnehmer der Studie, Gesundheitspersonal wie auch Patientinnen, haben den beiden Übersetzungssystemen in einem Fragebogen Noten für Nutzerfreundlichkeit und einfache Bedienung verliehen; auch hier bekam **BabelDr bessere Noten** als MediBabble. Obwohl die Teilnehmenden die Unnatürlichkeit und fehlende Menschlichkeit im Umgang mit einer Übersetzungsmaschine bemängelt haben, fanden fast alle Fachpersonen, dass sie diese Übersetzungssysteme für ihre Arbeit nutzen werden.

Literatur INTERNATIONAL

Mehrere kleinere Studien, eine aus Grossbritannien und eine aus Deutschland befassten sich mit **Google Translate (GT)** im Bereich der Neonatologie und kamen zu ähnlichen eher negativen Ergebnissen (Haith-Cooper, 2014; Börner et al., 2013; Patil and Davies, 2014). Um ein technisches Hilfsmittel wie GT benutzen zu können, mussten (1) die Patientinnen ihre Muttersprache lesen können, (2) die längeren Sprechstundenzeiten berücksichtigt werden, die diese Art der Kommunikation gezwungenermassen mit sich brachte. Zudem war die **Übersetzung oft nicht akkurat**. Es mussten mehrere Varianten desselben Satzes in den Computer oder in ein Tablet eingegeben werden, was nochmals zusätzliche Zeit in Anspruch nahm. GT wurde in allen Studien als nicht ideal bewertet.

Da computerbasierte Übersetzungen wie GT zu ungenau waren, wurden auch in anderen Ländern *phraselators* entwickelt, ähnlich wie MediBabble oder BabelDr. In Australien wurde ebenfalls eine Applikation als *phraselator* entwickelt, mit der in der Praxis **häufig verwendete Sätze** in verschiedene Sprachen übersetzt wurden. Die Applikation war für **Situationen** gedacht, in denen gerade **kein Dolmetscher** zugezogen werden konnte, aber eine Kommunikation notwendig war, zum Beispiel bei Konsultationen ausserhalb der normalen Arbeitszeiten, was einem konkreten Bedürfnis entsprach. Sätze beinhalteten zum Beispiel die Aussage, dass kein Dolmetscher anwesend war, oder fragten nach Schmerzen. Der Inhalt der

¹⁶ Bouillon (2017) hat in ihrer MA Arbeit am FTI der Uni Genf die **Übersetzung von medizinischen Dialogen durch die beiden phraselators BabelDr und MediBabble verglichen**. Sie ging von der Hypothese aus, dass die Technologie der Spracherkennung einen erheblichen Vorteil für ein Übersetzungssystem darstellt, welches medizinische Dialoge übersetzt. BabelDr hat in Bouillons sowohl quantitativ als auch qualitativ geführten Studie besser abgeschnitten als MediBabble und zwar weil es einfacher zu bedienen ist (*usability*), einfacher zu nutzen ist (*operability*), was sich in der gemessenen Zeit und den benötigten Clicks spiegelt deren es bedarf, um das gewünschte Resultat zu erzielen. Auch war es einfacher den Umgang mit BabelDr zu erlernen (*learnability*).

Sätze wurde mit Gesundheitsfachpersonen gemeinsam entwickelt. Die App wurde in einer ersten Evaluation **positiv** aufgenommen, allerdings wurden nur wenige Personen befragt (Freyne et al., 2018).

3.2 Telefondolmetschen

Literatur CH

In der Schweiz ist das Telefondolmetschen bereits seit vielen Jahren etabliert, zur Zeit bieten mehrere regionale Vermittlungsstellen interkulturelle Dolmetschdienstleistungen an.¹⁷ Seit April 2019¹⁸ wird das Telefondolmetschen in der Schweiz nicht mehr national, sondern neu sprachregional angeboten, und zwar für die Deutschschweiz, für das Tessin sowie für die frankophone Schweiz.¹⁹ Dennoch wurde in mehreren Studien festgestellt, dass der Telefondolmetschdienst oft nicht genutzt wurde, wenn ad-hoc Dolmetschende zur Verfügung standen, wie zum Beispiel in der bereits erwähnten Studie in Basel (Würth, 2018). In einer soeben abgeschlossenen Studie zur **Telefon-Dolmetschen in der Berufspraxis von Hebammen in Basel**, bestätigten Zemp Stutz et al. (Zemp Stutz et al., 2019), dass dieser Dienst für die postpartale Betreuung zu Hause verhältnismässig wenig in Anspruch genommen wurde. Verschiedene Gründe waren dafür verantwortlich. Einerseits wurde der TDD nicht angefordert, wenn eine **ad-hoc dolmetschende Person** durch die Familie organisiert wurde. Diese ad hoc Dolmetschenden wurden von den Hebammen allerdings sehr unterschiedlich wahrgenommen, was die Bereitschaft zu übersetzen oder die Qualität der Übersetzung betraf. Zemp Stutz und ihr Team fanden zudem heraus, dass die Hebammen gerne **in einem ersten Schritt** mit ihren Klientinnen und deren Familien Vertrauen aufbauen wollten, wobei der Einbezug eines Dolmetschenden als störend empfunden wurde. Es war den Hebammen dabei wichtig, zuerst zu beobachten und auf verbale und non-verbale Reaktionen der Mütter einzugehen. Erst in **einem zweiten Schritt** wurde – wenn überhaupt – der TDD beigezogen. Dies, wenn Hebammen spezifische Informationen vermitteln und/oder die fortlaufende Betreuung im Schweizer System planen wollten. Ebenfalls für den Einbezug des TDD sprach, wenn eine Hebamme realisierte, dass die eigenen Kommunikationsstrategien nicht ausreichten, um die notwendigen Informationen zu vermitteln.

Die **Entscheidungsfindung für oder gegen den Einsatz des TDD** basierten oft auf Erfahrungen und der Überzeugung, das eigene Fachwissen reiche aus, die Situation angemessen bewältigen zu können. Ob der TDD einbezogen wurde oder nicht basierte nur selten auf einer gemeinsamen Entscheidungsfindung zwischen Hebamme und Mutter. Zemp Stutz et al. schlagen deshalb ein **praxisorientiertes Training zur Nutzung des TDD**, inklusiv interkulturellem Training vor, sowie die Entwicklung einer Infobroschüre in der jeweiligen Landessprache, oder Pictogramme, wo u.a. beschrieben würde, wie der TDD funktioniert und dass er kostenfrei ist.

¹⁷ Laut <http://www.kjp-pic.ch/de/praxis/interkulturelles-dolmetschen/>, Zugriff 21.02.2019, sind es 18 Vermittlungsstellen. Siehe auch <https://www.inter-pret.ch/de/angebote/regionale-vermittlungstellen-44.html>.

¹⁸ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/interkulturelles-dolmetschen/nationaler-telefondolmetschdienst.html>, Zugriff 21.02.2019.

¹⁹ <https://www.stadt-zuerich.ch/aoz/de/index/aoz/aktuell/news/sprachregionale-angebote-loesen-den-nationalen-telefondolmetschd.html>, Zugriff 13.03.2019.

Literatur INTERNATIONAL

Auch in Kanada wurde beobachtet, dass **Telefondolmetschdienste weniger als erwartet** in Anspruch genommen wurden (Dowbor et al., 2015). Eine Studie in Toronto, Kanada, stellte fest, dass der Dienst, obwohl vorhanden und gefördert, wenig genutzt oder durch ad hoc Dolmetschende ersetzt wurde. Über eine Vermittlungsstelle konnte medizinisches Personal eine ausgebildete dolmetschende Person am Telefon in 170 verschiedenen Sprachen rund um die Uhr anfordern. Das Spital oder die Klinik bezahlte den Service und bekam bei bestehender Mitgliedschaft bei der betreffenden Vermittlungsstelle einen Rabatt. Die **Gründe für die Nichtnutzung des Telefondolmetschdienstes waren vielfältig**. Einerseits hielt das Gesundheitspersonal an bestehenden Praktiken fest, und oft wussten Fachpersonen dennoch nicht, dass es diesen Dienst gab. Die Zeit, die es braucht, bis eine dolmetschende Person am Telefon effektiv zur Verfügung steht, war eine weitere Barriere. Die Autoren schlagen vor, dass das Telefondolmetschen in ganz spezifischen Situationen eingesetzt werden sollten, wie zum Beispiel bei einer geplanten Information.

3.3 Videodolmetschen

Literatur CH

Im Rahmen eines **Pilotprojekts «Videodolmetschen»** in der Schweiz wurde in einer Begleitstudie zum Pilotprojekt geprüft, wie und ob diese Form des Dolmetschens für das Schweizer Gesundheitswesen sinnvoll eingesetzt werden kann (Brägger, 2019). Die Evaluationsstudie hatte zum Ziel, die Praktikabilität, die Qualität und Erfahrungen mit Videodolmetschen zu erfassen und den Mehrwert und die Herausforderungen dieser Dolmetschform zu analysieren. Brägger stellte fest, dass die **Nachfrage gering** war, nur gerade 34 Einsätze wurden im Studienzeitraum von 9 Monaten verlangt. Davon konnten 25 realisiert werden. Videodolmetscheinsätze konnten hauptsächlich aus zwei Gründen nicht durchgeführt werden:

1. Wegen technischen Problemen, beispielsweise weil die Internetverbindung nicht stark genug war oder die Tonqualität ungenügend
2. Weil der Termin vom Gesundheitspersonal oder auch vom Dolmetschenden verpasst wurde.

Auch kam die Studie zum Schluss, dass die **lange Vorbereitungszeit nicht anwenderfreundlich war und somit die Praxistauglichkeit minderte**. Dies mag sich mit der zunehmenden Verbreitung der Technologie verbessern. Doch das Dolmetschen per Video wurde von allen Beteiligten als gleichwertig mit der physischen Anwesenheit einer Dolmetschperson empfunden, was auch in anderen Studien gezeigt wurde (cf. (Joseph et al., 2018)). Allerdings wurde das Dolmetschen vor Ort immer noch qualitativ besser bewertet, beispielsweise weil beim Videodolmetschen Patienten auf den Bildschirm fokussiert waren und sich so nur schwer eine Beziehung zwischen Fachperson und Patientin aufbauen liess. Gerade in der Psychiatrie wird die Anwesenheit eines speziell geschulten Dolmetschenden vor Ort empfohlen (Brägger, 2018). Auch konnten die ikD beim Dolmetschen vor Ort die Gesamtsituation besser erfassen (Mimik, Körpersprache, etc.). Das Videodolmetschen wurde wegen der Bildschirmübertragung als qualitativ besser empfunden als das Dolmetschen via Telefon. andere Studien zeigten ebenso, dass das Videodolmetschen dem Telefondolmetschen vorgezogen wurde, sowohl von Fachpersonen wie auch von Patientinnen (Schulz et al., 2015).

Brägger (Brägger, 2019) betonte, dass in der Schweiz die Versorgungsdichte von ikD durch die Vermittlungsstellen eigentlich gewährleistet sei. Somit wäre das Dolmetschen per Video als Ergänzung zum bestehenden Angebot in Zukunft denkbar. Sie empfahl zu evaluieren, ob eine **Preissenkung für das ikD vor Ort den teuren Aufbau eines Videodolmetsch-angebots** nicht überflüssig machen könnte. Heute ist ein niederschwelliger Zugang zum Dolmetschen per Video noch nicht realistisch, da die technischen Herausforderungen (Infrastruktur) noch nicht gelöst sind – was sich aber in der näheren Zukunft natürlich ändern kann.

Eine weitere Studie zum Videodolmetschen legte den Schwerpunkt auf die Sicht der Dolmetschenden. Albl-Mikasa und Eingriber (Albl-Mikasa and Eingriber, 2018) stellten in ihrer Studie ebenfalls fest, dass diese Art der Kommunikationsunterstützung bei Gesundheitspersonal, und Dolmetschenden zunehmend beliebter und auch zunehmend

eingesetzt wurde. Die professionellen Dolmetschenden selber schätzten das Arbeiten via Video und waren dem Videodolmetschen gegenüber positiv eingestellt, weil sie, ähnlich wie beim Telefondolmetschen (1) schneller einsatzbereit waren und Zeit sparen konnten, (2) durch die Distanz zu Klienten unparteiischer waren, (3) bequem zu Hause arbeiten konnten, flexibler waren und unabhängig vom Ort des Arbeitseinsatzes, (3) Kosten durch den Wegfall der Anfahrt reduziert wurden. Unter den Nachteilen listeten die Dolmetschenden auf, dass via Video die Körpersprache nicht zum Einsatz kommt oder dass man abhängig sei von Technologie und damit einhergehenden Problemen. Auch die unpersönliche Atmosphäre, die Distanz zu Klienten fanden die Dolmetschenden nicht ideal.

Von praktischer Relevanz ist die Planung der Dolmetscheinsätze, was für jede Form des Dolmetschens gilt, mit Ausnahme der computerunterstützten Übersetzung. Im Spitalbereich ist eine Möglichkeit, die gewünschte Sprache für die Kommunikation bereits bei Aufnahme zu erfassen, was die Planung des Einsatzes von Dolmetschenden bereits für die erste Konsultation ermöglicht. Hudelson berichtet über eine Pilotstudie am Universitätsspital Genf, wo dies umgesetzt wurde und auf hohe Akzeptanz stiess (Hudelson et al., 2013).

Literatur INTERNATIONAL

Ein **systematischer Review** von Joseph et al. (Joseph et al., 2018) verglich den Einfluss von **Telefon-, Video- und vor Ort-Dolmetschen** auf die **Patientenzufriedenheit**. Joseph et al. schlossen 196 englisch-sprachige Artikel in ihre Untersuchung ein. Die Autoren stellten fest, dass die Literatur zu diesem Zeitpunkt keinen eindeutigen Schluss zuließ, dass eine spezielle Modalität des Dolmetschens von Patientinnen klar mehr geschätzt wurde als andere. Es gab aber Hinweise darauf, dass Patienten und **Patientinnen ausgebildete Spitaldolmetschende den ad hoc Dolmetschenden vorzogen**. Die Untersuchung ist allerdings dadurch limitiert, dass die meisten der 196 einbezogenen Studien aus den USA stammten und sich mit Spanisch Dolmetschenden befassten.

Einzelne Studien ausserhalb der USA, welche die verschiedenen Dolmetsch-Modalitäten direkt verglichen, zeigten jedoch ähnliche Resultate. Australien betreibt einen für die Patienten und Patientinnen kostenlosen Dolmetsch- und Übersetzungsdienst für das Gesundheitswesen. Er steht allen Patienten und deren Familien durchgehend zur Verfügung und bietet zertifizierte Telefon-, Video- und vor Ort Dolmetschende an, die durch das Spital oder die Klinik direkt angefordert werden können.²⁰ Schulz et al. (Schulz et al., 2015) stellten fest, dass in Australien Patienten und Patientinnen wie auch Gesundheitspersonal das **Videodolmetschen dem Telefondolmetschen vorzogen**. Jedoch fanden die Forschenden **keinen Unterschied** in der Patientenzufriedenheit, wenn **gedolmetschte Konsultationen per Video** mit Dolmetschen in **Anwesenheit der dolmetschenden Person** verglichen. Auch in Dänemark wurde Videodolmetschen in einer Universitätsklinik eingeführt und evaluiert. Eine Studie von Mottelson bei Pflegenden zeigte, dass die Mehrheit der befragten Personen Videodolmetschen benutzt hatte und insgesamt zufrieden waren (Mottelson et al., 2018). Die Zufriedenheit stieg mit zunehmendem Gebrauch an. An die Dolmetschenden stellte das Videodolmetschen zusätzliche komplexe Anforderungen, welche zu Stress und Entfremdung bei den Dolmetschenden führen können. Havelka empfiehlt deshalb, Videodolmetschen eher

²⁰ <https://www.health.nsw.gov.au/multicultural/Pages/health-care-interpreting-and-translating-services.aspx>, Zugriff 15.03.2019.

in Situationen einzusetzen, in denen ein bestimmtes Protokoll eingesetzt wird und sich die Abläufe und Fragen immer wiederholen (Havelka, 2018).

4 Anforderungen an das interkulturelle Dolmetschen

4.1 Zusammenarbeit IkD – medizinisches Personal

Literatur CH

Es ist mittlerweile unbestritten, dass die **Kommunikation zwischen Gesundheitspersonal und professionellen Dolmetschenden** eine gewisse **Schulung auch der Gesundheitsfachpersonen** erfordert. Über die letzten Jahre fand in der Schweiz eine zunehmende Professionalisierung des interkulturellen Dolmetschens in Schweizer Spitälern statt, und bereits 2012 bemerkten Gehrig et al., dass immer mehr externe, also ikD, zugezogen wurden, welche ad hoc Dolmetschende ersetzen (Gehrig et al., 2012).

Im Jahr 2010 wurde in Lausanne eine Befragung von Gesundheitsfachpersonen zur Kompetenz in der Zusammenarbeit mit Dolmetschenden durchgeführt, die zeigte, dass nur etwa einer von drei Ärzten oder Ärztinnen, und nur rund eine von zehn Pflegefachpersonen eine Schulung in der Zusammenarbeit mit Dolmetschenden aufwies (Casillas et al., 2014; Casillas, 2015). Entsprechend oft **fehlte es an Erfahrung** bei der Betreuung allophoner Patienten und Patientinnen. Zudem gaben fast die Hälfte der Gesundheitsfachpersonen damals an, keinen Zugang zu geschulten Dolmetschenden zu haben. Seither hat sich die Situation, was die Ausbildung anbetrifft, jedoch verbessert. Im Zuge der Initiative der Swiss Hospitals for Equity (SH4E) wurden zum Beispiel in Lausanne Schulungen des ärztlichen Personals durchgeführt, und in einem zweiten Schritt wurde das Thema der transkulturellen Kompetenzen ins Medizinstudium integriert (Casillas et al., 2016).²¹

Das **Unispital der Stadt Genf (HUG)** – das grösste Unispital der Schweiz – ging bereits 1993 eine Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) ein in welcher das **SRK als Vermittlungsstelle** professionelle ikD für das Spital organisierte (Marks-Sultan et al., 2016):12). Im Jahr 2000 war von Bischoff und Loutan ein Handbuch entwickelt worden, welches über die Zusammenarbeit mit ikD informierte. Dies diente dem HUG als Grundlage, um seine Richtlinien im Umgang mit ikD zu erarbeiten und **berufsbegleitende Weiterbildungen für das Gesundheitspersonal** zu institutionalisieren (CAS «Santé et diversité: comprendre et pratiquer les approches transculturelles»)²². Die Dolmetschendienstleistungen werden über das Budget des HUG bestritten und waren für Patienten und Patientinnen gratis²³. Ohne eine solche Schulung bestand die Tendenz, dass sich die Fachpersonen in ihrer Kompetenz, mit Dolmetschenden zu arbeiten, überschätzen (author, 2013). Hudelson zeigte, dass viele Fachpersonen diese Kompetenz aus ihrer Erfahrung im

²¹ Siehe <https://www.hospitals4equity.ch/de/diversity-management/kommunikation/> sowie Kommunikationstraining im Medizinstudium, beispielsweise an der Uni Bern <https://www.iml.unibe.ch/angebote/lehre/kommunikationstraining> oder der Uni Basel <https://www.unispital-basel.ch/ueber-uns/bereiche/medizin/kliniken-institute-abteilungen/medizinische-kommunikation/> und für praktizierende Ärzte und Ärztinnen, beispielsweise der Krebsliga: <https://www.krebsliga.ch/fachpersonen/weiterbildungen/kommunikationstraining/kommunikationstraining-fuer-aerztinnen-aerzte-und-pflegefachleute/>.

²² INTERPRET hat die Bischoff und Loutan Broschüre aktualisiert; sie kann kostenpflichtig über INTERPRET bezogen werden (siehe <https://www.inter-pret.ch/de/angebote/hilfsmittel-fuer-die-praxis-45.html>, Gesundheitstrialog, 33 Seiten, 5 CHF) <https://www.unige.ch/formcont/cours/cas-sante-et-diversites-comprendre-et-pratiquer-les-approches-transculturelles-2019>, Zugriff 18.03.2019.

²³ Seit Januar 2017 arbeitet das HUG in der Psychiatrie und in der medizinischen Grundversorgung mit der privaten Vermittlungsstelle Connexion zusammen, die auch einen **Telefondolmetschservice** anbietet; alle anderen Departemente des Spitals beantragen ikD weiterhin über das Rote Kreuz. Siehe <https://www.hug-ge.ch/consultation-transculturelle-interpretariat/interpretariat-aux-hug-mode-emploi>, Zugriff 18.03.2019.

Umgang mit ad-hoc Dolmetschenden herleiteten, jedoch wenig über die Unzulänglichkeiten des nicht-professionellen Übersetzens informiert waren (Hudelson et al., 2012).

Dennoch wurden auch im HUG, wo **interne Weiterbildungen** für das Gesundheitspersonal im Umgang mit ikD zur Verfügung standen, die ikD nicht konsequent eingesetzt. Hudelson et al. erwähnten, dass zwar immer mehr medizinisches Fachpersonal im **HUG die interne Weiterbildung** in Anspruch nahmen, in welcher vermittelt wurde, wieso und wie mit ikD gearbeitet werden soll. Sprachprobleme wurden in der Folge seltener als Problem wahrgenommen, aber dennoch wurden **ikD immer noch weniger oft als erwartet eingesetzt** (Hudelson et al., 2014; Hudelson et al., 2012):5). Die Autoren verwiesen auf strukturelle Faktoren, die ebenfalls Hürden für den Einsatz von ikD darstellten, wie der Druck auf die medizinischen Fachpersonen, die Kosten tief zu halten, oder der Zeitdruck bei der Arbeit. Diese Barrieren wurden auch in den ambulanten Diensten der Spitäler, einschliesslich der pädiatrischen ambulanten Versorgung, beobachtet (Würth, 2018; Jaeger et al., 2013).

Eine etwas andere Situation als im Spital fand sich in der medizinischen Grundversorgung durch die **Hausärzte und -ärztinnen**. Auch hier war der **Bedarf an Dolmetschdiensten gross**, ebenso wie der Bedarf an Schulung in der Zusammenarbeit mit Dolmetschenden und Lösungen für die Finanzierung der Dolmetschenden (Christen and Balthasar, 2017; Oetterli et al., 2017). In einer Befragung im Kanton Luzern fanden Oetterli et al. ein grösseres Interesse an ‚face-to-face‘ Dolmetschenden, während Telefondolmetschdienste als weniger praktisch und sympathisch angesehen wurden (ibid:16). Oft gab jedoch wiederum die Unsicherheit, wer die Kosten für die Dolmetschdienste tragen würde, den Ausschlag dazu, keine professionellen Dolmetschdienste in Anspruch zu nehmen.

Literatur INTERNATIONAL

Auch in der internationalen Literatur wurde erwähnt, dass Dolmetschdienste zu selten in Anspruch genommen wurden, da die Gesundheitsfachpersonen die Problematik des ad-hoc Dolmetschens unterschätzten und, wie zum Beispiel in Frankreich, trotz der Bemühungen der Behörden **bevorzugt bilinguales Spitalpersonal und andere ad hoc Dolmetschende** (Begleitpersonen der Patientinnen) für medizinische Konsultationen herbeigezogen wurden (Schwarzinger et al., 2012; Ticca and Traverso, 2015; Lebrun and Guigueno, 2015). Dies war problematisch, da Fehler durch das Dolmetschen häufiger von nicht-professionellen Dolmetschenden gemacht wurden (Flores et al., 2012). Neben gesundheitlichen hatte dies auch rechtliche Probleme zur Folge. Gerade im Bereich der **psychiatrischen Erkrankungen**, speziell auch in der Geriatrie, stellte das Dolmetschen eine besondere Schwierigkeit dar, wenn es darum ging, Tests durchzuführen, um **Gutachten zu erstellen**. In diesem Fall sollten Gesundheitsfachpersonen immer speziell geschulte ikD herbeiziehen, da Fehler im Dolmetschen hier auch juristisch weitreichende Konsequenzen haben konnten, wie Farooq et al. in ihrem Literaturreview festhielten (Saeed, 2015).

4.2 Berufliche Anforderungen an IkD

Literatur CH

Auch auf der Seite der **Dolmetschenden** braucht es eine angemessene Schulung, um die gewünschte Qualität des Dolmetschens zu erreichen. In der Schweiz gibt es ein weitreichendes Qualifizierungs- und Zertifizierungssystem, für welches INTERPRET zuständig ist.²⁴ Ausbildungen und Weiterbildungen werden von regionalen Ausbildungsinstitutionen angeboten.

IkD arbeiten ausschliesslich in höchst asymmetrischen sprachlichen Situationen, in welchen auf der einen Seite Expertinnen oder Fachpersonen – in unserem Fall Ärzte, Pflegepersonal, medizinisches Fachpersonal – und auf der anderen allophone Patientinnen miteinander kommunizieren. Dies benötigt von Seiten der ikD Fachwissen über das eigentliche Dolmetschen-als-Übersetzen hinaus, beispielsweise für **professionellen Jargon und medizinisches Vokabular**. Obwohl Fachpersonen in der Lage sein sollten, so zu sprechen, dass nicht-Experten sie verstehen, blieb dies vor allem im medizinischen Bereich problematisch. Fehlt dieses Fachwissen, kommt es eher zu Missverständnissen, die gesundheitlich negative Auswirkungen haben können. Hofer (Hofer, 2015) stellte fest, dass Dolmetschende ohne fachspezifische Kenntnisse manchmal zum Beispiel die Wirkung einer medikamentösen Behandlung falsch kommunizierten, wie auch Informationen zur Dosierung und Einnahme falsch wiedergaben, da sie die Angaben falsch interpretierten. Neben der fehlenden Schulung der Dolmetschenden in medizinischer Terminologie war eines der Probleme auch der **Kommunikationsstil** der medizinischen Fachpersonen. Oft waren die ursprünglichen Aussagen der Ärzte und Ärztinnen für Personen ohne medizinische Fachkenntnisse sehr komplex und schwierig zu verstehen (Hofer, 2015). Der Arzt oder die Ärztin sollte die Kommunikation soweit vereinfachen, dass die Aussagen für eine nicht-Fachperson verständlich wären, auch wenn es sich hier um geschulte Dolmetschende handelte. Es gilt zu beachten, dass immer, auch wenn ikD falsch übersetzen, das medizinische Fachpersonal haftet (Glatz, 2014).

Nicht nur die sprachlichen und inhaltlichen Kenntnisse, auch das **Rollenverständnis der Dolmetschenden** war wichtig für die Qualität des Dolmetschens (Sleptsova et al., 2015; Sleptsova et al., 2014). Sleptsova et al. verglichen die Perspektive der ikD auf ihr Rollenverständnis und untersuchten danach die Qualität des Dolmetschens anhand konkreter Konsultationen. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass die Dolmetschenden sich zwar oft als Wort-für-Wort Übersetzende einschätzten, in der Praxis aber oft sehr frei übersetzten. Weiterbildungen und Supervision können hier die Qualität verbessern.

Supervision ist auch deshalb wichtig, weil im medizinischen Bereich immer wieder auch schwierige und möglicherweise belastende Inhalte vermittelt werden müssen. Dolmetschende nehmen jedoch selten eine **psychologische Begleitung oder Supervision** in Anspruch (Brägger 2018: 15). Im Positionspapier des SEM zum Pilotprojekt «Zugänge schaffen» (SEM, 2018), wo es speziell um die psychologische Begleitung von traumatisierten Asylsuchenden geht, wird eine Supervision für ikD deshalb als Empfehlung aufgeführt. Es muss dabei beachtet werden, dass Dolmetschende ebenfalls einen Migrationshintergrund und unter Umständen traumatische Erlebnisse hinter sich haben. Konsultationen können traumatische

²⁴ Siehe https://www.inter-pret.ch/de/ausbildung-und-qualifizierung_0/ausbildung-und-qualifizierung-159.html. Zugriff 12.4.2019. Interpret ist verantwortlich für das Qualifizierungssystem. Die Qualifizierungsstelle ist für die Prüfungen (Dolmetschsprachen, Zertifikate und eidg. Fachausweis) zuständig. Die Ausbildungsmodulare werden von den Vermittlungsstellen oder Ausbildungsorganisationen angeboten. Interpret akkreditiert die Module.

Geschichten und deren Auswirkungen zum Gegenstand haben, was eine Vorbereitung und Begleitung der Dolmetschenden erfordern würde, um einer Re-traumatisierung ihrerseits vorzubeugen. Supervision wurde auch empfohlen, um die Qualität des Dolmetschens positiv zu beeinflussen. In der Psychiatrie zum Beispiel wird empfohlen, dass eine Dolmetschende Person vor Ort angefordert wird, die über eine **spezielle Schulung für das Dolmetschen in der Psychiatrie** verfügt (Brägger, 2018). Brägger stellte fest, dass in der Psychiatrie die Spezialausbildung alleine nicht in jedem Fall ausreichend war für eine bessere Qualität des Dolmetschens, sondern dass die **Supervision** der Dolmetschenden eine wesentliche Rolle spielte.

Literatur INTERNATIONAL

In den USA untersuchte Flores (Flores et al., 2012) mehrfach die Qualität der Übersetzung je nach Qualifikation der Dolmetschenden und stellte fest, dass **die Fehler, die ad hoc Dolmetschenden unterliefen, mehr potentielle klinische Konsequenzen hatten**, als die Fehler, die von professionellen Spitaldolmetschenden gemacht wurden.²⁵ Diese Resultate wurden durch eine weitere US Amerikanische Studie bestätigt, in welcher Ungenauigkeiten im Dolmetschen und deren klinische Relevanz untersucht wurden (Napoles et al., 2015). Flores und sein Team kamen auch zum Schluss, dass **nicht die Jahre an Erfahrung zu einem besseren Dolmetschen beitrugen**, also weniger Fehler mit potentiell klinischen Konsequenzen herbeiführten, **sondern die Anzahl Stunden an Ausbildung**, die ein ikD absolviert hatte. **Die wenigsten Fehler unterliefen ikD, die ein Minimum von 100 Stunden Dolmetsch-Ausbildung vorweisen konnten.**

Gleichzeitig gibt es nach wie vor zu wenig Unterstützung für Dolmetschende von Seiten der Institutionen; Dolmetschende wie auch Fachpersonen erhalten nicht genug Ausbildung im Umgang und der Handhabung mit gedolmetschten Konsultationen. Kliniken und Spitäler achten nicht genug auf die Sichtweise der Dolmetschenden oder auf die äusserst komplexe Art der Arbeit, die sie verrichten. Eine Lösung wäre, Dolmetschenden **Supervisionen** anzubieten um schwierige Situationen besser verarbeiten zu können.

Ein systematischer Literaturreview (Yick and Daines, 2019) befasste sich mit der Situation der Dolmetschenden und stellte ebenfalls fest, dass fehlende Supervision oft ein Problem darstellte. Supervision kann eine Überidentifikation mit den Patienten und Patientinnen vermindern, sowie Gefühle von Angst, Misstrauen und Wut vermindern. Auch die Kultur am Arbeitsplatz sollte berücksichtigt werden. Im besten Fall sind die Dolmetschenden Teil des Teams und werden in die Organisation der Abläufe fix einbezogen, haben Zugang zu Weiterbildung und werden adäquat für Überzeit entschädigt.

²⁵ In Flores et al. 2003 schaute sich das Team die **Fehler an, welche den verschiedenen ikD unterliefen, sowie deren potentielle klinische Konsequenzen**. Hier werden ikD in zwei Kategorien eingeteilt, professionelle Spitaldolmetscher und ad hoc Dolmetschende, wobei erstere dann als professionelle Spitaldolmetschende definiert werden, wenn sie vom Spital angestellt und bezahlt werden. Ad hoc Dolmetschende können Familienmitglieder sein, nicht-klinisches Spitalpersonal, Fremde aus dem Wartezimmer oder auch klinisches Personal. Fehler, die den ikD bei ihrer Arbeit unterlaufen, werden in fünf verschiedene Arten klassifiziert: Auslassen, Addition/Hinzufügen, Substitution/Ersetzen, Kommentiertes Übersetzen (*editorialize*) und falsches Wiedergeben (*false fluency*). Unter *false fluency* verstehen die Autorinnen den Gebrauch eines Ausdrucks, eines Wortes oder einer Phrase, die in der Zielsprache nicht existiert. Die Autorinnen fanden, dass es **keinen statistisch relevanten Unterschied zwischen professionellen und ad hoc Dolmetschenden in der Art und der Anzahl der Fehler gibt**, ausser, dass professionelle Dolmetscher – die allerdings, wie erwähnt, keine Ausbildung im Dolmetschen hatten – signifikant mehr *false fluency* Fehler begehen als ad hoc Dolmetschende. Bei ungefähr dreiviertel der *false fluency* Fehler, welche professionelle Spitaldolmetschende begehen, handelt es sich um **inkorrekt wiedergegebene medizinische Ausdrücke und um Sprachvarietät (Dialekt)**. Als Beispiel nennen sie das Benutzen von der in Puerto Rico üblichen familiären Bezeichnung für Mumps, welche für eine zentralamerikanische Mutter nicht verständlich war.

In Frankreich müssen Dolmetschende in den ersten zwei Jahren ihrer Berufsausübung jeden Monat zwingend zu einer Supervisionssitzung gehen, die von einer Psychologin oder einer anderen kompetenten und dafür ausgebildeten Person geleitet wird. Dies ist Teil der Ausbildung für Dolmetscher im Gesundheitsbereich.²⁶

²⁶ Die französische Gesundheitsbehörde, die *Haute Autorité de Santé* (HAS), hat 2017 ein Dokument publiziert, in welchem festgehalten wird, wie das Dolmetschen im Gesundheitsbereich gefördert und verankert wird. Siehe https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2746031/fr/consultation-publique-sur-le-projet-de-referentiels-sur-l-interpretariat-et-la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins, Version 26 Oktober 2017, Zugriff 20.03.2019.

5 Richtlinien zum Dolmetschen im Gesundheitsbereich

5.1 Richtlinien zum Dolmetschen

Literatur CH

In der Schweiz gibt es keine einheitlichen Richtlinien, wie das Dolmetschen im Gesundheitsbereich geregelt wird. Regelungen zum Dolmetschen sind jedoch bei der Grundversorgung von Asylsuchenden in Asylzentren des Bundes zu finden.

Mehrere Studien befassen sich mit der **Gesundheitsversorgung und Betreuung von (traumatisierten) Asylsuchenden** in der Schweiz. Das SEM lancierte 2016 ein zweijähriges Pilotprojekt «Zugänge schaffen – Dolmetschunterstützung für traumatisierte Personen in der Psychotherapie» mit dem Ziel, Personen aus dem Asyl- und Flüchtlingsbereich den Zugang zu Psychotherapie und Psychiatrie durch ikD zu erleichtern (SEM, 2018; Brägger, 2018)²⁷. Zwei Berichte fassen die Situation in der Schweiz zusammen (Müller et al., 2018; BAG, 2017).

Der Bericht «Gesundheitsversorgung für Asylsuchende in Asylzentren des Bundes und in den Kollektivunterkünften der Kantone: Konzept zur Sicherstellung der Erkennung, Behandlung und Verhütung von übertragbaren Krankheiten sowie des Zugangs zur notwendigen Gesundheitsversorgung» (BAG, 2017)²⁸ wurde als Leitfaden erstellt, um das revidierte **Epidemiengesetz**, in Kraft seit Januar 2016, und dessen entsprechende Verordnungen umsetzen zu können. Der Bericht ist das Resultat einer zweijährigen Zusammenarbeit und Recherche des BAG und des SEM zusammen mit involvierten kantonalen Stellen (Vertretende der Kantonsärzteschaft und der kantonalen Asylkoordinatoren/-innen) sowie der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Darin wurde festgehalten, dass Ärzte und Pflegefachpersonen, die mit den Asylunterkünften des Bundes einen Kooperationsvertrag eingegangen sind oder dort arbeiten, die Möglichkeit haben, Dolmetschdienstleistungen in Anspruch zu nehmen.²⁹

Interface Politikstudien Forschung Beratung hatte vom BAG den Auftrag erhalten, eine Soll-Ist-Analyse der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden in den Zentren des Bundes sowie in den Kollektivunterkünften der Kantone zu erstellen (Müller, 2017). In einer weiteren Untersuchung sollte Interface Wissen generieren, welches Aufschluss über allfällige Probleme und Lücken hinsichtlich der Betreuung und der Versorgung im Bereich der psychischen Gesundheit der Asylsuchenden in den Zentren des Bundes und der Kantone gab (Müller et al., 2018). Es sollten **Empfehlungen zum Umgang mit traumatisierten Folter- und Kriegsoptionen in den Asylzentren des Bundes und der Kollektivunterkünfte der Kantone** ausgearbeitet werden. Müller et al. haben daraufhin anhand der bestehenden Literatur sieben Herausforderungen aufgelistet, welche die Gesundheit traumatisierter Asylsuchender tangiert. **Eine zentrale Herausforderung besteht aus Patientinnensicht in den eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten.**

²⁷ Beide Berichte können hier heruntergeladen werden:

<https://www.sem.admin.ch/sem/de/home/themen/integration/themen/gesundheits.html>, Zugriff 18.03.2019.

²⁸ Siehe: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/infektionskontrolle/gesundheitsversorgung-asylsuchende.html>

²⁹ Dolmetschen in der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden in der Obhut von Bundesasylzentren Siehe: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/interkulturelles-dolmetschen/Wissensgrundlagen-interkulturelles-Dolmetschen.html>

Literatur INTERNATIONAL

In einem Ende 2018 veröffentlichten Positionspapier³⁰ des Bundesverbandes der Dolmetscher und Übersetzer BDÜ in **Deutschland** wird empfohlen, in der «besonderen Kommunikationssituation» welche das Dolmetschen im Gesundheitswesen darstellt, **idealerweise eine Dolmetschperson vor Ort** zuzuziehen. Der Zugang der Gesprächsbeteiligten zueinander in einer per Video oder Telefon gedolmetschten Konsultation ist durch fehlende oder eingeschränkte Sicht von Körpersprache, dem Blickverhalten oder der (unverfälschten) Stimme eingeschränkt (siehe dazu auch Albl-Mikasa and Eingrieber, 2018). Doch **in gewissen Gesprächssituationen** kann das Telefon- bzw. Videodolmetschen durchaus als komplementäre Lösung Vorteile bringen, z.B. wenn es sich um kurze oder Routinegespräche handelt oder die Zeit, bis für eine benötigte Sprache eine Dolmetschperson eintreffen könnte, zu lange ist. Auch wenn ein Gespräch keinen Aufschub duldet wie in einem medizinischen Notfall ist das Zuschalten per Telefon oder Video einer interkulturellen Dolmetschperson durchaus sinnvoll.

Der BDÜ betonte aber auch, dass unter anderem **in folgenden Fällen das Telefon- bzw. Videodolmetschen wenig bis gar nicht geeignet ist:**

- bei Gesprächen, in denen eine rechtlich bindende Einverständniserklärung unterschrieben werden muss
- in der Psychotherapie oder
- in heiklen, konfliktbeladenen Situationen.

Es ist zusätzlich unerlässlich, dass das **Gesundheitspersonal um Umgang mit iKD sowie der Technik im Falle des remote Dolmetschens geschult ist**. Aufgrund der hohen Anforderungen an iKD speziell in dieser Art des Übersetzens ist es sinnvoll, dass nur erfahrene Dolmetschende herangezogen werden, meint der BDÜ abschliessend.

Auch in Frankreich wurde bereits 2012 die Empfehlung, medizinische Dolmetschdienste einzusetzen, von verschiedenen Berufsverbänden festgehalten. Dennoch gibt es auch in Frankreich keinen Rechtsanspruch auf Übersetzung. Von verschiedenen Dolmetsch-Vermittlungsstellen wurde gemeinsam eine Charta entwickelt, in welcher festgehalten wird, wie genau eine *interprète médicale et social professionnel* arbeiten sollte.³¹ Sie verpflichteten sich gleichzeitig auch, das Dolmetschen im Gesundheitsbereich zu unterstützen, zu fördern und in engem Kontakt mit Gesundheitsinstitutionen zu stehen. Die Empfehlungen sind allgemeiner gehalten als jene in Deutschland und betreffen generell die Qualität des Dolmetschens.

In der Literatur wird ebenfalls darauf hingewiesen, dass ein Fehlen von Regelungen des ad-hoc Dolmetschens problematisch sein kann, insbesondere wenn bilinguales Personal zum ad-hoc Dolmetschen eingesetzt wird, auch wenn dies nicht ihrer Arbeitsplatzbeschreibung entspricht und klar darüber hinausgeht (siehe dazu Ticca and Traverso, 2015). Auch wenn es um bilinguales klinisches Spitalpersonal geht, seien dies Ärztinnen, Pflegenden oder nicht-klinisches Spitalpersonal wie administratives Personal, der Abwart oder die Reinigungskraft,³²

³⁰ https://bdue.de/fileadmin/files/PDF/Positionspapiere/BDUE_PP_Telefon- und_Videodolmetschen_im_Gemein- und_Gesundheitswesen_2018.pdf, Zugriff 13 März 2019.

³¹ <http://www.unaf.fr/IMG/pdf/charte-signee-scan19-12-2012.pdf>, Zugriff 20.03.2019.

³² Dazu ein Artikel/eine Anekdote aus Wien, zu finden unter: <https://uepo.de/2012/03/26/wiener-krankenhaus-wenn-reinigungskraefte-dolmetschen/>

welche für eine Konsultation hinzugezogen werden, sollte man beachten, dass dies **arbeitsrechtliche Folgen** haben könnte und eventuell Probleme bei **Haftungsfragen** nach sich zieht.

5.2 Finanzierung des IkD

Bereits 2010 hat die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) in einem Schreiben an die kantonalen Gesundheitsdepartemente empfohlen, die sprachübergreifende Kommunikation zu fördern durch die

- (1) Aufnahme von qualifizierten Dolmetschdienstleistungen in die Leistungsverträge mit den Spitälern als Dienstleistungen von öffentlichem Interesse und der
- (2) Förderung von verschiedenen Lösungen, die darauf ausgerichtet sind, den Zugang zum interkulturellen Dolmetschen im Gesundheitsbereich zu erleichtern. Diese Lösungen können je nach Kanton unterschiedlich sein.³³

2018 empfiehlt die GDK die Kosten für Übersetzung- und Dolmetscherdienste, die zur Durchführung einer zweckmässigen Behandlung erforderlich sind, im stationären Bereich in den Spitälern den OKP-pflichtigen Leistungen zuzurechnen und somit in die Berechnung der Fallpauschalen einfließen zu lassen.³⁴ Es ist an den Tarifpartnern, diese Empfehlung umzusetzen. Im 2019 hält das BAG in einem Faktenblatt fest: «Ist professionelles interkulturelles Dolmetschen für die Ausführung einer medizinischen Untersuchung oder Behandlung sowie für deren therapeutischen Erfolg unabdingbar und können die versicherten Personen keinen Dolmetschenden zur Verfügung stellen, können die Kosten für das Dolmetschen als integrierter Teil der medizinischen Leistung betrachtet werden». (BAG 2019).³⁵

Diverse parlamentarische Vorstösse auf Kantons- sowie auf Bundesebene mit dem Anliegen, die allgemeine Finanzierung des interkulturellen Dolmetschens zu vereinheitlichen oder durch eine Revision des Krankenversicherungsgesetzes gesamtschweizerisch zu regeln, wurden in den letzten Jahren diskutiert.³⁶ Einzelne Spitäler, wie zum Beispiel das Universitätsspital Genf und das Universitätsspital Bern hatten das Dolmetschen in ihren Leistungsaufträgen oder Finanzierungsverträgen mit den Kantonen explizit erwähnt (Marks-Sultan et al., 2016 :12).³⁷ Laut einer Studie von 2013 (Hösli and Baehler, 2013), regelten 2012 sechs Institutionen die Finanzierung des interkulturellen Dolmetschens im Leistungsvertrag mit der kantonalen Gesundheitsdirektion, und zwar in den Kantonen Zug, Waadt, Uri, Bern und Solothurn. Diese sechs Institutionen setzten demzufolge die entsprechende Empfehlung des GDK Vorstandes wie oben erwähnt um.³⁸

³³ Siehe: [gdk-empfehlungen-dolmetschen.pdf](https://www.gdk.admin.ch/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/interkulturelles-dolmetschen/Wissensgrundlagen-interkulturelles-Dolmetschen.html).into-doc-empfehlung-gdk.pdf

³⁵ Siehe <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/interkulturelles-dolmetschen/Wissensgrundlagen-interkulturelles-Dolmetschen.html> sowie SFR Info, <https://www.hospitals4equity.ch/de/>, Zugriff 26.05.2019.

³⁶ Siehe zum Beispiel <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20083642> und <https://www.kantonsrat.zh.ch/Dokumente/Dc84e7aae-1b0b-43bc-b9c9-a0eaac48bd33/R16301.pdf>, Zugriff 08.01.2019.

³⁷ Siehe <https://www.aargauerzeitung.ch/aargau/kanton-aargau/dolmetscher-einsaetze-in-aargauer-spitaelern-steigen-rasant-doch-krankenkassen-zahlen-sie-nicht-131500162>, Zugriff 08.01.2019.

³⁸ Siehe <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/interkulturelles-dolmetschen/Wissensgrundlagen-interkulturelles-Dolmetschen.html>, Zugriff 11.12.2019

Auch im ambulanten Bereich gibt es nach wie vor unterschiedliche Regelungen, wobei sich die Finanzierung beispielsweise im Asylbereich vom übrigen ambulanten Bereich unterscheidet.

5.2.1 Finanzierung des ikD im Asylbereich

Die **Dolmetschkosten im Bereich der Gesundheitsversorgung, die in den Asylunterkünften des Bundes anfallen, werden seit Januar 2018 vom Staatssekretariat für Migration (SEM) übernommen.**³⁹ Dies umfasst die Triage und Erstversorgung durch die in den Bundesasylzentren arbeitenden Pflegefachpersonen. Es schliesst ebenfalls Kosten kollaborierender Partner- und Zentrumsärzte mit ein, welche die Grundversorgung abdecken. Dolmetschkosten, die ausserhalb der Strukturen des Bundes entstehen (z.B. bei Spezialistinnen, in Spitälern etc.), sind hier nicht eingeschlossen. In einem Unterkapitel des unter Kapitel 5.1. erwähnten Konzepts zur «Sicherstellung der sprachlichen Verständigung» wird die Thematik der Kommunikation zwischen Asylsuchenden und Gesundheitspersonal vertieft angesprochen. So wird festgehalten, dass primär die regionalen **Telefondolmetschdienste** genutzt werden sollen, doch auch vor Ort Dolmetschende können bei entsprechender Notwendigkeit beansprucht werden. **In besonderen Situationen**, beispielsweise bei psychiatrischen Untersuchungen oder wenn Kinder/Jugendliche involviert sind sowie Frauen bei gynäkologischen Untersuchungen, sind **persönlich anwesende Dolmetschende zu bevorzugen**. Hier gilt es auch zu beachten, dass die Auswahl einer Dolmetschperson gendergerecht geschieht (siehe dazu auch Brägger 2018).

³⁹ Siehe <https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/aktuell/news/2019/2019-10-16/ber-sem-fluechtlingsfrauen-d.pdf>, Seite 32, Zugriff 11.12.2019

6 Diskussion und Fazit

In der Schweiz wird im Hinblick auf Chancengleichheit der Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle im Grundsatz unterstützt und in diesem Sinne auch der Einsatz von interkulturellen Dolmetschenden (ikD) gefördert. Es gibt ein gut etabliertes Aus- und Weiterbildungsangebot für das interkulturelle Dolmetschen. INTERPRET unterhält ein Qualifizierungssystem, das zum Zertifikat oder zum eidg. Fachausweis führt. Dennoch ist die Inanspruchnahme von Dolmetschdienstleistungen zurzeit ungenügend: Der Literaturreview zeigt auf, dass die Inanspruchnahme von professionellen Dolmetschdiensten im Gesundheitsbereich in den letzten Jahren zugenommen hat, das Potential aber bei weitem noch nicht ausgeschöpft scheint. Dies gilt sowohl für die Schweiz wie auch für andere Industrieländer. Es gibt zwar hinreichend Belege, dass professionelles Dolmetschen den Zugang zur medizinischen Versorgung verbessert und sich auch positiv auf Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitszustand und Gesundheitskosten auswirkt. Dennoch werden nach wie vor oft ad-hoc Dolmetschende beigezogen. Die Gründe hierzu sind gemäss vorhandenen Studien vor allem in der Spitalkultur, beim Kostendruck und bei einer fehlenden Sensibilisierung des Gesundheitspersonals für die Unzulänglichkeit von ad-hoc Übersetzungen zu suchen. Bei der Inanspruchnahme der Dolmetschdienste wurde ein Gradient entlang des Schweregrads einer Erkrankung beobachtet: je komplexer und ernsthafter eine Erkrankung, umso eher wurden professionelle Dolmetschende angefordert.

Die Kostenübernahme für Dolmetschleistungen kann im stationären Bereich grundsätzlich von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), d.h. via Fallpauschalen, übernommen werden.⁴⁰ Ohne vollständige Kostendeckung v.a. im ambulanten Bereich hat sich gezeigt, dass Dolmetschdienste von Spitälern, Haus- und Fachärzten und -ärztinnen noch immer nicht genug angefragt und in Anspruch genommen werden. Andere Gründe für fehlende Nutzung der Dolmetschdienste sind Unwissenheit über die Verfügbarkeit oder das Anfordern interkultureller Dolmetschpersonen. Entscheidend ist die Einschätzung vieler medizinischer Fachpersonen, dass ikD nicht nötig sind, weil deren Arbeit ebenso gut von den Begleitpersonen der Patienten oder von vorhandenem bilingualem Spitalpersonal schnell, effizient und ohne Wartezeit erledigt werden kann. Dies ist, wie in verschiedenen Studien festgestellt wurde, grundsätzlich eine Fehleinschätzung, weil professionelle Dolmetschende immer genauer übersetzen als Laien, was Fehler mit potentiellen klinischen Konsequenzen verringert.

Augenfällig sind auch gewisse Fehlanreize im System, wenn in der privaten Praxis die Kosten für das Dolmetschen nicht durch die Krankenkassen vergütet werden. Für praktizierende Ärzte und Ärztinnen, die die Übersetzungskosten nicht abrechnen können, besteht ein negativer Anreiz, Dolmetschende beizuziehen, da deren Kosten durch die Praxis selbst übernommen werden müssten. Paradoxerweise werden dagegen im Falle von höheren Behandlungskosten aufgrund von verzögerter oder falscher Diagnose (wegen unzureichender Verständigung) für die Arztpraxis mehr Leistungen und somit auch mehr Einkommen generiert.

In den letzten Jahren sind technologie-abhängige Dolmetschmethoden zunehmend wichtiger geworden, wie das Telefon- und Videodolmetschen, sowie die computerunterstützte Übersetzung. Die Literatur suggeriert eine mögliche Hierarchisierung der Dolmetschmodalität je nach Schweregrad oder Komplexität der Erkrankung. Von Vorteil ist es in jedem Fall, die gewünschte Sprache bereits vor der ersten Konsultation zu kennen, damit sich

⁴⁰ Siehe <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/interkulturelles-dolmetschen/Wissensgrundlagen-interkulturelles-Dolmetschen.html>, Zugriff 26.05.2019.

Gesundheitsfachleute bereits entsprechend vorbereiten können. Für wenig komplizierte und dringende Fälle eignet sich dann primär ein telefonischer Dolmetschdienst, während für schwierigere Konsultationen das Videodolmetschen geeigneter erscheint. Während das Videodolmetschen zurzeit noch als technisch zu kompliziert angesehen wird, dürfte sich das in Zukunft ändern. In gewissen Situationen, wie zum Beispiel in der Psychiatrie oder im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, ist die physische Anwesenheit einer Dolmetschperson, eventuell mit einer spezifischen Ausbildung, erforderlich. Da es sich hierbei in der Regel um spezialisierte Bereiche handelt, ist der Dolmetscheinsatz in diesen Fällen aber auch besser planbar.

Für Notfälle kann das Hilfsmittel der *phraselators* zum Einsatz kommen, wobei gewisse essentielle Sätze übersetzt werden können, wie zum Beispiel, dass gerade kein Dolmetschdienst zur Verfügung steht, oder es können gewisse Fragen zur Triage gestellt werden, um die Dringlichkeit des Problems einzuschätzen. Diese Methoden sind nach wie vor in Entwicklung, wurden aber für ganz gezielte Einsätze von den Gesundheitsfachpersonen wie auch den Patienten und Patientinnen geschätzt.

7 Empfehlungen für die Schweiz, basierend auf den Recherchen zu diesem Bericht

Die Inanspruchnahme von Dolmetschdiensten kann erhöht/verbessert werden durch:

- 1) Verbessertes/Eindeutiges Vorgehen im Spital, um ikD anzufordern durch**
 - eine geregelte Kostenübernahme
 - Information an Patientinnen bei Erstkonsultation/Notaufnahme, dass sie (kostenlos) das Recht auf ikD haben
 - Informationen für Patienten in geläufigste Sprachen übersetzen (im Internet verfügbar)
 - Registrierung der Kommunikationssprache bei Eintritt/Erstkonsultation und Vermerk der bevorzugten Sprache in (elektronischer) Patientenakte
 - Leitfaden für administratives Spitalpersonal/klinisches Personal, um schnell, effizient auf jeder Ebene eines Spitalbesuchs ikD anzufordern zu können
 - Anerkennen des erhöhten Zeitaufwands durch den Einbezug eines Dolmetschdienstes
- 2) Berücksichtigung der speziellen Situation in der Hausarztmedizin**
 - Kostenübernahme von Dolmetschdiensten in der Hausarztmedizin muss geregelt werden
 - Niedergelassene Ärzte und Ärztinnen müssen geschult werden, wie sie in der Praxis mit Dolmetschenden arbeiten können
- 3) Aus- und Weiterbildung für Gesundheitspersonal**
 - während Studium/Ausbildung Module zum Umgang mit ikD für Medizinstudentinnen und medizinisches Fachpersonal
 - fortwährende Weiterbildungen für Gesundheitspersonal und Sensibilisierung für die Notwendigkeit des Einsatzes von ikD
- 4) Verbesserte Ausbildung, fortwährende Weiterbildung der ikD und ihre Begleitung (Supervision):**
 - Verbesserte spezifische Ausbildung für ikD im Gesundheitswesen anbieten und transkulturelle Vermittlung integrieren (Fachvokabular, transkulturelle Sensibilisierung)
 - Supervision von ikD notwendig, um Qualität zu erhöhen, sowie um Re-Traumatisierung der Dolmetschenden selber zu vermeiden
- 5) Rekrutierung von Dolmetschenden**
 - Eine ideale Voraussetzung für medizinisches Dolmetschen bringen mehrsprachige Personen mit medizinischen Fachkenntnissen mit. In der Praxis findet man oft die Situation, dass die Ausbildung, die im Ausland erworben wurde, im Aufnahmeland (noch) nicht anerkannt ist. Diese Personen können als ikD ausgebildet und eingesetzt werden.
- 6) Vermittlungsstellen berücksichtigen vermehrt das persönliche Profil der Dolmetschenden**
 - Geschlecht, Alter, Sprachvarietät (Dialekt), ethnische Herkunft/Zugehörigkeit bei Personen aus Konfliktregionen spielen eine Rolle und müssen bei der Vermittlung berücksichtigt werden.

8 **Recommandations pour la Suisse basées sur les recherches du présent rapport**

Le recours aux services d'interprétariat peut être accru/amélioré en appliquant les recommandations suivantes :

1) **Procédure claire pour solliciter un/e interprète professionnel/le à l'hôpital**

- Assurer la transparence de la prise en charge des coûts
- Informer les patients lors de la première consultation/au service d'urgence qu'ils ont le droit de recourir aux services d'un/e interprète professionnel/le
- Traduire les informations pour les patientes dans les langues les plus courantes
- Enregistrer la langue préférée lors de la première consultation et noter cette langue dans le dossier (électronique) du patient
- Rédiger des lignes directrices pour le personnel administratif et clinique de l'hôpital pour qu'il soit possible de faire appel à un/e interprète professionnel/le rapidement à tous les niveaux
- Reconnaître le temps supplémentaire requis en faisant appel à un service d'interprétariat professionnel

2) **Prise en charge de la situation particulière de la médecine de famille**

- Réglementer la prise en charge des coûts d'interprétariat communautaire professionnel de la médecine de famille
- Former les médecins agréés pour qu'ils puissent collaborer dans la pratique avec des interprètes professionnelles

3) **Formation de base et formation continue du personnel de santé**

- Inclure les modules sur la collaboration avec des interprètes professionnelles dans le cursus des études médicales
- Assurer la formation continue du personnel de santé et sensibiliser à la nécessité de recourir aux interprètes professionnels

4) **Amélioration de la formation de base des interprètes communautaires, formation continue et supervision**

- Pourvoir à une meilleure formation spécifique pour l'interprétariat communautaire en médecine et y intégrer la médiation interculturelle (vocabulaire spécialisé, sensibilisation transculturelle)
- Assurer la supervision des interprètes professionnelles pour améliorer la qualité et pour prévenir un nouveau traumatisme de ces dernières

5) **Recrutement d'interprètes**

- Les personnes plurilingues et disposant de connaissances médicales ont un profil idéal pour l'interprétariat médical. Dans la pratique, on constate souvent que la formation suivie à l'étranger n'est pas (encore) reconnue dans le pays d'accueil. Les personnes concernées peuvent être formées et employées comme interprètes communautaires.

6) **Prise en compte accrue, par les services d'interprétariat, du profil personnel des interprètes**

- Le sexe, l'âge, la variété linguistique (dialecte), l'origine ethnique / l'appartenance dans le cas de personnes originaires de régions en conflit jouent un rôle et doivent être pris en compte dans la médiation.

Referenzen

- Abbato S, Greer R, Ryan J, et al. (2018) The impact of provision of professional language interpretation on length of stay and readmission rates in an acute care hospital setting. *J Immigr Minor Health*.
- Achermann A and Künzli J. (2008) Übersetzen im Gesundheitsbereich: Ansprüche und Kostentragung, Gutachten zuhanden des BAG. In: Gesundheit Bf (ed). Bern.
- Adunlin G CJ, Asare M, Sabik LM. (2018) Barriers and facilitators to breast and cervical cancer screening among immigrants in the United States. *J Immigr Minor Health* 26: 1388-1400
- Albl-Mikasa G and Eingrieber M. (2018) Training video interpreters for refugee languages in the german-speaking DACH countries: the SAVD initiative. *FITISPos* 5: 33-44.
- Albl-Mikasa M, Hofer G, Glatz E, et al. (2015) Caution and compliance in medical encounters: Non-interpretation of hedges and phatic tokens *The International Journal for Translation and Interpreting Research* 7: 76-89.
- Alfred M. (2016) Effectiveness of culturally focused interventions in increasing the satisfaction of hospitalized Asian patients: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports* 14: 219-256.
- Angéloz G, Bouton D and Mambimbi G. (2017) Les facteurs d'accessibilité aux services d'interprétariat dans la prise en charge infirmière des patients allophones atteints de diabète : Revue de littérature. Université de Fribourg.
- BAG. (2011) Sprachliche Brücken zur Genesung. Interkulturelles Übersetzen im Gesundheitswesen der Schweiz. Bundesamt für Gesundheit BAG.
- BAG. (2014) Nationales Programm Migration und Gesundheit. Bilanz 2008-13 und Schwerpunkte 2017-17. In: BAG BfG (ed). Bern.
- BAG. (2017) Gesundheitsversorgung für Asylsuchende in Asylzentren des Bundes und in den Kollektivunterkünften der Kantone. Konzept zur Sicherstellung der Erkennung, Behandlung und Verhütung von übertragbaren Krankheiten sowie des Zugangs zur notwendigen Gesundheitsversorgung. *Bundesamt für Gesundheit BAG*.
- Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, et al. (2015) Conceptualisation of patient satisfaction: a systematic narrative literature review. *Perspect Public Health* 135: 243-250.
- Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, et al. (2017) Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspect Public Health* 137: 89-101.
- BFS. (2014) Erhebung zur Sprache, Religion und Kultur. *Bundesamt für Statistik BFS*.
- Bischoff A and Denhaerynck K. (2010) What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland. *BMC Health Serv Res* 10: 248.
- Bischoff A, Kurth E and Henley A. (2012) Staying in the middle. A qualitative study of health care interpreters' perceptions of their work. *Interpreting* 14: 1-22.
- Börner N, Sponholz S, König K, et al. (2013) Erste Erfahrungen mit Google Translate in der Neonatologie. Google Translate is not sufficient to overcome language barriers in neonatal medicine. *Klin Padiatr* 225: 413-417.
- Bouillon P, Gerlach J, Spechbach H, et al. (2017) BabelDr vs Google Translate: a user study at Geneva University Hospitals (HUG). In: *20th Annual Conference of the European Association for Machine Translation (EAMT)*. Prague, Czech Republic. <http://archive-ouverte.unige.ch/unige:94511>
- Boujon V. (2017) Systèmes de traduction de dialogues médicaux : Évaluation de BabelDr et MediBabble. *Maîtrise : Univ. Genève*. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:96059>
- Brägger M. (2018) Evaluation des Pilotprojekts «Zugänge schaffen – Dolmetschunterstützung für traumatisierte Personen in der Psychotherapie». Schlussbericht zuhanden des Staatssekretariats für Migration SEM.
- Brägger M. (2019) Begleitstudie zum Pilotprojekt Videodolmetschen. Schlussbericht zu Handen von INTERPRET.

- Brisset C, Leanza Y and Laforest K. (2013) Working with interpreters in health care: a systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *Patient Educ Couns* 91: 131-140.
- Calderón-Grossenbacher R. (2010) Interkulturelles Übersetzen und Vermitteln im Sozial- und Bildungsbereich. Aktuelle Praxis und Entwicklungspotenzial. *Bundesamt für Migration, Bern*.
- Casillas. (2015) Is the front line prepared for the changing faces of patients? Predictors of cross-cultural preparedness among clinical nurses and resident physicians in Lausanne, Switzerland *Teaching and Learning in Medicine* 27: 379-386.
- Casillas A, Paroz S, Dory E, et al. (2016) Building the diversity bridge abroad: The journey to implement cultural competent health care in Lausanne, Switzerland. *Journal of Education and Training Studies* 4: 138-142.
- Casillas A, Paroz S, Green AR, et al. (2014) Cultural competency of health-care providers in a Swiss University Hospital: self-assessed cross-cultural skillfulness in a cross-sectional study. *BMC Medical Education* 14
- Christen D and Balthasar A. (2017) Approaches to improve the interaction between general practitioners and migrants – a systematic review of international literature. *International Journal of Migration, Health and Social Care* 13: 321-333.
- Cignacco E. (2018) Sexual and reproductive healthcare for women asylum seekers in Switzerland: a multi-method evaluation. *BMC Health Services Research EU* 18 712.
- Dowbor T, Zerger S, Pedersen C, et al. (2015) Shrinking the language accessibility gap: a mixed methods evaluation of telephone interpretation services in a large, diverse urban health care system. *Int J Equity Health* 14: 83.
- Flores G, Milagros Abreu, Pizzo Barone C, et al. (2012) Errors of medical interpretation and their potential clinical consequences. A comparison of professional versus ad hoc versus no interpreters *Annals of Emergency Medicine* 60: 545-553.
- Freyne J, Bradford D, Pocock C, et al. (2018) Developing Digital Facilitation of Assessments in the Absence of an Interpreter: Participatory Design and Feasibility Evaluation With Allied Health Groups. *JMIR formative research* 2: e1.
- Gehrig M, Caldéron R, Guggisberg J, et al. (2012) Einsatz und Wirkung von interkulturellem Übersetzen in Spitälern und Kliniken. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS.
- Gehrig M and Graf I. (2009) Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen (Vorstudie). Teilbericht I. Büro BASS.
- Genoff MC, Zaballa A, Gany F, et al. (2016) Navigating Language Barriers: A Systematic Review of Patient Navigators' Impact on Cancer Screening for Limited English Proficient Patients. *J Gen Intern Med* 31: 426-434.
- Gerlach J, Spechbach H and Bouillon P. (2018) Creating an Online Translation Platform to Build Target Language Resources for a Medical Phraselator. *Proceedings of the 40th edition of Translating and the Computer Conference (TC40)*. Geneva : *AsLing, The International Association for Advancement in Language Technology*: p. 60-65.
- Glatz E. (2014) „Ich würde Ihnen raten...“ „Der Doktor sagt, Sie müssen...“ Eine empirische Studie über die Funktion des Hedgings im Spitaldolmetschen. ZHAW.
- Haith-Cooper M. (2014) Mobile translators for non-Englishspeaking women accessing maternity services. *British Journal of Midwifery UK* 22: 795-803.
- Havelka I. (2018) *Videodolmetschen im Gesundheitswesen*, Berlin: Frank & Timme.
- Hofer G. (2015) “I feel we don’t really understand each other”: Interpreting medication instructions for a Turkish-speaking diabetes patient. *The International Journal for Translation and Interpreting Research* 7: 1-13.
- Hösli S and Baehler M. (2013) Regelung und Finanzierung des interkulturellen Übersetzens in Schweizer Spitälern. Auswertung einer Umfrage bei den H+ Institutionen. In: *Gesundheit Bf* (ed). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Hsieh E. (2016) *Bilingual health communication: Working with interpreters in cross-cultural care*, New York: Routledge.
- Hudelson P, Dominicé Dao M, Junod Perron N, Bischoff A. IRe(2013) Interpreter-mediated diabetes consultations: a qualitative analysis of physician communication practices 14 1471-2296.

- Hudelson P, Dominice Dao M and Durieux-Paillard S. (2013) Quality in practice: integrating routine collection of patient language data into hospital practice. *Int J Qual Health Care* 25: 437-442.
- Hudelson P, Dominice Dao M, Perneger T, et al. (2014) A "migrant friendly hospital" initiative in Geneva, Switzerland: evaluation of the effects on staff knowledge and practices. *PLoS One* 9: e106758.
- Hudelson P, Perneger T, Kolly V, et al. (2012) Self-assessed competency at working with a medical interpreter is not associated with knowledge of good practice. *PLoS One* 7: e38973.
- Ikhilor PO, Brändle T, Pulver S, et al. (2019) Telefondolmetschen in der geburtshilflichen Nachbetreuung von fremdsprachigen Migrantinnen durch Hebammen zu Hause. *International Journal of Health Professions* 6: 46-57.
- Ikhilor PO, Hasenberg G, Kurth E, et al. (2017) Barrierefreie Kommunikation in der geburtshilflichen Versorgung allophoner Migrantinnen - BRIDGE. Bern: Berner Fachhochschule.
- Jaeger FN, Kiss L, Hossain M, et al. (2013) Migrant-friendly hospitals: a paediatric perspective-improving hospital care for migrant children. *BMC Health Serv Res* 13: 389.
- Joseph C, Garruba M and Melder A. (2018) Patient satisfaction of telephone or video interpreter services compared with inperson services: a systematic review. *Australian Health Review* 42: 168-177.
- Karliner LS, Pérez-Stable EJ and Gregorich SE. (2017) Convenient access to professional interpreters in the hospital decreases readmission rates and estimated hospital expenditures for patients with limited english proficiency. *Med Care* 55: 199-206.
- Langewitz WA. (2013) Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis. Schweizerische Akademie Medizinischer Wissenschaften SAMW.
- Lebrun C and Guigueno S. (2015) Recours à l'interprétariat dans les services publics de psychiatrie en Seine-Maritime. *Rhizome* 55: 28-37.
- Lindholm M, Hargraves JL, Ferguson WJ, et al. (2012) Professional language interpretation and inpatient length of stay and readmission rates. *J Gen Intern Med* 27: 1294-1249.
- López L, Rodriguez F, Huerta D, et al. (2015) Use of interpreters by physicians for hospitalized limited english proficient patients and its impact on patient outcomes. *J Gen Intern Med* 30: 783-789.
- Luan Erfe BM, Siddiqui KA, Schwamm LH, et al. (2017) Professional medical interpreters influence the quality of acute ischemic stroke care for patients who speak languages other than English. *J Am Heart Assoc* 6: e006175.
- Marks-Sultan G, Kurt S, Leyvraz D, et al. (2016) The legal and ethical aspects of the right to health of migrants in Switzerland. *Public Health Rev* 37: 15.
- Martijn L, Jacobs A, Amelink-Verburg M, et al. (2013) Adverse outcomes in maternity care for women with a low risk profile in The Netherlands: a case series analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 13: 219.
- Mottelson IN, Sodemann M and Nielsen DS. (2018) Attitudes to and implementation of video interpretation in a Danish hospital: A cross-sectional study. *Scand J Public Health* 46: 244-251.
- Müller F. (2017) Gesundheitsversorgung für Asylsuchende. Bericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).
- Müller F, Roose Z, Landis F, et al. (2018) Psychische Gesundheit von traumatisierten Asylsuchenden: Situationsanalyse und Empfehlungen. Bericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit, Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit. *Interface*.
- Napoles AM, Santoyo-Olsson J, Karliner LS, et al. (2015) Inaccurate language interpretation and its clinical significance in the medical encounters of Spanish-speaking Latinos. *Med Care* 53: 940-947.
- Njeru JW. (2017) Telephone triage utilization among patients with limited English proficiency. *BMC Health Services Research* 17 1-7.
- Novak M. (2012) Migration & Gesundheit. Übersicht über ausgewählte Fachliteratur 201 und 2012. BAG

- Oetterli M, Laubereau B, Krongrava P, et al. (2017) Unterstützung von Hausärzten/-innen bei der Behandlung von Patienten/-innen mit Migrationshintergrund: Situationsanalyse, Handlungsbedarf und Empfehlungen zu Massnahmen. *Interface*.
- Ohtani A, Suzuki T, Takeuchi H, et al. (2015) Language barriers and access to psychiatric care: A systematic review. *Psychiatr Serv* 66: 798-805.
- Patil S and Davies P. (2014) Use of Google Translate in medical communication: evaluation of accuracy. *BMJ*: g7392
- Saeed P. (2015) Working through interpreters in old age psychiatry: a literature review. *Mental Health Review Journal* 20: 36-47.
- Schulz TR, Leder K, Akinci I, et al. (2015) Improvements in patient care: videoconferencing to improve access to interpreters during clinical consultations for refugee and immigrant patients. *Australian Health Review* 39: 395-399.
- Schuster S. (2015) 'Gosh': a cross-cultural encounter with a Somali woman, a male interpreter and a gynecologist on female genital cutting/mutilation. *Patient Educ Couns* 98: 127-128.
- Schwarzinger M, Cédiey E and Argant S. (2012) Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé : Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète. Paris, France.
- SEM. (2018) Pilotprojekt „Zugänge schaffen – Dolmetschunterstützung für traumatisierte Personen in der Psychotherapie“: Kontext und wichtigste Erkenntnisse. Staatssekretariat für Migration SEM.
- SH4E. (2016) Die Überwindung von Sprachbarrieren im Gesundheitswesen. Positionspapier der Fachgruppe interkulturelles Dolmetschen der „Swiss Hospitals for Equity“ (SH4E). In: SH4E SHfE (ed).
- Sleptsova M, Hofer G, Marcel E, et al. (2015) What do interpreters understand as their role in a medical consultation and how do they carry it out in reality? *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 65: 363-369.
- Sleptsova M, Hofer G, Morina N, et al. (2014) The role of the health care interpreter in a clinical setting--a narrative review. *J Community Health Nurs* 31: 167-184.
- Sleptsova M, Weber H, Schöpf A, et al. (2017) Using interpreters in medical consultations: What is said and what is translated - a descriptive analysis using RIAs. *Patient Educ Cons* 100: 1667-1671.
- Spechbach H. (2017) Comparison of the quality of two speech translators in emergency settings : A case study with standardized Arabic speaking patients with abdominal pain. *European Congress of Emergency Medicine, (EUSEM 2017)*, . Athens, (Greece), 23-27.
- Ticca AC and Traverso V. (2015) Interprétation, traduction orale et formes de médiation dans les situations sociales introduction. *Éditions de la maison des sciences de l'homme « langage et société »* 153: 7-30.
- UNHCR. (2017) Handbook for interpreters in asylum procedures. Austria, Vienna: UNHCR
- Wang L, Guruge S and Montana G. (2019) Older Immigrants' Access to Primary Health Care in Canada: A Scoping Review. *Can J Aging*: 1-17.
- Weber O, Sulstarova B, Reeves D, et al. (2014) Promouvoir l'interprétariat communautaire en psychiatrie publique: une recherche action. *L'autre, cliniques, cultures et sociétés* 15: 207-2018.
- Würth K. (2018) Getting by in a Swiss tertiary hospital : The inconspicuous complexity of decisionmaking around patients limited language proficiency *J Gen Intern Med* 33: 1885-1891.
- Wyssmüller C, Kaya B and Efonayi-Mäder D. (2009) Migration & Gesundheit. Übersicht über ausgewählte Fachliteratur 2006-2008. Neuchâtel: SFM. .
- Yick AG and Daines AM. (2019) Data in-data out? A metasynthesis of interpreter's experiences in health and mental health. *Qualitative Social Work* 18: 98-115.
- Zemp Stutz E, Kurth E and Bohle L. (2019) Telefon-Dolmetschen in der Berufspraxis von Hebammen. *SwissTPH*.

Annex: Literaturliste mit Zusammenfassungen

1. Abbato et al. 2018	<p>The impact of provision of professional language interpretation on length of stay and readmission rates in an acute care hospital setting. <i>J Immigr Minor Health</i>.</p> <p>The provision of professional interpreting services (PIS) in the hospital setting can decrease clinically significant communication errors and improve clinical outcomes. The aim of this study was to investigate the differences in length of stay (LOS) and 30 days readmission rates associated with provision of PIS in the Emergency Department (ED) and inpatient wards. A retrospective audit at a tertiary referral adult hospital in Brisbane, Australia, identified all admissions of patients requiring an interpreter. Patients provided an interpreter in the Emergency Department had a mean (age-adjusted) LOS 22.4 h less than patients not provided an interpreter in ED (95% confidence interval 10.9–33.9). For patients provided with an interpreter on the ward the mean LOS was longer. There was no association between interpreter provision in either ED or the inpatient ward and readmission rate. Provision of PIS in the Emergency Department to those patients who require it can significantly reduce hospital LOS.</p>	Australia
2. Adunlin 2018	<p>Barriers and facilitators to breast and cervical cancer screening among immigrants in the United States. <i>J Immigr Minor Health</i> 26: 1388-1400</p> <p>To summarize the literature on barriers and facilitators to breast and cervical cancer screening among immigrants to the US. A literature review was conducted for studies on breast and cervical cancer screening among immigrant populations. A thematic analysis of 180 studies identified a variety of barriers and facilitators to screening at the personal and system levels. Personal barriers included lack of knowledge and insurance coverage, high cost of care, and immigration status. System barriers included poor access to services, lack of interpreter services, and insensitivity to patient needs. Facilitators to screening included knowledge of disease, access to information sources, physician recommendation, and social networks. Cultural norms and resource availability at the individual and system levels influence screening among immigrants. Health insurance coverage was found to be an important predictor of preventative screening use. Future research should seek to identify the best way to address this and other barriers to cancer screening among immigrants groups.</p>	US literature review
3. Albi-Mikasa and Eingriber 2018	<p>Training video interpreters for refugee languages in the german-speaking DACH countries: the SAVD initiative. <i>FITISPos</i> 5: 33-44.</p> <p>Abstract: Thanks to the availability of appropriate technical solutions as well as growing experience with remote interpreting in various countries, video interpreting has made its way into community interpreting, predominantly in the healthcare sector. It is thought to</p>	CH, D, A

	<p>combine advantages of face-to-face interpreting (e.g. visibility, eye contact, non-verbal communication, visual information and certain trust-building features) with advantages of distance interpreting (e.g. saving travel time and expenses) in facilitating correct diagnosis and obtaining informed consent, compliance, treatment success and patient safety. This article describes a video-interpreting initiative undertaken in the German-speaking DACH area (Germany, Austria, German-speaking part of Switzerland) following the 2015 refugee crisis. It highlights the training measures introduced to address the needs of patients speaking languages for which interpreters are not usually available in Germany and Austria, and the subsequent expansion of the initiative into Switzerland. It also reports on the views of the course participants on the basis of a questionnaire survey conducted after training.</p>	
4. Albi-Mikasa et al. 2015	<p>Caution and compliance in medical encounters: Non-interpretation of hedges and phatic tokens. The International Journal for Translation and Interpreting Research 7: 76-89.</p> <p>Abstract: Our paper is based on the Swiss research project 'Interpreting in Medical Settings: Roles, Requirements and Responsibility', which was supported by a grant of the Swiss Commission for Technology and Innovation (KTI) and carried out by an interdisciplinary team comprising medical specialists from the University Hospital of Basel (Marina Sleptsova and colleagues) and interpreting studies/applied linguistics researchers from the Zurich University of Applied Sciences (ZHAW) (Gertrud Hofer and colleagues). It explores videotape transcriptions of 12 authentic interpreted conversations between German speaking doctors/medical staff and patients of Turkish or Albanian origin. The analysis finds that culture-specific expressions produced by the patients occur rarely and do not pose any interpreting problems. By contrast, phatic tokens and hedges play an important role in medical personnel's presentation of their interactional, trust building, diagnostic and therapeutic intentions. Although these expressions are essential communication elements geared at building patients' compliance and establishing doctors' safeguards, they are rarely or inconsistently rendered by the interpreters. It is argued that, while medical interpreters may have plausible reasons not to render these expressions, they would still need to be made aware of the significance of such pragmatic aspects of communication in training courses and/or pre-encounter briefings. More generally, empirical research – similar to that on questioning style and questioning techniques – should focus more on the exploration of discourse markers, meta-discourse comments and rapport-building expressions of different types of utterance and discourse practices in healthcare interpreting settings.</p>	CH
5. Alfred 2016	Effectiveness of culturally focused interventions in increasing the satisfaction of hospitalized Asian patients:	USA

	<p>a systematic review. JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports 14: 219-256.</p> <p>Background Patient satisfaction is a driving force for healthcare organizations to enhance patient services. As the Asian population in the United States is increasing at a significant rate, it is important to understand the needs of this population to implement culturally focused services that will lead to increased Asian in-patient satisfaction.</p> <p>Objective The objective of the systematic review was to identify the best available evidence on the effectiveness of culturally focused interventions in increasing satisfaction of hospitalized adult Asian patients.</p>	
6. Angéloz et al. 2017	<p>Les facteurs d'accessibilité aux services d'interprétariat dans la prise en charge infirmière des patients allophones atteints de diabète : Revue de littérature. Université de Fribourg.</p> <p>Zusammenfassung: Literaturreview zur Rolle von Dolmetschdiensten für die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen bei Diabetes Mellitus</p> <p>Contexte : La prévalence du diabète augmente dans la population migrante. De plus, le niveau de qualité de la prise en charge des migrants est moins élevé que celui des autochtones. Les personnes migrantes ne disposent souvent pas de connaissances suffisantes pour pouvoir adopter des comportements favorables à la santé et sont fréquemment confrontés à des difficultés de communication. Etablir un partenariat entre les patients migrants allophones et les infirmiers-ières dans les soins chroniques paraît compliqué sans l'intervention d'un interprète professionnel, un acteur clé pour une prise en charge optimale et centrée sur le patient.</p> <p>But : Cette revue de littérature a pour objectifs a) d'explorer les facteurs influençant l'accessibilité aux services d'interprétariat professionnel pour les patients allophones atteints de diabète ; b) de mettre en évidence des recommandations en ce qui concerne les conditions nécessaires pour favoriser le recours à l'interprète professionnel dans les institutions sanitaires.</p> <p>Méthode : Neuf études réalisées dans cinq pays occidentaux et une étude en Afrique du sud, publiées entre 2005 et 2015 ont été retenues sur la base de notre question de recherche et à l'aide de la base de données "Pub Med".</p> <p>Résultats : Les patients allophones migrants ont souvent une mauvaise compréhension du diabète, due à des difficultés de communication avec les professionnels de santé. De plus, les barrières linguistiques limitent le partenariat entre patient et infirmier-ère. Le recours à l'interprète professionnel est recommandé mais il est souvent sous-utilisé et s'il est utilisé, la collaboration est souvent inefficace. Enfin, le système de santé n'a pas de politique claire en ce qui concerne le recours aux services d'interprétariat professionnel, ce qui ne facilite pas l'accès à ces services. Discussion : Cette revue de littérature montre que les compétences cliniques transculturelles</p>	Globale Review

	<p>pourraient être intégrées au Chronic Care Model, afin de surmonter les obstacles à la qualité des soins des patients migrants allophones atteints de diabète. Plusieurs recommandations ont été relevées pour faciliter l'accès et l'utilisation des services d'interprétariat par les infirmiers-ières.</p> <p>MeSH terms principaux: barriers/ communication/ health services accessibility/ translating</p>	
7. BAG 2014	<p>Nationales Programm Migration und Gesundheit. Bilanz 2008-13 und Schwerpunkte 2017-17. In: BAG BfG (ed). Bern.</p> <p>Kein Abstract: Das Nationale Programm Migration und Gesundheit bezweckt, die Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz zu fördern und damit zur gesundheitlichen Chancengleichheit beizutragen. Die Evaluation hat bestätigt, dass die Schwerpunkte des Programms richtig gesetzt sind, dass Kantone, Gemeinden sowie weitere Stakeholder dieses Engagement des Bundes begrüßen und dass Massnahmen auf nationaler Ebene weiterhin notwendig sind. Daher hat der Bundesrat beschlossen, das Programm um vier Jahre bis Ende 2017 zu verlängern. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) engagiert sich seit Anfang der 1990er Jahre im Bereich Migration und Gesundheit. 2002 wurde das Nationale Programm Migration und Gesundheit 2002 – 07 lanciert. Gestützt auf die Evaluationsempfehlungen wurde das Nachfolgeprogramm 2008 – 13 erarbeitet und umgesetzt. Das vorliegende Dokument fasst den Stand dieser Umsetzung zusammen und skizziert die vorgesehenen Ziele und Massnahmen für die Verlängerungsphase 2014 – 17. Diese Massnahmen sollen auch zur Integration der Migrantinnen und Migranten beitragen. Denn Gesundheit und die Fähigkeit, sich zu integrieren, sind miteinander verbunden: Ein schlechter Gesundheitszustand kann die Integration in Bildung, Arbeit und im Wohnumfeld erschweren und umgekehrt wirkt sich mangelnde Integration oft negativ auf die Gesundheit aus.</p>	CH
8. BAG 2017	<p>Gesundheitsversorgung für Asylsuchende in Asylzentren des Bundes und in den Kollektivunterkünften der Kantone. Konzept zur Sicherstellung der Erkennung, Behandlung und Verhütung von übertragbaren Krankheiten sowie des Zugangs zur notwendigen Gesundheitsversorgung. Bundesamt für Gesundheit BAG.</p> <p>Kein Abstract: Die BAG wurde mit einem Umsetzungskonzept für die «Gesundheitsversorgung für Asylsuchende in der Obhut der Asylunterkünfte des Bundes und der Kollektivunterkünfte der Kantone» beauftragt, um Asylsuchenden einen geregelten Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen zu ermöglichen. Dabei soll das System bei hohem Aufkommen nach Dringlichkeit priorisiert werden. Fälle erster Priorität sind Notfälle und übertragbare Krankheiten. Ziel ist es, übertragbare Krankheiten, sowie Notfälle rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln. Voraussetzung zu einer</p>	CH

	<p>Gesundheitsdienstleistung ist die medizinische Eintrittsinformation, die durch das Pflegepersonal aufgenommen wird. Danach, vorausgesetzt die Asylsuchende Person erklärt ihr Einverständnis, wird eine Erstkonsultation durchgeführt. Ob allenfalls zielgruppenspezifische Informationsmodule für die medizinische Eintrittsinformation (Frauen, unbegleitete Minderjährige, etc.) erstellt werden, wird im Rahmen der Umsetzungsmassnahmen dieses Konzeptes geprüft. Wichtig ist dabei, dass das Personal auf transkulturelle Themen sensibilisiert ist. Geplant ist der Aufbau einer Austauschplattform, um die eng vernetzte Zusammenarbeit der Gesundheitsdienstleister sicherzustellen. Weiterhin besteht die Möglichkeit, Dolmetschdienstleistungen zu beziehen und die Kosten den Vertragspartnern in Rechnung zu stellen. Dabei soll in erster Linie der telefonische Dolmetschdienst genutzt werden. Weitere wichtige Punkte sind die Umsetzung von public health Massnahmen, sowie die Erarbeitung eines Informationssystems für die medizinische Eintrittsinformation, die Erarbeitung eines Fragenkatalogs für die Erstkonsultation und die Sicherstellung personeller Ressourcen in den Zentren.</p>	
9. Batbaatar et al. 2015	<p>Conceptualisation of patient satisfaction: a systematic narrative literature review. <i>Perspect Public Health</i> 135: 243-250.</p> <p>Aim: Patient satisfaction concept is widely measured due to its appropriateness to health service; however, evidence suggests that it is a poorly developed concept. This article is a first part of a two-part series of research with a goal to review a current conceptual framework of patient satisfaction and to bring the concept for further operationalisation procedures. The current article aimed to review a theoretical framework that helps the next article to review determinants of patient satisfaction for designing a measurement system.</p> <p>Method: The study used a systematic review method, meta-narrative review, based on the RAMESES guideline with the phases of screening evidence, appraisal evidence, data extraction and synthesis. Patient satisfaction theoretical articles were searched on the two databases MEDLINE and CINAHL. Inclusion criteria were articles published between 1980 and 2014, and English language papers only. There were 36 articles selected for the synthesis.</p> <p>Results: Results showed that most of the patient satisfaction theories and formulations are based on marketing theories and defined as how well health service fulfils patient expectations. However, review demonstrated that a relationship between expectation and satisfaction is unclear and the concept expectation itself is not distinctly theorised as well.</p> <p>Conclusions: Researchers brought satisfaction theories from other fields to the current healthcare literature without much adaptation. Thus, there is a need to attempt to define the patient satisfaction concept from other</p>	Global review

	perspectives or to learn how patients evaluate the care rather than struggling to describe it by consumerist theories.	
10. Batbaatar et al. 2017	<p>Determinants of patient satisfaction: a systematic review. <i>Perspect Public Health</i> 137: 89-101.</p> <p>Abstract</p> <p>Aim: A large number of studies have addressed the detection of patient satisfaction determinants, and the results are still inconclusive. Furthermore, it is known that contradicting evidence exists across patient satisfaction studies. This article is the second part of a two-part series of research with a goal to review a current conceptual framework of patient satisfaction for further operationalisation procedures. The aim of this work was to systematically identify and review evidence regarding determinants of patient satisfaction between 1980 and 2014, and to seek the reasons for contradicting results in relationships between determinants and patient satisfaction in the literature to design a further robust measurement system for patient satisfaction. Method: This systematic review followed the guidelines of the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA) statement. The search was conducted in PubMed, CINAHL, and Scopus in October 2014. Studies published in full in peer reviewed journals between January 1980 and August 2014 and in the English language were included. We included 109 articles for the synthesis. Results: We found several number of determinants of patient satisfaction investigated in a wide diversity of studies. However, study results were varied due to no globally accepted formulation of patient satisfaction and measurement system. Conclusions: Health care service quality indicators were the most influential determinants of patient satisfaction across the studies. Among them, health providers' interpersonal care quality was the essential determinant of patient satisfaction. Sociodemographic characteristics were the most varied in the review. The strength and directions of associations with patient satisfaction were found inconsistent. Therefore, person-related characteristics should be considered to be the potential determinants and confounders simultaneously. The selected studies were not able to show all potential characteristics which may have had effects on satisfaction. There is a need for more studies on how cultural, behavioural, and sociodemographic differences affect patient satisfaction, using a standardised questionnaire.</p>	Global review
11. BFS 2014	<p>Erhebung zur Sprache, Religion und Kultur. Bundesamt für Statistik BFS.</p> <p>Erhebung zur Sprache, Religion und Kultur: Seit jeher ist die Schweiz durch eine sprachliche und religiöse Vielfalt sowie eine Fülle von kulturellen Praktiken geprägt. Die sozialen, wirtschaftlichen und technologischen Veränderungen der letzten Jahrzehnte stellen uns auch in den Bereichen Sprache, Religion und Kultur vor neue</p>	CH

	<p>Fragen und es fehlt gegenwärtig an statistischen Informationen, um sie zu beantworten. Die Schweiz ist ein mehrsprachiges Land, aber wie gross ist der Anteil der Personen, die regelmässig mehrere Sprachen sprechen? Wie praktiziert man seine Religion? Woran glauben Menschen, die konfessionslos sind? Antworten auf solche Fragen erlauben es, die Mehrsprachigkeits-, Kultur- und Integrationspolitik gezielter auszurichten. Das ist der Grund, weshalb der Bundesrat das Bundesamt für Statistik (BFS) beauftragt hat, 2014 eine Erhebung zur Sprache, Religion und Kultur (ESRK) durchzuführen.</p>	
12. Bischoff and Denhaerynk 2010	<p>What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland. BMC Health Serv Res 10: 248.</p> <p>Abstract</p> <p>Background: Language barriers have a major impact on both the quality and the costs of health care. While there is a growing body of evidence demonstrating the detrimental effects of language barriers on the quality of health care provision, less is known about their impact on costs. This purpose of this study was to investigate the association between language barriers and the costs of health care.</p> <p>Methods: The data source was a representative set of asylum seekers whose health care was provided by a Swiss Health Maintenance Organisation (HMO). A cross-sectional survey was conducted: data was collected on all the asylum seekers' health care costs including consultations, diagnostic examinations, medical interventions, stays in the clinic, medication, and interpreter services. The data were analysed using path analysis.</p> <p>Results: Asylum seekers showed higher health care costs if there were language barriers between them and the health professionals. Most of these increased costs were attributable to those patients who received interpreter services: they used more health care services and more material. However, these patients also had a lower number of visits to the HMO than patients who faced language barriers but did not receive interpreter services.</p> <p>Conclusion: Language barriers impact health care costs. In line with the limited literature, the results of this study seem to show that interpreter services lead to more targeted health care, concentrating higher health care utilisation into a smaller number of visits. Although the initial costs are higher, it can be posited that the use of interpreter services prevents the escalation of long-term costs. A future study specially designed to examine this presumption is needed.</p>	CH
13. Bischoff et al. 2012	<p>Staying in the middle. A qualitative study of health care interpreters' perceptions of their work. Interpreting 14: 1-22.</p> <p>In this age of migration, many societies are characterized by linguistic and cultural diversity. Public institutions, such as health care systems, face the challenge of integrating new arrivals, immigrants, refugees or asylum seekers,</p>	CH

	<p>into the host society. The purpose of this study was to examine how interpreters see their work within the context of the integration of immigrants into the host society (Switzerland) in general, and into the local health system in particular. We investigated the roles that interpreters working in a Women's Hospital in Switzerland take on and are aware of in their work. The interpreters described four main roles: word-for-word interpreting, intercultural explanation, building patient-provider relationships, and accompanying immigrant patients. An additional cross-cutting theme emerged: interpreters facilitating the integration of immigration. Only the first of these is generally regarded as their "official" role. The interpreters take on the additional roles as necessary during a consultation, in response to the needs of the patient and the health professionals. Further discussion is needed about whether these additional roles should be recognized and promoted as part of their work since they are important and there is no one else to take them on. Interpreters who take on the additional roles related to integration have the potential to be important actors in health care services whose patient populations that are increasingly linguistically and culturally diverse.</p>	
14. Börner et al. 2013	<p>Erste Erfahrungen mit Google Translate in der Neonatologie. Google Translate is not sufficient to overcome language barriers in neonatal medicine. <i>Klin Padiatr</i> 225: 413-417.</p> <p>Zusammenfassung Hintergrund: Sprachbarrieren behindern die Interaktion mit Patienten und Angehörigen. Der positive Einfluss von Übersetzungsmöglichkeiten auf die medizinische Versorgung wurde zahlreich belegt, die empfohlenen professionellen Dolmetschergespräche sind jedoch nicht immer umsetzbar. Wir testeten ein Internet-basiertes Übersetzungsprogramm als leicht zugängliches Hilfsmittel für Übersetzung von Standardsätzen des neonatologischen Arzt-/Schwestern-Angehörigen-Gesprächs.</p> <p>Methodik: Übersetzung von 20 Sätzen aus der deutschsprachigen Aufklärungsbroschüre (Neonatologie) in 3 Zielsprachen: Englisch, Portugiesisch und Arabisch mittels Google Translate (GT). Kontrolle der Übersetzung auf inhaltliche und grammatikalische Richtigkeit. Anschließend Vereinfachung der Satzstruktur der inkorrekten Sätze, erneute GT-Übersetzung und erneute Kontrolle.</p> <p>Ergebnis: Durchschnittlich wurden 42 % der Sätze inhaltlich und grammatikalisch korrekt übersetzt. Der Anteil der inkorrekt übersetzten Sätze schwankte zwischen 45–70 %, durch Vereinfachung konnten weitere 23 % verständlich übersetzt werden.</p> <p>Diskussion: Fehler sind bei jeder Art von Übersetzung einzukalkulieren. Bei der Anwendung von GT sind diese überwiegend inhaltlicher und grammatikalischer Art. Dessen Aufbau als statistisches Übersetzungsprogramm könnte dies begründen. Ein direktes Gespräch mit</p>	D

	Dolmetschern vor Ort ist durch ein Übersetzungsprogramm nicht zu ersetzen, nur in besonderen Situationen sollte der Einsatz eines Übersetzungsprogramms in begrenztem Umfang erwogen werden. Ein Syllabus definierter pflegebezogener und medizinisch-neonatologischer Kernaussagen sollte erarbeitet und getestet werden, deren Übersetzung per Übersetzungsprogramm in begrenzte Zielsprachen unzweifelhaft sind.	
15. Bouillon et al. 2017	BabelDr vs Google Translate: a user study at Geneva University Hospitals Abstract This paper presents a user study carried out at Geneva University Hospitals (HUG) where we compared BabelDr, a flexible phraselator, with Google Translate (GT). French speaking doctors were asked to use both systems to diagnose Arabic speaking patients. We report on the user's interactions with both systems, the quality of translation, the participant's ability to reach a diagnosis with the two systems as well as user satisfaction.	CH
16. Boujon 2017	Systèmes de traduction de dialogues médicaux : Évaluation de Abstract Dans ce travail, il est question de différentes technologies utilisées pour la traduction de dialogues médicaux. Dans la première partie, qui se veut théorique, la traduction automatique de la parole (TAP) et ses différentes composantes technologiques (reconnaissance vocale, traduction automatique et synthèse vocale) sont discutées, ainsi que l'utilisation de différents types de systèmes de traduction (généralistes, spécialisés, ou « phraselators ») dans le domaine médical, comme alternative aux interprètes professionnels. La deuxième partie de ce travail constitue une étude expérimentale visant à évaluer la facilité d'utilisation (« usability ») et la facilité d'apprentissage (« learnability ») de deux systèmes de traduction de dialogues médicaux : BabelDr et MediBabble. Suite à la présentation de l'élaboration et du déroulement de l'expérience, les résultats sont discutés afin notamment d'évaluer l'utilité de la reconnaissance vocale et de dégager les points forts/faibles propres à chaque système.	CH
17. Brägger 2018	Evaluation des Pilotprojekts «Zugänge schaffen – Dolmetschunterstützung für traumatisierte Personen in der Psychotherapie». Schlussbericht zuhanden des Staatssekretariats für Migration SEM. Zusammenfassung Das Staatssekretariat für Migration (SEM) lancierte im März 2016 das zweijährige Pilotprojekt «Zugänge schaffen – Dolmetsch-unterstützung für traumatisierte Personen in der Psychotherapie» (SEM 2016). In dessen Rahmen erhielten 20 psychiatrische Institutionen (Projektpartner) aus allen Landesteilen einen finanziellen Beitrag für interkulturelles Dolmetschen (ikD), um mehr traumatisierten Flüchtlingen und Personen aus dem Asylbereich eine Behandlung zu ermöglichen. Die	CH

	<p>Projektpartner sollten zudem ihre Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit qualifizierten ikD sowie in der Behandlung der Zielgruppe ausbauen, vertiefen und austauschen können. Dieser Bericht beinhaltet die Ergebnisse der Begleitevaluation.</p>	
18. Brägger 2019	<p>Begleitstudie zum Pilotprojekt Videodolmetschen. Schlussbericht zu Händen von INTERPRET. Zusammenfassung Das interkulturelle Dolmetschen per Video eröffnet den Vermittlungsstellen, ihren Kundinnen und Kunden aber auch den Dolmetschenden neue Möglichkeiten. Um diese auszuloten, hat INTERPRET, die Schweizerische Interessengemeinschaft für interkulturelles Dolmetschen und Vermitteln, gemeinsam mit vier Vermittlungsstellen und mit der finanziellen Unterstützung des Bundesamts für Gesundheit, ein Pilotprojekt ins Leben gerufen. Mit dem Pilotprojekt sollten konkrete Erfahrungen mit dem Dolmetschen via Video gesammelt werden. Dabei wurde ein Erkenntnisgewinn sowohl in operativen Belangen (Technik, punktuelle Zusammenarbeit unter den Partnern, Kosten, Praxistauglichkeit) als auch auf übergeordneter Ebene (Qualität und Qualitätssicherung, langfristige Kooperation, Strategien, etc.) angestrebt. Der vorliegende Bericht fasst die Ergebnisse der Begleitevaluation zusammen.</p>	CH
19. Brisset et al. 2013	<p>Working with interpreters in health care: a systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. Patient Educ Couns 91: 131-140. Objective: To identify relational issues involved in working with interpreters in healthcare settings and to make recommendations for future research. Methods: A systematic literature search in French and English was conducted. The matrix method and a meta-ethnographic analysis were used to organize and synthesize the data. Results: Three themes emerged. Interpreters' roles: Interpreters fill a wide variety of roles. Based on Habermas's concepts, these roles vary between agent of the Lifeworld and agent of the System. This diversity and oscillation are sources of both tension and relational opportunities. Difficulties: The difficulties encountered by practitioners, interpreters and patients are related to issues of trust, control and power. There is a clear need for balance between the three, and institutional recognition of interpreters' roles is crucial. Communication characteristics: Non-literal translation appears to be a prerequisite for effective and accurate communication. Conclusion: The recognition of community interpreting as a profession would appear to be the next step. Without this recognition, it is unlikely that communication difficulties will be resolved. Practice implications: The healthcare (and scientific) community must pay more attention to the complex nature of interpreted interactions. Researchers need to investigate how relational issues in interpreted interactions affect patient care and health.</p>	Global review

20. Casillas et al. 2016	<p>Is the front line prepared for the changing faces of patients? Predictors of cross-cultural preparedness among clinical nurses and resident physicians in Lausanne, Switzerland Teaching and Learning in Medicine 27: 379-386.</p> <p>Abstract</p> <p>Introduction: Although the United States has been central in bringing cultural competency into the discussion of high-quality care, health systems all over the world are faced with the effects of global immigration and the widening disparities gap between socioeconomic classes. Lausanne University Hospital is one of five Swiss academic medical centers chosen to develop programs addressing cultural competency. Here we focus on our medical training as a model for other international settings looking to build curricula based on best practices, but tailored to their local context.</p> <p>Setting and Participants: At Lausanne University Hospital, diversity is part of clinical practice. Just over a third of the patient population is non-Swiss, and include undocumented and recently arrived refugees. The center serves other high-risk and vulnerable populations. The strategies presented here focus on medical learners at the Lausanne center.</p> <p>Program results and historical overview: Primary cultural competency topics are social determinants of health, cultural groups in the local community, Primary cultural competency topics are social determinants of health, cultural groups in the local community, stereotypes, and unintended biases. Early sessions begin with medical anthropology material which raise consciousness of the learner's own potential biases. Medical education evolves to a more case-based medical training-focusing on the social determinants of health through clinical vignettes linked to disparities (mental health, HIV). Our narrative describes the inception of such teaching topics and its evolution over time given national health mandates and Switzerland's environmental context.</p> <p>Discussion: We describe one of the few official cultural competency medical curricula in Europe. We present the theoretical framework and pedagogical models that have been most applicable to our endeavor since its inception in 2005, educational content, developmental approach, and assessments. In summary, we provide a "roadmap" for international health-education systems developing cultural competency medical training, at various learner levels, in the context of their local setting.</p>	CH
21. Casillas et al. 2014	<p>Building the diversity bridge abroad: The journey to implement cultural competent health care in Lausanne, Switzerland. Journal of Education and Training Studies 4: 138-142.</p> <p>Abstract</p> <p>Background: As the diversity of the European population evolves, measuring providers' skillfulness in cross-cultural care and understanding what contextual factors may influence this is increasingly necessary. Given</p>	CH

	<p>limited information about differences in cultural competency by provider role, we compared cross-cultural skillfulness between physicians and nurses working at a Swiss university hospital.</p> <p>Methods: A survey on cross-cultural care was mailed in November 2010 to front-line providers in Lausanne, Switzerland. This questionnaire included some questions from the previously validated Cross-Cultural Care Survey. We compared physicians' and nurses' mean composite scores and proportion of "3-good/4-very good" responses, for nine perceived skillfulness items (4-point Likert-scale) using the validated tool. We used linear regression to examine how provider role (physician vs. nurse) was associated with composite skillfulness scores, adjusting for demographics (gender, non-French dominant language), workplace (time at institution, work-unit "sensitized" to cultural-care), reported cultural-competence training, and cross-cultural care problem-awareness.</p> <p>Results: Of 885 questionnaires, 368 (41.2%) returned the survey: 124 (33.6%) physicians and 244 (66.4%) nurses, reflecting institutional distribution of providers. Physicians had better mean composite scores for perceived skillfulness than nurses (2.7 vs. 2.5, $p < 0.005$), and significantly higher proportion of "good/very good" responses for 4/9 items. After adjusting for explanatory variables, physicians remained more likely to have higher skillfulness ($\beta = 0.13$, $p = 0.05$). Among all, higher skillfulness was associated with perception/awareness of problems in the following areas: inadequate cross-cultural training ($\beta = 0.14$, $p = 0.01$) and lack of practical experience caring for diverse populations ($\beta = 0.11$, $p = 0.04$). In stratified analyses among physicians alone, having French as a dominant language ($\beta = -0.34$, $p < 0.005$) was negatively correlated with skillfulness.</p> <p>Conclusions: Overall, there is much room for cultural competency improvement among providers. These results support the need for cross-cultural skills training with an inter-professional focus on nurses, education that attunes provider awareness to the local issues in cross-cultural care, and increased diversity efforts in the work force, particularly among physicians. Keywords: Cultural competency, Cross-cultural care, Medical education, Health disparities, Vulnerable populations, Immigrant populations</p>	
22. Casillas et al. 2015	<p>Cultural competency of health-care providers in a Swiss University Hospital: self-assessed cross-cultural skillfulness in a cross-sectional study. BMC Medical Education 14</p> <p>Phenomenon: Assuring quality medical care for all persons requires that healthcare providers understand how sociocultural factors affect a patient's health beliefs/behaviors. Switzerland's changing demographics highlight the importance of provider cross-cultural preparedness for all patients—especially those at risk for social/health precarity. We evaluated healthcare provider</p>	CH

	<p>cross-cultural preparedness for commonly encountered vulnerable patient profiles. Approach: A survey on cross-cultural care was mailed to Lausanne University hospital's "front-line healthcare providers": clinical nurses and resident physicians at our institution. Preparedness items asked "How prepared do you feel to care for . . . ?" (referring to example patient profiles) on an ascending 5-point Likert scale. We examined proportions of "4 – well/5 – very well prepared" and the mean composite score for preparedness. We used linear regression to examine the adjusted effect of demographics, work context, cultural-competence training, and cross-cultural care problem awareness, on preparedness. Findings: Of 885 questionnaires, 368 (41.2%) were returned: 124 (33.6%) physicians and 244 (66.4%) nurses. Mean preparedness composite was 3.30 (SD 0.70), with the lowest proportion of healthcare providers feeling prepared for patients "whose religious beliefs affect treatment" (22%). After adjustment, working in a sensitized department (b 0.21, p 0.01), training on the history/culture of a specific group (b 0.25, p 0.03), and awareness regarding (a) a lack of practical experience caring for diverse populations (b 0.25, p 0.004) and (b) inadequate cross-cultural training (b 0.18, p 0.04) were associated with higher preparedness. Speaking French as a dominant language and physician role (vs. nurse) were negatively associated with preparedness (b -0.26, p 0.01; b -0.22, p 0.01). Insights: The state of cross-cultural care preparedness among Lausanne's front-line healthcare providers leaves room for improvement. Our study points toward institutional strategies to improve preparedness: notably, making sure departments are sensitized to cross-cultural care resources and increasing provider diversity to reflect the changing Swiss demographic.</p>	
23. Christen and Balthasar 2017	<p>Approaches to improve the interaction between general practitioners and migrants – a systematic review of international literature. <i>International Journal of Migration, Health and Social Care</i> 13: 321-333.</p> <p>Purpose – Health monitoring of the migrant population in most European countries shows that migrants have a lower standard of health conditions than the resident population. One of the problems is that the interaction between migrants and general practitioners (GPs) is not optimal. Most of the migrants are not able to fully understand the GP's advice or instructions. GPs report that they are not adequately supported by health institutions, and they are asking for new solutions. Therefore, the purpose of this paper is to conduct a systematic review to find existing international approaches to improve the interaction between GPs and their migrant patients. Design/methodology/approach – The literature search identified 2,387 articles, 36 of which met the full inclusion criteria. In total, 12 of the included studies referenced approaches for improving GPs' communication skills. Seven articles described solutions for a better understanding of cultural differences, and six</p>	Global Review

	<p>articles listed approaches to health education for GPs. One article highlighted how health information can improve the interaction between GPs and migrants, and four articles detailed new technologies that could improve and enhance quality of care. The last six articles included good practice strategies described by GPs.</p> <p>Findings – This paper provides an overview of international approaches from the viewpoint of GPs. It concludes that there is no single instrument or method that works in all situations. There are, however, a wide range of approaches available that could lead to substantial improvements in the quality of care for the migrant population.</p> <p>Research limitations/implications – Different health systems in the reviewed countries and changing roles of GPs must be taken into consideration when making statements about successful approaches. Migrants have different backgrounds and cannot all be categorized as one and the same group of patients. Another limitation of the review concerns the evidence level of the articles included, since most of the studies do not reach high level of evidence. In addition, there is a need to analyze aspects of the relationship between GPs and the migrant population that have been neglected up to now, such as financial issues, patients' expectations, or lack of trust.</p> <p>Originality/value – This paper provides an overview of international approaches from the viewpoint of GPs.</p>	
24. Cignacco 2018	<p>Sexual and reproductive healthcare for women asylum seekers in Switzerland: a multi-method evaluation. BMC Health Services Research EU 18 712.</p> <p>Abstract</p> <p>Background: Forced migration significantly endangers health. Women face numerous health risks, including sexual violence, lack of contraception, sexually transmitted disease, and adverse perinatal outcomes. Therefore, sexual and reproductive healthcare is a significant aspect of women asylum seekers' health. Even when healthcare costs of asylum seekers are covered by the government, there may be strong barriers to healthcare access and specific needs may be addressed inadequately. The study's objectives were a) to assess the accommodation and healthcare services provided to women asylum seekers in standard and specialised health care, b) to assess the organisation of healthcare provision and how it addresses the sexual and reproductive healthcare needs of women asylum seekers. Methods: The study utilised a multi-method approach, comprising a less-dominant quantitative component and dominant qualitative component. The quantitative component assessed accommodation conditions for women in eight asylum centres using a survey. The qualitative component assessed healthcare provision on-site, using semi-structured interviews with health and social care professionals (n = 9). Asylum centres were selected to cover a wide range of characteristics. Interview analysis was guided by</p>	CH

	<p>thematic analysis. Results: The accommodation in the asylum centres provided gender-separate rooms and sanitary infrastructure. Two models of healthcare were identified, which differed in the services they provided and in their organisation: 1) a standard healthcare model characterised by a lack of coordination between healthcare providers, unavailability of essential services such as interpreters, and fragmented healthcare, and 2) a specialised healthcare model specifically tailored to the needs of asylum-seekers. Its organisation is characterised by a network of closely collaborating health professionals. It provided essential services not present in the standard model. We recommend the specialised healthcare model as a guideline for best practise. Conclusions: The standard, non-specialised healthcare model used in some regions in Switzerland does not fully meet the healthcare needs of women asylum seekers. Specialised healthcare services used in other regions, which include translation services as well as gender and culturally sensitive care, are better suited to address these needs. More widespread use of this model would contribute significantly toward protecting the sexual and reproductive integrity and health of women asylum seekers. Keywords: Sexual and reproductive healthcare, Women asylum-seekers, Asylum Centre, Healthcare provision, Gender-sensitive care, Interpreter services</p>	
25. Dowbor et al. 2015	<p>Shrinking the language accessibility gap: a mixed methods evaluation of telephone interpretation services in a large, diverse urban health care system. <i>Int J Equity Health</i> 14: 83.</p> <p>Abstract</p> <p>Introduction: Language interpretation services for patients who are not proficient in a country's official language(s) are essential for improving health equity across diverse populations, and achieving clinical safety and quality for both patients and providers. Nevertheless, overall use of these services remains low, regardless of how they are delivered. In Toronto, Ontario, one of the most ethnically diverse urban centres, the regional local health integration network which oversees the highest concentration of health care organizations servicing 1.2 million residents, partnered with key stakeholders to make Over-the-Phone (OPI) interpretation services broadly and economically available in 170 different languages to its diverse network of health care organizations. This evaluation aimed to assess patients' and providers' experiences with OPI in these varied settings and the impact (if any) on alternative interpretation services and on health service delivery access and quality. Methods: This study used a two-phased sequential exploratory mixed-methods approach to evaluate the initiative. Phase I was comprised of semi-structured interviews with representatives from the program stakeholders; these findings were applied to identify appropriate survey questions and response categories, and provided context and depth of</p>	Canada

	<p>understanding to Phase II results. Phase II included web-based and self-administered surveys for both providers and patients engaging with OPI. Results: Both providers and patients identified a broad range of positive impacts OPI had on health care service delivery quality and access, and high levels of satisfaction with OPI, in a variety of health care settings. Providers also revealed a marked decrease in the use of ad-hoc, nonprofessional strategies for interpretation after the implementation of OPI, and noted it had either no impact on their workload or had decreased it overall. Conclusions: OPI is clearly not the sole answer to the complex array of health care needs and access gaps that exist for persons without proficiency in their country's official language. Nevertheless, this evaluation provides compelling evidence that OPI is a valuable component, and that it may contribute to a broader range of positive impacts, and within a broader range of health care settings, than previously explored.</p>	
26. Farooq et al. 2015	<p>Abstract Purpose – The purpose of this paper is to systematically appraise the effect of use of interpreters for mental health problems in old age. The primary objective of the review is to assess the impact of a language barrier for assessment and management in relation to mental health problems in the old age. The secondary objectives are to assess the effect of the use of interpreters on patient satisfaction and quality of care, identify good practice and make recommendations for research and practice in the old age mental health. Design/methodology/approach – The following data sources were searched for publications between 1966 and 2011: PubMed, PsycINFO, CINAHL and Cochrane Library. The authors found in previous reviews that a substantial number of papers from developing and non-English speaking countries are published in journals not indexed in mainstream databases, and devised a search strategy using Google which identified a number of papers, which could not be found when the search was limited to scientific data bases only (Farooq et al., 2009). The strategy was considered especially important for this review which focuses on communication across many different languages. Thus, the authors conducted a search of the World Wide Web using Google Scholar, employing the search term Medical Interpreters and Mental Health. The search included literature in all languages. The authors also searched the reference lists of included and excluded studies for additional relevant papers. Bibliographies of systematic review articles published in the last five years were also examined to identify pertinent studies. Findings – Only four publications related specifically to “old age” and 33 addressed “interpreting” and “psychiatry” generally. Four articles presented original research (Parnes and Westfall, 2003; Hasset and George, 2002; Sadavoy et al., 2004; Van de Mieroop et al., 2012). One article (Shah, 1997)</p>	Global review

	<p>reports an “anecdotal descriptive account” of interviewing elderly people from ethnic backgrounds in a psychogeriatric service in Melbourne and does not report any data. Therefore, only four papers met the inclusion and exclusion criteria and present original research in the field of “old age”, “psychiatry” and “interpreting”. None of these papers present UK-based research. One is a quantitative study from Australia (Hasset and George, 2002), the second is a qualitative study from Canada (Sadavoy et al., 2004), in the third paper Van de Mieroop et al. (2012) describe community interpreting in a Belgian old home and the final paper is an American case study (Parnes and Westfall, 2003). Practical implications – Interviewing older patients for constructs like cognitive function and decision-making capacity through interpreters can pose significant clinical and legal problems. There is urgent need for training mental health professionals for developing skills to overcome the language barrier and for interpreters to be trained for work in psychogeriatrics. Social implications – The literature on working through interpreters is limited to a few empirical studies. This has serious consequences for service users such as lack of trust in services, clinical errors and neglect of human rights. Further studies are needed to understand the extent of problem and how effective interpreting and translating services can be provided in the routine clinical practice. It is also essential to develop a standard of translation services in mental health that can be measured for their quality and also efficiency. At present such a quality standard is not available in the UK, unlike Sweden (www.regeringen.se/sb/d/3288/a/19564). This omission is disturbing – especially when decisions on human rights are being considered as part of the Mental Health Act. Such a standard can best be achieved by collaboration between medical profession and linguists’ professional associations (Cambridge et al., 2012). Originality/value – Whilst translation/interpretation has been addressed more generally in mental health: specific considerations related to old age psychiatry are almost absent. This needs urgent rectification given that a large proportion of older people from BME communities will require translation and interpretation services. Keywords Literature review, Older people, Mental health, Interpretation, Old age psychiatry, Language barriers Paper type Literature review</p>	
27. Flores et al. 2012	<p>Errors of medical interpretation and their potential clinical consequences. A comparison of professional versus ad hoc versus no interpreters <i>Annals of Emergency Medicine</i> 60: 545-553.</p> <p>Study objective: To compare interpreter errors and their potential consequences in encounters with professional versus ad hoc versus no interpreters.</p> <p>Methods: This was a cross-sectional error analysis of audiotaped emergency department (ED) visits during 30 months in the 2 largest pediatric EDs in Massachusetts. Participants were Spanish-speaking limited-English</p>	USA

	<p>proficient patients, caregivers, and their interpreters. Outcome measures included interpreter error numbers, types, and potential consequences.</p> <p>Results: The 57 encounters included 20 with professional interpreters, 27 with ad hoc interpreters, and 10 with no interpreters; 1,884 interpreter errors were noted, and 18% had potential clinical consequences. The proportion of errors of potential consequence was significantly lower for professional (12%) versus ad hoc (22%) versus no interpreters (20%). Among professional interpreters, previous hours of interpreter training, but not years of experience, were significantly associated with error numbers, types, and potential consequences. The median errors by professional interpreters with greater than or equal to 100 hours of training was significantly lower, at 12, versus 33 for those with fewer than 100 hours of training. Those with greater than or equal to 100 hours of training committed significantly lower proportions of errors of potential consequence overall (2% versus 12%) and in every error category.</p> <p>Conclusion: Professional interpreters result in a significantly lower likelihood of errors of potential consequence than ad hoc and no interpreters. Among professional interpreters, hours of previous training, but not years of experience, are associated with error numbers, types, and consequences. These findings suggest that requiring at least 100 hours of training for interpreters might have a major impact on reducing interpreter errors and their consequences in health care while improving quality and patient safety.</p>	
28. Freyne et al. 2018	<p>Developing Digital Facilitation of Assessments in the Absence of an Interpreter: Participatory Design and Feasibility Evaluation With Allied Health Groups. JMIR formative research 2: e1.</p> <p>Abstract</p> <p>Background: To ensure appropriate and timely care, interpreters are often required to aid communication between clinicians and patients from non-English speaking backgrounds. In a hospital environment, where care is delivered 24 hours a day, interpreters are not always available. Subsequently, culturally and linguistically diverse (CALD) patients are sometimes unable to access timely assessment because of clinicians' inability to communicate directly with them.</p> <p>Objective: The aim of this study was to design and evaluate CALD Assist, a tablet app to assist communication between patients and allied health clinicians in the absence of an interpreter. CALD Assist uses key phrases translated into common languages and uses pictorial, written, and voice-over prompts to facilitate communication during basic patient assessment.</p> <p>Methods: CALD Assist's design, functionality, and content were determined through focus groups with clinicians and informed by interpreting and cultural services. An evaluation was conducted in a live trial</p>	Australia

	<p>phase on eight wards across 2 campuses of a hospital in Victoria, Australia.</p> <p>Results: A commercial grade CALD Assist mobile app for five disciplines within allied health was developed and evaluated. The app includes a total of 95 phrases in ten different languages to assist clinicians during their initial assessment. Evaluation results show that clinicians' confidence in their assessment increased with use of the CALD Assist app: clinicians' reports of "complete confidence" increased from 10% (3/30) to 42% (5/12), and assessment reports of "no confidence" decreased from 57% (17/30) to 17% (2/12). Average time required to complete an assessment with patients from non-English speaking backgrounds reduced from 42.0 to 15.6 min.</p> <p>Conclusions: Through the use of CALD Assist, clinician confidence in communicating with patients from non-English speaking backgrounds in the absence of an interpreter increased, providing patients from non-English speaking backgrounds with timely initial assessments and subsequent care in line with their English speaking peers. Additionally, the inclusion of images and video demonstrations in CALD Assist increased the ability to communicate with patients and overcome literacy-related barriers. Although a number of hurdles were faced, user uptake and satisfaction were positive, and the app is now available in the Apple App Store.</p>	
29. Gehrig et al. 2012	<p>Einsatz und Wirkung von interkulturellem Übersetzen in Spitälern und Kliniken. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS.</p> <p>Bei Verständigungsschwierigkeiten im Gesundheitswesen können interkulturell Übersetzende beigezogen werden, die zwischen der Patientin / dem Patienten und der medizinischen Fachperson übersetzen. Der vorliegende Bericht beantwortet folgende:</p> <p>Wie hat sich das Volumen des Einsatzes von Dolmetschenden im Schweizer Gesundheitswesen in den letzten Jahren entwickelt?</p> <p>Wo im Schweizer Gesundheitswesen werden Dolmetschende eingesetzt? Bei welchen Patient/innen werden Dolmetschende eingesetzt? Welche Wirkungen des Dolmetschens lassen sich auf Basis der Daten des zweiten Gesundheitsmonitorings der Schweizer Migrationsbevölkerung (GMM II) empirisch nachweisen?</p>	CH
30. Genoff et al. 2016	<p>Navigating Language Barriers: A Systematic Review of Patient Navigators' Impact on Cancer Screening for Limited English Proficient Patients. J Gen Intern Med 31: 426-434.</p> <p>Objectives: To systematically review the literature on the impact of patient navigators on cancer screening for limited English proficient (LEP) patients. DATA SOURCES: Electronic databases (PubMed, PsycINFO via OVID, Web of Science, Cochrane, EMBASE, and Scopus) through 8 May 2015. ELIGIBILITYCRITERIA: Articles in this review had: (1) a study population of LEP patients eligible for breast, cervical or colorectal cancer screenings, (2) a patient navigator intervention to provide</p>	US review

	<p>services prior to or during cancer screening, (3) a comparison of the patient navigator intervention to either a control group or another intervention, and (4) language-specific outcomes related to the patient navigator intervention.</p> <p>Study appraisal: We assessed the quality of the articles using the Downs and Black Scale.</p> <p>Results: Fifteen studies met the inclusion criteria and evaluated the screening rates for breast, colorectal, and cervical cancer in 15 language populations. Fourteen studies resulted in improved screening rates for LEP patients between 7 and 60 %. There was great variability in the patient navigation interventions evaluated. Training received by navigators was not reported in nine of the studies and no studies assessed the language skills of the patient navigators in English or the target language.</p> <p>Limitations: This study is limited by the variability in study designs and limited reporting on patient navigator interventions, which reduces the ability to draw conclusions on the full effect of patient navigators.</p> <p>Conclusions: Overall, we found evidence that navigators improved screening rates for breast, cervical and colorectal cancer screening for LEP patients. Future studies should systematically collect data on the training curricula for navigators and assess their English and non-English language skills in order to identify ways to reduce disparities for LEP patients.</p>	
31. Gerlach et al. 2018	<p>Creating an Online Translation Platform to Build Target Language Resources for a Medical Phraselator. Proceedings of the 40th edition of Translating and the Computer Conference</p> <p>Abstract</p> <p>In emergency and immigrant health service departments, medical professionals frequently have no language in common with a patient. When no interpreter is available, doctors need another means of collecting patient anamneses. Machine translation was shown to be dangerous and is not available for all languages. BabelDr, a speech-enabled phraselator, was developed for this purpose in a collaboration of the Geneva University Hospitals (HUG) and the Faculty of Translation and Interpreting of Geneva University. In this paper, we focus on the development of the target language resources for the BabelDr system.</p>	CH
32. Glatz 2014	<p>„Ich würde Ihnen raten...“ „Der Doktor sagt, Sie müssen...“ Eine empirische Studie über die Funktion des Hedgings im Spitaldolmetschen. ZHAW.</p> <p>Die vorliegende Masterarbeit untersucht, wie Arzt-Patienten-Gespräche verdolmetscht werden und welche Folgen dies auf die Beziehungen zwischen Patienten und Gesundheitsvertretern hat. Die Studie basiert auf vier durch Laien verdolmetschte Arzt-Patienten- Gespräche, die in einer Psychosomatik-Abteilung eines Schweizer Universitätsspitals durchgeführt wurden.</p>	CH

33. Haith-Cooper 2014	<p>Mobile translators for non-Englishspeaking women accessing maternity services. <i>British Journal of Midwifery</i> UK 22: 795-803.</p> <p>Abstract</p> <p>It is becoming increasingly common for midwives to care for women who do not speak English, and UK interpreting services are often inadequate and underused. Persistent language barriers have been found to contribute to maternal and perinatal mortality thus it is essential that these barriers are overcome to provide safe maternity care. This article reports on a two-stage study undertaken to address this. The study aimed to: Identify difficulties midwives experience when communicating with non-English-speaking women. Through undertaking a group interview with 11 senior students, four themes emerged: accessing interpreters, working with interpreters, cultural barriers and strategies to address persistent language barriers.</p> <p>Explore the feasibility of using mobile devices with a translation application to communicate in clinical practice. Google Translate was tested in a simulated clinical environment with multi-lingual service users. Google Translate was not adequately developed to be safely used in maternity services. However, a maternity-specific mobile application could be built to help midwives and women communicate in the presence of a persistent language barrier.</p>	UK
34. Havelka 2018	<p>Videodolmetschen im Gesundheitswesen, Berlin: Frank & Timme.</p> <p>Im Buch wird das Videodolmetschen im Gesundheitsbereich aus der Perspektive der Dolmetschenden anhand von Fallbeispielen untersucht.</p>	0
325. Hofer 2015	<p>“I feel we don’t really understand each other”: Interpreting medication instructions for a Turkish-speaking diabetes patient. <i>The International Journal for Translation and Interpreting Research</i> 7: 1-13.</p> <p>Abstract: This paper is based on a videotaped diabetes consultation involving a German-speaking physician, a Turkish-speaking diabetes patient and a Turkish-German interpreter who has been working in medical settings for a number of years. In the course of the consultation, the physician focuses several importance of the patient carefully maintaining a balance of food intake and insulin supply in order to control his diabetes. The discourse-based analysis indicates the cognitive task load of the interpreter in this encounter when confronted with medication instructions. The data indicate that the interaction could have been more efficient if the interpreter had acquired the necessary knowledge about diabetes prior to the consultation or if she had recognized the elements structuring the discourse. In fact, the interpreter cannot establish a successful communication pertaining to the blood glucose-insulin mechanism between the doctor and the patient. The patient himself seems to have more in-depth knowledge about diabetes</p>	CH

	<p>as a result of his personal experience than the interpreter has. In this paper, we therefore argue that interpreters need a sound understanding of the specific medical situation (top-down process) in order to interpret interactions adequately in a complex case such as diabetes. If interpreters lack sufficient medical knowledge in one of their varied assignments, they could use their textual competence and their capacity for formal, logical reasoning to infer connections between propositions of domain-specific understanding. discourse but also in domain-specific knowledge and (bottom-up process). Thus, interpreters' cognitive-linguistic competence could to some extent compensate for their lack Nevertheless, the data shows that interpreters need specialized training not only in analysis of linguistic terminology.</p>	
36. Hofer et al. 2017	<p>Abstract Im Rahmen eines interdisziplinären Forschungsprojekts untersuchten LinguistInnen, MedizinerInnen und PsychologInnen authentische gedolmetschte ÄrztInnen-PatientInnen-Konsultationen, die in den Universitäts-spitälern Basel und Zürich sowie im Inselspital Bern auf Video aufgezeichnet wurden. Für den vorliegenden Beitrag wurden Ausschnitte aus der Gesprächs-beendigung einer Diabetes-Konsultation ausgewählt, in denen der türkisch sprechende Patient Schmerzen und Emotionen zum Thema macht. Die im Folgenden präsentierten Sequenzen werden aus der Perspektive des Patienten, der Ärztin und der Dolmetscherin analysiert. Die auf der multimodalen Untersuchung basierenden Ergebnisse zeigen auf, durch welche Verhaltensmuster die Kommunikation erschwert respektive verhindert wird.</p>	CH
37. Hsieh 2016	<p>Bischoff, Alexander. Review of health communication: Working with interpreters in cross-cultural care, New York, London: Routledge 364 pp. ISBN 138999459 Interpreting. Objective:This study explores the tensions, challenges, and dangers when a utilitarian view of interpreter is constructed, imposed, and/or reinforced in health care settings. Methods: We conducted in-depth interviews and focus groups with 26 medical interpreters from 17 different languages and cultures and 39 providers of five specialties. Grounded theory was used for data analysis. Results: The utilitarian view to interpreters' roles and functions influences providers in the following areas: (a) hierarchical structure and unidirectional communication, (b) the interpreter seen as information gatekeeper, (c) the interpreter seen as provider proxy, and (d) interpreter's emotional support perceived as tools. Conclusion: When interpreters are viewed as passive instruments, a utilitarian approach may compromise the quality of care by silencing patients' and interpreters' voice, objectifying interpreters' emotional work, and exploiting patients' needs.</p>	USA

	<p>Practice Implications: Providers need to recognize that a utilitarian approach to the interpreter's role and functions may create interpersonal and ethical dilemmas that compromise the quality of care. By viewing interpreters as smart technology (rather than passive instruments), both providers and interpreters can learn from and co-evolve with each other, allowing them to maintain control over their expertise and to work as collaborators in providing quality care.</p>	
38. Hudelson et al. 2012	<p>Quality in practice: integrating routine collection of patient language data into hospital practice. <i>Int J Qual Health Care</i> 25: 437-442.</p> <p>Abstract</p> <p>Background: Specific knowledge and skills are needed to work effectively with an interpreter, but most doctors have received limited training. Self-assessed competency may not accurately identify training needs.</p> <p>Purposes: The purpose of this study is to explore the association between self-assessed competency at working with an interpreter and the ability to identify elements of good practice, using a written vignette.</p> <p>Methods: A mailed questionnaire was sent to 619 doctors and medical students in Geneva, Switzerland.</p> <p>Results: 58.6% of respondents considered themselves to be highly competent at working with a professional interpreter, but 22% failed to mention even one element of good practice in response to the vignette, and only 39% could name more than one. There was no association between self-rated competency and number of elements mentioned.</p> <p>Conclusions: Training efforts should challenge the assumption that working with an interpreter is intuitive. Evaluation of clinicians' ability to work with an interpreter should not be limited to self-ratings. In the context of large-scale surveys, written vignettes may provide a simple method for identifying knowledge of good practice and topics requiring further training.</p>	CH
39. Hudelson et al. 2013	<p>A "migrant friendly hospital" initiative in Geneva, Switzerland: evaluation of the effects on staff knowledge and practices. <i>PLoS One</i> 9: e106758.</p> <p>Background: Patient-provider communication, in particular physicians' ability to listen to their patients, and support them in making difficult lifestyle changes, is an essential component of effective diabetes care. Clinical communication around diabetes can be especially challenging when language barriers are present, and may contribute to poor diabetes management and outcomes. Clinicians need to be aware of and address potential communication difficulties associated with interpreter-mediated consultations. The purpose of our study was to explore how physicians communicate in interpreter-mediated consultations with diabetic patients, and how their communication behaviors may impact diabetes communication and care. Method: We analyzed transcripts from 8 audio recorded, outpatient consultations at the Basel University Hospital general</p>	0

	<p>medicine outpatient clinic involving Turkish-speaking patients, German-speaking physicians, and Turkish-German interpreters (both community interpreters and family members). Results: Clinicians used closed questions when asking about symptoms and glucose control. When providing information and explanation, they spoke in long and complex speech turns. They often directed their speech to interpreters or became sidetracked by family members' questions or requests for information. Patients' participation in the consultation was minimal, and limited to brief answers to clinicians' questions. Conclusions: Clinicians need to be aware of common pitfalls that diminish patient-centeredness during interpreter-mediated consultations, and learn strategies to avoid them. Attention to established guidelines on triadic communication is recommended, as is hands-on training with interpreters.</p>	
40. Hudelson et al. 2013	<p>Self-assessed competency at working with a medical interpreter is not associated with knowledge of good practice. PLoS One 7: e38973.</p> <p>Quality problem. Timely identification of patients' language needs can facilitate the provision of language-appropriate services and contribute to quality of care, clinical outcomes and patient satisfaction.</p> <p>Initial assessment. At the University Hospitals of Geneva, Switzerland, timely organization of interpreter services was hindered by the lack of systematic patient language data collection. Choice of solution. We explored the feasibility and acceptability of a procedure for collecting patient language data at the first point of contact, prior to its hospital-wide implementation. Implementation. During a one-week period, receptionists and triage nurses in eight clinical services tested a new procedure for collecting patient language data. Patients were asked to identify their primary language and other languages they would be comfortable speaking with their doctor. Staff noted patients' answers on a paper form and provided informal feedback on their experience with the procedure. Evaluation. Registration staff encountered few difficulties collecting patient language data and thought that the two questions could easily be incorporated into existing administrative routines. Following the pilot test, two language fields with scroll-down language menus were added to the electronic patient file, and the subsequent filling-in of these fields has been rapid and hospital wide. Lessons learned. Our experience suggests that routine collection of patient language data at first point of contact is both feasible and acceptable and that involving staff in a pilot project may facilitate hospital-wide implementation. Future efforts should focus on exploring the sensitivity and specificity of the proposed questions, as well as the impact of data collection on interpreter use.</p>	0
41. Hudelson et al. 2014	<p>Telefondolmetschen in der geburtshilflichen Nachbetreuung von fremdsprachigen Migrantinnen durch Hebammen zu Hause. International Journal of Health Professions 6: 46-57.</p>	0

	<p>Background: International migration poses important challenges to European health care systems. The development of “migrant friendly hospitals” has been identified as a priority in both Europe and Switzerland.</p> <p>Methods: A multi-pronged initiative was developed at Geneva University Hospitals (HUG) to improve staff knowledge and use of existing “migrant friendly” resources. A self-administered questionnaire was sent pre and post-intervention to random samples of 4 major professional groups with direct patient contact at the HUG. The questionnaire assessed staff knowledge, attitudes and reported practices regarding the care of migrant patients.</p> <p>Results: Overall response rate was 51% (N = 1460) in 2010 but only 19% (N = 761) in 2013 owing to an institutionally imposed change in survey method. Despite these difficulties, and after adjusting for sample differences, we found that respondents in 2013 were significantly more likely to have received training in how to organize an appointment with an interpreter, how to work with an interpreter and about health and social services available for migrant patients. Respondents were also significantly more likely to have used several Migrant Friendly structures at the HUG. Use of, preference for and perceived skill at working with professional interpreters all improved, and respondents were both more likely to be encouraged by their supervisors to use professional interpreters, and less likely to be encouraged to look for alternative solutions for communicating with non francophone patients. Finally, 2013 respondents encountered fewer difficulties caring for migrant patients, although lack of time and language barriers continued to be the most important sources of difficulty.</p> <p>Conclusion: Our results suggest that an institution-wide information campaign may contribute to increased awareness and use of migrant friendly resources by clinical staff. Hospital commitment and financing, along with inter-departmental participation in all activities were important in creating and maintaining project visibility, and in contributing to a migrant friendly institutional culture.</p>	
42. Ikhilor et al. 2017	<p>Barrierefreie Kommunikation in der geburtshilflichen Versorgung allophoner Migrantinnen - BRIDGE. Bern: Berner Fachhochschule.</p> <p>Abstract</p> <p>Aim: To describe communication and access barriers encountered by allophone women of different migration backgrounds in the Swiss maternity care services, from the perspective of users, healthcare professionals and intercultural interpreters. Background: In addition to the challenges of maternal adjustment, pregnant migrant women must also deal with an unfamiliar health service system. Some must overcome language barriers and the stress of uncertain residence status. Limited access to maternity care increases perinatal morbidity and</p>	CH

	<p>mortality. Almost 10% of foreigners speak none of Switzerland's official languages. Factors that facilitate or hinder communication between migrant women and perinatal healthcare professionals are under-studied and must be understood if we are to overcome those barriers in clinical practice. Design: Qualitative exploratory study with quantitative sub-study.</p> <p>Methods: Participants will be drawn from German to speaking regions of Switzerland. We will conduct focus group discussions and semi-structured interviews with users in their own language (Albanian and Tigrinya) and with healthcare professionals and intercultural interpreters (March–June 2016), then perform Thematic Analysis on the data. In the sub-study, midwives will report their experience of using a telephone interpreting service during postnatal home visits in a questionnaire (October 2013–March 2016). Data will be analysed with descriptive statistics.</p> <p>Discussion: Our study will reveal patterns in communications between allophone migrant women and healthcare providers and communication barriers. By incorporating multiple perspectives, we will describe the challenges all parties face. Our results will inform those who draft recommendations to improve provision of maternity care to allophone women and their families.</p>	
43. Jaeger et al. 2013	<p>Migrant-friendly hospitals: a paediatric perspective--improving hospital care for migrant children. <i>BMC Health Serv Res</i> 13: 389.</p> <p>Background: The European Union (EU) Migrant-Friendly Hospital (MFH) Initiative, introduced in 2002, promotes the adoption of care approaches adapted to meet the service needs of migrants. However, for pediatric hospitals, no specific recommendations have been offered for MFH care for children. Using the Swiss MFH project as a case study, this paper aims to identify hospital-based care needs of pediatric migrants (PMs) and good service approaches. Methods: Semi-structured interviews were conducted with principal project leaders of five pediatric hospitals participating in the Swiss MFH project. A review of the international literature on non-clinical hospital service needs and service responses of pediatric MFHs was conducted. Results: Pediatric care can be complex, usually involving both the patient and the patient's family. Key challenges include differing levels of acculturation between parents and children; language barriers; cultural differences between patient and provider; and time constraints. Current service and infrastructural responses include interpretation services for PMs and parents, translated information material, and special adaptations to ensure privacy, e.g., during breastfeeding. Clear standards for pediatric migrant-friendly hospitals (P-MFH) are lacking. Conclusions: International research on hospital care for migrant children is scarce. The needs of pediatric migrants and their families may differ from guidance for adults. Pediatric migrant needs should be systematically</p>	CH

	<p>identified and used to inform pediatric hospital care approaches. Hospital processes from admission to discharge should be revised to ensure implementation of migrant-sensitive approaches suitable for children. Staff should receive adequate support, such as training, easily available interpreters and sufficient consultation time, to be able to provide migrant-friendly pediatric services. The involvement of migrant groups may be helpful. Improving the quality of care for PMs at both policy and service levels is an investment in the future that will benefit native and migrant families.</p>	
44. Joseph et al. 2018	<p>Patient satisfaction of telephone or video interpreter services compared with inperson services: a systematic review. <i>Australian Health Review</i> 42: 168-177.</p> <p>Abstract</p> <p>Objective. This review was conducted to identify and synthesize the evidence around the use of telephone and video interpreter services compared with in-person services in healthcare.</p> <p>Methods. A systematic search of articles published in the English language was conducted using PubMed, EMBASE, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Cochrane Library, Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), Joanna Briggs, Google Scholar and Google. Search terms included 'interpreter', 'patient satisfaction', 'consumer satisfaction' and 'client satisfaction'. Any study that did not compare in-person interpreter services with either telephone or video interpreter services was excluded from analysis. Studies were screened for inclusion or exclusion by two reviewers, using criteria established a priori. Data were extracted via a custom form and synthesised.</p> <p>Results. The database search yielded 196 studies, eight of which were included in the present review. The search using an Internet search engine did not identify any relevant studies. Of the studies included, five used telephone and three used video interpreter services. All studies, except one, compared levels of satisfaction regarding in-person interpretation and telephone or video interpretation. One study compared satisfaction of two versions of video interpretation. There is evidence of higher satisfaction with hospital-trained interpreters compared with ad hoc (friend or family) or telephone interpreters. There is no difference in satisfaction between in-person interpreting, telephone interpreting or interpretation provided by the treating bilingual physician. Video interpreting has the same satisfaction as in-person interpreting, regardless of whether the patient and the physician are in the same room. Higher levels of satisfaction were reported for trained telephone interpreters than for in-person interpreters or an external telephone interpreter service.</p> <p>Conclusions. Current evidence does not suggest there is one particular mode of interpreting that is superior to all others. This review is limited in its translational capacity</p>	Global review

	<p>given that most studies were from the US and in a Spanish-speaking cohort.</p> <p>What is known about the topic? Access to interpreters has been shown to positively affect patients who are not proficient in speaking the local language of the health service. What does this paper add? This paper adds to the literature by providing a comprehensive summary of patient satisfaction when engaging several different types of language interpreting services used in healthcare. What are the implications for practitioners? This review provides clear information for health services on the use of language interpreter services and patient satisfaction. The current body of evidence does not indicate a superior interpreting method when patient satisfaction is concerned.</p>	
45. Karliner et al. 2017	<p>Convenient access to professional interpreters in the hospital decreases readmission rates and estimated hospital expenditures for patients with limited English proficiency. <i>Med Care</i> 55: 199-206.</p> <p>Abstract</p> <p>Background—Twenty-five million people in the U.S. have limited English proficiency (LEP); this growing and aging population experiences worse outcomes when hospitalized. Federal requirements that hospitals provide language access services are very challenging to implement in the fast-paced, 24-hour hospital environment.</p> <p>Objective—Determine if increasing access to professional interpreters improves hospital outcomes for older patients with LEP</p> <p>Design—Natural experiment on a medicine floor of an academic hospital</p> <p>Participants—Patients age ≥ 50 discharged between Jan 15, 2007–Jan 15, 2010.</p> <p>Exposure—Dual-handset interpreter telephone at every bedside July 15, 2008–Mar 14, 2009</p> <p>Outcome Measures—30-day readmission, length of stay (LOS), estimated hospital expenditures</p> <p>Results—Of 8,077 discharges, 1,963 were for LEP, and 6,114 for English-proficient (EP) patients. There was a significant decrease in observed 30-day readmission rates for the LEP group during the 8-month intervention period compared to 18 months pre-intervention (17.8% vs. 13.4%); at the same time EP readmission rates increased (16.7% vs. 19.7%); results remained significant in adjusted analyses. This improved readmission outcome for the LEP group was not maintained during the subsequent post-intervention period when the telephones became less accessible. There was no significant intervention impact on LOS in either unadjusted or adjusted analyses. After accounting for interpreter services costs, the estimated 119 readmissions averted during the intervention period were associated with estimated monthly hospital expenditure savings of \$161,404.</p> <p>Conclusions—Comprehensive language access represents an important, high value service that all</p>	US

	medical centers should provide in order to achieve equitable, quality healthcare for vulnerable LEP populations.	
46. Langewitz 2013	<p>Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis. Schweizerische Akademie Medizinischer Wissenschaften SAMW.</p> <p>Zusammenfassung Der Leitfaden befasst sich mit dem Dialog zwischen Arzt und Patient, der oftmals Defizite aufweist, wodurch dem Arzt wichtige Informationen entgehen und worunter die Beziehung zwischen Arzt und Patient leidet, sowie auch der Erfolg der Behandlung. Der Leitfaden soll Ärzten helfen, das Gespräch zwischen Arzt und Patient zu analysieren und zu verbessern. Er orientiert sich an aktuellen Herausforderungen im Schweizer Gesundheitswesen und versucht, anhand von Beispielen aufzuzeigen, wie Defizite behoben werden können.</p>	CH
47. Lebrun and Guigueno 2015	<p>Recours à l'interprétariat dans les services publics de psychiatrie en Seine-Maritime. Rhizome 55: 28-37.</p> <p>Zusammenfassung: Es geht um die Problematik, dass durch die Migration eine kulturell sehr breitgefächerte Population in den Gesundheitszentren auf eine Behandlung angewiesen ist. Zum Teil fallen die Gesundheitsdienstleistungen aufgrund von kulturellen Missverständnissen qualitativ schlechter aus, die aufgrund eines Mangels an interkultureller Kompetenz des Personals bestehen.</p>	F
48. Lindholm et al. 2012	<p>Professional language interpretation and inpatient length of stay and readmission rates. J Gen Intern Med 27: 1294-1249.</p> <p>Background: The population of persons seeking medical care is linguistically diverse in the United States. Language barriers can adversely affect a patient's ability to explain their symptoms. Among hospitalized patients, these barriers may lead to higher readmission rates and longer hospitalizations. Trained interpreters help overcome communication barriers; however, interpreter usage among patients is suboptimal.</p> <p>Objective: To investigate differences among patients with limited English proficiency (LEP) in their length of stay (LOS) and 30-day readmission rate associated with their receiving professional interpretation at admission or discharge.</p> <p>Design: We analyzed the rates of interpretation at admission and discharge of all LEP patients admitted to a tertiary care hospital over a three-year period. We calculated length of stay in days and as log of LOS. We also examined 30-day readmission. Using multivariable regression models, we explored differences among patients who received interpretation at admission, discharge, or both, controlling for patient characteristics, including age, illness severity, language, and gender.</p> <p>Participants: All LEP patients admitted between May 1, 2004 and April 30, 2007.</p>	US

	<p>Main Measures: Length of hospital stay as related to use of professional interpreters; readmission to the hospital within 30 days.</p> <p>Key Results: Of the 3071 patients included in the study, 39 % received language interpretation on both admission and discharge date. Patients who did not receive professional interpretation at admission or both admission/discharge had an increase in their LOS of between 0.75 and 1.47 days, compared to patients who had an interpreter on both day of admission and discharge (P<0.02). Patients receiving interpretation at admission and/or discharge were less likely than patients receiving no interpretation to be readmitted with 30 days.</p> <p>Conclusions: The length of a hospital stay for LEP patients was significantly longer when professional interpreters were not used at admission or both admission/discharge.</p>	
49. López et al. 2015	<p>Use of interpreters by physicians for hospitalized limited english proficient patients and its impact on patient outcomes. <i>J Gen Intern Med</i> 30: 783-789.</p> <p>Background: Few studies have examined the impact of inpatient interpreter use for limited English proficient (LEP) patients on length of stay (LOS), 30-day post discharge emergency department (ED) visits and 30-day hospital readmission rates for LEP patients.</p> <p>Methods: A retrospective cohort analysis was conducted of all hospitalized patients admitted to the general medicine service at a large academic center. For patients self-reported as LEP, use of interpreters during each episode of hospitalization was categorized as: 1) interpreter used by non-MD (i.e., nurse); 2) interpreter used by a non- Hospitalist MD; 3) interpreter used by Hospitalist; and 4) no interpreter used during hospitalization. We examined the association of English proficiency and interpreter use on outcomes utilizing Poisson and logistic regression models.</p> <p>Results: Of 4,224 patients, 564 (13 %) were LEP. Of these LEP patients, 65.8 % never had a documented interpreter visit, 16.8 % utilized an interpreter with a non-MD, 12.6 % utilized an interpreter with a non- Hospitalist MD and 4.8 % utilized an interpreter with a hospitalist present. In adjusted models, compared to English speakers, LEP patients with no interpreters had significantly shorter LOS. There were no differences in readmission rates and ED utilization between LEP and English-speaking patients. Compared to LEP patients with no interpreter use, those who had a physician use an interpreter had odds for a longer LOS, but there was no difference in odds of readmission or ED utilization.</p> <p>Conclusion: Academic hospital clinician use of interpreters remains highly variable and physicians may selectively be using interpreters for the sickest patients.</p>	USA
50. Luan Erfe et al. 2017	<p>Professional medical interpreters influence the quality of acute ischemic stroke care for patients who speak languages other than English. <i>J Am Heart Assoc</i> 6: e006175.</p>	USA

	<p>Background—The inability to communicate effectively in a common language can jeopardize clinicians' efforts to provide quality patient care. Professional medical interpreters (PMIs) can help provide linguistically appropriate health care, in particular for the >25 million Americans who identify speaking English less than very well. We aimed to evaluate the relationship between use of PMIs and quality of acute ischemic stroke care received by patients who preferred to have their medical care in languages other than English.</p> <p>Methods and Results—We analyzed data from 259 non-English-preferring acute ischemic stroke patients who participated in the American Heart Association Get With The Guidelines–Stroke program at our hospital from January 1, 2003, to April 30, 2014. We used descriptive statistics and logistic regression models to examine associations between involvement of PMIs and patients' receipt of defect-free stroke care. A total of 147 of 259 (57%) non-English-preferring patients received PMI services during their hospital stays. Multivariable analyses adjusting for other socioeconomic factors showed that acute ischemic stroke patients who did not receive PMIs had lower odds of receiving defect-free stroke care (odds ratio: 0.52; P=0.04).</p> <p>Conclusions—Our findings suggest that PMIs may influence the quality of acute ischemic stroke care.</p>	
51. Marks-Sultan et al. 2016	<p>The legal and ethical aspects of the right to health of migrants in Switzerland. Public Health Rev 37: 15.</p> <p>Abstract</p> <p>The right to health of migrant populations, whether they are foreign nationals, foreign workers, tourists, asylum seekers or refugees, is enshrined in international human rights treaties. The effectiveness of the implementation of this fundamental right thus lies in national legal frameworks. In spite of its long humanitarian tradition, Switzerland has a strict migration policy, and while it has established a non-discriminatory legal framework for the protection and promotion of the right to health, its laws and regulations sometimes codify differences in treatment between foreign nationals and Swiss residents based on distinct situations. On the basis of shared responsibilities between the Federal State and the 26 cantons, this article describes the Swiss legal and regulatory approach to the right to health, the ways it is currently implemented and the possible vectors for an improved integration of migrants into the health system.</p>	CH
52. Martijn et al. 2013	<p>Adverse outcomes in maternity care for women with a low risk profile in The Netherlands: a case series analysis. BMC Pregnancy Childbirth 13: 219.</p> <p>Background: This study aimed to perform a structural analysis of determinants of risk of critical incidents in care for women with a low risk profile at the start of pregnancy with a view on improving patient safety. Methods: We included 71 critical incidents in primary midwifery care and subsequent hospital care in case of referral after 36 weeks of pregnancy that were related to substandard</p>	NL

	<p>care and for that reason were reported to the Health Care Inspectorate in The Netherlands in 36 months (n = 357). We performed a case-by-case analysis, using a previously validated instrument which covered five broad domains: healthcare organization, communication between healthcare providers, patient risk factors, clinical management, and clinical outcomes. Results: Determinants that were associated with risk concerned healthcare organization (n = 20 incidents), communication about treatment procedures (n = 39), referral processes (n = 19), risk assessment by telephone triage (n = 10), and clinical management in an out of hours setting (n = 19). The 71 critical incidents included three cases of maternal death, eight cases of severe maternal morbidity, 42 perinatal deaths and 12 critical incidents with severe morbidity for the child. Suboptimal prenatal risk assessment, a delay in availability of health care providers in urgent situations, miscommunication about treatment between care providers, and miscommunication with patients in situations with a language barrier were associated with safety risks. Conclusions: Systematic analysis of critical incidents improves insight in determinants of safety risk. The wide variety of determinants of risk of critical incidents implies that there is no single intervention to improve patient safety in the care for pregnant women with initially a low risk profile.</p>	
53. Mottelson et al. 2018	<p>Attitudes to and implementation of video interpretation in a Danish hospital: A cross-sectional study. Scand J Public Health 46: 244-251.</p> <p>Abstract</p> <p>Aims: Immigrants, refugees, and their descendants comprise 12% of Denmark's population. Some of these people do not speak or understand Danish well enough to communicate with the staff in a healthcare setting and therefore need interpreter services. Interpretation through video conferencing equipment (video interpretation) is frequently used and creates a forum where the interpreter is not physically present in the medical consultation. The aim of this study was to investigate the attitudes to and experiences with video interpretation among charge nurses in a Danish university hospital.</p> <p>Methods: An electronic questionnaire was sent to 99 charge nurses. The questionnaire comprised both closed and open-ended questions. The answers were analysed using descriptive statistics and thematic text condensation. Results: Of the 99 charge nurses, 78 (79%) completed the questionnaire. Most charge nurses, 21 (91%) of the daily/monthly users, and 21 (72%) of the monthly/ yearly users, said that video interpretation increased the quality of their conversations with patients. A total of 19 (24%) departments had not used video interpretation within the last 12 months.</p> <p>Conclusions: The more the charge nurses used video interpretation, the more satisfied they were. Most of the charge nurses using video interpretation expressed</p>	DEN

	satisfaction with the technology and found it easy to use. Some charge nurses are still content to allow family or friends to interpret. To reach its full potential, video interpretation technology has to be reliable and easily accessible for any consultation, including at the bedside.	
54. Müller 2017	Gesundheitsversorgung für Asylsuchende. Bericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit Zusammenfassung Die Arbeit untersucht die Gesundheitsversorgung im Asylbereich.	CH
55. Müller et al. 2018	Psychische Gesundheit von traumatisierten Asylsuchenden: Situationsanalyse und Empfehlungen. Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit, Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit. Interface. Zusammenfassung Diese Untersuchung soll Wissen über die Lücken in der Versorgung von Asylsuchenden generieren und Empfehlungen ausarbeiten, wie traumatisierte Asylsuchende zu behandeln sind.	CH
56. Napoles et al. 2015	Inaccurate language interpretation and its clinical significance in the medical encounters of Spanish-speaking Latinos. Med Care 53: 940-947. Background—Limited English-proficient (LEP) patients suffer poorer quality of care and outcomes. Interpreters can ameliorate these disparities; however, evidence is lacking on the quality of different interpretation modes. Objective—Compare accuracy of interpretation for in-person professional (IP), professional videoconferencing (VC), and ad hoc interpretation (AH). Design—Cross-sectional study of transcribed audiotaped primary care visits Subjects—32 Spanish-speaking Latino patients; 14 clinicians Measures—Independent coding of transcripts by four coders (two were internists) for accurate and inaccurate interpretation instances. Unit of analysis was a segment of continuous speech or text unit (TU). Two internists independently verified inaccurate interpretation instances and rated their clinical significance as clinically insignificant, mildly, moderately or highly clinically significant. Results—Accurate interpretation made up 70% of total coded TUs and inaccurate interpretation (errors) made up 30%. Inaccurate interpretation occurred at twice the rate for AH (54% of coded TUs) versus IP (25%) and VC (23%) interpretation, due to more errors of omission ($p < 0.001$) and answers for patient or clinician ($p < 0.001$). Mean number of errors per visit was 27, with 7.1% of errors rated as moderately/highly clinically significant. In adjusted models, the odds of inaccurate interpretation were lower for IP (OR = -1.25, 95% CI -1.56, -0.95) and VC (OR = -1.05; 95% CI -1.26, -0.84) than for AH interpreted visits; the odds of a moderately/highly clinically significant error were lower for IP (OR = -0.06; 95% CI -1.05, 0.92) than for AH interpreted visits.	USA

	<p>Conclusions—Inaccurate language interpretation in medical encounters is common and more frequent when untrained interpreters are used compared to professional in-person or via videoconferencing. Professional video conferencing interpretation may increase access to higher quality medical interpretation services.</p>	
57. Njeru 2017	<p>Telephone triage utilization among patients with limited English proficiency. BMC Health Services Research 17 1-7.</p> <p>Abstract</p> <p>Background: Communication between patients with limited English proficiency (LEP) and telephone triage services has not been previously explored. The purpose of this study was to determine the utilization characteristics of a primary care triage call center by patients with LEP.</p> <p>Methods: This was a retrospective cohort study of the utilization of a computer-aided, nurse-led telephone triage system by English proficiency status of patients empaneled to a large primary care practice network in the Midwest United States. Interpreter Services (IS) need was used as a proxy for LEP. Results: Call volumes between the 587 adult patients with LEP and an age-frequency matched cohort of English- Proficient (EP) patients were similar. Calls from patients with LEP were longer and more often made by a surrogate. Patients with LEP received recommendations for higher acuity care more frequently (49.4% versus 39.0%; $P < 0.0004$), and disagreed with recommendations more frequently (30.1% versus 20.9%; $P = 0.0004$). These associations remained after adjustment for comorbidities. Patients with LEP were also less likely to follow recommendations (60.9% versus 69.4%; $P = 0.0029$), even after adjusting for confounders (adjusted odds ratio [AOR] = 0.65; 95% confidence interval [CI], 0.49, 0.85; $P < 0.001$). Conclusion: Patients with LEP who utilized a computer-aided, nurse-led telephone triage system were more likely to receive recommendations for higher acuity care compared to EP patients. They were also less likely to agree with, or follow, recommendations given. Additional research is needed to better understand how telephone triage can better serve patients with LEP.</p>	USA
58. Novák 2012	<p>Migration & Gesundheit. Übersicht über ausgewählte Fachliteratur 201 und 2012. BAG</p> <p>Der Bericht gibt Einblick in die Forschungsergebnisse in den Themenbereichen Gesundheitsförderung und Prävention, Gesundheitszustand, Gesundheitsversorgung und interkulturelles Übersetzen bis 2012.</p>	CH
59. Oetterli et al. 2017	<p>Unterstützung von Hausärzten/-innen bei der Behandlung von Patienten/-innen mit Migrationshintergrund: Situationsanalyse, Handlungsbedarf und Empfehlungen zu Massnahmen. Interface.</p> <p>Zusammenfassung: Im Rahmen einer breit abgestützten Pilotstudie im Kanton Luzern Massnahmen zur Unterstützung von Hausärzten/-innen bei der Behandlung von Patienten/-innen mit</p>	CH

	Migrationshintergrund wurden Empfehlungen für die Praxis entwickelt.	
60. Ohtani et al. 2015	<p>Language barriers and access to psychiatric care: A systematic review. <i>Psychiatr Serv</i> 66: 798-805.</p> <p>Objective: The objective of this study was to synthesize the available evidence regarding the impact of patients' language proficiency on access to psychiatric care.</p> <p>Methods: A systematic literature search of PubMed, EMBASE, Medline, and PsycINFO was performed to identify studies published between January 1950 and July 2014 that examined the impact of language proficiency on access to and utilization of psychiatric services in the general population or among patients with psychiatric disorders. The keywords were psychiatry, language, utilization, access, and mental health care. Only articles in English were included. Cross-referencing of the identified articles was also performed.</p> <p>Results: Eighteen articles from four countries were identified, including 13 from the United States, two from Australia, two from Canada, and one from the Netherlands. These reports were generally consistent in showing a clear association between insufficient language proficiency and underutilization of psychiatric services; 15 studies reported that limited language proficiency was significantly associated with less frequent mental health care visits. Only one article showed an inverse relationship between limited language proficiency and use of mental health services, and two articles reported no association. No published data were found on the effects of linguistic interventions on access to mental health care among people with limited language proficiency. Conclusions: It is plausible that limited language proficiency is closely associated with underutilization of psychiatric services. Still, the lack of prospective interventional data clearly highlights the need for further investigations of the impact of language barriers on access to psychiatric care.</p>	Global review
61. Patil and Davies 2014	<p>Use of Google Translate in medical communication: evaluation of accuracy. <i>BMJ</i>: g7392</p> <p>In the United Kingdom most hospitals have access to translation services, but they are expensive and often cumbersome. The authors aimed to evaluate the accuracy and usefulness of Google Translate in translating common English medical statements. Google Translate is an easily available free online machine translation tool for 80 languages worldwide.</p> <p>However, we have found limited usefulness for medical phrases used in communications between patients and doctor. The authors found many translations that were completely wrong. Google Translate uses statistical matching to translate rather than a dictionary/grammar rules approach, which leaves it open to nonsensical results. In today's world "just Google it" is considered to be the answer to everything, but for health related questions this should be treated with caution. Google Translate should not be used for taking consent for</p>	UK

	surgery, procedures, or research from patients or relatives unless all avenues to find a human translator have been exhausted, and the procedure is clinically urgent.	
62. Schulz, Leder et al. 2015	<p>Improvements in patient care: videoconferencing to improve access to interpreters during clinical consultations for refugee and immigrant patients. Australian Health Review 39: 395-399.</p> <p>Abstract</p> <p>Objective. To demonstrate the suitability of accessing interpreters via videoconference for medical consultations and to assess doctor and patient perceptions of this compared with either on-site or telephone interpreting.</p> <p>Methods. We assessed the suitability and acceptability of accessing interpreters via videoconference during outpatient clinical consultations in two situations: (i) when the doctor and patient were in a consulting room at a central hospital and the interpreter sat remotely; and (ii) when the doctor, patient and interpreter were each at separate sites (during a telehealth consultation). The main outcome measures were patient and doctor satisfaction, number of problems recorded and acceptability compared with other methods for accessing an interpreter.</p> <p>Results. Ninety-eight per cent of patients were satisfied overall with the use of an interpreter by video. When comparing videoconference interpreting with telephone interpreting, 82% of patients thought having an interpreter via video was better or much better, 15% thought it was the same and 3% considered it worse. Compared with on-site interpreting, 16% found videoconferencing better or much better, 58% considered it the same and 24% considered it worse or much worse.</p> <p>Conclusions. The present study has demonstrated that accessing an interpreter via videoconference is well accepted and preferred to telephone interpreting by both doctors and patients.</p>	Australia
63. Schuster 2015	<p>'Gosh': a cross-cultural encounter with a Somali woman, a male interpreter and a gynecologist on female genital cutting/mutilation. Patient Educ Couns 98: 127-128.</p> <p>Reflection on positionality and cultural acceptability of medical interpreters</p>	CH
64. Schwarzinger et al. 2012	<p>Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé : Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète. Paris, France.</p> <p>Overview over medical interpreters in France</p>	F
65. SEM 2018	<p>Pilotprojekt „Zugänge schaffen – Dolmetscherunterstützung für traumatisierte Personen in der Psychotherapie“: Kontext und wichtigste Erkenntnisse. Staatssekretariat für Migration SEM.</p>	CH

66. SH4E 2016	<p>Die Überwindung von Sprachbarrieren im Gesundheitswesen. Positionspapier der Fachgruppe interkulturelles Dolmetschen der „Swiss Hospitals for Equity“</p> <p>„Die Überwindung von Sprachbarrieren im Gesundheitswesen“</p> <p>Angesichts der grossen Zahl fremdsprachiger Patientinnen und Patienten ist eine adäquate Gesundheitsversorgung ohne Einbezug von Dolmetschenden in vielen Situationen undenkbar. Nicht zu verstehen, was gesagt wird, oder selber nicht verstanden zu werden, ist belastend für Patientinnen und Patienten und das Gesundheitspersonal, und führt zu einer Vielzahl inadäquater Reaktionen, die nicht nur mit hohen Kosten verbunden sind, sondern auch die Sicherheit der Patientinnen und Patienten gefährden.</p> <p>Die Mitglieder der Fachgruppe interkulturelles Dolmetschen des Netzwerks «Swiss Hospitals for Equity» sind der Ansicht, dass der chancengleiche Zugang zur Gesundheitsversorgung ohne adäquate Verständigung nicht gewährleistet werden kann. Deshalb haben sie ein Positionspapier mit Empfehlungen zur Überwindung von Sprachbarrieren im Gesundheitswesen verfasst. Sie rufen darin Entscheidungsträgerinnen und -träger auf, Lösungen für die Finanzierung von Dolmetschleistungen zu finden.</p>	CH
67. Sleptsova et al. 2015	<p>What do interpreters understand as their role in a medical consultation and how do they carry it out in reality? Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 65: 363-369.</p> <p>Zusammenfassung</p> <p>Fragestellung: Die Dolmetscherrolle im Behandlungsetting ist in der Literatur nicht klar definiert. Ziel dieser Studie ist es, zu untersuchen, welche Rolle Dolmetscher sich im Gespräch selbst zuschreiben und welche Rolle sie in der Praxis tatsächlich einnehmen.</p> <p>Methode: Im quantitativen Teil der Studie haben sich Dolmetscher im Gesundheitswesen in einem Fragebogen zu ihrem Rollenverständnis geäussert. Im qualitativen Teil wurde anhand von gedolmetschten Videoaufnahmen die Rolle der Dolmetscher in der Praxis analysiert.</p> <p>Ergebnisse: 373 Fragebögen und 19 gedolmetschte Konsultationen wurden analysiert und verglichen. Während im Fragebogen eine neutrale Dolmetscherrolle bevorzugt wurde, ist in der Praxis ein aktives Verständnis der Dolmetscherrolle zu beobachten.</p> <p>Schlussfolgerung: Da Selbst-Beschreibung und beobachtetes Verhalten stark divergieren, müssen Fachpersonen und Dolmetscher vor jedem Gespräch miteinander klären, was sie voneinander erwarten.</p>	CH
68. Sleptsova et al. 2014	<p>The role of the health care interpreter in a clinical setting- a narrative review. J Community Health Nurs 31: 167-184.</p> <p>Objective: To examine published models of health care interpretation and associated roles, expectations, and outcomes. Methods: A literature search was conducted using the key words interpreter/translator,</p>	Global review

	<p>communication, and role and their combinations in PubMed, CINAHL, PsycINFO, and PSYNDExPlus. References mentioned in articles identified with these search terms were then checked by hand in corresponding publications and books. We excluded articles if they were dealing with concepts of interpretation, role definitions, etc., without presenting any empirical evidence to support their recommendations. Thirty-four of 1,121 references that investigated the role of professional interpreters in health care were found to meet inclusion criteria. Results: Out of 34 articles, only 2 recommend strict adherence to the conduit model in which interpreters are faithfully and exclusively transmitting information; the interpreter's role is in 32 studies defined in broader terms as the role of a cultural broker (n = 18), a manager or clarifier (n = 22), a patient advocate (n = 13), or a mediator (n = 6). Conclusion: There are no commonly accepted understandings of the interpreters' role; empirical data are lacking. Practice Implications: The interpreter's function must be explicitly clarified before a health care encounter is conducted. There should be an agreement of some basic rules.</p>	
69. Sleptsova et al. 2017	<p>Using interpreters in medical consultations: What is said and what is translated - a descriptive analysis using RIAS. Patient Educ Cons 100: 1667-1671.</p> <p>Objective: To analyse the concordance of original utterances by healthcare providers (HCP) and patients with the corresponding translations by interpreters using the Roter Interaction Analysis System (RIAS). Methods: Video recordings of interpreted consultations were transcribed. Transcription was performed by professional interpreters, who first transcribed consultations in both languages, then provided a translation of what was said in the foreign language. Based on the translations, the videos were coded and analysed using RIAS. Results: Overall, 19 consultations with a total recording time of 865 min were analysed. The main finding is the large difference in the number of utterances in the original language compared to the number of utterances in the target language: about one third of the HCPs' and the patients' utterances were not translated. In no instance were omissions explained to HCP or patient. Conclusion: Interpreters in this sample did not always translate what had been said precisely; they omitted utterances by both HCPs and patients. Practice implications: All participants of an interpreted consultation must be made aware of potential omissions in the process of translation. Further understanding of the causes and consequences of omissions is needed.</p>	CH
70. Spechbach 2017	<p>Comparison of the quality of two speech translators in emergency settings: A case study with standardized Arabic speaking patients with abdominal pain. European Congress of Emergency Medicine, Abstract</p>	CH

	<p>In the context of the current European refugee crisis, at the Geneva University Hospitals, 52% of the patients are foreigners and 10% don't speak French at all. In 2015, the languages which caused most problems were Tigrinya, Arabic and Farsi. Several researchers pointed the serious problems for quality, security and equitability of medical care in a such situation. BabelDr is a joint project of Geneva University's Faculty of Translation and Interpreting and Geneva University Hospitals. BabelDr application is a flexible speech-enabled phrasebook. The linguistic coverage is organised into domains, centered around body parts (abdomen, chest, head, kidney/back). Each of the four domains has a semantic coverage consisting of a prespecified set of utterances-types, but users can use a wide variety of surface forms when speaking to the system. Each utterance-type is associated with a canonical source sentence, which is rendered into the target languages by suitably qualified translation experts. We compared BabelDr with Google Translate. French speaking doctors were asked to use both systems to diagnose Arabic speaking patients [...]</p>	
71. Ticca and Traverso 2015	<p>Interprétation, traduction orale et formes de médiation dans les situations sociales introduction. Éditions de la maison des sciences de l'homme « langage et société » 153: 7-30.</p> <p>Au long des dernières décennies, les phénomènes de migration et de mobilité ont multiplié les situations de contact entre des personnes appartenant à des communautés linguistiques et culturelles différentes (européennes aussi bien qu'extra-européennes). À partir de là, les situations mettant en relation les personnes employées d'institutions (nationales) avec des personnes migrantes qui ne disposent que d'une connaissance partielle de la langue et des normes (sociales, culturelles, etc.) de l'institution concernée se sont multipliées. Il est investigué comment la situation d'interaction de service social avec interprète se trouve en fait à la croisée de plusieurs perspectives de recherche.</p>	F
72. UNHCR 2017	<p>Handbook for interpreters in asylum procedures. Austria, Vienna: UNHCR</p> <p>UNHCR Handbook for interpreters in asylum procedures</p>	Global
73. Wang et al. 2019	<p>Older Immigrants' Access to Primary Health Care in Canada: A Scoping Review. Can J Aging: 1-17.</p> <p>Aging and immigration have significantly shaped the population composition in Canada, where immigrants make up increasingly large proportions of the older adult population. This scoping review examines the existing knowledge surrounding older immigrants' access to, and utilization of, primary care physicians, who play a pivotal role in the delivery of primary care, preventive care, and mental health care. We applied Arksey and O'Malley's five-stage framework to search databases for Canadian-based, peer-reviewed English-language articles on the topic and examined 31 articles in detail. Three focus areas emerged: access and utilization of primary care, health promotion and cancer screening, and utilization of</p>	Canada, review

	<p>mental health services. Older immigrants face intertwining access barriers related to health literacy, language, culture, health beliefs, spatial inequality, and structural circumstances. The review provides a thorough understanding of the status of access to care among older immigrants in Canada, and yields policy implications to address their unmet health needs.</p>	
0	<p>Promouvoir l'interprétariat communautaire en psychiatrie publique: une recherche action. L'autre, cliniques, cultures et sociétés 15: 207-2018.</p>	0
74. Würth 2018	<p>Getting by in a Swiss tertiary hospital : The inconspicuous complexity of decisionmaking around patients limited language proficiency Journal of general internal medicine 33: 1885-1891.</p> <p>BACKGROUND: While the need to address language barriers to provide quality care for all is generally accepted, little is known about the complexities of decision-making around patients' limited language proficiency in everyday clinical encounters. OBJECTIVE: To understand how linguistic complexities shape cross-cultural encounters by incorporating the perspective of both, patients and physicians. DESIGN: A qualitative hospital study with semistructured interviews and participant-observation in a Swiss University Hospital. Thirty-two encounters were observed and 94 interviews conducted. PARTICIPANTS: Sixteen patients of Turkish and 16 of Albanian origin and all actors (administration, nurses, physicians, if required, interpreters) involved in the patients' entire process. MAIN APPROACH: Interviews were audio-recorded and transcribed verbatim. A thematic content analysis was conducted using MAXQDA. For reporting, the COREQ guidelines were used. KEY RESULTS: Three themes were relevant to patients and physicians alike: Assessment of the language situation, the use of interpreters, and dealing with conversational limits. Physicians tend to assess patients' language proficiency by their body language, individual demeanor, or adequacy of responses to questions. Physicians use professional interpreters for Bhigh-stakes^ conversations, and Bget by^ through Blow-stakes^ topics by resorting to bilingual family members, for example. Patients are driven by factors like fearing costs or the wish to manage on their own. High acceptance of conversational limits by patients and physicians alike stands in stark contrast to the availability of interpreters. CONCLUSIONS: The decision for or against interpreter use in the Breal world^ of clinical care is complex and shaped by small, frequently inconspicuous decisions with potential for suboptimal health care. Physicians occupy a key position in the decision-making to initiate the process of medical interpreting. The development and testing of a conceptual framework close to practice is crucial for guiding physicians' assessment of patients' language proficiency and their decision-making on the use of interpreting</p>	CH

	services. KEYWORDS: decision-making; language barriers; communication; ethics;	
75. Yick and Daines 2019	<p>Data in-data out? A metasynthesis of interpreter's experiences in health and mental health. <i>Qualitative Social Work</i> 18: 98-115.</p> <p>Abstract</p> <p>The goal of this metasynthesis study was to employ qualitative research studies to explore the experiences of interpreters working in hospitals or mental healthcare facilities. Using Noblit and Hare's meta-ethnographic strategy, findings from six qualitative articles were reduced to seven main themes: (1) technicalities of interpreting, (2) balancing objectivity versus supporting and identifying with the patient, (3) emotionally charged stories, (4) workplace stress, (5) interpreters' recommendations, (6) coping strategies, and (7) integrating the past with existential growth. Practice recommendations include examining the workplace culture for attitudes that devalue interpreters. To reduce secondary trauma, it is recommended that interpreters become integrated team members with access to supervision and stress management, in order to build coping strategies. Interpreters suggested implementing preparation time and debriefing time, as well as ongoing training and professional development. However, these suggestions raise complicated administrative issues surrounding fee-for-service reimbursement.</p>	Global review
76. Zemp Stutz, Kurth and Bohle 2019	<p>Telefon-Dolmetschen in der Berufspraxis von Hebammen. <i>SwissTPH</i>.</p> <p>Zusammenfassung</p> <p>Das Hebammen-Netzwerk „Familystart“ hat zum Ziel, Familien rund um die Geburt eine bedürfnisgerechte, sichere und koordinierte Betreuung zu bieten und garantiert teilnehmenden Geburtskliniken, dass jedes Mutter-Kind-Paar nach Austritt von einer Hebamme betreut wird. Nach 5 Jahren Betrieb wurden verschiedene Aspekte der Tätigkeit von Familystart beleuchtet, so auch die Betreuung fremdsprachiger Familien. Familystart zielt darauf ab, Sprachbarrieren während der postpartalen Betreuung besser überwinden und eine bestmögliche Qualität in der Betreuung anbieten zu können. Den betreuenden Hebammen und den von ihnen betreuten Familien steht ein kostenloser Telefondolmetschdienst (TDD) zur Verfügung. Trotz der garantierten Finanzierung wird er verhältnismässig wenig genutzt. Die vorliegende Studie hat zum Ziel, die Beweggründe für die Nutzung beziehungsweise Nichtnutzung des TDD während der postpartalen Betreuung von fremdsprachigen Familien zu untersuchen.</p>	CH