

Evaluation des Pilotprojekts «Zugänge schaffen – Dolmetschunterstützung für traumatisierte Personen in der Psychotherapie»

Schlussbericht zuhanden des Staatssekretariats für Migration SEM

Martina Brägger

Dübendorf, 11.06.2018

Inhalt

Management Summary	2
1 Ausgangslage.....	4
2 Gegenstand und Fragestellungen.....	5
2.1 Gegenstand der Evaluation	5
2.2 Zweck und Fragestellungen der Studie	5
3 Methodik.....	7
3.1 Erhebungsdesign	7
3.2 Beschreibung der Stichprobe und Aussagekraft der Ergebnisse.....	7
4 Ergebnisse	9
4.1 Überblick über die Projektpartner	9
4.2 Erfahrungshintergrund und Rahmenbedingungen vor dem Pilotprojekt	9
4.2.1 Erfahrungen in der Traumabehandlung und mit der Zielgruppe	9
4.2.2 Überbrückung von Verständigungsbarrieren und Bedarf nach ikD.....	10
4.2.3 Finanzielle Möglichkeiten zum Einsatz von ikD	12
4.2.4 Strukturelle Massnahmen zum Einsatz von ikD.....	13
4.3 Teilnahme und Umsetzung des Pilotprojekts «Zugänge schaffen»	14
4.3.1 Ursprüngliche Motivation zur Teilnahme	14
4.3.2 Geplanter und realisierter Einsatz der verfügbaren Projekt-ikD-Stunden	15
4.3.3 Zugang zur Zielgruppe	17
4.3.4 Nutzen aus dem Pilotprojekt aus Sicht der Projektpartner.....	19
4.4 Einfluss der ikD auf die Behandlungsqualität.....	21
4.4.1 Wissen im Umgang mit ikD seitens der Therapeuten/innen.....	21
4.4.2 Kompetenzen der ikD	23
4.5 Regionale ikD-Vermittlungsstellen	27
4.5.1 Beschreibung der Stichprobe	27
4.5.2 Sicht der Projektpartner auf die Vermittlungsstellen.....	27
4.5.3 Sicht der Vermittlungsstellen (2017 erfasst)	28
5 Diskussion und Analyse.....	31
Literatur.....	37
Anhang	38
A1 Übersicht über die Projektpartner	38
A2 Involvierte ikD-Vermittlungsstellen.....	42
A3 Weitere Ergebnisse aus der Onlinebefragung.....	43

Management Summary

Das Staatssekretariat für Migration (SEM) lancierte im März 2016 das zweijährige Pilotprojekt «Zugänge schaffen - Dolmetscherunterstützung 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 Projektpartner sollten zudem ihre Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit qualifizierten ikD sowie in der Behandlung der Zielgruppe ausbauen, vertiefen und austauschen können. Zur Überprüfung dieser Ziele wurde das Pilotprojekt einer Begleitevaluation unterzogen.

Die Begleitevaluation umfasste zwei Erhebungszeitpunkte: Oktober 2016 - März 2017 und Februar 2018 - April 2018. Zu beiden Zeitpunkten wurden die Kontaktpersonen telefonisch befragt und eine Onlinebefragung für alle in das Pilotprojekt involvierte Therapeuten/innen durchgeführt. Zudem wurden die ikD-Einsätze und die Anzahl in das Projekt aufgenommene Patienten ausgewertet. In der ersten Erhebungsphase wurden auch die involvierten ikD-Vermittlungsstellen telefonisch befragt.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Projektpartner bereits vor dem Pilotprojekt gut für einen bedarfsgerechten Einsatz von ikD sensibilisiert waren. Es herrscht Einigkeit, dass ikD in der Psychotherapie und insbesondere in der Traumabehandlung ein unverzichtbares Instrument darstellt. Alle bis auf einen Projektpartner hatten auch schon vor dem Pilotprojekt mit ikD sowie mit der Zielgruppe gearbeitet – der Umfang hing von den finanziellen Möglichkeiten ab. Die Sensibilisierung konnte während des Projektverlaufs weiter gesteigert werden, was auf die vermehrten ikD-Einsätze und die vertiefte Auseinandersetzung mit der Thematik zurückzuführen ist. Dadurch wurde auch das Bewusstsein über die Gelingensbedingungen einer ikD-gestützten Behandlung und die eigene Rolle und Verantwortung gestärkt, wobei diese Kenntnisse ebenfalls bereits zu Projektbeginn hoch waren. Während des Pilotprojekts stieg im Weiteren auch das Bewusstsein, dass sich nicht alle ikD gleichermaßen für den Einsatz in der Traumabehandlung oder der Psychotherapie eignen. Die Projektpartner achteten zunehmend auf die Kompetenzen und Qualifikationen der ikD und wählten diese somit zunehmend gezielt aus. Zwar erkennen die Therapeuten/innen immer einen Nutzen auf die Beratungs- und Behandlungsqualität durch den Einsatz von ikD. Der resultierende Nutzen ist aber umso grösser, je besser qualifiziert die ikD sind, wobei neben dem Dolmetschen ein sicherer Umgang mit Nähe und Distanz, Grundkenntnisse über psychische Krankheiten und Therapiemöglichkeiten und ein sicherer Umgang mit den eigenen Emotionen als Schlüsselkompetenzen identifiziert wurden. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass diesbezüglich neben der Persönlichkeit der ikD eine Spezialausbildung für den Einsatz in der Psychiatrie, wie es das INTERPRET Modul 5 darstellt, sowie eine Supervision förderlich sind. Die Verantwortung für die Qualifizierung der ikD bzw. die Bereitstellung von ausreichend qualifizierten ikD wird grundsätzlich bei den Vermittlungsstellen gesehen. Diese treffen eine sorgfältige Auswahl, befinden sich aber nicht selten in einem Spannungsfeld zwischen Verfügbarkeit und Qualifikationen der ikD. Gemeinsame (Mindest-)Standards betreffend der sprachlichen Kompetenzen, der Aus- und Weiterbildung, Supervision und weiteren Qualifikationen fehlen. Der Austausch mit den ikD-Vermittlungsstellen wurde während des Pilotprojekts kaum gestärkt.

Durch das Pilotprojekt konnten mehrere Projektpartner zusätzliche Patienten/innen aus dem Asyl- und Flüchtlingsbereich behandeln oder die Behandlungsintensität erhöhen. Der Zugang zur Zielgruppe konnte dadurch gestärkt werden. Zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang auch gestärkte Kooperationen, eine erhöhte Bereitschaft zur ikD-unterstützten Traumabehandlung sowie die Förderung von Plänen zur Schaffung von Spezial-Therapieangeboten. Mit Abschluss des Pilotprojekts und den wegfallenden Projektgeldern für ikD-Einsätze ist der verstärkte Zugang zur Zielgruppe jedoch gefährdet. Lediglich zwei Projektpartnern gelang es, neue Finanzierungsmöglichkeiten zu generieren (Stand April 2018). Zuweilen dürfte eine Steigerung der ikD-Einsätze über die gemeinwirtschaftlichen Leistungen möglich bzw. realisiert worden sein. Das Grundproblem einer fehlenden einheitlichen und verbindlichen Finanzierung von Dolmetscherdiensten zur Gewährleistung der Indikations- und Behandlungsqualität bleibt jedoch ungelöst. Überall dort, wo Finanzierungsmöglichkeiten für ikD fehlen oder sehr limitiert sind, droht mit Abschluss des Pilotprojekts – erhöhte Sensibilisierung hin oder her – ein Zurückfallen auf die Praxis zuvor. Die erhöhte Sensibilisierung und das gesteigerte Bewusstsein über die Gelingensbedingungen für den ikD-Einsatz dürften auf Ebene der einzelnen Therapeuten/innen über das Pilotprojekt hinaus nachhaltig sein. Auf Ebene der Projektpartner ist die Nachhaltigkeit aufgrund von Personalfluktuationen aber nicht gesichert.

Aus der Analyse lassen sich Schlüsse ziehen, was es braucht, um eine möglichst hohe Qualität der ikD-unterstützten Traumabehandlung nachhaltig sicherstellen zu können:

1. Eine stetige fachliche Auseinandersetzung über die Zusammenarbeit mit ikD in den psychotherapeutischen Institutionen sowie Aufnahme der Thematik in die Grundausbildung von Therapeuten/innen.
2. Aufbau von spezifischem Fachwissen zur Behandlung von traumatisierten Personen aus dem Asyl- und Flüchtlingsbereich sowie Abstimmung der (regionalen) Behandlungsangebote auf die Nachfrage, um traumatisierten Personen aus dem Asyl- und Flüchtlingsbereich eine adäquate Behandlung zu gewährleisten.
3. Prüfung der Rahmenbedingungen und allfälliger Massnahmen auf Zuweiserseite, um einen Zugang zur Zielgruppe sicherstellen zu können.
4. Definition von gemeinsamen (Mindest-)Standards betreffend den sprachlichen Kompetenzen, der Aus- und Weiterbildung, der Supervision und den weiteren Qualifikationen der ikD für den Einsatz in der Psychotherapie und Traumabehandlung.
5. Förderung der Aus- und Weiterbildung (inkl. INTERPRET Modul 5) und der Supervision von ikD, die im Bereich der Psychotherapie und Traumabehandlung zum Einsatz kommen.
6. Förderung des Austauschs zwischen den ikD-Vermittlungsstellen und den psychotherapeutischen Institutionen.
7. Sicherstellung der Finanzierung eines bedarfsgerechten ikD-Einsatzes und Bereitstellung von Ressourcen für die unter 1.-6. aufgeführten Massnahmen.

1 Ausgangslage

Das Staatssekretariat für Migration (SEM) lancierte im März 2016 das zweijährige Pilotprojekt «Zugänge schaffen - Dolmetscherunterstützung für traumatisierte Personen in der Psychotherapie» (SEM 2016). Anstoss zum Projekt gab die Zunahme von Flüchtlingen und vorläufig Aufgenommenen in den Jahren zuvor (SEM 2016). Aufgrund der hohen Prävalenz für posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) und anderen psychischen Störungen bei Flüchtlingen (Schick und Schnyder 2017, BAFF 2016) war auch von einer steigenden Anzahl traumatisierter Personen aus dem Flüchtlingsbereich auszugehen.

Laut der «Ist-Analyse über die psychosozialen Behandlungs- und Betreuungsangebote für traumatisierte Personen im Asyl- und Flüchtlingsbereich» (Oetterli et al 2013) stellt der ungenügende Einsatz von interkulturell Dolmetschenden (ikD) für diese Zielgruppe eine Zugangsbarrieren zu den psychiatrisch-psychotherapeutischen Angeboten in den Regelstrukturen dar. Dies wiederum sei häufig auf fehlende Finanzierungsmöglichkeiten für ikD zurückzuführen. In den Regelangeboten fehlt es laut der Studie zudem häufig an spezifischen Fachkenntnissen. Beides führe dazu, dass traumatisierten Geflüchteten mangelnde Behandlungsplätze zur Verfügung stehen. Hochgerechnet fehlen in der Schweiz laut Oetterli et al. mindestens 500 Plätze.

Im Rahmen des Pilotprojekts erhielten psychiatrische Institutionen (Projektpartner) einen finanziellen Beitrag für ikD, um dadurch mehr traumatisierten Personen aus dem Asyl- und Flüchtlingsbereich eine Behandlung zu ermöglichen. Neben der Schaffung von Behandlungsplätzen sollten die Projektpartner auch Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit qualifizierten ikD sowie in der Behandlung der Zielgruppe aufbauen, vertiefen und austauschen können. Zur Überprüfung dieser Ziele wurde das Pilotprojekt einer Begleitevaluation unterzogen. Die Erfahrungen aus dem Pilotprojekt sollten letztlich zur Verbesserung der Qualitätssicherung der ikD-unterstützten Traumabehandlung beitragen.

2 Gegenstand und Fragestellungen

2.1 Gegenstand der Evaluation

Gegenstand der Evaluation bildet das Pilotprojekt «Zugänge schaffen - Dolmetscherunterstützung für traumatisierte Personen in der Psychotherapie», das Ende März 2018 offiziell endete.¹ Am Projekt waren 20 Institutionen aus allen drei Sprachregionen beteiligt (vgl. Anhang A1). Laut Projektaus-schreibung (SEM 2016) waren Institutionen angesprochen gewesen, die bislang noch nicht oder kaum im Bereich der Traumabehandlung mit ikD zusammengearbeitet haben. Im Rahmen des Pro-jekts erhielten die Projektpartner eine finanzielle Pauschalunterstützung, um rund 10 Patienten/in-nen aus dem Asyl- und Flüchtlingsbereich je 20 ikD-unterstützte Behandlungsstunden zukommen zu lassen. Pro Dolmetscherstunde wurden CHF 100.- vergütet, den Restbetrag mussten die Projekt-partner selber tragen. Die ikD sollten wenn möglich über die regionalen Vermittlungsstellen bezogen werden, wodurch diese ebenfalls in den Fokus der Evaluation rückten. Da ein Einsatz in der Traum-abehandlung besondere Herausforderungen und Belastungen an die ikD stellt (Schick und Schnyder 2017), wurde von den Vermittlungsstellen eine entsprechend hohe Qualitätssicherung erwartet (SEM 2016).

Das Pilotprojekt verfolgte folgende übergeordnete Ziele:

- dank der Pauschalunterstützung von ikD sollen mehr Personen aus dem Asyl- und Flüchtlingsbe-reich von einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung profitieren (Zugang schaffen)
- Die teilnehmenden Institutionen sollen für einen bedarfsgerechten Einsatz von ikD sensibilisiert werden und den Nutzen durch ikD auf die Behandlungsqualität erkennen
- Es sollen Erkenntnisse generiert werden, die zur Qualitätssicherung bezüglich der Behandlung von Traumatisierten im Bereich der Psychotherapie und des ikD beitragen

Obschon nicht als explizites Ziel aufgeführt, sollten die teilnehmenden Institutionen durch das Pilot-projekt auch dazu angeregt werden, den Einsatz von ikD nachhaltig strukturell zu verankern und das Therapieangebot für die Zielgruppe auszubauen. Damit rückte auch die Frage nach der nachhaltigen Finanzierung von ikD in den Fokus der Evaluation. Da eine nationale Regelung zur Finanzierung von ikD fehlt (Schick und Schnyder 2017, Achermann und Künzli 2008), wurden die jeweiligen Finanzia-rungsmöglichkeiten der Projektpartner berücksichtigt. Aufgrund der limitierten Ressourcen bildeten die übergeordneten kantonalen Rahmenbedingungen keinen Gegenstand der Studie.

2.2 Zweck und Fragestellungen der Studie

Die Studie dient der Überprüfung der Ziele des Pilotprojekts (vgl. 2.1). Die Erfahrungen aus dem Pi-lotprojekt sollen letztlich zur Verbesserung der Qualitätssicherung der ikD-unterstützten Traumabe-handlung beitragen. Entsprechend den obigen Erläuterungen stehen die nachfolgenden Fragestel-lungen im Fokus des Interesses:

1. Gelingt es den Projektpartnern, mehr Personen aus dem Asyl- und Flüchtlingsbereich einen Zu-gang zu einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung zu verschaffen?

¹ Einige Projektpartner vereinbarten mit dem SEM eine Verlängerung bis im Herbst 2018.

2. Welche förderlichen und hemmenden Faktoren beeinflussen den Zugang der Zielgruppe zu den (ikD-unterstützten) Behandlungsangeboten?
3. Werden die Projektpartner für einen bedarfsgerechten Einsatz von ikD sensibilisiert und nutzen sie das Angebot vermehrt? Was sind allfällige Hinderungsgründe?
4. Welchen Nutzen auf die Behandlungsqualität erkennen die Projektpartner durch den Einsatz von ikD?
5. Welche flankierenden Massnahmen haben die Projektpartner während des Pilotprojekts lanciert, um den Zugang zur Zielgruppe und die Qualität der ikD-unterstützten Traumabehandlung zu verbessern?
6. Wurden durch das Pilotprojekt nachhaltige Strukturen geschaffen, um Personen aus dem Asyl- und Flüchtlingsbereich über das Pilotprojekt hinaus einen Zugang zu einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sicherzustellen? Wie ist der Einsatz von ikD institutionell organisiert? Ist die Finanzierung von ikD geklärt?
7. Entspricht die Vermittlung von ikD und deren Qualität den Erwartungen der Projektpartner? Sind sich die Vermittlungsstellen und die ikD den speziellen Herausforderungen bewusst, die durch die sensible Zielgruppe hervorgerufen werden? Besteht Verbesserungsbedarf?
8. Welche Schlussfolgerungen und Empfehlungen lassen sich hinsichtlich eines bedarfsgerechten Einsatzes von ikD in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung von traumatisierten Personen aus dem Asyl- und Flüchtlingsbereich ziehen?

3 Methodik

3.1 Erhebungsdesign

Die Erhebung gliederte sich in zwei Perioden, die sich wiederum aus mehreren Erhebungsschritten zusammensetzten (Tabelle 1). Durch diese Unterteilung wurde einerseits dem Ansatz einer «Vorher-Nachher-Befragung» gerecht, mit dem Ziel, durch das Pilotprojekt ausgelöste Entwicklungen identifizieren zu können. Gleichzeitig konnten den Projektbeteiligten dank einer Zwischenauswertung bereits während des Pilotprojekts erste Ergebnisse zurückgespiegelt werden.

Tabelle 1: Erhebungsschritte und Produkte der Evaluation

1. Erhebungsperiode (Okt 2016 - Mrz 2017)	2. Erhebungsperiode (Feb - Apr 2018)
<ul style="list-style-type: none"> - Telefonische Befragung der Kontaktpersonen (n=20) - Telefonische Befragung der in das Pilotprojekt involvierten ikD-Vermittlungsstellen (n=8) - Onlinebefragung der in das Pilotprojekt involvierten Therapeuten/innen (n=52) - Auswertung der ikD-Einsätze und Anzahl aufgenommener Patienten/innen 	<ul style="list-style-type: none"> - Telefonische Befragung der Kontaktpersonen (n=19) - Onlinebefragung der in das Pilotprojekt involvierten Therapeuten/innen (n=53) - Auswertung ikD-Einsätze und Anzahl aufgenommener Patienten/innen - Auswertung der ikD-Einsätze und Anzahl aufgenommener Patienten/innen
<ul style="list-style-type: none"> - Zwischenbericht (Mai 2017) - Ergebnispräsentation am Vernetzungstreffen (November 2017) 	<ul style="list-style-type: none"> - Schlussbericht (Mai/Juni 2018)

Die Erstbefragung der Kontaktpersonen diente in erster Linie dazu, die Erfahrungen mit dem Einsatz von ikD und der Behandlung von traumatisierten Personen aus dem Asyl- und Flüchtlingsbereich vor dem Pilotprojekt zu erfassen. Die Motivation zur Teilnahme am Pilotprojekt sowie die ersten Erfahrungen und flankierenden Massnahmen bildeten weitere Themen der Erstbefragung. Die Zweitbefragung diente schliesslich zur Überprüfung der (individuelle) Ziele und der Wirkungen des Pilotprojekts. Bei der Onlinebefragung handelte es sich zu beiden Zeitpunkten um dieselbe Befragung. Im Fokus standen folgende Aspekte: Sensibilisierung, Einsatz von ikD, Wissen im Umgang mit ikD, Beurteilung der Qualifikation der ikD, Nutzen von ikD auf die Behandlungsqualität sowie die Wirkungen durch das Pilotprojekt. Für die Erstellung des Fragebogens orientierten wir uns am Fachartikel «Lost in Translation» von Morina et al. (2007) sowie am Beschrieb des INTEPRET Moduls 5. Die telefonische Befragung der acht in das Pilotprojekt involvierten Vermittlungsstellen (vgl. Anhang A2) diente schliesslich dazu, deren Rahmenbedingungen kennenzulernen und die Frage zu vertiefen, ob sich die Vermittlungsstellen den besonderen Herausforderungen von ikD-Einsätzen in der Traumabehandlung bewusst sind und dies bei der Vermittlung, Weiterbildung und Betreuung der ikD berücksichtigen.

3.2 Beschreibung der Stichprobe und Aussagekraft der Ergebnisse

Nähere Informationen über die Projektpartner und involvierten Vermittlungsstellen finden sich in den Unterkapiteln 4.1 sowie 4.5.1 sowie unter Anhang A1 und A2. Bei den telefonischen Befragungen der Projektpartner (Kontaktpersonen) und der involvierten Vermittlungsstellen handelt es sich um

Vollerhebungen, weshalb die Ergebnisse von hoher Aussagekraft sind. Nur eine Kontaktperson konnte 2018 nicht mehr befragt werden.²

Die Kontaktpersonen waren im Weiteren aufgefordert, die Onlinebefragung an alle in das Pilotprojekt involvierten Therapeuten/innen weiterzuleiten. Aus der Gegenüberstellung der am Pilotprojekt gemeldeten Therapeuten/innen ist bekannt, dass sich nicht alle an der Onlinebefragung beteiligt haben. Insgesamt waren mindestens 99 Therapeuten in das Pilotprojekt involviert, wobei zuweilen selber keine Patienten/innen betreut wurden. Auch wenn sich nicht alle ins Pilotprojekt involvierten Therapeuten/innen an der Befragung beteiligten, können die Stichproben als repräsentativ und die Ergebnisse als von hoher Aussagekraft beurteilt werden, da sich die Onlinebefragung auf Themen fokussiert, die unabhängig von den einzelnen Projektpartnern zu betrachten sind. Tabelle 2 gibt eine Übersicht über die Stichproben der Onlinebefragung zu den beiden Erhebungszeitpunkten. Die beiden Stichproben sind nicht identisch, d.h. es waren nicht genau dieselben Personen beteiligt. Es gibt aber keine signifikanten Unterschiede zwischen den zwei Stichproben was den Erfahrungshintergrund mit ikD oder andere Charakteristika anbelangt. Beide Stichproben können daher als homogen betrachtet werden, was einen Vergleich der Ergebnisse zu den beiden Erhebungszeitpunkten erlaubt, um daraus Rückschlüsse auf Wirkungen durch das Pilotprojekt ziehen zu können.

Tabelle 2: Überblick zu den Stichproben der Onlinebefragung 2017 und 2018

	2017	2018
ausgefüllte Fragebogen	52	53
ohne Patienten/innen im Pilotprojekt	16	9
keine Erfahrung mit ikD ausserhalb des Pilotprojekts	9	10
Anzahl vertretene Projektpartner	16	19
Anzahl Teilnehmende pro Projektpartner	0 / 1-13	0 / 1-7

² Die Kontaktperson vom KJPD St. Gallen trat in Ruhestand, wobei die Nachfolgerin keine vertieften Kenntnisse zur Umsetzung des Pilotprojekts hatte und auf die Kontaktperson vom KJPD Wil verwies.

4 Ergebnisse

4.1 Überblick über die Projektpartner

Bei 16 der 20 Projektpartner handelt es sich um grössere Kliniken und Organisationen, zumeist mit einem kantonalen Auftrag zur psychiatrischen Grundversorgung. Sieben davon richteten sich an Erwachsene, sechs an Minderjährige und drei an alle Altersgruppen (vgl. Anhang A1). Mehrheitlich waren ambulante Angebote am Pilotprojekt beteiligt. Ausnahme hiervon bildete die Psychiatrische Klinik Zugersee, deren stationäre Abteilung am Pilotprojekt teilnahm, sowie die Psychiatrische Klinik Münsterlingen und die Kinder- und Jugendpsychiatrie KJP Graubünden, bei denen sowohl ambulante als auch (teil-)stationäre Angebote am Projekt mitwirkten. Bei fünf Projektpartnern handelt es sich um Spezialangebote im Bereich der Traumabehandlung oder transkulturellen Behandlung:

- Association Pluriels, Centre de consultations et d'études ethnopsychologiques pour migrants
- Ostschweizer Kinderspital, Traumasprechstunde
- Psychiatrische Klinik Münsterlingen, Station für transkulturelle Psychotherapie sowie Sprechstunde für Traumafolgestörungen
- Integrierte Psychiatrie Winterthur, Ambulatorium für Traumafolgen
- Kantonsspital Winterthur, Sozialpädiatrisches Zentrum, Sprechstunde für Traumabehandlung

Bei den weiteren vier Institutionen handelt es sich um niedergelassene Therapeuten/innen, darunter drei Gruppenpraxen sowie eine Arbeitsgruppe «Flüchtlinge» innerhalb eines Verbundes von lokalen Psychotherapeut/innen. Alle privaten Organisationen nahmen mit ambulanten Angeboten am Pilotprojekt teil. Mit einer Ausnahme (nur Erwachsene) richteten sich diese an alle Altersgruppen. Eine der Gruppenpraxen hat sich (u.a.) auf Traumabehandlung spezialisiert, darunter auch für Personen mit Migrationshintergrund.

4.2 Erfahrungshintergrund und Rahmenbedingungen vor dem Pilotprojekt

4.2.1 Erfahrungen in der Traumabehandlung und mit der Zielgruppe

Wie bereits dargestellt, handelte es sich bei mehreren Projektpartnern um Spezialangebote im Bereich Traumabehandlung oder transkulturelle Behandlung, die bereits vor dem Pilotprojekt bestanden. In mehreren dieser spezialisierten Institutionen war mindestens eine Person im Pilotprojekt beteiligt (meist die Kontaktperson), die früher in einem Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer gearbeitet (3) oder sich in ihrer Ausbildung auf diese Thematik spezialisiert hatte (2). Mit einer Ausnahme wiesen vor dem Pilotprojekt alle privaten Projektpartner solche Expertise aus. Insgesamt waren fünf Institutionen mit ehemaligen Mitarbeitenden in einem Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer am Pilotprojekt vertreten.

Alle bis auf einen Projektpartner hatten bereits vor dem Pilotprojekt Personen aus dem Asyl- und Flüchtlingsbereich behandelt, darunter auch traumatisierte Personen. Wie viele Geflüchtete behandelt wurden, hängt einerseits von der Grösse der Institutionen und der Zielgruppengrösse im Einzugsgebiet ab. Andererseits spielen die finanziellen Möglichkeiten für den Einbezug von Dolmetschenden eine zentrale Rolle (vgl. 4.2.3). Letzteres bestimmt auch, in welcher Form und Intensität

die betroffenen Geflüchteten behandelt werden konnten, wobei zum Teil ausschliesslich Abklärungen oder Kriseninterventionen aber keine weiterführenden Behandlungen im Bereich des Möglichen lagen. Letztlich streut die Erfahrung mit traumatisierten Flüchtlingen und Personen aus dem Asylbereich je nach Projektpartner zwischen «keine Erfahrung», «Erfahrung mit einzelnen Fällen» bis hin zu «Routine in der Arbeit mit dieser Zielgruppe». Einzelne Projektpartner führten auch auf die Zielgruppe spezialisierte Behandlungssettings.

Schliesslich führten alle Projektpartner vor dem Pilotprojekt auch ohne explizite Spezialangebote Traumabehandlungen durch und verfügten über entsprechend erfahrenes Personal. Einzelne Therapeuten/innen wiesen ebenfalls spezifische Weiterbildungen im Bereich der Traumabehandlung aus, wobei mehrfach erwähnt wurde, dass diesbezügliche Grundkompetenzen von allen Therapeuten/innen erwartet werden, da die Traumabehandlung Gegenstand in der Grundausbildung sei. Mehrere Projektpartner sahen dennoch vor, einen engeren Kreis an erfahrenen Therapeuten/innen in das Pilotprojekt einzubeziehen.

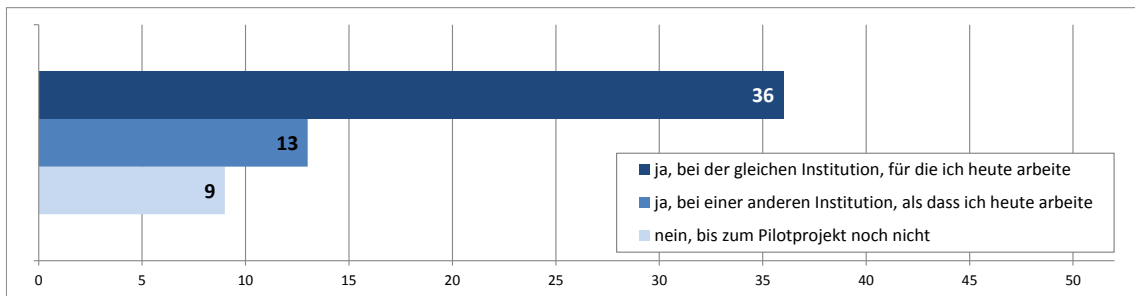
4.2.2 Überbrückung von Verständigungsbarrieren und Bedarf nach ikD

Alle bis auf einen Projektpartner hatten bereits vor dem Pilotprojekt professionelle ikD über die regionalen Vermittlungsstellen bezogen, um Verständigungsbarrieren mit Patienten/innen zu überbrücken. Eine Kontaktperson sagte aus, in Notfällen auch den Telefondolmetschdienst zu nutzen. Einige Kontaktpersonen gaben überdies zur Auskunft, innerhalb des Therapeutenteams über Fremdsprachenkenntnisse zu verfügen, wobei neben den gängigen Fremdsprachen (Englisch, Französisch, Italienisch, Spanisch) vereinzelt auch weitere Sprachen genannt wurden (Serbokroatisch, Türkisch, Russisch u.a.). Meist handelt es sich dabei allerdings nicht um jene Sprachen, die im Asyl- und Flüchtlingsbereich besonders nachgefragt sind. Lediglich zwei Projektpartner deckten auch Persisch/Farsi und Arabisch ab. Soweit wie möglich wurden die Patienten/innen den fremdsprachigen Therapeuten/innen gezielt zugewiesen. Da Fremdsprachenkenntnisse in Englisch- oder Französisch auch unter Geflüchteten eine gewisse Verbreitung findet, wurden diese Ressourcen ebenfalls fallweise genutzt, insbesondere dann, wenn die Mittel für ikD limitiert waren.

Demgegenüber zogen die Projektpartner Laien-Dolmetschenden nicht aktiv bei. Nur eine Kontaktperson sagte aus, in äussersten Notfällen auf fremdsprachiges Personal zurückzugreifen. Grundsätzlich wurde der Einsatz von Laien-Dolmetschenden und insbesondere von Angehörigen von allen Projektpartnern als ungünstig beurteilt (Rollenkonflikt, Patienten/innen sprechen nicht offen, keine Gewähr dass richtig übersetzt wird) und in der therapeutischen Arbeit vermieden. Die meisten Kontaktpersonen waren aber selber schon in Situationen, in denen die Patienten/innen Angehörige zum Übersetzen mitbrachten oder diese von Laiendolmetschenden – z.B. durch ein Durchgangszentrum organisiert – begleitet wurden. Diese Situationen bedürfen eines gewissen Fingerspitzengefühls, da ein Ablehnen dieser Personen in ihrer Rolle als Übersetzende bei den Patienten/innen auf Unverständnis stossen kann. Im Hinblick auf 'mitgebrachte' Laien-Dolmetschende führte die Kostenfrage auf der anderen Seite mitunter aber dazu, dass fallweise der Versuch unternommen wurde, mit diesen (ein Stück weit) zu arbeiten. Eine Grenze wurde aber grundsätzlich gezogen, wenn es um die eigentliche therapeutische Arbeit ging.

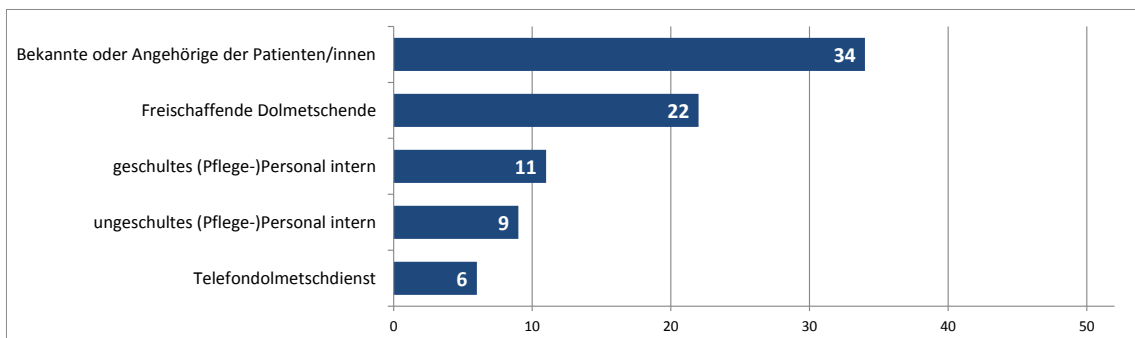
Die obigen Aussagen der Kontaktpersonen decken sich mit den Ergebnissen aus der Onlinebefragung (Erhebungszeitpunkt 2017, vergleichbares Resultat 2018). Demnach hatte die Mehrheit der am Pilotprojekt beteiligten Therapeuten/innen die Möglichkeit, ikD bereits vor dem Pilotprojekt zu beziehen (Abbildung 1), wobei aber nur eine Minderheit (sehr) viel Erfahrung mit ikD auswies (vgl. Abbildung 14 Anhang A3). Wie Abbildung 2 zeigt, hatte die Mehrheit zudem Erfahrung mit Laiendolmetschenden – insbesondere mit Bekannten oder Angehörigen.

Abbildung 1: Möglichkeit für den Einsatz von ikD vor dem Pilotprojekt (n₁=52)*



* Mehrfachantworten

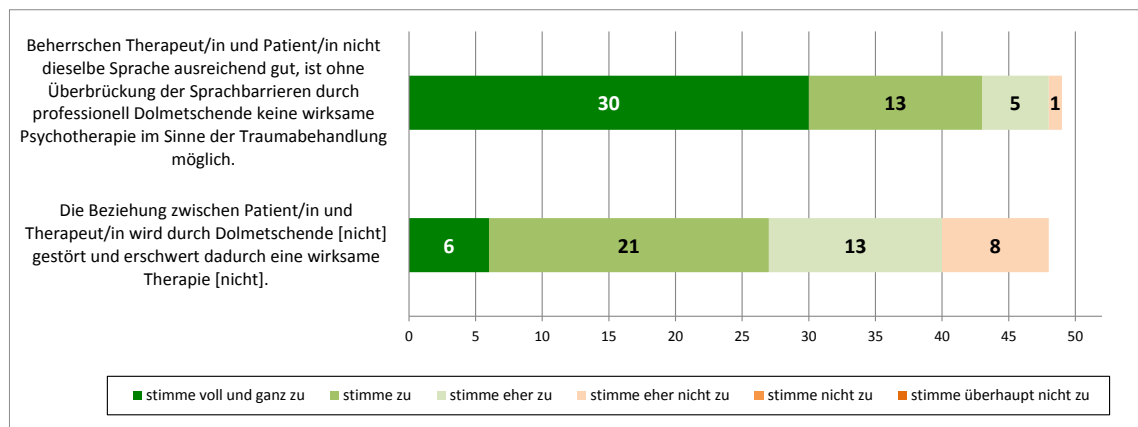
Abbildung 2: Erfahrung mit anderen mündlichen Übersetzungen (n₁=52)



Die grosse Mehrheit der Kontaktpersonen war zu Projektbeginn mit Nachdruck überzeugt, dass professionelle ikD in der Traumabehandlung unerlässlich sind, wenn Patienten/in und Therapeut/in nicht dieselbe Sprache sprechen. Dies widerspiegelt sich auch in der Onlinebefragung (Abbildung 3). Wenn der/die Patient/in keine oder nur rudimentäre Kenntnisse der lokalen Sprache habe, sei ohne Dolmetschende nichts möglich. Auch wenn ein/e Patient/in die lokale Sprache (oder Englisch und Französisch) gut spricht, stosse man in der Therapie häufig an Grenzen, wenn Emotionen ausgedrückt werden sollen oder genaue Schilderungen nötig sind. Umgekehrt müsse der/die Therapeut/in differenzierte Fragen stellen und Interventionen differenziert beschreiben können mit der Sicherheit, dass diese verstanden werden. Entsprechend bestehe auch bei Patienten/innen mit Kenntnissen der lokalen Sprache Bedarf, zumindest punktuell Dolmetschende einzusetzen. Neben der Sprache seien zudem auch kulturelle Aspekte wichtig zu verstehen, weshalb ikD eine grosse Unterstützung für die Therapeuten/innen sein können. Da bei der Zielgruppe häufig sowohl sprachliche wie auch kulturelle Verständigungsbarrieren zu überbrücken seien, wird der Bedarf nach ikD seitens der Kontaktpersonen als besonders hoch eingestuft. Kinder und Jugendliche würden verglichen mit Erwachsenen die lokale Sprache zwar meist schneller lernen. Bei begleiteten Minderjährigen ist der Einbezug der Eltern aber wichtig. Das Sprechen über Gefühle und kulturelle Aspekte bleibt bei allen

eine Herausforderung. Letztlich ist laut der Kontaktpersonen zu berücksichtigen, dass auch die Therapieform und der Inhalt der Gespräche über den Bedarf nach ikD entscheiden. So gibt es Verfahren zur Traumabehandlung, die mit sehr wenig Sprache auskommen, wie die EMDR-Methode.³ Steht eine Psychoedukation im Vordergrund, bestehen zudem andere Anforderungen an die ikD, als wenn die traumatischen Erlebnisse aufgearbeitet werden. Dass nahezu alle Projektpartner bereits vor dem Pilotprojekt mit professionellen ikD zusammengearbeitet haben, unterstreicht den Bedarf zusätzlich. Zwei Projektpartner hatten zudem bereits vor Jahren selber oder in Zusammenarbeit mit dem regionalen Vermittlungsstellen einen Pool an Dolmetschenden für den Einsatz in der Psychiatrie aufgebaut, noch bevor das INTERPRET Modul 5 angeboten wurde (ab 2010).

Abbildung 3: Bedarf nach ikD in der Traumabehandlung (n₁=52)



Neben dem Bedarf nach ikD in der Traumabehandlung geht aus Abbildung 3 weiter hervor, dass bereits bei Projektbeginn die Mehrheit der Therapeuten/innen den Einsatz von ikD für die Beziehung zwischen ihnen und den Patienten/innen nicht als störend beurteilten. Gegenüber dem Bedarf nach ikD war die Zustimmung aber deutlich tiefer und es gab auch mehrere, die die Aussage eher ablehnten. Dieses Ergebnis überrascht nicht, da der Beizug einer dritten Person unweigerlich zu einer grösseren Komplexität führt. Letztlich wurden der Bedarf (und der Nutzen, vgl. 4.4.2) durch die ikD aber stärker gewichtet als die höheren Anforderungen, die sich durch den Beizug von ikD ergeben.

4.2.3 Finanzielle Möglichkeiten zum Einsatz von ikD

Nahezu alle Projektpartner hatten bereits vor dem Pilotprojekt ikD eingesetzt, bzw. konnten ikD auch ausserhalb des Pilotprojekts einsetzen (vgl. 4.2.2). In welchem Umfang dies möglich war, hing von den finanziellen Möglichkeiten ab, wobei sich die Projektpartner diesbezüglich stark unterscheiden:

- In sechs Institutionen war die Zusammenarbeit mit ikD mit bis zu mehreren Hundert Einsätzen pro Jahr (auf die ganze Klinik bezogen) bereits vor dem Pilotprojekt fest etabliert. Es handelt sich dabei mehrheitlich um grössere Kliniken mit einem kantonalen Auftrag zur psychiatrischen Grundversorgung. In den meisten dieser Institutionen wurden die ikD-Einsätze über die Mittel für gemeinwirtschaftliche Leistungen finanziert, wobei in einem Fall ein eigenes Budget für Übersetzungsleistungen bereitstand. In einem Fall wurden ikD über einen Fond finanziert. Laut Aussage

³ EMDR steht für Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Mehr Informationen zu dieser Methode finden sich auf der Webseite von EMDR Schweiz (www.emdr-schweiz.ch).

der Kontaktpersonen konnten ikD bedarfsgerecht eingesetzt werden. Zuweilen wurden die Mitarbeitenden auch schon vor dem Pilotprojekt aktiv aufgefordert, ikD vermehrt einzusetzen. Die Kontaktpersonen von drei weiteren Projektpartnern (Kliniken mit kantonalem Auftrag) sagten bei Projektbeginn ebenfalls aus, auch ohne das Pilotprojekt ikD einsetzen zu können, wenn Notwendigkeit dafür bestehe. Aufgrund der kleinen Zielgruppengrösse fielen die ikD-Einsätze bislang aber nicht stark ins Gewicht.

- Sechs Projektpartner mit einem kantonalen Auftrag hatten vor dem Pilotprojekt ebenfalls schon finanzielle Mittel für ikD (gemeinwirtschaftliche Leistungen oder Solidaritätsfond). Zum Teil bestand zwar keine explizite Obergrenze, aufgrund des allgemeinen Kostendrucks sahen sich die Kliniken aber dennoch gefordert, ikD-Einsätze wirtschaftlich und daher sparsam einzusetzen. Zuweilen kamen die Projektpartner auch in Bedrängnis, nachdem die Finanzierung von ikD durch Dritte (Migrationsamt, Sozialdienst, Gemeinden) wegfiel. In vier Institutionen bestand eine explizite Obergrenze, wobei die ikD-Einsätze teilweise auf bestimmte Angebote begrenzt waren, jeder ikD-Einsatz bei der Leitung bewilligt werden musste oder die Anzahl ikD-Einsätze pro Patient/in limitiert war.
- Die übrigen fünf Projektpartner, darunter die vier privaten Institutionen, hatten vor dem Pilotprojekt keine finanziellen Mittel für den Einsatz von ikD. Entsprechend hat ein Projektpartner bislang auch auf den Einsatz von ikD verzichtet. Die anderen vier zogen ikD bei, wenn die Kosten durch Dritte übernommen wurden (Migrationsamt, Sozialdienst, Gemeinden). Als ehrenamtliches Engagement haben einige private Therapeuten/innen die Kosten für die ikD auch selber übernommen, vorausgesetzt, die Therapiekosten waren über die Krankenkasse gedeckt.

4.2.4 Strukturelle Massnahmen zum Einsatz von ikD

Insbesondere jene Institutionen, bei denen der Einsatz von ikD bereits vor dem Pilotprojekt zur Tagesordnung gehörte, arbeiteten mit den regionalen Vermittlungsstellen zusammen. Diese Zusammenarbeit war zuweilen bereits fest etabliert. In der Regel wurden ikD ausschliesslich über diese Stellen bezogen.

Insgesamt acht Kontaktpersonen gaben bei Projektbeginn zur Auskunft, dass ihre Institution über interne Richtlinien oder Merkblätter zum Einsatz von ikD verfügten, wobei diese überwiegend organisatorische Aspekte abdecken. Abhängig von den finanziellen Rahmenbedingungen konnten die Therapeuten/innen ikD bereits vor dem Pilotprojekt nach eigenem Ermessen einsetzen oder sie mussten den Einsatz zuerst bewilligen lassen. Mehrheitlich konnten sich die Therapeuten/innen direkt an die Vermittlungsstellen wenden, in einzelnen Institutionen musste der offizielle Weg über eine zuständige Person innerhalb der Klinik eingehalten werden. Eine inhaltliche Auseinandersetzung über den bedarfsgerechten Einsatz von ikD oder die Zusammenarbeit mit ikD fand vor dem Pilotprojekt in zehn Institutionen in Form von Teamaustausch, Schulung, Coaching oder Einarbeitung neuer Mitarbeitenden statt, wobei erfahrene Therapeuten/innen häufig ihr Wissen ans Team weitergaben.

4.3 Teilnahme und Umsetzung des Pilotprojekts «Zugänge schaffen»

4.3.1 Ursprüngliche Motivation zur Teilnahme

Die Hauptmotivation zur Teilnahme am Pilotprojekt lag im erkannten Bedarf nach ikD in der Traumabehandlung von fremdsprachigen Patienten/innen (vgl. 4.2.2). Überall dort, wo die Mittel für ikD beschränkt waren oder ein zunehmender Kostendruck spürbar war, war die finanzielle Unterstützung ein wichtiger Grund für die Teilnahme. Eine erhöhte Nachfrage aufgrund der steigenden Asyl- und Flüchtlingszahlen oder die allgemeine Unterversorgung dieser Zielgruppe gaben weiteren Anlass, sich am Pilotprojekt zu beteiligen. Dank des Pilotprojekts und der finanziellen Unterstützung sollten in zehn Institutionen neue Behandlungsangebote geschaffen oder bestehende Angebote einer breiteren Zielgruppe und somit auch Personen aus dem Asyl- und Flüchtlingsbereich zugänglich gemacht werden. Im Weiteren hofften mehrere Projektpartner, ihre Erfahrungen mit ikD sowie die Behandlung von traumatisierten Personen vertiefen zu können und vom Erfahrungsaustausch unter den Projektpartnern profitieren zu können. Darunter sind hinsichtlich der Behandlung von traumatisierten Geflüchteten unerfahrene wie auch erfahrene Institutionen. Drei Projektpartner wollten das Pilotprojekt auch zur Vernetzung und engeren Zusammenarbeit unter den psychiatrischen Angeboten innerhalb der Region nutzen oder Hausärzte und weitere fallinvolvierte Fachpersonen einbeziehen, um ihnen die Vorzüge von ikD näherzubringen. Drei Projektpartner nahmen schliesslich am Projekt teil, da sie darin eine Möglichkeit sahen, politischen Druck hinsichtlich einer nationalen Lösung zur Finanzierung von ikD auszulösen (vgl. Box 1). Insgesamt sechs Kontaktpersonen erwarten oder gingen davon aus, dass das Pilotprojekt diesbezüglich Teil einer Strategie des Bundes sei.

Box 1: Fehlender Anspruch auf ikD in der Psychiatrie und Psychotherapie

Alle Kontaktpersonen beurteilen es als kritisch bis stossend, dass die Kostenfrage für Dolmetschende in der Psychiatrie und der Psychotherapie nicht geklärt ist. Wie unter 4.2.2 erläutert, sind professionelle Dolmetschende aus ihrer Sicht unerlässlich für eine wirksame Therapie. Aufgrund der jetzigen Situation würden fremdsprachige Personen von einer adäquaten Behandlung ausgeschlossen. Wären die Kosten für ikD gedeckt, könnten folglich mehr bedürftige Personen behandelt werden. Viele Befragte sind überzeugt, dass sich die Investition in ikD bezahlt machen würde, da eine effizientere Therapie möglich wäre, weniger somatische Behandlungen zur Minderung ihrer durch das Trauma hervorgerufenen Symptome nötig wären und eine Chronifizierung ihres Leidens verhindert werden könnte (vgl. BAFF 2016, Maier et al. 2010). Letztlich sei auch zu berücksichtigen, dass sich eine PTBS negativ auf den Integrationsprozess auswirken kann und auch die Familie und das Umfeld darunter leiden können. Mehrere Kontaktpersonen fordern daher eine Klärung der Kostenfrage, wobei viele den Bund in der Pflicht sehen, diesen politischen Prozess anzustossen. Dabei wird auch Konsternation laut. Seit Jahren führe man nun schon diese Diskussion, ohne dass eine Lösung in Sicht sei. Krankenkassen, Bund und Kantone würden sich die heisse Kartoffel zuschieben, niemand übernehme Verantwortung. Als stossend wird zudem beurteilt, dass Ärzte/innen und Therapeuten/innen laut Krankenversicherungsgesetz (KVG) in der Pflicht stehen, die Patienten/innen über die Behandlung aufzuklären. Wie, bleibt aber ihnen überlassen.

4.3.2 Geplanter und realisierter Einsatz der verfügbaren Projekt-ikD-Stunden

Die Mehrheit der Projektpartner plante, die im Pilotprojekt verfügbaren ikD-Stunden im Rahmen von Einzeltherapien einzusetzen. Vier Institutionen sahen zusätzlich dazu auch Gruppentherapien vor, wobei in zwei Fällen bereits Erfahrung damit bestand. Bei Minderjährigen waren auch Elterngespräche vorgesehen, für die es häufig ebenfalls ikD braucht. Ein Projektpartner wollte die durch das Pilotprojekt finanzierten ikD-Stunden in erster Linie in der Zusammenarbeit mit weiteren fallbezogenen Fachleuten (vor allem Hausärzten) einsetzen. Projektpartner, die Abklärungen oder Beratungen aufsuchend in Durchgangszentren anbieten, sahen auch hierfür Bedarf nach ikD. Die realisierten ikD-Einsätze erfolgten in der Regel wie vorgesehen. Gruppentherapien konnten von vier Projektpartnern realisiert werden, wobei dies in einem Fall nicht von Beginn an vorgesehen war. Der Einsatz von ikD im Rahmen der interinstitutionellen Zusammenarbeit erwies sich jedoch als sehr schwierig. Die zuständige Kontaktperson führt dies darauf zurück, dass den Therapeuten/innen zu wenig bewusst gemacht werden konnte, dass ikD auch ausserhalb der Therapie eingesetzt werden können.

Im Weiteren machten rund drei Viertel der Projektpartner die Erfahrung, dass pro Patient durchschnittlich weniger ikD-Einsätze bzw. Therapiestunden realisiert werden konnten als vorgesehen.⁴ Bei acht Organisationen stimmen die durchschnittlichen Einsätze pro Patient/in mit der Projekteingabe überein. Mit zwei Ausnahmen handelt es sich dabei um Projektpartner, die von Beginn an pro Patient/in weniger als die vom Projektdesign vorgeschlagenen 20 ikD-Stunden einplanten. Zum Teil sind die tieferen Einsatzzahlen darauf zurückzuführen, dass nicht alle Therapien zum Projektende abgeschlossen werden konnten oder im Einzelfall auch Therapiestunden in der lokalen Landessprache möglich waren. Die Projektpartner machten aber vor allem die Erfahrung, dass sich viele Patienten/innen nicht auf eine längerfristige Therapie einliessen, wobei der geografische Zugang oder der unsichere Aufenthaltsstatus hierfür eine Rolle spielen dürften (vgl. 4.3.3). Bei Kinder- und Jugendlichen waren die Einsatzzahlen zudem durchschnittlich tiefer als bei Erwachsenen. Neben einer vertieften Behandlung (~10-20 ikD-Einsätze, z.T. auch mehr) wurden im Rahmen des Pilotprojekts auch Abklärungen und Triagen (~1-2 ikD-Einsätze) sowie Kurzbehandlungen oder Kriseninterventionen zur Stabilisierung oder auch zur Psychoedukation (~3-9 ikD-Einsätze) durchgeführt. Insgesamt wurden pro Patient/in durchschnittlich 8.1 ikD-Stunden aufgewendet. Werden nur die Einrichtungen für Erwachsene und jene ohne Gruppenangebote oder speziellem Setting (Notfall, interinstitutionelle Zusammenarbeit) berücksichtigt, liegt der Durchschnitt bei 11.5 ikD-Stunden pro Patient/in.

Fünf Projektpartner reagierten auf die kürzere durchschnittliche Behandlungsdauer, indem sie mehr Patienten als vorgesehen in das Projekt aufnahmen. Sechs Projektpartnern gelang dies hingegen nicht. Ende März 2018, also beim offiziellen Projektende, hatten somit auch lediglich fünf Projektpartner das Kontingent an verfügbaren Projekt-ikD-Stunden aufgebraucht (Tabelle 3, nächste Seite). Einzelne lagen sehr deutlich darunter. Dabei ist zu erwähnen, dass bei einem Projektpartner die Kosten für die ikD-Einsätze im Laufe des Projekts zunehmend von den Gemeinden übernommen wurden (vgl. 4.3.4).

⁴ Die meisten Projektpartner folgten dem offiziellen Vorschlag und haben 20 ikD Einsätze pro Patient/in beantragt. Drei Institutionen strebten pro Patient/in 35-50 ikD-Einsätze an, während fünf Projektpartner ikD auch für kürzere Behandlungen einsetzen wollten. Zuweilen dürften die vom SEM vorgeschlagenen 20 ikD-Einsätze auch einfach als Richtwert übernommen worden sein.

Tabelle 3: Gemeldete Anzahl Patienten/innen und ikD-Stunden im Pilotprojekt*

	# Patienten /innen	ikD in Stunden	Ø ikD- Stunden
Verband Psychotherapeut/innen der Zentralschweiz	8	162	20.1
Luzerner Psychiatrie, Ambulante Dienste	13	236	18.0
Psychiatrische Klinik Münsterlingen	8	134	16.8
Organizzazione sociopsichiatrica cantonale	33	385	11.7
Psychiatrische Dienste Graubünden	21	224	10.7
Psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis, Zürich	13	167	10.5
Cooperativa BAOBAB	16	160	10.0
Association Pluriels	19	202	10.0
Integrierte Psychiatrie Winterthur ipw	10	96	9.6
KJPD Kanton Schwyz	10	92	9.2
KJPD St.Gallen und Wil (zwei Gesuche)	38	229	6.0
Psychiatrische Klinik Zugersee	20	107	5.4
Centre neuchâtelois de Psychiatrie (CNP)	30	146	4.9
KJP Graubünden	23	106	4.6
Psychiatrie Baselland	3	12.5	4.1
Sollievo Net	19	77	4.1
Kantonsspital Winterthur, Sozialpädiatrisches Zentrum	42	159	3.8
Sozialpsychiatrischer Dienst Kanton Schwyz	6	22	3.7
Ostschweizer Kinderspital	3	6.5	2.2

*sortiert nach Mittelwert pro Patient/in

Betreffend der Behandlungsdauer legte die Erstbefragung offen, dass unter den Projektpartnern keine Einigkeit bestand, was innerhalb von 20 Therapiestunden erreicht werden kann. Während die einen davon sprachen, dass mit 20 Therapiestunden sehr viel möglich ist, reicht dies aus Sicht von anderen für eine Psychoedukation oder Stabilisierung, nicht aber für eine eigentliche Behandlung. Die unterschiedlichen Meinungen veranschaulichen damit auch, dass die Projektpartner kein einheitliches Konzept der Traumabehandlung bzw. unterschiedliche Behandlungsziele verfolgten. Eine sehr erfahrene Kontaktperson (ehemals Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer AFK) sprach im Erstgespräch so auch von verschiedenen Schulen: Nach der einen Schule steht die Psychoedukation und Stabilisierung im Vordergrund, ohne dass das Trauma bearbeitet wird – nach der anderen Schule soll das Trauma behandelt werden, da sich dieses ohne Heilung (maximal) destabilisierend auf die betroffene Person auswirken kann. Letztlich würden die Ziele, die Therapie und der/die Patient/in über die Dauer der Therapie bestimmen. Bei den Zielen wurde zwischen Krisenintervention, Psychoedukation, Stabilisierung und Genesung differenziert. Bei den Patienten/innen seien die PTBS aber auch ihre persönlichen Ressourcen bestimmend, wie viele Therapiestunden nötig sind. Bei Personen aus dem Asyl- und Flüchtlingsbereich sei der Bedarf nach ikD-unterstützten Therapiestunden letztlich auch davon abhängig, wie gut sich diese in der lokalen Sprache verständigen können. Schliesslich gebe es spezifische Therapieformen wie NET⁵ oder EMDR, die die Therapiedauer oder den Bedarf

⁵ NET steht für Narrative Expositionstherapie. Es handelt sich dabei um eine standardisierte Kurzzeitintervention, die zur Behandlung von Opfern organisierter Gewalt und Kriegsflüchtlings entwickelt wurde (Schauer, Neuner, Elbert 2005).

nach ikD reduzieren. Mit der Zielgruppe erfahrene Therapeuten/innen vertraten unter Berücksichtigung dieser Faktoren die Meinung, dass mit 20 Therapiestunden keine Genesung herbeigeführt werden kann. Letztlich bestand aber Einigkeit, dass Psychoedukation und auch Stabilisierung (ein Stück weit) möglich sind und bereits zu einer grossen Verbesserung der Situation bei den Betroffenen führen können. Mehrere Kontaktpersonen bekräftigen dies auch im Zweitgespräch und erkennen so auch einen individuellen Nutzen für die Patienten/innen, unabhängig davon, wie viele Therapiestunden bzw. ikD-Stunden realisiert werden konnten. Letztlich veranschaulichen die Ausführungen in diesem Abschnitt wie auch die realisierten ikD-Einsätze bzw. Therapiestunden, dass eine fixe Anzahl von ikD-Einsätzen pro Patient/in den individuellen Bedürfnissen nicht gerecht wird. Dies geht auch aus den offenen Antworten in der Onlinebefragung hervor.

4.3.3 Zugang zur Zielgruppe

Was den Zugang zur Zielgruppe angeht, sind zwei Aspekte zu unterscheiden:

1. Gelingt es grundsätzlich, einen Zugang zur Zielgruppe herzustellen und für die Therapieangebote zu gewinnen?
2. Konnte durch das Pilotprojekt ein verstärkter Zugang zur Zielgruppe geschaffen werden?

Die meisten Projektpartner vertrauten auf die bestehenden Zuweisungskanäle von vor dem Pilotprojekt. Wer im Rahmen des Pilotprojekts neue Therapieangebote machen konnte, hat dies zuweilen bei potentiellen Zuweisern bekannt gemacht. Allgemein zählen Flüchtlingsorganisationen (insbesondere Heime) sowie Hausärzte und kommunale Sozialdienste hinsichtlich der Zielgruppe zu den wichtigsten Zuweisern. Im Weiteren waren die Projektpartner auch mit anderen psychiatrischen Einrichtungen oder mit den Ambulatorien für Folter- und Kriegsoffer vernetzt und konnten Patienten/innen von diesen übernehmen. Vor allem für die niedergelassenen Therapeuten/innen war diese Vernetzung von Bedeutung und wurde während des Pilotprojekts gestärkt. Auch andere Projektpartner konnten die Zusammenarbeit mit den Zuweisern stärken, wobei dies nicht nur auf das Pilotprojekt allein zurückgeführt werden kann, sondern aufgrund der steigenden Nachfrage wohl auch ohne Pilotprojekt eingetroffen wäre. Neben der Vernetzung haben einzelne Projektpartner ausgewählte Zuweiser auf Anzeichen und Symptome einer PTBS geschult.

Die Zielgruppenerreichung erwies sich zu Beginn des Projekts für einige Projektpartner als schwieriger als erwartet. Wie bereits unter 4.3.2 erläutert, konnten letztlich auch nicht alle Projektpartner die geplante Anzahl Patienten/innen in das Pilotprojekt aufnehmen (Stand März 2018). In einem Fall hatte dies damit zu tun, dass es grundsätzlich schwierig blieb, einen Zugang zur Zielgruppe herzustellen. Zuweilen fehlten auch die internen Kapazitäten, um mehr Patienten/innen aufnehmen zu können. Bei fehlenden oder sehr limitierten Finanzierungsmöglichkeiten ausserhalb des Pilotprojekts waren einige Projektpartner anfangs auch zurückhaltend, Patienten/innen aufzunehmen, und mit Näherrücken des Projektendes wurden keine neuen Patienten mehr aufgenommen. Andere konnten wiederum die Patientenzahl erhöhen, nachdem ersichtlich wurde, dass durchschnittlich weniger ikD-Einsätze pro Patient/in realisierbar waren als vorgesehen (vgl. 4.3.2). Die beiden Aspekte «grundständlicher Zugang» und «verstärkter Zugang durch das Pilotprojekt» sind dabei eng miteinander verknüpft, da das Pilotprojekt zu keiner Substitution bestehender Finanzierungskanäle führen sollte. Je nach Finanzierungsmöglichkeiten ausserhalb des Pilotprojekts und den Projektzielen ist ein verstärkter

Zugang durch das Pilotprojekt daher anders zu definieren. Während zwei Projektpartner diese Abgrenzung sehr bewusst machten, setzen andere die Projekt-ikD-Stunden letztlich auch für Patienten/innen ein, die auch ohne das Pilotprojekt behandelt worden wären, zuweilen konnte die Behandlung dank der Projektressourcen aber intensiviert werden. Schliesslich führte das Pilotprojekt mancherorts zu einem verstärkten Zugang, indem die Sensibilisierung und die Nachfrage seitens der Zuweiser stiegen oder – wie im bereits erwähnten Fall – auch die Gemeinden durch das Pilotprojekt motiviert werden konnten, vermehrt ikD-Einsätze zu finanzieren.

Tabelle 4 gibt eine Übersicht, bei wie vielen Projektpartnern der Zugang zur Zielgruppe effektiv verstärkt werden konnte. Daraus ist auch der Einfluss der Finanzierungsmöglichkeiten für ikD ausserhalb des Pilotprojekts deutlich ersichtlich.

Tabelle 4: Stärkung des Zugangs zur Zielgruppe während des Pilotprojekts (Anzahl Projektpartner)

	interne Finanzierungsmöglichkeiten der ikD ausserhalb des Pilotprojekts		
	keine	limitiert	„nach Bedarf
Aufnahme von zusätzlichen Patienten/innen	5	3	
Mehr ikD-Einsätze pro Patient/in, mittel- bis langfristige Therapien wurden durch Projektgelder ermöglicht		3	2

Mit dem definitiven Abschluss des Pilotprojekts und den wegfallenden Projektgeldern ist dieser verstärkte Zugang jedoch gefährdet. Lediglich zwei Projektpartnern gelang es während des Pilotprojekts, die Finanzierungsmöglichkeiten für ikD gegenüber zuvor zu erhöhen (je ein Fall über Stiftungsgelder und wie bereits erwähnt über die Gemeinden). Diese zwei Projektpartner werden ikD daher auch über das Pilotprojekt hinaus intensiver nutzen als zuvor. Ein Projektpartner hat zudem den Mehrwert von ikD erkannt und will ikD in demselben Umfang wie während des Pilotprojekts einsetzen, ohne dass hierfür die Finanzierungsfrage explizit geklärt wurde. Dies dürfte auch bei dem einen oder anderen weiteren Projektpartner der Fall sein, bei welchem Ressourcen für ikD grundsätzlich zur Verfügung stehen. Da die ikD-Einsätze meist über die gemeinwirtschaftlichen Leistungen finanziert werden, dürfte ein vermehrter Einsatz zuweilen möglich sein, ohne hierfür explizit eine Ressourcenerhöhung zu beantragen, ausser der Finanzierungsdruck auf diese Institutionen ist allgemein hoch. Sechs weitere Projektpartner haben während des Pilotprojekts neue Finanzierungsmöglichkeiten gesucht oder planen dies noch zu machen, darunter alle vier privat finanzierten. Diese möchten weiterhin traumatisierte Flüchtlinge und Personen aus dem Asylbereich (oder allgemein Personen mit Migrationshintergrund) behandeln, können dies aufgrund der Finanzierungslücke aber nur eingeschränkt und im Rahmen ihres persönlichen Engagements tun. Schliesslich sind dank des Pilotprojekts und der dadurch angeregten Auseinandersetzung mit der Thematik auch neue Angebote geschaffen worden, ohne dass die internen Ressourcen für ikD explizit erhöht wurden:

- Insgesamt vier Projektpartner konnten durch das Pilotprojekt Pläne zum Aus- oder Aufbau von Stationen vorantreiben, in deren Rahmen Traumabehandlungen oder transkulturelle Behandlungen angeboten werden sollen. In zwei Fällen sind diese Pläne bereits sehr konkret bzw. bereits umgesetzt. Das Pilotprojekt wirkte sich unterstützend auf diese Pläne aus, indem es die Relevanz

für entsprechende Angebote aufzeigte und allgemein zu einer vertieften Auseinandersetzung mit der Thematik führte.

- Ein öffentlich finanzierter Projektpartner erweiterte im Rahmen seines Grundauftrags das Therapieangebot um ein neues Gruppenangebot (Psychoedukation), in dessen Rahmen ebenfalls ikD eingesetzt werden.
- In einem Fall wurde dank des intensiven Austauschs während des Pilotprojekts vereinbart, dass zur Entlastung der öffentlich finanzierten Psychiatrie Patienten/innen mit ausreichenden Deutsch-, Englisch-, Französisch- oder Italienischkenntnissen an das lokale Netzwerk an niedergelassenen Therapeuten/innen vermittelt werden.
- Bei den privaten Netzwerken konnten zuweilen neue Therapeuten/innen gewonnen werden, die sich bereit erklären, traumatisierte Geflüchtete (ehrenamtlich) zu behandeln.

4.3.4 Nutzen aus dem Pilotprojekt aus Sicht der Projektpartner

Zwölf Kontaktpersonen ziehen im Zweitgespräch ein positives Fazit aus dem Pilotprojekt, fünf ein gemischtes und zwei ein eher negatives (von einem Projektpartner fehlt eine Rückmeldung). In einem Fall gründet das negative Fazit im Umstand, dass kein Zugang zur Zielgruppe hergestellt werden konnte – das Pilotprojekt an sich wird nicht negativ beurteilt. Insgesamt sehen die Kontaktpersonen einen grösseren Nutzen gegenüber den Herausforderungen oder enttäuschten Erwartungen (vgl. Tabelle 5, nächste Seite). Spontan erkennen die Kontaktpersonen den grössten Mehrwert in der Vernetzung, der Schaffung oder Intensivierung von Behandlungsangeboten (vgl. 4.3.3) sowie dem Erfahrungsausbau, sowohl was die Behandlung der Zielgruppe, neuen Behandlungsformen als auch die Zusammenarbeit mit ikD anbelangt. Neben meist individuellen Herausforderungen erkennen mehrere Kontaktpersonen demgegenüber, dass das Grundproblem der Finanzierung von ikD weiterhin besteht. Das Projekt wird in diesem Zusammenhang auch mehrfach als wichtig beurteilt, da es den Bedarf nach ikD in der Psychotherapie sowie nach einer Klärung der Finanzierungsfrage aufzeigt.

Auf Nachfrage werden weitere Nutzenaspekte durch das Pilotprojekt genannt, die insbesondere die Interaktion Therapeut-ikD-Patient betreffen: Fast alle Kontaktpersonen bestätigen, dass durch das Pilotprojekt die Erfahrung in der Zusammenarbeit mit ikD vertieft und gestärkt werden konnte (vgl. 4.4.1). Dabei führten auch allfällige Herausforderungen in der Interaktion Therapeut-ikD-Patient zu einem Lernprozess. Einige Projektpartner haben während des Pilotprojekts zudem gezielt eine fachliche Auseinandersetzung bei den beteiligten Therapeuten über den Einsatz von ikD angestossen (Weiterbildungen, Intervision/Supervision). Durch den vermehrten Einsatz von ikD konnten die Projektpartner auch die Beziehung zu einzelnen ikD verstärken und eine Vertrauensbasis aufbauen. Zuweilen wurde erkannt, dass dieses Vertrauensverhältnis nicht nur mit den Patienten/innen sondern eben auch mit den ikD wichtig ist und seitens der Therapeuten/innen gezielt gesucht werden muss. Einzelaussagen zeigen im Weiteren, dass die emotionale Belastung für die ikD verstärkt ins Bewusstsein rückte, wobei wiederum die Therapeuten/innen in der Verantwortung stehen würden, die ikD bei Bedarf darauf anzusprechen (ohne Vertrauensbasis würden ikD dies von sich aus nicht ansprechen). Einzelne Projektpartner erkannten durch das Pilotprojekt die Wichtigkeit eines Vor- und Nachgesprächs und führten diese auch bewusst immer durch. Demgegenüber halten andere Projektpartner dies zwar nicht immer für möglich und nötig, achten aber bewusst darauf, ob Bedarf nach

einem Vor- oder Nachgespräch besteht. Mehrfach wurde erwähnt, dass die ikD von sich aus zögern würden, eine allfällige emotionale Belastung anzusprechen. Einzelne Projektpartner wählen ikD aufgrund des erhöhten Bewusstseins über die Gelingensbedingungen heute gezielter aus als vor dem Pilotprojekt (vgl. 4.4.2). Schliesslich wurde vereinzelt erkannt, dass der Wechsel der ikD in einer laufenden Behandlung für die Patienten/innen schwierig sein kann, während auf der anderen Seite nicht alle ikD zu allen Patienten/innen passen.

Tabelle 5: Genannte Nutzenaspekte und Herausforderungen (Zweitgespräch, n=19)

	Anzahl		
Offene Rückmeldungen			
Erfahrung mit ikD vertieft / erstmals gesammelt	15		
Projektgelder ermöglichten (vertiefte) Behandlung (vgl. Tabelle 4)	13		
Pilotprojekt förderte Auseinandersetzung mit Zielgruppe und bestehendem Angebot	8		
Nutzenaspekte	Vernetzung	7	
	Sensibilisierung, Erfahrung mit Zielgruppe, Bereitschaft seitens Therapeuten/innen gestiegen mit Zielgruppe zu arbeiten	7	
	Zusammenarbeit oder Austausch mit Vermittlungsstellen gestärkt	4	
	Mehrwert von professionellen ikD gegenüber Laiendolmetscher erkannt	4	
	weiteres (nachhaltige Finanzierung, Zugang gestärkt, Gelder, Pool an spezialisierten ikD aufgebaut, neue Therapeuten im Netzwerk, Stärkung der Strukturen für ikD-Einsatz, je 1-2 Nennungen)	8	
	Herausforderungen	Grundproblem der Finanzierung bleibt bestehen, Wunsch nach Klärung	10
		Negative Erfahrungen mit ikD / nicht alle ikD sind geeignet für Einsatz in Traumatherapie	10
Projektdesign, Unklarheiten, Gesamtaufwand höher als erwartet		5	
weiteres / unerfüllte Erwartungen (kaum Vernetzung, keine verstärkte Zusammenarbeit mit Vermittlungsstelle, Langzeittherapien scheitern oft, Einsatz ikD in der interinstitutionelle Zusammenarbeit scheiterte, Zielgruppenerreichung, interne Kapazitäten, je 1-2 Nennungen)		8	

Neben Wirkungen betreffend der Interaktion Therapeut-ikD-Patient sowie dem verstärkten Zugang und der nachhaltigen Schaffung von Angeboten (vgl. 4.3.3) wurden folgende weiteren Nutzenaspekte genannt:

- Mehrere Kontaktpersonen erkennen einen Mehrwert durch das Pilotprojekt, indem Therapeuten/innen zum Teil erste Erfahrungen mit der Behandlung der Zielgruppe sammeln konnten. Die Bereitschaft, mit dieser Zielgruppe zu arbeiten und sich diesbezüglich auch weiterzubilden, sei dadurch gestiegen.
- Das Pilotprojekt hat laut Aussage von mehreren Kontaktpersonen dazu angeregt, sich vermehrt mit der Zielgruppe auseinanderzusetzen, sei dies in Form eines Austausches mit Flüchtlingsorganisationen, in der Sammlung von Informationen über weitere Angebote für die Zielgruppe oder indem das eigene Angebot und die Strukturen hinsichtlich der Zielgruppe überprüft wurde. In einem Fall intensivierte die bestehende Arbeitsgruppe beispielsweise nach einer längeren Pause wieder ihre Tätigkeit («Wiederbelebung»).
- Einzelne Projektpartner konnten den Kontakt zur regionalen bzw. lokalen Vermittlungsstelle (weiter) vertiefen, wobei in einem Fall eine gemeinsame Supervision für die ikD aufgebaut wurde,

welche in der Traumabehandlung eingesetzt werden (Aufbau spezieller ikD-Pool). Andere äusseren zuweilen Bedauern, dass keine engere Zusammenarbeit mit den Vermittlungsstellen oder keine gemeinsame Weiterbildung für die ikD zustande kamen. Zwei Projektpartner suchten diesbezüglich vergeblich Kontakt mit den Vermittlungsstellen, andernorts fehlte es an internen Ressourcen, die Zusammenarbeit zu vertiefen. Jemand bedauert daher auch, dass die Projektgelder nicht auch für solche Massnahmen eingesetzt werden konnten. Zum Teil wurde aufgrund des erhöhten ikD-Einsatzes mehr Routine im Bestellverfahren aufgebaut.

4.4 Einfluss der ikD auf die Behandlungsqualität

Inwiefern der Einsatz von ikD die Behandlungsqualität beeinflusst, hängt nicht nur von den ikD-Kompetenzen ab. Letztlich stehen die Therapeuten/innen in der Verantwortung, optimale Rahmenbedingungen zu schaffen, dass eine ikD-unterstützte Behandlung gelingt. Die befragten Kontaktpersonen erkennen neben Gelingensbedingungen seitens der ikD (Sprachkompetenzen, Dolmetscherhandwerk, emotionale Belastbarkeit, Fachwissen, Empathie, spezifische Weiterbildung/Modul 5) so auch häufig die Therapeuten/innen in der Verantwortung, die Interaktion Therapeut-ikD-Patient aktiv zu gestalten. Die Therapeuten/innen müssten sich ihrer Rolle sowie der Rolle der ikD bewusst sein und nicht nur mit den Patienten/innen, sondern auch mit den ikD in Beziehung treten (vgl. 4.3.4). Dabei wird zuweilen bedauert, dass die Zusammenarbeit mit ikD nicht Teil der Ausbildung ist. Umso wichtiger sei es, als Arbeitgeber die fachliche Auseinandersetzung zu fördern.

Im Weiteren haben auch die Patienten/innen einen Einfluss auf die Behandlung, wobei dieser Aspekt im Rahmen der vorliegenden Studie nicht untersucht werden konnte. Entsprechend den obigen Ausführungen sind zwei Ebenen vertieft zu betrachten:

4.4.1 Wissen im Umgang mit ikD seitens der Therapeuten/innen

Die Mehrheit der befragten Therapeuten/innen konnte schon vor dem Pilotprojekt Erfahrung in der Zusammenarbeit mit ikD sammeln, wenn auch nicht immer ausgeprägte (vgl. 4.2.1). Eine fachliche Auseinandersetzung zur ikD-unterstützten Traumabehandlung findet in den Organisationen sowohl in einem informellen wie häufig auch in einem formellen Rahmen statt (Abbildung 4). Die Anwendung in der Praxis und der Austausch mit Kollegen/innen bilden die häufigste Form der Auseinandersetzung mit dem Einsatz von ikD. Die Mehrheit der Therapeuten/innen hat sich aber auch mittels Literaturstudium oder einer Schulung mit dem Thema auseinandergesetzt. Aus der Zweitbefragung der Kontaktpersonen geht hervor, dass die fachliche Auseinandersetzung mit dem Einsatz von ikD während des Pilotprojekts vielerorts intensiviert wurde (vgl. 4.3.4). Auch wenn die Unterschiede statistisch nicht relevant sind, geben in der Onlinebefragung 2018 mehr Teilnehmende an, sich fachlich mit dem Einsatz von ikD auseinandergesetzt zu haben als noch ein Jahr zuvor (Abbildung 4), vor allem, was das individuelle Literaturstudium angeht. Auch die Anzahl jener, die sich bislang kaum mit dem Einsatz von ikD fachlich beschäftigt haben, ging zurück.

Insgesamt sind sich die befragten Therapeuten/innen gut über die Gelingensbedingungen einer ikD-unterstützten Traumabehandlung bewusst (Abbildung 5). Die Erhebung zu den zwei Zeitpunkten zeigt, dass das Bewusstsein von 2017 auf 2018 gestiegen ist. Dies betrifft insbesondere jene Gelingensbedingungen, denen sich 2017 mehrere Befragte nicht bewusst waren: Rolle und Aufgabe der

ikD wie auch die Bedeutung des Vor- oder Nachgesprächs. Insgesamt bleibt das Bewusstsein bezüglich des Vor- und Nachgesprächs aber auf vergleichsweise tiefem Niveau. Die Erhebung zu den zwei Zeitpunkten zeigt weiter, dass auch die Akzeptanz von ikD tendenziell gestiegen ist und ikD somit als Arbeitsinstrument verstärkt anerkannt ist (vgl. Anhang A3 Abbildung 15).

Abbildung 4: Form der fachlichen Auseinandersetzung mit ikD-unterstützter Traumabehandlung (in %)

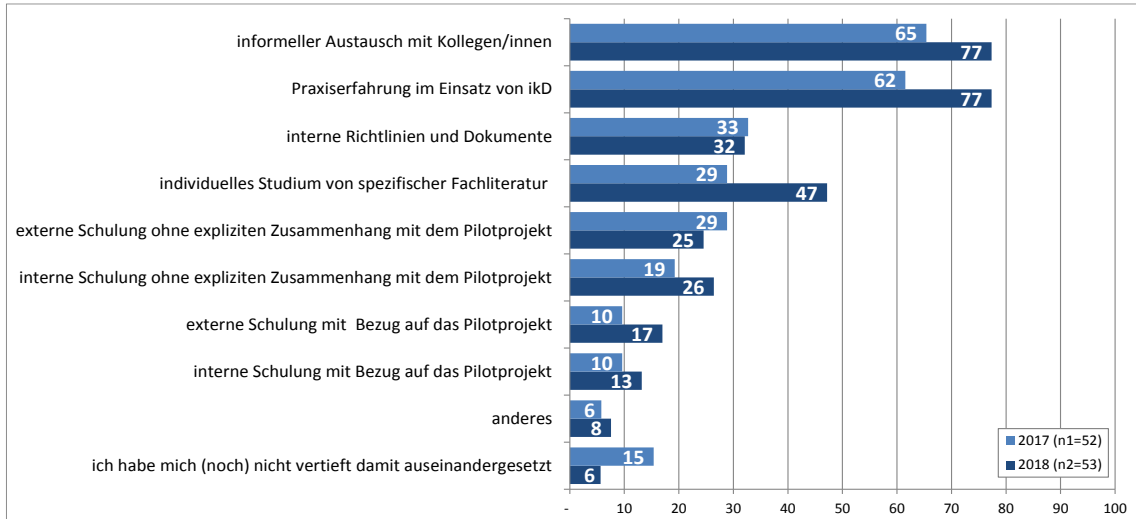
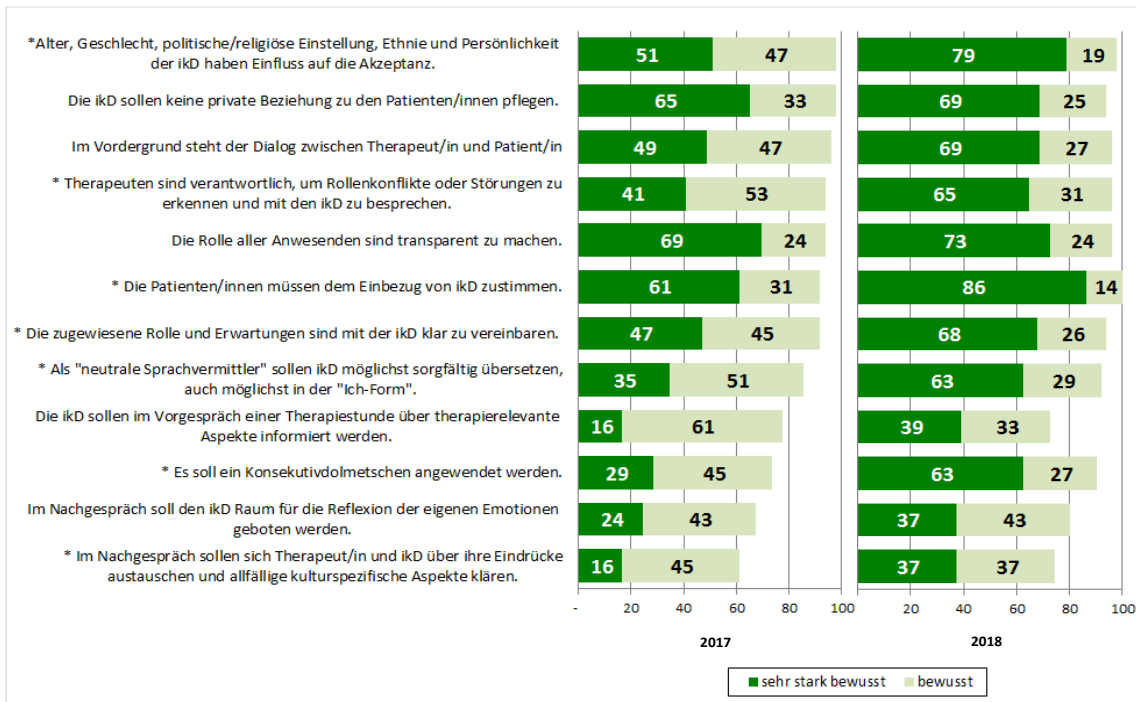


Abbildung 5: Bewusstsein bezüglich der Gelingensbedingungen 2017 und 2018 (in %)



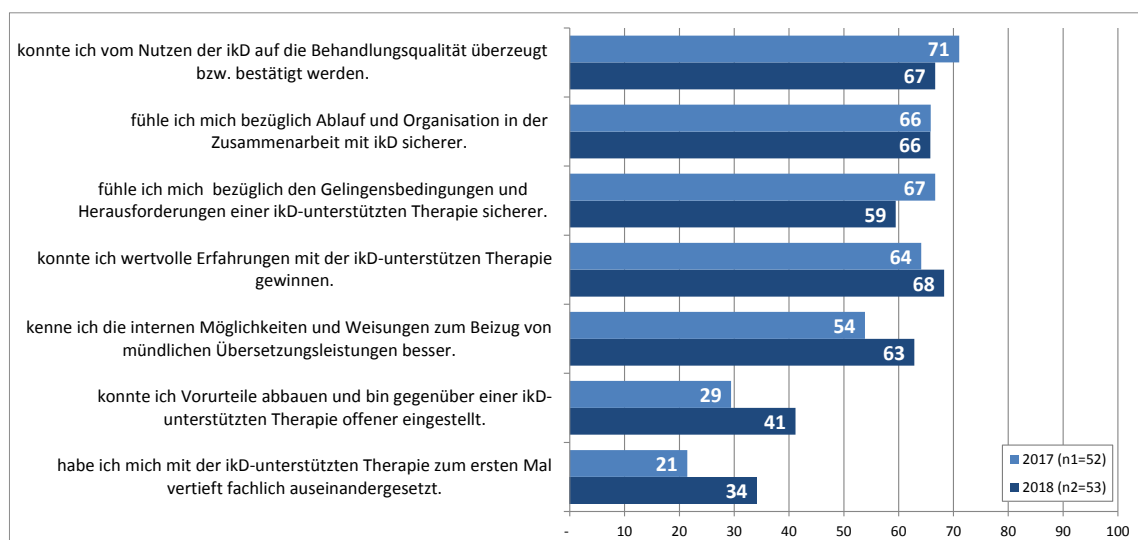
* statistisch signifikanter Unterschied zwischen 2017 und 2018

Der Anstieg von 2017 auf 2018 im Bewusstsein der Gelingensbedingungen dürfte auf die verstärkte Auseinandersetzung mit dem Einsatz von ikD in Verbindung stehen. Nachweislich wird das Bewusstsein über die Gelingensbedingungen dadurch verstärkt: Alle abgefragten Kriterien korrelieren signifikant mit der Anzahl angegebener Formen der Auseinandersetzung, wobei die formalen Formen (Fachliteratur/Schulung) alleine zu einem signifikanten Unterschied im Bewusstsein führen. Am stärksten ist die Korrelation hinsichtlich des Nachgesprächs, sowohl was die Reflexion der Emotionen

bei den ikD als auch den Austausch von Eindrücken und die Klärung von kulturspezifischen Aspekten anbelangt. Dabei geht die fachliche Auseinandersetzung Hand in Hand mit der Erfahrung im Einsatz von ikD – d.h. wer häufig mit ikD zusammenarbeitet hat, setzte sich auch stärker fachlich damit auseinander. Folglich korreliert das Bewusstsein der Gelingensbedingungen auch signifikant mit der Erfahrung im Einsatz von ikD.

Laut Einschätzung der Therapeuten/innen hatte das Pilotprojekt bereits nach rund einem halben Jahr zu einem Effekt geführt (Abbildung 6). Am Ende des Pilotprojekts stufen die Befragten die Wirkungen des Pilotprojekts tendenziell nochmals etwas höher ein, vor allem was die fachliche Auseinandersetzung, das Abbauen von Vorurteilen sowie Kenntnisse der internen Möglichkeiten und Weisungen anbelangt, ohne jedoch statistisch signifikante Unterschiede. Allgemein ist zu berücksichtigen, dass viele Therapeuten bereits vor dem Pilotprojekt Erfahrungen mit ikD sammeln konnten und der Einsatz von ikD vielerorts als Hilfsmittel akzeptiert war (vgl. 4.2.1 und 34.2.2). So sind die Wirkungen durch das Pilotprojekt auch bei jenen Therapeuten signifikant höher, die vor dem Pilotprojekt noch nie mit ikD zusammengearbeitet haben.

Abbildung 6: Wirkungen des Pilotprojekts auf die Therapeuten/innen (Anteil «stimmt/voll und ganz» in %)



4.4.2 Kompetenzen der ikD

Die befragten Therapeuten/innen waren aufgefordert, die Kompetenzen jener ikD zu beurteilen, mit denen sie zuletzt im Rahmen des Pilotprojekts oder – falls kein Einsatz im Rahmen des Projekts – mit denen sie allgemein zuletzt zusammengearbeitet haben. Grundsätzlich ist diese Beurteilung unabhängig vom Erhebungszeitpunkt, weshalb alle 86 (2017: 41, 2018 45) Beurteilungen als Datenbasis dienen.

Die beurteilten ikD wurden mehrheitlich über eine Vermittlungsstelle bezogen. In rund 40% der Fälle war den Therapeuten/innen nicht bekannt, ob die ikD über eine Spezialausbildung für den Einsatz in der Psychiatrie verfügen. Dabei fällt auf, dass beim zweiten Erhebungszeitpunkt die Therapeuten diesbezüglich etwas besser informiert waren (2017: 44%, 2018: 36%). Beurteilt wurden 38 ikD mit Spezialisierung, 14 ikD ohne Spezialisierung sowie 34 ikD, zu denen keine diesbezüglichen Kenntnisse vorliegen. Im Weiteren wurden 43 ikD als überdurchschnittlich gut qualifizierte ikD eingestuft, ge-

gegenüber 39 durchschnittlich und 3 unterdurchschnittlich kompetenten. Diese Verteilung ist hinsichtlich der Repräsentativität plausibel, da die Therapeuten/innen vermehrt auf jene ikD zurückgreifen dürften, mit denen sie gute Erfahrungen gemacht haben. Diesbezüglich fällt weiter auf, dass beim zweiten Erhebungszeitpunkt 2018 deutlich mehr überdurchschnittlich kompetente ikD beurteilt/eingesetzt wurden als 2017 (61% gegenüber 39%). Allgemein wurden im Rahmen des Pilotprojekts häufiger überdurchschnittlich gute ikD beurteilt/eingesetzt (59% gegenüber 24% ausserhalb des Pilotprojekts). Beides kann dahingehend interpretiert werden, dass die ikD im Rahmen des Pilotprojekts (zunehmend) gezielter ausgewählt wurden, wobei die Auswahl durch die Therapeuten/innen oder die Vermittlungsstellen erfolgen konnte.

Abbildung 7: Gesamtzufriedenheit mit dem beurteilten ikD-Einsatz (n₁₊₂=86)

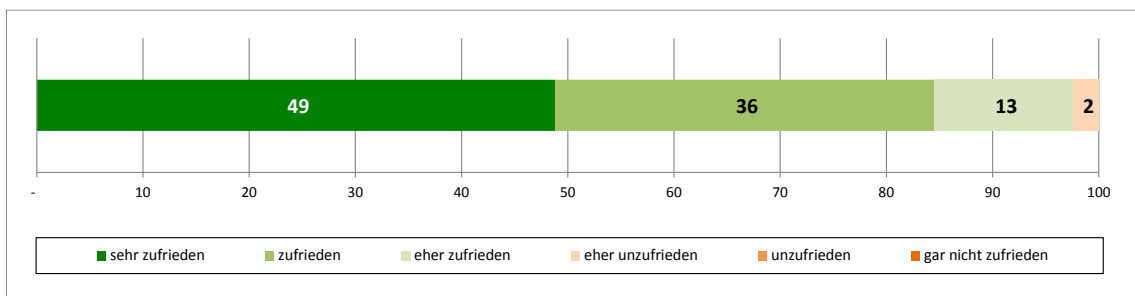
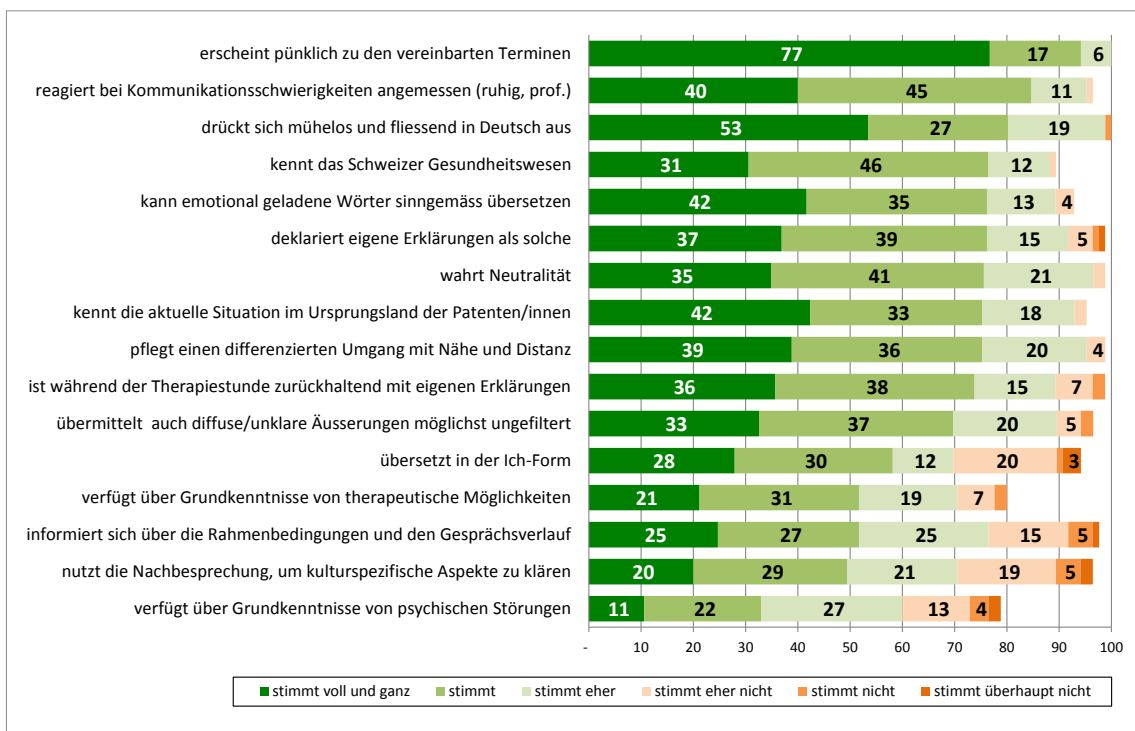


Abbildung 8: Beurteilung der ikD-Kompetenzen (n₁₊₂=86)

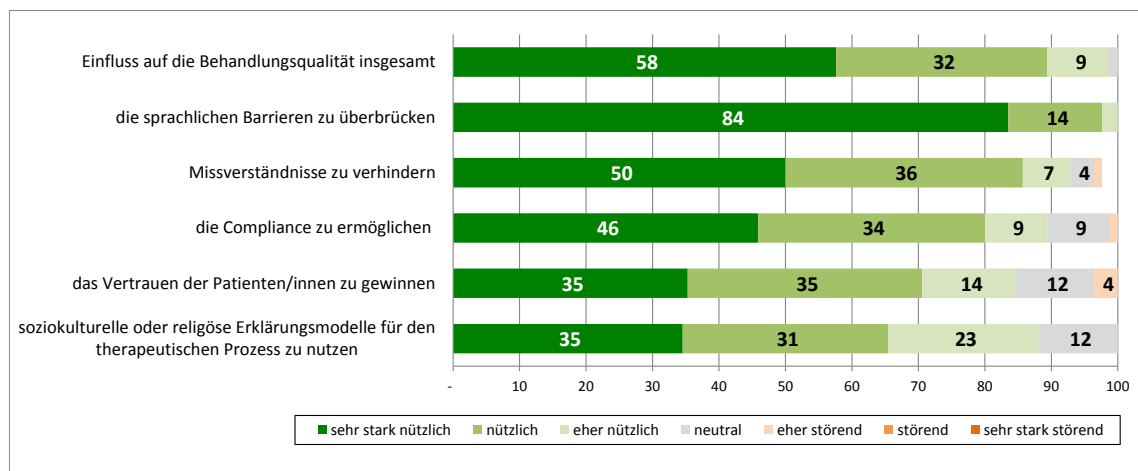


Wie Abbildungen 7 und 8 veranschaulichen, beurteilen die Therapeuten/innen die ikD-Kompetenzen insgesamt sehr positiv. In Abbildung 8 ist zu beachten, dass die Kriterien nicht in allen Fällen von Relevanz sein müssen, was den teils relativ hohen Anteil fehlender Antworten erklärt. Auffallend dabei ist, dass mehrere Therapeuten/innen es im konkreten Fall als nicht relevant betrachteten, dass die ikD über minimale Grundkenntnisse von psychischen Störungen und therapeutischen Möglichkeiten verfügen, wobei unbekannt ist, in welchem Kontext der Einsatz erfolgte. Aus der Abbildung 8

geht weiter hervor, dass die allgemein geltenden Qualitätskriterien von ikD überwiegend positiv beurteilt werden. Bei jenen Kriterien, die für den Einsatz in der Psychiatrie oder insbesondere in der Traumabehandlung spezifisch oder von grosser Bedeutung sind (z.B. in Ich-Form übersetzen, zurückhaltend sein mit eigenen Erklärungen, ungefiltertes Vermitteln), nehmen die Therapeuten/innen aber vermehrt auch Unsicherheiten der ikD wahr. Dabei ist festzuhalten, dass das Erfüllen von gewissen Kriterien auch davon abhängt, ob die Therapeuten/innen ein Vor- und Nachgespräch mit der ikD durchführten.

Entsprechend der insgesamt positiven Beurteilung der ikD wird auch deren Einfluss auf die Behandlungsqualität überwiegend positiv beurteilt (Abbildung 9). Es wurde wiederum Bezug genommen auf jene ikD, mit denen zuletzt zusammengearbeitet wurde. Die meisten erkennen einen deutlichen Nutzen durch diese/n ikD, insbesondere hervorgerufen durch die Überbrückung der sprachlichen Barrieren. Am geringsten fällt der Nutzen hinsichtlich von soziokulturellen oder religiösen Erklärungsmodellen aus, wobei offen ist, ob die Therapeuten/innen dieses Wissen bei den ikD auch abholten.

Abbildung 9: Einfluss der ikD auf die Behandlungsqualität (n₁₊₂=86)



Der Vergleich zwischen den zwei Erhebungszeitpunkten zeigt, dass die Gesamtzufriedenheit, die Beurteilung der einzelnen Kompetenzen und der Nutzen durch die ikD 2018 insgesamt positiver beurteilt werden als 2017 (Gesamtzufriedenheit und einzelne Kompetenzen statistisch signifikant). Dies ist letztlich darauf zurückzuführen, dass vermehrt mit überdurchschnittlich guten ikD zusammengearbeitet wurde. Wie aus den Abbildungen 10 und 11 deutlich ersichtlich ist, erhalten diese bezüglich ihrer Kompetenzen und der Nutzenaspekte durchs Band signifikant bessere Beurteilungen. Unterdurchschnittlich gut qualifizierter ikD schneiden insbesondere bei jenen Kompetenzen, die für die Traumabehandlung (oder Psychotherapie im Allgemeinen) von besonderer Relevanz sind, schlecht ab, darunter auch Grundkenntnisse von psychischen Störungen und ihren Symptomen oder von den therapeutischen Möglichkeiten.

Abbildung 10: Vergleich der ikD-Kompetenzen nach Einstufung der Gesamtqualifikation (n₁₊₂)

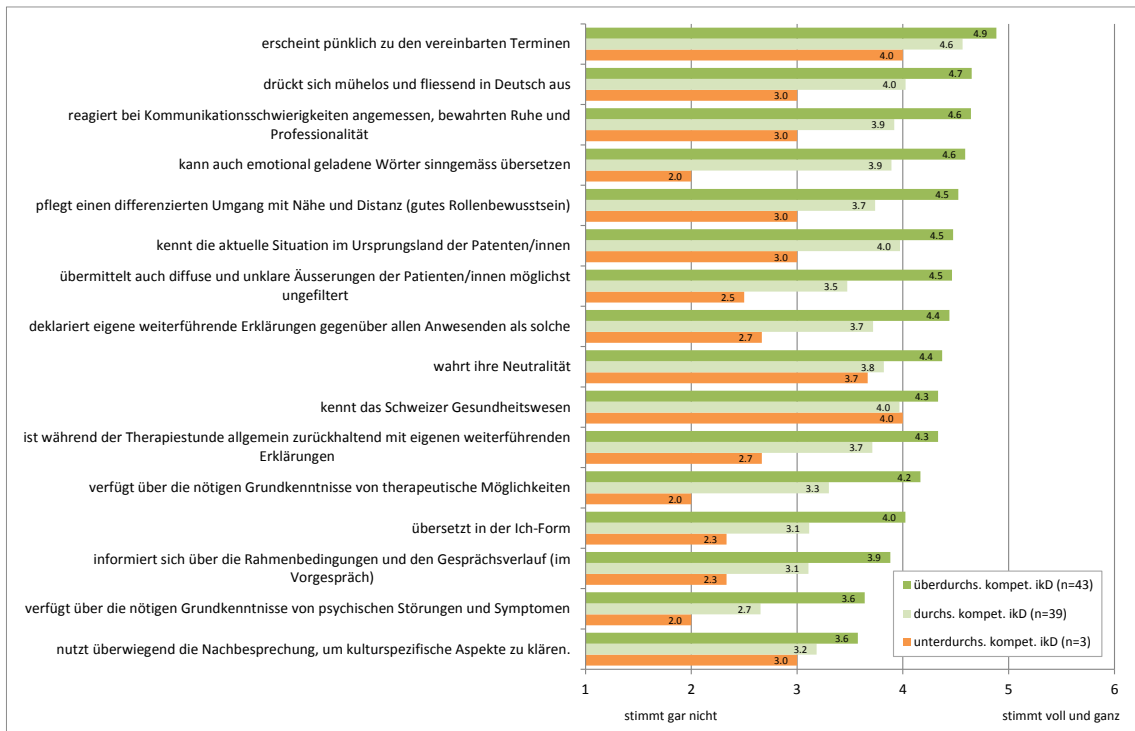
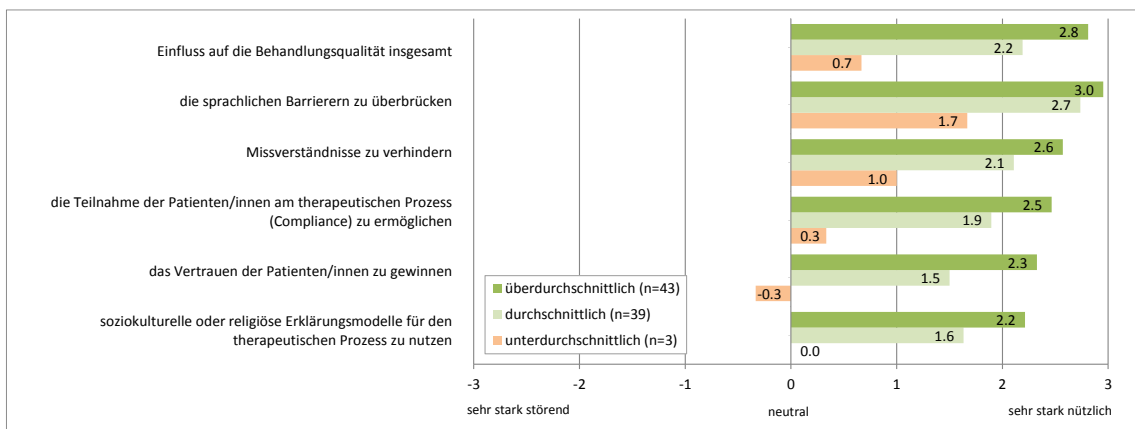


Abbildung 11: Vergleich des Nutzens durch die ikD nach Einstufung der Gesamtqualifikation (n₁₊₂)



Die Gesamtqualifikation bildet sich bezüglich aller abgefragten Nutzenaspekten auf die Behandlungsqualität hoch signifikant ab. Wie Abbildung 11 zeigt, zeichnet sich zwar auch bei den unterdurchschnittlich guten ikD ein minimaler Gesamtnutzen ab. Schlecht qualifizierte ikD können sich aber auf die Vertrauensbildung störend auswirken, wobei diese Ergebnisse aufgrund der sehr kleinen Fallzahl (n=3) lediglich als Tendenz betrachtet werden kann. Aus den offenen Antworten geht weiter hervor, dass insbesondere das richtige Verhältnis zwischen Nähe und Distanz dies beeinflusst. Die weitere Analyse zeigt, dass eine Spezialausbildung zum Dolmetschen im Bereich der Psychiatrie die Kompetenzen der ikD tendenziell erhöht. Dadurch erhöht sich auch der Nutzen auf die Behandlungsqualität und die ikD werden tendenziell als besser qualifiziert wahrgenommen. Allerdings sind die Unterschiede eher klein und nur bei einigen der abgefragten Kriterien statistisch signifikant. Eine Spezialausbildung ist daher nicht als Garant für eine ausreichend gute Dolmetschtätigkeit zu betrachten. So

wird ein/e ikD trotz Spezialausbildung für unterdurchschnittlich gut qualifiziert beurteilt – (vgl. Anhang A3 Tabelle 6).

In den offenen Antworten zu allfälligen Herausforderungen im Einsatz mit ikD werden überwiegend der Bedarf nach einer guten Schulung der ikD für den Einsatz in der Psychiatrie und in diesem Zusammenhang das Rollenverständnis, ein ungefiltertes Übersetzen und die eigene Reflexionsfähigkeit hervorgehoben. Das folgende Zitat fasst dies treffend zusammen: *«Die Qualität der Leistung von ikD ist stark abhängig vom Rollenverständnis und dem Ausbildungsgrad, gerade auch in Bezug auf das (trauma-) therapeutische Setting. Hier ist eine entsprechende Ausbildung und Supervision (allenfalls auch Reflexion der eigenen Geschichte sowie Nähe-Distanz-Themen) der ikD aus meiner Sicht sehr zentral.»* Im Weiteren wird auf die Schwierigkeit hingewiesen, dass in gewissen Sprachgruppen praktisch unvermeidbar ist, dass sich Patient/in und ikD kennen, was zu Rollenkonflikten oder einem Misstrauen seitens der Patienten/innen führen kann. Andererseits könne die Beziehung zwischen Patienten/innen und ikD auch zu eng werden.

4.5 Regionale ikD-Vermittlungsstellen

4.5.1 Beschreibung der Stichprobe

In das Pilotprojekt waren acht regionale ikD-Vermittlungsstellen involviert (vgl. Anhang A2). Es handelt sich dabei um kleine bis sehr grosse Vermittlungsstellen mit rund 80 bis 500 ikD. Alle Vermittlungsstellen haben eine Leistungsvereinbarung mit dem Kanton und im Falle der Integrationsförderung Winterthur mit der Stadt Winterthur. Dank der öffentlichen Mittel können die Vermittlungsstellen ikD zu vergünstigten Tarifen anbieten, wobei dies meist nur für das Einzugsgebiet (Kanton/Stadt) gilt. Die vergünstigten Tarife pro Stunde variieren zwischen CHF 50.- und CHF 90.-. Die Vollkosten (bei ausserkantonalem Einsatz) können bis zu CHF 120.- pro Stunde betragen. Hinzu kommen in der Regel Spesen, die je nach Vermittlungsstelle pauschal oder nach Distanz verrechnet werden. Eine Vermittlungsstelle verrechnet zudem eine einmalige Vermittlungsgebühr.

4.5.2 Sicht der Projektpartner auf die Vermittlungsstellen

Wie unter 4.2.2 und 4.3.4 bereits erwähnt, äussern die Projektpartner (zunehmenden) Bedarf nach professionellen ikD, die für die regionalen Vermittlungsstellen arbeiten. Die Zusammenarbeit wird seitens der Projektpartner mehrheitlich positiv beurteilt. Die Projektpartner erwarten nicht nur eine effiziente Vermittlung von ikD, sondern mehrheitlich auch eine Weiterbildung und Supervision der ikD, die in der Psychiatrie im Allgemeinen und der Traumabehandlung im Besonderen zum Einsatz kommen. Zwei Kontaktpersonen erkennen so auch einen deutlichen Unterschied, abhängig davon, wie gut die ikD auf den Einsatz in der Traumabehandlung vorbereitet sind, bzw. über wie viel Erfahrung sie darin verfügen. Mehrere Projektpartner sind mit ihrer Vermittlungsstelle und deren gezielter Selektion von ikD sehr zufrieden. Einzelne Kontaktpersonen sehen aber auch Nachholbedarf bei den Vermittlungsstellen, insbesondere, wenn die ihnen vermittelten ikD die spezifischen Anforderungen nicht immer erfüllen. Werden negative Erfahrungen mit einzelnen ikD gemacht und fruchtet ein diesbezüglicher Austausch mit den ikD nicht, wird die Zusammenarbeit seitens der Projektpartner vermieden, wobei dies den Vermittlungsstellen meist aber nicht zurückgemeldet wird.

Mit der Vermittlung von ikD zeigen sich die Kontaktpersonen wie auch die befragten Therapeuten/innen mehrheitlich zufrieden (Abbildungen 12 und 13). Aus den offenen Rückmeldungen geht lediglich

hervor, dass zur Organisation von Folgeterminen zuweilen eine einfachere Handhabung gewünscht wird (direkt mit iKD vereinbaren). Auch ein fehlendes online-Bestellverfahren und die Vermittlungsgebühr werden in je einem Fall als Kritikpunkt zurückgemeldet. Im Übrigen waren im Rahmen des Pilotprojekts nicht überall alle relevanten Sprachen verfügbar, bzw. es fehlte an entsprechend ausgebildeten iKD in diesen Sprachen. Eine Kontaktperson bewertet die Verfügbarkeit von iKD in möglichst vielen Sprache diesbezüglich höher als die spezifische Qualifizierung. So würden auch iKD in der Traumabehandlung eingesetzt, die nicht im spezifischen iKD-Pool sind (die Abrechnung erfolgte einfach ausserhalb des Pilotprojekts).

Abbildung 12: Beurteilung verschiedener Aspekte zur Vermittlung von iKD (n₁₊₂=86, in %)

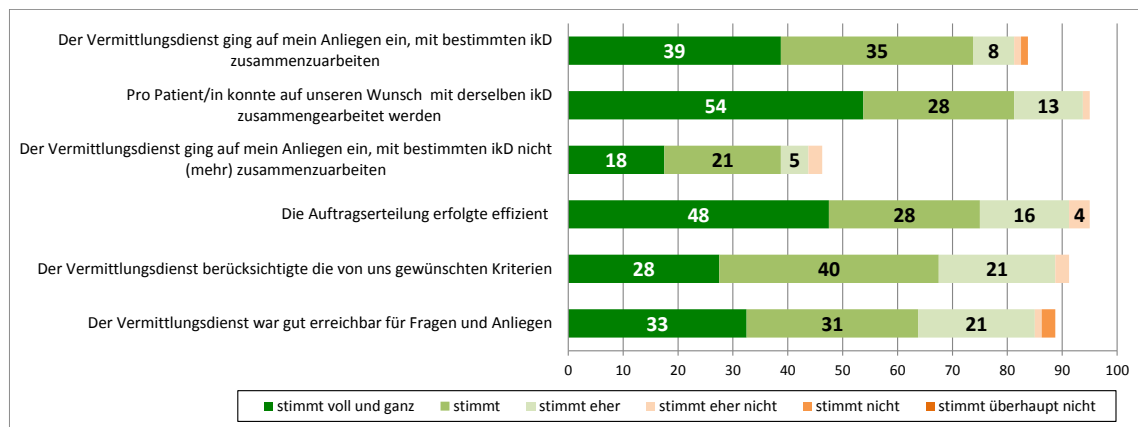
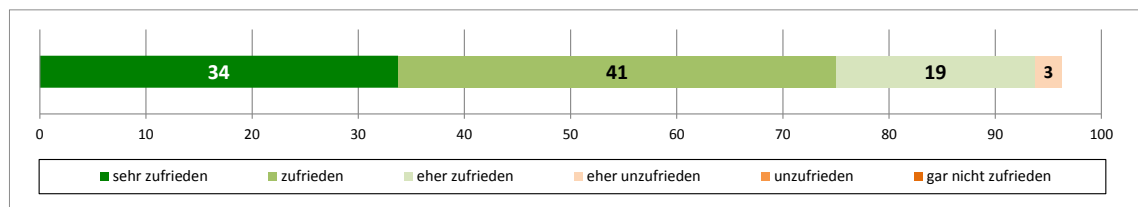


Abbildung 13: Zufriedenheit mit der Vermittlung von iKD über Vermittlungsstellen (n₁₊₂=86)



4.5.3 Sicht der Vermittlungsstellen (2017 erfasst)

Das Zertifikat INTERPRET, der eidgenössische Fachausweis oder eine höhere Ausbildung als Dolmetschende sind bei keiner Vermittlungsstelle Voraussetzung, um als iKD arbeiten zu können. Einige Vermittlungsstellen setzen aber den Besuch der INTERPRET-Module 1 und 2 voraus. Die Stellenleitenden können nicht immer sagen, wie viele iKD über die oben aufgeführten Qualifikationen verfügen. Der Anteil variiert zwischen «die wenigsten» bis rund 50%. Dabei geben die Verantwortlichen zu bedenken, dass die Anforderungen an das Zertifikat sehr hoch seien. Insbesondere wenn wenige Personen als iKD in einer bestimmten Sprache zur Verfügung stehen, sei abzuwägen, ob die Qualifikationen auch während der Anstellung erlangt werden können. Zudem differenzieren die Vermittlungsstellen, zu welchen Zwecken die iKD eingesetzt werden. Handelt es sich um komplexere Einsätze oder handelt es sich um iKD, die regelmässig für die Vermittlungsstelle arbeiten, werden in der Regel höhere Qualifikationen eingefordert.

Für den Einsatz von iKD in der Psychiatrie treffen die Vermittlungsstellen grundsätzlich eine Auswahl, wobei diese überwiegend situativ erfolgt. Lediglich eine Vermittlungsstelle verfügte bereits vor dem Pilotprojekt über einen Pool an iKD, die für den Einsatz in der Psychiatrie bestimmt waren. Dabei wird

der Abschluss des INTERPRET Moduls 5 (oder zuvor die eigens organisierte Weiterbildung) vorausgesetzt, wobei mehr als ein Viertel aller ikD über das Modul 5 verfügt oder dieses aktuell absolviert. Eine weitere Vermittlungsstelle verfügte über mehrere ikD mit dem Modul 5, während bei den übrigen Vermittlungsstellen nur einzelne ikD diese Spezialausbildung ausweisen. Zwei Vermittlungsstellen gehen in internen Weiterbildungen eingehend auf den Einsatz in der Psychiatrie ein. Beide Institutionsverantwortliche bevorzugen interne Weiterbildungen aufgrund der Erfahrung, dass Modul 5 wegen der Kosten, der hohen Anforderungen und des externen Standortes bei den ikD auf eher wenig Interesse stösst. Eine weitere Vermittlungsstelle hat - angeregt durch das Pilotprojekt - einen Pool an ikD für den Einsatz in der Traumabehandlung aufgebaut (Weiterbildung und Supervision in Zusammenarbeit mit einem Projektpartner, vgl. 4.3.4).

Allgemein wird bei der Vermittlung von ikD für einen Einsatz in der Psychiatrie auf folgende Kriterien geachtet, wobei diese nach absteigender Anzahl Nennungen aufgeführt sind:

- Abschluss des INTERPRET Moduls 5 oder Besuch von internen Weiterbildungen
- Ausgewiesene Erfahrung im Bereich der Psychiatrie oder allgemein viel Erfahrung
- allgemeine Ausbildung der ikD und Sprachkenntnisse
- Teilnahme an der Supervision
- Gestandene Persönlichkeit
- Eine gewisse Fähigkeit zur Selbstreflexion

Ja nach Sprache stehen mehr oder weniger ikD zur Verfügung, die diese Anforderungen erfüllen. Gerade das Pilotprojekt bzw. seine Zielgruppe stellte die Vermittlungsstellen diesbezüglich vor besondere Herausforderungen, da neue Asyl- und Flüchtlingsgruppen auch nach neuen Sprachen verlangen. Falls überhaupt ikD in diesen Sprachen angeboten werden können, hätten die entsprechenden ikD häufig noch gar nicht die Zeit gehabt, um die geforderten Kompetenzen aufzubauen.

Die Verantwortlichen der Vermittlungsstellen sind sich bewusst, dass das Dolmetschen im Kontext der Psychiatrie spezifische Anforderungen an die ikD setzt. Hervorgehoben wird häufig die Notwendigkeit, möglichst wortgetreu und ungefiltert zu übersetzen. Auch die besondere Rolle, die die ikD in der Therapie einnehmen, wird von manchen hervorgehoben. Zudem seien Kenntnisse von psychischen Störungen und der therapeutischen Möglichkeiten von Vorteil. Die Verantwortlichen sind sich weiter bewusst, dass die ikD im Rahmen einer Traumabehandlung besonderen Belastungen ausgesetzt sind. Dies setze insbesondere voraus, mit allgefällig hervorgerufenen Emotionen umgehen zu können.

Mit einer Ausnahme bieten alle Vermittlungsstellen den ikD eine Supervision an. Diese findet meist 2-3 Mal pro Jahr statt und deckt alle Einsatzbereiche ab. Im Rahmen der Supervision können entsprechend auch Themen zum Einsatz in der Psychiatrie betrachtet werden. In der Regel werden Inputs und Fragen der ikD aufgegriffen und auch ausgewählte Fallbeispiele vorgegeben. Zudem arbeiten die Vermittlungsstellen in der Regel mit externen Fachpersonen zusammen, die die Supervisionen durchführen, zuweilen auch mit Experten/innen aus der Psychiatrie. Die Supervision ist für die ikD grundsätzlich freiwillig und findet ausserhalb der bezahlten Arbeitszeit statt. Einige Vermittlungsstellen verlangen eine Teilnahme an der Supervision von ikD, die häufig zum Einsatz kommen. Einige Vermittlungsstellen führen auch Intervisionen durch, darunter auch jener, der keine Supervisionen anbietet. Drei Verantwortliche betonen, dass sich die ikD auch jederzeit bei ihnen melden können,

wenn sie sich mit besonderen Problemen konfrontiert sehen. Bei Bedarf könne auch eine persönliche Beratung organisiert werden. Auch wenn die Verantwortlichen eine engere Betreuung der ikD mit Einsätzen in der Psychiatrie unterstützen, betrachten sie die bestehenden Massnahmen insbesondere auch im Hinblick auf die verfügbaren Ressourcen meist als ausreichend. So werden auch die Rückmeldungen der Kunden berücksichtigt. Zudem stehe man mit den meisten ikD in regelmässigen Kontakt und kann sie auch direkt auf ihr Befinden ansprechen. Insgesamt machen die Vermittlungsstellen die Erfahrung, dass die Mehrheit der ikD gut mit den besonderen Anforderungen von Einsätzen in der Psychiatrie zurechtkommt. Einzelnen ikD musste aber auch schon nahegelegt werden, auf solche Einsätze zu verzichten, da sie sich emotional schlecht distanzieren konnten.

Im Weiteren sehen die Vermittlungsstellen auch ihre Kunden in der Verantwortung. Einerseits seien sie darauf angewiesen, dass die Kunden möglichst genau beschreiben, in welchem Kontext ein ikD-Einsatz erfolgen soll. Dadurch kann eine optimale Auswahl einer geeigneten ikD vorgenommen werden. Andererseits erwarten die Vermittlungsstellen, dass die Kunden Zeit für eine Klärung der Rollen und Erwartungen einräumen. Gerade falls es sich um eher unerfahrene ikD handelt, sei dies wichtig. Diesbezüglich attestieren einzelne Verantwortliche der Vermittlungsstellen Kunden aus der Psychiatrie eine überdurchschnittlich hohe Sorgfalt.

5 Diskussion und Analyse

Das Pilotprojekt «Zugänge schaffen» verfolgt vier übergeordnete Ziele (vgl. 2.1), die durch die Evaluation überprüft werden sollen:

- Sensibilisierung der Projektpartner für einen bedarfsgerechten Einsatz von ikD
- Zugang zur Zielgruppe stärken
- Nutzen von ikD auf die Beratungs- und Behandlungsqualität aufzeigen
- Erkenntnisgewinn zur Qualitätssicherung einer ikD-unterstützten Traumabehandlung

Unter den Projektpartnern herrscht Einigkeit, dass ikD in der Psychotherapie und insbesondere in der Traumabehandlung ein unverzichtbares Instrument darstellt. Auch die im Pilotprojekt involvierten Therapeuten/innen teilen diese Überzeugung, unabhängig davon, wie viel Erfahrung sie in der Zusammenarbeit mit ikD haben. Mit einer Ausnahme hatten auch alle Projektpartner bereits vor dem Pilotprojekt mit ikD zusammengearbeitet – je nach ihren Finanzierungsmöglichkeiten gehörte der ikD-Einsatz zur Routine oder erfolgte in Einzelfällen. Ein limitierter Einsatz von ikD ist damit in erster Linie auf fehlende Ressourcen und weniger auf eine fehlende Sensibilisierung seitens der Institutionen oder Therapeuten/innen zurückzuführen. Die Sensibilisierung für einen bedarfsgerechten Einsatz von ikD kann insgesamt als hoch beurteilt werden – bereits vor dem Pilotprojekt. Die Ergebnisse belegen, dass die Sensibilisierung während des Projektverlaufs weiter gesteigert werden konnte. Zuweilen wurde der Mehrwert von professionellen ikD gegenüber Laiendolmetschenden erkannt, wobei die betreffenden Institutionen diesen Anspruch auch über das Pilotprojekt hinaus aufrechterhalten möchten. In Hinblick auf die Zielgruppe kommt hinzu, dass auch manch ein/e Therapeut/in von der Machbarkeit einer ikD-unterstützten Traumabehandlung überzeugt werden konnte («ikD-unterstützte Traumabehandlung funktioniert»). Die zunehmende Sensibilisierung kann letztlich auf zwei durch das Pilotprojekt ausgelöste Effekte zurückgeführt werden: Einerseits konnten die Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit ikD dank der Projektgelder ausgebaut und vertieft werden, insbesondere dort, wo ausserhalb des Projekts keine oder nur limitierte Mittel für ikD zur Verfügung stehen. Andererseits wurde die fachliche Auseinandersetzung rund um die Thematik «ikD» und «Behandlung von traumatisierten Personen aus dem Asyl- und Flüchtlingsbereich» bei den Projektpartnern angeregt. Auch dass der Bund das Pilotprojekt lancierte, dürfte die Legitimität einer adäquaten Behandlung der Zielgruppe letztlich gestärkt haben, wozu eben auch der Einsatz von ikD gehört.

Mit Abschluss des Pilotprojekts stellt sich die Frage, wie nachhaltig diese Wirkungen auf die Sensibilisierung sind. Diese Frage lässt sich nicht abschliessend beantworten. Allerdings geben die Ergebnisse Hinweise darauf, dass der bedarfsgerechte Einsatz auch bei ausreichend verfügbaren Finanzierungsmöglichkeiten abzunehmen droht, wenn – gerade auch im Hinblick auf Personalfluktuationen – der Einsatz von ikD nicht strukturell verankert und die Auseinandersetzung mit der ikD-unterstützten Behandlung nicht aufrechterhalten werden. Dazu braucht es mehr als rein organisatorische Richtlinien. Ein Projektpartner sieht so auch Bedarf, jemanden aus dem Therapeutenteam quasi als «Hüter/in des Themas» zu beauftragen. Letztlich muss eine Haltung etabliert und aufrechterhalten werden, wonach ikD als unverzichtbares Arbeitsinstrument bei Bedarf eingesetzt werden soll. Je kleiner der Kreis an spezialisierten Therapeuten/innen und Fachpersonen, je genauer die Einsatzmöglichkeiten definiert sind oder je spezifischer Therapieangebote auf die Zielgruppe zugeschnitten werden, desto einfacher dürfte diese Haltung aufrecht zu erhalten sein. Es erklärt sich von selbst, dass

ein bedarfsgerechter ikD-Einsatz, eine strukturelle Verankerung und stetige Auseinandersetzung mit der Thematik letztlich nur möglich sind, wenn ausreichend Finanzierungsmöglichkeiten bestehen. Überall dort, wo diese Finanzierungsmöglichkeiten fehlen oder sehr limitiert sind, droht mit Abschluss des Pilotprojekts daher – erhöhte Sensibilisierung hin oder her – ein Zurückfallen auf die Praxis zuvor. Dadurch drohen auch die durch das Pilotprojekt geschaffenen Zugänge zur Zielgruppe wieder verloren zu gehen: Betroffene öffentlich finanzierte Projektpartner dürften aufgrund ihrer Aufnahmepflicht und des Kostendrucks traumatisierten Geflüchteten vor allem eine ikD-unterstützte Kurzbehandlungen zukommen lassen und müssen gegebenenfalls auch auf Laiendolmetscher zurückgreifen (z.B. durch die Gemeinden vermittelte Schlüsselpersonen). Demgegenüber dürften die privaten Projektpartner im Rahmen ihres freiwilligen Engagements nur noch einzelne parallele Behandlungen anbieten können.

Tatsächlich konnte der Zugang zur Zielgruppe während des Pilotprojekts verstärkt werden, wobei dies auch von den Projektzielen der einzelnen Projektpartner abhängt. Neben der Aufnahme von zusätzlichen traumatisierten, fremdsprachigen Patienten/innen aus dem Asyl- und Flüchtlingsbereich konnte auch die Intensität der Behandlungen erhöht werden. Zu erwähnen sind auch gestärkte Kooperationen, eine erhöhte Bereitschaft, ikD-unterstützte Traumabehandlung durchzuführen, sowie die Förderung von Plänen zur Schaffung von Spezial-Therapieangeboten (vgl. 4.3.3). Dass mehrere Projektpartner Mühe bekundeten, länger dauernde Behandlungen zu realisieren oder ganz grundsätzlich Patienten/innen in das Pilotprojekt aufzunehmen, belegt, dass der Zugang zur Zielgruppe nicht nur von der Finanzierung von ikD abhängt, sondern auch durch äussere Faktoren beeinflusst wird. Die Ergebnisse liefern Hinweise, dass zu lange Wege (geografische Erreichbarkeit), der unsichere Aufenthaltsstatus und zuweilen auch ein fehlendes Therapieverständnis seitens der Patienten/innen Hindernisse darstellen können. Demgegenüber fördert eine etablierte Zusammenarbeit mit Flüchtlingsorganisationen, kommunalen Sozialdiensten und Hausärzten den Zugang zur Zielgruppe.⁶ Letztlich müssen die psychiatrischen Institutionen auch über ausreichend Kapazitäten verfügen, um neue Patienten/innen überhaupt aufnehmen zu können. Wie erwähnt, liefert die Evaluation Hinweise betreffend des Zugangs zur Zielgruppe – um diesen nachhaltig zu stärken, müssten die hinderlichen und förderlichen Faktoren einer genauen Analyse unterzogen werden.

Wie bereits diskutiert, ist der verstärkte Zugang zur Zielgruppe mit Abschluss des Pilotprojekts und den wegfallenden Projektgeldern für ikD-Einsätze gefährdet. Lediglich zwei Projektpartnern gelang es, neue Finanzierungsmöglichkeiten zu generieren (Stand April 2018). Überall dort, wo über die gemeinwirtschaftlichen Leistungen Ressourcen für ikD zur Verfügung stehen und kein allzu hoher Kostendruck auf den Institutionen lastet, dürfte eine gewisse Steigerung der ikD-Einsätze zudem auch ohne offizielle Erhöhung der Ressourcen möglich bzw. realisiert worden sein. Sechs Projektpartner, darunter alle vier privat finanzierten, haben zudem Anträge auf zusätzliche Mittel eingereicht (Entscheid noch offen) oder planen dies noch zu machen – meist bei Stiftungen. Somit springen häufig Private (Stiftungen oder freiwilliges Engagement) in die Lücke, um eine an sich öffentliche Verantwortung sicherzustellen. Die Finanzierung über Stiftungen ist keine nachhaltige Lösung, das Grundproblem einer fehlenden einheitlichen und verbindlichen Finanzierung von Dolmetscherdiensten zur

⁶ Insgesamt schenkten die Projektpartner diesem Aspekt im Rahmen des Pilotprojekts wenig zusätzliche Beachtung, d.h. sie vertrauten meist auf die bestehenden Kontakte.

Gewährleistung der Indikations- und Behandlungsqualität bleibt bestehen. Der drängende Wunsch seitens der Projektpartner nach einer Klärung dieses Grundproblems erhält seit Kurzem Unterstützung von offizieller Seite. Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hält in ihren «Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung. Ermittlung der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG» vom März 2018 fest: « [...] *Übersetzungsdienste, die zur Durchführung einer zweckmässigen Behandlung erforderlich sind, [sind] als für das Benchmarking anrechenbare Kosten zu betrachten, die in die Berechnung der Fallpauschalen einfließen.* » (GDK 2018, 9). Die Projektpartner sind überzeugt, dass sich die Investition in ikD bezahlt machen würde, da eine effizientere Therapie möglich wäre, weniger somatische Behandlungen zur Minderung der durch das Trauma hervorgerufenen Symptome nötig wären, eine Chronifizierung verhindert und letztlich die Integration gefördert werden könnte (vgl. Box 1, Seite 14).

Auch die Ergebnisse der Begleitevaluation sprechen dafür, bei Bedarf eine ikD-unterstützte Behandlung durchzuführen. Aus Sicht der Therapeuten/innen, die in das Pilotprojekt involviert waren, ist durch den Einsatz von ikD immer ein Nutzen auf die Beratungs- und Behandlungsqualität spürbar. Neben der Überwindung der sprachlichen Barrieren, welche eine Therapie für fremdsprachige Patienten/innen oftmals erst zulassen, ist auch ein positiver Effekt auf das Vertrauensverhältnis zu den Patienten/innen spürbar. Der resultierende Nutzen ist dabei umso grösser, je kompetenter oder besser qualifiziert die ikD für den Einsatz in der Traumabehandlung oder im psychiatrischen Setting sind. Neben den Dolmetschkompetenzen im engeren Sinne unterstreichen die Ergebnisse insbesondere den Bedarf nach einem sicheren Umgang mit Nähe und Distanz, Grundkenntnisse über psychische Krankheiten und Therapiemöglichkeiten und ein sicherer Umgang mit den eigenen Emotionen. Wovon die Qualifikationen der ikD abhängen, lässt sich nicht direkt aus den Daten analysieren. Laut Aussage von sehr erfahrenen Projektpartnern (Kontaktpersonen) ist ein Unterschied spürbar, ob die ikD eine Spezialausbildung (INTERPRET Modul 5) absolviert haben. Der Aus- und Weiterbildung wird allgemein ein hoher Stellenwert zugesprochen. Letztlich ist auch die Persönlichkeit der ikD entscheidend.

Die Ergebnisse belegen eindrücklich, dass die Projektpartner während des Pilotprojekts zunehmend stärker auf die Kompetenzen und Qualifikationen der ikD achteten und die ikD zunehmend gezielter auswählten. Durch das Pilotprojekt wurde bei den Projektpartnern und Therapeuten/innen folglich das Bewusstsein gestärkt, dass sich nicht alle ikD gleichermaßen für den Einsatz in der Traumabehandlung oder der Psychotherapie eignen. Auch das Bewusstsein über die weiteren Gelingensbedingungen und die eigene Rolle und Verantwortung wurden gestärkt, das Bewusstsein war aber auch schon zuvor hoch. Unsicherheiten betreffend der Rolle der ikD, der eigenen Verantwortung gegenüber den ikD sowie des Bedarfs einer Vor- und Nachbesprechung konnten durch das Pilotprojekt aber reduziert werden. Diese Wirkungen des Pilotprojekts sind umso mehr hervorzuheben, als die meisten Projektpartner schon zuvor mit ikD zusammengearbeitet haben. Angeregt durch das Pilotprojekt fand zuweilen aber erstmals eine gezielte fachliche Auseinandersetzung mit dem Einsatz von ikD statt, vielerorts wurde diese vertieft geführt. Allgemein besteht ein Zusammenhang zwischen fachlicher Auseinandersetzung, Erfahrung mit dem Einsatz von ikD und dem Bewusstsein über die Gelingensbedingungen. Im Einzelfall dürfte dieses gestärkte Bewusstsein über das Pilotprojekt hin-

aus nachhaltig sein. Mit Blick auf Personalfluktuationen unterstreichen die Ergebnisse aber wiederum die Notwendigkeit, die fachlichen Auseinandersetzung mit der ikD-unterstützten Behandlung aufrecht zu erhalten.

Auch einzelne Vermittlungsstellen wurden durch das Pilotprojekt angeregt, für den Einsatz in der Traumabehandlung eine sehr gezielte Auswahl der ikD vorzunehmen. Allgemein treffen die Vermittlungsstellen eine sorgfältige Auswahl, sie befinden sich dabei aber nicht selten in einem Spannungsfeld zwischen Verfügbarkeit und Qualifikationen der ikD. Die Projektpartner zeigen sich mit der Zusammenarbeit und den vermittelten ikD überwiegend zufrieden, Ausnahmen vorbehalten. Im Rahmen der Begleitstudie war es nicht möglich zu überprüfen, ob im Einzelfall eine adäquate Auswahl erfolgte. Auch war es nicht möglich, die formalen Anforderungen an die ikD und insbesondere die Bedeutung des INTERPRET Moduls 5 «Dolmetschen im psychotherapeutischen Bereich» für den Einsatz in der Traumabehandlung abschliessend zu überprüfen. Mit der Studie zur Qualitätssicherung im Bereich des interkulturellen Dolmetschens (Brägger 2018) schaffte INTERPRET aber eine Grundlage, um zusammen mit den Vermittlungsstellen allfällige neue Massnahmen oder Standards zu definieren, um eine möglichst hohe Qualität ihrer Dienstleistung sicherzustellen. In diesem Zusammenhang soll auch überprüft werden, welche Einsatzfelder besondere Anforderungen an die ikD stellen, worunter sicherlich die Psychotherapie und Traumabehandlung zu zählen sind. Dass über dieses Einsatzgebiet eine vertiefte Diskussion geführt werden soll, zeigt sich im Rahmen der vorliegenden Studie darin, dass die Vermittlungsstellen dem Modul 5 oder auch der gezielten Supervision eine unterschiedliche Bedeutung zusprechen. Insgesamt verfügt nur eine Minderheit der ikD über dieses Modul, wobei der Anteil je nach Vermittlungsstelle variiert. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die ikD in der Regel selber für die Kosten der Weiterbildung aufkommen und diese in ihrer Freizeit absolvieren müssen. Schliesslich legen die Ergebnisse nahe, die Klienten – also die Akteure im Bereich der Psychotherapie und Traumabehandlung – in diese Diskussion miteinzubeziehen. Im Rahmen des Pilotprojekts konnte dieser Austausch kaum gestärkt werden, davon zeugt auch, dass die Projektpartner eigene Listen mit geeigneten bzw. ungeeigneten ikD führen, ohne dies den Vermittlungsstellen zu kommunizieren. Zwar wurde die Zusammenarbeit mit den Vermittlungsstellen auf einer rein operativen Ebene durch die gesteigerte Vermittlung von ikD gestärkt. Auch wurde hier und da der Bedarf nach einer engeren Zusammenarbeit und insbesondere von gemeinsamen Weiterbildungsangeboten für die ikD erkannt. Aufgrund von fehlenden Ressourcen kam eine vertiefte Zusammenarbeit aber nur im Einzelfall zustande. Die Verantwortung für die Qualifizierung der ikD bzw. die Bereitstellung von ausreichend qualifizierten ikD wird dabei grundsätzlich bei den Vermittlungsstellen gesehen.

Aus der Analyse lassen sich Schlüsse ziehen, was es braucht, um eine möglichst hohe Qualität der ikD-unterstützten Traumabehandlung sicherstellen zu können. Diese Schlüsse wurden in den vorangehenden Abschnitten bereits mehrheitlich gezogen, vollständigheitshalber werden sie hier nochmals im Sinne einer Zusammenfassung aufgeführt und durch weitere Aspekte ergänzt:

1. Um die Therapeuten/innen über die Gelingensbedingungen einer ikD-unterstützten Traumabehandlung (der Psychotherapie) und den bedarfsgerechten Einsatz von ikD zu sensibilisieren, ist eine stetige fachliche Auseinandersetzung aufrecht zu erhalten. Idealerweise wird das Thema

strukturell verankert. Neben institutionsinternen Strukturen (Weiterbildung, Supervision, Arbeitsgruppe/Funktion, organisatorische Richtlinien) sollte der Einsatz von ikD bereits Gegenstand der Ausbildung sein.

2. Zur Sicherstellung einer hohen Qualität der ikD-unterstützten Traumabehandlung ist auch spezifisches Fachwissen zur Behandlung von traumatisierten Personen aus dem Asyl- und Flüchtlingsbereich (oder mit Migrationshintergrund im Allgemeinen) notwendig. Die unterschiedlichen Aussagen, was innerhalb von 20 Therapiestunden möglich ist, legen nahe, diesbezüglich einen interinstitutionellen fachlichen Diskurs und Austausch zu fördern (Ansätze, Möglichkeiten, Anforderungen und Grenzen).⁷ Jede Institution sollte sich mit der Frage auseinandersetzen, ob das bestehende Angebot der Nachfrage entspricht, bzw. wie (mit den verfügbaren Ressourcen) eine möglichst adäquate Behandlung von traumatisierten Personen aus dem Asyl- und Flüchtlingsbereich sichergestellt werden kann und wie der Einsatz von ikD darin einzubetten ist. Idealerweise findet eine Koordination der kantonalen oder regionalen Angebote (inkl. niedergelassene Therapeuten/innen) unter Berücksichtigung der jeweiligen Ressourcen statt.⁸
3. Um eine adäquate Behandlung bzw. einen Zugang zur Zielgruppe gewährleisten zu können, sind auch die Rahmenbedingungen auf Zuweiserseite zu analysieren und allfällige Massnahmen (z.B. Schulung des Betreuungspersonals zur Stärkung der Frühdiagnose) zu prüfen. Ganz grundsätzlich sollen Personen aus dem Asyl- und Flüchtlingswesen einen gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung erhalten.
4. Die Psychotherapie und die Traumabehandlung im Besonderen stellen hohe Anforderungen an die ikD. Gemeinsame (Mindest-)Standards betreffend der sprachlichen Kompetenzen, der Aus- und Weiterbildung, Supervision und weiteren Qualifikationen fehlen. INTERPRET ist aufgefordert, entsprechende Standards zusammen mit den Vermittlungsstellen zu definieren, inkl. flankierender Massnahmen zur Überbrückung von allfälligen Lücken. Im Rahmen der Kommunikation dieser Standards nach aussen sollte auch auf die Unterschiede von (spezialisierten) ikD und sogenannten «Schlüsselpersonen» hingewiesen werden.
5. Neben der Definition von Standards sollten die Aus- und Weiterbildung (inkl. INTERPRET Modul 5) sowie die Supervision der ikD, die im Bereich der Psychotherapie und Traumabehandlung zum Einsatz kommen, gefördert und allfällige Hürden möglichst gesenkt werden (regionale Angebote, möglichst tiefe Kurskosten, Aufwand als Arbeitszeit anrechnen lassen).
6. Der Austausch zwischen den Vermittlungsstellen und den Akteuren im Bereich der Psychotherapie und Traumabehandlung sollte gestärkt oder institutionalisiert werden. Auf regionaler/lokaler Ebene liegt dies in der Verantwortung der jeweiligen Vermittlungsstellen und ihren Kunden. Auf

⁷ Die Broschüre «Flüchtlinge in unserer Praxis» der BAfF (2016) gibt einen guten Überblick über die therapeutischen Ansätze zur Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen.

⁸ Um die Kapazitäten von niedergelassenen, nichtärztlichen Therapeuten/innen optimal einbinden zu können, müssten der Ansatz und die Bedingungen der «delegierten Psychotherapie» überprüft werden. Die Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten nur, wenn die Behandlung durch nichtärztliche Therapeuten/innen erfolgt, die von einem Arzt oder einer Ärztin angestellt sind und in den Praxisräumen dieses Arztes oder dieser Ärztin und unter deren Aufsicht und Verantwortlichkeit stattfindet. (www.bag.admin.ch >> ärztliche Psychotherapie)

nationaler Ebene kann auch INTERPRET einen Beitrag leisten (Einbezug in die Definition von Standards, Austauschgefässe anbieten).

7. Um einen bedarfsgerechten Einsatz von ikD zu ermöglichen, muss die Finanzierung sichergestellt sein. Solange eine verbindliche nationale Lösung (über das Krankenversicherungsgesetz, vgl. GDK 2018) fehlt, stehen die Kantone bzw. die kantonalen Gesundheitsdirektionen oder die für das Asyl- und Flüchtlingswesen verantwortlichen Direktionen in der Verantwortung. Die Finanzierung über die Gemeinden ist demgegenüber als suboptimal zu beurteilen, da es keinen gleichberechtigten Zugang zu einer adäquaten Behandlung sicherstellt, den Institutionen wenig Planungssicherheit bietet und zu einem organisatorischen Mehraufwand führt. Daneben verlangen auch die unter Punkt 1.-6. aufgeführten Massnahmen nach Ressourcen. Was die Qualifizierung der ikD und die Förderung des Austauschs zwischen den Vermittlungsstellen und den therapeutischen Institutionen anbelangt, rücken auch die kantonalen Integrationsfachstellen und das Bundesamt für Gesundheit in den Fokus, da diese die regionalen Vermittlungsstellen bzw. ihren Dachverband INTERPRET subventionieren.
8. Grundsätzlich sind alle Akteure aufgefordert, im Rahmen ihres Auftrags zu prüfen, welcher Beitrag geleistet werden kann, um die Qualität der ikD-unterstützten Traumabehandlung bzw. eine adäquate Behandlung von traumatisierten Personen aus dem Asyl- und Flüchtlingsbereich zu fördern.

Literatur

- Achermann Alberto, Künzli Jörg (2008). Übersetzen im Gesundheitsbereich: Ansprüche und Kostentragung. Gutachten zuhanden des Bundesamts für Gesundheit, Direktionsbereich Gesundheitspolitik, Fachbereich Migration und Gesundheit.
- BAfF (2016). Flüchtlinge in unserer Praxis. Informationen für Ärztinnen und PsychotherapeutInnen. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer [Deutschland].
- Brägger, Martina (2018). Qualitätssicherung im Bereich interkulturelles Dolmetschen. Im Auftrag von INTERPRET.
- GDK (2018). Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung. Ermittlung der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG. Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.
- INTERPRET. Dolmetschen im psychotherapeutischen Bereich. Modul 5 des Baukastens «Interkulturelles Dolmetschen und Vermitteln».
- Maier, Thomas, Schmidt, Martina, Müller, Julia (2010). Mental health and healthcare utilisation in adult asylum seekers. Department of Psychiatry, University Hospital Zurich, Switzerland, Swiss Medical Weekly.
- Morina Naser, Maier Thomas, Schmid Mast Marianne (2010) Lost in Translation? – Psychotherapie unter Einsatz von Dolmetschern. *Psychother PsychMed* 2010; 60: 104 – 110.
- Oetterli Manuela, Niederhauser Andrea, Pluess Simon (2013). Ist-Analyse von psychosozialen Behandlungs- und Betreuungsangeboten für traumatisierte Personen im Asyl- und Flüchtlingsbereich im Auftrag des Bundesamts für Migration BFM. Interface und evaluanda.
- Schauer Maggie, Neuner Frank, Elbert Thomas (2011). *Narrative Exposure Therapy (NET). A Short-Term Intervention für Traumatic Stress Disorders (2nd ed.)*. Cambridge/Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Schick Matthis, Schnyder Ulrich (2017). Multimodale Behandlung traumatisierter Flüchtlinge. *Psychiatrie & Neurologie* 01/2017.
- SEM (2016). Pilotprojekt «Zugänge schaffen – Dolmetschunterstützung für traumatisierte Personen in der Psychotherapie» 2016-2018. Einladung zur Teilnahme am Projekt. Umsetzung von September 2016-März 2018.

Anhang

A1 Übersicht über die Projektpartner

Projektpartner	Kanton	Kontaktpersonen
Psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis, Zürich	ZH	Martina Heeren
Kantonsspital Winterthur, Sozialpädiatrisches Zentrum	ZH	Christina Kohli
Integrierte Psychiatrie Winterthur ipw	ZH	Jochen Binder
Luzerner Psychiatrie, Ambulante Dienste	LU	2017 Jörg Schaude / 2018 Faiz Savez
Verband Psychotherapeut/innen der Zentralschweiz	LU	Colette Jansen Estermann
Psychiatrische Klinik Zugersee	ZG	Sarah Berend
Sozialpsychiatrischer Dienst Kanton Schwyz ⁹	SZ	Angelika Toman
KJPD Kanton Schwyz	SZ	Barbara Zahner
Ostschweizer Kinderspital	SG	Christian Henkel
KJPD St.Gallen und Wil (zwei Gesuche)	SG	2017 Christian Hauser
KJPD Wil	SG	Heidemarie Dallmeyer
Psychiatrische Klinik Münsterlingen	TG	Julia Müller, Martina Ruf-Kuschner
Psychiatrische Dienste Graubünden	GR	Peggy Guler
KJP Graubünden	GR	Elisabeth Schmidt, Othmar Plaz
Psychiatrie Baselland	BL	Daniela Heimberg
Sollievo Net	BE	Oliver Schwald
Centre neuchâtelois de Psychiatrie (CNP)	NE	Stéphane Saillant
Association Pluriels	GE	Alfredo Camelo
Organizzazione sociopsichiatrica cantonale	TI	Rafael Traber
Cooperativa BAOBAB	TI	Elena Conelli

⁹ Neuer Name seit 2018: Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie Schwyz, triplus AG

Institution	Kategorie		Angebot im Projekt			Zielgruppe		Spezialabteilungen und -angebote	Expertise traumatisierte Flüchtlinge
	privat	öffentlich finanziert	ambulant	stationär	teilstat.	Minderj.	Erwachs.		
Psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis, Zürich	•		•			•	•	• Traumabehandlung stellt Spezialisierung dar	• (AFK)
Verband Psychotherapeut/innen der Zentralschweiz	•		•			•	•	• Arbeitsgruppe «Flüchtlinge»	•
Cooperativa BAOBAB	•		•			•	•		
Sollievo Net	•		•				•		• (AFK)
Association Pluriels		•	•			•	•	• Centre de consultations et d'études ethnopsychologiques pour migrants	•
Ostschweizer Kinderspital		•	•			•		• Traumasprechstunde	
Kantonsspital Winterthur, Sozialpädiatrisches Zentrum		•	•			•		• Sprechstunde Psychotraumatologie	
Centre neuchâtelois de Psychiatrie (CNP)		•	•			•	•	• Centre d'urgence psychiatrique (CUP)	
Integrierte Psychiatrie Winterthur ipw		•	•				•	• Ambulatorium und Spezialstation für Traumafolgen	• (AFK)
Psychiatrische Klinik Münsterlingen		•	•	•			•	• Station für transkulturelle Psychotherapie und Sprechstunde für Traumafolgestörungen	• (AFK)
KJPD St.Gallen und Wil (zwei Gesuche)		•	•			•		○ Gruppentherapie für UMA	•
Psychiatrie Baselland		•	•				•	○ Langjährige Erfahrung mit traumatisierten Flüchtlingen (früher Stabilisierungs- und Bewegungsgruppen für Migranten/innen mit Depression oder PTBS)	•
Organizzazione sociopsichiatrica cantonale		•	•			•	•	○ Aufsuchendes Angebot (Visite vor Ort)	
Psychiatrische Dienste Graubünden		•	•				•		
Sozialpsychiatrischer Dienst Kanton Schwyz		•	•				•		
Luzerner Psychiatrie, Ambulante Dienste		•	•				•		
Psychiatrische Klinik Zugersee		•		•			•		• (AFK)
KJPD Kanton Schwyz		•	•			•			
KJP Graubünden		•	•	•	•	•			

vor dem Pilotprojekt

Institution	Erfahrung mit der Zielgruppe	Überbrückung von Sprachbarrieren			Finanzierung ikD			Weitere ikD-Strukturen	
		ikD	Fremdspr. Therapeuten	Laien	Klinik/Praxis	Fond	Dritte	Richtlinien	Austausch und Schulung MA
Psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis, Zürich	•	•							•
Verband Psychotherapeut/innen der Zentralschweiz	•	•							
Cooperativa BAOBAB									
Sollievo Net	•	•	•				○		
Association Pluriels (Klinisches Zentrum für Migranten/innen)	•	•	•			••			
Ostschweizer Kinderspital	•	•					○		
Kantonsspital Winterthur, Sozialpädiatrisches Zentrum	•	•			•			•	•
Centre neuchâtelois de Psychiatrie (CNP)	•	•			••		•		
Integrierte Psychiatrie Winterthur ipw	•	•			○				•
Psychiatrische Klinik Münsterlingen	•	•	•		○				
KJPD St.Gallen und Wil (zwei Gesuche)	•	•			○		○	•	
Psychiatrie Baselland	•	•			••			•	•
Organizzazione sociopsichiatrica cantonale	•	•			••			•	•
Psychiatrische Dienste Graubünden	•	•	•		•		○		
Sozialpsychiatrischer Dienst Kanton Schwyz	•	•	•			○	○	•	•
Luzerner Psychiatrie, Ambulante Dienste	•	•	•		••			•	•
Psychiatrische Klinik Zugersee	•	•	•		••				•
KJPD Kanton Schwyz	•	•			•			•	•
KJP Graubünden	•	•	•				○		•

Finanzierung von ikD

- limitiert verfügbar
- limitiert verfügbar, bislang aber ausreichend
- ikD können +- bedarfsgerecht eingesetzt werden

Institution	Projektantrag		Realisierte Einsätze			Spezielle Settings (neben Einzeltherapie)
	ikD pro Patient/in	Anzahl Patienten/innen	Anzahl Patienten/innen	Anzahl ikD-Stunden	Anzahl ikD pro Patient/in	
Psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis, Zürich	20	8-10	13	167	10.5	
Verband Psychotherapeut/innen der Zentralschweiz	40	20	8	162	20.1	
Cooperativa BAOBAB	15	10	16	160	10.0	Gruppentherapie
Sollievo Net	20	5-10	19	77	4.1	Gruppentherapie
Association Pluriels (Klinisches Zentrum für Migranten/innen)	(<) 20	(>) 10	19	202	10.0	
Ostschweizer Kinderspital	35	5	3	6.5	2.2	
Kantonsspital Winterthur, Sozialpädiatrisches Zentrum	10	15-20	42	159	3.8	Gruppentherapie
Centre neuchâtelois de Psychiatrie (CNP)	(<) 20	(>) 10	30	146	4.9	
Integrierte Psychiatrie Winterthur ipw	(<) 20	(>) 10	10	96	9.6	
Psychiatrische Klinik Münsterlingen	s 20 / a 50	s 5 / a 2	8	134	16.8	
KJPD St.Gallen und Wil (zwei Gesuche)	(<) 20	(>) 10	38	229	6.0	
Psychiatrie Baselland	20	10	3	12.5	4.1	Interinstitutionelle ZA
Organizzazione sociopsichiatrica cantonale	(<) 20	(>) 20	33	385	11.7	
Psychiatrische Dienste Graubünden	20	10	21	224	10.7	
Sozialpsychiatrischer Dienst Kanton Schwyz	15	10	6	22	3.7	
Luzerner Psychiatrie, Ambulante Dienste	20	10	13	236	18.0	
Psychiatrische Klinik Zugersee	20	10	20	107	5.4	
KJPD Kanton Schwyz	20	10	10	92	9.2	
KJP Graubünden	(<) 20	10-15	23	106	4.6	Gruppentherapie

A2 Involvierte ikD-Vermittlungsstellen

Kanton/Region	Vermittlungsstelle
BS/BL	HEKS Linguadukt beider Basel
BE	comprendi? Caritas Bern
GE	Service interprétariat communautaire Croix-Rouge genevoise
NE	Centre d'interprétation communautaire et traduction, Service de la cohésion multiculturel
TI	Agenzia DERMAN Ticino, SOS Ticino
ZH	AOZ Medios, Interkulturelles Dolmetschen
Stadt Winterthur	Integrationsförderung Winterthur
Ostschweiz ¹⁰	verdi – Interkulturelles Dolmetschen in der Ostschweiz, ARGE Integration Ostschweiz
Zentralschweiz ¹¹	Dolmetschdienst Zentralschweiz, Caritas Luzern

¹⁰ SG, TG, AR, AI, GR, GL

¹¹ LU, OW, NW, UR, SZ, ZG

A3 Weitere Ergebnisse aus der Onlinebefragung

Abbildung 14: Grad der Erfahrung mit ikD (n=42)

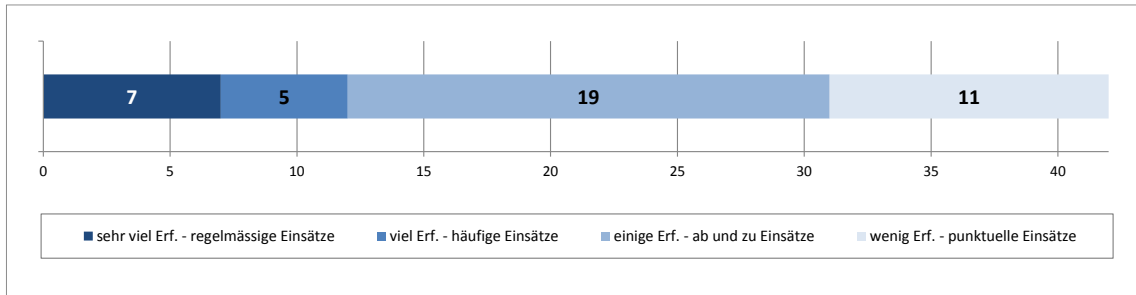


Tabelle 6: Kreuztabelle Spezialausbildung und Qualifikation der ikD (Einschätzung der Therapeuten/innen, n₁+n₂)

		Verfügt die soeben beurteilte Person im Vergleich zu anderen ikD, mit denen Sie zusammengearbeitet haben, über überdurchschnittlich, durchschnittlich oder unterdurchschnittlich gute Kompetenzen?		
		überdurchschnittlich gute Kompetenzen	durchschnittlich gute Kompetenzen	unterdurchschnittlich gute Kompetenzen
Verfügt diese ikD über eine Spezialausbildung zum Dolmetschen in der Psychiatrie?	ja	26	10	1
	nein	6	8	0
	ich weiss nicht	11	21	2

Abbildung 15: Einschätzung des Bedarfs nach ikD zu beiden Erhebungszeitpunkten

