

Sprach- und Integrationsmittler, Gemeindedolmetscher, Community Interpreter: Eine professionelle Strategie zum Abbau von Ungleichheit

Ein Beitrag zum Fachdiskurs Sprach- und Integrationsmittlung
aus dem SprInt-Transfer Netzwerk

von Dipl. Soz.
Miguel Tamayo
Transferzentrum SprInt
Diakonie Wuppertal



zuerst erschienen in: Migration und Soziale Arbeit 3/4 2010, S. 283-289.

Sprach- und Integrationsmittler, Gemeindedolmetscher, Community Interpreter: Eine professionelle Strategie zum Abbau von Ungleichbehandlung.

Miguel Tamayo

Erschienen in: Migration und Soziale Arbeit, 3-4 / 2010, S. 283-289.

Sprachliche und kulturelle Barrieren verhindern Gleichbehandlung in Schlüsselbereichen der Integration wie Gesundheit und Bildung. Neben anderen Modellen zur Überwindung dieser Barrieren stellen professionelle Sprach- und Integrationsmittler einen wichtigen Beitrag zu einer dauerhaften, strukturellen Lösung des Problems dar. Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Forschung und Praxis der Sprach- und Integrationsmittlung und diskutiert Voraussetzungen für die weitere Verbreitung des neuen Berufsbildes.

Verständigungsbarrieren verhindern Gleichbehandlung

Ein ungehinderter Zugang zum Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen ist eine wichtige Voraussetzung für die Integration von MigrantInnen. Als Grund für Versorgungsmängel in diesen Bereichen werden unter anderem Kommunikationsprobleme genannt (RKI 2008: 107; Knipper/Bilgin 2009: 70). Es liegt auf der Hand, dass eine gemeinsame Sprache eine Bedingung dafür ist, dass Fachkräfte in den genannten Bereichen überhaupt tätig werden können. In der Praxis ist die Verständigung jedoch eine komplexe Angelegenheit. Das deutschsprachige Personal kann sich oft nicht sicher sein, wie gut oder schlecht einzelne Botschaften tatsächlich verstanden worden sind. Besonders in Gesprächen mit heiklen Themen oder in Situationen, in denen folgenreiche Entscheidungen zu treffen sind, müssen höhere Anforderungen an die Qualität der Kommunikation gestellt werden.

Nach dem aktuellen Stand der Forschung verursachen Verständigungsbarrieren in mehrfacher Hinsicht negative Folgen: Flores (2005: 255) recherchierte in fünf medizinische Datenbanken und fand 36 Studien aus den Jahren 1966-2003 zum Thema Gesundheitsdolmetschen. Sie wies nach, dass die Qualität der Versorgung leidet, wenn PatientInnen Dolmetscher benötigen, sie aber nicht bekommen. Muela Ribera u.a. (2008) bezogen 67 Originalarbeiten und 4 Reviews in ihre Überblicksarbeit ein. Sie benennen vier Dimensionen, die von Sprachbarrieren negativ beeinflusst werden: Zugang zu medizinischer Versorgung (insbesondere Prävention), Behandlungsqualität, Patientenzufriedenheit und Zufriedenheit des medizinischen Personals (a.a.O.: 20). Darüber hinaus untersuchten sie den finanziellen Aspekt der Gesundheitsversorgung und fanden heraus, dass Sprachbarrieren in zweierlei Hinsicht Kosten verursachen: Zum einen steigen medizinische Kosten durch ein erhöhtes Risiko von Fehldiagnosen und -behandlungen sowie ein erhöhtes Krankheitsrisiko durch Nicht-Inanspruchnahme von Präventionsprogrammen. Zum anderen entstehen durch die mangelhafte Verständigung zusätzliche Kosten, weil Ärzte aufgrund der herrschenden Sprachlosigkeit unnötige Tests durchführen und unzufriedene Patienten häufiger Ärzte aufsuchen als der Bevölkerungsdurchschnitt.

Strategien zur Verbesserung der Versorgungsqualität

Um dieser Problematik zu begegnen, greifen Einrichtungen und Dienste auf verschiedene Arten von „Verständigungsbrücken“ zurück. Es gibt Lösungsansätze mit und ohne Beteiligung professioneller Sprachmittler:

1. Ad-hoc Dolmetscher: Verwandte, Bekannte, MitpatientInnen
2. Muttersprachliches Personal ohne weitere Qualifizierung (Küchen-, Putzpersonal)
3. Ehrenamtliche Helfer mit Kurzzeit-Qualifizierung
4. Muttersprachliches Fachpersonal
5. Professionelle DolmetscherInnen mit Uni-/FH-Abschluss
6. Sprach- und Integrationsmittler (Community Interpreter, Gemeinde-, Kommundolmetscher usw.) mit mindestens 12monatiger Qualifizierung

Die ersten beiden Strategien können nur als Notlösung bezeichnet werden, wenn gleich in Ermangelung einer Wahlmöglichkeit Laiendolmetscher in den weitaus meisten Fällen hinzugezogen werden. Ad-hoc-Dolmetscher werden oft überfordert, da sie weder die Fachausdrücke kennen noch das erforderliche Hintergrundwissen über die Strukturen der Dienste haben. Jüngerer Kinder sind als DolmetscherInnen in den allermeisten Fällen gänzlich ungeeignet. Sie werden mit Themen konfrontiert, die nicht altersgemäß sind. Zudem wird ihnen eine Rolle auferlegt, die sie nicht kompetent ausfüllen können und die zu Konflikten mit der Rolle als Sohn/Tochter führen kann (vgl. Kurka 2010).

Bei erwachsenen Verwandten tritt oft das Problem auf, dass die dolmetschende Person ihre Tätigkeit nicht unparteilich aus-

übt. Das Fachpersonal kann nicht überprüfen, ob das Gesagte unverfälscht übertragen wird oder ob den KlientInnen / PatientInnen, womöglich aus Rücksichtnahme, wichtige Informationen verschwiegen werden. Auf Seiten der Fachkräfte gibt es außerdem Unsicherheiten bei haftungsrelevanten Entscheidungen. Entsteht ein Schaden aufgrund fehlerhafter Übersetzung, können Laiendolmetscher nicht verantwortlich gemacht werden.

Ehrenamtliche Sprachmittler, die eine Kurzzeit-Qualifizierung absolviert haben, sind besser auf die Dolmetsch-Situation vorbereitet als Ad-hoc-DolmetscherInnen. Sie haben Grundkenntnisse der Fachsprache und der interkulturellen Kommunikation und können adäquat auf Missverständnisse reagieren. Der Nachteil dieser Lösung ist, dass die Einsatzfelder in der Regel sehr begrenzt sind. Die meisten kurzen Qualifikationen bereiten gezielt auf Einsätze in Schulen, bei der gesundheitlichen Aufklärung und Prävention, bei Behördengängen usw. vor. Das hat zur Folge, dass für jedes weitere Einsatzfeld, in dem ein Bedarf besteht, eine zusätzliche Fortbildung organisiert werden muss. Generell bestehen bei Ehrenamts-Projekten Einschränkungen bei der Verfügbarkeit der Personen: Zum einen ist mit einer normalen Fluktuation zu rechnen, wenn sich die Ehrenamtlichen anderen Themen zuwenden oder aus beruflichen Gründen keine Zeit mehr erübrigen können. Zum anderen ist der ehrenamtliche Dienst freiwillig, d.h. die Mittler und nicht die Nachfrager bestimmen, wann sie für Einsätze zur Verfügung stehen.

Die letzten drei Strategien setzen auf professionelle Hilfe bei Verständigungsproblemen. Sie haben einen wichtigen gemeinsamen Vorteil gegenüber den anderen Lösungen: In vertraulichen Gesprächen zu sensiblen Themen spielt die berufliche

Schweigepflicht eine große Rolle für die Akzeptanz der Mittlerperson.

Mehrsprachiges Fachpersonal erzielte gute Ergebnisse in Studien zur Wirksamkeit von DolmetscherInnen. Flores (2005) analysierte empirische Daten zur Versorgungsqualität, PatientInnennzufriedenheit und zum Behandlungserfolg von PatientInnen mit eingeschränkter Sprachkenntnissen. Das Ergebnis war, dass ausgebildete professionelle DolmetscherInnen ebenso wie zweisprachiges medizinisches Personal messbare positive Effekte auf alle drei Bereiche haben.

In großen Einheiten hat sich ein interner Vermittlungspool bewährt, z.B. in Kliniken in München oder Hamburg-Eppendorf. Diese Lösung erfordert allerdings einigen organisatorischen Aufwand. Die MitarbeiterInnen müssen in Dolmetsch- und interkultureller Kompetenz geschult werden. Ferner muss die Klinik sicher stellen, dass die alltäglichen Arbeitsabläufe durch das Heranziehen zu Dolmetsch-Einsätzen nicht gestört werden. In einzelnen Fällen wird jedoch jede Einrichtung auf externe DolmetscherInnen zurückgreifen müssen, da die Sprachenvielfalt so groß geworden ist, dass selbst große Institutionen nicht alle Sprachen mit eigenem Personal abdecken können.

Professionelle DolmetscherInnen mit Uni- oder FH-Abschluss haben die umfangreichsten Kompetenzen im Bereich der sprachlichen Translation. In Deutschland spezialisieren sich DolmetscherInnen und ÜbersetzerInnen jedoch nur selten auf typische Migrantensprachen und auf das Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesen, so dass manche Regionen bezüglich der Dolmetschdienste für MigrantInnen unterversorgt sind. Die relativ hohen Kosten sind ein weiterer Grund dafür, dass diese Lösung von Einrichtungen und Diensten nicht so häufig nachgefragt wird.

Um die Lücke in der Versorgung zu schließen, wurden Qualifizierungsmaßnahmen entwickelt, die eine speziell auf das Anwendungsgebiet Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesen zugeschnittene professionelle Lösung darstellen. Auf sie soll im Folgenden näher eingegangen werden.

Sprach- und Integrationsmittler („Sprint“): Wirksamkeit und Praxis

International ist Sprach- und Integrationsmittlung als „Community Interpreting“ bekannt. In den letzten zehn Jahren hat sich die Anzahl wissenschaftlicher Publikationen zu diesem Thema vervielfacht, vor allem in den Disziplinen Medizin und Translationswissenschaft (vgl. Grbic/Pöllabauer 2008). Auch die meisten Überblicksbände erschienen in dieser Zeitspanne (z.B. Bischoff/Meyer 2008, De Pedro Ricoy u.a. 2009, Slapp 2004).¹

Sprach- und Integrationsmittler sind meist Personen mit eigener Migrationserfahrung. Sie haben die Funktion von Brückenbauern im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen. Sie überwinden Sprachbarrieren zwischen KlientInnen/PatientInnen und deutschsprachigem Fachpersonal durch fachspezifisches Dolmetschen. Bei Bedarf intervenieren sie, um Missverständnisse aufzuklären oder Konflikte zu entschärfen. Vor allem Erstkontakte können effektiver gestaltet werden. Dass die Menschen in einer für sie verständlichen Sprache informiert werden, erhöht die Chancen auf den raschen Aufbau einer Vertrauensbasis.

Die Einsatzfelder der MittlerInnen sind vielfältig: Zu den Nutzern gehören unter anderem Behörden, Kliniken, psychiatri-

¹ Da eine komplette Literaturübersicht den Rahmen dieses Artikels sprengen würde, sei auf die ständig aktualisierte Literaturliste des Onlineportals für Sprach- und Integrationsmittlung, sprint-transfer.de, verwiesen.

sche Einrichtungen, Träger der Kinder- und Jugendhilfe, Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände, Arbeitsvermittlungen, Schulen und KiTas. Die Dienste der MittlerInnen können sowohl auf Honorarbasis als auch über eine Festanstellung erfolgen.

Ein typisches Beispiel aus dem Sozialwesen ist die Beteiligung von Sprint an Maßnahmen der Sozialpädagogischen Familienhilfe nach § 31 SGB VIII. Ihre Dolmetschtätigkeit beginnt schon im Hilfeplanverfahren und erfüllt dort das Postulat nach Partizipation der Erziehungsberechtigten. Während der Maßnahme findet zusätzlich zum Dolmetschen ein Wissenstransfer statt: Die Fachkraft der Sozialen Arbeit kann Informationen zum kulturellen Hintergrund der Familie abrufen und die Betroffenen können das Fachwissen des Sprint über das Sozialsystem nutzen, um sich über die Rollen der Beteiligten in dem oft ungewohnten Setting zu vergewissern.

Nachweis der Wirksamkeit

Die Wirksamkeit speziell ausgebildeter MittlerInnen ist zumindest im Gesundheitswesen hinreichend nachgewiesen: Für Bischoff und Steinauer (2007) ist der Einsatz professioneller DolmetscherInnen diejenige Strategie, die zur besten Behandlungsqualität bei fremdsprachigen Patienten führt.

Karliner u.a. (2007) analysierten 21 Studien mit empirischen Vergleichen zwischen professionellen und ad-hoc-DolmetscherInnen in den Bereichen Kommunikation (Fehler und gegenseitiges Verstehen), Zugang zur klinischen Versorgung, Behandlungsergebnis und PatientInnenzufriedenheit. Die ausgebildeten DolmetscherInnen verbesserten die Qualität in allen vier gemessenen Bereichen so sehr, dass nur noch schwache bis gar keine Unterschiede mehr zwischen den PatientInnen mit und ohne sprachlichen Verständigungsproble-

men festgestellt werden konnten. Dagegen traten im Vergleich zu ad-hoc-DolmetscherInnen deutliche Qualitätsunterschiede auf.

Die Einsatzfelder Bildungs- und Sozialwesen sind noch nicht so gut erforscht wie der medizinische Sektor. Für Deutschland bestätigen einzelne Studien den Bedarf an Sprach- und Integrationsmittlung auch unter Fachkräften der Sozialen Arbeit (zusammenfassend Borde/Albrecht 2005).

Praxiserfahrungen in Deutschland

Die Notwendigkeit, Verständigungsbarrieren zu überwinden, hat in Deutschland schon früh Projekte mit Dolmetschdiensten entstehen lassen (vgl. Salman 2000). In mehreren Städten gibt es inzwischen Pools von DolmetscherInnen für den Gesundheits- und/oder Sozialbereich. Von einem flächendeckenden Angebot kann allerdings noch nicht die Rede sein.

Am weitesten verbreitet sind Projekte, die eine ehrenamtliche Lösung verfolgen: Viele Fortbildungen tragen die Bezeichnungen „Mittler“, „Lotsen“, „Begleiter“ etc. für einzelne Themenbereiche. Ihre Einsätze werden ehrenamtlich bzw. gegen Aufwandsentschädigung organisiert.

In Aachen, Berlin, Darmstadt, Köln und Wuppertal wurden längerfristige Qualifizierungsmaßnahmen für ein breites Einsatzgebiet durchgeführt, deren AbsolventInnen ihre Dienstleistung in den genannten Regionen bereits anbieten. Gegenwärtig fördert der Europäische Integrationsfonds ein Transferzentrum für Sprach- und Integrationsmittlung, das weitere Netzwerkpartner bei der Durchführung einer solchen Qualifizierung, der Sensibilisierung potenzieller Auftraggeber sowie dem Aufbau von Vermittlungszentralen unterstützt (sprint-transfer.de).

Die Träger der Langzeit-Qualifizierungen haben sich zu einer Bundesarbeitsgruppe zusammengeschlossen, welche sich für die Professionalisierung der Sprach- und Integrationsmittlung einsetzt.

Bemühungen um ein einheitliches Berufsbild

Die Bundesarbeitsgruppe will einheitliche Standards durchsetzen, um die Qualität und ein flächendeckendes Angebot der Dienstleistung zu gewährleisten. Dies soll durch die staatliche Anerkennung des neuen Berufsbildes erfolgen. Das Ziel ist der Erlass einer Fortbildungsverordnung zum/zur Sprach- und Integrationsmittler/-in nach §53 Berufsbildungsgesetz (BBiG).

Eine solche Verordnung würde Regelungen und Mindestanforderungen zur Ausbildung und Zertifizierung enthalten. Auch die Anschlussfähigkeit der Qualifizierung, z.B. die Berechtigung zur Aufnahme eines FH-Studiums, soll gewährleistet werden. Zudem sollen eine tarifliche Eingruppierung und Richtlinien für Honorarsätze entwickelt werden, die es den SprInt ermöglichen, von ihrer Tätigkeit ihren Lebensunterhalt zu bestreiten.

Erfolgskriterien für Akzeptanz bei Auftraggebern

Der Erfolg einer professionellen Lösung stellt sich nur dann ein, wenn die Dienstleistung in ausreichendem Maße zahlende AbnehmerInnen findet. Eine Befragung von Arbeit- bzw. Auftraggebern von SprInt (Becker u.a. 2010) listet verschiedene Determinanten der Nachfrage nach ausgebildeten Sprach- und Integrationsmittlern auf (a.a.O: 15f). Auf der Seite der Institutionen muss ein Problembewusstsein vorhanden sein. Die anfangs beschriebenen negativen Folgen der Verständigungsbarrieren für die Einrichtungen müssen in den Köpfen von Leitung und Fachpersonal prä-

sent sein. Erst wenn auch die Kosten der Verständigungsbarrieren erkannt wurden, sei es als tatsächlicher Mehraufwand (z.B. durch vermeidbare Mehrfachtermine) oder durch Qualitätseinbußen, Nichterreichen der gesteckten Ziele etc., stellt sich auch Zahlungsbereitschaft ein.

Eine weitere Voraussetzung für die Nachfrage ist laut Becker u.a., dass die Einsätze in vorhandene Strukturen und Abläufe eingebunden werden können. Viele Arbeitgeber nutzen SprInt als einen Baustein in Strategien der interkulturellen Öffnung, des Qualitätsmanagements, der Neukundengewinnung oder der Kosteneinsparung.

Schließlich hängt es von vorhandenen Handlungsmöglichkeiten ab, ob ein potenzieller Auftraggeber tatsächlich die Dienstleistung in Anspruch nimmt: Ein Mindestmaß an interkultureller Kompetenz sollte in der Institution vorhanden sein, nicht zuletzt muss ein Budget für die Dolmetschereinsätze eingerichtet werden.

Auf der Seite der Anbieter von Sprach- und Integrationsmittlung gilt es zu beachten, dass nur ein attraktives Angebot Abnehmer findet. Dies betrifft nicht nur das Sprachangebot, das dem lokalen Bedarf entsprechen muss. Auch Service, Qualität, Verfügbarkeit und ein fairer Preis sind Anforderungen, die zu Erfolg oder Scheitern des Angebots beitragen können. Becker u.a. (2010: 81) empfehlen den Aufbau von Vermittlungszentralen in mehreren Regionen: „Nur Poollösungen werden nach den Ergebnissen dieser Untersuchung geeignet sein, eine flächendeckende Nachfrage zu erzeugen, da festangestellte Sprach- und Integrationsmittler von den Institutionen in der Regel nicht auslastbar sein werden.“

Viele dieser Anforderungen sind in anderen Ländern bereits umgesetzt. Im inter-

nationalen Vergleich liegt Deutschland weit zurück (vgl. Salman 2000: 94).

Beispiel Schweiz

In der Schweiz ist die Förderung des Einsatzes von sog. „interkulturellen Übersetzern“ in eine bundesweite politische Strategie eingebettet: Der Bund „verfolgt [...] die Vision der gesundheitlichen Chancengleichheit. Er trägt zum Abbau gesundheitlicher Benachteiligungen von Personen mit Migrationshintergrund in der Schweiz bei und verbessert die Voraussetzungen, dass diese dieselbe Chance wie Einheimische haben, ihr Gesundheitspotenzial zu entfalten.“ (Bundesamt für Gesundheit 2007: 5)

Die oberste Gesundheitsbehörde hat mehrere Studien in Auftrag gegeben, um Bedarf, Finanzierung, Kosten-Nutzen-Relation und rechtliche Bewertung von interkulturellem Übersetzen zu analysieren (z.B. Gehrig/Graf 2009). Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse bewertet das Bundesamt eine gute Verständigung zwischen MigrantInnen und medizinischem Personal als Voraussetzung für den Behandlungserfolg und als zentralen Teil der Patientenrechte. Deshalb finanziert es gemeinsam mit dem Bundesamt für Migration ein nationales Kompetenzzentrum für interkulturelles Übersetzen. Dieses Zentrum betreibt Öffentlichkeitsarbeit, um den Bekanntheitsgrad des interkulturellen Übersetzens zu erhöhen, sowie Qualitätssicherung und -entwicklung des Berufes. Zu diesem Zweck bietet es Beratung und Qualifikationen an und akkreditiert Ausbildungsinstitutionen.

Der Verein Interpret (inter-pret.ch) ist die schweizerische Interessengemeinschaft für interkulturelles Übersetzen und Vermitteln. Er hat in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Verband für Weiterbildung ein Zertifikat für interkulturelle ÜbersetzerInnen geschaffen und ist die

ationale Stelle für die Anerkennung der Ausbildungen in diesem Bereich. Rund 500 Personen sind bereits zertifiziert, ihre Einsätze werden von fünfzehn kantonalen und regionalen Vermittlungsstellen koordiniert.

Die neueste Weiterentwicklung des bestehenden Angebotes ist der Aufbau eines nationalen Telefondolmetschdienstes. Die Ausschreibung zur Projektvergabe erfolgt nach Angaben des Bundesamtes gegen Ende Juni 2010.

Fazit

Welche Schlüsse lassen sich aus den Ausführungen zur Sprach- und Integrationsmittlung in Deutschland und der Schweiz ziehen?

Der Überblick über die Forschungsergebnisse legt nahe, dass strukturelle Lösungen mit Beteiligung professioneller MittlerInnen am besten geeignet sind, um die Versorgung von Migrantinnen und Migranten mit medizinischen und sozialen Leistungen zu verbessern. Besonders wünschenswert ist die Einstellung bilingualen Fachpersonals. Wenn dies nicht möglich ist, ist der Einsatz von SprInt eine geeignete Strategie, um diese Lücke zu schließen.

Die Situation in Deutschland ist geprägt durch ein Nebeneinander vieler lokaler Modelle ohne eine einheitliche Linie. Die Verabschiedung einer Fortbildungsverordnung soll Abhilfe schaffen. Bis es so weit ist, bleibt es lokalen Akteuren vorbehalten, eigene Lösungen zu finden. Erste Erfahrungen des Transferzentrums Sprach- und Integrationsmittlung deuten darauf hin, dass strategische Zusammenschlüsse lokaler Akteure die besten Chancen haben, professionelle Dolmetschdienste dauerhaft einzurichten: Kompetenzen aus der Migrations-/Integrationsarbeit werden ebenso benötigt wie erfahrene Bildungs-

träger, die Unterstützung der Kommune und nicht zuletzt Arbeit- bzw. Auftraggeber, welche die Dienstleistung nutzen.

Das Beispiel Schweiz zeigt die Vorteile eines Top-Down Ansatzes auf: Die Einbettung in die Strategie „Migration und Gesundheit“ des Bundes garantierte politische Rückendeckung und eine gute Finanzierungsquelle während der Aufbauphase. Die zentrale Zertifizierungsstelle bei einem kompetenten Träger garantiert Qualitätsstandards, auf die zahlende Auftraggeber besonderen Wert legen.

Die langfristige Finanzierung ist sowohl in der Schweiz als auch in Deutschland noch nicht gesichert. Hier kommt es darauf an, die Investitionsbereitschaft der Abnehmer der Dienstleistung zu wecken. Auf lange Sicht zahlt sich die Investition in Integration aus – das haben die klassischen Einwanderungsländer erkannt, für die eine staatliche Finanzierung von Community Interpreting ebenso selbstverständlich ist wie das Angebot kostenloser Sprachkurse für Zuwanderer.

Den Aktivitäten des Schweizer Bundesamtes für Gesundheit gingen Forschungsaufträge und Gutachten voraus, welche die Situation aus der Sicht verschiedener Disziplinen analysierten und Empfehlungen aussprachen. Ein solcher Erkenntnisgewinn wäre auch für Deutschland wünschenswert. Insbesondere wären Forschungslücken im Bereich der Sozialen Arbeit und im Bildungswesen zu schließen. Weiterhin fehlen Kosten-Nutzen-Analysen sowie Evaluationskonzepte, welche die Wirkung von Dolmetschdiensten auf das angestrebte Ziel, nämlich den Abbau von Ungleichbehandlung und Versorgungsdefiziten, messen können.

Literatur

Becker, Carsten u.a. (2010): Qualitative Studie: Arbeitsmarktbedarf des neuen Berufsbildes „Sprach- und Integrationsmittler/-in“. Unveröffentl. Manuskript der GIB – Gesellschaft für Innovationsforschung und Beratung, Berlin.

Bischoff, Alexander/Meyer, Bernd (Hrsg.) (2008): Die fremden Sprachen, die fremden Kranken: Dolmetschen im medizinischen Kontext. In: *Curare* 31: 2+3, S. 125-132.

Bischoff, Alexander/Steinauer, Regine (2007): Pflegende Dolmetschende? Dolmetschende Pflegendende? Literaturanalyse. In: *Pflege* 20, S. 343-351.

Borde, Theda/Albrecht, Niels-Jens Albrecht (Hrsg.) (2007): Innovative Konzepte für Integration und Partizipation. Bedarfsanalyse zur interkulturellen Kommunikation in Institutionen und für Modelle neuer Arbeitsfelder. Frankfurt a.M. / London.

Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.) (2007): Strategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2008-2013). Bern.

De Pedro Ricoy, Raquel (2009): Interpreting and translating in public service settings : policy, practice, pedagogy. Manchester.

Flores, Glenn (2005): The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. In: *Medical Care Research and Review* 62: 255-299.

Gehring, Matthias/ Graf, Iris (2009): Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen. Bern.

Grbic, Nadja/ Pöllabauer, Sonja (2008): Forschung zum Community Interpreting im deutschsprachigen Raum: Entwicklung, Themen und Trends. In: dies. (Hrsg.): *Kommunaldolmetschen/ Community Interpreting. Probleme – Perspektiven – Potenziale*. Berlin, S. 3-28.

Karliner, Leah S. u.a. (2007): Do Professional Interpreters Improve Clinical Care for Patients with Limited English Proficiency? A Systematic Review of the Literature. In: *Health Services Research* 42, S. 727-754.

Knipper, Michael/Bilgin, Yasar (2009): Migration und Gesundheit. Sankt Augustin/Berlin.

Kurka, Maria (2010): Interview: „Sprachliche Verständigung ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass die Kulturen in Deutschland zusammenleben können“, www.sprint-transfer.de/cms/index.php/aktuell/60-interview-maria-kurka, 15.6.2010

Muela Ribera, Joan u.a. (2008): Is the use of interpreters in medical consultations justified? A critical review of the literature. http://pass-international.org/site/images/stories/publications/Cost_Effectivenss_Interpreters_in_the_Medical_Sector.pdf.

RKI - Robert Koch Institut (Hrsg.) (2008): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit. Berlin.

Salman, Ramazan (2000): Der Einsatz von (Gemeinde-)Dolmetschern im Gesundheitswesen als Beitrag zur Integration. In: Gardemann, Joachim u.a. (Hrsg.): *Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen*. Düsseldorf, S. 91-105.

Slapp, Ashley M. (2004): *Community Interpreting in Deutschland*. München.

Kontakt:

Miguel Tamayo, Transferzentrum Sprach- und Integrationsmittlung, Migrationsdienste der Diakonie Wuppertal, Ludwigstr. 22, 42105 Wuppertal, www.sprint-transfer.de.