

## **Translation und „fremde“ Kulturen im LKH Graz**

ISOP-Projekt „Interkulturelle Gesundheitsassistenten“ im LKH Graz. Dieses Projekt wird von der stmk. Landesregierung finanziert.

**Schau nicht hin!**

**Es ist verboten, verpönt!**

**Kneifen heißt auf Tschetschenisch „Gesundheit“.**

**„Der gefallene Nabel“.**

Die Vielfalt von unterschiedlichen Werten und Einstellungen, mit denen wir konfrontiert werden, führt zu Konflikten, zu Schwierigkeiten beim gemeinsamen Handeln, zu Stress und zu Unzufriedenheit.

Auch innerhalb eines geographischen Raumes wie dem EU-Raum herrschen unterschiedliche Vorstellungen von Krankheiten aufgrund der unterschiedlichen Kulturalitäten bzw. Mentalitäten. In einer empirischen Studie, durchgeführt unter der Leitung der Oldenburger Psychologin Petra Scheibler-Meissner, wurden Deutsche, Franzosen, Spanier und Briten befragt.

Die empirischen Ergebnisse der europäischen Vergleichsstudie weisen auf eine Vielfalt an europäischen „Mentalitäten“ hin. So unterscheiden sich die Vorstellungen der medizinischen Laien zu bestimmten Krankheiten sehr deutlich. Ein Beispiel dafür ist die Hypertonie (Bluthochdruck). (Scheibler-Meissner URL)

Die Welten, aus denen das Spitalpersonal kommt, und die Welten, aus denen die PatientInnen kommen, sind mit immer höherer Wahrscheinlichkeit sehr unterschiedliche Welten. Insbesondere im Krankenhaus ist das wichtig, weil hier mit Krankheit umgegangen wird und Entscheidungen anstehen, wie man sich zu den Risiken einer Behandlung stellt, wie man

Vertrauen zu seinen BehandlerInnen entwickelt usw. Diese Verschiedenheit muss überbrückt werden, damit man nicht aneinander vorbei arbeitet. (vgl. Illhardt 1998: 32ff.)

Der Einsatz von SpitaltranslatorInnen hat sich in den letzten zehn Jahren aus dieser Notwendigkeit heraus institutionalisiert. Die Zahl der DolmetscherInnen ist zwar kontinuierlich im Ansteigen, allerdings steigt parallel dazu die Zahl der MigrantInnen.

So gesehen ist die Vorstellung von Krankheiten bei den MigrantInnen am LKH-Graz, die nicht nur aus anderen Ländern Südeuropas und der Türkei, sondern auch aus den armen und ärmsten Ländern der Welt kommen, im Vergleich zu der der ÖsterreicherInnen sogar sehr groß. Die Erfahrungen scheinen folgende Annahme zu bestätigen: **je weiter entfernt das Land, aus dem eine fremdsprachige Gruppe kommt, desto unterschiedlicher die Kulturalität dieser Gruppe im Vergleich zur Kulturalität des Aufnahmelandes.**

In den Institutionen des Gesundheitswesens arbeiten Angehörige verschiedener kultureller Prägung mit PatientInnen, die ihrerseits einer anderen Kultur angehören können.“ (Illhardt 1998:26).

Manche Verhaltensweisen von Menschen anderer Kulturen stoßen bei den Mitgliedern des Spitalpersonals auf völliges Unverständnis.

Der Blickkontakt.

jemanden keines Blickes würdigen

لم يكرم بنظرة

Ich selbst verstehe nicht, warum Mütter ihre Kinder auf den Straßen nicht stillen!

Kneifen heißt auf Tschetschenisch „Gesundheit“.

„**Der gefallene Nabel.** Und so, wie uns vor Schreck auch schon einmal „das Herz in die Hose“ rutschen kann, so gibt es in der Volksmedizin der Türkei die Vorstellung des gefallenen Nabels (göbek düşmesi) als eine mögliche Ausdrucksform von Krankheit, Leid und Überforderung. Der Nabel als Zentrum des Körpers hat seine normale Lage verändert – er ist gefallen, was meist zu Bauchschmerzen, aber auch zu anderen Beschwerden wie Übelkeit, Müdigkeit, Kopfweh, Rückenschmerzen, Schwäche etc. führen kann. (Eberding 2004:95, Hervor. i. Orig.)

### Wissen ist wie Insulin

Auf der Zelloberfläche gibt es die sogenannten Rezeptoren, die als Andockstellen dienen, die Insulinmoleküle passen so präzise hinein wie ein Schlüssel in ein Schloss. Erst wenn das Hormon die Rezeptoren aktiviert, können die Organe Glukose aus dem Blut aufnehmen oder speichern. So ist auch das Wissen über andere Kulturen während einer Interaktion.

Eines lässt sich in diesem Zusammenhang nicht verleugnen, dass die Einführung eines neuen Faches über die transkulturelle Kompetenz bei der medizinischen Berufsausbildung von einer enormen Wichtigkeit ist.

Ich glaube, dass die Einführung einer gesetzlichen Verpflichtung zur Bereitstellung von SpitaltranslatorInnen im Gesundheitswesen, sowohl aus gesellschaftspolitischer als auch aus ökonomischer Sicht sowie zur Sicherung und Steigerung der Arbeitsqualität im medizinischen Bereich, eine unerlässliche Maßnahme darstellt.

Für MigrantInnen sind der Gang und der Zugang zum medizinischen Versorgungssystem offenbar enorm schwierig. Die Hemmungen sind sehr groß und vielfältig und diese beziehen sich auf mehrere Faktoren, wie Sprachbarrieren, ausgeprägtes exogenes Krankheitsverständnis, Biographie, Kulturalität, Religiosität, Weltanschauung und

Aberglaube. Paradoxerweise lassen auch diese PatientInnen(typen) harte Therapien und Operationen über sich ergehen, um wieder gesund zu werden. Es ist davon auszugehen, dass sich jede Heilkunde bei der Konzeption der Prävention und Heilung von Krankheiten sowohl nach kulturellen als auch gesellschaftsspezifischen Grundlagen im Sinne einer Ethnomedizin orientiert (vgl. Prinz 1992:147).

Nach Zimmermann sind die ethnomedizinischen Traditionen in **personalistische** oder in **naturalistische Systeme** einzuteilen. „Bei personalistischen Systemen können übernatürliche Wesen, wie Gottheiten, Ahnen und böse Geister sowie Menschen mit besonderen Fähigkeiten (Zauberer) Krankheiten verursachen“ (Zimmermann 2007:8). Bei der Heilung von Krankheiten bedienen sich PatientInnen unterschiedlicher Behandlungsmethoden.

In fast jeder Gesellschaft gibt es einen medizinischen Pluralismus, d. h. parallel bestehende unterschiedliche Medizinsysteme stehen dem Patienten bei der Wahl einer Behandlungsmethode zur Verfügung. [...] aus ethnomedizinischer Sicht [ist] ein medizinischer Pluralismus notwendig, um unterschiedliche Zugangsmöglichkeiten der Deutung von Krankheitsprozessen zu ermöglichen und in einen sozial vermittelbaren Kontext zu stellen, was, wie immer wieder kritisiert wird, in der modernen wissenschaftlichen Medizin zu kurz kommt. (Herrmann 2000:28)

Zu den häufigen kulturbedingten Problemen im Bereich der Gesundheitsversorgung gehören die unterschiedlichen **Vorstellungen über die Ursache und Behandlungsform von Krankheiten**. Die Ursachen einer Krankheit und deren therapeutische Konzepte unterliegen der ethnozentrischen Denkweise der MigrantInnenpatientInnen.

**Im Denken der meisten türkischen Patienten dringt Krankheit nämlich von Außen ein.** Erklärungsmodelle, die den Einzelnen auf seine eigene Geschichte zurückwerfen und ihn selber dafür verantwortlich machen, ohne daß er irgendwelche Tabus durchbrochen hat, werden nicht angenommen. (Emy Koen 1986:135).

Ein weiteres Beispiel für **exogenes Krankheitsverständnis** ist auch die Vorstellung, dass eine Erkrankung auf „Neid“ zurückzuführen sei. Eine an Krebs erkrankte Patientin glaubte sogar zu wissen, welche „Neiderin“ die Krankheit bei ihr verursachte, genauer gesagt, wer sie

verzaubert hätte. Viele Muslime berufen sich diesbezüglich auf die Sure Nummer 113 im Koran und auf eine Überlieferung des Propheten Muhammad, in denen vor Neid und Neidern gewarnt wird. In diesem Zusammenhang steht die Vorstellung des „Bösen Blicks“.

Rund ums Mittelmeer ist die Vorstellung des „Bösen Blicks“ als Ausdruck von Neid und Mißgunst sowie Ursache für Krankheit beheimatet. Der böse Blick wird als Krankheitsursache bei seelischen Störungen, körperlichen Mißempfindungen, bei Fruchtbarkeits- und Schwangerschaftsproblemen, bei Säuglings- und Kleinkinderkrankheiten sowie bei Unfällen aller Art herangezogen. Ob eine Krankheit dem Wirken des bösen Blicks zugeschrieben wird, hängt allein vom sozialen Kontext des Geschehens ab. Im Phänomen des bösen Blicks erfüllt Krankheit zwei Funktionen. Zum einen dient sie als Mittel zum Verständnis der sozialen Umwelt und der eigenen Stellung in ihr. Zum anderen dient Krankheit der sozialen Sanktion. Neid und Mißgunst dienen der sozialen Nivellierung. (Herrmann 2000:28)

Deswegen wird ein Amulett in Form von einem Auge als Schutz getragen.

Manche MigrantInnen entscheiden sich erst, zum Arzt zu gehen, nachdem sie eine Zeit lang auf eigene Faust versucht haben, sich selbst zu therapieren. Für viele Muslime ist eine Krankheit eine Prüfung Gottes und man sollte sich dieser Prüfung stellen, das Auftreten einer Krankheit wird sehr oft mit „*Gott sei Dank*“ quittiert.

Auch im Bereich des Gesundheitswesens gilt der Grundsatz, dass man von Menschen, die in einer Welt mit anderen Werte- und Moralvorstellungen aufgewachsen und sozialisiert sind, nicht erwarten kann, dass sie ihre Gewohnheiten und Erfahrungen an den Grenzen zurücklassen. Sie bauen sich hier eine zweite Heimat, jedoch mit ihren ursprünglichen Wertestandards auf. Kommt es zu einer Interaktion, prallen zwei unterschiedliche Welten aufeinander.

## **Ambulanzen**

Die Kinderklinik am LKH Graz ist seit Jahren mit einem enormen Problem konfrontiert: die Ambulanz ist immer an den Wochenenden mit MigrantInnenkindern überfüllt. Ärzte und

Personal sind überfordert. Die Erklärung dafür ist einfach: Mütter können unter der Woche mit dem erkrankten Kind nicht ins Spital, da sie einerseits keine Betreuung für ihre anderen Kinder haben, andererseits kommt noch die Sprachbarriere hinzu. Da die Väter am Wochenende frei haben und relativ besser Deutsch als die Mütter sprechen, kommt es zum Massenansturm.

Ein weiterer Grund für die Überfrequentierung der Ambulanzen liegt darin, dass das Gesundheitsversorgungssystem in den arabischen Ländern wie auch in der Türkei und Tschetschenien und auch in den afrikanischen Ländern (Menschen aus diesen Nationalitäten sind am LKH Graz am häufigsten vertreten), aus staatlichen Gesundheitsinstitutionen, d. h. Spitälern und privaten Ärzteordinationen besteht, und nur die staatliche Versorgung gratis ist. Viele MigrantInnen vermeiden grundsätzlich die Ärzteordinationen in Österreich, in der Annahme, dass die Behandlung kostenpflichtig ist. Auch wenn sie das Gegenteil erfahren, vermeiden sie die privaten Ärzteordinationen, da sie fürchten, die Terminvergabe dauere zu lange, und die Untersuchung könne sehr viel Zeit beanspruchen.

## **Termine**

Eines der wichtigsten Probleme, mit dem das Gesundheitssystem konfrontiert ist und das negative Folgen mit sich bringt, ist die Nicht-Vergabe einerseits und die Nicht-Einhaltung der Folgetermine zur Kontrolle oder zu weiteren Therapien andererseits. Zum einen kann die Ursache dafür das Fehlen einer richtigen Arzt/Ärztin-Patient/in-Interaktion sein. Denn wie es scheint, verringert sich die Wahrscheinlichkeit, dass fremdsprachige PatientInnen zu einem Folgetermin aufgefordert werden, je höher die Sprachbarrieren sind (vgl. Sarver & Baker 2000, zitiert nach Bührig/Durlanik/Meyer 2000:7ff). Zum anderen halten aber etliche MigrantInnenpatientInnen die mit Hilfe des/der Spitaldolmetschers/in vereinbarten Termine trotzdem nicht ein, obwohl sie wissen, dass auch ein/e Dolmetscher/in zugegen sein wird.

Translation und „fremde“ Kulturen im LKH Graz, Salah Algader

Dieses Verhalten ist auf die familiäre und soziale Situation, aber auch auf das niedrige Bildungsniveau und die kulturell unterschiedliche Auffassung von Zeit zurückzuführen. Die Familienstruktur mit mehreren Kindern ist in den arabischen Ländern durch das engmaschige Sozialnetz geprägt. Die familiäre Solidarität ist großgeschrieben. Es fehlt den meisten arabischen Familien mit mehreren Kindern in Österreich aber dieses Auffanggerüst. Das gilt auch für andere Migrantenfamilien, insbesondere Jungfamilien, denn

[b]ei vielen ausgewanderten Paaren fehlen die sozialen Netze der traditionellen Frauengemeinschaft oder des Männerkollektivs, wie auch die Herkunftsfamilien als schützende und stützende Instanz sowie das ebenso wichtige soziale Sicherungssystem der ritualverwandtschaftlichen Beziehungen wie z.B. bei der Patenschaft. (Lanfranchi et al. 2004:107)

Erkrankt ein Kind, hat die Mutter ein großes Problem mit der Unterbringung ihrer anderen kleinen Kinder, da der Ehemann arbeitet. Demzufolge werden Arztkontrolltermine nicht eingehalten.

Im Spital ist alles fremd, angefangen vom Personal, dem Arzt, der Sprache bis zur Art der Behandlung. Der fremdsprachige Patient ist der Fremde in der Fremde. Es kommt sehr oft vor, dass der Patient, der geringe Sprachkompetenz besitzt und sich ohne Spitaldolmetscherin in der Untersuchung befindet, sich nicht zu sagen traut, dass er nicht verstanden hat oder den Arzt zu bitten, den Satz zu wiederholen, denn

**„Widersprechen ist unhöflich!“** Der höfliche Umgang mit Fremden und mit Autoritätspersonen ist für viele Kulturen typisch. „Man“ nickt höflich. Doch es kann auch Scheu vor der als übermächtig erlebten Autorität des Gegenübers sein oder eine Kette von Erfahrungen mit vergeblichen Versuchen, sich verständlich zu machen. Die Folge ist, dass nicht (mehr) nachgefragt wird, wenn etwas nicht verstanden wurde, nicht mehr aufgekehrt wird, wenn man mit etwas nicht einverstanden ist. (Eberding, 2004:96, Hervor. i. Orig.)

Viele haben Schwierigkeiten zwischen Schwangerschaften und Geburten zu unterscheiden, um eventuelle Fehlgeburten festzustellen. Themen wie Depression, Sexualität und persönliche Ehre kommen sehr selten zur Sprache. Es hat sich während meiner jahrzehntelangen Tätigkeit im Krankenhaus nicht ein einziges Mal ergeben, dass eine Patientin oder ein Patient wegen Harninkontinenz den Arzt aufgesucht hat. Die Hemmschwelle ist derart groß, dass

PatientInnen auf die konventionellen Therapien ihrer Kultur zurückgreifen. Aus Scham werden Intimfragen sehr eingeschränkt oder durch Umschreibungen beantwortet.

Viele MigrantInnen stellen erst nach der Untersuchung fest, dass sie nicht verstanden haben und dass sie mit dem Thema überfordert waren. In so einem Fall wenden sich viele MigrantInnen an mich. Als MigrantInnenbeauftragter stehe ich oft an der Schnittstelle zwischen ausländischen PatientInnen und dem Spitalpersonal. Wird das Spitalpersonal damit konfrontiert, wird dann immer beteuert, dass der Patient oder aber die Eltern eines erkrankten Kindes alles verstanden und die ganze Zeit zustimmend genickt hätten. Aber die Erfahrung bestätigt die Annahme, dass das bislang Gehörte nicht verstanden wurde, und dieses „Nicken“ kaum mehr als eine höfliche Geste darstellt. Brucks et al. (1987:57) charakterisieren so eine Interaktion als „Einverständnis im Missverständnis“.

Es gehört zu den wichtigsten Aufgaben der institutionellen Ebene, Lösungsansätze und Strategien auszuarbeiten, um den durch die unterschiedlichen Kulturalitäten entstandenen Problemen beizukommen. Denn es liegt im Interesse der Institution Krankenhaus dafür zu sorgen, das eigene Fachpersonal mit den interkulturellen Hintergründen sowie Verhaltensweisen und den unterschiedlichen Vorstellungen von Krankheiten aber auch Fremdsprachen im Rahmen von Aus- und Fortbildung vertraut zu machen, um die interkulturelle Perspektive bezüglich Krankheitsverständnis und Krankheitswahrnehmung besser bzw. genau zu verstehen und folglich die Begegnung mit MigrantInnen besser meistern zu können. Der Nutzen kommt in erster Linie dem Gesundheitssystem bei der Steigerung der Arbeitsproduktivität und der Sicherung qualitativ höherer medizinischer Leistungen zu.

Das Erlernen von Fremdsprachen und die Aneignung von Informationen über kulturelle Hintergründe anderer Länder, die - aus unserer Sicht - zu fremdartigen Verhaltensweisen und Erwartungen führen, sind sicherlich eine wichtige Voraussetzung dafür, Fremdes vertrauter werden zu lassen. Andererseits gibt es kein 'Rezeptwissen' über Kulturen, denn Kulturen sind immer von vielen, zum Teil unterschiedlichen Werten geprägt und verändern sich über Zeit und Raum. Daher wird es zunehmend notwendig, kulturelle Werte und Normen in der Begegnung mit Fremden selbst zu erforschen. (Scheibler 1997:4)



Die Komplexität der Begegnung zwischen Arzt/Ärztin und Migrantpatient/in spiegelt sich nicht nur durch Sprachbarrieren und/oder unterschiedliche Kulturalitäten wider.

Missverständnisse erfolgen aus sprachlichen und kulturellen Gründen und erschweren Diagnose und Therapie. Sie führen zu Unsicherheiten und Vertrauensvorbehalten und können zur unüberbrückbaren *Hürde* in beraterischen und therapeutischen Prozessen werden. (Salman 2002:58)

### **Beispiele aus der Praxis**

\*Das folgende Beispiel aus meiner Dolmetscherpraxis zeigt, dass die Fehlinterpretation von kulturell bedingten Verhaltensformen mitunter schwerwiegende Folgen für die Beteiligten haben kann. So wurde ich einmal zur Frühgeburtenstation gerufen, um dem Verdacht der Misshandlung eines Säuglings durch seine ägyptische Mutter nachzugehen. Die Ärzte waren davon überzeugt, dass diese Frau ihr Neugeborenes (Frühchen) misshandle, da sie das Kind auf grobe Weise schüttle und dem Kind so irreparable Schäden zufüge. Außerdem wirke sie depressiv.

Das Jugendamt sollte eingeschaltet und der Fall unverzüglich angezeigt werden.

Ich schlug vor, unverzüglich eine gemeinsame Aussprache mit dem Fachpersonal und der Mutter anzustreben, um die Situation besser einschätzen zu können. In arabischen Ländern gehört es zum Ritual, Babys auf für EuropäerInnen unübliche Weise mit einer sehr schnellen Wiegebewegung der Arme in den Schlaf zu wiegen. Diese Methode ist von Generation zu Generation überliefert. Das Wissen um diese kulturelle Besonderheit konnte ich den ÄrztInnen im Vorfeld des Gesprächs nahe bringen. Dann kam es zur Zusammenkunft.

Das Personal konfrontierte die Frau mit den Anschuldigungen, und die Argumente der Mutter zeigten ihre Überzeugung, genau das Richtige für ihr Baby zu tun, da sie dieses Ritual selbst bei ihrer Mutter beobachtet hatte. Auch zu ihrer angeblichen Depression nahm sie Stellung. Hier in Österreich habe sie das große Problem, aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse

niemanden zu verstehen, dieser Umstand sei ihr außerordentlich peinlich, so ziehe sie sich zurück und schweige lieber.

Dieses Beispiel zeigt wie viele andere, dass die Rolle einer Kommunaldolmetscherin nicht auf die Sprachmittlung beschränkt ist, sondern dass KommunaldolmetscherInnen und insbesondere SpitaldolmetscherInnen ein breites Spektrum an Aufgaben und Funktionen übernehmen.

\*Für einen älteren afghanischen Patienten, der einen Kontrolltermin um 11 Uhr 30 hatte, sollte ich einmal eine Spitaldolmetscherin zur Verfügung stellen. Er bestand allerdings darauf, um 8 Uhr ins Spital zu gehen, sonst wäre alles zu knapp. Ich verwies auf die Terminkarte mit der Eintragung 11 Uhr 30. Er erwiderte trocken, dass die Ärzte in Afghanistan nur bis 12 Uhr arbeiten. Die Erkenntnis, dass die eigene Verhaltensweise in der Fremde keine Gültigkeit hat, und das Ändern der erlernten Gewohnheiten überfordert vor allem ältere MigrantInnen. Das käme einem Zugeständnis der eigenen, falschen Kulturalität gleich. Es scheint, als wären viele MigrantInnen Gefangene ihrer Kulturalität, obwohl diese in dem neuen Lebensraum keine Gültigkeit findet.

\*In einer Dolmetschsituation in der Gebärklinik wollte die Ärztin einer Migrantinpatientin die Fruchtwasserentnahme erklären, auch anhand einer Darstellung (s. Abb. 3).

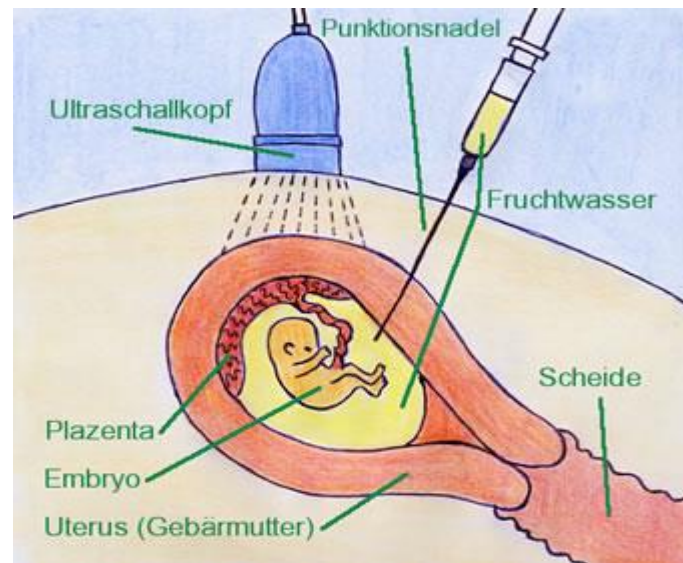


Abb.3

Die Ärztin beschreibt die Vorgangsweise so: An der vorher sorgfältig ausgesuchten Stelle in der Fruchtblase, die gar keine Gefahr für den Fetus darstellt, wird unter ständiger Ultraschallkontrolle eine Hohlnadel durch die Bauchdecke eingeführt. Es werden ca. 20ml Fruchtwasser entnommen. Der Schmerz des Einstiches ist mit den Empfindungen bei einer Blutentnahme oder Spritzenbehandlung zu vergleichen. Auch über Risiken, Komplikationen oder Nebenwirkung wurde die Patientin unterrichtet.

Da schlug die Patientin vor, das Fruchtwasser einfach ohne all diese Risiken und Gefahren mit einer Sonde durch die Scheide zu entnehmen. Die Ärztin antwortet, dass das so nicht möglich sei. Trotzdem bestand die Patientin darauf, dass die von ihr beschriebene Methode sehr einfach und risikofrei sei. Ich musste intervenieren und ihr auf eine simple Art und Weise mehrmals erklären und beteuern, dass der Fetus in einer geschlossenen Fruchtblase liegt und dass es nicht möglich ist, mit einer Sonde zum Fruchtwasser zu gelangen. Genervt meinte die Patientin zum Schluss: Nein, bei mir ist das anders.

## Literaturverzeichnis

Brucks, Ursula/Salisch, Erdmann von/Wahl, Wulf-Bodo, (1987) Soziale Lage und ärztliche Sprechstunde. Deutsche und ausländische Patienten in der ambulanten Versorgung. Hamburg: EB-Verlag Rissen.

Eberding, Angela (2004) „Bedeutung der Sprache in der systemischen Beratung und Therapie“, in: Wogau, Janine Radice von/Eimmermacher, Hanna/Lanfranchi, Andrea (eds.) *Therapie und Beratung von Migranten: systemisch-interkulturell denken und handeln*. Weinheim/Basel: Beltz, 92-103.

Herrmann, M.; (2000) Kulturspezifische Krankheitskonzepte. Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt. Berlin/Bonn 2000. Bonner Universitäts-Buchdruckerei.

Illhardt, F. J. (1998) Einverständnis und Kultur: Anmerkung zu einem neuen Problem der Medizin; Ethik in der Medizin 10. 26-39

Koen, E. (1986) Krankheitskonzepte und Krankheitsverhalten in der Türkei und bei Migrantinnen in Deutschland: ein Vergleich: Curare Vol. 9; 129-136.

Lanfranchi, Andrea/Wogau, Janine Radice von/Eimmermacher, Hanna (2004) „Zugang von Migrantinnen und Migranten zu den Sozial- und Gesundheitssystem“, in: Wogau, Janine Radice von/Eimmermacher, Hanna/Lanfranchi, Andrea (eds.) *Therapie und Beratung von Migranten: systemisch-interkulturell denken und handeln*. Weinheim/Basel: Beltz, 104-120.

Prinz, A., (1992) Die Ethnomedizin; Definition und Abgrenzung eines interdisziplinären Konzeptes. Curare: Vol. 15; 147-160.

Salman, Ramazan (2002) „Dolmetscher im Sozial- und Gesundheitswesen - Sprachliche, konzeptuelle, qualitative, politische und rechtliche Aspekte“, in: *Flüchtlingsrat Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen*, Sonderheft 89/90:58-109.

Scheibler, Petra (1997) „Interkulturelle Kommunikation und Interaktion im Krankenhaus“, in: <http://www.c31.uni-oldenburg.de/literat/petra1.pdf> [18.02.2009].

Scheibler-Meissner, Petra (2003) „Was Europäer über Gesundheit und Krankheit denken“, in: <http://www.presse.uni-oldenburg.de/24690.html> [29.05.2009].

Zimmermann, Anja (2003) *Umgang mit Krankheit in fremden Kulturen und der Einfluß kultureller Aspekte auf die gesundheitliche Situation und Betreuung von Migranten*. Wittenberg: Martin-Luther-Universität Halle (Diplomarbeit).