

Kultursensible Betreuung von türkischen (muslimischen) Patienten im Krankenhaus und in der ambulanten Versorgung

(Dr. Mehmet Metin, Universität Bielefeld)

Alle Berufsgruppen in der Onkologie und Palliativmedizin werden Tag für Tag mit schwierigen Gesprächssituationen konfrontiert. Unheilbar kranke Patienten fragen, ob sie sterben müssen - und wie viel Zeit ihnen noch bleibt. Angehörige lassen ihrer Wut freien Lauf oder unterdrücken alle Emotionen zwanghaft. Gespräche wie diese sind die schwersten überhaupt. Um hier helfen zu können, sind neben dem Wissen um die psychischen Belastungen Schwerkranker auch besonderes Geschick in der Kommunikation, Empathie und Wertschätzung gefragt. Diese Fähigkeiten wurden im Rahmen der Ausbildung bisher allerdings nur selten angemessen vermittelt.

Sicherlich spielt in der medizinischen Betreuung vor allem Berufserfahrungen eine sehr zentrale Rolle. Aber auch eine Weiterbildung, in der die Auseinandersetzung mit religiös-kulturellen Themen stattfindet, kann eine sinnvolle Ergänzung des bisherigen Wissens sein, zumal davon auszugehen ist, dass die Zahl von Patienten mit einem islamischen Hintergrund mit den Jahren eher steigen als abnehmen wird.

Dieser Beitrag möchte einen Überblick über die wichtigsten Aspekte im Umgang mit muslimischen Patienten und einen Einblick in die religiösen Hintergründe bestimmter Bedürfnisse und Sorgen dieser Patienten geben. Auf die jeweiligen landesspezifischen Traditionen, die der eine oder andere mitbringt, kann allerdings nicht in gleichem Maße eingegangen werden. Diese gilt es von religiösen Fragen – wie z.B. von jenen Fragen, die für Muslime bindend sind – zu trennen.

Auch für Schmerz und Leid gibt es Erklärungen: Jede Krankheit, jeder Schmerz ist eine Sühne oder eine göttliche Prüfung. So heißt es in einem Koranvers: „Kein Unglück trifft ein, weder auf der Erde noch bei euch selber, ohne das es in einer Schrift (verzeichnet) wäre, noch ehe Wir es erschaffen“ (Koran 57:22).

Der Mensch soll daher nicht den vermeintlich entgangenen Glücksgütern nachtrauern, sondern sich im Gegenteil an dem erfreuen, was ihm zuteilwurde. Dies ist im Sinne einer tätigen Annahme der gegebenen Umstände (in einer Haltung des Gottvertrauens) als eine aktive Strategie der Schicksalsbewältigung zu verstehen.

Auf die Frage nach dem Wohlbefinden wird jeder Muslim unter Umständen daher antworten: „El- hamdu li-llâh (Gott sei Dank)“, d.h. es könnte auch schlimmer sein (siehe: Schwikart, 2002, S. 94).

Der Besuch beim Arzt / Arztpraxen und der Aufenthalt im Krankenhaus bedeuten für viele ausländische (muslimische) Mitbürger eine große Belastung und Interessenkonflikten auf unterschiedlichen Ebenen zwischen Ärzten, Pflegepersonal und ausländischen Patienten bzw. Muslimischen Patienten.

Neben Sprachproblemen zeigen sich insbesondere bei Frauen Schamgefühle und Angst bei Untersuchungen. Es ist ein gewisses Misstrauen zwischen Patienten und Arzt

vorhanden.

Deswegen sind Schwierigkeiten, die Ärzte und Pflegekräfte mit muslimischen Patienten haben können, manchmal nicht nur Probleme, die vom Glauben her verständlich werden, sondern von der Rolle der Patienten als Ausländer und Fremde.

Diese ausländischen Patienten bzw. Muslimischen Patienten sind meistens Arbeitsmigranten mit geringem Bildungshintergrund. Sie gehören zu den ersten Generationen und sind von chronischen Erkrankungen betroffen, da sie in ihrem Arbeitsleben in Deutschland erheblich ungünstigeren Bedingungen ausgesetzt waren als deutsche Vergleichsgruppen.

Ich erläutere in meinem Vortrag kulturelle und religiöse Aspekte, die es für eine vertrauensvolle Kommunikation und Zusammenarbeit insbesondere mit Patienten aus den ersten Zuwanderer-Generationen zu beachten gilt.

In der abendländisch-christlich geprägten Kultur haben wir ein bestimmtes Bild von Krankheit erworben, das sich allerdings unter den Einfluss einer Hochleistungsmedizin zu verändern beginnt.

Noch immer ungewohnt dagegen ist in unserer Wahrnehmung oft das Verhalten von Menschen, die aus einem anderen Kulturkreis nach Deutschland gekommen sind, teilweise schon lange hier leben oder hier geboren sind.

In großstädtischen Kliniken sind je nach Standort bis zu 30 % der Patientinnen und Patienten ausländischer Herkunft, darunter viele Muslime. Sie haben entsprechend ihrer Herkunft ein anderes Verständnis von Krankheit und Heilung, in dem z. B. die Familie einen großen Stellenwert einnimmt. Dies führt zu Irritationen, teilweise auch zu Konflikten, die vermeidbar wären, wenn man mehr voneinander wüsste.

Bezugspersonen (Ärzte, Schwestern, Pflege- und Reinigungspersonal), die in der Gesundheitsvorsorge tätig sind, spielen bei der Heilung der Krankheit eine wesentliche Rolle. Der respektvolle Umgang des Krankenhauspersonales gegenüber den Patienten und ihre religiösen Praktiken stärken das Wohlbefinden der Patienten und erhöht ihre Bereitschaft, an der Heilung aktiv mitzuwirken

1. Kultursensible Pflege bzw. Kultursensible Betreuung von muslimischen Patienten

Was bedeutet dieser Anspruch der kultursensiblen Pflege konkret? Es gibt viele verschiedene Pflegemethoden in den unterschiedlichen Kulturen.

Der Begriff der kultursensiblen Pflege, der sich im Sprachgebrauch zunehmend festsetzt, bedeutet, daß alle Angehörige der Gesundheits- und Pflegeberufe versuchen, sich bestmöglich auf andere und zunächst fremde Bedürfnisse ihrer Patienten mit Migrationshintergrund entlassen zu können.

Dieser Prozess erfordert Hintergrundwissen über andere Kulturen, Rücksichtnahme auf die individuellen Bedürfnisse dieser speziellen Gruppe von Patienten, die konsequente

Befreiung von latent schlummernden Stereotypen und Vorurteilen, vor allem aber erfordert dieser Prozess die Bereitschaft, bei jedem Patienten und jeder Patientin individuell zu klären, inwieweit die allgemeine Regeln für ihn oder sie gelten

Dabei spielen einige wichtige Punkte, die eine große Rolle Kultursensible Pflege bzw. Kultursensible Betreuung von muslimischen Patienten spielen, wie zum Beispiel:

- Schwierigkeiten bei der sprachlichen Verständigung
- Kommunikation bzw. das Gespräch mit türkischen Patienten
- Einsatz von Dolmetschen bzw. was ist beim Einsatz von Dolmetschern zu beachten
- Schwierigkeiten der kulturellen Verständigung
- Kulturkonflikte
- Kulturschock
- Das Besucherproblem und die Bedeutung vom Krankenbesuchen aus islamischer Sicht
- Ernährung im Krankenhaus
- Muslimische Riten im Krankenhaus: Gebet, Fasten, Feste
- Scham und Würde kranker Menschen und muslimische Patienten ihre Bedeutung
- Bekleidungs Vorschriften
- Faktoren für Ängste vor einem Krankenhausaufenthalt
- Die Erwartung der türkischen Patienten an den Arzt und an das Personal
- Schmerzausdruck und Medikamenten
- Wann gehen türkische Patienten zum Arzt
- Organe mit besonderer Bedeutung u.a.

2. Schwierigkeiten bei der sprachlichen Verständigung

Wie ich oben gesagt habe, daß man täglich in Arztpraxen und Krankenhäusern Verständigungsschwierigkeiten begegnet und Interessenkonflikten auf die unterschiedlichen Ebenen zwischen den Ärzten, dem Pflegepersonal und muslimischen Patienten. Analyse und Bewältigung dieser Probleme erfordern eine „gelungene Kommunikation.

Mit dem anderen Worten, daß Sprachproblem die Quelle aller Schwierigkeiten ist: Man muß sich klarmachen, daß ohne eine vernünftige Verständigung weder Heilung noch menschenwürdige Pflege möglich sind.

Gern werden bei Sprachschwierigkeiten Verwandte der Patienten um Hilfe gebeten. Diese Verwandtenhilfe hat jedoch dort ihre Grenzen, wo die Krankheit und ihre Darstellung in der Anamnese kompliziert werden oder sogar bei bestimmten psychischen Krankheiten - mit den Verwandten selbst zusammenhängen.

Die mitunter praktizierte Improvisation der Patientenaufklärung mit Hilfe von unqualifizierten „Zufallsdolmetschern“, die keine sprachwissenschaftlichen Kenntnisse und auch keine medizinischen Kenntnisse besitzen, führt daher zu einer deutlichen Benachteiligung der Patienten beim Zugang zu Informationen und damit zu geringeren Chancen zur Partizipation. Ohne sprachliche Kommunikation kann man keine Heilung

erwarten.

Es ist auch die Sprache, die über bestimmte religiöse Bedürfnisse, die viele Patienten für sich als existentiell wichtig empfinden, aufklären muss. Dass die Patienten, die sich nicht genügend artikulieren können, oft zurückstecken, ist einsichtig.

Es ist sehr wichtig, im Gespräch mit den ausländischen Patienten Blickkontakt zu halten. Mimik und Gestik zeigen die seelische Verfassung an.

Körperliche Gesten von seiten des Arztes sind in der Türkei häufiger als in Deutschland. Zum Beispiel klopft der Arzt dem Patienten aufmunternd auf die Schulter oder nimmt seine Hand. Dies verringert die soziale Distanz und wird vom Patienten als Teil der traditionellen Arztrolle erlebt. Die eher nüchtern-sachliche Beziehung zwischen Arzt und Patient, wie sie hierzulande üblich ist, wird von türkischen Patienten häufig als unzureichend empfunden.

Ein aufmunternder Blick kann helfen, Sprachbarrieren zu überwinden. Wenn deutsches Personal einzelne Worte aus fremden Sprachen lernt und verwendet, dann dient dies nicht nur der Verständigung, sondern vermittelt dem Patienten auch ein Gefühl des Angenommenseins.

Türkische Patienten sind auf der gefühlmäßigen Ebene oft leichter zu erreichen als auf einer rein sachlichen. Körperliche Gesten sind daher hilfreich, um mit den Patienten in Kontakt zu kommen. Allerdings müssen hierbei die Einschränkungen im gegengeschichtlichen Umgang berücksichtigt werden (Intimsphäre).

Ein kleiner Wortschatz würde schon ausreichen – z. B. für die tägliche Begrüßung, eine Frage nach dem Befinden, für das „Guten Appetit“-Wünschen bei den Mahlzeiten.

2.1 Kommunikation bzw. das Gespräch mit türkischen Patienten

Allgemein wird die Kommunikation mit ausländischen Patienten oft durch mangelnde Sprachkenntnisse erschwert. Auch Migranten, die schon lange Zeit in Deutschland leben, kennen kaum medizinische Fachbegriffe.

Türkische Patienten haben oft große Angst, von den Krankenhausmitarbeitern aufgrund ihrer mangelhaften Sprachkenntnisse mißverstanden zu werden.

Wenn der Arzt nicht mit Ihnen spricht, entsteht bei den Patienten teilweise der Eindruck, sie seien sterbenskrank!!!

Auch wenn sie bestimmte Wörter nicht verstehen, verbietet es der Stolz vielen ausländischen Patienten, nachzufragen. Selbst auf die Frage: „Haben Sie mich verstanden? Antworten sie möglicherweise mit „ja“, auch wenn das gar nicht stimmt.

Bei der Tabuthemen muß man vorsichtig sein, wie z.B.: Familiäre Probleme, körperliche Funktionen, nach dem Familienstand fragen und andere.

Die Aufklärung der Patienten über ihren Gesundheitszustand

Menschen mit einem Migrantenhintergrund, vor allem jene der älteren Generation, haben manchmal Schwierigkeiten, alles zu verstehen, was ihnen die Ärzte über ihren Gesundheitszustand mitteilen. Selbst ein Nicken des Patienten bedeutet nicht, daß er/sie alles verstanden hat.

Daher sollten Ärzte immer wieder nachhaken. Gründe („Türkische Patienten bejahen tendenziell nicht verstandene Fragen aus Scham, um sich keine Blöße zu geben“) gibt es viele, aber auch mögliche Hilfsmittel (siehe Niedernhöfer, 2003). Z.B. könnten medizinisch geschulte Übersetzer mit bikulturellem Hintergrund oder im besten Fall Ärzte und Arzthelferinnen.

Dolmetscher werden in der Regel lediglich auf sprachliche und eher nicht auf therapeutische oder Kompetenzen der Sozialarbeit zurückgreifen können. Letztere müssen von den behandelnden oder betreuenden Fachpersonen mitgebracht und eingebracht werden, denn das sprachliche Übersetzen ist eine Sekundärkompetenz. Es obliegt den Auftrag gebenden Fachkräften oder Institutionen, durch sachgerechten Umgang, konzeptionell und methodisch fundiert einen erfolgreichen Gesprächsverlauf sicherzustellen – den Dolmetschervermittlungsdiensten obliegt es, durch Training und Supervision die Qualität der Sprach- und Kulturvermittlung zu garantieren

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Dimension der Neutralität, die für alle Dolmetscher eine besondere psychische und ethnische Herausforderung darstellt. Nicht selten solidarisieren sie sich mit Landsleuten und geraten so in die Rolle eines Koalitionspartners, der die Rechte des Klienten oder Patienten zu verteidigen hat. Geschulte Gemeindedolmetscher sind in der Regel in der Lage, sich abzugrenzen, eigene Übertragungen zu vermeiden und neutral zu sein (Drenthen 2000)

Da der Großteil der Muslime bereits in Deutschland geboren bzw. hier aufgewachsen ist, wird sich das Sprachproblem mit der Zeit klären, es sei denn, es handelt sich um angeheiratete Partner aus dem Ausland. Wenn z.B. häufig der Ehemann als Gesprächspartner (z.B. bei kranken Kindern) fungiert, so hat dies keine religiösen oder kulturellen Gründe, sondern die Mutter spricht einfach kein Deutsch.

2.2 Einsatz von Dolmetschen bzw. was ist beim Einsatz von Dolmetschern zu beachten?

Aufgrund fehlender Sprachkenntnisse fühlen sich ausländische Patienten im deutschen Krankenhaus oft verloren und hilflos: Sie wissen nicht, was mit Ihnen geschieht. Außerdem haben Sie große Angst, mißverstanden zu werden. Besonders sprechen türkische Frauen oft schlecht oder nicht genügend Deutsch.

Der Patient sagt zu allem ja oder nickt immer nur, egal welche Frage gestellt wird. Dies kann bedeuten, dass der Patient kein Deutsch spricht, kann aber auch eine Respektbezeugung sein oder es kann zeigen, dass der gesamte Zusammenhang der Fragen für den Patienten unklar ist.

Die Muttersprache ist die Sprache, in der Emotionen ausgedrückt werden können und in der Größte Wortschatz vorherrschen.

Unter der Stressbelastung des Klinikaufenthaltes, im Alter oder einfach als Begleiterscheinigungen der Krankheit können Patienten mit Migrationshintergrund oft wieder schlechter Deutsch sprechen als im Alltag. Auch in dieser Situation ist ein professioneller Dolmetscher eine bessere Wahl als Familienangehörige, die oft mit der Situation an sich überfordert ist.

Der Einsatz von Dolmetschern erleichtert nicht nur Verständigung mit dem ausländischen Patienten, sondern vermittelt diesem auch das Gefühl, mitsamt seinem kulturellen Hintergrund ernst genommen zu werden.

Kinder und Familienangehörige der ausländischen Patienten sollten nur im äußersten Notfall als Übersetzer herangezogen werden. Die Angehörigen übersetzen vomöglich nicht genaue das, was der Krankenhausmitarbeiter gesagt hat, da sie den Patienten schonen wollen oder sich schämen. Auch der Patient will vor seinen Angehörigen vielleicht nicht alles erzählen.

Außerdem sprechen auch die Kinder und Angehörigen oft nicht gut genug deutsch, daß Missverständnisse ausgeschlossen werden können.

3. Migration

Sicherlich sind Sie schon einmal umgezogen. Das letzte Möbelstück ist verpackt. Sie gehen weg aus einer Umgebung, in der Ihnen alles vertraut war.

Am Zielort ist es alles neu: Die Nachbarn, Einkaufszentrum, Straßen und die Menschen, die Telefonnummer, Postleitzahl, Behördengänge usw. In meisten Fällen hat der Umzug auch eine positive Seite. Er führt vielleicht in eine schönere Wohngegend, nahe zum Arbeitsplatz, naher zu guten Freunden oder Verwandet u.a. oder auch nicht?

Auch für Migranten hat der „Umzug“ etwas Positives: Sie hoffen auf bessere Lebensverhältnisse und der Umzug ist vielleicht nicht so schwer, wie die jeweilige neue Sprache. Es fängt sofort mir der Einreiseformalitäten an.

Die meisten Migranten stammen ursprünglich aus ländlichen Gebieten. Sie sind also vom Land in die Großstadt gezogen und von dort aus weiter nach Deutschland.

Als ungelernte Arbeiter oder aufgrund der Sprachbarriere nahmen die Migranten oft Hilfsarbeiten an und sind nun in verstärktem Masse durch die steigende Arbeitslosigkeit betroffen. Sie haben Angst durch Krankheit ihren Arbeitsplatz zu verlieren und wehren sich deshalb teilweise gegen eine Krankschreibung oder Krankenhausaufenthalt „In die Fremde gehen heißt Kummer haben“ (Türkische Redewendung)

3.1 Schwierigkeiten der kulturellen Verständigung

Neben der Schwierigkeit der sprachlichen taucht die Schwierigkeit der kulturellen Verständigung auf. Wie wir alles wissen, wenn jemand in eine andere Kultur kommt,

merkt sofort deutliche Unterschiede, wie zum Beispiel:

- Kleidung
- Essgewohnheiten
- Zumeist auch eine andere Sprache
- Gesten, Mimik
- Begrüßungsrituale; Händedruck, Küsse an die Wange
- Gebäude, Straßen, Verkehrsregeln (ob man man auf der rechten oder linken Straßenseite fährt u.a.

Hier ist es so, daß die Verhaltenweisen, die man bei Muslimen findet, nicht immer auf den Islam zurückgeführt werden können.

Beispielsweise wird die Erfahrung gemacht, daß Muslime Schmerzen über ein gewohntes Maß hinaus beklagen. „Sie jammern und sind wehleidig“ heißt es dann schnell.

Oft handelt es sich aber um eine soziokulturelle Eigenart, denn man ist in den sozialen Beziehungen, in denen Muslime leben, gewohnt, Probleme innerhalb enger sozialer Beziehungen zu lösen.

Das heißt: Auch Schmerzen werden zu bewältigen versucht, indem man mit seinen Angehörigen darüber spricht, sie benennt. Manchmal steckt hinter den Klagen über physische Schmerzen aber auch tatsächlich ein psychisches Leiden.

Die nahen sozialen Kontakte führen also dazu, zu über Schmerzen reden wollen, was vor dem Hintergrund europäischer sozialer Beziehungen den Eindruck erzeugt, manche Ausländer seien „wehleidig“. Persönliche Probleme werden nicht alleine zu meistern versucht, sondern der Patient sucht Trost bei seinen Mitmenschen. Deshalb sind die Verwandten und Bekannten ein wichtiger Faktor bei der psychischen Bewältigung der Krankheit.

Häufig kann es hilfreich sein, Angehörige in das pflegerische und ärztliche Gespräch und Tun stärker einzubinden, um Schmerzäußerungen besser einzustufen und adäquater darauf zu reagieren.

3.2 Kulturkonflikte

Es ist manchmal schwer Fremde-Menschen schwer einzuschätzen. Also, versuchen wir, das Verhalten des anderen gleichsam mit unserer Kultur „in einen Topf zu werfen“ und bewerten wir unsere Maßstäbe – so entstehen Sterotype.

Zum Beispiel: als Bayer wird als Grantler abgestempelt, der immer lachelnde Japaner als ewig freundlich. Lächeln kann aber auch Verlegenheit überdecken, Kritik verbergen, Demut signalisieren.

Kulturkonflikte entstehen häufig, weil Gesten, Auf erungen und Handlungen des anderen nicht richtig eingeschätzt werden können.

Man wird zum Beispiel in Schweden „auf ein einfaches Butterbrot“ eingeladen aber es ist gemeint ein Festmenü, was jeden Schweden weiss, der deutsche Gast aber nicht.

Andererseits wird der schwedische Gast enttäuscht sein, wenn er vom Deutschen auf „ein

Gläschen Wein“ eingeladen wird und tatsächlich auch nur ein Gläschen Wein bekommt

3.3 Kulturschocks

Der Kulturschock tritt auf, wenn sich ein Individuum in einer unbekanntem kulturellen Umgebung zurechtfinden muss und ist Ausdruck des Gefühls, fremd zu sein. Er äußert sich in Heimweh, Ärger, Feindseligkeit, Unentschlossenheit, Frustration, Trauer oder gar Krankheit. Der Kulturschock ist eine der vier Phasen in der Kultur im Kulturkontakt: „Ein Atom ist leichter zu zertrümmern als ein Vorurteil“ (Albert Einstein)

Euphorie: Zunächst findet man es interessant, eine fremde Kultur kennenzulernen und erkennt in erster Linie die Ähnlichkeit zur Heimatkultur.

Kulturschock: In der zweiten Phase schwinden diese Sicherheitsgefühle, die kulturellen Unterschiede werden zunehmend sichtbar. Heimweh tritt auf.

Kulturelle Anpassung: Langsam wird man mit der örtlichen Traditionen und Gebräuchen vertraut, auch die Sprachschwierigkeiten nehmen ab. Man findet Bekannte und Freunde, die Zukunft sieht wieder positiver aus.

In der dritten und die letzten Phase findet eine (fast) vollige Erholung statt. Man hat gelernt, mit den kulturellen Unterschieden umzugehen und empfindet die Erfahrung der fremden Kultur als persönlichen Gewinn. Diese Stabilität kann aber auch negativ sein, wenn man sich weiterhin fremd und diskriminiert fühlt.

„Unser Kopf ist rund, damit das Denken die Richtung wechseln kann“ (Francis Picabia).

4. Das Besucherproblem und die Bedeutung vom Krankenbesuchen aus islamischer Sicht

Kranke zu besuchen, ist eine religiöse Pflicht. Mittlerweile gehört die verhältnismäßig hohe Zahl muslimischer Besucher zum alltäglichen Bild deutscher Krankenhäuser, was auf verschiedene Ursachen zurückzuführen ist. Eine/n Patient/in zu fragen, wie es ihm geht, Anteil zu haben an seinem Leid und Betroffenheitsgefühle und Genesungswünsche vor Ort zum Ausdruck zu bringen gehört zum muslimischen Habitus. So ermöglicht ein Krankenhausbesuch dem muslimischen Besucher seine religiöse und traditionelle Identität.

Im Krankenhaus sollte jeder Patient menschliche Nähe verspüren und die Eintönigkeit der Umgebung vergessen können. Für Freunde oder Angehörige eines Muslims ist es eine besondere Ehre und Verpflichtung, den Kranken zu besuchen und ihm gute, nahrhafte Lebensmittel zu bringen – deshalb die häufigen und zahlreichen Besuche der Angehörigen und Freunde. Auch zu Hause pflegen Verwandte und Bekannte Tag und Nacht am Bett des Schwerkranken zu sitzen, Tee oder Kaffee zu trinken, sich zu unterhalten, dem Kranken gut zuzureden.

Besucherregelungen erscheinen ausländischen (muslimischen) Patienten oft unvernünftig. Deutsche Patienten hingegen nehmen häufig Anstoß an den Gewohnheiten ausländischer

Mitpatienten: Die oft zahlreichen Besucher sind dem deutschen Patienten manchmal eine Last, zumal wenn Unterhaltungen in lautem Ton geführt oder stark riechende Speisen mitgebracht und verzehrt werden.

Diese Besuche – abhängig von Dauer, Verhaltenweise und Zahl der Besucher – können jedoch Mietpatienten belasten und von Ihnen als „Störfaktor“ betrachtet werden oder den Stationablauf beeinträchtigen.

In solchen Situationen ist oft zwischen Besuchern bzw. Patienten und Stationsteam ein Kompromiss erforderlich. Die Bitte, den Besuch kurz zu gestalten und – wenn möglich – in einem Aufenthaltstraum bzw. Der Cafeteria fortzusetzen. Wird oft mit Verständnis aufgenommen.

4.1 Ernährung im Krankenhaus

Alle vom Schwein streng religiösen Muslime benutzen nicht einmal ein Messer, mit dem vorher Schweinefleisch geschnitten wurde. Schweinefett ist ebenfalls verboten. Daher kann es vorkommen, dass muslimische Patienten auch Geflügel- und Rindfleisch ablehnen, da sie befürchten, dass das Fleisch in Schweineschmalz gebraten wurde.

Im Krankenhaus erhalten die Patienten ihre Mahlzeiten meist aus einer Zentralküche. Wünsche muslimischer Patienten werden dabei beachtet, die Küchen halten ein entsprechendes Angebot vor.

Besonders zu beachten sind für Muslime das Alkohol- und das Schweinefleischverbot – muslimische Patienten fragen meistens, was für ein Fleisch verwendet wird. Zwar wird im Krankenhaus grundsätzlich kein Alkohol angeboten.

Zu beachten ist aber, dass nicht nur einige Getränke Alkohol enthalten, sondern auch einige Speisen (wie z. B. Schwarzwälder Kirschtorte oder Soßen, Kefir u. a.).

Darüber hinaus kommen möglicherweise Medikamente mit Alkohol als Bestandteil zum Einsatz – man sollte Patienten darüber informieren.

Die meisten muslimischen Patienten (Ausnahmen gibt es besonders in der dritten und vierten Zuwanderer-Generation in europäischen Ländern) halten sich an das Schweinefleischverbot.

Dies bezieht sich auch auf Lebensmittel, die nur in Anteilen Schweinefleisch enthalten, z B. Kalbsleberwurst oder Geflügelwurst. Entsprechendes gilt auch für Rinderwürste und Pasteten. Manche Muslime achten auf die Gelatine, die ja aus Tierknochen hergestellt wird. Neben Gummibärchen und Weingummis enthalten Milchspeisen oft Gelatine.

Viele muslimische Mitbürger kaufen ihr Fleisch in Fachgeschäften, in denen sogenanntes Halal-Fleisch verkauft wird. Darunter verstehen Muslime Fleisch von Tieren, die nach dem islamischen Ritual geschlachtet wurden.

Es handelt sich hier nicht um eine Überempfindlichkeit, sondern um den Ausdruck der Furcht von Gläubigen, mit dem Ritus des Schlachtens einen Blutkult zu verbinden.

4.2 Muslimische Riten im Krankenhaus: Gebet, Fasten, Feste

Dem Gebet steht einerseits die mangelnde Intimsphäre im normalen Krankenzimmer bzw. das fehlende Angebot eines besonderen Raumes entgegen, andererseits aber sicher auch die Scham, die entsteht, wenn Mitpatienten oder Besucher ein Gebet neugierig beobachten oder gelegentlich unverständig belächeln.

Sowohl Kenntnisse über den Islam beim Krankenhauspersonal, das sein Wissen an nichtmuslimische Patienten weitergeben könnte, als auch die Einrichtung entsprechender räumlicher Möglichkeiten, z. B. eines kleinen leeren Raumes, könnten hier Abhilfe schaffen. Besonders Letzteres würde das Vertrauen der Patienten auf eine gute Betreuung in diesem Krankenhaus stärken.

Der ärztlichen Verordnung von Medikamenten, ausreichender Flüssigkeitszufuhr und vernünftiger Ernährung stehen die Forderungen des religiösen Fastens während des islamischen Monats Ramadan (Ramazan) entgegen, sodass durch mangelnde Mitarbeit am medizinisch Notwendigen der Heilungsprozess behindert oder sogar unmöglich gemacht werden kann. Zumindest wird sich der muslimische Patient auf das Fastengebot berufen und womöglich nicht den Dialog mit seinem Arzt suchen, da dieser aufgrund seiner Herkunft für dieses Thema nicht kompetent erscheint.

Dazu einige Ergänzungen:

- Frauen ist während ihrer Regelblutung das Fasten untersagt, sie können aber die entsprechende Zahl von Tagen fastend nachholen
- Ein Kranker, eine schwangere oder stillende Frau oder ein sehr alter Mensch ist vom Fasten befreit, wenn er oder sie dafür eine bestimmte Spende für bedürftige Personen geben.
- Das Fasten darf unter besonderen Belastungen wie Reisen, Krankheit oder Krieg gebrochen werden, wenn nach Ende der widrigen Umstände eine gleiche Zahl von Tagen gefastet wird: „Allah will es euch leicht machen, nicht schwer“ (Sure 2/185).

Was man als Pfleger oder andere Personalen achten sollen: Falls ein muslimischer Patient im Krankenhaus fasten will, können Sie ihn darauf hinweisen, daß ihn der Koran von dieser Pflicht während seiner Krankheit ausdrücklich entbindet.

Zu Festtagen kann es sein, dass die Patienten im Krankenhaus von vielen Bekannten oder Verwandten besucht werden, weil man ihnen das Gefühl geben will, nicht alleine zu sein.

4.3 Schamgefühl, Intimität und medizinische Untersuchung

Für Ärztinnen oder Ärzte zählen Schamreaktionen von Patienten zum beruflichen Alltag. Diese können jedoch bei ausländischen bzw. muslimischen Patienten, insbesondere jüngeren Frauen, besonders stark ausgeprägt sein. Man soll vielleicht erwähnen dass, die erste Generation der Frauen (zwischen 65 bis 70 Jahre) aus der Türkei auf dem Land groß geworden sind und auch nicht in die Schule gegangen. Diese Frauen höchst

wahrscheinlich keine anatomische-physiologischen Vorstellungen von ihrem Körper haben.

Bevor im Einzelnen die Problemfelder erörtert werden, zunächst einige allgemeine Ausführungen: Der Kranke tritt als ein Jemand und nicht als ein Etwas seinem Arzt gegenüber, als eine bestimmte Person, als Träger der allgemeinen Menschenwürde (Viktor von Weizsäcker).

Nach Artikel 1 des Grundgesetzes ist – wie wir alle wissen– „die Würde des Menschen unantastbar“. Scham und Würde sind zwei Begriffe, die in einer sehr engen Beziehung zueinander stehen.

Ärzte erfahren und erleben im Umgang mit Kranken in mannigfacher Gestalt die wohl menschlichste und empfindlichste Gemütsbewegung, die Scham in ihren verschiedenen Ausdrucksformen. Sie befinden sich auch häufig in Situationen, in denen die Würde eines Kranken bereits angetastet und verletzt ist.

Schamreaktionen können von der Bloßstellung bis zur Verächtlichmachung auf vielfältige Weise ausgelöst werden.

Die Schamantworten auf diese Auslöser sind variantenreich: Erörtern, Schweigen, Verstummen, Abwenden des Gesichts, stummes Fortgehen, in der Haltung zusammensinken, „vor Scham (in den Boden) versinken“, „Vergehen vor Scham“, Verlegenheit, Verschämtheit als Habitus, Kränkung, Angst, Schüchternheit, Demutsgebärde, narzisstische Kränkung, Minderwertigkeitsgefühle.

Scham kann auch ein allgemeines „Minderwertigkeitserlebnis“ sein. Die Verletzung der Schamgrenze und damit die Erregung eines Schamgefühls kennen wir als Kränkung. In besonderen mitmenschlichen Lagen kann sie auch als Peinlichkeit und Beleidigung erfahren werden.

In allen drei Begriffen tritt die Beziehung zum Krankwerden sprachlich hervor: Krank – Pein – Leid.

Im Umgang miteinander bewegen Kranke und Ärzte sich in vielfacher Weise ständig an Schamgrenzen.

Die Scham ist aber unter den elementaren Leidenschaften auch die menschlichste; sie ist Erzieherin zu menschlichem Umgang miteinander. Die Aufmerksamkeit auf sie und das Nachdenken über sie führt den Arzt zu jenen Verhaltensweisen, die wir Vorsicht, Rücksicht und Nachsicht nennen.

So ist es auch das Ziel dieser Gedanken, aufmerksam zu machen und alle Beteiligten zu Vorsicht, Rücksicht und Nachsicht aufzurufen. Denn gerade im Krankenhaus drohen dem Patienten viele Situationen der Nichtbeachtung von Würde und von Entwürdigung:

Er muß sich in Gegenwart anderer waschen, kämmen, ausziehen, Wasser und Stuhlgang lassen, schämt sich, wenn andere ihn dabei hören oder riechen. Auch ist der Kranke beschämt, wenn er all diese Intimitäten bei anderen wahrnimmt; er ist nicht nur gestört, es ist ihm peinlich. Was ist nun außer den o. g. grundlegenden menschlichen Aspekten hinsichtlich Scham und Würde kranker Menschen bei muslimischen Patienten gesondert zu beachten?

4.4 Bekleidungs Vorschriften

Viele Muslime bemühen sich, in Bezug auf ihre Kleidung auf Bescheidenheit Wert zu legen. Sie sind sehr bestrebt, neben all den anderen Geboten und Verboten im Alltag auch die Bekleidungs Vorschriften, die der Islam sowohl Männern als auch Frauen auferlegt, zu befolgen. So darf z. B. die Kleidung weder dünn sein noch zu eng anliegen, damit die Körperformen nicht sichtbar werden.

Die Pflicht ein Kopftuch zu tragen, ist nicht direkt aus dem Koran ableitbar! Wenn Musliminnen ihren Kopf bedecken, hat das nicht unbedingt einen religiösen Hintergrund. Das Kopftuch hat die Funktion, die privaten Beziehungen zwischen Man und Frau zu schützen. Es trennt die innere Welt im Haus von der äußeren, der Öffentlichkeit.

Das Tragen eines Kopftuchs ist häufig regionale Tradition. In vorosmanischer Zeit galt es als Unterscheidungsmerkmal zwischen den Frauen gehobener Herkunft, die eine Kopfbedeckung trugen, und den Dienerinnen, die ihren Kopf nicht bedeckten. Das Kopftuch kann in manchen Fällen auch eine modische Erscheinung sein. Diese Anordnungen – das andere Geschlecht nicht frech oder suggestiv zu mustern und seine primären Geschlechtsmerkmale zu verhüllen – richten sich in gleichem Wortlaut auch an den Mann (Sure 24/30).

Körperliche Kontakte und Sexualität spielen sich in der islamischen Gesellschaft nicht „auf der Straße“ ab und gehören ausschließlich in den privaten Bereich. Die Liebe hat zwar höchste Bedeutung, sie wird besungen und in Geschichten beschrieben, aber sie wird nicht in der Öffentlichkeit gezeigt. Auf voreheliche Beziehungen lassen sich heiratswillige Mädchen grundsätzlich nicht ein.

Daher werden Muslime – soweit möglich auch im Krankenhaus oder in der Praxis – versuchen, den direkten Blickkontakt mit Andersgeschlechtlichen zu vermeiden, um nicht bewusst oder unbewusst in irgendeiner Form sexuelle Gefühle und Gedanken zu provozieren, aber auch, um nicht selber provoziert zu werden, „in Versuchung zu geraten“.

Vor allem junge muslimische Patientinnen haben in diesem Zusammenhang besondere Ängste und Probleme.

Das Tragen eines Kopftuches ist nicht unbedingt ein Zeichen von Rückständigkeit. Frauen fragen manchmal nach einer Ärztin, wenn sie untersucht werden sollen, oder sie verlangen, dass eine Krankenschwester oder eine Verwandte dabei ist.

Es kann für einige muslimische Patientinnen sehr erdrückend sein, alleine von einem Arzt untersucht oder behandelt zu werden, weil sie Angst haben, notwendige Untersuchungen und Behandlungen könnten ihre Ehre verletzen. Zur Vermeidung von möglichen Irritationen ist auch hier die Anwesenheit von Pflegerinnen und Ärztinnen bei Frauen und entsprechend Pflegern und Ärzten bei Männern zu erwägen, um einen vertrauensvolleren Umgang miteinander zu ermöglichen.

5. Faktoren für Ängste vor einem Krankenhausaufenthalt

Es gibt viele Gründe, die bei den türkischen bzw. Muslimischen Patienten Ängste vor einem Krankenhausaufenthalt auslösen können. Neben religiösen Faktoren spielt auch der Migrationshintergrund muslimischer Patientinnen eine wichtige Rolle. Auslösende Faktoren sind vor allem wie zum Beispiel: Befruchtung auf Unverständnis zu stoßen, Verständigungsprobleme auf Grund schlechter Sprachkenntnissen, Isolation, Mangelnde Möglichkeit der Religionsausübung, Betreuung durch andersgeschlechtliche Personen, Absicht zur Einhaltung der islamischen Speisevorschriften

5.1 Wann gehen türkische Patienten zum Arzt

Erst wenn sich konkrete Symptome zeigen, daher werden Krankheiten, die nicht gleich zu deutlichen Beschwerden führen, möglicherweise verschlept.

Gründe für die verzögerte Inanspruchnahme: Die Patienten haben Angst, der Arzt könnte eine schwere Krankheit feststellen Krank sein heisst dem Tod nahe sein. Selbst wer Fieber hat, bezeichnet sich nicht als „krank“ (hasta), sondern fühlt sich nur „unwohl“ (rahatsız).

Muslimische Patienten schämen sich, wenn sie sich vor dem Arzt entkleiden müssen oder intime Themen angesprochen werden.

5.2 Schmerzausdruck und Medikamenten

Türkische Patienten drücken Schmerzen intensiver, lauter und deutlicher aus als deutsche Patienten, auch was Mimik und Gestik angeht. Die Patienten versuchen dadurch, ihren Schmerz erlebbar und nachvollziehbar zu machen und natürlich wird es zusätzlich der Schmerzausdruck im Krankenhaus verstärkt nämlich: Durch Angst und Hilfslosigkeit in der technischen und anonymen Krankenhausumwelt Durch die Angst des Patienten, die Krankenhausmitarbeiter könnten ihm bei der Untersuchung oder Behandlung noch weiter Schmerzen zufügen Wenn der Patient das Gefühl hat, daß er vom deutschen Arzt mit seinen Beschwerden nicht ernst genommen wird. Wenn der türkische Patient die deutsche Sprache nicht ausreichend beherrscht, um seine Beschwerde ädaquat darzustellen.

Es kann auch vorkommen. Daß die türkische Mütter bei der Erkrankung ihrer Kinder sehr gefühlsstark äußern, teilweise stärker als die Kinder selbst.

Ausländische Patienten haben bei Schmerz oft Todesangst. Dies erklärt sich aus der grossen Anzahl teilweise lebensbedrohlicher Infektionskrankheiten, die in den Herkunftsländern im Gegegensatz zu Deutschland noch auftreten.
Wer an Schmerz leidet, befürchtet, eine solche Krankheit zu haben.

Es ist wichtiges etwas zu ergänzen und zwar: Es besteht häufig ein übermäßiger Glaube an die Wirkkraft von Medikamenten bei türkischen Patienten: Wenn man das richtige

Medikament einnimmt, wird man auch gesund. Daher werden Arzneimittel möglicherweise abgesetzt, wenn nach kurzer Zeit noch keine Besserung erkennbar ist. Wichtig ist, dass Sie die Wirkungsweise eines Medikaments ausführlich erklären, insbesondere dann, wenn eine Besserung erst langfristig zu erwarten ist und auch gleichzeitig die Nebenwirkungen der Medikamente aufmerksam zu machen.

„Der Körper ist der Übersetzer der Seele ins Sichtbare“ (Morgenstern)

5.3 Organe mit besonderer Bedeutung

Dem Organ *ciger* kommt in die Türkei eine besondere Bedeutung zu. *Ciger* kann sowohl Leber als auch Lunge heißen, die Unterscheidung wird durch ein Adjektiv getroffen: die schwarze *ciger* (karaciger) ist die Leber, die weisse die Lunge (*akciger*). Meistens wird jedoch nur das Wort ciger an sich genannte und es läßt sich nicht genau feststellen, ob Lunge oder Leber gemeint ist.

Im ländlichen Gebieten der Türkei steht ciger für die Seele, das Zentrum des Lebens – ähnlich wie im westlichen Kulturkreis das Herz, Leber und Lunge werden in Verbindung gebraucht mit Trauer, Schmerz und Krankheit.

5.4 Die Erwartung der türkischen Patienten an den Arzt

Türkische Patienten der ersten Migrantengeneration fühlen sich häufig überfordert, wenn sie plötzlich selbst Entscheidungen über das medizinische Vorgehen treffen sollen, z.B.: ob eine Operation durchgeführt werden soll oder nicht. Die Patienten sind gewohnt, daß der Arzt dies entscheidet. Trotzdem sollte man dem Patienten die Entscheidung selbst überlassen.

Türkische Patienten sind oft unzufrieden, wenn der Arzt ihnen kein Medikament verschreibt. Dies hat Hintergrund, daß nichtmedikamentöse Therapieformen kaum akzeptiert werden. Außerdem werden Medikamente fast schon als „Zaubermittel“ gesehen, die schnell und sicher gesund machen. Sollte der Arzt kein Medikament verschreiben, gehen die Patienten oft zum nächsten, um dort ein Arzneimittel zu erhalten.

5.5 Die Erwartung der türkischen Patienten an das Personal

Die türkischen Patienten erwarten in erster Linie Zuwendung und Verständnis. Außerdem wurden viele körperliche Gesten begrüßen, z.B.: Schwester oder Pfleger auch einmal Ihre Hand nehmen.

Allerdings müssen hierbei die Einschränkungen im gegengeschlechtlichen Umgang berücksichtigt werden (Intimsphäre).

Resümee

Ich habe versucht, Schwierigkeiten ausländischer, vor allem muslimischer Patienten in Bezug auf Kommunikation, Religion und kulturelle Besonderheiten in deutschen Krankenhäusern zu beschreiben und gleich zeitig auf die besonderen Bedürfnisse religiös eingestellter muslimischer Patienten aufmerksam zu machen.

Zu betonen ist: Die geschilderten Phänomene gelten nicht für alle muslimischen Mitbürger – Ansichten und Einstellungen der jüngeren Generationen können ganz anders sein als es die der ersten oder zweiten Zuwanderer-Generationen sind.

Jeder türkische (muslimische) Patient ist als ein Individuum wahrzunehmen und zu behandeln und nicht als ein Mitglied seiner sozial-religiösen Gruppe. Eine pauschale Anwendung der erworbenen Kenntnisse über den Islam oder die Übertragung früherer individueller Erfahrung können sich in bestimmten Fällen als unangemessen erweisen. Denn es sind stets die individuellen Wertvorstellungen des Patienten, die für seine Entscheidungen maßgeblich sind.

Eine gelungene Verständigung in einem Arzt- Patienten-Verhältnis ist nicht nur wegen der Vermittlung der Patientenbeschwerden, sondern auch für die Mitteilung von Präferenzen und Wünschen der Patienten wichtig.

Ich möchte deshalb nochmals anführen, was auch der Mediziner und Philosoph İlhan İnkilîç vorschlägt, um die Kommunikation zwischen Patienten und Ärzten und Krankenhauspersonal zu verbessern:

Um sprachliche und kulturelle Barrieren in einer transkulturellen Arzt-Patient-Begegnung zu überwinden, ist oft eine kultursensible und individuumsorientierte Kommunikation nötig.

Da in der Praxis eine durch Verwandte und Krankenhauspersonal geleistete Dolmetschertätigkeit in vielen Fällen kontraproduktiv und ethisch problematisch ist, sollen professionelle Dolmetscher mit medizinischer Erfahrung eingesetzt werden.

Verwendeten Literaturen

- Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e.V. (Hrsg.):
Globalisierung in der Medizin – Der Einbruch der Kulturen in das
deutsche Gesundheitswesen. Heidelberg, 2005
- Becker, S.A.: Muslimische Patienten. Ein Leitfaden zur interkultureller
Verständigung im Krankenhaus und Praxis. München, 2006
- Binnenwies, B.: Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus am Beispiel
muslimische Patienten. Norderstedt, 2008
- Borde, T.; David, M.: Kranksein in der Fremde?
Türkische Migrantinnen im Krankenhaus. Frankfurt am Main,
2001
- Borde, T.; Braun, T.;
David, M.: Gibt es Besonderheiten bei der Inanspruchnahme klinischer
Notfallambulanzen durch Migrantinnen und Migranten? In: Borde,
T.; David, M. (Hg): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im
Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag, S.
43-81, (2003)
- Borde, T.; David, M.;
Kentenich, H.: Probleme der Kommunikation und Aufklärung im Krankenhaus
aus der Sicht deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie
des Klinikpersonals. Vortrag beim 6. bundesweiten Kongreß
Armut und Gesundheit in Berlin. 2000
- Castaneda, H.: Undocumented Migration, Health Care and Public Policy in
Germany. In: Anthropology News May 2008
- Dreißig, V.: Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Eine Studie zur
Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit
Migrationshintergrund. Bielefeld, 2006
- Hartmann, F.: Scham und Würde kranker Menschen. Frankfurt, 1996
- Ilkılıç, I.: Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten. Eine
Handreichung für die gesundheitsberufe (Medizinethische
Materialien 160). Bochum, 2005

- Inthorn, J. (Hrsg.): Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett. Wien/New York, 2009
- Metin, M.: “Das System von Höflichkeitskonventionen als Ursache interkultureller Missverständnisse.“ GESUS 33 (2007)
- Metin, M.: Medizinische Fremdwörter. Deutsch-Türkisch, Türkisch-Deutsch. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 1994.
- Metin, M.: Arzt und Patient. Deutsch-Türkischer Sprachführer. Bielefeld: Aisthesis Verlag, 1992.
- Metin, M.: “Kultur- und Kommunikationsprobleme im Krankenhaus.” Westfälisches Ärzteblatt 2011
- Niedernhöfer, D.: Der muslimische Patient:
<http://www.aerztlichepraxis.de/aktuell/artikel/1073578146/politik/patient>
- Riesberg, A.
/Wörz, M.: Quality in and Equality of Access to Healthcare Services – Country Report for Germany. European Commission (eds.), 2008
- Schwikart, G.(Hrsg.): Was ist der Sinn meines Lebens. Antworten aus den Religionen. Gütersloher Verlagshaus. Gütersloh 2002
- Wanzura, W.: Der moslemische Patient, Altenberge, 1990
- Weber, M.: Begleitung schwerkranker und strebender Muslime und ihrer Angehörigen in: Die Schwester / Pflege 27 Jahre 11/88
- <http://www.charite.de/psychiatrie/forschung/transkulturelle.html> (21. Mai 2008)

von Mehmet Metin (Bielefeld)
mehmet.metin@uni-bielefeld.de

