

Religiöse Vielfalt in der Gesundheitsversorgung

Die Zahl der Muslime in Deutschland steigt. Als Patienten in Arztpraxis, Krankenhaus oder Pflegeheim haben sie besondere Bedürfnisse. In den meisten Fällen kann das Gesundheitssystem damit gut umgehen. Manchmal birgt dies aber auch Herausforderungen und erfordert einen sensiblen Umgang.

EIGENTLICH HAT die Therapie gut begonnen. Ahmed G.* hatte sich wegen eines urologischen Problems an seinen Arzt gewandt. Dieser verschreibt ein Medikament. Doch als der Patient erfährt, dass das Präparat auch aus der Bauchspeicheldrüse von Schweinen gewonnen wird, bricht er die Behandlung ab. Der Therapieerfolg bleibt aus.

Etwas mehr als 5% der deutschen Bevölkerung – rund 4 Millionen Menschen – bekennen sich zum islamischen Glauben. Viele von ihnen sind in Deutschland geboren, andere haben es sich im Laufe ihres Lebens zur Heimat gemacht. In dem Maße, in dem die Bevölkerung vielfältiger wird, kommt auch das Gesundheitssystem immer öfter mit muslimischen Patienten, Ärztinnen und Pflegefachkräften in Kontakt. Meist geschieht das völlig reibungslos. Hin und wieder kann es jedoch zu Missverständnissen oder Konflikten kommen, zum Beispiel, wenn Pflegekräfte die islamischen Regeln zur Körperhygiene nicht kennen und deshalb von den Patienten abgelehnt werden, wenn sie diese baden statt duschen wollen. Im schlechtesten Fall kann dies den Erfolg der gesundheitlichen Versorgung gefährden.

Jeder ist selbst verantwortlich

Das Gesundheitssystem immer öfter mit muslimischen Patienten, Ärztinnen und Pflegefachkräften in Kontakt. Meist geschieht das völlig reibungslos. Hin und wieder kann es jedoch zu Missverständnissen oder Konflikten kommen, zum Beispiel, wenn Pflegekräfte die islamischen Regeln zur Körperhygiene nicht kennen und deshalb von den Patienten abgelehnt werden, wenn sie diese baden statt duschen wollen. Im schlechtesten Fall kann dies den Erfolg der gesundheitlichen Versorgung gefährden.

Gesundheitliche Selbstverantwortung

Diese Sorge beschäftigt auch die Medizinethik, so zum Beispiel den Gesundheitswissenschaftler İlhan İlkılıç, der lange Jahre Mitglied des Deutschen Ethikrates war. Er setzt sich regelmäßig mit dem muslimischen Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Tod und dessen Konsequenzen für das deutsche Gesundheitssystem auseinander und plädiert für einen bewussten und sensiblen Umgang miteinander.

Aus der im Koran festgeschriebenen Handlungsfreiheit des Menschen und der Auffassung, dass die Gesundheit als hohes Gut gilt, schließt İlkılıç: »Das Verständnis von Gesundheit als Gottesgabe und dem Menschen anvertrautes Gut bil-

det zugleich den Ausgangspunkt für die Begründung einer gesundheitlichen Selbstverantwortung.« Der Mensch ist demnach angehalten, mit seinem Körper verantwortungsbewusst umzugehen. Damit lassen sich Regeln zu Ernährung und Hygiene ebenso begründen wie die Aufforderung zur gesunden Lebensführung oder zum Arztbesuch bei Krankheit.

Intensiv beschäftigt sich der Islam auch mit Fragen um das Ende des Lebens. Für gläubige Muslime ist der Tod nicht das Ende der menschlichen Existenz, sondern stellt die Heimkehr des Menschen zu Gott dar. Aus der Heiligen Schrift des Islam lassen sich, ebenso wie etwa aus der Bibel, jedoch nur schwer konkrete medizinische Handlungsempfehlungen für den Alltag im 21. Jahrhundert gewinnen. Besonders deutlich wird dies in Extremsituationen, etwa wenn eine Erkrankung so weit fortgeschritten ist, dass keine Hoffnung mehr auf Heilung besteht. Zwar lehnen gläubige Muslime die aktive Sterbehilfe einhellig ab. Doch bei Fragen zu einer möglicherweise das Leben verkürzenden Schmerztherapie unterscheiden sich die theologischen Positionen. Während manche auch solche Therapien ablehnen, stellen andere die Entscheidung darüber den Betroffenen frei.

Seit Jahren die gleichen Fragen

Streitfragen wie diese verdeutlichen die enorme Pluralität innerhalb des Islams, der mit knapp zwei Milliarden Anhängern zweitgrößten Religion der Welt, innerhalb derer sich mehrere Konfessionen und Rechtsschulen unterscheiden lassen. Pauschalisierende Aussagen zu *den* Muslimen und *ihren* Vorstellungen zu Gesundheit, Krankheit und Tod lassen sich deshalb, abgesehen von einigen wenigen Grundsätzen, nur schwer treffen, warnt İlkılıç.

Das gilt entsprechend auch für die in Deutschland lebenden Muslime. Mit ihren Erfahrungen im Gesundheitssystem setzt sich unter anderem das *Ethno-Medizinische Zentrum* in Hannover auseinander. Seit das Zentrum vor rund 20 Jahren



eine Umfrage zur Versorgung von Muslimen im Gesundheitswesen durchführte, seien die praktischen Fragen, mit denen sich muslimische Patientinnen und Patienten im deutschen Gesundheitssystem beschäftigten, oftmals dieselben geblieben, sagt Betriebsleiter Ahmet Kimil. Zu diesen zählt die Möglichkeit der Religionsausübung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Bestehen Gelegenheiten zum Gebet in ruhigen Räumen? Können sich Gläubige rituell mit fließendem Wasser waschen? Und kann die Kantine Speisetabus berücksichtigen? »Nicht alle Muslime legen auf diese Fragen in gleicher Weise wert«, sagt Kimil. Den einen sei es wichtig, von Ärzten desselben Geschlechts behandelt zu werden, um dem religiösen Schamgebot zu entsprechen, andere würden darauf weniger achten.

Generell habe sich aber das Bewusstsein für die Bedürfnisse muslimischer Patientinnen und Patienten gebessert, beobachtet Kimil. In zahlreichen Kliniken gebe es mittlerweile Integrationsbeauftragte. Auch an anderer Stelle hat die Sensibilität zugenommen, sagt David Kröll, Pressesprecher des Pflegeschutzbundes Biva: »Bei der Verpflegung, etwa in Pflegeheimen, sind viele Caterer und Köche sowieso darauf eingestellt, Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Diäten zu versorgen. Für sie sind islamische Speisevorschriften dann einfach eine weitere Diät.«

Unterschiedliche Kulturen, Religionen, Sprachen

Komplizierter wird die Situation jedoch, weil sich individuelle religiöse Vorstellungen mit kulturellen Faktoren vermischen. Wenn der eine laut und expressiv auf Schmerzen reagiert und die andere still und leise leidet, sind diese unterschiedlichen Ausdrucksformen eher kulturell als religiös geprägt, sagt Ahmet Kimil. Dazu kommen unterschiedliche Sprachen in den Herkunftsländern.

Auf die besonderen Bedürfnisse von türkischsprachigen muslimischen Pflegebedürftigen hat sich zum Beispiel der Berliner Pflegedienst *Dosteli* eingerichtet: »Diese Menschen haben jahrelang in die Pflegekassen eingezahlt, wir wollen ihnen deshalb so etwas wie eine muslimische Caritas bieten«, sagt Geschäftsführer Jan Basche. Gerade in der ambulanten Pflege sei dabei die Kenntnis religiöser Regeln alleine nicht ausreichend. Zwar sei es wichtig, neben Ramadan und Opferfest auch die weiteren Feiertage des islamischen Kalenders zu kennen. Zusätzlich aber würden beispielsweise pflegebedürftige Menschen mit Demenz, die einst nach Deutschland

eingewandert seien, ihre erlernten Fremdsprachen vergessen. Deshalb sei es umso wichtiger, dass die Pflegekräfte Türkisch sprechen.

Kultursensible Pflege fördern

Daher überrascht es nicht, dass immer mehr Pflegedienste gezielt Mitarbeitende einstellen, die unterschiedliche Sprachen sprechen. Auch in der Ausbildung nimmt interkulturelle Kompetenz und kultursensible Pflege inzwischen mehr Raum ein. »Es wäre allerdings vermessen zu glauben, im Lehrplan alle Details behandeln zu können«, gibt Marcus Rasim zu bedenken. Für den langjährigen Leiter mehrerer Pflegeschulen in Bayern ist es vielmehr das Ziel, die Auszubildenden für kultursensible Pflege zu sensibilisieren. »Schon wenn die Azubis über ihre eigenen Wünsche und Ängste beim Thema Sterben reflektieren, zeigen sich große individuelle Unterschiede«, sagt er und rät: »Gerade weil alle Menschen ihre eigenen Vorstellungen haben, ist es wichtig, dem Gegenüber mit Interesse zu begegnen und den Menschen kennenlernen zu wollen, mit dem man es zu tun hat.«

Zunehmend mehr Auszubildende würden den Islam auch aus ihrer eigenen Familie kennen und hätten so einen besseren Zugang zum Thema. Zusätzlich plädieren Experten wie Ahmet Kimil vom Ethno-Medizinischen Zentrum dafür, dem Verhältnis von muslimischen Patienten zum deutschen Gesundheitssystem auch in Fortbildungen regelmäßig Raum zu geben. Dann hätte sich der Fall von Ahmed G. möglicherweise anders aufgelöst. Hätte der Urologe mit seinem Patienten über dessen Vorstellungen gesprochen, wäre es unter Umständen möglich gewesen, eine andere Therapie zu wählen.

Einig sind sich Patientenschützer und Praktiker in einem weiteren Punkt: »Auf individuelle Probleme einzugehen kostet Zeit«, sagt Biva-Sprecher David Kröll. Umgesetzt werden könne das in Aus- und Fortbildungen Erlernte in der angestrebten Qualität nur dann, wenn dafür ausreichend Ressourcen zur Verfügung stehen.

Pflege mit Fremdsprachen

*Name geändert



Tobias Sauer arbeitet als Autor und Journalist in Berlin.
kontakt@tobias-sauer.de