

# Muslime im Gesundheitswesen

Dokumentation



# Muslime im Gesundheitswesen

Dokumentation der Fachtagung  
in Hannover am 15. November 2000

**Ethno-  
Medizinisches  
Zentrum e.V.**



Landeshauptstadt



Referat für interkulturelle  
Angelegenheiten

# Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	Seite 5
Bernd Strauch	
<b>Einführung</b> .....	Seite 6
Arzu Altuğ	
<b>Aspekte der Versorgung von Muslimen im Gesundheitswesen</b> .....	Seite 9
Dr. Jürgen Collatz	
<b>Muslime im Krankenhaus</b> .....	Seite 14
Elisabeth Wesselman	
<b>Die Versorgung muslimischer Frauen im Krankenhaus</b> .....	Seite 18
Dr. Mathias David	
<b>Zwischen Caritas und Diakonie – Muslime in der psychosozialen Versorgung</b> .....	Seite 22
Dr. S. Ibrahim Rüschoff	
<b>Sterben in der Migration – religionskulturelle Hintergründe</b> .....	Seite 26
Dr. Dursun Tan	
<b>Veranstalter und Referenten</b> .....	Seite 30

# Vorwort



Im November 2000 fand unter der Schirmherrschaft der Niedersächsischen Ausländerbeauftragten Gabriele Erpenbeck erstmals in Niedersachsen eine Woche der Muslime unter dem Titel „Halbmond zwischen Ems und Elbe“ statt. Die Landeshauptstadt Hannover beteiligte sich durch sein Referat für interkulturelle Angelegenheiten mit zahlreichen Aktivitäten, zu denen neben der Fachtagung „Muslime im Gesundheitswesen“ und der hier vorliegenden Dokumentation auch Diskussions- und Vortragsveranstaltungen gehörten.

Die Landeshauptstadt Hannover dankt dem Referat für interkulturelle Angelegenheiten und dem Ethno-Medizinischen Zentrum in Hannover sowie seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die Durchführung und Dokumentation der Fachtagung „Muslime im Gesundheitswesen“. Diesen Dank möchte ich sowohl im Namen des Oberbürgermeisters Herbert Schmalstieg als auch im Namen der 524.117 Einwohnerinnen und Einwohner der Landeshauptstadt Hannover, von denen gegenwärtig 75.000 keinen deutschen Pass haben, aussprechen. Davon sind wiederum etwa 40.000 muslimischen Glaubens.

Seit Jahren arbeitet das Ethno-Medizinische Zentrum in den unterschiedlichsten Bereichen hier in Hannover: im Drogenbereich, im Integrationsbereich, im kulturellen Bereich; es hilft der Stadt in vielerlei Hinsicht auf die Sprünge. Und das Referat für interkulturelle Angelegenheiten der Landeshauptstadt ist in Bezug auf Einwanderung und Integration eine sehr sinnvolle Ergänzung für Politik und Verwaltung.

Das Thema „Muslime im Gesundheitswesen“ aus der Veranstaltungsreihe „Muslime zwischen Ems und Elbe“, beschäftigt sich u. a. mit der medizinischen Versorgung von Menschen des muslimischen Glaubens. Es geht um eine Grundfrage. Im abgewandelten Sinne von Willy Brandts Aussage „Ohne Gesundheit ist alles Nichts“ sind Gesundheit und eine gesicherte Gesundheitsversorgung Voraussetzung für alles – auch für über die Gesundheit hinausgehende Herausforderungen. Als gesundheitspolitischer Sprecher der SPD in

Hannover kenne ich die Probleme, wie sie sich in den städtischen Krankenhäusern, aber auch zum Teil in den ärztlichen Praxen darstellen – und dies sowohl aus Patienten- wie aus Ärztesicht.

Zwar sind wir gegenwärtig schnell – manchmal auch zu schnell – dabei, in allen möglichen Fragen Artikel 1 des Grundgesetzes zu bemühen. Bei dem Thema „Muslime im Gesundheitswesen“ scheint mir diese Bezugnahme hingegen wirklich gerechtfertigt, denn die medizinische Versorgung hat etwas mit der Würde des Menschen zu tun. Die Würde des Menschen ist unantastbar – und wo kann die Würde des Menschen mithin im Alltag leichter angetastet werden als beim Gang zum Arzt, und dies umso leichter, wenn der Patient von Haus aus einen anderen religiösen, kulturellen und traditionellen Hintergrund hat und für sich eine andere Werteordnung mitbringt. Eine ausländische Schülerin von mir hat einmal gesagt, es sei für sie, selbst wenn sie nur zur Schule ginge, jedes Mal eine kleine Reise aus ihrem Heimatland in die Bundesrepublik Deutschland – ob ich mir das überhaupt vorstellen könne.

Versuchen wir uns also einmal vorzustellen, wie es jemandem zumute sein mag, der einen Arzt aufsucht oder mit unserem deutschen Gesundheitssystem konfrontiert wird und niemanden findet, der um diese Problematik weiß. Wir haben es hier mit sehr differenzierten und komplexen Problemen bzw. Herausforderungen zu tun. Deshalb möchte ich allen an der Fachtagung und dieser Dokumentation beteiligten Expertinnen und Experten dafür danken, dass sie geholfen haben, durch Diskussion, Ideen und Vorschläge Grundlagen für Lösungsansätze zu erarbeiten. Sie haben ihre Erfahrungen mit uns geteilt, ihre Projekte vorgestellt und Verbesserungsvorschläge unterbreitet. Ihre Denkanstöße, ihre Unterstützung und ihre Arbeit verdient unsere Wertschätzung. Deshalb wollen wir uns als Landeshauptstadt Hannover ehrlich bemühen, viele der vorgeschlagenen Lösungsansätze – im Rahmen unserer Möglichkeiten – auch umzusetzen.

**Bernd Strauch**  
Bürgermeister der Landeshauptstadt Hannover und Ratsvorsitzender

## Einführung



Jede Gesellschaft entwickelt Techniken im Umgang mit Gesundheit und Krankheit sowie Vorstellungen über die Ursachen von Krankheit. Die damit zusammenhängenden Kenntnisse, die sozialen Verhaltensnormen bezüglich Vorbeugung und Abkehr und die konkreten Maßnahmen der Krankenbehandlung sind somit auch gesellschafts- und kulturspezifisch geprägt. Auch können sich Lebensgewohnheiten, Krankheitserwartungen, der Umgang mit der Krankheit, mit spezifischen Versorgungsangeboten und die jeweilige Versorgungssituation selbst günstig oder ungünstig auf die Gesundheits- oder Krankheitssituation auswirken. Ebenso wird die Einschätzung des Gesundheitszustands durch verschiedene Faktoren beeinflusst.

Untersuchungen über die Gesundheitssituation und Versorgung von Migrantinnen und Migranten in der Bundesrepublik legen eine mehrdimensionale Problemstellung offen, die eine Verknüpfung von körperlichen, psychosozialen, soziokulturellen, religiösen, migrationspezifischen, rechtlichen und gesellschaftspolitischen Faktoren aufweist. Migrations- und Akkulturationsprozesse sind nicht per se Ursache für Erkrankungen, verstärken jedoch die gesundheitliche Belastung von Migrantinnen und Migranten, weil sie besonderen Stressbelastungen ausgesetzt sind.

Die Behandlung von bekennenden und praktizierenden muslimischen Patientinnen und Patienten gehört längst zum Alltag in Krankenhäusern, Arztpraxen, psychosozialen und Gesundheitsdiensten. Doch dieser Alltag verläuft nicht immer störungsfrei. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in diesen Einrichtungen fühlen sich durch religiöse, kulturelle und traditionelle Werte und Normen der muslimischen Patientinnen und Patienten überfordert. Ebenfalls überfordert sind die muslimischen Patientinnen und Patienten selbst, wenn deren Werte und Normen nicht ernst genommen und in der Behandlung nicht berücksichtigt werden. Oft nehmen sie dies als Diskriminierung wahr.

Die Institutionen des Gesundheitswesens reagieren auf die Bedeutung von religiösen Faktoren bei der Therapie – bis auf wenige Ausnahmen – mehr oder weniger ratlos. Wie die Praxis zeigt, ist die

Frage, wie eine bedarfsgerechte gesundheitliche und psychosoziale Versorgung von praktizierenden muslimischen Patientinnen und Patienten gewährleistet werden kann, bisher nicht hinreichend beantwortet.

Deshalb ging es bei der hier dokumentierten Fachtagung „Muslime im Gesundheitswesen“ um die gesundheitliche Versorgung jener Gruppe, die sich sowohl durch ihren Migrationshintergrund als auch durch ihre Religion von der Mehrheit der Bevölkerung unterscheidet: die Muslime.

Dabei sollten einige der Themen behandelt werden, die dem Arzt, der Krankenschwester, dem Psychologen oder Sozialarbeiter in Krankenhäusern, Praxen und anderen psychosozialen und gesundheitlichen Diensten begegnen und eine besondere Lösungsstrategie bei der Beratung, Therapie oder Pflege von Muslimen erfordern.

Ziel war nicht die Darstellung von Glaubenssätzen und Traditionen von Muslimen, sondern die Betrachtung dieser als Impulse für eine bedarfsorientierte Versorgung im Gesundheitswesen.

Wir haben bei der Planung der Fachtagung von Projekten im Gesundheitswesen profitiert und konnten dadurch auch engagierte Referentinnen und Referenten für diese Tagung gewinnen. In seinem Beitrag „Aspekte der Versorgung von Muslimen im Gesundheitswesen“ gibt Herr Dr. Collatz nicht nur einen allgemeinen Überblick in das Thema, sondern stellt auch Ergebnisse einer Tendenzumfrage in den Krankenhäusern in Hannover vor. Frau Elisabeth Wesselman führt in ihrem Beitrag „Muslime im Krankenhaus“ aus, dass es sehr wohl möglich ist, in Krankenhäusern auf die Bedürfnisse der Muslime konzeptionell und pragmatisch einzugehen, diese zu erfüllen und Verständigungsschwierigkeiten durch einen hausinternen Dolmetscherdienst zu überwinden. Dem Beitrag „Versorgung muslimischer Frauen im Krankenhaus“ von Herrn Dr. med. Matthias David verdanken wir aufschlussreiche statistische und wissenschaftliche Erkenntnisse. Unter der Überschrift „Zwischen Caritas und Diakonie“ gibt Dr. med. Ibrahim Rüschoff eine Einführung in den bisher wenig beachteten Bereich der spezifischen und professionellen psychosozialen Versorgung, der Beratung und Psychotherapie von Muslimen. Der Soziologe und Politologe Dr.

Dursun Tan setzt sich in seinem Beitrag „Sterben in der Migration“, über entsprechende Trauerrituale und Bestattungszereemonien auseinander.

Bei der die Fachtagung abschließenden Podiumsdiskussion haben sich einige wesentliche Vorschläge herauskristallisiert, die es verdienen weiter diskutiert zu werden:

- Der interkulturelle Öffnungsprozess im Gesundheitswesen muss konzeptionell und praktisch organisiert werden – z. B. durch interkulturelle Beauftragte z.B. in Gesundheitsämtern, Kliniken, Krankenhäusern, Krankenkassen und Rentenversicherungen.
- Die ambulante Versorgung von Muslimen in Arztpraxen soll mehr Beachtung finden.
- Die Frage der Vernetzung im Gesundheitswesen bedarf einer kontinuierlichen Form wie z.B. Gesundheitsbeirat oder Runder Tisch „Migration und Gesundheit“ in Hannover.

Für Muslime – generell aber für alle Migrantinnen und Migranten – ist ein interkulturell erleichterter Zugang zum komplexen Gesundheitssystem notwendig. Dies ist auch Aufgabe der Gemeinschaft von niedergelassenen Ärzten, den Krankenhäusern, den Gesundheitsämtern und der Krankenkassen.

Interkulturelle Öffnung der Dienste, interkulturelle Kompetenz der Beschäftigten und interkulturelle Qualität der erbrachten Leistungen ergeben sich nicht von selbst. Sie müssen gewollt sein und sie müssen professionell entwickelt werden – strukturell, konzeptionell, personell, in der Praxis und in der Reflexion dieser Praxis, d. h. auf allen Ebenen.

Ich danke allen an der Fachtagung und der Erstellung der Dokumentation beteiligten Expertinnen und Experten sowie den Teilnehmenden für ihr Engagement und Interesse. Mit dieser Dokumentation hoffe ich alle Interessierten und Engagierten mit Hinweisen, Vorschlägen und Reflexion darin zu unterstützen und zu stärken, durch eine interkulturell ausgerichtete Gesundheitsversorgung ihren Beitrag zur Einwanderungsgesellschaft zu leisten. Herrn Taner Yüksel möchte ich für die hervorragende Zusammenarbeit und wissenschaftliche Begleitung bei der Vorbereitung und Durchführung der Fachtagung und Herrn Ramazan Salman für seinen umfangreichen Arbeitseinsatz bei der Erstellung der Dokumentation danken. Beide sind Mitarbeiter des Ethno-Medizinischen Zentrums. Mein Dank gilt aber auch meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

**Arzu Altuğ**

*Leiterin des Referats für interkulturelle Angelegenheiten*



## Aspekte der Versorgung von Muslimen im Gesundheitswesen

**Dr. Jürgen Collatz**

Vorsitzender des Ethno-Medizinischen Zentrums Hannover

*Der Vortrag wurde im theoretischen Teil von Mitarbeitern des Ethno-Medizinischen Zentrums e. V. Dr. Jürgen Collatz, Ramazan Salman, und Ahmet Kimil entworfen. Die im Beitrag vorgestellte Tendenzumfrage wurde von unserem ehemaligen Mitarbeiter Taner Yüksel entworfen und durchgeführt.*

### Migration, medizinische Versorgung und spezifische Bedürfnisse der Migranten

Die weltweiten Entwicklungen und die starke Zunahme der Migration, insbesondere Anfang der neunziger Jahre, haben in Deutschland spezifische Resonanzen ausgelöst. Schon seit vielen Jahren wird der Zustrom von Einwanderern fachöffentlich als eine mit viel positiven Effekten verbundene und notwendige Entwicklung, sowohl für den Arbeitsmarkt als auch für die Kranken-, Renten- und sonstigen Sozialversicherungen diskutiert. Da inzwischen die in den nächsten Jahrzehnten immer stärker anwachsenden Arbeitsmarktprobleme sichtbar werden, wird nun auch in der Öffentlichkeit und in der Politik dieses Thema offensiver diskutiert. Wir werden in den nächsten Jahren wahrscheinlich ein Einwanderungsgesetz bekommen, das eine kontinuierliche, aber geregelte Zunahme an Einwanderern in Deutschland bewirken könnte. Betrachten wir die einzelnen Gruppen von Migrantinnen und Migranten in der Bundesrepublik, die auf Grundlage der Ausländerstatistiken ca. einem Anteil von 9 % der Gesamtbevölkerung entsprechen, so stammt die größte Gruppe mit 28,8 % aus der Türkei (ca. 2.11 Mio.). Zieht man hier muslimische Zuwanderer aus Bosnien, dem Kosovo, arabischen und afrikanischen Staaten hinzu, leben mittlerweile ca. 3 Millionen Muslime in Deutschland und davon ca. 160.000 in Niedersachsen.

Die psychosoziale und medizinische Versorgung und die spezifischen religiösen Bedürfnisse dieser Einwanderergruppe hat in den bisherigen Diskussionen nur eine untergeordnete Bedeutung gehabt und wurde nur ganz selten in die Öffentlichkeit transportiert.

### Krankheit und Religiosität

Religiosität als innere Stütze und Hilfe im Krankheitsfall hat für die Kranken und Patienten auch heute noch vielfach eine hohe Bedeutung. Je ernsthafter und lang anhaltender, je mehr die körperliche Integrität verletzt ist und nicht wieder hergestellt werden kann, umso deutlicher treten Sinnfragen für den Kranken und für die Professionellen – Ärzte, Pflegekräfte und andere – auf. Im klinischen Alltag wird gelebt, gelitten und gestorben. Hierbei bilden sich persönliche Bedürfnisse und Antworten auf die aufgeworfenen Lebens- und Sterbensfragen aus – und so auch sehr unterschiedliche religiöse Bedürfnisse. Medizinische Maßnahmen

lassen sich vielfach erst verantworten, wenn diese persönlichen Bedürfnisse beachtet werden, und sie sind häufig auch erst dann wirksam oder wirksamer.

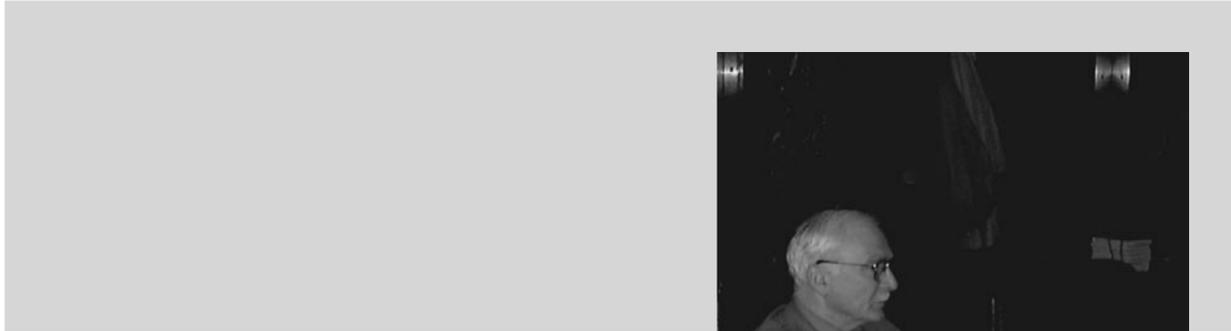
Innerhalb unserer pluralistischen Gesellschaft, die sich zunehmend internationalisiert, gibt es keine allgemein verbindlichen Antworten mehr auf Sinnfragen. Menschliche Endlichkeit und Handlungsgrenzen werden eher ausgeblendet, Qualitätsstandards und Leitlinien gehen auf Religiosität und das damit verbundene Krankheitsverständnis und die damit verbundenen Bedürfnisse nicht ein.

Die Internationalisierung hat zudem auch andere Religionen und mit ihren Bedürfnissen in der einheimischen Mehrheitsbevölkerung verankert und in die Krankenhäuser und Ambulanzen getragen. Wir werden uns mit dem moralischen und religiösen Pluralismus im Brennpunkt des klinischen Alltags auseinandersetzen müssen, um den Patienten, den interkulturellen Interaktionen und den ethischen Handlungsmöglichkeiten des Pflegepersonals und der Ärzte gerecht werden zu können. Die Auseinandersetzung mit dem religiösen Pluralismus ist ein wichtiger Schritt zur Humanmedizin.

### Muslime in Deutschland – Versorgungsbedürfnisse – Entwicklungen

Während die Säkularisierungstendenzen in Europa und der Wertewandel evangelischer und katholischer Christen und ihre religiösen Bedürfnisse systematisch untersucht sind, liegen über die religiösen Bedürfnisse und die Religiosität von anderen Religionen zugehöriger Bevölkerungsgruppen kaum empirische Analysen vor. Insbesondere in der medizinischen Versorgung sind die Rolle der Religiosität von muslimischen Patienten und ihre spezifischen Bedürfnisse bisher kaum diskutiert worden. Zentrale Brennpunkte für muslimische Bedürfnisse im Gesundheitswesen liegen vor allem im stationären Bereich vor, sowohl in der kurativen als auch rehabilitativen Behandlung, da der Patient hier einer mehr oder weniger geschlossenen Institution ausgesetzt ist. Das Ethno-Medizinische Zentrum e. V. in Hannover beobachtete in den letzten Jahren eine gewisse Aufbruchstimmung, eine Zunahme von modellhaften Projekten für Migranten, die in die Versorgungsmaßnahmen integriert wurden. So gibt es interkulturell ausgerichtete psychiatrische Stationen (z. B. im Psychiatrischen Krankenhaus Marburg) oder immer mehr Reha- und Spezialkliniken, die die größeren Krankheitsbilder behandeln und rehabilitieren und die Bedürfnisse von Migranten nach Sprach- und kultureller Kompetenz und Sensibilität aufgreifen (z. B. durch die Türkisch-Deutsche Gesundheitsstiftung in Gießen). Dennoch sind dies immer Einzelbeispiele, und eine Integration der Migranten in das Gesundheitswesen ist noch nicht institutionalisiert vollzogen.

Es gibt immer noch erhebliche Probleme, wenn die Themen muslimische Bedürfnisse in der Versorgung, muslimische Beratungsstellen, muslimische Religionsausübungen in Krankenhäusern oder spezifische Krankenhausabteilungen angeschnitten werden. Dies lässt sich teilweise durch Entwicklungen der Säkularisierung in Europa der letzten drei Jahrzehnte erklären. Mit Säkularisierung ist die Verweltlichung der Lebensverhältnisse, der Rückzug der Religion aus vielen Lebensbereichen, die damit einhergehenden Veränderungen der Wertesysteme und die daraus entstehenden Konflikte gemeint. In den sechziger und siebziger Jahren vollzog sich in Westeuropa ein Wertewandel, der mit dem Verblässen von Fremdbestimmung, dem Drang zur Selbstbestimmung und zur Individualisierung beschrieben wurde. Auch in den staatssozialisti-



schen Ländern Osteuropas lassen sich solche Tendenzen, vor allem in Ostdeutschland, beschreiben. Hier waren noch 1946 82% der Bevölkerung evangelisch, 12% katholisch. Heute sind nur noch 25% der Bevölkerung evangelisch, und 5 % gehören der katholischen Kirche an. Es sind also nur noch 30 statt der 96 % der Bevölkerung in kirchliche Religiosität eingebunden.

Gleichzeitig vollzog sich ein Rückzug aus kirchlich gebundener Religiosität. Diese Entwicklungen in West- und Osteuropa bewirken, dass die Selbst- und Mitbestimmung die kirchlich gebundene Religiosität ersetzt haben. Ein anderes Bild ergibt sich jedoch, wenn wir die Muslime in Deutschland und ihre Bedürfnisse betrachten.

In diesem Rahmen stellt der Islam eine Religion dar, die einen ganz anderen Anspruch erhebt. So kann das Leben eines praktizierenden Moslems vom Islam bis in kleinste Lebensbereiche hinein geprägt sein. Daraus ergibt sich auch ein Handlungsmuster des Islams für die Lebensverläufe und für den Alltag, den die einheimische Mehrheitsbevölkerung anscheinend nur schwer nachvollziehen kann, da bei ihr eher eine Entwicklung stattfindet, die von der Abkehr von religiös-kirchlichen Lebenszusammenhängen geprägt ist. Muslimen bietet jedoch der Islam gerade bei Erkrankungen oder beispielsweise beim Übergang von der Erwerbsphase in die Alters- bzw. Berentungsphase Regeln an, die vor Isolierung schützen und ein wichtiges Unterstützungssystem zu gewährleisten vermögen. Dies trifft umso nachhaltiger zu, je geringer die Integration von Migranten in unserem Land entwickelt ist.

In vielen Untersuchungen wurde belegt, dass das Leben der Alten in ethnischen Minoritäten stark vom Rückzug in die eigenen ethnischen Enklaven geprägt ist. Die ethnische Isolation von Migranten ist nicht nur in Deutschland, sondern generell in Europa ein verbreitetes Phänomen. Eine der wichtigsten Erklärungen ist der „protektive Charakter“ ethnischer Enklaven. Da ethnische Enklaven dazu neigen, sich nach „außen“ stark abzugrenzen, gewinnen im „Innenverhältnis“ die Familienbindung, die religiöse Bindung und das Gotteshaus (Moschee, Kirche etc.) an Funktion. Deswegen sollten in Krankenhäusern, bei der ärztlichen Behandlung von chronischen Leidensformen oder eben auch bei Sterbeprozessen diese Unterstützungsmechanismen nicht übersehen, sondern viel stärker einbezogen werden.

### Säkularisierung in der Medizin

Parallel zur gesellschaftlichen Säkularisierung vollzog sich in westlichen Industriegesellschaften eine Säkularisierung der Medizin und des Gesundheitswesens im Allgemeinen. Früher haben auch in den europäischen Gesellschaften viel engere Beziehungen zwischen Medizin und Religion bestanden. Kirche, Geistliche und Spiritualität hatten eine größere Bedeutung als heute, wenn es um Vermeidung oder Heilung von Krankheiten ging. Religion und Kirche waren in früheren Jahrzehnten und Jahrhunderten stärkere menschliche Prägeinstanzen als staatliche und öffentlich-rechtliche Institutionen heute. Später gewannen staatliche und nichtfamiliäre menschliche Prägeinstanzen größeren Einfluss. Dies wirkte sich auch auf die Medizin und Gesundheitssysteme aus. Sie trennten sich stärker von den religiösen Instanzen und wurden letztlich unabhängig von ihr. Auch in der Medizin hat also ein Säkularisierungsprozess stattgefunden. Die Medizin hat sich vor allem naturwissenschaftlichen Erkenntnissen zugewandt, so dass sich jahrzehntelang, vielleicht ein Jahrhundert lang – und in den letzten Jahren wieder verstärkt – mehr eine biomedizinische Medizin entwickelt hat, die im Prinzip psychische und soziale Dimensionen ausgeblendet, kulturelle Hintergründe ganz selten reflektiert und auch die spirituellen Bereiche weitgehend aus ihrem Blickfeld verbannt hat.

In muslimischen Gesellschaften und bei muslimischen Menschen in der Migration ist dieser Prozess noch nicht so weit fortgeschritten wie in abendländischen Gesellschaften. Hier spielen die Spiritualität und das familiäre Unterstützungssystem bei der Vermeidung oder Überwindung von Krankheit noch eine größere und tragendere Rolle. Dies können wir beispielsweise in Kliniken beobachten, wo muslimische Patienten teilweise viel mehr und häufiger Angehörigenbesuche erhalten als Einheimische aus der Mehrheitsbevölkerung. Auch wird häufig beobachtet, dass Muslime nicht selten zusätzlich zur professionellen Behandlung auch „nebenbei“ sog. Hodjas (religiöse Gelehrte bzw. Lehrer) konsultieren.

### Hintergründe von Krankheit, Kultur und Religion

Krankheitsverhalten ist eine einheitliche menschliche Erfahrung, die aber von soziokulturellen – auch religiösen – Regeln gestaltet wird: Der Mensch lernt bestimmte Arten des Krankseins, die in seiner Kultur anerkannt sind. Genauso besitzt jeder Mensch auch Vorstellungen über einen gesunden Körper, die kultur- und

sozialisationsbedingt sind. Eine aktuelle Krankheit bewerten Mediziner, Therapeuten und Berater ebenso wie ihre ausländischen Patienten jeweils auf Grund ihres eigenen wissenschaftlichen, sozialen, kulturellen und religiösen Verständnisses von Krankheit. Theorien und Vorstellungen über die Entstehung von Krankheit prägen immer auch die Art und Anwendungsbereiche gesundheitsfördernder und sichernder Maßnahmen.

Behandlungs- und Beurteilungserfolge hängen größtenteils davon ab, ob sich das jeweilige Krankheitsverständnis von Behandlern und Klienten in Krankheitskonzepten zur Deckung bringen lassen.

In muslimischen türkischen Familien bestehen häufig verschiedene Konzepte nebeneinander, und dementsprechend werden auch gleichzeitig „moderne“ medizinische Angebote und traditionelle Heiler in Anspruch genommen. Krankheitsverständnis und -verhalten wandeln sich in der Migration hauptsächlich durch das Verlassen der bisherigen Lebenswelt, die zuvor Krankheit und Gesundheit definierte, den erleichterten Zugang zu Institutionen der naturwissenschaftlich-technischen Medizin und den Kontakt und die Konfrontation mit anderen Norm-, Wert- und Krankheitsvorstellungen im Aufnahmeland. Veränderungen bedeuten, dass in der Regel eine individuelle Verknüpfung alter und neuer Krankheitsvorstellungen vorgenommen wird. So verändern Migranten zwar ihr Krankheitsverständnis und -verhalten, behalten aber in der Regel gleichzeitig ihre mitgebrachten Ausdrucksformen bei.

Um Krankheitsverläufe erkennen und aus biografischer Sicht einschätzen zu können und mögliche Behandlungswege aufzuzeigen, sind Kenntnisse über kulturell geprägte Krankheitsvorstellungen für Heilberufler unerlässlich. Diese Krankheitsvorstellungen lassen sich unterscheiden in technisch-biologische, religiös-fundierte und magische. Sie treten häufig in sich überschneidender Form oder in sich nicht ausschließenden Variationen auf. In religiös-fundierten Vorstellungen werden Erkrankungen auf das direkte oder indirekte Einwirken von Gott, göttlicher Wesen, Ahnen, Seelen Verstorbener, Dämonen und Geistern zurückgeführt. Erkrankungen sind hier die Folge von Verstoßen gegen Gesetze, Vorschriften, Kultstätten etc. Krankheit wird hier verstanden als eine Strafe bei menschlichem Fehlverhalten, die durch Medikamente nur gelindert werden kann. In magischen Vorstellungen wird die Entstehung von Krankheiten dem Einwirken von Menschen und Verstorbenen zugeschrieben, bei denen magische Fähigkeiten oder Kräfte vermutet werden. Ein mit solchen besonderen Kräften ausgestatteter Mensch, kann seine okkulten Fähigkeiten für Diagnose und Heilung einsetzen oder aber auch Schaden zufügen. So werden Krankheiten in diesem Erklärungssystem auch als Störungen der sozialen Interaktion betrachtet. Generell werden in einem solchen Erklärungssystem erkrankte Menschen als Teil einer Gruppe bzw. eines Gesamtkörpers (Großfamilie) betrachtet. Das bedeutet, dass bei der Heilung die gesamte Gruppe einbezogen werden muss, weil man sich gemeinsam „krank“ fühlt („Der Stamm ist mein Körper“). Die hier beschriebenen subjektiven Krankheitstheorien üben auf den Umgang mit Gesundheit und Krankheit einen großen Einfluss aus. Dies betrifft natürlich nicht nur Muslime, sondern Menschen aller Religionen.

Respekt und Anerkennung sind jedoch wechselseitige Prozesse. So wie zu erwarten ist, dass sich die Akteure der medizinischen Versorgung in Deutschland stärker kundig machen und die religiösen Hintergründe ihrer Patienten und Klienten kennen und verstehen lernen, so ist es ebenso erforderlich, dass beispielsweise umgekehrt auch Muslime in unserem Land sich bemühen, verstanden zu werden

und auch ihrerseits die Strukturen im Aufnahmeland verstehen lernen. Hier sind sicherlich Kompromisse auf beiden Seiten möglich, wenn ein nachhaltigerer Dialog, als bisher geschehen, stattfindet.

### Tendenzumfrage in Krankenhäusern

Um einen Überblick über die „Lage von Muslimen in der medizinischen Versorgung“ zu erhalten, hat das Ethno-Medizinische Zentrum Hannover, dessen Vorsitzender ich bin, im November 2000 eine Tendenzumfrage bei Krankenhäusern und Kliniken in Hannover erhoben. Das Ziel der Umfrage war es, im ersten Schritt einen groben Überblick über die Probleme und Schwierigkeiten zu erhalten, mit denen Patienten muslimischen Glaubens in Krankenhäusern der Stadt Hannover konfrontiert werden. Daneben sollte auch festgestellt werden, wie die Kliniken die Lage, den Handlungsbedarf und Verbesserungsmöglichkeiten aus ihrer eigenen Perspektive einschätzen.

Insgesamt wurden 57 Fragebögen an verschiedene Abteilungen von 11 Krankenhäusern in Hannover und Umgebung verschickt. Befragt wurden in den Kliniken insbesondere die Pflegedirektionen, die ärztlichen Direktionen oder die Krankenhausseelsorge. Zu unserer Überraschung – wir hatten offensichtlich das Vorurteil gehabt, dass man sich nicht offen äußern will – haben Abteilungen aus allen angefragten Kliniken geantwortet. Insgesamt erhielten wir 24 beantwortete Fragebögen.

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der Tendenzumfrage mit Hilfe von Diagrammen veranschaulicht und diskutiert werden. Der Fragebogen bestand aus fünf Tendenzfragen und folgenden Themen:

- Das rituelle Gebet
- Essgewohnheiten und Speiseverbote
- Betreuung durch andersgeschlechtliches Personal
- Hygienennormen
- Besonderheiten bei Todesfall

Das rituelle Gebet, das eines der fünf Säulen der sunnitisch-islamischen Richtung des Islams darstellt, soll in der Regel fünfmal am Tag von den Gläubigen in Richtung Mekka verrichtet werden. Die beiden wichtigsten Voraussetzungen hierfür sind ein reiner Untergrund und die Möglichkeit, es möglichst ungestört zu verrichten. Im Krankenhaus kann das Gebet durch verschiedene Umstände gestört werden. Muslimischen Patienten käme deshalb eine ruhige Nische bzw. die Nutzung eines hierfür extra abgestellten Raumes sehr entgegen.

Die erste Frage lautete deshalb, ob in den betreffenden Institutionen geeignete Plätze für Muslime als Gebetsraum zur Verfügung gestellt werden. Im folgenden Diagramm ist zu erkennen, dass in 11 Fällen die Antwort „Ja“ lautete. 12 haben mit „Nein“ geantwortet. Es ist interessant, dass ca. ein Drittel der angeschriebenen Abteilungen Gebetsräume zur Verfügung stellen, was als Hinweis für einen sensiblen Umgang seitens der Krankenhäuser mit diesem Thema gedeutet werden kann.

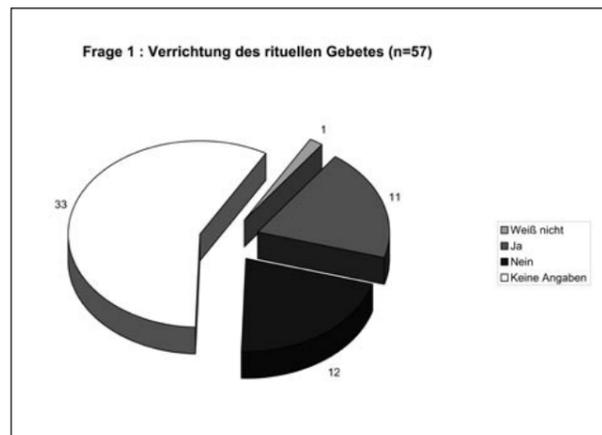


Abb. 1: Tendenzumfrage des Ethno-Medizinischen Zentrums vom November 2000

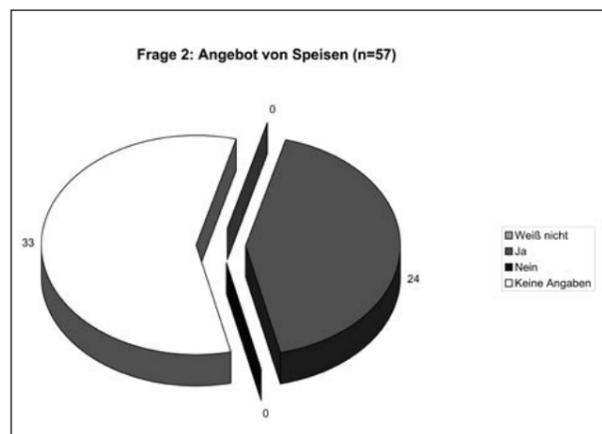


Abb. 2: Tendenzumfrage des Ethno-Medizinischen Zentrums vom November 2000

Ein anderes wichtiges Thema für muslimische Patienten in Krankenhäusern bilden die Essgewohnheiten und Speiseverbote, die diesen von ihrer Religion her auferlegt werden. Die wichtigsten Regeln für Speisen und Getränke im Islam sind folgende:

- Das Verzehren von Schweinefleisch ist Muslimen nicht gestattet. Dieses Verbot umfasst alle Produkte vom Schwein: von Fetten bis zu Zahnbürsten, die aus Schweineborsten gefertigt wurden.
- Tiere, die von Moslems verzehrt werden dürfen (Schafe, Rinder oder Geflügel), müssen geschächtet werden.
- Der Genuss von Alkohol ist Muslimen untersagt.
- Besondere Essenszeiten und Regeln gelten im Fastenmonat Ramadan: In der Regel wird im Krankenhaus kaum gefastet. Mit dem Beginn des Ramadanmonats sollte allerdings der Patient befragt werden, ob er fastet. Jedoch gilt auch hier, dass zugunsten des Fastens die Gesundheit nicht gefährdet werden darf. Begründet (Schwangerschaft, Krankheit etc.) ungefastete Tage können später nachgeholt werden.

In der zweiten Frage wurde gefragt, ob die Einrichtungen Speisen ohne Schweinefleisch und Alkohol ihren muslimischen Patienten anbieten. Diese Frage wurde durchgehend von allen Einrichtungen mit „Ja“ beantwortet, was sehr positiv ist und die angesprochene Sensibilität der Einrichtungen bei religiösen Fragen eindrucksvoll unterstreicht und beweist, dass in diesem Punkt am wenigsten Handlungsbedarf zu bestehen scheint.

Die Betreuung durch gleichgeschlechtliches Personal ist für muslimische Patienten in Krankenhäusern ein weiteres sensibles Thema: Es sind vor allem drei Besonderheiten, die die Betreuung durch gleichgeschlechtliches Personal betreffen:

a) Verbale Äußerungen: Schon das Sprechen über sexualitätsrelevante oder geschlechtsspezifische Themen kann Verschlussenheit und Ablehnung hervorrufen, wenn es sich um einen andersgeschlechtlichen Gesprächspartner handelt. Häufig werden Abwehrreaktionen bei muslimischen Patienten (vor allem bei Frauen und Mädchen) übersehen. Dies ist oft kaum zu bemerken, denn „Das-sich-nicht-Äußern“ wird oft als fehlende Sprachkenntnis oder fehlender Wille zur Therapie interpretiert.

b) Scheu vor Blicken bei Nacktheit: Die Scheu davor, sich vor anderen z. B. für eine Untersuchung auszuziehen, kann auch das gleiche Geschlecht betreffen.

c) Berührungen durch andersgeschlechtliches Personal können besonders bei strenggläubigen Muslimen (vor allem bei Frauen) Unbehagen auslösen.

Deshalb hieß die dritte Frage, ob muslimischen Patienten auf Wunsch die Untersuchung, Behandlung oder Pflege durch gleichgeschlechtliches Personal ermöglicht wird. Die überwiegende Mehrheit der Einrichtungen kommt auch diesem Wunsch nach und bestätigt die vorgehende Tendenz.

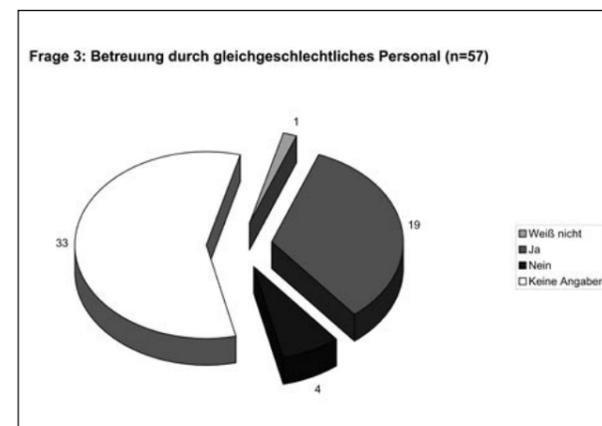


Abb. 3: Tendenzumfrage des Ethno-Medizinischen Zentrums vom November 2000

Die körperliche Reinheit und die damit zusammenhängenden Hygieneregeln sind weitere bedeutsame Bestandteile des islamischen Glaubens. Waschungen sind beispielsweise bei Krankheit, auf Reisen, nach Verrichtung der Notdurft, nach Geschlechtsverkehr, besonders vor dem rituellen Gebet angeordnet.

Bei der vierten Frage ging es deshalb um das Thema Hygiene und es wurde gefragt, ob Muslime in den Einrichtungen nach der Notdurft die Möglichkeit haben, sich mit Wasser zu reinigen. Diese Frage haben 16 Einrichtungen mit „Ja“ beantwortet und 7 mit „Nein“, was die Flexibilität und Offenheit der meisten Krankenhäuser und ihrer Abteilungen gegenüber den Bedürfnissen der muslimischen Patienten unterstreicht.

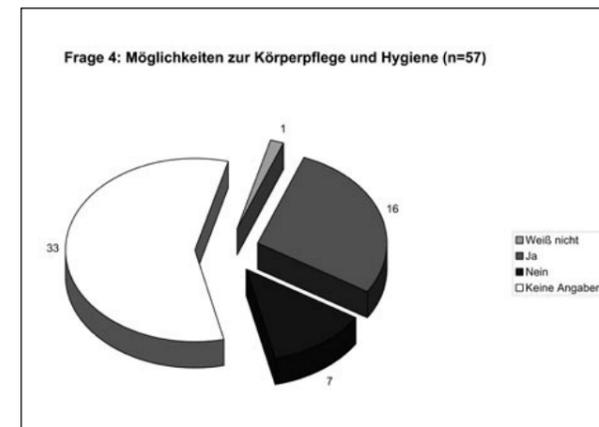


Abb. 4: Tendenzumfrage des Ethno-Medizinischen Zentrums vom November 2000

Die Besonderheiten beim Todesfall von muslimischen Patienten berühren das Gesundheitswesen nur insofern, als in Krankenhäusern naturgemäß viele Menschen versterben und danach organisatorische Fragen der Bestattung wichtig werden. Dabei ergeben sich Fragen wie „Wo soll der Tote begraben werden?“ „Wie soll er begraben werden?“ „Was muss vor seinem Begräbnis geschehen?“ Nach islamischen Brauch muss der Tote vor der Beerdigung gewaschen werden, zusätzlich muss der Tote ein Grab haben, das in eine bestimmte Richtung ausgerichtet ist, und nicht mehr ausgehoben werden darf.

Die fünfte und letzte Frage an Krankenhäuser bezog sich deshalb auf das Ableben eines Muslims, wenn dieser keine Angehörigen hat, die sich darum kümmern könnten. Hier ging es um die Frage der Kenntnis, wer kontaktiert werden müsste um dem Toten eine islamische Bestattung zu ermöglichen. Fast alle Krankenhäuser haben hier mit „Nein“ geantwortet und somit deutlich gemacht, dass für die Krankenhäuser in diesem Punkt der größte Handlungsbedarf besteht.

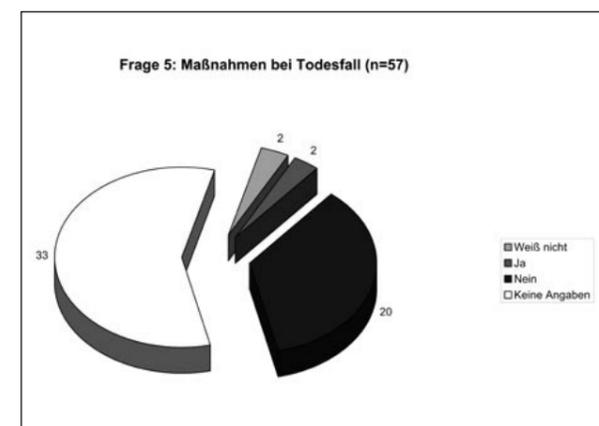


Abb. 5: Tendenzumfrage des Ethno-Medizinischen Zentrums vom November 2000

## Resümee

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Krankenhäuser in Hannover über die Bereitschaft zur Sensibilität im Umgang mit Muslimen verfügen und – selbst wenn nicht überall einheitlich standardisiert – begonnen haben, auf muslimische Patienten stärker einzugehen. Es ist jedoch deutlich zu spüren, dass wir da erst am Anfang eines Prozesses stehen, denn es wird nur selten auf konzeptionelle Grundlagen aufgebaut. In Gesprächen mit Fachkräften in den betreffenden Kliniken konnten wir feststellen, dass bei den Akteuren noch Unsicherheit überwiegt. Uns wurde aber auch mitgeteilt, dass Geistliche der Moscheen in Hannover – anders als bei Vertretern der christlichen Kirchen – nur in seltenen Fällen zur Mitarbeit bereit oder zu gewinnen sind. Hier wird also deutlich, dass das Miteinander noch wenig entwickelt ist.

Auf beiden Seiten, also bei Institutionen der Muslime in Hannover sowie in den Kliniken, scheint es erforderlich, sich den Problemlagen gemeinsam und konzeptionell zu widmen. Dazu gehört zunächst, dass vorhandene Probleme nicht verdrängt werden, sondern thematisiert und Widerstände überprüft werden sollten. Bei der Befragung wurde sehr deutlich, dass im Todesfall von Muslimen fast alle Krankenhäuser nicht wissen, was sie in dieser Situation tun sollen. Eine engere Kooperation mit islamischen Institutionen bzw. der Einsatz von islamischen Geistlichen würde hier möglicherweise erste Abhilfe schaffen. Bei der praktischen Verwirklichung dieser Schritte werden mit Sicherheit zahlreiche strukturelle Hindernisse zu überwinden sein. Hierzu zählen nicht zuletzt auch finanzielle, fachliche und politische Barrieren. Letztlich geht es in einem solchen Prozess aber nicht nur um die Verbesserung der Situation für muslimische Patienten, sondern auch um die Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die Fachkräfte der Krankenhäuser. Wenn die Überforderungssituation des Personals bis zum Unendlichen ausgeschöpft wird, werden sich diese Probleme nicht lösen können. Die Arbeitsmöglichkeiten müssen dahingehend verbessert werden, dass eine humane Medizin praktiziert werden kann. Dazu zählt nicht zuletzt auch der regelhafte Einsatz und die entsprechende Finanzierung von Dolmetschern. Auch Weiterbildungen für das Personal oder die Einrichtung von Gebetsräumen für Muslime (selbstverständlich auch für andere Religionen) kosten Geld, erfordern Engagement, politischen und fachlichen Willen und die Bereitschaft, Veränderungen auch wirklich und ehrlich zu wollen.

## Literaturhinweise

Schäfers, B. (Hg.): *Lebensverhältnisse und soziale Konflikte im neuen Europa: Verhandlungen des 26. Deutschen Soziologietages in Düsseldorf 1992.* Campus Verlag. 1993

Salman, R.; Tuna, S.; Lessing, A. (Hg.): *Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie.* Reihe „Edition psychosozial“. Gießen. Psychosozial Verlag. 1999

Scheller, T.; Salman, R.; Goepel, Chr. (Hg.): *Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa.* Bonn: DAJ. 2001

Koch, E.: *Biographien türkischer Rentenbewerber – Eine Auswertung von psychiatrischen Sozialgerichtsgutachten.* In: Collatz, J. et al. (Hg.): *Transkulturelle Begutachtung, Qualitätssicherung sozialgerichtlicher und sozialmedizinischer Begutachtung für Arbeitsmigranten in Deutschland.* Berlin. VVB 1997

## Muslime im Krankenhaus

**Elisabeth Wesselman**

*Projektleiterin: Hausinterner Dolmetscherdienst, kultursensible Pflege KMS*

Zuerst möchte ich mich ganz herzlich bei Frau Altuğ, Herrn Yüksel und Herrn Salman für die Einladung bedanken, hier sprechen zu dürfen.

Kurz zu meiner Person: Ich bin Pädagogin, arbeite seit 1993 im Psychologischen Dienst des Städtischen Krankenhauses München Schwabing (KMS), vorwiegend zur Unterstützung krebskranker und schwerstkranker Patientinnen und deren Angehörigen. Zudem bin ich zur Betreuung der Beschäftigten im Pflegebereich zuständig und habe den hausinternen Dolmetscherdienst des KMS gegründet. Durch die Leitung des Dolmetscherprojekts befasse ich mich intensiv mit der Frage von interkultureller Kompetenz im Krankenhaus.

Ich habe lange gezögert, ob ich über die erforderliche Qualifikation verfüge, um über das Thema „Muslime im Krankenhaus“ zu sprechen. Ich bin keine Religionswissenschaftlerin, nicht Angehörige dieses Glaubens und Deutsche. Ich betrachte mich selber als Lernende, denke aber, dass unsere bisherigen Erfahrungen im Schwabinger Krankenhaus auch für Sie nützlich sein könnten. Deshalb möchte ich in meinem Referat zu drei Aspekten Stellung nehmen: Im ersten Teil möchte ich Ihnen darstellen, welche Gründe das KMS veranlasst hat, verschiedene Maßnahmen zur Verbesserung der interkulturellen Kompetenz im Krankenhaus einzuleiten und wie erfolgreich die Bemühungen waren. Im folgenden Teil soll mit Fallbeispielen gezeigt werden, welche typischen Missverständnisse und Fehlinterpretationen im Krankenhausalltag entstehen und welche spezifischen Bedürfnisse muslimische Patienten haben. Abschließend soll der Aspekt der Betriebskultur beleuchtet werden. Das Städtische Krankenhaus München Schwabing ist ein Krankenhaus (KMS) der höchsten Versorgungsstufe. Es verfügt über 1354 Betten, 26 Fachabteilungen und 2800 Mitarbeiter. Der Ausländeranteil der Patienten im Erwachsenenbereich beträgt ca. 15 %, im Kinderbereich ca. 30 %. Die Landeshauptstadt München steht mit 20,1 % Ausländer hinter Frankfurt und Stuttgart auf Platz 3 im deutschen Städtevergleich.

### Verbesserung der Kommunikation und der interkulturellen Kompetenz

Es gab mehrere Gründe für das Städtische Krankenhaus München Schwabing, die Verbesserung der Kommunikation mit Patientinnen anderer Sprach- und Kulturkreise anzustreben.

1993 ergab eine Patientenbefragung Unzufriedenheit mit der Kommunikation. Vor allem Informationsdefizite und mangelnde Gesprächsangebote, aber auch Kommunikationsprobleme auf Grund von sprachlichen und soziokulturellen Gründen wurden benannt.

1994 fand die Konferenz „Stadtgesundheit und Migration“ statt, in der die Qualität der gesundheitlichen Versorgung ausländischer Mitbürger durch die Landeshauptstadt diskutiert wurde. Fazit aller Teilnehmer war u. a. die Forderung nach Verbesserung der sprachlichen Verständigung mit ausländischen Klienten und Patienten.

Das städtische Krankenhaus München Schwabing führte daraufhin mehrere Maßnahmen durch, um die Versorgung von ausländischen Patienten zu verbessern und kulturbedingte Missverständnisse abzubauen bzw. diese von vornherein so gering wie möglich zu halten.

Als erste Verbesserungsmaßnahme wurde 1995 ein hausinterner Dolmetscherdienst mit derzeit 45 Dolmetschern und 26 Sprachen installiert. Er wird von der Berufsgruppe der Pflege ausgeübt. Die Dolmetscher sind überwiegend Muttersprachler, qualifiziert durch ihre Fachausbildung, engagiert und sensibilisiert durch eigene Migrationserfahrung. Ihre Arbeitszeit wird mit Freizeit ausgeglichen, die Übersetzungsarbeiten finden in einem organisierten Rahmen statt. Es gibt regelmäßige Fortbildungen und bei Bedarf aktuelle Unterstützung. Nicht nur Krankenhauspersonal, sondern auch Patienten und deren Angehörige können die Dolmetscher kostenlos in Anspruch nehmen.

Der Dolmetscherdienst ist eigentlich ein Selbstläufer. Alle Beteiligten partizipieren in hohem Maß und mit großer Zufriedenheit daran. Die Patienten wie die Angehörigen sind überglücklich, wenn es jemand gibt, mit dem sie sprechen können. Und auch die Ärzte sind sehr erleichtert, wenn ihnen bei wichtigen Informationen jemand mit Muttersprachkenntnissen des Patienten zur Seite steht und sie nicht länger mit „Händen und Füßen“ auf diesen einreden müssen. Die Dolmetscher wiederum machen das mit Leidenschaft. Zum einen können sie so ihren Landsleuten ganz offiziell helfen und müssen dies nicht mehr „unter der Hand“ machen, zum anderen kommen sie einmal von ihrer Station weg und lernen das Haus kennen. Und ein letzter, wichtiger Punkt: Sie erfahren einen Rollenwechsel, den sie sehr genießen. Aus der zuvor eher diskreditierten Pflegekraft, die durch Rechtschreibfehler in der Dokumentation auffiel, wird ein angesehenes Mitglied des Hauses, an das man sich vertrauensvoll wendet: „Könnten sie mir bei X bitte einmal behilflich sein?“ – Das hat das Betriebsklima erheblich verändert und die Integration der Mitarbeiter ebenso befördert.

Als zweite Maßnahme wurde mit Hilfe von Frau Silke A. Becker und Frau Eva Wunderer, zwei Diplomantinnen des Lehrstuhls für Wirtschafts- und Organisationspsychologie der Ludwig-Maximilians-Universität München, 1998 ein Leitfadensystem für muslimische Patienten erstellt. Ziel dieser Publikation war, zu erarbeiten, welche besondere Beachtung die große Gruppe der muslimischen Patientinnen und Patienten im Krankenhausalltag braucht.

Es wurden deshalb zur Erstellung des Leitfadens 19 Ärzte und Pflegekräfte im Rahmen einer Problemanalyse zu Besonderheiten und Reibungspunkten befragt. Es folgten 18 Experteninterviews mit Teilnehmerinnen aus dem islamisch-türkischen Kulturkreis, um ein geeignetes Wissen zu erhalten. Zusätzlich zu Literaturrecherchen wurden vier Kulturexperten für kulturelle Hintergrundinformationen zu Rate gezogen.

Die Publikation *Muslimische Patienten, Ein Leitfaden zur interkulturellen Verständigung in Krankenhaus und Praxis* (W. Zuckschwerdt Verlag, 1998, ISBN 3-88603-629-4) ist übersichtlich gegliedert, um ein rasches Nachschlagen von immer wiederkehrenden Themen im Krankenhausalltag zu erleichtern. Der Text ist mit vielen Querverweisen ausgestattet, um sich bei Bedarf gründlicher mit einem Problem auseinanderzusetzen. Schwerpunkte des Leitfadens sind:

Einführung: Kultur und Migration; Religion; Essen; Medizinsystem; Gesundheit und Krankheit; medizinische Maßnahmen; Geburt; Intimsphäre; Kommunikation; Angehörige; Tod und Sterben.



### Kulturbedingte Missverständnisse und Fehlinterpretationen (Fallbeispiele)

Nachdem ich Ihnen berichtet habe, wie wir Fragen der sprachlichen Verständigung und der Kulturkompetenz angegangen sind, möchte ich Ihnen im Folgenden vier Fallbeispiele mit typischen Verständigungsproblemen vorstellen.

#### Fallbeispiel 1: Der „aggressive“ Patient

Es handelte sich um einen älteren türkischen Muslimen auf der chirurgischen Station. Die Dolmetscherin war vom Krankenhaussozialdienst zu ihm gerufen worden, weil der Patient einen Antrag für eine Anschlussheilbehandlung ausfüllen sollte. Als die Stationsärztin die türkische Dolmetscherin sah, sprach sie ein Problem an, welches die Beschäftigten auf der Station täglich zu bewältigen hätten. Jeden Morgen würde der ansonsten sehr liebenswerte alte Herr bei der Morgenwäsche um sich schlagen. Das Pflegepersonal wisse sich nicht zu helfen, man sei ratlos. Mit Hilfe der Dolmetscherin war die Grundlage des Problems rasch erfasst: Der Patient, zu strenger Bettruhe verpflichtet, wollte am Morgen seine rituellen Waschungen vornehmen, wurde aber dabei von der Pflegerin, die nach der Regel der pflegerischen Waschung vorging, daran gehindert. Es handelte sich also nicht um einen „aggressiven“ Patienten, sondern um einen gläubigen Muslim, der nichts anderes wollte als frisches Wasser und ein paar Minuten Zeit, um seinen religiösen Handlungen nachzugehen.

#### Fallbeispiel 2: Der Patient, der „keine Ärztin akzeptierte“

Ein muslimischer Stammpatient in der onkologischen hämatologischen Abteilung hatte wieder einen Zyklus mit Chemotherapie absolviert und wollte sich vom Stationspersonal verabschieden. Er schüttelte im Stationszimmer dem zuständigen Arzt die Hand, bedankte sich, ignorierte jedoch die ausgestreckte Hand der Ärztin, schaute stattdessen auf den Boden, wandte sich ab und verließ den Raum. Die junge Ärztin war schockiert. Sie fühlte sich grob missachtet. „Du glaubst nicht, wie ich mich geschämt habe, stehe da mit der ausgestreckten Hand in der Luft.“ Auf mein Nachfragen, was ihr durch den Kopf gegangen sei, kamen alle Probleme zum Vorschein, mit denen sie sich herumschlug. Sie kam von einem Bauernhof in Oberbayern und musste zu Hause sehr intensiv darum kämpfen, den Arztberuf wählen zu dürfen. Nicht nur die Frage einer akademischen Ausbildung, sondern auch die, ob es für eine Frau

passend sei, Medizin zu studieren, spielte dabei eine große Rolle. Alle hatten gesagt: „Mädel, du bist verrückt, du willst Medizin studieren, es gibt doch gescheite Berufe. Mach das bloß nicht.“ Insofern war ihre Interpretation der Situation – „Der Patient akzeptiert mich nicht als Ärztin, er will keine Frau und er vertraut nicht meiner ärztlichen Behandlung“ – verständlich. Allerdings war der Beweggrund des Patienten ein ganz anderer: Es war Ramadan, und er wollte, entsprechend seiner Religion, während dieser Zeit keine Frau anfassen, noch ihr in die Augen schauen. Ein typisches Beispiel, wie leicht wir unsere eigenen Probleme auf den Patienten übertragen, statt zu schauen, was den Patienten zu seinem Verhalten veranlasst haben könnte.

#### Fallbeispiel 3: Der Patient, der „unbegründet“ traurig war

Nachdem die bisherigen Fallbeispiele gezeigt haben, wie ein abweichendes Verhalten zu negativen Fehlinterpretationen führen kann, geht es hier um das Krankheitsverständnis. Man hatte einem jungen Lymphomkranken, der erfolgreich eine sehr intensive und belastende Chemotherapie durchgemacht hatte, bei einer Nachuntersuchung mitgeteilt, dass er nun in Vollremission sei, d. h., dass man keine krank machenden Zellen mehr findet. Der Patient, in seinem Gesamtauftritt sehr depressiv, änderte sein Verhalten nicht im geringsten, so als habe er das Untersuchungsergebnis nicht verstanden. Die Aufklärung des Patienten wurde am Folgetag wiederholt, trotzdem war der Patient weiterhin sehr traurig. Die Ärzte beschlossen daraufhin, die türkische Dolmetscherin zu rufen. Diese berichtete mir nach dem Gespräch folgendes: Der Patient habe sich sehr über ihr Kommen gefreut. Sie habe übersetzt, was die Ärzte dem Patienten mitteilen wollten. Daraufhin habe dieser ihr gegenüber geäußert, dass er sich schon zweimal das Gleiche habe in deutscher Sprache anhören müssen. Er hatte schon da alles verstanden. Aber Allah habe diese Krankheit geschickt, und er werde daran sterben, das wisse er. Und er fügte noch hinzu, die Dolmetscherin brauche das nicht den „Weißkitteln“ zu erzählen, die würden das sowieso nicht verstehen. Der Kommentar der Dolmetscherin zu mir war: „Weißt du, der kommt vom Schwarzen Meer, da sind sie besonders stur.“ Sie hat also auch noch einmal differenziert. Hier ging es um ein anderes Krankheitsverständnis, um eine religiöse Interpretation, die zu einer der naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise der Medizin entgegengerichteten Bewertung kam.

Meines Erachtens ist Stereotypisierung in jeglicher Hinsicht das Ende jeder interkulturellen Kompetenz. Es gibt nicht den muslimischen Patienten.

Wie sehr nicht nur das Abstammungsland, die spezifische Religionszugehörigkeit prägen, sondern auch die persönliche Biographie, und hier vor allem die jeweilige Migrationserfahrung, soll das folgende Fallbeispiel veranschaulichen.

#### Fallbeispiel 4: Die Geschichte vom „verlorenen“ Sohn

In der haematologisch onkologischen Abteilung wurde ein junger, aus dem ehemaligen Jugoslawien stammender Mann in schwerst-krankem Zustand eingeliefert. Er konnte nur wenige Worte Deutsch. Täglich besuchte ihn seine Freundin, die gut Deutsch sprach und sich um alle Angelegenheiten kümmerte. Von seinem in München lebenden Vater und einer Tante bekam er nur selten Besuch. Nach mehreren Wochen intensiver Behandlung verschlechterte sich der Zustand des jungen Patienten drastisch, er nahm mittlerweile keinen Kontakt mehr zu seiner Umwelt auf und zog sich völlig in sich zurück. Nachdem die Besuche der jungen Frau immer kürzer wurden und sie den Eindruck vermittelte, als würde sie nicht verstehen, welche dramatische Situation sich entwickelt hatte, bat ich sie eines Tages, doch noch länger bei ihrem Freund zu bleiben. „Es geht ihm so schlecht und er ist sehr allein, vielleicht muss er sterben.“ Meine Worte versetzten sie offensichtlich in Panik, sie riss sich von mir los und rannte mit einem lauten Aufschrei davon. Sie war bis zum späten Nachmittag nicht auffindbar. Dann erschien sie mit dem Vater und der Tante des Jungen. Die Angehörigen verließen ca. eine Woche lang nicht das Zimmer und begannen auf der Stelle mit einer intensiven Pflege. Sie redeten, lasen vor, wuschen, fütterten, machten das Bett usw. Der Patient, eingehüllt in Zuwendung und Fürsorge, begann ganz allmählich wieder Interesse an seiner Umwelt zu zeigen und kam zu unserer aller Überraschung wieder zu Kräften. Die Therapie konnte fortgesetzt werden und nach vielen Wochen verließ er geheilt das Krankenhaus.

Einen Tag, nachdem die junge Frau das Krankenhaus so plötzlich weinend verlassen hatte, fragte ich sie, was passiert war. Sie berichtete mir, dass ihr Freund eine sehr unglückliche Kindheit bei seinem Onkel verbracht hatte, während seine Eltern hier in Deutschland arbeiteten. Als Erwachsener folgte er nach, bekam aber nie richtig Kontakt zu seinem Vater, der an seinen Bruder viel Geld gezahlt hatte, um seinem Sohn ein gutes Zuhause zu sichern und der damals nichts von der schlechten Behandlung geahnt hatte. Schon kurze Zeit nach der Ankunft in Deutschland wurde der Junge krank. Die Verwandtschaft ließ von einem Hodscha ein Muska anfertigen, einen kleinen Beutel, in dem sich eine Sure des Korans befindet, welche den „bösen Blick“ abwenden bzw. das leidvolle Leben dieses Patienten zum Guten bewegen sollte. Dieser Beutel war die ganze Zeit der Behandlung im Krankenhaus am Nachthemd des Patienten befestigt gewesen. Eine Sicherheitsnadel am Patientennachthemd – unglaublich und eigentlich verboten, wie Sie wissen. Aber das Pflegepersonal hat jeden Tag ganz ernsthaft das Säcklein an das jeweils neue Klinikhemd dran gemacht. Auf meine Frage, was das denn sei, hieß es: „Damit er wieder gesund wird.“ „Gut“, habe ich gesagt, und dabei haben wir es dann belassen. Ansonsten hatte die Freundin des Patienten die Aufgabe, ihn zu betreuen. Nachdem sie das Wort „sterben“ gehört hatte, wurde ihr erst klar, wie überfordert sie mit dieser Aufgabe war. Ganz wichtig war ihr, dass sie nicht wusste, wie nach muslimischem Brauch mit einem Sterbenden umzugehen ist. Deshalb rannte sie in ihrem

Kummer zum Telefon und rief die Tante an. „Tante, wie stirbt man? Er stirbt. Er stirbt, hilf mir, ich kann nicht mehr.“ Und die Tante hat geantwortet, was ich bis heute nicht deuten kann, aber was dieses Mädchen wahnsinnig entlastet hat: „Warum weinst du so, der Tod mag auch junges Fleisch.“ Dann ist die Tante sofort gekommen, brachte den Vater mit – und tatsächlich wurde in dieser Situation der Sohn in die Familie aufgenommen. Ein halbes Jahr später – ich stehe gerade am Visitenwagen – kommt ein Schrank von einem Mann den Klinikflur entlang. Solche Schultern, strahlend, lachend, Käppi quer auf: ein Bild der puren Lebensfreude und des Glückes. Ich denke, mein Gott, das Gesicht kennst du doch. Und dann kommt er auf mich zu, er konnte inzwischen Deutsch, und sagt: „Vielen Dank, mein Leben ist jetzt okay. Ich wohne mit meiner Freundin bei meiner Tante, die kocht jeden Tag für mich“ – und das hatte man ihm angesehen.

#### Was brauchen muslimische Patienten

Ich möchte hierzu ausführen, was auf Grund alltäglicher Erfahrungen im Umgang mit muslimischen Patienten von Krankenhausmitarbeitern angeregt wurde:

- spezielle Kost für Muslime
- Mikrowelle zum Erwärmen des Essens, das Angehörige von zu Hause mitbringen
- Dolmetscher zur Sprachübermittlung, türkische Medien (Zeitung, TV)
- großzügige Besucherregelungen, die auf die zahlreichen Besucher eingehen
- Möglichkeit für Mütter, bei ihren Kindern zu bleiben
- Möglichkeit für Sterbende, in einem Einzelzimmer von ihren Angehörigen begleitet zu werden
- eventuelles Zusammenlegen muslimischer Patienten auf Wunsch, um gemeinsame rituelle Gebete zu ermöglichen
- Besucherräume
- großzügige Beurlaubungen zum Moscheebesuch

Von großer Bedeutung für muslimische Patientinnen und Patienten wäre die Einrichtung eines Gebetsraumes. Hierbei müsste es sich um einen Raum handeln, der über zwei Waschbecken mit fließendem Wasser verfügt, damit Männer und Frauen getrennt die rituellen Waschungen durchführen können. Der Raum sollte im Bereich der Waschbecken mit Bodenmatten ausgelegt sein, er muss Gebetsteppiche enthalten, eine Stellwand oder einen Vorhang zur Abtrennung vom Frauen- und Männerbereich und eine Gebetsnische, mehrere Exemplare des Korans sollten vorhanden sein.

Für eine erfolgreiche Kommunikation bedarf es auf beiden Seiten interkultureller Kompetenz. Dies bedeutet, und hier halte ich mich eng an die Definition des Amtes für interkulturelle Angelegenheit in München:

- Bereitschaft und Fähigkeit kulturelle Unterschiede wahrzunehmen.
- Respektierung der unterschiedlichen Kulturen als gleichwertig.
- Kenntnisse über die eigene und die fremde Kultur
- Fähigkeit, die eigene Kultur zu reflektieren.
- Toleranz gegenüber fremdem Denken und Handeln.
- Hohe Bereitschaft und Fähigkeit, die eigene Kultur zu erweitern.

Interkulturelle Kompetenz verlangt: Respekt, Einfühlungsvermögen, Einsicht in die Begrenztheit des eigenen Wissens, Kontaktfreudigkeit, Flexibilität, Konfliktfähigkeit, Wahrnehmungsfähigkeit.

#### Die Betriebskultur sollte die interkulturelle Kompetenz widerspiegeln

Zuletzt ein Wort zu einer anderen muslimischen Personengruppe im Krankenhaus, den Mitarbeitern. Auch ihnen gebührt unsere Aufmerksamkeit. Auch sie sollten nicht an der Ausübung ihrer Religion gehindert werden. Denn es ist schwierig, muslimische Patienten zu achten und gleichzeitig muslimische Mitarbeiter in ihren religiösen Interessen zu ignorieren. Ich möchte in diesem Zusammenhang daran erinnern, wie schnell die Einhaltung der Fastenregel während des Ramadan oder die Durchführung von Gebeten als Einschränkung der Arbeitsleistung abgetan wird.

Wir verfügen im Krankenhaus München Schwabing bisher über keinen Gebetsraum für Patienten, allerdings sind Gebetsräume von Mitarbeitern im Bereich ihrer Umkleieräume bekannt und akzeptiert.

Muslimen im Krankenhaus, die Achtung ihrer kulturellen und religiösen Anliegen, sind ein Gewinn und eine Bereicherung für alle. In diesem Sinne möchte ich Ihnen abschließend zur Darstellung einer von solchen Grundsätzen geprägten Betriebskultur den Zusatz zu Stellenanzeigen des Städtischen Krankenhauses München Schwabing vorlesen:

„Wir fördern aktiv die Gleichstellung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und begrüßen deshalb Bewerbungen von Frauen und Männern, unabhängig von deren Herkunft, Alter, Hautfarbe, Weltanschauung, Religion, Behinderung oder sexueller Orientierung.“

# Die Versorgung muslimischer Frauen im Krankenhaus

Dr. Mathias David  
Virchow-Klinikum Frauenklinik

Insbesondere in den Großstädten und in den industriellen Ballungsräumen der Bundesrepublik leben eine große Zahl von Migranten, unter denen die Gruppe der türkischen Einwanderer die größte ist. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes haben ca. 28 % aller Ausländer in Deutschland die türkische Staatsbürgerschaft. In Berlin wohnen derzeit etwa 15 % Migrantinnen und Migranten hauptsächlich in den westlichen Stadtbezirken (im Ostteil etwa 6 %, im Westteil 18 %) , darunter ca. 129.000 Nichtdeutsche türkischer Herkunft.

Laut „Lexikon der ethnischen Minderheiten“ sind 98 % der türkischen Minderheit Muslime, davon 15 % Alleviten. Einer Repräsentativuntersuchung von 1995 an 1000 Befragten türkischer Herkunft in Deutschland zufolge ordnen sich ca. 80 % der islamischen Religionsgemeinschaft zu. In unserer eigenen Befragung, auf die später noch genauer eingegangen wird, fanden wir folgende Häufigkeitsangaben: 82 % der türkischen Migrantinnen waren sunnitisch-muslimischen und 13 % allevitischen Glaubens. Auf Seiten der befragten deutschen Frauen haben 42 % angegeben, dass sie sich keiner Kirche zugehörig fühlen. 46 % waren evangelisch, 10 % katholisch und 1 % muslimisch. Von den befragten türkischen Mitbürgerinnen hatten 74 % eine starke oder sehr starke religiöse Verbundenheit, wohingegen nur 16 % der Deutschen ihren Glauben auch in irgendeiner Weise praktizierten.

Die im Folgenden dargestellten Untersuchungsergebnisse beziehen sich hauptsächlich auf türkische Musliminnen. Diese Gruppe wurde meist für Befragungen herangezogen, weil sie zahlenmäßig groß und in der pflegerischen und ärztlichen Praxis in Deutschland relevant ist. Sicherlich lassen sich eine Reihe von Schlussfolgerungen aus diesen Studien auch auf andere Migrantinnen muslimischen Glaubens übertragen.

## Die Public-Health-Studie zur „Versorgungssituation von türkischen Migrantinnen in der Klinik“

Unsere Arbeitsgruppe ist an der Frauenklinik des Universitätsklinikums Charité, Campus Virchow-Klinikum angesiedelt. Dieses Klinikum liegt im Berliner Bezirk Wedding, in dem der Ausländeranteil ca. 30 % beträgt. Darunter bilden die Türken und Türkinnen die größte Gruppe. Wir haben von 1996 bis 1999 ein drittmittelgefordertes Public-Health-Projekt durchgeführt, das sich mit der Versorgung von türkischen Patientinnen in einer Frauenklinik befasste. Als Vergleichsgruppe dienten die zur selben Zeit dort behandelten deutschen Frauen. Für den quantitativen Teil verwendeten wir ein mehrseitiges Fragebogenpaket, das einen recht großen Umfang hatte. Es wurde aber trotzdem von den Patienten, sowohl den deutschen als auch den türkischen, recht gut angenommen, die Rücklaufquote lag über 90 %. Die Fragebögen wurden zu Beginn des stationären Aufenthalts und am Tag vor der Entlassung ausgegeben. Es ging um Erwartungen an die Klinik und Zufriedenheit der Frauen

mit der Behandlung, die subjektive Krankheitstheorie, Sprach- und Kommunikationsprobleme, die psychische Belastung durch den Klinikaufenthalt, Gesundheitswissen und um Fragen von Migration und Akkulturation. Insgesamt wurden 320 Frauen deutscher und 262 türkischer Herkunft auf den beiden gynäkologischen Stationen der Klinik befragt. Zusätzlich und ergänzend wurden mit je 50 deutschen und türkischen Frauen und einigen Klinikmitarbeitern – Ärzten, Pflegepersonal, Reinigungsfrauen, Sozialarbeiterinnen – qualitative Interviews geführt.

## Befragungsergebnisse – Migration, Kommunikation und Sprache

Ein Aspekt, der uns besonders interessierte, war der Einwanderungsmodus. Etwa ein Viertel der Befragten ist mit den Eltern in die Bundesrepublik gekommen, 14 % sind bereits in Deutschland geboren worden und immerhin 43 % waren sogenannte nachgezogene Ehefrauen, entweder der ersten Generation, die in den sechziger Jahren dem Mann gefolgt sind, oder der sogenannten neuen ersten Generation, die in den letzten Jahren einen Mann der zweiten oder dritten Generation geheiratet haben.

Wir definieren die erste Generation wie folgt: Einwanderung nach Deutschland durch Anwerbung oder Familienzusammenführung, meist über fünfzehn Jahre Aufenthalt in der Bundesrepublik. Das waren in unserem Kollektiv 32 %. Die zweite Generation sind vereinfacht gesagt die in Deutschland geborenen Kinder der ersten Generation. Und dann gibt es schließlich die dritte Gruppe in unserem Befragungskollektiv, die bereits angeführten nachgezogenen Ehefrauen, die in der Türkei geboren und aufgewachsen sind und dann durch die Heirat mit einem Migranten der zweiten Generation nach Deutschland gekommen sind (ca. 20%).

Entscheidende Aspekte bei der Befragung waren Besonderheiten bei der Kommunikation, Sprach- und Verständnisprobleme. Etwa zwei Drittel der befragten türkischen Frauen haben den Fragebogen allein ausgefüllt, ein Viertel brauchte die Hilfe der Türkisch sprechenden Interviewerin, obwohl der Fragebogen auf Türkisch war, und 8 % haben die Fragen mit Hilfe ihrer Angehörigen beantwortet.

Die deutschen Sprachkenntnisse der türkischstämmigen Migrantinnen waren sehr unterschiedlich. Gemäß Selbsteinschätzung hatten ca. 35 % geringe oder keine bzw. etwa 35 bis 40 % gute bis sehr gute deutsche Sprachkenntnisse. Ein großer Teil der türkischstämmigen Patientinnen bräuchte also die Hilfe eines Dolmetschers oder von jemanden, der ihnen hilft, bestimmte Dinge im ohnehin ungewohnten Klinik-Alltag zu verstehen. Dazu gehört nicht zuletzt die medizinische Aufklärung, bei der oftmals Vordrucke verwendet werden, die zum Teil leider nur in Deutsch vorliegen. Nach eigener Einschätzung hatten etwa zwei Drittel der türkischen Frauen die Aufklärung, die meist zusätzlich mündlich durch einen Arzt/eine Ärztin erfolgte, verstanden. Das heißt aber andererseits auch, dass ungefähr 30 % nach dem Gespräch offenbar nicht in vollem Umfang informiert waren. Zumindest für diese Patientinnen besteht also ein Dolmetscherbedarf.

## Basiswissen über den weiblichen Körper, Verhütung und Vorsorgemaßnahmen

Gerade im gynäkologischen Bereich spielen Fragen der Verhütung, der Nutzung von Vorsorgeuntersuchungen (Mammographiescreening, Muttermundsabstrich zur Krebsfrüherkennung) usw. eine

große Rolle. Die betreuenden Ärztinnen und Ärzte gehen immer von gewissen Basiskenntnissen aus, ohne eigentlich zu wissen, ob diese überhaupt vorhanden sind. Wie steht es also um das Wissen der Frauen, die in einer Klinik behandelt werden? Worauf kann man aufbauen, was voraussetzen? Das haben wir mit unserem Fragebogen versucht zu eruieren. Hier eine Beispielfrage: Zu welchem Zeitpunkt kann eine Frau mit normalem Zyklus nicht schwanger werden? Während die meisten deutschen Frauen die Frage richtig beantworteten, konnten auffällig viele türkische Frauen die Frage nicht beantworten und dies betraf auch viele andere Fragen des gesamten Fragebogens. So konnten 45 % der türkischen Frauen zur Frage „Was ist eine Menstruation, was ist darunter zu verstehen?“ nichts sagen bzw. wählten aus den vorgegebenen Antworten nicht die richtige aus, während der Großteil der deutschen Frauen die korrekte Antwort wusste. Die Kenntnisse insgesamt waren sehr unterschiedlich verteilt. Betrachtet man das Gesamtkollektiv aller befragten deutschen und türkischen Frauen, dann gab es bei einem Viertel geringe und bei 13 % gute bis sehr gute Kenntnisse. Wenn man die Ergebnisse nach der Ethnizität trennt, dann gibt es unter den deutschen Patientinnen eine Gruppe von 62 % mit mittleren Kenntnissen, bei den türkischen Migrantinnen sind das nur 35 %. Und bei über der Hälfte der türkischstämmigen Patientinnen kann man offenbar nur auf ein geringes Wissen über Körperfunktionen, Verhütung, Vorsorgemaßnahmen etc. zurückgreifen. Dies betrifft insbesondere die Frauen der ersten Migrationsgeneration und die wenig akkulturierten Frauen, was nicht unbedingt dasselbe sein muss. Das heißt, dass im ärztlichen Gespräch mit der Patientin, wenn Ärzte informieren, aufklären, Gespräche bei der Visite führen wollen, neben Sprache und Schulbildung, die sehr verschieden ist, auch der Wissensstand, der meist nicht bekannt ist und eher zu hoch eingeschätzt wird, berücksichtigt werden sollte.

## Die frauenärztliche Untersuchung – Scham und Tabu

Ein weiterer Aspekt, auf den kurz eingegangen werden soll, ist das Thema Scham und Tabu, das natürlich in der Gynäkologie – nicht nur bei türkischen Patientinnen, sondern natürlich auch bei deutschen – immer eine Rolle spielt. Auf einer gynäkologischen Station haben wir oft folgende Situation: Ein männlicher Arzt untersucht eine Frau. Das kann schon im Fall deutsche Patientin

-deutscher Arzt ein Problem bedeuten und bereitet natürlich im Fall einer türkischen Patientin unter Umständen noch mehr Probleme, weil der Koran ja gebärfähigen Frauen verbietet, sich einem Mann unverhüllt zu zeigen. Eigentlich müssten wir allen Frauen anbieten, sich von einer Ärztin untersuchen zu lassen. Aber das ist im Klinikalltag und erst recht in den Nachtdiensten nicht zu regeln.

Arbeiten, die sich mit der Auslegung des Islam im Hinblick auf medizinische Alltagsfragen durch Rechtsgelehrte befassen, ist eine Prioritätenliste zu entnehmen. Es ergibt sich demnach folgende Reihenfolge: muslimische Ärztin, muslimischer Arzt, nichtmuslimische Ärztin, nichtmuslimischer Arzt. Andererseits gibt es eine sogenannte Notfall-Legitimation, das heißt, unter bestimmten Bedingungen dürfen Verbote umgangen werden, um nicht die Gesundheit zu gefährden. In jedem Fall – auch bei der deutsch-deutschen Konstellation – ist wichtig, dass eine weibliche Hilfsperson dabei ist, erst recht bei den Untersuchungen der muslimischen Patientinnen.

Wir haben die Frauen gefragt, wie ihr idealer Frauenarzt, ihre ideale Frauenärztin aussehen würde. 35 % der deutschen bzw. der türkischstämmigen Frauen bevorzugten eine Ärztin, und nur 4 % der türkischen Frauen einen Arzt. Aber in der Praxis sind sie zu 50 % bei einem niedergelassenen Frauenarzt in Betreuung. Auffällig ist jedoch, dass die türkischen Frauen deutlich häufiger als deutsche Patientinnen den Arzt oder die Ärztin wechseln; warum, wissen wir nicht.

In der konkreten Untersuchungssituation, auf dem Untersuchungsstuhl sind zwar bestimmte Dinge nicht zu vermeiden, aber mit einem gewissen Takt lassen sich auch diese bewältigen. In Bezug auf die Jungfräulichkeit sollten insbesondere junge türkische Patientinnen diskret danach gefragt werden, ob sie noch Jungfrau sind, weil dann bestimmte Untersuchungen wie die vaginale Sonographie, die eine diagnostische Basisuntersuchung in der Frauenheilkunde darstellt, von vornherein entfallen und auch bestimmte Verdachtsdiagnosen wie Entzündungen durch Geschlechtsverkehr keine Rolle mehr spielen. Auch ist dann keine Untersuchung auf dem gynäkologischen Stuhl notwendig.

Eine Begleitperson zumindest bei der ärztlichen Befragung in einem Notfall oder auch beim niedergelassenen Arzt ist sicherlich in jedem Fall günstig. Ungünstig ist jedoch, wenn die türkischen Frauen mit ihren Ehemännern kommen, die sich abwenden (müssen), wenn die Untersuchung beginnt. Die Untersuchungssituation sollte so gestaltet sein, dass keine Konfliktsituationen entstehen. Dass

es nicht immer günstig ist, bei einer Anamneseerhebung einen Familienangehörigen als Übersetzer dabei zu haben, der dann vielleicht Dinge erfährt, die er besser nicht wissen sollte, versteht sich von selbst.

### Geburtsbegleitung durch türkische Männer

Ein weiteres Gebiet, das wir untersucht haben, ist die Geburtsbegleitung durch türkische Männer. Wir haben einige größere türkische Kliniken angeschrieben, um etwas über die Situation in der Türkei zu erfahren. Zwar standen die antwortenden türkischen Kollegen der Geburtsbegleitung durch den Vater grundsätzlich positiv gegenüber, nach ihrer Meinung erlaubte es aber die Situation in den Kreißsälen nicht, dass sich Begleitpersonen bei der Schwangeren aufhalten. Nur in den türkischen Privatkliniken scheint es derzeit üblich und möglich zu sein.

In deutschen Kreißsälen sind türkische Männer durchaus bei der Geburt ihres Kindes dabei. Sie entscheiden sich nur etwas später und spontaner als die deutschen Männer – etwa ein Fünftel erst vor oder im Kreißsaal, vielleicht auch angeregt durch die Hebammen, die jemanden brauchen, der ihnen u. a. als Vermittler und Dolmetscher zur Seite steht. Immerhin 73 % der türkischen und 84 % der deutschen Männer begleiteten nach unserer Umfrage ihre Frau bei der Geburt, wobei sich bei den türkischen Paaren häufig die Männer mit weiblichen Familienangehörigen abwechseln und zum Teil bei der eigentlichen Geburt, also dem Herauskommen des Kindes aus dem Mutterleib, nicht dabei sind, sondern erst nach der Abnabelung wieder den Kreißsaal betreten. Das muss man so auch akzeptieren, und die Hebammen sollten auch nicht die Männer dazu anhalten, dabei zu bleiben. Es ist die individuelle Entscheidung eines jeden Paares, eines jeden Mannes, auch wenn es bei uns inzwischen fast ein gesellschaftlicher Zwang ist, als Mann bei der (gesamten) Geburt dabei zu sein. Gelegentlich hat man den Eindruck, dass nicht nur die türkischen, sondern auch die deutschen Männer und Paare Hilfe zum Verarbeiten eines solchen (gemeinsamen) Erlebnisses bräuchten.

### Todgeburt, Schwangerschaftsabbruch, Hysterektomie

Ein Thema, das bei totgeborenen Kindern oder Fehlgeburten und verstorbenen Frühgeburten eine große Rolle spielt, ist die Obduktion. Da ist es gelegentlich nur schwer zu vermitteln, warum die Integrität des Körpers nochmals durch eine Untersuchung gestört werden muss. Nach den islamischen Geboten ist es wichtig, dass der Körper möglichst schnell bestattet wird, und durch die Obduktion wird dies natürlich verzögert. Andererseits ist es oft aus medizinischen Gründen und auch zur Beruhigung der Eltern gut, wenn diese wissen, warum bzw. woran ihr Kind gestorben ist oder warum es nicht leben konnte.

Ein Schwangerschaftsabbruch ist aus islamisch-rechtlicher Sicht vor dem vierten Monat nicht verboten. Nach unserer Erfahrung haben türkischstämmige bzw. allgemein muslimische Frauen damit dieselben Probleme wie die deutschen Frauen. Natürlich gibt es Schwierigkeiten – psychische, soziale, medizinische, aber keine zusätzlichen auf Grund des muslimischen Hintergrundes.

Auch auf das Thema „Gebärmutterentfernung“ soll kurz eingegangen werden. Häufig werden falsche Zusammenhänge hergestellt, so wenn türkischstämmige Frauen glauben, dass mit der Gebärmutterentfernung die Weiblichkeit verloren ginge und damit auch die Fähigkeit – die z. B. in oder nach den Wechseljahren ohnehin nicht mehr gegeben ist -, Kinder zu bekommen. Hier ist oft eine einfühlsame Aufklärungsarbeit zu leisten, die, wie bereits ausgeführt, insbesondere bei den älteren Migrantinnen auf einem nur geringen Basiswissen aufbauen kann.

terentfernung die Weiblichkeit verloren ginge und damit auch die Fähigkeit – die z. B. in oder nach den Wechseljahren ohnehin nicht mehr gegeben ist -, Kinder zu bekommen. Hier ist oft eine einfühlsame Aufklärungsarbeit zu leisten, die, wie bereits ausgeführt, insbesondere bei den älteren Migrantinnen auf einem nur geringen Basiswissen aufbauen kann.

### Sterilitätstherapie

Etwa 10 bis 15 % aller Paare in Europa sind steril. Andererseits ist in den westlichen Ländern das entsprechende reproduktionsmedizinische Know-how vorhanden, das natürlich auch muslimische Paare nutzen wollen. Der Islam verbietet die künstliche Befruchtung nicht. Voraussetzung ist allerdings die Ehe, die in Deutschland auch lange Zeit Bedingung für reproduktionsmedizinische Eingriffe war. Eine Adoption ist für die türkischstämmigen Migrantinnen – außer es betrifft Familienangehörige – keine Alternative. Samenspenden und Leihmutterchaft sind nach islamischer Auffassung verboten.

Da Familie und Nachkommenschaft von besonders großer Bedeutung sind, begeben sich die türkischen Frauen bereits sehr früh in die Sterilitätsbehandlung. Der Anteil der Frauen unter 21 Jahren beträgt in unserer Sterilitätssprechstunde bei den Musliminnen 25 % und bei den deutschen Frauen nur 2 %. Wir haben in einer Befragung festgestellt, dass die türkischen Paare, und besonders natürlich die türkischen Frauen, durchaus willens sind, für die Nachkommenschaft viel auf sich zu nehmen: invasive Maßnahmen, Embryotransfer, auch operative Eingriffe. Und dies selbst in dieser relativ frühen Lebensphase, wo man die Zeit hätte, noch zu warten. Aber der soziale und familiäre Druck, eine richtige Familie zu sein, Kinder zu haben, sind so groß, dass man das auf sich nimmt.

### Ramadan, Klinikessen

Beim Thema „Ramadan“ gibt es beim ärztlichen wie beim pflegerischen Personal große Unkenntnis darüber, was das eigentlich ist, was es bedeutet, was es für denjenigen, der den Ramadan begeht, heißt und wer davon ausgenommen ist. Man muss diese Dinge kennen, um argumentieren zu können. Schwangere und Stillende, Frauen während der Menstruation und Mädchen vor der Pubertät, also bis 10, 11 Jahren, sind ausgenommen; sie müssen die Fastenzeit entweder später nachholen oder durch eine entsprechende Geldmenge, 10 oder 12 Mark pro Tag, ausgleichen.

Schwierig ist die Gabe von Arzneimitteln, aber wenn es sich um unabdingbare lebenswichtige Medikamente handelt, so dürfen diese auch während der Ramadan-Zeit genommen werden. Der Koran verbietet Schweinefleisch, was bei einigen Impfstoffen, die aus Schweineseren gewonnen werden, ein Problem darstellen kann, wie natürlich auch Alkohol in jeder Form, was wiederum bei Arzneimitteln in Tropfenform, die praktisch immer alkoholische Zubereitungen sind, eine Rolle spielt.

Das Krankenhausessen stellt fast überall bei allen Patienten ein viel diskutiertes Problem dar. Noch problematischer ist die Zubereitungsart für die muslimischen Patienten und Patientinnen, obwohl die meisten Krankenhausküchen sich auf die Patientengruppe inzwischen eingestellt haben. Ein vegetarisches Essen gibt es meist sowieso.

Im Zusammenhang mit dem Essen soll noch einmal auf das Thema Wünsche und Erwartungen auf der einen Seite und Zufriedenheit der Patientinnen auf der anderen Seite eingegangen werden.

Aufbauend auf einem Konzept aus der Betriebswirtschaftslehre haben wir die Erwartungen und die Zufriedenheit aller Patientinnen gegenübergestellt, d. h., die Frauen schätzten am Anfang und am Ende ihres stationären Aufenthaltes bestimmte Versorgungsaspekte ein. Man unterscheidet dann sogenannte Kernstärken, mit denen man theoretisch werben könnte, und Kernschwächen, die man möglichst schnell beseitigen sollte. Die deutschen Patientinnen kritisierten besonders die psychosoziale Betreuung (Kernschwächen), während die Stärken bei der Pflege, der Information und der medizinisch-ärztlichen Versorgung liegen. Aber interessanter für uns war natürlich das Meinungsbild der türkischen Patientinnen. Als besonders schlecht wird das Eingehen auf die spezifischen Bedürfnisse von Migrantinnen bewertet, also die oben erwähnte Essenszubereitung, separate Räume für Gebete, die psychosoziale Betreuung und die Aufklärung und Information. Der gute Komfort in der Klinik wurde von beiden Patientengruppen vorausgesetzt, und er war auch gegeben. Die Erwartungen an medizinische Versorgung und die Pflege waren hoch, und sie wurden im Wesentlichen auch erfüllt – das sollte man auch von einem Universitätsklinikum erwarten dürfen.

### Culture based Medicine

Abschließend noch einige theoretische Überlegungen. Zwar ist eine ausschließlich kulturalistische, also eine die Kultur (oder die Religion oder im weiteren Sinne die ethnische Herkunft) überbetonende Sichtweise auf den Migrationsprozess und seine Folgen (Probleme und Chancen) sicher falsch. Es wäre jedoch denkbar, in Ergänzung der allgemein anerkannten Evidence based Medicine das Konzept einer Culture based Medicine an die Seite zu stellen:

Evidence based Medicine      Culture based Medicine  
das Bemühen, diagnostisches oder therapeutisches Vorgehen zunehmend auf Verfahren mit nachgewiesener und nachvollziehbarer Wirksamkeit zu konzentrieren      das Bemühen, diagnostisches oder therapeutisches Vorgehen zunehmend a) auf Kulturabhängigkeit hin zu überprüfen b) unter Berücksichtigung der Kulturabhängigkeit gesundheits- und krankheitsbezogenen Verhalten und Erleben zu modifizieren

Für eine erfolgreiche interkulturelle Begegnung ist es wichtig:

- a) dass man sich bewusst macht, wie sehr wir von unserer eigenen Kultur geprägt sind;
- b) dass man sich selbst zurück- und die Rolle eines aufmerksamen Beobachters einnimmt;
- c) dass man Gemeinsamkeiten sucht;
- d) dass man nicht auf persönliche Erfahrung verzichtet, denn Wissen über religiöse oder kulturelle Hintergründe allein genügt nicht; und
- e) dass man sich darüber klar wird, wie tief die Normen und Werte der eigenen Kultur verinnerlicht sind und das eigene Denken und Handeln bestimmen, so dass man gelegentlich gleichsam neben sich treten muss, um zu erkennen, was man vielleicht nicht ganz richtig gemacht hat, obwohl man es gut gemeint hat.

## Zwischen Caritas und Diakonie – Muslime in der psychosozialen Versorgung

Dr. S. Ibrahim Rüschoff  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Mühlenkreis

1998 lebten in der Bundesrepublik fast 3 Mio. Muslime. Der überwiegende Teil kommt dabei aus der Türkei (ca. 2,1 Mio.). So leben nicht nur allein 600.000 türkische Jugendliche in Deutschland, die zumeist hier aufgewachsen sind, sondern auch weitere mehrere hunderttausend Muslime unterschiedlichster Herkunft, davon alleine ca. 100.000 deutscher Abstammung.

Wohin wenden sich diese Muslime mit ihren Schwierigkeiten und Problemen? Finden sie Ansprechpartner, Berater und Therapeuten, die ihre Welt kennen und verstehen und ihnen adäquate Hilfe anbieten können?

Folgend möchte ich versuchen, die vorhandenen Strukturen zu beschreiben, den Bedarf an spezieller psychosozialer Versorgung für Muslime aufzuzeigen und schließlich erste Schritte in Richtung Praxis zu verdeutlichen.

### Wie ist die Situation?

Die psychosoziale Versorgung der Muslime in Deutschland weist einige Besonderheiten auf:

(1) Muslime werden nicht nur in der Gesellschaft allgemein, sondern auch in der psychosozialen Versorgung zumeist als Migranten wahrgenommen und behandelt. Das hat historische Gründe und trifft sicherlich für viele bzw. die meisten von ihnen zu. Sie werden von verschiedenen Organisationen betreut, in denen sich engagierte Fachleute und Laien um ihre Klienten kümmern.

(2) Die Muslime in Deutschland stammen aus den verschiedensten Ländern mit erheblichen kulturellen und sprachlichen Unterschieden. Zwischen Muslimen aus Marokko und Pakistan bestehen Unterschiede, und zwar umso größere, je mehr die Menschen im sogenannten Volksislam verhaftet sind, in den viele außerislamische Elemente einfließen und die wenig um die islamische Lehre selbst wissen.

(3) Ein weiteres wichtiges Merkmal der psychosozialen Versorgung von Muslimen ist die Tatsache, dass sie in organisierter Form (z. B. durch Beratungsstellen) überwiegend durch Nichtmuslime erfolgt. Hier ist zwar langsam ein Wandel sichtbar, doch eine interkulturelle Öffnung sozialer Dienste und muttersprachliche Mitarbeiter bedeuten nicht automatisch, dass die Religion der Klienten als lebensgestaltendes Element ausreichend berücksichtigt wird.

(4) Die Inanspruchnahme der Einrichtungen der psychosozialen Versorgung durch Muslime ist gering, und zwar umso geringer, je mehr die Menschen in ihren traditionellen Milieus verhaftet oder sie praktizierende Muslime sind. Dafür gibt es mehrere Gründe:

- Beide Gruppen befürchten nicht ganz zu Unrecht oder haben bereits die Erfahrung gemacht, dass sie mit ihren Anliegen nicht ernst genommen oder auch diskriminiert wurden. Ihre Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem sind zwiespältig, sie

stehen einer Hightech-Medizin ohne persönliche Beziehungen skeptisch gegenüber und erfahren oft, dass ihre Beschwerdeschilderungen nicht verstanden werden oder auch der Arzt ihre (oft viel zu hohen) Erwartungen nicht erfüllt.

- Sie vermuten, dass ihre Umgebung ihre traditionelle oder islamische Lebensweise nicht kennt und nicht versteht und daher auch keine Lösungswege aufzeigen kann. Wie es in einer türkischen, einer marokkanischen oder libanesischen Familie zugeht, wer welche Funktion und wer was zu sagen hat, erschließt sich einem Fremden erst nach längerer Zeit und dann auch nur unvollständig.
- Die Respektierung der Privatsphäre Fremder hat im Islam einen hohen Stellenwert. Es ist nicht ohne Weiteres erlaubt, familiäre bzw. intime Dinge nach draußen zu tragen. Das gilt vor allem für die (intime) Beziehung zwischen den Ehegatten. Andererseits jedoch fragten die Gefährten des Propheten (auch die Frauen) diesen durchaus auch in intimen Angelegenheiten um Rat.
- Praktizierende Muslime, zumindest soweit sie in den großen Verbänden organisiert sind oder einer Moschee angehören, gehen mit ihren Fragen zum Hodscha/Imam, und zwar umso eher, je mehr sie spezielle Vorschriften haben oder irgendwelchen islamischen Sondergruppen (z. B. Sufis) angehören. Das haben wir übrigens gemeinsam mit den Juden, nicht nur hier in Deutschland, wo die frommen Gemeindemitglieder ebenfalls stets zum Rabbiner gehen, wenn sie Fragen haben. Das gilt auch für Israel, wo es kaum orthodox praktizierende jüdische Psychologen/Psychotherapeuten gibt.

(5) Wenig bekannt dürfte in der Öffentlichkeit die Tatsache sein, dass die Hodschas und Imame der Moscheen einen großen Teil ihrer Arbeit in Form von (psychosozialer) Beratung ihrer Gläubigen erbringen. Sie werden bei wirklich allen Themen um Rat gefragt. Daneben sind spezielle Hodschas ausschließlich als „Heiler“ tätig, werden häufig konsultiert und besitzen großen Einfluss, unterliegen jedoch keiner Ausbildung oder Kontrolle.

Innerhalb der letzten 25 Jahre hat sich die Situation jedoch stark verändert. Waren zu Beginn dieser Zeit Sprachprobleme das größte Hindernis in der psychosozialen Versorgung, so ist das heute nur noch bei den älteren Klienten oder bei nachgeholten Eheleuten der Fall. Die jüngeren Muslime sind zumeist hier aufgewachsen, so dass der Umgang mit dem eigenen kulturellen Hintergrund stärker in den Mittelpunkt rückt.

Weiterhin gibt es inzwischen eine große und zunehmende Zahl Deutschstämmiger, die Muslime geworden sind und sowohl in den Islam hineinwachsen als auch mit ihrer Religion einen Platz in unserer Gesellschaft finden müssen. Allein der Übertritt zieht in den meisten Fällen durch die Reaktion der Familie und der Umwelt eine Krise nach sich. Besonders Frauen, die ein Kopftuch tragen, wissen um diese Umstände.

### Vor welchem Hintergrund muss eine psychosoziale Versorgung von Muslimen gesehen werden?

Jeder, der praktizierende Muslime kennt, weiß, wie weit der Islam unser Leben prägt. Das erklärt sich aus dem Selbstverständnis des Islam, wo (wie im Judentum) grundsätzlich kein Aspekt des täglichen Lebens zu gering ist, um nicht als Gottesdienst verstanden zu werden (auch psychosoziale Beratung!). Das verleiht dem Islam einen ausgeprägten Handlungscharakter und bedingt religiöse Regeln und Gebote, die den Tageslauf merklich prägen.



Die Konsequenz daraus ist z. B. im Beratungsgeschehen mit praktizierenden Muslimen, dass sich Berater und Klient quasi immer auf religiösem Gebiet bewegen. Dieser Aspekt ist Nichtmuslimen erfahrungsgemäß am schwierigsten verständlich und führt immer wieder zu schwerwiegenden Missverständnissen. Fragen der Geldanlage, Erbangelegenheiten, der Kindererziehung und des Ehelebens haben für praktizierende Muslime nahezu dieselbe religiöse Bedeutung wie das Gebet oder das Fasten und sind keineswegs beliebig lösbar. Mögliche Problemlösungen müssen daher mit dem Islam in Übereinstimmung stehen bzw. dürfen diesem nicht widersprechen. Es ist offensichtlich, dass ein nichtmuslimischer Berater hier schnell überfordert ist. Er müsste nicht nur einzelne islamische Regeln und Gebote kennen, nicht nur die Verfahrensweisen z. B. bei einer Scheidung beherrschen, sondern diese auch in die Gesamtheit islamischer Lebenspraxis in einer nichtmuslimischen Gesellschaft einordnen. Aber auch ein islamischer Berater wird hier schnell an seine Grenzen stoßen und ohne eine spezielle Weiterbildung und Kontakte zu Fachgelehrten nicht auskommen.

### Brauchen wir eigene Formen der psychosozialen Versorgung für die Muslime in Deutschland?

Diese Frage muss mit einem klaren Ja beantwortet werden. Wir brauchen sie in Ergänzung, nicht alternativ zu bestehenden Versorgungsstrukturen. Gerade praktizierende Muslime sind in einer nichtislamischen Gesellschaft einer Vielzahl von Problemen ausgesetzt und fragen bei Therapeuten, von denen bekannt ist, dass sie praktizierende Muslime sind, immer wieder nach Beratungen oder Therapieplätzen. Die Ratsuchenden hoffen und vermuten, dass wir aus einem anderem Geist heraus tätig sind und sie hier eine Dimension einbeziehen können, die Gott quasi im Geschehen präsent sein lässt.

Aus diesen Gründen sollte eine islamische psychosoziale Versorgung dort, wo es notwendig ist, einen bikulturellen und auch bilingualen Ansatz verfolgen, der auch in Zukunft einen hohen Stellenwert behalten wird, darüber hinaus aber auch die Gewähr dafür bieten, dass islamische Aspekte und Ansätze soweit zum Tragen kommen können, wie sie der Klient als für sich verbindlich erlebt und akzeptiert.

Bei der Entstehung und der Behandlung von Konflikten wird der Einfluss des Islam zwar bei den Betroffenen oft überschätzt, er stellt jedoch das Umfeld dar, in dem die Konflikte Gestalt annehmen und

sich ausdrücken. Auch wird er oft instrumentalisiert, besonders in Ehekonflikten. Die Not bei den Betroffenen ist oft groß. Auch unter uns Muslimen gibt es nichts, was es nicht gibt.

### Was macht das „Islamische“ einer Beratung aus?

Das Islamische in der Beratung/Therapie wird von mehreren Seiten bestimmt:

**Von den Grundlagen:** Hier gewinnt das Welt- und Menschenbild und Krankheitsverständnis Gestalt, wie es in Koran und Sunna zutage tritt. Stichworte müssen an dieser Stelle genügen: Es sind vor allem die Eigenverantwortlichkeit des Menschen vor Gott sowie das Bewusstsein um das göttliche Element, das der Mensch seit seiner Erschaffung in sich trägt (Koran 32:9) und seine Natur auf die Gottergebenheit, d. h. Islam, ausrichtet. Weiterhin ist die Brüderlichkeit zu nennen, die ein Symbol für die Einheit der Gemeinschaft darstellt (Koran 3:103). Die Brüderlichkeit hat im Islam eine ganz bestimmte Färbung und unterscheidet sich von bloßer Philanthropie nicht zuletzt dadurch, dass der Muslim seinen Glaubensbruder sozusagen „per oculos dei“ als unverzichtbaren Teil der islamischen Gemeinschaft erlebt. Diese Gemeinschaft charakterisierte der Prophet als einen Körper, der insgesamt leidet, wenn ein Glied erkrankt ist. Hier werden sowohl das Bedürfnis der Gemeinschaft selbst als auch die Verantwortung ihrer Mitglieder füreinander deutlich.

Auf der Ebene des Individuums kann Krankheit sowohl als Folge des eigenen Handelns als auch als Prüfung Gottes verstanden werden. Im psychosozialen/psychiatrischen Bereich ist sie aber vor allem Einschränkung der Freiheit, sich unter ganzem Einsatz seiner Möglichkeiten verantwortlich und umfassend in den Dienst Gottes zu stellen. In Anlehnung an einen Begriff aus der anthropologischen Psychiatrie handelt es sich dabei um den „Verlust der Werdemöglichkeit auf eine islamische Existenz hin“, bei deren Wiedergewinnung Therapeut und Berater mit ihrer brüderlichen Hilfe gefordert sind.

**Vom Klienten:** Der Klient soll Hilfe erfahren bei der Verwirklichung einer islamischen Lebensweise und der Wahrung der eigenen islamischen Identität in einer nichtislamischen Umgebung vor dem Hintergrund der Notwendigkeit einer gesellschaftlichen Integration und Teilhabe.

**Vom Therapeuten:** Ein so verstandener Ansatz fordert bestimmte Therapeuteneigenschaften. Neben den „klassischen“ Therapeutenvariablen Echtheit, Wertschätzung und einführendes Verstehen ist besonders die Identifikation des Beraters mit dem Islam von Bedeutung, denn gerade die setzt ein praktizierender Klient ja voraus. Der Klient muss seinem Gegenüber als Berater und Muslim sozusagen „doppelt vertrauen“ und absolut sicher sein können, dass ihm die in der Beratung erarbeiteten Lösungen nicht nur weiterhelfen, sondern auch der islamischen Lehre nicht widersprechen. Berater sollten deshalb praktizierende Muslime sein, nicht zuletzt auch, um eine unaufdringliche, aber ermutigende Vorbildfunktion geben zu können, dass man als Muslim auch in einer nichtislamischen Umgebung nach den Weisungen seiner Religion leben kann. Die Echtheit des Beraters und seine Wertschätzung des Klienten verdienen besonders bzgl. der therapeutischen Neutralität besondere Beachtung. Ein praktizierender muslimischer Berater wird bei seinen Klienten sehr häufig mit einem Verhalten konfrontiert, das der islamischen Lehre widerspricht, dennoch in der Gesellschaft allgemein als akzeptiert gilt (z. B. Zusammenleben unverheirateter Paare), da natürlich auch muslimische Klienten das gesamte Spektrum von streng religiös bis säkularisiert bieten. Um hier eine gute Beratungsqualität sicherzustellen und eine unreflektierte Einflussnahme zu verhindern, sind eine umfassende Ausbildung in einem bewährten Therapieverfahren als auch ausreichende Selbsterfahrung und begleitende Supervision erforderlich.

**Von den Methoden:** Neben Krankheitsverständnis und Menschenbild ist die Frage angemessener Therapie- und Beratungsmethoden für die Praxis von großer Bedeutung. Hier gibt es vor allem mit den Muslimen aus dem orientalistisch-asiatischen Raum intensive Diskussionen, die Positionen reichen von einer totalen Ablehnung westlicher Methoden und Schulen bis hin zu deren unkritischer Übernahme. Die Erfahrungen der therapeutischen Praxis zeigen, dass besonders die Verhaltenstherapie und systemische familientherapeutische Ansätze erfolgversprechend sind, weil sie an der Alltagserfahrung des Patienten anknüpfen, während die Psychoanalyse als Beispiel Konflikt aufdeckender Verfahren weniger geeignet erscheint.

Körperorientierte Verfahren aus der sog. Psychoszene sind aus islamischer Sicht kritisch zu bewerten, überhaupt wird man bei den Methoden darauf achten müssen, die Wertvorstellungen der Klienten nicht zu verletzen.

## Islamische psychosoziale Beratung zum Nutzen der Gesellschaft

Die Hinwendung der Muslime zu ihrer Religion wird fast ausschließlich unter dem Aspekt der Gefahr einer Radikalisierung gesehen. Das Kopftuch einer Muslimin wird als bedrohlich empfunden und als Zeichen von Ausgrenzung und mangelndem Integrationswillen betrachtet, kaum jedoch als Ausdruck einer positiven, islamischen Identität seiner Trägerin verstanden. Jede Einrichtung einer Moschee mit Minarett stößt auf erbitterten Widerstand der Kommunalpolitiker, von ganz seltenen Ausnahmen abgesehen. Und jetzt auch noch „Beratungsstellen für Muslime“!

Es liegt auf der Hand, dass wir als islamische Gemeinschaft, als Umma ein großes Interesse daran haben, die islamische Identität der Muslime besonders in einer nichtislamischen Gesellschaft zu stärken und zu festigen. Daher möchte ich hier nicht die islamischen Grundlagen darstellen, die sich aus dem Menschenbild, aus dem

Koran und der Sunna ergeben, sondern die Frage aufwerfen, ob nicht auch die Gesellschaft einen großen Nutzen aus einer islamischen psychosozialen Beratung ziehen könnte.

Aus den praktischen Konsequenzen des Islam für das Alltagsleben ergibt sich für Muslime in Deutschland die Notwendigkeit, Anforderungen der Umwelt (Schule, Beruf etc.) mit den eigenen Vorstellungen einer islamischen Lebensweise in Einklang zu bringen. Nun verfügen viele der ursprünglich als Arbeitsmigranten eingereisten Muslime nur über eine unzureichende allgemeine und religiöse Bildung. Sie halten ihre Lebensweise für islamisch und bemerken die Verquickung mit ihren heimatlichen Traditionen nicht. Nicht der Islam, sondern gerade diese unreflektierte Vermischung erweist sich als größtes Integrationshindernis, was besonders bei der Behandlung der Frau deutlich wird. Ein islamisches psychosoziales Versorgungsangebot soll nun den Menschen in Schwierigkeiten helfen, ihre Lebensweise auf ihre religiösen Grundlagen (Koran und Sunna) hin zu befragen und davon kulturelle Bestandteile zu unterscheiden (z. B. Verheiratung der Kinder durch die Eltern, Verbannung der Frau aus der Öffentlichkeit etc.). Ein Islam in Europa muss in die europäische Kultur eingebettet sein, sonst bleibt er fremd. So verstanden leistet eine islamische Beratung eine äußerst wichtige Hilfestellung bei der gesellschaftlichen Integration von Muslimen. Gleiches gilt für die muslimische Jugend, die sich von dem in Elternhaus vermittelten Islambild kaum noch angesprochen fühlt. Auch hier kann eine islamische psychosoziale Beratung zeitgemäße und gleichzeitig islamische Alternativen aufzeigen und somit versuchen, Normen- und Ethikverlust zu begegnen.

## Wie kann eine islamische psychosoziale Beratung und Versorgung aussehen? Welche Stellung hat sie im Gesamtsystem der psychosozialen Versorgung?

Psychosoziale Beratung von Muslimen durch Muslime unterscheidet sich im Alltag wenig von der Arbeit anderer Beratungsstellen. Die islamischen Aspekte eines Beratungsfalles kommen erst sekundär und nur in dem Umfang zum Tragen, wie der Klient sie als für sich verbindlich erlebt, d. h. unter Umständen auch gar nicht. Für die Praxis gelten die üblichen Qualitätsstandards von Beratung und Therapie.

Eine islamische psychosoziale Beratung umfasst auch einen beträchtlichen Teil praktischer Sozialarbeit. Der Berater muss evtl. Kontakte zu Behörden und Schulen herstellen, Gespräche mit Lehrern, Erziehern und seinen Klienten führen u. a. m. Er muss verlässlich und glaubhaft sämtliche Möglichkeiten, aber auch die Grenzen einer Adaptation gesellschaftlicher Strukturen mit seinen Klienten ausloten.

An welche Klientel wendet sich eine islamische psychosoziale Beratung? Grundsätzlich ist sie, wie die katholische und evangelische Beratung auch, neutral und für alle Bürger offen. Sie soll darüber hinaus jedoch einem praktizierenden muslimischen Klientel Zugang zu psychosozialen Versorgungssystemen verschaffen, das bisher mit seinen Schwierigkeiten allein geblieben ist. Auch strenggläubigen Muslimen muss ein Zugang möglich und z. B. eine Beratung von Frauen durch Frauen und Männer durch Männer gewährleistet sein.

Der Titel meines Vortrages benennt den Standort: „Zwischen Caritas und Diakonie“. Genau hierher gehört eine islamische

psychosoziale Versorgung. Sie bietet eine wichtige Ergänzung zu den bestehenden pluralistischen Beratungsangeboten und erfüllt neben der Hilfestellung besonders für praktizierende Muslime eine nicht zu unterschätzende Hilfe bei deren gesellschaftlicher Integration.

## Zum Stand der heutigen Situation

Auf dem Gebiet der psychosozialen Versorgung der Muslime ist in den letzten Jahren einiges in Bewegung geraten:

(1) Es gibt immer mehr qualifizierte praktizierende Muslime, besonders Frauen, die sich als PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, PsychiaterInnen etc. gezielt um die Verbesserung der psychosozialen Situation ihrer Glaubensschwestern und -brüder kümmern. Wir versuchen, sie in unserer AG zu organisieren und die Arbeit zu koordinieren bzw. Kontakte und Fortbildungen zu ermöglichen.

(2) Es gibt zunehmend islamische Aktivitäten auf dem psychosozialen Sektor. In München existiert z. B. seit Jahren eine „Beratungsstelle für Muslime und ihre Angehörigen“, die von muslimischen PsychologInnen betrieben wird und in der fachlichen Öffentlichkeit einen hervorragenden Ruf genießt und z. B. bosnische Frauen zu den Vergewaltigungsprozessen in Den Haag begleitet haben. Auch in anderen Städten führen immer mehr muslimische Fachleute Beratungen und Therapien durch, teils in eigener Praxis, teils als Mitarbeiter von Organisationen.

(3) Muslime werden in zunehmendem Maße als Wirtschaftsfaktor wichtig. Das führte z. B. konkret dazu, dass eine ostwestfälische Reha-Klinik mit der Frage an mich herantrat, vermehrt muslimisches Klientel zu gewinnen. Ich habe ein Konzept für diese Klinik erarbeitet. Dort werden 80 Prozent aller Reha-Fälle behandelt, vom Herz bis zum Rücken und vom Kopf bis zum Fuß, und das Ganze unter speziellen Bedingungen, die für muslimische Patienten wichtig sind. Sie haben eine Muslimin eingestellt, eine Sozialarbeiterin mit Kopftuch. Die Frauen werden dort getrennt massiert. Das Essen ist geregelt, nicht nur vegetarisch, sondern wirklich hallal geschlachtet. Die Gebetszeiten werden bei den Therapiezeiten berücksichtigt, man kriegt gleich einen Teppich überreicht, wenn man ankommt. Und es ist wirklich schön zu sehen, wenn Frauen, die 40, 50 Jahre gearbeitet haben, zum ersten Mal sich trauen, eine Kur zu machen, und dass der Mann, der sie gebracht hat, beruhigt nach Hause fährt, weil er seine Frau in guten Händen weiß. Sonst würde das nicht funktionieren. Der Anlass war der Wirtschaftsfaktor, inzwischen sind immer 20 bis 25 Patientinnen dort. Ein sehr ermutigendes Beispiel.

Eine andere Klinik trat mit der Frage an mich heran, ob sich ein Altersheim für Muslime realisieren lasse.

## Was muss zur weiteren Verbesserung der Situation geschehen?

Veränderungen müssen aus meiner Sicht in drei Bereichen stattfinden.

(1) Wie bereits ausgeführt, gehen praktizierende Muslime, soweit sie in Moscheeverbänden organisiert sind, mit ihren Problemen meist zu ihren Hodschas oder Imamen. Diese haben eine außerordentlich starke Stellung und können wertvolle Arbeit leisten. So ist es von besonderer Bedeutung, die Hodschas in diesem Bereich ausreichend zu qualifizieren. Wir führen daher mit unserer Arbeitsgemeinschaft ein Projekt durch, das durch eine Befragung der Hodschas die

Themen sammeln soll, die an sie herangetragen werden. Daraus werden wir dann ein Curriculum erstellen, das wir in die Aus- und Fortbildung der Hodschas einbringen wollen, sofern sie stattfindet. Fernziel sollte es m. E. sein, dass alle Hodschas und Imame hier in Deutschland aufgewachsen sind. Sie sollten neben ihrer islamischen Ausbildung sämtlich Sozialarbeit oder -pädagogik studiert haben und könnten so einen wichtigen Integrationsbeitrag leisten.

(2) Nun ist jedoch nur ein Teil der Muslime in Deutschland organisiert. Was machen jedoch die praktizierenden Muslime, die nicht Mitglied einer Moscheegemeinde sind, wie z. B. viele deutschstämmige? Ich denke, dass wir ohne eine organisierte islamische psychosoziale Versorgung in Deutschland nicht auskommen werden. Wir brauchen z. B. ein Netz von Beratungsstellen, in denen die Klienten auf professionelle Berater stoßen, die jedoch zusätzlich in Fragen des islamischen Rechts und dessen Grundlagen in Koran und Sunna bewandert sind.

(3) Wir wollen als Muslime keine abgesonderte Parallelgesellschaft bilden. Die Kontakte sind vielseitig, sei es in der Schule, auf Behörden (z. B. Jugendamt) oder in der medizinischen Versorgung. Daher ist ein weiterer wichtiger Bereich die Qualifizierung anderer Träger der psychosozialen Versorgung, die mit muslimischer Klientel zu tun haben. Die interkulturelle Öffnung sozialer Dienste und muttersprachliche Berater und Therapeuten bleiben auch weiterhin unverzichtbar und von großer Bedeutung.

## Resümee

Zum Abschluss möchte ich eine wichtige Frage ansprechen, mit der viele unserer innerislamischen Bemühungen stehen und fallen: Was erwarten oder brauchen wir von der Gesellschaft? Wenn ich es auf zwei Begriffe bringen kann, dann auf diese: Fairness und Gleichbehandlung. Das Gefühl, in dieser Gesellschaft als Muslim eigentlich nicht erwünscht zu sein und ständig weit mehr als Gefahr denn als Bereicherung angesehen zu werden, schafft Resignation, Rückzug und erschwert die Integration. Dem wollen wir als Muslime entgegenwirken, dem soll auch diese Veranstaltung entgegenwirken. Ich hoffe, dass wir auf dieser Tagung in dieser Richtung ein Stück weitergekommen sind.

## Sterben in der Migration: religionskulturelle Hintergründe

Dr. Dursun Tan

Soziologe und Politologe, Fachbereich soziale Arbeit FH Hildesheim

Mit dem folgenden Vortrag möchte ich den Versuch unternehmen, Ihnen den Umgang mit Sterben, Tod und Trauer in einer Ihnen möglicherweise fremden Lebenswelt, der islamischen Kultur, näher zu bringen und somit zu einer Sensibilisierung im Bereich Sterben in der Fremde bzw. Migrantenleben in Deutschland beitragen.

Eine Einführung in die Grundlagen des Islams kann in diesem Rahmen nicht geleistet werden, ebenso eine Gesamtdarstellung des islamischen Glaubens sowie dessen Unterströmungen. Der Inhalt meines Vortrages beschränkt sich auf eine kulturanthropologisch-soziologische Analyse des Umgangs mit Sterben, Tod und Trauer, den damit zusammenhängenden Bewältigungsformen und Ritualen. Die Vermittlung einer theologischen Sichtweise wird nicht explizit angestrebt.

Eine weitere Eingrenzung betrifft die Population, über die ich sprechen werde. In Deutschland kommt das Gros der Migranten mit muslimischer Herkunft aus der Türkei. Mittlerweile gibt es auch sehr viele deutsche Muslime. Hinzu kommen Muslime aus Ländern wie Afghanistan, Tunesien oder Marokko. Aus Zeitgründen werde ich mich auf die Muslime aus der Türkei konzentrieren.

### Statistische Basisdaten

Inzwischen werden Sterbefälle türkischer Migranten in einer eigenständigen Statistik erfasst. Die Zahl der Sterbefälle ist – gemessen an der Größe der Gesamtgruppe – nicht sehr groß. Im Jahre 1997 waren es insgesamt 2902 Todesfälle, die wohlmerkwürdig hier in Deutschland statistisch erfasst sind. Wir können nichts über diejenigen sagen, die zwischen dem Aufnahme- und dem Herkunftsland pendeln und statistisch nicht erfasst werden, wenn sie in der Türkei gestorben sind.

#### Sterbefälle türkischer Migrant(inn)en (1993 – 1997)

	1993	1994	1995	1996	1997
Weiblich	751	748	759	805	902
Männlich	1.621	1.730	1.791	1.875	2.000
Gesamt	2.372	2.478	2.550	2.680	2.902

Quelle: Bundesamt für Statistik; Zentrum für Türkeistudien

### Sterben, Trauer und Trost

Das Thema „Sterben“ umfasst neben dem Aspekt des Sterbens auch die Aspekte Trauer und Trost. Diese drei Stichworte sind sehr komplex, zumal sie noch einmal differenziert werden können nach individuellen und kollektiven Mustern und nach der Erlebnis- und Reaktionsdimension. Trauer z. B. beinhaltet einmal die psychische Dimension, das heißt, wie ein Individuum Trauer erlebt und durchlebt, und sie beinhaltet eine soziologische Dimension, also die Frage danach, in welche Rituale die Trauer kollektiv eingebettet ist.

Dem adäquat verhält es sich bei Trost, Trostgewährung oder anderen Formen der Unterstützung des Trauernden. Auf die individuelle Trauerverarbeitung werde ich nicht dezidiert eingehen; zu diesem Thema verweise ich auf die psychologischen Trauertheorien und empirischen Arbeiten von Elisabeth Kübler-Ross und Verena Kast. Beide haben in ihren Arbeiten die subjektiven Verarbeitungsformen ausführlich beschrieben. Deren Ergebnisse sind in ihren Grundaussagen meines Erachtens auch auf Menschen aus anderen Kulturen – eben auch auf Muslime – übertragbar.

Was die Trauerrituale in kollektiver Hinsicht, also das Eingebettetsein eines Trauerprozesses in kollektive Trauerzeremonien, anbetrifft, verhält es sich dagegen anders. Um angesichts des breiten Spektrums von säkularisierten Muslimen, über den Volksislam bis zu den orthodoxen, sich bekennenden Muslimen überhaupt eine Orientierung zu geben, möchte ich die Aspekte herausgreifen, die sich trotz aller Pluralität im Islam, trotz unterschiedlichster Interpretationen und Umgangsweisen, auf einen gemeinsamen Nenner bringen lassen.

### Das Sterben begleitende Rituale

#### Drei Stationen bis zum endgültigen Urteil

- Grabverhör (Zwei Vorstellungen aus der volksfrömmigen Tradition)
- Jüngster Tag (Auferstehung/Jüngstes Gericht)
- Urteilsvollstreckung (Paradies/Höllengehen)

#### Das Sterben

- Den Sterbenden auf die rechte Seite drehen und Gesicht nach Mekka ausrichten
- Rezitieren der Sure 36 (Ya'sin) und des Glaubensbekenntnisses

#### Eintritt des Todes

- Schließung der Augen und Umwicklung des Kopfes (Binden des Kinnes) mit einem Tuch unter Begleitung von Gebeten
- Entkleidung und Bedeckung mit einem Tuch
- Gliedmaßen strecken, mancherorts Bauch mit geeignetem Gegenstand beschweren

#### Bestattung

##### 1. Waschung

- Waschung mit heißem Wasser und Seife
- Waschung wird nur von Gleichgeschlechtlichen durchgeführt, Ausnahme Ehepartner/Ehepartnerin, bei den Aleviten auch der Wegbruder (Müsahip) oder Pate (Kirve), Ausnahme auch bei Kindern
- Tuch bedeckt Bauchnabel bis Knie
- Entleerung und Säuberung der Ausscheidungs- und Geschlechtsorgane
- Waschung (dreimal): Mund, Nasenlöcher, Hände, Gesicht, Kopf, Füße, rechte-, linke Körperhälfte, Abtrocknen
- Totenbekleidung, Einwicklung in drei (Männer) oder fünf (Frauen) Leinentücher
- Leichnam zur Moschee oder zum Friedhof/Totengebet tragen

##### 2. Totengebet

- Aufbahrung, mit dem Gesicht nach Mekka
- Vorbeter steht in Kopfhöhe des Toten oder in Körpermitte der Toten
- Gebet wird stehend verrichtet: viermal Allahu akbar, Beendigung mit dem Friedensgruß



### 3. Beerdigung

- Beisetzung nur unter Muslimen; Ausrichtung nach Mekka (in Deutschland auch auf separierten Abteilungen)
- Grabmaße: Länge und Breite sollen der Körpergröße des/der Verstorbenen entsprechen, Tiefe der Brusthöhe eines durchschnittlichen Menschen
- Hineinlegen der/des Toten auf die rechte Körperseite (bei Absenken des Leichnames wird das „Bismillah“ gesprochen)
- Männer füllen mit beiden Händen (jeweils dreimal) das Grab, vom Kopf beginnend

#### Grabgestaltung

- Schlicht, einfach und dauerhaft (in der Praxis extreme Abweichungen möglich)
- Kenntlichkeit durch einen handbreiten Hügel und Stein/Holz am Kopfende
- Grabstein mit Namen und Koranvers sind erlaubt, aufwendige Bauten verboten (in der Praxis extreme Abweichungen möglich)

Idealtypisch orientieren sich alle Betroffenen mit mehr oder weniger kleineren Abweichungen an den hier aufgelisteten Ritualen bzw. deren Abfolge. Da der Großteil der türkischen Migranten muslimischer Herkunft der hanefitischen Rechtsschule angehört, rückt hier zwar die hanefitische Version leicht in den Mittelpunkt, aber auch die anderen Versionen bzw. Vorstellungen über den Islam orientieren sich im Wesentlichen an diesen Prinzipien.

Die oberen drei Punkte – Grabverhör, Jüngstes Gericht und Urteilsvollstreckung – stehen in unmittelbarem Bezug zur Religion. Wie die Person sich im Konkreten dazu verhält, ist in letzter Konsequenz eine individuelle Angelegenheit. Jedem Muslim sind diese aufgeführten Punkte durch Sozialisation letztlich bewusst, ganz gleich, ob es bekennende Muslime sind, sie einer volksislamischen Tradition anhängen oder sich bewusst vom Islam abgrenzen. Die Einstellung zu diesen drei Punkten hat unmittelbare Folgen auf die Art und Weise, wie mit Problemen im Zusammenhang mit einem nichtmuslimischen Umfeld umgegangen wird, zum Beispiel bei einem Todesfall, wenn der Verstorbene in Deutschland bestattet werden soll: Wie flexibel zeigt sich dann jemand, wenn von den überlieferten Ritualen abgewichen wird?

### Das Grabverhör

Die erste Station zu Gott ist das Grabverhör. Darüber gibt es jedoch in der offiziellen Lehre keine Klarheit. Anders als die Vergeltung der guten und der schlechten Taten, findet sich im Koran keine Textstelle über das Grabverhör. Alle Angaben und Vorstellungen darüber beruhen auf Überlieferungen. Nach diesen Überlieferungen taucht in der Todesstunde ein von Gott geschickter Engel, Engel Izra'il, auf, der die Seele und den Körper voneinander trennt. Erst durch die Trennung von Körper und Seele tritt der Tod ein. In einigen Vorstellungen wird die Seele durch den Engel Izra'il zu dem untersten der sieben Himmel gebracht, wo sie ihr vorläufiges Urteil erfährt. Von dort wird die Seele wieder auf die Erde geworfen, um den Körper zunächst beerdigen zu lassen.

Anschließend wird mit dem Zwischengericht fortgefahren. Nach der Überlieferung werden dem Toten eine Buchrolle um den Hals gehängt, in der alle guten und schlechten Taten zu Lebzeiten aufgezeichnet worden sind. Nun beginnt das eigentliche Verhör. Von Beginn an wird der Tote von zwei Erzengel begleitet, Engel Munkar und Nakir, die dem Toten/der Toten folgende Fragen stellen: Wer ist Dein Gott? – Wer ist Dein Prophet? – Welches ist Deine Religion? – Welches ist Deine Gebetsrichtung? Beantworten sie diese Fragen richtig, erhalten sie eine Bestätigung des im Himmel gefällten vorläufigen Urteils. Man geht davon aus, dass der Tote in diesem Stadium noch in Verbindung zu den Lebenden steht, weshalb die Gemeinde ihm durch das Rezitieren der Gebete und des Glaubensbekenntnisses die Antworten erleichtert. Die Phase zwischen Grabverhör und Auferstehung ist theologisch unklar.

### Der Jüngste Tag

Die zweite Station, der Jüngste Tag, bezeichnet die Auferstehung und das Jüngste Gericht. Über diese Ereignisse gibt es im Islam konkrete und bildhafte Vorstellungen. Am Ende aller Zeiten wird demnach Gott dem Engel Israfil den Befehl geben, die Posaune zu spielen. Ein gewaltiges Beben werde ertönen, der Himmel werde sich spalten und die Sterne würden auseinanderstreuen. Es werde die totale Vernichtung aller Geschöpfe und der gesamten Schöpfung sein. Selbst die Engel und die Propheten würden zerstört. Nur Gott allein bleibe, als Beweis seiner Allmacht. Doch sogleich würden die Engel und der Prophet Mohammed wieder auferweckt. Gott gäbe dem Engel Israfil den Befehl ein zweites Mal die Posaune zu spielen,

das Signal zur Auferstehung. Die Toten würden sich nun in Gruppen bzw. Gemeinden versammeln. Die Propheten, an erster Stelle Mohammed, würden jetzt zu den Fürsprechern der Menschen. Zum Teil wird auch den Engeln diese Rolle zugesprochen. Schließlich würde jeder aus seinem Buch, in dem die guten und die schlechten Taten verzeichnet sind, vorlesen. Die Gerechten würden das Buch in der rechten Hand halten, die Ungerechten in der linken Hand und die Sünder hinter dem Rücken. Als Sünder werden diejenigen bezeichnet, die zu Lebzeiten zwar gottgläubig waren, jedoch durch ihre Taten gesündigt haben. Die guten Taten würden gegen die schlechten Taten aufgewogen (vgl. Sure 7,7-9).

Eine (neben vielen anderen) geläufige, aus der volksfrömmigen Tradition kommende Vorstellung der Urteilsfindung ist die Brücke. Demzufolge gehen am Tag der Auferstehung die Toten über eine Brücke, die nur so dick wie ein Haar sei. Unter dieser Brücke lodere das Höllenfeuer und an deren Ende erblühe ein Paradiesgarten. Die Gerechten würden mühelos über die Brücke gehen können. Die Ungerechten und Verfluchten jedoch würden abstürzen und im Höllenfeuer „schmoren“.

Im Volksislam, wie z. B. bei den Aleviten, ist auch die Emanationslehre sehr verbreitet. Nach dieser Vorstellung wandert die Seele bis zum Jüngsten Gericht, in dem sie zu anderen, neugeborenen Wesen wandert. Vielerorts existiert die Vorstellung, dass der Verstorbene als Tier oder Mensch wiedergeboren wird oder seine Seele in Gestalt eines Tieres weiterleben wird, wobei die „guten Menschen“ wieder als gute Menschen oder „reine Tiere“ (Vögel, Rotwild u. a.) und „schlechte Menschen“ zur Strafe als „unreine Tiere“ (Schwein, Hund) oder Kriechtiere wiedergeboren werden.

## Das endzeitliche Geschehen

Nach der Urteilsverkündung wird die Menschheit in zwei Gruppen geteilt werden: Die Gesegneten und Gerechten kommen in das Paradies. Durch den Eintritt in das Paradies findet die größte im Koran beschriebene Verheißung ihre Erfüllung: Von Angesicht zu Angesicht werden sie auf Allah schauen und sich mit ihm vereinigen. Das ist die höchste Seligkeit im Dasein eines frommen Muslims. Die Verfluchten und die Sünder gelangen in die Hölle. Sie werden im Höllenfeuer brennen und werden von Strafengeln gequält. Allerdings ist noch heute umstritten, ob Allah ihnen vergeben und sie erlösen wird (vgl. Sure 11,108-109). In der islamischen Welt überwiegt die Ansicht, dass eine ewig gespaltene Menschheit im Widerspruch zur Barmherzigkeit Gottes stehen würde, so dass am Ende, nach der Höllenstrafe, doch wieder alle ins Paradies kämen. Auf der anderen Seite existieren jedoch Aussagen, dass die Trennung eine endgültige sei. Auf die Frage nach der ewigen Bestimmung gibt es letztlich keine Antwort.

Die auf diesen drei Bestimmungen heraus entstandene und auf diese gerichteten Rituale lassen sich danach unterscheiden, ob sie sich auf das Sterben selbst beziehen, den Tod begleiten oder die Nachsterbephase betreffen.

## Das Sterben begleitende Rituale

Der Sterbeprozess ist für einen bekennenden Muslim, dem auch der Alltag heilig ist, eingebettet in seinen Glauben. Das ist etwas anderes für diejenigen, die kulturelle Muslime sind, aber individuell säkularisiert sind. In der Stunde des Todes soll der Sterbende oder die Sterbende nicht allein gelassen werden. Angehörige und Verwandte sollen sie oder ihn betend begleiten und ihnen Mut in

Hinblick auf Gottes Gerechtigkeit und Barmherzigkeit zusprechen. Der Sterbende wird, nach dem der Tod eingetreten ist, leicht auf die rechte Seite gedreht, das Gesicht gen Mekka gewandt. Anschließend – oder währenddessen – wird das Glaubensbekenntnis gesprochen oder einzelne Suren aus dem Koran rezitiert bzw. gebetet (Sure 36 Ya´sin). Das Glaubensbekenntnis lautet: „Ich bezeuge, dass es keinen Gott außer Gott gibt und Mohammed der Gesandte Gottes ist.“ Die Sure Ya´sin hat die Auferstehung zum Inhalt und soll den Sterbenden auf den Tod vorbereiten bzw. ihm oder ihr Hoffnung auf eine Auferstehung geben. Da man, wie oben angeführt, annimmt, dass Gott und seine Stellvertreter (die Engel) angesichts des Todes anwesend sind, wird mit Koranrezitationen und dem Rezitieren des Glaubensbekenntnisses einmal Bekenntnis abgelegt und zum anderen dem Sterbenden oder dem Toten geholfen, die an ihn gestellten Fragen nach seinem Glauben zu beantworten. Anthropologisch gesehen geht es beim Sprechen des Glaubensbekenntnisses im Prozess des Sterbens jedoch eher darum, dass der Sterbende nicht allein gelassen wird, sondern dass sich das Sterben unter vertrauten Personen vollzieht. Es dient auch dazu, die auftretenden Ängste zu mildern und sich einander der Solidarität rückzusichern. Von der religiösen Auffassung her dürfte Angst kein Thema sein, denn der Tod ist demnach lediglich ein Übergang von einem Stadium in ein anderes. Dennoch ist das Sterben für alle Menschen – wahrscheinlich auch für sehr religiöse – eine existenzielle Angstsituation, zumal es häufig von Schmerzen begleitet ist.

## Den Tod begleitende Rituale

Nach Eintritt des Todes wird der oder die Tote entkleidet und mit einem Tuch bedeckt. Begleitet von Gebeten werden die Augen der/des Toten geschlossen, der Kopf mit einer Binde umwickelt, die Gliedmaßen vorsichtig gestreckt, die Arme an die Seite gelegt, die Finger gestreckt und der Bauch mit einem geeigneten Gegenstand beschwert, damit er sich nicht aufbläht. Die Totenklage und lautes Wehklagen werden als unwürdige Sitten theologisch zwar abgelehnt, sind aber durchaus üblich und die Regel. Trauer und Weinen hingegen sind auch religiös erlaubt. Die Rituale in dieser Phase sind zwar ebenso religiös vorgegeben, aber überlagert von kulturellen Formen des Trauerverhaltens, die individuell spontan aktiviert werden. Niemand wird unmittelbar nach Eintritt des Todes eines Angehörigen sofort damit beginnen, dem religiösen Regelwerk zu folgen: d. h., den Verstorbenen zunächst die Augen zu verschließen, den Kopf und das Kinn zu binden, die Gliedmaßen zu strecken, ihn zu entkleiden, ihn dann mit einem Tuch zu bedecken. Im Einzelfall ist es doch so, dass die meisten spontan anfangen, zu weinen, zu trauern oder ihrer Trauer individuell Ausdruck zu verleihen, während die kollektiv vorgegebenen Rituale eher nebenbei vollzogen werden oder deren Einhaltung an Personen delegiert wird, die nicht unmittelbar zu den nächsten Betroffenen zählen.

## Die Nachsterbephase betreffende Rituale

Diese Rituale beziehen sich auf die Bestattung und das Danach. Die Bestattung ist – theologisch betrachtet – für alle Muslime gleich. Unterschiede im Detail existieren zwischen Sunniten und Schiiten, den konfessionellen Unterströmungen sowie aufgrund geografischer Besonderheiten. Weltweit betrachtet, stellen die Sunniten mit ihren vier anerkannten Rechtsschulen (Hanafiten, Malikiten, Hanbaliten und Schafiiten) ca. 90 % aller Muslime. Die aus der Türkei immigrierten Hanafiten zählen in Deutschland zur größten muslimi-

schen Gruppe. Die zweitgrößte Gruppe stellen die Aleviten, deren Zahl für Deutschland nach Selbsteinschätzung 500.000-600.000 beträgt. Die Rituale in dieser Phase gelten für alle Muslime – selbst für diejenigen, die sich als säkularisierte Muslime begreifen. Nur Märtyrer können ohne Waschung bestattet werden. In diesem Zusammenhang ist die Waschung sehr wichtig. Die Waschung ist ein wesentliches Element der Rituale in der Nachsterbephase, sie wird mit heißem Wasser vorgenommen, dem nichts zugesetzt werden darf. Dabei wird auf die gleichgeschlechtliche Trennung geachtet. Mit Ausnahme von Ehepartnern und Kindern dürfen bei der Waschung nur gleichgeschlechtliche Personen anwesend sein. Bei noch nicht geschlechtsreifen Kindern spielt das Geschlecht desjenigen, der die Waschung vornimmt, keine Rolle. Ehepartner dürfen ihren Partner oder ihre Partnerin waschen; wenn niemand anders zur Verfügung steht, bleibt auch das Geschlecht außer acht. Bei den Aleviten spielen die Wegbrüder (Müshap) oder die Paten (Kirve) bei der Waschung ebenfalls eine besondere Rolle. Während der Waschung selbst wird der Körper vom Bauchnabel bis zu den Knien mit einem Tuch bedeckt. Die Waschung ist ein sakraler Akt, sie wird in der religiös vorgegebenen Art vorgenommen, d. h. es geht dabei nicht allein um die Hygiene, sondern sie ist auch symbolisch zu verstehen. Weiterhin von Bedeutung ist das Totenkleid. Männer werden in der Regel in drei, Frauen in fünf Teile einfacher, weißer Leinentücher eingewickelt. Außerhalb der islamischen Welt stellt die Frage der Bestattungen häufig einen Streitpunkt dar: ob Muslime unbedingt in Leinentüchern (ohne Sarg) bestattet werden müssen oder auch Säрге Verwendung finden dürfen. Mittlerweile gibt es dazu nicht nur aussagekräftige Gerichtsurteile deutscher Gerichte, sondern auch Rechtsgutachten islamischer Gelehrter. Diese Urteile resp. Gutachten bieten sehr viel Gestaltungsraum. Wichtig ist auch, dass der Leichnam von Familienangehörigen, Verwandten oder Freunden zu Grabe getragen wird. Üblich ist mancherorts auch, dass die Grablegung von männlichen Familienangehörigen vorgenommen wird. Zu beachten ist zudem die Aufbahrung mit dem Gesicht nach Mekka während des Totengebets. Hierbei steht der Vorbeter idealtypisch in Kopfhöhe des Toten oder Körpermitte der Toten, Männer in der Regel etwas geordneter neben oder hinter ihm, Frauen etwas weiter im Hintergrund. Das Totengebet selbst wird dann im Stehen verrichtet. Man muss allerdings auch hier wieder differenzieren: Manche befolgen die religiösen Vorschriften aus religiöser Überzeugung, andere aus der Tradition heraus. Die Beisetzung selbst sollte nur unter Muslimen stattfinden, es sei denn, der Verstorbene hat es zuvor anders verfügt. Das Grab muss nach Mekka ausgerichtet sein. Die Grabtiefe sollte, zumindest in der anatolischen Tradition, mindestens die Brusthöhe eines erwachsenen Menschen haben. Das Hineinlegen des Toten ins Grab, auf die rechte Körperseite geneigt, vollzieht sich unter Begleitung religiöser Gebete bzw. des Glaubensbekenntnisses, meist von seinen männlichen Kindern. Traditionell fangen danach die Männer an, das Grab zunächst mit den Händen zuzuschütten, dann werden Schaufel zur Hilfe genommen. Die Grabgestaltung sollte von der religiösen Vorgabe her sehr schlicht sein, einfach und dauerhaft. Im volkstümlichen Islam sieht das in der Praxis allerdings ganz anders aus. Die Gräber sind sehr aufwendig gestaltet, man findet auf manchen Friedhöfen entgegen den religiösen Vorschriften geradezu kleine Paläste vor, die auf den sozialen Status des Verstorbenen verweisen. Grünbepflanzung ist nicht üblich, aber Plastikblumen oder auch Fotos werden auf die Stelen gehängt oder Gräber gelegt. Insbesondere bei türkischen Gräbern finden sich auch Verse, Gedichte und ganz

weltliche Phrasen auf den Grabsteinen. Die dem Tod folgenden drei Tage und Nächte bzw. sieben Tage und Nächte gelten als Kondolenzzeit. An diesen Tagen sprechen Freunde, Verwandte und Nachbarn ihr Beileid aus und verbringen die Zeit in gemeinsamer Trauer, die aber nicht schweigend sein muss. Das sind die Punkte, die bei der Bestattung und der anschließenden Trauer zum Tragen kommen, unabhängig vom Grad der Religiösität des Verstorbenen bzw. seiner Angehörigen.

## Resümee

Abschließend möchte ich noch kurz auf die Dinge eingehen, die im Konkreten Probleme bereiten. Ein Beispiel ist die Konfrontation mit einer Sterbesituation im Krankenhaus, wenn das Pflegepersonal oder die Ärzte die Situation mit all ihren Konsequenzen nicht einzuschätzen vermögen. Dass jemand im Prozess des Sterbens nicht alleine gelassen wird, die Angehörigen benachrichtigt werden, ein Korangelehrter gerufen wird, lässt sich noch relativ leicht bewerkstelligen, wenn auch mit Einschränkungen, da häufig nur die Hodschas der eigenen Gemeinde akzeptiert werden. Die größere Schwierigkeit ergibt sich aus der Tatsache, dass nach wie vor ca. 90 % aller Verstorbenen in ihre Herkunftsländer überführt werden (möchten). Sicherlich ist dies verständlich und hat auch vieles für sich. Einer der Vorteile ist, dass sich die religiösen Vorgaben im Herkunftsland leichter einhalten lassen, z. B. die Gestaltung des Grabes nach dem Ewigkeitscharakter. Das ist in Deutschland nicht immer ohne Weiteres möglich. Wenn es sich um ein Reihengrab handelt, das nach 15, 20 oder 30 Jahren wiederbelegt werden soll, bringt dies für einen bekennenden Muslimen große Schwierigkeiten mit sich. Bei käuflich erworbenen Familiengräbern ist dies natürlich anders. Die religiösen Zeremonien – von der Waschung über die Totenbekleidung bis zur Grablegung – lassen sich in der Türkei bzw. dem Herkunftsland einfach leichter einhalten. Aber in Hinblick auf die individuelle Trauerreaktion entstehen durch die Überführung ins Herkunftsland wiederum große Probleme. Die Betroffenen, die Trauernden, können sich in so einer existenziellen Krisensituation kaum ihrer spontanen Trauer hingeben, weil sie zu stark in organisatorische Dinge involviert werden. Sie müssen die Überführung regeln, mit allem, was dazugehört: Wie viele Tage bekomme ich vom Arbeitgeber frei? Wie kann ich die Waschung organisieren? Welche Papiere muss ich für die Überführung vorlegen? Wo bekomme ich diese her u. v. m. Vom Ausstellen des internationalen Totenscheins bis zum Beibringen eines Auszuges aus dem Familienstammbuch will alles geregelt werden, damit das Konsulat bzw. das Standesamt die Überführung einleiten kann. Der Tote muss in das Herkunftsland begleitet werden. Dort warten evtl. Angehörige, die man vielleicht länger nicht gesehen hat. Da überschneiden sich dann mehrere Verlust- und Trauerreaktionen, die leicht bei der betroffenen Person eine Stresssituation auslösen können. Glücklicherweise gestaltet sich das mittlerweile nicht mehr ganz so problematisch, da sehr viele Bestattungsunternehmen sich dieser Probleme bewusst geworden sind und auch hier muslimische Bestattungsunternehmen gegründet wurden, die das routiniert übernehmen, so dass sich die Betroffenen wieder stärker auf die Aspekte der individuellen Trauer und Trostreaktion konzentrieren können. Alles in allem geht es mir mit meinen Ausführungen nicht darum, auf eine möglichst religionskonforme Lösung hinzuarbeiten, sondern um das Herausarbeiten von Lösungsmodi, die der Würde eines jeden Menschen Respekt zollen. Ich hoffe, dass ich mit meinem Vortrag hierzu ein wenig beitragen konnte.

## Literatur

Blach, Thorsten: Nach Mekka gewandt. Zum Umgang türkischer Muslime mit ihren Verstorbenen in der Türkei und in Deutschland. Museum für Sepulkralkultur Kassel. Kassel 1996.

Blumenthal-Barby, Karin/Özkan, Ibrahim: Sterbeaufklärung im internationalen Vergleich. Universität Göttingen

Der Beauftragte für Islamfragen der EKD/Die Ausländerbeauftragte des Landes Niedersachsen (Hg.): Nach Mekka gewandt. Zum Umgang türkischer Muslime mit ihren Verstorbenen. Hannover 1997.

Deutsches Rotes Kreuz: Wege in die Ewigkeit: Tod und Sterben im Kulturvergleich. Berlin 1997.

Höpp, Gerhard/Jonker, Gerdien: In fremder Erde. Zur Geschichte und Gegenwart der islamischen Bestattung in Deutschland. Berlin: Das Arabische Buch 1996.

Kaiser, Erhard: Bestattungsmöglichkeiten für (türkische) Muslime in Deutschland – Orientierungshilfe: Feststellungen, Überlegungen und Vorschläge für eine evangelische Stellungnahme zum Thema. Juni 1996.

Lemmen, Thomas: Islamische Bestattungen in Deutschland. Altenberge: CIS-Verlag, 1996.

Sax, Marjan/Visser, Knaar/Boer, Marjo: Begraben und Vergessen? – Ein Begleitbuch zu Tod, Abschied und Bestattung. Berlin: Orlanda Frauenverlag, 1993.

Tan, Dursun: Das fremde Sterben. Frankfurt am Main: Iko-Verlag, 1998.

## Veranstalter und Referenten/Autoren

### Arzu Altuğ

Landeshauptstadt Hannover  
Referat für interkulturelle Angelegenheiten  
Marktstraße 45, 30159 Hannover  
Tel. 0511/168-41233 oder -41232  
Fax 0511/168-46480  
Email: Arzu.Altug.10@Hannover.Stadt.de

### Ahmet Kimil

#### Ramazan Salman

**Taner Yüksel** (ehemaliger Mitarbeiter)  
Ethno-Medizinisches Zentrum Hannover  
Königstraße 6, 30175 Hannover  
Tel. 0511/168-41020; Fax 0511/457215  
Email: emz@online.de

### Dr. Jürgen Collatz

Vorsitzender des Ethno-Medizinischen Zentrums  
und Leiter des Forschungsverbundes  
Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder  
Medizinische Hochschule Hannover OE 5443  
Hainhäuser Weg 124, 30855 Langenhagen  
Email: forschungsverbund-langenhagen@f-online.de

### Dr. med. Mathias David

Oberarzt  
Virchow-Klinikum – Frauenklinik  
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin  
Email: matthias.david@charite.de

### Dr. med. S. Ibrahim Rüschoff

– Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der  
Kliniken im Mühlenkreis  
Ludwigstraße 41, 32312 Lübbecke  
Email: rueschoff@f-online.de

### Bernd Strauch

Ratsvorsitzender und Bürgermeister  
Neues Rathaus  
Trammplatz 2, 30159 Hannover  
Tel. 0511/168-45341  
Fax 0511/168-49576

### Dr. Dursun Tan

Soziologe und Politologe  
FB Sozialpädagogik  
c/o Fachhochschule Hildesheim/ Holzminden  
Hohnsen 1, 31134 Hildesheim  
Email: fbts@fh-hildesheim.de

### Elisabeth Wesselmann

Projektleiterin: Hausinterner Dolmetscherdienst,  
kultursensible Pflege  
Krankenhaus München-Schwabing  
Kölner Platz 1, 80804 München  
Email: Elisabeth.Wesselmann.@kms.mhn.de

Landeshauptstadt



**Hannover**

Der Oberbürgermeister.....

**Referat für interkulturelle Angelegenheiten**

Marktstraße 45, 30159 Hannover

Telefon 0511 | **168** | **41233**

Telefax 0511 | **168** | **46480**

Stand | November 2001

Redaktion | Arzu Altuğ

Die Bearbeitung der Dokumentation lag in den Händen des Ethno-Medizinischen Zentrums e.V., das durch die niedersächsische Landesregierung und die Landeshauptstadt Hannover gefördert wird.

Gestaltung | made by angel | Hannover

Druck | Sponholtz Hannover