

NATUR & GEIST

Das FORSCHUNGSMAGAZIN der Johannes Gutenberg-Universität Mainz



1/2007 23. Jahrgang

ISBN 0178-4757 Preis 4 Euro

JOHANNES
GUTENBERG
UNIVERSITÄT
MAINZ

Kultur und medizinische Versorgung

Von Ilhan Ilkic und Abdullah Takim

Über drei Millionen Muslime leben in Deutschland. Um ihre medizinische Versorgung zu verbessern, müssen sprachliche, kulturelle und durch die religiöse Praxis bedingte Hürden wahrgenommen und – wo möglich – überwunden werden.

Die Begegnung von Ärzten und Patienten unterschiedlicher kultureller Herkunft ist in multikulturellen Gesellschaften keine Seltenheit mehr. Sowohl in Krankenhäusern als auch in niedergelassenen Praxen sind die damit einhergehenden divergierenden Wertauffassungen und -haltungen nicht selten Ursache von Interessenkonflikten und Anlass für Auseinandersetzungen. Kulturelle Einflüsse auf das Verständnis von Gesundheit und Krankheit einerseits sowie auf den Entscheidungsprozess des Patienten andererseits führen jedoch auch zu signifikanten ethischen Problemen, die sowohl für ärztliches und pflegerisches Personal als auch für Patienten und ihre Angehörigen eine Herausforderung darstellen. Diese Herausforderung wird umso komplexer, je stärker sich Werthaltungen und kulturelle Überzeugungen des Behandelten und des Behandelnden voneinander unterscheiden, beispielsweise im Verhältnis zwischen einem nicht-muslimischen Arzt und einem muslimischen Patienten. Das Forschungsprojekt „Informations- und Beratungsangebote zur verbesserten Versorgung von Muslimen im deutschen Gesundheitswesen“, das am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Johannes Gutenberg-Universität angesiedelt ist, setzt sich nun seit Februar 2006 mit dieser Thematik auseinander.

Prävention und Therapie in einer multikulturellen Gesellschaft

Insbesondere bei der praktischen Umsetzung einer präventiven und therapeutischen Medizin, die als Ziel eine bessere Gesundheitsförderung und -erhaltung für alle Mitglieder der Gesellschaft anstrebt, führen kulturelle Einstellungen zu oft unerwarteten und scheinbar unüberbrückbaren Schwierigkeiten und – nach der sozialen – nun zu einer kulturellen Ungleichheit im Hinblick auf Krankheit und Tod. Die Internationalisierung und Globalisierung der biomedizinischen Forschung gilt mittlerweile als selbstverständlich. Es ist jedoch nach wie vor in diesem Globalisierungsprozess unklar, auf welche Weise sich kulturelle und soziale Werthaltungen auf eine Praxis der medizinischen Forschung und Versorgung auswirken sollen.

Das Thema Kultur wird in der medizin- und bioethischen Forschung und Lehre in seiner normativen und medizinischen Bedeutung kaum gebührend berücksichtigt, geschweige denn in die ärztliche und pflegerische Ausbildung integriert. Diese mangelnde Auseinandersetzung mit konkreten kulturbedingten

ethischen Konfliktfeldern in der ärztlichen und pflegerischen Ausbildung führt zu einer nicht ausreichenden interkulturellen Sensibilität und Kompetenz der Auszubildenden und löst somit Unsicherheiten im Bereich des ärztlichen und pflegerischen Handelns und Entscheidens aus. In der Konsequenz ist die medizinische Versorgung in interkulturellen Settings häufig als suboptimal zu betrachten. Dies führt einerseits zu unerwünschten negativen Einflüssen auf das Wohlbefinden der Patienten sowie andererseits zu inakzeptablen wie auch unnötigen Beschränkungen für das ärztliche und pflegerische Personal, was das klinische Resultat der optimalen Patientenversorgung maßgeblich beeinträchtigt.

Muslimische Patienten im deutschen Gesundheitswesen

In den EU-Ländern leben derzeit ca. 14 Millionen Muslime, mehr als drei Millionen davon in Deutschland. In manchen deutschen Kliniken und Arztpraxen erreicht der Anteil der muslimischen Patienten sogar bis zu 30 Prozent. Bei solch häufigen Begegnungen von Ärzten und Patienten unterschiedlicher kultureller Herkunft lassen sich die Problemfelder – zum Teil ethischer Art – folgendermaßen aufteilen:

a) Sprachliche und kulturelle Barrieren in der Kommunikation

Die sprachlichen und kulturellen Barrieren sorgen in der medizinischen Praxis für zahlreiche Verständigungsschwierigkeiten, wobei sich Arzt und Patient nicht selten „sprachlos“ gegenüberstehen. Um die Kommunikationslücken auszugleichen, führen Ärzte oftmals zusätzliche Untersuchungen durch, die zu einer „Überdiagnostik“ führen. Aufgrund mangelnder Verständigung kommt es entweder durch den freiwilligen Wunsch des Patienten oder durch ärztliche Überweisungen zu einer relativ hohen Anzahl von Arztwechsellern (*doctor-shopping*).

Eine gelungene Kommunikation zwischen deutschen Ärzten und nicht deutschsprachigen Patienten herzustellen, ist in der Praxis mit zahlreichen Schwierigkeiten verbunden. In vielen Fällen ist ohne Dolmetscher kaum eine Verständigung möglich. Aus organisatorischen und nicht zuletzt finanziellen Gründen ist ein für das Gesundheitswesen ausgebildeter professioneller Dolmetscherdienst in deutschen Krankenhäusern kaum einzurichten. Vielfach werden hierfür sprachkundige Personen des Krankenhauspersonals, Familienmitglieder oder

Bekannte herangezogen. Die Hilfe einer dritten Person bei einer Arzt-Patient-Verständigung kann jedoch verschiedene Probleme aufwerfen.

Durch Anwesenheit eines Dolmetschers wird zunächst das klassische duale Arzt-Patient-Verhältnis gestört. Der Patient soll in Anwesenheit einer dritten Person, die nicht direkt in den Behandlungsprozess involviert ist, über höchst private Angelegenheiten sprechen und, wenn dies erforderlich ist, seine Intimsphäre offenbaren. Dabei ist aus medizinethischer Perspektive höchst problematisch, dass dadurch die Schweigepflicht beeinträchtigt ist. Übernimmt ein Familienmitglied die Dolmetscherrolle, so verändert sich die Problemlage. Während Schamgefühl oder mangelndes Vertrauen gegebenenfalls in den Hintergrund treten, können andere Probleme entstehen, die die Arzt-Patienten-Kommunikation negativ beeinflussen. Was ist, wenn zwischen Patient und Familienmitglied ein Autoritätsverhältnis existiert und dieses den Kommunikationsprozess verhindert? Wie soll man es beurteilen, wenn die Tochter ihrem kranken Vater zuliebe eine infauste Diagnose oder schlechte Prognose verschweigt? Wie soll das Recht auf Wissen und Nichtwissen in einem anderen kulturellen Kontext verstanden und in die Praxis ethisch vertretbar umgesetzt werden?

b) Religiöse Praxis und medizinische Maßnahmen

Das Befolgen der *islamischen Grundpflichten* pflegt und stärkt die innere Beziehung des Muslims zu seinem Schöpfer und ist für ihn ein konkretes Zeichen seiner Zugehörigkeit zum Islam und der muslimischen Gemeinschaft. Das Fasten erlangt unter diesen religiösen Pflichten für viele Muslime eine besondere

Bedeutung und gehört trotz der körperlichen Anstrengungen zu den am häufigsten praktizierten islamischen Grundpflichten. Das Fasten beinhaltet den Verzicht auf flüssige und feste Nahrung, Rauchen und Geschlechtsverkehr im Fastenmonat Ramadan von der Morgendämmerung bis nach Sonnenuntergang. Dabei sind Volljährigkeit, Mündigkeit und Gesundheit elementare Bedingungen für diese religiöse Pflicht. Reisende, Stillende, Menstruierende, Schwangere und nicht zuletzt Kranke sind von der Fastenpflicht ausgenommen, weil das Fasten ihren Körper zusätzlich belasten könnte. Im Koran wird ausdrücklich betont, dass Kranke von der Fastenpflicht ausgenommen sind, ohne dass jedoch die Grenzen detailliert beschrieben werden (Sure 2 / Vers 184-185). Nach Ansicht der hanafitischen Rechtschule, der die meisten in Deutschland lebenden Muslime angehören, können Injektionen, Infusionen und Nahrungszufuhr durch künstliche Ernährung während des Fastens nicht verabreicht werden. Je nach empfundener Schwere der Krankheit und Grad der Religiosität kann bei einem Muslim der Wunsch zum Fasten entstehen, was mit den Therapieentscheidungen des Arztes in Konflikt geraten kann.

Die Einhaltung der *islamischen Speisevorschriften* ist, wie andere islamische Grundpflichten auch, ein fester Bestandteil des muslimischen Habitus. Dass Muslime auf Schweinefleischverzehr verzichten, ist in deutschen Krankenhäusern durchaus bekannt und dem kann heute durch organisatorische Maßnahmen weitgehend Rechnung getragen werden. Ein anderes, wenig bekanntes, von nicht wenigen muslimischen Patienten aber geachtetes Gebot verlangt den Verzicht auf Arzneien, die nach den islamischen Quellen als verboten (*harâm*) geltende Mittel bein-



Zwischen Leben und Tod:
Ein muslimischer Friedhof in Istanbul zu Beginn des 20. Jahrhunderts

halten. Darunter fallen beispielsweise alle alkoholhaltigen flüssigen Arzneien sowie aus dem Schwein gewonnene Präparate, Herzklappen oder Arzneibestandteile wie Gelatine bei Kapseln. Auch hier kann bei Muslimen abhängig von dem Schweregrad der Erkrankung und der Frömmigkeitsintensität eine ablehnende Haltung zur Therapie entstehen, wenn solche Substanzen verabreicht werden sollen.

Das Erleben von *Schamgefühl* und das islamische *Intimitätsverständnis* beeinflussen bei einem Muslim die Wahrnehmung seines Körpers als Leib und implizieren zugleich im gesellschaftlichen Leben spezifische Handlungsformen. So sind die Bekleidungs Vorschriften und die Umgangsformen unter nicht verwandten und unverheirateten Gegengeschlechtern konstitutive Haltungen, die aus einem islamischen Intimitätsverständnis resultieren. Danach kann der Körperkontakt zwischen nicht verheirateten und nicht verwandten Männern und Frauen als Intimitätsverletzung wahrgenommen werden. Deswegen sollte es nicht verwundern, wenn eine muslimische Frau sich während der von einem (männlichen) Arzt durchgeführten gynäkologischen Untersuchung unwohl fühlt, ja sie sogar ablehnt.

Traditionell-sittliche Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit

Auch traditionell-sittliche Einstellungen zu Krankheit und Gesundheit, die nicht unmittelbar auf die islamischen Grundsätze zurückzuführen sind, spielen eine wichtige Rolle in verschiedenen Interessen- und Entscheidungskonflikten. Beispielsweise führt die allgemeine Vorstellung, dass man erst nach Ausbruch einer Erkrankung einen Arzt besucht, dazu, dass die Bedeutung präventiver Untersuchungen verkannt oder unterschätzt wird. Oft ist eine präzise und kultursensible Aufklärungsarbeit nötig, um Patienten bzw. Eltern von der Wichtigkeit dieser Untersuchungen zu überzeugen. Die psychischen Symptome oder seelischen Entwicklungsstörungen – vor allem bei Kindern – werden im Gegensatz zu somatischen Symptomen nicht selten verkannt, übersehen oder verdrängt. Häufig fehlt das Verständnis für chronische Krankheiten, was zur Abwertung oder zur Vernachlässigung der Behandlungsmaßnahmen führt. Auch die signifikant hohe Anzahl der Verwandtenehen in der türkischen Bevölkerung kann wiederum mit traditionell-sittlichen Lebenseinstellungen erklärt werden. Diese Eheschließungsform erhöht bekanntermaßen statistisch das Risiko einer genetischen bzw. genetisch bedingten Erkrankung. Die Aufklärung in einer genetischen Beratung, die sich an diese Familien richtet, sollte diese kulturellen Wirklichkeiten berücksichtigen.

Förderung der interkulturellen Kompetenz durch Forschung

Die *interkulturelle Kompetenz* gilt in den aktuellen Diskussionen zu den genannten Problemen als Schlüsselbegriff. Es ist bekannt, dass allein die Verfügbarkeit entsprechender Informationen zur Kultur der behandelten Personen in keiner Weise die interkulturelle Kompetenz ausmachen kann: Sie ist zwar eine notwendige, aber keine hinreichende Voraussetzung. Die Vermittlung von Grundkenntnissen über die Wertvorstellungen und Präferenzen von muslimischen Patienten und die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch unter den Gesundheitsberufen können eine bessere Orientierung beim Umgang mit diesen Patienten geben und somit ihre pflegerische und medizinische Versorgung verbessern. Dieses Ziel verfolgt das Mainzer Projekt „Informations- und Beratungsangebote zur verbesserten Versorgung von Muslimen im deutschen Gesundheitswesen“, das durch die Robert Bosch Stiftung gefördert wird. Der Beitrag dieses Projektes zur Förderung der interkulturellen Kompetenz besteht aus zwei Einheiten:

- Veröffentlichung eines praxisorientierten Buches für Mediziner, Pflegepersonal und Multiplikatoren über die Glaubenspraxis der Muslime und die Implikationen für medizin- und bioethische Problembereiche,

- Vernetzung der in diesem Bereich tätigen Experten, Mediziner, des Pflegepersonals und der Multiplikatoren sowie Bereitstellung eines interaktiven Internetportals, um einen Zugriff auf die durch das Projekt erlangten Erkenntnisse zu ermöglichen.

■ Summary

Encounters between physicians and patients from different cultural backgrounds are daily occurrences in multicultural societies. Not only on the clinical ward but also in general practice, conflicts of interests and values arise due to cultural diversity. Cultural influences on conceptions and understandings of health and illness on the one hand and on decision-making of patients on the other give rise to ethical problems challenging both medical staff and patients. Medical practice in Germany is confronted with cultural diversity and the resulting differences in values, understandings and beliefs involved in medical decision-making. The medical ethical problems in the relationship between Muslim patients and German doctors present complex character. In spite of this – and in contrast to other countries confront-

ted with the special issue of migration – the notion of culture, its normative significance and practical urgency, has not been dealt with appropriately in medical-ethical research, counseling and education.

An appropriate transfer of substantial information about the cultural background of Muslim patients will be helpful for solving ethical and social problems in daily medical practice. On this background, our project "Improving Care for Muslim Patients in the

German Health Care System", which is supported by the Robert Bosch Foundation, has two main goals:

- Publication of a book for medical and nursing staff about culture and religious practice of Muslim patients and their ethical implications for day-to-day care,
- Networking of healthcare practitioners, who are confronted with these cultural problems in their daily practice, through a web site.

Literatur

Ilkiliç, İlhan: Der muslimische Patient. Medizinethische Aspekte des muslimischen Krankheitsverständnisses in einer wertpluralen Gesellschaft, Münster – London 2001.

Ilkiliç, İlhan: Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten, 6. Aufl., Bochum 2006.

Ratajczack, T. u. Stegers, C.-M. (Hrsg.): Globalisierung in der Medizin. Der Einbruch der Kulturen in das deutsche Gesundheitswesen, Berlin 2005.

Roetz, H. (Hrsg.): Cross-Cultural Issues in Bioethics – The Example of Human Cloning, Amsterdam 2006.

Schickel, S. et al. (Hrsg.): Kulturelle Aspekte der Biomedizin. Bioethik, Religionen und Alltagsperspektiven. Frankfurt/M. 2003.

Takim, Abdullah: Bioethik in der Türkei. Bochum: Ruhr-Universität, 2005. 25 S.
(abrufbar unter <http://www.ruhr-uni-bochum.de/orient/bioethik/dokumente/bioethiktuerkei2.pdf>)



**Dr. med./TR, Dr. phil.
İlhan İlkiç, M.A.**

İlhan İlkiç studierte Medizin, Philosophie und Islamwissenschaften in Istanbul, Bochum und Tübingen. Er ist seit Januar 2005 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Johannes Gutenberg-Universität und Leiter des Projekts „Informations- und Beratungsangebote zur verbesserten Versorgung von Muslimen im deutschen Gesundheitswesen“.



**Dr. des. phil.
Abdullah Takim, M.A.**

Abdullah Takim studierte Islamwissenschaften, Orientalistik und Philosophie in Bochum. Er ist seit Februar 2006 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Johannes Gutenberg-Universität im Projekt „Informations- und Beratungsangebote zur verbesserten Versorgung von Muslimen im deutschen Gesundheitswesen“. Zudem hat er einen Lehrauftrag an der Stiftungsprofessur für Islamische Religion der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt.

■ Kontakt

Dr. med./TR, Dr. phil. İlhan İlkiç, M.A.
 Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
 Johannes Gutenberg-Universität Mainz
 Am Pulverturm 13
 55131 Mainz
 Tel. +49 (0) 6131 39-37343
 Fax +49 (0) 6131 39-36682
 E-Mail: ilkilic@uni-mainz.de
<http://www.uni-mainz.de/FB/Medizin/Medhist/>