

Muslimische Diabetes-Patienten

Kein Grund, Angst zu haben!

Diabetesfachberaterinnen tun gut daran, sich mit der Kultur und Religion ihrer muslimischen Patienten auseinanderzusetzen. So sind sie in der Lage, für den Fall, dass ein Patient die Fastenvorschriften des Ramadan einhalten will, sich klar zwischen seinem Recht auf Autonomie und der Verhinderung lebensbedrohlicher Risiken zu positionieren.

CARINE NDJOUNBI

UM das ungute Gefühl und die Unsicherheit zu vertreiben, die viele Pflegenden gegenüber muslimischen Diabetes-Patienten empfinden, ist es sinnvoll, sich mit einigen kulturellen Besonderheiten und deren Auswirkung auf die praktische Pflege auseinanderzusetzen. Dieser Artikel möchte einerseits dazu beitragen, muslimische Patienten besser zu verstehen und Probleme zu identifizieren, die sich bei deren Pflege ergeben könnten, und andererseits die pflegerischen Kompetenzen zu beschreiben, die es braucht, um mit diesen Problemen umzugehen. Zu diesem Zweck habe ich mehrere Diabetesfachberaterinnen aus dem Wallis befragt.

Strenge Kontrolle

Sich immer ausgeglichen und gesund ernähren, die Geräte zur Überwachung des Blutzuckers handhaben, sich selbst Insulin spritzen, die oft zahlreichen Medikamente richtig einnehmen oder eine Hypoglykämie korrigieren: all das kann man nicht einfach improvisieren. Die Beratung der Betroffenen, ihnen helfen, so autonom wie möglich zu leben, gehört denn auch zu den wichtigsten Aufgaben der Diabetesfachberaterinnen.

Um einen praktizierenden Muslim mit Diabetes richtig pflegen zu können, ist es wichtig, gewisse Punkte den Glauben betreffend zu klären, welche die Vorstellungen und die Motivation des Patienten und somit auch seine Behandlung stark beeinflussen. Genau zu verstehen, inwiefern sich der eigene Glauben, die eigenen Wertvorstellungen und Erfahrungen von denjenigen des Patienten unterscheiden, erlaubt es den Pflegenden, sich der an-



Festliche und familiäre Stimmung nach dem Fastenbrechen am Abend.

Foto: zVg

deren Kultur zu öffnen und diese anzuerkennen.

Angst vor dem Unbekannten

Der Fastenmonat Ramadan, während dem es von Sonnenaufgang bis Sonnenuntergang nicht erlaubt ist, zu essen und zu trinken, hat in der islamischen Kultur eine sehr grosse Bedeutung. Für einen Diabetiker bedeutet dies unter Umständen jedoch schwerwiegende gesundheitliche Konsequenzen.

Die von mir befragten Pflegenden fühlen sich in dieser Situation oft ziemlich hilflos. Eine meinte sogar, sie hoffe, nie in diese Situation zu kommen, sie wäre viel zu schwierig für sie. Die Angst vor muslimischen Diabetespatienten bedeutet also ein reelles pflegerisches Problem. «Angst vor dem Ungewissen, Angst, Schaden anzurichten, Angst, der Situation nicht gewachsen zu sein, Angst, Konflikte innerhalb der Familie zu schaffen», das sind einige Aussagen, die im Rahmen meiner Befragung von

den Pflegenden gemacht wurden. Alle bestätigten einstimmig, dass die sprachliche Barriere eines der grössten Probleme im Zusammenhang mit muslimischen Diabetes-Patienten bedeute. Um sicher zu gehen, dass der Patient die Notwendigkeit der Behandlung auch wirklich versteht, wird deshalb nach Möglichkeit eine Übersetzerin hinzugezogen.

Die befragten Pflegefachleute verfügten über vage Kenntnisse über den Islam. Da die Muslime im Kanton Wallis eine Minderheit darstellen, waren die meisten noch gar nie mit diesem Problem konfrontiert worden. Sie denken aber, dass der Glaube in der Pflege von Muslimen ein Hindernis darstellen könnte.

Gemäss konsultierter Literatur assoziieren betroffene Muslime ihre Krankheit mit einem Gefühl des Versagens und der Scham; sie betrachten sie als eine Strafe oder Prüfung Gottes. Diese fatalistische Sicht auf die Krankheit kann bedeuten, dass der Patient beispielsweise Komplikationen als Schicksal oder eben Wille Gottes versteht und die Kontrolle vernachlässigt. Für die Pflegenden ist es deshalb wichtig, die persönliche Überzeugung des Patienten zu kennen, um die Situation besser einschätzen zu können. Und das geht nur im Gespräch.

Wenn diese grundlegenden Punkte einmal geklärt sind, werden sie in Verbindung mit den körperlichen und psychologischen Problemen gesetzt und in den Therapieplan integriert.

Herausforderung Ramadan

Ein echtes Problem entsteht, wenn der Patient die Fastenvorschriften des Ramadan einhalten will, das heisst, wenn er während einem Monat den ganzen Tag über weder isst noch trinkt. Die Motivation zu fasten, gründet in der religiösen Bedeutung des Ramadan, einem der fünf Pfeiler des Islam. Auch auf gesellschaftlicher Ebene bedeutet der Ramadan einen ganz besonderen Moment. Er ermöglicht den Gläubigen, sich zu versammeln und ihre Zugehörigkeit zur Gemeinschaft zu stärken. Dabei herrscht eine festliche Stimmung und die familiären und freundschaftlichen Bande werden gefestigt.

Bei einem sehr ausgeglichenen Diabetiker ist es zwar möglich, das Fasten mit einer gewissen Zeitverschiebung für die Medikamenteneinnahme zu praktizie-

ren, aber trotzdem kann der Ramadan für Diabetiker sehr negative Folgen haben. Es kann zu einer Unter- oder Überzuckerung, Dekompensation, Schwindel oder im schlimmsten Fall gar zum diabetischen Koma führen.

Einige Empfehlungen

Niemand hat das Recht, einem Patienten das Fasten zu verbieten, selbst wenn dies sein Leben in Gefahr bringt. Hingegen ist es unbedingt erforderlich, ihn über diese Risiken aufzuklären und sicherzustellen, dass er die Konsequenzen seiner Entscheidung auch wirklich verstanden hat. Man muss sich bewusst sein, dass es bei einem gläubigen Muslim schwere Gewissenskonflikte und Ängste auslösen kann, wenn er den Ramadan nicht einhalten kann.

Wünscht der Patient ausdrücklich, während dem Ramadan zu fasten, geht es für die Pflegenden darum, seine spezifischen Bedürfnisse (körperlicher, psychologischer und spiritueller Art) festzustellen. Gemeinsam mit ihm wird sie versuchen, die erforderlichen Ressourcen zu finden, um das Risiko zu senken. Der Patient wird auf diese Art zum Partner seiner Pflege, für die er sein informiertes Einverständnis gibt. So muss er beispielsweise seinen Blutzuckerspiegel während des Tages sehr genau überwachen, schwere körperliche Anstrengungen vermeiden und bei den Mahlzeiten am Abend (Fastenbrechen) auf eine ausgeglichene Ernährung achten.

Ist das Risiko für einen Patienten zu gross, sollte man ihm vom Fasten ernsthaft abraten und dies gut begründen. Fasten ist insbesondere bei Diabetikern vom Typ 1 kontraindiziert. Im Übrigen sind im Koran kranke Menschen vom Fasten befreit. Sure 2, Vers 185 besagt: «Wer von euch aber krank oder auf Reisen ist, der faste an ebenso vielen anderen Tagen. Gott will für euch Erleichterung, er will für euch nicht Erschwernis.» □

Carine Ndjoumbi hat mit ihrer Diplomarbeit, die diesem Artikel zugrunde liegt, den Preis 2009 der Akademischen Gesellschaft Wallis erhalten. Sie arbeitete als Pflegefachfrau im Pool des Réseau Santé Valais. Zurzeit absolviert sie eine Master-Ausbildung am Institut Universitaire Kurt Bösch in Sion.

Kontakt: Carine.ndjoumbi@etu.iukb.ch

Literaturverzeichnis: siehe französische Artikel

Fasten und Diabetes

Eine gezielte Begleitung

Entscheidet sich ein Diabetiker, den Ramadan einzuhalten, muss er eng begleitet werden, um Komplikationen zu vermeiden. Die Diabetesberaterin unterstützt ihn in Zusammenarbeit mit dem multidisziplinären Team in den folgenden vier Arten von Bedürfnissen:

Physiologische Bedürfnisse: Zwei Monate vor der Fastenzeit sind Vorkehrungen zu treffen, um die Sicherheit des Patienten während dem Ramadan zu gewährleisten und ein gezieltes Programm festzulegen. Der Patient konsultiert die Diabetesberaterin ein bis zwei Wochen nach Beginn der Fastenzeit für eine Kontrolle. Die Sicherheit während der Fastenzeit muss auch durch den behandelnden Arzt kontrolliert werden.

Bedürfnis nach Autonomie und Beratung: Die Diabetesberaterin sieht eine verstärkte Beratung vor. Sie erkundet die Ernährungsvorlieben des Patienten (Wahl der Lebensmittel und Portionen) und evaluiert den Rhythmus der Nahrungsaufnahme und den Zeitpunkt der Mahlzeiten. Sie erinnert den Patienten daran, wie er den Blutzucker kontrollieren muss und was er im Falle einer Hypo- bzw. Hyperglykämie zu tun hat.

Psychologische Bedürfnisse: Die Diabetesberaterin erkundet gemeinsam mit dem Patienten seine Wahrnehmung von der Krankheit und was es bedeutet, krank zu sein und zu fasten, obwohl der Koran dies nicht vorschreibt. Sie analysiert seine Situation und zeigt Verständnis. Sie nutzt die Ressourcen des multidisziplinären Teams.

Spirituelle Bedürfnisse: Die Diabetesfachberaterin findet heraus, was der Patient glaubt und hilft ihm, seine religiösen Praktiken einzuhalten. Gegebenenfalls zieht sie einen geistlichen Vertreter hinzu.

www.sbk-asi.ch

- Diabetes
- Transkulturelle Pflege
- Ausländer

Nevin Altintop

Kultursensible Pflege verlangt flexible Lösungen

Muslimische Patientinnen und Patienten offen nach ihren Vorstellungen zu befragen, ist für die Pflegewissenschaftlerin Nevin Altintop Voraussetzung für eine kultursensible Pflege. In den meisten Fällen gebe es flexible Lösungen, die für die Patienten und die Pflegenden optimal sind.

Haben Muslime ein anderes Verständnis von Krankheit als Menschen mit einem westlichen/christlichen Hintergrund?

Es gibt nicht *den* «Muslimen», so wie es nicht *den* «Christen» gibt. Wenn man von Muslimen redet, muss man sich eine sehr heterogene Gruppe von Menschen vorstellen. Ich habe in der Praxis Muslime erlebt, die mit Krankheiten genauso umgehen wie jeder andere Europäer. Es gibt aber auch Fälle, in denen die Krankheit als «Strafe Gottes» für Untaten oder als eine Art «Prüfung» erlebt wird. Aber das erlebt man mitunter auch bei streng religiösen Christen oder Menschen aus anderen Religionen.

Was muss eine Pflegefachperson besonders beachten bei der Pflege einer Muslimin oder eines Muslims?

Ich denke, dass jeder Mensch grundsätzlich und unabhängig von der Religion menschlich gut und fachlich optimal behandelt werden möchte. Trotzdem sollte das Pflegepersonal einen Einblick in verschiedene kulturelle und religiöse Besonderheiten haben. Bei Muslimen ist es beispielsweise wichtig zu wissen, dass bei der Körperpflege und vor allem bei der Intimpflege Frauen von Frauen und Männer von Männern gepflegt oder gewaschen werden. Man sollte unbedingt eine Sensibilisierung bezüglich des Schamgefühls entwickeln, nicht nur gegenüber Muslimen. Das Schamgefühl ist nicht unbedingt religionsabhängig, aber aus Erfahrung empfinden strenggläubige Muslime es als Demütigung, sich Fremden nackt zu zeigen. Ausser dem Ehepartner soll kein fremder Mensch einen Muslim ganz

nackt sehen. Allerdings wird im Notfall davon abgesehen. Die Erhaltung des Lebens geht dann vor.

Wird in der Praxis bei der Körperpflege darauf Rücksicht genommen?

Nicht immer. Eine über 70-jährige Interviewpartnerin erzählte mir, dass sie sich im Krankenhaus aus Scham zwei Wochen lang nicht von dem männlichen Pfleger waschen hat lassen. Sie wartete auf ihre Töchter, die allerdings aus beruflichen Gründen in den zwei Wochen nur zweimal kamen. Diese haben zwar das Anliegen ihrer Mutter dem Personal geschildert, es wurde jedoch keine flexible Lösung gefunden. Die Einteilung des Pflegepersonals blieb unverändert. Ich denke, dass dieses Problem sehr einfach hätte gelöst werden können.

Sterben

Spezielle Zimmer für die Trauer einrichten

Für strenggläubige Muslime ist der Tod Teil des Lebens, und sie glauben an ein Leben nach dem Tod. Ein sterbender oder bereits gestorbener Muslim darf nicht von Personen berührt werden, die keine Muslime sind. Ist dies nicht zu verhindern, sollte man laut muslimischen Gelehrten wenigstens Einweghandschuhe benutzen, um Respekt zu zeigen. Nevin Altintop hat beispielsweise erlebt, dass ein Angehöriger in seiner Trauer einen Pfleger schlagen wollte, da er seine gerade verstorbene Mutter angefasst hatte. Zu beachten sei auch, dass Angehörige sehr laut trauern.

Lautes Schreien und Weinen sind ein Teil der Trauerbekundung, was laut Nevin Altintop vom Pflegepersonal unbedingt zugelassen werden sollte. Sie fände es sinnvoll, Zimmer einzurichten, in denen man diese Menschen trauern lassen kann. Leider verfügten Kliniken und andere Institutionen selten bis nie über solche. Solche Zimmer wären jedoch für alle Angehörigen wichtig, nicht nur für Muslime. Im Islam ist es üblich, die Toten innerhalb von 24 Stunden zu begraben. Heute werden viele Migranten und Migrantinnen in ihre Herkunftsländer überführt, sodass

sich dies nicht erfüllen lässt. Beim Sterben muss nicht unbedingt ein Imam dabei sein, meistens rezitieren Angehörige Verse aus dem Koran und befeuchten die Lippen des Sterbenden oder flößen ihm Wasser ein. Tote werden mit verschlossenen Augen, mit hochgebundenem Kiefer, übereinander auf der Brust zusammengelegten Händen und zusammengebundenen Beinen mit Blick Richtung Mekka gelagert. Sie werden von den Angehörigen in einem weissen Laken oder Leinentuch abgeholt und in die Moschee zur Waschung gebracht.



Angehörige in die Pflege einzubeziehen, ist oft eine gute Lösung, damit die Pflege von muslimischen Patienten gelingt.

Foto: Werner Krüper

Wie weit müssen sich die Pflegenden den kulturellen und religiösen Vorschriften anpassen, wie weit muslimische Patienten und Patientinnen den Gepflogenheiten des Krankenhauses oder der Pflegeinstitution?

In der Realität muss sich meistens der Patient, die Patientin «anpassen». Dies gilt nicht nur für Muslime. Es ist oft eine «Friss oder stirb»-Situation. Ein deutscher schwerkranker Patient, dem eine Lebertransplantation bevorstand, sagte mir einmal: «Ich habe bereits am Eingang dieser Klinik meine Identität abgegeben.» Wenn eine Patientin beispielsweise die Körperpflege oder Mahlzeiten ablehnt, springen die Ehepartner oder Kinder ein und übernehmen das Waschen oder bringen Essen von Zuhause mit. Es kommt jedoch auch vor, dass diese Hilfe durch Angehörige vom Pflegepersonal abgelehnt wird. Es heisst dann: «Um 7 Uhr werden alle gewaschen, wir können nicht auf die Verwandten von XY warten.» Es kommt auch vor, dass sich Mitpatienten über den Geruch mitge-

brachter Speisen beschwerten. Auch hier könnte man flexible Lösungen finden, wobei zentral ist, dass die Angehörigen besser eingebunden werden.

Was sollte ein Krankenhaus oder eine Pflegeinstitution bezüglich Essen beachten?

Laut Koran darf ein Muslim nur bestimmte Tiere essen, die auch nach islamischer Vorschrift geschächtet wurden («helal»): Wiederkäuern mit gespaltenem Huf (z.B. Rinder, Schafe) und schuppenbehaftete Fische. Gegenüber Speisen (Süssspeisen), die Schweinegelatine oder Alkohol enthalten, sind Muslime auch sehr zurückhaltend. Es reicht nicht, dass muslimischen Patienten bei den Mahlzeiten nur die «Beilagen» angeboten werden. Ein wichtiger Aspekt ist die Aufklärung von Patienten, was die Speisen enthalten und woher sie geliefert werden. Es kommt oft vor, dass die Mahlzeiten von muslimischen Patienten abgelehnt werden, weil sie denken, dass sie in einer

Küche mit dem gleichen Geschirr zubereitet werden. Man muss ausprobieren, ob das Problem durch einen muslimischen Koch oder einen muslimischen Lieferanten gelöst werden kann. Einige kultursensibel ausgerichtete Altenheime in Deutschland haben das Problem dadurch gelöst, dass das Essen von einem muslimischen Anbieter geliefert wird.

Sollten spezielle Möglichkeiten für die Gebetsverrichtung geschaffen werden?

Interessanterweise stelle ich immer wieder fest, dass sich Muslime über Gebetsmöglichkeiten freuen, dass letztere aber keine Priorität darstellen. Es heisst: Das Gebet kann überall verrichtet werden. Das Angebot eines kleinen Gebetsraumes zeigt allerdings auch ein Entgegenkommen und ein Interesse seitens der Klinik.

Was ist, wenn der Patient fasten will und dies Ärzte und Pflegenden als gesundheitsschädigend beurteilen?

Dolmetschen

Allgegenwärtige Sprachprobleme

Übergreifendes Problem im Umgang mit Patientinnen und Patienten aus anderen Kulturkreisen in der Akut-, der Langzeit- und der ambulanten Pflege ist die Verständigung. Kirsten Schmidt-Kötting, Leiterin der Ambulanten Dienste vom Caritasverband Leverkusen, weist darauf hin, dass oft unklar ist, wer Ansprechpartner ist. Derjenige, der für den Erkrankten die Dinge rechtsverbindlich regelt, sei nicht immer der pflegende Angehörige. Oft sind es die Söhne, die alles regeln und die Töchter/Schwiegertöchter führen die Pflege durch. Angehörige als Dolmetscher einzusetzen sei eine sehr schlechte Angewohnheit, da oft zu viele Informationen aus emotionalen Gründen vorgefiltert würden.

Ein weiteres Problem ergibt sich, wenn beim Dolmetschen das Schamgefühl der Menschen nicht ernst genommen wird. Nevin Altintop schildert eine Situation, in der sie sich als Dolmetscherin während einer Intimuntersuchung umgedreht habe, damit sich der Patient nicht zu Tode schämt. Das Pflegepersonal habe daraufhin zu lachen begonnen.

Wie es besser klappt, schildert Nevin Altintop in einem anderen Beispiel mit einer lebertransplantierten Türkin und ihrer Mutter, die direkt aus der Türkei kamen und daher kein Wort Deutsch verstanden. Anfangs hat man versucht, die türkischen Putzfrauen, die auf der Station arbeiteten, als Dolmetscherinnen einzusetzen. Aufgrund der vielen medizinischen Begriffe merkte man bald, dass dies nicht funktionierte. Sie habe in dieser Zeit auf einer Nachbarstation gearbeitet und sich angeboten, während ihren Dienstzeiten zu übersetzen. Beide Stationsleitungen haben dieses Angebot dankend angenommen. Sobald sie zum Übersetzen gebraucht wurde, wurde ihre Arbeit von einer anderen Kollegin ohne Probleme übernommen. So sei es gelungen, flexibel auf ein Problem zu reagieren.

Muslimische Patienten und Patientinnen

Status als Individuum zurückgeben

In Anlehnung an Edward Said, den Autor des wunderbaren Buches «Orientalismus», sei hier streiflichtartig darüber nachgedacht, warum die Art mit den Muslimen und Musliminnen umzugehen – beispielsweise in der Pflege – besonders oder anders sein soll.

Als abrahamitische Religion ist der Islam im Wesentlichen dem Christentum nahe, die ihm angehörenden Personen werden jedoch in letzter Zeit quasi als homogener Block, vermehrt als die «gänzlich Anderen» wahrgenommen. Die Muslime und Musliminnen als Gruppe sind jedoch nicht einfach «natürlicherweise» da; sie werden durch unseren Blick auf sie, unsere Rede über sie und unseren Umgang mit ihnen immer wieder erneut zur besonderen und anderen Menschengruppe gemacht. Da die meisten im Kontext von Migration auftauchen, figurieren sie nochmals als Teil eines Kollektivs.

Sind sie in unseren Köpfen nicht schon doppelt «anders», lange bevor sie zu Patienten oder Patientinnen geworden sind? Wir ignorieren kontinuierlich, dass die Menschen muslimischer Herkunft kein fester, monolithischer Block sind. Sie sind von grosser Pluralität gekennzeichnet, ob es sich nun um Sunniten, Schiiten oder Aleviten handelt oder um konservative, säkulare oder kulturelle Muslime und Musliminnen, die lediglich religiöse Feiertage zelebrieren, oder sie ignorieren. Zudem ist die Kontinuität der Dichotomisierung im Umgang mit Migration nach wie vor als Vermächtnis unserer Geschichte der Fremdarbeiterpolitik zu sehen. Die Angst vor Überfremdung und eine Kultur des Ungleichheit schaffenden Umgangs mit Zuwanderung haben sich bis heute gehalten. Die neuen rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen haben sich kaum verändert, wohl aber die Zusammensetzung der Gruppen. Immer noch ist die Zulassungspolitik gekennzeichnet vom tiefen Glauben an eine Andersartigkeit aufgrund von

ethnisch chiffrierter kultureller Herkunft. Während in den 1960er Jahren die «Gastarbeiter» aus Italien oder Spanien mit ihrem traditionellen und tiefverwurzelten Katholizismus die «ganz Anderen» waren, so haben sich die differenz-markierenden Grenzen nun an die Ränder von Europa verschoben, dort wo diejenigen mit einer «wirklich anderen Kultur» herkommen sollen.

Mit dem diskursiven Schaffen «des Muslims» wird der oder die einzelne als Mensch ausgelöscht. Es bedarf entsprechend eines Umgangs, der die zugewanderten muslimischen Patienten und Patientinnen nicht kollektiviert und kulturalisiert, sondern ihnen ihren verloren gegangenen Status als handelndes Subjekt und Individuum in allen Lebenslagen, besonders aber im Pflegebedarf, zurückgibt. Es braucht tatsächlich eine andere Pflege im Umgang mit der muslimischen Klientel, nämlich eine, die dem Einzelnen mit dem pflegerischen Handeln ganz bewusst den Subjektstatus zurückgibt. Wir sollten in der Pflege nicht beabsichtigen, «die Muslime» in der Gesamtheit als Andersgläubige zu verstehen oder gar zu handhaben, sondern sie als individuelle, in vielfältigen – auch sich verändernden – kulturellen Bezügen verwobene, Patientinnen und Patienten zu sehen, die zudem selbst in der Lage sind, sich gegebenenfalls zu dem, was für sie kulturell zu berücksichtigen ist, zu äussern. Einfach fragen und, wenn möglich, die Rahmenbedingungen entsprechend anpassen. Ist dies unmöglich, erklären warum.

Rebekka Ehret

Rebekka Ehret, Dr. phil., ist Leiterin des Masterstudienganges Managing Diversity an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit und Vorstandsmitglied DT PPP.

Kontakt: rebekka.ehret@hslu.ch.

Siehe auch: Ehret, Rebekka. 2009. Die Kulturfrage. Plädoyer für einen sorgsameren Umgang mit Kultur. In: Golsabahi, Solmaz et al. (Hrsg.). Jeder ist weltweit ein Fremder. Beiträge zum 2. Kongress des DT PPP in Wien 2008. VWB Verlag für Wissenschaft und Bildung Berlin: 47–55.

Im Islam sind Schwangere, Reisende und Kranke vom Fasten ausgenommen. Einem kranken Menschen ist das Fasten nicht vorgeschrieben. Er kann demnach behandelt werden und die vorgeschriebenen Medikamente einnehmen. Die Fastenzeit kann nach der Genesung «nachgeholt» werden. Für Kinder bis zur Pubertät ist das Fasten ebenfalls keine Pflicht, aber wenn sie fasten wollen und können, dann dürfen sie dies auch tun.

Was sagen sie einer Pflegefachperson, die Angst hat, im Umgang mit muslimischen Patienten etwas falsch zu machen?

Angst ist immer unproduktiv und führt zu Hemmungen. Diesen Personen ist zu raten, offen mit den muslimischen Personen zu reden und die Patienten nach ihren Wünschen zu fragen, wie sie es auch bei anderen tun würden. Damit macht man selten etwas falsch. Im Falle von Sprachproblemen kann auch ein Angehöriger, Dolmetscher oder anderer Mitarbeiter übersetzen.

Wie möchten Sie selber als Muslimin gepflegt werden, was wäre Ihnen am wichtigsten?

Ich möchte wie jeder andere Mensch professionell und korrekt gepflegt werden. Ich möchte, dass meine Wünsche Beachtung finden und nicht belächelt werden. Wichtig ist mir, dass ich in die Behandlungsvorhaben miteinbezogen werde, sofern ich kann. Ich glaube das sind Wünsche, die für jeden Kranken gelten. Ich kann mich da ganz einem Statement von Doris Trabelsi vom Caritasverband Stuttgart anschliessen: «Wir haben in die Pflege immer den Begriff «sensibler Umgang» mit eingebracht, da dies unabhängig von Herkunft und Religion jeder Mensch in einer Pflegesituation sich wünscht. Wir mussten für die kultursensible Pflege werben und merkten früh, dass das Verständnis wächst, wenn man sich fragt, was man sich in dieser Situation selbst wünschen würde.»

Interview: Urs Lüthi

Nevin Altintop, ist in Bayern aufgewachsen und selber Muslimin. Sie lebt in Wien, wo sie Pflegewissenschaft studierte. Zurzeit arbeitet sie an ihrer Doktorarbeit an der Universität Wien (Kultur- und Sozialanthropologie) über kultursensible Pflege.