

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Probleme im Krankenhaus- und Pflegealltag mit  
islamischen Patienten.

Mit besonderer Berücksichtigung von Tabus

Verfasserin

**Daniela Breitenseher**

angestrebter akademischer Grad

**Magistra der Philosophie (Mag. phil.)**

Wien, März 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: Pflegewissenschaft

Betreuer: Ao. Univ. Prof. Dr. med. Dr. theol. Mag. pharm. Matthias Beck



## **Ehrenwörtliche Erklärung**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende wissenschaftliche Arbeit selbstständig angefertigt habe. Ich erkläre weiters, dass ich keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Alle ausgedruckten, ungedruckten oder dem Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen und Konzepte sind gemäß den Regeln für wissenschaftliche Arbeiten zitiert worden.

Die wissenschaftliche Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden. Diese Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben. Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version vollständig mit dem der gedruckten Version übereinstimmt.

Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird.

Wien, März 2009

Daniela Breitenseher

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG .....</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>DAS CHRISTENTUM UND DER ISLAM.....</b>	<b>12</b>
<b>2.1</b>	<b>Christentum .....</b>	<b>14</b>
2.1.1	Pflege und Krankheitsverständnis .....	15
2.1.2	Charakteristische Merkmale dieser Religion .....	15
2.1.3	Heilmethoden.....	18
<b>2.2</b>	<b>Islam .....</b>	<b>19</b>
2.2.1	Pflege und Krankheitsverständnis .....	22
2.2.2	Charakteristische Merkmale dieser Religion .....	24
2.2.3	Heilmethoden.....	28
<b>2.3</b>	<b>Gegenüberstellung Christentum und Islam .....</b>	<b>32</b>
<b>3</b>	<b>PFLEGE UND MEDIZIN .....</b>	<b>33</b>
<b>3.1</b>	<b>Glaubenskonflikte im Pflege- und Krankenhausalltag.....</b>	<b>36</b>
3.1.1	Probleme aus der Sicht des Krankenhauspersonals .....	40
3.1.2	Probleme aus der Sicht des islamischen Patienten .....	45
<b>4</b>	<b>TABU.....</b>	<b>47</b>
<b>4.1</b>	<b>Definition und Erklärung von Tabu .....</b>	<b>48</b>
<b>4.2</b>	<b>Formen des Tabus .....</b>	<b>48</b>
<b>4.3</b>	<b>Tabus im Islam .....</b>	<b>49</b>
4.3.1	Nacktheit, Schamgefühl und Intimität .....	51
4.3.2	Krankheits- und Schmerzempfinden .....	55
<b>5</b>	<b>LÖSUNGSMÖGLICHKEITEN .....</b>	<b>60</b>
<b>5.1</b>	<b>Ansätze beim Krankenhauspersonal .....</b>	<b>63</b>
<b>5.2</b>	<b>Ansätze beim muslimischen Patienten.....</b>	<b>68</b>

<b>6</b>	<b>VORSTELLUNG EINES MULTIKULTURELL GEFÜHRTEN SENIORENZENTRUMS IN DUISBURG.....</b>	<b>69</b>
6.1	Entwicklung und Entstehung des multikulturellen Seniorenheimes „Haus am Sandberg“ in Duisburg.....	70
6.2	Vorstellung des Hauses .....	71
6.2.1	Mitarbeiter des Multikulturellen Seniorenzentrums .....	76
6.2.2	Multikulturelle Angebote und Besonderheiten .....	78
6.3	Pflegeleitbild und Pflegemodell.....	82
6.3.1	Zur Person Monika Krohwinkel.....	83
6.3.2	Das Modell fördernder Prozesspflege .....	83
6.3.3	Rahmenmodell.....	85
6.3.4	Pflegeprozessmodell .....	86
6.3.5	Strukturmodell (ABEDLs).....	88
6.3.6	Managementmodell .....	90
6.3.7	Qualitätsentwicklungsmodell mit einem integrierten Modell zum reflektierenden Erfahrungslernen .....	91
<b>7</b>	<b>ÜBERLEGUNGEN, AUSBLICK, DISKUSSION.....</b>	<b>93</b>
<b>8</b>	<b>LITERATUR .....</b>	<b>100</b>
<b>9</b>	<b>ANHANG .....</b>	<b>106</b>
9.1	Abbildungsverzeichnis.....	106
9.2	Zusammenfassung .....	107
9.3	Curriculum Vitae .....	108

## Vorwort

Die Thematik meiner Diplomarbeit entwickelte sich über die letzten Jahre meines Studiums. Durch Gespräche mit Ärzten, diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegern und Freunden aus meinem Bekanntenkreis, die diese Problematik der „anderen Religionen“ aus dem Krankenhausalltag kennen, beziehungsweise kennen lernen durften. Zum Teil durch eigene Aufenthalte im Krankenhaus, aber auch durch eigene Beobachtungen und Erfahrungen bei Krankenhausbesuchen wurde mir verstärkt bewusst, wie notwendig es ist, über andere Glaubensgemeinschaften mehr zu erfahren, um diverse Verhaltensweisen besser verstehen zu können.

Dass hier noch sehr viel Aufklärungsarbeit notwendig ist, wurde mir beim Durcharbeiten meiner Literatur bestätigt, was zum Verfassen dieser Diplomarbeit führte. Mein zunehmendes Interesse für dieses Thema wurde durch die Entdeckung des „Multikulturellen Seniorenzentrum“ in Duisburg geweckt, auf das ich bei meiner Recherche im Internet stieß. Deshalb entschloss ich mich, dieses Haus zu besuchen, um es in meiner Arbeit vorstellen zu können.

Auf diesem nicht immer leichten Weg konnte ich auf viele Menschen zählen, die mir mit Rat und Tat zur Seite standen und mich immer wieder aufmunterten, wenn es einmal nicht so gut lief. Diesen Menschen möchte ich auf diesem Wege meinen großen Dank aussprechen. In erster Linie möchte ich Herrn Ao. Univ. Prof. Dr. med. Dr. theol. Mag. pharm. Matthias Beck für die außergewöhnliche Betreuung danken. Für die gute und rasche Unterstützung gebührt Frau V.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer ein aufrichtiges Dankeschön. Weiters gilt ein großer Dank dem „Multikulturellen Seniorenzentrum“, welches mich gastfreundlich empfing und mir die Möglichkeit gab, mir ein eigenes Bild von dieser Institution zu machen. Auch meinem Freund möchte ich hiermit Dankeschön sagen, für die weite Reise nach Duisburg, auf der er mich begleitet hat. Aber nicht zu vergessen sei meine Familie, ohne die dieses Studium nicht möglich gewesen wäre.

# 1 Einleitung

Laut Volkszählung des Bundesministeriums im Jahr 2007 leben in Österreich 8,3 Millionen Menschen. Noch vor ein paar Jahren sprach man von 8 Millionen. Diesen Bevölkerungszuwachs haben wir einerseits der steigenden Geburtenrate zu verdanken und andererseits der heranwachsenden Zuwanderungsrate. Mit 12,5% liegt Österreich über jenem Anteil des klassischen Einwanderungslandes USA. In Wien haben wir den größten Bevölkerungsanstieg zu verzeichnen (vgl. [www.bmeia.gv.at](http://www.bmeia.gv.at)).

„Laut Volkszählung (2001) sind 73,6% der Bevölkerung römisch-katholisch und 4,7% Protestanten . . . Die Zahl der Muslime ist vor allem durch die Zuwanderung in der letzten Dekade auf 4,2% angestiegen. 3,5 % der Bevölkerung haben ein anderes Religionsbekenntnis, 12% sind konfessionslos und 2% haben keine näheren Angaben gemacht“([www.bmeia.gv.at](http://www.bmeia.gv.at)).

Diese Zahlen zeigen, dass es unbedingt notwendig ist, sich nicht nur hinter seiner Kultur und seinem Glauben zu verstecken, sondern sich für Neues zu öffnen. Da in Österreich die muslimische Glaubensgemeinschaft stetig anwächst, ist es wichtig, dieser Religion mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

Vor allem in der Medizin und der Pflege kommt man immer häufiger mit unterschiedlichen Religionen und Kulturen in Berührung, wodurch oftmals Konflikte entstehen. Schon alleine die Kommunikationsschwierigkeiten, die durch die verschiedenen Sprachen verursacht werden, können im Pflegealltag zu großen zwischenmenschlichen Hindernissen führen. Aber auch das Nicht-Beachten oder Nicht-Wissen von Bräuchen und dem religiösen Glauben der jeweils anderen Kultur, erschwert das Miteinander.

Es fällt den Menschen nicht immer leicht, vom eigenen Kulturkreis abweichendes Verhalten zu verstehen beziehungsweise zu akzeptieren. Ein sehr treffendes Zitat unterstreicht dies:

*„Fremde Länder, Menschen, Gerüche, Tänze, Brauchtum und Religiosität werden in der Regel als faszinierend erfahren, solange die Distanz zur Fremdheit kontrollierbar bleibt“* (Bixa 2005, 8).

Madeleine Leininger, eine amerikanische diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin für Psychiatrie und Anthropologin, erkannte als erste, wie wichtig eine kultursensible Pflege ist und setzte sich schon in den 50er Jahren mit der Pflege in anderen Kulturen auseinander, um in den 60er Jahren, ausgehend von ethnologischen Studien, ein neues Pflegefach – transkulturelle Pflege - zu gründen. Sie forderte weiters, dass die unterschiedlichen kulturellen Normen und Werte der Patienten in die Pflegewissenschaft einfließen und in die tägliche Pflegepraxis integriert werden sollen (vgl. Plasser 2005).

Umso wichtiger ist es, sich mit dem Problem der interkulturellen Pflege auseinanderzusetzen, was in dieser Arbeit verdeutlicht wird. Aus dem komplexen Geschehen multikultureller Pflege wird das christlich-muslimische Geschehen herausgegriffen. Im speziellen wird auf die türkischen Muslime eingegangen. Die Frage der Pflege betreffend bin ich mir bewusst, dass es noch weitere Religionen gibt, denen ebensoviel Beachtung geschenkt werden sollte, die hier nicht erwähnt und bearbeitet wurden.

Die Methode, die in dieser Arbeit angewendet wird, ist im ersten Teil eine Literaturstudie. Im zweiten Teil wird ein konkretes Projekt in Augenschein genommen, in dem sich in einem Seniorenheim das Zusammenleben zwischen christlichen und muslimischen Bewohnern bereits seit 10 Jahren bewährt hat.

Die Arbeit wird folgendermaßen strukturiert sein. Zuerst wird ein allgemeiner Blick auf beide Religionen geworfen, soweit dies für meine Arbeit notwendig ist. Danach wird auf die Pflege und das Krankheitsverständnis sowie die charakteristischen Merkmale der Religionen eingegangen.

Darauf folgt ein kurzer Einblick in die alternativen Heilmethoden, die im Christentum und Islam angewendet werden. Um einen besseren Überblick zu bekommen, beziehungsweise die Unterschiede zwischen den beiden Glaubensrichtungen klarer zu sehen, werden diese zum Ende des ersten Kapitels gegenübergestellt.

Die Problematik des Zusammenlebens zeigt sich vor allem im Krankenhaus, sei es im Pflegealltag oder in der Medizin; es kommt immer wieder zu Glaubenskonflikten zwischen Krankenhauspersonal und Patient. Deshalb wird das zweite Kapitel genau dieser Thematik gewidmet. Dabei werden beide Sichtweisen, die des Personals, aber auch die der islamischen Patienten dargestellt, um mehr Einsicht und Verständnis für den jeweils Anderen zu gewinnen.

Das dritte Kapitel beschäftigt sich mit dem großen Wort „Tabu“. Jeder glaubt es zu kennen, aber nur wenige sprechen darüber, was es beinhaltet. Jeder Mensch ist auch selbst schon betroffen gewesen, denn es gibt in jeder Gesellschaft und in jeder Kultur Tabuthemen. Gerade im Krankenhausalltag sind Ärzte und Pflegepersonen täglich mit dieser Thematik konfrontiert. Deshalb bedarf es einer genaueren Betrachtung und Erklärung dieses Wortes, was in diesem Abschnitt der Arbeit versucht wird.

Zu Beginn wird Tabu definiert und die Geschichte dieses Wortes ein wenig beleuchtet, allerdings soll dies wirklich nur ein kurzer Einblick in die Geschichte sein, soweit es für diese Arbeit wesentlich ist, um anschließend unterschiedliche Formen des Tabus vorstellen zu können, die für dieses Diplomarbeitsthema von Bedeutung sind.

Im speziellen wird in diesem Kapitel auf Tabus im Islam eingegangen, wobei Nacktheit, Schamgefühl und Intimität als Tabu genauer betrachtet wird, da vor allem in der Pflege und in der Medizin diese Tabugrenzen oftmals überschritten werden, beziehungsweise übertreten werden müssen. Um in diesem Bereich mehr Rücksicht und Verständnis für die Patienten zu entwickeln, ist es wichtig, mehr über diese Glaubensgrundsätze und Tabus zu erfahren. Deshalb habe ich mich für diese Tabuthemen entschlossen. Als weiteres Tabu wird das Krankheits- und Schmerzempfinden genauer beleuchtet, da diese Thematik im Krankenhaus eine große Rolle spielt, wenn es um die Behandlung von Patienten geht.

Sehr entscheidend für eine positive Veränderung beziehungsweise Verbesserung ist es jedoch, nicht nur die Konflikte und Probleme aufzuzeigen, sondern auch nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen. Hierzu zählen Ansätze beim Krankenhauspersonal, wie aber auch beim muslimischen Patienten. Deshalb wird das vierte Kapitel dieser Aufarbeitung gewidmet.

Im zweiten Teil dieser Arbeit stelle ich das „Multikulturelle Seniorenzentrum“ in Duisburg vor. In diesem Abschnitt fließen auch persönliche Berichterstattungen der dort arbeitenden Sozialarbeiterin sowie Pflegepersonen und der Heimleitung mit ein.

Dieses Haus startete als ein Projekt und konnte sich zu einer nicht mehr wegdenkbaren Einrichtung etablieren. Deshalb stelle ich auch dieses Zentrum als ein mögliches Modell einer guten Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Kulturen und Religionen vor.

Zu Beginn wird auf die Entwicklung und Entstehung des „Multikulturellen Seniorenheimes“ eingegangen, um anschließend das Haus genauer vorstellen zu können. Welche Mitarbeiter in einem solchen Haus tätig sind, aber auch welche Besonderheiten und welche multikulturellen Angebote den Patienten geboten werden, wird ebenfalls in diesem Abschnitt erläutert. Im nächsten Punkt wird das Pflegeleitbild und das Pflegemodell, nach dem dieses Haus geführt wird, erklärt.

Ziel meiner Arbeit soll es sein, mehr Verständnis und Einsicht für Christentum und Islam zu erlangen, um eine bessere Kommunikation zwischen Patienten und Pflegenden sowie deren Ärzte herzustellen. Dadurch könnten möglicherweise raschere Behandlungserfolge durch mehr Mitarbeit von Seiten des Patienten erzielt werden, da sich diese verstandener und akzeptierter fühlen.

Domenig ist ebenfalls der Meinung, dass es einer entsprechenden Professionalisierung der Pflege bedarf, um die Bedürfnisse der MigrantInnen, die in Österreich ihren Lebensabend verbringen werden, situations- und kontextgerechter betreuen zu können (vgl. Domenig 2001,14).

Dass dieses Ziel zu verwirklichen ist, kann man bei einem Besuch des multikulturellen Seniorenzentrums in Duisburg selbst sehen.

Ich hoffe mit dieser Arbeit einen besseren Einblick in diese Materie zu geben!

## 2 Das Christentum und der Islam

„Von der Antike bis zur Neuzeit galt der religiöse Glaube als eine Form des Wissens, die durch Überlieferung erworben wird. Mit dem Empirismus der Neuzeit wurde der Begriff „Wissen“ auf die sichtbare Erfahrungswelt beschränkt, und der Glaube wurde zur Gefühlsentscheidung“ (Zielke-Nadkarni 2003a, 348).

Zielke-Nadkarni beschreibt, dass die Religionen versuchen, die Beziehung zwischen Mensch, Kosmos und Welt zu erklären und den Sinn dahinter näher zu bringen. Der Glaube hilft dem Menschen, gegen Krankheit anzukämpfen und Tod, Unglück oder Katastrophen zu verarbeiten. Sie geben dem Gläubigen innere Sicherheit und verleihen den Mitgliedern dieser Glaubensgemeinschaft ein Zusammengehörigkeitsgefühl. In besonderen Lebenssituationen, wie Geburt oder Hochzeit, Tod, etc., sehen die einzelnen Religionen bestimmte Riten und Pflichten vor, beispielsweise spezielle Reinigungen.... . „Der Islam wie das Christentum sind als abrahamitische Religionen eng miteinander verwandt und weisen eine Reihe von Gemeinsamkeiten auf“ (Zielke-Nadkarni 2003a, 608).

Jeder Mensch hat seine Weltansicht meint Schröck, diese kann beispielsweise humanistisch, christlich, jüdisch oder islamisch... geprägt sein. Aber für alle Menschen hat diese Grundauffassung die gleiche Funktion. Schwierig kann es werden, wenn jemand seine Sichtweise als die „Richtige“ bezeichnet und die anderen somit ausgrenzt (vgl. Schröck 1996,726).

Die islamische Religion ist nicht wie in der westlichen Welt eine private Angelegenheit, sondern sie findet nach Schulz in einer sozialen Dimension statt. Die Religion durchdringt das ganze Leben der Gläubigen (vgl. Schulz, in: Zielke-Nadkarni, 2003b, 55).

Für viele Migranten bietet ihr Glaube eine Lebensorientierung in der neuen Heimat, die für sie sonst fremd ist. In dieser unbekanntem Umgebung müssen sie ihre eigene Identität mit den neuen kulturellen Werten vergleichen und gegebenenfalls neu überdenken. Gläubige muslimische Einwanderer, die in ein christlich geprägtes Land kommen, entwickeln Strategien, wie sie ihre kulturell-religiöse Identität bewahren können. Diesen Prozess sollte man allerdings nicht als Hindernis für den Integrationsprozess sehen, nein im Gegenteil er ist sogar notwendig, um eine psychische Stabilisierung des Migranten zu erreichen (vgl. Wunn 2006, 61f.).

Jeder Mensch ist durch seine kulturelle Herkunft und seinen Glauben geprägt und hat dadurch seine eigenen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, betont Wunderer. Diese können sich durch unterschiedliche Weise äußern, wie beispielsweise Schmerzen dargestellt werden, oder an wen sich der Kranke wendet bei Beschwerden, an einen Arzt oder vertraut er eher auf volksmedizinische Heiler (vgl. Wunderer 1997, 96).

Mucciolo-Madler erklärt, dass die Welt und Kultur von uns wie durch eine Art Kulturbrille betrachtet, durch diese interpretiert und beurteilt wird. Aus der eigenen Sicht erscheint diese Betrachtungsweise als richtig, aber sie ist nicht allgemeingültig. Die kulturellen Normen und Werte beeinflussen die zwischenmenschlichen Beziehungen und das soziale Miteinander. Vor allem in der Pflege müssen die Pflegepersonen die individuelle Identität des einzelnen Patienten erfassen, und ihre Handlungen danach anpassen, um eine adäquate Pflege zu gewährleisten (vgl. Mucciolo-Madler in: Zielke-Nadkarni, 2003b, 188f.).

„Die Religion eines Menschen oder seine religiöse Einstellung und Prägung sind grundlegend für seine Einstellung zu Heil und Heilung, aber auch zu Krankheit und Tod“ (Wunn 2006, 68).

## 2.1 Christentum

Das Christentum ist die zahlenmäßig größte Weltreligion und durch Missionsarbeiten gelang ihr die Verbreitung über alle Kontinente der Erde (vgl. Hattstein 1997, 72).

Nach Barden wird in christlichen Ländern in der Pflegeausbildung auf das biblische Gebot der Nächstenliebe zurückgegriffen und dient dort als Basis für dieses Berufsbild (vgl. Barden 1992, 20).

In unserer Kultur sind vorwiegend alte Menschen sehr gläubig und praktizieren ihren Glauben auch, meint Zielke-Nadkarni. Im Christentum gibt es ebenfalls religiöse Grundhaltungen wie das Fasten oder Opfern, dies sind keineswegs Eigenheiten des Islams. Im christlichen Glauben gibt es zentrale Begriffe, wie das Leid und das Mitleid. Die Sünde macht uns zum Opfer des Leidens. Jesus stellt das Sinnbild des Leidens dar und gibt ihm seine Bedeutung. Sein Leid und sein Tod vereinen die Menschheit. Es wird davon ausgegangen, dass die Welt und der Mensch von Gott erschaffen wurde. Der Mensch soll Spiegelbild Gottes sein, jedoch wie Jesus ein Individuum bleiben.

„ Der Wert jedes individuellen Lebens entsteht durch seinen Beitrag zur Lebenswirklichkeit in der Gemeinde, auf der Basis von Gerechtigkeit, Toleranz, Mitleid und Liebe, die ihrerseits Gleichberechtigung sichern. Daher muss z.B. einem Kranken Mitleid, Nächstenliebe und Hilfe zuteil werden. Ziel eines christlichen Lebens ist die Herstellung einer Beziehung zu Gott; die Erlösung durch ihn bringt Erfüllung. Ganzheit wird als Harmonie mit Gott verstanden“ (Zielke-Nadkarni 2003a, 619).

Gott wird als Richter gesehen, der gerecht die Taten der Menschen abwägt und sie bei sündigem Verhalten bestraft, jedoch die Gerechten werden belohnt. Allerdings werden nach Hattsteins Angaben die Menschen erst nach dem irdischen Leben für ihre begangenen Taten auf Erden Vergeltung erlangen (vgl. Hattstein 1997, 75).

### **2.1.1 Pflege und Krankheitsverständnis**

In Österreich wird Gesundheit nicht unbedingt mit Glück gleichgesetzt, betont Alban. Wenn Menschen erkranken, beteiligen sie sich größtenteils aktiv am Heilungsprozess. Die Patienten vertrauen auf die Ärzte und medizinischen Fachkräfte. Es besteht im Krankenhaus auch immer die Möglichkeit, psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen (vgl. Alban 2000, 175f.).

In der Pflegeausbildung in christlichen Ländern wird vor allem das Gebot der Nächstenliebe groß geschrieben. Schon in der Geschichte der Krankenpflege wurde der Gedanke des Helfens an die erste Stelle gestellt.

„Nach christlichem Denken ist Krankheit ein von Gott gesandtes Mittel zur Besinnung mit dem Ziel, den Menschen auf sein wahres Ziel aufmerksam zu machen“ (Zielke-Nadkarni 2003a, 619). Deshalb wird beispielsweise AIDS noch immer als eine Strafe (für moralisches Versagen) gesehen laut Zielke-Nadkarni (vgl. Zielke-Nadkarni 2003a, 38, 619).

### **2.1.2 Charakteristische Merkmale dieser Religion**

Barden erläutert, dass es in der katholischen Kirche einige Gebote gibt, die von den Gläubigen eingehalten und befolgt werden sollen, wie den Sonntag als Tag des Herrn zu feiern. Am Freitag soll ein Opfer dargebracht werden. Der Kirche und der Gemeinde soll immer gedient werden. Die Buße und Eucharistie sollte regelmäßig, aber vor allem zu Ostern entgegen genommen werden.

Es gibt sieben Sakramente in der katholischen Kirche, welche wären: die Taufe, die Firmung, die Eucharistie, die Buße, die Krankensalbung, die Weihe und die Ehe. In der Pflege sind vor allem die Eucharistie, die Buße und die Krankensalbung wesentlich, und von diesen sollten die Fachkräfte auch die Bedeutungen kennen.

Unter Eucharistie versteht man „Danksagung“, und diese stellt den Höhepunkt und die Quelle des kirchlichen Lebens dar. Im christlichen Glauben ist man der Ansicht, dass Christus in der Eucharistie in der Gestalt von Brot und Wein gegenwärtig ist. Die Messe stellt die Feier der Eucharistie dar, in der der Priester Brot und Wein mit seinen Worten in Leib und Blut Jesu verwandelt. Wenn man die Eucharistie oder auch Kommunion genannt, empfängt, stellt dies die stärkste und innigste Vereinigung mit Christus dar.

Die Buße stellt die Möglichkeit dar, seine Fehler wieder gutzumachen und von seinen „Sünden“ losgesprochen zu werden. Jedoch muss der „Schuldige“ zuerst selbst bereuen, bevor der Priester ihm die Beichte abnimmt.

In der Krankensalbung wird die Sorge um das Heil des Kranken ausgedrückt. Da Jesus schon seine Jüngern gelehrt hat, dass sie kranke Menschen besuchen und betreuen sollen, hat auch heute noch dieser Dienst für die Kirche eine große Bedeutung. Deshalb wird auch neben der Pflege oftmals die Seelsorge im Krankenhaus in Anspruch genommen (vgl. Barden 1992, 48). „Die Krankensalbung können Gläubige empfangen, deren Gesundheitszustand durch schwere Krankheit oder Altersgebrechlichkeit bedrohlich angegriffen ist“ (Barden 1992, 48).

In der evangelischen Kirche werden die Taufe und das Abendmahl als Sakramente gesehen. Als kirchliche Segenshandlungen werden in diesem Glauben die Buße, die Konfirmation, die Ordination, die Eheschließung, die Krankensegnung sowie das Begräbnis gesehen.

Der Unterschied zur katholischen Kirche ist in der Buße folgender, es kann der „Sünder“ nämlich auf unterschiedliche Weise Gott um Vergebung bitten, sagt Barden. Entweder durch das persönliche Gebet, in der allgemeinen Beichte oder durch die einzelne Beichte. Gesündigt werden kann durch Worte, Gedanken und Taten, aber auch wenn man Gutes unterlässt (vgl. Barden 1992, 53).

Zielke-Nadkarni gibt zu bedenken, dass es auch in der christlichen Kirche eine Fastenzeit, die als vierzig tägige Bußzeit verstanden wird, gibt. Diese soll zum Gedenken an den Tod und die Auferstehung Christi in der Osterzeit eingehalten werden. Als strenge Fasttage werden der Aschermittwoch und der Karfreitag gesehen, da an diesen Tagen der gläubige Mensch auf Fleisch verzichten und nur eine Mahlzeit einnehmen soll. Ausgenommen sind Kinder und Menschen, die schwer körperlich arbeiten müssen, Kranke, Reisende oder Gäste, die zu Tisch eingeladen wurden. Eigentlich sollte auch jeden Freitag ein Fasttag von kirchlicher Seite sein, dies zeigt sich noch eher in ländlichen Gebieten an den Speisekarten der Gasthäuser. Meistens gibt es an diesem Tag ein Fischgericht.

In der evangelischen Kirche, gibt es keinen Fastenzwang.

Die Krankensalbung und die Krankenkommunion sind Sakramente, die in der katholischen Kirche Sterbenden erteilt werden. Diese sollen ihnen Trost und Kraft spenden, an ihre Auferstehung an Christi Seite zu glauben. Die Evangelisten unterstützen den Sterbenden durch das Abendmahl und die Krankensegnung (vgl. Zielke-Nadkarni 2003a, 621f.).

### 2.1.3 Heilmethoden

Nach David sind die Psychotherapie, die Akupunktur und die Homöopathie Heilmethoden, die vorrangig von christlicher Bevölkerung in Anspruch genommen werden. Aber auch Massagen, Bachblütentherapien, Fango-Anwendungen, sowie Kräuterrezepte und altbekannte Hausmittel finden ihren Zuspruch. Interessant ist auch die Entwicklung, dass in alternativen Behandlungsmethoden mehr über Krankheiten reflektiert wird, um eine Verbesserung zu erzielen, wie z.B.: die Ernährung umzustellen, Selbsthilfegruppen aufzusuchen, Lebensweise zu durchdenken.... (vgl. David 2001, 284).

Dies wird durch Zielke-Nadkarni ergänzt, denn als Hausmittel kennt der ein oder andere sicherlich Wadenwickel bei Fieber, Kamillentee bei Bindehautentzündung, bei Erkältungen die Wärmelampe, bei Halsschmerzen oder Husten Topfenumschläge oder Zwiebelsaft sowie heiße Zitrone. Diese werden hauptsächlich nur mehr von den älteren Frauen angewendet (vgl. Zielke-Nadkarni 2003a, 375).

Alban ist der Meinung, dass in Österreich traditionelle Heilmethoden leichter und schneller akzeptiert werden, als neue Medikamente oder Verfahren (vgl. Alban 2000, 175).

Zielke-Nadkarni ist der Ansicht, dass von gläubigen Menschen aus eher ländlichen Gebieten auch Wallfahrten zu heiligen Stätten gemacht werden. Da sie sich Linderung und Heilung der Beschwerden erhoffen. Solche Orte können heilige Quellen, Gräber, Berghöhen und Stätten an denen Reliquien aufbewahrt werden sein (vgl. Zielke-Nadkarni 2003a, 358).

## 2.2 Islam

Der Islam ist die jüngste der monotheistischen Religionen. Zu Beginn gab es zwischen den Glaubenslehren des Christentums, Judentums und des Islams keine auffallenden Unterschiede. Vieles aus dem Alten Testament findet man auch im Koran. Abraham, Moses und Jesus werden als Propheten gesehen und „Allah“ wurde zum alleinigen Gott. Mohammed zählt ebenfalls zu den Propheten (vgl. Hattstein 1997, 94f.).

„In der Welt des Islam besteht ein grundlegender Unterschied zwischen dem Hochislam (iman), der die verbindlichen Glaubenssätze des Islam beinhaltet, und dem mystisch geprägten Volksislam (adet), der mündlich überliefertes, religiöses Brauchtum beinhaltet, das sich aus vielen – auch vorislamischen – Quellen speist“ (Zielke-Nadkarni 2003a, 348). Im Alltag werden jedoch meist beide Formen vermischt, ergänzt Zielke-Nadkarni. Der Übergang vom „Glauben“ zum „Aberglauben“ zeigt sich als fließend, dies ist nicht nur im Islam so, sondern auch im Christentum.

Für die gläubigen Menschen ist die Religion fest mit dem Alltag verbunden. Für sie steht die Welt auf den fünf Säulen des Korans. Es gibt auch für alle Lebenslagen immer eine Sure aus dem Koran, die den Menschen unterstützen soll, wie beispielsweise Gebete für die Erhaltung der Gesundheit oder aber bei Erkrankung. Auch gegen Ängste oder Familienstreitigkeiten wird eine Sure bereitgehalten.

Die fünf Säulen des Korans bilden das Glaubensbekenntnis, die Verrichtung der vorgeschriebenen Gebete, das Fasten im Ramadan, die Abgabe der Armensteuer (um der Geldgier und der Habsucht zu entkommen), und wenn möglich eine Wallfahrt nach Mekka (vgl. Zielke-Nadkarni 2003a, 349, 610).

Islam bedeutet „Hingabe (an Gott)“ und diese Religion geht auf die Verkündigungen des arabischen Propheten Mohammed (um 570-632 n. Chr.) zurück. Diese wurden im Koran festgehalten (vgl. Duden 1997, 381). Der Koran (arab. = „Qur´an“) gilt als das zu rezitierende Buch. Für die Gläubigen stellt er die oberste Richtschnur des Handelns dar.

Es wurde der Koran in 114 Abschnitte unterteilt, welche Suren genannt werden. Die Sunna (arab. = gewohnte Handlungsweise, Brauch) stellt den Weg des Propheten Mohammed dar, den jeder Muslim als vorbildlich zu sehen hat (vgl. Hattstein 1997, 94ff.).

Zielke-Nadkarni erläutert weiters, dass der Koran somit das „Heilige Buch“ des Islam ist, in dem die Grundlagen für den Glauben und die rechte Lebensweise festgehalten sind. Neben Engeln (z.B.: Erzengel Gabriel) die auch im Christentum vorkommen, werden auch Schlangen erwähnt, die im Islam in Gestalt eines „Dschinn“ erscheinen können. Diese sind immer gegenwärtig und waren die Mittelwesen zwischen Engeln und Menschen. Sie wurden von Allah aus dem Feuer geschaffen und sind sehr wichtig in der islamischen Legendenbildung. Laut Koran hat auch jeder Mensch seinen eigenen Engel und Satan (vgl. Zielke-Nadkarni 2003a, 609f.)

„Das Ritualgebet ist eine der fünf bindenden Pflichten für jeden Moslem; es dient der Vereinigung des Menschen mit Gott und symbolisiert die Einheit von Körper, Geist und Seele“ (Zielke-Nadkarni 2003a, 610).

Bevor jedoch gebetet werden kann, muss der Gläubige noch eine Ritualwaschung vornehmen, die mit Wasser oder Sand durchgeführt wird. Sie soll einer inneren Reinigung entsprechen. Der Betende wendet sich bewusst nach Mekka, um den Sinn des Gebets noch einmal in seinen Sinn zu rufen.

Die Gebetszeiten folgen einer zyklisch-kosmischen Ausrichtung, so dass der Mensch in Einklang mit Rhythmen des Universums kommt (wie z.B.: jahreszeitliche und geographische Gegebenheiten). Das Gebet wird mit einem Gruß an die beiden „Engel der Aufzeichnung“ beendet, welche hinter den Schultern des Betenden stehen (vgl. Özelsel 1993, 164). Muslime müssen fünfmal am Tag beten. Der Freitag wird genutzt um die Moschee zu besuchen, um dort zu beten und zu reflektieren, sowie andere Gläubige zu treffen. Der uns bekannte Priester (aus dem Christentum) ist im Islam der Imam (vgl. Kaye 2000, 216).

Im islamischen Glauben wird das Schicksal des Menschen durch Allah gelenkt und für Sünden vorm „Jüngsten Gericht“ bestraft. Lebte man sein Leben „gut“, so erhält man Eintritt ins Paradies, wenn nicht, kommt der Sünder in die Hölle. Der Islam hält für jeden Gläubigen Verhaltensvorschriften bereit, die den Lebensstil jedes einzelnen prägen. Die Handlungen werden in fünf Kategorien unterteilt: verpflichtend, empfohlen, gleichgültig, unerwünscht und verboten (vgl. Hattstein 1997, 102).

„Die Waschung vor dem Gebet ist beispielsweise obligatorisch; dabei mit der rechten Seite zu beginnen, ist empfohlen, ob kaltes oder warmes Wasser benutzt wird, ist gleichgültig; dass jemand das Wasser vorher berührt ist verboten“ (vgl. Becker, Wunderer und Schultz-Gambard 2006, 14).

Die Religion des Islams wird in unterschiedliche Glaubensrichtungen unterteilt. Die gängigsten Richtungen sind die Sunniten, welcher 90% der Muslime angehören. Sie leben nach der Sunna.

Die Schiiten stellen mit 6% die zweitgrößte Glaubensgruppe dar. Sie versuchen sich, wie die Sunniten zum Lebensweg Mohammeds zu bekennen, aber ihre Auffassung bezüglich der Leitung der islamischen Gemeinde nach dem Tod Mohammeds, unterscheidet sich von jener der Sunniten (vgl. Hattstein 1997, 110).

Eine Untergruppe der Schiiten sind die Aleviten, welche jedoch nur eine sehr kleine Glaubensgruppe bilden. Sie verfolgen eine sehr offene Lebensform, da Frauen kein Kopftuch tragen und auch keine Gebetsvorschriften vorhanden sind. Oftmals gibt es nicht einmal eine Moschee und auch Alkohol ist nicht verboten (vgl. [www.libertas-online.de](http://www.libertas-online.de)).

### **2.2.1 Pflege und Krankheitsverständnis**

Beleuchtet man das Krankheitsverständnis der Muslime genauer, lässt sich feststellen, dass Krankheit immer ganzheitlich gesehen wird. Das heißt, es erkrankt immer der ganze Mensch und nicht einzelne Organe, wie Wunderer in ihrer Arbeit erklärt. Das erschwert die Diagnosestellung etwas. Die islamischen Patienten sind der Auffassung, dass Krankheit von außen kommt und den gesamten Körper beeinträchtigt. Krankheiten, die vom Inneren des Körpers kommen, können Muslime daher nicht verstehen und sich diese auch nicht vorstellen.

Muslimische Patienten glauben auch nicht daran, dass sie selbst, ihr Verhalten und ihre Lebensweise Einfluss auf ihren Gesundheitszustand nehmen. Was sich bei beispielsweise Diabetes als sehr schwierig herausstellen kann, da Diäten nicht richtig ernst genommen werden.

Islamische Migranten vertreten auch die Einstellung, dass Allah das Schicksal der Menschen in der Hand hält, und über Gesundheit oder Krankheit entscheidet. Jedoch gilt im Islam, dass der Muslim auf seine Gesundheit achten, und diese bewahren soll, da diese eine Gabe Allahs ist (vgl. Wunderer 1997, 92ff.).

Krankheiten werden somit als Strafe Allahs verstanden, wenn z.B.: Tabus übertreten oder missachtet werden, sowie religiöse Vorschriften nicht eingehalten werden. Der Mensch fühlt sich, wenn er erkrankt ist, als ausgeliefert und glaubt, zur Gesundung nichts beitragen zu können. (vgl. Zielke-Nadkarni 2003a, 349f.).

Für Krankheit gibt es zweierlei Erklärungsmuster, nämlich das religiöse und das volksmedizinische Muster.

Im religiösen Erklärungsmuster wird Krankheit als Strafe für „falsches“ Verhalten gesehen oder als eine Form der Prüfung durch Allah. Nach islamischen Glauben gibt es somit auch für alles eine Medizin, nur nicht für den Tod und das Alter.

Das volksmedizinische Erklärungsmuster wird hauptsächlich bei psychischen und psychosomatischen Beschwerden angewendet. Aber auch, wenn es sich um unklare Krankheitserscheinungen handelt oder die Therapie nicht anschlägt.

Diese Form der Krankheitserklärung ist weit verbreitet, da es auch eine entlastende Funktion auf den oder die Betroffenen hat. Denn in diesem Erklärungsmodell wird die Schuld der Erkrankung nicht beim Patienten selbst gesucht. Vor allem „Hodschas“ oder andere Heiler setzen diese volksmedizinischen Krankheitskonzepte in die Praxis um (vgl. Wunderer 1997, 94ff.).

Was die Pflege betrifft ist zu beachten, dass es als unhygienisch gilt, sich in stehendem Wasser zu waschen. Deshalb sollte fließendes Wasser verwendet werden. Ist der Patient allerdings bettlägerig, sollte frisches Wasser aus einer Schale, mit einem Schöpflöffel geschöpft und über den Kranken gegossen werden, gibt Alban zu bedenken. Es kann mit einer zweiten Schüssel, das schmutzige Wasser aufgefangen werden (vgl. Alban 2000, 15).

„Gute“ Pflege wird von türkischen Frauen in Zielke-Nadkarnis Studie wie folgt erklärt: Liebe und Zuneigung werden als besonders wichtig empfunden, darunter wird verstanden, dem Kranken alles ans Bett zu bringen, geduldig und freundlich zu sein, bei ihm zu bleiben sowie zu tun, was der Patient wünscht. Außerdem sollten die Widerstandskräfte gestärkt werden, indem der Erkrankte gut und regelmäßig isst, seine Medikamente einnimmt und sich genügend ausruht. Von der pflegenden Person wird verlangt, dass sie den Kranken wertschätzt. Weiters wird eine gute Versorgung, z.B.: durch sauberes Arbeiten, Wäsche wechseln, Gespräche mit dem Patienten, gute Laune haben... verlangt. Auch die Hygiene spielt eine große Rolle, da religiöse Reinhaltungsgebote unbedingt beachtet werden müssen (vgl. Zielke-Nadkarni 2003a, 379).

### **2.2.2 Charakteristische Merkmale dieser Religion**

Wunn betont, dass die Ehre in dieser Religion, eines der wichtigsten Güter in der Familie ist. Sie stellt den Maßstab des Handelns innerhalb der Familie aber auch in der Öffentlichkeit dar. Vor allem die Erhaltung der Jungfräulichkeit einer Frau ist sehr entscheidend, solange sie noch nicht verheiratet ist. Die Frau muss jungfräulich in die Ehe gehen (vgl. Wunn 2006, 132).

Eine muslimische Frau darf deshalb auch nie alleine in einem Raum bleiben, in dem sich ein nicht blutsverwandter Mann aufhält. Deshalb wird auch in der Türkei ein Mann sofort den Raum verlassen, in dem sich eine Frau alleine aufhält, da ihr vorgeworfen werden könnte, dass etwas zwischen ihnen vorgefallen wäre, was weit reichende Folgen mit sich ziehen würde. Das sollte auch vom Arzt immer bedacht werden wenn er sich alleine bei einer Patientin mit islamischem Glauben aufhält (vgl. Schediwy 2005, 69).

Als eine Art Grundstein in der islamischen Religion wird das Pflichtgebet gesehen, da es im täglichen Leben eine große Rolle spielt. „Ziel des fünfmaligen Gebetes ist, bereits auf Erden die Atmosphäre des Gottesreiches zu schaffen; Voraussetzung ist das zeitweilige Beiseiteschieben weltlicher Einflüsse“ (Wunn 2006, 160). Allerdings wird die „Pflicht“ zum Gebet nicht immer befolgt, auch nicht von sehr gläubigen Muslimen. Daher unterscheiden sich auch die einzelnen Aussagen die Gebetspflicht betreffend. Im Krankenhaus ist der Gläubige von seiner Gebetspflicht entbunden (vgl. Wunn 2006, 160f.).

Die fünfmaligen Gebetszeiten sind in der Stunde vor Sonnenaufgang, bei Sonnenhöchststand, am Nachmittag, nach Sonnenuntergang und in der Nacht. Sollte man zu einer dieser Zeiten verhindert sein, kann man dieses Gebet zu einer anderen Zeit nachholen (vgl. <http://islam.de>).

Eine zwingend vorgeschriebene Glaubenspraktik im Islam stellt das Fasten im Ramadan (=Fastenmonat) dar. Bis auf einzelne Ausnahmen, wie Kinder, Kranke, alte und gebrechliche Menschen, Schwangere oder stillende Frauen, Reisende und Frauen während der Menstruation, muss jeder dieses Gebot befolgen. Bei Krankheit kann das Fasten auch zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werden.

Der Fastenmonat dauert zwischen 28 und 30 Tagen und ist der neunte Monat des islamischen Mondjahres. In dieser Zeit darf von Sonnenaufgang bis Sonnenuntergang nichts gegessen, nichts getrunken und kein Geschlechtsverkehr durchgeführt werden.

Der Gläubige möchte durch das Fasten bei Allah die Vergebung seiner Sünden erwirken, da der Ramadan auch als Reinigung von Körper und Seele gesehen wird. Folgen dieser Zeit sind aber auch Stress, da es zu kurzen Schlafzeiten kommt, da nur in der Nacht gegessen und getrunken werden darf.

Beendet wird das Fastenmonat mit dem so genannten Zuckerfest (seker bayrami), bei dem Verwandte und Bekannte zu Besuch kommen und viele Süßigkeiten mitgebracht werden (vgl. [www.religion-online.info](http://www.religion-online.info)).

Es wird auch als Versöhnungsfest angesehen, um Streitigkeiten aus der Welt zu schaffen, ergänzt Zielke-Nadkarni. Dabei geht der Jüngere auf den Älteren zu.

Ein zweites großes Fest im Mondjahr (des Islams) ist das „Opferfest“ (kurban bayrami). Es wird weltweit ein Opfertier geschlachtet, und (denen es möglich ist) nach Mekka gepilgert, um Abraham zu gedenken. Die Gläubigen ziehen neue und festliche Kleider an und besuchen und beschenken sich gegenseitig. Nicht so bedeutend wie das islamische Neujahrsfest sind der Geburtstag Mohammeds und seine Himmelfahrt.

Als sehr bedeutsames Fest wird die Beschneidung der Jungen gesehen, da sie durch dieses Ritual in die Glaubensgemeinschaft aufgenommen werden (vgl. Zielke-Nadkarni 2003a, 611f.).

Das Kopftuch bei der islamischen Frau, ist ein viel diskutiertes und besprochenes Thema, bei dem sich die Meinungen scheiden.

Im Koran ist nicht eindeutig festgelegt, dass die Frau ein Kopftuch zu tragen hat, außer die Frau besitzt kein einziges Haar mehr. Die Religion gibt bloß eine Empfehlung zur Bedeckung des Kopfes. Dies wird wiederum unterschiedlich ausgelegt. Die Einen sehen es als Pflicht, die Anderen legen diese Stelle im Koran etwas freier aus.

„Das Kopftuch hat die Funktion, die privaten Beziehungen zwischen Mann und Frau zu schützen. Es trennt die innere Welt im Haus von der äußeren, der Öffentlichkeit“ (Wunderer 1997, 174).

Es wird auch von manchen türkischen Frauen als „magisches Schutzobjekt“ gesehen vor dem „bösen Blick“, oder einfach als modische Erscheinung. Auch zum Schutz vor Umwelteinflüssen wie Sonne, Regen oder Wind findet es seinen Einsatz (vgl. Wunderer 1997, 173ff.).

Wichtig ist es auch, zu wissen, dass die nonverbale Kommunikation zu Missverständnissen führen kann, da beispielsweise „Nein“ in der Türkei einem „Ja“ bei uns ähnelt. Es wird genickt und mit der Zunge geschmakt. Ein Kopfschütteln hingegen bedeutet „vielleicht“ oder der Migrant zeigt so sein Erstaunen. „Ja“ wird wie folgt angezeigt, der Kopf wird mehrmals nach unten bewegt und nicht wie bei uns von oben nach unten geführt (vgl. Wunderer 1997, 28).

Muslime untereinander begrüßen sich mit einer Begrüßungsformel. Dabei reichen sie sich die Hände oder küssen sich zweimal rechts und dann links auf die Wange (vgl. Alban 2000, 253).

Zielke-Nadkarni betont, dass Respekt und Gehorsam vor allem den Eltern gegenüber eine große Rolle spielen. Ihre Wünsche und Entscheidungen sollen befolgt werden. In dieser Form soll auch Menschen mit enormem Wissen wie Lehrern, Medizinern, religiösen Führern,... gegenüber getreten werden.

Migranten schildern ihr psychisches Leid in Form von körperlichen Beschwerden. Türkische Migranten sind der Meinung, dass der „böse Blick“ bei ihnen Krankheiten verursachen kann. Deshalb wird bei Kindern schon zur Vorbeugung von Krankheiten, von der Mutter eine Nadel an der Schulter des Kindes befestigt oder kurze Schutzgebete gesprochen (vgl. Alban 2000, 252).

Islamische Menschen sind auch etwas abergläubisch. Hufeisen dienen als Glücksbringer, oder blaue Glasperlen (auch bekannt als das blau-weiße Auge) werden gegen den „bösen Blick“, aufgehängt.

„Der Böse Blick – so die Überzeugung der Frauen – ist einer Person entweder angeboren oder entsteht aus einer momentanen Stimmung der Abneigung, des Neides o.ä. heraus und gilt in der Schwangerschaft als besonders gefährlich“ (Zielke-Nadkarni 2003a, 354).

Neben den blauen Perlen kann auch ein Amulett mit Koranversen eine Schutzmaßnahme sein. Es gibt auch Schutzworte wie „Masallah“ oder „Bismillahirrahmanirrahim“, die auch präventiv eingesetzt werden. Gelingt es einem vorbeugend nicht mehr, den „Bösen Blick“ abzuwenden, helfen Koranverse (vgl. Zielke-Nadkarni 2003a, 318, 325, 354f.).

### **2.2.3 Heilmethoden**

Da der Glaube an die Wirksamkeit des bösen Blicks sowie an böse Geister, die Unheil verbreiten, sehr groß ist, wird auch an schwarze Magie und Zauberei geglaubt.

Als Erklärung für Unwohlsein und Schmerzen wird nach Wunn auf die traditionelle Medizin zurückgegriffen, in der das Gleichgewicht der Körpersäfte durcheinander geraten ist. Solche Beschwerden können durch spezielle Nahrung behoben werden, aber auch Bleigießen und Räuchern können Abhilfe schaffen. In afrikanischen Ländern wird der Besuch bei einem Heiler (mganga) empfohlen, der einen Gegenzauber veranstaltet. In anderen islamischen Gebieten werden Marabouts oder Hodschas zur Hilfe geholt, die mit auf kleine Papierchen geschriebenen Koranversen, welche in einem Amulett versteckt werden, das Übel bekämpfen wollen (vgl. Wunn 2006, 55f.).

Zielke-Nadkarni unterstreicht Wunns Aussagen und ergänzt diese durch ihr Wissen über Hodschas. Der Hodscha verteilt nicht nur Talismane für den symbolischen Schutz, sondern empfiehlt Waschungen oder das Trinken von heiligem Wasser. Er rät zum Gebet oder verbietet Arztbesuche, versucht aber auch, durch Heilmittel zu Schwangerschaften zu verhelfen. In Dörfern der Türkei wird der Hodscha bei Erkrankung als erste Bezugsperson gesehen, wenn es keinen Arzt gibt (vgl. Zielke-Nadkarni 2003a, 357f.).

Wunderer entgegnet, dass der Hodscha im arabischen Raum auch als Imam bezeichnet wird, und die Funktion eines gelehrten Religionsvertreters hat, der sich um eine Gemeinde kümmert und Zeremonien abhält sowie Gebete spricht. Diese Imame können sehr unterschiedlich ausgebildet sein. Es ist möglich, dass sie ein Studium absolviert haben oder aber gar keine Ausbildung besitzen. Hierfür gibt es keinerlei Vorgaben (vgl. Wunderer 1997, 131ff.).

Kaye meint, dass die Religion und der starke Glaube an ihren Imam bei vielen Muslimen schon therapeutische Wirkung hat (vgl. Kaye 2000, 221).

„Oft erzielen Hodschas erstaunliche Erfolge, weil die Menschen an die Wirksamkeit der Behandlung glauben. Die Krankheit verschwindet häufig nicht, sie wird jedoch nicht mehr als Problem erlebt“ (Wunderer 1997, 134). Strasser zitiert einen alten Mann aus einem türkischen Dorf am Schwarzen Meer: „Wenn du dir das Bein brichst, gehst du zum Knocheneinrichter, wenn du eine Grippe hast, gehst du zum Arzt, und wenn deine Seele krank ist, dann ist eben der Hodscha zuständig“ (Strasser 1995, 215).

Wallfahrtstätten werden besucht um Krankheiten aller Art zu heilen, aber auch um Gesundheit zu fördern beziehungsweise zu unterstützen. An diesen Stätten kommt es auch vor, dass Kranke dort schlafen oder dort fließendes Wasser trinken oder sogar Erde von dort mitnehmen, dies konnte Wunderer durch ihre Befragungen feststellen (vgl. Wunderer 1997, 158).

Manchmal besuchen Muslime auch einen Heiligenschrein in der Türkei, oder aber nehmen Kontakt mit den Heiligen auf, um wieder gesund zu werden. Weitere alternative Heilmethoden die in Anspruch genommen werden sind die Homöopathie sowie Kräutermixturen heilkundiger Frauen (vgl. David 2001, 285).

Dies unterstreicht Alban in dem sie erklärt, dass Hebammen als weise Frauen gesehen werden, die sich mit Naturheilkunde und Rezepten auskennen. Man nennt sie Dargas. Es werden auch Bruchheiler und Barbieri (sie sind das männliche Gegenstück der Dargas) besucht. In Ägypten wird sogar ein Trancetanz (Zar) durchgeführt der Frauen heilen soll, die psychosomatisch oder physisch erkrankt sind (vgl. Alban 2000, 9f.).

In der Türkei bilden die Knocheneinrichter eine wichtige Alternative zur westlichen Medizin (vgl. Alban 2000, 253). Sie versorgen Brüche, Verrenkungen und Verspannungen. Aber auch manuelle Therapien werden von ihnen durchgeführt und pflanzliche Salben zur äußerlichen Anwendung werden verabreicht (vgl. Wunderer 1997, 158).

Dem Wasser wird im Islam, wie auch in vielen anderen Religionen, große Heilkraft vorausgesagt. „In zahlreichen Suren des Koran wird Allah als Lebensspender durch das Wasser gepriesen. Dementsprechend spielt Wasser eine wichtige Rolle als Symbol der Verbindung zweier Welten – auch und gerade zum Zweck der Heilung“ (Zielke-Nadkarni 2003a, 356).

Es werden auch eigene Hausmittel bei Krankheit angewendet, als Hauptheilmittel werden Tees gesehen, die bei unterschiedlichen Schmerzen wie Bauchschmerzen, Nierenkrankheiten oder Grippe helfen sollen. Auch Wickel und Massagen verschiedenster Art finden ihren Einsatz beispielsweise für Hals- oder Kopfschmerzen, Fieber oder Schwellungen, Prellungen und Massagen gegen Rückenschmerzen.

Interessant sind Behandlungsmethoden die z.B.: bei Röteln oder Gelbsucht angewendet werden. Bei Gelbsucht wird das Baby in Gelb gekleidet oder ein gelber Faden/Tuch dem Kind umgebunden. Bei Röteln ist es ähnlich, das erkrankte Kind wird ebenfalls in Rot gekleidet und es bekommt einen Sirup zu trinken, der aus bestimmten roten Beeren hergestellt wurde. Dieser soll die Bildung des Ausschlages beschleunigen.

Bei Babys muss bekanntlich der Nabel desinfiziert werden. Hierfür wird Kaffeepulver auf den Nabel gestreut und dieser anschließend mit einem sauberen Tuch verbunden (vgl. Zielke-Nadkarni 2003a, 356, 372ff.).

Es gibt auch bestimmte Bräuche rund um die Geburt, die vor allem von türkischen Migranten angewendet werden, erklärt Wunderer. Bekommt eine Frau ein Kind, muss alles Verschießbare im Haus geöffnet werden, so auch ihre Haare. Dieses Ritual soll zur Öffnung der Gebärmutter beitragen. Anwesende Personen dürfen ihre Arme oder Beine nicht überkreuzen, da sonst das Kind mit der Nabelschnur stranguliert werden könnte.

Ist das Kind auf der Welt heißt es, nach dem Volksglauben, dass es während der ersten 40 Tage nach der Geburt gefährdet ist vor allem durch den „bösen Blick“, aber auch an der Krankheit „kirk basmasi“ zu erkranken. Um es vor dem bösen Blick zu schützen, wird das Kind hässlich gekleidet oder „versteckt“ gehalten, aber es kann durchaus auch sein, dass es geschminkt wird. Ein Amulett zum Schutz wird dem Kind auch angesteckt. Die vorhin genannte Krankheit (kirk basmasi), die durch Dämonen verursacht wird, äußert sich in Appetitlosigkeit und Erbrechen, was auch zum Tod des Kindes führen kann. Infiziert werden kann das Baby, wenn zwei Neugeborene (die nicht älter als 40 Tage sind) in einem Raum zusammenkommen oder aber wenn eine Braut oder menstruierende Frau das Kind besuchen. Zur Prävention werden bestimmte Gegenstände unter dem Polster des Gefährdeten gelegt, wie z. B.: rote Tücher, Knoblauch, der Koran... (vgl. Wunderer 1997, 105ff.).

## 2.3 Gegenüberstellung Christentum und Islam

Es ist üblich, im Krankenhaus eine Kapelle bzw. einen Gebetsraum vorzufinden, und es besteht ebenfalls die Möglichkeit mit einem Seelsorger zu sprechen, der christlichen Glaubens ist. Jedoch ist es nicht üblich, dass ein Imam das Spital regelmäßig besucht, um sich den islamischen Patienten widmen zu können (vgl. Wunn 2006, 171).

Zielke-Nadkarni geht auf das islamische Gesundheitsverständnis im speziellen der türkischen Frau ein, welches zeigt, dass das Wohlbefinden einerseits als Hauptziel gesehen wird, und andererseits die korrekte Religionsausübung, sowie die Arbeits- und Leistungsfähigkeit als weitere Ziele angestrebt werden. Diese beiden Ziele sollen sich gegenseitig ergänzen und zu einer gemeinsamen Sichtweise von Gesundheit werden. Aber auch die soziale Seite darf nicht außer Acht gelassen werden, sondern muss ebenfalls mit eingebracht werden. Gemeint sind soziale Aspekte wie die Beziehung zu den Kindern und Freunden, die in das Gesundheitskonzept integriert werden sollen.

Zielke-Nadkarni vergleicht weiters das christliche Gesundheitsverständnis, im speziellen der deutschen Frau mit dem der türkischen. Dieses unterscheidet sich jedoch nicht wesentlich. Es wird das „Gesundsein“ im Rahmen der intakten Familie und Partnerschaft erlebt. Auch die Wichtigkeit des Sports ist ihnen bekannt, wird jedoch nicht von allen betrieben. An erster Stelle der Gesunderhaltung steht allerdings das Ausruhen (vgl. Zielke-Nadkarni 2003a, 343f.).

„Gesundsein bedeutet für sie, lebensfroh sein, körperlich, geistig fit sein; für die älteren darüber hinaus moralisch handeln und eine ausreichende körperliche Selbstpflege“ (Zielke-Nadkarni 2003a, 344).

### 3 Pflege und Medizin

Die interkulturelle Pflege möchte den Menschen aus einer anderen Kultur, in ihrem Arbeitsbereich besser verstehen und dieses in Pflegehandlungen wirksam machen. Den Zusammenhang von Pflege und Kultur erkannte die Fachwelt nach Zielke-Nadkarni erst seit den späten 80er Jahren des letzten Jahrhunderts (vgl. Zielke-Nadkarni 2003b, 15). ...“Pflege findet nicht in einem kultur- und herrschaftsfreien Raum statt. Sie muss daher institutionelle Hierarchien und deren kulturelle Symbolsysteme in ihre theoretischen Rahmenkonzepte einbinden.“ (Zielke-Nadkarni, 2003b, 19).

Wunn ist der Ansicht, dass die arabisch-islamische und lateinisch-christliche Medizin keine grundsätzlichen Unterschiede aufweisen, sondern im Gegenteil eine gemeinsame Geschichte haben: angefangen in der griechischen Antike bis zur Medizin des islamischen Mittelalters, bis hin zu einer europäisch-mittelalterlichen und dann neuzeitlichen Medizin. Deren entscheidende rational-kausal argumentierende Theoriegrundlage ist jedoch gleich geblieben (vgl. Wunn 2006, 81f.).

Durch die historische Entwicklung auf dem Gebiet der heutigen Türkei, zeigen sich bei der Volksmedizin unterschiedliche Traditionen. Einzelne Fragmente werden noch heute in einigen Gebieten, sowie soziokulturell unterschiedlich und in verschieden starker Ausprägung praktiziert (vgl. David 2001, 45). Schon vor einigen Jahren sprach Leininger von einer raschen Durchmischung der Kulturen auf der ganzen Welt. Diese vollzog sich schneller als es die Pflege wahrnehmen wollte und wurde somit „multikulturell“ (vgl. Leininger 1998, 38).

Alban unterstreicht Leiningers Meinung, dass die kulturellen Unterschiede ein wichtiger aber fehlender Punkt in der Pflgeetheorie sind. Da Leininger kulturelle Unterschiede entscheidend für das Verständnis von Menschen und Pflege ansieht.

Grundsätzlich gilt, dass Fürsorge und Kultur voneinander abhängig und alleine nicht möglich sind. Denn wenn man für sich selbst oder andere sorgt, benötigt man den Einsatz von kulturell erlernten und traditionellen Werten der Fürsorge. Diese kommen vor allem aus der Familie oder kulturellen Gruppen (vgl. Alban 2000, 276, 287, 295).

Bei der Versorgung von Migranten handelt es sich nicht um eine vorübergehende Situation, sondern Ärzte und andere Fachkräfte des Gesundheits- und Sozialwesens müssen durch die Folgen der demographischen Entwicklung mit einer weiteren Zunahme dieser Patientengruppe rechnen (vgl. David 2001, 18).

Menschliche Fürsorge sieht Leininger als Grundbasis für die Menschen, um sich entwickeln zu können und gesund zu bleiben sowie Krankheiten zu vermeiden oder mit dem Sterben zurechtzukommen. Diese Fürsorge ist der Kern der professionellen Pflege. Deshalb ist es umso wichtiger, dass Pflegenden Wissen über die Werte, Überzeugungen und Praktiken kulturspezifischer Fürsorge erwerben und diese Erfahrungen bei der Pflege von gesunden und kranken Menschen umsetzen lernen (vgl. Leininger 1998, 25).

Wie Alban Leiningers Aussage bekräftigt, ist es für Pflegepersonen sehr wichtig, die jeweiligen Einstellungen der Patienten zu ihren Krankheiten zu kennen (vgl. Alban 2000, 301).

Wunderer brachte durch von ihr durchgeführte Experteninterviews viele aufschlussreiche Ergebnisse hervor. Sie stellte fest, dass in der Türkei der Arzt, vor allem der Chirurg, als Autoritätsperson gesehen wird. Aber auch den deutschen Ärzten wird mit großem Respekt begegnet. Allerdings wird die Rolle des Arztes von Patienten aus höheren Schichten kritischer betrachtet.

Die Pflegekräfte haben in der Türkei andere Aufgaben, als wir sie bei uns kennen. Vor allem die medizinischen Tätigkeiten zählen zu ihren Aufgabenbereichen, da die pflegerischen Handlungen von den Angehörigen des Patienten vorgenommen werden. Die Pflegepersonen bestimmen den Ablauf im Spital, deshalb versuchen die Patienten sich mit ihnen gut zu stellen, um eine gute Versorgung zu erhalten, und eine positive Beziehung zum Personal aufzubauen.

Zu beachten ist bei türkischen Patienten, dass der Glaube an die Wirkkraft eines Medikaments sehr hoch ist. Aus diesem Grund werden möglicherweise Arzneimittel eigenmächtig abgesetzt, wenn nach kurzer Zeit keine Wirkung eintritt. Es kann auch vorkommen, dass die Dosierung nach eigenem Empfinden verändert wird: geht es dem Patienten schlecht, erhöht er die Dosis, verbessert sich sein Befinden, setzt er es ab. Da den Patienten die Auswirkungen des eigenmächtigen Handelns nicht bewusst sind, ist eine gründliche Aufklärung über die jeweiligen Medikamente unbedingt notwendig.

Die Kommunikation mit ausländischen Patienten wird durch die mangelnden Sprachkenntnisse erschwert, auch Migranten, die schon längere Zeit im neuen Land leben, verstehen und kennen kaum medizinische Fachbegriffe.

Wie Wunderer weiters feststellen konnte, haben einige türkische Patienten sogar Angst vor Krankenhausmitarbeitern, da diese sie vielleicht, wegen ihrer fehlenden Sprachkenntnisse missverstehen könnten. Sollte der Arzt mit dem Patienten nicht sprechen, kann es vorkommen, dass er den Eindruck vermittelt bekommt, er sei sterbenskrank. Wesentlich ist auch zu wissen, dass bei ausländischen Patienten oft der Stolz es verbietet nachzufragen, wenn etwas nicht verstanden wurde. Selbst wenn beispielsweise der Arzt sich vergewissert ob alles verstanden wurde, wird manchmal mit ja geantwortet, obwohl dies gar nicht der Fall ist (vgl. Wunderer 1997, 108f., 122ff, 144, 148, 150f.,).

### **3.1 Glaubenskonflikte im Pflege- und Krankenhausalltag**

Zielke-Nadkarni sieht das Fremde als etwas, das uns als zeitlich und räumlich Entferntes gegenüber tritt und mit Nähe und Distanz, Attraktivität und Bedrohung, Reiz und Rätsel verknüpft ist (vgl. Zielke-Nadkarni 2003b, 16).

Abhängig vom Standort und dem Einzugsgebiet eines Krankenhauses oder einer Arztpraxis betont David den unterschiedlichen Migrantenanteil an Patienten. Dies macht eine Auseinandersetzung mit den kulturellen Besonderheiten bei der medizinischen Behandlung von Migranten unabdingbar (vgl. David 2001, 14).

„Das Fremde hilft, die eigene Kultur und Identität zu erkennen und erfahrbar zu machen. Es ist der Spiegel unser selbst, das Fremde wird oft vom Vertrauten abgeleitet.“ (Mucciolo-Madler, in:Zielke-Nadkarni 2003b, 195) Begegnen sich zwei Kulturen beziehungsweise Nationalitäten, kann dies eine Chance zur gegenseitigen Bereicherung darstellen. Aber es trägt auch Konfliktpotentiale mit sich.

Schon das knappe Zeitbudget der Pflegedienste bringt Reibungspunkte, da es der eher zeitintensiven Gastfreundschaft der türkischen Familien gegenübersteht (vgl. Zielke-Nadkarni 2003, 82).

Natürlich kann es vorkommen, dass Feindschaft in der Pflegepraxis mitunter auch versteckt ausgetragen wird. Interkulturelle Begegnung bietet einerseits die Möglichkeit, das subjektive Kulturverständnis zu erweitern oder zu ändern, aber birgt auch andererseits das Risiko in sich, dass bereits gefasste Vorurteile bestätigt und dadurch verfestigt werden.

Es wird von Mucciolo-Madler auch betont, dass Konfliktpotentiale in der Pflege vor allem dort gegeben sind, wo es um wertbezogene Inhalte wie Religion und Glauben sowie Sexualität geht (vgl. Mucciolo-Madler, in Zielke-Nadkarni 2003b, 195f.).

Konflikte zwischen zwei Kulturen entstehen oftmals durch Missverständnisse, weil Gesten, Äußerungen oder Handlungen falsch verstanden wurden (vgl. Witte, Morrison 1995, 216ff.).

Ein Beispiel von Wunn hierfür wäre das Fasten im Ramadan, was eine zwingend vorgeschriebene Glaubenspraktik im Islam ist. Obwohl der Patient im Krankheitsfall von seiner Pflicht befreit ist, ergeben sich oftmals Konfliktpunkte zwischen dem Kranken und dem Arzt. Da die Selbsteinschätzung des gesundheitlichen Zustandes des Patienten, von der Meinung des Arztes - was die Sinnhaftigkeit des Fastens im momentanen (erkrankten) Zustand betrifft - meist abweicht. Verstärkt wird diese Meinungsverschiedenheit durch den an das alte medizinische Wissen angelehnten Glauben an die medizinische Heilkraft des Fastens (vgl. Wunn 2006, 196).

David betont, dass die Religionszugehörigkeit und Gläubigkeit die Verhaltensweisen und Einstellungen positiv oder negativ beeinflussen können. Bei einer Erkrankung oder einem Spitalsaufenthalt kann die Bindung an einer Religion positiv auf die Krankheitsbewältigung einwirken (vgl. David 2001, 98).

„Religion schafft Sicherheit und Geborgenheit, sie tröstet und hilft, die Isolation zu durchbrechen. Religion kann aber auch den gesamten Lebensentwurf bestimmen und im günstigsten Falle glücklich beeinflussen...“ (Wunn 2006, 126).

Bei vielen türkischen Patienten sind die Vorstellungen über Körperfunktionen und Aufgaben, beziehungsweise Lage der Organe sehr phantasievoll, da kaum Wissen darüber vorhanden ist. Es beschränkt sich auf alles, was von außen sichtbar ist. Gründe hierfür sind vor allem die mangelnde Schulbildung bei älteren oder aus ländlichen Gebieten stammenden Migranten. Aber auch die Tabuisierung intimer Themen stellt ein großes Problem dar, da sie teilweise jede Aufklärung verhindert.

Die Sprache bereitet ebenfalls Schwierigkeiten, denn zum Beispiel werden alle Organe die sich im Bauchraum befinden als Bauch bezeichnet.

In der Türkei wird Körper und Seele auch nicht getrennt betrachtet, wie in unserer Kultur dies meist der Fall ist.

Psychisches wirkt sich daher immer körperlich aus und psychische Erkrankungen führen in der Türkei auch zu stärkeren Ausgrenzungen. Eine derartige Störung ist eine Schande für die Familie (vgl. Wunderer 1997, 108ff.). Nach Zimmermann wird Leid bei Muslimen immer mit den Angehörigen und Bekannten bewältigt und nicht in einer Psychotherapie (vgl. Zimmermann 1994, 25ff.).

Leininger behauptet, dass arabisch-muslimische Patienten, wenn sie im Krankenhaus liegen, von ihrer Familie erwarten, dass diese sich vollständig um das Krankenbett versammelt (vgl. Leininger 1998, 68).

Heilung ist eine Aufgabe der Gruppe in vielen Kulturen und hierzu gehört auch die Verpflegung mit Speisen, sowie regelmäßige Besuche, die dem Patienten den Platz in der Gemeinschaft zeigen sollen (vgl. Wunn 2006, 163).

Dies bestätigt auch Zielke-Nadkarni. Für Muslime stellt der Krankenbesuch eine religiöse Pflicht dar, für die er eine Belohnung Allahs erwarten darf. Dies macht auch verständlich, warum im Krankenhaus oft gefragt wird, ob noch andere Muslime hier auf der Station liegen. Auch die schon vorhin erwähnten mitgebrachten Speisen sollen Anteilnahme und Nähe symbolisieren (vgl. Zielke-Nadkarni 2003, 408).

„Diese Aufmerksamkeit kann anstrengend sein, aber dies kann man nicht offen aussprechen.“ (Zielke-Nadkarni 2003, 408)

Wunn beschreibt die Bedeutung des Krankseins für viele Muslime sehr treffend, dass sie die ganze Verantwortung für sich selbst abgeben können, und sich um nichts mehr kümmern müssen. Hierzu zählen ebenfalls alle Gespräche mit den Ärzten und dem Krankenpflegepersonen, was hierzulande eher unüblich ist, da in erster Linie mit dem Patient selbst gesprochen wird (vgl. Wunn 2006, 167).

Medizinische Maßnahmen sowie chirurgische Eingriffe werden im Islam allgemein akzeptiert. Wunderer führt jedoch an, dass, Obduktionen und kosmetische Operationen verboten sind. Den Schwangerschaftsabbruch vor dem 4. Monat betreffend, führt sie an, dass dieser als verpönt gilt aber nicht verboten ist. Nach dem 4. Monat ist er nur noch erlaubt, wenn das Leben der Mutter gefährdet ist.

Zu Problemen kann es bei chirurgischen Eingriffen vor allem kommen, wenn sich der Patient bei der Operation vollständig entkleiden muss, da hier das Schamempfinden der Muslime gestört wird (vgl. Wunderer 1997, 127ff., 181). Schande ist es wenn eine Rasur der Kopfhaare erforderlich ist, da volles Haar Kraft und Gesundheit symbolisiert und vor allem bei der Frau ein Zeichen der Weiblichkeit ist (vgl. Zimmermann 1994, 25ff.).

Blutentnahmen sind zumeist mit Ängsten bei türkischen Patienten verbunden, da Blut als „Träger des Lebens“ gesehen wird. Blutverlust wäre somit eine Schwächung des Körpers, und nach Meinungen der Muslime wäre das „verlorene“ Blut nicht mehr regenerierbar.

Bluttransfusionen bereiten meistens keine Schwierigkeiten, jedoch gibt es auch Auslegungen des Korans, nach denen sie nicht erlaubt sind (vgl. Wunderer 1997, 128f.).

### **3.1.1 Probleme aus der Sicht des Krankenhauspersonals**

Wunn gibt mögliche Problemfelder zu bedenken, die in der Behandlung von islamischen Patienten auftreten können. Zu diesen zählen die Verpflichtung zum Gebet, das Fasten und die Speisevorschriften. Aber auch Hygiene sowie die Wahrung der Intimsphäre im Krankenhaus, beziehungsweise das Schamgefühl gegenüber gegengeschlechtlichen Pflegekräften können zu Problemen führen.

Ein Beispiel ist der körperliche Kontakt, bei der Begrüßung durch einen Händedruck (von einer gegengeschlechtlichen Person), dieser kann bei manchen Frauen ein Unbehagen verursachen, wenn die zu grüßende Person kein Verwandter ist. Medizinische Untersuchungen oder Waschungen sollen nur von gleichgeschlechtlichen Pflege- und medizinischen Fachkräften vorgenommen werden (vgl. Wunn 2006, 91f.).

Oftmals ist es bei muslimischen Patienten schwierig eine gute Compliance zu erreichen zum Beispiel bei Diäten, Krankengymnastik, Verhaltensänderungen oder Umstellung von Schlafenszeiten.

Vom Islam aus gesehen dürfen Arzneimittel eingenommen werden, hierbei gibt es aber kleine Einschränkungen. Im Ramadan sollen keine Medikamente eingenommen werden (vgl. Wunderer 1997, 124ff.). Gosciniak hält dem jedoch gegenüber, dass Kranke von der Fastenpflicht befreit sind, worauf man den Patienten aufmerksam machen kann (vgl. Gosciniak 1997, 75f.).

Wunderer informiert auch über die Verabreichung von alkoholhaltigen Medikamenten, da diese nur unter gewissen Umständen erlaubt sind, wenn beispielsweise die Gesundheit des Patienten durch Nichteinnahme gefährdet wäre und es kein anderes Ersatzmittel gibt. Jedoch akzeptieren die meisten islamischen Patienten alkoholhaltige Arzneien problemlos. Ebenso ist es bei Medikamenten, die Bestandteile enthalten, die vom Schwein gewonnen werden, wie zum Beispiel bei Insulinpräparaten (vgl. Wunderer 1997, 123).

Die Befolgung von bestimmten Speisevorschriften der Muslime im Krankenhaus stellt einen weiteren kritischen Punkt dar. Wunn verweist auf das Verbot, Schweinefleisch zu essen, welches nicht nur auf das Fleisch an sich begrenzt ist, sondern auch auf Nahrung, die mit jenem in Berührung gekommen ist.

Bei strenggläubigen Muslimen darf auch kein Küchengerät mit diesem Fleisch in Kontakt kommen, weshalb sie Krankenhauskost nicht zu sich nehmen dürfen. Das Alkoholverbot stellt im Spital nur ein kleineres Problem dar, da dort ja ein generelles Alkoholverbot gilt. Allerdings kann es vorkommen, dass in Saucen oder Nachspeisen Wein oder ähnliches verwendet wird, wie beispielsweise bei einer Rotweinsauce.

Der Islam erlaubt es dem Patienten allerdings, von den Geboten abzuweichen, wenn es für die Gesundheit notwendig ist.

Als sehr schwierig kann es sich gestalten, dem Patienten verständlich zu machen, dass er während der Fastenzeit keinesfalls auf die pünktliche Medikamenteneinnahme verzichten sollte (vgl. Wunn 2006, 93ff.).

„Schwierig wird es bei Nichtverstehen der deutschen Sprache, den Patientinnen die richtige Handhabung der Medikamente zu erklären.“ (Schediwy 2005, 75).

Wunn gibt zu bedenken, dass viele türkische Patienten kein deutsches Essen mögen und sich Speisen von zu Hause mitbringen lassen, was problematisch wird, wenn sie gewisse Diätvorschriften zu befolgen haben (vgl. Wunn 2006, 170f.).

Ist die muslimische Frau als Patient im Krankenhaus, kommt es häufig vor, dass solange der Ehemann anwesend ist, die Frau die deutsche Sprache nicht versteht. Ist jedoch die Frau alleine im Zimmer, gestaltet sich meistens die Verständigung wesentlich unproblematischer. Für den Islam gilt der/die Kranke als pflegebedürftig und gibt somit die Selbstverantwortung ab. Hierzu zählen auch Gespräche mit dem medizinischen Personal, was dem deutschen Pflegeverständnis widerspricht, da die erste Ansprechperson der Patient ist (vgl. Wunn 2006, 167).

Eine kranke Frau steht, wenn sie krank ist, auch einmal im Mittelpunkt. Dies ist meist Auslöser dafür, dass, wenn sie klagt oder jammert, das Interesse an ihr noch mehr steigt und der Besuch sich verstärkt um sie kümmert. Deshalb ist es nicht unüblich, dass, wenn Besuch anwesend ist, die Patientin mehr Schmerzen hat, als wenn die Besuchszeit wieder vorbei ist (vgl. Al Mutawaly 1996, 42ff.)

Muslimische Männer werden von den weiblichen Krankenpflegepersonen als eher distanzlos bezeichnet, da sie oft den gewünschten und geforderten körperlichen, aber auch emotionalen Abstand zu ihnen nicht einhalten können. Vor allem auf Geburtsstationen ist dieses Verhalten, wie Wunn beschreibt, anzutreffen, da es für männliche Migranten unüblich ist, bei der Geburt ihres Kindes anwesend zu sein, und sie sich dadurch überfordert fühlen. Sehr häufig ist es auch auf Wochenbettstationen so, dass Wöchnerinnen und Kranke sehr viel Besuch erhalten und dieser sehr lange bleibt. Oftmals wird auf Besuchszeiten und das Befinden des Patienten vergessen (vgl. Wunn 2006, 167ff.).

„Bei allen Anstrengungen, die gemacht werden, um den Wünschen aller Patienten weitgehend entgegenzukommen und mögliche Defizite auszugleichen, sind Schwestern und Pfleger mit der Pflege muslimischer oder Migranten-Patienten häufig überfordert.“ (Wunn 2006, 197)

Gründe hierfür sind vor allem zeitliche, da sie einen sehr straffen Zeitplan zu befolgen haben. Hinzu kommen sprachliche Probleme, wenn einem Patienten bestimmte Verhaltensmaßregeln nicht in ausreichender Deutlichkeit mitgeteilt werden können, oder auf seine Wünsche nicht reagiert werden kann. Folglich ist ein höherer Zeitaufwand nötig und es kann zu einem persönlichen Misserfolg für die Pflegekraft kommen, der durch das Scheitern von Kommunikation ausgelöst wurde und dann entsprechend verarbeitet werden muss, um mit dieser Frustration des Alltags fertig zu werden (vgl. Wunn 2006, 197).

Bei Informations- und Aufklärungsgesprächen mit Migranten stellt nach David die deutsche Sprache oft ein Problem zwischen Patient und medizinischer Fachkraft dar. Aber auch die oft nur geringe Schulbildung sowie die Religion oder deren traditionelle Normen können Barrieren zwischen ihnen bilden. Nicht zu vergessen sind die stark scham- und tabubesetzten gynäkologischen Themen die bei islamischen Frauen zu beachten sind (vgl. David 2001, 135).

Generell stellt die sprachliche Verständigung die Hauptschwierigkeit bei der Behandlung von Migranten dar. Häufig leben diese schon Jahre lang in unserem Land und sind der Sprache noch nicht mächtig, was zu Unverständnis und Ärger bei den Ärzten führt. Gründe für die „unbewußte Sprachverweigerung“ könnten nach Kürsat-Ahlers (2000) ein Weg der Zuwanderer sein, sich vor Unsicherheit, Selbstzweifel und dem Gefühl der sprachlichen Unzulänglichkeit zu schützen. Es wäre auch möglich, dass sie die neue Sprache als Bedrohung sehen, wenn ihre eigene Sprache und Kultur vom Aufnahmeland verachtet wird.

Eine wichtige Vermittlungsfunktion nehmen Familienangehörige bei der Verständigung mit Migranten ein, allerdings sind diese auch oft psychisch überfordert, wenn sie lebensbedrohliche Diagnosen übermitteln sollen. Es kann auch vorkommen, dass sie negative Mitteilungen filtern und nicht vollständig übersetzen (vgl. David 2001, 138, 310).

In der Pflege ist der Hautkontakt eine wichtige Form der Übermittlung von Botschaften. Zielke-Nadkarni spricht von der taktilen Kommunikation, die Voraussetzung zur Erhaltung und Entwicklung eines gesunden Körperbildes ist. Jedoch ist in diesem Bereich bei islamischen Patienten Vorsicht geboten, da sie ein verstärktes Schamempfinden besitzen und Berührungen mit Tabus belegt sind (vgl. Zielke-Nadkarni 2003, 501).

„...Ein Arzt, der sich ausschließlich mit seinen Geräten beschäftigt und seine ärztlichen Aufgaben erledigt, wird das Schamgefühl weniger verletzen als ein Arzt, der bei etwas Privatem, also dem Entkleiden, hilft und damit seine berufliche Sphäre verlässt.“(Wunn 2006, 153f.)

### **3.1.2 Probleme aus der Sicht des islamischen Patienten**

Ein Klinikaufenthalt stellt für jeden Menschen eine große Belastung dar. Denn schon die Beeinträchtigung durch die Krankheit und das Nichtvertrautsein mit der neuen Umgebung sowie der festgelegte Tagesablauf bedeuten eine enorme Veränderung. Außerdem fehlt die Möglichkeit, seine Intimsphäre ausreichend zu wahren und seine Unabhängigkeit wird stark eingeschränkt (vgl. Wagenbichler, Wummer-Puchinger 1997).

David fügt hier hinzu, dass dies noch stärker bei Migrantenfamilien zum Tragen kommt, da psychische Belastungen hinzukommen, wie soziokulturelle Barrieren, Kommunikationsschwierigkeiten, etc. Aus diesen psychischen Beeinträchtigungen können in Folge körperliche entstehen (vgl. David 2001, 230).

Islamische Patienten stoßen nicht nur durch ihre Sprachschwierigkeiten, sondern auch durch die Art der Schilderung ihrer Beschwerden sowie den vermuteten Ursachen auf Unverständnis. Die dem Mediziner nicht bekannten Erklärungsbilder des Erkrankten werden als Unkenntnis aufgefasst und verstärken beim Patienten das Gefühl der Minderwertigkeit und Unsicherheit (vgl. Wunn 2006, 56).

Häufig ist es auch so, dass Migranten Diagnosen oder ähnliches nur „Halb-Verstehen“, sich allerdings schämen, bei den Ärzten nachzufragen.

Vor allem medizinische Fachbegriffe, sowie zu schnell und zu knapp vermittelte Informationen bereiten ihnen Verständigungsschwierigkeiten (vgl. David 2001, 310).

Die Behandlung einer muslimischen Frau durch einen Arzt (egal ob christlicher oder muslimischer Religion), gestaltet sich zumeist schwierig. Laut Wunn ist diese Form der Untersuchung nur möglich, wenn keine Ärztin anwesend ist. Sollte eine Patientin im Krankenhaus den Wunsch nach einer Ärztin äußern (aus religiösem Grund), wird eher negativ und verständnislos reagiert. Vermutlich wird der Wunsch nach geschlechtsspezifischer Pflege kaum beachtet, weil er nicht nachdrücklich geäußert wird.

Die Akzeptanz, einer Behandlung durch Ärzte des anderen Geschlechts, erstreckt sich aber nicht automatisch auf die Pflege. Hier stellen schon beispielsweise die notwendigen Berührungen eine unzumutbare Belastung für muslimische Patienten dar (vgl. Wunn 2006, 118, 154, 187).

Kaye erklärt, dass bei männlichen islamischen Patienten der Körper zumindest vom Nabel bis zu den Knien bedeckt sein muss, wenn sie untersucht werden. Die muslimischen Frauen sollten immer komplett gekleidet sein, vom Nacken bis zu den Knöcheln. Bei medizinischen Behandlungen sollte daher nur so wenig wie möglich entblößt werden (vgl. Kaye 2000, 219).

Auch das Gebet, wie Wunn weiß, erweist sich problematisch, da keine Gebetsräume vorhanden sind. Für Muslime stellt auch die rituelle Waschung ein Problem dar, da die Krankenpflegepersonen diese Form nicht kennen.

Auf die Wahrung der Intimsphäre wird oftmals im Krankenhaus und in der Pflege leider vergessen oder es wird ihr zu wenig Beachtung geschenkt, deshalb wäre mehr Sensibilität angebracht.

Jedoch sollte diese vor allem bei Bevölkerungsgruppen, in denen der sexuelle Bereich mehr tabuisiert und das Schamempfinden höher ist, beachtet werden.

Langes Frauenhaar gilt bei islamischen Frauen als sehr erotisch, weshalb auch von einigen ein Kopftuch getragen wird. Allerdings kann schon die Hilfe beim Haarewaschen für die Frau eine Verletzung der Intimsphäre darstellen, was nach Wunn die Pflegepersonen beachten sollten (vgl. Wunn 2006, 118, 149, 187f., 194).

## **4 Tabu**

Viele Menschen glauben, dass heutzutage die Tabus überwunden sind und nicht mehr existieren. Allerdings ist dem nicht so, im Gegenteil, es gibt keine Gesellschaft und keine Kultur, die ohne Tabus und ohne Tabuisierung auskommt, meint Kuhlmei.

Für Ärzte und Pflegepersonen stehen Berührungen an der Tagesordnung, wobei sie oftmals auch die Intimsphäre des Patienten durchschreiten müssen. Für sie sind die wesentlichsten Berührungstabus außer Kraft gesetzt. Vorsicht ist jedoch trotzdem geboten, da der Hautkontakt auch mit Erregung und Genuss beim Patienten verbunden sein kann.

„Wer professionell mit Krankheiten und Schmerzen, mit nackten jungen und alten Körpern, mit Angst, Scham, Ekel, Depression und Trauer umgehen muss, wird immer auch mit sich selbst konfrontiert“ (Oelke, Scheller und Ruwe 2000, 10). Denn vor allem Pflegepersonen werden sehr häufig mit schambesetzten Situationen konfrontiert, die bei ihnen Ekel auslösen können. Kuhlmei gibt zu bedenken, dass sie mit diesen Empfindungen auch umzugehen wissen müssen, was sicherlich nicht immer einfach ist (vgl. Kuhlmei 2005, 129).

## **4.1 Definition und Erklärung von Tabu**

Der Begriff „ta pu“ wurde im 18. Jahrhundert von James Cook erstmals auf der Insel Tonga im Südpazifik entdeckt. Niemand konnte bislang die Bedeutung des Wortes. Für die Naturvölker und Bewohner dieser Insel bedeutete Tabu vor allem Furcht, Angst und Schrecken, und hatte somit eine kontrollierende Funktion. Was zum Teil bis heute in Ansätzen vorhanden ist, wurde durch Regeln von Anstand und Disziplin wie auch Korrektheit erweitert (vgl. Kuhlmeiy 2005, 11).

„Ursprünglich verbot das Tabu, bestimmte Handlungen auszuführen, geheiligte Personen bzw. Kultgegenstände zu berühren. Wer es durchbrach, wurde außerhalb der Gruppe gestellt“ (Kuhlmeiy 2005, 11).

Später wurde es wie zu einem „ungeschriebenen“ Gesetz, welches nicht erwünschte Verhaltensweisen mit Scham, Peinlichkeit und Schuldgefühlen besetzte. Bis heute ist es so geblieben, dass Menschen, die ein Tabu verletzen, ausgegliedert und stigmatisiert werden (vgl. Kuhlmeiy 2005, 11).

## **4.2 Formen des Tabus**

Heutzutage ist ein Tabu, eher ein Gebot etwas nicht zu tun, erklärt Kuhlmeiy. Tabus beziehen sich auf wichtige Werte einer Gesellschaft. Sie werden in Handlungstabu („Dies macht man nicht“), Zeigetabu („Dies zeigt man nicht“), Sprachtabu („Dies sagt man nicht“) und Berührungstabu („Dies darfst du nicht berühren“) in der Medizin und Pflege unterteilt. Muss man sich zu einem Tabu sprachlich äußern, wird dies zumeist übergangen, vertagt, umschrieben beziehungsweise generalisiert, sehr gerne mit Fachvokabular.

Ärzte und Pflegekräfte sind von manchen Tabus gesellschaftlich freigesprochen, da für sie oftmals keine andere Möglichkeit besteht.

„Viele Tabus sind öffentlich, man kann über sie diskutieren. Andere sind nonverbal und lenken eher unmerklich unser Verhalten. Wieder andere Tabus sind uns selbst unbewusst“ (Kuhlmey 2005, 12).

Das Tabu kann aber auch eine Möglichkeit darstellen, sein Individuum beziehungsweise seine Identität herauszubilden und abzusichern. Da man sich selbst und seine Gefühle gut kennen muss, um zu wissen, was einem wichtig ist, und was einem lieber fremd bleibt.

Tabus können sich auch verändern und entwickeln, kaum wird über ein Tabuthema diskutiert und es umkämpft, ist es auch schon wieder enttabuisiert, und ein neues kommt zum Vorschein (vgl. Kuhlmey 2005, 11f.).

### **4.3 Tabus im Islam**

„In vielen Ländern, aus denen unsere Klientinnen stammen, stellt öffentliche Nacktheit ein Tabu dar. Dieses wurzelt im islamischen Recht, das Nacktheit und Scham eindeutig definiert“ (Schediwy 2005, 67).

Alban vermerkt, dass auch Homosexualität in der Türkei als ein Tabu gesehen wird, was auch gesetzlich verboten ist (vgl. Alban 2000, 255). Dem fügt David hinzu, dass jegliche Genitalien einen stark schambesetzten Tabubereich darstellen, der meistens nur mit Gleichaltrigen gleichen Geschlechts oder mit „Experten“ besprochen wird. Oft bereitet schon das Benennen der Geschlechtsteile in der Öffentlichkeit große Probleme (vgl. David 2001, 154f.).

In dieser Kultur sind Gespräche über die Intimsphäre zwischen Angehörigen unterschiedlichen Geschlechts auch innerhalb der Familie tabu. Deshalb kann es für ein junges unverheiratetes Mädchen nicht schlimmer kommen, als wenn es vom Arzt gefragt wird (in Anwesenheit des Vaters), ob es vielleicht schwanger sei (vgl. Wunn 2006, 150).

Schwangerschaft ist generell ein Thema, das vor einem Mann nicht angesprochen wird.

Wirsing erklärt, dass selbst, wenn bei der Frau Blutungen eingesetzt haben, dies oft nicht erzählt wird, da die Angst zu groß ist, dass jemand etwas Böses wünschen könnte (vgl. Wirsing 1992).

Schon der Blick des Mannes (beispielsweise im Kreißsaal bei der Geburt) auf die intimen Körperzonen der Frau, stellt eine hohe seelische Anspannung für den Mann dar, weiß Wunn (vgl. Wunn 2006, 139).

Auch der Körperkontakt zwischen fremden Frauen und Männern ist ein großer Tabubereich im Islam, selbst das Händeschütteln zur Begrüßung stellt bei strenggläubigen Menschen ein Problem dar, konnte Wunderer in ihrer Arbeit feststellen. Schon das sich Setzen des Pflegers oder Arztes auf die Bettkante kann einem Übergriff in die Intimsphäre gleich kommen. Ähnlich ist es mit dem Blickkontakt, da intensiver Blickkontakt zwischen Mann und Frau im islamischen Kulturkreis als tabu gilt, da dieser als eindeutiges Zeichen der Annäherung gesehen werden könnte und verstanden wird. Auch die Frage nach dem Familienstand wird von unverheirateten schon älteren Personen als unangenehm empfunden, da ledig zu sein als Makel gilt.

Generell ist zu sagen, dass türkische Patienten sich schämen, über körperliche Funktionen (z.B.: Stuhlgang, Erbrechen, Urinieren,...) zu sprechen. Deshalb werden in Krankheitsfällen beziehungsweise bei Beschwerden diese Themen oft nicht angesprochen (vgl. Wunderer 1997, 160ff.).

#### **4.3.1 Nacktheit, Schamgefühl und Intimität**

„Der nackte Körper ist in der Kranken- und Altenpflege vor allem Objekt: Er wird angeschaut, berührt, gewaschen, gepflegt. Dabei wird meist vernachlässigt oder ignoriert, dass dieser Körper einem Menschen gehört, der eine Geschichte hat, in der Nacktheit mit Intimität, Sexualität und Scham verbunden war und ist“ (Oelke, Scheller und Ruwe 2000, 97).

Nacktheit und das Präsentieren von körperlichen Reizen hat viele Bedeutungen und wird nicht immer als angenehm empfunden. Auch Frauen aus unserem Kulturkreis fühlen sich oft bei erzwungener Nacktheit unwohl und verunsichert. Allerdings haben sie es gelernt, ihre Gefühle im Krankenhausalltag zu unterdrücken. Dies ist in anderen Kulturen wie beispielsweise türkischen Patienten noch ein stärkerer Tabubereich (vgl. Wunn 2006, 194).

Zielke-Nadkarni weist darauf hin, dass es im Islam ein Gebot der Keuschheit gibt, welches Männern und Frauen verbietet, sich nackt zu zeigen. Mit diesem Hintergrund versteht man möglicherweise besser, warum manchmal Maßnahmen der Körperpflege abgelehnt werden (vgl. Zielke-Nadkarni 2003, 385).

Bei diagnostischen Verfahren ist Nacktheit meist unabdingbar, wie Kuhlmei unterstreicht, jedoch wird in einigen Fällen Scham auf beiden Seiten ausgelöst. Angst auf Seiten der Patienten, vielleicht negativ bewertet zu werden, aber auch Angst vor möglichem Ekel von Seiten des medizinischen und pflegerischen Personals, sind keine Seltenheit. Das Kommunikationsverhalten verändert sich dadurch bei der Untersuchung, die verbale Kommunikation wird weniger und „technische“ Aspekte treten eher in den Vordergrund.

Es entwickelt sich eine verstärkt nonverbale Kommunikation, um so Scham- und Ekelgefühle zu verbergen (von ärztlicher Seite) (vgl. Kuhlmei 2005, 66).

„Bei Frauen erstreckt sich der Intimbereich von den Oberschenkeln bis zu den Brüsten, strenggläubige Musliminnen zeigen nur Füße, Hände und Gesicht“ (Wunderer 1997, 165).

Ausnahmen dieser Pflicht gelten gegenüber anderen muslimischen Frauen, kleinen Kindern und dem Ehemann, aber auch bei nahen männlichen Verwandten (vgl. Al-Qaradawi 1989).

Der Koran schreibt vor, dass muslimische Frauen sich bedecken und damit schützen. Ohne islamische Kleidung und Kopfbedeckung darf sich die Frau nur dem Ehegatten, Vater, Schwiegervater, den eigenen Söhnen und den Söhnen des Ehemannes, den Brüdern, den Söhnen der Brüder und Schwestern, anderen muslimischen Frauen und Kindern, welche die Blöße der Frauen nicht beachten, zeigen. Den Intimbereich entblößen gläubige Muslime nicht einmal vor den eigenen Kindern oder Eltern (vgl. Sure 24; 31).

Wunn, betont es sollte mehr auf das Verhüllungsgebot im Spital, und das Schamempfinden der islamischen Patienten Rücksicht genommen werden. Im Besonderen bei sehr jungen weiblichen Patientinnen sollte auf eine gleichgeschlechtliche Pflege geachtet werden, um ihre Ehre nicht zu gefährden. Daher ist es Aufgabe der Pflegepersonen, die Distanz zwischen ihnen und dem Patienten zu wahren (vgl. Wunn 2006, 191f.).

Lässt eine muslimische Frau es nämlich zu, dass eine Pflegeperson sie vor anderen Männern als ihrem eigenen aufdeckt, entehrt dies nicht nur sie, sondern auch ihre Familie. Die Schuld liegt bei der Frau, da sie nicht auf ihre Ehre geachtet hat, dies konnte Zielke-Nadkarni in ihren Forschungen erfahren (vgl. Zielke-Nadkarni 2003, 504f.).

In der Türkei werden Mädchen mit etwa 10 Jahren nur mehr untersucht, wenn eine Frau anwesend ist, wie Wunderer erklärt. Der Vater darf bei Untersuchungen nie anwesend sein, sollte er dies nicht befolgen, greift der türkische Arzt ein und verweist ihn nach draußen.

Probleme können vor allem bei türkischen Frauen im gynäkologischen Bereich auftreten. Wird eine Frau im gebärfähigen Alter von einem Mann untersucht, darf sie sich laut Koran nicht unverhüllt zeigen. Wunderer konnte in ihren Befragungen auch feststellen, dass viele Frauen lieber von einem männlichen Gynäkologen behandelt werden wollen, da sie diese für kompetenter halten.

Es ist in der Türkei auch nicht üblich, sich bei der Untersuchung komplett zu entkleiden. Der Intimbereich wird zumeist mit einem Tuch bedeckt. Diese Möglichkeit hätten unsere Ärzte hier zu Lande auch. Auch die Behandlung auf dem Untersuchungsstuhl ruft großes Schamgefühl hervor, weshalb viele Patientinnen ihre Hände oder ähnliches vor ihre Augen halten um nichts mitzubekommen.

„... Begutachtung der Weichteilverletzungen, indem sie ohne Rücksicht auf die Patientin die Decke zurückschlagen und die Klientin auffordern, die Beine zu spreizen. Hier entsteht für die Betroffene eine unwürdige Situation, da nicht nur der Arzt, sondern bei vielen Visiten auch andere männliche Kollegen vor Ort sind“ (Schediwy 2005, 68).

Nicht zu vergessen ist die Jungfräulichkeit, mit der junge islamische Frauen in die Ehe gehen müssen, meint Wunderer. Daraus resultiert ihre Angst sie könnten bei der Untersuchung das Hymen verletzt bekommen. Wäre dies der Fall, würden sie nämlich für ihr ganzes Leben als „unrein“ gelten und die Ehre ihrer Familie wäre verletzt (vgl. Wunderer 1997, 161, 163ff., 167f.)

Wirsing erklärt, dass in der islamischen Kultur über sexuelle Themen aber auch Menstruation oder ähnliches nicht mit fremden Personen gesprochen wird, wozu auch medizinische Fachkräfte zählen (vgl. Wirsing 1992).

Im Koran findet sich folgender Absatz: „Wenn ihr gottesfürchtig seid, so seid nicht entgegenkommend in der Rede, so daß der, in dessen Herz Krankheit ist, lüstern wird, sondern sprecht geziemende Worte“ (Sure 33; 32).

Salman spricht von „sexueller Sprachlosigkeit“. Weder türkische Eltern und Kinder noch Frauen und Männer reden über Sexualität. Es besteht in türkischen Familien, wie Salman es bezeichnet, eine „Sexualkultur des Schweigens und der Heimlichkeit“. Der Autor unterscheidet jedoch zwei Gruppen: Diejenigen Migranten, die in der Türkei aufgewachsen sind, leben nach traditionellem Rollenmuster und reden nicht offen über Sexualität, sondern wählen Umschreibungen.

In Deutschland aufgewachsene türkische Jugendliche orientieren sich dagegen an deutschen Jugendlichen, sprechen allerdings dann auch eher in der deutschen Sprache über sexuelle Themen als auf Türkisch (vgl. Salman 1996, 17).

Scham schützt das Intime vor Verletzungen und manchmal vor Verlegenheit und Scheu. Das Schamgefühl kann aber auch auf andere übertragen werden (vgl. Wurmser 1993). „Eine andere Form von Scham schützt vor Enthüllung oder unfreiwilliger Selbstenthüllung“ (Kuhlmeier 2005, 107f.).

Izard sieht als deutlichstes Merkmal der Scham das Erröten, welches eine Reaktion ist, die man auch nicht steuern oder beeinflussen kann. Jeder sich schämende Mensch möchte aus der Situation fliehen, schafft dies allerdings nicht und verharrt am Ort.

Der Wunsch nach Flucht kann sich verschiedenartig zeigen, wie abwenden des Blickes, senken oder wegdrehen des Kopfes oder des Körpers, unruhige Augenbewegungen oder auf die Lippe–Beißen. Der Betroffene ist sprachlos, stottert oder verfällt in einen Redefluss oder verlegenes Lachen (vgl. Izard 1994).

Über dieses Gefühl wird jedoch eher nicht gesprochen, hält Reuschenbach fest, auf Grund des hohen Intimitätscharakters des Patienten (vgl. Reuschenbach 2004, 113ff.)

#### **4.3.2 Krankheits- und Schmerzempfinden**

Häufig wird der Mensch in seinem Schmerzempfinden nicht ernst genommen, jeder kennt die Redewendungen aus dem Volksmund, wie „ein Indianer kennt keinen Schmerz“ oder „ein richtiger Junge zeigt keinen Schmerz, sondern beißt sich auf die Zähne“ (Mucciolo-Madler, in: Zielke-Nadkarni 2003b, 190).

„...Schmerzen werden immer als Bestandteil von Kranksein definiert...“ (Zielke-Nadkarni 2003a, 360).

Wunn gibt zu bedenken, dass islamische Frauen bei der Geburt großen Ängsten begegnen, die sich meist negativ auf den Geburtsverlauf auswirken, da sie meist keinerlei Geburtsvorbereitungskurse besucht haben. Es ergeben sich auch gewisse Unterschiede zu deutschen Frauen. Türkische Gebärende schreien während der Geburt mehr als beispielsweise deutsche. Sie haben ein stärkeres extrovertiertes Verhalten und jammern mehr nach der Geburt, aber auch bei anderen Schmerzen. Grund dafür ist ein anderes Rollenverständnis bei Krankheiten und der Geburt. Schmerz, Angst und Trauer darf man deutlich zeigen, man soll dies sogar. Hier besteht ein großer Gegensatz zu deutschen Frauen, da diese ihr Leid eher still ertragen.

Im Unterschied dazu steht wiederum die afrikanische Frau, die nicht besonders schmerzempfindlich ist und auch keine besonderen Ansprüche stellt. Allerdings zeigen sie während der Geburt ein sehr schamloses Verhalten, was manchmal sogar die Hebammen und Krankenpflegepersonen überfordert, obwohl dies vorwiegend Frauen sind. „Gerade der Ausdruck von Schmerz variiert erheblich von Kultur zu Kultur“ (Schulz, in: Zielke-Nadkarni 2003b, 41).

Schwierig gestaltet sich im Allgemeinen meist die Schmerzlokalisierung bei Migranten, da der Schmerz meist als Ganzkörperschmerz wahrgenommen wird (vgl. Wunn 2006, 165f.).

Der verstärkte Schmerzausdruck im Krankenhaus hat nach Wunderer möglicherweise auch folgende Ursachen, da die Patienten sich ängstlich und hilflos fühlen, oder dadurch hoffen, nicht noch weitere Schmerzen zugefügt zu bekommen. Aber auch nicht ernst genommen oder richtig verstanden zu werden kann Auslöser dafür sein (vgl. Wunderer 1997, 139f.)

„Krankheiten sind Ausnahmen im Alltag. Sie durchbrechen die Routine, schränken die Bewegungsfreiheit ein, setzen eingefahrene und angeeignete Verhaltensweisen außer Kraft.

Sie beeinträchtigen die physische und psychische Leistungsfähigkeit und stellen vieles von dem in Frage, was wir alltäglich zur Gestaltung und Aufrechterhaltung unseres Lebens und unseres Selbstbewusstseins tun“ (Oelke, Scheller und Ruwe 2000, 77).

Krankheit wird bei uns als etwas Schwächendes erlebt und hat eine ausgrenzende Wirkung, wie Wunderer sehr gut zu verstehen gibt.

Hingegen wird Krankheit in der Türkei, als etwas Verbindendes angesehen. Der Kranke rückt in den Mittelpunkt und wird von der Familie versorgt. Deshalb kann es zu Schwierigkeiten kommen, wenn eine Isolierung des Patienten erforderlich ist, da eine zu hohe Ansteckungsgefahr drohen würde (vgl. Wunderer 1997, 91f.).

Fasten sowie bestimmte Körperhaltungen fördern nach islamischer Sicht die Gesundheit und Heilung. Aber auch Atemübungen und vor allem die Gebetshaltung sollen den Heilungsprozess unterstützen (vgl. Wunn 2006, 91).

Schulz gibt zu bedenken, dass Fieber zu einem kleinen Problem werden kann. Dieses wird nämlich bei islamischen Patienten als Krankheit empfunden, was aber aus „westlicher Sicht“ eine bloße Abwehrreaktion des Körpers ist. Die Migranten können hier nicht verstehen, warum das Fieber nicht behandelt wird (vgl. Schulz, in: Zielke-Nadkarni 2003b, 48).

In der Türkei haben Leber und Lunge eine besondere Bedeutung, wie Wunderer sagt. Die Leber wird als schwarzes Organ und die Lunge als weißes gesehen. Diese beiden Organe werden mit Trauer, Schmerz und Krankheit in Verbindung gebracht und in Redewendungen wie folgt eingebaut (vgl. Wunderer 1997, 111f.).

Theilen bestätigt dies und gibt zu verstehen, dass Leberschmerzen und Gelbsucht mit Traurigkeit in Verbindung gebracht werden. Sollte die Leber groß sein, dann war ein sehr schmerzhaftes Ereignis Schuld daran (wie z.B.: ein Todesfall).

Mit schwerem Leid wird die zerstückelte, ausgeschwemmte oder zerfallene Leber beschrieben. Der Satz „Deine Leber soll verbrennen“ kann auch als Fluch ausgesprochen werden (vgl. Theilen 1985, 292ff.).

Nach Wunderer kann Schmerz vom türkischen Patienten unterschiedlich dargestellt werden, entweder wird nur mit dem Finger auf die Schmerzstelle gezeigt oder bildlich dargestellt und beschrieben wie beispielsweise ein „Faustschlag auf den Bauch“ (vgl. Wunderer 1997, 141). Blechner unterstreicht, dass Todesangst ebenfalls durch Schmerzen ausgelöst werden kann, da der Patient befürchtet, von einer lebensbedrohlichen Infektionskrankheit heimgesucht worden zu sein, da in ihrer Heimat solche Erkrankungen sehr häufig vorkommen.

Äußert ein muslimischer Patient seine Schmerzen nicht, kann es sein, dass es sich um einen strenggläubigen Menschen handelt, der diese Schmerzen verstecken möchte. Denn im Islam werden auch schmerzhaftes Erkrankungen als von Gottgewollt angesehen. Möglich ist es jedoch auch, dass ein Patient der sich nicht zu seinem Befinden äußert, den Krankenhausalltag nicht stören und auffallen möchte (vgl. Blechner 1990, 560ff.).

Türkische Frauen haben oft Hemmungen bei Untersuchungen im Genitalbereich, vor allem wenn sie Schmerzen in diesem Bereich haben, konnte Wunderer feststellen. Sie verlagern diese häufig auf andere Körperregionen, und lenken die Blicke des Arztes nur mit Umwegen zur eigentlichen Schmerzstelle (vgl. Wunderer 1997, 164).

Nach David empfinden die meisten türkischen Patienten Krankheit als etwas, dass von außen in den Körper eindringt. Sie glauben nicht daran, selbst mitverantwortlich für die Krankheit sein zu können oder, dass ein Lebensereignis „Schuld“ an einer Erkrankung sein kann.

Außer die Religion spricht von einem Fehlverhalten, durch z.B.: Gebotsverletzungen oder Tabubrüche.... (vgl. David 2001, 217).

Ursachen und Auswirkungen von Krankheiten gibt es aus türkischer Sicht einige, betont Zielke-Nadkarni, wie beispielsweise durch Verhexung, das Wetter, Viren/Bakterien und schädliche Lebensbedingungen, etc.

Türkische Frauen glauben auch, dass eine kranke Seele zu körperlicher Krankheit führen kann. Auslöser können auch Stress oder Probleme, Einsamkeit, Angst, Traurigkeit, Heimweh sowie Streit sein. Aber dies sind nur ein paar Gründe, die hier angeführt sind. Es gibt auch Aussagen hierzu, dass „schlechtes“ Essen, Grund für Krankheiten sein kann (vgl. Zielke-Nadkarni 2003a, 347, 365).

David ist der Ansicht, dass es gewisse kulturspezifische Unterschiede aber auch Gemeinsamkeiten bezüglich des Verhaltens bei Schmerzen und Unwohlsein bei Frauen gibt. Bei deutschen wie türkischen Frauen ist in dieser Situation das Sich-Ausruhen und Medikamente-Einnehmen die häufigste Verhaltensform. Allerdings werden von türkischen Frauen eher sehr rasch starke Schmerzmittel eingenommen. Schmerzen auszuhalten, bedeutet für deutsche Frauen, weiter zu arbeiten und diese zu ignorieren. Es wird einfach „weggesteckt“. Bei den Migrantinnen werden Schmerzen eher mit einer erduldenen Haltung aufgenommen. Ablenkung finden die islamischen Frauen in der Gesellschaft anderer vertrauter Menschen, oder beim Einkaufen, Fernsehen,... deutsche Frauen wählen hingegen den Weg des Rückzugs zu sich selbst (vgl. David 2001, 282f.).

Beim Arzt oder im Krankenhaus wird vom islamischen Patienten nach Alban eine sofortige Schmerzlinderung erwartet und auch nachdrücklich verlangt. Sie sind der Meinung, dass man sich seine Energien für die Genesung aufheben soll, was allerdings schwierig ist, wenn die Therapie Mitarbeit vom Patienten verlangt.

Psychische Konflikte werden häufig als Ganzkörperschmerz beschrieben, da sich türkische Patienten oft selbst die Schuld für ihre Schmerzen geben (vgl. Alban 2000, 15, 258).

## 5 Lösungsmöglichkeiten

„Pflege befasst sich einerseits mit gemeinsamen Normen oder Kulturmustern, um ein allgemeines Verständnis für Lebensmuster von Pflegeempfängern unterschiedlicher Herkunft zu gewinnen. Andererseits darf jedoch die Differenzierung der Familien nie aus dem Auge gelassen werden, denn Stereotypen müssen vermieden werden“ (Friedemann 1996, 101).

Wunn macht darauf aufmerksam, dass leider jedoch das Verhältnis zwischen Pflegenden und Patienten im Alltag oft angespannt bleibt. Grund hierfür sind religionsunabhängige, den Gewohnheiten im Herkunftsland entlehnte Erwartungen an Ärzte und Pflegekräfte, die im „neuen Heimatland“ nicht erfüllt werden (vgl. Wunn 2006, 95). Leininger vertritt die Ansicht, dass Pflegenden wesentlich mehr Aufmerksamkeit und höhere Sensibilität gegenüber Patienten und deren Lebensweise aufbringen müssen, um die Muster und Strukturen der Pflege zu verändern (vgl. Leininger 1998, 68).

Es sollte darauf geachtet werden, dass der Arzt ein Vertrauen zum Patienten aufbaut. Eine Möglichkeit wäre, dass er nach dem Befinden der Familie oder den Patienten nach seiner Heimat fragt, da in der Türkei der Arzt als Vertrauter gesehen und versucht wird, ein familiäres Verhältnis herzustellen (vgl. Wunderer 1997, 151ff.).

Ein Hauptproblem stellt jedoch die Kommunikation dar. Die Verständigungsschwierigkeiten mit nicht deutsch sprechenden Migranten erschweren die Situation zunehmend, berichtet Schediwy.

Deshalb sollte unbedingt nach Lösungen gesucht werden, um diese Probleme zu beheben. Wichtig ist zu beachten, dass man Kommunikation nicht allein auf die Sprache reduziert, sondern im Gegenteil die Körpersprache nicht vergessen darf, da sie einen hohen Stellenwert einnimmt. Aber auch der unterschiedliche Umgang mit Gesundheit, dem Körper und der Krankheit muss beachtet werden. „ Um also eine Verbesserung der interkulturellen Pflege zu gewährleisten, müsste neben vermehrten Fortbildungen zum Thema „Transkulturelle Pflege“ ein größeres Angebot an muttersprachlichen Informationen bereitgestellt werden, wie z.B. vermehrte professionelle Dolmetscherdienste“ (Schediwy 2005, 98). Der Einsatz von Bildtafeln, die in allen Sprachen verständlich sind und in bestimmten Situationen zum Einsatz kommen könnten, wäre eine Möglichkeit. Aber auch multikulturelle Teams wären ein Vorschlag, der sich als hilfreich erweisen könnte (vgl. Schediwy 2005, 98).

„Wer nicht nur den kranken Körper pflegen, sondern auch das Wohlbefinden und die Persönlichkeit des kranken Menschen stärken will, muss bereit und in der Lage sein, sich mit sich selbst, dem eigenen Körper und den ungeliebten eigenen Anteilen auseinander zu setzen“ (Oelke, Scheller und Ruwe 2000, 11). Denn nur, wenn man seine eigenen Bedürfnisse, Ängste, usw. kennt, kann man sich diese bewusst machen und daran arbeiten, selbst wenn in der Pflegearbeit Schamgrenzen erreicht werden, betonen Oelke, Scheller und Ruwe. Diese Gefühle müssen dann nicht mehr unterdrückt werden, sondern können genützt werden, um den Patienten besser zu verstehen und mit mehr Empathie zu begegnen (vgl. Oelke, Scheller und Ruwe 2000, 11).

„Das gemeinsame Bewältigen eines Lebensabschnittes oder einer schwierigen Lebenssituation, wie es in der Pflegepraxis gegeben ist, eignen sich für die Entstehung kulturübergreifender Identität und Sinnwelt“ (Mucciolo-Madler, in: Zielke-Nadkarni 2003b, 202).

Es gibt drei Begriffe die in der interkulturellen Zusammenarbeit unabdingbar sind, welche jetzt nach Zielke-Nadkarni vorgestellt und erklärt werden: **Empathie, Toleranz und Solidarität** (vgl. Zielke-Nadkarni 2003b, 239).

Empathie ist die Bereitschaft und Fähigkeit, sich in andere Menschen (deren Einstellungen und Gefühle) einzufühlen (vgl. Duden 1997, 223).

„Unter „Toleranz“ (lat.: tolerare) wird seit der Aufklärung die Fähigkeit verstanden, abweichende Gefühle, Werthaltungen und Lebensformen aufgrund der Überzeugung zu dulden, dass niemand Anspruch auf den Besitz absoluter Wahrheit erheben kann und daher Achtung vor den Werthaltungen des anderen geboten ist“ (Zielke-Nadkarni 2003b, 240).

Solidarität kommt aus dem Lateinischen und bedeutet Zusammengehörigkeitsgefühl und Gemeinsinn (vgl. Duden 1997, 755).

„Die christlichen Soziallehren leiten das Prinzip der Solidarität aus der lebensnotwendigen Ergänzungsbedürftigkeit des einzelnen durch andere Menschen ab. Sie gilt als Grundwert und Gegenprinzip zu Konkurrenz und Egoismus. Die interkulturelle Erziehung versteht unter „Solidarität“ den Abbau ethnozentrischer Denkweisen und Verhaltensmuster, sowie die Fähigkeit zu gemeinsamem Tun, trotz vorhandener Diversität“ (Zielke-Nadkarni 2003b, 241).

Zielke-Nadkarni findet es wünschenswert, dass es zu einer Entwicklung und Verbesserung im Umgang mit anderen Kulturen kommt, vor allem in der Pflege und Medizin. Da Menschen aus anderen Kulturkreisen in Pflegesituationen auf das besondere Verständnis der Pflegepersonen angewiesen sind und Pflegekräfte lernen müssen, wie sie auch mit Personen professionell arbeiten können, die andere (ihnen fremde) Denk- und Lebensmuster haben (vgl. Zielke-Nadkarni 2003a, 27).

## 5.1 Ansätze beim Krankenhauspersonal

Zu erwähnen ist nach Wunn, dass die Pflegenden zum Teil sehr interessiert sind, ein Grundwissen bezüglich des Islams zu erlangen, welches sie sich meist selbst erarbeiten. Vor allem die islamischen Speisevorschriften so wie die Hygienevorschriften sind bekannt. Aber leider auch einige Vorurteile oder oberflächliche Deutungsmuster erschweren das Erkennen vorherrschender Problemlagen (vgl. Wunn 2006, 198).

Um anders denkende Menschen zu verstehen, ist es für die Pflegenden notwendig, einen Zugang zu der neuen Kultur zu erlangen. Friedemann ist der Ansicht, dass Bücher, welche Hinweise auf kulturelle Besonderheiten geben, als sehr wertvoll gelten. Jedoch sollte darauf geachtet werden, dass Menschen aus anderen Kulturen nicht als Stereotypen dargestellt werden. Denn auch innerhalb von gleichen ethnischen Gruppen können Unterschiede vorherrschen (vgl. Friedemann 1996, 98).

Leininger vertritt die Meinung, dass es für Pflegende notwendig ist, ein ganzheitliches Verständnis über die Komplexität der verschiedenen Lebensweisen zu erlangen. Dies ist allerdings nur durch Beachtung folgender wichtiger Aspekte möglich: „das Welt- und Wirklichkeitsverständnis, der biophysikalische Zustand, die religiösen (oder geistigen) Überzeugungen, die Verwandtschaftsmuster, die vorherrschenden (im)materiellen kulturellen Phänomene, die politische, wirtschaftliche, gesetzliche, erzieherische, technologische und physikalische Umwelt, die Sprache, sowie die jeweiligen Methoden der Laien- und professionellen Pflege“ (vgl. Leininger, 1978).

„...der kritische Punkt (...) für die Pflegenden (liegt) darin, dass sie sich der eigenen kulturellen Auffassungen bewusst sein müssen. Ansonsten könnte es sein, dass Pflegende ihre eigenen Verhaltensmuster und Erwartungen als „normal“ betrachten und alle davon unterschiedlichen als falsch oder minderwertig erachten, was mit dem Begriff, Ethnozentrismus´ bezeichnet wird“ (Lea 1997, 237).

Oftmals kann es vorkommen, dass Pflegepersonen trotz ihrer hohen Motivation und fachlichen Kompetenz verunsichert und überfordert sind, wie sie sich „richtig“ gegenüber Patienten mit anderem Glauben verhalten sollen. Die Literatur gibt auch manchmal widersprechende Anweisungen und Sichtweisen, im Umgang mit interkultureller Pflege (vgl. Wunn 2006, 97). „ Spiritualität führt zu einer Gleichsetzung des eigenen Systems mit dem des Kranken. Ein Mensch, der sich akzeptiert und verstanden fühlt, ist in der Lage, Vertrauen zu schöpfen zur Pflegeperson und ihr zu erlauben, ihm beim Suchen von Lösungen beizustehen“ (Friedemann 1996, 98).

Zu den religionsspezifischen Bedürfnissen und Wünschen der Muslime zählt Wunn hauptsächlich, dass mehr auf ihr Schamempfinden und Verhüllungsgebot Rücksicht genommen werden sollte. Dies sei vor allem bei sehr jungen Patientinnen notwendig, da sonst die Erhaltung ihrer Ehre in Gefahr ist. Deshalb ist auch unbedingt die Distanz zwischen Patient und Krankenhauspersonal einzuhalten.

Die vorgeschriebenen Waschungen betreffend, ist es wichtig zu wissen, dass in Notfällen auch Sand an Stelle von fließendem Wasser verwendet werden kann, oder symbolisch reicht auch nur die Berührung von Steinen (z.B.: die Berührung der Wand) (vgl. Wunn 2006, 192).

Im Islam gibt es eine strikte Einteilung, mit welcher Hand gewisse Aufgaben (zum Beispiel bei der Körperreinigung) erfüllt werden müssen.

Was von muslimischen Patienten als großer Wunsch gesehen wird, ist, dass dieses auch vom Pflegepersonal berücksichtigt werden soll (vgl. Zielke-Nadkarni 2003a, 384).

Ein weiterer Wunsch ist, einen Gebetsraum zu haben und einen regelmäßigen Besuch durch einen Imam, erklärt Wunn (vgl. Wunn 2006, 192).

„In diesem Zusammenhang ist zu überlegen, ob man seitens der Krankenhäuser den Moscheegemeinden vorschlagen sollte, im Rotationsverfahren jeweils einen Geistlichen für gemeinsame Gebete, vielleicht zunächst für das Freitagsgebet, in den Krankenhäusern zur Verfügung zu stellen. Damit würde eine Konkurrenz unter politisch rivalisierenden Gruppierungen vermieden, andererseits aber eine geistliche Grundversorgung gewährleistet“ (Wunn 2006, 192).

Eine Möglichkeit wäre weiters, dass die Pflegepersonen sich beim Patienten erkundigen, ob die Gelegenheit zum Gebet gewünscht wird. Um gegebenenfalls (wenn es möglich ist) nicht gerade in dieser Zeit den Patienten zu stören (vgl. Zielke-Nadkarni 2003a, 380).

Leiningers Vorschlag wäre, dass in den Krankenhausspeiseplan kulturspezifische Nahrungsmittel miteingebunden würden (wie beispielsweise typische Gewürze), um die Gesundheit des Patienten zu fördern beziehungsweise zu erhalten (vgl. Leininger 1998, 282). Da Vertrautes und Altbekanntes Sicherheit und Wohlbefinden vermittelt.

Weiters kann es auch vorkommen, dass Angehörige sich gerne an der Pflege des Erkrankten beteiligen wollen, vor allem wenn der Patient ein Kind ist. Hier wäre es ideal (so weit es möglich ist), die Angehörigen tatsächlich ein Stück weit einzubinden.

Der Wunsch mitzuwirken, sollte jedoch nicht als Misstrauen gegenüber den Pflegepersonen aufgefasst werden, da es in der Türkei üblich ist, dass die Familie die Pflege übernimmt (vgl. Zimmermann 1984, 69ff.).

Oftmals ist das medizinische Wissen bei islamischen Patienten etwas mangelhaft, da es sich nur auf das beschränkt, was von außen auch sichtbar ist. Deshalb ist eine bessere Aufklärung notwendig, die durch eine bildhafte Sprache unterstützt werden kann, wie beispielsweise die „Körperpolizei“ für die weißen Blutkörperchen. Weiters sollte eine einfache Sprache mit wenigen Fachbegriffen verwendet und in kleinen Erklärungsschritten vorgegangen werden.

Aber auch die Medikamenteneinnahme gehört gut erklärt und „überwacht“, da beispielsweise sprachliche Verständigungsschwierigkeiten und mangelndes Wissen über die Einnahmевorschriften Schuld sind an fehlender oder unzureichender Compliance. Hier ist eine ausführliche Erklärung über Nebenwirkungen, Wirkungsweisen,... notwendig, in die auch die Familie miteinbezogen werden sollte. Sollte die Sprache das Hauptproblem darstellen, wäre es gut, wenn die Medikamenteneinnahme in der jeweiligen Sprache erklärt werden könnte (vgl. Wunderer 1997, 108ff., 122ff.).

„Ist dies nicht möglich, könnten Sie sicherstellen, dass der Patient die wichtigsten Punkte verstanden hat, indem Sie den Patienten das Gesagte wiederholen lassen, sich „mit Händen und Füßen“ verständigen, Zeichnungen anfertigen, Zahlen aufschreiben“ (Becker, Wunderer und Schultz-Gambard 2006, 61).

Witte und Morrison finden es am besten, wenn Dolmetscher eingesetzt werden, da nicht nur die Verständigung erleichtert wird, sondern auch der Patient das Gefühl vermittelt bekommt, ernst genommen zu werden, ganz gleich aus welcher Kultur er stammt.

Familienangehörige oder Kinder von ausländischen Patienten sollten - wenn möglich - nicht als Übersetzer tätig werden, da sie oftmals nicht genau oder unvollständig dolmetschen (vgl. Witte und Morrison 1995, 216ff.).

Oelke, Scheller und Ruwe sind der Ansicht, dass Pflegende sich selbst reflektieren sollten, indem sie sich bewusst machen, welche Vorstellungen und Erlebnisse sie in Zusammenhang mit Krankheiten bringen und welche Empfindungen sie damit verbinden. So können sie den Patienten empathischer gegenüber treten. Aber auch wie ihr eigener Umgang mit Krankheiten ist und was sie sich von ihrer Umgebung wünschen, beziehungsweise wie sie Krankheiten bei anderen wahrnehmen, sollte reflektiert werden. Klarheiten sollten sie auch gewinnen über Situationen, die möglicherweise außer Kontrolle geraten oder sie überfordern könnten, und wie sie sich davor schützen.

Nachgedacht werden sollte von den Pflegepersonen auch über ihr eigenes Schmerzempfinden und –verhalten. Aber auch über ihre eigenen Ekel- und Schamgefühle bezüglich Ausscheidungen sollten sie sich bewusst werden (vgl. Oelke, Scheller und Ruwe 2000, 78f., 87, 93).

Einen besonderen Schwerpunkt in der Krankenpflegeausbildung sollte nach Kuhlmeier das Scham- und Ekelmanagement erhalten, da man in diesem Beruf sehr häufig mit ekeligen und schambesetzten Situationen in Berührung kommt. Außerdem sind Supervisionsgruppen sehr zu empfehlen für Personen, die in dieser Berufsrichtung arbeiten. Sie können so eine psychische Entlastung erfahren (vgl. Kuhlmeier 2005, 129).

Nacktheit ist ebenfalls ein Bereich, der sich in der Pflege nicht vermeiden lässt und immer wieder zu verstärkten Schamgefühlen führen kann, nicht nur beim Patienten sondern auch bei den Pflegefachkräften.

Deshalb ist es umso wichtiger, über seinen eigenen Umgang mit Nacktheit zu reflektieren, wie man sich selbst beziehungsweise wie man seine Patienten wahrnimmt (vgl. Oelke, Scheller und Ruwe 2000, 98).

Entscheidend findet Mucciolo-Madler, dass Pflegepersonen, welche sich in Leitungsfunktionen befinden, neben der Fachkompetenz auch über eine Sozialkompetenz und im speziellen über eine Kulturkompetenz verfügen. Dazu gehört natürlich auch die Auseinandersetzung mit der eigenen Kultur (vgl. Mucciolo-Madler, in: Zielke-Nadkarni 2003b, 205).

„Obwohl ohne Zweifel Patienten von Pflegenden lernen können und sollen, ist es gerade in transkulturellen Pflegesituationen von entscheidender Bedeutung, dass Pflegende sich dem Wissen und den Praktiken der Patienten öffnen, denn Heilungserfolge hängen nicht zuletzt davon ab, dass dieses Erfahrungswissen gewürdigt und in die Pflege integriert wird“ (Zielke-Nadkarni 2003a, 128).

## **5.2 Ansätze beim muslimischen Patienten**

Der Muslim ist verpflichtet, seinen Körper als Gabe Gottes zu schützen und somit auch auf seine Gesundheit zu achten, so sieht es die Religion vor. Darauf können sich Ärzte und Pflegepersonen berufen, wenn es zu Problemen mit der Compliance von muslimischen Patienten kommen sollte (vgl. Wunderer 1997, 89).

Wagner und Hendrych empfinden es als sehr wichtig, vor allem für muslimische Jugendliche zu wissen, dass sie als Vermittler der beiden Kulturen gelten, wenn es beispielsweise darum geht, zwischen Ärzten und Patienten zu vermitteln. Ihnen kommt eine immer größere Bedeutung zu, da unsere Gesellschaft zunehmend multikultureller wird (vgl. Wagner und Hendrych, in: Zielke-Nadkarni 2003b, 152).

## 6 Vorstellung eines multikulturell geführten Seniorenzentrums in Duisburg

Durch die hohe Zahl an Migranten, in der Bundesrepublik Deutschland, speziell der älteren Migranten, steigt die Nachfrage nach Pflegeplätzen, da die Familien es sich nicht mehr finanziell erlauben können, ihren Beruf aufzugeben, um selbst für die Eltern sorgen zu können. Die heutige Zeit hat viele Veränderungen gebracht, mit denen ältere Menschen oft Schwierigkeiten haben, da es ja immer so war, dass sich die Kinder um die Eltern gekümmert haben, sobald diese Pflege benötigten. Handelt es sich hier noch um sehr gläubige Menschen, kann die Suche nach einem passenden Pflegeheim nochmals erschwert werden, vor allem wenn es sich um einen anderen Glauben als den christlichen handelt. Oftmals kann es hier bei islamischen Angehörigen zu Gewissenskonflikten kommen, da die Versorgung und Pflege der hilfebedürftigen Eltern zu den wesentlichen Aufgaben der Kinder gehört. Im Koran heißt es:

*„Und zu den Eltern (sollst du) gut sein. Wenn einer von ihnen (Vater oder Mutter) oder (alle) bei dir (im Haus) hochbetagt geworden (und mit den Schwächen des Greisenalters behaftet) sind, dann sag nicht „Pfui!“ zu ihnen und fahre sie nicht an, sondern sprich ehrbietig zu ihnen, und senke für sie in Barmherzigkeit den Flügel der (Selbst-)Erniedrigung und sag: „Herr! Erbarm dich ihrer (ebenso mitleidig), wie sie mich aufgezogen haben als ich klein (und hilflos) war!“ (Sure 17/23-24)*

Die Tatsache, die eigenen Eltern in einem Pflegeheim unterbringen zu müssen, wird in der islamischen Bevölkerung oft als verantwortungslos gesehen und als Vernachlässigung der familiären Pflichten verurteilt.

Diese Problematik wurde in Duisburg bereits vor mehr als 10 Jahren erkannt und daher ein Projekt gestartet, in dem erprobt werden sollte, wie ein Zusammenleben mit unterschiedlichen Glaubensrichtungen in einem Pflege- und Altenheim funktionieren kann.

## **6.1 Entwicklung und Entstehung des multikulturellen Seniorenheimes „Haus am Sandberg“ in Duisburg**

Im Jahre 1994 wurde ein Pilotprojekt (ESA = Ethnischer Schwerpunkt Altenhilfe) gestartet, um ein internationales Altenheim zu errichten, welches in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Roten Kreuz (= DRK)-Altenheim „Haus Rheinkamp“ in Duisburg – Baerl ihren Anfang finden sollte. In Kooperation zwischen dem DRK-Landesverband Nordrhein, welcher auch der Träger der Einrichtung ist, und dem Rhein-Ruhr- Institut für Sozialforschung und Politikberatung an der Gerhard-Mercator-Universität Duisburg, wurde das dreijährige Projekt gefördert und durch die Stiftung Wohlfahrtspflege durchgeführt.

Im Januar 1997 wurde das Multikulturelle Seniorenzentrum „Haus am Sandberg“ bezogen, welches das Altenheim „Haus Rheinkamp“ ablösen sollte. Somit endete im September 1997 das dreijährige Projekt und bis zu diesem Zeitpunkt hatten sich Mitarbeiter des Hauses sowie die damaligen (einheimischen) Bewohner in einem intensiven Prozess auf die bevorstehenden Veränderungen durch den Zuzug älterer Migranten vorbereitet. Gemeinsam wurde diesem ein Zeichen gesetzt, in dem der Name der Einrichtung als „Multikulturelles Seniorenzentrum Haus am Sandberg“ festgelegt wurde. Da dieser Name zeigen sollte, dass in dieser Einrichtung alle Menschen unabhängig ihrer jeweiligen ethnischen oder religiösen Zugehörigkeit willkommen sind, und einen gemeinsamen Lebensraum im Alter finden können.

Dass dies ein guter Weg war, zeigt die Tatsache, dass das „Haus am Sandberg“ im Mai 2007 sein zehnjähriges Bestehen feiern konnte.

## 6.2 Vorstellung des Hauses

Im Durchschnitt sind die Bewohner ca. 83 Jahre alt und verbringen in etwa 5 Jahre in diesem Haus. Derzeit wohnen 13 türkische Bewohner, 1 marokkanischer und 2 niederländische Bewohner im Multikulturellen Seniorenzentrum. Die restlichen Senioren sind deutscher Herkunft.

Das Gebäude ist ein sehr helles Haus, da es hauptsächlich aus Glas besteht, wodurch es jedem Bewohner möglich ist, in den großzügigen Garten zu blicken, ganz gleich wo er sich gerade in der Einrichtung aufhält. Das Haus bietet 96 Bewohnern Platz, mit 48 Einzelzimmern in der Größe von ca. 24m<sup>2</sup> und 24 Doppelzimmern mit ca. 27m<sup>2</sup> für die Vollzeit- aber auch Kurzzeitpflege für die Pflegestufen 0-III.



Abb.: 1 Vorderansicht



Abb.: 2 Seitenansicht d. Hauses

Die Zimmer besitzen ein seniorengerechtes Bad, eine eingebaute Schrankwand, ein modernes Pflegebett mit Nachtkästchen, und einen Tisch mit seniorengerechten Sesseln. Aber auch eine Rufanlage für die Pflegekräfte, ein Telefon und ein Fernseher mit Satellitenanschluss, stehen den Bewohnern zur Verfügung.

Dem Pflegebedürftigen steht es frei, ob er eigene Kleinmöbel mit in die Einrichtung bringen möchte.

Im Inneren des vierstöckigen Hauses befindet sich jeweils ein offener Aufenthaltsraum mit einer Etagenküche. Dort haben die Bewohner die Möglichkeit, miteinander zu plaudern oder auch nur einfach in Ruhe zu verweilen. Jeder Stock hat außerdem in seinem Aufenthaltsbereich unterschiedliche Themenbereiche, wie beispielsweise die Nordsee mit einem Strandkorb, um auch den deutschen Bewohnern die aus dieser Gegend stammen ein Heimatgefühl vermitteln zu können.

Weiters sind auf drei Etagen neun Wohngruppen mit zusätzlichen Wohnküchen vorhanden. Hier wird gebacken, geplaudert, gekocht und gelebt.

In den Therapie- und Veranstaltungsräumen werden regelmäßig unterschiedliche Aktivitäten angeboten, wie beispielsweise Seniorengymnastik, Gedächtnistraining, Malkurse..., aber auch Feste werden hier gefeiert.



Abb.: 3 Teil des Veranstaltungsraum

Im Parterre befindet sich eine Cafeteria, die als Zentrum der Gemeinschaft und Geselligkeit betrachtet wird. Von dort aus gelangt man barrierefrei auf die Sommerterrasse oder in den angrenzenden Hausgarten. Dieser Raum wird vielfältig genutzt, da es hier auch für Besucher möglich ist, am täglichen Mittagstisch teilzunehmen, aber auch ein Demenz-Kaffee, das in Kooperation mit der Alzheimer Gesellschaft Duisburg steht, wird hier regelmäßig abgehalten.



Abb.: 4 Cafeteria

Weiters befinden sich im Haus ein Friseursalon und ein kleiner Kiosk, der von einer Heimbewohnerin betreut wird. Dort wird einem die Möglichkeit von Knabberereien bis hin zu einem Gläschen Sekt alles geboten. Für Ausflüge oder weiter entfernte Einkäufe steht weiters ein behindertengerechter Kleinbus und ein von der Stiftung Wohlfahrtspflege gefördertes Kraftfahrzeug zur Verfügung.



Abb.: 5 Kiosk

Im Multikulturellen Seniorenzentrum wird auch der religiöse Glaube nicht vergessen, und so wurde ein „Mescid“ (= ein muslimischer Gebetsraum) für all jene Bewohner errichtet, die nach islamischen Glauben leben.

Im Vorraum vor dem Mescid gibt es einen Waschraum, in dem die rituelle Waschung vorgenommen werden kann. Regelmäßig kommt auch ein islamischer Seelsorger und Hoça vorbei, um mit den Muslimen zu beten.



Abb.: 6, 7 Mescid und Waschraum

Im 2. Obergeschoss befindet sich ein Koran in türkischer und deutscher Sprache für all jene, die im Rollstuhl sitzen und daher nicht in den Mescid fahren können (Gefahr der Verschmutzung des Raumes) um zu beten, oder für jene, die lieber für sich alleine im Zimmer beten möchten.

Einmal im Jahr wird ein Melvid (= islamischer Gedenkgottesdienst) veranstaltet, der von dem Hoça durchgeführt wird. An diesem Gottesdienst nehmen Bewohner beider Konfessionen, Angehörige und Gäste des Hauses teil.

Christliche Messen werden im Veranstaltungsraum abgehalten, wofür ein evangelischer oder römisch-katholischer Pfarrer (nach Bedarf) vorbeikommt. Nach Berichten der Pflegekräfte und der Sozialarbeiterin kann es allerdings auch vorkommen, dass muslimische Bewohner auch zur christlichen Messe kommen, und sich diese anhören, aber auch umgekehrt ist die Neugierde und das Interesse an der jeweiligen anderen Religion sehr groß. Es steht den Bewohnern ebenfalls frei, ob sie an den religiösen Festen der jeweilig anderen Religion teilnehmen wollen.

So kann es auch vorkommen, dass deutsche Senioren beim Zuckerfest anwesend sind und mitfeiern aber auch beim Weihnachtsfest kam es schon vor, dass muslimische Bewohner dem Fest beiwohnten. Da bislang nur der Islam als anderer Glaube im Seniorenzentrum vertreten war, wurde dieses Haus auf diese zwei großen Religionen ausgerichtet, es wären aber auch Buddhisten oder Hinduisten... willkommen, und es würde sich das Haus auch diesen Religionsrichtungen widmen und entsprechende Angebote setzen.



Abb.: 8 Tanzende Heimbewohnerinnen

Es gibt einen interkulturellen Besuchsdienst, der aus teilweise Ehrenamtlichen aus der Umgebung besteht, die mit den Bewohnern backen, basteln oder spazieren gehen. Einmal in der Woche wird der mediterrane Markt veranstaltet, bei dem jedes Zimmer mit dem mobilen Marktstand besucht wird, in dem bettlägerige Bewohner auch die Möglichkeit bekommen, etwa Früchte oder ähnliches zu kaufen. Für die anderen Bewohner wird der Stand durchs Haus geführt und jeder hat die Möglichkeit, nach Lust und Laune einzukaufen.



Abb.: 9 Mobiler Marktstand

Um es den Bewohnern noch gemütlicher zu gestalten, wurde darauf geachtet, dass alle krankenhaushähnlichen Symbole wie die weiße Dienstkleidung, gegen farbige Bekleidung getauscht wurden. Auch die Begriffe wie Schwester oder Patient werden vermieden. Teppiche und selbst gemalte Bilder in den Gängen sowie die Mitnahme von eigenen Haustieren in das Seniorenzentrum sollen den Bewohnern das Gefühl des „Zuhause-seins“ vermitteln.

### **6.2.1 Mitarbeiter des Multikulturellen Seniorenzentrums**

In diesem Haus sind insgesamt um die 90 Mitarbeiter beschäftigt, die sich aus den Pflegekräften, den Mitarbeitern des Sozialen Dienstes, der Seelsorge, den Zivildienstleistenden, den jungen Menschen, die ein Freiwilliges-Soziales-Jahr absolvieren wollen, den ehrenamtlichen Betreuern und dem Personal aus der Küche, sowie dem Servicepersonal zusammensetzt. Nicht zu vergessen seien die Pflegedienstleitung, der Heimgeschäftsführer, die Wäscherei, die Rezeption und der Haustechniker.

Neben dem deutschstämmigen Personal ist ein Großteil der Mitarbeiter türkischer Herkunft, aber auch Mitarbeiter aus Polen, Russland, Kasachstan, Italien und den Niederlanden sind hier beschäftigt. Anfangs waren die ausländischen Pflegekräfte noch zu gering qualifiziert, und konnten aus diesem Grund nur Aushilfsarbeiten vornehmen. Allerdings bemühte und unterstützte die Einrichtung sie, um ihre Fachausbildungen nachholen zu können.

Den Mitarbeitern werden regelmäßig multikulturelle Fortbildungen angeboten, wie zum Beispiel Sprachkurse und landeskundliche Kurse, aber es besteht auch die Möglichkeit zur Supervision.

Im „Haus am Sandberg“ ist es von großer Bedeutung, dass bilinguales und bikulturelles Personal möglichst ganztags zur Verfügung steht, um im pflegerischen und psycho-sozialen Bereich den Migranten die Möglichkeit zu geben zu verstehen, beziehungsweise verstanden zu werden. Somit können Missverständnisse im Vorfeld vermieden werden.

Vor allem beim Heimaufnahmegespräch ist es von großer Bedeutung, wenn Mitarbeiter anwesend sind, die dieselbe Muttersprache sprechen, da es meist bei älteren Migranten und ihren Angehörigen eine vertrauenserweckende Atmosphäre schafft. Somit fallen die Trennung und der Abschied durch den Einzug ins „Altenheim“ nicht ganz so schwer, und Schuldgefühle können so vermieden oder beseitigt werden.

Allerdings können Sprachschwierigkeiten zwischen deutschen Pflegepersonen und beispielsweise türkischen Bewohnern hin und wieder auch vorkommen, hier wird versucht, auf die nonverbale Kommunikation überzugehen. Hier versuchen die Mitarbeiter Gestik, Mimik, Körperhaltung, akustische Signale und die Artikulation der Bewohner zu beobachten. Sie wenden sich den türkischen Pflegebedürftigen auch über Berührung und Blickkontakt zu, um eine direkte Verbindung trotz sprachlicher Schwierigkeiten erreichen zu können.

Aber auch auswendig gelernte türkische Floskeln können einen positiven Effekt für den Aufbau einer vertrauensvollen pflegerischen Beziehung haben.

Die ehrenamtlichen Mitarbeiter sind zum Teil Privatpersonen, aber auch Mitglieder aus Moscheevereinen, die regelmäßig diese Einrichtung besuchen und unterstützen.

### **6.2.2 Multikulturelle Angebote und Besonderheiten**

Neben den schon erwähnten Besonderheiten im Haus sind auch alle Angehörigen und persönlichen Bezugspersonen der Bewohner immer recht herzlich willkommen. Weiters wird versucht, diese nach Wunsch in den Pflege- und Betreuungsprozess zu integrieren.

In jedem Stock gibt es einen orientalischen Teekoher, der auch Samowar genannt wird. In diesem kocht schwarzer Tee, den man als „Cay“ kennt. Es steht den Bewohnern und ihren Gästen frei, ob sie sich möglicherweise zu einem geselligen Tee-Klatsch (= „Cay Sohbeti“) treffen möchten.

Zusätzlich wurde im Dachgeschoss ein multikultureller Wohnbereich eingerichtet, der mit einem Orient – Teppich, einer orientalischen Sitzecke, einem orientalischen Grill und gemalten Bildern mit türkischen Landschaftsmotiven an den Wänden ein gemütliches und bekanntes Umfeld für die Migranten schaffen sollte. In diesem Wohnbereich leben vorwiegend türkische Bewohner, was auch den Kontakt zueinander erleichtert und somit auch ein Stück Heimatgefühl in dieses Haus bringt. Einen ähnlichen Wohnbereich findet man auch im Obergeschoss dieser Einrichtung.

Das Seniorenzentrum arbeitet eng mit türkischen Moscheevereinen, türkischen Selbsthilfeorganisationen, türkischen Wohltätigkeitsvereinen und Wirtschaftsunternehmen zur Förderung sozialer Kontakte und Schaffung einer lebensnahen Atmosphäre zusammen.

Mit Hilfe dieser und vor allem der ehrenamtlichen Mitarbeiter wird es allen Bewohnern des „Hauses am Sandberg“ ermöglicht, an unterschiedlichsten Freizeitangeboten teilzunehmen, wie das gemeinsame Zubereiten von traditionellen Gerichten, gemeinsames Treffen zum Tee-Klatsch, Vorlesestunden für türkische Bewohner, Liederabende mit türkischen Musikern, orientalische Frauenabende und viele weitere interkulturelle Projekte.



Abb.: 10 Ein deutsch – türkischer Liederabend

Weiters befinden sich im Haus eine internationale Bibliothek und der schon genannte wöchentliche mediterrane Markt wird veranstaltet. Jedoch die Arbeit mit türkischen Ehrenamtlichen benötigt auch eine gewisse Flexibilität, da mit spontanen Besuchen von etwa 30 Personen, die Selbstgebackenes mitbringen, und mit dem Samowar Tee kochen, gerechnet werden muss. Für die Bewohner stellen gerade diese unerwarteten Besuche eine willkommene Abwechslung dar.



Abb.: 11 Bibliothek

Aber auch die Ausrichtung von internationalen Festen hat einen großen Stellenwert in dieser Einrichtung gefunden, der nicht mehr wegzudenken wäre. Hierzu zählen nicht nur Feste der jeweiligen Religion, sondern es werden auch Feste bestimmten Ländern gewidmet, die dann veranstaltet werden, wie zum Beispiel das „Frankreich-Fest“. Hier sollen die Bewohner unterschiedliche Länder und deren Speisen, Bräuche, etc. näher kennen lernen, und somit das Gefühl einer Reise in dieses Land vermittelt bekommen.

Auf die Ernährungsvorschriften der islamischen Religion wird ebenfalls Rücksicht genommen und daher ist im Speiseplan neben der vollen Kost, die Diätkost und auch die türkische Kost vertreten. Hier steht es allen Bewohnern frei, welche Speise sie an den jeweiligen Tagen gerne essen möchten. Das Essen wird in einer Art Buffetform in den jeweiligen Küchen auf den unterschiedlichen Etagen vorbereitet, und jeder mobile Bewohner kann sich sein Wunschgericht abholen.

Anfangs gab es auch einmal die Woche ein türkisches Frühstück, bei dem es türkische Wurst, Brot und andere typische Nationalspeisen gab, die die Bewohner aus ihrer Heimat kennen. Da dies sehr großen Anklang fand, wird dieses bereits dreimal wöchentlich angeboten, und auch viele deutsche Bewohner freuen sich daran, und entscheiden sich auch oftmals für das türkische Essen. Es steht aber auch allen Angehörigen und Gästen frei, diesem Frühstück beizuwohnen.

Um den islamischen Speisevorschriften auch wirklich gerecht zu werden, ist es unabdingbar, Köche und Servicekräfte auch aus dem islamischen Kulturkreis im Mitarbeiterteam zu beschäftigen. Aus diesem Grund sind im „Haus am Sandberg“ zwei Mitarbeiter mit türkischer Herkunft täglich für die Zubereitung des türkischen Menüs zuständig. Denn sie kennen die traditionelle Zubereitung der Gerichte und vermitteln so den Bewohnern Sicherheit, dass diese auch nach islamischen Vorschriften zubereitet wurden.

In dieser Einrichtung wird sogar das Fleisch von einem ortsnahen türkischen Lebensmittelgeschäft gekauft um sicherzugehen, dass dieses auch „helal“ (= nach islamischen Ritualen geschlachtetes Fleisch) geschlachtet wurde. Sonst könnte es vorkommen, dass sehr gläubige Bewohner kein Fleisch zu sich nehmen würden.

Das Multikulturelle Seniorenzentrum bietet zu einer der heiligen Nächte des Islam auch eine türkische Suppe, auch Aschure genannt, welche dann im Heim an alle „Nachbarn“ verteilt wird, wie es im islamischen Brauch üblich ist.

Einmal im Monat wird mit den Bewohnern und türkischen Ehrenamtlichen gekocht. An diesen Tagen werden ganz traditionelle Gerichte zubereitet in einer der Küchenzeilen in den Wohnbereichen. Mit diesen Aktivitäten wird den Bewohnern eine lebensnahe Atmosphäre geboten, wie es in traditionellen Familien üblich ist. Manchmal wird auch in mehreren Generationen gekocht, da die ehrenamtlichen Mitarbeiter ihre Enkelkinder mitbringen. Bei türkischer Musik im Hintergrund wird gekocht, gelacht und getanzt, und sobald das Essen fertig ist, mit den anderen Bewohnern gegessen.

Auch das Fasten im Monat des Ramadan wird den islamischen Bewohnern ermöglicht. Das gewünschte Essen wird von den Mitarbeitern (islamischer Herkunft) abends gekocht und zu Sonnenuntergang dem Iftar (= genauer Zeitpunkt des Fastenbrechens, auch als Zuckerfest bekannt) serviert. Dieses wird ganz traditionell mit einem Glas Wasser und einer Dattel oder Olive begonnen.

Am Morgen noch vor Sonnenaufgang decken die Pflegekräfte des Nachtdienstes den Tisch, wecken die fastenden Bewohner, und helfen ihnen, noch rechtzeitig bis zum Sonnenaufgang essen zu können. Nach dem Frühstück wird es ihnen freigestellt ob sie noch einmal zu Bett gehen wollen.

Ein weiterer Brauch im Ramadan ist es, die Ältesten als Erweisung der Ehre, am ersten Fastentag, zu besuchen. Hier werden den Bewohnern traditionelle Gerichte gebracht, die zum Fastenbrechen gereicht werden können. So lädt das Seniorenzentrum zu diesem Anlass alle Bewohner mit ihren Angehörigen, Freunden und Gästen zu einem gemeinsamen Iftar Essen. Im Gegenzug werden die Bewohner des Hauses auch von den örtlichen Moscheevereinen zum Iftar-Essen eingeladen. Dadurch bekommen die Bewohner eine willkommene Abwechslung zu ihrem üblichen Alltag.

Als große Besonderheit gelten auch „Tagesurlaube“, die vordergründig für die demenzten Bewohner ins Leben gerufen wurden, um auch ihnen die Möglichkeit zu bieten, sich zumindest kurzfristig aus der alltäglichen Pflegesituation zurückziehen zu können. Es wurden allerdings auch schon mehrtägige Urlaube mit den Senioren gemacht, die allerdings nicht für alle Bewohner möglich waren, da eine gewisse Mobilität hier von Nöten war. Jedoch werden im Haus am Sandberg so viele Aktivitäten angeboten, dass sicherlich für jeden „zu Hause Gebliebenen“ etwas dabei ist und Langeweile keine Chance hat.

### **6.3 Pflegeleitbild und Pflegemodell**

Das Multikulturelle Seniorenzentrum hat sich für das Pflegemodell der fördernden Prozesspflege von Monika Krohwinkel als Grundlage für ihre pflegerische Arbeit mit Migrant\*innen entschieden. In ihrer Umsetzung achten sie jedoch sehr darauf, dass die religiösen und kulturellen Bedürfnisse einen besonderen Stellenwert bekommen. Ergänzt wird dieses Modell durch die kulturelle Pflegelehre Leiningers, um kulturelle Einflüsse auf die Pflege und Betreuung besser vertiefen zu können.

### **6.3.1 Zur Person Monika Krohwinkel**

Monika Krohwinkel wurde 1941 in Hamburg geboren. Sie machte eine Hebammen- und Krankenpflegeausbildung in Deutschland und England. 1988 schloss sie ihr Studium der Pflegewissenschaft und Erziehungswissenschaft in Manchester ab. Später arbeitete sie als Hebamme und Krankenpflegerin im In- und Ausland. Aber sie war auch als Lehrerin in den Bereichen Pflegepraxis, Pflegepädagogik, Pflegeforschung und Pflegewissenschaft, in unterschiedlichen Weiterbildungs- und Ausbildungsinstituten tätig. Weiters war sie seit Beginn ihres Studiums an vielen Forschungen und Studien beteiligt (vgl. [www.treffpunkt-altenpflege.de](http://www.treffpunkt-altenpflege.de)).

1984 veröffentlichte Krohwinkel erstmals ihr konzeptionelles Modell der Aktivitäten und der existentiellen Erfahrungen des Lebens. 1991 wurde dieses in einer abgeschlossenen Studie erprobt und weiterentwickelt. Diese wissenschaftliche Studie war die erste, die von einer Pflegenden durchgeführt wurde - im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit in Deutschland - und befasste sich mit der ganzheitlich-rehabilitierenden Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken (vgl. Arets, Obex, Vaessen und Wagner 1997, 161).

Derzeit ist sie Professorin für Pflegewissenschaft an der Evangelischen Fachhochschule in Darmstadt (vgl. [www.treffpunkt-altenpflege.de](http://www.treffpunkt-altenpflege.de)).

### **6.3.2 Das Modell fördernder Prozesspflege**

Krohwinkel spricht in ihrer Theorie der Pflege von Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des täglichen Lebens (AEDLs), die sich auch in ihrem Modell wieder finden. Allerdings spricht sie nicht mehr nur von den AEDLs, sondern sie erweiterte diese in die ABEDLs (Aktivitäten, Beziehungen, Existentielle Erfahrungen des Lebens).

Als oberstes Ziel in der fördernden Prozesspflege wird es gesehen, pflegebedürftige und betroffene Personen zu unterstützen und zu fördern, um ein größtmögliches Maß an Unabhängigkeit, Wohlbefinden und Lebensqualität zu erhalten, zu erreichen beziehungsweise wiederzuerlangen.

„Ganzheitliche-fördernde Prozesspflege ist am Ausprägungsgrad der Kategorien Sichtbarkeit, Ganzheitlichkeit, Kontinuität und Unabhängigkeit zu erkennen:

**Sichtbarkeit**, das heißt, Pflegebedürfnisse, Probleme und Fähigkeiten von PatientInnen und persönlichen Bezugspersonen werden gezielt berücksichtigt und dargestellt.

**Ganzheitlichkeit**, das heißt, Probleme Bedürfnisse, Fähigkeiten und Maßnahmen werden in ihren Zusammenhängen erkannt. Ergebnisse werden unter Einbeziehung der Gesamtsituation systematisch ausgewertet.

**Kontinuität**, das heißt, der pflegerische Beziehungs- und Problemlösungsprozess wird ohne Unterbrechung realisiert. Die pflegerischen Abläufe werden individuell und umfassend von den pflegerischen Bezugspersonen gewährleistet.

**Unabhängigkeit**, das heißt, Pflege ist an den Fähigkeiten der PatientInnen orientiert. Sichtbarkeit, Ganzheitlichkeit und Kontinuität bedingen unabhängigkeitsfördernde Pflege“ (Krohwinkel 2008, 192).

Zu Monika Krohwinkels System der fördernden Prozesspflege zählen folgende Modelle:

ein Rahmenmodell

ein Pflegeprozessmodell

ein mit dem Pflegeprozessmodell verbundenes ABEDL-Strukturierungsmodell

ein Managementmodell

ein Qualitätsentwicklungsmodell mit einem integrierten Modell zum reflektierenden Erfahrungslernen

(vgl. Krohwinkel 2008, 206,211,253).

### **6.3.3 Rahmenmodell**

Krohwinkel gliedert ihr Rahmenmodell in 3 übergeordnete Bereiche, die Einfluss auf die Pflege haben:

**Das primäre pflegerische Interesse** richtet sich auf die pflegebedürftige Person, ihre Fähigkeiten, Bedürfnisse und Probleme, bezogen auf Aktivitäten des Lebens und ihren Umgang mit Beziehungen und existentiellen Erfahrungen des Lebens. Aber auch auf deren wichtigste Bezugspersonen ist das primäre pflegerische Interesse gerichtet.

**Die primären pflegerischen Zielsetzungen** sind das Erhalten, Fördern und Wiedererlangen von Fähigkeiten, die zu Unabhängigkeit und Wohlbefinden der betroffenen Person führen. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es allerdings notwendig auch die Fähigkeiten der persönlichen Bezugsperson gezielt zu erfassen, zu stützen und zu fördern.

### **Die primären pflegerischen Hilfeleistungen (Pflegermethodik)**

Der professionellen Pflege stehen fünf grundlegende Methoden zur Hilfeleistung zur Verfügung:

für den pflegebedürftigen Menschen handeln,

ihn führen und leiten,

für eine Umgebung sorgen, die einer positiven Entwicklung förderlich ist,

ihn unterstützen,

den pflegebedürftigen Menschen und seine Bezugsperson anleiten,

beraten, unterrichten und fördern

(vgl. Krohwinkel 2008, 32ff., 215f.)

### **6.3.4 Pflegeprozessmodell**

Die Pflege wird als fördernder Beziehungs-, Problembearbeitungs- und Entwicklungsprozess gesehen. Dem Pflegeprozess kommt ein übergeordneter Stellenwert zu, er soll in all seinen Phasen personen-, beziehungs- und förderungsorientiert sein. Der Pflegeprozess im Krankenhaus beginnt bei der Aufnahme des Patienten und endet bei seiner Entlassung. Die Hauptaufgaben und Verantwortungen liegen bei der direkten Pflege, bei der Pflegedokumentation und der Pflegeorganisation sowie Koordination. „In diesen drei Bereichen erfasst die Pflege den Bedarf. Hier hat sie die Entscheidungs-, Durchführungs- und Evaluationsverantwortung. Die Verantwortung bezieht sich auf pflegerische Aufgaben, pflegerische Methoden und Ressourcen zur Pflege in allen Phasen des Pflegeprozesses“ (Krohwinkel 2008, 37).

Der Pflegeprozess besteht aus vier sich gegenseitig beeinflussenden Phasen:

1. Phase: **Erhebung** = Pflegeanamnese und Pflegediagnose
2. Phase: **Planung** = Pflegeziele und Maßnahmen
3. Phase: **Durchführung** = kreative Umsetzung der Pflegeplanung
4. Phase: **Auswertung** = Evaluation auf dem Hintergrund einer Ist-Soll-Analyse und Feedback

In der ersten Phase wird das Fundament anhand einer Pflegebedarfserhebung gelegt, diese umfasst das Erkennen und Beschreiben von pflegerelevanten Problemen und Fähigkeiten des betroffenen Patienten.

Die zweite Phase beinhaltet die Planung der Pflegeziele und weiteren Maßnahmen, welches oftmals ein hohes Maß an Wissen, über geeignete Methoden, von den Pflegepersonen fordert.

In der dritten Phase kommt es dann zur kreativen Umsetzung der Pflegeplanung.

Die vierte Phase gibt das „Feedback“ über die Effektivität des Pflegeprozesses. Die Hauptquelle der Evaluation ist der Patient selbst, er soll wo es möglich ist immer aktiv am Evaluationsprozess beteiligt werden (vgl. Krohwinkel 2008, 35ff., 238).

### **6.3.5 Strukturmodell (ABEDLs)**

Krohwinkel spricht nun nur mehr von den ABEDLs und wie vorhin schon erwähnt nicht mehr von den AEDLs. Es gibt in ihrem Strukturmodell 13 Bereiche, die untereinander in wechselseitiger Beziehung stehen, allerdings unterliegen sie keiner Hierarchie. Die ersten 11 Bereiche stimmen mit den Lebensaktivitäten (LA) von Roper, Logan und Thierney überein. Jedoch stellt der 12. und 13. Bereich eine Besonderheit dieses Modells dar. Diese beiden Bereiche wurden von Krohwinkel entwickelt. Das Strukturierungsmodell dient als Instrument, um den Pflegeprozess in der direkten Pflege und der Pflegedokumentation zu strukturieren.

#### **Das ABEDL-Strukturierungsmodell:**

1. Kommunizieren können
2. Sich bewegen können
3. Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten können
4. Sich pflegen können
5. Sich kleiden können
6. Ausscheiden können
7. Essen und Trinken können
8. Ruhen, schlafen, entspannen können
9. Sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln können

10. Die eigene Sexualität leben können

11. Für eine sichere /fördernde Umgebung sorgen können

12. Soziale Kontakte, Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können

13. Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können

(Krohwinkel 1984,1988, überarbeitet 1993, Anpassung zur Begrifflichkeit 2004, 2006)

Die existentiellen Erfahrungen des Lebens stellen eine Besonderheit dar, da der Mensch eine Fülle von Erfahrungen im Laufe seines Lebens macht. Diese Erfahrungen können den Menschen positiv oder negativ in ähnlichen Situationen beeinflussen. Erfahrungen aus seinem früheren Leben können die Zufriedenheit, das psychische Wohlbefinden und die körperliche Verfassung beeinflussen.

Es werden die existentiellen Erfahrungen des Lebens in drei Bereiche gegliedert:

**Die existenzfördernden Erfahrungen wie:**

Wiedergewinnung von Unabhängigkeit

Zuversicht / Freude

Vertrauen

Integration

Sicherheit

Hoffnung

Wohlbefinden

### **Die existenzgefährdenden Erfahrungen wie:**

Verlust von Unabhängigkeit

Sorge / Angst

Misstrauen

Trennung

Isolation

Ungewissheit

Hoffnungslosigkeit

Schmerzen

Sterben

### **Erfahrungen, die existenzfördernd oder existenzgefährdend sein können:**

Kulturgebundene Erfahrungen wie Weltanschauungen, Glauben und Religionsausübung

Lebensgeschichtliche Erfahrungen

(vgl. Krohwinkel 2008, 30ff., 232,242)

### **6.3.6 Managementmodell**

Das Managementmodell sieht seine Hauptaufgaben im Aufgaben- und Verantwortungsbereich ganzheitlich-rehabilitierender Prozesspflege zur Strukturierung, Analyse und Entwicklung von direkter Pflege, Arbeitsorganisation, Ressourcen und Rahmenbedingungen.

Krohwinkel versteht professionelle Pflege als einen Prozess bei dem sich die **direkte Pflege**, die **Pflegeorganisation** und **Pflegekoordination**, aber auch die **Pflegedokumentation** zusammenfügen und gegenseitig ergänzen sollen.

Die Pflege hat in diesen Bereichen:

die Entscheidungsverantwortung,  
die Durchführungsverantwortung und  
die Evaluationsverantwortung.

Beim Managementmodell wird davon ausgegangen, dass zur Umsetzung der ganzheitlich-rehabilitativen Pflege **zeitliche, personelle, materielle** und **strukturelle Ressourcen** erforderlich sind.

In der medizinischen Diagnostik und Therapie übernimmt der Arzt die Entscheidungs-, Delegations- und Evaluationsverantwortung, somit fällt die Durchführungsverantwortung der Pflege, zu.

Es darf die Wichtigkeit der Auseinandersetzung und Kooperation zwischen den einzelnen Berufsgruppen und Arbeitsbereichen nicht außer Acht gelassen werden. Denn es wird deutlich, dass eine ganzheitliche Pflege einer guten Organisation, Kooperation und Kommunikation bedarf (vgl. Krohwinkel 2008, 37f., 191, 243f.).

### **6.3.7 Qualitätsentwicklungsmodell mit einem integrierten Modell zum reflektierenden Erfahrungslernen**

„Im Qualitätsentwicklungsmodell wird Qualitätsentwicklung in zyklischen, miteinander verbundenen Prozessen dargestellt. Im Zentrum der Qualitätsentwicklung liegen die Hauptaufgaben- und Verantwortungsbereiche der Pflege“ (Krohwinkel 2008, 253).

Durch die Anwendung des Pflegeprozesses kommt es zum Erfahrungslernen. Beim reflektierenden Erfahrungslernen gilt als Ausgangspunkt die konkrete Erfahrung oder die konkrete Situation des Pflegenden. Die theoretische Reflexion und Diskussion dieser Erfahrung und das Einbringen von theoretischem Wissen führt zu einem neuen Problembewusstsein, das zu neuen Handlungen in der Praxis anregen kann. Es wird somit eine Synthese zwischen praktischer Erfahrung und Theorie gebildet.

Diese veränderten Handlungen werden geprüft und bei Eignung in das Handlungsrepertoire der Pflegenden übernommen.

Krohwinkel geht davon aus, dass diese Synthese auf Dauer zu einem veränderten Pflegeverständnis führen kann und sich neue Pflegekonzepte entwickeln können.

**Modell des reflektierenden Erfahrungslernens:**

Praxiserfahrung

Reflexion von eigener Praxis und neuen Erkenntnissen

Neues Problembewusstsein

Erarbeiten von Problemlösungen

Aktives Erproben in der Praxis

Evaluieren der Erfahrung

Neue Praxiserfahrung

(vgl. Krohwinkel 2008, 165f.).

## 7 Überlegungen, Ausblick, Diskussion

Der Glaube kann Menschen helfen, schwere Zeiten wie Krankheit, Tod oder Trauer zu überstehen. Er gibt Sicherheit, spendet Kraft und oftmals auch Trost, sei es als Patient oder Angehöriger. Eigentlich ist es ganz gleich, welcher Religion man angehört. Im Grunde verfolgen alle das gleiche Ziel. Jede Glaubensgemeinde möchte gesunde und „gute“ Gemeindemitglieder haben. Aber oftmals besinnt man sich erst in schweren Zeiten zurück zu seiner Religion und hält sich an dieser fest, da man sich hier Rettung und Hilfe erhofft. Darauf sollte man sich in der Krankenpflege möglicherweise wieder mehr besinnen beziehungsweise sich wieder bewusster werden sollte, um eine adäquate Pflege und mehr Verständnis für die Patienten aufbringen zu können.

Für viele Menschen stellt der Glaube, die Religion eine Orientierungshilfe dar, vor allem wenn es sich um Migranten handelt, die sich in einem oft noch fremden Land zurechtfinden müssen. Natürlich ist es für jeden Menschen anfangs nicht leicht, sich mit anderen Kulturen, deren Normen und Werten zurecht zu finden, da jeder Einzelne durch seine Herkunft, seine Umwelt und seinen Glauben geprägt wurde. Allerdings sollte es unser Ziel werden, diesen Weg schneller gemeinsam zu gestalten, und wie Zielke-Nadkarni so treffend formuliert hat, unsere „Kulturbrille“ abzulegen, durch die man nur seine eigene Welt betrachtet und dadurch nur eine eingeschränkte Sichtweise erhält. Vor allem im Gesundheitsbereich hat diese Brille keinen Platz, denn hier brauchen Menschen Hilfe, Unterstützung, Behandlung und Verständnis, ganz gleich, welcher Religion dieser Patient angehört. Man sollte den religiösen Glauben als Freund und Unterstützer sehen, und nicht als Feind, denn die innere Einstellung zur Heilung wird oftmals durch die religiöse Einstellung geprägt.

Auch im Christentum gibt es religiöse Grundhaltungen die sich vom islamischen Glauben nicht wirklich unterscheiden. Bedenkt man das Fasten, Opfern oder das Wallfahrten, findet man dieses in beiden Religionen wieder. Im Christentum ist zu beobachten, dass vorwiegend alte Menschen noch sehr gläubig leben, was möglicherweise darauf beruht, dass diese schon schwere Zeiten des Krieges miterleben mussten, wo der Glaube ihnen als Einziges blieb. Die jüngeren Menschen können sich dies heutzutage nur noch schwer vorstellen, und waren vielleicht auch noch nie in der Situation, wo die Religion und der Glaube, die einzige Lichtquelle in ihrem Leben waren. Deshalb glaube ich, haben sich viele von der Religion abgewendet und verloren dadurch viel Wissen über den eigenen Glauben. Umso schwieriger ist es, sich mit einer fremden Religion auseinanderzusetzen. Somit haben es Vorurteile leichter, die man durch die Umwelt vermittelt bekommt. Entscheidend ist es daher, schon bei der eigenen Religion zu beginnen und vor allem im Pflegebereich, wo man zwangsläufig mit Tod und Krankheit konfrontiert wird, bestimmte Begriffe und deren Bedeutung zu kennen, wie im Christentum Eucharistie, Krankensalbung,.... Natürlich wäre es wünschenswert, dieses auch aus dem Islam, dem Judentum,... zu kennen, sowie bestimmte Bräuche und Sitten. Dies würde die Arbeit und das Miteinander im Krankenhaus und Pflegeheim erleichtern und verbessern.

Hilfreich erscheint es mir, die eigene Voreingenommenheit dem Islam gegenüber einzuklammern und die Chance zu geben, diese Religion neu zu verstehen. Ich selbst konnte diese Erfahrung durch meine Arbeit in einem islamischen Privatkindergarten machen, und habe dadurch gelernt, die Menschen besser in ihren Handlungsweisen zu verstehen.

Grundregeln und Verbote des Islam zu kennen, verhindern schon im Vorfeld viele Konflikte, da man durch kleine Gesten eventuellem Konfliktpotential entgegenwirken kann.

So wie Leininger schon vor einigen Jahren von einer multikulturellen Gesellschaft sprach, ist heute eine noch stärker kulturell durchgemischte Bevölkerung anzutreffen, weshalb auch die Pflege hier noch Aufholbedarf hat, um den Patienten gerecht zu werden. Durch die fehlenden Sprachkenntnisse vieler Patienten wird die Arbeit der Pflegefachkraft um ein Vielfaches erschwert. Hier wird unbedingt Hilfe benötigt, da die Pflegekräfte nur schwer alle Sprachen lernen können und zu wenig Dolmetscherpersonal vorhanden ist.

Da das Krankheitsverständnis türkischer Muslime von jenem der Christen stark abweicht, kommt es auch hier zu Missverständnissen und Problemen, denn es kann auch vorkommen, dass ein Patient keinerlei Ahnung über seinen Körper und dessen Organe hat. Somit kann eine medizinische Erklärung zu seiner Krankheit zwangsläufig nur zu Angst und Unverständnis führen.

Ein großes Problem von Seiten der Pflegekräfte stellt das knappe Zeitmanagement dar, weshalb viel zu wenig Zeit bleibt, den Patienten genügend Aufmerksamkeit und Aufklärung zu widmen. Konsequenz dieser Problematik ist Frustration, auf beiden Seiten. Der Patient fühlt sich im Stich gelassen und die Pflegepersonen verzweifeln, weil sie viele Arbeiten einfach nur noch wie am Fließband verrichten können, ohne dem Erkrankten die Zeit zu widmen, die ihm gebührt.

Generell muss bedacht werden, dass im islamischen Recht, Nacktheit und Scham eindeutig definiert ist und der sexuelle Bereich sehr stark tabuisiert wird. Im medizinischen Bereich kommt es hier häufig zu Problemen, da die medizinischen und pflegerischen Fachkräfte den Patienten berühren und ansehen müssen, um ihn zu untersuchen und behandeln zu können. Jedoch wird hier schon die Intimsphäre verletzt, weshalb es meines Erachtens notwendig ist, mehr Aufklärungsarbeit auf beiden Seiten zu tätigen.

Denn ein bloßes Händeschütteln zur Begrüßung kann für einen sehr strenggläubigen Muslimen eine Verletzung der Ehre bedeuten und stellt somit auch einen Tabubruch dar. Da man in der Pflege und Medizin vielen Situationen nicht ausweichen kann, ist es unabdingbar, mehr über diese Menschen zu wissen, denn schon in der Pflege ist es nicht zu vermeiden einen muslimischen Patienten nackt zu sehen.

Allerdings besteht meist die Möglichkeit, eine gleichgeschlechtliche Pflegeperson einzusetzen, womit dem Patienten sehr geholfen ist. Für das Personal stellt es eine rein organisatorische Aufgabe dar, die, glaube ich, in vielen Fällen leicht zu tätigen ist. Wie man hier wieder erkennen kann ist einfach mehr Sensibilität gefordert, denn schon mit wirklich kleinen Mitteln oder Gesten kann das Miteinander besser funktionieren. Dafür ist sicherlich jeder Mensch dankbar, nicht nur Muslime.

Es ist schon verständlich, dass jeder Mensch in seiner Arbeit eine gewisse Routine entwickelt und möglicherweise auch ein wenig abstumpft. Aber gerade in sozialen Arbeitsbereichen, in denen man mit Menschen im direkten Kontakt steht, wäre es umso wichtiger, diese „eingeschlichene“ Routine immer wieder neu zu überdenken und zu reflektieren. Einen Satz sollte man sich hier immer vor Augen halten, denn „wo Angst herrscht, können Menschen nicht genesen“.

Man wächst in seiner eigenen Kultur und Gesellschaft auf, man wird von seinen Eltern erzogen und somit in eine gewisse Richtung gelenkt, welche meist als die richtige erkannt wird. Nach meinem Empfinden verharrt der Mensch meist in dieser Welt, und verschließt sich vor allem Neuen. Es wird meist alles abgelehnt, bevor man es richtig kennen gelernt hat. Somit werden aber auch Parallelen übersehen, die es in anderen Gesellschaften möglicherweise auch gibt. Denn jeder Mensch kennt Schmerzen, Trauer, Angst, Sorge und Krankheit, und hat dies höchstwahrscheinlich auch schon am eigenen Körper verspüren können.

Jedoch jeder Mensch hat gelernt, mit diesen Situationen und Gefühlen unterschiedlich umzugehen. Was allerdings nicht heißen soll, dass jemand der gelernt hat seinem Schmerz Lautstärke zu verleihen, schmerzempfindlicher ist als jemand der sie still erträgt. Hier sind wir wieder beim Punkt Sensibilität angelangt. Diese geht oftmals leider verloren und hemmt oft unsere Arbeit. Dies sind nur einige von vielen Punkten, die neu überdacht werden müssen.

Ich möchte auch niemanden beschuldigen oder kritisieren, aber ich glaube, es wäre einfach an der Zeit, Probleme beim Namen zu nennen und Veränderungen zu zulassen.

Meiner Meinung nach sollte jeder Mensch in erster Linie bei sich selbst beginnen, über seine Arbeit zu reflektieren und zu überlegen, was in seiner Arbeit mit Migranten gut läuft und wo es eher zu Problemen kommt. Weiters sollte man sich fragen, was mache ich in dieser Situation anders, als bei anderen. Oftmals könnten hier schon Dinge verändert und Lösungen zu unseren Problemen gefunden werden.

Was das große Problem der Verständigungsschwierigkeiten im Umgang mit Migranten betrifft, wäre ein multikulturelles Team wie es auch im Haus am Sandberg anzutreffen ist, eine gute Möglichkeit. Aber wichtig wären auch Fortbildungen und Seminare für Krankenhaus- und Pflegeheimmitarbeiter, in denen ihnen andere Länder und Religionen (mit denen sie im Alltag hauptsächlich konfrontiert sind) vorgestellt und näher gebracht werden. Schon einzelne Wörter in den hauptsächlich vorherrschenden Sprachen können den Arbeitsalltag mit Patienten sicherlich erleichtern. Denn wenn man mit seiner Muttersprache beispielsweise am Morgen begrüßt wird, beginnt der Tag sicherlich schon um ein Vielfaches positiver und der Heilungsprozess kann voranschreiten.

Ein weiterer wichtiger Schritt wären Dolmetscher, die von der Klinik angestellt würden, sodass sie täglich auch zur Verfügung stehen könnten.

Dies würde zwar Kosten verursachen, aber es wäre meiner Ansicht nach ein Schritt in die richtige Richtung, da Missverständnisse schon im Vorfeld behoben werden könnten, und möglicherweise Behandlungszeiten dadurch auch wieder verkürzt würden.

Betrachtet man das Problem der Religionsausübung in einem Krankenhaus oder Pflegeheim für Personen mit anderem Glauben als dem christlichen, wäre es an der Zeit, in jeder dieser Einrichtungen vielleicht einen „multireligiösen Raum“ einzurichten, in dem keine Religion überhand nimmt, aber jeder Glaube vertreten ist und so einen Gebetsraum für alle bietet.

Die Begriffe Empathie, Toleranz und Solidarität die Zielke-Nadkarni und ihre Kollegen in der interkulturellen Zusammenarbeit nennen, könnten für mich nicht treffender sein, denn diese stellen die Basis einer guten Pflege und Zusammenarbeit dar.

Das multikulturelle Seniorenzentrum in Duisburg ist ein positives Beispiel für die interkulturelle Zusammenarbeit, denn hier gelingt es, unterschiedliche Glaubensrichtungen in einem Haus oftmals sogar in einem Zimmer zu vereinen. Dieses Haus konnte sich aus einem Pilotprojekt zu einem in Deutschland sehr bekannten und gut besuchten Seniorenheim etablieren. Die Eindrücke, die ich aus dieser Einrichtung mitnehmen konnte, sind nur schwer in Worte zu fassen. Ich konnte mir anfangs nicht richtig vorstellen, wie so viele Menschen in einem Haus aus unterschiedlichen Herkunftsländern und Religionen ohne größere Differenzen auskommen können. Aber als ich dieses Haus betrat, war ich überrascht, wie viel Freude und Engagement in dieser Einrichtung steckt und welche positive Stimmung einem hier entgegen strahlt. Das besondere für mich in diesem Haus ist, dass eigentlich nicht viel mehr Aufwand als in einem anderen Haus dahinter steht, nein viel mehr wird auf Vielfalt an Angeboten, sei es bei Aktivitäten oder Speisen geachtet.

So hat jede Kultur hier Platz gefunden und Menschen jeder Nationalität finden hier ein Stück Heimat wieder. Auch die gegenseitige Akzeptanz zwischen Bewohnern untereinander und den Pflegepersonen spiegelt für mich die gute Präventivarbeit wieder, die im Vorfeld getätigt wurde.

Für mich war es während meiner Recherche zu Einrichtungen in dieser Art, sehr erstaunlich, dass es wohl in Österreich bislang keine Einrichtung gibt, die multikulturell geführt wird. In Deutschland hingegen wurden schon fast alle Pflegeheime des Roten Kreuzes nach und nach umfunktioniert. Das zeigt für mich, dass es bei uns noch großen Nachholbedarf in dieser multikulturellen Richtung gibt, denn alle Menschen werden älter und wünschen sich einen schönen ruhigen Lebensabend in vertrauter heimischer Umgebung. Aber nicht immer ist dies so möglich, weil medizinische Betreuung notwendig ist und man in ein Pflegeheim umziehen muss. Wie man an Duisburg sehen kann ist es hier gelungen, diesen Menschen auch in dieser Einrichtung ein Stück Heimat mitzugeben.

Ich hoffe, es gelang mir, durch meine Arbeit jedem Leser einen kleinen Denkanstoß mitzugeben, der ihn anspornt, über seine eigenen Einstellungen und Erfahrungen zu anderen Religionen, im speziellen zu Muslimen, zu reflektieren. Vielleicht möchte der eine oder andere Leser das multikulturelle Seniorenzentrum in Duisburg selbst besuchen, was ich persönlich nur jedem empfehlen kann, denn diese Eindrücke waren für mich einzigartig!

Wenn alle Menschen, einen kleinen Schritt aufeinander zu machen, scheint es für jeden einzelnen bloß ein Schritt gewesen zu sein, aber für die Gesamtentwicklung in die richtige Richtung, macht genau dieser kleine Schritt einen sehr großen aus!

## 8 Literatur

ALBAN, S.: Multikulturelle Pflege. Urban Fischer Verlag, München, 2000

AL MUTAWALY, S.: Menschen islamischen Glaubens individuell pflegen. Religiös und kulturell bedingte Besonderheiten, Bedürfnisse und Veränderungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) bei kranken oder alten islamischen Menschen. Kunz, Hagen 1996

AL-QARADAWI, J.: Erlaubtes und Verbotenes im Islam. SKD Bavaria, München, 1989

ANTES, P.; DURÁN, K.; NAGEL, T.; WIEBKE, W.: Der Islam. Religion-Ethik-Politik. Kohlhammer Verlag, Stuttgart Berlin Köln, 1991

ARETS, J.; OBEX, F.; VAESSEN, J.; WAGNER, F.: Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlagen. Band 1. Eicanos Verlag, Bocholt, 1997

BARDEN, I.: Glauben - Leben – Pflege im Judentum, Christentum und Islam. Lambertrus, Freiburg, 1992

BECKER, S.; WUNDERER, E.; SCHULTZ-GAMBARD, J.: Muslimische Patienten. Ein Leitfaden zur interkulturellen Verständigung in Krankenhaus und Praxis. Zuckerschwerdt Verlag, München, 2006

BIXA, U.: Interkulturelles Lernen – Erfahrungsmöglichkeiten zwischen Faszination und Bedrohung, in: Österreichische Pflegezeitschrift, 2005, 3, 8

BLECHNER, G.: Schmerzen bei ausländischen Mitbürgern – ein Erfahrungsbericht. In: Basler H.-D.; Franz C.; Kröner H.; Rehfisch H.; Seemann H.(Hrsg.): Psychologische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung. Springer, Berlin 1990, 560-569

DAVID, M.; BORDE T.: Kranksein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, 2001

DOMENIG, D.: Einführung in die transkulturelle Pflege, in: Österreichische Pflegezeitschrift, 2007, 12, 14

FRIEDEMANN, M.-L.: Familien und umweltbezogene Pflege. Die Theorie des systemischen Gleichgewichts. Verlag Hans Huber, Bern, 1996

GOSCINIAK, H.-T.: Compliance versus Glauben. Islamische Patienten und das religiöse Fasten. Deutsches Ärzteblatt, 94 (3),1997, C75-C76

HATTSTEIN, M.: Weltreligionen. Könenmann, Köln, 1997

IZARD, C.: Die Emotionen des Menschen. Eine Einführung in die Grundlagen der Emotionspsychologie. Beltz, Weinheim, 1994

KAYE, Ch. (Hrsg.): Race, culture and ethnicity in secure psychiatric practice. Kingsley Verlag, London, 2000

KROHWINKEL, M.: Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken. Fördernde Prozesspflege als System. Verlag Hans Huber, Bern, 2008

KUHLMEY, A. (Hrsg.): Tabus in Medizin und Pflege. Peter Lang GmbH, Frankfurt am Main, 2005

LEA, A.: Krankenpflege in der heutigen multikulturellen Gesellschaft: eine transkulturelle Perspektive, in: Schröck R.; Drerup E. (Hrsg.): Pflegetheorien in Praxis, Forschung und Lehre, 1997, 230-244

LEININGER, M.: Transcultural Nursing. Concepts, theories and practices. John Wiley & Sons, New York, 1978

LEININGER, M.: Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. Lambertus Verlag, Freiburg, 1998

OELKE, U.; SCHELLER, I.; RUWE, G.: Tabuthemen als Gegenstand szenischen Lernens in der Pflege. Theorie und Praxis eines neuen pflegedidaktischen Ansatzes. Hans Huber Verlag, Bern, 2000

ÖZELSEL, M.: 40 Tage. Erfahrungsbericht einer traditionellen Derwischklausur. Diederichs, München, 1993

PLASSER, F.: „...bis die Patientin aufgab!“ Transkulturelle Pflege, in: Österreichische Pflegezeitschrift, 2005, 3, 14-15

REUSCHENBACH, B.: Scham auslösende Situationen in der Pflege. Manchmal fehlen die Worte..., in: Pflegezeitschrift, 2004, 2, 113-116

SALMAN, R.: Sexuelle Identität. Über Sexualbeziehungen und Sexualnöte von Migranten, in: Pro Familia Magazin, 1996, 1, 17-19

SCHEDIWY, U.: Migrantinnen am Wochenbett.  
Eine pflegewissenschaftliche Studie am Sozialmedizinischen Zentrum Ost, Donauespital. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Wien, 2005

SCHRÖCK, R.: Menschliches Miteinander in pflegerischen Beziehungen, in: Pflege Aktuell, 1996, 11, 724-729

STRASSER, S.: Cincilik – eine Angelegenheit für die HeilerInnen? Zur Bedeutung von körperlichen Krisen der Frau in einem türkischen Dorf, in: Miteinander Lernen (Hrsg.): Frauen im Fremdland. Bildungsarbeit, Beratung und Psychotherapie mit Migrantinnen, 1995, 205-225

THEILEN, I.: Überwindung der Sprachlosigkeit türkischer Patienten in der BRD. Versuch einer ganzheitlichen Medizin mit türkischen Patienten als Beitrag zur transkulturellen Therapie, in: Collatz J.; Kührsat-Ahlers E.; Korporal J. (Hrsg.): Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik, 1985, 292-322

WAGENBICHLER, P.; WIMMER-PUCHINGER, B.: Evaluation der Weissauer Merkblätter: "Eine quantitative und qualitative Studie über das Informationsbedürfnis von Patientinnen als Konsumentinnen bei Operationen in Gynäkologie und Geburtshilfe als Grundlage für eine verbesserte Patientinneninformationsstrategie (Endbericht). " Eigenverlag, Wien 1997

WIRSING, R.: Gesundheits- und Krankheitsverhalten und seine kulturelle Einbettung in einer Kleinstadt im Südosten der Türkei. Böhlau, Köln, 1992

WITTE, K.; MORRISON, K.: Intercultural and Cross-Cultural Health Communication. Understanding people and Motivating Healthy Behaviors, in: Intercultural Communication Theory. International And Intercultural Communication, Annual, Vol. XIX, 1995, 216-246

WUNDERER, E.: Entwicklung einer Informationsbroschüre zur interkulturellen Sensibilisierung für Krankenhausmitarbeiter unter besonderer Berücksichtigung des islamisch-türkischen Kulturkreises. Unveröffentlichte Diplomarbeit, München, 1997

WUNN, I.: Muslimische Patienten. Chancen und Grenzen religionsspezifischer Pflege. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2006

WURMSER, L.: Die Maske der Scham. Springer, Berlin, 1993

ZIELKE-NADKARNI, A.: Individualpflege als Herausforderung in multikulturellen Pflegesituationen. Eine ethnographische Studie mit türkisch und deutschen Frauen. Hans Huber Verlag, Bern, 2003a

ZIELKE-NADKARNI, A.; SCHNEPP, W. (Hrsg.): Pflege im kulturellen Kontext. Positionen – Forschungsergebnisse – Praxiserfahrungen. Hans Huber Verlag, Bern, 2003b

ZIMMERMANN, E.: Ausländische Patienten in der klinischen Praxis, in: Kiesel D.; Kriechhammer-Yagmur S.; Von Lüpke H. (Hrsg.): Kränkung und Krankheit. Psychische und psychosomatische Folgen der Migration. Arnoldhainer Texte Bd. 82, 1994, 25-38

ZIMMERMANN, E.: Macht die Fremde krank? Gesundheitsrisiken und medizinische Versorgungsprobleme ausländischer Kinder, in: Geiger A.; Hamburger F. (Hrsg.): Krankheit in der Fremde. Erfahrungen aus der Gesundheitsarbeit mit ausländischen Arbeiterfamilien, 1984, 69-80

Internetquellen:

[http://www.chj.de/Koran/Einzelsuren/Arab\\_Koran\\_Surenwahl.html](http://www.chj.de/Koran/Einzelsuren/Arab_Koran_Surenwahl.html)

(11.06.2008)

<http://islam.de/27.php> (11.6.2008)

[http://www.libertas-online.de/mat\\_isl\\_glaub-richtgn.htm](http://www.libertas-online.de/mat_isl_glaub-richtgn.htm) (11.06.2008)

<http://www.religion-online.info/islam/themen/ramadan.html> (11.06.2008)

<http://www.bmeia.gv.at/aussenministerium/oesterreich/tatsachen-und-zahlen/land-und...> (23.06.2008)

<http://www.treffpunkt-altenpflege.de/krohwinkel.htm> (29.08.2008)

Lexika:

DUDEN: Das Fremdwörterbuch, Band 5, Dudenverlag, Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich, 1997

## **9 Anhang**

### **9.1 Abbildungsverzeichnis**

Abb. 1: Daniela Breitseher

Abb. 2: Daniela Breitseher

Abb. 3: Daniela Breitseher

Abb. 4: Daniela Breitseher

Abb. 5: Daniela Breitseher

Abb. 6: Daniela Breitseher

Abb. 7: Daniela Breitseher

Abb. 8: Daniela Breitseher

Abb. 9: Daniela Breitseher

Abb. 10: Daniela Breitseher

Abb. 11: Daniela Breitseher

## 9.2 Zusammenfassung

Diese Arbeit beschreibt Probleme im Krankenhaus- und Pflegealltag mit islamischen Patienten. Besonders werden hier Tabus wie Krankheit, Nacktheit und Schmerz berücksichtigt. Es wird ein Überblick der beiden Religionen Christentum und Islam gegeben. Hier werden die Pflege und das Krankheitsverständnis, sowie charakteristische Merkmale dieser Religionen näher betrachtet. Anschließend werden beide Religionen kurz gegenübergestellt.

Glaubenskonflikte gehören zu jedem Pflege- und Krankenhausalltag. Oftmals wären einige Konflikte allerdings zu vermeiden, da Missverständnisse und Unwissenheit meist die Ursache für diese Probleme sind. Zu Beginn der Arbeit werden die Probleme aus der Sicht der Patienten und aus der Sicht des Krankenhauspersonals beleuchtet, um später auch Lösungsansätze für beide aufzeigen zu können. Wie vorhin schon erwähnt, werden auch Tabus im Islam näher betrachtet. Nach einem allgemeinen Teil Tabus betreffend, wird anschließend im speziellen auf Nacktheit, Intimität und das damit verbundene Schamempfinden eingegangen. Aber auch das Krankheits- und Schmerzempfinden stellt im Islam einen Tabubereich dar. Worauf in der Pflege eingegangen werden sollte.

Im zweiten Teil dieser Arbeit wird ein „Multikulturelles Seniorenzentrum“ vorgestellt, das sich in Duisburg befindet. Dieses Haus stellt ein mögliches Modell einer guten Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Kulturen und Religionen dar. In dieser Einrichtung wird den Patienten ein sehr abwechslungsreiches, multikulturelles Angebot geboten. Es wird nach dem Modell der fördernden Prozesspflege nach Monika Krohwinkel gearbeitet, welches sich sehr bewährt hat, da dieses Haus bereits sein 10jähriges Bestehen feiern durfte.

## 9.3 Curriculum Vitae

# Daniela Breitenseher

### Persönliche Angaben

Geburtsdatum: 28.01.1983

Familienstand: ledig (Lebensgemeinschaft)

Staatsangehörigkeit: Österreich

### Ausbildung

1997-2002 BAKIpäd 10; Ettenreichgasse

2002 Abschluss der BAKIpäd mit Matura und

Diplomprüfung für Kindergarten und Hort

2002-2004 Studium der Psychologie an der Universität Wien

2004 Studiumswechsel zu Pflegewissenschaft an der  
Universität Wien

2004-2009 Studium der Pflegewissenschaft an der  
Universität Wien

### Berufserfahrung

2004-2006 Arbeit als Kindergartenpädagogin bei den  
Wiener Kinderfreunden (aushilfsweise)

2002-2008 Kundenbetreuung, Arbeit am Empfang und  
Homepageumgestaltung bei der Fernwärme Wien

Juli 2006 Praktikum im Landespflegeheim Moorbadheim  
Schrems

Seit Sept. 2008 Arbeit als Kindergartenpädagogin im  
österreichisch-ägyptischen Privatkindergarten