

---

# INTERKULTURELLE PSYCHODYNAMIK BEI KRANKHEIT & ISLAM

Die Beziehung zwischen Patienten  
und Klinikmitarbeitern verstehen

---

von Beate Anam, Hadil Lababidi und Heinz Pilartz



# Interkulturelle Psychodynamik bei Krankheit & Islam

Einleitung .....	2
1 Krankheit als Stressfaktor .....	4
1.1 Krankheitskonzepte.....	5
1.2 Gesundheitsdefinitionen.....	7
1.3 Beziehungsgefährdende Persönlichkeitsverschärfungen.....	8
2 Umgang mit Krankheit im Islam: Kulturelle und religiöse Besonderheiten.....	9
3 Überlegungen zur Beziehung zwischen muslimischen Patienten und Klinikmitarbeitern.....	10
3.1 Beten.....	11
3.2 Ernährung.....	11
3.3 Seelsorge.....	12
3.4 Kommunikation.....	13
4 Empfehlungen für Konfliktsituationen.....	14
5 Fazit für Mitarbeitende im Krankenhaus und Beschwerdemanager.....	15
6 Weiterführende Hinweise.....	17
Literaturhinweise .....	17
Anlaufstellen .....	17

\* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

Anlass für die Erstellung dieser Broschüre war der Austausch von Beschwerdemanagern\* gegen Ende einer Fortbildungsveranstaltung des Bundesverbands Beschwerdemanagement für Gesundheitseinrichtungen (BBfG): Hier waren als belastendste Beschwerdegründe Diskriminierungsvorwürfe wegen Herkunft und Religion genannt worden. Gleichzeitig kamen die Gesprächsteilnehmer zu dem Schluss, dass viele der Beschwerdegründe beim näheren Hinsehen das persönliche Krankheitserleben sowie Stressreaktionen von Patienten und Angehörigen zeigten. So entstand der Wunsch, mehr Wissen zum Thema Krankheitsdynamiken zu erlangen. Auch eine differenzierte Beschäftigung mit unterschiedlichem Erleben von und Umgang mit Erkrankung in anderen Religionen und Kulturen wurde als dringend notwendig erachtet. Der BBfG initiierte daraufhin die Arbeit zu dieser Broschüre.

Die Broschüre zielt darauf ab, für das Beschwerdemanagement und seine Mitarbeiter, die im direkten Patientenkontakt stehen, Zusammenhänge darzustellen, die bei fehlender Beachtung, mangelndem Bewusstsein oder einem saloppen Umgang leicht die Beziehungsebene belasten und Irritationen sowie Eskalationen auslösen können. Zum professionellen Umgang mit Menschen im Stress (durch Krankheit) reichen fachliche Kompetenz und medizinisches Fachwissen nicht aus. Das Verhalten von Patienten und Angehörigen folgt einer individuellen Psychodynamik, die religiös und kulturell geprägt sein kann. In der Broschüre werden religions- und kultursensible Aspekte beispielhaft am Islam dargestellt, da Menschen muslimischen Glaubens eine der größten Patientengruppen ausmachen. Die Besonderheiten in anderen Religionen werden hier deshalb nicht behandelt. Die Psychodynamik von Patienten zu (er)kennen, darauf kompetent zu reagieren und die Patientenbeziehung zu stabilisieren, setzt spezielles Wissen

voraus. Das gilt in besonderem Maße für das Beschwerdemanagement, in dem von schwierigen Ausgangslagen auszugehen ist. Die Broschüre soll zum Verstehen der Beschwerdegründe beitragen, in die häufig persönliche Verzweiflung, Angst und Scham, Destabilisierung von Familienroutinen und große (häufig enttäuschte) Erwartungen an das Gesundheitssystem und seine Akteure hineinspielen. Unabhängig von Krankheitsdynamiken oder kulturell/religiös begründeten Thematiken werden Beschwerden aus vielerlei anderen Gründen ausgesprochen. Eine einheitliche Handlungsempfehlung zum Umgang mit Beschwerden kann es auch deswegen nicht geben, da Beschwerdeführende und Adressaten individuell reagieren. Die vorliegende Broschüre will Mitarbeitern des Systems Krankenhaus darin unterstützen, emotionale Reaktionen von muslimischen Patienten und deren Angehörige besser verstehen zu können. Die enthaltenen Beratungsstellen nennen zudem Anlaufpunkte für weitere Informationen.

# Anspannung verhindert einen Perspektivwechsel von beiden Seiten

## Unsicherheit befördert Überreaktion

Patienten in Krankenhäusern sind Menschen, die häufig starke oder existenzielle Probleme mit ihrer Gesundheit haben. Durch den Verlust der Gesundheit im Akutfall oder durch bedenkliche Verschlechterungen bei einem chronischen Krankheitszustand verlieren Patienten und auch ihre Angehörigen ihre gewohnte Sicherheit. Sorgen und Angst führen zu einer Veränderung von Denk- und Empfindungsweisen, denen Menschen in ‚normalen‘, nicht von Stress geprägten Umständen folgen. Das Thema des Lebensendes rückt vielleicht erstmals ins Bewusstsein. Dazu kommt die für Patienten ungewohnte Krankenhauskultur mit ihren eigenen Regeln und unbekanntem, kaum durchschaubarem internen Abläufen, die Unsicherheit nach sich ziehen können. Aufseiten Erkrankter kann es deswegen zu emotionalen Überreaktionen oder als überzogen empfundenen Beschwerden oder Forderungen kommen.

## Diese Dynamiken treffen alle Patienten gleichermaßen, unabhängig von Geschlecht, Herkunft, Religion oder sexueller Ausrichtung.

Im Umgang damit wird von den Mitarbeitern allerdings häufig mehr erwartet als sie angesichts der beruflichen Rahmenbe-

dingungen kontinuierlich leisten können. Wo professionelle Strukturen auf Menschen stoßen, die als Laien teils wenig über den entsprechenden Bereich wissen, kann es leicht zu Konflikten kommen. Das trifft besonders für Krankenhäuser und Institutionen der Gesundheitsfürsorge zu. Das gilt im Übrigen auch, wenn Patient und Mitarbeiter dem gleichen Sprach- und Kulturraum angehören. Unterscheidet sich mindestens einer der beiden und kommen noch weitere kultur- oder religionsbedingte Werte oder Erwartungen hinzu, kann die Beziehung zwischen Patient und Mitarbeiter herausgefordert werden. Hier spielen unter anderem das Sprachvermögen und -verständnis eine Rolle sowie Empfindungen und deren wechselseitige Anerkennung.

In Pflege und Medizin verbinden sich große Verantwortung, Zeitdruck und Personalmangel, was zu Stress und Daueranspannung führen und Konfliktpotential bergen kann. Patienten und Mitarbeitende haben vielfach unterschiedliche Vorstellungen und Sichtweisen. Auch wenn sich beide Seiten dessen bewusst sind, empfinden sie die eigene Sichtweise trotzdem als angemessen. Ein Perspektivwechsel ist unter den gegebenen herausfordernden Bedingungen manchmal kaum noch

möglich. Treten zu dieser Dynamik noch weitere als trennend empfundene Faktoren hinzu, verändert sich nicht die Art der empfundenen Zurückweisungen, sondern die Stärke der Empfindungen. Das gilt gleichermaßen für Angehörige unterschiedlicher geographischer, sozialer und beruflicher Hintergründe, für Minderheiten, für Gläubige verschiedener Religionen, für Menschen mit körperlicher Einschränkung, für Anderssprachige sowie für Menschen, die sich aufgrund ihrer Lebensführung als Außenseiter erfahren. Nicht selten schwingt dann der Vorwurf der gefühlten oder faktischen Diskriminierung mit.



# 1. Krankheit als Stressfaktor

## Definition von Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit als vollständiges körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden und das Nichtvorhandensein von Krankheit<sup>1</sup>. Das dürfte ein hoher und nur selten in Gänze zu verwirklichender Anspruch sein. Die Definition verweist aber auf einen Punkt, der im Zusammenhang mit dem Beschwerdemanagement von großer Bedeutung ist: Mindestens mit Blick auf die soziale Gesundheit erleben viele Nutzer des Systems ‚Krankenhaus‘ einen starken Mangel. Diesen auszugleichen gehört zu den Grundbedürfnissen des Menschen. In der besonderen Situation von Krankheit und Krankenhausaufenthalt ist die Ausgangssituation für diese Bedürfnisbefriedigung ungünstig. Zu oft kann aufgrund der gegebenen Rahmenbedingungen die emotionale Situation der Patienten und ihrer Angehörigen zu wenig berücksichtigt werden.

Der Fokus im Krankenhaus liegt in erster Linie darauf, die körperliche (oder seelische) Gesundheit zu stabilisieren oder wiederherzustellen. Wie aber kann der Anspruch der WHO erreicht werden, wenn die Empfindungen der Betroffenen nicht in ausreichendem Maße berücksichtig

tigt werden können? Ausgehend von dem Gefühl der Hilflosigkeit kommt es beim Patienten je nach Persönlichkeit und Ausgangslage leicht zu Unzufriedenheit, Ärger, Wut, Empörung, dem Empfinden von Diskriminierung oder anderem. Die Bedürfnisse aller, die das System ‚Krankenhaus‘ in Anspruch nehmen, sind individuell, spezifisch, abhängig vom eigenen Erfahrungs- und Erwartungshorizont, der eigenen Sozialisierung und den individuellen Wertevorstellungen. In diese spielen auch Religion, Weltanschauung und Überzeugungen mit hinein. Das gilt in gleichem Maße für diejenigen, die im Krankenhaus beschäftigt sind. Für Ärzte und Pflegemitarbeiter stehen dabei das Lindern der Krankheit und ihrer Folgen im Vordergrund, Gefühle der Patienten sind demgegenüber nachrangig. Das liegt zum Großteil daran, dass die professionellen Bedürfnisse vielfach anders als diejenigen der Patienten ausgerichtet sind. Zwischen Krankenhausabläufen und den Empfindungen der Patienten ist es häufig kaum möglich, Lösungen zu finden, in denen sich beide Seiten wiederfinden.

## Reaktionen im Fall von Krankheit

Der Übergang von ‚gesund‘ zu ‚krank‘ bedeutet für jeden Einzelnen und seine soziale Bezugsgruppe eine Krise, un-

abhängig von Herkunft, Glauben oder Kultur. Betroffene und ihre Angehörige verlieren bezogen auf ihre Erwartungen, ihr Selbstbild sowie ihre Gesundheit das Sicherheitsgefühl: Gewohnheiten müssen gegebenenfalls aufgegeben werden, andere Strukturen gewinnen Einfluss, die eigene Selbstbestimmtheit reduziert sich. Gleichzeitig ändert sich die (Lebens-)Perspektive und nimmt die emotionale Belastung zu. Diese neue Wirklichkeit, mit der jeder anders umgeht, ist gedanklich kaum vorzubereiten.

In der Institution Krankenhaus ist man sich dessen bewusst. Hier aber bezieht sich der wahrgenommene Auftrag vorrangig auf die Diagnostik, Therapie der auslösenden Krankheit und pflegerische Versorgung der Erkrankten. Für die ganzheitliche Herangehensweise fehlen die Ressourcen und der gesellschaftliche Auftrag. Das führt vielfach zu Verärgerung aufseiten der Patienten und deren Angehörigen. Grundempfindungen und individuelle psychodynamische Besonderheiten können die Gefühle zusätzlich beeinflussen und machen nachvollziehbar, warum sich viele Krankenhauspatienten übersehen, nicht beachtet oder zurückgesetzt fühlen.

Für Ärzte und Pflegemitarbeiter stehen das Lindern der Krankheit und ihre Folgen im Vordergrund.

## Grundempfindungen

Grundempfindungen betreffen alle Menschen gleichermaßen. Dabei handelt es sich um Freude, Wut, Angst, Trauer und Scham. Diese Gefühlswahrnehmungen sind grundsätzlich weder gut noch schlecht. Mit Ausnahme der Freude werden sie allgemein allerdings als negativ empfunden und ziehen unterschiedliche Verhaltensweisen nach sich. Kranke und Familienangehörige erleben diese negativen Grundemotionen vielfach ganz unterschiedlich, was Beziehungen belasten kann.

- **Wut und Ärger** treten auf, wenn etwas als ‚falsch‘ empfunden wird. Um etwas zu ändern, benötigen Menschen die innere Bereitschaft, sich für ihre Vorstellungen einzusetzen: Aktivität, Kampfbereitschaft, Konfliktfähigkeit, Entscheidungskraft, Beziehungen, das Setzen klarer Ziele und Grenzen werden spürbar. Das entsprechende Verhalten kann nach außen zerstörerisch und beziehungsgefährdend wirken. („Ich wollte diese Woche in den Urlaub fahren und jetzt soll ich hier einspringen. Nein!“)

<sup>1</sup> Vgl. Esch, Tobias: Mehr Nichts! Warum wir weniger vom Mehr brauchen, München: Goldmann 2021, S. 166–176.

Grundempfindungen dienen der sozialen Interaktion und beeinflussen individuelle Verhaltensweisen.

## Krankheit als Stressfaktor

- **Trauer** entwickelt sich aufgrund von Verlusten. Wenn diese Empfindung dominiert, müssen Betroffene Misserfolg, Enttäuschung oder Trennung verkraften. Der ‚Auftrag‘ hier lautet, loszulassen und anzunehmen. Dafür wird Zeit benötigt. Man muss einen Weg in neue Rahmen- oder Lebensbedingungen finden. Die negative Seite dieser Empfindung ist Passivität. („Ich habe noch so viel vor im Leben, und jetzt muss ich befürchten, dass mir nicht mehr viel Zeit bleibt.“)
- **Angst** fußt auf dem Erleben von etwas subjektiv Furchtbarem: Unbekanntes muss bewältigt und Routinen müssen verlassen werden, auch Eingespieltes funktioniert unter Umständen nicht mehr. Angst schützt aber auch vor Übermut oder bei Gefahr und kann erfordern, kreative Wege zu finden und Grenzen zu überschreiten, um die Situation erfassen und beeinflussen zu können. Damit kann Angst auch Energie freisetzen und Klarheit ermöglichen. Im negativen Fall führt sie zu Resignation. („Hoffentlich führt die Operation nicht zu Einschränkungen.“)

- **Freude** dürfte im Zusammenhang mit Krankenhausaufenthalten oder bei Beschwerden eine untergeordnete Rolle spielen. Sie tritt auf, wenn etwas als ‚richtig‘ empfunden wird. Bedeutsamer ist hier die negative Seite der Freude: die Illusion („Sicherlich bekomme ich bald viel Besuch.“).

Die bis hierhin beschriebenen Grundempfindungen dienen der sozialen Interaktion und beeinflussen individuelle Verhaltensweisen, auch im Konfliktfall.

- **Scham** dagegen zeigt sich durch das Empfinden von Peinlichkeit. Diese Empfindung ist nach innen gerichtet und signalisiert, dass mit der eigenen Person irgendetwas ‚falsch‘ ist. Die eigene krankheitsbedingte Situation wird klaglos hingenommen und persönlich kaum aktiv beeinflusst, auch bei der Bitte um Mitentscheidung durch andere. Es besteht die Gefahr der Selbstschädigung. („Ich fühle mich minderwertig, seitdem ich im Rollstuhl sitze.“)

Betroffene werden durch das Auftreten einer Krankheit, durch einen Unfall oder durch (erneute) Krankenhausaufenthalte

von negativen Empfindungen beeinflusst. Das gilt in gleicher Weise für die Angehörigen. Die Empfindungen der Angehörigen müssen nicht denen des Erkrankten entsprechen, so dass abweichende Reaktionen auftreten können. Wut, Resignation oder Illusionen sind mögliche Folgen.

Der Ehemann ist relativ plötzlich existenziell erkrankt und muss stationär behandelt werden. Er selbst trauert um seine (endgültig) verlorene Gesundheit und hat Angst um sein Leben. Die Ehefrau, gleichermaßen sehr besorgt, drückt das aber durch ihren Ärger und manchmal ihre Wut über die Missstände auf der Station und Abteilung aus, die für den Ehemann zuständig ist. Sie steht als Beschwerdeführerin auf allen Ebenen „für“ die Belange ihres Mannes und setzt sich dafür intensiv ein. Der Mann befürchtet (und erlebt) Nachteile durch das Auftreten seiner Frau und leidet auch darunter, dass seine Frau aufgrund ihres Einsatzes weder Zeit für ihn noch für ruhige Paargespräche über die Zukunftsplanung, die verbleibende gemeinsame Lebenszeit und die Krankheitskonsequenzen hat.

## 1.1 Krankheitskonzepte

Das Auftreten von Krankheiten kann im Einzelfall zu unterschiedlichem Verhalten führen. Dafür sind verschiedene Krankheitskonzepte verantwortlich. Sie hängen mit Persönlichkeitsmerkmalen, mit der Erziehung, Sozialisation und Lebensauffassung sowie mit der Herkunft und auch Kulturzugehörigkeit zusammen. Innerfamiliär treten sie oft erst bei lebensbedrohlichen Zuständen zutage, sodass erst dann Verschiedenheit wahrgenommen und möglicherweise als beziehungsbelastend erlebt wird.

**Es lassen sich insgesamt vier Grundkonzepte identifizieren, die auch als Mischformen auftreten können. Sie zeigen sich vornehmlich in unterschiedlichem Empfinden und Verhalten bezogen auf sich selbst oder andere nahestehende Personen:**

## 1.1 Krankheitskonzepte<sup>2</sup>

### Krankheitskonzept 1

„Mein Gesundheitszustand ist kein Problem.“

Menschen mit diesem Konzept interessieren sich nicht oder kaum für Gesundheit oder Gesundheitsprävention. Sie leben eher fatalistisch, vielleicht sogar in der Akzeptanz einer Illusion. Aufforderungen zu einer „vernünftigen“ Lebensführung werden häufig als übergriffig und kontrollierend abgewehrt, eine konsequente Medikamenteneinnahme kollidiert mit diesem Selbstverständnis. Vielfach widerspricht die Selbstwahrnehmung der Faktenlage, teils massiv.

### Krankheitskonzept 2

„Mein Gesundheitszustand ist mir wichtig und ich nehme Einfluss darauf.“

Diese Menschen haben Interesse an Themen wie Gesundheit oder Fitness. Kommt es zu einem Krankheitsgeschehen, wird der Arztkontakt vielfach nur zur Absicherung einer Diagnose angestrebt. Anschließende Gesundheitsveränderungen werden eigenständig (z.B. durch Ernährungsumstellung) beeinflusst. Diese Menschen empfinden Pflege und Versorgung vielfach als sehr einengend bis hin zum Angriff auf die eigene Autonomie. Entsprechend gibt es viel Skepsis und Zurückweisung gegenüber Ärzten und Pflegekräften. Nicht selten verhindert dieses Konzept eine adäquate Krankheitsbehandlung.

### Krankheitskonzept 3

„Mein Gesundheitszustand ist mir wichtig. Ich fühle mich ausgeliefert und beunruhigt.“

Entsprechende Menschen erleben Veränderungen von Befindlichkeit und Befunden als bedrohlich. Es besteht der Wunsch nach Kontrolle und Vorsorge. Das Auftreten von Erkrankungen wird als Kontrollverlust erlebt und verursacht Hilflosigkeit, verbunden mit dem Wunsch nach Versorgung und Betreuung. Vielfach dominiert eine eher negative Grundstimmung, sicher jedenfalls dann, wenn eine Diagnose befürchtet oder gar bestätigt wurde. Viele dieser Menschen erleben medizinische Interventionen als wünschenswert und stabilisierend. Was sie fordern und erwarten, bedeutet nicht selten ein „Zuviel“.

### Krankheitskonzept 4

„Mein Gesundheitszustand interessiert mich (nicht unbedingt), mich interessieren Zusammenhänge und Ursachen.“

Der Verlust von Gesundheit wird eher aus einer Beobachterposition betrachtet: Fragen nach dem aktuellen Vorgehen und den Folgen können von der eigentlichen Krankheit ablenken. Bei Menschen, die schwerpunktmäßig entsprechend diesem Konzept leben, zeigt sich vielfach das Unverständnis, dass nicht alles behandelbar oder beeinflussbar ist.

Die jungen Eltern geraten in eine Beziehungskrise, als durch die Diagnose Leukämie der vierjährigen Tochter die unterschiedlichen Krankheitskonzepte offenbar werden: Der Vater erlebt seine Tochter in guten Händen in der Spezialabteilung des Krankenhauses (Konzept 1): „Ich vertraue denen.“ Die Mutter recherchiert, hinterfragt und steht mit anderen Ärzten in Kontakt (Konzept 2): „Ich muss mich doch darum kümmern, damit nichts übersehen wird und nicht noch mehr passiert!“ Sie wirft ihrem Mann vor, sich in ihrem Verständnis nicht ‚richtig‘ für die Tochter einzusetzen.

Krankheitskonzepte können weitgehende Auswirkungen auf Empfindungen, Kommunikation, Konfliktverhalten und Entscheidungen haben. Diese werden im Gegenüber mit medizinischen und pflegerischen Fachkräften deutlich.

Religiöse und kulturelle Einflüsse führen dazu, dass einzelne Konzepte vorrangig vorkommen.

<sup>2</sup> Nach Retzer, Arnold: Passagen Systemische Erkundungen, Stuttgart: Klett-Cotta 2002, S. 122–124.

## 1.2 Gesundheitsdefinitionen

Was Gesundheit (und damit zusammenhängend Krankheit) bedeutet, wird sehr unterschiedlich definiert. Für das wechselseitige Verständnis zwischen Patienten und Ärzten sind drei wesentliche Grundausrichtungen entscheidend. Wenn diese nicht besprochen oder abgeklärt werden, können sie im Behandlungsverlauf zu Missverständnissen, Enttäuschungen und Konflikten führen:

- **Gesundheit als Idealzustand:** Auf Grundlage der Definition der WHO ist die Rede von vollkommener oder vollständiger Gesundheit.
- **Gesundheit als Normalzustand:** Diese liegt vor, wenn sich wesentliche Parameter im Normbereich befinden. Die Festlegung liegt in der Hand der Ärzte, wobei neue Erkenntnisse zur Veränderung von als Krankheit wahrgenommenen Zuständen führen.
- **Gesundheit als Individualzustand:** Abhängig vom subjektiven Empfinden bestimmt jeder selbst, wann er gesund, arbeitsunfähig oder Behandlungspflichtig ist.

Vor jeder medizinischen Maßnahme sollte aufseiten des Arztes geklärt sein, welcher Definition gefolgt werden soll.

Es entwickelt sich zwischen dem behandelnden Arzt eines Krankenhauses der Maximalversorgung und einem Patienten, der als Unternehmer seine Interessen immer lebhaft verteidigt hat, ein ernsthafter Konflikt über den ‚richtigen‘ Umgang mit Krankheit. Hinter den akuten Beschwerden des Patienten verbirgt sich eine Krankheit, für die es laut Recherche des Patienten keine einheitliche Therapieempfehlung gibt. Der Arzt besteht auf eine weitere Diagnostik, auf die sich der Patient nur widerwillig einlässt. Infolge gehäufter organisatorischer Fehler verweigert er sich schließlich vollständig. Er verlangt symptomatische Maßnahmen, um so schnell wie möglich sein gewohntes Leben weiterführen zu können. Der Arzt verweist auf zeitnah zu erwartende dramatische Veränderungen. Der Mediziner wird als „Spinner“ bezeichnet und die Untersuchungen als „ausschließlich wirtschaftlich motiviert“.

Stressbedingt können Verhalten und Kommunikation kaum mehr bewusst gesteuert werden.

### Krankheiten als Störungen

Krankheiten können als ‚Störungen‘ wahrgenommen werden und bewirken vielfache negative Veränderungen der menschlichen Alltagsroutinen (wie plötzliche Ängste, die Ablehnung von Ereignissen, aber auch Schmerzen oder Schlafmangel) und führen mehr oder minder zu Stress. Dieser beeinflusst das Verhalten des Einzelnen. Stressbedingt können Verhalten und Kommunikation kaum mehr bewusst gesteuert werden und situationsgebunden als ‚überschießend‘ empfunden werden. Auch wird ein bestimmtes Verhalten unter Umständen als Konfliktauslöser erlebt. Je nach Empfinden und Persönlichkeit reagieren Betroffene im Kampf-, Flucht- oder Erstarrungsstil. Stressauslösende Erlebnisse können auch durch eine ‚ungeschickte‘ Kommunikation ausgelöst werden. In der Regel ist diese jedoch allenfalls der Auslöser, nicht jedoch der Grund für die Überreaktion. Die Dynamiken werden meist automatisch über das limbische System gesteuert und lassen sich vom Gestressten nur in gewissem Rahmen beeinflussen. Unter dem Einfluss der Überreaktionen erkennen sich Menschen manchmal selbst nicht wieder oder sind vom Verhalten ihrer Angehörigen erschreckt.

Die Mutter eines dreijährigen Kindes muss aufgrund einer beunruhigenden Diagnose mit dem Kind in ein Spezialkrankenhaus. Dort vergisst sie Termine und verwechselt Reihenfolgen. Darüber hinaus beschuldigt sie ständig die Pflegekräfte und Ärzte, die mit dem Kind zu tun haben. Sie ist hektisch, telefoniert dauernd mit ambulanten Ärzten und richtet permanent Aufträge, Wünsche und Fragen an die Mitarbeiter.

## 1.3

### Beziehungsgefährdende Persönlichkeitsverschärfungen

Weitere Faktoren können die Beziehung zwischen Patienten und Mitarbeitern in einer Art stören, dass Beschwerden formuliert werden, obwohl der eigentliche Auslöser der Problematik nicht die Beklagten sind. Der Ausdruck „egoistische Illusion“ beschreibt ein Phänomen, bei dem Betroffene davon überzeugt sind, dass andere wissen und verstehen, was sie selbst benötigen, ohne dass darüber gesprochen wurde. Wünsche und Erwartungen werden als selbstverständlich erachtet und die fehlende Berücksichtigung wird als Zumutung, Zurückweisung, Beleidigung oder gar Provokation erlebt. Wenn diese scheinbaren Selbstverständlichkeiten nicht beachtet werden, sind Beschwerden und Konflikte zu erwarten.

Dementsprechend wichtig ist es im Neukontakt mit Patienten oder deren Angehörigen, zunächst eine Ebene des gegenseitigen Verständnisses aufzubauen. Betroffene und ihr Umfeld befinden sich im Ausnahmezustand und reagieren unter Umständen weniger sensibel: Die Gefahr von Missverständnissen, Fehlinterpretationen, Fehlverhalten oder Zurückweisungen ist groß, wenn ihnen stationsbezogene oder krankenhausinterne Abläufe nicht ausreichend bekannt sind. Nachfragen zu Untersuchungen oder zur Thera-

pie, zu Terminen oder Adressen können Ausdruck von Unsicherheit sein oder ein überangepasstes Verhalten signalisieren. Dieses Nachfragen mag die Ansprechpartner stören und in ihrer Konzentration ablenken. Das Erleben von Unwilligkeit oder „genervt sein“ nehmen die Fragenden allerdings wahr, fühlen sich zurückgewiesen, unbeachtet oder störend, was Reaktionen auslösen kann.

Verständnisschwierigkeiten können zudem bei der spezifisch medizinischen und pflegerischen Sprache auftreten. Diese stellt nicht nur Menschen mit Migrationshintergrund vor Herausforderungen, sondern unter anderem auch im Verstehen langsamere Individuen, Zurückhaltende und Schüchterne. Sie erhalten im ungünstigen Fall nicht die Informationen, die sie eigentlich bräuchten. Diese und ähnliche Schwierigkeiten bedeuten einen zusätzlichen Stressfaktor für viele der neuen Beziehungen im Krankenhaus und auch für das Fachpersonal selbst. Die Mitarbeiter sind in das komplexe System ‚Krankenhaus‘ eingebunden, das auch ohne Patienten belastend sein kann: Multiprofessionalität, unterschiedliche Vorgaben (bspw. zu Datenschutz, Hygiene oder Gleichstellung), Finanzierungswege, Hierarchien und Verantwortlichkeiten



© pixabay

sind nur einige der Systemkomponenten, die hier genannt seien. Treffen dann Patient und Fachpersonal aufeinander, die jeweils unter Stress oder Daueranspannung stehen, ist die Konfliktgefahr groß. Werden die jeweiligen Bedürfnisse auf Patienten- und Mitarbeiterseite nicht erfüllt, können bei den Beteiligten Mangelgefühle entstehen.

Die hohen Erwartungen an die Unterstützung der betagten Mutter im Krankenhaus empfindet der fürsorgliche Sohn als selbstverständlich. Obwohl erkennbar ein Personalengpass in der Abteilung besteht und einige Schwerstkranke zu versorgen sind, fordert er für die vergleichsweise leicht betroffene Dame mehr Unterstützung. Er besteht darauf (auch ihr gegenüber), dass sie bei der Toilettenbenutzung begleitet werde, dass beim Klingeln innerhalb von wenigen Minuten jemand erscheinen müsse und dergleichen. Seine Beschwerden auf unterschiedlichen Ebenen begründet er damit, dass eine solche Hilfe allgemein zu erwarten sei und im Alltag selbstverständlich auch von ihm der Mutter gegenüber so geleistet werde.



## 2. Umgang mit Krankheit im Islam: Kulturelle und religiöse Besonderheiten

Wenn wir nun auf den Islam und seine Bedeutung für das Denken und Handeln muslimischer Patienten im Krankenhaus blicken, treffen wir auf ein Normen- und Wertesystem, das alle Lebensbereiche des Gläubigen durchdringt. Zugleich dient er Muslimen als moralische und spirituelle Richtschnur. Genau das deutet auch das Wort Islam (*islām*) an, das ‚Unterwerfung unter Gott‘ heisst. Der muslimische Gläubige ist folglich derjenige, der sich Gott unterwirft. Er muss am Tag der Auferstehung über sein Tun Rechenschaft ablegen. Diese Rechenschaftslegung entscheidet darüber, ob der Gläubige ins Paradies oder in die Hölle kommen wird. Unter den Normen und Werten gibt es solche, die immer gelten (wie zum zwischenmenschlichen Verhalten oder zu den Glaubensgrundsätzen) und solche, die den Lebensumständen des Gläubigen angepasst werden können. Hinzu kommt, dass es im Islam einige Prinzipien gibt, die im Einzelfall angewandt werden können, um im ausgewiesenen Notfall Erleichterung zu schaffen. Hierzu zählt beispielsweise „Die Not kennt kein Gebot“.

### Krankheit als Prüfung Gottes

Im islamischen Verständnis werden Krankheit, Leiden und Tod, aber auch Gesundheit als Prüfung für den Muslim auf

dem Weg zu Gott erachtet. Diese Prüfung erfordern ein geduldiges Ertragen (*ṣabr*) der Situation sowie das Vertrauen auf Gott im Hinblick auf das weitere Schicksal. Das Wissen um die Allmacht Gottes spendet gläubigen Muslimen Trost. Auch der Koran selbst kann als Trostspender dienen und Kraft vermitteln, um durchzuhalten. In ihm ist insbesondere Sure 2:286 von Bedeutung, der zufolge Gott keiner Seele mehr auferlegt als sie zu tragen im Stande ist<sup>3</sup>. Im Volksglauben ist jedoch die Vorstellung davon verbreitet, dass eine Krankheit als Strafe Gottes zu verstehen sei. Auch Geistwesen (Dschinn) oder ein böser Zauber (böser Blick) werden häufig für eine Erkrankung verantwortlich gemacht. Für diese Ansichten gibt es jedoch weder im Koran noch in der Sunna (Prophetentradition) ausdrückliche Erwähnung.

### Körper als ein anvertrautes Gut

Die durch die Krankheit aus dem Gleichgewicht geratene Verbindung von Gott, Mensch und Welt muss wiederhergestellt werden. Das erfolgt auf der körperlichen, seelischen und sozialen Ebene. Dabei kommt dem Erkrankten eine besondere Rolle zu, da ihm Gott das Leben und damit seinen Körper und seine Gesunderhaltung anvertraut hat. Der Patient ist folglich dazu verpflichtet, am Genesungsprozess

Der Islam durchdringt als Normen- und Wertesystem alle Lebensbereiche des Gläubigen.

Das Schamgefühl von Muslimen ist geprägt von der großen Bedeutung der Privat- und Intimsphäre.

mitzuwirken und auf eine Gesundung hinzuarbeiten. Ob dies durch sein Zutun sowie dasjenige der Fach- und Pflegekräfte am Ende gelingt, liegt jedoch nicht in den Händen des Gläubigen. Im Verständnis der Muslime entscheidet nur Gott darüber, ob und wann der Kranke von seiner Krankheit gesundet (Koran 26:80).

### Grundverständnisse im Miteinander

Beim Umgang mit muslimischen Patienten und deren Angehörigen empfiehlt es sich, die umfassende Bedeutung der Religion für das Leben der Muslime zu berücksichtigen. Gleichzeitig sind Muslime vonseiten des Islam dazu aufgefordert, ihren Mitmenschen gleich welcher Religionszugehörigkeit respektvoll und zurückhaltend zu begegnen. Dabei gilt es auch, einen unnötigen Hautkontakt mit fremden Personen des anderen Geschlechts zu vermeiden. Dazu zählt für manche Muslime bereits das Händeschütteln. Zurückhaltung ist auch für den Blickkontakt geboten. Deshalb schlagen manche Gläubige im Gespräch mit fremden Personen des anderen Geschlechts die Augen nieder. Wenn aufseiten der Ärzte und Pflegekräfte diese grundlegenden Verhaltensregeln im Hinterkopf behalten werden, lassen sich bereits im Vorfeld einige Konflikte vermeiden.

### Privat- und Intimsphäre

Die Privat- und Intimsphäre spielt im Islam eine große Rolle. Hier lassen sich Konflikte beispielsweise dadurch umgehen, indem vor dem Betreten des Zimmers eines muslimischen Patienten nicht nur angeklopft, sondern auf eine Aufforderung zum Eintreten gewartet wird.

Die Intimsphäre ist auch in der Pflege von Bedeutung. Sie hängt mit dem oben genannten Schamgefühl zusammen. Dieses kann auftreten, wenn muslimische Patienten von fremden Pflegepersonen gewaschen werden sollen. Dieses Gefühl verstärkt sich noch, wenn es sich um eine andersgeschlechtliche Pflegeperson handelt. Grundlegend hierfür ist die islamische Regel, dass nur solch eine Frau und ein Mann alleine im Raum sein dürfen, die miteinander verheiratet sind oder die aufgrund ihres Verwandtschaftsverhältnisses nicht heiraten dürfen (wie Geschwister). Auch ist es Muslimen untersagt, sich in Anwesenheit einer fremden Person zu entkleiden oder den geschützten Bereich des Körpers (*‘aura*) zu entblößen. Die *‘aura* umfasst bei der Frau den ganzen Körper mit Ausnahme von Gesicht, Händen und Füßen, beim Mann den Bereich Bauchnabel

<sup>3</sup> Sure 2:286: „Gott verlangt von niemand mehr, als er [zu leisten] vermag.“ Der Koran, Übersetzung von Rudi Paret, Stuttgart: Kohlhammer 2014, S. 43.

### 3.

## Überlegungen zur Beziehung zwischen muslimischen Patienten und Klinikmitarbeitern

bis Knie. Insofern es organisatorisch umsetzbar ist, empfiehlt es sich daher, gleichgeschlechtliche Pflegekräfte mit der Waschung des Erkrankten zu betrauen. Sollte das nicht möglich sein, sollte der Erkrankte darauf hingewiesen werden, dass die islamischen Gebote bekannt seien, ihre Umsetzung aber aus organisatorischen oder personellen Gründen nicht möglich sei. Untersagt der Erkrankte das Waschen durch andersgeschlechtliche Pflegekräfte, könnten eventuell Angehörige darum gebeten werden.

Eine muslimische Patientin erwartet ihr erstes Kind und muss vaginal untersucht werden. Im Krankenhaus lässt sich keine Gynäkologin finden. Nach eingehenden Gesprächen mit den medizinischen Fachkräften, die ihr die Umstände erläutern, akzeptiert sie nach anfänglicher Ablehnung die Untersuchung durch einen männlichen Facharzt.

Das Wissen um und die Berücksichtigung von bestimmten religiös bedingten Verhaltensregeln durch Ärzte und Pflegekräfte schafft bei muslimischen Patienten Vertrauen. Darüber hinaus bieten sie ihnen einen Schutzraum, der die Einstellung der Gläubigen im Hinblick

auf erforderliche Therapien positiv beeinflusst.

Das Eingehen auf muslimische Patienten mit ihren religiösen Werten und Normen sowie ihrer Lebens- und Gefühlswelt erfordert von Ärzten und Pflegekräften Zeit. Die ist angesichts von Personalmangel und einem gestiegenen Tätigkeitsumfang aber knapp bemessen. Das ist nicht einfach und verlangt von beiden Seiten guten Willen und Kooperationsbereitschaft. Aufseiten muslimischer Patienten kommt hinzu, dass viele zwar ein religiöses Grundverständnis teilen, dass die einzelnen Glaubensansichten und -praktiken aber individuell sind. Dementsprechend können die muslimischen Patienten bei der Berücksichtigung von religiösen Werten und Normen nicht gleichbehandelt werden. Der Grund dafür, dass es zu einer Norm viele Interpretationen geben kann, liegt darin, dass zu unterschiedlichen Zeiten unterschiedliche muslimische Rechtsgelehrte Aussagen darüber getroffen haben, wie eine Norm zu verstehen und umzusetzen sei. Hier spielt hinein, dass manche Normen an die Zeit und Lebensumstände angepasst werden können. Diese Vielfalt zeigt sich auch in der Umsetzung durch die Gläubigen. Einen großen Einfluss haben zudem die Kultur und Traditionen eines Landes. Selbst von

**Wie Normen interpretiert und umgesetzt werden, kann von der Zeit und den Lebensumständen abhängen.**

Muslimen lässt sich zum Teil nicht mehr auseinanderhalten, ob eine Norm oder Wertvorstellung wirklich einen religiösen Ursprung hat oder ob etwas Kulturelles in den Islam übernommen worden ist.

Ein Patient weist darauf hin, dass ihm „der Islam“ eine bestimmte Handlung oder einen bestimmten medizinischen Eingriff verbiete. Hier könnte gefragt werden, woher diese Aussage stammt. Kulturelle Gewohnheiten und Ansichten können hier ebenso hineinspielen wie die Meinung einer Person, die als Autorität wahrgenommen wird (wie der Imam einer Moschee). Es empfiehlt sich, eine Zweitmeinung von einem entsprechend ausgebildeten muslimischen Theologen (z.B. aus der muslimischen Krankenhausee-sorge) einzuholen.

**Berücksichtigung der Diversität im Patientenumgang**

Für die Mitarbeitenden in Krankenhäusern ergibt sich noch eine weitere Problematik: Immer wieder wird beklagt, dass nur aufgrund des Namens und weil ein muslimischer Glaube vermutet wird, ein angepasstes Verhalten gezeigt wird. Viele muslimische Patienten verstehen das falsch und erleben dies als diskriminierend. Aufgrund dessen empfiehlt sich ein vorangehendes klärendes Gespräch, um Missverständnisse weitestgehend auszuräumen. Grundsätzlich sind die muslimischen Patienten sowie die muslimischen und nichtmuslimischen Klinikmitarbeitenden gleichermaßen dafür verantwortlich, im Umgang miteinander reflektiert und differenziert zu handeln. Wird der Mensch als Einzelperson betrachtet und werden die ihn prägenden Elemente (wie Lebensumfeld, Sozialisierung, Religion, Kultur) berücksichtigt, dürfte der Ausgangspunkt für eine gelingende Kommunikation gelegt sein.

## 3.1 Beten

Muslimische Gläubige sind dazu verpflichtet, fünfmalig täglich (morgens, mittags, nachmittags, abends, nachts) zu beten. Das Gebet setzt den Zustand der rituellen Reinheit voraus. Diese wird durch eine rituelle Waschung erzeugt, die nach einem festgelegten Ablauf erfolgt. Der Reinheitszustand hält so lange vor, bis er durch Bewusstlosigkeit, Tiefschlaf, das Ausscheiden von Urin oder Kot, den Abgang von Luft sowie nach einem Samen-erguss seine Wirkung verliert. Hergestellt wird er in der Regel mit Wasser. Das Gebet wird in Richtung Mekka verrichtet. Diese Gebetsrichtung (*qibla*) ist jedoch nur von Gesunden einzuhalten; Kranke sind zum Einnehmen der Gebetsrichtung nicht verpflichtet.



© picturedesign96 / pixabay

Kurz nachdem ein muslimischer Patient vom Pfleger gewaschen worden ist, äußert er den Wunsch, die Gebetswaschung zu vollziehen. Hier ist wichtig zu wissen, dass eine Waschung nur dann als Gebetswaschung gilt, wenn der Muslim sie mit der Absicht verrichtet, anschließend zu beten und wenn sie in einer bestimmten Abfolge verrichtet wird. Da dies nicht erfolgt ist, befindet sich der Erkrankte nach der Waschung durch den Pfleger nicht im Zustand der rituellen Reinheit.

Betet ein muslimischer Patient, während das Zimmer betreten wird, hat das keine Auswirkungen auf das Gebet. Auch können Aufgaben im Zimmer verrichtet werden. Die betretende Person sollte den Betenden jedoch nicht im Gebet ansprechen und nicht vor ihm vorbeilaufen, da das Gebet ansonsten gestört wird.

## 3.2 Ernährung

### Ernährungsgebot

In der Ernährung ist muslimischen Gläubigen grundsätzlich alles erlaubt, was im Koran und in der Sunna nicht ausdrücklich verboten worden ist. Ein Verbot besteht für:

- Fleisch von auf natürliche Weise verendeten Tieren (außer Meerestiere),
- fließendes Blut außerhalb geschlachteter Tiere,
- Schweinefleisch,
- Fleisch, über das nicht der Name Gottes ausgesprochen worden ist (d.h. nicht halal geschlachtetes Fleisch)
- alkoholische Getränke jeglicher Art.

Ein muslimischer Patient lehnt das Essen im Krankenhaus ab. Deshalb wird er von den Angehörigen mit Lebensmitteln und Gekochtem versorgt. Das mitgebrachte Essen ist aber sehr süß und fettig. Damit widerspricht es der zwingend einzuhaltenen Diät. Eine mögliche Lösung wäre, dem Erkrankten und seinen Angehörigen aufzuzeigen, weshalb das Einhalten der Diät wichtig ist und welche gesundheitlichen Konsequenzen ein Nichteinhalten nach sich ziehen könnte. Der Erkrankte könnte auch auf das vegetarische Angebot

aufmerksam gemacht und ihm erklärt werden, dass es weder tierische Fette noch Alkohol enthält.

In einem anderen Fall weigert sich der Erkrankte, ein Medikament einzunehmen, das Bestandteile vom Schwein enthält. Um solche Situationen zu vermeiden, könnte in einem vorangehenden Gespräch geklärt werden, inwieweit religiöse Speisevorschriften der erforderlichen Therapie widersprechen. Wenn möglich, könnte ein alternatives Präparat gesucht werden, das sich mit den Speisevorschriften des Patienten vereinbaren lässt. Gibt es eine solche Alternative nicht und ist die Einnahme des belasteten Medikaments zwingend erforderlich, so greift der islamische Grundsatz „Die Not kennt kein Gebot“. Demzufolge wird die Norm wegen der Notwendigkeit aufgehoben, so dass der Erkrankte für die Dauer der Therapie von dem Gebot befreit ist. Der Patient und die Angehörigen sollten immer auch auf die Folgen hingewiesen werden, die durch das Nichteinnehmen des Medikaments eintreten können.

## 3.2

### Ernährung

Ähnlich gestaltet es sich im Fall eines Medikaments, das Alkohol enthält. Auch hier empfiehlt sich ein vorangehendes Gespräch. Grundsätzlich ist Muslimen nur die Einnahme trinkbaren Alkohols verboten, da ein Rauschzustand vermieden werden soll. Medizinischer Alkohol weicht hiervon ab, da er keine berauschende Wirkung hat. Auch hier gilt, dass die Not das Gebot aufhebt: Ist die Einnahme zwingend erforderlich, so ist der Erkrankte für die Dauer der Einnahme von dem Gebot entbunden.

#### Fasten

Beim Fasten ist zwischen verpflichtendem und empfohlenem Fasten zu unterscheiden. Das verpflichtende Fasten erfolgt im sogenannten Fastenmonat Ramadan. Da der islamische Kalender auf dem Mondjahr beruht, ‚wandert‘ der Fastenmonat jedes Jahr zehn oder elf Tage nach vorne. Während dieser Zeit ist den Fastenden von Sonnenaufgang bis Sonnenuntergang die orale Aufnahme von Speisen oder Getränken verboten. Hinzu kommen weitere Verhaltensregeln: So muss zwischen Sonnenaufgang und Sonnenuntergang auf Rauchen verzichtet werden und es dürfen keine nährwertigen Substanzen dem

Beim Fasten dürfen dem Körper keine nährwertigen Substanzen zugeführt werden. Grundsätzlich dürfen nur gesunde Gläubige fasten.

Körper zugeführt werden. Das gilt nicht für Medikamente und Spritzen ohne Nährwert. Auch das Verwenden von Ohren- oder Nasentropfen sowie von Hautölen oder -cremes, Baden, die Zahnpflege mit Zahnbürste und Zahncreme, Blutentnahme, Blutspende, Aderlass oder Darmeinlauf sind erlaubt. Zum Fasten im Monat Ramadan ist jeder Muslim verpflichtet, der die Pubertät erreicht hat und geistig sowie körperlich dazu imstande ist. Nicht erlaubt ist das Fasten folgenden Personengruppen:

- alten und chronisch kranken Menschen, die als Ersatz für jeden nicht gefasteten Tag einen Armen speisen müssen,
- Reisenden und Kranken, die die versäumten Fastentage bis zum nächsten Ramadan nachholen müssen,
- Kindern, bei denen empfohlen wird, sie ab einem Alter von 7 Jahren an das Fasten heranzuführen,
- Menschen mit einer geistigen Behinderung,
- menstruierende Frauen und Wöchnerinnen, die die versäumten Fastentage bis zum nächsten Ramadan nachholen müssen.

Auch Schwangere und Stillende dürfen auf das Fasten verzichten, wenn Bedenken für die Gesundheit des Kindes bestehen. Ein generelles Fastenverbot besteht für sie aber nicht. Auch sie müssen für jeden Tag, an dem sie nicht gefastet haben, einen Armen speisen.

Zusätzlich gibt es freiwillige Fastentage, die aus islamischer Sicht empfohlen sind. Dabei handelt es sich um die sogenannten weißen Tage (jeweils drei festgelegte Tage pro Monat) sowie um die Montage und Donnerstage.

Im Fastenmonat Ramadan möchte ein muslimischer Patient fasten. Das Fasten würde der Therapie jedoch entgegenstehen. Hier sollte darauf hingewiesen werden, dass das Fasten nur Gesunden gestattet ist, eine Krankheit entbindet von der Verpflichtung zum Fasten. Besteht der Erkrankte auf das Fasten, sollte er auf die möglichen gesundheitlichen Folgen im Zusammenhang mit seiner Erkrankung hingewiesen werden.

## 3.3

### Seelsorge

Kliniken und Seelsorgeeinrichtungen verfügen nach wie vor nur vereinzelt über muslimische Seelsorger. Vonseiten islamischer Vereinigungen und muslimischer Einzelpersonen werden bereits Bestrebungen unternommen, den Bedarf durch Angebote zu decken. Flächendeckend erfolgt noch keine Versorgung. Häufig ist der Imam einer Moschee für die Gläubigen die erste Anlaufstelle bei Fragen.

Ein muslimischer Erkrankter ist im Krankenhaus und wird in absehbarer Zeit sterben. Er hat keine Familie bzw. kommt diese nicht, um in den letzten Stunden bei ihm zu sein. Hier wäre der Imam der örtlichen Moschee um Unterstützung zu bitten, damit er für den Erkrankten aus dem Koran vorliest und ihn in seinen letzten Stunden begleitet.

Insofern möglich, sollten professionelle Sprachvermittler eingesetzt werden.

## 3.4 Kommunikation

Vielen muslimischen Patienten sind das Verrichten der Pflichtgebete, das Fasten und das Einhalten der Speisevorschriften auch im Krankenhaus wichtig, obwohl sie dazu nicht immer verpflichtet sind. Missverständnisse können bereits durch klärende Vorgespräche minimiert werden. Solche Vorgespräche sollten auch kultur- und religionssensible Themen enthalten. Ziel ist es, für den Erkrankten und die Klinikmitarbeiter Klarheit zu schaffen. Für diese Klarheit sind beide Seiten verantwortlich. Im weiteren Verlauf des Krankenhausaufenthalts wird es natürlich weitere Nachfragen geben, weshalb das Vorgespräch umso wichtiger ist. Das Gespräch sollte auf Augenhöhe geführt werden und die besondere Situation des Erkrankten berücksichtigen. Im Vorgespräch ist es auch wichtig, die Grenzen und Regeln aufzuzeigen, da das System ‚Krankenhaus‘ eigenen Strukturen und Abläufen folgt, die für den Erkrankten nicht auf den ersten Blick sichtbar sein dürften. Die Wortwahl sollte berücksichtigen, dass der Erkrankte und seine Angehörigen unter Umständen der deutschen Sprache nicht ausreichend mächtig sind. Hier soll auf professionelle Sprachmittler hingewiesen werden. Diese sollten eher zu viel als zu wenig eingesetzt werden.

Allerdings leben viele Muslime schon seit mehreren Generationen in Deutschland und für viele ist die Muttersprache Deutsch. Mitarbeiter im Krankenhaus wissen das nicht und passen Sprache und Verhalten aufgrund der Annahme an, dass der Patient oder die Angehörigen nicht oder nur schlecht verstehen. Solche Abstimmungsprobleme gibt es immer wieder und bei allen Patientengruppen. Im Vorgespräch könnte auch dieser Punkt thematisiert werden.

Ein muslimischer Erkrankter wird wegen einer unvermeidbaren Behandlung in ein Krankenhaus eingewiesen. Er hat Angst vor der Erkrankung, dem Krankenhausaufenthalt und davor, seine religiösen Pflichten nicht einhalten zu können. Im Anamnesegespräch könnte herausgefunden werden, inwiefern und welche religiösen Verpflichtungen eingehalten werden und worauf der Erkrankte Wert legt. Das betrifft beispielsweise Speisevorschriften im Hinblick auf eine erforderliche Medikamentengabe oder das Erfordernis eines gleichgeschlechtlichen Pflegers.

Bei Sprachschwierigkeiten könnte ein sprachkundiger Mitarbeiter des Krankenhauses die Funktion eines Dolmetschers übernehmen. Allerdings könnte die Schwierigkeit bestehen, dass der Mitarbeiter auch später noch diese zusätzliche Aufgabe übernehmen muss, wodurch seine Zeit für seine eigentlichen Aufgaben, die im Krankenhaus ohnehin schon knapp ist, vermindert würde. Denkbar wäre, dass Angehörige des Erkrankten die Funktion des Dolmetschers übernehmen. Hierbei besteht aber die Gefahr, dass Fakten und Diagnosen dem Erkrankten nicht übermittelt oder beschönigt werden. Auch kann es sein, dass aus Schamgefühl etwas verschwiegen wird. Idealer wäre also ein professioneller Übersetzer, der im Sprachfeld ‚Gesundheit‘ erfahren ist und entsprechend vermitteln könnte.



## 4. Empfehlungen für Konfliktsituationen

Auf Grundlage der bisherigen Ausführungen lassen sich folgende Gedanken und Empfehlungen für Konfliktsituationen ableiten:

- **Krankheit als Krise:**

Unabhängig von Herkunft, Kultur und Religion tritt im Krankheitsfall eine Krise ein. Diese wird je nach individueller Vorerfahrung, Sozialisierung, kultureller sowie religiöser Prägung individuell bearbeitet. Klinikmitarbeiter sollten gegenüber dem Erkrankten deutlich machen, dass sie dafür Verständnis haben. Das erleichtert die Akzeptanz der Situation und kann das Stressempfinden beim Erkrankten verringern. Auch sollten Ärzte darauf aufmerksam machen, dass ihre Aufgaben die Diagnostik und die Therapie sind, um keine falschen Erwartungen bei den Patienten zu wecken.

- **Krankheit als Ausnahmesituation:**

Betroffene und Angehörige zeigen individuelle Reaktionen auf eine Erkrankung. Diese sollten wahrgenommen und ernstgenommen werden. Angehörige fühlen sich manchmal noch hilfloser und werden oft nicht einbezogen. Daraus können sich Beschwerden und Konflikte entwickeln. Diese können religions- oder kulturbedingt als belastend erlebt werden.

- **Unbewusstes Zurückfallen in frühere Reaktionsmuster:**

In Krisensituationen reagiert jedes Individuum besonders stark. Stress und Angst führen zur Verstärkung von Reaktionsweisen aus früheren Lebensphasen: Auch nach langer Aufenthaltszeit in Deutschland mit entsprechender Anpassung von Gestik, Mimik und Wortwahl können unbemerkt alte Reaktionsmuster auftreten und unerwartet ‚überschießende‘ Reaktionen bei den Mitarbeitern verursachen.

- **Reaktionen aufgrund eines Ohnmachtsgefühls:**

Beschwerden und Konflikte können Ausdruck von (Stress-)Reaktionen und Hilflosigkeit sein. Die daraus folgende Reaktion sollte nicht als gegen die Institution, sondern gegen das Schicksal gerichtet betrachtet werden.

- **Unterstützung bei der Bedürfnisbefriedigung:**

Jeder braucht zur Stabilisierung nach einer Frustrationserfahrung (z.B. durch Krankheitsauftreten) andere Unterstützung, um sein Grundbedürfnis zu befriedigen. Das können Zuspruch, Freundlichkeit, Familie, religiöse Praktiken und dergleichen sein. Diese Bedürfnisbefriedigung sollte

beachtet und soweit möglich unterstützt werden.

- **Verständnisvolles Vermitteln bei unerfüllten Erwartungen:**

Wichtig sollte sein, Verständnis bei allen Beteiligten für die Unterschiedlichkeiten des anderen und dafür zu schaffen, dass manches nicht so funktioniert und nicht so funktionieren kann, wie es gewünscht wird. Das gilt auch für die gezeigten Reaktionen, die vielfach als Ausdruck von Stress und nicht als Zurückweisung verstanden werden sollten.

- **Balance zwischen Besuchsgebot und Möglichkeit zur Erholung:**

Ein potentielles Konfliktfeld ergibt sich im Hinblick auf die Besucherzahl. Aufgrund der hohen Bedeutung des familiären Zusammenhalts sowie der religiös geprägten sozialen Verpflichtung, Kranke zu besuchen, ist bei muslimischen Patienten mit einer höheren Besuchshäufigkeit und Besucheranzahl zu rechnen. Dadurch können andere Patienten und auch die Krankenhausabläufe gestört werden. Hier sollte noch einmal auf die geltenden Besuchszeiten und deren Funktion hingewiesen werden: Sie sollen den Erkrankten Ruhe und Erholung bringen. Die Argumentation sollte die

Das Pflorgeteam bittet die Angehörigen, das Patientenzimmer zu verlassen, da sich der Zustand des Patienten akut verschlechtert hat und Handlungsbedarf besteht. Ein Angehöriger weigert sich, den Raum zu verlassen, und entgegnet, dass er für den Patienten beten müsse. Ein muslimischer Kollege erklärt die Regeln zu den Besuchszeiten, woraufhin der Angehörige das Patientenzimmer verlässt.

medizinischen Belange in den Vordergrund rücken. Darüber hinaus könnte die Anzahl der Besucher begrenzt werden, die sich dann abwechseln können.

- **Beidseitige**

- **Kompromissbereitschaft:**

Toleranz beruht immer auf Gegenseitigkeit. Sie sollte dementsprechend von allen Beteiligten umgesetzt werden. Toleranz bedeutet nicht, die eigenen Werte und Überzeugungen zu übergehen, um aufseiten des Gegenübers eine größtmögliche Akzeptanz zu erreichen.

Im Zimmer des muslimischen Kranken hängt ein Kreuz. Er bittet darum, es während seines Aufenthalts abzuhängen, da es den Vorstellungen seines Glaubens im Umgang mit Jesus widerspreche. In diesem Falle sollte der Bitte des Erkrankten nicht unbedingt entsprochen werden, gerade dann, wenn es sich um ein Krankenhaus in christlicher Trägerschaft handelt. Praktisch sind verschiedene Kompromisse denkbar (Kreuz zum Gebet abhängen, Bett so anordnen, dass das Kreuz beim Gebet nicht in Blickrichtung ist), um das Miteinander über Religions- und Kulturgrenzen hinaus möglich machen.

## 5. Fazit für Mitarbeiter im Krankenhaus und Beschwerdemanager

### Merkmale von Diskriminierung

Der Verlust von Gesundheit und das Auftreten einer Krankheit ungeachtet ihrer Schwere zieht eine Stressreaktion des Erkrankten nach sich. Dementsprechend sollte seine individuelle Psychodynamik ins Zentrum der Betrachtung rücken. Beschwerden und Konflikte im Krankenhausumfeld haben vielfach mit dieser Psychodynamik zu tun. Bei Menschen mit anderer religiöser Ausrichtung oder einer Herkunft außerhalb Europas werden diese Klagen mit einer vermeintlichen oder tatsächlichen Diskriminierung begründet. Eine Diskriminierung im Krankenhaus kann nicht ausgeschlossen werden, dürfte aber eher selten vorkommen. Dies gilt, wenn man an die sechs Merkmale der Diskriminierung (Alter, Geschlecht, Religion und Weltanschauung, sexuelle Orientierung, Behinderung und Herkunft) denkt. Dabei lässt sich wie folgt festhalten:

- **Priorisierung von Patienten ist keine Diskriminierung:** Mitarbeiter aus Pflege und Medizin sind zum Lindern der Krankheit verpflichtet. Das bedeutet zum Beispiel, dass Terminvergaben und -umstellungen von der Bedrohlichkeit des Krankheitsbilds abhängen, von Not-

fällen oder beispielsweise von Begleiterkrankungen. So bekommen Diabetiker eher morgens Operationstermine, da sie nicht über längere Zeit nüchtern bleiben sollten. Treten lange Wartezeiten auf (z.B. in Notfallambulanzen), hat das nichts mit Zurücksetzung (oder Diskriminierung) von Menschen zu tun. Sie sind in der Regel strukturell und organisatorisch bedingt.

- **Beschwerdeführen ist ein kulturübergreifender Ausdruck von Selbstbestimmung:** Durch das Krankheitserleben mit den dargestellten Einflüssen sind Betroffene und Familienangehörige leichter verärgert oder enttäuscht. In der entsprechenden Stimmungslage ermöglicht eine Beschwerde Entlastung, das Gefühl von Selbstwirksamkeit oder Revanche. Die Auslöser betreffen alle Patienten gleichermaßen, ungeachtet von religiösem, kulturellem oder sonstigem Hintergrund.
- **Stress und ‚schwierige‘ Patienten:** Zeitdruck, Verantwortung, Vorgaben und Personalmangel beeinflussen die Mitarbeiter in Krankenhäusern enorm. Kaum ein Mitarbeiter ist in der Lage, die ursprünglichen Berufserwartungen zu verwirklichen. Trotz dieser



(c) Vaniatos, Getty Images via canva.com

Rahmenbedingungen wird von ihnen erwartet, sich ‚in Ruhe‘ den Patienten zu widmen, Nachfragen ernst zu nehmen und auf die erlebte gesundheitliche Bedrohung angemessen zu reagieren. Überschießende Reaktionen vereinzelter Mitarbeiter sind damit nachvollziehbar, auch wenn sie das entsprechende Fehlverhalten nicht entschuldigen. Fehlreaktionen können dann auf Patienten treffen, die die Alltagsroutine stören und ‚das Fass zum Überlaufen bringen‘. Dabei greifen in der Pflege häufig andere Trigger als bei Ärzten. Letztlich reagiert jedes Individuum im Stress auf andere Auslöser.

- **Religions- und Kultursensibilität von Krankenhausmitarbeitenden fördern:** Ihre eigenen kulturellen oder religiösen Empfindungen sind für die

Menschen selbstverständlich und nachvollziehbar. Das ist nicht selten mit Erwartungen verbunden. Auf der anderen Seite haben Mitarbeiter in Krankenhäusern ein erfahrungsgelitetes Wissen im Umgang mit der Unterschiedlichkeit. Trotzdem gibt es immer wieder Fehlverhalten oder gar Reaktionen, die als Zurückweisung empfunden werden. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn Patienten etwas als selbstverständlich voraussetzen, was aufseiten der Mitarbeiter auf Unwissenheit oder Unverständnis stößt. Letztgenanntes gilt vor allem, wenn religiöse Vorgaben im direkten Widerspruch mit dem beruflichen Auftrag der Krankenhausmitarbeiter stehen.

# Fazit für Mitarbeiter im Krankenhaus und Beschwerdemanager



- **Krankheit verstärkt Konfliktpotenzial:**

Unterschiedliche Persönlichkeitsmerkmale, die im Krankenhausalltag aufeinandertreffen, sind häufig Ausgangspunkt von Spannungen und Konflikten. Menschen, die verstärkt der Nähe bedürfen, benötigen den Umgang mit kommunikativen Gesprächspartnern, wenn sie eine zufriedenstellende Gesamtversorgung erleben wollen. Andere verteidigen vehement ihre Selbstständigkeit, was ebenfalls den Krankenhausabläufen widersprechen kann. Bei nicht befriedigten Bedürfnissen von Erkrankten, Angehörigen oder Mitarbeitern baut sich eine Spannung auf, die Konflikte auslösen kann. Diese Konflikte können durch religiöse, kulturelle oder andere Unterschiede verstärkt werden. Ursächlich sind aber nicht diese Unterschiede, sondern die Beziehungsstörung zwischen Personen. Diese beruhen in der Regel unter anderem auf Persönlichkeitsmerkmalen und mangelnder Kooperationsbereitschaft. Wenn bei den Auseinandersetzungen die Augenhöhe nicht gewahrt ist, werden die Konflikte oft als diskriminierend wahrgenommen. Diese Dynamik betrifft alle Menschen gleichermaßen, sie wird durch

die Besonderheiten im Krankheitskontext aber verstärkt.

- **Psychologische Aspekte des Beschwerdemanagements:**

Das Phänomen der Gegenübertragung ist im Arbeitsfeld von Beschwerden und Konflikten eine potentielle Gefahr. Vor allem bei starkem Arbeitsanfall und unter Stress kann die neutrale Haltung im Beschwerdemanagement leicht gefährdet sein. Das wiederum kann Einfluss auf Beschwerdeführer haben, weil beispielsweise die Körpersprache des anderen als Zurückweisung verstanden wird. Dann kann es hilfreich sein, gegebenenfalls gemeinsam herauszuarbeiten, ob die vorgetragene Beschwerde Diskriminierungshinweise zeigt. Dieses deeskalierende Vorgehen ist letztlich nur möglich, wenn die Beschwerdeführer das Dilemma zwischen professionellem Auftrag für Pflege und Medizin und der Erfüllung der unterschiedlichen Patientenbedürfnisse wahrnehmen können.

- **Beschwerdemanagement und Qualitätsmanagement:**

Nur wenn man erfährt, welche Klagen, Beschwerden und Unzufriedenheiten die ‚Kunden‘ haben, kann man gezielt reagieren. Ohne Austausch

mit den Kunden bleiben viele Anpassungen im Raum des Hypothetischen. Insofern kann jede Rückmeldung als Einladung zur Weiterentwicklung verstanden werden. Das bezieht auch die Kritiken ein, die typischerweise die Ebene der Station oder Abteilung nicht überschreiten. Das würde jedoch eine Stärkung des Beschwerdemanagements nach sich ziehen, damit dieses für eine positive Weiterentwicklung mitwirken kann.

### Schlussgedanken

**Abläufe im Krankenhaus folgen anderen, eigenen Regeln als denjenigen, die im allgemeinen Leben sowie im Alltag gelten. Damit Verbesserungen im System möglich werden können, ist es wichtig, von den Patienten Rückmeldungen zu bekommen. Solche Rückmeldungen finden leider häufig als Beschwerden und Konflikte statt. Wohlmeinende Reaktionen wären häufig angezeigter und hätten eine positive Bedeutung. Das Ziel, das eigene Handeln, die eigenen Gefühle und die eigenen Erwartungen kritisch zu reflektieren und sich anschließend darüber auszutauschen, ist wünschenswert, dürfte sich im Krankenhausalltag aber nicht umsetzen lassen können.**

**Die vorliegende Broschüre kann kein Patentrezept zur Lösung aller Probleme und Konflikte mit muslimischen Patienten liefern. In den Austausch mit Menschen zu gehen, die sich, egal ob berechtigt oder unberechtigt, im Zustand des Mangels befinden, ist der erste Schritt. Denn es hat bereits eine deeskalierende Wirkung, sich mit ihren Klagen und Empfindungen auseinanderzusetzen. Wenn es dann möglich wird, Zusammenhänge und Dynamiken zu erklären und auch Mitgefühl für die Missempfindungen zu zeigen, die sich in einem Mangel erleben äußern (Mangel an Aufmerksamkeit, Wertschätzung, Geduld, Rücksicht), kann viel erreicht werden. Der Versuch, Konflikte auf der Beziehungsebene zu lösen, ist der einzige Weg.**

Im wertschätzenden Austausch könnten Betroffene und Mitarbeiter den Gesundheitssektor gemeinsam gestalten. Dabei sollten kulturelle, religiöse und sonstige Besonderheiten einbezogen werden. Denn schlussendlich geht es nicht darum, durch Beschwerden und Vorwürfe anderen aufzuzeigen, dass man selbst ‚im Recht‘ ist, sondern darum, im gemeinsamen Diskurs die Entwicklung des Systems voranzubringen.



## 6. Weiterführende Hinweise

### Literaturhinweise

**Becker, Silke A. / Eva Wunderer / Jürgen Schultz-Gambard:**

#### **Muslimische Patienten:**

Ein Leitfaden zur interkulturellen Verständigung in Krankenhaus und Praxis, München / Wien / New York: W. Zuckschwerdt 2006.

#### **Dreißig, Verena: Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus:**

Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund, Bielefeld: transcript 2015.

#### **Elsdörfer, Ulrike: Medizin, Psychologie und Beratung im Islam:**

Historische, tiefenpsychologische und systemische Annäherungen, Königstein/Taunus: Helmer 2007.

#### **Esch, Tobias: Mehr Nichts!**

Warum wir weniger vom Mehr brauchen, München: Goldmann-Verlag 2021.

#### **Graef-Calliess, Iris Tatjana / Eckhardt Koch / Ali Kemal Gün et al.:**

#### **Das kultursensible Krankenhaus:**

Ansätze zur interkulturellen Öffnung, hrsg. von der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Berlin: Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2021.

#### **Ilkilic, Ilhan: Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten:**

Eine Handreichung für die Gesundheitsberufe, Medizinische Materialien 160, Bochum: Zentrum für Medizinische Ethik 2005.

#### **Köck, Andrea / Muhammad Sameer Mur-taza: Muslime im Krankenhaus:**

Ein interreligiöser Ratgeber für das Krankenpflegepersonal, Norderstedt: Books on Demand 2009.

#### **Laabdallaoui, Malika / Ibrahim Rüschoff: Umgang mit muslimischen Patienten,**

Basiswissen 19, Bonn: Psychiatrie-Verlag 2010.

#### **Pilartz, Heinz: Mediation für mehr Gesundheit am Arbeitsplatz:**

Gesundheitsthemen im Berufsalltag mal anders anpacken, Wiesbaden: Springer 2017.

#### **Retzer, Arnold: Passagen – Systemische Erkundungen,**

Stuttgart: Klett-Cotta 2002.

#### **Watzlawik, Paul, Beavin Janet H., Jackson Don D.: Menschliche Kommunikation,**

Bern, Stuttgart, Wien: Huber 1969.

#### **Wunn, Ina: Muslimische Patienten:**

Chancen und Grenzen religionsspezifischer Pflege, Stuttgart: Kohlhammer 2006.

Informationen zu den Aus- und Fortbildungsangeboten des BBfG finden Sie unter [www.bbfg-ev.de/akademie](http://www.bbfg-ev.de/akademie)

## Anlaufstellen



#### **Arbeitskreis Medizinethik und Islam**

FAU Forschungszentrum Islam und Recht in Europa EZIRE  
Friedrich-Alexander-Universität  
Erlangen-Nürnberg  
Bohlenplatz 6  
91054 Erlangen  
[www.medizinethik-islam.de](http://www.medizinethik-islam.de)



#### **Initiative Mediation und Gesundheit (imug e.V.)**

Lohheckenweg 28A  
53347 Alfter  
[www.imug.eu](http://www.imug.eu)

#### **Muslimische Seelsorge Augsburg (MUSA)**

itv Institut für transkulturelle Verständigung  
Wolframstrasse 3  
86161 Augsburg  
[www.itv-institut.de/musa/](http://www.itv-institut.de/musa/)

#### **Muslimische Seelsorge (MUSE)**

c/o Helios Dr. Horst Schmidt  
Kliniken Wiesbaden  
Ludwig-Erhard-Straße 100  
65199 Wiesbaden  
<https://muse-wiesbaden.de/>



#### **Zitiervorschlag:**

Anam, Beate / Lababidi, Hadil / Pilartz, Heinz: Interkulturelle Psychodynamik bei Krankheit & Islam: Die Beziehung zwischen Patienten und Klinikmitarbeitern verstehen, hrsg. vom Bundesverband Beschwerdemanagement für Gesundheitseinrichtungen, Stuttgart 2024.