

**Inhaltliche Konzeption einer Unterrichtseinheit
zur Interkulturellen Krankenpflege**
am Beispiel des Islam

Schriftliche Hausarbeit
im Rahmen der Abschlußprüfung
der Weiterbildung LehrerIn für Pflegeberufe
1994-1998
am Landesseminar für Krankenpflege in Kiel

0. Einleitung

1. Die Interkulturelle Krankenpflege als Unterrichtsgegenstand

in der Pflege

1. 1 Der Stellenwert der Interkulturellen Pflege im bisherigen

Pflegeunterricht

1.2 Gegenwarts- und Zukunftsbedeutung

2. Der Islam

2.1 Entstehung des Islam

2.2 Die "Fünf Säulen des Islam"

2.2.1 Das Glaubensbekenntnis

2.2.2 Die Gebete

2.2.3 Das Fastengebot

2.2.4 Die Pilgerfahrt

2.2.5 Die Armensteuer

2.3 Die Hauptlehren und die Verbreitung des Islam

2.3.1 Die Hauptlehren

2.3.2 Die geographische Ausbreitung

2.4 Islam und Christentum

¹¹⁻

2.4.1 Die Begegnung von Islam und Christentum

2.4.2 Der Konflikt als Moslem in der Minderheit zu leben

3. Der Einfluß von Religion und Kultur auf Wahrnehmung und

Erleben einer Krankheit

3.1 Die Stellung des Kranken in der islamischen Gemeinde

3.2 Wahrnehmung und Krankheitserleben im kulturhistorischen Kontext

4. Pflegerelevante Aspekte in der Krankenhausbehandlung von

Muslimen in Deutschland

4.1 Erwartungen und Bedürfnisse von Muslimen im Krankenhaus

4.2 Pflegerelevante Aspekte in bezug auf religiöse Bedürfnisse islamischer Patienten

- 4.-2.1 Die Körperpflege
- 4.2.2 Das Nahrungsangebot
- 4.2.3 Geburt und Wochenbett
- 4.2.4 Sterben und Tod

5. Kulturbedingte Vorstellungen und Verhaltensweisen in Bezug auf das Krankheitserleben

- 5.1 Die Bedeutung magischer Vorstellungen in Krankheitsursache und -behandlung
- 5.2 Die Schmerzwahrnehmung
- 5.3 Die Bedeutung von Tabus und Schamgefühl

6. Die Problematik der Pflegenden

- 6.1 Kommunikation
- 6.2 Die Lebenswelt der Frauen
- 6.3 "Ausländer haben immer so viel Besuch"
- 6.4 Altwerden in der Fremde

Schlußbetrachtung

Literaturverzeichnis

0. Einleitung

Im Rahmen des Alltagsgeschehens in den Krankenhäusern kommt es täglich zu Begegnungen zwischen Pflegepersonal und Menschen aus fremden Kulturen. Hier stellen türkische Mitbürger die weitaus größte Gruppe dar. Kollak und Küpper führen das Beispiel eines Krankenhauses der Maximalversorgung mit 1630 Betten an, in dem im Jahre 1996 von insgesamt 90 behandelten Nationalitäten (Stand Ende August) 65 % türkischer Herkunft, das heißt überwiegend moslemischen Glaubens, waren. Der Anteil der ausländischen Patienten an der Behandlungsquote betrug 13,1 %. (1997, S. 2)

Häufig sind die Pflegesituationen von gegenseitigem Unverständnis, wenn nicht gar Mißtrauen gekennzeichnet. Diese Schwierigkeiten sind nicht nur auf rein sprachliche Kommunikationsprobleme zurückzuführen, sondern beruhen zum Teil auch auf der Unkenntnis der fremden Kultur und deren Zusammenhang mit Krankheitserleben und -verhalten. Es ist anzunehmen, daß das sich verändernde soziale Klima und die wachsende Fremdenfeindlichkeit in der Bundesrepublik Deutschland Einfluß auf die Beziehung zwischen Pflegenden und ausländischen PatientInnen hat. Diese Faktoren bergen ein hohes Konfliktpotential in sich, das in Ungeduld von seiten des Pflegepersonals oder offener Aggressivität zum Ausdruck kommen kann. Der Aufbau einer pflegerischen Beziehung, die wertschätzend die individuellen Bedürfnisse des Patienten wahrnimmt und adäquat beantwortet, ist damit erschwert oder sogar unmöglich.

Am Beispiel Islam soll in der vorliegenden inhaltlichen Ausarbeitung einer Unterrichtseinheit der Einfluß von Religion und Kultur auf das Krankheitserleben mit den Konsequenzen für die Pflege dargestellt werden.

Die rein informative Grundlagenvermittlung zur muslimischen Religion soll eine offene Grundhaltung gegenüber islamischen Patienten fördern. Darüberhinaus soll die exemplarische Auseinandersetzung mit Religion und Kultur bezüglich der Pflege eine Übertragung auf andere "Fremdheitssituationen" in diesem Zusammenhang ermöglichen. Am Islam, einer alle Lebensbereiche bis ins kleinste Detail regelnden Religion, wird die Verbindung von volkstümlichen Traditionen, Überlieferung und Religion und deren Relevanz für die Krankheitswahrnehmung besonders deutlich. Die Darstellung verschiedener pflegerrelevanter Aspekte und Lebenswelten islamischer MigrantInnen in Deutschland soll für die individuellen Bedürfnisse muslimischer Patienten sensibilisieren.

Auf die Vorstellung eines theoretischen Pflegemodells wird in diesem Zusammenhang bewußt verzichtet.

In der Schlußbetrachtung soll die Bedeutung einer professionellen Grundhaltung, der, neben dem Transfer von Sachinformationen, eine besondere Rolle zukommt, hervorgehoben werden.

Es ist aufgrund der eingegrenzten Rahmenbedingungen nur möglich, die Kernelernente des Themas "Islam" zu erfassen und die Grundgedanken der **anderen Aspekte** zusammenfassend zu behandeln. Die getroffene Auswahl soll Denkanstöße und eine Basis für die inhaltliche Unterrichtsvorbereitung zum Thema "Interkulturelle Krankenpflege" liefern.

1. Die Interkulturelle Krankenpflege als Unterrichtsgegenstand in der Pflege

1. 1 Der Stellenwert der Interkulturellen Pflege im bisherigen Pflegeunterricht

Obwohl es schon gut 30 Jahre zurückliegt, daß die ersten ausländischen Arbeitnehmer, vor allem aus der Türkei, nach Deutschland geholt wurden, hat dieser Umstand bis jetzt im Unterricht kaum Beachtung gefunden. Während meiner Ausbildung, Anfang der 80er Jahre, gab es nur vereinzelte Hinweise zu verschiedenen Sachverhalten. "Moslems essen kein Schweinefleisch", ist eine jener plakativ formulierten Feststellungen. Diese und ähnliche Informationen waren sicher wohlmeinende Regeln für die Pflege von ausländischen Patienten. Die eigentlichen Hintergründe für diese "Besonderheiten" blieben weitgehend unklar. Infolgedessen blieb die pflegerische Interaktion mit PatientInnen aus anderen Kulturkreisen dem Zufall überlassen. Auf der Essensbestellung wurde "Moha-Kost" angekreuzt, ohne sich der Tatsache bewußt zu sein, daß die Bezeichnung "Mohammedaner" für die muslimischen Mitbürger nicht korrekt ist und einer Gotteslästerung gleichkommt. Damit endete meistens die bedürfnisorientierte Pflege.

Mittlerweile versucht die Pflege den Menschen in den Mittelpunkt zu stellen und ganzheitlich zu pflegen. Soziokulturelle Zusammenhänge werden dennoch nur unzureichend deutlich. Das in der Pflegeausbildung am

häufigsten verwandte Lehrbuch von Liliane Juchli gibt Hinweise zur "Pflege im Wandel der Gesellschaft" (1991, S. 18-20). Eine aufschlußreichere Aufarbeitung dieser Thematik fehlt. Weiterhin findet sich kein Kapitel, das die Interkulturelle Pflege zum Inhalt hat. Dies läßt **vermuten, daß sich in der Unterrichtspraxis kaum eine Veränderung ergeben hat.** In dem

-3-

1997 neu erschienenen Kinderkrankenpflege-Lehrbuch von Wegmann sind dem Thema "Das ausländische Kind" ganze 1,5 Seiten gewidmet (S. 21-23). Außer wenigen Anmerkungen zum Asylbewerbungsverfahren und einigen Hinweisen zur Familienstruktur in muslimischen Familien ist nur wenig Hintergründiges zu erfahren. In beiden Büchern wird, in unterschiedlicher Form der Pflegeprozeß und die pflegerische Interaktion dargestellt. Zur Auseinandersetzung mit religiösen und kulturellen Phänomenen in bezug auf Krankheit und der damit einhergehenden Entwicklung eines wertschätzenden Pflegeverständnisses scheint dies nicht ausreichend zu sein.

Diese punktuell herausgegriffenen Beispiele sind sicher nicht repräsentativ, dennoch geben sie ein Bild des Stellenwertes der Interkulturellen Pflege im Pflegeunterricht. In der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe der Krankenpflege findet sich kein Hinweis auf die Aspekte der Interkulturellen Pflege (§ 1 Ausbildung, Anlage 1 a). Unter den Grundlagen zur Psychologie, Soziologie und der Pädagogik läßt sich dieses Thema dem Punkt "Anthropologische Grundlagen zur Erziehung" zuordnen (vgl. Gätschenberger, 1993, S. 310). Gätschenberger verweist auf einen Spielraum von 100 Stunden innerhalb dieser Verordnung (Bundesgesetzblatt Nr. 52, 1985). Diese werden auf die drei oben genannten Fächer verteilt. Sie empfiehlt für die Erteilung des Unterrichts zur transkulturellen Pflege 10-20 Stunden.

1.2 Gegenwarts- und Zukunftsbedeutung

Vor allem die Kinderkliniken und die Geburtshilflichen Abteilungen weisen eine hohe Belegungsrate mit ausländischen PatientInnen auf. Während dieses Phänomen schon seit längerem bekannt ist, wird die Pflege und Behandlung älterer ausländischer Mitbürger, zumeist türkischer Herkunft, zunehmend an Bedeutung gewinnen. Entgegen ihres ursprünglichen Vorhabens bei Erreichen der Altersgrenze in die Heimat zurückzukehren, werden diese ihren Lebensabend in Deutschland verbringen (Drews, 1997, S. 5). Dies wird vor allem für die ambulanten Dienste und die Alten- und Pflegeheime eine große Herausforderung bedeuten. Ein Gelingen der angemessenen Pflege dieser Bevölkerungsgruppe in den genannten Einrichtungen hängt in einem hohen Maße von der Fähigkeit der Pflegenden ab, sich auf PatientInnen mit anderem religiösen Hintergrund und entsprechend spezifischen kulturellen Werten einzustellen.

Hierzulande wird das Bild des Islam zu einem großen Teil von den täglichen Pressemeldungen bestimmt. So ist von einer verschärften Bekämpfung der Ausländerkriminalität die Rede, endlose Asyldebatten sprechen von einer drohenden Überfremdung und Terrormeldungen aus Algerien und dem Nahen Osten tun ein Übriges. Nicht wenige, vor allem ältere Menschen, befürchten eine Vereinnahmung des Westens durch fundamentalistische Islamisten. Kaum einer kennt die religiösen Ursprünge des Islam und dessen Bedeutung für die Kultur.

Viele Menschen, darunter auch viele Pflegenden, verreisen in ferne Länder. Sie können aber oftmals dort Erlebtes und Gesehenes nicht mit sich, der Umwelt und der eigenen Haltung in Verbindung bringen. So antworteten einmal Mitreisende auf meine Frage, wie ihnen Kairo gefiele- "Ganz gut, aber die Ausländer sind immer so laut". Offensichtlich fehlte hier das Bewußtsein wer in diesem Fall die Ausländer waren. Der Transfer auf die pflegerische Berufspraxis scheint noch schwieriger zu sein. Ist doch den wenigsten die Relevanz dessen, was sie an Vorstellungen und Vorurteilen in den Berufsalltag transportieren bewußt. Jutta, Dornheim verweist auf die Alltagstheorien in bezug auf kulturelle Phänomene die Pflegenden allgegenwärtig im "Hinterkopf" haben, die in jeder pflegerischen Situation zum Tragen kommen:

"Welche kulturellen Vorstellungen im Bewußtsein der einzelnen Pflegenden virulent sind, hängt von vielerlei Faktoren ab, vor allem aber von Bildung und Ausbildung."(1997, S. 14)

Eine gezielte Vermittlung von Kenntnissen zu fremden Religionen und Kulturen und deren Bezug zu Krankheit ist deshalb schon während der Krankenpflegeausbildung von großer Bedeutung und kann helfen, eine wertschätzende Einstellung gegenüber Fremden zu entwickeln.

Zur theoretischen Fundierung werden im folgenden die wichtigsten Kernaussagen des Themas Islam erläutert.

2. Der Islam

2.1 Entstehung des Islam

Mohammed, der als Begründer des islamischen Glaubens gilt, wurde um 570 in Mekka auf der arabischen Halbinsel geboren. Er stammte aus der mächtigen Kaufmannsfamilie der Quraisch,

einem Zweig der Haschim. Als Waise wurde er von einem Onkel erzogen. Zunächst reiste er mit der Handelskarawane seines Onkels durch Arabien. Die Geschäfte waren nicht sehr erfolgreich und so verdingte er sich zeitweise als Schafhirte bei den reichen Bürgern Mekkas. Dies änderte sich durch die Heirat mit der reichen, um viele Jahre älteren, Kaufmannswitwe Chadidscha. Sie gebar ihm 4 Töchter.

-5-

Der Überlieferung nach erschien ihm in Gestalt einer Vision der Erzengel Gabriel während eines Aufenthalts in der Wüste und gab ihm eine Offenbarung ein. Dieser Befehl, die Jqra", steht in der 96. Sure des Korans und bedeutet in der arabischen Sprache: "Lies, rezitiere!" (Koshrouy-Sefat, 1984, S. 360). Nun war Mohammed der Prophet Gottes. Nach muslimischem Verständnis wird das Wort Gottes nach seinem Willen durch einen Überbringer der Nachricht an den Gesandten weitergeleitet.

Dieser diktiert die Nachricht, ohne Veränderung von Wortlaut oder Inhalt, einem Vertrauten. So entstand der Koran, das Heilige Buch der Muslime, in dem alle Lebensbereiche geregelt sind. "Islam" bedeutet in der arabischen Übersetzung "Erhebung in den Willen Gottes" (Koshrouy-Sefat, 1984, S. 360) und verlangt die bedingungslose Unterwerfung in den Willen des einzigen Gottes. Für den Propheten Mohammed ging es nicht um die Verbreitung eines neuen Glaubens, sondern um die Verkündung der Urform des Glaubens an einen einzigen Gott. Die drei Offenbarungsreligionen, Judentum, Christentum und als jüngste Religion der Islam, blicken auf den gemeinsamen Stammvater Abraham zurück. Der Unterschied lag für den Gesandten in der verfälschten Wiedergabe der göttlichen Wahrheit durch die anderen beiden Schriftreligionen. Die wohlhabenden, übersättigten Bürger Mekkas, von den Stammesstrukturen der Beduinen geprägt, glaubten an heidnische Gottheiten. Für Mohammeds Volk brachte dieser Glaube also durchaus etwas Neues. Nachdem der Prophet zunächst eine kleine Gemeinde von Anhängern um sich versammelt hatte, mußte er im Jahre 622 in das heutige Medina emigrieren. Er verließ damit seinen Stammesverband, die bis dahin geltenden Regeln des Zusammenlebens galten nun nicht mehr. Dieser Zeitpunkt ist der Beginn der islamischen Zeitrechnung.

Die fünf Grundforderungen des Islam verbinden alle Moslems auf der Welt, gleich welcher Nationalität und islamischer Glaubensrichtung sie angehören.

2.2 Die Fünf Säulen des Islam"

2.2.1 Das Glaubensbekenntnis

Es lautet: "Es gibt keinen Gott außer Gott, Mohammed ist der Gesandte Gottes!" (arab.: "La ilaha illah Allah, Mohamed rasul Allah") und steht in der 112. Sure des Korans festgeschrieben. Der Name Allah ist aus den zusammengezogenen Wortsilben "al", dies ist der Artikel, und der arabischen Bezeichnung "lah" für den höchsten Gott entstanden. Er bezeichnet den wahren Gott und wird auch von den arabischen Christen verwendet. Um zum moslemischen Glauben zu konvertieren, genügt der Ausspruch

-6-

dieser einfachen Formel vor Zeugen. Es ist, im Gegensatz zum christlichen Glauben, nicht mehr möglich, formell auszutreten. Das muslimische Glaubensbekenntnis bildet sozusagen die Grundlage für die nachfolgenden vier Grundpflichten des Islams.

2.2.2 Die Gebete

_|- -

Es sind fünf Gebete am Tag vorgeschrieben. am frühen Morgen, vor Sonnenaufgang, am Mittag, nachmittags, abends kurz vor Sonnenuntergang und in der Nacht vor dem Schlafengehen. Die Gebete können bei Verhinderung zu drei Gebeten zusammengefaßt werden. Der Ablauf und der Wortlaut des Gebetes, schon zur Zeit des Propheten festgelegt, ist verbindlich. Die Sprache des Gebets, wie auch des Korans und der anderen Glaubensquellen ist hocharabisch. Dies gilt für alle Muslime auf der Welt, gleich welche Muttersprache sie sprechen.

Von besonderer Bedeutung ist die Teilnahme am Freitagsgebet in der Moschee. An diesem nehmen nur die Männer teil. Die täglichen Pflichtgebete können an jedem anderen "reinen" Ort stattfinden, als Unterlage dient ein Gebetsteppich.

Es handelt sich nicht um eine Zwiesprache mit Gott, der Betende erweist durch die Rezitation von Suren aus dem Koran seine Ergebenheit an Gott und erneuert sein Glaubensbekenntnis. Zunächst erklärt er, zu Gott allein zu beten. Eine rituelle Waschung unter fließendem Wasser von Händen,

Mund, Nase, Gesicht, Unterarmen, Ohren, Hals und Füßen bereitet ihn innerlich und äußerlich darauf vor, vor das Angesicht Gottes zu treten. Stehend, in Richtung Mekka gewandt, erinnert er sich Gottes Vollkommenheit. Eine genau festgelegte Abfolge von Glaubensformeln, begleitet von Bewegungen, wie Verbeugungen und Niederwerfungen, bildet den rituellen Teil. Mit dem Friedensgruß wendet er sich seinen betenden Nachbarn zu und schließt alle Betenden in Richtung Mekka ein. Knieend kann er, nach Beendigung des Pflichtrituals, persönliche Bitten und Gedanken in seiner Muttersprache anfügen.

2.2.3 Das Fastengebot

Im islamischen Fastenmonat Ramadan richtet sich das Leben ganz nach den Geboten Gottes aus. Vier Wochen lang ist, von dem morgendlichen Erscheinen des ersten Sonnenstrahls bis zum abendlichen Sonnenuntergang das Essen, Trinken, Rauchen und der eheliche Verkehr strikt untersagt. Dem der fastet, vergibt Gott seine Sünden. Umgekehrt machen eine einzige Lüge, ein leidenschaftlicher Blick oder sonstige sündige Vergehen während dieser Zeit dieses Privileg wieder zunichte. Im Fastenmo-

nat übt der Muslime sich in Geduld; Lohn der Geduld ist das Paradies. Das Fasten soll nicht nur die Solidarität mit den Armen demonstrieren, sondern hat auch einen gesundheitlichen Aspekt. Ursprünglich ist dieses Gebot sozusagen zur Entschlackung und Reinigung von Körpersäften verhängt worden, das Rauchverbot sollte der "Suchtprävention" dienen, und die Enthaltensamkeit zu einem lebhafteren Sexualleben in der Ehe führen (vgl. Koshrouy-Sefat, 1984, S. 362). Alte Menschen, Kinder, Schwangere und stillende Mütter brauchen nicht zu fasten, Reisende und Kranke können das Fasten zu einem späteren Zeitpunkt nachholen.

In den muslimischen Ländern steht das öffentliche Leben während des Ramadans weitgehend still. Geschäfte, Restaurants und Behörden sind geschlossen. Nach Einbruch der Dunkelheit erwacht das Leben dann um so fröhlicher. Die Gemeinschaft Mohammeds übt eine starke soziale Kontrolle aus und überwacht das Einhalten der Gebote genau, so daß auch weniger streng Gläubige die Gesetze des Fastens einhalten. Das islamische Jahr richtet sich nach dem Mond (354 Tage/12 Monate), beginnt demzufolge der Ramadan jedes Jahr 11 Tage früher als im Vorjahr. Fällt der Fastenmonat in die heißen Sommermonate, so ist das Opfer besonders hart, wenn auch bei großer Hitze kein Tropfen Wasser erlaubt ist (vgl. Koshrouy-Sefat, 1984, S. 362).

2.2.4 Die Pilgerfahrt

Die jährliche Pilgerfahrt nach Mekka findet im letzten Monat des islamischen Jahres, gut zwei Monate nach dem Ramadan statt. Sie soll die Gläubigen an die Gemeinde

e

Mohammeds, die Umma, erinnern. Die Pilger tragen ein weißes Gewand aus ungenähten Baumwolltüchern, die Frauen ein weites Kleid. An den Füßen dürfen höchstens Sandalen getragen werden. Auf diese Weise verwischen alle sozialen Gegensätze. Die Gläubigen sind über alle Grenzen hinweg im Glauben verbunden. Im Innenhof der großen Moschee umschreiten sie siebenmal die Kaaba, einen großen schwarzen, mit Tüchern verhängten Stein. Der Legende nach soll der Stammvater Abraham diesen vom Erzengel Gabriel erhalten haben, um mit seinem Sohn Ismael das "Haus der Anbetung" zu bauen. An dieser Stelle vermischen sich heidnisches Brauchtum und islamischer Glaube. Die Kaaba wurde schon in vorislamischer Zeit von den Mekkanern und Beduinen als Stätte verschiedener Gottheiten verehrt.

Nach der Prozession um die Kaaba folgen weitere religiöse Riten, wie das "Stehen vor dem Angesicht Gottes" von Mittag bis Sonnenuntergang in Gemeinschaft mit tausenden von Glaubensbrüdern vor den Toren der Stadt. Jeder Moslem hat mindestens einmal im Leben die Pflicht (Koran, 22. Sure), an der "Hadsch" teilzunehmen, aller

-8-

dings nur wenn er und seine Familie dadurch nicht in wirtschaftliche Not geraten. Der heimgekehrte Pilger darf dann den Ehrentitel "Hadschi" (weibl. Hadschija) annehmen.

2.2.5 Die Armensteuer

Die Verpflichtung eines jeden Moslem Sozialabgaben zu leisten, ist nicht nur eine mitleidige Geste gegenüber Notleidenden, sondern sie ist Gesetz. Je nach Möglichkeit, sind 2,5-10 % vom Einkommen oder Erntegewinn an Arme und Bedürftige zu entrichten. Dies geschieht zumeist, indem der Imam, der Vorbeter, der Gemeinde die Spenden erhält und anonym weiterleitet. Diese Einrichtung ist im Koran vorgeschrieben, um einen gewissen sozialen Ausgleich zwischen Armen und Reichen zu gewährleisten und die Reichen nicht überheblich gegenüber den Armen und Hungernden

werden zu lassen. Die Armen sind von dieser Pflicht befreit (nach Küng, van Ess, 1997, S. 32, 41-59; EKD, 1991, S. 29-43)

2.3 Die Hauptlehren und die Verbreitung des Islam

2.3.1 Die Hauptlehren

Die Grundlage der muslimischen Gesellschaft ist das islamische Recht (Scharia). Dieses bezieht sich, neben dem Koran als unmittelbar geltende Rechtsquelle, unter anderem auf die überlieferte Tradition (Sunna) des Propheten. Die beiden Hauptglaubensrichtungen unterscheiden sich in der Frage der "rechtgeleiteten" Nachfolge Mohammeds. Nach dem Tode Mohammeds (632) hinterließ dieser zwar zahlreiche Ehefrauen, aber keine männlichen Nachkommen. Es wurde Abu Bakr als direkter Nachfolger (Kalif) eingesetzt. 92 % aller Muslime (Sunniten) sehen in der tradierten Norm des Propheten verbindliches Recht. Es gibt keine hierarchische Geistlichkeit im eigentlichen Sinne, Theologen sind gleichzeitig Juristen. Die sunnitische Rechtsauffassung beruft sich auch heute noch auf die authentischen Aussprüche des Gesandten. Diese gliedert sich in 4 Rechtsschulen die, eng an der Sunna orientiert, dem vernünftigen Ermessen unterschiedlich großen Spielraum läßt. So konnte es zu einer gewissen Anpassung an sich verändernde gesellschaftliche Bedingungen kommen. Das Ziel ist die religiöse Legitimation der bestehenden Machtverhältnisse.

Durch äußere Einflüsse kam es in einigen Staaten zu einer Vermischung islamischen Rechts mit der westlichen Rechtsauffassung. Das islamische Recht, offiziell zwar gültig, ist hier weitgehend zurückgedrängt. In der Türkei ist die Rechtsgültigkeit der

-9-

1.-

Scharia aufgehoben, Staatswesen und Religion sind getrennt. In der Bevölkerung sind, jedoch die traditionellen islamischen Rechtsvorstellungen lebendig geblieben. Dies ist vor allem im Ehe- und Familienrecht der Fall.

In den letzten Jahren ist jedoch eine verstärkte Tendenz zur Re-Islamisierung, auch in liberaleren islamischen Ländern, zu beobachten (vgl. EKD, 1991, S. 49).

Die Schiiten (8 %) erkennen die Sunna zwar an, interpretieren sie jedoch anders. Die Anhänger der Schia (Partei Ali's) sehen in Ali, den 4. Kalifen, den rechtmäßigen Nachfolger des Propheten. Überzeugt, daß die Urgemeinde den falschen Weg eingeschlagen hat, läßt ihre Rechtstradition eine freiere Rechtsfindung zu. Im Iran hat dies durch revolutionär-aktivistische Anteile zur Bildung des Gottesstaates geführt. In diesem Fall kam es zur Ausbildung einer mächtigen Geistlichkeit, die die Kontrolle über Religion und den gesamten Staatsapparat hat (vgl. Koshrouy-Sefat, 1984, S. 361).

2.3.2 Die geographische Ausbreitung

Aufgrund der Eroberungszüge der Araber drang der Islam am Anfang des 8. Jahrhunderts von Nordafrika, über Spanien und Portugal bis nach Europa vor. Dort wurde der Herrschaft der Araber 732 durch Karl Martell ein Ende bereitet. Im Osten drangen die Muslime bis nach Indien und China vor und Mitte des 15. Jahrhunderts, nach der Eroberung Konstantinopels, stürmten die Osmanen den Balkan und gelangten bis vor die Tore Wiens (vgl. Barden, 1991, S. 70). Diese sehr verkürzte Darstellung zeigt eine Expansion der muslimischen Truppen weit über die arabische Halbinsel hinaus. In der heutigen Zeit leben die meisten Muslime in der arabischsprachigen Welt, daneben aber auch in Schwarzafrika, dem nicht arabischsprachigen Asien und in Südosteuropa. In Westeuropa, USA und Australien lebt eine Minderheit muslimischen Glaubens (vgl. al Mutawaly, S. 22).

2.4 Islam und Christentum

2.4.1 Die Begegnung von Islam und Christentum

Die Begegnung von Islam und Christentum ist von verschiedenen historischen Wandlungen gekennzeichnet. In der Blütezeit der arabischen Hochkultur (9.-13. Jh.), war die islamische Welt berühmt für ihre fortschrittliche Wissenschaft. Vor allem in der Medizin, aber auch in der Theologie, Philosophie oder der Astronomie waren die Araber in dieser Zeit führend (vgl. Harwazinski, 1997, S. 145).

-10-

Einerseits war die Sichtweise der christlichen Welt auf den Islam von der Bewunderung für die wissenschaftlichen Verdienste der Araber geprägt. Andererseits waren sie wegen der ausgedehnten Eroberungszüge gefürchtete Feinde, wurden aber als gleichrangig betrachtet. Dieses Bild änderte sich mit dem allmählichen Untergang der arabischen Kultur und mit Beginn der Kolonialisierung, deren Auftakt der Ägypten-Feldzug Napoleons (1798) war.

Reisende in der damaligen Zeit berichteten bei ihrer Heimkehr von der Rückständigkeit der arabischen Menschen. Im wachsenden westlichen Imperialismus, der von der Verachtung für alles Fremde gekennzeichnet war, blickte man mit Herablassung auf die einst hochzivilisierte arabische Welt. Die Sichtweise vom primitiven Araber wurde im Westen zum Synonym für den Islam an sich (vgl. EKD, 1991, S. 157).

In der Zeit der Aufklärung (19. Jh.) wurde der Orientale als exotisches Wesen betrachtet, das überheblich seiner Besonderheit gelobt wurde. Bis in die heutige Zeit haben sich Anteile dieses Menschenbildes im Westen erhalten und das Verhältnis der beiden Religionen zueinander beeinflusst.

Betrachtet man jedoch die religiösen Inhalte etwas näher, so findet man nicht ausschließlich trennende Elemente. Gemeinsam ist Islam und Christentum der Glaube an einen einzigen Gott und dessen Barmherzigkeit. Die Ähnlichkeit des islamischen Glaubensbekenntnisses (siehe 2.2.1) mit dem christlichen Grundsatz: „Ich bin der Herr, Dein Gott. Du sollst keine anderen, Götter haben neben mir!“, ist unverkennbar. Für die Muslime stellt jedoch der Trinitätsbegriff diesen Grundsatz in Frage. Dies liegt schon darin begründet, daß es im arabischen Sprachgebrauch keine direkte Übersetzung gibt. Trinität wird mit "Dreiheit" übersetzt und nach muslimischem Verständnis als Vielgötterei begriffen. Die christliche Auffassung von der Gestalt des Jesus als Gottes Sohn ist aus muslimischer Sicht absolut indiskutabel. Sie erinnert die Muslime an heidnische Götterfamilien. Im Islam genießt Jesus als Gesandter Gottes ein hohes Ansehen. Gegenüber Juden und Christen, als "Besitzer der Schrift", übt der Islam eine gewisse Toleranz aus. Diese ist einerseits in dem Sinne zu verstehen, daß niemand zum rechten Glauben gezwungen werden dürfe, aber auch, daß niemand zu seinem "Glück" gezwungen werden könne. (vgl. van Ess, 1997, S. 157).

Den Unterschied zwischen christlicher und muslimischer Weltsicht faßt van Ess folgendermaßen zusammen:

"Wir würden in dem Reglement einer Gesetzesreligion eine Einengung sehen; uns fallen immer gleich die Pharisäer ein. Für einen Muslim ist dies eher die selbstverständliche Ordnung seines Lebens; er verwirklicht darin seinen Gehorsam gegenüber Gott." (1997, S. 160)

Das Leben in einer anderen Ordnung, in der die Religion weitgehend eine Privatsache ist, bedeutet für Muslime deshalb eine große Schwierigkeit.

2.4.2 Der Konflikt als Moslem in der Minderheit zu leben

Wie aus den bereits dargestellten Aspekten hervorgeht, ist das Leben eines Moslems nicht nur durch religiöse Verhaltensvorschriften bestimmt, sondern zugleich stark auf das soziale Gefüge der Gemeinde Mohammeds (Umma) ausgerichtet. Durch die verbindliche Festlegung von Regeln für die alltägliche Lebenspraxis hat das einzelne Individuum wenig Möglichkeiten zur freien Entfaltung. Die Familie und die Nachbarschaft übt durch ständige Erteilung von Ratschlägen zur richtigen und gesunden Lebensweise eine starke soziale Kontrolle aus. Diese verbinden sich mit eigenen Vorstellungen des Einzelnen und nehmen mit der Zeit einen immer größeren Raum ein (vgl. Schwalm, 1996, S. 146). Ein Verstoß gegen religiöse Vorschriften wäre

gleichbedeutend mit einer bewußten Abkehr vom Islam und damit: willentlicher

Ausschluß aus der Gesellschaft in der man lebt. (van Ess, zitiert in Koshrouy-Sefat, 1984, S. 360).

In einer westlichen, säkularisierten Welt befindet sich der, in der Minderheit lebende, Muslim in dem Spannungsfeld der religiösen Pflichterfüllung und dem Leben in der vorgefundenen Realität. Diese Problematik beinhaltet die Frage nach einer zeitgemäßen Auslegung der islamischen Glaubensquellen. Hierzu meint Koshrouy-Sefat, daß dies, unter anderem aufgrund des fehlenden Klerus, nicht möglich ist (ebd. S. 361). Ein Moslem kann also nicht einfach seine Denk- und Lebensweise umstellen. Die Rahmenbedingungen der fremden Umgebung erschweren das Ausleben religiöser Bedürfnisse und werden als Bedrohung für die eigene, muslimische Identität erlebt. Hinzu kommt die mangelnde Akzeptanz der Religion durch die Umwelt, die oftmals in Feindseligkeit gegenüber der Person ihren Ausdruck findet. Das Gefühl der Heimatlosigkeit und die Angst vor dem Verlust des Selbstverständnisses bewirken häufig ein verstärktes Festhalten an traditionellen Normen und Werten. Dennoch kann das praktische Leben eines Moslems durchaus unterschiedliche Ausdrucksformen aufweisen (siehe 2.3). Abdulkadir W. Haas unterstreicht dies:

"Umgekehrt gibt es einen weiten Geltungsbereich islamischer Ethik, der in keiner Weise mehr durch äußerliche Sitten und Regeln deutlich, sondern in der Gesinnung und Haltung des einzelnen sichtbar wird." (1986, S. 20).

Selbst wenn ein Mensch islamischen Glaubens sich nicht mit der äußeren Form des Glaubens zu leben identifiziert, so bleibt er doch immer ein Moslem und ist keines

- 12

wegs ein Ungläubiger. Er wird sich immer zu der Gemeinschaft der Gläubigen zählen und dieser verpflichtet fühlen.

Das Beispiel des Muslimen in seinem Denken und Fühlen steht für die Prägung des Menschen durch Erziehung und Gesellschaftsstrukturen. Das Wissen um diesen Zusammenhang kann im Pflegealltag die Gestaltung der pflegerischen Beziehung erleichtern, insbesondere in Situationen, in denen das Verhalten des Patienten unverständlich erscheint.

Der religiöse und kulturelle Hintergrund bestimmt nicht nur das Menschenbild einer Gesellschaft und die jeweilige Vorstellung eines sinnerfüllten Daseins, sondern auch das Erleben eines Krankheitsgeschehens.

3. Der Einfluß von Religion und Kultur- auf Wahrnehmung und Erleben einer Krankheit

3.1 Die Stellung des Kranken in der islamischen Gemeinde

Eine Erkrankung wird von einem Moslem als ein negatives, sein ganzes Menschsein betreffendes Ereignis aufgefaßt: "Er erlebt seine Krankheit viel emotionaler und totaler als ein Christ." (Koshrouy-Sefat, 1984, S. 394)

Dies beruht auf dem muslimischen Selbstverständnis, das keine Trennung von religiösem, wirtschaftlichem und politischem Leben vorsieht. Die religiösen Vorschriften betreffen sowohl Moral und Hygiene, als auch Leib und Seele. Psyche und Körper bilden demnach eine untrennbare Einheit. Das arabische Grußwort "Salam" (Frieden) ist der Schlüsselbegriff für die arabische Heilkunst des Mittelalters. Es meint die Harmonie des Ganzen, des Gesunden und des Heilen, und dehnt sich auf die gesamte Bildung der Persönlichkeit der Muslime aus. In seiner Wortverwandtschaft zu dem Begriff "Islam" (Hingabe an Gott) wird der Zusammenhang von Religion und Medizin deutlich (vgl. Schipperges, 1995, S. 193).

Die Gesunderhaltung des Körpers und der Seele sind religiöse Pflicht und liegen in der Verantwortung des einzelnen.

Ein Krankheitsgeschehen ist als Bestrafung einer Sünde immer auf den göttlichen Einfluß zurückzuführen, aber: ... Gott schuf keine Leiden, ohne daß er gleichzeitig ein Mittel dagegen geschaffen hätte." (Propheten-Spruch, zitiert ebd.)

Der Kranke ist selbstverständliches Mitglied der Gemeinschaft der Gläubigen, ihm beizustehen gilt als "Gottesdienst". Der Dienst am Kranken ist die selbstverständliche Pflicht eines jeden Muslimen. So gibt es keine Heilung ohne Gebet!

- 13

Der Arzt genießt ein besonderes Ansehen im Islam, dies bezieht sich auf die Kunst seiner Wissenschaft und ist nicht im Sinne der Anbetung des "Weißkittels" zu verstehen. Seinen Anordnungen ist Folge zu leisten, auch wenn sie gegen religiöse Vorschriften verstoßen. Bei aller Akzeptanz der modernen Medizin kann der Arzt seine Heilkunst aber nur mit Gottes Hilfe ausüben (vgl. Koshrouy-Sefat, 1984, S. 393). Eine Heilung ist ohne Gottes Zustimmung nicht zu erreichen.

Die Krankheitswahrnehmung eines Muslimen findet weitgehend im religiösen Kontext statt. Dieser bestimmt emotionale Reaktionen und Deutung von Krankheitszeichen. Die Kognition der Wahrnehmung und deren Einfluß auf das Krankheitserleben wird deshalb genauer betrachtet.

3.2 Wahrnehmung und Krankheitserleben im kulturhistorischen Kontext

Krankheitssymptome werden kulturspezifisch wahrgenommen und im Denken der Menschen in ein System eingeordnet, um sie nach Bedeutsamkeit zu unterscheiden und zum Beispiel eine Behandlungsbedürftigkeit festzustellen.

Für die Einteilung eines Krankheitsgeschehens in ein Ordnungsprinzip nehmen Wahrnehmungsleistungen eine Schlüsselposition ein. Die Aufnahme und Verarbeitung von Reizen aus der Umwelt bilden die Grundlage der Wahrnehmung. Die durch die Sinneszellen erhaltene Information wird mit bereits gespeicherten Gedächtnisinhalten abgeglichen und nach Wichtigkeit differenziert. Die Zuordnung in eine ordnungsgebende Struktur (Kognition) und der damit erfolgte Transfer der Wahrnehmung in das menschliche Denken ermöglicht eine nachfolgende sinnvolle Handlung (vgl. Kohnen, 1996, S. 10- 11). Voraussetzung dafür ist die Möglichkeit, die Empfindung in eine sprachliche Begrifflichkeit einordnen zu können. Kohnen bezeichnet den Sinn und Zweck der menschlichen Wahrnehmung als: "... die Möglichkeit des Existierens in einer bestimmten Umgebung unter bestimmten Bedingungen." (ebd.)

Das Denken wird also über die Sprache erst möglich. Es ist damit an das Wirklichkeitsverständnis der jeweiligen Kultur gebunden. Tiefere Zusammenhänge, wie das Krankheitsverständnis, können nur in der eigenen Sprache wahrgenommen und verarbeitet werden.

Als Kernelemente der inneren Wahrnehmung nehmen Gefühle, Stimmungen und Ängste eine wichtige Rolle ein. So, erklärt sich, daß Wahrnehmung niemals ein direktes Abbild der Realität ist, sondern immer von der Sichtweise des wahrnehmenden Menschen geprägt ist.

-14

Welche Rangordnung äußere (jeder Reiz von außen) oder innere Wahrnehmung hinsichtlich der Krankheitserkennung und deren Deutung haben, ist von kulturspezifischen Faktoren abhängig. Hier werden religiöse Vorstellungen, Mythen oder Umweltbedingungen wirksam. Habermann versteht Kultur als tiefe Prägung des Menschen in allen seinen Lebensbereichen:

"Die kulturelle Prägung, die Art und Weise, die Welt zu sehen und sich ihr gegenüber zu verhalten, bindet den Menschen an seine Kultur. Mit den frühesten Lebenserfahrungen des Menschen nimmt er kulturelle Denk- und Ausdrucksweisen auf und lernt zentrale Werte dieser Kultur. Seine Kultur wird dem Menschen so zur "Natur", das heißt, er fühlt sich eingebunden [...]." (1992, S. 36)

Auch historische Wandlungsprozesse wirken sich auf das Wahrnehmungsmuster von Erkrankungen aus. Ist im Mittelalter jeder fieberhafte Infekt der gefürchteten Pest zugeordnet worden, zumeist mit der Folge der sozialen Ausgrenzung der Betroffenen, so kommt in der heutigen Zeit Aids und teilweise Krebs eine ähnliche Bedeutung zu (Jütte, 1991, S. 35).

Die Erwartungen eines muslimischen Patienten im Krankenhaus werden in der Hauptsache von dem religiös begründeten Krankheitsverständnis bestimmt. Im Krankheitsfall kann sich sein Bedürfnis nach Ausübung der religiösen Pflichten verstärken.

4. Pflegerelevante Aspekte in der Krankenhausbehandlung von Muslimen in Deutschland

4.1 Erwartungen und Bedürfnisse von Muslimen im Krankenhaus

Das eng mit den religiösen Vorstellungen verknüpfte Krankheitskonzept der Muslime läßt auf eine Erwartungshaltung hinsichtlich der Einhaltung religiöser Vorschriften in der Pflege schließen.

Nach ihrer Befindlichkeit in einem nicht-islamischen Krankenhaus befragt, gaben 1983 von 36 türkischen Mitbürgern 24 an, zufrieden gewesen zu sein.

Als Gründe für Unzufriedenheit wurden u.a.: ... schlechte Behandlung durch Pflegepersonal, Ausländerfeindlichkeit, Schweinefleisch zu den Mahlzeiten, Mitpatienten benehmen sich abweisend angegeben (Esselbrügge u.a. in KoshrouySefat, 1985, S. 19).

Im Frühjahr 1997 wurde auf dem Pflegelehre-Kongress in Nürnberg eine Befragung von Eltern moslemischer Kinder im Krankenhaus bezüglich der Erwartungen und Be-

-15

11-
dürfnisse an das Pflegepersonal vorgestellt. Die Befragten gaben an, daß sie von der Pflegekraft erwarteten, mit den Glaubensvorschriften des Islam vertraut zu sein und diese bei ihrem Kind einzuhalten. Dies betraf vor allem die Regeln hinsichtlich der Ernährung und der Körperpflege. Gläubige Moslems sahen ihre Religion überwiegend nicht respektiert, erwarteten jedoch keine Umorganisation des Krankenhauses, um Religion und Kultur in der Pflege zu berücksichtigen (vgl. Härtel, 1997, S. 86). Bezeichnenderweise ist die Nürnberger Untersuchung die erste dieser Art. Die genannten Erwartungen erscheinen keineswegs zu hoch gegriffen, sollten doch Achtung und Respekt gegenüber Andersgläubigen eine der Grundmaximen zur Ausübung des Pflegeberufes sein (vgl. Koshrouy-Sefat, 1985, S. 20). So liest sich dann der Wunsch eines Patienten ganz selbstverständlich: Zinfach nett sein und entgegenkommen [...]" (Int. AG 1997, S. 163). Auch in

Fällen der Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung ist nicht immer von einer Entsprechung beider Seiten in der Definition von "guter Pflege" auszugehen. So in dem Beispiel einer Patientin, die das Pflegepersonal mit Mutter und Schwester verglich. Dies mag sich nicht mit dem allgemeinen pflegerischen Rollenverständnis vereinbaren, steht jedoch aus Sicht der Patientin: "... als Synonym für den emotionalen Rückhalt in der Familie." (Int. AG 1997, S. 166). In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu wissen, daß die Körperpflege in vielen Ländern, darunter auch die Türkei und Ägypten, nicht zu den originären Aufgaben des Pflegepersonals gehört, sondern von den Angehörigen durchgeführt wird.

Eine andere Ebene des Rollenkonfliktes stellt die gesellschaftliche Sicht des Pflegeberufes in den islamischen Ländern dar. Bedingt durch die patriarchalische, stark hierarchisierte islamische Gesellschaft werden Pflegepersonen als Bedienstete gesehen. Dies, teilweise von den deutschen Ansichten nicht weit entfernt, kann sich gelegentlich recht unangenehm in dem Verhalten der, vor allem männlichen, Patienten niederschlagen. So rät al Mutawaly als Respektsperson aufzutreten, um der: "... Arbeit das nötige Gewicht zu verschaffen." (1996, S. 39)

Die folgenden, pflegerelevanten Aspekte sind ausschließlich aus der Perspektive der religiösen Vorschriften zu sehen. Kulturspezifische Besonderheiten, sowie sprachliche und persönliche Individualität finden hier keine Berücksichtigung (vgl. Koshrouy-Sefat, 1984, S. 393).

- 16

4.2 Pflegerelevante Aspekte in bezug auf religiöse Bedürfnisse islamischer Patienten

4.2.1 Die Körperpflege

11-

Die Reinhaltung von Körper und Geist gelten, als Voraussetzung zur Erfüllung der religiösen Pflichten, im Islam als oberstes Gebot. Dies ist nicht ausschließlich im Sinne der Hygiene zu verstehen. **Grundbedingung** für die "innere" (seelische) Reinheit, ist die körperliche Reinheit. Unreinheit gilt als Sünde und kann: "... folgenreichere Einflüsse auf die sozialen Kontakte haben." (Koshrouy-Sefat, 1984, S. 395) Neben der Teilwäsche vor dem Gebet (siehe 2.3), kennt der Islam noch 84 weitere Vorschriften zur Körperpflege in alltäglichen Situationen, die mit äußerster Sorgfalt zu beachten sind. Eine Vollwaschung ist nach sogenannten "Großen" Verunreinigungen, wie vollzogener Geschlechtsverkehr, Menstruation, Wochenbett oder Kontakt mit Toten vorzunehmen. Bei "Kleinen" Verunreinigungen hat eine Teilwaschung zu erfolgen. Unter diese fallen laut Koshrouy-Sefat: "... durch den Körper gehende, feste, flüssige oder gasförmige Stoffe, Schlaf und Ohnmacht." (1984, S. 362)

Ein stehendes Gewässer gilt aufgrund der möglichen Keimbesiedelung als unrein, die Ganzwäsche ist demzufolge unter fließendem Wasser vorzunehmen. Üblicherweise wird dies durch Benutzung einer Dusche geschehen. Ist, wie in einigen Regionen der islamischen Länder möglich, keine Dusche verfügbar, so kann man sich mit einer Schüssel Wasser schöpfend, begießen.

Reinigungsbäder sind unüblich, medizinische Bäder werden unter bestimmten Bedingungen akzeptiert. So muß vor und nach dem Bad die Möglichkeit gegeben sein, sich zu waschen bzw. zu duschen. Damit ein moslemischer Patient sich, gemäß seiner Glaubensvorschriften, im Krankenhaus wohlfühlen kann, sind folgende Aspekte von Bedeutung:

Vor der Einnahme des Frühstücks muß ein Moslem sich die Zähne putzen und Gesicht und Hände waschen. Ebenso werden die Hände vor jeder Mahlzeit gewaschen. Bettlägerigen PatientInnen kann man evtl. eine Schüssel reichen und die Hände mit einem kleinen Gefäß begießen.

Ein Nicht-Moslem kann einen Moslem nur säubern, aber niemals "rein" machen! Hier kann eine genaue Feststellung der Patientenressourcen von besonderer Bedeutung sein; er muß so weit es geht die Möglichkeit haben, die Körperpflege selbständig durchzuführen. Ist wegen Bettlägerigkeit keine Duschkmöglichkeit gegeben, kann auch abgekochtes Wasser zur Verfügung gestellt werden, zur Abkühlung darf kein kaltes Leitungswasser hinzugefügt werden.

-17

Nach der Benutzung des Steckbeckens kann eine Spülung des Genitalbereiches erfolgen.

Eine Untersuchung durch einen Arzt ist, aufgrund seiner Stellung, möglich. Dies sollte in Anwesenheit einer weiblichen Person geschehen. Sich in Gegenwart einer fremden Person, auch einer Frau, zu entkleiden, kann von einer Muslimin als beschämend empfunden werden.

Sie wird dies ungern tun oder sich weigern. Viele Patientinnen werden sich kaum vom Pflegepersonal, vor allem im Intimbereich, waschen lassen. (Nach Koshrouy-Sefat 1984, S. 395; al Mutawaly, 1996, S. 31-33)

Ein Moslem ist aufgrund seiner Erziehung zur Reinheit mit einem hohen Maß an Körpergefühl ausgestattet. Er wird zur Erlangung innerer Reinheit stets auf äußere Sauberkeit bedacht sein. Trotzdem kann die Auslegung des Reinheitsgebotes individuell unterschiedlich gesehen werden.

4.2.2 Das Nahrungsangebot

Es ist naheliegend, daß auch die Nahrungsmittel, die ein Moslem zu sich nimmt, dem Reinheitsgebot unterliegen. Daraus folgen genau festgelegte Bestimmungen hinsichtlich der erlaubten Lebensmittel und der Zubereitung. Ursprünglich ethischer und kultischer Natur, haben diese auch den Sinn der Gesunderhaltung.

Schweinefleisch ist als "unrein" verboten. Das Schwein gilt wegen der leichten Verderblichkeit des Fleisches im heißen Wüstenklima und der Gefahr des Trichinenbefalls als Überträger von Krankheiten.

Auch Ratschläge, wie z.B. nicht zu üppig zu essen, haben den Ursprung in der Gesundheitsfürsorge. Hygienische Regeln sollen vor der Übertragung von Krankheitserregern schützen. So soll beispielsweise Obst vor dem Verzehr gewaschen werden. Vor der Mahlzeit sind die Hände zu waschen. Gläubige essen mit der rechten Hand; die Linke wird als unrein betrachtet, weil man sich mit dieser Hand nach dem Toilettengang wäscht.

Fleisch darf nur von "reinen" Tieren gegessen werden, dazu zählen Rind, Geflügel, Schaf und Ziege. Wild ist erlaubt, erfreut sich aber nicht so großer Beliebtheit. Die Tiere müssen nach religiöser Vorschrift "geschächtet" werden, d.h. sie müssen ausgeblutet sein. Blut gilt ebenfalls als unrein. Im Krankenhaus rühren muslimische PatientInnen Fleisch, auch wenn es sich um Geflügel handelt, oft nicht an. Dieses Verhalten, fälschlicherweise häufig als Mißtrauen verstanden, hängt mit den Schlachtvor

- 18

schriften zusammen. Auch dem Hinweis zu folgen, doch nur Gemüse und Beilagen zu essen und das Fleisch liegen zu lassen, ist religiös nicht zulässig. Lebensmittel, die mit "unreinen" Gegenständen in Berührung gekommen sind, gelten ebenfalls als verunreinigt.

Alkohol ist aufgrund der starken Entfaltung seiner Wirkung in der Hitze laut Koran strengstens untersagt. Der Prophet selbst soll dieses Verbot, angesichts vieler Verbrechen und Schandtaten infolge unmäßigen Alkoholgenusses, verhängt haben. Im Nahrungsangebot der Klinik ist auf den versteckten Alkoholgehalt in vielen Süßspeisen und Speiseeis hinzuweisen. Auf ärztliche Anordnung ist es erlaubt, Alkohol zum Zwecke der Heilung zu sich zu nehmen (vgl. Koshrouy-Sefat, 1984, S. 395).

4.2.3 Geburt und Wochenbett

Nach dem Islam ist es Sinn und Zweck des Daseins zu heiraten und Nachkommen zu zeugen. Diese sichern in den islamischen Ländern nicht nur den Fortbestand der Gesellschaft, sondern auch die Altersversorgung der Eltern. Der männlichen Nachkommenschaft wird eine besondere Bedeutung zugemessen. Die Geburt eines Mädchens wird nicht immer erfreut begrüßt. Die Söhne spielen hier insofern eine besondere Rolle, als ihnen die Pflicht für die Eltern zu sorgen obliegt, während die Töchter nach der Heirat der Familie ihres Mannes angehören (vgl. al Mutawaly, 1996, S. 41). Die Jungfräulichkeit ist das wichtigste Kriterium für den Vollzug der Ehe, voreheliche sexuelle Beziehungen sind untersagt. Wird dieses Gebot gebrochen, steht die Familienehre auf dem Spiel. Eine vollwertige Frau ist nach dem Islam verheiratet, ihr Rollenverständnis wird von Ehe und Mutterschaft bestimmt (vgl. Binder-Fritz, 1996, S. 143/144).

Die Fruchtbarkeit der Frau ist, bei der Eheschließung von großer Bedeutung. Werden in der Ehe keine Söhne geboren, gilt dies als Unvermögen der Frau und der Mann kann sich von ihr trennen.

Zeugung und Geburt stehen in engem Zusammenhang mit dem Konzept von Reinheit und Unreinheit (siehe 3.2. 1). Der Umgang mit Fortpflanzung, Menstruation und weiblicher Sexualität wird von kulturspezifischen Tabus, religiösen Vorstellungen und dem traditionellen Rollenverständnis geprägt. Diese Faktoren beeinflussen das Erleben von Schwangerschaft und Geburt maßgeblich (vgl. Binder-Fritz, 1997, S. 147).

Nach der Geburt eines Kindes wird eine Frau 40 Tage lang als unrein angesehen; sie darf weder **den Koran berühren**, noch beten. Sexuelle Beziehungen zu ihrem Ehe-

-19

mann sind ihr in dieser Zeit untersagt. Nach dem Ende des Wochenbetts wird eine rituelle Ganzwaschung die kultische Reinheit und damit die Orientierung auf Allah wiederherstellen. Unmittelbar nach der Entbindung kann es sein, daß die Mutter das blutverschmierte Neugeborene nicht auf den Bauch gelegt bekommen möchte, sondern wünscht, daß es zunächst gereinigt wird.

Die Beschneidung der Klitoris ist in einigen Ländern der islamischen Welt gängiges Ritual. Dieses ist zwar in den meisten islamischen Staaten offiziell verboten, wird aber doch geduldet. Entgegen der Propaganda fundamentalistischer Würdenträger, ist die Beschneidung der Frau nicht im Koran festgeschrieben, sondern vorislamischen Ursprungs.

4.2.4 Sterben und Tod

IP-

In der Glaubensvorstellung der Muslime steht nicht die Versöhnung zwischen Gott und Mensch im Vordergrund, sondern die vollkommene Ergebenheit des Menschen in Gott. Wer ein rechtgeleitetes, dem Glauben gemäßes, Leben geführt hat, wird belohnt, begangene Sünden werden bestraft. Im Augenblick des Todes trennt sich die bis dahin bestehende Einheit zwischen Körper und Seele. Um zu ewigem Leben zu gelangen, muß er mit dem Glaubensbekenntnis auf den Lippen sterben. Der "Todesengel" wird ihn vor den Toren des Paradieses nach seinem rechten Glauben fragen. Gibt er die richtige Antwort, erleichtern ihm andere Engel das Warten auf den Zeitpunkt des Gerichts. Bleibt er diese schuldig, muß er schon vor der Auferstehung Strafe erleiden. Während des Gerichts werden die guten und die schlechten Taten auf Erden gegeneinander abgewogen. Erst wenn alle Sünden gesühnt sind, erhält er Einlaß in das Paradies. Kommt der Gläubige durch Unfall oder Krieg zu Tode, gelangt er direkt in den Himmel.

Ein Sterbender darf niemals allein sein, in seiner Anwesenheit wird der Tod nicht erwähnt. Die Vorbereitung auf den Tod durch Offenheit ist der islamischen Denkweise fremd.

Um ihn auf dem langen Weg in das Paradies zu laben, muß dem Sterbenden genug Flüssigkeit angeboten werden; ein Moslem darf niemals durstig sterben!

Angesichts des Todes wird der Gläubige das Glaubensbekenntnis sprechen, ist dies nicht möglich, muß ein anderer Moslem ihm diese leise vorsprechen. Das Sprechen des Glaubensbekenntnisses obliegt allein einem Moslem! Der Sterbende wird als Bestätigung seinen rechten Zeigefinger himmelwärts heben. **Braucht** er bei dieser

-20

-2-

Geste Unterstützung, kann im Notfall auch ein Christ behilflich sein. Wenn möglich, sollte das Gesicht in Richtung Mekka (Südosten) gewandt sein.

Bei der Pflege ist auf peinlichste Sauberkeit zu achten, beschmutzte Bettwäsche sollte sofort vollständig gewechselt werden, das Abdecken eines Fleckes mit einer Unterlage oder das Tragen eines Inkontinenzslips sind zu vermeiden. Der Gläubige darf nicht "unrein" vor den Allmächtigen treten (siehe 6.2. 1).

Unmittelbar nach Eintritt des Todes werden seine Augen von den nächsten Angehörigen langsam geschlossen, dies darf auch kein anderer Moslem tun!

Die Versorgung des Toten ist alleinige Angelegenheit der Angehörigen; die dreimalige Ganzwaschung wird nach einem genau festgelegten Ritual durchgeführt, während die 36. Sure des Korans gelesen wird.

Anschließend wird der Leichnam in ein weißes ungenähtes Baumwolltuch gehüllt und mit dem Gesicht, in einigen Ländern mit den Füßen, in Richtung Mekka gelegt.

Die Bestattung erfolgt nach islamischem Ritus noch am Tag des Todes, jedoch spätestens am darauffolgenden Tag (nach Koshrouy-Sefat, 1985, S. 19; al Mutawaly, 1996, S. 50-51).

Im Angesicht des Todes gewinnt die Erfüllung der religiösen Pflichten für jeden Moslem, gleichgültig wie er gelebt hat, eine besonders große Bedeutung. Die Nichterfüllung der Vorschriften, aus welchem Grund auch immer, wäre ein großes Unglück. Es wird für den Sterbenden und seine Angehörigen hilfreich sein, wenn Verständnis für seine religiösen Bedürfnisse von seiten des Pflegepersonals signalisiert wird. Nach Möglichkeit sollte ein ruhiger Ort zur Ausübung der Zeremonien zur Verfügung gestellt werden.

Es ist heute keine Seltenheit, daß Muslime, die in Deutschland geboren und aufgewachsen sind, die rituelle Waschung in der richtigen Reihenfolge und das Aufsagen der Koranverse nicht mehr beherrschen. Viele in dieser Altersgruppe werden noch niemals einen Toten gesehen haben. In diesem Falle kann man sich an ein islamisches Zentrum, eine Moschee oder den Vertreter einer türkischen Gemeinde wenden. Im Notfall kann auch der Klinikpfarrer mit einer Adresse oder Telefon-Nr. weiterhelfen.

Die Lebenswelten muslimischer Patienten können schon aufgrund der vielen Nationalitäten sehr verschieden sein. Um ein einführendes Verständnis entwickeln zu können, ist die vorangegangene Aufzählung religiöser Bedürfnisse allein nicht ausreichend. Auf den Einfluß von Religion und Kultur auf die Wahrnehmung und Deutung einer Erkrankung soll nun näher eingegangen werden.

5. Kulturbedingte Vorstellungen und Verhaltensweisen in Bezug auf das Krankheitserleben

5.1 Die Bedeutung magischer Vorstellungen in Krankheitsursache und -behandlung

Im gesamten östlichen Mittelmeerraum, insbesondere der Türkei, haben magische Vorstellungen bezüglich Krankheitsursache- und Abwehr eine besondere Bedeutung. Die Trennung von Glauben und Aberglauben aus vorislamischer Zeit ist hier nur schwer nachzuvollziehen. Einerseits untersagt der Koran die Anwendung magischer Rituale im religiösen Kontext, andererseits gehört der Glaube an böse oder gute Geistwesen (Dschinnen) zur islamischen Glaubenslehre. Die Dschinnen bilden die Verbindung zu dem geheimnisvollen Reich zwischen Himmel und Erde und können Krankheit und Unglück heraufbeschwören (vgl. Haas, 1986, S. 41).

Krankheit und Mißgeschick sind immer mittelbar und unmittelbar verursacht. Als mittelbare Ursachen kommen zum Beispiel klimatische Einflüsse in Betracht (vgl. Hoops, 1993, S. 19).

Neben dem Willen Gottes zählen die Geistwesen zu den unmittelbaren Krankheitsverursachern. Sie treten als unvermeidbare Folge religiösen Fehlverhaltens in Erscheinung. Häufig treten sie in Zusammenhang mit Sexualität, Schwangerschaft und Geburt auf. Junge Mütter und Kleinkinder gelten als besonders schutzbedürftig.

Der "Böse Blick", als weitere unmittelbare Krankheitsursache, ist eher dem Aberglauben zuzurechnen. Die Furcht vor ihm ist, unabhängig von Konfession und ethnischer Herkunft, in allen Mittelmeerländern verbreitet. Dieser, ausgehend vor allem von blonden, blauäugigen Menschen, wird für plötzlich auftretendes und unerklärliches Unwohlsein verantwortlich gemacht. Es ist weniger der eigentliche Blick, als vielmehr die zerstörerische Kraft die von ihm ausgeht gemeint (vgl. Schwalm, 1996, S. 147). Ein neidvoller Blick der böswilligen Nachbarin kann der Wöchnerin und ihrem Neugeborenen Krankheit und Tod bringen. Kinder werden von ihren Müttern geschützt, indem ihnen in Anwesenheit Fremder wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird, um keinen Neid zu erzeugen. Neben dem Meiden von potentiellen Verursachern stellt das Tragen eines blauen Steins mit einem Auge eine Gefahrenabwehr dar (vgl. Hoops, 1993, S. 20).

In dem zugrundeliegenden Erklärungsmodell wird die Funktion der inneren Wahrnehmung (siehe 4.1) in der Krankheitsbedeutung besonders deutlich. Die innere Vorstellungskraft (Angst) beeinflusst die Psyche und kann ein Krankheitsgeschehen begünstigen. Folgerichtig ist, neben der Anwendung von Heilkräutern und anderen

Hausmitteln, die psychische Unterstützung ein wesentliches Behandlungskriterium. Gegenstand der Therapie ist die Beeinflussung guter und böser Mächte durch Gebete, Rituale und Verhaltensvorschriften.

Schutzamuletten mit religiösem Inhalt wird eine besondere Heilkraft zugesprochen. Hierzu schreibt M. Hoops:

"Diese magischen Heilungs- und Krankheitsvorstellungen haben die Bedeutung, daß das Kranksein von der Gemeinschaft akzeptiert und dem Betroffenen entsprechend Zuwendung zuteil wird..." (1993, S. 19).

An dieser Stelle ist hervorzuheben, daß im deutschen Pflegealltag nicht bei allen moslemischen Patienten magische Vorstellungen gleichermaßen wirksam werden. Auch hier ist die Individualität jedes Einzelnen zu sehen, in der Faktoren wie Bildungsgrad, ethnische Zugehörigkeit und die Dauer des Aufenthalts in Deutschland eine Rolle spielen mögen. Der Hoca (Heiler) wird dennoch in einigen Fällen, sozusagen zur letzten Sicherheit, parallel zur schulmedizinischen Behandlung zu Rate gezogen (ebd.).

Ein weiterer Aspekt, der wesentlich mit dem kulturspezifischen Wahrnehmungsmuster zusammenhängt, ist die Schmerzwahrnehmung.

5.2 Die Schmerzwahrnehmung

Das jedem Nord- oder Mitteleuropäer zunächst befremdliche Schmerzverhalten südländischer PatientInnen weckt oftmals das Unverständnis des Pflegepersonals. Fast jede in der Pflegepraxis tätige Person hat das Phänomen des sogenannten "Mamma mia-Syndroms", anderenorts auch "Mediterranes Syndrom" genannt, schon erlebt: Der Patient krümmt sich vor Schmerzen und stöhnt und jammert laut, ohne daß ein nach außen erkennbarer Grund vorläge. Zumeist beherrscht Ratlosigkeit, möglicherweise gepaart mit Ironie oder gar Unmut, die Situation. Wie das Beispiel einer Klinikbeobachtung zeigt, bleiben eine Pflegeverrichtung begleitende Gespräche und Scherze bei fremden Patienten aus oder sind unpersönlicher

"Eine unzureichende Kommunikation ist aber gerade auch für Ebenen festzustellen, die der Beobachtung verborgen bleiben. So werden Verhaltensformen, die auf Unterschiede im Krankheits-, Heilungs- und Pflegeverständnis hinweisen, von Pflegenden oft (rar nicht bemerkt)." (Habermann, 1995, S. 27)

Die **Schmerzäußerungen werden** vom Klinikpersonal also gar nicht als individueller Ausdruck von persönlichem Krankheitsempfinden wahrgenommen.

-23

Neben der kulturell festgelegten Körperwahrnehmung und der damit einhergehenden Bewertung eines Symptoms ist der gesellschaftliche Stellenwert des Schmerzereignisses von entscheidender Bedeutung. Während in unserem Kulturkreis scheinbar übertriebene Wehleidigkeit zumeist mit Mißbilligung von der Umwelt aufgenommen wird, stellt eine geduldig ertragene Krankheit in den islamischen Ländern kein besonderes Heldentum dar. Im Gegenteil, diese Verhaltensweise ergibt in den Augen der Muslime keinen Sinn. Der betroffene Mensch fühlt nicht nur den isolierten Schmerz eines einzelnen Organs, sondern er fühlt sich in seiner "Ganzheit" krank und muß dies seiner **Umgebung kundtun** (vgl. Koshrouy-Sefat, 1984, S. 393).

Besonders eindrucksvoll ist der Einfluß der kulturspezifischen Prägung auf das Krankheitsempfinden bei dem, in der Türkei bekannten Krankheitsbild des "gefallenen Bauchnabels". Dieses geht mit heftigen Schmerzen im Abdominalbereich einher und kann verschiedene Ursachen haben, aber immer ist es ein Indiz dafür, daß der Betroffene seine, "Mitte" verloren hat. Dies ist dann der Fall, wenn die innere und die äußere Welt nicht miteinander in Einklang sind. Die lautstarken Schmerzbekundungen haben nicht nur den Sinn sich in die Krankenrolle zu begeben und damit frei von gesellschaftlichen Verpflichtungen zu sein, sondern auch dem Bedürfnis nach Zuwendung Ausdruck zu verleihen (vgl. Binder-Fritz, 1997, S. 140).

Es liegt auf der Hand, daß das oben beschriebene Pflegeverständnis, welches soziokulturelle Zusammenhänge unberücksichtigt läßt, für die Erkrankten keine Unterstützung bedeutet. Es ist, im Gegenteil, anzunehmen, daß die bestehende Symptomatik sich bei reiner Analgetikagabe, ohne zugewandte Heilrituale, verstärkt. Unser eigenes, kulturell geprägtes Wahrnehmungsmuster, mit den entsprechenden Normen und Werten, kann fremde kulturbedingte Krankheitsbilder nicht in ihrer vollständigen Dimension erfassen. Der, als sprachliche Kommunikationsbarriere getarnte, Kulturkonflikt wird nicht wahrgenommen.

Um diese Problematik zu erkennen und eine umfassende, individuelle Pflege leisten zu können, ist es notwendig, daß Pflegenden kulturübergreifendes Denken lernen (vgl. Habermann, 1995, S. 17). Ein erweitertes Pflegeverständnis hinsichtlich kultureller Bezüge kann auch den Umgang mit den empfindlichen Bereichen des Tabus und der Scham die Pflege von ausländischen Patienten erleichtern.

-24

5.3 Die Bedeutung von Tabus und Scharngefühl

Der Begriff des Tabu stammt aus der polynesischen Sprache und bezeichnet den Bereich des Unantastbaren, des Unaussprechlichen. Tabus üben eine gesellschaftliche Schutzfunktion aus; sie normieren Verhalten und bringen für die Gemeinschaft Bedrohliches in eine gesellschaftlich anerkannte Form. Sie können helfen verletzlichem Gut zu bewahren, aber sie können auch eine gesellschaftliche Weiterentwicklung **behindern** (vgl. Schützendorf, 1997, S. 557; Duden).

Tabus sind kulturabhängig, was als schützenswert gilt ist von der jeweiligen Einstufung einer Gemeinschaft abhängig. Während in unserer Gesellschaft die Religion von einem Tabu besetzt ist, ist im Islam die Religion fester Bestandteil des öffentlichen Lebens. Auch die Sexualität ist einer jener empfindlichen Bereiche, die in den meisten Gesellschaften als schutzwürdig empfunden werden. In der westlichen Kultur ist eine Versachlichung der Sexualität eingetreten; es wird nahezu alles gezeigt und öffentlich diskutiert.

Entgegen der landläufigen Meinung, ist der Islam an sich nicht im eigentlichen Sinne sexualfeindlich. Die Sexualität ist laut Koran Bestandteil des Lebens; jeder Ehepartner hat demnach die Pflicht den anderen glücklich zu machen. Die Ausübung der Sexualität beschränkt sich ausschließlich auf die Institution der Ehe. Die öffentliche Darstellung sexueller Inhalte und intimer Körperregionen ist gesellschaftlichen Tabus unterworfen und im Islam nicht zulässig.

Die Scham ist eng mit dem Begriff des Tabus verbunden, überall dort wo der Mensch in seinem Inneren besonders verletzlich ist, setzt das Schamgefühl ein. Ein Schutzwall von Tabus umgibt diesen schützenswerten Bereich und verhindert ein nach Außendringen.

Das Schamgefühl der islamischen Frau ist eine Tugend und wertet sie in den Augen der Gesellschaft auf. So kann es zum Beispiel sein, daß Begriffe, die unter ein Tabu fallen nicht direkt ausgesprochen werden. Das ist insofern von Bedeutung, als z.B. das Wort "Blutung" möglicherweise in einem medizinischen Gespräch nicht deutlich benannt wird. Für den Gesprächspartner kann es in so einem Fall schwer sein, bestimmte Symptome richtig zu erfassen. Besonders peinlich ist einer Muslimin die Pflege durch einen Mann. Im Islam ist die Pflege einer Frau durch einen Mann verboten! (vgl. Int. AG 1997, S. 164)

Schamgefühl ist bei jedem Menschen individuell verschieden und kann sich, je nach Lebenssituation und momentanem Schutzbedürfnis, verändern:

-25

"Der kranke Mensch verläßt die üblicherweise praktizierte Objektivierung und Distanzierung und ist seiner Verwundbarkeit und Verletzlichkeit preisgegeben:" (Juchli, 1983, S.207).

In der Pflege kommt es zwangsläufig zu Kontakt mit tabuisierten Körperzonen. Nicht nur für islamische Patienten sind Pflorgetätigkeiten an intimen Körperregionen unangenehm.. Jeder Mensch empfindet Scham, wenn andere Menschen mit Bereichen in Berührung kommen, die normalerweise fremden Blicken verborgen sind. Dieses Gefühl verstärkt sich unter dem Eindruck der verlorenen Eigenständigkeit.

Aus unterschiedlichen kulturellen Sichtweisen können sich für Pflegenden und PatientInnen verschiedene Problematiken ergeben. Auf diese und die Konsequenzen für die Pflege soll nun näher eingegangen werden.

6. Die Problematik der Pflegenden

Viele bekannte Probleme ausländischer Patienten in unseren Krankenhäusern sind nicht ausschließlich auf kulturelle Unterschiede zurückzuführen. Zu nennen wären unzureichende Informationen seitens des Pflegepersonals, sich widersprechende Pflegehandlungen und Kommunikationsschwierigkeiten. Diese Schwierigkeiten, die die Patienten an der Fachkompetenz des Personals zweifeln lassen, verstärken sich bei fremdländischen Patienten. Ängste und Verunsicherungen nehmen unter derartigen Eindrücken, vor allem bei sprachlicher Unsicherheit, zu (vgl. Int. AG 1997, S. 167).

6.1 Kommunikation

Bei dem Stichwort Kommunikation in Bezug auf die Pflege von Menschen aus anderen Kulturen denken viele Pflegenden vorrangig an sprachliche Verständigungsprobleme. In der täglichen Pflegepraxis scheint dies zunächst auch naheliegend zu sein. Kommunikationsschwierigkeiten, die

auf sprachliches Unverständnis zurückzuführen sind, sind am einfachsten zu erkennen. Im Alltag auf den Stationen kann man praktische Handlungsansätze in der Verständigung mit ausländischen Patienten von seiten des Pflegepersonals beobachten. Häufig findet die Verständigung zum Beispiel über Gesten statt, das sogenannte "Reden mit Händen und Füßen". Viele Pflegende sprechen automatisch lauter und in unvollständigen Sätzen, andere nehmen eine abwartende Haltung ein und beschränken sich in ihrer Wortwahl auf das Wesentliche (siehe auch Kollak u. Küpper, 1996, S. 120). Vielfach werden auch andere im **Krankenhaus**

-26

tätige Sprachkundige zu Übersetzerdiensten hinzugezogen. Hierbei handelt es sich oft um medizinisch nicht ausgebildetes Personal, was die Verständigung oft genug noch komplizierter gestaltet. Die Folgen sind Mißverständnisse oder sogar Fehlbehandlungen.

Deshalb sind die Forderungen vieler Autoren (Gätschenberger, 1993, S. 569) nach professionellen Dolmetschern, Hinweisschildern und Formularen in den gängigsten Fremdsprachen und Sprachkursen für Pflegende berechtigt.

Die eigentlichen Kommunikationsschwierigkeiten liegen jedoch hinter den rein sprachlichen Barrieren verborgen und werden vom Pflegepersonal zum Teil nicht als solche erkannt (siehe 5.2). Hier sind also die Begrifflichkeiten der Verständigung und des Verstehens zu unterscheiden:

"Kulturelle Unterschiede zu Sprachproblemen zu erklären, ist jedoch eine trostlose Reduzierung. Kultur ist mehr als Sprache, und Kommunikationsprobleme gibt es auch bei Menschen, die einunddieselbe Sprache sprechen." (Kollak u. Küpper, 1997, S. 120)

In der pflegerischen Interaktion wird immer ein komplexes Geflecht von zwischenmenschlichen Beziehungen wirksam. Die Pflege selbst ist von historischen, kulturellen und sozialen Einflüssen geprägt. Hinzu kommen persönliche Erfahrungen und Vorstellungen jedes einzelnen Pflegenden (siehe 1.2).- Diese prägen pflegerisches Denken und Handeln.

Der Pflegende muß in der Lage sein, Eigen- von Fremdwahrnehmung zu trennen. Er muß nicht nur den formalen Inhalt eines sprachlichen Ausdrucks, sondern auch dahinter liegende Emotionen und Stimmungen erfassen. Darüberhinaus benötigt er Kompetenzen wie:

Empathiefähigkeit

Grundvoraussetzung für die Erkennung der Bedürfnisse anderer, ist die Fähigkeit sich in andere Menschen hineinversetzen zu können.

Konfliktfähigkeit

Das Aufeinandertreffen von unterschiedlichen oder sich widersprechenden pflegerischem Rollenverständnis und Patientenerwartungen löst kommunikative Probleme aus. Die Fähigkeit von Fremd- und Selbsteinschätzung ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung.

Die Fähigkeit zur Problemanalyse

Die Entschlüsselung schwieriger Situationen ist wichtig, um Konflikte erkennen zu können. Weiterhin ist es notwendig die eigene Rolle zureflektieren. Wie können

-27

Streßsituationen beherrscht oder vermieden werden? Welche der eigenen Anteile sind hilfreich, welche weniger? (n. Kollak u. Küpper, 1997, S. 122)

Die Bereitschaft zu kommunizieren und seinem Gegenüber Akzeptanz zuteil werden zu lassen, ist nicht nur der Schlüssel zu den vermeintlichen Schwierigkeiten mit ausländischen Patienten, sondern zu allen "schwierigen Patienten"! Für eine gelungene Kommunikation ist es notwendig, die eigene Person abzugrenzen. Für Pflegende besteht die Gefahr, sich, in dem Wunsch alles verstehen zu wollen, vereinnahmen zu lassen. Eine gewisse Distanz ist Voraussetzung für eine professionelle Beziehung:

Insbesondere das Bild des Westens von der Muslimin setzt in den Köpfen der Pflegenden Vorstellungen frei, die sich auf die Pflegebeziehung auswirken können.

6.2 Die Lebenswelt der Frauen

Der Stereotyp der tief verschleierten Frau, die gehorsam einen Meter hinter ihrem Mann hergeht, bestimmt hierzulande vielfach das Bild der islamischen Frau. Tatsächlich jedoch kann das Leben der islamischen Frau so unterschiedlich sein, wie das Leben der Frauen westlicher Kulturen. Es wird eindeutig von der patriarchalischen Gesellschaftsstruktur, mit der ihr eigenen Hierarchie bestimmt. Die Lebenswelt der Frauen wird von Ehe und Mutterschaft bestimmt (siehe 4.3). Vor der Ehe hat der Vater die Autorität über die junge Frau. Später übernimmt der Ehemann die Rolle, die der Vater inne hatte. Auch innerhalb der Frauen einer Familie gibt es eine Hierarchie. Die älteren Frauen haben in der Regel eine größere Entscheidungsfreiheit und wachen über Sitte und Anstand. Die Gemeinschaft der Frauen bildet in ihrer Geschlossenheit einen starken Gegenpol zur Männerwelt, in der die Frauen soziale Sicherheit und emotionalen Rückhalt finden (vgl. Moll, 1989, S. 871-872). Sie haben eigene, andere Ausdrucksformen von Weiblichkeit, die dem Denken der westlichen Welt fremd sind. Ihre Stärke bleibt unseren Augen deshalb verborgen.

Ohne die Identitätskrisen der westlichen Frauen, leben sie ihr Dasein mit größter Selbstverständlichkeit und durchaus nicht zwangsläufig ohne Selbstbewußtsein.

Welches Gewicht diese traditionelle Ordnung jedoch erhält, hängt neben politischen und wirtschaftlichen Verhältnissen in dem jeweiligen Land, auch von dem soziokulturellen Umfeld ab, in dem eine Frau lebt. Die soziale Stellung der Frau ist abhängig von Faktoren wie Bildungsstatus, Gesellschaftsschicht und der Bedeutung der Religion in der Familie (vgl. Binder-Fritz, 1997, S. 142). Während das Leben der Frauen in ärmeren, ländlichen Regionen von Kindererziehung, schweren landwirtschaftlichen

-28

Tätigkeiten und Hausarbeit gekennzeichnet ist, unterscheidet das Leben der Städterinnen sich nicht viel von dem der Frauen der westlichen Welt. Frauen aus gesellschaftlich höheren und wirtschaftlich besser gestellten Familien, haben häufig eine universitäre Ausbildung.

Die politischen Verhältnisse in Ländern wie dem Iran, oder Afghanistan, lassen ein ganz anderes Frauenbild entstehen. Hier werden die Frauenrechte in offenkundig und in eklatanter Form beschnitten.

Die Tatsache wie unterschiedlich das Leben der Frau schon innerhalb eines Landes sein kann, zeigt, daß es "das Leben der islamischen Frau" in diesem Sinne nicht gibt. Das Kopftuch oder der Schleier scheinen mit dem europäischen Selbstverständnis der Frau gemessen, Symbole der Unterdrückung zu sein. Dieses Kleidungsstück sollte etwas differenzierter betrachtet werden. Es sind oftmals gerade die akademisch gebildeten Frauen, die aus freien Stücken einen Schleier tragen; er ist Legitimation für eine Berufstätigkeit außer Haus. Unter dem "Schleier der Tugend" geschützt, gehen sie ihren Interessen nach. Der Schleier ist wichtiger Bestandteil der Identität vieler muslimischer Frauen. Insbesondere Frauen, in deren Heimatländern die Verschleierung nicht unbedingt Gesetz ist, tragen den Schleier vermehrt in der Migrationssituation. Dieses Kleidungsstück gibt ihnen das Gefühl der Sicherheit und erhält einen Teil ihres Selbstverständnisses in der fremden Umwelt. Wie Binder-Fritz bemerkt, ist das Tragen des Kopftuchs also nicht als Zeichen mangelnder Schulbildung und dem Verbot der freien Meinungsäußerung zu sehen (vgl. 1996, S. 143).

Die Relevanz des vorhergehenden Satzes ist in der Beobachtung begründet, daß bei der Aufnahme schleiertragender Frauen in ein Krankenhaus vornehmlich deren Ehemänner angesprochen wurden. Ärzte und Pflegepersonal schienen gar nicht in Betracht zu ziehen, daß die Patientinnen der deutschen Sprache mächtig sein könnten.

Auch die Lebenssituation der in Deutschland lebenden Musliminnen kann, bedingt durch oben genannte Faktoren, sehr unterschiedlich sein. Die Ehefrauen der sogenannten Arbeitsmigranten stehen zumeist nicht im Erwerbsleben. Sie leben tagsüber, ohne die üblichen Zusammenkünfte der Frauen, in der Heimat, oft in sozialer Isolation. Viele von ihnen hatten nicht die Möglichkeit einer qualifizierten Schulbildung und können wenig lesen und schreiben. Wenige Kontakte zur Außenwelt erschweren die Integration und verhindern das Erlernen der Sprache des Migrationslandes (ebd.).

Die Generation der in Deutschland aufgewachsenen Frauen türkischer Herkunft führt ein Leben zwischen den Welten. Sie fühlen sich zwischen, Religion und Familientradition und den Werten und Normen der Außenwelt hin- und hergerissen. Die Generation der Eltern hält, aus Angst vor Identitätsverlusten, häufig verstärkt an traditionel

-29-

len Vorstellungen fest. Dies hat vor allem in Bereichen wie der Sexualität Auswirkungen. Den Brüdern eines jungen Mädchens obliegt häufig die Aufgabe, über deren Tugend zu wachen, damit die sozial hoch bewertete Jungfräulichkeit nicht gefährdet wird. Hier wird die Familie zum Austragungsort migrationsbedingter Konflikte (vgl. Binder-Fritz, 1997, S. 143).

Die Pflege wird dort problematisch, wo das eigene weibliche Rollenverständnis auf dominante Verhaltensweisen arabischer oder türkischer Ehemänner trifft. Kollak und Küpper haben in einem Interview praktische Verhaltensstrategien Pflegenden in Situationen der Bevormundung der Patientin durch den Ehemann in Erfahrung gebracht. So kann einerseits solidarisiertes Verhalten mit der Patientin von seiten des weiblichen Pflegepersonals entstehen. Hier wird zum Beispiel explizit die Patientin angesprochen oder der Ehemann kurzfristig des Zimmers verwiesen. Es kann aber andererseits auch zu einer gegenteiligen Reaktion kommen. Dies scheint dann der Fall zu sein, wenn der Eindruck entsteht der männlichen Vorherrschaft, egal wie man sich auch anstrengt, nichts entgegenzusetzen zu können. Diese frustrierende Erkenntnis entlädt sich nicht selten in Aggressivität, die sich oft in einer Umkehrung gegen die Patientin selbst richtet (vgl. 1997, S. 125).

In der Wahrnehmung der Pflegenden sind ausländische Frauen häufiger männlichen Unterdrückungsmechanismen ausgesetzt. Die eigene Wunschvorstellung bezüglich des Mann-Frau-Verhältnisses und die westliche Sichtweise der islamischen Männerwelt bestimmen offenbar das Bild der Pflegepersonen von den Frauen (vgl. 1997, S. 125). Berechtigterweise fragen die Autoren hierzu:

"Sehen wir vielleicht auch häufiger etwas, auf das wir verstärkt achten? Gehen wir nicht davon aus, daß diese Frauen mit Kopftuch und Kindern gesellschaftliche und familial schlechter gestellt sind?" (ebd.)

Die innere Struktur einer arabischen oder türkischen Mann-Frau-Beziehung sind mit unserer Wahrnehmung nur schwer zu erfassen. Nicht jede Muslimin ist schwach und unterdrückt. Um zu einer offeneren Haltung zu gelangen, wäre es hilfreich, wenn Pflegepersonen sich über die Tragweite der eigenen Vorstellungen bewußt wären. Die Situation der Migration kann männliches Dominanzverhalten verstärken. Ohne die sozialen Bezüge des Heimatlandes, in einer oft genug feindlichen Umwelt, kämpfen die Frauen sozusagen an zwei Fronten. Sie müssen sich nicht nur gegenüber ihren Männern durchsetzen, sondern sich gleichzeitig in einer verschlossenen Gesellschaft behaupten. Mit Recht muß diese Gesellschaft sich fragen lassen, was sie zur Verbesserung der Situation der Migrantinnen beiträgt (vgl. Kollak u. Küpper, 1997, S. 126).

-30-
Die Vielschichtigkeit des islamischen Frauenlebens kann in diesem Rahmen nur andeutungsweise dargestellt werden. Es sollte jedoch gezeigt werden, daß ein vorschnelles Urteil über fremde Lebensweisen die Kommunikation zwischen Pflegenden und Patienten aus anderen Kulturen behindert.

6.3 "Ausländer haben immer so viel Besuch"

Ein weiterer Faktor, der in der Pflege von Patienten aus anderen Kulturen ein hohes Konfliktpotential in sich birgt, ist die Anzahl der Besucher. In den deutschen Krankenhäusern bieten sie zunächst ein ungewohntes Bild. Stundenlang umlagern sie mit mehreren Personen das Krankenbett, und nicht selten haben sie verschiedene Speisen mitgebracht. Das Personal empfindet dies oftmals als Belastung. Binder-Fritz nennt als häufigste Einwände gegen die Besucher:

beengte Raumverhältnisse in Patientenzimmern und auf den Fluren
Lärmbelästigung der Mitpatienten
Verstoß gegen Hygienevorschriften durch viele Besucher von der Straße
(1997, S. 150).

Bedingungen, wie zu enge Krankenzimmer erhöhen sicher das Streßaufkommen für das Personal. Es ist jedoch anzunehmen, daß die Ursachen für vielfältige Konflikte tiefer liegen. Die Bedeutung des Gemeinschaftssinns in vielen Kulturen scheint im Gegensatz zu den Gepflogenheiten in unserer Kultur zu stehen. Die vielen Besucher werden als Störfaktor wahrgenommen, was nicht selten zu Mißverständnissen und Aggressivität führt (vgl. ebd., S. 15 1).

Im Islam ist es religiöse Pflicht einen Kranken zu besuchen und für seine Genesung zu beten. Koshrouy-Sefat bezeichnet dies als den größten nichtmedizinischen Dienst am Kranken (1984, S. 396). Je zahlreicher die Besucher erscheinen, desto größer sind die dem Kranken erwiesene Ehre und Anteilnahme:

-Durch Geselligkeit wird der Kranke am Leben erhalten und bekommt durch den Besuch einen Teil seiner Leiden abgenommen. Wenn nötig, muß er (der Gesunde, Anm. d. Verf) ihn hundertmal an einem Tag besuchen." (ebd.)

Für das Besucherritual spielt das Alter des Patienten keine Rolle, es ist durchaus üblich, **daß alte Menschen ein Kind besuchen und umgekehrt.**

Für jeden Menschen bedeutet ein Krankenhausaufenthalt, daß er aus seinen täglichen Lebensbezügen herausgerissen wird. Je nach persönlichem Empfinden, reagiert er mit Ängsten und Unsicherheiten. Während eines Klinikaufenthaltes in einer fremden Kultur können sich diese Empfindungen verstärken. Die Anwesenheit der Familie, oder die der Freunde bieten Schutz und emotionalen Rückhalt für den Patienten. Die Angehörigen übernehmen also einen großen Anteil der psycho-sozialen Betreuung. Dies wird sich positiv in der Genesung niederschlagen und den Krankenhausaufenthalt für alle Beteiligten vereinfachen. Angehörige können nicht nur mit Übersetzerdiensten eine wertvolle Hilfe leisten, auch die Übernahme der Körperpflege oder der Verpflegung können für das Pflegepersonal Unterstützung sein.

Es kann folgerichtig hilfreich für die Pflegenden sein, wenn sie lernen, die Angehörigen in die Pflege miteinzubeziehen. Dies trägt nicht nur zur Entspannung der Situation bei; auch organisatorisch schwer lösbare Probleme, wie die der vorschriftsmäßigen Nahrungszubereitung, wären gelöst.

Darüberhinaus können auch flexibel gestaltete Besuchszeiten und größere Aufenthaltsräume zu einer Verbesserung der äußeren Bedingungen beitragen.

In der Pflege von älteren AusländerInnen werden die genannten Aspekte eine besonders große Rolle spielen.

6.4 Altwerden in der Fremde

Als vor ungefähr 35 Jahren die ersten MitgrantInnen, angeworben von der Bundesregierung, als "Gastarbeiter" nach Deutschland kamen, gingen die meisten von ihnen von einer Aufenthaltsdauer von wenigen Jahren aus.

Inzwischen hat sich die Situation grundlegend verändert. Viele der Arbeitsmigranten sind hier ansässig geworden und haben ihren Lebensmittelpunkt in das ursprüngliche Gastland verlegt. Im Sommer 1997 stellte die Hamburger Sozialsenatorin eine Studie vor, nach der 23 % von 1000 befragten ausländischen Mitbürgern beabsichtigen, den Lebensabend in Deutschland zu verbringen. Die in den meisten Fällen körperlich und psychisch belastende Arbeit hat bei vielen ausländischen Arbeitnehmern schwere gesundheitliche Schäden zur Folge. Im Vergleich zu den deutschen Kollegen scheiden die Arbeitsmigranten durchschnittlich früher aus dem Erwerbsleben aus. Aufgrund dieser Tatsache ist von einer steigenden Inanspruchnahme der Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen auszugehen (vgl. Drews, 1997, S. 5).

-32-
Als häufigster Grund für den Verbleib in der Bundesrepublik werden die hier lebenden Kinder und Enkelkinder angegeben, aber auch die schlechtere medizinische Versorgung in den Herkunftsländern spielt eine Rolle (vgl. Sayik, 1996, S. 275).

Die Rückkehr in das Heimatland ist in vielen Fällen problematisch. Einerseits hat die zum Teil jahrzehntelange Abwesenheit zu einer Auflösung der sozialen Bindungen geführt; andererseits ist es, insbesondere in der Türkei, zu strukturellen Veränderungen gekommen. Dies hat im Einzugsbereich der Großstädte dazu geführt, daß eine steigende Anzahl der Alten nicht mehr von der Familie betreut werden kann. Auch hier **nimmt der Bedarf** an Pflegeeinrichtungen zu (vgl. Overmeyer, 1997, S. 12).

Die fiktive Rückkehr stellt sich ein türkischer Rentner folgendermaßen vor:

... Wenn ich in die Türkei zurückkehren, könnte ich in meinem Dorf, meiner Stadt den langjährigen Traum verwirklichen? Aber bedenke: Einmal stehen wir mit einem Fuß beim Doktor und mit dem anderen in der Krankenhaustür. Der alte Mensch, der früh gealterte Körper verlangt Pflege. Und, mein Lieber, in der Türkei pflegen sie nicht so wie hier. Der Doktor und das Krankenhaus wimmeln dich ab'

Der alte Mann fragt weiter nach erhalten gebliebenen Verwandtschafts- und Nachbarschaftsbeziehungen, erwähnt seine in Deutschland lebenden Kinder und fragt sich gleichzeitig:

... Wenn ich in Deutschland bleibe, wie werde ich meine Tage verbringen?... (zitiert in Overmeyer, 1997, S. 14).

Der Eintritt in das Rentenalter ist in besonderem Maße für Ausländer ein entscheidender Einschnitt in das bisherige Leben. Die Qualität der sozialen Beziehungen verändert sich, finanzielle Engpässe durch niedrige Renten und beengte Wohnverhältnisse beeinflussen die Lebensqualität im Alter zusätzlich (vgl. Schulte, 1989, S. 39). Die traditionelle Vorstellung, im Alter von der Familie versorgt zu werden, tritt oftmals durch Angleichung an bestehende Verhältnisse nicht ein.

Nicht nur die Betroffenen, auch die Pflegenden sehen sich vor einer neuen Situation:

Die Mehrheit der älteren MigrantInnen weiß im Bedarfsfall nicht, wo Hilfe zu suchen ist.

Altenhilfeeinrichtungen beschäftigen sich erst vereinzelt mit der speziellen Situation älterer ausländischer Mitbürger und deren Bedürfnisse.

Im Falle eines Heimaufenthaltes könnte es zu ablehnendem Verhalten seitens der Mitbewohner kommen; die Generation der heute Achtzigjährigen ist nicht auf ein Zusammenleben mit Menschen aus anderen Kulturen vorbereitet.

-33-
Diese Faktoren bilden einen Teil der Rahmenbedingungen für die Pflege und müssen von den Pflegenden berücksichtigt werden.

Des Weiteren werden die Bedürfnisse und Erwartungen dieser Klientel von den Traditionen der Heimat geprägt sein, hier ist die Möglichkeit unterschiedlicher Rollenerwartungen von Seiten der PatientInnen und der Pflegenden in besonderem Maße gegeben.

Die Anforderungen an eine patientenorientierte Pflege sind in diesem Bereich besonders hoch. Neben kulturspezifischen Kenntnissen benötigen die Pflegenden viel Einfühlungsvermögen und diplomatisches Geschick. Die Fähigkeit, die gesamten Lebensumstände eines Menschen, insbesondere seine Biographie, zu erfassen und in der Pflege zu berücksichtigen hat an dieser Stelle eine besonders große Relevanz.

Schlußbetrachtung

Der Beziehungsaspekt in der Pflege sollte im Unterricht zur Interkulturellen Krankenpflege besondere Berücksichtigung erfahren. Damit die Gestaltung der pflegerischen Beziehung erleichtert wird, ist Hintergrundwissen zu kulturellen und religiösen Bezügen zum allgemeinen Verständnis notwendig. Das Wissen um kulturbedingte Besonderheiten soll die Pflegenden für fremdartig erscheinende Verhaltensweisen sensibilisieren.

Das Erkennen individueller Bedürfnisse wird jedoch durch die Vermittlung isolierten Faktenwissens nicht ermöglicht. Die reine Aufzählung (siehe 4.2) andersartiger Aspekte kann das von Vorurteilen geprägte Bild des "schwierigen ausländischen Patienten" verstärken. Hier liegt die Gefahr, statt des geweckten Interesses, den gegenteiligen Effekt einer verstärkten Sterotypisierung auszulösen.

Offenheit und Respekt gegenüber dem "Anderssein" sind Grundvoraussetzungen für eine professionelle Pflegebeziehung.

Sowohl der ausländische Patient, als auch die Pflegenden unterliegen dem Einfluß ihrer jeweiligen religiösen, kulturellen und gesellschaftlichen Vorstellungen. Die Fremdeinschätzung der Pflegenden wird von persönlichen Sichtweisen und Erfahrungen geprägt und hat einen wesentlichen Einfluß auf das Verhalten gegenüber dem zu Pflegenden. Nur wenn die Pflegekraft den Anderen als eigenständige, gleichberechtigte Persönlichkeit mit seiner eigenen Geschichte in seinen aktuellen Lebensbezügen erkennt, kann sie individuelle Bedürfnisse wahrnehmen und adäquat beantworten.

-34-
Voraussetzung ist nicht nur die Auseinandersetzung mit dem fremden religiöskulturellen Hintergrund und Krankheitsverständnis, sondern auch mit eigenen kulturbedingten Zusammenhängen dieser Art.

Im Unterricht muß demzufolge eine Verbindung aus kulturspezifischer Wissensvermittlung und der Auseinandersetzung mit zwischenmenschlichen Aspekten hergestellt werden.

Konflikte im Umgang mit ausländischen Patienten liegen weniger in den kulturellen Unterschieden an sich, sondern häufig in unterschiedlich definierten und nicht ausgesprochenen **Rollenerwartungen von PatientInnen** und Pflegenden. In diesem Zusammenhang ist nicht nur das Bewußtsein für eigene kulturelle Werte und Normen notwendig, sondern auch die Auseinandersetzung mit dem eigenen pflegerischen Rollenverständnis (siehe 4. 1).

Es ist von der Wahrnehmungsfähigkeit der einzelnen Pflegekraft abhängig, ob kulturbedingte **Konflikte überhaupt** als solche erkannt werden. Die Voraussetzungen für eine offene, professionelle Grundhaltung sind also, neben der Empathiefähigkeit, kommunikative Fähigkeiten (siehe 6.1).

Aus dieser Sicht sind exakte Spezialkenntnisse aller Aspekte die "anders" sind, nicht sinnvoll.

Abgesehen davon, ist es kaum möglich in einer Unterrichtseinheit die Komplexität und den Reichtum an Bildern und Einstellungen einer Kultur umfassend darzustellen. Demzufolge ist die Herausbildung eines übergreifenden Pflegeverständnisses von Bedeutung, das die Pflegenden in die Lage versetzt, flexibel und angemessen zu handeln. Viele Pflegebeziehungen sind von Problemen des Fremdverstehens

gekennzeichnet. Dies gilt zum Beispiel für Situationen, in denen junge Menschen sich in die Welt eines alten Menschen einfinden müssen (vgl. Habermann, 1996, S. 132). Auch andere Merkmale, wie der soziale Status oder die sexuelle Orientierung können als fremd wahrgenommen werden und Anlaß zu Konflikten zwischen Pflegepersonal und PatientInnen bieten.

Im Unterricht sollte dem Eindruck entgegengewirkt werden, daß Ausländer eine schwierige Problemgruppe sind, für die explizit ein Konzept zu erstellen ist.

Meines Erachtens nach ist in der methodischen Vorgehensweise vor allem der hohe affektive Lernanteil dieser Thematik zu berücksichtigen. Um die Fähigkeit zu erlangen, den anderen als eigenständige Person wahrzunehmen, -muß man sich zunächst selbst wahrnehmen können. Im Unterricht sollte deshalb an persönliche Erfahrungen der Teilnehmer mit dem Fremdsein oder der Begegnung mit ausländischen Mitbü

-35-
gern angeknüpft werden. Hierbei soll die eigene Einstellung und Haltung zum Aspekt des Fremdseins in das Bewußtsein gerückt werden.

Im Rollenspiel kann man in die Rolle des Fremden schlüpfen, um ansatzweise das Erleben des Fremdseins und Ausgegrenztwerdens nachvollziehen zu können. Des weiteren können Fallbeispiele aus der pflegerischen Praxis bearbeitet, Diskussionen stattfinden oder auch Vertreter der örtlichen moslemischen Gemeinde zu einem Teenachmittag eingeladen werden.

Es sollte vermieden werden, die Teilnehmer mit ausgedehnten Spezialkenntnissen hinsichtlich anderer Glaubens-, und Wertesysteme zu überfrachten und damit zu überfordern.

Die vorliegende Unterrichtseinheit zum Islam soll nicht nur Interesse und Verständnis für die größte nichtchristliche Glaubensgemeinschaft in Deutschland wecken, sie kann im Unterricht exemplarisch für viele Situationen des Fremdverstehens stehen. Soziokulturelle und religiöse Zusammenhänge in bezug auf die Pflege und das Krankheitsverständnis können beispielhaft am Islam erörtert und verdeutlicht werden.

36

Literaturverzeichnis

- al Mutawaly, Sieglinde: Menschen islamischen Glaubens individuell pflegen. 1.Aufl., Hagen, Brigitte Kunz Verlag, 1996
- Arbeitsgruppe Interkulturelle Krankenpflege- Dreut, M., Eckert, St., Hunstein, D. u.a.: Kopf draußen - Füße drin? Wie erleben Patienten aus anderen Kulturen ein deutsches Krankenhaus? Curare, Berlin, VWB 4 Sonderband 10, 1997, S. 155-169
- Barden, Ingeburg: Glauben - Leben - Pflege im Judentum, Christentum und Islam. Materialien zur Krankenpflegeausbildung.6.Bd., Freiburg/Brsg., 1. Aufl., Lambertus- Verlag, 1992
- Binder-Fritz, Christine: Transkulturelle Krankenpflege in Österreich. Ein aktuelles Thema in der Fortbildung für Krankenpflegepersonen. Curare, Berlin, VWB, Sonderbd. 10, 1997, S: 133-153
- Dornheim, Jutta: Unterschiedliche Kulturbegriffe und ihre Bedeutung für Theorien der Transkulturellen Krankenpflege Ein Beitrag zu den, Grundlagen der Pflegewissenschaft. Curare, Berlin, VWB, Sonderbd. 10, 1997, S. 11-32
- Dr. Schulte, Axel: Zur Lebenssituation älterer Ausländer,. Altwerden in der Fremde Diskussionsforum am 9. Nov. 1989, Hannover, Die Ausländerbeauftragte des Landes Niedersachsen, Niedersächsisches Sozialministerium (Hrsg.), 1995, S.36-45
- Drews, K.-U.: Lebensabend in Deutschland. Hamburg legt Studie zur Situation älterer Ausländer vor. Kiel& Nachrichten, Do,den 26. Juni 1997, Nr. 15 1, S. 5
- Duden Fremdwörterbuch: bearb.v. Müller, Wolfgang u.a., Mannheim-Wien- Zürich. 4. neu bearb. u. erw. Aufl... Bd. 5, Dudenverlag, 1982
- Gätschenberger, Gudrun: Pflege von Patienten aus verschiedenen Kulturen. Pflegezeitschrift, Stuttgart, 46.Jg., 1993, Heft 8, S. 569-572
- Gätschenberger, Gudrun: Transkulturelle Pflege. Bestandteil der Krankenpflegeausbildung? Krankenpflege, Eschborn, 46. Jg., 1993, Heft 5,S.309-312
- Haas, Abdulkadir W.: Türkische Volksfrömmigkeit- Frankfurt am Main, 20. Verl., Otto Lembeck Verlag, 1986

Habermann, Monika: Viel Schmerz oder das Mamma mia Syndrom. Überlegungen zum Kulturkonflikt in der klinischen Betreuung ausländischer Patienten. Pflegezeitschrift, Stuttgart, 45. Jg., 1992, Heft 1, S. 34-40

1 VWB= Verlag für Wissenschaft und Bildung
37

Habermann, Monika: Umgang mit dem Fremden. Der Faktor Kultur in Pflegepraxis und wissenschaft. Dr. med. Mabuse, Frankfurt/M., 21. Jg., 1995, Heft 96, S.27-29

Härtel, E.: Die Situation des moslemischen Kindes im Krankenhaus aus Sicht der Eltern Ermittlung von Erwartungen und Bedürfnissen an die Pflegekraft. Abstracts Ist. International Conference on Nursing Theories, Nürnberg, Hrsg. Jürgen Osterbrink, 1997, S. 86

Harwazinski, Assia: Das Krankenhauswesen im Islam. Die Schwester/ Der Pfleger, Melsungen, 36. Jg., 1997, Heft 2, S. 147-149

Hoops, Magdalene: Der transkulturelle Krankenpflegeforschungsansatz von M.

Leininger und transkulturelle Pflegeforschungsansätze im deutschsprachigen Raum. 37 unveröfftl. Manuskript, Soltau, 1993, S. 18-21

Jenrich, Holger, Sayik, Hassan: Eine Moschee in Richtung Mekka. Altenpflege, Hannover, 21. Jg., 1996, Heft 4, S. 271-282

Juchli, Liliane: Krankenpflege-Praxis u. Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker. 6. überarb. u. erw. Aufl., Stuttgart, Thieme-Verlag, 1991

Juchh, Liliane: Sein und Handeln. Ein ABC für Schwestern und Pfleger. 1. Aufl., Basel/ Schweiz, Rocom Verlag, 1983

Jütte, Robert: Ärzte, Heiler und Patienten, 1. Aufl., Heilbronn, Artemis & Winkler Verl., 1991

Kohnen, Norbert: Struktur der Wahrnehmung und des Denkens. Curare, Berlin, VWB, Sonderbd. 19, 1996, S. 9-21

Kofiak, Ingrid- Küpper, Hans: Multikulturalität am Beispiel des Neuköllner Krankenhauses in Berlin. Curare, Berlin, VWB, Sonderbd. 10, 1997, S. 115-131

Koushrouy-Sefat, Houshang: Islam Der Glaube, seine Gesetze und seine Auswirkungen auf das Verhalten, das Erleben und die Bedürfnisse des gläubigen Moslems im Krankenhaus. Krankenpflege, Eschbom, 37. Jg., 1984, Heft 11, S. 359-362

Koushrouy-Sefat, Houshang: Islam Der Glaube, seine Gesetze und seine Auswirkungen auf das Verhalten, das Erleben und die Erwartungen des gläubigen Moslems im im Krankenhaus. 1. Forts., Krankenpflege, Eschbom 37. Jg., 1984, Heft 12, S.393-396

Koushrouy-Sefat, Houshang: Islam- Der Glaube, seine Gesetze und seine Auswirkungen auf das Verhalten, das Erleben und die Bedürfnisse des gläubigen Moslems im Krankenhaus. 2. Forts., Krankenpflege, Eschbom, 38. Jg., 1985, Heft 1, S. 19-20

1 VWB= Verlag für Wissenschaft und Bildung
38

Küng, Hansyan Ess, Josef Islam. Christentum und Weltreligionen. 2. Aufl., ungek. Taschenbuch-Ausgabe, München, Piper Verlag, 1997

Lutherisches Kirchenamt d. Vereinigten Evangelisch-Lutherischen Kirche Deutschlands u. vom Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) Hrsg., Was jeder vom Islam wissen muß. 2. Aufl., Orig. Ausg., Gütersloh, Gütersloher Taschenbücher Siebenstem 786, 1991

Moll, Ursula, Die andere Kultur. Türkische Kinder im Krankenhaus. Die Schwester/ Der Pfleger, Melsungen, 28. Jg., 1989, Heft 11, S. 870-881

Overmeyer, Bruno: Altenhilfe in der Türkei. Pflege & Gesellschaft, Duisburg, 2. Jg., 1997, Heft 1, S. 11- 12

Schipperges, Heinrich: " Der Kranke als Glied in der Gemeinde Muhammads"; aus: Die Kranken im Mittelalter, in: Islam. Ein historisches Lesebuch, Limitierte Sonderausg., München, C.H.Beck'sche Verlagsbuchhandlung, 1995

Schützendorf, Erich: Soll man Tabus in der Pflege brechen? Die Schwester/Der Pfleger, Melsungen, 36.Jg., 1997, Heft 7, S. 551-554

Schwalm, Doris: Kranksein und Krieg. Eine vielseitige Beziehung. Berichte aus dem Libanon. Funktion und Stellenwert des Laiensektors im libanesischen Gesundheitssystem. Curare, Berlin, VWB, Sonderbd. 19, 1996, S. 143-150

Wegmann, Hedwig: Die professionelle Pflege des kranken Kindes. 1.Aufl., MünchenWien-Baltimore, Urban & Schwarzenberg Verlag, 1997

1 VWB= Verlag für Wissenschaft und Bildung