



Dr. hum.biol. Frank Kressing

**Tendenzen des Umgangs mit aussichtslosen  
Prognosen bei Patienten mit islamischem Hintergrund**

**Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin Ulm**

**Hörsaal Michelsberg**

**Mittwoch, 5. Februar 2014**



## 1. Aspekte von Krankheit, Leiden und Tod im Islam

- Umgang mit infausten Prognosen
- Therapiebegrenzung – Maximaltherapie – Sterbehilfe
- Problem des "Family Consent"

## 2. Interkulturalität in der Krankenversorgung

## 3. Interkulturalität in der medizinischen Ausbildung



*Teilnehmende an der vom DAAD geförderten  
Sommerakademie zum Thema „Global Health –  
Medizintourismus“, GTE-Institut der Universität  
Ulm - Juli 2012*

*Bild: Sonia-Elena Popovici*



### Internationalisierung und Globalisierung der Medizin - Bestandsaufnahme

- Zunehmend mehr Patienten\* mit Migrationshintergrund in Krankenhäusern und Arztpraxen
- Zunehmend mehr Patienten aus dem Ausland – gerade auch KMT/Onkologie: Patienten aus dem arabischen Raum und östlichen Europa
- Zunehmend mehr international zusammengesetzte Behandlungsteams
- Zunehmend mehr internationale Studierende, die in deutschsprachigen/anderen europäischen Ländern Medizin studieren

*Zur leichteren Lesbarkeit wird das generische Maskulinum verwandt. Es sind jedoch immer– wenn nicht gesondert markiert– beide Geschlechter gemeint.*



**Folge: Zunehmende Konfrontation mit „fremdkulturellen „  
Wertmustern/Vorstellungen in Bezug auf Krankheit, Leiden und Tod**

### Zentrale Fragen

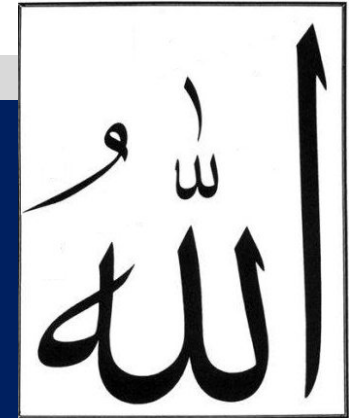
- Welche religiösen Hintergründe gibt es für diese aus einer westlichen Sicht oft unverständliche Haltung?
- Gibt es *den* muslimischen Patienten/*die* muslimische Patientin?
- Werden Stereotypenbildungen unseren Patienten und deren Familien gerecht? Oder laufen wir Gefahr, in dieser kritischen Lebensphase nicht mehr offen zu kommunizieren?

De-Exotisierung: Handelt es sich in jedem Falle um „islamisch“ begründete Werte?

- Infauste Prognosen werden nicht oder nur unvollständig („verschleiert“) vermittelt.
- Auch im Falle infauster Prognosen werden lebensverlängernde Maßnahmen über ein ethisch vertretbares Maß hinaus (massiv) eingefordert.
- Problem des *family consent* - kultursensibler Schutzmantel für patriarchalisch bestimmte Entscheidungsstrukturen?

**„Der interkulturelle Patient ist im Wesentlichen ein Interaktionsphänomen,  
das Achtsamkeit erfordert“**

*Imhof, C, Kressing, F: „Die ethnische Verlagerung von ethischen Problem- und Konfliktfällen“. Das Fremde verstehen. Interkulturalität und ethische Konflikte in Medizin und Pflege, Göttingen 2014, S. 70-80.*



**Begründung dieser oft fremd erscheinenden Wertvorstellungen aus dem Islam heraus?**

**„Wir haben unseren Körper nur ausgeliehen“**

- Verfügung Gottes über den menschlichen Körper, über Leiden und Tod
  - Gott als eigentlicher Eigentümer von Leib und Seele

Wesentlicher Unterschied zu christlichen Vorstellungen?

*„Sprich: Mein Gebet und meine Kulthandlung, mein Leben und mein Sterben gehören Gott, dem Herrn der Welten.“ (Sure 6/162) –*

- Krankheit als Prüfung - auch als Folge ritueller Verfehlungen



*Ibn Sīnā ابن سينا / Avicenna (980 – 1037 n. Chr.) in der cineastischen Umsetzung des „Medicus“*

- Krankenbesuch als „heilige Pflicht“, dem Kranken beizustehen und Teilnahme zu üben
- **Islamische Tradition der Wertschätzung der Medizin:**
  - Medizin als notwendiges und gerechtfertigtes Mittel, dem Menschen zu helfen und Krankheiten abzuwenden → Maximalversorgung
  - Tendenz, medizinische Hilfeleistungen auch in aussichtslosen Fällen weiter zu führen/ Geräte angeschaltet zu lassen
  - im gegenteiligen Fall ist mit Strafen (für die eigene Person) im Jenseits zu rechnen



## Zeitpunkt des Todes und Abberufung ins Jenseits von Allah vorherbestimmt

- Oft Verschweigen des bevorstehenden Lebensendes gegenüber dem Patienten (paternalistische Arzt-Patientenbeziehung?)
  - „Der Tod als unreine Befleckung“
  - Erwähnung des Lebensendes kann dies ggf. herbeiführen oder beschleunigen
- Oft Hemmungen von Dolmetschern, Prognosen des zu erwartenden Todes an den Patienten weiter zu geben
- Notwendigkeit qualifizierter Sprach- und Kulturvermittler



# Therapiebegrenzung oder Maximaltherapie?

## Konservative Position

- Therapiepflicht bis zum Lebensende – keine Toleranz in Bezug auf passive Sterbehilfe, Patientenverfügung (schriftl./ mündl.) nicht zu berücksichtigen
- Zustimmung zu lebenserhaltenden medizinischen Maßnahmen erstrebenswert - **evtl.**

**Wunder am Lebensende** – Medizin nie 100% exakt

## Liberalere Position

- Verzicht auf lebenserhaltende medizinische Maßnahmen unter bestimmten Bedingungen (Einwilligung des Patienten und/oder seiner Familie) legitim
- Diese Position findet aufgrund knapper medizinischer Ressourcen in vielen muslimischen Ländern und geänderten Selbstbestimmungsverständnisses zunehmend Zustimmung

*Vgl. İlkılıç, İ, Kulturelle Aspekte bei ethischen Entscheidungen am Lebensende und interkulturelle Kompetenz. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 8/2008*



## Sterbehilfe und eigener Todeswunsch

- **Sterbehilfe gilt – ebenso wie Mord und Selbstmord - als Aufruhr und Rebellion gegen göttliche Gebote!**

- Selbst der eigene Todeswunsch im Krankheitsfall ist nach orthodoxer Auffassung untersagt:

*„Wünscht euch nicht den Tod herbei, auch wenn es euch sehr schlecht geht, sondern sagt im äußersten Fall: ‚O Gott, lass mich weiterhin leben, solange das Leben besser für mich ist, und lass mich sterben, wenn der Tod besser für mich ist!‘“*

- Im äußersten Falle ist es erlaubt, in einer scheinbar

aussichtslosen Lage, Gott um das Beste für sich zu bitten – in einem gesicherten *hadith* heißt es:

*„Niemand soll sich nach dem Tode sehnen, weil ihn ein Unglück getroffen hat. Wenn jemand von euch so sehr des Lebens überdrüssig ist, sollte er sagen: ‘Oh Allah, erhalte mich am Leben, solange das Leben besser für mich ist, und nimm mich (zu Dir), wenn der Tod besser für mich ist.’“*

Vergleich zu christlichen  
Überzeugungen?

## Körperliche Unversehrtheit vs. Organspende

- Auf der Basis, dass Organspenden Leben retten, können alle anderen theologischen Gründe, die gegen eine Organspende sprechen würden, außer Kraft gesetzt werden
- Nierenspenden aufgrund der Möglichkeit von Dialysen nicht lebensrettend
- Die Rettung von Todgeweihten mag Allahs Pläne durchkreuzen
- 1966 erste *fatwa* (ägypt. Großmufti), die Organspenden erlaubt
- seit 1986 (Konferenz islam. Rechtsgelehrter in Amman) Hirntod dem Herztod gleichgestellt
- Organspende von einem Nicht-Muslim zu einem Muslim zwar möglich, jedoch nicht umgekehrt (Auffassung einiger Rechtsgelehrter).
- Spendenbereitschaft unter Muslimen in Deutschland sehr gering - sehr große Wahrscheinlichkeit, dass das Organ an einen Nicht-Muslim geht

*„Und wenn jemand [einen Menschen] am Leben erhält, so ist es, als hätte er die Menschen alle am Leben erhalten.“*

*Sure 5,32*

*Eich, Thomas / Grundmann, Johannes: Muslimische Rechtsmeinungen zu Hirntod, Organtransplantation und Leben. Zeitschrift für medizinische Ethik; 49,3. 2003. 302-309.*



## Problem familienbezogener Entscheidungen

- Unterschiedliche Stellungnahmen von Patienten und Angehörigen sowie unter den Angehörigen:
  - oft Gegensatz zwischen (mutmaßlichem) Patientenwillen und familiären Entscheidungen
  - Interfamiliäre Entscheidungskonflikte
  - Entscheidungsbefugte Person nicht unbedingt die Kontaktperson
- Wahrung der individuellen Patientenautonomie vs. kollektive, familiäre Entscheidungen?

*Vgl. İlkılıç, İ, Kulturelle Aspekte bei ethischen Entscheidungen am Lebensende und interkulturelle Kompetenz. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 8/2008*

# Umgang mit dem Tod und Begräbniskultur



- Letzte Worte möglichst das Glaubensbekenntnis
- Nach dem Tod Augen und Mund zu schließen
- Der Tote muss genau mit dem Gesicht nach Mekka (*qibla*) liegen
- Waschung des Toten – möglichst durch Angehörige desselben Geschlechts (nicht bei Kindern unter 7 Jahren)
- oft lautere Trauerbezeugungen als bei „christlichen“/mitteleuropäischen Patienten üblich
- Sarglose Bestattung im leinenen Leichentuch - sollte noch am Todestag stattfinden können.
- Die Grabstätte muss sich in „jungfräulicher“ Erde befinden

Vgl. Eich, Th (2012) ,  
Islamische Medizinethik.  
*Zeitschrift für Medizin - Ethik*  
– Recht 3: 36-40.



## Situation in der Bundesrepublik



- rituelle Totenwaschung meistens noch im Krankenhaus möglich
- sarglose Bestattung weitestgehend ausgeschlossen – nur auf muslimischen Friedhöfen/Gräberfeldern
- nach wie vor wird ein großer Teil (ca. 90%!) der Verstorbenen moslemischen Glaubens in sein „Herkunftsland“ / „Heimatland“ überführt.





# Gibt es den „moslemischen Patienten?“

- Grad der Verwurzelung von Migranten im Islam?
- Dogmatische Buchreligion vs. volksreligiöse „Performanz“ und säkulare „Performanz“
- Problem der Auslegung in verschiedenen Rechtsschulen



- Kulturgebundene Krankheitsvorstellungen (*Culture bound Syndroms/ CBS*)

- unterschiedliche Krankheitsätiologie
- unterschiedliche Symptom- Beschreibungen:



„Kopf erkältet, Gallenblase geplatzt.  
Sprachliche Missverständnisse können bei  
Migranten zu Fehldiagnosen führen“  
(Südwestpresse Ulm, 27.9.08)



## Medical Diversity Management

- Verpflichtung zur interkulturellen Öffnung, zum kultursensiblen Umgang mit Patienten, zur interkulturellen Kompetenz
- Einstellung auf spezifische Bedürfnisse von Migranten und ausländischen Patienten – Migrant friendly Hospital  
Peter Saladin,
- Professionelle interkulturelle Vermittler – nicht die Angehörigen

- P. Saladin (Hrsg.), *Diversität und Chancengleichheit - Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen* 2006.
- *European Project Migrant Friendly Hospital (MFH) (2004) The Amsterdam declaration towards migrant-friendly hospitals in an ethno-culturally diverse Europe.* [http://www.mfh-eu.net/public/files/european\\_recommendations/mfh\\_amsterdam\\_declaration\\_english.pdf](http://www.mfh-eu.net/public/files/european_recommendations/mfh_amsterdam_declaration_english.pdf)



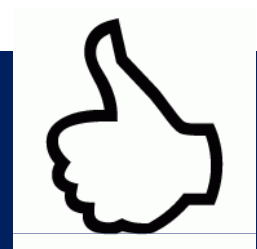


- „Übersteigerte interkulturelle Sensibilität?“
- Kultursensible Medizin birgt die Gefahr der ethnischen Segregation und Stigmatisierung
- Migrationsgeschichte „nur ein Aspekt der persönlichen Gesundheitsituation“  
keine Reduzierung darauf
- Sind spezifische Bedürfnisse von Migranten überhaupt kulturell bedingt oder nicht auch schichtspezifisch?
- Gültigkeit und Berechtigung ethnisch definierter Werte und Normen?
- Rechtfertigung eines „interkulturellen Schutzmantels?“
- Ethnische Verlagerung ethischer Konfliktfälle



- Grützmann T, Rose C, Peters T (2012) Interkulturelle Kompetenz in der medizinischen Praxis. *Ethik Med* 24:323–334
- Knipper, M (2014) Vorsicht Kultur! Ethnologische Perspektiven auf Medizin, Migration und ethnisch-kulturelle Vielfalt, in Coors, M et al. (Hrsg.) *Das Fremde verstehen*. Göttingen

„Der interkulturelle Patient ist im Wesentlichen ein Interaktionsphänomen,  
das Achtsamkeit erfordert“ .



- ➔ Die Sensibilisierung für die Belange fremdkultureller Patienten trägt letztendlich dazu bei, Standards der Versorgung „einheimischer“ Patienten zu hinterfragen.



## Besondere Bedeutung von Interkulturalität in der medizinischen Ausbildung



- Seit Februar 2011 Arbeitsgruppe „Interkulturalität in der medizinischen Praxis“ der Akademie für Ethik in der Medizin
- Mitglieder aus verschiedenen Fachbereichen (Medizin, Pflege, Ethnologie, Theologie, Philosophie/Ethik, Psychologie, Pädagogik, Linguistik) aus Deutschland, Österreich und der Schweiz
- 2014 Publikation „Grundsätze zum Umgang mit Interkulturalität in Einrichtungen des Gesundheitswesens“ (T. Peters, T. Grützmann, W. Bruchhausen, M. Coors, F. Jacobs, L. Kaelin, M. Knipper, F. Kressing, G. Neitzke)

<http://link.springer.com/journal/481>

## Buchprojekt „Interkulturelle Fälle in der Medizin“



### *Analyseraster*

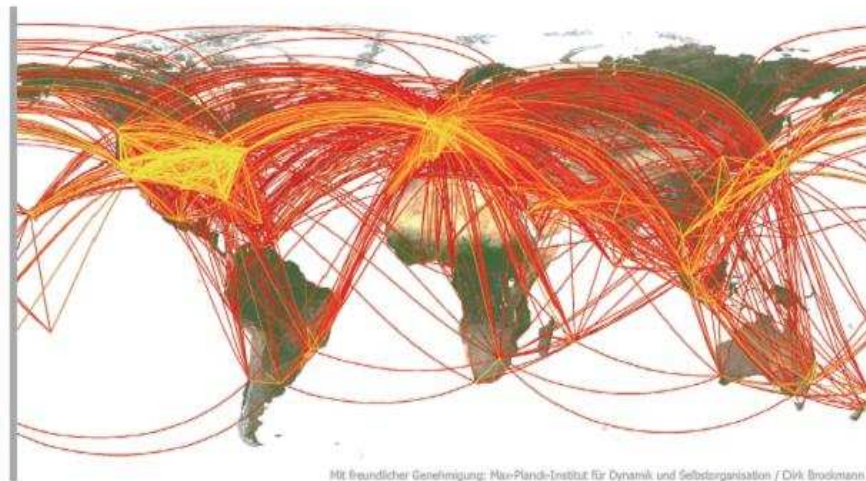
- Beteiligte
- Anlass / Situation
- Konflikt(e)
- Pointe
- Autoren
- Mögliche didaktische Darstellung  
z.B. Rollenspiel, Dialogwiedergabe,  
Romanform ...

### **Technisierung der Medizin als ethische Herausforderung – Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin 2014**

in Zusammenarbeit mit dem Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der  
Universität Ulm, 9.-11. Oktober 2014



## Lehre am Puls der Zeit Global Health in der medizinischen Ausbildung



Positionen, Lernziele und methodische Empfehlungen

Studienschwerpunkt „Global Health“ als Vertiefung im Seminar „Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin“ seit 2012

- Borde, T, M David (2003) *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen*. Frankfurt 2003.
- Eich, Th (2012) Islamische Medizinethik. *Zeitschrift für Medizin - Ethik – Recht* 3: 36-40.
- European Project Migrant Friendly Hospital (MFH) (2004) The Amsterdam declaration towards migrant-friendly hospitals in an ethno-culturally diverse Europe. [http://www.mfh-eu.net/public/files/european\\_recommendations/mfh\\_amsterdam\\_declaration\\_english.pdf](http://www.mfh-eu.net/public/files/european_recommendations/mfh_amsterdam_declaration_english.pdf).
- Grützmann T, Rose C, Peters T (2012) Interkulturelle Kompetenz in der medizinischen Praxis. *Ethik in der Medizin* DOI 10.1007/s00481-012-0223-7
- İlkılıç, İ (2008) Kulturelle Aspekte bei ethischen Entscheidungen am Lebensende und interkulturelle Kompetenz. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 8: 857-864.
- Imhof, C, Kressing, F (2014): Die ethnische Verlagerung von ethischen Problem- und Konfliktfällen. In: Coors, M et al. (Hrsg.) *Das Fremde verstehen*. Göttingen: Edition Ruprecht.
- Kostka, U (2009) *Ethisch entscheiden im Team. Leitfaden für soziale Einrichtungen*. Freiburg, Basel 2009.
- Knipper, M (2014) Vorsicht Kultur! Ethnologische Perspektiven auf Medizin, Migration und ethnisch-kulturelle Vielfalt. In: Coors, M et al. (Hrsg.) *Das Fremde verstehen*. Göttingen.
- Peters, T et al. (2014) Grundsätze zum Umgang mit Interkulturalität in Einrichtungen des Gesundheitswesens. *Ethik in der Medizin* DOI 10.1007/s00481-013-0289-x



Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!

[frank.kressing@uni-ulm.de](mailto:frank.kressing@uni-ulm.de)