

Bedürfnisse muslimischer Patienten

Ina Wunn und Constantin Klein

1 Medizin im islamischen Kontext¹

Ursprung und Geschichte der Medizin sind über weite Zeiträume von einem religiösen Hintergrund nicht zu trennen (Bruchhausen, 2010). Bereits die Etymologie von Heil und Heilung macht deutlich, dass Krankheit und Heilen nicht getrennt von religiöser Heilserfahrung betrachtet werden können. Gerade im christlichen Kontext werden diese Zusammenhänge besonders deutlich, hat doch der Religionsstifter des Christentums, Jesus aus Nazareth, seine Krankenheilungen als Gotteshandeln und sichtbares Zeichen für den Beginn einer neuen Heilszeit verstanden. Damit stand er auf dem Boden der altisraelischen Vorstellung von Medizin, die Krankheit und Heilung ausschließlich im religiösen Kontext sah: Erkrankungen galten als Strafe Gottes, Heilung als göttliches Wirken. Dementsprechend war es Aufgabe der Priesterschaft, über Krankheit oder Gesundheit zu befinden; so z.B. den Befall mit oder die Heilung von bestimmten Krankheiten wie etwa Lepra festzustellen. Diese altisraelitischen Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit wurden vom Christentum übernommen und hatten bis weit ins Mittelalter und darüber hinaus Gültigkeit; noch heute wird von heiligen Gegenständen (Reliquien), wundertätigen Bildnissen und Statuen oder heiligen Orten (Pilgerorten) Heilung durch göttliches Heilshandeln erwartet.

Eine andere Form des Krankheitsverständnisses entwickelte sich im Orient, wo in Ägypten, hervorgerufen durch die Praxis des Mumifizierens und die daraus resultierende Kenntnis des menschlichen Körpers, ein letztlich naturwissenschaftliches Verständnis von Krankheit entstehen konnte, das Erkrankungen als Störung natürlicher Vorgänge im Körper auffasste, die man durch geeignete Maßnahmen korrigieren konnte. Diese erste Form einer empiriegestützten Medizin wurde vor allem in Griechenland bzw. anschließend im hellenistisch geprägten Kulturraum weiterentwickelt und auf eine solide Theoriebasis (Hippokrates, später auch Galenus) gestellt, während die Philosophen Platon und Aristoteles die Einheit von Körper und Seele und damit die Bedeutung einer ganzheitlichen

1 Vgl. hierzu und zum Folgenden grundlegend Wunn (2006; 2010).

Medizin betonten. Diese aus heutiger Sicht wissenschaftliche Medizin, gestützt auf sowohl Empirie als auch auf eine solide, wenn auch zeittypische Theorie von den Vorgängen im menschlichen Körper, ermöglichte zum ersten Mal in der Geschichte der Menschheit maßgebliche erklär- und wiederholbare Heilungserfolge. In der Spätantike ging dieses medizinische Wissen im lateinischsprachigen Westen im Zuge der Wirren der Völkerwanderung verloren, konnte sich aber im griechischsprachigen Osten halten. Hier bot vor allem das in religiöser Hinsicht tolerante Sassanidenreich denjenigen Gelehrten Zuflucht, die aus religiösen Gründen das Byzantinische Reich verlassen mussten. Die islamischen Eroberer, allen voran die wissenschaftsfreundlichen Abbassiden, setzten diese tolerante Politik nicht nur fort, sondern förderten die medizinische und naturwissenschaftliche Forschung darüber hinaus nach Kräften; auch die Zeitumstände – das Arabische als von Spanien bis Indien gesprochene *lingua franca*; wissenschaftlicher Austausch und Kontakte in der gesamten islamischen Welt; eine Vielzahl in kultureller Hinsicht miteinander konkurrierender Fürstenhöfe – führten zu einem Aufblühen der theoriegestützten empirischen Wissenschaften und damit auch der Medizin. Herausragende medizinische Autoren dieser Zeit sind z. B. Ali ibn Sahl Rabban al-Tabari (um 235 islamischer/850 christlicher Zeitrechnung), Abu Bakr Muhammad ibn Zakariya al-Razi (251/865–313/925), Ali ibn al-Abbas al-Majusri oder Abu Ali al-Husayn ibn Abdallah ibn Sina (geb. 370/980); letzterer wurde in Europa unter dem Namen Avicenna bekannt. Nach Europa kam diese wissenschaftliche, auf anatomischen und physiologischen Erkenntnissen basierende Medizin über die muslimischen Reiche Europas, d. h. das Fatimidenreich auf Sizilien und das Emirat von Cordoba und seine Nachfolgestaaten in Spanien. Nur am Rande sei erwähnt, dass im südlichen Spanien aus dem toleranten Miteinander der drei abrahamitischen Religionen Judentum, Islam und Christentum und den dadurch möglichen philosophisch-religionsvergleichenden Studien letztlich die religionsrelativierenden Schriften des Ibn Ruschd, lat. Averroes (1126–1198) erwachsen, die auf die europäische Philosophie entscheidenden Einfluss ausübten und als die Grundlage der vernunftgeleiteten Philosophie der Renaissance und Aufklärung gelten können (EKL, Artikel Islamische Philosophie, 1989).

Trotz ihrer großen Heilungserfolge war diese wissenschaftliche Form der Medizin selbst während ihrer Blütezeit in der islamischen Welt nicht unumstritten, sondern stieß vielmehr auf den Widerspruch vor allem aus orthodox-frommen Kreisen, die den teilweise als atheistisch empfundenen Gedankengebäuden der großen Philosophen und Mediziner ihrer Zeit nicht nur theologische Spekulationen über den göttlichen Sinn der Krankheiten – so als Prüfung oder gar Auszeichnung durch Allah, um sich ganz dem göttlichen Willen und seiner Fügung anheimzugeben – entgegenstellten, sondern darüber hinaus auf der Basis von Koran und Hadithen eine Prophetenmedizin entwickelten, die allerdings aus

heutiger Sicht weit hinter die Leistungen eines Avicenna oder al-Razi zurückfiel und kaum mehr war als die religiös gefärbte Sammlung altarabischen volkshilfkundlichen Wissens. Auch die naturwissenschaftlich fundierte Medizin erlitt zumindest im Osten der islamischen Welt langfristig einen Rückschlag, als unter dem Eindruck der Bedrohung islamischer Kultur und islamischer Werte (Ermordung des Nizam al-Mulk 1092 und nachfolgende Wirren) der persische Universalgelehrte Abu Hamid Muhammad ibn Muhammad al-Ghazali (1058–1111) die Möglichkeit naturwissenschaftlicher und philosophischer Erkenntnis relativierte und ihr den Primat koranischer Offenbarung entgegensetzte. In medizinischer Hinsicht resultierte daraus ein sich in die Regeln der Orthopraxis einfügender Verhaltenskodex für Kranke, der gerade heute wieder im Zuge eines bewussten Sich-Abwendens vom westlichen Materialismus für fromme Muslime als Leitschnur gilt (so z. B. bei Ilklic, 2002; Özdil, 2006).

Ein weiteres Kapitel islamischer Medizingeschichte sollte hier zumindest kurz angerissen werden: die so genannte Sufimedizin. Die Sufis, islamische Mystiker, die sich im 12. Jahrhundert zu Orden zusammengeschlossen hatten, pflegten unter Anderem auch die Heilkunst als eine besondere Art des Dienstes für Allah. Getreu der Sufitradition von einem tieferen, nämlich dem inneren Sinn der koranischen Aussagen zu Heil und Heilung ausgehend, beschäftigten sich die Sufis mit der Behandlung und Pflege Kranker, wobei sie sich nicht nur auf die naturwissenschaftlich-medizinischen Erkenntnisse ihrer Zeit, sondern gleichzeitig auf Volksmedizin und sufistische Seelenvorstellungen stützten.

Auch die Sufi-Medizin geht von einem Krankheitsbild aus, nach dem die Erkrankung als von Gott gesandt den Kranken möglicherweise Allah wieder näher bringt und daher nicht ausschließlich als Übel einzustufen ist. In kausalanalytisch-physiologischer Hinsicht werden Erkrankungen allerdings als Ausdruck eines sowohl seelischen als auch physiologischen Ungleichgewichts angesehen, dessen Ursachen es zu behandeln gilt (Moinuddin, 1984). Wichtigste theoretische Grundlagen sind einerseits das aristotelisch-ptolemäische Weltbild und andererseits die auf den römischen Arzt Galenus zurückgehende Säfte- und Elementelehre, nach der der Körper des Menschen aus den vier Elementen Feuer, Wasser, Erde und Luft besteht, die als so genannte Essenzen die die Lebensvorgänge steuernden Körperflüssigkeiten bilden, deren Gleichgewicht über die Nahrungszufuhr hergestellt oder aber gestört werden kann. Die aufgenommene Nahrung wird während des Verdauungsvorgangs im Körper zu vier Essenzen abgebaut, nämlich die Blutessenz, der als charakteristisches Wärme- und Feuchtigkeitsverhalten die Werte warm und feucht beigegeben werden, dann die kalte und feuchte Phlegma-Essenz, gefolgt von der heißen und trockenen Gallen-Essenz und zuletzt die kalte und trockene melancholische Essenz. Ist das charakteristische Temperatur- und Feuchtigkeitsverhalten der Essenzen gestört, können durch das resultierende Ungleichgewicht Krankheiten entstehen, die durch eine

korrigierende Diät oder direkte Schwächung bzw. Stärkung einer Essenz behandelt und geheilt werden können (Aderlass, Gabe von Laxantien, Wärmezufuhr etc.). Daher nimmt vor allem das gleichzeitig religiös verdienstvolle Fasten bei den Behandlungsmethoden einen hohen Rang ein, aber auch bestimmten Körperhaltungen, darunter die Gebetshaltung sowie das durch Atemtechniken unterstützte Rezitieren von Koranversen, die nach einem komplizierten Buchstaben- und Zahlensystem zusammengestellt werden, sollen den Heilungsprozess unterstützen (Moinuddin, 1984).

Zu ergänzen ist diese knappe Darstellung islamischer Heils- und Heilungsvorstellungen noch durch die Erwähnung der großen Bedeutung zahlreicher Praktiken und Maßnahmen, die im westlich-europäischen Kontext allgemein der Sphäre des Magischen zugeordnet werden, in vielen islamischen Ländern aber zur praktizierten Alltagsreligion gehören. So ist der Glaube an die Wirksamkeit von Amuletten weit verbreitet; hier genießen kleine Kapseln, die auf Pergament geschriebenen Koranverse enthalten, größte Wertschätzung. Die gleichen Koranverse, verbrannt und als Wasser-Asche-Emulsion eingenommen, gelten als ebenso heilsam wie der Besuch beim Grab eines für seine Frömmigkeit und Heilkunst bekannten Sufi-Heiligen oder Marabout.

2 Muslimische PatientInnen

Das islamische Verständnis von Heil und Heilung, von angemessener Diagnose und Behandlung kann daher je nach sozialer oder ethnischer Herkunft des/der potenziellen PatientIn sehr unterschiedlich ausfallen. Die Diversität der Heilungsvorstellungen muslimischer PatientInnen ist an dieser Stelle v. a. deswegen zu betonen, weil sich in der medizinischen Literatur hartnäckig das Bild von dem/der MuslimIn als einem „Sonderfall“ hält – häufig gepaart mit der Vorstellung, dass seine/ihre religiösen Vorstellungen zwangsläufig mit der westlich-schulmedizinischen Behandlung konfliktieren müssen. Prägnant zeigt das die inhaltsanalytische Auswertung von 2342 zwischen 1966 und 2005 erschienenen medizinischen Fachpublikationen, die Laird, de Marrais und Barnes (2007) vorgenommen haben. Während die Anzahl der Publikationen zu MuslimInnen und deren Gesundheit über die Jahre stetig angewachsen ist, hat sich an der latenten (und teils auch offenen) Darstellung, dass eine ausgeprägte muslimische Frömmigkeit notwendigerweise im Widerspruch zu einem modernen Krankheitsverständnis und schulmedizinischer Behandlung steht, seit den 1960er Jahren kaum etwas geändert.

Während dem/der westlich gebildeten MuslimIn aus einem städtischen Milieu die heutige Schul- und Apparatemedizin einschließlich ihres graeco-islamischen Ursprungs nicht nur vertraut ist, sondern gerade wegen ihres festen Fundamen-

tes in der islamischen Wissenschaftstradition in höchstem Ansehen steht, wird ein(e) ehemaliger Dorf- oder KleinstadtbewohnerIn z. B. aus dem östlichen Anatolien genau dieselbe Medizin nicht nur unverständlich und nicht nachvollziehbar, sondern sogar als unzureichend empfinden, fehlen doch alle jene wichtigen und gewohnten Maßnahmen, die das offensichtliche Ungleichgewicht der Körpersäfte einschließlich der für die ausgeglichene Gemütslage verantwortlichen Substanzen wieder ins Gleichgewicht bringen. Konsequenterweise wird die Familie des/der Kranken hier korrigierend und angeblich wohltuend eingreifen, und das umso mehr, als man aus der Heimat mangelhafte Versorgung in den öffentlichen Krankenhäusern durchaus gewohnt ist. Zu welchen folgenschweren Fehlleistungen ein solches grundsätzliches Missverständnis hinsichtlich Krankheitsursachen und angemessener Therapie führen kann, zeigt ein Patientenbeispiel aus einer von der Universität Hannover durchgeführten Patientenbefragung. Hier war eine türkeistämmige Patientin wegen ihres Diabetes in Behandlung, ohne dass man ihr die Diagnose, die Ursache der Erkrankung und die notwendige Therapie hätte plausibel machen können. So fühlte sich die Patientin nicht verstanden, ihre Probleme nicht ernst- oder wahrgenommen, geschweige denn adäquat behandelt. Die aus ihrer Sicht notwendigen therapeutischen Maßnahmen wurden dann von ihrer Familie übernommen, die die Mutter bzw. Großmutter mit gehaltvoller, das heißt süßer und fetter Nahrung versorgten, ohne dass dies vom ärztlichen oder pflegerischen Personal registriert worden wäre. In psychischer Hinsicht litt die Patientin nicht nur unter der Vorstellung, falsch therapiert und als Mensch und Patientin nicht angemessen wahrgenommen zu werden, sondern darüber hinaus unter starken Ängsten hinsichtlich der Schwere ihrer Erkrankung und eines befürchteten letalen Ausgangs.

Es dürfte nach dem Gesagten deutlich geworden sein, dass man ein grundsätzlich von der westlichen Auffassung verschiedenes, typisch islamisches Krankheitsverständnis bei muslimischen PatientInnen vergeblich suchen wird; vielmehr findet sich hier ebenso wie bei einer christlichen PatientInnenklientel eine Gemengelage aus medizinischem Laienwissen, volks- oder hausmedizinischem Brauchtum, magisch-religiösen Vorstellungen sowie normativer krankheitsbezogener Orthopraxie, auf die sich die behandelnden ÄrztInnen und die mit der Pflege Betrauten einzustellen haben.

Dabei dürfte es nicht mehr als eine Frage der Billigkeit sein, den PatientInnen die Ausübung ihrer religiösen Pflichten zu ermöglichen, selbst wenn die entsprechenden Vorschriften klarstellen, dass Krankheit vorübergehend von der Erfüllung religiöser Pflichten befreit und Versäumtes später nachgeholt werden kann. Dies gilt umso mehr, als der Islam für sich beansprucht, ein religiöses Regelwerk zu besitzen, „welches das ganze Leben in sich begreift und in dem kein Bereich menschlichen Handelns außer Acht gelassen wird“ (Hamidullah, 1973, 107). Religiöse Handlungen sollen in diesem Zusammenhang nicht nur positive

Auswirkungen auf die Seele haben, sondern den ganzen Menschen einschließlich seiner Körperlichkeit erfassen. Umgekehrt haben wegen dieses Anspruchs im Idealfall auch die Verrichtungen des Alltags einen geheiligten, sittlichen Sinn. Der Glaube und seine Forderungen an menschliches Verhalten hat daher auch Auswirkungen auf den Krankenhausaufenthalt, der in Übereinstimmung mit den Glaubensvorschriften und unter den besonderen, reduzierten Bedingungen der Krankheit gestaltet werden will.

Dementsprechend haben große Krankenhäuser mit internationaler Klientel immer einen (kreuz- und bilderfreien) Gebetsraum, der von den Angehörigen der unterschiedlichsten Religionen genutzt werden kann. Auch liegt für muslimische PatientInnen ein Gebetskalender bereit, damit die Pflichtgebete zur richtigen Zeit verrichtet werden können. Darüber hinaus sind auch die Patientenzimmer so eingerichtet, dass auch hier in korrekter Form gebetet werden kann: der Raum zeigt keine gegenständlichen Bilder oder gar ein Kreuz, die Richtung nach Mekka ist angegeben und Waschmöglichkeiten (und dieses gilt auch für die religiös vorgeschriebene Körperhygiene) sind vorhanden. Selbstverständlich ist für diese Häuser, dass mehrere Küchen vorhanden sind, so dass den Forderungen nach koscherer bzw. halal Kost im muslimischen wie im jüdischen Sinne entsprochen werden kann; gleichzeitig nimmt man bei der Medikation Rücksicht auf religiöse Vorschriften, indem die Wirkstoffe in religiös unproblematischer Weise verabreicht werden, d. h. nicht in Form alkoholischer Lösungen oder Gelatine kapseln. Um den notwendigen engen Kontakt einschließlich intensiver Patientengespräche sicherzustellen, liegt in diesen Kliniken stets eine Liste mit den Namen bewährter DolmetscherInnen bereit, die bei Bedarf zur Verfügung stehen. Zu Missverständnissen aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten wird es daher in diesen Kliniken nicht kommen.²

Diese hier beschriebene unkomplizierte Patienten Klientel aus der sozialen und ökonomischen Oberschicht muslimischer Herkunftsländer stellt allerdings nur den zahlenmäßig geringeren Anteil an muslimischen PatientInnen; ebenso wenig stellt der Umgang mit KonvertitInnen oder seit Generationen in der westlichen Welt lebenden MuslimInnen ein Problem dar. Selbst bei den Frommen unter ihnen sind die diesbezüglichen religiösen Bestimmungen, die krankheitsbedingte Kompromisse ausdrücklich vorsehen, in einem Maße bekannt, das Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte zu einer – abgesehen von dem jeweiligen medizinischen Problem – unaufregenden Angelegenheit macht.

Anders bei so genannten MigrantInnen aus bildungsfernen Schichten oder abgelegenen Regionen. Hier addieren sich zu einer kultur- oder herkunftsspezifischen Auffassung von Krankheit, ihren Ursachen, der Vorstellung von einer

² Mündliche Mitteilung von Prof. Dr. Amir Samii, International Neuroscience Institute, Hannover, Mai 2010. Für das ausführliche Gespräch sei an dieser Stelle herzlich gedankt.

bestimmten möglichen oder notwendigen Therapie und ihres wahrscheinlichen Ausgangs eine Fülle von lebensgeschichtlichen Problemen, mit denen sich der Behandelnde oder Pflegendе auseinanderzusetzen hat. Vor allem die persönliche Lebensgeschichte der MigrantInnen mit häufig langjähriger mangelhafter medizinischer Versorgung, möglicher Diskriminierung, Vertreibung und Verfolgung im Herkunftsland, mit harter körperlicher Arbeit, Anpassungsdruck und möglicherweise erneuter Diskriminierung im Aufnahmeland zeigt sich physiologisch in Form von Verschleißerscheinungen und subjektiv empfundener Überbelastung. Hinzu kommt nicht selten ein verfehlter Lebensentwurf einschließlich schwieriger familiärer Verhältnisse, deren Ausmaß für den Außenstehenden (und der/die Arzt/Ärztin ist in diesem Falle ein Außenstehender) kaum abzuschätzen ist.

3 Kultur- und herkunftsspezifische Problematik

Die Herkunftskultur mit ihren spezifischen Vorstellungen von Krankheit und ihrer Genese hat entscheidenden Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung und die Möglichkeiten einer erfolgreichen Therapie; unabdingbar ist hier, zunächst überhaupt erst einmal zu einem gemeinsamen Problemverständnis zu kommen, auf dem dann eine erfolgreiche Therapie aufbauen kann (Ferber, Köster, Celayir-Erdogan, 2003). Neben einer möglicherweise abweichenden kulturspezifischen Auffassung von Ursache und Art der Erkrankung sind weitere Spezifika des jeweiligen kulturellen Hintergrundes des Patienten zu berücksichtigen, zu denen nicht zuletzt soziale und häufig religiös begründete und daher kaum relativierbare Verhaltensnormen gehören. So ist für Frauen aus dem östlichen Mittelmeerraum ein Konzept der Ehre (türk. *Namus*) verbindlich, das an ihre sexuelle Reinheit, d.h. Jungfräulichkeit bis zur Ehe und anschließende unbedingte sexuelle Treue gebunden ist. Äußerlich zeigt sich diese Ehre in angemessener Schamhaftigkeit bezüglich des Umgangs mit dem anderen Geschlecht und zurückhaltender Kleidung (David, Borde, Kentenich, 2002; Schouler-Ocak, Rapp, Reiske, Heinz, 2008). Die Ehre des Mannes, *Şeref*, ist dagegen abhängig von der Außenwirkung der Familie, d.h. dem wahrgenommenen sozialkonformen Verhalten der einzelnen Familienmitglieder, und kann durch unehrenhaftes Verhalten eines Familienmitgliedes (Unkeuschheit der Frau oder Tochter, kriminelle Handlungen) beschädigt werden. Als beschädigt gilt die Ehre immer dann, wenn Fehlverhalten öffentlich wird; daher die unbedingte Verpflichtung aller Mitglieder einer Familie, mögliche Differenzen oder auch problematische Vorfälle wie z.B. innerfamiliäre Zwistigkeiten einschließlich möglicher Gewaltanwendung nicht in eine wie auch immer geartete Öffentlichkeit zu tragen. Dies gilt selbst in solch schweren Fällen wie (auch innerfamiliärem) Missbrauch, in denen das Ver-

schweigen des Tatbestandes unbedingten Vorrang vor der Bestrafung des Täters hat. Nur durch Ahndung der offenkundig gewordenen Schande kann dann die Ehre der Familie wiederhergestellt werden. Gerade unter den Bedingungen der Migration, die durch hohen Anpassungsdruck von Seiten der Aufnahmegesellschaft und daraus resultierender großer Verunsicherung geprägt sind, spielen überkommene soziale Normen eine große Rolle und beeinflussen das Verhalten des Patienten entscheidend.

Konkret können aus diesen Vorstellungen von Ehre für den/die Arzt/Ärztin, aber auch den Patienten bzw. vor allem die Patientin große Probleme erwachsen, wenn aus den oben genannten Gründen, aber auch aus rein praktischen Erwägungen (mangelndes Sprachverständnis) ein Familienmitglied den/die Erkrankte(n) zum/zur Arzt/Ärztin begleitet und ein wirklich offenes Patientengespräch nicht stattfinden kann. Dies betrifft vor allem die gynäkologische Praxis, in der dann massive Probleme wie sexuelle Gewalt (auch in der Ehe) oder der Wunsch nach effektiver Familienplanung nicht thematisiert werden können. Zusätzlich erschweren kulturelle Kommunikationshemmnisse wie die ungewohnte Selbstdarstellung der Krankheit (z.B. Ganzkörperschmerz) oder ein fremder psychopathologischer Ausdruck eine rasche Diagnose (Muthny, 2001). Pflegende und TherapeutInnen werden mit ungewohnten Deutungs- und Erklärungsmustern von Erkrankungen konfrontiert. Vor allem das ganzheitliche Krankheitsverständnis im Islam, das den Zustand des Krankseins als eigene Seinsform mit eigenen Regeln und religiösen (!) Gesetzen sieht, und das im Übrigen in den ganzheitlichen Therapiemethoden der traditionellen islamischen Medizin seine logische Entsprechung findet, schließt den Glauben an magische wie religiöse Krankheitsursachen (Bestrafung!) ebenso ein wie die Überzeugung von der Angemessenheit altüberlieferter und religiös motivierter Therapieformen. Konkret heißt das, dass der Glaube an die Wirksamkeit des bösen Blicks *nazar*, an böartige Geister und ihr unheilvolles Wirken weit verbreitet ist (Brzoska, Razum, 2009). Auch Zauberei oder schwarze Magie gelten im Nahen Osten, vor allem aber in weiten Teilen Afrikas als Ursache ernsthafter Erkrankungen, die sich entweder in „Depressionen, Lustlosigkeit, Müdigkeit, Abgespanntheit, allgemeine[m] Unwohlsein“ (Zarifoglu, 1992, 119), aber auch in chronischen Erkrankungen wie Rheuma oder besonders in Frauenleiden (Unfruchtbarkeit) zeigen kann (Wunn, 1986–1989). Als Erklärungsmodell für subjektiv empfundene Schmerzen oder Unwohlsein werden überdies häufig Vorstellungen aus einer traditionellen Medizin bemüht, in der das Gleichgewicht der Körpersäfte, eine in Unordnung geratene Lage der Organe oder ein möglicherweise durch spezielle Nahrung zu therapierender fehlerhafter Wärmehaushalt des Körpers eine Rolle spielen (Münch, 2010; Zarifoglu, 1992). Gegen solche Erkrankungen helfen Räuchern und Bleigießen, in Afrika auch der Besuch bei einem Heiler (*mganga*), der einen wirksamen Gegenzauber veranstaltet, sonst

der Besuch bei einem Marabout oder Hodscha, der mit Amuletten – das können auf kleine Papierchen geschriebene Koranverse (*muska*) sein – dem Übel zu Leibe rückt (Wunn, 1986–1989; Yavuz, 2007; Zarifoglu, 1992). In Europa sind nicht nur die gewohnten Therapien nicht verfügbar oder gesellschaftlich nicht anerkannt, sondern schon die Schilderung der Beschwerden und ihrer vermuteten Ursachen stößt unabhängig von Sprachbarrieren auf Unverständnis; die fremden Erklärungsbilder der Erkrankten werden als medizinische Unkenntnis gewertet und verstärken so Unsicherheit und Minderwertigkeitsgefühle (Steffen, Koch, 1995). Die angesprochenen Therapien, die nach europäischer Auffassung nichts weiter als Aberglauben darstellen, sind jedoch in den jeweiligen Herkunftsländern möglicherweise die einzige überhaupt erreichbare Form der Therapie und überdies effektiv, da sie die soziale Umgebung der erkrankten Person in die Therapie mit einbeziehen und damit zu einem Abbau möglicher psychosozialer Spannungen, also zumindest eines Teiles der möglichen Krankheitsursachen, führen (Heilungsrituale!).

4 Migrationsspezifische Probleme

Mit „migrationsspezifisch“ sind solche Erfahrungen gemeint, die mit der freiwilligen oder unfreiwilligen Verlagerung des Wohnsitzes und Lebensmittelpunktes in ein anderes, oft als fremd empfundenes Land einhergehen. Insofern sind *migrationsspezifische* von *religions-* (z. B. Reinheits- und Speisevorschriften) und *kulturspezifischen* (z. B. Ehrvorstellungen) Problemen zu unterscheiden (vgl. zu ersteren die beiden vorangehenden Abschnitte, zur grundsätzlichen Differenzierung Behrens, Calliess, 2008). Die Unterscheidung religions-, kultur- und migrationsspezifischer Probleme wird häufig, wenn es um die Bedürfnisse muslimischer Patienten geht, übersehen oder verwischt. Insbesondere seit dem 11. September 2001 lässt sich eine verstärkte Tendenz, muslimische Religiosität grundsätzlich auch bei kultur- und migrationsspezifischen Problemen in den Vordergrund zu stellen, beobachten. Behrens und Calliess (2008) zufolge, die die Behandlungsverläufe von 55 PatientInnen mit Migrationshintergrund, darunter zahlreiche MuslimInnen, inhaltsanalytisch untersuchten, nehmen jedoch bezeichnenderweise die kulturspezifischen Problembereiche, denen hier auch die religionsspezifischen zugerechnet wurden, einen weitaus geringeren Umfang im Rahmen der psychotherapeutischen Betreuung von PatientInnen mit Migrationshintergrund ein als die migrationsspezifischen: Während kulturspezifische Probleme nur bei einem Viertel der PatientInnen beobachtet wurden, wurden migrationsspezifische Probleme bei 41,8 % der PatientInnen festgestellt. Für die migrationsspezifischen Erfahrungen spielt die persönliche Lebensgeschichte der MigrantInnen mit mangelhafter medizinischer Versorgung, mög-

licher Diskriminierung, Vertreibung und Verfolgung im Herkunftsland (Zeiler, Zarifoglu, 1994), mit harter körperlicher Arbeit, Anpassungsdruck und möglicherweise erneuter Diskriminierung im Aufnahmeland eine entscheidende, von der Religion und dem kulturellen Hintergrund unabhängige Rolle.³ Zusammen mit „Trennungs- und Verlusterfahrungen, Heimweh, Auflösung von Familienverbänden, Vereinsamung, Isolation und Rollenverlust bzw. -diffusion, aufenthalts- und arbeitsrechtlichen Bestimmungen und unsicheren Zukunftsperspektiven“ (Behrens, Calliess, 2008, 163) führen auch die multiplen Anforderungen an die Zuwanderer von Seiten der Aufnahmegesellschaft zu Überforderungen, die sich negativ auf die Gesundheit des Einzelnen auswirken (Uslucan, 2005). In diesem Zusammenhang ist besonders die psychische Situation der Befragten (vor allem Migranten der ersten Generation) zu berücksichtigen, die sich nicht nur einer Belastung ausgesetzt sehen, die man gemeinhin als akkumulativen Stress bezeichnet (Leyendecker, Schölmerich, 2005; vgl. auch Gültekin, 2003), sondern deren situationsspezifische Bewältigungsstrategien sich auch als unzureichend herausstellen und damit nur ein Ausweichen in eine psychosomatische Symptomatik zulassen. Die Krankheitsbilder reichen von Kopfschmerzen über Schwindel, Herzsensationen bis zu allgemeiner Schwäche (Collatz, 1992; Koch, 1995; Muthny, 2001; Steffen, Koch, 1995), während zu den psychiatrischen Symptomen insbesondere Depressivität, Angstsymptome sowie posttraumatisches Belastungserleben – z. T. hervorgerufen durch traumatische Erlebnisse im Heimatland, teils jedoch auch infolge des „Kulturschocks“ im Zuge der Migration – gehören (Assion, 2005; Claassen, Ascoli, Berhe, Priebe, 2005; Machleidt; Tagay, Zararsiz, Erim, Düllmann, Schlegl, Brähler, Senf, 2008).

Viele ArbeitsmigrantInnen stammen aus unterentwickelten ländlichen Gebieten, in denen höchstens ein eingeschränkter Schulbesuch möglich war. Bereits während der Jugend gehörte die Mithilfe in der Landwirtschaft zur Aufgabe der Heranwachsenden, die damit gleichzeitig ökonomisch und moralisch in die Versorgung der Familie eingebunden wurden. Dementsprechend stand und stehen oft die Ansprüche der im Herkunftsland lebenden Familie auch nach der Migration im Vordergrund: Der Aufenthalt im Aufnahmeland wird aus rein wirtschaftlichen Motiven geplant und als vorübergehend angesehen. In einem begrenzten Zeitrahmen soll ein kleines Kapital erwirtschaftet werden, das einerseits die Großfamilie im Heimatland unterhalten, gleichzeitig aber auch eine Starthilfe für die Zeit nach der geplanten Rückkehr darstellen soll. Während der als eng begrenzt gedachten Zeit des Arbeitsaufenthaltes wird folgerichtig keine Energie in den Aufbau sozialer Beziehungen investiert, sondern man lebt in abgeschotteten Zirkeln von Migranten mit vergleichbarem Hintergrund und Mo-

3 Eine zusätzlich erschwerende, ganz spezifische Problematik, auf die an dieser Stelle allerdings lediglich hingewiesen werden soll, ergibt sich, wenn Migranten sich illegal im Aufnahmeland aufhalten, aber dringend der medizinischen und/oder psychotherapeutischen Betreuung bedürfen; vgl. dazu Cerda-Hegerl (2008).

tiven. Der gemeinsame religiöse Hintergrund kann dabei dann, selbst wenn die eigene Religiosität zuvor nicht übermäßig tief empfunden oder gelebt wurde, zu einem verbindenden Element unter den Migranten und ggf. auch zum Distinktionsmerkmal gegenüber der Mehrheitskultur werden. So beobachteten Tagay, Düllmann, Brähler, Stecker und Senf (2009) bei einer Stichprobe türkischer und kurdischer PatientInnen in Allgemeinarztpraxen, dass Indikatoren für die Religiosität der Migranten in einer negativen statistischen Beziehung zu Maßen der Integration (Sprachverständnis, Verbundenheit mit dem Herkunfts- und dem Aufnahmeland) standen.

Erst wenn sich der abgesteckte Zeitrahmen für die Erreichung der Ziele als zu knapp bemessen erweist, lässt man die Familie oder Teile der Familie nachkommen, wobei konkurrierende Verpflichtungen (z. B. die Versorgung alter Eltern durch die Ehefrau) zu berücksichtigen sind. Am Ende einer solchen, verfehlten Lebensplanung stehen häufig soziale Vereinsamung und innerfamiliäre, nur schlecht verdeckte Konflikte (Entfremdung, Schuldgefühle), die von den Betroffenen nicht mehr konstruktiv bewältigt werden können. Fungieren dann zusätzliche, unvorhersehbare Komplikationen und Probleme als Auslöser, so z. B. Arbeitsunfälle oder traumatische Erlebnisse (Tod eines geliebten Angehörigen), ist das oft der Einstieg in eine langwierige Krankengeschichte, bei der die depressive und resignative Grundhaltung der PatientInnen eine Genesung wenig wahrscheinlich macht (Koch, 1995). Erschwerend kommt hinzu, dass aufgrund von Unkenntnis bestehender Versorgungsstrukturen, Sprach- und Bildungsbarrieren sowie Unklarheit über das im Aufnahmeland gängige Behandlungsrationale häufig die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von MigrantInnen unzureichend ist (Möske, Schneider, Koch, Schulz, 2008; Nickel, Lojewski, Muehlbacher, 2006) bzw. nur ein Teil der Betroffenen, oft erst nach einer längeren Krankheitsgeschichte, adäquat betreut wird (Brucks, Wahl, 2003; Koch, 2000; Lindert, Priebe, Penka, Napo, Schouler-Ocak, Heinz, 2008; Schmacke 2002. Insofern überrascht es nicht, dass auch Suizid und Suizidversuche unter MigrantInnen häufiger auftreten als im Durchschnitt der Wohnbevölkerung (Calliess, Machleidt, Behrens, 2007; Grube, 2004).

5 Kulturspezifisches Rollenverständnis und Kollektivismus

Psychische oder soziale Konflikte zeigen sich unter anderem aus deshalb häufig in einer körperlichen Symptomatik, weil nach islamischem Verständnis der/die Kranke vorübergehend aus seiner Verantwortung gegenüber Allah entlassen, d. h. für seine als persönliches Versagen bewerteten Leiden nicht verantwortlich gemacht wird, sondern im Gegenteil als hilfs- und schutzbedürftig angesehen wird. Daraus resultiert unter anderem nicht nur die gesteigerte Fürsorge von

Seiten der Familie gegenüber dem/der Erkrankten, sondern gleichzeitig eine Verpflichtung zu regelmäßigen und zeitlich anspruchsvollen Krankenbesuchen, die aus religiöser Warte sowohl als verpflichtend wie auch als verdienstvoll gelten (Elsabagh, Elgendy, 2009). Ein(e) als körperlich erkrankt Geltende(r) kann daher mit Toleranz, Rücksichtnahme und jeder Art von Hilfe rechnen. Umgekehrt wird von ihm/ihr aber auch ein klares Rollenverhalten, d. h. deutliche Sichtbarkeit des Leidens, Schwäche und Hilflosigkeit erwartet. Aus psychologischer Sicht können diese kulturell und religiös konstituierten Krankenrollen stabilisierend wirken (Schouler-Ocak, Rapp, Reiske, Heinz, 2008).

Diese Auffassung von Krankheit führt nicht nur bei PatientInnen zu einem ganz bestimmten, im kulturellen Kontext Mitteleuropas häufig negativ bewerteten Verhalten (Wehleidigkeit!), sondern auch zu konkreten Erwartungen an den/die Arzt/Ärztin, der/die entsprechend den gewohnten klaren Hierarchien helfend und regelnd eingreifen und damit das Bedürfnis nach Hilfe befriedigen soll. Dabei bilden sowohl das tradierte Rollenverhalten der PatientInnen, als auch die auf die Wohlfahrt des Kollektivs, d.h. der Familie ausgerichteten Wertvorstellungen den Hintergrund, vor dem der/die Arzt/Ärztin als Autoritätsperson innerhalb eines durch hierarchische Strukturen geprägten Sozialgefüges agieren soll. Der/die im westlichen Kontext geschulte und auf eine stark individualisierte und intellektualisierte Gesellschaft eingestellte Arzt/Ärztin wird dagegen versuchen, auf der Basis intellektueller Einsicht eigene Potenziale des Patienten zu mobilisieren sowie seine/ihre Selbstverantwortlichkeit und Autonomie zu betonen (Elsabagh, Elgendy, 2009; Schouler-Ocak, Rapp, Reiske, Heinz, 2008). Traditionelle Heilriten, die Krankheit immer auch als Störung sozialer Beziehungen verstehen und damit ein ganzheitliches Heilungskonzept verfolgen (Turner, 2005), genießen demgegenüber in der westlichen Welt sehr zu Unrecht nur wenig Ansehen.

Dass Krankheit bei PatientInnen aus muslimischen Herkunftsländern (Gleiches gilt z. B. auch für Christen aus dem Irak!) immer auch eine Angelegenheit der Familie ist, zeigt sich vor allem beim Thema Krankenbesuch. Der/die Kranke hat nicht nur Anspruch auf regelmäßige Besuche von Seiten seiner Familie, sondern die Familie sieht es umgekehrt als eine ihrer vornehmsten und streng einzuhaltenden Verpflichtungen an, kranke Familienmitglieder regelmäßig und lange zu besuchen. Aus der Sicht hiesiger ÄrztInnen und PflegerInnen können diese Besuche jedoch unerwünschte und negative Effekte wie Überforderung des Erkrankten haben, und zwar gerade dann, wenn der Eindruck entstanden ist, dass das Leiden durchaus ursächlich auf innerfamiliäre Probleme wie z. B. übergroße Sozialkontrolle zurückzuführen ist. Als besonders sensibel erweist sich in dieser Hinsicht gerade der Bereich der Geburtshilfe, in dem westlich-europäische und traditionelle Vorstellungen besonders hart aufeinanderprallen können. So kann der Wunsch einer westlich sozialisierten Schwangeren, ihr Kind im Beisein des Kindsvaters zur Welt bringen zu wollen, bei diesem zu ernsthaften Problemen

führen, da die traditionellen Vorstellungen von weiblicher Schamhaftigkeit und Sittsamkeit, aber auch die Trennung weiblicher und männlicher Lebensbereiche kaum geeignet sind, einen werdenden Vater auf ein Geburtserlebnis angemessen vorzubereiten. Ist das Kind geboren, kann möglicherweise wiederum das bereits angesprochene Besuchsverhalten zu Komplikationen führen. Hier sind es jedoch nicht nur die religiös untermauerten Vorschriften hinsichtlich angemessenen Verhaltens, die zu exzessiven Besuchen gerade von Seiten der Mütter und Schwiegermütter führen, sondern die auf das Kollektiv zielende Familienstruktur, die dahin geht, das Neugeborene in die Großfamilie zu integrieren, indem eine als zu eng empfundene Mutter-Kind-Bindung verhindert wird. Schwiegermütter oder ältere weibliche Verwandte werden sich daher 24 Stunden bei der Wöchnerin aufhalten und sich um das Neugeborene kümmern; die entsprechende Erklärung ist die, dass die junge Mutter von der Geburt ermattet und noch schonungsbedürftig sei. Die Wöchnerin wird dagegen häufig deutliche Anzeichen von Überforderung zeigen; auch Wochenbettdepressionen sollen wegen der sozial erzwungenen Trennung von Mutter und Kind häufiger auftreten (Wunn, 2006).

6 Fazit

Um den Bedürfnissen von Muslimen in der ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Praxis angemessen begegnen zu können, bedarf es einer Grundhaltung von Wertoffenheit und Respekt vor den Überzeugungen, Wertvorstellungen und Therapiewünschen der Patienten. Dieser Respekt „ist keine Frage von ‚political correctness‘ i. S. sozial erwünschten Verhaltens, sondern Ausdruck einer intrinsisch motivierten ethischen Grundhaltung in der therapeutischen Arbeit“ (Klein, Albani, 2007, 62; s. auch Albani, Klein, 2010). Dazu gehört im Umgang mit muslimischen PatientInnen zuallererst auch, nicht von vorneherein das vermeintlich Fremde, Andersartige entsprechender PatientInnen wahrzunehmen. Die vorangehenden Ausführungen haben gezeigt, dass diverse Facetten von religiösem und kulturellem Hintergrund, sozialer Schicht und Migrantenschicksal aufs Vielfältigste miteinander verwoben sein können, so dass jede Form von Typisierung (*der „muslimische Patient“*) unangebracht erscheinen und der individuellen Lebens- und Krankengeschichte der einzelnen PatientInnen nicht gerecht werden. In diesem Zusammenhang ist auch eine Versachlichung der Perspektive auf muslimische PatientInnen einzufordern, da vieles, was landläufig im Behandlungsalltag als „muslimisch“ interpretiert wird, eher den kulturellen Hintergrund oder die Migrationssituation der PatientInnen widerspiegelt als die Spezifika muslimischer Religiosität. Ob und in welcher Form letztere von Relevanz für die Behandlung ist, kann allerdings, wie die berichteten

Beispiele gezeigt haben, im Einzelfall ebenfalls höchst unterschiedlich ausfallen. Insofern verbindet sich mit dem Wunsch nach Versachlichung auch zugleich die Forderung nach differenzierteren Ausbildungsmöglichkeiten für die verschiedenen medizinischen Berufszweige, um Wissensdefizite zu beheben und im Sinne interkultureller Kompetenz (Bermejo & Muthny, 2009; Dreißig, 2005; Habermann, 1999) u. a. auch mehr Vertrautheit mit dem Islam zu gewinnen.

Um im Rahmen der Behandlung muslimischer PatientInnen auf deren Bedürfnisse – gleich, ob kulturellen oder religiösen Motiven erwachsen – dann tatsächlich eingehen zu können, ist es grundlegend allerdings zunächst einmal erforderlich, diese im Rahmen einer hinreichend gründlichen Anamnese zu ermitteln. Viele Konflikte im Klinikalltag rühren schlicht daher, dass die Behandler aufgrund des oft massiven Zeitdrucks unzureichend über die Bedürfnisse der (muslimischen wie nicht-muslimischen) PatientInnen informiert sind und in der Folge dann nicht genügend darauf eingehen können. So dauert beispielsweise die durchschnittliche Visite in den meisten Kliniken pro PatientIn ca. drei bis vier Minuten, wobei der/die PatientIn selbst im Durchschnitt lediglich eine Frage stellen kann (gegenüber acht bis neun Fragen des/der Arztes/Ärztin); erschwerend hinzu kommt aus Sicht der PatientInnen die asymmetrische Struktur der Visite (ein/e Patient(in) vs. mehrere Behandler, neuartige, belastende Situation vs. berufliche Routine, sitzende/liegende vs. stehende Position etc., bei MigrantInnen teils zudem Sprachbarrieren; vgl. Siegrist, 1995, v. a. 251–254). Eine Studie von Kristeller und Kollegen (Kristeller, Rhodes, Cripe, Sheets, 2005) zur Berücksichtigung auch religiös-weltanschaulicher Überzeugungen und Therapiewünsche zeigt jedoch, dass entsprechende Informationen bereits innerhalb weniger Minuten im klinischen und pflegerischen Alltag erhebbar sind. Im Rahmen der Untersuchung wurde zusätzlich zur üblichen Anamnese eine ca. fünf Minuten dauernde Exploration der Religiosität der PatientInnen vorgenommen. Die zusätzlichen Fragen verlängerten den Arzt-Patient-Kontakt über die reguläre Anamnese hinaus durchschnittlich lediglich um zwei Minuten, führten aber zu einer signifikanten Reduktion von Depressivität und zu einer Verbesserung der selbsteingeschätzten Lebensqualität, des persönlichen Wohlbefinden und der wahrgenommenen Qualität der Arzt-Patient-Beziehung. Eine entsprechende Kommunikation über mögliche religiös oder kulturell bedingte Bedürfnisse wäre analog sicherlich auch in deutschsprachigen Ländern möglich und im Interesse interkultureller Kompetenz auch wünschenswert. Das Beispiel der Kristeller-Studie zeigt zudem, dass die Berücksichtigung entsprechender Bedürfnisse auf Seiten der PatientInnen das Gefühl, ernstgenommen und wertgeschätzt zu werden, bestärkt und damit mindestens auf subjektiver Ebene auch zu einer Verbesserung der Befindlichkeit beiträgt. Auch dieser Effekt sollte Motivation sein, im Rahmen der Behandlungspraxis die Bedürfnisse muslimischer PatientInnen wahr- und ernstzunehmen.

Literatur

- Albani C, Klein C (2010) Religiosität/Spiritualität in somatischer Behandlung, Pflege und Psychotherapie, in: Klein C, Berth H, Balck F (Hrsg.), *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Juventa, Weinheim: 367–398
- Assion HJ (2005) Migration und psychische Krankheit, in: Assion HJ (Hg.), *Migration und seelische Gesundheit*. Springer; Heidelberg: 133–144
- Behrens K, Calliess IT (2008) Migration und Kultur als Determinanten diagnostischer und therapeutischer Prozesse bei seelisch erkrankten Migranten. Eine systematische Differenzierung anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse von Behandlungsverläufen. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 58: 162–168
- Bermejo I, Muthny FA (2009) Fazit und Empfehlungen für das Gesundheitssystem einer multikulturellen Gesellschaft, in: Muthny FA, Bermejo I (Hrsg.), *Interkulturelle Medizin. Lagentheorien, Psychosomatik und Migrationsfolgen*. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln: 139–142
- Bruchhausen W (2010) Beziehungen zwischen Gesundheit und Religion von der Frühgeschichte bis zur Neuzeit, in: Klein C, Berth H, Balck F (Hg.), *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Juventa, Weinheim: 91–109
- Brucks U, Wahl WB (2003) Unter-, Über-, Fehlversorgung? Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung für Migrantinnen und Migranten, in: Borde T, David M (Hg.), *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen*. Mabuse, Frankfurt am Main: 15–34
- Brzoska P, Razum O (2009) Krankheitsbewältigung bei Menschen mit Migrationshintergrund im Kontext von Kultur und Religion. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 18: 151–161
- Calliess IT, Machleidt W, Behrens K (2007) Akkulturationsstile und migrantenspezifische Konfliktlagen bei suizidalen Krisen von Migranten: Ein Fallbericht zur Entwicklung von Behandlungsstrategien zwischen Autonomie und Bezogenheit. *Suizidprophylaxe* 34: 12–17
- Cerda-Hegerl P (2008) Interkulturelle Aspekte in der medizinischen Versorgung nichtdokumentierter Migranten. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 58: 136–145
- Claassen D, Ascoli M, Berhe T, Priebe S (2005) Research on mental disorders and their care in immigrant populations: A review of publications from Germany, Italy and the UK. *European Psychiatry* 20: 540–549
- Collatz J (1992) Zur Notwendigkeit ethnomedizinischer Orientierung der psychosozialen Gesundheitsversorgung in Europa, in: Collatz J (Hrsg.), *Was macht Migranten in Deutschland krank? Zur Problematik von Rassismus und*

- Ausländerfeindlichkeit und von Armutsdiskriminierung in psychosozialer und medizinischer Versorgung. EB-Verlag Rissen, Hamburg: 86–112
- David M, Borde, T, Kentenich HAT (2002) Die psychische Belastung von Migrantinnen im Vergleich zu einheimischen Frauen. Der Einfluss von Ethnizität, Migrationsstatus und Akkulturationsgrad. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 62: 37–44
- Dreißig V (2005) Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund. Transcript, Bielefeld
- Elsabagh M, Elgendy F (2009) Spiritualität im Krankenhaus aus der Sicht der islamischen Seelsorge, in: Körtner UHJ, Müller S, Kletecha-Pulker M, Inthorn J (Hrsg.), *Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett*. Springer, Wien: 41–45.
- Ferber, L von, Köster, I, Celayir-Erdogan, NT (2003) Türkische und deutsche Hausarztpatienten. Erkrankungen, Arzneimittelbewertungen und Verordnungen. *Das Gesundheitswesen* 65: 304–311
- Grube M (2004) Suizidversuche von Migranten in der Akutpsychiatrie. *Der Nervenarzt* 75: 681–687
- Gültekin N (2003) Bildung, Autonomie, Tradition und Migration. Doppelperspektivität biographischer Prozesse junger Frauen aus der Türkei, Leske & Budrich, Opladen
- Habermann M (1999) Pflegebedürftig in der Fremde? Zur Theorie und Praxis der interkulturellen Pflege, in: David M, Borde T, Kentenich H (Hg.), *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle*. Mabuse, Frankfurt am Main: 153–165
- Hamidullah M (1973) *Der Islam. Geschichte, Religion, Kultur*. Islamisches Zentrum, Genf
- Ilkic I (2002) *Der muslimische Patient*. Lit Verlag, Münster
- Klein C, Albani C (2007) Religiosität und psychische Gesundheit. Eine Übersicht über Befunde, Erklärungsansätze und Konsequenzen für die klinische Praxis. *Psychiatrische Praxis* 34: 58–65
- Koch E (1995) Hintergründe „gescheiterter“ Migration, in: Koch E, Özek M, Pfeiffer WM (Hrsg.), *Psychologie und Pathologie der Migration. Deutsch-türkische Perspektiven*. Lambertus, Freiburg im Breisgau: 101–110
- Koch E (2000) Die aktuelle Lage von Minoritäten im psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystem Deutschlands, in: Koch E, Özek M, Pfeiffer WM (Hrsg.), *Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft. Deutsch-türkische Perspektiven*. Lambertus, Freiburg im Breisgau: 55–67
- Kristeller JL, Rhodes M, Cripe LD, Sheets V (2005) Oncologist assisted intervention study (OASIS): Patient acceptability and initial evidence of effects. *The International Journal for the Psychology of Religion* 35: 329–347
- Kropp M (1989) EKL, Artikel Islamische Philosophie, Band 2, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen: 748–756

- Laird LD, de Marrais J, Barnes LL (2007) Portraying Islam and Muslims in MEDLINE: A content analysis. *Social Science and Medicine* 65: 2425–2439
- Leyendecker B, Schölmerich A (2005) Familie und kindliche Entwicklung im Vorschulalter: Der Einfluss von Kultur und sozioökonomischen Faktoren, in: Fuhrer U, Uslucan HH (Hrsg.), *Familie, Akkulturation und Erziehung. Migration zwischen Eigen- und Fremdkultur*. Kohlhammer, Stuttgart: 17–39
- Lindert J, Priebe S, Penka S, Napo F, Schouler-Ocak M, Heinz A (2008) Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. *Mental Health Care for Migrants. Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 58: 123–129
- Machleidt W (2005) Migration, Integration und psychische Gesundheit. *Psychiatrische Praxis* 32: 55–57
- Moinuddin Shaag G (1984) *Die Heilkunst der Sufis. Grundsätze und Praktiken*. Bauer, Freiburg im Breisgau
- Möske M, Schneider J, Koch U, Schulz H (2008) Beeinflusst der türkische Migrationshintergrund das Behandlungsergebnis? *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 58: 176–182
- Münch AK (2010). Krankheitsverständnis und Gesundheitswesen von Tamsheq Nomaden in Mali, in: Etzelmüller G, Weissenrieder A (Hg.), *Religion und Krankheit*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt: 117–131
- Muthny FA (2001) Laienkonzepte von Gesundheit und Krankheit in verschiedenen Kulturen, in: Marschalck P, Wiedl KH (Hg.), *Migration und Krankheit*. Universitätsverlag Rasch, Osnabrück: 251–258
- Nickel C, Lojewski N, Muehlbacher M (2006) Behandlungsergebnisse stationärer psychosomatischer Rehabilitation bei türkischen Migranten. Eine projektive Studie. *Das Gesundheitswesen* 68: 147–153
- Özdil, AÖ (2006) Religiöse Fragen und Bedürfnisse muslimischer Patienten in der Krankenversorgung westlicher Länder, in: Koch U, Lang K, Mehnert A, Schmeling-Kludas C (Hrsg.), *Die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen*, Stuttgart, Schattauer: 160–166
- Schmacke N (2002) Migration und Gesundheit: Ist Ausgrenzung unvermeidbar? *Das Gesundheitswesen* 64: 554–559
- Schouler-Ocak M, Rapp M, Reiske SL, Heinz A (2008) Psychotherapie bei traumatisierten Patientinnen mit türkischem Migrationshintergrund: Berücksichtigung kultureller Faktoren. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 58: 169–175
- Siegrist J (1995) *Medizinische Soziologie*. Urban & Schwarzenberg, München
- Steffen K, Koch E (1995) Migranten in Krankenhaus, ärztlicher Praxis und Beratung. Modell stationärer Versorgung von türkischen Patienten in einem Psychiatrischen Krankenhaus, in: Koch E, Özek M, Pfeiffer WM (Hrsg.), *Psychologie und Pathologie der Migration. Deutsch-türkische Perspektiven*. Lambertus, Freiburg im Breisgau: 194–198

- Tagay S, Düllmann S, Brähler E, Stecker A, Senf W (2009) Wie hängen Religiosität, psychische Symptombelastung und Integration zusammen? Eine vergleichende Betrachtung der Religiosität bei türkischen/kurdischen Migranten gegenüber Deutschen. *Psychiatrische Praxis* 36: 286-292
- Tagay S, Zararsiz R, Erim Y, Düllmann S, Schlegl S, Brähler E, Senf W (2008) Traumatische Ereignisse und Posttraumatische Belastungsstörung bei türkischsprachigen Patienten in der Primärversorgung. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 58: 155-161
- Turner VW (2005) *Das Ritual. Struktur und Anti-Struktur*. Campus-Verlag, Frankfurt [u.a.]
- Uslucan HH (2005) Heimweh und Depressivität türkischer Migranten in Deutschland. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 53: 230-248
- Wunn I (1986-1989) Unveröffentlichte Feldnotizen, Tansania
- Wunn I (2006) *Muslimische Patienten. Chancen und Grenzen religionsspezifischer Pflege*. Kohlhammer, Stuttgart
- Wunn I (2010) Islam und Gesundheit, in: Klein C, Berth H, Balck F (Hrsg.): *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Juventa, Weinheim: 135-145
- Yavuz (2007) *Die Inanspruchnahme mystisch-traditioneller Heiler durch türkische Patienten in Deutschland und in der Türkei*. Unveröffentlichte Dissertation, Ruhr-Universität Bochum
- Zarifoglu F (1992) Ein kurzes Resümee über die soziokulturellen Aspekte von psychischen Erkrankungen bei Migranten aus dem Nahen und Mittleren Osten sowie ihre psychosoziale Versorgung in Deutschland, in: Collatz J (Hg.), *Was macht Migranten in Deutschland krank? Zur Problematik von Rassismus und Ausländerfeindlichkeit und von Armutsdiskriminierung in psychosozialer und medizinischer Versorgung*. EB-Verlag Rissen; Hamburg: 113-123
- Zeiler J, Zarifoglu F (1994) Zur Relevanz ethnischer Diskriminierung bei psychiatrischen Erkrankungen. *Psychiatrische Praxis* 21: 101-105