



Vorstellungen zu Krankheit und Tod im Islam und deren Relevanz für eine kulturoffene Gesundheitsversorgung

Prof. Dr. (TR) Dr. phil. et med. habil. **Ilhan Ilkilic M.A.**
Istanbul University Faculty of Medicine
Institute for History of Medicine and Ethics
Email: ilhan.ilkilic@istanbul.edu.tr

1



Inhalt

- Einführung
- Gesundheits- und Krankheitsverständnis
- Lebensende und Tod
- Interkulturelle Kompetenz
- Fallbeispiele

2

2

Einführung

Islam / islamische Tradition / islamische Welt

- Theologische Quellen: Der Koran und die Tradition des Propheten (Sunna)
- Islamische Tradition (Rechtsschulen, Glaubensschulen, isl. Philosophie, Eschatologie)
- Muslimische Glaubenspraxis
- Heterogenität der Muslime (Religiosität und Säkularität)

3

3

Interessens- und Entscheidungskonflikte zwischen dem Behandlungsteam und den Eltern des kranken Kindes

- Nationale Umfrage in den Niederlanden (n= 136 Kinderärzte) (De Vos et al. 2011)
- 20% der untersuchten Fälle (insg. 116 Fälle) beinhalten Interessens- und Entscheidungskonflikte zwischen dem Behandlungsteam und den Eltern des kranken Kindes (Eltern max. Therapie /Ärzte Therapiebegrenzung)

Konflikte

Mutterprache: Niederländisch 11%
Muttersprache: andere Sprachen 50%
Muslimische Eltern: 58%
Nicht-muslimische Eltern: 12%



The Process of End-of-Life Decision-Making in Pediatrics: A National Survey in the Netherlands
Mirjam A. de Vos et al.
Pediatrics 2011;127:e1004; originally published online March 14, 2011;

4

4



Medizin und Kultur

Fakten:

- In Deutschland leben ca. **22,3 Millionen** Menschen mit Migrationshintergrund
(**27,2 %** der Bevölkerung). (StatBA Mikrozensus 2021)
- Krankenhausstationen mit bis zu 30-50 % der Patienten mit Migrationshintergrund (Gerlach 2009)
- Im Jahr 2030 werden 2,8 Millionen Migranten 60 Jahre oder älter sein. (StatBA 2007)
- „Medizintourismus“ (Bey 2007)

5

5



Genfer Ärztegelöbnis (1948)

(leicht modifiziert) seit 1950 die Präambel für die Berufsordnungen der Deutschen Ärztekammer

- "Zum Zeitpunkt des Eintritts in den ärztlichen Beruf gelobe ich feierlich, mein Leben dem Dienst an der Menschheit zu weihen.
 - Ich werde meinen Lehrer die schuldige Achtung und Dankbarkeit erweisen.
 - Ich werde meinen Beruf gewissenhaft und würdig ausführen.
 - Die Gesundheit meines Patienten wird meine erste Sorge sein.
 - Ich werde die **Geheimnisse**, die mir anvertraut werden, bewahren, auch über den Tod des Patienten hinaus.
 - Mit allen mir zur Verfügung stehenden Mitteln werde ich für die Ehre und die beachtlichen Überlieferungen des Ärzteberufes eintreten.
 - Meine Kollegen sollen meine Brüder sein.
-
- **Ich werde es nicht zulassen, dass religiöse, nationale, rassistische, Partei- oder Klassengesichtspunkte zwischen meine Pflicht und meinen Patienten treten.**
-
- Ich werde das menschliche Leben bedingungslos achten, von der Empfängnis an.
 - Selbst unter Drohungen werde ich nicht meine ärztlichen Kenntnisse entgegen den Geboten der Menschlichkeit anwenden.
 - Ich verspreche dies alles feierlich, freiwillig und auf meine Ehre."

6

6



Sozialgesetzbuch V (Gesetzliche Krankenkasse § 2, Abs. 3)

- „Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihre Vielfalt zu beachten. Den religiösen Bedürfnissen der Versicherten ist Rechnung zu tragen.“

(Sozialgesetzbuch V, Gesetzliche Krankenkasse § 2, Abs. 3)

7

7



Charakter der interkulturellen Konflikte

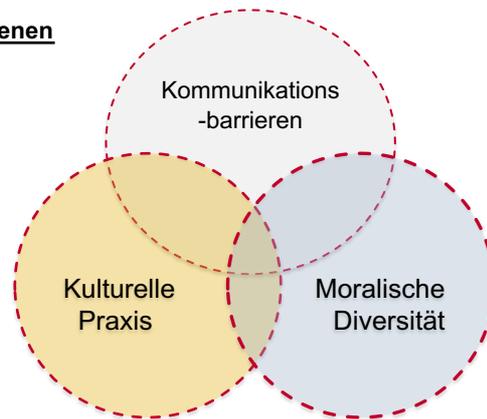


8

8

GRÜNDE

Problemebenen



9

9

Gesundheits- und Krankheitsverständnis

- Gesundheit und Krankheit als natürliches Phänomen
- Gesundheit als Gottesgabe
- Gesundheit als erforderlicher Zustand für die Pflichten

10

10



Sinndeutung der Krankheit

- Krankheit als Prüfung Gottes
- Krankheit als Gnadenerweis und Sündenvergebung
- Krankheit als Strafe Gottes ???

11

11



ETHISCHE KONFLIKTFELDER AM LEBENSENDE

Kommunikationsbarrieren
Kultur- und Glaubenspraxis
Moralische Diversität

LEBENSENDE ?

12

12



Glaubenspraxis am Lebensende

Das muslimische Todesverständnis

13

13



Glaubenspraxis am Lebensende

Die Rituale beim Sterbenden und Verstorbenen



14

14

Glaubenspraxis am Lebensende

Der letzte Besuch



15

15

Glaubenspraxis am Lebensende

Trauer



16

16



Glaubenspraxis am Lebensende

Totenwaschung



17

17



Glaubenspraxis am Lebensende

Totenwaschung



18

18



Glaubenspraxis am Lebensende

Totentuch



19

19



GASILHANE

Gebäude zur rituellen Totenwaschung und Gebetsraum in Mainz
(seit 9.5.2011)



20

20



GASILHANE
Gebäude zur rituellen Totenwaschung und Gebetsraum in Mainz
(seit 9.5.2011)



21

21



Glaubenspraxis am Lebensende

Todesgebet



22

22

Glaubenspraxis am Lebensende

Beerdigung



23

23

Moralische Diversität

- **Patientenautonomie** versus **Familienautonomie**
(Bsp. Entscheidungsfindung: Individuell versus Familie zentriert)
- **Hierarchische Strukturen**
(Bsp. Großvater, ältester Sohn)
- **Recht auf Wissen / Nichtwissen**
(Bsp.: Umgang mit infauster Diagnose und Prognose)
- **Religiöse Berater**
(Bsp.: Beratungsfunktion des Imams, Rabbis etc.)

24

24

Moralische Diversität

- Muslimische Einstellungen zur medizinischen Maßnahmen am Lebensende: Therapiezieländerung
- **Umgang mit einer infausten Diagnose und Prognose**
- Aktive und passive Sterbehilfe
- Suizid
- Obduktion
- Feuerbestattung
- Palliativmedizin

25

25

Interkulturelle Kompetenz

Definition:

- *Fähigkeit zur Wahrnehmung, Verstehen und Bewerten der interkulturellen Konflikte und ihre ethisch angemessene Berücksichtigung im Entscheidungsprozess*

Inhalt:

- *Kulturwissen*
- *kultursensible Kommunikation*
- *Vermeidung von Stereotypisierung*
- *kritische Toleranz*
- *Selbstreflexion*



Ilkilic, I (2017): Interkulturelle Kompetenz als Schlüsselqualifikation für Gesundheitsberufe, in: *Gesundheit, Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 17, Heft 2 (April), 24–30

26

26

FALLBEISPIELE

27



FALL

Weitergabe einer infausten Diagnose und Prognose

Bei einem 21-jährigen türkischen jungen Mann wurde ein bösartiger Krebs festgestellt. Der Gesundheitszustand des Patienten verschlechterte sich ständig, so dass der Tod immer wahrscheinlicher wurde. Deswegen wurde der Patient auf eine Palliativstation verlegt. Sowohl der Patient als auch seine Eltern haben nur geringe Deutschkenntnisse. Die Eltern informieren sich bei dem behandelnden Arzt mit Hilfe eines Dolmetschers aus ihrem Verwandtenkreis. Eine Krankenschwester türkischer Herkunft hört zufällig mit und informiert später die Ärzte, dass der Dolmetscher dem Patienten – wahrscheinlich auf Verlangen der Eltern – die Information über den zu erwartenden baldigen Tod nicht weitergegeben hat. Die Ärzte sehen in dieser Situation einen klaren Verstoß gegen „das Recht auf Wissen“ des Patienten. Die Ärzte holen einen professionellen Übersetzer, der dem jungen Mann mitteilt, dass er möglicherweise in Kürze sterben werde. Nach zwei Tagen erleidet der Patient den Tod. Das Behandlungsteam wird später von den Eltern beschuldigt, am Tod ihres Sohnes verantwortlich zu sein. Sie hätten durch ihre Aufklärung zur Verschlechterung des Krankheitszustandes beigetragen und somit den schnellen Tod ihres Kindes hervorgerufen.

(Ilklic 2012)

28

28

FALL

Stellvertretende Entscheidung

Bei einem 55-jährigen türkischen Muslim kam es plötzlich zum einem Kreislaufstillstand. Die Reanimationsbemühungen führten zu einer gewissen Kreislaufstabilisierung. Es entwickelte sich später ein Mittelhirnsyndrom: fehlende Spontanatmung und keine Reaktion auf Reize. Dieses Bild änderte sich innerhalb von sechs Tagen unter Anwendung der üblichen Maßnahmen nicht. Der ärztliche Vorschlag gegenüber der Ehefrau und dem jüngeren Sohn, die Beatmung des Patienten im Hinblick auf die Aussichtslosigkeit seines inkurablen Grundleidens zu beenden und das natürliche Ende abzuwarten, stieß auf Verständnis. Zu diesem Zeitpunkt erschien der älteste – auswärts wohnende – Sohn. Er verlangte die Fortsetzung aller therapeutischen Maßnahmen.

Bobbert u. Mohr (1999) Ethik in der Medizin; Ilklic (2008) Zeitschrift für Evangelische Ethik

29

29

FALL

- **Fall** (Ilklic u. Schmidtke (2007) *Pädiatrische Praxis*)

6 Tage altes Kind türkisch-muslimischer Eltern

Diagnose: ▶ Oto-palato-digiales Syndrom Typ II (OPD-II)

Grunderkrankungen:

- ▶ Lungenhypoplasie, postpartal respiratorisch insuffizient (musste intubiert und beatmet werden)
- ▶ Thoraxdysplasie
- ▶ Knochenfehlbildung
- ▶ Humerusfraktur rechts (bei der Geburt)
- ▶ Gaumenspalte mit Mikrostomie und Retrognathie im Sinne einer PIERRE-ROBIN-Sequenz
- ▶ Ventrikelseptumdefekt
- ▶ kleine Omphalozele.
- ▶ Urethralatresie
- ▶ Schrumpfniere rechts
- ▶ multizystisch-dysplastische Niere links
- ▶ klinisches und laborchemisches Nierenversagen



Ohne intensive maschinelle Unterstützung ist das Kind nicht lebensfähig!

30

30

FALL



▪ **Geschichte:**

- ▶ Das erste Kind 37. SSW Abort (keine richtungsweisende Untersuchung)
- ▶ Das zweite Kind: 17. SSW Abort (OPD-II-Syndrom, Mutter Trägerin der X-chromosomalen Mutation)
 - ▶ Das dritte Kind: im 4. Monat der Schwangerschaft PND; **Gendiagnostik:** OPD-II-Syndrom
 - ▶ Ablehnung eines **Schwangerschaftsabbruchs**
 - ▶ Ablehnung weiterer **Beratung und Betreuung**
- ▶ Die Eltern des Kindes sind **Verwandte** 3. Grades.
- ▶ Die Eltern hätten **PID** zugestimmt, wenn diese verfügbar gewesen wäre

31

31

FALL



▪ **Konflikt:**

Medizinisches Team:

- ▶ **nicht erforderliche Therapien zu beenden bzw. nicht wieder neu zu beginnen.**

▶ **Begründung:**

- Das Kind hat keine Überlebenschance und Heilungsoption.
- Aufgrund der medizinischen Aussichtslosigkeit sollte der leidvolle Zustand nicht unnötig verlängert werden.

Eltern:

▶ **Maximale Therapie**

▶ **Begründung:**

- Auch Hinauszögern des Todes ist wertvoll und wünschenswert.
- Die Menschen sind verpflichtet, von Gott gegebenes Leben mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln zu verlängern.
- Eine andere Entscheidung können die Eltern im Jenseits beim Jüngsten Gericht vor Gott nicht verantworten.

Kommunikation: Kommunikation durch eine Dolmetscherin (Einfluss?)

32

32



FAZIT

1. Die **ethische Rechtfertigung** des ärztlichen Entscheidens und Handelns hängt nicht nur von den **Standesregeln**, sondern auch von dem Wohlbefinden des Patienten ab, der von diesem Handeln **betroffen** ist. (Wieland)
2. Diese Rechtfertigung bedarf einer angemessenen **Verständigung** über das Wertesystem und die Patientenpräferenzen, die nur durch eine **gelungene Kommunikation** erreicht werden kann.
3. In einem interkulturellen medizinethischen Konflikt sind **Informationen** über die Kultur des Patienten notwendig, aber **nicht hinreichend**. Vielmehr ist eine **interkulturelle Kompetenz** erforderlich, mittels der die im Zentrum des Konflikts stehenden Güter zu analysieren sind.

33

33



FAZIT

4. Die **sprachlichen und kulturellen Barrieren** in der Gesundheitsversorgung einer wertpluralen Gesellschaft können nicht nur Zugang und Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen beeinträchtigen, sondern sie können auch **Probleme ethischer Art** entstehen lassen.
5. **Jeder Patient ist als ein Individuum wahrzunehmen und zu behandeln und nicht lediglich als ein Mitglied seiner sozial-religiösen Gruppe.**

34

34



Deutscher Ethikrat

Yaşamın Sonunda İnterkültürel Bağlamda Etik Kararlar Almanya ve Türkiye'deki Yaklaşımlar

Ethische Entscheidungen am Lebensende im interkulturellen Kontext Deutsche und türkische Perspektiven

Perşembe - 26 Mart 2015 - 14:00 - 19:00

Istanbul Üniversitesi, Kongre Kültür Merkezi
Beyazıt Kampüsü - 34452 İstanbul - Türkiye

Katılım için kayıt zorunludur ve 12 Mart tarihine kadar yapılabilir. Kayıt için web-
adres: www.der-istanbul.blogspot.com.tr veya der.istanbul2015@gmail.com

Almanca ve Türkçe bildiriler ve tartışmalar sırasında simultane tercüme yapılacaktır.

İletişim

Doç. Dr. İlhan İlikliç
İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik AD
Hulusi Behçet Kütüphanesi Kat. 2
34093 İstanbul Çapa
Türkiye
Telefon: +90 (0) 5419205736
Email: der.istanbul2015@gmail.com

Donnerstag - 26. März 2015 - 14:00 - 19:00 Uhr

Universität Istanbul, Kongress- und Kulturzentrum
Beyazıt Kampüsü - 34452 İstanbul - Türkei

Anmeldung erforderlich bis zum 12. März 2015 unter
www.der-istanbul.blogspot.com.tr oder der.istanbul2015@gmail.com
Die Beiträge der Veranstaltung werden simultan Türkisch-Deutsch übersetzt.

37

37



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !



38

38