



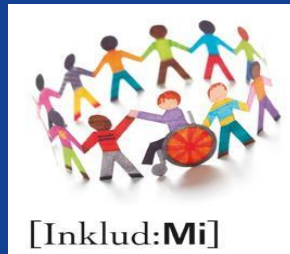
IBB

Internationales
Bildungs- und
Begegnungswerk

[Inklud:Mi]

Dokumentation der Online-Tagung vom
26.01.2021

Fach- und Vernetzungstag



„Alt werden in der Fremde – Inklusion von
Menschen mit Migrationsgeschichte“

Inhaltsverzeichnis

[Inklud:Mi] und fokus ⁴ – Vorwort.....	1
Impulsreferate.....	3
Zur Lebens- und Gesundheitssituation älterer Menschen mit Migrationsgeschichte in Deutschland, Susanne Bartig Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung(DeZIM).....	3
„Vergessen in der zweiten Heimat“, Musa Deli Der Paritätische PariSozial, Köln	12
Fragen der Teilnehmenden und Antworten der Expert*innen	19
Workshops	20
Kultursensible Öffnungsprozesse, Michael Härteis Münchenstift GmbH	20
Sterbebegleitung bei Patient*innen verschiedener Glaubensrichtungen, Hildegard Azimi & Gamze Alkan IBB e.V	27
Anforderungen an eine transkulturelle Sterbe- und Trauerbegleitung, Rabia Bechari & Ahmed Douirani Barmherzige Begleitung e.V. Frankfurt und Offenbach.....	29
Fazit und Ausblick.....	40
Vorstellung der Beratungsstelle Demenz Alzheimer Gesellschaft München e.V., Semra Altınışık	47
Anlaufstellen, Material- und Methodenhinweise	48
Impressum.....	52

*Heimat ist nicht da, wo man geboren ist, sondern da, wo man satt wird.
İnsanın vatani doğduğu yer değil, doyduğu yerdir (türk.Sprichwort).*

[Inklud:Mi] und fokus⁴ – Vorwort

Im Rahmen des vom europäischen Asyl-Migrations- und Integrationsfonds geförderten Zweijahresprojekts fokus⁴ und seiner Vorläufer wird vom Internationalen Bildungs- und Begegnungswerk (IBB e.V.) schon seit langem die Inklusion von Menschen mit Migrationsgeschichte und Behinderung/ Beeinträchtigung oder psychischer Erkrankung thematisiert.

In den letzten Jahren wurde zu Recht - auch auf Grund der Neuzuwanderung vieler jüngerer Geflüchteter - bundesweit auf die Situation von Kindern, Jugendlichen und jungen Familien geschaut. Strukturelle Hürden, persönliche Bedürfnisse und die kultursensible und diversitätsorientierte Arbeit mit diesen Gruppen von Menschen waren auch Thema unserer Projekte und Tagungen unter dem Motto: [Inklud:Mi]. Dies wird auch in Zukunft so bleiben, denn Migration und Integration bzw. Inklusion sind ein lebenslanger Prozess mit großen Herausforderungen für alle Beteiligten und weltweite Migration und damit auch Zuwanderung nach Deutschland sind längst nicht abgeschlossen. Einige Beispiele aus unseren Angeboten zeigen auf, wie facettenreich und vielschichtig die Inklusionsaufgabe, also die vollständige und gleichberechtigte Erzielung von Teilhabe aller Bevölkerungsgruppen an gesellschaftlichem Miteinander und sozialen Leistungen ist. Psychosoziale Folgen von freiwilliger Migration oder erzwungener „forced migration“, Entwicklungsstörungen wie Autismus oder selektiver Mutismus und die Probleme richtiger Diagnose bei Kindern aus zugewanderten Familien, Gehörlosigkeit, Sehbehinderung oder körperliche Beeinträchtigung von vulnerablen Personen standen bislang auf der Agenda unserer Seminare und Tagungen.

Nach über 65 Jahren systematischer Zuwanderung nach Deutschland und genau 60 Jahre nach dem Beginn der Anwerbeabkommen mit Drittstaaten wie der Türkei, dem ehemaligen Jugoslawien, Marokko usw. wird es jedoch auch Zeit, auf die Gruppen zu blicken, die nach vielen Jahren der produktiven Arbeit in der Bundesrepublik Deutschland nun ihren verdienten Ruhestand hier verbringen. Glücklicherweise bei guter Gesundheit bis ins hohe Lebensalter hier oder in der alten Heimat selbstbestimmt leben kann.

Allerdings ist dieses Glück nicht allen beschieden. War früher die Rückkehr in das Herkunftsland nach Eintritt in das Rentenalter eine Option für viele Menschen, die noch Verwandte oder einen Wohnsitz im Geburtsland hatten, stellt sich dies seit einigen Jahren zunehmend anders dar: Mehr und mehr ältere oder alte Zugewanderte bleiben in Deutschland. Dies hat viele Gründe: die Verwurzelung in der neuen Heimat auch durch die hier lebenden

Kinder und Enkel, der abgerissene oder nur noch lose Kontakt in das Herkunftsland oder die bessere Alters- und Gesundheitsversorgung hier, auf die diese Menschen nach vielen Jahren meist harter Arbeit einen Anspruch haben.

Die Situation der alten ehemals Zugewanderten ist häufig problematischer als die der autochthonen Vergleichsgruppe, denn ihr Gesundheitszustand ist häufig schlechter oder die Verschlechterung setzt in früheren Jahren ein. Die traditionell gewohnte Betreuung innerhalb der eigenen Familie kann zwar eine Ressource sein, wird aber oftmals aus Gründen von Zeit und Kraft nicht mehr bis an das Lebensende durchgehalten, denn das moderne Arbeitsleben fordert meist von allen Familienmitgliedern aktiven Einsatz. Die Scheu und Scham, dann eine Alten- Pflege- oder gar Hospizeinrichtung für die hilfsbedürftigen Angehörigen zu suchen, sind bei den Familien häufig jedoch groß. Pflege,- Hospiz- und Palliativdienste sind vielfach noch nicht auf diese neue Zielgruppe eingestellt oder aber die Betroffenen kennen diese nicht oder haben Vorurteile. Inklusion im letzten Drittel des Lebens ist also nicht vollständig erreicht. Allmählich erst bilden sich eigene Betreuungsdienste für z.B. muslimische oder jüdische Schwerkranke und Demente bzw. an Alzheimer erkrankte alte Zugewanderte heraus, mit muttersprachlichen, religiösen oder herkunftskulturellen Angeboten. Sie können eine große Entlastung für die Angehörigen sein. Gerade bei Alzheimerpatient*innen sind vertraute Sinnesreize und muttersprachliche Kommunikation auf Grund des Verlustes der Zweitsprache eine große Ressource. Zugleich ist es wichtig, dass professionelles Personal, Gepflegte und Angehörige auf dem gleichen Wissenstand sind und sich über unterschiedliche oder gemeinsame Erwartungen austauschen können. Unsere Dokumentation der Auftaktveranstaltung im Projekt fokus⁴ mit vielen Angeboten zur kultursensiblen Arbeit im Gesundheit- und Sozialbereich informiert über erste Ansätze, Problemlagen und Modelle für eine diversitätsbezogene Arbeit mit dieser oft vergessenen Gruppe und soll Ihnen Anregungen für die eigene Arbeit geben.

Ihr IBB –Projektteam

Impulsreferate

Susanne Bartig, Soziologin

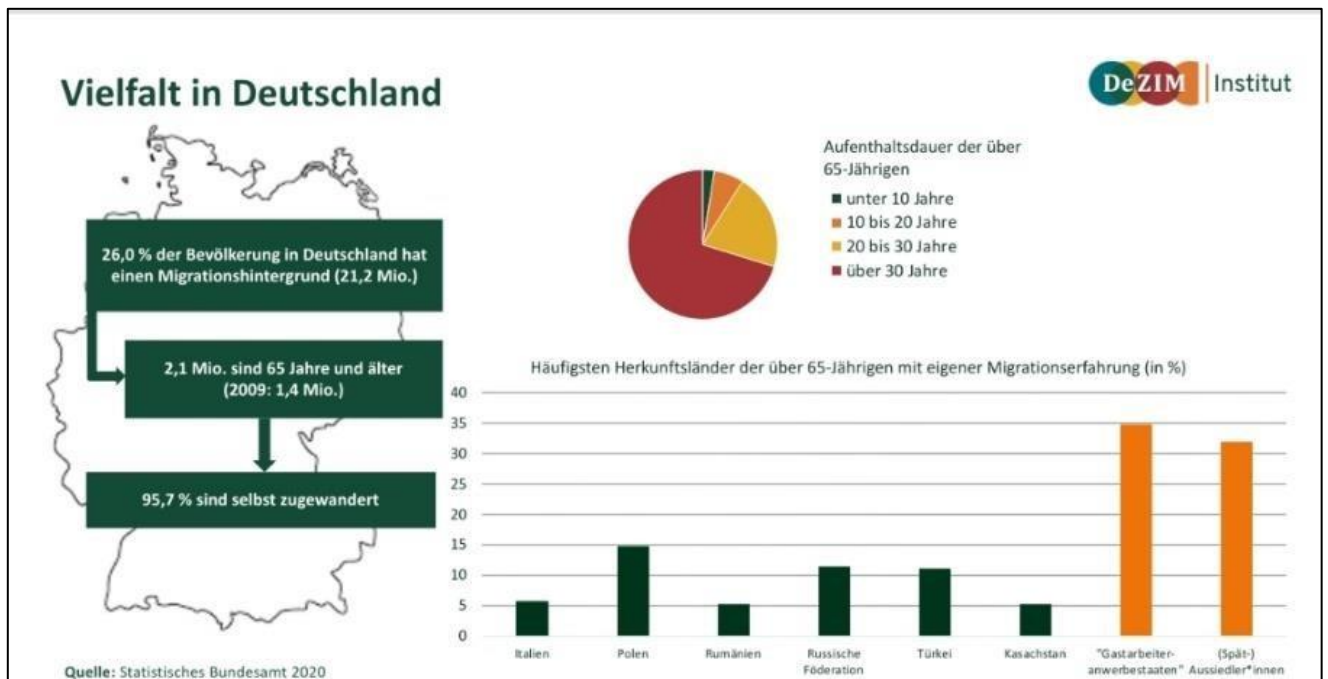
Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM)

Das Deutsche Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM), welches 2017 gegründet wurde, forscht zu Integration und Migration, zu Konsens und Konflikt sowie zu gesellschaftlicher Teilhabe und Rassismus. Das DeZIM stützt sich auf zwei Säulen: das Institut und die Forschungsgemeinschaft. Das Zentrum hat



seinen Sitz in Berlin-Mitte und will die Integrations- und Migrationsforschung in Deutschland stärken und international sichtbar machen. Es arbeitet mit anderen universitären und außeruniversitären Forschungseinrichtungen zusammen. Das DeZIM will in der Politik, der Zivilgesellschaft und in den Medien wirken und dazu beitragen, die Diskurse um die Themen Integration, Migration, Diskriminierung und Rassismus zu versachlichen. Es berät Vertreter*innen von Politik, Öffentlichkeit und Zivilgesellschaft zu diesen Themen.¹

Zur Lebens- und Gesundheitssituation älterer Menschen mit Migrationsgeschichte in Deutschland.



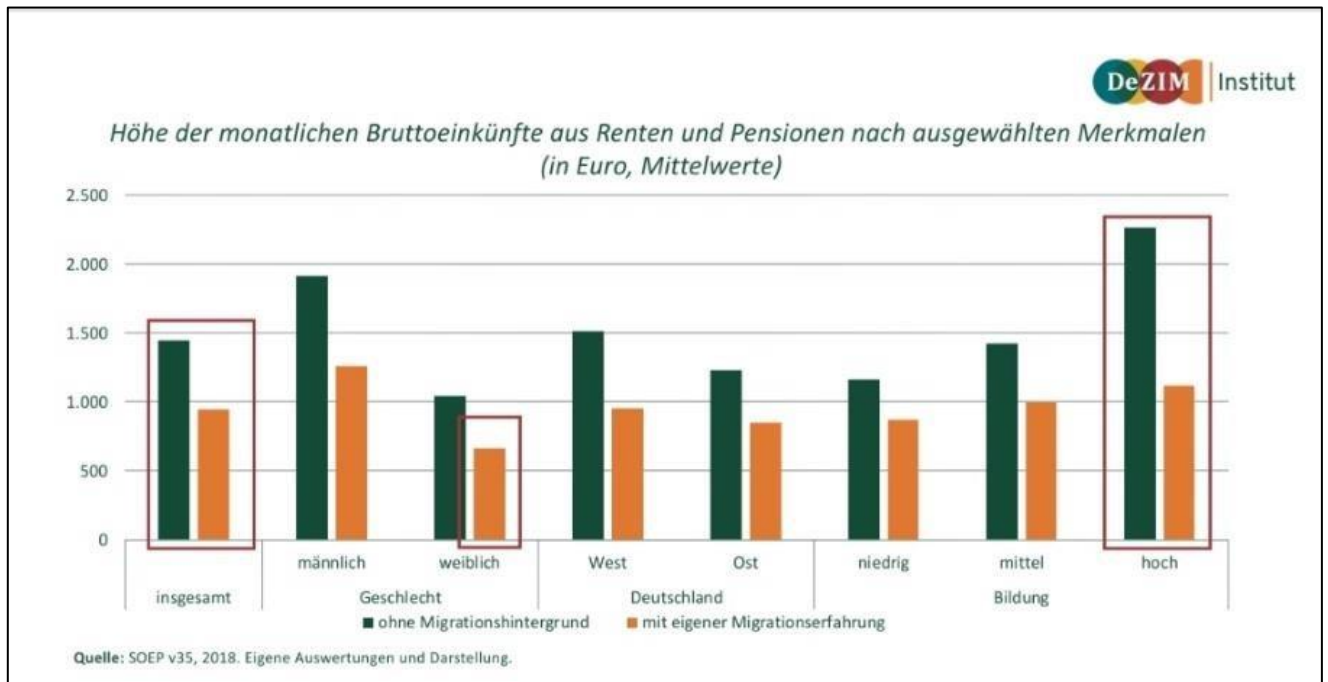
¹ Das DeZIM- Institut: <https://dezim-institut.de/>

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes haben 26 Prozent der in Deutschland lebenden Bevölkerung einen Migrationshintergrund, d.h. entweder die Person selbst oder mindestens ein Elternteil ist nicht mit einer deutschen Staatsangehörigkeit geboren. Derzeit leben insgesamt rund 2,1 Millionen Ältere und Hochbetagte mit Migrationshintergrund in Deutschland, was einem Anteil von rund 12 Prozent in der Bevölkerung ab 65 Jahren entspricht. Von den älteren Menschen mit Migrationshintergrund weisen fast 96 Prozent eine eigene Migrationserfahrung auf, d.h. sie sind selbst nach Deutschland zugewandert. Knapp zwei Drittel (68,9 Prozent) der über 65-Jährigen mit Migrationshintergrund lebt seit über 30 Jahren in Deutschland; sie sind also im Zielland der Migration älter geworden. Mit rund 15 Prozent stellt Polen das häufigste Herkunftsland unter den älteren Menschen mit Migrationshintergrund dar, gefolgt von der Russischen Föderation, der Türkei, Italien und Kasachstan. Im Hinblick auf die migrationsgeschichtlich spezifischen Gruppen bilden die im Zuge der Anwerbeabkommen nach Deutschland zugewanderten Arbeitsmigrant*innen aus den Mittelmeerlandern bzw. Südeuropa die größte Gruppe unter den über 65-Jährigen mit Migrationshintergrund („Gastarbeiteranwerbestaaten“: 35 Prozent). Die zweitgrößte Gruppe sind mit knapp 32 Prozent die (Spät-)Aussiedler*innen.

Im Rahmen des am DeZIM-Institut durchgeführten Projektes zu „Älteren Migrant*innen“ wurde zunächst ein Überblick zum aktuellen Forschungsstand in ausgewählten Lebensbereichen erstellt und mögliche Forschungslücken identifiziert. Dabei zeigte sich unter anderem ein Mangel an aktuellen Studien, insbesondere zur gesundheitlichen Situation und der gesellschaftlichen Partizipation. Zudem ist ein Großteil bisheriger Forschungsarbeiten auf spezifische Regionen und bestimmte Gruppen von älteren Menschen mit Migrationshintergrund begrenzt. Die Vielfalt innerhalb der älteren Bevölkerung mit Migrationshintergrund wird dagegen nur unzureichend berücksichtigt. Allerdings variieren die mit der Migration verbundenen Erfahrungen in den einzelnen Lebensbereichen unter anderem nach dem Geburtsland, der Aufenthaltsdauer, den Motiven der Migration (Arbeit, Familiennachzug, Flucht usw.) oder den deutschen Sprachkenntnissen. Verallgemeinernde Aussagen zur Lebenssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund können demzufolge der Vielfalt innerhalb der Bevölkerungsgruppe nicht gerecht werden. Um diese Forschungslücke zu schließen, wurde auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) die Lebens- und Gesundheitssituation von älteren Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland unter Berücksichtigung der Vielfalt analysiert. Die Auswertungen konzentrieren sich auf Personen mit eigener Migrationserfahrung ab 50 Jahren. Um über eine reine Unterscheidung nach dem (Nicht-)Vorliegen eines Migrationshintergrundes hinauszugehen, wird nach soziodemografischen Merkmalen (Geschlecht, Bildungsniveau usw.), dem regionalem Kontext (Ost- versus Westdeutschland) und nach migrationsbezogenen Merkmalen (Aufenthaltsdauer, Herkunftsgruppe, Sprachkenntnisse) differenziert. Die

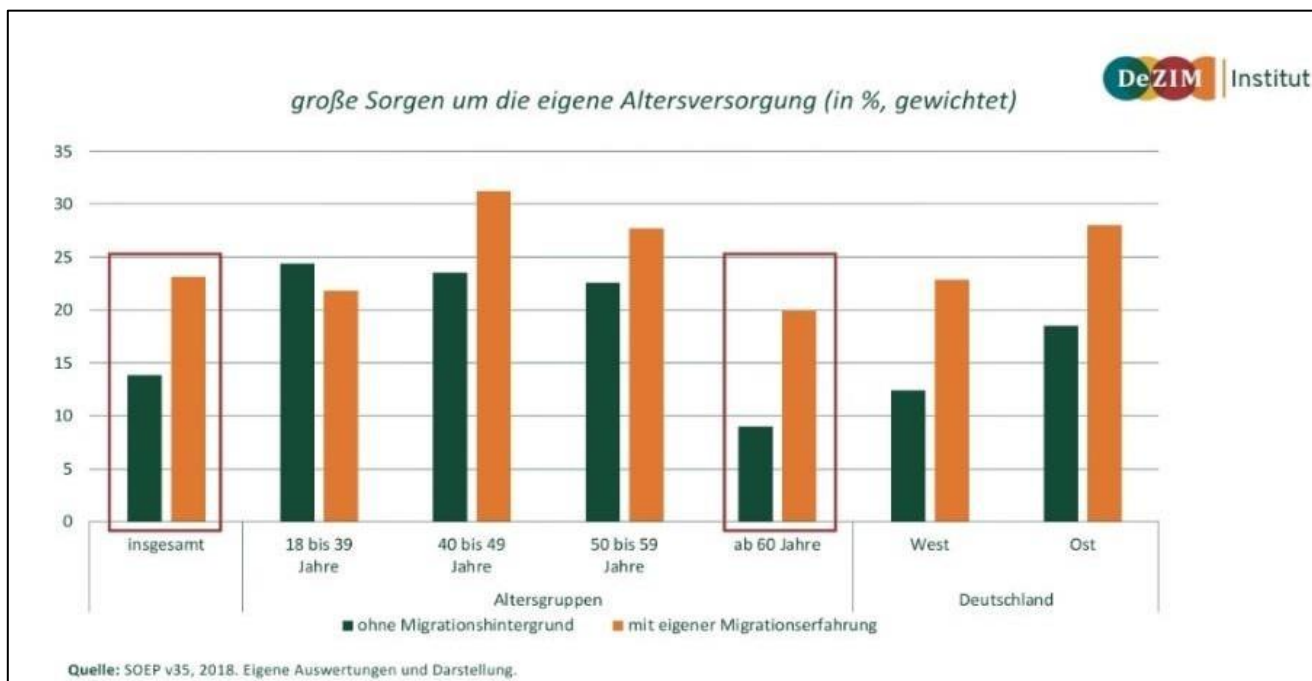
Auswertungen basieren - in Abhängigkeit des Indikators - auf den zuletzt veröffentlichten Erhebungsjahren 2017 und 2018. Nachfolgend werden ausgewählte Ergebnisse dargestellt.

Alterssicherung

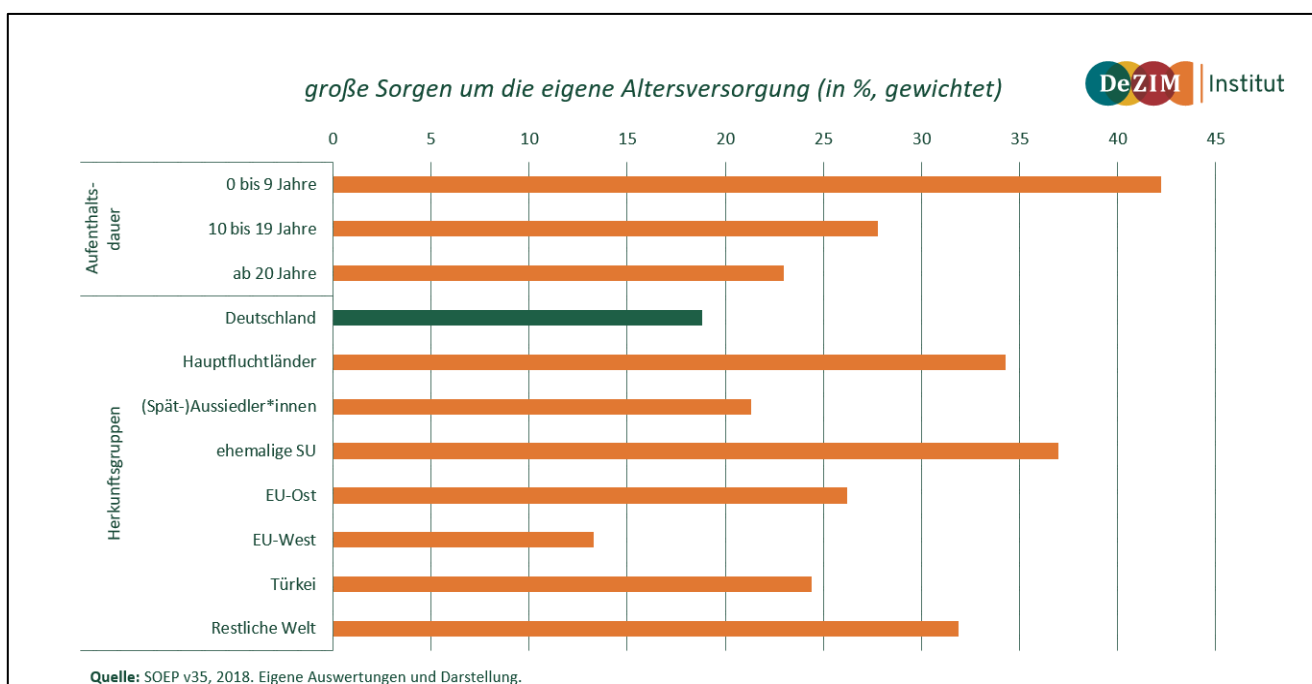


Insgesamt zeigt sich, dass Berentete mit Migrationserfahrung geringere Renteneinkünfte beziehen als Menschen ohne Migrationshintergrund. Unabhängig vom (Nicht-)Vorliegen einer Migrationserfahrung verfügen Frauen und Personen in Ostdeutschland über geringere monatliche Bruttoeinkünfte aus Renten und Pensionen.

Bei einer nach Herkunftsgruppen differenzierten Betrachtung der „Höhe der monatlichen Bruttoeinkünfte aus Renten und Pensionen“ zeigen sich deutliche Variationen (nicht abgebildet): Personen aus Westeuropa weisen gegenüber den anderen betrachteten Herkunftsgruppen deutlich höhere Renten auf, gefolgt von den (Spät-)Aussiedler*innen. Bei (Spät-)Aussiedler*innen können im Ausland erworbene Beschäftigungszeiten durch das Fremdrentengesetz anerkannt werden, wodurch migrationsbedingte kürzere Erwerbskarrieren in Deutschland kompensiert werden sollen.



Vor dem Hintergrund der migrationsspezifischen Unterschiede in den Renteneinkünften ist es nicht überraschend, dass sich ältere Menschen mit Migrationserfahrung eher um ihre Alterssicherung sorgen als über 50-Jährige ohne Migrationshintergrund. Deutliche Unterschiede in der subjektiven Bewertung der Altersversorgung zeigen sich in der Bevölkerung ab 60 Jahren in Abhängigkeit des (Nicht-)Vorhandenseins einer Migrationserfahrung zum Nachteil der älteren Menschen mit Migrationserfahrung.



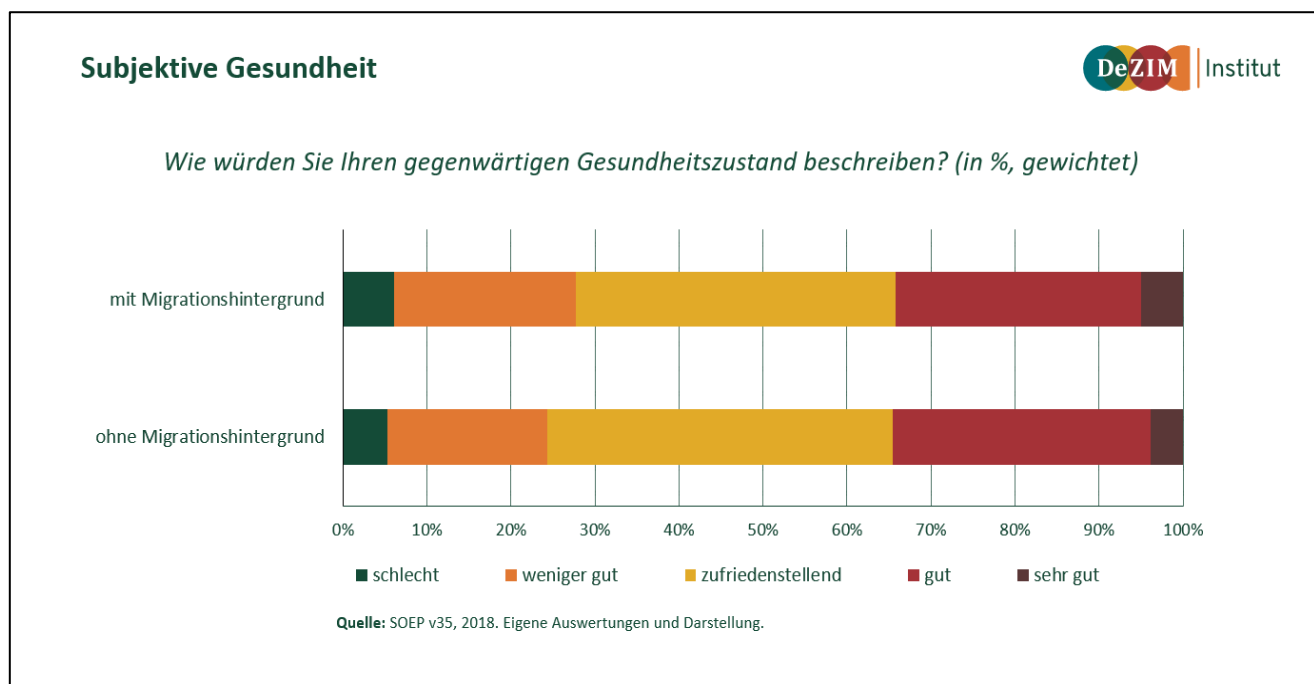
Die Aufenthaltsdauer übt einen wesentlichen Einfluss auf die subjektive Einschätzung der Altersversorgung aus. So weisen insbesondere über 50-Jährige mit einer - vergleichswisen -

kurzen Aufenthaltsdauer von bis zu 9 Jahren einen deutlich höheren Anteil an Personen auf, die sich um ihre Alterssicherung sorgen. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer wird die eigene Altersversorgung positiver bewertet. Darüber hinaus deuten die Auswertungen auf herkunftsspezifische Unterschiede hin: Insbesondere unter den über 50-Jährigen aus der ehemaligen Sowjetunion und den Hauptfluchtländern ist die Sorge um die eigene Alterssicherung stärker ausgeprägt als unter Gleichaltrigen aus der Türkei oder den sogenannten (Spät-)Aussiedler*innen.

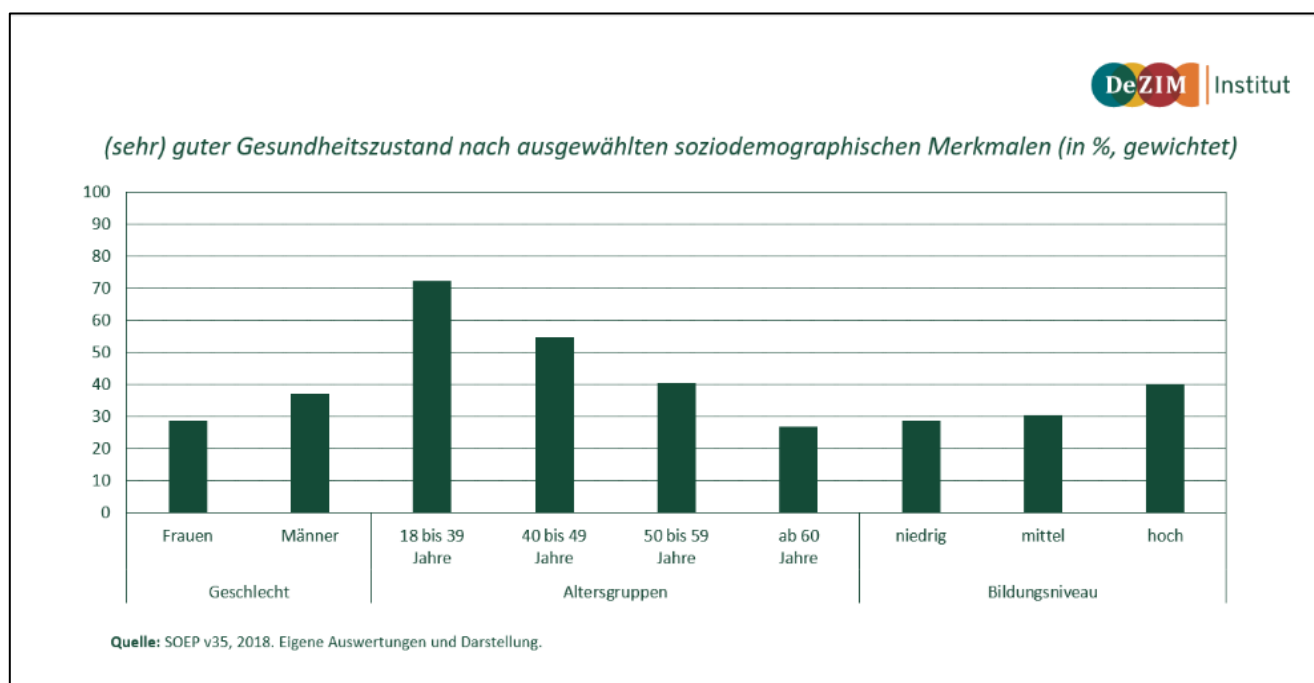
Spezifische Erwerbsbiografien

Eine erfolgreiche Arbeitsmarktintegration über den Lebenslauf hinweg stellt eine wesentliche Voraussetzung für die Sicherung des Lebensunterhaltes im Alter dar. Allerdings weisen ältere Menschen mit Migrationserfahrung, insbesondere die im Zuge der Anwerbeabkommen nach Deutschland zugewanderten Arbeitsmigrant*innen spezifische Erwerbsbiografien auf. Migration im mittleren oder höheren Lebensalter geht mit einem späteren Eintritt auf dem deutschen Arbeitsmarkt einher, wodurch weniger Erwerbsjahre erreicht und demnach weniger Anrechnungszeiten für Rentenansprüche erlangt werden können. Daneben waren Ältere mit Migrationserfahrung häufiger im Niedriglohnsektor beschäftigt und ihre Erwerbsverläufe häufiger von Phasen der Arbeitslosigkeit unterbrochen, was unter anderem auf ein niedrigeres Bildungs- und Qualifikationsniveau zurückgeführt wird. Aber auch fehlende Weiterbildungsmöglichkeiten, unzureichende Deutschkenntnisse und Diskriminierungserfahrungen bei der Arbeitssuche erschwerten den (Wieder-)Einstieg in den Arbeitsmarkt. Zudem ist die jahrelange Beschäftigung unter gesundheitsbelastenden Arbeitsbedingungen ursächlich für eine hohe Frühverrentungsquote, insbesondere unter ehemaligen Arbeitsmigrant*innen. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass geringere Rentenansprüche aufgrund diskontinuierlicher, prekärer und migrationsbedingt kürzerer Erwerbsbiografien zu einer schlechteren sozialen Absicherung im Alter führen. Allerdings besteht zwischen der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit – unabhängig vom Vorliegen einer Migrationserfahrung – ein Zusammenhang.

Gesundheitliche Situation und subjektives Wohlbefinden



Hinsichtlich des selbst eingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustandes (subjektive Gesundheit) bestehen zwischen der über 50-jährigen Bevölkerung mit und ohne Migrationserfahrung nur geringfügige Unterschiede. Die hohe Bedeutung der differenzierten Betrachtung innerhalb der Bevölkerung mit Migrationserfahrung wird jedoch auch hier deutlich.



So variiert der gegenwärtige Gesundheitszustand unter anderem nach dem Geschlecht: Frauen mit Migrationserfahrung schätzen ihre Gesundheit seltener als (sehr) gut ein als Männer mit Migrationserfahrung. Zudem zeigt sich ein deutlicher Alterseffekt: Mit

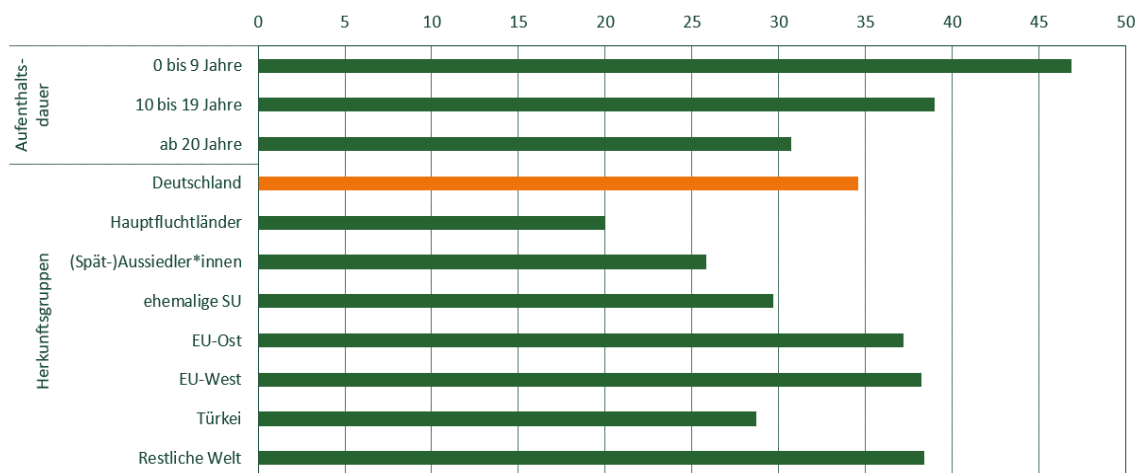
zunehmendem Alter sinkt der Anteil derer, die ihre Gesundheit als gut oder sehr gut bewerten. Dies ist unter anderem auf die Zunahme chronischer Erkrankungen und funktionaler Einschränkungen im Alter zurückzuführen. Allerdings ist dieser Alterseffekt in der Bevölkerung mit Migrationserfahrung stärker ausgeprägt als in der Bevölkerung ohne Migrationserfahrung. Neben den soziodemografischen Unterschieden variiert die subjektive Gesundheit nach den migrationsbezogenen Merkmalen. So sinkt mit zunehmender Aufenthaltsdauer der Anteil älterer Menschen mit Migrationserfahrung mit (sehr) gutem Gesundheitszustand. Die Ergebnisse stehen im Einklang mit dem „Healthy Migrant Effect“, wonach vor allem junge und gesunde Menschen migrieren. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer steigt jedoch das Risiko von Erkrankungen, die unter anderem aus der Ausübung gesundheitsgefährdender beruflicher Tätigkeiten, der sozioökonomischen Benachteiligung und der geringeren Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems resultieren können. Darüber hinaus zeigen sich herkunftsspezifische Unterschiede in der Einschätzung des gegenwärtigen Gesundheitszustandes: Selbst zugewanderte Personen aus den Hauptfluchtländern, die (Spät-)Aussiedler*innen, Personen aus der Türkei sowie der ehemaligen Sowjetunion bewerten ihre Gesundheit seltener als gut oder sehr gut.

Weitere Ergebnisse

Weitere Auswertungen mit dem SOEP deuten zudem darauf hin, dass sich ältere Menschen mit Migrationserfahrung häufiger einsam fühlen als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund, insbesondere über 60-Jährige mit Migrationserfahrung und selbst zugewanderte Ältere aus der Türkei.

Die allgemeine Lebenszufriedenheit liegt sowohl in der über 50-jährigen Bevölkerung ohne Migrationserfahrung als auch in der gleichaltrigen Bevölkerung mit Migrationserfahrung auf einem recht hohen Niveau. Allerdings zeigen sich auch hier wieder deutliche herkunftsspezifische Unterschiede: Ältere Menschen aus der Türkei und den Hauptfluchtländern bewerten ihre allgemeine Lebenszufriedenheit im Durchschnitt deutlich niedriger als die anderen Herkunftsgruppen.

(sehr) guter Gesundheitszustand nach ausgewählten migrationsbezogenen Merkmalen (in %, gewichtet)



Quelle: SOEP v35, 2018. Eigene Auswertungen und Darstellung.

Diskriminierungserfahrungen

Rund 30 Prozent der älteren Menschen mit Migrationserfahrung haben in den letzten beiden Jahren in Deutschland die Erfahrung gemacht, „selten“ oder „häufig“ aufgrund ihrer Herkunft benachteiligt worden zu sein. Insbesondere ältere Migrant*innen mit geringen deutschen Sprachkenntnissen und aus Herkunftsregionen, die scheinbar äußerlich auf einen Migrationshintergrund schließen lassen (Hauptfluchtländer, Türkei), berichten tendenziell häufiger von erfahrener Diskriminierung.

Fazit

Aufgrund der spezifischen Erfahrungen, die mit dem Migrations- und Integrationsprozess einhergehen können, unterscheidet sich die Lebenssituation von älteren Menschen mit und ohne Migrationserfahrung. Verallgemeinernde Aussagen zur Lebenssituation älterer Menschen mit Migrationserfahrung können der Vielfalt innerhalb der Bevölkerungsgruppe jedoch nicht gerecht werden. So variiert die Teilhabe in den verschiedenen Lebensbereichen sowohl nach soziodemografischen als auch nach migrationsbezogenen Merkmalen, wobei sich insbesondere herkunftsspezifische Unterschiede in den ausgewählten Indikatoren zeigen. Insgesamt deuten die Auswertungen auf sozioökonomische Benachteiligungen von älteren Menschen mit Migrationserfahrung hin, nicht jedoch auf gesundheitliche Ungleichheiten im Allgemeinen. Außerdem weisen ältere Menschen mit Migrationserfahrung spezifische Ressourcen auf, wie das hohe Maß an intergenerationaler Unterstützung.

Eine wesentliche Herausforderung bei der Beschreibung der Lebenssituation von älteren Menschen mit Migrationserfahrung stellt die nach wie vor unzureichende Datenverfügbarkeit

dar. So liegen nur wenige Datenquellen vor, die differenzierte Aussagen nach relevanten Merkmalen (Geburtsland, Aufenthaltsdauer usw.) in einzelnen Lebensbereichen erlauben. Es mangelt insbesondere an verlässlichen Daten:

- zu Diskriminierungserfahrungen in den einzelnen Lebensbereichen,
- zum Ausmaß und Einfluss einer transnationalen Lebensführung auf die verschiedenen Lebensbereiche,
- zum Gesundheitszustand, zur Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems und zur Qualität der Versorgung sowie zur Pflegebedürftigkeit und Versorgungssituation von Pflegebedürftigen mit Migrationserfahrung.

Des Weiteren besteht Bedarf nach Längsschnittstudien, die die verschiedenen Lebensphasen und Lebenswelten zueinander in Beziehung setzen, um die komplexen Bedingungsfaktoren für die Lebenssituation im Alter analysieren zu können.

**Musa Deli, Leiter des Gesundheitszentrums für Migrant*innen
Der Paritätische PariSozial, Köln**

Die Paritätische PariSozial Köln ist ein Sozialdienst, der ein multiprofessionelles Team mit sozialpädagogischer, sozialwissenschaftlicher, psychologischer und medizinischer Ausbildung beschäftigt. Die Mitarbeiter*innen verfügen über eine langjährige Erfahrung in der Arbeit mit und für Migrant*innen. Fortbildungen und Fallsupervisionen sind selbstverständliche Standards ihrer Arbeit.



„Vergessen in der zweiten Heimat“

„Darüber hinaus könnte man der ersten Generation, die ihr ganzes Leben hart für die deutsche Wirtschaft gearbeitet hat, den Lebensabend in Deutschland deutlich erleichtern und überdies auch Wertschätzung entgegenbringen, wenn es mehr kultursensible Angebote gäbe. Wünschenswert wäre es, diese Menschen aus ihrer Bringschuld – zum Beispiel das bessere Erlernen der deutschen Sprache – zu entlassen und dafür muttersprachliche Beratung anzubieten, da ältere Menschen die zweiterlernte Sprache im Alter oder etwa bedingt durch eine demenzielle Entwicklung wieder verlernen.“ Musa Deli

Die Bundesrepublik steht vor einer neuen Herausforderung, denn die ab dem Jahr 1961 nach Deutschland gekommenen „Gastarbeiter*innen“ sind nun in dem Alter, in dem sie zum Beispiel an Demenz erkranken und pflegebedürftig werden können. Menschen mit Migrationshintergrund erkranken häufiger an Demenz und werden früher pflegebedürftig als Menschen ohne Migrationshintergrund. Gründe hierfür sind neben der erhöhten emotionalen Belastung aufgrund der Migrationserfahrung die Lebens- und Wohnsituation sowie die Arbeitsbedingungen.

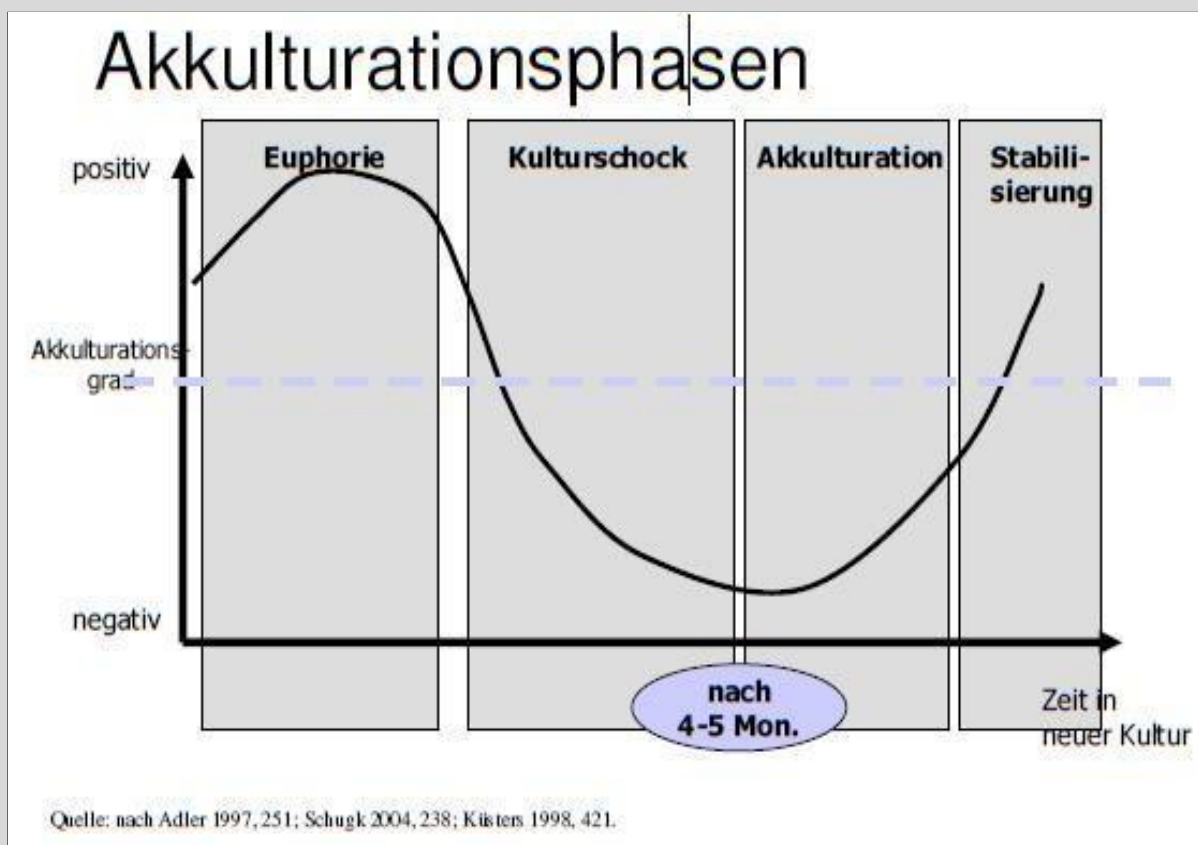
Migrationserfahrungen

Migration bringt unsichere Rahmenbedingungen mit sich. Das Verlassen des vertrauten und bekannten Umfeldes belastet Menschen sehr. Die türkischen und kurdischen „Gastarbeiter*innen“ haben ihre Familienmitglieder zurückgelassen. Sie mussten sich einer Eingangsuntersuchung unterziehen, bei der beispielweise nach Läusen gesucht wurde. Diese Art der Untersuchung haben viele als erniedrigend empfunden. Dazu kamen Verständigungsschwierigkeiten in der Fremde und das Misstrauen vonseiten der Aufnahmegesellschaft gegenüber den neuen Arbeiter*innen. Diese Faktoren sind Quellen für ein erhöhtes Stresserleben.

Einschub IBB e.V.: Zunächst bedeutet die Eigenschaft „Migrierte(r) eine Ressource:

Oftmals wählen gesundheitlich starke, belastbare Menschen den Weg der Zuwanderung (*healthy migrant effect*).

Dieser Effekt („Mortalitätsvorteil“) ist häufig nur temporär, es erfolgt ein Rückgang des Effektes bei zunehmender Aufenthaltsdauer und anhaltender sozioökonomischer Benachteiligung.² Dieser Prozess zieht sich über etliche Jahre und kann dazu führen, dass der persönlich erlebte Stressfaktor steigt und das individuelle Wohlbefinden entsprechend sinkt. Die Migration verläuft dabei in Phasen kultureller Anpassung mit mehr oder weniger stabiler psychischer Situation



Lebens- und Wohnsituationen

Die erste Generation lebte in Wohnheimen mit Sammelduschen. Da sie die Zimmer mit anderen teilen mussten, hatten sie keine Privatsphäre. Auch wenn sich später die Wohnsituation änderte, lebten sie bis in die 80er Jahre in sehr kleinen und schlechten Räumlichkeiten, wie zum Beispiel im Keller mit Kohleofen und ohne fließendes warmes Wasser. Man konnte sehen, dass die deutschen Familien den türkischen Familien eine Generation voraus waren. Auch Herrn Delis eigene Erfahrungen zeigen, wie dramatisch die

² Siehe: Die Kulturschock-Kurve. <https://kulturfondue.wordpress.com/2010/07/09/die-kulturschock-kurve/>

Situation der Familien war: „Ich bin auch so groß geworden, wir mussten uns eine Toilette teilen, aber auch Sammelduschen im Keller mit vier Familien zusammen.“

Arbeitsbedingungen

Beim frühen Alterungsprozess der ersten Generation spielt die harte körperliche Arbeit eine elementare Rolle. Beispiele hierfür sind das Arbeiten in vier oder fünf Schichten, das Arbeiten an Wochenenden, viele Überstunden, Akkord- und Fließbandarbeiten oder das Arbeiten mit gefährlichen Stoffen. Heute gibt es viele Menschen, die aufgrund der Arbeit in Pharmaunternehmen an chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) und weiteren chronischen Erkrankungen leiden. Die Arbeiter*innen haben ihren Urlaub so geplant, dass sie einmal im Jahr für sechs Wochen in einem kleinen Bus in die Heimat zu ihren Familien fahren konnten. Das bedeutet elf Monate harte Arbeit ohne jegliche Erholung. Man kann beobachten, dass die erste Generation auch heute noch sehr ängstlich ist. Der Grund hierfür ist, dass man ihnen schon in der Heimat gesagt hat, sie sollen sich benehmen, denn sie würden das eigene Land in Deutschland repräsentieren. Außerdem wussten sie, dass Deutsche viel Wert auf Pünktlichkeit und Ordnung legen, daher wollten sie nicht negativ auffallen, was zu einer generellen ängstlichen Haltung führte. Es gibt Menschen, die diesen Druck 30 Jahre lang aushielten und sich, auch wenn sie krank waren, nicht krankschreiben ließen, weil sie Angst hatten ihren Arbeitsplatz zu verlieren.

Migrationsauswirkungen

Die komplexen sozialen und familiären Veränderungen, die eine Migration mit sich bringt, verursachen vielfach psychosoziale Belastungen und sozioökonomische Benachteiligungen im Immigrationsland. Die Menschen lebten anfangs oft isoliert und unter schlechten Wohnbedingungen, sie übten gesundheitsgefährdende Tätigkeiten aus, und die Sprachprobleme führten und führen noch zu Kommunikationsschwierigkeiten in allen Lebenssituationen. Außerdem haben die meisten der ersten und der zweiten Zuwanderergeneration keinen oder nur einen Grundschulabschluss, sodass sie im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ein geringeres Einkommen haben. Diese nachhaltigen Migrationsauswirkungen führen zu schnellerem Altern und Krankheiten. Es wird angenommen, dass der Alterungsprozess und die Pflegebedürftigkeit bei „Gastarbeiter*innen“ der ersten Generation zwischen fünf und zehn Jahre früher einsetzen als bei Älteren ohne Migrationshintergrund. Die Verletzbarkeit durch die Migrationserfahrungen erhöht das Risiko an Depressionen oder Angststörungen zu leiden. Der dauerhafte Stresszustand kann Demenz fördern.

Die „Gastarbeitergeneration“ ist einer Vielzahl von direkten und indirekten Belastungsfaktoren ausgesetzt:

Direkte Belastungsfaktoren	Indirekte Belastungsfaktoren
Frühinvalidität	Emotionale Belastung aufgrund der Migrationserfahrung
Gehäuft auftretende Berufskrankheiten	Gelebte Lebens- und Arbeitsbedingungen
Arbeitsunfälle	Generationenkonflikt
Allgemeine gesundheitliche Beeinträchtigungen	Kommunikationsbarrieren durch mangelnde Sprachkenntnisse
Psychosomatische Krankheiten	Zugangsschwierigkeiten zur medizinischen Versorgung
	Erlebte Ausgrenzung

Die zentrale Frage ist, warum die erste Generation keinen Zugang zum Gesundheitssystem hatte. Dies liegt an einigen Barrieren.

Sprachliche Barrieren

Die Kinder vieler „Gastarbeiter*innen“ waren ihre Dolmetscher*innen. Hierbei ist die Schwierigkeit, dass die emotionale Distanz fehlt und viele Informationen verloren gehen, da die Kinder nicht über ausreichende Sprachkenntnisse verfügen. Aufgrund von Sprachschwierigkeiten kann keine eindeutige Anamnese gemacht werden. Ein weiterer Grund ist, dass in der Türkei eine schlechte Diagnose eher verschwiegen wird.

Kulturelle Barrieren

Das Schamgefühl, die Geschlechterrollen, die Ursachen für Erkrankungen, die Schmerzgrenzen sowie die Erwartung eines bestimmten Behandlungsansatzes sind kulturell determiniert und unterscheiden sich oft deutlich von den Begrifflichkeiten und Einschätzungen von Personen des deutschen Gesundheitssystems. Kulturelle und religiöse Aspekte spielen für türkischstämmige Menschen eine sehr große Rolle in Bezug auf Pflege und Krankheiten. Die Erkrankung kann als eine Prüfung verstanden werden, die Allah den Menschen auferlegt, um ihren Glauben, ihre Frömmigkeit und Treue auf die Probe zu stellen. Außerdem kann eine Krankheit manchmal im traditionellen Volksglauben als verdiente Strafe für die Sünden eines Menschen gesehen werden. Einer Krankheit wird daher vielfach ein religiös geprägter Sinn zugeschrieben.

Institutionelle Barrieren

Da es im Gesundheits- und Pflegesystem wenig zielgruppenspezifischen Angebote in der Muttersprache gibt, können diese von älteren Menschen mit Migrationshintergrund nicht wahrgenommen werden. Darüber hinaus fehlen klare Konzepte für die Versorgung von

Menschen mit Migrationshintergrund. Als Beispiel können Wohnheime genannt werden, die eine zielgruppenorientierte und vertraute Küche, Gebetsräume und Waschräume für islamische Gebete haben und in denen islamische Feiertage begangen werden. Außerdem haben viele Migrant*innen immer noch Angst vor einer Bringschuld, die sie überfordert, wenn sie ein Angebot wahrnehmen. Bei den Pflegekräften fehlt oftmals die interkulturelle Kompetenz und bei den Gesundheitssystemen die interkulturelle Öffnung. In Einrichtungen des öffentlichen Dienstes ist die Beschilderung für Analphabet*innen oder Menschen mit geringen Deutschkenntnissen nicht geeignet.

Persönliche Barrieren

Die schon existierenden Probleme der eingeschränkten Sprachkenntnisse werden mit dem Alter verstärkt, weil die Menschen oftmals auf der Arbeit die deutsche, inhaltlich auf die Arbeitsumgebung beschränkte Sprache gesprochen haben, außerhalb des Erwerbslebens und verstärkt durch das Einsetzen von Demenz geht häufig die erlernte zweite Sprache verloren. Da die „Gastarbeiter*innen“ von Anfang an keine Schwäche zeigen durften, sind viele Gesundheitsthemen schambesetzt und werden daher nicht benannt. Zudem steht eine religiös und kulturell begründete Schicksalsergebenheit einer Behandlung oder Veränderung der gesundheitlichen Situation eher im Weg.

Die Versorgungssituation der Migrant*innen in Deutschland ist gekennzeichnet durch ein geringes Wissen über die Krankheitssymptomatik. Demenz ist für sie fast ein Fremdwort. Auch in Hinblick auf Behandlungsmöglichkeiten sowie Unterstützungs- und Entlastungsangebote ist nur ein geringes Wissen vorhanden. Die wenigsten Migrant*innen wissen, was ein ambulanter Pflegedienst ist. Die Betroffenen sind erstaunt über die Möglichkeiten, wenn sie in der Beratung aufgezeigt werden. Ein sehr wesentliches Problem ist, dass die Angehörigen der Pflegebedürftigen bei der Einstufung der Pflegebedürftigkeit aus Gastfreundlichkeit, keine Schwäche zeigen und nicht negativ auffallen wollen, sodass die Pflegebedürftigen in eine nicht wahrheitsgemäße Pflegestufe eingestuft werden. Die Desinformation im Bereich der Pflege führt dazu, dass viele befürchten, dass ihre älteren Angehörigen schon allein durch eine Beratung – ähnlich wie bei einem Entzug des Sorgerechts und der Heimeinweisung durch Jugendämter – in Heime überwiesen werden könnten. Viele Angehörige lehnen die Pflegeleistungen ab, weil sie Angst davor haben, dass das Amt die Eltern in einem Wohnheim unterbringt. Es dauert sehr lange, bis die Angehörigen und auch die Betroffenen eine Beratung akzeptieren. Nur bei Zuspitzung der Situation und aufgrund des Rechtfertigungsdrucks nach außen ist man bereit, Hilfen in Anspruch zu nehmen.

Auch das Wertesystem belastet die Betroffenen, denn Familie und Religion haben einen sehr hohen Stellenwert. Eine Aussage des Propheten Mohammeds lautete: „Erst kümmern sich die Eltern um die Kinder, dann kümmern sich die Kinder um die Eltern.“ In der türkischen

Gesellschaft wird die Pflege von Angehörigen überwiegend von der Familie übernommen. Türkische Medien vermitteln indirekt die Botschaft, dass man seine Eltern zu Hause pflegen muss. Darüber hinaus gibt es immer wieder Aussagen wie „Nicht, dass die mich in der Pflegeeinrichtung töten, mit dem Kopfkissen“. Das Ansehen von Pflegeeinrichtungen ist in der türkischen Community oftmals sehr schlecht.

Ein weiterer Aspekt ist die finanzielle Hürde. Die „Gastarbeiter*innen“ waren häufig im Niedriglohnssektor beschäftigt und haben 10 bis 20 Jahre weniger in die Rentenkasse eingezahlt, da sie zum Zeitpunkt der Einreise zwischen 31 und 40 Jahren alt waren. Deswegen bekommen sie eine niedrige Rente. Der größte Teil der gestellten Pflegeanträge von Türk*innen bezieht sich vornehmlich auf Geldleistungen. Viele Familien sind aufgrund der niedrigen Rente auf das Pflegegeld angewiesen. Außerdem wird Demenz in der Türkei anders wahrgenommen als in Deutschland. Viele Migrant*innen haben Angst davor dement zu werden, denn Demenz wird in der Türkei vom Ministerium als mentale und emotionale Behinderung beschrieben. Zu dieser Kategorie gehören u.a. geistige Behinderung, Schizophrenie, Aufmerksamkeitsdefizit, Hyperaktivität, Autismus und Drogensucht.³ Das Ministerium formuliert die Demenz als Verblödung oder psychische Störung.⁴ Die Krankheit sollte enttabuisiert werden, um weniger stigmatisierend zu wirken. Demenz wird als Folge des Alterns betrachtet, die Angehörigen sind mit vielen Vorurteilen konfrontiert. Da viele in Deutschland lebenden Türk*innen ihre Informationen aus den türkischen Medien beziehen und es in Deutschland wenig bis keine muttersprachliche Beratung bzw. Information gibt, sind diese Menschen falsch und schlecht informiert.

*Was brauchen Migrant*innen in der Pflege?*

- Entwicklung kulturneutraler Diagnosemethoden: Der Einsatz solcher Diagnoseverfahren ist oftmals sprachlastig (Selbst- und Fremdanamnese) oder bildungsabhängig.
- Die Anamnese sollte in der Muttersprache oder mit qualifizierten Übersetzer*innen erstellt werden. Auch sollten bei der Anamnese die Herkunftsgeschichte, die soziale und ökonomische Situation sowie die Integrationsgeschichte berücksichtigt werden.
- Anlaufstelle für gesundheitliche Aufklärung: Insbesondere an Orten, wo viele Menschen mit Migrationshintergrund leben, sollte es niedrigschwellige Beratungsangebote, z.B. in Zusammenarbeit mit Moschee- und Kulturvereinen geben. Außerdem sollten Informationen in Form von Vorträgen und Infoveranstaltungen in der Muttersprache vermittelt werden.

³ Dibelius, Olivia (2015). Lebenswelten von Menschen mit Migrationserfahrung und Demenz. S. 37.

⁴ Ebd. S.45.

- Aufklärungsflyer über das Recht auf kostenfreie Pflegeberatung verbunden mit der Warnung vor kostenpflichtigen Beratungsangeboten könnten verteilt und/oder in den Institutionen ausgelegt werden, insbesondere in Arztpraxen.
- Vertrauen sollte geschaffen werden und Ängste sollten genommen werden bezüglich Beratung und Behörden.
- Interkulturelle Teams und Qualifizierung von Fach- und Pflegekräften, Muttersprachliche Beratung und Information sind nötig.
- Aktivierung von Selbsthilfe und zielgruppenspezifische Gestaltung der offenen Altenarbeit sollten initiiert werden.
- Wohngruppen und Heime mit kultursensibler Pflege sind sinnvoll.
- Gesprächskreise, betreute Spaziergänge oder andere Freizeitangebote sollten in die Arbeit eingebaut werden.

Handlungsempfehlung

Das Pflegepersonal sollte bezüglich der interkulturellen Öffnung und des Umgangs mit Menschen mit Migrationshintergrund beraten und geschult werden. Themen wie religiöse Rituale, Lebensgewohnheiten, das Krankheitsverständnis von Klient*innen mit Migrationshintergrund, die Kommunikationsfähigkeit sowie bestimmte Umgangsformen sollten in Schulungen vermittelt werden.

Integrationsbeauftragte, die unter anderem für Fragen zur kultursensiblen Pflege und interkulturellen Öffnung der Einrichtung zuständig sind, dürfen in Einrichtungen nicht fehlen. Einrichtungen mit interkulturell orientierten Arbeitskonzepten sind in diesem Zusammenhang von Vorteil. Außerdem ist die Einbindung von muttersprachlichen Mitarbeitenden, die interkulturell fortgebildet sind, erfolgversprechend.

Des Weiteren sollten Einrichtungen auch die Umsetzung des Wohn- und Teilhabegesetzes (WTG) im Hinblick auf die Rechte der Bewohner*Innen überprüfen. Nach diesem Gesetz soll es ihnen ermöglicht werden „ihrer Kultur und Weltanschauung entsprechend [zu] leben und ihre Religion aus[z]üben“.

Die Sprachbarriere sollte durch fachlich kompetente Dolmetscher*innen und Sprachmittler*innen überwunden werden.

Fragen der Teilnehmenden und Antworten der Expert*innen

Wo kann man das Testverfahren Trakula/EASY zur Demenzdiagnostik bei türkeistämmigen Patient*innen kaufen ?

Altınışık: Die Screeningverfahren kann man nicht über die Testzentrale bestellen. Vielleicht macht es Sinn, Prof. Kessler direkt anzuschreiben und danach zu fragen: <https://neurologie.uk-koeln.de/forschung/agneuropsychologie/>

Gibt es im Kölner Raum Einrichtungen, die Probewohnen zum Beispiel für die Kurzzeitpflege anbieten?

Deli: In Köln sind mir zwei bekannt, die Einrichtung in Köln-Mülheim und AWO-Ehrenfeld. Die Wartelisten sind jedoch sehr lang, so dass es schwierig ist, einen Platz zu bekommen.

Können in die Einrichtungen auch Ehepaare einziehen oder nur die erkrankte Person?

Deli: Die Familie spielt eine große Rolle. Nach meiner Kenntnis ermöglicht die Einrichtung auch Ehezimmer.

Gibt es ähnlich wie die Demenzsprechstunden in Kliniken auch eine Liste für muttersprachliche Demenzsprechstunden bzw. einen muttersprachlichen Facharzt?

Altınışık: Nicht, dass ich wüsste. Es lohnt sich aber anzurufen und zu fragen, ob es einen Diagnostiker gibt, der die Diagnostik in der jeweiligen Sprache durchführen kann oder ob man Dolmetscher hinzuziehen kann. Viele Kliniken haben Dolmetscher.

Deli: In Köln ist mir auch keine bekannt. Hier gibt es viele SBZ-, FOR-, LWL- und LVR-Kliniken/Einrichtungen, die einen Sprach- und Integrationsermittlerdienst einsetzen. Doch speziell für Demenz ist mir keine bekannt.

Workshops

Michael Härteis, Leiter der Stabstelle Vielfalt

Münchenstift GmbH

Die Münchenstift GmbH wurde 1995 gegründet. Sie ist eine gemeinnützige Gesellschaft und hundertprozentige Tochtergesellschaft der bayerischen Landeshauptstadt München. Mit rund 1.900 Mitarbeiter*innen und rund 3.000 Bewohner*innen in 13 Häusern gehört sie zu den größten Dienstleistungsunternehmen



für Senioren in München. Die Häuser sind verteilt über die ganze Stadt und bieten älteren Menschen die Sicherheit, Gemeinschaft und Unterstützung, die sie sich wünschen oder benötigen. Kennzeichnend für das Angebot der Münchenstift GmbH ist eine breite Palette bedarfsorientierter Wohn- und Pflegeformen.⁵

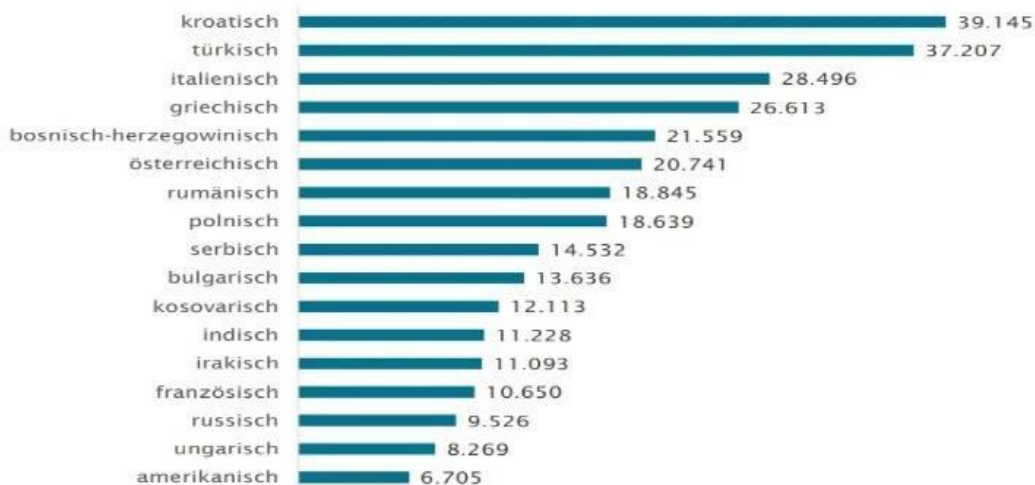
Kultursensible Öffnungsprozesse bei der Münchenstift GmbH

Rahmenbedingungen in München

Die Daten aus dem „Städtevergleich: Anteil von Ausländer*innen“ aus dem Jahre 2019 belegen, dass München einen Ausländer*innenanteil von 26,3 % hat, von denen 16,3 % 65 Jahre alt und älter sind. Laut den Angaben ist München die viertgrößte Stadt mit zugewanderten Senior*innen in Deutschland (1. Offenbach, 2. Frankfurt am Main, 3. Stuttgart). Außerdem ist zu beobachten, dass die Zahl der Immigrierten wächst. Die folgende Grafik veranschaulicht die Verteilung des Ausländer*innenanteil von 26,3 % nach ihren Staatsangehörigkeiten. Es wird deutlich, dass Menschen mit kroatischer, türkischer und italienischer Staatsbürgerschaft die drei größten Gruppen in München bilden.

⁵Münchenstift: <https://www.muenchenstift.de/unternehmensinfos>

Bevölkerung Münchens nach Staatsangehörigkeit

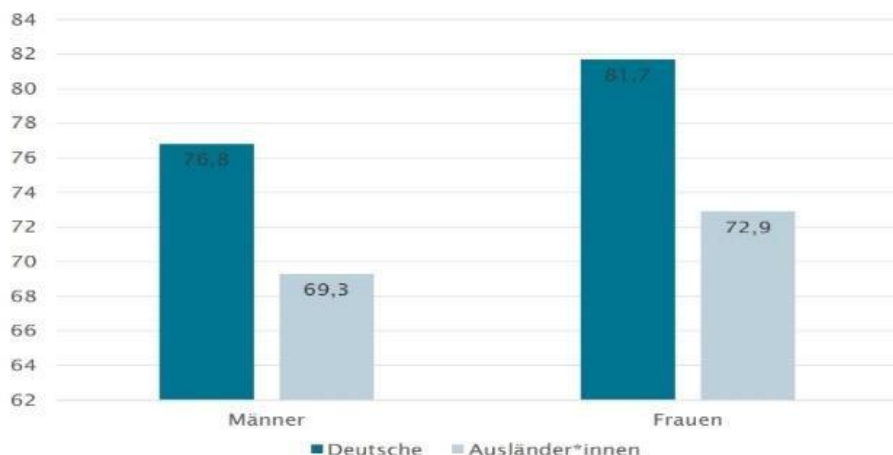


Quelle: <https://www.mstatistik-muenchen.de/monatszahlenmonitoring/atlas.html> (Stand Dez. 2020)

Das nachfolgende Schaubild zeigt das durchschnittliche Sterbealter in München aus dem Jahr 2019 von Männern und Frauen mit und ohne deutsche Staatsangehörigkeit. Zuwanderer*innen sterben im Durchschnitt 7 bis 9 Jahre früher als Menschen ohne Migrationserfahrungen. Das bedeutet auch, dass sie früher erkranken oder pflegebedürftig werden können.

Entstehung der Öffnungsprozesse

Durchschnittliches Sterbealter in München 2019



Quelle: <https://www.mstatistik-muenchen.de/indikatorenatlas/atlas.html>

Die Münchenstift GmbH ist derzeit mit 13 Häusern in München vertreten. Darunter befinden sich neun Häuser mit Pflegeleistungen und vier Häuser für selbständiges Wohnen. Die Münchenstift GmbH ist für etwa 2.900 Bewohner*innen verantwortlich und bietet neben teil- und vollstationärer Pflege auch eine ambulante Versorgung im eigenen Zuhause an. Der Menü-Service steht auch nicht pflegebedürftigen Münchner*innen offen und ist mit rund 1.900 Mitarbeiter*innen einer der größten Anbieter von Dienstleistungen für Senior*innen.

Im Dezember 2013 beschloss der Münchener Stadtrat das Modellprojekt zur interkulturellen Öffnung der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege in München. Ein Jahr später gründete die Münchenstift GmbH die Stabsstelle Vielfalt, welche bei der Geschäftsführung angesiedelt ist, und beteiligte sich mit drei Häusern am Projekt. Die Projekthäuser sind:

- Hans-Sieber-Haus: Angebote für Menschen muslimischen Glaubens
- Haus Heilig Geist: mediterranes Flair
- Haus an der Rümmanstraße: interkulturelle Personalprojekte
- Haus an der Tauernstraße

Nach dem Projektende im Jahr 2018 stellte sich die Frage, wie es weitergehen soll. Es wurde beschlossen, dass sich die gesamte Münchenstift GmbH öffnen soll, sowohl interkulturell als auch für LGBTI*. Erkenntnisse und Aktivitäten der Öffnungsprozesse im Hinblick auf Interkulturalität und LGBTI* werden auf alle weiteren Häuser übertragen. Eine erste Evaluation im Jahre 2020 zeigte, dass sich ehemalige Projekthäuser stark mit den Themen identifizieren und die neuen Häuser nur mit sehr großem Aufwand auf den gleichen Stand zu bringen sind. So wurde Ende 2020 ein Strategieworkshop zum „Zukunftsbild Vielfalt“ durchgeführt.

Vielfalt als Querschnittsthema

Auszug aus dem Pflege- und Betreuungskonzept:

- „Wir pflegen und betreuen Menschen unabhängig von kultureller und sozialer Herkunft, der geschlechtlichen Identität und sexuellen Orientierung, Alter, Behinderung, Weltanschauung und Religion.“
- „Mit der Interkulturellen Öffnung und der Öffnung für LGBTI* werden die Bedürfnisse unserer Bewohner*innen und Kund*innen wie auch unserer Mitarbeitenden berücksichtigt.“
- „Die interkulturelle Öffnung und die Öffnung LGBTI* ist Bestandteil der Prozesse im Unternehmen.“

Alle Auszubildenden der Münchenstift GmbH sind dazu verpflichtet an einer Fortbildung zur interkulturellen Öffnung sowie zum Thema LGBTI* teilzunehmen. Alle zukünftigen Führungskräfte werden im Rahmen des Entwicklungsprogramms für neue Führungskräfte im

Themenbereich „Diversität managen“ geschult. Außerdem werden regelmäßig Fortbildungen zu Themen wie Antidiskriminierung, Spiritualität, Versorgung muslimischer Bewohner*innen, politische Bildung, Stadtführung zur Migrationsgeschichte oder Stadtführung LGBTI* angeboten. Für das Jahr 2021 wurden bereits 29 Fortbildungen mit insgesamt ca. 1600 Stunden geplant.

Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit



Im Rahmen der Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit werden Zielgruppen identifiziert und angesprochen. Medien in der jeweiligen Landessprache helfen, das Projekt bekannt zu machen.

Kulturelle Teilhabe

Die Häuser der Münchenstift GmbH legen großen Wert auf die kulturelle Teilhabe ihrer Bewohner*innen, sodass sie eine Vielzahl an Möglichkeiten anbieten. Dies wird beispielsweise im Programm der Herbstwochen 2019 deutlich.



MÜNCHENSTIFT

»Interkulturelle Herbstwochen«

vom 5. Oktober bis zum 25. November

Die MÜNCHENSTIFT macht sich zur Aufgabe, dass sich jede*r in unseren Häusern wohlfühlt! Deshalb haben wir auch dieses Jahr wieder ein interessantes und abwechslungsreiches Programm zu den »Interkulturellen Herbstwochen« zusammengestellt. Neben Filmen und Ausstellungen finden auch Vorträge und Fachgespräche statt.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!

»Interkulturelle Herbstwochen«

Alfons-Hoffmann-Haus (Laim/Pasing)
14. Oktober - 14:30 Uhr
Italienischer Nachmittag mit Literatur und Musik (für Bewohner*innen)
15. Oktober - 18:30 Uhr
Filmabend „Die Überglücklichen“ (für Bewohner*innen)
22. Oktober - 18:30 Uhr
Traditionelle afrikanische Tänze mit Cheikh Bangoura (für Bewohner*innen)
22. Oktober - ab ca. 19:00 Uhr
Kenianischer Filmabend „Supa Modo“ (für Bewohner*innen)

Haus St. Maria Ramersdorf (Ramersdorf)
6. Oktober - 15:30 Uhr
Griechische Musik von Memelas & Kostas (für Bewohner*innen)
8. Oktober - 16:00 Uhr
Ausstellung „Ohne uns!“ (für Bewohner*innen & Mitarbeitende)
15. Oktober - 14:30 Uhr
Film „Gelebte Vielfalt“ (für Mitarbeitende)
2. bis 11. November
Griechischer Filmmittwoch mit passenden Süßspeisen (Termine werden in den jeweiligen Wohnbereichen bekanntgegeben)

Haus St. Josef (Sendling)
Ausstellung „Ohne uns!“ mit Film „Gelebte Vielfalt“ (Termine werden in den jeweiligen Wohnbereichen bekanntgegeben)
11. November - 14:30 Uhr
Stadtrundgang zur Migrationsgeschichte Münchens (für Bewohner*innen von WMS & Mitarbeitende)
Mediterrane Nachmittage mit Musik und Süßspeisen (Termine werden in den jeweiligen Wohnbereichen bekanntgegeben)
Konzertreihe mit internationalen Liedern (Termine werden in den jeweiligen Wohnbereichen bekanntgegeben)

Haus an der Tauernstraße (Hirsching)
14. Oktober - 14:00 Uhr
Konzert des Duo Well-Cojocarü (für Bewohner*innen)
20. Oktober - 15:30 Uhr
Stadtrundgang zur Migrationsgeschichte Münchens (für Bewohner*innen)

Hans-Sieber-Haus (Alteich-Lichterning)
8. Oktober - 13:30 Uhr
Film „Gelebte Vielfalt“ (für Mitarbeitende)
29. Oktober - 14:00 Uhr
Stadtrundgang zur Migrationsgeschichte Münchens (für Bewohner*innen)
10. November - 15:00 Uhr
Türkischer Nachmittag mit Musik (für Bewohner*innen)

Haus St. Martin (Giesing)
22. Oktober - 11:30 Uhr
Interkulturelles Mittagessen mit Musik von Bayram Çelik (für Bewohner*innen)
22. Oktober
Film „Gelebte Vielfalt“ (für Mitarbeitende)

Haus an der Efferstraße (Egenhausen)
5. Oktober - 15:00 Uhr
Mittelamerikanische Musik von Kiko Pedrozo (für Bewohner*innen)
6. Oktober
Ausstellung „Ohne uns!“ (für Bewohner*innen & Mitarbeitende)
6. Oktober - 18:00 Uhr
Filmabend „Frida“ (für WMS-Bewohner*innen - in den darauffolgenden Tagen wird dieser Film nachmittags in den Wohngruppenküchen gezeigt)
14. Oktober - 15:00 Uhr
Film „Gelebte Vielfalt“ (für Mitarbeitende)
28. Oktober - 13:30 Uhr
Stadtrundgang zur Migrationsgeschichte Münchens (für Mitarbeitende)

Haus Heilig Geist (Neuhausen)
5. Oktober - 15:00 Uhr
Konzert „Di Farykte Kapello“ (für Bewohner*innen)
12. Oktober
Ausstellung „Ohne uns!“ (für Bewohner*innen & Mitarbeitende)
16. Oktober - 13:00 Uhr
Film „Gelebte Vielfalt“ (für Mitarbeitende)
22. Oktober - 15:00 Uhr
Kenianischer Film „Supa Modo“ (für Bewohner*innen)
27. Oktober - 13:00 Uhr
Stadtrundgang zur Migrationsgeschichte Münchens (für Mitarbeitende)

Haus an der Rümmanstraße (Schwabing)
19. November - 14:30 Uhr
Stadtrundgang zur Migrationsgeschichte Münchens (für Bewohner*innen & Mitarbeitende)
8. Oktober - 13. Januar 2021
Ausstellung „Vielfältig engagiert“ (für Bewohner*innen & Mitarbeitende)
28. Oktober - 15:00 Uhr
Konzert „Di Farykte Kapello“ (für Bewohner*innen)
6. November - 14:30 Uhr
Film „Gelebte Vielfalt“ (für Bewohner*innen & Mitarbeitende)

Hauptverwaltung (Ramersdorf)
25. November - 17:00 Uhr
Vernetzungstreffen IKO (für geladene Gäste)

MÜNCHENSTIFT

Als Beispiele für weitere kulturelle Angebote können die türkische Frauen-Theatergruppe, die Ausstellung „Spuren im Gesicht“, die Balkantage, die gemeinsamen Feiertage wie das Zuckerfest, das orthodoxe Osterfest, das Lichterfest oder das türkische Mittagessen mit Musik angeführt werden. Da viele Bewohner*innen Festtage mit der eigenen Familie verbringen, werden die Feiertage vor- oder nachgefeiert.

Bauliche Gestaltung

Das Haus Heilig Geist wurde während des Modellprojektes umgestaltet. Ziel war es, mit einem mediterranen Flair Personen aus dem Mittelmeerraum anzusprechen. So wurde zum Beispiel ein Venedig-Wohnbereich eingerichtet. Das Haus will Internationalität sichtbar machen.

Die Digitalisierung ist auch Teil der baulichen Gestaltung der Häuser. Mit der Videoinstallation im Haus Heilig Geist werden Video-Ausstellungen zu Themen wie „Ankommen“ oder „Urlaub/Heimat“ mit Fotos der Bewohner*innen gezeigt. Außerdem wird durch unterschiedliche Ausstellungen der Mitarbeiter*innen die kulturelle Vielfalt unterstrichen. Die Bewohner*innen des Hans-Sieber-Hauses besuchten die Allacher Moschee, um auch gegenseitige Vorurteile abzubauen. Bei der Eröffnung des muslimischen Wohnbereiches 2015 wurden auch Vertreter des christlichen und jüdischen Glaubens eingeladen. In den neuen Gebetsräumen für Muslime bieten Imame auch Beratungen an. Eine Teestube und eine Halal-Küche⁶ sorgen für ein Zuhausegefühl bei den muslimischen Bewohner*innen. An der Konzeptentwicklung der sakralen Räume beteiligten sich zwanzig Studierende der Hochschule für Architektur sowie Vertreter des katholischen, evangelischen, jüdischen und muslimischen Glaubens. Die Präsentation der Konzepte für die Münchenstift GmbH ist für März 2021 geplant.

*Fragen der Teilnehmer*innen*

Sie sagten, dass die Kapazität des muslimischen Wohnbereiches von potenziellen Bewohner*innen nicht voll ausgenutzt wird. Was sind aus Ihrer Sicht die Gründe hierfür? Welche Schwierigkeiten sehen Sie?

Härteis: Diese Frage lässt sich nicht einfach beantworten, denn es ist aus meiner Sicht ein ganzes Bündel an möglichen Gründen. Ich denke wir müssen noch mehr Aufklärungsarbeit zur stationären Altenpflege ganz allgemein betreiben, um muslimische Gruppen für das Thema zu sensibilisieren. Leider spielt uns eine strenge, konservative Auslegung des Korans hierbei nicht gerade in die Hände. Oft wird das „Abgeben der Senior*innen“ noch als „Sünde“ begriffen. Auch die Zersplitterung innerhalb der muslimischen Glaubensrichtung macht es schwer. Aber generell bin ich der festen Überzeugung, dass mit Geduld und Ausdauer auch dieses Angebot auf großes Interesse stoßen wird.

Sie haben richtig gesagt, dass man die Öffnung nicht umsonst bekommt, dass es zeitlicher und monetärer Ressourcen bedarf. Was erhöht aus Ihrer Sicht die Motivation diesen Prozess anzugehen (Für die Einrichtungen)?

Härteis: Wir haben in den letzten sieben Jahren feststellen können, dass die Fluktuationsquote im Unternehmen abnahm. Auch bei Bewerbungen sehen wir, dass sich Personen auf unser Unternehmensengagement zum Themenkomplex Vielfalt beziehen. Die letzten Befragungen der Mitarbeitenden zeigen ebenfalls, dass der Unternehmenswert „Vielfalt“ für viele sehr relevant ist.

⁶ Damit gemeint ist die Zubereitung von Speisen für muslimische Bewohner*innen nach den Halal Regeln, ähnlich den koscher- Vorschriften ggf. jüdischer Bewohner*innen, beides für Viele extrem wichtig.

Ist Ihr Pflegeplanungs- und Dokumentationssystem auch um den interkulturellen Aspekt erweitert? Wenn ja, wie setzen Sie einen eigenen Biographiebogen ein?

Härteis: Wir stellen unser Dokumentationssystem gerade um. Ein spezielles Tool zur Erfassung interkultureller Aspekte ist nicht geplant. Wir werden aber in einiger Zeit das neue System evaluieren. Evtl. müssen wir etwas nachsteuern, sollten interkulturelle Aspekte nicht vollständig in der personenbezogenen Pflege abgebildet/angewandt werden. Meines Erachtens führt das Erheben von Daten in Biographiebögen oder an anderen Stellen nicht unbedingt zur Berücksichtigung in der Pflegeplanung. Uns ist es wichtig, unsere Kolleg*innen in deren Fachlichkeit zu unterstützen. Hierfür evaluieren wir unser Fortbildungsprogramm regelmäßig. Denn nur wer die Auswirkung und Bedeutung von interkulturellen Aspekten in Bezug auf unsere Bewohner*innen kennt, kann diese gut versorgen.

Netzwerkarbeit: Wer sind wichtige/unerlässliche Ansprechpartner*innen? Wie haben Sie diese gewonnen?

Härteis: Bei unserer Netzwerkarbeit haben wir uns u.A. auf Migrantenselbstorganisationen konzentriert. Hierfür sind wir aktiv in die Communities gegangen und haben uns Verbündete gesucht. Diese Kontakte haben auch die Coronazeit sehr gut überstanden, dass sie sehr nachhaltig gewachsen sind. Natürlich können wir auch auf Multiplikatoren innerhalb der Referate der Landeshauptstadt München und ihren Töchtern zurückgreifen. Viele Kontakte entstehen über Empfehlungen.

IBB e.V.: Sterbebegleitung bei Patient*innen verschiedener Glaubensrichtungen

Der Islam ist eine der Religionen mit den meisten Anhänger*innen der Welt. Wie im Christentum und Judentum gibt es auch im Islam viele Glaubensrichtungen, wie Sunniten, Ibaditen oder Schiiten, wobei sich die Schiiten nochmals in Imamiten, Aleviten, Zaiditen, Ismailiten, Drusen und Alawiten unterteilen.⁷ Zudem existieren sufistische⁸ oder mystische Orientierungen wie Naqshbandi oder neuere Bewegungen wie die aus Indien stammende Ahmadya-Bewegung und konservative oder ultrakonservative sowie reformorientierte oder liberale Richtungen wie der liberal- islamische Bund⁹ etc. Die Gründe für die unterschiedlichen Richtungen sind historisch, politisch oder auch kulturell bedingt. Sie können in die jeweilige Glaubensrichtung, die Kultur der jeweiligen Länder oder die Deutung bestimmter islamischer Prediger oder deren Schriften mit einfließen. Dementsprechend sind die Rituale der Muslime in verschiedenen Ländern ggf. unterschiedlich. Die Bewertung dieser verschiedenen Strömungen und ihrer Vertreter fällt durch die muslimische Gemeinschaft aber auch durch nicht-religiöse gesellschaftliche Gruppen durchaus unterschiedlich aus, es gibt hier sowohl kritische Sichtweisen der Entwicklung einzelner Gruppierungen als auch vollkommene Übereinstimmung mit deren Lehre.

Einigkeit besteht im Allgemeinen darüber, dass zur Klärung religiöser Gebote, Empfehlungen oder Verbote, die nach einem quasi Stufenverfahren aufgestellt sind, drei Grundquellen heranziehbar sind: Es sind dies der Koran als heiliges Buch selbst, die Sunna, also die beispielhafte Lebensweise des Propheten (und seiner unmittelbaren Getreuen) sowie die Hadithe (Aussprüche des Propheten seiner Familie und wichtiger Rechtsgelehrter). Diese werden nicht zuletzt auf Grund der oft schwierigen Koranexegese als Quell für Interpretationen, aber auch als Handlungsanweisungen genutzt. Dabei ist der Rückgriff auf bestimmte z.B. Hadithe oder Gelehrte wie der u.g. Al- Buchari auch von der jeweiligen Strömung oder Gruppierung abhängig.¹⁰ Weitere Interpretationshilfen bieten z.B. der Konsens der Gemeinde, Vergleich mit ähnlichen Fällen oder ein eingeholtes Rechtsurteil höchster Geistlichkeit, die sogenannte Fatwa.

Auch gibt es ein mehrstufiges System erlaubter oder verbotener Handlungen, die über die bekannten Begriffe des halal حلال / haram (حرام), erlaubt/ vorgeschrieben und verboten hinausgehen. So gestattet die Notwendigkeit häufig Ausnahmen, Abmilderungen bei Geboten und Verboten regeln das Zusammenleben. So heißt es in Erläuterungen dazu: „Zwischen halāl

⁷ Bundeszentrale für politische Bildung: Der Islam und seine Glaubensrichtungen.

<https://www.bpb.de/izpb/238899/kulturen-und-religionen?p=1>

⁸ Zu den sufistisch –mystischen Richtungen siehe auch: https://www.ezw-berlin.de/html/3_191.php

⁹ Der liberal- islamische Bund: <https://lib-ev.jimdo.com/>

¹⁰ Einen Überblick verschafft das „Handbuch Islam und Muslime“ https://mediendienst-integration.de/fileadmin/Handbuch_Islam.pdf

und harām gibt es eine Grauzone, die makruh (مكروه) genannt wird. *Makruh* (verpönt/unerwünscht) bezeichnet alle Dinge, die nicht ausdrücklich verboten, jedoch nicht empfohlen sind^{.11}

Für die Sterbebegleitung und die damit zusammenhängenden Maßnahmen bedeutet dies, dass in religiösen Schriften zumeist nicht exakt beschrieben ist, wie - insbesondere in komplexen Situationen verfahren werden soll, sodass sich hier im Islam u.a. der Hadithe oder Lehrmeinungen der beschriebenen Richtungen bedient wird. Sehr häufig sind aber bestimmte, vermeintlich religiös basierte Handlungsempfehlungen eher der Tradition oder Überlieferung in bestimmten sozialen, kulturellen oder auch geografischen Räumen zuzuschreiben und werden von den Beteiligten mehr oder weniger angewendet und meist als kollektive Verpflichtung angesehen. An dieser Stelle soll ausdrücklich darauf verwiesen werden, dass es in diesen Fragen große Diversität gibt und nicht alle z. B. Muslime religiösen oder traditionellen Ritualen und Handlungen folgen wollen, selbst wenn sie darin sozialisiert wurden. Andererseits wird beobachtet, dass in vielen Kulturkreisen bei Alter oder schwerer Krankheit die Religion wieder mehr in den Vordergrund rückt, jedoch zumeist bei schon vorher religiös Orientierten. Dazu Theo Paul, Generalvikar Bistum Osnabrück „Heute steht fest: Körperliches oder/und spirituelles Leiden führt offensichtlich zu keiner erkennbar intensiveren oder gemeinschaftlichen religiösen Haltung oder Praxis. Was nicht schon vor der Krankheitsphase an aktiver religiöser Einstellung verfügbar war, ist auch in einer Krankheitsphase an innerer Einstellung oder religiöser Praxis kaum zu (re-)aktivieren. Gesundheitliche Not macht also nicht gläubiger und lehrt auch nicht beten, kann aber das Fragen und Suchen nach (was auch immer) verstärken“^{.12} Dies mag in Erwartung des jenseitigen Lebens nach dem nahen Tod, aus Rechenschaftsgründen gegenüber einem Schöpfergott oder aus der Sehnsucht nach Heilung und Linderung heraus geschehen. Und nicht selten kommt vor, und zwar wohl in den meisten Religionen, dass auch ansonsten religiös nicht praktizierende, aber doch zumeist dem Grunde nach gläubige Menschen bestimmte Riten und Handlungen (Fasten, Feiertage, Beerdigungs- und Geburtsriten usw.) aus ihrer auch kulturell und religiös erinnerten Tradition aufrechterhalten, nicht zuletzt, um Sicherheit oder Zugehörigkeit zu verspüren.

Im Folgenden wird der Verein „Barmherzige Begleitung e.V. Frankfurt und Offenbach“ vorgestellt, der nur für eine der vielen Glaubensrichtungen und ihre praktischen Ausübungen zum Thema Sterbe- und Trauerbegleitung steht und als ein Beispiel dienen soll.

¹¹ Bundeszentrale für politische Bildung: Info Islam: Was bedeutet halal/haram.
<https://www.bpb.de/mediathek/222123/info-islam-was-bedeutet-halal-haram>

¹² Aus Blog Bistum Osnabrück: Not lehrt nicht beten. <https://bistum-osnabrueck.de/not-lehrt-nicht-beten/>

**Rabia Bechari, Koordinatorin & Ahmed Douirani,
Vorstandsvorsitzender**

Barmherzige Begleitung e.V. Frankfurt und Offenbach

Der Verein bietet für Betroffene und ihre Angehörigen mit Migrationshintergrund kultursensible Sterbebegleitung und Trauerbegleitung an. Außerdem ermöglicht der Verein Barmherzige Begleitung e.V. in Frankfurt und Offenbach Fort- und Weiterbildungen, Workshops und Inhouse Schulungen. Ziel ist, eine transkulturelle Sterbebegleitung zu leisten.



Oft fühlen sich Menschen, gerade auch die nächsten Zu- oder Angehörigen, hilflos, wenn es darum geht einen Sterbenden zu begleiten. Die Religionen haben seit jeher eigene Rituale, die den Menschen auf beiden Seiten helfen sollen. Welche Bräuche, Gebete und Texte halten das Judentum, das Christentum und der Islam bereit? Welche Gesten und Handlungen sind möglich und angebracht?

Anforderungen an eine transkulturelle Sterbe- und Trauerbegleitung

Muslime erachten das Leben als Leihgabe und die Gesundheit als Geschenk des Schöpfers. In einer Überlieferung des Propheten Muhammad (SAW) gilt die Gesundheit als die größte Segnung nach dem Glauben an Allah.

Liegt ein Mensch im Sterben oder ist er unheilbar krank, nimmt die Bedeutung von Besuchen bei muslimischen Menschen zu. „Alle Seelen werden den Tod kosten. Und dann werdet ihr zu Uns zurückgebracht“ (Koran, 3/57). Der Mensch hat stets versucht, den Sterbeprozess und die damit verbundenen Leiden zu lindern und insoweit den Tod in Würde zu ermöglichen.

Der Tod, der große Schritt in das Jenseits, spielt im Islam wie in jeder Religion eine zentrale Rolle. Der Gesandte Gottes riet den Muslimen, sich den Tod des Öfteren in Erinnerung zu rufen. Darin zeigt sich eine Gemeinsamkeit zum Lateinischen „Memento mori“ („Gedenke des Todes“). Solch ein wichtiger Meilenstein auf dem Weg ins Jenseits wird von Ritualen begleitet, deren Ausführung für die muslimische Gemeinde eine Kollektivpflicht ist. Diese Rituale reichen vom Sterbebett bis zur Beerdigung und der Zeit danach. Die Sterbebegleitung und die damit zusammenhängenden Rituale sind eine vorgeschriebene Pflicht in Übereinstimmung mit allen Muslimen. Allgemein wird die Sterbebegleitung vor allem in der Familie sowohl in psychosozialer als auch in religiöser Hinsicht durchgeführt. Es gilt als selbstverständliche Pflicht und als gutes Werk, einen Sterbenden in den letzten Tagen und Stunden nicht allein zu lassen.

Rituale und Verhaltensweisen in der Sterbebegleitung

Tod bedeutet Schmerz. Auch in diesem Zustand des Leides und Schmerzes haben Muslime ihren sterbenden Familienmitgliedern gegenüber religiösen Pflichten, die erfüllt werden müssen. Zu den Ritualen in der Sterbebegleitung gehören unter anderem folgende:

- Der sterbenden Person wird geholfen, sich auf den Übertritt ins Jenseits geistig vorzubereiten.
- Menschen, die im Sterben liegen, dürfen von ihren Glaubensgenossen nicht allein gelassen werden.
- Man verwendet nur noch achtsam gewählte Worte. Man spricht beispielsweise von Barmherzigkeit, Vergebung und der Großzügigkeit Allahs.
- Falls der Sterbende Schulden hat, werden diese bezahlt.
- Bei Beginn der Sterbephase muss die/der Sterbende in eine bestimmte Lage gebracht werden. Der Oberkörper wird leicht angehoben und der Blick wird nach Mekka gerichtet.
- Die sterbende Person wird auf die rechte Seite gelegt und das Gesicht schaut Richtung Mekka. Oder man dreht das Bett in diese Richtung.
- Eine zum oberen Körper hin steigende Gefühllosigkeit in den Beinen ist meist das deutliche Zeichen des bevorstehenden Todes.
- Der Lippen-Mundbereich wird befeuchtet.¹³
- Verschlechtert sich der Zustand, sind die Familienangehörigen schnellstmöglich zu informieren.
- Angehörige oder ein(e) muslimische(r) Seelsorger*innen/Imam übernehmen die spirituelle Begleitung des/der Sterbenden mit Gebeten und Rezitationen aus dem Koran.
- Ein wesentlicher Aspekt bei der Vorbereitung auf den Tod ist, dass die/der Gläubige Rechenschaft über sein Leben ablegt, vergibt und um Vergebung für seine Verfehlungen bittet.
- Als Erinnerung empfiehlt sich in seiner Anwesenheit mit einer sanften Stimme das Glaubensbekenntnis auszusprechen.
- Die Anwesenheit der nahen Verwandten und liebenden Personen sorgt für Geborgenheit und vermindert die Todesangst.
- Es wird empfohlen, dass die Person, die bei der/dem Sterbenden wacht, ihr/ihm die Wohltaten Gottes, des Erhöhten, in Erinnerung ruft, um ihr/sein Vertrauen in die Größe und Herrlichkeit Gottes zu stärken. Denn in den Überlieferungen steht beispielsweise geschrieben: „Ich bin, wie mich mein Knecht sieht“.¹⁴

¹³ Einschub IBB: Gelegentlich wird den Sterbenden auch ein Glas Wasser verabreicht, was nach Meinung vieler Mediziner*innen in dieser Phase nicht unbedingt förderlich ist.

¹⁴ Aus: Buhârî, Tevhîd 15; Müslim, Zikir 2, 19, 50; Tevbe 1.

- Neben der rituellen Gebetswaschung werden für die/den Sterbenden viele Bittgebete gesprochen und in ihrer/seiner Nähe werden gut riechende Düfte aufgestellt.



Foto: IBB e.V.
Innenansicht vom Waschhaus (türk. Gasilhane) aus der türkischen Stadt Gaziantep.

Waschung der Verstorbenen

Nicht alle Krankenhäuser in Deutschland haben einen speziellen Waschraum für muslimische Verstorbene. Daher bieten Moscheen und Vereine den Ritualen entsprechende Waschräume an. Männer werden von Männern und Frauen von Frauen gewaschen, doch Ehepartnern ist es erlaubt die/den Partner*in zu waschen. Nachdem der Leichnam mit Fließwasser gereinigt wurde, erfolgt eine Reinigung wie vor den täglichen Pflichtgebeten (Abdest). Diese Waschung wird dreimal durchgeführt. Dabei ist der Intimbereich, aus Respekt vor dem/der Verstorbenen, mit einem Tuch abgedeckt, so dass unter dem Tuch gewaschen wird. Die Waschung erfolgt mit frischem Wasser und ohne Seife. Zum Ende der Zeremonie wird der Körper mit Moschus, Kampfer oder Rosenwasser eingeeilt, damit der Körper gut riecht. Anschließend wird der Leichnam in ein bzw. mehrere weiße Baumwolltücher gewickelt, je nach Geschlecht.¹⁵

Beerdigung im Islam

In der Regel wird die/der Verstorbene ohne Sarg in das Grab gelegt, jedoch ist das in Deutschland nicht auf allen Friedhöfen erlaubt. Auch bei der Legung ins Grab werden Gebete gesprochen. Danach werden drei Handvoll Erde auf den/die Verstorbene(n) geworfen. Dies hat folgende Bedeutung: 1. „Wir erschufen euch von diesem.“ 2. „Wir werden euch noch mal

¹⁵ Einschub IBB: Die Arme und Beine des/der Verstorbenen werden gestreckt, die Hände ggf. verschränkt, jedoch nicht wie zum christlichen Gebet gefaltet. Es wird berichtet, dass dies z. B. in christlich konfessionellen Krankenhäusern etc. doch vorkommt und gelegentlich zu Irritationen führt.

zur Erde zurückkehren lassen.“ 3. „Wir werden euch ein weiteres Mal aus der Erde herausnehmen.“ Es wird empfohlen, dass man das Bittgebet nach der Beerdigung am Grab geradestehend spricht.



Foto: IBB e.V.

Islamisches Bestattungsfeld am Hallo in Essen

Einschub IBB e.V.: Viele Muslime bevorzugen es in ihrer Heimat beerdigt zu werden, aber es gibt auch in Deutschland muslimische Friedhöfe. Jedoch ist zu beachten, dass es in Deutschland nicht die sogenannte „ewige Ruhe“ gibt, da die Ruhezeit/Liegezeit auf 20 bis 30 Jahre begrenzt ist.¹⁶ Auch aus diesem Grund bevorzugen Muslime ihre Heimat für die Beerdigung. Zur ewigen Ruhe gehörte traditionell, die Gräber der Verstorbenen nicht zu schmücken, sondern nur mit einer Grabstele zu versehen in Anlehnung an „aus Staub sind wir gemacht und zu Staub werden wir wieder.“ Dies führte oft zu Unverständnis bei christlichen Friedhofsbesuchern wegen der vermeintlich ungepflegten Gräber. Mittlerweile hat sich auch auf muslimischen Grabfeldern verbreitet, die Gräber leicht zu schmücken z. B. mit Blumen oder Pflanzen, manchmal heutzutage sogar während der Beerdigung. Mitunter drängen Angehörige auf rasche Beerdigung, entsprechend der Praxis in islamischen Ländern ist dies am selben oder nächsten Tag vorzunehmen. Dies widerspricht der bundesdeutschen 48 Stunden bis acht Tage Regelung für Beerdigungen und führt insbesondere bei Obduktionen mit längerer Verweildauer der Verstorbenen z.B. in der Gerichtsmedizin zu einer weiteren seelischen Belastung der Angehörigen, die oft den Druck zu rascher Beerdigung verspüren.

*Fragen der Teilnehmer*innen*

Wie viele Personen oder Familien gehen auf das Angebot der Sterbebegleitung ein?

Bechari: Das Angebot eine gute Begleitung gerade in der Muttersprache zu bekommen, wird sehr gut angenommen und wir müssen bereits einen nächsten Qualifizierungskurs starten, um unser Team vergrößern zu können. Der Bedarf und das Interesse steigen signifikant.

Was sind die Schwierigkeiten bei der ambulanten Hilfe? In welchen Bereichen kommt es zu Überforderungen?

Bechari: Wir haben zu spüren bekommen, dass eine enorme Lücke bei Menschen mit Migrationsgeschichten in der Begleitung besteht und wir am liebsten die Angebote gestern als morgen angeboten hätten. Deshalb suchen wir Sponsoren, die uns evtl. Fahrzeuge für die ambulanten Dienste zur Verfügung stellen können oder finanzielle Möglichkeiten anbieten, um supervisorische Begleitung für unsere Ehrenamtler gewährleisten zu können. Das ist immer wieder eine große Herausforderung, um auch die Vereine längere Zeit zu stärken.

¹⁶ Bestattung.de: Ruhezeiten.

<https://www.bestattungen.de/ratgeber/friedhof/ruhezeiten.html#:~:text=Dauer%20der%20Ruhezeit,-Wie%20lange%20dauert&text=Der%20Friedhofstr%C3%A4ger%20entscheidet%20anhand%20der,und%2020%20Jahren%20bei%20Kindern>

Sind Beileidsbezeugungen üblich?

Hildegard Azimi IBB e.V.: Ja, denn das Aufsuchen des Trauerhaushaltes der Verstorbenen und Beileidsbekundungen ab dem Moment des Todes, auch von Nichtmuslimen, sind üblich und erwünscht. Beispiel im türkischen: „Başınız sağ olsun, Allah rahmet eylesin!“. Oft werden auch noch kurze Suren hinzugefügt wie „Gott gehören wir (als Seine Geschöpfe und Diener), und wahrlich, zu Ihm kehren wir zurück (2:156). Es ist aber völlig ausreichend, den Hinterbliebenen auf Deutsch das Beileid auszusprechen.

Bei bis zu dreitägiger Trauer mit Besuchen wird oft Essen von Nachbarn oder Angehörigen zur Entlastung der Trauernden gestellt. Vielfach wird auch aus Anlass des Todes eine Armenspeisung/Spende für Bedürftige gegeben oder z. B. ein Brunnen o.ä. in der Heimat gestiftet. Während der Trauerbesuche wird gebetet oder mit den Angehörigen im Raum zusammengesessen.

Hier besteht eine gewisse Ähnlichkeit zu den Riten im Judentum, die bekanntlich das 7-tägige Trauersitzen oder Shiwa-Sitzen (hebr. schiwa = sieben [Tage]) kennen. Auch im Judentum sind Trauerbesuche und das Mitbringen von Speisen üblich.¹⁷ Sowohl im Islam als auch im Judentum ist ähnlich wie im Christentum ein Kondolenzessen nach der Beerdigung üblich, zu dem auch Andersgläubige ggf. eingeladen werden. Allerdings wird im Judentum vor der Beerdigung nicht kondoliert, sondern Besuchende sollten bei den Trauernden sein und praktische Hilfe anbieten in einer Zeit des Schweigens, nicht der Worte. Bei einer Todesnachricht wird „*Baruch Dayan Emet*“, etwa: „*Gelobt sei der wahrhaftige Richter*“ formuliert. Beileidsbekundungen und Sprechen über den/die Tote(n) setzen dann in der erst nach dem Begräbnis erfolgenden Schiwa ein. Vor dem Begräbnis erfolgt eine Trauerfeier mit dem Khaddisch („Heiligkeit“) als Totengebet.

Auch gibt es besondere Gedenktage, so sind zum Beispiel der 40. Tag nach dem Tod (ähnlich dem Sechswochenamt der katholischen Kirchen und dem 30. Tag im Judentum) und nach einem Jahr Gedenktage sowohl im Islam wie im Judentum.

Wie stehen Muslime zu Organspende und Blutspende/Transfusion?

Hildegard Azimi IBB e.V.: Im Islam werden oft pragmatische Lösungen gesucht, die mögliche Rettung geht grundsätzlich vor. Organspende ist aber nur aus Nächstenliebe erlaubt und kann als gute Tat gewertet werden unter der Voraussetzung, dass der/ die Spender*in oder seine/ihre Hinterbliebenen die Entscheidung bei klarem Verstand fällen und ausschließlich aus

¹⁷Zu den Grundlagen jüdischer Trauerkultur siehe: Jüdische.info: Die Grundlagen -Die Schiwa und andere Trauervorschriften. https://de.chabad.org/library/article_cdo/aid/1062067/jewish/Die-Grundlagen.htm

ethischen und medizinischen Gründen handeln. Spender*in und Angehörige dürfen für die Organe oder Gewebeteile kein Geld annehmen.

Allerdings gibt es auch gegenläufige Positionen, die die Unantastbarkeit eines Verstorbenen mit der Unantastbarkeit des Lebens gleichsetzen. *„Inna kasr ‘azmal-mayyit ka-kasrihi ḥayyan“in etwa:“ Das Brechen der Knochen eines Verstorbenen ist genauso schlimm wie das Brechen der Knochen eines Lebenden.*

Eine Blutspende auch an Nichtmuslime oder von Nichtmuslimen oder zwischen verschiedenen Geschlechtern ist erlaubt, wenn sie der Rettung oder Heilung dient. Wenn das Leben und die Gesundheit sowohl des Spenders als auch des Empfängers durch die Bluttransfusion nicht gefährdet werden, ist auch diese erlaubt nach dem islamischen Prinzip: *„Es gilt im Islam keinen Schaden zuzufügen und keinen Schaden zu erleiden.“* Weitere wichtige Kriterien für eine Bluttransfusion sind die Freiwilligkeit und Zustimmung des Spenders und Empfängers.¹⁸ Im Falle des schwierigen Entscheides zwischen der Lebenserhaltung von Mutter oder Kind z. B. bei Geburtskomplikationen oder nach Unfällen überwiegt die Meinung, dass hier der Rettung der Mutter Vorrang zu geben ist. Wie schon erwähnt, muss beachtet werden, dass es auch hier keine vollständig einheitliche Sichtweise gibt und Positionen von den unterschiedlichen islamischen Rechtsschulen abhängen können. Wenn die zuvor genannten Schriften nicht aussagekräftig sind, werden oft religiöse Autoritäten befragt, es sei denn das jeweilige Land hat säkulare bzw. normierte Gesetzgebungen, die dies verbindlich regeln. Häufig wird nach dem Prinzip verfahren:

1. Wenn Zweifel über die Legalität eine Sache besteht, ist es sicherer, es nicht zu tun, um Schaden zu vermeiden.

2. Ist eine Sache erlaubt, muss der mögliche Nutzen den möglichen Schaden überwiegen.¹⁹

Im Judentum ist diese Frage heikler, da sie für Orthodoxe nach dem Tod ein Tabu bedeutet, anders sehen dies aber liberale oder reformorientierte Juden. Bei Lebendspenden ist die Haut,- Blut,- oder Knochenmarkspende von gesunden Menschen aber wünschenswert und ebenfalls eine gute Tat. Über die Organspende nach dem Tod sind jüdische Gelehrte geteilter Meinung. Der Knackpunkt: Aus medizinischer Sicht ist ein Mensch tot, wenn sein Gehirn nicht mehr arbeitet. Nach jüdischem Glauben erlischt das Leben aber erst nach dem letzten

¹⁸ Weitere medizinethische Informationen hier: Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz. <http://www.kultur-gesundheit.de/impressum/index.php>

¹⁹ Siehe auch: Simone Lohmeier (2016): Organtransplantation im islamischen Recht, Ägypten und der Iran im Vergleich. e-book, Grin publishing.

Herzschlag. Wenn der Kreislauf nicht mehr funktioniert, sterben aber auch die Organe schnell ab und können niemanden mehr retten. Eine Ausnahme ist nur die Hornhaut der Augen.²⁰

Da orthodoxe Juden glauben, Menschen haben ihren Körper nur von Gott geliehen, muss der Körper in gutem Zustand zurückgeben werden. Für sie ist daher die Bestattung eines unversehrten Körpers sehr wichtig, was u.U. eine Organspende ausschließt. Liberale Juden hingegen haben eine ähnliche Position wie Muslime und sehen in der Rettung ein höheres Gut als die Unversehrtheit.

Blutspenden oder Bluttransfusionen werden im Judentum aber sowohl von orthodoxer als auch von liberaler Seite als unproblematisch angesehen und bilden keinen Konflikt mit den Koscher- Geboten, da unreines Blut ggf. nur in Lebensmitteln vorkommt.

Zu beachten ist, dass es unter Zugewanderten auch strenggläubige Evangelikale oder auch andere Gruppen wie Jehovas Zeugen (oft aus dem russisch sprachigen Raum) gibt, die ggf. eigene Vorstellungen zu Transfusionen oder Organspenden haben können.

Kennen die Betroffenen Patientenverfügungen?

Hildegard Azimi IBB e.V.: Das ist ein wichtiges Thema, daran muss mehrsprachig unbedingt noch gearbeitet werden, da es kaum Material dazu gibt. Hospiz/Palliativpflege und Hilfe von außen ist vielen Familien Zugewanderter noch eher fremd, Pflege, auch Sterbebegleitung und Verpflegung werden nur durch die Familie geleistet. Häufig wird berichtet, dass Familien auch in Pflegeeinrichtungen Nahrungsmittel und gekochte Speisen mitbringen, da sie unsicher sind, ob hier ihre Angehörigen ausreichend versorgt werden. Wenn dies einbezogen werden kann, stellt so etwas eine zusätzliche Ressource dar, kann aber auch aus logistischen oder gesundheitlichen Gründen (Stichwort z.B. Diabetes) Probleme bringen und sollte gut kommuniziert werden.

In der Türkei z.B. gibt es noch keine Hospize (Stand 2019), aber Abteilungen im Krankenhaus, das Thema kommt aber auch dort langsam auf durch die sich verändernde Alterspyramide und zunehmende Berufstätigkeit von Frauen und auch, weil Angehörige sich häufiger mit dieser Zusatzaufgabe überfordert sehen bzw. sich dies auch eingestehen. Neben den nordwest- europäischen Ländern und Deutschland sind nur größere Verbände zu Hospiz und Palliativeinrichtungen in Italien (Federazione Cure Palliative Onlus) und Spanien Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)²¹ bekannt. Jedoch existiert auch hier kein flächendeckendes System und es ist zu vermuten, dass in den Herkunftsländern der ehemals Zugewanderten in eher ländlichen oder infrastrukturell benachteiligten Regionen wie

²⁰Aus: <https://www.religionen-entdecken.de/lexikon/o/organspende-im-judentum>

²¹ Eine Übersicht zur Hospiz-Situation in anderen Ländern erstellte bereits 2003 das Team von Prof. Dr. Reimer Gronemeyer am Institut für Soziologie Gießen. <https://idw-online.de/en/news58023>

Südtalien (Kalabrien, Sizilien etc.) weniger Angebote existieren und auf traditionelle Familienpflege oder private Helfer*innen zurückgegriffen wird. In Berlin ist das Lazarus Hospiz eines der wenigen Häuser mit bereits ehrenamtlich agierenden türkisch- und portugiesischsprachigen Begleiterinnen.²²

Wie ist die Einstellung der beiden anderen großen Religionen zu Sterbehilfe?

Hildegard Azimi IBB e.V.: Die herbei geführte Tötung des Menschen und die Selbsttötung werden im Islam mehrheitlich zu nächst als inakzeptabel betrachtet mit Rückgriff auf Koranstellen wie: [...] *und tötet euch nicht selbst (gegenseitig). Allah ist gewiss barmherzig gegen euch.*“ (Sure 4, Vers 29), „...*und tötet nicht die Seele, die Allah verboten hat (zu töten), außer aus einem rechtmäßigen Grund! Dies hat Er euch anbefohlen, auf dass ihr begreifen möget*“ (Sure 6, Vers 151).

Zum sensiblen Thema der aktiven und passiven Sterbehilfe und zum assistierten Suizid haben sich die muslimischen Dachverbände ausführliche Gedanken gemacht. Für den Zentralrat der Muslime in Deutschland, der dazu eigens eine Stellungnahme veröffentlicht hat, sei hier der Vorsitzende Aiman Mazyek zitiert:

„Eine aktive Sterbehilfe für den unheilbaren Schwerstkranken, Krebs-, Demenz- oder AIDS-Patienten, sowohl für die selbst bestimmenden Sterbenden als auch auf Verlangen eines Dritten, also Ärzten oder Angehörigen (Tötung auf Wunsch), wird abgelehnt. Auch die Tötung auf Verlangen, die Beihilfe zum Suizid und der ärztlich assistierte Suizid werden abgelehnt. Wir begrüßen die Aussagen von Repräsentanten der Bundesärztekammer, die jeder Form der organisierten Sterbehilfe nicht stattgeben will („Neue Presse“ vom 04.06.2012). Bei Schwerstkranken und unheilbaren Menschen ist es jedoch statthaft, das Angebot der Unterlassung oder Reduktion der Behandlungsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen (sogenannte passive Sterbehilfe oder besser: „Sterbenlassen“). Jeder Mensch hat das Recht, die Gestaltung seines letzten Lebensabschnittes zu bestimmen (Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung), aber immer im Rahmen der gültigen Gesetze und nach seiner religiösen Überzeugung.“²³

Erneut muss aber darauf verwiesen werden, dass unterschiedliche Dachorganisationen u.U. andere oder leicht abgewandelte Stellungnahmen dazu veröffentlicht haben. Z.B. greift die türkisch- muslimische Community ggf. auch auf die Meinungen der türkisch-Islamischen Union der Anstalt für Religion e.V. (DITIB) bzw. Diyanet, des Amtes für religiöse Angelegenheiten, (welches aus der Türkei heraus operiert), zurück.²⁴

²² www.Diakonie.de : Ehrenamtliche mit Migrationshintergrund im Hospiz, Information und Video.

²³ Weitere Informationen siehe: Ayman Mazyek (8-2019): Palliativmedizin und Begleitung von Patienten mit muslimischem Hintergrund. https://www.con-nexi.de/Religion-und-Palliation_MlrU.html

²⁴ Vergleiche z.B.: http://ditib-bonn.de/DITIB_sterbebegleitung.pdf

Im Oktober 2019 wurde in Rom im Vatikan mit Verweis auf gemeinsame ethische Werte eine Erklärung der drei Religionen Islam, Judentum und Christentum gegen Euthanasie unterzeichnet, vom Vatikan als historisch einmaliger Schritt bezeichnet. Vertreter des Vatikans, des Großrabbinats von Israel und der Muslime aus Indonesien sprachen sich gegen Euthanasie und assistierten Suizid aus. Das Positionspapier fordert zudem, die Palliativmedizin zu stärken und die Gewissensfreiheit von Ärzten und Pflegern zu achten.²⁵

Im Judentum ist die Beantwortung der Frage kompliziert, da es auch hier wieder unterschiedlichste religiöse Quellen und Positionen der orthodoxen oder liberalen Seiten gibt. Hilfreich ist die Schlussfolgerung von Rabbiner Dr. Tom Kucera der Liberalen Jüdischen Gemeinde Beth Shalom in München und Mitglied der Allgemeinen Rabbinerkonferenz Deutschland:

„Obwohl sich einige Interpretationen [...] und zeitgenössische jüdische Stimmen für den assistierten Suizid als Beihilfe zur Selbsttötung oder sogar für die aktive Sterbehilfe als Tötung auf Verlangen) aussprechen, finden sie dafür in dem bisherigen (halachischen) Diskurs keine Unterstützung. Mit der passiven Sterbehilfe (Nichteinleitung oder Nichtfortführung lebenserhaltenden Maßnahmen) sieht es differenzierter aus. Solide medizinische Forschung zeigt, dass palliative Behandlung oft erfolgreicher und menschenwürdiger für die unheilbar Kranken ist als eine aggressive medizinische Behandlung. Zu den Möglichkeiten der passiven Sterbehilfe zählen Verzicht auf zusätzliche Therapien/Operationen oder ein Ausschalten der Maschinen (e.g. Herzschrittmacher, Atemmaske, Dialysegerät) oder Verzicht auf Essen/Trinken. Die klassische jüdische Vorstellung spricht sich zwar gegen die Beschleunigung des Todes aus, gleichzeitig aber für das Entfernen eines Todehindernisses. Dieses Spannungsfeld, vertieft durch die Dialektik zwischen der Heiligkeit des Lebens (קדושת חיים) und der Ablehnung des schmerzlichen Leidens (יסורים), unter Umständen inklusive des psychischen Leidens, kann zu den verantwortungsvollen, bewussten und kontrollierten Entscheidungen führen, die den Todesaugenblick einer unheilbar kranken Person nicht hinauszögern und im Falle des unüberwindbaren Schmerzes eine Empathie (Barmherzigkeit, רחמים) entgegenbringen.“²⁶

Die Sterbebegleitung und Unterstützung sowie Krankenbesuche (Bikkur Cholim) und die Totenwache sind jedoch ausdrückliche Pflicht auch im Judentum und erfüllen Gebote der

²⁵Ausführlicher hier: <https://www.domradio.de/themen/soziales/2019-10-29/uebereinstimmende-werte-vatikan-erklaerung-von-drei-religionen-gegen-euthanasie-einmalig>

²⁶ Quelle: Dr. Tom Kucera (2015): Texte zum Seminar End-of-Life: Jewish Perspectives. Ausführlicher hier: <https://www.hagalil.com/2015/06/sterbehilfe-2/>

Thora.²⁷ Auch das Judentum kennt keine Aufbahrung oder Einbalsamierung eines Toten. Häufig wird sich nach dem Tod mit Ehrenamtlichen der jüdischen Gemeinden, der Chewra Kaddischa (heilige Gemeinschaft, so etwas wie eine traditionellen Beerdigungsbrüderschaft) oder der Bikkur-Cholim Initiative in Kontakt gesetzt. Diese organisiert die Totenwaschung und ggf. weitere Formalitäten. Solche Gruppen gibt es auch nicht zuletzt seit der Zuwanderung der jüdischen Kontingentflüchtlinge in den 1990er Jahren auch in der Bundesrepublik Deutschland. Hierzu hat der Zentralrat der Juden in Deutschland eine sehr hilfreiche Handreichung herausgegeben, die in keinem Alten- und Pflegeheim oder Krankenhaus fehlen sollte.²⁸ Rein jüdisch- konfessionelle Alten- und Pflegeheime gibt es mittlerweile in verschiedenen Städten wie Berlin, Hannover, Düsseldorf etc.

²⁷ Ausführlich hierzu: Forschungsprojekt Jüdische Pflegegeschichte an der FH Frankfurt. <https://www.juedische-pflegegeschichte.de/der-juedische-krankenbesuch-bikkur-cholim/>

²⁸ Siehe hierzu: Handreichung des Zentralrates der Juden in Deutschland: <https://www.zentralratderjuden.de/judentum/riten-und-gebraeuche/tod-und-trauer-im-judentum/>

Fazit und Ausblick

Die Ausführungen unserer Referent*innen bestätigen: Statistische Daten über den demografischen Wandel in Deutschland zeigen, dass in den kommenden Jahrzehnten die älteren Menschen die Mehrheit der Bevölkerung bilden werden. Zu diesen zählen auch ältere Menschen mit Migrationshintergrund. Gesellschaftliche Institutionen müssen sich daher noch mehr auf das Altern der Bevölkerung strategisch vorbereiten. Dabei sollte auch speziell an Menschen mit Migrationserfahrungen gedacht werden, bei denen zum Beispiel Demenz oder Alterserkrankungen viel früher eintreten können als bei Menschen ohne Migrationserfahrungen. Eine einheitliche Strategie oder lediglich standardisierte Angebote für alternde Menschen erscheinen aufgrund unterschiedlicher Bedürfnisse und Probleme jedoch nicht sinnvoll. Denn ältere Migrant*innen haben unter Umständen nicht die gleichen oder zusätzliche Probleme und Bedürfnisse wie die Aufnahmegesellschaft. Außerdem stellen Migrant*innen keine homogene Gruppe dar. Neben der geografisch verschiedenen unterschiedlichen Herkunft unterscheiden sich Menschen mit Migrationsgeschichte auch in Bildungs- und Sozialstatus, Einkommenssituation, Aufenthaltsdauer und Pendelintensität. Mehr oder weniger ausgeprägte Religiosität oder Traditionsverbundenheit, Sprachvermögen und Familienstrukturen sind ebenfalls durchaus variierende Faktoren. Dies wiederum bedingt u. U. die eingangs und im Verlauf der Tagung genannten Zufriedenheitsgrade, aber auch die individuelle Gesundheitssituation, den Versorgungsstatus bzw. den Grad der im Alter vorhandenen Selbständigkeit.

Die Fachtagung [Inklud:Mi] 2021 zum Thema: „Alt werden in der Fremde“ hat noch einmal vor Augen geführt, welche Probleme in der Pflege, bei der gesundheitlichen Für- und Vorsorge und im sozialen Leben existieren. Der erste Schritt für eine erfolgreiche Strategie ist zunächst, die unterschiedlichen Profile der alternden Migrant*innen zu definieren. Wichtig sind aus unserer Sicht die folgenden Aspekte:

- **Die Demenzerkrankten sowie ihre Partner*innen sind zum größten Teil Analphabet*innen oder Semi-analphabet*innen²⁹.**

Das bedeutet beispielsweise, dass auch Formulare in ihrer eigenen Sprache von ihnen nicht eigenständig ausgefüllt, Briefe nicht beantwortet sowie Werte auf Blutzuckermessgeräten oder Blutdruckmessgeräten nicht abgelesen werden können. Zudem haben sie in ihrer Heimat nur sehr kurz oder gar keine Schule besucht, so dass ihnen die notwendige Compliance³⁰ schwerfällt. Die Folge ist nicht selten neben der

²⁹ So sind unter Umständen alte Menschen z.B. in der arabischen oder persischen Schrift zumindest grundalphabetisiert, haben jedoch die lateinische Schrift im Migrationsankunftsland nie richtig oder gar nicht erlernt und sich ihre Sprachkenntnisse rein phonetisch angeeignet.

³⁰ Compliance meint hier die Bereitschaft, an den Therapiemaßnahmen aktiv mitzuwirken.

Unterversorgung das in der Fachwelt vielfach beobachtete und beschriebene, auch bis in die Heimatländer reichende „Doktorhopping“³¹, mit dem Versuch, eine verständliche Diagnose und Therapieerläuterung zu erhalten. Neben kognitiven Faktoren bzw. dem Fehlen von elaborierter Lese- und Schreibfähigkeit bestimmen auch durchaus unterschiedliche Interpretationen von Krankheit oder Erwartungen an medizinische Therapien diese Compliance. Dies gilt auch für jüngere Zugewanderte, jedoch umso mehr bei fehlender Bildung oder rückgehendem Zweitsprachvermögen im Alter. Anders noch als bei der Zuwanderung vieler auch älterer Menschen aus dem russischen Sprachraum in den 1990er Jahren im Zuge der Aussiedler- oder Spätaussiedlerprogramme besteht Zuwanderung heutzutage mehrheitlich aus jüngeren Zugewanderten durch z.B. die Familienzusammenführung, Studium, Arbeitsmigration oder Flucht. Möglicherweise reduziert sich in den kommenden Generationen der Nachfahren ehemaliger Zugewanderter diese Problematik, bleibt aber schätzungsweise in den nächsten 30 bis 40 Jahren sicherlich noch aktuell, denn dies sind die Zeiträume, in denen die oben beschriebenen Altersphasen einsetzen.³²

- **Sprachprobleme behindern Diagnose.**

Wenn die Betroffenen keine Analphabet*innen sind oder trotzdem etwas Deutsch sprechen können, nehmen die Deutschkenntnisse mit dem Alter, insbesondere bei Demenz/Alzheimer immer mehr ab. Daher sind komplexe Schriften, Briefe oder Gespräche nicht sinnvoll. Eine eindeutige Diagnose mit den aktuellen Testverfahren in Deutschland, die sprach- und bildungsabhängig sind, ist deshalb sehr lückenhaft. Obwohl die meisten Krankenhäuser und Behörden Dolmetscher*innen haben, greifen sie in den meisten Fällen nicht selbst ein, wenn Familienangehörige dolmetschen. Erst wenn man explizit eine Dolmetscherin bzw. einen Dolmetscher fordert, wird dieses Angebot wahrgenommen.

- **Zugang zu Angeboten ist kaum möglich.**

Wenn nun trotz der Sprachbarriere eine Diagnose gestellt wurde, bieten unterschiedliche Gesundheitseinrichtungen Angebote für die Erkrankten an. Dazu zählen zum Beispiel Physiotherapie oder Ergotherapie. Zum einen kennen die meisten diese Angebote nicht oder sie wissen nicht, wie wichtig diese sind. Für eine

³¹ Siehe dazu ausführlich: Oliver Razum u.a., AG Epidemiologie und International Public Health Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universität Bielefeld (2004): Gesundheitsversorgung von Migranten Deutsches Ärzteblatt. <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=43977>

³² Einen ausgezeichneten Überblick zur gesundheitlichen Situation und die Konsequenzen findet sich hier: Robert -Koch -Institut (2007): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes Migration und Gesundheit. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/migration.pdf?_blob=publicationFile

regelmäßige Teilnahme fehlt ihnen zudem oft die Mobilität. Außerdem müssten sie wieder eine Dolmetscherin bzw. einen Dolmetscher dabei haben, da der Rückgriff auf übersetzende Familienangehörige für diese häufig eine Überforderung bedeutet oder aus zeitlichen Gründen nicht möglich ist. Auch der Zugang zu Veranstaltungen oder Angeboten für Angehörige ist sehr schwierig. Es fehlt der Informationsfluss zwischen den Angeboten und den Betroffenen über die richtigen Vermittler*innen, die die Probleme kennen, die Sprache sprechen und bei denen die Betroffenen sich nicht davor scheuen, sich zu öffnen.

Zum anderen haben Migrant*innen häufig Angst, dass zusätzliche Kosten anfallen oder sie eine Verpflichtung eingehen, da die meisten von ihnen eine geringe Rente bekommen. Deshalb zeigen sie erst oft gar keine Schwäche oder gesundheitliche Probleme. In vielen Fällen werden sie von den Hausärzt*innen, Krankenhäusern, Kranken- und Pflegekassen nicht ausreichend informiert oder die vorgehaltenen Materialien sind nicht wirklich zielgruppengenau erstellt, Stichworte auch hier: einfache oder bebilderte Sprache, Begriffserklärungen etc.

- **Religion, Kultur und Familie bleiben wichtige Faktoren.**

Für die meisten Menschen mit Migrationshintergrund spielen Religion, Kultur und Familie eine wichtige Rolle. So ist es die Aufgabe der Familie für ihre kranken Familienmitglieder zu sorgen. Pflegeeinrichtungen haben in ihrer Community häufig einen eher schlechten Ruf. Angehörige in einer Pflegeeinrichtung unterzubringen, ist aus Sicht vieler Familien inakzeptabel. Von großer Bedeutung ist hier die häufige starke soziale Kontrolle von oft großen Familien, Nachbarn oder Angehörigen z.B. desselben Herkunftsortes und der damit zumindest subjektiv empfundene Druck, alles „richtig“ im Sinne der Herkunftstradition oder des Volksglaubens zu machen. Auch zuzugeben, dass die Familie mit der Situation nicht mehr klarkommt und Hilfe braucht, würde aus ihrer Sicht bedeuten, dass sie Schwäche zeigt, was die Familie wieder negativ aussehen lassen kann bis hin zur Stigmatisierung als vermeintlich schlechte Muslime. Mit dem Alter werden viele Migrant*innen wieder religiöser oder praktizieren die Religion wieder, daher wird erwartet, dass die Angehörigen als gute Gläubige ihren Pflichten als Kinder oder Ehepaare nachkommen. Es ist sehr wichtig, dass sich Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser oder weitere Hilfeeinrichtungen über die Glaubensrichtung informieren, denn Muslime oder Juden und auch christliche Gruppen sind unterteilt in diverse Gruppen, die zum Beispiel unterschiedliche Feiertage haben und verschiedene Rituale praktizieren. Dies gilt ebenso für Angehörige anderer Religionen oder aus bestimmten Herkunftsländern mit entsprechender Tradition. Da in ihrer Heimat kaum Hilfsangebote für demenzerkrankte Menschen vorhanden sind, können sie auch nicht durch Vergleiche nach Angeboten recherchieren. Sie fühlen sich

alleingelassen und verlieren ihr Vertrauen in jegliche Institutionen. Wenn sie nicht von Anfang an hilfreiche Informationen bekommen oder wenn sie davon zu spät erfahren, empfinden sie unter Umständen ein Gefühl der Exklusion.

*Für eine bessere Vor- und Fürsorge demenzerkrankter Migrant*innen*

Eine Kooperation mit den Gesundheitsministerien der Heimatländer von Migrant*innen wäre ein hilfreicher Ansatz, um bessere Testverfahren für Demenzerkrankte oder Pflegeeinrichtungen zu entwickeln bzw. hier auch Übersetzungen bereits vorhandenen Materials vorzunehmen, statt wieder neue, zeitaufwändige sprachliche Transkriptionen durchzuführen oder im Verfahren festzustellen, dass die bekannten Testverfahren für viele Gruppen alter Zugewanderter ungeeignet sind. So ließen sich Diagnoseschleifen, Missverständnisse und Zeitverlust vermeiden. Kurse für die Stärkung der interkulturellen Kompetenzen der Mitarbeiter*innen in unterschiedlichen gesundheits- und sozialen Institutionen können für eine bessere Kommunikation zwischen den Einrichtungen und den Betroffenen sorgen. Krankenhäuser, Haus- und Fachärzte, Pflege- und Krankenkassen sollten sensibilisiert werden und spezifische Leistungen für die Zielgruppe entwickeln.

Über drei wichtige Kanäle kann man die Zielgruppe erreichen, damit die Betroffenen zunächst über das Bestehen der Angebote informiert werden.

1. Zum einen haben sie alle eine Hausärztin bzw. einen Hausarzt. Diese können mit Vereinen zusammenarbeiten und durch Hausbesuche oder Telefongespräche mögliche Hilfsangebote vermitteln. Zumindest sollten Schnittstellen oder Kontaktpersonen zu Vereinen bekannt sein oder/und angemessenes sprachliches Erklärmaterial vorliegen. Das Deutsche Ärzteblatt veröffentlichte bereits 2004 eine Forderung zur Gesundheitsversorgung von Migrant*innen. Darin heißt es: *„Auch könnte der Ansatz der „narrative based medicine“ hilfreich sein. Praxisnetzwerke bieten eine gute Möglichkeit zum fachlichen Erfahrungsaustausch. Ein migrations- und kultursensibles Wissensmanagement im Gesundheitsbereich sollte nicht nur auf die Region und auf die Bundesrepublik beschränkt sein, sondern auch andere Länder, vor allem im europäischen Rahmen, mit einbeziehen.“*³³ Die „narrative based medicine“, also die „sprechende Medizin“ könnte also neben der besseren Kooperation der Praxen und verschiedener Akteure eine sinnvolle Ergänzung zur evidenz-basierten Medizin ganz besonders für Zugewanderte darstellen, denn sie orientiert sich an der erzählenden Fallgeschichte der Patient*innen (bzw. Bewohner*innen von Alten- oder

³³ Aus: Oliver Razum u.a., AG Epidemiologie und International Public Health Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universität Bielefeld (2004): Gesundheitsversorgung von Migranten Deutsches Ärzteblatt. <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=43977>.

Pflegeheimen), die auch die Bedeutung der Erkrankung für Patient*innen mit einbezieht.³⁴

2. Außerdem kann die Zielgruppe durch Veranstaltungen und Gespräche in den Moscheegemeinden erreicht werden, über geeignete „Brückenpersonen“, denen vertraut wird, könnten die Menschen angesprochen werden. Dazu müssten aber auch diese Brückenpersonen identifiziert, motiviert und entsprechend in Fortbildungen und Schulungen einbezogen werden.
3. Da so gut wie alle Zugewanderten Fernsehprogramme in ihrer Muttersprache schauen, könnten Informationen in z.B. deutsch-türkischen oder deutsch-arabischen Medien Analphabet*innen und Menschen mit geringen Deutschkenntnissen gut erreichen. Jüngere Familienangehörige bedienen sich auch zunehmend digitaler Medien, sodass auch hier Kanäle zur Information und Schulung Angehöriger genutzt werden können. Erklärvideos, Apps oder Filme wie der eingangs genannte Film „Das Herz vergisst nicht“ können sowohl in der kultursensiblen Fortbildung von Personal als auch für die Erstinformation von Angehörigen zum Einsatz kommen.

Die hier vorgestellten Erfahrungen und Berichte aus der Praxis bestätigen die eigentlich seit langem bekannten Forderungen und Defizite. Aufschlussreich und die Ergebnisse aus unserer Tagung bestätigend ist, darauf sei noch abschließend hingewiesen, eine Studie vom Institut Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen Bocholt Recklinghausen und des Zentrums für Türkeistudien und Integrationsforschung (ZfTI). Hier hat man neben Expert*innen auch Angehörige bzw. betroffene ehemals Zugewanderte zu aktuellen oder potentiell künftigen Pflegesituationen befragt. Viele Wünsche nach Pflege, Betreuung und Wohnformen im Alter ähneln danach der Allgemeingesellschaft, so möchten die wenigsten der befragten Menschen, nur 4,8 % ihre Angehörigen in einer Pflegeeinrichtung unterbringen müssen. Stattdessen wird überwiegend, wenn nötig, Pflege durch Angehörige mit Unterstützung eines professionellen Pflegedienstes gewünscht. Signifikante Unterschiede zur Allgemeingesellschaft gibt es laut Studienergebnissen aber bei der schon oben erwähnten moralisch empfundenen Verpflichtung zur Pflege innerhalb der Familie, vielleicht mit gewisser Ähnlichkeit zu dem oftmals von der nun auch schon älteren urdeutschen Töchtergeneration verspürten Druck, sich um jeden Preis komplett aufzuopfern. Laut Studie des ZfTI betrifft dies knapp 65% der Befragten und in höherem Maße insbesondere traditionell- religiöse Familien

³⁴ Vergleiche hierzu: Greenhalgh/Hurwitz (2005): Narrative-based Medicine - Sprechende Medizin, Dialog und Diskurs im klinischen Alltag, Bechshop.de. <https://www.beck-shop.de/greenhalgh-hurwitz-narrative-based-medicine-sprechende-medizin/product/155401>

ehemals Zugewanderter. Ebenfalls wichtig und wieder graduell abhängig vom Bildungs- und Religiositätsgrad, so wurde herausgefunden, ist der Wunsch nach an Tradition, Kultur und religiöser Lebensweise religiös angepassten Betreuungsformen. Interessant und durch Praxisberichte bestätigt ist auch, dass die Befragtengruppe Pflegeeinrichtungen speziell für Türken/Muslime (23,8%) oder sogar die Unterbringung in einer kleineren Gemeinschaftswohnform (19%) den konventionellen Unterbringungsangeboten vorziehen würde. Überraschend, neu und auch Mut machend ist zudem, dass ein nicht unerheblicher Teil der befragten Familien auch angepassten Pflegewohngemeinschaften etc. durchaus aufgeschlossen gegenüberstehen, zumindest, so die Verfasser der Studie mehr, als vor Beginn der Studie angenommen wurde.³⁵

Möglicherweise steht auch bei den ehemals zugewanderten Menschen und ihren Nachkommen ein Paradigmenwechsel bevor. Die Studie und die Berichte aus der Praxis lassen erste Annahmen zu, dass sich die jüngere Generation nicht zuletzt durch sich verändernde Lebensumstände eher an den hiesigen Möglichkeiten und Betreuungsformen orientiert und im Bedarfsfall entsprechend reagiert.

Wenn also die Informationsdichte verbessert, die Angebotsstruktur verfeinert und die Ressourcen der Herkunftsgemeinschaft vielfach genutzt werden, könnte die schon überfällige Inklusion auch alter Migrant*innen auf lange Sicht hin erreicht werden.

Positiv ist bislang, dass mehr und mehr Einrichtungen sich durch Fortbildung und Einholung von Beratungen der kultursensiblen Arbeit öffnen wollen und dies zunehmend auch als Querschnittsaufgabe und Hierarchie übergreifend verstehen. Positiv ist weiterhin, dass es auch etliche von EU, Bund oder den Ländern unterstützte oder finanzierte Projekte hierzu gibt, in denen neben Fortbildungen auch Materialien als Arbeitshilfen erstellt werden oder spezialisierte Dienste ins Leben gerufen wurden. Dennoch fällt auf, dass die Grundproblematik, so berichten Praktikerinnen mit langjähriger Berufserfahrung in diesem Themenfeld, eigentlich seit langem bekannt ist. Trotzdem gelingt es noch zu langsam oder bislang nicht ausreichend, entsprechende, passgenaue Angebote, die dann auch noch von den Zielgruppen der alten Migrant*innen und ihren Angehörigen entsprechend angenommen werden, in der Fläche und dauerhaft zu implementieren. Für die Erwachsenenbildung und das Projekt fokus⁴ bedeutet dies, auch 2021 nicht nachzulassen in der Entwicklung weiterer,

³⁵ Ausführlich zu den Studienergebnissen hier: Rukiye Bölük/Christoph Bräutigam/Michael Cirkel. Institut Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen Bocholt Recklinghausen und Zentrum für Türkeistudien und Integrationsforschung (ZfTI) (Endbericht 2017): Gemeinsam zuhause? Birlikte evde? Wohnalternativen für pflegebedürftige türkische Migrantinnen und Migranten.

möglichst maßgeschneiderter Fortbildungs- und Beratungsangebote im Dialog mit allen Beteiligten zur Erfassung von Bedarf und Kooperationsmöglichkeiten.

Vorstellung der Beratungsstelle Demenz Alzheimer Gesellschaft München e.V. durch Gerontologin Semra Altınışık

Die Alzheimer Gesellschaft München e.V. versteht sich als Einrichtung der Selbsthilfe. Als Interessenvertretung von Menschen mit Demenz, deren Angehörigen und Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld gibt sie diesen eine Stimme in der Öffentlichkeit.

Sie ist organisiert als eingetragener Verein mit gemeinnütziger Anerkennung.³⁶



Die Beratungsstelle Demenz

Neben den allgemeinen Fragestellungen rund um demenzielle Erkrankungen (Krankheitsbild, Kommunikation und Umgang, Vorsorgemaßnahmen, finanzielle und pflegerische Themen), geht es bei türkischsprachigen Ratsuchenden auch um migrationsspezifische Themen. Diese beziehen sich beispielsweise auf vollstationäre Pflegeeinrichtungen in der Türkei (u.a. Qualität und Kosten) und Entlastungs- bzw. Versorgungsangebote vor Ort in türkischer Sprache (ambulante Pflegedienste, ehrenamtliche Helfer etc.).

Unabhängig von den Sprachkenntnissen schätzen türkischsprachige Klient*innen das Angebot der türkischsprachigen bzw. kultursensiblen Beratung sehr, da sie das Gefühl haben, besser verstanden zu werden und vieles nicht erklären zu müssen. Ziel der Alzheimer Gesellschaft München ist es, dieses Angebot weiter bekannt zu machen.

Einschub IBB: Zur Problematik der Demenzdiagnostik bei Migrant*innen: Häufig scheitert eine angemessene Diagnostik am Sprachvermögen und dem Krankheitsverständnis von Zugewanderten. Das Transkulturelle Assessment Mentaler Leistung (TRAKULA) bzw. die Kurzform EASY sollen älteren Migrant*innen dabei helfen ohne sprachliche Elemente und eher mit Bildern und anderen Methoden eine erste Diagnose zu erhalten.³⁷ Zu den in Deutschland am meisten verwendeten psychometrischen Untersuchungsverfahren gehören der „Mini Mental Status Test (MMST)“, der „Uhrentest“ und der „Demenz-Detektions-Test (DemTect)“. Doch diese Verfahren sind nicht immer geeignet für ältere Migrant*innen, da sie zum Teil sprach- und bildungsabhängig sind.³⁸

Für weitere Fragen an die Referentin: semra.altinisik@agm-online.de

³⁶ Alzheimer Gesellschaft München e.V.: Kurzportrait und Leitbild. https://www.agm-online.de/agm-kurzportrait_leitbild.html

³⁷ Für weitere Informationen siehe: Flüh, H. C. (2014): Testverfahren zur Demenzdiagnostik beim Patienten mit Migrationshintergrund (Doctoral dissertation). <https://d-nb.info/1062536460/34>

³⁸ Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.: Demenzdiagnostik bei Migrantinnen und Migranten. DALzG (deutsche-alzheimer.de).

Anlaufstellen, Material- und Methodenhinweise

Beratung und Unterstützung für pflegende Angehörige mit dementieller Erkrankung und für die zu pflegende Person rund um Fragen in der Pflege, Wohnen und behördlichen Angelegenheiten in türkischer/ arabischer/ französischer/ englischer/ polnischer / russischer und deutscher Sprache

Seniorenbüro-Innenstadt Nord in Kooperation mit der AWO Tagespflege, Westhoffstr.8-12, 44145 Dortmund.
Anmeldungen/Rückfragen/Kontakt: Seniorenbüro Innenstadt-Nord, Bornstr. 83,44145 Dortmund
Telefon: 0231/5011350

Angebote für dementiell Erkrankte mit Betreuungsangebote (u.a. mit türkischen Sprachkenntnissen)

AWO Tagespflege in der Westhoffstr. 8-12, 44145 Dortmund.
Und in der AWO Tagespflege Eugen-Krautscheid-Haus
Kontakt: Torsten Jaspers Telefon: 0231/3957215 und Carla Cailean
Telefon:0231/ 3957218
c.cailean@awo-dortmund.de

Gesprächskreis für pflegende Angehörige mit dementieller Erkrankung in türkischer/ arabischer/ deutscher Sprache

Schulung für pflegende Angehörige mit dementieller Erkrankung in türkischer/ arabischer/ deutscher Sprache

Seniorenbüro-Innenstadt Nord in Kooperation mit der AWO Tagespflege, Westhoffstr.8-12, 44145 Dortmund
Anmeldungen/Rückfragen/Kontakt: Seniorenbüro Innenstadt-Nord, Bornstr. 83, 44145 Dortmund

Kommunale Integrationszentren

NRW

**Portal für Sprach- und
Integrationsermittlung in
Deutschland**

Link: <https://kommunale-integrationszentren-nrw.de/weiterfuehrende-links>

**Gesundheitszentrum für Migrantinnen
und Migranten**

Schaafenstraße 7, 50676 Köln

Telefon: 0221/420398-0

E-Mail: gesundheitszentrum@parisozial-koeln.de

**Barmherzige Begleitung e.V.
Kultur- & Religionssensibles Hospiz-
& Palliativteam**

Frankenalle 311,
60326 Frankfurt am Main
Telefon 0178/ 23 50 35 41

E-Mail:
info@barmherzigebegleitung.de

Münchenstift GmbH

**Allgemeine Informationen/
Hauptverwaltung**

Kirchseeoner Straße 3,
81669 München

Telefon: 089/6220-300

E-Mail: info@muenchenstift.de

**Dementi-Chor: Gesangstreffen
für Menschen mit dementiellen
Erkrankungen:**

Kontakt: Jürgen Kleinschmidt,
Wilhelm-Hansmann-Haus,
Dortmund

<p>Städt. Seniorenzentrum Köln-Mülheim</p> <p>Pflege für Menschen mit türkischsprachigem Migrationshintergrund</p> <p>Tiefentalstraße 68-70, 51063 Köln Telefon: 0221 775-2100 E-Mail: seniorenzentrum.muelheim @sbk-koeln.de</p>	<p>AWO Kreisverband Köln e.V.</p> <p>Türkische Beratung für Senioren</p> <p>Rubensstraße 7-13, 50676 Köln Telefon: 0221/20407-0 E-Mail: info@awo-koeln.de</p>
---	---

**Demenz-Servicezentrum für
türkische und russische
Zuwanderer**

**Gedächtnisspiel mit türkischen
und russischen Motiven aus der
Heimat**

Link: <https://www.awo-100-geschichten.de/demenz-servicezentrum-fuer-tuerkische-und-russische-zuwanderer>

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.

**Sport- und Bewegungsangebote für
ältere Migrantinnen**

Kontakt: Serpil-Sehray Kilic
Telefon: 0209/6048329
E-Mail: serpil.kilic@demenz-service-migration.de

Unterstützung für pflegende Angehörige mit dementieller Erkrankung

VMDO, Seniorenbüro-Innenstadt
Nord und weiterer
Kontakt: VMDO
Dr. Gürsel Capanoglu
Beuthstr. 21, 44147 Dortmund
Telefon: 0231/28678240

Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) e.V.

Mauerstrasse 76,
10117 Berlin
Telefon 030 200754-0
E-Mail: info@dezim-institut.de

Handreichung Interkultureller Erinnerungskoffer

Landeshauptstadt München

Sozialreferat- Amt für Soziale Sicherung

Link: https://www.im-muenchen.de/fileadmin/Fotos_Pdfs_Datenbanken/Altenhilfe/Fachbereich_Offene_Altenarbeit/Handreichung_Interkultureller_Demenzkoffer_Druckversion.pdf

Demenz und Migration

Materialien in türkischer/ polnischer/ russischer/ englischer und arabischer Sprache

Link: <https://www.demenz-und-migration.de/materialien/>

Eine Broschüre zum Projekt Demenz & Migration/ Demenzservicezentrum für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte. Arbeiterwohlfahrt Bezirk Westliches Westfalen e.V. und AWO Unterbezirk Gelsenkirchen- Bottrop

Link: http://www.demenz-service-migration.de/tl_files/migration/Produkte%20und%20Materialien/Demenz%20und%20Migration%20-%20Du%20bist%20nicht%20allein.pdf



Impressum

Herausgeber: Internationales Bildungs- und Begegnungswerk e.V.

Bornstraße 66

44145 Dortmund

Kontakt:

Telefon: 0231-952096- 0

fokus@ibb-d.de

www.ibb-d.de

Tagungsdokumentation im Projekt **fokus**⁴:

IBB- Textbeiträge, Transkriptionen, Lektorat und Gestaltung:

Hildegard Azimi-Boedecker (Projektleitung, Dipl. Sozialwissenschaftlerin)

Gamze Alkan (Projektreferentin, Politikwissenschaftlerin M.A.)

Medienbüro vom Büchel Dortmund

Tagungsorganisation und Moderation:

Hildegard Azimi- Boedecker, Kirsten Ben Haddou (Dipl. Pädagogin)

Tagungstechnik:

yuLink virtual classroom/ netucate systems GmbH Bad Homburg

Öffentlichkeitsarbeit: Medienbüro vom Büchel Dortmund

V.i.S.d.P.:

IBB e.V. Dortmund

©IBB e.V. 2021 Vervielfältigung und öffentliche Nutzung nur mit ausdrücklicher Genehmigung des IBB e.V. und/ oder der Referent*innen

