

**FACHARTIKEL****Kultur- und religionssensible Kommunikation mit demenziell erkrankten Muslim:innen¹***Hadil Lababidi***Zusammenfassung**

Kommunikation ist meist kulturspezifisch und betrifft verschiedene Ebenen von verbaler bis nonverbaler Kommunikation. Religiöse Besonderheiten spielen häufig ebenso eine Rolle. Eine besondere Herausforderung stellt die Kommunikation im Kontext der Demenz dar. Wenn Menschen von Demenz betroffen sind, kommunizieren sie insbesondere auf einer nonverbalen Ebene. Dieser Beitrag möchte Anreize für die pflegerische Praxis und Kommunikation liefern, wenn es darum geht, kultur- und religionssensibel mit demenziell erkrankten Muslim:innen umzugehen.

Schlüsselwörter: Demenz, Islam, Kommunikation, Kultur, Religion

Abstract

Communication is a cultural specific phenomenon and tangles different levels of verbal and non-verbal interactions. Religious particularities are thereby also at play. When people are facing dementia this communication becomes especially challenging, do people with dementia communicate mainly in non-verbal ways. This article, hence, points out different dimensions and thoughts for care and communication with people with dementia in ways of cultural and religious awareness.

Key Words: Dementia, Islam, Communication, Culture, Religion

Demenz und Muslim:innen

Dem Artikel sollen zunächst Vorüberlegungen zum Themenspektrum ‚Demenz und Menschen mit Demenz‘ mit muslimischem Glauben vorangestellt werden. Muslim:innen sind keine homogene Gruppe. Betrachtet man Muslim:innen in Deutschland, so wird deutlich, dass die Mehrheit aus unterschiedlichen Herkunftsländern stammt: Türkei, Bosnien, Serbien, arabischsprachige Länder und südasiatische und südostasiatische Länder. Auch innerhalb eines Landes gibt es häufig kulturelle Unterschiede, die sich zum Teil auch regional bemerkbar machen, wie etwa Stadt-Land-Unterschiede. Erwähnens-

¹ Die Erkenntnisse der Autorin beruhen nicht auf empirischer Forschung, sondern sind Ausführungen aus einer islamischen Perspektive darüber, wie eine kultur- und religionssensible Kommunikation mit demenziell erkrankten Muslim:innen vorstellbar wäre.

wert sind außerdem die konvertierten autochthonen Muslim:innen. Kurz gesagt: Muslim:innen sind eine heterogene Gruppe und von vielen kulturellen Vorstellungen geprägt.

Ein weiterer wichtiger Aspekt, der in der Interaktion mit Muslim:innen eine Rolle spielt, ist die Religionspraxis des jeweiligen Gegenübers. Hier stellt sich die Frage, wie stark die Glaubensvorschriften ausgelebt und praktiziert werden. Es ist anzumerken, dass eine

Muslim:innen sind keine
homogene Gruppe.

Person innerhalb ihrer Entwicklung ihren Glauben unterschiedlich ausüben kann, was von Variablen wie Lebensphase oder -ereignissen beeinflusst sein könnte. Dies kann dazu führen, dass religiöse Praktiken und Vorstellungen bei derselben Person in verschiedenen Lebensphasen stärker oder schwächer werden können. Wenn sich Menschen mit Demenz an eine dieser Episoden erinnern,

kann es vorkommen, dass die früher gelebte Glaubenspraxis zum Ausdruck kommt, obwohl sie vor Eintritt der Erkrankung andere Vorstellungen pflegten.

Schließlich soll ein Punkt angemerkt werden, der bei Muslim:innen mit Demenz eine Rolle spielen kann. Im Laufe der Erkrankung wird die erlernte Zweitsprache ‚verlernt‘ und die Person kommuniziert in ihrer Muttersprache. So kann es vorkommen, dass Deutsch als Zweitsprache nicht mehr abgerufen werden kann.

Demenzformen und -stadien

Mit steigendem Alter erhöht sich das Risiko, an einer Demenz zu erkranken. Die Internationale Alzheimer-Vereinigung (ADI) schätzt die Zahl der Demenzerkrankten weltweit im Jahr 2019 auf mehr als 50 Millionen und prognostiziert für 2050 eine Verdreifachung dieser Zahl (World Alzheimer Report 2019, S. 13). Diese Entwicklung geht einher mit dem demographischen Wandel, der inzwischen auch Muslim:innen betrifft. Mit besonderem Blick auf Deutschland kann prognostiziert werden, dass mehr Menschen mit muslimischem Glauben an einer Demenz erkranken werden.

Demenz ist eine fortschreitende Erkrankung des Gehirns. Die häufigsten der verschiedenen Typen, wie z. B. die Alzheimer-Krankheit, verursachen eine progressive Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten, die mit Gedächtnisverlust, Kommunikationsproblemen, Personalitätswandel und motorischen Störungen verbunden ist. Das Nachlassen von Konzentration, Sprechfähigkeit und Urteilsvermögen sowie die Schwierigkeiten beim abstrakten Denken erschweren die Kommunikation im Verlauf der Krankheit zunehmend (Radman 2010, S. 17–52).

Demenz als Oberbegriff umfasst eine Vielzahl von Unterformen wie etwa Alzheimer-Demenz oder Lewy-Körperchen-Demenz. Der Großteil ist neurodegenerativ und mit einem irreversiblen Abbau von Nervenzellen verbunden. Lediglich die sekundäre Demenzform tritt aufgrund einer Grunderkrankung auf und wird beispielsweise ausgelöst durch Vitaminmangel. Ist es möglich, diese zu behandeln, kann diese Form der Demenz heilbar sein. Dieser Artikel beschränkt sich auf kommunikative Besonderheiten bei der Alzheimer-Demenz, da sie die häufigste Demenzform ist.

Die Diagnose der Demenz und Differenzierung von Alterserscheinungen ist sowohl für die Betroffenen als auch die Angehörigen von Bedeutung. Zum einen kann dies dazu dienen, das veränderte Verhalten und die abnehmenden geistigen Fähigkeiten im Fall der Diagnose der Demenz einer Krankheit zuzuordnen. Im Islam hat eine Krankheit im medizinischen Kontext einen anderen Stellenwert als das ‚hohe Alter‘. Die autoritativen Quellen im Islam – der Koran und der *Hadith* (Taten und Aussprüche des Propheten Muhammads) – sind für das muslimische Krankheitsverständnis ebenfalls von Belang. Ein Prophetenausspruch besagt, dass Gott für jede Krankheit ein Heilmittel herabgesandt habe, außer für das hohe Alter (Ibn Qaiyim al-Ġawziyya, Abū ‘Abdallāh Shams ad-Dīn Muḥammad b. Abī Bakr, S. 8). Demnach ergibt sich für Krankheiten ein anderer Status als für Alterserscheinungen. Demenz als Krankheit ist zwar nicht heilbar, jedoch erweisen sich viele Therapien als sinnvoll, um die typischen Symptome wie Schlaf-Nacht-Umkehr zu behandeln (Stoppe und Maeck 2007a, S. 34). Sobald also eine Demenz diagnostiziert wird, steht der Inanspruchnahme von medizinischen Behandlungen aus muslimischer Sicht wenig entgegen.

Ein Prophetenausspruch besagt, dass Gott für jede Krankheit ein Heilmittel herabgesandt habe, außer für das hohe Alter.

Schließlich ermöglicht die Diagnose der Erkrankung den Betroffenen und ihren Angehörigen, sich auf die sehr wahrscheinlich eintretende Pflegebedürftigkeit vorzubereiten. Da viele Menschen mit Demenz häuslich gepflegt werden, kann so geprüft werden, ob genügend Wohnraum zur Verfügung steht und in diesem Zuge mögliche Gefahrenquellen eruiert werden, geplant werden, die Pflege auf mehrere Verwandte zu verteilen, ambulante Pflegedienstleistungen und Tagesstätten in Anspruch zu nehmen und sie über Besonderheiten im Umgang mit muslimischen Patient:innen zu informieren (Laabdallaoui und Rüschoff 2009, S. 97).

Eine (frühe) Diagnose kann auch negative Auswirkungen haben:

„Das Wissen um eine positive Diagnose kann dem Patienten erhebliche Sorgen bereiten. Die noch vorhandene Entscheidungsfähigkeit und die noch relativ gut ausgeprägten kognitiven Fähigkeiten zum Zeitpunkt einer frühen Demenzdiagnose können den Betroffenen in eine Depression stürzen“ (Schmidhuber 2015, S. 110).

Trotz der möglicherweise dramatischen Auswirkung einer Diagnose kann die Feststellung, dass eine Krankheit beispielsweise Persönlichkeitsveränderungen hervorruft, sinnstiftend wirken. Des Weiteren kann die eigene Lebensqualität für eine gewisse Zeit erhalten werden, wenn wirksame Therapien angenommen werden. Schließlich können sich pflegende Angehörige auf die verändernde Situation frühzeitig einstellen.

Medizinisches vs. integratives Konzept der Demenz

Das vorgestellte Krankheitsbild der Alzheimer-Demenz stammt aus der Humanmedizin und reduziert den Menschen auf seine körperliche und geistige Leistungsfähigkeit – ohne Betrachtung seiner kulturellen und religiösen Wertvorstellungen. Kritik an diesem Modell kommt in jüngster Vergangenheit unter anderem aus der christlichen Theologie,

wie von Verena Wetzstein. Sie schlägt eine ganzheitliche Sicht auf Menschen mit Demenz vor:

„Um eine ganzheitlichere Sicht auf die Demenz-Problematik und einen integrativen Umgang mit dementen Menschen zu ermöglichen, schlägt der vorliegende Ansatz vor, in einem ersten Schritt auf Prinzipien eines ganzheitlichen Menschenbildes hinzuweisen, auf dessen Fundament ein veränderter Umgang mit der Demenz-Problematik möglich wird oder werden sollte“ (Wetzstein 2010, S. 61).

Wetzsteins integratives Konzept der Alzheimer-Demenz unternimmt den Versuch, den Menschen mit Demenz in den Mittelpunkt zu stellen und sich auf seine vorhandenen Fähigkeiten, Wünsche und Bedürfnisse zu konzentrieren. Dieser Beitrag hat nicht zum Ziel, ein integratives Konzept der Demenz im Islam zu untersuchen. Dennoch sollen die Grundzüge des Menschen- und Gottesbildes im Islam im Kontext von Krankheit und Behinderung vorgestellt werden, da sie für den Umgang und der Kommunikation mit Menschen mit Demenz relevant sind.

Dem menschlichen Wesen kommt eine unverlierbare Würde zu, da ihm bei der Erschaffung der göttliche Odem eingehaucht worden ist.

Das muslimische Menschenbild bezieht sich auf die Überzeugung, dass der göttliche Odem dem Menschen bei seiner Entstehung eingehaucht wird (Q 32:9; 15:29; 38:72).² In diesem Moment beginnt das Menschsein. Aufgrund dieses göttlichen Aktes kommt jedem menschlichen Wesen die inhärente Würde zu, die unverlierbar ist, sprich, sie ist unabhängig von seinen kognitiven Fähigkeiten stets vorhanden. Krankheiten und Behinderungen – sowohl körperliche als auch geistige, wie im Fall der Demenz – sind nach muslimischem Glaubensverständnis von Gott gesandt. Dem Gottesbild im Islam zufolge sind Leiden als Herabsendung ohne jeglichen Strafcharakter anzusehen.

Stadien der Alzheimer-Krankheit und Kommunikationsprobleme

Bevor der Ansatz der kultur- und religionssensiblen Kommunikation bei Muslim:innen mit Demenz vorgestellt wird, soll ein Überblick über die Stadien der Alzheimer-Krankheit mit besonderem Blick auf kommunikatorische Veränderungen gegeben werden. Häufig unterscheidet die Fachliteratur drei Stufen der Demenz: leichte, mittelschwere und schwere Demenz. In der ersten Phase der Demenz sind Wortfindungsschwierigkeiten bemerkbar. Zum Beispiel werden zunehmend Wörter ersetzt und die erlernte Zweitsprache wird verlernt. So kann es vorkommen, dass Deutschkenntnisse bei denjenigen abnehmen, die mit einer Fremdsprache als Muttersprache aufgewachsen sind. Im Verlauf der Krankheit werden die motorischen Veränderungen dahingehend bemerkbar, dass die Aussprache undeutlich wird. Außerdem fehlt zunehmend der Kontext im Gesprochenen. Schließlich wird wenig oder gar nicht mehr verbal kommuniziert. Die Gründe können vielfältiger Natur sein: von motorischen Schwierigkeiten bis hin zum

² Zitate aus dem Koran (hier mit Q für arab. *al-Qur'ān* abgekürzt) folgen der Übertragung von Hartmut Bobzin (2017).

Gefühl des Nicht-Verstanden-Werdens. Deshalb gilt es, neben der Abklärung beispielsweise möglicher schmerzhafter Zahnprothesen, auch die eigenen Kommunikationsformen an das Gegenüber anzupassen.

Formen der Kommunikation und Kommunikation bei Demenz

Im Idealfall setzt sich Kommunikation aus einem Sendenden und einem Empfangenden zusammen. Ersterer sendet eine Botschaft, die der zweite empfängt und bestenfalls z.B. in Form einer Antwort oder Frage rückmeldet. Die Kommunikation mit Menschen mit Demenz verschlechtert sich mit der Zeit:

„Es gibt keine ‚Rezepte‘ zur Kommunikation mit demenzkranken Menschen.“

„Mit fortschreitender Demenz ergeben sich Schwierigkeiten bei allen vier Schritten der Kommunikation. Um nur einige Beispiele anzuführen: Schon zu Beginn einer Demenz ist die Darbietung durch auftauchende Wortfindungsstörungen beeinträchtigt, die Aufmerksamkeit kann nicht mehr gut verteilt werden, komplexe Sätze werden nicht mehr verstanden und das kurzzeitige Behalten, das für die Kommunikation so wichtig ist, bereitet immer mehr Schwierigkeiten“ (Haberstroh et al. 2016, S. 34).

Im Verlauf der Demenzerkrankung werden neue Informationen zunehmend gestört verarbeitet und gespeicherte Informationen schlechter abgerufen. Dennoch ist Kommunikation möglich. Hier sei darauf hinzuweisen, dass jeder Mensch individuell zu betrachten ist. Julia Haberstroh und ihre Kollegen zeigen die Herausforderungen auf und geben zahlreiche praktische Hilfestellungen für die Kommunikation. Gleichzeitig betonen sie: „Es gibt keine ‚Rezepte‘ zur Kommunikation mit demenzkranken Menschen“ (Haberstroh et al. 2016, S. 36). Im Zuge ihrer Beobachtungen schließen sie, dass Menschen mit Demenz auf eine andere Weise kommunizieren. Zum Beispiel sehen sie die Stärke in der nonverbalen und Beziehungsebene, die Zuneigung in einfachen, kurzen Sätzen ausdrückt. Verstanden werden können ebenfalls kurzgehaltene Aussagen. Zentral ist hierbei, dass Menschen bis zuletzt emotional ansprechbar sind. Diese Fähigkeit gilt es im Umgang mit Menschen mit Demenz zu nutzen und somit die Gefühlsebene anzusprechen.

Kultur- und religionssensible Kommunikation mit demenziell erkrankten Muslim:innen

Im folgenden Abschnitt sollen die Ausführungen der Autorin – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – vorgestellt werden, wie eine kultur- und religionssensible Kommunikation mit demenziell erkrankten Muslim:innen gelingen könnte. Diese sind als Anreize sowohl für pflegende Angehörige als auch für Pflegekräfte gedacht, ohne bisherige Pflegeansätze in die Kritik stellen zu wollen. Hierfür werden drei Aspekte als wesentlich erachtet:

1) Multi-sensorische Kommunikation

- 2) Transkulturelle Kommunikation
- 3) Wohlbefinden erzeugende Atmosphäre

Multi-sensorische Kommunikation

Als erstes sollen das Kommunikationsmodell bei Rationalitätsverlust nach Klaus Depping vorgestellt und die Überlegungen der Autorin dargestellt werden, welche Interaktionswege für Menschen mit muslimischem Glauben sinnvoll sind. Darunter zählt er visuelle, haptische und prosodische Annäherungsmittel sowie Musik und ein symbolisches Handlungsgeschehen (Depping 2009, S. 365–384). Bei allen Dialogwegen soll jedoch darauf geachtet werden, welche biografisch relevanten Besonderheiten zu berücksichtigen sind.

Interaktion und Kommunikation mit an Demenz erkrankten Personen bedarf eines besonderen Fingerspitzengefühls.

Erkenntnisse aus der Neurowissenschaft zufolge verfüge der Mensch über zwei optische Wahrnehmungswege: 1) ein reflexives Verarbeiten des Bildes, und 2) eine intuitive Wahrnehmung des Stimmungsgehaltes. Vorstellbar wäre, etwa Fotografien der Heimatorte mit markanten Gebäuden wie die Moschee im Viertel darzubieten, um Erinnerungen aus dem Langzeitgedächtnis abzurufen.

Als einen haptischen Abrufreiz könnte Muslim:innen, wenn sie in der Vergangenheit eine Gebetskette zum Gebet und der Lobpreisung Gottes verwendet haben (arab. *misbaḥa*), eine solche dargeboten werden.

Wenn man davon ausgeht, dass die Hörfähigkeit lange erhalten bleibt, auch wenn die Sprache nicht mehr verstanden wird, ist eine Ansprache des dementen Menschen bis zuletzt sinnvoll, weil emotionale Sprachverwertung erhalten bleibt (Depping 2009, S. 374–375). Als prosodisches Kommunikationsmittel vorstellbar wäre – auch im Falle eingeschränkter Bewegungsfähigkeit – zum Beispiel das Vorspielen des Freitagsgebet aus dem Radio. Auf diesen Aspekt soll später unter dem Abschnitt Wohlbefinden erzeugende Atmosphäre weiter eingegangen werden.

Des Weiteren erfüllt Musik zwei Zwecke als kommunikatorisches und therapeutisches Mittel: Zum einen können Erinnerungen an Liedtexte wachgerufen werden. „Menschen mit Demenz im mittleren bis späten Stadium können manchmal nicht mehr sprechen, aber können ohne Weiteres ein Gute-Nacht-Lied von Anfang bis Ende singen“ (Haberstroh et al. 2016, S. 45); zum anderen hat sie eine beruhigende Wirkung bei Unruhezuständen und Angst (Stoppe und Maeck 2007b, S. 55). Musik hat eine andere Bedeutung für die heutige Generation demenziell erkrankter Menschen: Sie „hat Musik in ihrer Kindheit anders erfahren als spätere Generationen. In der Familie, aber auch in der Freizeit wurden oft Volkslieder gesungen, und es wurde viel musiziert“ (Fröhlich-Güzelsoy 2015, S. 82). Vorstellbar wäre hier, jene biografisch relevante Musik einzusetzen, die diese Person aus der Vergangenheit kennt und mit der sie positive Emotionen verbindet.

Zuletzt zählt bei vielen Muslim:innen symbolisches Handlungsgeschehen zu Erfahrungen, die sie bereits im Kindesalter gemacht haben, wie das Erlernen von Gebetsritualen, die auch während einer fortschreitenden Demenz lange erhalten bleiben können (Depping 2009, S. 379). Hierbei ist es mitunter sinnvoll, den Betroffenen die Gebetsausführung, wenn gewünscht, zu ermöglichen und sie beim Gottesdienst zu integrieren. Zu betonen sei es, dass zwar Hilfestellungen angeboten werden sollten, ohne jedoch auf Fehler wie etwa die korrekte Anzahl der Niederwerfungen hinzuweisen.

Wie bei den vorher genannten Interaktionsformen ist auch der somatosensorische Kommunikationsweg mit einer gewissen Vorsicht zu beschreiten. Zum einen kann Körperkontakt Wärme spenden und das Gefühl der sozialen Isolation verhindern. Denn auch unter Demenz, so Depping,

„ist der Mensch ‚geistlich empfänglich etwa für die Zuwendung, die sich in einer Berührung ausdrückt‘. [...] Es geht nicht um streicheln, kraulen oder tätscheln. All das kann als Manipulation oder Einengung erlebt werden. Der Mensch fühlt sich geachtet und gut versorgt. Es entsteht ein Gefühl wie bei einem kleinen Kind, dass die Mutter nach dem Stillen sanft in die Arme nimmt“ (Depping 2009, S. 381).

Zum anderen gilt es zu berücksichtigen, dass manche Menschen – über alle Kulturen hinweg – Körperkontakt als übergriffig empfinden. Andere sind für körperliche Nähe mit Personen des gleichen Geschlechts empfänglich und wünschen sich gleichgeschlechtliche Pflege, insbesondere bei intimer Hygiene. Zusammenfassend gilt es, wie bei den vorher genannten Punkten, mit Fingerspitzengefühl individuell auf Betroffene zuzugehen, um Grenzen abzustecken und Präferenzen aufzuspüren.

Transkulturelle Kommunikation

Kommunikation mit demenziell erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund erfordert nach Dibelius transkulturelle Kommunikation und Kompetenz (Dibelius 2013, S. 28–29). Dieser dynamische Kulturbegriff setzt eine Interaktion mit einem Gegenüber voraus und wird wie folgt definiert:

Die ‚Flügel der Demut‘ als ideale innere Haltung des Kommunizierenden.

„Transkulturalität beschreibt kulturelle Prozesse als flexibles, individuelles Kondensat aus biografischen, soziografischen und ökonomischen Faktoren, welches in Situationen immer neu verhandelt wird“ (Uzarewicz/Uzarewicz 2001, S. 170, zit. in: Dibelius 2013, S. 28).

Einerseits sind also Vorannahmen über kulturelle Besonderheiten von Vorteil, da viele Menschen diese Gemeinsamkeiten teilen und es ein Gefühl der Anerkennung vermitteln kann, wenn diese geachtet werden. Andererseits sind Pauschalisierungen zu vermeiden, denn es gibt zum Beispiel nicht ‚den‘ oder ‚die‘ türkische:n Patient:in. Vorannahmen sind etwa über gewisse Vorbehalte bei Körperkontakt mit dem anderen Geschlecht hilfreiche Informationen. Jedoch sollten diese Kenntnisse auch situationsbedingt kritisch hinterfragt werden, mit dem Ziel, das Wohl des Betroffenen zu fördern. So kann diese Vorannahme also allgemein hilfreich sein, aber in Situationen mit herausforderndem Verhal-

ten könnte eine Berührung eines ‚neutralen‘ Körperteils wie der Schulter beruhigender wirken als der Verzicht auf Körperkontakt. Kultur und Religion sind schließlich nicht monolithisch zu begreifen; sie sind vielfältig und in ihrer Ausgestaltung sehr individuell. Insgesamt erfordert daher die transkulturelle Kommunikation eine personenzentrierte Pflege.

Wohlbefinden erzeugende Atmosphäre

Abschließend sollen Überlegungen für eine Wohlbefinden erzeugende Atmosphäre bei dem oder der Empfänger:in erläutert werden. Im Koran finden sich Aufforderungen zur freundlichen Ansprache (arab. *qawl al-karīm*), insbesondere gegenüber Menschen höheren Alters oder mit Behinderung (Q 17:23–24, 4:5, 9). Das betrifft sowohl verbale als auch nonverbale Kommunikation, von der Wortwahl über die Körpersprache bis hin zur Tonlage. All dies setzt eine innere Haltung der Kommunizierenden voraus, die der Koran mit der Metapher der ‚Flügel der Demut‘ (arab. *ġanāḥ aḍ-ḍull*) in Sure 17, Vers 23–24 wiedergibt:

Die verbale Kommunikation muss mit der inneren Haltung harmonisieren.

„Beschlossen hat dein Herr, dass ihr ihm allein dienen sollt und dass ihr eure Eltern gut behandelt. Wenn sie alt geworden sind bei dir, gleichviel ob einer oder beide, so sag nicht „Pfui!“ zu ihnen, und fahre sie nicht an! Gebrauche ihnen gegenüber nur edle Worte. // Und senke herab die Fittiche der Demut, aus Erbarmen, und sprich: „Mein Herr! Erbarm dich ihrer, so wie sie mich von klein an aufgezogen!“

Dieser Koranstelle zufolge werden Kinder von Gott aufgefordert, mit ihren (hochbetagten) Eltern zärtlich umzugehen und sie barmherzig anzusprechen. Diese Aufforderung spiegelt wider, dass die Fürsorge und die Barmherzigkeit für die eigenen Nachkommen beinahe jedem Geschöpf angeboren sind. Allerdings müssten Kinder im Erwachsenwerden diese Haltung gegenüber ihren Eltern erlernen, da diese Gegenseitigkeit nicht ‚von Natur aus‘ gegeben ist. Nach muslimischem Verständnis seien Menschen dazu veranlagt, im Erwachsenenalter diese Einstellung einzunehmen, was sie innerhalb der Schöpfung auszeichnet.

Eine andere Koranstelle betrifft die Kommunikation und den Umgang mit Menschen mit Behinderung. Einem Herabsendungsanlass zufolge pflegten die Muslimen mit Muḥammad, dem Gesandten Gottes, zum Kampf zu gehen, weshalb sie bei den chronisch Kranken die Schlüssel ihrer Häuser ließen und ihnen sagten: „Wir erlauben euch das zu essen, was ihr möchtet“. Die chronisch Kranken sagten jedoch: „Es ist uns nicht gestattet, davon zu essen, weil sie es uns nicht von Herzen gern erlaubt haben.“ Daraufhin soll Sure 24, Vers 61 herabgesandt worden sein:

„Für den Blinden, den Lahmen, den Kranken und für euch selber besteht kein Anstoß darin, in euren Häusern zu essen oder in den Häusern eurer Väter, eurer Mütter, eurer Brüder, eurer Schwestern, eurer Vatersbrüdern, eurer Vaterschwwestern, eurer Mutterbrüder, eurer Mutterschwwestern, oder in denen, für die ihr einen Schlüssel habt, oder in denen eurer Freunde! Es ist für euch kein Verge-

hen, zusammen oder getrennt zu essen. Wenn ihr in die Häuser geht, dann sprecht über euch gegenseitig einen Gruß aus, der von Gott kommt und gut und voller Segen ist. So erläutert euch Gott die Verse. Vielleicht begreift ihr ja.“

In diesem Offenbarungsanlass geht es um eine Situation, in der kampffähige Menschen in den Krieg gezogen sind. Davor sollen sie Menschen mit Behinderung die Schlüssel ihrer Häuser überlassen und die darin enthaltenen Lebensmittel angeboten haben. Da letztere jedoch einen gewissen Vorbehalt spürten, fühlten sie sich gehemmt und hielten sich zurück. Der daraufhin herabgesandte Vers soll an diejenigen Menschen appellieren, die diese Scham erzeugt und ein Gefühl des Ausgeschlossenseins vermittelt haben. Kurz gesagt, die verbale Kommunikation muss mit der inneren Haltung harmonisieren. Erst dann ist die Voraussetzung dafür geschaffen, Wohlbefinden bei dem oder der Empfänger:in zu erzeugen.

Zusammenfassung und Ausblick

Zusammenfassend sollen die vorhandenen Stärken in der multi-sensorischen Kommunikation größtmöglich genutzt werden. Dazu erfordert es einen kreativen Einsatz von Kommunikationsmitteln. Des Weiteren sollten interkulturelle Kenntnisse gefördert werden, um im nächsten Schritt eine transkulturelle Kompetenz zu erwerben. Das heißt, dass die gewonnenen Vorannahmen stets situationsbedingt kritisch zum Wohle des Betroffenen hinterfragt werden sollen. Zusätzlich ermöglicht ein personenzentrierter Ansatz, die Präferenzen und Bedürfnisse in einer Biographiearbeit zu ermitteln. Diese Vorgehensweise kann hilfreich sein, um die biografisch relevanten Angaben mit interkulturellem Vorwissen in Einklang zu bringen. Schließlich sollte allen Kommunikationsmitteln die eigene innere wohlwollende Haltung bei der Interaktion als eine ‚Schlüssel-eigenschaft‘ zugrunde liegen. Es bedarf speziell bei Menschen mit Demenz besonderen Einfühlungsvermögens. Schließlich kann diese verinnerlichte Einstellungsänderung in der Interaktion mit den Betroffenen positiv wirken:

„Gelingt es, sich auf die Erlebniswelt Demenzkranker einzustellen, die Umgebung mit ihren Augen zu sehen und sich darauf einzurichten, kann man viele Probleme im Umgang mit ihnen vermeiden“ (Laabdallaoui und Rüschoff 2009, S. 93).

Literaturverzeichnis

- Bobzin, Hartmut (Hrsg.): Der Koran. Neu übertragen von Hartmut Borzin. München: Beck 2017.
- Depping, Klaus: Demenz: Seelsorgerliche Kommunikation bei Rationalitätsverlust. In: Klie, Thomas; Kumlehn, Martina; Kunz, Ralph (Hrsg.): Praktische Theologie des Alterns. De Gruyter, Berlin / New York 2009 (Praktische Theologie im Wissenschaftsdiskurs, 4), S. 365–384.
- Dibelius, Olivia: Demenz und Migration: Ethische, psychosoziale und gesellschaftliche Herausforderungen. In: Matter, Christa; Piechotta-Henze, Gudrun (Hrsg.): Doppelt Verlassen? Menschen mit Migrationserfahrung und Demenz. Berlin: Schibri-Verlag 2013 (Berliner Beiträge zu Bildung, Gesundheit und Sozialer Arbeit, XIII), S. 22–30.
- Engel, Sabine: Alzheimer & Demenzen. Die Methode der einfühlsamen Kommunikation. 2. Aufl. Stuttgart: Trias 2006.

- Fröhlich-Güzelsoy, Leyla: Musik- und Erinnerungstherapie bei demenziell erkrankten Patient*innen mit Migrationsgeschichte. Ethische Desiderate der Demenzbehandlung. In: Frewer, Andreas; Bergemann, Lutz; Schmidhuber, Martina (Hrsg.): Demenz und Ethik in der Medizin. Standards zur guten klinischen Praxis. Würzburg: Königshausen & Neumann 2015 (Jahrbuch Ethik in der Klinik, 8), S. 73–96.
- Haberstroh, Julia; Neumeyer, Katharina; Pantel, Johannes: Kommunikation bei Demenz. Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegende. Unter Mitarbeit von Tina Pfeiffer. 2. Aufl. Berlin / Heidelberg: Springer 2016.
- Ibn Qaiyim al-Ğawziyya, Abū ʿAbdallāh Shams ad-Dīn Muḥammad b. Abī Bakr: aṭ-Ṭibb an-Nabawī. Beirut: Dār al-fikr s. d.
- Laabdallaoui, Malika; Rüschoff, Ibrahim: Ratgeber für Muslime bei psychischen und psychosozialen Krisen. Mössingen: Edition Bukhara 2009.
- Radman, Ivana: Demenz: Medizinische Fakten zu einem komplexen Problem. In: Christen, Markus; Osman, Corinna; Baumann-Hölzle, Ruth (Hrsg.): Herausforderung Demenz. Spannungsfelder und Dilemmata in der Betreuung demenzkranker Menschen. Interdisziplinärer Dialog – Ethik im Gesundheitswesen. Bern: Peter Lang 2010, S. 17–52.
- Schmidhuber, Martina: Neuroimaging für eine frühe Diagnose der Alzheimer-Demenz? In: Ach, Johann S.; Lüttenberg, Beate; Nossek, Alexa (Hrsg.): Neuroimaging und Neuroökonomie. Grundlagen, ethische Fragestellungen, soziale und rechtliche Relevanz. Berlin: LIT 2015. (Münsteraner Bioethik-Studien, 14), S. 103–120.
- Stoppe, Gabriela; Maeck, Lienhard: Nicht-pharmakologische Therapie bei Alzheimer-Demenz. In: Die Psychiatrie 4 / 2007a, Heft 1, S. 33–36.
- Stoppe, Gabriela; Maeck, Lienhard: Therapie von Verhaltensstörungen bei Menschen mit Demenz. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 20 / 2007b, Heft 1, S. 53–58.
- Uzarewicz, Charlotte/Uzarewicz, Michael: Transkulturalität und Leiblichkeit in der Praxis. In: Intensiv. Fachzeitschrift für Intensivpflege und Anästhesie 4 / 2001, S. 168–175.
- Wetzstein, Verena: Alzheimer-Demenz: Perspektiven einer integrativen Demenz-Ethik. In: Christen, Markus; Osman, Corinna; Baumann-Hölzle, Ruth (Hrsg.): Herausforderung Demenz. Spannungsfelder und Dilemmata in der Betreuung demenzkranker Menschen. Interdisziplinärer Dialog – Ethik im Gesundheitswesen. Bern: Peter Lang 2010, S. 53–69.
- World Alzheimer Report. In: Alzheimer's Disease International. London: Alzheimer's Disease International 2019.

Autorenkontakt

Hadil Lababidi
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Department Islamisch-Religiöse Studien
Nägelsbachstr. 25
91052 Erlangen
Hadil.Lababidi@fau.de

Zitationsvorschlag

Lababidi, Hadil: Kultur- und religionssensible Kommunikation mit demenziell erkrankten Muslim:innen. In: Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen Jg. 4 / 2020/2021, S. 37-46.