



Gemeinsam zu einer Balance finden

Interkulturelle Seelsorge im Krankenhaus

Von: Christina Kayales, erschienen im Deutschen Pfarrerrblatt, Ausgabe 6/2013

Die multikulturellen Verschiebungen in unserer Gesellschaft sind auch in den Krankenhäusern angekommen. Längst kann nicht mehr mit Selbstverständlichkeit von einem christlich geprägten Hintergrund bei der Mehrheit der Patienten ausgegangen werden. Das verunsichert, eröffnet aber auch neue Perspektiven für die Klinikseelsorge, wie Christina Kayales zeigt.

Religiös motivierte Konfrontation am Sterbebett

Alltag im Krankenhaus: Ayse, eine muslimische Krebspatientin, liegt im Sterben. Die behandelnde Ärztin entscheidet, aufgrund der starken Schmerzen im Finalstadium solle jetzt Morphium verabreicht werden. Der Ehemann interveniert: Die Ehefrau müsse nach dem Tod, wie die islamischen Regeln es erfordern, ohne Betäubung und nüchtern vor Allah treten können. Er bittet den christlichen Krankenhauseelsorger um Vermittlung: Er soll der Ärztin klar machen, dass der religiös begründete Wunsch zu respektieren sei. Der Krankenhauseelsorger steht zwischen dem frommen Ehemann und dem Pflegepersonal, das die Pein der Patientin lindern will. Für den Ehemann bekommt in dieser Situation die religiöse Tradition eine besonders herausragende Bedeutung. Das vertraute und stützende familiäre Netzwerk ist weit entfernt. Die Sterbesituation am Krankenbett verleiht seiner religiösen Verwurzelung eine viel höhere Bedeutung, als sie sie bis dahin im Alltag hatte – und all dies unabhängig von klar niedergelegten oder ihm rund herum vertrauten religiösen Regelungen. Eiligst wird ein Imam herbeigerufen. Der bestätigt in einem ersten Gesprächsgang unmissverständlich die Regel »Du sollst nüchtern vor Allah treten und vor dem Tod dein Glaubensbekenntnis sprechen«. Auch ihn befremdet das medizinisch-pflegerische Denken im deutschen Krankenhaus – genauso wie den Ehemann. In der konkreten Situation gelang es dem interreligiös ausgebildeten Krankenhauseelsorger, die Sprachlosigkeit am Sterbebett aufzulösen. Konfrontationen dieser Art am Krankenbett produktiv aufzulösen gelingt, wenn ein gemeinsamer Perspektivenwechsel gelingt.

Was hat hier bei allen Beteiligten Ängste und Verhärtungen ausgelöst und in eine Sackgasse geführt? Der Angst vor einem religiösen Fehltritt stand die Angst vor unprofessioneller Behandlung gegenüber. Unbekannte religiöse Vorstellungen standen unbekanntem Krankenhausabläufen gegenüber. Bei der Begegnung beharrte erstmal jeder auf »seins«. Aus solchen Konfrontationen gibt es Auswege, die man einüben kann. Im konkreten Fall konnte der Imam im weiteren Gesprächsverlauf den Ehemann an die Barmherzigkeit Allahs erinnern. Zum orientierenden Leitgedanken frommen Handelns wurde der Glaube an Allah, der nicht will, dass anvertraute Menschen vermeidbare Schmerzen erleiden, das Vertrauen auf Allah, der das Leben schützt und begleitet, von dem Muslime betend und dankend auch dies bekennen können: eine hilfreiche Dosis Schmerzmittel sind für den barmherzigen und dem Leben zugewandten Allah eine gute Tat. Dem Imam gelang die Vermittlung, weil ihm vorher durch den Krankenhauseelsorger Abläufe erklärt und nahe gebracht, und die Bedeutung religiöser Traditionen nicht infrage gestellt, sondern angemessen gewürdigt worden war.

Diffuse Integrationsansprüche



10% unserer Bevölkerung, so sagen Statistiken, sind ausländische Mitbürgerinnen und Mitbürger. Glaubt man anderen Zahlen, die Anfang des Jahres in Hamburg kursierten, hat jeder vierte Hamburger inzwischen eine wie auch immer geartete Migrationsgeschichte. Der iranische Arzt und seine Kinder in Hamburg-Blankenese werden dabei weniger als Migranten wahrgenommen als die nicht dunkelhäutigen, aber anders gekleideten Männer am Hauptbahnhof. Die 20jährige Tochter einer Filipina mit der so schönen hellbraunen Haut und dem zierlichen Körper wird als integrationsfähiger eingestuft als ein gleichaltriger Junge aus Ghana. Aber es gibt auch andere kulturell geprägte Dynamiken: »Eine junge Frau mit asiatischem Aussehen schildert: Meine Eltern sind nicht meine leiblichen Eltern, ich wurde adoptiert als ich ein Baby war. Die Leute sehen, dass ich asiatisch aussehe und fragen mich, wo ich herkomme. Ich bin aber Deutsche. Biologisch und genetisch bin ich Asiatin, seelisch aber eine Deutsche.«¹

Wie hoch der Anteil ausländischer Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern genau ist, lässt sich nur vermuten. Denn die Staatsangehörigkeit gehört nicht zu den behandlungsrelevanten Daten und wird bei der Aufnahme nicht abgefragt. Erweitern wir unsere Perspektive auf die Formulierung »Menschen mit Migrationsgeschichte«, wird eine statistische Erfassung noch schwieriger, da nach der Einbürgerung hier in Deutschland keine Unterscheidung mehr gemacht wird.

Natürlich ist der Anteil von Migrantinnen und Migranten in den Krankenhäusern unterschiedlich, aber auch innerhalb eines Krankenhauses werden Migranten unterschiedlich wahrgenommen. Auf der Privatstation im St. Georg Krankenhaus liegen luxuriös ausgestattete, betuchte Patienten, die mit eigenem Dolmetscher und Koch einfliegen – die werden nicht als Migranten wahrgenommen, dafür die türkische Putzfrau, die fließend deutsch spricht, weil schon ihre Mutter als Kind hierher kam und statistisch schon lange per Einbürgerung Deutsche ist. Aber sie trägt Kopftuch. Das wird als »nicht integriert« ausgelegt.

Die Wahrnehmung ausländischer Patienten variiert auch bei den Mitarbeitenden im Krankenhaus. Angesprochen auf die Möglichkeit, eine muslimische Seelsorgerin oder einen Imam anzufordern, sagte eine Psychoonkologin: »Auf meinen Stationen gibt es keine muslimischen Patienten.« Ein Arzt, der dieselben Stationen betreut, reagierte mit dem Satz: »Wunderbar, endlich weiß ich, wer mir bei den vielen türkischen Frauen helfen kann, die ich so schlecht verstehe.«

Veränderungen des religiösen Settings

Die Veränderungen unseres religiösen Settings zeigen sich natürlich auch bei verschiedenen Arbeiten im Krankenhaus. Eine Krankenhauseelsorgerin erzählt: »Jahrelang ließ sich bei uns niemand finden, der bereit war, die Stelle des Pathologiepflegers zu übernehmen. Täglich wechselte die Aufgabe, die Verstorbenen in die Pathologie zu bringen, sie dort in Kühlfächer zu legen und morgens den Bestattern zu übergeben: Dabei wurde viel gewitzelt, wahrscheinlich auch mancher Quatsch gemacht; die Atmosphäre war stets von Abwehr der durch einen Toten ausgelösten Gefühle geprägt und von Ärger, schon wieder mit der ungeliebten Aufgabe dran zu sein.

Seit einiger Zeit ist N. Pathologiepfleger. Der Umgang mit Verstorbenen ist ihm, der aus einem Bürgerkriegsgebiet in die BRD kam und um politisches Asyl nachsuchte, eine Selbstverständlichkeit: ›Ich habe in meinem Leben Tote gesehen, die weit schlimmer aussahen.‹ Mit beeindruckender Ruhe und Demut führt er alle nötigen Tätigkeiten aus und bereitet den gerade Verstorbenen so einen würdevollen letzten Weg durchs Krankenhaus. Auf diese Veränderung hin angesprochen, sagt er nur: ›Jeder Tote ist ein Hinweis Allahs, dass ich auch sterben werde, und eine Aufforderung, bis dahin anderen nach meinen Möglichkeiten zu helfen.‹



Das Memento mori war früher einmal Kennzeichen christlicher Krankenpflege. Im Gefolge der Säkularisierung der Krankenpflege in Deutschland sind solche Grundhaltungen verloren gegangen. Ich selbst habe sie nur bei strenggläubigen Katholiken, Nonnen und bei Diakonissen noch erlebt. In den letzten Jahren passierte es häufiger, dass mich muslimische Schwestern oder Pfleger auf Menschen aufmerksam machten, die ihre Krankheit nicht verarbeiten konnten oder ihrem baldigen Sterben voller Sorgen entgegen sahen. (...) Für mich als Krankenhausseelsorgerin hat sich dadurch im Laufe der Zeit eine ausgesprochen hilfreiche Kooperation mit muslimischen Pflegekräften ergeben.²

Kulturelle und religiöse Vielfalt gewinnt in einem Krankenhaus ein besonderes Gewicht. Menschen in krisenhaften Situationen treffen auf eine auf Effektivität hin orientierte und oft stressbeladene Arbeitsweise. Kulturell und religiös bedingte Missverständnisse und Irritationen verstärken die ohnehin nicht leichte Begegnung und die krankenhausesbezogenen Belastungen.

Pfingsten – Sinnbild interkultureller Öffnung

Warum beschäftigt sich Kirche mit dem Thema Interkultureller Seelsorge?³ Entscheidend ist Pfingsten: die Geburtsstunde der Kirche ist in sich ein interkulturelles Ereignis. Die Verständigung über Sprach- und Kulturgrenzen hinweg steht am Anfang der christlichen Kirche. Pfingsten ist deshalb einerseits Sinnbild, zugleich immer auch Herausforderung für eine christliche Existenz, die sich im Dialog mit Menschen anderer Herkunft, anderer Sprache und anderer Religiosität befindet. Eine interkulturelle Öffnung der Kirche ist so gesehen kein notwendiges Übel, keine Forderung des Zeitgeistes, sondern der Kirche wesensimmanent – von Anfang an.

Die letzten beiden Jahrzehnte zeigten eine starke Auseinandersetzung mit dem Begriff der Kultur. Die Debatten an Universitäten, aber auch in verschiedenen Veröffentlichungen, verwiesen auf seine historische, politische, soziale und religiöse Dimensionen. Ethnologische Autoren arbeiteten heraus, dass Kulturen nichts Festes, Statisches sind. Vielmehr wurde nun auch einer breiteren Öffentlichkeit vermittelt, dass Kulturen immer wieder neu in kommunikativen Prozessen ausgehandelt werden. Der Ausdruck Subkultur für bestimmte Gruppierungen ist inzwischen vertraut. Anschaulich wird dies an allseits bekannten Veränderungen: »Trends« (wie wir heute gern sagen), die sich gefestigt haben, andere die nach einiger Zeit einfach wieder weg waren. E-Mails sind aus unserer Kommunikationskultur nicht mehr wegzudenken, dagegen ist Trampen an der Autobahn, nachdem es einige Jahre sehr unser Straßenbild geprägt hat, nun fast wieder vollständig verschwunden. Kulturen wandeln sich notwendigerweise, zuweilen schnell, zuweilen langsam. Kulturelle Normen bieten hierbei Menschen Möglichkeiten, sich verändernden Bedingungen anzupassen, weil sie Orientierung geben.

Im Zuge dieser Diskussionen entstand die Einsicht, dies auch theologisch zu reflektieren und für die Praxis des Zusammenlebens in Gemeinde, Diakonie und Gesellschaft fruchtbar zu machen. Im Sinne von Pfingsten geht es dabei darum, der Abschottung in sprachliche, ethnische oder soziale Milieus in ihrem eigenen Bereich und in der Gesellschaft entgegenzuwirken. Eine solche Perspektive ermutigt, die schon jetzt vorhandene innere Vielfalt stärker wahrzunehmen und zu würdigen. Der Kirchentag selbst ist Beleg, dass Vielfalt als Teil von Kirche nicht mehr wegzudenken ist. Pfingsten könnte ein Paradigma sein, um Menschen daran zu erinnern, dass Heterogenität gerade nicht zu Chaos und Irritation führen muss. Vielmehr verweist Pfingsten in seiner Differenzierung darauf, dass erst die Erfahrung der Zusammengehörigkeit der Verschiedenen Kirche gestaltet.

Im Zuge solcher Überlegungen entstanden in den 90er Jahren die ersten Veröffentlichungen im Bereich Seelsorge auch im deutschsprachigen Raum, die die Interkulturalität in der Seelsorge zum Thema machten. Im Jahr 2006 hatte entsprechend auch die Gesellschaft für Pastoralpsychologie das



Thema »Das ›Reine‹ und das ›Vermischte‹ – Interkulturalität als Herausforderung für die Seelsorge« auf dem Programm.

»Nicht immer gelingt Einfühlung«

Wer in einem Krankenhaus mit pastoralem Auftrag arbeitet, erlebt das multikulturelle Arbeitsfeld auch als multireligiös. Man trifft auf Mitglieder verschiedener christlicher Kirchen, auf Gläubige der anderen Weltreligionen, auf langjährige Atheisten und auf Menschen, die Spiritualität, in welcher Form auch immer, erst kürzlich für sich entdeckt haben. Solange Seelsorger lediglich die Angehörigen ihrer Konfession und Kultur seelsorglich begleiten, können sie diese multikulturelle und multireligiöse Realität ausblenden. Wer aber innerhalb der Institution Krankenhaus arbeitet, gerät auch mit denen in Kontakt, die »fremd« sind, sei es weil sie andere kulturelle oder religiöse Werte haben, sei es, weil sie nicht hier aufgewachsen sind oder nicht christlich geprägt wurden.

Ursula Josuttis beschreibt: »Eigentlich haben die meisten Seelsorger und Seelsorgerinnen durch die von der Gesprächspsychotherapie geprägte Seelsorgebewegung ein ausreichendes Handwerkszeug für die Begegnung mit Menschen mit einer multikulturellen Identität erworben. Die drei Prinzipien ›Bedingungsloses Akzeptieren‹, ›Einfühlung‹ und ›Authentizität‹ prägen als praxisnahe Leitbegriffe die meisten Seelsorgebegegnungen. (...) Doch nicht immer gelingt die Einfühlung in das Welterleben von Menschen mit einer multikulturellen Identität. Für unabdingbar halte ich deshalb die Auseinandersetzung mit der Grenze der eigenen Einfühlung in die Gefühle und Konflikte derer, die seit langem zwischen zwei Kulturen vermitteln.«⁴

»Nicht immer gelingt die Einfühlung«, konstatiert Ursula Josuttis. Hier genau setzen die methodischen Überlegungen zu interkultureller Seelsorge an. Sie stellen nicht die Kompetenzen der Seelsorgerinnen und Seelsorger in Frage. Vielmehr möchten sie ein Instrumentarium anbieten, die kulturellen Phänomene besser in den Verstehensprozess und den Begegnungsprozess am Krankenbett zu integrieren.

Rollenerwartungen und Bündnisangebote

Mit der Bezeichnung »Interkulturelle Seelsorge« werden diejenigen Bemühungen beschrieben, die sich um eine professionelle Befähigung zum seelsorgerlichen Dienst mit Menschen aus verschiedenen kulturellen Kontexten bemühen. Das schließt den Dialog bzw. die Zusammenarbeit mit Menschen aus unterschiedlichen Glaubensrichtungen und Religionen ein. Seelsorger/inne/n am Krankenhaus hilft dafür eine besondere Zurüstung für den professionellen Umgang mit Multikulturalität. Der Faktor Kultur bzw. Fremdheit wird hierbei als notwendiger Teil des Verstehensprozesses einbezogen. Irritationen, Verunsicherungen, Abwehrreaktionen werden in ihrer Brückenfunktion genutzt. In psychoanalytischer Begrifflichkeit: Reaktionen auf die erlebte Fremdheit werden in die Reflexion der Gegenübertragungsreaktion als wichtige Information einbezogen. Der systemisch arbeitende Theologe Christoph Schneider-Harpprecht formuliert es so: »Es kommt darauf an, Seelsorge in einem setting zu betreiben, die kulturell adäquat ist und dabei flexibel auf die ausgesprochenen und unausgesprochenen Rollenerwartungen und Bündnisangebote achtet, die der Seelsorgerin oder dem Seelsorger entgegengebracht werden.«⁵



Seelsorgende am Krankenhaus brauchen die Fähigkeiten, Mehrkulturalität zu erkennen, um konstruktiv und hilfreich zu intervenieren. Dies beinhaltet u.a. die Fähigkeit, kulturelle Unterschiede wahrzunehmen. Jenseits von Klischees gilt es, auf kulturelle Prägungen einfühlsam zu reagieren. Das erfordert, die Bedeutung der jeweiligen kulturellen und religiösen Prägungen zu erkennen und einbeziehen zu können, wie sie die Situation beeinflussen.

Schneider-Harpprecht kritisiert, dass die Erwartungshaltung an den Seelsorger vielfach zu hoch sei. Er oder sie soll sich über Weltanschauungen und Wertvorstellungen im Klaren sein, politische wie historische Fakten einbeziehen, Dynamiken reflektieren und aushalten. Diese Erwartungshaltung würde, wie er sagt »ein überforderndes Idealbild kulturell kompetenter Seelsorgerinnen und Seelsorger theologisch zur Norm erheben«⁶. Gerade um eine Idealisierung des Krankenhausseelsorgers soll es aber nicht gehen. Es geht vielmehr darum, Hilfestellungen zu geben, wie sich christliche Seelsorger/innen z.B. auf Anfragen der nichtchristlichen Gläubigen verhalten können. Es benötigt eine Vorbereitung, wie Seelsorger hilfreich agieren können bei ihnen unvertrauten religiösen Traditionen.

Wie wird von einem Seelsorgenden auf die Bitte eines schwer kranken Muslim auf der Intensivstation vor einer schweren OP reagiert, mit ihm muslimische Gebete zu beten, wenn kein Imam zur Stelle ist? Was kann getan werden, wenn eine russlanddeutsche Familie den Seelsorger bittet, angesichts der Krankheit der Tochter eine Teufelsaustreibung vorzunehmen?

Ebenso geht es um eine Auseinandersetzung mit vielleicht unbekanntem, auf alle Fälle oft unvertrauten christlichen Traditionen oder Ritualen. Christliche Traditionen in anderen Ländern sind nicht selten deutlich verschieden von der in Deutschland inzwischen üblichen oft säkular geprägten Haltung. Es kann deshalb passieren, dass Christen aus anderen Ländern von einem sie besuchenden Pastor das erwarten, was sie von zuhause kennen. Diese Erwartungen können einen Krankenhausseelsorger bzw. Seelsorgerin mit religiösen Vorstellungen konfrontieren, die für ihn fremd oder auch empörend sind.

Tabu-Grenzen und Irritationen

Interkulturelle Seelsorge unterscheidet sich nicht grundsätzlich von Arbeitsweisen in anderen seelsorgerlichen Arbeitsfeldern. Aber bestimmte Aspekte treten klarer hervor. Bestimmte Irritationen, durch Fremdheit und Ungewohntes ausgelöst, werden deutlicher reflektiert, bestimmtes Wissen über fremde Traditionen wird vermittelt.

Je ungewohnter ein Verhalten, desto stärker rührt das Erleben an eigene Tabus und provoziert eigene Abwehrreaktionen, sei es Ekel, Scham oder Empörung. Ausgelöste Irritationen müssen aber nicht nach den üblichen »Rastern« über neurotische oder krankheitsbedingte Ursachen eingeordnet werden, sondern können deutlicher auch basierend auf kulturelle Fremdheit hin interpretiert werden. So ist der Wunsch nach Gurgeln mit Urin nicht notwendigerweise eine Regression in die anale Phase, sondern kann, wie in Nordafrika üblich, Teil vertrauter Morgenrituale sein und somit ein Wunsch, Vertrautes in einer fremden Umgebung zu integrieren, vergleichbar mit dem Teddy im Bett. Erst die kurze Erklärung der Krankenhausseelsorgerin zu dieser afrikanischen Tradition entspannte die Situation, als dies in einem Hamburger Krankenhaus geschah, und stoppte die Pathologisierung des Patienten.

Interkulturelle Seelsorge beinhaltet daher eine Sensibilisierung für kulturell geprägte Reaktions- und Verhaltensweisen und damit eine Wahrnehmungserweiterung. Diese fließt in eine adäquate, d.h.



kontext- und kulturabgestimmte Seelsorge ein. Genderfragen, d.h. eine besondere Sensibilität, welche genderabhängigen Strukturen beim Gegenüber vertraut sind, gehören hier natürlich hinzu.

Vertrauen und auch vertrautes, d.h. Sicherheit gebendes Verhalten ist eine Grundsäule in der Seelsorge. Kulturell bedingte Vertrautheiten, sei es der als angemessen empfundene Körperkontakt, das Halten der Hand oder auch geschlechtsspezifische Reaktionen, sehen bei Südamerikanern anders aus als bei Japanern. Solange weiterhin das Gefühl der Sicherheit überwiegt, d.h. wenn der Krankenhausseelsorger eine sichere Atmosphäre zu unterstützen bzw. aufzubauen weiß, dann kann gerade der Austausch mit dem Seelsorger in der Krise dem Patienten ermöglichen, Fremdes oder Angstbesetztes zuzulassen.

Interkulturelle Seelsorge stellt daher auch eine große Chance für Menschen dar, für sich neue Verhaltensmuster kennen zu lernen. Auch in spiritueller Hinsicht kann gerade in der Krankenhaussituation interreligiöse Verbundenheit, bei der die eigene Identität gewahrt und geachtet wird, stärkend und theologisch angemessen sein. Schließlich gehört es zu den Aufgaben von Seelsorgenden, ihrem Gegenüber zu helfen, in der von ihnen erlebten Krise ihre eigene soziokulturelle Identität und Religiosität zu verstehen, zu behalten und zu entwickeln und so auch ihnen entsprechende, adäquate Wege aus ihrer Krise finden.

Weiterführende Perspektiven

Konkrete Informationen über kulturelle Unterschiede Konkrete Informationen über kulturelle Unterschiede sind wichtig. Krankenhausseelsorger und -seelsorgerinnen sind gefordert, ihr Reden und Handeln auf die Bedürfnisse der verschiedenen Menschen einzustellen und müssen dabei die vielfältigen Elemente kultureller und ethnischer Unterschiede in Betracht ziehen können. Konkret heißt das, dass sie je nach Einsatzort bzw. Gesprächspartner Informationen einbeziehen müssen über Werte, Normen und Tabus ihres Gegenübers. Darüber hinaus können weitere relevante Faktoren aus der Herkunftskultur des Patienten u.a. sein: die Organisation des gesellschaftlichen Lebens, die Beziehungen der Menschen untereinander, der Wert und die Wahrnehmung des Körpers, die vertrauten Ernährungs- und Essgewohnheiten, die Bedeutung psychischer und somatischer Erkrankungen, die Stellung des Arztes bzw. Helfers, die Rolle der Religionen und die Bedeutung von Bildung und Arbeit. Hier ist es hilfreich, schnell auf Informationen zurückgreifen zu können und sei es der interreligiöse Kalender, der mir sagt, wann in diesem Jahr Ramadan ist.

Die Identität des Gegenübers stärken Krankenhausseelsorger/innen sind gefordert, auch Ratsuchende aus anderen kulturellen Kontexten oder anderen religiösen Überzeugungen darin unterstützen zu können, eigene Entscheidungen zu fällen und für sie passende Lösungen zu finden. Das passiert unter Berücksichtigung sowohl der besonderen kulturellen Tradition und Kultur der jeweiligen Person als auch in Auseinandersetzung mit ihrem Leben in Deutschland.

Gemeinsam zu einer Balance finden Für eine adäquate Seelsorge in einem Krankenhaus mit multikulturellen Begegnungen ist es für die Seelsorgenden hilfreich, eine Balance herstellen zu können zwischen 1. den immer nur begrenzt bekannten Informationen zu den kulturell fremden Werten, Normen, religiösen Prägungen, 2. dem Respekt vor der Lebenspraxis der Ratsuchenden sowie 3. den eigenen persönlichen Erfahrungen und eingeübten Vorgehensweisen. Dies wird eine Balance sein, die es stets aufs Neue konkret und gemeinsam zu finden gilt. Hier können Angebote, gemeinsam mittels Fallbesprechungen bestimmte Dynamiken zu reflektieren, die eigene Arbeit unterstützen und ein kollegialer Austausch natürlich ebenso.



Aus- und Fortbildungen für Muslime im Bereich »Seelsorge im Krankenhaus«

Themen wie »Aus- und Fortbildungen von ehrenamtlichen muslimischen Seelsorgerinnen und Seelsorgern« oder »Zusammenarbeit von christlichen und muslimischen Seelsorgern am Krankenhaus« beschäftigen zunehmend die Krankenhausseelsorge, die Akademien und Seelsorgeinstitute der Landeskirchen. Wie stark die jeweiligen Fortbildungsinstitute bzw. Krankenhäuser hierbei involviert sind, ist lokal, regional, aber auch je nach Landeskirche noch sehr unterschiedlich. Bislang sind die Angebote regional geprägt, ohne EKD-weite Absprachen oder festgelegte Standards und ohne Klärung der rechtlichen Rahmenbedingungen. Die bereits durchgeführten Fortbildungen von der Evang. Akademie in der Pfalz und am Seelsorgeinstitut in Frankfurt orientierten sich an einem KSA-Curriculum. In Hamburg wurden vom Krankenhausseelsorgeverband Hamburg an der Asklepios Klinik St. Georg im Sommer 2012 die ersten beiden Fortbildungen angeboten, die sich nicht an den KSA-Richtlinien orientieren und von der Länge deutlich kürzer waren. Hierbei wurde an ein Modul-Verfahren angeknüpft, damit auch diejenigen diese Art Arbeit bzw. den Ansatz kennenlernen konnten, die sich nicht gleich für ein zweijähriges Ausbildungskonzept entschließen würden. Zudem wurde auch mit Übersetzungen gearbeitet. Fließend deutsch zu sprechen war kein Teilnahme Kriterium am Kurs.

Auf diese Weise haben im Sommer 16 muslimische Imame aus 8 Ländern den ersten Kurs in »Seelsorge am Krankenhaus« absolviert, im Herbst dann 15 muslimische Frauen, alle engagiert in verschiedenen Moscheegemeinden. Der Kurs enthielt die Themenbereiche:

1. Verständnis von Seelsorge, Wahrnehmung, Körpersprache, Kommunikationsmodelle
2. Psychologische Informationen zu Angst, Abwehr, Scham
3. Infos »rund ums Krankenhaus«, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht etc.
4. Deutungen im Islam zu den Themen: Sterben und Tod, Missbrauch, Organspende, Autopsie, Abtreibung, Suizid.

Sechs der Frauen aus dem ersten Kurs haben im Januar 2013 mit dem zweiten Modul begonnen, bei dem nun für ein Jahr wöchentliche Besuche nachmittags im Krankenhaus und monatliche Supervisionen stattfinden. Parallel gibt es Gespräche mit der »Schura«, einem der islamischen Verbände, welche Form einer anerkannten Fortbildung für Muslime in Kooperation mit den Kirchen in Hamburg angeboten werden könnte. Durch die Unterzeichnung des Staatsvertrags in Hamburg werden zukünftig in Krankenhäusern und in Gefängnissen auch muslimische Angebote im Bereich Seelsorge notwendig werden. Hier ist allen daran gelegen, für eine gute Ausbildung zu sorgen.

Nun gilt es, ein Curriculum zu erstellen, das einerseits die bereits vorliegenden Standards im Bereich Seelsorge aufgreift, andererseits der besonderen Situation Rechnung trägt. Das heißt, die Themen Identitätsfindung, Umgang mit Fremdheit, Umgang mit Hybrid-Identitäten, Sprachenvielfalt, muslimische Traditionen und Religion als Orientierung in einer Migrationssituation müssen auf besondere Weise berücksichtigt werden. Auch hierbei macht es Sinn, Erfahrungen aus der interkulturellen Seelsorge aufzugreifen.

All dies sind erste Schritte auf einem langen und für viele neuen, ja angstbesetzten Weg. Es gibt viele offene Fragen: Welchen Status bekommen Seelsorger anderer Religionen am Krankenhaus in Deutschland? Von wem werden sie ausgebildet, von wem bezahlt? Wer ist dann für welche Patientinnen und Patienten zuständig? Für manche ist die Vorstellung fremd, andere religiöse Seelsorger in Deutschland »auf Augenhöhe« mit christlichen Seelsorgern zu akzeptieren. Eine Klärung steht an. Dem Wohlergehen der Patienten kann dies nur zugute kommen.



Literaturnachweise

Ursula Josuttis, Seelsorge und Beratung bei Menschen mit einer multikulturellen Identität, in: Handbuch Interkulturelle Seelsorge (Hg. Karl Federschmidt u.a.), Neukirchen-Vlyn 2002, 119-128

Christoph Schneider-Harpprecht, Seelsorge – christliche Hilfe zur Lebensgestaltung, Münster 2012

Anmerkungen:

1 Schneider-Harpprecht, 82.

2 Josuttis, 124.

3 Das folgende fußt auf systematisch-theologischen Überlegungen, die in Vorbereitung für die Synode der Nordkirche von der Arbeitsgruppe »Interkulturelle Öffnung« erarbeitet wurden.

4 Josuttis, 121f.

5 Schneider-Harpprecht, 97.

6 Schneider-Harpprecht, 88.

Deutsches Pfarrersblatt, ISSN 0939 - 9771

Herausgeber:

Geschäftsstelle des Verbandes der ev. Pfarrerinnen und Pfarrer in Deutschland e.V

Heinrich-Wimmer-Straße 4

34131 Kassel