
Kultursensible Seelsorge und Fortbildungen in Seelsorge für Muslime

Neue Entwicklungen im Bereich interkulturelle Öffnung im Krankenhaus

Christina Kayales

Zusammenfassung: Zunehmend wird von Politik und in öffentlichen Institutionen wie dem Krankenhaus eine angemessene Begleitung kranker Menschen mit Migrationsgeschichte thematisiert. Kultursensible Seelsorge versucht, diese Anfragen in der Seelsorge aufzugreifen. Seelsorgefortbildungen für Muslime werden mittlerweile an verschiedenen Orten angeboten.

Abstract: More and more politicians as well as public institutions like hospitals ask, how to support patients with a migrant history appropriately. Culture-sensitive pastoral care (cross-cultural counseling) tries to take up these challenges. Meanwhile counseling trainings for muslims are being offered at several places.

1 Interkulturelle Öffnung als biblisch gesetzter Auftrag von Kirche

Die Bibel versteht Mobilität und Migration als Grundgegebenheiten im Zusammenleben von Menschen. Zahlreiche biblische Geschichten sind Migrationsgeschichten: Adam und Eva wurden zu Migranten. Sie hatten den ihnen vertrauten Ort zu verlassen und mussten woanders neu anfangen. Die Witwe Rut folgte mittellos ihrer Schwiegermutter in ein ihr fremdes Land und heiratete dort einen Einheimischen. Auch Abraham wurde bekanntlich in die Fremde geschickt. Der gefährdete Anfang gehört zu den grundlegenden Erfahrungen des Volkes Israels. Er kommt nicht zuletzt in dem Motiv der unstillen Wanderung zum Ausdruck. Im sogenannten kleinen Credo „ein umherirrender Aramäer war mein Vater“ (Dtn 26, 5) wird eine Geschichtstheologie festgehalten, die daran erinnert, dass der Anfang des Volkes Israel mit einem Heimatlosen zu wachsen begann. Das Unbeständige wurde zu einem Signum Israels. Auch das alttestamentliche Schutzgebot für Fremde und Flüchtlinge nimmt Bezug auf Exodus 2, wo an die eigene Flucht aus der Knechtschaft erinnert wird.

Diese inhaltliche Linie setzt sich im Neuen Testament fort. Jesus machte mit der Geschichte vom barmherzigen Samariter in Lukas 10 einen Fremden und Andersgläubigen, der sich um einen Notleidenden kümmerte, zur Leitfigur für christliches Handeln. In Markus 7 beharrt eine fremde Frau aus Syrophynizien bei Jesus auf seine Zuwendung zur Heilung für ihre kranke Tochter. Im Galaterbrief erzählt Paulus, dass er mit Petrus gestritten habe, damit es bei der Mahlgemeinschaft keine Trennung zwischen Judenchristen und Heidenchristen gäbe. Damit war Paulus derjenige, der keine Trennung

zwischen Christen akzeptierte und Petrus eine interkulturelle Öffnung abverlangte.

Entscheidend für das theologische Festhalten, dass Fremde und Fremdes in einem christlichen Selbstverständnis einzubeziehen ist, ist die Pfingsterzählung in Apostelgeschichte 2. Darin wird darauf verwiesen, dass Einheit in der Vielfalt möglich ist. Pfingsten, die Geburtsstunde der Kirche, ist ein interkulturelles Ereignis. Den Anfang der christlichen Kirche bildet die Verständigung über Sprach- und Kulturgrenzen hinweg. Ohne Auflösung der Vielfalt, ohne Beseitigung bestehender Verstehensformen entsteht Kirche und zwar in der Einheit und Gemeinschaft zwischen Fremden. Pfingsten ist deshalb einerseits Sinnbild, zugleich Herausforderung für christliche Theologie und Kirche. Im Dialog mit Menschen anderer Herkunft, anderer Sprache und anderer Religiosität entsteht und bezeugt sich Kirche. Eine interkulturelle Öffnung der Kirche ist so gesehen kein notwendiges Übel, keine Forderung des Zeitgeistes, sondern der Kirche wesensimmanent – von Anfang an. Im Sinne von Pfingsten geht es deshalb auch bei den Bemühungen im Bereich Seelsorge darum, der Abschottung in sprachliche, ethnische oder soziale Milieus in ihrem eigenen Bereich und in der Gesellschaft entgegenzuwirken.¹ Denn christliche Theologie ist darauf ausgerichtet, die ganze Schöpfung Gottes in den Blick zu nehmen und sich um Belange aller Menschen zu kümmern.²

Die biblisch eingeforderte Erinnerung zur Bedeutung von Fremden stellt kirchliche Akteure vor vielfältige Herausforderungen. Dort, wo in Landeskirchen heute mit dem Schlagwort „interkulturelle Öffnung“ der Umgang innerhalb der Kirche mit kulturell, sprachlich und religiös Fremden thematisiert wird, ist daher neben vielfältigem Engagement auch Ambivalenz, Angst und Abwehr spürbar. Diese äußern sich in unterschiedlichen Formen von Widerständen und bedürfen einer eigenen geeigneten Bearbeitung, um Menschen dieses kirchliche Aufgabenfeld besser zu erschließen.

So wie andere Bereiche der Kirche eine größere Differenzierung verlangen, erfordert unsere heterogene multikulturelle Gesellschaft eine Zurüstung in der Seelsorge, die diese multikulturelle Wirklichkeit in den Krankenhäusern in Deutschland ernstnimmt und die Seelsorgenden entsprechend unterstützt.

1 Vgl. hierzu auch: *Christina Kayales*; Gemeinsam zu einer Balance finden. Interkulturelle Seelsorge im Krankenhaus, in: Deutsches Pfarrerblatt, Ausgabe 6/2013, 331–334.

2 Anregungen für die Landeskirchen erarbeitete hierzu die Kommission für Migration und Integration der EKD mit dem Text „(...) denn ihr seid selbst Fremde gewesen – Vielfalt anerkennen und gestalten“ EKD Text 109. Darin wird eine Ausrichtung von Kirche skizziert, in deren Mittelpunkt ein Öffnungsprozess für eine Einwanderungsgesellschaft steht. Als zu bearbeitende Handlungsfelder werden hier genannt: a) die stärkere Berücksichtigung von Christinnen und Christen anderer Sprache und Herkunft bei der Personalgewinnung und Zusammensetzung kirchlicher Gremien; b) die Weiterentwicklung der Arbeit für Eingewanderte und Flüchtlinge; c) die Sensibilisierung für und die Ermutigung zu Zivilcourage in der Auseinandersetzung mit Rassismus und Diskriminierung.

1.1 Interkulturelle Öffnung als Aufgabe im Gesundheitswesen

Zur gesellschaftlichen Lage:³

Im Jahr 2012 lebten in Deutschland 82 Mio. Menschen, darunter 16,3 Mio. Personen mit Migrationshintergrund.⁴ Zwei Drittel der Personen mit Migrationshintergrund sind zugewandert, ein Drittel ist in Deutschland geboren. Der Migrationsbericht 2013 stellt fest: In Deutschland hat jeder fünfte Einwohner einen Migrationshintergrund, bei Kindern unter zehn Jahren liegt dieser Anteil bei etwa einem Drittel.⁵

Die multikulturelle Situation hat auch eine multireligiöse Dimension: Der Anteil an Christen an der Gesamtbevölkerung liegt bei 61,5 %. Davon gehören 30 % der röm. kath. Kirche an. Ungefähr ein Fünftel der Katholiken haben einen Migrationshintergrund.⁶ 30 % der Bevölkerung in Deutschland sind Mitglieder einer evangelischen Kirche. Mit ca. 100.000 (in jüdischen Gemeinden eingetragenen) Mitgliedern ist die jüdische Gemeinschaft in Deutschland mittlerweile die drittgrößte in Europa. Die Zahl der in Deutschland lebenden Muslime beträgt ca. 4,3 Mio. Gläubige, d. h. 5,2 % der Bevölkerung. Insgesamt ist in Deutschland laut Integrationsbericht vom Januar 2015 von über 140 Religions- und Weltanschauungsgemeinschaften auszugehen.⁷ Mit Verweis auf die Ergebnisse des Religionsmonitors betont Staatsministerin Özoguz:

„Die Beauftragte nimmt dies zum Anlass, Religions- und Weltanschauungsgemeinschaften darin zu bestärken, ihr dahingehendes Engagement auszuweiten und sich ihrer Integrationsverantwortung auch und gerade im Dialog mit anderen Religionen und Konfessionen zu stellen. Nur so lassen sich Vorurteile abbauen und notwendiges Vertrauen schaffen.“⁸

3 Ausführungen zur sozialen Lage von Migrantinnen und Migranten müssen sich hier beschränken auf einzelne Hinweise, die in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung eine gewisse Relevanz zeigen. Eine detaillierte Beschreibung findet sich u. a. im neuesten Integrationsbericht der Bundesregierung. A. Özoguz, Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 10. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland, Berlin, Oktober 2014 und im Migrationsbericht 2013, Hg. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Berlin, Januar 2015.

4 Das statistische Bundesamt zählt zu den Personen mit Migrationshintergrund „alle Ausländer und eingebürgerten ehemaligen Ausländer, alle nach 1949 als Deutsche auf das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderte, sowie alle, die in Deutschland als Deutsche geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil.“ Migrationsbericht 2013, 192.

5 Migrationsbericht 2013, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 194.

6 Integrationsbericht, Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 273 Vor allem in Hamburg ist das Erzbistum international: Insgesamt werden hier 171 Nationen gezählt. 77.000 haben einen nicht-deutschen Pass. Die größte Gruppe stellen die Polen (34.500) vor den Portugiesen (6.900) und den Italienern (6.700).

7 Integrationsbericht, 272.

8 Ebd., 290.

Zur Lage im Gesundheitswesen:

Neuere Veröffentlichungen thematisieren die Schwierigkeiten von Migrantinnen und Migranten, an der medizinischen Versorgung und Prävention zu partizipieren. Dabei werden insbesondere die sprachlichen und kulturellen Hürden betont. So thematisierte der 116. Deutsche Ärztetag:

„Bisherige Untersuchungen zeigen auf, dass Menschen mit Migrationshintergrund bis heute keinen gleichberechtigten Zugang zu unserem Sozial- und Gesundheitswesen haben. Die Ursachen liegen in erster Linie an kulturellen und sprachlichen Barrieren bei der medizinischen Diagnostik und Behandlung sowie bei der Psychotherapie.“⁹

„Es wird von einem Anteil von 20% der Migrantinnen und Migranten ausgegangen, die nicht ausreichend Deutsch sprechen, um Informationsmaterialien zu verstehen, sich selbst aktiv zu informieren, ihre Beschwerden verständlich mitzuteilen und einem Arzt-Patient-Gespräch vollständig zu folgen. Auf der Angebotsseite fehlen in der Aus- und Weiterbildung interkulturelle Kenntnisse und kultursensible Angebote.“¹⁰

Veröffentlichungen wie „Das Kultursensible Krankenhaus“,¹¹ Fachtagungen und Fortbildungsveranstaltungen wie: „Interkulturelle Öffnung der Gesundheitsversorgung in der Metropolregion Hamburg“,¹² oder dass die interkulturelle Öffnung im Gesundheits- und Pflegebereich in der 18. Legislaturperiode erstmals Eingang in einen Koalitionsvertrag gefunden haben sind Indizien, die belegen, dass sich vielerorts die Bemühungen um eine interkulturelle Öffnung im Gesundheits- und Pflegebereich verstärken.

Der 10. Integrationsbericht stellt heraus, dass sprachlich-kulturelle Verständigungsprobleme nach sich ziehen, dass bestehende Angebote seltener wahrgenommen werden. Beim Arzt-Patienten-Gespräch seien häufig Missverständnisse zu erleben bzw. diese entstünden vielfach aufgrund von fehlerhaften Dolmetschens durch Verwandte, Mitpatienten oder andere nicht qualifizierte Dolmetscher. Dies könne u. U. auch zu einer Ablehnung einer medizinischen Behandlung z. B. einer Transplantation führen, weil die vorgeschlagene Behandlung nicht verstanden wurde.¹³ Um interkulturelle und kultursensible Ausrichtungen und Projekte zur interkulturellen Öffnung zu unterstützen, legt Staatsministerin Özoguz für 2015 ihren Schwerpunkt auf die Themen Gesundheit und Pflege:

9 Entschließung des 116. Deutschen Ärztetages, Hannover, 28. 5.–31. 5. 2013: „Ungenügende Sprachkenntnisse und kulturelle Missverständnisse – Zugangsbarrieren vermeiden“, 1.

10 Integrationsbericht, 255.

11 Das kultursensible Krankenhaus. Ansätze zur interkulturellen Öffnung, hg. v. die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Berlin 2013.

12 Fachtagung um UKE-Hamburg: „Interkulturelle Öffnung der Gesundheitsversorgung in der Metropolregion Hamburg“, 12. 6. 2014; Fortbildung: „Psychosoziale und Psychotherapeutische Versorgung von Migranten“, Asklepios Klinik Ochsenzoll.

13 Integrationsbericht, 262.

„Die Berücksichtigung einer interkulturellen Ausrichtung ist sowohl im gesetzgeberischen Bereich als auch in Forschung, in den stationären und ambulanten Einrichtungen und in der Aus- und Fortbildung sowie in Beratung und Selbsthilfe erforderlich.“¹⁴

Das Gesundheitswesen steht vor der Herausforderung, auf die gesellschaftliche, religiöse, sprachliche und multikulturelle Vielfalt zeitgemäße Antworten zu finden. Denn Menschen mit Migrationshintergrund sind sowohl als Beschäftigte im Gesundheitswesen zu integrieren, als auch als Patientinnen und Patienten angemessen zu betreuen. Das am 20. Februar 2013 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten stärkt das Recht auf umfassende ärztliche Aufklärung des Patienten.¹⁵ Demnach ist der Behandler nach § 630e zu einer mündlichen umfassenden Aufklärung über Diagnose und Therapie etc. verpflichtet.

Die Krankenhäuser reagieren: einige Krankenhäuser haben begonnen, Informations- und Aufklärungsmaterial in mehreren Sprachen anzubieten und in entsprechenden Fortbildungen im Krankenhausalltag Kultursensibilität zu fördern. Hospize greifen dies in Studientagen auf, um auch auf sterbende Migrant/innen einfühlsam einzugehen.¹⁶ Zunehmend werden in Krankenhäusern muslimische Gebetsräume eingerichtet bzw. bestehende als interreligiöse Gebetsräume angeboten. Dieses Interesse hat Folgen: Das Angebot, muslimische Seelsorger einzubeziehen, wird von einigen Krankenhäusern gerne aufgegriffen, ohne dass diese immer die Komplexität von Ausbildungsstandards, Schweigepflicht etc. im Blick haben.

2 Seelsorge in öffentlichen Institutionen

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 andere kulturelle oder religiöse Werte haben, sei es, weil sie nicht in Deutschland aufgewachsen sind oder nicht christlich geprägt wurden.

14 Ebd., 256.

15 Bundesgesetzblatt Jg. 2013, Teil I Nr. 9.

16 Veranstaltung des Landesverbandes Hospiz und Palliativarbeit: Zu Hause ist es am schönsten!? Ambulante palliative Vernetzung für ein würdevolles Sterben, Workshop: Wie handeln wir angemessen? Menschen verschiedener Kulturen am Lebensende, Referentin: C. Kayales; 18. 2. 2015.

Anders als z. B. in Holland oder England sind in Deutschland zum überwiegenden Teil christliche Personen als Seelsorger/innen tätig. Grundlage hierfür sind Vereinbarungen zwischen Bund und Ländern und den beiden „großen“ christlichen Kirchen. Der Ansatzpunkt seelsorglichen Wirkens in öffentlichen Einrichtungen beruft sich dabei auf die im Grundgesetz verankerte Religionsfreiheit und dass Menschen zur Ausübung ihrer Religionsfreiheit in öffentlichen Institutionen fremder Hilfe bedürfen. Die Einschränkung der Bewegungsfreiheit ist dabei maßgeblich, gleichgültig ob es sich dabei um Wehrpflichtige, Strafgefangene oder Patienten eines Krankenhauses handelt. Sie können ihren Glauben in dieser Zeit nur unter den Lebensbedingungen der jeweiligen Institution ausüben und nicht am normalen religiösen Leben teilnehmen. Das Grundgesetz garantiert für die Dauer des Aufenthaltes auch eine Religionsfreiheit.¹⁷ Der Kirchenjurist *Freiherr von Campenhausen* spricht daher von einer Grundrechtsermöglichung unter den besonderen Bedingungen des Anstaltsverhältnisses.¹⁸ Dabei ist die bloße Anwesenheit von Gläubigen ausreichende Begründung für das Vorliegen eines solchen Bedürfnisses.¹⁹ Muslimische Verbände und Vereine fragen zunehmend nach Möglichkeiten einer seelsorglichen Begleitung von Muslimen im Krankenhaus. Mittelfristig ist davon auszugehen, dass das Angebot von Seelsorge in Krankenhäusern nicht mehr nur von Vertretern der beiden christlichen Kirchen ausgeübt werden wird und muslimische Seelsorger deutlichere Präsenz zeigen werden. Ähnliche Entwicklungen zeigen sich in der Gefängnisseelsorge. Bei diesen Veränderungen wäre der Aufbau verbindlicher Ausbildungs-Standards für die Seelsorger ebenso wie Strukturen für ein kollegiales Miteinander der Seelsorger/innen zum Wohle der Patienten anzustreben. Ökumenischerseits gäbe es gute Austauschmöglichkeiten, wo es bereits interreligiöse Kooperationen gibt, z. B. USA, England und Holland.

2.1 Interkulturelle – kultursensible – Seelsorge im Krankenhaus

In Krisen und schwierigen Situationen, Krankenhausaufenthalten und der Konfrontation mit schweren Diagnosen bekommen kulturelle Prägungen noch einmal ein besonderes Gewicht. Je gestresster eine Person ist, desto schwerer fällt ihr das Denken und Sprechen, erst recht in einer Fremdsprache. In angstvollen Situationen – und das Krankenhaus ist bekanntermaßen ein Hort vielfältiger Ängste, erfolgt nicht selten ein Rückzug auf altbekannte Verhaltensmuster und eine Regression in frühkindliche Gewohnheiten oder vermeintliche als solche empfundene religiöse Regeln. Bezogen auf Menschen mit Migrationshintergrund bedeutet das, das nicht nur diejenigen, die erst einige Jahre in Deutschland leben, sondern auch diejenigen, die zuweilen schon

17 Art 4 Abs. 1 und 2 GG.

18 *Axel v. Campenhausen*, Kirchenrecht und Kirchenpolitik, 1996, 223.

19 Vgl hierzu ausführlich: *Thomas Lemmen*, Religionsausübung in Deutschland, <http://library.fes.de/fulltext/asfo/01003005.htm>.

mehrere Jahrzehnte hier leben oder hier geboren sind, in Krisensituationen Halt suchen in anderen kulturellen und sprachlichen Vertrautheiten. Es hat sich als hilfreich gezeigt, diese Prägungen auch in Seelsorgegesprächen einzubeziehen und vertraute Strukturen der eigenen kulturellen und religiösen Traditionen ernst zu nehmen. Kulturelle, sprachliche und religiöse Vielfalt bekommt in einem Krankenhaus ein besonderes Gewicht. Menschen in krisenhaften Situationen treffen auf eine auf Effektivität hin orientierte und oft stressbeladene Arbeitsweise. Kultur- und religiös bedingte Missverständnisse und Irritationen verstärken die ohnehin nicht leichte Begegnung und die Krankenhaus-bezogenen Belastungen.

Ein einjähriges schwer krankes Kind eines jungen türkischen Ehepaares liegt auf der Kinderstation. Eine Erbkrankheit wird dieses Kind nicht lange leben lassen. Soll eine lindernde, aber auch lebensbedrohliche OP durchgeführt werden? Die jungen Eltern sind überfordert, bitten um einen Imam, der helfen soll zu entscheiden, ob sie dieser OP zustimmen sollen und wie lange bzw. wie oft Wiederbelebungsversuche durchgeführt werden sollen. Der Vater des Kindes spricht kaum Deutsch. In dieser Situation war es sehr hilfreich, einen türkisch sprechenden Imam aus der Nachbarschaft anrufen zu können, der 2012 den Kurs: „Seelsorge im Krankenhaus“ absolviert hatte. Lange hatten wir uns damals in diesem Kurs Zeit genommen, entgegen den sonst an den Imam gestellten üblichen Erwartungen für die Seelsorge im Krankenhaus einzuüben, was es heißt, zuzuhören, und keine „richtige“ Antwort vorzugeben.

Das junge Paar suchte in dieser schweren Entscheidung nach Mittlern aus ihrem vertrauten Umfeld, ohne zu wissen, dass Imame traditionell weder eine Seelsorgeausbildung haben, noch mit den Abläufen im Krankenhaus vertraut sind. Durch das Hinzuziehen dieses türkisch sprechenden Imams, konnte das Paar das, was sie bewegt, in der Sprache in Worte fassen, in der sie diese Gefühle auch gelernt hatten auszudrücken. Gleichzeitig hatte dieser Imam gelernt, dass es jetzt weder darum geht, den passenden Koranvers zu zitieren noch eine Antwort für das Paar zu finden, sondern den beiden Raum zu geben, eine Antwort für sich und ihr Kind zu finden und sich dabei in ihrem Glauben gestützt zu wissen. Bei der weiteren seelsorglichen Begleitung war diese Vermittlung eines Imams symbolhaft wie eine Brücke. Nachdem das Ehepaar sich bereits an einen Seelsorger gewandt hatte, konnte sich nach dem Gespräch mit dem Imam auch mit der evangelischen Krankenhauseelsorgerin ausgetauscht werden, als derjenigen, die täglich im Krankenhaus war.

Mit der Bezeichnung „Kultursensible Seelsorge“ werden diejenigen Bemühungen beschrieben, die sich um eine professionelle Befähigung zum seelsorglichen Dienst mit Menschen aus verschiedenen kulturellen und religiösen Kontexten bemühen. Seelsorger/innen 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.

„Es kommt darauf an, Seelsorge in einem setting zu betreiben, die kulturell adäquat ist und dabei flexibel auf die ausgesprochenen und unausgesprochenen Rol-

lenerwartungen und Bündnisangebote achtet, die der Seelsorgerin oder dem Seelsorger entgegengebracht werden.“²⁰

Seelsorgende im Krankenhaus brauchen die Fähigkeiten, kulturelle Unterschiede wahrzunehmen und auszuhalten, um konstruktiv und hilfreich zu intervenieren. 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. Im Krankenhaus zeigt sich bei Patienten sowohl der Wunsch nach dem Austausch mit jemandem, der das Eigene gut kennt. Ebenso ist, insbesondere bei schambesetzten Themen, der Wunsch zu erleben, das problematische Thema eher mit jemandem „von außen“ anzusprechen. Bekannt ist die Dynamik, dass manches Thema nicht mit der eigenen Familie angesprochen wird, sondern eben eher mit dem Seelsorger. Gleiches weitet sich zuweilen aus auf jemanden, der eben nicht zum eigenen Kulturkreis gehört. Eine türkische Muslima sprach über den Selbstmordversuch ihres Sohnes nur mit der evangelischen Seelsorgerin. Bei dem Imam befürchtete sie Kritik und Vorwürfe, da Selbstmord in der Türkei noch sehr tabuisiert wird. Eine junge Deutsche „outete“ vor der muslimischen türkischen Ehrenamtlichen, wie unangenehm es für sie war, von einem Krankenpfleger gewaschen zu werden. Vor der deutschen evangelischen Seelsorgerin erwähnte sie dies nicht, „Nacktsein ist in Deutschland für viele so selbstverständlich geworden“, sagte sie der Ehrenamtlichen, „viele Deutsche verstehen nicht mehr, wie beschämend es sein kann.“

Vertrauen und auch vertrautes, d. h. Sicherheit gebendes Verhalten ist eine Grundsäule in der Seelsorge. Kulturell bedingte Vertrautheiten, 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 Krankenhausesseelsorger eine sichere Atmosphäre zu unterstützen bzw. aufzubauen weiß, kann der Austausch mit dem Seelsorger in der Krise dem Patienten ermöglichen, Fremdes oder Angstbesetztes zuzulassen. Kultursensible Seelsorge stellt daher auch eine Chance für Menschen dar, für sich neue Verhaltensmuster kennenzulernen. 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 Seelsorge, ihrem Gegenüber zu helfen, in der von ihnen erlebten Krise ihre eigene sozio-kulturelle Identität und Religiosität zu verstehen, zu behalten und zu entwickeln und so auch ihnen entsprechende, adäquate Wege aus ihrer Krise finden.

Kultursensible Seelsorge lebt von der Fähigkeit der Seelsorgerin bzw. des Seelsorgers, in einer Art Pendelbewegung einerseits Nähe zu ermöglichen, d. h.

20 *Christoph Schneider-Harpprecht*, *Seelsorge – christliche Hilfe zur Lebensgestaltung*, Münster 2012, 97.

eigene Ängste vom jeweils Fremden immer wieder zu überwinden und sich auf eine Auseinandersetzung mit einer fremden Kultur einzulassen. Diese Nähe erfordert oft eine Infragestellung eigener Vertrautheiten. Ebenso ist es dann notwendig, wieder auf Distanz zu gehen, um mit Hilfe der Reflexion der eigenen Gegenübertragung das Erlebte besser zu verstehen und dann passende Stabilisierungs- bzw. Deutungsangebote zu machen. Durch diese Pendelbewegung bleibt die eigene Identität greifbar als eine nahe und dennoch verschiedene von der bzw. dem Ratsuchenden. Verweilt die Seelsorgerin in der Nähe, erfolgt eine Identifizierung, die eine Deutung und damit Beratung und Veränderung verhindert und bestehende Unterschiede ausblendet. Verweilt die Seelsorgerin in der Distanz, fehlt es ihr an nur durch und in Nähe Mitgeteiltem ihres Gegenübers. Diese Pendelbewegung, die das Erleben der Fremdheit überwindet, ist für den Patienten zugleich die Erfahrung des Versuchs eines authentischen, sensiblen Carings, eines Sorgens, das zu weiteren Wagnissen auf dem Weg der Genesung ermutigen kann.²¹ Ein für dieses interkulturelle Setting lohnender Ansatz aus der Psychotherapie ist das sogenannte „Lösungsportrait“. Bei diesem Vorgehen werden die verschiedenen Stimmen und Urteile derer, die im Leben des Patienten wichtig sind, bei dem Gespräch über das, was ihn bedrückt, einbezogen. Der irische Psychologe *Malcolm MacLachlan* entwickelte diesen Ansatz mit Bürgerkriegsflüchtlingen in verschiedenen Ländern Afrikas. Dieser Ansatz ermöglicht Patienten, heterogene, zuweilen widersprüchliche kulturelle und religiöse Werte in der eignen Prägung einzubeziehen, ohne Bestimmte tabuisieren oder ausblenden zu müssen.²²

2.2 Aus- und Fortbildungen für Muslime im Bereich Seelsorge

Themen wie „Aus- und Fortbildungen von ehrenamtlichen muslimischen Seelsorgerinnen und Seelsorgern“ oder „Zusammenarbeit von christlichen und muslimischen Seelsorgern am Krankenhaus“ beschäftigen zunehmend die Krankenhauseelsorge, 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 ohne festgelegte Standards und ohne Klärung der Rahmenbedingungen. Im Juli 2013 gab es das erste EKD weite Treffen für einen Austausch, wo Muslimische Ehrenamtliche im Bereich Seelsorge im Krankenhaus ausgebildet wurden. Angefangen hatte es mit Fortbildungskursen für Muslime in Frankfurt und Mannheim. In Frankfurt gab es auf muslimische Nachfrage hin 2011 zwei je einjährige KSA-Kurse für Muslime. In ähnlicher Form fanden seitdem auch an anderen Orten Seelsorgefortbildungen

21 Vgl. zur Anwendung der ethnopsychoanalytischen Methode: *Christina Kayales*, Gottesbildern von Frauen auf den Philippinen, Münster 1998, 85–91, *Maya Nadig*, Die verborgene Kultur der Frau, Frankfurt a.M. 1992.

22 Vgl. hierzu ausführlich: *Lydia Handtke / Hans-Joachim Görge* (Hg.), Handbuch Trauma-kompetenz, Paderborn 2012, 465–475.

für Muslime statt. So auch in der Pfalz: Ausgehend von einem Begegnungsprogramm zwischen Pfarrer/innen und Imamen, wurde in Kooperation zwischen der Ev. Akademie der Pfalz und dem MA-Institut ein vom BMI geförderter und am KSA Modell orientierter Pilotausbildungsgang islamische Krankenhaus- und islamische Notfallseelsorge entwickelt und durchgeführt. Die Teilnehmer/innen kamen aus fünf Bundesländern und unterschiedlichen Berufen. Seinen Abschluss fand das Projekt in einer überregionalen Tagung im Juni 2010 und der Publikation: *Seelsorge und Islam in Deutschland*.²³

Die bereits durchgeführten Fortbildungen von der Ev. Akademie in der Pfalz, am Seelsorgeinstitut in Frankfurt oder Hannover orientierten sich an einem KSA Curriculum. Auch in Hamburg wurden vom Krankenhauseelsorgeverband Hamburg im Sommer 2012 die ersten beiden Fortbildungen „Seelsorge im Krankenhaus“ für Muslime angeboten, im Herbst 2014 der dritte, die sich ebenfalls an den KSA Richtlinien für ehrenamtliche Krankenhauseelsorger orientieren. Hierbei wurde an ein Modul-Verfahren angeknüpft und die Fortbildung auf drei Module aufgeteilt, damit auch diejenigen diese Art Arbeit bzw. den Ansatz kennenlernen konnten, die sich nicht für ein 1–2-jähriges Ausbildungskonzept entschließen konnten. Bei dem ersten Kurs mit 16 Imamen wurde zudem auch mit Übersetzern gearbeitet. Fließend deutsch zu sprechen war kein Teilnahme Kriterium am Kurs. Ebenso wenig waren Gesprächsprotokolle auf Deutsch vorzulegen, wenn die Gespräche in anderen Sprachen geführt wurden. Das erste Modul gibt eine theoretische Einführung in die Themenbereiche: 1. Verständnis von Seelsorge, Wahrnehmung, Körpersprache, Kommunikationsmodelle. 2. Psychologische Informationen zu Angst, Abwehr, Scham, 3. Infos „rund ums Krankenhaus“, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht etc. und 4. Deutungen im Islam zu den Themen: Sterben und Tod, Missbrauch, Organspende, Autopsie, Abtreibung, Suizid. Das zweite Modul ist die Praktikumsphase und sieht eine entsprechende Anzahl an Stunden im Krankenhaus vor mit Krankenbesuchen und monatlicher Supervision. Das dritte Modul beinhaltet vertiefende theoretische Einheiten, insbesondere auch Einheiten zu Themen wie: Stabilisierungen in der interkulturellen Belastungssituation und methodische Ansätze zu Klärungen bei religiösen, ethischen, und kulturellen Entscheidungsproblemen.

Parallel sind bundesweit weitere Angebote am Wachsen, beispielhaft sei hier verwiesen auf die Notfallseelsorge und Telefonseelsorge: im Bereich Notfallseelsorge werden Muslime im Kölner Bereich fortgebildet und einbezogen.²⁴ In Berlin feierte die Muslime Telefonseelsorge „Mutes“ 2014 ihr 5-jähriges Bestehen. Diakonie und Caritas bilden hier die Ehrenamtlichen aus.²⁵

23 Georg Wenz / Talat Kamran (Hg.), *Seelsorge und Islam in Deutschland. Herausforderungen, Entwicklungen und Chancen*, Speyer 2012.

24 Vgl. hierzu: *Thomas Lemmen*, *Notfallbegleitung für Muslime und mit Muslimen. Ein Kursbuch zur Ausbildung Ehrenamtlicher*, Gütersloh 2011.

25 Vgl. hierzu www.mutes.de.

Auch von muslimischer Seite finden inzwischen Seelsorgefortbildungen statt: Das Mannheimer Institut für Integration und interreligiösen Dialog e. V. bekam Fördermittel, um eine Standardisierungskonferenz zur islamischen Seelsorgeausbildung vorzubereiten und durchzuführen. Das künftige Kursmodell sieht vor, Moderatoren auszubilden, die unter Anwendung des Curriculums und mithilfe eines standardisierten Materialordners Kurse in allen Teilen Deutschlands durchführen. Vor Ort sollen Referenten für die einzelnen Abschnitte gefunden werden. Dies ist ein innerislamisches Fortbildungsangebot. Politisch ist von einigen muslimischen Verbänden diese Ausrichtung einer islamischen Seelsorge gewollt. Damit wird den Vorwürfen gerade von DITIB an die Kirchen begegnet, diese würden „ihre“ Seelsorge den Muslimen überstülpen. Gleichzeitig werden mit diesem Angebot Fakten geschaffen. Die ehrenamtlich Ausgebildeten arbeiten vertraglich geregelt mindestens zwei Jahre in den Krankenhäusern. Ende 2015 wird das Mannheimer Institut ca. 100 ehrenamtliche muslimische Seelsorger/innen ausgebildet haben.²⁶

In Wiesbaden ist 2007 über Fördermittel das muslimische Seelsorgenetzwerk „MUSE“ entstanden. Auch dort engagieren sich qualifizierte, ehrenamtliche muslimische Seelsorgehelferinnen und -helfer aus verschiedenen Kulturkreisen und Altersgruppen sowie hauptamtliche Mitarbeiterinnen für den Einsatz in den Horst-Schmidt-Kliniken (HSK) und anderen Wiesbadener Kliniken, Hospizen und Pflegeheimen.²⁷

Ein Kleinkind hat schwere Operationen vor sich. Es ist Ramadan, die muslimische Mutter fastet, ist unkonzentriert. Die Ärzte bitten Sie, auf das Fasten zu verzichten, um ganz für ihr Kind da sein zu können. Ein eiligst angerufener Imam bestätigt aber die Mutter: es sei Ramadan, als gläubige Muslima habe sie zu fasten. Ich werde angerufen, um Vermittlung gebeten. Ich rufe einen der Imame an, die 2012 den Seelsorgekurs besucht haben an. Er hatte im Kurs den Stress und die Abläufe in deutschen Krankenhäusern kennengelernt. Viele Imame kennen die Krankenhäuser ihrer Heimatländer, nicht unbedingt deutsche Krankenhäuser. Er ruft die Muslima an, erklärt ihr, dass das Leben ihres Sohnes jetzt ihre volle Aufmerksamkeit verlangt und schlägt ihr vor, das Fasten im Anschluss nachzuholen. Sie willigt ein. „Ohne den Kurs hätte ich sicher genauso reagiert wie mein Kollege“ sagt er hinterher.

3 Herausforderungen

Wie die Kirchen in einer ihrer Kernkompetenzen, der Seelsorge, auf die multikulturelle, heterogene Gesellschaftssituation reagieren, muss in vielen Bereichen neu bedacht und bearbeitet werden. Die EKD-Konferenz der landeskirchlich Verantwortlichen für die besonderen Seelsorgedienste hat hierzu im Januar 2015 eine eigene Arbeitsgruppe eingesetzt. Unterschiedliche Facetten fragen nach einer differenzierten Bearbeitung: Soll das bisherige Seelsorgekonzept mit

²⁶ Vgl. hierzu www.mannheimer-institut.de.

²⁷ Vgl. hierzu www.muse-wiesbaden.de, ebenso in Frankfurt unter: www.salamev.de.

christlichen Seelsorger/innen an Krankenhäusern gegen die Einbindung von muslimischen Seelsorgern geschützt werden? Können gewisse Seelsorgestandards für alle verbindlich entwickelt und eingefordert werden? Wer ist daran zu beteiligen? Welche rechtlichen Aspekte müssen einbezogen werden? Welche Formen der Finanzierung gibt es und wer kümmert sich darum? Eine Vernetzung und ein Austausch untereinander ist notwendig, denn es geht darum, Ausbildungsstandards auf die multikulturelle und multireligiöse Wirklichkeit hin abzustimmen, sowohl bei der Seelsorgeausbildung der Pastorenschaft, als auch bei anderen Haupt- und Ehrenamtlichen im Bereich Seelsorge.

All dies sind erste Schritte auf einem langen und für einige angstbesetzten Weg. Wie soll den Widerständen begegnet werden, die „ihr Feld“ nicht mit anderen teilen wollen? An manchen Orten sind Imame und andere muslimische Ehrenamtliche bereits regelmäßig im Krankenhaus, in einigen Krankenhäusern arbeiten sie in Absprache mit den ansässigen Krankenhauseelsorgern, an anderen Orten wissen beide kaum voneinander. Die Gleichsetzung von Imam mit dem Pastor stiftet nicht selten Verwirrung, weil das Amtsverständnis, die Ausbildung und Erwartungshaltung sehr unterschiedlich ist. Wer weiß da was von wem? Manche langjährigen Krankenhauseelsorger erleben durch die fremden Seelsorger Konkurrenzdruck oder befürchten Stellenkürzungen in der Krankenhauseelsorge.

Andere religiöse Seelsorger in Deutschland „auf Augenhöhe“ zu akzeptieren ist eine ungewohnte Vorstellung.

Eine Aufteilung, dass wieder „wie früher“ konfessionell unterschieden die einen besucht werden, die anderen nicht, wäre gewissermaßen ein Rückgriff auf alte Verfahrensweisen. Konzeptionell könnte in Anlehnung an Seelsorge in anderen Ländern wie z. B. Holland oder den USA ein Konzept entwickelt werden, bei dem die Patienten denjenigen aussuchen können, den sie rufen oder der zu ihnen kommen soll. Zuweilen wird dann u. U. nicht die religiöse Verortung ausschlaggebend sein, sondern vielleicht das Geschlecht oder die Sprachkenntnisse oder die Vertrautheit mit bestimmten kulturellen Umgangsformen. Dann gäbe es Begegnungen mit Fremden, die einem in einer Krise beistehen und neue Wege aufzeigen und Seelsorger, die mit dem vertrauten Zungenschlag Geschichten wissen, die man kennt und die einem gut tun und Kollegen, die viel voneinander lernen können. Und es kann passieren, was einer jungen Afghanin widerfuhr, als sie als Teil ihrer Seelsorgeausbildung auf einer Station eine alte Dame im Krankenhaus besuchte. Lange saß sie am Bett und als sie sich nach dem Gespräch verabschiedete, bedankte sich die alte Dame sehr herzlich und sagte zu ihr:

„Wissen Sie, nun bin ich so alt geworden, und heute habe ich das erste Mal mit einer Muslima geredet und ihr meine Sorgen anvertraut, was für ein Geschenk in meinem Alter.“

Dr. Christina Kayales, Helios-Mariahilf Klinik, Stader Straße 203c, 21075 Hamburg; E-Mail: christina.kayales@helios-kliniken.de