

# Christliche und muslimische Begleitung im Krankenhaus



Werkstatt-Tag

auf dem 31. Deutschen Evangelischen Kirchentag (DEKT)

am 9. Juni 2007 in Köln-Mühlheim

ISSN: 143-8962

**Nr. 14**

**Intercultural Pastoral Care and Counselling  
Interkulturelle Seelsorge und Beratung**

# Inhalt

<i>Einführung</i> .....	3
<b>1 Soziologische und theologische Reflexionen</b>	
<i>Bedürfnisse der Patienten im Krankenhaus und die Bedürfnisse des Krankenhauses, Ausgangspunkte für eine religiöse Begleitung</i> – MARTIN SAUER .....	4
<i>Grundlagen christlicher Seelsorge im Krankenhaus heute</i> – HELMUT WEIß .....	8
<i>Grundlagen muslimischer Hilfe bei Krankheit</i> – ALI TOPCUK .....	11
<b>2 Berichte aus dem christlichen Seelsorgealltag</b>	
<i>Zwei Fallberichte seelsorglicher Begleitung bei einer muslimischen Patientin</i> – ELISABETH LEHMANN / ULRIKE MUMMENHOFF .....	16
<b>3 Modelle christlich-muslimischer Zusammenarbeit im In- und Ausland</b>	
<i>England - Nationaler Gesundheitsdienst</i> – QAISRA KHAN .....	18
<i>Niederlande - University Medical Centre, Utrecht</i> – ARI VAN BUUREN .....	20
<i>Österreich - islamischer Besuchs- und Sozialdienst im AKN Wien</i> – ANDREA SALEH .....	23
<i>Deutschland - Erste Schritte eines christlich-muslimischen Seelsorgekreises im Krankenhaus</i> – DOROTHEE SCHAPER / DOROTHEE SCHULD .....	26
<b>4 Bericht vom Werkstatt-Tag</b>	
<i>„Christliche und Muslimische Begleitung im Krankenhaus“</i> – KLAUS TEMME .....	32

Unser besonderer Dank gilt

- der Evangelischen Kirchengemeinde Mülheim am Rhein als gastgebender Gemeinde mit ihrem Veranstaltungsort, der sog. Luther-Notkirche, Herrn Pfarrer Szava und seiner Frau und den Frauen der Kirchengemeinde, die uns bewirteten;
- dem DEKT für die Aufnahme dieses Tages ins Kirchentagsprogramm, sowie die freundlichen Kontakte, die sich seither entwickelten;
- den kooperierenden Institutionen und Personen: Der damaligen Beratungsstelle für christlich-islamische Begegnung der EKIR und der EKvW in Wuppertal und ihren Mitarbeitenden Pfr. Bernd Neuser und Pfarrerin Annette de Fallois, der Christlich-Islamischen Gesellschaft CIG mit Sitz in Köln und ihrer Arbeitsgruppe, dem Christlich-Islamischen Forum und Herrn Rainer Schwarz, Dortmund, als ständigem Ansprechpartner;
- der großen Zahl aller Mitarbeitenden an diesem Arbeitstag, den Referierenden, Falleinbringenden, Diskutierenden und ModeratorInnen, sowie den Übersetzenden, den technischen und Hallen-Helfern und dem „Friedenskoch“ Jalil Schwarz;
- last but not least dem Neukirchener Verlag für die freundliche Kooperation zum Wiederabdruck des Textes von Dorothee Schuld.

## Interkulturelle Seelsorge und Beratung

Schriftenreihe der Gesellschaft für Interkulturelle Seelsorge und Beratung e.V. (Society for Intercultural Pastoral Care and Counselling, SIPCC)

### Nr. 14: Christliche und Muslimische Begleitung im Krankenhaus

hrsg. von  
Klaus Temme  
Karl Federschmidt

Düsseldorf 2008  
2. Auflage

An der Übersetzung der englischen Beiträge haben mitgearbeitet:  
Luam Araya  
Klaus Temme

Redaktion und Layout:  
Karl Federschmidt

SIPCC  
Friederike-Fliedner Weg 72  
40489 Düsseldorf  
Tel.: 0211-4790525  
Fax: 0211-4790526

ISSN: 1431- 8962

---

## Einführung

---

Mit dieser Publikation will die SIPCC den begonnenen Prozess eines sach- und praxisorientierten Dialoges über Formen und Ziele christlicher und muslimischer Begleitung von Menschen im Krankenhaus zunächst auf einer literarischen Ebene weiterführen.

Für die SIPCC hatte sich die Dringlichkeit des Themas seit etwa 1999 ergeben, als wir das *Handbuch Interkulturelle Seelsorge*<sup>1</sup> planten und damals den Aspekt der *interreligiösen* Verständigung über Seelsorge noch nicht anzugehen wagten. Das änderte sich bald, so dass wir unser Jahresseminar 2002 diesem Thema widmeten. Die dort geleistete Theoriarbeit haben wir in dem Buch *Ethik und Praxis des Helfens in verschiedenen Religionen*<sup>2</sup> niedergelegt.

Das spezielle Thema christlicher und muslimischer Seelsorge haben wir zuerst in einer eintägigen Konsultation in Düsseldorf am 13. März 2004 bearbeitet und auf die unterstützende Hilfe des Glaubens in der Migration zugespitzt. Es zeigte sich, wie dringlich eine Konzentration auch auf den Bereich Krankenhaus wäre. Einschlägige Verabredungen damals konnten aber aus vielen Gründen nicht umgesetzt werden.

Auf einer Jahrestagung der Christlich-Islamischen Gesellschaft (CIG) in Villigst kam es dann zu einer Verbindung mit der auf Seiten der CIG angelaufenen Planung, einen Arbeitskreis Seelsorge zu installieren. Daraus entwickelte sich die Kooperation für den 31. DEKT mit dem Arbeitsschwerpunkt Krankenhaus einerseits, sowie der Aufbau einer CIG-Arbeitsgruppe „Notfallseelsorge“ andererseits.

Der Einladungsflyer für die Kirchentagsveranstaltung fasste die Grundideen so zusammen:

*In der Vorbereitungs- und Planungsphase haben sich die SIPCC und das Christlich-Islamische Forum der CIG zusammengetan, um mit dieser*

*Veranstaltung an einem notwendigen Thema unserer gemeinsamen Wirklichkeit zu arbeiten. Wie kann in unseren Krankenhäusern eine glaubensmäßige Begleitung für Kranke und ihre Angehörigen aussehen, die den Menschen und der Situation angemessen ist?*

*Es ist deutlich, dass dies ein erster Versuch in vieler Hinsicht ist. Er soll dazu dienen, ins Gespräch zu kommen, sich Dinge zu erklären und transparent zu machen und Gemeinsames deutlicher werden zu lassen. Es ist eine offene Einladung – nicht eine spezielle Fachtagung; es soll ein Angebot für alle Teilnehmenden am Kirchentag sein - und für alle, die in Köln und wo auch immer auf muslimischer und christlicher Seite an diesen Fragestellungen interessiert sind und arbeiten.*

Die Arbeit dieses Tages konzentrierte sich auf die Frage der glaubensmäßigen Begleitung im Krankenhaus. Wir sind uns bewusst, dass auch andere Bereiche in Zukunft betrachtet und bearbeitet werden müssten.

Im Hauptteil dieser Dokumentation drucken wir die Mülheimer Texte so ab, wie sie von den AutorInnen (z.T. überarbeitet) vorgelegt wurden, bzw. wie sie im Kontakt mit den AutorInnen nachträglich erstellt wurden. Einen Bericht, der kurz nach der Tagung für verschiedene Veröffentlichungszwecke verfasst wurde und der einige Akzente wiedergibt, die in Mülheim deutlicher gesetzt wurden als sie in den Texten zum Ausdruck kommen sowie kurze, subjektive Eindrücke zu den Diskussionsrunden, den Arbeitsgruppen und dem Tageslauf spiegelt, fügen wir in dieser Publikation nochmals an, stellen ihn aber bewusst ans Ende.

Die Verabredung des Werkstatt-Tages gilt, dass wir an diesen Fragen auch mit konkreter Zielrichtung weiterarbeiten wollen – die Ebene des Theoriedialoges und der literarischen Arbeit also nutzen, um zu Praxis zu kommen. Die ersten Planungsschritte sind gesetzt!

Klaus Temme

---

<sup>1</sup> Neukirchener Verlag, Neukirchen-Vluyn 2002.

<sup>2</sup> Neukirchener Verlag, Neukirchen-Vluyn 2005.

# Teil 1: soziologische und theologische Reflexionen

---

*Martin Sauer*

## Bedürfnisse der Patienten im Krankenhaus und die Bedürfnisse des Krankenhauses – Ausgangspunkte für eine religiöse Begleitung

---

Kürzlich ereignete sich in einem deutschen Krankenhaus folgende Szene: Ein Patient liegt nach einer komplizierten, aber keinesfalls lebensbedrohlichen Operation auf der Urologischen Station des Krankenhauses. An seiner Zimmertür wird angeklopft, die evangelische Krankenhauspfarrerin tritt ein, stellt sich dem Patienten vor und fragt ihn, wie es ihm denn ginge. Der Patient wird plötzlich ganz blass und stottert „Ich wusste gar nicht, dass es so ernst mit mir steht ...“

### Was bedeutet „religiöse Begleitung“?

Religiöse Begleitung im Krankenhaus – was heißt das eigentlich konkret? Welche Bedürfnisse äußern Patienten, wenn sie denn überhaupt in „religiöser Richtung“ etwas äußern?

Einerseits suchen sie *Hilfe in Krisenfällen* – dann, wenn es „ernst“ wird, wenn es um Leben und Tod geht, sozusagen als Vorbereitung für den vorauszusehenden Moment, wenn man seinem Herrgott gegenüber tritt. Religiöse Begleitung hat hier ihre Funktion z.B. in der Bewältigung der existentiellen Krise, im Aussöhnen mit der eigenen Endlichkeit, in der Hilfe zum Ziehen der Lebensbilanz, im Entwickeln der Bereitschaft, in alten Feindschaften zur Versöhnung zu kommen, Schuld zu vergeben oder um Vergebung zu bitten. Oder im helfenden Gespräch zur Frage: Was wird aus *mir* nach dem Tod? Wie kann ich vor dem göttlichen Gericht bestehen? Was wird aus meinen Angehörigen, wenn ich nicht mehr da bin?

---

*Dr. Martin Sauer, Professor für Sozialmanagement und Personalarbeit an der Fachhochschule der Diakonie, Bielefeld*

---

Religiöse Begleitung kann andererseits auch als ein möglicher *Teil eines ganzheitlichen Heilungsprozesses* verstanden und erbeten werden – im Bewusstsein, wie sehr die Seele an der Entstehung vieler Krankheiten beteiligt ist, aber auch an ihrer Heilung. Dann hätte religiöse Begleitung eine stark therapeutische Ausrichtung – im Aufarbeiten von Verlusten und gravierenden seelischen Verletzungen, in der Bearbeitung von Schuldgefühlen, in den Fragen nach dem Sinn und der Zukunft der eigenen Existenz. „Patienten und Ärzte beginnen inzwischen den Wert von Glauben und Hoffnung beim Heilungsprozess zu erkennen“, betont auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO)<sup>3</sup>.

Religiöse Begleitung kann schließlich auch genutzt werden als eine beratende *Begleitung in schwierigen Entscheidungssituationen*, vor denen Patienten und Angehörige, aber vielleicht auch Ärzte und Pflegekräfte stehen. Entscheidungen für lebensverlängernde Maßnahmen, z.B. Anlegen einer Nahrungssonde (PEG) oder risikoreiche Operationen, Entscheidung zum Abbruch solcher Maßnahmen oder zur Zustimmung der Entnahme von Organen von Verstorbenen. Auch Fragen im Zusammenhang mit Kinderlosigkeit oder zur Behandlung sehr früh geborener Kinder sind häufig schwierige Entscheidungs- und Konfliktsituationen. Zu diesem Verständnis von religiöser Begleitung gehören aber auch Entscheidungen im Blick auf die Verrichtung religiöser Pflichten wie das Fasten oder das rituelle Gebet in Zeiten von Krankheit und Einschränkung.

Religiöse Begleitung wird aber bisweilen auch sehr viel wörtlicher, sehr viel direkter als *Hilfe bei*

---

<sup>3</sup> Vgl. B.Ritzert, Spiritualität, in: Nova Nr. 4, 2004, S. 2.

*religiösen Handlungen* erbeten, bei der Kontaktaufnahme mit dem Göttlichen – als gemeinsames oder stellvertretendes Beten, als tröstendes Verlesen von heiligen Schriften, als Vollzug ritueller Handlungen wie die Krankensalbung oder die heilige Kommunion.

Deutlich wird: Wenn Patienten irgendwelche Wünsche in Richtung Religion äußern, kann damit ein großes Spektrum an religiöser Begleitung gemeint sein. „Religiosität“ ist dabei schon an sich ein vieldeutiger Begriff. Der Freiburger Psychologe Harald Walach etwa, der sich viel mit Phänomenen außerhalb der naturwissenschaftlich erklärbaren Wirklichkeit befasst hat, definiert Religiosität mit dem Bedürfnis nach Spiritualität als einer durch Erfahrung vorhandenen „Erkenntnis einer transzendenten, das individuelle Ich übersteigenden Wirklichkeit“.<sup>4</sup> Religiöse Begleitung würde dann bedeuten, dass Menschen auf dem Weg zur Kontaktnahme oder zur Auseinandersetzung mit dieser transzendenten Wirklichkeit Unterstützung finden. Das muss nicht notwendigerweise bedeuten, dass sie sich einer Religion zugehörig fühlen. Aber das wird sicher auch noch Thema der beiden folgenden Referate und der Podiumsdiskussion sein.

Ich kenne leider keine zahlenmäßigen Untersuchungen über die *Nachfrage nach religiöser Begleitung*. Eine 2004 veröffentlichte Studie über Patientenorientierung ergab, dass etwa 70 % der Patienten die Angebote zu Gottesdienst und Seelsorge *nicht* genutzt hatten<sup>5</sup> – aber diese Zahlen sind mit Sicherheit nicht repräsentativ. In einer neuen Untersuchung an Krebspatienten wurde an der Universität Witten/Herdecke festgestellt, dass die meisten (86 %) sich mit der Sinnfrage auseinandersetzen und rund die Hälfte sich mit spirituellen Fragen beschäftigt.<sup>6</sup>

Pflegekräfte berichteten mir, dass die *ausdrückliche* Nachfrage insgesamt eher gering ist. *Muslime* unter den Patienten fragen häufiger nach der Moschee und äußern deutlicher das Bedürfnis, in der Glaubensgemeinschaft aufgehoben zu sein – ein Bedürfnis, das dann i.d.R. durch die Familie abgedeckt wird; institutionelle Beziehungen zwischen Krankenhaus und einer Moschee, auf die man zurückgreifen könnte, bestehen nur selten. Manch-

mal haben christliche Seelsorger Kontakt zu einem muslimischen Kollegen und bitten ihn im Bedarfsfall ins Krankenhaus. *Christlichen Patienten*, so die Pflegekräfte im Interview, äußerten relativ selten aktiv den Wunsch nach einem Seelsorger; ihnen wird eher von Ärzten oder Pflegekräften das Angebot zu einem Gespräch unterbreitet, das sie dann oft auch gerne annehmen. „Wir machen dieses Angebot, wenn wir spüren, dass es dafür ein Bedürfnis gibt“, sagte mir eine Stationsleiterin. Häufiger als die Patienten selbst äußerten die Angehörigen den Wunsch nach einem seelsorgerlichen Gespräch, oft auch im Zusammenhang mit bedrohlichen Diagnosen oder schwierigen ethischen Entscheidungssituationen.

Auch ohne statistische Zahlen - fest steht: „Krankheit und Tod werden von Menschen seit jeher stärker religionsbezogen erfahren als all-

*Krankheit und Tod werden von Menschen stärker religionsbezogen erfahren als das alltägliche Leben*

tägliche Leben. Deshalb kommt dem Krankenhaus als Ort der Inanspruchnahme seelsorgerischer Hilfe und religiösen Beistandes besondere Bedeutung zu. Die Ausübung religiöser Rechte ist gerade in diesem Lebensbereich ein verbreitetes Anliegen.“<sup>7</sup> Das kann auch bei leichteren Erkrankungen gelten: Einerseits zwingt die Unterbrechung im Alltag häufig dazu, über die eigene Lebenssituation und -perspektive nachzudenken. Zum anderen erinnert die Begegnung mit anderen Patienten an die eigene Sterblichkeit. Besonders gilt das aber dann, wenn die Krankheit lebensbedrohlich wird oder doch tiefgreifende Veränderungen im Alltagsleben mit sich bringen wird – z.B. die Aufgabe der Berufstätigkeit oder der eigenen Wohnung. Und immer wichtiger wird religiöser Beistand, wenn das Lebensende naht: „Spirituelle Begleitung zählt zu den vordringlichen Bedürfnissen todkranker Menschen auf dem Weg zu einem ‚guten Tod‘“, stellt der Herausgeber des British Medical Journal, Richard Smith, fest.<sup>8</sup> Amerikanische Forschungen belegen, dass ‚spirituelles Wohlbefinden‘ der wichtigste Faktor für die Lebensqualität von Patienten mit Krebs im Endstadium ist.<sup>9</sup>

<sup>4</sup> H.Walach: Spiritualität als Ressource, in: EZW-Texte 181, 2005, S.17.

<sup>5</sup> Helga Bles: Patientenorientierung als Qualitätsmerkmal, Diss. Berlin 2004, S. 83f.

<sup>6</sup> A. Büssing u.a.: Spiritualität und Krankheitsumgang, in: EZW-Texte Nr. 181, 2005.

<sup>7</sup> Karl Albrecht: Staatsrechtliche Grundfragen der Anstaltsseelsorge, Bonn 1975, S. 53.

<sup>8</sup> R.A.Smith: A good death. BMJ Vol. 320, 2000, S. 129f.

<sup>9</sup> Vgl. Linus S. Geisler: Glaube als wichtiger Faktor für die Arzt-Patient-Beziehung. Vortrag v. 30.10. 2005, 39.

## Statistische Beobachtungen

Bevor wir uns im dritten Teil mit den Bedürfnissen der Krankenhäuser beschäftigen, möchte ich Ihnen einige wenige, aber wie ich denke aussagekräftige Zahlen nennen, die helfen sollen, sich unserem Thema zu nähern:<sup>10</sup> Im Jahre 2005 waren knapp 17 Millionen Menschen zur *Behandlung* im Krankenhaus, d.h. im Durchschnitt gut jeder Fünfte Einwohner Deutschlands. Damit hat sich die Zahl der Krankenhausaufenthalte in 10 Jahren um ca. 10% erhöht.

Jährlich sterben jährlich ca. 400 000 Menschen im Krankenhaus, d.h. fast die Hälfte (genau: 47 %) aller *Verstorbenen* ist in einem Krankenhaus gestorben. Vor 10 Jahren waren es nur etwa 43 %.

Während die durchschnittliche *Verweildauer* im Krankenhaus vor 10 Jahren noch bei etwa 12 Tagen lag, lag sie im Jahr 2004 bei 8,6 Tagen – Tendenz weiter fallend. Dramatischer ist aber die durchschnittliche Verweildauer der im Krankenhaus Verstorbenen: Sie sank von gut 21 Tagen im Jahre 1994 auf die Hälfte: 11,4 Tage im Jahre 2004. Gerade diese Zahlen haben natürlich eine erhebliche Bedeutung für die ‚religiöse Begleitung‘ – je kürzer die Verweildauer, desto schwerer werden Kontakt-

*Die Bedürfnisse von Patienten sind unterschiedlich, je nach ihrem kulturellen und ethnischen Hintergrund*

aufnahme, Beziehungsgestaltung und Begleitung.

Genauere Zahlen über die *Religionszugehörigkeit* oder zur *ethnischen Zugehörigkeit* der Patienten in deutschen Krankenhäusern gibt es nicht. Aber einige Aussagen zur *gesundheitlichen Situation* von Migranten lassen sich doch machen: Im Dritten Bericht zur Lage der älteren Generation in der BRD<sup>11</sup> wird darauf hingewiesen, dass die Datenlage zur Gesundheits- und Krankheitssituation der älteren Migranten in Deutschland sehr dürtig ist. Der Gesundheitszustand der heute ins Rentenalter kommenden Arbeitsmigranten bzw. der älteren ausländischen Bevölkerung wird aber allgemein als schlecht eingeschätzt – und das, obwohl sie im jüngeren Alter im Vergleich zur gleichaltrigen deutschen Bevölkerung eindeutig gesünder waren

---

Medizinische Woche Baden-Baden.

<sup>10</sup> Die folgenden Zahlen basieren auf Angaben des Statistischen Bundesamtes, Krankenhausbericht 2005.

<sup>11</sup> BMFSFJ: Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der BRD, Drucksache 14/130, Berlin 2000.

(Das ist im Anwerbeverfahren begründet, wo nur Bewerber mit guter Gesundheit angeworben wurden). Mit zunehmendem Aufenthalt im Aufnahmeland nimmt dieser Vorsprung des Gesundheitszustandes jedoch dramatisch ab.

Hier kommen viele Faktoren zusammen: ein weitaus höheres Armutsrisiko mit den damit zusammenhängenden Gesundheitsrisiken; eine Kumulation gesundheitlicher Belastungsfaktoren wie Akkord- und Schichtarbeit, häufig körperlich schwere Arbeit, verbunden mit chemischen Giften sowie starker Lärm- und Hitzebelastung; viele Überstunden, ungesunde Ernährung, schlechte Wohnbedingungen. Daneben löst Migration häufig Stress aus, der gesundheitsbelastend wirkt: Heimweh, die Trennung von Familienangehörigen, eine fremde Umwelt, in diese sich nicht immer willkommen fühlen. Migration, so haben Wissenschaftler festgestellt, ist durchschnittlich mit einer mehr als zehnfachen Steigerung von Risiken mit der Folge früheren Alterns und früherem Auftreten von multiplen chronischen Erkrankungen verbunden.<sup>12</sup> In einer 1997 von Rolf Zoll durchgeführten Befragung gaben 70 % der befragten älteren Migranten an, unter Schmerzen zu leiden. So ist es kein Wunder, dass vereinzelt in Krankenhäusern von Pflegenden berichtet wird, man habe 40% und mehr Patienten, die Muslime seien.

Wenn wir diese zusätzlichen Belastungsfaktoren, für deren Auswirkungen es, wie gesagt, keine eindeutigen statistischen Daten gibt, außer acht lassen, kann man schon bei einer *gleichmäßigen* Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung durch die Bevölkerungsgruppen davon ausgehen, dass pro Jahr je ca. 6.3 Mill. Mitglieder der ev. und der kath. Kirchen und ca. 620.000 Muslime zur Behandlung in ein Krankenhaus kommen und ca. 250.000 Menschen christlicher Religionszugehörigkeit und etwa 12.000 Muslime jährlich in deutschen Krankenhäusern sterben.

Die internationale und vergleichende Pflegeforschung hat in den vergangenen Jahrzehnten herausgearbeitet, wie unterschiedlich die Bedürfnisse von Patienten sind, je nach ihrem kulturellen und ethnischen Hintergrund. Die Pionierin dieses Forschungszweiges, Madeleine Leininger, hat darauf hingewiesen, dass „Patienten ein *Recht* darauf haben, in ihrem sozio-kulturellen Hintergrund verstanden zu werden“.<sup>13</sup> Werte, Überzeugungen und

---

<sup>12</sup> Vgl. J. Collatz u.a. (Hrsg.): Begutachtung im interkulturellen Feld, Berlin 1999.

<sup>13</sup> M.M.Leininger: Multikulturelle Pflege, 1999, S. 277.

Praktiken von Pflege und Fürsorge werden beeinflusst und neigen zum Eingebettetsein in Weltanschauung, Sprache und Religion, in die Verwandtschaftsverhältnisse, den rechtlichen Kontext sowie in Erziehung und Ökonomie, Technologie und umweltabhängigen Kontext einer jeweiligen Kultur“ (ebd. 287). Auch wenn diese Aspekte in den letzten Jahren unter dem Stichwort ‚Interkulturelle Pflege‘ mehr in das Bewusstsein der Fachleute gekommen sind, gibt es hier ohne Frage noch einen hohen Nachholbedarf im gesamten Gesundheitswesen. „Von einer Berücksichtigung der Belange der Einwanderer durch das deutsche Gesundheitswesen kann noch keine Rede sein“, heißt es im Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Integration aus dem Jahr 2005 (Süddeutsche Zeitung, 27.2.2007).

### Die Bedürfnisse der Krankenhäuser

Zum Schluss noch einige Anmerkungen zu den *Bedürfnissen von Krankenhäusern* im Blick auf ‚religiöse Begleitung‘. Die deutschen Krankenhäuser stehen seit einigen Jahren unter massivem wirtschaftlichen Druck. Es ist hier nicht der Ort und die Zeit, das im Einzelnen darzulegen. Als Stichworte seien nur genannt:

- die Einführung der Fallpauschalen (DRGs);
- das europäische Arbeitszeitrecht mit den Auswirkungen insbesondere für die Bereitschaftsdienstzeiten der Ärzte;
- die neuen Tarifverträge (TVöD bzw. Marburger Bund), die insbesondere für den ärztlichen Dienst erhebliche Mehrkosten bringen, die durch zusätzliche Einnahmen nicht gedeckt werden können;
- die sog. Sanierungsabgabe.

Um Krankenhäuser vor dem drohenden Konkurs zu bewahren, werden massive Kosteneinsparungen im Personalbereich durchgesetzt, in dem etwa 75% der gesamten Kosten entstehen. Diese Einsparungen gehen in erster Linie zu Lasten der Pflege als der größten Berufsgruppe. Wegen der Arbeitszeitgesetze und der kurzen Verweildauer der Patienten sind Personalkürzungen bei den Ärzten i.d.R. überhaupt nicht möglich; der Druck ist aber auch bei den Ärzten enorm hoch. Die personelle Besetzung auf den Stationen und in den Funktionsbereichen wird verringert; parallel findet eine Umschichtung von Fachpersonal zu mehr Hilfskräften statt. Zugleich haben die Dokumentationspflichten und die Verwaltungsaufgaben erheblich zugenommen. Die Fachkräfte können sich immer weniger Zeit für den einzelnen Patienten

nehmen, oftmals übernehmen Pflegeschüler und Pflegehilfskräfte weite Teile der praktischen Pflege. „Was früher selbstverständlich war, ist heute nicht mehr leistbar. Nicht nur die Zeit fehlt, sondern auch der Kopf ist nicht mehr frei“, so die Leiterin einer Intensivstation. Und weiter sagt sie:

„Der Bedarf des Krankenhauses an Seelsorge ist gewachsen, weil die Zeit der Pflegekräfte und der Ärzte für beratende, mitfühlende und tröstende Gespräche fehlt. Viele Patienten brauchen einen Ort, wo sie ihr Herz ausschütten können, Trost und Beistand erfahren – nicht als Zwang, sondern als Angebot. Wenn einer einfach da ist – das kann durchschlagende heilende Wirkungen haben.“

Unter dem wirtschaftlichen Druck und den begrenzten Finanzmitteln nimmt aber auch die Zahl ethischer Entscheidungen zu: Soll die Therapie noch ausgeweitet oder abgebrochen werden? Dass diese Entscheidungen auch unter dem Gesichtspunkt der begrenzten Mittel stattfinden, wird wohl meistens noch nicht offen diskutiert – aber es ist so. Und das belastet auch Ärzte und Pflegekräfte psychisch zunehmend. Die Krankenhäuser brauchen Seelsorger daher auch für die Durchführung ethischer Konsile.

Krankenhäuser brauchen SeelsorgerInnen, die klar erreichbar und, wenn sie benötigt werden, schnell da sind. Und Seelsorger, die Präsenz zeigen: Man muss sich kennen, das erleichtert die Ansprechbarkeit. Wünschenswert wären auch Ansprechpartner für eine muslimische Seelsorge. Wichtig sind auch schnell erreichbare Dolmetscher, möglichst aus dem eigenen Personal, die sowohl medizinisch wie psychologisch ausreichend differenziert und feinfühlig übersetzen und kom-

*Der Bedarf an Seelsorge ist gewachsen, weil die Zeit der Pflegekräfte für mitfühlende Gespräche fehlt*

munizieren können. Und: Mitarbeitende in den Krankenhäusern wissen nicht immer, welche rituellen Bedürfnisse Patienten und Angehörige haben, die nicht zu christlichen Glaubensgemeinschaften gehören: Für eine andere Trauerkultur oder rituelle Waschungen der Toten gibt es in deutschen Krankenhäusern oft weder Verständnis noch geeignete Räume. Hier helfen kaum Info-Broschüren, sondern es muss sich das Bewusstsein verändern. Und das geschieht wohl in erster Linie über Kontakt, Begegnung und Beziehung. Dafür kann ja auch der heutige Tag einen Beitrag leisten.

---

Helmut Weiß

## Grundlagen christlicher Seelsorge im Krankenhaus heute

---

Ich möchte Sie einladen, mich heute für einige Minuten zu begleiten, weg vom Kirchentag in ein Krankenhaus. Und bei unserem Gang durch das Krankenhaus möchte ich Ihnen in einigen Punkten sagen, wie ich Seelsorge im Krankenhaus aus christlicher Sicht verstehe. Ich möchte Ihnen erläutern, *warum* Seelsorge im Krankenhaus geschieht, *wie* Seelsorge dort geschieht und *wozu* sie geschieht.

Ich habe viele Jahre im Krankenhaus als Seelsorger in verschiedenen Bereichen gearbeitet – mein Gang und meine Sichtweise sind von diesen Erfahrungen und von vielen Berichten von Kolleginnen und Kollegen geprägt.

### Der Ort der Seelsorge im Krankenhaus

Wir betreten also ein Krankenhaus mit etwa 600 Betten. Es hat eine große Eingangshalle, ähnlich einer Rezeption in einem Hotel. Und in dieser Halle sind Tafeln als Wegweiser angebracht, auf denen die Abteilungen und ihre Chefsärzte, die Verwaltung und die übrigen Dienste aufgelistet sind. Und dort wird – ziemlich weit unten – Seelsorge erwähnt, die Namen der Seelsorgerinnen und Seelsorger – evangelisch und katholisch – werden aufgeführt. Die Seelsorge gehört also ins Haus, wird vielleicht unter Sozialdienst subsumiert oder auch als eigener Dienst gezählt, aber *die Seelsorge ist Bestandteil der Angebote im Krankenhaus*. Das war vor etwa 30 Jahren noch anders. Ich kann mich erinnern, dass damals in einem Arbeitskreis der Landeskirche Überzeugungsarbeit geleistet werden musste, dass ein Unterschied besteht zwischen

*Krankenseelsorge* und *Krankenhausseelsorge*, dass ein Unterschied besteht, wenn ein Pfarrer ein Mitglied seiner Gemeinde besucht und wenn eine Pfarrerin Seelsorge macht in der Institution Krankenhaus. Heute ist dieser Unterschied – so hoffe ich jedenfalls – allen Beteiligten klar.

Krankenhausseelsorge ist dieser Institution verpflichtet und hat unter anderem für die Ziele dieser Institution und der Menschen darin zu arbeiten. Krankenhausseelsorge ist wichtig für das Gesundheitswesen – darüber könnten das *European Network of Health Care Chaplaincy* gewichtige Worte sagen. Dass es hier zu Konflikten kommen kann und dass es immer wieder an dieser Stelle auch zu Auseinandersetzungen kommen muss, ist deutlich. Denn zugleich ist die Krankenhausseelsorge auch der Kirche verpflichtet und deren Auftrag. Krankenhausseelsorge bringt Welt in die Kirche und Gotteszuwendung in die Welt des Leidens.

### Das Motiv der Seelsorge im Krankenhaus

Warum aber geht eine Seelsorgerin ins Krankenhaus? Warum werden Krankenhausseelsorger angestellt? Zunächst eine einfache Feststellung: Seelsorgerinnen und Seelsorger gehen ins Krankenhaus, weil sie dazu berechtigt sind. Zwischen Staat und Kirchen *besteht ein Vertrag*, dass Kirchen Zugang haben in diese öffentliche Einrichtung – und zwar in alle, ganz gleich ob das Krankenhaus von Kommune, vom Land, von einer Kirche oder einem anderen Träger bewirtschaftet wird. Kirchen dürfen in Deutschland gesetzlich geregelt Seelsorge anbieten – das ist längst nicht überall so, weder in Europa, noch in der weiten Welt. Schon diese Situation macht ein besonderes Merkmal christlicher Seelsorge in dem Kontext Bundesrepublik Deutschland aus.

Wohlgemerkt: Die Kirchen verantworten die Seelsorge, nicht die Krankenhäuser selbst. Es ist

---

*Pfarrer Helmut Weiß ist Lehrsupervisor (DGfP), seit vielen Jahren in der Seelsorgefortbildung tätig und Vorsitzender der „Gesellschaft für Interkulturelle Seelsorge und Beratung“ (SIPCC), Düsseldorf*

---



eine Grundlage der Seelsorgearbeit in Deutschland, dass sie *kirchlich gebunden und kirchlich gestaltet* ist, auch wenn dieses System durch Refinanzierungen inzwischen auch noch anderen Charakter bekommen kann.

Die Kirchen wollen die Krankenhauseelsorge, weil es *eine große und gute Tradition* ist, Kranke zu besuchen. Schon im Mittelalter sind Priester, Mönche und Nonnen in die Hospitäler gegangen, um zu trösten und Menschen im Tod zu begleiten. In Pestzeiten waren sie es, die sich den Kranken ausgesetzt haben und nicht vor ihnen geflohen sind. Und als im 19. Jahrhundert gerade auch von den Diakonissen und Nonnen eine moderne Art der Krankenpflege begründet wurde, gehörte für sie

*Wer Seelsorge im Krankenhaus tut, muss eine starke Motivation haben*

die „Seelenpflege“ dazu. Aus dieser großen Tradition kann sich Kirche doch nicht verabschieden. Noch mehr als im 19. und 20. Jahrhundert muss die Seelsorge in der sich immer weiter ausdifferenzierenden Institution Krankenhaus Beziehungsarbeit leisten mit den Menschen, die hier leiden, die hier leben und die hier arbeiten. Wie kann ein Körper gesund, wenn die Seele geschunden ist?

In das Krankenhaus kommen viele Menschen neben den Kranken. Alle Berufsgruppen aufzuzählen würde lange Listen füllen. Aber auch die Angehörigen sind hier, die Freunde und Bekannten der Patienten. Wenn wir alle Personen zählen würden, die im Laufe eines Jahres durch ein Krankenhaus von etwa 600 Betten gehen, ich vermute, es würde nicht nur in die Zehntausende, sondern in die Hunderttausende gehen. Und unter diesen vielen Menschen sind die Seelsorgerinnen und Seelsorger verschwindend wenige. Nicht mal in Promille lässt sich das ausdrücken. Wer Seelsorge im Krankenhaus tut, muss *eine starke Motivation* haben. Neben dem Auftrag der Kirche, Dienst in dieser Institution zu tun, braucht es eine innere Motivation. Jesus ist selbst zu den Kranken gegangen, ihm lag daran, dass die gute Schöpfung Gottes wieder hergestellt wird bei den Menschen, die von der Gefährdung des Todes gezeichnet sind – und diese Motivation ist Grund und Wurzel zur Seelsorge an den Kranken. Es ist *Gottes Option für die Leidenden*, die uns in Bewegung setzt, es ist seine Erniedrigung zu den Menschen hin, die im Schatten des Todes leben, die uns nicht gleichgültig lassen kann.

Und noch ein Motiv: Krankenhaus ist *ein inter-*

*essanter Arbeitsplatz*. Hier hat man es mit Menschen zu tun – bei aller Technik, die Einzug gehalten hat, bei allen standardisierten Abläufen, hier sind Menschen versammelt, die eine Leidengeschichte und eine Lebensgeschichte haben – und die darüber reden wollen und müssen. Nein, längst nicht alle, aber die allermeisten. Im Krankenhaus bündeln sich existentiell Fragen und Hoffnungen wie selten wo anders. Hier geht es wirklich um Leben und Tod, um Sein oder Nichtsein. Niemand kann davor die Augen oder Ohren verschließen. Und dort ist der Ort des Glaubens.

### Wie geschieht Seelsorge im Krankenhaus?

Wir gehen weiter von der Eingangshalle in den Bettentrakt – aber nicht direkt in die Krankenzimmer, sondern erst in das Stationszimmer. Seelsorge ist *im Kontakt zu den übrigen Diensten*, die mit den Menschen direkt zu tun haben, zu Medizin, zu Pflege, zu Sozialdienst. Nicht dass Seelsorge nicht wüsste, wie sie arbeiten könne, sondern um der Patienten willen braucht sie Austausch. Seelsorge im Krankenhaus möchte auch im Sinne der Aufgabenstellungen des Krankenhauses für die Patienten da sein, sie möchte lindern, sie möchte zur Gesundheit verhelfen, sie möchte Menschsein humanisieren. Von daher kann sich Seelsorge gar nicht ausklinken aus dem, was die anderen Berufe tun und leisten. Aber Seelsorge ist nicht ein Hilfsdienst für die anderen, sie hat ihre eigene Würde.

Wenn wir dann ins Zimmer gehen, ist es wichtig, Kontakt aufzunehmen. Seelsorge ist Beziehungsarbeit, also sucht die Seelsorgerin, wie sie zu dieser Person, die sie vor sich hat, in Beziehung kommen kann. Seelsorge ist *emotionale Beziehungsarbeit*. Erst wenn die Emotionen in diesem von so widersprüchlichen und vielfältigen Gefühlen gefüllten Raum in Bewegung kommen und Ausdruck finden, entsteht seelische Entlastung und Befreiung. Und das ist eine große Kunst: Gefühle so anzusprechen und so ins Gespräch zu bringen, dass sie fruchtbar und befreiend werden. Es ist bewegend, wenn ein Mann vor einer schweren Operation in einem Gespräch seine Angst benennen kann – etwas, was er sonst selten tut – und dann getroster wird. Es ist bewegend, wenn eine sterbenskranke Mutter sich um ihre kleinen Kinder sorgt – und dann sagen kann: Das Gespräch hat mir gut getan. Es ist bewegend, wenn bei einem Abendmahl eine Frau weint, weil sie sich an die Konfirmation erinnert – nach langen Jahren. Und so hinein genommen zu werden in die Bewegungen

der Seele, das führt den Seelsorger und die Seelsorgerin in die Tiefe des Seins. Und vielfach an solchen Stellen wird erfahrbar, dass Seelsorge nicht nur ein Beziehungsgeschehen zwischen Menschen ist, sondern *dass Gott gegenwärtig ist*. Seelsorge ist Beziehungsarbeit zwischen Menschen, damit immer wieder glaubhaft wird, dass Gott „Wort und Treue hält und nicht fahren lässt das Werk seiner Hände“ – uns Menschen und seine gute Schöpfung.

Wie Seelsorge im Vollzug geschieht – dazu müssten wir in Einzelheiten gehen, oder noch besser: dazu müssten wir die jeweilige Praxis reflektieren und genau schauen, wie in der konkreten Situation mit konkreten Menschen Beziehung geschaffen wurde und was Beziehung schwierig gemacht hat. Auf jeden Fall kommt eine Seelsorgerin nicht mit irgendwelchen Geräten wie andere Berufsgruppen im Krankenhaus, das *Instrument der Seelsorge ist die Seelsorgerin selbst* – es geht darum, dass ein Fluss entsteht von Person zu Person. Deshalb ist es so wichtig, dass ein Seelsorger sich selbst und seine Kommunikations- und Beziehungsfähigkeiten gut kennt. Seelsorge heißt: Ich stelle mich dir zur Verfügung – denn ich bin ein freier Mensch, und deshalb frei für dich.

In den letzten Jahrzehnten haben *Psychologie und andere Humanwissenschaften* die Seelsorge intensiv beeinflusst. Sie haben gelehrt, wie es um den Menschen steht und wie man ihn, sein Verhalten und seine inneren Prozesse verstehen kann. Sie haben die Seelsorge zum Zuhören geführt, sie haben gelehrt, wie Beziehungsprozesse gestört werden, wenn man urteilt und verurteilt, sie haben gezeigt, wie wichtig Empathie und Authentizität in Kommunikation sind. Das alles ist ein Segen, den die Seelsorge nicht aufgeben kann, gerade auch nicht im Krankenhaus. Dennoch aber bleibt die Seelsorge *religiöses Geschehen*. Sie öffnet für die Lebenskräfte, die von Gott kommen, sie fördert das Vertrauen ins Leben durch Gottvertrauen, sie gibt Hoffnung wo Verzweiflung quält, sie feiert das Leben als eine Gabe und sie hört auf den, der sagt: „Lass dir an meiner Gnade genügen, denn meine Kraft ist in den Schwachen mächtig“. Gott, der in Jesus Christus Mensch geworden ist, ist uns Menschen nahe – bis ins Leiden, bis in den Tod. Gott, der das Leben will, hat Jesus Christus auf-erweckt, damit seine Lebenskraft in uns mächtig wird. Seelsorge orientiert sich an den anthropologischen Gegebenheiten des Menschen und am Christusgeschehen – und bringt beides miteinander in Verbindung.

## Wozu dient Seelsorge im Krankenhaus?

Ich habe oben schon angedeutet, dass Seelsorge auch zur Linderung der Leiden und zur Gesundung der Kranken geschieht. Seelsorge als Lebensvergewisserung – also als eine Bewegung, um Zuversicht aufs Leben zu gewinnen – nimmt das auf und geht über Linderung und Gesundung hinaus. *Dass Leben das größte Geschenk ist, das man sich vorstellen kann – das will Seelsorge deutlich machen*. Und das ist gerade im Krankenhaus notwendig. Dort, wo Krankheit und Schmerzen quälen, wo der Tod so nahe ist, wo in den allermeisten Fällen Hilfe geboten wird und wo so viele Menschen gesund werden und viele andere sterben – an diesem Ort kommen die Fragen, wie es mit dem Leben sei, besonders nahe.

Gerade in diesen Zusammenhängen kommen *ethische Fragen* auf, muss immer wieder diskutiert werden, wann und wie Menschen berechtigt sind, ins Leben einzugreifen. Hier aber ist Seelsorge klar: Wenn es um ethische Fragen geht, hat sie klare Gesprächspartner – die betroffenen Personen, also Patienten und Angehörigen, die medizinischen und pflegerischen Fachkräfte und den Gott, der Schöpfer und Herr des Lebens ist. Im Diskurs dieser Stimmen werden von der Seelsorge her ethische Entscheidungen gefällt – und *Gottes Stimme ist gewichtig*. Immer wieder sagt sie uns, dass wir unser Leben nicht selbst machen können, sondern dass Leben eine Gabe ist. Seelsorge führt uns zu einer uralten christlichen Tugend: zur Demut und zur Dankbarkeit.

*Seelsorge ist Beziehungsarbeit, damit deutlich wird, dass Gott mit uns Menschen ist im Leben und im Sterben*

Seelsorge verstehe ich als Beziehungsarbeit, damit deutlich wird, dass Gott mit uns Menschen ist im Leben und im Sterben – diesen Dienst tut die Seelsorge an Menschen. Und damit wird sie zum Gottesdienst.

Wir verlassen jetzt das Krankenzimmer, wir gehen zum Ausgang des Krankenhauses. Viele Menschen begegnen uns. Wir merken, wie begrenzt wir sind. Uns bewegen die menschlichen Schicksale, die dieses Haus beherbergt. Aber wenn wir Menschen nahe gekommen sind, wenn wir den Hauch der Gegenwart Gottes gespürt haben, dann war dieser Weg durchs Krankenhaus heilsam.

---

Ali Topcuk

## Grundlagen muslimischer Hilfe bei Krankheit

---

### Zum Begriff einer islamischen Seelsorge

Bei den möglichen Grundbedeutungen des Wortes Islam, d.h. „Frieden“, bzw. „Lebensweise, durch die man Frieden erlangen kann“, bzw. „Ergebung in Gottes Willen“ geht es immer um eine tiefe religiöse Bedeutung, auf die jeder Mensch als sein Lebensziel zugeht. Das ist, nebenbei gesagt, sicher auch in den anderen Weltreligionen so. Es geht um ein grundsätzliches Ziel, nämlich dass wir Menschen sowohl im diesseitigen Leben als auch im jenseitigen nach dem Tode *in Frieden mit Gott, also in ‚Glück‘ in einem religiösen Sinne*, leben können.

Bei der Seelsorge liegt mir daran, nicht nur die therapeutische Seite, wie das in den griechischen Wortwurzeln eher anklingen würde, also die Hilfe und Betreuung von Menschen in den Vordergrund zu stellen. Hier geht es mir mehr um den Akzent des ‚Kümmerns‘ um die eigene Seele und die des Anderen, oder auch um *die Sorge an der Seele*.

Es ist hierbei jedoch immer klar, dass bei einer solchen Sorge an der Seele *auf dem Fundament des islamischen Glaubens* jeweils auch *psychologische und psychotherapeutische Erkenntnisse* mitwirken. Wo Regeln und Gesetzmäßigkeiten des Lebens und soziale Bezüge von Menschen richtig beschrieben werden, müssen sie in der Seelsorge mit beachtet werden, da der Mensch ja eine Einheit aus Leib, Seele und Geist ist. Hier wird man jeweils differenziert betrachten müssen, da diese einzelnen Ebenen nicht identisch sind oder vermischt werden dürfen, aber sie existieren ja auch nicht unabhängig voneinander in den Menschen.

Wie schon gesagt, ist das Leben in einem bestimmten, religiösen Sinne von Glück das Ziel der Seelsorge, wie ja auch Wissenschaften, Menschen-

rechte oder staatliche Gesetzgebungen dies zu ihrem Ziel haben. Für mich ist es hier wichtig für unser Zusammenleben in Deutschland, wo der Islam neben den christlichen Kirchen die drittgrößte Religionsgemeinschaft darstellt, eine breite, möglichst allen Religionsanschauungen verständliche Basis für Seelsorge herauszustellen. Wir müssen hierfür in unserer multikulturellen Gesellschaft einen Weg finden, der auch durch diese religiöse Tätigkeit zum besseren Zusammenleben beiträgt und der untereinander in Gleichberechtigung geschieht.

Mir liegt, wenn wir an bzw. über ‚islamische Seelsorge‘ zu arbeiten beginnen, auch sehr daran, dass wir grundsätzlich beginnen, dass also nicht individuelle Beispiele oder Situationen am Anfang stehen, die man als außerordentlich ungewöhnlich bezeichnen könnte.

### Islamische Seelsorge als Desiderat

Bei meinem Ansatz gehe ich von folgenden beiden Grundbeobachtungen aus:

- Heutzutage gibt es keine ‚islamische Seelsorge‘ als wissenschaftlichen Fachbereich in den islamischen Ländern. Es gibt einige kleinere Untersuchungen und Arbeiten dazu in Österreich und in der Schweiz, aber das sind meiner Meinung nach noch nicht wirklich wichtige Schritte für eine islamische Seelsorge;
- In einem erheblichen Teil der deutschen Krankenhäuser liegt der Prozentsatz muslimischer Patientinnen und Patienten inzwischen bei 30 – 40 %. Wir können ihnen leider noch keine seelsorglichen Dienste anbieten.

Auf diesem Hintergrund denke ich, dass wir in den nächsten Jahren untersuchen müssen, welche Probleme und Bedürfnisse diese Patientinnen und Patienten haben, und dass wir in kürzerer Zeit eine islamische Seelsorge aufbauen müssen.

---

*Ali Topcuk ist muslimischer Theologe, theologischer Mitarbeiter des interreligiösen Begegnungszentrums bei der Moschee Warbruckstraße, Duisburg*

---

Da Seelsorge auch Sterbebegleitung bedeutet, ist es meine Überzeugung, dass dies unbedingt von einem muslimischen Geistlichen ausgeübt werden muss. Im Übrigen gilt aber, dass jeder Muslim bestimmte Aufgaben gegenüber anderen Muslimen und gegenüber seinen Mitmenschen hat.

Als ein Beispiel nehme ich die Begrüßung, die in der islamischen Kultur einen hohen Stellenwert besitzt. Zwei Bekannte sind, wenn sie sich treffen, immer dazu aufgefordert, sich zu begrüßen und durch diese freundschaftliche Geste das Band zwischen sich zu stärken. Diese Geste setzt ein Zeichen für zwischenmenschliche Solidarität und setzt sich über eventuell bestehende Schwierigkeiten hinweg. Sie fördert die Liebe zu den Mitmenschen, sie führt dazu, dass man sich besser kennen lernt und sie unterstützt den Dialog.

*Jeder Muslim hat bestimmte Aufgaben gegenüber anderen Muslimen und gegenüber seinen Mitmenschen*

Ein weiteres Beispiel ist, dass Muslime sich gegenseitig Besuche abstatten sollen, vor allem dann, wenn Krankheiten oder andere Probleme bestehen. Ferner muss ein Muslim ihm bekannten Muslimen das Totengeleit geben.

Alle diese Rechte und Pflichten führen jedoch über die Begrüßung. Sie ist sogar ein Almosen. Ihr tiefer religiöser Kern findet seinen Ausdruck ja auch in den Worten der Grußes „Friede sei mit euch!“ und des Gegengrußes „und auch mit euch sei Friede“. Auch am Ende eines Gebetes wird diese Grußformel gesprochen „Der Friede und die Gnade Allahs sei mit euch!“

Ich will die Frage, wie wichtig Seelsorge im Islam ist, noch einmal von einer anderen Seite her beantworten, nämlich indem ich auf einen Hadith, eine Überlieferung des Profeten, verweise:

*Gott, der Hohe und Erhabene, wird am Tage der Auferstehung sagen: O Kind Adams, ich bin krank gewesen, und du hast mich nicht besucht. Er wird sagen: O mein Herr, wie kann ich Dich besuchen, wo Du doch der Herr der Welten bist? Er wird sagen: Wusstest du nicht, dass mein Diener Soundso krank war, und du hast ihn nicht besucht. Hättest du ihn besucht, hättest du Mich bei ihm gefunden. Wusstest du es nicht? ...*

*O Kind Adams, ich habe dich um etwas zu essen gebeten, und du hast mir nichts zu essen gegeben. Er wird sagen: O mein Herr, wie kann ich Dir zu essen geben, wo Du doch der Herr der Welten bist? Er*

*wird sagen: Wusstest du nicht, dass mein Diener Soundso dich um etwas zu essen gebeten hat, und du hast ihm nichts zu essen gegeben. Hättest du ihm zu essen gegeben, hättest du es bei Mir gefunden.*

*Wusstest du es nicht? O Kind Adams, ich habe dich um etwas zu trinken gebeten, und du hast mir nicht zu trinken gegeben. Er wird sagen: O mein Herr, wie kann ich Dir zu trinken geben, wo Du doch der Herr der Welten bist? Er wird sagen: Mein Diener Soundso hat dich um etwas zu trinken gebeten, und du hast ihm nicht zu trinken gegeben. Hättest du ihm zu trinken gegeben, hättest du es bei Mir gefunden. Wusstest du es nicht? (nach Muslim)*

### **Krankheitsverständnis im Islam**

Ich möchte nun noch einiges zum Krankheitsverständnis im Islam ausführen, das sich auch auf ein Verständnis einer möglichen Seelsorge in Theorie und Praxis auswirken würde.

Im religiösen Denken des sunnitischen Islam bildet die Leidenstheologie keine selbständige Kategorie. Man findet deshalb im Allgemeinen im Islam kaum eine ausdrückliche, separate Behandlung dieses Themas, jedenfalls nicht in den klassischen Darstellungen der islamischen Glaubenslehre. Man kann jedoch aus verschiedenen Angaben des Koran und der Hadithe herausfinden, welche Sicht von und Haltung gegenüber Leiden und Krankheit dem Gläubigen vermittelt wird: *Wahrlich ihr sollt geprüft werden in eurem Gut und an euch selber, ....Wenn ihr jedoch geduldig und gottesfürchtig seid – dies ist wahrlich ein Zeichen von fester Entschlossenheit.* (Qur'an 2,185)

Das islamische Leidensverständnis kommt prägnant in einer bekannten Tradition des Propheten zum Ausdruck: Der Prophet Muhammad trat eines Tages bei einer Gruppe seiner Gefährten ein und fragte: „Seid ihr gläubig?“ Sie schwiegen. Schließlich sagte Umar: „Ja, o Gesandter Gottes“. Muhammad fragte: „Was ist das Zeichen eures Glaubens?“ Sie antworteten: „Wir danken im Wohlergehen, wir sind geduldig in der Prüfung, und wir sind mit der Bestimmung (Gottes) zufrieden.“ Darauf sagte der Prophet: „Ihr seid Gläubige, beim Herrn der Kaaba“.

Leiden und Krankheit werden von Gott dem Menschen bestimmt. Auch der Tod, dieses unentrinnbare Schicksal eines jeden Menschen, ist eine Bestimmung des souveränen Willen Gottes: *Und keinem Menschen vor dir haben wir Ewigkeit verliehen ... Ein jeder wird (einmal) den Tod erleiden* (Qur'an 21,34-35; vgl. 3,185).

Grundsätzlich gilt im Islam mit Blick auf Gesundheit und Krankheit aber folgendes:

- Der Körper ist ein Anvertrauen Gottes;
- Der Mensch hat die Pflicht diesen Körper gesund zu erhalten. Alles, was dazu zu tun ist, muss auch getan werden, in der Vorsorge, aber auch in der medizinischen Behandlung, soweit sie nur eben möglich ist.

Die Theologie des Islams, vor allem in der heutigen Zeit, ist bemüht, zugleich an der Allmacht Gottes und an der menschlichen Freiheit und Verantwortung festzuhalten. Aber der Volksglaube und das Verhalten der muslimischen Massen unterstreichen so sehr die Vorherbestimmung Gottes und seine unverfügbare Allmacht, dass man dazu geneigt ist, hier von Fatalismus zu sprechen.

Der islamische Glaube ist jedoch nicht eigentlich fatalistisch; er glaubt nämlich nicht an ein blindes Schicksal, sondern an den Willen des lebendigen Gottes, eines Gottes, der voller Huld und Barmherzigkeit ist, dessen Entscheidungen für den Verstand des Menschen nicht immer einsichtig sind, für die Menschen im allgemeinen und für die Gläubigen im besonderen dennoch heilsträchtig sind.

Was als Fatalismus erscheinen mag, wird beim gläubigen Muslim durch eine religiöse Haltung bedingt, die es ihm erleichtert, in der Not, im Leiden und in den verschiedenen schweren Situationen des Lebens, in denen er an die Grenzen seiner menschlichen Möglichkeiten stößt, sich in den unbegreiflichen Willen Gottes zu ergeben und auf seine Weisheit und Güte zu vertrauen. Eine solche Haltung befreit den Menschen nicht davon, selbst aktiv zu werden; sie hilft ihm jedoch, dort, wo er ohnmächtig ist, alles als ihm von Gott bestimmt anzunehmen, und dies zwar oft mit Resignation, aber auch mit Vertrauen und gelassener Hingabe.

Um das Leiden akzeptieren zu können, muss ihm der Mensch einen Sinn abgewinnen. Für den gläubigen Muslim hat das Leiden einen Sinn, es ist eine Prüfung von Seiten Gottes. Das Leiden hat den Sinn einer Prüfung, der Gott die Menschen unterzieht, um ihren Glauben, ihre Frömmigkeit und ihre Treue auf die Probe zu stellen. Der Mensch muss sich in der Welt bewähren, denn Gott hat ihn nicht „zum Zeitvertreib geschaffen“ (Qur'an 23,115).

Die letzte Entscheidung wird beim Tod getroffen, denn Gott hat die Menschen dem Tod ausgeliefert, um sie „auf die Probe zu stellen und zu sehen, wer von ihnen am besten handelt“ (Qur'an 67,2). Aber schon in diesem Leben sind das Gute und

auch das Böse, dem sie ausgesetzt sind, Prüfungen, die die Menschen bestehen müssen (Qur'an 21,35; 7,168).

Auch sonst sind ja die verschiedenen Situationen des Lebens, vor allem diejenigen Anlässe, die Schwierigkeit und Leid mit sich bringen, für die Menschen immer wieder eine Gelegenheit, die Bewährungsprobe zu bestehen.

Beispiele solcher Situationen gibt es im Koran selbst: Gott verlangt von Abraham das Opfer seines Sohnes (37,105-106); die Prüfungen der Kinder Israels (44,33; 14,6; 2,49), die Prüfungen der gläubigen Muslime (2,155; 3,186); die Prüfungen der einen durch die anderen (47,4).

*In diesem Leben sind das Gute und auch das Böse Prüfungen, die die Menschen bestehen müssen*

Wo das Leiden aber als Bewährungsprobe angesehen wird, hilft dem Muslim die Geduld, diese zentrale Tugend im Islam, die im Koran in unzähligen Versen empfohlen wird: „Ihr Gläubigen! Übt Geduld und bemüht euch, standhaft und fest zu bleiben! Und fürchtet Gott! Vielleicht wird es euch wohl ergehen“ (3,200; vgl. 103,3; 97,17; 2,45,153). Gott wird die Geduld der Gläubigen belohnen (41,34; 28,54.80; 29,59; 2,155.137; 3,17; 22,34-35). Bewährungsprobe und Belohnung Gottes werden im Koran immer wieder angesprochen. Eine besonders prägnante Stelle ist folgende: „Und wir werden euch sicher mit ein wenig Furcht und Hunger und (mit) Verlust an Vermögen, an Leib und Leben und (Mangel) an Früchten Prüfungen aussetzen. Und bringe denen, die geduldig sind, gute Nachricht. (Ihnen) die, wenn sie ein Unglück trifft, sagen: Wir gehören Gott, und zu ihm kehren wir zurück, ihnen lässt ihr Herr Segnungen und Barmherzigkeit angedeihen. Sie sind es, die die rechte Leitung haben“ (2,155-157).

Die islamische Tradition hat eine reiche Tradition von Gebeten und von geistlichem Zuspruch für die Gläubigen, die mit Krankheit, Altersschwäche und Sterben konfrontiert sind.

Folgende Punkte möchte ich *zusammenfassen*, wenn es um ein theologisches Verständnis von Krankheit geht:

- Krankheit ist Schule der Geduld. Krankheit ist heilsam, weil die eigentlichen Früchte des Lebens, d.h. die jenseitige Belohnung, aus dem geduldigen Ertragen der Krankheit erwachsen.

- Krankheit ist Schule der Dankbarkeit gegen Gott. In ihr „wird jede einzelne Minute zu einer Stunde der Anbetung“.

- Krankheit reißt aus der Gottvergessenheit. So ist also die Krankheit, von diesem Gesichtspunkt aus betrachtet ein Mahner.

- Schmerz und Unglück lassen den Leidenden einige der göttlichen Namen tiefer erkennen. Viele Menschen sind infolge ihrer Gesundheit der Gottvergessenheit verfallen, versäumen das Gebet, denken nicht an das Grab, vergessen Allah. In diesem irdischen Leben erschüttern, ruinieren, ja, zerstören sie vielleicht sogar in einer Stunde oberflächlicher Lust ein unendliches, ewiges Leben. Durch die Brille seiner Krankheit sieht der Mensch das Leben anders.

- Nach Schmerz und Leiden werden dem Kranken als Erfahrung der Gnade Erleichterung und innere Freude geschenkt.

- Krankheit stärkt den Sinn für Gesundheit als Gabe.

- Krankheit will als Buße für die Sünden und als Reinigung von ihnen verstanden und gelebt sein. „Und wenn ihr einen Nadelstich verspürt wird euch dafür eine Sünde vergeben.“

- Bei Krankheit zum Tode soll der Kranke daran glauben, (a) dass der Zeitpunkt des Todes in jedem Fall feststeht und (b) den Tod als Anfang der vollen Erfahrung der Barmherzigkeit Gottes und der Glückseligkeit sehen.

- Die Erkenntnis und Anerkenntnis des höheren Sinnes (*hikmet*) der Krankheit ist selbst ihr bestes Heilmittel.

- Schlichtes geduldiges Ausharren. Ausschließen des Gedankens an noch ausstehende Leiden.

- Krankheit als Vorbereitung auf den Tod. Die Krankheit lässt die Gottvergessenheit vom Menschen weichen und ihn an das Jenseits denken, bringt ihm den Tod in Erinnerung und bereitet ihn auf diese Weise vor.

- Auch Krankheit ist letztlich ein Geschenk. Wenn Krankheit nicht etwas Schönes bedeuten würde, hätte der Schöpfer in seiner Barmherzigkeit Seinem vielgeliebten Diener und Anbeter nicht die Krankheiten gegeben.

- Krankheit lehrt Mitleid und Verstehen anderer, besonders derer, die sich in Not und Krankheit befinden. Er empfindet Erbarmen gegenüber denen, die vom Unglück geplagt sind

- Kranke pflegen und besuchen ist für Gläubige ein hohes Verdienst bei Gott. Der Islam wird in der *Umma* (Gemeinschaft) gelebt. Fünf Pflichten hat der Muslim gegenüber seinem Glaubensbruder:

Er ist verpflichtet, den Gruß zu erwidern, den Kranken zu besuchen, am Begräbniszeremoniell teilzunehmen, der Einladung nachzukommen und dem Niesenden Gottes Erbarmen zu wünschen (Ebu Hurayra). Der Prophet selbst hat die Kranken besucht, egal welcher Religion sie angehörten, und hat für sie gebetet.

- Es hilft im Unglück, auf noch größeres Unglück zu schauen.

- Krankheit als die Zeit der Erfahrung der freundlichen Zuwendung Verwandter und Freunde.

- Krankheit hat ähnliche Wirkungen wie die asketischen Übungen des Fastens, wie eine Periode „geistlicher Übungen“.

- Krankheit erneuert die Erfahrung der persönlich uns zugewandten Liebe und Sorge Gottes.

- Kinder- und Altenpflege sind von großem Verdienst vor Gott. Die Krankheit stärkt das Glaubensleben, weil also die Krankheit Gottvergessenheit aufhebt.

- Kranke sind von religiösen Pflichten befreit (Beten, Fasten): *O ihr, die ihr glaubt, nahet nicht dem Gebet, und wenn ihr krank seid.* (Qur'an 4,42). Aber: *„Ein Gebet, das man wegen einer Krankheit im Sitzen betet, ist wertvoller als das Gebet eines Gesunden im Stehen.“*

## Der Umgang mit dem Sterben und Tod

Im direkten Umfeld des Todes, das möchte ich zum Abschluss noch ausführen, sind dies die Grundanschauungen des Islam: *Inna lillahi wa inna illahi raj'uun* „Wir gehören Allah (Gott) und zu Ihm kehren wir zurück“. Gemäß islamischem Glauben bedeutet also der Tod nicht das absolute Ende. Er ist ein Transit vom diesseitigen Leben in das Jenseits. Diese Grundanschauung des Glaubens prägt dann auch alles, was zu tun ist, wenn ein Mensch auf sein Sterben zugeht:

1. Legen Sie die/den Sterbende(n) in Richtung Kaaba in Mekka, und zwar sind zwei Arten möglich: Entweder legen sie/ihn auf die rechte Seite, das Gesicht gegen die Kaaba gerichtet, oder auf

*Der Tod ist ein Transit vom diesseitigen Leben in das Jenseits*

den Rücken mit den Füßen Richtung Kaaba, und den Kopf etwas gehoben, so dass das Gesicht gegen die Kaaba gerichtet ist. Die erste Art wird bevorzugt.

2. Es ist wichtig, sie/ihn an das Glaubensbekenntnis, zu erinnern: „Es gibt nur einen Gott, Muhammad ist sein Prophet.“ Dies muss in respektvoller Weise und diskret getan werden. Ebenso muss man es nicht zu oft wiederholen, um die/den Sterbende(n) nicht zu belästigen. Man sollte ihn nicht dazu zwingen; der Respekt gegenüber dem Sterbenden und die Ruhe muss beachtet werden. In entsprechenden Fällen wie Schwäche, Koma usw. können auch die Glaubensgeschwister das Glaubensbekenntnis „mit“ und „für“ den Sterbenden sprechen.

3. Der/dem Sterbenden wird im Moment seines Todes das Glied der Familie, das ihm am nächsten steht, zugeführt – damit es sie/ihn an Gott, das Bittgebet zur Vergebung seiner Sünden und an das Testament erinnere.

4. Die Gebete für sie/ihn und für die Helfer sollten zahlreich sein und der Qur'an muss rezitiert werden, besonders *Sura Yasin*. Die Rezitation sollte sehr diskret sein, um die/den Sterbende(n) nicht zu beunruhigen. Nach dem Eintritt des Todes soll die Rezitation des Korans aufhören, da diese Praxis von der Sunna des Propheten nicht anerkannt ist.

5. Es ist demjenigen, der bei der/dem Sterbenden wacht, empfohlen, ihr/ihm die Wohltaten Gottes, des Erhabenen, in Erinnerung zu rufen, um sein Vertrauen und Glauben in Gottes Allmacht und Herrlichkeit zu stärken. In der heiligen Überlieferung lesen wir: „Ich bin, wie mich mein Knecht sieht.“

Nach Eintreten des Todes muss der Leichnam nach islamischen Vorschriften *für das Begräbnis* vorbereitet werden.

Zur islamischen Vorschrift und Ethik gehört es, dass der Leichnam schnellst möglich begraben wird und damit die Würde des Verstorbenen berücksichtigt wird. Etwa fällige Untersuchungen oder Vorbereitungen bezüglich medizinischer oder forensischer Anliegen, sowie die Vorbereitung für den Transport müssen nach Möglichkeit vor der Waschung des Leichnams erfolgen. Danach wird der Körper als gereinigt betrachtet und jede Manipulation bedeutet eine Unreinheit – der Leichnam würde dann in einem unreinen Zustand begraben.

Konkret wäre jeweils dies Folgende zu tun, wenn der Tod eingetreten ist (vor der Waschung und Vorbereitung des Leichnams):

1. Die Augen schließen.

2. Den Unterkiefer an den Kopf binden, um dadurch das Herunterhängen des Kiefers durch die

Erschlaffung zu verhindern.

3. Auf ihren/seinen Bauch einen angemessenen Gegenstand legen, um zu verhindern, dass er sich aufbläht.

4. Wenn möglich, sofort nach dem Tod die Gelenke sanft beugen. Die Gelenke so beugen, dass die Arme gegen die Vorderarme, die Vorderarme gegen die Seiten des Körpers, die Beine gegen die Oberschenkel, die Oberschenkel gegen den Bauch liegen. Durch diese Körperlage wird die Waschung des Körpers erleichtert.

5. Die/der Verstorbene wird leicht gehoben und das Gesicht gegen die Kaaba gerichtet.

6. Sie/er wird entkleidet und zugedeckt mit einem Tuch, das den ganzen Körper bedeckt.

7. Die Hinterbliebenen müssen sich beeilen, die Schulden des Verstorbenen zu entrichten.

8. Es ist angebracht, die Leute über ihren/seinen Tod zu informieren, damit sie an ihrem/seiner Bestattung, teilnehmen können.

9. Es ist verboten, mit lauter Stimme zu trauern und zu weinen oder gar sich auf die Wangen zu schlagen, die Kleider zu zerreißen usw. Es ist nicht verboten zu weinen, denn Trauer ist ein Ausdruck der Liebe und Barmherzigkeit eines Menschen zum anderen; der Gefühlausdruck sollte jedoch angemessen sein. Die trauende Person soll das Leid geduldig tragen und auf den Trost und die Belohnung Gottes warten, denn der Verstorbene ist ein Gott anvertrautes Geschenk und Er hat sie/ihn zu sich genommen.

10. Aus Respekt für den Toten ist es empfohlen, sich mit der Vorbereitung der Bestattung zu beeilen.

11. Nach der vorgeschriebenen Waschung und Bekleidung des Verstorbenen wird das Totengebet durchgeführt.

## Teil 2: *Berichte aus dem christlichen Seelsorgealltag*

### Zwei Fallberichte seelsorglicher Begegnung bei einer muslimischen Patientin

#### **Erster Bericht: Schwangerschaftsabbruch**

*von Elisabeth Lehmann, Krankenhauspfarrerin*

Frau M. hatte ich bereits während ihrer ersten Schwangerschaft kennen gelernt. Diesmal wurde ich zu ihr gerufen, weil bei der pränatalen Untersuchung während dieser neuen Schwangerschaft in der 24. Woche bei dem Kind eine Anecephalie diagnostiziert wurde. Das bedeutet, dass dem Kind das Schädeldach und das Gehirn fehlen, bzw. dass das Gehirn degeneriert ist. Die Frau entschied sich für einen medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruch.

Nachdem die Mutter das Kind tot geboren hatte, ließ sie es sich immer wieder von mir bringen, um es anzuschauen.

Sie entschied sich gegen eine Sammelbestattung durch die Klinik und damit für eine individuelle Bestattung. Da es für sie räumlich und wohl auch finanziell günstig war, wurde das Kind auf einem Evangelischen Friedhof beigesetzt. Der Vater der Mutter wollte gern einen Imam dabei haben und kümmerte sich darum. Die Mutter selber bat mich, sie zu begleiten.

Das Kind wurde auf einer ehemaligen christlichen Familiengrabstätte beerdigt. Diese war noch gut zu erkennen – durch die Gitter, die sie umgaben und eine noch hängende Grabtafel. In diesem Areal waren bereits einige Urnengrabstellen. Der Vater der Mutter stand neben dem Grab, der Imam hockte neben dem Grab und las aus dem Koran. Die junge Frau stand etwas abseits. Zunächst war ich zwischen diesen beiden Gruppen, entschied mich dann aber, mich neben Frau M. zu stellen, die mir immer näher kam.

Nach außen wirkte sie völlig versteinert. Erst als die beiden Männer das Grab, das sie zuvor zugeschauelt hatten, verließen und wortlos an ihr

vorbeigingen, ging auch sie ans Grab. Jetzt war es ihr möglich zu weinen. Als sie sich vom Grab losreißen konnte, gingen wir gemeinsam vom Friedhof. Sie erzählte dabei von ihrer eigenen Kindheit und dem Konflikt, zwischen den Kulturen groß geworden zu sein.

#### **Zweiter Bericht: Sterbebegleitung**

*von Ulrike Mummenhoff, Krankenhauspfarrerin*

In dem Krankenhaus, in dem ich arbeite, bieten wir im Rahmen des „Begleitzimmerprojekts“ schwerkranken und sterbenden Patienten Einzelzimmer an, die eine häusliche Atmosphäre vermitteln. Zugehörige können zu jeder Zeit da sein. Allen Betroffenen wird dabei auch die Begleitung durch die Seelsorgenden angeboten.

##### *1. Tag mit Frau und Herrn A*

Ich betrete das Zimmer mit gemischten Gefühlen. Ich weiß, dass Frau A aufgrund von Gehirntumoren nicht mehr ansprechbar ist. Viele Fragen beschäftigen mich: wird Herr A mich sprachlich verstehen können? Wie wird er mein Kontaktangebot empfinden (Christin, Frau)? Wie welt-offen oder fundamentalistisch lebt er *seinen* Glauben? Kann ich ihm die Hand geben?

Herr A sitzt am Fußende des Bettes in einem Sessel. Seine Frau liegt ruhig im Bett. Ich stelle mich vor, erkläre, warum ich da bin. Herr A ist unsicher. Das Telefon läutet. Herr A bittet mich, seiner Tochter am Telefon noch einmal zu erklären, warum ich da bin. Es folgt ein Austausch zwischen den beiden. Danach wendet Herr A sich mir zu.



Wir stehen am Bett und ich frage, ob es in Ordnung ist, dass ich hier bin. Herr A nickt. Ich frage ihn, was geschehen ist und Herr A erzählt. Frau A. hatte lange Zeit schon Kopfschmerzen. Vor drei Tagen konnte sie die Beine plötzlich nicht mehr bewegen und kam ins Krankenhaus. Vor zwei Tagen hat man ihm und der Familie mitgeteilt, dass seine Frau nicht mehr heilbar ist. Seit gestern ist sie nicht mehr ansprechbar. Heute Morgen konnte sie in das Einzelzimmer.

Herr A erzählt stockend, immer wieder nach deutschen Worten suchend. Mein Gefühl ist, dass diese Wortsuche auch sein Innerstes widerspiegelt: Die Situation begreifen zu wollen und gleichzeitig den hilflosen Schmerz über den Verlust kaum auszuhalten.

Ich verabschiede mich und verabrede mit Herrn A, dass ich morgen wiederkomme. Ich reiche meine Hand und Herr A schüttelt sie.

## 2. Tag

Herr A und ein Sohn sind im Zimmer. Unser Gespräch geht über die Frage, ob Frau A nach Hause verlegt werden soll. Herr A bittet seinen Sohn (manchmal etwas ungeduldig) ihn zu übersetzen. Wir überlegen gemeinsam, was für und gegen die Entscheidung spricht (Nähe der ganzen Familie, ob Frau A vielleicht dann noch einmal die Augen öffnet, ihr mutmaßlicher Wunsch, die Angst, ob sie zu Hause medizinisch gut versorgt wäre...)

Herr A und sein Sohn sind zunächst unterschiedlicher Meinung, der Sohn ändert aber seine Meinung. Frau A soll nach Hause verlegt werden. Sie erzählen noch vom Familienleben.

Ich frage am Ende des Gesprächs nach, ob sie den Besuch eines Hodschas (es gibt in der Umgebung mehrere Moscheen) überlegt haben. Wir reden darüber und Herr A wird Kontakt aufnehmen. Ich verspreche am nächsten Tag wieder reinzuschauen. Kurz bevor ich gehe, kommt eine türkische Krankenschwester von einer anderen Station dazu, die mit der Familie bekannt ist.

## 3. Tag

Herr A ist alleine. Frau A's Gesundheitszustand hat sich verschlechtert, sie kann nicht mehr verlegt werden. Ich frage Herrn A nach der gemeinsamen Lebensgeschichte, wo sie sich kennen gelernt haben. Herr A erzählt davon und von seinen Kindern. „Ich kann mir es ohne sie gar nicht vorstellen“.

Die Krankenschwester kommt dazu und übersetzt. Herr A erzählt in Geschichten, wie gerecht seine Frau mit den Kindern umgegangen ist, dass sie der General der Großfamilie war.

Ich frage, wie es ihm als Muslim in dieser Situation geht. Herr A weiß, dass Allah Herr über das Leben ist, dass er nimmt und gibt, dass es ein Paradies gibt. Aber er kann nicht verstehen, warum es so schnell gehen muss, warum er nicht mehr mit ihr reden kann.

Ich frage, was er ihr gerne sagen würde? Dass sie eine gute Frau war; eine gute Mutter; eine gute Großmutter (er erzählt davon).

Ich frage, was sie ihm wohl sagen würde. Er weiß es nicht mit Sicherheit. Er erzählt, wie er versucht hat ein guter Mann, Vater und Großvater zu sein. Ich sehe die Tränen in den Augenwinkeln.

Ich sage, dass der Hörsinn den Menschen oft zuletzt verlässt, dass seine Frau vielleicht nicht alles verstehen kann, aber dass ich glaube, dass sie seine Worte in irgendeiner Weise spürt. Ich bemühe mich, in meinen Worten das Gute und Kostbare der Beziehung nochmals wertzuschätzen. Ich sage, dass ich das auch jetzt wahrnehme: dass er bei ihr ist, mit ihr aushält und dass auch dies gut und kostbar ist. Ich bin davon überzeugt, dass seine Frau spürt, dass er da ist, dass ihr seine Stimme wohl tut und vielleicht auch seine Berührung.

Die Krankenschwester weint, sagt, dass sie nicht mehr kann, dass sie aber gerne später noch einmal für uns übersetzen würde, und verabschiedet sich.

Wir sitzen noch eine Weile ruhig beieinander. Er erzählt, wie schwierig es ist, den Kindern begreiflich zu machen, dass es keine Rettung gibt, und davon, wie unsicher er ohne seine Frau im Kontakt mit den Enkeln ist.

Ich verabschiede mich.

## 4. Tag

Als ich von einem Termin am späten Vormittag ins Krankenhaus komme, erfahre ich, dass Frau A am frühen Morgen gestorben ist. Ein Teil der Kinder und Schwiegerkinder ist noch da. Es ist sehr ruhig im Zimmer und mir fällt es schwer, Frau A nicht sehen zu können, da die Familie sie bereits in ein Laken gehüllt hat. Ich stelle mich vor, teile mein Beileid mit, frage, ob sie noch etwas brauchen, bitte sie, ihren Vater zu grüßen und ihm mein Beileid auszusprechen und verabschiede mich.

# Teil 3: *Modelle christlich-muslimischer Zusammenarbeit im In- und Ausland*

*Qaisra Khan*

## England – Nationaler Gesundheitsdienst

### **Zur Entwicklung des Englischen Nationalen Gesundheitsdienstes (NHS)**

Beginnen möchte ich mit einem kurzen geschichtlichen Rückblick auf die Entwicklung des Englischen „National Health Service“ (NHS), bzw. wie das Angebot von Krankenhaus-Seelsorgestellen in diesem Gesundheitssystem verankert wurde:

1946 wurde durch das Parlament ein Gesetz für das NHS erlassen. In diesem Gesetz wurde Krankenhausseelsorge als Bestandteil des NHS festgeschrieben. 1959 wurde ein Gesetz für Psychische Gesundheitsversorgung erlassen. Im gleichen Jahr wurde die erste ‚Einführung‘ verfasst, wie nämlich Krankenhausseelsorge innerhalb des NHS zu verstehen sei. Verfasser war der Rat für Krankenhaus-Seelsorge (HCC). Als 1987 ein „Handbuch Krankenhausseelsorge“ herausgebracht wurde, erhielt dieses das erste Mal in der Geschichte dann auch eine offizielle Empfehlung von Seiten der Regierung. Die Seelsorge ist also seit den frühen Zeiten des NHS Bestandteil dieses Systems gewesen.

Im NHS hat es viele Veränderungen gegeben und dieses System hat sich weit über das hinaus entwickelt, was seine Gründungsväter und -mütter sich vorgestellt hatten. Dies gilt besonders für den Bereich der Versorgung bei psychischer Krankheit. Natürlich war das auch darin begründet, dass die ganze Gesellschaft mannigfaltiger wurde.

Gemäß der Volkszählung von 2001 ist der Anteil der christlichen Bevölkerung mit 71,6% nach wie vor die größte religiöse Gruppe. 23,2% gaben an, keiner Religion anzugehören, oder sie machen

hierzu keinerlei Angaben. Der Anteil der muslimischen Bevölkerung beträgt 2,3%. Außerdem gibt es Hindus, Sikhs, Juden, Buddhisten sowie eine Reihe kleinerer Gruppen.

Vor diesem Hintergrund war klar, dass sich auch die Seelsorge-Dienste verändern mussten. Ein bedeutender Anteil der Bevölkerung passt eben nicht mehr in die Kategorie „Christentum“. Darum wurde 1996 auf nationaler Ebene eine Planstelle eingerichtet, durch die Training und Weiterentwicklung in den Seelsorgediensten des NHS sichergestellt werden soll.

1997 bis 2001 war vom „Rat für Krankenhaus-Seelsorge“ (HCC) eine besondere Arbeitsgruppe eingesetzt, die sich den Fragen der Religionsvielfalt widmen sollte. 2002 wurde dann eine besondere Abteilung gebildet für interreligiöse Angelegenheiten in der Krankenhaus-Seelsorge. Aus diesem Prozess, der eine nationale Reaktion auf die eingetretenen Veränderungen war, entstanden zwei Dokumente, die veröffentlicht wurden:

Das Gesundheitsministerium gab ein Dokument heraus, eine „Anleitung für beste Arbeitsqualität in der NHS-Seelsorge“ mit dem Titel „Auf die religiösen und spirituellen Bedürfnissen von Patienten und Mitarbeitenden eingehen“. Dieses Dokument konzentriert sich vor allem auf die Bedürfnisse von PatientInnen aus verschiedenen Gruppenzugehörigkeiten.

Das andere Dokument wurde vom ‚South Yorkshire Verband für die Entwicklung verschiedener Mitarbeitergruppen‘ herausgegeben: „Für den Geist sorgen: Eine Strategie für alle Mitarbeitenden in der Seelsorge und der geistlichen Begleitung im Gesundheitswesen“. Dieses Dokument konzentriert sich auf die professionellen Aufgaben der StelleninhaberInnen. Bei der Veröffentlichung

---

*Qaisra Khan ist „Spiritual and Cultural Care Coordinator“ in der staatlichen Gesundheitsversorgung (Oxleas NHS Foundation Trust), Südost-London.*

---

dieses Dokumentes sagte die Leiterin des South Yorkshire Verbandes, die Direktorin Barbara Walsh: „Die Person des ‚Chaplain‘ kann den Unterschied machen bzw. macht real auch den Unterschied zwischen einer guten und einer exzellenten Erfahrung, wenn jemand die Dienste des NHS in Anspruch nehmen muss“.

Parallel zu dem allem verweise ich noch darauf, dass es seit 1992 die Fachhochschule für Krankenhaus-Seelsorge im NHS als universitäre Einrichtung gibt. Sie bildet aus, setzt Standards und vergibt Akkreditierungen, die zur Berufsausübung im NHS berechtigen.

Diese Hochschule und andere Institutionen haben noch zwei weitere Dinge geschaffen: Das „Rahmenwerk für Kenntnisse und Fähigkeiten“, bei dem es darum geht, alles zu beschreiben, was von NHS Mitarbeitenden verlangt wird, damit sie ihre Arbeit effektiv und kompetent ausführen. Es ist eine Tatsache, dass die Seelsorge-MitarbeiterInnen Teil dieses Arbeitsprozesses sind. Sie können hier also in den Teams ihre Fähigkeiten als Profis in der Gesundheitsversorgung unter Beweis stellen. Außerdem wurde noch die „Richtlinie zum ethischen Verhalten“ für Mitarbeitende in der Seelsorge des NHS verfasst.

### **Zu meinem Arbeitsfeld im NHS**

Ich arbeite in einem Teilbereich des Nationalen Gesundheitsdienstes, nämlich in der NHS-Stiftung für die Region Oxleas im Südosten von London. Diese Stiftung für Oxleas ist beauftragt, folgende Dienste vorzuhalten:

- alle Dienste für die Betreuung psychisch kranker Menschen in den Stadtteilen Bexley, Bromley und Greenwich;
- die fachärztliche Betreuung für Lewisham und North Southwark;
- sowie Dienste für Menschen mit Lernbehinderungen, soweit sie in Bexley und Greenwich leben.

Ich wurde im November 2004 auf diese Stelle berufen, und zwar als Koordinatorin für solche Dienste in diesem Bereich, die Seelsorge und Sorge für kulturelle Identitätsentwicklung anbieten. Hierbei war es von größter Wichtigkeit, dass diese Stelle nicht mit einer Repräsentantin einer religiösen Gruppe besetzt wurde. Es ist auch nicht Dienstaufgabe, eine Gruppe zu repräsentieren. Ferner ist die Stelleninhaberin nicht rechenpflichtig gegenüber irgendeiner religiösen Instanz bzw. Gruppe. Die Oxleas-Stiftung war

sehr darauf aus, jemanden zu berufen, die einen frischen Blick auf die Angebote von Seelsorge garantieren sollte.

### **Inhaltliche Grundidee und Projektpläne meiner Arbeit**

Wir müssen immer bedenken, dass wir Menschen in gewisser Hinsicht so sind, wie alle Menschen auf der Welt – in gewisser Hinsicht aber auch nur wie einige andere – und in gewisser Hinsicht so, wie niemand sonst auf der Welt außer uns selbst. Dies schließt für mich zum Beispiel ein, dass wir alle Gottes Geschöpfe sind und dass wir alle atmen. Wir teilen alle miteinander auch unsere gemeinsame Menschlichkeit, die unbedingt anerkannt und respektiert werden muss. Aus dieser gemeinsamen Menschlichkeit lassen sich dann individuelle Bedürfnisse ableiten, wie sie sich aus verschiedenen religiösen Überzeugungen und unterschiedlichen Kulturen ergeben. Diese wiederum können sich wandeln. Aber es kann auch so sein, dass sie in vorgegebene Denkeinstellungen oder Vorgaben nicht hinein passen.

Durch meine Arbeit biete ich Raum für einzelne Person und Gruppen an, dass sie ihre eigenen geistlichen und kulturellen Bedürfnisse erkunden können. Ich kann so zum Beispiel mit jemandem über das Beten reden, aber es ist klar, dass ich danach zum Beispiel nicht die Heilige Kommunion austeilern kann. Darüber hinaus spielt Kommunikation eine große Rolle.

### **Was machen SeelsorgerInnen, was profitieren PatientInnen von ihrer Arbeit?**

Nötig ist Aufklärung und Hinführung, zum Beispiel durch so etwas wie interreligiöse Pilgerpfade zu den verschiedenen religiösen Stätten, oder einen interreligiösen Kalender; nötig sind Besuchsveranstaltungen in den Krankenhäusern, bei den entsprechenden Teams und bei den entsprechenden Orten, an denen solche Dienstleistungen angeboten werden. Es ist nötig, das Gemeinwesen, in dem jemand lebt, besser kennen zu lernen und mit den Einrichtungen zusammenzuarbeiten.

In Bromley gibt es zum Beispiel ein interreligiöses Netzwerk und eine andere Gruppe, die ihren Blick besonders auf Religionen richtet und die sich „Inspiration für Bromley“ nennt.

Kommunikation ist also sehr wichtig. Es gibt unter den KlientInnen einige, die für sich ganz klar haben, was ihr Bedürfnis nach Seelsorge ist. Es gibt

aber andere, denen wir zuerst aufzeigen müssen, wie seelsorgliche Dienste für sie gut sein könnten. Hier ist noch viel Arbeit zu tun.

Wir sind ein interreligiöser Dienst mit einem multireligiösen Ansatz. Das ist der Grund, weshalb wir uns auch der ‚Interreligiösen Arbeitsgruppe Süd-London‘ angeschlossen haben.

Auf Befragen, wie die zuständigen Mitarbeitenden ihnen bei ihrer ‚geistlichen Reise‘ hilfreich sein könnten, haben uns die KlientInnen in Bromley folgendes erklärt: Erforderlich sei, dass man zu einem Ort für die eigene Gottesdienstausübung gelangen kann; dass man die finanziellen Dinge, die mit religiöser Praxis zu tun haben, genau kennt; dass man sich in der Lage fühlt, die entsprechenden Fragen über Angelegenheiten des Glaubens zu stellen; dass man für sich die ver-

schiedenen geistlichen Praktiken/religiösen Rituale ansehen und erkunden kann; dass man genügend Vertrauen aufbauen kann, um sich einer religiösen Gruppe anzuschließen oder sich ihr anzunähern; dass man sich unterstützt fühlt, nicht bewertet, und dass man sich akzeptiert fühlt. Die Befragungsergebnisse sind in vieler Hinsicht sehr praktisch orientiert.

Die KlientInnen haben uns aber auch noch gebeten, eine regelmäßige Gruppe einzurichten, die sie in einer neutralen Umgebung dabei unterstützt, über Glauben und Lebensanschauungen zu reden. Das erste solche Treffen wird sehr bald sein. Ich bin sehr gespannt wie es gehen wird. Es ist für mich ein weiterer Schritt, dass unsere Dienstleistungen wirklich den Bedürfnissen der Menschen entsprechen.

---

*Ari van Buuren*

## Niederlande – University Medical Centre Utrecht

---

Tausende klinische und poliklinische Patienten pro Jahr kommen ins University Medical Centre (UMC). Es werden hier Medizin-Studenten ausgebildet und es arbeiten hier etwa 10.000 MitarbeiterInnen. Die Seelsorge-Abteilung „DGV“ hat ein Team mit 10 SeelsorgerInnen: zwei katholische PastorInnen, drei evangelische PfarrerInnen, zwei humanistische BeraterInnen, zwei muslimische SeelsorgerInnen und eine Hindu-Seelsorgerin. Im DGV-Team ist man sich sehr bewusst, Teil einer säkularisierten und multireligiösen Gesellschaft zu sein.

### **Interkulturalisierung: eine bewusste Entscheidung**

Seit dem 2. Weltkrieg hat sich sehr vieles bei uns geändert: Nach der Entkolonisierung, durch die das großenteils islamische Indonesien und später das multireligiöse Surinam vom Königreich der Niederlande unabhängig wurden, gab es eine große Migrationsbewegung. Aus den ehemaligen Kolo-

nien haben sich viele Leute in den Niederlanden niedergelassen: Molukker und Hindustaner. Später sind viele Arbeitsmigranten aus der Türkei und aus Marokko dazu gekommen. Inzwischen kamen auch Flüchtlinge aus aller Welt.

Bei einer Bevölkerung von 16 Millionen gibt es heute 1 Million Muslime, 800.000 christliche Migranten und 160.000 Hindu-Gläubige. Dies alles bedeutete einen Import anderer Kulturen und Religionen. Metaphorisch gesagt: „Wie das Wasser läuft - das Bett leitet den Strom - der Strom verlegt das Bett...“

Das Ende des Ost-West Konflikts hat uns keine bessere Welt beschert. Statt Antikommunismus und Russo-Phobie wächst eine neue Phobie: Islamo-Phobie. Diese Phobie steigerte sich nach dem Attentat auf den Filmemacher Theo van Gogh durch einen Muslimextremisten in November 2004 noch weiter. Das politische Ideal einer multikulturellen Gesellschaft ist in den Niederlanden eigentlich zerbrochen. Es ist gescheitert zwischen Individualisierung und Sozialisierung. Viele Leute flüchten in Subkulturen, in Vorurteile und sogar in Hass.

---

*Pfarrer Ari van Buuren ist Leiter der Abteilung Seelsorge im University Medical Centre, Utrecht*

---

Das Niederländische VWS-Ministerium für das Gesundheitswesen wollte aber nicht resignieren. In einem VWS-Programm aus dem Jahr 2000 wurde unsere damalige multikulturelle Seelsorge in ihrer exemplarischen und Zukunft weisenden Bedeutung gewürdigt. Heute wird im UMC Utrecht ein Kurs der sog. „Interkulturalisierung“ gefahren. Gerade deswegen wurde unsere Abteilung Seelsorge – zusammen mit dem Verein „Abrahamszelt“ des Friedenskochs Jalil Schwarz – in Frankfurt Preisträger des „INTR°A“-Preises 2005 für die Komplementarität der Religionen.

Interkulturalisierung bedeutet statt der Tatsache eines freibleibenden Nebeneinanders: Eine bewusste, strukturelle und sozial-politische Entscheidung! Es ist die Entscheidung für Wechselwirkung, Austausch und ‚Fremdbestäubung‘.<sup>14</sup> Es ist auch Zielsetzung des seit Januar 2007 neuen Niederländischen Einbürgerungslehrgangs für Ausländer und insbesondere für ausländische Geistliche der verschiedenen Religionen.

### Professionalisierung

Krankenhaus-Seelsorge ist in den Niederlanden keine Sache der Kirchen. Ursprünglich gab es solche Seelsorge – als Bestandteil ihrer Identität – nur in katholischen oder evangelischen Krankenhäusern. Seelsorge oder Spirituelle Begleitung, Spiritual Care (*Geestelijke Verzorging*) ist inzwischen kein Fremdkörper mehr in unserem niederländischen Gesundheitswesen.

‚Seelsorge‘ ist seit etwa 30 Jahren in unserer säkularen Gesellschaft emanzipiert, professionalisiert und integriert. Dieser Prozess wurde 1996 auch gesetzlich verankert im sog. „Kwaliteitswet Zorginstellingen“ (Gesetz in Bezug auf die Qualität des Gesundheitswesens). Im ganzen Bereich des Gesundheitswesens gibt es also diese Spirituelle Betreuung – finanziert von den verschiedenen Instituten.

Die Professionalisierung hat bewirkt, dass die katholischen SeelsorgerInnen sich nicht mehr nur mit katholischen PatientInnen beschäftigen oder evangelische SeelsorgerInnen nur mit evangelischen PatientInnen oder humanistische BeraterInnen nur mit nicht-gläubigen PatientInnen. Ihre kategorische Seelsorge ist definitiv vorbei. Viele

---

<sup>14</sup> Ausführlich haben der humanistische Kollege Dr. Alphons van Dijk und ich darüber den Artikel „Identiteit en interculturalisatie“ geschrieben im *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, 2006

Menschen haben eine mehr oder weniger „gemischte“ Weltanschauung.

Diese konfessionellen und humanistischen SeelsorgerInnen arbeiten „geographisch“: Jeder/e SeelsorgerIn ist verantwortlich für einige Stationen im Krankenhaus. Sie arbeiten also organisatorisch integriert in Kontakt und Beratung mit anderen Disziplinen.

Diese kontemporäre Seelsorge bedeutet spirituelle Betreuung, mittels welcher PatientInnen ihre eigene Quelle der Sinnggebung finden. Die Säkularisierung hat dies herausgefordert sowie gefördert. Eben deshalb ist auch humanistische Seelsorge essentiell.

### Emanzipation

Neben der Säkularisierung der Gesellschaft gibt es aber auch die Multikulturalisierung der Gesellschaft. Eine Abteilung „Seelsorge im Gesundheitswesen“ soll diese beiden Aspekte widerspiegeln. Multikulturalisierung der Spirituellen Begleitung oder „Multicultural Spiritual Care“ fängt mit Gleichberechtigung, also mit Emanzipation an. Die Geschichte der Professionalisierung wird sich wiederholen. Die Muslim- und Hindu-Kollegen arbeiten im Anfang nur ‚kategorisch‘ d.h. nur für ihre Mitgläubigen. Innerhalb von einigen Jahren werden auch sie ‚geographisch‘ arbeiten können oder sogar müssen.

Im UMC Utrecht arbeitete 1996 bis 2007 ein Muslim-Kollege mit einem türkischen Hintergrund; sein Nachfolger hat einen marokkanischen Hintergrund. Seit 2005 arbeiten im UMC-U auch die erste Muslim-Kollegin im Gesundheitswesen, mit einem türkischen Hintergrund, und eine Hindu-Kollegin mit einem surinamischen Hintergrund.

Ihr Erscheinen im Gesundheitswesen als erste Mitarbeiter dieser Art bedeutete aber zugleich, dass in den diesbezüglichen SeelsorgerInnen-Teams sofort Erneuerung, Zusammenschau oder Intervision und Interkulturalisierung angingen. Ihre Beratungs-Funktion für MitarbeiterInnen des Krankenhauses ist auch sehr wichtig.

Dies alles bedeutet neue Impulse für die Seelsorge und die Ausbildung der SeelsorgerInnen. Muslim-KollegInnen werden aus- und fortgebildet unter anderem von der Freien Christlichen Universität Amsterdam (mit staatlichem Startkapital), von der Islamischen Universität Rotterdam (im Aufbau) und sogar in der Klinischen Seelsorgeausbildung.

## Spirituelle Begleitung als Vorhut

Dennoch kann man nicht verschweigen, dass manche ‚alten‘ SeelsorgerInnen irgendwo am Rande arbeiten. Dies auch, weil man sich nicht deutlich profiliert, sondern sich – zu bescheiden oder verlegen, vielleicht auch frustriert – zurückzieht auf den eigenen Quadratmeter.

Interkulturelle und interreligiöse Spirituelle Begleitung arbeitet hingegen als Vorhut. Solche Betreuung leistet Bahnbrecher- und Vorkämpfer-Arbeit.

Das betrifft keinen Kampf wie im falsch verstandenen Heiligen Krieg. Es ist primär – wie Jesus den ‚Kreuzzug‘ nur als Ruf in die Nachfolge und der Islam den ‚Jihad‘ beabsichtigen – ein innerlicher, heiliger Krieg für den Segen statt für den Sieg!

Es ist wie Jakob es im Ringen mit einem Engel bezeugt: „Ich entlasse dich nicht, du habest mich denn gesegnet.“ (1.Mose 32, 26 nach der Verdeutschung von Buber-Rosenzweig). Diese Jakobs-Geschichte ist ein Muster für jede mitmenschliche, inter-kulturelle und inter-religiöse Begegnung. Lassen wir uns also Gnade oder Gottes Frieden suchen in des Anderen Augen! Und: Lassen wir uns noch mehr als bisher eine gemeinsame Sprache für den Brückenbau lernen - wie das z.B. der libanesisch-französische Schriftsteller Amin Maalouf betont. Dies „geschieht einfach“ auf der Arbeitsstelle im Krankenhaus, wo PatientInnen und MitarbeiterInnen verschiedenster Weltanschauungen einander sehen können.

Mit unserer Begleitung am Bett sowie in der spirituellen und ethischen Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte und KrankenpflegerInnen können wir dieses Sehen zur Begegnung vertiefen. Und es fördert bessere Behandlung und Pflege der PatientInnen!

Impliziert Kranksein oder Sterben überhaupt nicht – wie es z.B. Jean Bolen betont – Vertiefung der Psyche? Damit hoffentlich die Psyche wie ein Schmetterling wird, zumal in der griechischen Sprache 'Psyche' sowohl Schmetterling wie Seele bedeutet!

## Passion und „Kompassion“

Auf dieser Ebene der Seele befinden wir uns also auf einem Weg aus dem Kokon der Verwundung heraus und zur Verwunderung hin, aus dem Kokon menschlicher Passionen heraus und zur göttlichen „Kompassion“ (Mit-Leiden) hin. Dies habe ich

auch innerhalb von URI, der United Religions Initiative zu üben gelernt. Lernen wir also, uns zu wundern:

- über die religiöse Hingabe im Islam;
- über den Schutz der Autonomie im Humanismus;
- über die Weisheit der Liebe im Buddhismus;
- über die Ehrfurcht vor dem Leben im Hinduismus;
- über Gottes Partnerschaft im Judentum;
- über die Kraft der Liebe im Christentum.

Dies kann bereichernd statt bedrohend wirken. Nathan der Weise ist aktuell: Wem passt der Ring...? Der interreligiöse französische Schriftsteller Eric-Emmanuel Schmitt hat dies in einer ganz besonderen Reihe von Kinderbüchern (2001-2004) aktualisiert.

Diese bereichernde spirituelle Pluriformität wird auch widerspiegelt im multikulturellen „Stille-Zentrum“ (statt einer monokulturellen Kapelle) im AZU d.h. in der Erwachsenenklinik des UMC Utrecht.<sup>15</sup> Dieses AZU-Stille-Zentrum ist ein Entwurf von Jack de Valk, katholischer Seelsorger und Architekt zugleich. Er schrieb Zehn Gebote für die Gründung eines Stille-Zentrums in Krankenhäusern:

- a. Eine Abteilung Seelsorge muss gut motivierte Ansprüche stellen beim Vorstand des Krankenhauses;
- b. ein Stille-Zentrum muss zugänglich sein und in der Mitte des Krankenhauses liegen;
- c. der Raum des Stille-Zentrums muss sich von den übrigen Räumen unterscheiden;
- d. der Raum darf nicht überfüllt sein, sondern muss einen Konzentrationspunkt bieten;
- e. es muss Identitäts-Ecken geben für mehrere Religionen oder Weltanschauungen;
- f. eine Abteilung Seelsorge sei sich der unterschiedlichen Interpretationen der Ursymbole bewusst;
- g. im Falle kleiner Räume können Akzente konzentriert werden, damit sie einander stärken;
- h. der Raum soll flexibel sein, mit versetzbarem Mobiliar;
- i. Heilige Bücher der verschiedenen Religionen sollen im Stille-Zentrum anwesend sein, sowie Hefte für Äußerungen von Gedanken und für Gebete;

---

<sup>15</sup> siehe auch Ari van Buuren, Das Stille-Zentrum im Universitätskrankenhaus Utrecht, in: Religionen im Gespräch, Wegmarken zur Transzendenz - Interreligiöse Aspekte des Pilgerns (RIG, Band 8, 2004).

j. ein Stille-Zentrum ist keine Kirche/Kapelle, Moschee, Tempel oder Synagoge, es bietet vielmehr einen offenen Raum für einzelne Menschen, welche sich laben können sowohl an eigenen Quellen als an Quellen anderer.

### **Mobilisierung der Spiritualität**

Es bewährte sich inzwischen auch ein gemeinsames spirituelles Konzept für die multikulturelle Spirituelle Begleitung. Im Jahre 1994 habe ich eine neue „maieutische“ Definition von Seelsorge entworfen: Seelsorge ist die Mobilisierung der spirituellen Kräfte, welche in jedem Menschen sich verbergen. Alle KollegInnen, sowohl der religiösen als auch der humanistischen Traditionen, können auf dieser Basis gemeinsam arbeiten.

Es kommt darauf an, im Kontext einer Religion oder einer Weltanschauung Raum zu schaffen für das Verkraften der Fragen von Leben und Tod, Krankheit und Leiden und für deren emotionelles, spirituelles und mystisches Erleben.

Kranke besuchen bedeutet Gott finden. Dies sagt Jesus in Matthäus 25. Auch im muslimischen Hadith wird dies in fast gleichen Worten betont. Dies wurde während des Kirchentages 2007 in

Köln auch leidenschaftlich vom südafrikanischen Erzbischof Desmond Tutu unterstrichen!

Eigene Krankheit lehrt auch sehr vieles, diese Erfahrung müsste geradezu „Verpflichtung“ sein. Denn man kann Kontakt mit der Seele erfahren. Selber erfuhr ich das vor einigen Jahren, als ich Patient wurde. Ich schrieb ein kleines Gedicht:

Vereinfachung

*ist mein Leben  
nicht mehr was es ist?*

*es ist mehr  
was es ist*

*ich genieße  
die Vereinfachung*

*die Weide des Lebens  
verliert  
meine Gierigkeit*

*sie gewinnt  
wieder  
ihre Grasigkeit...*

---

*Andrea Saleh*

## **Österreich – Islamischer Besuchs- und Sozialdienst im AKH Wien**

---

### **Zur religiösen Situation in Österreich**

Laut der letzten Volkszählung 2001 leben in Österreich 8,032.926 Mio. Menschen, davon 73,6 % Katholiken, 4,7% Evangelische, 4,2 % Muslime, 0,1 % Juden. In der Hauptstadt Wien sind 49,2 % katholisch, 4,7 % evangelisch, 7,8 % islamisch, 0,5 % jüdisch. Österreichweit leben ca. 350.000 Muslime, in Wien über 121.000, Tendenz steigend. Zweitgrößte Gruppe (nach den Katholiken) ist

---

*Andrea Saleh ist Frauenbeauftragte der Islamischen Glaubensgemeinschaft in Österreich (IGGÖ) und Koordinatorin für Seelsorgeangelegenheiten, Wien.*

---

sowohl in Gesamtösterreich als auch in Wien nicht eine bestimmte Religionsgemeinschaft, sondern sind Personen „ohne religiöses Bekenntnis“.

### **Die Islamischen Glaubensgemeinschaft als „anerkannte Religionsgemeinschaft“ in Österreich**

Nach der Annexion Bosnien-Herzegowinas erlässt Kaiser Franz Josef im Jahr 1912 das Islamgesetz, womit der Islam (zunächst nach „hanafitischem Ritus“) anerkannt wird. Im Jahr 1979 konstituiert sich, basierend auf dieser gesetzlichen Grundlage die „Islamische Glaubensgemeinschaft in Öster-

reich“ (alle Rechtsschulen) als Körperschaft öffentlichen Rechts – sie ist den anerkannten Kirchen und anderen anerkannten Religions-Gesellschaften grundsätzlich gleichgestellt, vertritt die religiösen Anliegen der in Österreich lebenden Muslime, ist deren „Sprachrohr“ und offizieller Ansprechpartner in allen die Muslime betreffenden religiösen Angelegenheiten. Die Islamische Glaubensgemeinschaft in Österreich ist vollkommen unabhängig und autonom von jeglichen in- und ausländischen Behörden und Institutionen und hat Deutungshoheit über alle islamisch-theologischen Belange der Muslime in Österreich.

Durch diesen Status des Islam kann die Islamische Glaubensgemeinschaft in Österreich wie die anderen anerkannten Religionsgesellschaften Religionsunterricht an österreichischen Schulen abhalten, wobei die Lehrer von den jeweiligen Religionsgesellschaften ausgewählt bzw. ausgebildet sowie beaufsichtigt und vom Staat bezahlt werden. Daneben gibt es eine staatliche Kontrolle durch die Schulbehörde. Zur Lehrerausbildung verfügen die Muslime – wie die Christen – über eine eigene Ausbildungsanstalt für Lehrer, die Islamische Religionspädagogische Akademie.

Anfänglich wurde „Seelsorge“ in Spitälern von den Religionslehrern in Form von Besuchen in bestimmten Spitälern geleistet; die Religionslehrer wurden dazu „moralisch“ verpflichtet. Dieses Modell konnte sich nicht lange halten.

### **Der Islamische Besuchs- und Sozialdienst – eine Seelsorge-Einrichtung**

Ab dem Jahr 1999 fanden immer wieder Treffen von muslimischen Frauen mit Diskriminierungserfahrungen (etwa bei der Arbeitssuche) beim „Wiener Integrationsfonds“ statt. Strategien zum Brückenbau zwischen muslimischer und nicht-muslimischer Bevölkerung und gegen Vorurteile und Diskriminierungen wurden gemeinsam überlegt. Neben einem „Schulprojekt“ (Unterrichtsstunden zum Thema Islam und Leben der Muslime werden in kindgerechter Form gemeinsam mit Klassenlehrern abgehalten) entsteht die Idee eines strukturierten Besuchsdienstes – einer Seelsorgeeinrichtung. Die „Inspiration“ dafür – eine schweizerische Broschüre „Muslime im Spital“ (Tipps für den Umgang mit muslimischen Patienten für das Pflegepersonal) – wird auf österreichische Verhältnisse angepasst, gedruckt und im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung für das Pflegepersonal an einem Wiener Spital präsentiert.

Gleichzeitig wird ein ehrenamtliches Seelsorgeteam aufgebaut: Mitarbeiter werden geworben und in (tiefergehende) theologische Inhalte zu Krankheitsverständnis und Sterbegleitung im Islam und in gesprächstechnische Inhalte eingeführt. Da es im Islam keine Abgrenzung zwischen „Weltlichem“ und „Sakralem“ gibt, kann ein „seelsorglicher Dienst“ grundsätzlich durch jede/n praktizierende/n Muslim/Muslimin mit ausreichenden Kenntnissen der religiösen Praxis (und natürlich bei menschlicher Eignung) erfolgen. „Seelsorge“ im weitesten Sinn wird als Aufgabe jedes Gläubigen betrachtet, Besuche von Kranken sind religiöse Verpflichtung (gemäß dem Hadith: „Besucht die Kranken, speist die Hungrigen und lasst die Gefangenen frei!“).

### **Überlegungen, die zur Gründung des Islamischen Besuchs- und Sozialdienstes führten**

- Die Erfüllung der islamischen Verpflichtung zum Krankenbesuch ist insbesondere in der Migration von Wichtigkeit, da sich familiäre und soziale Strukturen oft weitgehend verändern;
- Muslimischen Bürgern eine ihren spezifischen spirituell-religiösen Bedürfnissen adäquate Begleitung in der Zeit eines Spitalsaufenthalts anbieten und dadurch besonderen Trost und Verständnis vermitteln zu können (dieser Gesichtspunkt ist besonders in einer mit der islamischen Lebensweise nicht vertrauten Mehrheitsgesellschaft von Bedeutung);
- Unterstützung von allein stehenden Muslimen ohne familiären Rückhalt;
- Beitrag zur Verbesserung der interkulturellen Kommunikation, Vermittlung zwischen muslimischen Kranken/Angehörigen und Spitalpersonal, sowohl sprachlich als soziokulturell;
- Beitrag zur Integration/Partizipation von Muslimen;
- Muslimische Seelsorger werden als aktiver, selbstverständlicher Teil der Gesellschaft erlebt, das wirkt Vorurteilen und Ressentiments entgegen.

Ab Februar 2001 nimmt ein (von muslimischen Frauen gegründeter) Besuchsdienst vorerst in zwei Wiener Krankenhäusern seine Arbeit auf. In den Teams arbeiten hauptsächlich muslimische Frauen und nur einige Männer (*keine* Imame, diese werden nur auf ausdrücklichen Wunsch von Patienten/Angehörigen fallweise einbezogen). In einem der Krankenhäuser kann der kontinuierliche



Dienst aufgrund der Ehrenamtlichkeit nicht aufrechterhalten werden.

### **Seelsorge im Wiener AKH – Zusammenarbeit mit christlichen und jüdischen Seelsorgern**

Im *Allgemeines Krankenhaus, Wien* (AKH) besteht eine besondere Ausgangslage: Schon beim Bau des Krankenhauses wurden in der Eingangsebene nebeneinander eine katholische und eine evangelische Kapelle, ein jüdischer und ein islamischer Gebetsraum eingerichtet. Auch die Büroräumlichkeiten für die Seelsorger liegen nebeneinander.

Mit Aufnahme des Besuchsdienstes wird im Jahr 2001 das Büro der islamischen Seelsorge besetzt. Schon von Beginn an kommt es zu „gutnachbarlichen“ Beziehungen zwischen den christlichen und islamischen Seelsorgern. Zur Durchführung einer Projektwoche im Februar 2003 anlässlich des katholischen „Tags des Kranken“ wird auf Initiative der Katholiken im Jahr 2002 ein interreligiöses Team gebildet, das die Veranstaltungen in der Projektwoche gemeinsam plant, organisiert und durchführt (die Juden haben zwar kein Büro, da es zu wenig jüdische Patienten gibt, sind aber im interreligiösen Team durch die für den Gebetsraum zuständige Person vertreten und miteinbezogen). Eine gemeinsame Pressekonferenz zur öffentlichen Bekanntmachung der Projektwoche wird abgehalten. Auf dem Programm stehen verschiedene religiöse und kulturelle Veranstaltungen vornehmlich aus christlichen Traditionen, es werden aber auch Einblicke in die jüdische und muslimische Glaubenspraxis geboten. Höhepunkt ist eine gemeinsame Gedenkstunde der Juden, Christen und Muslime.

Dieses Projekt ist der Auftakt zu intensiveren Kontakten zwischen den Seelsorgern der vertretenen Religionsgemeinschaften im AKH. Von nun an finden mit einer gewissen Regelmäßigkeit interreligiöse Treffen und daraus resultierend interreligiöse Veranstaltungen der Seelsorger des AKH statt. Meist – aber nicht nur – um den „Welttag des Kranken“. Hauptanliegen: Vermittlung der Bedürfnisse von gläubigen Patienten in der jeweiligen Religion; Sichtweisen der Religionen zu verschiedenen Themen. Aus dem Nebeneinander ist ein Miteinander geworden.

Auch die gegenseitige Unterstützung in alltäglichen, kollegialen Belangen verstärkt sich. Beispiele: die muslimischen Seelsorger werden von den Christen verständigt, wenn es Besuchswünsche gibt oder jemand im Sterben liegt (muslimische

Seelsorger sind nur ein bis zwei Mal die Woche vor Ort und verfügen nicht über hauptamtliche Seelsorger). Der Schlüssel der jüdischen Synagoge ist bei den Christen aufbewahrt.

### **Weitere interreligiöse Aktivitäten der Seelsorger am AKH**

- Gemeinsames Programm im AKH anlässlich der „Langen Nacht der Kirchen“ jedes Jahr im Juni; „Lange Nacht der Kapellen und Gebetsräume“ (Juden nehmen nicht teil, da jeweils am Schabbat).
- Große interreligiöse Feier anlässlich des 15. Geburtstages der Gebetsräume im Jahr 2006 (Übergabe an die Religionsgemeinschaften vor 15 Jahren) mit hohen Vertretern der Religionsgemeinschaften und aus der Politik.
- Gemeinsame Vorträge zu spezifischen Themen, speziell für Pflegepersonal oder angehendes Pflegepersonal (Sicht der jeweiligen Religion – meist geht es um die Bedürfnisse der Patienten).
- Gemeinsame Druckwerke, u.a. „Gemeinsame Botschaft der jüdischen, katholischen, evangelischen und islamischen Seelsorger im AKH“ anlässlich des 15. Geburtstages der Gebetsräume, in der der Dialog auf gleicher Augenhöhe, der partnerschaftliche, gleichberechtigte Umgang miteinander und die daraus resultierende fruchtbare Zusammenarbeit besonders hervorgehoben wird. Mit Vorwort des österreichischen Bundespräsidenten Dr. Heinz Fischer.
- Gemeinsame Homepage: [www.akh-seelsorge.at](http://www.akh-seelsorge.at)
- Laufendes Projekt „Co-Finanzierung“: die Krankenhäuser ermöglichen zwar die Seelsorge und stellen die entsprechende Infrastruktur zur Verfügung, das Recht der Patienten auf spirituellen Beistand ist auch gesetzlich verankert, die Kosten dafür müssen aber die Kirchen/Religionsgemeinschaften selbst tragen. Die öffentliche Hand soll nun in gemeinsamem Bemühen in die Verantwortung genommen werden, da die Seelsorge mittlerweile anerkannter Teil der multi-disziplinären Versorgung der Kranken ist und die ganzheitliche Betrachtung des Menschen immer mehr ins Bewusstsein rückt. Gemeinsame Ausarbeitung von Seelsorge-Qualitätsstandards.

Die Krankenbesuche im AKH werden auf Grundlage von Listen vorgenommen, die vom Spital ausgehändigt werden, auf denen die Angehörigen der entsprechenden Religion ausgewiesen sind. Die Seelsorger besuchen im Allgemeinen die „eigenen“ Gläubigen. Andersgläubige werden nur auf deren

ausdrücklichen Wunsch betreut, oder wenn gerade kein Seelsorger der entsprechenden Glaubensrichtung verfügbar ist. Es gilt der Grundsatz: keine Missionierungsabsichten; ob ein Gespräch stattfindet, entscheidet der/die Kranke – es handelt sich ausdrücklich um ein Gesprächsangebot.

Durch die schwachen finanziellen Ressourcen der Gemeinschaft arbeitet das islamische Seelsorge-Team nach wie vor ausschließlich ehrenamtlich. Die islamische Seelsorge ist auch in anderen Spitälern tätig, dort allerdings nur auf konkrete Anfrage bzw. Besuchswunsch.

---

*Dorothee Schaper, Dorothee Schuld*

## Deutschland

### Eine „Weggemeinschaft“ macht sich auf – erste Schritte eines christlich-muslimischen Seelsorgekreises im Krankenhaus <sup>16</sup>

---

#### **Dort, wo der Weg anfängt**

Das Krankenhaus, in dem die Weggemeinschaft beginnt, befindet sich in einem der buntesten und zugleich strukturschwächsten Kölner Stadtteile. Sozialhilfeempfänger, Arbeitssuchende, kleine Selbständige, ehemalige Industriearbeiter, Menschen mit und ohne deutschen Pass, Aleviten, Sunniten, katholische, evangelische, (schwarzafrikanisch) freikirchliche Christen, Einwanderer aus der ehemaligen Sowjetunion mit atheistischem, jüdischen oder lutherischem Hintergrund und noch viel mehr – alle leben sie hier auf engem Raum mit und nebeneinander und sind auch Patienten und Patientinnen im ortsansässigen evangelischen Krankenhaus. Im Haus arbeiten ein evangelischer Seelsorger und eine katholische Seelsorgerin. Hier beginnen die ersten Schritte auf dem Weg zu einer interreligiösen Lerngemeinschaft, die sich kennenlernt, Fragen entdeckt, Konflikte bearbeitet, Höhen und Tiefen miteinander durchlebt und Ideen für die weitere Arbeit entwickelt. Auf diesen Weg wollen wir Sie mitnehmen.

Die Weggemeinschaft ist ein interkulturelles und interreligiöses Projekt, wir werden uns im Folgenden auf die Darstellung des christlich-muslimischen Schwerpunkts beschränken.

#### **Der Weg noch ohne Gemeinschaft – zur Vorgeschichte und zum Bedingungsfeld**

Damit ein Heilungsprozess gelingen kann, brauchen kranke Menschen neben medizinischer und pflegerischer Versorgung die Möglichkeit zum Gespräch, ermutigende Beziehungserfahrungen und möglicherweise geistliche Begleitung. Deshalb gibt es eine Krankenhausseelsorge, von der Krankenhäuser Unterstützung erwarten, den ganzen Menschen in den Blick zu nehmen.

Eine professionell gestaltete, finanziell, rechtlich und personell ausgestattete Seelsorge wird derzeit nur durch Seelsorger und Seelsorgerinnen der beiden Großkirchen gewährleistet.

Die christliche Seelsorge bietet für alle im Haus ein Angebot. Jedoch stoßen Hauptamtliche an sprachliche, kulturelle und religiöse Grenzen, eine

---

<sup>16</sup> Erstmals veröffentlicht in: Dialog im Wandel, hg. v. B. Neuser, Neukirchen-Vluyn 2005, S. 170-181. Wiederabdruck mit freundlicher Genehmigung des Neukirchener Verlages. Zur aktuellen Situation des beschriebenen Projekts siehe den Bericht in diesem Heft, Seite 35.

---

*Dorothee Schuld ist katholische Pastoralreferentin in der Seelsorge im Erzbistum Köln;*  
*Dorothee Schaper ist evangelische Pfarrerin in der Arbeitsstelle für christlich-muslimische Begegnung beim evangelischen Stadtkirchenverband Köln.*

---

schmerzliche Erfahrung besonders in Krisensituationen des Lebens. Welche Form der Seelsorge kann dem Grundsatz der Gleichbehandlung aller Patienten gerecht werden? Aus dem Wunsch und dem Bedarf, das seelsorgliche Angebot für Menschen anderer Religion und/oder mit Migrationshintergrund zu verbessern, entwickelt sich die Frage: Wie können Ehrenamtliche aus den verschiedenen Religionsgemeinschaften bzw. Kulturkreisen in die Arbeit einbezogen werden?

Könnte also ein Kreis von seelsorgeinteressierten Ehrenamtlichen verschiedener Religion mit hoher interkultureller Kompetenz und Sprach- bzw. Übersetzungsfähigkeit die bestehende Lücke im System vorübergehend schließen?

Vor allem die große Zahl der türkischsprachigen alten und kranken Menschen und die muslimischen Patientinnen auf der Gynäkologie fielen auf, und so kam es zunächst zu gelegentlicher Zusammenarbeit mit einem Islamischen Kulturverein, vor allem in Notfallsituationen. Da das Engagement jedoch stark von muslimischen Männern ausging, blieb die Frage nach der Begleitung der Patientinnen offen.

Auf der Suche nach geeigneten Personen wurden die Kontakte zu den Verantwortlichen für die christlich-muslimische Begegnung der evangelischen und katholischen Kirche geknüpft. Nach langem Suchen gelingt es die ersten muslimischen Freiwilligen durch Weiterempfehlung und direkte Ansprache zu finden. Sie treffen sich im Krankenhaus zu ersten Vorbesprechungen mit der Seelsorge.

Zunächst entstand die Idee im Haus, das neue Projekt in Kooperation mit den „Grünen Damen“ (Ehrenamtliche der evangelischen Krankenhaus-hilfe) zu installieren. Als das Projekt der evangelischen Krankenhaus-hilfe vorgestellt wurde, beschloss diese spontan die Musliminnen in ihren Kreis aufzunehmen. Man wollte sechs Monate lang die Zusammenarbeit ausprobieren. Ohne verbindliche Begleitung des Zusammenwachsens so Verschiedener konnte diese Kooperation nicht lange durchgehalten werden, weil das aufzubringende Maß gegenseitiger Integrationsbereitschaft die Ehrenamtlichen überforderte. An dieser Stelle wird deutlich, wie stark Vorbehalte und Verunsicherung gegenüber muslimischen Frauen an ihren Bekleidungs-vorstellungen festgemacht werden, wenn sie sich für die Bedeckung entschieden haben.

Nach dieser Erfahrung stellte sich die Frage, wie das Projekt strukturell sinnvoll ins Krankenhaus eingegliedert werden sollte.

Der Krankenhausdirektor unterstellte daraufhin die Initiative verantwortlich der Abteilung katholische Seelsorge, und der evangelische Seelsorger vernetzte das Projekt mit der Arbeitsstelle für christlich-muslimische Begegnung des evangelischen Stadtkirchenverbandes Köln.

### **Eine Weggemeinschaft entsteht – zur Struktur des interreligiösen Seelsorgekreises**

Die katholische Seelsorgerin entschließt sich dazu die Ehrenamtlichen kontinuierlich zu begleiten, verbindliche Fortbildungs- und Auswertungsangebote zu machen und sie zu einem Seelsorge und Besuchsdienstkreis anzuleiten.

Perspektivisch sollte dieser Kreis durch seine gemischte Besetzung den Bedarf der verschiedenen Patientengruppen abdecken. Nachdem engagierte muslimische Frauen gefunden waren, sollten die übrigen Gruppenplätze durch einen muslimischen Mann, eine russischsprechende Person und eine geeigneten Person aus dem Raum der unabhängigen afrikanischen Gemeinden besetzt werden.

Der Kreis der Freiwilligen unter Leitung der katholischen Seelsorgerin und der evangelischen Pfarrerin für christlich-muslimische Begegnung begreift sich als gemeinsame Lerngemeinschaft und trifft sich einmal im Monat zur Reflexion der gemachten Erfahrungen, Fallbesprechung und Weiterentwicklung des Projektes. Hier sind die Ehrenamtlichen in familiärer und vertrauensvoller Atmosphäre beheimatet, hier werden die Arbeitsabsprachen getroffen, erste gemeinsame Standards entwickelt, Kontakte zum Sozialdienst des Hauses und zu den interkulturellen Beratungsstellen im Stadtteil gepflegt. Vor allem wird am Profil gearbeitet, was seelsorgliche Begleitung ausmacht<sup>17</sup>. Impulse aus der Ethikausbildung für Ärzte im Praktischen Jahr werden aufgegriffen. Bezüglich möglicher Fortbildung werden Kontakte zur Notfallseelsorge und zur Gesellschaft für interkulturelle Seelsorge und Beratung<sup>18</sup> geknüpft.

### **Das gemeinsame „Grundgesetz“**

Zunächst wird ein gemeinsames „Grundgesetz“ erarbeitet, welches sprachlich und inhaltlich in der

---

<sup>17</sup> Hilfreich hier: Ilhan Ilklic: Der muslimische Patient-medizinethische Aspekte des muslimischen Krankheitsverständnisses in einer wertpluralen Gesellschaft Münster 2001 / Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten, Bochum 4. Aufl. 2005

<sup>18</sup> siehe: [www.sippc.org](http://www.sippc.org)

Gruppe entsteht. Elemente unseres „Grundgesetzes“ lauten:

- Wir verstehen unsere Arbeit als seelsorgliche Begleitung
- Wir wollen den Kranken beistehen, indem wir ihre Themen und ihre Situation als Gesprächspartner begleiten (und nicht missionieren)
- Wir arbeiten zusammen in der Überzeugung, aus unserem Glauben einen Beitrag zur Versöhnung und zum gegenseitigen Respekt zu leisten.
- Wir wollen unsere Erfahrungen gegenseitig mitteilen, damit wir unsere Fähigkeiten verbessern, halten und erweitern können.
- Das, was wir von den Patienten hören, erzählen wir nicht weiter; das, was wir in der Gruppe besprechen, bleibt dort und wir nicht herumerzählt.

Wir siedeln unsere Arbeit im Bereich der Seelsorge an. Dabei unterscheiden wir zwischen Beratung und Begleitung. Uns geht es um die Begleitung von Patienten mit Migrationshintergrund und schwerpunktmäßig mit muslimischem Hintergrund. Dabei heißt Begleitung:

Brückenfunktion, Bürgerengagement, Weiterleiten zur nächsten professionellen Hilfsorganisation, Persönliche Unterstützung, Mit-Aushalten von unlösbaren Situationen, Völlige Akzeptanz der Entscheidungen der Kranken, Sich zur Verfügung stellen, dass der Kranke sich mit mir auseinandersetzen kann, nicht nur zielgerichtet auf Hilfsangebote sein, sondern die menschliche Komponente achten, Zeuge eines Prozesses eines bestimmten Zeitraumes sein, Wahrnehmung als Lebenshilfe. Alle Elemente von Begleitung zielen auf Ermutigung und Unterstützung des Heilungsprozesses.

Zentral ist die Frage: Wer bin ich in der Begleitung? Die eigene Rolle muss der Helfende reflektieren, die eigene Bedürftigkeit anerkennen. Gleichzeitig muss er Leute in die Selbständigkeit entlassen können und einen guten Zeitpunkt dafür finden. Der Kontrakt, die Absprache über die Begleitung, ist ein wesentliches Instrument der Arbeit, auch im ehrenamtlichen Bereich.

Unter diesen Voraussetzungen stellen sich die Freiwilligen auf den verschiedenen Stationen vor. Wöchentliche kursorische Besuche auf den Stationen sollen das Angebot für die Patienten, das Pflegepersonal und die Ärzte öffentlich transparent und griffbereit machen. Patientenbesuche geschehen aufgrund von Hinweisen durch Ärzte, die Seelsorge, den Sozialdienst, die Grünen Damen. Die Ehrenamtlichen erklären sich darüber hinaus bereit, in Notfällen über das Notrufsystem der Seelsorge gerufen zu werden.

Derzeit wird ein türkisch-deutsches Informationsblatt erstellt, auf dem die Weggemeinschaft den Patienten vorgestellt wird. Den Stationen dient ein Aushang über das Projekt, durch die Anstecker „Ehrenamtlich im Auftrag der K. Seelsorge“ sind die Ehrenamtlichen für alle erkennbar und zuzuordnen.

Die Arbeit der Ehrenamtlichen geschieht in enger Kooperation mit der hauptamtlichen Seelsorgerin, die in Absprache mit allen Verantwortlichen im Haus die fachliche und rechtliche Verantwortung trägt. Dabei stellt sich heraus wie wichtig eine gute Kooperation und Abstimmung mit der Betriebsleitung ist. Das Projekt muss vom Haus gewollt sein, zumindest toleriert. Die Erfahrungen zeigen, dass dies intensive Auseinandersetzungen freisetzt und ein hohes Maß an Kooperationsbereitschaft erfordert.

So entwickelte sich die Idee eines interreligiösen Seelsorge und Besuchsdienstkreises zu einer Weggemeinschaft weiter.

### **Eine Weggemeinschaft geht los - Erste Erfahrungen**

Das Engagement der Ehrenamtlichen erfährt bei vielen Menschen im Haus positive Resonanz.

Von verschiedenen Seiten gibt es Zustimmung dazu, dass muslimische Ehrenamtliche als solche sichtbar ihren Dienst im Rahmen der Seelsorge tun. Für Manche bleibt es irritierend, dass eine kopftuchtragende Muslima ehrenamtlich ihren Dienst bei der katholischen Seelsorge tut. Die Irritationen machten sich besonders bemerkbar, als die öffentliche Diskussion um das Kopftuchtragen im Schuldienst ihren Höhepunkt hatte.

Besondere Beachtung findet der Einsatz einer Ehrenamtlichen in einem besonderen Notfall (Begleitung der Familie eines jungen Mannes, der kurz vor Weihnachten bei einer Messerstecherei im Stadtteil tödlich verwundet wird. Ihr gelingt es Kontakte so herzustellen, dass der Wunsch der Familie, den Leichnam noch vor den Feiertagen in die Türkei zu fliegen, erfüllt werden kann).

Anrührend sind die Erfahrungen bei den alten Menschen, die in ihrer Muttersprache Kontakt und Zuwendung erfahren und sich langen Gesprächen aufschließen.

Hilfreich sind die Begegnungen der Ehrenamtlichen mit Patientinnen auf der Gynäkologie, die sich sprachlich nicht alleine mit den Ärzten verständigen können. Im Rahmen des Familienzuzugs und der Heiratmigration aus der Türkei suchen

Patientinnen Orientierung, Beratung und erste Kontakte. Hier können türkischsprachige Ehrenamtliche, die hier aufgewachsen sind Brücken in die Gesellschaft bauen.

Die Gemeinschaftserfahrung in dem Kreis kann am besten mit „Weggemeinschaft“ umschrieben werden. Durch intensives Kennenlernen und das gemeinsame Gestalten einer Aufgabe, die viel mit Dasein und Ausharren zu tun hat, bildet sich eine Lerngemeinschaft, die an ihren Herausforderungen wächst.

### **Weitere Weggefährten kommen dazu – Zusammenarbeit mit den Imamen**

Durch die Vorstellung der „Weggemeinschaft“ bei einer Tagung für PfarrerInnen und Imame wird den Imamen die Not mancher muslimischer Patienten im Krankenhaus deutlich. Daraus entsteht die Frage, wie die Imame das Projekt unterstützen können und wie eine Zusammenarbeit aussehen könnte.

Bei einem ersten gemeinsamen Treffen, stellt sich sofort ein gegenseitiger Lernprozess ein: die Imame profitieren von den konkreten Erfahrungen und erarbeiteten Kompetenzen der Ehrenamtlichen und gewannen Einblick in die Abläufe und Struktur eines Krankenhauses, die Ehrenamtlichen fühlten sich bereichert und ergänzt durch die theologische und geistliche Kompetenz, die die studierten Imame mitbringen.

Die Imame erklären sich bereit das Informationsblatt für die Patienten inhaltlich und gestalterisch weiterentwickeln. Sie wollen aus ihrer Sicht präzisieren, was seelsorgerliche Begleitung für Muslime bedeuten kann.

Als Kooperationspartner für die Weggemeinschaft erklärt sich der Imam der DITIB-Moschee im Stadtteil bereit, in der Beratungsgruppe in Bezug auf theologische Beratung und Seelsorge mitzuarbeiten.

Die ehrenamtlichen überzeugen die Imame das Namensschild der Weggemeinschaft mit der Unterschrift „im Auftrag der k. Seelsorge“ im Haus zu tragen, um die Zugehörigkeit der Ehrenamtlichen zur Struktur des evangelischen Krankenhauses zu dokumentieren und sich unterscheiden zu können von denen, die ohne Auftrag sich als „Berater“ oder „Missionare“ ausgeben.

Die Imame erkannten an, dass sie für das Krankenhaus in der derzeitigen Phase nicht nur Imame von DITIB sind, sondern auch ehrenamtliche Mitarbeiter der katholischen Seelsorge. Sie wiesen in

sehr schöner Weise darauf hin, dass unser Ziel zunächst das Menschliche der gelebten Liebe ist, nicht das Religiöse.

Und solange Muslime nicht ihre eigene Vertretung in öffentlichen Einrichtungen (Krankenhaus, Gefängnis, Kaserne, Schule) haben, scheint uns die Kooperation mit den etablierten kirchlichen Seelsorgeeinrichtungen als sinnvolle und klar erkennbare Einbindung in die jeweilige Institution.

Weggemeinschaft bedeutet, die Menschen im Krankenhaus zum Mitgehen einzuladen. Auf der Basis wachsenden Vertrauens können die nächsten Schritte gemacht werden. Es gibt unterschiedliche Geschwindigkeiten bei der Vertrauensbildung der verschiedenen Akteure. Entscheidend ist, dass die Weggemeinschaft auch Phasen des Stillstandes aushält und trotzdem dialogbereit bleibt.<sup>19</sup> Sie hat die Dialogbereitschaft im eigenen Kreis eingeübt, denn dort kommen ja die verschiedenen Kulturen und Religionen auf engstem Raum zusammen mit dem Ziel, Wege der Versöhnung zu suchen.

### **Einkehr auf dem Weg – Theologische Überlegungen zur Weggemeinschaft**

Diese theologischen Überlegungen leben aus der Freiheit der Weggemeinschaft: Jede und jeder steht auf dem Boden ihres/seines Glaubens und seiner Überzeugung und ist doch vollwertiger Teil der Gemeinschaft. Dabei geht es um die Einübung, sich selbst vom Anderen her zu denken<sup>20</sup>, sich vom Anderen bereichern zu lassen und das, was fremd ist, respektvoll anzuschauen.

Wenn wir über die geistliche Verwurzelung der Weggemeinschaft nachdenken, so entstehen für alle von uns verschiedene Assoziationen.

Manchen von uns fällt hier Sure 2,61 ein, wo es heißt: „Wahrlich, diejenigen die glauben, und die Juden, die Christen und die Sabäer, wer an Allah und den Jüngsten Tag glaubt und Gutes tut – diese haben ihren Lohn bei ihrem Herrn und sie werden weder Angst haben noch werden sie traurig sein“<sup>21</sup>

---

<sup>19</sup> Besonders deutlich wurde das an der Frage nach einem Gebetsraum für muslimische Patienten, ihre Angehörigen bzw. für das Pflegepersonal im Krankenhaus, hierzu konnte sich die Krankenhausleitung nicht entschließen.

<sup>20</sup> Angelehnt an Lévinas' Ethik des Denkens und Lebens vom Anderen her in: E. Lévinas: die Spur des Anderen, 1983; dort nennt Lévinas den Aufbruch zum ganz Anderen und die Faszination durch das Antlitz des Anderen einen „Aufbruch ohne Wiederkehr, der aber dennoch nicht ins Leere führt“.

<sup>21</sup> Koranübersetzung aus dem arabischen von Abu-r-

Anderen fällt Abraham, Hagar und Sarah als Vorreiter aus den heiligen Schriften ein, die alle drei erfuhren, was es heißt in die Fremde zu ziehen und sich auf ungekannte Situationen einzulassen, die alle drei auf ihre Weise von Gott durch äußerste Not, Verzweiflung und Krise getragen wurden und die alle drei als Stammvater und Stammmütter mit ihren parallelen Segensgeschichten Pate für die Weggemeinschaft stehen. Hier zeigt sich die Nähe zu dem „Dialogmodell der Nachbarschaft der Religionen, ein Modell der Nachbarschaft des Israelvolkes, des ökumenischen Christenvolkes und der Abraham-Gemeinschaft der Muslime im Dienst der Segensverheißungen Abrahams für die ganze Menschheit. Ich habe damit vorgeschlagen ein Modell des WEGES, auf dem von Abraham her die Söhne Isaak und Ismael, die Töchter der Sara und Hagar gesegnet werden...“<sup>22</sup>

Der Gott Abrahams ist der Erhabene und zugleich der nahe und mitgehende Gott, der Gott, der oben im Himmel ist und zugleich bei denen ist, die arm, entrechtet und zerbrochenen Herzens sind, wie es die Hebräische Bibel in Jes 65,15 sagt und der Koran in Sure 50,15, wo es heißt, dass Gott dem Menschen näher ist als seine Halsschlagader.

Andere assoziieren mit der Weggemeinschaft „Effata“, öffne dich<sup>23</sup>:

Öffne dich dem Unmöglichen, dem Kreuz und geh auf deinen eigenen Füßen zu ihm hin. Öffne dich aber auch der Paradoxie, trotzdem volle Gemeinschaft mit allen Menschen zu haben, auch mit denen, für die das Kreuz nicht im Mittelpunkt steht. Betrachte diese Spannung nicht als Bedrohung oder als unangenehmen Zustand, sondern als Chance zur Erweiterung deines eigenen engen Horizontes, welcher so sehr verhindert, dass du liebst und erkennst.

Öffne dich der Nichtbewertung. Für dein spontanes Urteil kannst du nichts, aber du bist verantwortlich, was du daraus machst. Wertest du die anderen damit ab oder formulierst du daraus eine Frage? Oder gehst du von da aus in ein Staunen

---

Rida'/ Muhammad Ibn Ahmad Ibn Rassoul: Die ungefähre Bedeutung des Al-Qur'an Al-Karim in deutscher Sprache (in Übersetzungen mit anderer Verszählung Sure 2,62).

<sup>22</sup> B. Klappert: Abraham eint und unterscheidet, in: Weth (Hrsg.), Bekenntnis zu dem *einen* Gott?, Neukirchen-Vluyn 2000.

<sup>23</sup> Inspiriert durch: das „Statut der Kollektiven Gemeinschaft des Ordens Communio in Christo“, Mechernich 1981.

über die Vielfalt menschlicher Motive? Entwickelst du Mitleid mit der inneren Verhärtung oder der inneren Entstellung des anderen? Oder Respekt vor seiner Andersartigkeit?

Öffne dich der Gastfreundschaft. Genieße sie und biete sie an: Schaffe Gemeinschaft in Christus nicht mit Worten, sondern mit Taten. An ihren Taten sollt ihr sie erkennen.

Öffne dich der Umkehr und verlerne die Selbstverteidigung. Lass die Dinge stehen und Gott für sie sorgen, aber frage dich immer, was dein eigener Anteil jetzt sein könnte. Entdecke das kreative Potential des Schuldbekenntnisses und beobachte, wie dein Gegenüber aus einer Demütigung und Unterdrückung herausfinden kann, und wenn nicht dein Gegenüber, so seine ganze Umgebung.

So existieren innerhalb der Weggemeinschaft ganz unterschiedliche theologische Verwurzelungen, bisher ist es uns gelungen, uns in unserem Sosein und Gewordensein wertzuschätzen und zu achten. Von daher ermutigen wir dazu, die jeweils eigene geistliche Verwurzelung auf dem gemeinsamen Weg nicht außen vor zu lassen, sondern als gemeinsame Stärke zu entdecken.

### Standortbestimmung auf dem Weg

Zunächst einige Fragen, die uns weiterhin begleiten werden:

Kann eine Gruppe von Freiwilligen ihren Dienst erst aufnehmen, wenn alle größeren Patientengruppen (türkisch/kurdischsprachige Aleviten, türkisch oder arabisch sprachige Sunniten, russischsprachige Juden, Christen, Atheisten, Sunniten, charismatische Christen aus dem anglo- und frankophonen afrikanischen Raum) in der Gruppe der Freiwilligen repräsentiert ist? - Wir entschlossen uns für den Weg des organischen Zuwachses der Gruppe, damit diejenigen, die schon gefunden wurden, auch beginnen konnten und gingen damit ein gewisses Risiko zum möglichen Konflikt<sup>24</sup> ein.

Muss ein reiner Fortbildungsblock vor den ersten Dienst vorgeschoben sein, oder ist die Reflexion der Praxiserfahrung ertragreicher? - Wir entschlossen uns für ein gemischtes Modell, in dem bestimmte Standards („gemeinsames Grundgesetz“) vor Beginn der Stationsbesuche gemeinsam festgelegt wurden und dann viel durch die Reflexion der Praxis gelernt wurde.

---

<sup>24</sup> Wir mussten uns fragen lassen: Wie gehen sunnitische Ehrenamtliche mit alevitischen Patienten um? Warum gibt es keine alevitischen Ehrenamtlichen?

Wie kann die Frage der Weitergabe von Patientendaten unter Berücksichtigung des Datenschutzes sinnvoll und seriös gelöst werden?

Welche Art von Fort- und Weiterbildung ist für den Rahmen eines solchen Projektes inhaltlich angemessen und organisatorisch realistisch?

Inwieweit lassen sich aus den gemachten Erfahrungen und den bestehenden evangelischen, katholischen und multifaith Standards<sup>25</sup> in der Krankenhausseelsorge sinnvolle Standards für Ehrenamtliche im interreligiösen Seelsorgebereich im deutschsprachigen Raum entwickeln?

Welche Voraussetzungen müssen erfüllt werden, um einen Gebetsraum oder eine Raumnutzung zwecks Gebets für muslimische Menschen im Krankenhaus zu etablieren?

Wie kann größtmögliche Transparenz und Akzeptanz über Arbeitsweise und Ziel eines solchen sensiblen Seelsorgeprojekts im Krankenhaus hergestellt werden, in Zeiten, in denen fachliche Spezialisierung, Finanzierung von Personalkosten und Krankenhaustechnologie und der Überlebenskampf der einzelnen Häuser prioritär auf der Tagesordnung stehen?

Dass es sich lohnt auf diese und weitere Fragen Antworten zu finden, zeigt sich an dem großen Interesse, das der Weggemeinschaft aus dem Umfeld der interkulturellen Seelsorge begegnet.

Die Weggemeinschaft ist seit 2003 unterwegs. Natürlich haben gesellschaftliche und mediale Diskurse und Ereignisse in dieser Zeit auch bezüglich der Weggemeinschaft ihre Spuren hinterlassen. So manch erbittert geführter Stellvertreterstreit um die Bekleidungsfrage von muslimischen Frauen im öffentlichen Dienst und später auch außerhalb, führte zu Verunsicherung und Abwehr gegenüber bedeckten Frauen als Ehrenamtliche im Krankenhaus. Die Ermordung des holländischen Theo van Gogh und die darauf folgende Berichterstattung schlugen sich erneut in Misstrauen und Verunsicherung und bestärkten Bedrohungsgefühlen nieder. Die Angriffe auf mehr als zwanzig Moscheen und Koranschulen in Deutschland und Holland trugen jedoch nicht in dem Maße zur Solidarisierung mit den Muslimen, die mit ihrem ehrenamtlichen Engagement ihren Beitrag zu einer bürgerschaftlichen Zivilgesellschaft leisten und

damit schon längst in dieser Gesellschaft angekommen sind, bei.

In den zwei Jahren der Zusammenarbeit hat die Weggemeinschaft einen Fundus von bereichernden, desillusionierenden und hoffnungsvollen Erfahrungen gemacht und ist mittendrin zwischen Irritationen in der Mehrheitsgesellschaft beharrlich an ihren Themen geblieben, sie hat konstruktive Kritik aufgenommen und freut sich über jede weitere Frage, die ein gelungenes Miteinander von Verschiedenen gerade in Not- und Krisensituationen voran bringt.

Wir bedanken uns bei allen Freiwilligen der Weggemeinschaft, ohne die dieser Artikel hätte nicht geschrieben werden können.

---

<sup>25</sup> Siehe [www.eurochaplains.org](http://www.eurochaplains.org) und [ethnicityonline.net/](http://ethnicityonline.net/) und [www.ekir.de/krankenhausesseelsorge/](http://www.ekir.de/krankenhausesseelsorge/) Qualitätsstandards der Konferenz Katholische Krankenhausseelsorge.

---

## Teil 4: Bericht vom Werkstatt-Tag

### „Christliche und muslimische Begleitung im Krankenhaus“

*Klaus Temme*

---

Diese Veranstaltung des Deutschen Evangelischen Kirchentages (DEKT) wurde in Kooperation mit der *Gesellschaft für Interkulturelle Seelsorge und Beratung* (SIPCC e.V., Düsseldorf) und dem *Christlich-Islamischen Forum* (einer Initiative der *Christlich-Islamischen Gesellschaft* - CIG - mit Sitz in Köln) im Kirchentagszentrum in der „Luther-Notkirche“ in Köln Mülheim durchgeführt. Die Veranstaltung war so angelegt, dass es in einer morgendlichen Arbeitsphase zunächst um praxisnahe Theorie ging:

In seinem *Einführungsvortrag* beschäftigte sich *Dr. Martin Sauer*, Professor an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld, mit den möglichen Formen und Verständnissen von ‚religiöser Begleitung‘ allgemein und mit den religiösen Bedürfnissen der (christlichen und auch muslimischen) PatientInnen, soweit es darüber in Deutschland überhaupt relevante krankenhausesoziologische Aussagen gibt. Er veranschaulichte die Situation im Krankenhaus mit Zahlen über Verweildauern, Krankenhausaufenthalte und Sterbestatistiken muslimischer und nicht-muslimischer PatientInnen. Die geänderten bzw. sich rasant verändernden wirtschaftlichen Betriebsbedingungen von Krankenhäusern wurden dargestellt, zugespißt auf die Zeitvorgaben und Zeiträume für persönliche „*Mitarbeitenden/PatientInnen-Kontakte*“ unter diesen Bedingungen. Von daher wurden einige Linien ausgezogen, wie und warum auch die Institution Krankenhaus Interesse an religiöser Begleitung haben könnte.

*Pfarrer Helmut Weiß*, Vorsitzender der Gesell-

---

*Pfarrer Klaus Temme*, Düsseldorf, Leiter der Planungsgruppe der *Gesellschaft für Interkulturelle Seelsorge und Beratung* (SIPCC) e.V.

---

schaft für Interkulturelle Seelsorge und Beratung (SIPCC) in Düsseldorf, sprach dann über die *Grundlagen christlicher Seelsorge* im Krankenhaus heute. Nach 35 Jahren Krankenhauseselsorge, auf die er selbst als Pfarrer und Supervisor zurückblicken kann, ist die „Seelsorge“ heute in den Eingangshallen der meisten Krankenhäusern auf Wegweisern und Orientierungstafeln zumindest sichtbar - am Rande zumeist, aber immerhin: Sie ist ein Bestandteil der Krankenhausarbeit insgesamt geworden. Hier wird der Unterschied deutlich zwischen der traditionellen Kranken-Seelsorge und der heutigen Krankenhaus-Seelsorge, zwischen der Rolle von Gemeinde-PfarrerInnen, die im Krankenhaus Besuche machen, und Krankenhaus-SeelsorgerInnen, die von ihrer Kirche in die Institution Krankenhaus hinein entsandt sind und sich dort verortet haben bzw. zu verorten hatten und immer wieder haben.

In den Besuchszimmern selbst sind dann sehr unterschiedliche Situationen von und für Seelsorge vorhanden, auch im Blick auf die Adressaten dort. Situationen von besonderer Tiefe sind sicher die, in denen das Zusammengehen von Situation und Glauben erlebbar wird. Im direkten Kontakt eines seelsorglichen Gespräches wird die eigene Auseinandersetzung mit Leid und Leiden unvermeidlich, sowohl auf der PatientInnen-Seite als auch auf der SeelsorgerInnen-Seite. Die glaubensmäßige Basis ist bei christlicher Seelsorge deutlich in dem Leiden Jesu gegeben, seinem Vorbild im Leiden-Tragen und im Hoffen und Überwinden.

Auch die Situation nach dem Verlassen dieses Ortes ist oft relevant für die Seelsorgenden. Die möglichen Rückblicke und Auswertungen bestärken oft und stützen, sind nicht nur belastend.

Der *islamische Theologe Ali Topcu*, Duisburg, referierte dann über Grundlagen muslimischer Hilfe



bei Krankheit: Eine Tradition der Begleitung bei Krankheit, aus Glauben und auf Glauben hin, hat es im Islam immer gegeben. Topcuk zitierte dazu ein Hadith (überliefertes Prophetenwort, in diesem Fall sogar als Gotteswort überliefert), das den (unerkannten) Dienst an Gott im Hilfsbedürftigen herausstellt.<sup>26</sup> Auf dem Hintergrund dieser lebendigen Tradition ist es aber bisher dennoch nicht zu einer Ausdifferenzierung und einer eigenständigen Seelsorgelehre in der Theologie gekommen bzw. zu einer ausdifferenzierten und professionalisierten Seelsorge(ausbildungs)praxis.

Topcuk verwies auch darauf, dass die Auseinandersetzung mit Krankheit im Glauben im Islam letztlich um die Frage der Annahme des Leidens kreise und dass der ganze Komplex der Leidensnachfolge, wie beim christlichen Glauben im Bezug auf das vorbildhafte Leiden Jesu, keine Rolle spielen könne.

Wichtig war ihm, auf Glaubensdeutungen der Volksfrömmigkeit einzugehen, die – zumal bei Krankheit – nicht immer in Übereinstimmung mit dem Koran stehen. Hier sei es Aufgabe von Seelsorge, auf die persönlich stärkenden und stützenden Aussagen des Koran hinzuleiten und die Chancen zu nutzen, sich von manchen volkstümlichen Deutungen zu unterscheiden.

Topcuk hält eine seelsorgliche Spezialisierung im Kontext von Migration für wünschenswert und sieht es so, dass psychologische und soziologische/sozialpsychologische Kenntnisse bisher wohl gesehen, aber noch nicht recht in eine Praxis von Glaubensbegleitung bei Krankheit hinein vermittelt worden sind. (Die Differenzierung zwischen „Kranken-Seelsorge“ und „Krankenhaus-Seelsorge“ ist in der gegenwärtigen Situation muslimischen Lebens in Deutschland offenbar noch schwer zu treffen). Ali Topcuk hält in der Tendenz und in Teilen eine Adaption von Ausbildung und Praxis der sog. „Klinischen Seelsorge“ für wünschenswert und erhofft sich hier Kooperationen.

In der abschließenden Podiumsrunde kamen zu den Vortragenden noch Johannes Kappetein, Supervisor in Aachen, als römisch-katholischer Kollege, Ayten Kilicarslan vom Beratungs- und Fortbildungszentrum muslimischer Frauen, Köln (DITIB), sowie Wilhelm Sabri Hoffmann, Vorsitzender der Christlich-islamischen Gesellschaft Köln, aus Rheine. In dieser Schlussphase gab es

auch Fragen bzw. Anregungen und kritische Nachfragen aus dem Publikum. Hier wurde die Frage nach (qualifizierter) Ehrenamtlichkeit und/oder Professionalisierung bei muslimischer Krankenhausseelsorge im deutschen Kontext diskutiert. Ebenso kam die hilfreiche Rolle von Imamen, vor allem bei theologischen Entscheidungsfragen, zur Sprache. Es wurden aber auch Befürchtungen geäußert, ob Imame bei aller guten theologischen Ausbildung in den hier gefragten Bereichen nicht auch ihre Grenzen haben könnten im Blick auf Vertrauensfragen, Genderfragen und Fragen von Beziehungsnähe. Stark betont wurden die traditionellen Wege, über Familie, Freunde und Glaubensgeschwister Kontakt und Glaubensstützung bei Krankheit zu bekommen. Alle betonten den Willen zur Gemeinsamkeit bei den nächsten Schritten, um Zerstärkungsprojekte zu entwerfen und anzugehen.

Die Moderation am Morgen hatte Pfr. Dr. Karl Feders Schmidt, Beauftragter für das christlich-islamische Gespräch der Evang. Kirche in Wuppertal. Die Moderation im Nachmittagsblock dieses Werkstatt-Tages hatte zunächst Pfarrer i.R. Klaus Temme, Düsseldorf, Leiter der Planungsgruppe der Gesellschaft für interkulturelle Seelsorge und Beratung (SIPCC) e.V. Er stellte den Nachmittag noch einmal unter die *Gesamtintention der Veranstaltung*, dass nämlich Zeit und Raum und Wege zur Verfügung gestellt werden sollten, damit „beide Seiten“ sich die jeweiligen Ansichten zum Thema möglichst plastisch transparent machen könnten.

Am Nachmittag sollte zunächst die Fallbesprechungsrunde einen Eindruck von *Fallarbeits im Sinne Klinischer Seelsorgeausbildung* geben und parallel dazu auch Hilfe abrufen durch die Kommentare von muslimischer Seite, Hilfe zum Handeln der christlichen KollegInnen. Eine Gruppe arbeitete an einem Fall im Umfeld von Tod und Sterben, der Rolle der Angehörigen, sowie der Art der Stützung und des Kontaktaufbaus der christlichen Seelsorgerin. Eine andere Gruppe arbeitete an einem Beispiel einer ethischen Entscheidungsproblematik. Es schien so, dass – bei Wahrung der Grenzen einer direkten religiösen Begleitung – doch viel an Stützung und Begleitung durch Nähe und Verständnis möglich ist und im alltäglichen Ablauf der Krankenhausarbeit auch in dieser Weise gelingen kann.

Die zweite Nachmittagsrunde brachte Beispiele für christlich-muslimische Zusammenarbeit bei der

<sup>26</sup> Siehe in dieser Publikation Seite 12. Dieser Hadith und Matthäus 25 (das sog. Gleichnis vom Weltgericht) gehen nahe zusammen.

Begleitung von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus, vorgestellt aus Ländern rings um Deutschland herum, nach dem Motto „was gibt es denn eigentlich schon alles?“

*England (United Kingdom): Frau Qaisra Khan*, staatl. Gesundheitsversorgung in Oaxleas, Süd-Ost London, Koordinatorin der ‚Seelsorge‘-Versorgung für alle Nutzenden der Gesundheitsversorgung dort. Frau Khan gab zunächst einen Überblick über die Strukturen für Krankenhauseelsorge in England. Seit Ende des 2. Weltkrieges ist die Krankenhauseelsorge in der Gesetzgebung für das englische, staatliche Gesundheitswesen und alle, die es nutzen, verankert. Es gibt zur Ausbildung ein eigenes „College“, also eine Ausbildungsstätte mit Universitätsrang, die diese Zusatzausbildung für Seelsorgearbeit im Gesundheitssystem für diejenigen anbietet, die eine theologische Ausbildung ihrer Religion/Denomination schon absolviert haben. Beide Abschlüsse sind später Einstellungsvoraussetzung, sowie die ständige Weiterqualifizierung nach gesetzlich vorgegebenen Standards und Rahmenbedingungen. Offizielle Fachkommissionen mit qualifizierten Vertretern der verschiedenen Religionen und Denominationen schreiben diese Standards fort. Jede Person, die das Gesundheitswesen nutzt (in Krankenhäusern, Tageskliniken, Ambulanzen oder bei häuslicher Pflege und Begleitung), hat ein Anrecht auf geistliche Begleitung je nach ihrer Religion und durch eine Fach-Person ihrer Religion.

Frau Khan berichtete außerdem von ihrer Koordinierungsarbeit in einem Sektor im südöstlichen Außenbereich von London (Oxleas). Ihre Stabsstelle ist dort erst vor fünf Jahren eingerichtet worden, um die Präsenz und den Einsatz von entsprechenden Personen zu planen und zu gewährleisten, zugleich aber auch, um Bedürfnisse zu erheben und neue „Antworten“ auf festgestellte Bedürfnisse strukturieren zu können. Ihre Stelle ist so konzipiert, dass sie selbst bewusst keine religiöse Organisation (Gemeinschaft/Kirche/Dachverband etc.) repräsentiert, auch wenn sie gläubige Muslima ist, und dass sie auch keiner religiösen Stelle/Organisation Rechenschaft schuldet, sondern dass sie mit einem „frischen Außenblick“ die Lage analysieren, bewerten und Angebote entwerfen soll. So wird es ein neuer, weiterer Schritt sein, Angebote spiritueller Begleitung für Psychiatrie-PatientInnen zu beginnen, die selbst religiöse Bedürfnisse nach Begleitung haben, dies aber nicht im Rahmen von traditionellen Organisationen wünschen.

*Österreich: Frau Andrea Saleh*, Frauenbeauftragte der Islamischen Glaubens-Gemeinschaft in Österreich (IGGÖ) und zugleich Leiterin und Koordinatorin für die islamische Seelsorge in Wien.

Die Struktur in Österreich kann darauf zurückgreifen, dass der Islam dort seit der Zeit vor dem 1. Weltkrieg eine staatlich anerkannte Religion (z.B. auch mit eigenen Lehr- und Ausbildungsstätten, wie für Religionsunterricht, Kindergärten u.a.m.) ist. Dadurch gibt es eine Tradition und Repräsentanz des Islam auf der Ebene gesellschaftlicher Strukturen schon sehr lange.

Für den Aufbau von Seelsorge konnte somit vor über 15 Jahren, als diese Arbeit (wohl als älteste, strukturierte Arbeit dieser Art in Europa!) begann, auf diese Rechtslage, aber auch auf diese Reputation zurückgegriffen werden.

Dennoch gibt es im Grunde keine staatliche Finanzierungsabsicherung für hauptamtliche islamische Seelsorge. Es gibt eine Gruppe speziell ausgebildeter Ehrenamtlicher, die ihren Einsatz in ein bis zwei Großkrankenhäusern macht und dort tageweise auf den Stationen arbeitet, - in enger Kooperation mit den dort tätigen katholischen und evangelischen Fachkräften (wobei in Wien der Bevölkerungsanteil von Muslimen höher ist als von Evangelischen). Der Zugang zu muslimischen PatientInnen bzw. zu entsprechenden Angaben/Listen bereitet keine Probleme.

Diese Kooperation gibt es auch im Bereich der Ausbildung: interessierte *und* geeignete Personen durchlaufen eine Ausbildung im Rahmen der Methodik der sog. klinischen Seelsorgeausbildung. Wichtig war/ist auch, dass für eigene muslimische Gebetsräume Sorge getragen wurde. Im größten Wiener Krankenhaus ist es so, dass im Eingangsbereich - und deutlich wahrnehmbar - die Räume für die katholischen, evangelischen, jüdischen u. muslimischen gottesdienstlichen Handlungen jeweils nebeneinander liegen. Diese Anordnung drückt so auch zugleich die dahinterliegende theoretische/theologische Einstellung von Gleichrangigkeit und Gemeinsamkeit in einem respektvollen Nebeneinander und in respektvoller Nähe aus.

*Niederlande: Pfr. Ari van Buuren*, Seelsorger, Universitätsklinik Utrecht.

Der evangelische Krankenhauspfarrer Ari van Buuren berichtete von einer speziellen Abteilung für spirituelle Begleitung am Universitätskrankenhaus von Utrecht, die er leitet und die er vor über 10 Jahren nach seinen Plänen aufzubauen begann. Die multireligiöse Situation in den Niederlanden

hatte, nach der niederländischen Phase der Entkolonialisierung und der Phase der Zuwanderung von ArbeitsmigrantInnen, diesen Schritt sinnvoll und nötig erscheinen lassen.

Es arbeiten dort im Seelsorge-Team inzwischen zehn fest eingestellte Fachkräfte, jeweils aus evangelischer, katholischer, muslimischer, hinduistischer und humanistischer Herkunft. Eine Ausbildung und Qualifizierung geschieht in unterschiedlichen Instituten; sie ist aber Voraussetzung der Mitarbeit. Finanzielle Unterstützung wird z.T. vom Staat, z.T. vom Krankenhaus gewährt.

Das Konzept beruht auf dem Gedanken der Religionspluralität und prinzipiellen Nähe und Ebenbürtigkeit aller religiösen Einstellungen. Es wird bewusst ein „geographisches“ Einsatzkonzept gepflegt, bei dem eine Person, die spirituelle Begleitung anbietet, für einen bestimmten Krankenhausbereich und alle Menschen dort gleichermaßen zuständig ist, egal wie der religiöse Hintergrund dieser Begleitenden Person ist.

Auch das „Stille-Zentrum“ in diesem Krankenhaus ist für alle religiösen Einstellungen gemeinsam als gottesdienstlich/meditativer Raum gedacht und gebaut. Dieses Konzept hat internationale Aufmerksamkeit und Anerkennung erfahren.

*Deutschland: Frau Dorothee Schuld*, katholische Krankenhaus-Seelsorgerin in Köln.

Die Kölner katholische Krankenhauseelsorgerin berichtete von einem Projekt, das sie sehr stark betrieben und entwickelt hatte, das derzeit aber „auf Eis gelegt“ ist. Sie stellte damit zugleich auch unsere deutsche, kontrastierende Realität dar. In ihrem Arbeitsbereich hatte es sich vor längerer Zeit so ergeben, dass sie, als katholische Seelsorgerin in einem evangelischen Krankenhaus, sehr viele Kontakte zu muslimischen Patientinnen hatte. Durch ihre anderweitigen Verbindungen im Rahmen des christlich-islamischen Dialogs stellte sich heraus, dass eine Gruppe von muslimischen Frauen zu Besuchen im Krankenhaus bereit war. Diese Gruppe bildete sie in Grundlagen der Gesprächsführung aus und bereitete sie auf die Arbeit im Krankenhaus vor. Es gab für besondere Situationen auch Absprachen mit einem Imam. Das Ganze hatte zunächst die Zustimmung sowohl des evangelischen Kollegen als auch der Krankenhausleitung.

Es entstanden aber Irritationen, die bis heute nicht genau klärbar waren/sind. Es erscheint im Rückblick so, dass möglicherweise Mitarbeitende (auch wohl muslimische) aus dem Krankenhaus selbst über die Weitergabe von Namen oder über

andere Dinge Befremden empfanden, so dass in gegenseitigem Einvernehmen dies Projekt zunächst „auf Eis gelegt“ wurde.

Auch dieser Themen-Block wurde mit einer Diskussionsrunde abgeschlossen, moderiert von Pfrin. Dr. Ulrike Elsdörfer, Königstein i.T., Supervisorin und Lehrbeauftragte der Uni Frankfurt. Teilnehmer waren Pfarrer Helmut Weiß (ev.), Supervisor und hauptberuflicher Seelsorgeausbilder, Pastoralreferent Bruno Heßeler (kath.), Supervisor und Krankenhauseelsorger in Köln, Rainer Schwarz, stellv. Vorsitzender der CIG und engagierter Förderer des christlich-islamischen Dialogs gerade zu diesem Themenbereich, sowie der Mainzer Psychiater Dr. Ibrahim Rüschoff, Vorsitzender des Fachausschusses Soziales des Zentralrats der Muslime in Deutschland. In einem konstruktiven und von guten gegenseitigen Erfahrungen geprägten Austausch waren sich alle einig, dass es an diesem Thema weitergehen muss – und auch wird. Kooperationsbereitschaft war allenthalben da.

Inhaltlich ging es nochmals um Aspekte von Ehrenamtlichkeit und Professionalisierung – mit einer Tendenz zu Ehrenamtlichkeit im derzeitigen Kontext. Aus dem Publikum kamen ergänzende Statements, kritische Hinweise und Wünsche.

Eine junge Theologiestudentin aus Norwegen, die ihre Examensarbeit zu den Realitäten unseres Themenbereiches in Norwegen schreibt, war eigens wegen dieses Tages zum Kirchentag gekommen; sie berichtete von gegenwärtigen Startbewegungen in Norwegen – dort auch von Gesundheitsbehörden gewünscht und in Auftrag gegeben.

*Ein herzlicher Dank geht an* alle KooperationspartnerInnen, den DEKT, die CIG (Köln), die Beratungsstelle Wuppertal der EKvW und EKIR, die Mülheimer Evangelische Gemeinde, Frau Szava und Herrn Pfarrer Szava und ihrer Gruppe, und an alle HelferInnen bei der Technik und in der Halle, und last but not least an Reiner Schwarz, Dortmund, der in der Projektgruppe der Vorbereitung diesen Tag wesentlich mit angeregt und geprägt hat! Die ganze „Nebenzentrum-Atmosphäre“ dieses kleinen, aber feinen (etwas versteckten) Veranstaltungszentrums mit Teehaus (auch hier Dank an alle HelferInnen!) und open-air-restaurant (Dank an den Friedenskorch Jalil Schwarz und seine Helfenden!) hat sicher der konstruktiven Arbeit und Begegnung gut getan – und wohl auch dem Anspruch, auf Augenhöhe zu sein und zu bleiben!

**Einladung zum 20. Internationalen Seminar für Interkulturelle Seelsorge und Beratung:**

## **Identität in Zeiten des Umbruchs**

**Anfragen an Seelsorge, Kirchen und Religionen**

**31. August - 6. September 2008**

**Evangelisch-theologische Fakultät, Bratislava, Slowakei**

Das Seminar findet statt in Zusammenarbeit mit der Evangelischen Theologischen Fakultät der Comenius Universität ([www.fevth.uniba.sk](http://www.fevth.uniba.sk)) und Kirchen in der Slowakei sowie mit dem Projekt „Healing of Memories“ in Rumänien ([www.healingofmemories.ro](http://www.healingofmemories.ro)).

Für die thematische Arbeit werden viele Fragen zusammenfließen: Befürchtungen und Hoffnungen in der Slowakei und in Ländern Mittel- und Osteuropas im Blick auf die Öffnung zur Europäischen Union, zur westlichen Welt und zur Globalisierung hin; die Frage, wie unterschiedliche Kulturen, Kirchen und Religionen in einen intensiveren Austausch kommen und dabei zugleich ihre eigene Identität fördern können; Fragen nach kultureller und religiöser Identität in verschiedenen Teilen der Welt; Fragen nach der Veränderung kultureller und religiöser Traditionen in gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Umbrüchen; Fragen, wie sich unter dem wirtschaftlichen Einfluss der Globalisierung und des Kapitalismus moralische und ethische Werte wandeln; Ängste vor der Zerstörung der bisherigen Werte (z.B. Familie, Autoritäten) durch „fremde Importe“; die Suche nach Wegen, Dialog und Versöhnung zwischen Ethnien, Kirchen und Religionen zu fördern.

Das Seminar will zur Förderung von kultureller und religiöser Identität in seelsorglicher und beraterischer Arbeit, sowie in Kirchen und Religionen führen.

### **Informationen:**

SIPCC c/o Pfr. H. Weiß, Friederike-Fliedner-Weg 72, 40 489 Düsseldorf, [www.sipcc.org](http://www.sipcc.org)

aus der Arbeit von SIPCC:

### **Ethik und Praxis des Helfens in verschiedenen Religionen**

Anregungen zum interreligiösen Gespräch in Seelsorge und Beratung

hrsg. von Helmut Weiß, Karl H. Federschmidt, Klaus Temme – Neukirchener Verlag 2005, 377 Seiten.

Teil 1: Dialoge zur Ethik des Helfens: Christentum - Humanismus - Judentum - Islam - Hinduismus - Buddhismus

Teil 2: Praxis interreligiöser Hilfe und Seelsorge: 12 Fallberichte aus Europa, Asien und Afrika, Darstellung und Reflexion

Teil 3: Zum interreligiösen Gespräch in Seelsorge und Beratung: Beiträge von James Farris, Norbert Kunze, Ursula Riedel-Pfäfflin und Christoph Schneider-Harpprecht, eingeleitet von Helmut Weiß

*„Für alle, die in Seelsorge, Diakonie und Beratung tätig sind, gehört dieses Buch zur äußerst anregenden, bisweilen sogar zur lustvollen Pflichtlektüre.“* Dr. Christoph Sigrüst, Präsident des Diakonieverbandes Schweiz

*„Ein Buch mit interessanten Einblicken in eine Arbeit, die in der Zukunft in unserem Kontext immer noch wichtiger werden dürfte.“* Dr. Uta Pohl-Patalong, Mitglied im Redaktionskollegium der Zeitschrift „Praktische Theologie“

**sipcc**

**Society for Intercultural Pastoral Care and Counselling**  
**Gesellschaft für Interkulturelle Seelsorge und Beratung e.V.**

Die SIPCC ist ein Zusammenschluss von Personen, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, Praxis und Theorie ihrer Arbeit in Seelsorge, Beratung und Supervision zu fördern. Ziel von SIPCC ist es, Menschen insbesondere zum seelsorgerlichen und beraterischen Dienst in unterschiedlichen kulturellen Zusammenhängen zu befähigen.