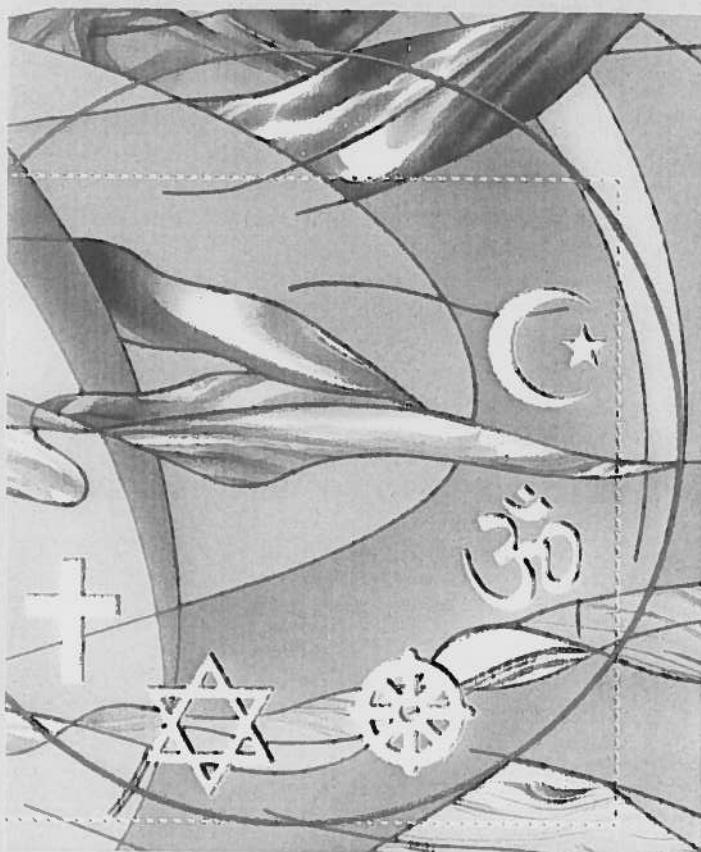


Hille Haker, Gwendolin Wanderer, Katrin Bentle (Hg.)

Religiöser Pluralismus in der Klinikseelsorge

Theoretische Grundlagen, interreligiöse Perspektiven, Praxisreflexionen



Medical Ethics in Health Care Chaplaincy
Medizinethik in der Klinikseelsorge
Band 4

LIT

Medical Ethics in Health Care Chaplaincy Medizinethik in der Klinikseelsorge

Hille Haker, Gwendolin Wanderer,
Katrin Bentele (Hg.)

Religiöser Pluralismus in der Klinikseelsorge

edited by/ herausgegeben von

Prof. Dr. Hille Haker
(Loyola University Chicago)
and/und

Dr. Katrin Bentele
(Berlin)

Schriftleitung:
Gwendolin Wanderer
(Universität Frankfurt)

Volume/Band 4

LIT

LIT

Inhaltsverzeichnis

Antonio Autiero

Vorwort 9

Umschlagbild: Fotolia © skampixel

Konzeption_design: Beate Oehler www.beatoehler.de

Wir danken dem Bistum Limburg und der Goethe Universität Frankfurt
für die finanzielle Unterstützung.



Gedruckt auf alterungsbeständigem Werkdruckpapier entsprechend

ANSI Z3948 DIN ISO 9706

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind
im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-643-11961-2

Erster Teil:	
<i>Hille Haker</i>	Theoretische Grundlagen. Bioethik und Religion 19
<i>Hille Haker</i>	Religiöser Pluralismus in der Bioethik 21
<i>Julia Inhorn</i>	Kulturelle und religiöse Unterschiede als Thema der Medizinethik 49
<i>Abdulaziz Sachdevina</i>	Islam, Gesundheitspflege und Spiritualität 65
<i>Damien Keown</i>	Buddhismus und Gesundheitspflege 81
<i>Lilian Marx-Stölting</i>	Perspektiven jüdischer Klinikseelsorge und ihre Implikationen für den Klinikkontext und für die Entwicklung einer interreligiösen kultursensitiven Klinikseelsorge-Ethik 109
<i>Dagmar Wijastuti</i>	Hinduistische Perspektiven zum Ende des Lebens 123

© LIT VERLAG Dr. W. Hopf Berlin 2014

Verlagskontakt:

Fresenstr. 2 D-48159 Münster

Tel. +49 (0) 2 51-62 03 20 · Fax +49 (0) 2 51-23 1972

E-Mail: jlt@lit-verlag.de <http://www.lit-verlag.de>

Auslieferung:

Deutschland: LIT Verlag Fresenstr. 2, D-48159 Münster

Tel. +49 (0) 2 51-620 32 22, Fax +49 (0) 2 51-922 60 99, E-Mail: vertrieb@lit-verlag.de

Österreich: Medienlogistik Pichler-ÖBZ, E-Mail: mlo@medien-logistik.at

E-Books sind erhältlich unter www.litwebshop.de

Hille Haker, Gwendolin Wanderer, Katrin Bentele
Einleitung 13

- Zweiter Teil:**
Interreligiöse Konzeptionen der Klinikseelsorge.....141
- Bernhard Dörr*
„Nichts ist geschenkt, alles geliehen“ – Eine Reflexion zu dem
Verhältnis von Krankheit, Sterben und Religion mit Bezug auf den
klinikseelsorgerlichen Erfahrungskontext143
- Tahitha Walther*
Praktisch-theologische Aspekte einer multireligiösen Spitalseelsorge
an den Beispielen Stanford und Basel171
- Cheryl Giles*
Die Sprache des Mitgefühls:
Die Entwicklung kultureller Kompetenz in der Klinikseelsorge.....187
- Dritter Teil:**
Intrareligiöse ethische Fragestellungen203
- Barbara Wolf-Braun*
Ist der Exorzismus ethisch zu rechtfertigen?
Anmerkungen zu Diskursen innerhalb und außerhalb
der christlichen Kirchen in Deutschland205
- Carla Amina Baghajati*
Islam im Krankenhaus –
Vom Umgang mit muslimischen Patientinnen und Patienten227
- Reinhard Gilster*
Evangelische Klinikseelsorge an einem katholischen Krankenhaus...251

- Vierter Teil:**
Berichte und Praxisreflexionen273
- Winfried Hess*
Interreligiöse Perspektiven in der Ausbildung von
KrankenhausseelsorgerInnen275
- Jürgen Janik*
„Patients first“ – Interreligiöse Klinikseelsorge
als Qualitätskriterium in der Patientenbegleitung.....297
- Hans-Gerd Angel*
Das Europäische Netzwerk der Krankenhausseelsorge –
European Network of Healthcare Chaplaincy (ENHCC)311
- Pascal Mösli, Hubert Kößler*
„Ferne aushalten“ – Seelsorge im interreligiösen Feld am
Universitätsspital Inselspital in Bern321
- Thomas Lemmen*
Die Ausbildung muslimischer Notfallbegleiterinnen und -begleiter –
Ein Projekt der Christlich-Islamischen Gesellschaft345
- Erdem Gülbahar*
Vom Projekt zum Modell. Die muslimische Seelsorge im Aufbau –
Eine Praxisdokumentation363
- Rainer Frisch*
Wegbegleitung für muslimische Gläubige im Krankenhaus –
Ausbildungskurs für ehrenamtliche muslimische Klinikseelsorger-
innen und -seelsorger, ein Projekt in Frankfurt am Main 2011/12.... 385

Athenagoras Ziliakopoulos

Erfahrungen eines Griechisch-Orthodoxen Priesters in der Klinikseelsorge: Pastoraler Dienst der Orthodoxen Kirche – Krankenhausseelsorge in Deutschland 395

Manfred Wilfert

Als evangelischer Krankenhausseelsorger in Beirut – Ein Erfahrungsbericht 403

Autorenverzeichnis 431

Vorwort

Die Gewissheit, dass die Existenzgestaltung heute mehr dem ja durch Bezugnahme auf plurale Lebenswelten geprägt ist, begleitet uns mit Blick auf fundamentale Lebensanschauungen wie auch auf praxisbezogene Entscheidungsfelder. Diese Gewissheit ist eine notwendige Voraussetzung für unsere Welt- und Lebenswahrnehmung. Sie bewirkt uns aber auch und stellt etablierte Sichtweisen in Frage. Wenn die Auseinandersetzung mit der Pluralität der Lebenswelten Güter und Werte tangiert, die in Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit, Leben und Tod stehen, dann sind wir umso stärker herausgefordert.

Der vorliegende Band nimmt sich der Komplexität dieser Herausforderungen an. Die verschiedenen Gedankenstränge, die in allen vier Teilen des Bandes anschaulich und plastisch herausgearbeitet werden, lassen ein beeindruckendes Panorama entstehen. Eine Vernetzung von idealtypischen Vorstellungen, theoriebezogenen Überlegungen und erfahrungsinspirierten Denkstücken lassen eine Grundidee hervortreten, die dann facettenreich und mit gewinnbringenden Kenntnissen durchdokumentiert wird.

Dokumentiert werden die bereits existierenden Parameter der Klinikseelsorge unter Berücksichtigung grundlegender Fragestellungen der Bioethik. Zugleich stellt das Buch auch eine Einladung dar, sich mit den Problemfeldern der in Pluralität – d. h. in Differenzen und Annäherungen – existierenden Visionen über Leben und Tod, Pflege und Therapie auseinanderzusetzen. So stellt das Buch ein klar strukturiertes, logisch stringentes und dennoch offen bleibendes Projekt dar. Nicht dass es Leerstellen in diesem Buch gäbe, die als Defizite erscheinen. Vielmehr wird der Leser ermutigt und befähigt, anhand seiner Reflexionsfähigkeit und seiner Praxiserfahrung das Thema fortzuschreiben.

Dass ich dieses Buch begrüße und die Idee der Herausgeberinnen und Herausgeber, Autorinnen und Autoren honorieren möchte, hat viele Gründe: Anerkennungswürdig ist zuerst die Tatsache, dass der Dreiklang „Bioethik-Religion-Pluralismus“ facettenreich und ausgewogen intoniert wird. Selbstverständlich ist das nicht. Vor allem nicht, wenn es darum geht, überhaupt das Verhältnis zwischen Religion und Moral, zwischen Glaube und Ethik zu artikulieren. Wenn die Begründungsfrage zu eng gefasst wird, kann es schnell passieren, dass Religion einen solchen Stellenwert einnimmt, dass kein Raum für alternative Denkweisen bleibt.

Mit der Erarbeitung der Standards für die Krankenhausseelsorge in Europa wurde für das Netzwerk, dessen laufende Kosten durch einen jährlichen Beitrag der Mitglieder in Höhe von 100,00 € getragen werden, ein wichtiges Ziel erreicht. Dennoch sieht das Netzwerk die Notwendigkeit weiterer, turmgemäßer Treffen, da sich das Feld der Krankenhausseelsorge bzw. der Seelsorge im Gesundheitswesen in naher Zukunft in allen beteiligten Ländern dynamisch wandeln wird. Es bedarf einer laufenden Abstimmung der im Wesentlichen aus christlicher Sorge getragenen Zuwendung zum kranken Menschen sowie einer strategischen Planung und konzertierten europäischen Vorgehensweise. Aus diesem Grund wird regelmäßig der Kontakt zu den europäischen Behörden in Brüssel gesucht. Auch hatte ein Vertreter der CEC (Conference of European Churches) an der Tagung in Estland teilgenommen. Als Herausforderungen in naher Zukunft stellen sich sowohl für das Netzwerk als auch für die Nationalstaaten vor allem die folgenden Fragen: Wie definiert sich Krankenhausseelsorge, wenn die Verweildauer in stationären Einrichtungen immer kürzer wird? Wie gelingt es, in neu gestalteten pastoralen Räumen territoriale Seelsorge mit der herkömmlichen Krankenhausseelsorge zu verknüpfen? Welche Herausforderungen stellen sich an die Ausbildung von Krankenhausseelsorgern und welches Personal steht überhaupt für dieses kategoriale Feld von Seelsorge längerfristig zur Verfügung? Welche Herausforderungen stellen sich angesichts komplexer werdender ethischer Fragestellungen in naher Zukunft? Wie gestaltet sich die Kooperation mit anderen Religionsgemeinschaften im Krankenhaus? Wie ist die Finanzierung der Krankenhausseelsorge auf längere Sicht hin gewährleistet, wenn in Deutschland mit zurtiefgehenden Kirchensteuerannahmen zu rechnen ist und wie in anderen Ländern die Konkurrenz nicht kirchlicher Anbieter weiter zunimmt?

„Ferne aushalten“ – Seelsorge im interreligiösen Feld am Universitätsspital Inselspital in Bern

Pascal Mösl, Hubert Kößler

*„Dem Fremden komme ich mir nahe, indem ich seine Ferne aushalte.“
(Bernhard Waldenfels)*

Einführung

Wir beginnen mit der Schilderung einer Situation, welche verschiedene Aspekte der interreligiösen Begleitung exemplarisch aufzeigt, um die Fragestellung des Aufsatzes in der konkreten seelsorglichen Tätigkeit zu verorten. Wir werden uns im Artikel an verschiedenen Stellen auf diesen Fall beziehen.

Beispiel:

Auf einer orthologischen Bettstation im Inselspital in Bern liegt ein muslimischer Patient aus dem Irak, dessen Zustand sich in den letzten Tagen erheblich verschlechtert hat. Wegen starker Morphingrupideate ist er oft nicht ansprechbar, er klagt über massive Schmerzen, die für die Ärzte in der gestrafften Heftigkeit schwer nachvollziehbar sind. Die Kommunikation ist wegen den schlechten Deutschkenntnissen des Patienten und seiner Angehörigen schwierig. Die Ärzte sind angesichts des Krankheitsverlaufs zur Auffassung gelangt, dass eine kurative Therapie keine Aussicht auf Erfolg verspricht und erhoffen sich von einer Unterstützung auf eine palliative Unterstützung eine Verbesserung der Lebensqualität des Patienten. Der Bruder des Patienten, der ehrenfalls in der Schweiz lebt und der als Vermittler zwischen Angehörigen und Spital fungiert, wird vom diensthabenden Arzt dagegenüber informiert, dass man den Patienten über die neueste ärztliche Einschätzung anflühen und mit ihm das weitere Vorgehen diskutieren wolle. Der Bruder reagiert sehr heftig und will auf keinen Fall, dass der Patient direkt von ärztlicher Seite aufgeklärt wird. Er verlässt das Zimmer der Assistenzärzte, um bald darauf mit weiteren Angehörigen wieder das Gespräch mit dem Arzt zu suchen. Dabei wird dem Arzt nochmals unterstellt, den Patienten direkt über die Situation zu informieren. Der Arzt argumentiert

tiert, dass der Patient das Recht habe, informiert zu werden, und nur er selbst zum weiteren Vorgehen und den ärztlichen Vorschlägen Stellung nehmen könne und auch müsse. Die Kommunikation ist blockiert und es droht eine Eskalation.

Der Seelsorger kennt den Patienten und die anwesenden Angehörigen.
Als er sich bei ihnen vorgestellt hatte, signalisierte der Patient selber kein Interesse an einer seelsorglichen Begleitung, die Brüder des Patienten jedoch schon. Darum ging der Seelsorger manchmal vorbei, um sich nach ihrer Lage zu erkundigen und er bot seine Unterstützung an. Die Brüder nahmen keine konkreten Angebote in Anspruch, luden ihn aber immer wieder ausdrücklich ein, vorbeizukommen. Jetzt, da die Angehörigen und die Ärzte sich nicht über das weitere Vorgehen einigen können, wird der Seelsorger vom Behandlungsteam beigezogen. Er soll helfen, die Situation zu klären.

Die Situation ist durch verschiedene Unklarheiten gekennzeichnet. Diese werden einerseits durch sprachliche Barrieren, andererseits durch kulturelle Unterschiede verursacht. Offensichtlich gibt es verschiedene Einschätzungen, was in der aktuellen Situation geboten ist und darum auch unterschiedliche Erwartungen, was jetzt zu tun ist. Im Arziteam wird darüber diskutiert, ob die Schmerzen des Patienten mit der Tabuisierung des nahen Todes durch die Angehörigen zu tun haben. Die Brüder des Patienten gehen davon aus, dass es dem Patienten schadet, wenn die Ärzte ihn direkt mit dem aktuellen Befind konfrontieren. Auch der Seelsorger agiert in einer unklaren Situation. Welchen Auftrag hat er bzw. hat er vielleicht sogar mehrere sich widersprechende Aufträge (vom Behandlungsteam und von den Angehörigen des Patienten)?

Was ist die Aufgabe der Seelsorge in dieser Situation und in weiteren Situationen, die durch interreligiöse und interkulturelle Kontexte entstehen? Um diese Frage geht es im ersten Abschnitt dieses Beitrages. Wenn die Aufgabe bzw. die Aufgaben der Seelsorge geklärt sind, leiten sich daraus ihre Tätigkeiten ab. Was kann und soll Seelsorge tun? Um die Angebote für Patienten, Angehörige und das Behandlungsteam geht es im zweiten Abschnitt. Im dritten Abschnitt wenden wir uns der Frage zu, welche Kompetenzen die Seelsorge haben muss und welchen Herausforderungen sie sich gegenüberstellt, wenn sie die interreligiösen Dimensionen ihres Auftrages bewusst wahrnehmen will. Schließlich streifen wir

im vierten und letzten Abschnitt noch einige theologische Aspekte der Seelsorge im interreligiösen Feld.

1. Die Aufgabe

1.1 Die religiöse Situation im Inselspital

Jedes seelsorgliche Aufgabenverständnis wird mitbestimmt durch den besonderen Kontext, auf dem die Seelsorge reagiert. Der Kontext ist entscheidend dafür, wie die Seelsorge ihre Aufgabe in einer Institution „entdeckt“ und definiert. Seelsorge muss die Situation im Feld, in dem sie tätig ist, kennen und sie muss „die Nase im Wind haben“, um mögliche Entwicklungen wahrnehmen und sie antizipieren zu können.

Zum seelsorglich relevanten Kontext im Blick auf die interreligiöse Dimension gehört die verschiedenartige religiöse Zugehörigkeit der Patientinnen und Patienten. Der eingangs erwähnte Gruppe von Patienten im Inselspital gehört zur größten nichtchristlichen Gruppe von Patienten im Inselspital. Seit einigen Jahren werden in den sogenannten Pikerdaten die religiösen Zuordnungen der Patienten aufgezeichnet:

Konfession/Religion	2000	2007
evangelisch-reformiert	58.1%	55.8%
römisch-katholisch	22.8%	23.9%
orthodox	1%	1.6%
unbekannt/Keine	8.1%	9.5%
Islam	5.2%	6%
Hindu	1.3%	1%
verschiedene	3.6%	2.2%

Abbildung 1: Piker-Untersuchung (aktuellere Daten liegen noch nicht vor).

In den aufgeführten Zahlen spiegelt sich die religiöse Situation der Bevölkerungen und Bewohner in der Schweiz. Die Muslime gehören auch in der Schweiz zur größten nichtchristlichen religiösen Gruppe. Von 1990-2000 haben sich die Muslime in der Schweiz durch Zuwanderungen aus dem Balkan zahlenmäßig verdoppelt. Die christlichen Landeskirchen verloren im gleichen Zeitraum etwa 12% Mitglieder. Von 1850 - 1990 waren in der Schweiz etwa 60% der Bevölkerung evangelisch und 40% katholisch. Bei der letzten Volkszählung von 2000 waren noch 33% evangelisch resp. 42% katholisch.

Neben der muslimischen Gruppe von Patienten gehören hinduistische, jüdische und buddhistische Patienten zu den weiteren, größeren Gruppen von nichtchristlichen Patienten im Spital.

Oft sind diese Patientinnen und Patienten in einer mehrfach marginalisierten Position: Sie bewegen sich in anderen Sprachräumen, haben andere kulturelle Hintergründe, was sich z.B. auf den Umgang mit Krankheit oder Sterben niederschlägt. Sie sind mit den Codes eines Spitals in der Schweiz oft wenig vertraut und können von ihren Angehörigen nicht direkt unterstützt werden, weil diese weit entfernt leben. Diese Marginalisierung spiegelt sich natürlich auch im religiösen Kontext wieder. Einerseits sind sie hier von ihren religiösen Traditionen entfremdet, was sich auch im Spitalsalltag zeigt, wie z.B. beim Essen, bei der Pflege der Intimsphäre oder bei der Kommunikation über persönliche Fragen. Andererseits finden sie sich in der Schweiz in einer säkularen Gesellschaft wieder, in der – anders als in den meisten Staaten weltweit – jeglicher traditionelle religiöse Bezug eine immer kleinere Rolle spielt.

Es sei in dem Zusammenhang nur kurz darauf hingewiesen, dass in der Schweiz besonders die Gruppe der Menschen wächst, die sich keiner festen religiösen Institution zugänglich fühlen. „Switzerland is not best characterized as multireligious but as secular and religiously individualized and pluralistic within a Christian cultural framework, characterized by a low profile religiosity and without an explicit group affiliation“ (Walther 2009: 261). Spitalsseelsorge muss sich gerade auch auf diese Gruppe von Menschen einstellen, wobei vieles, was für die interreligiöse Begleitung gilt, auch für diese Gruppe zutrifft.

Wichtig ist neben der Patientensicht der Blick auf die religiösen Kontexte der Mitarbeitenden: Der Anteil eingewandter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beträgt im Inselspital insgesamt rund 22%, ähnlich dem Schweizer Durchschnitt. Die Situation stellt sich für einzelne Kliniken kaum als Problem dar, handelt es sich im Schnitt doch um gut qualifi-

zierte Ärztinnen, Ärzte und Pflegende vorwiegend aus dem nordeuropäischen Raum, v.a. aus Deutschland, die insgesamt als sehr gut integriert und oft als willkommene Herausforderung und Bereicherung im Arbeitsalltag empfunden werden. Etwas anders sieht die Situation der Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund in der Direktion „Betrieb“ aus. Es handelt sich im Durchschnitt um eine Gruppe von Migrantinnen und Migranten im Niedriglohnbereich mit tiefem Qualifikationsniveau und hoher Abhängigkeit zum Arbeitsplatz. Sie verfügen teilweise über sehr geringe Deutschkenntnisse, während die offizielle Sprache im Inselspital Deutsch ist und in der Regel im Gegensatz zu früher keine Übersetzung angeboten werden.

Blick aufs Beispiel:

Der Patient lebt seit rund zehn Jahren in der Schweiz, er ist 28 Jahre alt, Arbeitnehmer in einer schweizerischen Unternehmung in der französischen Schweiz, welche auch im Irak tätig ist. Er ist unverheiratet und die Verbindung zu seiner Familie ist für seine soziale Einbettung grundlegend. Zwei Brüder leben ebenfalls in der Schweiz, weitere drei Brüder in anderen europäischen Ländern, die Eltern und drei Schwestern im Irak. Die Brüder in der Schweiz sind verheiratet; wenn sie den Patienten im Spital besuchen, werden sie meistens von ihren Ehefrauen begleitet. Die Männer sprechen alle recht gut Französisch, die Ehefrauen kaum. Ein Bruder hat zwei Kinder, die auch oft anwesend sind. Tagstüber sind meistens mehrere Personen im Zimmer, auch nachts ist immer jemand (einer der Brüder oder ein guter Freund der Familie) da. Es ist für die Angehörigen völlig selbstverständlich, anwesend zu sein. Auf die Frage der Seelsorge, ob sie manchmal das Bedürfnis hätten, sich zur Erholung zurückzuziehen, reagieren sie erstaunt und lachen. Die Eltern sind mehrheitlich informiert, die Brüder erklären, dass man sie, gerade weil sie so weit entfernt seien, keinesfalls beruhigen wolle. Eine zentrale Frage für die Geschwister in der Schweiz betrifft die Realisierbarkeit einer Reise der Eltern in die Schweiz. Der älteste Bruder schreibt recht gut in die Schweiz integriert zu sein, er wirkt immer wieder vermittlend und erklärend zwischen medizinischen Mitarbeitenden und der Familie. Wenn andere Freunde der Familie eintreffen, sind es ausschließlich Landsleute.

Gernäff Auskunft seiner Brüder war für den Patienten der muslimische Glaube während seiner Anwesenheit in der Schweiz nicht zentral, was sich seit seiner Krankheit aber geändert habe. Jetzt beträfe ²⁷ *die*

manchmal Fragen des Glaubens. Einen Imam will er (und auch die Brüder) nicht rufen lassen, die Begleitung durch die Familie sei ihm genug. Auch in den religiösen Fragen teilt sich nicht der Patient selbst mit, sondern der älteste Bruder gibt Auskunft. Immer wieder ist er es, der das Wort ergreift, ob man nun das Wort an ihn direkt richtet oder nicht. Er scheint die Rolle des Familienvaters einzunehmen. Diese Rolle scheint auch von den anderen Familienmitgliedern umbestritten zu sein.

1.2 Der Auftrag und das Aufgabenverständnis

Die Seelsorge am Inselspital wird finanziert vom Spital. Sie ist von dach dem Grundsatz der Gleichbehandlung aller Patienten verpflichtet und hat den Auftrag, für alle Patientinnen und Patienten da zu sein, ihnen eine religiöse Unterstützung anzubieten oder eine solche zu vermitteln. Dieser Grundauftrag wird im sogenannten Profil der Inseelseelsorge festgehalten:

- Aufgabe der Seelsorgedienste ist die seelisch-geistige und religiös-spirituelle Unterstützung bei Erkrankung, Unfall und Sterben, insbesondere in Krisensituationen und bei Sinn- und Identitätsfragen.
- (Dabei) trägt (sie) so gut wie möglich den konfessionellen, anderereligiösen, sprachlichen und geschlechtspezifischen Bedürfnissen Rechnung.¹

Diese Auftragsdefinition der Seelsorge erfolgte im Rahmen eines spitalinternen Leitbildprozesses, an dem sich neben der Seelsorge verschiedene Berufsgruppen und eine Vertretung der Spitalleitung beteiligten. Ausgehend davon hat sich das Konzept der Seelsorge innerhalb der letzten zwei Jahrzehnte von einer konfessionell parallel geführten Versorgungsstruktur mit einem binnengeschäftlich-konfessionellen Bezug zu einem ökumenisch und interreligiös offenen Verständnis von Seelsorge hin entwickelt.

Den Auftrag, den die Seelsorge zu erfüllen hat, erhält sie vom Spital. Das Auftragsverständnis hingegen, gerade auch in seiner interreligiösen Dimension, ergibt sich aus einem doppelten Bezug: Neben dem Spital sind die Kirchen, welche die Seelsorgenden ausgebildet und in ihr Amt

eingesetzt haben, der zweite wesentliche Referenzpunkt. Seelsorge ist in der *Wahrnehmung des Spitals* daran zu messen, welchen Beitrag sie zur Erfüllung des Grundauftrags des Krankenhauses leistet, das heißt, wie sie, unabhängig von der religiösen Herkunft von Patientinnen und Patienten, insbesondere zu ihrer Zufriedenheit und Heilung beiträgt. Seelsorge ist andererseits in der *Wahrnehmung der Kirchen* daran zu messen, wie sie mit den theologischen Dimensionen ihrer Aufgabe umgeht und wie die Verbindungen mit den Kirchen gestaltet werden.

Diese beiden Bezugspunkte – Spital und Kirche – können in Spannung zueinander geraten, und es ist eine wesentliche Aufgabe der Seelsorge, das Bewusstsein über dieses Spannungsverhältnis wach zu halten und es konzeptionell und im Handlungsvollzug kreativ zu gestalten. Wie sich dieses Spannungsverhältnis kreativ gestalten lässt, hat Christoph Morgenhalter aufgezeigt (2009). Er leitet im Blick auf die interreligiöse Dimension zwei Aufgabenbereiche der Spitalsseelsorge ab. Erstens einen interreligiösen Bereich:

„Mit Interesse an der Wahrnehmung unterschiedlicher religiöser Phänomene im Spitalalltag fragt Spitalsseelsorge sorgfältig nach den Wurzeln der Phänomene in den jeweiligen religiösen Kontexten, sowohl bezüglich ihrer Herkunft als auch ihrer gegenwärtigen Ausgestaltung. Sie ist sich dabei der eigenen Wahrnehmungsperspektive bewusst, die im Dialog mit anderen Wahrnehmungsperpektiven relativiert, vertieft und korrigiert wird und trägt zu einer differenzierten Wahrnehmung dieser multireligiösen (und –areligiösen) gesellschaftlichen Wirklichkeit in der Institution Krankenhaus bei.“ (Morgenhalter 2009: 155)

Und zweitens einen integrativen Bereich:

„Seelsorge vertritt an diesem Brennpunkt Zentrumsplatz aber auch ein übergeordnetes, integratives Interesse, in das gesellschaftliche und kirchliche Erwartungen gleichermaßen einfließen. Sie erhebt ihre Stimme im Diskurs eines Krankenhauses mit ihrer Option für das friedliche und gerechte Zusammenleben von Menschen verschiedener Kulturen und Religionen.“ (ebd.)

¹ Auszüge aus dem Profil der Seelsorge am Inselspital Bern.

1.3 Die Aufgaben der Seelsorge im interreligiösen Feld

Aus den bisherigen Überlegungen zum Auftrag und dem Kontext der Seelsorge im Inselspital lassen sich für die Spitalseelsorge im interreligiösen Feld folgende Aufgaben festhalten:

- Unterstützung von Menschen verschiedener Religionen im Rahmen des seelsorglichen Grundauftrags.
- Begleitung von Mitarbeitenden verschiedener Religionen im Spital in spirituellen und religiösen Belangen.
- Beratung und Schulung von Mitarbeitenden im Blick auf das religiöse Verständnis der Kommunikation und der therapeutischen und pflegerischen Prozesse.
- Engagement für das friedliche und gerechte Zusammenleben von Menschen verschiedener Kulturen und Religionen im Spital.

2. Seelsorgliche Angebote

Die seelsorglichen Tätigkeiten bzw. Angebote, welche sich aus der oben beschriebenen Aufgabenbestimmung ableiten lassen, lassen sich gliedern in a) Angebote für Patient/innen und ihre Angehörige, b) Angebote für Mitarbeitende sowie in c) Angebote und Tätigkeiten in den Bereichen Infrastruktur und Strategie.

a) Angebote für Patient/innen, Patienten und ihre Angehörige

i) *Existentielle Begleitung in einer Situation der Krankheit oder Krise*
 Seelsorgende begleiten Menschen bei Krankheit und in Krisen. Sie werden die Religion nicht als Eintrittsticket für eine Begleitung abfragen. Es ist eine Erfahrung der notfallseelsorglichen Interventionen, dass in akuten Krisensituationen religiöse Fragen anfänglich oft nicht im Vordergrund stehen und die religiösen Ressourcen erst zu einem späteren Zeitpunkt als Möglichkeit, sich in der Situation zurechtzufinden, in den Blick kommen. Aber auch bei Begegnungen in weniger krisenhaften Situationen genügt es manchmal voreinst, dass ein Mensch da ist, denn der oder die Patient/fin Vertrauen schenken kann. Es kann genügen, eine Ansprechperson zu haben, die sich im Spital auskennt oder die in einer Frage, die den Patienten beschäftigt, kompetent ist. Es ist Aufgabe für Seelsorgende, Menschen aller Religionen und Konfessionen, die dies wünschen, bei ihnen Anliegen auch ohne religiösen Bezug zu begleiten.

ii) Dem anderen helfen, dass er das Seine tun kann

Oft geht es in einer interreligiösen Begleitung darum, den anderen darin zu unterstützen, dass er im Spital selber das tun kann, was er will und was er für sich braucht. Die Seelsorgerin steht der Patientin zur Verfügung, ohne sich selbst für alle Fragen zuständig fühlen zu müssen. „Entscheidend aber ist die Fähigkeit, das Anderssein der Anderen zu akzeptieren, sie in ihrem Fremd-Sein belassen zu können und sich dennoch mit ihnen zusammen auf den Weg zu machen, gemeinsam herauszufinden, was jetzt hilfreich wäre“ (Nauer 2010: 272). Der muslimische Patient braucht vielleicht einen Teppich, um seine Gebete verrichten zu können, der buddhistische Patient braucht mehr Informationen zur schmerzstillenden Medikation, die jüdische Patientin will wissen, woher die koscherre Ernährung stammt. Hilfreiche Fragen, die Spitalsseelsorgende hier stellen könnten, sind solche, die den Transfer von kulturellen und religiösen Erfahrungen und Wissen aus der Heimat in den (fremden) Spitalkontext unterstützen: Was würde der Patient tun, wenn er in seiner Heimat wäre, was wäre die Aufgabe der Angehörigen, was diejenige des medizinischen Personals? Diese Fragen können die manchmal unausgesprochenen Erwartungen ins Bewusstsein heben und ihre Legitimität anerkennen. Dann können sich Patienten und Seelsorgende gemeinsam auf den Weg machen, herauszufinden, wie diese Anliegen in der Umgebung des Spitals berücksichtigt werden können.

iii) Vernetzung

Eine wichtige Aufgabe der Seelsorge besteht darin, Patienten mit Vertretern ihrer Religion, die für eine Begleitung zur Verfügung stehen, zu vernetzen. Gerade in Krisensituationen oder im Sterben wünschen sich viele jemanden, der die eigene Sprache spricht, der die eigenen kulturellen Codes und religiösen Bilder und Überzeugungen kennt und teilt. „In pluralistic societies and under globalized conditions the spiritual needs of today's patients should be met by someone within their own faith tradition whenever possible, especially if patients have an exclusive and high religious profile linked to a specific faith community“ (Walther 2009: 277).

Bei einer Begleitung eines älteren Mannes, der sich anfanglich als religiöslos vorstellte hatte, stellt sich heraus, dass er jüdische Wurzeln hat. Im Verlauf der seelsorglichen Begleitung werden diese Wurzeln immer wichtiger. Die Seelsorgerin schlägt vor, einen jüdischen Gesprächspartner bei-

zuziehen. Weil sie die religiösen Ambivalenzen des Patienten kennengelernt hat und die jüdische Gemeinde in der Stadt kennt, kann sie dem Patienten einen jüdischen Gesprächspartner vermitteln, der ihm auf seiner religiösen Suche verständnisvoll unterstützen kann.

Es macht für das Gefühl von Anerkennung der eigenen religiösen Bedürfnisse einen großen Unterschied, wenn eine Seelsorgerin von sich aus Angebote machen kann und damit auch zu verstehen gibt, dass er einen Ausschnitt der Welt des Patienten in der Schweiz selber kennt. Bedeutung für die Möglichkeit dieser Vernetzung ist die Kenntnis der Seelsorge von verschiedensten religiösen Netzwerken in der Umgebung – eine anspruchsvolle Aufgabe, auf die wir im nächsten Abschnitt noch zurückkommen werden.

iv) Dialog und gemeinsame religiöse Praxis

Aus einer seelsorglichen Unterstützung kann eine intensive Begegnung entstehen, in der die religiösen Dimensionen explizit aufgenommen und besprochen werden. Vielleicht entsteht ein Dialog über das Verständnis einer Krankheit, über die Gründe der Hoffnung, vielleicht entsteht der Wunsch nach einem gemeinsamen Gebet. Der Seelsorger wird die Situation und die Anliegen des Patienten sorgfältig wahrnehmen. Er wird seine Angebote immer im Wissen darum machen, dass er aus einer institutionell und kulturell starken Position heraus agiert und dass er die Aufgabe eines „Gastgebers“ hat, der die Andersheit des Anderen respektiert. Daraus kann ein gemeinsames religiöses Projekt entstehen:

„Interreligiöse Feiern sind sinnvoll und möglich, wenn sie in einem Geist respektvoller Gastfreundschaft durchgeführt werden und wenn in ihnen ein gemeinsames spirituelles Anliegen zum Ausdruck kommt, zum Beispiel die Sehnsucht nach Frieden, Gerechtigkeit und Versöhnung. Dazu gehört, dass die Einzigartigkeit jeder Religion geschützt wird. [...] Wer sich darauf einlässt, kann erfahren, was das tiefste Anliegen einer interreligiösen Feier ist: ein menschlicher Dienst an der Versöhnung.“ (Reformierte Kirchen Bern-Jura-Solothurn 2010: 43f.)

Der Seelsorger kann so mit dem anderen in Kontakt kommen, ohne ihm von etwas überzeugen zu wollen. Doch in diesem Kontakt kann ein Prozess entstehen, der die religiösen Selbstverständlichkeiten beider berührt, vertieft oder sogar transzendiert.

Eine buddhistische Patientin ist in den Ferien in der Schweiz tödlich verunglückt; die Betreuung der aus dem Ausland anreisenden Angehörigen wird durch den Seelsorger des Spitals wahrgenommen; die Abschiedsfeier wird in einem „Raum der Stille“ im Spital durch eine buddhistische Nonne gestaltet. Den Kontakt zu ihr hatte die Seelsorge hergestellt. Zu dieser Abschiedsfeier wird auch der Spitalseelsorger eingeladen; er erlebt dort etwas von der Kraft der repetitiven Gesänge; und er wird gebeten, eine Art „Segen“ für die z.T. anwesenden Spitalmitarbeiternden auszusprechen. Damit wird die Feier authentisch für die buddhistischen Angehörigen; die Teilnehmenden aus dem Schweizerischen Kontext werden aber ebenfalls wahrgenommen und angesprochen.

b) Angebote für Mitarbeitende

i) Begleitung von Mitarbeitenden

Im Inselspital werden nicht nur Patienten aus den verschiedensten kulturellen und religiösen Kontexten betreut, sondern das Inselspital selbst ist ein multireligiöser Kosmos, seine Mitarbeitenden bringen unterschiedliche Hintergründe und damit auch entsprechende Wahlnehmungsweisen und Anliegen – oft nicht offen artikuliert, aber deswegen nicht weniger wirksam – in die Zusammenarbeit und das Zusammenleben hinein.

Ein Mitglied des Reinigungsteams hatte aus hilfloser Weise den Auftrag, das Büro einer Seelsorgers zu putzen. Offenbar ermutigt durch die religiöse Offenheit des Seelsorgers, der sie auf ihr Kopftuch hin als Muslima ansprach, fragte sie ihn, ob sie während der Zeit ihrer Aushilfe ihre täglichen Gebete im Büro des Seelsorgers verrichten dürfe. Im Gespräch zeigte sie sich, dass sie ihr Gebetsamlegen bisher noch nie vorgebracht hatte und das Fehlen der täglichen Gebetspraxis schmerzlich vermisste.

Eine Seelsorge, die sich nicht nur für die Patienten und ihre Angehörigen (Krankenseelsorge), sondern für das Gesamtsystem des Spitals (Krankenhausseelsorge) als zuständig versteht, steht auch den Mitarbeitenden zur Verfügung. Die so verstandene Aufgabe lässt sich inhaltlich analog

den oben genannten Angeboten für Patienten und Angehörige (a, i-iv) beschreiben.

ii) Beratung von Mitarbeitenden

Pflegende und Ärzte bekommen es in ihrer Tätigkeit immer wieder mit religiösen Anliegen und Besonderheiten ihrer Patienten zu tun. Religiöse Aspekte gehören oft grundlegend zum Lebens- und Krankheitsverständnis von Patienten und beeinflussen damit beispielsweise, ob Empfehlungen verstanden und Abmachungen eingehalten werden. Manchmal sind den medizinischen Mitarbeitenden solche Zusammenhänge nicht bewusst, manchmal werden sie, wie im eingangs erwähnten Beispiel, mit schwierigen Fragen, die ihr Berufsverständnis betreffen, konfrontiert.

Eine Pflegefachfrau berichtete, dass sie eine hinhaltische Patientin in einer palliativen Situation betreute. Im Zimmer war auch der Ehemann der Patientin. „Ich betrat das Zimmer und begrüßte Herrn S. mit einem Händedruck. Dieser saß am Bett seiner Frau und redete laut auf sie ein. Frau S. war zu diesem Zeitpunkt nicht mehr ansprechbar. Die Vitalzeichen waren unterhalb der verordneten Limiten, also rief ich vom Zimmer aus einen Arzt. Eine zusätzliche periphere Leitung musste angelegt werden. Frau S. trug am Handgelenk farbige Bänder. Da ich diese als störend empfand, schnitt ich sie durch.“ In der nachträglichen Reflexion mit einer Pflegeexpertin erkennt sie, dass die Bänder „wichtige Symbole für die Patientin“ waren, „welche ihr während dem Krankheitsverlauf helfen sollten“ und sie hält für sich fest: „In diesem Fallbeispiel ist mir bewusst geworden, wie die eigenen Gefühle, die eigenen Wertvorstellungen und das eigene Pflegeverständnis die Pflege beeinflussen“ (Schläpfer 2011: 21).

Blick aufs Beispiel:

Weil die Pflegenden wussten, dass der Seelsorger den Patienten und seine Angehörige begleitet, aber auch im Wissen um das Angebot der Seelsorge, Mitarbeiter in komplexen, religiösen Fragen zu begleiten, war, galt die Seelsorge gerufen.
Als der Seelsorger im Arztzimmer eintraf, diskutierten diese gerade die Möglichkeit, wie sie sich einen von den Brüdern unabhängigen und di-

retten Zugang zum Patienten verschaffen könnten. Die Ärzte sahen es als ihre Aufgabe an, dem Willen des Patienten – und häufig von den Meinungen der Brüder – herauszufinden, damit er individuell und automatisch zu entscheiden vermochte. Die Weigerung der Brüder, die Ärzte alleine mit dem Patienten sprechen zu lassen, interpretierten sie als Informalisierung bzw. Entmündigung des Patienten. Die Ärzte verstanden sich sozusagen als Anwälte des Patienten gegen seine Brüder. Aufgabe der beratenden Seelsorge war es in dieser Situation, auf die unterschiedlichen Konzepte von Individualität und Gruppenverständnis in verschiedenen Gesellschaften hinzuweisen.

Es ist kein universelles, sondern ein rezipielches, westliches Verständnis, dass *Mündigkeit bedeutet, selbstständig und unabhängig (von den Meinungen anderer, insbesondere derer der Familie) zu sein und möglichst zielgerichtet die eigene Selbstverwirklichung anzustreben*. Wer unbewusst dieses Konzept als das einzige richtige Selbstkonzept versteht, wird Menschen aus einer anderen Gesellschaft, die „immer noch“ eine ausgeprägte und enge Verbundenheit zu ihrer Herkunftsfamilie aufzuzeigen, als unseelbstständig taxieren. „Diese Beurteilung und letztlich auch abwertende Verurteilung beruht auf der folgenden, unhinterfragten Material: Das Individuum ist eine abgegrenzte, primär sich selbst verantwortliche Einheit und erlebt sich selbst als Zentrum der Welt. Doch diese die Lebenswelt prägende Annahme ist nur eine Möglichkeit, wie sich das Verhältnis zwischen dem Individuum und der Gruppe manifestieren kann. So sind soziogenetivisierte Gesellschaften, welche das Individuum als größtenteils abhängiges Glied der Gruppe verstehen und dementsprechend Gruppenziele individuellen Bedürfnissen zum Teil überordnen, weltweit gesehen eher die Regel als die Ausnahme. Doch solange eine Fachperson davon nicht Kenntnis hat, geht sie davon aus, dass ihr Konzept das „normale“ ist und ist sich wohl kaum bewusst, dass sie Mitglied einer sogenannten individuumzentrierten Gesellschaft ist“ (Dörnerig 2007: 176).

Wichtig für die Lösung des Konfliktes war 1) eine deeskalierende Intervention in dem Sinn, als sich die Ärzte bereit erklärt hatten, nichts vorzunehmen, ohne sich vorher mit den Brüdern abzusprechen. Dies ermöglichte 2) ein Rundtischgespräch, an dem die verschiedenen Anliegen vorgebracht werden konnten. Dabei zeigte sich 3), dass beide Seiten der Meinung waren, der Patient müsse über seine Situation aufgeklärt werden und seine Ansicht sei unbedingt zu berücksichtigen. Es zeigte sich,

aber auch 4), dass die Brüder die Art und Weise sowie das Tempo der Information selber bestimmten wollten. Man einige sich schließlich 5) darauf, dass die Brüder einen Termin vorschlagen würden, bei dem das Rundtischgespräch zusammen mit dem Patienten geführt würde. Abschließend sei festgehalten, dass der oben beschriebene Prozess keinesfalls exemplarische Gelung beansprucht. Durch eine unterschiedliche Sozialisation der Patienten ergeben sich verschiedene Zugänge in derart sensiblen Angelegenheiten, für deren Umgang es keine Regeln gibt: „Die [...] Komplexität einer muslimischen Entscheidungsfindung liefert verbindliche Gründe für die Argumentation gegen eine routinierte und standardisierte Vorgehensweise in einem medizinethischen Konflikt“ (Iltalic 2001: 519). Besondere Beachtsamkeit und das genaue Wahrnehmen und Berücksichtigen des sozialen Selbstverständnisses und der kommunikativen Regeln des Patienten und seiner Angehörigen wird in jedem individuellen Fall die beste Voraussetzung für eine zufriedenstellende Bewältigung der Situation für alle Beteiligten sein.

iii) Interne Schulungen

Wenn medizinische und andere Mitarbeitende im Spital die kulturellen und religiösen Aspekte des therapeutischen Prozesses im Spital ansehen, entstehen auch Bedürfnisse, sich in diesen Fragen besser auszukennen, die eigenen professionellen Kompetenzen entsprechend zu vertiefen, kurz: Es besteht der Bedarf nach Bildung.

Das Gastronomieteam der Frauenklinik hat u.a. die Aufgabe, den Patientinnen auf der Station das Essen ins Krankenzimmer zu bringen. In einem Gespräch zwischen dem Teamleiter und einem Seelsorger tauchten Fragen zu den religiösen Hintergründen bestimmter Speisevorschriften auf. Die Seelsorge gestaltete daranhin einen Fortbildungsmorgen zu religiösen Aspekten des Essens und dabei kommen viele Vorurteile und auch das Befremden über „komplizierte“ Essensvorschriften besprochen und bearbeitet werden. Ziel war es, dass die Überbringer des Essens sensibler und offener würden gegenüber den religiösen Bedürfnissen der Patienten.

Bei solchen Bildungsangeboten wird immer wieder der Wunsch laut, möglichst einfache und praktikable Checklisten zu erhalten, die über die

religiösen Bedürfnisse, die „do's und don'ts“ Auskunft geben und die das (verständliche) Bedürfnis nach Sicherheit stillen. Leider ist es nicht so einfach. Vielmehr ist es gerade eine der zentralen Aufgaben in religiösen Bildungsveranstaltungen, den Professionellen aufzuteilen, dass es keine einfachen Zuschriften gibt bzw. dass eine Verallgemeinerung die Wahrnehmung der Realität verspielen kann. Dann würde eine Checkliste den Kontakt zum konkreten Gegenüber erschweren statt erleichtern. Wir werden im nächsten Abschnitt vertiefter auf die spezifischen transkulturellen Kompetenzen eingehen.

c) Infrastruktur und Strategie

i) Infrastruktur

Seelsorge kann Patienten und Angehörige darin unterstützen, dass diese im Spital selber das tun können, was sie wollen und was sie für sich brauchen. Dazu gehört auch das Nutzen von besonderen religiösen Räumen, die im Vergleich zu anderen Räumen im Spital nicht-funktional sind.

Im Inselspital wurden verschiedene Räume der Stille mit unterschiedlichen Konzepten hinsichtlich ihrer (religiösen) Verwendbarkeit installiert. Einer dieser Räume wurde zusammen mit Vertretern verschiedener „großer“ Religionen konzipiert und eingerichtet. Als religiös neutrale, aber atmosphärisch wirksame Symbole stehen große goldene Kerzenständer im Raum. Ansonsten hat der Raum keine religiöse Ausschmückung. Ein Wandschrank enthält wichtige Gegenstände der verschiedenen Religionen. Wenn eine Gruppe den Raum nutzt, kann sie ihn sich „zu eignen“ machen, indem sie den Gegenstand ihrer Tradition verwenden.

Neben den verschiedenen Räumen hat die Seelsorge eine Sammlung von Literatur, Musik und Gegenständen, die sie Patienten auf ihren Zimmern zur Verfügung stellen kann.

Blick aufs Beispiel:

Für die Brüder des Patienten wurde der interreligiöse Raum der Stille in der Kinderklinik ein wichtiger Rückzugsort. Er bot ihnen die Möglichkeit, ihre Waschungen und Gebete zu verrichten und war doch so nahe beim Patienten, dass sie jederzeit und rasch zu ihm zurückkehren konnten.

ten. Der Raum ist einfach eingerichtet und bietet die Möglichkeit, sich mit einer Liege auszuruhen oder sogar einen Moment zu schlafen. Auf Augenhöhe ist ein Tablar installiert, auf dem sich wichtige Schriften verschiedener Religionen befinden (z.B. verschiedensprachliche Koranaugaben). Im Eingangsbereich des Raumes befindet sich ein Waschbecken.

ii) **Strategie**

„Seelsorge erhebt ihre Stimme im Diskurs eines Krankenhauses mit ihrer Option für das friedliche und gerechte Zusammenleben von Menschen verschiedener Kulturen und Religionen“ (Morgenthaler 2009: 155). Wie tut sie das? Sie wird einerseits ihre „Stimme erheben“ bei schwierigen therapeutischen Entwicklungen, die einen religiös-kulturellen Hintergrund haben oder bei religiösen Anliegen von Patientinnen und Patienten, die nicht gehört haben. Sie wird andererseits die Entwicklungen im Spital in diesem Feld beobachten und Möglichkeiten wahrnehmen, auf der strategischen Ebene Einfluss zu nehmen.

Das Projekt „Migrant friendly hospital“ MFH wurde vom Schweizerischen Bundesamt für Gesundheit lanciert. Ziel des Projektes ist, dass die beteiligten Spitäler besondere Kompetenzen bei der Betreuung von Migrantinnen und Migranten erlangen. Unter anderem sind dabei Zugangsbarrieren abzubauen, den Patientinnen und Patienten Dolmetscherdienste anzubieten und die transkulturelle Kompetenz des Spitalpersonals zu fördern. Aktuell wird im Irsee Spital bezüglich Patientinnen und Patienten die Entwicklung einer inszeinreichen MF-Strategie im Umgang mit Migrantinnen und Migranten vorgesiehen sowie eine Bindelung, Integration und Umsetzung der bereits zahlreich vorhandenen Initiativen und Konzepte. Dieses Projekt ist für die Irsee Seelsorge eine wichtige Möglichkeit, ihre verschiedenen Angebote unter dem Gesichtspunkt der Migranteneinfühllichkeit (mit einem besonderen Fokus auf der religiösen Dimension) einzubringen und zu verankern sowie sich mit Partnern zu vernetzen, und damit Doppelpurrigkeiten (etwa bei Angeboten der internen Fortbildung) zu vermeiden und die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern.

3. Voraussetzungen & Herausforderungen

Die Seelsorge, als Organisationseinheit zuständig für religiöse und spirituelle Fragen, wird im Spital wohl von vielen als die Disziplin angesehen, die in interreligiösen Fragen kompetent ist. Diese Kompetenz muss sie sich aber erarbeiten und sie muss Formen finden, diese in einem dynamischen Feld laufend weiterzuentwickeln (b und c). Um die interreligiöse Kompetenz entwickeln zu können, ist jedoch ein gemeinsames Aufgabeverständnis unerlässlich (a). Ist dieses vorhanden und auch kommunizierbar (d), kann die Seelsorge im Spital als verlässlicher, berechenbarer Partner bei interreligiösen Fragen und Konflikten in Erscheinung treten.

a) Gemeinsames Verständnis der Aufgabe

Grundlegend für das (gemeinsame) interreligiöse Verständnis der Aufgabe ist der Diskurs im Team der Seelsorge selbst. Dieser ist Grundlage für

- ...die Entwicklung der Angebote und das seelsorgliche Profil im Spital. „Um innerhalb institutioneller Abläufe eines Zentrumsseelspritals Identität zu gewinnen, handlungsfähig zu bleiben und auch als sozialer Akteur innerhalb des Krankenhauses anerkannt zu werden, ist konzeptionelle Arbeit unabdingbar.“ (Morgensthaler 2009: 154)
- ...die Qualitäts sicherung und die Erhebung des Bedarfs an interner Fortbildung. Am effizientesten und kreativsten erreist sich der kollegiale Austausch konkreter seelsorglicher Situationen. Dabei werden konkrete Situationen besprochen und Handlungsvarianten durchgesprochen.

b) Transkulturelle und interreligiöse Kompetenz

Seit einigen Jahren wird intensiv diskutiert, welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, um Menschen aus unterschiedlichen kulturellen und religiösen Kontexten hilfreich zu begleiten. Allgemein formuliert Nauer (2010: 273), dass Seelsorgende „als interkulturell sensible GesprächspartnerInnen die Fähigkeit besitzen, für wirklich alle Menschen da zu sein und ihnen im Rahmen ihrer jeweiligen kulturellen Herkunft und religiösen Überzeugung hilfreich zur Seite zu stehen.“

Nur, was ist das für eine Fähigkeit und wie können Seelsorgende sich diese im interreligiösen Feld erwerben? Wie können sie es vermeiden, gerade mit einer erlernten kulturellen oder religiösen Kompetenz durch die Hintertür doch wieder den anderen dem System der eigenen Überzeugungen unterzuordnen und damit den realen Kontakt auf Augenhöhe gerade zu verlieren? Paul Mecheril (2002: 30) fordert darum eine „Kompetenzlosigkeitskompetenz“ und führt dazu aus: „Interkulturelle Professionalität stellt sich als Versuch dar, Wissen zu erarbeiten, das sich im Annäherung an die Perspektive des Gegenübers konstituiert, ohne im Konstitutionsprozess den Rest, das Nicht-Wissen zu überspringen: Verstehen des Anderen ist ein (koloniales) Phantasma.“ In eine ähnliche Richtung zielt Elisabeth Rohr (2006: 38), wenn sie – ausgehend von der Sentenz des Philosophen Waldenfels, dass ich dem Fremden nur nahekomme, indem ich seine Fremdheit aushalte – interkulturelle Kompetenz so umschreibt: „Dem Fremden, dem Migranten oder dem Flüchtling, bzw. dem Kollegen aus Afrika komme ich dadurch nahe, indem ich ihre Ferne, ihre Andersartigkeit, vielleicht sogar ihre Fremdheit ertrage und aushalte. [...] Diese Haltung möchte ich als eine Intimitäts- und Disanztoleranz kennzeichnen.“ Diese Haltung ist unseres Erachtens ebenso grundlegend für die interreligiöse Begleitung.

Dagmar Domenig (2007: 174) bestimmt von hier aus drei Säulen einer hilfreichen Interaktionsfähigkeit: „Selbstreflexion, Hintergrundwissen und Erfahrung sowie narrative Empathie.“:

- Bei der *Selbstreflexion* geht es darum, die Wahrnehmung so zu schärfen, dass das *eigene Selbstverständnis* zutage gefördert wird. Von daher wird es überhaupt erst möglich, die Lebenswelt und das *Selbstverständnis* anderer in den Blick zu bekommen. Wie lassen sich diese Prozesse in die Arbeit der Seelsorge integrieren? Im Team der Seelsorge finden regelmäßig interviorische Einheiten statt, bei denen u.a. interreligiöse Situationen besprochen werden. Dabei geht es darum, einerseits die den seelsorglichen Interventionen zugrunde liegenden Überzeugungen aufzuspüren und andererseits die Reaktionen und Anliegen der Beteiligten im Kontext ihres *Selbstverständnisses* besser zu verstehen.
- Das *Hintergrundwissen* basiert auf religionsspezifischem Wissen und auf Konzepten genereller Art (z.B. theoretisches Hintergrundwissen über Kultur und Integration, über medizinethnologische Konzepte und über angepasste Kommunikation im Migrationkontext). Wichtig ist es dabei, die Unterschiedlichkeit und Bezogenheit von kulturellen und religiösen Dimensionen im Blick zu behalten. Im Team der Seelsorge dient einerseits eine interreligiöse Datenbank der raschen Zugänglichkeit zu zentralen Konzepten und Inhalten religiöser Traditionen, andererseits werden regelmäßig Vertreter*innen verschiedener Religionen eingeladen, um im Gespräch interreligiöse Begegnungen und Seelsorgeinterventionen zu analysieren.

- Im Wissen darum, dass Erzählungen von Patienten eine bedeutende Rolle im Bewältigungsprozess einer Krankheit spielen und man durch das Verstehen dieser Erzählungen Zugang zur eigenen Welt und derjenigen der Patienten findet, ist die *narrative Empathie* eine Schlüsselkompetenz gerade auch in interreligiösen Begegnungen. In den regelmäßigen Teamsitzungen, bei interviorischen Einheiten und in der Begegnung mit Vertretern*innen anderer Religionen ist das Erzählen und das Wiedergeben von Erzählungen zentraler Bestandteil der Rekonstruktion von Seelsorgesituationen.

c) Interreligiöses Netzwerk

Um Patienten und Angehörige mit Vertretern ihrer jeweiligen religiösen Gemeinschaft vernetzen zu können, muss die Seelsorge diese kennen. Die Seelsorge am Inselspital hat vor einigen Jahren damit begonnen, ein Netz von Vertreter*innen verschiedener Religionen aufzubauen. Weil dieses Feld sehr dynamisch ist und sich laufend verändert (was die religiösen Gruppierungen und auch die Vertreter betrifft), ist es nicht möglich, zu möglichst allen religiösen Gruppierungen entsprechende Kontakte aufzubauen. Deshalb verfolgt das Team einige Grundsätze, welche die Auswahl beeinflussen (i) und widmet der Pflege bestehender Kontakte besondere Aufmerksamkeit (ii):

- i) *Grundsätze:*
 - Wir verfolgen die Entwicklung der Patientenzahlen, um Aufschluss darüber zu erhalten, welche religiösen Gruppierungen besonders stark im Spital vertreten sind.
 - Wir suchen den Kontakt zu Vertreter*innen und Vertretern der zahlreich großen Religionen in der Region.

- Wir pflegen Kontakt zu Institutionen und Fachpersonen, die selbst wiederum in Kontakt zu religiösen Gruppierungen stehen. So können wir sie bei Bedarf kontaktieren.
- ii) **Kontaktpflege:**
Wenn der Kontakt zu einem Vertreter einer religiösen Gemeinschaft hergestellt ist und die grundsätzliche Bereitschaft abgeklärt werden konnte, für religiöse Begleitungen im Spital zur Verfügung zu stehen, wird der Kontakt auf zwei Wegen gepflegt:
 - Vor dem Erstkontakt zu Patienten empfängt eine Seelsorgerin in der Regel den Religionsvertreter, um ihn bei seiner Arbeit im Spital zu unterstützen.
 - Jährlich wird ein Apéro organisiert, zu dem die Vertreter/innen der religiösen Gemeinschaften, mit denen die Seelsorge einen Kontakt pflegt, eingeladen werden. Bei dieser Gelegenheit werden Fragen der Begleitung, der Rahmenbedingungen im Spital und aktuelle Anliegen diskutiert.

d) Kommunikation

Kommunikation ist das, was beim Empfänger ankommt. Diese salopp formulierten kommunikationstheoretische Einsicht ist für die Kommunikation seelsorglicher Angebote – und im besonderen Maß im Kontext unterschiedlicher Religionen besonders zu beachten. Seelsorge muss sich und ihre Angebote in den Kliniken immer wieder ins Spiel bringen! Genaue Fragen, die die kulturellen und religiösen Dimensionen betreffen, gehen im Spitalalltag oft unter. Somit brauchen auch die Angebote in diesem Feld ein besonderes, beharrliches, gelegentlich überraschendes Marketing.

Als Freiwillige arbeitet im Seelsorgeteam schon seit einigen Jahren eine „kleine Schwester Jesu“ mit. Sie war früher lange Zeit im arabischen Raum tätig und spricht gut Arabisch. Sie bietet an, bei Arabisch sprechenden Patientinnen und Patienten vorbeizugehen und ihre Unterstützung anzubieten. Im Team ist dieses Angebot sehr willkommen. Es wird in der Realität aber kaum genutzt – sei es, dass bei Arabisch sprechenden Patienten diese Möglichkeit vergessen wird, sei es dass (auch von Seelsorgenden) überhaupt vergessen wird, dass es dieses Angebot gibt. Sogar inner-

- halb des Seelsorgeteams bedürfen interreligiöse Themen also eines „Marketings“, einer festen Zuständigkeit von Personen, die sich verbindlich um sie kümmern, die „à jour“ bleiben und die sie in den Teamdiskurs immer wieder einbringen. Konkret haben zwei Personen aus dem achtköpfigen Team den Auftrag, sich des Themas besonders AFEHLNEHMEN, die teaminterne e-Platform zu bewirtschaften und zum Beispiel in Form von Einladungen von Gesprächspartner*innen, Referaten und Literaturhinweisen das Thema im Team zu pflegen.

4. Theologischer Ausblick

Im ersten Abschnitt haben wir festgehalten, dass sich die Klärung des Aufgabenverständnisses und die Konzeptionalisierung der Seelsorge bei interreligiösen Fragen einem kreativen Prozess verdankt, welcher die beiden institutionellen Pole des Spitals und der Kirche bzw. den geschäftlichen und theologischen Diskurs über Heilung und Heil berücksichtigt und ernst nimmt. In diesem Prozess wird sich die Seelsorge fragen und befragen lassen müssen, in „welchem Geist“ sie auf die interreligiösen Fragen eingeht.

Die Diskussion um die theologischen Konzeptionen der Seelsorge im interreligiösen Kontext wird unseres Wissens jedemfalls im deutschsprachigen Raum noch viel zu wenig geführt. Wir schließen den Aufsatz mit drei Aspekten, welche aus einigen Erfahrungen der Inselseelsorge in diesem Feld entstanden sind. Wir gehen davon aus, dass das Gespräch über die theologische Deutung der getroffenen Erfahrungen die seelsorgliche Tätigkeit in diesem Gebiet profitiert und weiterentwickelt.

- Wer in Kontakt mit Menschen aus verschiedenen, nichtchristlichen Religionen kommt, wird oft Menschen begegnen, die aus der Fremde kommen und hier als Fremde wahrgenommen werden und leben. Die Situation der Fremde ist für das biblische Lcbensverständnis geradezu konstitutiv. Exemplarisch sei hier Exodus 23,9 zitiert: „Den Fremden sollt ihr nicht bedrücken, ihr kennt das Leben in der Fremde, ihr seid selbst Fremde im Lande Ägypten gewesen.“ Die Erinnerung an die Situation der Freunde ist die Grundlage für die biblischen Weisungen des Zusammenlebens, wobei es in dieser Ethik der Erinnerung darum geht, den

anderen nicht anzutun, was man selbst erfahren hat. Für die Seelsorge im Spital könnte man folgern, dass versucht wird, die- sc Ethik der Erinnerung in der aufsuchenden Begleitung anders- religiöser Patientinnen und Patienten zu realisieren.

- Eine Form, Fremden anders „als im Sklavenhaus Ägypten“, d.h. nicht in unterdrückischer, abwertender oder missionarischer Haltung zu begegnen, ist die Gastfreundschaft. Eine biblische Schlüsselgeschichte dazu – die selbst im interreligiösen Dialog für Juden, Christen und Muslime zentral ist – ist die Bewirtung von drei Männern durch Abraham, die ihn bei den Eichen von Mamre besuchen (Gen 18). Spannend an der Erzählung ist unter anderem, dass Abraham einerseits alles tut, dass es den Männern wohl ist, dass er sich selbst dann allerdings nicht selbst mit ei- nem erdrückenden Bewirtungsprogramm in Szene setzt. Seine Gastfreundschaft schafft vielmehr einen Raum der Begegnung, in dem das Geheimnis des Lebens sichtbar und erfahrbar werden kann. Für die Seelsorge im Spital kann man folgern: Sie soll Räume schaffen, in denen die Patientinnen und Patienten anderer Religionen ihre Eigene leben können. Damit ist die Verneilung verbunden, dass so – für die PatientInnen wie auch für die Seel- sorgenden – Neues und Lebendiges entstehen kann.

■ Dic drei Männer treffen Abram und Sara in einer Situation per- sönlicher Zukunftslosigkeit (ausgedrückt in der Kinderlosigkeit von Sara) an und verheißen ihnen eine Zukunft, wo die beiden eine solche nicht mehr sehen. Für die Seelsorge im Spital kann man versichern: Das Neue entsteht oft gerade im Feld des „Nichtmehrweiterwissens“, an den Grenzen eigener (auch pro- fessioneller) Kompetenz. Es gehört zu den Herausforderungen der Seelsorge im interreligiösen Feld, oft nicht zu wissen, wie es weitergeht, kein Konzept in der Hand zu haben, was jetzt zu tun ist. Diese „Kompetenzlosigkeitskompetenz“ (Paul Mecheril) verweist auf eine grundlegende Dimension seelsorglicher Tätig- keit, die selber nicht aus sich heraus den Menschen zu helfen wissen meint, sondern gemeinsam mit ihnen auf eine Kraft hofft, die im Prozess des Suchens, der Begegnung und des Nichtwis- sens entstehen kann.

Bibliographie

- Beumann, Christoph Peter: *Der Krieg der Weltreligionen*. Stuttgart 2005.
- Domenig, Dagnir: *Das Konzept der transkulturellen Kompetenz*. in: Domeneig, Dagmar (Hg.): *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pfleg-, Gesundheits- und Sozialbe- rufe*. Bern (2. Auflage) 2007, 165-189.
- Hilmi, Ilhan: *Patientenautonomie und der muslimische Patient in einer westlichen Gesellschaft*, in: Concilium, 2001, 510-521.
- Laabidihaoui, Malika; Rüschoff, Ibrahim: *Umgang mit muslimischen Patienten*. Bonn 2010.
- Mecheril, Paul: *Kompetenzlosigkeitskompetenz. Pädagogisches Handeln unter Finanzie- rungsbedingungen*, in: Auerheimer, Georg (Hg.); Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität. Opladen 2002, 15-34.
- Morgensthaler, Christoph: *Kirche und Gesellschaft*, in: Kramer, Anja; Rindrat, Christian; Schirrmacher, Freimut (Hg.); Ambivalenzen der Seelsorge. Neukirchen-Vluyn 2009, 145-158.
- Nauer, Doris: *Seelsorge – Sorge um die Seele*. Stuttgart (2. Auflage) 2010.
- Pohl-Patalong, Uta: *Praktische Theologie interreligiös? Die Vielfalt der Religionen als Herausforderung und Chance für praktisch-theologisches Denken*, in: Praktische Theologie 38 2003, 96-108.
- Reformierte Kirchen Bern – Jura – Solothurn: *Beggegnung und Dialog der Religionen. Eine Standortbestimmung der Reformierten Kirchen Bern – Jura – Solothurn*. Bern 2010.
- Rohr, Elisabeth: *Interkulturelle Kompetenz*, in: Weiß, Heimann (Hg.); Interkulturelle und interreligiöse Kommunikation. Beiträge aus dem Internationalen Seminar 2005. Düs- seldorf 2006, 36-40.
- Schlüpf, Marion: *Religion, Sterben und Tod in der palliativen Pflege. Abschlussarbeit* NDS. Bern 2011.
- Schneider-Harprecht, Christoph: *Interkulturelle Seelsorge*. Göttingen 2001.
- Waithier, Tabitha: *Individualization – Migration – Globalization*, in: Shpani, Daniel S./Bueckert, Leah Dawn (Hg.); *Interfaith Spiritual Care. Understandings and practices*. Kitchener, Ontario 2009, 259-278.
- Weiss, Helmut; Federschmidt, Karl; Temme, Klaus (Hg.); *Handbuch interreligiöse Seel- sorge*. Neukirchen-Vluyn 2010.