

Dieses Dokument bietet einen unveränderten Textauszug aus:

Handbuch Interkulturelle Seelsorge

herausgegeben von

**Karl Federschmidt, Eberhard Hauschildt,
Christoph Schneider-Harpprecht, Klaus Temme
und Helmut Weiß**

Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag, 2002

Das copyright für diese elektronische Ausgabe liegt bei den Herausgebern.

Bis auf weiteres darf der Text, unverändert und mit Nennung von Autor und Quelle, für nichtkommerzielle und wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.

Krankenhaus

„Außen bin ich Deutsche, aber innen Südländerin“
Seelsorge und Beratung bei Menschen mit einer multikulturellen
Identität

Ursula Josuttis

1

Seit 1989 bin ich Krankenhauspfarrerin in einem westdeutschen Krankenhaus mit 560 Betten. In diesem Zeitraum hat der Anteil der ausländischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in allen Arbeitsbereichen stetig zugenommen. „Hier werden Sie von Mitarbeitern aus 29 Nationen gepflegt!“ stand beim letzten Betriebsfest unseres Krankenhauses in großen Buchstaben über der Bühne des Bierzeltes. Internationalität der Mitarbeiterschaft ist eine Alltäglichkeit geworden. In 1.000 Stellen mit unterschiedlichem Stellenumfang arbeiten 1.300 Menschen. 9% von ihnen haben derzeit nicht oder noch nicht die deutsche Staatsbürgerschaft. Das entspricht genau dem Bevölkerungsanteil der ausländischen Mitbürger und Mitbürgerinnen an der Gesamtbevölkerung.¹ Hinzu kommt die nicht erfasste Zahl derer, die bereits vor längerer oder kürzerer Zeit sich einbürgern ließen oder als hier geborene Kinder die deutsche Staatsangehörigkeit erhalten haben: In der Statistik erscheinen sie als Deutsche, beschreiben sich aber als von zwei Kulturen geprägt.

Krankenhäuser werden überall in der BRD multikulturelle Arbeitsfelder sein. Als Dienstleister im Bereich Gesundheit sind Krankenhäuser ein Spiegelbild der Gesellschaft, zu der sie gehören. Einstellungskriterium in den modernen leistungsorientierten Krankenhäusern können nur die formalen Qualifikationen und die vorhandene Berufserfahrung sein. Eine Benachteiligung von Bewerbern mit anderer Staatsangehörigkeit und Religion ist bei besserer oder gleicher Qualifikation politisch nicht durchzuhalten und meist auch nicht erwünscht. Die konfessionellen Krankenhäuser erwarten in den Stellenanzeigen von den Bewerbern auf Leitungsstellen zwar meist noch die Zugehörigkeit zu einer der beiden großen Kirchen; sie können das aber nur bei gleicher Qualifikation als nachgeordnetes Auswahlkriterium einsetzen.

Das Krankenhaus ist ein Ort, an dem Menschen verschiedenster Herkunft und unterschiedlicher religiöser Prägung in Sorge für Kranke

¹ DIE ZEIT Nr. 52 vom 20.12.2000, Seite 7: „Unverändert wird der Anteil von Ausländern an der Gesamtbevölkerung dramatisch überschätzt. 10 Prozent glauben, er bewege sich zwischen 31 und 45 Prozent, 15 Prozent nehmen 21 bis 30 Prozent an, 36 Prozent schätzen, dass er zwischen 11 und 20 Prozent liege – in Wahrheit sind es bundesweit knapp 9 Prozent.“

zusammenarbeiten. Das Ziel des Krankenhauses, bei Krankheiten medizinische Hilfe zu leisten, verbindet Menschen jenseits aller Verschiedenheiten und nötigt zu einem reibungslosen Miteinander im Dienste der Kranken und Sterbenden. Wer ein paar Jahre in der Pflege oder im medizinischen Bereich gearbeitet hat, verfügt deshalb meist über auffallend gute Deutschkenntnisse. Für viele ist Deutsch die dritte oder vierte Fremdsprache, und sie wird innerhalb kurzer Zeit erlernt. Denn im Krankenhausalltag ist es notwendig, gut deutsch sprechen und schreiben zu können. Wo es in Krisensituation auf Zeit ankommt, muss jeder sich schnell und präzise in der gängigen Umgangssprache ausdrücken können. Der Kontakt mit den Patienten und Patientinnen ist zudem ein beständiges Übungsfeld.

Wie hoch der Anteil ausländischer Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern genau ist, lässt sich nur vermuten. Denn die Staatsangehörigkeit gehört nicht zu den behandlungsrelevanten Daten und wird bei der Aufnahme nicht abgefragt. Der Ausländeranteil aller in Krankenhäusern behandelten Menschen wird dem Anteil von Ausländerinnen und Ausländern an der Gesamtbevölkerung entsprechen und bei 9% liegen, aber von Krankenhaus zu Krankenhaus variieren. Aufgrund der genau festgelegten Einzugsgebiete bei der Akutversorgung gibt es Krankenhäuser, in denen er deutlich höher als 9% ist: In den Stadtteilen der Großstädte mit signifikant höherem Ausländeranteil. Ebenso gibt es Krankenhäuser, in denen er deutlich niedriger ist: Auf dem Lande und in den neuen Bundesländern. Bei allen hochspezialisierten Krankenhäusern mit überregionalen Einzugsgebieten wie z.B. Universitätskliniken wird er überall bei 9% liegen.

Wer in einem Krankenhaus mit pastoralem Auftrag arbeitet, erlebt das unübersehbar multikulturelle Arbeitsfeld zudem als multireligiös. Man trifft auf Mitglieder der unterschiedlichen in der Ökumene kooperierenden christlichen Kirchen, auf Angehörige der anderen Weltreligionen, auf langjährige Atheisten und auf Menschen, die Religiosität im Rahmen von New Age Gruppierungen erst kürzlich entdeckt haben. Diese multikulturelle und multireligiöse Realität können Krankenhausseelsorger und -seelsorgerinnen ausblenden, indem sie sich auf die kirchliche Beauftragung konzentrieren, vor allem die Angehörigen ihrer Konfession während des Krankenhausaufenthaltes seelsorglich zu begleiten. Wer aber nicht nur Krankenseelsorger/in sein will, sondern bewusst als Krankenseelsorger/in innerhalb der Institution arbeitet, gerät über kurz oder lang auch mit denen in Kontakt, die nicht hier aufgewachsen sind und nicht christlich geprägt wurden. In einer Dienstleistungsinstitution, die Menschen ohne Rücksicht auf ihre Nationalität und Religion in Zeiten der Krankheit mit modernster Medizin helfen will, sind die, die Sorge für die Seele in Krankheitszeiten für unverzichtbar halten, manchmal sowieso in der Defensive. Wer dann bestimmte Menschen ausgrenzt und, wenn nötig oder erwünscht, wegen

konfessioneller oder religiöser Vorbehalte nicht aufsucht, wird vom Personal langfristig nicht ernst genommen.

2

Eigentlich haben die meisten Seelsorger und Seelsorgerinnen durch die von der Gesprächspsychotherapie geprägte Seelsorgebewegung ein ausreichendes Handwerkszeug für die Begegnung mit Menschen mit einer multikulturellen Identität erworben. Die drei Prinzipien „Bedingungsloses Akzeptieren“, „Einfühlung“ und „Authentizität“ prägen als praxisnahe Leitbegriffe die meisten Seelsorgebegegnungen. Sie werden in der Seelsorgeausbildung eingeübt, die oft Voraussetzung für die Einstellung als Krankenhausseelsorger oder -seelsorgerin ist. Deshalb traue ich allen in der Krankenhausseelsorge Tätigen aufgrund ihrer Ausbildung die Sensibilität für Menschen mit einer multikulturellen Identität zu. Sie haben sich das Interesse für fremde Menschen zum Beruf gemacht. Deshalb müsste es ihnen leicht fallen, sich auch für die zu interessieren, die hier leben und arbeiten bzw. krank werden, aber in einer anderen kulturellen Umgebung aufwachsen und geprägt wurden. Sie müssten ihre zunächst eher zufälligen Kontakte mit Menschen mit einer multikulturellen Identität als Seelsorgebegegnung gestalten können, wenn dies gewünscht wird oder sich ergibt. Voraussetzung ist allerdings, dass ihr möglicherweise anfangs vorhandenes Befremden über die andere Kultur oder Religion nicht zu Vorbehalten oder Zurückhaltung führt.² Wer da jedoch sich und anderen sagt „Ist ja nicht evangelisch bzw. katholisch!“, macht es sich leicht und versagt sich jemandem, der Begleitung benötigt oder wünscht.

Menschen mit einer multikulturellen Identität dürften in Seelsorge und Beratung eigentlich nicht problematisch sein. Denn es gibt immer eine gemeinsame Kultur, die die Begegnung erleichtert. Wenn es Probleme gibt, liegen sie auf Seiten der Seelsorger/innen oder Berater/innen. Denn er/sie erlebt beim Gegenüber außer der vertrauten eigenen Kultur noch eine andere, fremde. Er/Sie muss möglicherweise nicht vorhandene Unvoreingenommenheit bemerken und sich darüber Rechenschaft ablegen, warum die andere, fremde Kultur befremdet und bei der Begegnung hindert. Dass der Seelsorger und die Seelsorgerin mit dem eigenen Denken und Fühlen, den eigenen Werten und religiösen Vorstellungen für den Gesprächspartner sichtbar wird, ist nicht mehr umstritten. Das sogenannte Selbsteinbringen ist sogar um der Authentizität

² Die Problematik aus der Perspektive der Pflegenden schildert: Rosemarie KERKOW-WEIL, Fremdheit als Vergrößerungsglas, in: Wege zum Menschen 52, 2000, 314-322. Vgl. dies., Zum Umgang mit dem Fremden. Die Pflege ausländischer Patienten als Ausdruck von Inhumanität im Krankenhaus, Hannover: Expressum 1999.

willen erwünscht. Selbst eigenes Befremden zu äußern, bereichert die Begegnung mit Menschen mit einer multikulturellen Identität. Interesse für die unausweichlichen Konflikte derer, die von einer Kultur in die andere wechselten und nicht alles hinter sich lassen wollen oder können, halte ich deshalb für eine im Grunde selbstverständliche Grundhaltung von Seelsorgerinnen und Seelsorgern. Außerdem begegnen wir ständig Menschen, die durch verschiedene Kulturen geprägt wurden, nur dass diese Verschiedenheit nicht durch Länder- und Sprachgrenzen markiert ist.

Menschen mit multikultureller Identität lasse ich viel ausführlicher als andere erzählen. Ich bin bereit, sehr lange zuzuhören: so lange, bis ich mich vielleicht doch in ihr Welterleben einfühlen kann. Durch ihren Lebensweg haben sich in ihren Seelen und Familien Erfahrungen mit mehreren Kulturen und Religionen verbunden. Was das für Probleme mit sich bringt und was ihnen hier anders und fremd erscheint und bleibt, weiß ich als Seelsorgerin nicht und kann es mir nur ausführlich schildern lassen.

Doch nicht immer gelingt die Einfühlung in das Welterleben von Menschen mit einer multikulturellen Identität. Für unabdingbar halte ich deshalb die Auseinandersetzung mit der Grenze der eigenen Einfühlung in die Gefühle und Konflikte derer, die seit langem zwischen zwei Kulturen vermitteln. Der emotionale Zugang ist nicht wie meist sonst ohne weiteres intuitiv gegeben. Damit tritt die kognitive Komponente von Einfühlung in den Vordergrund: als Versuch, das, was der Andere erlebt oder erleidet, aus dessen Beschreibung und auf dem Hintergrund von dessen kulturellem Kontext zu verstehen. Das Ziel, den Anderen zumindest aus seinem Bezugssystem zu verstehen, kann in diesem Fall nur realisieren, wer sich über allgemeines Grundwissen hinaus für fremde Kulturen und andere Religionen interessiert.

Das Sprachproblem ist in multikulturellen Begegnungen in der Krankenhausseelsorge kleiner, als Außenstehende denken. Menschen mit multikultureller Identität beherrschen ja meist neben ihrer Muttersprache so viel Deutsch, dass sie sich gut verständlich machen können. Wer länger hier lebt oder bereits hier aufgewachsen ist, spricht meist sogar sehr gut Deutsch. Selten muss man auf eigene Fremdsprachenkompetenz zurückgreifen. Die Ausländer, die als Mitarbeiter eines internationalen Großkonzerns oder der gesellschaftlichen Elite ihres Landes zu einer speziellen medizinischen Behandlung in ein deutsches Krankenhaus kommen, beherrschen meist eine der gängigen Fremdsprachen Englisch oder Französisch.

Kein Deutsch konnten die Kriegsflüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien. Da habe ich die Mitarbeiterinnen aus der Küche und die Reinigungsfrauen als Dolmetscherinnen einbezogen, die sich dann meist eigenständig um ihre kranken Landsleute weiter gekümmert haben und mir von ihren Erfahrungen in der Begleitung Kranker erzählten und sich beraten ließen, wenn es schwierig wurde. Sehr wenig

Deutsch können die älteren türkischen Frauen, die schon lange hier leben, aber als Hausfrauen mit vielen Kontakten zu anderen türkischen Familien wenig Notwendigkeit sahen, hier Deutsch zu lernen. Noch weniger deutsch, aber sehr lernbegierig sind die Ehepartner und Kinder von Spätaussiedlern: Meist kann nur einer in der Familie noch Deutsch, und wenn der nicht anwesend ist, wird die Kommunikation schwierig. Ein paar Brocken Türkisch oder Russisch sind hilfreich, um „Guten Tag“ oder „Wie geht es Ihnen?“ sagen zu können. Doch das kann man sich beim Erstkontakt nötigenfalls noch aneignen oder mit Hilfe eines kleinen Sprachführers selbst beibringen.

3

Manchmal wird die Prägung durch zwei Kulturen gar nicht gleich, sondern erst im Laufe eines langen Gespräches Thema. So wie bei Frau G. Sie fiel einer Kollegin auf dem Weg zum Krankenhaus in der U-Bahn auf. Sie erzählte dort Fremden von ihrer Angst wegen der bevorstehenden Unterleibsoperation und verlief sich auf dem kurzen Weg von der Haltestelle zum Krankenhaus. Ich lernte sie erst nach dieser Operation in der Gynäkologie kennen. Sie schilderte mit vielen Worten ihre Trauer über den Verlust der Gebärfähigkeit. Sie sei zwar schon Mitte 40 und habe keinen Partner, mit dem sie noch Kinderwünsche verwirklichen wolle, doch die Schwangerschaft und Geburt ihrer ersten Tochter habe sie so intensiv als ‚Frau-Werdung‘ erlebt, dass ihr nun das fehle, was sie zur Frau mache. „Mir fehlt doch jetzt etwas“, sagte sie unter Tränen. „Es ist, als ginge ich einkaufen und hätte keinen Einkaufskorb!“ Doch dies verstehe niemand unter ihren Freundinnen. Sie habe sich schon mit zweien von ihnen verzankt, die die gleiche Operation hinter sich hätten, weil diese sie nicht verstehen wollten. Deutsche Frauen sähen Unterleibsoperationen alle so nüchtern technisch, im Grunde gefühllos: „Was Probleme macht und stört, muss halt raus.“ Und wenn keine Schwangerschaft mehr erwünscht ist, könne frau auf die Gebärmutter verzichten. Traurig sein dürften hier nur die jungen Frauen, die noch keine Kinder haben. Sie sei zwar in Deutschland aufgewachsen und mittlerweile Deutsche, ihre Eltern stammten aber aus Italien: „Ich fühle anders als die deutschen Frauen. Außen bin ich Deutsche, aber innen bin ich Südländerin!“ Weil niemand in ihrem Bekanntenkreis so über den Verlust der Gebärmutter trauert wie sie, fühlt sie sich sehr einsam und unverstanden.

Mir begegnete in den Gesprächen mit Frau G. eine massive Typisierung von deutschen Frauen, die meinen langjährigen Erfahrungen in der Gynäkologie nicht entspricht. Deutsche Frauen reagieren keineswegs so einheitlich auf eine Hysterektomie, wie Frau G. das in ihrem Bekann

tenkreis erlebt. Äußerungen wie die von Frau G. zitierten höre ich öfter, doch zeigen sie sich im Laufe einer Begleitung als Abwehr von starken Gefühlen. Unterschiede, die ich in der Verarbeitung dieser Gefühle wahrnehme, führe ich auf die unterschiedlichen Persönlichkeitstypen nach Riemann zurück, d.h. ich typisiere auch, nur anders als Frau G.

Als Seelsorgerin von Frau G. kann ich nur bei den Erfahrungen von Frau G. ansetzen und andeuten, dass ich Frauen nach dem Verlust der Gebärmutter anders als sie erlebe. Frau G. bleibt in den folgenden Gesprächen dabei, dass sie als Gastarbeiterkind der zweiten Generation die Unterleibsoperation (und sicher noch manches andere) anders erlebt als ihre langjährigen deutschen Freundinnen. Die Konflikte mit ihren Freundinnen werden dadurch entschärft, dass Frau G. akzeptieren lernt, dass diese sich möglicherweise nie in ihre Gefühle werden einfühlen können und dass es keinen Sinn macht, einander von der Richtigkeit der eigenen Gefühle überzeugen zu wollen.

Frau G. fühlt sich von mir verstanden. Das wird aber keine ihr Klischee von deutschen Frauen aufweichende Erfahrung, denn sie hält mich wegen meines für sie griechisch klingenden litauischen Nachnamens für eine Frau mit einer ebenfalls multikulturellen Identität. Ihr Klischee schränkt ihre Wahrnehmung der Wirklichkeit ein: Was sie mit mir erlebt, kann nur ein Erlebnis mit einer Frau sein, die – was der Nachname suggeriert – keine richtige Deutsche ist.

4

Das Krankenhaus profitiert letztlich von der religiösen und kulturellen Vielfalt der dort Arbeitenden. Jahrelang ließ sich bei uns niemand finden, der bereit war, die Stelle des Pathologiepflegers zu übernehmen. Täglich wechselte die Aufgabe, die Verstorbenen in die Pathologie zu bringen, sie dort in Kühlfächer zu legen und morgens den Bestattern zu übergeben: Jeweils zwei durften die Arbeit gemeinsam machen, damit sie auch Frauen zugemutet werden konnte. Dabei wurde viel gewitzelt, wahrscheinlich auch mancher Quatsch gemacht; die Atmosphäre war stets von Abwehr der durch einen Toten ausgelösten Gefühle geprägt und von Ärger, schon wieder mit der ungeliebten Aufgabe dran zu sein. Seit einiger Zeit ist N. Pathologiepfleger. Der Umgang mit Verstorbenen ist ihm, der aus einem Bürgerkriegsgebiet in die BRD kam und um politisches Asyl nachsuchte, eine Selbstverständlichkeit: „Ich habe in meinem Leben Tote gesehen, die weit schlimmer aussahen.“ Mit beeindruckender Ruhe und Demut führt er alle nötigen Tätigkeiten aus und bereitet den gerade Verstorbenen so einen würdevollen letzten Weg durchs Krankenhaus. Auf diese Veränderung hin angesprochen, sagt er nur: „Jeder Tote ist ein Hinweis Allahs, dass ich auch sterben werde, und eine Aufforderung, bis dahin anderen nach meinen Möglichkeiten zu helfen.“

Das Memento mori war früher einmal Kennzeichen christlicher Krankenpflege. Im Gefolge der Säkularisierung der Krankenpflege in Deutschland sind solche Grundhaltungen verloren gegangen. Ich selbst habe sie nur bei strenggläubigen Katholiken, Nonnen und bei Diakonissen noch erlebt. In den letzten Jahren passierte es häufiger, dass mich muslimische Schwestern oder Pfleger auf Menschen aufmerksam machten, die ihre Krankheit nicht verarbeiten konnten oder ihrem baldigen Sterben voller Sorgen entgegen sahen. Sie spürten deren Suche und geistliche Not eher als die mehr oder weniger kirchlich sozialisierten Kollegen und Kolleginnen und gaben wertvolle Hinweise, wenn ich auf der Station wie üblich fragte, wer Begleitung oder Besuch braucht. Für mich als Krankenhausseelsorgerin hat sich dadurch im Laufe der Zeit eine ausgesprochen hilfreiche Kooperation mit muslimischen Pflegekräften ergeben.

5

Intensiveren Gesprächsbedarf signalisieren die Mitarbeiterinnen und die Patientinnen, die muslimische Partner geheiratet haben.³ Was in der Zeit der ersten Liebe reizvoll und einfach schien, erweist sich im Laufe der Ehe als Problem. Frauen, die kaum noch Kontakt zu einer Kirchengemeinde haben, suchen bei mir als Krankenseelsorgerin manchmal über längere Zeit hinweg Beratung. Die meisten von ihnen wollen anfangs evangelisch bleiben, aber die religiöse Welt verstehen lernen, in denen der Partner aufwuchs und sich bewegt. Ich bemühe mich dann um Informationsmaterial, aber ermutige auch, „aus gutem Grund evangelisch“ zu bleiben und gleichzeitig die eigene Tradition neu zu erkunden. Oder ich suche mit ihnen nach Möglichkeiten, eine kirchliche Trauung mit einem muslimischen Partner zu feiern.

Ein Teil der deutschen Frauen, die muslimische Partner geheiratet haben, schildern deren Glauben als vergleichsweise plausibel und alltagsnah. Viele entscheiden sich deshalb nach der Geburt von Kindern, doch dazu überzutreten, um als Familie eine gemeinsame religiöse Praxis zu haben. In diese wird die deutsche religiöse Kultur rund um das Weihnachtsfest ohne Schwierigkeiten integriert, weil „Jesus ja auch im Islam sehr wichtig ist“. Trotzdem bleibt eine Trauer um die verlorene Heimat in der evangelischen oder katholischen Kirche, die für den Partner so wenig überzeugend war. Ich erlebe meist Erleichterung, wenn ich mir den Weg zum Islam schildern lasse, ohne zu urteilen oder zu hinterfragen. Für die mangelnde Überzeugungskraft des christlichen Glaubens wird die Kirche verantwortlich gemacht, nicht die eigene unverbindliche und wenig beeindruckende Glaubenspraxis als Christin.

³ Vgl. Ursula SPULER-STEGEMANN, *Muslime in Deutschland. Nebeneinander oder Miteinander*, Freiburg u.a.: Herder 1998, 186-196.

Dem eigenen Glauben untreu geworden zu sein, ist trotzdem mit sehr diffusen Schuldgefühlen verbunden. Um in der islamischen Großfamilie endlich doch akzeptiert zu werden, wurde ein hoher Preis gezahlt: Sie haben mit dem ihnen tradierten christlichen Glauben ein Stück ihrer kulturellen Identität preisgegeben.

Dass für muslimische Familien die Kinder in Konfliktfällen in der Familie des Mannes zu bleiben haben, ist für deutsche Frauen schwer nachvollziehbar. Es lastet meist als lebenslange Kränkung in der Seele derer, deren Ehen scheitern. Eine 50jährige Frau erzählte mir, wie sie ihrem iranischen Mann nach dem Medizinstudium in die Heimat folgte, dort in die Familie integriert wurde und zwei Söhne bekam und aufzog. Von heute auf morgen wurde sie aber bei Einsetzen der Islamisierung im Iran in ein Flugzeug nach Deutschland gesetzt, weil sie hier sicher sei und sie dort die Familie gefährde. Seitdem hat sie nichts mehr von Mann und Söhnen gehört; sie bekam keine Briefe, keine Photos, kein Geld und kann nicht vergessen, dass ihr Glück in Beziehung und Familie so plötzlich endete.

Etwas dramatischer war das Schicksal einer 32jährigen Frau, die sich im Urlaub in einen Tunesier verliebte, ihn heiratete und dort blieb. Nach mehreren Geburten erkrankte sie an Unterleibskrebs. Während der Behandlung wird sie erneut schwanger. Das führte anders als hier nicht zu einem Schwangerschaftsabbruch, sondern zu einem Behandlungsabbruch. Nach der Entbindung wird das neugeborene Kind ebenso wie die anderen in der Verwandtschaft des Mannes untergebracht, und sie wird, mittlerweile inoperabel, zum Sterben zu ihren Eltern nach Deutschland geschickt. Ihr letzter Wunsch, Ehemann und Kinder nochmals zu sehen, wird nicht erfüllt und noch nicht einmal beantwortet.

Als Seelsorgerin bin ich in beiden Fällen schnell mit der Mutter identifiziert, die keinen Kontakt zu ihren Kindern mehr haben darf. Ich halte zwar den Kontakt von Mutter und Kind für wichtig und normalerweise unverzichtbar für die Persönlichkeitsentwicklung von Kleinkindern, kann mir aber durchaus vorstellen, dass Kinder es beim Vater und in seiner Familie gut haben können und dort unter Umständen die bestmögliche Fürsorge erhalten. Wie alle emanzipierten Frauen gehe ich aber davon aus, dass in unvorhergesehenen Notlagen beide Elternteile gemeinsam entscheiden, was gut für die gemeinsamen Kinder ist: unbeeinflusst von tradierten Vorgaben und Einreden anderer. Dass in anderen Kulturen eine zentrale Entscheidung wie diese nicht vom Paar aushandelbar ist, sondern diese Entscheidung vom Vater allein bzw. von der Familie des Vaters getroffen wird, ist auch mir fremd. Als Begleiterin hinterfrage ich die Vorrechte der Familie des muslimischen Mannes. Die betroffenen Frauen bleiben dadurch länger als nötig in der Phase der Auflehnung und des Protestes.

6

Wo Menschen mit unterschiedlicher kultureller Prägung zusammenarbeiten, sind Konflikte manchmal vielschichtiger und komplizierter als sonst. Das zeigte sich bei einem Trauerfall in der Krankenhausküche, dem Arbeitsbereich mit der internationalsten Besetzung unseres Hauses.

„Frau K. ist tot!“ erfahre ich von einem Küchenmitarbeiter. Frau K. war eine stabile dunkelhaarige Frau mit lebhaften Augen, die bei der Arbeit in der Küche gerne lachte und andere durch ihr Lachen ansteckte. Das war auch an ihrem letzten Arbeitstag so, kurz bevor sie plötzlich schmerzverkrümmt zusammenbrach. Sie wurde noch am selben Tag im Hause notfallmäßig operiert, doch der Tumor im Bauchraum konnte nicht mehr entfernt werden. Knapp zwei Wochen lag sie auf der Intensivstation. Ihr Zustand verschlechterte sich von Tag zu Tag. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Küche bangten um ihr Leben. Morgens sahen alle nacheinander schweigend die Anforderungsliste der Intensivstation ein und versuchten über die Essenswünsche, Aufschluss über den Gesundheitszustand zu erhalten, aber keiner wagte, dort einen Besuch zu machen. In einer Nacht von Sonntag auf Montag starb Frau K. dann, vom katholischen Krankenhausseelsorger noch mit dem Sterbesakrament versehen.

Am nächsten Morgen breitete sich die Todesnachricht blitzschnell im Krankenhaus aus. In der Küche wurde laut getrauert, geweint und gejammert. Und dabei mischten sich unter die Trauer um Frau K. Ängste vor der eigenen Sterblichkeit. Es entstand Streit, weil einige lauthals klagten, während andere meinten, man habe doch mit dem Tod von Frau K. rechnen müssen und sich vorbereiten können auf die Todesnachricht. An Arbeit war nicht zu denken. Doch das zeitliche Räderwerk in einem Großkrankenhaus erlaubt solche kollektiven Arbeitsunterbrechungen nicht: Wenn das Essen nicht pünktlich auf den Weg kommt, gerät viel durcheinander. Resolut verbat deshalb die junge Küchenchefin allen das laute Klagen, das sie als theatralisch und unangemessen laut erlebte. In der erhitzten Atmosphäre äußerte sie: „Das mag bei Euch zuhause üblich sein, so zu trauern, aber hier bei uns wird leise getrauert!“ Und sie schickte alle an die Arbeit. Damit wurde sie ihrer Führungsrolle gerecht und sorgte für den normalen Fortgang der Essensvorbereitung. Nach vielen Jahren in der Jugendarbeit einer evangelischen Kirchengemeinde verhielt sie sich danach ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gegenüber seelsorglich. Sie delegierte ihre Aufgaben für die nächsten Stunden und ging von einem zum anderen in der Küche und redete mit allen einzeln über deren letzte Begegnungen mit Frau K. und über die durch ihren Tod ausgelösten Gefühle. Damit gibt sie die ihr vertraute Trauerkultur als „Leitkultur“ vor. Als Vorgesetzte kann sie mit ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu jeder Zeit reden, ohne dass diesen Zeitvergeudung vorgeworfen werden kann. Kurze Gespräche zu zweit sind im Krankenhausalltag immer möglich;

danach muss halt nur etwas schneller gearbeitet werden, um die verlorene Zeit einzuholen.

Als ich von dem Tod von Frau K. erfuhr, begab ich mich in die Küche und traf die Küchenchefin völlig erschöpft an. Sie war beeindruckt von allem, was ihr binnen kurzem erzählt wurde. Ich gab ihr die Gelegenheit, ihrerseits von ihren letzten Begegnungen mit Frau K. zu erzählen. Sie entdeckte ihren berechtigten Stolz, dass das Essen an diesem Morgen rechtzeitig fertig wurde. Ich bestätigte sie in dem Versuch, den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Küche trotzdem nacheinander Gelegenheit für ihre Trauer zu geben. Viele haben wahrscheinlich dadurch eine neue Form, Trauer Raum zu geben, kennen gelernt. Warum einige ihrer Kolleginnen und Kollegen spontan so laut trauerten und das als angemessen erlebten, ist aber in den Gesprächen nicht zur Sprache gekommen. Dadurch wurde die Chance zu einem wechselseitigen Verstehen verpasst.

Nach unserem Gespräch mit ihrem Vorgesetzten erwirkte die Küchenchefin dann für das gesamte Personal der Küche die Erlaubnis, an der Beerdigung der Kollegin teilzunehmen. Damit die Krankenhausküche deshalb nicht kalt blieb, gewann sie die Diätassistentinnen als Vertretung. Sie ging aber mit relativ wenigen zum Trauergottesdienst und zur Beerdigung auf den Friedhof. Weit größer war die Gruppe derer, die auf Grund unverarbeiteter eigener Trauer nicht an einem offenen Grab stehen wollten oder die sich scheuten, an dem christlichen Ritual teilzunehmen. Mit ihnen verabredete sie sich für einen späteren Zeitpunkt an dem Tag auf dem Friedhof und gestaltete dort mit ihnen ein schlichtes Abschiedsritual am schon zugeschütteten Grab. Auf dem Friedhof konnte also, auch wegen der unterschiedlichen religiösen Prägung, dann doch nur in zwei Gruppen Abschied genommen werden. Die der christlich geprägten Küchenchefin vertraute Trauerkultur lässt sich nur in begrenztem Maße als „Leitkultur“ durchsetzen. Es gibt Bereitschaft zur Anpassung und unterschiedlich motivierten Widerstand. Durch ihr beharrliches Werben, auf alle Fälle zum Friedhof zu kommen, entstand aber ein für diesen multikulturellen Arbeitsbereich auch in Zukunft gangbarer Weg des gemeinsamen Abschieds. Bei einem späteren Trauerfall im Kollegenkreis werden sich alle daran erinnern.