

Religiöse und kulturelle Krankheitsdeutungen verstehen

Zwischen Lebenswelt, Spiritualität, rechtlicher Betreuung und professioneller Hilfe

Einführung

Menschen erklären Krankheit, Gesundheit und psychisches Leiden nicht ausschließlich medizinisch. Biografie, Familie, Religion, Kultur, Migrationserfahrungen und soziale Lebensbedingungen beeinflussen, wie Beschwerden wahrgenommen, erklärt und bewältigt werden.

Auch in muslimischen Lebenswelten können neben medizinischen und psychologischen Erklärungen religiöse oder spirituelle Vorstellungen eine Rolle spielen, beispielsweise:

- Krankheit als Prüfung oder Schicksal,
- Gebet und religiöse Praxis als Ressource,
- Nazar – der „böse Blick“,
- Dschinn oder andere unsichtbare Wesen,
- spirituelle Beeinflussung,
- religiöse Deutungen außergewöhnlicher Wahrnehmungen,
- die Hinzuziehung eines Imams, Hodschas, Scheichs oder einer anderen religiösen Vertrauensperson für die Heilung.

Solche Vorstellungen sind unter Musliminnen und Muslimen weder einheitlich noch gleichermaßen ausgeprägt. Herkunft, Bildung, religiöse Orientierung, Familie und individuelle Glaubenspraxis führen zu unterschiedlichen Deutungen.

Für die professionelle Arbeit ist deshalb weder eine Verallgemeinerung noch eine vorschnelle Abwertung hilfreich.

1. Mehrere Erklärungen können gleichzeitig bestehen

Ein und dieselbe Belastung kann unterschiedlich verstanden werden:

Medizinisch:

„Es liegt eine körperliche oder psychiatrische Erkrankung vor.“

Psychologisch:

„Trauma, Stress, Überforderung oder andere psychische Prozesse spielen eine Rolle.“

Sozial:

„Familie, Wohnsituation, Migration, Armut, Isolation oder Diskriminierung beeinflussen die Situation.“

Religiös oder spirituell:

„Die Erfahrung besitzt für mich eine religiöse oder metaphysische Bedeutung.“

Diese Erklärungen müssen sich nicht gegenseitig ausschließen.

Eine Person kann psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung annehmen und gleichzeitig beten, religiöse Begleitung wünschen oder bestimmte Beschwerden spirituell deuten. Auch eine Familie, die einen Hodja hinzuzieht, lehnt deshalb nicht automatisch eine medizinische Behandlung ab.

Für Fachkräfte ist zunächst weniger entscheidend, ob sie selbst die jeweilige Erklärung teilen, sondern, viel wichtiger ist sich mit folgender Fragestellung zu beschäftigen:

Welche Bedeutung hat diese Deutung für den Menschen und welchen Einfluss hat sie auf sein Verhalten, seine Gesundheit und die Annahme von Hilfe?

Dennoch wenn Betreuenden Kenntnis über solche Praktiken besitzen und sich zu den betreuenden Personen mit wenigstens wertneutraler Einstellung nähern, kann es ein Vertrauensvorschuss bedeuten und den Zugang erleichtern.

2. Suizid, Selbsttötung und Selbstverletzung im religiösen Kontext

Für viele Musliminnen und Muslime besitzt das religiöse Verbot der Selbsttötung eine hohe Bedeutung.

Auf die Frage

„Wollen Sie sich das Leben nehmen?“

kann ein Betroffener deshalb aufrichtig antworten:

„Nein. Selbstmord ist haram. Das würde ich nicht tun.“

Diese Aussage kann einen tatsächlichen Schutzfaktor ausdrücken. Glaube kann Hoffnung, Halt und Sinn vermitteln und eine Grenze gegenüber einer bewusst geplanten Selbsttötung darstellen.

Die Aussage darf jedoch nicht automatisch mit fehlender Eigengefährdung gleichgesetzt werden.

Ein Mensch kann gleichzeitig:

- Suizid aus religiöser Überzeugung ablehnen,
- starken Lebensüberdruß erleben,
- wünschen, nicht mehr leben zu müssen,
- sich schwer selbst verletzen,
- in psychischen oder dissoziativen Ausnahmezuständen lebensgefährlich handeln,
- den eigenen Tod durch sein Verhalten in Kauf nehmen,
- oder die eigene Handlungsabsicht selbst nicht eindeutig benennen können.

Deshalb können die Kategorien „suizidal“ und „nicht suizidal“ für die tatsächliche Gefährdung zu kurz greifen.

Neben der direkten Frage nach Suizid können deshalb weitere Fragen notwendig sein.

Die Aussage, „Suizid ist haram“ kann ein wichtiger Schutzfaktor sein – ersetzt aber keine umfassende Risikoeinschätzung.

Es wäre auch wichtig zu schauen, was die Angehörigen in dieser Situation beobachten.

3. Stimmenhören, Dschinn, Nazar und andere metaphysische Deutungen

Aussagen wie

„Ich höre die Stimme eines Engels.“

oder

„Das könnte von Dschinn oder Nazar kommen.“

können für Fachkräfte zunächst ungewöhnlich erscheinen.

Für die betroffene Person können solche Aussagen jedoch Teil eines religiösen oder kulturellen Deutungsrahmens sein. Daraus sollte weder automatisch eine psychiatrische Diagnose noch umgekehrt die Harmlosigkeit der Erfahrung abgeleitet werden.

Beim Stimmenhören beispielsweise können Fragen relevant sein wie:

- Wie erlebt die Person die Stimme?
- Ist sie beruhigend, belastend oder bedrohlich?
- Gibt sie Befehle?
- Hat die Person Angst?
- Beeinträchtigt die Wahrnehmung ihren Alltag?
- Wann begann sie?
- Bestehen weitere psychische oder körperliche Auffälligkeiten?
- Gibt es Trauma, Isolation, starken Stress oder Schlafmangel?
- Wie ordnet die Person selbst die Erfahrung ein?
- Wie wird sie in ihrem religiösen Umfeld verstanden?

Religiöser Inhalt und psychische Erkrankung schließen sich nicht gegenseitig aus. Ein religiöser Inhalt allein beweist aber auch keine psychische Erkrankung.

4. Warum selbst gut gemeinte Fragen Misstrauen erzeugen können

Viele Fachkräfte sind akademisch, medizinisch oder sozialwissenschaftlich geprägt und messen metaphysischen Erklärungen wenig oder keinen eigenen Erkenntniswert bei.

Betroffene können diese Haltung wahrnehmen.

Fragen wie

„Glauben Sie wirklich, dass das von Dschinn kommt?“

oder

„Könnte es nicht einfach psychisch sein?“

können deshalb als Versuch verstanden werden, die eigene religiöse Überzeugung zu relativieren oder auszureden.

Beim Betroffenen kann der Eindruck entstehen:

- „Man nimmt mich nicht ernst.“

- „Wenn ich offen darüber spreche, hält man mich für irrational.“
- „Diese Person möchte mich von meinem Glauben entfernen.“

In manchen Fällen kann eine Fachkraft aufgrund ihres wahrgenommenen weltanschaulichen Hintergrunds von vornherein als jemand betrachtet werden, der religiöse Erfahrungen nicht verstehen oder akzeptieren kann. Dies kommt insbesondere bei Klienten oft vor, die sehr religiös sind.

Die Folge kann sein, dass Betroffene:

- bestimmte Erfahrungen verschweigen,
- nur sozial erwünschte Antworten geben,
- Familien sich zurückziehen,
- Behandlungen nur oberflächlich mittragen,
- Hilfen abbrechen,
- oder religiöse und medizinische Unterstützung als Gegensätze erleben.

Damit gehen möglicherweise gerade diejenigen Informationen verloren, die für eine medizinische, psychiatrische oder sozialarbeiterische Einschätzung wichtig wären.

5. Die professionelle Haltung: verstehen, einschätzen, Brücken bauen

Religionssensibles Arbeiten verlangt nicht, religiöse oder metaphysische Vorstellungen selbst zu teilen.

Es bedeutet zunächst drei Schritte:

Verstehen

Was erlebt die Person und wie erklärt sie selbst dieses Erleben?

Einschätzen

Welche Auswirkungen hat diese Deutung auf Gesundheit, Verhalten, Selbstbestimmung, Gefährdung und die Annahme von Hilfe?

Brücken bauen

Wie können religiöse Lebenswelt und notwendige medizinische, psychotherapeutische oder soziale Unterstützung miteinander verbunden werden?

Hilfreicher als eine unmittelbare Bewertung können beispielsweise Formulierungen sein wie:

„Welche Bedeutung hat diese Erfahrung für Sie?“

„Welche religiöse Unterstützung wünschen Sie sich und welche medizinische oder psychotherapeutische Hilfe können wir zusätzlich nutzen?“

Eine Fachkraft kann dabei deutlich vermitteln:

„Ich muss Ihre religiöse Erklärung nicht bewerten. Mir ist wichtig zu verstehen, was sie für Sie bedeutet und welche Unterstützung Ihnen helfen kann.“

Religiöse Begleitung und Schulmedizin müssen dabei keine Gegensätze sein. Medizinische Diagnostik, Psychotherapie, soziale Unterstützung, rechtliche Betreuung, Familienarbeit und muslimische Seelsorge oder andere religiöse Vertrauenspersonen können – sofern dies dem Wunsch und Wohl der betroffenen Person entspricht – nebeneinander wirken.

6. Religion kann Ressource und zugleich Barriere sein

Religion sollte weder grundsätzlich problematisiert noch idealisiert werden.

Sie kann:

- Hoffnung und Sinn vermitteln,
- Zugehörigkeit und soziale Unterstützung schaffen,
- Halt in Krisen geben,
- Krankheitsbewältigung unterstützen,
- vor bestimmten selbstgefährdenden Handlungen schützen.

Problematisch kann eine religiöse Deutung dagegen werden, wenn beispielsweise:

- notwendige medizinische Behandlung vollständig verhindert wird,
- alle Beschwerden ausschließlich spirituell erklärt werden,
- Betroffene unter religiösen Druck geraten,
- Schuld oder Ängste verstärkt werden,
- gefährliche Praktiken erfolgen,
- notwendige Diagnostik abgelehnt wird.

Die professionelle Frage lautet deshalb nicht:

„Ist Religion hier gut oder schlecht?“

Sondern:

„Welche konkrete Wirkung hat die religiöse Überzeugung auf diesen Menschen?“

7. Bedeutung für muslimische Fachkräfte und die rechtliche Betreuung

Auch muslimische Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Betreuerinnen und Betreuer kennen nicht automatisch alle religiösen und kulturellen Deutungsmuster.

Innerhalb muslimischer Communities werden Vorstellungen von Dschinn, Nazar oder spiritueller Heilung ebenfalls unterschiedlich bewertet und zum Teil als Aberglaube abgelehnt.

Muslimische Fachkräfte können jedoch einen Vorteil haben: Bestimmte Begriffe, religiöse Bezüge, Geschlechtergrenzen oder familiäre Vorstellungen sind ihnen häufig zumindest bekannt. Das kann den Zugang und die Verständigung erleichtern.

Gleichzeitig gilt auch hier:

„Ich bin selbst muslimisch“ bedeutet nicht automatisch: „Ich weiß, was diese Person glaubt oder braucht.“

Für die rechtliche Betreuung ist diese Kompetenz besonders relevant. Sie bewegt sich häufig zwischen:

betreuter Person – Familie – Medizin – Psychiatrie – Behörden – Eingliederungshilfe – Pflege – sozialen Diensten – Religion und Gemeinde.

8. Hilfreiche Fragen in der Praxis

Je nach Situation können folgende Fragen einen Zugang eröffnen:

- Wie erklären Sie sich selbst, was mit Ihnen passiert?
- Wie erklärt Ihre Familie die Situation?
- Spielt Religion dabei für Sie eine Rolle?
- Gibt es eine religiöse oder spirituelle Person, mit der Sie darüber sprechen?
- Was davon hilft Ihnen und was belastet Sie?
- Was war an bisherigen Hilfen für Sie schwierig?
- Was müsste anders sein, damit Sie Unterstützung annehmen können?
- Gibt es religiöse, persönliche oder geschlechtsspezifische Grenzen, die wir kennen sollten?
- Welche Rolle sollen Ihre Angehörigen spielen?

Bei möglicher Selbstgefährdung müssen diese Fragen durch eine angemessene fachliche Risiko- und Gefährdungseinschätzung ergänzt werden.

Die entscheidende Frage lautet häufig nicht nur: „Wurde Hilfe angeboten?“, sondern: „War diese Hilfe für diesen Menschen tatsächlich zugänglich?“

Die folgenden Fallbeispiele zeigen, wie Religion, Vertrauen, Familie, Geschlecht, Sprache und individuelles Krankheitsverständnis die rechtliche Betreuung und den Zugang zum Hilfesystem konkret beeinflussen können.

Hinweis: Die ersten beiden Fallbeispiele wurden von einer muslimischen Betreuungsperson aus der eigenen Praxis eingebracht und nach dem Workshop um ergänzende Informationen erweitert. Der dritte Fall basiert auf einer öffentlich bekannt gewordenen Berichterstattung und wurde nachträglich in das Handout aufgenommen. Im Workshop selbst wurden darüber hinaus weitere von den Teilnehmenden eingebrachte Fälle gemeinsam bearbeitet.

Fall 1: Schwer psychisch belasteter junger Geflüchteter – Familie, Religion und psychiatrische Versorgung

Die betreute Person ist ein 21-jähriger junger Erwachsener aus Syrien. Er lebt gemeinsam mit seiner Mutter in einem 8 Quadratmeter großen Zimmer einer Flüchtlingsunterkunft. Der etwas ältere Bruder wohnt ebenfalls in dieser Unterkunft; der Vater ist vor einiger Zeit in Syrien verstorben.

Seit Jahren existiert innerhalb dieser Familie ein sekundengenau getaktetes, lückenloses Schutzsystem: Die Mutter bewacht den 21-Jährigen rund um die Uhr. Muss sie kochen oder die Toilette aufsuchen, löst der ältere Bruder sie nahtlos ab und übernimmt die Aufsicht. Für die Familie gilt das eiserne Prinzip des Zusammenhalts; eine Unterbringung in einer externen Pflege- oder Betreuungseinrichtung ist für sie kategorisch undenkbar. Trotz der lückenlosen Bewachung gelingt es dem jungen Mann immer wieder, die Aufsicht zu durchbrechen und sich schwer zu verletzen.

Die Biografie des jungen Mannes ist geprägt von schwerster häuslicher Gewalt durch den extrem gewalttätigen Vater in der Kindheit, Kriegserfahrungen in Syrien und dem anschließenden Fluchttrauma. Erste psychische Auffälligkeiten zeigten sich bereits in Syrien, wo sowohl spirituelle Heiler als auch psychiatrische Einrichtungen aufgesucht wurden.

Der Krankheitsverlauf in Deutschland verlagerte sich im Sommer 2026 dramatisch: Bis dahin kam es etwa alle drei Monate zu schweren Selbstverletzungen. Nach einem schweren Vorfall im Sommer 2026 folgte eine sechswöchige Unterbringung im Zentrum für Psychiatrie, bei der die Medikation auf eine Polypharmazie von insgesamt fünf verschiedenen Psychopharmaka umgestellt wurde.

Dieser massive Medikamentencocktail wird den Betreuten ohne jegliche gesicherte Diagnostik verabreicht. Seit dieser Umstellung hat sich die Frequenz der Krisen von allen drei Monaten auf alle paar Tage gesteigert. Es zeigt sich nachweisbar eine dramatische Verschlimmerung der gesamten Symptomatik: Neben einer neu aufgetretenen Fremdaggressivität leidet die Betreute unter wiederkehrenden, schweren Herzschmerzen und Herzrasen, die bereits mehrmals so akut auftraten, dass er notfallmäßig in die Herzklinik eingeliefert werden musste.

Hinzu kommt das quälende Gefühl der Betreuten, den inneren Zustand schlichtweg nicht mehr auszuhalten und regelrecht „aus der eigenen Haut fahren zu wollen“. In ihrer Kombination führen diese medikamentös bedingten Nebenwirkungen zu einer den jungen Mann zur Raserei und Verzweiflung treibenden Symptomatik. Trotz wiederholter, eindringlicher Hinweise durch die Betreuerin wird die Medikation unverändert beibehalten.

Obwohl sich die Betreute seit vier Jahren im deutschen Gesundheitssystem befindet, gibt es bis heute keine gesicherte somatisch-organische Gesamtdiagnostik. Gesichert sind lediglich eine Traumafolgestörung, eine mittelgradige Depression sowie Zwangsstörungen. Im Raum stehen zudem Verdachtsdiagnosen wie Schizophrenie und – auf gezielte Nachfrage der Betreuerin – eine Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Es wurden weder ein Gehirn-MRT noch eine Liquor-Punktion noch spezifische Blutuntersuchungen auf Autoimmunprozesse im Gehirn oder Stoffwechselerkrankungen durchgeführt. Die Ursache für dieses Diagnostik-Vakuum liegt in einer Mischung aus struktureller Benachteiligung und Kostenvermeidung. Die Familie vertraut blind den behandelnden Ärzten. Da der Klient außer der Betreuerin keinen anderen Advokaten hat, werden Beschwerden über Nebenwirkungen und Forderungen nach Diagnostik von der Betreuten schlichtweg übergangen.

1. Als Betreuerin beobachte ich, dass dieser junge Mensch des Lebens zutiefst überdrüssig ist. Sein inneres Leiden, befeuert durch die Kindheitstraumata, den Krieg, die Enge von 8 Quadratmetern und die medikamentös erzeugte Raserei, ist so gigantisch, dass er den eigentlichen Drang und Wunsch hat, nicht mehr leben zu müssen. Er möchte nicht mehr existieren.
2. Obwohl der Wunsch nach einem Ende des Leidens da ist, verhindert das strikte religiöse Verbot des Selbstmords im Islam (Suizid als Todsünde / Haram), dass er diesen Schritt wagt. Er traut sich schlicht nicht, Hand an sich zu legen, obwohl er es gerne würde. Seine freie Willensausübung ist durch die religiöse Dogmatik blockiert. Da er sich den direkten Suizid nicht gestattet, entlädt sich dieser unerträgliche Druck in extremer, dissoziativer Ersatz-Selbstzerstörung. Er spritzt sich Kohle oder Milch und schneidet sich Pulsadern auf, um den Tod herbeizuführen oder billigend in Kauf zu nehmen, ohne formal das religiöse Tabu des aktiven Suizids zu brechen.
3. Wird der Klient nach einer lebensgefährlichen Aktion in die Notaufnahme gebracht, fragen die Ärzte routinemäßig, ob er sich umbringen wolle. Der Betreute antwortet ehrlich gemäß seinem Glauben: „Suizid ist Haram, das will ich nicht und das mache ich nicht.“ So wird das Vorliegen einer Eigengefährdung formal verneint. Er wird als „nicht suizidal“ eingestuft und sofort wieder entlassen. Selbstverständlich wurden von der Betreuerin bereits mehrfach Anträge auf gerichtliche Genehmigung einer Unterbringung beim Betreuungsgericht gestellt – diese werden jedoch vom Gericht abgelehnt, da die Klinik starr behauptet, es bestehe keine Gefahr. Wegen seiner Religion und seiner ehrlichen Gottesfurcht bekommt er keine Hilfe, weil er die vom System verlangten Signalwörter nicht bedient und die Klinik die tatsächliche Lebensgefahr durch die dissoziativen Ersatzhandlungen ignoriert. Er wird immer wieder entlassen.

Das Betreuungsverhältnis und die spirituelle Brücke

Durch den gemeinsamen muslimischen Hintergrund konnte seit November 2025 ein tiefes, familiäres Vertrauensverhältnis aufgebaut werden. Die Familie wendet sich bei allen Anliegen an die Betreuerin und vertraut ihr auch in der Finanzverwaltung vollkommen.

Als die Familie den Wunsch äußerte, einen regionalen Hodja (spirituellen Heiler) hinzuzuziehen, hat die Betreuerin diesen Antrag nicht entwertet. Sie validiert die spirituelle Sichtweise der Familie, nutzt dieses Vertrauen jedoch als Brücke, um gleichzeitig die notwendigen schulmedizinischen Schritte, das Absetzen gefährlicher medikamentöser Versuchsreihen und eine gründliche Diagnostik einzufordern.

Fall 2: Verdacht auf bislang nicht erkannte Neurodivergenz – familiäre Tabuisierung und geschlechtsspezifische Zugangsbarrieren

Die Betreute ist ein 22-jähriger junger Mann pakistanischer Herkunft, geboren in Deutschland. Sein Vater arbeitete hier erwerbstätig, doch das familiäre Klima ist geprägt von einem extremen Leistungs- und Erfolgsdruck. Seine Schwestern gelten als hochbegabt, studieren erfolgreich und zeigen ebenfalls neurodiverse Züge. Im Kontrast dazu erlebte der junge Mann massive Überforderungen im deutschen Schulsystem. Er schaffte den Schulabschluss in Deutschland zunächst nicht, woraufhin er im Alter von 20 Jahren nach Pakistan ging. Dort absolvierte er an einer speziellen Online-Schule einen Schulabschluss (eine Art Abitur), der in Deutschland rechtlich jedoch nicht als Hochschulreife anerkannt wird.

Er befindet sich somit in einer prekären Lage: Auf dem deutschen Arbeitsmarkt sucht er ohne formal anerkannten Abschluss eine Ausbildungsstelle, während er gleichzeitig mit den Folgen einer nie gestellten Autismus-Diagnose kämpft.

Ein zentrales Hindernis ist die eklatante Tabuisierung seines Unterstützungsbedarfs durch die Familie. Anstatt die Symptomatik offen anzusprechen, wird sie negiert. Dies führte dazu, dass im Kindes- und Jugendalter eine fundierte Autismus-spezifische Diagnostik fahrlässig versäumt wurde. Nun, im Erwachsenenalter, ist eine entsprechende Diagnostik für Menschen im Autismus-Spektrum, um ein Vielfaches schwerer zu erhalten, da Spezialambulanzen extrem lange Wartezeiten von oft zwei bis drei Jahren aufweisen oder die Zugänge erschwert sind.

Die Betreuerin lernte der betreute im Dezember 2025 im Zentrum für Psychiatrie kennen. Er war dort stationär eingewiesen worden, nachdem es im häuslichen Umfeld zu einer Bedrohung der eigenen Familie gekommen war. In der Klinik wurde rasch die Diagnose einer Psychose gestellt und eine medikamentöse Behandlung mit Psychopharmaka eingeleitet.

Aus fachlicher Sicht der Betreuerin liegt hier jedoch mit hoher Wahrscheinlichkeit eine folgenschwere Fehldiagnose vor:

- Die Bedrohung der Familie war mit großer Wahrscheinlichkeit ein autistischer Meltdown bzw. ein autistisches Burnout infolge jahrelanger chronischer Überforderung, sozialer Isolation und dem immensen familiären Erfolgsdruck.
- Die Betreute berichtet, dass er Stimmen von Engeln hört und sich mit Geistwesen unterhält. Es muss in Betracht gezogen werden, dass es sich um ein Phänomen im Rahmen eines religiösen Wahns oder einer spezifischen kulturspezifisch-religiösen Verarbeitung von Isolation handeln kann.

Auch in diesem Fall versäumte die Psychiatrie eine tiefgehende, differenzialdiagnostische Abklärung. Stattdessen wird der junge Mann mit Psychopharmaka behandelt, die seine tatsächliche Lage und seine sozialen Fähigkeiten in keiner Weise verbessern.

Nach der Entlassung aus der Klinik kehrte die Betreute in die elterliche Wohnung zurück – mit der Absprache, ambulante Eingliederungshilfeleistungen in Anspruch zu nehmen. Hier traten jedoch zwei massive Barrieren zutage:

1. Die ambulante Eingliederungshilfe wurde zweimal regulär beantragt und bewilligt. Sobald die Fachkräfte jedoch vor der Tür standen, lehnte der Klient die Hilfe ab. Auf sensible Nachfrage der Betreuerin bejahte er, dass die Ablehnung darin begründet lag, dass es sich bei den entsandten Fachkräften um Frauen handelte. Aus religiöser, kultureller und

schambesetzter Zurückhaltung war es dem jungen Mann unmöglich, eine weibliche Person in seinen persönlichen Bereich zu lassen oder sich ihr anzuvertrauen.

2. Aufgrund der anhaltenden gesellschaftlichen und familiären Tabuisierung seiner Probleme sowie der Angst vor Stigmatisierung weigert sich die Betreute strikt, klassische Einrichtungen oder Arbeitsmaßnahmen im Förderbereich einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung zu besuchen. Eine offizielle Betreuung in einer Behinderteneinrichtung widerspricht dem familiären Narrativ und löst bei ihm Abwehr aus. Jeder direkte Kontakt zu fremden Menschen stresst ihn zudem extrem.

Kreativer Lösungsansatz: Kultursensible Unterstützung über den Entlastungsbeitrag

Um diese Pattsituation zu durchbrechen, wählte die Betreuerin einen pragmatischen und kultursensiblen Weg: Über den Entlastungsbeitrag der Pflegekasse (§ 45b SGB XI) engagierte sie einen männlichen, muslimischen, deutschen Lehrer als ehrenamtlichen Begleiter. Dieser Ansatz umging sowohl die Gender-Barriere als auch das Stigma der klassischen Eingliederungshilfe:

Durch das gleiche Geschlecht, den geteilten religiös-kulturellen Hintergrund und die pädagogische Kompetenz konnte der Begleiter das Vertrauen des Klienten gewinnen.

Der Lehrer führte gemeinsam mit dem Klienten Bewerbungsprozesse durch, verfasste Unterlagen und begleitete ihn zu Besichtigungen von Tagesstrukturen, Einrichtungen sowie Terminen beim Arbeitsamt – Schritte, die der Betreute aufgrund seiner sozialen Interaktionsängste alleine niemals hätte bewältigen können.

Fall 3 (hinzugefügt)

Ayten Heck, 81 Jahre alt, lebte in Würzburg und starb am 9. April 2026. Nach mehreren Berichten war sie seit 1997 Mitglied eines muslimischen Bestattungsfonds und wollte islamisch bestattet werden. Dennoch wurde ihr Leichnam eingeäschert. Ihre in den USA lebende Tochter erfuhr erst später davon.

Besonders brisant ist: Nach Angaben aus dem Umfeld hatte Heck wiederholt deutlich gemacht, dass sie islamisch bestattet werden wolle. Ein rechtlicher Betreuer war eingesetzt; laut späteren Berichten soll dieser sogar Kenntnis von ihrer Mitgliedschaft im Bestattungsfonds gehabt haben. Die Stadt erklärte demgegenüber, ihr seien weder die muslimische Religionszugehörigkeit noch die Mitgliedschaft im Fonds bekannt gewesen.

Der Fall bekam zusätzlich Aufmerksamkeit, weil Heck einen deutschen Pass und einen deutschen Nachnamen hatte. Aus ihrem Umfeld wurde berichtet, dass sie in Unterlagen offenbar als „religionslos“ geführt worden sei.

Im September 2026 wurde ihre Asche schließlich aus dem bisherigen Grab auf den muslimischen Teil des Würzburger Waldfriedhofs umgebettet. Dort fand ein Totengebet in Abwesenheit der Verstorbenen statt. Die Stadt Würzburg und muslimische Gemeinden vereinbarten danach eine engere Zusammenarbeit für vergleichbare Fälle; laut Berichten wurden seitdem bereits zwei weitere Fälle frühzeitig gemeldet und muslimisch bestattet.

Quelle: https://www.islamiq.de/2026/09/28/nach-einaescherung-muslimin-wird-islamisch-bestattet/?utm_source=chatgpt.com