

positioniert hat.“ (Ebd.) Muslimische Gemeinschaften haben in den kommenden Jahren die Gelegenheit diese Debatte zu führen, aus Erfahrungen der christlichen Kirchen zu lernen und ihre strukturelle Entwicklung in Deutschland reflektiert weiter zu entwickeln.

### Fazit

Die Diskussion um eine religionspolitische Anerkennung von muslimischen Religionsgemeinschaften sollte sich in

Zukunft auf die etwa 2500 Moscheegemeinden in Deutschland konzentrieren. Dazu wird es nötig sein, sich von dem Repräsentations-Konzept, welches sich an vier Millionen Muslimen orientiert und vom Bundesministerium des Innern durch die Deutsche Islamkonferenz etabliert wurde, zu verabschieden.

Der religionspolitische Kompromiss zur Einführung von islamischem Religionsunterricht in Nordrhein-Westfalen ist eine gute Grundlage, um Misstrauen zwischen Politik und muslimischen Verbänden abzubauen und ein wichtiger Meilenstein auf dem Weg hin

zu einer vollen Anerkennung der Moscheeverbände in Deutschland.

Es bedarf einer innermuslimischen Debatte über die angemessene Weiterentwicklung der muslimischen Strukturen im Rahmen des religionsverfassungsrechtlichen Systems der Bundesrepublik Deutschland.

Die Weiterentwicklung sollte das Ziel verfolgen, dass die islamische Religionsausübung in Deutschland sich gemeinwohlorientiert entfalten kann und der Islam an die nachkommenden Generationen angemessen weiter gegeben wird.

# Religionszugehörigkeit und Versorgungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen

## Von der Gleichbehandlung zur religionssensiblen Differenzierung

Religion hat im Gesundheitswesen derzeit nur einen geringen Stellenwert und kann dadurch subtil zum Ungleichheitsmarker werden. Die Verantwortung für religionsensible Versorgungsgerechtigkeit bleibt in der Regel der einzelnen Fachkraft überlassen. Strukturelle Unterstützung in den Einrichtungen gibt es hingegen lediglich vereinzelt, auf politischer Ebene fehlt sie bisher ganz. Es geht daher im Folgenden nicht um Religionspolitik im engeren Sinne, vielmehr steht die Frage im Vordergrund, welche Rolle Religion in der Versorgung von kranken und pflegebedürftigen Menschen spielt. Es zeigt sich, dass zunächst ein Bewusstseinswandel erforderlich ist, um Religion als relevante soziale Kategorie wahrzunehmen. Erst aus diesem veränderten Verständnis lassen sich Maßnahmen für unterschiedliche AkteurlInnen ableiten.

### Ein Thema, das bisher keines ist

Den Ausgangspunkt für die folgenden Überlegungen bildet die Hypothese, dass in Deutschland die Religion zu einer ungleichen Versorgung von PatientInnen und BewohnerInnen<sup>1</sup> führen kann. Dieser Gedanke liegt nicht unbedingt nahe; denn zum Selbstver-

ständnis des hiesigen Gesundheitswesens<sup>2</sup> gehört es schließlich, allen glei-

chermaßen zugänglich zu sein – ungeachtet sozialer Differenzkategorien

<sup>1</sup> Bewohner/Bewohnerin lautet der Fachbegriff für Menschen, die in Alten- und Pflegeeinrichtungen leben.

<sup>2</sup> Da es sich um eine allgemeine Problemskizze handelt, bleiben die Bezüge auf unterschiedliche Einrichtungsformen im Folgenden notgedrungen unzureichend und können nur durch weitere Forschungen spezifiziert werden.



Mechthild Herberhold

oder bestimmter Gruppenzugehörigkeiten. Welche Rolle sollte die Religion hier auch spielen? Die Medizin kommt allem Anschein nach auch ohne Religion gut zurecht. Wenn Menschen Beschwerden haben, suchen sie eine ärztliche Praxis oder ein Krankenhaus auf, lassen sich dort behandeln und dann gehen sie wieder nach Hause. Religion gilt in Deutschland als Privatsache, dazu kommt eine in der Gesellschaft vernehmbar artikulierte Skepsis gegenüber Religiosität überhaupt. Zwar bieten in größeren Krankenhäusern katholische und evangelische SeelsorgerInnen Gespräche und Gottesdienste an, und in Einrichtungen mit kirchlicher Trägerschaft bildet Religion einen Teil des organisationsspezifischen Selbstverständnisses. Ansonsten spielt sie jedoch weder in der stationären noch in der ambulanten Versorgung eine nennenswerte Rolle. Berechtigterweise ist hier allerdings zu fragen, ob das Angebot der SeelsorgerInnen denn nicht ausreicht und mit welcher Begründung man von ÄrztInnen und Pflegenden in Zeiten von Fachkräftemangel und struktureller Belastung eine zusätzliche Perspektive fordern sollte.

Veröffentlichungen, die den Stellenwert von Religion im Gesundheitswesen explizit fokussieren, liegen bislang nur vereinzelt vor (siehe z. B. Referat für interkulturelle Angelegenheiten 2001). MigrantInnen treffen im Gesundheitswesen auf hohe Zugangsbarrieren (siehe Borde 2003) und sind durch Fehl-, Über- und Unterversorgung letztendlich benachteiligt. Inwiefern das auf Religion als Ungleichheitsmarker zurückgeführt werden kann, ist bisher nicht erforscht. In Projekten und Veröffentlichungen zu „Kultur im Gesundheitswesen“, „Transkultureller Kompetenz“ bzw. „Kultursensibler Pflege“ fällt der Stellenwert von Religion sehr unterschiedlich aus.<sup>3</sup> Eine explizite Rolle spielt Religion in konkreten Handreichungen für Personal, die sich bisher praktisch durchgehend auf den Islam beziehen (siehe exemplarisch Ilkilic 2005; Rüschoff 2010).

Doch ist Religion für die Menschen in Deutschland überhaupt wichtig? Der Religionsmonitor der Bertelsmann-Stiftung (siehe Huber o. J.; Bertelsmann-Stiftung 2008) kommt zu dem Ergebnis, dass sie eine deutlichere Rolle spielt, als wohl viele vermutet hätten. Demnach sind über 50% der in Deutschland lebenden Menschen durchschnittlich religiös und fast 20% hochreligiös. Bei den MuslimInnen sind 90% als religiös zu bezeichnen und bei denen, die keiner Religionsgemeinschaft angehören, sind es ca. 30%. Sicherlich sind viele Menschen in Deutschland christlich geprägt und ein Großteil derer, die sich nicht zum Christentum zählen, hat einen Migrationshintergrund. Vorschneile Einstufungen und Gleichsetzungen verbieten sich hier jedoch. Einer Sinus-Studie zu MigrantInnen zufolge zeigt sich in praktisch „allen [...] Milieus (93% der Grundgesamtheit) [...] ein breites ethnisches und konfessionelles Spektrum“ (Sinus 2008, 2).

In den weiteren Ausführungen verwende ich

## *Religion, Gesundheit und Krankheit<sup>4</sup>*

Pflege und Medizin sind mit Religion und Spiritualität bis in die frühe Neuzeit hinein eng verbunden (siehe Bruchhausen 2008). Dieser Zusammenhang hat sich weitgehend gelöst; heute gilt das als entscheidend, was messbar und auswertbar ist. Für ein eigenständiges Profil der Medizin unabhängig von der religiösen Obrigkeit und die vielfältigen (medizin-)technischen Möglichkeiten war diese Entwicklung durchaus förderlich. Gleichzeitig ging allerdings das Bewusstsein dafür verloren, welche Bedeutung der Religion hinsichtlich Gesundheit, Krankheit und Heilung zukommt. Die heutige Medizin versteht sich vor allem als Naturwis-

- *Religion* als soziale Kategorie zur Einordnung von Individuen, d. h. – ähnlich wie etwa Geschlecht, Alter oder Kultur (siehe Herberhold 2007, 68–85) – als Begriff, mit dessen Hilfe Menschen wahrgenommen, beschrieben und in Gruppen eingeteilt werden bzw. sich selbst verstehen. Religion im Sinne von Weltreligion oder Religionsgemeinschaft spielt dabei eine untergeordnete Rolle.
- *Religionszugehörigkeit* bezieht sich sowohl auf die formale Ebene (Mitgliedschaft) als auch auf das Selbstverständnis des/der Einzelnen (Zugehörigkeitsgefühl).
- *Religiosität* meint die je individuellen Einstellungen, Glaubensinhalte und Praxisformen, die mit einer bestimmten Religion zusammenhängen.
- *Spiritualität* schließlich ist nicht zwingend religiös und beschreibt die eigene (oft auch selbstreflektierende) Grundeinstellung zu Mensch, Welt, Sinnfragen und Transzendenz.

senschaft. Zwar haben in den letzten Jahren psychische und soziale Aspekte im Umgang mit kranken Menschen wieder an Bedeutung gewonnen, von Religion ist allerdings lediglich vereinzelt die Rede. Die Geschichte und die Inhalte verschiedener Religionsgemeinschaften und die Auseinandersetzung mit Spiritualität gehören bisher nicht zur selbstverständlichen Ausbildung der MedizinerInnen (siehe Approbationsordnung 2002).

Verstärkte Forschungen zu Spiritualität und Heilung in den letzten 20 bis 25 Jahren belegen jedoch, dass dieser Leerstelle in der Aufmerksamkeit von Seiten der Fachkräfte mitnichten

<sup>3</sup> Siehe exemplarisch <http://www.kultur-gesundheit.de>.

<sup>4</sup> Gesundheit und Krankheit sind nicht als Gegensatz zu verstehen, vielmehr handelt es sich um ein komplexes Zusammenspiel mit vielfältigen Aspekten auf unterschiedlichen Ebenen.

eine Leerstelle in der Bedeutung entspricht. Die Beziehung zwischen Religiosität und Krankheitsvermeidung bzw. Heilung ist hochkomplex (siehe Murken 1998). Gottvertrauen, Rituale und ein religiös motivierter gesundheitsfördernder Lebensstil etwa können die Selbstheilungskräfte unterstützen. Und belastende Erfahrungen mit Re-

### *Religionszugehörigkeit und Religionspraxis im Gesundheitswesen*

Wo wirkt sich nun die Religionszugehörigkeit im Gesundheitswesen aus? Erkennbar prägt sie vor allem den Alltag – von Umgangsformen über Speise- und Fastenregeln, Gebetszeiten oder Waschriten bis hin zu Kleidungs- und Vorschriften. Gerade in Umbruchs- und Krisensituationen wie einer Krankenhauseinweisung oder Heimaufnahme können religiöse Vorstellungen, Regeln und Riten noch stärkere Bedeutung erlangen. Doch auch bei Menschen, bei denen Religion sich nicht im gesamten Alltag widerspiegelt, beeinflussen religiöse Vorstellungen das Erleben von Gesundheit und Krankheit, das Körperbild, das Selbstverständnis als Mann oder Frau sowie den Heilungsprozess.

Im medizinischen Kontext kommt hinzu, dass Medikamente Stoffe wie etwa Alkohol oder Gelatine enthalten können, deren Einnahme in manchen religiösen Gemeinschaften abgelehnt wird. In allen Abteilungen können Arbeitsabläufe betroffen sein – wenn z. B. bei Untersuchungen oder Operationsvorbereitungen nur gleichgeschlechtliches Personal dabei sein soll. Auch in die Einschätzung medizinischer Maßnahmen oder Eingriffe wie etwa Bluttransfusion, künstliche Ernährung oder Organtransplantation fließen religiöse Inhalte ein. Zudem hängt die (Non-) Compliance<sup>5</sup> wesentlich davon ab, ob Maßnahmen als kompatibel mit den eigenen religiösen Vorstellungen und Ritualen gesehen werden oder nicht.

Teils implizit, teils explizit spielt die Religion von PatientInnen bzw. BewohnerInnen somit eine wichtige Rol-

ligion und negative Gottesbilder verstärken vielfach das Erleben von Hilflosigkeit und Ohnmacht. Dabei finden sich durchaus unterschiedliche Stränge gleichzeitig. Festzuhalten bleibt, dass religiöse Überzeugungen und eine entsprechende Praxis das Erleben von Krankheit oder Pflegebedürftigkeit beeinflussen.

le. Sie betrifft ihre Bedürfnisse und Selbstverständlichkeiten, gleichzeitig stellt sie eine entscheidende Ressource dar, an die das Personal anknüpfen kann.

Zwar bieten viele Aufnahmebögen und Dokumentationssysteme die Möglichkeit, die Religionszugehörigkeit der PatientInnen bzw. BewohnerInnen anzugeben, in der Regel durch (freiwilliges) Ankreuzen. Vom therapeutischen Personal wird diese Notiz jedoch im alltäglichen Kontakt vielfach nicht bewusst wahrgenommen; sie hat



**Werden Religion und persönliche Riten nicht berücksichtigt, sind Missverständnisse und Diskriminierung vorprogrammiert**

somit meist keine Konsequenzen. Zudem sagt die bloße Angabe der formalen Zugehörigkeit nicht viel darüber aus, ob jemand die genannte Religion auch praktiziert und inwieweit auf Rituale Rücksicht genommen werden muss. Da entsprechende Fragen nicht Teil der Anamnese sind, thematisieren vielfach weder die Fachkräfte noch die PatientInnen oder BewohnerInnen selbst die Religion. Auch bei den Dienstübergaben wird über Religion in der Regel nicht gesprochen. Wo

ein so zentraler Bereich gar nicht weiter berücksichtigt wird, sind jedoch Fehlinterpretationen und Missverständnisse vorprogrammiert: Wenn ein Patient etwa die (im Recht auf Selbstbestimmung und Unversehrtheit ohnehin verankerte Möglichkeit zur) Nichteinwilligung in eine Therapie religiös begründet, stößt er häufig auf Unverständnis.<sup>6</sup> Oder eine Patientin, die einem Pfleger oder Arzt zur Begrüßung nicht die Hand gibt, wird schnell als unhöflich oder unterdrückt eingestuft. Dass hinter einem auf den ersten Blick unverständlichen Verhalten religiöse Gründe stecken können, bleibt vielfach unberücksichtigt. Darüber hinaus werden religiöse Begründungen von den therapeutisch Tätigen oft nicht akzeptiert bzw. manchmal sogar als Abwertung ihrer medizinischen oder pflegerischen Leistung aufgefasst.

Viele Fachkräfte sind unsicher beim Kontakt mit religiösen Einstellungen und Ritualen, vor allem wenn sie diese noch nicht kennen. Häufig reagieren sie auf einzelne Ausdrucksformen (z. B. Tränen, die Anzahl der BesucherInnen, ein Kopftuch) und stufen diese auf dem Hintergrund ihres eigenen Kontextes als passend oder unpassend ein. Was Symbole und Handlungen für die PatientInnen und BewohnerInnen bedeuten, ist vielfach nicht bekannt. Diese ihrerseits sind irritiert, wenn ihre „Werte und Normen nicht ernst genommen und in der Behandlung nicht berücksichtigt werden. Oft nehmen sie dies als Diskriminierung wahr“ (Altug 2001, 6). Dass aus religiösen Ausdrucksformen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens Konflikte resultieren, ist dabei nicht zwingend. Vielfach reagieren die dort Tätigen allerdings erst dann auf Religion, wenn sie zum „Störfaktor“ wird. Gleichzeitig besteht die Gefahr, Konflikte oder Kommunikationsdefizite zu kulturalisieren und (die „ande-

<sup>5</sup> In der Medizin meint *Compliance* die Zustimmung zu und Kooperation bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

<sup>6</sup> Gleichzeitig lässt sich dem eigenen Willen durch eine religiöse Argumentation mehr Gewicht verleihen, was im Kontakt mit den Fachkräften durchaus bedeutsam sein kann.

re“) Kultur bzw. Religion vorschnell als Erklärung auch für eigene strukturelle Versäumnisse heranzuziehen. Dies gilt insbesondere in Begegnungen, in denen die Religionszugehörigkeit (vermeintlich) deutlich sichtbar ist – bei Sikhs etwa oder bei Frauen, die aufgrund eines Kopftuchs als Musliminnen eingestuft werden.

Beides – das Ignorieren der Religion und ihre Wahrnehmung als Störfaktor – zieht mit hoher Wahrscheinlichkeit Ungleichbehandlung und Diskriminierung nach sich. Diskriminierungserfahrungen lassen sich allerdings nicht nur auf die Religionszugehörigkeit, sondern auch auf die Differenzierung durch weitere soziale Kategorien wie Sprache, Alter, Bildungsstand oder Geschlecht und nicht zuletzt auf das strukturelle Machtgefälle in der Hilfssituation selbst zurückführen. Manchmal werden Bedürfnisse auch allein deshalb nicht erfüllt, weil die Abläufe in Kliniken und Pflegeeinrichtungen, von den Essenszeiten bis zu den Untersuchungs- und Therapieplänen, ihre je eigene Dynamik entfalten. Welchen Stellenwert Religion als Ungleichheitsmarker dabei jeweils hat, ist für Betroffene im Einzelfall nicht ersichtlich.

## *Ursachen für Ungleichheit*

Wie kommt es nun dazu, dass die Religion zu Ungleichheit führt? Sicherlich spielt die individuelle Meinung einer Fachkraft über Religion im Allgemeinen und die der jeweiligen PatientIn bzw. BewohnerIn im Besonderen eine Rolle. Vorwiegend gibt es jedoch strukturelle Gründe – sowohl im gesellschaftlichen Klima als auch bei den Rahmenbedingungen für das Gesundheitswesen.

- Wer mit dem hiesigen Gesundheitswesen aufgewachsen ist, Erfahrungen mit VertreterInnen verschiedener Berufsgruppen und Einrichtungsformen sammeln konnte und eine klassische Ausbildung in einem der Gesundheits-

berufe absolviert hat, stuft mit hoher Wahrscheinlichkeit Religion als nicht-relevant für die Therapie ein.

- Zwar lernen die Auszubildenden in der Pflege, ihr Handeln auch an den religiösen Bedürfnissen der zu Pflegenden auszurichten (siehe exemplarisch MAGS NRW 2003 und MGSSF NRW 2003). Da jedoch die Religion in den Einrichtungen keinen ausreichenden Stellenwert hat und die jeweils neuen Auszubildenden und Examinierten in die innerhalb der Kliniken bzw. Altenhilfeeinrichtungen vorherrschenden Selbstverständlichkeiten hineinsozialisiert werden, können sich diese Impulse nicht nachhaltig genug auswirken.
- Wer im Gesundheitswesen arbeitet, sieht sich mit Überlastung, Burn-Out, Zeit- und Personalmangel konfrontiert. Beeinträchtigungen der Kommunikationsfähigkeit und des Einfühlungsvermögens sind die wahrscheinliche Konsequenz. Strukturelle Unterstützung zur Beschäftigung mit der Religion der Klientel etwa über Einrichtungskonzepte, Expertenstandards oder Leitfäden gibt es praktisch nicht. Zudem schränkt die Zunahme der verpflichtenden Fortbildungen die Kapazitäten der Häuser und der einzelnen Personen für weitere Veranstaltungen ein.
- Auf verschiedenen Ebenen – von der Verfassung der WHO bis zu den Leitbildern der einzelnen Einrichtungen – wird betont, dass allen dieselbe Versorgung zukommt und die Religionszugehörigkeit der Klientel keine Rolle spielt. Im Sinne der Gleichberechtigung aller Menschen sowie angesichts der systematischen Diskriminierungspolitik des nationalsozialistischen Regimes und des medizingeschichtlichen Erbes aus dieser Zeit ist es für alle Beteiligten tatsächlich unabdingbar, sich immer wieder zu vergegenwärtigen, dass Kranke und Pflegebedürfti-

ge ungeachtet ihrer Religion gleichermaßen optimal zu behandeln und zu betreuen sind. Diese „Nichtbeachtung“ des religiösen Hintergrundes verstärkt jedoch die Tendenz, ihn in den alltäglichen Begegnungen zu vernachlässigen. Als Kehrseite der Bemühungen um Gleichbehandlung bleibt die Religion dann in ihrer Bedeutung für die Menschen unberücksichtigt. In kaum einer Einrichtung des Gesundheitswesens wird Religion thematisiert oder gar in therapeutische oder strukturelle Konzepte einbezogen.

## Verdeckte Fremdenangst und Fremdenfeindlichkeit sind weit verbreitet

- Kommunikationsprozesse in Beratungs- und Therapiesituationen vollziehen sich vor dem Hintergrund des vorherrschenden gesellschaftlichen Klimas. Offen rassistisch will kaum jemand sein. Dennoch konstatieren entsprechende Umfragen und Forschungen eine weit verbreitete Fremdenangst und -feindlichkeit, die sich insbesondere als Islamfeindlichkeit äußert (siehe Bielefeldt 2008).
- Bisher wird die Beschäftigung mit der Religion von PatientInnen oder BewohnerInnen stark individualisiert. Über das Engagement von Einzelpersonen ist allerdings in der Regel nichts zu erfahren (entsprechende Untersuchungen oder Befragungen fehlen), es sei denn, sie sind in Modellprojekte oder vergleichbare Initiativen eingebunden. Auch auf der Meso-Ebene ist jedes Krankenhaus oder Altenheim auf sich gestellt. Die einzelnen Einrichtungen gehen die Frage der Religionssensibilität je nach eigenen Möglichkeiten an und das auch nur, soweit es interessierte und kompetente MitarbeiterInnen gibt.

## *Anknüpfungspunkte für eine religionsensible Versorgung*

Im deutschen Grundgesetz werden im Artikel 4 die „Freiheit des Glaubens, des

Gewissens und die Freiheit des religiösen und weltanschaulichen Bekennt-

# Arts & ethic

Weh denen, die das Recht in bitteren Wermut verwandeln  
und die Gerechtigkeit zu Boden schlagen.

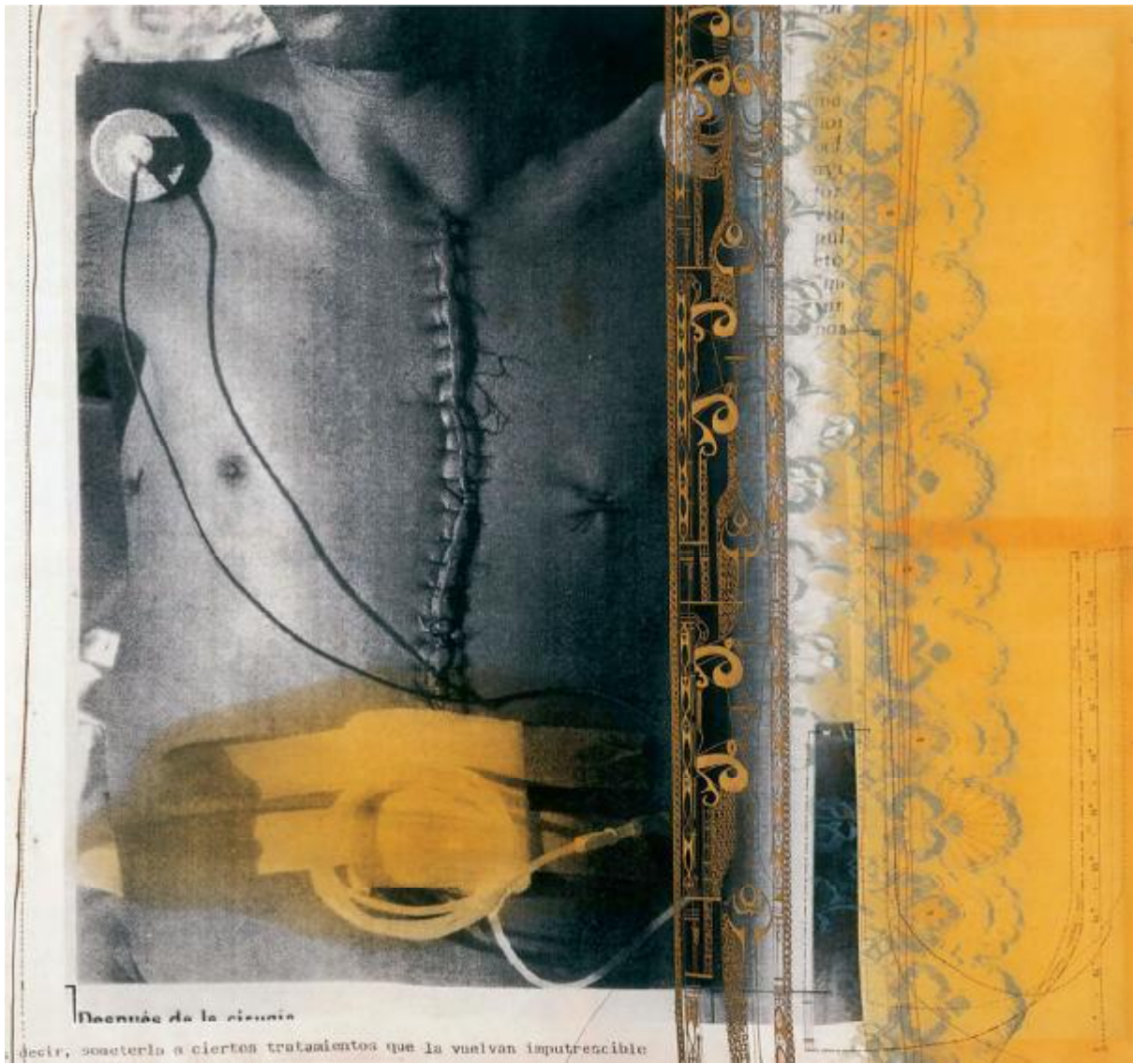
*Amos 5, 7*

„Zur Schönheit gesellt sich das Hässliche, zum Perfekten das Deformierte, zur Augenlust das Aufrührende, Verstörende. Das Ganze existiert als Flickwerk nur seiner Teile. [...] Lilian Moreno Sánchez' Bilder erzählen vom einstigen Vertrauen in das Göttliche, die Schönheit und tröstliche Gewissheit und von Krankheit und Tod. Was ist der Mensch? Warum muss er leiden? [...] Die ins Fleisch gesetzte Naht, die den geöffneten Brustkorb schließt, sie verläuft vertikal wie die pretentiöse Goldnaht in direkter Nachbarschaft. [...] Das Ungestalte lässt sich nicht korrigieren, der Makel nicht verdecken.“

*aus: Petra Giloy-Hirtz: Die Ästhetisierung des Leidens.  
Zu den Bilderzyklen von Lilian Moreno Sánchez  
(vollständiger Essay unter: [morenosanchez.com](http://morenosanchez.com))*



*Lilian Moreno Sánchez,  
geb. 1968 in Buin, Chile,  
Studium an der Kunstfakultät der Universidad de Chile  
sowie an der Akademie der Bildenden Künste, München;  
lebt als frei schaffende Künstlerin in Augsburg;  
weiteres unter: <http://morenosanchez.com>*



Después de la cirugía

decir, someterla a ciertos tratamientos que la vuelvan imputrescible

Lilian Moreno Sánchez  
Serie Correcturas Simulativas  
Bild 1 (von 4) 1995  
Mischtechnik auf Stoff  
140 × 130

nisses“ sowie „die ungestörte Religionsausübung“ geschützt. Auf das Gesundheitswesen bezogen hieße das, als Patient/-in oder Bewohner/-in uneinträchtig religiös sein zu dürfen und die Ausübung dieser Religion auch ermöglicht zu bekommen. Der tatsächliche Stellenwert von Religion im Gesundheitswesen löst diesen Anspruch nicht ein. Wenn strukturelle Faktoren wie Überbelastung und Personalmangel dazu führen, dass manchen Menschen im Falle von Krankheit oder Pflegebedürftigkeit ihre Religionsausübung verwehrt bleibt, stellt das einen Verstoß gegen das Grundgesetz dar.

Dass die Religion der zu Pflegenden keine größere Rolle spielt, ist allerdings nicht zwingend. Im Selbstverständnis mehrerer Fachrichtungen im Gesundheitswesen gibt es durchaus begründete Anknüpfungspunkte dafür, sie stärker mit einzubeziehen:

- Zum Selbstverständnis der Pflege gehört es, den Menschen umfassend, mit all seinen Lebensbereichen, Bedürfnissen und Ressourcen wahrzunehmen. Fast alle Pflgetheorien sehen Spiritualität als zentral an. Der Ethikkodex des International Council of Nurses<sup>7</sup> formuliert als Aufgabe der Pflegenden, sich vom Glauben der zu Pflegenden nicht beeinflussen zu lassen und gleichzeitig ein Umfeld zu fördern, „in dem die Menschenrechte, die Wertvorstellungen, die Sitten und Gewohnheiten sowie der Glaube des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft respektiert werden“ (ICN 2010, 2). Eine ähnliche Position vertritt die vom Runden Tisch Pflege der Bundesregierung im Jahre 2006 erarbeitete Pflege-Charta (siehe BMFSFJ/BMG 2010, Art. 7).

- Während in den somatischen Fachdiskussionen Religion praktisch überhaupt nicht vorkommt, befassen sich VertreterInnen der Psychosomatik und Psychiatrie immer wieder mit Religion (siehe exemplarisch Seyringer 2007). Einen klaren Stellenwert hat Religion zudem im Hospiz- und Palliativbereich (siehe exemplarisch Kern 2010). Spi-

ritualität gehört hier neben körperlichen oder psychischen Aspekten zum Selbstverständnis des Angebots und wird offen kommuniziert. Teambesprechungen sind interdisziplinär angelegt, SeelsorgerInnen nehmen selbstverständlich daran teil. Im Juni 2010 hat die Ludwig-Maximilians-Universität in München eine Professur für „Spiritual Care“ eingerichtet. Am Lehrstuhl für Palliativmedizin angesiedelt versteht sie sich als grundsätzlich relevant für den Umgang mit kranken Menschen und richtet sich an alle Berufsgruppen. Allerdings ist die Palliativmedizin noch kein verbindlicher Bestandteil des Medizinstudiums.

- Nach dem Sozialgesetzbuch V ist es Aufgabe der Krankenkassen, bei „der Auswahl der Leistungserbringer [...] ihre Vielfalt zu beachten. Den religiösen Bedürfnissen der Versicherten ist Rechnung zu tragen“ (§ 2 Abs. 3 SGB V). Das lässt sich nur umsetzen, wenn die Religion nicht mehr als Neben- und Privatsache gilt, sondern vielmehr aktiv berücksichtigt wird und einen entsprechenden Stellenwert bekommt.

### *Folgerungen und Handlungsbedarf*

Die Ausgangshypothese, dass die Religion von PatientInnen und BewohnerInnen im Gesundheitswesen zum Ungleichheitsmarker werden kann, liegt nach den bisherigen Ausführungen weiterhin nahe. Meiner Beobachtung zufolge führt vor allem die vermutete/unterstellte und gleichzeitig negativ konnotierte Religion zu Diskriminierung. Eine wissenschaftliche Untersuchung dieser Zusammenhänge oder differenzierende Darstellungen fehlen bisher. Damit fehlen auch entsprechende Konzepte auf politischer Ebene. So wichtig und mutmachend die im letzten



Die Religionszugehörigkeit ist keine Nebensache. Sie sollte bei der individuellen Wahl einer Therapie- oder Pflegeeinrichtung berücksichtigt werden

In einzelnen Einrichtungen gibt es Beispiele für „good practice“ in der Berücksichtigung der Religion. Am MEDIAN Klinikum für Rehabilitation Bad Oeynhausen etwa kombiniert ein multidimensionales Konzept die religiösen Aspekte mit sprachlichen und sozialen Ansatzpunkten in der Versorgung von türkisch-muslimischen PatientInnen (siehe Springfeld 2007): Im Ramadan richten sich die Essenszeiten nach der Sonne, die Therapiezeiten sind auf die Gebetszeiten abgestimmt, freitags gibt es einen Transfer zur Moschee etc. Im Bereich der Altenhilfe befasst sich beispielsweise das Frankfurter Victor-Gollancz-Haus<sup>8</sup> mit der Religion der Klientel. Hier wurde eine Wohngruppe für MuslimInnen eingerichtet, es gibt Gebetsräume, das Freitagsgebet wird ebenso angeboten wie christliche Gottesdienste, auch werden die Feste beider Religionen gleichermaßen gefeiert.

Abschnitt genannten Beispiele sind – es sind Aktivitäten von Einzelnen und damit lediglich von lokal begrenzter Reichweite. Von einer entsprechenden Mainstream-Diskussion dazu sind wir in Deutschland weit entfernt.

Wenn es das gesellschaftliche Ziel ist, ein weltanschaulich übergreifendes Angebot für alle Menschen bereitzustellen, dann muss Religion ein relevanter Faktor sein. Es geht dann nicht mehr darum, völlig religionsunabhängig zu arbeiten. Weil der religiöse Hintergrund – insofern er den PatientInnen oder BewohnerInnen etwas

<sup>7</sup> Im ICN haben sich 128 nationale Berufsverbände der Pflege zusammengeschlossen (<http://www.icn.ch/>).

<sup>8</sup> <http://www.victor-gollancz-haus.de>

bedeutet – für die Erfüllung des medizinisch-pflegerischen Auftrags wichtig ist, lautet das Ziel eines religions-sensiblen Gesundheitswesens vielmehr,

- weltanschaulich neutral für Menschen jeglicher Kontexte offen zu sein,
- sich selbstverständlich weiterhin aktiv gegen Diskriminierung aufgrund von Religion einzusetzen,
- zugleich aber die Menschen nicht nur mit ihren körperlichen und psychischen Anliegen sondern auch mit ihren vielfältigen Glaubensvorstellungen wahrzunehmen.

Was gibt es also für die unterschiedlichen AkteurInnen zu tun?

- Die Angehörigen der Gesundheitsberufe sind gefordert, die Religion in die konkrete Begegnung mit PatientInnen und BewohnerInnen sowie bei der Umsetzung dessen, woran sie sich in ihrem Berufsethos sonst auch orientieren (Würde, Respekt, Selbstbestimmung, Achtung der Grenzen), mit einzubeziehen. Wenn sie Spiritualität und Religion in ihre Anamnese aufnehmen, erhalten sie einen erweiterten Blick auf die jeweiligen Bedürfnisse und Ressourcen und können diese in den Therapiekonzepten nutzen (siehe Domenig 2006; Frick 2002). Das Gesundheitswesen insgesamt kann hier von der Palliativ- und Hospizbewegung lernen. Es geht darum, die Religion (szugehörigkeit) ernst und wichtig zu nehmen, ohne neue „Schubladen“ aufzumachen bzw. vorhandene Vorurteile zu zementieren.

- In der Forschung wäre beispielsweise zu fragen, ob unterschiedliche Einrichtungsformen die Berücksichtigung religiöser Identität in der praktischen Arbeit systematisch fördern bzw. behindern, oder unter welchen Bedingungen Religion in der täglichen Praxis denn *nicht* zum Ungleichheitsmarker wird. Im Oktober 2011 hat sich in München die „Internationale Gesellschaft für Gesundheit und Spiritualität“<sup>9</sup> gegründet, von der in diesem Zusammen-

hang in den kommenden Jahren wichtige Impulse zu erwarten sind.

- Bisher gibt es in den Einrichtungen und auch auf Trägerebene (von größeren konfessionellen Trägerverbänden abgesehen) in der Regel keine Arbeitsgruppe, Stabsstelle o. ä., die Religion thematisieren könnte. Jemanden ausschließlich für das Themenfeld Religion zu beauftragen ist dabei gerade für kleinere Häuser weder realistisch noch erforderlich, allerdings sollte Religion nicht unter Kultur subsumiert werden. Der Einbezug von Religion betrifft zudem das Konzept und das Selbstverständnis der Einrichtung und ist somit „Chefsache“ – von der Abstimmung der Maßnahmen im Kontext der Organisationsentwicklung bis zu Budgetentscheidungen. Schweinefleischfreie Kost gehört mittlerweile zum Standard im Gesundheitswesen, weitere relevante Aktivitäten gibt es nur selten. Einzelne Maßnahmen bleiben jedoch in der Regel wirkungslos, es braucht Konzepte „aus einem Guss“: etwa Gebetsräume, ein religionskompatibles Speiseangebot (z.B. halal, rindfleischfrei und koscher), die Berücksichtigung von Gebetszeiten, Fastenzeiten und Feiertagen, zudem medizin- und religionskompetente DolmetscherInnen. In die Entwicklung eines tragfähigen Konzeptes sind VertreterInnen der Religionen, PatientInnen/BewohnerInnen und MitarbeiterInnen mit einzubeziehen. Nötig ist zudem eine bessere Vernetzung der Einrichtungen mit den lokalen Gemeinden und religiösen Vereinen.

- Zu ergänzen sind die Angebote für die Klientel durch eine entsprechende Personalpolitik. Um die vielfältigen Kontexte der AdressatInnen in den Einrichtungen wahr- und ernst zu nehmen, dürfen auch die Fachkräfte nicht alle lediglich im gleichen Kontext beheimatet sein (in der Regel handelt es sich ja um den der Mehrheitsbevölkerung). Wir brauchen Ärz-



In den Einrichtungen sollten Fachkräfte mit unterschiedlichem religiösen Hintergrund vertreten sein

tInnen, Pflegende und Empfangspersonal mit unterschiedlichem religiösen Hintergrund, dazu gehören unter anderem auch Frauen, die Kopftuch tragen. Religiöses Personal kann darüber hinaus glaubwürdig aus der Innensicht argumentieren, etwa wenn jemand im Ramadan keine Medikamente nehmen möchte. Erst wenn Interkulturalität und Interreligiosität als genuiner und selbstverständlicher Bestandteil der Einrichtungen verstanden werden, ergibt sich ein glaubwürdiges Angebot. Mit einem entsprechenden Profil können sich Einrichtungen von anderen abheben und haben so einen Wettbewerbsvorteil.

- Fortbildungen wirken erst dann nachhaltig, wenn sie über die Informationen zu einzelnen Religionen hinaus die religionsensible Kompetenz der MitarbeiterInnen fördern. Religion und Spiritualität könnten als Querschnittsthema in viele bestehende Fortbildungskonzepte selbstverständlicher eingebunden werden, ob es nun um Ernährung geht oder um die therapeutische Betreuung von Brustkrebs-Patientinnen. Zudem sind Möglichkeiten wichtig, das eigene Tun, den eigenen religiösen Hintergrund und Einstellungen zur Religion der Klientel zu reflektieren, etwa in Supervisionsgruppen.
- Die spezielle Kompetenz der SeelsorgerInnen ist im Gesundheitswesen weiterhin unbedingt erforderlich. Wünschenswert wäre jedoch eine stärkere Anerkennung dieser Berufsgruppe und ihre Einbindung in das interdisziplinäre therapeutische Team. Zu überlegen ist auch, inwieweit eine ökumenische bzw. interreligiöse Seelsorge angeboten werden sollte (vgl. Vock 2009).

<sup>9</sup> <http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Interdisziplinaires-Zentrum-fuer-Palliativmedizin/de/professur-fuer-spiritual-care/iggs/index.html>



Gleichzeitig sind Pflegende und ÄrztInnen gefordert, in religiösen Belangen nicht vorschnell an die Seelsorge zu verweisen. Viele Fachkräfte unterschätzen, wie viel sie zu religiösen Aspekten zu sagen haben.

- Auf bundesweiter Ebene betrifft die Thematik nicht nur die Integrations-/ Migrationspolitik, sondern auch die Gesundheitspolitik. Zwischen beiden Ressorts gibt es derzeit nur wenig Vernetzung: Die Gesundheitsversorgung

von MigrantInnen ist bei der Integrationsbeauftragten angesiedelt, von Seiten des Gesundheitsministeriums gibt es dazu keine Beiträge. Die Religion im Gesundheitswesen fällt bei der bisherigen Aufgabenverteilung durch die Maschen der Aufmerksamkeit. Deshalb ist eine bewusste Entscheidung nötig, Religion in gesellschaftlichen Diskussionen und politischen Prozessen – ähnlich wie in den vergangenen Jahren bei den Ungleichheitskatego-

rien Geschlecht oder Alter – als relevanten Faktor wahrzunehmen und in entsprechende Antidiskriminierungsbestrebungen mit einzubeziehen.

- Die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen sind seit Jahrzehnten unzureichend. Wenn Fachkräfte ihrer Ausbildung und ihrem Berufsethos entsprechend arbeiten sollen – das beinhaltet auch, die Religion der Klientel zu berücksichtigen –, dann brauchen wir in den verschiedenen Berufsgrup-

### LITERATUR

- Altuğ, Arzu: Einführung, in: Referat für interkulturelle Angelegenheiten 2001, 6 f.
- Approbationsordnung für Ärzte, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2002 Teil I Nr. 44, 2405–2435
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): Religionsmonitor 2008 – Muslimische Religiosität in Deutschland. Überblick zu religiösen Einstellungen und Praktiken, Gütersloh 2008
- Bielefeldt, Heiner: Das Islambild in Deutschland. Zum öffentlichen Umgang mit der Angst vor dem Islam, 2. aktualisierte Auflage, Berlin 2008
- Borde, Theda; David, Matthias (Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen, Frankfurt/Main 2003
- Bruchhausen, Walter; Schott, Heinz: Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Göttingen 2008
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, Berlin 2010
- Domenig, Dagmar; Stauffer, Yvonne; Georg, Jürgen: Transkulturelle Pflegeanamnese, in: Dagmar Domenig (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, 2., vollst. überarb. u. erw. Aufl. 2007, 301–310
- Frick, Eckhard; Weber, Susan; Borasio, Gian Domenico: SPIR – Halbstrukturiertes klinisches Interview zur Erhebung einer "spirituellen Anamnese", o. O. 2002, <http://www.hfph.mwn.de/lehrkoerper/lehrende/frick/spir>
- Herberhold, Mechthild: KulturKonstruktionen. Eine ethische Auseinandersetzung mit den Lebensbedingungen alter türkischer Frauen in Deutschland, Saarbrücken 2007
- Huber, Stefan; Klein, Constantin: Religionsmonitor. Kurzbericht zu ersten Ergebnissen des RELIGIONSMONITOR der Bertelsmann-Stiftung (Befragung in Deutschland), o. O., o. J.
- Ilkilic, Ilhan: Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten. Eine Handreichung für die Gesundheitsberufe, 4. überarbeitete Auflage, Bochum 2005
- International Council of Nurses (Hrsg.): ICN-Ethikkodex für Pflegende, Eigenverlag Berlin 2010
- Kern, Martina; Müller, Monika; Aurnhammer, Klaus: Basiscurriculum Palliative Care, Bonn, 5. überarbeitete Auflage 2010
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen in NRW, Düsseldorf 2003
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Ausbildung und Qualifizierung in der Altenpflege, Düsseldorf 2003
- Murken, Sebastian: Gottesbeziehung und psychische Gesundheit. Die Entwicklung eines Modells und seine empirische Überprüfung, Münster 1998
- Referat für interkulturelle Angelegenheiten der Landeshauptstadt Hannover (Hrsg.): Muslime im Gesundheitswesen. Dokumentation der Fachtagung in Hannover am 15. November 2000, Hannover 2001
- Rüschhoff, Ibrahim; Laabdallaoui, Malika: Umgang mit muslimischen Patienten, Bonn 2010
- Seyringer, Michaela-Elena; Friedrich, Fabian; Stompe, Thomas; Frotter, Patrick: Die „Gretchenfrage“ für die Psychiatrie – Der Stellenwert von Religion und Spiritualität in der Behandlung psychisch Kranker, in: Neuropsychiatrie, 21 (2007) 4, 239–247
- Sinus Sociovision: Zentrale Ergebnisse der Sinus-Studie über Migranten-Milieus in Deutschland, o. O. 9.12.2008, [http://www.sinus-institut.de/uploads/tx\\_mpdownloadcenter/Migranten-Milieus\\_Zentrale\\_Ergebnisse\\_09122008.pdf](http://www.sinus-institut.de/uploads/tx_mpdownloadcenter/Migranten-Milieus_Zentrale_Ergebnisse_09122008.pdf)
- Springfeld, Arthur: Türkisch-muslimische Patienten (Migranten) in der Rehabilitation am MEDIAN Klinikum für Rehabilitation Bad Oeynhausen, in: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.): Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis, 2. überarbeitete Auflage, Berlin 2007, 270–274
- Vock, Franz: Die interreligiöse und interdisziplinäre Seelsorgearbeit am AKH Wien – ein multikultureller Dialog, in: Ulrich H.J. Körtner u. a.: Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett, Wien 2009, 18–29

pen ausreichend Stellen für qualifiziertes Personal, Möglichkeiten zur Fortbildung und Supervision, eine angemessene Bezahlung sowie Arbeitszeiten, die die Gesundheit nicht gefährden und wirkliche Erholung erlauben.

- Das Vorhaben, Religion als soziale Kategorie stärker im Gesundheitswesen zu verankern, lässt eine Vielzahl von Religionen und weltanschaulichen Optionen sowie eine individuelle Gestaltung der jeweiligen Religionsausübung zu. Das reicht von formaler Zugehörigkeit über intensive Formen der religiösen Praxis bis hin zu atheistischen Vorstellungen oder religionsabstinentem Verhalten. Es geht darum, den PatientInnen und BewohnerInnen nichts aufzudrängen und die Religion dennoch als relevant zu verstehen.
- Die Auseinandersetzung mit Religion ist nicht nur Aufgabe des Gesundheitswesens allein. Die gesamte Gesellschaft ist herausgefordert, Religiosität und Spiritualität in ihren zahlreichen Erscheinungsformen als selbstverständlich (und nicht als etwas „Exotisches“) anzusehen und ein spürbares Klima der Toleranz zu entwickeln.

Für viele Fachkräfte im Gesundheitswesen sieht die Beschäftigung mit der Religion ihrer Klientel lediglich nach zusätzlicher Arbeit aus. Wenn sie sich allerdings darauf einlassen, erfahren sie Entscheidendes über deren Bedürfnisse und Ressourcen. Einen im Hinblick auf Krankheitsverständnis und Genesung so wichtigen Bereich auszusparen, widerspricht zunächst einmal dem ärztlichen und pflegerischen Ethos. Darüber hinaus können mit einer religionssensiblen Perspektive Maß-



## Mehraufwendungen für die religionsensible Perspektive zahlen sich langfristig für alle Beteiligten aus

nahmen zielgerichteter geplant werden, was sich auch in den Therapieerfolgen niederschlägt. Viele Missverständnisse und Konflikte tauchen gar nicht erst auf, in der Folge sind sowohl die Fachkräfte als auch die zu Pflegenden zufriedener. Damit ist es nur auf den ersten Blick zeitaufwendiger, die Religion als relevant wahrzunehmen. Mit Blick auf Prozesse der Prävention und Qualitätssicherung ist zudem davon auszugehen, dass auch hier die zunächst erforderlichen finanziellen Investitionen für Fortbildung oder Supervision die Folgekosten reduzieren und sich so mittelfristig rechnen werden.

### Fazit

Dass Religion in Medizin und Pflege nicht als Kriterium zur besseren Erfüllung des fachlichen Auftrags wahrgenommen wird, liegt vor allem an den strukturellen Gegebenheiten und der Einstufung von Religion als Privatsache. Entsprechend ist auf politischer und betrieblicher Ebene anzusetzen. Bei dem erforderlichen Aufwand handelt es sich betriebswirtschaftlich gesehen nicht um Kosten, sondern um Investitionen, die sich mittel- und langfristig rechnen. Es gilt, sich gleichsam paradox zu verhalten: einerseits von der Religionszugehörigkeit abzusehen, um nicht zu diskriminieren, sowie an-

### KURZBIOGRAPHIE

**Mechthild Herberhold (\*1966)**, Dr. theol., seit 2007 selbständige Ethikberaterin im eigenen Unternehmen „Ethik konkret“. Schwerpunkte: Unternehmens-/Führungsethik und Ethik im Gesundheitswesen. Themen u. a.: Leitbildentwicklung, Werteorientierte Personalführung, Burn-Out-Prävention, Tod und Trauer in Unternehmen. Publikationen: Individual- und sozial-ethische Aspekte der Biomedizin. Ein Beitrag aus christlicher Sicht, in: Hansjörg Schmid; Andreas Renz; Abdullah Takim; Bülent Ucar (Hg.): Verantwortung für das Leben. Ethik in Christentum und Islam (Theologisches Forum Christentum – Islam), Regensburg 2008, 189–202. – Mit wachem Blick. Kontextsensibilität als wesentliche Grundhaltung gegenüber ‚alten Migrantinnen‘ in Deutschland, in: Marianne Heimbach-Steins; Rotraud Wielandt (Hg.): Was ist Humanität? Interdisziplinäre und interreligiöse Perspektiven (Bamberger Interreligiöse Studien; Bd. 6), Würzburg 2008, 331–345. – KulturKonstruktionen. Eine ethische Auseinandersetzung mit den Lebensbedingungen alter türkischer Frauen in Deutschland, Saarbrücken 2007.

dererseits gleichzeitig die Bedeutung der Religion für Menschen auf struktureller Ebene ernst zu nehmen und sie in den jeweiligen individuellen therapeutischen Beziehungen zu berücksichtigen. Von einer umfassenderen Pflege und Therapie profitieren Klientel und Fachkräfte gleichermaßen.

