

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 Akteure 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 BewohnerInnen¹ führen kann. Dieser Gedanke liegt nicht unbedingt nahe; denn zum Selbstver-

ständnis des hiesigen Gesundheitswesens² gehört es schließlich, allen glei-

chermaßen zugänglich zu sein – ungeachtet sozialer Differenzkategorien

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

²Da 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