



Grundlagentexte  
Gesundheitswissenschaften

Bettina Schmidt (Hrsg.)

# Akzeptierende Gesundheitsförderung

Unterstützung zwischen Einmischung  
und Vernachlässigung

**BELTZ** JUVENTA

Leseprobe aus: Schmidt, Akzeptierende Gesundheitsförderung, ISBN 978-3-7799-4126-2

© 2014 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-4126-2>

Karl Gabriel

# Gesundheit als Religion?

## 1. Einleitung

Die Menschen zählen heute ihre Gesundheit zu den höchsten Gütern. Der Tendenz nach nimmt die Spitzenstellung des Werts Gesundheit eher zu als ab (Duncker 2000). Gesundheit wird mit Jugendlichkeit, Fitness und Schönheit assoziiert. Aufschlussreich sind in diesem Zusammenhang aktuelle Veränderungen in der Bewertung des Alters. Nicht ein fortgeschrittenes Alter an sich gilt als Problem. Wie die Werbung zeigt, können auch Menschen jenseits der 80 jugendlich, körperlich fit und von Gesundheit strotzend dargestellt werden. Erst wenn das Alter mit gesundheitlicher Einschränkung und Krankheit verbunden ist, wird es zum Problem (Kaufmann 2008). Was für den einzelnen gilt, lässt sich auch für die Gesellschaft insgesamt feststellen: Der Kampf gegen die Krankheiten genießt höchste Priorität. Kein Politiker kann es sich erlauben, der medizinischen Forschung nicht den Vorrang vor anderen Forschungsfeldern einzuräumen. Die Ausgaben für die Gesundheitsleistungen nehmen in allen hochentwickelten Ländern überproportional zu (WISO 2005). Dies gilt in besonderem Maße für Länder wie die USA, wo primär der Markt die Verteilung der Gesundheitsleistungen übernehmen soll. So ist der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt (BIP) in den USA von 1977 bis 2002 von 8,2% auf 14,6% gestiegen und liegt mit großem Abstand (Schweiz 11,2%, Deutschland 10,9%) weltweit an der Spitze (WISO 2005). Aber auch in Ländern mit einem relativ starken öffentlichen Gesundheitssystem wie in Deutschland entwickelt sich für Gesundheitsleistungen ein expandierender Markt. Die sogenannte „Lifestyle-Medizin“ und die Schönheitschirurgie machen nur die Spitze eines Eisbergs aus (Klotz 2003). Die Gesundheitswirtschaft gilt als eine der Zukunftsbranchen der alternden und schrumpfenden Gegenwartsgesellschaften.

Auf diesem Hintergrund rücken folgende Fragen ins Zentrum des Interesses dieses Beitrags: Welche Folgen hat es, wenn dem Gesundheitswert eine solche Spitzenstellung eingeräumt wird? Bedeutet dies, dass die Gesundheit die Funktion der Religion übernimmt, also gewissermaßen zur Religion wird? Grundlage des folgenden Beitrags ist der gegenwärtige religionssozio-

logische Diskurs (Gabriel 2010). Den Ausgangspunkt bildet ein Blick auf die Veränderungen des religiösen Feldes in den letzten Jahren. Er macht deutlich, dass die kirchlich verfasste Religion in ihrer herkömmlichen institutionellen Form eine weitgehende Schwächung erfahren hat. Auf diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob andere gesellschaftliche Bereiche beginnen religiöse Funktionen zu übernehmen. Die gesellschaftlichen Funktionszuschreibungen an das Feld der Gesundheit kommen in diesem Zusammenhang in den Blick. Von zwei unterschiedlichen Ansätzen in der gegenwärtigen Religionssoziologie ausgehend soll geprüft werden, ob Gesundheit heute Funktionen von Religion übernimmt bzw. ob sie nicht zu den „Diesseitsreligionen“ zu rechnen ist (Honer/Kurz/Reichertz 1999).

## 2. Wandel des religiösen Feldes

Ein länger anhaltender Trend zur Entkirchlichung im Sinne eines Rückgang der kirchlich verfassten Religion lässt sich auf drei unterschiedlichen Ebenen beobachten:

1. Freisetzung und Distanzierung der Individuen von kirchlichen Glaubensvorstellungen, Ritualvorschriften und Verhaltensnormen. Entkirchlichung betrifft in dieser Dimension die zurückgehende Partizipation der Menschen an der institutionalisierten Religion.
2. Trennung bzw. Lösung der Subsysteme und Institutionen von Politik, Wirtschaft, Wissenschaft, Medizin und Erziehung von kirchlichen Vorgaben und Einflüssen.
3. Bedeutungsrückgang bzw. Zerfall kirchlich repräsentierter, religiös-symbolischer Integrationsformen der Gesellschaft.

Gegenwärtig ist zu konstatieren, dass eine Trendwende in Sachen kirchlicher Religion auch für das 21. Jahrhundert nicht in Sicht ist (Gabriel 2010). Die Religionsforschung prognostiziert für den Westen Europas einen lang anhaltenden, schrittweise forcierten Rückgang der kirchlich institutionalisierten Religion. Er kommt sowohl im Verblässen des für die kirchlichen Glaubensüberzeugungen konstitutiven Glaubens an einen persönlichen Gott wie im Abrücken vom kirchlich formulierten Glauben an ein Leben nach dem Tod zum Ausdruck. Ebenso schwächt sich empirisch nachweisbar die Bindung an die Institution Kirche ab. Denselben Trend zeigt die Dimension kirchlich-ritueller Praxis an: der regelmäßige Gottesdienstbesuch ist rückläufig, eine regelmäßige Gebetspraxis wird seltener und kirchliche Verhaltensnormen finden signifikant weniger Gehorsam (Jagodzinski/Dobbeleare 1993; Ebertz 1998; Gabriel 2000).

Die Entkirchlichung ist nicht gleichbedeutend mit einem Verschwinden der Religion. Vielmehr hat sie eine stärkere Individualisierung des Religiösen zur Folge. Die religiöse Individualisierung verändert das religiöse Feld von Grund auf. Der Begriff des religiösen Felds geht auf Pierre Bourdieu zurück. Er versteht darunter einen Raum, „in dem – noch zu bestimmende – Akteure (Priester, Prophet, Zauberer usw.) Kämpfe um die Durchsetzung einer legitimen Definition sowohl des Religiösen als auch der verschiedenen Arten, die religiöse Rolle zu erfüllen, austragen“ (Bourdieu 1992, S. 231 f.). Der wichtigste Parameter der Veränderung besteht in einer folgenreichen Verschiebung der Machtbalance zugunsten des Individuums. An die Stelle des klassischen Modells klar definierter Religion mit organisierter Repräsentanz ist bisher kein ähnlich strukturiertes, alternatives Modell getreten. Es ist auch kein Symbol- und Ritualkomplex geschweige denn eine Instanz in Sicht, die die Leerstelle des alten füllen könnten (Luckmann 1991, 178–183). Vielmehr wandelt sich das einst von Monopolanbietern beherrschte religiöse Feld hin zu einer Struktur, in der sich die einzelnen ihre Religion selbst zusammenbasteln. Je nach Alter, Milieueinbindung und Beeinflussung durch modernisierte Lebensstile variiert das Muster der Bastelei. Der religiöse Flickenteppich der Älteren zeigt trotz unübersehbarer Phänomene der Auswahl nach wie vor eine große Nähe zum überkommenen religiösen Modell. Mit einer deutlichen Grenze um das 45. bis 50. Lebensjahr herum nehmen zu den jüngeren Jahrgängen hin die eigengewirkten Anteile zu. Neben dem Alter ist als beeinflussender Faktor für das jeweilige Muster der Bastelei die Nähe und Ferne zu den kirchlich-konfessionellen Milieus von Bedeutung. In ihrer Nähe nimmt die Bastelei die Form einer persönlichen Hierarchisierung der Glaubenswahrheiten und des synkretistischen Einbaus neuer Elemente an. So scheint es einer Vielzahl von Kirchgängern keine große Schwierigkeiten zu bereiten, Ideen der Reinkarnation in ihr kirchlich geprägtes individuelles Glaubenssystem zu integrieren (Krüggele 1993; Sachau 1997). Lebenslange Auswahl und häufig wechselnde Lösungen der Sinnsuche mit hohen reflexiven Anteilen finden wir insbesondere in den neureligiösen Szenen. Auch in den ländlich geprägten Regionen hat in den letzten Jahren mit dem Nachlassen der kollektiven Kontrollen insgesamt der Anteil der Auswahlchristen erkennbar zugenommen. In der Stadt-Land-Dimension bildet die auf schnellen Umschlag und Verbrauch hin angelegte „City-Religion“ (Höhn 1994) der jungen Gutverdienenden in den großstädtischen Ballungszentren einen Extremfall von Bastelei.

Das neue Feld des Religiösen hat die Tendenz, den Raum des Religiösen eher zu erweitern, als zu verengen. Die Macht zur Eingrenzung des Religiösen können die Kirchen nur noch in spezifischen Fällen von als sozial schädlich definierbaren Jugendsekten mehr oder weniger erfolgreich behaupten. In diesen Zusammenhang gehören Phänomene der Wiederkehr

des Okkulten in den Alltag hochmodernisierter Gesellschaften oder die Tendenz zur Sakralisierung von Liebesbeziehungen. Das neue religiöse Feld verändert aber auch die Qualität der Religion. Sie nimmt eine stärker persönlich-subjektive, erlebnis- und erfahrungsbezogene Form an. Damit sinkt die Transzendenzspannweite des Religiösen (Luckmann 1991, S. 166–171). Große Transendenzen ohne herstellbare Bezüge zur Erlebniswelt des Einzelnen lassen sich nur noch schwer und unter besonderen Vorkehrungen tradieren. Sie sind zu ihrer Plausibilisierung zumindest auf mittlere und kleine Transendenzen angewiesen. Symptomatisch erscheint die Tendenz zur Sakralisierung von Subjektivität und von Gruppenbezügen als typischen Orten sozial unsichtbarer Religiosität. Sichtbar werden die neuen Formen von Religiosität in neuen Ritualisierungen wie etwa den Massenritualen der Musikszene.

Der Auflösung des tradierten religiösen Modells und der Tendenz zur Individualisierung des Religiösen entspricht auf der Seite der Anbieter eine marktanalogue Pluralisierung der Anbieter. Um das vom tradierten Modell freigegebene Feld des Religiösen wird auf vielfältige Weise gerungen. Alle Akteure bewegen sich in einem Feld, dessen Institutionalisierung nur noch sekundären Charakter besitzt. Dies macht die Akteure zu Anbietern von Symbolen, Ritualen und Lebensstilen auf einem Markt, der strukturell den privaten Nachfrageinteressen Vorteile bietet. Für faktisch alle Felder des klassischen religiösen Monopols existieren heute erfolgreich als nicht-religiös definierte Alternativen oder zumindest Substitute, auf die das wählende Publikum ausweichen kann. Dank der Massenmedien erreicht das Angebot an Alternativen und Substituten auch den letzten Winkel der Gesellschaft. Die neue Marktsituation und die durch sie erzeugte kulturelle Reflexivität gibt den Anbietern sogenannter „neuer Religiosität“ wachsende Chancen. Die Verbreitung der als „Neue religiöse Bewegungen“ etikettierten Psychokulte und Therapien spiegelt deutlich die Logik des Marktes wider (Barker 2010). Sie finden ihre Anhänger unter den gut verdienenden Großstädterinnen und Großstädtern zwischen 30 und 50, die sich die Kursgebühren auf dem spirituellen Weg zu Einsicht, Gesundheit, Glück und Erfolg leisten können. Für eine Dynamisierung des Marktes von Weltdeutungen und Lebensstilen sorgen die Massenmedien, allen voran das Fernsehen. Unter dem Gesichtspunkt des Informations- und Sensationswerts überzeichnen sie tendenziell Quantität und Ausprägung der alternativen Angebote auf dem religiösen Markt (Barker 2010).

Mit der Schwächung der kirchlichen Religion, der religiösen Individualisierung und der Entgrenzung des Religiösen in den medizinisch-therapeutischen Bereich hinein ist der religionssoziologische Hintergrund benannt, der die Frage nach der religiösen Funktion der Gesundheit aktuell erschei-

nen lässt. Zuvor soll noch ein Blick auf Ergebnisse der Werteforschung geworfen werden.

### **3. Gesundheit als höchster Wert in der empirische Werteforschung**

In der Werteforschung wird seit langem nach der Bedeutung und Relevanz der verschiedenen Lebensbereiche für den Einzelnen gefragt. Hier zeigt sich, dass eine große Mehrheit der deutschen Bevölkerung die Gesundheit als den wichtigsten Lebensbereich einschätzt (Gabriel 2010). Gefragt, welchen Lebensbereich sie als wichtig erachten, damit sie glücklich und zufrieden sind, setzten 95% die Gesundheit an die erste Stelle, gefolgt von Partnerschaft mit 85% und Familie und Kinder mit 83%. Im Mittelfeld landen Freizeit mit 70% und Arbeit/Beruf mit 60%. Die Religion rangiert mit 31% abgeschlagen an letzter Stelle (Duncker 2000). Dem Spitzenwert für die Gesundheit entspricht, dass die Ärzte das höchste Berufsprestige genießen (Allensbacher Berufsprestigeskale 2005). Ihnen vertraut die Gesellschaft die Pflege des Gesundheitswerts an und stattet sie dafür mit einer besonderen Wertschätzung aus. Die neuesten Trends im Freizeitverhalten zeigen, welche Richtung der Gesundheitswert gegenwärtig einschlägt. Der Besuch von Fitnessstudios boomt, sie weisen die höchsten Zuwachsraten im Freizeitverhalten auf. Mehr als 60% der deutschen Bevölkerung rechnen „körperliche Fitness auch im Alter“ zu ihren persönlichen Wertorientierungen. Seit 1992 ist die Gruppe derer, die sich zu den Menschen rechnen, die sehr auf ihre Gesundheit achten, von 26,4% auf 32,6% gestiegen (Institut für Demoskopie Allensbach 2005).

Einen charakteristischen Blick auf Entwicklungen im Bereich des Werts Gesundheit erlauben die Phänomene rund um die sogenannte „Lifestyle-Medizin“. Zu den Lebensstil-Medikamenten sind Mittel im Bereich von Sexualität, Stimmungsaufhellung, Alterung, Probleme mit Übergewicht und Nikotin und Faltenkorrekturen zu rechnen (Klotz 2003). Hinzu kommen Eingriffe der plastischen Chirurgie aus Gründen der Schönheit. Nur eine kleine Gruppe von Patienten benötigt jeweils die Medikamente und Eingriffe tatsächlich. Mit fließenden Grenzen werden der Adressatenkreis und die Behandlungsmöglichkeiten ausgeweitet. Nach einer repräsentativen Befragung der Medical One AG, mit über 4000 Operationen jährlich Marktführer im Bereich der ästhetisch-plastischen Chirurgie in Deutschland glaubten 84% der Befragten, dass durch eine Schönheitsoperation das Selbstbewusstsein gesteigert wird und 82%, dass man sich nach einer Operation wohler in der eigenen Haut fühlt. Nur 37% gaben an, dass sie auf Grund des Risikos einer Operation kein Verständnis für Schönheitsoperationen hätten (Medi-

cal One AG 2006). Die pharmazeutische Industrie gibt die Höhe der Ausgaben für typische Lebensstil-Medikamente mit 29 Milliarden jährlich an. Allein drei Milliarden werden für das Potenzmittel Viagra ausgegeben. Eine aggressive Werbung in den Medien führt dazu, dass Ärzte in Deutschland zunehmend – um Patienten nicht zu verlieren – rezeptpflichtige Lebensstil-Medikamente verschreiben.

Erhalten Gesundheit und Fitness – so lässt sich an dieser Stelle fragen – in einer individualisierten und pluralisierten Gesellschaft religiöse Funktionen? Rücken sie in die Leerstelle ein, die der Rückgang an Kirchlichkeit und traditioneller Religion hinterlässt?

#### **4. Religiöse Funktionen von Gesundheit im Anschluss an Franz-Xaver Kaufmanns funktionale Definition von Religion**

In der Religionssoziologie lassen sich zwei Strategien zur Definition von Religion unterscheiden: die substantielle und die funktionale Definition. Für die Frage nach Gesundheit als Religion wird eine substantielle Definition, die vom Gottesbezug als primärem Charakteristikum der Religion ausgeht, wenig nützlich sein. Anders verhält es sich bei einem funktionalen Zugang zur Religion. Die in der Soziologie weit verbreitete funktionale Definitionsstrategie von Religion versucht Schwächen der substantiellen Bestimmung zu überwinden, indem sie Religion nicht über spezifische Merkmale, sondern über ihre Funktionen definiert. Als Religion gilt dann das, was eine bestimmte Funktion bzw. spezifische Funktionen erfüllt.

Franz-Xaver Kaufmann hat die in der Religionsgeschichte und Religionsforschung der Religion zugeschriebenen Funktionen zu insgesamt sechs Bezugsfunktionen systematisiert (Kaufmann 1989). Als Religion kann danach gelten, was

1. dem individuellen Leben die Angst nimmt, Sinn vermittelt und Identität begründet (Funktion der Identitätsstiftung);
2. in außeralltäglichen Situationen Handeln und Orientierung ermöglicht (Funktion der Handlungsführung);
3. den Umgang mit Unrecht, Leid und Unverfügbarkeiten des Lebens eröffnet (Funktion der Kontingenzbewältigung);
4. den gesellschaftlichen Zusammenhalt sichert (Funktion der Sozialintegration);
5. was die Sinnhaftigkeit und Einheit der Welt begründet (Funktion der Kosmisierung);

6. eine Distanzierung von gegebenen Sozialverhältnissen und ihre Kritik ermöglicht (Funktion der Welt дистанzierung) (Kaufmann 1989, S. 84f.).

Kaufmann schlägt vor, von Religion vornehmlich dann zu sprechen, wenn ein Sinnkomplex mehrere dieser Funktionen zugleich zu erfüllen vermag.

Der Sinnkomplex Gesundheit/Medizin übernimmt – so lässt sich mit Bezug auf die Religionsdefinition von Kaufmann begründen – in der Gegenwartsgesellschaft eine Reihe von Funktionen, die in der Religionsgeschichte den Religionen zugeschrieben wurden. Affektbindung und Angstbewältigung wird in erster Linie als Problem seelischer Gesundheit definiert und die Bewältigung des Problems gilt primär als Aufgabe der medizinischen Psychotherapie. Bei Traumatisierungen richtet sich der Blick auf den ärztlichen Therapeuten, dem die Gesellschaft die Problemlösung anvertraut. Auch bei äußerst extremen Fällen, das konnte man zum Beispiel in den Debatten um das Entführungsschicksal von Natascha Kampusch in Österreich beobachten, geht man gesellschaftlich davon aus, dass es sich um ein therapeutisch zu bewältigendes Problem handelt. In den öffentlichen Diskursen um die Frage, wie ein solches Schicksal bewältigt werden könne, spielten in der Öffentlichkeit Bezüge zur herkömmlichen Religion keine Rolle.

Auch was das Problem der Handlungsführung im Außeralltäglichen betrifft, so lässt sich von einem gewissen Konsens in der Gesellschaft ausgehen, dass der über professionelles Wissen verfügende Therapeut als erster Adressat für eine Problemlösung zu gelten hat. Auch dort, wo auf Magie und Rituale zur Wiederherstellung der Handlungsführung im Außeralltäglichen zurückgegriffen wird, geschieht dies vornehmlich im Rahmen von Gesundheit und Therapie.

Die Zuständigkeit der medizinisch-therapeutischen Diagnose reicht bis weit in den außeralltäglichen Bereich hinein. Es obliegt vornehmlich den Gesundheitsberufen, Grenzerfahrungen zu normalisieren und in den Alltag zu integrieren.

Was das Bezugsproblem der Bewältigung von Kontingenz angeht, so ist zunächst zu konstatieren, dass Gesundheit und ihre Gefährdung als ein zentrales Feld der Erfahrung und Erzeugung von Kontingenzen betrachtet werden kann. In Fragen der Gesundheit sieht sich der einzelne wie sonst nirgendwo mit Kontingenzen und Unverfügbarkeiten konfrontiert. Gleichzeitig rückt Gesundheit aber auch in das Zentrum der Bewältigung von Kontingenz. Auch von den historischen Religionen lässt sich sagen, dass sie zugleich Kontingenzen erzeugen und bewältigen. Das Leiden an gesundheitlichen Kontingenzen besitzt in der Gegenwartsgesellschaft eine deutlich zentralere Relevanz als etwa das Leiden an einer möglichen Gefährdung des jenseitigen Heils. Während Gesundheit als Kontingenzbewältigung eine selbstverständliche kulturelle Verankerung in der Gesellschaft aufweist, ist



die Entscheidung für den Rückgriff auf die historischen Religionen zur Kontingenzbewältigung weitgehend privatisiert.

Gesundheit stellt in modernen Gesellschaften nicht nur ein individuelles Problem dar, sondern reicht in die Dimension der sozialen Integration der Gesellschaft hinein. Moderne Gesundheitssysteme lassen sich ohne ihre integrative Funktion nicht angemessen begreifen. Ohne ein gewisses Maß an Handlungsfähigkeit der Mehrzahl ihrer Mitglieder erscheinen moderne Gesellschaften in ihrer Existenz gefährdet. Gesundheit erfüllt entsprechend in modernen Gesellschaften zentrale gesellschaftlich-integrative Funktionen. Ihre Relevanz bestimmt sich nicht nur aus der Perspektive des einzelnen und seines Wohlergehens, sondern immer auch aus ihren gesellschaftlichen Funktionen. Daraus bezieht sie die zentrale Bedeutung, die ihr in der Gesellschaft zugeschrieben wird.

Nachdem Krankheit und Tod eng mit Sinnlosigkeit assoziiert werden, wird man davon ausgehen können, dass dem Sinnkomplex Gesundheit/Medizin auch kosmisierende und sinnverleihende Funktionen zukommt. Er gehört zu den Mächten, die garantieren sollen, vor dem Grauen einer vom Chaos bedrohten Welt gesichert zu sein. Dies gilt angesichts der Bedrohung des einzelnen Lebensschicksals durch Krankheit und Tod, darüber hinaus aber auch angesichts kollektiver Bedrohungen etwa durch Pandemien.

Am weitesten von Funktionsbezügen der Religion im Verständnis Kaufmanns ist Gesundheit im Fall der 6. Funktion entfernt, der Weltdistanzierung. Diese prophetische Funktion der Religion betrachtet Kaufmann als ein Spezifikum der jüdischen Prophetie und darauf aufbauend des Christentums. Gesundheit/Medizin lässt sich in dieser Dimension wohl zunächst nicht zu den Erben der Christenheit rechnen. Zieht man allerdings in Betracht, dass die Gesundheitsgefährdung der Bevölkerung im Zusammenhang von Umweltskandalen und die schichtenspezifische Ungleichheit in Sachen Gesundheit/Krankheit heute zu den bevorzugten Feldern gesellschaftlichen Protests gehören, kommt man zu dem Ergebnis, dass gegenwärtig Elemente der religiös-prophetischen Kritik durchaus im Wert Gesundheit ihren Ausdruck finden. Insgesamt lässt sich resümieren, dass Gesundheit heute für den einzelnen wie für die Gesellschaft eine Reihe von Funktionen erfüllt, die in der Religionsgeschichte den historischen Religionen zugeschrieben wurden. Man wird allerdings davon ausgehen müssen, dass es in modernen Gesellschaften – so Kaufmann – „keine Instanz und keinen zentralen Ideenkomplex mehr“ gibt, der „all diese sechs Funktionen in für die Mehrzahl der Zeitgenossen plausibler Weise zugleich zu erfüllen“ (Kaufmann 1989, S. 86) vermag. Zu den verschiedenen Instanzen, die heute zur Funktionserfüllung der traditionellen Religion beitragen, gehört sicherlich Gesundheit. Mit Georg Simmel könnte man vom „religioiden“ Charakter (Krech 1999, S. 14) der Gesundheit in modernen Gesellschaften sprechen.

## 5. Gesundheit als „Diesseitsreligion“ im Anschluss an Thomas Luckmann

Ebenfalls funktional bestimmt Thomas Luckmann die Religion, allerdings anders als Kaufmann. Religion hat für Thomas Luckmann ihre Grundlage in menschlicher Erfahrung, und zwar in der Erfahrung von Transzendenz (Luckmann 1991). Religiöse Erfahrung wird verarbeitet und stabilisiert in kommunikativen Prozessen zwischen Menschen. Ohne die soziale Konstruktion individueller, religiöser Erfahrung in der Kommunikation mit anderen bliebe die Religion unwirksam und nicht stabilisierbar. Die kommunikative Verarbeitung religiöser Erfahrung führt zu sozial konstruierten Modellen der Transzendenzenerfahrung. Historisch wachsen die Menschen in gegebene Weltansichten und Modelle der Transzendenzenerfahrung hinein. In der Sozialisation lernen sie, sich ihre Transzendenzenerfahrungen verständlich und kommunikabel zu machen. Sie internalisieren das jeweils gegebene Modell der Transzendenzenerfahrung. Dabei bleiben die unmittelbaren Transzendenzenerfahrungen eine Quelle der Innovation und Veränderung.

Für einen Diskurs über die Frage nach der Gesundheit als Religion lässt sich auf die Religionstheorie von Thomas Luckmann zurückgreifen. Sein Ansatz erlaubt es, einen Begriff von „Diesseitsreligion“ zu gewinnen (Honer/Kurt/Reichert 1999; Gabriel 2010). Gesundheit – so lässt sich argumentieren – kann als eine für die Gegenwartsgesellschaft charakteristische „Diesseitsreligion“ begriffen werden.

Was versteht Luckmann unter „Diesseitsreligion“? Die Religion beruht für ihn auf der phänomenologisch erschließbaren subjektiven Erfahrung von Transzendenz. Luckmann unterscheidet zwischen kleinen, mittleren und großen Transendenzen. „Wenn das in der gegenwärtigen Erfahrung angezeigte Nicht-Erfahrene grundsätzlich genauso erfahrbar ist wie das gegenwärtige Erfahrene“, spricht Luckmann von kleinen Transendenzen (Luckmann 1991, S. 167f.). Meine unmittelbare Erfahrung wird unausweichlich überschritten in Richtung anderer, im Augenblick nicht präsenter Erfahrungen. Wenn diese genauso erfahrbar sind, wie meine Erfahrungen im Hier und Jetzt, handelt es sich um kleine Transendenzen. Meine Vorstellungen von dem, was in meinem Rücken geschieht, überschreitet meine unmittelbare Erfahrung; aber ich kann mich umdrehen und die Gegenstände in meinem Rücken unmittelbar erfahren. Aber auch diese Erfahrung wird eine Grenze haben, die auf Gegenstände verweist, die jenseits meiner unmittelbaren Erfahrung liegen, ihr aber prinzipiell zugänglich sind.

„Wenn das Gegenwärtige grundsätzlich nur mittelbar und nie unmittelbar, dennoch aber als Bestandteil der gleichen Alltagswirklichkeit erfahren wird“, spricht Luckmann von mittleren Transendenzen (Luckmann 1991, S. 168f.). Im Falle mittlerer Transendenzen wird meine unmittelbare Er-

fahrung in Richtung von Erfahrungen überschritten, die mir unmittelbar nicht zugänglich sind, auch wenn ich mich den Gegenständen zuwende. So ist mir die unmittelbare Innenerfahrung eines anderen Menschen nie unmittelbar zugänglich. Ich bin auf Zeichen angewiesen, die auf diese Innenerfahrung verweisen. Im Falle der mittleren Transzendenzen bleibt die nur zeichenhaft zugängliche Wirklichkeit aber Teil derselben Alltagswirklichkeit.

„Wenn etwas überhaupt nur als Verweis auf eine andere Wirklichkeit erfasst wird“, dann haben wir es für Luckmann mit großen Transzendenzen zu tun (Luckmann 1991, S. 169 ff.). Große Transzendenzen repräsentieren eine „andere Wirklichkeit“ in der Alltagswelt. Die Wirklichkeit des Traums ist zum Beispiel eine prinzipiell andere Wirklichkeit als die der Alltagswelt. Wenn wir uns am Morgen an den Traum erinnern, holen wir die Wirklichkeit des Traums in die Alltagswirklichkeit zurück.

„Jenseitsreligionen“ verarbeiten in Symbolen und Ritualen die Erfahrungen einer „anderen“, prinzipiell nicht zugänglichen Wirklichkeit. Sie beziehen sich auf „große Transzendenzen“. „Diesseitsreligionen“ siedeln sich an mittleren Transzendenzen an. Sie beziehen sich auf eine unmittelbar nicht zugängliche Wirklichkeit, die aber Teil der Alltagswirklichkeit bleibt.

Soziologisch betrachtet werden „andere Wirklichkeiten“ in kommunikativen Vorgängen konstruiert (Luckmann 1991, S. 171 ff.). Subjektive Erfahrungen von Transzendenz werden in Erzählungen und Ritualen zu intersubjektive geteilten Modellen von Transzendenzerfahrungen verarbeitet. Anders als für vormoderne Gesellschaften gilt für moderne Gesellschaften, dass die Menschen nicht mehr über ein einziges, von allen geteiltes Modell der Transzendenzerfahrung verfügen. Luckmann führt dies in der Hauptsache auf den hohen Grad der funktionalen Differenzierung der Institutionen zurück. Die modernen, rationalen Institutionen haben sich vom traditionellen heiligen Kosmos gelöst, sie sind säkularisiert. Trotzdem bezeichnet Luckmann die Säkularisierung im Sinne des Verschwindens der Religion als einen „modernen Mythos“ (Luckmann 1980, S. 161–172). Zum primären Ort der Religion wird die Privatsphäre als Raum jenseits der Institutionen und die Biographie des Einzelnen. In der Privatsphäre ist eine Vielzahl von Modellen der Transzendenz verfügbar; sie konkurrieren miteinander. Die moderne Sozialform der Religion bezeichnet Luckmann als privatisiert, pluralisiert und thematisch subjekt-bezogen (Luckmann 1991, S. 178–182). Die Kirchen repräsentieren ein Modell unter vielen, so dass sie nicht mehr die dominante Sozialform der Religion repräsentieren.

Die Modelle von Transzendenz, die auf die großen Transzendenzen bezogen sind, weisen – so Luckmann – in gegenwärtigen Gesellschaften folgende Kennzeichen auf:

1. Sie bewegen sich auf einem Markt der Modelle für Transzendenz;
2. Der traditionelle „heilige Kosmos“, den die Kirchen repräsentieren, konkurriert in Fragen der Sinndeutung des Lebens mit Konstruktionen diesseitiger Transendenzen;
3. Die Menschen besitzen kein geteiltes, gemeinsames Modell einer außeralltäglichen Wirklichkeit mehr; die zu Verfügung stehenden Modelle sind außerordentlich heterogen;
4. Es lässt sich eine Tendenz hin zu Modellen mittlerer und kleiner Transendenzen beobachten;
5. Es gibt eine Wahlverwandtschaft zwischen der Privatisierung der Religion und der Tendenz hin zu einer „Sakralisierung des Selbst“ (Luckmann 1991, S. 153f.).

Im gegenwärtigen gesellschaftlichen Kontext – so soll hier begründet werden – nimmt Gesundheit die Form einer spezifischen Diesseitsreligion an (Gabriel 2008: 38–41). Seit sich Religion und Gesundheit/Medizin im Modernisierungsprozess zu getrennten Sphären entwickelten, gab es die Tendenz, der Gesundheit religiöse Aspekte zuzuschreiben. So hat der Dichter Christoph Bitterkraut in der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts ein Loblied auf die Gesundheit als höchstem Gut verfasst, das in der Form einer religiösen Marienlitanei verfasst ist:

„Oh selige, liebevolle, aller Ehren würdige Gesundheit, es sei mir erlaubt, das übrige meines Lebens mit dir glücklich zu verbringen. Sei und bleibe mein immerwährender Gefährte in diesem Leben! Denn alles, was nur immer gut und lustig und annehmlich, was Ehre und Liebe bringen und geben kann, dies ist einzig und allein bei dir. (...). Dies alles grünt und blüht in dir, oh selige Gesundheit“ (Schockenhoff 2001, S. 8).

Gesundheit als Diesseitsreligion kann an eine Kultur des Wohlbefindens anknüpfen, wie sie in der Gesundheitsdefinition der WHO der Vereinten Nationen zum Ausdruck kommt. Sie definiert Gesundheit als „Zustand eines umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein als das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“. Begünstigt wird die Diesseitsreligion Gesundheit durch die starken hedonistischen Strömungen in der modernen Kultur. Auf der Seite der subjektiven Erfahrungen kommt in der Diesseitsreligion Gesundheit zum Ausdruck, dass die eigene Körperlichkeit zu einem bevorzugten Gegenstand von Transzendenzerfahrungen wird. Die Körpererfahrung zeichnet sich durch eine besondere Unmittelbarkeit, Intensität und Authentizität aus. Je unsicherer und unübersichtlicher die Alltagserfahrungen in der Moderne werden, desto attraktiver erscheint die Konzentration auf die eigene Körpererfahrung.