

RELIGIONSWISSENSCHAFT

Glauben und Heilen: Religiöse Entrepreneurinnen im Gesundheitssektor – eine angebotsseitige Betrachtung

Markus Hero

Lehrstuhl für Religionswissenschaft, Ruhr-Universität Bochum

Kontakt

Dr. Markus Hero
Lehrstuhl für Religionswissenschaft
Ruhr-Universität Bochum
Universitätsstraße 150
D-44780 Bochum

Tel.: +49 234/32-23878
E-Mail: markus.hero@rub.de

Zusammenfassung

Der vorliegende Aufsatz versucht den Bedeutungszuwachs religiöser Ideen auf dem alternativen Gesundheitsmarkt aus einer angebotsorientierten Sicht nachzuvollziehen. Im Mittelpunkt steht dabei die Vielzahl der spirituellen Kleinbetriebe, welche gesundheitsbezogene Dienstleistungen individuell auf die Bedürfnisse einer wechselnden Nachfragerschaft zuschneiden. Ausgehend von der Struktur der Dienstleistungsbeziehungen zu ihren Kunden und Klienten werden mit Hilfe der Konzepte der Unsicherheit und des Vertrauens institutionelle und ideelle Strategien abgeleitet, welche den Anbietern die Existenz auf dem umkämpften Feld alternativ-gesundheitlicher Dienstleistungen sichern. Die Propagierung der körperlichen oder gesundheitlichen Bezüge des Religiösen wird dabei als ein besonderer Typus der Kundenorientierung aufgefasst, welcher sich als diskursive Form der Vertrauensgenerierung verstehen lässt. Die aufgezeigten performativen Akte der Vertrauensbildung fungieren als Ergänzung zu den gleichfalls zu beobachtenden institutionellen Strategien, deren Ziel es ebenso ist, die Kooperationsbereitschaft der Nachfrager zu erhöhen.

Schlüsselwörter: Gesundheit, Religion, Spiritualität, Angebotsseite, religiöses Entrepreneurship, Innovation

Believing and Healing: Religious Entrepreneurs' Offerings in the Health Sector – A supply side perspective

Abstract

This paper investigates the growing importance of religious ideas on the alternative health market from a supply-side point of view. It focuses on the variety of spiritual small businesses that tailor their health services to the needs of a constantly changing consumer society. Starting with the structure of the service relationships to customers and clients, the paper makes use of the concepts of insecurity and trust to derive institutional and idealistic strategies, which again strengthen the providers' position in the highly competitive market field of alternative health services. By propagating religious connections to the human body and its health, a special form of customer focus is created, which also can be comprehended as a discursive way of generating trust. The performative acts of creating such trust as described in this paper supplement further observed institutional strategies whose goal is the same – namely to increase consumer demand for the products and services on offer.

Keywords: health, religion, spirituality, supply-side, religious entrepreneurship, innovation

Einleitung

Der institutionell noch weitgehend unreglementierte Markt für alternative Gesundheitsdienstleistungen bietet einer Vielzahl von Akteuren die Möglichkeit zur Verkündung von körperbezogenen Lebenshilfen und Heilverfahren (vgl. Cant & Sharma 2003). Offensichtlich erhalten die einschlägigen Angebote seit geraumer Zeit eine neue inhaltliche Färbung, indem „spirituelle“ oder „religiöse“ Ideen für gesundheitliche Dienstleistungen fruchtbar gemacht werden (vgl. Andritzky 1997; Deutscher Bundestag 1998; Hero 2011; Koch 2006 a,b; Murken 2009). In Abgrenzung vom naturwissenschaftlichen Menschenbild der „Schulmedizin“ hat sich im alternativen Gesundheitssektor eine Vielzahl von Anbietern etabliert, welche durch den Rückgriff auf „religiöse“, „ganzheitliche“ oder „spirituelle“ Vorstellungen neue Formen der „Kur von Leib und Seele“ (Bourdieu 1992, 233) propagieren. Diese Entwicklung wird vor allem durch die seit Mitte der 1980er Jahre auftretenden Kleinunternehmer des „Esoterikmarktes“ unter Beweis gestellt. Die

„heilende Dimension“ (Straube 2005, 19) kann als konstitutives Element der einschlägigen Angebote betrachtet werden: „Schamanismus“, „Reiki“, „Tarot“, „Bachblüten“, „Channeling“, „Rebirthing“, „Aurareinigung“, „Astrologie“, „Geoästhesie“, „Qui Yong“, „Yoga“, „Meditation“ und „Hypnose“ werden in ihrem „psychotherapeutischen und medizinischem Anspruch“ (ebd.) von einem breiten gesellschaftlichen Publikum akzeptiert. Neben den genuin religiösen Trägern in Form von Kirchen, Orden und neureligiösen Bewegungen stellt der alternative Gesundheitsmarkt mittlerweile einen der bedeutsamsten Orte der zeitgenössischen Spiritualität (Knoblauch 2009) dar.

Der vorliegende Aufsatz beschäftigt sich mit der Frage, warum „religiöse“ oder „spirituelle“ Ideen auf dem alternativen Gesundheitsmarkt an Bedeutung gewinnen. Es geht mit anderen Worten darum, die „Dispersion des Religiösen“ (Höhn 2008, 37) in den Bereich der einschlägigen Dienstleistungen nachzuvollziehen. Dass Verständnis für diese Entwicklung soll dadurch geschärft werden, dass

die szenespezifischen Angebotskonstellationen und Dienstleistungsbeziehungen in den Blick genommen werden, in denen die Ideenkomplexe von „Religion“ und „Gesundheit“ Gestalt annehmen. In diesem Sinne versucht der vorliegende Aufsatz das Aufkommen religiöser Gesundheitsdeutungen aus den strukturellen Erfordernissen abzuleiten, denen die Anbieter alternativer Gesundheitsdeutungen ausgesetzt sind. Die „Spiritualisierung der Therapieangebote“ (Althans 2010) wird dabei als eine besondere Form der Kundenorientierung und -bindung verstanden, welche auf dem umkämpften Markt für gesundheitliche Dienstleistungen von strategischer Bedeutung ist. Die zentrale These lautet dabei, dass die Einbettung der Therapie in religiöse Narrative aus dem Versuch der Anbieter hervorgeht, die Beziehungen zu ihren Kunden und Klienten auf eine legitimierende und vertrauensgenerierende Basis zu stellen.

Gesundheitsbezogene Dienstleistungen als Marktangebot – strukturelle Überlegungen

Wie die Untersuchungen zu den sozialen Motivlagen der Zuwendung zu „ganzheitlichen“ oder „alternativen“ Angeboten zeigen, ist die Unzufriedenheit der Nachfrager mit der „konventionellen Medizin“ nur ein Erklärungsfaktor, der durch eine Reihe weiterer psychischer und sozialer Variablen zu ergänzen ist (vgl. Jeserich 2011). Ein entscheidendes Ergebnis der bisherigen Forschungen zu den Motiven der Inanspruchnahme alternativer Gesundheitsdienstleistungen besteht in dem Befund, dass der Beziehung zwischen „Patient“ und „Therapeut“ eine besondere Bedeutung zukommt (vgl. ebd. 208 f.). Die zukünftige Forschung wird sich daher in verstärkter Weise den geteilten Weltanschauungen und Deutungsmustern der beteiligten Akteure widmen müssen. Dabei bleibt es nicht aus, die Perspektive zu erweitern. Die bisherige vorrangige Fokussierung auf die nachfragerseitigen Motive (vgl. u.a. Andritzky 1997; Bishop

2007; Cant 2003, 2004; Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2002; Marstedt 2002; Obrecht 2000) muss ergänzt werden durch die Untersuchung der angebotsseitigen Strukturen, respektive der Beziehungen zwischen Anbietern und Nachfragern. Religiöse Gesundheitsdeutungen können nur in dem Maße an gesellschaftlicher Bedeutung gewinnen, wie eine Angebotsstruktur entsteht, welche in der Lage ist, die nachfragerseitigen Interessen zu befriedigen.¹

Um die angebotsseitige Dynamik im betreffenden Gesundheitssektor nachzuvollziehen, soll der Annahme gefolgt werden, „dass die Eigenschaften eines Gutes die Art seiner Bereitstellung und die Eigenschaften einer Transaktion ihre institutionelle Einbettung determinieren“ (Brintzer 2003, 159). Somit wird zunächst auf die besonderen *Informations- und Kooperationsprobleme* eingegangen, welche mit alternativ-gesundheitlichen Dienstleistungen verbunden sind. Im Anschluss soll gefragt werden, wie solche Dienstleistungen – trotz der mit ihnen verbundenen Unsicherheit – gegenwärtig dennoch zu einer „steigenden“ oder „anhaltenden“ Popularität (Marstedt 2002, Wolff 2010) gelangen konnten. Eine besondere Bedeutung kommt dabei der Frage zu, wie die beteiligten Anbieter und Nachfrager untereinander *Vertrauen* generieren, wie die Plausibilität der Heilungsideen hergestellt wird.

Güter und Dienstleistungen geben im Moment ihres Erwerbs „in unterschiedlichem Ausmaß Informationen über ihre Eigenschaften preis“ (Brintzer 2003, 160). Die Informationsöko-

¹ Wie Jeserich (2011, 206) ausführt, kommt der Angebotsseite eine stimulierende Wirkung zu: „Es kann als charakteristisch für die gegenwärtige Situation angesehen werden, dass dieser – möglicherweise durch die Vielfalt der Angebote auf dem ‚spirituellen Markt‘ erst induzierte – ‚holistische‘ Heilungsbedarf durch Anbieter gedeckt wird, die [...] ein [...] auf individuelle Wünsche und Bedürfnisse abgestimmtes Therapiekonglomerat offerieren können.“

nomik unterscheidet Güter und Dienstleistungen, deren Qualität der Konsument vor dem Kauf überprüfen kann (Inspektionsgüter), deren Qualität sich dem Konsumenten erst während des Gebrauchs offenbart (Erfahrungsgüter) und schließlich Güter, deren Qualität auch nach dem Gebrauch weitgehend im Dunkeln bleibt (Vertrauensgüter) (vgl. Ekelund 1995). Weil im Bereich alternativer Gesundheitsdienstleistungen so gut wie keine rechtlichen Garantien oder äquivalente Sicherheiten hinsichtlich des Behandlungserfolges vorhanden sind, befinden sich potentielle Interessenten beim Kauf in einer Situation der Unsicherheit.² Auch nach dem eigentlichen Kaufakt, also während des „Gebrauchs“ offenbaren sich dem Käufer die Eigenschaften von Gesundheitsdienstleistungen nur bedingt: Es fehlen explizite Kriterien für die Prozess- und Ergebnisqualität des dienstleisterischen Handelns. In der mikroökonomischen Literatur wurden gesundheitsbezogene Dienstleistungen deshalb bereits von verschiedenen Autoren unter dem Aspekt der „Vertrauensgüter“ behandelt (vgl. u.a. Dulleck 2006, Richardson 1999). Diese Idee soll im Folgenden übernommen werden. Dabei geht es hier jedoch nicht um die Modellierung von Preisen und Gütermengen auf Märkten für „Vertrauensgüter“, sondern um die institutionellen und ideellen Konsequenzen, welche mit den unterstellten Informationsproblemen verbunden sind.

Wodurch ist die Einschätzung gesundheitlicher Dienstleistungen als Vertrauensgüter gerechtfertigt? Dem interessierten Konsumenten „alternativer Gesundheit“ stehen keine einfachen Überprüfungsverfahren bereit, um

sich vorweg ein Bild über die Qualität der von einem Dienstleister zu erwartenden Leistungen zu machen. Vor allem bei den „exotischen“ auf dem alternativen Gesundheitsmarkt angebotenen Techniken und Verfahren ergeben sich für potentielle Interessenten kaum Anhaltspunkte für eine Einschätzung ihres Wertes - worin besteht etwa der Nutzen einer Magnetfeldbehandlung oder einer Reiki-Therapie? Eine Bewertung kann allenfalls unter Aufwendung hoher Suchkosten erfolgen, die solange bestehen bleiben, wie keine Bekanntschaftsnetzwerke oder Institutionen zur Informationsvermittlung über die einschlägigen Angebote bestehen.

Auch nach der Inanspruchnahme der Gesundheitsdienstleistung bleibt die Nutzenbestimmung heikel. Natürlich gewinnt der Kunde nach und nach mehr Informationen über die Veränderung seines Gesundheitszustandes, wenn er die Entwicklung über die Zeit verfolgt. Im Hinblick auf die spezifische Einschätzung einer konkreten Dienstleistung müsste der Konsument jedoch seine Situation vergleichen können mit dem Gesundheitszustand, in dem er sich ohne die Inanspruchnahme der Dienstleistung befände. Zudem hilft die mögliche späte Informiertheit des einzelnen Konsumenten der Szene nur dann weiter, wenn institutionelle Möglichkeiten geschaffen werden, um die vorhandenen Erfahrungen zu kommunizieren und weiteren Interessenten in ihrer Entscheidung behilflich zu sein.

Die konstitutive Unsicherheit des Verbrauchers steht mit den spezifischen Kräftekonstellationen des alternativen Gesundheitsgeschehens in Verbindung. Für die Anbieter in diesem Sektor sind (insbesondere dann, wenn ihnen nicht die Titel und die rechtlichen Sicherheiten des Arztes oder des Heilpraktikers zur Verfügung stehen) lediglich die *Nischen* des bestehenden Systems relevant. Dazu gehören offensichtlich diejenigen Gesundheits-

² Weil man unterstellen darf, dass diese „Unsicherheit“ den Akteuren bewusst ist, lässt sich präziser auch der Begriff des „Risikos“ verwenden. Der Begriff des „Risikos“ bezieht zugleich auch die Kenntnis der Handlungsalternativen sowie das Wissen um die Abhängigkeit des eigenen Auskommens vom Verhalten anderer Akteure mit ein (vgl. Brinitzer 2003, 180).

bedürfnisse, welche von den „legitimen“ Heilberufen nur unzureichend abgedeckt sind - neben den „unheilbaren“ Krankheiten insbesondere körperliche und seelische Beschwerden, die in den Verfahren der etablierten Medizin nur bedingt berücksichtigt werden. Sie thematisieren und behandeln eine Gruppe von Leiden, die sich in Erscheinungen manifestieren, die objektiv nur schwer messbar sind, weil sie in ihren Symptomen diffus und unsteif auftreten³. Gerade in solchen Fällen fällt es schwer, klare und operationalisierbare Kriterien sowohl für den Anwendungskontext als auch für die gesundheitsfördernde Wirkung der angewandten Therapien zu formulieren. Zum zweiten fehlt im alternativen Gesundheitsgeschehen aufgrund des noch geringen Professionalisierungsstandes vielerorts ein objektivierbares Wissen über Ursachen- und Wirkungszusammenhänge. Die genannten Momente beschränken die Fähigkeit des Verbrauchers, die Bedingungen und Konsequenzen der einschlägigen Heilbehandlungen zu evaluieren. Aufgrund dieser Kontingenzen erscheinen die Angebote aus Nachfragersicht als riskant, was wiederum die Legitimität der alternativ-gesundheitlichen Anbieter in Frage stellt. Die Unsicherheit der Nachfrager gegenüber den Anbietern wird offensichtlich auch dadurch forciert, dass die alternativ-gesundheitliche Dienstleistungsszene anhaltenden Vorwürfen von Scharlatanerie, Pseudomedizin, Quacksalberei oder Kommerz ausgesetzt ist.

Die genannten Unsicherheiten sind für die Dynamik des Marktes von besonderer Bedeutung. Güter- und Dienstleistungsmärkte, auf denen die Interessenten sich im Unklaren über den zu erwartenden Nutzen der Angebote befinden oder Schwierigkeiten haben, deren

Qualität in angemessener Zeit zu beurteilen und zu kommunizieren, drohen zusammenzubrechen. Dies ist dann der Fall, wenn sich skeptische Nachfrager entweder ganz vom Markt zurückziehen oder angesichts des bestehenden Risikos nur noch eine geringe Zahlungsbereitschaft an den Tag legen. Im letzten Fall werden auf dem Markt nur noch die Anbieter geringer Qualität am Markt verbleiben. Damit eine solche „adverse Selektion“ (Akerlof 1970) nicht in Gang gesetzt wird, bedarf es Stützmechanismen, welche das *Vertrauen* der Nachfrager bestärken und damit deren Investitionsbereitschaft aufrecht erhalten. Marktbeziehungen brechen dagegen immer dort zusammen, wo die Vertrauensbereitschaft unter den Beteiligten nicht gegeben ist.

Im Kontext von Marktbeziehungen lässt sich Vertrauen als eine Erwartungshaltung definieren, als die Erwartung eines Käufers, vom Verkäufer nicht getäuscht zu werden: „Vertrauen kann als der soziale Funktionsmechanismus beschrieben werden, der die Stilllegung der latenten Verunsicherung des Vertrauensgebers [des Käufers] zum Ausdruck bringt: Vertrauen wirkt als Beruhigungsmittel in sozialen Beziehungen, das es dem Vertrauensgeber ermöglicht, gelassen zu bleiben, trotz der unkontrollierbaren Handlungsfreiheit des Vertrauensnehmers [des Verkäufers]“ (Beckert 2002, 36). Die Vertrauensproblematik tritt in ihrer prononciertesten Form dort auf, wo der „Wert“, die „Qualität“ oder der „Nutzen“ eines Gutes für den Abnehmer im Voraus nur sehr schwer oder gar nicht einzuschätzen ist. In solchen Situationen können u.a. geeignete institutionelle Arrangements zur Schaffung „stabiler Welten“ (Fligstein 1996, 658) Abhilfe leisten. Die Organisation realer Marktbeziehungen erfordert dabei oftmals einen erheblichen Ressourceneinsatz. Es müssen verlässliche Erwartungsstrukturen geschaffen werden, um das Vertrauen von Anbietern und Nachfragern zu bestärken.

³ So bestätigt eine Vielzahl Untersuchungen bestätigt die Relevanz von „chronischen“ Erkrankungen und „Allergien“ bei der Inanspruchnahme von CANM-Methoden, vgl. u.a. Marstedt 2002.

Wie im Folgenden anhand des alternativ-gesundheitlichen Dienstleistungsmarktes gezeigt wird, handelt es sich dabei einerseits um institutionelle Arrangements, durch die ein Sanktionspotential hergestellt wird (Abschnitt 3). Eine weitere Möglichkeit besteht darin, das Vertrauen nicht durch institutionelle Vorkehrungen zu erzeugen, sondern durch *performatives Handeln* seitens der Anbieter (Abschnitt 4). Im Gegensatz zu den institutionellen Strategien der Erzeugung von Kooperationsbereitschaft meint „performativ“ die Herstellung von Vertrauensbereitschaft „durch Akte der Selbstdarstellung“ (Beckert 2002, 27), mit denen die Anbieter auf diskursivem oder symbolischen Wege versuchen, die Nachfrager „von der Aufrichtigkeit“ ihrer „kooperativen Handlungsabsichten zu überzeugen“ (ebd.). Eine besondere Aufmerksamkeit wird dabei den religiösen Selbstdarstellungen und Semantiken der Anbieterseite als einer Form der Kundenorientierung gewidmet.

Die Erzeugung von Vertrauensbereitschaft auf dem Markt für alternative Gesundheitsdienstleistungen

Die Einstufung alternativ-gesundheitlicher Dienstleistungen als Vertrauensgüter vorausgesetzt, soll nun nach den damit verbundenen Folgeerscheinungen gefragt werden. Dem Markt wären bei Bestehenbleiben der konstitutiven Unsicherheit der Nachfrager nur bescheidene Wachstumsmöglichkeiten in Aussicht gestellt. Ein breiteres und zahlungsbereites Publikum kann nur dann angesprochen werden, wenn diesem ermöglicht wird, Informationen über die Qualität der angebotenen Dienstleistungen zu gewinnen, die gemachten Heilerfahrungen zu kommunizieren, sowie eventuelle Anbieter schlechter Qualität zu sanktionieren. In der Praxis des alternativen Gesundheitsmarktes lassen sich solche Stützmechanismen institutioneller und ideeller Art tatsächlich auffinden.

Vertrauen durch institutionelle Arrangements

Nicht nur auf dem Markt für alternativ-gesundheitliche Dienstleistungen gehören Institutionen zu den wichtigsten Vertrauensgaranten. Sie sind üblicherweise (einerlei, ob in organisatorische oder gemeinschaftliche Kontexte eingebunden) mit normativen Rollenerwartungen verbunden und eröffnen ein Sanktionspotential. Im folgenden Abschnitt sollen institutionelle Verfahren aufgezeigt werden, welche „die Zustände unzureichenden Vertrauens in solche (für Kooperation) zureichenden Vertrauens umformen können“ (Schmidtchen 1993, 147).

a) Verbände, Interessenorganisationen und staatliche Regelungen

Die erste hier diskutierte Möglichkeit zur Herstellung institutionell generierten Vertrauens besteht in der Mitgliedschaft der Anbieter in übergeordneten Organisationen. Letztere können durch das Aussprechen von Sanktionen erreichen, dass Anbieter ihre „Fähigkeiten“ richtig darstellen und motiviert sind, diese auch im Sinne des Nachfragers einzusetzen. Dies wird in der Praxis des alternativen Gesundheitsmarktes dadurch erreicht, dass sich die Anbieter den verschiedenen Verbänden der Szene anschließen.⁴ Da der Verband

⁴ Zu nennen sind etwa der „Berufsverband für Atemtherapie und Atempädagogik“, der „Verband Europäischer Ayurveda-Mediziner und Therapeuten“, der „Erste Deutsche Tarotverband“, der „Deutsche Astrologen Verband“, der „Bundesverband für Feng Shui und Geomantie“, der „Reiki Verband Deutschland“ oder die „Reiki Alliance Deutschland“. Im Verlaufe des letzten Jahrzehntes haben sich in der Szene auch die ersten Dachorganisationen aufgestellt. Im Jahre 2002 wurde die Organisation „Freie Gesundheitsberufe – Dachverband für freie beratende und gesundheitsfördernde Berufe e.V.“ ins Leben gerufen. Das Selbstverständnis der darin versammelten Anbieter besteht in ihrem „ganzheitliche[n] Entwicklungs- und Gesundheitsbegriff, der sowohl körperliche, seelische, geistige und soziale als auch spirituelle und ökologische Aspekte des Menschen anerkennt und integriert“ (vgl. www.freie-gesundheitsberufe.de/index.php?page=dachverband&subcategory=leitbild). Die Ethikrichtlinien des Dachverbandes regeln die Beziehungen zwi-

ein fundamentales Interesse an der Aufrechterhaltung seiner Reputation hat, wird er darauf achten, solche Mitglieder zu sanktionieren, die dieses Interesse schädigen, etwa durch „inkompetentes Auftreten“ oder „falsche Versprechungen“. Für die Reputation ihrer Mitglieder sorgen die einschlägigen Szeneverbände auch dadurch, dass Sie Richtlinien für die Aus- und Fortbildung⁵ der im Verband zusammengeschlossenen Anbieter sowie gemeinsame Ethik- und Verfahrensnormen erstellen. Darüber hinaus repräsentieren die Verbände ihre Mitglieder in der Öffentlichkeit, betreiben Werbung und versuchen die Interessen der Mitglieder im Hinblick auf die Gestaltung politisch-rechtlicher Rahmenbedingungen zu vertreten. Aus Anbietersicht stellt die Mitgliedschaft in einem Berufsverband somit eine Investition in die eigene Reputation dar.

Als reputationsstiftende Drittinanz mit Sanktionsgewalt kommt auf allen Güter- und Dienstleistungsmärkten der Staat in Frage. Im Falle des alternativen Gesundheitsmarktes gibt es bisher noch relativ wenige staatliche Regelungen. Relevant sind in diesem Zusammenhang jedoch staatlich geschützte Titel wie Heilpraktiker, Psychotherapeut, welche ihren Trägern bestimmte alternative Behandlungsformen erlauben. Die zuständigen Aufsichts- und Genehmigungsbehörden (z. B. die Gesundheitsämter) können die „Beschränkte Erlaubnis zur berufsmäßigen Ausübung der Heilkunde auf dem Gebiet der Psychotherapie, nach dem Heilpraktikergesetz (HeilprG)“

schen den Kursteilnehmern und den Anbietern; zwischen den Anbietenden untereinander, sowie die Beziehungen zwischen den Anbietenden und der Öffentlichkeit (die einzelnen Ethikrichtlinien finden sich unter www.freie-gesundheitsberufe.de/download/Ethikrichtlinien%202007.pdf).

⁵ Die Verbände vergeben Titel und Zertifikate, so etwa das Zertifikat „Yogalehrer/in (BYV)“ vom „Berufsverband der Yoga Vidya Lehrer/innen“, oder die Bestätigung als „Anerkannte/r Heiler/in des Dachverbandes Geistiges Heilen“.

erteilen. Die staatlich gewährten Titel sichern den betreffenden Anbietern einen Reputationseffekt, weil ihr Erwerb an eine festgelegte Ausbildung gebunden ist. Anbieter, die einen solchen Titel ihr Eigen nennen, binden sich glaubhaft, weil sie davon ausgehen müssen, „bei Nichtleistung oder schlechter Leistung einer staatlichen Sanktion unterworfen zu werden.“ (Schmidtchen 1993, 154). Auch Anbietern, welche über keinen expliziten Titel als Heilberufler verfügen, ermöglicht das staatliche Rechtssystem, gegenüber der Nachfragerschaft Vertrauenswürdigkeit zu signalisieren. Dies kann dadurch geschehen, dass Sie in einem „Beratungsvertrag“ die allgemeinen Geschäftsbedingungen ihres dienstleistungserbringenden Handelns festhalten.⁶

b) Mittler und Makler

Die Beziehung zu einer Drittinanz, welche in der Lage ist, das Verhalten der Anbieter zu beobachten und zu sanktionieren, kann auch auf einer flexibleren Basis angelegt sein. Of-

⁶ So sieht etwa das Angebot „Sofortauskunft – Sofortberatung: Liebeszauber“ folgende Geschäftsordnung vor: „Bitte nehmen Sie diese AGB zur Kenntnis. Wenn Sie damit nicht einverstanden sind, dürfen Sie keinen Auftrag erteilen, bzw. es kommt kein Beratungsvertrag zustande. Ich arbeite esoterisch beratend nach dienstvertraglichen Bestimmungen. Ich bin spezialisiert auf Beratungen im Partnerschaftsbereich. Vollständig von meiner Tätigkeit ausgeschlossen sind Beratungen oder Behandlungen im gesundheitlichen Bereich. Ich weise ausdrücklich darauf hin, dass ich keinen Arzt, Anwalt oder Psychologen ersetzen kann. Klienten müssen volljährig sein, um eine Beratung in Anspruch nehmen zu können. Dem Klienten ist bekannt, dass in Europa Meinungs- und Religionsfreiheit herrscht. Dem Klienten ist bekannt, dass astrologische, esoterische oder magische Hilfen keine exakt nachweisbaren Wissenschaften sind, und somit keine Garantie auf den zu erwartenden Erfolg besteht. Ich bin aufgrund meiner langjährigen Berufserfahrung von der Existenz esoterischer Phänomene persönlich überzeugt, aber ich kann keine Garantie für den Erfolg, oder eine Haftung für meine Arbeit übernehmen. Alle Klienten haben ein vollständiges Rücktrittsrecht mit voller Kostenerstattung ohne Angabe von Gründen innerhalb von 8 Tagen. Preise sind Endpreise (alle Steuern und Gebühren enthalten), freibleibend nach Vereinbarung“. Der Vertragstext findet sich unter: <http://liebeszauber.com/kontakt.htm>.

fensichtlich weiß eine Vielzahl von alternativen Heilsanbietern die Infrastruktur von Volkshochschulen, Seminarzentren, Weiterbildungseinrichtungen, kommunalen Veranstaltungen usw. zu schätzen. Zu solchen Mittlerinstitutionen gehören auch die Betreiber von so genannten „Gesundheits- und Esoterikmessen“.⁷ Mit den Dienstleistungen der Mittler verbunden ist für die Anbieter zunächst die Möglichkeit, geeignete Räumlichkeiten zu nutzen und ein breiteres Publikum anzusprechen. Den Vermittlungsinstitutionen oder „Maklern“ (Rademacher 2010, 123) kommt des Weiteren eine wichtige Funktion im Hinblick auf das Problem der Vertrauensgenerierung auf dem alternativ-gesundheitlichen Dienstleistungsmarkt zu. Da die genannten Institutionen ein starkes Interesse am Ausbau oder dem Erhalt ihrer Reputation haben, werden sie die Anbieter, welche in ihren Häusern „Seminare“, „Workshops“ oder „Ausbildungskurse“ veranstalten, unter Beobachtung halten. Aus Sicht des Konsumenten bedeutet dies insofern eine Erleichterung, als er davon ausgehen kann, dass die „Makler“ bestrebt sind, „schwarze Schafe“ zu identifizieren und vom eigenen Betrieb fernzuhalten.

Zu den Mittlerinstitutionen des alternativen Heilsgeschehens müssen inzwischen auch verschiedene Internetplattformen wie QUESTICO oder LEBENSBERATUNG24 gerechnet werden. Um die „Professionalität“ dieser Hotlines zu unterstreichen, kann dort nicht jeder Anbieter tätig werden, es müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein, wie etwa eine vorhergehende Tätigkeit als professioneller Lebensberater, ggf. Abschlüsse in Psychologie, Pädagogik oder ähnlichen Studi-

engängen, Praxiserfahrung in beratenden Berufen und das Gefühl, sich berufen zu fühlen.⁸

c) Längerfristige Beziehungen

Vertrauen zwischen Anbietern und Nachfragern kann auch ohne die Einschaltung Dritter, sei es in Form von Verbänden oder in Form von Mittlerinstitutionen erzeugt werden. Im alternativ-gesundheitlichen Spektrum entstehen neben den kurzfristigen Kundenbeziehungen auch längerfristige *Klientenbeziehungen* zwischen Anbietern und Nachfragern. Unter dem Horizont der längerfristigen Perspektive ergibt sich die Kooperationsbereitschaft unter den Beteiligten aus dem Nutzen, den Anbieter und Nachfrager an der Fortsetzung der Beziehung haben. Ein Anbieter, der zu einem bestimmten Zeitpunkt eine nicht zufriedenstellende Qualität anbietet, kann dadurch bestraft werden, dass der Klient ihn für zukünftige Angebote nicht mehr in Betracht zieht. Offeriert der Anbieter dagegen Dienstleistungen, welche den Klienten dauerhaft zufrieden stellen, so erhält er sich damit die Aussicht auf eine langfristige Geschäftsverbindung. Die Rollenverpflichtung gegenüber dem Nachfrager wird damit für den Anbieter zum Selbstzweck (vgl. Brinitzer 2003, 198)

Zweifellos tragen die angeführten institutionellen Arrangements dazu bei, reziproke Erwartungsstrukturen zwischen Anbietern, Dachorganisationen, Mittlern und Konsumenten zu schaffen - dennoch wird die beschriebene Infrastruktur des alternativen Gesundheitsmarktes allein nicht ausreichen, um sämtliche Zweifel hinsichtlich der oft „exotischen“ und vielen Menschen immer noch fremd erscheinenden Dienstleistungen auszuräumen.⁹

⁸ Vgl. die Portale www.questico.de, www.lebensberatung24.de.

⁹ Dies wird auch dadurch unterstrichen, dass ein Großteil der Nutzer von alternativen Gesundheitsdienstleistungen sich bei der Wahl von Angeboten vorrangig auf die Empfehlungen von Bekannten stützt, vgl. u.a.

⁷ Dazu gehören etwa die Veranstaltungen „Bioterra“, „Esoterik und Naturheiltage“, „Lebenskraft“, „Esoterik-Tage“ oder „Energetika“.

Damit ist auch dem Vertrauensproblem durch institutionelle Maßnahmen nur bedingt entgegenzuwirken. So können die genannten Institutionen nicht alle möglichen Kommunikations- und Sanktionsprobleme lösen. In der Praxis des alternativen Gesundheitsmarktes sind deshalb weitere Strategien von Bedeutung, die jedoch im Vergleich zu den zuvor erörterten Phänomenen in der direkten Kommunikation zwischen Anbietern und Nachfragern angesiedelt sind. Was in der bisherigen Betrachtung fehlt, sind die vertrauensgenerierenden, performativen Akte der Anbieter „durch die Vertrauensbereitschaft in der Handlungssituation selbst erzeugt wird“ (Beckert 34). Damit verschiebt sich die Betrachtung von den institutionellen Arrangements zu den ideellen Arrangements der Vertrauensgenerierung.

Vertrauensgenerierung durch performatives Handeln – religiöse Formen der Kundenorientierung

Angesichts der nicht ausräumbaren Unsicherheiten, welche trotz der genannten institutionellen Arrangements bestehen bleiben, versuchen die Anbieter des alternativen Gesundheitsmarktes zusätzlich, ihre Dienstleistungen durch ein diskursives und symbolisches Engagement aufzuwerten. Dabei geht es darum, das Arbeitsbündnis zu Kunden- und Klienten auf eine vertiefende und vertrauensgenerierende Basis zu stellen. Diese Strategie steht in direktem Zusammenhang mit einer „Religiosifizierung“ der alternativen Gesundheitsdienstleistungen. Die „Mobilisierung von Kooperationsbereitschaft“ (Beckert 2002, 41) erfolgt hierbei durch die Kommunikation eines religiösen Narratives. Unter dem Aspekt der Generierung von Vertrauensbereitschaft handelt es sich um das Signalisieren von Authentizität - einerseits dadurch, dass das reli-

giöse Narrativ explizit auf die Situation des einzelnen Kunden oder Klienten zugeschnitten wird (was einer „spezifischen“ und daher „glaubwürdigen“ Investition in die je einzelne Kundenbeziehung gleichkommt), andererseits dadurch, dass sich der Anbieter aufgrund seiner eigenen religiösen Biographie als Bürge für sein Produkt, als Verkörperung seiner Heilsideen präsentiert.

Auf diese Weise den Eindruck der Authentizität zu erzeugen, ist für die Anbieter selbstverständlich an bestimmte Voraussetzungen gebunden. Auch für die jetzt zu behandelnden ideellen Formen der Vertrauensgenerierung auf dem alternativen Gesundheitsmarkt gilt das Kriterium ihrer „Glaubwürdigkeit“: Ein Anbieter muss Signale aussenden, die nicht kostenfrei und für jedermann zugänglich sind. Dies kann er dadurch unter Beweis stellen, dass er in die Dienstleistungsbeziehung investiert und eine Leistung bietet, welche nicht von jeden beliebigen Konkurrenten *ad hoc* bereitgestellt werden kann. Als solche Signale lassen sich freilich schon die im vorherigen Kapitel genannten Strategien der Werbung, der Titelgebung, der Fortbildung und der Schaffung vertraglicher Rahmenbedingungen einstufen.

Gemeinsam ist den bisher genannten institutionellen Signalen jedoch, dass sie in ihrer unterstellten Wirkung ein abstraktes, kalkulatorisches Rasonnement voraussetzen, nicht aber in der unmittelbaren Interaktion zwischen Anbieter und Kunde gründen. Sie bleiben auf ein unpersönliches „Systemvertrauen“ (Giddens 1996, 107 ff.) angewiesen. In der lebensweltlichen Praxis der Nachfrager alternativer-gesundheitlicher Dienstleistungen werden dagegen vor allem solche Vertrauenssignale motivierend wirken, die aus der persönlichen Begegnung und Kommunikation der Beteiligten erwachsen oder zumindest an der Schnittstelle zwischen System und Person angesiedelt sind (vgl. Beckert 2002, 37). In diesem

Knoblauch (1991, 242 f.), der die Bedeutung von Kontakten und Beziehungen bei der Konsultation von „Wünschelrutengängern und Pendlern“ beschreibt.

Sinne widmet sich der folgende Abschnitt der Anbieter-Kunden-Interaktion und zeigt, wie die Investition in ein religiöses Ideengebäude Vertrauen und Bindung unter den Beteiligten generiert.

a) Die Schaffung eines religiösen Bewährungsmythos

Angesichts der Schwierigkeiten, den Gesundheitszustand oder dessen Fortschritt aufgrund messbarer Kriterien zu validieren, sind Anbieter und Kunden im alternativen Gesundheitsbereich weitestgehend darauf angewiesen, das Heil oder die Heilung kommunikativ zu konstruieren. Es liegt daher im Interesse des Anbieters, gemeinsam geteilte Denk- und Zuschreibungskategorien zu entwickeln, durch welche die wechselseitige Anschlussfähigkeit der Kommunikation über den Gesundheitszustand des Patienten ermöglicht wird. Ein solches Ideengebäude ist idealerweise in der Lage, eine Selbstverständlichkeit der darauf aufbauenden „therapeutischen“ Schritte einzuleiten, besser noch: dieser Selbstverständlichkeit den Charakter des Unverrückbaren oder Unausweichlichen zu verleihen. Als derartige Ideengebäude, welche den „Symptomen“ und ihren „Behandlungstechniken“ Sinn verleihen, bieten sich religiöse oder spirituelle Narrative an. Neben den funktional äquivalenten Themenbereichen „advocacy of nature, vitalism, 'science“ (Kaptchuk & Eisenberg 1998, 1061) erlauben sie es, das therapeutische Beziehungsgeflecht zu erweitern und das Arbeitsbündnis zu erleichtern: „These themes offer patients a participatory experience of empowerment, authenticity, and enlarged self-identity when illness threatens their sense of intactness and connection to the world“ (ebd.).

Aus Kundensicht attraktiv sind solche „shared believes“ (ebd.) vor allem dann, wenn sie unmittelbar an dessen individuell-biographische Situation anschließen, d.h. „Diagnose“ wie „Therapie“ so zu legitimieren

wissen, dass darin die unverwechselbare Identität des einzelnen Kunden zum Ausdruck kommt. Im Falle der hier interessierenden „Spiritualisierung der Therapie“ stehen die Anbieter vor der Aufgabe, die religiösen Deutungen an die aktuellen und persönlichen Bedürfnisse der Nachfrager anzupassen und deren Interesse an individueller Lebenshilfe, Selbstvergewisserung und Selbstbehauptung in den Vordergrund zu stellen. Dem „religiösen Bewährungsmythos“ (Oevermann 1996) kommen dabei zwei Aufgaben zu: Er „muss über Herkunft und Zukunft sowie die aktuelle Identität der eigenen Lebenspraxis [...] so Auskunft geben können, dass darin die Unverwechselbarkeit der eigenen Lebenspraxis [...] verbürgt ist“ (Gärtner 2000, 90). Religiöse Kundenorientierung besteht demgemäß darin, die Krankheitsepisode vor dem Hintergrund des bisherigen Lebens zu deuten und ihr Verstehen zu ermöglichen.

Darüber hinaus muss der religiöse Bewährungsmythos den Entwurf einer Lösung der identifizierten Probleme enthalten, „einen [...] Maßstab des möglichen Gelingens [...] eine Instanz der Erlösung und des Heils, dessen Gnade man prinzipiell teilhaftig werden kann“ (Oevermann 1996, 35). Um dies zu erreichen, ist in die Konzeption einer anthropozentrischen Heilsvorstellung von Nöten. Demnach kann der einzelne Kunde oder Klient selbst Heilsziel und Träger der Heilmittel sein. Die Heilsgewissheit ist das Ergebnis seines Tuns, im Zusammenspiel mit dem Anbieter besitzt der Nachfrager die Fähigkeit zur eigenen Vervollkommnung. Die sich religiös legitimierende Salutogenese bedient sich dabei häufig eines Umweges, über den der „symbolischen Doppelung der Wirklichkeit“ (Wunder 2005, 46): Weil die Idee der Vervollkommnung des Einzelnen angesichts der realen Unvollendetheit menschlicher Wesen permanent in ihre Grenzen verwiesen wird, benötigt der Kunde eine „transzendente“ Un-

terstützung von außen, die im Wesentlichen durch eine identifikatorische Verschmelzung mit einem fiktivem Ideal herbeigeführt wird. In der Praxis spiritueller Lebenshilfe wird dem Kunden über die Identifikation mit dem eigentlichen Selbst oder dem höheren Selbst die mögliche Vervollkommnung seiner Persönlichkeit in Aussicht gestellt. Was die als defizitär empfundene Identität des Kunden noch nicht zu gewähren vermag, verläuft über den Umweg eines „transzendenten“ Selbsts. Die Gebote, die den Annäherungsprozess anleiten, lauten: „Transformiere dich!“, „Erweitere dein Bewusstsein!“ oder „Werde du selbst!“. Den Weg zum wahren Selbst weisen die einschlägigen spirituellen Techniken.

b) Die Sakralisierung des Kunden

Die Einbettung der therapeutischen Beziehung in ein religiöses Narrativ stellt eine besondere Form der Kundenorientierung dar. Je mehr der religiöse Sinnkontext auf die Symbolisierung des Einzelnen und seiner Befindlichkeiten zugeschnitten ist, desto stärker kommt es zu einer *Sakralisierung des Kunden*. Die religiöse Form der Kundenorientierung besteht in der Kreation einer individuell passenden „Elevator Metaphorik“ (Nassehi 1996, 43), die es dem Patienten erlaubt, seine Stimmungen „als geordnete[n] Kosmos [...] erfahrbar und bestimmbar“ (Nassehi 1996, 43) zu machen, und seine Identität als das vorrangige Ziel aller Heilsbemühungen aus gibt.¹⁰ Die angebrachte religiöse Deutung

¹⁰ In dieser Hinsicht hat sich beispielsweise der *Reinkarnationsglaube* angepasst. Wird der „Kreislauf der Wiedergeburten“ in vielen östlichen Traditionen als ein Übel angesehen, so hat sich in der neureligiösen Szenerie die Vorstellung der Reinkarnation, samt den aus ihr abgeleiteten Praxisformen, zu einer Idee der unendlichen Vervollkommnung des Einzelnen entwickelt. Dabei wird das traditionelle Verständnis, das in der je neuen Wiederverkörperung eine Folge von Strafe und Leid sieht, „voluntaristisch“ uminterpretiert. Durch geeignete spirituelle Techniken lassen sich die „Fehler“ aus früheren Leben korrigieren, sodass in optimistischer Weise an einer Aufwärtsentwicklung gearbeitet werden kann.

gewährt dem „Patienten“ gerade dann Orientierung, Selbstidentifikation und Selbstbestätigung, wenn sie konkret auf folgende Fragen Auskunft geben kann: „Warum leide gerade ich an diesem Problem?“, „Wie kann ich meine Situation begreifen?“, „Welche Therapie ist für mich die richtige?“. Nicht umsonst expandieren im alternativen Heilsgeschehen solche Ideensysteme, die es (nach dem Vorbild der Astrologie) erlauben eine Typenlehre“ zu entwickeln. Gerade sie können als Vehikel für die häufig genannten Empfindungen von „empowerment, authenticity, and enlarged self identity“ (Kaptchuk & Eisenberg 1998, 1061) gelten. Auf den Kunden zugeschnitten, vermitteln sie klare Botschaften der Lebensführung, über die „ein Verbund von ‚innerer Bestimmung‘, ‚individuellem Charaktertyp‘ oder ‚spiritueller Berufung‘“ (Koch 2006a, 175) hergestellt wird.

Als weitere Form der religiösen Kundenorientierung lässt sich die Rhetorik der Ganzheitlichkeit“ deuten. Sie erleichtert es dem Anbieter, die kontingenten Lebenserfahrungen des Kunden zu einem einheitlichen Narrativ, und damit zu einem einheitlichen Angebot zusammenzuschneiden. Dem Verweis auf die „Ganzheitlichkeit“ kommt in diesem Sinne eine identitätsstiftende, weil die Biographie der Adepten integrierende Funktion zu: Das „Ganze ist [...] die biographische Konstruktion von Ganzheit. Die authentische Rede erzeugt semantisch eine Einheit – sie arbeitet sich [...] daran ab, das zeitlich, sachlich und sozial differenzierte, inkonsistente und zuweilen unbegreifliche Leben als eine Einheit darstellen zu können“ (Nassehi 2008, 122). Im Sinne der Kundenorientierung ist die „Ganzheitlichkeit“ noch in einer weiteren Hinsicht funktional, steht Sie doch auch für die Unvoreingenommenheit gegenüber Techniken und Therapien unterschiedlicher Provenienz – so verstanden lässt die Ganzheitlichkeit“ dem Umgang mit seelischen und körperlichen

Kontingenzerfahrungen einen weiten und undogmatischen Interpretationsspielraum. Offensichtlich ist dieser Methodenreichtum einer der Gründe, die den Markt „für den Verbraucher und Hilfesuchenden so anziehend macht“ (Freie Gesundheitsberufe, 1).

c) Erlebnisreligiosität als Mittel zur Evidenzsicherung

Ausgangspunkt der Überlegungen zur Bedeutung religiöser Semantiken auf dem alternativen Gesundheitsmarkt war die Unterstellung ihrer kooperativen Wirkungen – hergestellt durch die spezifische Investition in Form eines kundenbezogenen Narrativs. Im Hinblick auf die „Glaubwürdigkeit“ eines solchen religiösen Narrativs stellt sich die Frage, welche Kriterien den Beteiligten zur Verfügung stehen, um die vorgenommene religiöse Deutung zu validieren. Damit der religiöse Bewährungsmythos nicht zum Erliegen kommt und seine kundenbindende Wirkung aufrechterhalten kann, ist er auf eine „suggestive Evidenz“ (Gärtner 2000) angewiesen. Die Evidenzsicherung führt im Idealfall dazu, dass die durch das religiöse Ideengebäude „aufgespannte Wirklichkeit als 'wirklich wirklich' erscheint“ (Thomas 2001, 423). Während dies in vielen Religionen durch eine sich wechselseitig bestätigende Gemeinschaft erzielt wird, kann im Falle der uns interessierenden Dienstleistungsbeziehungen kaum mit einem evidenzsichernden Gruppeneffekt gerechnet werden – schließlich spricht die Vielzahl der kleinbetrieblich organisierten Gesundheitsanbieter ihre Kunden und Klienten vor allem als Individuen an. Weil hier auf die kollektive Bestätigung und Absicherung der Glaubensinhalte verzichtet werden muss, bleibt nur die *Evidenz der eigenen Erfahrung*. Letztere wird zumindest in der kurzfristigen „Kundenbeziehung“ notgedrungen zum Gradmesser für die Legitimität von Sinnstiftungsnarrativen. Die religiösen Ideen müssen sich anhand der situativen, subjektiven Bedürfnisse und aktuellen

biographischen Anliegen der Kundschaft legitimieren. Für ihren Erfolg ist es deshalb von besonderer Bedeutung, in wie weit sie in der Lage sind, innere Wirkungen“ hervorzurufen: Gefühle, Stimmungen, Extasen, Betroffenheit, Ergriffenheit (vgl. Höhn 1998). Bei solchen Verifizierungserfahrungen kann es sich um Visionen“, „psychische Spontanerlebnisse“, „ästhetische Naturerlebnisse“, „außersinnliche Wahrnehmungen“, „Gipfelerlebnisse“ und andere „mystische Erfahrungen“ handeln. Nicht umsonst sind die genannten Phänomene integraler Bestandteil gegenwärtiger Esoterik.

d) Die Selbstermächtigung des „Patienten“

Offensichtlich geht das Aufkommen religiöser Gesundheitsdeutungen mit einer Umdeutung der Rolle des „Patienten“ einher. In der religiösen Deutung entsteht eine sinngebende „Medizin“. Die Krankheit verweist auf ein lebensweltliches Problem, dem es durch einen veränderten Lebensstil entgegenzuwirken gilt. Die Gesundheit wird umgedeutet zu etwas, was in der persönlichen Verantwortung des Patienten liegt, dem Gesundheitsbewusstsein und dem präventiven Lebensstil jedes Einzelnen untersteht. Die religiös legitimierte Salutogenese stellt dabei keinesfalls ein historisch neues Phänomen dar. Der mit ihr einhergehende Imperativ „Du musst dein Leben ändern“ (Sloterdijk 2009) ist für religiöse Botschaften seit je her konstitutiv. Auf dem gegenwärtigen Gesundheitsmarkt sichert er dem geschichtlichen Arsenal religiöser Lebensführungsmodelle ein zugleich zeitgemäßes wie breites Anwendungsfeld.

Für den gegenwärtigen gesellschaftlichen Umgang mit Fragen der Gesundheit ist es von Bedeutung, dass mit den beschriebenen Entwicklungen eine Veränderung von Machtbeziehungen einhergeht. Gerade in diesem Punkt tritt ein wichtiges Moment der religiösen Kundenbindung zu Tage: Im Vergleich zur Schulmedizin ist der „Patient“ nicht mehr nur passives Objekt eines „expertenkontrollier-

ten Wissenssystems, sondern aktiv in den Prozess der Heilung eingebunden.¹¹ Durch die diskursive Beteiligung am Heilungsprozess und die dadurch forcierte Selbstermächtigung des „Patienten“ tragen die religiösen Gesundheitsangebote (im Zusammenspiel mit einer Vielzahl anderer alternativ-gesundheitlicher Angebotsformen) dazu bei, dass sich die wechselseitige Bestimmung von Krankheit und Gesundheit ändert. Im religiös getragenen Verständnis wird Gesundheit zu weit mehr als der bloßen Abwesenheit von Krankheit. Gesundheit wird zu einer aktiven, permanent zu gestaltenden Aufgabe. Der Rückgriff auf ein religiöses Erklärungssystem resultiert damit in einer Ethik der Lebensführung.¹²

Der relative Bedeutungszuwachs der Rolle des Patienten gegenüber dem Experten spiegelt auf struktureller Ebene seine ideologische Grundlage: Gesundheit und Krankheit sind im religiösen Verständnis keine entgegengesetzten Pole mehr, keine punktuellen Zustände, sondern permanente Manifestationen eines bestimmten, mehr oder weniger angemessenen Lebenswandels. Die religiöse Deutung der Gesundheits- und Krankheitserfahrung mündet in einer Gesundheitspädagogik, die sich als Hilfe zur gesundheitlichen Selbstermächtigung und Selbsthilfe versteht.

¹¹ Dass hiermit die nachfragerseitigen Dispositionen zu einer stärkeren „Selbstbestimmung“ getroffen werden, bestätigen nicht nur die Untersuchungen zu CANM-Nutzern, sondern auch die Studien zu den Motiven gegenwärtiger Spiritualität (vgl. Gebhard et al. 2005).

¹² Am Beispiel der Ernährungslehre des Ayurvedas lässt sich der Zusammenhang von religiösem Ideensystem und der eingeforderten Lebensführung erläutern: „Wir sind als Menschen aus fünf grundlegenden Elementen zusammengesetzt. Jeder hat seine individuelle Konstitution im Verhältnis dieser Elemente. Deren Gleichgewicht ist Gesundheit. Geraten sie in ein Missverhältnis, werde ich krank. Um gesund zu werden, führe ich mir den Stoff wieder zu, der fehlt, und esse weniger von dem, was ich zuviel habe.“ (Koch 2006 b, 66).

e) Empathie, Kundenorientierung und Kundenbindung

Der Verweis auf religiöse Narrative im Rahmen gesundheitlicher Dienstleistungen sollte deutlich machen, dass sie eine besondere Form der Kundenorientierung darstellen - aus Anbietersicht ist es ihre Funktion, Kooperationsbereitschaft seitens der Nachfrager zu erzeugen. Doch inwiefern ist der Rückgriff auf religiöse Ideen tatsächlich als vertrauensgenerierendes „Beruhigungsmittel in Tauschbeziehungen“ (Beckert 2002, 27) des alternativen Gesundheitsmarktes zu verstehen? Ist der Rückgriff auf religiöse Semantiken nicht selbst mit inflationären Tendenzen verbunden, können solche Ideensysteme nicht von jedem beliebigen Anbieter, ob mit oder ohne „Kompetenz“ bzw. „aufrichtige Ambitionen“ angeboten werden? An dieser Stelle sei deshalb noch einmal auf das angeführte Konzept der *performativen Akte der Selbstdarstellung* verwiesen, „mit denen der Vertrauensnehmer den Vertrauensgeber von der Aufrichtigkeit seiner kooperativen Handlungsabsichten zu überzeugen versucht“ (ebd.).

Die Glaubwürdigkeit der ideellen Arrangements eines sich religiös legitimierenden Gesundheitsanbieters hängt entscheidend davon ab, inwiefern es ihm gelingt, den „Eindruck der Authentizität“ (ebd., 37) zu erzeugen. Dies kann dem Anbieter nur dadurch gelingen, dass er die von ihm propagierten religiösen Ideen selbst glaubhaft verkörpert. „Bei Fragen zu Glaubwürdigkeit und Vertrauen rückt die Identität des Partners in den Vordergrund“ (Brintzer 2003, 185). Der Kunde als Vertrauensgeber steht vor der Frage, ob der Anbieter selbst an das glaubt, was er vor gibt zu glauben und ob er die propagierten Werte selbst internalisiert hat (vgl. ebd.). Entscheidend dürfte daher sein, ob die Identität, der Lebensstil und die Vergangenheit des Anbieters als kongruent mit den angebotenen Heils-ideen wahrgenommen werden. Wie sehr dies

im Einzelfall gegeben ist, kann hier nicht entschieden werden - dass jedoch ein nicht zu unterschätzender Anteil der Anbieter auf dem alternativen Gesundheitsmarkt die entsprechenden „Signale“ glaubwürdig kommunizieren kann, belegt die Studie des Dachverbandes der Freien Gesundheitsberufe:

„Bei der Betrachtung der Einzelanbieter ist besonders die hohe Zahl der Ausbildungen auffallend, die die Mehrheit der Einzelanbieter vorweisen kann und die große Bereitschaft, sich ständig weiterzubilden und dafür letztendlich auch nicht unerhebliche Kosten auf sich zu nehmen. Viele haben sich aus ursprünglich eigener Betroffenheit und Krankheit den jeweiligen Methoden zugewandt und dort eine neue Berufung gefunden. Zweifellos stellt eine hohe intrinsische Motivation vieler Anbieter den Antrieb für die bemerkenswerte Bereitschaft dar, sich ständig weiter zu bilden und -zu [sic] entwickeln“ (Freie Gesundheitsberufe o.J., 3).

Aus dem Zitat geht hervor, dass ein Großteil der Anbieter alternativer Gesundheitsdienstleistungen ihre Ideen nicht nur verkünden, sondern auch selbst verkörpern. Sie gehen selbst als Beispiel voran. Nicht umsonst wird die „Kongruenz der Wertorientierungen bzw. Weltanschauungen von Patient und Therapeut“ (Jeserich 2011, 208) sowohl als eine der zentralen Ermöglichungsbedingungen wie auch Vorzüge des alternativen Heilungsgeschehens ausgewiesen. Je ähnlicher der Habitus von Anbietern und Nachfragern, desto wahrscheinlicher kommt die diskursive Konstruktion von Heil und Heilung zustande. Dem Anbieter als Vertrauensnehmer kann es somit besser gelingen, auf die Erwartungen des Vertrauensgebers einzugehen: Statusähnlichkeit, Ähnlichkeiten der Biographie und ein ähnliches Auftreten korrelieren mit einer höheren Vertrauenswürdigkeit (Plötner 1994, 156). In dieser Hinsicht dürfte auch der Erfolg der neuen religiösen Entrepreneurinnen auf einer

Homologie beruhen. Diese hat ihre objektiven soziologischen Grundlagen in den mit der Kundschaft geteilten biographischen und lebensweltlichen Ambitionen.

Schluss: Die Rolle des religiösen Entrepreneurs und der Markt für spirituelles Heilen

Das Anliegen dieses Aufsatzes besteht darin, anbieterseitige Interessen zu identifizieren, welche auf dem Markt für alternativ-gesundheitliche Dienstleistungen zu einem Bedeutungszuwachs religiöser Ideen führen. Grundlegend ist dabei die Idee der „religiösen Kundenorientierung“. Wie ausgeführt, erlaubt es der Verweis auf religiöse Semantiken unter bestimmten Bedingungen, die Beziehungen zur Kundschaft auf eine vertiefende und kooperationsinduzierende Basis zu stellen. Weil die Glaubwürdigkeit dieser Strategie in entscheidender Weise an die „Performanz“ und damit an die Figur des Anbieter selbst gebunden ist, soll zum Schluss versucht werden, die aus den bisherigen Überlegungen ableitbaren Rollenmerkmale des „religiösen Entrepreneurs“ zu systematisieren. Die Aufmerksamkeit richtet sich hierbei auf solche Anbieter, welche religiöse Deutungen übernehmen oder kreieren und diese ihren Abnehmern im Rahmen von Dienstleistungsbeziehungen anbieten. Über die soziale Herkunft und die biographische Laufbahn der Anbieter hinausgehend (vgl. dazu Hero 2011a, 37 ff.) lassen sich aus den vorangegangenen Ausführungen bestimmte Strukturmerkmale ihres „beruflichen“ Handelns ableiten. Es geht um die Frage, was diese neue Form des religiösen Experten von traditionellen religiösen Experten unterscheidet.

Der religiöse Entrepreneur als Marktanbieter

Ob „Ayurveda-Therapeut“, „Aurareiniger“, „Reiki-Therapeut“, „schamanischer Berater“ oder „ganzheitlicher Astrologe“ – das entscheidende Merkmal der neuen religiösen

Entrepreneure besteht darin, dass sie weder durch eine religiöse Organisation noch durch eine religiöse Gruppe oder Gemeinschaft legitimiert sind. Zahlenmäßig dominant sind die vielen, meist als *Einzelunternehmen* geführten Zentren, in denen religiöse Ideen und Praktiken propagiert werden, in denen aber kaum über einzelne Dienstleistungsepisoden hinausgehende dauerhafte Bindungen zwischen den Beteiligten zustande kommen.¹³ Solche Beziehungen zeichnen sich im Vergleich zu den auf Mitgliedschaft fußenden Beziehungen innerhalb von Organisationen oder auf Solidarität basierenden Beziehungen innerhalb von Gemeinschaften durch ihre relative Unverbindlichkeit, inhaltliche Flexibilität sowie durch die permanente „Exit-Option“ der Beteiligten aus. Die Konstellation des unverbindlichen und kurzfristig wechselbaren Beziehungshorizontes, welchen die Beteiligten auf der Grundlage situativer Nutzenerwägungen eingehen, lässt sich institutionentheoretisch mit dem Begriff des Marktes erfassen (vgl. Wiesenthal 2005). Weil die Marktbeziehung nicht auf gewachsene, traditionelle Kontexte zurückgreifen kann, müssen Vertrauenswürdigkeit und Kooperationsbereitschaft über institutionelle und ideelle Stützmechanismen erzeugt werden. Die Entdeckung des Religiösen wurde als Folge dieser Situation abgeleitet.

Der religiöse Entrepreneur als Wettbewerber und Innovator

Die Unverbindlichkeit der Marktbeziehung hängt mit einem zweiten strukturellen Merk-

¹³ Zwar gibt es keinen verlässlichen Gesamtüberblick, wie viele esoterisch-therapeutische Heilpraxen und Zentren im deutschsprachigen Raum ihre Dienste anbieten. Um sich einen Eindruck über die alternative Heilerszene zu verschaffen, können jedoch die Daten aus einer Vollerhebung der Szene in Nordrhein-Westfalen herangezogen werden, wo im Jahr 2007 über 1000 ortsansässige Anbieter ermittelt wurden. In dieser Zahl sind die staatlich anerkannten Berufe der Heilpraktiker und Psychotherapeuten nicht mit eingerechnet; vgl. Hero 2008, 172.

mal der Rolle des religiösen Entrepreneurs zusammen. Die große Zahl der neuen Heilsexperten macht es so gut wie unmöglich, dass einzelne Anbieter eine dominante Stellung im Feld gewinnen und eine konstante Schar von Anhängern an sich binden (vgl. Hero 2008, 217). Die Etablierung von dauerhaften Zugehörigkeitsbeziehungen oder Abhängigkeitsverhältnissen wird auch dadurch erschwert, dass den interessierten Nachfragern die ständige „Exit-Option“ offen steht: Angesichts der Vielzahl der vorhandenen Angebote ergeben sich vor allem in den städtischen Gebieten vielfältige Möglichkeiten, zu anderen Anbietern zu wechseln (vgl. Hero 2008 a, Wunder 2005 312 ff.).

Die Anbieter stehen daher in einem Wettbewerb um Aufmerksamkeit und Anerkennung. Der Wettbewerb zwingt dazu, sich eine Verhaltensdisposition zu Eigen zu machen, die bisher so gut wie ausschließlich im Bereich der Wirtschaft anzutreffen ist. „Das unternehmerische Selbst“ (Bröckling 2007) verlangt von den neuen Heilsanbietern, sich selbst als „Firma“ zu begreifen, findig zu sein und die eigenen Kreationen bedürfnisgerecht zu vermarkten. Diesen Zwängen haben sich all diejenigen Anbieter zu unterwerfen, die als Herausforderer gesundheitliche und seelische Dienstleistungen jenseits der etablierten Religion oder Medizin anbieten. Der Wettbewerb um die Gunst der Nachfrager induziert dabei offensichtlich ein „Entdeckungsverfahren“ (Hayek 1969, 249): Mit dem Auftreten des religiösen Entrepreneurs entsteht eine Vielzahl neuer Bezugs- und Anwendungsfelder des Religiösen. So stehen die letzten Jahrzehnte für eine Loslösung religiöser Ideen von der vorrangigen Fokussierung auf das Seelenheil und das Jenseits hin zu den vielfältigen, oft kurzfristigen Moden unterliegenden Bereichen des „Coachings“, des „Lifestyles“ und der körperlichen und mentalen „Fitness“.

Individualisierung und Subjektivierung des Religiösen

Die Gemeinsamkeit der neuen Bezugsfelder des Religiösen liegt darin, dass sie religiöse Ideen in Formen bereitstellen, welche auf das Individuum als Adressaten zugeschnitten sind. Unter der hier behandelten Thematik schuldet sich diese Entwicklung insbesondere dem Zwang zur Kundenorientierung und führt zu einer Wiederaufwertung der sinnlichen und körperlichen Aspekte des Religiösen. Damit verringert sich zugleich die relative Bedeutung von religiösen Texten und Liturgien zugunsten der sinnlichen Aspekte religiöser Kommunikation. Anhand der sensorischen bzw. somatischen Wirkungen des Religiösen können die Nachfrager den „Wert“ oder den „Nutzen“ auch in den relativ kurzfristigen Marktbeziehungen unmittelbar bemessen. Gerade auf der körper- und gesundheitsbezogenen Ebene manifestieren sich Erfahrungen, Gefühle und Stimmungen, welche zum Gradmesser für die Plausibilität der neuen Sinnstiftungsangebote werden.

Wie aus diesen Überlegungen hervorgeht, ist das Konzept des religiösen Entrepreneurs nicht nur für die Analyse alternativer Gesundheitsdienste von Interesse. Auch aus der Perspektive genuin religionssoziologischer Fragestellungen sollte der religiöse Entrepreneur von heuristischer Bedeutsamkeit sein, verdichten sich in dieser Figur doch eine Reihe von gegenwärtig diskutierten religiösen Wandlungserscheinungen. Dazu gehören unter anderem die Prozesse der „Individualisierung“, „Subjektivierung“, „Popularisierung“ und „Dispersion“ des Religiösen. Die Figur des religiösen Entrepreneurs versammelt zugleich eine Vielzahl gegenwärtiger Sozial- und Selbsttechnologien, deren gemeinsamer Fluchtpunkt die Ausrichtung der Lebensführung am Verhaltensmodell der Identitätsfindung und Eigenverantwortung bildet. Gerade in diesen Momenten muss die auf dem Markt

geforderte Aufrichtigkeit oder Authentizität gesucht werden. Sie sichert dem religiösen Entrepreneur das *Vertrauen*, welches er zur Etablierung und Aufrechterhaltung seiner Kundenbeziehungen benötigt.

Danksagung

Mein Dank gilt den beiden Gutachtern der Zeitschrift für Nachwuchswissenschaftler, durch deren Anmerkungen der Aufsatz erst seine eigene Argumentationsrichtung erhalten hat.

Referenzen

1. Abbot NC et al (2001): Spiritual Healing as a Therapy for Chronic Pain: a Randomized, clinical trial. *Pain*, 91, 79-89
2. Akerlof G A (1974): The Market for Lemons: Quality, Uncertainty and the Market Mechanism. *Quarterly Journal of Economics*, 84, 488-500
3. Althaus K (2010): Experteninterview: Mama redet nur noch von Erleuchtung. *Chrismon Plus*, <http://www.evangelisch.de/themen/gesellschaft/experteninterview-mama-redet-nur-noch-von-erleuchtung11183> (15.03.11)
4. Andritzky W (1997): *Alternative Gesundheitskultur. Bestandsaufnahme und Teilnehmerbefragung*. Berlin
5. Barrett B (2001): Complementary and Alternative Medicine: What's it all about? *Wisconsin Medical Journal* 100(7), 20 – 26
6. Beckert J (2002): Vertrauen und die performative Konstruktion von Märkten. *Zeitschrift für Soziologie*, 31, 27-43
7. Bishop F L (1997): A Systematic Review of Beliefs Involved in the Use of Complementary and Alternative Medicine. *Journal of Health Psychology*, 6, 851-867
8. Bourdieu P (1992): *Rede und Antwort*. Frankfurt/M
9. Brinitzer R (2003): *Religion. Eine institutionenökonomische Analyse*. Würzburg.

10. Bröckling U (2007): Das unternehmerische Selbst. Zur Soziologie einer Subjektivierungsform. Frankfurt/M
11. Büssing A, Ostermann T, Glöckler M, Matthiesen PF (2006) (Hrsg.): Spiritualität, Krankheit, Heilung: Bedeutung und Ausdrucksformen der Spiritualität in der Medizin. Bad Homburg
12. Cant S, Sharma U (2003): A new medical pluralism? Alternative medicine, doctors, patients and the state. Routledge, London
13. Cant S (2005): Understanding why people use complementary and alternative medicine. In: Heller, T.; Treweek-Lee, G.; Katz, J.; Stone, J.; Spurr, S. (Hrsg.) (2005): Perspectives on Complementary and Alternative Medicine. Routledge, Oxford, 173–204
14. Deutscher Bundestag (1998): Endbericht der Enquete Kommission ‚Sogenannte Sekten und Psychogruppen‘. Neue religiöse und ideologische Gemeinschaften und Psychogruppen in der Bundesrepublik Deutschland, Bonn
15. Dulleck U, Kerschbamer R (2006): On Doctors, Mechanics, and Computer Specialists - The Economics of Credence Goods. Journal of Economic Literature, 44, 5-42
16. Ekelund R B, Mixon, F G, Ressler, R W. (1995): Advertising and Information: An Empirical Study of Search, Experience and Credence Goods. Journal of Economic Studies, 28, 33-43
17. Ernst E (2000): Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review. Bulletin of the World Health Organization 78(2), S. 252– 25
18. Freie Gesundheitsberufe (o.J.): Alternative Lebens- und Gesundheitskultur. Eine empirische Studie über Angebotsstrukturen im Sektor „Freie Lebensberatung und Gesundheitsförderung“, <http://www.frankfurter-gespraech.de/download/Zusammenfassung.pdf> (15.03.2011)
19. Fligstein N (1996): A Political-Cultural Approach to Market Institutions. American Sociological Review, 61, 656-673
20. Gebhardt W, Engelbrecht M, Boehinger C (2005): Die Selbstermächtigung des religiösen Subjekts. Der ‚spirituelle Wanderer‘ als Idealtypus spätmoderner Religiosität. Zeitschrift für Religionswissenschaft, 13, 133-152
21. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2002): Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin. Robert Koch Institut, Heft 9
22. Giddens A (1996): Konsequenzen der Moderne. Frankfurt/M
23. Hayek F A von (1969): Der Wettbewerb als Entdeckungsverfahren. Freiburger Studien, Tübingen, 249-265.
24. Hero M (2008a): Auf dem Weg zum religiösen Markt? Neue Religiosität und Esoterik, In: Hero M, Krech V, Zander H (Hrsg.): Religiöse Vielfalt in Nordrhein-Westfalen. Empirische Befunde und Perspektiven der Globalisierung vor Ort. Paderborn, 165-178
25. Hero M (2008b): Religious Pluralization and Institutional Change. The Case of the Esoteric Milieu. Journal of Religion in Europe, 2, 200-226
26. Hero M (2010): Von der Kommune zum Kommerz? Zur institutionellen Genese zeitgenössischer Spiritualität. In: Mormann RE (Hrsg.): Alternative Spiritualität heute. Münster/New York, 35-53
27. Hero M (2011a): Vom Guru zum religiösen Entrepreneur. Neue religiöse Experten und die Entstehung eines alternativreligiösen Marktes. In: Damberg W (Hrsg.): Soziale Strukturen und Semantiken des Religiösen im Wandel. Transformationen in der Bundesrepublik Deutschland. 1949-1989. Essen, 35-49
28. Hero M (2011b): Der Markt für spirituelles Heilen. Eine soziologische Betrachtung seiner Akteure und Institutionen. In:

- Klein C, Berth H, Balck F (Hrsg.): Die Bedeutung von Religion für die Gesundheit. Konzepte – Befunde – Erklärungsansätze. Weinheim, 149-162
29. Höhn H-J (1998): Zerstreungen. Religion zwischen Sinnsuche und Erlebnismarkt. Düsseldorf
 30. Höhn H-J (2008): Krise der Säkularität? Perspektiven einer Theorie religiöser Dispersion. - In: Religion heute - öffentlich und politisch. Provokationen, Kontroversen, Perspektiven. In: Gabriel K, H-J Höhn (Hrsg.). Paderborn/München/Wien/Zürich, 37-57
 31. Huber J (1987): Die neuen Helfer. Das ‚Berliner Modell‘ und die Zukunft der Selbsthilfebewegung. München
 32. Jeserich F (2011): Spirituelle/religiöse Weltanschauungen als Herausforderung für unser Gesundheitswesen: Am Beispiel der Homöopathie. In: Becker R, Sertel S, Stassen-Rapp I, Walburg I (Hrsg.): Neue Wege der Alternativmedizin – Fluch oder Segen? Heidelberg, 203-228
 33. Kaptchuk TJ, Eisenberg DM (1998): The Persuasive Appeal of Alternative Medicine. In: *Annals of Internal Medicine* 129 (12), 1061-1065
 34. Klein C, Berth H, Balck F (Hrsg.) (2011): Die Bedeutung von Religion für die Gesundheit. Konzepte – Befunde – Erklärungsansätze. Weinheim
 35. Knoblauch H (1991): Die Welt der Wünschelrutengänger und Pendler. Erkundungen einer verborgenen Wirklichkeit. Frankfurt/M, New York
 36. Knoblauch H (2009): Populäre Religion. Auf dem Weg in eine spirituelle Gesellschaft. Frankfurt/M
 37. Koch A (2005): Spiritualisierung eines Heilwissens im lokalen religiösen Feld? Zur Formierung deutscher Ayurveden. In: *Zeitschrift für Religionswissenschaft*, 13, 21-44
 38. Koch A (2006a): Wie Medizin und Heilsein wieder verwischen. Ethische Plausibilisierungsmuster des Ayurveda im Westen. In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 52.2, 169-182
 39. Koch A (2006b): Ayurveda - Zur Attraktivität eines alternativen Heilsystems. In: Wetzstein V (Hrsg.), Was macht uns gesund? Heilung zwischen Medizin und Spiritualität. Freiburg 2006
 40. Marstedt G (2002): Die steigende Popularität alternativer Medizin – Suche nach Gurus und Wunderheilern?, in: Böcken J, Braun B, Schnee M. (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2002. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft*. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 112-129
 41. Murken S (2009): Mein Wille geschehe...‘. Religionspsychologische Überlegungen zum Verhältnis von Religion und Wunscherfüllung. In: *Zeitschrift für Religionswissenschaft*, 17, 165-187
 42. Nassehi A (1996): Religion und Biographie. Zum Bezugsproblem religiöser Kommunikation in der Moderne. In: Gabriel K (Hrsg.): *Religiöse Individualisierung oder Säkularisierung: Biographie und Gruppe als Bezugspunkte moderner Religiosität*. Gütersloh, 41-56.
 43. Nassehi A (2008): Erstaunliche religiöse Kompetenz. Qualitative Ergebnisse des Religionsmonitors. In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): *Religionsmonitor 2008*, 113-132
 44. Obrecht A (2000) (Hrsg.): *Die Klienten der Geistheiler*. Wien
 45. Plötner O (1994): *Das Vertrauen des Kunden*. Wiesbaden.
 46. Rademacher S (2010): ‚Makler‘: Akteure der Esoterik-Kultur als Einflussfaktoren auf neue religiöse Gemeinschaften. In: Lüdekens D, Waltert R (Hrsg.): *Fluide Religion. Neue religiöse Bewegungen im Wandel. Theoretische und empirische Systematisierungen*. Bielefeld

47. Richardson H (1999): The Credence Good Problem and the Organization of Health Care Markets. Mimeo, Department of Economics, Texas
48. Schmidtchen D (1994): Ökonomik des Vertrauens. In: Hof H. (Hrsg.): Recht und Verhalten: Verhaltensgrundlagen des Rechts - zum Beispiel Vertrauen. Baden-Baden, 129-163
49. Straube ER (2005): Heilsamer Zauber. Psychologie eines neuen Trends. München
50. Thomas G (2001): Implizite Religion. Theoriegeschichtliche und theoretische Untersuchungen zum Problem ihrer Identifikation. Würzburg
51. Wiesendanger H (2001): Chronically ill patients treated by spiritual healing improve in quality of life. In: The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 7, 45-51
52. Wiesenthal H (2005): Markt, Organisation und Gemeinschaft als ‚zweitbeste‘ Verfahren sozialer Koordination. In: Jäger W, Schimank U (Hrsg.): Organisationsgesellschaft. Facetten und Perspektiven. Wiesbaden
53. Wolff E (2010): Alternativmedizin und Gesundheitsgesellschaft. Kulturelle Hintergründe einer anhaltenden Popularität. In: Becker R, Sertel S, Stassen-Rapp I, Walbur I (Hrsg.): Neue Wege der Alternativmedizin – Fluch oder Segen? Heidelberg, 177-186

Eingereicht: 09.08.2010, Reviewer: Anne Koch, N.N., überarbeitet eingereicht: 15.03.2011, online veröffentlicht: 12.05.2011, Layout: Wilfried Honekamp, Korrektorat: Holger Lange.

Zu zitieren als:

Hero M: Glauben und Heilen: Religiöse Entrepreneurinnen im Gesundheitssektor – eine angebotsseitige Betrachtung. Zeitschrift für Nachwuchswissenschaftler 2011/3(1)

Please cite as:

Hero M: Believing and Healing: Religious Entrepreneurs' Offerings in the Health Sector – A supply side perspective. German Journal for Young Researchers 2011/3(1)

URL: <http://www.nachwuchswissenschaftler.org/2011/1/50/>

URN: urn:nbn:de:0253-2011-1-509