

## GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN/RELIGIONSWISSENSCHAFT

**Religion, Spiritualität und Gesundheitswissenschaft****Eine formale und inhaltliche Analyse deutscher Fachbücher und Zeitschriften**

Florian Jeserich

Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Universität Bayreuth

**Kontakt**

Florian Jeserich, M.A.  
Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften  
Universität Bayreuth  
Prieserstr. 2, Zimmer 1.24  
D-95444 Bayreuth

Tel.: +49 921 / 55-4809

E-Mail: Florian.Jeserich@uni-bayreuth.de

**Zusammenfassung**

In den USA hat sich ein Forschungszweig etabliert, in dem das Verhältnis zwischen Religion/Spiritualität und Gesundheit systematisch erforscht wird. Um die Frage zu beantworten, ob und inwieweit diese Thematik im deutschen Public Health-Diskurs eine Rolle spielt, wurden gesundheitswissenschaftliche Einführungswerke ( $n=5$ ), Wörterbücher ( $n=5$ ) sowie Fachzeitschriften ( $n=6$ ) nach den Begriffen *Religion\*/religion\**, *Religiosität/religiosity*, *religiös\*/religious\** sowie *Spiritualität/spirituality* und *spirituell\*/spiritual* durchsucht. Die identifizierten Beiträge wurden einer formalen und inhaltsbezogenen Analyse unterzogen. Der Begriff *Religion* wurde im Register bloß eines Einführungswerks aufgeführt, und *Religiosität* fand sich als Lemma nur in einem Wörterbuch. Obwohl das Konzept *Spiritualität* im Titel zweier Schwerpunktthemenhefte Verwendung fand, wurde dem Faktor Religion auch in den Zeitschriften vergleichsweise mehr Aufmerksamkeit zuteil: Die Begriffe *Religion* ( $n=89$ ), *Religiosität/religiosity* ( $n=11$ ) und *religiös/religious* ( $n=85$ ) wurden etwa viermal häufiger erwähnt als die Begriffe *Spiritualität/spirituality* ( $n=27$ ) und *spirituell/spiritual* ( $n=24$ ). Die Textgruppe ‚Religion‘ ( $n=185$ ; bereinigt:  $n=138$ ) machte damit über 78 % (bereinigt: ca. 76 %) der Gesamttreffer ( $n=236$ ; bereinigt:  $n=180$ ) aus. Das durch ein Übergewicht des religiösen Begriffsfelds geprägte Verhältnis zwischen den Textgruppen hat sich weiter in Richtung ‚Religion‘ verschoben: Während 2005-2007 über 62 % der Beiträge einen der Suchbegriffe *Religion*, *Religiosität/religiosity* oder *religiös/religious* enthielten, erhöhte sich diese Zahl 2008-2011 auf über 79 %. Da in vielen Disziplinen eine verstärkte Hinwendung zum Spiritualitätsbegriff zu beobachten ist, stellt die steigende Dominanz des Religionsbegriffs eine Besonderheit dar. Die Inhaltsanalyse ergab, dass die Beiträge der Textgruppe ‚Religion‘ insbesondere in den Themenfeldern *Ethik*, *Migration/Interkulturalität* und *Gesundheitspolitik* verortet waren, während die Beiträge der Textgruppe ‚Spiritualität‘ vor allen den Kategorien *Palliativmedizin*, *Prävention* und *Psychiat-*

rie/*Psychotherapie/psychische Störungen* zugeordnet werden konnten. Das Resultat ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass *Spiritualität* als individueller Transzendenzbezug aufgefasst wird, der insbesondere in Grenzsituationen an Bedeutung gewinnt und *Religion* mit institutionalisierten Glaubensformen und sozial geteilten Werten und Normen assoziiert wird. Der interdisziplinären und methodenpluralen Gesundheitswissenschaft könnte in Zukunft die Aufgabe zuwachsen, die gesundheitliche Relevanz religiöser/spiritueller Faktoren in allen Lebensbereichen und -situationen zu erfassen und die individualpsychologische Sicht um die notwendige sozialmedizinische bzw. religionssoziologische Makroperspektive zu ergänzen.

**Schlüsselwörter:** Religion, Religiosität, Spiritualität, Gesundheitswissenschaft, Ethik, Migration, Gesundheitspolitik, Palliativmedizin, Prävention, psychische Gesundheit

## Religion, spirituality and public health

### A formal and content-related analysis of German textbooks and journals

#### Abstract

In the U.S., a research branch has been established in which the relationship between religion/spirituality and health is explored systematically. To answer the question whether and to what extent this issue plays a role in the German Public health discourse, a literature search was conducted in health science manuals ( $n=5$ ), dictionaries ( $n=5$ ) and journals ( $n=6$ ) using the terms *Religion\*/religion\**, *Religiosität/religiosity*, *religiös\*/religious\** and *Spiritualität/spirituality* and *spirituell\*/spiritual*. The identified materials were subjected to a formal and content-based analysis. Merely in one introductory work the term *religion* was listed in the index and *religiosity* was found as headword only in one dictionary. Although the concept of spirituality was used in the titles of two special issues, in the journals, too, more attention has been paid to the religious factor: The terms *Religion/religion* ( $n=89$ ), *Religiosität/religiosity* ( $n=11$ ) and *religiös/religious* ( $n=85$ ) were mentioned about four times more often than the terms *Spiritualität/spirituality* ( $n=27$ ) and *spirituell/spiritual* ( $n=24$ ). The text group ‚religion‘ ( $n=185$ ; adjusted:  $n=138$ ) accounted for more than 78% (adjusted: 76 %) of the total hits ( $n=236$ ; adjusted:  $n=180$ ). The relationship between the text groups, which always was characterized by a preponderance of the religious semantic field, has continued to move toward ‚religion‘: During 2005-2007 over 62 % of the contributions included one of the words *Religion/religion*, *Religiosität/religiosity* or *religiös/religious*; these figures increased in 2008-2011 to over 79 %. Since in many disciplines the concept of spirituality gains in importance, the increasing dominance of the concept of religion is a specific characteristic of the German Public health literature. The content analysis showed that the contributions of the text group ‚religion‘ were particularly located in the fields of *ethics*, *migration/intercultural studies* and *health policy*, while the contributions of the text group ‚spirituality‘ could be assigned first and foremost to the categories of palliative care, prevention and psychiatry/psychotherapy/mental disorders. The result may reflect the fact that spirituality is perceived as an individual relatedness to a transcendent reality, which becomes particularly important in borderline situations, and the term religion is associated with institutionalized beliefs, shared values, and social norms. The interdisciplinary and methodologically pluralistic Public health science may be confronted in the future with

the task to capture the potential relevance of religious/spiritual factors to health in all situations and areas of life thus complementing the individual-psychological point of view with the necessary macro perspective of medical sociology and sociology of religion respectively.

**Keywords:** religion, religiosity, spirituality, Public health, ethics, migration, health policy, palliative care, prevention, mental health

## Einleitung

Medizingeschichtlich sind religiöse/spirituelle Vorstellungen und Praktiken seit jeher auf das Engste mit Gesundheitskonzepten verknüpft. Wird die Geschichte der öffentlichen Gesundheitsfürsorge, die sich in Deutschland vor ungefähr 20 Jahren als wissenschaftliche Disziplin (neu) formierte, zurückverfolgt, so stößt man unwillkürlich auf einen religiösen Bodensatz (Schott/Hornberg 2011, S. 13). Zwar ist es nicht unproblematisch, wenn gegenwärtige Konzepte von Hygiene, Prophylaxe oder Risikoverhalten auf medikale Kulturen übertragen werden, die auf anderen Erklärungsmodellen für Gesundheit und Krankheit basieren. Aber dennoch können in einer Vielzahl von Symbol- und Ritualsystemen Elemente identifiziert werden, die präventiv und kurativ wirksam waren und in gewisser Hinsicht als Public Health-Maßnahmen umschrieben werden können (Häusermann/Koelbing/Biener 1984; hierzu bereits: Newman 1932; neuerdings: Porter 1999, S. 11ff).

Für die schrittweise Herausbildung einer westlichen Medizinkultur und ihres spezifischen Krankheits- und Gesundheitsverständnisses waren zunächst die religiös geprägte altorientalische (Haas 2003) und altägyptische Heilkunde (Westendorf 1999) sowie deren nicht unumstrittene Rezeption durch die Griechen von Bedeutung (einige Rezeptionslinien werden beleuchtet in: Karenberg/Leitz (Hrsg.) 2000; 2002). Die eigentliche Wiege einer rationalen Heilkunde – sprich: einer Heilkunde, die nicht mehr un-

mittelbar eingebettet ist in religiöse Sinn- und Deutungszusammenhänge – wird in der hippokratischen Medizin (etwa ab dem 4. Jahrhundert v. Chr.) vermutet. Diese Interpretation, die nicht nur aufgrund des dogmatischen Rationalitätsbegriffes Probleme birgt, stützt sich vor allem auf den Umstand, dass in einem Traktat des *Corpus Hippocraticum* – nämlich in der Schrift „Von der heiligen Krankheit“ (deutsch abgedruckt z.B. in: Müri 1986, S. 235ff) – jedwede übernatürliche Krankheitsursache für das zur Diskussion stehende Symptombild (vermutlich Epilepsie) abgelehnt wird. Bei dieser Verhältnisbestimmung zwischen Religions- und Medizingeschichte wird jedoch zweierlei vergessen: Zum einen, dass die „rationale Medizin der Antike [...] hinsichtlich ihrer religiösen Fundierung durchaus ambivalent“ (Weissenrieder/Etzelmüller 2010, S. 15) ist – die Autoren verweisen in diesem Zusammenhang auf den so genannten Hippokratischen Eid, bei dem der Arzt bei griechischen Göttinnen und Göttern schwört; und zum anderen, dass die Geschichte der Medizin „keine geradlinige und beständige Entwicklung ‚vom Mythos zum Logos‘, vom angeblich Religiös-Irrationalen zum vermeintlich Rationalen“ ist, sondern sich eher durch eine „wellenförmige Bewegung“ (Bruchhausen 2011, S. 96) auszeichnet. Die „wellenförmige Bewegung“, die Bruchhausen im Hinblick auf die Heilkunde im Alten Ägypten konstatiert (zur Vermengung „empirisch-rationaler“ und „magisch-religiöser“ Elemente im altägyptischen Medizinsystem siehe: Kolta/Schwarzmann-Schafhauser 2000, S. 36f), kann auf einen

Großteil der Medizingeschichte ausgedehnt werden: Nicht nur weil es zeit-, kultur- und gruppenabhängig ist, welche Sicht- und Verhaltensweisen als rational und welche als irrational eingestuft werden (klassisch hierzu: Evans-Pritchard 1937; zur Rationalität der Religion vgl. zudem: Iannaccone/Stark/Finke 1998), sondern auch, weil der Zusammenhang zwischen Religion/Spiritualität und Gesundheit/Krankheit ein konstant fortwirkendes – wenn auch in der Bedeutung schwankendes – Phänomen darstellt. Das heißt: Religiös/spirituell begründete Gesundheits- und Krankheitskonzepte bzw. Handlungsmuster gehören nicht einer bereits überwunden geglaubten Frühphase in der als Fortschrittsgeschichte konstruierten Genese der westlich-rationalen Medizin an, sondern sind integraler Bestandteil auch der medialen Gegenwartskultur.

Der pejorative Gestus, mit dem besonders nach dem Aufkommen einer naturwissenschaftlich orientierten Medizin im Westen religiös begründete Gesundheitsmaßnahmen als abergläubisch, falsch oder irrational etikettiert worden sind, hat mit dazu beigetragen, dass Religion/Spiritualität als kollektive und persönliche Gesundheitsressource, verhaltensregulierende Kraft oder Krankheitsbewältigungsstrategie längere Zeit aus dem Blickfeld geriet. Dabei geht es in einer für religiöse/spirituelle Aspekte sensibilisierten Gesundheitsforschung gar nicht primär um die teils widerstreitenden religiösen und wissenschaftlichen Wahrheitsansprüche, obgleich diese mitreflektiert werden sollten. Im Fokus steht vielmehr der subjektive und ggf. objektivierbare Nutzen oder Schaden religiöser/spiritueller Weltentwürfe und Lebensstile für das individuelle Wohlbefinden, die Gesundheit von Gruppen und/oder die öffentliche Gesundheit.

Dabei kann die Aufmerksamkeit zum Beispiel – um nur zwei für die Gesundheitswis-

senschaft besonders relevante Bereiche anzusprechen – auf die Erforschung der Einflüsse von religiösen Hygiene- oder Speisevorschriften auf das Gesundheitsbewusstsein und -verhalten von Gläubigen gelenkt werden.

Vor dem Hintergrund, dass ein größerer Anteil der Bevölkerung in Deutschland muslimischen Glaubens ist und die Zahl der Bürger/innen mit Migrationshintergrund steigt, weisen Brzoska und Razum (2009) sowohl auf die Wichtigkeit religiöser Krankheitsbewältigungsstrategien, als auch auf die Rolle von Körpertabus, Schamverhalten, Hygienevorstellungen sowie Speisevorschriften bei türkisch-muslimischen und kurdisch-yezidischen Menschen hin. Mit Rekurs auf Khan (1982) und Wunn (2006) verweisen die Autoren beispielsweise auf das im Koran propagierte Ideal der Reinheit und führen aus, dass neben den vorgeschriebenen Waschroutinen vor den Gebeten und nach dem Toilettengang weitere hygienische Maßnahmen ergriffen werden: Dazu gehören „unter anderem die männliche Beschneidung, das Schneiden der Nägel, das Stutzen des Schnurrbartes und die Entfernung der Schambehaarung“ (Brzoska/Razum 2009, S. 158). Reinigungsrituale sind also nicht nur im Hinblick auf die Geschichte der Hygiene interessant, sondern auch von aktueller pflege- und gesundheitswissenschaftlicher Relevanz. Und „weil in deren Mittelpunkt Verhaltensregeln stehen, die Elemente eines Lebensstils sind bzw. sein sollen und bei deren Missachtung Sanktionen einsetzen“ (Bergler 2009, S. 18), sind religiös begründete Reinigungsrituale zudem aus einer sozialpsychologischen Perspektive von Bedeutung: Nicht nur das körperliche, sondern auch das psychosoziale und spirituelle Wohlbefinden werden von religiösen Hygienevorschriften maßgeblich beeinflusst. Die Rolle religiöser Regeln und Vorstellungen ist nicht nur im

Hinblick auf (potentielle) Patient/inn/en zu bedenken, sondern auch hinsichtlich der in den Gesundheitsberufen Tätigen. So zeigt eine Gruppe von Forscher/innen, die mit der *First Global Patient Safety Challenge* und der „Clean Care is Safer Care“-Kampagne der Weltgesundheitsorganisation (WHO) assoziiert sind, dass bei der weltweiten Implementierung handhygienischer Direktiven in der Gesundheitsversorgung religiös-kulturelle Faktoren berücksichtigt werden müssen. Zum Beispiel ist aus unterschiedlichen Gründen der Gebrauch von Alkohol im Buddhismus, Hinduismus, Islam und Sikhismus verboten, was möglicherweise bei buddhistischem, muslimischem und sikhistischem Gesundheitspersonal zur Ablehnung der Desinfizierung der Hände mit Alkohol führen kann (Allegranzi et al. 2009, S. 31-32). Obgleich diese (inneren) Widerstände durch gezielte Lösungsstrategien (z.B. Konsultation von lokalen Geistlichen und geschickte Auslegung der heiligen Texte) abgebaut werden können (vgl. Allegranzi et al. 2009, Tabelle 3), zeigt sich: Religiöse Reinheitsvorstellungen können das hygienische Verhalten in alltäglichen und klinischen Kontexten sowohl fördern als auch verhindern.

Während es zum Zusammenhang zwischen religiösen Hygienevorschriften und realem Gesundheitsverhalten vergleichsweise wenig empirische Daten gibt, ist der Einfluss religiöser Speisegebote auf die Gesundheit bereits besser erforscht. Shatenstein und Ghadirian, die das Essverhalten ultraorthodoxer Juden in Montreal untersucht haben (Shatenstein/Ghadirian/Lambert 1993a; 1993b), bieten einen guten Überblick über bisherige Studien auf diesem Gebiet. So konnte – um nur ein Beispiel aus ihrer Zusammenschau (Shatenstein/Ghadirian 1998, Tabelle 1) herauszugreifen – nachgewiesen werden, dass Sieben-Tags-Adventisten aus unterschiedlichen Ländern (Dänemark, Japan, USA) von

den Diätetempfehlungen ihrer Religion (Ovo-Lacto-Vegetarismus) gesundheitlich profitieren; sie zeigen ein verringertes Risiko für verschiedene Krebsarten (Jensen 1983; Phillips/Kuzma 1977; Phillips et al. 1980) und allgemein eine geringere Mortalität (Kahn et al. 1984; Kuratsune et al. 1986; Phillips et al. 1980; Snowdon 1988). Viele weitere für die Public Health-Forschung bedeutende Verbindungen zwischen Religion/Spiritualität und Gesundheit könnten aufgezählt werden. Indes sollte klar geworden sein, dass dieses Thema ein gesellschaftlich relevantes interdisziplinäres Forschungsfeld darstellt.

Es ist bezeichnend, dass in der Aufzählung von Klein und Albani (in diesem Heft) zwar Werke aus so unterschiedlichen akademischen (Sub-)Disziplinen wie Medizingeschichte, (Medizin-)Ethnologie, Pflegewissenschaft, (Medizin-)Psychologie, Religionswissenschaft oder Theologie genannt werden, aber die Gesundheitswissenschaft nicht unter den Fächern zu sein scheint, die einen originären Beitrag zur interdisziplinären Erforschung des möglichen Zusammenhangs von Religion/Spiritualität und Gesundheit leisten. Insbesondere im Hinblick auf die Sektoren Gesundheitsförderung und Prävention könnte es aber fruchtbar sein, eine spezifische Public Health-Perspektive auf diesen Forschungsbereich einzunehmen und den Diskurs so um eine weitere wichtige Sichtweise zu ergänzen. Demgemäß werden in diesem Beitrag *ausdrücklich nicht* die mannigfaltigen Befunde und Diskussionen anderer Disziplinen vorgestellt und reflektiert (für entsprechende weiterführende Literaturhinweise vgl. beispielsweise: Büssing/Kohls (Hrsg.) 2011; Etzelmüller/Weissenrieder (Hrsg.) 2010; Klein/Albani (in diesem Heft); Klein/Berth/Balck (Hrsg.) 2011). Vielmehr wird das Augenmerk nachfolgend auf einen strikt begrenztes Korpus gesundheitswissenschaftlicher Fachliteratur gelegt. Dabei soll

der Versuch unternommen werden, zu rekonstruieren, wie oft und auf welche Weise die Themenfelder Religion und/oder Spiritualität in den ausgewählten deutschsprachigen Public Health-Zeitschriften und -Einführungswerken angesprochen werden. Da es dabei auch darum geht, jene Beiträge, in denen die Begriffe *Religion*, *Religiosität* und *religiös* bzw. *Spiritualität* und *spirituell* vorkommen, thematisch zu kategorisieren, dient die Analyse auch einer Reflexion der Gegenstände der noch jungen Fachdisziplin Gesundheitswissenschaft. Vor dem Hintergrund, dass das Thema Religion/Spiritualität in der anglophonen Public Health-Forschung nach und nach an Bedeutung gewinnt, stellt sich die Frage, wie die deutsche Gesundheitswissenschaft bislang im Diskurs verortet war und wie sie sich in Zukunft in der amerikanisch dominierten Forschung positionieren will.

### Hintergrund

In den USA hat sich in den letzten Jahrzehnten ein Forschungszweig etabliert, der sich systematisch mit dem Verhältnis zwischen Religion(en), Spiritualität(en) und Gesundheit auseinandersetzt. Ellison und Levin (1998), zwei Pioniere auf diesem Gebiet, haben das transdisziplinäre Forschungsfeld „Religion-Health Connection“ genannt. Doch selbst in den USA, in denen die Erforschung der Zusammenhänge von Religiosität/Spiritualität und Gesundheit/Krankheit inzwischen kein marginales Feld mehr darstellt, sondern den akademischen Mainstream erobert hat (vgl. Levin 2009, S. 125), hinkt die Gesundheitswissenschaft nach.

Über die vielfältigen Gründe für die eher zögerliche Entwicklung in der Public Health-Forschung lässt sich nur spekulieren. An dieser Stelle soll nur ein möglicher Faktor angesprochen werden – auch um zu verdeutlichen, dass die Erforschung der „Religion-

Health Connection“ oft ideologisch eingefärbt ist: Während sich die epidemiologisch geprägte Gesundheitswissenschaft klassisch mit den Ursachen und der Verteilung von *Krankheiten in einer Population* beschäftigt, fokussiert sich die amerikanische Forschung in der Regel auf die positiven Zusammenhänge zwischen Spiritualität/Religion und *individueller Gesundheit*. Dies ist zum einen auf die apologetischen Interessen von Wissenschaftler/inne/n zurückzuführen, deren religiöse Überzeugungen mehr oder minder stark in Forschungsdesign und/oder Dateninterpretation einfließen (für die Religionspsychologie betont dies: Wulff 2001-2002). Zum anderen können Geldgeber und Stiftungen erheblich Einfluss auf die Gestaltung und Richtung der Forschung nehmen. Das vielleicht prägnanteste Beispiel ist die amerikanische *John Templeton Foundation*, deren primäres Ziel es ist, gesundheitsförderliche Effekte von Spiritualität/Religion nachzuweisen (Murken 1999).

Die das Spezialgebiet international prägenden Forscher/innen kommen zumeist aus medizinisch-psychologischen Kontexten, in denen traditionell der/die einzelne Patient/in im Vordergrund steht. Das klassische *Handbook of Religion and Health* (2001), obgleich es für eine Public Health-Perspektive auf das Thema besonders inhaltsreich ist, wurde von einem geriatrischen Mediziner (Harold G. Koenig) und zwei Psychologen (Michael E. McCullough und David B. Larson) verfasst. Während viele weitere Beispiele angeführt werden könnten – so ist z.B. auch Kenneth I. Pargament, ein ebenfalls anerkannter Forscher auf dem Gebiet, praktizierender klinischer Psychologe –, sollte nicht unerwähnt bleiben, dass einige der produktivsten Forscher/innen in anderen Disziplinen akademisch sozialisiert worden sind: Christopher G. Ellison und Linda K. George beispielsweise sind Soziologen, und Jeffrey S. Levin

(*Professor of Epidemiology and Population Health an der Baylor University*), der zusammen mit Koenig und George auch am einflussreichen *Duke Center for Spirituality, Theology and Health* forscht und lehrt, ist Religionssoziologe und Epidemiologe.

Entsprechend kommt Levin im gegebenen Zusammenhang eine Schlüsselposition zu. Bereits 1987 schloss er sich mit dem Mediziner und Religionswissenschaftler Harold Y. Vanderpool zusammen und sprach sich für die Etablierung einer neuen Subdisziplin aus: Religionsepidemiologie (*epidemiology of religion*) sollte der Zusammenschluss von Religionswissenschaft und Epidemiologie heißen (Levin/Vanderpool 1987; hierzu siehe auch Levin/Vanderpool 1989; Levin/Vanderpool 1991; Levin 1996; in diese Richtung zielen außerdem: Wallace/Forman 1998). In der Folgezeit war Levin einer der wenigen Autoren, die immer wieder konsequent auf die Implikationen der Forschung für den Public Health-Sektor hinwiesen. Sein Engagement mündete in einen Beitrag für die Zeitschrift *Current Issues in Public Health* (Levin et al. 1996), den er in Zusammenarbeit mit Linda Chatters – einer Psychologin, die jedoch Professorin an der *School of Public Health* an der *University of Michigan* ist –, sowie mit zwei Soziologen schrieb: Robert J. Taylor und dem schon erwähnten Ellison. Verbindend wirkte womöglich das gemeinsame Interesse an der Gesundheit der afroamerikanischen Bevölkerung, für die – darauf weist inzwischen eine Fülle von Studien hin (unter vielen anderen z.B. Aaron/Levine/Burstin 2003; Dessio et al. 2004; Ellison/Taylor 1996; Holt/McClure 2006; Levin/Chatters/Taylor 1995; Levin/Chatters/Taylor 2005; Moore 1992) – kirchliche Gemeinschaften, spirituelle Ressourcen und religiöse Copingstile eine zentrale Rolle spielen. Chatters (2000) war es auch, die mit einer Publikation im *Annual*

*Review of Public Health* die Ergebnisse einer bereits jahrzehntelangen Forschung in den Nachbardisziplinen einer Adressatenschaft vorstellte, die den religiösen bzw. spirituellen Aspekten von Krankheit und Gesundheit bisher, wenn überhaupt, dann nur cursorisch Beachtung geschenkt hat.

Levin ist nunmehr nicht der einzige amerikanische Wissenschaftler, der eine Doppelqualifikation erworben hat und an der Schnittstelle zwischen Religionswissenschaft/Theologie und Gesundheitswissenschaft/Epidemiologie zu verorten ist. Er selbst hat jüngst im *Journal of Religion and Health* auf drei weitere Protagonisten aufmerksam gemacht: Keith G. Meador, David R. Williams und Peter H. Van Ness (Levin 2009, S. 142). Dass Letzterer ein Jahr vor dem Tod des Herausgebers des besagten Journals, des unitarischen Geistlichen Harry C. Meserve (1914–2000), einen wegweisenden Artikel zum Thema „Religion and Public Health“ (Van Ness 1999; darüber hinaus siehe Van Ness 2003) veröffentlichte, verdient Beachtung. Schließt sich damit doch ein Kreis. Meserve machte nämlich bereits 1969, acht Jahre nach der Gründung der Zeitschrift durch das von Norman Vincent Peale ins Leben gerufene *Blanton-Peale Institute*, in einem Editorial folgende Feststellung:

„The *Journal* [of Religion and Health] has carried many articles on the relationship of religion to health, but if our memory is accurate it has left one large and important area all but neglected. That is the area usually known as public health, the area that relates to the basic health needs of the nation as a whole“ (Meserve 1969, S. 103; Einfügung F.J.).

Zwar finden sich in der Folgezeit vereinzelte Hinweise auf Public Health in der Zeitschrift (z.B. Levin/Schiller 1987, S. 12; Scandrett Jr. 1996, S. 237-239 mit Verweis auf den zweiseitigen Artikel „Public Health in the Bible“ (Gwilt 1987)). Aber eine systematischere

Entfaltung legte erst Van Ness vor, der, wie Harold G. Koenig, im Bereich der geriatrischen Medizin spezialisiert ist, sich jedoch nach einer im Jahr 2000 abgeschlossenen Fortbildung zum Master of Public Health zunehmend epidemiologischen Fragestellungen zugewendet hat. Van Ness (1999) unterscheidet in seinem Aufsatz zwischen drei thematischen Bereichen:

- Religiöse Praxis und persönliche Gesundheit (z.B. Diät, Tabak- und Alkoholkonsum, Gebet/Meditation, Pazifismus, Hygiene, religiös begründete Nichtinanspruchnahme medizinischer Leistungen)
- Religiöse Ämter und Gesundheitswesen (z.B. religiös getragene Sozialhilfe, religiös motivierte Krankenpflege, besonderes Engagement)
- Komplementarität von Heils- und Heilungskonzepten (z.B. Placebo-Effekt als Glaubensmedizin, (körperliche) Gesundheit als letzter Sinn)

Zu diesen Überschriften findet sich selbst im deutschsprachigen Bereich eine kaum mehr überschaubare Fülle an Literatur. Ein Beispiel aus jedem der drei Bereiche möge an dieser Stelle genügen:

1. Lisa-Maria Bleiler hat sich mit *Strafbarkeitsrisiken des Arztes bei religiös motiviertem Behandlungsveto* (2010) beschäftigt und empfiehlt aus juristischer Perspektive, dem glaubensgestützten Selbstbestimmungsrecht der Patient/inn/en auch dann Folge zu leisten, wenn der Verzicht auf bestimmte oder sogar alle medizinischen Interventionen aus ärztlicher Sicht nicht nachvollziehbar ist;
2. Der spezifische Auftrag konfessioneller Krankenhäuser in einer zunehmend von wirtschaftlichen Interessen und Zwängen bestimmten Gesundheitsversorgung ist das Thema von Michael Fischers (2009) unlängst erschienenen Monographie;

3. Und bereits 1995 haben die Bonner Religionswissenschaftler Karl Hoheisel und Hans-Joachim Klimkeit gemeinsam ein Buch herausgegeben, dessen Autor/inn/en sich mit *Heil und Heilung in den Religionen* auseinandersetzen, also mit jenen Konvergenzen zwischen Soteriologie und Physiologie, die, so Van Ness (1999, S. 24), zu einer Gleichsetzung von Gesundheit und spirituellem Wohlbefinden führen können („equation of health and spiritual well-being“).

Schließlich sollte klar sein, dass die drei von Van Ness herausgestellten Punkte zwar eine gute erste Orientierung im Feld ermöglichen, aber keineswegs das gesamte thematische Spektrum der „Religion-Health Connection“ abdecken. Um nur einen zentralen Bereich zu nennen, den Van Ness nicht explizit aufgeführt hat: Trotz der weitgehenden Ablösung der westlichen Medizin vom Religiösen, fließen religiöse Glaubensanschauungen und Wertvorstellungen weiterhin mehr oder minder reflektiert in die medizinische Ethik ein (vgl. Bergdolt 2004; Kreß 2003).

Dass für die Public Health-Forschung relevante Zusammenhänge zwischen Religiosität/Spiritualität und Gesundheit in unterschiedlichen Disziplinen (z.B. Jura, Praktische Theologie, Religionswissenschaft) zum Teil bereits verhandelt werden und auch zunehmend Aufmerksamkeit in der deutschen Presse erregen (z.B. Lütz 2008), bleibt unbestritten. Die hier leitende Frage ist indes, ob diese Entwicklung auch in fachinternen Diskursen der deutschen Public Health-Forschung wahrgenommen und im Hinblick auf spezifisch gesundheitswissenschaftliche Fragestellungen fruchtbar gemacht wurde/wird.

## Material und Methoden

Um die Frage zu beantworten, ob und inwieweit Religion und Spiritualität im Public



Health-Diskurs in Deutschland eine Rolle spielen, wurde eine Schlagwortsuche in einschlägigen Hand- und Wörterbüchern sowie deutschsprachigen Fachzeitschriften durchgeführt. Da die Meinungen darüber, welches Buch bzw. welche Zeitschrift als im engeren Sinne ‚gesundheitswissenschaftlich‘ bezeichnet werden kann, je nach Konzeption der sich erst Ende der 1980iger Jahre entwickelnden Disziplin variieren können und kein Konsens darüber zu bestehen scheint, wie das interdisziplinäre Forschungsfeld Gesundheitswissenschaft(en)/Public Health abzustecken ist, orientiert sich die Auswahl der zu untersuchenden Literatur behelfsweise an der *Deutschen Gesellschaft für Public Health e.V.* (DGPH): Auf ihren Webseiten weist die DGPH exemplarisch auf acht „Einführungswerke in Public Health“ (2007-2010a) und auf fünfzehn Fachzeitschriften (2007-2010b) hin (Stand: 17.09.2010). Weil das originäre Interesse der deutschen Forschung gilt, finden hier jedoch lediglich die deutschsprachigen der dort aufgeführten Literaturhinweise Berücksichtigung. Eine Ausnahme bildet das *Journal of Public Health*, da es bis zum Jahr 2004 vornehmlich deutschsprachige Texte publizierte und deshalb, sowie aufgrund seiner Bedeutung für die deutsche Gesundheitswissenschaft hier miteinbezogen werden soll. Inzwischen ist das Journal international aufgestellt und nimmt nur noch englischsprachige Beiträge an (zur Neuausrichtung der *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* siehe Kirch 2004). Damit besteht das zu analysierende Textkorpus aus fünf Einführungswerken und sechs Fachzeitschriften. Hinzu kommen fünf nicht auf den Internetseiten der DGPH aufgelistete Wörterbücher.

Dass die Analyse – abgesehen von den Wörterbüchern – auf den von der DGPH formulierten Kanon beschränkt bleibt, ist nicht unproblematisch. Dieser Umstand restringiert die Generalisierbarkeit der hier formulierten

Resultate. Es sei daher klargestellt, dass sich die Aussagen stets nur auf dieses Textkorpus beziehen und erst überprüft werden muss, inwieweit bestimmte Thesen auf ‚die‘ deutsche Gesundheitswissenschaft übertragen werden können. Schließlich gilt es zu bedenken, dass in den von der DGPH ausgewählten Fachbüchern und -zeitschriften nicht selten Autor/inn/en publizieren, die anderen Disziplinen zuzuordnen sind, und dass Wissenschaftler/innen, die sich als Gesundheitswissenschaftler/innen definieren, möglicherweise für diese Recherche gehaltvolle Studien in anderen Zeitschriften publiziert haben. Ein Beispiel: Der anfangs zitierte Beitrag von Brzoska/Razum (2009) ist zwar von Relevanz für die Diskussion einer gesundheitswissenschaftlichen Beschäftigung mit dem Phänomen Spiritualität/Religion. Aber er wurde in der *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* veröffentlicht und daher nicht berücksichtigt. Trotz dieser Problematik behält die durchgeführte Recherche ihren Erkenntniswert. Denn die Frage bleibt: Wie oft und auf welche Weise wurde der Faktor Spiritualität/Religion in den von der DGPH als für die heterogene Gesundheitswissenschaft kanonisch angesehen Publikationen thematisiert? Eine Antwort auf diese Frage kann zumindest einen gewissen Aufschluss über die Akzeptanz, Auffassung und Zentralität des Themenkomplexes Spiritualität/Religion innerhalb der gesundheitswissenschaftlichen Forschergemeinschaft in Deutschland geben.

Die wie erläutert ausgewählten Quellen ( $n=16$ ) wurden systematisch nach den Begriffen *Religion\*/religion\**, *Religiosität/religiosity*, *religiös\*/religious\** sowie *Spiritualität/spirituality* und *spirituell\*/spiritual* durchsucht. Aufgrund des unterschiedlichen Textmaterials fanden jeweils andere Suchstrategien Verwendung: Im Falle der Einführungswerke ( $n=5$ ) wurden Register (insofern vorhanden) und Inhaltsver-

zeichnis geprüft, und bei den Wörterbücher ( $n=5$ ) stellte sich die Frage, ob einer der Suchbegriffe als Lemma aufgenommen worden ist. In einigen Fällen konnte die Suche im Stichwort- und Inhaltsverzeichnis durch eine Volltextsuche auf *amazon.de* ergänzt werden. Da entsprechende elektronische Archive verfügbar waren, wurde in allen Zeitschriften ( $n=6$ ) eine Volltextsuche durchgeführt.

zwischen Religion und Spiritualität konzeptionelle und definatorische Unterschiede bestehen, wurden die Suchergebnisse zweigeteilt. Auf diese Weise entstanden zwei Textkorpora: Eine Sammlung jener Beiträge, die einen der Suchbegriffe *Religion\*/religion\**, *Religiosität/religiosity* bzw. *religiös\*/religious\** enthalten, und die Gruppe jener Artikel, in denen mindestens einer der Termini *Spiritualität/spirituality* bzw. *spiri-*

**Tabelle 1:** Elektronische Archive, mit deren Hilfe eine Volltextsuche in den Fachzeitschriften ( $n=6$ ) für bestimmte Zeiträume durchgeführt wurde

Zeitschrift	Zeitraum (Heft/Jahr)	Elektronisches Archiv
Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz	40/1997-54/2011	SpringerLink
Das Gesundheitswesen	62/2000-72/2011	Thieme eJournals
Journal of Public Health (Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften)	1/1993-19/2011	SpringerLink
Prävention und Gesundheitsförderung	1/2006-6/2011	SpringerLink
Prävention: Zeitschrift für Gesundheitsförderung	4/2007-4/2011	Homepage der Zeitschrift
Public Health Forum	15/2007-19/2011	ScienceDirect

Da die Zeitschriften zu unterschiedlichen Zeitpunkten gegründet worden sind – das *Journal of Public Health* z.B. bereits 1993, die Zeitschrift *Prävention und Gesundheitsförderung* hingegen erst 2006 – und es zudem Ziel war, einen umfassenden Überblick zu gewinnen, wurde es als wenig sinnvoll erachtet, einen einheitlichen Zeitraum festzulegen und nur eine Datenbank für die Zeitschriftensuche zu gebrauchen. Vielmehr wurden jene elektronischen Archive genutzt, die für eine möglichst große Zeitspanne Zugriff auf den Volltext der veröffentlichten Beiträge erlaubten (Tabelle 1).

Die durch die Volltextsuche identifizierten Zeitschriftenbeiträge wurden sowohl einer formalen als auch einer inhaltsbezogenen Analyse unterzogen. Die formale Analyse sollte Aufschluss darüber geben, wie oft ein Suchbegriff in den Zeitschriften gebraucht wurde. Da angenommen werden kann, dass

*tuell\*/spiritual* auftaucht. Da nicht auszuschließen ist, dass in einem Text sowohl von Religion als auch von Spiritualität die Rede ist, konnte jeder Zeitschriftenbeitrag beiden Textgruppen zugeordnet werden. Die Quantität der Publikationen kann als Hinweis auf die Bedeutung interpretiert werden, die den Faktoren Religion bzw. Spiritualität in der Gesundheitswissenschaft beigemessen wird, wobei die Erscheinungsdaten der Beiträge auf etwaige Forschungstrends hindeuten könnten.

In einem zweiten Schritt wurden die Titel und Abstracts der identifizierten Zeitschriftenartikel einer Inhaltsanalyse unterzogen. Ziel der inhaltsbezogenen Analyse war es, Kategorien zu bilden, die darüber Auskunft geben, mit welcher hauptsächlichen Thematik sich die/der Autor/in in ihrem/seinem Beitrag auseinandersetzt bzw. in welchem gesundheitswissenschaftlichen Forschungs-

bereich die Untersuchung zu verorten ist. Jede Publikation konnte dabei mehreren Kategorien zugeordnet werden. Nur jene Kategorien fanden Aufnahme in die Studie, die mindestens fünfmal ( $\geq 5$ ) vergeben worden sind. Da von Interesse ist, ob die Beiträge der Textgruppe ‚Religion‘ andere thematische Foki haben oder anderen Forschungsbereichen zuzurechnen sind als die Artikel der Textgruppe ‚Spiritualität‘, wurde die im Hinblick auf die formale Analyse getroffene Zweiteilung der Suchergebnisse auch bei der Inhaltsanalyse beibehalten.

### Ergebnisse

#### *Gesundheitswissenschaftliche Einführungs- werke und Wörterbücher*

Im *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (Hurrelmann/Laaser/Razum (Hrsg.) 2006) oder in dem Grundlagenwerk *Gesundheitswissenschaft* (Waller 2002) finden sich keine Einträge zu den Stichwörtern *Religion* und *Spiritualität* bzw. ähnlichen Begriffen im Sachregister oder Inhaltsverzeichnis (Tabelle 2). Da der Sammelband *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit* (Schott/Hornberg (Hrsg.) 2011) nicht indexikalisiert wurde, ist auf den ersten Blick schwer zu sagen, ob in einem der Buchbeiträge auf religiöse und/oder spirituelle Aspekte eingegangen wird. Das Litera-

turverzeichnis lässt vermuten, dass ggf. Hinweise auf Religion/Spiritualität in den Kapiteln „Ethik und Public Health“ (Schröder-Bäck 2011), „Krankenhaus und Public Health“ (Staender 2011) oder z.B. „Migration und Gesundheit“ (Razum/Spallek/Zeeb 2011) zu finden sind. Eine Volltextsuche auf *amazon.de* ergab jedoch, dass lediglich in Baduras Text zweimal das Adjektiv *religiös* Verwendung gefunden hat – einmal im Literaturverzeichnis (Durkheim 1984) und einmal in der folgenden Passage:

„Die gesundheitlichen Konsequenzen von Kultur sind vergleichsweise wenig erforscht. Pionierarbeiten dazu liegen in der Religionssoziologie vor, insbesondere bei Émile Durkheim in seinen Studien über den ‚Selbstmord‘ (1897) und die ‚Elementaren Formen des religiösen Lebens‘ (1912)“ (Badura 2011, S. 28).

In dem über 900 Seiten umfassenden Überblick *Das Public Health Buch* (Schwartz et al. (Hrsg.) 2003), dessen Titel und Umfang auf eine gewisse Vollständigkeit schließen lässt, wird laut Register der Faktor *Religion* nur ein einziges Mal erwähnt: Siegrist (2003, S. 149) weist im Zusammenhang mit dem Konstrukt dispositionaler Optimismus (Scheier/Carver 1985) auf „die gesundheitsförderliche Wirkung religiöser Wertvorstellungen und Glaubenshaltungen“ hin. Zwar werden Stichwörter wie beispielsweise *Religion* oder

**Tabelle 2:** Hinweise auf Religion/Spiritualität im Register, Inhaltsverzeichnis und/oder Volltext von gesundheitswissenschaftlichen Einführungswerken (n=5)

Werk	Register	Inhaltsverzeichnis	Volltext
<i>Das Public Health Buch</i> (Schwartz et al. (Hrsg.) 2003)	„Religion“ (1 Stelle)	nein	nicht verfügbar
<i>Die Gesellschaft und ihre Gesundheit</i> (Schott/Hornberg (Hrsg.) 2011)	nicht vorhanden	nein	„religiösen“ (2 Stellen)
<i>Gesundheitswissenschaft</i> (Waller 2002)	nein	nein	nicht verfügbar
<i>Handbuch Gesundheitswissenschaften</i> (Hurrelmann/Laaser/Razum (Hrsg.) 2006)	nein	nein	nicht verfügbar
<i>Sozialmedizin – Public Health</i> (Klemperer 2010)	nein	Kapitel 4.1.1: „Dämonismus und Religion – unverstandene Natur“ (2 Seiten)	nicht verfügbar

*Spiritualität* im Buchindex nicht aufgeführt, aber ein Blick in das Inhaltsverzeichnis zeigt, dass Klemperer dem Thema Religion ein zweiseitiges Unterkapitel seines Lehrbuchs *Sozialmedizin – Public Health* (2010) widmet: Im unkritischen Rückgriff auf medizin-geschichtliche Werke, denen noch das Denkschema einer linearen Fortschrittsgeschichte zugrunde lag (z.B. Meyer-Steineg/Sudhoff 1950), verortet er religiöse Erklärungsmodelle für Gesundheit und Krankheit (Dämonismus) „in der Vorzeit“. Aus der Perspektive der Biomedizin, die als Endpunkt der Entwicklung vorgestellt wird, bezeichnet Klemperer diese „historischen Modelle“ als „(Un-)Wissen ihrer Zeit“ oder als „Aberglauben“, der auf einem falschen Verständnis von Natur beruhe (Klemperer 2010, S. 88, 91).

Einträge zu *Religion* und/oder *Spiritualität* fehlen im Wörterbuch *Sozialmedizin und Public Health* (Niehoff/Braun 2003), im *Springer Wörterbuch Gesundheitswesen* (Carels/Pirk 2005), das laut Untertitel „Public Health von A bis Z“ umfasst, sowie im *Pschyrembel Sozialmedizin* (Brügge-mann/Irle/Mai 2007). Auch der Autor des *Lexikon Gesundheitsmanagement* (Burchert 2011) verzichtet darauf, Religion und/oder Spiritualität als eigenständige Lemmata aufzuführen. Mittels einer Volltextsuche auf *amazon.de* konnten allerdings fünf Treffer lokalisiert werden: Das Adjektiv *religiös* wird von Burchert (2011, S. 57, 272) zweimal gebraucht – einmal im Kontext der Wohlfahrtspflege und einmal im Hinblick auf die Aufgaben von Datenschutzbeauftragten. Das Lexikon enthält weiterhin drei Stellen, an denen auf Spiritualität hingewiesen wird: Dabei geht es um „spirituelle Probleme“ von Patient/inn/en auf der Palliativstation und um entsprechende „Angebote der spirituellen Begleitung bis zum Tod“ (S. 201) sowie um das besonders in der Hospizarbeit zu beachtende Bedürfnis der Menschen, auch in ihren

„spirituellen Nöten und Wünschen“ (S. 141) wahrgenommen zu werden. Lediglich im *Wörterbuch Public Health* hat einer der Suchbegriffe als Lemma Aufnahme gefunden: Haisch, Weidkunat und Wildner (1999, S. 332) verstehen unter dem Begriff *Religiosität* eine „häufig von Betroffenen gesuchte Unterstützung durch intensiven Glauben an eine übergeordnete Ordnungsmacht“ bei chronischer Krankheit oder in finalen Krankheitsphasen.

#### *Gesundheitswissenschaftliche Fachzeitschriften*

Zwar fand der Begriff *Spiritualität* Ende der 2000er Jahre im Titel zweier gesundheitswissenschaftlicher Schwerpunktthemenhefte Verwendung: Das 8. Heft des 49. Jahrgangs (2006) der Zeitschrift *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* wurde dem Leitthema „Körper, Psyche, Spiritualität“ gewidmet, und zwei Jahre später (2008) erschien ein Sonderheft zum Thema „Spiritualität und Gesundheit“ in der Zeitschrift *Prävention* (31. Jahrgang, Heft 2). Aber in den letzten Jahrzehnten wurde dem Faktor Religion – gemessen an der Zahl der Suchtreffer – vergleichsweise mehr Aufmerksamkeit in deutschen Public Health-Zeitschriften zuteil: Die Begriffe *Religion\** (89 Treffer), *Religiosität/religiosity* (11 Treffer) und *religiös\*/religious\** (85 Treffer) fanden in den untersuchten Fachzeitschriften ( $n=6$ ) mit 185 Treffern etwa viermal häufiger Verwendung als die Begriffe *Spiritualität/spirituality* (27) und *spirituell\*/spiritual* (24), die zusammen auf nur 51 Treffer kommen (Tabelle 3). Über 78 % der insgesamt 236 durch die Volltextsuche identifizierten Zeitschriftenbeiträge sind somit der Textgruppe ‚Religion‘ zuzuordnen. Da 15 der 51 Beiträge – also fast 30 % der Textgruppe ‚Spiritualität‘ – auf die beiden oben genannten Schwerpunktthemenhefte entfallen, ist zu konstatieren, dass das Begriffsfeld ‚Religion‘

nicht nur deutlich häufiger gebraucht wurde, sondern auch eine größere Streuung über die gesundheitswissenschaftlichen Fachzeitschriften erfahren hat. Dies trifft auch dann noch zu, wenn die Suchergebnisse bereinigt werden: Werden von den 236 Treffern jene Beiträge subtrahiert, die doppelt oder sogar mehrfach gezählt worden sind, weil sie z.B. sowohl das Nomen *Religion* als auch das Adjektiv *religiös* beinhalten, und werden

(Baumann 2008; Büsing 2008; Büsing/Ostermann/Matthiessen 2008; Huber 2008; Hüsgen 2008; Walach/Kohls 2008). Das von Büsing und Hüsgen besorgte Sonderheft darf damit als ein Mittelpunkt des gesundheitswissenschaftlichen Diskurses über Religion/Spiritualität bezeichnet werden. Nur einer der Beiträge, Stiehlers „Gesundheit als Sehnsucht – Religiöse Aspekte des Gesundheitsbegriffs“ (2001), wurde nicht

**Tabelle 3:** Absolute und korrigierte Zahl der Suchergebnisse in allen Zeitschriften ( $n=6$ ), unterteilt in die Textgruppen ‚Religion‘ und ‚Spiritualität‘ (Stand: 12.03.2011)

Suchbegriff	Treffer (pro Suchbegriff)	Treffer (absolut)	Treffer (korrigiert)	Bezeichnung der Analyseinheit
Religion*	89	185	138	Textgruppe ‚Religion‘
Religiosität /religiosity religiös*/religious*	10/1 58/27			
Spiritualität/spirituality spirituell*/spiritual	26/1 18/6	51	42	Textgruppe ‚Spiritualität‘
alle Suchbegriffe	201/35	236	180	
				Textgruppe ‚Religion/Spiritualität‘

zudem nur Forschungsartikel und Vorwörter mitgezählt, so reduziert sich die Gesamtanzahl der Texte auf 180. Von diesen 180 verbliebenen Beiträgen gehören mehr als 76 % (138 Treffer) zur Gruppe ‚Religion‘ und nur etwa 24 % (42 Treffer) zur Gruppe ‚Spiritualität‘, d.h. das Verhältnis zwischen den beiden Textkorpora bleibt auch nach statistischen Korrekturen relativ konstant.

Nur 3 der 138 Artikel der Textgruppe ‚Religion‘ (circa 2 %) und 6 der 42 Beiträge der Textgruppe ‚Spiritualität‘ (circa 14 %) führen eines der Suchwörter im Titel, was die in der Regel eher untergeordnete Bedeutung von Religion/Spiritualität im untersuchten Textkorpus verdeutlicht. Der Eindruck wird durch den Umstand verstärkt, dass 8 dieser insgesamt nur 9 Zeitschriftenartikel, also fast 89 %, in einer der Themenschwerpunktheften publiziert wurden: 2 im *Bundesgesundheitsblatt* (Koch/Willich 2006; Mehnert 2006) und 6 in der Zeitschrift *Prävention*

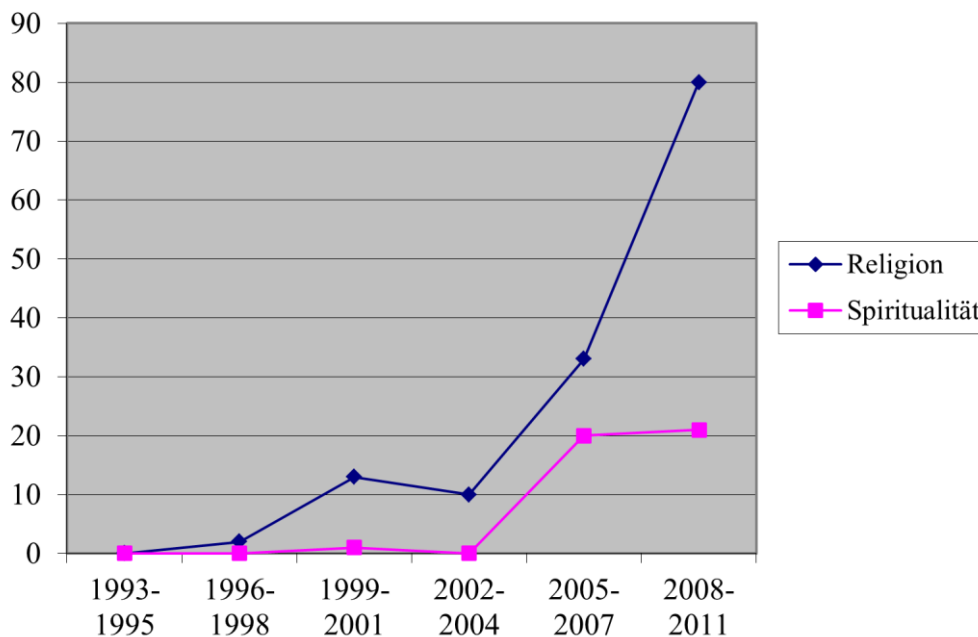
im Kontext eines der Themenhefte veröffentlicht, sondern in der seinerzeit noch deutschsprachigen *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* (jetzt: *Journal of Public Health*). Aus zwei weiteren Gründen sticht dieser Artikel heraus: Zum einen wurde der Beitrag vergleichsweise früh publiziert. Zum anderen ist die Arbeit des Theologen und Pädagogen die einzige, die sich mit dem dritten der drei von Van Ness (1999) skizzierten Forschungsbereiche (Komplementarität von Heils- und Heilungskonzepten) auseinandergesetzt hat.

In der Regel aber kommt einer der Suchbegriffe weder im Titel noch im Abstract vor, sondern wird lediglich einmal im Volltext erwähnt. Bisweilen befinden sich die entsprechenden Fundstellen gar außerhalb des argumentativen Zusammenhangs, also z.B. in der Danksagung (Linardakis et al. 2008) oder im Literaturverzeichnis (Kiefer 2010). Dieser Umstand trägt zur Relativierung der auf den

ersten Blick relativ hohen Trefferzahl bei und sollte im Hinblick auf die in Tabelle 3 zusammengefassten Suchresultate im Hinterkopf behalten werden.

vornehmlich auf ein gestiegenes Interesse an dem Themenbereich Religion/Spiritualität zurückgeführt werden kann, oder auch dem Umstand geschuldet ist, dass für die 1990er

**Diagramm 1:** Entwicklung der Textgruppen 'Religion' und 'Spiritualität' in Public Health-Zeitschriften ( $n=6$ ) seit 1993



Während sich abzeichnet, dass das religiöse Begriffsfeld im analysierten Textkorpus quantitativ überwiegt (mehr als 76 % der Treffer), dem Konzept *Spiritualität* indes aus qualitativer Sicht ggf. mehr Gewicht beizumessen ist (2 Themenhefte und 6 Beiträge, die den Begriff im Titel tragen), ist die Frage, wie sich das Verhältnis zwischen den Textgruppen ‚Religion‘ und ‚Spiritualität‘ über die Zeit entwickelt hat, auf der Basis des vorliegenden Datenmaterials nur unzureichend zu beantworten. Dies liegt vor allem daran, dass die elektronischen Archive, in denen jeweils eine Volltextsuche durchgeführt worden ist, Zugriff auf teils unterschiedliche Publikationszeiträume gewährt haben (Tabelle 1). Daher ist schwer zu sagen, ob der seit Anfang der 2000er Jahre insgesamt rasante Anstieg von Veröffentlichungen, die einen der Suchbegriffe enthalten (Diagramm 1),

Jahre kaum Datenmaterial zur Verfügung stand.

Betrachtet man jedoch nur die Entwicklung seit dem Jahre 2005, die auf einem besseren empirischen Fundament ruht, können vorsichtige Rückschlüsse gezogen werden: Die Beschäftigung mit spirituellen Aspekten von Gesundheit/Krankheit ist konstant geblieben. Zwischen 2005 und 2007 wurden insgesamt 20 Beiträge verfasst, die der Textgruppe ‚Spiritualität‘ angehören, und seit dem Jahr 2008 wurden 21 Artikel publiziert, in denen auf einen der entsprechenden Suchbegriffe zurückgegriffen wurde. Für das relativ gleichbleibende Interesse sprechen auch die beiden Themenhefte: Das erste wurde 2006 und das zweite 2008 herausgegeben. Die Textgruppe ‚Religion‘ hingegen ist seit 2005 exponentiell angewachsen: Während für den

Suchzeitraum 2005-2007 33 Treffer gefunden werden konnten, steigerte sich die Zahl seit 2008 auf 80 Treffer. Das entspricht einem Anstieg um über 142 %. Damit hat sich auch das Verhältnis zwischen den beiden Textgruppen, das stets durch ein Übergewicht des religiösen Begriffsfelds geprägt war, weiter in Richtung ‚Religion‘ verschoben. Die Schere zwischen ‚Religion‘ und ‚Spiritualität‘ hat sich in der Gesundheitswissenschaft weiter geöffnet: Während 2005-2007 über 62 % der gefundenen Beiträge (33 der 53 Treffer) einen der Suchbegriffe *Religion*, *Religiosität/religiosity* oder *religiös/religious* enthielten, erhöhte sich diese Zahl 2008-2011 auf über 79 % (80 der 101 Treffer). Eine auf die Zeitschriften fokussierte Analyse des Verhältnisses zwischen den beiden Textgruppen zeigt, dass die relative Dominanz des religiösen Begriffsfeldes vor allem auf die Artikel zurückgeführt werden kann, die in den über einen längeren Zeitraum untersuchten Zeitschriften *Das Gesundheitswesen* (fast 89 % der Beiträge befinden sich in der Textgruppe ‚Religion‘) und *Journal of Public Health* (über 87 %) publiziert wurden (Tabelle 4).

Um sich ein Bild davon machen zu können, in welchen Themen- und Forschungsbereichen die Texte primär angesiedelt sind, in denen mindestens einmal eines der Suchwörter erwähnt worden ist, wurden die 42 Artikel der Textgruppe ‚Spiritualität‘ und die 138 Beiträge der Textgruppe ‚Religion‘ hinsichtlich ihrer hauptsächlichen Inhalte kategorisiert. Die Vergabe mehrerer Schlagworte pro Zeitschriftenbeitrag war möglich. In den Tabellen 5 und 6 sind die Ergebnisse der Inhaltsanalyse zusammengefasst; sie wurden entsprechend der Häufigkeit der Kategorienvergabe absteigend sortiert. Zudem illustriert jeweils ein Zitat, in welchem Zusammenhang religiöse bzw. spirituelle Aspekte in dem durch die Kategorisierung gefundenen Bereichen thematisiert worden ist. Vor dem Hintergrund der schon im Hinblick auf Tabelle 3 formulierten Einschränkung können die in den Tabellen 5 und 6 genannten Textbeispiele jedoch keinen Anspruch auf Generalisierbarkeit erheben. Im Gegenteil: Es handelt sich *nicht* um typische Beispiele, sondern vielmehr um Passagen, in denen in teils besonders prägnanter Weise eine für die Gesundheitswissenschaft relevante Beziehung

**Tabelle 4:** Zuordnung der korrigierten Zahl der Suchtreffer ( $n=180$ ) zu den jeweiligen Zeitschriften ( $n=6$ ) und Suchzeiträumen, aufgeteilt in die Textgruppen ‚Religion‘ und ‚Spiritualität‘ (Stand: 12.03.2011)

Zeitschrift	Zeitraum (Heft/Jahr)	Textgruppe	Treffer
Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz	40/1997-54/2011	Religion	30
		Spiritualität	19
Das Gesundheitswesen	62/2000-72/2011	Religion	56
		Spiritualität	7
Journal of Public Health (Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften)	1/1993-19/2011	Religion	41
		Spiritualität	6
Prävention und Gesundheitsförderung	1/2006-6/2011	Religion	2
		Spiritualität	3
Prävention: Zeitschrift für Gesundheitsförderung	4/2007-4/2011	Religion	3
		Spiritualität	5
Public Health Forum	15/2007-19/2011	Religion	6
		Spiritualität	2
Gesamt			180

zwischen Religion/Spiritualität und Gesundheit hergestellt wird. Insofern handelt es sich eher um Leuchtturmbeispiele, die einen ersten Eindruck von der Vielschichtigkeit des Forschungsfeldes vermitteln und Anstöße und Anknüpfungspunkte für zukünftige gesundheitswissenschaftliche Untersuchungen bieten.

Textgruppe ‚Religion‘ die meistverwendete Kategorie Ethik fast doppelt so viele, nämlich 20 Beiträge enthält – ist durch den Größenunterschied zwischen den Textkorpora zu erklären: Innerhalb der Textgruppe ‚Spiritualität‘ ( $n=42$ ) macht eine fünfmal vergebenen Kategorie fast 12 % der Gesamtmenge aus, innerhalb der Textgruppe ‚Religion‘ ( $n=138$ )

**Tabelle 5:** Kategorien, denen die Beiträge aus der Gruppe ‚Spiritualität‘ ( $n=42$ ) häufiger ( $\geq 5$ ) zugeordnet werden konnten (mehrfache Kategorisierung war möglich); mit Textbeispielen

Kategorie	Anzahl	Beispiel
Palliativmedizin	11	„Alle Grundsätze der Palliativversorgung einschließlich Symptommanagement, Erhalt des psychischen und spirituellen Wohlbefindens [sic] und auch die Sorge um die Angehörigen können unter der übergreifenden Zielsetzung subsumiert werden, die Würde des Patienten in seinem letzten Lebensabschnitt und in seinem Sterben zu bewahren.“ (Mehnert et al. 2006, S. 1093)
Prävention	10	„Thus, the success of a martial arts program for primary prevention may hinge on the scope of the training program. A broad program that includes social, spiritual, and physical aspects may be superior to a more narrow, purely physical training program designed to prepare an athlete for a competition.“ (Draxler/Ostermann/Honekamp 2011, S. 62)
Psychiatrie / Psychotherapie / psychische Störungen	9	„[...] das Distress Thermometer [...] erfasst durch ein einfaches Globalmaß die Gesamtheit psychosozialer Belastungen (Distress) sowie deren mögliche Ursachen über eine Liste mit Problemen im körperlichen, praktisch-alltäglichen, emotionalen, partnerschaftlichen und spirituellen Bereich.“ (Reuter/Härter 2011, S. 24)
Versorgungsforschung	7	„Die Dimension ‚Spiritualität‘ spielt bei der Bewältigung von chronischen oder lebensbedrohlichen Erkrankungen [...] eine große Rolle und ist daher prinzipiell auch in der Versorgungsforschung anwendbar.“ (Koller et al. 2009, S. 867)
Chronische Erkrankung	6	„Am häufigsten bestand unerfüllter Bedarf in folgenden Bereichen: Unterstützung bei Aktivitäten im Alltag, bei psychischen und psychosozialen Belastungen, Informationsbedarf, Unterstützung bei körperlichen Beschwerden, Unterstützung bei spirituellen Belangen, Unterstützung bei der Arzt-Patient-Kommunikation und Unterstützung bei sexuellen Beschwerden.“ (Koch/Mehnert/Strauß 2011, S. 30)
Drogenkonsum / Sucht	5	„Durch die spirituelle und moralische Neubewertung wird ein Prozess der moralischen Selbsterneuerung in Gang gesetzt, der dem alten Suchtmuster entgegensteht.“ (Murken 2008, S. 59)

In der Textgruppe ‚Spiritualität‘ wurden 6 und in der Textgruppe ‚Religion‘ 15 Kategorien gebildet, denen mindestens 5 Zeitschriftenbeiträge zugeordnet werden konnten. Die deutliche Differenz sowohl in der Kategorienanzahl als auch in der Maximalzahl der Beiträge pro Kategorie – 11 Beiträge der Textgruppe ‚Spiritualität‘ entfallen auf die Kategorie *Palliativmedizin*, während in der

lediglich 3,6 %. Entsprechend wurde bei der Inhaltsanalyse der Textgruppe ‚Spiritualität‘ in ca. 26 % aller Fälle das Schlagwort *Palliativmedizin* vergeben, während nur etwa jeder siebte Beitrag der Textgruppe ‚Religion‘ der Kategorie *Ethik* zugeordnet worden ist (ca. 14,5 %).



**Tabelle 6:** Kategorien, denen die Beiträge aus der Gruppe ‚Religion‘ ( $n=138$ ) häufiger ( $\geq 5$ ) zugeordnet werden konnten (mehrfache Kategorisierung war möglich); mit Textbeispielen

Kategorie	Anzahl	Beispiel
Ethik	20	„Artificial fertility control and medically assisted reproduction were opposed by conservative religions and philosophies, whose adherents might object to participation in this process.“ (Sarkar 2006, S. 166)
Migration / Interkulturalität	18	„Diversity is thus understood as encompassing a mosaic of races, ethnic and religious backgrounds, sexual orientations, family situations or physical abilities.“ (Vinz/Dören 2007, S. 370)
Gesundheitspolitik	14	„Auch wird zum Beispiel argumentiert, dass für viele Rauchverbotsbefürworter die Gesundheitspolitik ‚missionarisch eifernd zur Religion‘ geworden sei [...].“ (Mons/Pötschke-Langer 2010, S. 149 mit Rekurs auf: Parr 2007)
Prävention	8	„Zu christlicher Pädagogik und Erwachsenenbildung gehören schon im Sinne von Prävention und Gesundheitsförderung seriöse Information und Erziehung zum verantwortlichen Umgang mit der eigenen und fremden Gesundheit [...].“ (Baumann 2008, S. 64)
Psychiatrie / Psychotherapie / psychische Störungen	8	Therapieziel: „Thematisierung und Umgang mit existenziellen Fragen (Angst vor Tod, Sterben, Einsamkeit, Angst vor medizinischen Behandlungen, Sorge um nahestehende Personen, Sinnfragen, Spiritualität und Religion).“ (Fydrich/Ülsmann 2011, S. 115-116)
Recht	8	„Durch eine Obduktion können Grundrechte aus mehreren Artikeln des Grundgesetzes tangiert sein. Zu nennen sind [...] die Religions- und Gewissensfreiheit des Art. 4 Abs. 1 GG, [...].“ (Dettmeyer/Schmidt/Madea 2000, S. 26)
Drogenkonsum / Sucht	7	„Protective factors in adolescence include family attachment, parental harmony, and religious involvement, and in adulthood, well-managed drinking environments and marriage [...].“ (Roviš 2010, S. [7])
Ökologie / Umwelt	7	„Die Rolle von Umwelt einschließlich Natur ist weit gefächert und reicht von psychologischen bis hin zu religiösen Funktionen [...].“ (Fehr 2009, S. 10)
Versorgungsforschung	7	„Psychiatrische Langzeitbetreuung wird in einem den Gebietskörperschaften gehörenden Krankenhaus mit 114 Betten angeboten, ein religiöser Orden unterhielt eine weitere Einrichtung für stationäre Langzeitbetreuung mit 89 Betten [...].“ (Becker et al. 2002, S. 75)
Chronische Erkrankung	6	„So könnten Spiritualität und Religiosität über die Verfügbarkeit verschiedener positiver Interpretationen und Erklärungen für Erfahrungen des Leidens die Anpassung an eine schwere Erkrankung und damit auch Sinngebung, Hoffnung und ein Gefühl der Kohärenz fördern.“ (Mehnert 2006, S. 783)
Ernährung	6	„Dem noch in den 1960er Jahren religiös motivierten Anspruch auf die in Hinblick auf Gottes Willen bestehende Unveränderlichkeit eines Lebensmittels wie Wasser wird hingegen zur Zeit eine lediglich untergeordnete Bedeutung zugewiesen.“ (Lux/Walter 2006, S. 387)
Ökonomie	6	„Der von dieser Regelung [positive Sanktionierung] ausgehende Anreiz wird als geeignet angesehen, die Spendenbereitschaft unter Achtung moralischer, ethischer und religiöser Anschauungen zu stimulieren.“ (Henning/Greiner 2000, S. 98; Einfügung F.J.)
Palliativmedizin	6	„In die alltägliche palliativmedizinische Zusammenarbeit fließen ganz unterschiedliche religiöse und weltanschauliche Vorstellungen über Tod und Leben ein.“ (Borck 2006, S. 1127)
Resilienz / Coping	6	Form der Krankheitsbewältigung: „5. Suche nach Halt in der Religion (SR, 3 Items): religiös orientierte Verhaltensweisen sowie die Suche nach dem Sinn der Erkrankung.“ (Rudolph/Schweizer/Thomas 2006, S. 185)
Impfung	5	„Planer von Public Health-Maßnahmen sollten anerkennen, dass verschiedene soziale und religiöse Gruppen die Interventionen aus unterschiedlicher Perspektive wahrnehmen und bewerten.“ (Marckmann 2009, S. 8)

Werden die durch die inhaltsbezogene Analyse generierten Kategorien miteinander verglichen, fällt zunächst zweierlei auf: Zum einen finden sich die 6 in Tabelle 5 aufgelisteten Kategorien (*Palliativmedizin; Prävention; Psychiatrie/Psychotherapie/psychische Störungen; Versorgungsforschung; chronische Erkrankung; Drogenkonsum/Sucht*) auch in Tabelle 6 wieder. Dies könnte dafür sprechen, dass Begriffe wie *Spiritualität* oder *spirituell* in ähnlichen gesundheitswissenschaftlichen Themenfeldern bzw. Forschungskontexten auftauchen wie beispielsweise die Begriffe *Religion, Religiosität* oder *religiös*. Andererseits fehlen in Tabelle 5 gerade jene Kategorien, die in der Textgruppe ‚Religion‘ (Tabelle 6) besonders häufig vergeben worden sind: *Ethik, Migration/Interkulturalität* und *Gesundheitspolitik*. Dies kann nicht in allen Fällen durch die Größendifferenz der Textkorpora begründet werden: Während 4 Beiträge der Gruppe ‚Spiritualität‘ – also immerhin ca. 9,5 % aller Texte – der Kategorie *Ethik* zugeordnet wurden und damit nur knapp nicht in Tabelle 5 aufgenommen worden sind, wurde das Schlagwort *Migration/Interkulturalität* nur einmal und das Schlagwort *Gesundheitspolitik* gar nicht vergeben. Besonders im Hinblick auf die beiden letztgenannten Kategorien ist also zu konstatieren, dass es bestimmte Themenfelder in der deutschsprachigen Public Health-Forschung gibt, in denen zwar häufig ein religiöses Begriffsspektrum Verwendung findet, das Spiritualitätskonzept aber keine Rolle zu spielen scheint. Die Feststellung trifft in geringerem Maße auch auf die Kategorien *Recht* ( $n=1$ ), *Ökologie/Umwelt* ( $n=1$ ), *Ernährung* ( $n=1$ ) und *Ökonomie* ( $n=0$ ) zu, jedoch nicht auf die Kategorien *Resilienz/Coping* ( $n=4$ ) und *Impfung* ( $n=2$ ), da diese – obwohl nicht in Tabelle 5 aufgeführt – in Relation zur kleineren Größe der Textgruppe ‚Spiritualität‘ gesetzt werden müssen und prozentual gesehen sogar

häufiger Verwendung fanden als die entsprechenden Kategorien in der Textgruppe ‚Religion‘ (Tabelle 6), nämlich ca. 4,8 % im Vergleich zu ca. 4,3 % (*Impfung*) bzw. ca. 9,5 % im Vergleich zu nur ca. 3,6 % (*Resilienz/Coping*).

## Diskussion

### *Dominanz des Religiösen*

Die bloße Zahl der Suchtreffer kann ohne Vergleich zu anderen vermutlich eher marginal behandelten Gegenständen nur schwer eingeschätzt werden. Die ergänzende Inhaltsanalyse hat jedoch gezeigt, dass die Thematik Religion/Spiritualität in den untersuchten deutschen Fachbüchern und -zeitschriften der Gesundheitswissenschaft meist nur sporadisch in bestimmten Forschungskontexten angesprochen wurde. Abgesehen von den in Tabelle 5 und 6 zusammengetragenen Textstellen fanden die gesuchten Begriffe oft nur am Rande Erwähnung. Ein Beispiel: Seit dem Jahr 2000 wurden in der Zeitschrift *Das Gesundheitswesen* insgesamt 7 Beiträge veröffentlicht, die den Begriff *Spiritualität* und/oder das Adjektiv *spirituell*\* beinhalten (Stand: 12.03.2011). Aber in lediglich einer Publikation wurde ein Hinweis auf religiöse/spirituelle Aspekte für so relevant erachtet, dass er Aufnahme in den Abstract fand (Thanner/Loss/Nagel 2010). Wird die Begriffssuche in den Fachzeitschriften also auf Titel und/oder Abstract beschränkt, um auf diese Weise nur jene Beiträge herauszufiltern, in denen Religion/Spiritualität eine zentralere Bedeutung beigemessen worden ist, endet die Suche in der Regel (fast) ergebnislos.

Allerdings ist seit 2002-2004 eine vermehrte Benutzung der hier verwendeten Suchbegriffe feststellbar, was auf den ersten Blick dafür sprechen könnte, dass das vor allem in den USA populär gewordene Forschungsgebiet („Religion-Health Connection“) langsam

auch in der deutschen Gesundheitswissenschaft Fuß fasst bzw. mehr in den Vordergrund rückt. Diese Tendenz ist jedoch – trotz der beiden Schwerpunktthemenhefte, die eher den Begriff *Spiritualität* betonen – nur im Hinblick auf das religiöse Suchraster deutlich zu beobachten; ein Umstand, der dem allgemeinen Trend entgegentzulaufen scheint. Denn: Spätestens seit Mitte der 1990er Jahre ist für die internationale Gesundheitsforschung eine verstärkte Hinwendung zum Spiritualitätsbegriff zu konstatieren (vgl. Utsch/Klein 2011, S. 25-26). Vor diesem Hintergrund stellt die steigende Dominanz des Religionsbegriffs in den analysierten Publikationen eine Besonderheit dar. Zwar gibt es Hinweise darauf, dass der Religionsbegriff auch den gesundheitswissenschaftlichen Diskurs in den USA dominierte und das Spiritualitätskonzept in der amerikanischen Public Health-Forschung vergleichsweise spät eintraf: Sucht man im *American Journal of Public Health* den Begriff *religio*\* im Titel und/oder Abstract, werden für den Zeitraum von Januar 1911 bis März 2011 immerhin 59 Treffer angezeigt, während für den Suchbegriff *spiritual*\* nur 13 Treffer ausgegeben werden. Aber es ist absehbar, dass sich der allgemeine Trend zukünftig auch im *American Journal of Public Health* widerspiegeln wird. Über 90 % der Beiträge (12 von 13), in denen zumindest ein Wort mit dem Bestandteil *spiritual* im Titel und/oder Abstract vorkommt, wurden im oder nach dem Jahr 2002 publiziert. Dass die Suche nach Beiträgen, die seit Januar 2002 veröffentlicht wurden und deren Titel und/oder Abstract den Begriff *religio*\* enthält, 15 Treffer ergab, zeigt zum einen, dass das Themenfeld Religion/Spiritualität insgesamt an Bedeutung gewinnt – 27 der 72 Beiträge (37,5 %) erschienen in bzw. nach 2002 –, und zum anderen, dass der Begriff *Spiritualität* inzwischen fast genauso oft gebraucht wird wie der zuvor nahezu aus-

schließlich verwendete Religionsbegriff. An dieser Stelle lässt sich nur darüber spekulieren, ob diese Entwicklung sich fortsetzt und der spirituellen Dimension von Gesundheit/Krankheit in der amerikanischen Public Health-Forschung, für die hier die Publikationen im *American Journal of Public Health* als ein Indikator gewählt wurden, in naher Zukunft sogar mehr Gewicht beigemessen werden wird als dem Faktor Religion. Fraglich ist auch, ob die Forschungstrends im anglophonen Raum die deutsche Gesundheitswissenschaft beeinflussen und so mittelfristig zu einer erhöhten Wahrnehmung spiritueller Aspekte führen, oder ob die hier festgestellte gegenläufige Tendenz stabil bleibt oder sich gar ausweitert. Dies hängt vor allem davon ab, welche Gründe es für die Dominanz des Religiösen in der Gesundheitswissenschaft gibt und in welchen Diskursen speziell der Religionsbegriff stark verankert ist.

#### *Religion im Public Health-Diskurs*

Für die bessere Einordnung der Resultate und die weiterführende Diskussion erweist es sich als sinnvoll, die thematischen Inhalte der Textgruppe ‚Religion‘ einer näheren Betrachtung zu unterziehen. Daher sollen die 15 in Tabelle 6 aufgelisteten gesundheitswissenschaftlichen Themen- und Forschungsfelder, die zunächst disparat erscheinen, zu drei übergreifenden Kategorien zusammengefasst und jeweils kommentiert werden. Da sich zwischen den inhaltlichen Bereichen vielfältige Überlappungen und Querverbindungen ergeben, erfüllt die Dreiteilung einen nur heuristischen Zweck.

1. Religion und öffentliche Gesundheit (*Ethik; Migration/Interkulturalität; Gesundheitspolitik; Recht; Ökologie/Umwelt; Versorgungsforschung; Ökonomie; Impfung*): Aus dem Rahmen fällt das für den Bereich der Gesundheitspolitik ausgewählte Textbeispiel (Mons/Pötschke-Langer 2010, S. 149), da

in der zitierten Passage Religion nicht als ein für die Gesundheitsforschung wichtiger (personaler) Kontextfaktor diskutiert wird, sondern deutlich wird, wie religiöse Metaphorik als rhetorische Strategie eingesetzt werden kann: Immer dann, wenn einem (gesundheitlichen) Ziel scheinbar ultimative Bedeutung zugemessen wird, besteht die Möglichkeit, diese Zuschreibung als quasi religiös zu bezeichnen – eine Argumentationsfigur, die in postsäkularen Gesellschaften häufig verwendet wird, um entweder alternativmedizinische Therapieangebote zu diskreditieren, oder aber die aus christlich-religiöser Sicht zu hohe Wertaufladung zu kritisieren, die im Hinblick auf die Gesundheits- und Wellnesskultur konstatiert wird (z.B. Grundmann 2006; 2010; Lütz 2005; 2006). Meistens aber wird der Religionsbegriff nicht in rhetorischer Funktion, sondern im Zusammenhang mit ethischen und gesundheitspolitischen Problemfeldern verwendet: Die Impfdiskussion, die als eigene Kategorie isoliert worden ist, z.B. aber auch den Schlagwörtern *Ethik*, *Gesundheitspolitik*, *Recht* oder *Versorgungsforschung* hätte zugeordnet werden können, illustriert den Punkt. Zudem offenbart sie die oft ambivalente Haltung von Gesundheitsforscher/innen zur Religion: Einerseits werden individuelle oder gruppenspezifische religiöse Vorstellungen und Werte nicht selten als Blockaden in der flächendeckenden, öffentlichen Gesundheitsversorgung wahrgenommen. Zwischen religiösem Imperativ, der Glauben über Gesundheit setzt, und gesundheitlichem Imperativ, der Gesundheit über Glauben stellt, besteht ein nicht zu unterschätzendes Konfliktpotential. Andererseits sind Bewusstsein und Akzeptanz dafür gewachsen, dass die Pluralität von Meinungen, Lebensentwürfen sowie von Gesundheits- und Krankheitskonzepten

ein notwendiger und bereichernder Teil einer multikulturellen und multireligiösen Gesellschaft ist. Diese Ambivalenz von Konflikt und Akzeptanz, die nicht zuletzt auf einem beständigen Perspektivwechsel zwischen persönlicher Freiheit und gesellschaftlicher Verantwortung, zwischen religiös und medizinisch definierten Werten und Normen zurückgeführt werden kann, zeigt sich in politischen, juristischen oder ökonomischen Diskursen sowie besonders in ethischen und kulturellen Divergenzen. Es verwundert daher nicht, dass *Ethik* und *Migration/Interkulturalität* jene Kategorien waren, die am häufigsten vergeben wurden. Die Zentralität der Kategorie *Ethik* spiegelt womöglich die noch immer tragende Rolle christlicher Kirchen in bioethischen Grundsatzdebatten sowie in der Krankenhausversorgung wider. Die Kategorie *Migration/Interkulturalität* könnte besonders auf die wachsende Zahl muslimischer Bürger/innen hindeuten, die zunehmend die soziale Landschaft und das Gesundheitswesen in Deutschland mitprägen.

2. Religion als Gesundheitsressource (*Prävention; Drogenkonsum/Sucht; Ernährung; Resilienz/Coping*): Während religiöse Wertvorstellungen im öffentlichen Gesundheitsdiskurs nicht nur als moralische Orientierungshilfe, sondern zuweilen auch als Störfaktor für den technisch-medizinischen Fortschritt oder die umfassende Gesundheitsversorgung angesehen werden, zeichnen jene Beiträge, die sich mit Religion als einem sozialmedizinischen Faktor auseinandersetzen, ein fast ausschließlich positives Bild: Religion wird weder als psychosozialer Stressor noch als Risikofaktor betrachtet, sondern kommt als eine verhaltensregulierende Kraft oder Bewältigungsstrategie in den Fokus. Insofern religiöse Verhaltensvor-

schriften öffentliche Gesundheitsprogramme nicht gefährden – wie z.B. im Textbeispiel zum Schlagwort *Ernährung* angedeutet –, also Gegenstand des öffentlichen Gesundheitsdiskurses werden, wird religiös begründetem Gesundheitsverhalten (Speisegebote, Hygienevorschriften, Alkohol- und Drogenverbote usw.) in der Regel eine präventive bzw. gesundheitsförderliche Rolle bescheinigt. Dies gilt auch und besonders für die kognitiv-emotiven Effekte, die einer religiösen Lebenshaltung zugeschrieben und als sinnstiftend charakterisiert werden.

3. Religion in (medizinisch-psychologischen) Grenzsituationen (*Psychiatrie/Psychotherapie/psychische Störungen; chronische Erkrankung; Palliativmedizin*): Den religiösen Bedürfnissen, Bewältigungsstilen und Vorstellungen von Patient/inn/en wird oft erst dann Beachtung geschenkt, wenn Patient/inn/en als psychisch bzw. körperlich chronisch krank gelten und/oder mit Sterben und Tod konfrontiert sind. Auf dieses Phänomen weisen nicht nur die kategorisierten Zeitschriftenbeiträge hin, sondern beispielsweise auch der einzige gefundene Wörterbucheintrag. Zwar ist es begrüßenswert, dass das Lemma „Religiosität“ in das *Wörterbuch Public Health* Aufnahme gefunden hat. Aber dessen Erklärung als eine „häufig von Betroffenen gesuchte Unterstützung durch intensiven Glauben an eine übergeordnete Ordnungsmacht“ (Haisch et al. 1999, S. 332) bei chronischer Krankheit oder in finalen Krankheitsphasen deutet auf mindestens zwei Probleme hin: Die Formulierung zeigt zum einen, dass ein verengtes Religionsverständnis zugrunde liegt, Religiosität wird primär über den *Glauben* an eine höhere Macht charakterisiert, was (a) eher handlungsbezogene Aspekte von Re-

ligiosität ausspart und (b) einige nicht-christliche Religionen (z.B. buddhistische oder polytheistische Traditionen) tendenziell ausgrenzt. Zum anderen wird impliziert, Religiosität spiele erst dann eine relevante Rolle, wenn sich Patient/inn/en in Extremsituationen befinden (Chronizität bzw. Terminalität).

Wenn Religion als eine gesundheitsrelevante, persönlichkeits- und gesellschaftsprägende Kraft aufgefasst wird und nicht – wie z.B. in der Einführung von Klemperer (2010) geschehen – lediglich als inzwischen überkommenes Erklärungsmodell medizinischer Tatsachen hingestellt wird, dann zeigt sie sich im deutschen Public Health-Diskurs vor allem in drei Facetten: Religion bietet moralische Orientierung in heiklen ethischen und gesundheitspolitischen Fragen; Religion beeinflusst das Gesundheitsverhalten gläubiger Menschen und hat insofern einen indirekten Effekt auf das Wohlbefinden; und sie wird vor allem dann bedeutsam, wenn Menschen angesichts schwerer oder terminaler Erkrankungen nach Halt und Sinn suchen. Dieses Religionsverständnis ist nicht nur implizit christlich – z.B. im Hinblick auf die Ineinssetzung von Ethik/Moral und Religion –, sondern auch in anderer Hinsicht nicht umfassend. Um nur zwei Beispiele anzusprechen, die auch von Walach/Kohls (2008) betont werden: Zum einen stellen sie mit Rekurs auf andere Studien (vor allem: Nairn/Merluzzi 2003) heraus, dass „Religiosität offenbar unabhängig von anderen Konstrukten im Gefüge der inneren Ressourcen“ (Walach/Kohls 2008, S. 43) Effekte zeitigen kann, sprich: im hohen Maße, aber eben nicht ausschließlich vermittelt über andere psychosoziale Verhaltensvariablen wirksam zu sein scheint. Zum anderen machen die Autoren auf die Schattenseite des Religiösen aufmerksam: „Dort wo sich Religion vor allem negativ äußert – als Angst vor einem strafen-

den Gott, als Behinderung von Lebensentwürfen, als sozialer Druck – dort hat sie vor allem negative Auswirkungen“ (Walach/Kohls 2008, S. 44). Aber auch der Spiritualitätsbegriff, der in der religionspsychologisch orientierten Forschung Konjunktur hat, weil er als konfessionsübergreifender und konzeptionell offener als der Religionsbegriff gilt, zeigt sich im Kontext der analysierten gesundheitswissenschaftlichen Literatur zumindest auf bestimmte Themen- und Forschungsfelder verengt.

### *Spiritualität im Public Health-Diskurs*

Die diagnostizierte Dominanz des Religionsbegriffs im untersuchten Textkorpus ist nicht nur darauf zurückzuführen, dass christliche Religion(en) in Deutschland noch immer eine wichtige Stimme im ethisch-politischen Gesundheitsdiskurs darstellen. Wahrscheinlich spielen auch theoretisch-methodische Voraussetzungen in der Gesundheitswissenschaft eine Rolle: Die zumeist epidemiologisch ausgerichteten Public Health-Studien begreifen Religion – wenn sie diese überhaupt miterfassen – vor allem im Sinne von Konfessionszugehörigkeit, ziehen diese also lediglich als (nur sehr begrenzt aussagekräftige) demographische Variable mit in Betracht. Es ist klar, dass der komplexe Zusammenhang zwischen Religion und Gesundheit nicht annähernd dadurch erklärt werden kann, dass eine positive oder negative Korrelation zwischen Religionszugehörigkeit und bestimmten Gesundheits- oder Lebensqualitätsmaßen gemessen wird. Es kommt vielmehr auf die Verschränkung vieler Faktoren an, beispielsweise darauf, ob die befragte Person sich in der Kirche, der sie formal angehört, engagiert und aufgehoben fühlt.

Spiritualität hingegen ist ein Konzept, das trotz seines (katholisch-)christlichen Ursprungs (Baier 2006, S. 21-29; Schmucker 2009, S. 67-68) in der Regel als scheinbar

transkonfessionelle Sinnsuche und -gestaltung bzw. als individueller Transzendenzbezug in postsäkularen westlichen Multioptionsgesellschaften verstanden wird (Knoblauch 2006). Die verbreitete Tendenz, Religion(en) eher mit der öffentlichen Sphäre und institutionell verankerten Gemeinschaften zu assoziieren und Spiritualität(en) im Gegensatz dazu als weitestgehend persönliche Phänomene zu konstruieren, ist auf den zweiten Blick wenig plausibel. Schließlich ist die Bandbreite individueller Erfahrungs- und Glaubensformen auch *innerhalb* kirchlicher Gemeinden groß (Bochinger/Engelbrecht/Gebhardt 2009), und Menschen, die sich dezidiert als spirituell und nicht als religiös bezeichnen, sind oft Teil eines kulturellen Milieus, in dem eine verblüffend hohe Kongruenz von Werten, Denk- und Verhaltensmustern beobachtet werden kann (im Hinblick auf die New Age Bewegung siehe z.B. Hanegraaff 1996). Aber diese oft implizite Dichotomie zwischen Religion und Spiritualität mag ein Grund dafür sein, dass der Terminus *Religion* im Rahmen der Public Health-Forschung, wenn überhaupt, dann nur sehr langsam vom Spiritualitätsbegriff verdrängt zu werden scheint.

Die verbreitete Tendenz, Religion mit Institution und Spiritualität mit Individualität zu assoziieren, könnte begreiflich machen, warum Kategorien wie *Migration*, *Gesundheitspolitik*, *Recht* oder *Ökonomie* zwar in der Textgruppe ‚Religion‘ häufig vergeben worden sind, aber in der Textgruppe ‚Spiritualität‘ kaum oder nicht vorkamen. Während also gerade die erste und wichtigste Facette (öffentliche Gesundheit) des gesundheitswissenschaftlichen Religionsdiskurses im Spiritualitätsdiskurs fehlt, können die beiden anderen übergreifenden Kategorien auch aus den 6 Schlagworten gebildet werden, die am Häufigsten innerhalb der Textgruppe ‚Spiritualität‘ identifiziert worden sind: Auch Spi-

ritualität wird als eine präventiv wirksame persönliche Gesundheitsressource aufgefasst und im Hinblick auf den individuellen Umgang mit Grenzsituationen wertgeschätzt. Eine besondere Bedeutung kommt dem Begriff *Spiritualität* dabei in palliativmedizinischen Kontexten zu. Dies ist vermutlich auch darauf zurückzuführen, dass die WHO (2011) ihn in ihrer Definition von *palliative care* explizit verwendet hat. Für die wichtige Rolle des Spiritualitätskonzepts in diesem Zusammenhang spricht nicht nur der Umstand, dass Tabelle 5 von der Kategorie *Palliativmedizin* angeführt wird, sondern beispielsweise auch die schon erwähnte einseitige Verwendung des Adjektivs *spirituell* im *Lexikon Gesundheitsmanagement* (Burchert 2011, S. 141, 201). Dieser Befund wird durch eine Durchsicht deutschsprachiger Hand- und Lehrbücher der Palliativmedizin bzw. -pflege neueren Datums bestätigt: Während in der Hälfte der Fälle ein Kapitel zum Thema Spiritualität aufgenommen wurde (z.B. Aulbert/Nauck/Radbruch (Hrsg.) 2008, Kapitel 7; Bausewein/Roller/Voltz (Hrsg.) 2010, Kapitel 18; Kloke/Reckinger/Kloke (Hrsg.) 2009, Kapitel 6; Student/Napiwotzky 2007, Kapitel 10), gibt es nur ein Werk, das eher auf den Komplementärbegriff *Religion* abhebt (z.B. Knipping (Hrsg.) 2008, Teil IV) und drei Bücher, in denen der Sachverhalt nicht eigens beleuchtet wird (Husebø/Klaschik 2009; Kränzle/Schmid/Seeger (Hrsg.) 2010; Weissenberger-Leduc 2008).

Ein weiteres Beispiel möge abschließend die sich abzeichnende enge Verbindung zwischen Spiritualität und Palliativmedizin in der deutschen Gesundheitsforschung weiter beleuchten. Gleichzeitig weist das Beispiel auf die konzeptionelle Verengung hin, die ggf. mit dieser Verknüpfung einherzugehen droht: Das inzwischen in der deutschen Universitätslandschaft institutionell verankerte Schlagwort *Spiritual Care* ist nicht nur be-

griffs-, sondern auch ideengeschichtlich an die (im westlichen Kulturkreis vor allem christlich motivierte) palliativmedizinische Krankenpflege (*Palliative Care*) angelehnt (zur Geschichte des Begriffs vgl. Stolberg 2007). Von den 384 in der Datenbank *Pub-Med* gefundenen Einträgen, die den Begriff *spiritual care* im Titel tragen, beinhalten 277 (ca. 72 %) auch das Wort *nursing* und 87 (ca. 23 %) das Adjektiv *palliative* im Titel und/oder im Abstract (Stand: 12.03.2011). Der Jesuit und Arzt Eckhard Frick (2011, S. 407) argumentiert zwar, dass das Konzept trotz seiner Herkunft „nicht auf die Rahmenbedingungen von Sterben und Tod [...] eingengt werden“ sollte, sondern der ursprüngliche „Kontext des Lebensendes [...] vielmehr exemplarisch für alle Schwellensituationen des Lebens“ stünde. Aber damit öffnet er das Konzept noch nicht explizit für die religiöse/spirituelle Gesamtbiographie und die alltäglichen Herausforderungen des Menschen: Spirituelle Überzeugungen und Verhaltensweisen sind für Gesundheitsforschung und -förderung nicht nur in medizinisch-psychologisch definierten Grenzsituationen (z.B. Geburt, Krankheit, Alter, Tod) von Wichtigkeit, sondern sollten auch in ihrem übergreifenden soziokulturellen und lebensgeschichtlichen Kontext analysiert werden.

### Schlussfolgerungen

Die systematische Erforschung von Religion(en) und Spiritualität(en) als potentiell gesundheitsrelevante Faktoren ist ein Desiderat in der deutschen Gesundheitswissenschaft. Obwohl es vielfältige Verbindungen zwischen gesundheitlichen und religiösen Aspekten gibt, die nicht mysteriöser Natur, sondern, ganz im Gegenteil, Gegenstand seriöser Forschung sind, finden sich nur vereinzelt Hinweise auf dieses Themengebiet in einschlägigen Einführungen in die Gesundheitswissenschaft, gesundheitswissenschaft-

lichen Hand- und Wörterbüchern sowie Fachzeitschriften.

Die Tendenz, die gesundheitliche Bedeutung von Religion bzw. Spiritualität erst am Ende des Lebens zuzuerkennen, also dann, wenn Betroffene sich mit größerer Wahrscheinlichkeit mit dem Sinn des Lebens und einem etwaigen postmortalen Dasein auseinandersetzen, kann dazu führen, dass die teils das alltägliche Gesundheitsverhalten und -bewusstsein prägende Kraft religiöser/spiritueller Lebensorientierungen und Praktiken zu wenig Berücksichtigung findet. Dabei bietet doch gerade die interdisziplinäre und methodenplurale Gesundheitswissenschaft die Chance, die gesundheitliche Relevanz religiöser und spiritueller Faktoren in allen Lebensbereichen und -situationen zu erfassen. Zudem könnte sie ein verkürztes Religions- bzw. Spiritualitätsverständnis, das entsprechende Engführungen bedingen kann, um die notwendige sozialmedizinische und religionssoziologische Perspektive ergänzen (vgl. auch den Hinweis bei Badura 2011, S. 28). Der (zu Unrecht anachronistisch wirkende) Religionsbegriff, der den gesundheitswissenschaftlichen Diskurs in Deutschland derzeit dominiert, erinnert daran, dass eine gesellschaftlich-systemische Sicht auf Religion bzw. Spiritualität für die Gesundheitsforschung von Belang ist. Beide Phänomene können und dürfen trotz der makrosozial bedingten bzw. ermöglichten Subjektivierung des Glaubens nicht ausschließlich individualpsychologisch verstanden werden. Im Idealfall kreist auch die gesundheitsbezogene Religionsforschung um das *crux interpretum* jeder sozialwissenschaftlich orientierten Disziplin: um das nur schwer fassbare Verhältnis zwischen Mikro- und Makroebene. Wenn man denn die üblich gewordene heuristische Differenzierung von Religion (im Sinne von Kirchlichkeit) und Spiritualität (im Sinne autonomer Suchbewegungen) ak-

zeptieren mag, so lässt sich dieses Kreisen präzisieren: Es geht um den Zusammenhang zwischen Gesundheit/Krankheit und Spiritualität(en) in religiösen Milieus unter den Rahmenbedingungen eines spezifischen Gesundheitssystems sowie eines bestimmten soziokulturellen Umfeldes.

Es ist Zeit, dass die in den USA bereits florierende Erforschung der „Religion-Health Connection“ um eine möglichst ideologiefreie gesundheitswissenschaftliche Perspektive ergänzt wird. Die in den Tabellen 5 und 6 aufgeführten Leuchtturmbeispiele zeigen bereits an, wie vielversprechend und vielseitig ein solches Unterfangen sein kann. Die seit 2002 steigende Zahl gesundheitswissenschaftlicher Beiträge, die religiöse und/oder spirituelle Aspekte zumindest tangieren, könnte ein Hinweis darauf sein, dass dem gegenwärtig noch marginalisierten Thema Religion/Spiritualität zukünftig mehr Aufmerksamkeit in der deutschen Public Health-Forschung geschenkt werden sollte.

## Referenzen

1. Aaron KD, Levine D, Burstin HR (2003): African American Church Participation and Health Care Practices. *Journal of General Internal Medicine* 18(11); 908-913
2. Allegranzi B, Memish ZA, Donaldson M, Pittet D (2009): Religion and Culture. Potential Undercurrents Influencing Hand Hygiene Promotion in Health Care. *American Journal of Infection Control* 37(1); 28-34
3. Aulbert E, Nauck F, Radbruch L (Hrsg.) (2008): *Lehrbuch der Palliativmedizin*. Schattauer, Stuttgart New York
4. Badura B (2011): Kooperation und Gesundheit. Zur Rolle der Soziologie in den Gesundheitswissenschaften. In: Schott T, Hornberg C (Hrsg.): *Die Gesellschaft*



- und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health. Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. VS Verlag, Wiesbaden
5. Baier K (2006): Unterwegs zu einem anthropologischen Begriff der Spiritualität. In: K. Baier K, Sinkovits J (Hrsg.): Spiritualität und moderne Lebenswelt. LIT, Wien: LIT
  6. Baumann K (2008): Macht Glaube gesund? Zum Effekt religiösen Glaubens in Prävention und Krankheitsbewältigung. *Prävention: Zeitschrift für Gesundheitsförderung* 31(2); 61-64
  7. Bausewein C, Roller S, Voltz R (Hrsg.) (2010): Leitfaden Palliative Care. Palliativmedizin und Hospizbetreuung. Urban & Fischer, München
  8. Becker T, Knapp M, Chisholm D, McCrone P, Knudsen HC, Schene A, Thornicroft G, Leese M, Tansella M, Vázquez-Barquero, EPSILON Study Group (2002): Die EPSILON-Studie. Versorgung von Patienten mit Schizophrenie in fünf europäischen Zentren. *Journal of Public Health* 10(1); 72-94
  9. Bergdolt K (2004): Das Gewissen der Medizin. Beck, München
  10. Bergler R (2009): Psychologie der Hygiene. Steinkopff Verlag, [o. A.]
  11. Bleiler L-M (2010): Strafbarkeitsrisiken des Arztes bei religiös motiviertem Behandlungsveto. Springer, Berlin Heidelberg
  12. Bochinger C, Engelbrecht M, Gebhardt W (2009): Die unsichtbare Religion in der sichtbaren Religion. Formen spiritueller Orientierung in der religiösen Gegenwartskultur. Kohlhammer, Stuttgart
  13. Borck S (2006): Seelsorge und Palliativmedizin. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 49(11); 1122-1131
  14. Brewer EDC (1979): Life Stages and Spiritual Well-Being. In: Moberg DO (Hrsg.): *Spiritual Well-Being. Sociological Perspectives*. University Press of America, Washington
  15. Bruchhausen W (2011): Beziehungen zwischen Gesundheit und Religion von der Frühgeschichte bis zur Neuzeit. In: Klein C, Berth H, Balck F (Hrsg.): *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Juventa, Weinheim München
  16. Brüggemann S, Irle H, Mai H (2007): *Psychembel Sozialmedizin*. Walter de Gruyter, Berlin New York
  17. Brzoska P, Razum O (2009): Krankheitsbewältigung bei Menschen mit Migrationshintergrund im Kontext von Kultur und Religion. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 18(3-4); 151-161
  18. Burchert H (2011): *Lexikon Gesundheitswesen*. NWB Verlag, Herne
  19. Büssing A (2008): Spiritualität. Inhaltliche Bestimmung und Messbarkeit. *Prävention* 31(2); 35-37
  20. Büssing A, Kohls N (Hrsg.) (2011): *Spiritualität transdisziplinär. Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit*. Springer, Berlin Heidelberg New York
  21. Büssing A, Ostermann T, Matthiessen PF (2008): Adaptive Coping und Spiritualität als Ressource bei Krebspatienten. *Prävention* 31(2); 51-53
  22. Carels J, Pirk O (2005): *Springer Wörterbuch Gesundheitswesen. Public Health von A bis Z*. Springer, Berlin Heidelberg
  23. Chatters L (2000): Religion and Health: Public Health Research and Practice. *Annual Review of Public Health* 21; 335-367
  24. Dessio W, Wade C, Chao M, Kronenberg F, Cushman LE, Kalmuss D (2004): Religion, Spirituality, and Healthcare Choices of African-American Women. Results of a National Survey. *Ethnicity & Disease* 14(2); 189-197

25. Dettmeyer R, Schmidt P, Madea B (2000): Rechtsgrundlagen und Ermessensspielräume bei der amtsärztlich angeordneten Obduktion (Verwaltungssektion). *Das Gesundheitswesen* 62; 25-29
26. Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V. (DGPH) (2007-2010a): Einführungs- werke in Public Health. <http://web143. berta.alroma.de/informationen/einfuehrun gswerke/>, <http://www.webcitation.org /5y20kK3E1> (18.04.2011)
27. Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V. (DGPH) (2007-2010b): Fachzeit- schriften. <http://web143.bertha.alroma.de/ informationen/fachzeitschriften/>, <http:// www.webcitation.org/5y20rPCRy> (18.04.2011)
28. Draxler T, Ostermann H, Honekamp W (2011): Relationship between Asian martial arts and health-related quality of life in Germany. *Journal of Public Health* 19(1); 57-64
29. Durkheim É (1984): Die elementaren Formen des religiösen Lebens. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
30. Ellison CG, Levin JS (1998): The Religion-Health Connection: Evidence, Theory, and Future Directions. *Health Education & Behavior* 25(6); 700-720
31. Ellison CG, Taylor RJ (1996): Turning to Prayer. Social and Situational Antecedents of Religious Coping among African Americans. *Review of Religious Research* 38(2); 111-131
32. Etzelmüller G, Weissenrieder A (Hrsg.) (2010): Religion und Krankheit. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
33. Evans-Pritchard EE (1937): Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande. Oxford University Press, Oxford
34. Fehr R (2009): Naturbezüge in der ökologischen Gesundheitsförderung. *Public Health Forum* 17(62); 10-11
35. Fischer M (2009): Das konfessionelle Krankenhaus. Begründung und Gestaltung aus theologischer und unternehmerischer Perspektive. LIT, Münster
36. Frick E (2011): Spiritual Care. In: Klein C, Berth H, Balck F (Hrsg.): Gesundheit – Religion – Spiritualität: Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze. Juventa, Weinheim München
37. Fydrich T, Ülsmann D (2011): Komorbidität chronischer somatischer Erkrankung und psychischer Störungen. Problem in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheits- schutz* 54(1); 108-119
38. Grundmann CH (2006): Health, Healing, and Salvation. Religious Implications of the Quest for Health. In: Difäm (Hrsg.): Religion, Faith and Public Health. Documentation on a Consultation. Difäm Press, Tübingen
39. Grundmann CH (2010): Heilung statt Erlösung? Wege zum Menschen 62(1); 2-15
40. Gutzwiller F (1993): Gesundheitswissen- schaften (Public Health). Eine interdis- ziplinäre Aufgabe. *Sozial- und Präventiv- medizin* 38(1); 1-7
41. Gwilt JR (1987): Public Health in the Bible. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* 107; 247-248
42. Haas V (2003): *Materia Magica et Medica Hethitica*. 2 Bände. Walter de Gruyter, Berlin
43. Haisch J, Weitkunat R, Wildner M (1999): Wörterbuch Public Health. Huber, Bern
44. Hanegraaff WJ (1996): *New Age Religion and Western Culture. Esotericism in the Mirror of Secular Thought*. Brill, Leiden u.a.
45. Hasseler MK, von der Heide M, Indefrey S (2011): Resources and barriers to effective diabetes care management. Experiences and perspectives of people with type 2 diabetes. *Journal of Public Health* 19(1); 65-71

46. Häusermann R, Koelbing H, Biener K (1984): Präventivmedizin in den alten Religionen. Sozial- und Präventivmedizin 29; 72-77
47. Henning A, Greiner W (2000): Organknappheit im Transplantationswesen. Lösungsansätze aus ökonomischer Sicht. Das Gesundheitswesen 62; 93-99
48. Hoheisel K, Klimkeit H-J (Hrsg.) (1995): Heil und Heilung in den Religionen. Harrassowitz, Wiesbaden
49. Holt CL, McClure S (2006): Perceptions of the Religion-Health Connection Among African American Church Members. Qualitative Health Research 16(2); 268-281
50. Huber S (2008): Der Religiositäts-Struktur-Test (R-S-T). Prävention: Zeitschrift für Gesundheitsförderung 31(2); 38-39
51. Hurrelmann K, Laaser U, Razum O (Hrsg.) (2006): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Juventa, Weinheim München
52. Husebø S, Klaschik E (2009): Palliativmedizin. Grundlagen und Praxis. Springer, Berlin
53. Hüsgen H-A (2008): Spiritualität und Gesundheit. Der Selbstbezug zu den besonderen Lebenskräften. Prävention 31(2); 47-50
54. Iannaccone LR, Stark R, Finke R (1998): Rationality and the „Religious Mind“. Economic Inquiry 36(3); 373-389
55. Jensen OM (1983): Cancer Risk among Danish Male Seventh-Day Adventists and other Temperance Society Members. Journal of the National Cancer Institute 70(6); 1011-1014
56. Kahn HA, Phillips RL, Snowdon DA, Choi W (1984): Association between reported diet and all-cause mortality. Twenty-one-year follow-up on 27530 adult Seventh-Day Adventists. American Journal of Epidemiology 119(5); 775-787
57. Karenberg A, Leitz C (Hrsg.) (2000): Heilkunde und Hochkultur I. Geburt, Seuche und Traumdeutung in den antiken Zivilisationen des Mittelmeerraumes. LIT, Münster
58. Karenberg A, Leitz C (Hrsg.) (2002): Heilkunde und Hochkultur II. „Magie und Medizin“ und „Der alte Mensch“ in den antiken Zivilisationen des Mittelmeerraumes. LIT, Münster
59. Khan GM (1982): Personal Hygiene in Islam. Ta-Ha Publishers, London
60. Kiefer F (2010): Neurobiologie und Suchterkrankungen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 53(4); 284-288
61. Kirch W (2004): Journal of Public Health/Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften jetzt im Springer-Verlag Heidelberg. Journal of Public Health 12(1); 1
62. Klein C, Albani C (2011): Die Bedeutung von Religion für die psychische Befindlichkeit. Mögliche Erklärungsansätze und allgemeines Wirkmodell. Zeitschrift für Nachwuchswissenschaftler 3(1)
63. Klein C, Berth H, Balck F (Hrsg.) (2011): Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze. Juventa, Weinheim München
64. Klemperer D (2010): Sozialmedizin – Public Health. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. Hans Huber, Bern
65. Kloke M, Reckinger K, Kloke O (Hrsg.) (2009): Grundwissen Palliativmedizin. Begleitbuch zum Grundkurs Palliativmedizin. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
66. Knipping CH (Hrsg.) (2008): Lehrbuch Palliative Care. Hans Huber, Bern
67. Knoblauch H (2006): Soziologie der Spiritualität. In: Baier K (Hrsg.): Handbuch Spiritualität. Zugänge – Traditionen – Interreligiöse Prozesse. WBG, Darmstadt
68. Koch U, Mehnert A, Strauß B (2011): Psychologische Interventionen bei chronisch körperlich kranken Patienten mit psychischer Komorbidität. Bundesge-

- sundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 54(1); 29-36
69. Koch U, Willich SN (2006): Körper, Psyche, Spiritualität. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 49(8); 719-721
70. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB (2001): Handbook of Religion and Health. Oxford University Press, Oxford u.a.
71. Koller M, Neugebauer EAM, Augustin M, Büssing A, Farin E, Klinkhammer-Schalke M, Lorenz W, Münch K, Petersen-Ewert C, von Steinbüchel N, Wieseler B (2009): Die Erfassung von Lebensqualität in der Versorgungsforschung – konzeptuelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen. Das Gesundheitswesen 71; 864-872
72. Kolta KS, Schwarzmann-Schafhauser D (2000): Die Heilkunde im Alten Ägypten. Franz Steiner Verlag, Stuttgart
73. Kränzle S, Schmid U, Seeger C (Hrsg.) (2010): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. Springer, Berlin
74. Kreß H (2003): Medizinische Ethik. Kulturelle Grundlagen und ethische Wertkonflikte heutiger Medizin. Kohlhammer, Stuttgart
75. Kuratsune M, Ikeda M, Hayashi T (1986): Epidemiologic Studies on Possible Health Effects of Intake of Pyrolyzates of Foods, with Reference to Mortality among Japanese Seventh-Day Adventists. Environmental Health Perspectives 67; 143-146
76. Laaser U, Wolters P (1989): Das Gesundheitswissenschaftliche Graduiertenstudium der Universität Bielefeld im Rahmen vergleichbarer Bestrebungen. Sozial- und Präventivmedizin 34; 223-226
77. Levin JS (1996): How Religion Influences Morbidity and Health: Reflections on Natural History, Salutogenesis and Host Resistance. Social Science & Medicine 43(5); 849-864
78. Levin JS (2009): „And Let Us Make Us a Name“. Reflections on the Future of the Religion and Health Field. Journal of Religion and Health 48(2); 125-145
79. Levin JS, Chatters LM, Ellison CG, Taylor RJ (1996): Religious involvement, health outcomes, and public health practice. Current Issues in Public Health 2; 220-225
80. Levin JS, Chatters LM, Taylor RJ (1995): Religious Effects on Health Status and Life Satisfaction among Black Americans. The Journal of Gerontology Series B 50B(3); 154-163
81. Levin JS, Chatters LM, Taylor RJ (2005): Religion, Health and Medicine in African Americans. Implications for Physicians. Journal of the National Medical Association 97(2); 237-249
82. Levin JS, Schiller PL (1987): Is there a Religious Factor in Health? Journal of Religion and Health 26(1); 9-36
83. Levin JS, Vanderpool HY (1987): Is Frequent Religious Attendance Really Conductive to Better Health? Toward an Epidemiology of Religion. Social Science and Medicine 24(7); 589-600
84. Levin JS, Vanderpool HY (1989): Is Religion Therapeutically Significant for Hypertension? Social Science and Medicine 29(1); 69-78
85. Levin JS, Vanderpool HY (1991): Religious Factors in Physical Health and the Prevention of Illness. Journal of Prevention & Intervention in the Community 9(2); 41-64
86. Linardakis M, Bertias G, Sarri K, Papadaki A, Kafatos A (2008): Metabolic syndrome in children and adolescents in Crete, Greece, and association with diet quality and physical fitness. Journal of Public Health 16(6); 421-428
87. Lütz M (2005): Gesundheit und Anti-Aging. Über Risiken und Nebenwirkungen einer neuen Religion. Deutsche medizi-

- nische Wochenschrift 130; 2952-2955
88. Lütz M (2006): Gesundheit – das höchste Gut? Die religiöse Überforderung des Gesundheitsbegriffs. Bachem, Köln
  89. Lütz M (2008): Erhebet die Herzen, beugtet die Knie. Gesundheit als Religion: Vorsorge, Enthaltbarkeit, Sport – das ist die neue Dreifaltigkeit. Ein Gotteslästerer, der dies bezweifelt. Die Zeit 17 (17.4.2008)
  90. Lux R, Walter U (2006): Bevölkerungsbezogene Etablierung präventiv wirksamer Nahrungs- und Lebensmittelzusätze. Barrieren und Widerstände. Das Gesundheitswesen 68; 383-391
  91. Marckmann G (2009): Ist eine gesetzliche Impfpflicht ethisch zu rechtfertigen? Public Health Forum 17(63); 8-9
  92. Mehnert A (2006): Sinnfindung und Spiritualität bei Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 49(8); 780-787
  93. Mehnert A, Schröder AS, Puhlmann K, Müllerleile U, Koch U (2006): Würde in der Begleitung schwer kranker und sterbender Patienten. Begriffsbestimmungen und supportive Interventionen in der palliativen Versorgung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 49(11); 1087-1096
  94. Meserve HC (1969): Editorial. The Availability of Health. Journal of Religion and Health 8(2); 103-106
  95. Meyer-Steinig T, Sudhoff K (1950): Geschichte der Medizin im Überblick. Gustav Fischer, Jena
  96. Moberg DO (1951): Religion and Personal Adjustment in Old Age. A Study of Some Aspects of the Christian Religion in Relation to Personal Adjustment of the Aged in Institutions. Dissertation, University of Minnesota, Minneapolis
  97. Moberg DO (1953a): Church Membership and Personal Adjustment in Old Age. Journal of Gerontology 8; 207-211
  98. Moberg DO (1953b): The Christian Religion and Personal Adjustment in Old Age. American Sociological Review 18(1); 87-90
  99. Moberg DO (1956): Religious Activities and Personal Adjustment in Old Age. Journal of Social Psychology 43; 261-267
  100. Moberg DO (1974): Spiritual Well-Being in Late Life. In: Gubrium JF (Hrsg.): Late Life. Communities and Environmental Policy. Charles C. Thomas, Springfield
  101. Moberg DO (1979): The Development of Social Indicators of Spiritual Well-Being for Quality of Life Research. In: Moberg DO (Hrsg.): Spiritual Well-Being. Sociological Perspectives. University Press of America, Washington
  102. Moberg DO (2001): The Reality and Centrality of Spirituality. In: Moberg DO (Hrsg.): Aging and Spirituality. Spiritual Dimensions of Aging Theory, Research, Practice, and Policy. The Haworth Press, Binghampton
  103. Mons U, Pötschke-Langer M (2010): Gesetzliche Maßnahmen zur Tabakprävention. Evidenz, Erfolge und Barrieren. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 53(2); 144-151
  104. Moore T (1992): The African-American Church. A Source of Empowerment, Mutual Help, and Social Change. In: Pargament KI, Maton KI, Hess RE (Hrsg.): Religion and Prevention in Mental Health. Research, Vision, and Action. Haworth Press, Binghampton
  105. Murken S (1999): Die John Templeton Foundation. EZW Materialdienst 62; 313-315
  106. Murken S (2008): Das Konzept der Zwölf Schritte und der „Höheren Macht“. Prävention: Zeitschrift für Gesundheitsförderung 31(2); 57-60
  107. Müri W (1986): Der Arzt im Altertum.

- Griechische und lateinische Quellenstücke von Hippokrates bis Galen mit der Übertragung ins Deutsche. Artemis Verlag, München Zürich
108. Nairn RC, Merluzzi TV (2003): The role of religious coping in adjustment to cancer. *Psycho-Oncology* 12(5); 428-441
109. Newman G (1932): *The Rise of Preventive Medicine*. Oxford University Press, London
110. Niehoff J-U, Braun B (2003): *Sozialmedizin und Public Health*. Nomos, Baden-Baden
111. Parr D (2007): *Nichtraucherschutz vom 27.4.2007*. Rede vor dem Deutschen Bundestag. <http://www.detlef-parr.de/files/4041/1204209216.pdf> (18.04.2011)
112. Phillips RL, Kuzma JW (1977): *Rationale and Methods for an Epidemiologic Study of Cancer among Seventh-Day Adventists*. National Cancer Institute Monograph 47; 107-112
113. Phillips RL, Kuzma JW, Beeson WL, Lotz T (1980): *Influence of Selection versus Lifestyle on Risk of Fatal Cancer and Cardiovascular Disease among Seventh-Day Adventists*. *American Journal of Epidemiology* 112(2); 296-314
114. Porter D (1999): *Health, Civilization and the State. A History of Public Health from Ancient to Modern Times*. Routledge, London New York
115. Razum O, Spallek J, Zeeb H (2011): *Migration und Gesundheit*. In: Schott T, Hornberg C (Hrsg.): *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health. Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft*. VS Verlag, Wiesbaden
116. Reuter K, Härter M (2011): *Screening und Diagnostik komorbider psychischer Störungen bei körperlichen Erkrankungen*. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 54(1); 22-28
117. Roviš D (2010): *Capacity building for health promotion and drug prevention in Croatia*. *Journal of Public Health (Online FirstTM)*; [1]-[12]
118. Rudolph U, Schweizer J, Thomas A (2006): *Kontrollüberzeugungen und subjektive Lebensqualität bei chronischen Erkrankungen. Zur Bedeutung von Mechanismen der Krankheitsbewältigung*. *Prävention und Gesundheitsförderung* 1(3); 182-189
119. Sarkar NN (2006): *Emergency contraception. A contraceptive intervention approaching target despite controversy and opposition*. *Journal of Public Health* 14(3); 164-173
120. Scandrett Jr. A (1996): *Health and the Black Church*. *Journal of Religion and Health* 35(3); 231-244
121. Scheier MF, Carver CS (1985): *Optimism, Coping, and Health. Assessment and Implications of Generalized Outcome Expectancies*. *Health Psychology* 4(3); 219-247
122. Schmucker K (2009): *Ist Spiritualität katholisch? Ökumenische Reflexionen*. In: Frick E, Roser T (Hrsg.): *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*. Kohlhammer, Stuttgart
123. Schott T, Hornberg C (2011): *Vorwort*. In: Schott T, Hornberg C (Hrsg.): *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health. Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft*. VS Verlag, Wiesbaden
124. Schott T, Hornberg C (Hrsg.) (2011): *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health. Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft*. VS Verlag, Wiesbaden
125. Schröder-Bäck P (2011): *Ethik und Public Health*. In: Schott T, Hornberg C (Hrsg.): *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health. Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft*. VS Verlag, Wiesbaden
126. Schwartz F, Badura B et al. (Hrsg.) (2003): *Das Public Health Buch*. Urban & Fischer, München Jena

127. Shatenstein B, Ghadirian P (1998): Influences on Diet, Health Behaviors and their Outcome in Select Ethnocultural and Religious Groups. *Nutrition* 14(2); 223-230
128. Shatenstein B, Ghadirian P, Lambert J (1993a): Nutritional Intakes and Some Health-Relevant Behaviours in Ultra-Orthodox (Hassidic) Jewish Sects in Montreal. *International Journal of Food Sciences and Nutrition* 44(2); 105-121
129. Shatenstein B, Ghadirian P, Lambert J (1993b): Influence of the Jewish Religion and Jewish Dietary Laws (Kashruth) on Family Food Habits in an Ultra-Orthodox Population in Montreal. *Ecology of Food and Nutrition* 31(1-2); 27-44
130. Siegrist J (1993): Ziele und Inhalte des Zusatzstudiengangs „Gesundheitswissenschaften und Sozialmedizin“ der Universität Düsseldorf. *Journal of Public Health* 1(2); 185-189
131. Siegrist J (2003): Gesundheitsverhalten – psychosoziale Aspekte. In: Schwartz F, Badura B et al. (Hrsg.): *Das Public Health Buch*. Urban & Fischer, München Jena
132. Snowdon DA (1988): Animal Product Consumption and Mortality because of all Causes Combined, Coronary Heart Disease, Stroke, Diabetes, and Cancer in Seventh-Day Adventists. *The American Journal of Clinical Nutrition* 48; 739-748
133. Staender J (2011): Krankenhaus und Public Health. In: Schott T, Hornberg C (Hrsg.): *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health. Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft*. VS Verlag, Wiesbaden
134. Stiehler M (2001): Gesundheit als Sehnsucht. Religiöse Aspekte des Gesundheitsbegriffs. *Journal of Public Health* 9(1); 24-37
135. Stolberg M (2007): „Cura palliativa“. Begriff und Diskussion der palliativen Krankheitsbehandlung in der vormodernen Medizin (ca. 1500-1850). *Medizinhistorisches Journal* 42; 7-29
136. Student J-C, Napiwotzky A (2007): *Palliative Care. Wahrnehmen – verstehen – schützen*. Thieme, Stuttgart New York
137. Thanner M, Loss J, Nagel E (2010): Ärztliches Leitbild aus vertragsärztlicher Perspektive. *Das Gesundheitswesen* 72(8/9); P35
138. Utsch M, Klein C (2011): Religion, Religiosität, Spiritualität. Bestimmungsversuche für komplexe Begriffe. In: Klein C, Berth H, Balck F (Hrsg.): *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Juventa, Weinheim München
139. Van Ness PH (1999): Religion and Public Health. *Journal of Religion and Health* 38(1); 15-26
140. Van Ness PH (2003): Epidemiology and the Study of Religion. *Religion* 33; 147-159
141. Vinz D, Dören M (2007): Diversity policies and practices. A new perspective for health care. *Journal of Public Health* 15(5); 369-376
142. Walach H (2006): Verfahren der Komplementärmedizin. Beispiel: Heilung durch Gebet und geistiges Heilen. Ein Beitrag zur Diskussion. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 49(8); 788-795
143. Walach H, Kohls N (2008): Spiritualität als Ressource. *Prävention: Zeitschrift für Gesundheitsförderung* 31(2); 42-46
144. Wallace Jr. JM, Forman TA (1998): Religion's Role in Promoting Health and Reducing Risk Among American Youth. *Health Education & Behavior* 25(6); 721-741
145. Waller H (2002): *Gesundheitswissenschaft: Eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health*. Kohlhammer, Stuttgart
146. Weissenberger-Leduc M (2008): *Handbuch der Palliativpflege*. Springer,

- Wien New York
147. Weissenrieder A, Etzelmüller G (2010): Christentum und Medizin. Welche Kopplungen sind lebensförderlich? In: Etzelmüller G, Weissenrieder A (Hrsg.): Religion und Krankheit. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
148. Westendorf W (1999): Handbuch der altägyptischen Medizin. 2 Bände. Brill, Leiden Boston Köln
149. World Health Organization (WHO) (2011): WHO Definition of Palliative Care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, <http://www.webcitation.org/5y21gb6u1> (17.4.2011)
150. Wulff DM (2001-2002): The Psychology of Religion and the Problem of Apologetics. *Temenos* 37-38; 241-261
151. Wunn I (2006): Muslimische Patienten. Chancen und Grenzen religionspezifischer Pflege. Kohlhammer, Stuttgart

Eingereicht: 17.04.2011, Reviewer: Joachim Fischer, Thomas Draxler, N.N., überarbeitet eingereicht: 10.06.2011, online veröffentlicht: 07.08.2011, Layout: Wilfried Honekamp, Korrektorat: Nikola Wiegeler.

Zu zitieren als:

Jeserich F: Religion, Spiritualität und Gesundheitswissenschaft: Eine formale und inhaltliche Analyse deutscher Fachbücher und Zeitschriften. *Zeitschrift für Nachwuchswissenschaftler* 2011/3(1)

Please cite as:

Jeserich F: Religion, spirituality and public health: A formal and content-related analysis of German textbooks and journals. *German Journal for Young Researchers* 2011/3(1)

URL: <http://www.nachwuchswissenschaftler.org/2011/1/60/>

URN: urn:nbn:de:0253-2011-1-607