

Spiritualität, Religiosität und Krankheitsumgang

A. BÜSSING, T. OSTERMANN UND P.F. MATTHIESSEN

Einführung

Der in der heutigen Zeit naturwissenschaftlich arbeitenden Arzt richtet sein Handeln an streng rationalen Gesichtspunkten aus, in denen Aspekte der Religion und Spiritualität zumeist keinen Platz haben. Die Wurzeln hierfür liegen - historisch gesehen - in der Emanzipation der Wissenschaft von religiös-doktrinärer Bevormundung durch kirchliche Institutionen (Walach, 2005). Im Zuge dieser separierenden Entwicklung ist es nicht verwunderlich, dass sich z.B. Wissenschaftler der *National Academy of Science* mehrheitlich skeptisch gegenüber der Existenz einer transzendenten Wirklichkeit zeigten und 93% nicht an einen Gott oder an die Unsterblichkeit der Seele glauben (Larson und Witham, 1998). Dies steht jedoch im Gegensatz zur "Normalbevölkerung", die sowohl in den USA als auch in Europa mehrheitlich als religiös im konventionellen Sinne zu bezeichnen ist (Kosmin und Lachman, 1993; Jagodzinski und Dobbelaere, 1993; Gallup, 1995; Koenig, 2003). Unsere Untersuchungen in denen sich ca. 70% der Patienten als religiös, jedoch bis zu 20% als weder religiös noch spirituell und ca. 10% als spirituell, aber nicht religiös eingestellt bezeichneten (Büssing et al., 2004, 2005), bestätigen diese Ergebnisse.

Die Bedeutung von Spiritualität und Religiosität (SpR) als Mittel zur Krankheitsbewältigung wird derzeit nicht nur in der Komplementärmedizin diskutiert. Für viele Patienten ist ihr Glaube eine von vielen möglichen "Bewältigungsstrategien", wie z.B. ein aktives problemorientiertes Coping, Kampfgeist, Ablenkung, Bagatellisierung und Wunschenken, Suche nach sozialer Unterstützung oder Hilflosigkeit und depressive Verarbeitung. Holland et al. (1999) konnten zeigen, dass das Vertrauen eines Patienten in seine spirituellen und religiösen Überzeugungen eher mit einem aktiv-kognitiven als mit einem passiven Copingstil assoziiert ist. Was aber mit dem Begriff Spiritualität tatsächlich gemeint ist, darüber gibt es keinen allgemeinen Konsens. Die Formulierung deckt ein begriffliches Feld ab, das sich im Spannungsfeld religiöser und theistischer Vorstellungen, säkularer humanistisch-existentialistischer Elemente und esoterisch geprägter Heilsangebote bewegt. Dass eine durch den kommerzialisierten "Esoterik-Markt" instrumentalisierte Spiritualität durchaus auch das Bedürfnis nach übersinnlichen Erfahrungen, rascher "exklusiver" Erlösung befriedigt, trägt zur kritischen Voreingenommenheit bei.¹

Eine spirituelle Grundhaltung bzw. religiöse Praxis scheint in der Tat einen günstigen Einfluss auf den Krankheitsumgang zu haben (Übersichten Sloan et al., 1999; Thoresen, 1999; McCullough et al., 2000; Sloan und Bagiella, 2002; Powell et al., 2003; Seeman et al., 2003; Stefanek et al., 2004; Walach, 2005). "Spirituelles Wohlbefinden" scheint zudem insbesondere bei Patienten in finalen Krankheitsstadien vor Depressivität und Verzweiflung zu schützen (Fehring et al., 1997; Nelson, 2002; McClain et al., 2003). Aber es gibt keine Studie, die valide belegen könnte, dass eine SpR-Praxis tatsächlich zu einem längeren Überleben oder gar zu einer Heilung führen könnte. Vielmehr sind es bestimmte Verhaltens- und Ernährungsweisen, die in manchen Religionsgemeinschaften gefördert werden und die dann auch mit einer "gesünderen" Lebensweise assoziiert sind. Auch das soziale Eingebundensein in eine unterstützende Gemeinschaft spielt hier eine bedeutende Rolle, was möglicherweise ebenfalls die Beobachtung erklären könnte, dass ein religiöses Engagement mit einer signifikant verringerten Mortalität assoziiert ist (McCullough et al., 2000).

Letztendlich ist es aber nicht die persönliche Überzeugung von Wissenschaftlern oder die methodologische Qualität der vorliegenden Studien, die für den Patienten von Relevanz sind, sondern seine eigene Einstellung dazu, ob für ihn sein Glaube hilfreich im Umgang mit Krankheit ist oder nicht. So steht auch bei den medizinischen Entscheidungsprozessen von Krebspatienten und ihren Angehörigen an erster Stelle die Meinung des behandelnden Arztes, aber schon an zweiter Stelle ihre Glaubensüberzeugung (Vertrauen in Gott), sogar vor dem Vertrauen in die Medikamente, während die behandelnden Onkologen das Vertrauen in Gott an letzte Stelle setzen (Silvestri et al., 2003).

Die mögliche Diskrepanz der religiösen Einstellungen der Behandelnden und Behandelten mag dazu beigetragen haben, dass die SpR Einstellung der Patienten, die für ihn selber von eminenter Bedeutung im Umgang mit seiner Krankheit sein können, im Arzt-Patienten-Dialog nicht berücksichtigt werden und die "Zuständigkeit" für diese Seite des Patienten an den Pfarrer oder Psychotherapeuten delegiert werden. Es mag auch zutreffen, dass das medizinische Personal keine Zeit, Courage oder tatsächlich Interesse hat, diese Seite des Patienten anzusprechen (Peterson 1985; Peach 2003), oder sich mit einem eingeschränkten Interesse der Patienten konfrontiert sieht, über solch persönliche Dinge überhaupt zu sprechen (Ehman et al., 1999), obwohl es sich viele durchaus zu wünschen scheinen (King und Bushwick., 1994). Murray und et al. (2004) wiesen ausdrücklich darauf hin, dass es den von ihnen untersuchten Krebspatienten in weit fortgeschrittenen Erkrankungsstadien in der Regel sehr schwer gefallen ist, über das beinahe schon tabuisierte Thema wie Glaubensüberzeugungen und Hoffnungen zu sprechen, aber dass die Gespräche, wenn das Vertrauen einmal aufgebaut war, eine befreiende Qualität hatten.

Spiritualität und Krankheitsumgang bei Krebspatienten

Das "spirituelle Wohlbefinden" ist für die Lebensqualität im Endstadium der Krebserkrankung der wichtigste Prädiktor (Brady et al., 1999; McClain et al., 2003). Levine und Tarq (2002) fanden signifikante Korrelationen zwischen "spirituellem Wohlbefinden" und dem funktionellen Wohlbefinden, während der Themenkomplex "Bedeutung und Friede" eher mit dem

¹ Als sehr offenen Konsens hinsichtlich des Begriffes haben wir folgenden Formulierung gewählt (Büssing et al., 2004): „Mit dem Begriff *Spiritualität* wird eine nach Sinn und Bedeutung suchende Lebenseinstellung bezeichnet (die aber nicht notwendigerweise identisch mit Religiosität ist), bei der sich der/die Suchende seines/ ihres "göttlichen" Ursprungs bewusst ist (wobei sowohl ein transzendentes als auch ein immanentes göttliches Sein gemeint sein kann, z.B. Gott, Allah, JHW, Tao, Brahman, Prajna, All-Eines u.a.) und eine Verbundenheit mit anderen, mit der Natur, mit dem Göttlichen usw. spürt. Aus diesem Bewusstsein heraus bemüht er/sie sich um die konkrete Verwirklichung der Lehren, Erfahrungen oder Einsichten im Sinne einer individuell gelebten Spiritualität, die durchaus auch nicht-konfessionell sein kann. Die hat unmittelbare Auswirkungen auf die Lebensführung und die ethischen Vorstellungen“.

körperlichen Wohlbefinden korreliert.

Die meisten Krebspatienten verlassen sich nicht nur auf die konventionellen Therapien, sondern nehmen zusätzliche alternative und/oder komplementäre Angebote wahr. Wer sich diesen Angeboten zuwendet, ist in der Regel deutlich jünger, hat ein höheres Bildungslevel und einen mehr aktiven Coping-Stil und eine stärkere religiöse Einbindung als Patienten, die diese Therapieangebote nicht wahrnehmen (Moschen et al., 2001). Es wurde vermutet, dass die Nutzung alternativer/komplementärer Therapien Ausdruck einer "psychologischen Not" sind, was bei der Betreuung berücksichtigt werden müsse.

Es ist verständlich, dass Patienten mit lebensbedrohenden Erkrankungen in vielen Fällen Hilfe jenseits der konventionellen Angebote suchen und in verzweifelten Fällen auch eine Rückbindung bei einer helfenden Instanz der Religionstraditionen - oder ihre Glaubensüberzeugung enttäuscht in Frage stellen, wenn die Gebete und Wünsche nicht erfüllt wurden. Im Zuge der fortschreitenden Individualisierung und Säkularisierung ist es allerdings unklar, ob und welche Patienten tatsächlich einen Zugang zu SpR suchen und wie dies den individuellen Umgang mit Krankheit beeinflusst. Dazu muss zunächst differenziert werden, ob sich ein Mensch nominell einer Konfession zugehörig empfindet, ob sich seine SpR auch im Alltag äußert oder ob er sich trotz einer möglichen Abwendung von den institutionalisierten Formen der Religiosität dennoch einer spirituellen Quelle verbunden weiß.

Rückbindung und Krankheitsinterpretation

Nach unseren Untersuchungen suchen fast alle Krebspatienten nach Sinn und Halt in ihrem Leben (Büssing et al., 2005). Die Hälfte von ihnen beschäftigt sich infolge ihrer Erkrankung auch wieder mit SpR Fragen und ist zudem der Überzeugung, dass ein Zugang zu einer SpR Quelle ihre Krankheit günstig beeinflussen kann. Aber nur 43% suchen auch einen Zugang zu SpR - vielmehr sind sie der Meinung, dass sie keine SpR Anleitung bräuchten, da sie selber wüssten "wo es lang geht". Etwa die Hälfte ist zudem der Meinung, dass sie keinen Einfluss auf ihr Leben habe, da es vorherbestimmt sei. Jedoch fast alle Krebspatienten kommen durch ihre Krankheit dazu, darüber nachzudenken, was ihnen in ihrem Leben wichtig ist. Für zwei Drittel ist Krankheit ein Hinweis etwas in ihrem Leben zu ändern - die meisten kommen wieder dazu sich mit sich selbst zu beschäftigen und sehen Krankheit sogar als Chance für ihre persönliche Entwicklung an.

Auf die inhaltlich sehr komplexe Frage, ob sie sich vorstellen könnten, dass Situationen und Umstände, die sie heute als belastend oder unangenehm empfinden, später einmal (rückblickend) förderlich für sie gewesen sein werden könnten, antworteten 57% zustimmend und nur 4% ablehnend (Büssing et al., unveröffentlicht). Die Mehrzahl der Patienten (87%) gab an, dass ihre Lebenswege letztendlich doch zu einer Situation geführt haben, mit der sie zufrieden sind. Mit ihrem bisherigen Leben sind nur 9% wirklich unzufrieden. Die meisten von ihnen haben (auch weiterhin) noch viele Wünsche und Träume, die sie verwirklichen möchten, und konnten in ihrem bisheriges Leben viele ihrer Anliegen und Träume verwirklichen (80%).

Hinsichtlich der Möglichkeiten zur Vertiefung ihrer SpR war auffällig, dass nur ein Drittel der Krebspatienten diese durch die gemeinsame Praxis mit anderen erfahren und vertiefen, während zwei Drittel die Praxis alleine und in Stille bevorzugten (Büssing et al., 2005). Hierzu suchen sie besondere Orte auf, an denen sie "auftanken" und Kraft schöpfen können - und zwar auch Patienten, die sich als „weder religiös noch spirituell“ einschätzen (R-S-). Der Trend zur Individualisierung und "Religionsentfremdung" insbesondere bei den Jüngeren könnte sich langfristig für diese als ungünstig auswirken, da für viele Patienten die konventionellen religiösen Institutionen - insbesondere im Alter, wenn auch der Rückhalt einer Partnerschaft wegfällt - eine soziale "Rückhaltgemeinschaft" darstellen, die sich nicht nur über einen gemeinsamen Glauben definiert.

Operationalisierung des Interesses an Rückbindung und der positiven Krankheitsinterpretation

Mit Hilfe des von unserer Arbeitsgruppe entwickelten SpREUK-Fragebogens (Ostermann et al., 2004; Büssing et al., 2005) konnten wir zeigen, dass Frauen ein signifikant größeres Interesse an einer Suche nach sinngebender Rückbindung sowie positiver Krankheitsdeutung ("Krankheitsbotschaft") haben und deutlich häufiger von den günstigen Auswirkungen der SpR auf ihre Lebensbezüge überzeugt sind als Männer, während sich ihr Vertrauen in eine externe Führung nicht graduell von dem der männlichen Patienten unterscheidet (Büssing et al., 2005). Eine geringere Schulbildung korreliert jedoch mit einem geringeren Interesse an einer Suche nach sinngebender Rückbindung und einer geringer ausgeprägten positiven Krankheitsdeutung, während die Krankheitsdauer jedoch keinen Einfluss auf die Ausprägung der Subskalen-Scores hatte (Büssing et al., 2005).

Nach unseren Untersuchungen (Büssing et al., 2005) bezeichneten sich 35% der Krebspatienten als sowohl religiös und spirituell (R+S+) und 37% als religiös, aber nicht spirituell (R+S-), während 12% eine spirituelle, aber nicht religiöse Einstellung hatten (R-S+) und 13% sich als weder religiös noch spirituell bezeichneten (R-S-). Patienten ohne konfessionelle Bindungen haben erwartungsgemäß ein signifikant geringeres Vertrauen in eine externe Führung (Gott) und in die hilfreichen Auswirkungen der SpR auf ihre Lebensbezüge. Dementsprechend haben R-S- Patienten auch ein signifikant geringeres Interesse an einer Suche nach Sinn-gebender Rückbindung, Vertrauen in eine externe Führung sowie eine geringere Überzeugung bzw. Erfahrung, dass SpR günstige Auswirkungen auf ihre Lebensbezüge hat als R+S+, R+S-, oder R-S- Patienten. Während es somit verständlich ist, dass die Ausübungsfrequenz dieser Patientengruppe hinsichtlich der konventionellen religiösen Praxis oder einer unkonventionellen spirituellen Praxis eher gering ist, haben sie jedoch im Vergleich zu den anderen Patienten-Gruppen dennoch auch die niedrigste Zuspruchsrate hinsichtlich der existentialistischen und humanistischen Praxis sowie einer Natur-zuwendenden Praxis (Büssing et al., 2005). Die R-S- Patienten könnten sich als die eigentliche "Problemgruppe" in der Betreuung erweisen, da sich ihre Sinnzusammenhänge vornehmlich über materielle/physische Bedürfnisse definieren. Auch auf die Frage ob sie sich vorstellen könnten, dass Situationen und Umstände, die sie heute als belastend oder unangenehm empfinden, später einmal (rückblickend) förderlich für sie gewesen sein werden könnten, zeigte sie für die R-S- Krebspatienten eine signifikant geringere Zuspruchsrate ($F=5,067$, $p=0,004$; ANOVA) als für die anderen SpR-Haltungs-Gruppen (Büssing et al., in Vorbereitung).

Die Suche nach sinngebender Rückbindung war bei den R+S+ Patienten am stärksten ausgeprägt, sogar stärker als bei den R+S- Patienten. Auffällig ist, dass die Suche nach sinngebender Rückbindung mit einer spirituellen Haltung assoziiert ist (R+S+ und R-S+), während das Vertrauen in externe Führung insbesondere für religiöse Patienten (R+S+ und R+S-) von Bedeutung ist (Büssing et al., 2005). Das Interesse an einer Suche nach sinngebender Rückbindung wird von der SpR-Haltung und dem Geschlecht beeinflusst und die positive Krankheitsdeutung, das Hinhören auf eine „Krankheitsbotschaft“,

vom Geschlecht, während Vertrauen in die Führung durch eine höhere Instanz von der SpR-Haltung und der Konfession abhängig ist (Büssing et al., 2005). Auch für den Benefit in den Lebensbezügen durch SpR ist die SpR-Haltung die entscheidende Einflussgröße, während die Konfessionszugehörigkeit für diese Dimension keinen signifikanten Einfluss hat.

Formen der SpR Praxis

Neben der Bewertung der Einstellung von Krebspatienten zu den für sie möglicherweise hilfreichen Auswirkungen von SpR, darf nicht außer Acht gelassen werden, dass eine grundsätzliche Meinung oder Haltung zu dieser Thematik nicht notwendigerweise gleichbedeutend mit einer tatsächlichen Inanspruchnahme bzw. Umsetzung im Alltag ist. Daher ist die Frage nach einer SpR-Praxis, den „Ausübungsbedürfnissen“ von Krebspatienten von großer Bedeutung, da sich damit Angebote von Krankenhausträgern und individueller Begleiter (Ärzte, Pflegende, Psychotherapeuten, Kunsttherapeuten, Seelsorger, Angehörige) an die Bedürfnisse der Patienten anpassen lassen. Für diese Frage nach den tatsächlichen Formen einer SpR-Praxis wurde von uns das SpREUK-P Manual entwickelt, das neben den konventionellen Formen einer religiösen bzw. spirituellen Praxis auch existentialistisch-humanistische Belange berücksichtigt (Büssing et al., 2005).

Die Ausübungsfrequenz eines sozial wünschenswerten Verhaltens (extrinsische Orientierung) ist deutlich höher als für die Formen einer intrinsischen SpR, die in der Regel auch mit wenig sozialer Aufmerksamkeit belohnt werden. Hinsichtlich der konventionellen religiösen Praxis fällt auf, dass das Beten einen deutlich höheren Zuspruch hat als der Kirchgang (Büssing et al., 2005). Sogar von den Patienten mit einer religiösen Einstellung (R+S+ und R+S-) gingen nur 27% häufig oder regelmäßig (bzw. 64% selten) zur Kirche. Auch die Formen der unkonventionellen spirituellen Praxis (wie z.B. die Meditation), die ein hohes Maß an individuellem Engagement voraussetzen, haben bei den Krebspatienten eine eher geringe Zuspruchsrate, während die Zuwendung zu den Mitmenschen und der Umwelt eine hohe Akzeptanz haben. In Übereinstimmung mit der Zuspruchsrate zur positiven Krankheitsinterpretation („Krankheitsbotschaft“) findet hier die existentialistische Praxis, die Arbeit an und mit sich selbst, ebenfalls einen hohen Zuspruch.

Weibliche Krebspatienten hatten eine signifikant höhere Ausübungsfrequenz für fast alle Formen der SpR-Praxis (Büssing et al., 2005). Besonders ausgeprägt waren die geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich der gängigen Formen der religiösen bzw. spirituellen Praxis. Signifikante Unterschiede fanden sich auch in Abhängigkeit von der Schulbildung, wobei die Natur-zuwendende Praxis und humanistische Praxis von Patienten mit geringerer Schulbildung signifikant weniger häufig ausgeübt wurde, im Trend auch die unkonventionellen spirituellen Praxis. Die Schulbildung hatte jedoch keinen Einfluss auf die Ausübungsfrequenz der konventionellen religiösen Praxis und der existentialistische Praxis.

Wenn man bei Patienten die Scores zur Ausübungsfrequenz der entsprechenden Formen der SpR Praxis untersucht, dann fällt auf, dass ein achtsamer Umgang mit der Umwelt, das Einsetzen für andere und die Arbeit an der eigenen geistigen Entwicklung den höchsten Zuspruch haben, während die Meditation, die Rezitation besonderer Texte oder die Ausübung bestimmter Rituale den geringsten haben (Büssing et al., 2005). Bei Krebspatienten scheinen die auf Sinnstiftung und Umorientierung ausgerichteten spirituellen Praktiken von besonderer Bedeutung zu sein sind.

Hilft das Beten?

Vor einigen Jahren erregte eine randomisierte doppel-blinde Studie bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung Aufmerksamkeit, die den signifikanten Vorteil des fürbittenden Gebetes durch Externe herausstellte (Byrd, 1988). In mehreren Folgestudien wurden die Ergebnisse zum Teil bestätigt, zum Teil nicht (Übersicht bei Townsend et al., 2002; Jonas und Crawford, 2003). Auch wenn insbesondere auf methodologische Mängel in den Studien mit positiven Ergebnissen hingewiesen wurde, so gilt auch hier, dass die Einstellung des Patienten selber von Bedeutung ist, nicht die persönliche Motivation von (zu Recht) kritischen Wissenschaftlern.² Wenn sich der Patient bewusst ist, dass für ihn gebetet wird und er nicht allein gelassen ist, und wenn das Gebet für ihn eine Bedeutung hat, dann ist das für ein enormer Motivationsschub, der seinen Krankheitsumgang positiv beeinflusst. Das fürbittende Beten um eine Besserung bestimmter Lebensumstände war in einer randomisierten Studie von Palmer et al. (2002) tatsächlich auch nur bei den Probanden wirksam, die im vorhinein davon überzeugt waren, dass die entsprechenden Probleme überhaupt lösbar waren.

Eine Patientin aus der Tumorambulanz des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke mit rasch fortschreitendem metastasiertem Bronchialkarzinom berichtete eindrucklich, dass sie sich, nachdem sie in einer Meditationsgruppe und einer Gebetsgruppe Halt gefunden hatte, nun endlich *erlöst* fühle. Ihr ging es nicht darum, dass eine SpR Praxis eine Heilung herbeiführt, sondern ihr beim Umgang mit der Erkrankung und der Finalität hilft. Dies scheint die eigentliche Möglichkeit der spirituellen Praxis zu sein: Sinn, Bedeutung und Halt zu finden. Und dies ist ein höchst subjektiver Prozess (so wie auch "Erleuchtungserfahrungen" von Außenstehenden in der Regel nicht nachvollziehbar sind). Darüber hinaus können individuell gemachte Erfahrungen von Patienten, dass für sie ihr Glaube eben doch "Berge" versetzt hat, nicht in Abrede gestellt werden (diese könnten vielleicht auch im Sinne einer *Synchronizität* interpretiert werden).

Fazit

Spiritualität kann für Patienten als Ressource betrachtet werden, die starke präventive Bedeutung hat (Walach, 2005). In der Betreuung von Patienten sollte sie jedoch nicht auf den Aspekt der "letzten Hoffnung" reduziert werden, wenn Ärzte, Psychologen, Seelsorger u.a. ihn verlassen haben, sondern vielmehr als integraler Bestandteil in der Patientenversorgung berücksichtigt werden, da Einstellung und Überzeugungen des Patienten von ausschlaggebender Bedeutung sind, wie er mit seiner Krankheit umgeht und sein Leben mit oder trotz der Bedrohung gestaltet. Es ist von zentraler Bedeutung, dass die Spiritualität in ihrer besonderen Bedeutung für die Krankheitsbewältigung und die Sinnfindung in der modernen Medizin (wieder) Raum finden muss. In der Palliativmedizin ist es mittlerweile akzeptiert, dass diese Bedürfnisse der Patienten Beachtung finden - aber die Hilfe für die Patienten sollte deutlich früher ansetzen.

Wenn eine spirituelle Praxis jedoch über einfach "wohltuende Effekte" hinausgehen soll, dann setzt dies eine Bereitschaft des Patienten voraus, sich auf diese Ebene einzulassen. Für viele ist es allerdings verunsichernd, wenn sie sich z.B. auf Formen einer spirituellen Praxis einlassen sollen, die einem anderen religiösen und/oder kulturellen Umfeld entstammen. Hier haben

² Hier sein auf eine randomisierte doppel-blinde Studie zum *retroaktiven* Fürbittgebet mit positivem Studienergebnis hingewiesen (Leibovici, 2001).

sich konfessionsneutrale spirituell begründete Interventionsformen, etwa das auf *Achtsamkeit* zurückgehende "Mindfulness Based Stress Reduction" Programm (Kabat-Zinn, 1996; Majumbar et al., 2002) oder die *zentrierende* Meditation (Büssing, 2001), als praktikabel erwiesen. So können sich für den Patienten neue Lebensperspektiven und Sinn-Zusammenhänge erschließen.

Literatur

- Brady M et al.: A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psychooncology* 1999; 8: 417-428.
- Büssing A (Hrsg.) Regen über den Kiefern. Zen-Meditation für chronisch Kranke und Tumorpatienten. Verlag Johannes M. Mayer, Stuttgart; 2001.
- Büssing A, Ostermann T: Caritas und ihre neuen Dimensionen - Spiritualität und Krankheit. In: Patzek M (Hrsg.). Caritas plus. Qualität hat einen Namen. Kevelaer: Butzon & Bercker; 2004: 110-133
- Büssing A et al.: Spirituelle Bedürfnisse krebserkrankter Menschen - Einstellung und Praxis. *Deutsche Zeitschrift für Onkologie* 2005; 37: 13-22
- Büssing A et al.: Search for meaningful support and the meaning of illness in German cancer patients. *Anticancer Research* 2005; 25: 1449-1456
- Büssing A et al: Role of Religion and Spirituality in Medical patients - Confirmatory results with the SpREUK questionnaire. *Health and Quality of Life outcomes* 2005; 3:10 (<http://www.hqlo.com/content/3/1/10>)
- Büssing A et al.: Role of Religion and Spirituality in Medical patients in Germany. *Journal of Religion and Health* 2005; 44 (accepted for publication)
- Byrd RC: Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. *South Med J* 1988;81:826-829.
- Ehman JW et al.: Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? *Arch Intern Med* 1999;159:1803-1806.
- Fehring RJ et al.: Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncol Nurs Forum* 24:663-671, 1997.
- Gallup G: The Gallup poll: Public opinion 1995. Wilmington, DE: Scholarly Resources, 1995.
- Holland JC et al.: The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma. *Psychooncology* 1999;8:14-26.
- Jagodzinski W, Dobbelaere K: Der Wandel kirchlicher Religiosität in Westeuropa. In: Bergmann J, Hahn A und Luckmann Th (Hrsg.). Religion und Kultur. Sonderheft 33 der "Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie". Westdeutscher Verlag, Opladen 1993; S. 68-91.
- Jonas WB, Crawford CC: Science and spiritual healing: A critical review of spiritual healing, "energy medicine", and intentionality. *Alternative Therapies* 2003: 9:56-61
- Kabat-Zinn J: *Gesund durch Meditation. Das grosse Buch der Selbstheilung.* Barth, München, 1996.
- King DE, Bushwick B: Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. *J Fam Pract.* 1994;39:349-352.
- Klein M: Der Esoterik-Boom. Sie wollen sich selbst erlösen. *Idea-Spektrum - Nachrichten und Meinungen aus der evangelischen Welt* 2000;35:16-17.
- Koenig HG: Religion, spirituality and health: an American physician's response. *Med J Aust* 2003;178:51-52.
- Kosmin BA, Lachman SP: *One nation under God.* New York: Harmony, 1993
- Larson EJ, Witham L: Leading scientists still reject god. *Nature* 1998; 394: 313
- Leibovici L: Effects of remote, retroactive intercessory prayer on outcomes in patients with bloodstream infection: randomised controlled trial. *BMJ* 2001;323:1450-1451.
- Majumdar, M et al.: Does mindfulness meditation contribute to health? Outcome evaluation of a German sample. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2002; 8: 719-730.
- McClain CS et al.: Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet* 361:1603-1607, 2003.
- McCullough ME et al.: Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health Psychology* 2000;19:211-222.
- Moschen R et al. Use of alternative/complementary therapy in breast cancer patients - a psychological perspective. *Support Care Cancer* 2001;9:267-274.
- Murray SA et al.: Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliative Medicine* 2004;18:39-45.
- Nelson CJ et al.: Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics* 43:213-220,2002.
- Ostermann T. et al.: Pilotstudie zur Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung spiritueller und religiöser Einstellung und des Umgangs mit Krankheit (SpREUK). *Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd* 2004;11:346-353
- Peach HG: Religion, spirituality and health: how should Australia's medical professionals respond? *Med J Aust* 2003;178:86-88.
- Peterson EA: The physical, the spiritual: can you meet all of your patient's needs? *J Gerontol Nurs.* 1985;11:23-27.
- Schnabel U: Wie man in Deutschland glaubt. *Die Zeit*, 22. Dezember 2003: 34-35
- Seemann T et al.: Religiosity/Spirituality and Health. A critical review of the evidence for biological pathways. *American Psychologist* 2003;58:53-63.
- Sloan RP et al.: Religion, spirituality, and medicine. *The Lancet* 1999;353:664-667.
- Sloan RP, Bagiella E: Claims about religious involvement and health outcomes. *Annals of Behavioral Medicine* 2002;24:14-21.
- Stefanek M: Religion, spirituality and cancer: Current status and methodological challenges. *Psychooncology*. 2004 (In press)
- Thoresen CE: Spirituality and Health: Is There a Relationship? *Journal of Health Psychology* 1999;4:291-300.
- Townsend et al.: Systematic review of clinical trials examining the effects of religion on health. *South Med J* 2002;95:1429-1434.
- Walach H: Spiritualität als Ressource - Ein neues Forschungsfeld und seine Chancen und Probleme. *Deutsche Zeitschrift für Onkologie* 2005; 37: 4-12
- Weber S, Frick E: Zur Bedeutung der Spiritualität von Patienten und Betreuern in der Onkologie. *Manual Psychooncologie.* München: Zuckschwerdt Verlag; 2002:106-109.