

# Religiosität

## – Ein Element der Lebens- und Leidbewältigung bei TumorpatientInnen – Empirische Befunde und ihre Bedeutung für die psychosoziale Patientenbegleitung

### 1. Befunde zu Wechselwirkungen zwischen Gläubigkeit/Religiosität und gesundheitlichem wie seelischem Wohlbefinden

Vor allem in USA sind in den vergangenen Jahrzehnten zahlreiche empirische Untersuchungen zur Wechselwirksamkeit von Gläubigkeit/Religiosität und a) gesundheitlichem Wohlbefinden bzw. b) psycho-sozialer Lebenszufriedenheit<sup>1</sup> vorgenommen worden<sup>2</sup>.

\* Über **35 Untersuchungen in den USA, Kanada und Deutschland** stellten einen positiven Zusammenhang „zwischen einem persönlich bedeutsamen **Glauben** einerseits **und Lebenszufriedenheit**, Glücklichkeit, positiver Gestimmtheit **und Sinnorientierung** andererseits“ fest<sup>3</sup>. Damit sind unbestritten affektive wie kognitive Streßbewältigungshilfen

---

<sup>1</sup> Die Literatur zum Thema Lebenszufriedenheit oder Wohlbefinden im englischsprachigen Raum zum Stichwort „subjective well-being“ ist unübersehbar. Diener, E. D. zählt allein zwischen 1967 und 1984 über 700 Studien zu diesem Thema (vgl. Diener, E. D., Subjective well-being, in: Psychological Bulletin 95. (1984) 542). Lebenszufriedenheit wird dabei durchaus unterschiedlich konzeptualisiert, etwa „als Ergebnis **kognitiver Bewertungsprozesse**, welche von Vergleichen sowohl mit wichtigen sozialen Bezugspersonen als auch mit vergangenen Lebenserfahrungen sowie von Erwartungs/Wert-theoretischen Erwägungen abhängen, vorübergehende oder dispositionelle Folge oder **Begleiterscheinung** der Aktualisierung **von Bedürfnissen** oder Lebenszielen, Resultat erfolgreichen Handelns nach dem hedonistischen Prinzip der **Lust-Maximierung** (anreiztheoretische Konzeption), durch **Lernprozesse gebildete Persönlichkeitsdisposition**, Lebensumstände in einer positiven Weise zu erleben, Funktion **situativer Faktoren**, etwa der Verfügbarkeit von Information zum Urteilszeitpunkt und der jeweiligen situationsbedingten emotionalen Stimmung“ (Zwingmann, Ch., Religiosität und Lebenszufriedenheit. Empirische Untersuchungen unter besonderer Berücksichtigung der religiösen Orientierung, Regensburg 1991, 21).

<sup>2</sup> Einige Autoren, die den **Zusammenhang von Lebenszufriedenheit und Religion bzw. Religiosität** untersuchen, konnten bei ihren Fragebogenuntersuchungen jedoch keine oder nur schwach positive Korrelationen feststellen. Andere berichten dagegen von deutlicheren Zusammenhängen, wie die Autoren der nachfolgenden Datenbefunde. Vgl. z. B. Chamberlain, K. & Zika, Sh., Religiosity, Life Meaning and Well-being. Some Relationships in a Sample of Woman, in: Journal for the Scientific Study of Religion 27. (1988) 411; Petersen, L & Roy, A., Religiosity, Anxiety, Meaning and Purpose. Religion's Consequences for Psychological Well-being, in: Review of Religious Research 27. (1985) 49-62; Zimmermann, M.: Spiritualität und Positives Denken. Zwei Lebenskonzepte im Vergleich. Eine empirische Studie, Frankfurt/M 1995, 100f.

<sup>3</sup> Grom, B., Gottesvergiftung oder Gottestherapie? in: Psychologie Heute, 24. (1997a) H. 6, 22-24. 26; Eine empirische Erhebung von 1992 zeigt für die deutsche Bevölkerung, „daß sich Menschen, die regelmäßig den Gottesdienst besuchen – sofern sie evangelisch sind – um 16% häufiger und – sofern sie katholisch sind – um 10% öfter als die Nicht-Kirchengänger als mit dem Leben zufrieden bezeichnen“. Ebenfalls geben 37% der West-Deutschen an, daß sie aus dem Glauben „Trost und Kraft“ schöpfen, vgl. ebd. 26. Im Blick auf die Fragestellung dieses Artikels sind die repräsentativen religionspsychologischen Ergebnisse direkt wenig relevant. Für unsere Frage liegen im deutschsprachigen Bereich nur qualitative Untersuchungen mit halbstandardisierten Fragebögen oder Forschungen an kleineren, nicht repräsentativen Patienten- bzw.

angesprochen, die möglicherweise bei der psychisch-kognitiven Verarbeitung einer infausten Tumorerkrankung und der Bewältigung der Terminalphase von nicht zu unterschätzender Bedeutung sein können.

Beim **Phänomen Religiosität** handelt sich um eine geistig und seelisch relevante „Wirk“-lichkeit. Re-ligio heißt vom Wortsinn her *Rückbindung* und meint die Rückbindung einer Person an eine das eigene Lebenssystem trans-zendierende, d.h. überschreitende „Wirk“-lichkeit<sup>4</sup>. Trans-zendierende Re-ligio ist bei der überwiegenden Mehrzahl der Weltbevölkerung durch alle Phasen der Weltgeschichte als „Wirk“-lichkeit anzutreffen. So wie weltweit bei allen Menschen Krankheiten und „Krank-sein“ zu finden sind<sup>5</sup>.

\* Alle Studien, die dem Zusammenhang zwischen **religiösen Überzeugungen** und psychischem und **körperlichem Befinden**<sup>6</sup> im allgemeinen gewidmet waren und in den beiden führenden amerikanischen Psychiatrie-Fachjournalen zwischen 1987 und 1989 publiziert sind, wurden von dem klinischen Psychologen **David Larson**, vom National Institute for Healthcare Research (Rockville, Meryland, USA) systematisch im Sinne einer Metaanalyse zusammengefaßt und ausgewertet.

**Zentrale Ergebnisse dieser Meta-Analyse sind im Blick auf das Gesundsein:**

„Religiosität wirkt sich in 84% der Fälle positiv aus,  
13% neutral und  
nur bei 3% erwies sich Gläubigkeit als gesundheitsabträglich.“<sup>7</sup>

Personengruppen vor.

<sup>4</sup> Die in vielen Religionen einen personalen Charakter besitzt, wie bei den monotheistischen abrahamitischen Religionen: Judentum, Christentum, Islam oder bei den polytheistischen, naturalistischen Religionen Afrikas, Asiens und Amerikas.

<sup>5</sup> Die im Nachfolgenden referierten Forschungsergebnisse aus dem europäisch-nordamerikanischen Raum beziehen sich auf eine Re-ligio, Rückbindung an eine personale „Wirk“-lichkeit, die das eigene Lebenssystem trans-zendiert, überschreitet. Im deutschsprachigen Bereich sind jedoch entsprechende gerontologische und religionspsychologische Forschungen empirischer Art selten, das hängt mit der **angst- und vorurteilsbesetzten Sicht der Religio** in den deutschen Wissenschaften zusammen. Ganz im Gegensatz zur unbefangeneren Forschungspraxis in den angelsächsischen Ländern, insbesondere den USA, die dem Phänomen Religio in Verbindung mit psychischer und somatischer Lebensqualität eine größere Aufmerksamkeit widmen. Differenzierende Untersuchungen zur „Wirk“-lichkeit der Religio bzw. zur Möglichkeit, die Lebensausrichtung zu trans-zendieren, fehlen in Deutschland.

<sup>6</sup> Auch die Datenlage zum Thema **Religiosität und Gesundheit** ist widersprüchlich. Je nach Konzeptualisierung von Religiosität und Gesundheit finden sich positive wie negative Beziehungen. Vgl. z.B. Schmitz, E., Religion und Gesundheit, in: ders. (Hrsg.), Religionspsychologie. Eine Bestandsaufnahme des gegenwärtigen Forschungsstandes, Göttingen 1992, 131-158; Zimmermann, a.a.O., 96-100; Shafranske, E. P., Religion and Mental Health in Early Life, in: Schumaker, J. F. (Hrsg.), Religion and Mental Health, New York 1992, 163-176; Koenig, H. G., Religion and Mental Health in Later Life, in: Schumaker, ebd., 177-188.

<sup>7</sup> Vgl. H.E. , Macht Glauben gesund? in: Psychologie Heute, 24. (1997) H. 6, 21.

**Zusammenfassend** ließ sich inhaltlich bei religiösen Menschen u.a. feststellen, sie

- \* begehen weniger Selbstmorde,
- \* pflegen stärker zwischenmenschliche Beziehungen in Ehe, Freundschaft, Nachbarschaft oder Gemeinde,
- \* kümmern sich um Hilfsbedürftige Mitbürger und Heimbewohner,
- \* sind hoffnungsvoller und optimistischer,
- \* besitzen einen größeren Selbstwert,
- \* können das Leben besser kontrollieren,
- \* konsumieren weitaus weniger Drogen und Alkohol als Nichtgläubige,
- \* haben selbst als Raucher einen geringeren Blutdruck,
- \* fühlen sich nicht so einsam und unglücklich,
- \* sind weniger depressiv,
- \* leiden weniger und
- \* können besser Streß bewältigen<sup>8</sup>.

Von den Autoren wird vermutet, daß religiöse Menschen besser mit Krankheiten und anderen Streßsituationen umgehen können.

\* Insbesondere bei **älteren Menschen** hängen Lebensdauer wie Lebensqualität unter anderem von ihrer Re-ligio, d.h. ihrer Gläubigkeit ab, wie amerikanische Altersforscher festgestellt haben<sup>9</sup>. Eine US-Langzeitstudie am Duke University Medical Center in Durham/**North Carolina**, die über 10 Jahre mit **4.000 Personen** über 65 Jahren durchgeführt wurde, stellt fest, daß regelmäßige Gottesdienstbesucher länger leben und über ein stärkeres Immunsystem verfügen<sup>10</sup>.

---

<sup>8</sup> Auch jüngste US-amerikanische Untersuchungen bestätigen dies; wie aus einer Studie der Gesundheitsbehörden des US-Bundesstaates Kalifornien von **1997** im American Journal of Public Health hervorgeht: Bei **5.286 Kaliforniern**, die regelmäßig zur Kirche gehen, stellt die Untersuchung analog fest daß sie eine geringere Todesrate haben, einen gesünderen Lebensstil pflegen, mehr Sport treiben, weniger Rauchen und mehr soziale Kontakte wahrnehmen. Vgl. pra/cas, US-Studie: Kirchgänger leben länger, in: KNA Basisdienst M9713151, 11.07.1997.

<sup>9</sup> Dank der Entwicklung der medizinischen Kunst liegt das **Sterbealter heute bei 75,6 Jahren** (1996: Frauen 80 und Männer 73 Jahre), **vor ca. 110 Jahren** war das durchschnittliche Sterbealter **37 Jahre** (1881: Frauen 38,4 und Männer 35,5 Jahre) und **vor ca. 250 Jahren** (1738) im Durchschnitt **28,1 Jahre**. Vgl. Imhof, A. E., Ars Vivendi – Von der Kunst, das Paradies auf Erden zu finden, Wien 1992, 225ff. Das heißt, heute ist das Sterben im wesentlichen im höheren Lebensalter zu bewältigen, darum sind die gerontologischen Forschungen zur Religiosität im Alter auch für die Terminalphase des Lebens relevant.

<sup>10</sup> Vgl. chs/prä, US-Studie: Kirchgänger leben länger, in: KNA Basisdienst M199720616, 23.10.1997.

Vermutet wird von den Autoren, daß religiöse Praxis die Immunfunktionen über bisher unbekannte Mechanismen, wie Zugehörigkeitsgefühl, Gemeinschaftserlebnis oder Gebet und Anbetung stärkt. Die amerikanischen Altersforscher Timothy **Johnson** bzw. Martin **Holt** und Morton **Dellman-Jenkins** fanden heraus:

- Re-ligiosität bewahrt vor „Anomie“,  
d.h. vor Sinnverlust und Werteverfall,
- bestärkt Hoffnung und Optimismus,
- erhöht das Selbstwertgefühl,
- bestärkt die Selbstkontrolle,
- reduziert das Einsamkeitsgefühl,
- senkt das Depressionsgefühl,
- läßt Streß leichter bewältigen<sup>11</sup>.

Dies sind Eigenschaften, die bei schweren Erkrankungen, wie malignem, infaustem Tumor oder in der Terminalphase des Lebens für die aktuelle Lebensqualität unbestritten von großer Wichtigkeit sind.

## **2. Wechselwirkungen zwischen Religiosität und Bewältigung von Tumorerkrankungen**

Deutlicher wird die Relevanz dieser religiös geprägten Lebenskompetenzen im Blick auf Tumorpatienten, greift man auf eine Untersuchung zurück<sup>12</sup>, die zu Erwartungen und Problemen von TumorpatientInnen mit Hilfe eines strukturierten Interviews mit 304 zufällig ausgewählten PatientInnen<sup>13</sup> mit und ohne Tumorkrankheit zwischen 20 und 80 Jahren in der Zeit von 1987-1989 aus verschiedenen stationären und poliklinischen Abteilungen der **Medizinischen Hochschule Hannover** von **B. Rossa & B. P. Robra** mit Hilfe von offenen Fragen durchgeführt und ausgewertet wurde. Dabei ergaben sich hinsichtlich der **aktuellen Gedanken und seelischen Probleme** folgende Gewichtungen und Unterschiede zu sonstigen Patienten:

---

<sup>11</sup> Vgl. N. N., Religion: Jungbrunnen für Senioren? – Studien belegen, wie der Glaube die Lebensqualität älterer Menschen beeinflusst, in: Psychologie Heute, 24. (1997) H.6., 21.

<sup>12</sup> Rossa B. & Robra, B.-P.: Erwartungen von Tumorpatienten - Ergebnisse eines strukturierten Interviews, in: Niedersächsisches Ärzteblatt (1991) H.1, 10-14.

<sup>13</sup> Von den sieben offenen Fragen sind im Blick auf unsere Frage relevant: 1. Was bewegt Sie seit Beginn Ihrer Krankheit am meisten? 2. Was erscheint Ihnen für die Zukunft am wichtigsten? Sie wurden Tumorpatienten und einer Kontrollgruppe vorgelegt und beide Gruppen in der Auswertung auf signifikante Unterschiede getestet.

## Gedanken und Probleme von Krebspatienten

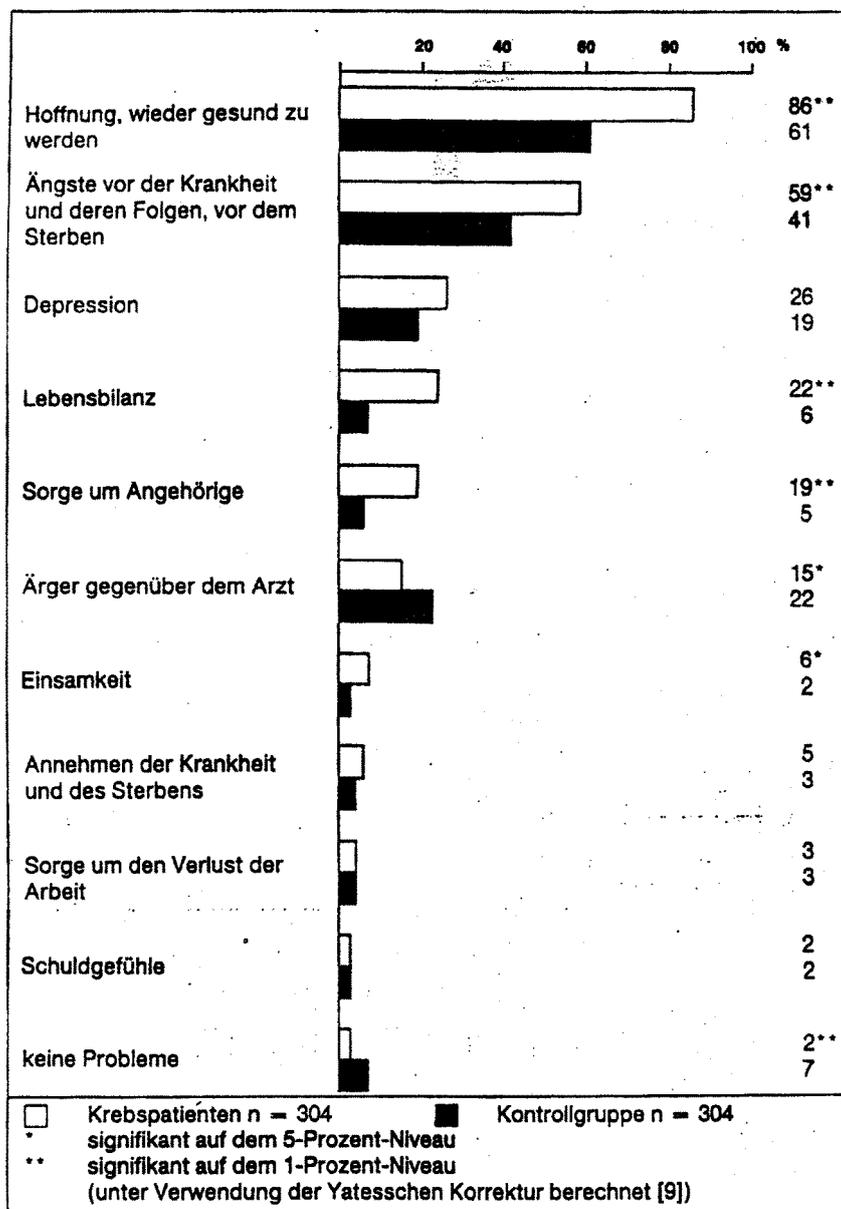


Abb. 1: Aktuelle Gedanken und Probleme von Krebspatienten seit dem maximal 1 Jahr zurückliegenden Beginn ihrer Erkrankung im Vergleich zur Kontrollgruppe (Mehrfachnennungen möglich)\*

Quelle: Rossa, B., Robra, B.-P., Erwartungen von Krebs-Patienten, Niedersächsisches Ärzteblatt, 1 (1991) 11.

## Die erhobenen Gedanken und Probleme der TumorpatientInnen:

Hoffnung, Angst vor Krankheit und Sterben, Depression, Bilanzierung des Lebens, Einsamkeit, Annehmen der Krankheit und des Sterbens, Schuldgefühle
--

sind der religiös, transzendierenden „Wirk-lichkeit“ engstens verbunden bzw. greifen bei ihrer Verarbeitung auf re-ligiöse „Wirk“-lichkeiten zurück, wie die oben allgemein benannten religionspsychologischen Befunde zur „Wirk“-lichkeit der Religion bzgl. seelischen und körperlichem Wohlbefinden zeigen<sup>14</sup>. So läßt sich für die Bewältigung der Krankheits- wie Terminalphase eines religiösen Tumorpatienten eine helfende und stützende Wirkung vermuten.

\* Erste empirische Hinweise geben die von H. **Piechowiak** an der Universitätsfrauenklinik **Zürich und Basel 1986** erhobenen Daten zur Wechselbeziehung zwischen **Religion und Gesundheit**<sup>15</sup> insbesondere bei **Tumorerkrankung**. Die **Auswertungen seiner Tumorstatistiken** legen die Vermutung nahe, daß menschliche Gesundheit u.a. mit Religiosität zusammenhängen kann. Das mag darauf zurückgehen, daß psychosozialer, zwischenmenschlicher Streß ebenso wie die existentielle Leidens-„Wirk“-lichkeit: Angst und Depressivität - die körpereigene Abwehr gegen das Tumorgewebe schwächen, wie **Piechowiak** vermutet. Zwischen Streß, Angst und Depressivität scheint mit Lebenssinndeutungen<sup>16</sup>, Lebenswertkonzepten wie Lebensgestaltung ein Zusammenhang zu bestehen, wie seine Forschungen vermuten lassen.

---

<sup>14</sup> Auch in anderen Beiträgen des 10. Dresdner Hämatologisch-Onkologischen Gespräches zum Thema Krankheitsbewältigung und Lebensqualität – Herausforderung für Patienten mit Hilfe von Gesellschaft, vom 28./29.11.1997 in Dresden wurde dies deutlich, vgl. die Beiträge von V. Engelhardt, Husebö, Aulbert, Leuschner, u.a.

<sup>15</sup> Vgl. Piechowiak, S., Religionsspezifische Lebensweisen und Häufigkeit von Tumorerkrankungen – Eine Übersicht epidemiologischer Daten, in: Deutsches Ärzteblatt – Ärztliche Mitteilungen 82. (1985) 1-9.

<sup>16</sup> Wie bekanntlich **Viktor E. Frankl** durch seine Fallanalysen allgemein nachzuweisen versuchte, besteht zwischen Sinnlosigkeits- und Leeregefühlen einerseits und psychophysischer Krankheitsanfälligkeit andererseits ein Zusammenhang, d.h. daß Lebensfrust krank macht bzw. Konflikte auslöst. Sinnverlust und Zweifel am Dasein fördern nämlich laut Viktor E. Frankl nicht nur Apathie, Resignation, Hoffnungslosigkeit und Selbstaufgabe, sondern auch Neurosen und Depressionen, Suchtneigung und psychosomatische Störungen. Bevor hier eine gezielte Logotherapie Hilfe bringen kann, muß freilich die auf Sinnfrustration zurückgehende Problematik eindeutig erkannt werden. Zu den Prinzipien der Logotherapie von Viktor E. Frankl gehört, daß der Mensch „ein Wesen auf der Suche nach Sinn“ ist. Wird in diesem Sinn ein Mensch existentiell frustriert, dann kommt es zu einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung. Vgl. ferner Verres, R., Zur Transzendenz von Hoffnung

\* Eine im **Institut für Caritaswissenschaft in Freiburg von J. Aach** (1994) vorgenommene Untersuchung wurde in der gynäkologischen Abteilung einer kommunalen Klinik in Frankfurt/Main vom 14.06.93 - 25.09.94 in fünf Erhebungszeiträumen bei 30 Frauen durchgeführt, die wegen einer Mammakarzinomerkrankung operativ unter Einschluß einer axilliären Lymphknotenerkrankung behandelt wurden. Mit einem quantitativen wie qualitativen Fragebogeninstrument<sup>17</sup> sollten folgende Fragen untersucht werden:

1. die Frage nach der dominierenden Belastung, der die Patientinnen während der stationären Primärtherapie ausgesetzt sind,
2. die Frage nach ihren Erwartungen und ihrer Einstellung gegenüber der Krankenseelsorge sowie
3. die Frage nach der Bedeutung religiös-spiritueller Ressourcen für die Auseinandersetzung mit spezifischen Tumorerkrankungen in einem diagnosenahen Stadium.

Die qualitativen wie quantitativen Daten wurden von Aach mit entsprechenden statistischen Verfahren ausgewertet<sup>18</sup> und interpretiert. Insbesondere die Ergebnisse zur 3. Untersuchungsfrage nach der Bedeutung religiös-spiritueller Ressourcen für die Auseinandersetzung mit spezifischen Tumorerkrankungen in einem diagnosenahen Stadium sind für diese Ausführungen relevant. Von den 30 Probandinnen wurden 18 Patienten brust-erhaltend und 12 mit Ablatio operiert. 5/6 der Befragten wurden im Zeitraum bis zu 4 Wochen nach der Mitteilung der ersten Diagnose interviewt.

**Altersübersicht<sup>19</sup>:**

Unter 30	1	3%
Unter 40	1	3%
Unter 50	2	6%
Unter 60	15	50%
Unter 70	12	38%
	30	100%

---

bei unheilbaren Krankheiten, in: Logotherapie & Existenzanalyse 5. (1997) 88-102; ders., Zur Transzendenz von Hoffnung bei unheilbar Kranken, in: Logotherapie & Existenzanalyse 5. (1997) 218-221.

<sup>17</sup> Von 40 infragekommenden Patienten waren 30 zur Befragung bereit, d.h. 77,5% der Eingeladenen haben an der Untersuchung teilgenommen.

<sup>18</sup> Vgl. Aach, J., Die Not einer Krankheit als Herausforderung an Glaube und Krankenhausseelsorge – Eine empirische Untersuchung auf der Grundlage einer Patientinnenbefragung während der stationären Primärtherapie, Dissertation, Freiburg 1997.

<sup>19</sup> Berechnet nach Aach, a.a.O., 97.

### Demographische Daten:

23 waren verheiratet,  
23 hatten Kinder und  
7 keine.  
18 besuchten die Hauptschule und  
11 besaßen einen Realschulabschluß.  
10 waren berufstätig und  
20 nicht.

### Kirchliche Situation:

18 gehörten der evangelischen und  
19 der katholischen Kirche an.  
3 waren z.Zt. keine Mitglieder einer Kirche.

### Kontakte mit der Glaubengemeinschaft:

11 keinen  
13 gelegentlichen  
7 regelmäßigen.

Da es sich um eine qualitativ-exemplarische Untersuchung, also nicht um eine quantitativ-repräsentative handelte, waren aus den Interviewinhalten der z.T. offenen Befragung nach der Methode der Inhaltsanalyse von Mayring<sup>20</sup> die bedeutsamen Inhaltsaussagen (Kategorien) zu analysieren. Zusätzlich wurden einige Direktfragen gestellt, die mit Ja oder Nein zu beantworten waren. Ebenfalls lagen einige Antwortkategorien vor, so z.B. nach den Belastungen, die jetzt die Patientinnen besonders treffen. Bei diesen **Belastungsfaktoren** ergab sich folgende Rangreihe:

### Belastungsfaktoren (Auswahl aus Vorgaben) (N=30)<sup>21</sup>:

Kategorie / vorgegebener Belastungsfaktor	Anzahl der Nennungen
Durch meine Erkrankung ist mir bewußt geworden, wie ungeschützt und bedroht mein Leben ist (101)	19 (63,3%)
Ich fürchte, vor einem langen Leidensweg zu stehen (102)	10 (33,3%)
Ich mache mir Sorgen um meine Familie (108)	10 (33,3%)

<sup>20</sup> Mayring, Ph., Qualitative Inhaltsanalyse, Weinheim 1988.

<sup>21</sup> Fünf Patientinnen konnten sich mit keiner der vorgegebenen Belastungen identifizieren.

Mir kommen immer wieder Gedanken an Tod und Sterben (105)	7 (23,3%)
Der Verlust / die operative Veränderung meiner Brust macht mir zu schaffen (110)	7 (23,3%)
Ich habe einfach Angst vor der Zukunft (106)	6 (20%)
Der Verlust / die operative Veränderung meiner Brust beeinträchtigt mein Selbstbewußtsein als Frau (103)	4 (13,3%)
Ich fürchte, nicht mehr wie gewohnt berufstätig sein zu können (104)	4 (13,3%)
Ich denke manchmal, wegen der Operation als Frau nicht mehr so attraktiv zu sein (107)	3 (10%)
Ich bin besorgt, meine Erkrankung und Operation könnten sich nachteilig auf mein Partnerschafts-/Eheleben oder allgemein auf meine Beziehung zu Männern auswirken (109)	2 (6,6%)

Quelle: Aach, J., Die Not einer Krankheit als Herausforderung an Glaube und Krankenhauseelsorge – Eine empirische Untersuchung auf der Grundlage einer Patientinnenbefragung während der stationären Primärtherapie, Dissertation, Freiburg 1997. © Institut für Caritaswissenschaft der Universität Freiburg, Prof. Dr. H. Pompey

Aach faßt diese Kategorien zu Dachkategorien zusammen, wodurch sich folgende **Hauptkategorien der Belastung** ergeben:

**Belastungsfaktoren / Dachkategorien (N=30):**

Dachkategorie / Belastungsfaktoren	Anzahl der Nennungen		
	Trifft zu	Trifft nicht zu	Keine Angabe
Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des Lebens (101; 105)	21 (70%)	4 (13,3%)	5 (16,7%)
Angst vor der Zukunft oder langem Leiden (102; 106)	13 (43,3%)	12 (40%)	5 (16,7%)
Sorge um die Familie, Angehörige (108)	10 (33,3%)	15 (50%)	5 (16,7%)
Infragestellung der weiblichen Identität (103; 107; 109; 110)	8 (26,7%)	17 (56,7%)	5 (16,7%)
Sorge, nicht mehr wie gewohnt berufstätig sein zu können (104)	4 (13,3%)	21 (70%)	5 (16,7%)
Keine Angabe	5 (16,7%)	20 (66,7%)	5 (16,7%)

Quelle: Aach, J., Die Not einer Krankheit als Herausforderung an Glaube und Krankenhauseelsorge – Eine empirische Untersuchung auf der Grundlage einer Patientinnenbefragung während der stationären Primärtherapie, Dissertation, Freiburg 1997. © Institut für Caritaswissenschaft der Universität Freiburg, Prof. Dr. H. Pompey

Es fällt auf, daß diejenigen Belastungskategorien besonders häufig ausgewählt wurden, die eine Nähe zum *Bereich der Re-ligio* bzw. Trans-zendenz (wie Endlichkeit und Angst vor der Zukunft) haben. Dann folgen die Belastungsfaktoren, die *familiäre Kategorien* betreffen. Die

rein lebensimmanenten Belastungsperspektiven (weibliche Identität und Berufsleben) sind dagegen weniger benannt worden.

<b>In der Auseinandersetzung</b> mit der Krankheitssituation können:	
86%	etwas mit Religion und Glauben anfangen
10%	nichts damit anfangen
3,3%	sich diesbezüglich nicht entscheiden.
<b>In der jetzigen Lebenssituation</b> halten ihren Glauben	
76%	für relevant
6,7%	für nicht relevant
6,7%	haben keine Antwort und
10%	geben keine Antwort.

\* Auf vorgegebene Antwortkategorien zu **konkreten Hilfen des Glaubens** wählen im Blick auf praktische Bedeutsamkeit des Glaubens in der Krankheitssituation die Patientinnen folgende Kategorien:

**Die Identifikation mit vorgegebenen Aussagen zur Bedeutung des Glaubens in der Situation der Krankheit (N=30):**

Vorgegebene Aussage / Kategorie	Anzahl der Nennungen
Ich kann Gott im Gebet alles sagen (301)	15 (50%)
Ich bin nicht allein, Gott geht diesen Weg mit mir (309)	13 (43,3%)
Was auch immer geschieht, ich bin in Gottes Hand aufgehoben (302)	12 (40%)
Gott hat mir noch immer weitergeholfen (303)	12 (40%)
Durch den Glauben bekomme ich Kraft, mein Leiden zu bestehen (306)	9 (30%)
Der Glaube ist mir Orientierung und Richtschnur für mein Leben (304)	9 (30%)
Gott bleibt, auch wenn alles vergeht (308)	6 (20%)
Bei Gott weiß ich, daß er mich versteht (305)	5 (16,7%)
Mein Glaube hilft mir, weil ich an eine Leben nach dem Tod glaube (307)	5 (16,7%)

Quelle: Aach, J., Die Not einer Krankheit als Herausforderung an Glaube und Krankenhausseelsorge – Eine empirische Untersuchung auf der Grundlage einer Patientinnenbefragung während der stationären Primärtherapie, Dissertation, Freiburg 1997. © Institut für Caritaswissenschaft der Universität Freiburg, Prof. Dr. H. Pompey

Insgesamt zeigt sich eine **vorrangige Bedeutsamkeit des Gebets** für das psycho-soziale Wohlbefinden wie für das somatische Wohlbefinden auch bei dieser Gruppe der untersuchten tumorkranken Frauen als wichtigste Kategorie. Dies stimmt mit anderen religionspsychologischen Untersuchungen überein. An **zweiter Stelle** steht das Gefühl der **Geborgenheit in Gott** und an **dritter Stelle** die **Gewißheit, daß Gott helfen wird**. Dem folgen an **vierter Stelle**, daß der **Glaube Kraft und Orientierung** gibt in dieser Situation.

Es ist auffällig, daß der religiöse Beziehungsaspekt, insbesondere die personale Gottesbeziehung in ihren unterschiedlichen Dimensionen mit 50%-40% (vgl. die vier ersten Aussagekategorien) bedeutsamer sind als die inhaltlichen Aspekte des Glaubens, die mit 30% gewichtet werden (vgl. die 5. und 6. Aussage)<sup>22</sup>. Psychologisch spiegelt sich darin die grundlegende Bedeutung des Beziehungsaspektes vor dem Inhaltsaspekt einer Kommunikation und Interaktion wieder<sup>23</sup>. Theologisch wird dabei die Bedeutsamkeit von *fides qua creditur* gegenüber *fides quae creditur* sichtbar, d.h. der inhaltliche Glaube setzt die lebendige Glaubensbeziehung zu Gott im Blick auf seine Wirksamkeit voraus<sup>24</sup>.

Mit Ausnahme der positiven **Bedeutsamkeit des Gebetes** scheint für die anderen Hilfsmöglichkeiten positive oder negative **Abhängigkeit** dieser religiös-helfenden Kategorien zur Intensität des **Kontaktes mit einer Glaubengemeinschaft** zu bestehen<sup>25</sup>. So ist bei der Erfahrungskategorie: „**Gott hat mir noch immer geholfen**“, das Fehlen eines Kontaktes zur Glaubengemeinschaft besonders auffällig. Bei der von Aach angewandten Kontingenzberechnung nach dem Chi-Quadratstest ergab sich eine Signifikanz auf dem 5% Niveau<sup>26</sup>.

\* Im Rahmen der **Forschungen des Instituts für Caritaswissenschaft Freiburg** wurde eine weitere Untersuchung von **U. Bickhardt**<sup>27</sup> bei Patienten der Klinik für onkologische Rehabilitation und Nachsorge, Teil der Klinik für Tumorbiologie in Freiburg im Breisgau (im Zeitraum von Mitte März bis April 1996) durchgeführt. Als Befragungsinstrument diente ein

---

<sup>22</sup> Handelt es sich um allgemeine Aussagen zur Gottesbeziehung, sind auch diese wenig relevant (vgl. Aussage 7/8), gleiches gilt für den Inhaltsaspekt des Glaubens (vgl. die 9. Aussage).

<sup>23</sup> Vgl. Watzlawick, P., Menschliche Kommunikation - Formen, Störungen, Paradoxien, Bern <sup>3</sup>1972.

<sup>24</sup> Vgl. Pompey, H. (Hrsg.), Caritas - Das menschliche Gesicht des Glaubens, Würzburg 1997.

<sup>25</sup> Zu den vier am häufigsten in Anspruch genommenen Antwortvorgaben (301; 309; 302; 303) wurden Kontingenztabellen erstellt, die die Beziehung zwischen dem Antwortverhalten und dem Alter der Probandinnen bzw. der Intensität ihres Kontaktes zu ihren Glaubengemeinschaften beschreiben.

<sup>26</sup> Vgl. Aach, a.a.O., 244.

<sup>27</sup> Bickhardt, U., Hoffen wider alle Hoffnung? Religiosität und Krankheitsbewältigung bei Tumorpatienten. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Freiburg 1997.

Fragebogen, der am Institut für Psychologie I der Universität Trier von B. Heselhaus 1993<sup>28</sup> zum Thema *Religion und Krankheitsbewältigung* entwickelt und auf seine zentralen Faktoren untersucht worden war. 48 Fragebogen wurden im Rahmen der Untersuchung ausgeteilt, davon kamen 42 zurück. 32 Fragebögen waren für die Auswertung verwertbar.

**Beschreibung der befragten Patientengruppe:**

<b>Geschlecht:</b>			
65,6 %	der Befragten waren	Frauen	(21)
34,4 %		Männer	(11)
<b>Ehestand:</b>			
8,1 %	waren verheiratet.		
<b>Alter:</b>			
30 – 42	Jahre waren	18,8 %	(6)
43 – 54	Jahre	15,6 %	(5)
55 – 63	Jahre	43,1 %	(17)
65 – 74	Jahre	12,5 %	(4)
<b>Konfession:</b>			
13 Befragte waren	Katholiken	40,6 %	
15	Protestanten	46,9 %	
4	konfessionslos	12,5 %	
<b>Medizinische Daten:</b>			
41 %	waren an Brust-Tumor erkrankt gewesen,		
9 %	an Eierstock-Tumor und		
9 %	an Gebärmutter-Tumor.		
81 %	waren zum Zeitpunkt der Befragung tumorfrei.		
19 %	hatten dagegen zu		
	9 % eine Metastase,		
	6 % einen Rückfall und		
	3 % einen Tumor.		

13 Patienten waren vor weniger als einem halben Jahr erkrankt, bei 19 Patienten reicht der Zeitpunkt mehr als ein Jahr zurück.

\* Die **rein deskriptive Auswertung der Befragung** macht deutlich, daß die Wichtigkeit von Religion und Glaube von mehr als 78,2% positiv eingeschätzt wird.

<sup>28</sup> Vgl. Heselhaus, B., *Religiosität und Krankheitsbewältigung*. Eine empirische Studie zur Krankenhausseele-sorge. Unveröffentlichte Diplomarbeit im Fachbereich I – Psychologie der Universität Trier, Trier 1993.