



Arndt Büssing/Thomas Ostermann

Caritas und ihre neuen Dimensionen

Spiritualität und Krankheit



*Gast bin ich in Deinem Zelt
und Du hörst mein Gebet,
das geschwiegene, geflüsterte –
einfach weil es da ist
und Dich findet, ohne zu wollen.¹*

1. Einführung

Die Utopie eines idealen Umgangs mit Kranken ist stark von der christlichen *Caritas*, dem uneigennütigen und liebevollen Dienst am Nächsten, geprägt. In Einzelfällen mag dem engagierten medizinischen Personal eine solche Hingabe an den kranken Menschen gelingen, aber unter den Bedingungen des heutigen Gesundheitswesens mit einem eingeschränkten finanziellen Spielraum der Krankenhausträger lässt der klinische Alltag dies kaum mehr zu.

Wenn ein Patient mit einer lebensbedrohenden bzw. sein Leben drastisch verändernden Erkrankung konfrontiert wird, dann erwartet er eine adäquate Unterstützung. Zum einen soll das „technisch Machbare“ gemacht werden; andererseits erwartet der Patient eine empathische Zuwendung, die seine unausgesprochenen Ängste, die Wut, Ohnmacht und Verzweiflung berücksichtigt. Dieser Aspekt der Patientenbegleitung ist im Personalschlüssel nicht vorgesehen und vom Krankenhaus-Budget auch nicht gedeckt. Die Zuständigkeit wird

¹ Arndt Büssing, *Am anderen Ufer des Meeres. Zen-inspirierte Psalmen*, Berlin 2003.

an den Psychotherapeuten oder den Seelsorger weiterge-
reicht. Die von ärztlicher Seite *notwendige Caritas* ist auf der
Strecke geblieben. Und die Spiritualität ist im Laufe der Zeit
aus der Medizin ausgetrieben worden.

Auf der Strecke geblieben ist der Patient mit seinen Bedürf-
nissen nach Sinn und Bedeutung in seinem Leben und seiner
Erkrankung. Die sich so artikulierende Suche nach „Ganz-
heitlichkeit“ findet in der modernen Medizin keine adäquate
Berücksichtigung und wird daher oftmals durch fragwürdige
„alternativ-esoterische“ Maßnahmen bedient. Um dieser Ent-
wicklung zu begegnen, kann ein christliches Selbstverständnis
eines konfessionellen Krankenhauses Ansätze bieten, wenn es
auch tatsächlich gelebt und umgesetzt wird. Biscopring (2003)
deutet an, dass frei gemeinnützige Krankenhausträger als eher
empathieorientiert gelten und ihre Stärke in Faktoren wie
Pflegetqualität und Einfühlsamkeit des Personals gesehen
wird. Das christliche Profil könne sogar als „Markenprodukt“
angesehen werden und Spiritualität als „Kapital der Caritas“.

Von Seiten der Wissenschaft zwar darauf hingewiesen, dass
Glaube und Spiritualität wichtige „Bewältigungsstrategien“
sind im Zuge der fortschreitenden Individualisierung und Sä-
kularisierung in Europa (Jagodzinski und Dobbelaere, 1993),
ist es allerdings unklar, welche Patienten tatsächlich einen Zu-
gang zu Religiosität und Spiritualität haben und wie sie vor
diesem Hintergrund mit Krankheit umgehen. Eine sich daran
anschließende Frage ist, ob Ärzte und Pflegende überhaupt in
der Lage sind, den spirituellen Bedürfnissen der Patienten ge-
recht zu werden. Diese beiden Themenkomplexe haben gra-
vierende Auswirkungen in der Profilbildung der konfessionel-
len Krankenhausträger und der Umsetzung ihrer Leitbilder.

2. Erwartungen an Religion und Spiritualität

Es ist selbstverständlich, dass Patienten durch ihre Krankheit
mit der Frage nach dem Sinn und der Bedeutung ihres Lebens
konfrontiert werden und in vielen Fällen eine Rückbindung
(lat. *religare*) an eine höhere helfende Instanz der Religions-

Traditionen suchen (Mk 10,52; Lk 18,42: „Dein Glaube hat dich geheilt!“; siehe dazu auch Matthiessen 2002) – oder ihre Glaubensüberzeugung enttäuscht in Frage stellen. Es scheint ein Fakt zu sein, dass konfessionelle Bindungen (Kirchenzugehörigkeit) und das Vertrauen in eine beschützende Instanz an Relevanz verlieren, während auf der anderen Seite das Bedürfnis nach Bedeutung und Halt in anderen Sinnsystemen (Klein, 2000; Schnabel, 2003; Büssing, 2001) gesucht wird. Viele Menschen sind aber durchaus davon überzeugt, dass Glaube heilen oder zumindest hilfreich bei der Krankheitsbewältigung sein kann. Unsere Patienten meinten z. B.:

- (A2) *„Ich akzeptiere meine Krankheit nicht als Dauerzustand. Mit Gottes Hilfe in mir werde ich wieder gesund werden.“*
- (A24) *„Der feste Glaube an Gott und das Wissen um den Sinn des Lebens lassen mich meine Krankheit besser ertragen.“*
- (A25) *„Je mehr Gottvertrauen ich entwickle, desto mehr Zufriedenheit und Gelassenheit erfahre ich. Ich glaube, dass gerade die Leberentzündung mich darauf ‚hinweisen‘ will, dass ich mich immer mehr von Gott distanziert hatte.“*
- (K55) *„Mein tiefer innerer Glaube an Gott gibt mir vor allem an schlechten Krankheitstagen viel Kraft. Durch ständige Zwiegespräche mit Ihm fühle ich mich nie allein!“*

Eine Patientin aus der Tumorambulanz des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke mit rasch fortschreitendem metastasiertem Bronchialkarzinom berichtete eindrücklich, dass sie, nachdem sie in einer Meditationsgruppe und einer Gebetsgruppe Halt gefunden hatte, sich nun endlich *erlöst* fühle. Ihr ging es nicht darum, dass eine religiöse/spirituelle Praxis zur Heilung führt, sondern ihr beim Umgang mit der Erkrankung und der Finalität hilft. Dies scheint die eigentliche Möglichkeit der spirituellen Praxis zu sein – Bewältigungsstrategien, um Sinn und Halt zu finden.

Spiritualität und Religiosität in der Betreuung von Patienten sollten jedoch nicht auf den Aspekt der „letzten Hoffnung“ reduziert werden, wenn Ärzte, Psychologen, Seelsorger u. a. ihn verlassen haben. Sie sollten vielmehr als integraler Be-

standteil in der Patientenversorgung berücksichtigt werden, da die Einstellung und Überzeugung des Patienten von ausschlaggebender Bedeutung ist, wie er mit seiner Krankheit umgeht und sein Leben mit oder trotz der Bedrohung gestaltet.

Unabhängig von der Frage, ob sich durch Spiritualität/Religiosität tatsächlich der Krankheitsverlauf günstig beeinflussen lässt – und hierzu gibt es insbesondere in der amerikanischen Literatur eine kaum mehr zu ignorierende Datenlage (Übersichten bei Ellison und Levin, 1998; Sloan *et al.*, 1999; Thoresen, 1999; Lukoff *et al.*, 1999; McCullough *et al.*, 2000; Luskin, 2000; Sloan und Bagiella, 2002; Powell *et al.*, 2003; Seeman *et al.*, 2003) –, ist es von wesentlichem Interesse, welche grundsätzlichen Einstellungen Patienten tatsächlich zu diesen Themen haben – insbesondere vor dem Hintergrund zunehmender Individualisierungs- und Säkularisierungstendenzen in Europa. Die Operationalisierbarkeit und Messbarmachung der Spiritualität ist angesichts einer Vielzahl unterschiedlicher Bedeutungsnuancen schwierig. Es wurde von uns daher ein Fragebogen entwickelt, dessen Ziel es ist, die Einstellung von Patienten mit lebensbedrohenden und lebensverändernden Erkrankungen zu Religiosität/Spiritualität und ihrem Krankheitsumgang zu erfassen und zu beschreiben. Der sehr offen gehaltene SpREUK-Fragebogen (Ostermann *et al.*, 2004; Büssing *et al.*, 2004) umfasst in seiner Grundversion folgende Dimensionen: (1) Suche nach sinngebender Rückbindung, (2) Führung, Kontrolle und Krankheitsbotschaft, (A) Support in der Auseinandersetzung mit der Externalität durch Spiritualität/Religiosität und (B) Stabilisierung der inneren Befindlichkeit durch Spiritualität/Religiosität. Die Ergebnisse einer Befragung von 129 Patienten im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke mit diesem Instrument werden im Folgenden dargestellt.

3. Einstellung zu Religiosität und Spiritualität

In unserer Befragung rechneten sich 76 % der Patienten (Geschlechtsverteilung: m/w 2:1; Alter: 54 ± 14 Jahre) nomi-

nell einer christlichen Konfession zu (wobei hier absichtlich nicht zwischen katholischer Kirche und den protestantischen Kirchen differenziert wurde), während 19 % keine Konfessionszugehörigkeit haben und nur 4 % anderen Religionstraditionen folgen (Islam, Buddhismus u.a.). Konfessionszugehörigkeit ist zwar ein gewisses extrinsisches Merkmal der Religiosität, sagt aber wenig über die tatsächliche Religiosität/Spiritualität des Einzelnen aus.

Einige der von uns befragten religiösen Patienten wollten sich offensichtlich von einer falsch verstandenen „Spiritualität“ abgrenzen („Ich bin doch katholisch“), was auch darauf zurückzuführen ist, dass die Begriffe Religiosität und Spiritualität im deutschsprachigen Raum anders besetzt sind als zum Beispiel in Amerika. Während im Spätmittelalter mit Spiritualität noch die Verkündigung, Verbreitung und Vertiefung des christlichen Glaubens gemeint war, verbindet die Mehrzahl der Bevölkerung heute mit dem Begriff überwiegend Inhalte aus dem Bereich der Esoterik.

Definitionen

Mit dem Begriff *Spiritualität* (lat. *spiritus*, Geist) wird im Allgemeinen eine nach Sinn und Bedeutung suchende Lebenseinstellung bezeichnet, bei der sich der/die Suchende 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 gelebten Spiritualität, die durchaus auch nicht-konfessionell sein kann. Dies hat unmittelbare Auswirkungen auf die Lebensführung und die ethischen Vorstellungen. Diese zugrunde liegenden „Erfahrungen“ gehen in der Regel mit einer für Außenstehende kaum nachvollziehbaren „inneren“ Veränderung einher („Erleuchtung“, Gottes-Erfahrung, Wiedergeburt).

Bei einer *Religion* (lat. *religare*, [sich an etwas] zurückbin-

den) handelt es sich um eine Weltanschauung, bei der ein gemeinsamer überlieferter Glaube an eine unbeweisbare, jenseitige, nicht direkt erkennbare Wirklichkeit im Vordergrund steht. Die jeweiligen äußeren Ausprägungen einer Religion (z.B. die besonderen Vorstellungen, Kenntnisse und Rituale im Judentum, Christentum, Islam, Hinduismus, Buddhismus, Konfuzianismus, Taoismus usw.) werden durch bestimmte Personen (z.B. Priester, Mönche etc.) im Sinne einer umfassenden Lehre bewahrt und an die Gläubigen übermittelt. Das individuelle „geistliche Erleben“ kann dabei durchaus von der Lehr-Meinung (Dogmatik) abweichen, bis sie von einem „Oberhaupt“ anerkannt wird. Das Ritual ist dementsprechend Ausdruck einer formalisierten Spiritualität. Die Religiosität drückt sich in der Teilnahme und Befolgung der Glaubensinhalte und -praktiken der Religion aus.

Mit *Esoterik* wird ein (para-)religiöses „Geheimwissen“ bezeichnet, das einem kleinen und exklusiven Kreis von Eingeweihten („Initiierten“) zugänglich ist. Hierbei werden die Vorstellungen und Praktiken aus den unterschiedlichen Religionen, Philosophien und Lebensanschauungen, aber auch der Astrologie, der Magie und dem Okkultismus, miteinbezogen. Die Ausprägungen der verschiedenen Strömungen umfassen z. B. Gebete oder Meditation zur universellen Liebe, Umgang mit der Schöpfung und den Naturelementen, Ernährung, Sexualität, Channeling, Astrologie, Tarot, Pendeln, Reiki, Bachblüten u. v. m. Im Bereich der Esoterik finden häufig Menschen eine spirituelle Heimat, die von der Enge der konfessionellen Dogmatik abgeschreckt oder enttäuscht sind. Auf der anderen Seite befriedigt der kommerzialisierte „Esoterik-Markt“ durchaus auch das Bedürfnis nach übersinnlichen Erfahrungen, rascher „exklusiver“ Erlösung und der daraus resultierenden Machtposition.

Unser Anliegen war es, sowohl Definitionsvorgaben² als auch

² Für die aktuelle Version des SpREUK-Fragebogens wurde jedoch eine Fußnote ergänzt, die offen genug ist, um keine Meinungen und

Begriffe aus dem konfessionell geprägten Umfeld zu vermeiden. Bewusst wurde daher auch die spirituelle bzw. die religiöse Einstellung in zwei separaten Fragen abgefragt.

32 % der Patienten bezeichnen sich als religiös und spirituell (R+S+) und 35 % als religiös, aber nicht spirituell (R+S-), während 20 % weder religiös noch spirituell (R-S-) und 9 % spirituell, aber nicht religiös (R-S+) eingestellt sind. 4 % der Patienten haben hierzu keine Meinung.

Faktorenanalytisch geht es um die „spirituelle Einstellung“ in Skala 1, die thematisch die „Suche nach sinngebender Rückbindung“ abbildet, während die „religiöse Einstellung“ zur Skala 2 gehört, die die Kontrollüberzeugungen nach Rotter (1966) und Levenson (1972) sowie die Frage nach Schicksal und Krankheitsakzeptanz (bzw. Krankheitsbotschaft) anspricht.

4. SpREUK-Scores

Frauen hatten in unserer Untersuchung im Vergleich zu Männern einen leicht höheren (aber statistisch signifikanten) Score für die Skalen 1 und 2. Auffällig war zudem, dass verheiratete Patienten einen geringeren Score für die Skala 1 aufwiesen als Patienten, die mit einem festen Partner zusammenleben (vermutlich weil sie keinen „transzendenten“ Halt brauchen, da sie Sinn und Halt in ihrem Partner gefunden haben), während Patienten ohne feste Partnerschaft (geschieden/allein stehend) auch in der Skala A („Support in der Auseinandersetzung mit der Externalität durch Spiritualität/Religiosität“) deutlich höhere Scores haben.

Erwartungsgemäß hatten Patienten ohne Konfessionszugehörigkeit signifikant geringere SpREUK-Scores als die überwiegend christlich orientierten Patienten (Tabelle 1). Für die

Einstellungen zu suggerieren: „Mit Spiritualität ist *auch* das nicht-konfessionelle ‚Suchen nach geistigen Wahrheiten‘ gemeint. Zudem gibt es sehr wohl auch eine katholische, protestantische, jüdische, islamische usw. Ausprägung der Spiritualität.“

Skala 1 („Suche nach sinngebender Rückbindung“) war auffällig, dass die R+S+ signifikant höhere Level als die R+S- hatten. Sinn-Suche scheint also mit einer spirituellen Einstellung assoziiert zu sein. Ein ähnliches Bild ergibt sich für die Faktoren A und B, welche die positiven Auswirkungen der Religiosität bzw. Spiritualität auf die Lebensbezüge ansprechen.

Tabelle 1: SpREUK-Scores und Religiosität/Spiritualität³

	Anzahl (n = 129)	% ⁴	Skala 1 (54,8±21,5)	Skala 2 (64,9±15,6)	Skala A (59,0±24,0)	Skala B (62,3±25,1)
<i>Konfession</i>			*	**	**	**
Christlich	98	76	55,4±20,6	67,1±14,2	63,9±21,0	64,2±24,2
Andere	5	4	56,9±23,7	80,0±15,2	74,4±22,6	90,0± 9,5
Keine	24	19	41,3±22,4	53,6±15,3	35,0±22,7	48,4±24,7
<i>religiöse Haltung</i>			**	**	**	**
R+S+	41	32	70,3±16,1	69,7±13,6	77,1±15,3	74,4±24,8
R-S-	25	19	32,3±15,5	53,6±16,5	27,9±17,4	46,8±25,4
R+S-	45	35	46,3±18,0	70,0±13,4	60,1±18,2	61,8±22,1
R-S+	12	9	61,2±13,4	59,1±12,8	58,3±21,6	63,0±17,8

5. Religiöse/spirituelle Einstellungen der untersuchten Patienten

Die meisten Patienten nehmen ihre Krankheit hin und tragen sie „mit Fassung“, sie erleben diese aber überwiegend nicht als selbst verschuldet.

Sie haben sowohl Vertrauen in eine höhere Macht, die sie trägt (68 %), als auch in ihre innere Stärke (64 %). Sie erleben ihre Krankheit als Hinweis, etwas in ihrem Leben zu ändern,

³ Die Patienten-Charakteristika und Details der statistischen Auswertung finden sich in: Ostermann *et al.* (2004). Die SpREUK-Scores sind in % angegeben. Abweichungen vom Mittelwert um mindestens 15 % sind fett hervorgehoben.

⁴ Für manche Variablen wurden von einigen Probanden keine Angaben gemacht, so dass nicht immer 100 % erreicht werden. ** p < 0,01 und * p < 0,05 (Kruskal-Wallis-Test für asymptotische Signifikanz).

Tabelle 2: Differenzierung der Patientenaussagen hinsichtlich einer religiösen bzw. spirituellen Einstellung

	+ alle	-	+				-				Signifikanz Chi ²
			R+	S+ R-	R- S-	R+	S+ R-	R- S-	R+	S+ R-	
<i>1: Suche nach sinngebender Rückbindung</i>											
1. Überzeugung einer günstigen Beeinflussung von Krankheit durch Zugang zu einer spirituellen Quelle	38	27	42	55	33	29	18	33	0,121		
2. Wunsch nach einem Zugang zu Spiritualität/Religiosität	25	42	28	64	8	46	18	71	0,009		
3. intensive Beschäftigung mit spirituellen oder religiösen Fragen durch Krankheit	43	38	52	75	4	31	17	88	0,000		
4. Drang zu spiritueller oder religiöser Erkenntnis	31	32	44	46	4	28	18	68	0,000		
5. Menschen können in Spiritualität anleiten und weiterführen	45	36	57	33	24	27	50	68	0,000		
6. braucht keine spirituelle Anleitung, weiß selber, wo es langgeht	39	38	36	50	52	43	25	32	0,125		
7. spirituelle/religiöse Vorstellungen nicht mehr zeitgemäß	10	71	4	8	26	83	83	48	0,003		
8. spirituelle Einstellung	41	33	53	100	0	29	0	84	0,000		
<i>2: Führung, Kontrolle und Krankheitsbotschaft</i>											
9. religiöse Einstellung	66	21	100	0	0	0	83	68	0,000		
10. Leben ist vorherbestimmt	35	53	39	25	29	44	58	50	/		
11. Krankheit hinnehmen und mit Fassung tragen	57	29	57	74	58	31	17	41	/		
12. Arzt oder Therapeut helfen, Krankheit abzuwenden	55	22	62	64	54	19	36	21	/		

	+	-	+				-				Signifikanz Chi²
			R+	S+	R-	R-	S+	R-	R-	S-	
				R-	S-						
13. Vertrauen in eine höhere tragende Macht	67	16	84	58	24	7	17	52	0,000		
14. Vertrauen in innere Stärke	61	17	62	83	53	15	8	29	0,155		
15. Auseinandersetzung mit sich selbst durch Krankheit	67	15	76	83	58	11	17	25	0,099		
16. was zutößt, ist Hinweis, etwas im Leben zu ändern	74	12	77	75	87	11	25	9	/		
* was zutößt, ist selbst verschuldet	22	23	17	25	42	58	50	50	0,032		
* alles dreht sich um Krankheit	40	48	38	50	43	53	50	44	/		
* durch Krankheit um Lebensziel/Lebenssinn betrogen	15	60	16	25	8	60	58	79	/		
* Entwicklung neuer Ziele	47	34	50	33	58	33	50	33	/		
* Krankheit als Chance für innere Entwicklung	60	24	69	75	52	23	25	36	0,157		
<i>A: Support in der Auseinandersetzung mit der Externalität durch Spiritualität/Religiosität (SpR)</i>											
17. Ausübung von SpR spielt wichtige Rolle im Leben	49	36	70	25	0	18	50	96	0,000		
18. bewusster Umgang mit Leben durch SpR	64	16	78	91	20	6	9	60	0,000		
19. tiefere Beziehung mit Umwelt und Mitmenschen durch SpR	60	18	73	67	24	8	17	56	0,000		
20. besserer Umgang mit Krankheit durch SpR	56	25	73	58	16	15	33	64	0,000		
21. geistige und körperliche Gesundheit durch Ausübung der SpR	48	23	58	67	12	21	8	52	0,000		
22. Krankheit wird aufgrund der spirituellen oder religiösen Überzeugungen als förderliches Ereignis für persönliche Entwicklung angesehen	40	37	50	50	12	31	33	68	0,000		
23. Vertiefung der SpR durch Ausübung mit anderen	35	24	49	0	16	41	92	84	0,000		

	+	-	+				-				Signifikanz Chi ²	
			R+		R-		S+		S-			
			R+	R-	S+	S-	R+	R-	S+	S-		
	alle	alle										
24. Vertiefung der SpR durch Ausübung alleine und in Stille	67	25	81	83	20	14	17	64	0,000			
25. besondere Orte fördern SpR	74	19	81	83	56	13	8	44	0,001			
* SpR hilft, wenn wichtige Entscheidungen anstehen	47	29	51	67	40	25	25	48	0,017			
<i>B: Stabilisierung der inneren Befindlichkeit durch Spiritualität/Religiosität</i>												
26. Zufriedenheit und innerer Frieden durch SpR	58	19	59	75	32	18	40	32	0,007			
27. bewusster Umgang mit Leben durch SpR	50	26	64	68	12	15	25	64	0,000			
28. SpR bezieht sich auf höhere Kraft	60	24	72	33	44	15	50	40	0,06			
29. SpR bezieht sich auf innere Kraft, die nichts mit äußeren Mächten zu tun hat	43	32	41	67	52	35	25	32	/			

Angegeben ist der relative Anteil der zustimmenden (+ trifft genau zu bzw. trifft eher zu) und ablehnenden Antworten (- trifft gar nicht zu bzw. trifft eher nicht zu) von 129 Patienten. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden die indifferenten Antworten („kann ich nicht sagen“) nicht mit aufgeführt.

* Diese Fragen sind in der aktuellen Version 1.1 des SpREUK-Fragebogens eliminiert worden.

und setzen sich aufgrund ihrer Erkrankung wieder mehr mit sich selber auseinander; Krankheit wird sogar als Chance für ihre innere Entwicklung angesehen. Es sind nur wenige Patienten (15 %), die sich durch ihre Krankheit um ihr Lebensziel/ihren Lebenssinn betrogen fühlen.

Es sind insbesondere die R+, die ihr Vertrauen in einen höheren, sie tragende Macht setzen und deren Glaube sich auf eine höhere Instanz bezieht (externale Kontrollüberzeugung nach Rotter, 1966 und Levenson, 1972), während die S+R-Vertrauen in ihre innere Stärke haben und sich auch ihre Spiritualität eher auf innere Kraft, die nichts mit äußeren Mächten zu tun hat, bezieht (internale Kontrollüberzeugung) – sie nehmen ihre Krankheit „mit Fassung“ hin. Von einer unbeeinflussbaren schicksalhaften Vorherbestimmung des Lebens (fatalistische externale Kontrollüberzeugung) sind weder die R+ noch die R- so recht überzeugt, sie setzen ihr Vertrauen gleichermaßen in einen helfenden Arzt oder Therapeuten (soziale externale Kontrollüberzeugung).

Weniger eindeutig sind die Antworten des Themenkomplexes der sinngebenden Rückbindung. Dass Krankheit sie dazu gebracht habe, sich wieder mit spirituellen oder religiösen Fragen zu beschäftigen, beantworten 45 % der Patienten zustimmend und 40 % eher ablehnend. Wenn man etwas genauer differenziert, dann sind es 75 % der S+R-, die zustimmen, aber nur 52 % der R+ (vielleicht auch, weil sie sich schon immer mit spirituellen oder religiösen Fragen beschäftigt haben); für die S-R- besteht hierzu erwartungsgemäß wenig Veranlassung (33 %).

Der Überzeugung, dass sie ihre Krankheit günstig beeinflussen können, wenn sie einen Zugang zu einer spirituellen Quelle finden könnten, sind 55 % der S+R-, 42 % der R+ und sogar 33 % der S-R-. Aber nur 8 % der S-R- wünschen sich tatsächlich einen Zugang zu Spiritualität/Religiosität, jedoch 64 % der S+R- (von den R+ sind es nur 28 % – vermutlich weil die meisten schon einen Zugang haben). Die meisten der R- können sich nicht vorstellen, dass sie durch Menschen (z. B. Pfarrer, Lehrer etc.) in ihrer Spiritualität angeleitet werden können, sie sind vielmehr der Auffassung, selber zu wissen,

„wo es lang geht“, während die R+ natürlich von einer personalen Anleitung (auch aufgrund der konfessionellen Konvention) überzeugt sind.

Für die R+ und S+R- spielt die Ausübung von Religion bzw. Spiritualität einstellungsgemäß eine wichtige Rolle in ihrem Leben. Sie sind davon überzeugt, dass Religion bzw. Spiritualität ihnen hilft, mit dem Leben und ihrer Erkrankung bewusster umzugehen, geistige und körperliche Gesundheit zu erlangen, sie zu einer tieferen Beziehung mit der Umwelt und den Mitmenschen verhilft, die innere Kraft gefördert wird und sie bei der Ausübung der Spiritualität Zufriedenheit und inneren Frieden erfahren. Zur Förderung und Vertiefung der Spiritualität oder Religiosität werden von den R+ und S+R- natürlich besondere Orte aufgesucht; es sind aber auch 56 % der S-R-, die besondere Orte aufsuchen. Ob dies Ausdruck eines latenten Spiritualitätsbedürfnisses ist, kann nur vermutet werden.

Entgegen unseren Erwartungen ist es aber eher nicht die *gemeinsame* Ausübung der Spiritualität/Religiosität, die angestrebt wird, sondern die solitäre und individuelle Form. Selbst von den R+, bei denen man den ritualisierten sonntäglichen Gottesdienstbesuch annehmen könnte, sind es nur 49 %, die ihre Spiritualität/Religiosität erfahren und vertiefen, wenn sie gemeinsam mit anderen praktizieren, aber 81 %, wenn sie alleine und in Stille praktizieren.

Die Praxis der Religiosität und Spiritualität wird in einer gerade laufenden Untersuchung unserer Arbeitsgruppe besonders eruiert. Eine Zwischenauswertung an 57 Krebs- und MS-Patienten (Tabelle 3) ergab, dass die konventionellen Formen der religiösen Praxis (Beten, Kirchengang, Lesen religiöser/spiritueller Bücher) von den meisten Patienten *selten* oder *nie* ausgeübt werden. Das Beten wird immerhin noch von 48 % regelmäßig oder häufig praktiziert. Ein großer Anteil rezitiert *nie* bestimmte (z. B. heilige) Texte, übt bestimmte Rituale aus, wendet eine Körper-Geist-Übung an oder meditiert. Ein großer Anteil der Patienten weist eine existenzialistisch und humanistisch geprägte Spiritualität auf: Sie arbeiten *häufig* an ihrer geistigen Entwicklung und versuchen, eine höhere Bewusstseinsstufe zu erlangen, machen sich Gedanken über den

Tabelle 3: Faktorenanalytische und deskriptive Auswertung der religiösen und spirituellen Praxis

	<i>SpREUK 1.1 – P</i>	<i>Ladung</i>	<i>Korrigierte Item-Total-Korrelation</i>	<i>Alpha bei eliminiertem Item</i> ($\alpha = 0,8739$)	<i>regelmäßig (%)</i>	<i>häufig (%)</i>	<i>selten (%)</i>	<i>nie (%)</i>
<i>1: existenzialistisch-naturalistische Praxis</i>								
P14	Arbeit an geistiger Entwicklung	,799	,6475	,8612	27	48	11	9
P17	achtsamer Umgang mit Umwelt	,700	,4341	,8698	55	32	7	0
P15	höhere Bewusstseins Ebene	,681	,7612	,8551	14	30	18	29
P9	Natur-Zuwendung	,628	,5430	,8656	25	52	13	5
P18	heilsame Wirkung auf Umwelt	,590	,4720	,8682	14	43	27	4
P16	Vermittlung positiver Werte und Ansichten	,562	,4842	,8677	20	49	20	7
P11	Erlangung von Erkenntnis	,553	,5996	,8631	30	39	21	4
P13	Arbeit an Selbstverwirklichung	,501	,6251	,8617	23	30	30	11
P12	Alles tun, damit es einem selber gut geht	,388	,2603	,8761	32	32	27	4
<i>2: konventionell religiöse Praxis</i>								
P5	Rezitation besonderer Texte	,732	,2706	,8746	2	11	27	55
P1	beten	,710	,5075	,8669	25	23	34	13
P10	nachdenken über den Sinn des Lebens	,611	,6481	,8619	32	43	18	2
P6	lesen religiöser/spiritueller Bücher	,537	,4521	,8693	7	13	41	30
P2	Kirchgang	,492	,3360	,8727	7	13	54	16

<i>SpREUK 1.1 – P</i>	<i>Ladung</i>	<i>Korrigierte Item- Total-Korrelation</i>	<i>Alpha bei elimi- niertem Item ($\alpha = 0,8739$)</i>	<i>regelmä- ßig (%)</i>	<i>häufig (%)</i>	<i>selten (%)</i>	<i>nie (%)</i>
3: esoterische Praxis							
P7	Anwendung von Körper-Geist-Übungen	,5263	,8662	9	13	25	46
P4	Meditation	,5214	,8663	5	16	25	46
P8	Ausübung bestimmter Rituale	,4125	,8704	5	14	30	41
P3	Einsatz für andere Menschen	,2726	,8746	29	48	18	0

Zwischenauswertung einer laufenden Erhebung (n = 57; Alter: 52 ± 13 Jahre; 64 % weiblich, 36 % männlich; 91 % christlich, 7 % keine Konfession, 2 % fehlend). Fett hervorgehoben sind die Aussagen, denen mindestens 1/3 der Patienten zustimmen. In einigen Fällen wurden keine Angaben gemacht, so dass nicht immer 100 % erreicht wurden. Die Komponenten 1+2-3 erklären 50,2 % der Gesamt-Varianz.

Sinn des Lebens und suchen Erkenntnis (auch über sich selber), versuchen anderen positive Werte und Ansichten zu vermitteln und setzen sich für andere Menschen ein, wenden sich der Natur zu und versuchen sogar *regelmäßig*, achtsam mit der Umwelt umzugehen.

6. Geschlechtsspezifische Unterschiede der Einstellungen und Grundhaltungen

Einen signifikanten Unterschied zwischen den Antworten weiblicher und männlicher Patienten gab es nur für eine einzige Aussage: Frauen erleben ihre Krankheit signifikant häufiger als Chance für die innere Entwicklung als Männer (41 % vs. 29 %, $p = 0,033$; χ^2) – und es sind auch die Männer, die diese Frage häufiger verneinen (Ostermann *et al.*, 2004).

Im Trend sind es auch deutlich weniger Männer, die sich infolge ihrer Erkrankung wieder intensiver mit spirituellen oder religiösen Fragen beschäftigen, für die die Ausübung von Spiritualität/Religiosität eine wichtige Rolle in ihrem Leben spielt und eine Hilfe im Krankheitsumgang ist oder die ihre Spiritualität/Religiosität erfahren und vertiefen, wenn sie alleine und in Stille praktizieren.

7. Auswirkungen

Die Bedeutung von Spiritualität und Religiosität als Mittel zur Krankheitsbewältigung wird derzeit nicht nur in der Komplementärmedizin diskutiert (Matthiessen, 2002). Eine spirituelle Grundhaltung bzw. religiöse Praxis scheint einen günstigen Einfluss auf den Krankheitsumgang zu haben (Übersichten bei Ellison und Levin, 1998; Sloan *et al.*, 1999; Thoresen, 1999; Lukoff *et al.*, 1999; McCullough *et al.*, 2000; Luskin, 2000; Sloan und Bagiella, 2002; Powell *et al.*, 2003; Seeman *et al.*, 2003). Auch wenn die Validität der dieser Meinung zugrunde liegenden Studien von Wissenschaftlern kontrovers diskutiert wird (Sloan *et al.*, 1999; Koenig *et al.*, 1999; Sloan und Bagiella,

2002), so ist doch die Überzeugung der Patienten ausschlaggebend, dass ihnen ihr Glaube im Umgang mit ihrer Krankheit hilfreich ist. In einer Untersuchung von Silvestri *et al.* (2003) fiel auf, dass bei den medizinischen Entscheidungsprozessen bei Krebspatienten und ihren Angehörigen an erster Stelle die Meinung des behandelnden Arztes steht, 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.

Wir konnten nachweisen, dass Patienten ihre Krankheit als Hinweis erleben, etwas in ihrem Leben zu ändern; sie sehen sie sogar als Chance für ihre innere Entwicklung an. Drei-viertel der S+R- beschäftigen sich infolge ihrer Erkrankung (wieder) mit spirituellen oder religiösen Fragen und immerhin ein Drittel der S-R-. Die Patienten mit einer religiösen oder spirituellen Einstellung erleben, dass Religion bzw. Spiritualität ihnen hilft, mit dem Leben und ihrer Erkrankung bewusster umzugehen, eine tiefere Beziehung mit der Umwelt und den Mitmenschen zu erfahren sowie Gesundheit, Zufriedenheit und inneren Frieden zu erlangen. Mit einer lebensbedrohenden Erkrankung konfrontiert, sind viele der Überzeugung, dass sie ihre Krankheit günstig beeinflussen können, wenn sie einen Zugang zu einer spirituellen Quelle finden könnten, sogar ein Drittel der S-R-. Aber von diesen sind es nur sehr wenige, die auch tatsächlich einen Zugang zu Spiritualität/Religiosität suchen, während dies von den meisten der S+R- gewünscht wird. Es scheint also insbesondere die Gruppe der Patienten zu sein, die keinen Bezug mehr zu konfessionellen Strukturen hat, die ein besonderes Bedürfnis nach Sinn und Halt hat und große Hoffnung in die förderlichen Auswirkungen der Spiritualität für ihren Krankheitsverlauf setzt. Aber auch bei einem Drittel der Menschen ohne eine spirituelle oder religiöse Einstellung besteht hier ein Bedarf.

Bei vielen Patienten besteht jedoch ein Bedürfnis nach einer *individualisierten* Spiritualität, weniger nach einer ritualisierten *Communio* – sogar bei den religiös eingestellten Pa-

tienten ist es nur knapp die Hälfte, die ihre Spiritualität/Religiosität erfährt und vertieft, wenn sie gemeinsam mit anderen praktizieren, aber 81 %, wenn sie alleine und in Stille praktizieren. Die vorläufige Untersuchung der religiösen/spirituellen Praxis unserer Patienten deutet an, dass sich die vertikale Interaktion (Mensch – Gott) zu Gunsten einer horizontalen Interaktion (Mitmenschen und Umwelt) bzw. einer egozentrierten Haltung verschoben hat, was zwar die verstärkte Sensibilisierung für die Belange der Umwelt und des solidarischen Zusammenlebens betont, zum anderen aber auch die allgemeine Tendenz einer säkular orientierten Individualisierung bestätigt.

8. Konsequenzen

Die dargestellten Unterschiede in den grundlegenden Einstellungen der R+S-, R+S+, R-S+ und R-S- sollten in der Begleitung von Patienten mit lebensverändernden Erkrankungen Berücksichtigung finden. Es ist jedoch unklar, wie (1) die vorhandenen Ressourcen im Krankenhausalltag angesprochen werden sollten, und (2) wie sie insbesondere bei den Patienten geweckt werden können, die sich von der institutionalisierten Religiosität abgewendet haben. In der Regel wird die Zuständigkeit für die spirituelle Seite der Patienten an den Pfarrer oder den Psycho(onko)logen delegiert und damit völlig aus der Arzt-Patienten-Begegnung herausgelöst. Es mag durchaus zutreffen, dass das medizinische Personal keine Zeit, Courage oder sogar Interesse hat, diese Seite des Patienten anzusprechen (Peach, 2003; Post und Puchalski, 2000), 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 wünschen (King und Bushwick, 1994).

Hier liegt die Chance der *Caritas*: zum einen Wege und Möglichkeiten zu schaffen, die der Fragmentierung der Zuständigkeiten und der Spezialisierung entgegenwirken, damit es wieder zu einer zuhörenden Begegnung von Mensch zu

Mensch kommen kann, die versucht, den rat- und hilflosen Menschen in seiner „Ganzheit“ anzusehen – und zum anderen spirituelle Angebote zu entwickeln, die über die konventionellen Formen hinausgehen und/oder sie wieder mit neuem Geist (hebr. *ruach*, Atem, Wind) füllen. Hierbei darf nicht das ökonomische Interesse als Argument missbraucht werden, dass es kaum möglich sei, das salutogenetische Potential des Patienten adäquat anzusprechen und ihn auch noch für seine spirituellen Seiten zu sensibilisieren.

Es ist von zentraler Bedeutung, dass die Spiritualität in ihrer besonderen Bedeutung für die Krankheitsbewältigung und die Sinnfindung (der wichtigsten Komponente des Kohärenzgefühls nach Antonovsky) in der Begleitung von Patienten Raum finden muss. Auch wenn dies eine Utopie zu sein scheint, so ist es eine ständige Herausforderung an Ärzte, Pfleger, Psychologen und Seelsorger, den Patienten mit all seinen Bedürfnissen ernst zu nehmen und auch selber übergreifende Kompetenzen zu entwickeln.

Anmerkung

Die aktuelle Version des SpREUK-Fragebogens kann von den Autoren angefordert werden.

Literatur

- Antonovsky, A., *Unraveling the mystery of health*, San Francisco 1987.
- Biscopling, J., Christliches Profil als Chance, in: *Vincenz aktuell* 39/2003, 4–5.
- Büssing, A., *Regen über den Kiefern. Zen-Meditation für chronisch Kranke und Tumorpatienten*, Stuttgart 2001.
- Büssing, A./Ostermann, Th./Matthiessen, P. F., Are male patients less interested in spirituality? Results of an open survey with the SpREUK questionnaire, in: 16th International Conference on System Research, Informatics & Cybernetics. The International Institute for Advanced Studies in Systems Research and Cybernetics, 2004 (in press).
- Ellison, C. G./George, L. K., Religious involvement, social ties, and

- social support in a southeastern community, in: *Journal for the Scientific Study of Religion* 33(1)/1994, 46–61.
- Ehman, J. W./Ott, B. B./Short, T. H. et al., Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill?, in: *Arch Intern Med* 159/1999, 1803–1806.
- Jagodzinski, W./Dobbelaere, K., Der Wandel kirchlicher Religiosität in Westeuropa, in: Bergmann, J./Hahn, A./Luckmann, Th. (editors), *Religion und Kultur. Sonderheft 33 der „Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie“*, Opladen 1993, 68 bis 91.
- Klein, M., Der Esoterik-Boom. Sie wollen sich selbst erlösen, in: *Idea-Spektrum – Nachrichten und Meinungen aus der evangelischen Welt* 35/2000, 16–17.
- King, D. E./Bushwick, B., Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer, in: *J Fam Pract.* 39/1994, 349–352.
- Koenig, H. G. / Idler, E. / Kasl, S. / Hays, J. C. / George, L. K. / Musick, M. / Larson, D. B. / Collins, T. R. / Benson, H., Religion, Spirituality, and Medicine: A Rebuttal To Skeptics, in: *International Journal of Psychiatry in Medicine* 29/1999, 123–131.
- Levenson, H., Multidimensional locus of control in psychiatric patients, in: *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 41/1973, 397–404.
- Lukoff, D./Provenzano, R./Lu, F./Turner, R., Religious and spiritual case reports on Medline: A Systematic analysis of records from 1980–1996, in: *Alternative Therapies in Health and Medicine* 5/1999, 64–70.
- Luskin, F. M., A review of the effect of religious and spiritual factors on mortality and morbidity with a focus on cardiovascular and pulmonary disease, in: *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation* 2/2000, 8–15.
- Matthiessen, P. F., Prinzipien der Heilung im Neuen Testament, in: Fuchs, B./Kobler-Fumasoli, N. (Hg.), *Hilft der Glaube?* Münster 2002, 146–175.
- McCullough, M. E./Hoyt, W. T./Larson, D. B./Koenig, H. G./Thoresen, C., Religious involvement and mortality: A meta-analytic review, in: *Health Psychology* 19/2000, 211–222.
- Ostermann, Th./Büssing, A./Matthiessen, P. F., Pilotstudie zur Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der spirituellen und religiösen Einstellung und des Umgangs mit Krankheit (SpREUK). *Forschende Komplementärmedizin und Klassische Naturheilverfahren* 2004 (accepted for publication).
- Peach, H. G., Religion, spirituality and health: how should Australia's medical professionals respond?, in: *Med J Aust* 178/2003, 86–88.

- Post, S. G./Puchalski, C. M./Larson, D. B., Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics, in: *Ann Intern. Med* 132/2000, 578–583.
- Powell, L. H./Shahabi, L./Thoresen, C. E., Religion and spirituality. Linkages to physical health, in: *American Psychologist* 58/2003, 36–52.
- Rotter, J., Generalized expectations for internal versus external control reinforcement, in: *Psychological Monographs: General and Applied Psychology* 80/1966, 1–27.
- Schnabel, U., Wie man in Deutschland glaubt, in: *Die Zeit*, 22. Dezember 2003, 34–35.
- Seemann, T./Dubin, L. F./Seemann, M., Religiosity/Spirituality and Health. A critical review of the evidence for biological pathways, in: *American Psychologist* 58/2003, 53–63.
- Silvestri, G. A./Knittig, S./Zoller, J. S./Nietert, P. J., Importance of faith on medical decisions regarding cancer care, in: *Journal of Clinical Oncology* 21/2003, 1379–1382.
- Sloan, R. P./Baglella, E./Powell, T., Religion, spirituality, and medicine, in: *The Lancet* 353/1999, 664–667.
- Sloan, R. P./Bagiella, E., Claims about religious involvement and health outcomes, in: *Annals of Behavioral Medicine* 24/2002, 14–21.
- Thoresen, C. E., Spirituality and Health: Is There a Relationship?, in: *Journal of Health Psychology* 4/1999, 291–300.