

Glaube macht krank – oder?

Aspekte zum Zusammenhang zwischen Glaube, Religion und Gesundheit

1. Einleitung

Beginnend mit den ersten naturwissenschaftlichen Untersuchungen antiker Philosophen und Ärzte und stark gefördert seit der Aufklärung, galt das Ziel wissenschaftlicher Forschung der exakten, naturwissenschaftlichen Erklärung der Phänomene in belebter und unbelebter Natur. Es schien nur noch eine Zeitfrage, bis sich alle mystisch-übernatürlichen Erklärungsansätze endgültig als obsolet erweisen würden. Religion und Glaube im Zusammenhang mit Naturphänomenen und Gesundheit oder Krankheit waren einbezogen in diese Entwicklung. Sie standen in der Gefahr, als nicht relevant in den Bereich privater (irrationaler) Vorliebe gedrängt zu werden. Mancher sah sogar überwiegend den schädlichen Aspekt von Religion und Glauben.

So bewertete Sigmund Freud die Religion als obsessive Neurose, die unausweichlich im Prozess des Erwachsenwerdens hinter sich gelassen werden müsse (Freud 1927, 43, 54). Albert Ellis, der Begründer der rational-emotiven Therapie (RET), sah ebenfalls einen schädlichen Einfluss der Religion auf die Persönlichkeitsentwicklung (Ellis 1980).

In die gleiche Richtung geht die Interpretation der Beobachtung, dass bei schweren psychischen Erkrankungen häufig religiöse Inhalte zu finden sind (Larson et al. 1993). Ein Teil der Untersucher führt dies auf den negativen Einfluss von Religion zurück (Fallot 2001).

Dieser kann auch in einer Reihe weiterer Phänomene gesehen werden. So z.B. wenn

- ein rigides, diktatorisch-kaltes Erziehungsverhalten im Namen Gottes bei Kindern und späteren Erwachsenen schwere seelische Verletzungen nach sich zieht (Moser 1980),
- Eltern für sich selbst oder für ihre Kinder lebensrettende Bluttransfusionen oder Transplantationen aus religiösen Gründen verweigern,
- aufgrund der religionsbasierten Bevorzugung von natürlicher Entbindung und Ablehnung von Schwangerschaftsuntersuchung, Geburtsvorbereitung und medizinischer Geburtsüberwachung ein deutlich erhöhtes Sterblichkeitsrisiko für Mutter und Kind in Kauf genommen wird (Spence et al. 1984; Kaunitz et al. 1984),
- aufgrund religiöser Vorbehalte eine Impfprophylaxe oder medikamentöse Behandlung abgelehnt wird (Rodgers et al. 1993; Etkind et al. 1992; Roberts 1996),

- religiös bedingte extreme Ernährungsweisen zu Krankheit und Tod von Säuglingen oder Kleinkindern führen (Jarvis 1996),
- fanatische Sektenführer ihre Anhänger zum kollektiven Selbstmord anstiften usw.

Müssen wir „oder“ und Fragezeichen in der Überschrift also streichen und statt dessen formulieren: Glaube macht krank – und manchmal bringt er auch ums Leben?

Doch beginnend mit dem Blick auf die Heilungswunder Jesu ergibt sich nicht nur für Christen die Frage: Macht Glaube wirklich krank, gibt es nicht viel mehr Anzeichen dafür, dass Glaube gesund macht?

C. G. Jung, ein Zeitgenosse Freuds, schrieb 1933:

In den letzten 30 Jahren sind Menschen aus aller Welt in meine Sprechstunde gekommen. Ich habe viele hundert Patienten behandelt. Die meisten waren Protestanten, eine kleinere Gruppe Juden und nur wenige Katholiken. Unter allen meinen Patienten in der zweiten Lebenshälfte, d. h. über 35 Jahren, war nicht ein einziger, dessen Problem sich nicht im Kern darauf zurückführen ließ, wieder eine religiöse Perspektive für das eigene Leben zu finden. Ich bin mir sehr sicher, wenn ich sage: Jeder von ihnen wurde krank, weil er das verloren hatte, was die Weltreligionen aller Zeitalter ihren Nachfolgern gegeben haben, und keiner wurde wirklich geheilt, der diese religiöse Perspektive nicht wieder gewann (229).

In den letzten Jahrzehnten findet sich in der wissenschaftlichen Literatur ein zunehmendes Interesse, dieser Frage, ob der Glaube nun gesund oder krank macht, mit seriösen, wissenschaftlichen Untersuchungen nachzugehen. Die Zeitschrift *Psychologie heute* widmete z. B. diesem Thema im Juni 1997 ein Schwerpunktheft.

In einem groß angelegten Review haben ein Autorenteam um Koenig, McCullough und Larson in dem *Handbook of Religion and Health* über 1.600 Studien aus dem Zeitraum von 1900 bis 2000 zusammengetragen, die sich mit dem Zusammenhang zwischen Glauben, Religion und Gesundheit beschäftigen (Koenig et al. 2001). Orientiert an dieser Darstellung, wird in meinem Beitrag eine Auswahl von je zwei Themen aus dem Bereich der psychischen und der körperlichen Gesundheit vorgestellt.

Angesichts einer im Vergleich zu Kanada oder Europa deutlich höheren Angabe eines persönlichen Glaubens bei Umfragen in den USA wundert es nicht, dass die meisten Studien in den USA und im christlichen Kontext durchgeführt wurden. Dabei stellt sich zunächst die Frage, nach welchen Kriterien Religiosität in diesem Zusammenhang gemessen werden kann.

Das zunächst offensichtlichste Kriterium, das durchaus auch häufig abgefragt wird, ist die Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft. Wenn überhaupt, kann dies jedoch nur ein sehr oberflächlicher und wenig eindeutiger Gradmesser für Religiosität und Glauben sein. Aus diesem Grund werden in den einschlägigen Untersuchungen weitere Parameter aus den folgenden Grunddimensionen herangezogen:

1. Religiöser Glaube

Glaube des Individuums an einen Gott oder andererseits Unwissenheit über Gott (agnostisch) oder Ablehnung jeden Glaubens (atheistisch)

2. Religiöse Mitgliedschaft, Konfession

Differenzierung der Glaubensgemeinschaften nach Kriterien wie fundamentalistisch, christlich, protestantisch/katholisch, orthodox etc.

3. Organisierte Religiosität

Teilnahme am Gottesdienst in Kirche, Synagoge etc.

4. Nichtorganisierte Religiosität

Zum Beispiel persönliches Gebet, Bibellesen, religiöses Fernsehen/Radio

5. Subjektive Religiosität

Persönliche Einschätzung und Sichtweise unabhängig von objektiven Messgrößen

6. Religiöse Verpflichtung, Verbindlichkeit, Motivation

Unterscheidung in:

- intrinsische religiöse Motivation: Religion um ihrer selbst willen,
- extrinsische Motivation: Glaubensüberzeugung nur um ein anderes, nichtreligiöses Ziel zu erreichen (z.B. soziale Anerkennung, Trost)

7. Religiöse Suche

Religion als Prozess des Versuchens bzw. Ausprobierens, bewirkt durch die Anforderungen und Umstände des Lebens

8. Religiöse Erfahrung

Zum Beispiel Wiedergeburt, Heilung

9. Religiöses Wohlbefinden

- existenzielle Dimension: Lebenszufriedenheit,
- religiöse Dimension: Gefühl einer persönlichen, bedeutungsvollen, erfüllenden Beziehung zu Gott

10. Religiöse Bewältigung (Coping)

In welchem Umfang hilft der Glaube bei der Bewältigung von Lebenskrisen im Alltag?

11. Religiöses Wissen

Zum Beispiel Abfrage der 10 Gebote, zweier Hauptgebote etc.

12. Religiöse Konsequenzen

Zum Beispiel Opfer, Zehnte, Nachbarschaftshilfe, ehrenamtliches Engagement in der Kommune oder Gemeinde

Mit Fragen zu einem oder mehreren von diesen Punkten wird in den meisten Studien Religiosität operationalisiert (Koenig et al. 2001, 20ff.).

Wie bereits erwähnt, sind diese Dimensionen auf den christlichen Kontext ausgerichtet. Für andere Glaubenssysteme oder nichtdeistische Spiritualität müssten ggf. ergänzende oder gänzlich andere Kriterien entwickelt werden. Schließlich sei noch angemerkt, dass sich zu diesem Thema in der Literatur überwiegend Querschnittsstudien finden, mit denen streng genommen keine Kausalität belegt werden kann. Randomisierte, kontrollierte, doppelblinde Studien als höchste Evidenzklasse, die dies ermöglichten, sind schwieriger durchzuführen und werden daher seltener vorgestellt.

2. Wohlbefinden

Wir beginnen unsere Darstellung mit einem Thema aus dem Bereich der psychischen Gesundheit. Es erscheint in der Tat naheliegend und auch intuitiv einleuchtend, dass Glaube und Religion einen Einfluss auf den Geist und die Seele haben sollten.

Zunächst einmal stellt sich allerdings auch hier die Frage: Wovon hängt Wohlbefinden und Glück eigentlich ab? Wilson (1967) kam zu dem Schluss, dass Personen mit den größten Vorteilen (jung, gesund, gut ausgebildet etc.) auch das höchste Maß an Zufriedenheit und Glück aufweisen. In einer Studie von Diener (1984) sah das schon etwas differenzierter aus. Wichtige Einflussfaktoren für das Wohlbefinden waren Gesundheit (Diener 1984), eine glückliche Ehe (Glenn and Weaver 1979), gute soziale Kontakte (Okun et al. 1984), Aktivitäten und Selbstbestimmtheit (Myers and Diener 1996). Die Faktoren Optimismus, Lebenssinn, Selbstbewusstsein und Extrovertiertheit hatten ebenfalls eine wichtige Bedeutung für das Wohlbefinden, waren aber eher abhängige Variablen (Diener 1984; Myers and Diener 1996).

Einkommen oder Reichtum waren dagegen ähnlich wie Alter, Geschlecht, Rasse oder Ausbildung nur schwache Prediktoren für Wohlbefinden (Myers and Diener 1996). Campbell (1981, 5f., 57f.) fand, dass zwischen 1945 und 1973 das Realeinkommen in den USA dramatisch anstieg, das durchschnittliche Wohlbefinden mit Ausnahme der niedrigsten Einkommensgruppe aber eher abnahm. Reichere Personen scheinen mehr Glücksgefühle anzugeben als ärmere, diese steigen aber nicht notwendigerweise mit dem Einkommen.

In dem von Antonovsky vorgestellten Konzept der Salutogenese ist das Kohärenzgefühl ein Maß dafür, wie das Individuum mit den Belastungen und Anforderungen des Lebens umgehen kann (Antonovsky 1997, 10; Bengel 2001,

28). In verschiedenen Studien wurde eine signifikante Korrelation zwischen Kohärenzgefühl und positiven Aspekten psychischer Gesundheit wie Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit nachgewiesen (Bengel 2001, 44). Das Kohärenzgefühl wird wesentlich dadurch bestimmt, ob und in welchem Maß eine Person Situationen und Anforderungen des Lebens verstehen kann (*comprehensibility*), sie für sie Sinn machen (*meaningfulness*) und sie das Gefühl hat, sie bewältigen zu können (*manageability*). Für die *manageability* kommen dabei nicht nur eigene Ressourcen und Kompetenzen in Frage, sondern ausdrücklich auch der Glaube daran, dass andere Personen oder eine höhere Macht dabei helfen können, Schwierigkeiten zu überwinden (Antonovsky 1997, 35; Bengel 2001, 29).

Welchen Einfluss hat nun aber die Religion auf das Wohlbefinden? Religiöses Leben ist in vielen Studien positiv korreliert mit Wohlbefinden. Es kann bestimmte Verhaltensweisen und Zustände fördern, die Wohlbefinden und Glück erhöhen. Damit soll der Effekt der Religion nicht „wegerklärt“ werden, sondern es wird vielmehr deutlich, wie Religion wirksam wird.

Familienstand

Religion fördert intakte Familienbeziehungen und das Zusammenbleiben von Ehepaaren. In einer Studie von McCarthie (1979) wurde bei nichtreligiösen Paaren eine Scheidungsrate von 17%, bei religiös lebenden Paaren dagegen nur von 7% erhoben. Die Scheidungsrate nach 15 Jahren Beobachtungszeit betrug 37% gegenüber 14%. Call und Heaton (1997) fanden ebenfalls eine erhöhte Scheidungswahrscheinlichkeit bei nichtreligiösen Ehepaaren oder Partnerschaften, in denen sich die Partner in Religionszugehörigkeit und Glaubenspraxis (besonders Kirchenbesuch) deutlich unterschieden.

Gesundheit

Wie wir im zweiten Teil noch sehen werden, ist der Konsum von Zigaretten und Alkohol sowie Drogenmissbrauch bei religiös Lebenden seltener (Grom 1997). Es finden sich weniger Erkrankungen wie Bluthochdruck, Schlaganfall, Krebs und eine insgesamt geringere Mortalität. All das führt statistisch zu einem besseren Gesundheitszustand und damit einem höheren Wohlbefinden (Diener 1984).

Aktivitäten

Religiöses Leben fördert außerdem ehrenamtliche Aktivitäten. Passivität und Ausgeschlossenheit sind weniger wahrscheinlich (Cutler 1976).

Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung ist essenzieller Bestandteil der Glaubenspraxis der meisten religiösen Gemeinschaften. Viele Studien zeigen, dass Menschen, die an religiösen Aktivitäten teilnehmen, egal ob Gottesdienstbesuch oder Teilnahme an Gebets- oder Bibelstudienkreisen, ein größeres Unterstützungsnetzwerk und

mehr soziale Kontakte haben sowie eine höhere Zufriedenheit mit der Unterstützung angeben. Dieser Effekt ist dabei ausdrücklich nicht auf eine Über- bzw. Unterrepräsentierung besonders extrovertierter bzw. neurotischer Personen in den Studienpopulationen zurückzuführen (Ellison and George 1994; Bradley 1995; Idler and Kasl 1997; Koenig et al. 1997).

Selbstbestimmtheit

Obwohl man annehmen könnte, dass der Glaube an einen die Welt regierenden Gott eher einen externen *locus of control* fördert, haben die meisten Studien das Gegenteil belegt. Ein internalisierter, intrinsisch motivierter Glaube befähigt Menschen und gibt ihnen die Möglichkeit, mit Gottes Hilfe selbstbestimmt zu leben. Glaube und Gebet können religiös lebenden Menschen helfen Situationen zu verstehen, zu bewältigen oder auszuhalten (Jackson and Coursey 1988; Richards 1990). Gerade die Verstehbarkeit und Bewältigbarkeit auch widriger Lebensereignisse im Sinne des Konzepts der Salutogenese Antonovskys wird durch den christlichen Glauben gefördert.

Hoffnung, Optimismus, Lebenssinn

Religiös lebende Menschen weisen sich darüber hinaus statistisch durch höhere Werte für Hoffnung und Optimismus sowie Sinn und Bedeutung des Lebens aus (Idler and Kasl 1997; Krause 2003). Auch dies sind wichtige Faktoren der Salutogenese.

Selbstbewusstsein

Ein interessantes Ergebnis findet sich auch zum Thema Erziehung und Selbstbewusstsein. Kritikern zu Folge

ist es schwer zu verstehen, wie irgendeine Familie diese Aufgabe [einem Kind zu helfen, Selbstständigkeit zu entwickeln und sein Potenzial zu verwirklichen] bewältigen kann, wenn sie zu welchem Grad auch immer von der Lehre der christlichen Kirche beeinflusst ist, da die Lehre der Institution eine kompromisslose Antithese zur Entwicklung von Selbstvertrauen darstellt (Watters 1992, 51).

Im Gegensatz dazu wird durch die Mehrzahl der zu diesem Thema durchgeführten Studien eine positive Korrelation zwischen Religiosität und Selbstbewusstsein bestätigt (z.B. Maton 1989). Indem sie übersteigerten Stolz einerseits und Selbstverdammung auf der anderen Seite verhindert, fördert Religiosität möglicherweise einen realistischeren Blick auf das Selbst, der damit zu einem größeren Wohlbefinden beiträgt (Koenig et al. 1994).

Eine Auswahl von Studien zum Thema Wohlbefinden soll an dieser Stelle beispielhaft etwas ausführlicher dargestellt werden:

Von Pollner (1989) wurden Daten von 3.072 Erwachsenen zum Zusammenhang zwischen Religion und Lebenszufriedenheit ausgewertet.

- Religiöse Variablen waren: religiöse Erfahrung (*religious experience*), Gottesbild und Gottesdienstbesuch.

- Variablen der Lebenszufriedenheit waren: allgemeines Glücksgefühl (*general happiness*), Ehe-Glück (*marital happiness*), reizvolles Leben (*life excitement*) und Lebenszufriedenheit (*life satisfaction*).

Der Parameter „Religiöse Erfahrung“ wurde gemessen durch die Items Nähe zu Gott, Häufigkeit von Gebet und Nähe zu einer mächtigen, spirituellen Kraft.

Der Parameter „Gottesbild“ wurde wie folgt gemessen und kategorisiert:

1. Gott als ein Herrscher (König, Richter, Herr),
2. Gott als Quelle für Heilmittel menschlicher Probleme (Heiler, Befreier, Erlöser, Schöpfer),
3. Gott als jemand, zu dem man in Beziehung steht (Freund, Geliebter, Mutter, Vater, Ehegatte).

Im Ergebnis fand sich ein grundsätzlich positiver Einfluss der religiösen Parameter auf die Variablen der Lebenszufriedenheit und eine differenzierte Wirkung des Gottesbildes auf das Wohlbefinden.

Das Gottesbild „Gott als ein Herrscher“ war z.B. negativ korreliert mit allgemeinem Glücksgefühl. „Gott als Quelle für Heilmittel menschlicher Probleme“ war dagegen positiv korreliert mit Lebenszufriedenheit. Der differenzierte Einfluss des Gottesbildes auf das Wohlbefinden war eines der wichtigsten Ergebnisse dieser Studie.

In ähnlicher Weise differenziert Grossarth-Maticsek (1999, 268) Personen, die meditieren und zu Gott beten und dabei Wohlbefinden erleben, und Personen, die dagegen zwanghaft und normenkonform religiös sind und dabei kein Wohlbefinden erleben, und stellt dabei signifikante Veränderungen der Outcome-Parameter fest (s. u.).

In einer 1992 von Emnid im Auftrag des Spiegel durchgeführten Umfrage zeigte sich, dass sich regelmäßige Kirchgänger zufriedener mit dem Leben zeigten (zitiert in Grom 1997). Religiosität stellt nach Einschätzung vieler Psychotherapeuten und Lebensqualitätsforscher eine bedeutende Ressource psychischen Wohlbefindens dar (Grom 1997).

Dies trifft auch für die wachsende Zahl der Senioren in der Gesellschaft zu. Die Gerontologen Holt und Dellman-Jenkins (zitiert in Ernst 1997a) fanden, dass religiöse Alte im Vergleich mit nichtgläubigen Altersgenossen hoffnungsvoller und optimistischer eingestellt sind, einen größeren Selbstwert besitzen, das Leben besser kontrollieren, sich nicht so einsam oder unglücklich fühlen, sehr viel weniger unter depressiven Erkrankungen leiden (s. u.) und Stress besser bewältigen. Die Untersuchung von Carp (1974) stellt dagegen ein Beispiel dar, in dem keine Korrelation zwischen Religion und Wohlbefinden gemessen wurde.

Am Ende dieses Abschnitts sollen noch zwei Interventionsstudien vorgestellt werden: In der Studie von O’Laoire (1997) wurde der Einfluss von Fürbitte-Gebeten erforscht. In einer doppelblinden Studienanlage beteten 90 Erwachsene (*agents*) für die Bedürfnisse von 406 Menschen (*subjects*). Alle Teilnehmer

waren Freiwillige, die weder nach einer bestimmten Krankheit oder Symptomatik ausgesucht wurden (*subjects*), noch bestimmte Heilungsbegabung (*agents*) aufwiesen. Die *subjects* wurden in drei Gruppen aufgeteilt: Die Fürbitte für die Teilnehmer der ersten Gruppe bestand in der Bitte um ein bestimmtes Ergebnis (*directed prayer*), für die der zweiten, dass Gottes Wille geschehe (*non-directed prayer*). Die dritte Gruppe war die Kontrolle, für deren Teilnehmer keine Fürbitte geleistet wurde.

Über 12 Wochen beteten die *agents* für die *subjects* täglich 15 Minuten. Die Ergebnisse zeigten zwar in elf Untersuchungsvariablen (Tests zu Selbstbewusstsein, Ängstlichkeit, Depression, wahrgenommene Änderungen der mentalen, körperlichen, intellektuellen Gesundheit etc.) eine signifikante Verbesserung aller subjektiven und objektiven Messwerte, aber keinen Unterschied zwischen den beiden Interventionsgruppen und der Kontrollgruppe. In der Gruppe der *agents* wurde eine Verbesserung in zehn Messbereichen einschließlich der emotionalen Gesundheit gefunden, die signifikant größer war als in den Interventionsgruppen. Damit konnte kein direkter Effekt der Fürbitte, sondern nur ein indirekter für die Betenden nachgewiesen werden. Zwischen gerichtetem und ungerichtetem Gebet ergab sich kein Unterschied. Spätestens bei der in der Beschreibung der Methode aufgeworfenen Frage, ob eine mangelnde Differenzierung zwischen gleichen Vornamen (nur diese wurden den *agents* mitgeteilt) zu einer Verfälschung des Studienergebnisses führen konnte, wird allerdings auch deutlich, wie mechanistisch eingeschränkt das Gottesbild im wissenschaftlichen Studiendesign sein kann. Damit stellt sich grundsätzlich die Frage, inwieweit hier die Grenze zwischen wissenschaftlich Erfassbarem und allein dem Glauben Zugänglichen überschritten wird (s.u.). Dies erscheint als gravierenderer Einwand, als die vom Autor der Studie angegebenen Einschränkungen einer überwiegend katholischen und weiblichen Studienpopulation und einer fehlenden Kontrolle „anonymer“ bzw. nichterfasster Gebete für die Kontrollgruppe.

In einer weiteren Interventionsstudie untersuchten Matthews et al. (1999) den Effekt von Gebet und Handauflegen bei 40 überwiegend weiblichen Patienten mit milder, rheumatoider Arthritis. In dieser Studie ergab sich zu den Untersuchungszeitpunkten ein besserer körperlicher und psychischer Zustand der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe.

Zusammenfassend fanden sich in den von Koenig et al. ausgewerteten Studien zum Thema Religion und Wohlbefinden in 79 von 100 Studien mindestens eine positive Korrelation zwischen religiösem Leben und größerem Glück, Lebenszufriedenheit etc. Von den restlichen 21 Studien fanden 13 keine Verbindung, in einer gab es eine negative Verbindung und sieben entdeckten gemischte oder komplexe Effekte (Koenig et al. 2001, 117).

3. Depression

Etwa 330 Millionen Menschen leiden weltweit unter einer depressiven Erkrankung. Sie ist damit die häufigste Gemütskrankung. In Deutschland geht man davon aus, dass nach wie vor 50% aller depressiven Erkrankungen nicht diagnostiziert bzw. über 75% unzureichend behandelt werden (*Gesundheitsbericht* 1998). Mindestens 800.000 Selbstmorde sind jährlich Folge dieser Erkrankung. Die Lebenszeitmortalität wird mit 15% angegeben.

An Depression Erkrankte haben ein höheres Risiko der Inanspruchnahme einer Krankenhaus-Behandlung oder anderer Leistungen des Gesundheitswesens. Das Risiko eines früheren Todes aufgrund körperlicher Erkrankungen ist ebenfalls erhöht (Koenig et al. 1989; Covinsky et al. 1999).

In einer Übersichtsarbeit untersuchten McCullough und Larson (1999) den Einfluss von Religion auf das Krankheitsbild der Depression. Von den etwa 80 ausgewerteten Studien zeigten die überwiegende Mehrzahl eine negative Korrelation zwischen verschiedenen Parametern der Religion und Glaubenspraxis und dem Auftreten depressiver Symptome und Erkrankungen.

Ergebnisse von Denominationsstudien scheinen dem zu widersprechen, wenn z.B. bei charismatischen Pfingstgemeinden eine erhöhte Zahl von Depressionen gefunden wird. Einige Autoren führen dies jedoch eher darauf zurück, dass Pfingstgemeinden eine gezielte Missionierung niedriger sozialer Schichten und anderer Gruppen mit einem höheren Risiko für Gemütskrankungen betreiben und eine optimistische, hoffnungsvolle Botschaft verbreiten, die geeignet ist, diese Personen anzuziehen (Koenig et al. 1994).

Wenn demografische und psychosoziale Faktoren sowie der Gesundheitsstatus in der statistischen Analyse dieser Studien berücksichtigt werden, wird die Korrelation schwächer (Schnittker 2001). Dies gilt besonders, wenn soziale Unterstützung, Gesundheitsstatus und Behinderung herausgerechnet werden. Mit der sozialen Unterstützung und dem Gesundheitsstatus (s. u.) hat man dabei aber möglicherweise einen wesentlichen Wirkfaktor der religiösen Praxis eliminiert.

Längsschnittstudien unterstützen im Wesentlichen die Ergebnisse der Querschnittuntersuchungen (Maton 1989; Musick et al. 1998). In Studien innerhalb (Kendler 1997) und außerhalb der USA (Braam et al. 1997) zeigte sich eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung depressiver Symptome im Zeitverlauf bei nichtreligiösen Personen gegenüber Menschen mit einer aktiven Glaubenspraxis.

Die positive Auswirkung auf die Depressionsrate wird jedoch nur bei der intrinsischen religiösen Motivation (d.h. Glauben um seiner selbst willen) beobachtet. Die extrinsische Motivation (also Glauben um der damit verbundenen Vorteile willen) geht dagegen eher mit einer erhöhten Depressionsrate einher (Ryan et al. 1993, McCullough and Larson 1999).

Für religiöse Menschen spielt in der Bewältigung einer Depression der Glaube eine wichtige Rolle. Pargament et al. (2000) stellten fest, dass bestimmte Typen

des religiösen Copings (z.B. Gott als gütig anzusehen, Gefühl der Zusammenarbeit mit Gott, religiös motiviertes Helfen, Unterstützung durch Pastor oder Gemeindemitglieder suchen) negativ korreliert waren mit depressiven Symptomen, d.h. in diesen Fällen weniger depressive Symptomatik auftrat.

Für andere Vorstellungen (z.B. Gott als bestrafend zu sehen, Unzufriedenheit mit Religionszugehörigkeit und Kirche) ergab sich jedoch ein gegenteiliger Effekt. Diese Einstellungen und Gefühle erwiesen sich als Risikofaktoren für größeren psychologischen Stress und vermehrtes Auftreten von Depression (Koenig et al. 1998).

Die Art und Weise, wie Personen religiöse Überzeugungen im Prozess der Bewältigung interpretieren und einsetzen, scheint wichtig für das Verständnis des Effekts auf die Depression. Wenn die eigenen Umstände im Sinne von Gottes Liebe und Güte interpretiert werden und Trost durch ein produktives Verhältnis zu Gott, zur Gemeinde oder dem Pastor gesucht wird, führt dies zu einer verringerten Entwicklung depressiver Symptome im Nachgang stressreicher Lebensereignisse. Umgekehrt, werden die eigenen Lebensumstände im Sinne von Gottes Ohnmacht oder Missgunst oder auch eigener Sünde interpretiert und die Kontrolle über diese Lebensumstände nur Gott zugeschrieben und ein Konflikt mit Gott oder der eigenen Gemeinde erlebt, korreliert dies alles mit mehr depressiven Symptomen (Koenig et al. 2001, 130).

In einer randomisierten Interventionsstudie von Probst et al. (1992) wurde ein Vergleich zwischen religionsbasierter kognitiver Verhaltenstherapie, nicht-religiöser Verhaltenstherapie, Beratung durch einen Pastor und einer Kontrollgruppe für eine Anzahl sehr religiöser Patienten mit Depression durchgeführt. In der religionsbasierten Verhaltenstherapie wurden die Standards der kognitiven Verhaltenstherapie ergänzt um christliche Argumente gegen irrationale Vorstellungen der Depressiven sowie um religiöse Vorstellungen und Bilder. Nach Abschluss der Therapie zeigten die Gruppen mit religionsbasierter kognitiver Verhaltenstherapie und Beratung durch einen Pastor sowohl in der Selbst- als auch in der Fremdeinschätzung signifikant bessere Werte gegenüber der Gruppe mit nichtreligiöser Verhaltenstherapie und gegenüber der Kontrollgruppe. Auch nach drei und nach 24 Monaten zeigte sich im Vergleich zur Kontrollgruppe ein besseres Befinden der drei Interventionsgruppen, die sich jedoch jetzt untereinander nicht mehr signifikant unterschieden. Überraschenderweise waren die Ergebnisse nichtreligiöser Therapeuten, die die religiöse Therapie anwandten, besser als die religiöser Therapeuten. Am schlechtesten schnitten die nichtreligiösen Therapeuten mit nichtreligiöser Therapie ab. Einschränkend für diese ansonsten sehr sorgfältig aufgebaute und beschriebene Studie muss die geringe Fallzahl (n=59) und der überwiegende Anteil Frauen (49 Frauen zu 10 Männern) genannt werden.

In einer Metaanalyse von Interventionsstudien zu diesem Thema fand McCullough (1999) für die religiöse Intervention die gleiche Effektivität wie für die Standard-Psychotherapie. Seine Schlussfolgerung war, dass bei gleicher

Wirksamkeit auf Wunsch des Patienten eine Therapie mit religiösen Inhalten angewandt werden sollte.

Zusammenfassend zeigt sich damit ein durchaus differenzierter, aber für viele Aspekte religiösen Lebens positiver Einfluss auf Entstehung, Verlauf und Behandlung einer depressiven Erkrankung. Auch in neueren, von König et al. (2001) nicht aufgeführten Studien werden diese Ergebnisse bestätigt. Sowohl in einer Querschnittsstudie an psychiatrischen Patienten in Kanada (Baetz et al. 2002) als auch in einer Längsschnittstudie über 29 Jahre (Strawbridge et al. 2001) war ein regelmäßiger Gottesdienstbesuch mit einer geringeren Ausbildung depressiver Symptome verbunden.

Nach der Behandlung von Wohlbefinden und Depression folgen nun zwei Beispiele der körperlichen Gesundheit.

4. Koronare Herzkrankheit

Bei der koronaren Herzkrankheit (KHK) handelt es sich vermutlich um die bedeutendste zum Tode führende Krankheit der modernen Industriegesellschaft (Sokolow und Ilroy 1985, 138). In den USA werden 12 Millionen Betroffene gezählt bzw. 7,2% aller Personen älter als 20 Jahre. 1992 entfielen in Deutschland 49% der Todesfälle auf diese Erkrankung. In den letzten Jahrzehnten konnte eine deutliche Zunahme von Mortalität und Morbidität bei Frauen beobachtet werden, während die Werte für die Männer rückläufig sind (Karoff 2000). Aufgrund der epidemiologischen und gesundheitspolitischen Bedeutung wurden die Risikofaktoren dieser Erkrankung intensiv erforscht.

Für die Relevanz des Rauchens als Risikofaktor für die koronare Herzerkrankung besteht eine gesicherte Evidenz aus einer Vielzahl von Studien (Bischof und John 2002). Während der Zigarettenkonsum bei den Männern leicht rückläufig ist, ist er bei den Frauen noch im Anstieg begriffen, und mit einer gewissen Verzögerung steigen auch die rauchbezogenen Erkrankungen bei Frauen. In Deutschland betrifft dies insbesondere auch die Frauen in den neuen Bundesländern (Bundesministerium 2002).

Weitere Risikofaktoren sind erhöhte Blutfette (Stamler et al. 1986), Bluthochdruck und Diabetes (Siegrist et al. 1992), aber auch Übergewicht und mangelnde Bewegung (Manson et al. 1990; Katznel et al. 1995).

Auch wenn einige Studien zu dem Ergebnis kommen, dass ein geringer Alkoholkonsum präventiv für die KHK wirkt, ist das Gegenteil richtig für exzessiven Alkoholkonsum. Schwerer Alkoholmissbrauch ist korreliert mit exzessiver Koronarsterblichkeit und plötzlichem Herztod (Deutscher et al. 1984). Die häufigste Todesursache unter männlichen Alkoholikern ist der koronare Herztod (Rosengren et al. 1987; Denison et al. 1997).

Starkes Rauchen und Trinken fördern darüber hinaus die Entstehung von Hypertonus, Hypercholesterinämie sowie Diabetes und steigern damit das KHK-Risiko (Sawicki et al. 1996; Imamura et al. 1996).

Mit der Risikofaktorhypothese lassen sich jedoch nur etwa 50% der Herzinfarkte erklären. Neuere Untersuchungen legen einen Zusammenhang mit Infektionen (Nieto et al. 1996; Gupta and Camm 1997) als weiterem Ursachefaktor nahe.

Auch psychisch-psychosomatische Risikofaktoren sind im Ursachenkomplex enthalten. In einem Review von Glassman und Shapiro (1998) zeigten neun von zehn Studien eine erhöhte kardiovaskuläre Mortalität bei depressiver Erkrankung.

Stress-Erleben erhöht das Risiko einer KHK und eines Herzinfarkts (Rosengren et al. 1991; Langosch und Hahn 1996). Gefühle, besonders Ärger und Feindseligkeit, sind mit einem erhöhten Herzinfarktrisiko verbunden (Diamond 1982; King 1997).

Seeman (1991) zeigte einen Zusammenhang zwischen hoher interner Kontrolle und erhöhtem Herzinfarktrisiko (Typ A-Verhalten).

In einem Review fanden King (1997) und Anderson et al. (1996), dass ein Mangel an sozialen Bindungen eine größere KHK-Mortalität präjudiziert, während starke soziale Unterstützung dieses Risiko vermindert.

Soziale Ressourcen, wie stabile Ehebeziehung, verringern die KHK-Mortalität (Williams et al. 1992). In einer sechsjährigen prospektiven Längsschnittstudie in Schweden minderte soziale Unterstützung durch ein Netzwerk von Freunden und die emotionale Bindung an eine sehr nahe stehende Person das KHK-Risiko (Orth-Gomer et al. 1993).

Und welchen Einfluss hat nun die Religion auf diese Faktoren? In vielen Studien wurde belegt, dass religiöses Leben korreliert ist mit geringerem Zigarettenkonsum, niedrigerem Blutdruck, mehr Bewegung, niedrigerem Alkoholkonsum, weniger Depression und schnellerer Erholung von Depression (s.o.), besserem Umgang mit Stress, größerem Wohlbefinden (s.o.) und größerer sozialer Unterstützung (Strawbridge et al. 1997; Strawbridge et al. 2001; Ernst 1997b). So fand sich z.B. in einer Studie von Larson et al. (1989) bei Rauchern, die regelmäßig zur Kirche gingen, ein vierfach verringerter Anteil eines erhöhten Blutdrucks gegenüber rauchenden Nicht-Kirchgängern.

In Studien an Mormonen und Siebenten-Tags-Adventisten (STA) wurde eine deutlich verringerte Koronarsterblichkeit belegt. Der Zusammenhang war dabei umso stärker, je gewissenhafter die Gesundheitsgrundsätze dieser Gemeinschaften (s.u.) befolgt wurden. Phillips et al. (1978) fanden in einer Studie an STA ein verringertes Herzinfarktrisiko. Zur Hälfte wurde dieser Effekt als Folge des Nicht-Rauchens gedeutet, der übrige Teil als Folge anderer Aspekte des adventistischen Lebensstils. Das Risiko einer tödlichen KHK für Männer zwischen 35 und 64, die sich nicht vegetarisch ernährten, war dreimal so hoch wie das für Männer mit vegetarischer Ernährung und legt damit nahe, dass die Ernährung einen Teil der restlichen Risikoverminderung erklärt. Dieser Effekt blieb auch

nach Bereinigung von sechs anderen Risikofaktoren bestehen. Der positive Effekt war allerdings deutlich schwächer bei Frauen und Personen über 65 Jahre (s. a. Phillips et al. 1980).

Fraser et al. (1992) bestätigten aus einer Studie an 27.658 adventistischen Frauen und Männern das verringerte Herzinfarkttrisiko gegenüber Vergleichspopulationen und stellten darüber hinaus eine signifikante Korrelation zwischen Mangel an Bewegung, Übergewicht und Zigarettenrauchen und KHK-Ereignissen fest.

Koenig et al. (2001, 244) fassen diese Ergebnisse zusammen:

So ist es offensichtlich, dass Mormonen und STA substanziell weniger ischämische Herzerkrankungen erleben als Menschen in der allgemeinen Bevölkerung. Dies ist wahrscheinlich ein Ergebnis einer gesünderen Ernährung und positiver Gesundheitsgewohnheiten, die zu einem großen Teil auf Glaubensinhalten beruhen und einer Hingabe an diese Überzeugungen. Zusätzlich legen diese eng strukturierten religiösen Gemeinschaften Priorität auf ein starkes Familienleben und fördern unterstützende Beziehungen zwischen Gemeindemitgliedern. Auf diese Weise sorgen sie für Schutz vor vielfältigen psychosozialen Stressoren. Diese Faktoren wirken zusammen und senken das Risiko einer Herzerkrankung in diesen Gruppen.

Unabhängig von der Denomination durchgeführte Studien zum Zusammenhang zwischen Religiosität und KHK gibt es nur wenige, die aber auch in die gleiche Richtung einer verringerten Morbidität und Mortalität weisen sowie zu einer Besserung psychosozialer Faktoren durch religiöses Leben.

Eine interessante, für die Interpretation aber auch problematische Studie wurde von Byrd (1988) vorgestellt. In einem randomisierten, kontrollierten, doppelblinden Studiendesign wurden 393 KHK-Patienten in eine Fürbitte-Gruppe und eine Kontrollgruppe aufgeteilt. Die Fürbitte für eine schnelle, komplikationslose Genesung erfolgte durch überzeugte, aktive Christen außerhalb des Krankenhauses täglich bis zur Entlassung des Patienten. In der Fürbitte-Gruppe traten signifikant seltener Komplikationen (Herzinsuffizienz, Lungenentzündungen, Herzstillstand) während des Klinikaufenthalts auf und die Patienten benötigten weniger Beatmung, Diuretika und Antibiotikamedikation. Die Studie gibt keinen Aufschluss darüber, wie die Fürbitte wirksam wird. Grundsätzlich stellt sich allerdings die Frage, ob sich ein souveräner, allmächtiger Gott christlicher Vorstellung in eine solche Versuchsanordnung „zwingen“ ließe.

5. Gesundheitsverhalten

Mit einer Interventionsstudie von Ornish et al. (1990) schlagen wir die Brücke zum letzten Punkt und wollen die Perspektive erweitern. Untersucht wurden in dieser Studie Menschen, bei denen eine Verengung der Herzkranzgefäße mit einer Herzkatheteruntersuchung nachgewiesen wurde. Für die Teilnehmer der

Interventionsgruppe wurde über ein Jahr ein Gesundheitsförderungsprogramm durchgeführt, das eine vegetarische, fettarme Ernährung, Raucherentwöhnung, aerobe Ausdauerbelastung, Stressmanagement und soziale Unterstützung beinhaltete. Den Teilnehmern der Kontrollgruppe wurden lediglich Informationen zu einer gesunden Lebensweise in schriftlicher Form übergeben.

Im Ergebnis der Studie, die unter dem Titel „Können Lebensstilveränderungen die koronare Herzkrankheit umkehren?“ veröffentlicht wurde, zeigte sich bei der Mehrzahl der Teilnehmer in der Interventionsgruppe ein signifikanter Rückgang der Gefäßverkalkung. Bei keinem kam es zu einer Verstärkung. Dies war bei den meisten Menschen der Kontrollgruppe der Fall. Parallel zu diesem körperlichen Befund verbesserte sich auch die Beschwerdesymptomatik in der Interventionsgruppe deutlich. Sie hatten weniger häufig, weniger stark und kürzere Schmerzepisoden, bekamen besser Luft und konnten sich stärker belasten (s. a. Scherwitz et al. 1995).

Wichtig ist nun, dass die genannten gesundheitsfördernden Faktoren ja nicht nur für die koronare Herzkrankheit (KHK) eine Rolle spielen. Das Rauchen ist nicht nur für die KHK ein Risikofaktor, sondern z. B. auch für die chronische Bronchitis und verschiedene Krebsarten (Meltzer 1994). Alkohol wirkt auf alle Organsysteme toxisch und verursacht oder fördert Erkrankungen der Leber, des Verdauungstraktes (Mundhöhle, Speiseröhre, Magen, Bauchspeicheldrüse) und des Nervensystems (*Gesundheitsbericht* 1998).

Ernährung trägt zur Entwicklung der häufigsten Erkrankungen mit Todesfolge wie KHK, einige Krebsarten, Bluthochdruck, Schlaganfall, Diabetes und Arteriosklerose bei. Das Hauptproblem der Ernährung in den USA, ähnlich wie in Deutschland, ist die Aufnahme von Speisen mit einem zu hohen Anteil von gesättigten Fettsäuren.

Mehr als 25% der US-Bevölkerung ist übergewichtig und stellt damit ein zentrales Gesundheitsproblem dar (Center for Disease Control 1997). Die Kosten im Gesundheitswesen, die direkt den Ernährungsgewohnheiten zugeordnet werden können, beliefen sich in den USA 1995 auf 52 Milliarden Dollar, das entspricht 6% der Gesundheitsausgaben (Wolf and Colditz 1998).

Im internationalen Vergleich fällt auch Deutschland durch einen hohen Anteil Übergewichtiger auf. Anfang der neunziger Jahre waren 19,5% der Frauen und 17,3% der Männer in den alten Bundesländern, 25,5% der Frauen und 20,6% der Männer in den neuen Bundesländern übergewichtig (BMI > 30; *Gesundheitsbericht* 1998).

Regelmäßige Bewegung ist verbunden mit niedrigeren Raten von Dickdarmkrebs, Schlaganfall und Rückenschmerzen (*Healthy People* 1991). Sie hilft außerdem, Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes, Osteoporose, Übergewicht und emotionalen Störungen wie Depression und Ängstlichkeit vorzubeugen oder sie zu bewältigen. Bewegungsmangel ist dagegen mit einem verdoppelten Risiko für KHK verbunden (Powell et al. 1987). Trotzdem bewegen sich weniger als 10% der Amerikaner in der empfohlenen Art und Weise.

Gerade die genannten chronischen Erkrankungen, die ja nicht umsonst aufgrund ihres Zusammenhangs mit Faktoren der Lebensweise als Zivilisationskrankheiten bezeichnet werden, prägen heute das Erkrankungsgeschehen. Sie stellen für das Gesundheitssystem, nicht zuletzt auch aufgrund der damit verbundenen Kosten, eine enorme Belastung dar. Auch das subjektive Patientenschicksal wird beeinträchtigt durch chronische Verläufe und Nichtheilbarkeit. Vielen dieser chronischen Gesundheitsprobleme könnte durch einen gesundheitsbewussten Lebensstil vorgebeugt werden. In jedem Alter kann eine größere Aufmerksamkeit auf eine gesundheitsfördernde Lebensweise die Rate der am weitesten verbreiteten Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs reduzieren (Jensen 1983; Ornish et al. 1990). Eine effektive Strategie setzt aber ein Umdenken voraus. Weg von der kurativen Behandlung von Erkrankungen, hin zu Prävention und Gesundheitsförderung.

Wie bereits im vorangegangenen Abschnitt gesehen, finden sich bei Menschen, für die Glaube eine Rolle spielt, signifikant häufiger gesundheitsfördernde Verhaltensweisen. So belegen auch hier Studien an Mormonen und Siebenten-Tags-Adventisten den gesundheitsfördernden Wert eines religiös geprägten Lebens. Mitglieder beider Denominationen legen Wert auf die Vermeidung von Alkohol, Zigaretten, koffeinhaltige Getränke und Drogen. Beide Gruppen meiden hochraffinierte Lebensmittel und bevorzugen eine ballaststoff- und vitaminreiche Ernährung (Hunt et al. 1988). Während STA häufiger Vegetarier sind, essen Mormonen dagegen deutlich mehr Fleisch (Koenig et al. 2001, 362). In beiden Gemeinschaften liegt die allgemeine Sterblichkeit und die für Krebs und KHK deutlich unter denen der allgemeinen Bevölkerung (Phillips 1975; Jensen 1983; Leitzmann und Hahn 1996, 318 ff.).

Wie bereits im vorigen Kapitel gezeigt, kommt die überwiegende Anzahl der Studien zu dem Ergebnis, dass religiöses Leben negativ korreliert ist mit der Anzahl gerauchter Zigaretten (Lemon and Kuzma 1969; Mullen et al. 1996).

Für die Aufnahme des Rauchverhaltens und als Prediktor für die (lebenslange) Beibehaltung ist das Jugendalter besonders wichtig. Es ist daher von besonderer Bedeutung, dass der Nikotinkonsum von religiös eingestellten Jugendlichen deutlich unter dem von Jugendlichen ohne religiöse Bindung liegt (Dudley et al. 1987; Califano 2002).

Religiöses Leben ist außerdem korreliert mit mehr Bewegung (Oleckno and Blacconiere 1991) und geringerem Konsum von Coffein (Snowdon and Phillips 1984). Während für ersteres ein positiver Einfluss auf Wohlbefinden und eine Vielzahl von Erkrankungen (z. B. KHK, Osteoporose, Diabetes, Adipositas etc.) belegt ist, wird für Coffein nicht nur die Stimulationswirkung, sondern auch der mögliche Einfluss auf die Entstehung bestimmter Krebsarten (Blase, Dickdarm) kritisch diskutiert.

Die gesundheitsfördernde Wirkung des religiösen Lebens bezieht sich aber nicht nur auf körperbezogene Verhaltensweisen, sondern schließt auch psychosoziale Ressourcen wie Unterstützungsnetzwerk, soziale Kontakte, Entspannung und

Ehestabilität mit ein (Ellison and George 1994; Idler and Kasl 1997; Strawbridge et al. 1997).

In Übereinstimmung damit wurde in der Studie von Grossarth-Maticek (1999, 268) festgestellt, dass Personen, die meditieren und zu Gott beten und dabei Wohlbefinden erleben, bedeutend länger und gesünder leben als Vergleichskollektive, die keinen Bezug zur Religion haben. (Personen, die dagegen zwanghaft und normenkonform religiös sind und dabei kein Wohlbefinden erleben, leben signifikant kürzer als vergleichbare atheistische Personengruppen.)

Generell kann daraus geschlossen werden, dass religiöses Leben gesundheitsstabilisierende Verhaltensweisen fördert und damit einen präventiven Effekt auf viele Erkrankungen des Körpers und der Seele sowie eine verringerte Mortalität nach sich zieht.

Nach diesen überwiegend positiven Effekten kommen wir nun noch zu einer anderen interessanten Entdeckung.

Lapane et al. (1997) fanden eine höhere Wahrscheinlichkeit für Übergewicht und erhöhten Cholesterinspiegel bei Kirchenmitgliedern gegenüber Nichtkirchenmitgliedern, auch nach Bereinigung von Alter, Geschlecht und ethnischen Faktoren. Dies wurde durch Ferraro (1998) bestätigt. Es fand sich darüber hinaus ein moderierender Effekt der Religiosität auf Depression und Übergewicht. Übergewichtige Personen waren häufiger depressiv als andere Menschen, religiöse allerdings signifikant seltener als nichtreligiöse Menschen.

Lapidar könnte man diese Beobachtung mit dem Satz kommentieren: Die Summe aller Laster ist konstant. Etwas seriöser kann man vielleicht feststellen: Anders als bei Genussmitteln oder sexuellem Verhalten unterliegt die Befriedigung des natürlichen Appetits weitaus weniger religiösen Restriktionen. Außerdem ist Nahrung einfach und reichlich verfügbar und Teil vieler sozialer Rituale und Verhaltensmuster (Koenig et al. 2001, 365). Angesichts der bereits erwähnten Verbreitung und der Risiken des Übergewichts stellt sich damit allerdings die Frage, wie dieser „blinde Fleck“ der religiös motivierten, gesundheitsbewussten Lebensführung angemessen adressiert und überwunden werden kann.

Zum Abschluss soll nicht unerwähnt bleiben, dass sich gegen Forschung und Forschungsergebnisse wie die von König et al., die in dieser Arbeit auszugswise zusammengefasst und ergänzt vorgestellt wurden, auch kritische Stimmen regen. Einer der Hauptkritiker (Sloan et al. 1999; Sloan et al. 2000; Sloan and VandeCreek 2000) bemängelt vor allem drei Punkte: zum einen eine aus seiner Sicht unzureichende formale Studienqualität bei einem Großteil der in diesem Feld durchgeführten Studien, zum anderen ein inhaltliches Missverständnis bei der Auswahl der Vergleichsparameter und schließlich ethische Vorbehalte (s.a. Scheurich 2003).

Zum ersten Punkt werden Fragen des Studiendesigns angeführt. Es wird kritisiert, dass in einigen Studien wichtige Einflussfaktoren wie Alter, Geschlecht, Rasse, Schichtzugehörigkeit o.Ä. in der Vergleichsgruppe nicht einbezogen und

in der statistischen Auswertung nicht bereinigt werden. Es wird ausgeführt, dass dies dazu führen kann, dass sich z.B. in einer Studie eine inverse Korrelation zwischen Gottesdienstbesuch und Häufigkeit für Schlaganfall zeigt, dieser Effekt jedoch verschwindet, wenn man das Ergebnis um die körperliche Beweglichkeit bereinigt, d.h. den Anteil der Gläubigen, die aufgrund von Bewegungseinschränkungen z.B. wegen Schlaganfalls den Gottesdienst nicht mehr besuchen können, in der Berechnung berücksichtigt (Sloan et al. 1999).

Die Qualität von Studiendesigns und statistischen Auswertungen ist nicht zuletzt seit der Diskussion um eine *evidence based Medicine* Gegenstand kontinuierlicher Auseinandersetzung. König et al. (2001) weisen deshalb z.B. mehrfach darauf hin, dass aus Querschnittsstudien keine kausalen Schlussfolgerungen gezogen werden können. In der Ergebnisdarstellung werden die im Studiendesign und der statistischen Auswertung berücksichtigten Faktoren gesondert aufgeführt. Zusätzlich hat das Autorenteam eine Evaluierung der Qualität der ausgewerteten und in die Ergebnisdarstellung einbezogenen Studien vorgenommen. Unter Berücksichtigung von Kriterien wie allgemeines Studiendesign, Stichprobenauswahl, Qualität der religiösen Messgrößen, Qualität der statistischen Auswertung, Interpretation und Diskussion der Ergebnisse erfolgte eine Bewertung der zusammengestellten Studien von 1 (*poor*) bis 10 (*excellent*). Eine Orientierung an der eingeführten Systematik der *evidence based Medicine* hätte hier möglicherweise für zusätzliche Klarheit gesorgt.

Deutlich wird dabei aber auch, dass Komplexität der Einflussvariablen, Anforderungen an Anzahl der Studienpopulation, erforderliche Studiendauer und Kosten für qualitativ hochwertige Studien in der Praxis oft Probleme aufwerfen. Dennoch ist in aktuellen Studien sehr deutlich das Bemühen um die Erfüllung hoher Qualitätsstandards zu bemerken (Baetz et al. 2002). So wurden in einer neueren Übersichtsarbeit zum Vergleich von religiöser Psychotherapie (RPT) mit dem säkularen Standard nur randomisierte und kontrollierte Studien in die Auswertung einbezogen (Berry 2002). Im Ergebnis erwies sich die RPT mindestens gleichwertig gegenüber der säkularen Therapie. Auch für Peach (2003) liegen für den Zusammenhang von Religion und verschiedenen Gesundheitszuständen (z.B. hoher Blutdruck, allgemeine Mortalität, erster Herzinfarkt, Depression, Angststörungen etc.) hohe Evidenzgrade vor. Powell et al. (2003) bestätigen eine Senkung der Sterblichkeit um ca. ein Viertel bei regelmäßigen Kirchgängern. Auch für den Fall von religiös motivierten Faktoren der Lebensweise, wie z.B. die Einschränkung oder der Verzicht auf Fleisch, bestätigt die Neuauswertung von sechs Längsschnittstudien und der „Adventist Health Study“ die Wahrscheinlichkeit, dass eine Lebensweise, die einen sehr niedrigen bis gar keinen Fleischverzehr beinhaltet mit einer höheren Lebenserwartung verbunden ist (Singh et al. 2003). Die Autoren weisen dabei ausdrücklich darauf hin, dass ausschließlich Längsschnittstudien ausgewertet wurden, weil im Gegensatz zu Querschnittsstudien nur diese eine Kausalitätsdiskussion ermög-

lichen. Darüber hinaus setzen sie sich in der Ergebnisbewertung sehr ausführlich mit möglichen das Ergebnis verfälschenden Faktoren auseinander.

Auch von Sloan et al. (1999) und anderen eher kritischen Veröffentlichungen (Thoresen and Harris 2002) wird daher eine, wenn auch aus ihrer Sicht kleine Anzahl sorgfältig durchgeführter Studien eingeräumt, die einen möglichen Zusammenhang zwischen Religion und Gesundheit belegen.

Der zweite, kritisch angemerkte Punkt betrifft die Tatsache, dass nach Auffassung von Sloan et al. die in vielen Studien aufgeführten Effekte von Religion auf Gesundheit und Wohlbefinden maßgeblich auf Faktoren z.B. einer gesunden Lebensweise zurückzuführen sind, die auch unabhängig von Religion wirksam wären. Diese Effekte als Wirkungsbeleg für Religion anzusehen, erscheint daher aus Sicht der Autoren nicht angemessen.

Zwar ist es richtig, dass eine Vielzahl der untersuchten Einzelfaktoren für sich genommen auch unabhängig von Religion wirksam sind. Dennoch ist gerade die Zusammenfassung in einem religiösen Glaubenssystem und die hierdurch bewirkte Motivation zur Beachtung und Durchführung die entscheidende Besonderheit religiös motivierter Lebens- und Verhaltensweisen, die das Ergebnis zu mehr macht als der Summe der Einzelteile. Die Einzelfaktoren herauszurechnen oder als Beleg für die Wirksamkeit von Religion nicht zuzulassen, würde den Wirksamkeitsnachweis auf (übernatürliche) Wunder reduzieren und wird der lebenspraktischen Grundlage der religiösen Einstellungen und Handlungen nicht gerecht.

Zu den ethischen Vorbehalten führen Sloan et al. (1999; vgl. Sloan and VandeCreek 2000) aus, dass Mediziner mit der Religion den angestammten Platz ihrer wissenschaftlichen Profession verlassen und ihren Status gegenüber dem Patienten missbrauchen. Selbst wenn Religion und Spiritualität sich als relevanter Einflussfaktor wie Ehestatus oder sozioökonomischer Status beweisen sollte, sei es immer noch ein Unterschied, ob man Religion als relevanten Einflussfaktor berücksichtige oder sie aktiv in ärztlichen Empfehlungen umsetze. Schließlich käme, so Sloan, auch keiner auf die Idee, einem Patienten zu empfehlen, zu heiraten oder mehr Geld zu verdienen, obwohl dies statistisch mit einem besseren Gesundheitsstatus verbunden sei. Ein weiteres ethisches Problem stellt für den Autor die Frage dar, ob man mit der Assoziation zwischen Religion und Gesundheit nicht schnell wieder eine Gewissensbelastung für den Patienten erzeugt in dem Sinne, dass, wer krank ist, nicht ausreichend gläubig sei, gebetet habe o.Ä. Zum selben Thema wird von Scheurich (2003) problematisiert, dass Ärzte für die Behandlung spiritueller Angelegenheiten nicht ausgebildet werden und die Religion durch Inkorporation in die Medizin eher degradiert als aufgewertet wird. Darüber hinaus kann aber in einer sehr religiösen Gesellschaft wie z.B. den USA für nichtreligiöse Ärzte und Studenten ein Druck entstehen, religiöse Inhalte entgegen ihrer Überzeugung in der Behandlung nutzen zu müssen. Als Ergebnis plädiert Scheurich für eine saubere Trennung zwischen Medizin und Religion. Dem ist grundsätzlich sicher zustimmen und

dies nicht zuletzt auch aus religionsimmanenter Sicht. Wie bereits am Beispiel der Studie von Byrd (1988) problematisiert, stellt sich die Frage, bis zu welchen Grenzen religiöse Zusammenhänge wissenschaftlich erschlossen werden können oder, aufgrund ihrer transzendenten Natur, Akte des Glaubens bleiben müssen. In diesem Sinne schlussfolgern auch der Psychiater Sloan und der Pastor VandeCreek (2000):

Religion braucht die Medizin nicht, um sich selbst zu bestätigen. Sie braucht keine wissenschaftliche Empirie, weil sie auf Glauben gegründet ist. Wenn Glaube und Wissenschaft vermischt werden, dient das weder dem einen noch der anderen, sondern schwächt beide.

Dies aber zu generalisieren und abzulehnen, dass dort, wo es sinnvoll möglich ist, der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Glaube auch wissenschaftlich überprüft und abgesichert wird, oder die gesundheitsfördernden Effekte einer religiösen Lebensführung nicht anzuerkennen, hieße das Kind mit dem Bade auszuschütten. Eine solche ablehnende Auffassung wird durch die Vielzahl der hier vorgestellten Studien und Ergebnisse eindrucksvoll widerlegt.

In welcher Weise diese Erkenntnisse dann in den Behandlungsprozess einfließen, ist eine darüber hinausgehende, wichtige Frage, die nicht zuletzt unter Berücksichtigung des Behandlungsanlasses sowie des Hintergrundes und der Überzeugung von Patient und Arzt in der jeweiligen Situation entschieden werden muss. Fallot (2001) schlägt z.B. dazu aus der Erfahrung in der psychiatrischen Rehabilitation vor, Patienten nach der Bedeutung, die Religion für ihr Leben hat, zu fragen, es im Rahmen von Gruppengesprächen zu diskutieren, für gläubige Patienten in der Behandlung religiöse Elemente anzuwenden und z.B. religiöse Gemeinden als Teil des sozialen Netzwerks nach der Entlassung zu nutzen. Die simplifizierende, linearkausale Rückbeziehung einer Krankheit auf eine mangelnde Glaubenspraxis ist selbstverständlich auszuschließen. Ebenso wenig wird die Vorstellung eines auch in spirituellen Dingen omnipotenten ärztlichen Heilers befürwortet, der zur Adressierung religiöser Sachverhalte qua Amt und Status automatisch befähigt wäre. Viel eher ergibt sich aus der Berücksichtigung religiöser Einflussfaktoren eine stärkere Notwendigkeit zur Kooperation zwischen Ärzten, (Psycho-)Therapeuten und Seelsorgern im Behandlungsprozess.

6. Zusammenfassung

Die hier vorgestellten wissenschaftlichen Studien belegen, dass Glaube und Religiosität einen positiven Einfluss auf die Gesundheit von Seele, Geist und Körper ausüben können. Die Effekte hängen aber von vielfältigen Bedingungsfaktoren ab und müssen im Kontext verstanden werden. Es überrascht daher nicht, dass in einigen Teilergebnissen und Studien keine oder auch ungünstige

Effekte religiösen Lebens auf Gesundheit und Wohlbefinden gefunden wurden. Die Mehrzahl der Ergebnisse unterstützt aber die Annahme, dass religiöses Leben Gesundheit und Wohlbefinden fördern und Erkrankungen vermeiden helfen kann.

Forschungsbedarf für die Zukunft besteht insbesondere in der Frage, inwieweit sich die Ergebnisse der US-amerikanischen Studien auch in Gesellschaften mit einem wesentlich schwächeren religiösen Grundkonsens reproduzieren lassen. Angesichts der überwiegend im christlich-judäischen Kontext durchgeführten Studien stellt sich außerdem die Frage, ob die Befunde kulturunabhängig gelten. Für nichtchristliche Glaubenszusammenhänge anderer Weltreligionen oder nichtdeistische Spiritualität sind dafür zunächst Kriterien zu entwickeln, die eine Operationalisierung erlauben. Dazu bedarf es jedoch weiterer Forschung.

Literatur

- Anderson, D., J. Deshaies, J. Jobin: "Social support, social networks and coronary artery disease rehabilitation: A review." *Canadian Journal of Cardiology* 12, 1996, 739–744.
- Antonovsky, A.: *Salutogenese*. Tübingen: dgvt-Verlag 1997.
- Baetz, M., D. B. Larson, G. Marcoux, R. Bowen, R. Griffin: "Canadian psychiatric inpatient religious commitment: An association with mental health." *Journal of Psychiatry* 47 (2), 2002, 159–166.
- Bengel, J.: *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung 6. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2001.
- Berry, D.: "Does religious psychotherapy improve anxiety and depression in religious adults? A review of randomized controlled studies." *International Journal of Psychiatry and Nurses Research* 8 (1), 2002, 875–890.
- Bischof, G., und U. John: „Suchtmittelabhängigkeit bei Männern und Frauen.“ K. Hurrelmann, P. Kolip (Hrsg.): *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit: Männer und Frauen im Vergleich*. Bern: Huber 2002, 343–358.
- Braam, A. W., A. T. F. Beekman, D. J. H. Deeg, J. H. Smith, W. van Tilburg: "Religiosity as a protective or prognostic factor of depression in later life: Results from the community survey in the Netherlands." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 96, 1997, 199–205.
- Bradley, D. E.: "Religious involvement and social resources: Evidence from the data set 'Americans' changing lives'." *Journal for the Scientific Study of Religion* 34, 1995, 259–267.

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): *Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 209. Stuttgart: Kohlhammer 2002.
- Byrd, R. C.: "Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population." *Southern Medical Journal* 81, 1988, 826–829.
- Califano J. A.: "Religion, science and substance abuse." *America* 186 (4), 2002, 8–11.
- Call, V. R., and T. B. Heaton: "Religious influence on marital stability." *Journal for the Scientific Study of Religion* 36 (3), 1997, 382–392.
- Campbell, A.: *The Sense of Well-Being in America: Recent Patterns and Trends*. New York: McGraw-Hill 1981.
- Carp, F. M.: "Short-term and long-term prediction of adjustment to a new environment." *Journal of Gerontology* 29, 1974, 444–453.
- Center for Disease Control and Prevention: *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*. Washington DC: US Department of Health and Human Services 1997.
- Covinsky, K. E., E. Kahana, M. H. Chin, R. Palmer, R. H. Fortinski, C. S. Landerfield: "Depressive symptoms and three-year mortality in older hospitalized medical patients." *Annals of Internal Medicine* 130, 1999, 563–569.
- Cutler, S. J.: "Membership in different types of voluntary associations and psychological well-being." *Gerontologist* 16, 1976, 335–339.
- Denison, H., A. Berkowicz, A. Oden, C. Wendestam: "The significance of coronary death for the excess mortality in alcohol-dependent men." *Alcohol and Alcoholism* 32, 1997, 517–526.
- Deutscher, S., H. E. Rockkette, V. Krishnaswami: "Evaluation of habitual excessive alcohol consumption on myocardial infarction risk in coronary artery disease patients." *American Heart Journal* 108, 1984, 988–995.
- Diamond, E. L.: "The role of anger in essential hypertension and coronary heart disease." *Psychological Bulletin* 92, 1982, 410–433.
- Diener, E.: "Subjective well-being." *Psychological Bulletin* 95, 1984, 542–575.
- Dudley, R. L., P. B. Mutch, R. J. Cruise: "Religious factors and drug usage among Seventh-day Adventist youth in North America." *Journal for the Scientific Study of Religion* 26 (2), 1987, 218–233.
- Ellis, Albert: "Psychotherapy and atheistic values: A response to A. E. Bergin's Psychotherapy and Religious Values." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 48, 1980, 635–639.
- Ellison, C. G., and L. K. George: "Religious involvement, social ties and social support in a Southeastern community." *Journal for the Scientific Study of Religion* 33, 1994, 46–61.
- Ernst, H.: „Religion: Jungbrunnen für Senioren.“ *Psychologie heute* 1997a (6), 27.
- Ernst, H.: „Macht der Glaube krank?“ *Psychologie heute* 1997b (6), 20.

- Etkind, P., S. M. Lett, P. D. Mac Donald, E. Siva, J. Peppe: "Pertussis outbreaks in groups claiming religious exemptions to vaccinations." *American Journal of Diseases of Children* 146, 1992, 173–176.
- Fallot, R. D.: "Spirituality and religion in psychiatric rehabilitation and recovery from mental illness." *International Review of Psychiatry* 13, 2001, 110–116.
- Ferraro, K. F.: "Firm believers? Religion, body weight, and well-being." *Review of Religious Research* 39 (3), 1998, 224–244.
- Fraser, G. E., T. M. Strahan, J. Sabate, W. L. Beeson, D. Kissinger: "Effects of traditional coronary risk factors on rates of incident of coronary events in a low-risk population: The Adventist Health Study." *Circulation* 86, 1992, 406–413.
- Freud, Sigmund: "Future of an illusion." *Standard Edition of the complete Psychological Works of Sigmund Freud* [1927]. Ed. by J. Strachey. London: Hogarth Press 1962.
- Gesundheitsbericht für Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes.* Hrsg. v. Statistischem Bundesamt. Stuttgart: Metzler-Poeschel 1998.
- Glassman, A. H., and P. A. Shapiro: "Depression and the course of coronary artery disease." *American Journal of Psychiatry* 155, 1998, 4–11.
- Glenn, N. D., and C. N. Weaver: "A note on family situation and global happiness." *Social Forces* 57, 1979, 960–967.
- Grom, B.: „Gottesvergiftung oder Gottestherapie.“ *Psychologie heute* 1997 (6), 22–26.
- Grossarth-Maticek, Ronald: *Systemische Epidemiologie und präventive Verhaltensmedizin chronischer Erkrankungen.* Berlin, New York: Walter de Gruyter 1999.
- Gupta, S., and A. J. Camm: "Chlamydia pneumoniae and coronary heart disease." *British Medical Journal* 314 (7097), 1997, 1777–1779.
- Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives.* DHHS publication no. PHS 91-50212. U.S. Department of Health and Human Services. Washington, DC: Public Health Service 1991.
- Hunt, I. E., N. J. Murphy, C. Henderson: "Food and nutrient intake of Seventh-day Adventist women." *American Journal of Clinical Nutrition* 48, 1988, 850–851.
- Idler, E. L., and S. V. Kasl: "Religion among disabled and nondisabled persons: I. Cross-sectional patterns in health practices, social activities and well-being." *Journal of Gerontology* 52B (6), 1997, 294–305.
- Imamura, H., K. Tanaka, C. Hirae, T. Futagami, Y. Yoshimura, K. Uchida, A. Tanaka, D. Kobata: "Relationship of cigarette smoking to blood pressure and serum lipids and lipoproteines in men." *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology* 23, 1996, 397–402.

- Jackson, L. E., and R. D. Coursey: "The relationship of God control and internal locus of control to intrinsic religious motivation, coping and purpose in life." *Journal for the Scientific Study of Religion* 27, 1988, 399–410.
- Jarvis, W. T.: "Why I am not a vegetarian." *Nutrition and Health Forum* 13 (6), 1996, 57–64.
- Jensen, O. M.: "Cancer risk among Danish male Seventh-day Adventists and other temperance society members." *Journal of the National Cancer Institute* 70, 1983, 1011–1158.
- Jung, C. G.: *Modern Man in Search of Soul*. New York: Harcourt Brace Jovanovich 1933.
- Karoff, M.: „Herz-Kreislauf-Erkrankungen am Beispiel der koronaren Herzkrankheit und des akuten Myocardinfarkts.“ F. W. Schwartz, D. Badura, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist (Hrsg.): *Das Public-Health-Buch*. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg 2000, 430–440.
- Katzel, L. I., E. R. Bleecker, E. G. Colman: "Effects of weight loss versus aerobic exercise training on risk factors for coronary disease in healthy, obese, middle aged and older men: A randomized controlled trial." *Journal of the American Medical Association* 274, 1995, 1915–1921.
- Kaunitz, A. M., C. Spence, T. S. Danielson, R. W. Rochat, D. A. Grimes: "Perinatal and maternal mortality in a religious group avoiding obstetric care." *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 150, 1984, 826–831.
- Kendler, K. S., C. O. Gardner, C. A. Prescott: "Religion, psychopathology, and substance use and abuse: A multimeasure, genetic-epidemiologic study." *American Journal of Psychiatry* 154 (3), 1997, 322–329.
- King, K. B.: "Psychological and social aspects of cardiovascular disease." *Annals of Behavioral Medicine* 19, 1997, 264–270.
- Koenig, H. G., F. Shelp, V. Goli, H. J. Cohen, D. G. Blazer: "Survival and health-care utilization in elderly medical inpatients with major depression." *Journal of the American Geriatrics Society* 37, 1989, 599–606.
- Koenig, H. G., L. K. George, K. G. Meador, D. G. Blazer, P. B. Dyck: "Religious affiliation and psychiatric disorder in Protestant baby boomers." *Hospital and Community Psychiatry* 45, 1994, 586–596.
- Koenig, H. G., J. C. Hays, L. K. George, D. G. Blazer, D. B. Larson, L. R. Landerman: "Modelling the cross-sectional relationships between religion, physical health, social support, and depressive symptoms." *American Journal of Geriatric Psychiatry* 5, 1997, 131–143.
- Koenig, H. G., K. I. Pargament, J. Nielsen: "Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults." *Journal of Nervous and Mental Disorders* 186, 1998, 513–521.
- Koenig, H. G., M. E. McCullough, D. B. Larson: *Handbook of Religion and Health*. Oxford: Oxford University Press 2001.

- Krause, N.: "Religious meaning and subjective well-being in late life." *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 58 (3), 2003, 160–170.
- Langosch, W., und P. Hahn: „Psychosomatik des Herzinfarkts.“ H. Roskamm, H. Rendell (Hrsg.): *Herzkrankheiten*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1996, 1698–1717.
- Lapane, K. L., T. M. Lasater, C. Allan, R. A. Carleton: "Religion and cardiovascular disease risk." *Journal of Religion and Health* 36 (2), 1997, 155–163.
- Larson, D. B., H. G. Koenig, B. H. Kaplan, R. S. Greenberg, E. Logue, H. A. Tyroler: "The impact of religion on men's blood pressure." *Journal of Religion and Health* 28, 1989, 265–278.
- Larson, D. B., S. B. Thielman, M. A. Greenwold, J. S. Lyons, S. G. Post, K. A. Sherrill, G. G. Wood, S. S. Larson: "Religious content in the DSM-III-R glossary of technical terms." *Journal of Psychiatry* 150, 1993, 1884–1885.
- Leitzmann, C., und A. Hahn: *Vegetarische Ernährung*. Stuttgart: Uni-Taschenbuch 1996.
- Lemon, F. R., and J. W. Kuzma: "A biologic cost of smoking: Decreased life expectancy." *Archives of Environmental Health* 18, 1969, 950–955.
- Manson, J. E., G. A. Colditz, M. J. Stampfer, W. C. Willett, B. Rosner, R. R. Monson, F. E. Speizer, C. H. Henneken: "A prospective study of obesity and risk of coronary heart disease in women." *New England Journal of Medicine* 322, 1990, 882–889.
- Maton, K. I.: "The stress-buffering role of spiritual support: Cross-sectional and prospective investigations." *Journal for the Scientific Study of Religion* 28, 1989, 310–323.
- Matthews, D. A., S. M. Marlowe, F. S. MacNutt: "Effects of intercessory prayer ministry on patients with rheumatoid arthritis." *Journal of General Internal Medicine* 13 (4, Suppl. 1), 1999, 1177–1186.
- McCarthy, J.: "Religious commitment, affiliation and marriage dissolution." R. Wuthnow (ed.): *The Religious Dimension: New Directions in Quantitative Research*. New York: Academic Press 1979, 179–197.
- McCullough, M. E.: "Research on religion-accommodation counseling: Review and meta-analysis." *Journal of Counseling Psychology* 46, 1999, 92–98.
- McCullough, and M. E., D. B. Larson: "Religion and depression: A review of the literature." *Twin Research* 2 (2), 1999, 126–130.
- Meltzer, E. O.: "Prevalence, economic and medical impact of tobacco smoking." *Annals of Allergy* 73, 1994, 384–388.
- Moser, Tilmann: *Gottesvergiftung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1980.
- Mullen, K., R. Williams, K. Hunt: "Irish descent, religion, and alcohol and tobacco use." *Addiction* 91, 1996, 243–254.
- Musick, M. A., H. G. Koenig, J. C. Hays, H. J. Cohen: "Religious activity and depression among community-dwelling elderly persons with cancer: The moderation effect of race." *Journal of Gerontology* 53B, 1998, 218–227.

- Myers, D. G., and E. Diener: “The pursuit of happiness: New research uncovers some antiintuitive insights into how many people are happy – and why.” *Scientific American* 274 (5), 1996, 54–56.
- Nieto, F. J., E. Adam, P. Sorlie, H. Farzadegan, J. L. Melnick, G. W. Comstock, M. Szklo: “Coronary heart disease/atherosclerosis/myocardial infarction: Cohort study of cytomegalovirus infection as a risk factor for carotid intimal-medial thickening, a measure of subclinical arteriosclerosis.” *Circulation* 94, 1996, 922–927.
- Okun, M. A., W. A. Stock, M. J. Haring, R. A. Witter: “The social activity/subjective well-being relation: A quantitative synthesis.” *Research on Aging* 6, 1984, 45–65.
- O’Laoire, S.: “An experimental study of the effects of distant, intercessory prayer on self-esteem, anxiety, and depression.” *Alternative Therapies in Health and Medicine* 3 (6), 1997, 38–53.
- Oleckno, W. A., and M. J. Blacconiere: “Relationship of religiosity to wellness and other health-related behaviors and outcomes.” *Psychological Reports* 68, 1991, 819–826.
- Ornish, D., S. E. Brown, L. W. Scherwitz, J. H. Billings, W. T. Armstrong, T. A. Ports, S. M. McLanahan, R. L. Kirkeeide, R. J. Brand, K. L. Gould: “Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? The Lifestyle Heart Trial.” *Lancet* 336, 1990, 129–133.
- Orth-Gomer, K., A. Rosengren, L. Wilhelmsen: “Lack of social support and incidence of coronary heart disease in middle-aged Swedish men.” *Psychosomatic Medicine* 55, 1993, 37–43.
- Pargament, K. I., H. G. Koenig, L. M. Perez: “The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE.” *Journal of Clinical Psychology* 56 (4), 2000, 519–543.
- Peach, H. G.: “Religion, spirituality and health: How should Australia’s medical professionals respond?” *Medical Journal of Australia* 178, 2003, 86–88.
- Phillips, R. L.: “Role of life-style and dietary habits in risk of cancer among Seventh-day Adventists.” *Cancer Research* 35, 1975, 3513–3522.
- Phillips, R. L., F. R. Lemon, W. L. Beeson, J. W. Kuzma: “Coronary heart disease mortality among Seventh-day Adventists with differing dietary habits: A preliminary report.” *American Journal of Clinical Nutrition* 31, 1978, 191–198.
- Phillips, R. L., J. W. Kuzma, W. L. Beeson, T. Lotz: “Influence of selection versus lifestyle on risk of fatal cancer and cardiovascular disease among Seventh-day Adventists.” *American Journal of Epidemiology* 112, 1980, 296–314.
- Pollner, M.: “Divine relations, social relations, and well-being.” *Journal of Health and Social Behavior* 30, 1989, 92–104.

- Powell, K. E., P. D. Thompson, C. J. Caspersen, J. S. Kendrick: "Physical activity and the incidence of coronary heart disease." *Annual Review of Public Health* 8, 1987, 253–287.
- Powell, L. H., L. Shahabi, C. E. Thoresen: "Religion and spirituality: Linkages to physical health." *American Journal of Psychology* 58 (1), 2003, 36–52.
- Probst, L. R., R. Ostrom, P. Watkins, T. Dean, D. Mashbur: "Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavior therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60, 1992, 94–103.
- Richards, D. G.: "A 'Universal Forces' dimension of locus of control in a population of spiritual seekers." *Psychological Reports* 67, 1990, 847–850.
- Roberts, J.: "Religion should not put a child's health at risk." *British Medical Journal* 312, 1996, 268–269.
- Rodgers, D. V., J. S. Gindler, W. L. Atkinson, L. E. Markowitz: "High attack rates and case fatality during a measles outbreak in groups with religious exemption to vaccination." *Pediatric Infectious Disease Journal* 12, 1993, 288–292.
- Rosengren, A., L. Wilhelmsen, K. Pennert, G. Berglund, D. Elmfeldt: "Alcoholic intemperance, coronary heart disease and mortality in middle-aged Swedish men." *Acta Medica Scandinavica* 222, 1987, 201–213.
- Rosengren, A., G. Tibbling, L. Wilhelmsen: "Self-perceived psychological stress and incidence of coronary artery disease in middle-aged men." *American Journal of Cardiology* 68, 1991, 1171–1175.
- Ryan, R. M., S. Rigby, K. King: "Two types of religious internalization and their relations to religious orientations and mental health." *Journal of Personality and Social Psychology* 65, 1993, 586–596.
- Sawicki, P. T., I. Muhlhauser, R. Bender, W. Tethke, L. Heinemann, M. Berger: "Effects of smoking on blood pressure and proteinuria in patients with diabetic nephropathy." *Journal of Internal Medicine* 239, 1996, 345–352.
- Scherwitz, L. W., O. A. Brusis, D. Kesten, P. A. Safian, E. Hasper, A. Berg, J. Siegrist: „Lebensstiländerungen bei Herzinfarktpatienten im Rahmen der stationären und ambulanten Rehabilitation. Ergebnisse einer deutschen Pilotstudie.“ *Zeitschrift für Kardiologie* 84, 1995, 216–221.
- Scheurich, N.: "Reconsidering spirituality and medicine." *Academic Medicine* 78 (4), 2003, 356–360.
- Schnittker, J.: "When is faith enough? The effect of religious involvement on depression." *Journal for the Scientific Study of Religion* 40 (3), 2001, 393–411.
- Seeman, T. E.: "Personal control and coronary artery disease: How generalized expectancies about control may influence disease risk." *Journal of Psychosomatic Medicine* 35, 1991, 661–669.
- Siegrist, J., R. Peter, W. Motz, B. E. Strauer: "The role of hypertension, left ventricular hypertrophy and psychosocial risks in cardiovascular disease:

- Prospective evidence from blue collar men.” *European Heart Journal* 13 (Suppl. D), 1992, 89–95.
- Singh, P. N., J. Sabate, G. E. Fraser: “Does low meat consumption increase life expectancy in humans?” *American Journal of Clinical Nutrition*, 78 (3 Suppl.), 2003, 526S–532S.
- Sloan, R. P., E. Bagiella, T. Powell: “Religion, spirituality, and medicine.” *Lancet* 353, 1999, 664–667.
- Sloan, R. P., E. Bagiella, L. VandeCreek, M. Hover, C. Casalone, T. Jinpu Hirsch, Y. Hasan, R. Kreger, P. Poulos: “Should physicians prescribe religious activities?” *New England Journal of Medicine* 342, 2000, 1913–1916.
- Sloan, R. P., and L. VandeCreek: “Religion and Medicine: Why Faith Should Not Be Mixed With Science.” *Medscape General Medicine* 2 (3) 2000. (URL: <<http://www.medscape.com/viewarticle/408068>>)
- Snowdon, D. A., and R. L. Phillips: “Coffee consumption and risk of fatal cancers.” *American Journal of Public Health* 74 (8), 1984, 820–823.
- Sokolow, M., und M. B. Mc Ilroy: *Kardiologie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1985.
- Spence, C., T. S. Danielson, W. M. Kaunitz: “The faith assembly: A study of perinatal and maternal mortality.” *Indiana Medicine* 3, 1984, 180–183.
- Stamler, J., D. Wentworth, J. D. Neaton: “Is relationship between serum cholesterol and risk of premature death from coronary heart disease continuous and graded? Findings in 356.222 primary screenees of the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT).” *Journal of the American Medical Association* 256, 1986, 2823–2828.
- Strawbridge, W. J., R. D. Cohen, S. J. Shema, G. A. Kaplan: “Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years.” *American Journal of Public Health* 87, 1997, 957–961.
- Strawbridge, W. J., S. J. Shema, R. D. Cohen, G. A. Kaplan: “Religious attendance increases survival by improving and maintaining good health behaviors, mental health and social relationships.” *Annals of Behavioral Medicine* 23, 2001, 68–74.
- Thoresen, C. E., and A. H. Harris: “Spirituality and health: What’s the evidence and what’s needed?” *Annals of Behavioral Medicine* 24 (1), 2002, 3–13.
- Watters, W.: *Deadly Doctrine: Health, Illness, and Christian God-Talk*. Buffalo, New York: Prometheus 1992.
- Williams, R. B., J. C. Barefoot, R. M. Califf, T. L. Haney, W. B. Saunders, D. B. Pryor, M. A. Hlatky, I. C. Siegler, D. B. Mark: “Prognostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographically documented coronary artery disease.” *Journal of the American Medical Association* 267, 1992, 520–524.
- Wilson, W.: “Correlates of avowed happiness.” *Psychological Bulletin* 67, 1967, 294–306.

Wolf, A. M., and G. A. Colditz: "Current estimates of the economic cost of obesity in the United States." *Obesity Research* 6, 1998, 97–106.