

Klaus Baumann

Macht Glaube gesund?

Zum Effekt religiösen Glaubens in Prävention und Krankheitsbewältigung

1. Die Fragestellung im Kontext einer neuen Aufgeschlossenheit für Religion

Während dieser Beitrag entstand, war für Ende März 2008 in Kassel ein „Christlicher Gesundheitskongress“ unter dem Titel angekündigt: „Beauftragt zu heilen – in Beruf, Gemeinde und Gesellschaft“. Als einer der Hauptredner war der Arzt und Medizinprofessor Dale A. Matthews von der amerikanischen Georgetown-University angekündigt. Nach seinen Arbeiten über den „Faith Factor“ am amerikanischen National Institute for Healthcare Research wurde sein Buch darüber im Jahr 2000 auch in deutscher Sprache mit dem Titel veröffentlicht: „Glaube macht gesund. Spiritualität und Medizin“. Eine zweite Auflage ist bereits vergriffen. Matthews schreibt, in seiner ärztlichen Tätigkeit habe er „häufig beobachtet, mit welcher Kraft der Glaube und die lebendige religiöse Überzeugung dazu beitragen können, dass jemand gesund bleibt, sich von einer Krankheit erholt oder mit dem Kranksein zurechtkommt. Bis vor kurzem hat jedoch die Medizinerschaft auf diese Phänomene weithin mit Stillschweigen reagiert, statt sie zum Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen zu machen.“ (Matthews 2000, 13-14).

Im genannten Kongress wie in dem Buch zeigt sich eine Entwicklung der letzten ca. 20 Jahre: Nach Jahrzehnten betont kritischer Sensibilität von Ärzten wie Theologen für schädliche, belastende Effekte von institutionalisierter Religion und religiöser Sozialisation, die besonders von eindrucksvollen Einzelfalldarstellungen genährt wurde („Gottesvergiftung“; Moser 1976; Baumann 2004; 2007), werden seit einigen Jahren auch im deutschsprachigen Raum die möglichen positiven Korrelationen von Religiosität und Glauben mit subjektivem Wohlbefinden, Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung the-

matisiert und untersucht (Moosbrugger/Zwingmann 2004), ohne dabei mögliche negative Aspekte auszublenden. Jüngst dokumentierte eine repräsentative Befragung einerseits eine intensive religiöse Heterogenität in der deutschen Bevölkerung (u.a. Ost/ West), andererseits dass sie zu 70% religiös oder hoch religiös sei (Bertelsmannstiftung 2007). 81% derer, die sich selbst in der europäischen Wertestudie (Denz 2002) als religiös bezeichneten, gaben an, dass sie aus dem Glauben Trost und Kraft ziehen.

Zuvor war in den 1990er Jahren in den USA das Thema „Medizin und Religion“ von einem Außenseiterthema bis zum Jahr 2000 zu einem Teil des Vorlesungsangebots an über 50% der Medizinischen Fakultäten aufgestiegen, darunter auch in Harvard (McCarthy/Peteet 2003). Dazu hatte das wachsende Bewusstsein von der Bedeutung der Präventivmedizin und der emotionalen und spirituellen Bedürfnisse der Patienten ebenso beigetragen wie eine verstärkte Ressourcenorientierung im Behandlungskonzept („Salutogenese“; Antonovsky 1987) und die empirische Auseinandersetzung mit Alternativmedizin und geistheilerischen Angeboten (Grom 1998; 2003).

2. Empirische Ergebnisse zum Zusammenhang von Religion und Gesundheit

Macht religiöser Glaube also gesund? Repräsentative Langzeitstudien in den USA belegten Mitte der 90er Jahre bereits signifikante, um bis zu 7 Jahre höhere Lebenserwartungen von regelmäßigen Gottesdienstbesuchern im Vergleich zu Probanden, die nicht an Gottesdiensten teilnahmen (Hummer et al. 1999). Der Unterschied blieb einer Metaanalyse von empirischen Untersuchungen mit insgesamt 125.826 Personen gemäß auch signifikant zwischen Probanden mit privaten religiösen Aktivitäten und nicht religiös ak-

Zusammenfassung:

Die Frage, ob Glaube gesund macht, wird im Kontext einer neuen Aufgeschlossenheit für Religion angesichts empirischer Ergebnisse über einen signifikanten, schwach positiven Zusammenhang von persönlich gelebter Religiosität und sowohl körperlicher als auch psychischer Gesundheit diskutiert. Die empirischen Ergebnisse legen eine multifaktorielle bio-psycho-soziale Erklärung nahe. Mit Hilfe der kulturanthropologischen Definition von Religion (nach C. Geertz) werden kognitive, emotionale und verhaltensmäßige Funktionen von Religion erläutert, welche ihre gesundheitsfördernde Wirkung im multifaktoriellen Modell besser verstehen lassen. Abschließend werden Hinweise für ärztliches Handeln, Caritas und Seelsorge gegeben mit dem Ziel, persönliche und gemeinsame religiöse Ressourcen wertzuschätzen und zu fördern.

Schlüsselworte:

Glaube, Gesundheitsförderung, Religiöse Ressourcen, Funktionen von Religion, Seelsorge

Summary:

Is faith healing? The question is discussed in the context of growing appreciation of religion and in the light of empirical findings which report significant, weakly positive correlations between religiosity and physical as well as mental health. These findings suggest a multi-causal, bio-psycho-social explanation. Drawing on a definition of religion given by cultural anthropology (C. Geertz), cognitive, emotional and conative functions of religion are illustrated and used to understand the health promoting effects of religion with respect to prevention and coping. The final suggestions for medical care, for religious social welfare and for pastoral care aim at the appreciation and fostering of personal and common religious resources.

Keywords:

Faith, prevention, religious resources, functions of religion, pastoral care

tiven Probanden, war mit 4,4 Jahren jedoch deutlich geringer als zwischen gemeindebezogenen religiös aktiven und nicht religiös aktiven Probanden (*McCullough 2001*). Forschungsergebnisse zur Korrelation von Religiosität und verschiedenen Aspekten psychischer Gesundheit zeigen fast durchgängig gesundheitspositive Zusammenhänge für subjektives Wohlbefinden, Hoffnung und Optimismus, Selbstwertgefühl, Sinnerfüllung, soziale Unterstützung, Einsamkeitsgefühle, Depressivität, Suizid, Angststörungen, Schizophrenie und andere Psychosen, Alkohol- und Drogenkonsum, Delinquenz, Beziehungsstabilität bei Ehepaaren (*Koenig et al. 2001, 214-220; Koenig 2005; vgl. Kendler et al. 2003*). Ähnlich verhält es sich mit der körperlichen Gesundheit: Bei Herzerkrankungen, Bluthochdruck (unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Körpergewicht, Rauchen), hirnorganischen Erkrankungen, Störungen des Immunsystems, Krebs, Behinderung und Schmerzen ergeben fast alle Studien eine signifikante, wenn auch schwache positive Korrelation zwischen Religiosität und Gesundheit (*Koenig et al. 2001, 231-357*). Zusammenfassend kann ein konsistent signifikanter, auf niedrigem Niveau positiver Zusammenhang zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit mit persönlich gelebter Religiosität festgehalten werden.

3. Macht Glaube also gesund?

Ist es also berechtigt, einfach zu behaupten: „Glaube macht gesund“? In christlicher Tradition ist unstrittig, dass Jesus zu Menschen nach ihrer wunderbaren Heilung sagte: „Dein Glaube hat dir geholfen“ (vgl. z.B. *Mk 5,34*) - während zugleich er darin handelte und die Heilung ein Zeichen für sein messianisches Wirken war. Exegetisch gesehen geht es da um außerordentliche Geschehnisse (*Theissen/Merz 2001*; selbst in der nachjesuanischen Zeit der Kirche; vgl. *Grundmann 2005*). Empirische statistische Untersuchungen interessieren sich jedoch nicht für solche speziellen Einzelfälle (etwa die Frage von Heilungswundern), sondern für die unzufällige, gesetzmäßige Mehrzahl der Fälle.

Genau im letzteren Sinne scheinen die referierten Forschungsergebnisse

zumindest eine positive Wirkung von Religiosität auf Gesundheit bzw. Krankheitsbewältigung zu belegen - doch ist diese Wirkung damit noch nicht verstanden. Es sei denn, man bricht das Denken ab und identifiziert sie (auch theologisch unhaltbar) mit einem statistisch belegbaren, immanenten Wirken einer transzendenten, höheren Macht („Gott“).

Eine statistische Korrelation sagt zunächst noch nichts über die Art der Wechselwirkung der Variablen aus. Werden z.B. Menschen krank und sterben, weil sie den Gottesdienst nicht besuchen - oder können sie eben wegen ihrer Krankheit nicht zum Gottesdienst (vgl. *Hummer et al. 1999*)? Mit diesem wichtigen Hinweis ist die Frage nach der kausalen Verbindung jedoch nicht erledigt. Wo sie nicht ausgeklammert wird (vgl. *Kendler et al. 2003*), bietet sich das multifaktorielle, bio-psycho-soziale Erklärungsparadigma an, wie es in der modernen Medizin insbesondere die Psychiatrie verwendet: Konstitutionelle, biologische, emotionale, kognitive, lerngeschichtliche, geschlechts- und altersspezifische, intrapsychische und psychosoziale, ökologische, sozio-ökonomische und kulturelle Faktoren wirken in der psycho-somatischen Einheit des Menschen zusammen.

Die Tatsache der schwachen Korrelationen weist auf das Zusammenwirken von vielerlei solchen Bedingungen und Einflüssen hin. Unter ihnen behält die signifikante schwache Korrelation zwischen Religiosität und Gesundheit ihre konsistente Bedeutung. So bleibt die Frage: Wie lässt sich das in der statistischen Mehrheit der Fälle deuten, dass Glauben „gesund machen“ bzw. präventiv gesundheitsförderlich wirken kann? Die meisten Autoren betonen enormen Forschungsbedarf, um diese Wirkweisen mehr zu verstehen. Denn gerade die schwache Korrelation erlaubt nicht, von linearen Ursache-Wirkungs-Verhältnissen auszugehen, sondern von einem komplexen Geflecht und Bedingungsverhältnis verschiedener Faktoren. Darüber hinaus dürfte jedoch auch eine interdisziplinäre Klärung über Eigenart und Funktionen von Religion und Religiosität hilfreich sein.

4. Eigenart und Funktionen von Religion und Religiosität

Der Kulturanthropologe *Clifford Geertz (1983, 48)* fasste Religion auf als „(1) ein Symbolsystem, das darauf zielt, (2) starke, umfassende und dauerhafte Stimmungen und Motivationen in den Menschen zu schaffen, indem es (3) Vorstellungen einer allgemeinen Seinsordnung formuliert und (4) diese Vorstellungen mit einer solchen Aura von Faktizität umgibt, dass (5) die Stimmungen und Motivationen völlig der Wirklichkeit zu entsprechen scheinen“. Neben der subjektiven Überzeugung und Berührtheit („Aura“) geht Geertz auch mit den zentralen Begriffen „Symbolsystem“ und „starke, umfassende und dauerhafte Stimmungen und Motivationen“ weit über das „Kognitive“ hinaus und rückt auch die emotionale, verhaltensmäßige und sozial(isierend)e Seite von Religion in den Blick. Wie andere Motive des Handelns haben auch religiöse Motive miteinander verbundene kognitive, emotionale und verhaltensmäßige Momente. So verstandene Religion kann kognitiv, emotional und verhaltensmäßig mehrere psychische Funktionen ausüben: Sie kann als ordnende Kraft fungieren, sie kann der Krisenbewältigung dienen, sie kann Krisen provozieren und sie kann in all dem sozialisierend und konfliktregulierend wirken.

Als „ordnende Kraft“ bietet Religion kognitiv eine umfassende Weltdeutung an und teilt dem Menschen seinen Platz im Universum der Dinge zu. Emotional vermittelt sie ein Gefühl der Geborgenheit in dieser Welt und ein Vertrauen, dass alles gut werden oder gut sein könnte. Für das Verhalten legitimiert sie („ethische“) Lebensformen mit ihren Verhaltensmustern. All dieses Ordnen wird in Symbolen und auch Ritualen akuiert, die zugleich Gemeinschaft stiften und stärken (können).

Als Krisenbewältigung tritt Religion kognitiv auf den Plan, wo empirisches Wissen versagt - etwa bei der Frage, was jenseits unserer Lebenswelt liegt und was mit uns im Tod wird. Emotional wirkt sie bewältigend in den Grenzsituationen, wo Vertrauen bedroht und erschüttert wird: in Angst und Trauer, Schuld und Versagen, Wut und Scham. Sie kann Menschen stabilisieren und ge-

gen emotionalen Zusammenbruch helfen. Praktisch hilft sie mit stützenden Verhaltensmöglichkeiten – insbesondere durch ihre Rituale –, in denen die üblichen Verhaltensmuster versagen.

Religion provoziert auch Krisen, etwa durch kognitive Irritationen, wo sie das Einbrechen einer ganz anderen „Welt“ in unsere Welt bezeugt, wo Menschen Gott erahnen oder zu erfahren meinen. Religion provoziert auch emotionale Grenzsituationen – wo Menschen sich auf neue Weise als geliebt oder getragen oder zur Versöhnung herausgefordert erfahren oder auch als extrem schuldig oder gefährdet. Religion provoziert auch Krisen für das Verhalten, wo sie Tabus aufrichtet, also Zonen von Unverfügbarkeit definiert – Bereiche, über die Menschen durchaus verfügen könnten, aber nicht sollten.

Religionen und Religiositäten sind also sehr komplex und differenziert zu betrachten. Es ist davon auszugehen, dass Menschen stets ihre persönlichkeitspezifische, unterschiedlich veränderungsoffene Religiosität ausbilden, die in dynamischer Spannung mit anderen Aspekten ihrer Persönlichkeit, mit ihrer sozialen Umwelt wie auch mit ihrer „offiziellen“ Religion differieren und harmonisieren kann. Auch das gehört wesentlich zur Eigenart von Religion und gelebter Religiosität – und verursacht für ihre empirische Operationalisierung jene erheblichen methodischen Schwierigkeiten, wie sie sich in der religionspsychologischen Forschungslage widerspiegeln (vgl. *Zwingmann/Moosbrugger 2004*).

5. Erklärungsmomente zur gesundheitsgünstigen Wirksamkeit von Religion/Religiosität

Ein solches religionspsychologisches Verständnis kann die gesundheitsgünstige Wirkung von Religion/Religiosität in Prävention und Krankheitsbewältigung folgendermaßen deuten:

- a) Religion motiviert mit ihrer Lebenslehre und Ethik Menschen zu einer „Ordnung“ des Lebens mit einem günstigeren Gesundheitsverhalten, z.B. zu weniger Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum und weniger riskantem Sexualverhalten.
- b) Religiöser Glaube motiviert sie „krisenbewältigend“ zu einer günsti-

geren (kognitiven) Bewertung von emotional belastenden Situationen, die (emotional) Halt gibt und Hoffnung schöpfen lässt. Er hilft im Kontrast zu den herrschenden Werten von Leistungs- und Erlebnisgesellschaft Misserfolge, Krankheiten, altersbedingte Einschränkungen oder Schwächen weniger selbst-entwertend einschätzen und in ein sinnhaftes Selbstbild integrieren. Er hilft zur emotionalen Bewältigung von psychischem Stress (Trauer und Verlust), etwa durch das Weiten des Horizontes auf die Möglichkeiten Gottes und – zumal in einem Kontext christlichen Glaubens – durch Blick auf das Kreuz.

- c) Als Krise erlebte Krankheit kann Menschen in ihrem Glauben zu Neuanfängen und Neuausrichtungen provozieren – im Denken, im Fühlen, im Verhalten – zu neuem Suchen und Vertrauen, zu vertieften Beziehungen, zu Aufarbeitung von belastender Vergangenheit und Beziehungen.
- d) Gelebte Religiosität stiftet Gemeinschaft mit ähnlich Gesinnten, schafft soziale Einbindung, Begegnungs- und Austauschmöglichkeiten und fördert soziale Vernetzung und Unterstützung durch die Glaubensgefährten. Es ist nicht zu unterschätzen, welche Bedeutung mit der intrinsisch religiösen Seite regelmäßige Gottesdienstbesuche und Gebetspraxis (nicht nur) für ältere Menschen auch im Blick auf ihre Tagesstruktur, ihre Lebensqualität und ihre Begegnungsmöglichkeiten ganz unauffällig und wohltuend zuwachsen kann. All dies wirkt gegen sozialen Rückzug, gegen Gefühle des Alleingelassenseins und der Hilflosigkeit. Gute Beziehungen wirken sich grundsätzlich positiv auf Gesundheit und Wohlbefinden aus (vgl. *Bauer 2006*).

All dies kann in jedem Menschen sehr unterschiedlich (persönlichkeitsspezifisch) ausgeprägt sein, sowohl was die Bedeutsamkeit (Zentralität, *fides qua*) als auch den Inhalt (*fides quae*) der Religion für einen Menschen angeht, auch dort, wo die religiöse Lehre ausdrücklich von einem menschenfreundlichen, barmherzigen, verzeihenden und zur Liebe berufenden Gott spricht (*Baumann 2004; 2008b*).

6. Folgerungen für ärztliches Handeln, Caritas und Seelsorge

Diese Erklärungsmomente mögen sich angesichts der starken Behauptung: „Glaube macht gesund!“ nüchtern und zurückhaltend ausnehmen. Sie bemühen keine außerordentlichen übernatürlichen Vorstellungen, sondern rekurrieren „sparsam“ auf allgemein verständliche gesundheitspsychologische Wirkfaktoren. Sie verdeutlichen dafür eher, dass religiöser Glaube – zumindest aus jüdisch-christlicher Sicht – nicht die Naturgegebenheiten ersetzen oder die zerbrechliche *conditio humana* umgehen, sondern sie verantwortlich lebensförderlich gestalten will, für sich selbst, für die Mitmenschen und für die ganze Schöpfung. Dazu hilft freilich besonders das Suchen, Wachsen und Pflegen einer starken, umfassenden und dauerhaften Überzeugung, dass Gott „ein Freund des Lebens“ (*Weish 11,26*), seiner Schöpfung und jedes nach seinem Bild geschaffenen Menschen (*Gen 1,27f.*) ist, selbst in schweren Krankheiten und Krisensituationen.

Ärzte, Therapeuten und Pflegepersonal sind schon berufsethisch gehalten, auch mit den spirituellen und/oder religiösen Bedürfnissen ihrer Patienten achtsam umzugehen. Gewiss wird dazu auch weiterhin gehören, erkennbare schädliche Vorstellungen oder Praktiken zu benennen. Mehr als bisher jedoch wäre auch zu wünschen, dass sie die religiösen Ressourcen der Patienten wertschätzen und gegebenenfalls diskret ermutigen und aktivieren. Für viele Patienten in ihrer religiösen Scheu, zumal im Krankenhaus, kann solche diskrete Ermutigung sehr nachhaltig wohlthuend wirksam sein, häufig mehr als die von beruflichen Seelsorger(inne)n. Gewiss haben es hier die konfessionellen Einrichtungen – unter dem Dach der Caritas oder Diakonie – mit einem Personal, das sich den christlichen Sendungsauftrag zur Nächstenliebe ausdrücklich zu eigen macht, etwas leichter als andere. Entscheidend ist allerdings die authentische Haltung der Wertschätzung und des Respekts für die Patienten auch in ihren religiösen Bedürfnissen und Überzeugungen (*Baumann 2008a*). Aus christlicher Sicht ist Gesundheit ein hohes, aber nicht das höchste Gut. Kei-

ne Weltreligion hat zum „diesseitigen“ Ziel, alle körperlichen und seelischen Krankheiten und alle persönlichen Schwächen zu überwinden. Zu christlicher Pädagogik und Erwachsenenbildung gehören schon im Sinne der Prävention und Gesundheitsförderung seriöse Information und Erziehung zum verantwortlichen Umgang mit der eigenen und fremden Gesundheit wie auch zur Annahme von Grenzen, Gebrechen und Leiden als Teil der *conditio humana* bei sich selbst und anderen. Heilung braucht in diesem Sinn (vgl. *Ritschl 2004*) nicht nur als Erfolg der Selbstheilungskräfte und *restitutio ad integrum* verstanden werden, sondern kann auch als Lebenlernen mit Einschränkungen, Behinderungen, chronischen Erkrankungen und mit dem Schwächerwerden insgesamt gedeutet werden; als neue Sinnfindung und Lebensorientierung und schließlich auch als Akzeptieren der eigenen Sterblichkeit und des nahenden Todes.

Für christliche Seelsorge wird indes entscheidend sein, darin einander beizustehen und diese Wirklichkeiten weder zu verdrängen noch durch eine missverständliche Heilungsrhetorik zu verschleiern; es gilt „in guten und in bösen Tagen“ den religiösen Ressourcen der Menschen glaubwürdig kognitiv, emotional und verhaltensmäßig Anreize zu geben und ihre Stärkung von der Quelle her zu fördern (und nicht zu behindern), die sie „Gott“ nennen. Dies gilt für die Verkündigung des Glaubens, viel mehr aber noch für dessen erfahrbare Praxis in Formen des Gebetes, des Gottesdienstes und der Gemeinschaft untereinander. Die Sorge Gottes für jeden Menschen – zumal für die Leidenden – wird wohl am glaubwürdigsten erfahrbar in der ech-

ten Sorge füreinander – allen voran in einer tätigen, geduldigen Nächstenliebe wie etwa in der Pflege Angehöriger, in Krankenbesuchen, Nachbarschaftshilfen und anderen Formen der Hilfe, in denen einer des anderen Last mitträgt (vgl. *Gal 6,4*).

Literatur:

- Antonovsky, Aaron (1987)*: Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well, San Francisco (dt: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen 1997)
- Bauer, Joachim (2006)*: Prinzip Menschlichkeit, Hamburg
- Baumann, Klaus (2004)*: Fähigkeit zur Andacht und Gottsuche. Kleiner Beitrag zu Tilmann Mosers psychoanalytischen Überlegungen zur Religion, in: *Theologie und Glaube* 94, 556-561
- Baumann, Klaus (2007)*: Zwangsstörungen und Religion aus heutiger Sicht, in: *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 75, 587-592
- Bertelsmann-Stiftung (2007) (Hrsg.)*: Religionsmonitor 2008, Gütersloh
- Denz, Hermann (2002) (Hrsg.)*: Die europäische Seele: Leben und Glauben in Europa, Wien.
- Geertz, Clifford (1983)*: Dichte Beschreibung, Frankfurt
- Grom, Bernhard (1998)*: Gesundheit und „Glaubensfaktor“. Religiosität als Komplementärmedizin?, in: *Stimmen der Zeit* 216, 413-424
- Grom, Bernhard (2003)*: Der Faktor „Religion“ in der Gesundheitsforschung und -förderung, in: *Stimmen der Zeit* 221, 131-134
- Grundmann, Christoffer H. (2005)*: Heilung als Thema der Theologie, in: *Theologische Literaturzeitung* 130, 231-246
- Hummer, Robert A./ Rogers, Richard G./ Nam, Charles B./ Ellison, Christopher G. (1999)*: Religious involvement and U.S. adult mortality, in: *Demography* 36, 273-285
- Kendler, Kenneth S./ Liu, Xiao-Quing/ Gardner, Charles O./ McCullough, Michael E./ Larson, David/ Prescott, Carol A. (2003)*: Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance

use disorders, in: *American Journal of Psychiatry* 160, 496-503

Koenig, Harold G./ McCullough, Michael E./ Larson, David B. (2001): Handbook of Religion and Health: Religious Resources for Healing. Oxford

Koenig, Harold G. (2005): Faith and Mental Health: Religious Resources for Healing. Philadelphia/ London

Matthews, Dale A. (2000): Glaube macht gesund, Freiburg u.a.

McCarthy, Mary K./ Peteet, John R. (2003): Teaching Residents about Religion and Spirituality, in: *Harvard Review of Psychiatry* 11, 225-228

McCullough, Michael (2001): Religious involvement and mortality. Answers and more questions, in: *Plante, Thomas G./ Sherman, Allen C. (Ed.s) Faith and Health. Psychological Perspectives*, New York/ London, 53-74

Moser, Tilmann (1976): Gottesvergiftung, Frankfurt

Ritschl, Dietrich (2004): Zur Theorie und Ethik der Medizin. Philosophische und theologische Anmerkungen, Neukirchen-Vluyn, 219-231

Theissen, Gerd, Merz, Annette (2001): Der historische Jesus. Ein Lehrbuch, Göttingen (3. Aufl.), 256-283

Zwingmann, Christian/ Moosbrugger, Helfried (2004) (Hrsg.): Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung. Münster u.a.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. theol. Klaus Baumann,

Lic. psych. (BDP)

Psychologischer Psychotherapeut (DFT)

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

AB Caritaswissenschaft und

Christliche Sozialarbeit

Theologische Fakultät

Platz der Universität 3

D-79098 Freiburg

www.caritaswissenschaft.uni-freiburg.de

E-Mail: caritasw@theol.uni-freiburg.de

E-Mail: klaus.baumann@theol.uni-freiburg.de