

Aus der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik (Leiter: Prof. Dr. med.
Michael Ermann) der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

- Direktor : Prof. Dr. med. Hans Jürgen Möller -

Das halbstrukturierte, klinische Interview

„SPIR“

zur Erfassung spiritueller

Überzeugungen und Bedürfnisse

von Patienten mit Krebserkrankung

DISSERTATION

zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin

an der Medizinischen Fakultät der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

Vorgelegt von

Stephan Tobias Hauf

aus

Immenstadt

2009

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Professor Dr. med. Eckhard Frick

Mitberichterstatter: Professor Dr. med. Gian Domenico Borasio

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter:

Dekan : Prof. Dr. med. Dr. h.c. M. Reiser, FACR, FRCR

Tag der mündlichen Prüfung: 25.06.09

„DEIN GLAUBE HAT DICH GEHEILT !“

(Mk 10,52, Lk 18,42)

Inhaltsverzeichnis

1. Hinführung zur Fragestellung	1
1.1. Einführung	1
1.2. Forschungsfragen.....	5
2. Spiritualität und Religiosität in der Wissenschaft.....	6
2.1. Die Definition von Religiosität.....	7
2.2. Die Definition von Spiritualität	8
2.3. Spiritualität und Religiosität in der Copingforschung.	9
2.3.1. Coping und Copingprozess	9
2.3.2. Spirituelles Coping	11
2.4. Spiritualität und Religiosität in der Lebensqualitätsforschung.....	13
2.5. Epidemiologische Studien zu Spiritualität und Religiosität.	15
2.6. Unterschiede USA und Westeuropa	17
3. Die Erhebung spiritueller und religiöser Überzeugungen	19
3.1. Erhebungsinstrumente aus dem Bereich ‘Gesundheit und Lebensqualität’	20
3.1.1. World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-100)	20
3.1.2. Functional Assessment of chronic Illness Therapy (FACIT)	23
3.2. Erhebungsinstrumente aus dem Bereich Krankheitsverarbeitung	25
3.3. Kurzinstrumente zur Erhebung.....	25
3.3.1. Deutschsprachige Adaptationen	26
3.3.1.1. Systems of Belief Inventory- SBI-15R	26
3.3.1.2. Spiritual Well-Being Scale (SWBS).....	28
3.3.2. Instrumente aus dem deutschsprachigen Raum	29
3.4. Übersicht: Fragebögen zu Religiosität/Spiritualität.....	31
4. Patienten und Methoden.....	35
4.1. Studienbeschreibung und Ziel der Studie	35

4.2. Studienteilnehmer	35
4.3. Untersuchungsmethoden – klinisches Interview „SPIR“	36
4.3.1. Gesprächstechnik und Interviewstruktur	36
4.3.2. Auswahl der zu Befragenden und Theoretical Sampling.....	40
4.3.3. Ablauf des Interviews	41
4.4. Visuelle Analogskalen	41
4.5. Standardisierung und Strukturierung	42
4.6. Auswertung	43
5. Ergebnisse.....	44
5.1. Charakteristik des Patientenkollektivs	44
5.2. Einstellung zu Religiosität und Spiritualität	45
6. Diskussion	54
6.1. Bedeutung der Ergebnisse.....	54
6.1.1. SPIR erhebt wichtige klinische Daten	54
6.1.2. Das Interview SPIR ist hilfreich und kaum belastend	54
6.1.3. Ärzte können durch SPIR die Bedeutung von Spiritualität für ihren Patienten beurteilen.....	55
6.1.4. SPIR stellt für Frauen eine signifikant größere Hilfe dar als für Männer.....	55
6.2. Klinische Schlussfolgerungen und Anmerkungen.....	56
7. Anhang.....	63
Literaturverzeichnis	63
Tabellenverzeichnis	70
Danksagung.....	71
Lebenslauf.....	72

1. Hinführung zur Fragestellung

1.1. Einführung

Infolge schwerwiegender und belastender Erfahrungen, die Patienten im Umgang mit der Diagnose, bei der Behandlung und dem Verlauf von Krebserkrankungen machen, greifen sie auf religiöse Glaubensvorstellungen als Ressource zur Bewältigung existentiell bedrohlicher Ereignisse zurück.

Krebserkrankungen konfrontieren den Menschen unmittelbar mit seiner Sterblichkeit und materiellen Vergänglichkeit. Die psychischen Belastungen im Verlauf einer Krebserkrankung werden häufig unterschätzt:

Begleitende psychische oder psychosomatische Störungen, wie z.B. eine anhaltende depressive Verstimmtheit oder funktionell-vegetative Störungen kommen bei Krebspatienten häufig vor.

Die Onkologie, Psychoonkologie und Palliativmedizin haben die Aufgabe, auf wissenschaftliche Weise und im Auftrag der Menschlichkeit hinsichtlich der Zerbrechlichkeit und der Endlichkeit menschlichen Lebens für den von Krankheit Betroffenen zu sorgen und in seinem Auftrag zu forschen.

Mehrere Untersuchungen in den USA halten eine positive Beziehung zwischen effektiver Krankheitsverarbeitung und religiösem bzw. spirituellem Glauben und entsprechenden Praktiken besonders bei Krebspatienten für empirisch belegt (Brady et al. 1999, Breitbart et al. 2003, Pargament und Jenkins 1996, Stanton et al. 2002). Dies ließ sich auch in anderen Kulturkreisen, beispielsweise in Israel bei jüdisch-orthodoxen Patienten, bestätigen (Baider et al. 1999).

Ein bedeutender Anteil von bis zu 50% der in Studien befragten Krebspatienten unterschiedlicher Ethnien beschreibt ein Bedürfnis nach Hilfe und Austausch bei spirituellen Themen, wie der Suche nach Sinn und Bedeutung im Leben, Hoffnung, innerem Frieden sowie Sterben und Tod (Moadel et al. 1999).

Der Wunsch schwerkranker Patienten, „Führung“ in Bezug auf spirituelle Fragen zu erhalten, wird auch von Seiten der Ärzteschaft immer stärker wahrgenommen (Sulmasy 2006). Einer Untersuchung von Kristeller et al. zufolge sind Ärzte und Pflegepersonal in

den USA keineswegs abgeneigt, die spirituellen Wünsche ihrer Patienten zu erfüllen (Kristeller et al. 1999).

Spiritualität kann aber auch hilfreich für mitfühlende und mitleidende Angehörige von Patienten mit bedrohlichen Erkrankungen sein – insbesondere für Eltern erkrankter Kinder (Goldbeck 2001) - sich den drängenden Fragen der Bedeutung von Leben, Krankheit und Tod zu stellen.

Angebote zum Thema „Spiritualität“, wie z.B. feste Gesprächszeiten für den Austausch von Glaubensüberzeugungen, gemeinsames Beten, Singen oder Meditation finden sich in der derzeitigen klinischen Patientenversorgung nur vereinzelt bzw. in geringem Umfang und sind weitgehend auf den Aktionsradius des Klinikseelorgers beschränkt.

Die Nachfrage von Seiten des Patienten ist jedoch groß, gerade auch deswegen, weil Spiritualität als etwas erkannt wird, das das Potential hat, Krankheit vorzubeugen, zu heilen und gut zu verarbeiten (Büssing und Ostermann 2004a). Es ist erwiesen, dass religiöses Coping positiv auf die physische und mentale Gesundheit von Patienten einwirkt (Koenig et al. 2001).

„Sollen Ärzte Spiritualität auf Rezept verschreiben?“ lautet die provokative Frage in einem Artikel von Sloan et al. erschienen im „New England Journal of Medicine“ im Jahre 2000 (Sloan et al. 2000). Unter dieser provokanten Überschrift werden die Zusammenhänge zwischen Religion und Gesundheit intensiv und widersprüchlich diskutiert.

Dabei werden auch die methodischen „Fallgruben“ angesprochen, die den klinischen Einsatz von Religion und Spiritualität vom Prinzip ärztlicher Verordnung abgrenzen (Sloan et al. 2000, Stefanek et al. 2004).

Die von außen auferlegte Verzwecklichung von Glaubensüberzeugungen spricht gegen die natürliche Begabung des Menschen, zwanglos und subjektiv nach Sinn und Bedeutung im Leben suchen zu können: „Glaube ist keine Wunderdroge“ (Frick 2002).

Die psychoonkologische Forschung muss sich in Bezug auf Spiritualität mit beträchtlichen interkulturellen Unterschieden zwischen Nordamerika, wo diesbezüglich die meisten der gegenwärtigen Studien veröffentlicht wurden, und Westeuropa, wo lebensbedrohlich erkrankte Patienten weniger häufig Interesse an spirituellen Themen zeigen, auseinandersetzen (Stefanek et al. 2004, Zwingmann 2005).

In der englischsprachigen Literatur wird der Bereich „Spiritualität“ und „Religiosität“ als wichtiger Aspekt, gelegentlich sogar als Kernkomponente der gesundheitsbezogenen

Lebensqualität diskutiert (Bergner und Patrick 1990, Cella und Tulsky 1993, Ferrell und Grant 1992, Mytko und Knight 1999).

Dabei wird besonders von US-amerikanischen Autoren aus Pflegewissenschaften, Gerontologie und Palliativmedizin die Bezeichnung „Spiritualität“ als Oberbegriff, welcher Religiosität beinhaltet, bevorzugt (Anandarajah und Hight 2001, Brady et al. 1999, McGrath 2002, Rumbold 2003).

Der grösser werdenden Berücksichtigung von Spiritualität in Forschung, Wissenschaft und Praxis geht seit Anfang der achtziger Jahre eine zunehmende wissenschaftliche Verwendung von Selbsteinschätzungen von Patienten einher (Bullinger 1997).

Selbstbeurteilungen dienen in der Medizin besonders der Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als ein multidimensionales Konstrukt, das verschiedene Bestandteile der Gesundheit aus der subjektiven Sicht der Patienten beinhaltet (Bullinger 2002).

Die medizinische Forschung nutzt daher Patientenüberzeugungen und Selbsteinschätzungen besonders für die Erfassung von Hoffnung und Lebenssinn sowie die Formulierung von persönlichen Zielen des Patienten (Sloan et al. 2000).

Zur Vereinfachung werden in der Lebensqualitätsforschung die Begriffe „Spiritualität“ und „Religiosität“ teilweise synonym gebraucht.

Seit Beginn der neunziger Jahre entwickelte sich aus dem neu entdeckten Interesse an Spiritualität ein eigenes Forschungsgebiet.

Betrieben wurden die Forschungen vor allem innerhalb der Disziplinen Onkologie (Baider et al. 1999, Brady et al. 1999, Cella und Tulsky 1993, Holland et al. 1998, Holland et al. 1999), Palliativmedizin (Bartsch 2001, Bruera et al. 2000, Goelen et al. 2001, Jeffrey 2001, McKinley 2001, Osse et al. 2000, Penson 2000, Post et al. 2000, Puchalski und Romer 2000, Rousseau 2000) Copingforschung (Folkmann und Greer 2000) Psychiatrie bzw. Psychologie (Bullinger 1997, Elkins et al. 1988, Zwingmann 2005), Pflegewissenschaft (Ferrell und Grant 1992, Hermann 2001) und Kardiologie (Murray et al. 2004).

Erst mit deutlicher Verzögerung erkannten auch Theologen die Bedeutung, die das Thema „Spiritualität“ für deren forschende Aktivität hat (Renz 2006).

Es gibt zwei Hauptargumente, die gegen eine wissenschaftliche Studie über Spiritualität von Krebspatienten sprechen. Einerseits ist Spiritualität immateriell und empirisch nicht zu beweisen (Albani et al. 2002b), so dass diese eigentlich nicht Gegenstand evidenzbasierter Forschung und Behandlung sein kann.

Andererseits ist die Wissenschaft nicht dazu fähig, diese existentielle und auf das Subjekt bezogene Dimension menschlicher Existenz zu verstehen (Anandarajah und Hight 2001)- abgesehen von ihrer Bedeutung für die Patientenversorgung.

Ausgehend von der materialistischen Anschauung in der Wissenschaft (Albani et al. 2002b) als auch der Beschaffenheit des Immateriellen (Anandarajah und Hight 2001) kann ein Lernprozess ausgehen, die Grenzen unseres Verständnisses im Bereich der Spiritualität besser anzuerkennen.

Nichtsdestotrotz können und sollten diese beiden philosophischen Positionen behandelnde Ärzte nicht daran hindern, sich für die Spiritualität ihrer Patienten zu interessieren (Miller und Thoresen 2003).

Eine Befragung des Patienten zu spirituellen und religiösen Überzeugungen dient diesem Vorhaben.

Mit dem klinischen Interview SPIR, das dieser Dissertation zugrunde liegt, wurden Patienten nach ihren spirituellen und religiösen Überzeugungen befragt. Dies fand während eines ambulanten Besuches einer onkologischen Praxis bzw. einer Universitätsambulanz statt.

Zu Beginn des halbstrukturierten Interviews stellt der Untersucher anhand eines eigens konzipierten Leitfadens (SPIR) offene Fragen an den Patienten, bevor im strukturierten Teil Merkmale des Patienten festgehalten und mittels visueller Analogskalen quantifiziert werden.

Ziel ist die Erhebung einer Anamnese der persönlichen Spiritualität/Religiosität. Im Folgenden sollen Praktikabilität und Nutzen eines qualitativen, klinischen Interviews zur Beurteilung der spirituellen Bedürfnisse und Vorlieben von Krebspatienten untersucht werden.

1.2. Forschungsfragen

Die folgenden Forschungsfragen sollen durch „SPIR“ geklärt werden:

1. Erbringt das Interview klinisch verwertbare Ergebnisse?
2. In welchem Maße wird das Interview von den Patienten und von den Interviewern als hilfreich oder belastend empfunden?
3. Sind Ärzte durch das Interview in der Lage, die Wichtigkeit von Spiritualität für ihre Patienten richtig einzuschätzen?
4. Können Patienten, die das Interview als sehr hilfreich einschätzen, anhand von psychosozialen und demographischen Merkmalen von jenen unterschieden werden, die das Interview als wenig hilfreich bewerten?

2. Spiritualität und Religiosität in der Wissenschaft

Die Stoßrichtung in der Forschung der Gesundheitspsychologie früherer Zeit war charakterisiert durch eine starke antireligiöse Voreinstellung, die Religion als unwissenschaftlich und sogar als pathologisch begriff. Die gegenwärtige personale Psychologie akzeptiert Spiritualität als ein „komplexes und bisher nicht identifizierbares Konstrukt, das Religion und Religiosität miteinschließt, sich aber auch über die Religion und Religiosität hinaus ausdehnt.“ (MacDonald 2000).

Dies ist bezeichnend für den zunehmenden Konsens darüber, dass Spiritualität gegenüber der Religiosität das breitere Konstrukt ist, das alle Bedürfnisse, Einstellungen, Werte, Überzeugungen und Praktiken miteinschließt, die unsere materielle und objektive Welt übersteigen, besonders was die Bedeutung des Lebens und die Hoffnung betrifft. Religiosität kann „Grundlage und Kanal des Ausdrucks“ der eigenen Spiritualität sein (Elkins et al. 1988).

Für die Autoren Stefanek et al. ist es wichtig, Religiosität und Spiritualität als ambivalente Phänomene anzuerkennen, die nicht automatisch eine adäquate oder maladaptive Krankheitsbewältigung vermitteln (Stefanek et al. 2004).

Daraus könnte man schließen, dass es spirituelle Ressourcen des Patienten zu erkennen und zu benennen gilt, die imstande sind, eine adäquate Anpassung an eine schwere Krebserkrankung oder an eine andere schwere Erkrankung zu ermöglichen.

Der Autor D.R. Hodge beschreibt Religiosität und Spiritualität ebenfalls als verbundene, jedoch nicht identische Konstrukte (Hodge und 2006) . Für den Autoren Zinnbauer et al. sind die Konstrukte „Spiritualität“ und „Religiosität“ ebenfalls aus verschiedenen Gründen nicht identisch. Beide Bereiche lassen sich trotz zahlreicher Überschneidungen anhand verschiedener Merkmale voneinander unterscheiden. (Zinnbauer et al. 1997).

Diese gegenwärtige Terminologie steht im Gegensatz zur älteren Literatur, die unter dem starken Einfluss von William James steht. Er setzte Religion mit Spiritualität gleich und ignorierte die institutionsgebundene Religion.

2.1. Die Definition von Religiosität

Religiosität leitet sich aus dem lateinischen „religare“ ab, was soviel wie „sich an etwas binden“, oder auch „sich binden“ bedeutet. Es handelt sich dabei um eine Weltanschauung, bei der ein gemeinsamer überlieferter Glaube an eine unbeweisbare, jenseitige Wirklichkeit (Transzendenz) im Vordergrund steht (Büssing und Ostermann 2004b).

Die jeweiligen äußeren Ausprägungen einer Religion als soziologische Größe wie beispielsweise die besonderen Vorstellungen, Kenntnisse und Rituale im Judentum, Christentum, Islam, Hinduismus, Buddhismus, Konfuzianismus und Taoismus werden durch bestimmte Personen wie beispielsweise Priester oder Mönche im Sinne einer umfassenden Lehre bewahrt und an die Gläubigen übermittelt.

Die Religiosität als innere Veranlagung findet ihren Ausdruck in der gemeinschaftlichen Ausübung und Befolgung der Glaubensinhalte und Glaubenspraktiken. Das individuelle, „geistliche Erleben“ kann dabei durchaus von der vorherrschenden Lehrmeinung (Dogmatik) abweichen, bis sie von einem Oberhaupt anerkannt wird.

Das Ritual ist Ausdruck einer formalisierten Spiritualität (Büssing und Ostermann 2004b). Rituale sind beispielsweise die Waschung des Körpers, die Komunion vor dem Altar oder das Besprenkeln des Sarges eines Verstorbenen mit geweihtem Wasser.

Die moderne Religionspsychologie unterscheidet zwischen „intrinsischer“ und „extrinsischer“ Religiosität. Menschen mit tief überzeugter, innerer (=intrinsischer) Religiosität sind nach einer metaanalytischen Zusammenfassung verschiedener Untersuchungen weniger anfällig für psychotische Neigungen, zugleich offener und finden das Leben verträglicher. Extrinsische, also rein äußerliche oder von außen aufgezwungene Religiosität ohne inneren Bezug hat hohe neurotische Persönlichkeitswerte zur Folge (Saroglou 2002).

Religiosität kann zusammenfassend definiert werden als „Teilnahme an Glaubensüberzeugungen, Ritualen und Aktivitäten traditioneller Religionen“ (Brady et al. 1999). Alle religiösen Praktiken lassen sich als Versuche interpretieren, sich der Begrenztheit des eigenen „Ich“, des Selbstmodells, bewusst zu werden, es zu transzendieren und schließlich zugunsten einer allumfassenden, höheren Wirklichkeit aufzugeben.

2.2. Die Definition von Spiritualität

Spiritualität (v. lat.: *spiritus* = Geist, Hauch) bedeutet im weitesten Sinne eine Form von Geistigkeit und Lebendigkeit als Gegensatz zum rein rationalen Denken und der Vorstellung von einer rein materiellen Körperlichkeit.

Das Wesen der Spiritualität liegt hinter dem Materiellen verborgen und schließt Aspekte des Lebens wie Bedeutung, Sinn, Verbundenheit und Hoffnung mit ein (Borasio et al. 2005). Sie ist die Art und Weise, in der Menschen ihr Leben verstehen und angesichts seiner ultimativen Bedeutung und seines Wertes leben (Muldoon und King 1995).

Mit dem Begriff Spiritualität wird im Allgemeinen eine nach Sinn und Bedeutung suchende Lebenseinstellung bezeichnet, bei der sich der Suchende seines „göttlichen“, die empirisch fassbare Wirklichkeit transzendierenden Ursprungs bewusst ist und eine Verbundenheit mit anderen Menschen, mit der Natur, mit dem Göttlichen spürt (Büssing und Ostermann 2004b).

Aus diesem Bewusstsein heraus bemüht sich der Suchende um die konkrete Verwirklichung der Lehren, Erfahrungen oder Einsichten im Sinne einer individuell gelebten Spiritualität, die konfessionell oder auch nicht-konfessionell sein kann (Büssing und Ostermann 2004b).

Es gibt eine wachsende Überzeugung, dass Spiritualität gegenüber der Religion mehr elementare und grundlegendere Aspekte beinhaltet (NICE 2004), ist sie doch „eine subjektive Erfahrung, die sowohl inner- als auch außerhalb traditionell religiöser Systeme existiert“ (Brady et al. 1999). Spiritualität kann in Unterscheidung zu Religiosität als ontologisch motivierter Impuls zur Erlangung einer Einheit oder einer Beziehung mit Gott gesehen werden (Hodge und 2006).

Bewusstes religiöses Erleben ist demnach eine Form des Spirituellen. Spiritualität ist daher sowohl inner- als auch außerhalb von Religionen zu finden und hat unmittelbare Auswirkungen auf die Lebensführung und die ethischen Wertvorstellungen.

Spiritualität kann als Kombination von religiösem und existentielltem Wohlbefinden umschrieben werden (Laubmeier et al. 2004, Paloutzian und Ellison 1982).

Existentielles Wohlbefinden als nicht religionsgebundene Form des Wohlbefindens ist auch verwandt mit Sinn und Zweck im Leben (Laubmeier et al. 2004, Paloutzian und Ellison 1982).

Es gibt einen zunehmenden Konsens darüber, dass Spiritualität gegenüber der Religiosität das breitere Konstrukt ist, das alle Bedürfnisse, Einstellungen, Werte, Überzeugungen und Praktiken miteinschließt, die unsere materielle und objektive Welt übersteigen, besonders was die Bedeutung des Lebens und die Hoffnung betrifft .

Spiritualität kann in Unterscheidung zu Religiosität als ontologisch motivierter Impuls zur Erlangung einer Einheit oder einer Beziehung mit Gott gesehen werden (Hodge und 2006).

Spiritualität ist trotz messbarer religiöser Eigenschaften, wie z.B. der institutionellen Zugehörigkeit oder der Gottesdienstbesuche nicht dichotom (entweder an- oder abwesend in einer Person).

Eckhart Frick beschreibt Spiritualität in moderner Diktion als eine Systemeigenschaft des lebendigen Menschen, die sich durch Subjektivität, Kommunikation und Selbsttranszendenz auszeichnet (Frick 2002). Sie ist also weder eine eigentlich esoterische noch eine religiöse Praktik, sondern primär eine grundlegende Dimension des Menschseins. Daraus lässt sich schlussfolgern (der Verfasser):

Es stellt sich daher nicht die Frage, ob ein Patient spirituell ist oder nicht, sondern vielmehr ob er diese Eigenschaft wahrnimmt und sich dieser bewusst ist .

2.3. Spiritualität und Religiosität in der Copingforschung.

2.3.1. Coping und Copingprozess

Die Copingforschung als Forschung von der Verarbeitung von Krankheit beschäftigt sich hauptsächlich mit dem Erkennen von Prozessen und der Entwicklung von Strategien in Bezug auf die Bewältigung der enormen Belastungen, die ein Patient durch schwere Erkrankungen wie beispielsweise Krebs in fortgeschrittenem Zustand zu ertragen hat.

Der Begriff „spirituelles Coping“ („spirituelle Krankheitsverarbeitung“) oder auch „Meaning-based Coping“ („sinngestützte Krankheitsverarbeitung“) wurde von Lazarus und Folkman in die Forschung eingeführt (Lazarus 1993). Grundlegend für spirituelles Coping ist die Orientierung an Sinn und Werten. Es spielt vor allem für Patienten mit lebensbedrohlicher Erkrankung eine größere Rolle als bisher angenommen (Breitbart et al. 2003).

Bezogen auf die verschiedenen Ressourcen der Krankheitsverarbeitung ist „Spiritual Well-Being“, also das spirituelle Wohlbefinden, für die Gruppe der vital bedrohten Patienten die

bedeutsamste Komponente der Lebensqualität (Breitbart et al. 2003). Spirituelles Coping wird in Situationen, in denen das übrige Coping des Patienten versagt, als eigenständige Krankheitsbewältigung aufgefasst.

Sonstige Copingmechanismen können individuelle Fähigkeiten und Strategien der Problemlösung als auch kollektive Mechanismen umfassen (soziales Netzwerk, soziale Integration, Sozialkapital).

Die Copingforschung (Folkman und Greer 2000a, Lazarus 1993) geht davon aus, dass Belastungen durch Krankheit, die der Patient erfährt, grundsätzlich zu folgenden Prozessen führt :

1. Erstwahrnehmung des Ereignisses, das als Bedrohung und Herausforderung empfunden wird.
2. Auf den zweiten Blick, dem "secondary appraisal" („zweiter einschätzender Bewusstseinsprozess“) führt die kognitive Verarbeitung zu den Fragen „Was kann ich als Betroffener tun?“ und „Was können die Ärzte tun?“. Die Fragen beziehen sich auf die Krankheit selbst, aber auch auf die emotionalen Probleme, die diese auslöst.
3. Der Prozess der Krankheitsverarbeitung verläuft unterschiedlich. Er richtet sich nach den diversen Fähigkeiten und Strategien des Patienten .

Es erfolgt daraus entweder das Gelingen oder das Misslingen der Bewältigung.

Gelingen oder Misslingen haben dabei folgende Eigenschaften:

Gelingen der Bewältigung :

- Auflösung der passageren Depression
- Rückkehr zur „Normalität“, wie der Arzt es dem Patienten wünscht
- Einstellung einer positiven Emotionalität

Misslingen der Bewältigung, zu einem unvorteilhaften Coping:

- durch die extreme Belastung fühlt sich der Patient ausgeliefert
- der Patient weiß nicht, was er tun soll
- der Patient fühlt sich besonders von den Professionellen alleine gelassen

Das Meaning-based Coping eignet sich bei Misslingen der Bewältigung (siehe 3.b)) als eine neue Form, mit dem Versagen und der Absurdität des unvorteilhaften Copings umzugehen, ohne die Krankheit in den biographischen Kontext des Patienten einordnen zu wollen. Sinnorientierte Krankheitsverarbeitung stellt dabei ein Synonym zu spirituellem Coping dar.

2.3.2. Spirituelles Coping

Aus therapeutischer Sicht kann das spirituelle Coping besonders dann geeignet sein, wenn kurative Behandlungskonzepte zugunsten palliativer Konzepte aufgegeben werden müssen (Pargament et al. 1988). Beim Patienten, der im Bereich der Psychosomatik bzw. Psychoonkologie unter genannten Umständen Hilfe sucht, liegt häufig eine schwere Depression vor, die aber oft nicht richtig diagnostiziert worden ist (Köhle und Uexküll 1996). Als Ursache dieser psychischen Veränderung werden sowohl der Zustand der Agonie als auch das Demoralisationssyndrom (Clark et al. 1995) diskutiert. Letzteres ist eine adaptive Sinn- und Wertekrise, also eine Krise des Patienten in Bezug auf Sinn und Bedeutung im Leben, die in Bezug auf die Belastung durch die Tumorerkrankung steht.

Die Zuordnung von Spiritualität und Krankheitsverarbeitung unterliegt heute weitgehend einer wissenschaftlichen Übereinstimmung.

Drei gesundheitspsychologische Basiskonzepte scheinen für die Spiritualität bedeutsam zu sein, die im Anschluss erläutert und erweitert werden.

Drei gesundheitspsychologische Basiskonzepte:

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Lebensqualität2. Soziale Unterstützung und Kontrollüberzeugung3. Meaning-Based Coping (=sinnorientierte Krankheitsverarbeitung) |
|--|

Ad 1.: Siehe Kapitel 2.4.

Ad 2.: Soziale Unterstützung ist ein Faktor, der vor allem in US-amerikanischen Coping-Studien eine sehr große statistische Teststärke zur Erklärung der Stabilisierung von Lebensqualität besitzt und als mögliche verzerrende Störgröße die Effektgröße der Spiritualität verzerrt, wenn man dessen Einfluß nicht ausreichend kontrolliert. Ursächlich dafür ist, dass das Kirchenwesen in den USA, aus denen die meisten Studien stammen, der stärkste Vermittler von sozialer Unterstützung vor Ort ist. In Deutschland ist der Anteil Gottesgläubiger in der Gesellschaft geringer und die Kirchenstruktur ist - bestehend aus den zwei großen „Volkskirchen“ - eine andere. Daraus folgt unter anderem, dass Studienergebnisse aus den USA nicht äquivalent auf Deutschland übertragen werden können (Mehnert und Koch 1998).

Ein wichtiger Begriff in der Copingforschung ist die Kontrollattribution.

Die Kontrollattribution lässt sich einteilen in internale („ich kann etwas ausrichten“) und externale Kontrollattribution („power to others“, „Gott, die Ärzte und Psychotherapeuten etc. können helfend eingreifen“).

In einer psychotherapeutischen Behandlung zum Beispiel sind Merkmale internaler und externaler Attribution des Patienten genau voneinander zu unterscheiden, da möglicherweise ein Konflikt zwischen dem besteht, was der Patient selbst tun kann, und dem, was Gott tun kann. Der Patient bewegt sich im Sinne der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik zwischen den beiden Polen Konfliktkontrolle und Unterwerfung.

Ad 3.: Die Spiritualität des Patienten kann mittels Interventionen angeregt werden und praktische Anwendung finden. Spirituell begründete Interventionsformen, etwa das auf Achtsamkeit basierende („Mindfulness-Based“) MBSR-Programm (Sonnenmoser 2005), haben sich in Studien als wirksam erwiesen (Hecht und Ruttke 2004) und tragen dazu bei, die Bedeutung spiritueller Praxis weiteren Kreisen über die unmittelbar wohltuenden therapeutischen Effekte (bei der physischen wie psychischen Verarbeitung von Krankheit) zu erschließen. Grundlegend dafür sind Untersuchungen, die ergaben, dass spirituelle Erfahrungen auf psychische Belastung einen protektiven Einfluss haben (Patrick 1996).

2.4. Spiritualität und Religiosität in der Lebensqualitätsforschung.

Aufgrund des Typus der vital bedrohlichen Erkrankung, sowie der relativ soliden Beweislage, wird der Einbezug der spirituellen bzw. religiösen Domäne bei der Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zur Zeit vor allem für Krebspatienten als sinnvoll erachtet (Efficace und Marrone 2002). In der Literatur aus den USA und England werden besonders folgende drei Begründungen als zutreffend empfunden, wenn es darum geht, den Bereich Spiritualität und Religiosität als Komponente der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu berücksichtigen (Brady et al. 1999, Mueller et al. 2001, Mytko und Knight 1999, Stefanek et al. 2004):

Warum man Spiritualität in der der gesundheitsbezogenen Lebensqualität berücksichtigen sollte:

1. Aus Sicht der Patienten ist Spiritualität ein unverkennbarer und wichtiger Bestandteil der gesundheitsbezogenen Lebensqualität .
2. Der spirituelle/religiöse Bereich ermöglicht als bedeutsamer Bereich die Verbesserung der Behandlungsergebnisse; seine Erhebung bringt einen relevanten klinischen Nutzen.
3. Erhebungen über Spiritualität bzw. Religiosität liefern Informationen, die sonst nicht zu generieren sind. Diese Daten laufen nicht Gefahr, Überschneidung mit anderen – (wie z.B. sozialen oder psychischen) Gesichtspunkten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu zeigen.

Der Bereich der Spiritualität/Religiosität wird demzufolge in detaillierte Konzepte zur Dimensionierung des Konstruktes HRQOL (health related quality of life) bereits miteinbezogen (Patrick 2003). Gegenwärtige generische und spezifische Instrumente zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wie zum Beispiel der SF-36 (Short Form-36) Fragebogen (Ware und Snow 1993), sind allerdings weniger konsequent, was den Einbezug religiöser und spiritueller Glaubensüberzeugungen betrifft.

Qualitative Messungen, die vor allem im Bereich Onkologie beheimatet sind, sind in der Unterzahl gegenüber quantitativen Messungen, die eine „zeitbasierte“ Beurteilung religiöser Einstellung über „Leistungen“ wie Frequenz der Gebete, Häufigkeit der Kirchenbesuche, der Meditationen etc. abgeben möchten (Stefanek et al. 2004).

Während „Lebensqualität“ als vielschichtiges und allgemein anerkanntes Konzept ausgelegt wird, wird auf klinischer Ebene erkannt, dass nicht alle Aspekte des Lebens gleich wichtig für die jeweils Angesprochenen sind. Zum Beispiel werden Personen in gutem Gesundheitszustand Belange zur Gesundheit weniger hoch einschätzen, wie kränkelige bzw. kranke Personen (Brady et al. 1999, Skevington et al. 2005). Arbeitskapazitäten sind eher für Arbeitslose von Bedeutung als für Arbeitende. Finanzielle Rücklagen erscheinen eher wichtig für Menschen mit Kindern als für Kinderlose.

Das trifft womöglich ebenso für die spirituellen, religiösen oder persönlichen Glaubensüberzeugungen (SRPB) zu: diese werden sich eher nur für einen Teil der Bevölkerung als herausragender Beitrag zur Lebensqualität erweisen. Auch die Schwere der Erkrankung ist ein Faktor, von dem abhängig ist, inwieweit der Patient Affinität gegenüber dem Bereich Spiritualität/Religiosität aufweist (Zwingmann 2005).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Bereich der spirituellen, religiösen oder persönlichen Glaubensüberzeugungen (SRPB) relevant für das Verständnis der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist und dass wichtige Facetten generell in Erhebungsbögen des Gesundheitswesens berücksichtigt werden sollten (Skevington et al. 2004). Der Einschluß von religiösen Glaubensüberzeugungen erlaubt eine ganzheitlichere Beurteilung des Gesundheitszustandes und erweitert das biopsychosoziale Gesundheitsmodell um eine wichtige Komponente: es entsteht somit das biopsychosoziospirituelle Modell (Skevington et al. 2005).

2.5. Epidemiologische Studien zu Spiritualität und Religiosität.

Epidemiologische Studien zu Spiritualität und Religiosität rücken seit Anfang der neunziger Jahre zunehmend in den Bereich größeren öffentlichen Interesses.

Dieses neu entdeckte Interesse geht mit der Gründung und Intensivierung eines eigenen Forschungsschwerpunkts „Spiritualität“ einher (Miller und Thoresen 2003).

Übergegriffen haben die wissenschaftlichen Aktivitäten (wie bereits in „I.Hinführung zur Fragestellung“ erwähnt) vor allem auf die Disziplinen Psychiatrie bzw. Psychologie (Bullinger 1997, Elkins et al. 1988, King und Dein 1998, Zwingmann 2005),

Onkologie (Baider et al. 1999, Brady et al. 1999, Cella und Tulsky 1993, Holland et al. 1998, Holland et al. 1999), Pflegewissenschaft (Ferrell und Grant 1992, Hermann 2001), Palliativmedizin (Borasio et al. 2005, Kellehear 2000) und Kardiologie (Murray et al. 2004).

Losgelöst von den jeweiligen Inhalten wurden in einer funktionalen Betrachtungsweise messbare Phänomene wie Fürbittgebet, Kirchenbesuch und Meditation erfasst (Koenig et al. 1998, Koenig et al. 2000a, Sloan et al. 2000). So konnten statistische Zusammenhänge zwischen Religiosität und einer niedrigen Sterblichkeitsrate, zwischen Religiosität und weniger häufigem Aufsuchen von Arztpraxen oder anderen medizinischen Einrichtungen (Koenig et al. 2000a, Pargament et al. 2001) belegt werden.

Das Spiritualitätskonzept konnte sich in der medizinischen Lebensqualitätsforschung ebenso etablieren (Brady et al. 1999) wie in der Coping-Forschung (Baldacchino und Draper 2001, Mytko und Knight 1999) (Skevington et al. 2005).

Ein Beispiel für die gegenwärtige epidemiologische Forschung ist die Step-Studie („Study of the Therapeutic Effects of Intercessory Prayer“), eine Studie zur therapeutischen Wirkung des Fürbittgebets (Benson et al. 2006). Dabei wird die Funktion des Fürbittgebets für unbekannte Patienten im Zustand nach Bypassoperation durch die Ordensschwestern zweier Klöster überprüft (Fernheilung). Das Ergebnis dieser Gebetsintervention auf den therapeutischen Heilungsprozeß der Patientengruppe mit Fürbittgebet fiel im Vergleich zur Kontrollgruppe (Patienten ohne Fürbittgebet) unerwarteterweise schlechter aus. Es fanden sich mehr Komplikationen und niedrigere Gesundheitswerten bei den Patienten, denen gesagt wurde, dass für sie gebetet wird. Hierbei stellt sich die Frage, ob das Wissen des

Patienten um die Tatsache, dass anonym für ihn oder um ihn gebetet wird, nicht einen methodischen Fehler im Studienablauf darstellt. Um eine angstinduzierte Stressreaktion zu vermeiden und nicht zu einem schlechteren Outcome beizutragen, wäre es offensichtlich empfehlenswert gewesen, die Patienten nicht zu informieren, dass für sie gebetet wird.

Die Frage nach einem einheitlichen Ansatz, um mit Spiritualität zu operieren, ist gegenwärtig noch offen. Die Trennung von verwandten sozialwissenschaftlichen und psychologischen Konzepten wie „subjektives Wohlbefinden“ (subjective well-being) oder „Lebenszufriedenheit“ (life satisfaction) erweist sich als schwierig (Schuhmacher und Klaiberg 2003). Die Ausformulierung des Konzeptes und das Verständnis von Spiritualität, insbesondere die Abgrenzung zur sozialen und emotionalen Domäne als auch der globale Standpunkt der Spiritualität in den verschiedenen kulturellen Bereichen bedarf weiterer Klärung durch die interdisziplinäre Forschung (Brady et al. 1999), wie zum Beispiel durch die Lebensqualitätsforschung (Cella 1992).

Vor allem in der angelsächsischen Literatur findet sich eine große Zahl von Belegen für die positive Bedeutung von Spiritualität für Krankheitsbewältigung, den Verlauf körperlicher und seelischer Krankheiten und die Lebensqualität von Kranken mit konkreten Bezügen zur klinischen Medizin. So finden sich in dem amerikanischen „Handbuch für Religion und Gesundheit“ mehr als 1200 Studien, die zwischen körperlicher Gesundheit und persönlichem Glauben einen positiven statistischen Zusammenhang belegen (Koenig et al. 2000b). Die Grundaussage des Werkes ist einfach: Wer im weitesten Sinne gläubig ist, ist gesünder, verfügt über mehr Strategien zur Bewältigung von Stress und Krankheit, erfreut sich einer größeren Lebenszufriedenheit und schließlich einer höheren Lebenserwartung. Eine Meta-Analyse aus einer Gesamtheit von 147 Studien mit etwa 100 000 Probanden hinsichtlich des Zusammenhangs Religiosität und Depressivität macht deutlich, dass stärker ausgeprägte Religiosität mit weniger depressiven Symptomen einhergeht (Smith et al. 2003).

In einer anderen Meta-Analyse von 29 unabhängigen Untersuchungen an 126 000 Personen zeigte sich, dass religiöses Engagement mit einer längeren Lebensdauer verbunden ist (Koenig et al. 2000a).

Eine Faktorenanalyse hat ergeben, dass „Spiritual Well-Being“, also das spirituelle Wohlbefinden den wichtigsten Beitrag zur Lebensqualität von Patienten mit Krebs im Endstadium (Breitbart et al. 2003) bildet. Das Konzept des spirituellen Wohlbefindens

(„spiritual well-being“) oder der spirituellen Gesundheit, auch „spiritual health“ (Ellison 1983, Ellison und Smith 1991), setzt voraus, dass die Spiritualität des jeweiligen Menschen auch prägenden Einfluß auf sein alltägliches Leben hat (Schowalter et al. 2003).

Der Forschungsüberblick zeigt, dass Spiritualität für den Patienten als Ressource betrachtet werden kann, der unter medizinischen Gesichtspunkten auch eine präventive Bedeutung zukommt (Baldacchino und Draper 2001, Folkmann und Greer 2000, Washington und Teague 2005). Aus Sicht der medizinischen Verhaltensepidemiologie gibt es Grund zur Annahme, dass eine authentisch religiöse Lebenseinstellung einen protektiven Faktor darstellt : das Entstehen chronischer Krankheiten des Menschen kann verhindert oder zurückdrängt und die Gesundheit durch günstigen Einfluß auf die autonome Selbstregulation an sich erhalten oder verbessert werden (Grossarth-Maticek und Eysenck 1995).

Untersuchungen verschiedener Forschungsdisziplinen zeigen, dass religiöse Menschen weniger gefährdet sind, an Depression zu erkranken oder Selbstmord zu begehen (Smith et al. 2003, Washington und Teague 2005).

Die psychosozialen Wissenschaften sind seit 25 Jahren einer Psychoonkogenese intensiv auf der Spur. Es entstand mitunter die Frage nach einer „Krebspersönlichkeit“. Nach dem Autor Harald Theml ist dies im Einzelnen ein heikles Feld :

„Es ist dem offenen Wissensstand sicher nicht gedient, wenn Krebs als psychosomatische Erkrankung plakatiert wird, wobei viele Unwägbarkeiten, aber auch exogene Faktoren ignoriert werden müssten“ (Neuwöhner und Sommerfeld 2000)

2.6. Unterschiede USA und Westeuropa

Religionen leben aus dem Ritual, ihren Regeln und ihrer Tradition. Sie sind sozial in hohem Maße prägend und verbindend. Daher formulieren einige Autoren die Frage, ob Religiosität gesundheitliche Effekte entfaltet, die mehr institutionell als spirituell bedingt sind. Können Religionen nicht schon durch soziale Unterstützung positive Auswirkungen auf Gesundheit und Krankheit entfalten? Eine Reihe von Hypothesen scheint diese Annahme zu stützen: das Leben in Glaubensgemeinschaften begünstigt gesundheitsförderliches Verhalten und entfaltet positive Wirkungen durch den Puffer-effekt sozialer Beziehungen (Murken 1998). Der Glaube bietet kognitive Prozesse an, die eine kognitiv-emotionale Stimmigkeit der Lebenswelt ermöglichen (Kohärenzhypothese).

Bei kritischen Lebensereignissen haben religiöse Menschen einen Bewältigungsvorteil, indem ihnen bewährte Copingstrategien zur Verfügung gestellt werden (Coping-Hypothese). Eine intensive Gottesbeziehung verstärkt psychische Prozesse, welche den Selbstwert aufbauen und regulieren (Selbstwert-Hypothese). Doch zeigen sorgfältige Untersuchungen, dass die Wirkung von Spiritualität über diese eher unspezifischen Effekte von Religiosität hinausreicht.

Betrachtet man die unterschiedliche Zustimmung zum persönlichen Glauben an Gott in unterschiedlichen Ländern, wie z.B. den USA und Deutschland, so erscheint es zulässig, folgende Einschränkung zu formulieren: US-amerikanische Befunde aus dem Bereich „Spiritualität/Religiosität“ dürfen nicht einfach auf den europäischen Kontext übertragen werden. Denn laut einer Erhebung aus dem Jahr 1998 glauben über 96% der US-Bürger an Gott - und das seit 1944 mit wachsender Tendenz (Bishop 1999) - gegenüber 65% der Bürger in West- und 22% in Ostdeutschland (Forsa 1999).

In den USA gibt es eine große Zahl verschiedener Denominationen, darunter vor allem die sehr aktiven protestantischen Glaubensgemeinschaften. Ein Wechsel zu einer anderen Glaubensgemeinschaft ist dort nicht unüblich und die Gemeinden sind kleiner und überschaubarer. Diese Eigenschaften erleichtern eine individuelle Auswahl der religiösen Bezugsgemeinschaft und ermöglichen ein enges Netz religionsbezogener, sozialer Unterstützung. Im Gegensatz dazu sind in Deutschland zwei große Volkskirchen tonangebend, in denen über 90% aller konfessionell Gebundenen Mitglied sind. Ein Konfessionswechsel ist in Deutschland eher unüblich, die Mitgliedschaft ist steuerpflichtig und die zuständige Gemeinde wird durch den Wohnsitz festgelegt. Aufgrund des unterschiedlichen religiösen und kulturellen Hintergrundes sind für deutsche Patienten andere, vermutlich eher geringere Einflüsse des religiösen/spirituellen Bereichs auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität maßgebend. Diesbezüglich sind fundierte Aussagen durch die gegenwärtig noch unzureichende Forschungslage nicht möglich.

3. Die Erhebung spiritueller und religiöser Überzeugungen

Die Erhebung spiritueller und religiöser Überzeugungen von Patienten beruht auf speziellen Fragebögen und Interviews. Gegenwärtige Instrumente zur Messung von Spiritualität/Religiosität lassen sich vereinfacht anhand von 4 wesentlichen Merkmalen unterscheiden (siehe Kasten unten).

Vor allem die Kriterien „Verwendung“ und „Herkunft“ ermöglichen eine übersichtliche Klassifikation der vorhandenen Fragebögen.

Ausgliederung und Verselbständigung von Teilen umfangreicher Instrumente zu Kurzinstrumenten oder Ergänzung und Erweiterung von Fragebögen durch eigenständige oder entlehnte Instrumente bezeugen eine dynamische Praxis bezüglich der Verwendung und Weiterentwicklung von solchen Werkzeugen in der Patientenarbeit.

Kriterien zur Klassifikation vorhandener Fragebögen zur Erhebung von Glaubensüberzeugungen:

Messung

- Intensität
- allgemein unterstützende Funktion
- differenzierte Funktion: Art, positiv/negativ

Spiritualität oder Religiosität

- Spiritualität ohne Bezug auf (christliche) Religiosität
- Spiritualität mit Bezug auf (christliche) Religiosität
- (christliche) Religiosität

Verwendung

- im Bereich des Copings (als Teilskala)
- im Bereich der Lebensqualität (als Teilskala)
- andere / als separate Kurzsкала

Herkunft

- Übersetzung/Adaptation (englischsprachig)
- deutschsprachige Eigenentwicklung

3.1. Erhebungsinstrumente aus dem Bereich ‘Gesundheit und Lebensqualität’

Instrumente oder Fragebögen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQOL: health related quality of life), die Spiritualität/Religiosität berücksichtigen, lassen sich weiterhin aufteilen, ob sie Spiritualität und/oder Religiosität als eine von mehreren Komponenten der Lebensqualität oder als eigenständige Konstrukte erfassen. Im Folgenden wird getrennt auf beide Bereiche eingegangen, wobei Adaptationen und Eigenentwicklungen in deutscher Sprache besonders berücksichtigt werden.

Bei den vielen generischen und spezifischen Assessmentinstrumenten, die derzeit in der gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsforschung verwendet werden, finden sich keine eigenständige Teile, in denen Spiritualität/Religiosität thematisiert wird (Skevington et al. 2005).

Überwiegend wird der Bereich unter „psychische Dimensionen“ subsummiert. Auf diese Weise wird Spiritualität in vielen Fragebögen zur Lebensqualität systematisch in einer Rubrik „psychological/spiritual“ mit anderen psychischen Komponenten zusammengefasst und nur wenig differenziert behandelt (Ferrans 1990). Abweichend von dieser Praxis seien im Folgenden zwei Instrumente vorgestellt, die dem Bereich Spiritualität besondere Bedeutung und Eigenständigkeit einräumen.

3.1.1. World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-100)

Der generische “World Health Organization Quality of Life Questionnaire 100” =WHOQOL-100 (TheWHOQOLGroup 1998)) erfasst als offizieller Fragebogen der Weltgesundheitsorganisation WHO die subjektive Lebensqualität als multifaktorielles Gebilde. Diesem Instrument mit seiner Kurzform WHOQOL-BREF liegt die Definition der Lebensqualität als „individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems sowie in Bezug auf persönliche Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen“ zugrunde (Angermeyer et al. 2002). Der WHOQOL-100 umfasst insgesamt 100 relevante Punkte aus 25 Bereichen, die den Dimensionen „Physisches Wohlbefinden“, „Psychisches Wohlbefinden“, „Unabhängigkeit“, „Soziale Beziehungen“, „Umwelt“ und „Religion/Spiritualität“ zugeordnet sind. Der Fragebogen sollte vor allem dort eingesetzt

werden, wo eine tiefgreifende Erfassung aller Aspekte der Lebensqualität das primäre Studienziel darstellt (Angermeyer et al. 2000).

Für Anwendungsbereiche, in denen die Erfassung der Lebensqualität nur eine von mehreren Zieldimensionen bildet oder auch für die Erhebung bei Patienten in einer beschwerlichen Palliativsituation, eignet sich die aus 26 Items bestehende Kurzversion WHOQOL-BREF, welche die Dimensionen der Langform außer „Unabhängigkeit“ und „Religion/Spiritualität“ erfasst (Skevington et al. 2004).

Bemerkenswert ist dabei die Tatsache, dass der Bereich „Religion und persönliche Anschauungen“ und „Psychisches Wohlbefinden“ im WHOQOL-BREF zu einer gemeinsamen Domäne zusammengefasst werden (Skevington et al. 2004).

Der „WHOQOL-100“ erfragt, in welchem Ausmaß persönliche Überzeugungen helfen, das Leben als sinnvoll zu betrachten, problematische Situationen des Lebens zu verstehen und mit dessen Schwierigkeiten umzugehen. Die Antworten werden üblicherweise auf einer fünfstufigen Likert-Skala („überhaupt nicht“ – „wenig“ – „in mittlerem Maße“ – „viel“ – „in extremem Maße“) festgehalten.

Die vier Hauptfragen des WHOQOL-100:

1. „Verleihen Ihre persönlichen Überzeugungen Ihrem Leben einen Sinn?“
2. „Schätzen Sie Ihr Leben als sinnvoll ein?“
3. „Geben Ihnen Ihre persönlichen Überzeugungen Kraft, um Schwierigkeiten durchzustehen?“
4. „Geben Ihnen Ihre persönlichen Überzeugungen Kraft, um Probleme in Ihrem Leben zu verstehen?“

Die Formulierungen sind dabei bewusst einfach gewählt, so dass sie auch von nichtreligiösen Personen ohne Schwierigkeiten beantwortet werden können.

Die Domäne „Religion und persönliche Anschauungen“ des deutschsprachigen WHOQOL-100 weist in der Allgemeinbevölkerung sowie bei somatischen und

psychiatrischen Patienten gute interne Konsistenzen¹ auf (Cronbachs $\geq \alpha$ 0,86) (Angermeyer et al. 2002).

In verschiedenen Feldstudien testet die Weltgesundheitsorganisation WHO seit wenigen Jahren zwei neue Module: zum Einen das sogenannte WHOQOL-HIV, das neben den 100 Items des WHOQOL-100 spezielle Fragen in Bezug auf die Lebenssituation HIV-positiver Patienten enthält und zum Anderen das generalisierte Instrument WHOQOL-SRPB (spirituality, religion and personal beliefs), das im Jahre 2002 aufgrund des WHOQOL-HIV herausgegeben wurde und neben den 100 Items des Kernfragbogens WHOQOL-100 (siehe oben) zusätzliche 32 Items aus dem Bereich Spiritualität, Religion und persönliche Glaubensüberzeugungen beinhaltet (O'Connell et al. 2002).

Im WHOQOL-SRPB werden folgende acht Facetten der Spiritualität mit jeweils vier Items angesprochen (WHOGroup 2002):

1. Hilfe

z.B. „In welchem Maß hilft Ihnen spirituelle Verbundenheit, Stress auszuhalten?“

2. Sinn und Bedeutung

z.B. „Wie stark verspüren Sie, dass Ihr Leben einen Sinn hat?“

3. Anregung und Inspiration

z.B. „Wie sehr empfinden Sie Dankbarkeit für die Dinge, die Sie in der Natur genießen können?“

4. Kohärenz

z.B. „In welchem Maß hilft Ihnen Ihr Glaube, einen Zusammenhang zwischen dem, was Sie fühlen, tun und denken, zu erzeugen?“

5. Innere Stärke

z.B. „Wie stark spüren Sie eine innere spirituelle Kraft?“

6. Frieden

z.B. „In welchem Maß verspüren Sie inneren Frieden?“

7. Hoffnung

z.B. „Wie sehr sehen Sie der Zukunft optimistisch entgegen in Zeiten der Unsicherheit?“

8. Glaube

z.B. „Wie sehr trägt ihr Glaube zu Ihrem Wohlbefinden bei?“

¹ Kriterium zur Güte einer Schätzung: für eine große Stichprobenzahl n geht die Varianz gegen 0

Das WHOQOL-SRPB wurde in 18 Ländern (n=5087) entwickelt. Das Beobachtungsziel dieser Feldstudie ist, das Verhältnis von Spiritualität, Religion und persönlichen Glaubensüberzeugungen (SRPB) zur Lebensqualität (QOL) zu klären. Erste Ergebnisse liegen seit 2005 vor (WHOQOL-SRPB-Group 2005): der Bereich SRPB korreliert stark ($p < 0.01$) mit allen anderen Domänen des WHOQOL – gleichwohl besteht die stärkste Korrelation zwischen dem psychologischen sowie dem sozialen Bereich als auch der Gesamtheit aller Domänen. In einer stufenweise hierarchisch angeordneten Regressionsanalyse aller Scores (Punkte der Merkmalskalen) der einzelnen Domänen, trugen alle Domänen zum Gesamtscore (Gesamtpunktestand) der Lebensqualität bei (N=3636) und erklärten 65% der Varianz².

Innerhalb der Gruppe stark gesundheitsbeeinträchtigter Patienten (N=588) ergab die Regression von nur 4 Domänen bereits eine Erklärung für 52% der Varianz. In der Reihenfolge ihrer Stärke waren dies die Bereiche: Unabhängigkeit, Umgebung, SRPB und körperliches Befinden. Ein geschlechterabhängiger Vergleich zeigte, dass Frauen trotz geringerer Scores in der psychologischen Domäne eine größere spirituelle Verbundenheit und Gläubigkeit als Männer angaben. Menschen mit niedrigerem Bildungsgrad beschrieben sich selbst als gläubiger, waren aber gleichzeitig weniger hoffnungsvoll. Aufgrund der großen Bedeutung des Bereichs „Spiritualität, Religion und persönliche Glaubensüberzeugungen“ (SRPB), vor allem für sehr kranke oder sterbende Patienten, schlussfolgern die Autoren des WHOQOL-SRPB (d.h. die WHOQOL-SRPB-Group), dass eine routinemäßige Erfassung dieses Bereichs im Sinne einer spirituellen Anamnese erforderlich ist (WHOQOL-SRPB-Group 2005).

3.1.2. Functional Assessment of chronic Illness Therapy (FACIT)

Der Fragebogen „Functional Assessment of chronic Illness Therapy“ = FACIT (Webster et al. 2003) ist ein weiteres Instrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit Einschluß von Spiritualität.

Als krankheitsübergreifend einsetzbares Zusatzmodul des FACIT (Webster et al. 2003), zu deutsch „funktionelle Beurteilung der Therapie chronischer Krankheit“, steht seit 2004 das „FACIT-Spiritual Well-Being Scale“ (kurz „FACIT-Sp“), einschließlich einer Skala

² mittlere quadratische Abweichung der Daten vom Mittelwert

zur Erfassung des spirituellen Wohlempfindens zur Verfügung (Peterman et al. 2002). Eine deutschsprachige Adaptation liegt derzeit nicht vor.

Bei der Entwicklung des „FACIT-Sp“ waren Patienten, Psychotherapeuten und Experten in Bezug auf Religion (z.B. Klinikseelsorger) beteiligt. Ursprünglich existierte eine Sammlung aus einem Kern- und mehreren Zusatzfragebögen für Tumorpatienten, die zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (health-related quality of life =HRQOL) bestimmt war. Im Jahre 1987 wurde der Fragebogen auch auf andere chronische Erkrankungen ausgeweitet.

Mittlerweile haben sich über 40 Skalen zur generischen und spezifischen Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität angehäuft, wie zum Beispiel das spezielle Modul Functional Assessment of cancer Therapy-Breast Cancer (FACT-Br) für Patientinnen mit Brustkrebskrankung, das Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue (FACIT-F) für Menschen, die unter dem Erschöpfungs- oder Fatigue-Syndrom leiden oder das FACIT-Pal: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Palliative Care zur Erhebung der noch vorhandenen Lebensqualität in einer palliativmedizinischen Situation.

Das FACIT-Sp setzt sich aus 12 Items zusammen, die nach faktorenanalytischen Ergebnissen zu zwei Subskalen sowie zu einem Gesamtscore aggregiert werden. Die Subskala *Meaning/Peace* (Bedeutung und Friede, bestehend aus acht Items) erfasst das positive Erleben von Bedeutung, Sinn und Freude (Itembeispiel : „I feel a sense of purpose in my life“), die Subskala *Faith* (bestehend aus vier Items) bezieht sich auf die Funktion des Glaubens bei der Krankheitsbewältigung (beispielsweise : „I find strength in my faith or spiritual beliefs“).

„Gott“ als Bezugsgröße wird in den Itemformulierungen vermieden. Auf eine Stellungnahme zu Gott wird in den Itemformulierungen verzichtet.

Sowohl für beide Subskalen als auch den Gesamt-Score werden in den verschiedenen Patientengsamtheiten gute interne Konsistenzen (Cronbachs $\alpha \geq 0,80$) berichtet (Brady et al. 1999). Außerdem gibt es Hinweise auf hohe konvergente und diskriminante Validität sowie substanzielle Korrelationen mit allgemeinen Indikatoren der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Peterman et al. 2002).

3.2. Erhebungsinstrumente aus dem Bereich Krankheitsverarbeitung

Einige der etablierten deutschsprachigen Instrumente zur Erfassung der Krankheitsverarbeitung beinhalten das Konstrukt „Spiritualität“ und/oder „Religiosität“ .

Nennenswert sind insbesondere die Subskalen „Religiosität und Sinnsuche“ der Fragebögen „Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung“ („FKV“) (Muthny 1989) die „Suche nach Halt in der Religion“ in den „Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung“ (TSK) (Klauer und Filipp) und die „Dimension Religiosität“ in den Berner Bewältigungsformen (BEFO) (Heim et al.).

Will man über diese recht allgemeinen Operationalisierungen hinaus die spirituellen/religiösen Copingstrategien differenzierter betrachten, dann gelten im angloamerikanischen Sprachraum inzwischen die Skalen der Arbeitsgruppe um Pargament als Standardinstrumentarium, nämlich vor allem das Brief Measure of Religious Coping (Brief RCOPE) (Pargament et al. 1998) mit 14 Items und zwei Subskalen (Positive vs. Negative Religious Coping), aber auch die umfangreichere Religious Problem Solving Scale (RPSS) (Pargament et al. 1988) mit 18 bzw. 36 Items, die in folgende drei Subskalen zusammengefasst werden: *Collaborative* vs. *Deferring* vs. *Self-directing Style*.

Für das Instrument RPSS finden sich deutschsprachige Adaptationen bei der Arbeitsgruppe um Mehnert (Mehnert und Koch 2001, Mehnert und Koch 1998) und um Dörr (Dörr 2001).

3.3. Kurzinstrumente zur Erhebung

Herkömmliche Fragebögen in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität oder die Krankheitsverarbeitung können kombiniert werden mit einer Vielzahl von Kurzinstrumenten, die im Umfeld der angloamerikanischen HRQOL-Forschung (= Forschung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität) zur Beurteilung des spirituellen/religiösen Lebensbereichs bzw. des spirituellen Wohlbefindens entwickelt worden sind.

Der Bereich „Spiritualität“ des WHOQOL-Sp, die Domäne „Religion und persönliche Anschauungen“ des WHOQOL-100 und das Zusatzmodul FACIT-Sp zur Erfassung des spirituellen Wohlempfindens als Kurzinstrument des FACIT sind angloamerikanische Vorbilder für die Erweiterung des Gesamtkonstruktes umfangreicher

Erhebungsinstrumente der Lebensqualität um die spirituelle bzw. religiöse Komponente (Angermeyer et al. 2000, Webster et al. 2003, WHOGroup 2002, WHOQOL-SRPB-Group 2005).

Ein Modul „spiritual well-being“ der europäischen Organisation für Forschung und Behandlung von Krebserkrankung EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer) ist derzeit in Bearbeitung und soll in den in Onkologie und Palliativmedizin etablierten Lebensqualitätsfragebogen EORTC QOL-C30 Eingang finden (Kaasa und Loge 2003).

Im Folgenden werden diejenigen Instrumente näher beschrieben, für die deutschsprachige Adaptationen erschienen sind. Außerdem wird auf zwei weitere Kurzinstrumente hingewiesen, die als deutschsprachige Fragebögen das Konstrukt „Spiritualität/Religiosität“ im Sinne einer Bewältigungsstrategie beinhalten.

3.3.1. Deutschsprachige Adaptationen

3.3.1.1. Systems of Belief Inventory- SBI-15R

Das angloamerikanische Instrument Systems of Belief Inventory (SBI-15R; (Holland et al. 1998)) wurde zur Erfassung religiöser und spiritueller Überzeugungen von Patienten mit lebensbedrohender und chronischer Erkrankung entwickelt. Das SBI-15R leitet sich vom ursprünglich entwickelten Instrument SBI-54 ab (Albani et al. 2002a).

Das SBI-54 besteht aus 54 Items, welche vier Dimensionen in Form von Skalen zugeordnet werden:

1. Existentielle Perspektive (14 Items)
zur Erfassung der persönlichen Sichtweise in Bezug auf Leben und Sterben (z.B.: „Ich beschäftige mich ernsthaft mit dem Sinn des Lebens“)
2. Nutzung religiöser Praktiken und Rituale (14 Items)
(z.B. „Ich habe durch Beten und Meditation innere Ruhe gefunden“)
3. Soziale Unterstützung durch die Glaubensgemeinschaft (14 Items)
(z.B. „Meine Glaubensüberzeugungen kann ich mit anderen Menschen teilen“)
4. Beziehung zu Gott bzw. einer höheren Macht (12 Items)
(z.B. „Ich bin mir sicher, dass Gott auf irgendeine Weise existiert“)

Der Fragebogen ist auf einer vierstufigen Likertskalen zu beantworten. Angewendet wurde das SBI-54 bei Patienten mit malignem Melanom, bei HIV-Patienten und bei schwer herzkranken Menschen (Baider et al. 1999, Mehnert et al. 2002, Mytko und Knight 1999). Die interne Konsistenz reicht in allen Tests von 0,89 bis 0,96, die Test-Retest-Reliabilität beträgt 0,95.

Aus dem SBI-54, einer Vorversion mit 54 Items (Holland et al. 1999), wurde faktorenanalytisch die Kurzform SBI-15R erzeugt. Sie besteht aus 15 Items, die zu zwei Subskalen sowie zu einem Gesamtscore zusammengefasst werden. Die Subskala Beliefs and Practices (10 Items), zu deutsch „Nutzung religiöser Praktiken und Rituale“, erfasst die Bedeutung religiöser und spiritueller Überzeugungen und Verhaltensweisen

des Patienten. Das Item mit der höchsten Faktorladung ist dabei: „I believe God will not give me a burden I can not carry“.

Die Subskala „Religious Social Support“ (fünf Items) dient zur Erfassung des Ausmasses sozialer Unterstützung durch eine religiöse und/oder spirituelle Gemeinschaft. Das Item mit der höchsten Faktorladung lautet hierbei: „I seek out people in my religious or spiritual community when I need help“.

In vier weiteren Items wird Bezug auf „Gott“ genommen. Das Kurzinstrument erlaubt eine recht zuverlässige Diskrimination zwischen religiösen und nichtreligiösen Personen.

In einer gesunden Bevölkerungsstichprobe wurden für die beiden Subskalen und den Gesamtscore gute interne Konsistenzen (Cronbachs $\alpha=0,89$) als auch hohe Retestreliabilitäten erreicht. Desweiteren bestehen konvergente bzw. diskriminante Validität (Albani et al. 2002a).

Eine Kreuzvalidierung des SBI-15R in Israel konnte die genannten psychometrischen Eigenschaften auch in einem anderen kulturell-religiösen Hintergrund bestätigen (Baider et al. 2001).

Für die im Rahmen einer bevölkerungsrepräsentativen Mehrthemenumfrage eingesetzte deutschsprachige Version des Fragebogens SBI-15R ergaben sich zwar ebenfalls hohe interne Konsistenzen (Cronbachs $\alpha=0,88$) und erste ~~als~~ ^{als} informelle Korrelationen (Albani et al. 2002a). Die meisten Items waren in der Bevölkerungsstichprobe allerdings sehr ungleich verteilt, besonders in die Richtung „trifft gar nicht zu“.

Eine Replikation der zweifaktoriellen Struktur des US-amerikanischen Originals konnte im deutschen Sprachraum trotz der Beschränkung auf konfessionsgebundene Probanden nicht eindeutig gelingen.

Die „soziale Unterstützung“ im religiösen Zusammenhang hat in Deutschland vermutlich eine so geringe Bedeutung, dass sie als eigenständige Dimension nicht mehr differenzierbar ist (Zwingmann 2005).

Mehnert et al. beschrieb in einer Studie, in der eine deutsche Übersetzung der Langform des SBI-54 benutzt wurde, eine einfaktorielle Lösung (Mehnert et al. 2002), in Abweichung zu der Faktorenstruktur des US-amerikanischen Originals.

Auf der Grundlage der statistischen Kennwerte wählten Mehnert et al. (Mehnert et al. 2002) sieben Items für eine eindimensionale Kurzversion aus (Cronbach's α 0,93 bei Melanompatienten). Ob sich diese Kurzversion im deutschsprachigen Bereich als eine ökonomische Alternative zur SBI-15R etablieren kann, wird sich noch herausstellen.

Die höchsten Faktorladungen im Fragebogen bestehen bei den Items „Religion spielt eine wichtige Rolle in meinem Alltagsleben“ sowie „Gebete oder Meditationen haben mir in Zeiten von Krankheit geholfen, mit meiner Situation zurechtzukommen“.

3.3.1.2. Spiritual Well-Being Scale (SWBS)

Das in den USA sehr bekannte Spiritual Well-Being Scale (SWBS) erhebt einen Status über das spirituelle Wohlbefinden religiöser Personen, die an Gott als ein persönliches Gegenüber glauben (Ellison 1983). Der Einsatz der SWBS unterliegt demzufolge einer klaren Begrenzung. Das Instrument zur Selbsteinschätzung besteht aus 20 Items, deren Gesamtscore sich aus zwei Subskalen zusammensetzt. Die Subskala Religious Well-Being (10 Items) behandelt das Thema Wohlbefinden als eine „vertikale Dimension“ in Beziehung zu Gott (Itembeispiel: „I believe that God loves me and cares about me“).

Die Subskala Existential Well-Being (10 Items) spricht demgegenüber Lebenssinn und Lebenszufriedenheit als eine „horizontale Dimension“ an (Itembeispiel: „I feel that life is a positive experience“).

Validiert wurde das Instrument SWBS ursprünglich an religiösen College-Studenten, mittlerweile wurde es aber auch in anderen Subgruppen eingesetzt, z.B. bei älteren Personen, gesunden Erwachsenen, Paaren, somatisch oder psychisch Erkrankten (Ellison und Smith 1991). In den Ergebnissen der statistischen Auswertung in den verschiedenen

Stichproben finden die Subskalen und der Gesamtscore Bestätigung mit regelhaft ausreichend bis hohen internen Konsistenzen (Cronbachs $\alpha \geq 0,78$) und ebenso hohen Restreliabilitäten³ und moderaten konkurrenten Validitätskoeffizienten⁴.

Vor allem für Stichproben sehr religiöser Probanden scheint das SWBS nicht konzipiert zu sein, da sich substantielle bis hohe Deckeneffekte (ceiling effects) ergeben (Ellison und Smith 1991, Ledbetter et al. 1991a) und die Faktorenstruktur komplexer zu sein scheint als ursprünglich angenommen.

So konnte zwar bei psychiatrischen Patienten eine 3-Faktoren-Lösung gefunden werden (Scott et al. 1998), in einer religiösen Stichprobe aber weder ein einfaktorielles noch ein zweifaktorielles Modell konfirmatorisch bestätigt werden (Ledbetter et al. 1991b).

Die additive Zusammenfassung religiöser und existentieller Komponenten im Gesamtscore führte zu Kritik (Mytko und Knight 1999).

Mehnert und Koch haben die SWBS ins Deutsche übersetzt (Mehnert und Koch 1998). Eine nicht-selektive Stichprobe in der Bevölkerung der Stadt Hamburg durch die Autoren wies hohe interne Konsistenzen der beiden Subskalen sowohl in der Gesamtgruppe als auch in Teilstichproben unter Konfessionsanhängern bzw. sich als religiös einschätzenden Bevölkerung nach (Cronbachs $\alpha \geq 0,80$).

Die postulierte zweifaktorielle Struktur konnte hier repliziert werden. Die Korrelation der beiden Subskalen betrug 0,24 (Item mit der höchsten Faktorladung der Subskala Existential Well-Being war: „Ich fühle mein Leben reich und befriedigend“).

Das Item mit der höchsten Faktorladung der Subskala Religious Well-Being war: „Meine Beziehung zu Gott hilft mir, mich nicht alleine zu fühlen“).

3.3.2. Instrumente aus dem deutschsprachigen Raum

Als bereits veröffentlichte, deutschsprachige Werkzeuge zur Erfassung von Spiritualität und Religiosität im Kontext der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

sind - neben den oben genannten Adaptationen „SWBS“ und „SBI-15R“ – folgende deutschsprachige Kurzinstrumente verfügbar:

³ Reproduzierbarkeit (Reliabilität) ist ein Kriterium zur Bewertung eines diagnostischen Tests: Inwieweit ist der Test zuverlässig und wiederholbar?

⁴ Validität ist die Fähigkeit zwischen Kranken und Gesunden zu unterscheiden; wird durch Spezifität und Sensitivität bestimmt.

Der „Fragebogen zum religiösen Erleben“ („FRE“) (Schowalter et al. 2003) übernimmt Vorarbeiten des amerikanischen Vorbildes Spiritual Outcome Scale (SOS) oder auch Theistic Spiritual Outcome Scale (TSOS) (Richards et al. 2005).

Der insgesamt 17 Items umfassende Fragebogen erhebt operationalisiert spirituelles Wohlbefinden mithilfe der drei Skalen

„Nähe zu Gott“ (sechs Items; Beispielitem: „Ich fühle die Liebe Gottes“),

„Selbstakzeptanz“ (fünf Items; Beispielitem: „Ich fühle mich wertvoll“) und

„Liebe zu den Mitmenschen“ (sechs Items; Beispielitem: „Ich will dazu beitragen, die Welt etwas besser zu machen“).

Nach der Erhebung wird ein Gesamtwert gebildet. Die Struktur aus drei Dimensionen wurde in einer Stichprobe psychosomatischer Patienten erfolgreich validiert. Allerdings kam es zu einer recht hohen Korrelation der Skalen miteinander (zwischen .45 und .55). Die Skalen weisen mit Cronbachs $\alpha \geq 0,76$ befriedigende bis gute interne Konsistenzen auf (Liebe zu Gott $\alpha=0,91$, Selbstakzeptanz $\alpha=0,86$, Liebe zu den Mitmenschen $\alpha=0,76$).

Spezifische Betrachtung der Skalen führt zu niedrigen bis moderaten Überschneidungen mit Aspekten des psychischen und religiösen Erlebens.

Die Skala Transpersonales Vertrauen („TPV“) (Albani et al. 2002c, Belschner 2000) ist eine ursprünglich deutschsprachige Entwicklung, die im Anschluss an Konzepte der Transpersonalen Psychologie vor allem das intensive Erleben der Verbundenheit mit einer höheren Macht berücksichtigt. Mittels elf Items wird auf einer einfaktoriell konzipierten Skala erfragt, inwieweit eine Person eine höhere Wirklichkeit akzeptieren und sich ihr anvertrauen kann (Beispielitem: „Ich fühle mich mit einer höheren Wirklichkeit oder mit einem höheren Wesen/Gott verbunden. Darauf kann ich auch in schweren Zeiten vertrauen“).

Die Validierung der Skala TPV wurde zunächst an Patienten in psychotherapeutischer bzw. psychiatrischer Behandlung vorgenommen. Dabei zeigte sich eine hohe interne Konsistenz (Cronbachs $\alpha=0,93$), geringe Zusammenhänge mit konstruktfernen, gesundheitspsychologischen Skalen und eine gute Eignung zum Nachweis von Behandlungseffekten.

Im Jahr 2003 stellte Albani et al. (Albani et al. 2002c) die Skala TPV im Rahmen einer Mehrthemenumfrage einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe vor. Auch hier wurde

eine äußerst gute interne Konsistenz (Cronbachs $\alpha = 0,95$) festgestellt, außerdem ergaben sich erste Hinweise auf konkurrente Kriteriumsvalidität. Offensichtlich aber scheint die dimensionale Struktur der Skala TPV zwischen ost- und westdeutschen Befragten zu differieren, sodass Albani et al. die Konstruktion zweier Subskalen „Transzendente Führung“ und „Transzendente Eingebundenheit“ diskutieren (Albani et al. 2002c).

3.4. Übersicht: Fragebögen zu Religiosität/Spiritualität

Tabelle 1 zeigt eine Übersicht der wichtigsten Fragebögen zu Religiosität/Spiritualität.

Tabelle 1 Übersicht der Fragebögen zu Religiosität/Spiritualität (nach Jahr des Erscheinens)

Autoren	Fragebogen	Inhalt	Items	Skalen	Sprache
Wallston et al., 1978	Multidimensional Health Locus of Control Scales	Externale/Internale Kontrolle	18	2	englisch
Paloutzian und Ellison, 1982	Spiritual Well Being Scale (SWBS)	Wohlempfinden (50% Gott-Bezug)	17		englisch
Schmitt et al, 1989	Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit	Externale/Internale Kontrolle	21	3	deutsch
Kass et al., 1991	Index of Core Spiritual Experience (INSPIRIT)	Spirituelle Erfahrungen und Gott-Bezug	7	2	englisch
Klauer und Filip, 1993	Trierer Skalen Krankheitsbewältigung (TSK)	christliche Religiosität (ohne Spiritualität)	3		deutsch
Degelman und Lynn, 1995	Belief in Divine Intervention Scale	Glauben; 100% Gott-Bezug	6	1	englisch
Kash et al., 1995 / Mehnert et al., 2003	System of Belief Inventory (SBI-54, Kurzform: SBI-15R)	Religiöse Überzeugungen und Krankheitsbewältigung	54	4 (1)	englisch/ deutsch
WHOQOL-Group, 1995 / Angermaier et al., 2000	WHOQOL-100	Religion als eigenständiger Teil	100(4)	4	englisch/ deutsch
WHOQOL-Group, 1996	WHOQOL-BREF ¹ (Kurzform als Zusammenfassung)	Religion und psychisches Wohlbefinden	26		englisch
Fitchett et al., 1996 Peterman et al., 2002	FACIT-Spiritual Well-Being Scale ¹	Spirituelles Wohlbefinden	12	2	englisch
Plante und Boccaccini, 1997 Plante et al., 2002	Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire	Glaubensüberzeugungen	10(5)	1	englisch
Holland et al., 1998 Albani et al., 2002 Mehnert et al., 2003	Spiritual Beliefs Inventory (SBI)	Gott-Bezug; teilweise auch Umgang mit Krankheit	15	2	englisch/ deutsch
Pargament et al., 1998	Brief RCOPE ¹	Positive und negative religiöse Coping-Strategien	14		englisch
Belschner und Galuska, 1999 Albani et al., 2002	Transpersonales Vertrauen (TPV) ²	Transzendente Führung und Eingebundensein	11	2	englisch/ deutsch
Mehnert und Koch, 2001	Religiosität und psychische Befindlichkeit	Religiöse Verbundenheit und Lebenszufriedenheit	23	2	deutsch

Underwood und Teresi, 2002	Daily Spiritual Experience Scale	Tägliche Spiritualität; 50% Gott-Bezug	16	2	englisch
Kremer, 2001	Religiöser Bewältigungsindex	Handelnde Interaktion Gott-Mensch	36	3(6)	deutsch
Ryan und Fiorito, 2003	Means-Ends Spirituality Questionnaire	Spiritualität und Wohlbefinden	25(17)	5(2)	englisch
Deusinger und Deusinger	Frankfurter Religionsfragebogen (FRE) ²	Religiöse Einstellungen (u.a. zu Gott, Maria, Kirche, Heiligen)	80	6	deutsch

¹ Kurzinstrument

² deutschsprachige Eigenentwicklung

4. Patienten und Methoden

4.1. Studienbeschreibung und Ziel der Studie

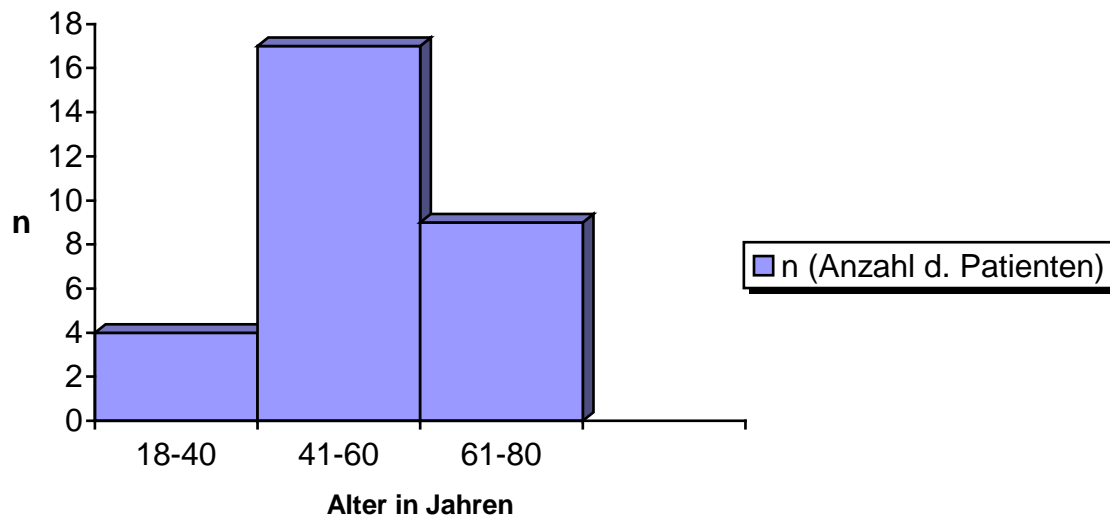
Ziel der Phase-I-Studie ist es, die Praktikabilität des vorliegenden Interviews „SPIR“ zu prüfen, seine Akzeptanz bei den Untersuchern und Patienten zu überprüfen, sowie die sich ergebenden Belastungen für alle beim Gespräch Beteiligten zu erfassen.

Eine Gesamtheit von 30 ambulant betreuten Patienten wurde im Zeitraum zwischen Januar und Juli 2003 konsekutiv befragt. Die Befragung fand in zwei verschiedenen Settings (Umgebungen) statt: in der Ambulanz (n=15) der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik der Psychiatrischen Klinik der Ludwigs-Maximilians-Universität München (LMU) und in einer onkologischen Praxis am Elisenhof in der Münchner Innenstadt (n=15). Die Patienten der Studie befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in psychoonkologischer Behandlung, so dass eine mehr oder weniger enge Arzt-Patienten-Beziehung bereits Grundlage für das folgende Gespräch gewesen ist. Es gab unter den befragten Patienten keine Drop-outs (= Patienten, die ihre Teilnahme an der Studie „SPIR“ verweigerten).

4.2. Studienteilnehmer

Geeignete Patienten waren mindestens 18 Jahre alt. Patienten mit schwerer psychiatrischer Krankheit und Patienten, die außerstande waren zu lesen oder zu schreiben, wurden nicht befragt. Alle Patienten füllten eine Einverständniserklärung (informed consent) aus, entsprechend den Richtlinien der Ethikkommission. Die Ethikkommission genehmigte die vorliegende Studie als wissenschaftliche Arbeit der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik (unter Leitung von Prof. Dr. med. Michael Ermann) der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (unter Leitung von Prof. Dr. med. Hans Jürgen Möller) an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Die beiden Interviewer Eckhard Frick und Carola Riedner (EF und CR) sind ausgebildete Ärzte in psychodynamischer Psychotherapie. Herr Professor Dr. med. Eckhard Frick ist Facharzt für Psychiatrie und Psychosomatik.

Abbildung 1 Altersverteilung der Patienten (n=30)



4.3. Untersuchungsmethoden – klinisches Interview „SPIR“

4.3.1. Gesprächstechnik und Interviewstruktur

Ausgehend von nach dem Jahr 2000 veröffentlichten Richtlinien für ein qualitatives Interview (Anandarajah und Hight 2001),(Puchalski und Larson 1998),(Mansfield et al. 2002, Sloan et al. 2000), benutzten wir ein halbstrukturiertes Format bestehend aus vier offenen Fragen, jede unterteilt in eine Zahl von Unterfragen.

„SPIR“ lehnt sich an den Leitfaden zur Erhebung der spirituellen „Geschichte“ des Patienten namens „FICA“ an, das von der Arbeitsgruppe von Christina Puchalski stammt. (Puchalski und Romer 2000) . FICA steht dabei für die Hauptelemente der Erhebung „faith and belief“, „importance“, „community“ und „adress/action in care“.

Das Interview, das eine spirituelle Anamnese des Patienten erhebt, soll etwa 20 Minuten dauern. Es ist strukturiert und benannt mit dem Akronym „SPIR“, das dem Untersucher hilft die verschiedenen Facetten der Spiritualität direkt anzusprechen:

verschiedene Facetten der Spiritualität des Patienten:

S - Spiritualität:	Betrachten Sie sich im weitesten Sinne als gläubigen (=spirituellen/religiösen) Menschen?
P - Platz im Leben:	Welchen Platz hat Spiritualität in ihrem Leben? Sind die Überzeugungen, von denen Sie gesprochen haben, wichtig für Ihr Leben/ im Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung?
I - Integration:	Gehören Sie einer spirituellen oder religiösen Gemeinschaft (Gemeinde, Kirche, spirituelle Gruppe) an?
R - Rolle :	Wie soll ich als Ihr Arzt mit spirituellen Fragen umgehen ?

Es ist bekannt, dass manche Patienten lieber den Begriff „Religion / Religiosität“ benutzen, andere lieber mit dem Begriff „Spiritualität“ umgehen wollen.

Eine Person, die keiner kirchlichen Institution angehört, kann zum Beispiel die religiöse und kirchengebundene Sprache ablehnen. Im Gegensatz dazu können Angehörige einer festen Religion am Terminus „Spiritualität“ Anstoß nehmen, da er in ihren Ohren esoterisch klingt oder mit Spiritismus in Verbindung gebracht werden kann.

Die beiden Begriffe „Religion / Religiosität“ und „Spiritualität“ können unterschiedliche subjektive Bedeutungen für den Patienten haben. Um eine patientenorientierte Sprache zu sprechen, wurden vorgegebene Definitionen zu Spiritualität und Religiosität möglichst vermieden. Wenn nötig, wurde dem Patienten der Begriff „Spiritualität“ jedoch verständlich gemacht.

Begriffe des konfessionell geprägten Umfelds wurden nur nach gezieltem Ansprechen des Patienten gebraucht. Die Entscheidung, ob bei der Feststellung persönlicher und geistiger Ansichten zum Thema Glauben mehr oder weniger scharf zwischen religiösen und spirituellen Einstellungen zu trennen ist, oder ob die Begriffe Religion und Spiritualität synonym zu gebrauchen sind, wurde bei der Befragung durch den Patienten festgelegt.

Der komplette deutsche Text, an den sich das folgende Interview anlehnt, wurde von Weber und Frick (Weber und Frick 2002) veröffentlicht und ist die Grundlage der gegenwärtigen Studie. In der Folgestudie ist auch an eine inhaltsanalytische Auswertung der Interviews gedacht. Der Interviewleitfaden ist auf den folgenden beiden Seiten zu finden:

-Originaltext-

SPIR – Halbstrukturiertes klinisches Interview zur Erhebung einer “spirituellen Anamnese”

Das Akronym **SPIR** dient dazu, sich die vier Schritte bei der Erfassung spiritueller Bedürfnisse und Ressourcen zu vergegenwärtigen:

<p>Spirituelle und Glaubensüberzeugungen</p> <p>Platz und Einfluss, den diese Überzeugungen im Leben des Patienten einnehmen</p> <p>Integration in eine spirituelle, religiöse, kirchliche Gemeinschaft / Gruppe</p> <p>Rolle des Arztes: Wie soll der Arzt mit spirituellen Erwartungen und Problemen des Patienten umgehen?</p>

Die folgenden Standardfragen sollen im Verlauf des Gesprächs dem Sprachgebrauch des Patienten angepasst werden. Zur Vermeidung von Missverständnissen sollte herausgefunden werden, ob dem Patienten Begriffe wie “spirituell” oder “religiös” bekannt sind und wie er sie verwendet. Ähnliches gilt für Kirche / Gemeinschaft / Gemeinde / Gruppe usw., je nachdem, wie der Patient über seine diesbezüglichen Bindungen zu sprechen in der Lage ist.

S: Betrachten Sie sich im weitesten Sinne als gläubigen (religiösen/spirituellen) Menschen?

In wen oder in was setzen Sie Ihre Hoffnung?

Woraus schöpfen Sie Kraft?

Gibt es etwas, das Ihrem Leben einen Sinn verleiht? Welche Glaubensüberzeugungen sind für Sie wichtig?

P: Sind die Überzeugungen, von denen Sie gesprochen haben, wichtig für Ihr Leben?

Welchen Einfluss haben diese darauf, wie Sie mit sich selber umgehen und in welchem Maß Sie auf Ihre Gesundheit achten?

Wie haben Ihre spirituellen und Glaubensüberzeugungen Ihr Verhalten während dieser Erkrankung bestimmt?

Welche Rolle spielen Ihre Überzeugungen dabei, dass Sie wieder gesund werden?

I: Gehören Sie zu einer spirituellen oder religiösen Gemeinschaft (Gemeinde, Kirche, spirituelle Gruppe)?

Bedeutet dies eine Unterstützung für Sie? Inwiefern?

Gibt es eine Person oder Gruppe von Leuten, die Ihnen wirklich viel bedeuten und die wichtig für Sie sind?

R: Wie soll ich als Ihr Arzt / Seelsorger mit diesen Fragen umgehen?

Wer ist Ihr wichtigster Gesprächspartner in Bezug auf spirituelle und Glaubensüberzeugungen?

Welche Rolle sollen diese Überzeugungen in der ärztlichen Behandlung spielen?

Spirituelle und Glaubensfragen sind für Krank- und Gesundsein ein wichtiger Bereich. Haben Sie den Eindruck, dass wir über Ihre Überzeugungen so gesprochen haben, wie Sie es sich wünschen? Möchten Sie etwas hinzufügen?

4.3.2. Auswahl der zu Befragenden und Theoretical Sampling

Die Auswahl der zu Befragenden erfolgte nach dem Prinzip des „theoretical sampling“ (dt.: Theoriegeleitete Stichprobenziehung). Es stellt ein entwickeltes Konzept der Auswahl von Untersuchungseinheiten dar: Diese sollen (jedenfalls im Allgemeinen) nicht nach Kriterien statistischer Repräsentativität ausgewählt werden, sondern danach, ob sie das Wissen über den Untersuchungsgegenstand zu erweitern geeignet sind oder nicht (Ludwig-Mayerhofer 2007). Theoretical Sampling impliziert daher meist ein konsekutives, kumulatives Vorgehen: Zunächst werden eine oder mehrere Untersuchungseinheiten analysiert. Auf der Grundlage der so gewonnenen Ergebnisse bzw. Vermutungen, Ideen oder Konzepte wird nach weiteren Einheiten/Fällen gesucht, die geeignet sein könnten, die bisherigen Ergebnisse etc. zu bestätigen, zu kontrollieren, zu modifizieren, zu erweitern oder zu relativieren.

Theoretical sampling im Rahmen der Grounded Theory ist als ein Stil zu verstehen, nach dem man Daten qualitativ analysiert und der auf einer Reihe von charakteristischen Merkmalen hinweist. Methodologisch gesehen ist die Analyse qualitativer Daten nach der Grounded Theory auf die Entwicklung einer Theorie gerichtet, ohne spezielle Datentypen, Forschungsrichtungen oder theoretische Interessen gebunden zu sein.. Man sucht sich nach seinen Erkenntnisinteressen einzelne Fälle für die Befragung aus. Es handelte sich bei der Patientenauswahl also um eine gezielte Auswahl unter onkologischen Patienten (n= 30), da es bei qualitativen Verfahren um typische Fälle geht und eben nicht um Verallgemeinerungen. Aus diesem Grund wurden keine Zufallsstichproben durchgeführt und bewusst ein kleines Patientenkollektiv gewählt.

Dieses Auswahlverfahren machte eine Selbstkontrolle des Forschers unbedingt erforderlich, denn die Suche nach geeigneten Gesprächspartnern ist stark interessengeleitet. Es musste verhindert werden, dass durch subjektive Interessen eine verzerrte, weil untypische Auswahl vorgenommen wird.

Das Prinzip der Offenheit der an SPIR beteiligten Forscher für die von ihren Vorstellungen abweichenden Fälle blieb von Anfang an gewahrt. Auf eine schrittweise Erweiterung der Auswahl geeigneter Patienten im Verlauf des Forschungsprozesses wurde daher verzichtet.

4.3.3. Ablauf des Interviews

Nach Aufnahme der Daten des Patienten (Baseline-Charakteristika) und der förmlichen Einwilligung zur Studienteilnahme mit Unterschrift der Einverständniserklärung (informed consent) durch den Studienteilnehmer wurde das Leitfadenterview SPIR in Form von freien, halbgeschlossenen und geschlossenen Fragen mit dem Patienten durchgeführt. Der Untersucher benützt einen Fragebogen zum Festhalten der Informationen. Charakteristische Äußerungen des Patienten wurden in Freitextfeldern des Erhebungsbogens notiert.

Es wurde darauf geachtet, dass alle Fragen des Leitinterviews SPIR (siehe S. 36) Anwendung finden. Einfaches Ablesen der Fragen vor dem Patienten („vom Blatt“) wurde vermieden.

Nach dem Interview SPIR folgte ein strukturierter Teil mit Datenerhebung und der Erhebung von visuellen Analogskalen (VAS), zu der der Patient (zur Selbsteinschätzung) wie auch der Untersucher (zur Selbst- und Fremdeinschätzung) herangezogen wurde. Die „spirituelle Anamnese“ des Patienten wurde durch den befragenden Arzt auf dem Untersuchungsbogen festgehalten.

Es wurde darauf geachtet, dass Patient und Untersucher das Ausfüllen der visuellen Analogskala unabhängig voneinander vornehmen.

4.4. Visuelle Analogskalen

Visuelle Analogskalen (VAS) werden häufig in der Medizin eingesetzt, zum Beispiel zur Beurteilung von Schmerzen in der Anästhesie und Intensivmedizin oder auch zur Verlaufserfassung der Befindlichkeit bei depressiven Patienten.

Durch Markierung einer eindeutigen Stelle auf einer Skala beurteilt der Patient seinen Status hinsichtlich eines vorgegebenen Merkmals. Die Skala wird gebildet durch eine gedruckte, unterschiedlich lange Linie mit zwei Polen oder Extremen am Ende. Der Abstand der Markierung vom Nullpunkt der Linie wird gemessen und ein Wert ermittelt.

In der gegenwärtigen Studie wurden jeweils sechs visuelle Analogskalen pro Interview von je 10 cm Länge verwendet. Drei davon waren der Selbsteinschätzung des Patienten bestimmt. Die Kriterien für die visuellen Analogskalen waren: „Wichtigkeit spiritueller/religiöser Fragen“, „Belastung durch das Gespräch“ und „Hilfe durch das Gespräch“.

Die restlichen drei visuellen Analogskalen eines jeden Untersuchungsbogens wurden vom Untersucher, also einem Arzt, ausgefüllt.

Er wurde nach seiner Einschätzung der von ihm empfundenen „Belastung“ sowie der von ihm empfundenen „Hilfe“ durch das jeweilige Gespräch mit dem Patienten befragt.

Zudem gab der Untersucher eine Einschätzung (Fremdeinschätzung) zur „Wichtigkeit spiritueller/ religiöser Fragen“ für den Patienten ab

4.5. Standardisierung und Strukturierung

Beim qualitativen Interview handelt es sich um eine nichtstandardisierte Befragung, denn gerade durch die erforderliche situative Anpassung folgen vorformulierte Fragen und deren Reihenfolge nicht automatisch einer schematischen Anordnung, wie es bei standardisierten Befragungen (mit detailliert ausgearbeiteten Fragebögen) der Fall ist (Kelle 1996).

Nachteile können sich gegenüber dem vollstandardisierten Interview ergeben, da das Fehlen einer festen Ordnung zu einer geringeren Vergleichbarkeit der Antworten, geringerer Zuverlässigkeit und einem höheren Zeitaufwand führen können (Kelle 1996). Der für das Interview „SPIR“ vorgegebene Zeitrahmen von 20 Minuten pro Interview konnte jedoch gut eingehalten werden.

Bei der offenen, nicht-standardisierten qualitativen Befragung ist in der Regel nur ein Rahmen in Form eines Themas vorgegeben, nicht aber der Wortlaut der Fragen oder deren Abfolge.

SPIR ist das Akronym für ein Interview, das halbstandardisierte Fragen beinhaltet:

ein Leitfaden wird vorgegeben, die Reihenfolge und genaue Formulierung der Fragen bleibt aber dem Interviewer überlassen.

Das so konzipierte, nichtstandardisierte Interview hat für die vorliegende Studie wichtige Vorteile: Es ermöglicht den im Gesprächsprozess Beteiligten das Eingehen auf persönlich wichtig erscheinende Äußerungen und führt zu angepassten Fragestellungen und Antworten unter Beachtung der jeweiligen, vom Patienten vorgegebenen Gesprächssituation. Das Interview wird insgesamt flexibler in der Durchführung, wie es für die Erhebung von Selbsteinschätzungen von Vorteil ist.

4.6. Auswertung

Die statistische Auswertung wurde mithilfe des EDV-Programms "SPSS Version 12.0" (Statistical Package for the Social Sciences) der Firma SPSS auf einem konventionellen Heimrechner durchgeführt.

Das Datenmaterial zur Auswertung besteht aus den nominalskalierten Patientenmerkmalen sowie den Werten visueller Analogskalen.

Die daraus berechneten Parameter entstammen aus der deskriptiven Statistik und lassen sich in Lage- und Streuungsmaße einteilen.

Zu den Lagemaßen gehört der Mittelwert, der im Weiteren mit m bezeichnet wird. Als Streuungsmaße werden die Standardabweichung (s) und die Angabe des Ranges, also Minimum bzw. Minimalwert (\min) und Maximum bzw. Maximalwert (\max) bezeichnet.

Für die aus den visuellen Analogskalen stammenden Werte wird der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman (r_s) berechnet:

In der Statistik ist der Rangkorrelationskoeffizient ein parameterfreies Maß für die Korrelation, das heißt, er misst wie gut eine beliebige monotone Funktion den Zusammenhang zwischen zwei Variablen beschreiben kann, ohne irgendwelche Annahmen über die Wahrscheinlichkeitsverteilung der Variablen zu machen (Weiß 2005).

Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman ist robust gegenüber Ausreißern (Extremwerte, die einen Deckeneffekt erzeugen können) und ist auch für nichtlineare Zusammenhänge verwendbar (Weiß 2005).

Der Buchstabe p bezeichnet die Irrtumswahrscheinlichkeit. Signifikanz liegt vor, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner oder gleich dem Signifikanzniveau $\alpha = 0,05$ ist.

Ein qualitatives Verfahren zur Datenanalyse von auf Tonband aufgezeichneten Gesprächen ist für eine Folgestudie vorgesehen.

5. Ergebnisse

5.1. Charakteristik des Patientenkollektivs

Tabelle 2 („Baseline-Charakteristika der Studienteilnehmer“) zeigt die Merkmale der Patienten, die in der Mehrzahl männlich waren und kurativ behandelt wurden. Die Geschlechterverteilung Männer zu Frauen betrug in etwa 2:1, das Durchschnittsalter 54 Jahre. Alle Probanden akzeptierten das Interview SPIR für Forschungszwecke. Wichtige charakteristische Äußerungen sind in Tabelle 3 aufgeführt.

Tabelle 2 Baseline-Charakteristika der Studienteilnehmer

<i>demographische Merkmale</i>	
Alter im Durchschnitt [Jahre] (SD)	53.76 (9.59)
Geschlecht	n=
Männlich	19
Weiblich	11
Schule / Ausbildung	
Hauptschule	10
Realschule	9
Abitur	3
Hochschulabschluß	8
Konfession	
Keine	2
Katholisch	22
Evangelisch	4
andere	2
Therapeutisches Ziel	
Kurative Therapie	21
Lebensverlängernde Therapie	8
Palliative Versorgung	1
Setting	

Universitätsambulanz (Psycho-onkologie)	15
onkologische Praxis	15

5.2. Einstellung zu Religiosität und Spiritualität

In unserer Befragung rechneten sich 86% der Patienten einer christlichen Kirche zu (73% waren katholisch, 13% waren protestantisch), während 7% keine Konfessionszugehörigkeit hatten und weitere 7% anderen Religionstraditionen folgten.

Mitglied einer traditionellen Glaubensrichtung zu sein gilt als Merkmal der Religiosität, erlaubt aber keine Aussage über die intrinsische Religiosität und Spiritualität des Einzelnen. Der Gebrauch der Begriffe „Religiosität“ und „Spiritualität“ ist im deutschsprachigen Raum anders besetzt als im Angelsächsischen, z.B. in Amerika.

Tabelle 3 Beispielhafte Antworten während des SPIR-Interviews

S Ich bin im weitesten Sinne gläubig. Ob es hilft, weiss ich nicht .

Wenn es nicht hilft, hab ich wohl Pech gehabt.>`

Während der Krankheit habe ich spirituelle Erfahrungen gemacht.´

Die Kirche ist keine

Quelle der Kraft für mich. Ich glaube an die Kräfte des Universums.>`

P Ich finde Kraft in meinem Glauben. Dann komme ich mir nicht so allein vor.>`

Starke Menschen werden von Gott ausersehen, ihre Krankheit leichter zu tragen.>`

Ich glaube an mich und will mit mir ins Reine kommen. Ich erarbeite langsam, was das Leben für einen Sinn hat.>`

I Ich bin obwohl ich streng religiös erzogen wurde, habe ich nichts mit institutioneller Kirche am Hut.>`

Ich glaube nicht alles, was in der Kirche gesagt wird.>`

Als Kind war ich oft in der Kirche. Irgendwo ist der Kontakt zur Kirche immer geblieben.`

R Ich freue mich, dass sich jemand für solch persönliche Themen interessiert.>`

Der Arzt soll Spiritualität nur bei Gläubigen ansprechen.>`

‘ Ich ziehe es vor, von Ihnen (dem Arzt, nicht dem Seelsorger) befragt zu werden, da Sie objektiver sind. ‘

Die Mehrheit der Patienten berichtete von einer religiösen Zugehörigkeit und wurde durch ihren untersuchenden Arzt als eher spirituell eingestuft (siehe Tabelle 4 und 5).

In Relation dazu wurde die Frage nach der Zugehörigkeit zu einer religiösen oder spirituellen Gemeinschaft, die nach dem Leitfadeninterview gestellt wurde, weniger oft bejaht (Ja:18 ; Nein:12 - siehe Tabelle 4) als die demographische Frage der Zugehörigkeit zu einer religiösen Institution. Das ist möglicherweise zurückzuführen auf die in Deutschland übliche Praxis, zahlendes Kirchenmitglied zu sein ohne dabei der örtlichen Glaubengemeinschaft anzugehören (Forsa 1999).

Tabelle 4 zeigt in den letzten beiden Fragen, dass die Mehrheit von Patienten lieber mit ihrem Arzt über spirituelle Themen sprechen möchte und nicht an einen Priester oder andere Berufsgruppen verwiesen werden möchte.

Hilfe und Belastung, die mit dem Interview SPIR verbunden sind, werden in Tabelle 5 aufgeführt. Es zeigt sich, dass sowohl der Patient als auch der befragende Arzt das Gespräch als hilfreich und kaum belastend empfindet. Diese Tendenz zeigt sich noch stärker bei den Ärzten als bei den Patienten.

In der Frage, wie wichtig Spiritualität für den Patienten ist (siehe Tabelle 6), schätzen Arzt und Patient die Wichtigkeit ohne einen signifikanten Unterschied ähnlich hoch ein.

Tabelle 4 : Spirituelle Diagnose nach dem SPIR-Interview (n=30)

S	Patient ist gläubig*	Ja (25)	Nein (4)	Weiß nicht (1)		
P	Spirituelle Themen sind ihm/ihr wichtig**	VAS $m^5 = 5.88$ $s^6 = 2.76$				
I	Religiöser Gemeinschaft angehörig*	Ja (18)	Nein (12)			
R	Wie sollen Ärzte mit spirituellen Fragen umgehen?*	Gar nicht (4)	Darüber reden (21)	Seelsorger einschalten (1)	Weiß nicht (-)	Andere (4)
	Der Patient wünscht eine Fortsetzung des Gesprächs über Spiritualität?*	Mit dem Interviewer (18)	Mit anderer Person (4)	Kein Wunsch (9)		

* Antwort zur Auswahl vorgegeben wie Wortlaut

** Antwort auf einer Visuellen Analog Skala (VAS) : Einstellung des Patienten nach Schätzung des Arztes .

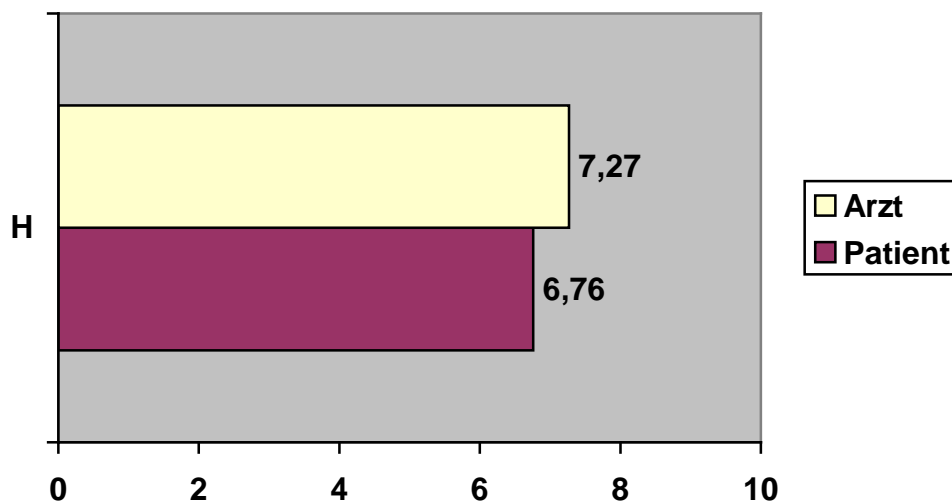
⁵ Mittelwert m

⁶ Standardabweichung s

Tabelle 5 "Betrachten Sie SPIR als hilfreich/belastend?" (n=30)

	Hilfreich	Belastend	p=
Antwort des Patienten	m=6,76 s=2,58	m=1,32 s=2,53	0.247
Antwort des Arztes	m=7,27 s=1,94	m=1,18 s=1,28	0.249

Abbildung 2 Wird das Interview SPIR als Hilfe empfunden? (n=30)



Korrelationskoeffizient (nach Spearman) $r_s = 0,428$

Abbildung 3 Wird das Interview SPIR als Belastung empfunden?

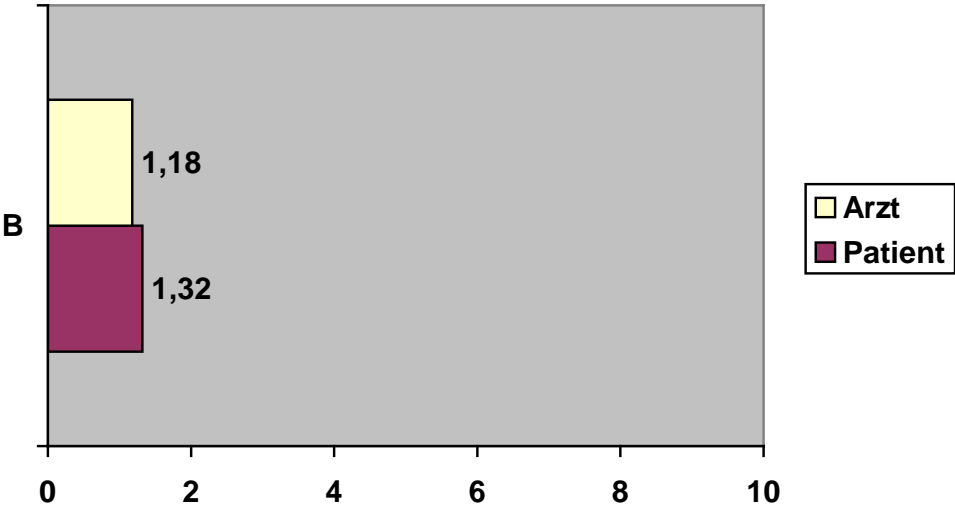
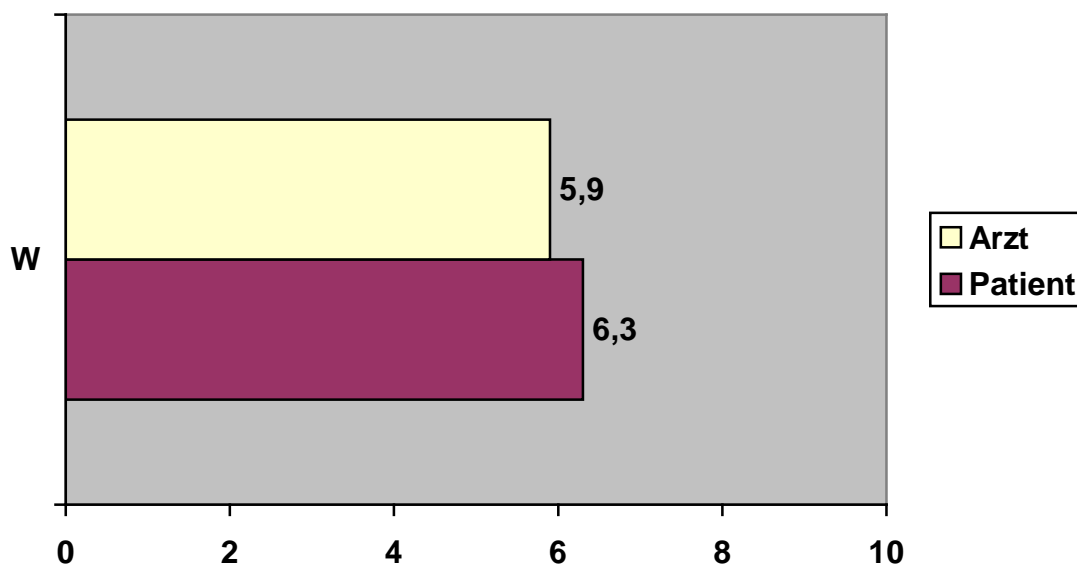


Tabelle 6 Können Ärzte nach dem Interview SPIR richtig einschätzen, wie wichtig spirituelle Fragen für ihre Patienten sind ? (Vergleich zwischen der Einschätzung von Arzt und Patient; n=30)

	m	min-max	s	p
Patient* “Sind spirituelle Fragen wichtig für ihr Leben?”	6,5	0,4-10,0	2,78	0,182
Arzt* “Sind die vom Patienten erwähnten Glaubensüberzeugungen wichtig für ihr/sein Leben?”	5,90	0,4- 9,6	2,76	0,182

*Beide Fragen wurden auf einer Visuellen Analog Skala (VAS) beantwortet

Abbildung 4 Wichtigkeit der Glaubensüberzeugung für den Patienten , getrennte Einschätzung von Arzt und Patient mittels VAS (Min 0-Max 10)



Korrelationskoeffizient (nach Spearman) $r_s=0,714$

Eine Posthoc-Responder-Analyse (siehe Tabelle 7) testete mögliche Unterschiede zwischen Patienten, die SPIR als sehr hilfreich (= VAS>7) betrachteten (n=14) und den anderen Befragten (=VAS<7 , n=16).

Man spricht bei dieser Unterteilung von Patienten auch von High- und Low-Respondern.

Es gab in beiden Untergruppen einen signifikanten Unterschied für das Merkmal „Geschlecht“. Die High-Responder der Studie, also Diejenigen, die das Interview SPIR als „sehr hilfreich“ einschätzten, bestanden aus wesentlich mehr Frauen als Männern (p= 0.0134).

Hinsichtlich des Bildungsgrades bzw. der schulischen Ausbildung, der Diagnose sowie der konfessionellen Zugehörigkeit gab es nicht signifikante Unterschiede zwischen „High-“ und „Low-Respondern“ (p>0,05).

Tabelle 7 Unterschiede zwischen Patienten, die die Wichtigkeit spiritueller Themen als „hoch“* einschätzen und denen, die das nicht tun(n=30)**

Variable	n (**/**)	p
Geschlecht		.0134
Weiblich	18 (12/6)	
Männlich	12 (4/8)	
Schule / Ausbildung		.310
Hauptschule	10 (2/8)	
Realschule	9 (5/4)	
Abitur	3 (2/1)	
Hochschulabschluß	8 (4/4)	
Konfession		.557
Keine	2 (0/2)	
Katholisch	22 (11/11)	
Evangelisch	4 (3/1)	
andere	2 (1/1)	
Therapeutisches Ziel		.312
Kurativer Therapieansatz (TA)	21 (11/10)	
Lebensverlängernder TA	8 (2/6)	
Palliativmedizinischer TA	1 (0/1)	

Setting		.143
Ambulant	15 (10/5)	
Onkologische Praxis	15 (5/10)	
Patient ist in weitestem Sinne gläubig		
Ja	25 (14/11)	
Nein	4 (0/4)	
Weiß nicht	1 (1/0)	
Ärzte sollen mit spir. Fragen umgehen****		.265
Überhaupt nicht	6(2/4)	
Darüber reden	23(14/9)	
Einen Seelsorger einschalten	1(0/1)	
Weiß nicht	0	

- * sehr hilfreich (n=14; VAS >7)
 ** bedingt hilfreich (n=16 ; VAS <7)
 *** Schätzung durch den Arzt
 **** nach Meinung des Patienten

3. Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Hinblick auf die Forschungsfragen, die in der Einleitung dieser Arbeit formuliert wurden, erlauben diese Ergebnisse folgende Aussagen:

1. Ein klinisches Interview zur Erfassung von Spiritualität ergibt wichtige Daten, die sonst im klinischen Alltag nicht zu erheben wären. Die Mehrheit der interviewten Patienten möchte, dass sich ihr Arzt mit ihrer spirituellen Orientierung auseinandersetzt.
2. Sowohl Patienten als auch befragende Ärzte zeigten eine eindeutige Tendenz, das Interview SPIR als hilfreich und nicht belastend einzuschätzen.
3. Durch das Interview waren die Ärzte in der Lage, die Wichtigkeit von Spiritualität für ihre Patienten richtig einzuschätzen.
4. Durch eine Responder-Analyse stellte sich heraus, dass die Patientengruppe, die das Interview als sehr oder äußerst hilfreich bewertete, überwiegend aus Frauen bestand.

Es gab hinsichtlich des Alters, der Diagnose, des Bildungsgrads und der konfessionellen Zugehörigkeit keine Unterschiede zwischen der Gruppe, die SPIR als sehr hilfreich bewertete und derjenigen, die das nicht tat.

6. Diskussion

6.1. Bedeutung der Ergebnisse

6.1.1. SPIR erhebt wichtige klinische Daten

Als eine der ersten europäischen Studien, die eine qualitative Beurteilung von Spiritualität im Bereich der klinischen Anwendung für Onkologie- und Palliativpatienten vornehmen möchte, weist SPIR auf den Bedarf und die Notwendigkeit hin, Daten zu Spiritualität und Glaubensüberzeugungen von Patienten im klinischen Bereich zu gewinnen.

Mit dem Interviewformat SPIR kann der Arzt mit geringem Zeitaufwand auf die spirituellen Bedürfnisse, Optionen und Ressourcen seiner Patienten eingehen und therapeutisch wichtige Daten zu den Glaubensüberzeugungen der Patienten sammeln.

Dies ist mit SPIR auch Pflegekräften und anderen Berufsgruppen möglich.

6.1.2. Das Interview SPIR ist hilfreich und kaum belastend

Die Akzeptanz des Interviews SPIR war bei allen Patienten hoch bis sehr hoch.

Die Akzeptanz lässt sich ableiten aus der Einschätzung des Patienten für die entstandene „Belastung“ (m= 1,32) mit niedrigen Werten und den hohen Werten für die „Hilfe“ (m= 6,76), vermittelt durch das Interview.

Die Frage nach der „Belastung“ (m= 1,18) durch SPIR, ergab bei den Ärzten noch geringere Werte als bei den Patienten, die Frage nach „Hilfe“ (m=7,27) geringfügig höhere Werte.

Auch von Seiten der Ärzte wird das Interview SPIR im Rahmen eines ambulanten Settings einer onkologischen Praxis bzw. einer Universitätsambulanz akzeptiert

Ein Interview zum Thema „spirituelle Überzeugungen des Patienten“ ist also wenig belastend und erlaubt eine gute Handhabung im klinischen Bereich .

Alle beteiligten onkologischen Patienten willigten im Rahmen des Settings eines ambulanten Besuches einer onkologischen Praxis bzw. einer Universitätsambulanz in das Interview ein. Es gab keine Drop-outs (= Patienten, die sich weigerten an der Studie „SPIR“ teilzunehmen).

Auffällig ist der Wunsch vieler Patienten, weiterhin von dem ihn betreuenden Arzt beraten zu werden und nicht an einen Seelsorger oder eine andere Berufsgruppe verwiesen zu werden. Es stellt sich die Frage, ob ein bereits bestehendes Arzt-Patienten-Verhältnis die Einschätzung des Patienten und/oder des Arztes beeinflusst. In diesem Zusammenhang ist hierbei auch die Frage zu stellen, ob ein bereits bestehendes Arzt-Patienten-Verhältnis den Wunsch des Patienten nach Weiterbehandlung mit genau demselben Arzt bzw. derselben Ärztin nicht stark zu bahnen vermag.

6.1.3. Ärzte können durch SPIR die Bedeutung von Spiritualität für ihren Patienten beurteilen

Nach Einschätzung der an der SPIR -Studie eingeschlossenen onkologischen Patienten, hat Spiritualität für den Patienten selbst eine große Bedeutung ($m= 6,3$; VAS von 0 bis 10cm).

Die Einschätzung der Bedeutung von Spiritualität für die Patienten durch die untersuchenden Ärzte war um 6,3 % niedriger als der Patienten-Wert.

Ärzte können mit dem Interviewleitfaden SPIR also eine recht präzise Angabe machen, wie wichtig ihren Patienten spirituelle Themen sind.

6.1.4. SPIR stellt für Frauen eine signifikant größere Hilfe dar als für Männer

Wesentlich mehr Frauen als Männer ($p= 0.0134$) sind High-Responder der Studie (siehe Tabelle 7), also Personen die das Interview SPIR als „sehr hilfreich“ einschätzen. Hinsichtlich des Bildungsgrades bzw. der schulischen Ausbildung, der Diagnose sowie der konfessionellen Zugehörigkeit gab es keine signifikante Unterschiede zwischen „High-“ und „Low-Respondern“ ($p>0,05$). Das Ergebnis muss in einer größeren Stichprobe überprüft werden.

Das männerspezifische Angebot spiritueller Themen muss womöglich genauer untersucht und intensiviert werden. Männer müssen möglicherweise besonders „umworben“ werden, um zu erreichen, dass sie sich in der spirituellen Domäne überhaupt angesprochen fühlen. Spiritualität wird möglicherweise als etwas begriffen, das mit ihrem Rollenverständnis nicht kompatibel erscheint.

Geschlechtsspezifische gesundheitliche Unterschiede sind dagegen bekannt: Männer sterben im Durchschnitt mehr als 5 Jahre früher als Frauen (Robert-Koch-Institut 2006). Zwei von drei Suizidfällen betreffen Männer . Mehr Männer neigen zum Alkoholismus als

Frauen. Die Risikobereitschaft bei Männern ist insgesamt höher, was Lebensführung, Sportarten und Arbeit betrifft: „Frauen reden, Männer schweigen und trinken. Frauen suchen Hilfe, Männer sterben“ (Möller-Leimkühler et al. 2006).

6.2. Klinische Schlussfolgerungen und Anmerkungen

Ausgehend von dem Akronym SPIR können einige klinische Schlussfolgerungen aufgezeigt werden:

S Erlebt sich nicht jeder Mensch in seinen spirituellen, religiösen, aber auch weltanschaulichen Überzeugungen unmittelbar und sind diese nicht handlungsleitend auch für das Verhalten in der Krankheit? Während des Interviews wird dem Patienten die Frage gestellt, ob er sich selbst im weitesten Sinne als spirituell oder religiös betrachtet, was bei der Mehrheit der Patienten zutrifft. SPIR zeigt, dass sich spirituelle Themen als bedeutend für den Patienten erweisen.

Vorhergehende Studien, die eine qualitative Methodik nutzten (McGrath 2001), gebrauchten eine mehr oder weniger weitgefaste Definition von Spiritualität .

Das Interview übersteigt dabei nicht die Grenzen individueller Behandlung einer klinisch-onkologischen Praxis.

Immerhin wünschen sich 73,3% der untersuchten Patienten eine Fortsetzung des Gesprächs bzw. der spirituellen Anamnese nach der Untersuchung.

Andererseits weisen Koenig et al. darauf hin , dass eine signifikante Minderheit von etwa einem Drittel aller Patienten nicht will, dass der Arzt spirituelle Themen überhaupt mit ihnen bespricht (Koenig et al. 2000b).

Es gibt mehrere Wege, spirituelle Belange anzusprechen (Puchalski 2006b). Christina Puchalski plädiert für eine offene, direkt gestellte Frage wie „Sind Sie spirituell?“, die dem Patienten anzeigt , dass ihr Arzt oder ihre Krankenschwester auf dem Gebiet interessiert sind. Für den Fall, dass der Patient Äußerungen vorgibt wie „ Gott würde mir das nicht antun!“ stimmt Christina Puchalski für die Aufforderung „Erzählen Sie mir, was Sie damit meinen!“. Sollte der Patient ein religiöses Symbol wie z.B. ein Kreuz tragen oder einen religiösen oder spirituellen Text lesen, bietet es sich an, spirituelle Überzeugungen über das Symbol oder den Text anzusprechen (Puchalski 2006b). Letztlich ist es nicht bekannt, welche Fragen idealerweise zur Erhebung von Spiritualität bei einem bestimmten Patienten

angewendet werden sollten. Die Qualität der Erhebung wird von vielen Faktoren beeinflusst, die es noch genauer zu charakterisieren gilt.

Vorangegangene Studien, die Spiritualität qualitativ begutachten (McGrath 2001), gingen von einer relativ weitgefassten Definition von Spiritualität aus. Für klinische Zwecke scheint die eindeutige thematische Orientierung entscheidend.

Die Erhebung von Glaubensüberzeugungen des Patienten ist abhängig von dieser Definition. Wenn diese Definition sich nur auf konfessionelle Zugehörigkeit konzentriert, werden nichtreligiöse, existentielle Aspekte möglicherweise ausgeschlossen. Für den Fall, dass diese Definition sich im Gegensatz dazu nur auf existentielle Fragen beschränkt, wird dem Patient möglicherweise erschwert, über seine religiöse Zugehörigkeit zu sprechen.

Eine zu indirekt angelegte Eröffnungsfrage wie z.B. „Können Sie mir mit eigenen Worten und in ihrer Weise von ihren Erfahrungen erzählen, aus der Zeit als Sie merkten, dass Sie krank wurden, wie Sie die Welt seitdem betrachten und was nach ihrem Glauben wichtig ist?“ birgt das Risiko, in einem eher allgemeinen Zusammenhang verschiedene Krankheitserzählungen zu eröffnen (McGrath 2001).

Nach dem Autor sollte der Interviewer folgende Aspekte stets im Auge behalten, um das Verhältnis zwischen Spiritualität und Gesundheit richtig zu erforschen (Coyle 2002):

- | | |
|-----|---|
| (1) | die patientenorientierte Annäherung |
| (2) | Die wertorientierte Herangehensweise,
die dem Leben Bedeutung, Zweck und Hoffnung gibt |
| (3) | die strukturell-verhaltenswissenschaftliche Vorgehensweise,
die sich auf sich wiederholende religiöse Handlungen und |

Der Patient kann das Spektrum der Spiritualität auch in einer nicht-konfessionellen Weise erfassen. Die Autorin Pam McGrath zitiert dabei einen Patienten folgendermaßen : „Ich habe gebetet, als ich die Transplantation bekommen habe. Ich weiß nicht, zu wem ich gebetet habe, aber ich habe gebetet.“(McGrath 2004)

Nichtsdestotrotz sollte der Interviewer das ganze semantische Feld der Religiosität/Spiritualität zur Sprache bringen (McGrath 2004).

Dabei ist zu beachten, dass das Erfragen spiritueller Vorlieben durch einen Arzt, Seelsorger oder eine Pflegekraft bereits eine Intervention darstellt und eine Wirkung auf den Patienten hat (White 2000). Welcher Art, welcher Intensität und welchen Umständen eine solche Wirkung ist bzw. unterliegt, ist noch unklar.

Ärzte, Krankenschwestern und Psychotherapeuten, die in der Onkologie tätig sind, können sich in ihrer Forschung und Ausübung auf die sinnbasierte Psychotherapie (meaning-based psychotherapy) stützen (Breitbart et al. 2004), (Jung 1934/1960) die abweichend auch „existentielle Psychotherapie“ (Yalom 2005) genannt wird.

Diese Entwicklungen der psychodynamischen Psychotherapie und Verhaltenstherapie (Folkmann und Greer 2000) respektieren das therapeutische Prinzip der Neutralität in der spirituellen Domäne. Sie bieten dem Krebspatienten eine professionelle Hilfe an, wenn es darum geht, Ziele im Leben aufzugeben und der Herausforderung einer spirituellen Krise - vielleicht zum ersten Mal im Leben- entgegenzutreten.

P Während substantivische Messungen v.a. Glaubensüberzeugungen und spirituelle Inhalte erforschen (Laubmeier et al. 2004), erforscht die funktionelle Herangehensweise an eine spirituelle Anamnese wie Menschen ihre besonderen Glaubensüberzeugungen und –aktivitäten nutzen, um fundamentale Fragen der Existenz oder die Herausforderung einer lebensbedrohlichen Erkrankung wie Krebs oder anderen Erkrankungen zu beantworten (Zinnbauer et al. 1997).

Die inhaltliche Auswertung der SPIR – Studie weist darauf hin, dass spirituelle Themen für die meisten Patienten von großer Bedeutung sind und einen festen Platz in deren Leben einnehmen. Im Zusammenhang mit der persönlichen Spiritualität werden von Patienten überwiegend die Sehnsucht nach „Sinn im Leben“, „Kraft“, „Wahrhaftigkeit“ und „innerem Frieden“ genannt.

Frauen äußern, größere Hilfe aus einem spirituellen Gespräch zu beziehen als

Männer (siehe Tabelle 7). Männern muss hinsichtlich des Umgangs mit spirituellen Themen somit also besondere Beachtung geschenkt werden .

Sinn-basierte Krankheitsverarbeitung (Folkman und Greer 2000b) ist besonders an dynamischen Punkten der Krankheitsgeschichte eines Patienten wichtig, z.B. beim Wechsel vom kurativen zum palliativen Therapieziel, an denen existentielle Fragen zu Sinn und Zweck des Lebens gestellt werden .

Sinn-basierte Krankheitsverarbeitung (Folkman und Greer 2000b) schließt auch Angehörige mit ein, z.B. im Falle eines unerwarteten Todes eines Angehörigen, und unterstützt deren Trauerarbeit.

Die US-amerikanische SUPPORT-Studie (SUPPORT 1995), hob die folgenden Daten zur Betreuung Sterbender vor: Die meisten Menschen in den USA starben zum Zeitpunkt der Studie schmerzvoll, ihre Wünsche hinsichtlich Wiederbelebung und anderen aggressiven Interventionen waren meist nicht bekannt oder wurden nicht respektiert.

Es wurde herausgefunden, dass Menschen meist einsam in Krankenhäusern versterben.

Ein großer Teil des von dieser Studie erhobenen Leidens war spiritueller Art (Puchalski 2006b).

Dies weist darauf hin, dass vor allem in der end-of-life-care und in der Palliativmedizin spirituelle Themen einen einzigartigen Stellenwert im Leben des Patienten haben.

Hat Spiritualität für schwer kranke Patienten einen höheren Stellenwert als für weniger kranke Patienten?

Bei der Eröffnung des St. Christopher Hospiz in London stellte Cicely Saunders fest, wie wichtig die spirituelle Dimension in der Pflege sterbender Menschen ist. Als eines der Ziele des Hospizes führte sie die Reduktion oder das Tilgen umfassender Schmerzen an, die physischer, emotionaler, sozialer, ökonomischer und spiritueller Art sein können (Wald 1986).

In der vorliegenden Studie waren 19% der Patienten damit einverstanden, dass Spiritualität im weitesten Sinne die medizinische Behandlung unterstützen sollte.

Es ist zwar nicht sinnvoll, das SPIR-Interview gleichzeitig mit der körperlichen Untersuchung oder anderen Tätigkeiten der klinischen Routine durchzuführen, sondern als Teil eines ambulanten Termins oder nach einer klinischen Routine-Visite. SPIR

sollte jedoch nicht als besondere oder gar private Initiative des Arztes eingeführt werden, sondern als ärztliche Routine (MacLean et al. 2003).

Viele US-amerikanische Patienten akzeptieren den Arzt als „God’s mechanic“, also als Werkzeug Gottes (Mansfield et al. 2002). Mansfield et al. bekräftigt, dass die spirituelle Orientierung von Patienten von kulturellen Bedingungen abhängig ist (Mansfield et al. 2002).

Es müssen weiterhin Daten gesammelt werden, welche Umstände die Patienten dazu bewegen, spirituellen Themen Platz in ihrem Leben und in der Arzt-Patienten-Beziehung einzuräumen.

I Zwei wesentliche Elemente der Sinnsuche von Krebspatienten sind der religiöse/ spirituelle Glaube und die soziale Unterstützung (O'Connor et al. 1990).

Die Frage der Gemeinschaft oder Kircheng Zugehörigkeit sollte in folgendem Kontext gestellt werden:

Welche Art und welche Intensität der Integration in eine Glaubensgemeinschaft sind hilfreich für einen Patienten und wie können die Patienten Ressourcen der sozialen Unterstützung aktivieren im Zusammenhang mit der Anpassung an ihre Krebserkrankung ?

R Es ist Wunsch vieler Patienten, von ihren Ärzten nicht nur auf einer materiell- physischen Ebene wahrgenommen zu werden (Efficace und Marrone 2002).

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen auf Lücken in der Arzt-Patienten Beziehung hin.

Ärzte und Pfleger können daher den spirituellen Bedürfnissen und Leiden schwer kranker Patienten gegenüber, wie beispielsweise den Onkologischen, nicht gleichgültig bleiben (Lazarus 1993, Miller und Thoresen 2003).

Umfragen zeigen, dass die Mehrheit der Patienten von ihren Ärzten während einer medizinischen Behandlung über Spiritualität befragt werden möchte (Ramondetta und Sills 2004). Zur selben Zeit erinnert uns eine Umfrage daran, dass eine signifikante Minderheit von Patienten (1/3) keine Diskussion über spirituelle Themen mit ihrem Arzt wünscht (Koenig et al. 2003).

„Sollen Ärzte Spiritualität auf Rezept verschreiben?“ lautet die bereits eingangs gestellte Frage in einem Artikel von Sloan et al., erschienen im „New England Journal of Medicine“ im Jahre 2000 (Sloan et al. 2000).

Auf Spiritualität basierende Interventionen sollen mit Rücksicht auf und zum Schutz der Autonomie des Patienten sein und klar von einer Verschreibung abgegrenzt werden (Sloan et al. 2000), (Ramondetta und Sills 2004).

Indem Ärzte, Psychotherapeuten und Krankenschwestern eng mit den Familien und anderen Betreuern zusammenarbeiten, können Grundlagen geschaffen werden, den spirituellen Bedürfnissen von Krebspatienten gerecht zu werden, was die Lebensqualität aller Beteiligten steigert (WHOQOL-SRPB-Group 2005). Spiritualität kann aber nicht einfach verordnet werden (Frick 2002). Sicherlich sind der Faktor Zeit sowie das Verständnis für den Patienten grundlegend für jede Arzt-Patienten-Beziehung, also gerade auch für die Erhebung von Glaubensüberzeugungen oder die spirituelle Interaktion mit Patienten.

Christina Puchalski gibt hinsichtlich der Berücksichtigung der spirituellen Domäne des Patienten Leitlinien für Ärzte und Pflegepersonal vor, die auch Grundlage für die Befragung in der vorliegenden SPIR Studie sind (Puchalski 2006a).

Die spirituelle Anamnese sollte patientenzentriert sein und die Privatsphäre des Patienten unter keinen Umständen verletzen. Professionelle Seelsorger und Priester sind nicht von weniger großer Bedeutung als bisher, im Gegenteil: sie sollen als Experten in der spirituellen Domäne anerkannt werden. Eine ‚Bekehrung‘ oder Umerziehung des Patienten innerhalb eines professionellen Rahmens ist weder legitim noch wünschenswert. Dies würde die professionelle Neutralität des Arztes verletzen.

Sloan et al. formulieren in ihrem theologisch wie medizinisch tiefgründigen Artikel ähnliche Vorsichtsmaßnahmen für ungeschulte Ärzte, die es in der spirituellen Domäne zu beachten gilt (Sloan et al. 2000).

Ogleich es gemäß der aktuellen Diskussion empfehlenswert ist, Spiritualität in professionelle Gesundheitsfürsorge und Forschung miteinzuschliessen, hilft diese Kritik, die radikalen Unterschiede zu unterstreichen, die zwischen der spirituellen Ebene und den Medikamenten oder anderen Variablen des Gesundheitswesens stehen. Der Schluss der Autoren ist, dass die Ärzteschaft und das Pflegepersonal eine adäquate Schulung erhalten müssen, um ihre Patienten adäquat zu unterstützen und

interdisziplinäre Zusammenarbeit, wie z.B. die Kooperation mit anderem Pflegepersonal, den Angehörigen und den Seelsorgern, in dieser Domäne einleiten zu können (Puchalski 2004).

Der Erhebung einer spirituellen Anamnese im klinischen Bereich stehen auch Vorbehalte von Seiten der Ärzte und des Pflegepersonals entgegen: „I would if I could“. Schwestern und Ärzte halten sich für nicht hinreichend kompetent ausgebildet, um eine qualitative Anamnese zu spirituellen Themen vornehmen zu können (Kristeller et al. 1999). Die mangelnde Kompetenz in spirituellen Fragen scheint eher ein Problem der Ärzte als der Krankenschwestern zu sein. Studien, die qualitative Methoden miteinschließen und Inhaltsanalysen

spiritualitätsbezogener Interviews erscheinen öfter in Fachzeitschriften für Krankenschwestern als in medizinischen Zeitschriften für Ärzte (McGrath 2001, Taylor 2003). Besonders Ärzte, die sich ihrer beruflichen Grenzen bewusst sind, könnten Angst haben, unfähig zu sein, dem Patienten beistehen zu können, es sich mit dem Patienten zu verderben, „ein Fass ohne Boden aufzumachen“ und außerhalb der eigenen professionellen Ebene zu handeln (Kristeller et al. 1999).

Sloan stellt fest, dass Ärzte nicht vorbereitet sind, mit spirituellen Belangen der Patienten umzugehen oder Daten zu diesen zu erheben (Sloan et al. 2000).

Neben der Klage über ein Ausbildungs- und Kompetenzdefizit wird häufig mit einem Mangel an personellen und zeitlichen Ressourcen argumentiert. Dem ist entgegenzuhalten, dass ein Kurzinterview zur Spiritualität in dem Maß Zeit und Kraft sparen hilft, in dem die Zusammenarbeit der Patienten mit Arzt und Pflegepersonal sowie die Krankheitsbewältigung verbessert werden.

7. Anhang

Literaturverzeichnis

- Albani, C., Bailer, H., Blaser, G. (2002a): Erfassung religiöser und spiritueller Einstellungen. Psychometrische Überprüfung der deutschen Version des "Systems of Beliefs Inventory" (SBI 15R-D) von Holland et al. in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. *Psychther Psych Med* 52, 306-313.
- Albani, C., Bailer, H., Blaser, G., Geyer, M., Brähler, E., Grulke, N. (2002b): Erfassung religiöser und spiritueller Einstellungen. Psychometrische Überprüfung der deutschen Version des „Systems of Belief Inventory“ (SBI-15R-D) von Holland et al. in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe [Religious and Spiritual Beliefs Validation of the German Version of the „Systems of Belief Inventory“ (SBI-15R-D) by Holland et al. in a Population-Based Sample]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 52:306-313.
- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Grulke, N. (2002c): Psychometrische Überprüfung der Skala "Transpersonales Vertrauen" (TPV) in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 86-98.
- Anandarajah, G., Hight, E. (2001): Spirituality and medical practice: Using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment *Am Fam Physician* 63, 81-89.
- Angermeyer, C., Kilian, R., Matschinger, H. (2000): WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF: Handbuch für die deutschsprachigen Versionen der WHO-Instrumente zur internationalen Erfassung von Lebensqualität Hofgrefe, Göttingen.
- Angermeyer, C., Kilian, R., Matschinger, H. (2002): Deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität WHOQOL-100 und WHOQOL-BREFM. *Zeitschrift fuer Medizinische Psychologie* 11, 44-48.
- Baider, L., Holland, J., Kaplan-DeNour, A. (2001): The System of Beliefs Inventory: (SBI 15-R): A validation study in Israel. *Psychooncology* 10, 534-540.
- Baider, L., Russak, S.M., Perry, S., Kash, K., Gronert, M., Fox, B., Holland, J. (1999): The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma: an Israeli sample. *Psycho-Oncology* 8, 27 - 35.
- Baldacchino, D., Draper, P. (2001): Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 833-841.
- Bartsch, H.H. (2001): Was können onkologische Rehabilitationsstrategien für Tumorpatienten in palliativen Erkrankungssituationen leisten? *Therapeutische Umschau* 58, 453-458.
- Belschner, W. (2000): Skala Transpersonales Vertrauen. Manual (unveröffentlicht).
- Benson, H., Dusek, J.A., Sherwood, J.B., Lam, P., Bethea, C.F. (2006): Study of the Therapeutic Effects of Intercessory Prayer (STEP) in cardiac bypass patients: A multicenter randomized trial of uncertainty and certainty of receiving intercessory prayer. *American Heart Journal* 151, 934-942.
- Bergner, M., Patrick, D.L. (1990): Measurement of health status in the 1990s. *Ann Rev Public Health* 11, 165-183.
- Bishop, P. (1999): Poll Trends: Americans' Belief in God *Public opinion quarterly* 63, 421-434.
- Borasio, G.D., Fegg, M.J., Wasner, M., Longaker, C. (2005): Effects of spiritual care training for palliative care professionals. *Palliative Medicine* 19, 99-104.

- Brady, M.J., Peterman, A.H., Fitchet, G. (1999): A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psychooncology* 8, 417-428.
- Breitbart, W., Gibson, C., Poppito, S.R., Berg, A. (2004): Psychotherapeutic interventions at the end of life: a focus on meaning and spirituality. *Can J Psychiatry* 49, pp. 366-372.
- Breitbart, W., McClain, C.S., Rosenfeld, B. (2003): Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *The Lancet* 361, 1603-1607.
- Bruera, E., Neumann, C.M., Mazzocato, C., Stiefel, F., Sala, R. (2000): Attitudes and beliefs of palliative care physicians regarding communication with terminally ill cancer patients. *Palliat Med* 14, 287-98.
- Bullinger, M. (1997): Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. Überblick über den Stand der Forschung zu einem neuen Evaluationskriterium in der Medizin. *Pschother Psych Med* 47, 76-91.
- Bullinger, M. (2002): "Und wie geht es Ihnen?" - Die Lebensqualität der Patienten als psychologisches Forschungsthema in der Medizin. Hofgreffe, Göttingen.
- Büssing, Ostermann (2004a): Caritas und ihre neuen Dimensionen- Spiritualität und Krankheit. In: Patzek, ed. *Caritas plus...Qualität hat einen Namen*. Butzon&Bercker, Kevelaer, pp 110-133.
- Büssing, A., Ostermann, T. (2004b): Caritas und ihre neuen Dimensionen- Spiritualität und Krankheit. In: Patzek, ed. *Caritas plus...Qualität hat einen Namen*. Butzon&Bercker, Kevelaer, pp 110-133.
- Cella, D. (1992): Quality of life: the concept. *J Pall Care* 8, 8-13.
- Cella, D., Tulsky, D. (1993): Quality of life in cancer: Definition, purpose and method of management. *Cancer Invest* 11, 327-336.
- Clark, L.A., Watson, D., Reynolds, S. (1995): Diagnosis and Classification of Psychopathology: Challenges to the Current System and Future Directions. *Annual Review of Psychology* 46, 121-153.
- Coyle, J. (2002): Spirituality and health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. *J Adv Nurs* 77, pp. 589-597.
- Dörr, A. (2001): Religiosität und psychische Gesundheit: Zur Zusammenhangsstruktur spezifischer religiöser Konzepte. Kovac, Hamburg.
- Efficace, F., Marrone, R. (2002): Spiritual issues and quality of life assessment in cancer care. *Death Studies* 26, 743 - 756.
- Elkins, D.N., Hedstrom, L.J., Leaf, J.A., Saunders, C. (1988): Towards a Humanistic-Phenomenological Spirituality: Definition, Description, and Measurement. *Journal of Humanistic Psychology* 28, 5-18.
- Ellison, C.W. (1983): Spiritual Well-Being: Conceptualization and measurement. *J Psych Theol* 11, 330-340.
- Ellison, C.W., Smith, J. (1991): Norms for the Spiritual Well-Being Scale. *J Psych Theol* 19, 56-70.
- Ferrans, C.E. (1990): Development of a quality of life index for patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 17, 15-19.
- Ferrell, B.R., Grant, M. (1992): The meaning of quality of life for bone marrow transplant survivors: Part I. The impact of bone marrow transplant on quality of life. *Cancer Nurs* 15, 153-160.
- Folkman, Greer (2000a): Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology* 9, 11-19.
- Folkman, S., Greer, S. (2000b): Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology* 9, 11-19.

- Folkmann, Greer (2000): Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology* 9, 11-19.
- Forsa (1999): Glaube an Gott: Die Deutschen und ihr Glaube an Gott (Deutschland West / Ost). Umfrage für Readers Digest- Das Beste, Ausgabe 4/99.
- Frick, E. (2002): Glaube ist keine Wunderdroge. Hilft Spiritualität bei der Bewältigung schwerer Krankheit? *Herder Korrespondenz* 1/2002, 41-46.
- Goelen, G., Rigo, A., Fontaine, C., Wanrooij, B., De-Greve, J. (2001): Moral issues in day-to-day palliative medicine and their relevance for the education of European general practitioners. *J Cancer Educ* 16, 12-4.
- Goldbeck, L. (2001): Parental coping with the diagnosis of childhood cancer: gender effects, dissimilarity within couples, and quality of life. *Psycho-Oncology* 10, 325-335.
- Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H.J. (1995): Self-Regulation and Mortality from Cancer, Coronary Heart Disease, and other Causes: A Prospective Study. *Personality and Individual Differences* 19, 781-795.
- Hecht, M., Ruttke, T. (2004): Metaanalyse zur Wirksamkeit von MBSR-Interventionen. Uni Jena, link to pdf: http://www.personal.uni-jena.de/~s0hemr/cont/papers/040627_metaanalyse_mbsr.pdf.
- Heim, E., Blaser, A., Schaffner, L., Augustinsky, K. *Berner Bewältigungsformen BEFO: Handbuch*. Huber, 1991, Bern.
- Hermann, C.P. (2001): Spiritual needs of dying patients: a qualitative study. *Oncol Nurs Forum* 28, 67-72.
- Hodge, D., (2006): A Template for Spiritual Assessment: A Review of the JCAHO Requirements and Guidelines for Implementation. *Social Work* 51,
- Holland, J.C., Kash, K.M., Passik, S.D., Russak, S.M. (1998): A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. *Psycho-Oncology* 7, 460 - 469.
- Holland, J.C., Kash, K.M., Passik, S.D., Russak, S.M. (1999): The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma. *Psychooncology* 8, 14-26.
- Jeffrey, D. (2001): Collusion in doctor-patient communication. Specialist palliative care staff could act as treatment brokers. *Bmj* 322,
- Jung, C. (1934/1960): The soul and death. In: Read, Fordham, Adler, eds. *The Collected Works of C.G. Jung*. Pantheon, New York, pp 796-815.
- Kaasa, S., Loge, J.H. (2003): Quality of life in palliative care: principles and practice. *Palliative Medicine* 17, 11-20.
- Kelle, U. (1996): *Wahre Geschichten? Zur Theorie und Praxis qualitativer Interviews*. Nomos, Baden Baden.
- Kellehear, A. (2000): Spirituality and palliative care: a model of needs. *Palliative Medicine* 14, 149-55.
- King, M.B., Dein, S. (1998): The spiritual variable in psychiatric research. *Psychological Medicine* 28, 1259-1262.
- Klauer, T., Filipp, S. *Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (TSK): Manual*. Hofgreffe, 1993, Göttingen.
- Koenig, H.G., Boulware, L.E., Cooper, L.A., Ratner, L.E., LaVeist, T.A., Powe, N.R. (2003): Race and trust in the health care system. *Public Health Rep* 118,
- Koenig, H.G., George, L.K., Peterson, B.L. (1998): Religiosity and Remission of Depression in Medically Ill Older Patients. *Am J Psychiatry* 155, 536-542.
- Koenig, H.G., McCullough, M.E., Hoyt, W.T., Larson, D.B. (2000a): Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health Psychology* 19, 211-22.
- Koenig, H.G., McCullough, M.E., Larson, D.B. (2000b): *Religion and health: A century of research reviewed*. Oxford University Press, New York, pp 204-214.

- Koenig, H.G., McCullough, M.E., Larson, D.B. (2001): Handbook of Religion and Health. Oxford University Press, Oxford New York Athens Auckland Bangkok Bogotá Buenos Aires Calcutta Cape Town Chennai Dar es Salaam Delhi Florence Hong Kong Istanbul Karachi Kuala Lumpur Madrid Melbourne Mexico City Mumbai Nairobi Paris Sao Paulo Shanghai Singapore Taipei Tokyo Toronto Warsaw, pp.
- Köhle, K., Uexküll, T.v. (1996): Zum Umgang mit unheilbar Kranken, aus: Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin, 5. Auflage. Urban und Schwarzenberg, München
- Kristeller, J.L., Zumbrun, C.S., Schilling, R.F. (1999): I would if I could: how oncologists and oncology nurses address spiritual distress in cancer patients. *Psycho-Oncology* 8, 451 - 458.
- Laubmeier, K.K., Zakowski, S.G., Bair, J.P. (2004): The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: a test of the transactional model of stress and coping. *Int J Behav Med* 11, pp. 48-55.
- Lazarus, R.S. (1993): Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic Medicine* 55, 234-247.
- Ledbetter, Smith, Fischer, Vosler-Hunter, Fischer (1991a): An evaluation of the research and clinical usefulness of the Spiritual Well-Being Scale. *J Psych Theol* 19, 94-102.
- Ledbetter, M.F., Smith, L.A., Fischer, J.D. (1991b): An evaluation of the construct validity of the Spiritual Well-Being Scale: a confirmatory factor analytic approach. *J Psych Theol* 19, 92-102.
- Ludwig-Mayerhofer, W. (2007): Theoretical sampling. *ILMES - Internet-Lexikon der Methoden der empirischen Sozialforschung*. ILMES - Internet-Lexikon der Methoden der empirischen Sozialforschung, pp
- MacDonald, D.A. (2000): Spirituality: Description, measurement, and relation to the five factor model of personality. *J Pers* 68, 153-197.
- MacLean, C.D., Susi, B., Phifer, N., Bynum, D., Schultz, L. (2003): Patient preference for physician discussion and practice of spirituality. Results from a multicenter patient survey. *J Gen Intern Med* 18, 38-43.
- Mansfield, C.J., Mitchell, J., King, D.E. (2002): The doctor as God's mechanic? Beliefs in the Southeastern United States. *Soc Sci Med* 54, 399-409.
- McGrath, P. (2001): Living with leukaemia and related disorders. Hill of Content, Melbourne.
- McGrath, P. (2002): New horizons in spirituality research. Oxford University Press, Melbourne.
- McGrath, P. (2004): Reflections on serious illness as spiritual journey by survivors of haematological malignancies. *Eur J Cancer Care* 13, pp. 227-237.
- McKinley, E. (2001): Within the circle of care: Patient experiences of receiving palliative care. *Journal of Palliative Care* 17, 22-29.
- Mehnert, Koch (2001): Religiosität und psychische Befindlichkeit – Überprüfung von Instrumenten zur Erfassung von Religiosität. *Z Med Psychol* 10, 171-182.
- Mehnert, Koch, Rieß (2002): Die Rolle religiöser Glaubensüberzeugungen bei der Krankheitsbewältigung maligner Melanome. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 2003 24, 147-166.
- Mehnert, A., Koch, U. (1998): Religiosität, Bewältigungsverhalten und Lebensqualität: Überprüfung von Instrumenten zur Erfassung religiöser Einstellungen., Universität Hamburg.
- Miller, W.R., Thoresen, C.E. (2003): Spirituality, religion, and health. An emerging research field. *Am Psychol*. 58, 24-35.

- Moadel, A., Morgan, C., Fatone, A., Grennan, J., Carter, J. (1999): Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psycho-Oncology* 8, 378 - 385.
- Möller-Leimkühler, A.M., Cuperman, A., Koller, G. (2006): Geschlechtsrollenorientierung und psychosoziale Ressourcen alkoholabhängiger Männer und Frauen nach stationärer Entgiftung und 6 Monate später. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis* 8, 35-44.
- Mueller, P.S., Plevak, D.J., Rummans, T.A. (2001): Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clin Proc* 81, 1225-1235.
- Muldoon, M., King, N. (1995): Spirituality, health care, and bioethics. *J Relig Health* 34, 329-349.
- Murken, S. (1998): Gottesbeziehung und psychische Gesundheit. Die Entwicklung eines Modells und seine empirische Überprüfung. Waxmann, Münster.
- Murray, S.A., Kendall, M., Boyd, K., Worth, A., Benton, T.F. (2004): Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers *Palliative Medicine* 18, 39-45(7).
- Muthny, F.A. (1989): Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung. Manual, Weinheim: Beltz Test.
- Mytko, J.J., Knight, S.J. (1999): Body, mind and spirit: Towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. *Psychooncology* 8, 439-450.
- Neuwöhner, K., Sommerfeld, S. (2000): Krankheit und Sinn: die spirituelle Dimension in der Krebstherapie. Meinhardt, Idstein.
- NICE (2004): Guidance on Cancer Services. Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. The Manual. National Institute for Clinical Excellence, London, UK. Available at <http://www.nice.org.uk>.
- O'Connell, K.O., Saxena, S., Underwood, L. (2002): Cross-Cultural Quality-of-Life Assessment at the End of Life. *The Gerontologist* 42, 81-85.
- O'Connor, A.P., Wicker, C.A., Germino, B.B. (1990): Understanding the cancer patient's search for meaning. *Cancer Nurs* 13, pp. 167-175.
- Osse, B.H.P., Vornooji-Dassen, M.J.F., de Vree, B.P.W., Schadé, E., Grol, R.P.T.M. (2000): Assessment of the need for palliative care as perceived by individual cancer patients and their families. A review of instruments for improving patient participation in palliative care. *Cancer* 88, 900-911.
- Paloutzian, R., Ellison, C. (1982): Loneliness, spiritual well-being, and the quality of life. In: Peplau L, Perlman D, eds. *Loneliness: a source book of current theory, research, and therapy*. Wiley, New York, pp 224-237, pp
- Pargament, Kennell, Grevengoed (1988): Religion and the Problem-Solving Process: Three Styles of Coping. *J Sci Study Relig* 27, 90-104.
- Pargament, Koenig, Hays, Eme-Akwari, Harrison (2001): The epidemiology of religious coping: a review of recent literature. *International Review of Psychiatry* 13, 86 - 93.
- Pargament, Smith, Koenig (1998): Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors *Journal for the Scientific Study of Religion* 37, 710-724.
- Pargament, K.I., Jenkins, R.A. (1996): Religion and spirituality as resources for coping with cancer. *J psychosoc oncol* 13, 51-74.
- Patrick, D.L. (2003): Patient-reported outcomes (PROs): an organizing tool for concepts, measures, and applications. *Quality of Life Newsletter* 31, 1-5.
- Patrick, F. (1996): Why Religion Matters: The Impact of Religious Practice on Social Stability. The Heritage Foundation, Backgrounder #1064.

- Penson, J. (2000): A hope is not a promise: fostering hope within palliative care. *Int J Palliat Nurs* 6, 94-8.
- Peterman, A.H., Fitchett, G., Brady, M.J. (2002): Measuring spiritual well-being in people with cancer: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Ann Behav Med* 2002 24, 49-58.
- Post, S.G., Puchalski, C.M., Larson, D.B. (2000): Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics. *Ann Intern Med* 132, 578-83.
- Puchalski, C.M. (2004): The role of spirituality in critical care. *Crit Care Clin* 20, p. 487.
- Puchalski, C.M. (2006a): Spiritual Care: Practical tools. In: Puchalski C.M., ed. A time for listening and caring: Spirituality and the care of the chronically ill and dying. Oxford University Press, Oxford, New York, pp 229-251.
- Puchalski, C.M. (2006b): A Time for Listening and Caring: Spirituality and the Care of the Chronically Ill and Dying Oxford University Press Inc, Oxford.
- Puchalski, C.M., Larson, D.B. (1998): Developing curricula in spirituality and medicine. *Acad Med* 73, 970-974.
- Puchalski, C.M., Romer, A.L. (2000): Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *J Pall Med* 3, 129-137.
- Ramondetta, L.M., Sills, D. (2004): Spirituality in gynecological oncology: a review. *Int J Gynecol Cancer* 14, pp.183-201.
- Renz, M. (2006): Ein Heilmittel namens «Spiritualität»?., *Neue Zürcher Zeitung*. Ausgabe vom 6.Mai 2006, Woche 18, Nr.132: Zürich.
- Richards, P.S., Schowalter, M., Smith, T.B., Richard, M. (2005): Development and Validation of the Theistic Spiritual Outcome Survey (TSOS). *Psychotherapy Research* 15, 457 - 469.
- Robert-Koch-Institut (2006): Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit in Deutschland, Berlin, pp
- Rousseau, P. (2000): Spirituality and the dying patient. *J Clin Oncol* 18, 2000-2.
- Rumbold, B.D. (2003): Caring for the spirit: Lessons from working with the dying. *Med J Aust* 179, 11-13.
- Saroglou, V. (2002): Religion and the five factors of personality: A meta-analytic review. *Personality and Individual Differences* 32, 15-25.
- Schowalter, M., Richard, M., Murken, S., Senst, R. (2003): Die Integration von Religiosität in die psychotherapeutische Behandlung bei religiösen Patienten - ein Klinikvergleich. *Z Klin Psychol Psychiat Psychotherapie* 51, 361-374.
- Schuhmacher, J., Klaiberg, A. (2003): Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden - Eine Einführung. *Diagnostik in Klinik und Praxis*, Bd.2.Hofgreffe, Göttingen.
- Scott, E.L., Agresti, A.A., Fitchett, G. (1998): `Spiritual Well-Being Scale´and its clinical utility with psychiatric inpatients. *J Sci Rel Study* 37, 314-321.
- Skevington, S., Lotfy, M., O'Connell, K.O. (2004): The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group Quality of Life Research 13, 299-310.
- Skevington, S., Lotfy, M., O'Connell, K.O. (2005): The relevance of spirituality, religion and personal beliefs to health-related quality of life: Themes from focus groups in Britain *British Journal of Health Psychology* 10, 379-398.
- Sloan, R., Bagiella, E., VandeCreek, L., Hover, M. (2000): Should Physicians Prescribe Religious Activities? *New England Journal Of Medicine* 342, 1913-1916 (Discussion).
- Smith, T.B., McCullough, M.E., Poll, J. (2003): Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin* 129, 614-636.

- Sonnenmoser, M. (2005): Mindfulness-basierte Therapie: Richtungsweisende Impulse. *Deutsches Ärzteblatt* 4, p.415.
- Stanton, A.L., Danoff-burg, S., Huggins, M. (2002): The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology* 11, 93-102.
- Stefanek, M., McDonald, P.G., Hess, S.A. (2004): Religion, spirituality and cancer: Current status and methodological challenges. *Psycho-Oncology* 14, 450 - 463.
- Sulmasy, D.P. (2006): "...It's Okay Between Me and God". *J Am Med Ass* 296, 1385-1392.
- SUPPORT, P.I. (1995): A controlled trial for seriously ill hospitalized patients: The study to understand prognosis and preferences for outcomes and risks of treatment (SUPPORT). *J Am Med Ass* 274, 1591-1598.
- Taylor, E.J. (2003): Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers. *Cancer Nurs* 26, 260-266.
- TheWHOQOLGroup (1998): The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 28, 1569-1585.
- Wald, F.S. (1986): In search of the spiritual component of hospice care. CT: Yale University Press, New Haven.
- Ware, J.E., Snow, K.K. (1993): SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide, Boston.
- Washington, G., Teague, K. (2005): Young African-American Male Suicide Prevention and Spirituality. *Stress, Trauma, and Crisis: An International Journal* 8, 93 - 105.
- Weber, S., Frick, E. (2002): Zur Bedeutung der Spiritualität von Patienten und Betreuern in der Onkologie. In: Sellschopp, Frick, Gruber, Pouget-Schors, Vollmer, Theml, Vodermaier, Fegg (Hg.): *Manual Psychoonkologie*. Zuckschwerdt, München, Wien, New York, pp 106-109.
- Webster, K., Cella, D., Yost, K. (2003): The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) Measurement System: properties, applications, and interpretation. *Health and Quality of Life Outcomes* 1, 79-85.
- Weiß, C. (2005): *Basiswissen Medizinische Statistik*, 3. Auflage. Springer Medizin Verlag, Heidelberg.
- White, G. (2000): An inquiry into the concepts of spirituality and spiritual care. *Int J Palliat Nurs* 6, pp. 479-484.
- WHOGroup (2002): *The WHOQOL Spirituality, Religion and Personal Beliefs (SRPB) Field-Test Instrument*, Geneva, Switzerland.
- WHOQOL-SRPB-Group (2005): A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Soc Sci Med* 62, 1486-97.
- Yalom, I. (2005): Existentielle Psychotherapie. In: Sreckovic, ed. *EHP-Edition Humanistische Psychologie*. Vol. 4. Verlag Andreas Kohlhaage, Bergisch Gladbach, pp 16-40.
- Zinnbauer, B.J., Pargament, K.I., Cole, B., Rye, M.S. (1997): Religion and spirituality: unfuzzifying the fuzzy. *Journal for the Scientific Study of Religion* 36, 549-564.
- Zwingmann, C. (2005): Erfassung von Spiritualität/Religiosität im Kontext der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *Psychother Psych Med* 55, 241-246.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Übersicht der Fragebögen zu Religiosität/Spiritualität (nach Jahr des Erscheinens).....	32
Tabelle 2	Baseline-Charakterisitika der Studienteilnehmer.....	44
Tabelle 3	Beispielhafte Antworten während des SPIR-Interviews.....	45
Tabelle 4	Spirituelle Diagnose nach dem SPIR-Interview (n=30).....	47
Tabelle 5	"Betrachten Sie SPIR als hilfreich/belastend?" (n=30).....	48
Tabelle 6	Können Ärzte nach SPIR richtig einschätzen, wie wichtig spirituelle Fragen für ihre Patienten sind ? (Vergleich zwischen der Einschätzung von Arzt und Patient; n=30).....	50
Tabelle 7	Unterschiede zwischen Patienten, die die Wichtigkeit spiritueller Themen als "hoch"* einschätzen und denen, die das nicht tun**(n=30)	51

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Altersverteilung der Patienten (n=30)	36
Abbildung 2	Wird das Interview SPIR als Hilfe empfunden? (n=30).....	48
Abbildung 3	Wird das Interview SPIR als Belastung empfunden?.....	49
Abbildung 4	Wichtigkeit der Glaubensüberzeugung für den Patienten , getrennte Einschätzung von Arzt und Patient mittels VAS (Min 0-Max 10).....	50

Danksagung

Ich möchte mich herzlich bei allen, die mich bei dieser Arbeit unterstützt haben, bedanken.

Dieser Dank gilt Herrn Prof. Dr. Eckhard Frick, für die Betreuung dieser Arbeit.

Meinem Onkel Pater Alfons Sattler möchte ich herzlich für seine persönliche Anteilnahme und geistliche Begleitung danken.

Meiner Mutter Marianne gilt mein besonderer Dank in vielfacher Hinsicht.

Meiner Schwester Elisabeth Buchner und Familie, die durch Zeiten der Trauer gehen mussten, danke ich sehr herzlich. Ich habe viel von Euch gelernt.

Frau Petra Thorbrietz, Frau Gebriele Kuby und Herrn Robert Hampel danke ich für das Korrekturlesen der Arbeit.

Lebenslauf

PERSÖNLICHE ANGABEN

- Geboren am : 27.02.1977 in Immenstadt i.A.
- Nationalität : deutsch
- Geschwister : Thomas, Gerolf und Elisabeth Hauf

AUSBILDUNG

- 1987 - 1996 Besuch des Gymnasiums Immenstadt i.A.
- 1996 - 1997 Freiwillig soziales Jahr in der Stiftsklinik Augustinum am Haderner Stern München
- 1997 - 2005 Studium der Humanmedizin an der LMU München :
 - 04/ 1999 Bestehen der Ärztlichen Vorprüfung
 - 11/ 2005 Bestehen des dritten Abschnitts der ärztlichen Prüfung

BERUFLICHE TÄTIGKEITEN

- 08/2007 - 03/2008 Beginn der ärztlichen Tätigkeit als Stationsarzt in der Inneren Medizin und Nephrologie im Klinikum Bayreuth (Schwangerschaftsvertretung)
- 05/2008 - 08/2008 Stationsarzt in der Inneren Medizin im Kantonsspital Winterthur