

Aus der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin der
Ludwig-Maximilians-Universität München
Direktorin: Prof. Dr. med. Claudia Bausewein

Die Rolle religiöser-spirituelle Überzeugungen kongolesischer Ärzte im klinischen Kontext: Eine Analyse förderlicher und hinderlicher Faktoren

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Tryphon Kisamba Mukwayakala

aus

Kinshasa (D.R. Kongo)

Jahr 2018

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter : Prof. Dr. med. Eckhard Frick

Mitberichterstatter : Prof. Dr. Konrad Hilpert

Dekan : Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel

Tag der mündlichen Prüfung : 08.03.2018

Die Rolle religiöser-spiritueller Überzeugungen kongolesischer Ärzte im klinischen Kontext:
Eine Analyse förderlicher und hinderlicher Faktoren

1. Einleitung	3
2. Fragestellung, Zielsetzung und Forschungshypothese	6
3. Methodik	8
3.1. Zusammensetzung der Stichprobe	8
3.2. Auswahl, Anpassung und Validierung des Messinstruments	9
3.3. Pretest des Messinstruments	11
3.4. Messinstrument	14
4. Datenanalyse	17
5. Ergebnisse	20
5.1. Rücklaufquote und Umgang mit fehlenden Werten	20
5.2. Charakteristika der Studienpopulation	21
5.2.1. Soziodemographische Merkmale	21
5.2.2. Konfessionelle Zugehörigkeit	22
5.2.3. Allgemeine Lebenssituation und Zufriedenheit mit der Tätigkeit als Arzt	23
5.3. Persönliche religiöse/spirituelle Charakteristika	24
5.3.1. Selbsteingeschätzte Religiosität und Spiritualität	24
5.3.2. Intrinsische Religiosität	25
5.3.3. Glaube	26
5.3.4. Aktive Religionsausübung	27
5.3.5. Religiöses Coping und die Rolle Gottes	28
5.3.6. Religiöse/spirituelle Erfahrung und Berufsausübung	29
5.4. Persönliche Sichtweise auf Religiosität/Spiritualität und Gesundheit	30
5.4.1. Religion/Spiritualität und Gesundheit	30
5.4.2. Umgang mit Religion/Spiritualität im klinischen Kontext	31
5.4.3. Bedeutung von Religion/Spiritualität für Patienten: Coping	33
5.4.4. Fragen nach religiös/spirituell motivierten Verhaltensweisen der Ärzte	34
5.4.5. Barrieren, Zeitaufwand und Fortbildung bezüglich Religiosität/Spiritualität	37
5.4.6. Ethisch kontroverse Fragen	40
5.5. Zusammenhang zwischen religiösen Charakteristika und Einstellungen/Verhalten	42

5.5.1.	Korrelation von selbsteingeschätzter Spiritualität und Religiosität	43
5.5.2.	Korrelation von religiösen Charakteristika und Einstellungen zu Religiosität/Spiritualität	44
5.5.3.	Korrelation von religiösen Charakteristika und R/S-Verhalten	46
5.6.	Selbstberichtete Barrieren als Vorhersagen für Verhaltensweisen	48
5.6.1.	Die Frage nach R/S-Bedürfnissen der Patienten in Abhängigkeit von persönlichen und klinisch-praktischen Faktoren	49
5.6.2.	Wechseln des Themas bei Gesprächen über Religiosität/Spiritualität	50
5.6.3.	Bestärkung des Patienten in seiner Religiosität/Spiritualität	51
5.6.4.	Mitteilung der eigenen religiösen/spirituellen Vorstellungen	52
5.6.5.	Beten mit dem Patienten	53
6.	Diskussion	54
6.1.	Diskussion der Fragen- und Methodenauswahl	54
6.2.	Diskussion der Umfrageergebnisse	56
6.2.1.	Religiöse Charakteristika	57
6.2.2.	Persönliche Sichtweise auf Religiosität/Spiritualität und Gesundheit	59
6.2.3.	Zusammenhang zwischen religiösen Charakteristika und Einstellungen/Verhalten	60
6.2.4.	Selbstberichtete Barrieren als Vorhersagen für religiös/spirituell motivierte Verhaltensweisen	62
6.3.	Limitationen	67
6.4.	Zusammenfassung und Ausblick	68
7.	Literaturverzeichnis	72
8.	Abbildungsverzeichnis	76
9.	Danksagung	77
10.	Anhang: Fragebogenkonstruktion	78
10.1.	Allgemeine Gliederung und inhaltliche Zusammensetzung	78
10.2.	Sektion A: Ihre Sichtweise auf Religiosität/Spiritualität und Gesundheit	79
10.3.	Sektion B: Eigene Religiosität bzw. Spiritualität	82
10.4.	Sektion C: Demographische bzw. Allgemeine Fragen	85
11.	Eidesstattliche Versicherung	87

1 Einleitung

Das Thema „Spiritualität und Medizin“ führte bis Mitte des 20. Jahrhunderts ein Schattendasein in der medizinischen Versorgung der Patienten, vor allem in der westlichen Welt. Diese Tatsache lässt sich im breiteren Kontext auf die Säkularisierung der abendländischen Gesellschaften und öffentlichen Institutionen einschließlich der Sozial- und Gesundheitseinrichtungen zurückführen.

Eine Betrachtung der biomedizinischen Literatur der letzten vier Jahrzehnte¹ zeigt aber insbesondere in der englischsprachigen Welt ein nahezu exponentielles Wachstum von Publikationen, in denen der Begriff Spiritualität ein Schlüsselwort ist. Außerdem wurden zahlreiche Zentren und Lehrstühle gegründet, um das Phänomen der Integration von religiösen und spirituellen Ressourcen sowohl in der medizinischen Wissenschaft als auch in der Pflege zu untersuchen und dazu beizutragen, Strategien für diese Integration zu entwickeln. Viele medizinische Ausbildungsstätten bieten bereits Kurse über Religion bzw. Spiritualität und Medizin an. Für solche Kurse² entwickelten unter anderem Organisationen wie die Association of American Medical Colleges (AAMC) Richtlinien und pädagogische Ziele. Begriffe wie „spiritual assessment“, „spiritual care“, „spiritual distress“, HOPE-Fragen oder bio-psycho-sozio-spirituelles Krankheitsmodell sind vor allem in der Palliativmedizin gängig geworden und drücken die Bemühungen aus, die spirituellen und religiösen Bedürfnisse der Patienten an einer umfassenden pflegerischen und medizinischen Versorgung zu berücksichtigen³.

Dieser Trend hat sich besonders in der Allgemeinmedizin, bei der die Versorgung des ganzen Menschen im Mittelpunkt steht, stark entwickelt. Nicht nur die klinischen Beschwerden des Patienten, sondern auch seine soziale, kulturelle, psychologische und spirituelle Situation sowie sein Verständnis von Familie und Umwelt sind hier Bestandteil der medizinischen Arzt-Patienten-Beziehung. Einige Forscher fordern sogar die Gründung einer „evidence-based

¹ Vgl. G. Jobin (2012), Des religions à la spiritualité. Une appropriation biomédicale du religieux dans l'hôpital, Bruxelles, Lumen vitae (coll. Soins et spiritualités, 3), 2012, 106 S., S.5.

² Vgl. FA. Curlin et al. (2006), The association of physicians' religious characteristics with their attitudes and self-reported behaviors regarding religion and spirituality in the clinical encounter, in: Medical Care 2006,44, S. 446.

³Vgl. D.P. Sulmasy (2002), A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life, in: The Gerontologist 2002,42(3), S. 24-33;
G. Anandarajah (2008), The 3 H and BMSEST models for spirituality in multicultural whole-person medicine, in: Annals of Family Medicine 2008, 6(5), DOI:10.1370/afm.864, S. 448-458;
G. Anandarajah & E. Hight (2001), Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritua l Assessment, in: Annals of Family Medicine 2001,63, S. 81-88.

spiritual care“, also eine „spiritual care“, basierend auf empirischen Beweisen und quantifizierbaren gesundheitlichen Outcomes nach dem Modell der Evidenz-basierten Medizin⁴.

Angesichts dieser Euphorie hinsichtlich der Integration spiritueller Ressourcen werden auch kritische Stimmen und besorgte Fragen inner- sowie außerhalb der Medizin⁵ laut. Bei dieser Kontroverse geht es primär um die Legitimität der Spiritualität in der Medizin, um ihre Relevanz für die Gesundheit und Gesundheitsversorgung und um die Mittel und Wege, mit denen Ärzte oder Pflegepersonal auf spirituelle und religiöse Bedürfnisse der Patienten eingehen dürfen und sollen. Darf ein behandelnder Arzt das Thema Religion/Spiritualität überhaupt ansprechen? Wie soll er reagieren, wenn ein Patient ihn danach fragt? Inwiefern beeinflussen religiöse Überzeugungen und spirituelle Ansichten die Arbeit der Ärzte im Umgang mit ihren Patienten? Wie verhalten sich die Autonomie des Patienten und die erwartete Neutralität des Arztes zueinander?

Darüber, dass religiöse Überzeugungen und Verpflichtungen seitens der Patienten und ihrer Religionsgemeinschaften Einfluss auf ihre medizinischen Entscheidungen und letztlich auf ihren Gesundheitszustand haben, herrscht ein breiter Konsens unter den Experten⁶. Ebenso ist man sich darüber einig, dass das medizinische Personal den religiösen Einstellungen und Praktiken der Patienten professionell, offen und respektvoll begegnen sollte. Aber dass auch religiöse oder spirituelle Einstellungen, Überzeugungen und Praktiken der Ärzte – zum Teil unbewusst – ihre klinische Praxis sowie den Umgang mit Patienten beeinflussen können, wird wenig thematisiert und diskutiert. Die Arbeit von Curlin et al.⁷ geht dieser Frage nach und bietet eine Grundlage für weitere Untersuchungen, z.B. auch in anderen Kulturräumen als

⁴ Vgl. C. Puchalski et al. (2003), A systematic review of spiritual and religious variables in palliative medicine, in: Palliative and Supportive Care 2003,1, S. 7-13;
J. Swinton, Identity and Resistance: why spiritual care needs 'enemies', in: Journal of Clinical Nursing, 2006, 45, S. 926.

⁵ Vgl. u.a. R.P. Sloan et al. (2000), Should physicians prescribe religious activities? In: New England Journal of Medicine 2000, 342, S. 1913-1916;
R.P. Sloan et al. (2006), Blind faith: the unholy alliance of religion and medicine, New York, St. Martin's Press, 2006, S. 181-206.

⁶ Vgl. u.a. P.S. Mueller et al. (2001), Religious involvement, spirituality and medicine: implications for clinical practice, in: Mayo clinic proceedings 2001, 76, S. 1225-1235;
A.B. Astrow et al. (2001), Religion, spirituality and health care: social, ethical and practical considerations, in: The American Journal of Medicine 2001,110, S. 283-287.

⁷ F.A. Curlin et al. (2005), Religious characteristics of U.S. Physicians: a national survey, in: Journal of General Internal Medicine 2005,20, S. 629-634 ;
F.A. Curlin et al. (2006), The Association of Physicians' religious characteristics with their attitudes and self-reported behaviors regarding Religion and Spirituality in the clinical encounter, in: Medical Care 2006,44,5, S. 446-453.

dem angelsächsischen, wo bisher die meisten Befragungen und Untersuchungen durchgeführt wurden.

Die hier vorliegende Arbeit hat sich zum Ziel gesetzt, mit Hilfe des von Curlin et al. entwickelten Fragebogens – Religion and Spirituality in Medicine: Physicians' Perspectives (RSMPP) – die religiösen und spirituellen Einstellungen und Verhaltensweisen von Ärzten aus dem afrikanisch-kongolesischen Kulturkreis im medizinischen Kontext zu untersuchen. Gleiche Befragungen werden zurzeit in Deutschland und Dänemark durchgeführt, so dass auch Unterschiede zu diesen Ländern bzw. Kulturräumen herausgearbeitet werden können⁸.

Die kongolesische Kultur ist, wie in den meisten afrikanischen Ländern, von einem holistischen Menschenbild⁹ geprägt: Körper und Seele werden als Ganzheit aufgefasst. Kongolese wissen die Bedeutung und Wirkung der „Seelsorgearbeit“ bei der Bewältigung von Krankheiten und Leiden zu schätzen, sei es aus Aberglauben oder Glauben, Pananimismus

⁸ Die Studie läuft in Deutschland unter der Leitung von Prof. med. A. Schulze & Dr. med. I. Wermuth (Neonatologie am Perinatalzentrum Großhadern, LMU), von Prof. Dr. med. E. Frick & Prof. Dr. theol. Tr. Roser (Professur für Spiritual Care am IZP, LMU), und in Dänemark unter der Leitung von Prof. Niels C. Hvidt, Associate professor, Research Unit of Health, Man and Society, Institute of Public Health, The Faculty of Health Sciences, University of Southern Denmark in Odense.

⁹ Vgl. u.a.

J.M. Agossou (1982), *L'anthropologie africaine et la notion de la personne*, dans *l'expérience religieuse africaine et les relations interpersonnelles*, Abidjan, I.C.A.O., 1982, p. 173-240 ;
 L. de Heusch (1997), *Les systèmes de pensée magico-religieuse bantous*, dans A. Jacob (éd.), *Encyclopédie philosophique universelle*, vol. 1 : *Univers philosophique*, 3^e édit., Paris, PUF, 1997, p. 1482-1490 ;
 R. Devisch (1985), *Symbol and psychosomatic symptom in bodily space-time. The case of the Yaka of Zaïre*, in: *International Journal of Psychology* 1985, 20, p. 589-616 ;
 R. Devisch (1987), *Le symbolisme du corps entre l'indicible et le sacré dans la culture yaka. Quelques axes de recherche*, dans CERA, *Médiations africaines du sacré. Célébrations créatrices et langage religieux*. Actes du 3^e Colloque International du CERA, Kinshasa, FTCK, 1987, p. 145-165 ;
 R. Devisch et S. Mbonyikebe (1992), *Systèmes de soins de santé traditionnels en Afrique centrale. Un regard d'anthropologie médicale*, dans P.G. Janssens, M. Kivits et J. Vuylsteke (éd.), *Médecine et hygiène en Afrique Centrale de 1885 à nos jours*, Bruxelles/Paris, Fondation Baudouin/Maison, 1992, p. 43-59 ;
 G. Buakasa Tulu kia Mpansu (1973), *L'impensé du discours. « Kindoki » et « nkisi » en pays Kongo du Zaïre*, Kinshasa, P.U.Z., 1973 ;
 M. Hebga (1985), *Sorcellerie et prière de délivrance. Réflexion sur une expérience*, Paris/Abidjan, Présence africaine/Inadès, 1985 ;
 M. Hebga (1998), *La rationalité d'un discours africain sur les phénomènes paranormaux*, Paris, L'Harmattan, 1998 ;
 M. Kimpianga (1982), *La maladie et la guérison en milieu Kongo*, Kinshasa, Edicva, 1982 ;
 L.-V. Thomas et R. Luneau (2008), *La terre africaine et ses religions*, Paris, L'Harmattan, 2008 (1^{re} édit. 1975) ;
 J. Diamoneka dia Nkuka (1995), *Anthropocentrisme de la religion négro-africaine. Eléments d'analyse et de compréhension*, dans *CRA* 1995, 29, p. 87-102 ;
 Mufuta Kabemba (1990), *Croyances traditionnelles et pratiques spirituelles au Zaïre*, dans *L'Afrique et ses formes de vie spirituelle*, Kinshasa, F.C.K., 1990, p. 173-192 ;
 J. Benoist (1996), (dir.), *Soigner au pluriel. Essai sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala, 1996 ;
 A. Tsiakaka (2008), *La médecine koongo. Sources, concepts et pratique actuelle*, Strasbourg, Éd. Signes, 2008 ;
 S. Van Wolupte et al. (2002), *Medical pluralism and lay therapy management in Kinshasa*, Uppsala, Ulrica, 2002 ;
 A. Zempleni (1982), *Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique*, dans *Archives de sciences sociales des religions* 1982, 54, p. 5-19.

oder klassischen Religionen. In der Ausbildung der kongolesischen Ärzte wird aber Religion/Spiritualität kaum thematisiert, geschweige denn der Einfluss der eigenen Religion/Spiritualität für den Umgang mit den Patienten. Andererseits bildet sich in der Praxis ein neuer Typus von „Arzt-Pastor“ heraus. Dieser beansprucht für sich, Patienten nicht nur körperlich, sondern auch seelisch zu behandeln oder sogar zu heilen. In manchen Situationen führt dies zu Konflikten zwischen dem Arzt und den etablierten Krankenhausseelsorgern¹⁰. Die Letztgenannten werfen den „Arzt-Pastoren“ vor, sich in ein Arbeitsgebiet einzumischen, für das sie keine geeignete Ausbildung und Kompetenz hätten. Verfügen kongolesische Ärzte tatsächlich über keine adäquate Ausbildung hinsichtlich „spiritual care“?

Im Rahmen dieser Dissertation werden kongolesische Ärzte¹¹ an der Universitätsklinik in Kinshasa mit Hilfe einer validierten französischsprachigen Version des Originalfragebogens von Curlin et al. befragt. Diese Studie ist als explorativ-deskriptive Querschnittstudie konzipiert, ein so genannter „Cross-sectional Survey“, der die religiösen und spirituellen Charakteristika der genannten Zielpopulation darstellen möchte. Hierbei spielen neben dem selbst berichteten Verhalten der Ärzte auch deren persönliche religiöse bzw. spirituelle Einstellungen, Überzeugungen und Werte im klinischen Kontext sowie allgemeine demographische Merkmale eine Rolle. Darüber hinaus wird eine Zusammenhangsanalyse ausgewählter Parameter durchgeführt. Die Aggregation entsprechender Daten aus den USA, Deutschland und Dänemark ermöglicht schließlich ein Herausarbeiten kultureller Unterschiede.

2 Fragestellung, Zielsetzung und Forschungshypothese

Der im Rahmen dieser Studie verwendete Fragebogen untersucht allgemeine religiöse/spirituelle Charakteristika von Ärzten, sowie ihre Einstellungen und Verhaltensweisen in Bezug auf ihre klinische Praxis. Folgende drei Vorgehensweisen und zugehörige Fragestellungen können unterschieden werden:

- Empirisch-quantitative Exploration: Welche religiösen/spirituellen Charakteristika liegen bei der Befragungsstichprobe vor? Welche Barrieren werden bei der Integration religiöser/spiritueller Aspekte in der klinischen Praxis wahrgenommen?

¹⁰ Vgl. E. Frick & T. Roser (Hrsg.), *Spiritualität und Medizin: Gemeinsame Sorge um den kranken Menschen*. Kohlhammer, Stuttgart 2009, S. 29.

¹¹ Bei der vorliegenden Arbeit wird, aufgrund der besseren Lesbarkeit, nur der Ausdruck „Ärzte“ verwendet. Es sind dabei aber immer die beiden Geschlechter gemeint.

- Zusammenhangsanalysen: Welche Beziehung existiert zwischen religiösen/spirituellen Überzeugungen und Haltungen der Ärzte einerseits und ihrer selbst berichteten praktischen Verhaltensweise bezüglich Religion und Spiritualität im klinischen Alltag andererseits?
- Unterschiedshypothesen: Welche Unterschiede liegen bezüglich der spirituellen und religiösen Charakteristika zwischen Ärzten verschiedener Nationen bzw. Kulturen (Kongo versus Deutschland versus Dänemark versus USA) vor?

Auf Grundlage der eben an der zweiten Stelle aufgestellten Fragestellung wurde folgende Hauptforschungshypothese formuliert: Persönliche religiöse/spirituelle Charakteristika von Ärzten können ihre Einstellungen und Verhaltensweisen im klinischen Kontext, insbesondere die selbst berichteten Barrieren, vorhersagen.

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurden die notwendigen Variablen wie folgt definiert:

- *Kriteriumsvariablen*: Die Zielvariablen bildeten die Merkmale, die Gegenstand unserer Untersuchung sind. Es handelte sich dabei um die Einstellungen der Ärzte zur Befragung von Patienten zu religiösen/spirituellen Belangen, ihre Haltung zum Gebet mit Patienten, die für den Austausch mit Patienten über religiöse/spirituelle Themen aufgewendete Zeit und nicht zuletzt ihr Empfinden von Barrieren in der Thematisierung religiöser/spiritueller Aspekte sowie ihre konkreten Verhaltensweisen im klinischen Kontext. Diese verschiedenen Merkmale wurden mit entsprechenden Items untersucht.
- *Vorhersagevariablen*: Folgende drei religiösen/spirituellen Charakteristika boten sich als Prädiktoren an, nämlich die intrinsische Religiosität, die selbst eingeschätzte Religiosität bzw. Spiritualität sowie die konfessionelle Zugehörigkeit.
- *Kontrollvariablen*: Geschlecht und Alter dienten als Steuerungsvariablen.

In dieser Studie werden die Begriffe Spiritualität und Religiosität – wie von Curlin et al. vorgeschlagen – als verwandte Konzepte und gleichbedeutendes Konstrukt¹² benutzt: «Religiosity and spirituality are related concepts, and we found that they were correlated with one another (coefficient 0.49) [...]. We therefore combined the 2 variables to create 1 nine-

¹² In den USA setzten viele Autoren (wie z.B. Curlin) Religiosität und Spiritualität gleich. Dagegen werden in den europäischen Ländern die beiden Begriffe differenziert benutzt (z.B. Buchner, 2007). Da unsere Studie auf Curlin's Fragebogen beruht und hinsichtlich der Vergleichbarkeit der Ergebnisdaten war es nicht möglich, beide Begriffe Religiosität und Spiritualität weiter zu differenzieren.

category predictor variable "religiosity/spirituality"»¹³. Somit ist es den Befragten überlassen zu definieren, was sie unter Religiosität bzw. Spiritualität verstehen.

3 Methodik

3.1 Zusammensetzung der Stichprobe

In der Demokratischen Republik Kongo sind Universitätskliniken innerhalb der aktuellen Gliederung des Gesundheitswesens als höchste Ebene der medizinischen und ärztlichen Ausbildung eingestuft. Das Universitätsklinikum von Kinshasa ist die modernste Pflegeeinrichtung des Landes und dient als Krankenhaus der Maximalversorgung für das ganze Land. Es dient auch als Lehrkrankenhaus für Studenten der Medizinischen Fakultät, für Ärzte zur fachlichen Weiterbildung und für Studierende der Krankenpflegeschule. Nicht zuletzt ist es auch ein Forschungszentrum¹⁴. Für die Rekrutierung der Befragungsteilnehmer unserer Studie wurden Ärztinnen und Ärzte, die einer gewerkschaftlichen¹⁵ Versammlung beiwohnten, um die Teilnahme an der Befragung gebeten. Ein persönliches Übergeben des Fragebogens war notwendig, da eine postalische Zustellung im Kongo nicht zuverlässig ist und nicht jeder potentielle Befragungsteilnehmer über eine Internetverbindung verfügt. Um die Rücklaufquote zu steigern, wurden mit jedem Fragebogen die so genannten „Incentives“ eingesetzt, d.h. jedem Teilnehmer wurde eine 10\$-Banknote ausgehändigt.

Der Einsatz von Incentives ist wissenschaftlich etabliert¹⁶. Zum Beispiel führen Guido Mehlkop und Rolf Becker aus, dass «aus Sicht der Austauschtheorie und eines aufgeklärten

¹³ F. A. Curlin et al. (2006), The association of Physicians' religious characteristics with their attitudes and self-reported behaviors regarding religion and spirituality in the clinical encounter, in: *Medical Care* 2006,44, S. 447.

¹⁴ <http://www.unikin.cd/index.php?page=cliniques-universitaires-de-kinshasa> (zuletzt abgerufen am 28.09. 2012 um 11:37)

¹⁵ Diese Gewerkschaft vertritt nur die angestellten Ärzte des Uni-Klinikums von Kinshasa.

¹⁶ Vgl. K. Pforr (2015), *Incentives*. Mannheim, GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS Survey Guidelines), 2015, DOI: 10.15465/gesis-sg_001, S.4; D. Cantor, B.C. O'Hare & K.S. O'Connor (2008), The Use of Monetary Incentives to Reduce Nonresponse in Random Digit Dial Telephone Surveys, in: J. M. Lepkowski, C. Tucker, J. M. Brick, E. D. de Leeuw, L. Japac, P. J. Lavrakas, M. W. Link & R. L. Sangster (Eds.), *Advances in Telephone Survey Methodology*, 2008, Hoboken, NJ: Wiley, S. 471-498; A. Diekmann & B. Jann (2001), Anreizformen und Ausschöpfungsquoten bei postalischen Umfragen: Eine Prüfung der Reziprozitätshypothese; in: *ZUMA – Nachrichten* 2001, 48, S. 18-27; R.M. Groves, E. Singer & A.D. Corning (2000), Leverage-Saliency Theory of Survey Participation: Description and an Illustration, in: *The Public Opinion Quarterly* 2000, 64(3), S. 299-308; G. Mehlkop & R. Becker (2007), Zur Wirkung monetärer Anreize auf die Rücklaufquote in postalischen Befragungen zu kriminellen Handlungen. Theoretische Überlegungen und empirische Befunde eines Methodenexperiments, in: *Methoden - Daten - Analysen* 2007, 1(1), S. 5-6.

Rational Choice-Ansatzes [materielle Anreize in Form von geldwerten Geschenken] den Nutzen aus einer Teilnahme für die Befragten erhöhen, die Kosten kompensieren bzw. ein Gefühl der Verpflichtung zur Teilnahme erzeugen»¹⁷. Außerdem scheinen « materielle Anreize besonders dann eine Rücklaufsteigerung zu bewirken und vormals Unentschlossene oder auch Ablehnende zur Mitwirkung motivieren zu können, wenn sie im Voraus und ohne an Bedingungen geknüpft zu sein, gegeben werden. Viele Befragte fühlen sich durch sie verpflichtet, mit der Teilnahme an der Untersuchung und der Beantwortung der (heiklen) Fragen im Sinne der Reziprozitätsnorm eine adäquate Gegenleistung zum erhaltenen „Geschenk“ zu erbringen»¹⁸. Zudem war der Einsatz von Incentives in der hier vorliegenden Studie durch die erwartete hohe Belastung¹⁹ erforderlich. In dem durchgeführten Survey, auf den jetzt in den nächsten Zeilen eingegangen wird, wurden die Befragten aufgefordert, einen voll standardisierten Fragebogen mit 52 Fragen auf 20 DIN A4 -Seiten auszufüllen.

3.2 Auswahl, Anpassung und Validierung des Messinstruments

Das Befragungsinstrument unserer Studie basiert hauptsächlich auf dem in englischer Sprache vorliegenden Fragebogen „Religion and Spirituality in Medicine: Physicians’ Perspectives“ (RSMPP). Die darin enthaltenen Forschungsfragen, die vom Institutional Review Board der University of Chicago genehmigt worden sind, sind in drei Abschnitte untergliedert:

- Sektion A: Ihre Sichtweise auf Religiosität/Spiritualität und Gesundheit
- Sektion B: Ihre religiösen/spirituellen Charakteristika
- Sektion C: Demographische und berufliche Angaben

Da für den kongolesisch-französischen Sprachraum keine validierte Übersetzung des Originalfragebogens vorlag, musste die englische Originalversion nicht nur übersetzt, sondern auch angepasst und validiert werden. Hierfür wurde eine Übersetzung nach dem so genannten „ask-the-same-question-Ansatz“²⁰ vorgenommen, wodurch ein vergleichbar funktionierendes

¹⁷ G. Mehlkop & R. Becker (2007), S.6.

¹⁸ G. Mehlkop & R. Becker (2007), S.6.

¹⁹ Die Befragten mussten einen recht umfangreichen Fragebogen alleine ausfüllen.

²⁰Vgl. D. Behr (2009), Translationswissenschaft und international vergleichende Umfrageforschung, Qualitätssicherung bei Fragebogenübersetzungen als Gegenstand einer Prozessanalyse, in: GESIS-Schriftenreihe 009, 2, Bonn: GESIS (<http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-261259>; zuletzt aufgerufen am 31.12.2015, um 11:36).

Messinstrument für den kongolesisch-französischen Sprach- und Kulturraum entstand. Nach dem „ask-the-same-question-Ansatz“ müssen unter anderem folgende Anforderungen erfüllt werden: die semantisch-pragmatische Vergleichbarkeit sowie die Wiedergabe struktureller Eigenschaften und Fragebogenmerkmale, wie zum Beispiel eine „umsichtige und möglichst semantisch-äquivalente Wiedergabe von Skalen“. Dieses Modell bietet den Vorteil, dass nicht nur ein Vergleich „Item-zu-Item“ zwischen dem Originaltext und den jeweiligen Übersetzungen möglich ist, sondern auch in verschiedenen Ländern die gleichen Fragen gestellt werden können²¹.

Die gesamte Validierung des kongolesisch-französischen Fragebogens basiert auf den internationalen Richtlinien der WHO „Process of translation and adaption of instruments“²² und denen des Survey Research Center „Guidelines for best practice in cross-cultural surveys“²³. Letztgenannte Richtlinien sehen eine „Forward Translation“ sowie eine „Back Translation“ durch Expertengruppen vor. Alle Items des Abschnitts A aus dem Originalfragebogen wurden vollständig und in originaler Reihenfolge ins Französische übersetzt. Für viele Fragen des Abschnitts B existieren ähnliche, bereits validierte Items in der französischen Version des International Social Survey Programme (ISSP 2008 Religion III) und der European Values Study (EVS 2008). Diese Items wurden in die Endversion des kongolesisch-französischen validierten RSMPP integriert. Im Abschnitt C wurden Fragen mit US-amerikanisch kultureller und sozialer Prägung, wie zum Beispiel die Fragen nach Ethnizität und Herkunft, nicht übernommen²⁴.

Die sog. Forward Translation des englischen Originalfragebogens in die französische Sprache wurde gemeinsam von zwei in Tours/Frankreich wohnhaften französischstämmigen Lehrerinnen, M. C. und M.-N. H.²⁵, die zuerst genannte mit Lehrbefähigung für das Fach Englisch, durchgeführt. Gemäß dem Modell der WHO-Richtlinien folgte darauf eine Rückübersetzung, die sog. Back Translation. Dies bedeutet, dass die übersetzte Fragebogenversion zunächst in die Sprache des Ausgangstextes zurückübersetzt wird und anschließend Ausgangstext und Rückübersetzung miteinander verglichen werden.

²¹ D. Behr (2009), S. 55-59.

²² http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/ (04.10.2012, um 11:08).

²³ <http://www.ccsq.isr.umich.edu/> (04.10.2012 um 17:00).

²⁴ Siehe Fragebogenkonstruktion im Anhang

²⁵ Monique Couvreur & Marie-Noelle Herillier, Tours/France.

Nach D. Behr werden auf Grundlage dieses Vergleichs Rückschlüsse auf die Qualität des Ausgangstextes angestellt und der Zieltext gegebenenfalls geändert²⁶. Die Rückübersetzung aus dem Französischen wurde von der englisch-französischen Muttersprachlerin L. P. G.²⁷ vorgenommen. Zur Steigerung der Validität wurden die Qualität der Übersetzung und Rückübersetzung sowie die Übereinstimmung der übersetzten Versionen mit dem Originaltext von zwei Dozenten der University of St. Thomas/Minnesota, J.P. B. und C.C.²⁸ überprüft.

3.3 Pretest des Messinstruments

Zur Optimierung, insbesondere der Praktikabilität des Fragebogens wurde ein sog. Standard-Pretest durchgeführt. Ein zunächst angestrebtes und vorgesehenes „Zwei-Phasen-Pretesting“²⁹ hätte den Vorteil gehabt, dass man in der ersten Phase kognitive Techniken anwendet und somit Erkenntnisse darüber gewinnt, «wie Befragte Begriffe und Formulierungen des Fragebogens verstehen und aufgrund welcher Überlegungen ihre Antworten zustande kommen, d. h. die Teilnehmer des ersten Pretests werden explizit und unabhängig von den eigentlichen Antworten zur Offenlegung ihrer Gedankengänge, Verständnisprobleme usw. aufgefordert»³⁰. Der damit verbundene zeitliche und vor allem finanzielle Aufwand³¹ war ausschlaggebend dafür, dass diese Form des Pretesting nicht zum Einsatz kommen konnte.

Unter einem Standard-Pretest verstehen Prüfer und Rexroth «eine - in der Regel einmalige - Testerhebung eines Fragebogens nach Abschluss der Fragebogenkonstruktion»³² mit dem Ziel, die Qualitätsmerkmale einzelner Fragen und des gesamten Fragebogens zu überprüfen. Anders gesagt, der Zweck des Pretests besteht in der Vergewisserung, ob die Fragen des Survey von den Befragten überhaupt verstanden und beantwortet werden können. Außerdem ist neben eventuell auftretenden Verständnisproblemen sowie der allgemeinen Akzeptanz des Fragebogens die Frage nach der Dauer der Bearbeitung von großer Bedeutung. Darüber

²⁶ Vgl. D. Behr (2009), S. 63.

²⁷ Lucie Perry Goddard, Bibliothekarin und Dolmetscherin aus dem Bundesstaat Ontario (Hawkesbury)/Kanada.

²⁸ J.-P. Bongilla von History Department & Department of Leadership, Policy and Administration”.

²⁹ Vgl. P. Prüfer & M. Rexroth (2000), Zwei-Phasen-Pretesting, in: ZUMA-Arbeitsbericht 2000, 08, S. 21.

³⁰ G. Mehlkop & R. Becker (2007), S. 16, Fußnote 14.

³¹ Vgl. P. Prüfer & M. Rexroth (2005), Kognitive Interviews, in: ZUMA How-to-Reihe 2005, 15, S. 17: “Die Testpersonen (sollten) ein Honorar erhalten, das normalerweise bei ca. € 25 – pro einstündigem Interview liegt – Wegezeiten und Fahrkosten eingeschlossen“.

³² P. Prüfer & M. Rexroth (2000), Zwei-Phasen-Pretesting, in: ZUMA-Arbeitsbericht 2000, 08, S.14.

hinaus sollte überprüft werden, ob die Antwortmöglichkeiten auf einzelne Fragen eine ausreichende Varianz aufweisen, um darauf aufbauend Analysen durchführen zu können³³. Im Fall der hier vorgestellten Studie beziehungsweise des eingesetzten Fragebogens sollten die Befragten im Pretest während und nach Abschluss der Bearbeitung des Fragebogens folgende Kriterien reflektieren:

- Gibt es redundante Fragen?
- Sind die Fragen schwer verständlich?
- Gibt es zu persönliche oder intime Fragen? Welche?
- Können sinnvolle Antworten gegeben werden?
- Sind Einleitungen und Anweisungen genug verständlich?
- Gibt es sprachlich oder lexikalisch kompliziert formulierte Fragen?
- Wie viele Minuten haben Sie gebraucht, um den Fragebogen zu beantworten?
- Gibt es Fragen, die Sie nicht hätten beantworten wollen? Warum?
- Hat Ihnen persönlich die Beschäftigung mit diesem Fragebogen etwas gebracht? Wenn ja, bitte ein Beispiel.

Zusätzlich zu diesen Kriterien wurde ein einseitiger Evaluationsbogen entwickelt, der den Befragten die Möglichkeit bot, den Hauptfragebogen in strukturierter Form hinsichtlich einiger ausgewählter Merkmale zu bewerten und zu kommentieren. Entsprechend den Vorgaben der Umfrageforschung und Testentwicklung sollte der Fragebogen idealerweise an Testpersonen erprobt werden, die der Zielgruppe ähnlich sind³⁴. Die Bearbeitung sollte nach Möglichkeit unter denselben Bedingungen, vor allem hinsichtlich des zeitlichen Rahmens und des Ortes, stattfinden.

Im Rahmen des Pretests dieser Studie wurde der Fragebogen 16 Personen zugeschickt, und zwar an 11 kongolesische Ärzte, die sich zur Weiter- oder Fortbildung in Belgien aufhielten, sowie an kongolesische Pflegefachkräfte in Deutschland, die bereits Erfahrungen mit der Behandlung von Patienten in kongolesischen Krankenhäusern haben oder zumindest über theoretisches Wissen darüber verfügen. 13 von 16 Fragebögen wurden von den ausgewählten

³³ R. Pennig (2006), Entwicklung und Pretest eines Fragebogens zu Macht in Partnerschaften, Finanzorganisation und Hausarbeitsverteilung. Arbeitspapier Nr. 1 im Rahmen des Projekts "Macht in Partnerschaften". Köln, 2006, S.12: <http://ceress.uni-koeln.de/projekte/p14.pdf> (zuletzt aufgerufen am 31.12.2015, 13:06).

³⁴ Vgl. R. Pennig (2006), S.1-51.

Testpersonen ausgefüllt und zurückgesendet und standen somit für die Auswertung zur Verfügung.

Die Ergebnisse der Pretestevaluation zeigen, dass die Mehrheit der Befragten den Fragebogen positiv beurteilt (Tabelle 1). Insgesamt finden 77% der Befragten den Fragebogen interessant, 84,6% halten die Angaben des Fragebogens für verlässlich und 92,3% haben ihres Erachtens ehrlich auf die meisten Fragen geantwortet. Jedoch finden 77% der Befragten den Fragebogen zu umfangreich und 54% gaben an, dass das Ausfüllen sie ermüdet habe. Es muss angenommen werden, dass diejenigen Personen, die trotz der persönlichen Anfrage nicht am Pretest teilgenommen haben, den Fragebogen negativer beurteilt hätten.

Tabelle 1: Pretest

	Ich stimme überhaupt nicht zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme zu	Ich stimme voll zu
Der Fragebogen ist zu umfangreich		23% (3/13)	46,2% (6/13)	30,8% (4/13)
Der Fragebogen ist interessant	7,7% (1/13)	15,3% (2/13)	46,2% (6/13)	30,8% (4/13)
Die Beantwortung des Fragebogens ist anstrengend und mühsam	23% (3/13)	23% (3/13)	38,5% (5/13)	15,3% (2/13)
Die Anmerkungen und Hinweise sind zuverlässig	7,7% (1/13)	7,7% (1/13)	69,3% (9/13)	15,3% (2/13)
Auf die meisten Fragen habe ich nicht ehrlich geantwortet	84,6% (11/13)	7,7% (1/13)	7,7% (1/13)	

Des Weiteren ergab der Pretest, dass fast alle Befragten die vorgesehene Dauer von 10 Minuten für das Ausfüllen des Fragebogens als unzureichend betrachteten. Mehrheitlich wurde - für eine gewissenhafte Bearbeitung - eine Dauer von 20 bis 30 Minuten als realistisch erachtet. Von Verständnisschwierigkeiten wurde insgesamt wenig berichtet, jedoch wurden Änderungsvorschläge für vereinzelte Formulierungen gemacht³⁵. Einige Fragen³⁶ wurden von Einzelnen als redundant angesehen. Da die Redundanz sich jedoch aus der Integration der Items aus dem ISSP bzw. dem EVS in den Originalfragebogen von Curlin et al. ergibt, wird diese auch in der Endversion des Fragebogens bewusst in Kauf genommen. Nach Meinung aller Befragten sollte der Abschnitt C des Fragebogens („Demographische Angaben“) als Einstieg an den Anfang vorgezogen werden. Auch hier erfolgte trotz der eindeutigen Aussage der Pretestevaluation keine Anpassung des Fragebogens, da es hinsichtlich der Vergleichbarkeit der Ergebnisdaten als wichtiger erachtet wurde, die Reihenfolge des

³⁵ Es ging viel mehr um einige Formulierungen wie „pour autant que de besoin“ oder „se dédouaner“. Vorgeschlagen wurden „pour autant que faire se peut“ bzw. „pour ne pas s’acquitter de“.

³⁶ Es handelt sich um die Fragen 30, 32 und 34.

Originalfragebogens von Curlin et al. beizubehalten. Fragen bezüglich soziostruktureller Merkmale sind jedoch als Einleitung zum französisch-kongolesischen Fragebogen aufgenommen worden.

3.4 Messinstrument

Zur Erfassung³⁷ der persönlichen Einstellung und Verhaltensweisen der Ärzte bezüglich religiöser/spiritueller Belange wurden die bereits dargestellten Fragebogen-Items eingesetzt. In einigen Fällen wurden Variablenausprägungen zu neuen Kategorien zusammengefasst. Zum Beispiel wurde die Spiritualität der Ärzte als gering betrachtet, wenn die Befragten auf die Frage bezüglich ihrer selbst wahrgenommenen Spiritualität mit „wenig spirituell“ oder „überhaupt nicht spirituell“ antworteten.

Messung von Einstellungen zu R/S

Die Auffassung der Ärzte zu verschiedenen religiösen/spirituellen Belangen wurde anhand unterschiedlicher Indikatoren gemessen. Es wurden insgesamt 5 Items zur Messung dieser Ansicht formuliert.

- ❖ Zur Messung der Bereitschaft mit dem Patienten über religiöse/spirituelle Themen zu diskutieren
 - auf Initiative des Patienten: *„Finden Sie es im Allgemeinen angemessen oder unangemessen, über religiöse/spirituelle Themen zu sprechen, wenn ein Patient diese zur Sprache bringt?“*
 - auf Initiative des Arztes: *„Finden Sie es im Allgemeinen angemessen oder unangemessen, den Patienten zu seiner Religiosität/Spiritualität zu befragen?“*

Für die Antwort stand jeweils eine 4-stufige Skala mit den Endpunkten 1 = *“Immer angemessen“* bis 4 = *„Immer unangemessen“* zur Verfügung.

- ❖ Zur Messung der Bereitschaft, mit dem Patienten über seine eigene Religiosität/Spiritualität zu sprechen: *„Wann ist es, wenn überhaupt, angemessen über die eigenen religiösen Überzeugungen oder Erfahrungen mit einem Patienten zu sprechen?“*

Der Grad der Angemessenheit sollte auf einer 3-stufigen Skala von *„Nie“* – *„Nur, wenn der Patient darum bittet“* – *„Immer, wenn der Arzt dies als angemessen findet“* angegeben werden.

- ❖ Zur Messung der Haltung zum Gebet mit dem Patienten: *„Wann ist es, wenn überhaupt, angemessen für einen Arzt mit einem Patienten zu beten?“*

³⁷ Im Anhang befindet sich eine Tabelle mit einer Übersicht aller erhobenen Variablen und deren Herkunft.

Für die Antwort auf diese Frage stand wiederum eine 3-stufige Skala wie im vorherigen Punkt zur Verfügung.

- ❖ Zur Messung des Empfindens von Barrieren in der Thematisierung religiöser/spiritueller Themen: *„Hält Sie einer der folgenden Gründe davon ab, mit Patienten über Religiosität/Spiritualität zu sprechen?“*

Die Mehrfachantwort konnte auf einer 5-stufigen Skala mit den Endpunkten 1 = *„Allgemeines Unbehagen beim Sprechen über religiöse Dinge“*; 2 = *„Ungenügendes Wissen/Ausbildung“*; 3 = *„Zu wenig Zeit“*; 4 = *„Sorge, Patienten zu nahe zu treten“*; 5 = *„Sorge, mich der Kritik meiner Kollegen auszusetzen“*; 6 = *„Andere Gründe“* gegeben werden.

- ❖ Zur Messung des Zeitaufwandes für Gespräche mit Patienten über religiöse/spirituelle Themen: *„Halten Sie Ihren Zeitaufwand für die Thematisierung religiöser/spiritueller Belange insgesamt für...?“*

Die Einschätzungen des Zeitaufwandes sollten auf einer 3-stufigen Skala von *„zu groß“* bzw. *„zu klein“* oder *„genau richtig“* getroffen werden.

Messung der religiös/spirituell motivierten Verhaltensweisen

Die Messung der Verhaltensweisen in Bezug auf religiöse/spirituelle Themen wurde anhand von 2 Items erfasst, die verschiedene Szenarien im klinischen Kontext widerspiegeln.

- ❖ Zur Messung der Häufigkeit der Befragung des Patienten über *Religiosität/Spiritualität*: *„Wie oft fragen Sie nach religiösen/spirituellen Angelegenheiten eines Patienten?“*
- ❖ Zur Messung der Reaktion beim Auftauchen religiöser Belange im Gespräch mit dem Patienten: *„Wie oft reagieren Sie mit den folgenden Verhaltensweisen, wenn religiöse/spirituelle Belange in Gesprächen mit Patienten auftauchen?“*:
 - Thema wechseln: *„Ich versuche, auf taktvolle Weise das Thema zu wechseln“*.
 - Ermutigung des Patienten: *„Ich bestärke den Patienten in seinen eigenen religiösen/spirituellen Überzeugungen und Gebräuchen“*.
 - Mitteilung der eigenen Spiritualität: *„In respektvoller Weise teile ich etwas über meine eigenen religiösen Vorstellungen und Erfahrungen mit“*.
 - Beten mit dem Patienten: *„Ich bete mit dem Patienten“*.

Das entsprechende Verhalten konnte jeweils auf einer 5-stufigen Skala mit den Endpunkten 1 = *„Niemals“*; 2 = *„Selten“*; 3 = *„Manchmal“*; 4 = *„Oft“*; 5 = *„Immer“* angegeben werden.

Messung der intrinsischen Religiosität

Unter dem Begriff *„intrinsische Religiosität“* versteht man im Allgemein das Praktizieren religiöser Verhaltensweisen um des Glaubens Willen. Über Personen mit intrinsisch motivierter Religiosität schreiben etwa Gordon W. Allport und J. Michael Ross: *«Persons with this orientation find their master motive in religion. Other needs, strong as they may be, are*

regarded as of less ultimate significance, and they are, so far as possible, brought into harmony with the religion beliefs and prescriptions. Having embraced a creed, the individual endeavors to internalize it and follow it fully. It is in this sense that he lives his religion»³⁸.

Die intrinsische Religiosität durchdringt also alle Lebensbereiche. Sie wurde bei unserer Arbeit mittels eines Items aus folgenden Fragetexten gemessen: *„Ich bemühe mich sehr, meine religiösen Überzeugungen in mein alltägliches Leben zu integrieren“* und *„Mein ganzer Lebensentwurf basiert auf meiner Religiosität“*.

Der Grad der Zustimmung sollte auf einer 4-stufigen Skala mit den Endpunkten 1 = *„Stimme voll und ganz zu“* bis 4 = *„Stimme überhaupt nicht zu“* angegeben werden. Wenn die Befragten keiner der beiden Aussagen zugestimmt hatten, wurde die intrinsische Religiosität als gering betrachtet. Sie wurde als moderat eingestuft, wenn nur einer der Aussagen zugestimmt wurde. Bei Zustimmung zu beiden Aussagen wurde die intrinsische Religiosität der Ärzte als hoch betrachtet.

Messung der Religiosität und der Spiritualität

Die Ärzte wurden gebeten, ihre eigene Religiosität bzw. Spiritualität einzuschätzen. Diese selbst wahrgenommene Religiosität bzw. Spiritualität wurde anhand zweier verschiedenen Items gemessen.

- ❖ Zur Messung der selbst eingeschätzten Religiosität: *„Unabhängig davon, ob Sie einer Religionsgemeinschaft angehören oder den Gottesdienst besuchen oder nicht. Wie würden Sie sich selbst bezeichnen?“*

Die Einschätzung sollte auf einer 4-stufigen Skala mit den Endpunkten 1 = *„sehr religiös“*; 2 = *„ziemlich religiös“*; 3 = *„wenig religiös“* und 4 = *„überhaupt nicht religiös“* getroffen werden.

- ❖ Zur Messung der selbst eingeschätzten Spiritualität: *„Inwieweit betrachten Sie sich selbst als spirituellen Menschen? Würden Sie sagen, Sie sind...“*

Als Antwortmöglichkeit stand wiederum eine 4-stufige Skala mit den Endpunkten 1 = *„sehr spirituell“*; 2 = *„ziemlich spirituell“*; 3 = *„wenig spirituell“*; 4 = *„überhaupt nicht spirituell“* zur Verfügung.

Wie oben schon erwähnt, wurde die Spiritualität bzw. die Religiosität der Ärzte als gering betrachtet, wenn die Befragten auf die Frage bezüglich ihrer selbst wahrgenommenen Spiritualität oder Religiosität mit *„wenig spirituell/religiös“* oder *„überhaupt nicht spirituell/religiös“* antworteten. Umgekehrt wurde ihre Spiritualität als hoch eingestuft, wenn

³⁸ W. Allport & J.M. Ross (1967), Personal religious orientation and prejudice, in: Journal of Personality and Social Psychology 1967,5(4), S. 432.

sie als Antworten „sehr spirituell/religiös“ oder „ziemlich spirituell/religiös“ angegeben haben.

Messung weiterer Faktoren

Das biologische Geschlecht, das Alter sowie die Facharzt-Spezialisierung wurden als demographische Faktoren mit entsprechenden Items erhoben und dienten als Kontrollvariablen für die Hauptforschungshypothese. Außerdem wurde die konfessionelle Zugehörigkeit der Teilnehmer mittels dieses Items gefragt: „*Gehören Sie einer Religionsgemeinschaft bzw. Konfession oder Glaubensrichtung an?*“. Dafür standen entsprechende Antwortkategorien mit Ja/Nein bzw. einer Liste verschiedener Konfessionen zur Verfügung.

4 Datenanalyse

Die Daten wurden mit Hilfe von IBM SPSS Statistics 21.0 (Statistical Package for the Social Sciences bzw. Statistical Product and Service Solutions) für Microsoft Windows analysiert. Fehlende Werte sowie Antworten mit den Ausprägungen – „Angabe verweigert“, „weiß nicht“ – wurden bei der deskriptiven Analyse berücksichtigt. In den statistischen Testverfahren und Analysen wurden aber nur gültige Antworten verwendet³⁹. Zudem, um Verzerrungen von der Stichprobe gegenüber der Grundgesamtheit (angestellte Ärzte an dem Uniklinikum Kinshasa) zu korrigieren, wurden die Daten bezüglich der Variable „Geschlecht“ gewichtet. Dann wurden die Daten der Stichprobe mit dem Ziel, deren charakteristische Eigenschaften zu beschreiben, ausgewertet⁴⁰.

Als deskriptive Parameter wurden Häufigkeitstabellen mit absoluten und relativen Häufigkeiten sowie deskriptiven statistischen Maßzahlen (Arithmetisches Mittel, Minimum, Maximum, Standardabweichung, etc.) ermittelt und die Ergebnisse zum Teil graphisch erstellt. Zur Prüfung auf Normalverteilung der Daten haben wir den nichtparametrischen Kolmogorov-Smirnov-Test mit der Lilliefors-Korrektur verwendet. Der Kolmogorov-Smirnov-Test kann nämlich auch für kleine Stichproben angewendet werden. Zudem sind bei kleinen Stichproben die Parameter der theoretischen Verteilung – also Mittelwert und Standardabweichung der Grundgesamtheit – meist unbekannt⁴¹. Unter Anwendung von Kreuztabellen wurde der Zusammenhang von zwei oder mehr nominalskalierten Variablen

³⁹ Gründe dafür und Vorgehensweise werden im Kapitel 5.1 erläutert.

⁴⁰Vgl. C. Weiß (2010), Basiswissen Medizinische Statistik, Springer, Heidelberg, 2010, S. 20.

⁴¹ Vgl. J. Janssen & W. Laatz (2010), Statistische Datenanalyse mit SPSS, Springer, Heidelberg, 2010, S.620.

mittels verschiedener Varianten des Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstests untersucht und dargestellt. Mithilfe des Spearmans Rangkorrelationskoeffizientes r_s , welcher ordinalskalierte Daten voraussetzt und auch bei nicht normalverteilten Daten angewendet werden kann, konnten wir Zusammenhänge und deren Signifikanz überprüfen. Das Signifikanzniveau wurde a priori auf $p < 0,05$ eingestellt.

Zur Überprüfung der Annahme, dass verschiedene Verhaltensweisen der Ärzte im klinischen Kontext durch selbstberichtete Barrieren vorhersagbar seien, wurde eine ordinale Regressionsanalyse durchgeführt. Im Gegensatz zur linearen Regression, die sich nur mit metrischen Variablen befasst, untersucht und quantifiziert die ordinale Regression den Zusammenhang zwischen kategorialen (nominal- oder ordinalskalierten) unabhängigen Variablen und ordinalskalierten abhängigen Variablen, wie es der Fall bei der Stichprobe dieser Studie ist.

Als unabhängige Variablen, auch Prädiktoren genannt, wurden die selbst berichteten Barrieren (*Allgemeines Unbehagen beim Sprechen über religiöse Dinge – Ungenügendes Wissen/Ausbildung – Zu wenig Zeit – Sorge, Patienten zu nahe zu treten – Sorge, mich der Kritik meiner Kollegen auszusetzen*) einbezogen. Folgende Verhaltensweisen wurden als abhängige Variablen definiert: *Häufigkeit des Fragens nach religiösen/spirituellen Bedürfnissen des Patienten – Thema wechseln – Bestärkung des Patienten in seiner eigenen R/S – Mitteilung der eigenen religiösen Vorstellungen – Beten mit dem Patienten.*

In dieser Arbeit wurde die ordinale Regression für die einzelnen Variablen jeweils bivariat und multivariat durchgeführt. In der bivariaten Analyse wurde nur der Einfluss einzelner Prädiktoren auf das Kriterium (abhängige Variable) durchsucht. In der multivariaten Analyse wurden dagegen mehrere Prädiktoren gleichzeitig berücksichtigt und Kontrollvariablen wie Alter, Geschlecht, intrinsische Religiosität und selbsteingeschätzte Spiritualität dabei adjustiert.

Zur Darstellung der Ergebnisse der Regressionsanalyse wurden die berechneten Koeffizienten der Regressionsgleichung in Form von Tabellen wiedergegeben. Anhand dieser Koeffizienten wurden dann Odds bzw. Odds Ratio berechnet. Das Odds einer Wahrscheinlichkeit p bezeichnet die Chance, mit der ein betreffendes Ereignis eintritt. Wenn ein Ereignis (z.B. Beten mit dem Patienten) eine Wahrscheinlichkeit von p hat, ergibt sich der Wert Odds (p),

also die Chance für das Eintreten des Ereignisses, als Odds (p) = $p / (1 - p)$ ⁴². Das Odds Ratio (OR), auch relative Chancen genannt, beschreibt ein Chancenverhältnis, das Verhältnis zweier Odds. Es ist ein Maß für die Stärke eines Unterschieds zwischen zwei verschiedenen Gruppen (z.B. religiöse und nichtreligiöse Ärzte bezüglich der Wahrscheinlichkeit mit einem Patienten zu beten) und kann Werte zwischen 0 und $+\infty$ (unendlich) einnehmen⁴³. Ein OR von 1 heißt dann, dass es zwischen den beiden verglichenen Gruppen keinen Unterschied in den Odds gibt. Ein $OR > 1$ oder $OR < 1$ bedeutet, dass es Unterschiede gibt und zwar sind die Odds der ersten Gruppe (z.B. religiöse Ärzte) bei $OR > 1$ größer als die Odds der zweiten Gruppe (z.B. nichtreligiöse Ärzte) und vice versa. Die Odds Ratio sind Schätzwerte und die Genauigkeit dieser Schätzung wird durch das Konfidenzintervall bestimmt, das wiederum eine Wahrscheinlichkeitsaussage beinhaltet. Das 95-% Konfidenzintervall umfasst den Wertebereich, in dem der wahre OR-Wert mit 95-% Wahrscheinlichkeit zu finden wäre.

Als Maß für die Güte der Vorhersage wurden die Rangkorrelation nach Spearman und vor allem das Bestimmtheitsmaß nach Nagelkerke⁴⁴ herangezogen. Die Pseudo-R-Quadrat-Werte nach Nagelkerke lagen für die bivariaten Analysen zwischen 0,216 und 0,388 und für die multivariaten Analysen zwischen 0,395 und 0,630. Somit hatten die eingesetzten Modelle akzeptablen bis guten Fit, denn Werte zwischen 0,2 und 0,4 gelten als akzeptabel und Werte höher als 0,4 als gut. Die negativen 2LL-Werte ($-2LL = \text{doppelter Wert des Logarithmus der Likelihood-Funktion}$) dienten als Prüfungsmaß, ob die Einflussvariablen eine signifikante Verbesserung der Modellinformation brachten. Für alle Tests ergaben sich Werte kleiner als das festgelegte Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$, so dass der Einfluss des Modells mit den Vorhersagevariablen bestätigt wurde.

⁴² Odds (Chance) kennt man auch im Zusammenhang mit Gewinnchancen bei Wetten (z.B. die Wahrscheinlichkeit p von 60% ergibt bei $p/1-p$ eine Chance von $0,6/1-0,6 = 1,5$). Es ist der Quotient aus der Wahrscheinlichkeit p des Eintretens des Ereignisses und der Gegenwahrscheinlichkeit $1-p$. Vgl. Vgl. M. Rudolf & J. Müller (2012), Multivariate Verfahren. Eine praxisorientierte Einführung mit Anwendungsbeispielen in SPSS, Hogrefe Verlag, Göttingen, 2012, S. 398.

⁴³ Vgl. T. A. Lang & M. Secic (2006), How to Report Statistics in Medicine: Annotated Guidelines for Authors, Editors and Reviewers, Second Edition, American College of Physicians, Philadelphia, 2006, S.27; Vgl. M. Rudolf & J. Müller (2012), Multivariate Verfahren. Eine praxisorientierte Einführung mit Anwendungsbeispielen in SPSS, Hogrefe Verlag, Göttingen, 2012, S. 186-187.

⁴⁴ Vgl. A. Bühl (2012), S. 472-480.

5 Ergebnisse

5.1 Rücklaufquote und Umgang mit fehlenden Werten

Insgesamt wurden 136 Fragebögen an Ärzte verteilt, die im Universitätsklinikum von Kinshasa tätig waren. Wie schon bei der Beschreibung der Methode ausführlich erklärt, konnte eine Analyse der Zielpopulation der Stichprobe nicht durchgeführt werden. Trotz aller Bemühungen war es nicht möglich, die dafür notwendige Liste der angestellten Ärzte zu erhalten.

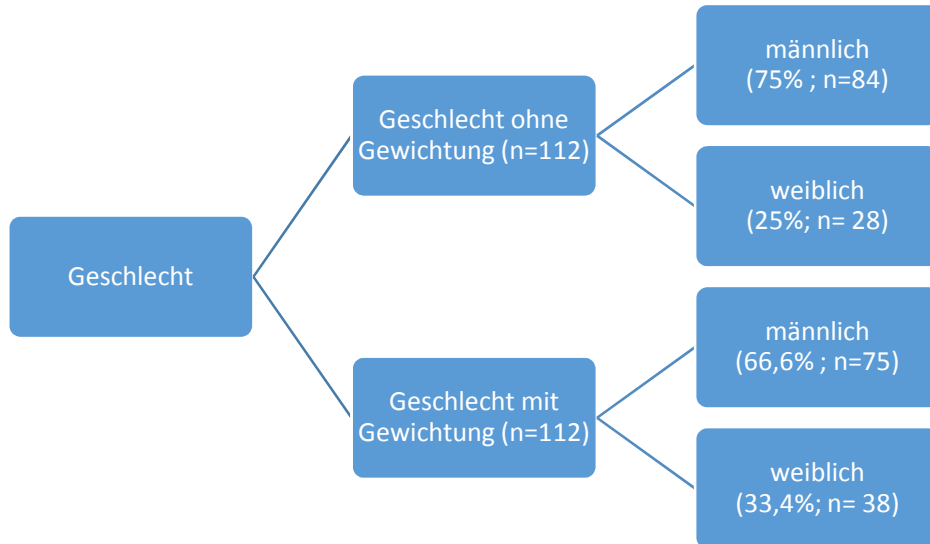
Von den 136 ausgeteilten Fragebögen wurden 112 ausgefüllt und zurückgegeben, was eine Rücklaufquote von 82,3% ausmacht. Die 24 Befragten, an die der Fragebogen zwar ausgehändigt wurde, die ihn aber nicht zurückgaben, konnte man nicht bewegen, an der Befragung tatsächlich teilzunehmen. Sie wurden mehrmals persönlich angesprochen, zeigten aber kein Interesse, den Survey auszufüllen.

Weiterhin enthielten nicht alle bearbeiteten Fragebögen Antworten für jedes Item. Mittels einer Missing-Analyse wurde versucht herauszufinden, ob eine große Anzahl von Fragen nicht beantwortet wurden, so dass aus methodischen Gründen diese Fragebögen von der Auswertung auszuschließen gewesen wären. Diese ursprüngliche Vermutung hat sich jedoch nicht erhärtet. Bei den fehlenden Werten handelte es sich vielmehr um zufällig verteilte Antwortlücken. Einzelne fehlende Werte wurden logischerweise von der Auswertung ausgeschlossen, so dass die Rücklaufquote - je nach Item - mit entsprechend verwertbaren Antworten zwischen 59,5% (n=81) und 82,3% (n=112) variiert, wobei sich diese Antwortlücken fast nur auf die Items über potentiell positiven oder negativen Einfluss der Religiosität/Spiritualität auf die Gesundheit der Patienten beschränken.

5.2 Charakteristika der Studienpopulation

5.2.1 Soziodemographische Merkmale

Abb.1: Geschlecht



In dieser Abbildung sind die soziodemographischen Merkmale der Stichprobe zusammengefasst. Die Studienpopulation besteht aus 84 Männern und 28 Frauen. Dies bedeutet, dass 75% der Fälle in der Stichprobe männlich und 25% weiblich sind. Laut Synamed/Unikin⁴⁵ beschäftigt das Uniklinikum von Kinshasa zurzeit 518 Ärztinnen und Ärzte, darunter 173 Frauen. Es handelt sich somit um eine verzerrte Verteilung gegenüber der Grundgesamtheit, denn die Stichprobe enthält zu wenige Frauen und zu viele Männer. Durch Gewichtung wurde versucht diese Verzerrung zu beseitigen⁴⁶. Die Häufigkeitstabelle mit den gewichteten Fällen zeigt für die Männer 66,6% und für die Frauen 33,4%.

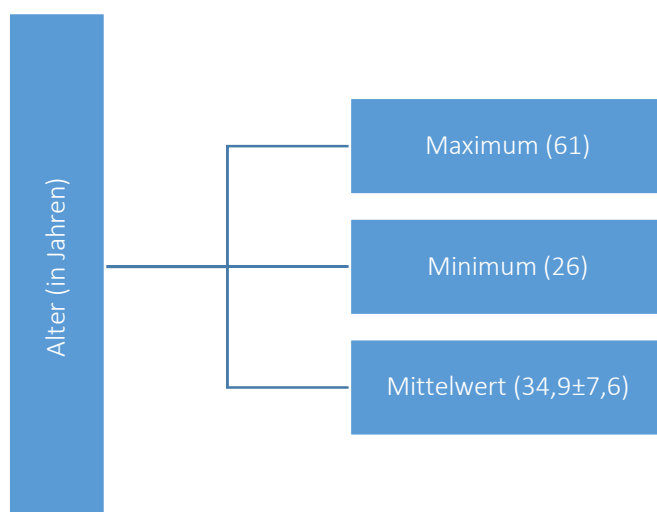
Das Altersspektrum der Ärzte, wie es aus der folgenden Abbildung zu entnehmen ist, erstreckt sich von 26 bis 61 Jahre. Das Durchschnittsalter beträgt 35 Jahre ($\pm 7,6$ Standardabweichung). Mit der Ausnahme von fünf Ärzten sind alle angestellten Ärzte und Ärztinnen im Uniklinikum von Kinshasa kongolesische Staatsangehörige. Aufgrund der Tatsache, dass die Befragung in einem Uniklinikum durchgeführt wurde, wurde es nicht als sinnvoll erachtet, nach dem akademischem Grad zu fragen, denn im Kongo wird jedem Arzt der Dokortitel nach erfolgreich bestandenem Staatsexamen automatisch verliehen.

⁴⁵ Syndicat national des médecins (Synamed)/Uniklinikum Kinshasa. Angaben erhalten nach Telefonat mit Dr. Eric Mukenge, Vorstandsvorsitzendem von Synamed/Unikin am 14.08.2013.

⁴⁶ J. Janssen & W. Laatz (2010), S. 49-50.

Die Differenzierung nach verschiedenen Fachrichtungen wäre prinzipiell wünschenswert gewesen, dies konnte aber aus praktischen Gründen nicht umgesetzt werden.

Abb. 2: Alter



5.2.2 Konfessionelle Zugehörigkeit

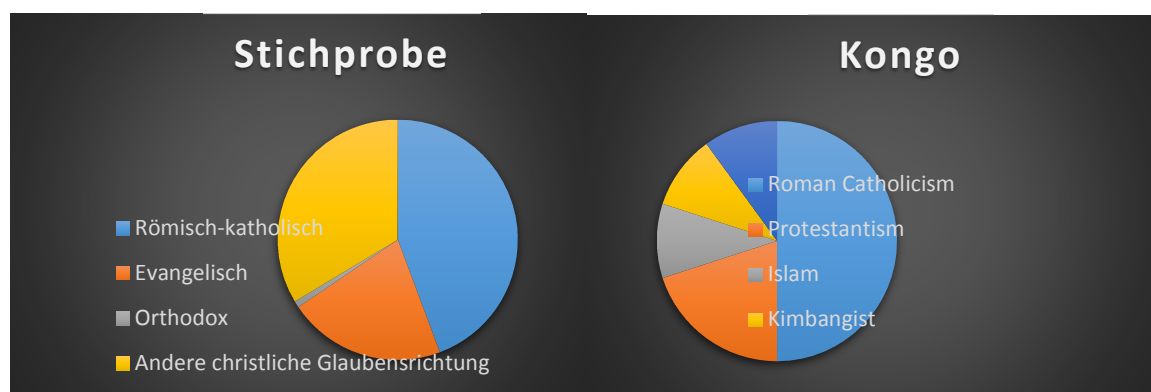
Tabelle 2: Konfessionen

Welcher Religionsgemeinschaft oder Glaubensrichtung gehören Sie an? (n=100)	Prozent (%)
Römisch-katholische Kirche	43 (43)
Evangelische Kirche	22 (22)
Orthodoxe Kirche	1 (1)
Andere christliche Glaubensrichtung	34 (34)
Islamische Religionsgemeinschaft	0,0
Jüdische Religionsgemeinschaft	0,0
Hinduistische Religionsgemeinschaft	0,0
Buddhistische Religionsgemeinschaft	0,0
Keine Angaben (n=12)	

Bezüglich der konfessionellen Zugehörigkeit der Stichprobe ergibt sich die in Tabelle 2 dargestellte Verteilung. Die Teilnehmer sollten auf die Frage „*welcher Religionsgemeinschaft oder Glaubensrichtung gehören Sie an?*“ antworten. Die meisten Befragten gehörten demnach der römisch-katholischen Kirche (43%) an, gefolgt von Mitgliedern anderer christlichen Glaubensrichtungen, etwa dem Kimbanguismus bzw. den Freikirchen (34%). Zur evangelischen Kirche bekannten sich 22% der Befragten. Diese Verteilung entspricht größtenteils der Verteilung in der kongolesischen Bevölkerung, wie man auch der unten

dargestellten Abbildung 3 (Kreisdiagramm) entnehmen kann. Etwa 90% der kongolesischen Bevölkerung gehören dem Christentum an. Von diesen bekennen sich 50% zur katholischen Kirche und 20% zum Protestantismus. Mehr als 20% der Kongolesen sind Mitglieder anderer christlicher Religionsgemeinschaften, wie zum Beispiel dem Kimbanguismus oder den Freikirchen. Obwohl 10% der Bevölkerung dem Islam zugehören, bekannte sich keiner der Befragten als Moslem. Dies kann unter anderem daran liegen, dass die Studie nur etwa ein Viertel der Ärzte, die im Universitätsklinikum Kinshasa beschäftigt waren, umfasst. Möglicherweise haben Ärzte mit muslimischem Glauben den Fragebogen aus hier nicht weiter erfassten Gründen grundsätzlich abgelehnt.

Abb. 3: Konfessionszugehörigkeit⁴⁷



5.2.3 Allgemeine Lebenssituation und Zufriedenheit mit der Tätigkeit als Arzt

Auf die Frage „*wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer beruflichen Tätigkeit?*“ gaben etwa 87% der Befragten „*sehr zufrieden*“ bzw. „*ziemlich zufrieden*“ an. 13% waren dagegen „*unzufrieden*“ mit ihrem Beruf als Arzt. Analog zu dieser Frage wurden die Teilnehmer über ihre allgemeine Lebenssituation befragt: „*Wenn Sie Ihre allgemeine Lebenssituation heute betrachten: Wie glücklich oder unglücklich sind Sie alles in allem?*“. Sehr glücklich oder ziemlich glücklich waren 84% der Befragten. Weniger als 10% waren nicht zufrieden; 1% der Ärzte war überhaupt nicht glücklich.

⁴⁷ http://en.wikipedia.org/wiki/Religion_in_the_Democratic_Republic_of_the_Congo, 2014.10.29

5.3 Persönliche religiöse/spirituelle Charakteristika

5.3.1 Selbsteingeschätzte Religiosität und Spiritualität

Tabelle 3: Selbsteingeschätzte Religiosität und Spiritualität

Inwieweit betrachten Sie sich als spiritueller Mensch? Würden Sie sagen, Sie sind... (n=112; MW=2,07; SD=.62)			
Sehr spirituell			14,3% (16)
Ziemlich spirituell			65,9% (74)
Wenig spirituell			18,2% (20)
Überhaupt nicht spirituell			1,6% (2)
Unabhängig davon, ob Sie einer Religionsgemeinschaft angehören oder nicht. Wie würden Sie sich selbst bezeichnen? (n=112 MW=1,48; SD=.76)			
Sehr religiös			63,9% (72)
Ziemlich religiös			27,8% (31)
Wenig religiös			4,4% (5)
Überhaupt nicht religiös			4% (4)

Anmerkungen: n=Gesamtsumme, MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung

Wie schon in Kapitel 3, Methodik, erwähnt, wurde der Grad der selbst eingeschätzten Spiritualität bzw. Religiosität der Ärzte als gering betrachtet, wenn die Befragten auf die Frage bezüglich ihrer selbst wahrgenommenen Spiritualität oder Religiosität mit „wenig spirituell/religiös“ oder „überhaupt nicht spirituell/religiös“ antworteten. Umgekehrt wurde ihre Spiritualität als hoch eingestuft, wenn sie als Antworten „sehr spirituell/religiös“ oder „ziemlich spirituell/religiös“ angegeben haben⁴⁸. Wie aus Tabelle 3 zu entnehmen ist schätzt die Mehrheit der Ärzte (80,2 %) ihre eigene Spiritualität als hoch ein und fast alle Ärzte (91,7%) betrachten sich selbst als hoch religiös. Zudem korreliert im Allgemeinen der Grad der Spiritualität bzw. Religiosität mit der Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft (Tabelle 4): 84% der Befragten, die einer Religionsgemeinschaft angehören, schätzen sich selbst als sehr spirituell oder ziemlich spirituell ein. In Tabelle 4 fällt auch auf, dass Ärzte mit fehlender Konfessionszugehörigkeit sich in 16,7% der Fälle als „sehr spirituell“ eingeschätzt haben, sogar höher als die Ärzte mit Konfessionszugehörigkeit mit 14%. Dies kann daran liegen, dass Kongolese im Allgemeinen die Konfessionszugehörigkeit mit dem Bekenntnis zur jeweils zugehörigen Kirche gleichsetzen. Die Spiritualität wird dann in diesem Zusammenhang als ein oberer Begriff betrachtet, der den Glauben sowohl an Gott als auch an andere übernatürliche Kräfte beinhaltet.

⁴⁸ Diese Klassifizierung der Antwortkategorien wurde bereits von Curlin et al. eingeführt.

Tabelle 4: Konfessionszugehörigkeit und selbsteingeschätzte Spiritualität

	Konfessionszugehörigkeit: Ja (n=100)	Konfessionszugehörigkeit: Nein (n=12)
sehr spirituell	14,0% (14)	16,7% (2)
ziemlich spirituell	70,0% (70)	33,3% (4)
wenig spirituell	15,0% (15)	50,0% (6)
überhaupt nicht spirituell	1,0% (1)	0,0% (0)

5.3.2 Intrinsische Religiosität

Wie bei Curlin et al.⁴⁹ wurden auch hier die Antwortkategorien der Fragebogen-Items anhand der Variablenausprägung dichotomisiert: Zustimmung versus Nicht-Zustimmung. Demzufolge stimmen etwa 65% der Befragten der Aussage „zu“ bzw. „voll zu“, dass sie sich sehr bemühen, ihre religiösen Überzeugungen in ihr alltägliches Leben zu integrieren. Mehr als die Hälfte (52%) der Befragten gibt an, ihr ganzer Lebensentwurf basiere auf ihrer Religiosität.

Entsprechend ihrer Zustimmung zu den beiden Aussagen wurde die intrinsische Religiosität ermittelt. Aus der unteren Tabelle ergibt sich auch, dass fast die Hälfte der Ärzte (49%) mit hoher intrinsischer Religiosität einzustufen ist. Als moderat bzw. gering intrinsisch religiös bezeichnen sich 19% bzw. 32% der befragten Ärzte.

Tabelle 5: Intrinsische Religiosität

Ich bemühe mich sehr, meine religiösen Überzeugungen in mein alltägliches Leben zu integrieren (n=110) Keine Angabe (n=2)	Ich stimme voll zu	11,3% (12)
	Ich stimme zu	54,0% (60)
	Ich stimme nicht zu	27,4% (30)
	Ich stimme überhaupt nicht zu	7,3% (8)
Mein ganzer Lebensentwurf basiert auf meiner Religiosität (n=112)	Ich stimme voll zu	8,8% (10)
	Ich stimme zu	43,6% (49)
	Ich stimme nicht zu	31,6% (35)
	Ich stimme überhaupt nicht zu	16,0% (18)
Intrinsische Religiosität (n=110) Keine Angabe (n=2)	Hoch	49,2% (54)
	Moderat	19,0% (21)
	Gering	31,8% (35)

⁴⁹ F. A. Curlin et al. (2006), The association of Physicians' religious characteristics with their attitudes and self-reported behaviors regarding religion and spirituality in the clinical encounter, in: Medical Care 2006,44, S. 448-449.

5.3.3 Glaube

Im Folgenden sind die Ergebnisse der von den Teilnehmern beantworteten Fragen bezüglich ihres Glaubens aufgelistet.

Tabelle 6: Glaube an...

	Ja, ganz sicher	Ja, wahrscheinlich	Nein, wahrscheinlich nicht	Nein, sicher nicht	Kann ich nicht sagen
Glaube an ein Leben nach dem Tod (n=112)	76,8% (86)	13,4% (15)	0,9% (1)	1,8% (2)	7,1% (8)
Glaube an den Himmel ⁵⁰ (n=112)	87,5% (98)	7,1% (8)		1,8% (2)	3,6% (4)
Glaube an die Hölle (n=111)	83,8% (93)	9,0% (10)		2,7% (3)	4,5% (5)
Glaube an Wunder (n=112)	91,0% (102)	4,5% (5)		2,7% (3)	1,8% (2)
Glaube an die Reinkarnation (n=112)	22,3% (25)	12,5% (14)	8,0% (9)	33,1% (37)	24,1% (27)
Glaube an das Nirwana (n=112)	2,7% (3)	3,6% (4)	5,4% (6)	31,2% (35)	57,1% (64)
Glaube an die übernatürlichen Kräfte von Ahnen (n=112)	14,3% (16)	22,3% (25)	11,6% (13)	22,3% (25)	29,5% (33)

Eine absolute Mehrheit der Ärzte glaubt, dass es ein Leben nach dem Tod (90%), den Himmel (95%) sowie die Hölle (93%) gibt. Zudem glauben 95% der Befragten an Wunder. Im Gegensatz dazu geben wenige Ärzte an, an die Reinkarnation (35%) und an die übernatürlichen Kräfte von Ahnen (37%) zu glauben.

⁵⁰ Himmel und Hölle sind hier christlich definiert, im Sinne von Paradies bzw. Ort der Qual nach dem Tod.

5.3.4 Aktive Religionsausübung

Die Items über das aktive Praktizieren der Religion entstammen aus der französischen Version der European Value Study 2008. Die Teilnehmer sollten auf folgende Fragen antworten: *“Wie oft besuchen Sie, abgesehen von Hochzeiten, Beerdigungen und Taufen, aktuell den Gottesdienst?”*, *„Wie oft haben Sie, abgesehen von Hochzeiten, Beerdigungen und Taufen, den Gottesdienst im Alter von 12 Jahren besucht?“*, und *„Wie oft beten Sie zu Gott außerhalb des Gottesdienstes? Würden Sie sagen ...“*. Die Ergebnisse dieser Umfrage sind in der unteren Tabelle wiedergegeben.

Tabelle 7: Aktive Religionsausübung

Wie oft besuchen Sie/haben Sie besucht, abgesehen von Hochzeiten, Beerdigungen und Taufen, den Gottesdienst? (n=112)	aktuell	im Alter von 12 Jahren
Mehr als einmal pro Woche	36,6% (41)	49,1% (55)
Einmal pro Woche	33,9% (38)	34,8% (39)
Einmal pro Monat	7,1% (8)	3,6% (4)
Nur an bestimmten Feiertagen	2,7% (3)	0,9% (1)
Einmal im Jahr	7,1% (8)	0,9% (1)
Weniger als einmal im Jahr	1,8% (2)	4,5% (5)
Nie bzw. praktisch nie	5,4% (6)	0,9% (1)
Weiß nicht	5,4% (6)	5,4% (6)
Wie oft beten Sie zu Gott außerhalb des Gottesdienstes? Würden Sie sagen ... (n=112)		
Jeden Tag	79,5% (89)	
Mehr als einmal pro Woche	10,7% (12)	
Einmal pro Woche	1,8% (2)	
Mindestens einmal pro Monat	0,9% (1)	
Mehrere Male pro Jahr	0,9% (1)	
Weniger oft	3,5% (4)	
Nie	0,9% (1)	
Weiß nicht	1,8% (2)	

Die Teilnahme am Gottesdienst ist bei fast allen Ärzten sowohl in der Primärfamilie als auch im Erwachsenenalter bei mindestens einmal pro Woche konstant hoch geblieben (83% versus 71%). Auch betet die Mehrheit der Befragten (etwa 80%) jeden Tag, und zwar außerhalb der Gottesdienste.

5.3.5 Religiöses Coping und die Rolle Gottes

Im Zusammenhang mit schwierigen Lebensereignissen, wie z.B. bei chronischen Krankheiten, entwickeln Menschen Copingstrategien, um diese Lebenssituationen zu bewältigen bzw. zu meistern. Unter den inneren Ressourcen, die dabei mobilisiert werden, kann der Glaube an Gott eine tragende Rolle spielen. Mit Hilfe folgender Frage wurde die Rolle Gottes für die Ärzte untersucht: *«Denken Sie darüber nach, wie Sie versuchen größere Probleme in Ihrem Leben zu verstehen bzw. mit ihnen umzugehen?. In welchem Ausmaß treffen die folgenden Aussagen für Ihre Art der Bewältigung zu?: „Ich versuche, der Situation einen Sinn zu geben und entscheide mich für einen Weg, ohne mich dabei auf Gott zu verlassen“ oder „Ich suche bei Gott nach Kraft, Unterstützung und Orientierung“».*

Aus der unteren Tabelle ist zu entnehmen, dass Dreiviertel der Befragten (75%) nicht bzw. überhaupt nicht zustimmen, dass sie in kritischen Lebenssituationen Bewältigungsstrategien einsetzen, ohne sich auf Gott zu verlassen. Im Gegenteil, fast alle Teilnehmer (über 95%) suchen bei Gott nach Kraft, Unterstützung und Orientierung, wenn sie mit schwierigen Lebensereignissen konfrontiert sind. Interessanterweise wenden sich nicht nur Teilnehmer mit Konfessionszugehörigkeit (95%) an Gott, sondern auch Ärzte, die zu keiner Religionsgemeinschaft gehören (91%).

Tabelle 8: Coping (n=112)

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Weder noch	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Weiß nicht
Ich versuche, der Situation einen Sinn zu geben und entscheide mich für einen Weg, ohne mich dabei auf Gott zu verlassen.	10,7% (12)	14,3% (16)	-	18,8% (21)	56,2% (63)	-
Ich suche bei Gott nach Kraft, Unterstützung und Orientierung.	80,3% (90)	14,3% (16)	-	4,5% (5)	0,9% (1)	
Es gibt einen Gott, der sich persönlich mit jedem Menschen befasst.	83% (93)	12,5% (14)	-	1,8% (2)	2,7% (3)	-
Die Menschen können selbst wenig tun, um den Lauf ihres Lebens zu verändern.	58% (65)	14,3% (16)	4,5% (5)	13,4% (15)	7,1% (8)	2,7% (3)
Für mich hat das Leben nur einen Sinn, weil es Gott gibt.	81,2% (91)	15,2% (17)	-	0,9% (1)	0,9% (1)	1,8% (2)
Meiner Meinung nach dient das Leben keinem Zweck.	4,5% (5)	3,6% (4)	5,4% (6)	44,6% (50)	35,7% (40)	6,2% (7)
Das Leben hat nur dann einen Sinn, wenn man ihm selbst einen Sinn gibt.	29,5% (33)	27,7% (31)	9,8% (11)	17,8% (20)	4,5% (5)	10,7% (12)
Ich trete mit Gott auf meine eigene Weise in Verbindung – ohne Kirchen oder Gottesdienste	14,3% (16)	15,2% (17)	8% (9)	32,1% (36)	23,2% (26)	7,1% (8)

Aus derselben Tabelle ist auch zu entnehmen, dass für 96% der Befragten der Lebenssinn auf Gott beruht. Dass es keinen Lebenssinn gäbe beziehungsweise der Mensch selbst über den Sinn des Lebens bestimme, darin stimmen jeweils 8% bzw. 57% der Teilnehmer in ihren Antworten überein. Die Mehrheit der Ärzte stimmen den Aussagen der Schicksalhaftigkeit des Lebens (72%) und der Sorge Gottes um jeden Menschen (96%) zu.

5.3.6 Religiöse/spirituelle Erfahrung und Berufsausübung

Die Teilnehmer wurden gefragt, ob sie jemals eine religiöse Erfahrung gemacht haben, die ihr Leben verändert hat. Etwa 86% der Befragten stimmen dieser Aussage zu. Auf die Frage, ob sie diese Erfahrung im Kontext ihrer medizinischen Tätigkeit gemacht haben, bejahen dies nur 34% der Teilnehmer. Parallel dazu wurden konkret die moralisch-ethischen und religiösen Einstellungen der Teilnehmer im Berufsleben untersucht. Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse dieser Untersuchung.

Tabelle 9: R/S und Berufsausübung

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Ich empfinde eine große Verantwortung, Schmerz und Leid in der Welt zu verringern. (n=112)	22,3% (25)	77,7% (87)	-	-
In der Familie, in der ich aufwuchs, wurde betont, wie wichtig es ist, sich für bedürftige Mitmenschen einzusetzen. (n=112)	33,9% (38)	63,4% (71)	2,7% (3)	-
Für mich ist die Ausübung einer medizinischen Tätigkeit eine Berufung. (n=112)	33,9% (38)	65,2% (73)	0,9% (1)	-
Meine religiösen Überzeugungen beeinflussen meine praktische medizinische Tätigkeit. (n=112)	19,6% (22)	51,8% (58)	19,6% (22)	9% (10)
Ich empfinde es als herausfordernd, meinen religiösen Überzeugungen bei meiner klinischen Arbeit treu zu bleiben. (n=110) Keine Angabe (n=2)	14,5% (16)	26,4% (29)	35,5% (39)	23,6% (26)
Die Erfahrungen meines Berufes haben dazu geführt, dass ich meine religiösen Überzeugungen in Frage stelle. (n=110) Keine Angabe (n=2)	11,8% (13)	22,7% (25)	36,4% (40)	29,1% (32)

Insgesamt stimmen fast alle Teilnehmer der Aussagen bezüglich einer innerfamiliären Erziehung zur Unterstützung bedürftiger Menschen (97%) und der Verantwortlichkeit für eine Reduktion des Leids in der Welt (100%) zu. Zum Arzt fühlen sich alle Beteiligten (99%) berufen und üben ihre medizinische Tätigkeit in diesem Sinne aus. Weniger als Dreiviertel (71%) von ihnen gibt an, dass ihre religiösen Überzeugungen ihre praktische medizinische

Tätigkeit beeinflussen. Nur etwas mehr als ein Drittel der Ärzte empfinden es als schwierig, dem religiösen Glauben im Rahmen der medizinischen Tätigkeit treu zu bleiben (41%) und noch weniger zweifeln am religiösen Glauben aufgrund der Erfahrungen aus ihrer medizinischen Tätigkeit (34%).

5.4 Persönliche Sichtweise auf Religiosität/Spiritualität und Gesundheit

Dieser Abschnitt der Studie untersuchte den Stellenwert der Religiosität/Spiritualität in der Patientenversorgung aus der Perspektive der behandelnden Ärzte.

5.4.1 Religion/Spiritualität und Gesundheit

Wie aus der unteren Tabelle ersichtlich ist, sind nahezu vier Fünftel (77%) der Ärzte davon überzeugt, dass Religion/Spiritualität sehr oder sehr stark die Gesundheit der Patienten beeinflusst. Für die meisten der Befragten ist dieser Einfluss von Religiosität/Spiritualität sowohl positiv als auch negativ (65%). Nur ein geringer Anteil der Befragten gibt an, dass der Einfluss generell negativ ist (4%), während ein Viertel der Ärzte (25%) diesen als eher positiv betrachtet. Zudem denkt die Mehrheit der Ärzte (85%), dass Gott oder eine übernatürliche Instanz in die Gesundheit des Patienten eingreift.

Tabelle 10: Zusammenhang R/S und Gesundheit

Was denken Sie insgesamt, wie sehr Religiosität/Spiritualität die Gesundheit Ihres Patienten beeinflusst? (n=108)	
Keine Angabe (n=4)	
Sehr stark	10,2% (11)
Stark	66,7% (72)
Etwas	14,8% (16)
Gering	1,8% (2)
Gering bis gar nicht	6,5% (7)
Ist der Einfluss von Religiosität/Spiritualität auf die Gesundheit allgemein positiv oder negativ? (n=111)	
Keine Angabe (n=2)	
Allgemein positiv	25,2% (28)
Grundsätzlich negativ	3,6% (4)
Sowohl positiv als auch negativ	64,9% (72)
R/S hat überhaupt keinen Einfluss auf die Gesundheit	6,3% (7)
Denken Sie, dass Gott oder eine andere übernatürliche Instanz jemals in die Gesundheit des Patienten eingreift? (n=112)	
Ja	84,8% (95)
Nein	1,8% (2)
Weiß nicht	13,4% (15)

5.4.2 Umgang mit Religion/Spiritualität im klinischen Kontext

In den untenstehenden Tabellen 11 und 12 werden Einstellungen und Verhaltensweisen der Befragten zu verschiedenen religiösen/spirituellen Belangen im klinischen Kontext dargestellt. Die Mehrheit der Befragten (68%) findet es für gewöhnlich immer angemessen, dass ein Arzt über religiöse/spirituelle Themen spricht, wenn ein Patient diese zur Sprache bringt. 75% der Teilnehmer geben an, dass sie dabei den Patienten in seinen eigenen religiösen/spirituellen Überzeugungen und Gebräuchen manchmal, oft oder immer bestärken. Dass ein Arzt auf eigene Initiative den Patienten zu seiner Religiosität/Spiritualität befragt, halten 62% der Ärzte für angemessen.

Tabelle 11: R/S-Einstellungen im klinischen Kontext

	Immer angemessen	Für gewöhnlich angemessen	Für gewöhnlich unangemessen	Immer unangemessen
Finden Sie es im Allgemeinen angemessen oder unangemessen für einen Arzt, über religiöse/spirituelle Themen zu sprechen, wenn <u>ein Patient diese zur Sprache bringt</u> ? (n=111) Keine Angabe (n=1)	20,8% (23)	47,6% (53)	20,4% (23)	11,2% (12)
Finden Sie es im Allgemeinen angemessen oder unangemessen für einen Arzt, den Patienten zu seiner Religiosität/Spiritualität zu <u>befragen</u> ? (n=112)	26,0% (29)	35,6% (40)	22,0% (25)	16,4% (18)
	Nie	Nur, wenn der Patient darum bittet	Immer, wenn der Arzt dies als angemessen empfindet	
Wann ist es, wenn überhaupt, angemessen für einen Arzt, über die eigenen religiösen Überzeugungen oder Erfahrungen mit einem Patienten zu sprechen? (n=112)	17,2% (19)	50,8% (57)	32,0% (36)	
Wann ist es, wenn überhaupt, angemessen für einen Arzt mit einem Patienten zu beten? (n=110) Keine Angabe (n=2)	17,9% (20)	63,8% (70)	18,3% (20)	

Ein geteiltes Bild ergibt sich bezüglich der Meinung, ob ein Arzt über seine eigenen religiösen Überzeugungen und Erfahrungen mit dem Patienten sprechen darf. Knapp die Hälfte der Befragten (51%) ist der Meinung, dass ein Arzt es nur dann tun sollte, wenn der Patient darum bittet. Dagegen sind 32% der Meinung, dass ein Arzt über seine eigenen religiösen

Vorstellungen sprechen sollte, wenn er selbst dies für angemessen hält. Bei Themen wie Gebet und Beten mit dem Patienten scheint eine allgemeine Übereinstimmung zu herrschen. Fast ein Drittel der Teilnehmer (32%) befürwortet das Beten mit dem Patienten, wenn der Arzt dies als angemessen empfindet. Entsprechend gibt etwa die Hälfte der Befragten (49%) an, immer oder oft mit dem Patienten gebetet zu haben.

Tabelle 12: R/S-Verhaltensweisen im klinischen Kontext

	Niemals	Selten	Manchmal	Oft	Immer
Ich bestärke den Patienten in seinen eigenen religiösen/spirituellen Überzeugungen und Gebräuchen (n=112)	8,0% (9)	16,9% (19)	38,4% (43)	30,4% (34)	6,3% (7)
In respektvoller Weise teile ich etwas über meine eigenen religiösen Vorstellungen und Erfahrungen mit. (n=112)		6,3% (8)	28,6% (32)	32,1% (36)	32,1% (36)
Ich bete mit dem Patienten. (n=111) Keine Angabe (n=1)	28,8% (32)	10,9% (12)	11,7% (13)	34,2% (38)	14,4% (16)

5.4.3 Bedeutung von Religion/Spiritualität für Patienten: Coping

In diesem Abschnitt wurden die Bedeutung bzw. der Einfluss von Religiosität/Spiritualität auf die Gesundheit und die klinische Behandlung bei Patienten untersucht.

Wie aus der unteren Tabelle ersichtlich ist, glaubt über die Hälfte der Befragten (57%), dass eine Erkrankung die Aufmerksamkeit der Patienten für Religiosität/Spiritualität und die Bedeutung, die sie diesem Bereich beimessen, häufig oder immer verstärkt. Ansonsten berichten nur 22% der Teilnehmer, dass Patienten oft religiöse/spirituelle Themen wie Gott, Gebet, Meditation oder die Bibel erwähnt hätten.

Tabelle 13: Allgemeine Beobachtungen und Interpretationen

	Niemals	Selten	Manchmal	Oft	Immer
Wie häufig haben Patienten Ihrer Erfahrung entsprechend religiöse/spirituelle Themen wie Gott, Gebet, Meditation oder die Bibel angesprochen? (n=95) Keine Angabe (n=17)	9,5% (9)	32,6% (31)	35,8% (34)	22,1% (21)	-
Wie oft verstärkt Ihrer Einschätzung nach eine Erkrankung die Aufmerksamkeit der Patienten für Religion/Spiritualität und die Bedeutung, die sie diesem Bereich beimessen? (n=108) Keine Angabe (n=4)	1,9% (2)	7,4% (8)	33,3% (36)	49,1% (53)	8,3% (9)

Die folgende Tabelle 14 zeigt, dass etwa ein Viertel der Befragten (26%) glaubt, dass Religiosität/Spiritualität immer oder häufig zur Vorbeugung schwerwiegender medizinischer Probleme (z.B. Herzinfarkte, Infektionen oder tödlicher Verlauf) beiträgt. In höherem Maß glauben die Befragten, dass Religiosität/Spiritualität Patienten hilft, Krankheit und Leiden zu bewältigen und auszuhalten (50%) und dass Religiosität/Spiritualität Patienten eine positive und hoffnungsvolle Einstellung verleiht (ca. 68%).

Auf die Frage, ob Patienten emotionale oder praktische Unterstützung durch die religiöse Gemeinschaft erhalten, antwortet nur ein Viertel der Ärzte (27%) mit „Ja“. Die Meinung, dass Religiosität/Spiritualität auch negativen Einfluss auf die Gesundheit der Patienten haben kann, wird von der Mehrheit der Ärzte aber nicht vertreten. Nur ca. 17% geben ihrer Erfahrung nach an, dass Patienten Religiosität/Spiritualität als Argument benutzt hätten, um einer Verantwortungsübernahme für die eigene Gesundheit auszuweichen. Noch weniger (10% bzw. 12%) glauben, dass Religiosität/Spiritualität Schuld, Angst und andere negative Gefühle verursacht und damit Leiden vermehrt oder Religiosität/Spiritualität Patienten veranlasst, medizinisch indizierte Therapien abzulehnen, hinauszuzögern oder zu beenden.

Tabelle 14: Einfluss von R/S auf die Gesundheit der Patienten

Potentiell positiver Einfluss von Religiosität/Spiritualität					
	Niemals	Selten	Manchmal	Oft	Immer
Wie häufig haben Patienten Ihrer Erfahrung entsprechend emotionale oder praktische Unterstützung durch die religiöse Gemeinschaft erhalten? (n= 96) Keine Angabe (n=16)	10,4% (10)	25% (24)	37,5% (36)	23,9%(23)	3,1% (3)
Religiosität /Spiritualität hilft Patienten, Krankheit und Leiden zu bewältigen und auszuhalten. (n= 96) Keine Angabe (n=16)	4,2% (4)	9,4%(9)	36,4% (35)	41,7%(40)	8,3% (8)
Religiosität /Spiritualität gibt Patienten eine positive und hoffnungsvolle Einstellung. (n= 99) Keine Angabe (n=13)	4% (4)	6,1% (6)	22,2% (22)	52,5%(52)	15,2%(15)
Religiosität/Spiritualität trägt zur Vorbeugung schwerwiegender medizinischer Probleme bei (z.B. Herzinfarkte, Infektionen oder tödlicher Verlauf). (n= 81) Keine Angabe (n=31)	30,9% (25)	27,2%(22)	16% (13)	23,4%(19)	2,5% (2)
Potentiell negativer Einfluss von Religiosität/Spiritualität					
Wie häufig haben Patienten Ihrer Erfahrung entsprechend Religiosität/Spiritualität als Argument benutzt, um einer Verantwortungsübernahme für die eigene Gesundheit auszuweichen? (n= 85) Keine Angabe (n=27)	18,8% (16)	18,8%(16)	45,9% (39)	15,3%(13)	1,2% (1)
Religiosität /Spiritualität verursacht Schuld, Angst und andere negative Gefühle und vermehrt damit Leiden. (n= 96) Keine Angabe (n=16)	26% (25)	29,2%(28)	34,4% (33)	9,4% (9)	1%(1)
Religiosität /Spiritualität veranlasst Patienten, medizinisch indizierte Therapien abzulehnen, hinauszuzögern oder zu beenden. (n= 101) Keine Angabe (n=11)	12,9% (13)	30,7%(31)	44,5% (45)	11,9%(12)	-

5.4.4 Fragen nach religiös/spirituell motivierten Verhaltensweisen der Ärzte

Wie bereits oben erwähnt, halten es fast alle Ärzte für angemessen, über religiöse/spirituelle Themen zu diskutieren, wenn die Initiative dafür von den Patienten ausgeht. Es besteht aber geteilte Meinungen darüber, ob der Arzt selbst direkt den Patienten zu diesen Themen befragen darf. Die folgende Tabelle 15 fasst das Verhalten der Ärzte laut ihrer eigenen Aussage bezüglich dieser Problematik zusammen.

Für Zweidrittel der Befragten wäre es in Ordnung, mit einem Patienten über seine religiösen/spirituellen Belange zu sprechen, wenn der Patient diese zur Sprache bringt (66%). 65% von ihnen geben sogar an, gerne mit einem Patienten über diese Themen zu sprechen.

Über die Hälfte der Teilnehmer berichtet, nach religiösen/spirituellen Angelegenheiten des Patienten von sich aus aktiv zu fragen. Auf die Frage aber, wie oft sie tatsächlich danach gefragt haben, gibt weniger als ein Drittel der Befragten an, es oft oder immer getan zu haben (31%).

Tabelle 15: Religiös/spirituell motivierte Verhaltensweisen der Ärzte

	Ich stimme voll zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
Es wäre für mich <u>in Ordnung</u> , mit einem Patienten über seine religiösen/spirituellen Angelegenheiten zu sprechen, wenn der Patient diese zur Sprache bringt. (n=112)	22,3% (25)	43,7% (49)	17,9% (20)	16,1% (18)
Ich spreche gerne mit einem Patienten über religiöse/spirituelle Angelegenheiten oder Belange. (n=111) Keine Angabe (n=1)	20,8% (23)	44,8% (50)	20,0% (22)	14,4% (16)
	Ja		Nein	
Fragen Sie jemals nach religiösen/spirituellen Angelegenheiten eines Patienten? (n=109) Keine Angabe (n=3)	56% (61)		44% (48)	
	Selten	Manchmal	Oft	Immer
Wie oft fragen Sie nach religiösen/spirituellen Angelegenheiten eines Patienten? (n=108) Keine Angabe (n=4)	13,9% (15)	54,6% (59)	24,1% (26)	7,4% (8)

Von großem Interesse waren auch die Antworten auf die Frage, in welchen klinischen Situationen Ärzte von sich aus nach religiösen/spirituellen Angelegenheiten ihres Patienten fragten, sowie die Reaktion der Ärzte, wenn in Gesprächen mit Patienten religiöse/spirituelle Belange auftauchten. Die Antworten sind in der folgenden Tabelle 16 zusammengefasst.

Tabelle 16: Religiös/spirituell motivierte Verhaltensweisen der Ärzte in unterschiedlichen klinischen Situationen

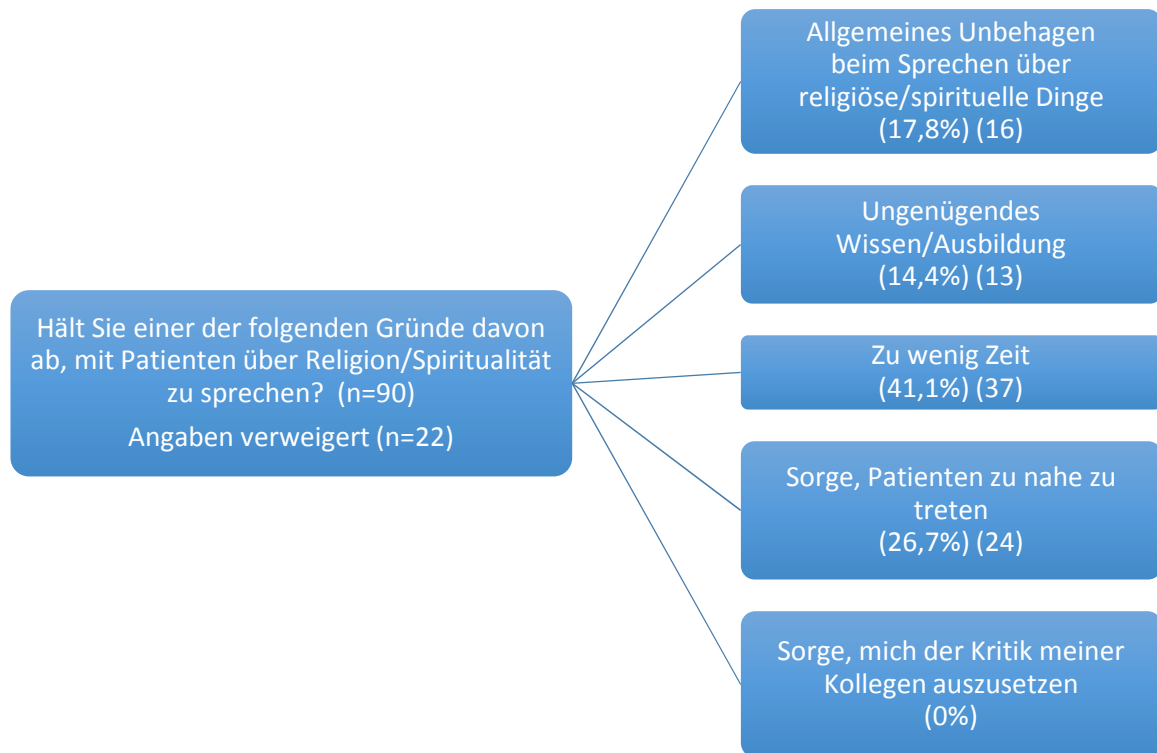
Wie oft fragen Sie in den folgenden klinischen Situationen von sich aus nach Religion/Spiritualität? Wenn ein Patient...	Niemals	Selten	Manchmal	Oft	Immer
sich mit einer banalen Erkrankung oder Verletzung vorstellt. (n= 100) Keine Angabe (n=12)	59% (59)	25% (25)	12% (12)	2% (2)	2% (2)
mit einer angstbesetzten Diagnose konfrontiert wird oder vor einer Krise steht. (n= 100) Keine Angabe (n=12)	17% (17)	16% (16)	32% (32)	28% (28)	7% (7)
mit dem Lebensende konfrontiert ist. (n= 91) Keine Angabe (n=21)	15,4% (14)	20,9% (19)	24,2% (22)	20,9% (19)	18,7% (17)
unter Angst oder Depressionen leidet. (n= 99) Keine Angabe (n=13)	19,2% (19)	20,2% (20)	34,3% (34)	19,2% (19)	7,1% (7)
zur Anamnese und körperlichen Untersuchung kommt. (n= 97) Keine Angabe (n=15)	51,5% (50)	23,7% (23)	10,3% (10)	9,3% (9)	5,2% (5)
mit einem ethischen Dilemma konfrontiert ist. (n= 94) Keine Angabe (n=18)	26,6% (25)	20,2% (19)	31,9% (30)	12,8% (12)	8,5% (8)
Wie oft reagieren Sie folgendermaßen, wenn religiöse/spirituelle Belange in Gesprächen mit Patienten auftauchen?					
Ich höre aufmerksam und empathisch zu. (n= 101) Keine Angabe (n=11)		2,4% (3)	48,0% (53)	42,0% (47)	7,6% (8)
Ich versuche, auf taktvolle Weise das Thema zu wechseln. (n= 112)	36,6% (41)	25,0% (28)	21,4% (24)	15,2% (17)	1,8% (2)

Wenn man die zwei letzten Antworten aus der Tabelle 16 zusammenfasst, ergibt sich, dass über ein Drittel der Teilnehmer von sich aus bei infauster (40%) bzw. angstbesetzter Diagnose (35%) nach Religiosität/Spiritualität des Patienten fragen. Die Hälfte der Ärzte reagiert mit Empathie und Aufmerksamkeit, wenn religiöse/spirituelle Belange in Gesprächen mit Patienten auftauchen. Interessanterweise tendieren nicht nur Ärzte, die einer Konfession angehören dazu, Patienten über ihre religiösen/spirituellen Angelegenheiten zu fragen. Mehr als 12% der Ärzte, die keiner religiösen Gemeinschaft angehören, geben an, nach Religiosität/Spiritualität des Patienten explizit zu fragen.

5.4.5 Barrieren, Zeitaufwand und Fortbildung bezüglich Religiosität/Spiritualität

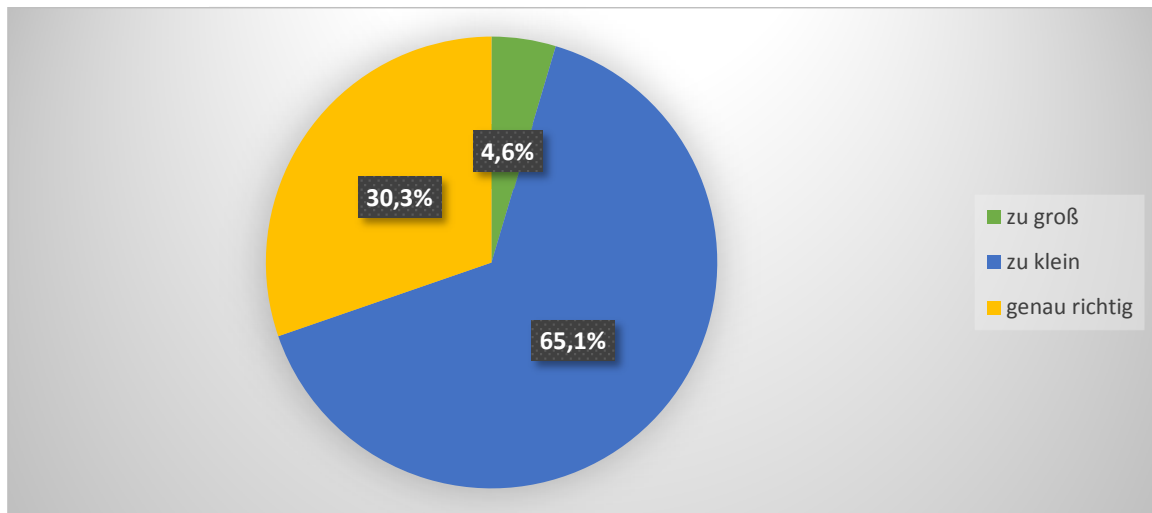
Auf die Frage nach den Gründen dafür, nicht mit Patienten über Religiosität/Spiritualität zu sprechen, ergab sich gemäß der unteren Abbildung folgendes Antwortbild aus der Sicht der Ärzte: Die Zeit sei für sie zu knapp (41%); sie befürchten, Patienten zu nahe zu treten (27%); sie begründen ihr Verhalten mit dem allgemeinen Unbehagen beim Sprechen über religiöse Dinge (18%) oder sie hätten ungenügendes Wissen bzw. nicht die nötige Ausbildung bezüglich Religiosität/Spiritualität (14%). Kaum jemand erklärt sein Verhalten mit der Sorge, sich der Kritik seiner Kollegen auszusetzen.

Abb. 4: Barrieren



Wie Abbildung 5 verdeutlicht, halten mehr als die Hälfte der Studienpopulation (65%) ihren Zeitaufwand⁵¹ für die Thematisierung religiöser/spiritueller Belange insgesamt für zu klein. Fast 5% der Befragten teilen diese Ansicht nicht, der Zeitaufwand sei für sie zu groß.

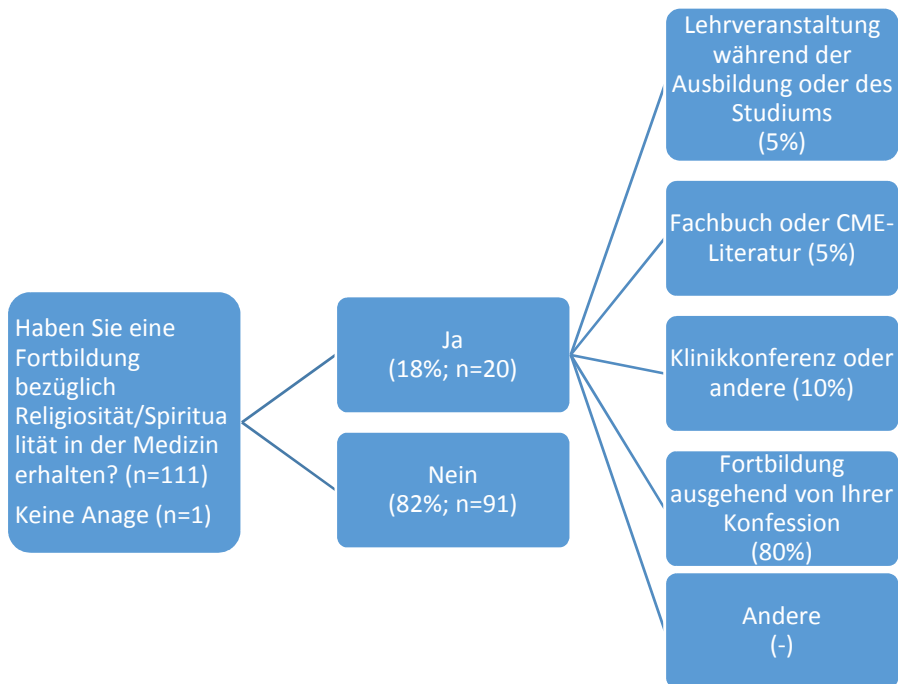
Abb.5: Zeitaufwand zur Thematisierung von R/S mit Patienten (n=108)
Keine Angabe (n=4)



⁵¹ Es handelt sich um die für den Austausch mit Patienten über religiöse/spirituelle Themen aufgewendete Zeit im Rahmen der Routinetätigkeit und nicht um das Zeitkontingent, das für die Durchführung einer religiös-spirituellen Anamnese erforderlich wäre.

Bezüglich der Fortbildung zu Religiosität/Spiritualität in der Medizin ergibt sich aus der folgenden Abbildung 6, dass die Mehrheit (82%) der Befragten keine spezifische Fortbildung im Bereich der Religiosität/Spiritualität im Rahmen ihrer medizinischen Ausbildung erhalten hat. Diejenigen, die eine solche Fortbildung erhalten haben, taten es im Rahmen ihrer konfessionellen Zugehörigkeit (80%).

Abb. 6: Fortbildung



5.4.6 Ethisch kontroverse Fragen

In diesem Studienabschnitt ging es um kontrovers diskutierte Fragen im medizinischen Bereich. Verschiedene medizinische Szenarien und Vorgehensweisen wurden dargestellt. Die Teilnehmer sollten dann angeben, ob sie Vorbehalte gegen eine der genannten Vorgehensweisen hätten. Zudem wurden sie im Falle von Vorbehalten gebeten, die Gründe dafür zu nennen.

Tabelle 17: Vorbehalte

	Ich habe keine Vorbehalte	Ich habe religiös bedingte Vorbehalte	Ich habe nichtreligiös bedingte Vorbehalte	Ich habe sowohl religiös als auch nichtreligiös bedingte Vorbehalte
Assistierter Suizid (Beihilfe zur Selbsttötung). (n=112)	10,7% (12)	27,7% (31)	18,8% (21)	42,8% (48)
Sedierung bis zur Bewusstlosigkeit bei sterbenden Patienten. (n=112)	44,6% (50)	9,8% (11)	16,8% (19)	28,7% (32)
Beendigung künstlicher lebenserhaltender medizinischer Maßnahmen. (n=112)	26,8% (30)	33,0% (37)	8,9% (10)	31,2% (35)
Schwangerschaftsabbruch bei angeborenen Fehlbildungen. (n=112)	32,1% (36)	23,2% (26)	12,6% (14)	32,1% (36)
Schwangerschaftsabbruch nach Versagen kontrazeptiver Maßnahmen. (n=110) Keine Angabe (n=2)	10,9% (12)	44,5% (49)	2,7% (3)	41,8% (46)
Verschreibung von Kontrazeptiva bei 14- bis 16-jährigen Jugendlichen, bei denen kein Einverständnis der Eltern vorliegt. (n=110) Keine Angabe (n=2)	29,1% (32)	18,2% (20)	11,8% (13)	40,9% (45)

Wie man aus der oberen Tabelle 17 entnehmen kann, ist die Meinung der Befragten über die verschiedenen klinischen Szenarien sehr geteilt. Fast die Hälfte der Befragten lehnt aus religiösen und nichtreligiösen Gründen eine Beihilfe zur Selbsttötung ab (43%). Aus denselben Gründen hätten auch jeweils 42% bzw. 41% der Teilnehmer Vorbehalte beim Abbruch einer Schwangerschaft nach Versagen kontrazeptiver Maßnahmen sowie bei der Verschreibung von Kontrazeptiva bei 14- bis 16-jährigen Jugendlichen, bei denen kein Einverständnis der Eltern vorliegt. Hinsichtlich zweier folgender klinischer Situationen stimmt etwa die Hälfte bzw. ein Drittel der Teilnehmer überein: Bei jeweils 45% bzw. 32% der Ärzte bestünden keine Vorbehalte bei palliativer Sedierung bzw. beim Abbruch einer Schwangerschaft im Falle von angeborenen Fehlbildungen. Es ergibt sich, dass bei einem Drittel der Teilnehmer keine Bedenken gegen eine Beendigung künstlicher lebenserhaltender medizinischer Maßnahmen (27%) vorhanden sind. Vorbehalte gegenüber solchen

Maßnahmen aus religiösen oder nichtreligiösen Gründen liegen bei etwa genauso vielen (31%) vor.

Ausgehend von diesen selbstberichteten Verhalten der Ärzte in Bezug auf ethische Kontroversen wurden die Ärzte nach ihrer Meinung und Verhaltensweise gefragt, wenn ein Patient eine legale medizinische Behandlungsoption wünscht, gegen die der behandelnde Arzt aus religiösen oder moralischen Gründen Vorbehalte hat. Die unten stehende Tabelle 18 zeigt die Ergebnisse dieser Umfrage.

Tabelle 18: Verpflichtung

Ein Patient wünscht eine legale medizinische Behandlungsoption, aber der behandelnde Arzt hat aus religiösen oder moralischen Gründen Vorbehalte gegen sie.	Ja	Nein	Weiß nicht
Hat der Arzt eine Verpflichtung, den Patienten über alle möglichen Behandlungsoptionen aufzuklären, inklusive Informationen über die vom Patienten gewünschte Behandlungsoption? (n=111) Keine Angabe (n=1)	72,1% (80)	14,4% (16)	13,5% (15)
Hat der Arzt eine Verpflichtung, den Patienten an jemanden zu vermitteln, der keine Vorbehalte gegen die verlangte Behandlungsoption hat? (n=111) Keine Angabe (n=1)	64% (71)	21,6% (24)	14,4% (16)
Wäre es ethisch vertretbar, wenn der Arzt dem Patienten ohne Umschweife beschriebe, warum er Vorbehalte gegen die gewünschte Behandlungsoption hat? (n=112)	79,5% (89)	14,3% (16)	6,2% (7)

Auf der Grundlage dieser Ergebnisse kann man sagen: Wenn ein Patient eine legale medizinische Behandlungsoption wünscht, gegen die der behandelnde Arzt Vorbehalte aus religiösen oder moralischen Gründen hat, glauben die meisten Befragten, dass der Arzt verpflichtet ist, den Patienten über alle möglichen Behandlungsoptionen aufzuklären (72%). Außerdem ist der Arzt laut 64% der Teilnehmer auch dazu verpflichtet, den Patienten an jemanden zu überweisen, der keine Vorbehalte gegen die verlangte Behandlungsoption hat. Auf die Frage, ob es ethisch vertretbar wäre, wenn der Arzt dem Patienten ohne Umschweife beschriebe, warum er persönlich Vorbehalte gegen die gewünschte Behandlungsoption hat, antwortet die Mehrheit der Befragten mit „Ja“ (80%).

5.5 Zusammenhang zwischen religiösen Charakteristika und Einstellungen/Verhalten

In diesem Abschnitt werden die Zusammenhänge zwischen religiösen Charakteristika und Einstellungen zur R/S bzw. religiös/spirituell motivierten Verhaltensweisen dargestellt, die mittels Chi-Quadrat-Test mit nachfolgender Analyse der beobachteten und erwarteten Häufigkeiten sowie der standardisierten Residuen ermittelt wurden. Da die zu untersuchenden Variablen signifikant von der Normalverteilung abwichen, wurde die Spearman-Rangkorrelation durchgeführt. Zur Überprüfung auf Normalverteilung wurden Kolmogorov-Smirnov-Normalverteilungstests eingesetzt. Eine signifikante Abweichung von der Normalverteilung besteht bei $p < 0,05$ ⁵². Die Ergebnisse der Tests enthielten nur Nullen, so dass davon auszugehen war, dass die beobachtete Verteilung höchst wahrscheinlich nicht aus einer normalverteilten Grundgesamtheit stammte. In solchen Fällen sind dann für die betroffenen Variablen nichtparametrische Tests anzuwenden. In Fällen, in denen die Anwendungsbedingungen für den asymptotischen Chi-Quadrat-Test (erwartete Häufigkeiten > 5) nicht erfüllt wurden, wurde ein exakter Test durchgeführt⁵³.

⁵² Vgl. A. Bühl (2012), SPSS 20 Einführung in die moderne Datenanalyse, Pearson, München, 2012, S.403.

⁵³ Der Chi-Quadrat-Test setzt voraus, dass nur in maximal 20% der Felder der Kreuztabelle erwartete Häufigkeiten < 5 auftreten dürfen. Zeilen- und Spaltensummen müssen stets größer als Null sein (Cf. A. Bühl, 2012, S.301).

5.5.1 Korrelation von selbsteingeschätzter Spiritualität und Religiosität

Der Zusammenhang zwischen den zwei Variablen „selbsteingeschätzte Spiritualität“ und „selbsteingeschätzte Religiosität“ wurde hier mittels Chi-Quadrat-Tests analysiert. Dieser Test „überprüft die Unabhängigkeit der beiden Variablen, d.h. ob sich die beobachteten Häufigkeiten signifikant von den erwarteten Häufigkeiten unterscheiden“⁵⁴. Das Ergebnis für den Zusammenhang beider Dimensionen ist in der unteren Tabelle 19 aufgelistet. Es ergibt sich nach exaktem Chi-Quadrat-Test ein höchst signifikanter Wert ($p < 0,001$, zweiseitig) und zwischen den Variablen liegt eine mittlere, aber positive Korrelation ($r = 0,60$), so dass ein größerer Wert auf der einen Variable auch einen größeren auf der anderen nach sich zieht.

Tabelle 19 (Kreuztabelle): Religiosität/Spiritualität, % (n)

Spiritualität	Religiosität		
	Hoch	Moderat	Gering
Hoch (n=16)	75% (12)	25% (4)	-
Moderat (n=74)	74,3% (55)	18,9% (74)	6,8% (5)
Gering (n=22)	18,2% (4)	63,6% (14)	18,2% (4)

⁵⁴ Vgl. A. Bühl (2012), S. 281.

5.5.2 Korrelation von religiösen Charakteristika und Einstellungen zu Religiosität/Spiritualität

In diesem Abschnitt wurde überprüft, ob unterschiedliche Ausprägungen der religiösen Charakteristika auch unterschiedliche Einstellungen zu R/S im klinischen Kontext nach sich ziehen. Der Frage nach der Stärke, der Richtung und der Art eines eventuellen Zusammenhangs zwischen den beiden Dimensionen „religiöse Charakteristika“ und „Einstellungen zu R/S“ wurde hier nachgegangen.

Tabelle 20: Spearman-Korrelation der religiösen Charakteristika zu Einstellungen zu R/S

Abhängige Variablen	Unabhängige Variablen			
	I	II	III	IV
Einstellungen zu R/S:				
Angemessenheit über				
1. ... r/s Themen zu sprechen auf Initiative des Patienten	.31**	.37**	.85**	.32**
2. ... Befragung des Patienten zu seiner R/S	.37**	.44**	.79**	.26**
3. ... die eigenen r/s Überzeugungen zu sprechen	-.39**	-.37**	-.59*	-.24
4. ... das Beten mit dem Patienten	-.34**	-.21*	-.53**	-.25**
5. Zeitaufwand für die Thematisierung r/s Belange	-.31**	-.41**	-.70*	-.22*

Anmerkungen:

I = selbsteingeschätzte Religiosität,

II = selbsteingeschätzte Spiritualität,

III = intrinsische Religiosität,

IV = Konfessionszugehörigkeit,

* $p < .05$ (zweiseitig), ** $p < .01$ (zweiseitig), $N=112$.

Die obige Tabelle 20 zeigt an, dass die Spearmanschen Rangkorrelationskoeffizienten zwischen $-.70$ und $.85$ schwanken. Mehrere dieser Koeffizienten weisen einen negativen Wert aus, so dass zwischen vielen Variablen von „religiösen Charakteristika“ und „Einstellungen zu R/S“ eine negative Korrelation besteht. Dies bedeutet, dass höhere Werte für die religiösen Charakteristika niedrigere Werte für Einstellungen zu R/S ergeben. Insgesamt lassen sich signifikante Zusammenhänge zwischen fast allen Variablen nachweisen. Am stärksten besteht ein positiver und starker Zusammenhang zwischen dem Faktor „Intrinsische Religiosität“ und der Skala über die „Angemessenheit über religiöse/spirituelle Themen zu sprechen auf Initiative eines Patienten“ ($r = .85$, $p < .01$).

Drei der Variablen der Dimension „religiöse Charakteristika“ (*selbsteingeschätzte Religiosität, selbsteingeschätzte Spiritualität und intrinsische Religiosität*) verfügen über die Merkmalsausprägungen <1> für „hoch“, <2> für „moderat“ sowie <3> für „gering“. Die Variable „Konfessionszugehörigkeit“ hat mit <1> für „Ja“ und <2> für „Nein“ zwei Ausprägungen.

Zunächst korrelieren die vier genannten Variablen positiv mit den zwei ersten Variablen der Dimension „Einstellungen“ (*Angemessenheit über religiöse/spirituelle Themen zu sprechen*

auf Initiative des Patienten sowie Angemessenheit über Befragung des Patienten zu seiner R/S). Bei diesen beiden Variablen lagen die Werte <1> für “angemessen” und <2> für “unangemessen”.

Hohe Werte der Variablen von „religiöse Charakteristika“ gehen mit hohen Werten der Variablen von „Einstellungen“ sowie niedrige Werte der ersten Variablen-Gruppe mit niedrigen Werten der zweiten Variablen-Gruppe einher. Ärzte, die sich zu einer religiösen Konfession bekennen ($r = .32$ und $.26$; $p < .01$) und gleichzeitig über einen hohen Grad an Religiosität ($r = .31$ und $.37$; $p < .01$), Spiritualität ($r = .37$ und $.44$; $p < .01$) und intrinsischer Religiosität ($r = .85$ und $.79$; $p < .01$) verfügen, finden es angemessen, sowohl über religiöse/spirituelle Themen zu sprechen, wenn ein Patient diese zur Sprache bringt, als auch einen Patienten zu seiner Religiosität/Spiritualität zu befragen. Umgekehrt gilt dies auch für Ärzte ohne Bekenntnis zu einer Religionsgemeinschaft und mit niedriger Religiosität/Spiritualität.

Zwischen den drei Variablen von „religiöse Charakteristika“ (*selbsteingeschätzte Religiosität, selbsteingeschätzte Spiritualität und intrinsische Religiosität*) und den drei letzten Variablen von „Einstellungen zu R/S“ (*Angemessenheit über die eigenen religiösen/spirituellen Überzeugungen zu sprechen, Angemessenheit zu beten mit dem Patienten, Zeitaufwand für die Thematisierung religiöser/spiritueller Belange*) liegen negative Korrelationen unterschiedlicher Stärke vor.

Für die Variable „Zeitaufwand für die Thematisierung von R/S“ stehen die kodierten Messwerte <1> für “zu groß”, <2> für “genau richtig” und <3> für “zu klein”. Die zwei anderen Variablen von Einstellungen zu R/S wurden kodiert mit <1> für “Nie”, <2> für “Nur, wenn der Patient darum bittet” und <3> für “Immer, wenn der Arzt dies als angemessen empfindet”. Die negative Korrelation bedeutet hier, dass hohe Werte der Variablen von Einstellungen zu R/S mit niedrigen Werten von religiösen Charakteristika einhergehen, niedrige Werte von Einstellungen zu R/S mit hohen Werten von religiösen Charakteristika. Daraus folgt, dass bei geringem Grad an Spiritualität/Religiosität und intrinsischer Religiosität Ärzte niemals über die eigenen religiösen Überzeugungen und Erfahrungen mit einem Patienten sprechen ($r = -.39$ bzw. $-.37$ und $-.59$ bei $p < .01$ oder $< .05$) oder mit ihren Patienten beten ($r = -.34$ bzw. $-.21$ und $-.53$ bei $p < .01$ oder < 0.05). Sie halten auch den dafür benötigten Zeitaufwand für

die Thematisierung religiöser/spiritueller Belange insgesamt für zu groß ($r = -.31$ bzw. $-.41$ und $-.70$ bei $p < .01$ oder $< .05$).

5.5.3 Korrelation von religiösen Charakteristika und R/S-Verhalten

Im Folgenden wurden die Zusammenhänge zwischen den religiösen Charakteristika (Konfessionszugehörigkeit, selbsteingeschätzte Religiosität, selbsteingeschätzte Spiritualität und intrinsische Religiosität) der Befragten und der Tatsache, ob und wie oft sie den Patienten über ihre R/S aktiv befragen, ob sie das Thema R/S vermeiden, ob sie den Patienten in ihren R/S bestärken, ob sie ihre eigene R/S den Patienten mitteilen oder ob sie mit den Patienten beten, wenn religiöse bzw. spirituelle Belange in Gesprächen mit den Patienten auftauchen, evaluiert. Es fanden sich viele signifikante Zusammenhänge unterschiedlichen Ausmaßes zwischen den beiden Dimensionen „religiöse Charakteristika“ und „religiös/spirituell motivierte Verhaltensweisen“. Die Tabelle 21 spiegelt die Ergebnisse der Korrelationen wider.

Tabelle 21: Spearman-Korrelation der religiösen Charakteristika zu Verhaltensweisen

Abhängige Variablen	Unabhängige Variablen			
	I	II	III	IV
Verhalten				
1. Häufigkeit des Fragens n. R/S Bedürfnissen des Patienten	-.24*	-.24*	-.53**	-.29**
2. Thema wechseln	-.28**	.37**	.63**	.34**
3. Bestärkung des Patienten in seinen eigenen R/S	-.29**	-.32**	-.56**	-.27**
4. Mitteilung der eigenen religiösen Vorstellungen	-.27**	-.27**	-.60**	-.29**
5. Beten mit dem Patienten	-.35**	-.42**	-.78**	-.39**

Anmerkungen:

I = selbsteingeschätzte Religiosität,

II = selbsteingeschätzte Spiritualität,

III = intrinsische Religiosität,

IV = Konfessionszugehörigkeit,

* $p < .05$ (zweiseitig), ** $p < .01$ (zweiseitig), $N=112$.

Mit Ausnahme der Variable „Thema wechseln, wenn religiöse/spirituelle Belange in Gesprächen mit Patienten auftauchen“ zeigen sich für alle Variablen beider Dimensionen „religiöse Charakteristika“ und „Einstellungen zu R/S“ schwache, mittelstarke bis starke negative signifikante Zusammenhänge. Am stärksten sind die Korrelationen zwischen „intrinsischer Religiosität“ und „Einstellungen zu R/S“. Erwartungsgemäß korrelieren also fast alle Variablen beider Dimensionen negativ miteinander, so dass höhere Werte für die

religiösen Charakteristika niedrigere Werte bei den Einstellungen ergaben. Die Variablen (*Häufigkeit des Fragens nach religiösen/spirituellen Bedürfnissen des Patienten – Thema wechseln – Bestärkung des Patienten in seinen eigenen R/S – Mitteilung der eigenen religiösen Vorstellungen – Beten mit dem Patienten*), welche die Einstellungen zu R/S erfassten, wurden mit diesen Messwerten kodiert: <1> für “niemals”, <2> für “selten/manchmal” und <3> für “oft/immer”.

Je höher der Grad an Religiosität/Spiritualität und intrinsischer Religiosität, desto niedriger sind die Werte der Variablen von religiös/spirituell motivierten Verhaltensweisen, ausgenommen der Variable „Thema wechseln“. Oft oder immer fragen Ärzte mit hoher Religiosität nach religiösen/spirituellen Angelegenheiten eines Patienten (11% vs. 0% bzw. $r = -.24$ und $-.53$ bei $p < .05$ oder $.01$), bestärken den Patienten in seinen eigenen religiösen/spirituellen Überzeugungen und Gebräuchen (46% vs. 6% bzw. $r = -.29$, $-.32$ und $-.56$ bei $p < .01$), teilen etwas über ihre eigenen religiösen Vorstellungen und Erfahrungen mit (74% vs. 40% bzw. $r = -.27$ und $-.60$ bei $p < .01$) und beten mit den Patienten (66% vs. 25% bzw. $r = -.35$, $-.42$ und $-.78$ bei $p < .01$).

Erwartungsgemäß korrelieren die Variablen von „religiöse Charakteristika“ insgesamt positiv mit der Variable „Thema wechseln, wenn religiöse/spirituelle Belange in Gesprächen mit Patienten auftauchen“. Ärzte mit hoher Spiritualität oder intrinsischer Religiosität versuchen es niemals bzw. selten, das Thema zu wechseln, wenn religiöse/spirituelle Belange in Gesprächen mit Patienten auftauchen (65% und 62% bzw. $r = .37$ und $.63$ bei $p < .01$). Im Gegensatz dazu geben Ärzte mit niedriger Spiritualität oder intrinsischer Religiosität zu, dass sie das Thema oft oder immer wechseln (18% und 8%). Erstaunlicherweise korreliert die Variable „selbsteingeschätzte Religiosität“ schwach aber negativ mit der Variable „Thema wechseln“ ($r = -.28$, $p < .01$). Für die Konfessionszugehörigkeit finden sich ebenfalls signifikante, aber schwache Zusammenhänge sowohl mit den Einstellungen zu R/S als auch mit den religiös/spirituell motivierten Verhaltensweisen ($r = -.22$ bis $.34$, $p < .05$ oder $.01$).

5.6 Selbstberichtete Barrieren als Vorhersagen für Verhaltensweisen

Wie schon im Kapitel 4 über die Datenanalyse ausführlich beschrieben, wurde zur Überprüfung der Annahme, dass verschiedene Verhaltensweisen der Ärzte im klinischen Kontext durch selbstberichtete Barrieren vorhersagbar seien, eine ordinale Regressionsanalyse durchgeführt.

Als Prädiktoren dienten die selbst berichteten Barrieren: *Allgemeines Unbehagen beim Sprechen über religiöse Dinge – Ungenügendes Wissen/Ausbildung – Zu wenig Zeit – Sorge, Patienten zu nahe zu treten – Sorge, mich der Kritik meiner Kollegen auszusetzen*. Folgende Verhaltensweisen wurden als Kriteriumvariablen verwendet: *Häufigkeit des Fragens nach religiösen/spirituellen Bedürfnissen des Patienten – Thema wechseln – Bestärkung des Patienten in seinen eigenen R/S – Mitteilung der eigenen religiösen Vorstellungen – Beten mit dem Patienten*. Alter, Geschlecht, intrinsische Religiosität und selbsteingeschätzte Spiritualität wurden dann als Kontrollvariablen einbezogen.

Die Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse sind in diesem Abschnitt in Form von berechneten Odds und Odds Ratio⁵⁵ der bivariaten und multivariaten Analyse wiedergegeben. Zur Erinnerung beschreiben Odds «das Verhältnis der Eintrittswahrscheinlichkeit eines Ereignisses zu seiner Gegenwahrscheinlichkeit»⁵⁶ und Odds Ratio ist das Verhältnismaß, das die Veränderung des Chancenverhältnisses widerspiegelt, wenn eine abhängige Variable um eine Einheit erhöht bzw. erniedrigt wird⁵⁷.

⁵⁵ Zur Veranschaulichung des Berechnungsprinzips: Vgl. J. Janssen & W. Laatz (2013), *Statistische Datenanalyse mit SPSS*, Springer, Berlin, 2013, S. 457-460: Bezeichnet man die Wahrscheinlichkeit (probability) mit P, so kann die Vorhersagevariable des Regressionsmodells mit $P(y \leq j/x)$ ausgedrückt werden. Es handelt sich um eine bedingte Wahrscheinlichkeit: der Wahrscheinlichkeit für Ereignis y unter den durch x definierten Bedingungen. Hat man mehrere Einflussvariablen, so vergrößert sich die Matrix der Vorhersagewerte. Nach Umformulierungen ergibt sich folgende Formel: $P(y \leq j/x) / 1 - P(y \leq j/x) = P(y \leq j/x) / P(y > j/x) = \text{Odds}(y \leq j/x) = e^{a_j - \beta_1 x_1 - \beta_2 x_2 - \beta_3 x_3}$, wobei a_j = sog. Schwellenparameter für jede Kategorie j der Variable y; $\beta_1, \beta_2, \beta_3$ = Regressionskoeffizienten der Einflussvariablen (Lageparameter); x_1, x_2, x_3 = unabhängige Variablen (Einflussvariable).

⁵⁶ J. Wofl et al. (Hrsg) (2009), *Methodik der empirischen Forschung*, Springer, Wiesbaden, 2009, S. 272.

⁵⁷ Vgl. C. Zurbriggen (2016), *Schulklasseneffekte, Schülerinnen und Schüler zwischen komparativen und normativen Einflüssen*, Springer, Wiesbaden, 2016, S. 128 (274 S.); M. Eid, M. Gollwitzer & M. Schmitt (2015), *Statistik und Forschungsmethoden*, Beltz, Weinheim, 2015, 1076 S.

5.6.1 Die Frage nach R/S-Bedürfnissen der Patienten in Abhängigkeit von persönlichen und klinisch-praktischen Faktoren

Anhand der Vorzeichen der Koeffizienten sowohl in der bivariaten als auch in der multivariaten Analyse erkennt man, dass Ärzte mit hohem Grad an Spiritualität und intrinsischer Religiosität häufiger als andere nach religiösen/spirituellen Angelegenheiten eines Patienten fragen. Zwischen Männern und Frauen ist dabei kein Unterschied zu erkennen. Unter Verwendung der Koeffizientenschätzwerte wurden die Chancen (Odds) bzw. die Chancenverhältnisse (Odds Ratio) für die Häufigkeit, dass ein Arzt nach religiösen/spirituellen Bedürfnissen eines Patienten fragt, berechnet. Die Ergebnisse dieser Berechnung sind in der Tabelle 22 aufgelistet. Da die Variable „Sorge, mich der Kritik meiner Kollegen auszusetzen“ mit keiner der definierten Verhaltensweise assoziiert war, wurde sie nicht in die Analyse aufgenommen. Die Variable „Sorge, Patienten zu nahe zu treten“ diente deswegen als Referenzvariable.

Die Wahrscheinlichkeit nach religiösen/spirituellen Angelegenheiten eines Patienten zu fragen (im Gegensatz zu nicht fragen) sinkt auf 0,7 zu 1, wenn sich der Proband unwohl und unbehaglich dabei fühlt über religiöse Dinge zu sprechen. Genauso verhält es sich mit dem ungenügenden Wissen/Ausbildung. Die Wahrscheinlichkeit erniedrigt sich auf 0,3 zu 1. Also, sowohl in der bivariaten Analyse als auch in der multivariaten sind die Ärzte, die das allgemeine Unbehagen beim Sprechen über religiöse Dinge (OR = 0,7 bzw. 0,3; $p < 0,05$) oder ungenügendes Wissen/Ausbildung (OR = 0,3 bzw. 0,9; $p < 0,05$) als Barrieren für Gespräche über R/S mit Patienten nennen, auch diejenigen, die in der Praxis seltener nach religiösen/spirituellen Bedürfnissen eines Patienten fragen. Denen gegenüber steigt die Wahrscheinlichkeit auf 1,7 zu 1, sich aktiv nach der R/S des Patienten zu erkundigen im Gegensatz zum Nichtfragen, wenn der Studienteilnehmer die verfügbare Zeit zur Thematisierung von R/S als zu gering empfindet.

Tabelle 22: Zusammenhang zwischen Häufigkeit des Fragens nach R/S und Barrieren

Variable	OR (bivariat)	OR (multivariat)
Allgemeines Unbehagen beim Sprechen über religiöse Dinge	0.7* [0,53-3,20]	0.3* [0,73-2,86]
Ungenügendes Wissen/Ausbildung	0.3* [0,18-2,94]	0.9 [1,46-1,71]
Zu wenig Zeit	1.7* [0,62-1,35]	1.5* [0,31-1,83]
Sorge, Patienten zu nahe zu treten	1.5 [1,78-3,86]	2.1 [0,75-0,81]

Vergleichsvariabel (bivariat): *Häufigkeit des Fragens nach religiösen/spirituellen Bedürfnissen des Patienten (oft/immer)*.

Kontrollvariablen (multivariat): Geschlecht, Intrinsische Religiosität, selbsteingeschätzte Spiritualität.

Hier und bei allen weiteren Tabellen:

OR = Odds ratio;

* $p < .05$ (zweiseitig);

** $p < .01$ (zweiseitig);

[] = 95%- Konfidenzintervall.

5.6.2 Wechseln des Themas bei Gesprächen über Religiosität/Spiritualität

Eine Übersicht über die bivariaten und multivariaten Analysen befindet sich in der Tabelle 23. Die bivariate Analyse zeigt deutlich, dass Studienteilnehmer, die sich unwohl und unbehaglich bei Gesprächen über religiöse/spirituelle Themen fühlen, hoch signifikant häufiger das Thema wechseln, wenn Patienten sie deswegen ansprechen (OR = 8,6; $p < 0.01$). Das heißt, dass das Gefühl des Unwohlseins beim Austausch über R/S dazu führt, die Wahrscheinlichkeit, das Gespräch vom Thema R/S wegzulenken gegenüber dem Beibehalten des Themas, auf 8,6 zu 1 steigt. Auch Probanden mit ungenügendem Wissen bzw. ungenügender Ausbildung bezüglich R/S tendieren dazu, das Thema R/S bei Gesprächen mit Patienten zu meiden (OR = 3,1; $p < 0.05$). In der multivariaten Analyse zeigen sich die Zusammenhänge zwischen diesen Variablen schwächer. Dagegen wechseln Ärzte, die angeben, zu wenig Zeit zur Thematisierung religiöser/spiritueller Themen mit Patienten zu haben, niemals bzw. seltener das Thema R/S beim Gespräch mit Patienten (OR = 0,7; $p < 0.05$). Daraus lässt sich ableiten, dass je weniger die Zeit zur Thematisierung von R/S als Barriere angegeben wird, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, beim Thema R/S zu bleiben, wenn es beim Gespräch mit Patienten aufkommt.

Tabelle 23: Zusammenhang zwischen Thema wechseln und Barrieren

Variable	OR (bivariat)	OR (multivariat)
Allgemeines Unbehagen beim Sprechen über religiöse Dinge	8.6** [1,56-4,25]	4.0 [1,55-1,97]
Ungenügendes Wissen/Ausbildung	3.1* [0,44-1,96]	0.2 [0,10-3,28]
Zu wenig Zeit	0.7* [0,59-1,32]	1.1 [0,96-1,16]
Sorge, Patienten zu nahe zu treten	1.4 [0,55-0,93]	0.9 [0,37-1,97]

Vergleichsvariable (bivariat): *Thema wechseln*.

Kontrollvariablen (multivariat): Geschlecht, Intrinsische Religiosität, selbsteingeschätzte Spiritualität.

5.6.3 Bestärkung des Patienten in seiner Religiosität/Spiritualität

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse der bivariaten und multivariaten Analysen wird in der Tabelle 24 aufgezeigt. Die Wahrscheinlichkeit, dass das Ereignis „*Bestärkung des Patienten in seiner eigenen R/S*“ vorliegt, ist bei Probanden, die zu wenig Zeit zur Thematisierung von R/S mit einem Patienten als Barriere angeben, fast zweimal so groß (OR = 1,6; $p < 0,05$) wie bei denjenigen, die die Zeit zum Gespräch über R/S mit Patienten als ausreichend oder sogar zu lang ansehen. Mit anderen Worten: Studienteilnehmer, die Zeitmangel beklagen, bestärken Patienten in ihren eigenen religiösen/spirituellen Gebräuchen und Überzeugungen häufiger als ihre Kollegen, denen die Zeit dafür völlig ausreicht. Weiterhin ist für jeden Probanden, der den Mangel an Ausbildung und Wissen im Bereich R/S als Barriere für Gespräche über R/S nennt, die Wahrscheinlichkeit bei 0,2 zu 1, dass er zu der Gruppe gehört, die eine Bestärkung der Patienten in ihrer R/S nicht anstreben (OR = 0,2; $p < 0,05$). Dasselbe gilt auch für Teilnehmer, die das „allgemeine Unbehagen beim Sprechen über religiöse Dinge“ als Barriere betrachten (OR = 0,4; $p < 0,05$). In der multivariaten Darstellung zeigt sich hinsichtlich der Bestärkung des Patienten lediglich die Tendenz, dass fast alle Befragten weniger häufiger Patienten in ihrer eigenen R/S unterstützen.

Tabelle 24: Zusammenhang zwischen Bestärkung des Patienten und Barrieren

Variable	OR (bivariat)	OR (multivariat)
Allgemeines Unbehagen beim Sprechen über religiöse Dinge	0.4* [0,76-3,25]	0.9* [0,96-2,39]
Ungenügendes Wissen/Ausbildung	0.2* [0,80-2,37]	0.3* [0,69-2,28]
Zu wenig Zeit	1.6* [0,46-1,42]	0.9* [0,98-1,07]
Sorge, Patienten zu nahe zu treten	0.6 [2,19-4,45]	1.0 [0,76-2,44]

Vergleichsvariable (bivariat): *Bestärkung des Patienten in seiner eigenen R/S*.

Kontrollvariablen (multivariat): Geschlecht, Intrinsische Religiosität, selbsteingeschätzte Spiritualität.

5.6.4 Mitteilung der eigenen religiösen/spirituellen Vorstellungen

Die wesentlichen Ergebnisse der bivariaten und multivariaten Analysen dieses Abschnittes lassen sich der Tabelle 25 entnehmen. Bei dieser Untersuchung ging es darum, Prädiktoren herauszufinden, welche die Mitteilungswahrscheinlichkeit der eigenen R/S beim Gespräch mit Patienten vorhersagen könnten. Die Wahrscheinlichkeit, seine eigenen religiösen und spirituellen Überzeugungen mitzuteilen, wenn man sich unwohl fühlt über religiöse Dinge zu sprechen, liegt bei 0,9 zu 1 (OR = 0,9; $p < 0,05$) im Verhältnis zu der Wahrscheinlichkeit, seine eigene R/S mitzuteilen, wenn das „*allgemeine Unbehagen beim Sprechen über religiöse Dinge*“ nicht als Barriere empfunden wird. Das Chancenverhältnis liegt fast bei 1:1. Dies bedeutet, dass der Prädiktor „*allgemeines Unbehagen beim Sprechen über religiöse Dinge*“ gleichen Einfluss auf beide Gruppen hat. Anders gesagt, Studienteilnehmer teilen ihre eigenen religiösen/spirituellen Überzeugungen und Vorstellungen den Patienten gleich häufig mit, egal ob sie sich dabei wohl oder unwohl fühlen. Diese Erkenntnis ist umso bemerkenswerter, da fast ein Viertel der Probanden ihr Verhalten, nicht mit Patienten über R/S zu sprechen, mit dem allgemeinen Unbehagen beim Sprechen über religiöse Dinge begründeten (cf. Kapitel 5.4.5). Auch erkennt man in den Ergebnissen der bivariaten und multivariaten Analyse, dass Studienteilnehmer, die den Zeitmangel als Haupthindernis für Gespräche mit Patienten über R/S erwähnt hatten (41%, siehe Kapitel 5.4.5), häufiger als alle anderen Teilnehmer etwas über ihre eigenen religiösen/spirituellen Erfahrungen mitteilen (OR = 2,7 bzw. 2,2; $p < 0,05$).

Tabelle 25: Zusammenhang zwischen Mitteilung der eigenen R/S und Barrieren

Variable	OR (bivariat)	OR (multivariat)
Allgemeines Unbehagen beim Sprechen über religiöse Dinge	0.9* [0,27-2,74]	2.3* [1,07-2,34]
Ungenügendes Wissen/Ausbildung	0.1* [0,11-2,63]	0.4 [1,29-1,68]
Zu wenig Zeit	2.7* [0,40-1,97]	2.2* [0,27-1,97]
Sorge, Patienten zu nahe zu treten	0.4 [2,28-4,74]	0.5 [0,12-1,68]

Vergleichsvariable (bivariat): *Mitteilung der eigenen religiösen Vorstellungen.*

Kontrollvariablen (multivariat): Geschlecht, Intrinsische Religiosität, selbsteingeschätzte Spiritualität.

5.6.5 Beten mit dem Patienten

Den Ergebnissen der bivariaten und multivariaten Analyse aus der Tabelle 26 kann entnommen werden, dass die Variablen „*allgemeines Unbehagen beim Sprechen über religiöse Dinge*“, „*ungenügendes Wissen/Ausbildung*“ und „*zu wenig Zeit*“ einen signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable „*Beten mit dem Patienten*“ in der bivariaten Analyse haben. In der multivariaten Analyse besteht keine Signifikanz für die Variable „*ungenügendes Wissen/Ausbildung*“ mehr. Würde man davon ausgehen, dass Ärzte, die „*zu wenig Zeit*“ als Barriere für die Durchführung von Gesprächen über R/S mit Patienten ansehen, häufiger mit Patienten beten als die Probanden, die den Zeitmangel als erhebliches Hindernis zum Austausch mit Patienten über R/S angeben, würde die Wahrscheinlichkeit für das Ergebnis „*Beten mit Patienten*“ bei mehr als hundert Prozent liegen (OR = 1,9 und 1,8; $p < 0,05$). Andererseits ist die Wahrscheinlichkeit des „*Betens mit Patienten*“ bei Ärzten, die sich bezüglich R/S unzureichend ausgebildet fühlen, weniger als halb so groß wie bei Teilnehmern, die den Mangel an Wissen nicht als Hürde betrachten.

Tabelle 26: Zusammenhang zwischen Beten mit dem Patienten und Barrieren

Variable	OR (bivariat)	OR (multivariat)
Allgemeines Unbehagen beim Sprechen über religiöse Dinge	0.4** [1,57-4,40]	0.5* [1,78-2,07]
Ungenügendes Wissen/Ausbildung	0.1* [0,77-3,31]	0.2 [0,79-2,34]
Zu wenig Zeit	1.9* [0,32-1,60]	1.8* [0,45-1,66]
Sorge, Patienten zu nahe zu treten	0.5 [1,31-3,20]	0.5 [0,55-2,21]

Vergleichsvariable (bivariat): *Beten mit dem Patienten*.

Kontrollvariablen (multivariat): Geschlecht, Intrinsische Religiosität, selbsteingeschätzte Spiritualität.

6 Diskussion

Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Arbeit eingehend diskutiert und den Erkenntnissen anderer Studien gegenübergestellt.

6.1 Diskussion der Fragen- und Methodenauswahl

Die Forschungsfragen⁵⁸ wurden mittels des von Curlin et al. entwickelten Survey „*Religion and Spirituality in Medicine: Physicians' Perspectives*“ konzipiert. Eine validierte französischsprachige Version des Originalfragebogens von Curlin et al. wurde im Universitätsklinikum von Kinshasa eingesetzt. Der Fragebogen war in folgende drei Abschnitte untergliedert:

Section A: Your perspective on religion/spirituality and health

Section B: Your religious/spiritual characteristics

Section C: Demographics and your medical practice

Während es zur Wahrung der Vergleichbarkeit notwendig und aus inhaltlicher Sicht sinnvoll erschien, alle Items des Abschnitts A in die französisch-kongolesische Fassung zu übernehmen, wurden einige Fragen der Abschnitte B und C aufgrund der fehlenden Relevanz für den kongolesischen Kulturraum aus dem Fragenkatalog entfernt. Weitere Fragen wurden aus anderen Quellen ersetzt oder hinzugefügt und somit dem französischen Sprach- und Kulturkontext angepasst. Das International Social Survey Programm (ISSP 2008) und die Europäische Wertestudie (EVS 2008) wurden dabei als Quellen⁵⁹ verwendet.

⁵⁸ Diese Dissertation fand im Rahmen eines Forschungsprojekts der Professur für Spiritual Care mit zwei weiteren Erhebungsstandorten, in Deutschland und Dänemark statt. Verantwortlich für die dänische Erhebung war Dr. Nils C. Hvidts, Associate Professor an der Research Unit of Health, Man, and Society der University of Southern Denmark in Odense. In Deutschland waren von der Fakultät der Medizin/LMU Prof. Dr. med. Eckhard Frick, Prof. Dr. theol. Traugott Roser, Prof. Dr. med. Andreas Schulze und Dr. med. Inga Wermuth als Studienleiter bzw. Studienkoordinatorin aktiv.

⁵⁹ Die sog. European Value Study ist eine umfangreiche, transnationale empirische Langzeitstudie, mit der eine Analyse grundlegender Werte vorgenommen wird (siehe <http://www.europeanvaluesstudy.eu/>, zuletzt abgerufen am 25.06.2012). Das International Social Survey Programme (ISSP) ist ein internationales Kooperationsprogramm, das jährlich eine gemeinsame Umfrage zu sozialwissenschaftlich relevanten Themen durchführt (siehe <http://www.gesis.org/issp>, zuletzt abgerufen am 25.06.2012).

Grundlegend für die vorgenommene Übersetzung bzw. Adaptation des Gesamtfragebogens war der sogenannte ask-the-same-question-Ansatz⁶⁰. Dieser betont die Erwartung einer semantisch-pragmatischen Vergleichbarkeit, einer Beachtung der Kriterien adäquater Formulierung von Fragen in Bezug auf den Zieltext sowie einer Wahrung von Konstruktionsmerkmalen im Ausgangstext⁶¹. Dieser Ansatz bot den Vorteil, dass er die Voraussetzung für eine maximale Äquivalenz bot und damit einen Item-zu-Item-Vergleich möglich machte. Basierend auf diesem Ansatz wurden die Fragen in der Reihenfolge des Originalfragebogens belassen.

Der gesamte Anpassungsprozess des Fragebogens wurde tabellarisch in detaillierter Form und als Anhang dokumentiert. Die Rücklaufquote lag bei 82,3% (112/136).

Im Rahmen des oben beschriebenen explorativ-deskriptiven Vorgehens wurden religiöse und spirituelle Charakteristika der Zielpopulation erhoben. Hierunter subsumierte sich das selbstberichtete Verhalten, bezogen auf religiöse/spirituelle Aspekte im klinischen Kontext, persönliche religiöse/spirituelle Einstellungen, Überzeugungen und Werte sowie allgemeine demographische Merkmale. Die Grundlage der statistischen Analyse der gewonnenen Daten war das „Statistical Package for the Social Sciences bzw. Statistical Product and Service Solutions“ (IBM SPSS Statistics 21.0) für Microsoft Windows. Die gesamten Daten wurden in Bezug auf die Variable „Geschlecht“ gewichtet. Dadurch konnten Verzerrungen von der Stichprobe gegenüber der Grundgesamtheit (angestellte Ärzte am Uniklinikum Kinshasa) korrigiert werden.

Die Korrelationsanalyse nominalskalierter Variablen wurde mit Hilfe verschiedener Varianten des Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstests durchgeführt und unter Anwendung von Kreuztabellen dargestellt. Danach wurden die Zusammenhänge der Daten und deren Signifikanz mittels Spearmans Rangkorrelationskoeffizient r_s überprüft. Das Signifikanzniveau wurde a priori auf $p < 0,05$ festgelegt. Mittels multipler Regressionsanalyse wurden schließlich univariate Zusammenhänge zwischen Religiosität/Spiritualität der Ärzte, ihrer Konfessionszugehörigkeit und den selbst berichteten Barrieren nach der Adjustierung der Kovariaten untersucht.

⁶⁰ Vgl. J. Harkness, B-E Pennell, A. Villar, N. Gebler, S. Aguilar-Gaxiola, I. Bilgen (2008), Translation Procedures and Translation Assessment in the World Mental Health Survey Initiative, in: Kessler RC (ed.), The WHO world mental health surveys - global perspectives on the epidemiology of mental disorders. 1. publ. ed. New York: Cambridge University Press 2008, XVIII, 580 S.

⁶¹ Vgl. Behr D. (2009), 291 S.

6.2 Diskussion der Umfrageergebnisse

Die ärztlich-klinische Tätigkeit ist neben den medizinischen Aspekten oft mit komplexen Fragen ethischer, religiöser und spiritueller Art verbunden. Das Hauptziel der vorliegenden Arbeit war, aus Sicht der Ärzte, die möglichen Einflüsse von Religiosität/Spiritualität (R/S) auf die Behandlungssituation und die Arzt-Patient-Beziehung zu untersuchen. Die Annahme, dass verschiedene Verhaltensweisen der Ärzte im klinischen Alltag durch selbstberichtete Barrieren bezüglich R/S vorhersagbar seien, sollte überprüft werden.

Ein zweiter Schwerpunkt dieser Arbeit lag darin, die religiösen/spirituellen Charakteristika, d.h. die Einstellungen, Überzeugungen und Verhaltensweisen von Ärzten, die im Universitätsklinikum von Kinshasa tätig waren und an dieser Studie teilgenommen haben, zu erfassen.

Schließlich wurde auch die Frage behandelt, ob es Unterschiede in Bezug auf spirituelle und religiöse Charakteristika zwischen Ärzten verschiedener Nationen bzw. Kulturen (Kongo versus Deutschland versus Dänemark versus USA) gibt.

6.2.1. Religiöse Charakteristika

In diesem Kapitel werden die religiösen/spirituellen Charakteristika der kongolesischen Ärzte zusammenfassend vorgestellt. Im Gegensatz zur Curlin´ Studie⁶², die die Merkmale der Ärzte in den USA mit denen der normalen Bevölkerung vergleicht, gibt es keine uns bekannten wissenschaftlichen Studien, die die religiösen/spirituellen Charakteristika der kongolesischen Bevölkerung im Allgemeinen untersuchen. Schlussfolgernd können in dieser Arbeit die Unterschiede oder Gemeinsamkeiten beider Gruppen leider nicht diskutiert werden. Außerdem hat der Survey über die religiösen Charakteristika der Ärzte im Universitätsklinikum Kinshasa nicht den Anspruch repräsentativ zu sein, sondern dient einer groben Einordnung, da nur etwa ein Viertel der beschäftigten Ärzte des Uni-Klinikums erfasst werden konnte. Außerdem repräsentieren die Befragten nicht das gesamte Kollektiv der ärztlichen Körperschaft im Kongo. Trotzdem bietet diese Studie wichtige und zielführende Informationen zu Einstellungen, Überzeugungen und Verhaltensweisen der Ärzte im Kongo.

Insgesamt betrachten sich kongolesische Ärzte als religiöse und spirituelle Menschen. So schätzen sie sowohl ihre eigene Spiritualität (80,2%) als auch ihre eigene Religiosität (91,2%) sehr hoch ein. Zudem korreliert der Grad der Spiritualität bzw. Religiosität mit der Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft. Die Befragten, die zu einer Religionsgemeinschaft gehören, bezeichnen sich fast alle auch als spirituelle Menschen. Im Vergleich dazu halten sich 52% der US-Ärzte für spirituell und religiös gleichermaßen. Kongolesische Ärzte bemühen sich sehr, ihre religiösen Überzeugungen in ihr alltägliches Leben zu integrieren (65% vs. 58% bei US-Ärzten) und geben an, ihr ganzer Lebensentwurf basiere auf ihrer Religiosität. Sie empfinden es weder als Schwierigkeit, dem religiösen Glauben im Rahmen der medizinischen Tätigkeit treu zu bleiben noch zweifeln sie am religiösen Glauben aufgrund der Erfahrungen aus der medizinischen Tätigkeit. Ihre religiösen Überzeugungen beeinflussen stark ihre praktische medizinische Tätigkeit (71% vs. 55% bei US-Ärzten). Der Glaube an ein Leben nach dem Tod, an den Himmel bzw. die Hölle sowie an Wunder ist Bestandteil ihrer Religiosität. Bei Gott suchen sie Kraft, Unterstützung und Orientierung, wenn sie mit schwierigen Lebenssituationen konfrontiert sind (95% vs. 48% bei US-Ärzten). Interessanterweise wenden sich nicht nur Ärzte mit Konfessionszugehörigkeit (95%) an Gott, sondern auch diejenigen, die zu keiner Religionsgemeinschaft gehören (91%). Dies ist wahrscheinlich dadurch zu erklären, dass angesichts der Tatsache, dass die Mehrheit

⁶² Vgl. FA. Curlin et al. (2005), Religious characteristics of U.S. Physicians: a national survey, in: Journal of General Internal Medicine 2005,20, S. 629-634.

der kongolesischen Bevölkerung dem Christentum angehört⁶³, Ärzte - wie andere Kongolesen - christlich sozialisiert sind. Die meisten der Befragten waren nämlich Katholiken, Protestanten oder Mitglieder freier Kirchen. Unabhängig davon, dass sie sich als Christen präsentieren und somit an die Auferstehung glauben, geben manche Ärzte (37%) zudem an, an die übernatürlichen Kräfte von Ahnen zu glauben.

Die Ergebnisse dieses Studienabschnittes bestätigen im Allgemeinen die Resultate des Survey von Curlin et al. Der Studie von Curlin⁶⁴ ist aber auch zu entnehmen, dass sich die Ärzte in den USA im Vergleich zur gesamten Bevölkerung weniger anstrengen, ihre religiösen Überzeugungen auf andere Bereiche des Lebens anzuwenden. Wesentlich weniger als die Allgemeinbevölkerung wenden sie sich als Coping-Strategie in schwierigen Lebenssituationen oder vor wichtigen Entscheidungen an Gott. Sie versuchen der Lebenssituation einen Sinn zu geben und entscheiden sich für ihren eigenen Weg, ohne sich hierbei in erster Linie auf Gott zu verlassen (61% vs. 30% bei kongolesischen Ärzten). Bei den kongolesischen Ärzten scheint es dagegen keine Diskrepanz in verschiedenen sozialen Bereichen in Bezug auf R/S zu geben. Sie geben an, bei Gott nach Orientierung und Unterstützung zu suchen, um größere Probleme in ihrem Leben zu bewältigen. Ob diese Angaben auch dem Verhalten in der alltäglichen klinischen Praxis entsprechen, wird in dem Abschnitt über die Zusammenhänge von Einstellungen zu R/S und Verhalten untersucht. Was die deutschen Ärzte betrifft, gaben z.B. in der Studie von Hofmann und Walach⁶⁵ die meisten deutschen Psychotherapeuten an, dass ihre religiösen und spirituellen Überzeugungen ihre Praxis der Psychotherapie beeinflussen.

Im Rahmen dieser Dissertation soll die Bedeutung von Religiosität und Spiritualität im Kongo speziell mit der Situation in den USA und Deutschland verglichen werden. Im Allgemeinen wird der Impact der R/S in afrikanischen Ländern, wie der Demokratischen Republik Kongo, höher eingeschätzt als in den USA oder in Europa. Der internationale Religionsmonitor der Bertelsmann-Stiftung stufte z.B. Ende 2007 den Anteil religiöser Menschen an der

⁶³ http://en.wikipedia.org/wiki/Religion_in_the_Democratic_Republic_of_the_Congo, 2014.10.29

⁶⁴ Vgl. F.A. Curlin et al., (2005), Religious characteristics of U.S. Physicians: a national survey, in: Journal of General Internal Medicine 2005,20, S. 632.

⁶⁵ Vgl. L. Hofmann & H. Walach (2011), Spirituality and religiosity in psychotherapy – A representative survey among German psychotherapists, in: Psychotherapy Research 2011, 21(2), S. 179-192.

Gesamtbevölkerung der USA mit 89% und in Deutschland mit 70% ein. Afrika sei der religiöseste Kontinent und Nigeria das Land mit der höchsten Religiosität der Welt⁶⁶.

6.2.2. Persönliche Sichtweise auf Religiosität/Spiritualität und Gesundheit

Im Rahmen dieser Studie wurde vor allem der Stellenwert der Religiosität/Spiritualität bei der Patientenversorgung aus der Perspektive der behandelnden Ärzte untersucht.

Nahezu vier Fünftel der Ärzte sind davon überzeugt, dass Religiosität/Spiritualität die Gesundheit der Patienten stark beeinflussen. Dieser Einfluss sei mehr positiv als negativ. Auch glauben die meisten Ärzte, dass Gott oder eine übernatürliche Instanz in die Gesundheit des Patienten eingreife. Diese Aussagen bestätigen die Ergebnisse anderer Studien, etwa die von Curlin et al.⁶⁷ oder Koenig et al.⁶⁸. Laut Curlin glauben die meisten US-Ärzte, dass R/S einen wesentlichen und im allgemeinen positiven Einfluss auf die Gesundheit der Patienten hat (85%) und dass dieser Einfluss gelegentlich auf göttlichem Eingreifen beruht (54%). Koenig et al. fanden zudem heraus, dass aus der Sicht der Hausärzte die Religion einen positiven Effekt auf die psychische und körperliche Gesundheit (67%) bei älteren Patienten hat.

Auch wenn die Ärzte in den USA und in Deutschland die Rolle der Religion für die Gesundheit der Patienten erkennen, sind sie kritischer und distanzierter als ihre Kollegen im Kongo bei ihrer Bewertung dieses Phänomens. Die US-Ärzte betrachten Religion als hilfreiche Rahmenbedingung zur Bewältigung von Krankheit: Innerhalb einer religiösen Gemeinschaft kann sie sich als konkrete und für die Erkrankten als förderliche Unterstützung beim Heilungsverlauf bemerkbar machen.

Kongolesische Ärzte finden es angemessen, dass ein Arzt über religiöse/spirituelle Themen spricht, wenn ein Patient diese zur Sprache bringt (68% vs. 91% bei US-Ärzten). Ihrer Meinung nach dürfte sogar der Arzt aus eigener Initiative den Patienten zu seiner Religiosität/Spiritualität befragen. Weiter geben sie an, dass sie dabei den Patienten in seinen eigenen religiösen/spirituellen Überzeugungen und Gebräuchen bestärken, aber auch ihre eigenen religiösen Vorstellungen mitteilen. Fast ein Drittel der Ärzte befürwortet das Beten

⁶⁶ Vgl. Bertelsmann Stiftung. Religionsmonitor 2007. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus 2007.

⁶⁷ Vgl. FA. Curlin et al. (2007), Physicians' Observations and Interpretations of the Influence of Religion and Spirituality on Health, in: Arch. Intern. Med., 167, S. 649-654.

⁶⁸ Vgl. H.G. Koenig, L.B. Bearon, R. Dayringer (1989), Physician perspectives on the role of religion in the physician-older patient relationship, in: J. Fam Pract., 28, S. 441-448.

mit dem Patienten, wenn der Arzt dies als angemessen empfindet. Entsprechend gibt etwa die Hälfte der Befragten an, immer oder oft mit dem Patienten gebetet zu haben (49% vs. 19 % bei US-Ärzten).

6.2.3. Zusammenhang zwischen religiösen Charakteristika und Einstellungen/Verhalten

Ärzte, die sich zu einer religiösen Konfession bekennen und gleichzeitig über einen hohen Grad an Religiosität, Spiritualität und intrinsischer Religiosität verfügen, finden es angemessen, sowohl über religiöse/spirituelle Themen zu sprechen, wenn ein Patient diese zur Sprache bringt, als auch einen Patienten zu seiner Religiosität/Spiritualität zu befragen. Umgekehrt gilt für Ärzte ohne Bekenntnis zu einer Religionsgemeinschaft und mit niedriger Religiosität/Spiritualität. Aus deren Sicht sollten es Ärzte vermeiden, über die eigenen religiösen Überzeugungen und Erfahrungen mit einem Patienten zu sprechen oder mit ihren Patienten zu beten. Diese letztgenannte Meinung vertritt jedoch nur eine Minderheit der befragten Ärzte (18%).

Untersucht wurden auch die Zusammenhänge zwischen den religiösen Charakteristika der Befragten und der Tatsache, ob und wie oft Ärzte Patienten über ihre R/S aktiv befragen, ob sie Patienten in ihrer R/S bestärken, ob sie ihre eigene R/S den Patienten mitteilen oder ob sie mit den Patienten beten, wenn religiöse bzw. spirituelle Belange in Gesprächen mit den Patienten auftauchen. Es fanden sich viele signifikante Zusammenhänge unterschiedlichen Ausmaßes zwischen den beiden Dimensionen, „religiöse Charakteristika“ und „religiös/spirituell motivierte Verhaltensweisen der Ärzte“.

Ärzte mit hoher Religiosität fragen oft/immer nach religiösen/spirituellen Bedürfnissen eines Patienten, bestärken den Patienten in seinen eigenen religiösen/spirituellen Überzeugungen und Gebräuchen, teilen etwas über ihre eigenen religiösen Vorstellungen und Erfahrungen mit und beten mit den Patienten. Außerdem versuchen Ärzte mit hoher Spiritualität oder intrinsischer Religiosität selten, das Thema zu wechseln, wenn religiöse/spirituelle Belange in Gesprächen mit Patienten auftauchen. Im Gegensatz dazu geben Ärzte mit niedriger Spiritualität oder intrinsischer Religiosität an, dass sie das Thema oft oder immer wechseln. Einzig die Variable „selbsteingeschätzte Religiosität“ korreliert negativ mit der Variable „Thema wechseln“. ($r = -.28$, $p < .01$), was eine Diskrepanz mit den Ergebnissen der Korrelation zwischen anderen „religiösen Charakteristika“ und „religiös/spirituell motivierte

Verhaltensweisen“ darstellt. Die Ursache dieser Diskrepanz könnte sein, dass Ärzte mit niedrig selbsteingeschätzter Religiosität im klinischen Alltag das Gespräch mit Patienten über R/S-Themen nicht wechseln, wie sie es angeben, sondern sich doch mit Patienten über R/S austauschen. Dies sollte in künftigen Studien nochmals überprüft werden, denn dieses Ergebnis würde bedeuten, dass auch Ärzte mit hoher selbst eingeschätzter Religiosität das Thema R/S häufiger wechseln als angenommen. Für die Konfessionszugehörigkeit finden sich ebenfalls signifikante, aber schwache Zusammenhänge sowohl mit den Einstellungen als auch mit den Verhaltensweisen ($r = -.22$ bis $.34$, $p < .05$ oder $.01$).

Die Ergebnisse dieses Studienabschnittes belegen im Einklang mit der Arbeit von Curlin et al. die Bedeutung und den Einfluss der R/S der Ärzte auf ihre Einstellungen und ihr Verhalten im klinischen Kontext. Trotz räumlicher und kultureller Unterschiede scheinen die Ärzte sowohl in den USA als auch im Kongo das gleiche Empfinden und denselben Zugang zu den spirituellen Ressourcen zu besitzen. Tatsächlich diskutieren die US-Ärzte über R/S mit den Patienten weniger (45% finden es unangemessen den Patienten über seine R/S zu befragen) und beten mit ihnen auch seltener (53% nur auf Initiative des Patienten) als es die Ärzte im Kongo tun (62% finden es angemessen den Patienten über seine R/S zu befragen bzw. ca. 64% beten oft/immer auf Wunsch der Patienten).

In Deutschland untersuchten J.H. Demling et al.⁶⁹ bei ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten im nordbayerischen Raum den Stellenwert der Religion für die Psychotherapeuten selbst und den therapeutischen Rahmen. Die Umfrage zeigte, dass etwa ein Fünftel der Psychotherapeuten mit Patienten beten. Zudem konnte sich ein großer Teil der Therapeuten vorstellen, in geeigneten Fällen einen Seelsorger hinzuzuziehen. Auch wenn nur 10% der deutschen Psychotherapeuten regelmäßig mit den Patienten über religiöse Belange in der alltäglichen klinischen Praxis sprechen, kamen Demling et al. zu dem Schluss, dass die Ergebnisse ihrer Studie für einen Zusammenhang zwischen der subjektiven Einstellung des Therapeuten zur Religion und der Handhabung der Thematik in ihrer therapeutischen Praxis sprechen. Zuletzt hat auch Edgar Voltmer⁷⁰ die R/S niedergelassener deutscher Ärzte in Bezug auf ihre praktische Tätigkeit untersucht. Seine Studie weist in die gleiche Richtung wie

⁶⁹ Vgl. J. H. Demling, M. Wörthmüller, T.A. O'Connolly (2001), Psychotherapie und Religion. Eine repräsentative Umfrage unter fränkischen Psychotherapeuten, in: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 2001, 51(2), S. 76–82.

⁷⁰ Vgl. E. Voltmer, A. Büssing, H.G. Koenig & Faten Al Zaben (2013), Religiosity/Spirituality of German Doctors in Private Practice and Likelihood of Addressing R/S Issues with Patients, in: Journal of Religion and Health 2013, 52 (3), DOI 10.1007/s10943-013-9776-0, 2013, S. 9.

die Studie von Demling: Die meisten deutschen Ärzte (67%) sprechen nie oder selten mit Patienten über spirituelle Themen.

Als Ursache für diese Zurückhaltung wird angenommen, dass aufgrund der starken Säkularisierung westeuropäischer Länder religiöse Praxis und Glaube zur Privatsphäre gehören und somit keine Rolle in der Arzt-Patient-Beziehung spielen sollten⁷¹. Ein anderer komplementärer Erklärungsansatz für die Situation in Deutschland wäre die Folge der atheistischen Prägung Ostdeutschlands als Konsequenz der deutschen Teilung von 1949 – 1990⁷². Trotzdem fand Voltmer wie schon Curlin et al. vorher, dass das Ausmaß der persönlichen Religiosität und Spiritualität eng mit dem Einbezug religiöser/spiritueller Elemente im Arzt-Patienten-Verhältnis korreliert: Je höher die eigene Religiosität/Spiritualität, umso häufiger die Thematisierung von R/S bei Patienten.

6.2.4. Selbstberichtete Barrieren als Vorhersagen für religiös/spirituell motivierte Verhaltensweisen

Die von den befragten Ärzten angegebenen Barrieren zur Thematisierung von R/S mit Patienten haben unterschiedliche Auswirkungen auf mehrere Verhaltensbereiche. So waren sowohl in der bivariaten als auch in der multivariaten Analyse Ärzte, die das allgemeine Unbehagen beim Sprechen über religiöse Dinge oder ungenügendes Wissen bzw. ungenügende Ausbildung als Barrieren für Gespräche über R/S mit Patienten nannten, auch diejenigen, die in der Praxis seltener nach religiösen/spirituellen Angelegenheiten eines Patienten fragten (OR = 0,7 bzw. 0,3 und 0,3 bzw. 0,9; $p < 0,05$).

Ärzte, die sich unwohl und unbehaglich in Gesprächen über religiöse/spirituelle Themen fühlen, wechseln hoch-signifikant häufiger das Thema R/S, wenn Patienten sie deswegen ansprechen (OR = 8,6; $p < 0,01$). Auch solche mit ungenügendem Wissen bzw. mit ungenügender Ausbildung bezüglich R/S tendieren dazu, das Thema R/S bei Gesprächen mit Patienten zu wechseln (OR = 3,1; $p < 0,05$). Dagegen wechseln Ärzte, die angeben, zu wenig Zeit für die Thematisierung religiöser/spiritueller Themen mit Patienten zu haben, niemals bzw. seltener das Thema R/S im Austausch mit Patienten (OR = 0,7; $p < 0,05$).

⁷¹ Vgl. Koenig, H. G. (2013). *Spirituality in patient care* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Templeton Foundation Press, 2013; Sloan, R. P., Bagiella, E., Van de Creek, L., Hover, M., Casalone, C., Jinpu, H. T., et al. (2000), Should physicians prescribe religious activities? In: *New England Journal of Medicine* 2000, 342(25), S. 1913.

⁷² Vgl. M. Terwey, Kirchen weiter auf der Verliererstraße – Inferno und Aberglauben im Aufwind? In: *ZA-Information*, 52, S.93-119.

Schon frühere Studien haben auf dieses Handicap hingedeutet. Demling et al. einerseits und Hofmann/Walach andererseits sind der Meinung, dass viele Ärzte und Psychotherapeuten sich nicht gut genug dafür ausgebildet fühlen, auf das Bedürfnis der Patienten bzgl. religiöser/spiritueller Belange einzugehen⁷³. Anderer Meinung dagegen sind McVittie und Tiliopoulos⁷⁴: Für sie ist es nicht der Mangel an Wissen und Kompetenzen, sondern die Marginalisierung des Themas R/S in der Medizin, die die Ärzte davon abhält, Patienten nach ihren religiösen/spirituellen Bedürfnissen zu befragen. Unsere Studie hat allerdings gezeigt, dass die Sorge, sich der Kritik der Kollegen auszusetzen, überhaupt keine Rolle spielt, wenn es darum geht, sich über R/S mit den Patienten auszutauschen.

Ärzte, die zu wenig Zeit zur Thematisierung von R/S mit einem Patienten angeben, bestärken den Patienten häufiger in seinen eigenen religiösen/spirituellen Gebräuchen und Überzeugungen (OR = 1,6; $p < 0,05$) als ihre Kollegen, die den Mangel an Ausbildung und Wissen im Bereich R/S als Barriere für Gespräche über R/S nennen (OR = 0,2; $p < 0,05$). In der multivariaten Darstellung zeigte sich hinsichtlich der Bestärkung der Patienten lediglich die Tendenz, dass fast alle Befragten die Patienten kaum in ihrer eigenen R/S unterstützen.

Dass Ärzte, die Zeitmangel als Haupthindernis für Gespräche mit Patienten über R/S erwähnt hatten (41%), häufiger als alle anderen Teilnehmer etwas über ihre eigenen religiösen/spirituellen Erfahrungen mitteilen (OR = 2,7 und 2,2; $p < 0,05$) und häufiger mit Patienten beten (OR = 1,9 und 1,8; $p < 0,05$) ist nachvollziehbar, denn sie sind im Allgemeinen hoch spirituell und religiös und versuchen, ihre religiösen Überzeugungen auch im beruflichen Umfeld einzubringen. Erstaunlich ist aber, dass fast ein Viertel der Ärzte (18%), die nicht mit Patienten über R/S sprechen und dies mit dem allgemeinen Unbehagen über religiöse Dinge zu sprechen begründen, häufiger ihre eigenen religiösen/spirituellen Überzeugungen und Vorstellungen den Patienten mitteilen (OR = 2,3; $p < 0,05$). Interessant wäre zu wissen, worin ihre Mitteilung besteht: Pro oder Contra Religion in der Medizin.

Curlin et al., die bereits 2006 in einer „Crosssectional Survey“ die Vorhersagbarkeit von selbst berichteten Barrieren in Bezug auf ärztliche Verhaltensweisen in der Praxis untersuchten, konnten darin schon mit den Ergebnissen unserer Studie vergleichbare

⁷³ Vgl. L. Hofmann & H. Walach (2011), Spirituality and religiosity in psychotherapy—A representative survey among German psychotherapists, in: *Psychotherapy Research* 2011, 21(2), S. 179–192;
J. H. Demling, M. Wörthmüller, T.A. O'Connolly (2001), Psychotherapie und Religion. Eine repräsentative Umfrage unter fränkischen Psychotherapeuten, in: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 2001,51(2), S. 76–82.

⁷⁴ Vgl. C. McVittie & N. Tiliopoulos (2007), When 2–3% really matters: The (un)importance of religiosity in psychotherapy, in: *Mental Health, Religion and Culture* 2007, 10(5), S. 515–526.

Zusammenhänge finden: In den US-Studien fanden sie, dass «Physicians' approaches to these matters vary substantially according to physicians' religious characteristics. Physicians who describe themselves as religious or spiritual are much more likely to initiate discussions about R/S and to pray with patients»⁷⁵. Voltmer et al., die eine Umfrage in Deutschland mit der gleichen Fragestellung durchführten, kamen zu dem Ergebnis, dass «there was a strong relationship between doctors' personal R/S practices and the extent to which they addressed patients' R/S issues. Doctors who regarded themselves as religious and/or spiritual and who engaged in public and private religious activities were more likely to address these issues»⁷⁶.

Im Endeffekt stellt sich stets heraus, dass religiöse/spirituelle Einstellungen und Überzeugungen der behandelnden Ärzte einen erheblichen Einfluss auf ihre klinische Praxis und den Umgang mit Patienten haben. Wie schon von Curlin und Voltmer erwähnt, sollte den angehenden Ärzten in ihrer Ausbildung dieses Phänomen bewusst gemacht werden. Im Kongo ist dies - im Vergleich zu westlichen Ländern - noch wichtiger, Medizinstudenten und junge Ärzte über den bewussten und unbewussten Einfluss ihrer Glaubensvorstellungen im Umgang mit den Patienten zu unterrichten. Die bewusste Wahrnehmung des eigenen Verhaltens kann besonders bei palliativer Situation davor schützen, dem Patienten den Eindruck zu geben, die schulische Medizin sei gescheitert und es sei nun die Aufgabe des „Nganga“, des Medizinmanns⁷⁷, dem Kranken zu helfen.

⁷⁵ FA. Curlin et al. (2006), The association of physicians' religious characteristics with their attitudes and self-reported behaviors regarding religion and spirituality in the clinical encounter, in: *Medical Care* 2006,44,5, S. 451.

⁷⁶ E. Voltmer, A. Büssing, H.G. Koenig & Faten Al Zaben (2013), Religiosity/Spirituality of German Doctors in Private Practice and Likelihood of Addressing R/S Issues with Patients, in: *Journal of Religion and Health* 2013, 52 (3), DOI 10.1007/s10943-013-9776-0, 2013, S. 9.

⁷⁷ Der „Nganga“ oder „Nganga Ngombo“ fungiert als Naturheilkundiger, Heiler und Wahrsager. Mittels Kräutern, tierischen Bestandteilen, Ritualen, Exorzismen und Orakels kann er eine Hexerei diagnostizieren und somit die Quelle des Unglücks und Schicksalsschläge feststellen und den Schaden beheben. Die Hexerei, auch schwarze Magie genannt, ist eine Art böser übernatürlicher Kraft, die manche Personen befähigt, Schaden für Gesundheit und Besitz zu verursachen.

Vgl. C. Okeke (1997), *Kongo. The heritage library of Africans peoples: A look at the culture, history, and contemporary life of the Kongo people of the Republic of Congo, western Zaire, and northern Angola*, The Rosen Publishing Group, New York, 1997, 64 S.;

N. Kaiser (2013), *Einblicke in Aleister Crowleys Konzept von Magie und Magick: Magie in Lehre, Literatur und Leben*, Diplomica Verlag, Hamburg, 2013, S.24.;

E. E. Evans-Pritchard (1978), *Hexerei, Orakel und Magie bei den Zande*, Suhrkamp Verlag, 1978, 386 S.;

H. Schwadewalt (1968), *Der Medizinmann bei den Naturvölkern*, Fink, Stuttgart, 1968, 110 S.

In einer Gesellschaft, in der die Bevölkerung – Patienten und Ärzte inbegriffen – an den Kult der Ahnen,⁷⁸ an übernatürliche Kräfte sowie zum großen Teil auch an die Hexerei glaubt, wird jedes Ereignis wie z.B. Krankheit und Tod als von außen verursacht interpretiert. Der Anthropologe Éric de Rosny illustriert es in seinem Buch „Les yeux de ma chèvre“ mit passenden Beispielen: Sein Gesprächspartner, „der Mediziner“ Leo ist überzeugt, dass die damals zum ersten Mal in Kamerun aufgetretene Epidemie von Cholera keine aus dem Nahen Osten importierte neue Krankheit sei, sondern ein Werk kameruner Hexen, die ihre Macht ausübten und diese zeigen wollten. Die Diagnose „febris e causa ignota“ als Todesursache eines vier Monate alten Babys wird der Schwester dessen Vaters, als „bekannte Ursache“ attribuiert⁷⁹.

Bei infauster Diagnose sagen die Ärzte oft den betroffenen Familienangehörigen: „Die Familie soll sich nun um den Patienten kümmern. Wir – gemeint die europäische Medizin – können für ihn nichts mehr tun“. Diese Kapitulation der Ärzte wird oft von der Familie des Patienten nicht nur als Geständnis des Scheiterns moderner Medizin, sondern vor allem als Hinweis darauf gesehen, dass die Ursache der Krankheit im Sinne einer Hexerei in der Familie zu finden ist und somit die Heilung des schwer Erkrankten nur noch durch Exorzismus⁸⁰ zu erreichen sei. Diesbezüglich schreibt Grant LeMarquand: «most Africans today understand that mosquitoes transmit malaria. Most will seek the aid of western medicine to fight off this illness. However, Western diagnosis and treatment does not help the afflicted person to answer the more fundamental question: "who sent the mosquito?" and so another source besides the clinic will be consulted for this kind of spiritual/social diagnosis.»⁸¹ Demnach gibt es im afrikanischen/kongolischen kulturellen Kontext keinen natürlichen Tod. Die Todesursache ist in der Familie bzw. Gesellschaft, in den Beziehungen zwischen den Menschen, in der Hexerei und in böser Zauberei zu finden.

⁷⁸ Vgl. I. Oyibo (2004), Aspekte afrikanischer Eschatologie aufgezeigt am Beispiel des Ahnenkults bei den Igala von Nigeria: Ein Kernelement afrikanischer Religiosität als Anfrage an den christlichen Glauben. LIT Verlag Münster, 2004, S.22.

⁷⁹ E. de Rosny (1981), Les yeux de ma chèvre. Sur les pas des maîtres de la nuit en pays douala (Cameroun), Plon, Paris, 1981, S. 102-103. 240-246. Online Veröffentlichung: http://classiques.uqac.ca/contemporains/rosny_eric_de/yeux_de_ma_chevre/yeux_de_ma_chevre.html

⁸⁰ Der Exorzismus wird heute entweder durch einen Mediziner, sog. Nganga, oder durch einen Pastor bzw. einen Priester im Rahmen einer speziellen Liturgie praktiziert.

⁸¹ G. LeMarquand (2004), An issue of relevance: a comparative study of the story of the bleeding woman (Mk 5:25-34, Mt 9:20-22, Lk 8:43-48) in North Atlantic and African Contexts. Peter Lang Publishing, Frankfurt am Main, 2004, S. 87.

Eine gängige Diagnose wie „Fieber unbekannter Ursache“ wird von der betroffenen Familie als insgeheimer Beweis dafür gesehen, dass die Ursache der Krankheit/des Todes aus Sicht des medizinischen Personals nicht physisch sei.

Wenn auch anders als im Kongo/Afrika, so hat sich die Konzeption der Medizin in Europa ebenfalls geändert: «Man möchte keine Medizin mehr, in der der Mensch bloß als physikalisch-chemischer Apparat aufgefasst und auch so behandelt wird. Man möchte ein engagiertes Arzt-Patienten-Verhältnis, eine ganzheitlichere Betreuung und letztlich auch den Einbezug des Spirituellen. Aus solchen Gründen wächst dann auch die Beanspruchung älterer und neuerer, europäischer oder außereuropäischer Heilsysteme, in denen man eine solche medizinische Kultur sieht oder vermutet. Oder man sucht Persönlichkeiten, die über höhere Befähigungen verfügen und die auf eine geistige Weise zu diagnostizieren oder zu heilen vermögen»⁸².

⁸² P. Heusser (Hrsg.) (2006), *Spiritualität in der modernen Medizin*, Peter Lang AG, Internationaler Verlag der Wissenschaften, Bern, 2006, S. 20.

6.3. Limitationen

Ursprüngliches Ziel bei der Rekrutierung der Studienteilnehmer war es, alle Ärzte, die in Voll- oder Teilzeit am Universitätsklinikum von Kinshasa tätig sind, um die Teilnahme an dieser Studie über Religion und Spiritualität in der Medizin zu bitten. Es war jedoch nicht möglich, von der Leitung des Universitätsklinikums oder vom „Conseil National de l'Ordre des Médecins en RDC“ (Ärztchamber) eine Liste der angestellten Ärzte zu erhalten. Daher konnten keine Angaben zur Zusammensetzung der Stichprobe im Vergleich zur Zielgruppe gemacht werden. Zudem ließ sich die Option, Interviewerinnen und Interviewer einzusetzen, die die Befragten motivieren und bei Schwierigkeiten unterstützen sollten, technisch und finanziell nicht umsetzen (Vgl. G. Mehlkop & R. Becker (2007), S.8).

Zu den weiteren Schwächen dieser Arbeit zählt die Methodenauswahl „Umfrage“. Eine Verzerrung der Antworten aufgrund der Art der Rekrutierung war nicht zu erwarten, wohl aber aus dem Grund, dass die Erhebung auf Selbstauskünfte der Umfrageteilnehmer beruhte. Zwar wurden durch die Umfrage kostengünstig und relativ schnell Daten kongolesischer Ärzte erhoben, aber die Teilnehmer hätten versuchen können, sich selbst zu profilieren und ein eher positives Bild von sich zu präsentieren. Durch die Anonymisierung des Fragebogens und vor allem durch die Formulierung von Fragen mithilfe zweier korrespondierender Items in unterschiedlichen Fragebogenabschnitten konnte eine Verfälschung der Ergebnisse verringert werden. Viel kritischer zu betrachten ist die Tatsache, dass die Vorhersehbarkeit des ärztlichen Verhaltens durch sog. Barrieren im Rahmen eines komplizierten Rechenvorgangs von Odds und Odds Ratio ermittelt wurde. Mittels eines Modells der ordinalen Regression wurde untersucht, in welcher Weise und in welchem Maß die selbstberichteten Barrieren die Verhaltensweise der Ärzte bestimmen. In einer ordinalen Regressionsgleichung wurde(n) dann die zu schätzende(n) Vorhersagevariable(n) nichtlinear mit den Einflussvariablen verknüpft (Vgl. J. Janssen & W. Laatz (2013), S.458-465.). Da das SPSS Programm keine Odds und Odds Ratio, sondern nur interne Dummy-Variablen automatisch bildet, wurden die Odds Ratio zur Ermittlung der Chancenrelation anhand der Parameterschätzer und der Werte der Einflussvariablen manuell berechnet. Die Interpretationskraft der Regressionsmodellergebnisse und der Odds Ratio ist durch dieses Vorgehen weitaus abgeschwächt. Für die zukünftigen Studien wäre empfehlenswert, das SAS-Programm statt SPSS zu benutzen, da das SAS-Programm Odds und Odds Ratio automatisch durchführt.

Für einen interkulturellen Vergleich lagen zum Zeitpunkt der Auswertung nur Daten aus den USA vor. Die Auswertung der Daten aus Deutschland und Dänemark war noch nicht abgeschlossen. Es bietet sich folglich die Möglichkeit einer Fortführung des bereits begonnenen interkulturellen Vergleichs zu einem späteren Zeitpunkt.

6.4. Zusammenfassung und Ausblick

Der Forschungsbereich *Spiritual Care* bzw. *Spirituality and Medicine* untersucht die Beziehung zwischen Glauben und Gesundheit sowie die spirituellen Charakteristika und Bedürfnisse von Patienten, Angehörigen und medizinisch professionell Tätigen. Ein Blick in die Fachliteratur⁸³ zeigt, dass dieses Forschungsfeld in den USA im Gegensatz zu anderen Ländern oder Kulturräumen bereits sehr etabliert ist und zu einer strukturierten Umsetzung der Erkenntnisse in die Ausbildung von medizinischem Fachpersonal geführt hat. Jedoch werden die bisher erhobenen Daten zu den Einstellungen und Bedürfnissen auf Seiten der Patienten und deren Familien sowie des Medizinpersonals ebenso kontrovers diskutiert wie mögliche Zusammenhänge zwischen Religiosität/Spiritualität und dem Gesundheitszustand oder Implementierung derartiger Aspekte in das medizinische Curriculum. Um eine entsprechende Diskussionsgrundlage für weitere Kulturräume zu schaffen, musste zuvor eine Erhebung des Ist-Zustands vorgenommen werden. Die vorliegende Dissertation leistet so für den kongolesischen/afrikanischen Kulturraum einen wichtigen Beitrag, denn eine vergleichende transkulturelle Untersuchung stellt per se einen Erkenntnisgewinn dar. Zur besonderen Effektivität dieser Doktorarbeit trug die Verwendung des Fragebogens der US-

⁸³ Vgl. u.a.

Payne LM, Payne (1967), Guérir quelquefois, soulager souvent, consoler toujours, in : *British Medical Journal* 1967,4, S.47-48 ;

H.G. Koenig, L.B. Bearon, R. Dayringer (1989), Physician perspectives on the role of religion in the physician-older patient relationship, in: *J. Fam Pract.*,28, S. 441-448;

R.P. Sloan et al. (2000), Should physicians prescribe religious activities? In: *New England Journal of Medicine* 2000, 342, S. 1913-1916;

R.P. Sloan et al. (2006), *Blind faith: the unholy alliance of religion and medicine*, New York, St. Martin´s Press, 2006, S. 181-206;

FA. Curlin et al. (2006), The association of physicians´ religious characteristics with their attitudes and self-reported behaviors regarding religion and spirituality in the clinical encounter, in: *Medical Care* 2006,44, S. 446;

G. Jobin (2012), *Des religions à la spiritualité. Une appropriation biomédicale du religieux dans l´hôpital*, Bruxelles, *Lumen vitae* (coll. Soins et spiritualités, 3), 2012, 106 S.

amerikanischen Erhebung „Religion and Spirituality in Medicine: Physicians' Perspectives“ bei. Außerdem lag ein Schwerpunkt der hier durchgeführten Analyse insbesondere auf der Wahrnehmung von Barrieren in der Thematisierung religiöser/spiritueller Aspekte mit Patienten. Etwas problematisch sind sowohl die Ausrichtung des Fragebogens auf die Zielpopulation der Ärzte als auch kulturspezifische Charakteristika einiger Fragen bzw. deren Formulierungen.

Zusammenfassend konnten im Rahmen dieser Dissertation die nachfolgenden Hauptergebnisse erarbeitet werden:

Erstens hat unsere Studie mit 82,3% Rücklaufquote (112 von 136 ausgeteilten Fragebogen) eine sehr hohe Auswahlquote erzielt, die wiederum das große Interesse der kongolesischen Ärzte an religiös-spirituellen Belangen widerspiegelt. Diese Bereitschaft zu R/S würde das Bemühen der Integration von religiösen und spirituellen Ressourcen in der pflegerischen und medizinischen Versorgung der Patienten im Kongo erheblich erleichtern.

Zweitens war angesichts der kulturellen und soziodemographischen Unterschieden zwischen den USA und dem Kongo davon auszugehen, dass auch bei den charakteristischen Merkmalen der Ärzte diese Unterschiede erscheinen. Unsere Studie hat tatsächlich gezeigt, dass kongolesische Ärzte im Vergleich zu ihren US-Kollegen mehrheitlich religiöser und spiritueller sind, und dies unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer religiösen Konfession. Außerdem bemühen sich kongolesische Ärzte sehr, ihre religiösen Überzeugungen in die klinische Praxis umzusetzen, ohne zu befürchten, sich damit zu blamieren.

Drittens können persönliche religiöse/spirituelle Charakteristika der Ärzte ihre unterschiedlichen Verhaltensweisen im klinischen Kontext vorhersagen oder auch erklären, insbesondere in Bezug auf wahrgenommene bzw. empfundene Barrieren hinsichtlich der Thematisierung spiritueller/religiöser Belange. Diese Wahrnehmung der eigenen Barrieren ist sehr wichtig: «A physician needs to understand his or her own spiritual beliefs, values and biases in order to remain patient-centered and non-judgmental when dealing with the spiritual concerns of patients. This is especially true when the beliefs of the patient differ from those of the physician⁸⁴».

⁸⁴ G. Anandarajah & E. Hight (2001), Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment, in: Am Fam Physician 2001, 63(1), S. 81-89.

Viertens schätzen Ärzte mit geringer eigener Spiritualität/Religiosität den Einfluss von Religiosität/Spiritualität auf die Gesundheit von Patienten niedriger ein als Ärzte, die selbst von hoher Spiritualität/Religiosität geprägt sind. Die Erstgenannten empfinden es dabei häufiger als unangemessen, den Patienten nach religiösen/spirituellen Belangen zu befragen. Für sie ist auch die Hemmschwelle zur Thematisierung religiöser/spiritueller Aspekte mit Patienten höher.

Fünftens befragen auch Ärzte mit geringer eigener Spiritualität/Religiosität oder ohne religiöses Bekenntnis Patienten nach ihren religiösen/spirituellen Belangen und teilen diesen ihre eigenen religiösen Vorstellungen und Überzeugungen mit. Es wäre von großem Interesse, im Rahmen einer Fortsetzung dieser Forschungsarbeit zu wissen, ob sich diese Gruppe von Ärzten gegen oder für den Einsatz religiöser Ressourcen in der Behandlung der Patienten positionieren würde.

Schließlich wäre die Einarbeitung religiöser/spiritueller Aspekte in das medizinische Curriculum im Kongo/Afrika angesichts der sehr tiefen Religiosität der Afrikaner sehr empfehlenswert. Zum einen würde es dem medizinischen Personal helfen, den Einfluss seiner eigenen religiösen/spirituellen Einstellungen bewusster zu machen und zum anderen professionelle Kompetenz zu erlangen und bei der Integration religiöser/spiritueller Komponenten in die medizinische Praxis eigene Grenzen kennenzulernen.

Im Kongo steht des Weiteren die Frage an, welche Aspekte von Spiritual Care sich im Umfeld eines afrikanischen Krankenhauses umsetzen lassen, falls eine stärkere Implementierung von Spiritual Care in den klinischen Alltag angestrebt wird. Welche konkreten Handlungsweisen im Kontext einer sog. Spiritual Care sind in welchem Umfang zum jetzigen Zeitpunkt in der klinischen Tätigkeit von den Ärzten bzw. in den kongolesischen Krankenhäusern bereits integriert? Welche Berufsgruppen haben subjektiv einen einfacheren Zugang zu diesem Themenbereich und kommen daher für eine gezielte Zuweisung von Ressourcen (z.B. zeitliche Ressourcen, Fortbildungen) bevorzugt in Betracht: Ärzte oder Pfleger?

Wir hoffen, dass diese Arbeit als Ausgangspunkt für nachfolgende Forschungsprojekte dient, in denen die religiösen/spirituellen Charakteristika der gesamten kongolesischen Bevölkerung in Bezug auf Gesundheit weiter erforscht werden, um einen direkten Vergleich mit den Ärzten zu ermöglichen. Ebenso anzustreben sind weitere Forschungen zur Auswertung bereits

gewonnener Daten (cf. Kapitel 5.4.6), z.B. Daten über die kontrovers diskutierten Fragen bezüglich ärztlich assistiertem Suizid/Beihilfe zur Selbsttötung, Sedierung bis zur Bewusstlosigkeit bei sterbenden Patienten, Beendigung künstlicher lebenserhaltender medizinischer Maßnahmen oder Schwangerschaftsabbruch bei angeborenen Fehlbildungen bzw. nach Versagen kontrazeptiver Maßnahmen.

Die aus diesen Forschungsprojekten hervorgehenden Daten sollen dazu beitragen, das hohe religiöse/spirituelle Niveau innerhalb der kongolesischen Bevölkerung möglichst hilfreich und gewinnbringend bei der medizinischen Versorgung einzubeziehen. Deshalb ist es von entscheidender Bedeutung, dass alle im Gesundheitswesen tätigen professionellen Helfer – insbesondere auch die Ärzte – über die Wechselwirkungen zwischen eigener religiöser/spiritueller Grundhaltung und damit einhergehender Beeinflussung des eigenen therapeutischen Tuns Bescheid wissen. Dadurch kann eine nachhaltige Verbesserung des heimischen Gesundheitswesens erwartet werden. Diesem Ziel sich weiter anzunähern, ist der oberste Wunsch des Verfassers dieser Arbeit.

7 Literaturverzeichnis

Agossou, J.M., L'anthropologie africaine et la notion de la personne, dans l'expérience religieuse africaine et les relations interpersonnelles, Abidjan, I.C.A.O., 1982, p. 173-240.

Allport, G. W. & Ross, J. M., Personal religious orientation and prejudice, in: *Journal of Personality and Social Psychology* 1967,5(4), 432-443.

Anandarajah, G., The 3 H and BMSEST models for spirituality in multicultural whole-person medicine, in: *Annals of Family Medicine* 2008, 6(5), DOI:10.1370/afm.864, 448-458.

Anandarajah, G. & Hight, E., Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment, in: *Annals of Family Medicine* 2001,63, 81-88.

Astrow, A.B. et al., Religion, spirituality and health care: social, ethical and practical considerations, in: *The American Journal of Medicine* 2001,110, 283-287.

Behr, D., Translationswissenschaft und international vergleichende Umfrageforschung, Qualitätssicherung bei Fragebogenübersetzungen als Gegenstand einer Prozessanalyse, in: *GESIS-Schriftenreihe* 2009, 2, Bonn: GESIS, 291 S.

Benoist, J., (dir.), *Soigner au pluriel. Essai sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala, 1996.

Bertelsmann Stiftung. *Religionsmonitor 2007*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus 2007.

Buakasa Tulu kia Mpansu, G., L'impensé du discours. « Kindoki » et « nkisi » en pays Kongo du Zaïre, Kinshasa, P.U.Z., 1973.

Bühl, A., *SPSS 20 Einführung in die moderne Datenanalyse*, Pearson, München, 2012, 1049 S.

Cantor, D., O'Hare, B.C. & O'Connor, K.S., The Use of Monetary Incentives to Reduce Nonresponse in Random Digit Dial Telephone Surveys, in: J. M. Lepkowski, C. Tucker, J. M. Brick, E. D. de Leeuw, L. Japac, P. J. Lavrakas, M. W. Link & R. L. Sangster (Eds.), *Advances in Telephone Survey Methodology*, 2008, Hoboken, NJ: Wiley, 471-498.

Curlin, Farr A. et al., Religious characteristics of U.S. Physicians: a national survey, in: *Journal of General Internal Medicine* 2005,20, 629-634.

Curlin, Farr A. et al., Physicians' Observations and Interpretations of the Influence of Religion and Spirituality on Health, in: *Archives International Medicine* 2007,167, 649-654.

Curlin, Farr A., et al., The association of physicians' religious characteristics with their attitudes and self-reported behaviors regarding religion and spirituality in the clinical encounter, in: *Medical Care* 2006,44,5, 446-453.

Diamoneka dia Nkuka, J., Anthropocentrisme de la religion négro-africaine. Eléments d'analyse et de compréhension, dans *CRA* 1995, 29, p. 87-102.

Demling, J.H., Wörthmüller, M., O'Connolly, T.H., Psychotherapie und Religion. Eine repräsentative Umfrage unter fränkischen Psychotherapeuten, in: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 2001,51(2), 76–82.

Devisch, R., Symbol and psychosomatic symptom in bodily space-time. The case of the Yaka of Zaïre, in: International Journal of Psychology 1985, 20, p. 589-616.

Devisch, R., Mbonyikebe, S., Systèmes de soins de santé traditionnels en Afrique centrale. Un regard d'anthropologie médicale, dans P.G. Janssens, M. Kivits et J. Vuylsteke (éd.), Médecine et hygiène en Afrique Centrale de 1885 à nos jours, Bruxelles/Paris, Fondation Baudouin/Maison, 1992, p. 43-59.

De Rosny, E., Les yeux de ma chèvre. Sur les pas des maîtres de la nuit en pays douala (Cameroun), Plon, Paris, 1981, 102-103. 240-246.

Diekmann, A. & B. Jann, B., Anreizformen und Ausschöpfungsquoten bei postalischen Umfragen: Eine Prüfung der Reziprozitätshypothese; in: ZUMA – Nachrichten 2001, 48,18-27.

Eckstein, P.P., Angewandte Statistik mit SPSS. Praktische Einführung für Wirtschaftswissenschaftler, Springer Gabler, Heidelberg, 2012, 374 S.

Eid, M., Gollwitzer, M. & Schmitt, M., Statistik und Forschungsmethoden, Beltz, Weinheim, 2015, 1076 S.

Frick, E. & Roser, T. (Hrsg.), Spiritualität und Medizin: Gemeinsame Sorge um den kranken Menschen. Kohlhammer, Stuttgart 2009, 304 S.

Groves, R.M, Singer, E. & Corning, A.D., Leverage-Saliency Theory of Survey Participation: Description and an Illustration, in: The Public Opinion Quarterly 2000, 64(3), 299-308.

Harkness, J., Pennell, B-E., Villar, A., Gebler, N., Aguilar-Gaxiola, S., Bilgen, I., Translation Procedures and Translation Assessment in the World Mental Health Survey Initiative, in: Kessler RC (ed.), The WHO world mental health surveys - global perspectives on the epidemiology of mental disorders. 1. publ. ed. New York: Cambridge University Press 2008, XVIII, 580 S.

Hebga, M., La rationalité d'un discours africain sur les phénomènes paranormaux, Paris, L'Harmattan, 1998.

Hebga, M., Sorcellerie et prière de délivrance. Réflexion sur une expérience, Paris/Abidjan, Présence africaine/Inadès, 1985.

Heusch, de L., Les systèmes de pensée magico-religieuse bantous, dans A. Jacob (éd.), Encyclopédie philosophique universelle, vol. 1: Univers philosophique, 3e édit., Paris, PUF, 1997, p. 1482-1490.

Heusser, P. (Hrsg.), Spiritualität in der modernen Medizin, Peter Lang AG, Internationaler Verlag der Wissenschaften, Bern, 2006, 266 S.

Hofmann, L., & Walach, H., Spirituality and religiosity in psychotherapy - A representative survey among German psychotherapists, in: *Psychotherapy Research* 2011, 21(2), 179–192.

Janssen, J. & Laatz, W., *Statistische Datenanalyse mit SPSS*, Springer, Heidelberg, 2010, 809 S.

Jobin, G, Des religions à la spiritualité. Une appropriation biomédicale du religieux dans l'hôpital, Bruxelles, Lumen vitae (coll. Soins et spiritualités, 3), 2012, 106 S.

Kaiser, N., *Einblicke in Aleister Crowleys Konzept von Magie und Magick: Magie in Lehre, Literatur und Leben*, Diplomica Verlag, Hamburg, 2013.

Koenig, H. G., Bearon, L.B., Dayringer R., Physician perspectives on the role of religion in the physician-older patient relationship, in: *The Journal of Family Practice* 1989,28, 441-448.

Koenig, H. G., *Spirituality in patient care* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Templeton Foundation Press, 2013.

Lang, T.A. & Secic, M., *How to Report Statistics in Medicine: Annotated Guidelines for Authors, Editors and Reviewers*, Second Edition, American College of Physicians, Philadelphia, 2006.

LeMarquand, Grant, An issue of relevance: a comparative study of the story of the bleeding woman (Mk 5:25-34, Mt 9:20-22, Lk 8:43-48) in North Atlantic and African Contexts. Peter Lang Publishing, Frankfurt am Main, 2004, 287 S.

McVittie, C., & Tiliopoulos, N., When 2–3% really matters: The (un)importance of religiosity in psychotherapy, in: *Mental Health, Religion and Culture* 2007, 10(5), 515–526.

Mehlkop, G.& Becker, R., Zur Wirkung monetärer Anreize auf die Rücklaufquote in postalischen Befragungen zu kriminellen Handlungen. Theoretische Überlegungen und empirische Befunde eines Methodenexperiments, in: *Methoden - Daten - Analysen* 2007, 1(1),5-24.

Mueller, P.S. et al., Religious involvement, spirituality and medicine: implications for clinical practice, in: *Mayo clinic proceedings* 2001,76,1225-1235.

Oyibo, I., Aspekte afrikanischer Eschatologie aufgezeigt am Beispiel des Ahnenkults bei den Igala von Nigeria: Ein Kernelement afrikanischer Religiosität als Anfrage an den christlichen Glauben. LIT Verlag Münster, 2004, 256 S.

Penning, R., Entwicklung und Pretest eines Fragebogens zu Macht in Partnerschaften, Finanzorganisation und Hausarbeitsverteilung. Arbeitspapier Nr. 1 im Rahmen des Projekts "Macht in Partnerschaften", Köln, 2006, 51 S.

Pfarr, K., *Incentives*. Mannheim, GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS Survey Guidelines), 2015, DOI: 10.15465/gesis-sg_001.

Prüfer, P. & Rexroth, M., Zwei-Phasen-Pretesting, in: *ZUMA-Arbeitsbericht* 2000,08, 21 S.

Prüfer, P. & Rexroth, M., Kognitive Interviews, in: *ZUMA How-to-Reihe* 2005, 15, 21 S.

Puchalski, C. et al., A systematic review of spiritual and religious variables in palliative medicine, in: *Palliative and Supportive Care* 2003,1,7-13.

Rudolf, M. & Müller, J., *Multivariate Verfahren. Eine praxisorientierte Einführung mit Anwendungsbeispielen in SPSS*, Hogrefe Verlag, Göttingen, 2012, S. 398.

Sloan, R. P., Bagiella, E., Van de Creek, L., Hover, M., Casalone, C., Jinpu, H. T., et al., Should physicians prescribe religious activities? in: *New England Journal of Medicine* 2000, 342(25), 1913-1916.

Schwadewalt, H., *Der Mediziner bei den Naturvölkern*, Fink, Stuttgart, 1968, 110 S.

Sloan, R.P. et al., *Blind faith: the unholy alliance of religion and medicine*, New York, St. Martin's Press, 2006, 181-206.

Sulmasy, D.P., A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life, in: *The Gerontologist* 2002,42(3), 4-33.

Swinton, J., Identity and Resistance: why spiritual care needs 'enemies', in: *Journal of Clinical Nursing*, 2006, 45, 926.

Terwey, M., Kirchen weiter auf der Verliererstraße – Inferno und Aberglauben im Aufwind? In: *ZA-Information* 2003, 52, 93-119.

Thomas, L.-V., Luneau, R., *La terre africaine et ses religions*, Paris, L'Harmattan, 2008 (1re édit. 1975).

Tsiakaka, A., *La médecine koongo. Sources, concepts et pratique actuelle*, Strasbourg, Éd. Signes, 2008.

Voltmer, E., Büssing, A., G. Koenig, H.G. & Faten Al Zaben, Religiosity/Spirituality of German Doctors in Private Practice and Likelihood of Addressing R/S Issues with Patients, in: *Journal of Religion and Health* 2013, 52 (3), DOI 10.1007/s10943-013-9776-0, 1-14.

Weiß, C., *Basiswissen Medizinische Statistik*, Springer, Heidelberg, 2010, 354 S.

Wolf, J. et al. (Hrsg) (2009), *Methodik der empirischen Forschung*, Springer, Wiesbaden, 2009, S. 272.

Wolupte van S. et al., *Medical pluralism and lay therapy management in Kinshasa*, Uppsala, Ulrica, 2002.

Zempleni, A., Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique, dans *Archives de sciences sociales des religions* 1982, 54, p. 5-19.

Zurbriggen, C., *Schulklasseneffekte, Schülerinnen und Schüler zwischen komparativen und normativen Einflüssen*, Springer, Wiesbaden, 2016, 274 S.

Abbildungen*Abbildung 1: Geschlecht**Abbildung 2: Alter**Abbildung 3: Konfessionszugehörigkeit**Abbildung 4: Barrieren**Abbildung 5: Zeitaufwand zur Thematisierung von R/S mit Patienten**Abbildung 6: Fortbildung***Tabellen***Tabelle 1: Pretest**Tabelle 2: Konfessionen**Tabelle 3: Selbsteingeschätzte Religiosität und Spiritualität**Tabelle 4: Konfessionszugehörigkeit und selbsteingeschätzte Spiritualität**Tabelle 5: Intrinsische Religiosität**Tabelle 6: Glaube an...**Tabelle 7: Aktive Religionsausübung**Tabelle 8: Coping**Tabelle 9: R/S und Berufsausübung**Tabelle 10: Zusammenhang R/S und Gesundheit**Tabelle 11: R/S-Einstellungen im klinischen Kontext**Tabelle 12: R/S-Verhaltensweisen im klinischen Kontext**Tabelle 13: Allgemeine Beobachtungen und Interpretation**Tabelle 14: Einfluss von R/S auf die Gesundheit der Patienten**Tabelle 15: Religiös/spirituell motivierte Verhaltensweisen der Ärzte**Tabelle 16: Religiös/spirituell motivierte Verhaltensweisen der Ärzte in unterschiedlichen klinischen Situationen**Tabelle 17: Vorbehalte**Tabelle 18: Verpflichtung**Tabelle 19 (Kreuztabelle): Religiosität/Spiritualität, % (n)**Tabelle 20: Spearman-Korrelation der religiösen Charakteristika zu Einstellungen zu R/S**Tabelle 21: Spearman-Korrelation der religiösen Charakteristika zu Verhaltensweisen**Tabelle 22: Zusammenhang zwischen Häufigkeit des Fragens nach R/S und Barrieren**Tabelle 23: Zusammenhang zwischen Thema wechseln und Barrieren**Tabelle 24: Zusammenhang zwischen Bestärkung des Patienten und Barrieren**Tabelle 25: Zusammenhang zwischen Mitteilung der eigenen R/S und Barrieren**Tabelle 26: Zusammenhang zwischen Beten mit dem Patienten und Barrieren*

Meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. med. Eckhard Frick, sj gilt mein allerherzlicher Dank für die herausragende wissenschaftliche und engagierte Betreuung in freundlicher Atmosphäre, gepaart mit dem Wunsch, sein Interesse und Freude, Spiritual Care an zahlreiche Ärztinnen, Ärzte und Pflegepersonal weiterzuvermitteln.

Dem großen Interesse und Diskussionsbereitschaft von Herrn Prof. Dr. med. Josef Bäuml, Technische Universität München, sowie Frau Dr. med. Inga Wermuth und Frau Dr. Katja Mallmann verdanke ich neben den wertvollen wissenschaftlichen Anregungen die Korrektur einzelner Kapitel meiner Dissertation. Ihnen gebühren mein großer Dank und meine Bewunderung.

Zahlreiche Leute, Freunde und Bekannte haben bei der Verwirklichung dieser Arbeit entweder durch Lektüre und Korrekturen oder durch verschiedene Übersetzungen und Translationen mitgeholfen. Besonders zu erwähnen sind Frau Alexa Hofmann, Herr Ralph Horst, Frau Lucie-Perry Goddard, Herr Dr. J.P. Bongilla, Frau Monique Couvreur, Frau Marie-Noelle Herillier, Frau Therese Koller, Herr Dr. Guy-Angelo Kangosa und Frau Katrin Voll. Ihnen allen mein herzlicher Dank für Ihre hervorragende wissenschaftliche Unterstützung und bei manchen für Ihre tiefe Freundschaft sowie liebevolle Ermutigung.

Allen Studienteilnehmern sei ebenfalls ein herzlicher Dank dafür ausgesprochen, dass sie sich trotz sozio-politisch und wirtschaftlich katastrophaler Situation im Kongo Zeit genommen haben an unserer Studie teilzunehmen. Insbesondere danke ich hier Herrn Dr. François-Pantaléon Kajingulu vom Universitätsklinikum von Kinshasa. Seine Hilfe bei der Rekrutierung der Probanden und der Durchführung der Befragung hat das Entstehen dieser Arbeit grundlegend erst ermöglicht.

10 Anhang: Fragebogenkonstruktion

1. Allgemeine Gliederung und inhaltliche Zusammensetzung

Abschnitt	Fragebogen	Konkretisierung
Einleitung	US-amerikanische Survey-Version (RSMPP: Religion and Spirituality in Medicine: Physicians´ Perspectives von Curlin et al.)	Inhaltliche Punkte von Curlin übernommen und Datenschutzerklärung erweitert
Allgemeine persönliche Angaben	Dänische Survey-Version	Fragen 1-7 teils im Wortlaut, teils an französische Nomenklatur angepasst übernommen
Spiritualität und Gesundheit	US-amerikanische Survey-Version (RSMPP)	Section A „Your Perspective on Religion/Spirituality and Health “
Spirituelle Charakteristika	US-amerikanische Survey-Version (RSMPP) EVS 2008 (französisch)	Section B „Your Religious/Spiritual Characteristics “ Fragen 30,31,32,33,35,39,40 und 41 im Wortlaut übernommen (entsprechend der französischen Survey-Version)
	ISSP 2008 Religion III (französisch)	Fragen 42,43a, b, c, d, e, f, g, und 44a, b, c, d, f im Wortlaut übernommen (entsprechend der französischen Survey-Version)
Demographische Angaben und ärztliche Tätigkeit	US-amerikanische Survey-Version (RSMPP)	Section C „Demographics and Your Medical Practice “

2. Sektion A: Ihre Sichtweise auf Religiosität/Spiritualität und Gesundheit

		Items		
		USA		KONGO
Einstellungen / Wahrnehmungen / Erfahrungen	Zusammenhang R/S und Gesundheit	Was denken Sie insgesamt darüber, wie sehr Religiosität/Spiritualität die Gesundheit von Patienten beeinflusst?	1	8
		Ist der Einfluss von Religiosität/Spiritualität auf die Gesundheit allgemein positiv oder negativ?	2	9
		Denken Sie, dass Gott oder eine andere übernatürliche Instanz jemals in die Gesundheit von Patienten eingreift?	3	10
	Umgang mit R/S im klinischen Kontext	Finden Sie es im Allgemeinen angemessen oder unangemessen, über religiöse/spirituelle Themen zu sprechen, <u>wenn ein Patient diese zur Sprache bringen?</u>	4	11
		Finden Sie es im Allgemeinen angemessen oder unangemessen, den Patienten zu ihrer Religiosität/Spiritualität zu <u>befragen?</u>	5	12
		Wann ist es, wenn überhaupt, angemessen, über die eigenen religiösen Überzeugungen oder Erfahrungen mit einem Patienten zu sprechen?	6	13
		Wann ist es, wenn überhaupt, angemessen für einen Arzt, mit seinem Patienten zu beten?	7	14
		„Es wäre für mich in Ordnung, mit einem Patienten über ihre religiösen/spirituellen Angelegenheiten zu sprechen, wenn der Patient diese zur Sprache bringen.“	8	15
		„Ich spreche gerne mit einem Patienten über religiöse/spirituelle Angelegenheiten oder Belange.“	9	16
	Bedeutung/Einfluss von R/S für Gesundheit und klinische Behandlung bei Patienten	Wie häufig haben Patienten Ihrer Erfahrung entsprechend religiöse/spirituelle Themen wie Gott, Gebet, Meditation, die Bibel etc. angesprochen?	10a	17a
		Wie häufig haben Patienten Ihrer Erfahrung entsprechend emotionale oder praktische Unterstützung durch die religiöse Gemeinschaft erhalten?	10b	17b
		Wie häufig haben Patienten Ihrer Erfahrung entsprechend Religiosität/Spiritualität als Argument benutzt, um einer Verantwortungsübernahme für die eigene Gesundheit auszuweichen?	10c	17c
		Was meinen Sie, wie häufig Religiosität/Spiritualität Ihrer Erfahrung entsprechend Patienten hilft, Krankheit und Leiden zu bewältigen und auszuhalten?	11a	18a
		Was meinen Sie, wie häufig Religiosität/Spiritualität Ihrer Erfahrung entsprechend Schuld, Angst und andere negative Gefühle verursacht und damit Leiden vermehrt?	11b	18b

Einstellungen / Wahrnehmungen / Erfahrungen		Was meinen Sie, wie häufig Religiosität/Spiritualität Ihrer Erfahrung entsprechend den Patienten eine positive und hoffnungsvolle Einstellung gibt?	11c	18c
		Was meinen Sie, wie häufig Religiosität/Spiritualität Ihrer Erfahrung entsprechend Patienten veranlasst, medizinisch indizierte Therapien abzulehnen, hinauszuzögern oder zu beenden?	11d	18d
		Was meinen Sie, wie häufig Religiosität/Spiritualität Ihrer Erfahrung entsprechend zur Vorbeugung schwerwiegender medizinischer Probleme beiträgt (z.B. respiratorische Krisen, Infektionen oder tödlicher Verlauf)?	11e	18e
	Bedeutung/Einfluss von Krankheit für R/S bei Patienten	Wie oft verstärkt Ihrer Einschätzung nach eine Erkrankung die Aufmerksamkeit der Patienten für Religiosität/Spiritualität und die Bedeutung, die sie diesem Bereich beimessen?	12	19
	Reaktion des Patienten auf Verhalten des Professionellen bezüglich R/S	Wie oft schienen Patienten sich bei dieser Frage [nach religiösen/spirituellen Angelegenheiten des Patienten] unwohl zu fühlen?	13c	20b
	Erfahrung mit Seelsorge	Wie waren Ihre Erfahrungen mit Krankenhausseelsorgern und anderen seelsorglich Tätigen?	17	24
	Ethisch kontroverse Fragen	Haben Sie Vorbehalte bei ärztlich assistiertem Suizid (Beihilfe zur Selbsttötung)?	21a	28a
		Haben Sie Vorbehalte bei Sedierung bis zur Bewusstlosigkeit bei sterbenden Patienten?	21b	28b
		Haben Sie Vorbehalte bei Beendigung künstlicher lebenserhaltender medizinischer Maßnahmen?	21c	28c
		Haben Sie Vorbehalte bei Schwangerschaftsabbruch bei angeborenen Fehlbildungen?	21d	28d
		Haben Sie Vorbehalte bei Schwangerschaftsabbruch nach Versagen kontrazeptiver Maßnahmen?	21e	28e
		Haben Sie Vorbehalte bei Verschreibung von Kontrazeptiva bei 14- bis 16-jährigen Jugendlichen, bei denen kein Einverständnis der Eltern vorliegt	21f	28f
		Hat der Arzt eine Verpflichtung, den Patienten über alle möglichen Behandlungsoptionen aufzuklären, inklusive Informationen über die vom Patienten gewünschte Behandlungsoption?	22a	29a
		Hat der Arzt eine Verpflichtung, den Patienten an jemanden zu vermitteln, der keine Vorbehalte gegen die verlangte Behandlungsoption hat?	22b	29b
Wäre es ethisch vertretbar, wenn der Arzt dem Patienten ohne Umschweife beschriebe, warum er oder sie Vorbehalte gegen die gewünschte Behandlungsoption hat?		22c	29c	

Selbstberichtetes Verhalten	Ansprechen/Fragen nach R/S	Fragen Sie jemals nach religiösen/spirituellen Angelegenheiten eines Patienten?	13a	20
		Wie oft fragen Sie nach religiösen/spirituellen Angelegenheiten eines Patienten?	13b	20a
		Wie oft fragen Sie in den folgenden klinischen Situationen von sich aus nach Religiosität/Spiritualität, wenn ein Patient sich mit einer banalen Erkrankung oder Verletzung vorstellt?	14a	21a
		Wie oft fragen Sie in den folgenden klinischen Situationen von sich aus nach Religiosität/Spiritualität, wenn ein Patient mit einer angstbesetzten Diagnose konfrontiert wird oder vor einer Krise steht?	14b	21b
		Wie oft fragen Sie in den folgenden klinischen Situationen von sich aus nach Religiosität/Spiritualität, wenn ein Patient mit dem Lebensende konfrontiert ist?	14c	21c
		Wie oft fragen Sie in den folgenden klinischen Situationen von sich aus nach Religiosität/Spiritualität, wenn ein Patient unter Angst oder Depression leidet?	14d	21d
		Wie oft fragen Sie in den folgenden klinischen Situationen von sich aus nach Religiosität/Spiritualität, wenn ein Patient zur Anamnese und körperlichen Untersuchung kommt?	14e	21e
		Wie oft fragen Sie in den folgenden klinischen Situationen von sich aus nach Religiosität/Spiritualität, wenn ein Patient mit einem ethischen Dilemma konfrontiert ist?	14f	21f
		Ich höre aufmerksam und empathisch zu, wenn religiöse/spirituelle Belange in Gesprächen mit Patienten auftauchen.	15a	22a
		Ich versuche, auf taktvolle Weise das Thema zu wechseln, wenn religiöse/spirituelle Belange in Gesprächen mit Patienten auftauchen.	15b	22b
		Ich bestärke den Patienten in seinen eigenen religiösen/spirituellen Überzeugungen und Gebräuchen, wenn religiöse/spirituelle Belange in Gesprächen mit Patienten auftauchen.	15c	22c
		In respektvoller Weise teile ich etwas über meine eigenen religiösen/spirituellen Vorstellungen und Erfahrungen mit, wenn religiöse/spirituelle Belange in Gesprächen mit Patienten auftauchen.	15d	22d
		Ich bete mit dem Patienten, wenn religiöse/spirituelle Belange in Gesprächen mit Patienten auftauchen.	15e	22e
	Barrieren im Umgang mit R/S	Welche Gründe halten sie davon ab, mit Patienten über Religiosität/Spiritualität zu sprechen?	18	25
	Zeitaufwand für Umgang mit R/S	Halten Sie Ihren Zeitaufwand für die Thematisierung religiöser/spiritueller Belange insgesamt für...	19	26
Fortbildung zu R/S	Haben Sie eine Fortbildung bezüglich Religiosität/Spiritualität in der Medizin erhalten?	20a	27a	
	Welche Art der Fortbildung haben Sie bezüglich Religiosität/Spiritualität in der Medizin erhalten?	20b	27b	
Zuständigkeit	Ein Patient mit fortdauernder Trauer wendet sich zwei Monate nach dem Tod seiner Frau an Sie. Wenn Sie den Patienten weiter verweisen müssten, an welche der nachfolgend genannten Personen würden Sie ihn bevorzugt <u>zuerst</u> verweisen?	16	23	

3. Sektion B: Eigene Religiosität bzw. Spiritualität

	Items	USA	Kongo
Religiosität / Spiritualität / Glaube	Einschätzung der eigenen Religiosität bzw. der eigenen Spiritualität: „Unabhängig davon, ob Sie einer Religionsgemeinschaft angehören oder den Gottesdienst besuchen. Wie würden Sie sich selbst bezeichnen?“	23	34
		24	35
	Glaube an Gott: „Glauben Sie an Gott?“	25	
	Glaube an ein Leben nach dem Tod: „Glauben Sie an ein Leben nach dem Tod?“	26	43a (ISPP 2008: Q18)
	Glaube an die Reinkarnation: „Glauben Sie an die Reinkarnation, also daran, dass wir nach unserem Tod noch einmal in diese Welt geboren werden?“		39 (EVS 2008: Q31) + 43e (ISPP 2008: Q18)
	Glaube an den Himmel: „Glauben Sie an den Himmel?“		43b (ISPP 2008: Q18)
Religiosität / Spiritualität / Glaube	Glaube an die Hölle: „Glauben Sie an die Hölle?“		43c (ISPP 2008: Q18)
	Glaube an Wunder: „Glauben Sie an Wunder?“		43d (ISPP 2008: Q18)
	Glaube an das Nirwana: „Glauben Sie an das Nirwana?“		43f (ISPP 2008: Q18)
	Glaube an die übernatürlichen Kräfte von Ahnen: „Glauben Sie an die übernatürlichen Kräfte von Ahnen?“		43g (ISPP 2008: Q18)

	Verbindung mit dem Göttlichen unabhängig von Kirche oder Gottesdienst: „ <i>Ich habe meine eigene Art und Weise der Verbindung mit dem Göttlichen, ohne Kirchen oder Gottesdienste.</i> “		40 (EVS 2008: Q33)
Erfahrungen	Religiöse/Spirituelle Erfahrungen bzw. Erlebnisse: „ <i>Haben Sie jemals eine religiöse oder spirituelle Erfahrung gemacht, die Ihr Leben verändert hat?</i> “	28	37
	Religiöse/Spirituelle Erfahrungen im Kontext der eigenen medizinischen Tätigkeit: „ <i>Haben Sie diese Erfahrung im Kontext Ihrer medizinischen Tätigkeit gemacht?</i> “	28	37a
Praktische Teilhabe	Teilnahme am Gottesdienst: „ <i>Wie oft besuchen Sie, abgesehen von Hochzeiten, Beerdigungen und Taufen, aktuell den Gottesdienst?</i> “	29	31 (EVS 2008: Q25)
	Teilnahme am Gottesdienst in der Primärfamilie: „ <i>Wie oft haben Sie, abgesehen von Hochzeiten, Beerdigungen und Taufen, den Gottesdienst im Alter von 12 Jahren besucht?</i> “		32 (EVS 2008: Q26)
	Beten (außerhalb des Gottesdienstes): „ <i>Wie oft beten Sie zu Gott außerhalb des Gottesdienstes?</i> “		33 (EVS 2008: Q36)
Konfession	Konfession: „ <i>Gehören Sie einer Religionsgemeinschaft bzw. Konfession oder Glaubensrichtung an? Welche?</i> “	30	30 (EVS 2008: Q23a)
	Wechsel der Konfession im bisherigen Leben: „ <i>Welcher Religionsgemeinschaft bzw. Konfession oder Glaubensrichtung gehörten Sie an, als sie aufwuchsen?</i> “	31	

Bezug auf moralisch-ethische Einstellungen / Beruf / Leben	Verantwortlichkeit für eine Reduktion des Leids in der Welt: „Ich empfinde eine große Verantwortung, Schmerz und Leid in der Welt zu verringern“.	32a	38a
	Innerfamiliäre Erziehung zur Hilfe bedürftiger Menschen: „In der Familie, in der ich aufwuchs, wurde betont, wie wichtig es ist, sich für bedürftige Menschen einzusetzen“.	32b	38b
	Medizinische Tätigkeit als Berufung: „Für mich ist die Ausübung einer medizinischen Tätigkeit eine Berufung“.	32c	38c
	Eigene Einschätzung, inwiefern religiöser Glaube die medizinische Tätigkeit beeinflusst: „Meine religiösen Überzeugungen beeinflussen meine praktische medizinische Tätigkeit“.	32d	38d
	Schwierigkeit, dem religiösen Glauben im Rahmen der medizinischen Tätigkeit treu zu bleiben: „Ich empfinde es als herausfordernd, meinen religiösen Überzeugungen bei meiner klinischen Arbeit treu zu bleiben“.	32e	38e
	Erfahrungen aus der medizinischen Tätigkeit führten zu Zweifeln am religiösen Glauben: „Die Erfahrung meines Berufs haben dazu geführt, dass ich meine religiösen Überzeugungen in Frage stelle“.	32f	38f
	Mitnahme des religiösen Glaubens in alltägliche Probleme: „Ich bemühe mich sehr, meine religiösen Überzeugungen in mein alltägliches Leben zu integrieren“.	32g	38g
	Lebensansatz basiert auf der Religion: „Mein ganzer Lebensentwurf basiert auf meiner Religiosität“.	32h	38h
Zufriedenheit / Glück	Religiosität als Coping-Mittel: - „Ich versuche, der Situation einen Sinn zu geben und entscheide mich für einen Weg ohne mich dabei auf Gott zu verlassen“ - „Ich versuche bei Gott nach Kraft, Unterstützung und Orientierung“.	27a, b	36a, b
	Trost und Kraft durch Religion: „Sind Sie der Meinung, dass Sie durch Ihre Religion/Spiritualität Trost und Kraft erhalten?“		41 (EVS 2008: Q37)
	Gottes Sorge um jeden Menschen: „Es gibt einen Gott, der sich persönlich mit jedem Menschen befasst.“		44a (ISPP 2008: Q19)
	Schicksalhaftigkeit des Lebens: „Die Menschen können selbst wenig tun, um den Lauf ihres Lebens zu verändern.“		44b (ISPP 2008: Q19)
	Lebenssinn: Gott: „Für mich hat das Leben nur einen Sinn, weil es Gott gibt.“		44c (ISPP 2008: Q19)
	Lebenssinn: Keiner: „Meiner Meinung nach dient das Leben keinem Zweck.“		44d (ISPP 2008: Q19)
	Lebenssinn: Selbstbestimmt: „Das Leben hat nur dann einen Sinn, wenn man ihm selbst einen Sinn gibt.“		44e (ISPP 2008: Q19)

Zufriedenheit / Glück	Allgemeine Zufriedenheit/Glück mit dem Leben: „Wenn Sie Ihre Lebenssituation heute betrachten, wie glücklich oder unglücklich sind Sie alles in allem?“	33	42 (ISPP 2008: Q1)
Gesundheit	Eigener Gesundheitszustand: „Wie würden Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand beschreiben?“	34	

4. Sektion C: Demographische bzw. Allgemeine Fragen

	Items	USA	Kongo
Tätigkeit / Arbeitsbereich	Zufriedenheit mit der Tätigkeit als Arzt: „Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer beruflichen Tätigkeit?“	35	45
	Quantitative Bestimmung der stationären versus ambulanten Tätigkeit: „Bitte schätzen Sie ab, wie viele Stunden pro Woche verbringen Sie jeweils für die ambulatorische Behandlung in der Sprechstunde und für die stationäre Behandlung?“	36	46
	Quantitative Bestimmung der Konfrontation mit verschiedenen klinischen Szenario: „Bitte schätzen Sie ab, wie viele Patienten Sie in den letzten zwölf Monaten betreut haben, bei denen einer der nachfolgend genannten Zustände oder Situationen vorlag: <ul style="list-style-type: none"> - Kritische, lebensbedrohliche Erkrankung - Neudiagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung - Schwere Behinderung oder chronischer Schmerz - Ethisches Dilemma - Tod des Patienten 	37	47

Patienten - kollektiv	Patientencharakteristika (unversichert/über 65 Jahre): „Bitte schätzen Sie ab, wie viele Ihrer Patienten sind unversichert/sind über 65 Jahre alt?“	38	48
	Akademische Orientierung der Arbeitsstätte: „Hat Ihre Arbeitsstätte eine akademische Orientierung (akademisches Lehrkrankenhaus oder Universitätsklinik)?“	41	49
Arbeitsstätte und allgemeine Angaben	Religiöse Orientierung der Arbeitsstätte: „Hat Ihre Arbeitsstätte eine religiöse Orientierung?“	42	50
	Patientenpopulation charakterisierbar als benachteiligt: „Gehört Ihre Patientenpopulation einer benachteiligten Bevölkerungsschicht an?“	43	51
	Geschlecht: „Welches Geschlecht haben Sie?“		01
	Alter: „In welchem Jahr wurden Sie geboren?“		02
	Spezialisierung: „Haben Sie eine Spezialisierung?“		03
	Fachrichtung: „Wenn ja, was ist Ihre Spezialisierung?“		04
	Abteilung oder Tätigkeitsbereich: „In welchem Setting arbeiten Sie?“		05
	Akademischer Grad: „Welchen akademischen Grad haben Sie erworben?“		06
	Eltern waren Ärzte: „Waren Ihre Eltern Ärzte?“		07

11. Eidesstattliche Versicherung

Mukwayakala, Tryphon Kisamba

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt,
dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

**„Die Rolle religiöser-spiritueller Überzeugungen kongolesischer Ärzte im klinischen Kontext:
Eine Analyse förderlicher und hinderlicher Faktoren“**

selbstständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Beziehung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, 09.08.2017

Ort, Datum

Unterschrift Doktorand