

UNIVERSITÄT BASEL

Forschungsinstitut für  
Spiritualität und Gesundheit



Medizinische Masterarbeit

# **Was glauben Ärzte und welchen Einfluss des Glaubens beobachten sie bei ihren Patienten**

eine Umfrage unter Hausärzten in den Kantonen  
Aargau, Baselland und Baselstadt

Micha Eglin, geb. 05.12.1991

Version vom 15.11.2017

Leiter: PD Dr. Dr. Christoph Leiggener  
Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Universitätsspital Basel

Betreuer: Dr. med. René Hefti  
Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit FISG

**Provisorische Version**

# Inhalt

<b>Einleitung</b> .....	2
<b>Spiritual Care – ein neues Behandlungskonzept</b> .....	2
<b>Krankheiten und Heilung in der christlichen Tradition</b> .....	3
<b>Ein neuer Forschungszweig</b> .....	3
<b>Zielsetzung der Arbeit</b> .....	4
<b>Material und Methode</b> .....	5
<b>Rekrutierung</b> .....	5
<b>Biaskontrolle</b> .....	5
<b>Fragebogen</b> .....	5
<b>Zentralität der Religiosität</b> .....	6
<b>Statistik</b> .....	6
<b>Ergebnisse</b> .....	7
<b>Rücklaufquote und möglicher Bias</b> .....	7
<b>Soziodemografische und arbeitsbezogene Daten</b> .....	8
<b>Religiöses Profil der Ärztinnen und Ärzte</b> .....	9
<b>Der Einfluss der Religiosität der Ärzte auf ihre Beobachtungen</b> .....	16
<b>Diskussion</b> .....	18
<b>Zusammenfassung der Hauptergebnisse</b> .....	18
<b>Diskussion der Rücklaufquote und eines möglichen Bias</b> .....	19
<b>Diskussion der soziodemografischen und arbeitsbezogenen Daten</b> .....	20
<b>Diskussion des religiösen Profils der Ärztinnen und Ärzten</b> .....	20
<b>Diskussion des Einflusses der Religiosität beim Patienten</b> .....	21
<b>Limitierungen</b> .....	22
<b>Schlussfolgerung</b> .....	22
<b>Persönliche Schlussfolgerung</b> .....	24
<b>Danksagung</b> .....	25
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	26
<b>Anhang</b> .....	28

## Einleitung

Über den Glauben der Ärzte weiss man bisher wenig. Auch bei Schweizer Ärzten ist die Datenlage weitgehend unklar. In den USA hingegen gibt es vereinzelt Studien zu diesem Thema (Curlin, 2007).

### **Spiritual Care – ein neues Behandlungskonzept**

In den letzten Jahren hat sich unter dem Begriff „Spiritual Care“ ein neues Behandlungsmodell etabliert. Dieses hat sich aus der Palliative Care entwickelt, und erschliesst eine vierte Dimension im bio-psycho-sozialen Modell, nämlich die der Spiritualität und Religiosität. Ein interdisziplinäres Behandlungsteam hat in diesem Behandlungsmodell die Aufgabe, sich ganzheitlich um den Patienten zu kümmern. Die Klinikseelsorge ist Teil des Teams, aber nicht alleine für die religiösen Belange des Patienten zuständig. Sie übernimmt vielmehr die Aufgabe der „religiösen Expertin“. Der Arzt kann (und soll) eine kurze spirituelle Anamnese durchführen und nach der Bedeutung religiöser oder spiritueller Überzeugungen und Ressourcen des Patienten für die Genesung fragen. Ein offener Spiritualitätsbegriff ist dabei wichtig. Dieses Spiritual-Care-Modell entspricht nicht dem aktuellen Selbstverständnis der Ärzte. Gelehrt wurde, dass Wissenschaft und Religion strikte zu trennen sind. Ärzte befürchten einen Rollenkonflikt, oder den Verlust der professionellen ärztlichen Haltung und Neutralität, wenn sie sich auf spirituelle Themen einlassen. Ausserdem sind sie dafür nicht ausgebildet. Die Patienten hingegen sind in existentiellen Krankheitskrisen, und die Ärzte oft die ersten Ansprechpartner. Zudem haben gerade Hausärzte ein jahrelanges Vertrauensverhältnis zu ihren Patienten aufgebaut. Untersuchungen zeigen, dass Patienten mit ihrem Arzt existentielle, und damit auch religiöse Fragen, besprechen wollen (Hefti, 2013).

In der Schweiz entstehen zunehmend Bemühungen, Spiritual Care zu fördern und Behandlungsteams entsprechend zu schulen. So gibt es an der Universität Basel einen Masterstudiengang für Spiritual Care (<http://mas-spiritual-care.ch/>), welcher von Theologen und Medizinern geleitet wird. An der Universität Zürich wurde eine Professur für Spiritual Care eingerichtet (<http://www.theologie.uzh.ch/de/faecher/spiritual-care.html>), welche Medizin- und Theologiestudenten den Umgang mit dem Thema lehren soll. In Langenthal gibt es ein Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit ([www.rish.ch](http://www.rish.ch)), welches mit verschiedenen universitären Institutionen vernetzt ist und an der medizinischen Fakultät der Universität Bern ein Wahlpraktikum

zum Thema „Medizin und Spiritualität“ durchführt. Ausserdem wird das Thema Spiritual Care zunehmend auch an Fachtagungen aufgegriffen oder eigene Tagungen dazu veranstaltet.

### **Krankheiten und Heilung in der christlichen Tradition**

Historisch waren Krankheiten und Religion immer eng miteinander verbunden. Das gilt für alle religiösen Traditionen. Im Christentum ist Krankheit und Heilung ein zentrales Thema, das in vielen biblischen Texten aufgegriffen wird (Kostka, 2006).

In den Evangelien wird von Jesus als dem Heiler berichtet (jesusarchive.com, 2017). Das Buch Hiob aus dem Alten Testament beleuchtet einen weiteren Aspekt zum Thema „Glaube und Krankheit“. Der gottesfürchtige Hiob wird schwer krank, und erleidet weitere Schicksalsschläge. Er ringt mit Gott um seinen Glauben. Schlussendlich findet er durch seine Leidenszeit zu einer neuen und vertieften Gotteserkenntnis und Gottesbeziehung. Die Hiobsgeschichte zeigt, wie in der jüdisch-christlichen Tradition Glaube, Heilung und Heil miteinander verbunden sind.

Auch die ersten christlichen Gemeinden waren für ihre Sorge um kranke und ausgegrenzte Menschen bekannt. Im Mittelalter waren Heilung und Seelenheil eng miteinander verknüpft. Daraus entwickelte sich auch die Krankenhausseelsorge, die in vielen Ländern eine institutionalisierte Praxis darstellt. Zudem gibt es auch heute noch viele Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft (Kosta, 2006). Im 20. Und 21. Jahrhundert entwickelte sich, bedingt durch den rasanten medizinischen Fortschritt, eine differenzierte theologisch-medizinische Ethik, die durch den rasanten medizinischen Fortschritt nötig wurde.

Auch in der Schweiz wurden Spitäler aus christlicher Initiative gegründet, so zum Beispiel das Bethesda-Spital in Basel. Diakonissinnen waren bis weit ins 19. Jahrhundert Bestandteil des Spitalkonzepts (emk-schweiz.ch, 2017).

Die Kirchen, und damit das Christentum, haben aber im Verlaufe der letzten Jahrhunderte deutlich an Bedeutung verloren (Kamann, 2015).

### **Ein neuer Forschungszweig**

Andererseits gibt es auf Grund wissenschaftlicher Untersuchungen zunehmend Hinweise, dass religiöse Patienten gesünder sind und länger leben. In den USA wird im Rahmen der „Religion and Health – Forschung“ seit den 80er Jahre dieser Zusammenhang empirisch untersucht. Eine 2011 veröffentlichte Metaanalyse fasste

44 prospektiven Bevölkerungsstudien zu Religiosität und Mortalität zusammen (Chida, 2009). Die Bevölkerungsgruppe mit höherer Religiosität hatte eine Reduktion der Gesamtmortalität von 18%. Für die kardiovaskuläre Mortalität betrug die Reduktion sogar 28%. Die Autoren erklärten den günstigen Effekt durch besseres Gesundheitsverhalten, weniger negativem Stress, höherer Stressresistenz, mehr soziale Unterstützung, positive Emotionen, und eine günstige Beeinflussung des autonomen Nervensystems. Religiosität kann zudem als Coping-Ressource verstanden werden. Eine Untersuchung der medizinischen Abteilung des Duke University Hospitals, welche 337 Patienten einschloss, fand heraus, dass für 67.4% der Befragten die Religiosität ein wichtiger Faktor für die Bewältigung ihrer Krankheit ist. Umgekehrt kann Religiosität auch zu einem Belastungs- und Risikofaktor werden. Eine Studie an 596 medizinischen Patienten ergab für religiöse Konflikte („Struggles“) eine Zunahme des Mortalitätsrisikos von 6-28% an. Wenn die Krankheit dem Teufel zugeschrieben wurde, sich die Patienten von Gott verlassen fühlten, oder an Gottes Liebe zweifelten war dies besonders ungünstig (Pargament, 2001).

Wenn nun die Religiosität einen Einfluss auf das Outcome bei Erkrankungen hat, dann gilt es, dies zu berücksichtigen und in die medizinische Behandlung mit einzubeziehen. Die vorliegende Untersuchung will herausfinden, ob Ärzte diese Ansicht teilen und bei ihren Patienten ähnliche Beobachtungen machen.

Wenn religiöse Patienten gesünder leben, weniger Komplikationen haben und Krankheitssituationen besser bewältigen, dann würden sie auch unser Gesundheitssystem finanziell entlasten.

### **Zielsetzung der Arbeit**

Die vorliegende Befragung untersucht, was Hausärzte in der Nordwestschweiz glauben, wie religiös sie sich selbst einschätzen, welcher Konfession sie angehören und welche Relevanz das für die Wahrnehmung ihrer Patienten und ihre ärztliche Tätigkeit hat.

Die Studie will klären, ob aus Sicht der Ärzte die Religiosität der Patienten einen Einfluss auf Krankheit, Leiden und Genesung hat. Können religiöse Patienten wirklich auf die Ressource „Glauben“ zurückgreifen, oder hat die religiöse Gesinnung im Krankheitsverlauf eine ungünstige Wirkung?

## Material und Methode

Um eine ausreichende Repräsentativität der Umfrage zu erreichen, sollten 100 Hausärzte aus der Nordwestschweiz mit einem standardisierten Fragebogen erfasst werden. Die Originalversion des Fragebogens wurde von Curlin et al. (2007) an der University of Chicago entwickelt und zur Verwendung freigestellt.

### Rekrutierung

Die Rekrutierung der Hausärztinnen und Hausärzte (der Einfachheit halber wird in der Arbeit nur die männliche Form verwendet) wurde auf die Kantone Aargau, Basel-Land und Basel-Stadt eingegrenzt. Für die Hausärzte im Kanton Aargau wurden die Online-Verzeichnisse von arztmap (arztmap.ch, 2015) und für diejenigen der Kantone Basel-Land und Basel-Stadt das Verzeichnis von sympany (sympany.ch, 2015) verwendet. Von den alphabetisch aufgelisteten Hausärzten wurde jeder fünfte ausgewählt und telefonisch kontaktiert. Wenn der Hausarzt bereit war, wurde ihm eine E-Mail mit dem Umfragelink geschickt.

Insgesamt wurden 382 Hausärzte kontaktiert. Davon haben 105 den Fragebogen ausgefüllt. Mit dem Link zum Online-Fragebogen erhielten die Hausärzte auch einen Teilnahmecode. Dieser Code diente zur Identifizierung der Ärzte welche den Fragebogen ausgefüllt hatten. Auf die Antworten der Ärzte konnten aber mittels Code keine Rückschlüsse gezogen werden.

### Biaskontrolle

Um auszuschliessen, dass es sich bei den Hausärzten, die den Fragebogen beantworteten, um eine selektierte Gruppe handelte, wurden in zufällig ausgewählten Qualitätszirkeln von Hausärzten ein Kurzfragebogen abgegeben, welcher demografische (Alter, Geschlecht, Kanton) und religionsbezogene Angaben (Religionszugehörigkeit, Konfession, Einschätzung der Religiosität) erfasste. Insgesamt konnte in vier Qualitätszirkeln 39 Kurzfragebogen erhoben werden.

### Fragebogen

Der von Curlin entwickelte, standardisierte Fragebogen beinhaltet drei Sektionen (A, B, C). Sektion A ermittelt die persönliche Sichtweise der Ärzte über den Zusammenhang von Religion, Spiritualität und Medizin. Sektion B erfragt die religionsbezogenen Angaben der Ärzte. Unter anderem die Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft (B1) und Konfessionen (B2), Angaben zur religiösen Erziehung (B3) und eine Selbsteinschätzung der eigenen Religiosität (B12). Nach Huber (Huber, 2008) gibt es

fünf religionssoziologisch definierte Kerndimensionen, welche zur objektiven Einschätzung der Religiosität beitragen. Diese sind: Intellekt (das Nachdenken über religiöse Themen – B14), Ideologie (wie stark sie daran glauben, dass es Gott oder etwas Göttliches gibt – B6), öffentliche Praxis (Häufigkeit der Kirchbesuche – B9), private Praxis (Häufigkeit des Gebets – B10) und Glaubenserfahrung (Eingreifen Gottes im Leben – B7). In der Sektion C werden soziodemographische und arbeitsbezogene Angaben erfasst.

### **Zentralität der Religiosität**

Aus den fünf Kerndimensionen nach Huber (Huber) wird die Zentralität der Religiosität (CRS) errechnet und damit erfasst, welche Bedeutung und welchen Stellenwert die Religion im Leben des Arztes hat (Huber, 2012). Die Zentralitätsskala geht von 1 bis 5 und bildet den Mittelwert aus den fünf Dimensionen der Religiosität. Je höher also der Score, desto zentraler ist die Religiosität bei dieser Person. Als Vergleich dient hier eine Befragung der Schweizer Bevölkerung im Rahmen des Religionsmonitors 2008 (Huber, 2012).

Auf Grund der Zentralitätsskala können drei Gruppen gebildet werden: die Nicht-Religiösen (1.0 bis 2.0), die Religiösen (2.1 bis 3.9) und die Hochreligiösen (4.0 bis 5.0). Bei den „Nicht-Religiösen“ spielt die Religiosität keine wesentliche Rolle. Bei den „Religiösen“ spielt die Religiosität eine Rolle, ist aber keine erlebens- und verhaltensbestimmende Dimension. Bei den „Hochreligiösen“ hingegen hat die Religiosität eine dauerhafte und tiefgreifende Wirkung auf die relevanten Lebensbereiche (Huber, 2008).

### **Statistik**

Die verwendete Internetplattform XPsy, mit welcher die Daten online erhoben und in einer Datenbank gespeichert wurden, verfügt über eine SPSS-Schnittstelle. Damit konnte eine SPSS-Datei erzeugt werden, welche sowohl die Rohdaten wie auch die Metadaten (VARIABLE LABELS, VALUE LABELS, MISSING VALUES) enthielt. Die so generierte SPSS-Datei wurde als Basis für die Auswertungen in SPSS Version 22 für Mac (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) benutzt.

Im Rahmen der deskriptiven Analysen wurden die Häufigkeiten der einzelnen Antwortkategorien dargestellt. Bei linearen Antwortskalen konnten Mittelwerte gebildet und mittels T-Test verglichen werden.

## Ergebnisse

Im Folgenden werden die relevanten Ergebnisse im Hinblick auf die in der Zielsetzung formulierten Fragestellungen dargestellt. Gleich zu Beginn werden Rücklaufquote und möglicher Bias präsentiert.

### Rücklaufquote und möglicher Bias

**Tabelle 1: Vergleich der Umfragepopulation zur Kontrollpopulation**

		Umfrage- population (n=105)	Kontroll- population (n=39)	p-Wert
Alter		53.8	57.5	0.81
Region	Aargau	53.3%	38.5%	
	Baselland	25.7%	43.6%	
	Baselstadt	21.0%	17.9%	
Religion	Christentum	76.2%	74.4%	
	Judentum	1.9%	2.6%	
	Islam	1.9%	2.6%	
	keine Religions- gemeinschaft	18.1%	17.9%	
	andere Religions- gemeinschaft	0.0%	2.6%	
Konfession	römisch-katholisch	25.7%	41.0%	
	evangelisch-reformiert	40.0%	33.3%	
	evangelisch- freikirchlich	3.8%	0.0%	
Religiosität (Kategorien)	gar nicht religiös	24.8%	12.8%	
	wenig religiös	24.8%	41.0%	
	mittel religiös	25.7%	23.1%	
	ziemlich religiös	16.2%	17.9%	
	sehr religiös	3.8%	5.1%	
Religiosität* (Mittelwert)		<b>1.47</b>	<b>1.62</b>	0.65

Legende: Religiosität\* = Mittelwert der Antwortkategorien (0=gar nicht religiös, 1=wenig religiös, 2=mittel religiös, 3=ziemlich religiös, 4=sehr religiös)

In den Kantonen Aargau, Baselland und Baselstadt gibt es gemäss FMH (6, FMH, 2015) 981 ambulant praktizierende Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin,



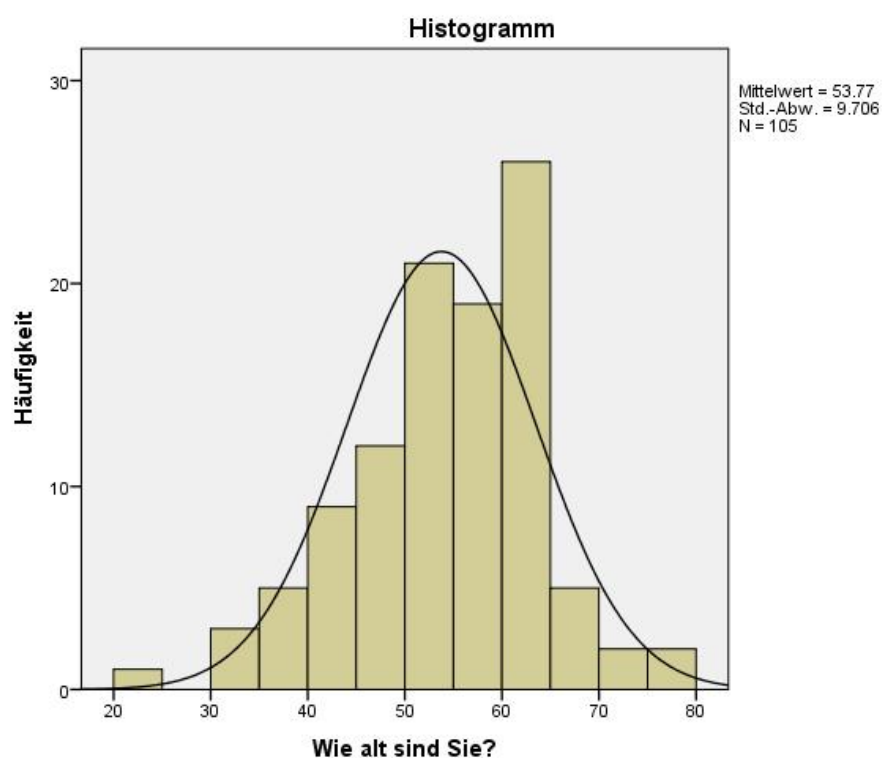
Allgemeinmedizin oder Innere Medizin (419 Kt. AG (42.7%), 275 Kt. BL (28%) 287 Kt. BS (29.3%)). Sie bilden das Gesamtkollektiv der Hausärzte in den drei Kantonen. Davon wurden 382 Hausärztinnen und telefonisch kontaktiert. Die Fragebogen wurden per E-Mail oder Briefpost verschickt. 105 Fragebögen wurden ausgefüllt zurückgeschickt. Dies ergibt eine Rücklaufquote von 27.5%. Insgesamt nahmen 10.7% aller Hausärzte der drei Kantone an der Studie teil.

16 Ärzte gaben eine Rückmeldung, warum sie bei der Umfrage nicht teilnahmen. 75% hatten keine Zeit, 12.5% bekamen zu viele E-Mails pro Tag, 6.3% hatten zu viele ähnliche Projekte und 6.3% wollten aufgrund des Themas nicht teilnehmen.

39 Hausärzte füllten im Rahmen von Qualitätszirkeln einen Kurzfragebogen aus. Alle anwesenden Hausärzte machten mit. Dieses Ärztekollektiv bildet die Kontrollpopulation, um einen möglichen Bias zu evaluieren. Die Ergebnisse (*Tabelle 1*) weisen darauf hin, dass sich Umfrage- und Kontrollpopulation bezüglich Alter, Religionszugehörigkeit und Ausprägung der Religiosität nicht unterscheiden (also kein Bias vorhanden ist). Die 105 Hausärzte, die den Fragebogen ausgefüllt haben, sind nicht religiöser als die Kollegen aus dem Kontrollkollektiv.

## Soziodemografische und arbeitsbezogene Daten

**Diagramm 1: Altersverteilung der Hausärzte (n=105)**



Nach Kantone aufgeteilt haben 56 (53.3%) aus dem Kanton Aargau, 27 (25.7%) aus Baselland, und 22 (21.0%) aus Basel-Stadt den Fragebogen ausgefüllt. Im Histogramm (*Diagramm 1*) sehen wir ihre Altersverteilung. Im Durchschnitt sind die Ärzte 53.8 Jahre alt. 17.2 Prozent sind unter 50 Jahre, 33.4 Prozent 60-jährig und älter. Zwei Drittel der Befragten sind Männer (70.5%) und ein Drittel Frauen (29.5%). 17.1 Prozent haben ihre Ausbildung im Ausland absolviert. Im Durchschnitt behandeln die Ärzte 92.2 Patienten pro Woche. 13.3 Prozent behandeln unter 50 Patienten, 40 Prozent zwischen 50 und 99 Patienten, und 46.7 Prozent der Hausärzte behandeln 100 und mehr Patienten pro Woche.

### Religiöses Profil der Ärztinnen und Ärzte

Im Folgenden wird das religiöse Profil der Hausärzte dargestellt. Dieses beinhaltet Religionszugehörigkeit, Konfession und religiöse Erziehung, Selbsteinschätzung hinsichtlich Religiosität, sowie Kerndimensionen und Zentralität auf Grund des Religions-Struktur-Tests (Huber 2008, 2012).

#### *Religionszugehörigkeit, Konfession und religiöse Erziehung*

76.2% aller Ärzte gehören dem Christentum an. 18.1% fühlen sich keiner Religionsgemeinschaft zugehörig. Nur wenige ordnen sich dem Islam und dem Judentum zu. Von denjenigen, die sich dem Christentum zuordnen, sind 40% evangelisch-reformiert, 25.7% römisch-katholisch und 3.8% freikirchlich. 6.7% machten keine Angaben (*Tabelle 2*).

**Tabelle 2: Religionszugehörigkeit und Konfession (n=105)**

Frage	Antwort	Häufigkeit	Prozent
Religion	Christentum	80	76.2
	Judentum	2	1.9
	Islam	2	1.9
	keine Religionsgemeinschaft	19	18.1
	weiss nicht / keine Angabe	2	1.9
Konfession (Christentum)	römisch-katholisch	27	25.7
	evangelisch-reformiert	42	40.0
	evangelisch-freikirchlich	4	3.8
	Christentum (ohne Angaben zur Konfession)	7	6.7

65.7% der Ärzte sind religiös erzogen worden, 31.4% hatten keine religiöse Erziehung. 54.3% haben noch dieselbe religiöse Weltanschauung, mit der sie als Kind aufgewachsen sind. 34.3% erlebten einen religiösen Wendepunkt.

### *Selbsteinschätzung bezüglich Religiosität*

In der Selbsteinschätzung stufen sich nahezu die Hälfte der Ärzte als nicht bis wenig religiös (49.6%) ein. 20% sind ziemlich bis sehr religiös (*Tabelle 3*).

Die Selbsteinschätzung bezüglich Religiosität korreliert weder mit dem Alter ( $r=.055$ ,  $p=.590$ ) noch mit dem Geschlecht ( $r=.101$ ,  $p=.317$ ).

**Tabelle 3: Selbsteinschätzung der Religiosität (n=105)**

Frage	Antwort	Häufigkeit	Prozent
Als wie religiös würden sie sich selbst bezeichnen?	gar nicht religiös	26	24.8
	wenig religiös	26	24.8
	mittel religiös	27	25.7
	ziemlich religiös	17	16.2
	sehr religiös	4	3.8
	weiss nicht / keine Angabe	5	4.8

### *Kerndimensionen und Zentralität*

Auf Grund des Religiositäts-Struktur-Testes (Huber, 2008, 2012), der ein validiertes Messinstrument darstellt, sind die Ergebnisse zu den fünf Kerndimensionen der Religiosität in Tabelle 4 abgebildet (*siehe „Fragebogen“*).

41.9% der Ärzte denken oft oder sehr oft über religiöse Themen nach. 44.8% tun dies gelegentlich und nur 12.4% tun dies selten bis nie. 37.1% der Ärzte glauben sehr an einen Gott oder eine Gottheit, 21% glaubt ziemlich daran und 12.4% glaubt überhaupt nicht daran. Die beiden Kerndimensionen Intellekt und Ideologie sind bei den Hausärzten ausgeprägt vorhanden.

Weniger ausgeprägt sind öffentliche und private Praxis. 61% der Ärzte besuchen selten bis nie eine religiöse Versammlung, nur 13.4% der Befragten einmal pro Woche oder mehr. 43.8% der Hausärzte beten vereinzelt bis nie, 20% beten mindestens einmal am Tag.

Immerhin 26.7% der Ärzte erleben das Eingreifen Gottes gelegentlich, 17.2% sogar oft bis sehr oft. 21.9% erleben das Eingreifen Gottes nie (*Tabelle 4*).

**Tabelle 4: Kerndimensionen der Religiosität (n=105)**

Frage	Antwort	Häufigkeit	Prozent
Wie oft denken Sie über religiöse Themen nach? (Intellekt)	nie	4	3.8
	selten	9	8.6
	gelegentlich	47	44.8
	oft	31	29.5
	sehr oft	13	12.4
	weiss nicht / keine Angabe	1	1.0
Wie stark glauben Sie daran dass es Gott, eine Gottheit oder etwas Göttliches gibt? (Ideologie)	gar nicht	13	12.4
	wenig	17	16.2
	mittel	8	7.6
	ziemlich	22	21.0
	sehr	39	37.1
	weiss nicht / keine Angabe	6	5.7
Wie oft nehmen Sie an Gottesdiensten oder religiösen Veranstaltungen teil? (öffentliche Praxis)	nie	24	22.9
	selten	40	38.1
	mehrmals pro Jahr	20	19.0
	ein- bis dreimal pro Monat	6	5.7
	einmal in der Woche	9	8.6
	mehr als einmal in der Woche	5	4.8
	weiss nicht / keine Angabe	1	1.0
Wie häufig beten Sie? (private Praxis)	nie	28	26.7
	selten	18	17.1
	mehrmals pro Jahr	15	14.3
	ein- bis dreimal pro Monat	3	2.9
	einmal in der Woche	5	4.8
	mehr als einmal in der Woche	9	8.6
	einmal am Tag	10	9.5
	mehrmals am Tag	11	10.5
	weiss nicht / keine Angabe	6	5.7
Wie oft erleben Sie Situationen, in denen Sie das Gefühl haben, dass Gott in Ihr Leben eingreift? (Glaubenserfahrung)	nie	23	21.9
	selten	32	30.5
	gelegentlich	28	26.7
	oft	13	12.4
	sehr oft	5	4.8
	weiss nicht / keine Angabe	4	3.8

Aus den fünf Kerndimensionen der Religiosität wird der Zentralitätsscore errechnet, welcher die Ärzte in Nicht-Religiöse, Religiöse und Hochreligiöse einteilt. Dieser Score kann auch mit der Normalbevölkerung der Schweiz verglichen werden (Huber, 2012) (Tabelle 5).

Der Zentralitätsscore (Z-Score) für die Ärzte ist 2.93. Die Schweizer Bevölkerung hat einen Wert von 3.15. Beide Werte liegen somit im Bereich „Religiöse“. Die Ärzteschaft ist damit etwas weniger religiös als die Durchschnittsbevölkerung. 21.5% der Ärzte sind hochreligiös (vs. 25% bei der Normalbevölkerung).

**Tabelle 5: Zentralitätsscore**

	Hausärzte (n=93)		Schweizer Bevölkerung (n=965)	
Zentralität (Z-score)	Z-Score (SD)		Z-Score (SD)	
	2.93 (0.99)		3.15 (0.97)	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Nicht-Religiöse	24	25.8	145	15
Religiöse	49	52.7	579	60
Hochreligiöse	20	21.5	241	25

Cut-off Werte Zentralität: 1.0 bis 2.0 (nicht religiös), 2.1 bis 3.9 (religiös), 4.0 bis 5.0 (hochreligiös)

Um die Kerndimensionen der Religiosität miteinander zu vergleichen, wurde jeweils der Skalenwert berechnet (Intellekt, Ideologie, öffentliche Praxis, private Praxis und Glaubenserfahrung). Das ergibt einen Wert zwischen 1 und 5. Je höher der Wert, desto stärker die Ausprägung dieser Kerndimension. Die höchsten Werte liegen beim intellektuellen Interesse und bei den Glaubensüberzeugungen. Schwächer ausgeprägt sind Glaubenspraxis und Glaubenserfahrungen.

**Tabelle 6: Skalenwert der einzelnen Kerndimensionen**

	Intellekt (n=104)	Ideologie (n=99)	öffentliche Praxis (n=104)	private Praxis (n=99)	Glaubens- erfahrung (n=101)
Skalenwert (SD)	3.38 (0.94)	3.58 (1.47)	2.48 (1.28)	2.62 (1.50)	2.46 (1.12)

Legende: Mittelwert aller Ärzte zu den jeweiligen Fragen Intellekt (nie=1, selten=2, gelegentlich=3, oft=4, sehr oft=5), Ideologie (gar nicht=1, wenig=2, mittel=3, ziemlich=4, sehr=5), öffentliche Praxis (nie=1, selten=2, mehrmals pro Jahr=3, ein bis dreimal pro Monat=4, einmal oder mehr pro Woche=5), private Praxis (nie=1, selten bis mehrmals pro Jahr=2, einmal pro Monat bis einmal pro Woche=3, mehr als einmal pro Woche=4, einmal pro Tag oder öfters=5) und Glaubenserfahrung (nie=1, selten=2, gelegentlich=3, oft=4, sehr oft=5)

**Religiöse Erziehung und Zentralität**

Ärzte mit religiöser Erziehung in der Kindheit haben eine signifikant stärker ausgeprägte Religiosität (p<.01) als solche ohne religiöse Erziehung (Tabelle 7).

**Tabelle 7: religiöse Erziehung und Zentralität**

	Religiöse Erziehung (n=65)	Keine religiöse Erziehung (n=25)
Z-Score (SD)	3.10 (1.01)	2.43 (0.90)

Cut-off Werte Zentralität: 1.0 bis 2.0 (nicht religiös), 2.1 bis 3.9 (religiös), 4.0 bis 5.0 (hochreligiös), vielleicht hier Signifikanz hinschreiben, p<0.01

Ärzte die keiner Religionsgemeinschaft zugehören, haben den niedrigsten Zentralitäts-Score (Z-Score), Christen einen etwas Niedrigeren als Muslime und Juden (*Tabelle 8*).

**Tabelle 8: Religion und Zentralität**

	Christentum (n=74)	Islam / Judentum (n=4)	keine Religionsgemeinschaft (n=14)
Z-Score (SD)	3.08 (0.93)	3.40 (1.27)	<b>1.91 (0.79)</b>

Cut-off Werte Zentralität: 1.0 bis 2.0 (nicht religiös), 2.1 bis 3.9 (religiös), 4.0 bis 5.0 (hochreligiös)

Freikirchliche Ärzte haben den höchsten Z-Score (4.70). Katholische Ärzte sind religiöser als reformierte Ärzte, haben jedoch einen deutlich tieferen Z-Score als freikirchliche Ärzte (*Tabelle 9*).

**Tabelle 9: Konfession und Zentralität**

	katholisch (n=26)	reformiert (n=37)	freikirchlich (n=4)
Z-Score (SD)	3.08 (0.72)	2.91 (0.97)	<b>4.70 (0.30)</b>

Cut-off Werte Zentralität: 1.0 bis 2.0 (nicht religiös), 2.1 bis 3.9 (religiös), 4.0 bis 5.0 (hochreligiös)

In Tabelle 10 werden katholische, reformierte und freikirchliche Ärzte aufgrund der fünf Kerndimensionen genauer untersucht. Die Kerndimensionen Intellekt und Ideologie sind bei den christlichen Ärzten stark ausgeprägt, wobei die Kerndimension Ideologie bei allen drei Konfessionen am stärksten aller Kerndimensionen ausgeprägt ist. Die vier freikirchlichen Ärzte haben hier die Maximalpunktzahl. Auch haben sie bezüglich Gottesdienstbesuche die volle Punktzahl. Das heisst, dass die vier Ärzte mindestens einmal pro Woche einen Gottesdienst besuchen. Bei der Kerndimension Gebet haben die freikirchlichen Ärzte ebenfalls den höchsten Wert. Bei den katholischen Ärzten hat

diese Kerndimension eine höhere Ausprägung als bei reformierten Ärzte, jedoch eine deutlich geringere Ausprägung als bei den freikirchlichen Ärzten. Die Kerndimension Glaubenserfahrung ist bei allen Konfessionen am niedrigsten ausgeprägt verglichen mit den anderen Kerndimensionen. Katholische Ärzte haben bei allen Kerndimensionen leicht höhere Werte als ihre reformierten Kollegen, freikirchliche Ärzte deutlich höhere Werte als ihre reformierten und katholischen Kollegen (*Tabelle 10*).

**Tabelle 10: Konfession und Kerndimensionen**

	katholisch	reformiert	freikirchlich
Skalenwert (SD) Intellekt	3.41 (0.87) (n=27)	3.24 (0.82) (n=41)	<b>4.75 (0.43)</b> (n=4)
Skalenwert (SD) Ideologie	<b>3.74 (1.32)</b> (n=27)	<b>3.68 (1.35)</b> (n=40)	<b>5.0 (0.0)</b> (n=4)
Skalenwert (SD) öffentliche Praxis	2.74 (0.97) (n=27)	2.49 (1.11) (n=41)	<b>5.0 (0.0)</b> (n=4)
Skalenwert (SD) private Praxis	3.0 (1.33) (n=26)	2.58 (1.56) (n=40)	<b>4.75 (0.43)</b> (n=4)
Skalenwert (SD) Glaubens- erfahrung	2.59 (1.03) (n=27)	2.39 (0.98) (n=41)	<b>4.0 (0.71)</b> (n=4)

Legende: siehe Tabelle 6

## Der Einfluss der Religiosität beim Patienten

Bei den folgenden Themen geht es um die Wahrnehmung der Religiosität der Patienten und die Auswirkung auf den Umgang mit Krankheit.

Die Patienten sprechen religiöse Themen in der täglichen Sprechstunde nicht oft an. 63.8% der Ärzte sagen, dass das selten vorkommt. Bei 29.5% der Ärzte kommt dies manchmal vor. Emotionale oder praktische Unterstützung durch die religiöse Gemeinschaft nehmen die Ärzte hingegen häufiger wahr. 50.5% der Ärzte sehen das bei ihren Patienten manchmal. 21% sehen das oft. Die meisten Ärzte sind sich einig, dass die Patienten ihre Religion selten bis nie dazu benutzen, keine Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen. 22.9% sehen das nie, 48.6% sehen das manchmal bei ihren Patienten (*Tabelle 11*).

**Tabelle 11: der Einfluss der Religion auf den Patienten (n=105)**

Wie häufig haben Patienten nach der Erfahrung der Hausärzte ...	keine Angabe	nie	selten	manchmal	oft	immer	Gesamt
religiöse Themen wie Gott, Gebet, Meditation, die Bibel etc. angesprochen?	1.0%	3.8%	<b>63.8%</b>	29.5%	1.9%	0.0%	100%
emotionale oder praktische Unterstützung durch ihre religiöse Gemeinschaft erhalten?	6.7%	1.9%	20.0%	<b>50.5%</b>	21.0%	0.0%	100%
Religion als Begründung benutzen, um keine Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen?	2.9%	22.9%	<b>48.6%</b>	19.0%	6.7%	0.0%	100%

Viele Ärzte geben an, dass sich mit einer Krankheitserfahrung die Aufmerksamkeit für Religion und Spiritualität bei den Patienten verstärkt. Knapp ein Drittel (31.4%) sagen, dass das oft passiert, und über die Hälfte (54.3%) sagen, dass das manchmal passiert (Tabelle 12).

**Tabelle 12: der Einfluss der Religion bei einer Krankheitserfahrung (n=105)**

	keine Angabe	nie	selten	manchmal	oft	immer	Gesamt
Wie oft verstärkt sich die Aufmerksamkeit der Patienten für Religion nach einer Krankheitserfahrung?	2.9%	1.0%	8.6%	<b>54.3%</b>	<b>31.4%</b>	1.9%	100%

Die Religiosität hilft manchmal (48.6%) bis oft (41%) bei der Bewältigung von Krankheit und Leiden. Selten (36.2%) bis manchmal (41.9%) vermehrt sie nach der Meinung der Hausärzte auch das Leiden, da die Patienten durch ihre Religiosität Schuld, Angst und andere negative Gefühle haben. Hier sieht man gut, dass die Ärzte die Religiosität eher als positiven Einflussfaktor auf die Bewältigung von Krankheitserfahrung sehen. Manchmal (42.9%) bis oft (51.4%) haben die Patienten durch ihre Religiosität eine positive und hoffnungsvolle Geisteshaltung. Selten (55.2%) bis manchmal (34.3%) kommt es vor, dass die Patienten aufgrund ihrer Religiosität medizinisch wichtige Therapien ablehnen, verzögern oder beenden.

Wenn es um die Vorbeugung von schweren medizinischen Problemen aufgrund der Religiosität der Patienten geht, sind die Hausärzte eher skeptisch eingestellt. 26.7%



der Ärzte glaubt, dass das nie vorkommt, 35.2% glaubt, dass das selten vorkommt, und 23.8% ist der Meinung, dass sowas manchmal vorkommt (*Tabelle 13*).

**Tabelle 13: der Einfluss der Religion bei Krankheiten (n=105)**

Nach der Erfahrung der Hausärzte, wie häufig Religion ...	keine Angabe	nie	selten	manchmal	oft	immer	Gesamt
Patienten hilft, Krankheit und Leiden zu bewältigen und auszuhalten?	1.9%	1.0%	3.8%	<b>48.6%</b>	<b>41.0%</b>	3.8%	100%
Schuld, Angst und andere negative Gefühle verursacht und damit Leiden vermehrt?	2.9%	2.9%	<b>36.2%</b>	<b>41.9%</b>	16.2%	0.0%	100%
Patienten eine positive und hoffnungsvolle Geisteshaltung gibt?	2.9%	1.0%	1.0%	<b>42.9%</b>	<b>51.4%</b>	1.0%	100%
Patienten veranlasst, medizinisch indizierte Therapien abzulehnen, zu verzögern oder zu beenden?	0.0%	8.6%	<b>55.2%</b>	<b>34.3%</b>	1.9%	0.0%	100%
zur Vorbeugung schwerer medizinischer Probleme beiträgt (z.B. Herzinfarkte, Infektionen oder tödlicher Verlauf)?	7.6%	26.7%	<b>35.2%</b>	23.8%	6.7%	0.0%	100%

### Der Einfluss der Religiosität der Ärzte auf ihre Beobachtungen

Nun wird anhand von Korrelationen evaluiert, ob die religiöse Selbsteinschätzung der Ärzte einen Einfluss auf die Sichtweise der Religiosität als Coping-Faktor bei den Patienten hat. Auch die Fragen zum schädlichen Einfluss von Religion auf die Patienten werden anhand derselben Korrelationen dargestellt.

Je religiöser sich die Ärzte selbst sehen, desto häufiger berichten sie, dass Patienten religiöse Themen ansprechen. Auch glauben sie häufiger daran, dass sich die Aufmerksamkeit der Patienten für Religion im Rahmen einer Krankheitserfahrung verstärkt. Noch stärker korreliert die Religiosität der Ärzte mit der Frage ob Religion Patienten hilft, Krankheiten zu bewältigen, dabei eine hoffnungsvolle Geisteshaltung zu haben, oder gar vor medizinischen Problemen geschützt zu werden (*Tabelle 14*).

**Tabelle 14: Religiöse Selbsteinschätzung der Ärzte und Beobachtung der Religiosität bei den Patienten**

		Wie oft haben Patienten religiöse Themen angesprochen?	Wie oft verstärkt Krankheits- erfahrung die Aufmerksamkeit für Religion?	Wie häufig hilft es dem Patienten Krankheit zu bewältigen?	Wie häufig hilft es Patienten eine hoffnungs- volle Geistes- haltung zu haben?	Wie häufig hilft es Patienten zur Vorbeugung schwerer medizinischer Probleme?
Alles in allem: Als wie religiös würden Sie sich selbst bezeichnen?	Korrelationskoeffizient	.225*	.209*	.480**	.442**	.400**
	Sig. (2-seitig)	.025	.037	.000	.000	.000
	N	100	100	100	100	100

\*\* . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig); \* . Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig). Korrelationskoeffizient unter 0.2 keine Korrelation, zwischen 0.2 und 0.4 leichte Korrelation, zwischen 0.4 und 0.6 mittelstarke Korrelation, über 0.6 hohe Korrelation

Keine Korrelationen finden sich zwischen der Selbsteinschätzung der Religiosität der Ärzte und negativen Einflüssen von Religiosität auf die Gesundheit von Patienten (Tabelle 15).

**Tabelle 15: Religiöse Selbsteinschätzung der Ärzte und negative Einflüsse der Religiosität bei Patienten**

		Wie oft wird Religion benutzt, um keine Verant- wortung für die Gesundheit zu übernehmen?	Wie häufig vermehrt Religion durch Angst, Schuld, etc. das Leiden der Patienten?	Wie häufig brechen religiöse Patienten medizinisch wichtige Therapien ab oder lehnen diese ab?
Alles in allem: Als wie religiös würden Sie sich selbst bezeichnen?	Korrelationskoeffizient	-.049	.020	.067
	Sig. (2-seitig)	.628	.843	.510
	N	100	100	100

Korrelationskoeffizient unter 0.2 keine Korrelation

## Diskussion

### Zusammenfassung der Hauptergebnisse

#### *Religiöses Profil der Ärztinnen und Ärzte*

Beim religiösen Profil der Ärzte fällt auf, dass sich 76.2% dem Christentum und 18.1% keiner Religionsgemeinschaft zugehörig fühlen. Beinahe 50% der Ärzte schätzen sich aber als nicht bis wenig religiös ein. Nur 20% bezeichnen sich als ziemlich bis sehr religiös. Das stimmt mit der Frequenz der Kirchenbesuche und der Gebetspraxis überein. 19.1% der Ärzte besuchen mindestens einmal pro Monat einen Gottesdienst. 28.6% der Ärzte beten mehrmals pro Woche. 41.9% der Ärzte denken oft bis sehr oft über religiöse Themen nach und 58.1% glauben an Gott oder eine Transzendenz. Somit sind die am stärksten ausgeprägten Dimensionen der Intellekt und die Ideologie. Möglicherweise sind Ärzte durch das Studium und ihre berufliche Tätigkeit eher intellektuell ausgerichtet, weshalb bei den Kerndimensionen der Religiosität der Intellekt und die Ideologie dominieren.

Doch auch die Erfahrungsdimension findet sich bei den Ärzten. 26.7% erleben gelegentlich Gottes Eingreifen, 17.2% sogar oft bis sehr oft. Was dies konkret beinhaltet, lässt sich aus der Umfrage nicht erschliessen.

Anhand des Zentralitätsscore lässt sich sagen, dass die Schweizer Bevölkerung leicht religiöser ist als die Hausärzteschaft. Innerhalb der Umfragepopulation sind die Ärzte mit religiöser Erziehung religiöser als die Ärzte ohne religiöser Erziehung. Offenbar behalten viele Ärzte ihre Werte aus der Kindheit bei. Im Hinblick auf die Konfession sind katholischen Ärzte leicht religiöser sind als ihre reformierten Kollegen. Beim Gebet lässt sich hierbei die grösste Differenz beobachten. Möglicherweise liegt die Erklärung darin, dass bei den katholischen Christen das liturgische Gebet eine wichtige Rolle spielt. Freikirchliche Ärzte sind hochreligiös. Allerdings sind vier freikirchliche Umfrageteilnehmer etwas wenig, um ein genaues religiöses Profil der freikirchlichen Ärzteschaft zu erstellen.

#### *Der Einfluss der Religiosität beim Patienten*

Bei 63.8% der Hausärzte sprechen Patienten religiöse Themen selten an. Nur bei 29.5% kommen religiöse Themen manchmal. Daraus lässt sich schliessen, dass Ärzte wohl nicht so gut über die religiöse Einstellung ihrer Patienten informiert sind. 54.3% der Ärzte geben an, dass Patienten durch eine Krankheitserfahrung aufmerksamer

werden für religiöse Themen. 31.4% der Ärzte berichten, dass das bei ihren Patienten oft passiert. 48.6% der Ärzte beobachten, dass Religion ihren Patienten manchmal hilft, um Leiden zu bewältigen oder auszuhalten. 41% der Ärzte sagen, dass sie das bei ihren Patienten oft beobachten. 51.4% der Ärzte sagen, Religion gebe ihren Patienten oft eine hoffnungsvolle und positive Haltung. Diese Zahlen deuten darauf hin, dass Religion und Glaube für die Krankheitsbewältigung wichtig sind und in Krisenzeiten für den Patienten einen zunehmenden Stellenwert erhalten.

Nur 23.8% der Ärzte sehen in der Religion einen protektiven Faktor hinsichtlich gesundheitlicher Probleme. Dabei spielt einen gesünderen Lebensstil mit zum Beispiel weniger Rauchen eine Rolle.

Je religiöser der Arzt, desto eher sieht er Religion als Einflussfaktor für seine Patienten. Keine Korrelation findet sich zwischen der religiösen Selbsteinschätzung der Ärzte und den negativen Einflüssen von Religion auf die Patienten. Hier haben interessanterweise alle Ärzte, unabhängig der religiösen Einstellung, eine ähnliche, und somit wohl realistische Einschätzung zum Thema.

### **Diskussion der Rücklaufquote und eines möglichen Bias**

Der verwendete Fragebogen wurde schon in amerikanischen Studien erfolgreich angewendet. Von den angefragten Hausärzten haben schlussendlich 27.5% teilgenommen. 16 der nicht teilnehmenden Ärzte, haben die Gründe dafür angegeben. 75% von ihnen hatten keine Zeit. 6.3% wollten aufgrund des Themas nicht teilnehmen. Das ist ein Indiz, dass Ärzte nicht wegen des Themas den Fragebogen nicht ausfüllen wollten, sondern weil sie keine Zeit dafür hatten. Wäre der Fragebogen kürzer als die 69 Items gewesen, hätten möglicherweise mehr Ärzte teilgenommen. Es wurden für die vorliegende Arbeit 25 Items des Fragebogens verwendet.

In den Hauptpunkten unterscheidet sich die Umfragepopulation nicht von der Kontrollpopulation. Die Kontrollpopulation ist im Durchschnitt leicht älter. Auch ist sie etwas religiöser als die Umfragepopulation. Jedoch sind die Werte nicht signifikant unterschiedlich. Auch die Anteile an Christen (74.4%) und Religionslose (17.9%) sind bei der Kontrollpopulation ähnlich gross wie bei der Umfragepopulation (76.2% Christen und 18.1% Religionslose). Somit kann davon ausgegangen werden, dass zwischen der Umfragepopulation und der Gesamtärztespopulation kein relevanter Bias vorhanden ist, auch nicht hinsichtlich Religiosität.

## **Diskussion der soziodemografischen und arbeitsbezogenen Daten**

Die FMH hat den Altersdurchschnitt der Schweizer Allgemeinärzte (inkl. Praxispädiater) auf 54.1 Jahren berechnet (Hostettler, 2017). Die Studienpopulation ist damit nur unwesentlich jünger (Diagramm 1). In den drei Kantonen sind laut FMH 72.1% der Hausärzte männlich und 27.9% weiblich (FMH, 2015). Ähnliche Verteilung findet sich auch in der Umfragepopulation (Seite 8). Diese unterscheidet sich somit bezüglich Alter und Geschlechtsverteilung kaum von der Gesamtpopulation der Hausärzte. Interessant ist, dass Alter und Geschlecht hinsichtlich religiöser Selbsteinschätzung keine Rolle spielen.

## **Diskussion des religiösen Profils der Ärztinnen und Ärzten**

Die westeuropäische Religionsforschung ist geprägt von der Säkularisierungshypothese. Diese besagt, dass in der modernen Gesellschaft die Religion zusehends verschwindet, im Sinne einer irreversiblen Entwicklung (Zulehner, 2007).

Unsere Hausärztespopulation widerspricht der Säkularisierungshypothese. Zwar ist sie nicht religiöser als die Schweizer Bevölkerung, trotzdem ist ihnen das „Religiöse“ alles andere als fremd. Fast 60% der Hausärzte glauben an Gott oder eine Transzendenz. Das sind günstige Voraussetzungen, um ein „Spiritual-Care-Modell“ im hausärztlichen Kontext umzusetzen.

Im Vergleich zur Schweizer Bevölkerung finden sich in der Ärzteschaft etwas weniger „Hochreligiöse“ (nur 3.5%), dafür mehr „Nicht-Religiöse“ (10.8%). Im Durchschnitt (Zentralitätsscore) ist die Ärzteschaft aber nur geringfügig weniger religiös als die Normalbevölkerung (Tabelle 5). 2007 gab es eine repräsentative Umfrage der Bertelsmann Stiftung unter der Schweizer Bevölkerung. 41% waren in dieser Umfrage gar nicht bis wenig religiös (bei den Ärzten sind es 49.6%), 36% waren mittelreligiös (bei den Ärzten 25.7%), und 20% ziemlich bis sehr religiös (bei den Ärzten ebenfalls 20%) (Zulehner, 2007). Bei der erwähnten Umfrage gibt rund 38% der Bevölkerung an, mehrmals in der Woche zu beten (Huber, 2007). Bei den Ärzten sind das nur 28.6%, und somit weniger als in der Normalbevölkerung.

Der Vergleich der Ärzteschaft mit der Bevölkerung der drei Kantone hinsichtlich Konfession ergibt folgende Resultate: Bei den Hausärzten sind 25.7% katholisch (vs. 30.2% bei der Bevölkerung), 40% reformiert (vs. 26.8% bei der Bevölkerung), und 18.1% konfessionslos (vs. 27.7% bei der Bevölkerung) (Albisser, 2015).

Folgende Erklärungsansätze könnten die konfessionellen Unterschiede zwischen der Ärzteschaft und der Bevölkerung plausibel machen:

- Die Ärztespopulation ist älter als die Schweizer Bevölkerung. Je älter eine Population, desto grösser ist der Anteil Reformierter.
- Die Hausärzte sind besser gebildet als die Schweizer Bevölkerung. Bei steigendem Bildungsniveau sinkt die Zugehörigkeit zur katholischen Kirche.
- Zudem steigt bei steigendem Bildungsniveau die Anzahl Menschen ohne Konfession. Warum dennoch weniger konfessionslose unter den Ärzten sind als unter der Normalbevölkerung, könnte wiederum mit dem höheren Durchschnittsalter der Ärzteschaft erklärt werden.

Diese Thesen können beim schweizerischen pastoralsoziologischen Institut nachgelesen werden (Husstein, 2012).

### **Diskussion des Einflusses der Religiosität beim Patienten**

Die Religiosität wird von den Hausärzten grundsätzlich positiv bewertet. Patienten profitieren vom Glauben insbesondere hinsichtlich der Krankheitsbewältigung. Deshalb stellt sich die Frage, warum Religiosität von den Hausärzten nicht häufiger thematisiert und in die Behandlung miteinbezogen wird. Dies könnte auch durch die Vermittlung von Seelsorgern geschehen.

Auch Patienten sprechen von sich aus nicht oft über religiöse Themen (67.6% sprechen nie bis selten darüber). Somit muss davon ausgegangen werden, dass die Ärzte wenig Bescheid wissen über religiöse Belangen ihrer Patienten. Religiöse Ärzte wissen wohl genauer Bescheid über solche Themen bei ihren Patienten. Denn sie geben an, dass Patienten in der Sprechstunde öfter darüber sprechen.

Ein weiterer Grund warum religiöse Ärzte den positiven Einfluss von Religion stärker wahrnehmen als ihre Berufskollegen, könnte darin liegen, dass sie den eigenen Glauben als positiv erleben. Somit gehen sie davon aus, dass dies für die Patienten auch so ist.

Je weniger religiös die Ärzte sind, desto seltener sprechen Patienten religiöse Themen in der Sprechstunde an, obwohl sie Religion als positiven und sinnvollen Einflussfaktor auf die Gesundheit der Patienten betrachten. Hier lässt sich eine Diskrepanz erkennen.

Ärzte sehen manchmal, dass die Religion Angst und Schuldgefühle verstärkt, die Patienten medizinisch wichtige Therapien abbrechen lässt, oder als Begründung dient, keine Verantwortung über die eigene Gesundheit übernehmen zu müssen. Bei der Beantwortung der Fragen über den negativen Einfluss von Religion spielt die Religiosität der Ärzte keine Rolle. Dies erstaunt. Offenbar sehen religiöse Ärzte, dass die Religiosität durchaus auch Probleme verursachen kann. Andererseits bauschen nichtreligiöse Ärzte diese Probleme nicht auf. Somit wird wohl ein realistisches Bild über die negativen Einflüsse dargestellt.

### **Limitierungen**

Die Resultate der Studie beziehen sich auf die Kantone Aargau, Baselland und Baselstadt, sind also nicht repräsentativ für die ganze Schweiz. Zwischen den Kantonen und Regionen der Schweiz herrschen grosse Unterschiede. Es gibt katholische und reformierte Kantone, städtische und ländliche. Auch wären die Sprachregionen zu berücksichtigen. Damit muss auch der Vergleich mit gesamtschweizerischen Daten relativiert werden (Bsp. Religionsmonitor).

Zudem untersucht die Umfrage die Religiosität der Hausärztinnen und Hausärzte. Die Resultate lassen sich also nicht auf Spitalärzte oder andere Fachrichtungen übertragen. Auch sagt die Studie nichts aus über den Zusammenhang von Religiosität und Gesundheit aus Patientensicht.

### **Schlussfolgerung**

Die Untersuchung zeigt auf, dass religiöse Haltungen und Überzeugungen für ungefähr die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte eine Rolle spielen und auch bei den Patienten wahrgenommen werden. Generell besteht die Beobachtung, dass der Glaube der Patientinnen und Patienten die Krankheitsbewältigung positiv unterstützt. Auch negative Aspekte werden wahrgenommen, wobei der religiöse Kontext Angst- und Schuldgefühle verstärken kann, oder zum Abbruch von Therapien führt.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass bei vielen Hausärzten eine Offenheit besteht gegenüber religiöser Themen und damit die Voraussetzungen für die Integration eines „Spiritual-Care“ Ansatzes gegeben sind. Interessanterweise besteht aber eine Diskrepanz zwischen Haltung, Überzeugung und Praxis. Inwieweit Spiritual Care Elemente (spirituelle Anamnese, Unterstützung religiöser Bedürfnisse und

Bewältigungsansätze etc.) in die hausärztliche Behandlung aufgenommen werden, hängt wesentlich von der religiösen Haltung des Hausarztes ab.



## **Persönliche Schlussfolgerung**

Es war eine spannende Arbeit zu einem nicht ganz alltäglichen Thema in der Medizin. Doch gerade deswegen, und weil Hausärzte oft sehr wichtige Ansprechpartner und Gesprächspartner der Patienten sind, finde ich es umso wichtiger, darüber zu forschen.

Gefreut hat mich, dass so viele Hausärzte sich die Zeit nahmen, einen 25 minütigen Fragebogen auszufüllen. Die Daten auszuwerten hat mich herausgefordert. Denn in Statistik hatte ich nur wenig Vorwissen.

Erst mit den ersten Auswertungen hat sich für mich die Fragestellung herauskristallisiert. Es wurde dann immer deutlicher, welche Fragen ausgewertet und miteinander verglichen werden mussten.

Mich hat zudem überrascht, wie viele Ärzte beten, in eine Kirche gehen, oder an Wunder glauben. Denn das steht scheinbar im Widerspruch zur rationalen medizinischen Wissenschaft. Auch war spannend, wie hoch der Einfluss von Religion eingeschätzt wurde.

Im Zusammenhang mit dem aufkommenden „Spiritual Care“ Modell und der Eröffnung von immer mehr Palliativstationen gewinnt die Spiritualität im medizinischen Kontext an Bedeutung. Mich würde es freuen, wenn dies für das Wohl des Patienten im Sinne eines ganzheitlichen Behandlungskonzeptes weiter erforscht und angewendet wird.

## Danksagung

Nach meiner Maturarbeit vor sechs Jahren, ist das erst meine zweite wissenschaftliche Arbeit. Umso mehr war ich froh, um die tatkräftige Unterstützung bei der Ausarbeitung und dem Schreiben. Zuerst gilt mein besonderer Dank meinen beiden Betreuern Dr. med. René Hefti und PD Dr. Dr. Christoph Leiggener. René hat mir geholfen, das Thema auszuarbeiten. Auch hat er mir immer wieder gesagt, was es zu beachten gibt beim Schreiben und wo Verbesserungspotential vorhanden ist. Christoph hat sich ebenfalls meine Arbeit angeschaut und mir wertvolle Tipps gegeben. Beide haben sich viel Zeit für mich genommen. Das ist umso erstaunlicher, wenn man bedenkt, dass sie beide Leitende Ärzte sind, und deshalb auch ohne meine Masterarbeit eine prallgefüllte Agenda haben.

Herzlichen Dank auch an Miriam Wey für das Erarbeiten des Konzeptes und das gemeinsame Sammeln der Daten.

Nun will ich auch noch meinem persönlichen Umfeld danken. Herzlichen Dank meiner Familie und meiner Verlobten Aline für die liebevolle Unterstützung in dieser Zeit.

## Literaturverzeichnis

Albisser Judith (2015); Aktuelle Daten aus der Religions- und Kirchenstatistik der Schweiz, Schweizerisches Pastoralsoziologisches Institut, S. 1-5

arztmap.ch (2015); [Online], <http://www.arztmap.ch/Mediprax/Home>

Chida Y. et al. (2009) ; Religiosity/Spirituality and Mortality – A Systematic Quantitative Review, Psychother Psychosom 2009;78:81–90

Curlin Farr A. et al. (2007); Physicians Observations and Interpretations of the Influence of Religion and Spirituality in Health, Arch Intern Med, Vol. 157, S. 649

Curlin Farr A. et al. (2007) ; Religion, Conscience, and Controversial – Clinical Practices, The New England Journal of Medicine, S. 593

emk-schweiz.ch (2017); [Online], <http://www.emk-schweiz.ch/de/mission-und-diakonie/bethesda.html>

FMH Generalsekretariat (2015); [Online], <http://aerztstatistik.myfmh2.fmh.ch/>.

Hefti René, Rademacher Stefan, Pfeifer Hans-Rudolf, Gürber Rahel (2013); Spiritual Care – Modewort, Trend oder echte Notwendigkeit?, Schweizerische Ärztezeitung, 2013;94: 44

Hostettler Stefanie, Kraft Esther (2017); FMH-Ärztstatistik 2016, Schweizerische Ärztezeitung, 98 (13), s. 395

Huber Stefan (2007); Analyse zur religiösen Praxis – Ein Blick in die Schweiz, Religionsmonitor 2008, S. 158

Huber Stefan (2008); Der Religiositäts-Struktur-Test (R-S-T): Systematik und operationale Konstrukte, S. 111-113

Huber Stefan (2017); The Centrality of Religiosity Scale (CRS), religions, s. 710

Husstein Roger (2012); Religionslandschaft 2010 – Ergebnisse der neuen Volkszählung 2010, Schweizerisches Pastoralsoziologisches Institut, S. 4-10

jesusarchive.com (2017); [Online], <http://www.jesusarchive.com/jesus-als-heiler.htm>

Kamann Matthias (2015); Kirchen im Strudel von Nettoverlust und Irrelevanz, Welt N24

Kostka Ulrike (2006); Krankheit und Heilung – Zum theologischen Verständnis von Gesundheit und Krankheit und zur therapeutischen Kompetenz der Theologie, JCSW 47, S 51-76

Pargament Kenneth I. PhD, Koenig Harold G. MD, Tarakeshwar Nalini MA (2001); Religious Struggle as a Predictor of Mortality Among Medically Ill Elderly Patients - A 2-Year Longitudinal Study

sympny.ch (2015); [Online], <http://www.hausarztverzeichnis.ch/sympny/>

Zulehner Paul M. (2007); Spirituelle Dynamik in säkularen Kulturen?, Religionsmonitor 2008, S. 143-146

## **Anhang**

Brief an Hausärzte

Fragebogen an Hausärzte

Kurzfragebogen Kontrollpopulation

Erklärung Selbständige Erarbeiten