

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

**Spiritualität und Religiosität bei türkischstämmigem medizinischem
Personal in Deutschland**

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

vorgelegt von
Can Kuseyri
aus Istanbul
2017

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Eckhard Frick SJ

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Wilhelm Vossenkuhl

Mitbetreuung durch den promovierten Mitarbeiter: Prof. Dr. theol. Niels
Christian Hvidt

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

Tag der mündlichen Prüfung: 19.10.2017

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Fragestellung	6
3. Methoden	7
3.1 Kollektiv und Verteilung des Fragebogens	7
3.1.1 Schneeballsystem	7
3.2 Fragebogen	9
3.3 Statistik	10
4. Ergebnisse	11
4.1 Demographie	11
4.2 Spirituelle und religiöse Orientierung, organisierte und private religiöse Aktivitäten	11
4.3 Spiritualität und Religiosität in klinischer Praxis	12
4.4 Faktor Geburtsland	16
5. Diskussion	23
5.1 Zusammenfassung der Hauptergebnisse	23
5.2 Diskussion der Methoden	23
5.2.1 Fragebogen	23
5.2.2 Verteilung und Statistik	24
5.3 Diskussion der Ergebnisse	24
5.3.1 Religionszugehörigkeit, spirituelle und religiöse Orientierung, organisierte und private religiöse Aktivitäten	24
5.3.2 Spiritualität/Religiosität-Befragung und Rolle der selbsteingeschätzten Spiritualität/Religiosität	25
5.3.3 Einfluss der persönlichen Spiritualität/Religiosität auf die praktische medizinische Tätigkeit	27
5.3.4 Diaspora-Effekt: Ein Erklärungsversuch für die geburtslandspezifischen Unterschiede	28
5.3.5 Ausblick	30
6. Zusammenfassung	32
7. Anhang	34
7.1 Literaturverzeichnis	34
7.2 Tabellenverzeichnis	40
7.3 Fragebogen	41
8. Danksagung	54
9. Eidesstattlich Versicherung	55

1. Einleitung

Für das Erreichen der Gesundheit, die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als körperliches, mentales und soziales Wohlbefinden (*WHO-Konstitution*) definiert ist, kommen viele Aspekte in Betracht. Spiritualität/Religiosität (S/R) ist einer der Aspekte, die in letzter Zeit zunehmend diskutiert wurde. Obwohl keine endgültige Einigkeit über die Begriffsklärung der Spiritualität/Religiosität herrscht, gibt es Versuche diesen umfassenden Konzepten einen Rahmen zu geben.

Die European Association for Palliative Care (EAPC) hat sich auf folgende Arbeitsdefinition festgelegt:

„Spiritualität ist die dynamische Dimension menschlichen Lebens, die sich darauf bezieht, wie Personen (individuell und in Gemeinschaft) Sinn, Bedeutung und Transzendenz erfahren, ausdrücken und / oder suchen, und wie sie in Verbindung stehen mit dem Moment, dem eigenen Selbst, mit Anderen/m, mit der Natur, mit dem Signifikanten und / oder dem Heiligen (*Nolan 2011*).

Somit wird auch verständlich, dass Spiritualität, die persönliche Vorstellungen miteinbezieht und keine vorgeschriebenen Regeln hat, der Religiosität gegenüber umfangreicher ist. Sogar innerhalb einer bestimmten Religion wird es immer so viele Spiritualitäten geben wie Individuen (*Sulmasy 2009*). Diese Eigenschaften der Spiritualität und Religiosität verdienen besondere Aufmerksamkeit in der Medizin, denn dieses Fach befasst sich unmittelbar mit den Einzelnen und deren individuellen Bedürfnissen.

Die Religion spielte immer eine prominente Rolle in Gesundheit und Gesundwerden von Menschen. Für die spirituellen Fragen, die von Krankheiten und Tod hervorgerufen werden, vermitteln die religiösen Traditionen eine Weisheit auf der Grundlage von Erfahrung (*Sulmasy 2009*). Aber der Dissens gegen diese Rolle spitzte sich seit der Aufklärung allmählich zu und sie wurde sogar so kritisiert, dass man die Religion als entweder komplett belanglos oder sogar schädlich für den medizinischen Fortschritt und die klinische Behandlung einstufte (*Churchland 2008*). Nichtsdestoweniger zeigen die neueren Untersuchungen, dass Spiritualität und Religion weit entfernt von Irrelevanz sind.

Studien, die mit Patienten und Ärzten aus etlichen Ländern durchgeführt wurden, weisen darauf hin, dass die religiösen Einsichten und spirituellen Überzeugungen der Patienten und des Medizinpersonals ihre Einstellungen zu Krankheiten und damit die Aussichten der medizinischen Behandlung beeinflussen (*Curlin 2005, Koenig 2012*). Religiosität und Spiritualität werden mit besserer mentaler und körperlicher Gesundheit assoziiert (*Koenig 2012*). Es wurde gezeigt, dass die religiösen und spirituellen Vorstellungen und Bräuche - auch in säkularen Gesellschaften - wichtig für die Bewältigung („Coping“) von chronischen und terminalen Krankheiten sind (*Voltmer 2014, Büssing 2009, Rippentrop 2005,2006*). *Büssing 2009* aus Deutschland argumentierte, dass die Inanspruchnahme von Spiritualität/Religiosität seitens der Patienten mit chronischen Schmerzen mehr als fatalistische Akzeptanz ist und als ein aktiver „Coping-Prozess“ betrachtet werden kann. Ähnliche Studien aus England (*Thuné-Boyle 2012*) und USA (*Balboni 2007*) bestätigten die Wichtigkeit der religiösen und spirituellen Ressourcen bei Krebspatienten.

Der Stellenwert der Spiritualität und Religiosität für die Patienten zeigt sich auch in ihrem Wunsch darüber befragt zu werden. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Wahrscheinlichkeit des Wunsches, mit dem Arzt S/R-Themen zu besprechen oder vom Arzt zur S/R befragt zu werden, bei den religiöseren Patienten höher ist (*Daaleman 1994, MacLean 2003*). *Ehman 1999* aus den USA fand heraus, dass die Mehrheit der Patienten die Befragung zu persönlicher Spiritualität und Religiosität als positiv bewerten würden, falls sie schwer erkrankt wären. Und die überwältigende Mehrheit (94%) der Patienten aus der gleichen Studie, die sich selber als religiös bezeichnet, ist der Meinung, dass der Arzt im Fall einer schweren Krankheit eine S/R-Befragung durchführen sollte. Auf den Zusammenhang zwischen dem Wunsch der Patienten für die S/R-Interaktion mit dem Arzt und der Schwere der Krankheit wurde in einer anderen Studie mit amerikanischen Patienten ebenfalls hingewiesen (*MacLean 2003*). Eine Untersuchung der spirituellen Bedürfnisse und Präferenzen der Krebspatienten aus Deutschland ergab, dass die Mehrheit der Patienten den Wunsch hat, dass der Arzt sich für ihre spirituelle Orientierung interessiert (*Frick 2006*). Vor diesem Hintergrund argumentierten sogar manche Autoren, die Ärzte hätten eine moralische Verpflichtung die spirituellen Sorgen der Patienten zu thematisieren bzw. anzusprechen (*Sulmasy 2009*).

Die spirituellen und religiösen Einstellungen auch des Medizinpersonals und besonders der Ärzte zogen in den letzten Jahren die Aufmerksamkeit der Wissenschaftler auf sich, was sich in der enormen Zunahme der Anzahl von wissenschaftlichen Arbeiten über diese Gruppen spiegelt. Viele medizinische Schulen in den USA führten in der letzten Dekade Lehrveranstaltungen über „Spiritualität/ Religiosität und Medizin“ ein (*Puchalski 2001*). Die Annahme, dass medizinische Versorgung ein vorwiegend durch wissenschaftlich neutrale und „objektive“ Herangehensweise dominierter und wertfreier Bereich sei, wurde mit den neueren Studien infrage gestellt (*Hvidt 2016*).

Der überwiegende Teil der Recherchen stammt aus den USA. In der Arbeit *Curlin 2005* gaben 55% der Ärzte an, dass ihre religiöse Überzeugung ihre medizinische Tätigkeit beeinflusst. Eine weitere Studie stellte dar, dass 91% der Ärzte damit einverstanden sind S/R-Themen zu besprechen, wenn die Patienten diese vorbringen; aber nur 45% fragen gezielt nach S/R der Patienten (*Curlin 2006*). In der selben Studie wurde zudem darauf hingewiesen, dass die gläubigen Ärzte dazu mehr geneigt sind S/R-Themen zu besprechen als die nicht-religiösen Ärzte. Eine Untersuchung, die sich auf die Beobachtungen und Interpretationen der Ärzte konzentrierte, fand heraus, dass die religiöseren Ärzte im Vergleich zu weniger religiösen Ärzten den Einfluss der Religion auf die Gesundheit eher positiv einschätzen (*Curlin 2007*). *Voltmer 2014* aus Deutschland zeigte ebenfalls, dass zwischen der Häufigkeit religiöser Aktivitäten und selbst-wahrgenommener S/R der Ärzte und dem Ansprechen der S/R-Themen mit Patienten eine starke Beziehung besteht. Auch Studien aus Dänemark (*Randwijk 2016*) und Saudi Arabien (*Al-Yousefi 2012*) ergaben das gleiche Ergebnis.

Die Betrachtung und das Verständnis der Krankheit seitens der Ärzte zeigen entsprechend den persönlichen spirituellen Eigenschaften ebenfalls Unterschiede. Die Arbeit *Büssing 2013* erörterte, dass Ärzte mit spiritueller Gesinnung Krankheiten eher als eine Möglichkeit für „individuelle Entwicklung“ sehen, ihnen eine „biographische Bedeutung“ zuschreiben und die Assoziierung mit „sinnloser Unterbrechung des Lebens“ mehrheitlich (88%) ablehnen. In einer Studie mit deutschen Psychiatern wurde darauf hingewiesen, dass die Ärzte ihrer eigenen S/R-Einstellungen und Erfahrungen gewahr sein sollten, da diese Eigenschaften auf die Integration der S/R-Bedürfnisse der Patienten in die Therapie einen signifikanten Einfluss haben können (*Lee 2013*).

Konkrete Beispiele zum Einfluss der persönlichen S/R der Ärzte in der klinischen Praxis zeigen die Studien über die Palliativmedizin. Es wurde suggeriert, dass die

palliative Versorgung der Patienten von den Wertvorstellungen der Ärzte abhängig sein kann (Curlin 2008). Seale 2010 aus England stellte dar, dass die atheistischen Ärzte dazu geneigt sind, lebenserhaltende Maßnahmen (engl. life-support) früher zu beenden als die religiösen Ärzte. Religiosität ist ein Faktor für „end-of-life“ Entscheidungen der Ärzte in den deutschen Intensivstationen, fand Sprung 2007 heraus. Eine Studie aus den USA wies darauf hin, dass die persönlichen Charakteristika der Ärzte mit ihren Präferenzen und mit ihren Handlungen in Bezug auf „end-of-life“ Versorgung assoziiert sind. Und demnach ist die Wahrscheinlichkeit, dass die lebenserhaltenden Maßnahmen beendet werden, 55% niedriger, wenn der behandelnde Arzt katholischer Denomination ist (Christakis 1995). Bei den hinduistischen Ärzten aus den USA war ein solcher Zusammenhang nicht ersichtlich, indem die Mehrheit angab, dass ihre religiösen Überzeugungen ihre praktische Tätigkeit im Rahmen der „end-of-life“ Versorgung nicht beeinflusse (Ramalingam 2013). Eine Untersuchung mit jüdischen Ärzten aus vier israelischen Krankenhäusern zeigte, dass die Religiosität der Ärzte einen großen Einfluss darauf haben kann, unter welchen Umständen die Patienten versterben und ob sie in der terminalen Phase adäquate Analgesie erhalten (Wenger 2004).

Ein weiterer wichtiger Aspekt, mit dem sich auch die vorliegende Studie beschäftigt, ist der Zusammenhang der persönlichen Spiritualität/ Religiosität mit der kulturellen Zugehörigkeit des medizinischen Personals. Dieser beruht auf der Tatsache, dass die Beteiligten ihre persönlichen Einstellungen, Werte und Glauben in die Arzt-Patienten-Beziehung einbringen und somit dem Tätigkeitsfeld eine kulturelle Eigenschaft verleihen. Da auch die Ärzte in spezifischen Fällen, verbunden mit ethischen Fragen, als moralisch Mitwirkende teilnehmen (Christakis 1995; Eisenberg 1979), ist es wichtig zu erfassen, ob und inwiefern die kulturelle Zugehörigkeit ihre Gesinnungen und Entscheidungen beeinflusst. Es wurde in einer Studie mit muslimischen Ärzten in den USA beschrieben, dass ihre Herkunfts- und Praxisländer, Einflussfaktoren für ihre Ansichten über „end-of-life“ Versorgung sind (Saeed 2014). Frank 1999 aus den USA argumentierte, dass die medizinische Tätigkeit der Ärzte von ihren religiösen Affiliationen und von den Reaktionen anderer auf diese Zugehörigkeiten beeinflusst werden kann. Ein eindrückliches Beispiel zu den kulturellen Aspekten gibt die Studie, Stern 2011, mit jüdischen Ärzten in den USA. Im Vergleich zu den Ärzten, die zu der Mehrheitsreligion (i.e. Christentum 61 %) gehören, messen die jüdischen (16 %) Ärzte dem Einfluss der S/R auf die Gesundheit und der Rolle der S/R-Befragung durch die Ärzte weniger Bedeutung bei. Die Studie kam sogar zu dem Ergebnis, dass die jüdische

Glaubenszugehörigkeit der Ärzte ein statistisch signifikanter Negativprädiktor für die S/R-Befragung von Patienten ist. *Curlin 2005* fand heraus, dass die Wahrscheinlichkeit der Übertragung von religiösen Ansichten auf anderweitige Bereiche des Lebens bei den hinduistischen, jüdischen und muslimischen Ärzten in den USA erheblich geringer ist als bei den christlichen Kollegen. Zuletzt ist eine internationale Studie zu erwähnen, welche die S/R-Einstellungen der Ärzte aus Brasilien, Indien und Indonesien verglich und die Schlussfolgerung zog, dass die Ethnizität und Kultur wichtige Einwirkungen darauf haben, wie an die Spiritualität in der Medizin herangegangen wird (*Luchetti 2016*).

Die obengenannten Studien mit verschiedenen Kollektiven aus verschiedenen Ländern weisen darauf hin, dass die persönlichen Überzeugungen der Ärzte und des Medizinpersonals zu Spiritualität und Religiosität einen großen Einfluss auf ihre Einstellungen und Handlungsweisen im Hinblick auf S/R in der klinischen Praxis und auf die Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung haben und diese Überzeugungen wiederum von der jeweiligen Kultur geprägt werden, zu welcher der Arzt bzw. medizinische Mitarbeiter gehört. Mit diesem Hintergrund ist es in unserer globalisierten Welt von enormer Bedeutung, die Untersuchungen der Spiritualität und Religiosität des Medizinpersonals in jedem Land nach diesen Aspekten zu vertiefen und zu spezifizieren. Während diesbezügliche Studien mit Minderheiten aus den USA zur Verfügung stehen, ist die Studienlage in Deutschland, aber auch in anderen europäischen Ländern, dürftig. In Deutschland wurde bisher keine Studie über die Einstellungen einer Minderheitsgruppe über die Spiritualität und Religiosität in Gesundheitsberufen durchgeführt. Somit stellt die vorliegende Studie das erste derartige Exemplar dar.

2. Fragestellung

Für die Bedeutung der kulturellen/religiösen Angehörigkeit, des Herkunfts- und des Ausbildungslandes in Gesundheitsberufen treten die Türken in Deutschland als besonderes Beispiel hervor, nicht nur weil sie mit einer Population von drei Millionen die größte Minderheitsgruppe (*Auswärtiges Amt 2016*) darstellen und deren vorherrschende Religion, der Islam, zweitgrößte Religion in Deutschland ist, sondern weil sie auch, angesichts ihrer langen Geschichte in Deutschland, erhebliche Unterschiede im Grad der Integration zeigen (*Wilamowitz-Moellendorff 2001, Pollack 2016*). Die vorliegende Fragebogenstudie beabsichtigt herauszufinden, welche Einstellungen das türkischstämmige Medizinpersonal über Spiritualität und Religiosität in der Medizin besitzt.

Die folgende ***Forschungsfrage*** wird gestellt:

Welche Einstellungen hat das türkischstämmige Medizinpersonal in Deutschland gegenüber Spiritualität und Religiosität in der Medizin?

Vor dem Hintergrund der Resultate der bereits durchgeführten Studien mit ähnlicher Zielsetzung ergeben sich erwartungsgemäß auch in unserer Untersuchung weitere Fragen. Diese dienen dazu, die Ergebnisse umfangreicher und präziser darzustellen und die Notwendigkeit weiterer wissenschaftlicher Recherchen vor Augen zu führen, die sich mit Minderheiten und deren anderweitigen S/R-Einstellungen in der Medizin befassen.

Die ***Teilfragen*** sind wie folgt:

1. *Gibt es Unterschiede zwischen deutschem und türkischem Medizinpersonal im Hinblick auf S/R-Einstellungen in klinischer Tätigkeit?*
2. *Stellt das türkischstämmige Medizinpersonal eine homogene Gruppe mit einheitlichen Einstellungen dar?*
 - 2.1. *Falls nicht, auf welchen Aspekten beruht die Heterogenität der Gruppe?*
 - 2.2. *Kommt der „Diaspora-Effekt“, dem in der Migrationsforschung als Oberbegriff eine wichtige Rolle zugeschrieben wird, für das Verständnis unserer Ergebnisse in Frage?*

3. Methoden

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine prospektive Fragebogenstudie. Der Online-Fragebogen „NERSH“ wurde über elektronische Post an das Kollektiv verteilt, die Daten wurden anonymisiert erhoben und die Ergebnisse wurden mittels SPSS ausgewertet.

3.1. Kollektiv und Verteilung des Fragebogens

Für die Studie wurden türkischstämmige Ärzte, Krankenschwestern, Krankenpfleger, Medizinstudenten und andere medizinische Mitarbeiter rekrutiert. Das Kriterium für die Zugehörigkeit zum türkischstämmigen Kollektiv war das subjektive Bekenntnis und die Rückmeldung von einzelnen Personen, die im Rahmen der Rekrutierung die Einladung zum Fragebogen erhalten haben. Das Ausbildungsland oder die Länge des Aufenthalts in Deutschland galten nicht als Auswahlkriterium. Die Einladung erfolgte über elektronische Post mit einem Weblink zum Online-Fragebogen.

Die Verteilung des Fragebogens an das Kollektiv von ungefähr 550 Personen fand im Zeitraum von 4 Monaten von Dezember 2015 bis März 2016 auf folgendem Weg statt;

1. Verteilung des Fragebogens mit der Nutzung des Kettenbriefprinzips im Rahmen des Schneeballsystems (Snowball sampling strategy)
2. Verteilung des Fragebogens an die türkischstämmigen Ärzte in den Universitätskliniken in Deutschland (s. Liste 1)
3. Verteilung des Fragebogens an die Mitglieder der deutsch-türkischen Medizineresellschaft Bayern, deutsch-türkischen Medizineresellschaft NRW und des Vereins der türkischen Zahnärzte
4. Verteilung des Fragebogens an die Mitglieder des Internetportals der türkischen Ärzte in Deutschland (doktorlar.de)
5. Verteilung des Fragebogens über soziale Netzwerke im Internet (Facebook-Seite: Türkisch-Deutsche Mediziner)

3.1.1. Schneeballsystem (Snowball Sampling Strategy)

Das Schneeballsystem ist konzipiert als eine Rekrutierungsmethode in den medizinischen Studien, die der Überwindung der Schwierigkeiten bei der Einladung der schwer zu erreichenden Gruppen (difficult-to-reach communities) dient. Eine Gruppe

wird als solche definiert, wenn die Anzahl der Gruppenmitglieder klein ist und die Mitglieder gut in der Mehrheitsgesellschaft integriert sind, so dass es sich als schwierig herausstellt einzelne Individuen aus der Gruppe zu identifizieren (*Sadler 2010*).

Liste 1: Verteilung des Fragebogens und Rekrutierung des Kollektivs

Zeitraum der Verteilung: 12.2015-03.2016

Deutsch-türkische Medizinergesellschaft Bayern

Deutsch-türkische Medizinergesellschaft NRW

Verein der türkischen Zahnärzte

Doktorlar.de

Soziale Netzwerke
->Türkisch-Deutsche Mediziner

Universitätskliniken

1. Universitätsklinikum der RWTH **Aachen**
 2. Charité-Universitätsmedizin **Berlin**
 3. Klinikum der Ruhr-Universität **Bochum**
 4. Universitätsklinikum der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität **Bonn**
 5. Universitätsklinikum der Heinrich-Heine- Universität **Düsseldorf**
 6. Universitätsklinikum der Friedrich-Alexander- Universität **Erlangen**
 7. Universitätsklinikum der Universität Duisburg-**Essen**
 8. Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität **Frankfurt**
 9. Universitätsklinikum der Albert-Ludwigs-Universität **Freiburg**
 10. Universitätsklinikum der Justus-Liebig- Universität **Gießen**
 11. Universitätsmedizin der Georg-August- Universität **Göttingen**
 12. Universitätsmedizin der Ernst-Moritz-Arndt-Universität **Greifswald**
 13. Universitätsklinikum der Martin-Luther-Universität **Halle/Saale**
 14. Universitätsklinikum Eppendorf der Universität **Hamburg**
 15. Medizinische Hochschule **Hannover**
 16. Universitätsklinikum der Ruprecht-Karls-Universität **Heidelberg**
 17. Universitätsklinikum der Universität des Saarlandes **Homburg/Saar**
 18. Universitätsklinikum der Friedrich-Schiller-Universität **Jena**
 19. Universitätsklinikum der Universität zu **Köln**
 20. Universitätsklinikum der Universität **Leipzig**
 21. Universitätsklinikum Schleswig-Holstein der Universität **Lübeck**
 22. Universitätsklinikum der Otto-von-Guericke-Universität **Magdeburg**
 23. Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität **Mainz**
 24. Universitätsklinikum **Mannheim**
 25. Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität **München**
 26. Klinikum der rechts der Isar der Technischen Universität **München**
 27. Universitätsklinikum der Westfälischen Wilhelms-Universität **Münster**
 28. Universitätsklinikum der Universität **Regensburg**
 29. Universitätsmedizin der Universität **Rostock**
 30. Universitätsklinikum der Eberhard Karls Universität **Tübingen**
 31. Universitätsklinikum der Universität **Ulm**
 32. Universitätsklinikum der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität **Würzburg**
-

Nach diesem Konzept werden zunächst Personen (Quellen; engl. source/seed) gefunden, welche die gewünschten Charakteristika für die Studie besitzen. Danach helfen diese Quellen weitere Personen über ihre sozialen Verbindungen zu rekrutieren und initiieren somit einen Prozess vergleichbar mit einem bergabrollenden Schneeball. Folglich ist dieser halb-autonome, auf Kettenbriefprinzip basierende Rekrutierungsmechanismus in der Lage, die schwer zu erreichenden Gruppen in einer pragmatischeren und kulturell fachgemäßen Weise zu erreichen (Sadler 2010).

Das Kollektiv des türkischstämmigen Medizinpersonals stellt eine solche Subgruppe dar, die aufgrund ihrer kleinen Population schwer zu erreichen ist. Aus diesem Grund wurde für die Verteilung des Fragebogens dieser Studie das Schneeballsystem in Anspruch genommen, indem die Personen, welche die Einladung erhielten, darum gebeten wurden, die elektronische Post an in Frage kommenden Individuen weiterzuleiten. Der entsprechende Abschnitt in der Einladung lautete wie folgt:

“... Zudem wäre es mir eine sehr große Hilfe, wenn Sie diese E-Mail bzw. den Link an andere Personen weiterleiten könnten, die in Deutschland im medizinischen Bereich arbeiten und deren familiäre Wurzeln in der Türkei liegen.”

3.2. Fragebogen

Zur Erfassung der quantitativen Daten wurde ein validierter Fragebogen, *NERSH*, genutzt, der auf Grundlage von „*Religion and Spirituality in Medicine: Physicians' Perspectives (RSMPP)*“, (Curlin 2005) entwickelt wurde. Die Übersetzung ins Deutsche erfolgte durch Wermuth, die Validation durch Büssing, Baumann und Hvidt (Network for Research in Spirituality and Health NERSH / Freiburg Institute for Advanced Studies 2014).

Der Fragebogen NERSH besteht aus drei Abschnitten (s. Anhang 7.3):

1. Sektion A: Demographische Daten, 14 Elemente
2. Sektion B: Sichtweise auf Spiritualität/Religiosität und Gesundheit, 19 Elemente
3. Sektion C: Spirituelle/Religiöse Charakteristika; 11 Elemente

Über die Erhebung der religiösen Denomination/Zugehörigkeit in Sektion A hinaus wurden in Sektion B auch Fragen zu selbstempfundener Spiritualität und Religiosität gestellt (Büssing 2010):

34. *Unabhängig von Ihrer Einstellung zu bestimmten Glaubensvorstellungen oder Religionen, wie würden Sie sich selbst bezeichnen?*

*Sehr / mäßig / wenig / überhaupt nicht **spirituell***

35. *Unabhängig davon, ob Sie einer Religionsgemeinschaft angehören oder einen Gottesdienst besuchen, wie würden Sie sich selbst bezeichnen?*

*Sehr / mäßig / wenig / überhaupt nicht **religiös***

Die entsprechenden Antworten wurden folgendermaßen kategorisiert:

- religiös und spirituell: R+ S+
- religiös aber nicht spirituell: R+ S-
- nicht religiös aber spirituell: R- S+
- weder religiös noch spirituell: R- S-

Die Begriffe Religion, Religiosität und Spiritualität wurden in dem Fragebogen nicht definiert.

Der NERSH-Fragebogen wurde für die vorliegende Studie zwecks einer detaillierten Darstellung der Türkischstämmigkeit und des Integrationsgrades modifiziert. Dafür wurden folgende Fragen in den Abschnitt der demographischen Daten eingefügt:

- Geburtsland
- Ausbildungsland
- Aufenthalt in Deutschland
- Kenntnisse der türkischen Sprache; Können Sie mit Ihren Patienten über medizinische Angelegenheiten auf Türkisch sprechen?

Der Fragebogen wurde allen in Frage kommenden medizinischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern über einen Weblink des Online-Survey-Anbieters “**SurveyXact**” (*surveyxact.dk*) zugänglich gemacht. Für das Ausfüllen des Fragebogens wurde mit einem Zeitrahmen von 30 Minuten gerechnet.

3.3. Statistik

Die statistischen Analysen erfolgten mit dem Statistikprogramm SPSS Version 24.0 für Macintosh OS X.

Für die kontinuierlichen Variablen wie das Alter der Befragten wurden Mittelwert und Standardabweichung (SD) gerechnet. Die Assoziationen zwischen kategorischen Variablen wurden unter Anwendung von Kreuztabellen mit Pearson Chi-Quadrat Test (χ^2 -Test) analysiert.

4. Ergebnisse

4.1. Demographie

Eine Gesamtzahl von 124 Fragebögen wurde teilweise (n=54, 43 %) und komplett (n=70, 57 %) abgeschlossen. Die Antwortquote lag bei 22.5 %. *Tabelle 1* zeigt die Charakteristika der Stichprobe. Die Stichprobe bestand zu 66.0 % aus weiblichem und 34.0 % aus männlichem medizinischem Personal. 86 % der Befragten gab „Krankenhaus“ als Arbeitsort an. Das Durchschnittsalter lag bei 33.3 (SD 8.2) Jahren. Das Geburts- bzw. Ausbildungsland war bei der Mehrheit (52.5 % bzw. 86.4 %) der Befragten Deutschland.

4.2. Spirituelle und religiöse Orientierung, organisierte und private religiöse Aktivitäten

Die Mehrheit der Befragten war muslimisch (77.1 %). 20.0 % der Befragten gab keine Religion an. Insgesamt 2.9 % kreuzten römisch-katholisch, „aus einer Religionsgemeinschaft ausgetreten“ oder „sonstige“ an. Es gab keine signifikanten Geschlechterunterschiede. In Bezug auf selbsteingeschätzte Religiosität bezeichneten sich 42.9 % als sehr oder mäßig religiös und 57.2 % wenig oder überhaupt nicht religiös. (*Tabelle 2*). Selbsteingeschätzte Spiritualität zeigte wie die selbsteingeschätzte Religiosität ein geschlechtsunspezifisches Ergebnis mit 59.8 % sehr oder mäßig spirituell und 40.3 % wenig oder überhaupt nicht spirituell. Von allen Befragten bezeichneten sich 40.3 % sowohl als religiös als auch spirituell (R+ S+), 2.6 % als religiös aber nicht spirituell (R+ S-), 19.5 % als nicht religiös aber spirituell (R- S+) und 37.7 % als weder religiös noch spirituell (R- S-). Die Ergebnisse für organisierte (Frage 40) und private bzw. nicht-organisierte (Frage 41) religiöse Aktivitäten zeigten keine signifikanten Geschlechterunterschiede, während es auffiel, dass Männer vor allem an wöchentlichen religiösen Aktivitäten häufiger teilnehmen (20.7 % bzw. 2.1 %).

Tabelle 1 *Demographische Daten des türkischstämmigen Medizinpersonals in Deutschland*

<i>Alter</i>		n=123
M (SD)	33.3 (8.2)	
<i>Geschlecht (%)</i>		n=124
weiblich	66.0 %	
männlich	34.0 %	
<i>Geburtsland (%)</i>		n=118
Türkei	44.0 %	
Deutschland	52.5 %	
andere	3.3 %	
<i>Ausbildungsland (%)</i>		n=118
Türkei	12.7 %	
Deutschland	86.4 %	
andere	<1%	
<i>Hauptarbeitsbereich (%)</i>		n=104
Innere Medizin	16.3 %	
Chirurgie	16.3 %	
sonstige Fachrichtungen	67.4 %	
<i>Berufsfeld (%)</i>		n=106
Medizin	71.6 %	
Pflege	8.5 %	
Studium	9.4 %	
andere	10.5 %	
<i>Konfession/Religion (%)</i>		n=105
muslimisch	77.1 %	
keine	20.0 %	
andere	2.9 %	

4.3. Spiritualität und Religiosität in klinischer Praxis

Die Mehrheit des Medizinpersonals (84.4 %) fragte selten oder nie nach spirituellen/religiösen Belangen eines Patienten/Angehörigen (*Tabelle 2*). Es stellten sich auch hier keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern heraus. Das türkische Medizinpersonal fand es mehrheitlich (70.1 %) angemessen über spirituelle/religiöse Themen zu sprechen, wenn ein Patient/Angehöriger diese zur Sprache bringt; während nur 35.0 % es angemessen fanden, Patienten/Angehörige zu ihrer Spiritualität/Religiosität zu befragen (*Tabelle 2.1*). Mit einem

Patienten/Angehörigen über die eigenen religiösen Überzeugungen oder Erfahrungen zu sprechen fanden 86.5 % der Befragten nie oder nur auf Bitte des Patienten/Angehörigen angemessen (Tabelle 2.2). Für Beten ergab es ein ähnliches Ergebnis (90.7 %).

Tabelle 2 *Spiritualität und Religiosität des türkischstämmigen Medizinpersonals*

	Männlich (%; n=29)	Weiblich (%; n=48)	Total (%; n=77)	p
<i>Selbsteingeschätzt: religiös</i>				0.687
Sehr religiös	17.2	8.3	11.7	
Mäßig religiös	27.6	33.3	31.2	
Wenig religiös	24.1	27.1	26.0	
Überhaupt nicht religiös	31.0	31.3	31.2	
<i>Selbsteingeschätzt: spirituell</i>				0.742
Sehr spirituell	13.8	16.7	15.6	
Mäßig spirituell	37.9	47.9	44.2	
Wenig spirituell	31.0	22.9	26.0	
Überhaupt nicht spirituell	17.2	12.5	14.3	
<i>Gruppierte R/S</i>				0.428
R+ S+	41.4	39.6	40.3	
R- S-	44.8	33.3	37.7	
R+ S-	3.4	2.1	2.6	
R- S+	10.3	25.0	19.5	
<i>Organisierte religiöse Aktivitäten</i>				0.103
>Einmal/Woche	0.0	4.2	2.6	
Einmal/Woche	20.7	2.1	9.1	
Mehrmals/Monat	6.9	6.3	6.5	
Mehrmals/Jahr	17.2	14.6	15.6	
Einmal o. weniger/Jahr	20.7	31.3	27.3	
Nie	34.5	41.7	39.0	
<i>Private religiöse Aktivitäten</i>				0.761
>Einmal/Tag	13.8	8.3	10.4	
Täglich	10.3	14.6	13.0	
Mehrmals/Woche	10.3	6.3	7.8	
Einmal/Woche	6.9	2.1	3.9	
Mehrmals/Monat	10.3	14.6	13.0	
Selten o. nie	48.3	54.2	51.9	
<i>S/R-Befragung eines Patienten/Angehörigen</i>				0.865
Nie	72.4	77.1	75.3	
Selten	10.3	8.3	9.1	
Manchmal	13.8	8.3	10.4	
Oft	3.4	4.2	3.9	
Immer	0.0	2.1	1.3	

Tabelle 2.1 *Sichtweise des türkischstämmigen Medizinpersonals auf Spiritualität/Religiosität in klinischer Praxis*

	Immer angemessen (%)	Für gewöhnlich angemessen (%)	Für gewöhnlich unangemessen (%)	Immer unangemessen (%)
<i>Finden Sie es im Allgemeinen angemessen, über religiöse/spirituelle Themen zu sprechen, wenn ein Patient/Angehörige diese zur Sprache bringt?</i>	8.2	61.9	24.7	5.1
<i>Finden Sie es im Allgemeinen angemessen, Patienten/Angehörige zu ihrer Religiosität/Spiritualität zu befragen?</i>	3.1	31.9	39.1	25.7

Tabelle 2.2 *Sichtweise des türkischstämmigen Medizinpersonals auf Spiritualität/Religiosität in klinischer Praxis*

	Nie (%)	Nur, wenn der Patient/Angehörige darum bittet/bitten (%)	Immer, wenn der Mitarbeiter dies als angemessen empfindet (%)
<i>Wann ist es, wenn überhaupt, für einen Mitarbeiter angemessen, über die eigenen religiösen Überzeugungen oder Erfahrungen mit einem Patienten/Angehörigen zu sprechen?</i>	23.7	62.8	13.4
<i>Wann ist es, wenn überhaupt, für einen Mitarbeiter angemessen, mit einem Patienten/Angehörigen zu beten?</i>	46.3	44.3	9.2

Eine Korrelation zwischen der selbsteingeschätzten Spiritualität, Religiosität und der Tendenz der Befragung nach spirituellen/religiösen Belangen eines Patienten/Angehörigen war nicht ersichtlich. Unabhängig davon wie spirituell oder religiös sich das Medizinpersonal einschätzte, fragte die Mehrheit (>60 % bzw. >70 %)

Tabelle 3 *Befragung der spirituellen/religiösen Belange eines Patienten/Angehörigen seitens des türkischstämmigen Medizinpersonals*

	Nie (%)	Selten (%)	Manchmal (%)	Oft (%)	Immer (%)	Total n(%)	p
<i>Selbsteingeschätzte Religiosität vs. S/R Befragung</i>							0.691
Sehr religiös	77.8	11.1	11.1	0.0	0.0	9 (11.6 %)	
Mäßig religiös	70.8	8.3	12.5	8.3	0.0	24 (31.2 %)	
Wenig religiös	80.0	0.0	10.0	5.0	5.0	20 (25.9 %)	
Überhaupt nicht religiös	75.0	16.7	8.3	0.0	0.0	24 (31.2 %)	
<i>Selbsteingeschätzte Spiritualität vs. S/R Befragung</i>							0.636
Sehr spirituell	83.3	0.0	16.7	0.0	0.0	12 (15.5 %)	
Mäßig spirituell	70.6	8.8	11.8	5.9	2.9	34 (44.1 %)	
Wenig spirituell	85.0	5.0	5.0	5.0	0.0	20 (25.9 %)	
Überhaupt nicht spirituell	63.6	27.3	9.1	0.0	0.0	11 (14.2 %)	
<i>Gruppierte R/S vs. S/R Befragung</i>							0.725
R+ S+	71.0	9.7	12.9	6.5	0.0	31 (40.2 %)	
R- S-	75.9	13.8	6.9	3.4	0.0	29 (37.6 %)	
R+ S-	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2 (2.5 %)	
R- S+	80.0	0.0	13.3	0.0	6.7	15 (19.4 %)	
<i>Organisierte religiöse Aktivitäten vs. S/R Befragung</i>							0.190
>Einmal/Woche	50.0	0.0	0.0	50.0	0.0	2 (2.5 %)	
Einmal/Woche	71.4	0.0	28.6	0.0	0.0	7 (9.1 %)	
Mehrmals/Monat	60.0	40.0	0.0	0.0	0.0	5 (6.5 %)	
Mehrmals/Jahr	91.7	0.0	8.3	0.0	0.0	12 (15.6 %)	
Einmal o. weniger/Jahr	71.4	14.3	9.5	4.8	0.0	21 (27.3 %)	
Nie	76.7	6.7	10.0	3.3	3.3	30 (38.9 %)	
<i>Private religiöse Aktivitäten vs. S/R Befragung</i>							0.581
>Einmal/Tag	62.5	12.5	12.5	12.5	0.0	8 (10.3 %)	
Täglich	80.0	10.0	10.0	0.0	0.0	10 (12.9 %)	
Mehrmals/Woche	33.3	16.7	50.0	0.0	0.0	6 (7.7 %)	
Einmal/Woche	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3 (3.8 %)	
Mehrmals/Monat	90.0	0.0	10.0	0.0	0.0	10 (12.9 %)	
Selten o. nie	77.5	10.0	5.0	5.0	2.5	40 (51.9 %)	

nie oder selten nach solchen Belangen (*Tabelle 3*). Das Fehlen eines statistischen Zusammenhangs galt genauso für die Häufigkeit der organisierten oder privaten religiösen Aktivitäten.

Von den Personen, die angaben, dass etwas sie davon abhalte (Frage 29) mit Patienten/Angehörigen über deren Spiritualität/Religiosität zu sprechen (50.6 %); wurde diese Hemmung am häufigsten mit der „professionellen Neutralität“ (79.0 %) begründet, gefolgt von der „Sorge, Patienten/Angehörigen zu nahe zu treten“ (30.0) und „allgemeines Unbehagen beim Sprechen über religiöse/spirituelle Dinge“ (23.1 %). Auf die Beispielsfrage (Frage 27), an welche Person sie einen Patienten mit anhaltender Trauer nach dem Tod seiner Frau bevorzugt zuerst verweisen würden, antwortete die Mehrheit der Befragten (66.6 %) mit „Psychiater/Psychotherapeut“. 16.6 % verwiesen auf „Krankenhausseelsorger“, während 13.1 % „Geistlicher bzw. Berater der betreffenden Religionsgemeinschaft“ auswählten.

66.7 % des türkischstämmigen Medizinpersonals stimmten der Aussage „*Meine religiösen Überzeugungen beeinflussen meine praktische medizinische Tätigkeit*“ nicht oder überhaupt nicht zu (Frage 46.d). Es zeigte sich hier eine signifikante Korrelation zwischen der Zustimmung und der selbsteingeschätzten Religiosität ($p < 0.001$). 60.6 % der Befragten, die sich als sehr oder mäßig religiös (R+) einschätzten, stimmten dieser Aussage zu; während 91.9 % der sich als wenig oder überhaupt nicht religiös (R-) eingeschätzten Personen der Aussage nicht zustimmten.

4.4. Faktor Geburtsland

Die Befragten, die in Deutschland geboren sind, waren häufiger religiös als in der Türkei Geborene (57.9 % bzw. 31.6 %) (*Tabelle 4*). Ein entsprechender Zusammenhang ergab sich für die selbsteingeschätzte Spiritualität oder für die gruppierte R/S nicht. Zwischen der Auffassung, dass die religiösen Überzeugungen die Grundlage der eigenen Einstellung zum Leben bilden, und dem Geburtsland bestand eine signifikante Korrelation, indem die in Deutschland geborenen türkischstämmigen Personen jene Auffassung mehrheitlich (61.1 %) zutreffend fanden (*Tabelle 5*).

Ein weiterer signifikanter Zusammenhang zeigte sich zwischen dem Geburtsland und der Meinung über den Einfluss der Spiritualität/Religiosität auf die Gesundheit (Frage 15). Während die Mehrheit (58.5 %) der in Deutschland geborenen Befragten den

Tabelle 4 *Spiritualität und Religiosität (nach Geburtsland der Befragten)*

	Deutschland (%; n=38)	Türkei (%; n=38)	Total (%; n=76)	P
<i>Selbsteingeschätzt: religiös</i>				0.043
Sehr religiös	21.1	5.3	13.2	
Mäßig religiös	36.8	26.3	31.6	
Wenig religiös	26.3	28.9	27.6	
Überhaupt nicht religiös	15.8	39.5	27.6	
<i>Selbsteingeschätzt: spirituell</i>				0.199
Sehr spirituell	21.1	13.2	17.1	
Mäßig spirituell	52.6	39.5	46.1	
Wenig spirituell	21.1	28.9	25.0	
Überhaupt nicht spirituell	5.3	18.4	11.8	
<i>Gruppierte R/S</i>				0.120
R+ S+	55.3	28.9	42.1	
R+ S-	2.6	2.6	2.6	
R- S+	18.4	23.7	21.1	
R- S-	23.7	44.7	34.2	

Einfluss als stark oder sehr stark einschätzten, lag der entsprechende Anteil bei in der Türkei geborenen Personen nur bei 22.6 % (Tabelle 6). Allerdings gab es keine ähnliche Korrelation für die Meinung über den Einfluss der Spiritualität/Religiosität auf das Gesundwerden (Frage 16).

Die Erfahrungen des Medizinpersonals mit Spiritualität/Religiosität in der klinischen Praxis wiesen von dem Geburtsland abhängige Ergebnisse auf. Signifikante Zusammenhänge waren ersichtlich zwischen dem Geburtsland und den Auffassungen, dass Spiritualität/Religiosität Patienten/Angehörigen zu einem positiven und hoffnungsvollen psychischen Befinden verhilft (Frage 24.f) und Spiritualität/Religiosität bei der Vermeidung der schweren Folgen einer Krankheit hilft (Frage 24.g) (Tabelle 7). In beiden Situationen berichteten die in Deutschland geborenen Personen häufiger positive Erfahrungen als ihre in der Türkei geborenen Kollegen. Während 17.1 % bzw. 31.7 % der in der Türkei Geborenen niemals oder selten solche Erfahrungen in den erwähnten Situationen hatten, lagen die entsprechenden Anteile von den in Deutschland Geborenen nur bei 2.1 % bzw. 14.9 %. Bei der Aussage, dass Spiritualität/Religiosität Patienten/Angehörigen dabei hilft, Krankheit und Leiden zu bewältigen und zu ertragen bestand keinen Zusammenhang mit dem Geburtsland.

Tabelle 5 *Persönliche religiöse Überzeugungen und Einbindung (nach Geburtsland der Befragten)*

	Deutschland (%; n=36)	Türkei (%; n=37)	Total (%; n=73)	p
<i>Erfahrung der Gegenwart des Göttlichen (bzw. von Gott)</i>				0.095
Trifft genau zu	27.8	16.2	21.9	
Trifft eher zu	41.7	29.7	35.6	
Trifft eher nicht zu	19.4	18.9	19.2	
Trifft gar nicht zu	11.1	35.1	23.3	
<i>Religiöse Überzeugungen als Grundlage der Einstellung zum Leben</i>				0.047
Trifft genau zu	27.8	8.1	17.8	
Trifft eher zu	33.3	35.1	34.2	
Trifft eher nicht zu	22.2	16.2	19.2	
Trifft gar nicht zu	16.7	40.5	28.8	
<i>Organisierte religiöse Aktivitäten</i>	(n=37)	(n=38)	(n=75)	0.064
>Einmal/Woche	5.4	2.6	4.0	
Einmal/Woche	13.5	2.6	8.0	
Mehrmals/Monat	13.5	0.0	6.7	
Mehrmals/Jahr	13.5	21.1	17.3	
Einmal o. weniger/Jahr	24.3	26.3	25.3	
Nie	29.7	47.4	38.7	

Tabelle 6 *Einfluss von S/R auf die Gesundheit & das Gesundwerden von Patienten
(nach Geburtsland der Befragten)*

	Deutschland (%; n=53)	Türkei (%; n=43)	Total (%; n=96)	p
<i>S/R-Einfluss auf die Gesundheit</i>				0.034
Sehr stark	9.4	9.3	9.4	
Stark	49.1	23.3	37.5	
Etwas	28.3	51.2	38.5	
Wenig	5.7	14.0	9.4	
Sehr wenig bis gar nicht	7.5	2.3	5.2	
<i>S/R-Einfluss auf das Gesundwerden</i>				0.210
Sehr stark	15.1	11.6	13.5	
Stark	41.5	27.9	35.4	
Etwas	34.0	51.2	41.7	
Wenig	1.9	7.0	4.2	
Sehr wenig bis gar nicht	7.5	2.3	5.2	

Die Spiritualität/Religiosität-Befragung eines Patienten/Angehörigen und das Geburtsland des Medizinpersonals hatten keinen Zusammenhang (Tabelle 8). Unabhängig davon, in welchem Land sie geboren sind, gab die Mehrheit (90.0 % bzw. 80.5 %) der Befragten an, dass sie selten oder nie eine Spiritualität/Religiosität-Befragung durchführt. Nichtsdestoweniger bestand eine signifikante Korrelation zwischen dem Geburtsland und der Spiritualität/Religiosität-Befragung bei einer banalen Erkrankung oder Verletzung (Frage 25.a), indem alle (100 %) in der Türkei geborenen Personen angaben, dass sie in solchen Situationen nie nach spirituellen/religiösen Belangen eines Patienten/Angehörigen fragten. Hinsichtlich der anderen speziellen klinischen Situationen ergab es keine signifikanten geburtslandspezifischen Unterschiede.

Tabelle 7 *Erfahrungen mit Spiritualität/Religiosität in der klinischen Praxis (nach Geburtsland der Befragten)*

	Deutschland (%; n=48)	Türkei (%; n=40)	Total (%; n=88)	p
<i>S/R hilft Patienten/Angehörigen, Krankheit und Leiden zu bewältigen und zu ertragen</i>				
				0.085
Niemals	4.2	0.0	2.3	
Selten	2.1	10.0	5.7	
Manchmal	31.3	40.0	35.2	
Oft	62.5	45.0	54.5	
Immer	0.0	5.0	2.3	
<i>S/R verhilft Patienten/Angehörigen zu einem positiven und hoffnungsvollen psychischen Befinden</i>				
				0.035
Niemals	2.1	0.0	1.1	
Selten	0.0	17.1	8.0	
Manchmal	44.7	46.3	45.5	
Oft	51.1	34.1	43.2	
Immer	2.1	2.4	2.3	
<i>S/R hilft schwere Folgen einer Krankheit, z.B. den tödlichen Verlauf durch Suizid, zu vermeiden</i>				
				0.042
Niemals	6.4	4.9	5.7	
Selten	8.5	26.8	17.0	
Manchmal	46.8	26.8	37.5	
Oft	31.9	41.5	36.4	
Immer	6.4	0.0	3.4	

Tabelle 8 *S/R-Befragung & Verhaltensweisen des türkischen Medizinpersonals bei S/R-Themen (nach Geburtsland der Befragten)*

	Deutschland (%; n=x)	Türkei (%; n=x)	Total (%; n=x)	p
<i>S/R-Befragung eines Patienten/Angehörigen</i>	(n=50)	(n=41)	(n=91)	0.271
Nie	64.0	65.9	64.8	
Selten	26.0	14.6	20.9	
Manchmal	4.0	14.6	8.8	
Oft	4.0	4.9	4.4	
Immer	2.0	0.0	1.1	
<i>S/R-Befragung bei einer banalen Erkrankung oder Verletzung</i>	(n=38)	(n=35)	(n=73)	0.026
Nie	86.8	100.0	93.2	
Selten	13.2	0.0	6.8	
<i>“Ich höre aufmerksam und einführend zu, wenn S/R-Belange in Gesprächen mit Patienten/Angehörigen auftauchen”</i>	(n=43)	(n=37)	(n=80)	0.070
Nie	2.3	0.0	1.3	
Selten	0.0	8.1	3.8	
Manchmal	14.0	5.4	10.0	
Oft	32.6	51.4	41.3	
Immer	51.2	35.1	43.8	
<i>“Ich bestärke den Patienten/Angehörigen in seinen eigenen religiösen/spirituellen Überzeugungen und Gebräuchen, wenn S/R-Belange in Gesprächen mit Patienten/Angehörigen auftauchen”</i>	(n=43)	(n=36)	(n=79)	0.069
Nie	30.2	25.0	27.8	
Selten	9.3	30.6	19.0	
Manchmal	48.8	25.0	38.0	
Oft	9.3	13.9	11.4	
Immer	2.3	5.6	3.8	

Ein signifikanter Zusammenhang zeigte sich zwischen dem Geburtsland und dem Einfluss eigener religiöser Überzeugungen auf die praktische medizinische Tätigkeit (Frage 46.d). 42.4 % des in Deutschland geborenen türkischstämmigen Medizinpersonals äußerte sich zu der Aussage zustimmend, dass die religiösen Überzeugungen die praktische medizinische Tätigkeit beeinflussen (Tabelle 9).

Der Anteil war bei den in der Türkei Geborenen 24.2 %. Während der Aussage von 75.7 % der in der Türkei Geborenen nicht oder überhaupt nicht zugestimmt wurde, war die Ablehnungsrate von den in Deutschland geborenen Befragten bei 57.6 %.

Tabelle 9 *Einfluss eigener religiöser Überzeugungen auf die eigene praktische medizinische Tätigkeit (nach Geburtsland der Befragten)*

	Deutschland (%; n=33)	Türkei (%; n=33)	Total (%; n=66)	p
<i>“Meine religiösen Überzeugungen beeinflussen meine praktische medizinische Tätigkeit”</i>				0.037
Stimme voll und ganz zu	12.1	3.0	7.6	
Stimme zu	30.3	21.2	25.8	
Stimme nicht zu	45.5	33.3	39.4	
Stimme überhaupt nicht zu	12.1	42.4	27.3	

In Bezug auf die persönlichen Einstellungen zu den kontrovers diskutierten Fragen (Fragen 32.a-f) im medizinischen Bereich, waren die Prozentsätze für „generelle Vorbehalte“ bei den in Deutschland geborenen Personen in allen Fragen höher als bei in der Türkei Geborenen (*Tabelle 10*). Der Anteil der „anderen, nicht primär religiös bedingten Vorbehalte“ war demgegenüber bei den in der Türkei geborenen Personen in allen Fragen höher als bei in Deutschland Geborenen. Religiös bedingte Vorbehalte wurden in den meisten Fällen häufiger von den in Deutschland geborenen Befragten genannt. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen den persönlichen Einstellungen und dem Geburtsland ließ sich in Fragen von ärztlich assistiertem Suizid und Schwangerschaftsabbruch bei angeborenen Fehlbildungen erkennen.

Tabelle 10 *Einstellungen des türkischstämmigen Medizinpersonals zu den kontrovers diskutierten Fragen im medizinischen Bereich (nach Geburtsland der Befragten)*

	Deutschland (%; n=x)	Türkei (%; n=x)	Total (%; n=x)	P
<i>Ärztlich assistierter Suizid</i>	(n=39)	(n=37)	(n=76)	0.006
keine Vorbehalte	15.4	21.6	18.4	
religiös bedingte Vorbehalte	28.2	8.1	18.4	
andere, nicht primär religiös bedingte Vorbehalte	12.8	43.2	27.6	
generelle Vorbehalte	43.6	27.0	35.5	
<i>Sedierung bis zur Bewusstlosigkeit bei sterbenden Patienten</i>	(n=39)	(n=37)	(n=76)	0.352
keine Vorbehalte	51.3	64.9	57.9	
religiös bedingte Vorbehalte	12.8	5.4	9.2	
andere, nicht primär religiös bedingte Vorbehalte	17.9	21.6	19.7	
generelle Vorbehalte	17.9	8.1	13.2	
<i>Beendigung künstlicher, lebenserhaltender medizinischer Maßnahmen</i>	(n=37)	(n=37)	(n=74)	0.286
keine Vorbehalte	62.2	78.4	70.3	
religiös bedingte Vorbehalte	13.5	5.4	9.5	
andere, nicht primär religiös bedingte Vorbehalte	13.5	13.5	13.5	
generelle Vorbehalte	10.8	2.7	6.8	
<i>Schwangerschaftsabbruch bei angeborenen Fehlbildungen</i>	(n=38)	(n=37)	(n=75)	0.041
keine Vorbehalte	52.6	64.9	58.7	
religiös bedingte Vorbehalte	21.1	10.8	16.0	
andere, nicht primär religiös bedingte Vorbehalte	2.6	16.2	9.3	
generelle Vorbehalte	23.7	8.1	16.0	
<i>Schwangerschaftsabbruch nach Versagen kontrazeptiver Maßnahmen</i>	(n=36)	(n=37)	(n=73)	0.171
keine Vorbehalte	41.7	51.4	46.6	
religiös bedingte Vorbehalte	25.0	13.5	19.2	
andere, nicht primär religiös bedingte Vorbehalte	8.3	21.6	15.1	
generelle Vorbehalte	25.0	13.5	19.2	
<i>Schwangerschaftsabbruch bei fortgeschrittener Schwangerschaft zum Schutz des Lebens der Mutter</i>	(n=38)	(n=37)	(n=75)	0.076
keine Vorbehalte	84.2	75.7	80.0	
religiös bedingte Vorbehalte	2.6	5.4	4.0	
andere, nicht primär religiös bedingte Vorbehalte	0.0	13.5	6.7	
generelle Vorbehalte	13.2	5.4	9.3	

5. Diskussion

5.1. Zusammenfassung der Hauptergebnisse

Mit der Studie zu spirituellen und religiösen Einstellungen des türkischstämmigen Medizinpersonals in Deutschland wurde erstmals eine Minderheitsgruppe in Deutschland im Hinblick auf Spiritualität und Religiosität in den Gesundheitsberufen untersucht. Insgesamt liegen nun aus dieser Untersuchung Daten von 124 türkischstämmigen medizinischen Mitarbeitern (i.e. Ärzte, Krankenschwester, Krankenpfleger, Medizinstudenten und u.a.) aus ganz Deutschland vor. Die Mehrheit (71.6 %) der Befragten waren Mediziner (bzw. Ärzte). 84.4 % des türkischstämmigen Medizinpersonals fragte selten oder nie nach spirituellen/religiösen Belangen eines Patienten/Angehörigen und die Tendenz dieser Befragung war unabhängig von selbsteingeschätzter Spiritualität, Religiosität und dem Geburtsland (Deutschland oder Türkei). Eine signifikante Korrelation zeigte sich zwischen dem Geburtsland und dem Einfluss eigener religiöser Überzeugungen auf die praktische medizinische Tätigkeit. Während die Mehrheit (66.7 %) des Gesamtkollektivs einen solchen Einfluss verneinten, waren die in Deutschland geborenen Befragten mehr dazu geneigt dieser Aussage zuzustimmen: *„Meine religiösen Überzeugungen beeinflussen meine praktische medizinische Tätigkeit“*.

5.2. Diskussion der Methoden

5.2.1. Fragebogen

Der bereits im Vorwege umfangreich validierte Fragebogen NERSH wurde für diese Studie mit Fragen über den Migrationshintergrund modifiziert.

Im gesamten Fragebogen wurden die Begriffe wie Spiritualität oder Religiosität nicht definiert und aus diesem Grund bestand für die Befragten ein großer Spielraum bei der Beantwortung der persönlichen Fragen. Mit welchem Hintergrund oder aus welcher Überzeugung jemand sich spirituell oder religiös einschätzt, konnte somit nicht ermittelt werden.

Bei relativ hoher Anzahl der Fragen mit 49 Haupt- und 116 Teilfragen, wurde der Fragebogen zu 43 % nur teilweise abgeschlossen. Um eine bessere Teilnahme zu

erzielen, wird in Nachfolgeuntersuchungen darauf zu achten sein, dass eine kürzere Form des Fragebogens zum Einsatz kommt.

5.2.2. Verteilung und Statistik

In dieser Studie wurden 124 türkischstämmige medizinische Mitarbeiter befragt. Obwohl deutschlandweit Personen rekrutiert wurden, stellt die relative niedrige Anzahl von Teilnehmern ein Hindernis für eine mögliche Repräsentation aller türkischstämmigen Mitarbeiter im medizinischen Bereich dar. Mit einer Antwortquote von 22.5 % bei ungefähr 550 Einladungen blieben ungefähr drei Viertel der verfügbaren Personen außerhalb der Studie, was ein Antwortbias verursachen könnte.

Der Fragebogen wurde durch elektronische Post mit einem Weblink an bestimmte Personen und Gruppen (s. 3.1 & Liste 1) geschickt. Zwecks einer einfacheren und schnelleren Rekrutierung des türkischen Medizinpersonals wurde der Link mit Hilfe von Kettenbriefprinzip bzw. Schneeballsystem weiterverteilt.

Während das Schneeballsystem Vorteile wie Zeit- und Kostenreduzierung aufweist (*Sadler 2010*), tritt die Wahrscheinlichkeit des statistischen Bias mit Überrepräsentation der ähnlich gesinnten Individuen mit sozialen Verbindungen als der bedeutendste Nachteil hervor (*Magnani 2005*).

Um eine solche Schwäche in den zukünftigen statistischen Arbeiten zu vermeiden, muss dafür gesorgt werden, dass die Saturation des Kollektivs mit Hilfe von weiteren Primärkontakten erreicht wird, ohne auf das Schneeballsystem angewiesen zu bleiben.

5.3. Diskussion der Ergebnisse

5.3.1. Religionszugehörigkeit, spirituelle und religiöse Orientierung, organisierte und private religiöse Aktivitäten

Mehr als drei Viertel der Befragten gab eine Religionszugehörigkeit an, wobei der Islam als einzig beträchtliche Glaubensrichtung (77.1 %) vorkam. Verglichen mit den soziostrukturellen Daten aus Studien mit Türkischstämmigen in ganz Deutschland (*Wilamowitz-Moellendorff 2001*) bzw. in bestimmten Bundesländern (*Sauer 2014*), war das medizinische Personal in unserer Stichprobe mehr dazu geneigt keine

Religionszugehörigkeit zu besitzen als die allgemeine türkischstämmige Population (8.0 % bzw. 1,4 % vs. 20.0 %).

Trotz der Tatsache, dass mehr als drei Viertel der Personen in unserer Studie sich als muslimisch identifizierte, waren die Häufigkeiten der organisierten und privaten religiösen Aktivitäten relativ niedrig. Während 23.4 %, mehr als einmal pro Tag oder täglich private religiöse Aktivitäten durchführte, lag der Anteil der Personen, die mindestens wöchentlich organisierte religiöse Aktivitäten vollzogen, nur bei 11.7 %. Diese Diskrepanz zwischen der hohen Häufigkeit der Religionszugehörigkeit und niedriger persönlicher Beteiligung war nicht nur mit den säkular westeuropäischen Gesellschaftszügen (*Bruce 2010, Pollack 2007*) übereinstimmend sondern auch mit den entsprechenden Charakteristika der deutschen Ärzte (*Voltmer 2014*).

Ein bemerkenswerter, signifikanter Unterschied zeigte sich in der selbsteingeschätzten Religiosität. Die Befragten, die in Deutschland geboren sind, waren häufiger religiös als in der Türkei Geborene (57.9 % bzw. 31.6 %). Mögliche Gründe für diese Korrelation sind unter dem Punkt 5.3.4 ausgeführt.

5.3.2. S/R-Befragung und Rolle der selbsteingeschätzten Spiritualität/Religiosität

Die Mehrheit des Medizinpersonals (84.4 %) fragte selten oder nie nach spirituellen/religiösen Belangen eines Patienten/Angehörigen. Dieses Ergebnis ist konsistent mit den Forschungsergebnissen aus *Voltmer 2014*, wo 67 % der deutschen Ärzte selten oder nie nach solchen Belangen eines Patienten fragte. Auch das Geburtsland der Befragten in unserer Studie hatte keinen Einfluss auf diese Tendenz; unabhängig davon, in welchem Land sie geboren sind, gab die Mehrheit (90.0 % bzw. 80.5 %) an, dass sie selten oder nie eine Spiritualität/Religiosität-Befragung durchführten.

Zahlreiche Gründe wurden diskutiert um diese offensichtliche Abhaltung zu erklären. *Koenig 2013* postulierte, dass S/R-Themen nicht befragt werden, weil diese als zu persönlich oder privat angesehen werden. In unserer Studie gaben 30.0 % der Befragten eine entsprechende Begründung (Sorge, Patienten/Angehörigen zu nahe zu treten) für die Zurückhaltung beim Sprechen der Spiritualität und Religiosität der Patienten/Angehörigen. *Sloan 2000* argumentierte, dass die Religion von der medizinischen Praxis getrennt werden muss. Eine teilweise dieser Aussage

entsprechende Begründung (professionelle Neutralität) für die Abhaltung vom Sprechen über S/R-Themen wurde in unserer Studie von 79 % der Befragten angegeben. Außerdem wurde es von *Demling 2001* und *Hofmann 2011* vor Augen geführt, dass viele Ärzte und Psychotherapeuten das Gefühl haben, dass sie für eine S/R-Befragung nicht trainiert sind. 17 % der Personen in unserer Studie gab eine entsprechende Begründung (Ungenügendes Wissen/Ausbildung) an. Auf die Frage, ob sie an einer Fortbildung bezüglich Spiritualität/Religiosität in der Medizin teilgenommen haben, antwortete 90.3 % des türkischstämmigen Medizinpersonals mit Nein. Allerdings wurde auch suggeriert, dass die erwähnte Abhaltung nicht auf Wissensmangel, sondern auf der Marginalisierung des Themas basiert (*McVittie 2007*). Diesbezügliche Begründungen (Allgemeines Unbehagen beim Sprechen über spirituelle/religiöse Dinge & Sorge, mich der Kritik meiner Kollegen auszusetzen) wurden von 25.0 % der Befragten in unserer Studie genannt.

Im Gegensatz zu den deutschen Ärzten, gab es bei dem türkischen Medizinpersonal keinen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Befragung der S/R-Belange und der selbsteingeschätzten Spiritualität, Religiosität oder der Häufigkeit der religiösen Aktivitäten. Nicht nur bei deutschen (*Voltmer 2014*), sondern auch bei anderen Ärzten aus verschiedenen Ländern (*Curlin 2006, Curlin 2007, Al-Yousefi 2012, Randwijk 2016*), wo sie der Mehrheit in den jeweiligen Gesellschaften gehören, wurde gezeigt, dass die Ärzte, die sich spirituell und/oder religiös einschätzten und häufiger religiöse Aktivitäten durchführten, mehr dazu geneigt waren S/R-Belange zu befragen. In unserer Studie fragte aber die Mehrheit des Medizinpersonals (>60 % bzw. >70 %) nie oder selten nach solchen Belangen, unabhängig davon wie spirituell oder religiös sie waren. Es bestand auch kein signifikanter Zusammenhang mit der Häufigkeit der religiösen Aktivitäten. Bei jedem Grad der Spiritualität, Religiosität oder religiösen Aktivität, fragten somit die türkischstämmigen medizinischen Mitarbeiter nach S/R-Belangen weniger als ihre deutschen Kollegen.

Dieses beachtenswerte Resultat zeigt Ähnlichkeiten zu den Befunden über jüdische Ärzte in den USA (*Stern 2011*), die - wie unsere türkischstämmige Stichprobe in Deutschland - ebenfalls eine Minderheitsgruppe darstellen. In *Stern 2011* wurde gezeigt, dass, obwohl die Häufigkeit der S/R-Befragung bei jüdischen Ärzten mit einer höheren selbsteingeschätzten Religiosität gleichfalls höher wird, die Rate der Häufigkeit immer unter der von anderen nicht-jüdischen (v.a. christlichen mit 82.8 %) Ärzten

bleibt. In jener Studie wurde die Zurückhaltung der jüdischen Ärzte bei der S/R-Befragung mit ihrem eventuellen Unbehagen für das Offenlegen eigener jüdischer Identität erklärt. Dies könnte auch für die Zurückhaltung des türkischstämmigen Medizinpersonals in Deutschland eine mögliche Erklärung sein.

5.3.3. Einfluss der persönlichen Spiritualität/Religiosität auf die praktische medizinische Tätigkeit

66.7 % des türkischstämmigen Medizinpersonals stimmte der Aussage „*Meine religiösen Überzeugungen beeinflussen meine praktische medizinische Tätigkeit*“ nicht oder überhaupt nicht zu. Die Rate an Zustimmung (33.4 %) lag somit unterhalb den Vergleichswerte aus den USA (*Curlin 2005*) mit amerikanischen Ärzten (55 %) und aus Deutschland (*Hofmann 2011*) mit deutschen Psychotherapeuten (55.7 %). Diese Situation könnte damit zusammenhängen, dass die medizinischen Mitarbeiter aus unterrepräsentierten religiösen Traditionen es schwierig finden ihre religiösen Verpflichtungen in einer Kultur auszuleben, wo die Mehrheit der Patienten und der Ärzte einer anderen Religion gehört. (*Curlin 2005*).

Das Ergebnis der Zustimmung zeigte signifikante Zusammenhänge sowohl mit der selbsteingeschätzten Religiosität als auch mit dem Geburtsland der Befragten. 42.4 % des in Deutschland geborenen türkischstämmigen Medizinpersonals äußerten sich zustimmend zu der Aussage, dass ihre religiösen Überzeugungen ihre praktische medizinische Tätigkeit beeinflussen, während dieser Anteil bei in der Türkei Geborenen nur bei 24.2 % lag. Allerdings war dieser Unterschied des Einflusses zwischen den in Deutschland und in der Türkei geborenen Mitarbeitern in spezifischen Fällen nicht dermaßen prägnant. In 14 Fällen, wo nach

- den Verhaltensweisen der Mitarbeiter beim Auftauchen der S/R-Belange (Frage 26.a-e)
- den Vorbehalten der Mitarbeiter gegen kontrovers diskutierte Fragen im medizinischen Bereich (Frage 32.a-f) und
- der Meinung der Mitarbeiter zu einer ethisch-moralischen Entscheidungssituation (Frage 33.a-c)

gefragt wurde, stellte sich nur in zwei Situationen ein signifikanter Zusammenhang mit dem Geburtsland heraus. Angesichts dieser Tatsache und des Ergebnisses, dass sich die

in Deutschland geborenen Mitarbeiter religiöser einschätzten als ihre in der Türkei geborenen Kollegen, liegt die Vermutung nahe, dass die in Deutschland geborenen Befragten der Aussage über diesen Einfluss eher wie ein demonstratives Bekenntnis zum eigenen religiösen bzw. kulturellen Standpunkt zustimmten als aufgrund des tatsächlich erlebten Einflusses (s. 5.3.4. Punkt 5).

5.3.4. Diaspora-Effekt: Ein Erklärungsversuch für die geburtslandspezifischen Unterschiede

In der gesamten Studie war es augenfällig, dass das türkischstämmige Medizinpersonal in Deutschland keine homogene Gruppe darstellt, sondern eine Heterogenität beruhend auf dem Geburtsland besteht. Während die Meinung über den Einfluss der S/R auf die Gesundheit, bestimmte Erfahrungen mit S/R in der klinischen Praxis und der Einfluss der S/R auf die praktische Tätigkeit eine Korrelation mit dem Geburtsland zeigten, gab es auch nicht signifikante, doch erkennbare Strukturen hinsichtlich dieses Faktors. In Bezug auf die persönlichen Einstellungen zu den kontrovers diskutierten Fragen im medizinischen Bereich, waren die Prozentsätze für „andere, nicht primär religiös bedingte Vorbehalte“ bei den in der Türkei geborenen Personen in allen Fragen höher als bei in Deutschland Geborenen. Demgegenüber wurden die „religiös bedingten Vorbehalte“ in den meisten Fällen häufiger von den in Deutschland geborenen Befragten genannt. Die Mehrheit dieser Ergebnisse basiert somit auf der Gegebenheit, dass sich die in Deutschland geborenen türkischstämmigen medizinischen Mitarbeiter religiöser einschätzten als die in der Türkei geborenen Befragten.

Diese vermehrte Religiosität der in Deutschland geborenen Türkischstämmigen ist schwer zu erklären in einer Zeit, in der die Säkularisierungstendenzen in jener Bevölkerungsgruppe unverkennbar sind (*Wilamowitz-Moellendorff 2001, Pollack 2016*). Aber der Einfluss der Minderheits- bzw. Diasporalage auf die Eigenschaften der Gruppenmitglieder (Diaspora-Effekt) könnte eine Erklärung erbringen.

In den letzten Jahren wird die Rolle der Religion als ein Identitätsmerkmal für Minderheits- bzw. Immigrantengruppen intensiv erforscht (*Cadge 2007, Connor 2008, Voas 2012, Peek 2005, Saint-Blancat 2012, Yang 2001, Mandaville 2001*). Aus den vielfältigen Recherchen scheinen die folgenden Theorien für das in Deutschland geborene türkischstämmige Medizinpersonal angemessen zu sein;

1. Von der Mehrheits- zur Minderheitsreligion

Für die Türkischstämmigen, die in der Türkei geboren sind, stellt die Mehrheitsreligion Islam eine Selbstverständlichkeit (*Peek 2005*) dar. Während eine (vermehrte) Einbindung in den Islam in der Türkei kein Identifikationsmerkmal darstellen würde, wäre sie für die in Deutschland geborenen türkischstämmigen Personen von großer Bedeutung für Selbstdefinition und Gruppenzugehörigkeit.

2. Multikulturelle, säkulare Gesellschaft in Deutschland

Peek 2005 suggerierte, dass die Religion dabei helfen kann, in einem multikulturellen amerikanischen Rahmen die eigene persönliche und soziale Kennzeichnung zu behalten. 86 % der zweiten/dritten Generation der türkischstämmigen Bevölkerung in Deutschland war laut *Pollack 2016* der Ansicht, man solle selbstbewusst zu seiner eigenen Kultur bzw. Herkunft stehen. Nachdem die in Deutschland herrschenden Umstände, wie in den USA, multikulturelle und säkulare Merkmale aufweisen, könnte behauptet werden, dass sich die Türkischstämmigen, die in Deutschland geboren und aufgewachsen sind, für die Aufrechterhaltung des kulturellen Selbstbildes vermehrt der Religion zuwenden.

3. Reaktive Religiosität

Die Vorstellung von der „reaktiven Ethnizität“, in der sich das Gruppenbewusstsein als Reaktion auf soziale Ausgrenzung und Ablehnung verstärkt (*Peek 2005*), wurde auf den Religionsbereich ausgeweitet (*Diehl 2009*). In Erwiderung auf Diskriminierung identifizieren sich die Individuen vermehrt mit einer Gruppe um ihren Selbstwert vor negativen Konsequenzen zu schützen (*Branscombe 1999*). *Verkuyten 2007* zeigte, dass wahrgenommene Diskriminierung mit einer vermehrten Islam-Identifikation unter niederländisch-türkischen Muslimen einhergeht. Auch für die türkischstämmigen Personen, die in Deutschland geboren und aufgewachsen sind, ist die Gefahr der Diskriminierung erwartungsgemäß größer als für die in der Türkei Geborenen. Demzufolge könnte die reaktive Religiosität zu einer vermehrten religiösen Bindung bei dieser Gruppe führen.

4. Verbundenheit mit der Türkei

Die soziologischen Studien über die türkischstämmigen Bevölkerung in

Deutschland belegten in den letzten Jahren, dass die Verbundenheit mit dem Heimatland Türkei unter dieser Minderheitsgruppe immer stärker wird (*Sauer 2014, Pollack 2016*). Von *Sauer 2014* wurde die stärkere Türkeiverbundenheit der Nachfolgegenerationen mit der Fremdzuschreibung und der häufig nicht erfüllten Erwartung an die Akzeptanz durch die Mehrheitsgesellschaft begründet. Mit der Annahme, dass die Türkeiverbundenheit bei den in Deutschland geborenen und aufgewachsenen türkischstämmigen Personen (entsprechend der zweiten/dritten Generationen) stärker würde als die in der Türkei geborener Personen (entsprechend der ersten Generation) könnte postuliert werden, dass diese Verbundenheit in einer vermehrt türkischen und folglich muslimischen Identifizierung resultiert. In etlichen Studien (*Connor 2008, Kurien 2001, Smith 1978*) wurde gezeigt, dass die Religion und Ethnizität für die Immigranten ineinandergreifen.

5. Demonstratives Bekenntnis

In einer Studie über die Sicht von Türkischstämmigen in Deutschland über Integration und Religion (*Pollack 2016*) wurde dargelegt, dass sich die zweite/dritte Generation religiöser einschätzte als die erste Generation, obwohl sie in der traditionellen religiösen Praxis weniger aktiv waren. Diese Konstellation wurde von den Autoren mit der Theorie erklärt, dass die Antworten möglicherweise weniger die tatsächlich gelebte Religiosität widerspiegeln, als vielmehr ein demonstratives Bekenntnis zur eigenen kulturellen Herkunft. Dieses als Identitätsmerkmal zum Einsatz kommende Bekenntnis könnte eine Erklärung dafür sein, warum sich das in einem Fremdland geborene türkischstämmige Medizinpersonal mehrheitlich religiös einschätzte.

5.3.5. Ausblick

Die in dieser Studie gefundenen Ergebnisse über die persönlichen Einstellungen des türkischstämmigen Medizinpersonals zur Spiritualität/Religiosität in der Medizin und ihre Unterschiede zu den deutschen Ärzten geben wichtige und deutschlandweit erstmalige Hinweise darauf, dass die Minderheitsgruppen, die in Deutschland in Gesundheitsberufen arbeiten, noch näher untersucht werden müssen. Dies ist nicht nur für das Erkennen der Meinungen und Wünsche des medizinischen Personals wichtig, sondern auch für die Entwicklung einer ganzheitlichen, inklusive spiritueller Versorgung des multikulturellen Patientenkollektivs hierzulande von enormer

Bedeutung. Gleichzeitig muss die Wissenslücke über die spirituellen und religiösen Bedürfnisse der Patienten mit ausländischer Herkunft beseitigt werden. Die Studien mit deutschen Patienten könnten dafür als Beispiel dienen (*Frick 2006, Büssing 2009, Büssing 2013*).

Wissenschaftlich erstrebenswert wäre auch die Möglichkeit des Vergleichs von dem türkischstämmigen Medizinpersonal in Deutschland und den türkischen medizinischen Mitarbeitern in der Türkei. Derartige Untersuchungen mit Minderheitspopulationen in den Gastländern und Mehrheitspopulationen in den Heimatländern würden eine detailliertere Analyse des Diaspora-Effekts ermöglichen.

6. Zusammenfassung

Hintergrund: Die Rolle der Spiritualität und Religiosität in den Gesundheitsberufen wurde in den letzten Jahren nicht nur in Deutschland sondern auch in vielen verschiedenen Ländern intensiv untersucht. Während bei den deutschen Ärzten die persönlichen spirituellen/religiösen Einstellungen und deren Einfluss auf die medizinische Tätigkeit erforscht wurden, sind die Einstellungen des medizinischen Personals aus Minderheitsgruppen in Deutschland kaum bekannt.

Zielsetzung: Mit dieser ersten Studie mit einer Minderheitsgruppe in Deutschland in diesem Forschungsfeld wurde untersucht, welche Einstellungen das türkischstämmige Medizinpersonal in Deutschland gegenüber Spiritualität und Religiosität in der Medizin hat und was für einen Einfluss jene Einstellungen auf ihre praktische medizinische Tätigkeit aufweisen.

Methodik: Der Fragebogen NERSH wurde deutschlandweit an türkischstämmige medizinische Mitarbeiter (Ärzte, Krankenschwester, Krankenpfleger, Medizinstudenten u.a.) per elektronische Post mit einem Weblink gesendet. Die Schwerpunkte des Fragebogens waren neben persönlichen spirituellen/religiösen Charakteristika auch die Ansicht des Personals zu dem Einfluss dieser Faktoren auf die Gesundheit und auf ihre eigene klinische Arbeit.

Ergebnisse: Insgesamt liegen aus dieser Untersuchung nun für 124 türkischstämmige medizinische Mitarbeiter aus ganz Deutschland Daten vor (Antwortquote 22.5 %). Die Mehrheit (71.6 %) der Befragten waren Mediziner (bzw. Ärzte). Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der selbsteingeschätzten Religiosität und dem Geburtsland (Deutschland oder Türkei). Die in Deutschland geborenen Befragten schätzten sich religiöser ein, als ihre in der Türkei geborenen Kollegen. 84.4 % des türkischstämmigen Medizinpersonals fragte selten oder nie nach spirituellen/religiösen Belangen eines Patienten/Angehörigen und die Tendenz dieser Befragung war unabhängig von selbsteingeschätzter Spiritualität, Religiosität und dem Geburtsland. Eine signifikante Korrelation zeigte sich zwischen dem Geburtsland und dem Einfluss eigener religiöser Überzeugungen auf die praktische medizinische Tätigkeit. Während die Mehrheit (66.7 %) des Gesamtkollektivs einen solchen Einfluss verneinte, waren die in Deutschland geborenen Befragten mehr dazu geneigt diesem zuzustimmen.

Ausblick: Die spirituellen und religiösen Einstellungen der Minderheitsgruppen in Gesundheitsberufen in Deutschland bedürfen weitere Untersuchungen, um die Spiegelung der gesellschaftlichen Tendenzen auf dieses Mitarbeiterkollektiv zu erkennen und gesundheitspolitische Entscheidungen zu treffen.

7. Anhang

7.1. Literaturverzeichnis

1. Al-Yousefi, N. A. Observations of Muslim Physicians Regarding the Influence of Religion on Health and Their Clinical Approach. *J. Relig. Health*, 2012, 51, 269-280.
2. Auswärtiges Amt. auswaertiges-amt.de, Außen- und Europapolitik, Länderinformationen, Türkei, Beziehungen zu Deutschland. Stand September 2016.
3. Balboni, T. A.; Vanderwerker, L. C.; Block, S. D.; Paulk, M. E.; Lathan, C. S.; Peteet, J. R.; Prigerson, H. G. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 2007, 25(5), 555–560.
4. Branscombe, NR.; Schmitt, MT.; Harvey, RD. Perceiving pervasive discrimination among African-Americans: implications for group identification and well-being. *J. Personal. Soc. Psychol.* 1999, 77, 135–49.
5. Bruce, S.; Glendinning, T. When was secularization? Dating the decline of the British churches and locating its cause. *British Journal of Sociology*, 2010, 61(1), 107–126.
6. Büssing, A. Spirituality as a Resource to Rely on in Chronic Illness: The SpREUK Questionnaire. *Religions* 2010, 1, 9-17.
7. Büssing, A., Michalsen, A., Balzat, H. J., Grünther, R. A., Ostermann, T., Neugebauer, E. A. M., et al. Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions? *Pain Medicine*, 2009, 10(2), 327–339.
8. Büssing, A.; Hirdes, A.T.; Baumann, K.; Hvidt, N.C.; Heusser, P. Aspects of Spirituality in Medical Doctors and Their Relation to Specific Views of Illness and Dealing with Their Patients' Individual Situation. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013, Article ID 734392.
9. Büssing, A.; Janko, A.; Baumann, K.; Hvidt, N.C.; Kopf, A. Spiritual Needs among Patients with Chronic Pain Diseases and Cancer Living in a Secular Society. *Pain Medicine*, 2013, 14, 1362-1373.
10. Cadge, W.; Howard Ecklund, E. Immigration and religion. *Annu. Rev. Sociol.* 2007, 33, 359-379.
11. Christakis, N. A.; Asch, D. A. Physician Characteristics Associated with Decisions to Withdraw Life Support. *Am. J. Public Health*, 1995, 85, 367-372.

12. Churchland, P. S. Human dignity from a neurophilosophical perspective. In: Pellegrino E, ed. *Human dignity and bioethics*. Washington, DC: The President's Council on Bioethics, 2008; 99–121.
13. Connor, P. Increase or decrease? The impact of the international migratory event on immigrant religious participation. *J. Sci. Study. Relig.* 2008, 47, 243-257.
14. Curlin, F. A. A Case for Studying the Relationship Between Religion and the Practice of Medicine. *Academic Medicine*, 2008, 83(12), 1118-1120.
15. Curlin, F. A.; Chin, M. H.; Sellergren, S. A.; Roach, C. J.; Lantos, J. D. The association of physicians' religious characteristics with their attitudes and self-reported behaviors regarding religion and spirituality in the clinical encounter. *Medical Care*, 2006, 44(5), 446–453.
16. Curlin, F. A.; Lantos, J. D.; Roach, C. J.; Sellergren, S. A.; Chin, M. H. Religious characteristics of U.S. physicians: A National Survey. *J. Gen. Intern. Med.*, 2005, 20, 629-634.
17. Curlin, F. A.; Lawrence, R. E.; Chin, M. H.; Lantos, J. D. Religion, Conscience, and Controversial Clinical Practices. *New England Journal of Medicine*, 2007, 356, 593–600.
18. Curlin, F. A.; Lawrence, R. E.; Odell, S.; Chin, M. H.; Lantos, J. D.; Koenig, H. G.; Meador, K.G. Religion, Spirituality, and Medicine: Psychiatrists' and Other Physicians' Differing Observations, Interpretations, and Clinical Approaches. *Am. J. Psychiatry*, 2007, 164, 1825-1831.
19. Curlin, F. A.; Nwodim, C.; Vance, J. L.; Chin, M. H.; Lantos, J. D. To Die, to Sleep: Us Physicians' Religious and Other Objections to Physician-Assisted Suicide, Terminal Sedation, and Withdrawal of Life Support. *Am. J. of Hospice and Palliative Med.* 2008, 25, 112–20.
20. Curlin, F. A.; Sellergren, S. A.; Lantos, J. D.; Chin, M. H. Physicians' observations and interpretations of the influence of religion and spirituality on health. *Archives of Internal Medicine*, 2007, 167(7), 649–654.
21. Daaleman TP; Nease DE. Patient attitudes regarding physician inquiry into spiritual and religious issues. *J Family Practice.* 1994, 39, 564 –568.
22. Diehl, C.; Koenig, M. Religiosität türkischer Migranten im Generationenverlauf: ein Befund und einige Erklärungsversuche. *Z. Soziol.* 2009, 38, 300–19.
23. Diehl, C.; Koenig, M.; Ruckdeschel, K. Religiosity and gender equality: comparing natives and Muslim migrants in Germany. *Ethn. Racial Stud.* 2009, 32, 278–301.
24. Ehman, J. W.; Ott, B. B.; Short, T. H.; Ciampa, R. C.; Hansen-Flaschen, J. Do

- Patients Want Physicians to Inquire About Their Spiritual or Religious Beliefs If They Become Gravely Ill? *Arch. Intern. Med.* 1999, 159, 1803-1806
25. Eisenberg, J. M. Sociologic influences on decision-making by clinicians. *Ann. Intern. Med.* 1979, 90, 957-964.
 26. Frank, E.; Dell, M. L.; Chopp, R. Religious characteristics of US women physicians. *Social Science & Medicine*, 1999, 49, 1717-1722.
 27. Frick, E.; Riedner, C.; Fegg, M. J.; Hauf, S.; Borasio, G. D. A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences. *European Journal of Cancer Care*, 2006, 15(3), 238–243.
 28. Hofmann, L.; Walach, H. Spirituality and religiosity in psychotherapy—A representative survey among German psychotherapists. *Psychotherapy Research*, 2011, 21(2), 179–192.
 29. Hvidt, N. C.; Kørup, A. K.; Curlin, F. A.; Baumann, K.; Frick, E. et al. The NERSH International Collaboration on Values, Spirituality and Religion in Medicine: Development of Questionnaire, Description of Data Pool, and Overview of Pool Publications. *Religions*, 2016, 7, 107.
 30. Koenig, H. G. *Spirituality in patient care* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Templeton Foundation Press, 2013.
 31. Koenig, H. G.; King, D. E.; Carson, V. B. *Handbook of religion and health*. New York, NY: Oxford University Press, 2012.
 32. Kurien, P. Religion, ethnicity, and politics: Hindu and Muslim Indian immigrants in the United States. *Ethnic and Racial Studies* 2001, 24, 263–93.
 33. Lee, E.; Baumann, K. German Psychiatrists' Observation and Interpretation of Religiosity/Spirituality. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* Volume 2013, 280168.
 34. Lucchetti, G.; Ramakrishnan, P. et. al. Spirituality, Religiosity, and Health: A Comparison of Physicians' Attitudes in Brazil, India, and Indonesia. *International Journal of Behavioral Medicine*, 2016, 23, 63–70.
 35. MacLean CD; Susi B; Phifer N. et al. Patient preference for physician discussion and practice of spirituality. *J Gen Intern Med.* 2003, 18, 38–43.
 36. Magnani, R.; Sabin, K.; Saidel, T.; Heckathorn, D. Review of sampling hard-to-reach and hidden populations for HIV surveillance. *Aids.* 2005, 19(2), 67–72.
 37. Mandaville, P. Reimagining Islam in Diaspora The Politics of Mediated Community. *International Communication Gazette*, 2001, 63, 169-186.
 38. McVittie, C.; Tiliopoulos, N. When 2–3% really matters: The (un)importance of

- religiosity in psychotherapy. *Mental Health, Religion and Culture*, 2007, 10(5), 515–526.
39. Network for Research in Spirituality and Health NERSH. <http://www.nersh.org>
 40. Nolan et al. 2011, ins Deutsche übertragen von Roser, T. Spiritualität und Gesundheit. Überlegungen zur Bedeutung eines unbestimmbaren Begriffs im interdisziplinären Diskurs. In: R Kunz und C Kohli Reichenbach (Hg.), *Spiritualität im Diskurs. Spiritualitätsforschung in theologischer Perspektive*. 2012, Zürich: TVZ. 237.
 41. Peek, L. Becoming Muslim: The development of a religious identity. *Sociology of Religion*, 2005, 66, 215-242.
 42. Pollack, D.; Müller, O.; Rosta, G.; Dieler, A. Integration und Religion aus der Sicht von Türkischstämmigen in Deutschland; Repräsentative Erhebung von TNS Emnid im Auftrag des Exzellenzclusters „Religion und Politik“ der Universität Münster. 2016.
 43. Pollack, D.; Pickel, G. Religious individualization or secularization? Testing hypotheses of religious change—The case of Eastern and Western Germany. *British Journal of Sociology*, 2007, 58(4), 603–632.
 44. Puchalski C. Spirituality and health: the art of compassionate medicine. *Hospital Phys.* 2001, 37, 30 –36.
 45. Ramalingam, V. S.; Saeed, F.; Sinnakirouchenan, R.; Holley, J.L.; Srinivasan, S. End-of-Life Care Beliefs Among Hindu Physicians in The United States. *Am. J. of Hospice & Palliative Med.* 2013, 00(0), 1-7.
 46. Randwijk, V.; Balslev, C. Faith and Values of Danish Physicians. Ph.D. Dissertation, University of Southern Denmark, 2016, <http://www.nersh.org>.
 47. Rippentrop, E. A.; Altmaier, E. M.; Burns, C. P. The relationship of religiosity and spirituality to quality of life among cancer patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2006, 13(1), 29–35.
 48. Rippentrop, E. A.; Altmaier, E. M.; Chen, J. J.; Found, E. M.; Keffala, V. J. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*, 2005, 116(3), 311–321.
 49. Sadler, G. R.; Lee, H-C.; Lim, R. S-H.; Fullerton, J. Recruiting hard-to-reach United States population sub-groups via adaptations of snowball sampling strategy. *Nurs. Health Sci.* 2010, 12(3), 369-374.
 50. Saeed, F.; Kousar, N.; Aleem, S.; Khawaja, O.; Javaid, A.; Siddiqui, M. F.; Holley, J. L. End-of-Life Care Beliefs Among Muslim Physicians. *Am. J. of Hospice &*

- Palliative Med. 2014, 00(0), 1-5.
51. Saint-Blancat, C. Islam in diaspora: between reterritorialization and extraterritoriality. *Int. J. Urban Reg. Res.* 2002, 26, 138-151.
 52. Sauer, M. Integrationsprozesse, wirtschaftliche Lage und Zufriedenheit türkischstämmiger Zuwanderer in Nordrhein-Westfalen; Ergebnisse der Mehrthemenbefragung 2013; Eine Analyse in Kooperation mit dem Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Stiftung Zentrum für Türkeistudien und Integrationsforschung. 2014.
 53. Seale, C. The role of doctors' religious faith and ethnicity in taking ethically controversial decisions during end-of-life care. *J. Med. Ethics*, 2010, 36, 677-682
 54. Sloan, R. P.; Bagiella, E.; VandeCreek, L.; Hover, M.; Casalone, C.; Jinpu, H. T., et al. Should physicians prescribe religious activities? *New England Journal of Medicine*, 2000, 342(25), 1913-1916.
 55. Smith, T. L. Religion and ethnicity in America. *American Historical Review*, 1978, 83, 1115–85.
 56. Sprung, C. L.; Maia, P. et. al. The importance of religious affiliation and culture on end-of-life decisions in European intensive care units. *Intensive Care Med.* 2007, 33(10), 1732-1739.
 57. Stern, R. M.; Rasinki, K.A.; Curlin, F. A. Jewish Physicians' Beliefs and Practices Regarding Religion/Spirituality in the Clinical Encounter. *J. Relig. Health*, 2011, 50(4), 806-817.
 58. Sulmasy, D. P. Spirituality, Religion, and Clinical Care. *CHEST*, 2009, 135, 1634-1642.
 59. Thune-Boyle, I. C. V.; Stygall, J.; Keshtgar, M. R. S.; Davidson, T. I.; Newman, S. P. Religious/spiritual coping resources and their relationship with adjustment in patients newly diagnosed with breast cancer in the UK. *Psycho-Oncology*, 2013, 22, 646-658.
 60. Tomasso, C. D.; Beltrame, I. L.; Lucchetti, G. Knowledge and Attitudes of Nursing Professors and Students Concerning the Interface between Spirituality, Religiosity and Health. *Revista Latino-Americana De Enfermagem* 2011, 19, 1205–13.
 61. Verkuyten, M.; Yildiz, AA. National (dis)identification and ethnic and religious identity: a study among Turkish-Dutch Muslims. *Personal. Soc. Psychol. Bull.* 2007, 33, 1448–62.
 62. Voas, D.; Fleischmann, F. Islam moves west: Religious change in the first and second generations. *Annu. Rev. Sociol.* 2012, 38, 525-545.

63. Voltmer, E.; Büssing, A.; Koenig, H.G.; Al Zaben, F. Religiosity/Spirituality of German Doctors in Private Practice and Likelihood of Addressing R/S Issues with Patients. *J. Relig. Health*, 2014, 53, 1741-1752.
64. Wenger, N. S.; Carmel, S. Physicians' Religiosity and End-of-Life Care Attitudes and Behaviors. *The Mount Sinai J. of Med.* 2004, 71(5), 335-343.
65. Wilamowitz-Moellendorff, U. Türken in Deutschland; Einstellungen zu Staat und Gesellschaft. Arbeitspapier herausgegeben von der Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. Nr.53/2001
66. World Health Organisation – Konstitution;
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.
67. Yang, F.; Ebaugh, H.R. Religion and Ethnicity Among New Immigrants: The Impact of Majority/Minority Status in Home and Host Countries. *J. Sci. Study. Relig.* 2001, 40, 367-378.

7.2. Tabellenverzeichnis

<i>Liste 1</i> Verteilung des Fragebogens und Rekrutierung des Kollektivs	8
<i>Tabelle 1</i> Demographische Daten des türkischstämmigen Medizinpersonals in Deutschland.....	12
<i>Tabelle 2</i> Spiritualität und Religiosität des türkischstämmigen Medizinpersonals	13
<i>Tabelle 2.1</i> Sichtweise des türkischstämmigen Medizinpersonals auf Spiritualität/Religiosität in klinischer Praxis	14
<i>Tabelle 2.2</i> Sichtweise des türkischstämmigen Medizinpersonals auf Spiritualität/Religiosität in klinischer Praxis	14
<i>Tabelle 3</i> Befragung der spirituellen/religiösen Belange eines Patienten/Angehörigen seitens des türkischstämmigen Medizinpersonals	15
<i>Tabelle 4</i> Spiritualität und Religiosität (nach Geburtsland der Befragten).....	17
<i>Tabelle 5</i> Persönliche religiöse Überzeugungen und Einbindung (nach Geburtsland der Befragten)	18
<i>Tabelle 6</i> Einfluss von S/R auf die Gesundheit & Gesundwerden von Patienten (nach Geburtsland der Befragten).....	18
<i>Tabelle 7</i> Erfahrungen mit Spiritualität/Religiosität in der klinischen Praxis (nach Geburtsland der Befragten).....	19
<i>Tabelle 8</i> S/R-Befragung & Verhaltensweisen des türkischen Medizinpersonals bei S/R-Themen (nach Geburtsland der Befragten).....	20
<i>Tabelle 9</i> Einfluss eigener religiöser Überzeugungen auf die eigene praktische medizinische Tätigkeit (nach Geburtsland der Befragten).....	21
<i>Tabelle 10</i> Einstellungen des türkischstämmigen Medizinpersonals zu den kontrovers diskutierten Fragen im medizinischen Bereich (nach Geburtsland der Befragten).....	22

7.3. Fragebogen

Fragebogen des NERSH

(Network for Research in Faith and Health)

www.nersh.org

zur Befragung des türkischstämmigen Medizinpersonals in Deutschland*

Religiosität/Spiritualität in den Gesundheitsberufen

Mit der **Zurverfügungstellung** des anonym ausgefüllten Fragebogens erklären Sie Ihr **Einverständnis**, an der Befragung **freiwillig teilzunehmen**, und dass die erhobenen Daten in verschlüsselter Form **gesammelt** und zu wissenschaftlichen Zwecken **ausgewertet** werden.

Anonymität und Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind gewährleistet.

Es steht Ihnen zu einzelne Fragen auszulassen, obwohl es die wissenschaftliche Bewertung fördert, wenn Sie alle Fragen ausfüllen.

Im Folgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur ein grammatikalisches Geschlecht verwendet.

Mitarbeiter der Gesundheitsberufe und Patienten/Angehörige sind männlich und weiblich zu verstehen.

An der Optimierung und Weiterentwicklung des von Farr Curlin entwickelten Fragebogens sowie an dem Einbezug weiterer Instrumente, die zum NERSH-Fragebogen in seiner aktuellen Form geführt haben, waren beteiligt:

K. Baumann, A. Büssing, F. Curlin, E. Frick, N.C. Hvidt, R. Lawrence, E. Lee, Chr. Randwijk, I. Wermuth, A. Zahn

*An der Weiterentwicklung des Fragebogens für das türkischstämmige Medizinpersonal in Deutschland waren beteiligt:

E. Frick, N.C. Hvidt, C. Kuseyri

Sektion A: Demographische Daten

1. Alter: ... Jahre

2. Geschlecht:

^[1] weiblich ^[2] männlich

3. Familienstand:

^[1] verheiratet ^[2] mit Partner zusammenlebend
 ^[3] gesc ^[4] alleinstehend ^[5] verwitwet

4. Geburtsland:

[1] Deutschland [2] Türkei

5. Ausbildungsland:

[1] Deutschland [2] Türkei

6. Aufenthalt in Deutschland: ... Jahre

7. Kenntnisse der türkischen Sprache; Können Sie mit Ihren Patienten über medizinische Angelegenheiten auf Türkisch sprechen?

[2] Nein [1] Ja

8. Arbeitsverhältnis:

^[1] Teilzeit ^[2] Vollzeit

9. Arbeitsort:

Krankenhaus ^[1] Altenheim ^[2] Ambulatorium u.ä. ^[3]
 Häusliche Begleitung ^[4] andere ^[5] Praxis ^[6]

10. Hauptarbeitsbereich:

^[1] Anästhesie ^[2] Chirurgie ^[3] Geriatrie ^[4] Gynäkologie/Geburtshilfe
 ^[5] Innere Medizin ^[6] Intensivmedizin ^[7] Neurologie ^[8] Orthopädie ^[9] Pädiatrie
 ^[10] Psychiatrie/Psychotherapie ^[11] andere ✎ ... ^[12] Transplantationsmedizin

11. Berufsfeld

^[1] Medizin ^[2] Pflege ^[3] Seelsorge ^[4] Psychosoziale Dienste ^[5] andere ✎
 ^[6] Studium

12. Berufstätig (in diesem Beruf) seit: Jahren

13. Konfession/Religion:

^[1] keine ^[2] römisch-katholisch ^[3] orthodox ^[4] evangelisch
 ^[5] muslimisch ^[6] jüdisch ^[7] aus einer Religionsgemeinschaft ausgetreten
 ^[8] sonstige ✎

14. Bitte markieren Sie auf der Skala, wie stark (0=gar nicht, 100=sehr stark) Sie momentan gesundheitlich (psychisch und/oder somatisch) beeinträchtigt sind:

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Sektion B:
Ihre Sichtweise auf Religiosität/Spiritualität und Gesundheit

15. Was denken Sie insgesamt darüber, wie sehr Religiosität/Spiritualität die Gesundheit von Patienten beeinflusst?

- ^[1] Sehr stark ^[2] Stark ^[3] Etwas ^[4] Wenig ^[5] Sehr wenig bis gar nicht

16. Was denken Sie insgesamt darüber, wie sehr Religiosität/Spiritualität das Gesundwerden von Patienten beeinflusst?

- ^[1] Sehr stark ^[2] Stark ^[3] Etwas ^[4] Wenig ^[5] Sehr wenig bis gar nicht

17. Ist der Einfluss von Religiosität/Spiritualität auf die folgenden Erkrankungen generell positiv oder negativ?

	Eher positiv	Eher negativ	Sowohl positiv als auch negativ (je nachdem)	Kein Einfluss
a) Psychiatrische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]
b) Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]
c) Schmerzerkrankungen	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]
d) Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]
e) Andere ^[5] : ...	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]

18. Finden Sie es im Allgemeinen angemessen, über religiöse/spirituelle Themen zu sprechen, wenn ein Patient/Angehöriger diese zur Sprache bringt?

- ^[1] Immer angemessen ^[2] Für gewöhnlich angemessen
 ^[3] Für gewöhnlich unangemessen ^[4] Immer unangemessen

19. Finden Sie es im Allgemeinen angemessen, Patienten/Angehörige zu ihrer Religiosität/Spiritualität zu befragen?

- ^[1] Immer angemessen ^[2] Für gewöhnlich angemessen
 ^[3] Für gewöhnlich unangemessen ^[4] Immer unangemessen

20. Wann ist es, wenn überhaupt, für einen Mitarbeiter angemessen, über die eigenen religiösen Überzeugungen oder Erfahrungen mit einem Patienten/Angehörigen zu sprechen?

- ^[1] Nie
 ^[2] Nur, wenn der Patient/Angehörige darum bittet/bitten
 ^[3] Immer, wenn der Mitarbeiter dies als angemessen empfindet

21. Wann ist es, wenn überhaupt, angemessen für einen Mitarbeiter, mit einem Patienten/Angehörigen zu beten?

- ^[1] Nie ^[2] Nur, wenn der Patient/Angehörige darum bittet/bitten
 ^[3] Immer, wenn der Mitarbeiter dies als angemessen empfindet

22. In welchem Ausmaß stimmen Sie folgender Aussage zu?

„Es wäre für mich in Ordnung, mit einem Patienten/Angehörigen über seine religiösen/spirituellen Belange zu sprechen, wenn der Patient/Angehörige diese zur Sprache bringt.“

- ^[1] Ich stimme voll zu ^[2] Ich stimme eher zu
 ^[3] Ich stimme eher nicht zu ^[4] Ich stimme überhaupt nicht zu

23. Fragen Sie jemals nach religiösen/spirituellen Belangen eines Patienten/Angehörigen?

- ^[2] Nein ^[1] Ja

23.1. Wenn JA, wie oft fragen Sie?

- ^[1] Selten ^[2] Manchmal ^[3] Oft ^[4] Immer

23.2. Wenn JA, wie oft schienen sich Patienten/Angehörige bei dieser Frage unwohl zu fühlen?

- ^[1] Nie ^[2] Selten ^[3] Manchmal ^[4] Oft ^[5] Immer

24. Erfahrungen mit Religiosität/Spiritualität in der klinischen Praxis: Wie sind Ihre Erfahrungen im Blick auf folgende Aussagen?

	Niemals	Selten	Manchmal	Oft	Immer
a) Patienten/Angehörige erwähnen spirituelle bzw. religiöse Themen, z.B. Gott, Beten, Meditation, Bibel, Koran etc.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]
b) Religiosität/Spiritualität beeinflusst die Gesundheit der Patienten/Angehörigen generell positiv.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]
c) Religiosität/Spiritualität hilft Patienten/Angehörigen, Krankheit und Leiden zu bewältigen und zu ertragen.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]
d) Religiosität/Spiritualität führt dazu, dass Patienten/Angehörige medizinisch notwendige Therapien ablehnen, verzögern oder abbrechen.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]
e) Patienten/Angehörige bekommen emotionale oder praktische Unterstützung von ihrer religiösen Gemeinschaft bzw. Gruppe.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]
f) Religiosität/Spiritualität verhilft Patienten/Angehörigen zu einem positiven und hoffnungsvollen psychischen Befinden.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]
g) Religiosität/Spiritualität hilft schwere Folgen einer Krankheit, z.B. den tödlichen Verlauf durch Suizid, zu vermeiden.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]
h) Patienten/Angehörige vermeiden aus religiösen Gründen, Verantwortung für ihr Leben zu übernehmen.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]
i) Die Erfahrung von Krankheit führt zu mehr Religiosität/Spiritualität.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]

25. Wie oft fragen Sie in den folgenden klinischen Situationen von sich aus nach der Religiosität/Spiritualität der Patienten/Angehörigen?

→ Lassen Sie bitte unbeantwortet, was für Sie und Ihr Aufgabengebiet nicht zutrifft!

Wenn ein Patient/Angehöriger ... ▼ ... fragen Sie nach religiösen/spirituellen Belangen ▼

	Niemals	Selten	Manchmal	Oft	Immer
a) sich mit einer banalen Erkrankung oder Verletzung vorstellt,	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]
b) mit einer angstbesetzten Diagnose konfrontiert wird oder vor einer Krise steht,	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]
c) mit dem Lebensende konfrontiert ist,	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]
d) unter Angst oder Depression leidet,	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]
e) zur Anamnese und körperlichen Untersuchung kommt,	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]
f) mit einem ethischen Dilemma konfrontiert ist.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]

26. Wie oft reagieren Sie mit den folgenden Verhaltensweisen, wenn religiöse/spirituelle Belange in Gesprächen mit Patienten/Angehörigen auftauchen?

	Niemals	Selten	Manchmal	Oft	Immer
a) Ich höre aufmerksam und einführend zu.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]
b) Ich versuche, auf taktvolle Weise das Thema zu wechseln.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]
c) Ich bestärke den Patienten/Angehörigen in seinen eigenen religiösen/spirituellen Überzeugungen und Gebräuchen.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]
d) In respektvoller Weise teile ich meine eigenen religiösen/spirituellen Vorstellungen und Erfahrungen mit.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]
e) Ich bete mit dem Patienten/Angehörigen.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]

27. Ein Patient wendet sich an Sie mit anhaltender Trauer zwei Monate nach dem Tod seiner Frau. Wenn Sie diesen Patient weiter verweisen müssten, an welche der nachfolgend genannten Personen würden Sie ihn bevorzugt zuerst verweisen?

- Krankenhauseelsorger^[1]
- Geistlicher bzw. Berater der betreffenden Religionsgemeinschaft^[2]
- Psychiater oder Psychotherapeut^[3]
- Andere^[4]:  ...

28. Ihre Erfahrungen mit Krankenhauseelsorgern und anderen seelsorglich Tätigen waren:

- Sehr zufriedenstellend^[1] Zufriedenstellend^[2]
- Nicht zufriedenstellend^[3] Überhaupt nicht zufriedenstellend^[4]
- Ich habe keine Erfahrungen mit o.g. Professionen^[5]

29. Hält Sie etwas davon ab, mit Patienten/Angehörigen über deren Religiosität/Spiritualität zu sprechen?

- ^[2] Nein ^[1] Ja

29.1. Wenn JA, welche(r) der nachfolgenden Gründe hält Sie davon ab?

(Mehrfachantwort möglich)

- Allgemeines Unbehagen beim Sprechen über religiöse/spirituelle Dinge^[1]
- Ungenügendes Wissen /Ausbildung^[2]
- Zu wenig Zeit^[3]
- Sorge, Patienten/Angehörigen zu nahe zu treten^[4]
- Sorge, mich der Kritik meiner Kollegen auszusetzen^[5]
- Professionelle Neutralität^[6]
- Nicht meine Aufgabe^[7]
- Ich lehne es ab in meiner Arbeit darüber zu sprechen^[8]
- Andere: ^[9]  ...

30. Halten Sie Ihren Zeitaufwand für die Thematisierung religiöser/spiritueller Belange insgesamt für:

- ^[1] Zu groß ^[2] Zu klein ^[3] Genau richtig

31. Haben Sie an einer Fortbildung bezüglich Religiosität/Spiritualität in der Medizin teilgenommen?

- ^[2] Nein ^[1] Ja

31.1. Wenn JA, welche Art(en) der Fortbildung haben Sie erhalten?

(Mehrfachantwort möglich)

- Lehrveranstaltung während der Ausbildung oder des Studiums^[1]
- Bücher oder Fachartikel^[2]
- Klinikkonferenz, andere Konferenzen oder Tagungen^[3]
- Fortbildung im kirchlichen oder religiösen Kontext^[4]
- Andere^[5]  ...

32. *Nachfolgend geht es um kontrovers diskutierte Fragen im medizinischen Bereich. Bitte geben Sie an, ob Sie Vorbehalte gegen eine der nachfolgend genannten medizinischen Vorgehensweisen haben oder nicht. Wenn dies der Fall ist, unterscheiden Sie bitte, ob Ihre Vorbehalte aus religiösen Gründen oder anderen Gründen zustande kommen.*

Ich habe bei keine Vorbehalte	... religiös bedingte Vorbehalte	... andere, nicht primär religiös bedingte Vorbehalte	generelle Vorbehalte
a) Ärztlich assistiertem Suizid	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
b) Sedierung bis zur Bewusstlosigkeit bei sterbenden Patienten	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
c) Beendigung künstlicher, lebenserhaltender medizinischer Maßnahmen	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
d) Schwangerschaftsabbruch bei angeborenen Fehlbildungen	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
e) Schwangerschaftsabbruch nach Versagen kontrazeptiver Maßnahmen	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
f) Schwangerschaftsabbruch bei fortgeschrittener Schwangerschaft zum Schutz des Lebens der Mutter	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]

33. *Bitte stellen Sie sich die folgende Situation vor: Eine Patientin wünscht eine legale medizinische Behandlungsoption (z.B. einen Schwangerschaftsabbruch), aber der behandelnde Arzt hat aus religiösen oder moralischen Gründen Vorbehalte gegen diese.*

	Ja	Nein	Weiß nicht
a) Hat der Arzt eine Verpflichtung, den Patienten über alle möglichen Behandlungsoptionen aufzuklären, inklusive Informationen über die vom Patienten gewünschte Behandlungsoption?	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]
b) Hat der Arzt eine Verpflichtung, den Patienten an jemanden zu vermitteln, der keine Vorbehalte gegen die verlangte Behandlungsoption hat?	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]
c) Wäre es ethisch vertretbar, wenn der Arzt dem Patienten ohne Umschweife beschriebe, warum er Vorbehalte gegen die gewünschte Behandlungsoption hat?	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]

Sektion C:
Ihre religiösen/spirituellen Charakteristika
Egal ob Sie sich selbst als religiös oder spirituell oder keines von beiden betrachten, Ihre Perspektive ist wichtig!

34. *Unabhängig von Ihrer Einstellung zu bestimmten Glaubensvorstellungen oder Religionen, wie würden Sie sich selbst bezeichnen?*
- ^[1] Sehr spirituell ^[2] Mäßig spirituell
 ^[3] Wenig spirituell ^[4] Überhaupt nicht spirituell
35. *Unabhängig davon, ob Sie einer Religionsgemeinschaft angehören oder einen Gottesdienst besuchen, wie würden Sie sich selbst bezeichnen?*
- ^[1] Sehr religiös ^[2] Mäßig religiös
 ^[3] Wenig religiös ^[4] Überhaupt nicht religiös
36. *Glauben Sie an Gott oder eine höhere Macht?*
- ^[1] Ja ^[2] Nein ^[3] Weiß nicht
37. *Glauben Sie an ein Leben nach dem Tod?*
- ^[1] Ja ^[2] Nein ^[3] Weiß nicht
38. *Denken Sie nun bitte einmal darüber nach, wie Sie mit größeren Problemen in Ihrem Leben umgehen: Suchen Sie dann dabei bei Gott/einer göttlichen Macht nach Kraft, Unterstützung und Orientierung?*
- ^[1] Ja ^[2] Nein ^[3] Weiß nicht
39. *Haben Sie jemals eine religiöse/spirituelle Erfahrung gemacht, die Ihr Leben verändert hat?*
- ^[2] Nein ^[1] Ja
- 39.1. *Wenn JA, haben Sie diese Erfahrung im Kontext Ihrer medizinischen Tätigkeit gemacht?*
- ^[2] Nein ^[1] Ja

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen hinsichtlich ihrer religiösen Überzeugungen und/oder religiösen Einbindung.

40. *Wie oft gehen Sie zum Gottesdienst oder nehmen an anderen religiösen Veranstaltungen teil?*
- ^[6] mehr als einmal pro Woche ^[5] einmal pro Woche
 ^[4] ein paar Mal pro Monat ^[3] ein paar Mal pro Jahr
 ^[2] einmal pro Jahr oder weniger ^[1] nie
41. *Wie oft verwenden Sie Zeit auf private religiöse Aktivitäten wie Gebet, Meditation oder dem Lesen, z.B. im Koran oder in der Bibel?*
- ^[6] mehrmals am Tag ^[5] täglich
 ^[4] ein paar Mal pro Woche ^[3] einmal pro Woche
 ^[2] mehrmals pro Monat ^[1] selten oder nie

42. *In meinem Leben erfahre ich die Gegenwart des Göttlichen (bzw. von Gott)*

^[4] trifft genau zu ^[3] trifft eher zu

^[2] trifft eher nicht zu ^[1] trifft gar nicht zu

43. *Meine religiösen Überzeugungen bilden die Grundlage meiner Einstellung zum Leben.*

^[4] trifft genau zu ^[3] trifft eher zu

^[2] trifft eher nicht zu ^[1] trifft gar nicht zu

44. *Ich bemühe mich sehr, meine religiösen Überzeugungen in allen Bereichen meines Lebens umzusetzen.*

^[4] trifft genau zu ^[3] trifft eher zu

^[2] trifft eher nicht zu ^[1] trifft gar nicht zu

© DUREL (Koenig et al., 1997)

45.	Aus vielen Vorgesprächen wissen wir, dass es sehr verschiedene Gefühle, Einstellungen und Meinungen zum Thema Spiritualität gibt. Bitte überprüfen Sie, in wie weit die folgenden Aussagen für Sie zutreffend sind und kreuzen Sie bitte entsprechend an. ASP © Arndt Büssing	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils – teils (weder ja noch nein)	trifft eher zu	trifft genau zu
S3	Ich vertraue auf Gott (bzw. Allah) und wende mich ihm zu.	0	1	2	3	4
S4	Ich fühle mich geführt und geborgen.	0	1	2	3	4
S5	Ich bin davon überzeugt, dass meine Seele ihren Ursprung in einer höheren Dimension hat.	0	1	2	3	4
S6	Ich bin davon überzeugt, dass es höhere Kräfte und Wesenheiten gibt.	0	1	2	3	4
S8	Ich bin davon überzeugt, dass es eine Wiedergeburt des Menschen (oder seiner Seele) gibt.	0	1	2	3	4
S10	Ich versuche Weisheit zu entwickeln.	0	1	2	3	4
S11	Ich strebe nach Erkenntnis und Wahrheit.	0	1	2	3	4
S12	Ich strebe nach Schönheit und Güte.	0	1	2	3	4
S13	Ich strebe nach einem umfassenderen Bewusstsein.	0	1	2	3	4
S14	Mein Leben ist ein Suchen und Fragen nach Antworten.	0	1	2	3	4
S15	Ich suche nach tiefen Einsichten in die Lebenszusammenhänge.	0	1	2	3	4
S16	Ich versuche Offenheit des Geistes zu erlangen.	0	1	2	3	4
S19	Ich bin davon überzeugt, dass der Mensch ein geistiges Wesen ist.	0	1	2	3	4
S21	Ich gehe bewusst mit mir selbst um.	0	1	2	3	4
S22	Ich gehe bewusst mit meinen Mitmenschen um.	0	1	2	3	4
S23	Ich gehe bewusst mit meiner Umwelt um.	0	1	2	3	4
S25	Ich engagiere mich ehrenamtlich für andere.	0	1	2	3	4
S26	Ich übe Großzügigkeit.	0	1	2	3	4
S28	Ich versuche Mitgefühl zu entwickeln.	0	1	2	3	4
S33	Ich habe eine geistliche Orientierung in meinem Leben.	0	1	2	3	4
S34	Ich meditiere.	0	1	2	3	4
S35	Ich bete für andere.	0	1	2	3	4
S36	Ich bete für mich und meine Belange.	0	1	2	3	4
S37	Ich lese religiöse bzw. spirituelle Schriften.	0	1	2	3	4
S38	Ich befolge bestimmte Rituale oder Handlungen.	0	1	2	3	4
S39	Ich versuche dem Göttlichen in der Schöpfung Ausdruck zu verschaffen.	0	1	2	3	4
S40	Ich bin nicht alleine, auch wenn niemand bei mir ist.	0	1	2	3	4

46. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu oder nicht zu?	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
a) Ich empfinde eine große Verantwortung, Schmerz und Leid in der Welt zu verringern.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
b) In der Familie, in der ich aufwuchs, wurde betont, wie wichtig es ist, sich für bedürftige Mitmenschen einzusetzen.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
c) Für mich ist die Ausübung einer medizinischen Tätigkeit eine Berufung.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
d) Meine religiösen Überzeugungen beeinflussen meine praktische medizinische Tätigkeit.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
e) Ich empfinde es als herausfordernd, meinen religiösen Überzeugungen bei meiner klinischen Arbeit treu zu bleiben.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
f) Die Erfahrungen meines Berufs haben dazu geführt, dass ich meine religiösen Überzeugungen in Frage stelle.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]

© Farr Curlin 2007 Q32 (2 Items siehe Durel Items 29 and 30)

47.

a) Es gibt einen Gott, der sich persönlich mit jedem Menschen befasst.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
b) Die Menschen können selbst wenig tun, um den Lauf ihres Lebens zu verändern.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
c) Für mich hat das Leben nur einen Sinn, weil es Gott gibt.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
d) Meiner Meinung nach dient das Leben keinem Zweck.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
e) Das Leben hat nur dann einen Sinn, wenn man ihm selbst einen Sinn gibt.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
f) Ich trete mit Gott auf meine eigene Weise in Verbindung, ohne Kirchen bzw. Moscheen oder Gottesdienste.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]

© International Social Survey Programme 2008 Question 19

48. Im Folgenden finden Sie Aussagen, wie sie von anderen Menschen geäußert wurden. Bitte überprüfen Sie, inwieweit diese für Sie persönlich <u>momentan</u> zutreffend sind.		trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils-teils (weder ja noch nein)	trifft eher zu	trifft genau zu
F4.2	Meine Religiosität/Spiritualität verhilft mir zu einer tieferen Beziehung mit meiner Umwelt und meinen Mitmenschen.	0	1	2	3	4
F4.3	Durch meine Religiosität/Spiritualität gehe ich mit meinem Leben bewusster um.	0	1	2	3	4
F4.4	Meine Religiosität/Spiritualität hilft mir, mit Krankheit (die mir z.B. in meinem Berufsumfeld begegnet) besser umzugehen.	0	1	2	3	4
F4.7	Die Ausübung meiner Religiosität/Spiritualität hilft mir, geistige und körperliche Gesundheit zu erhalten bzw. wieder zu erlangen.	0	1	2	3	4
F5.1	Wenn ich meine Religiosität/Spiritualität ausübe, dann erfahre ich im allgemeinen Zufriedenheit und inneren Frieden.	0	1	2	3	4
F5.2	Im Alltag fördert meine Religiosität/Spiritualität meine innere Kraft.	0	1	2	3	4

© BENEFIT (Büssing et al., 2008)

49. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Zufriedenheit hinsichtlich verschiedener Bereiche des Lebens. Bitte kreuzen Sie für jede Frage die Antwort an, die Ihnen passend erscheint. Falls eine Frage für Ihre Situation nicht zutreffend ist, lassen Sie diese einfach unbeantwortet. Die Zufriedenheit mit würde ich wie folgt beschreiben:		sehr unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	uneinheitlich (sowohl als auch)	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
H1	... meinem Familienleben ...	0	1	2	3	4	5	6
H2	... meinen Freundschaften ...	0	1	2	3	4	5	6
H3	... meinem Arbeitsplatz...	0	1	2	3	4	5	6
H4	... mir selber ...	0	1	2	3	4	5	6
H5	... meinem Wohnumfeld ...	0	1	2	3	4	5	6
H6	... meinem Leben im allgemeinen ...	0	1	2	3	4	5	6
H7	... meiner finanziellen Situation ...	0	1	2	3	4	5	6
H8	... meinen Zukunftsaussichten ...	0	1	2	3	4	5	6
G1	... meiner Gesundheitssituation...	0	1	2	3	4	5	6
G3	... meinen Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung ...	0	1	2	3	4	5	6
G4	... meiner Fitness und Vitalität	0	1	2	3	4	5	6

© BMLSS (Büssing et al., 2009)

8. Danksagung

Herrn Prof. Dr. med. Eckhard Frick danke ich für die Überlassung des Themas und die kompetente Betreuung.

Herrn Prof. Dr. theol. Niels Christian Hvidt danke ich für die Mitbetreuung und Unterstützung der Arbeit.

Mein besonderer Dank geht an Herrn M. Sc. Maksut Dursun für seine Hilfe bei der Statistik.

Sehr herzlich danke ich Frau Karin Hübschmann für das Korrekturlesen.

Schließlich möchte ich ganz besonders meinen Eltern, meiner Schwester und Zeynep danken, die immer für mich da waren.

10. Eidesstattliche Versicherung

Kuseyri, Can

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

Spiritualität und Religiosität bei türkischstämmigem medizinischem Personal in Deutschland

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 Bezeichnung 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 feingereicht wurde.

Berlin, 05.11.2017

Ort, Datum

Unterschrift Doktorand