

Nervenarzt

<https://doi.org/10.1007/s00115-017-0414-z>

© Springer Medizin Verlag GmbH 2017



CrossMark

H. Freund¹ · S. Böhlinger² · M. Utsch¹ · I. Hauth³¹ Marburger Institut für Religion und Psychotherapie, Evangelische Hochschule TABOR, Marburg, Deutschland² Fachbereich Psychologie, Philipps-Universität Marburg, Marburg, Deutschland³ Zentrum für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Alexianer St. Joseph Krankenhaus Berlin-Weißensee, Berlin, Deutschland

Religiosität und Spiritualität in der Facharztweiterbildung

Eine Umfrage bei den Weiterbildungsermächtigten für Psychiatrie und Psychotherapie

Zusatzmaterial online

Die Online-Version dieses Beitrags (<https://doi.org/10.1007/s00115-017-0414-z>) enthält den verwendeten Fragebogen. Beitrag und Zusatzmaterial stehen Ihnen im elektronischen Volltextarchiv auf <http://www.springermedizin.de/Der-Nervenarzt> zur Verfügung. Sie finden das Zusatzmaterial am Beitragsende unter „Supplementary Material“.

Der komplexe Zusammenhang zwischen Religiosität/Spiritualität und psychischer Gesundheit ist mittlerweile empirisch gut belegt. Forschungsbefunde legen nahe, dass Religiosität/Spiritualität für psychisch Erkrankte sowohl eine Ressource als auch eine Belastung sein kann. Damit ergeben sich vielfältige Implikationen für die Behandlung psychischer Erkrankungen. Die vorliegende Studie untersucht, in welchem Maße dieser Wissensstand und damit verbundene Kompetenzen Eingang in die Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland gefunden haben.

In den letzten fünf Jahren haben gleich mehrere Sektionen bedeutender internationaler psychiatrischer Fachgesellschaften ein Positionspapier mit Empfehlungen für den Umgang mit Religion und Spiritualität in der Therapie ver-

öffentlicht (RCPSYCH, 2013; SASOP, 2014; WPA, 2016; DGPPN 2017; [6, 16, 19, 29]). Diese Häufung spiegelt den weltweit voranschreitenden Professionalisierungsprozess der Integration von Religion und Spiritualität in die psychiatrische Forschung und Praxis wider [15, 30].

Zur Begriffsklärung: *Religionen* können als mögliche kulturelle Antworten auf die *existenziellen Fragen* der Menschen und deren Bedürfnis nach *Sinn* betrachtet werden [13]. *Religionen* sind Überzeugungssysteme, die nahezu alle Grundthemen des Lebens berühren und in verschiedenen Formen weltweit zugänglich sind [20]. Sie bieten die Möglichkeit der Selbsttranszendierung und der Verbindung mit etwas Größerem. Schließlich schaffen *Religionen* mit normativen Ansprüchen Halt und Orientierung. Ein weiterer wichtiger Aspekt von *Religion* ist die soziale Einbindung und Unterstützung des einzelnen Menschen im Rahmen von Gemeinschaften. Die Umsetzung von Religion in eine persönliche Lebenspraxis kann als *Religiosität* bezeichnet werden.

Der Begriff *Spiritualität* hat in letzter Zeit einen enormen Bedeutungszuwachs erlebt. Dies betrifft die Selbstidentifikation von Menschen, die sich eher als „spirituell“ denn als „religiös“ bezeichnen [28]. Der Begriff *Spiritualität* wird aufgrund seiner Uneindeutigkeit kontrovers

diskutiert. Einigkeit besteht weitgehend darin, dass *Spiritualität* die individuellen und subjektiven Transzendenzenerfahrungen einer Person meint, während *Religiosität* eher die traditionsverbundenen und durch Institutionen vermittelten Bezüge zur Transzendenz umschreibt [27]. Spirituelle Erfahrungen können dabei sowohl „vertikal“ (z. B. auf Gott) als auch „horizontal“ (z. B. in einer nontheistischen Verbundenheitserfahrung mit der Natur) ausgerichtet sein.

Der komplexe Zusammenhang zwischen Religiosität/Spiritualität (R/S) und Faktoren psychischer Gesundheit ist mittlerweile empirisch gut belegt. Die Mehrzahl der Studien fand eine signifikante positive Korrelation zwischen R/S und Indikatoren psychischer Gesundheit. Einige Untersuchungen legen aber auch nahe, dass R/S eine Belastung sein kann [3, 17, 18]. Als vermittelnde Variablen konnten z. B. das Ausmaß an sozialer Unterstützung in religiösen Gemeinschaften, die Funktionalität religiöser Copingstrategien und rigide vs. kohärenzfördernde Denkstile identifiziert werden [1, 24].

Die erwähnten Positionspapiere vertreten übereinstimmend, dass R/S bedeutsame Implikationen für die Prävalenz, Diagnose und Behandlung psychischer Erkrankungen besitzt. Eine Zusammenschau lässt als gemeinsamen Kern-

Tab. 1 Charakterisierung der Stichprobe ($n = 285$)

Geschlecht	Weiblich	Männlich	–
	23 %	77 %	
Alter (Jahre)	MW	SD	Range
	54,2	±6,96	38–79
Bedeutung von R/S im Leben ^a	3,1	±1,23	1–5
Psychotherapeutische Ausrichtung	Psychodynamisch/ analytisch	Verhaltenstherapeutisch	Andere
	52 %	41 %	7 %

MW Mittelwert, SD Standardabweichung

^aSkala von 1 = gar nicht bedeutsam bis 5 = sehr bedeutsam

Tab. 2 Unterschiede in der R/S/E-Bedeutung für die Weiterbildung bei hoher/niedriger Bedeutsamkeit von R/S im eigenen Leben

Bedeutung von	Bedeutsamkeit R/S im eigenen Leben		t
	Hoch ^a	Niedrig ^a	
Religiösen Fragestellungen	2,70	2,01	6,66***
Spirituellen Fragestellungen	2,80	2,06	7,34***
Existenziellen Fragestellungen	3,31	2,82	4,88***

Anmerkung: Mittelwerte basierend auf einer vierstufigen Skala von 1 = keine Bedeutung bis 4 = sehr hohe Bedeutung, Basis: Gruppe „Hoch“ 105–108 Befragte, Gruppe „Niedrig“ 86–89 Befragte

E Existenzielle Fragen

^aGruppeneinteilung basierend auf einer fünfstufigen Skala von 1 = gar nicht bedeutsam bis 5 = sehr bedeutsam; „Hoch“ ≥ 4 , „Niedrig“ < 3

*** $p < 0,001$

bestand folgende Empfehlungen für die Praxis sichtbar werden:

1. Der Umgang mit den religiösen und spirituellen Überzeugungen der Patienten sollte respektvoll und sensibel unter der Berücksichtigung von ethischen und professionellen Grenzen geschehen.
2. Die Wahrnehmung und Reflexion der eigenen weltanschaulichen Orientierung von Psychiatern und Psychotherapeuten sollte Teil der Ausbildung in der Selbsterfahrung sein.
3. Die Erhebung der psychiatrischen Anamnese sollte routinemäßig religiöse Überzeugungen und spirituelle Erfahrungen miteinbeziehen.
4. Die Weiterbildung sollte Wissen, berufsethische Standards und Kompetenzen im Themenfeld R/S vermitteln.

Unisono wird in allen Stellungnahmen auf den großen Nachholbedarf bei der Umsetzung der Empfehlungen hingewiesen. Zum Beispiel stellt das Positionspapier der DGPPN fest, „dass religiöse

und spirituelle Themen in der Psychiatrie noch nicht ausreichend fachlich reflektiert, beforscht und im Ausbildungskontext vermittelt werden“ [29]. Besonders häufig wird eine fehlende Wissens- und Kompetenzvermittlung zu R/S in der Facharztweiterbildung beklagt.

Tatsächlich ist bislang wenig darüber bekannt, wie die Berücksichtigung von R/S in den Curricula aussieht. Eine Umfrage bei den Direktoren von US-amerikanischen psychiatrischen Weiterbildungsprogrammen aus den 1990er-Jahren bezeichnete R/S als seltenes Randthema [23]. In neuerer Zeit wurden mehrere Modellprogramme aus den USA zur Integration von R/S in die psychiatrische Weiterbildung vorgestellt [9, 21]. Für Deutschland hingegen fehlen diese Informationen bislang ganz. Die Inhalte der Facharztweiterbildung für das Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie werden von den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern festgelegt, die sich an die entsprechende Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer [14] anlehnen. Dort werden die Begriffe

Religiosität und Spiritualität nicht explizit erwähnt.

Ziele und Fragestellung

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, diese Forschungslücke zu schließen und den Status quo der Integration von R/S in die Weiterbildung in Deutschland zu erheben. Da R/S auch als kulturelle oder persönliche Antwortssysteme auf *existenzielle Fragen* der Menschen verstanden werden können, sollen zugleich auch die Bedeutung und das Vorkommen von *existenziellen Themen* unabhängig von R/S in der Weiterbildung erfasst werden. Als Untersuchungsansatz wurde eine Umfrage bei den Weiterbildungsermächtigten (WBE) für das Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland gewählt, da die Weiterbildung zum Facharzt inhaltlich und organisatorisch „unter verantwortlicher Leitung der von der Ärztekammer befugten Ärzte in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte durchgeführt“ wird [14]. Bei den WBE als Vermittler der Facharztweiterbildung interessierten uns folgende Fragestellungen:

1. Wie sieht die generelle Bedeutungszuschreibung von R/S und existenziellen Themen für die Weiterbildung aus?
2. In welchem Maße kommen R/S und existenzielle Themen in den bisherigen Curricula tatsächlich vor?
3. Welche Themen im Zusammenhang mit R/S sind zentral für die Facharztweiterbildung?
4. Gibt es Vorbehalte gegenüber einer Berücksichtigung von R/S in der Weiterbildung?
5. Besteht ein Zusammenhang zwischen der persönlichen Bedeutung von R/S für den WBE und dessen Positionierung in Weiterbildungsfragen?

Methode

Das Befragungsinstrument stellt die Erweiterung eines Fragebogens dar, der erstmals bei einer Umfrage an den Ausbildungsinstituten für psychologische Psychotherapeuten in Deutschland eingesetzt wurde [8]. Übernommen wurden vier Fragenkomplexe zur Bedeutung von

religiösen, spirituellen oder existenziellen Themen in der Weiterbildung.

Neben soziodemografischen Merkmalen des befragten WBE wurde auch die vorrangige psychotherapeutische Theorieausrichtung erhoben. Zur Einschätzung der persönlichen Glaubenseinstellung der WBE wurden nach deren Selbstbezeichnung gefragt. Schließlich wurde eine Selbsteinschätzung der derzeitigen Bedeutsamkeit von R/S für das Leben erfragt.

Die Begriffe religiös, spirituell und existenziell wurden bewusst inhaltlich nicht näher definiert, um eine Offenheit für die jeweilige Bedeutungszuschreibung der Befragten zu gewährleisten.

Antworten waren sowohl im Forced-Choice-Format (mehrstufige Likert-Skalierung, Ja/Nein-Antworten) als auch im Freitext möglich.

Der Fragebogen wurde mit einem Anschreiben an alle WBE für Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland ($N = 1220$) per Brief verschickt. Namen und Adressen der WBE wurden den aktuellen Listen (Stand Mai 2016) weiterbildender Ärztinnen und Ärzte aller Landesärztekammern entnommen. Somit kann davon ausgegangen werden, dass nahezu die Grundgesamtheit aller WBE in Deutschland in allen möglichen Organisationsformen (Klinik, Praxis o. Ä.) angesprochen wurde.

Der Rücklauf an gültig ausgefüllten Fragebögen betrug 285 Exemplare. Unter der Berücksichtigung von 28 unzustellbaren Briefen liegt die Rücklaufquote der erfolgten Befragung bei rund 24 %. Diese Rücklaufquote liegt ziemlich genau im Bereich dessen, was bei ähnlich gelagerten Untersuchungen [5, 8] erreicht wurde.

Die Daten wurden mit der Statistik-analysesoftware SPSS ausgewertet. Die Analyse der Antworten im Freitext wurden für die beiden Fragenbereiche „Welche Themen sollten Bestandteil der Facharztweiterbildung sein?“ und „Vorbehalte gegenüber einer Integration in die Facharztweiterbildung“ von zwei der Autoren (Dipl.-Psych.; B.A. Psych.) durchgeführt. Dazu wurden von beiden gemeinsam zunächst in Anlehnung an bisherige Untersuchungen zu R/S in der Weiterbildung [8, 21] inhaltliche Antwortkategorien ge-

Nervenarzt <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0414-z>
© Springer Medizin Verlag GmbH 2017

H. Freund · S. Böhringer · M. Utsch · I. Hauth

Religiosität und Spiritualität in der Facharztweiterbildung. Eine Umfrage bei den Weiterbildungsermächtigten für Psychiatrie und Psychotherapie

Zusammenfassung

Weltweit gewinnen Religiosität und Spiritualität (R/S) als empirisch erfassbare und behandlungsrelevante Variablen in Psychiatrie und Psychotherapie an Bedeutung. In einer Umfrage bei den Weiterbildungsermächtigten für das Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland wurde der Status quo der Integration von R/S in die Facharztweiterbildung erhoben. Es zeigt sich eine hohe Bedeutungsbeimessung für diese Themen insbesondere für existenzielle Fragen. Die persönliche Weltanschauung

der Probanden ($n = 285$) und die Unternehmenskultur einer Weiterbildungsstätte spielen dabei eine wichtige Rolle. Diskutiert werden Selektionseffekte bei der Stichprobe und die Notwendigkeit, R/S auf der Basis wissenschaftlicher Evidenz und ethischer Erwägungen in die Weiterbildung zu integrieren.

Schlüsselwörter

Weiterbildung · Religiosität · Spiritualität · Psychiatrie · Psychotherapie

Religious beliefs and spirituality in medical residency. A survey among physicians in charge of training psychiatry and psychotherapy

Abstract

Religion and spirituality (R/S) as empirically measurable and treatment-relevant variables are growing in significance in psychiatry and psychotherapy worldwide. In a survey conducted among physicians in charge of psychiatric residency training in Germany respondents were asked about the integration of R/S in their curricula. Data suggest that subjects ($n = 285$) attach considerable importance to R/S and especially to existential issues. The importance of R/S in psychiatric

training is essentially linked to the trainers' personal views of the world and the corporate culture of the training centers. A possible selection bias and the need to integrate R/S in psychiatric training on the basis of scientific evidence and ethical considerations are discussed.

Keywords

Medical residency · Religion · Spirituality · Psychiatry · Psychotherapy

bildet. Die einzelnen Antworten der Befragten wurden dann von beiden Autoren getrennt inhaltlich eingeschätzt und den Antwortkategorien zugeordnet. Bei Ungleichheit der Zuordnung wurde in nochmaliger kollegialer Diskussion eine endgültige Kategorisierung vorgenommen.

Ergebnisse

Die Analyse der soziodemografischen Merkmale ergibt ein differenziertes Bild der teilnehmenden WBE (■ Tab. 1). Die vorrangige psychotherapeutische Theorieausrichtung wird bei 52 % als psychodynamisch/analytisch und bei 41 % als verhaltenstherapeutisch angegeben. Die Verbleibenden (7 %) bezeichnen sich am häufigsten als „psychiatrisch“, „integra-

tiv“ oder „systemisch“. Die persönliche Bedeutsamkeit von R/S im derzeitigen Leben der Befragten liegt im mittleren Bereich.

Ein Großteil der Befragten ordnet sich selbst als religiös (43,9 %) ein, gefolgt von den Selbstzuschreibungen spirituell (18,9 %), agnostisch (14,4 %) und atheistisch (12,1 %).

Der größere Teil der WBE misst der Integration von religiösen oder spirituellen Fragestellungen in die Facharztweiterbildung etwas bzw. eine hohe Bedeutung bei (■ Abb. 1). Die polaren Antwortkategorien „keine Bedeutung“ und „sehr hohe Bedeutung“ wurden dagegen seltener gewählt. Die Integration von existenziellen Fragen in die Facharztweiterbildung wurde von den Befragten noch höher

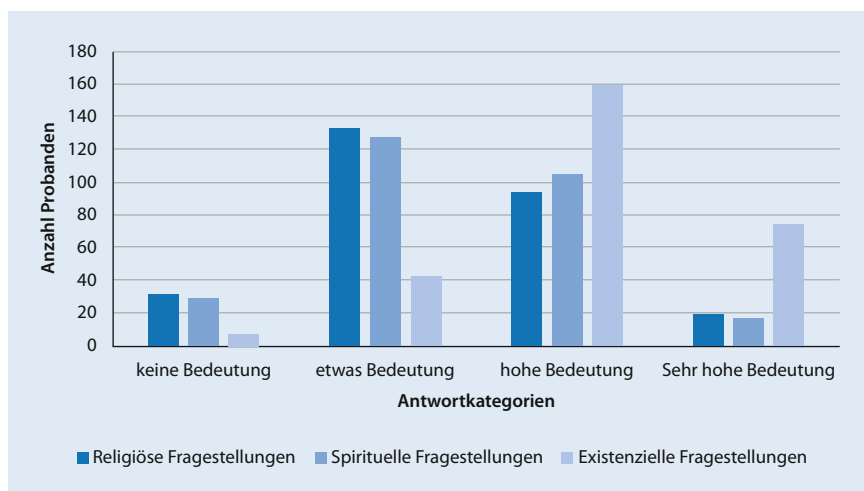


Abb. 1 ▲ Bedeutsamkeit der Integration religiöser/spiritueller/existenzieller Fragestellungen

gewichtet, wie die überwiegend hohe bis sehr hohe Bedeutungsbeimessung zeigt.

Für die weitere Analyse wurde die Gesamtgruppe in Untergruppen von Probanden mit hoher ($n = 108$) und niedriger Bedeutsamkeit ($n = 89$) von R/S für das eigene Leben aufgeteilt. Die Befragten mit hoher Bedeutsamkeit von R/S für das eigene Leben messen der Integration von religiösen, spirituellen und existenziellen Fragestellungen in die Facharztweiterbildung deutlich mehr Bedeutung bei (Tab. 2).

Bei WBE mit hoher Bedeutsamkeit von R/S im eigenen Leben kommt R/S als Thema auch häufiger im Weiterbildungscurriculum vor ($t(192) = 3,87$, $p < 0,001$). Zwischen den WBE mit psychodynamisch/analytischer Ausrichtung ($n = 144$) und deren verhaltenstherapeutischen Kollegen ($n = 113$) zeigen sich bei den untersuchten R/S-Variablen keine Unterschiede – bis auf eine Ausnahme: Die WBE mit psychodynamisch/analytischer Ausrichtung messen R/S für das eigene Leben eine höhere Bedeutung bei ($t(249) = 2,15$, $p < 0,05$). Ältere WBE (>54 Jahre, $n = 132$) unterscheiden sich von den jüngeren WBE (≤ 54 Jahre, $n = 145$) nur durch die höhere Bedeutsamkeit von R/S im eigenen Leben ($t(275) = 2,41$, $p < 0,05$).

Ewas weniger als die Hälfte der Befragten (45 %) bejahten die Frage nach dem Vorkommen von R/S/E in der von ihnen verantworteten Weiterbildungstätigkeit. Am häufigsten wurden Seminare und Module im Weiterbildungscurri-

culum als didaktische Vermittlungsform genannt, gefolgt von Fallseminaren und Supervisionen.

Bei der Frage, welche Themen im Berufungsfeld von R/S bzw. existenziellen Fragen mit Psychiatrie/Psychotherapie nach Auffassung der WBE Bestandteil der Weiterbildung sein sollten, zeigte sich ein sehr breit gefächertes und detailliertes Themenspektrum. Zu den häufigsten Antwortkategorien (Tab. 3) gehören der Umgang mit existenziellen Herausforderungen und Lebensinnfragen. Wichtig ist auch die Vermittlung von R/S als psychologisch und therapeutisch relevante Faktoren, wobei vielfach R/S als Ressource oder Resilienzfaktor hervorgehoben wird. Deutlich seltener hingegen wird R/S als Gesundheitsrisiko oder Konfliktquelle (6 %) thematisiert. Die Befragten benennen auch Wissen über verschiedene Weltreligionen und differenzialdiagnostische Fähigkeiten im Feld der Religionspsychopathologie als Weiterbildungsinhalte. Oft wird dabei auch die Unterscheidung zwischen religiösem Wahn und Erscheinungsformen intensiver Religiosität genannt. 13 Befragte (5 %) sprechen sich explizit dagegen aus, Themen im Zusammenhang mit R/S bzw. existenzielle Fragen in die Weiterbildung einzubeziehen.

Ein Großteil der Befragten (80 %) äußert, dass an ihrer Weiterbildungsstätte keine Vorbehalte gegenüber der Integration dieser Themen in die Facharztweiterbildung bestünden. Die Gruppe mit Vorbehalten (16 %) machte vor allem

institutionelle, wissenschaftliche und behandlungsethische Bedenken geltend. Betrachtet man die Argumente für oder gegen eine Integration (Tab. 4), so fällt auf, dass jeweils institutionelle Aspekte der Weiterbildungsstätte (Kultur des Hauses, vorherrschende Einstellung der Mitarbeiter, konfessionelle Ausrichtung) im Vordergrund stehen. Bemerkenswert ist weiterhin, dass wissenschaftliche Argumente (fachliche Relevanz, wissenschaftliche Evidenz) gleichermaßen als Vorbehalt oder als Befürwortung der Integration in Stellung gebracht werden.

Diskussion

Erstmals in Deutschland wurde die Bedeutung der Themenfelder R/S für die Facharztweiterbildung über eine Umfrage an den WBE im Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie erfasst.

Der größere Teil der Befragten misst der Integration von religiösen oder spirituellen Fragestellungen in die Facharztweiterbildung eine mittlere Bedeutung bei. Für existenzielle Fragestellungen fällt die Bedeutungsbeimessung noch höher aus. Die weitere Analyse zeigt, dass WBE, bei denen R/S im eigenen Leben einen höheren Stellenwert besitzt, im fachlichen Kontext die Integration entsprechender Fragestellungen deutlich wichtiger einschätzen.

Bei knapp der Hälfte der Befragten kommen R/S-Themen tatsächlich im Curriculum vor. Nur wenige äußern Vorbehalte gegenüber einer Integration an ihrer Weiterbildungsstätte. Dabei spielen Aspekte der Unternehmenskultur und der Mitarbeiterausrichtung eine gewichtige Rolle. Nahezu spiegelbildlich fallen die Befürwortungen der Integration von R/S aus; wieder dominieren Argumente der Unternehmenskultur.

Diese Befundlage lässt vermuten, dass der Status quo der Integration von R/S in der psychiatrischen Weiterbildung nicht nur von fachlich-empirischen Erwägungen abhängt. Vielmehr scheint das aktuelle Bild in substanzieller Weise von der persönlichen Weltanschauung des WBE bzw. der Unternehmenskultur (z. B. konfessioneller Träger) einer Weiterbildungsstätte mitbeeinflusst zu sein. Dies lässt aufhorchen, da die Musterwei-

Tab. 3 Häufigste Antwortkategorien (>10% der Befragten) bei der Frage nach wichtigen Themen für die Weiterbildung

	Antwortkategorie	Beispiele für Themennennungen	n (%)
1	Existenzielle Herausforderungen	„Tod und Leid als Teil unseres Lebens“, „Chronische Erkrankungen“, „Fragen von Schuld und Sühne“	74 (26%)
2	R/S als Ressource bzw. Resilienzfaktor	„Spiritualität als persönliche Ressource“, „Religiosität als Hilfe im Leben“	57 (20%)
3	R/S als Faktoren, die psychologisch und therapeutisch bedeutsam sind	„R/S und Suizidalität“, „Einfluss von Glaubensüberzeugungen auf die Arzt-Pat-Beziehung“	55 (19%)
4	Fragen zum Lebenssinn	„Sinn des Daseins“, „Sinnggebung von Lebensentwürfen“	47 (16%)
5	Wissen über Religionen	„Grundlagen des muslimischen Glaubens“, „Grundkenntnisse über die großen Weltreligionen“	37 (13%)
6	Religionspsychopathologie	„Abgrenzung Wahn und intensiv gelebte Religiosität“, „Psychopathologie und Religion“	32 (11%)

n Anzahl der Nennungen, % Prozent der Befragten

Tab. 4 Inhaltliche Begründungen der Vorbehalte/der fehlenden Vorbehalte gegenüber einer Integration von R/S-Themen in die Weiterbildung

Vorbehalte, weil ...	n	Keine Vorbehalte, weil ...	n
Kultur des Hauses, vorherrschende Einstellung der Mitarbeiter	18	Kultur des Hauses, vorherrschende Einstellung der Mitarbeiter	52
Fachliche Irrelevanz, fehlende wissenschaftliche Evidenz	9	Alltagsrelevanz in der Praxis	31
Behandlungsethische Bedenken	7	Fachliche Relevanz/wissenschaftliche Evidenz	21
Abgrenzungsbedürfnis zwischen Wissenschaft und R/S	7	Konfessionelle Einrichtung	20
–		Wichtige Dimension des Menschseins	19

n Anzahl der Nennungen

terbildungsordnung doch vorsieht, sich ausschließlich an den „ethischen, wissenschaftlichen und rechtlichen Grundlagen ärztlichen Handelns“ zu orientieren [14]. R/S wurde von den WBE recht selten als potenzielles Gesundheitsrisiko oder Konfliktquelle thematisiert. Hier wäre die Vermittlung von Wissen über die Rolle von R/S in neurotischen Konflikten oder im psychopathologischen Kontext (z. B. religiöser Wahn) in der Weiterbildung sinnvoll.

Limitationen

Insgesamt umfasste der Fragebogen vier Fragenkomplexe, die nur eine cursori-sche Abdeckung des Themenfelds erlauben. Die psychometrischen Gütekriterien der Items wurden nicht untersucht.

Die Begriffe *religiös*, *spirituell* und *existentiell* wurden im Fragebogen inhaltlich nicht näher definiert. Dies erschwert aber auch die Interpretation, da das individuelle Begriffsverständnis der Probanden wahrscheinlich sehr unterschiedlich ausgefallen ist. Hier wäre in nachfolgenden Untersuchungen eine gewisse Begriffsvorklärung zu erwägen. Eine Erweiterung der soziodemografischen Daten um Fragen nach der (konfessionellen) Trägerschaft der Weiterbildungsstätte und der zuständigen Ärztekammer hätte präzisere Aussagen über institutionelle und regionale Einflussfaktoren erlaubt.

Eine wesentliche Limitation unserer Studie ist die begrenzte Rücklaufquote, die die Repräsentativität der Befunde einschränkt. Es gibt gute Gründe anzunehmen, dass bevorzugt die WBE mit

einer hohen persönlichen Affinität zu R/S an der Umfrage teilgenommen haben. Weltanschauliche Überzeugungen beinhalten wichtige Motive der Verhaltenssteuerung, die sich auch auf die Teilnahmebereitschaft an Studien auswirken können. Unterstützt wird diese These auch über die Selbstzuschreibung der persönlichen Glaubenseinstellung der WBE, von den sich über 60% als religiös und/oder spirituell bezeichneten. Sie übertrifft sogar die Selbstzuschreibungen der deutschen Bevölkerung in einer repräsentativen Befragung, bei der sich ca. 56% als religiös und/oder spirituell bezeichneten [2]. In bisherigen Studien fand sich immer eine deutlich geringere Religionsaffinität von Psychiatern und Psychotherapeuten verglichen mit der Durchschnittsbevölkerung [7]. Der vermutete Selektionseffekt in unserer Umfrage ist aber nicht nur als Limitation zu betrachten, sondern ermöglicht besondere Einsichten in die Subgruppe der eher R/S-affinen WBE. Für sie spielt R/S nicht nur im persönlichen Leben eine bedeutende Rolle, sondern sie integrieren diese Bedeutung auch tendenziell stärker in ihre Weiterbildungstätigkeit.

Ausblick

Aus dieser Beobachtung lässt sich unseres Erachtens ein gewichtiges Argument für die explizite Aufnahme von R/S als Themen in zukünftige Novellen der Weiterbildungsordnung ableiten [12]. Die inhaltliche Ausgestaltung der Weiterbildung sollte nämlich nicht von der persönlichen weltanschaulichen Haltung eines WBE oder der konfessionellen Trägerschaft einer Weiterbildungsstätte geprägt sein. Vielmehr sollten alleine ethische Rahmenbedingungen [22] und wissenschaftliche Befunde einer evidenzbasierten Medizin maßgeblich sein [25]. Und hier spricht die Vielzahl klinischer Studien [3] einschließlich der jüngsten Positionspapiere für eine Aufnahme von R/S-Themen in den Weiterbildungskatalog.

Ein nicht weniger wichtiges Argument für die Berücksichtigung von R/S in der Weiterbildung sind die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten. So zeigen mehrere deutschsprachige Studien recht aus-

geprägte religiöse und spirituelle Bedürfnisse von Patienten mit chronischen Erkrankungen [4]. Hochreligiöse Patienten in Deutschland suchen bevorzugt Behandler auf, bei denen sie sich mit ihrer Religiosität gut aufgehoben fühlen [26]. Ein aktuelles Review [10] schlussfolgert, dass sich Patienten mit psychischen Erkrankungen eine unvoreingenommene und akzeptierende Berücksichtigung ihres individuellen Glaubens wünschen. Außerdem sollte die Weiterbildungsordnung auch den „Erfordernissen einer veränderten Versorgungslandschaft“ Rechnung tragen [11]. Flüchtlinge und andere Migranten benötigen eine fachgerechte Behandlung, zu der auch maßgeblich eine Kultur- und Religionssensibilität von Psychiatern und Psychotherapeuten zählt [5].

In Anlehnung an die aktuellen Positionspapiere internationaler Fachgesellschaften [6, 16, 19, 29] schlagen wir deshalb eine Erweiterung der Weiterbildungsordnung vor, mit dem Erwerb von Kenntnissen und Kompetenzen ...

1. in der Anamnese den religiösen/spirituellen Hintergrund und die existenziellen Fragen von Patienten und die damit verbundenen Bedürfnisse und Wünsche respektvoll zu erheben.
2. den religiösen/spirituellen Hintergrund bei der Diagnostik, Ätiologie und Behandlung der psychischen Erkrankung zu berücksichtigen.
3. den Zusammenhang zwischen R/S und psychischer Gesundheit bei einem Erkrankten hinsichtlich potenzieller Ressourcen wie auch Belastungen und Konfliktfelder zu berücksichtigen.

Fazit für die Praxis

- Der komplexe Zusammenhang zwischen R/S und psychischer Gesundheit ist mittlerweile empirisch gut belegt.
- Die erste Studie zum Status quo von R/S in der psychiatrischen Weiterbildung zeigt, dass diese Themenfelder von einem Teil der WBE schon integriert wird.
- Die WBE betonen die Bedeutung von existenziellen Herausforderungen

(z. B. Tod, Leid, Schuld) und Sinnfragen.

- Die Berücksichtigung von R/S in der Therapie sollte aber nicht vom weltanschaulichen Hintergrund der Behandler abhängen, sondern allein von der wissenschaftlichen Evidenz und von ethischen Erwägungen. Dafür sollte die Weiterbildungsordnung Rechnung tragen.
- Die Exploration von R/S in der Anamnese, die Differenzialdiagnostik von R/S und das Erkennen saluto-/pathogener Wirkungen von R/S sind wichtige Basisfertigkeiten von Psychiatern und Psychotherapeuten.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. H. Freund

Marburger Institut für Religion und Psychotherapie, Evangelische Hochschule TABOR
Dürerstr. 43, 35039 Marburg, Deutschland
henning.freund@eh-tabor.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. H. Freund, S. Böhringer, M. Utsch und I. Hauth geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Abu-Raiya H, Pargament KI, Krause N (2016) Religion as problem, religion as solution: Religious buffers of the links between religious/spiritual struggles and well-being/mental health. *Qual Life Res* 25:1265–1274
2. Bertelsmann-Stiftung (2007) Bertelsmann – Religionsmonitor 2008. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh
3. Bonelli RM, Koenig HG (2013) Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010. *J Relig Health* 52:657–673
4. Büssing A, Janko A, Kopf A, Lux EA, Frick E (2012) Zusammenhänge zwischen psychosozialen und spirituellen Bedürfnissen und Bewertung von Krankheit bei Patienten mit chronischen Erkrankungen. *Spiritual Care* 1:57–73
5. Calliess IT, Ziegenbein M, Gosman L et al (2008) Interkulturelle Kompetenz in der Facharztzubereitung von Psychiatern in Deutschland. *GMS Z Med Ausbild* 25:Doc92
6. Cook CCH (2013) Royal College of Psychiatrists: Recommendations for psychiatrists on spirituality and religion. https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/PS03_2013.pdf. Zugegriffen: 26. Apr. 2017
7. Dein S, Cook CCH, Powell A et al (2010) Religion, spirituality and mental health. *Psychiatrist* 34:63–64
8. Freund H, Gross W (2016) Sinnfragen und Religiosität/Spiritualität in der Psychotherapeutenausbildung. *Psychotherapeutenjournal* 2:133–139
9. Galanter M, Dermatis H, Talbot N et al (2011) Introducing spirituality into psychiatric care. *J Relig Health* 50:81–91
10. Harris KA, Randolph BE, Gordon TD (2016) What do clients want? Assessing spiritual needs in counseling: A literature review. *Spiritual Clin Pract* 3:250–275
11. Hohagen F (2014) Verlängerung der psychiatrischen Weiterbildung – Pro. *Psychiatr Prax* 41:412–413
12. Hohagen F (2017) Auf dem Weg zu einer neuen Musterweiterbildungsordnung. *Psych Up2date* 11:91–92
13. Hood RW, Hill PC, Williamson WP (2005) The psychology of religious fundamentalism. New York, Guilford
14. Bundesärztekammer (2017) (Muster-)Weiterbildungsordnung und (Muster-)Richtlinie. <http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung/>. Zugegriffen: 26. Apr. 2017
15. Huguélet P, Koenig HG (2009) Religion and spirituality in psychiatry. Cambridge University Press, Cambridge
16. Janse van Rensburg ABR (2014) South African Society of Psychiatrists guidelines for the integration of spirituality in the approach to psychiatric practice. *S Afr J Psychiatr* 20:133–139
17. Koenig H, King D, Carson VB (2012) Handbook of religion and health. Oxford University Press, New York, NY
18. Koenig HG, Larson DB (2001) Religion and mental health: Evidence of association. *Int Rev Psychiatry* 13:67–78
19. Moreira-Almeida A, Sharma A, Janse van Rensburg B et al (2015) WPA position statement on spirituality and religion in psychiatry. *World Psychiatry* 15:87–88
20. Park CL, Edmondson D, Hale-Smith A (2013) Why religion? Meaning as the motivation. In: Pargament KI, Exline JJ, Jones J, al (Hrsg) Handbook of the psychology of religion and spirituality. APA, Washington, S 157–171
21. Puchalski CM, Larson DB, Francis G (2001) Spirituality in psychiatry residency training programs. *Int Rev Psychiatry* 13:131–138
22. Rosenfeld GW (2011) Contributions from ethics and research that guide integrating religion into psychotherapy. *Profess Psychol: Res Pract* 42:192–199
23. Sansone RA, Khatain K, Rodenhauser P (1990) The role of religion in psychiatric education: A national survey. *Acad Psychiatry* 14:34–38
24. Schowalter M, Murken S (2003) Religion und psychische Gesundheit. In: Henning C, Murken S, Nestler E (Hrsg) Einführung in die Religionspsychologie. Schöningh, Paderborn, S 138–162
25. Shafranske EP (2013) Addressing religiousness and spirituality in psychotherapy. In: Paloutzian RF, Park CL (Hrsg) Handbook of the psychology of religion and spirituality. Guilford, New York, NY, S 595–616
26. Stephan V, Utsch M (2017) Der Einfluss von Religiosität auf die Bereitschaft, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. *Spiritual Care* 1:57–68
27. Streib H, Hood RW (2016) Understanding „spirituality“ – conceptual considerations. In: Streib

-
- H, Hood RW (Hrsg) Semantics and psychology of „spirituality“. A cross-cultural analysis. Springer, Heidelberg, S3–17
28. Streib H, Keller B (2016) Was bedeutet Spiritualität? Göttingen, V&R
29. Utsch M, Anderssen-Reuster U, Frick E et al (2017) Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie. *Spiritual Care* 1:141–146
30. Utsch M, Bonelli RM, Pfeifer S (2014) Psychotherapie und Spiritualität: Mit existenziellen Konflikten und Transzendenzfragen professionell umgehen. Springer, Heidelberg