

Der Einfluss von Religiosität und Spiritualität auf die Haltung von Schweizer Ärzten gegenüber ethisch umstrittenen medizinischen Fragen



The Influence of Religiosity and Spirituality on the Attitude of Swiss Physicians Towards Ethically Controversial Medical Questions

René Hefti^{1,2}, Thomas Wartenweiler² und Oliver Merz²

¹Medizinische Fakultät, Universität Bern, Bern

²Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit FISG, Langenthal

Zusammenfassung: Obwohl das Thema Religiosität und Spiritualität (R/S) in der Medizin immer mehr an Bedeutung gewinnt, wurden die religiösen Haltungen von Ärzten und ihre Auswirkungen auf die ethische Entscheidungsfindung in der Schweiz bisher kaum untersucht. Die vorliegende Studie evaluiert deshalb den Einfluss von R/S auf die Einstellung von Ärzten gegenüber ethisch umstrittenen medizinischen Fragen. Die Resultate zeigen, dass religiöse Ärzte mehr Vorbehalte in Bezug auf ärztlich assistierten Suizid, Schwangerschaftsabbruch und dem Verschreiben von Verhütungsmitteln an Minderjährige haben. Eine weitere Analyse belegt zudem konfessionelle Unterschiede: Evangelikale Ärzte haben mehr Vorbehalte, gefolgt von katholischen und protestantischen Ärzten.

Schlüsselwörter: Religiosität, Spiritualität, ethische umstrittene medizinische Fragen

Abstract: Despite the fact that the topic of religiosity and spirituality (R/S) is becoming increasingly important in medicine, there is a dearth of research on physicians' religious attitudes and its influence on ethical decision-making in Switzerland. The present study therefore evaluates the influence of R/S on physicians' handling with ethically controversial medical questions. The results show that religious doctors have more reservations with regard to physician-assisted suicide, induced abortion or the prescription of contraception to minors. A further analysis also reveals denominational differences: Evangelical physicians have more reservations, followed by Catholic and Protestant physicians.

Key words: Religiosity, spirituality, ethically controversial questions, physicians

Résumé: Malgré le fait que le sujet de la religiosité et de la spiritualité (R/S) devient de plus en plus important en médecine, il existe une pénurie de recherches sur les attitudes religieuses des médecins et son influence sur la prise de décision éthique en Suisse. L'étude présente évalue donc l'influence de la R/S sur la manipulation des médecins avec des questions médicales éthiquement controversées. Les résultats montrent que les médecins religieux ont plus de réserves en ce qui concerne le suicide assisté par un médecin, l'avortement provoqué ou la prescription de contraception pour les mineurs. Une analyse suivante révèle également des différences confessionnelles: les médecins évangéliques ont plus de réserves, suivies par les médecins catholiques et protestants.

Mots-clés: Religiosité, spiritualité, questions éthiquement controversées, médecins

Das Thema Religiosität und Spiritualität (R/S) gewinnt in der Medizin zunehmend an Bedeutung [1, 2], was sich u.a. an der neu geschaffenen Professur für Spiritual Care in Zürich, den Master- und Zertifikatsprogrammen für Spiritual Care an den Universtitäten Bern und Basel und in der End-of-Life Care [3, 4] zeigt. Während die Patientenseite viel Aufmerksamkeit erhält und immer mehr Forschung

Im Artikel verwendete Abkürzungen:

AAK	Allgemeines Ärztekollektiv
AGEAS	Arbeitsgemeinschaft Evangelischer Ärztinnen und Ärzte der Schweiz
RAK	Religiöses Ärztekollektiv
R/S	Religiosität/Spiritualität
RST	Religiositäts-Struktur-Test
VKAS	Vereinigung katholischer Ärzte der Schweiz

zu Themen wie R/S und Krankheitsbewältigung, Resilienz sowie psychische Gesundheit publiziert wird [5–7], sind die Ärzte bisher kaum untersucht worden. Die weltanschauliche Neutralität der Ärzteschaft wird insbesondere in der westlichen Welt als wichtiger Teil der professionellen Haltung angesehen. Medizinische Entscheidungen in Grenzsituationen sind aber von ethischen Grundpositionen geleitet, die wiederum durch religiöse Haltungen mitbestimmt werden.

Die gesellschaftlichen Einstellungen zu medizinischen Themen wie Schwangerschaftsabbruch, lebenserhaltende Massnahmen und assistiertem Suizid gehen in der Schweiz stark auseinander. Das gilt auch für die Ärzteschaft und wurde in verschiedenen Studien untersucht [8–10]. Es gibt jedoch bisher keine wissenschaftliche Arbeit, die die religiösen Einstellungen von Schweizer Ärzten, deren Einfluss auf die medizinische Praxis und die Haltung zu ethisch umstrittenen Fragen evaluiert. Die vorliegende Studie schliesst diese Lücke. Die Begriffe Religiosität und Spiritualität (R/S) werden wie von Koenig [10] vorgeschlagen als überlappende, aber nicht synonyme Konstrukte verwendet.

Internationale Forschungsergebnisse bilden die Grundlage zu dieser Untersuchung. Hier sind insbesondere die wegweisenden Arbeiten von Curlin et al. aus den USA massgebend. Curlin konnte zeigen, dass sich die Sichtweisen von religiösen und nicht religiösen Ärzten hinsichtlich ethisch umstrittenen medizinischen Fragestellungen deutlich unterscheiden [11, 12]. Zudem konnten Lawrence und Curlin [13] belegen, dass religiöse Ärzte grössere Vorbehalte haben, etwas zu tun, was sie als unethisch empfinden. Ethische Konfliktfelder beziehen sich u.a. auf medizinisches Handeln am Lebensanfang [14] und am Lebensende [15].

Methode

Datenerhebung

Mittels eines Online-Fragebogens wurden zwei Schweizer Ärztekollektive (n = 241) untersucht. Das erste Kollektiv bestand aus Hausärzten, welche zufällig aus dem Medizinregister (MedReg) der FMH für die Kantone Baselstadt, Baselland und Aargau ausgewählt und telefonisch kontaktiert wurden (N = 382, n = 104, Rücklaufquote 27,5 %). Das zweite Kollektiv wurde an einer gemeinsamen Tagung der evangelischen und katholischen Ärzte der Schweiz (AGEAS, VKAS) und aus der Mitgliederliste dieser beiden Vereinigungen rekrutiert (N = 416, n = 137, Rücklaufquote 32,9 %). Beim zweiten Kollektiv handelt es sich ebenfalls, aber nicht ausschliesslich, um Hausärzte.

Instrumente

Das eingesetzte Fragebogeninventar basiert auf der deutschen Version [16] des Fragebogens «Religion and Spi-

rituality in Medicine, Perspectives of Physicians (RSMPP) von Curlin [11]. Der deutsche Fragebogen wurde durch ein Expertengremium validiert [17]. Zusätzlich wurden Originalfragen aus dem Religionsmonitor 2008/2013 integriert (Religiositäts-Struktur-Test nach Huber [18]), um die Religiosität der Ärzte mit der Normalbevölkerung vergleichen zu können. Der Religiositäts-Struktur-Test (RST) misst die Kerndimensionen der Religiosität – Interesse an religiösen Fragen, religiöse Überzeugungen, öffentliche und private Praxis (Gottesdienst/Gebet) und religiöse Erfahrungen – anhand einer fünfstufigen Likert-Skala.

Folgende ethische Konfliktfelder wurden abgefragt: ärztlich assistierter Suizid, Schwangerschaftsabbruch bei angeborener Fehlbildung und ungewollter Schwangerschaft, Verschreibung empfängnisverhütender Mittel an 14–16-Jährige ohne Einwilligung der Eltern, Fixierung am Krankenbett, Gabe stark sedierender Medikamente bei sterbenden Patienten und die Beendigung künstlicher lebenserhaltender medizinischer Massnahmen. Dabei wurde folgende Fragestruktur verwendet: «Bitte geben Sie an, ob Sie Vorbehalte gegen eine der genannten medizinischen Vorgehensweisen haben und wie Sie diese begründen: a) keine Vorbehalte, b) religiös bedingte Vorbehalte, c) nicht religiös bedingte Vorbehalte, d) religiöse und nicht religiös bedingte Vorbehalte.»

Datenanalyse

Die Daten wurden mit SPSS Version 23 analysiert. Die Zentralität (Ausprägung) der Religiosität ermittelten wir für beide Kohorten aus dem RST. Die Antworten für den Umgang mit ethisch umstrittenen Fragen wurden deskriptiv ausgewertet und mittels Prozentwerten in Kreuztabellen dargestellt. Die Signifikanz der Gruppenunterschiede zwischen dem religiösen (RÄK) und dem allgemeinem Ärztekollektiv (AÄK) berechneten wir mittels Chi-Square-Tests. Bei der Auswertung der Konfessionen wurden nur die protestantischen, katholischen und evangelikalen Ärzte berücksichtigt, da für die weiteren «Konfessionen» (pfingstkirchlich, n = 4; charismatisch, n = 11) zu kleine Stichproben vorlagen. Die konfessionelle Zugehörigkeit beruht auf einer Selbstzuschreibung (für eine Definition der verschiedenen Gruppen siehe www.relinfo.ch).

Ergebnisse

Das *allgemeine Ärztekollektiv (Hausärzte Baselland, Baselstadt, Aargau)* ist religionsdemografisch für die Schweiz repräsentativ (Tab. 1), insbesondere für die reformierten Kantone. Die Religiosität weist einen Durchschnittswert von 3,18 auf (Skala von 1 bis 5), was gemäss Huber [18] einer mittleren Ausprägung der Religiosität entspricht, wobei die grosse Standardabweichung auf ein heterogenes Kollektiv hinweist.

Das *religiöse Ärztekollektiv* (Ärzte der AGEAS und VKAS) besteht ausschliesslich aus sich christlich definierenden Ärzten. Die Religiosität liegt bei 4,46 (Skala von 1 bis 5), was ein hoch religiöses Kollektiv repräsentiert (Tab. 2). Diese Ärzte schätzen den Einfluss der persönlichen Religiosität auf das ärztliche Handeln signifikant höher ein als die Ärzte des allgemeinen Kollektivs (Mittelwert 3,61 vs. 2,53, $p = 0,001$; Effektstärke $r = 0,55$).

In Bezug auf den Umgang mit ethisch umstrittenen Fragen und Problemstellungen sind deutliche Unterschiede auszumachen (Tab. 3). Die Ärzte des religiösen Kollektivs haben stärkere Vorbehalte hinsichtlich des ärztlich assistierten Suizids (99,3 vs. 72,4 %, $\chi^2 - p = 0,000$), des Schwangerschaftsabbruchs bei angeborener Fehlbildung (94,9 vs. 48,6 %, $\chi^2 - p = 0,000$) und bei ungewollter Schwangerschaft (96,3 vs. 65,7 %, $\chi^2 - p = 0,000$). Zudem haben sie mehr Vorbehalte bei der Verschreibung empfängnisverhütender Mittel an 14-16-Jährige ohne Einwilligung der Eltern (65,4 vs. 26,7 %, $\chi^2 - p = 0,000$). Wenig Vorbehalte gibt es in beiden Kollektiven bezüglich der Gabe von stark sedierenden Medikamenten bei sterbenden Patienten (palliative Sedierung) und bei der Beendigung künstlicher lebenserhaltender medizinischer Massnahmen.

Interessanterweise haben die Ärzte des religiösen Kollektivs weniger Vorbehalte bei der Fixierung von Patienten am Krankenbett (61,9 vs. 67,6 %, $\chi^2 - p = 0,017$), wobei der Unterschied aber weniger signifikant ist.

Hinsichtlich der konfessionellen Zugehörigkeit zeigen sich ebenfalls Unterschiede, wobei diese aber nur bei einzelnen Fragestellungen signifikant sind. Es fällt auf, dass die evangelikalen Ärzte generell am meisten Vorbehalte haben, gefolgt von den katholischen Ärzten. Am wenigsten Vorbehalte finden sich bei den protestantischen Ärzten. Für die einzelnen Fragestellungen ergeben sich folgende signifikante Unterschiede hinsichtlich Vorbehalten (Tab. 4): ärztlich assistierter Suizid (evangelikal 98,4 %, katholisch 88 %, reformiert 86,8 %), Schwangerschaftsabbruch bei angeborener Fehlbildung (96,8 vs. 72 vs. 65,8 %), Schwangerschaftsabbruch bei ungewollter Schwangerschaft (100 vs. 82,0 vs. 73,7 %) und Verschreibung empfängnisverhütender Mittel an Minderjährige (64,5 vs. 48 vs. 35,5 %). Einzig bei der Fixierung am Krankenbett haben die evangelikalen Ärzte am wenigsten Vorbehalte (53,3 vs. 68,0 vs. 64,5 %).

Diskussion

Erwartungsgemäss unterscheiden sich die beiden Ärztekollektive hinsichtlich der Ausprägung der Religiosität signifikant (Zentralität 3,18 vs. 4,48, $p = 0,001$). Dieser Unterschied wirkt sich in unterschiedlichem Ausmass auf alle befragten Bereiche aus.

Die vorliegende Studie bestätigt, dass ein Zusammenhang zwischen der Religiosität der Ärzte und ihrer ethi-

Tabelle 1. Religionsdemografische Angaben zu den Ärztekollektiven

Religionszugehörigkeit	Religiöses Ärztekollektiv (RÄK, %)	Allgemeines Ärztekollektiv (AÄK, %)	Schweizer Bevölkerungsdurchschnitt, % [17]
Christlich	100,0	76,2	68
• Katholisch	18,3	37,0	53,2
• Reformiert	26,0	57,5	36,4
• Evangelikal	44,3	5,5	2,4
• Andere	11,5		8,0
Jüdisch		1,9	0,2
Moslem		1,9	5,1
Keine		18,1	23,9

Tabelle 2. Religiosität, Spiritualität und Einfluss auf das ärztliche Handeln

	RÄK M (SD)	AÄK M (SD)	Signifikanz (p)	Effekt (r)
Zentralität der Religiosität (Huber) Skala von 1 bis 5	4,46 (0,66) hoch religiös	3,18 (1,14) mittel religiös	0,001	0,56
Selbsteinschätzung Religiosität Skala von 1 bis 5	4,05 (0,99)	2,47 (1,16)	0,001	0,59
Selbsteinschätzung Spiritualität Skala von 1 bis 5	3,76 (0,88)	2,83 (1,05)	0,001	0,44
Mein religiöser Glaube beeinflusst mein ärztliches Handeln Skala von 1 bis 4	3,61 (0,61)	2,53 (1,04)	0,001	0,55

Tabelle 3. Religiös und nicht-religiös bedingte Vorbehalte im Umgang mit ethisch umstrittenen Fragen

Ethisch umstrittene Fragestellung	Ärzte [%]	Ich habe keine Vorbehalte [%]	Ich habe religiös bedingte Vorbehalte [%]	Ich habe nicht-religiös bedingte Vorbehalte [%]	Ich habe religiöse und nicht-religiös bedingte Vorbehalte [%]
Ärztlich assistierter Suizid	RÄK	0,7	16,2	2,2	80,9
	AÄK	27,6	13,3	30,5	28,6
<i>Chi-Quadrat (3, N = 241) = 95,24; p = 0,000; CC = 0,532</i>					
Schwangerschaftsabbruch bei angeborenen Fehlbildungen	RÄK	5,1	39,0	2,2	53,7
	AÄK	51,4	9,5	21,9	17,1
<i>Chi-Quadrat (3, N = 241) = 112,06; p = 0,000; CC = 0,563</i>					
Schwangerschaftsabbruch bei ungewollter Schwangerschaft	RÄK	3,7	30,9%	2,2	63,2
	AÄK	34,3	11,4%	29,5	24,8
<i>Chi-Quadrat (3, N = 241) = 92,86; p = 0,000; CC = 0,527</i>					
Verschreibung empfängnisverhütender Mittel für 14–16-Jährige ohne Einwilligung der Eltern	RÄK	34,6	2,9	20,6	41,9
	AÄK	73,3	1,9	18,1	6,7
<i>Chi-Quadrat (3, N = 241) = 45,48, p = 0,000, CC = 0,398</i>					
Fixierung am Krankenbett	RÄK	38,1	0,7	40,3	20,9
	AÄK	32,4	1,0	58,1	8,6
<i>Chi-Quadrat (3, N = 241) = 10,25, p = 0,017, CC = 0,202</i>					
Gabe stark sedierender Medikamente bei sterbenden Patienten	RÄK	85,9	3,0	3,0	8,1
	AÄK	90,5	3,0	3,0	4,0
<i>Chi-Quadrat (3, N = 241) = 1,92; p = 0,589; CC = 0,089</i>					
Beendigung künstlicher lebenserhaltender medizinischer Massnahmen	RÄK	86,7	3,0	3,7	6,7
	AÄK	93,3	1,9	2,9	1,9
<i>Chi-Quadrat (3, N = 240) = 3,61, p = 0,307, CC = 0,122</i>					

schen Grundhaltung besteht. So können religiöse Ärzte im Umgang mit ethischen Fragen als grundsätzlich Werte-konservativer eingestuft werden.

Im internationalen Vergleich wurden hier die Studien von Curlin et al. [11–13] aus dem nordamerikanischen Raum beigezogen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Situation in der Schweiz derjenigen in Nordamerika ähnlich ist. In ethischen Fragen scheinen religiöse Ärzte (durch ihre religiöse, mehrheitlich christlich geprägte Weltanschauung) umstrittene Themen wie assistierter Suizid oder vorehelicher Geschlechtsverkehr übereinstimmend zu bewerten.

Interessant sind in diesem Zusammenhang auch die konfessionellen Unterschiede. Hier schneiden die evangelikalen Ärzte am Werte-konservativsten ab, gefolgt von den katholischen und den protestantischen Ärzten. Ein möglicher Erklärungsansatz könnten die verschiedenen ethischen Positionen sein. Die Evangelikalen wie auch die Katholiken gehen grundsätzlich von der Unantastbarkeit des Lebens aus, wobei die katholischen Ärzte diese Position auf Grund der vorliegenden Ergebnisse im medizinischen Kontext relativieren. Die reformierte Ethik scheint verstärkt das Gewissen ins Zentrum der ethischen Ent-

scheidungsfindung zu stellen. Dies führt in Anlehnung an die vorliegenden Resultate zu einer liberaleren Haltung hinsichtlich der befragten, ethisch kontroversen Themen.

Methodendiskussion

Die beiden Ärztekollektive wurden nach unterschiedlichen Sampling-Methoden rekrutiert. Während das Kollektiv der Schweizer Hausärzte einer Zufallsstichprobe («random sampling») entspricht, wurden bei den religiösen Ärzten zwei spezifische Ärztereinigungen (AGEAS, VKAS) angeschrieben («purposive sampling»). Das religiöse Kollektiv ist damit nur für die genannten Ärztereinigungen repräsentativ. Auch ist es kein reines Hausärztekollektiv. Da das religiöse Kollektiv aber hauptsächlich als Vergleichskollektiv herangezogen wurde, fällt dieser «methodische Bias» für die vorliegende Studie wenig ins Gewicht. Weiter muss darauf hingewiesen werden, dass es sich um eine reine Fragebogenuntersuchung handelt. Die Studie bildet damit primär die ethische Haltung und nicht die effektiven Entscheidungen ab.

Tabelle 4. Konfessionelle Unterschiede im Umgang mit ethisch umstrittenen Fragen

Ethisch umstrittene Fragestellung	Konfession	Ich habe keine Vorbehalte [%]	Ich habe religiös bedingte Vorbehalte [%]	Ich habe nicht-religiös bedingte Vorbehalte [%]	Ich habe religiöse und nicht-religiös bedingte Vorbehalte [%]
Ärztlich assistierter Suizid	katholisch	12	12	10	66
	reformiert	13,2	18,4	22,4	46,1
	evangelikal	1,6	17,7	0	80,6
<i>Chi-Quadrat (6, N = 188) = 27,93; p = 0,000; CC = 0,360</i>					
Schwangerschaftsabbruch bei angeborenen Fehlbildungen	katholisch	28,0	24	10	38
	reformiert	34,2	19,7	13,2	32,9
	evangelikal	3,2	46,8	1,6	48,4
<i>Chi-Quadrat (6, N = 188) = 32,44; p = 0,000; CC = 0,384</i>					
Schwangerschaftsabbruch bei ungewollter Schwangerschaft	katholisch	18	26	8	48
	reformiert	26,3	19,7	17,1	36,8
	evangelikal	0	27,4	3,2	69,4
<i>Chi-Quadrat (6, N = 188) = 30,62; p = 0,000; CC = 0,374</i>					
Verschreibung empfängnisverhütender Mittel für 14–16-Jährige ohne Einwilligung der Eltern	katholisch	52	0	16	32
	reformiert	64,5	0	17,1	18,4
	evangelikal	35,5	6,5	14,5	43,5
<i>Chi-Quadrat (6, N = 188) = 21,01; p = 0,002; CC = 0,317</i>					
Fixierung am Krankenbett	katholisch	32	2	50	16
	reformiert	35,5	0	48,7	15,8
	evangelikal	46,7	1,7	30	21,7
<i>Chi-Quadrat (6, N = 188) = 7,45; p = 0,281; CC = 0,196</i>					
Gabe stark sedierender Medikamente bei sterbenden Patienten.	katholisch	88	2	4	6
	reformiert	90,8	1,3	2,3	6,6
	evangelikal	85,5	4,8	3,2	6,5
<i>Chi-Quadrat (6, N = 188) = 2,76; p = 0,838; CC = 0,120</i>					
Beendigung künstlicher lebens-erhaltender medizinischer Massnahmen.	katholisch	90	2	2	6
	reformiert	92,1	1,3	1,3	5,3
	evangelikal	88,7	3,2	3,2	4,8
<i>Chi-Quadrat (6, N = 188) = 1,30; p = 0,972; CC = 0,083</i>					

Weitere Forschungsvorhaben zu dieser Thematik sollten auch qualitative Elemente (Interviews) einschliessen, um noch besser zu verstehen, in welcher Weise Religiosität und Spiritualität ethische Entscheidungsprozesse beeinflussen.

Fazit

Die vorliegende Studie leistet einen Beitrag zur Untersuchung des Einflusses von Religiosität und Spiritualität auf ethisch umstrittene medizinische Fragen. Aus den Ergebnissen kann gefolgert werden, dass explizite oder implizite

religiöse Einstellungen die ethische Haltung und damit die Entscheidungsfindung von Schweizer Ärzten beeinflussen. Religiöse Lebenseinstellungen beschränken sich also nicht auf spezifisch religiöse Lebensbereiche, sondern sind integraler Bestandteil des ärztlichen Selbstverständnisses, das zum Beispiel in der Begleitung sterbender Patienten eine zentrale Rolle spielt [3, 4].

Damit wird deutlich, dass der Umgang mit medizinisch umstrittenen Fragen nicht nur durch medizinisches Fachwissen, sondern auch durch grundlegende Werthaltungen mitbestimmt wird. Es scheint uns daher relevant, Wertefragen und damit auch religiöse und spirituelle Lebenshaltungen in der Ausbildung der Ärzte zu

thematisieren. Das neu geschaffene Fachgebiet «Spiritual Care» bildet einen geeigneten Rahmen, um solche Fragestellungen vertieft zu reflektieren.

Key messages

- Die religiöse und spirituelle Ausrichtung von Ärzten beeinflusst die Haltung gegenüber ethisch umstrittenen medizinischen Fragen.
- Je religiöser die Ärzte, desto grösser sind die Vorbehalte hinsichtlich ärztlich assistiertem Suizid, Schwangerschaftsabbruch und dem Verschreiben von Verhütungsmitteln an Minderjährige.
- Die Ausprägung der Vorbehalte hängt auch von der konfessionellen Zugehörigkeit ab. Evangelikale Ärzte haben mehr Vorbehalte als katholische. Am wenigsten Vorbehalte finden sich bei protestantischen Ärzten.

Bibliografie

1. Fischer J: Krankheit und Spiritualität. Schweiz Ärztes 2012; 93: 1672–1675.
2. Spijk P: Krankheit, Gesundheit, Religion und Spiritualität. Schweiz Ärztes 2013; 94: 223–225.
3. Giezendanner S, Jung C, Banderet HR, et al.: General practitioners' attitudes towards essential competencies in end-of-life care: A cross-sectional survey. PLoS One 2017; 12: 12: e0170168.
4. Schnakenberg R, Goeldlin A, Boehm-Stiel C, Bleckwenn M, Weckbecker K, Radbruch L: Written survey on recently deceased patients in Germany and Switzerland: how do general practitioners see their role? BMC Health Serv Res 2016; 16: 22.
5. Utsch M, Bonelli RM, Pfeifer S: Psychotherapie und Spiritualität: Mit existenziellen Konflikten und Transzendenzfragen professionell umgehen. Berlin; Springer; 2014.
6. Büssing A, Kohls N (eds): Spiritualität transdisziplinär: wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit. Berlin; Springer; 2011.
7. Koenig HG: Handbook of Religion and Health. Oxford; Oxford University Press; 2012.
8. Brauer S, Bolliger C, Strub JD: Haltung der Ärzteschaft zur Suizidhilfe. Schweiz Akad Med Wiss; 2014.
9. Tanner S: Ethische Problemstellungen bei pränataler Diagnostik und spätem Schwangerschaftsabbruch aus unterschiedlicher Indikation: eine explorative Interviewstudie zur Wahrnehmung von Konfliktsituationen aus der Perspektive von Ärztinnen, Ärzten und Hebammen. Dissertationsschrift, Universität Basel; 2011.
10. Koenig HG: Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. ISRN Psychiatry. 2012; 278730.
11. Curlin FA, Lawrence RE, Odell S, et al.: Religion, spirituality, and medicine: psychiatrists' and other physicians' differing observations, interpretations, and clinical approaches Am J Psychiatry 2007; 164: 1825–1831.
12. Curlin FA, Nwodin C, Vance JL, Chin MH, Lantos JD: To die, to sleep: US physicians' religious and other objections to physician-assisted suicide, terminal sedation, and withdrawal of life support. Am J Hosp Palliat Care 2008; 25: 112–120.
13. Lawrence MR, Curlin FA: Physicians' beliefs about conscience in medicine: a national survey. Acad Med 2009; 84: 1276–1282.
14. Rasinski KA, Yoon JD, Kalad YG, Curlin FA: Obstetrician-gynecologists' opinions about conscientious refusal of a request for abortion: results from a national vignette experiment. J Med Ethics 2011; 37: 711–714.
15. 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.
16. Lee E, Baumann K: German psychiatrists' observation and interpretation of religiosity/spirituality. Evid Based Complement Alternat Med 2013; 2013: 280168.
17. Hvidt NC, Kørup AK, Curlin FA, et al.: The NERSH International Collaboration on Values in Medicine: Development of Questionnaire, Description of Data Pool, and Review of Publications. Religions 2016; 7: 1–26.
18. Huber S, Huber OW: The centrality of religiosity scale (CRS). Religions 2012; 3: 710–724.
19. Cohen J: A power primer. Psychol Bull 1992; 112: 155–159.
20. Bundesamt für Statistik 2015. Neuchâtel, Schweiz. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/sprachen-religionen/religionen.html>; letzter Zugriff: 07.08.2017.

Manuskript eingereicht: 13.10.2017

Manuskript angenommen: 08.12.2017

Interessenskonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenskonflikt besteht.

Dr. med. René Hefti

Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit
Weissensteinstrasse 30
4900 Langenthal

rene.hefti@rish.ch