

Christian Zwingmann, Constantin Klein

# Deutschsprachige Fragebögen zur Messung von Religiosität/Spiritualität

## Stellenwert, Klassifikation und Auswahlkriterien

Nach einer Erörterung des Stellenwerts von Fragebögen zur Messung von Religiosität/Spiritualität in Forschung und Praxis werden theoretische und methodische Voraussetzungen für einen „guten“ Fragebogen dargestellt. Anschließend wird ein heuristisches Rahmenmodell zu möglichen Einflusswegen von Religiosität/Spiritualität auf Gesundheit vorgestellt mit der Zielstellung, unterschiedliche Komponenten von Religiosität/Spiritualität abzugrenzen. Anschließend werden deutschsprachige Fragebögen zur Erfassung von Religiosität/Spiritualität im Rahmen der Gesundheitsforschung gemäß ihrer jeweiligen Hauptzielrichtung den verschiedenen Komponenten des Rahmenmodells zugeordnet. Diese Klassifikation erleichtert die Identifikation geeigneter Instrumente. Ein kurzer Leitfaden fasst wichtige Kriterien für die Auswahl eines Fragebogens zusammen.

**Religiosität, Spiritualität, Fragebögen, Messinstrumente, Klassifikation**

***German-language questionnaires for the measurement of religiosity/spirituality – Significance, classification, and selection criteria***

*First, the significance and aims of questionnaires for the measurement of religiosity/spirituality in research and practice are discussed. Subsequently, theoretical and methodical conditions for a „good“ questionnaire are explained. We then present a heuristic model which helps to distinguish different components of religiosity/spirituality along a hypothetical path between stressors and health. German-language questionnaires for the measurement of religiosity/spirituality in the context of health research are assigned to these different components. This classification facilitates the identification of adequate instruments according to their primary measurement intention. Finally, a short guidance summarizes important criteria for choosing a measure.*

***religiosity, spirituality, questionnaires, assessment, classification***

Noch Anfang der 1990er Jahre waren im deutschsprachigen Raum Fragebögen zur Erfassung von Religiosität/Spi-

ritualität (RS) kaum verfügbar; häufig wurde – ohne psychometrische Prüfung – mit Ad-hoc-Übersetzungen und

-Indices gearbeitet. Diese missliche Situation hat sich inzwischen geändert. Insbesondere für den Einsatz im Rahmen der Gesundheitsforschung liegen nun eine ganze Reihe deutschsprachiger Neuentwicklungen sowie Übersetzungen und Adaptationen von RS-Fragebögen aus dem angloamerikanischen Sprachraum vor. Die theoretische Fundierung und psychometrische Validierung dieser Skalen bewegt sich zwar auf recht unterschiedlichem Niveau, ist aber insgesamt solide. Diese erfreuliche Entwicklung führt tendenziell zu einer „Qual der Wahl“ bei der Identifikation geeigneter Verfahren. Deshalb werden im vorliegenden Beitrag – nach einer Erörterung des Stellenwerts von RS-Fragebögen in Forschung und Praxis – Hilfestellungen für die Instrumentenauswahl gegeben: Wir erläutern theoretische und methodische Voraussetzungen für einen „guten“ Fragebogen, nehmen auf der Basis eines heuristischen Rahmenmodells eine Klassifikation deutschsprachiger RS-Instrumente vor und fassen wichtige Auswahlkriterien in einem kurzen Leitfaden zusammen.

## 1 Wozu sind Fragebögen zur Messung von Religiosität/Spiritualität zu gebrauchen?

Der Einsatz von Fragebögen zur Messung von RS mag auf Vorbehalte stoßen. Im Editorial eines Sonderhefts der Zeitschrift „Psycho-Oncology“ zum Thema „Spiritual and Religious Beliefs and Coping with Cancer“ for-

mulierten Lederberg und Fitchett (1999, S. 375) eine wesentliche kritische Anfrage so: „Can you measure a sunbeam with a ruler?“ – Kann man einen Sonnenstrahl mit einem Lineal messen? Geht nicht der eigentliche Kern von RS verloren, wenn man diesen Erfahrungsbereich mit Fragebögen zu erfassen sucht?

Fragebögen zur Messung von RS entstammen dem Bereich der empirisch-sozialwissenschaftlichen Forschung. Im empirischen Forschungsprozess ist es unabdingbar, die jeweils interessierenden Merkmale, insbesondere die nicht unmittelbar beobachtbaren Konstrukte, operational zu definieren und zu messen. Ein RS-Fragebogen stellt eine solche Messung dar; die zusammengefassten Antworten auf die Items fungieren als Indikatoren, mit denen auf religiöse/spirituelle Überzeugungen, Einstellungen, Gefühle, Werte oder Verhaltensweisen zurückgeschlossen wird.

Um zur eingangs aufgeworfenen kritischen Anfrage zurückzukehren: Solche Fragebögen sind im optimalen Fall zwar theoretisch fundiert und hinsichtlich ihrer Messeigenschaften überprüft. Sie können die denkbare Vielfalt und Tiefe von RS aber immer nur relativ grob und ausschnittshaft abbilden. Wissenschaftliche Erkenntnisse, die in Untersuchungen mit RS-Fragebögen gewonnen werden, beanspruchen insbesondere auch nicht, einen besseren Zugang zur Beschreibung von Wirklichkeit zu eröffnen als religiöse/spirituelle Erfahrung und Praxis selbst. Sloan (2006, S. B13) drückt dies – etwas überspitzt – so aus:

„Attempts to understand religious experience by scientific means can never be satisfying to religion. They can satisfy only science“. Die religiöse/spirituelle Erfahrungswelt, die im Rahmen von Spiritual Care betreten wird, kann durch die Anwendung von RS-Fragebögen und sozialwissenschaftlichen Methoden also nicht in Frage gestellt werden. Das bedeutet auch: Bei der Thematisierung von Sinnfragen und religiösen/spirituellen Aspekten im Rahmen supportiver Behandlung und Begleitung von Patienten können Gespräche keinesfalls durch den Einsatz von RS-Fragebögen ersetzt werden.

Daran schließt sich folgende Frage an: Zu welchem Zweck sollten im Kontext von Spiritual Care bei (chronisch) Kranken, Pflegebedürftigen oder Sterbenden RS-Fragebogenskalen überhaupt eingesetzt werden?

Das Hauptanwendungsgebiet – so ist zunächst zu betonen – wird wohl jener Bereich bleiben, dem die RS-Fragebögen entstammen, nämlich die empirisch-sozialwissenschaftliche Forschung. Entsprechende Studien setzen die freiwillige und informierte Einwilligung (*informed consent*) der Befragten voraus. Zum Bereich der Forschung gehört – in einem erweiterten Sinn – auch die Anwendungsmöglichkeit, RS-Fragebögen zum Zweck der Qualitätssicherung z. B. im Rahmen routinemäßiger Prä-Post-Befragungen vorzugeben (Hefti, Fischer & Teschner, in diesem Heft). Dies kann insbesondere für Kliniken mit explizit spirituellem Behandlungsschwerpunkt eine sinnvolle Option sein.

Der Einsatz von RS-Fragebögen ist

aber – ebenfalls auf freiwilliger und informierter Basis – auch denkbar, um Gespräche, Betreuung oder umfassende therapeutische Interventionen mit Schwerpunkt auf Lebenssinn und Spiritualität systematisch vorzubereiten oder zu unterstützen: Zum einen können – vorzugsweise relativ kurze – RS-Fragebögen separat oder als Teil eines umfassenderen Screenings verwendet werden, um religiöse/spirituelle Bedürfnisse, Ressourcen oder konflikthafte religiöse/spirituelle Überzeugungen von Patienten überhaupt erst zu identifizieren. Zum anderen können – vorzugsweise umfassendere, mehrdimensionale – RS-Fragebögen eingesetzt werden, um ein individuelles RS-Profil zu erstellen, welches als Ausgangspunkt für ein vertiefendes Gespräch über existenzielle und religiöse/spirituelle Fragen dienen soll. Beide Anwendungsmöglichkeiten fallen in den Bereich der Individualdiagnostik und setzen damit voraus, dass die Fragebogenergebnisse einer Person mit Hilfe von bevölkerungs- oder patientenbezogenen Normwerten interpretiert werden können. Für die meisten deutschsprachigen RS-Fragebögen sind derzeit allerdings (noch) keine Normwerte verfügbar (vgl. Tab. 1). Obwohl sich meist grobe Interpretationshinweise aus publizierten Studien ableiten lassen, schränkt dies die praktische individualdiagnostische Anwendung von RS-Fragebögen erheblich ein.

Als Grundvoraussetzung für den Einsatz von Selbstbeurteilungsinstrumenten ist daran zu erinnern, dass die Befragten in der Lage und bereit sein

müssen, private Überzeugungen ohne willentliche oder unwillentliche Verzerrungen zu offenbaren. Mögliche systematische Fehlerquellen sind vor allem: unzureichende Lese-, Verstehens- oder Introspektionsfähigkeiten, Anforderungscharakteristiken, welche sozial erwünschte Antworten provozieren (s. für den RS-Kontext: Sedikides & Gebauer, 2010), und Antworttendenzen insbesondere wegen nur beiläufiger Teilnahme an der Befragung (Krosnick, 1999). Speziell für RS-Fragebögen ist zu beachten, dass die sprachliche Itemgestaltung bei der jeweiligen Zielpopulation auf Akzeptanz stoßen muss. Religiös oder kirchlich konnotierte Begriffe (z.B.: „Gott“, „Gottesdienst“, „Kirche“, „Gebet“) sprechen nichtreligiöse Personen häufig nicht an, umfassendere oder ungeübte Begrifflichkeiten (z.B.: „transzendente Wirklichkeit“, „spirituelle Quelle“, „Mind-Body-Praxis“) hingegen sowohl bei religiösen, insbesondere kirchennahen als auch bei religiös/spirituell uninteressierten Personen Befremden auslösen. Besondere Schwierigkeiten bereitet die sprachliche Einkleidung, wenn auch Anhänger nicht-theistischer Religionsgemeinschaften (z. B. Buddhisten, Hinduisten) zur Zielgruppe gehören.

## 2 Was ist ein „guter“ Fragebogen zur Messung von Religiosität/Spiritualität?

Wenn RS-Fragebögen in Forschung oder Praxis eingesetzt werden sollen, stellt sich eine weitere Frage: Welcher

RS-Fragebogen ist „gut“; welche Eigenschaften machen eine bestimmte RS-Skala besser als eine andere? Die Beantwortung erfordert die Beachtung sowohl theoretischer als auch methodischer Aspekte, die im Folgenden erläutert werden (vgl. auch Hill, Kopp & Bollinger, 2007).

### Theoretische Aspekte

Es gibt keinen RS-Fragebogen, der für jede Fragestellung oder für jeden praktischen Einsatzzweck gleichermaßen geeignet ist. Vor allem für die Auswahl eines RS-Instruments zum Einsatz in einer empirisch-sozialwissenschaftlichen Studie sind theoretische Vorüberlegungen entscheidend, um die interessierenden Variablen und deren vermutete Beziehungen hinreichend klar zu spezifizieren und die beteiligten RS-Konstrukte operational zu definieren. Erst auf der Grundlage solcher konkretisierender Vorarbeiten kann ein geeigneter RS-Fragebogen identifiziert werden.

Dabei ist zum einen zu beachten, dass Begriffsbestimmung und Abgrenzung von Religiosität und Spiritualität zwischen verschiedenen RS-Instrumenten uneinheitlich sind; teils überschneiden, teils unterscheiden sich die Bedeutungen je nach dem von den Skalenautoren zugrunde gelegten Verständnis. Tendenziell wird unter „Religiosität“ eher eine theistische Bezogenheit auf „Gott“ verstanden, während bei Skalen zu „Spiritualität“ nicht-theistische Transzendenzbezüge oder sogar lediglich sinnstiftende persönliche Überzeugungen auch ohne



Transzendenzbezug betont werden. Leider ist in Publikationen zu RS-Fragebögen eine klare konzeptionelle und definitorische Basis eher selten zu finden. Daher ist es meist unerlässlich, selbst semantische Analysen der zugrunde liegenden Items vorzunehmen, um zu entscheiden, ob das Instrument zur eigenen operationalen RS-Definition passt. Die Überprüfung der sprachlichen Itemgestaltung ist auch erforderlich, um abschätzen zu können, ob ein RS-Fragebogen bei der jeweiligen Zielpopulation Akzeptanz findet. Neben sehr allgemeinen Iteminhalten, die auch von nichtreligiösen Personen problemlos beantwortet werden dürften, finden sich häufig Formulierungen, die – in christlich-jüdischer Tradition – den Glauben an einen (persönlichen) Gott voraussetzen.

Quer zu der Unterscheidung zwischen Religiosität und Spiritualität lassen sich zum anderen verschiedene RS-Komponenten differenzieren. Die theoretischen Vorüberlegungen müssen also auch die Frage klären, welche Komponente(n) erfasst werden soll(en). RS-Fragebogenskala lassen sich danach klassifizieren, welche RS-Komponente ihre Hauptzielrichtung darstellt. Vor dem Hintergrund gesundheitsbezogener Fragestellungen sind vor allem folgende fünf Komponenten relevant: RS-Intensität/-Zentralität, RS-Ressourcen/-Risiken, RS-Bedürfnisse, RS bei der Belastungsbewältigung und RS-Verhalten sowie RS als Facette der Gesundheit. Diese fünf RS-Komponenten werden in Kapitel 2

unter Bezug auf ein heuristisches Rahmenmodell abgeleitet.

### Methodische Aspekte

Jeder Fragebogen und damit auch jeder RS-Fragebogen, der für den wissenschaftlichen oder praktischen Einsatz vorgesehen wird, muss hinsichtlich seiner Messeigenschaften überprüft worden sein. Die wichtigsten psychometrischen Gütekriterien sind Reliabilität und Validität.

Reliabilität (Zuverlässigkeit) bezieht sich auf die Messgenauigkeit einer Fragebogenskala (Schermelleh-Engel & Werner, 2007). Je kleiner der Messfehler, desto größer die Reliabilität. Der auf korrelativer Grundlage ermittelte Reliabilitätskoeffizient kann einen Wert zwischen Null und Eins annehmen. Der Reliabilitätskoeffizient einer guten Fragebogenskala sollte möglichst über .80 liegen; gelegentlich sind auch Werte um .70 akzeptabel. Es gibt verschiedene Methoden zur Bestimmung der Reliabilität: Die häufigste Variante ist die Ermittlung der internen Konsistenz, welche in der Regel durch den Koeffizienten Cronbachs  $\alpha$  quantifiziert wird. Die interne Konsistenz wird umso höher, je höher die durchschnittliche Korrelation aller Items einer homogenen Fragebogenskala ist und je mehr Items eine Fragebogenskala umfasst. Das Ausmaß der Reliabilität kann außerdem dadurch ermittelt werden, dass die Fragebogenskala derselben Stichprobe in einem gewissen zeitlichen Abstand (üblicherweise zwischen zwei Wochen und sechs Monaten) zweimal vorgegeben und die Kor-

relation dieser beiden Messungen berechnet wird; das Ergebnis wird als Retest-Reliabilität  $r_{tt}$  bezeichnet. Die Berechnung der Retest-Reliabilität ist nur bei dispositionellen Merkmalen adäquat, da vorausgesetzt werden muss, dass das zu messende Konstrukt zwischen den beiden Messzeitpunkten relativ stabil ist. In Abhängigkeit vom Zeitintervall zwischen den beiden Messungen ist allerdings mit Störeinflüssen zu rechnen, die sich reliabilitätsverändernd auswirken können. Um die Retest-Reliabilität beurteilen zu können, sollten daher die Retest-Intervalle stets mit angegeben werden. Während sich Angaben zur internen Konsistenz bei allen verfügbaren deutschsprachigen RS-Fragebögen finden (vgl. Tab. 1), wird die Retest-Reliabilität deutlich seltener ermittelt. Validität (Gültigkeit) bezieht sich darauf, inwieweit die inhaltlichen Interpretationen, die auf Basis der Fragebogendaten vorgenommen werden, tatsächlich gerechtfertigt sind (Hartig, Frey & Jude, 2007). Die Frage nach der Validität einer Fragebogenskala kann durch die Angabe einzelner Koeffizienten nicht erschöpfend beantwortet werden. Vielmehr handelt es sich bei der Validität um ein integrierendes bewertendes Urteil, welches auf verschiedenartige empirische Belege und theoretische Argumente Bezug nimmt. Die wichtigsten Aspekte der Validität werden unter den Begriffen Inhalts-, Konstrukt- und Kriteriumsvalidität zusammengefasst: Inhaltsvalidität bezieht sich auf das Verhältnis zwischen dem zu erfassenden Merkmal und den Itemhalten. Unter Konstruktvalidität

versteht man, dass die Messwerte eines Fragebogens bezogen auf ein theoretisch definiertes Konstrukt interpretiert werden können. Zur Beurteilung der Konstruktvalidität werden unter anderem hohe Korrelationen mit anderen Operationalisierungen des Konstrukts (konvergente Validität), niedrige Korrelationen mit Operationalisierungen unabhängiger Konstrukte (diskriminante/divergente Validität) sowie exploratorische und konfirmatorische Belege für die angenommene ein- bzw. mehrdimensionale Struktur der Fragebogenitems (faktorielle Validität) herangezogen. Bei der Kriteriumsvalidität schließlich stehen Fragen im Mittelpunkt, die sich auf diagnostische Entscheidungen auf Basis der Fragebogendaten beziehen.

Je nach Anwendungszweck eines Fragebogens sind möglicherweise weitere Gütekriterien zu beachten. Wenn eine Fragebogenskala z.B. in der Lage sein soll, Veränderungen über die Zeit abzubilden, ist ein spezieller Aspekt der Validität, nämlich die Änderungssensitivität, besonders relevant (Igl, Zwingmann & Faller, 2005). Hingewiesen wurde bereits darauf, dass für den individualdiagnostischen Einsatz eine Normierung des Fragebogens erforderlich ist. Normwerte bilden ein Bezugssystem, mit dessen Hilfe die individuellen Fragebogenwerte im Vergleich zu den Merkmalsausprägungen ähnlicher Personen eingeordnet und interpretiert werden können (Goldhammer & Hartig, 2007). Um zu beurteilen, ob ein Fragebogen als Screening-Instrument geeignet ist, müssen zudem anhand eines validen Außen-



kriteriums Sensitivität und Spezifität untersucht werden (Faller, 2005).

### 3 Heuristisches Rahmenmodell zur Abgrenzung verschiedener Komponenten von Religiosität/Spiritualität

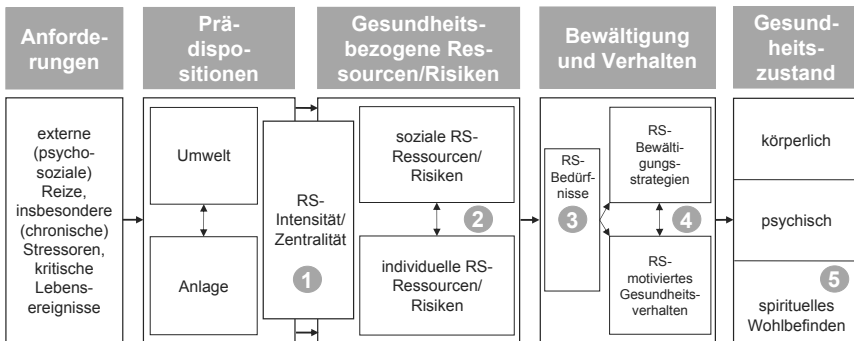
Zahlreiche Studien vor allem US-amerikanischer Provenienz haben seit Anfang der 1990er Jahre den Zusammenhang zwischen RS und vor allem psychischer, aber auch körperlicher Gesundheit untersucht. Überwiegend zeigen sich dabei positive Zusammenhänge, für spezifische RS-Aspekte werden aber auch negative Zusammenhänge berichtet (im Überblick: Klein & Albani, 2011a, 2011b). Im Anschluss an diese Ergebnisse haben verschiedene Autoren diskutiert, welche vermittelnden Variablen zwischen den Konstrukten RS und Gesundheit lie-

gen, wie also RS die Gesundheit – positiv oder negativ – beeinflussen könnte. Mögliche Erklärungsansätze lassen sich – wie in Abbildung 1 veranschaulicht – in ein heuristisches Rahmenmodell einordnen (Klein & Albani, 2011a, 2011b; Zwingmann, Klein und Büssing, 2011). Dieses Rahmenmodell nimmt in vereinfachter Form die Grundgedanken des Diathese-Stress-Modells (Zuckerman, 1999) und des Coping-Modells (Lazarus & Folkman, 1984) auf.

Das Rahmenmodell in Abbildung 1 geht davon aus, dass der Gesundheitszustand einer Person das Ergebnis ihrer Reaktionen auf externe belastende Reize und Anforderungen ist, insbesondere auf alltägliche oder chronische Stressoren und kritische Lebensereignisse. Die Reaktionen bestehen aus mehreren interagierenden Faktoren:

- Hierzu zählen zunächst individuelle, entweder in der Sozialisation

**Abbildung 1:** Heuristisches Rahmenmodell zur Veranschaulichung möglicher Einflusswege von Religiosität/Spiritualität (RS) auf Gesundheit (in Anlehnung an Klein & Albani, 2011a, 2011b; Zwingmann, Klein & Büssing, 2011)



erworbene oder durch Vererbung bestimmte *Prädispositionen*.

- Darüber hinaus beeinflussen sowohl soziale als auch individuelle gesundheitsbezogene Ressourcen bzw. Risiken, wie die Person auf die Anforderungen reagieren kann. Im RS-Kontext kann als soziale gesundheitsbezogene Ressource zunächst die eigene religiöse/spirituelle Gemeinschaft als direkte Quelle sozialer Unterstützung genannt werden. Ferner können auch persönliche Vorstellungen von Gott oder anderen transzendenten Entitäten als zwar imaginierte, vom Gläubigen aber für existent erachtete soziale Ressource angesehen werden. Individuelle gesundheitsbezogene Ressourcen können religiöse/spirituelle Deutungsmuster sein, die z. B. ein hohes Selbstwertgefühl oder ein starkes Kohärenzgefühl sensu Antonovsky (1987) ermöglichen. All diese Faktoren können sich natürlich auch belastend und damit als Risiken auswirken – z. B. bei sozialer Kontrolle in einer religiösen/spirituellen Gemeinschaft, bei mit Angst- und Schuldgefühlen verbundenen Gottesvorstellungen oder bei bedrohlichen Elementen in religiösen/spirituellen Wirklichkeitsdeutungen.
- Unter Rückgriff auf Prädispositionen und gesundheitsbezogene Ressourcen zeigt sich der konkrete Umgang mit gesundheitlichen Belastungen schließlich in eher intervenierenden *Bewältigungsstrategien* und in einem eher präventiv orientierten *Gesundheitsverhalten*. Im RS-

Kontext sind bei den Bewältigungsstrategien die vielfältigen Möglichkeiten religiösen Copings und beim Gesundheitsverhalten z. B. die Befolgung spezifischer religiöser/spiritueller Verhaltensrichtlinien wie die Forderung nach Enthaltbarkeit und Mäßigung zu nennen. Hier ist ebenfalls zu betonen, dass religiöse Coping-Strategien und religiös/spirituell motiviertes Gesundheitsverhalten auch ungünstige Auswirkungen haben können – z. B. durch sogenanntes negatives religiöses Coping oder durch Ablehnung medizinischer Interventionen. Sowohl Bewältigungsstrategien als auch Gesundheitsverhalten können vor allem in bedrohlichen Krankheits- und Krisensituationen durch religiöse/spirituelle *Bedürfnisse* angestoßen werden.

- Das komplexe, individuelle Zusammenspiel der genannten Komponenten – Reize und Anforderungen, Prädispositionen, soziale und individuelle gesundheitsbezogene Ressourcen sowie Bedürfnisse, Bewältigungsstrategien und Gesundheitsverhalten – bestimmt den *Gesundheitszustand* einer Person. Neben der grundlegenden Unterscheidung zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit wurde vorgeschlagen, das spirituelle Wohlbefinden als zusätzliche Facette des Gesundheitszustands abzugrenzen.
- Angesichts der Fülle der Befunde zur gesundheitlichen Bedeutung verinnerlichter Religiosität ist die *Intensität* oder *Zentralität* der religiösen/spirituellen Orientierung





prominent im Modell verankert – zwischen Prädispositionen und gesundheitsbezogenen Ressourcen, weil sie beiden Komponenten zugeordnet werden kann. Bei höherer Zentralität können alle nachfolgenden religiösen/spirituellen Aspekte des Modells vielfältiger und differenzierter zum Tragen kommen. Folgt man der Konzeptualisierung von Huber (2003), umfasst Zentralität stets mehrere religiöse/spirituelle Ausdrucksformen, die als Intellekt, Ideologie, Erfahrung sowie öffentliche und private Praxis bezeichnet werden können.

#### 4 Klassifikation deutschsprachiger Fragebögen zur Erfassung von Religiosität/Spiritualität

Die im Rahmen der Gesundheitsforschung verfügbaren deutschsprachigen Fragebögen zur Erfassung von RS können – wie in Tabelle 1 im Überblick dargestellt – gemäß ihrer jeweiligen, allerdings nicht immer scharf abgrenzbaren – Hauptzielrichtung den verschiedenen Komponenten des Rahmenmodells zugeordnet werden. Die Klassifikation in Tabelle 1 kann somit helfen, Instrumente für eine bestimmte RS-Komponente auszuwählen. Folgende Leitfragen liegen den Messungen in den einzelnen Komponenten zugrunde:

- *RS-Ressourcen/-Risiken* (Nr. 2 in Abb. 1): Inwieweit stehen den betreffenden Personen RS-bezogene Ressourcen sozialer oder individueller Art für die Belastungsbewältigung zur Verfügung? Welche RS-bezogenen Risiken können identifiziert werden?
- *RS-Bedürfnisse* (Nr. 3 in Abb. 1): Welche religiösen/spirituellen Bedürfnisse äußern Personen in akuten oder chronischen Krankheits- und Krisensituationen oder Patienten in der terminalen Phase?
- *RS bei der Belastungsbewältigung und RS-Verhalten* (Nr. 4 in Abb. 1): Wie setzen die betreffenden Personen RS bei der Belastungsbewältigung ein? Werden spezifische Coping-Strategien benutzt? Gibt es religiös motiviertes Gesundheitsverhalten?
- *RS als Facette der Gesundheit* (Nr. 5 in Abb. 1): Wie lässt sich – vor oder nach einer Intervention bzw. im Krankheits- und Gesundungsverlauf – die RS der betreffenden Personen als Facette ihrer subjektiven Gesundheit beschreiben?

In Tabelle 1 sind deutschsprachige RS-Fragebögen bzw. -Teilskalen enthalten, die nach unserem Kenntnisstand im Rahmen der Gesundheitsforschung entwickelt oder eingesetzt wurden und die einen gewissen Reifegrad erreicht haben. Allerdings variieren theoretische Fundierungen, Validierungsbemühungen, Einsatzhäufigkeiten und Weiterentwicklungen beträchtlich. Für jedes RS-Instrument werden folgende Aspekte gelistet: Kurzbezeichnung nebst Autor/Über-

setzer bzw. Ansprechpartner; eine grobe Zuordnung, ob eher „religiöse“ oder eher „spirituelle“ Aspekte betont werden; eine Angabe, ob es sich um eine originär deutschsprachige Publikation, eine reine Übersetzung oder eine Adaptation unter Anlehnung an ein (meist amerikanisches) Vorbild handelt; die Anzahl der Skalen bzw. empirisch gefundenen Dimensionen; die Anzahl der Items; interne Konsistenzen (Cronbachs  $\alpha$ ); Angabe, ob Normwerte verfügbar sind. Innerhalb der RS-Komponenten werden zunächst die „religiösen“, dann die „spirituellen“ Fragebögen aufgeführt; ansonsten erfolgt die Reihung alphabetisch.

Aus Tabelle 1 geht hervor, dass für die verschiedenen RS-Komponenten teilweise unterschiedlich viele Instrumente zur Verfügung stehen; insbesondere liegt für die Erfassung von RS-Bedürfnissen derzeit nur ein deutschsprachiger Fragebogen vor. Auch soziale RS-Ressourcen/-Risiken und religiös/spirituell motiviertes Gesundheitsverhalten sind als RS-Teilkomponenten unzureichend abgedeckt (lediglich im SBI-15R werden soziale RS-Ressourcen erfragt). Ferner gibt es – außer bei RS als Facette der Gesundheit – mehr Fragebögen, die „religiöse“ Aspekte betonen, als „spirituelle“ Ansätze.

Eine vertiefende Darstellung der RS-Instrumente in Tabelle 1 kann hier nicht vorgenommen werden. Der interessierte Leser sei auf den relativ aktuellen Review von Zwingmann, Klein und Höfling (2011) verwiesen, in dem die meisten der in Tabelle 1 aufgeführ-

ten Instrumente unter Angabe wichtiger psychometrischer Ergebnisse beschrieben werden. Einige weiterführende Informationen findet man auch im vorliegenden Heft: Die Z-Skala, die I-Skala sowie die Skalen DGBR, TPV und U-DSES-D werden im Beitrag von Klein, Gottschling und Zwingmann (in diesem Heft) miteinander verglichen. Büssing (in diesem Heft) diskutiert Messverfahren für spirituelle Bedürfnisse chronisch Kranker und stellt unter anderem den deutschsprachigen SpNQ vor.

In Tabelle 1 nicht enthalten sind Fragebögen zur Erfassung von Sinnfindung, Lebenssinn und Kohärenz. Geeignete deutschsprachige oder ins Deutsche übersetzte Instrumente in diesem Bereich sind der *Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn* (LeBe; Schnell & Becker, 2007; lediglich 2 von 26 Teilskalen in Tabelle 1 gelistet), die deutsche Adaptation des *Life Attitude Profile-Revised* (LAP-R; Mehnert, Müller & Koch, 2007) und die auf dem Konzept der Salutogenese von Antonovsky (1987) basierende *Sence of Coherence Scale* (SOC), die in verschiedenen deutschsprachigen Kurzformen vorliegt (Moock, Kohlmann & Abel, 2008).

## 5 Fazit: Ein kurzer Leitfaden zur Auswahl eines Fragebogens zur Erfassung von Religiosität/Spiritualität

Zusammenfassend ergeben die im vorliegenden Beitrag angesprochenen Kriterien zusammen mit einigen er-

**Tabelle 1:** Deutschsprachige RS-Fragebögen/-Skalen, zugeordnet zu verschiedenen RS-Komponenten

Kurzbezeichnung (Autor)	R/S	D/Ü/A	Skalen	Items	$\alpha$	Normwerte
<b>RS-Intensität/-Zentralität</b>						
DBGR (Maiello)	R	D	1	5	.85	nein
I-Skala (verschiedene)	R	mehrere Ü	1	6/9	.77-.94	nein
I-Skala, rev. (Zwingmann)	R	Ü	1	8	.84-.85	nein
LeBe – Religiosität (Schnell)	R	D	1	3	.94	ja
Z-Skala, Z-10 (Huber)	R	D	5	10	.89-.94	nein
Z-Skala, Z-15 (Huber)	R	D	5	15	.92-.96	nein
Z-Skala, Z-7 (Huber)	R	D	1	7	.84	in Vorb.
LeBe – Spiritualität (Schnell)	S	D	1	5	.68	ja
TCI – Selbsttranszendenz (Cloninger)	S	Ü	3	33	.66-.86	ja
TPV (Belschner)	S	D	1-2	11	.93-.95	nein
<b>RS-Ressourcen/-Risiken</b>						
FRE (Schowalter)	R	Ü	3	17	.76-.91	nein
MI-RSB 48 – Allgemeine Religiosität (Unterrainer)	R	D	1	8	.94	in Vorb.
MMRI-3 – Skala 1 (Grom)	R	D	1	14	.96	nein
PSP (Dörr)	R	D	3	21	.74-.87	nein
SBI-15R (Albani)	R	mehrere Ü	1-2	15	≥ .88	nein
SGrC – Gefühle (Murken)	R	D	3	15	.84-.96	nein
SGrC – Verhalten (Murken)	R	D	2	15	.76-.95	nein
SpREUK-15 (Büssing)	S	D	3	15	.86-.94	nein
U-DSES-D (Moosbrugger)	S	Ü	1-2	16	.95	nein
<b>RS-Bedürfnisse</b>						
SpNQ (Büssing)	S	D	4	19	.82-.90	nein
<b>RS bei der Belastungsbewältigung</b>						
RBI (Kremer)	R	A	6	34	.74-.94	nein
RCOPE (Lehr)	R	Ü	2	14	.84-.91	nein
RCOPE (Winter)	R	A	2	15	.66-.90	nein
RPS (Dörr)	R	Ü	3	18/36	.84-.94	nein
R-S-T – Gebet (Huber)	R	A	3	7	.72-.75	nein
SGrC – rel. Coping (Murken)	R	A	2	12	.91-.97	nein
<b>RS als Facette der Gesundheit</b>						
MI-RSB 48 (Unterrainer)	R/S	D	6	48	.73-.94	in Vorb.
FACIT-Sp (Wasner)	S	Ü	2-3	12	≥ .80	nein
SELT-M – Spiritualität (Wegberg)	S	D	1	8	.73	nein
SWBS (Mehnert)	S	mehrere Ü	2-3	20	.82-.93	nein
WHOQOL-100 – RS (Angermeyer)	S	Ü	1	4	≥ .86	ja

R = Religiosität, S = Spiritualität, D = originär deutschsprachig, Ü = Übersetzung, A = Adaptation,  $\alpha$  = Cronbachs  $\alpha$ . Schlüsselpublikationen: DBGK: Maiello (2007); I-Skala: Zwingmann, Hellmeister & Ochsman (1994); I-Skala, rev.: Zwingmann, Rumpf, Moosbrugger & Frank, 1996; LeBe: Schnell & Becker (2007); Z-Skala: Huber (2003, 2004, 2008a, 2008b); TCI: Cloninger, Przybeck, Svrakic & Wetzel, 1999; TPV: Belschner (1999); FRE: Schowalter, Richard, Murken, Sens & Rüdell (2003); MI-RSB 48: Unterrainer, Huber, Ladenhauf, Wallner & Liebmann (2010); MMRI-3: Zwingmann et al. (2004); PSP: Dörr (2001); SBI-15R: Albani et al. (2002); SGrC: Murken, Möschl, Müller & Appel (2011); SpREUK-15: Büssing (2010); U-DSES-D: s. hierzu Zwingmann, Klein & Höfling (2011); SpNQ: Büssing, Janko, Kopf, Lux & Frick (2012); RBI: Kremer (2001); RCOPE: Lehr, Fehlberg, Hess & Fix (2007); Winter (2006); RPS: Dörr (2001); R-S-T: Huber (2008a); FACIT-Sp: Wasner (2008); SELT-M: Wegberg et al. (1998); SWBS: Mehnert & Koch (2001); WHOQOL-100: Angermeyer, Kilian & Matschinger (2000).

gänzenden Punkten einen kurzen Leitfaden, der – ohne absoluten Anspruch – als Checkliste für die Auswahl eines RS-Fragebogens dienen kann (vgl. auch Hill, Kopp & Bollinger, 2007):

1. Spezifiziere für Deine empirische Untersuchung die theoretischen Hintergründe, die Fragestellung(en) sowie die relevanten Variablen und deren vermutete Zusammenhänge so genau wie möglich bzw. beschreibe den praktischen Einsatzzweck für das gesuchte Messinstrument! Entwickle dabei eine konkrete operationale RS-Definition!
2. Entwickle eine klare Konzeption, welche spezifische(n) RS-Komponente(n) (RS-Intensität/Zentralität, RS-Ressourcen/Risiken, RS-Bedürfnisse, RS bei der Belastungsbewältigung und RS-Verhalten, RS als Facette der Gesundheit) erhoben werden soll(en)! Sollen auch Beziehungen zwischen verschiedenen RS-Komponenten untersucht werden?
3. Verschaffe Dir Informationen über die Zielpopulation! Wie ist ihre mutmaßliche Zusammensetzung hinsichtlich Alter, Konfessionszugehörigkeit, Kirchlichkeit, religiöser Verbundenheit sowie spiritueller Werten und Erfahrungen?
4. Finde heraus, auf welcher theoretischen Grundlage die in Frage kommenden RS-Fragebögen entwickelt wurden und wie dabei die Begriffe „Religiosität“ und/oder „Spiritualität“ explizit und implizit definiert und konzeptualisiert werden! Vorsicht: Fragebennamen und Skalenbezeichnungen können in die Irre führen! Überprüfe, wie sich das jeweilige Begriffsverständnis in den Itemformulierungen niederschlägt!
5. Überlege, ob die Itemformulierungen von Deiner Zielpopulation akzeptiert und ohne größere Schwierigkeiten beantwortet werden können! Gibt es in den Items kritische Begriffe, die zu arbiträren Antworten, fehlenden Werten oder Bearbeitungsabbrüchen führen können? Ist es bei sehr heterogener Zusammensetzung der Zielpopulation eventuell möglich, mit unterschiedlichen Fragebögen zu arbeiten?
6. Verschaffe Dir zu den in Frage kommenden RS-Fragebögen einen Überblick über die relevanten psychometrischen Gütekriterien! Wie ist der jeweilige Stand der Validierung? Sind die Validierungsschritte gut nachvollziehbar? Liegen Normwerte aus relevanten Populationen vor? Gibt es Vergleichswerte aus nationalen und internationalen Studien, die zur Interpretation der Ergebnisse herangezogen werden können? Liegen dokumentierte Erfahrungen zu dem vorgesehenen praktischen Einsatzzweck vor?
7. Beachte den Fragebogenumfang! Wie viele Items umfassen die in Frage kommenden RS-Fragebögen? Ist die voraussichtliche Beantwortungsdauer des Gesamtfragebogens zumutbar?
8. Sei flexibel und kreativ, aber nicht zu kreativ! Es kann vernünftig sein, vorliegende RS-Instrumente anzupassen, z. B. durch die Auswahl von

Teilskalen, Veränderungen der Instruktion oder sogar durch das Ersetzen kritischer Begriffe in den Itemformulierungen. Durch solche Maßnahmen können sich die Messeigenschaften des jeweiligen Fragebogens allerdings ändern. Führe deshalb solche Schritte äußerst behutsam und erst dann durch, wenn die Recherche nach Alternativen ergebnislos war!

9. Führe vor dem endgültigen Einsatz der ausgewählten RS-Skalen Pretests durch, um herauszufinden, ob die Instrumente in der Zielpopulation funktionieren!

## Literatur

- Albani C, Bailer H, Blaser G, Geyer M, Brähler E, Grulke N (2002) Erfassung religiöser und spiritueller Einstellungen – Anwendung der deutschen Version des „Systems of Belief Inventory“ (SBI-15R-D) von Holland et al. in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. *Psychother Psychosom Med Psychol* 52:306–313.
- Angermeyer MC, Kilian R, Matschinger H (2000) WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO-Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität. Göttingen: Hogrefe.
- Antonovsky A (1987) *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Belschner W (1999) *Die Skala Transpersonales Vertrauen TPV*. Oldenburg: Universität Oldenburg.
- Büssing A (2010) Spirituality as a resource to rely on in chronic illness: The SpREUK Questionnaire. *Religions* 1:9–17.
- 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.
- Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD (1999) *Das Temperament- und Charakter-Inventar (TCI), Manual*. Frankfurt/M.: Swets Test Services.
- Dörr A (2001) *Religiosität und psychische Gesundheit. Zur Zusammenhangsstruktur spezifischer religiöser Konzepte*. Hamburg: Kovač.
- Faller H (2005) Sensitivität, Spezifität, positiver und negativer Vorhersagewert. *Rehabilitation (Stuttg)* 44:44–49.
- Goldhammer F, Hartig J (2007) Interpretation von Testresultaten und Testeichung. In: Moosbrugger H, Kelava A (Hrsg.) *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Heidelberg: Springer. S. 165–192.
- Hartig J, Frey A, Jude N (2007) Validität. In: Moosbrugger H, Kelava A (Hrsg.) *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Heidelberg: Springer. S. 135–163.
- Hill PC, Kopp KJ, Bollinger RA (2007) A few good measures: Assessing religion and spirituality in relation to health. In: Plante TG, Thoresen CE (Eds.) *Spirit, science, and health. How the spiritual mind fuels physical wellness*. Westport, CT: Praeger. S. 25–38.
- Huber S (2003) *Zentralität und Inhalt. Ein neues multidimensionales Messmodell der Religiosität*. Opladen: Leske + Budrich.
- Huber S (2004) *Zentralität und Inhalt. Eine Synthese der Messmodelle von Allport und Ross*. In: Zwingmann C, Moosbrugger H (Hrsg.), *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung. Neue Beiträge zur Religionspsychologie*. Münster: Waxmann. S. 79–105.
- Huber S (2008a) *Der Religiositäts-Struktur-Test (R-S-T). Systematik und operationale Konstrukte*. In: Gräb W, Charbonnier L (Hrsg.) *Individualisierung – Spiritualität – Religion. Transformationsprozesse auf dem religiösen Feld in interdisziplinärer Perspektive*. Münster: Lit. S. 137–171.
- Huber S (2008b) *Kerndimensionen, Zentralität und Inhalt. Ein interdisziplinäres Modell*

- der Religiosität. *J Psychol* 16(3): Article 05 (nur online verfügbar).
- Igl W, Zwingmann C, Faller H (2005) Änderungssensitivität. *Rehabilitation* (Stuttg) 44:100–106.
- Klein C, Albani C (2011a) Die Bedeutung von Religion für die psychische Befindlichkeit: Mögliche Erklärungsansätze und allgemeines Wirkmodell. *Zeitschrift Nachwuchswiss* 3:7–58.
- Klein C, Albani C (2011b) Religiosität und psychische Gesundheit – empirische Befunde und Erklärungsansätze. In: Klein C, Berth H, Balck F (Hrsg.) *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Weinheim: Juventa. S. 212–242.
- Kremer R (2001) Religiosität und Schlaganfall. *Bewältigen religiöse Menschen anders?* Frankfurt/M.: Lang.
- Krosnick JA (1999) Survey research. *Annu Rev Psychol* 50:537–567.
- Lazarus RS, Folkman S (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lederberg MS, Fitchett G (1999) Can you measure a sunbeam with a ruler? *Psychooncol* 8:375–377.
- Lehr D, Fehlberg E, Hess K, Fix C (2007). Wege religiöser Bewältigung – Bericht über die deutsche Adaptation des RCOPE. *Verhaltenstherapie* 17(suppl. 1):55.
- Maiello C (2007) Messung und Korrelate von Religiosität. *Beziehungen zwischen Glaubensintensität und psychologisch, pädagogisch, soziologisch sowie medizinisch relevanten Variablen*. Münster: Waxmann.
- Mehnert A, Koch U (2001) Religiosität und psychische Befindlichkeit – Überprüfung von Instrumenten zur Erfassung von Religiosität. *Z Med Psychol* 10:171–182.
- Mehnert A, Müller D, Koch U (2007) Die Erfassung von sinnbasierten Bewältigungsstrategien und Lebenseinstellungen. Die deutsche Adaptation des Life Attitude Profile-Revised (LAP-R) an einer repräsentativen Stichprobe und Brustkrebspatientinnen. *Z Klin Psychol Psychother* 36:176–188.
- Moock J, Kohlmann T, Abel T (2008) SOC – Sense of Coherence Scale. In: Bengel J, Wirtz M, Zwingmann C (Hrsg.) *Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation*. Göttingen: Hogrefe. S. 116–119.
- Murken S, Möschl K, Müller C, Appel C (2011) Entwicklung und Validierung der Skalen zur Gottesbeziehung und zum religiösen Coping. In: Büssing A, Kohls N (Hrsg.) *Spiritualität transdisziplinär. Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit*. Heidelberg: Springer. S. 75–91.
- Schermelleh-Engel K, Werner C (2007) Methoden der Reliabilitätsbestimmung. In: Moosbrugger H, Kelava A (Hrsg.) *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Heidelberg: Springer. S. 113–133.
- Schnell T, Becker P (2007) Der Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn (LeBe). Göttingen: Hogrefe.
- Schwalter M, Richard M, Murken S, Senst R, Rüdell H (2003) Die Integration von Religiosität in die psychotherapeutische Behandlung bei religiösen Patienten – ein Klinikvergleich. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 51:361–374.
- Sedikides C, Gebauer JE (2010) Religiosity as self-enhancement: A meta-analysis of the relation between socially desirable responding and religiosity. *Pers Soc Psychol Rev* 14:17–36.
- Sloan RP (2006) The critical distinction between science and religion. *Chronicle Rev* 53(11):B13.
- Unterrainer H-F, Huber H-P, Ladenhauf KH, Wallner-Liebmann SJ, Liebmann PM (2010) MI-RSB 48. Die Entwicklung eines multidimensionalen Inventars zum religiös-spirituellen Befinden. *Diagnostica* 56:82–93.
- Wasner M (2008) Bedeutung von Spiritualität und Religiosität in der Palliativmedizin. Auseinandersetzung mit der eigenen Spiritualität – hilfreich für Patienten und Betreuer. Saarbrücken: VDM.
- Wegberg B van, Bacchi M, Heusser P, Helwig S, Schaad R, Rohr E von, Bernhard J, Hüry C, Castiglione M, Cerny T (1998) The cognitive-spiritual dimension, an important addition to the assessment of quality of life: Validation of a questionnaire (SELTm) in patients with advanced cancer. *Ann Oncol* 9:1091–1096.



Winter UC (2006) „Wohin soll ich mich wenden in meiner Not?“. Die Rolle der Religiosität bei der Bewältigung kritischer Lebensereignisse sowie Impulse für eine pastorale Krisenintervention – eine pastoralpsychologische Studie. Berlin: dissertation.de

Zuckerman M (1999) Vulnerability to psychopathology. A biosocial model. Washington, DC: American Psychological Association.

Zwingmann C, Grom B, Schermelleh-Engel K, Madsen R, Schmitz E, Moosbrugger H (2004) Das Münchner Motivationspsychologische Religiositätsinventar: Dimensionsanalytische Prüfung und Revision. In: Zwingmann C, Moosbrugger H (Hrsg.) Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung. Neue Beiträge zur Religionspsychologie. Münster: Waxmann. S. 57–77.

Zwingmann C, Hellmeister G, Ochsmann R (1994) Intrinsische und extrinsische religiöse Orientierung. Fragebogenskalen zum Einsatz in der empirisch-religionspsychologischen Forschung. *Z Diff Diag Psychol* 15:131–139.

Zwingmann C, Klein C, Büssing A (2011) Measuring religiosity/spirituality: Theoretical differentiations and categorization of instruments. *Religions* 2:345–357.

Zwingmann C, Klein C, Höfling V (2011) Messung von Religiosität/Spiritualität im Rahmen

der Gesundheitsforschung. In: Klein C, Berth H, Balck F (Hrsg.) *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Weinheim: Juventa. S. 65–91.

Zwingmann C, Rumpf M, Moosbrugger H, Frank D (1996) Das I-E-Konzept: Wege aus der Krise? Religiöse Orientierungen und Glaubensinhalte. In: Moosbrugger H, Zwingmann C, Frank D (Hrsg.) *Religiosität, Persönlichkeit und Verhalten. Beiträge zur Religionspsychologie*. Münster: Waxmann. S. 97–114.

---

**Prof. Dr. Dr. Christian Zwingmann**  
Professor für Empirische Sozialforschung  
Evangelische Fachhochschule Rheinland-  
Westfalen-Lippe, Bochum  
zwingmann@efh-bochum.de

**Constantin Klein**  
Dipl.-Psych. Dipl.-Theol.  
Wissenschaftlicher Mitarbeiter  
Abteilung Theologie, Fakultät für Geschichtswissenschaft, Philosophie und Theologie  
Universität Bielefeld  
constantin.klein@uni-bielefeld.de

---