

Aus der Klinik für Anästhesiologie
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Benedikt Pannen

**Spirituelle Kompetenzen von Gesundheitspersonal in der
Notfall- und Intensivversorgung
– eine prospektive Fragebogenstudie**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von
Laura Kathrin Lanhenke
2026

Als Inauguraldissertation gedruckt mit der Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
gez.:

Dekan: Prof. Dr. med. Nikolaj Klöcker

Erstgutachter: Prof. Dr. med. Martin Neukirchen

Zweitgutachter: Prof. Dr. med. Kerim Beseoglu

Für meine Eltern in Liebe und Dankbarkeit

Teile dieser Arbeit wurden veröffentlicht:

J. Schwartz, T. Tenge, K. Lanhenke, S. Meier, M. Schallenburger, Y.-N. Batzler, T. Roser, D. Wetzchewald, M. Neukirchen (2024) Spirituelle Kompetenzen von Gesundheitspersonal in der Notfall- und Intensivversorgung – eine prospektive Fragebogenstudie. Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin. <https://doi.org/10.1007/s00063-024-01185-1>

Zusammenfassung

Insbesondere in der Intensiv- und Notfallmedizin sehen sich Patienten und ihre Angehörigen häufig mit akuten Unsicherheiten, existenziellen Krisen und der Möglichkeit des Versterbens konfrontiert. In solchen Ausnahmesituationen treten spirituelle Bedürfnisse oftmals in den Vordergrund. Sie können sowohl eine wertvolle Ressource zur Krankheitsbewältigung darstellen als auch eine Quelle zusätzlichen Leidens sein. Daher ist es wichtig, die spirituelle Dimension – neben der physischen, psychischen und sozialen – im Sinne einer ganzheitlichen Patientenversorgung mit einzubeziehen. Das Vorhandensein spiritueller Kompetenzen bildet dabei eine zentrale Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung von *Spiritual Care* (SC).

Die vorliegende Untersuchung hat zum Ziel, die spirituellen Kompetenzen von ärztlichem und pflegerischem Personal in der notfall- und intensivmedizinischen Versorgung in Deutschland zu erfassen. Dabei werden Unterschiede zwischen den Berufsgruppen und Geschlechtern sowie mögliche Einflussfaktoren auf die spirituellen Kompetenzen analysiert. Aus den Ergebnissen kann ein potenzieller Bedarf an spezifischen Schulungen aufgedeckt werden.

Im Rahmen einer prospektiven Fragebogenstudie wurden Ärzte aus verschiedenen Kliniken, die an Fortbildungskursen für Intensiv- und Notfallmedizin in Arnsberg teilnahmen, sowie Pflegefachkräfte aus der Intensiv- und Notfallversorgung und der Fachweiterbildung für Anästhesie und Intensivpflege am Universitätsklinikum Düsseldorf in die Untersuchung eingeschlossen. Mithilfe des *Spiritual Care Competence Questionnaire* (SCCQ) wurden die spirituellen Kompetenzen in sieben Subkategorien (*Wahrnehmungskompetenz*, *Team-Spirit*, *Dokumentations-Kompetenz*, *Selbsterfahrung und proaktive Öffnung*, *Wissen über andere Religionen*, *Gesprächsführungs-Kompetenz* und *proaktive Empowerment-Kompetenz*) erfasst. Die selbsteingeschätzten Kompetenzen wurden mittels vierstufiger Likert Skala gemessen, von 1 „stimmt nicht“ bis 4 „stimmt genau“.

Insgesamt nahmen 465 Ärzte (50 % weiblich, Berufsjahre: M: 3,9, SD: 3,5) und 86 Pflegefachkräfte (80 % weiblich, Berufsjahre: M: 12,7, SD: 10,7) an der Befragung teil. Sie gaben durchschnittlich eine geringe *Spiritual Care*-Kompetenz an (M: 2,31, SD: 0,41). Dabei wurden *Wahrnehmungs-* und *Gesprächsführungs-Kompetenz* am stärksten, *Dokumentations-Kompetenz* und *Team-Spirit* am geringsten eingeschätzt. Spirituelle und gläubige Personen wiesen im Durchschnitt höhere Kompetenzen auf. Es wurden leichte Unterschiede in spezifischen Kompetenzen zwischen den Professionen und Geschlechtern festgestellt. Ärzte zeigten höhere Dokumentationskompetenzen, Pflegefachkräfte größeres Wissen über andere Religionen sowie eine höhere Gesprächsführungskompetenz. Frauen gaben größere Kompetenzen in den Bereichen *Wahrnehmung* und *Gesprächsführung* an. Insgesamt wird ein Schulungsbedarf bei Gesundheitspersonal in der intensiv- und notfallmedizinischen Versorgung deutlich. Die durchgeführte Studie weist einige Limitationen auf, die ihre Aussagekraft und die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränken. Es besteht weiterer Forschungsbedarf, um unter anderem die selbsteingeschätzten Kompetenzen mit der Wahrnehmung durch Patienten und Angehörige zu vergleichen.

Summary

In intensive and emergency care medicine, patients and their relatives are frequently confronted with acute uncertainties, existential crises and the possibility of death. In such exceptional situations, spiritual needs often come to the forefront. These needs can serve as a valuable resource for coping with illness but may also become a source of additional suffering. Therefore, it is important to integrate the spiritual dimension, alongside the physical, psychological, and social aspects, into a holistic approach to patient care. The presence of spiritual competencies is a key prerequisite for the successful implementation of Spiritual Care (SC).

The present study aims to assess the spiritual competencies of physicians and nurses working in emergency and intensive care settings in Germany. Differences between professions and genders, as well as potential influencing factors on spiritual competencies, are analyzed. Based on the results, a potential need for targeted training can be identified.

As part of a prospective questionnaire study, physicians from various hospitals who participated in training courses for intensive and emergency medicine in Arnsberg, as well as nurses from intensive and emergency care and advanced training programs in anesthesia and intensive care nursing at the University Hospital Düsseldorf, were included in the study. Spiritual competencies were assessed using the Spiritual Care Competence Questionnaire (SCCQ) across seven subcategories: *Perception-Competence*, *Team-Spirit*, *Documentation-Competence*, *Self-Awareness and Proactive Opening*, *Knowledge of Other Religions*, *Communication-Competence*, and *Proactive Empowerment-Competence*. Self-assessed competencies were measured using a four-point Likert scale, from 1 “does not apply” to 4 “fully applies”.

In total, 465 physicians (50% female, years of professional experience: M: 3.9, SD: 3.5) and 86 nurses (80% female, years of professional experience: M: 12.7, SD: 10.7) participated in the survey. They reported, on average, rather low levels of Spiritual Care competence (M: 2.31, SD: 0.41). *Perception-* and *Communication-Competence* were rated highest, while *Documentation-Competence* and *Team-Spirit* received the lowest ratings. On average, spiritual and religious people showed higher levels of competence. Slight differences in specific competencies were observed between professional groups and genders. Physicians showed higher *Documentation-Competence*, while nurses demonstrated greater *Knowledge of Other Religions* and higher *Communication-Competence*. Women reported greater competence in the areas of *Perception* and *Communication*.

Overall, a need for training among healthcare personnel in intensive and emergency care settings becomes evident. This study has some limitations that constrain its significance and the extent to which the results can be generalized. Further research is needed, including comparisons between self-assessed competencies and the perceptions of patients and their relatives.

Abkürzungsverzeichnis

ACCM	<i>American College of Critical Care Medicine</i>
d	Effektstärkemaß nach Cohen
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
EAPC	<i>European Association for Palliative Care</i>
GNSAH	<i>The Global Network for Spirituality and Health</i>
IWG	<i>International Work Group on Death, Dying and Bereavement</i>
J	Jahr
M	Mittelwert
m	Männlich
MAR	<i>Missing at random</i>
MCAR	<i>Missing completely at random</i>
Md	Median
MNAR	<i>Missing not at random</i>
P	Person
p	p-Wert
r	Korrelationskoeffizient von Spearman
RQ	Rücklaufquote
SC	<i>Spiritual Care</i>
SCCQ	<i>Spiritual Care Competence Questionnaire</i>
SCCS	<i>Spiritual Care Competence Scale</i>
SD	Standardabweichung
SpNQ	<i>Spiritual Needs Questionnaire</i>
U	U-Wert
w	Weiblich
WHO	<i>World Health Organization; Weltgesundheitsorganisation</i>

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Hinführung zum Thema	1
1.2	Begriffsklärung	2
1.2.1	Spiritualität	2
1.2.2	Spiritual Care	4
1.3	Bedeutung und Einfluss von Spiritualität und Spiritual Care	5
1.4	Aktuelle Datenlage zu Spiritual Care in der Intensiv- und Notfallmedizin	10
1.5	Ziele der Arbeit	13
2	Material und Methoden	14
2.1	Ethikvotum	14
2.2	Studiendesign	14
2.2.1	Studienkollektiv	14
2.2.2	Ein- und Ausschlusskriterien	15
2.3	Messinstrument	15
2.4	Datenerhebung und Datenschutz	16
2.5	Datenbereinigung	17
2.6	Fehlende Daten	17
2.7	Statistische Datenanalyse	17
3	Ergebnisse	19
3.1	Studienkollektiv	19
3.1.1	Teilnehmerzahl und Rücklaufquote	19
3.1.2	Demographische Daten	20
3.2	Spiritualität und Gläubigkeit	22
3.3	Spirituelle Kompetenzen	23
3.4	Einflussfaktoren	24
4	Diskussion	28
4.1	Interpretation und Diskussion der Ergebnisse	28
4.1.1	Einflussfaktoren	30
4.2	Diskussion der Methodik und Limitationen	32
4.2.1	Stichprobenzusammensetzung	32
4.2.2	Methodische Überlegungen zur Erfassung spiritueller Kompetenzen	34
4.2.3	Der Spiritualitätsbegriff	35
4.2.4	Umgang mit fehlenden Daten	36
4.3	Schlussfolgerung und Ausblick	37

5	Literatur- und Quellenverzeichnis.....	40
6	Anhang.....	49
6.1	Fragebogen.....	49

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Studienkollektiv und Rücklaufquoten	19
Abb. 2: Vergleich der <i>Spiritual Care Competence</i>	24
Abb. 3: Korrelationsmatrix zur Darstellung von Assoziation verschiedener Faktoren auf spirituelle Kompetenzen im pflegerischen Kollektiv	26
Abb. 4: Korrelationsmatrix zur Darstellung von Assoziation verschiedener Faktoren auf spirituelle Kompetenzen im ärztlichen Kollektiv	26

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Demographische Daten	21
Tabelle 2: Zusammenhang zwischen Gläubigkeit und Spiritualität – ärztliches Kollektiv	22
Tabelle 3: Zusammenhang zwischen Gläubigkeit und Spiritualität – pflegerisches Kollektiv	23

1 Einleitung

1.1 Hinführung zum Thema

Spiritual Care (SC) ist ein etablierter Bestandteil der palliativmedizinischen Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen. Bereits in den 1960er Jahren hat Cicely Saunders, bekannt als die Begründerin der modernen Hospiz- und Palliativbewegung, in ihrem *total Pain*-Konzept die Bedeutung der verschiedenen, ineinandergreifenden Dimensionen des menschlichen Leidens aufgeführt. Neben der physischen, psychischen und sozialen Komponente verleiht sie auch der spirituellen Dimension des Lebens und Leidens Ausdruck (Mehta & Chan, 2008; Richmond, 2005; Saunders, 2000).

In allen Bereichen der Medizin, jedoch insbesondere in der Intensivmedizin und Notfallversorgung, können Patienten¹ und ihre Angehörigen akut mit existenziellen Krisen, wie lebensverändernden oder lebenslimitierenden Situationen konfrontiert werden. Für das Behandlungsteam steht zunächst Lebensrettung und Stabilisierung des physischen Zustandes im Vordergrund. Dies gelingt aber nicht in allen Fällen. Über 40% der Menschen in Deutschland versterben in einem Krankenhaus und ca. jeder zehnte Mensch stirbt auf einer Intensivstation (Fleischmann-Struzek et al., 2019; Karagiannidis et al., 2024). Auch Überlebende nach intensivmedizinischer Behandlung haben häufig mit diversen andauernden Beeinträchtigungen und einer reduzierten Lebensqualität zu kämpfen (Cuthbertson et al., 2010; Hofhuis et al., 2021; Inoue et al., 2024; Rousseau et al., 2021).

Zusätzlich zu den körperlichen Symptomen leiden schwerkranke Menschen auf psychischer, sozialer und spiritueller Ebene. Sie kämpfen mit Ängsten, Unsicherheiten, Autonomieverlust, Einsamkeit, Hoffnungslosigkeit, der Sorge um eine anhaltende Behinderung oder dem möglichen Versterben. Mit ihnen leiden auch ihre Angehörigen, die ebenso gefährdet sind, psychische Erkrankungen wie posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen oder Ängste zu entwickeln (Azoulay et al., 2005; Jones et al., 2004; Pérez-San Gregorio et al., 1992). Für eine optimale ganzheitliche Versorgung sollten daher alle Dimensionen menschlichen Leidens im Umgang mit Patienten und ihren Angehörigen berücksichtigt werden (Hefti, 2019; Puchalski et al., 2006; Sulmasy, 2002).

¹ Gender-Hinweis: Zugunsten einer besseren Lesbarkeit wird auf eine durchgängige und gleichzeitige Verwendung männlicher, weiblicher und anderer Genderformen verzichtet. Selbstverständlich sind bei sämtlichen Personenbezeichnungen alle Geschlechtsidentitäten miteingeschlossen. Dies ist nicht als Benachteiligung, sondern als geschlechtsneutral zu verstehen.

Insbesondere in Lebenskrisen und in der Nähe des Todes gewinnen spirituelle und existenzielle Fragen und Bedürfnisse an Bedeutung (Weiher, 2014, S. 66).

„Hinter diesen trockenen Begriffen ... verbergen sich alle aufrüttelnden Sorgen, alle mitmenschlichen Probleme und existentiellen Sinnfragen, mit denen wir Menschen es in der Seinsbetrachtung zu tun haben, besonders in allen Lebenskrisen.“
(Knipping, 2007, S. 387)

Ein Eingehen auf diese Bedürfnisse kann Trost und Hoffnung spenden, eine wichtige Ressource in der Krankheitsbewältigung darstellen und die Lebensqualität verbessern (Adolph et al., 2011; Badanta et al., 2022; Willemse et al., 2018).

Um spirituelle Nöte und Bedürfnisse zu erkennen und in der Behandlung zu berücksichtigen bedarf es grundlegender spiritueller Kompetenzen beim Gesundheitspersonal.

1.2 Begriffsklärung

1.2.1 Spiritualität

Das Wort „Spiritualität“ stammt vom lateinischen *spiritus* für „(Luft-)Hauch“, „Atem“, „Geist“ und „Leben“ ab. Spiritualität wird mit „Geistigkeit“, „innerem Leben“ sowie „geistigem Wesen“ übersetzt und steht im Gegensatz zur Materialität der Stofflichkeit bzw. Körperlichkeit (Spiritualität, Duden, n.d.). Historisch wurde der Begriff Spiritualität vom Christentum geprägt und beschrieb ursprünglich ein vom heiligen Geist durchdrungenes, geisterfülltes Leben (Frick, 2014). In der später als *nouvelle spiritualité* bezeichneten französischen Bewegung des 17. Jahrhunderts bekam der Begriff eine mystische Einprägung (Peng-Keller, 2014). Bis zu den 1970er Jahren wurden Spiritualität und Religiosität oft auch gleichbedeutend verwendet (Wasner et al., 2005). Im Rahmen umfassender kultureller Veränderungen mit Enttraditionalisierung, Deinstitutionalisierung des Glaubens, kultureller Pluralisierung und Individualisierung kam es zur sogenannten „spirituellen Wende“ in Europa (Grom, 2011). Der heutige Spiritualitätsbegriff ist ein sehr breit gefasster und heterogen gedeuteter (Grom, 2011). Zuweilen wird Spiritualität heute auch als Containerbegriff bezeichnet (Gräb, 2008; Utsch et al., 2014, S. 30). Eine einfache und allgemeingültige Definition über alle Fachrichtungen und Bevölkerungsgruppen hinweg existiert nicht (Büssing et al., 2024, S. 6; Wasner et al., 2005).

Die persönliche Religiosität innerhalb oder außerhalb einer Glaubensgemeinschaft ist eine mögliche Form von Spiritualität (Grom, 2011; Zwingmann, 2004). Das Konzept ist aber

weiter fassend: „*Spiritualität ist bewusst oder nicht bewusst, auch unabhängig von (institutioneller) Religion oder Weltanschauung, eine Dimension des menschlichen Lebens.*“ (Müller et al., n.d., S. 3). Spiritualität wird als anthropologische Universalie angesehen, als ein Element menschlichen Erlebens (Bucher, 2014, S. 27; Labitzke & Kuhn-Flammensfeld, 2017; Spiritual Care Work Group et al., 1990). Weiher (2014, S. 24.) schreibt, jeder Mensch besitze eine Spiritualität, auch wenn nicht jeder einen „*ausdrücklichen Zugang*“ zu ihr habe. Es geht um das, was uns im Innersten bewegt und uns zutiefst wichtig ist (Moberg, 1971). Puchalski (2006, S. 11) beschreibt es als den „*Kern unserer Humanität*“.

Seit jeher fragt der Mensch nach seinem Woher, Wofür und Wohin (Börnert, 2024). Die Suche nach Sinn und Bedeutung im Leben, persönliche Wertvorstellungen und die Auseinandersetzung mit existentiellen Fragen sind Teil unserer Spiritualität (Grom, 2011; Puchalski et al., 2006; Zwingmann, 2004). Selbsttranszendenz und ein Verbundenheitsgefühl hin zur Natur, zu den Mitmenschen, zum großen Ganzen oder dem Heiligen wird als zentrale Komponente angesehen (Bucher, 2014, S. 32–40; Grom, 2011; Puchalski et al., 2006).

Der konkrete Bedeutungsgehalt von Spiritualität ist etwas ganz Individuelles und im Laufe des Lebens – abhängig von verschiedenen Lebenssituationen – einem Wandel unterworfen (Labitzke & Kuhn-Flammensfeld, 2017). Roser (2011, S. 47) schreibt: „*Spiritualität ist genau – und ausschließlich – das, was der Patient dafür hält.*“.

Die europäische Fachgesellschaft für Palliativmedizin (*European Association for Palliative Care*, EAPC) hat unter Berücksichtigung der unterschiedlichsten Weltanschauungen sowie der kulturellen, historischen und religiösen Diversität Europas eine Arbeitsdefinition von Spiritualität verabschiedet:

Spiritualität ist die dynamische Dimension menschlichen Lebens, welche sich auf die Art und Weise bezieht, in der Personen (Individuen und Gemeinschaften) Sinn, Bedeutung und Transzendenz erfahren, ausdrücken und/oder suchen, und die Art und Weise, wie sie sich mit dem Moment, mit sich selbst, mit anderen, mit der Natur, dem Bedeutsamen und/oder dem Heiligen verbinden.

Das spirituelle Feld ist multidimensional:

1. Existentielle Herausforderungen

(z. B. Fragen nach Identität, Sinn, Leiden und Tod, Schuld und Scham, Versöhnung und Vergebung, Freiheit und Verantwortung, Hoffnung und Verzweiflung, Liebe und Freude).

2. Wertorientierte Überzeugungen und Haltungen

(individuelle Priorisierung hinsichtlich Beziehung zu sich selbst, Familie, Freunden, Arbeit, dingliche Natur, Kunst und Kultur, Ethik und Moral und dem Leben an sich).

3. Religiöse Überzeugungen und Fundamente

(Glaube, Glaubensinhalte und Praktiken, die Beziehung zu Gott oder dem Endgültigen). (Nolan et al., 2011) (Übers. d. Kammerer et al., 2013)

1.2.2 Spiritual Care

Spiritual Care lässt sich frei ins Deutsche mit „Sorge um die Seele“ oder „Seelsorge“ übersetzen. Letztgenannter Begriff ist jedoch bereits historisch durch die Profession der Seelsorge besetzt und meist konfessionell gebunden (Frick, 2014). Während die Seelsorge einen wichtigen professionellen Bestandteil der spirituellen Begleitung darstellt, meint *Spiritual Care* die gemeinsame Sorge des gesamten Behandlungsteams für die existenziellen und spirituellen Bedürfnisse und Nöte kranker und belasteter Menschen (Frick, 2012, S. 20; Labitzke & Kuhn-Flammensfeld, 2017; Magin, 2022). Es ist ein multiprofessionelles, interdisziplinäres Arbeitsfeld für die umfassende Begleitung leidender Menschen (Krüger-Brand, 2017). Diese spirituelle Begleitung richtet sich nicht nur an den Erkrankten, sondern schließt zudem die Sorge für An- und Zugehörige sowie für die Mitarbeitenden mit ein (Labitzke & Kuhn-Flammensfeld, 2017; Taverna et al., 2019). Sie achtet die spirituelle Diversität und Individualität und ist unabhängig von Weltanschauung, Religion oder Konfession (Labitzke & Kuhn-Flammensfeld, 2017; Magin, 2022).

Spiritual Care hat sich aus der Palliativmedizin heraus entwickelt und basiert auf einer ganzheitlichen Sicht auf den Patienten, auf dem biopsychosozial-spirituellen Modell und auf dem Konzept der patientenzentrierten Medizin (Grover et al., 2022; Hefti et al., 2013; Puchalski et al., 2006; Sulmasy, 2002).

„...die palliative Situation ist eine spirituelle *par excellence* – exemplarisch, aber nicht exklusiv.“ (Frick, 2014, S. 22). Es geht um die Berücksichtigung der spirituellen Dimension von Gesundheit in jeder Lebensphase, von der Geburt bis zum Lebensende (Frick, 2014; Magin, 2022).

Neben den spezifischen Kompetenzen jeder Profession werden Basiskompetenzen in SC in allen Gesundheitsberufen (Arzt, Pfleger, Sozialarbeiter, Psychologe, Physiotherapeut, ...) gefordert (Frick, 2012; Magin, 2022). Die Seelsorge erfüllt in diesem Kontext die Rolle des SC-Spezialisten (Handzo & Koenig, 2004).

Es soll sowohl für die Wahrnehmung von spirituellen Bedürfnissen und Ressourcen von Patienten und Angehörigen, als auch für die Wahrnehmung der eigenen spirituellen Bedürfnisse und Ressourcen sensibilisiert werden (Magin, 2022).

Häufig ist ein Gesprächsangebot wichtig, um dieses Themenfeld zu eröffnen, vor allem in der Arzt-Patienten-Beziehung. Ärztlicherseits wird ein situationsbezogener Einsatz einer kurzen spirituellen Anamnese im Sinne eines Screenings gefordert (Handzo & Koenig, 2004; Hefti et al., 2013; Magin, 2022). Es gilt zu klären, ob Religion oder Spiritualität in der aktuellen Krankheitsbewältigung eine Rolle spielen. Darauf aufbauend können spirituelle Einstellungen in das interprofessionelle Handeln einbezogen, Ressourcen gestärkt oder auf spirituelles Leiden eingegangen werden (Hefti et al., 2013; Peng-Keller, 2016a; Puchalski et al., 2006). Weitere Grundkompetenzen betreffen die Gesprächsführung und das Wissen über Religion und Spiritualität (Magin, 2022).

SC ist eine offene Grundhaltung für die spirituelle Dimension des Menschen. Es geht darum, aufmerksam zu sein, zu zuhören, da zu sein und zu begleiten, weniger um konkrete Antworten oder (Be-)Handlungen (Magin, 2022; Puchalski et al., 2006). Puchalski (et al. (2006, S. 400) beschreiben es wie folgt:

Spiritual care supports the dignity of each patient by honoring the inherent value of that person, their beliefs and values that support them and their practices that enable them to find meaning and hope in the midst of suffering. By being attentive to the spiritual dimension of peoples' lives, we believe that care becomes compassionate and whole.

1.3 Bedeutung und Einfluss von Spiritualität und *Spiritual Care*

Spiritual Care ist in der Versorgung aller Patienten, aber im Besonderen in der Betreuung Schwerstkranker und sterbender Menschen, von Bedeutung. In der WHO-Definition von *Palliative Care* heist es: „*Relieving serious health-related suffering, be it physical, psychological, social, or spiritual, is a global ethical responsibility.*“ („Palliative care“, n.d.).

In den vergangenen Dekaden wurden mehrere Initiativen ins Leben gerufen, um die Integration von *Spiritual Care* in Forschung und Praxis zu fördern. Bereits 1990 hat die *International Work Group on Death, Dying and Bereavement* (IWG) Thesen und Grundsätze für die spirituelle Versorgung veröffentlicht, die auch in der gesamten Gesundheitsversorgung integriert werden sollten (Spiritual Care Work Group et al., 1990).

Die erstmalig 2010 veröffentlichte Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland betont das Recht eines jeden schwerkranken Menschen auf eine umfassende medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Begleitung (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. et al., 2020). Die europäische Fachgesellschaft für Palliativmedizin gründete im selben Jahr eine *Spiritual Care Taskforce* mit dem Ziel, Methoden und Standards für eine adäquate spirituelle Betreuung zu fördern, zu entwickeln und zu implementieren. Im Jahr 2019 wurde aus ihr eine Referenzgruppe, die sich auf die Entwicklung evidenzbasierter Versorgungsmodelle und -praktiken sowie auf die Förderung einer qualitativ hochwertigen Ausbildung konzentriert (EAPC, n.d.).

Die Relevanz von Spiritualität für die Gesundheit wird auch jenseits des palliativmedizinischen Kontextes zunehmend wahrgenommen. So wurde 2013 in den USA das *Global Network for Spirituality and Health* (GNSAH) gegründet. Dieses setzt sich für eine Integration von *Spiritual Care* als zentralen Aspekt von Gesundheit, Heilung und mitfühlender, patientenzentrierter Medizin in die Gesundheitssysteme weltweit ein (GW Institute for Spirituality & Health, n.d.). Auch in der *Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World* (2005, S. 10) wurde spirituellem Wohlergehen als Bestandteil von Gesundheit Ausdruck verliehen: „*Health promotion ... offers a positive and inclusive concept of health as a determinant of the quality of life and encompassing mental and spiritual well-being*“.

Ein deutliches Zeichen für das wachsende-Interesse an *Spiritual Care* in Deutschland ist die Einrichtung der europaweit ersten Professur für dieses Fachgebiet im Jahr 2010 an der Ludwig-Maximilians-Universität in München (Klinkhammer, 2010). Mit der Einführung des neuen Studiengangs „*Spiritual Care*“ an der Universität Münster im Jahr 2024 wird die Implementierung von SC in Deutschland weiter gestärkt (Heeke, 2024).

In einer Vielzahl internationaler Studien wurde der Einfluss von Spiritualität und Religion auf die Gesundheit und die Krankheitsbewältigung untersucht. Vor allem seit Beginn des 21. Jahrhunderts lässt sich ein stetiger Anstieg an Forschungsarbeiten und Publikationen zu diesem Themenfeld verzeichnen (Demir, 2019). 2022 veröffentlichten Balboni et al. eine systematische Übersichtsarbeit der vorhandenen Literatur zum Thema Spiritualität bei schwerer Krankheit und Gesundheit; in diese Untersuchung wurden über 300 Studien eingeschlossen. Es zeigte sich, dass Spiritualität für viele schwerkranke Menschen wichtig ist und ihre medizinischen Entscheidungen beeinflusst. Kritisch kranke Menschen weisen

oft spirituelle Bedürfnisse auf und wünschen sich eine spirituelle Begleitung, wenngleich auf diese Bedürfnisse vom Gesundheitspersonal häufig nicht ausreichend eingegangen wird. Unerfüllte spirituelle Bedürfnisse wurden mit einer geringeren Lebensqualität assoziiert, während *Spiritual Care* zu einer besseren Lebensqualität und zu einem besseren „*end-of-life outcome*“ beitrug (Balboni et al., 2022).

In dieser Studie sowie in weiteren Arbeiten wurde Spiritualität vor allem in Form von Religiosität als protektiver Faktor identifiziert, der zu einem geringeren Mortalitätsrisiko führte, was sich unabhängig von weiterem religionsassoziierten, gesundheitsförderlichem Verhalten zeigte (Balboni et al., 2022; Lucchetti et al., 2011). Ein wichtiger Faktor für diesen gesundheitsfördernden Effekt scheint die Sinnstiftung durch Spiritualität und Religion zu sein (Boylan et al., 2023; Martela et al., 2024). Die Wichtigkeit von Sinn und Bedeutung im Leben stellte auch Viktor E. Frankl, Begründer der Logotherapie, fest (Frankl, 2018). Einen seiner zentralen Gedanken fassen Quinn und Connolly (2023, S. 1) wie folgt zusammen: „*man is not destroyed by suffering: he is destroyed by suffering without meaning*“. Oder um es mit den oft sinngemäß zitierten Worten von Friedrich Nietzsche zu beschreiben: „Wer ein Warum zum Leben hat, erträgt fast jedes Wie“ (Frankl, 2018, S. 116; vgl. Nietzsche, 2024).

Vor allem in der Konfrontation mit schwerer oder anhaltender Krankheit und am Lebensende gewinnt Spiritualität an Bedeutung. Viele Menschen äußern dann spirituelle Bedürfnisse und wünschen sich ein Ansprechen dieser Thematik durch das medizinische Personal (Best et al., 2015; Holmes et al., 2006; McCord et al., 2004; Moadel et al., 1999). Ein Eingehen auf die spirituellen Bedürfnisse der Patienten und Angehörigen kann daher die Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung steigern (Clark et al., 2003).

Ein weiterer wichtiger Aspekt von Spiritualität ist die Beeinflussung des Krankheits- und Heilungsprozesses. Als Ressource kann sie die Krankheitsbewältigung verbessern, in Form von spirituellem Leid kann sie aber auch eine zusätzliche Belastung darstellen (Delgado-Guay et al., 2011; Mishra et al., 2017; Pargament et al., 2004).

Spiritualität kann Menschen dabei unterstützen, ihrem Leben trotz schwerer oder chronischer Erkrankung Sinn zu verleihen. Sie fördert die Verarbeitung belastender Lebensumstände und trägt dazu bei, diese als bewältigbar zu erleben, wodurch das Gefühl eigener Handlungsfähigkeit gestärkt wird (Börnert, 2024; Sprakties, 2023).

Spiritualität kann Trost spenden und trotz anhaltender Beschwerden helfen, Hoffnung, subjektives Wohlbefinden und inneren Frieden zu finden. Durch Vermittlung von

Orientierung, Halt und einem Gefühl der Verbundenheit kann sie stabilisierend in Krisensituationen wirken (Baldacchino & Draper, 2001; Puchalski et al., 2006; von Campenhausen, 2020).

Demgegenüber können existentielle Ängste, innere Konflikte im Zusammenhang mit spirituellen Überzeugungen, der Verlust von Orientierung und Sinn im Leben, Schwierigkeiten die eigene Situation anzunehmen sowie ein tief empfundenes Gefühl der Isolation Ausdruck spiritueller Belastung sein (Klimasiński et al., 2022; Quinn & Connolly, 2023). Dies kann bis hin zum sogenannten „Sinnschmerz“ (*spiritual pain*) führen, der sich in körperlichen Schmerzen manifestieren und bestehende Schmerzen intensivieren kann (Peng-Keller, 2017a).

Der Einfluss von Spiritualität auf die Krankheitsbewältigung wird als spirituelles Coping bezeichnet (Baldacchino & Draper, 2001; Büssing et al., 2009; Mesquita et al., 2013). Hierzu gibt es eine Vielzahl an Studien die zeigen, dass positives spirituelles Coping die mentale Gesundheit verbessert, Hoffnung schenkt, Stress reduziert, die Lebensqualität erhöht und sogar den Krankheitsprogress verlangsamen sowie das Überleben insgesamt verlängern kann (Balboni et al., 2010; Costa et al., 2019; Ironson et al., 2002, 2006, 2016; Tarakeshwar et al., 2006; Weber & Pargament, 2014). Auf der anderen Seite führen spirituelle Nöte und Konflikte in der Krankheitsbewältigung zu einer verringerten Lebensqualität, mehr Ängsten und Depressionen und können auch das Mortalitätsrisiko erhöhen (Pargament et al., 2001; Tarakeshwar et al., 2006; Thuné-Boyle et al., 2013).

Frick (2014) sowie Utsch et al. (2017) bekräftigen darüber hinaus, dass unabhängig von messbaren Einflüssen und nachgewiesener Wirksamkeit auf die Gesundheit *Spiritual Care* in der medizinischen Versorgung zu berücksichtigen ist, da Spiritualität und Religiosität zum Menschsein gehören. Ihre Bedeutung ergibt sich aus einer ganzheitlich-anthropologischen Sichtweise. Peng-Keller (2017b, S.1339) führt des Weiteren an, dass „die Ausübung identitätsbestimmender Formen religiösspirituellen Praxis“ aus ethischen und grundrechtlichen Überlegungen heraus gewährleistet werden sollte.

Neben den Einflüssen auf Patienten und ihre Angehörigen kann Spiritualität auch für das Behandlungsteam eine Ressource darstellen und die Resilienz fördern (Carneiro et al., 2019; Ibrahim et al., 2020; Peng-Keller, 2017b; Schwalm et al., 2022). Die Auswirkungen von Spiritualität auf das Gesundheitspersonal sind dabei ambivalent, so kann es zu einer Verringerung aber auch Verstärkung von moralischem Stress kommen (Kubitza et al.,

2023). Durch Unterstützungsangebote und Trainingsprogramme können diese Auswirkungen positiv beeinflusst werden, was zu erhöhtem spirituellem Wohlergehen, reduziertem Stress und mehr Arbeitszufriedenheit führen kann (de Diego-Cordero et al., 2021; Kubitza et al., 2023; Wasner et al., 2005). Gelebtes *Spiritual Care* als Bestandteil einer ganzheitlichen Patientenversorgung trägt dazu bei, dass das Gesundheitspersonal seine Arbeit erfüllender und bedeutungsvoller erlebt (Koenig, 2012, S. 74; Magin, 2022, S. 248).

Insbesondere im Kontext einer fortschreitenden Säkularisierung mit Deinstitutionalisierung des Glaubens und zunehmender Individualisierung der Spiritualität verliert die traditionelle, konfessionell gebundene Seelsorge für viele Menschen an Relevanz (Bertelsmann Stiftung, 2022; Grom, 2011; Houtman & Aupers, 2007).

Auf der anderen Seite wird die Gesellschaft im Rahmen der Globalisierung und durch Migrationsprozesse zunehmend multikultureller und durch eine wachsende religiöse Vielfalt geprägt (Müke et al., 2023). Migranten sind oft noch stärker in ihren kulturellen und religiösen Traditionen verwurzelt. Diese beeinflussen häufig ihr Verständnis von Gesundheit und Krankheit und sollten bei der medizinischen Versorgung berücksichtigt werden (Hefti, 2019). Dies unterstreicht die Bedeutung von *Spiritual Care* und die Berücksichtigung der ganz individuellen Spiritualität eines Menschen.

Über viele Jahrhunderte hinweg war die spirituelle Begleitung von Kranken und Sterbenden ein selbstverständlicher Bestandteil der medizinischen Versorgung, sie verlor jedoch im Zuge der naturwissenschaftlichen und technologischen Fortschritte des 20. Jahrhunderts an Bedeutung (Peng-Keller, 2016b; Puchalski et al., 2014a). Verschärft durch ökonomische Zwänge sowie durch Personal- und Zeitmangel wird die moderne medizinische Versorgung unpersönlicher und der Patient nur noch selten als Mensch mit komplexen Bedürfnissen wahrgenommen (Frick & Roser, 2011; Puchalski et al., 2014b, S. 157 ff.). *Spiritual Care* zielt darauf ab, diese vernachlässigte Dimension wieder in die professionelle Gesundheitsversorgung zu integrieren und eine ganzheitliche, patientenzentrierte Medizin zu fördern. Es geht um eine einfühlsame und wertschätzende Versorgung des Patienten, der als Mensch mit all seinen physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen wahrgenommen wird (Peng-Keller, 2016b; Puchalski et al., 2014a).

1.4 Aktuelle Datenlage zu *Spiritual Care* in der Intensiv- und Notfallmedizin

Die Betreuung kritisch erkrankter Patienten im Kontext der Intensiv- und Notfallmedizin ist häufig durch akute, potenziell lebensbedrohliche oder tiefgreifend lebensverändernde Ereignisse geprägt. Diese stellen eine erhebliche Belastung für die Patienten selbst, ihre Angehörigen sowie das medizinische Fachpersonal dar. Insbesondere in diesem Kontext, in der Konfrontation mit Leiden und Tod, gewinnen spirituelle Bedürfnisse an Bedeutung. Mehrere Studien belegen, dass mit zunehmender Schwere einer Erkrankung auch die Wahrscheinlichkeit steigt, dass Patienten sich ein Eingehen auf ihre Spiritualität und deren Berücksichtigung bei gesundheitlichen Entscheidungsprozessen wünschen (Arutyunyan et al., 2018; Best et al., 2015; Davidson et al., 2007; Ehman et al., 1999; MacLean et al., 2003). Willemse et al. führten 2020 eine integrative Literaturrecherche zu *Spiritual Care* auf der Intensivstation durch. Die Analyse von 113 ausgewählten Artikeln, die zwischen 1993 und 2017 veröffentlicht wurden, zeigte, dass *Spiritual Care* entscheidend zur Lebensqualität der Patienten beiträgt und die Qualität der Gesundheitsversorgung steigern kann. Das Leiden von Patienten und ihrer Angehörigen kann gelindert, das spirituelle Wohlbefinden gebessert und eine größere Zufriedenheit mit der intensivmedizinischen Versorgung, insbesondere durch partizipative Entscheidungsprozesse, erzeugt werden. Des Weiteren erkennen Fachkräfte in der Intensivmedizin den Bedarf, ihre Kompetenzen in *Spiritual Care* durch Fort- und Weiterbildung zu verbessern, um eine wirksame spirituelle Betreuung zu ermöglichen (Willemse et al., 2020).

In eine weitere Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2022, die den Einfluss von Spiritualität und Religion auf die Pflege kritisch kranker Patienten untersuchte, wurden 40 zwischen 2010 und 2019 veröffentlichte Studien einbezogen. Die Literaturlauswertung verdeutlicht, dass Patienten und ihre Angehörigen spirituell-religiöse Bewältigungsstrategien nutzen. Gleichzeitig zeigt sich, dass eine spirituelle Unterstützung durch das medizinische Personal nur in geringem Maße erfolgt. Pflegekräfte betrachten spirituelle Betreuung zwar als einen wichtigen Bestandteil der intensivmedizinischen Versorgung, berichten jedoch von unzureichender Ausbildung sowie einem Mangel an zeitlichen Ressourcen (Badanta et al., 2022). Auch nach überstandener schwerer Erkrankung bleiben spirituelle Bedürfnisse oft prävalent (Eaton et al., 2022).

Das *American College of Critical Care Medicine* (ACCM) entwickelte bereits 2007 eine Leitlinie zur spirituellen und religiösen Begleitung von Intensivpatienten und ihren Angehörigen. Es formulierte vier konkrete Empfehlungen für die Praxis: 1. Erhebung und Berücksichtigung spiritueller Bedürfnisse im Behandlungsplan, 2. ärztliche Überprüfung

spiritueller Bedürfnisse auf Grundlage interdisziplinärer Einschätzungen, insbesondere auch durch Einbezug von Seelsorgern, Sozialarbeitern und Pflegefachkräften, 3. Schulung von Ärzten und Pflegepersonal in spiritueller Betreuung und 4. das Eingehen auf den Wunsch von Patienten, gemeinsam mit ihnen zu beten, das Einverständnis des medizinischen Personals vorausgesetzt (Davidson et al., 2007).

Balboni et al. leiteten aus ihrer systematischen Literaturrecherche vergleichbare Empfehlungen für den Umgang mit Spiritualität im Kontext schwerer Erkrankungen ab. Dabei wurde die Integration einer spirituellen Betreuung in die Versorgung von schwer erkrankten Patienten betont. Des Weiteren sollte eine Ausbildung in *Spiritual Care* in allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen erfolgen und spezialisierte Seelsorger sollten in die Versorgung mit eingebunden werden (Balboni et al., 2022).

Auch der Einfluss von Spiritualität und *Spiritual Care* auf das notfall- und vor allem intensivmedizinische Personal wurde in einigen Studien untersucht. Die eigene Spiritualität und Religiosität kann dabei als persönliche Ressource wirken und zur Resilienz und zur Reduktion emotionaler Belastungen im Behandlungsteam beitragen (Ibrahim et al., 2020; Meltzer & Huckabay, 2004). Gleichzeitig zeigen Forschungsergebnisse, dass insbesondere spirituell orientiertes Gesundheitspersonal häufiger mit moralischem Stress konfrontiert ist und gezielte Unterstützung benötigt, um seine Spiritualität als positiven Bewältigungsfaktor nutzen zu können (Allen et al., 2018; Kubitza et al., 2023).

Während internationale Studien die Relevanz von *Spiritual Care* in der intensivmedizinischen Versorgung kritisch kranker Patienten unterstreichen, gibt es bisher nur wenige empirische Untersuchungen zur spirituellen Begleitung im Bereich der Notfallmedizin.

Jang et al. (2004) führten eine Studie zu Spiritualität in der US-amerikanischen Notfallversorgung durch. Sie stellten eine Diskrepanz zwischen den spirituellen Bedürfnissen der Patienten und deren Wahrnehmung durch das Notfallpersonal sowie eine unzureichende Adressierung dieser Bedürfnisse fest.

Eine 2010 veröffentlichte qualitative Studie aus Irland zeigte, dass Pflegekräfte in der Notfallversorgung *Spiritual Care* als integralen Bestandteil ihrer beruflichen Rolle ansehen und daraus persönliche Zufriedenheit schöpfen. Gleichzeitig berichten sie von erheblichen Herausforderungen bei der Umsetzung im Notfallkontext, insbesondere aufgrund von Zeitmangel, unzureichender Ausbildung und hoher Arbeitsbelastung. Zudem wurde die

Notwendigkeit einer verbesserten Schulung betont, um spirituelle Bedürfnisse von Patienten adäquat erfassen und adressieren zu können (McBrien, 2010).

Best et al. (2016) stellten die Bedeutung einer spirituellen Betreuung in der Notaufnahme als Teil einer ganzheitlichen, kultursensitiven und qualitativ hochwertigen Patientenversorgung dar. Hierzu wird das Erheben einer (ärztlichen) spirituellen Anamnese als notwendig erachtet. Um dies zu erleichtern kann auf verschiedene Anamnesetools wie beispielsweise HOPE, FICA und SPIRITual zurückgegriffen werden (Anandarajah & Hight, 2001; Best et al., 2016; Borneman et al., 2010; Maugans, 1996).

In einer weiteren Untersuchung in Singapur zeigten die Ärzte und in einem noch höheren Maße das Pflegepersonal der Notaufnahme eine positive Haltung sowie ein überwiegend gutes Verständnis von Spiritualität und *Spiritual Care*. Gleichzeitig wurden jedoch auch Wissensdefizite identifiziert. Die Autoren der Studie sprechen sich daher für gezielte Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen aus, um die spirituelle Versorgung zu verbessern (Zhang et al., 2018).

2018 erfassten Frick et al. erstmalig die spirituellen Bedürfnisse von Patienten in einem Notfallzentrum in Deutschland. Anhand des *Spiritual Needs Questionnaire* (SpNQ) zeigten sich dabei vor allem Bedürfnisse nach Generativität sowie nach innerem Frieden (Frick et al., 2021).

Weltweit gewinnt das Thema *Spiritual Care* in der Intensiv- und Notfallmedizin zunehmend an Interesse. Dabei zeigen sich allerdings sowohl erhebliche kulturelle und religiöse Unterschiede zwischen den Studienpopulationen, als auch Unterschiede in der praktischen Umsetzung der spirituellen Begleitung (Willemse et al., 2020).

Obwohl das Bewusstsein für die Bedeutung der spirituellen Dimension wächst, bleibt ihre Berücksichtigung in der klinischen Versorgungspraxis weiterhin oft unzureichend (Balboni et al., 2022; Ho et al., 2018). Ein hierfür maßgeblicher Faktor scheint der Mangel an Ausbildung und Kompetenz des medizinischen Personals in *Spiritual Care* zu sein (Balboni et al., 2013; Carvalho Junior et al., 2025; Magin, 2022). In Deutschland ist die Forschung zum Thema *Spiritual Care* insbesondere im Kontext der intensiv- und notfallmedizinischen Versorgung bislang noch sehr limitiert.

Die Entwicklung standardisierter Fragebögen wie des *Spiritual Needs Questionnaire* und des *Spiritual Care Competence Questionnaire* (SCCQ) in Deutschland leisten einen wichtigen Beitrag für den Fortschritt der Erforschung von Spiritualität in der Gesundheitsversorgung (Büssing, 2021; Frick et al., 2019).

1.5 Ziele der Arbeit

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist die Erfassung der spirituellen Kompetenzen von ärztlichem und pflegerischem Personal in der notfall- und intensivmedizinischen Versorgung in Deutschland. Hierzu wird der SCCQ, der erste deutschsprachige Fragenbogen zur Erfassung von spirituellen Kompetenzen, verwendet (Frick et al., 2019). Dabei werden Unterschiede zwischen den Berufsgruppen und Geschlechtern sowie mögliche Einflussfaktoren auf die spirituellen Kompetenzen analysiert. Aus den Ergebnissen kann ein möglicher Bedarf an spezifischen Schulungen identifiziert werden.

Folgende Fragen sollen im Rahmen dieser Arbeit beantwortet werden:

- In welchem Ausmaß sind spirituelle Kompetenzen beim Notfall- und Intensivpersonal vorhanden?
- Gibt es Kompetenzunterschiede zwischen der ärztlichen und der pflegerischen Berufsgruppe?
- Sind die spirituellen Kompetenzen mit der Religiosität, der Spiritualität, dem Alter, dem Geschlecht oder anderen soziodemographischen Merkmalen assoziiert?

2 Material und Methoden

2.1 Ethikvotum

Ein positives Ethikvotum wurde durch die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf erteilt (Studien-Nr.: 2023-2431). Es bestanden keine ethischen oder rechtlichen Einwände gegen die Durchführung dieser Studie.

Aufgrund des unvorhergesehenen Auslaufens der Campuslizenz für das initial gewählte Online-Datenerhebungstool Qualtrics, ohne Möglichkeit einer Verlängerung, wurde ein Amendment zum Ethikvotum eingereicht, welches positiv beschieden wurde. Ein zweites Amendment zur Ausweitung der Studienkohorte auf das pflegerische Personal der Intensivstationen und der zentralen Notaufnahme des Universitätsklinikums Düsseldorf wurde ebenfalls positiv votiert.

2.1 Studiendesign

Zur Erfassung der spirituellen Kompetenzen bei ärztlichem und pflegerischem Personal der Intensiv- und Notfallversorgung in Deutschland wurde eine Querschnittsbefragung durchgeführt.

2.2.1 Studienkollektiv

Das Studienkollektiv setzte sich aus einer ärztlichen und pflegerischen Stichprobe zusammen. Die pflegerische Kohorte wurde monozentrisch im Rahmen der Fachweiterbildung für Anästhesie und Intensivpflege am Bildungszentrum des Universitätsklinikums Düsseldorf sowie beim pflegerischen Personal der Intensivstationen und der zentralen Notaufnahme des Universitätsklinikums Düsseldorf rekrutiert (Schwartz et al., 2024).

Nach Weiterbildungsordnung der Pflegekammer NRW sind Voraussetzungen für die Fachweiterbildung für Anästhesie und Intensivpflege eine abgeschlossene Pflegeausbildung sowie eine mindestens 6-monatige Berufserfahrung.

Die Befragung des ärztlichen Kollektivs aus verschiedenen Bereichen erfolgte im Rahmen von Weiterbildungskursen der Arbeitsgemeinschaft Intensivmedizin e.V. in Arnsberg. Es wurden Teilnehmer von jeweils zwei Kursen des Formats „Seminarkongress Notfallmedizin“ und „Einführungskurs Intensivmedizin“ befragt (Schwartz et al., 2024). Voraussetzungen für die Teilnahme am „Seminarkongress Notfallmedizin“ sind laut

Veranstalter die ärztliche Approbation und mindestens ein Jahr klinische Tätigkeit. Dieser Kurs dient der Erlangung der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin und entspricht den Ausbildungsrichtlinien der Bundesärztekammer. Der „Einführungskurs Intensivmedizin“ richtet sich laut Veranstalter an Ärzte, die am Anfang ihrer Intensivzeit stehen und dient der Vermittlung von Grundlagen in der allgemeinen und speziellen Intensivmedizin.

2.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Einschlusskriterien waren neben der Volljährigkeit eine ärztliche oder pflegerische Profession mit Tätigkeitsfeld in der Notfall- und Intensivversorgung. Voraussetzung für die Studienteilnahme war die Zustimmung der Probanden. Ausgeschlossen wurden all jene, die die Einschlusskriterien nicht erfüllten.

2.2 Messinstrument

Zur Erfassung der spirituellen Kompetenzen wurde der *Spiritual Care Competence Questionnaire* (Frick et al., 2019) verwendet. Mittels 26 Fragen definiert der SCCQ sieben Faktoren:

- 1) *Wahrnehmungs-Kompetenz*: Fähigkeit spirituelle Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen wahrzunehmen
- 2) *Team-Spirit*: Umgang mit und Austausch über Spiritualität im Team
- 3) *Dokumentations-Kompetenz*: Kenntnis von Instrumenten zur Erfassung spiritueller Bedürfnisse und Fähigkeit zur nachvollziehbaren Dokumentation
- 4) *Selbsterfahrung und proaktive Öffnung*: Vertiefung der eigenen Spiritualität, ansprechen und Raum schaffen für spirituelle Bedürfnisse der Patienten
- 5) *Wissen über andere Religionen*: Kenntnisse über religiöse Besonderheiten und deren Berücksichtigung
- 6) *Gesprächsführungs-Kompetenz*: Fähigkeit ein offenes Gespräch über existenzielle oder religiöse Themen zu führen
- 7) *Proaktive Empowerment-Kompetenz*: Berücksichtigung und Bestärkung der Spiritualität des Patienten

Beruhend auf Selbsteinschätzung wurden die spirituellen Kompetenzen mittels vierstufiger Likert Skala gemessen (1 – stimmt nicht; 2 – stimmt kaum; 3 – stimmt eher; 4 – stimmt genau) (Schwartz et al., 2024). Die Validierungsstudie berichtete einen Cronbachs Alpha

zwischen 0,73 und 0,86 (Frick et al., 2019), in der vorliegenden Untersuchung wurde Cronbachs Alpha zwischen 0,65 und 0,77 berechnet.

Des Weiteren wurden soziodemographische Daten wie Alter, Geschlecht und Familienstand sowie Angaben zur Profession, zur medizinischen Fachrichtung, zur Dauer der Berufstätigkeit, zur durchschnittlichen Wochenarbeitszeit und zur beruflichen Zufriedenheit (5-stufig skaliert: 5 – sehr zufrieden, 4 – zufrieden, 3 – es geht, 2 – unzufrieden, 1 – sehr unzufrieden) erhoben. Es wurde darüber hinaus die eigene Religiosität „Sind Sie ein (aktiv) gläubiger Mensch?“ (4-stufig skaliert: 4 – ja, unbedingt; 3 – ja, etwas; 2 – eher nein; 1 – nein, gar nicht) sowie die Religionszugehörigkeit erfragt (Schwartz et al., 2024).

Im Unterschied zum Originalfragebogen wurde nicht nach der Gebets- und Meditationspraxis gefragt, sondern nach der eigenen Spiritualität „Bezeichnen Sie sich selbst als spirituell?“ mit dichotomer Antwortmöglichkeit. Diese offene Frage sollte einen weitgefassten Spiritualitätsbegriff zulassen, auch in Anbetracht eines eher säkularisierten Umfelds der gewählten Stichprobe im Unterschied zur Validierungsstudie an kirchlich getragenen Krankenhäusern.

Zur Differenzierung der Daten wurde im ärztlichen Kollektiv zusätzlich die Kursteilnahme bei der Arbeitsgemeinschaft Intensivmedizin e.V. erfasst.

2.3 Datenerhebung und Datenschutz

Die Datenerhebung erfolgte im Jahr 2023. Die ärztlichen Teilnehmer wurden über direkte Kontaktaufnahme durch einen Kursleiter im Rahmen der Weiterbildungskurse der Arbeitsgemeinschaft Intensivmedizin e.V. in Arnsberg rekrutiert. Die pflegerischen Teilnehmer wurden im Rahmen der Fachweiterbildung für Anästhesie und Intensivpflege am Bildungszentrum des Universitätsklinikums Düsseldorf ebenfalls direkt angesprochen, während das pflegerische Personal der Intensivstationen und der zentralen Notaufnahme des Universitätsklinikums Düsseldorf via E-Mail-Anfrage und zusätzlich durch Poster, die über die Studie informierten, eingeladen wurde (Schwartz et al., 2024).

Die Teilnahme war freiwillig und erfolgte nach Aufklärung über das Studiendesign, die jederzeit bestehende Möglichkeit zum Abbruch des Fragebogens und der Einwilligung zum Datenschutzkonzept (Schwartz et al., 2024).

Die Daten wurden anonymisiert per Online-Fragebogen mittels EFS *Survey* über die Plattform Unipark (Tivian XI GmbH, Köln, Deutschland) erhoben (Schwartz et al., 2024).

Die Software und alle Befragungsdaten wurden von Tivian in einem zertifizierten Rechenzentrum in Deutschland gehostet. Das Unipark-Programm erfüllt die besonders hohen Datenschutz- und Sicherheitsanforderungen nach ISO 27001. Die Daten der Teilnehmer wurden entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes vertraulich behandelt. Es wurden keine personenbezogenen Daten erhoben und die IP-Adressen der Teilnehmer wurden nicht gespeichert.

2.4 Datenbereinigung

Nach sorgfältiger Durchsicht wurden insgesamt drei Fragebögen ausgeschlossen. Zwei erfüllten das Einschlusskriterium der ärztlichen oder pflegerischen Profession nicht. Ein weiterer Fragebogen wurde als *Straightliner* identifiziert, da es zur Auswahl der ersten Antwortmöglichkeit bei jeder Frage und einer Fragebogenbearbeitungszeit von 51 Sek. bei sonst durchschnittlicher Beantwortungszeit von 5 Min. gekommen war.

2.5 Fehlende Daten

Ein geringer Teil der erhobenen Fragebögen wies unvollständige Angaben auf (*Item-Nonresponse*). Die Prüfung mittels Little's-Test ergab, dass die fehlenden Werte nicht als *Missing Completely at Random* (MCAR) eingestuft werden konnten. Nach eingehender methodischer Diskussion wurden die fehlenden Werte als *Missing at Random* (MAR) klassifiziert. Sämtliche Datensätze, auch bei unvollständiger Beantwortung, wurden in die Auswertung eingeschlossen, fehlende Werte wurden dabei als „fehlende Daten“ kenntlich gemacht.

2.6 Statistische Datenanalyse

Die Datenauswertung und die statistischen Analysen erfolgten mittels der Statistiksoftware SPSS (Version 26.0, IBM Corp., Armonk, USA) und Excel (Microsoft Office 2019, USA). Des Weiteren wurde Power Point (Microsoft Office 2019, USA) zur Erstellung von Tabellen und Graphiken verwendet.

Die statistische Auswertung der Daten orientierte sich an der Originalarbeit von Prof. Eckhard Frick, der den SCCQ erstellt und validiert hat (Frick et al., 2019). In Anlehnung an die Veröffentlichungsstudie des SCCQ wurde die Likert-Skala numerisch kodiert und zu Auswertungszwecken als intervallskaliert gewertet.

Die spirituelle Kompetenz insgesamt (Gesamtscore) wurde aus dem Mittelwert der sieben im SCCQ definierten spirituellen Kompetenzen errechnet (Schwartz et al., 2024).

Mittels deskriptiver Statistik wurden die demographischen Daten ausgewertet sowie die Rücklaufquoten und Häufigkeitsanalysen der spirituellen Kompetenzen berechnet. Es wurden absolute und relative Häufigkeit, Median (Md), Mittelwert (M) und Standardabweichung (SD) erfasst. Mittels Kreuztabellen wurden die Beziehungen zwischen zwei kategorialen Variablen weiter untersucht.

Zur Prüfung der Normalverteilung wurden Schiefe- und Kurtosiswerte, Quantil-Quantil-Diagramme sowie der Shapiro-Wilk-Test herangezogen. Die Analysen ergaben, dass die Variablen keine konsistente Normalverteilung aufwiesen.

Weiterführend wurden für die Dependenzanalysen nichtparametrische Testverfahren angewendet. Um den linearen Zusammenhang zweier mindestens ordinal skalierten Variablen zu ermitteln, wurde die Rangkorrelationsanalyse nach Spearman-Rho mit einem Konfidenzintervall von 95% durchgeführt. Unterschiede in den zentralen Tendenzen zweier unabhängiger Stichproben wurden mittels dem nicht-parametrischen Mann-Whitney-Test errechnet.

Es wurde ein Signifikanzniveau von $<0,05$ gewählt (gekennzeichnet mit *; ein besonders hohes Signifikanzniveau von $<0,01$ wurde mit ** gekennzeichnet).

Zur Einteilung der Effektstärke wurde Cohens d und ein Korrelationskoeffizient r von $> 0,5$ als starker Effekt gewertet, zwischen 0,3 und 0,5 als moderater und zwischen 0,2 und 0,3 als schwacher Effekt. Eine Effektstärke $< 0,2$ wurde als vernachlässigbar angesehen.

3 Ergebnisse

3.1 Studienkollektiv

3.1.1 Teilnehmerzahl und Rücklaufquote

Insgesamt konnten 551 Teilnehmer für die Studie rekrutiert werden. In der ärztlichen Kohorte wurden 465 Personen in die Studie eingeschlossen (Schwartz et al., 2024). Hiervon entfielen 196 Personen auf die Kurse „Seminarkongress Notfallmedizin“ der Arbeitsgemeinschaft Intensivmedizin e.V. mit einer durchschnittliche Rücklaufquote von 69 %. In dieser Subgruppe erfüllten zwei Teilnehmer die Einschlusskriterien der ärztlichen oder pflegerischen Profession nicht und wurden konsekutiv von der weiteren Auswertung ausgeschlossen. Aus den Einführungskursen für Intensivmedizin wurden 269 Personen eingeschlossen, die Rücklaufquote aus beiden Kursen betrug insgesamt 75 %. Hier wurde zuvor ein Fragebogen als *Straightliner* identifiziert und ausgeschlossen.

In der pflegerischen Stichprobe nahmen insgesamt 86 Personen an der Befragung teil (Schwartz et al., 2024). Hiervon wurden 41 Teilnehmer im Rahmen der Weiterbildung zur Anästhesie und Intensivpflege mit einer Rücklaufquote von 91 % rekrutiert. Von den Intensivstationen und der zentralen Notaufnahme des Universitätsklinikums Düsseldorf nahmen weitere 45 Personen an der Studie teil; hier ergab sich eine Rücklaufquote von annähernd 11 %. Abbildung 1 zeigt eine Übersicht über die Studienkohorten inklusive der Rücklaufquoten.

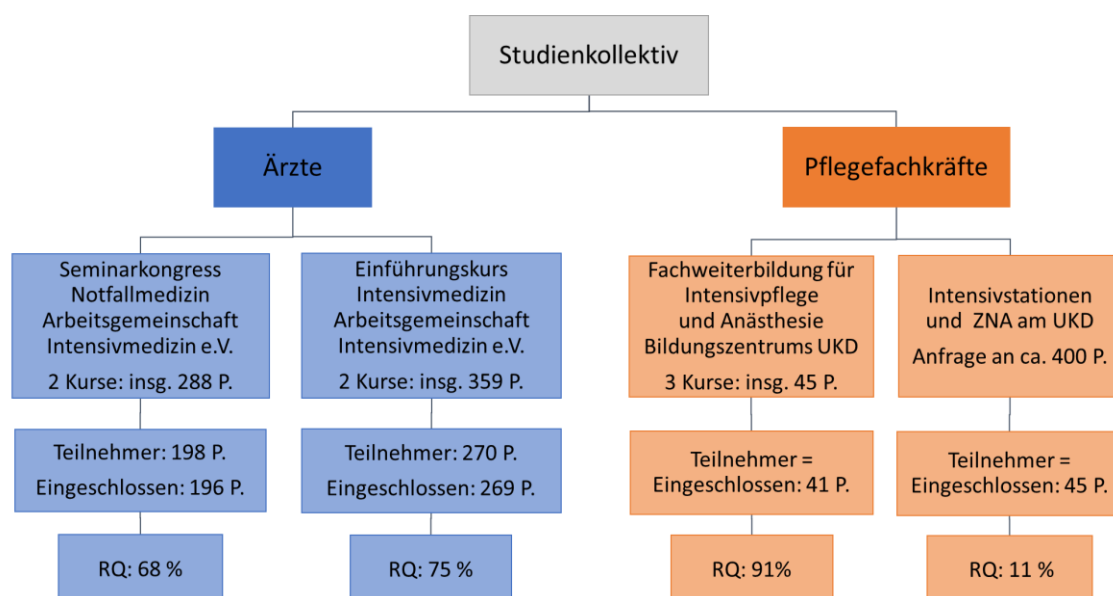


Abb. 1: Studienkollektiv und Rücklaufquoten.

Zusammensetzung des Studienkollektivs, Anzahl der Befragten, Teilnehmerzahlen, Anzahl der eingeschlossenen Personen und netto Rücklaufquoten, P= Person, RQ= Rücklaufquote.

3.1.2 Demographische Daten

Die Studienpopulation setzte sich zu 84 % aus Ärzten und zu 16 % aus Pflegefachkräften zusammen. Im ärztlichen Kollektiv war das Geschlechterverhältnis von männlich (m) zu weiblich (w) mit 48 % zu 50 % ausgewogen, im pflegerischen Kollektiv zeigte sich eine deutliche Mehrheit an weiblichen Studienteilnehmern, das Verhältnis m/w betrug 20 %/80 % (Schwartz et al., 2024). Der Familienstand war in beiden Kohorten vergleichbar, 1/3 waren alleinstehend, 2/3 lebten mit einem Partner oder waren verheiratet. 90 % der ärztlichen Teilnehmer waren zwischen 18 und 39 Jahre alt, über 50 % entstammten der Altersgruppe von 30–39 Jahren. In der pflegerischen Stichprobe waren 73 % der Teilnehmer in der Altersgruppe von 18–39 Jahren zu verorten; hier nahmen verhältnismäßig mehr ältere Personen teil. Die Altersverteilung spiegelt sich auch in den Berufsjahren wider. Die Ärzte hatten zum Zeitpunkt der Studienteilnahme durchschnittlich 4 Jahre Berufserfahrung (M: 3,9, SD: 3,5, Md: 3) während die Pflegefachkräfte durchschnittlich fast 13 Berufsjahre aufwiesen (M: 12,7, SD: 10,7, Md: 8) (Schwartz et al., 2024). Die größte Fraktion der teilnehmenden Ärzte stammt aus dem Fachbereich der Inneren Medizin, der größte Teil der Pflegefachkräfte gehörte dem Fachbereich der Chirurgie/Orthopädie an (Schwartz et al., 2024). Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit betrug im ärztlichen Kollektiv mit 47,5 +/- 8,6 Stunden deutlich mehr als im pflegerischen Kollektiv mit 34,9 +/- 7,3 Stunden (Schwartz et al., 2024). Die berufliche Zufriedenheit war in beiden Stichproben vergleichbar (Schwartz et al., 2024). Über die Hälfte der Teilnehmer war zufrieden bis sehr zufrieden, ein weiteres Drittel beschrieb seine Arbeitssituation als „es geht“. Auch die Angaben zur eigenen Spiritualität waren in beiden Professionen ähnlich. Insgesamt bezeichneten sich 41 % der Befragten als spirituell (Schwartz et al., 2024). Fast die Hälfte der Ärzte gaben an, dass sie „unbedingt“ oder „etwas gläubig“ sind, unter den Pflegefachkräften waren dies nur 32 %. In der pflegerischen Kohorte gaben zudem mehr Personen an, keine Religionszugehörigkeit zu haben: 41 % im Vergleich zu 26 % unter den Ärzten. Unter beiden Professionen waren die christlichen Religionen zusammengefasst (protestantisch und katholisch) mit insgesamt 45 % am häufigsten vertreten. Die zweitgrößte Konfessionsgruppe unter den Ärzten stellten Muslime mit 20 % dar, während diese nur 3,5 % bei den Pflegefachkräften ausmachten.

Eine Übersicht über alle soziodemographischen Daten bietet Tabelle 1.

	Gesamt	Ärzte	Pflegefachkräfte
Anzahl gesamt (n)	551	465	86
Geschlecht (%)			
Männlich	43,9	48,4	19,8
Weiblich	55,2	50,5	80,2
Divers	0	0	0
Fehlende Daten	0,9	1,1	0
Altersgruppen (%)			
18-29 Jahre	38,1	37,4	41,9
30-39 Jahre	52,3	56,1	31,4
40-49 Jahre	7,1	6,2	11,6
50-59 Jahre	1,8	0,2	11,6
> 60 Jahre	0,7	0	3,5
Familienstand (%)			
Verheiratet	34,5	34,4	34,9
Mit Partner	30,7	31,0	29,1
Geschieden	0,9	1,1	0
Alleinstehend	33,9	33,5	36,0
Verwitwet	0	0	0
Fachbereich (%)			
Innere Medizin	54,8	59,8	27,9
Chirurgie/Orthopädie	16,0	11,4	40,7
Anästhesie	19,1	20,9	9,3
Neurologie	3,3	3,9	0
Andere	6,5	3,9	20,9
Fehlende Daten	0,2	0,2	1,2
Berufserfahrung in Jahren (M, SD)	5,4 +/- 6,2	3,9 +/- 3,5	12,7 +/- 10,7
Durchschnittliche Wochenarbeitszeit in Stunden (M, SD)	45,5 +/- 9,6	47,5 +/- 8,6	34,89 +/- 7,3
Berufliche Zufriedenheit (M, SD)			
1 (sehr unzufrieden) – 5 (sehr zufrieden)	3,6 +/- 0,8	3,6 +/- 0,9	3,6 +/- 0,7
Spiritualität (%)			
Ja	41,2	40,4	45,3
Nein	57,4	57,8	54,7
Fehlende Daten	1,4	1,7	0
Gläubigkeit (%)			
Ja, unbedingt	19,8	21,1	12,8
Ja, etwas	26,9	28,4	18,6
Eher nein	24,3	23,2	30,2
Nein, gar nicht	28,3	26,5	38,4
Fehlende Daten	0,7	0,9	0
Religionszugehörigkeit (%)			
Katholisch	25,8	26,9	24,4
Protestantisch	18,9	18,1	23,3
Muslimisch	17,2	19,8	3,5
Jüdisch	0,2	0,2	0
Andere	8,5	8,8	7,0

Keine	28,3	26,0	40,7
Fehlende Daten	1,1	1	1,2

Tabelle 1: Demographische Daten.

Demographische Daten der Gesamtstichprobe und aufgeteilt nach ärztlicher und pflegerischer Profession (in Anlehnung an Schwartz et al., 2024).

3.1 Spiritualität und Gläubigkeit

Im ärztlichen Kollektiv gaben fast 50 % der Befragten an, etwas oder sehr gläubig zu sein, während sich nur 40 % als spirituell bezeichneten. Von diesen Gläubigen sahen sich nur 63 % auch als spirituell an. In der pflegerischen Kohorte gaben mit 45 % mehr Teilnehmer an spirituell zu sein und nur 31 % bezeichneten sich als etwas oder sehr gläubig. Unter den gläubigen Pflegefachkräften wiederum gaben 73 % an auch spirituell zu sein. In den Tabellen 2 und 3 werden die Aussagen zur Spiritualität mit der Ausprägung der Gläubigkeit, differenziert nach Profession, verglichen.

Gläubig	Spirituell				Gesamt
	Ja		Nein		
Ja unbedingt	81 (84%)	63%	16 (16%)	37%	97 (100%)
Ja etwas	63 (48%)		67 (52%)		130 (100%)
Eher nein	34 (32%)	19%	73 (68%)	81%	107 (100%)
Nein, gar nicht	10 (8%)		113 (92%)		123 (100%)

Tabelle 2: Zusammenhang zwischen Gläubigkeit und Spiritualität – ärztliches Kollektiv.

Dargestellt sind die Ausprägungen der Gläubigkeit im Vergleich zu den Angaben zur Spiritualität im ärztlichen Kollektiv. Angegeben sind absolute Zahlen sowie Prozentwerte innerhalb jeder Glaubenskategorie („Ja unbedingt“, „Ja etwas“, „Eher nein“, „Nein, gar nicht“). Zusätzlich erfolgt eine zusammenfassende Darstellung der Verteilung spiritueller und nicht spiritueller Personen innerhalb der Gruppen gläubig („Ja unbedingt“ und „Ja etwas“) und nicht gläubig („Eher nein“ und „Nein, gar nicht“).

Gläubig	Spirituell				Gesamt
	Ja		Nein		
Ja unbedingt	10 (91%)	74%	1 (9%)	26%	11 (100%)
Ja etwas	10 (62,5%)		6 (37,5%)		16 (100%)
Eher nein	15 (58%)	32%	11 (42%)	68%	26 (100%)
Nein, gar nicht	4 (12%)		29 (88%)		33 (100%)

Tabelle 3: Zusammenhang zwischen Gläubigkeit und Spiritualität – pflegerisches Kollektiv.

Dargestellt sind die Ausprägungen der Gläubigkeit im Vergleich zu den Angaben zur Spiritualität im pflegerischen Kollektiv. Angegeben sind absolute Zahlen sowie Prozentwerte innerhalb jeder Glaubenskategorie („Ja unbedingt“, „Ja etwas“, „Eher nein“, „Nein, gar nicht“). Zusätzlich erfolgt eine zusammenfassende Darstellung der Verteilung spiritueller und nicht spiritueller Personen innerhalb der Gruppen gläubig („Ja unbedingt“ und „Ja etwas“) und nicht gläubig („Eher nein“ und „Nein, gar nicht“).

Im Vergleich der Konfessionen untereinander stellten Muslime die gläubigste Gruppe dar, von ihnen antworteten 53 % auf die Frage, ob sie ein (aktiv) gläubiger Mensch seien, mit „ja unbedingt“ und 32 % mit „ja etwas“. Unter den Katholiken und Protestanten bezeichneten sich ca. die Hälfte der Befragten als etwas bis sehr gläubig. Als spirituell sahen sich 66 % der Muslime, 50 % der Protestanten und 40 % der Katholiken an. Von den Studienteilnehmern ohne Religionszugehörigkeit bezeichneten sich 8 % als gläubig und 23 % als spirituell.

3.2 Spirituelle Kompetenzen

Insgesamt betrug die spirituelle Kompetenz (Gesamtscore) unter allen Befragten im Mittel 2,31 (SD: 0,41), dies entspricht auf der vierstufigen Likert Skala der Antwortkategorie „stimmt kaum“. Aufgeteilt auf die Professionen zeigte sich ein nahezu identischer Gesamtscore: im ärztlichen Kollektiv mit einem Mittelwert von 2,3 (SD: 0,41) und im pflegerischen Kollektiv mit M: 2,35 (SD: 0,43) (Schwartz et al., 2024).

Die spezifischen *Spiritual Care*-Kompetenzen waren unterschiedlich stark ausgeprägt. In der Gesamtkohorte war die *Gesprächsführungs-Kompetenz* (M: 3, SD: 0,76) am stärksten, gefolgt von der *Wahrnehmungs-Kompetenz* (M: 2,88, SD: 0,52), während *Team-Spirit* (M: 1,7, SD: 0,58) und die *Dokumentations-Kompetenz* (M: 1,7, SD: 0,68) am schwächsten ausgeprägt waren. Die *proaktive Empowerment-Kompetenz* (M: 2,72, SD: 0,59) wurde am drittstärksten eingeschätzt, gefolgt von den Kompetenzen *Wissen über andere Religionen* (M: 2,59, SD: 0,72) und *Selbsterfahrung und proaktive Öffnung* (M: 1,98, SD 0,61). Dies

spiegelte auch die Verteilung der *Spiritual Care*-Kompetenzen im ärztlichen und pflegerischen Kollektiv wider.

Im Vergleich der Professionen untereinander ergaben sich leichte Differenzen in den Bereichen *Dokumentations-Kompetenz*, *Wissen über andere Religionen* und *Gesprächsführungs-Kompetenz*. Ärzte gaben eine höhere *Dokumentations-Kompetenz* (M: 1,71) als Pflegefachkräfte (M: 1,54) an ($U = 17337$, $p = 0,046$, $d = 0,25$), während Pflegefachkräfte ein größeres Wissen über andere Religionen (M: 2,76) als Ärzte (M: 2,56) ($U = 16485$, $p = 0,008$, $d = 0,31$) und eine höhere *Gesprächsführungs-Kompetenz* (M: 3,17) als Ärzte (M: 3,0) ($U = 17205$, $p = 0,034$, $d = 0,22$) aufwiesen (Schwartz et al., 2024).

In Abbildung 2 werden die Ergebnisse des SCCQ in der gesamten Kohorte und differenziert nach Professionen dargestellt.

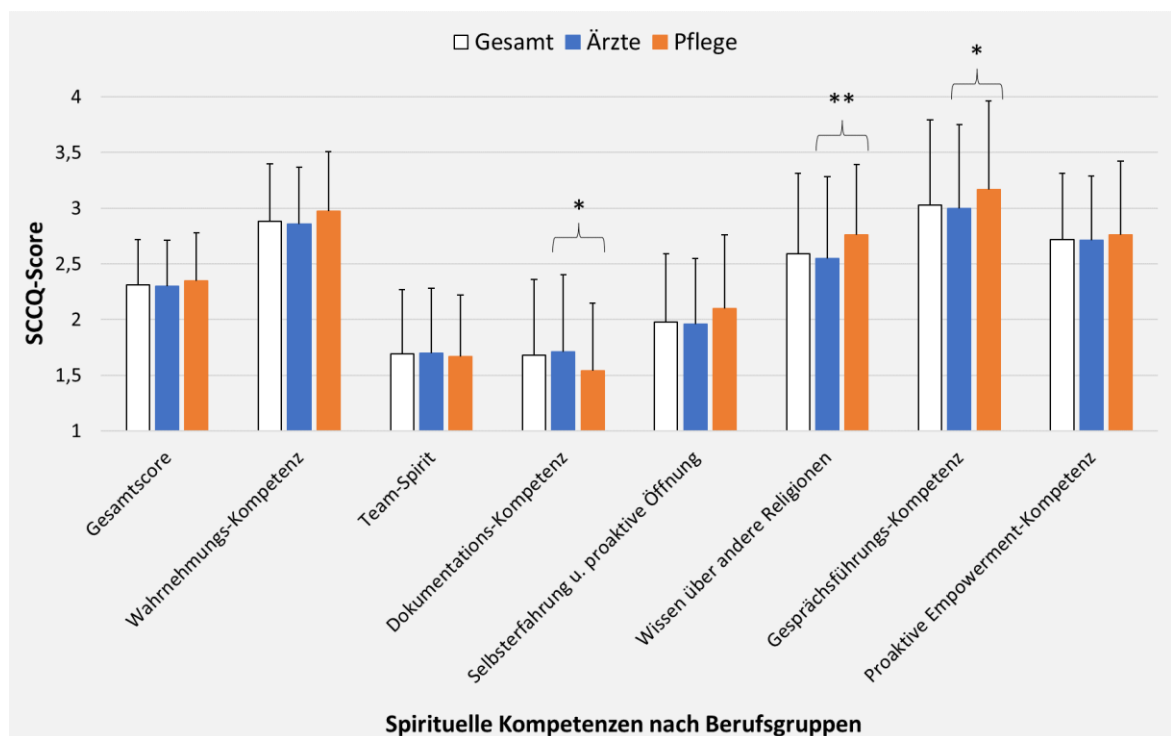


Abb. 2: Vergleich der Spiritual Care Competence.

Mittelwertvergleich der SCCQ-Scores zwischen gesamtem, ärztlichem und pflegerischem Kollektiv, signifikante Unterschiede hervorgehoben (* $p < .05$, ** $p < .01$) (in Anlehnung an Schwartz et al., 2024).

3.3 Einflussfaktoren

Als Einflussfaktoren wurden unter anderem das Alter der Teilnehmer, die Berufserfahrung, die berufliche Zufriedenheit, die Gläubigkeit und die eigene Spiritualität auf Zusammenhänge mit den spirituellen Kompetenzen untersucht (Schwartz et al., 2024).

Im gesamten Studienkollektiv zeigte sich eine mittlere Korrelation zwischen Gläubigkeit ($r = 0,264$, $p > 0,001$) und Spiritualität ($r = 0,306$, $p > 0,001$) und dem Gesamtscore im SCCQ. Des Weiteren korrelierten die Gläubigkeit ($r = 0,461$, $p > 0,001$) wie auch die Spiritualität ($r = 0,476$, $p > 0,001$) mit der Kompetenz *Selbsterfahrung und proaktive Öffnung*. In der ärztlichen Studienpopulation war dieser Zusammenhang ebenfalls moderat ausgeprägt (Gläubigkeit und *Selbsterfahrung und proaktive Öffnung* $r = 0,454$, $p > 0,001$ / Spiritualität und *Selbsterfahrung und proaktive Öffnung* $r = 0,446$, $p > 0,001$), während in der pflegerischen Kohorte sogar eine starke Korrelation zwischen Gläubigkeit ($r = 0,574$, $p > 0,001$) und Spiritualität ($r = 0,593$, $p > 0,001$) einerseits und der Kompetenz *Selbsterfahrung und proaktive Öffnung* andererseits bestand (Schwartz et al., 2024).

Unter den befragten Ärzten zeigte sich ein schwacher Zusammenhang zwischen der beruflichen Zufriedenheit und der Ausprägung der *Team-Spirit*-Kompetenz ($r = 0,238$, $p < 0,001$) (Schwartz et al., 2024). Unter den Pflegefachkräften konnten keine signifikanten Zusammenhänge mit der beruflichen Zufriedenheit festgestellt werden. Hier zeigten sich stattdessen weitere moderate Korrelationen zwischen potenziellen Einflussfaktoren und den spezifischen spirituellen Kompetenzen. So korrelierten in der pflegerischen Studienpopulation Gläubigkeit und Spiritualität mit der *Wahrnehmungs-Kompetenz* ($r = 0,25$, $p = 0,02$ / $r = 0,236$, $p = 0,029$) und der *proaktiven Empowerment-Kompetenz* ($r = 0,238$, $p = 0,027$ / $r = 0,237$, $p = 0,028$). Spiritualität korrelierte darüber hinaus mit der *Gesprächsführungs-Kompetenz* ($r = 0,3$, $p = 0,005$). Zudem zeigten sich negative Zusammenhänge zwischen Alter und Berufsjahren und der *Gesprächsführungs-Kompetenz* ($r = -0,322$, $p = 0,003$ / $r = -0,318$, $p = 0,003$) sowie der *Team-Spirit*-Kompetenz ($r = -0,224$, $p = 0,024$ / $r = 0,217$, $p = 0,045$) (Schwartz et al., 2024). Eine Übersicht über die Korrelationen in der pflegerischen und ärztlichen Kohorte bieten die Abbildungen 3 und 4.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	1	,809**	,693**	,462**	,754**	,418**	,576**	,747**	,309**	,381**	-,221*	-,232*	-,049
2	,809**	1	,417 *	,239 *	,555 **	,242 *	,545 **	,579 **	,250 *	,236 *	-,122	-,159	-,019
3	,693**	,417 **	1	,410 **	,457 **	,147	,148	,422 **	,059	,119	-,244 *	-,217 *	-,069
4	,462**	,239 *	,410 **	1	,177	,171	,064	,196	,028	,091	-,030	-,043	-,089
5	,754**	,555 **	,457 **	,177	1	,267 *	,431 **	,512 **	,574 **	,593 **	-,069	-,036	-,103
6	,418**	,242 *	,147	,171	,267 *	1	,296 **	,389 **	,133	,068	-,090	-,094	,103
7	,576**	,545 **	,148	,064	,431 **	,296 **	1	,463 **	,180	,300 **	-,322 **	-,318 **	-,124
8	,747**	,579 **	,422 **	,196	,512 **	,389 **	,463 **	1	,238 *	,237 *	-,168	-,145	,099
9	,309**	,250 *	,059	,028	,574 **	,133	,180	,238 *	1	,547 **	-,071	,005	-,136
10	,381**	,236 *	,119	,091	,593 **	,068	,300 **	,237 *	,547 **	1	,041	-,009	-,089
11	-,221*	-,122	-,244 *	-,030	-,069	-,090	-,322 **	-,168	-,071	,041	1	,826 **	,138
12	-,232*	-,159	-,217 *	-,043	-,036	-,094	-,318 **	-,145	,005	-,009	,826 **	1	,125
13	-,049	-,019	-,069	-,089	-,103	,103	-,124	,099	-,136	-,089	,138	,125	1

Abb. 3: Korrelationsmatrix zur Darstellung von Assoziation verschiedener Faktoren auf spirituelle Kompetenzen im pflegerischen Kollektiv.

Legende: 1 = Gesamtscore, 2 = Wahrnehmungs-Kompetenz, 3 = Team-Spirit, 4 = Dokumentations-Kompetenz, 5 = Selbsterfahrung und proaktives Öffnen, 6 = Wissen über andere Religionen, 7 = Gesprächs-führungs-Kompetenz, 8 = Proaktive Empowerment-Kompetenz, 9 = Gläubigkeit, 10 = Spiritualität, 11 = Alter, 12 = Berufsjahre, 13 = berufliche Zufriedenheit (* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, jeweils zweizeitig) (in Anlehnung an Schwartz et al., 2024).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	1	,702**	,645**	,631**	,705**	,568**	,488**	,736**	,265**	,271**	,120**	,135**	,147**
2	,702**	1	,320**	,397**	,372**	,328**	,388**	,409**	,049	,145**	,082	,068	,117*
3	,645**	,320**	1	,422**	,315**	,202**	,153**	,412**	,046	,059	,099*	,074	,238**
4	,631**	,397**	,422**	1	,343**	,291**	,150**	,328**	,192**	,091	,031	,118*	,041
5	,705**	,372**	,315**	,343**	1	,341**	,249**	,436**	,454**	,446**	,148**	,100*	,051
6	,568**	,328**	,202**	,291**	,341**	1	,267**	,469**	,169**	,165**	,104*	,147**	,073
7	,488**	,388**	,153**	,150**	,249**	,267**	1	,366**	,021	,090	-,037	-,016	,031
8	,736**	,409*	,412**	,328**	,436**	,469**	,366**	1	,178**	,171**	,065	,124**	,111*
9	,265**	,049	,046	,192**	,454**	,169**	,021	,178**	1	,529**	,043	,144**	-,023
10	,271**	,145**	,059	,091	,446**	,165**	,090	,171**	,529**	1	,080	,109*	-,079
11	,120**	,082	,099*	,031	,148**	,104*	-,037	,065	,043	,080	1	,528**	,017
12	,135**	,068	,074	,118*	,100*	,147**	-,016	,124**	,144**	,109*	,528**	1	-,041
13	,147**	,117*	,238**	,041	,051	,073	,031	,111*	-,023	-,079	,017	-,041	1

Abb. 4: Korrelationsmatrix zur Darstellung von Assoziation verschiedener Faktoren auf spirituelle Kompetenzen im ärztlichen Kollektiv.

Legende: 1 = Gesamtscore, 2 = Wahrnehmungs-Kompetenz, 3 = Team-Spirit, 4 = Dokumentations-Kompetenz, 5 = Selbsterfahrung und proaktives Öffnen, 6 = Wissen über andere Religionen, 7 = Gesprächs-führungs-Kompetenz, 8 = Proaktive Empowerment-Kompetenz, 9 = Gläubigkeit, 10 = Spiritualität, 11 = Alter, 12 = Berufsjahre, 13 = berufliche Zufriedenheit (* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, jeweils zweizeitig).

Der Geschlechtervergleich in der gesamten Studienpopulation ergab gering korrelierende Unterschiede zwischen den *Spiritual Care*-Kompetenzen. Frauen wiesen im Vergleich zu Männern etwas höhere Kompetenzen in den Bereichen *Wahrnehmung* (M m/w: 2,79/2,95) ($U = 30814$, $p = 0,001$, $d = 0,31$) und *Gesprächsführung* (M m/w: 2,91/3,12) ($U = 31629$, $p = 0,004$, $d = 0,28$) auf (Schwartz et al., 2024).

Zwischen den unterschiedlichen Fachrichtungen der Befragten und in Abhängigkeit der Kursteilnahme im ärztlichen Kollektiv (Einführungskurs Intensivmedizin vs. Seminarkongress Notfallmedizin) waren keine signifikanten Unterschiede in den spirituellen Kompetenzen festzustellen.

4 Diskussion

4.1 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

In der vorliegenden Studie wies das Gesundheitspersonal der Notfall- und intensivmedizinischen Versorgung, sowohl ärztlicher- als auch pflegerischerseits, durchschnittlich eher geringe spirituelle Kompetenzen auf. In allen Bereichen der selbsteingeschätzten *Spiritual Care*-Kompetenzen bestand Entwicklungspotential. Besonders gering wurden die Kompetenzen in den Feldern *Dokumentation* und *Team-Spirit* bewertet, während *Gesprächsführungs*- und *Wahrnehmungs-Kompetenzen* in Relation am stärksten ausgeprägt waren (Schwartz et al., 2024).

Zum Vergleich liegen in Deutschland aktuell nur zwei weitere Erhebungen von SC-Kompetenzen mittels des SCCQ vor: Zum einen die Validierungsstudie des Fragebogens, zum anderen eine Erhebung an psychiatrischem und psychotherapeutischem Gesundheitspersonal (Frick et al., 2019; Frick et al., 2021).

Die Ergebnisse der vorliegenden Befragung ähneln denen der Validierungsstudie des SCCQ, die 2017 bei deutschem und österreichischem Gesundheitspersonal – vornehmlich an konfessionell getragenen Einrichtungen – durchgeführt wurde (Theiss, 2021). Auch hier wiesen die Teilnehmer durchschnittlich nur mäßige spirituelle Kompetenzen auf. Ebenso wurden die *Dokumentations-Kompetenz* und *Team-Spirit* am geringsten eingeschätzt und die *Gesprächsführungs*- sowie die *Wahrnehmungs-Kompetenz* am stärksten (Frick et al., 2019).

In der Erhebung des SCCQ bei deutschem und österreichischem Gesundheitspersonal in der Psychiatrie und Psychotherapie zeigten sich die spirituellen Kompetenzen im Durchschnitt gleichfalls entwicklungswürdig (Frick et al., 2021, Schwartz et al., 2024). Insgesamt wurden die *Spiritual Care*-Kompetenzen geringgradig höher eingeschätzt als in der vorliegenden Studie sowie in der Validierungsstudie. Vergleichbar waren auch hier die Ausprägungsunterschiede in den spezifischen *Spiritual Care*-Kompetenzen. Wieder zeigten sich die *Gesprächsführungs-Kompetenz* gefolgt von der *Wahrnehmungs-Kompetenz* am stärksten ausgeprägt, während die *Dokumentations-Kompetenz* sowie *Team-Spirit* am schlechtesten eingeschätzt wurden.

Interessanterweise sind die Ergebnisse dieser Studien trotz unterschiedlicher Zusammensetzung der Stichproben sehr ähnlich. So betrug der Frauenanteil in der Validierungskohorte 74 %, in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Erhebung 73 % und in der vorliegenden Studie nur 55 %. In der psychiatrisch-psychotherapeutischen Befragung

wurden 60 % Pflegekräfte und 12 % Ärzte inkludiert, in der Validierungsstudie betrug der Anteil der Pflegefachkräfte 47 % und jener der Ärzte 19 % und in der vorliegenden Erhebung wurden 16 % Pflegefachkräfte und 84 % Ärzte eingeschlossen. Weitere Unterschiede bestehen darüber hinaus beispielsweise in der Alterszusammensetzung, der Berufserfahrung, der Religionszugehörigkeit sowie den Angaben zur Gläubigkeit. In den Vergleichsstudien lag das Durchschnittsalter bei über 40 Jahren, während in der vorliegenden Studie 90% der Teilnehmer jünger als 40 Jahre alt waren (Frick et al., 2019; Frick et al., 2021, Schwartz et al., 2024).

Internationale Studien zu *Spiritual Care* in der Intensiv- und Notfallmedizin verdeutlichen ebenfalls, dass die spirituelle Dimension in der Patientenversorgung häufig unzureichend wahrgenommen und adressiert wird. Sie unterstreichen zugleich die Notwendigkeit, die spirituellen Kompetenzen des Gesundheitspersonals durch Schulungen zu verbessern (Badanta et al., 2022; Jang et al., 2004; McBrien, 2010; Willemse et al., 2020).

Ein Großteil der bisherigen Studien beleuchtet *Spiritual Care* vornehmlich im Kontext des Pflegeberufs (Badanta et al., 2022; Carvalho Junior et al., 2025; Willemse et al., 2020). Deshalb erscheint es umso wichtiger, die spirituelle Dimension der Versorgung auch in anderen Berufsgruppen systematisch zu untersuchen.

In der vorliegenden Studie wurden die spirituellen Kompetenzen sowohl von ärztlichem als auch von pflegerischem Personal erhoben. Im Vergleich der Professionen untereinander zeigte sich ein nahezu identisches Gesamtergebnis im SCCQ. Im Hinblick auf die spezifischen *Spiritual Care*-Kompetenzen ergaben sich leichte Differenzen. Ärzte gaben eine etwas höhere *Dokumentations-Kompetenzen* als Pflegefachkräfte an, während Pflegekräfte ein größeres *Wissen über andere Religionen* sowie eine höhere *Gesprächsführungs-Kompetenz* benannten (Schwartz et al., 2024). Diese Unterschiede sind statistisch signifikant, weisen aber eine geringe Effektstärke auf. Es ist zu berücksichtigen, dass die befragten Ärzte im Durchschnitt jünger waren und überwiegend am Beginn ihres Berufslebens standen. Sie wiesen mit im Median 3 Jahren eine geringere Berufserfahrung als die Pflegefachkräfte mit 8 Berufsjahren auf (Schwartz et al., 2024). Festzuhalten ist, dass nur geringe Unterschiede der spirituellen Kompetenzen zwischen den Berufsgruppen beobachtet wurden.

Auch in der Studie zu den spirituellen Kompetenzen in der Psychiatrie und Psychotherapie wurden signifikante Unterschiede hinsichtlich der Kompetenzen zwischen den Professionen festgestellt. Anders als im vorliegenden Kollektiv wurden hier die *Gesprächsführungs-* und

Wahrnehmung-Kompetenz sowie die *Selbsterfahrung und proaktive Öffnung* von Ärzten höher eingeschätzt als von den befragten Pflegefachkräften (Frick et al., 2021). In dieser Erhebung zeigte sich insgesamt eine deutlich größere Berufserfahrung beim Gesundheitspersonal mit im Mittel 19 Berufsjahren (Ärzte: 17 J, Pflege: 20 J), während es in der vorliegenden Studienpopulation nur durchschnittlich 5 Berufsjahre waren (Frick et al., 2021, Schwartz et al., 2024).

Unter den verschiedenen medizinischen Fachrichtungen, die in der vorliegenden Studie erfasst wurden – zu nennen sind vor allem Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie – zeigten sich keine signifikanten Differenzen in den spirituellen Kompetenzen.

Im ärztlichen Studienkollektiv konnte ein, wenn auch schwacher, Zusammenhang zwischen der beruflichen Zufriedenheit und der *Team-Spirit-Kompetenz* aufgezeigt werden ($r = 0,238$, $p < 0,001$) (Schwartz et al., 2024). Ein regelmäßiger Austausch über die spirituellen Bedürfnisse sowohl der Patienten als auch der Kollegen sowie die gemeinsame Reflexion und Bewältigung belastender Situationen im Team können zur Steigerung der beruflichen Zufriedenheit beitragen. Der positive Einfluss gelebter *Spiritual Care* auf die Arbeitszufriedenheit wird auch durch weitere Studien belegt (Büssing et al., 2024, p. 219 ff.; Wasner et al., 2005).

4.1.1 Einflussfaktoren

Als Einflussfaktoren auf die spirituelle Kompetenz konnten das individuelle Maß an Gläubigkeit und die Ausprägung der Spiritualität einer Person identifiziert werden. Derartige Einflüsse waren insbesondere im Bereich *Selbsterfahrung und proaktive Öffnung* deutlich und zeigten sich in der pflegerischen Kohorte noch stärker ausgeprägt als in der ärztlichen Kohorte (Schwartz et al., 2024). Bei dieser Kompetenz geht es um die Vertiefung der eigenen Spiritualität und um die Fähigkeit, aktiv spirituelle Bedürfnisse der Patienten anzusprechen und Raum für diese zu schaffen. Eine gelebte eigene Spiritualität/Religiosität ist zum einen Grundlage, um diese zu vertiefen, zum anderen kann eine größere persönliche Nähe zum Thema Spiritualität auch die empathische Wahrnehmung und das Verständnis für spirituelle Anliegen von Patienten erleichtern.

In der Erhebung der spirituellen Kompetenzen von Gesundheitspersonal in der Psychiatrie und Psychotherapie zeigte sich ein noch stärkerer Effekt der eigenen Gläubigkeit auf die spirituellen Kompetenzen. Hier war neben dem Bereich *Selbsterfahrung und proaktive*

Öffnung auch die *Wahrnehmungs-Kompetenz* bei Gläubigen deutlich stärker ausgeprägt (Frick et al., 2021, Schwartz et al., 2024).

Auch wenn eine spirituelle oder religiöse Grundhaltung einzelne spirituelle Kompetenzen begünstigen kann bleibt festzustellen, dass dies keine prinzipielle Voraussetzung ist um *Spiritual Care* leisten zu können.

In der vorliegenden Untersuchung konnten des Weiteren leichte geschlechtsassoziierte Unterschiede in den *Spiritual Care*-Kompetenzen festgestellt werden. Frauen gaben im Vergleich zu Männern höhere *Wahrnehmungs-* und *Gesprächsführungs-kompetenzen* an (Schwartz et al., 2024). In zahlreichen Studien zu geschlechtsspezifischen Unterschieden wurde bei Frauen ein höheres Empathievermögen und ein besseres Erkennen von Emotionen im Vergleich zu Männern festgestellt (Christov-Moore et al., 2014; Greenberg et al., 2023; Kret & De Gelder, 2012). Dennoch gilt es zu bedenken, dass es besonders im Rahmen von Selbsteinschätzungen zu Antworten entsprechend sozialer Erwartungen, wie beispielsweise geschlechtsspezifischen Rollenstereotypen, und somit zu Verzerrungen kommen kann (Baez et al., 2017). In der Befragung von Frick et al., 2021, ergaben sich zum Vergleich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede.

Als weiterer positiver Einflussfaktor auf die spirituellen Kompetenzen zeigte sich, sowohl in der Validierungsstudie als auch in der Befragung bei psychiatrischem und psychotherapeutischem Personal, eine größere Lebenserfahrung. Hier korrelierte das Alter der Befragten positiv mit einigen der spezifischen *Spiritual Care*-Kompetenzen, allen voran mit *Selbsterfahrung* und *proaktiver Öffnung*. Frick interpretiert dies als individuelle Entwicklungsprozesse (Frick et al., 2019; Frick et al., 2021). Dieser positive Einfluss des Alters auf die spirituellen Kompetenzen konnte in der vorliegenden Erhebung nicht gefunden werden. Allerdings war das Studienkollektiv mit einem Anteil von 90 % der Teilnehmer unter 40 Jahren um einiges jünger als das der Vergleichsstudien (Frick et al., 2019; Frick et al., 2021, Schwartz et al., 2024). In der Subgruppe der Pflegefachkräfte wurden sogar leichte negative Zusammenhänge zwischen Alter und Berufserfahrung einerseits und den Kompetenzen *Gesprächsführung* sowie *Team-Spirit* andererseits festgestellt. Dies könnte auf einer selbstkritischeren Einschätzung älterer und berufserfahrenerer Pflegekräfte beruhen oder möglicherweise auf einer Überschätzung der Kompetenzen bei Jüngeren. Es kann aber auch Ausdruck einer größeren Offenheit für das Thema Spiritualität bei jüngeren Pflegefachkräften sein. In der Weiterbildungsordnung der

Fachweiterbildung für Intensivpflege und Pflege in der Anästhesie wird seit 2024 die religiöse und spirituelle Dimension in der Versorgung von Intensivpatienten und deren Bezugspersonen herausgestellt („Weiterbildungsordnung der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen“, 2023).

4.2 Diskussion der Methodik und Limitationen

4.2.1 Stichprobenzusammensetzung

Die Zusammensetzung des Studienkollektivs ist kritisch zu reflektieren. Die ärztliche Befragung erfolgte im Rahmen von Weiterbildungsveranstaltungen zur Intensiv- und Notfallmedizin. Dies ermöglichte einerseits die Rekrutierung eines Kollektivs aus verschiedenen Bereichen mit hoher Teilnehmerzahl, andererseits weist die Stichprobe jedoch eine vergleichsweise junge Altersstruktur mit entsprechend geringer Berufserfahrung auf. Somit bildet sie vornehmlich Ärzte am Beginn ihres beruflichen Werdegangs in der Intensiv- oder Notfallmedizin ab. Eine Repräsentativität für alle Intensiv- und Notfallmediziner deutschlandweit kann daher nicht angenommen werden.

Derzeit liegen keine konkreten Zahlen über demographische Daten des intensiv- und notfallmedizinischen Personals in Deutschland vor. Vergleichend können Daten der Bundesärztekammer herangezogen werden, die sich auf alle berufstätigen Ärzte in Deutschland beziehen. Im Jahr 2023 waren 33 % aller berufstätigen Ärzte und 51 % der im stationären Bereich tätigen Ärzte unter 40 Jahre alt. Das Geschlechterverhältnis war nahezu ausgeglichen mit einem Frauenanteil von 56 % (Bundesärztekammer, 2023). In der vorliegenden Erhebung war der Anteil ärztlicher Teilnehmer unter 40 Jahren mit 90 % sehr hoch. Der Frauenanteil betrug 50% und ist somit vergleichbar mit dem bundesweiten Durchschnitt.

Die Datenerhebung der ärztlichen Kohorte im Rahmen freiwilliger Weiterbildungsformate birgt potenziell das Risiko eines Rekrutierungsbias. Dies könnte dazu geführt haben, dass vorwiegend Ärzte mit einem hohen Interesse an Fort- und Weiterbildung an der Studie teilnahmen, wobei festzuhalten bleibt, dass ein Notarztkurs eine verpflichtende Voraussetzung für den Erwerb der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin darstellt. Im Gegensatz dazu ist anzunehmen, dass eine Teilnahme am Intensivmedizinkurs vorwiegend auf individuellem Interesse an intensivmedizinischer Schulung beruhte.

Ein inhärenter Verzerrungseffekt, der bei freiwilligen Befragungen nicht zu vermeiden ist, besteht in der Selbstselektion der Teilnehmer durch ihre Entscheidung zur Teilnahme oder Nichtteilnahme.

Die pflegerische Kohorte wurde im Unterschied zur ärztlichen Stichprobe monozentrisch rekrutiert, im Rahmen der Fachweiterbildung für Anästhesie und Intensivpflege sowie durch die Befragung des Pflegepersonals auf den Intensivstationen und in der zentralen Notaufnahme des Universitätsklinikums Düsseldorf. Insgesamt fiel die Größe dieser Stichprobe deutlich kleiner als jene der ärztlichen Kohorte aus. Zwischen den Subgruppen der pflegerischen Erhebung kam es zu deutlichen Unterschieden in den Rücklaufquoten. Während die Teilnehmerquote bei der direkten Befragung im Rahmen der Fachweiterbildung sehr hoch war, lag die Rücklaufquote bei der onlinebasierten Befragung des übrigen Pflegepersonals deutlich niedriger. Dies könnte auf die unterschiedliche Rekrutierungsmethodik zurückzuführen sein, etwa auf die während der Lehrveranstaltung eingeräumte Bearbeitungszeit im Vergleich zur Beantwortung des Onlinefragbogens in der Freizeit. Dadurch besteht die Gefahr einer Schweigeverzerrung (*non-response bias*), welche die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränken kann. Es ist anzunehmen, dass vor allem Pflegekräfte mit einem grundsätzlichen Interesse an Spiritualität und *Spiritual Care* an der Onlinebefragung teilnahmen. Dies lässt sich anhand der vorliegenden Umfragedaten jedoch nicht eindeutig belegen. Diese zeigen lediglich, dass der Anteil der Pflegekräfte, der sich selbst als spirituell bezeichnet, mit 45 % nur geringfügig höher lag als der entsprechende Anteil unter den teilnehmenden Ärzten mit 40 %.

Zur Einordnung der pflegerischen Kohorte ist ebenso zu berücksichtigen, dass derzeit keine spezifischen demografischen Daten zum in der Intensiv- und Notfallmedizin tätigen Pflegepersonal in Deutschland vorliegen. Als Vergleichsgrundlage können jedoch die von der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen im Jahr 2023 veröffentlichten Daten zur Altersverteilung aller (teil-)stationär tätigen Pflegekräfte herangezogen werden. Demnach gehörten 44 % der Pflegekräfte der Altersgruppe von 19 bis 42 Jahren an; über das Geschlechterverhältnis wurden keine Angaben getätigt (Pflegekammer NRW, 2023). In der vorliegenden pflegerischen Stichprobe entfielen 73 % auf die Altersgruppe von 18 bis 39 Jahren, sodass auch in dieser Kohorte ein Übergewicht jüngerer Teilnehmer erkennbar ist.

Der Anteil weiblicher Pflegefachkräfte in der vorliegenden Befragung lag bei 80 %. Dies entspricht in etwa dem bundesweiten Durchschnitt im Jahr 2023, hier betrug der Frauenanteil unter allen berufstätigen Pflegefachkräften 82% (Bundesagentur für Arbeit, 2024).

Insgesamt zeigt sich, dass das Studienkollektiv im Vergleich zu den gesamtstationär tätigen Ärzten und Pflegekräften eine stärkere Repräsentation jüngerer Altersgruppen aufweist, während die Geschlechterverteilung weitestgehend dem Durchschnitt der jeweiligen Berufsgruppen entspricht.

Zum Vergleich mit der Gesamtbevölkerung in Deutschland liegen Daten des Religionsmonitors aus dem Jahr 2023 vor. Der Anteil von Personen mit christlicher Religionszugehörigkeit in der ärztlichen und pflegerischen Kohorte entsprach mit jeweils annähernd 50 % in etwa dem bundesweiten Durchschnitt. Auffällig ist hingegen der vergleichsweise hohe Anteil muslimischer Befragter in der ärztlichen Stichprobe (20 %), der deutlich über dem deutschlandweiten Durchschnitt von 8,5 % lag. Die pflegerische Kohorte hingegen wies mit 3,5% relativ wenige Angehörige der muslimischen Religionsgemeinschaft auf. Insgesamt lag der Anteil Konfessionsloser in der ärztlichen Stichprobe mit 26 % unter dem bundesweiten Vergleichswert (36 %), in der pflegerischen Erhebung wiesen mit 40 % etwas mehr Personen keine Religionszugehörigkeit auf (Mücke et al., 2023).

Ein direkter Vergleich der in der vorliegenden Studienpopulation erfassten Ausprägungen von Religiosität und Spiritualität mit den deutschlandweiten Daten der Bertelsmann Stiftung ist aufgrund methodischer Unterschiede in der Datenerhebung nicht valide möglich.

4.2.2 Methodische Überlegungen zur Erfassung spiritueller Kompetenzen

Als ersten deutschsprachigen Fragebogen zur Erfassung der spirituellen Kompetenzen bei Gesundheitspersonal verwendete die vorliegende Studie den *Spiritual Care Competence Questionnaire*, der von Prof. Eckhard Frick konzipiert wurde (Frick et al., 2019). Dieses Messinstrument wurde für den multiprofessionellen Einsatz entwickelt, anders als beispielsweise die *Spiritual Care Competence Scale* (SCCS) von van Leeuwen et al., ein Fragebogen, der sich spezifisch an Pflegepersonal richtet (van Leeuwen et al., 2009). Des Weiteren ist der SCCQ an die sprachlichen und kulturellen Gegebenheiten im deutschsprachigen Raum angepasst (Theiss, 2021).

Die mittels des SCCQ erhobenen spirituellen Kompetenzen basieren auf der subjektiven Selbsteinschätzung der Teilnehmer. Dieses Vorgehen birgt das Risiko einer Verzerrung durch sozial erwünschtes Antwortverhalten. Ergänzend könnten Fremdeinschätzungen weiterführende Erkenntnisse liefern und eine differenziertere Bewertung ermöglichen. Zukünftige Studien sollten die Perspektive von Patienten und deren Angehörigen einbeziehen, um die wahrgenommenen spirituellen Kompetenzen aus Sicht der Versorgungsempfänger zu erfassen. Dies ermöglicht auch eine Einschätzung darüber, inwieweit die erfassten Kompetenzen tatsächlich in der klinischen Praxis umgesetzt werden, denn das Vorhandensein von spirituellen Kompetenzen ist nicht zwangsläufig gleichzusetzen mit deren Anwendung im Sinne von gelebter *Spiritual Care* (Schwartz et al., 2024).

4.2.3 Der Spiritualitätsbegriff

Die begriffliche Unschärfe und das Fehlen einer allgemeingültigen Definition des Spiritualitätsbegriffs wurde bereits in der Einleitung dieser Arbeit thematisiert. Während Spiritualität im Rahmen von *Spiritual Care* als ein umfassendes Konzept verstanden wird, das individuelle Sinnsuche, persönliche Werteorientierung, Transzendenzerfahrungen, Glauben und Religiosität einschließt, zeigen die vorliegenden Ergebnisse, dass diese konzeptionelle Weite von den Befragten nicht einheitlich geteilt wird. Die Diskrepanz zwischen den Angaben zur persönlichen Gläubigkeit und zur empfundenen Spiritualität weist darauf hin, dass der Begriff „Spiritualität“ von vielen Teilnehmern nicht im Sinne eines religionsübergreifenden, übergeordneten Konzepts verstanden wird.

Frick und Roser (2011, p. 14) führen an, dass *spiritual* oder „spirituell“ im deutschsprachigen Raum häufig als Fremd- oder Fachwort wahrgenommen wird, was dazu beitragen kann, dass die inhaltliche Breite des Begriffes nicht adäquat erfasst wird.

Vergleichbar mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie zeigt auch eine Erhebung der Bertelsmann Stiftung aus dem Jahr 2013, dass sich mehr Deutsche als religiös (Westdeutschland 21 %, Ostdeutschland 12 %), denn als spirituell (Westdeutschland 13 %, Ostdeutschland 6 %) bezeichnen (Pollack & Müller, 2013).

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass die begriffliche Unschärfe sowohl Herausforderung als auch Chance darstellt. Einerseits erschwert sie eine einheitliche inhaltliche Erfassung und Vergleichbarkeit der Angaben, andererseits eröffnet sie Raum für individuelle Interpretationen und Bedeutungszuweisungen und kann dazu beitragen, eine flexible, patientenzentrierte Kommunikation zu fördern (Alt-Epping et al., 2021).

Zur vertieften Erfassung individueller Verständnisse des Spiritualitätsbegriffs wären weiterführende qualitative Interviews sinnvoll. Die Ergebnisse verdeutlichen zudem den Bedarf an verstärkter Aufklärung und Information über das Konzept von *Spiritual Care*, das auch bei jüngeren Kollegen scheinbar noch nicht weitreichend bekannt ist.

4.2.4 Umgang mit fehlenden Daten

In der empirischen Forschung ist das Phänomen der fehlenden Werte (*missing data*) ein verbreitetes Problem, ohne deren Berücksichtigung kann es zu verzerrten Ergebnissen und Fehlschlüssen kommen (Bergmann & Franzese, 2020).

Die Ursachen für fehlende Werte können mannigfaltig sein. Mögliche Gründe können neben dem versehentlichen Auslassen von Fragen oder Verständnisproblemen mit dem Frageinhalt, ein „Sich-Distanzieren“ von der Frage oder eine bewusste Antwortverweigerung aus beispielsweise sozial erwünschtem Verhalten heraus sein (Bergmann & Franzese, 2020). Insbesondere die Fragen zur spirituellen Kompetenz lassen in ihren Antwortmöglichkeiten eine neutrale Mittelkategorie aus; hier kann eine Nichtbeantwortung Ausdruck von Unentschlossenheit oder Meinungslosigkeit sein.

In der vorliegenden Erhebung kam es vereinzelt zu unvollständig ausgefüllten Fragebögen und damit zu einem partiellen Antwortausfall, dem sogenannten *Item-Nonresponse*. Durchschnittlich blieben Items in unter 1% der Fälle unbeantwortet.

Auffällig war eine Häufung fehlender Werte bei den Fragen zu Berufsjahren und Wochenstundenzahl. Im Gegensatz zu den übrigen Multiple-Choice-Items erforderten diese Freitexteingaben. Ein Mehraufwand bei der Beantwortung erklärt hier möglicherweise den höheren Anteil fehlender Daten (3,3–3,8 %). Im Rahmen der Multiple-Choice-Fragen zeigte sich keine auffällige Häufung unbeantworteter Items, sodass von einer zufälligen, individuell motivierten Nichtbeantwortung auszugehen ist.

Nach der allgemein anerkannten Klassifikation von Donald B. Rubin werden anhand des Ausfallmechanismus drei Kategorien unterschieden (Albers et al., 2009; Bergmann & Franzese, 2020):

- MCAR (*missing completely at random*): ein vollständig zufälliges Fehlen von Daten. Es gibt keinen Zusammenhang mit der Ausprägung der Variablen selbst noch mit einer anderen Variable, beispielsweise durch Datenverlust auf dem Transportweg.

- MAR (*missing at random*): ein bedingt willkürlicher Datenausfall, der mit anderen beobachteten Variablen zusammenhängt, aber nicht mit der Ausprägung der Variablen selbst.
- MNAR (*missing not at random*): ein nicht zufälliger Datenausfall. Die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen eines fehlenden Werts hängt von der Variablen selbst ab.

Die fehlenden Daten der vorliegenden Befragung konnten mittels Little's-Test nicht als *Missing completely at random* (MCAR) identifiziert werden, weshalb ein Ausschluss der unvollständigen Datensätze die Ergebnisse verzerrt hätte. Nach reiflicher Diskussion wurden die fehlenden Werte dieser Befragung als *missing at random* (MAR) eingestuft. In diesem Kontext spricht man auch von einer ignorierbaren Nichtantwort (Albers et al., 2009). Um möglichst keine Verzerrung der Ergebnisse zu erzeugen wurde auf eine Imputation oder Anpassung der Daten aufgrund der fehlenden Werte verzichtet. Alle Datensätze, auch bei unvollständiger Beantwortung, wurden in die Auswertung eingeschlossen und fehlende Werte als solche kenntlich gemacht.

4.3 Schlussfolgerung und Ausblick

Insbesondere in Extremsituationen, bei existentiellen Sorgen und in Anbetracht lebensverändernder Krankheit entstehen spirituelle Bedürfnisse und Nöte. Diese können einerseits Copingmechanismen, aber auch andererseits Ursprung weiteren Leidens sein (Balboni et al., 2022; Puchalski, 2004; Weiher, 2014). Deshalb sind spirituelle Kompetenzen der Gesundheitsberufe bei der komplexen und herausfordernden Versorgung schwerkranker Menschen in der Intensiv- und Notfallmedizin von besonderer Bedeutung. In der Literatur werden neben Zeit- und Personalmangel oder unklarer Zuständigkeit insbesondere defizitäre spirituelle Kompetenzen als zentrales Hindernis für die Umsetzung von *Spiritual Care* identifiziert (Badanta et al., 2022; Balboni et al., 2014, 2013; Carvalho Junior et al., 2025; McBrien, 2010; Paal & Grabenweger, 2024). Es konnte gezeigt werden, dass das Vorhandensein derartiger Kompetenzen einen Schlüsselfaktor für die praktische Anwendung und Integration von SC in die Patientenversorgung darstellt (Baguna et al., 2024; Dalli, 2025; Mohamed Elsayed et al., 2023).

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie deuten darauf hin, dass das ärztliche und pflegerische Gesundheitspersonal in der intensiv- und notfallmedizinischen Versorgung in

Deutschland ihre spirituellen Kompetenzen überwiegend gering einschätzt. Innerhalb der untersuchten Stichprobe wurden insbesondere die Kompetenzen in den Bereichen *Dokumentation* sowie *Team-Spirit* als besonders niedrig bewertet, während die Fähigkeiten in *Gesprächsführung* und *Wahrnehmung* vergleichsweise am höchsten eingeschätzt wurden (Schwartz et al., 2024).

Zwischen den Berufsgruppen sowie zwischen den Geschlechtern zeigten sich lediglich geringe Unterschiede hinsichtlich der spezifischen *Spiritual-Care*-Kompetenzen. Individuelle Religiosität und Spiritualität der Befragten scheinen förderlich für die Ausprägung spiritueller Kompetenzen zu sein, insbesondere in den Bereichen *Selbsterfahrung* und *proaktive Öffnung*. Alter und Berufserfahrung hingegen zeigten in dieser Studie keinen erkennbaren positiven Einfluss auf die SC-Kompetenzen (Schwartz et al., 2024).

Die Aussagekraft und Generalisierbarkeit der Studienergebnisse unterliegt mehreren Limitationen. Zu berücksichtigen ist, dass die Erhebung ausschließlich auf Selbsteinschätzungen der Teilnehmer basiert und somit subjektive Verzerrungen nicht auszuschließen sind (Schwartz et al., 2024). Darüber hinaus ist die Stichprobe durch eine Überrepräsentation jüngerer Altersgruppen gekennzeichnet, was die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Gesamtheit des ärztlichen und pflegerischen Personals in der intensiv- und notfallmedizinischen Versorgung in Deutschland einschränkt.

Einen weiteren methodischen Aspekt stellt die fehlende einheitliche Definition von Spiritualität dar, wodurch das individuelle Verständnis dieses Begriffs unklar bleibt. Für die weiterführende Forschung erscheint daher die Durchführung von Studien mit repräsentativem Stichprobenkollektiv, patientenzentrierten Ergebnisparametern sowie qualitativen Befragungen sinnvoll. Auf diese Weise ließe sich die subjektive Einschätzung der *Spiritual-Care*-Kompetenzen durch Fachpersonal mit den tatsächlichen Erfahrungen und Wahrnehmungen von Patienten und Angehörigen vergleichen. Zudem könnten qualitative Interviews ein vertiefteres Verständnis zentraler Begriffe wie „Spiritualität“ und „Gläubigkeit“ im klinischen Kontext ermöglichen (Schwartz et al., 2024).

Insgesamt zeigt die vorliegende Studie die Notwendigkeit einer verstärkten thematischen Sensibilisierung und strukturierten Schulung in *Spiritual Care* für Fachpersonen in der intensiv- und notfallmedizinischen Versorgung auf. Insbesondere die vorwiegend gering eingeschätzten Kompetenzen in den Bereichen *Dokumentation*, *Team-Spirit* sowie

Selbsterfahrung und proaktive Öffnung sollten im Rahmen entsprechender Fortbildungsmaßnahmen verstärkt adressiert werden (Schwartz et al., 2024).

Der in der vorliegenden Erhebung festgestellte Schulungsbedarf deckt sich auch mit den Erkenntnissen aus weiteren SCCQ-basierten Untersuchungen in Deutschland an medizinischem Personal anderer Fachbereiche (Frick et al., 2019; Frick et al., 2021).

Erste gezielte Schulungsmaßnahmen zur Stärkung spiritueller Kompetenzen im Gesundheitssektor wurden bereits erfolgreich entwickelt. So werden beispielsweise die beiden Seminare SEPCare 1 und SEPCare 2 (*Spiritual Emergency Palliative Care*) über die Virtuelle Hochschule Bayern angeboten. Diese Online-Seminare richten sich an Studenten der Medizin, Pflege und Sozialen Arbeit und greifen neben der palliativen Situation auch andere Grenzsituationen der Notfall- und Akutmedizin auf (Maidl et al., 2019; „SEPCare 1 und 2“, n.d.). Seit Herbst 2024 steht darüber hinaus mit dem SpECi-Projekt (*Spiritual / Existential Care interprofessionell*) ein 40-stündiges, praxisorientiertes Seminar, zertifiziert durch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), zur Verfügung. Es richtet sich an alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Ziel ist die Kompetenzvermittlung für die spirituelle und existenzielle Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen (Pyttlik, n.d.).

Angesichts der bisher begrenzten Studienlage zu *Spiritual Care* in Deutschland besteht ein dringender Bedarf an weiterführender Forschung, um die Implementierung von SC in der Gesundheitsversorgung allgemein und im speziellen in der Betreuung kritisch kranker Menschen in der Intensiv- und Notfallmedizin weiter zu fördern. Eine derartige Forschung bzw. Förderung ist wesentlich, um die erforderlichen Ressourcen für eine verstärkte Integration von SC in der Gesundheitsfürsorge vor allem in Anbetracht wachsender finanzieller Belastungen und personeller Engpässe im deutschen Gesundheitswesen zu ermöglichen (Schwartz et al., 2024).

Die erfolgreiche Integration von *Spiritual Care* leistet einen wichtigen Beitrag zur Verwirklichung einer ganzheitlichen, patientenzentrierten und würdevollen Versorgung.

5 Literatur- und Quellenverzeichnis

- Albers, S., Klapper, D., Konradt, U., Walter, A., Wolf, J. (Eds.), 2009. *Methodik der empirischen Forschung*. 3rd ed. Gabler, Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-322-96406-9>
- Allen, M., Emlund, M., Kozdronkiewicz, M., Bayer, K., Bland, T., 2018. Exploring the Relationship between Nursing Students' Resilience and Spirituality in a Critical Care, End-Of-Life Care Simulation. *Palliat Med Care* 5(2), 1–6. <https://doi.org/10.15226/2374-8362/5/2/00156>
- Alt-Epping, B., Berberat, P.O., Büssing, A., Elster, L., Frick, E., Gross, M., Kopf, A., Müller, M., Ohls, I., Reininger, K.M., 2021. Spiritual Care im Medizinstudium: Ein Positionspapier. *Spiritual Care* 10(3), 308–312. <https://doi.org/10.1515/spircare-2021-0041>
- Anandarajah, G., Hight, E., 2001. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician* 63(1), 81–89.
- Arutyunyan, T., Odetola, F., Swieringa, R., Niedner, M., 2018. Religion and Spiritual Care in Pediatric Intensive Care Unit: Parental Attitudes Regarding Physician Spiritual and Religious Inquiry. *Am J Hosp Palliat Care* 35(1), 28–33. <https://doi.org/10.1177/1049909116682016>
- Azoulay, E., Pochard, F., Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Aboab, J., Adrie, C., Annane, D., Bleichner, G., Bollaert, P.E., Darmon, M., Fassier, T., Galliot, R., Garrouste-Orgeas, M., Goulenok, C., Goldgran-Toledano, D., Hayon, J., Jourdain, M., Kaidomar, M., Laplace, C., Larché, J., Liotier, J., Papazian, L., Poisson, C., Reignier, J., Saidi, F., Schlemmer, B., 2005. Risk of Post-traumatic Stress Symptoms in Family Members of Intensive Care Unit Patients. *Am J Respir Crit Care Med* 171(9), 987–994. <https://doi.org/10.1164/rccm.200409-1295OC>
- Badanta, B., Rivilla-García, E., Lucchetti, G., de Diego-Cordero, R., 2022. The influence of spirituality and religion on critical care nursing: An integrative review. *Nursing in Critical Care* 27(3), 348–366. <https://doi.org/10.1111/nicc.12645>
- Baez, S., Flichtentrei, D., Prats, M., Mastandueno, R., García, A.M., Cetkovich, M., Ibáñez, A., 2017. Men, women...who cares? A population-based study on sex differences and gender roles in empathy and moral cognition. *PLOS ONE* 12(6), e0179336. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179336>
- Baguna, A.E., Pandeiro, C.Y.M., Juniarta, S., Barus, N.S., 2024. Correlation of nurses' perception of spirituality and spiritual care with spiritual care practices in Indonesia: A cross-sectional survey. *Belitung Nurs J* 10(5), 593–600. <https://doi.org/10.33546/bnj.3467>
- Balboni, M.J., Sullivan, A., Amobi, A., Phelps, A.C., Gorman, D.P., Zollfrank, A., Peteet, J.R., Prigerson, H.G., Vanderweele, T.J., Balboni, T.A., 2013. Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. *J Clin Oncol* 31(4), 461–467. <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.44.6443>
- Balboni, M.J., Sullivan, A., Enzinger, A.C., Epstein-Peterson, Z.D., Tseng, Y.D., Mitchell, C., Niska, J., Zollfrank, A., VanderWeele, T.J., Balboni, T.A., 2014. Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life. *J Pain Symptom Manage* 48(3), 400–410. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.09.020>
- Balboni, T.A., Paulk, M.E., Balboni, M.J., Phelps, A.C., Loggers, E.T., Wright, A.A., Block, S.D., Lewis, E.F., Peteet, J.R., Prigerson, H.G., 2010. Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. *J Clin Oncol* 28(3), 445–452. <https://doi.org/10.1200/JCO.2009.24.8005>
- Balboni, T.A., VanderWeele, T.J., Doan-Soares, S.D., Long, K.N.G., Ferrell, B.R., Fitchett, G., Koenig, H.G., Bain, P.A., Puchalski, C., Steinhauser, K.E., Sulmasy, D.P., Koh, H.K., 2022. Spirituality in Serious Illness and Health. *JAMA* 328(2), 184–197. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.11086>
- Baldacchino, D., Draper, P., 2001. Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature. *Journal of Advanced Nursing* 34(6), 833–841. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01814.x>

- Bergmann, M., Franzese, F., 2020. Fehlende Werte, in: Tausendpfund, M. (Ed.), Fortgeschrittene Analyseverfahren in den Sozialwissenschaften: Ein Überblick. Springer Fachmedien, Wiesbaden, 165–203. https://doi.org/10.1007/978-3-658-30237-5_6
- Bertelsmann Stiftung, 2022. Religionsmonitor kompakt 2023: Die Zukunft der Kirchen – zwischen Bedeutungsverlust und Neuverortung in einer vielfältigen Gesellschaft. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Best, M., Butow, P., Olver, I., 2015. Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review. *Patient Educ Couns* 98(11), 1320–1328. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.04.017>
- Best, M.M., Sarvaananda, S., Martin, J.M., White, P.G., Martin, M.L., 2016. Spiritual Care Services in Emergency Medicine. *Diversity and Inclusion in Quality Patient Care*, 83–100.
- Borneman, T., Ferrell, B., Puchalski, C.M., 2010. Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment. *J Pain Symptom Manage* 40(2), 163–173. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.12.019>
- Börnert, D., 2024. Exkurs: Die unterschätzte Ressource der Spiritualität, in: Börnert, D. (Ed.), Die charakterstarke Marke: Mit gelebten Charakterwerten ein beziehungsstarkes Business entfalten. Das Markenbuch für Unternehmer – mit zahlreichen Leitfragen. Springer Fachmedien, Wiesbaden, 217–230. https://doi.org/10.1007/978-3-658-43302-4_6
- Boylan, J.M., Biggane, C., Shaffer, J.A., Wilson, C.L., Vagnini, K.M., Masters, K.S., 2023. Do Purpose in Life and Social Support Mediate the Association between Religiousness/Spirituality and Mortality? Evidence from the MIDUS National Sample. *Int J Environ Res Public Health* 20(12), 6112. <https://doi.org/10.3390/ijerph20126112>
- Bucher, A., 2014. Psychologie der Spiritualität. Beltz, Weinheim, Basel.
- Bundesagentur für Arbeit, 2024. Pflegepersonal in Deutschland: Überwiegend weiblich, teilzeitbeschäftigt und gefragter denn je | Bundesagentur für Arbeit [WWW Document]. URL <https://www.arbeitsagentur.de/presse/2024-19-pflegepersonal-in-deutschland-ueberwiegend-weiblich-teilzeitbeschaeftigt-und-gefragter-denn-je> (accessed 6.11.25).
- Bundesärztekammer, 2023. Ärztestatistik 2023 [WWW Document]. Bundesärztekammer. URL <https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztestatistik/2023> (accessed 6.11.25).
- Büssing, A., 2021. The Spiritual Needs Questionnaire in Research and Clinical Application: a Summary of Findings. *J Relig Health* 60, 3732–3748. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01421-4>
- Büssing, A., Giebel, A., Roser, T. (Eds.), 2024. Spiritual Care & Existential Care interprofessionell: Handbuch spiritueller und existentieller Begleitung in der Gesundheitsversorgung. Springer, Berlin, Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1>
- Büssing, A., Michalsen, A., Balzat, H.-J., Grünther, R.-A., Ostermann, T., Neugebauer, E.A.M., Matthiessen, P.F., 2009. Are Spirituality and Religiosity Resources for Patients with Chronic Pain Conditions? *Pain Medicine* 10(2), 327–339. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2009.00572.x>
- Carneiro, É.M., Navinchandra, S.A., Vento, L., Timóteo, R.P., de Fátima Borges, M., 2019. Religiousness/Spirituality, Resilience and Burnout in Employees of a Public Hospital in Brazil. *J Relig Health* 58, 677–685. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0691-2>
- Carvalho Junior, A., de Oliveira, A.M.N., Piexak, D.R., Silva, C.D., Lucchetti, G., 2025. Assessment of spiritual care competencies of critical care health professionals: An integrative review. *Intensive Crit. Care Nurs.* 87, 103924. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103924>
- Christov-Moore, L., Simpson, E.A., Coudé, G., Grigaityte, K., Iacoboni, M., Ferrari, P.F., 2014. Empathy: Gender effects in brain and behavior. *Neurosci Biobehav Rev* 46(4), 604–627. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.09.001>
- Clark, P.A., Drain, M., Malone, M.P., 2003. Addressing Patients' Emotional and Spiritual Needs. *The Joint Commission Journal on Quality and Safety* 29(12), 659–670. [https://doi.org/10.1016/S1549-3741\(03\)29078-X](https://doi.org/10.1016/S1549-3741(03)29078-X)

- Costa, D.T., Silva, D.M.R. da, Cavalcanti, I.D.L., Gomes, E.T., Vasconcelos, J.L. de A., Carvalho, M.V.G. de, 2019. Religious/spiritual coping and level of hope in patients with cancer in chemotherapy. *Rev Bras Enferm* 72(3), 640–645. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0358>
- Cuthbertson, B.H., Roughton, S., Jenkinson, D., MacLennan, G., Vale, L., 2010. Quality of life in the five years after intensive care: a cohort study. *Crit Care* 14, R6. <https://doi.org/10.1186/cc8848>
- Dallı, Ö.E., 2025. Spiritual Care Practices and Competence Among Critical Care Nurses in Türkiye: A Structural Equation Modeling Approach. *J Relig Health*. <https://doi.org/10.1007/s10943-025-02353-z>
- Davidson, J.E., Powers, K., Hedayat, K.M., Tieszen, M., Kon, A.A., Shepard, E., Spuhler, V., Todres, I.D., Levy, M., Barr, J., Ghandi, R., Hirsch, G., Armstrong, D., American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005, Society of Critical Care Medicine, 2007. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med* 35(2), 605–622. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB>
- de Diego-Cordero, R., Zurrón Pérez, M.P., Vargas-Martínez, A.M., Lucchetti, G., Vega-Escaño, J., 2021. The effectiveness of spiritual interventions in the workplace for work-related health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Nursing Management* 29, 1703–1712. <https://doi.org/10.1111/jonm.13315>
- Delgado-Guay, M.O., Hui, D., Parsons, H.A., Govan, K., De la Cruz, M., Thorney, S., Bruera, E., 2011. Spirituality, religiosity, and spiritual pain in advanced cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 41(6), 986–994. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.09.017>
- Demir, E., 2019. The Evolution of Spirituality, Religion and Health Publications: Yesterday, Today and Tomorrow. *J Relig Health* 58, 1–13. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-00739-w>
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V., Bundesärztekammer, 2020. Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland.
- Duden, n.d. Spiritualität [WWW Document], URL <https://www.duden.de/rechtschreibung/Spiritualitaet> (accessed 12.16.24).
- EAPC, n.d. Spiritual Care [WWW Document]. EAPC. URL <https://eapcnet.eu/eapc-groups/reference/spiritual-care/> (accessed 4.18.25).
- Eaton, T.L., Scheunemann, L.P., Butcher, B.W., Donovan, H.S., Alexander, S., Iwashyna, T.J., 2022. The Prevalence of Spiritual and Social Support Needs and Their Association With Postintensive Care Syndrome Symptoms Among Critical Illness Survivors Seen in a Post-ICU Follow-Up Clinic. *Crit Care Explor* 4(4), e0676. <https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000000676>
- Ehman, J.W., Ott, B.B., Short, T.H., Ciampa, R.C., Hansen-Flaschen, J., 1999. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? *Arch Intern Med* 159(15), 1803–1806. <https://doi.org/10.1001/archinte.159.15.1803>
- FGPG, 2020. Grundsatzpapier-Total-Pain.
- Fleischmann-Struzek, C; Mikolajetz, A; Reinhart, K; Curtis, J R; Haase, U; Thomas-Rüddel, D; Dennler, U; Hartog, C S, 2019. Hospitalization and Intensive Therapy at the End of Life. *Dtsch Arztebl Int* 2019 653–60. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0653>
- Frankl, V.E., 2018. ... trotzdem Ja zum Leben sagen: Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager, 16th ed. Penguin, München.
- Frick, E., 2012. Essay. Wie arbeitet Spiritual Care?: Zwölf Thesen für den aktuellen interdisziplinären Diskurs. *Spiritual Care* 1(3), 68–73. <https://doi.org/10.1515/spircare-2012-0042>
- Frick, E., 2014. Spiritual Care – zu einer unterschätzten Dimension ärztlichen Handelns, in: Erzbischof Paderborn (Ed.), *Ärztetag 14: Medizin und Spiritualität – in gemeinsamer Sorge um den Menschen*. Paderborn, 19–29.

- Frick, E., Büssing, A., Rodrigues Recchia, D., Härtl, K., Beivers, A., Wapler, C., Dodt, C., 2021. Spirituelle Bedürfnisse von Patienten eines Notfallzentrums. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 116, 245–253. <https://doi.org/10.1007/s00063-020-00653-8>
- Frick, E., Roser, T. (Eds.), 2011. *Spiritualität und Medizin: Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*. 2nd ed. Kohlhammer, Stuttgart.
- Frick, E., Theiss, M., Recchia, D.R., Büssing, A., 2019. Validierung einer deutschsprachigen Spiritual Care-Kompetenz-Skala: Validation of a spiritual care competence scale in German language. *Spiritual Care* 8(2), 193–207. <https://doi.org/10.1515/spircare-2018-0066>
- Frick, E., Ziemer, P., Heres, S., Ableidinger, K., Pfitzer, F., Büssing, A., 2021. Spirituelle Kompetenz in Psychiatrie und Psychotherapie – Hindernisse und Erfolgsfaktoren. *Nervenarzt* 92, 479–486. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00975-0>
- Gräb, W., 2008. Spiritualität – die Religion der Individuen, in: Gräb, W., Charbonnier, L. (Eds.), *Individualisierung – Spiritualität – Religion. Transformationsprozesse auf dem religiösen Feld in interdisziplinärer Perspektive*. Lit Verl, Berlin, 31–44. <https://doi.org/10.15496/publikation-36757>
- Greenberg, D.M., Warrier, V., Abu-Akel, A., Allison, C., Gajos, K.Z., Reinecke, K., Rentfrow, P.J., Radecki, M.A., Baron-Cohen, S., 2023. Sex and age differences in “theory of mind” across 57 countries using the English version of the “Reading the Mind in the Eyes” Test. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 120(1), e2022385119. <https://doi.org/10.1073/pnas.2022385119>
- Grom, B., 2011. Spiritualität – die Karriere eines Begriffs: Eine religionspsychologische Perspektive., in: Frick, E., Roser, T. (Eds.), *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*. 2nd ed. Kohlhammer, Stuttgart, 12–17.
- Grover, S., Fitzpatrick, A., Azim, F.T., Ariza-Vega, P., Bellwood, P., Burns, J., Burton, E., Fleig, L., Clemson, L., Hoppmann, C.A., Madden, K.M., Price, M., Langford, D., Ashe, M.C., 2022. Defining and implementing patient-centered care: An umbrella review. *Patient Education and Counseling* 105(7), 1679–1688. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.11.004>
- GW Institute for Spirituality & Health, n.d. Global Network for Spirituality and Health (GNSAH) [WWW Document]. GW School of Medicine and Health Sciences. URL <https://gwish.org/programs/global-network-gnsah> (accessed 4.18.25).
- Handzo, G., Koenig, H.G., 2004. Spiritual care: whose job is it anyway? *South Med J* 97(12), 1242–1244. <https://doi.org/10.1097/01.SMJ.0000146490.49723.AE>
- Heeke, B., 2024. Neuer Studiengang „Spiritual Care“ startet: gute Berufsaussichten im Gesundheitswesen [WWW Document]. Medizinische Fakultät Universität Münster. URL <https://www.medizin.uni-muenster.de/fakultaet/news/neuer-studiengang-spiritual-care-startet.html> (accessed 5.25.25).
- Hefti, R., 2019. Verhältnisbestimmung von biopsychosozialer Medizin und Spiritual Care. *Primary and Hospital Care: Allgemeine Innere Medizin* 19(6), 188–190.
- Hefti, R., Rademacher, S., Pfeifer, H.-R., Gürber, R., 2013. Spiritual Care – Modewort, Trend oder echte Notwendigkeit? *Schweizerische Ärztezeitung* 94(44), 1684–1685.
- Ho, J.Q., Nguyen, C.D., Lopes, R., Ezeji-Okoye, S.C., Kuschner, W.G., 2018. Spiritual Care in the Intensive Care Unit: A Narrative Review. *J Intensive Care Med* 33(5), 279–287. <https://doi.org/10.1177/0885066617712677>
- Hofhuis, J.G.M., Schrijvers, A.J.P., Schermer, T., Spronk, P.E., 2021. Health-related quality of life in ICU survivors—10 years later. *Sci Rep* 11(1), 15189. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-94637-z>
- Holmes, S.M., Rabow, M.W., Dibble, S.L., 2006. Screening the soul: communication regarding spiritual concerns among primary care physicians and seriously ill patients approaching the end of life. *Am J Hosp Palliat Care* 23(1), 25–33. <https://doi.org/10.1177/104990910602300105>
- Houtman, D., Aupers, S., 2007. The Spiritual Turn and the Decline of Tradition: The Spread of Post-Christian Spirituality in 14 Western Countries, 1981–2000. *Journal for the Scientific Study of Religion* 46(3), 305–320. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5906.2007.00360.x>

- Ibrahim, M.A., Isa, K.Q., Haji-Idris, H.-A., Nawi, S.-H., Teo, Y.C., Abdul Rahman, H., Abdul-Mumin, K.H., 2020. Spiritual Coping with Stress Among Emergency and Critical Care Nurses: A Cross-Sectional Study. *Community Ment Health J* 56, 287–293. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00486-6>
- Inoue, S., Nakanishi, N., Amaya, F., Fujinami, Y., Hatakeyama, J., Hifumi, T., Iida, Y., Kawakami, D., Kawai, Y., Kondo, Y., Liu, K., Nakamura, K., Nishida, T., Sumita, H., Taito, S., Takaki, S., Tsuboi, N., Unoki, T., Yoshino, Y., Nishida, O., 2024. Post-intensive care syndrome: Recent advances and future directions. *Acute Med Surg* 11(1), e929. <https://doi.org/10.1002/ams2.929>
- Ironson, G., Kremer, H., Lucette, A., 2016. Relationship Between Spiritual Coping and Survival in Patients with HIV. *J Gen Intern Med* 31, 1068–1076. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3668-4>
- Ironson, G., Solomon, G.F., Balbin, E.G., O’Cleirigh, C., George, A., Kumar, M., Larson, D., Woods, T.E., 2002. The Ironson-woods Spirituality/Religiousness Index is associated with long survival, health behaviors, less distress, and low cortisol in people with HIV/AIDS. *Ann Behav Med* 24(1), 34–48. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2401_05
- Ironson, G., Stuetzle, R., Fletcher, M.A., 2006. An increase in religiousness/spirituality occurs after HIV diagnosis and predicts slower disease progression over 4 years in people with HIV. *J Gen Intern Med* 21 Suppl 5, S62–S68. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00648.x>
- Jang, T., Kryder, G.D., Char, D., Howell, R., Primrose, J., Tan, D., 2004. Prehospital spirituality: how well do we know ambulance patients? *Prehosp Disaster Med* 19(4), 356–361. <https://doi.org/10.1017/s1049023x00001989>
- Jones, C., Skirrow, P., Griffiths, R.D., Humphris, G., Ingleby, S., Eddleston, J., Waldmann, C., Gager, M., 2004. Post-traumatic stress disorder-related symptoms in relatives of patients following intensive care. *Intensive Care Med* 30, 456–460. <https://doi.org/10.1007/s00134-003-2149-5>
- Kammerer, T., Roser, T., Frick, E., 2013. Spiritualität und Religion, in: Michalsen, A., Hartog, C.S. (Eds.), *End-of-Life Care in der Intensivmedizin*. Springer, Berlin, Heidelberg, 139–145. https://doi.org/10.1007/978-3-642-36944-5_22
- Karagiannidis, C., Krause, F., Bentlage, C., Wolff, J., Bein, T., Windisch, W., Busse, R., 2024. In-hospital mortality, comorbidities, and costs of one million mechanically ventilated patients in Germany: a nationwide observational study before, during, and after the COVID-19 pandemic. *The Lancet Regional Health – Europe* 42. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.100954>
- Klimasiński, M., Baum, E., Praczyk, J., Ziemkiewicz, M., Springer, D., Cofta, S., Wieczorowska-Tobis, K., 2022. Spiritual Distress and Spiritual Needs of Chronically Ill Patients in Poland: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health* 19(9), 5512. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095512>
- Klinkhammer, G., 2010. Traugott Roser und Eckhard Frick: Erste Professoren für Spiritual Care [WWW Document]. *Deutsches Ärzteblatt*. URL <https://www.aerzteblatt.de/archiv/traugott-roser-und-eckhard-frick-erste-professoren-fuer-spiritual-care-c2baa4bd-ef52-430c-9b42-872957244381> (accessed 5.25.25).
- Knipping, C., 2007. *Lehrbuch Palliative Care*, 2nd ed. Hans Huber, Bern.
- Koenig, H.G., 2012. *Spiritualität in den Gesundheitsberufen. Ein praxisorientierter Leitfaden*, Kohlhammer, Stuttgart.
- Kret, M.E., De Gelder, B., 2012. A review on sex differences in processing emotional signals. *Neuropsychologia* 50(7), 1211–1221. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2011.12.022>
- Krüger-Brand, H.E., 2017. Constantin Klein: Brückenbauer zwischen Medizin und Theologie. *Deutsches Ärzteblatt* 38, A1719.
- Kubitza, J., Große, G., Schütte-Nütgen, K., Frick, E., 2023. Influence of spirituality on moral distress and resilience in critical care staff: A scoping review. *Intensive Crit Care Nurs* 76, 103377. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103377>

- Labitzke, K., Kuhn-Flammensfeld, N., 2017. Spiritual Care als wesentlicher Bestandteil der Hospiz-und Palliativversorgung. Konzept der Sektion Seelsorge der deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, in: Sektionssitzung. Presented at the Mitgliedertag der DGP am 05.10.17, Münster.
- Lucchetti, G., Lucchetti, A.L.G., Koenig, H.G., 2011. Impact of Spirituality/Religiosity on Mortality: Comparison With Other Health Interventions. *EXPLORE* 7(4), 234–238. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2011.04.005>
- MacLean, C.D., Susi, B., Phifer, N., Schultz, L., Bynum, D., Franco, M., Klioze, A., Monroe, M., Garrett, J., Cykert, S., 2003. Patient preference for physician discussion and practice of spirituality. *J Gen Intern Med* 18, 38–43. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.20403.x>
- Magin, S., 2022. Spiritual Care – eine gemeinsame Aufgabe für das Gesundheitswesen des 21. Jahrhunderts, in: Endres, E.-M., Puzio, A., Rutzmoser, C. (Eds.), *Menschsein in einer technisierten Welt: Interdisziplinäre Perspektiven auf den Menschen im Zeichen der digitalen Transformation*. Springer Fachmedien, Wiesbaden, 241–254. https://doi.org/10.1007/978-3-658-36220-1_15
- Maidl, L., Frick, E., Mayr, B., Möhrle, S., Ziemer, P., 2019. Entwicklung des Online-Seminars “Spiritual Care – Emergency Care – Palliative Care (SEPCare).” *Spiritual Care* 8(1), 91–94. <https://doi.org/10.1515/spircare-2018-0073>
- Martela, F., Laitinen, E., Hakulinen, C., 2024. Which predicts longevity better: Satisfaction with life or purpose in life? *Psychology and Aging* 39(6), 589–598. <https://doi.org/10.1037/pag0000802>
- Maugans, T.A., 1996. The SPIRITual history. *Arch Fam Med* 5, 11–16. <https://doi.org/10.1001/archfami.5.1.11>
- McBrien, B., 2010. Nurses’ provision of spiritual care in the emergency setting– an Irish perspective. *Int Emerg Nurs* 18(3), 119–126. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2009.09.004>
- McCord, G., Gilchrist, V.J., Grossman, S.D., King, B.D., McCormick, K.F., Oprandi, A.M., Schrop, S.L., Selius, B.A., Smucker, W.D., Weldy, D.L., Amorn, M., Carter, M.A., Deak, A.J., Hefzy, H., Srivastava, M., 2004. Discussing Spirituality With Patients: A Rational and Ethical Approach. *Ann Fam Med* 2(4), 356–361. <https://doi.org/10.1370/afm.71>
- Mehta, A., Chan, L.S., 2008. Understanding of the Concept of "Total Pain": A Prerequisite for Pain Control. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 10(1), 26–32. <https://doi.org/10.1097/01.NJH.0000306714.50539.1a>
- Meltzer, L.S., Huckabay, L.M., 2004. Critical Care Nurses’ Perceptions of Futile Care and Its Effect on Burnout. *American Journal of Critical Care* 13(3), 202–208. <https://doi.org/10.4037/ajcc2004.13.3.202>
- Mesquita, A.C., Chaves, É. de C.L., Avelino, C.C.V., Nogueira, D.A., Panzini, R.G., Carvalho, E.C. de, 2013. The use of religious/spiritual coping among patients with cancer undergoing chemotherapy treatment. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 21(2), 539–545. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000200010>
- Mishra, S.K., Togneri, E., Tripathi, B., Trikamji, B., 2017. Spirituality and Religiosity and Its Role in Health and Diseases. *J Relig Health* 56, 1282–1301. <https://doi.org/10.1007/s10943-015-0100-z>
- Moadel, A., Morgan, C., Fatone, A., Grennan, J., Carter, J., Laruffa, G., Skummy, A., Dutcher, J., 1999. Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psycho-Oncology* 8(5), 378–385. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199909/10\)8:5<378::AID-PON406>3.0.CO;2-A](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199909/10)8:5<378::AID-PON406>3.0.CO;2-A)
- Moberg, D.O., 1971. *Spiritual Well-Being: Background and Issues*. Washington, DC: White House Conference on Aging.
- Mohamed Elsayed, S., Abdalla Elbiaa, M., Arafa Hassan, E., 2023. Critical Care Nurses’ Spiritual Care Practice and Its Relationship with Their Spiritual Perception and Competency. *Alexandria Scientific Nursing Journal* 25(4), 64–73. <https://doi.org/10.21608/asalexu.2023.344753>

- Müke, M., Tranow, U., Schnabel, A., El-Menouar, Y., 2023. Zusammenleben in religiöser Vielfalt - Warum Pluralität gestaltet werden muss, Religionsmonitor. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Müller, H., Münch, U., Kuhn-Flammensfeld, N., Kiepke-Ziemes, S., Gramm, J., n.d. Definition der Begriffe „Psychosozial“ und „Spiritualität“ im hospizlichpalliativen Kontext – Positionspapier der AG Psychosoziale und Spirituelle Versorgung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin [WWW Document]. URL https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Positionspapier_DGP_AG_Psychosoziale_Spirituelle_Begleitung.pdf (accessed 11.28.24).
- Nietzsche, F., 2024. Götzen- Dämmerung oder Wie man mit dem Hammer philosophiert, 11th ed. Insel, Berlin.
- Nolan, S., Saltmarsh, P., Leget, C., 2011. Spiritual care in palliative care: Working towards an EAPC Task Force. *Eur J Palliat Care* 18(2), 86–89.
- Paal, P., Grabenweger, R., 2024. Spiritual Care als interprofessioneller Ansatz in der Gesundheitsversorgung, in: Büssing, A., Giebel, A., Roser, T. (Eds.), *Spiritual Care & Existential Care interprofessionell: Handbuch spiritueller und existentieller Begleitung in der Gesundheitsversorgung*. Springer, Berlin, Heidelberg, 73–80. https://doi.org/10.1007/978-3-662-67742-1_8
- Palliative care [WWW Document], n.d. URL <https://www.who.int/health-topics/palliative-care> (accessed 11.7.24).
- Pargament, K.I., Koenig, H.G., Tarakeshwar, N., Hahn, J., 2004. Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. *J Health Psychol* 9(6), 713–730. <https://doi.org/10.1177/1359105304045366>
- Pargament, K.I., Koenig, H.G., Tarakeshwar, N., Hahn, J., 2001. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. *Arch Intern Med* 161(15), 1881–1885. <https://doi.org/10.1001/archinte.161.15.1881>
- Peng-Keller, S., 2017a. Spiritual Pain. Annäherung an einen Schlüsselbegriff interprofessioneller Spiritual Care: Spiritual pain. Approaching a key concept of interprofessional spiritual care. *Spiritual Care* 6(3), 295–302. <https://doi.org/10.1515/spircare-2016-0207>
- Peng-Keller, S., 2017b. Ansätze ärztlicher Spiritual Care. *Praxis* 106(24), 1339–1343. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a002835>
- Peng-Keller, S., 2016a. Spiritual Care als ärztliche Aufgabe. *Schweizerische Ärztezeitung* (69), 598–600.
- Peng-Keller, S., 2016b. Was heisst eigentlich «Spiritual Care»? Sonntag 4, 14–15.
- Peng-Keller, S., 2014. Originalia. Zur Herkunft des Spiritualitätsbegriffs. *Spiritual Care* 3(1), 36–47.
- Pérez-San Gregorio, M.A., Blanco-Picabia, A., Murillo-Cabezas, F., Domínguez-Roldán, J.M., Sánchez, B., Núñez-Roldán, A., 1992. Psychological problems in the family members of gravely traumatised patients admitted into an intensive care unit. *Intensive Care Med* 18(5), 278–281. <https://doi.org/10.1007/BF01706473>
- Pflegekammer NRW, 2023. Fachkräftemangel in der Pflege spitzt sich zu - Pflegekammer NRW [WWW Document]. URL <https://www.pflegekammer-nrw.de/fachkraeftemangel-in-der-pflege-spitzt-sich-zu/> (accessed 6.11.25).
- Pollack, D., Müller, O., 2013. Religionsmonitor 2013 – verstehen was verbindet, Religiosität und Zusammenhalt in Deutschland, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Puchalski, C. M., 2004. Spirituality in health: the role of spirituality in critical care. *Critical Care Clinics* 20(3), 487–504. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2004.03.007>
- Puchalski, C.M., 2006. The Role of Spirituality in the Care of Seriously Ill, Chronically Ill, and Dying Patients, in: Puchalski, C.M. (Ed.), *A Time for Listening and Caring: Spirituality and the Care of the Chronically Ill and Dying*. Oxford University Press, Oxford, New York, 5–26. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195146820.003.0001>
- Puchalski, C.M., Blatt, B., Kogan, M., Butler, A., 2014a. Spirituality and Health: The Development of a Field. *Academic Medicine* 89(1), 10–16. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000083>

- Puchalski, C.M., Lunsford, B., Harris, M.H., Miller, R.T., 2006. Interdisciplinary Spiritual Care for Seriously Ill and Dying Patients. *Cancer J* 12(5), 398–416.
- Puchalski, C.M., Vitillo, R., Hull, S.K., Reller, N., 2014b. Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: Reaching National and International Consensus. *J Palliat Med* 17(6), 642–656. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>
- Pyttlik, M., n.d. Spiritual/ Existential Care interprofessionell (SpECi) [WWW Document]. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. URL <https://www.dgpalliativmedizin.de/weiterbildung/spiritual-existential-care-interprofessionell-speci> (accessed 6.21.25).
- Quinn, B., Connolly, M., 2023. Spirituality in palliative care. *BMC Palliative Care* 22, 1. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01116-x>
- Richmond, C., 2005. Dame Cicely Saunders. *BMJ* 331, 238. <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7510.238>
- Roser, T., 2011. Innovation Spiritual Care: Eine praktisch-theologische Perspektive, in: Frick, E., Roser, T. (Eds.), *Spiritualität Und Medizin: Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*. 2nd ed. Kohlhammer, Stuttgart, 45-56.
- Rousseau, A.-F., Prescott, H.C., Brett, S.J., Weiss, B., Azoulay, E., Creteur, J., Latronico, N., Hough, C.L., Weber-Carstens, S., Vincent, J.-L., Preiser, J.-C., 2021. Long-term outcomes after critical illness: recent insights. *Critical Care* 25, 108. <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03535-3>
- Saunders, C., 2000. The evolution of palliative care. *Patient Education and Counseling* 41(1), 7–13. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(00\)00110-5](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(00)00110-5)
- Schwalm, F.D., Zandavalli, R.B., de Castro Filho, E.D., Lucchetti, G., 2022. Is there a relationship between spirituality/religiosity and resilience? A systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Health Psychol* 27(5), 1218–1232. <https://doi.org/10.1177/1359105320984537>
- Schwartz, J., Tenge, T., Lanhenke, K., Meier, S., Schallenburger, M., Batzler, Y.-N., Roser, T., Wetzchewald, D., Neukirchen, M., 2024. Spirituelle Kompetenzen von Gesundheitspersonal in der Notfall- und Intensivversorgung – eine prospektive Fragebogenstudie. *Med Klin Intensivmed Notfmed*. <https://doi.org/10.1007/s00063-024-01185-1>
- SEPCare 1 und 2 [WWW Document], n.d. . Virtuelle Hochschule Bayern - kurse.vhb.org. URL <https://kurse.vhb.org/VHBPORTAL/kursprogramm/kursprogramm.jsp?Search=true&Period=81> (accessed 6.21.25).
- Spiritual Care Work Group, of the International Work Group on Death, Dying and Bereavement, 1990. Assumptions and Principles of Spiritual Care. *Death Studies* (14), 75–81.
- Sprakties, G., 2023. *Spiritualität als Resilienzfaktor in Lebenskrisen – Viktor Frankls Geistbegriff und seine Bedeutung für Psychotherapie und Beratung*, 1st ed. Springer, Berlin.
- Sulmasy, D.P., 2002. A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life. *The Gerontologist* 42(3), 24–33. https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl_3.24
- Tarakeshwar, N., Vanderwerker, L.C., Paulk, E., Pearce, M.J., Kasl, S.V., Prigerson, H.G., 2006. Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *J Palliat Med* 9(3), 646–657. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.646>
- Taverna, M., Berberat, P.O., Sattel, H., Frick, E., 2019. Survey on the Integration of Spiritual Care in Medical Schools from the German-Speaking Faculties. *AMEP* 10, 1009–1019. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S224679>
- The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World, 2005. *Health Promotion International* 21(1), 10–14. <https://doi.org/10.1093/heapro/dal046>
- Theiss, M.K., 2021. Validierung eines deutschsprachigen Fragebogens zur Messung der spirituellen Kompetenz in Gesundheitsberufen. Technische Universität München.
- Thuné-Boyle, I.C.V., Stygall, J., Keshtgar, M.R.S., Davidson, T.I., Newman, S.P., 2013. Religious/spiritual coping resources and their relationship with adjustment in patients newly diagnosed with breast cancer in the UK. *Psychooncology* 22(3), 646–658. <https://doi.org/10.1002/pon.3048>

- Utsch, M., Anderssen-Reuster, U., Frick, E., Gross, W., Murken, S., Schouler-Ocak, M., Stotz-Ingenlath, G., 2017. Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie: Positionspapier der DGPPN. *Spiritual Care* 6(1), 141–146. <https://doi.org/10.1515/spircare-2016-0220>
- Utsch, M., Bonelli, R.M., Pfeifer, S., 2014. Psychotherapie und Spiritualität. Mit existenziellen Konflikten und Transzendenzfragen professionell umgehen. Springer, Berlin, Heidelberg.
- van Leeuwen, R., Tiesinga, L.J., Middel, B., Post, D., Jochemsen, H., 2009. The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. *J Clin Nurs* 18(20), 2857–2869. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02594.x>
- von Campenhausen, J., 2020. Spiritual Care, in: von Campenhausen, J. (Ed.), *Ärztliche Kommunikation für Medizinstudierende*. Springer, Berlin, Heidelberg, 99–106. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61749-6_10
- Wasner, M., Longaker, C., Fegg, M.J., Borasio, G.D., 2005. Effects of spiritual care training for palliative care professionals. *Palliat Med* 19(2), 99–104. <https://doi.org/10.1191/0269216305pm995oa>
- Weber, S.R., Pargament, K.I., 2014. The role of religion and spirituality in mental health. *Curr Opin Psychiatry* 27(5), 358–363. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000080>
- Weiher, E., 2014. *Das Geheimnis des Lebens berühren – Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod: Eine Grammatik für Helfende*. Kohlhammer, Stuttgart.
- Weiterbildungsordnung der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen, 2023.
- Willemse, S., Smeets, W., van Leeuwen, E., Nielen-Rosier, T., Janssen, L., Foudraine, N., 2020. Spiritual care in the intensive care unit: An integrative literature research. *Journal of Critical Care* 57, 55–78. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.01.026>
- Zhang, Y., Yash Pal, R., Tam, W.S.W., Lee, A., Ong, M., Tiew, L.H., 2018. Spiritual perspectives of emergency medicine doctors and nurses in caring for end-of-life patients: A mixed-method study. *Int Emerg Nurs* 37, Special Issue: Emergency Care of Older People, 13–22. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.07.001>
- Zwingmann, C., 2004. Spiritualität/Religiosität und das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *Wege zum Menschen* 57(1), 68–80.

6 Anhang

6.1 Fragebogen



Spirituelle Kompetenzen von Gesundheitspersonal in der Notfall- und Intensivversorgung – eine prospektive Fragebogenstudie

1) Probandeninformation

Liebe Interessentin, lieber Interessent,

mit der vorliegenden Fragebogenerhebung möchten wir vom Interdisziplinärem Zentrum für Palliativmedizin des Universitätsklinikums Düsseldorf erfahren, in wie weit spirituelle Bedürfnisse von Patient:innen in Ihrem Arbeitsalltag erhoben und adressiert werden können.

Die Daten werden per online Fragebogen anonymisiert erhoben und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet. Die Fragebogenerhebung erfolgt mittels EFS Survey von Tivian. Die Software und alle Ihre Befragungsdaten werden von Tivian in einem zertifizierten Rechenzentrum in Deutschland gehostet. Es werden die besonders hohen Datenschutz- und Sicherheitsanforderungen nach ISO 27001 erfüllt. Die Nachverfolgung der IP-Adresse ist blockiert, sodass diese nicht gespeichert wird. Die Auswertung der anonymisierten Daten erfolgt mit Microsoft Excel, wobei diese vertraulich behandelt werden.

Die Forschungsrichtlinie der Heinrich-Heine-Universität sieht vor, dass die erhobenen Daten zehn Jahre sicher aufbewahrt werden. Das Forschungsvorhaben wurde von der Ethikkommission der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf geprüft. Die Ethikkommission an der medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität hat keine ethischen oder rechtlichen Einwände gegen die Durchführung des Projektes.

Die Teilnahme an der Studie ist vollkommen freiwillig. Mit der Bestätigung durch Ihr gesetztes Häkchen am Ende dieser Seite, sowie dem Beginn des Fragebogens auf der nächsten Seite willigen Sie in die Studienteilnahme ein. Sie haben jederzeit das Recht, die Befragung ohne Angabe von Gründen abubrechen und die Seite einfach zu schließen. Ihre Daten werden dann nicht gespeichert, auch nicht teilweise. Dies ist bis zum Absenden des ausgefüllten Fragebogens möglich. Aufgrund der schon anonymisierten Dateneingabe können bei einem Widerruf der Studienteilnahme nach Absenden des Fragebogens Ihre Daten nicht mehr gelöscht werden, weil kein Personenbezug hergestellt werden kann.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Das Studienteam des Interdisziplinären Zentrums für Palliativmedizin

Kontakt: Lehre.Palliativmedizin@med.uni-duesseldorf.de

2) Datenerhebung mittels SCCQ

Bitte beurteilen Sie bei den folgenden Aussagen, wie sehr diese auf Sie persönlich zutrifft und kreuzen Sie entsprechend an. Seien Sie dabei bitte möglichst wahrhaftig, denn es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten.

	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
Ich traue mir zu, spirituelle Bedürfnisse von Patienten wahrzunehmen.	☐	☐	☐	☐
Ich traue mir zu, spirituelle Bedürfnisse von Angehörigen wahrzunehmen.	☐	☐	☐	☐
Ich kenne Instrumentarien (z.B. Themenliste) zur Erhebung einer spirituellen Kurz-Anamnese.	☐	☐	☐	☐
Ich kenne Instrumente / Fragebögen zur strukturierten Erfassung spiritueller Bedürfnisse.	☐	☐	☐	☐
Ich weiß, wie ich die spirituelle Anamnese meiner Patienten gut und nachvollziehbar dokumentieren kann.	☐	☐	☐	☐
Ich kann existentielle / spirituelle Bedürfnisse wahrnehmen, auch wenn die Patienten zur Religion wenig Bezug haben.	☐	☐	☐	☐
Ich kann auch mit religionsfernen Patienten über ihre existentiellen / spirituellen Bedürfnisse reden.	☐	☐	☐	☐
Wir sprechen regelmäßig im Team über die spirituellen Bedürfnisse der Patienten.	☐	☐	☐	☐
In unserer Einrichtung (Praxis, Klinik usw.) besteht eine große Offenheit für das Themenfeld Spiritualität.	☐	☐	☐	☐
Im Team tauschen wir uns regelmäßig über das Thema Spiritualität in der Patientenbegleitung aus.	☐	☐	☐	☐

Im Team tauschen wir uns regelmäßig über unsere eigene Spiritualität aus.	☐	☐	☐	☐
Im Team haben wir Rituale (z.B. Abschieds- und Unterbrechungsrituale), um gemeinsam mit problematischen Situationen umzugehen.	☐	☐	☐	☐
Ich bin in der Lage, ein offenes Gespräch über existenzielle Themen zu führen.	☐	☐	☐	☐
Ich bin in der Lage, ein offenes Gespräch über religiöse Themen zu führen.	☐	☐	☐	☐
Ich ermögliche meinen Patienten die Teilnahme an religiösen Handlungen / Feiern.	☐	☐	☐	☐
Bei therapeutischen Entscheidungen achte ich auf religiöse / spirituelle Einstellungen, Haltungen und Überzeugungen des konkreten Patienten.	☐	☐	☐	☐
Ich unterstütze meine Patienten dabei, ihre spirituelle Überzeugungen und Haltungen zu reflektieren.	☐	☐	☐	☐
Ich bin in der Lage, Schmerzen / Leid von Patienten und ihren Angehörigen auszuhalten.	☐	☐	☐	☐
Meine eigene Spiritualität prägt meinen Umgang mit anderen/kranken Menschen.	☐	☐	☐	☐
Ich achte auf den geeigneten Rahmen für spirituelle Gespräche.	☐	☐	☐	☐
Ich weiß gut Bescheid darüber, welche religiösen Besonderheiten von Patienten aus anderen Religionsgemeinschaften berücksichtigt werden müssen.	☐	☐	☐	☐
Ich achte darauf, dass die religiösen Besonderheiten von Patienten aus anderen Religionsgemeinschaften angemessen berücksichtigt werden.	☐	☐	☐	☐

Ich gehe regelmäßig auf Patienten zu, um deren spirituelle Bedürfnisse anzusprechen.	☐	☐	☐	☐
Ich eröffne verbal, aber auch non-verbal einen „Raum“, in dem der Patient ggf. spirituelle Anliegen einbringen kann, aber nicht gezwungen wird.	☐	☐	☐	☐
Ich kümmere mich regelmäßig um die Vertiefung meiner eigenen Spiritualität (z.B. Besinnungstage, Meditation, Gottesdienstbesuch etc.).	☐	☐	☐	☐
Ich besuche regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen zu spirituellen Themen.	☐	☐	☐	☐

3) Demografische Daten

Geschlecht:

- ☐ männlich
- ☐ weiblich
- ☐ divers

Alter:

- ☐ 18-29
- ☐ 30-39
- ☐ 40-49
- ☐ 50-59
- ☐ >60

Familienstand:

- ☐ verheiratet
- ☐ mit Partner/-in zusammenlebend
- ☐ geschieden
- ☐ alleinstehend
- ☐ verwitwet

Profession:

- ☐ Arzt/Ärztin
- ☐ PJ-Studierende/r

- ☐ Pflege
- ☐ andere

Fachbereich:

- ☐ Innere Medizin
- ☐ Chirurgie/Orthopädie
- ☐ Anästhesie
- ☐ Neurologie
- ☐ andere

Bei aktueller Kursteilnahme von der Arbeitsgemeinschaft Intensivmedizin e.V. in Arnsberg, bitt Kurs angeben:

- ☐ Einführungskurs Intensivmedizin
- ☐ Seminarkongress Notfallmedizin
- ☐ keiner

Berufstätig seit wie vielen Jahren?

Durchschnittliche Arbeitszeit in Stunden pro Woche?

Berufliche Zufriedenheit:

- ☐ sehr zufrieden
- ☐ zufrieden
- ☐ es geht
- ☐ unzufrieden
- ☐ sehr unzufrieden

Bezeichnen Sie sich selbst als spirituell?

- ☐ ja
- ☐ nein

Sind Sie ein (aktiv) gläubiger Mensch?

- ☐ ja, unbedingt
- ☐ ja, etwas
- ☐ eher nein
- ☐ nein, gar nicht

Religionszugehörigkeit:

- ☐ katholisch
- ☐ protestantisch
- ☐ muslimisch
- ☐ jüdisch
- ☐ andere
- ☐ keine

4) Abschluss

Vielen herzlichen Dank für die Studienteilnahme!

Danksagung

Mein außerordentlicher Dank gilt meinem Doktorvater, Prof. Dr. med. Martin Neukirchen, für die freundliche Überlassung des Forschungsthemas, seine hervorragende fachliche Betreuung sowie die stets motivierende und wertschätzende Begleitung dieser Arbeit.

Für die Übernahme der Co-Betreuung und die wohlwollende Unterstützung meines Promotionsvorhabens danke ich Prof. Dr. med. Kerim Beseoglu sehr herzlich.

Mein aufrichtiger Dank gilt der gesamten Expertengruppe dieses Projektes, die mit ihrem wertvollen fachlichen Input und dem anregenden wissenschaftlichen Austausch nicht nur die Basis für diese Studie gelegt hat, sondern sie auch inhaltlich und persönlich sehr bereichert hat. Ein besonderer Dank geht an Dr. med. Theresa Tenge, Dr. med. Joy Jacqueline Schwartz und Prof. Dr. PH Manuela Schallenburg – für ihre sehr engagierte Betreuung, die vielen bestärkenden Worte und ihre stets unkomplizierte und verlässliche Unterstützung bei allen Fragen.

Ebenso gebührt Herrn Dr. med. Wetschewald von der Arbeitsgemeinschaft Intensivmedizin e.V. in Arnsberg, den Ausbilderinnen des Bildungszentrums: Anika Wandel, Birgit Hendrichs und Claudia Bieker, den Pflegeleitungen der Intensivstationen und der Zentralen Notaufnahme des Universitätsklinikums Düsseldorf: Stefanie Darius, Marcel Deinert, Kathrin Kainzmaier und Roland Popp-Schejnoha sowie ganz besonders Herrn Dr. med. Stefan Meier ein herzlicher Dank – für die wertvolle Unterstützung und Kooperation im Rahmen der Datenerhebung.

Ein riesiges Dankeschön richte ich an zwei mir besonders liebe Menschen – Eileen und Dana – für ihre vielen unterstützenden Worte, ihre große Hilfsbereitschaft sowie für das äußerst sorgfältige Korrekturlesen dieser Arbeit.

Von ganzem Herzen danke ich meiner Familie – für ihren grenzenlosen Rückhalt und die immerwährende Unterstützung auf meinem gesamten Lebensweg. Für unzählige aufmunternde und motivierende Gespräche, kritische Anregungen, ehrliche Worte, beharrliche Zuversicht und vor allem: für ihre Liebe.