

Aus der Klinik und Poliklinik für  
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Klinikum rechts der Isar der  
Technischen Universität München  
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Peter Henningsen

**Validierung eines deutschsprachigen Fragebogens zur Messung der  
spirituellen Kompetenz in Gesundheitsberufen**

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin

an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität München

vorgelegt von

Mayla Kristin Theiss

Aus München



Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München; Direktor: Prof. Dr. Peter Henningsen

Validierung eines deutschsprachigen Fragebogens zur Messung der spirituellen Kompetenz in Gesundheitsberufen

Mayla Kristin Theiss

Vollständiger Abdruck der von der

Fakultät für Medizin

der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines

Doktors der Medizin (Dr. med.)

genehmigten Dissertation

Vorsitzender: Prof. Dr. Wolfgang Weber

Prüfende der Dissertation:

1. Prof. Dr. Eckhard Frick
2. Prof. Dr. Stephan Heres

Die Dissertation wurde am 09.03.2021 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 13.07.2021 angenommen.

Für meine Mutter

# Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis .....	6
1. Einleitung .....	7
1.1 Spiritualität in der Medizin – Definition und Bedeutung .....	7
1.2 Spiritualität in der Medizin – Konsequenzen.....	9
1.2.1 Spiritualität als essenzieller Bestandteil der Medizin.....	9
1.2.2 Ganzheitlichkeit im Behandlungsprozess.....	9
1.2.3 Fächerübergreifende Thematik .....	10
1.3 Aktueller Forschungsstand zu Spiritual Care.....	11
1.3.1 Effekte von Spiritual Care.....	11
1.3.2 Bisherige Messinstrumente .....	12
1.4 Zielsetzung und Fragestellung der vorliegenden Untersuchung .....	16
2. Methodik.....	18
2.1 Datenerhebung .....	18
2.2 Messinstrument.....	18
2.2.1 Demografische Daten.....	19
2.2.2 Spiritual Care Competence Questionnaire .....	19
2.2.3 Selbstwirksamkeitserwartung nach Jerusalem und Schwarzer.....	21
2.3 Statistik .....	21
2.3.1 Erläuterung der statistischen Methoden .....	22
3. Ergebnisse .....	25
3.1 Stichprobe.....	25
3.2 Faktorenanalyse .....	28
3.2.1 Prüfung des Datensatzes .....	28
3.2.2 Exploratorische Faktorenanalyse .....	29
3.2.3 Konfirmatorische Faktorenanalyse .....	35
3.3 Korrelationen der SCCQ-Scores.....	37
4. Diskussion .....	41
4.1 Diskussion der Ergebnisse .....	41
4.1.1 Validierung.....	41

4.1.2 Korrelationen .....	43
4.2 Bedeutung des SCCQ im internationalen Vergleich .....	44
5. Limitationen .....	46
6. Fazit und Ausblick .....	47
7. Zusammenfassung .....	48
8. Literaturverzeichnis .....	50
9. Tabellenverzeichnis .....	56
10. Abbildungsverzeichnis .....	56
11. Anhang .....	57
A. Erste Seite des Fragebogens, Anschreiben .....	57
B. Spiritual Care Competence Questionnaire (ungekürzt) .....	58
12. Umgang mit den Geschlechtsformen im Text .....	62
13. Danksagung .....	62

## Abkürzungsverzeichnis

SC	Spiritual Care
SCCQ	Spiritual Care Competence Questionnaire

# 1. Einleitung

## 1.1 Spiritualität in der Medizin – Definition und Bedeutung

Beim Versuch einer Definition von Spiritualität wird in Anbetracht bereits bestehender Literatur deutlich: Dieser Begriff lässt sich schwer definieren. Es gibt weltweit keine festgesetzte Definition für Spiritualität (Monod et al., 2011; Wasner et al., 2005). Viele Autoren betonen die Wichtigkeit einer individuellen Spiritualität (Chan et al., 2006; Maidl, 2018; Paley, 2008; van Leeuwen et al., 2004). Danach ist Spiritualität für jeden etwas anderes, subjektiv und vollkommen privat und lässt sich nicht in eine Definition pressen: „Spiritualität ist genau – und ausschließlich – das, was der Patient dafür hält“ (Roser, 2011, p. 47). Swinton (2006) warnt vor einer allzu breitgefassten Definition von Spiritualität, die auch extremere, gegebenenfalls dissoziale Formen der Sinngebung (Swinton nennt als Beispiel pädophiles und nationalsozialistisches Gedankengut) als schützenswert deklarieren könnte. Als Elemente einer Definition werden meist genannt: der Sinn für das Transzendente, das nicht Fassbare, die Suche nach dem Sinn des Lebens, nach Bedeutung und Integrität - nach Antworten auf Fragen, die das Sichtbare und „bloß Zweckhafte“ übersteigen (Maidl, 2018; Maio, 2014, p. 183; Morris et al., 2014; Murray et al., 2010; Paley, 2008; Sulmasy, 2002).

Auch bei der Frage nach dem Zusammenhang zwischen Religion und Spiritualität scheiden sich die Geister. Im Vergleich zur Religion wird Spiritualität meist als umfassender beschrieben, als ein Bereich, der religiöse Praktiken als Teilaspekt einschließen kann. Religion wird als Methode aufgefasst, die eigene Spiritualität auszuleben, aber nicht als Voraussetzung dafür, spirituell zu sein (Carr, 2008; Paley, 2008; Swinton, 2006; Tarakeshwar et al., 2006). Monod et al. (2011) beschreibt Spiritualität als den „moderneren Begriff“, besonders im Hinblick auf die Abnahme Gläubiger der judeo-christlichen Religionen.

Auch für den Begriff „Spiritual Care“ gibt es unterschiedliche Definitionen. Hanson et al. (2008, p. 907) versuchen es auf diese Weise: „Spiritual Care umfasst religiöse Rituale und Praktiken sowie Aktivitäten, die eine schwer erkrankte Person trösten und unterstützen bei ihrer Suche nach Bedeutung und

nach einer Verbindung zu dem, was unendlich ist und transzendent“ (Übersetzung der Verfasserin).

Weltweit gewinnt das Thema Spiritual Care zunehmend an Interesse in der medizinischen Fachliteratur. Seit den 1980er und 1990er Jahren entstehen immer mehr Publikationen zu diesem Thema (Carr, 2008; Cockell et al., 2012; Monod et al., 2011; Paal et al., 2015; Swinton et al., 2002). Stabführend ist hierbei das Feld der Hospiz- und Palliativmedizin, welches die Aufnahme der spirituellen Dimension in die ganzheitliche Patientensicht spätestens seit der Hospizgründerin Cicely Saunders betont (Richmond, 2005). Ihr total-pain-Konzept, in dem die Beschwerden des Patienten nicht nur in physischer, psychischer und sozialer, sondern auch in spiritueller Hinsicht betrachtet werden sollen, scheint relevanter denn je (Puchalski et al., 2009; Richmond, 2005; Roser, 2017).

Untersucht wurden bereits diverse Aspekte von Spiritualität sowie ihr Einfluss auf das Gesundheitswesen: Es gibt Untersuchungen zu dem Effekt, den Spiritual Care auf Patienten sowie auf Pflegende hat (Tarakeshwar et al., 2006; Wasner et al., 2005). Es wurden Instrumente erstellt, die die spirituelle Anamnese erleichtern sollen (Monod et al., 2011). Es entstanden Überlegungen, wie Spiritual Care in der Lehre umgesetzt werden kann (Narayanasamy, 1999). In der WHO-Definition von Palliative Care hat die Spiritualität schon seit 2002 ihren Platz:

*Palliativmedizin/ Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art (DGPT, 2018; Radbruch et al., 2011; Sepulveda et al., 2002).*

## **1.2 Spiritualität in der Medizin – Konsequenzen**

### **1.2.1 Spiritualität als essenzieller Bestandteil der Medizin**

Obwohl es Stimmen gibt, die Spiritualität in der Medizin als esoterisch und unprofessionell bezeichnen (Sulmasy, 2002) und die befürchten, dass Patienten etwas aufgezwungen wird oder Ärzte und Pflegende mit Spiritual Care überfordert werden (Paley, 2008; Swinton, 2006), sprechen sich doch die meisten Autoren in der einschlägigen Literatur dafür aus, dass Spiritualität stärker in die Medizin integriert werden muss.

Für die Fürsprecher von Spiritual Care ist die Spiritualität in der Medizin nicht nur ein möglicher Aspekt, sondern essenzieller Bestandteil einer guten Patientenversorgung. Soll der Patient ganzheitlich wahrgenommen werden, so muss die spirituelle Seite seiner Hoffnungen und Ängste mit in den Behandlungsprozess einbezogen werden, muss also über den rein physischen Zustand des Patienten hinausgesehen werden (Carr, 2008; Greenstreet, 1999; Heller et al., 2014; Mthembu et al., 2016; Paal et al., 2015; Puchalski et al., 2009; Roser, 2017; Sulmasy, 2002; Swinton et al., 2002). So wird dafür plädiert, dass die spirituelle Anamnese fester Bestandteil im gesamten Bereich des Gesundheitswesens wird und auch standardmäßig dokumentiert werden soll (Puchalski et al., 2009). Ärzte und Pflegende sollten auf spirituelle und existenzielle Themen ihrer Patienten eingehen, diese gegebenenfalls direkt ansprechen (Daaleman et al., 1994; King et al., 1994). Des Weiteren soll Spiritual Care in das medizinische Curriculum aufgenommen und an den medizinischen Fakultäten gelehrt werden (Taverna et al., 2019). Ärzte und Pflegende sollen eine Ausbildung in Spiritual Care erhalten (Puchalski et al., 2009).

### **1.2.2 Ganzheitlichkeit im Behandlungsprozess**

Dass existenzielle Themen angesprochen werden müssen und nicht einfach übergangen werden sollten, leuchtet ein. Wieso aber muss Spiritual Care Teil des medizinischen Curriculums werden? Wieso reicht es nicht, den Krankenhauseselsorger einzuschalten? Wieso sollten auch Ärzte, Pflegepersonal, Physiotherapeuten, kurz all diejenigen, die in der Krankenversorgung tätig sind, wissen wie mit diesen Themen umzugehen ist?

Einige Studien belegen, dass dies tatsächlich ausdrücklicher Wunsch der Patienten ist. Patienten wollen explizit von ihren Ärzten auf spirituelle Themen angesprochen werden. Sie halten es für wichtig, dass der Arzt über ihren Glauben Bescheid weiß und sind der Meinung, dass dies auch im Behandlungsprozess eine wichtige Rolle spielen könnte (Heller et al., 2014; King et al., 1994; McCord et al., 2004; Ramondetta et al., 2013; Sulmasy, 2002; Tarakeshwar et al., 2006). Spiritual Care soll nicht ausschließlich von einem Priester, sondern ausdrücklich auch von Ärzten und Pflegenden gegeben werden (Chan et al., 2006; Hanson et al., 2008). In Anbetracht der Ganzheitlichkeit einer Patientenbetreuung, leuchtet diese Haltung ein. Wird ein Patient von seinem Arzt darauf angesprochen, was ihm Quelle der Kraft ist oder wie er mit Gedanken an den Tod umgeht, so wird ihm ein Raum eröffnet - ein Raum für diese Gedanken und Themen. Ihm wird zugestanden, dass er sich existenzielle Fragen stellt, dass Krankheit und Tod existenzielle Fragen aufwerfen und dass der Arzt sich auch für diese Seite des Patienten interessiert. Er schickt ihn mit diesen Themen nicht weg, sondern interessiert sich dafür, nimmt sich Zeit. Manche Autoren sehen in Spiritual Care die Chance, die Menschlichkeit zurück in die Medizin zu bringen - weg von einer allzu technisch geprägten Apparatedizin hin zu einem Raum, in dem sich Menschen begegnen (Chan et al., 2006; Cockell et al., 2012; Paal et al., 2015; Swinton, 2006; Tait et al., 2013; Tiew et al., 2012).

### **1.2.3 Fächerübergreifende Thematik**

Dass der Begriff Spiritual Care aus dem Bereich der Palliativmedizin kommt und hier auch so sehr gefordert und gefördert wird, wird anhand der oben genannten Gedanken deutlich. In keinem anderen medizinischen Fachbereich werden die Menschen so regelmäßig mit existenziellen Themen konfrontiert. Und auch in keinem anderen Fach ist es so wichtig, dass die Patienten mit diesen Fragen nicht alleine gelassen werden. Doch diese Konzentration auf spirituelle Themen in der Palliativmedizin darf einen nicht blind machen. Auch in den anderen medizinischen Disziplinen sterben Menschen. Auch in anderen Bereichen werden Patienten und ihr gesamtes unmittelbares Umfeld durch eine schwere Krankheit mit der Endlichkeit des Lebens konfrontiert.

Wird Spiritual Care allein auf die Palliativmedizin begrenzt, so wird ein ähnlicher Fehler begangen wie beim Weiterleiten aller „schwierigen“ Themen an den Krankenhausseelsorger. Das medizinische Personal weicht aus, es verschließt die Augen. Die gesamte Medizin ist ein Bereich, der die Patienten sowie die Pflegenden vor existenzielle Fragen stellt. Spiritual Care ist also ein Thema, das den gesamten Bereich des Gesundheitswesens betrifft (Heller et al., 2014). Daher sollte er hier auch ganz allgemein und fächerübergreifend vertreten sein und gelehrt werden (Cockell et al., 2012; Puchalski et al., 2009).

## **1.3 Aktueller Forschungsstand zu Spiritual Care**

### **1.3.1 Effekte von Spiritual Care**

Spiritual Care ist ein mittlerweile gut untersuchtes Gebiet. Insbesondere konzentrierten sich bisher viele Untersuchungen auf die Wirkungen, die Spiritual Care auf Patienten und Pflegende hat.

Ein großer Effekt von Spiritual Care ist die bessere Krankheitsbewältigung. Spiritualität scheint Patienten eine Quelle der Stärke, der Resilienz und der Stabilität zu sein (Greenstreet, 1999; Mthembu et al., 2015) und hilft ihnen, eine innere Stärke wiederzufinden in Zeiten von Krankheit, Verletzung oder Verlust (Paal et al., 2015). Größere Religiosität bzw. Spiritualität bei Patienten reduzieren Depression und Todesangst (Heller et al., 2014; Sulmasy, 2002; Thorson et al., 1990; Wasner et al., 2005) und erhöhen die Lebensqualität chronisch Kranker (Monod et al., 2011). Religiöse Praktiken und spirituelle Handlungen geben Patienten ein Gefühl der Kontrolle über belastende Ereignisse, sowie Hoffnung und Antworten auf existenzielle Fragen (Greenstreet, 1999; Post et al., 2000; Tarakeshwar et al., 2006). Tägliche spirituelle Erfahrungen gehen mit niedrigerem Alkoholkonsum und besserem psychosozialen Status einher (Sulmasy, 2002; Underwood et al., 2002). In einigen Studien hat Spiritual Care sogar einen Effekt auf die Krankheit selbst und sorgt bei Patienten für eine schnellere Genesung (Carr, 2008; King et al., 1994; Post et al., 2000). Spiritualität als Ressource wahrnehmen zu können und zu bestärken, ist somit ein Ziel von Spiritual Care.

Spiritual Care dient aber nicht nur den Gepflegten, sondern auch den Pflegenden (Fegg et al., 2014). Denn auch für die im Gesundheitswesen Arbeitenden werden in ihrer Arbeit und durch sie existenzielle Fragen und Themen wichtig. Auch Ärzte und Pflegende sind mit dem Tod konfrontiert, mit Leid und schwerer Krankheit. Auch sie werden sich zwangsläufig Fragen stellen: Warum passiert das? Wieso wird der eine so schwer krank, während der andere gesund bleibt? Was passiert mit meinem Patienten, wenn er gestorben ist? Ärzte und Pflegende sollten mit diesen Themen ebenfalls nicht allein gelassen werden. Sie sollten dazu ermutigt werden, sich ihre Gedanken zu machen. Sich zu überlegen, woher sie ihre Ressourcen nehmen, was ihnen Halt und Kraft geben kann.

So zeigen Untersuchungen auch bei Ärzten und Pflegenden positive Effekte von Spiritual Care. Spiritualität in den Arbeitsalltag zu integrieren, erhöht die Arbeitszufriedenheit, verbessert den Patient-Pflege-Kontakt und gibt dem eigenen Tun mehr Sinn und Bedeutung (Hanson et al., 2008; Paal et al., 2015; Puchalski et al., 2009; Wasner et al., 2005). Die eigene Spiritualität zu explorieren und wahrzunehmen, kann auch für Ärzte eine wichtige Ressource sein. Die Teilnahme an Spiritual Care Trainings ist außerdem assoziiert mit reduziertem beruflichem Stress und Burnout (Fegg et al., 2014; Ramondetta et al., 2013; Wasner et al., 2005; Yong et al., 2011). Angesichts der Tatsache, dass Ärzte doppelt so häufig Suizide begehen wie die Normalbevölkerung (Lipkin, 2019), scheint es sogar höchste Zeit zu sein, dass mehr auf die psychische Gesundheit dieser Berufsgruppe geachtet wird.

Für viele dieser Studien sind eigens Messinstrumente erstellt worden. Um Spiritual Care noch besser in die heutige Medizin integrieren zu können, gilt es, das Konstrukt von Spiritual Care zu erfassen und zu definieren. Zur Umsetzung in Lehre und Fortbildung ist es sinnvoll, die Kompetenzen zu ermitteln, die einen guten „Spiritual-Care-Giver“ ausmachen.

### **1.3.2 Bisherige Messinstrumente**

Nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht über die in den letzten Jahren entstandenen Instrumente zur Messung der Spiritual-Care-Kompetenzen im Gesundheitsbereich. Auffallend ist ein Übergewicht an englischsprachigen

Untersuchungen insbesondere in den USA. Nur eine Untersuchung fand an Ergotherapeuten statt, alle anderen konzentrierten sich auf die Spiritual Care Kompetenzen bei Krankenschwestern und Pflegeschülern. Untersuchungen an Ärzten sind uns nicht bekannt. Auch im deutschsprachigen Raum fehlen Arbeiten zu diesem Thema. Im Folgenden wird näher auf einzelne Studien eingegangen.

Der *Spirituality and Spiritual Care Rating Scale* (SSCRS) wurde 2002 von McSherry et al. (2002) entwickelt. Der Fragebogen wurde bereits in verschiedene Sprachen übersetzt und weit verbreitet angewendet (Daghan, 2017; Herlianita et al., 2017; Mthembu et al., 2016). Mit den vier Faktoren „1=spirituality, 2=spiritual care, 3=religiosity, 4=personalised care“ misst er allerdings weniger die spirituelle Kompetenz als vielmehr die Ausprägung von Spiritualität und Spiritual Care unter Krankenpfleger/-innen im Allgemeinen. Auch der *Spiritual Care-Giving Scale* (SCGS) von Tiew et al. (2012) wurde bereits in verschiedenen Ländern eingesetzt (Chew et al., 2016; Ipek Coban et al., 2017). Dem Namen nach könnte vermutet werden, dass hier Spiritual Care Kompetenzen gemessen werden. Doch werden die Faktoren genauer betrachtet, so fällt auf, dass vielmehr eigene Haltungen zu und Meinungen über Spiritual Care erfasst wurden. Der *Oncology Nurse Spiritual Care Perspectives Survey* (ONSCPS) von Taylor et al. (1994) erfasst ebenfalls nur die Auffassung, die onkologische Krankenpfleger von Spiritual Care haben. Der *Spiritual Care Inventory* (SCI) von Burkhart et al. (2011) beschreibt Spiritual Care als die Fähigkeit zu spirituellen Interventionen, Sinngebung und Ritualen, trägt aber nicht zu der Frage bei, wie sich diese Ziele als Kompetenz umsetzen lassen. Der *Spiritual Care Competence Scale* (SCCS) von van Leeuwen et al. (2009) kommt den Faktoren des vorliegenden SCCQ sehr nahe. Auch dieses Instrument erfasst Kompetenzen wie Dokumentation, Kommunikation und Unterstützung der spirituellen Bedürfnisse des Patienten. Allerdings lag der Validierungsstudie des SCCS ein sehr kleines und begrenztes Sample von nur 197 Krankenpflegeschülern zugrunde. Ähnlich steht es um den *Spirituality Scale* (SS) von Nardi et al. (2011), der zwar Kompetenzen misst, allerdings wiederum an nur 86 Krankenpflegeschülern.

**Tabelle 1:** Synopse Spiritual Care Skalen; Vergleich anhand Beruf der Stichprobe, Größe der Stichprobe (n), Item-Anzahl, Faktorenstruktur

Scale	Name (ausgeschrieben), Land	Zielgruppe	n	Items	Faktoren	Quelle
<b>SAS</b>	Spirituality Assessment Scale, USA	Bewohner/-innen eines Bereiches von 50 Meilen	189	28	1=Purpose or Meaning 2=Innerness 3=Interconnectedness 4=Transcendence	Howden (1992)
<b>ONSCPS</b>	Oncology Nurse Spiritual Care Perspectives Survey, USA	Mitglieder der Oncology Nursing Society	181	13	-	Taylor et al. (1994)
<b>SCPS</b>	Spiritual Care Perspectives Survey, USA	Krankenpfleger/-innen	819	41	1=frequency 2=ability 3=comfort with spiritual care items	Taylor et al. (1999)
<b>SSCRS</b>	Spirituality and Spiritual Care Rating Scale, Großbritannien	Krankenpfleger/-innen	549	17	1=spirituality 2=spritual care 3=religiosity 4=personalised care	McSherry et al. (2002)
<b>SSSC</b>	Student Survey of Spiritual Care, USA	Krankenpflege-Schüler/-innen	355	9	-	Meyer (2003)
<b>SCPPS</b>	Spiritual Care Perceptions and Practices Scale, China	Krankenpfleger/-innen	193	12	1=Perception towards Spiritual Care 2=Practice towards Spiritual Care	Chan et al. (2006)

<b>SCCS</b>	Spiritual Care Competence Scale, Niederlande	Krankenpflege-Schüler/-innen	197	27	1=assessment and implementation of spiritual care 2=professionalisation and improving the quality of spiritual care 3=personal support and patient counseling 4=referral to professionals 5=attitude towards the patient's spirituality 6=communication	van Leeuwen et al. (2009)
<b>SCI</b>	Spiritual Care Inventory, USA	Krankenpfleger/-innen und -Schüler/-innen	298	17	1=Spiritual Care Interventions 2=Meaning Making 3=Faith Rituals	Burkhart et al. (2011)
<b>SCGS</b>	Spiritual Care-Giving Scale, Singapur	Krankenpflege-Schüler/-innen	745	35	1=Attributes for Spiritual Care 2=Spiritual Perspectives 3=Defining Spiritual Care 4=Spiritual Care Attitudes 5=Spiritual Care Values	Tiew et al. (2012)
<b>SS</b>	Spirituality Scale, USA	Krankenpflege-Schüler/-innen	86	45	1=Valuing and Supporting Others 2=Use of Spirituality-Based Nursing Process 3=Use of the Metaphysical Self 4=Individual Spirituality-Based Actions 5=Spirituality-Based Outcomes	Nardi et al. (2011)
<b>SOTS</b>	Spirituality in Occupational Therapy Scale, USA	Ergotherapeuten/-innen	97	20	-	Morris et al. (2014)
<b>NSCTS</b>	Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale, USA	Krankenpfleger/-innen	554	17	-	Mamier et al. (2015)

Der *Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale* (NSCTS) kommt mit seinem Sample von n=554 zwar an das des SCCQ heran, misst allerdings nur die Häufigkeit der spirituellen Interventionen von Krankenpflegern. Gleiches gilt für den *Spiritual Care Perspectives Survey* (SCPS) von Taylor et al. (1999). Wie in Tabelle 1 ersichtlich, in der unter anderem auch die jeweiligen Zielgruppen dargestellt sind, wurden alle hier aufgeführten Instrumente an sehr begrenzten Stichproben durchgeführt, hauptsächlich an Krankenpfleger/-innen oder -schüler/-innen. Einzig der *Spirituality in Occupational Therapy Scale* (SOTS) von Morris et al. (2014) führte seine Untersuchung an Ergotherapeuten durch. Und die einzige Untersuchung, die die Berufsgruppe nicht einschränkte, war der *Spirituality Assessment Scale* (SAS) von Howden (1992), der als Sample die Bewohner einer bestimmten Region wählte. Hier wurden allerdings keine Berufsgruppen erfasst, was die Ergebnisse für den klinischen Kontext wenig verwertbar macht.

## **1.4 Zielsetzung und Fragestellung der vorliegenden Untersuchung**

Obwohl in den letzten Jahrzehnten einige Untersuchungen und Instrumente zu Spiritual Care Kompetenzen im Gesundheitsbereich entstanden sind, besteht weiterer Bedarf - insbesondere in multidisziplinärer Hinsicht. Es besteht ein Übergewicht an Untersuchungen im palliativen und onkologischen sowie psychiatrischen Bereich (Cockell et al., 2012). Wie oben dargelegt, betrifft Spiritual Care jedoch auch die anderen Fachbereiche und sollte daher multidisziplinär untersucht werden (van Leeuwen et al., 2009). Es fehlen außerdem dringend Untersuchungen mit weiter gefassten Zielgruppen, insbesondere an Ärzten und Ärztinnen. Zudem widmeten sich nur wenige der bisherigen Studien der tatsächlichen oder selbst eingeschätzten individuellen Spiritual Care Kompetenz von Pflegenden in Gesundheitsberufen (Gordon et al., 2004; Paal et al., 2015). Ellis et al. (1999) sowie Adib-Hajbaghery et al. (2016) sprechen sich dafür aus, dass Untersuchungen sowohl sprachlich als auch konzeptionell an die einzelnen Länder und Kulturen angepasst werden sollten.

Zielsetzung der vorliegenden Untersuchung ist somit die Entwicklung eines neuen Fragebogens zur Messung der Spiritual Care Kompetenz im deutschsprachigen Bereich. Hier stellt der in der vorliegenden Studie validierte Spiritual Care Competence Questionnaire (SCCQ) die bisher erste Untersuchung dar. Zudem bietet der SCCQ die Möglichkeit der Erfassung von Spiritual Care Kompetenzen fächerübergreifend in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung. Gleichzeitig soll die Untersuchung einen Beitrag zur genaueren Definierung der Spiritual Care Kompetenzen leisten. Folgende Forschungsfragen sollen beantwortet werden (Frick et al., 2019): Lässt sich die (selbst eingeschätzte) spirituelle Kompetenz der Probanden durch den Spiritual Care Competence Questionnaire messen? Welche faktorielle Struktur und Reliabilität hat der SCCQ? Als Abschluss sollen explorativ erste Zusammenhänge zwischen demografischen Daten und Spiritual Care Kompetenzen mittels des SCCQ betrachtet werden.

## **2. Methodik**

### **2.1 Datenerhebung**

Die Rekrutierung von Teilnehmern fand in medizinischen Einrichtungen in Deutschland und in Österreich statt. Hierbei wurde bewusst ein Schwerpunkt auf Einrichtungen mit konfessioneller Trägerschaft gelegt, da hier Offenheit gegenüber dem Thema Spiritualität und bereits eine gewisse spirituelle Kompetenz im medizinischen Rahmen vermutet werden konnte (Frick et al., 2019). Es gab keine Einschränkungen bezüglich Profession oder Fachbereich. Als Einschlusskriterium galt lediglich ein regelmäßiger Patientenkontakt. So wurden auch Studenten ab dem 5. Semester in diese Studie miteinbezogen.

Die größte Stichprobe (knapp 70%) stammt aus Krankenhäusern in Trägerschaft der Barmherzigen Brüder, hierbei vor allem aus den Städten München, Straubing, Linz und Regensburg. Auch ein Hospiz (Johannes-Hospiz München) und eine Behinderteneinrichtung zählten dazu. Des Weiteren fand die Erhebung in Krankenhäusern der Städte Osnabrück und Bielefeld und im Jüdischen Krankenhaus Berlin statt.

Die Fragebögen wurden persönlich oder von Ansprechpartnern auf den Stationen verteilt sowie elektronisch per Email versandt. Jeweils wurde dem Fragebogen ein Anschreiben hinzugefügt, in welchem auf die Freiwilligkeit der Teilnahme und auf die Anonymität bei der Datenverwertung verwiesen wurde (siehe Anhang A).

Der Durchführung der Studie wurde mit dem Votum 288/17 S durch die Ethikkommission der Technischen Universität München zugestimmt. Die Datenerhebung fand vom 01. März 2017 bis 28. Juli 2017 statt.

### **2.2 Messinstrument**

Der Fragebogen, der in dieser Validierungsstudie verwendet wurde, war dreiteilig. Er enthielt zunächst einen demografischen Teil, dann den SCCQ und schlussendlich zehn Fragen zur Selbstwirksamkeit.

### **2.2.1 Demografische Daten**

Zunächst wurde der Teilnehmer gebeten, einige Angaben zu seiner Person zu machen, wobei keine Informationen erfragt wurden, die seine Identität preisgeben könnten. Dieser Teil des Fragebogens (siehe Anhang B) untersuchte demografische Aspekte wie Geschlecht, Alter, Familienstand und Religionszugehörigkeit des Studienteilnehmers, aber auch eine eigene Einschätzung seiner Religiosität und der Glaubens- bzw. Meditationspraxis. Dabei sollte angegeben werden, wie die Aussagen „Ich bin ein (aktiv) gläubiger Mensch“ und „Ich bete bzw. meditiere regelmäßig“ auf die Einstellung des Teilnehmers zuträfen. Die Antwortmöglichkeiten waren hier 4-stufig skaliert: 4=ja, unbedingt; 3=ja, etwas; 2=eher nein; 1=nein, gar nicht; beziehungsweise für die Frage der Gebets-/Meditationspraxis: 4=ja, regelmäßig; 3=hin und wieder; 2=eher selten; 1=nein, gar nicht.

Des Weiteren sollten Profession (Arzt, Pflege oder „andere“) und Fachbereich angegeben werden, wobei die Bereiche Innere Medizin, Chirurgie / Orthopädie, Kinderheilkunde, Geriatrie / Palliativmedizin, Gynäkologie / Geburtshilfe und Psychiatrie / Psychotherapie zur Auswahl standen. In beiden Fällen gab es allerdings auch die Auswahlmöglichkeit „andere“ mit der Möglichkeit einer Freitextangabe. Schlussendlich wurde erfragt, seit wie vielen Jahren die Person berufstätig sei und wie viele Stunden pro Woche die durchschnittliche Arbeitszeit betrug. Außerdem sollte der Teilnehmer seine berufliche Zufriedenheit einschätzen, wobei er zwischen den Antworten 5=sehr zufrieden; 4=zufrieden; 3=es geht; 2=unzufrieden und 1=sehr unzufrieden wählen konnte.

### **2.2.2 Spiritual Care Competence Questionnaire**

Die Entwicklung des Spiritual Care Competence Questionnaires fand unter Zusammenarbeit von Prof. Dr. med. Eckhard Frick und Prof. Dr. Arndt Büssing mit einem 9-köpfigen Expertenteam bestehend aus Pflegefachkräften, Ärzten und Klinikseelsorgenden statt, die allesamt Erfahrung im Bereich Spiritual Care haben. Unter Berücksichtigung der internationalen Literatur zum Thema sowie vorbestehender Fragebögen zu Spiritual Care wurden folgende zehn Themenbereiche erarbeitet, die im Fragebogen abgedeckt werden sollten: (1) Wahrnehmung und Erfassung spiritueller Bedürfnisse von Patienten, (2)

Implementierung der Spiritualität in Teamprozessen, (3) eigene Reaktionen und Interventionen, (4) Auswirkung der Wahrnehmungen auf das eigene Tun, (5) Entwicklung der eigenen Spiritualität, (6) Proaktive Kompetenz, (7) Schaffen von Zeiten / Räumen, (8) Wissen über andere Religionen („Fremdheitskompetenz“), (9) Entlass- und Überleitungsmanagement, (10) Umsetzungs-Hindernisse (Frick et al., 2019).

Die Items wurden bewusst als Aussagen formuliert, die der Proband auf ihr Zutreffen hin einschätzen sollte. Indem generelle Aussagen formuliert wurden und der Proband selbst entscheiden konnte, ob er eher zustimmt oder nicht, sollte eine zu große Beeinflussung durch die persönlichen Meinungen und Haltungen der Testentwickler vermieden werden (Garssen et al., 2017). Grund dafür ist die Komplexität und Individualität der Begriffe Spiritualität und Spirituelle Kompetenz.

Dem Probanden stand eine vier-stufige Likert-Skala zur Verfügung mit den Antwortmöglichkeiten: 0=stimmt nicht, 1=stimmt kaum, 2=stimmt eher und 3=stimmt genau.

Um der Komplexität dieses doch sehr individuellen Themengebietes der Spiritualität gerecht zu werden, wurden dem SCCQ am Ende zwei Freitextantworten hinzugefügt. Hierbei sollte zunächst das Zutreffen der Aussage „Ich finde, dass meine Berufsgruppe eine besondere spirituelle Kompetenz besitzt“ wieder mithilfe der Likert-Skala eingeschätzt werden. Darauf folgte die Möglichkeit einer Freitextantwort auf den Satzzusatz „Nämlich:“. Das Gleiche galt für die darauffolgende Aussage: „Ich finde, dass meine Berufsgruppe nicht für Spiritual Care zuständig ist, weil:“. Die Freitextantworten auf diese zwei Aussagen lassen sich im Rahmen einer qualitativen Inhaltsanalyse auswerten und liefern zusätzliche Erkenntnisse über die Einschätzung der spirituellen Kompetenz und des Zuständigkeitsgefühls für Spiritual Care in den einzelnen Berufsgruppen. Für die vorliegende Validierungsstudie waren diese beiden Fragen allerdings nicht von Relevanz.

### **2.2.3 Selbstwirksamkeitserwartung nach Jerusalem und Schwarzer**

Schlussendlich enthielt der dritte Teil des Fragebogens zehn Aussagen, die wiederum per Likert-Skala beantwortet werden sollten. Diese zehn Fragen messen die Selbstwirksamkeitserwartung des Teilnehmers und entstammen der 10-Item-Skala der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung von Jerusalem und Schwarzer (1999). Die aus dem SCCQ erarbeiteten Kompetenzen wurden mit den Ergebnissen dieser Skala korreliert, um die diskriminante Validität des SCCQ zu ermitteln.

Das Ergebnis der zehn Fragen wurde per Summenscore ermittelt, wobei die höchste Punktzahl 40 betrug. Hierbei wurden für die Antwortmöglichkeiten wie folgt Punkte vergeben: stimmt nicht=1P, stimmt kaum=2P, stimmt eher=3P, stimmt genau=4P. Je höher der Summenscore desto höher die Selbstwirksamkeitserwartung.

## **2.3 Statistik**

Für die statistische Untersuchung wurde der Datensatz geteilt (random split ~50:50) (Frick et al., 2019). An einer Hälfte des Datensatzes mit n=360 wurde eine exploratorische Faktorenanalyse durchgeführt. Zur Bildung von Faktoren wurde die Hauptkomponentenanalyse verwendet. Die Faktorenextraktion erfolgte nach dem Kaiser-Guttman-Kriterium mit Eigenwerten (Fabrigar et al., 1999; Guttman, 1954; Kaiser, 1986). Anschließend wurden die Faktoren mit der Oblimin-Methode oblique rotiert. Aus den hierbei ermittelten Faktoren wurde ein Strukturgleichungsmodell erstellt, das als Basis für die Konfirmatorische Faktorenanalyse diente. Hierfür wurde die zweite Hälfte des Datensatzes mit n=357 herangezogen. Als Schätzmethode wurde der Maximum-Likelihood-Schätzer verwendet.

Die Güte der Übereinstimmung beider Modelle wurde anhand der folgenden Fit-Indizes gemessen: Comparative-Fit-Index, Tucker-Lewis-Index, Root-Mean-Square-Error-of-Approximation und Standardized-Root-Mean-Square-Residual. Zur Reliabilitätsanalyse wurden für die Faktoren jeweils Cronbach's alpha und Omega-Koeffizienten bestimmt.

Im Anschluss wurden die Spiritual Care Kompetenzen mit Externen Variablen korreliert und über den Pearsons Korrelationskoeffizienten in der Stärke ihrer Korrelation verglichen. Durch Korrelation mit der Selbstwirksamkeitserwartung von Jerusalem und Schwarzer (1999) wurde die Validität des SCCQ im Sinne einer Diskriminanzvalidität gemessen.

### **2.3.1 Erläuterung der statistischen Methoden**

#### **Exploratorische Faktorenanalyse**

Ziel der Faktorenanalyse ist es, Zusammenhänge zwischen gemessenen Variablen zu erfassen und diese in einem vereinfachten Modell darzustellen (Bortz, 2010). Hierbei beschreibt ein sogenannter Faktor eine gedachte Variable, die mit allen ihr zugeordneten gemessenen Variablen möglichst hoch korreliert, diese also möglichst genau abbildet, und sich gleichzeitig so weit wie möglich von den anderen Variablen unterscheidet. Auf diese Weise lassen sich große Datenmengen in wenige Gruppen einteilen, die den Informationsgehalt der einzelnen Variablen möglichst ohne Informationsverlust zusammenfassen. Gleichzeitig können Zusammenhänge zwischen den Items aufgezeigt und damit interpretierbar gemacht werden (Fabrigar et al., 1999). So lassen sich durch die Faktorenanalyse die Konstrukte erfassen, die einem Fragebogen zugrunde liegen, und welche dieser messen soll – in unserem Fall also die verschiedenen Aspekte der spirituellen Kompetenz.

Mittels Hauptkomponentenanalyse und Extraktionskriterien werden Faktoren ermittelt, auf die jeweils eine bestimmte Anzahl an Items laden. Damit ist aber nicht gleich gewährleistet, dass die Faktoren sinnvoll interpretierbar sind. Daher werden die Faktoren, die sich nach Anwendung der Extraktionskriterien herausgebildet haben, rotiert. Auf diese Weise wird besser ersichtlich, wie viele und welche Items auf die einzelnen Faktoren laden, und ihre Unterschiede kommen deutlicher zum Vorschein. Betrachtet werden hierfür die sogenannten Faktorladungen der einzelnen Items auf den Faktoren. Diese beschreiben das Ausmaß, in dem ein Item mit einem Faktor korreliert, sprich wie stark Faktor und Item zusammenhängen. Fabrigar et al. (1999) empfehlen, die oblique Rotationstechnik einer orthogonalen vorzuziehen. Bei einer obliquen Rotation

werden Korrelationen zwischen den Faktoren zugelassen, was eine bessere Interpretierbarkeit der Faktorenstrukturen gewährleistet. Für diese Untersuchung wurde die oblique Oblimin-Rotationstechnik gewählt.

### **Konfirmatorische Faktorenanalyse**

Zur Überprüfung des durch die Exploratorische Faktorenanalyse ermittelten Faktoren-Modells wird aus den latenten Variablen, also den Faktoren, und den auf diese ladenden manifesten Variablen, den Items, ein Strukturgleichungsmodell erstellt.

Das Strukturgleichungsmodell ermöglicht die Darstellung von Kovarianzstrukturen eines Datensatzes in Form eines graphischen Modells, aus dem sich Gleichungen berechnen lassen. Es kombiniert hierzu Pfadanalyse und konfirmatorische Faktorenanalyse (J. H. Steiger, 2001).

Die Zusammenhänge zwischen den Variablen werden in einem Mess- und einem Strukturmodell zusammengefasst. Ein Messmodell veranschaulicht, welche manifesten Variablen durch welche latenten Variablen beeinflusst werden, während ein Strukturmodell wiederum die Beziehungen zwischen den einzelnen latenten Variablen untereinander aufzeigt (Bühner, 2006, p. 240). Werden Mess- und Strukturmodelle zusammengesetzt, so ergibt sich ein Pfaddiagramm, wie es für unsere Items in Abbildung 1 dargestellt ist.

Die Beziehungen zwischen den einzelnen Variablen untereinander werden auch als Pfade bezeichnet. Für jeden solcher Pfade lassen sich Grundgleichungen bestimmen, aus denen sich die Korrelationen der Variablen berechnen lassen. Werden nun die Gleichungen aus Mess- und Strukturmodellen zusammengesetzt, so lassen sich Gleichungssysteme mit bekannten und unbekanntem Parametern bestimmen. Werden dann für die unbekanntem Parameter Schätzungen eingesetzt, so kann aus diesem a priori erstellten Modell eine Korrelationsmatrix berechnet und mit der empirisch ermittelten Korrelationsmatrix verglichen werden (Bühner, 2006; Olsson et al., 2000). Die Diskrepanz zwischen beiden Korrelationsmatrizen lässt sich durch iteratives Einsetzen neuer Werte verringern.

Als gängigste Schätzmethode für die Parameter eines Strukturgleichungsmodells gilt der Maximum-Likelihood-Schätzer (Kline, 2004).

Im Vergleich zu anderen Schätzmethoden beweist diese nach Olsson et al. (2000) eine größere Genauigkeit der Übereinstimmung zwischen empirischer und theoretischer Matrix und ist weniger anfällig auf Schwankungen in der Stichprobengröße.

Die Güte der Übereinstimmung der beiden Matrizen wird anhand sogenannter Fit-Indizes berechnet (Frick et al., 2019): Hu et al. (1999) sowie Fan et al. (2005) haben Cut-off-Werte der gängigsten Fit-Indizes angegeben. Als Referenzwerte für einen guten Model-Fit gelten die folgenden Werte: CFI (R. P. McDonald et al., 1990) und TLI (Tucker et al., 1973)  $>0.95$ , RMSEA (Browne et al., 1992; James H Steiger, 1980)  $<0.05$  und SRMR (Chen, 2007)  $<0.06$ .

### **Reliabilität**

Zur Bestimmung der internen Konsistenz wurde der Cronbach's alpha der einzelnen Faktoren bestimmt. Da dieser Wert allein jedoch nur bedingt aussagekräftig ist (Bentler, 2009; Sijtsma, 2009), wurde für jeden Faktor zusätzlich der Omega Koeffizient nach Bentler, McDonald und Raykov bestimmt (Bentler, 2009; Roderick P McDonald, 2013; Raykov, 2001). Diese messen die Reliabilität auch unter Annahme schiefer Verteilungen und fehlender Tau-Äquivalenz zuverlässig (Trizano-Hermosilla et al., 2016).

### 3. Ergebnisse

#### 3.1 Stichprobe

Es liegen Daten von insgesamt 717 Probanden aus Deutschland und Österreich vor. Die Krankenhäuser der Barmherzigen Brüder erhielten insgesamt 800 ausgedruckte Fragebögen. Insgesamt wurde die Anzahl an verteilten Fragebögen auf 1750 geschätzt, womit sich eine Rücklaufquote von 41% errechnet. Die Tatsache, dass ein Teil der Fragebögen elektronisch versandt und online ausgefüllt wurde, verhindert eine genauere Angabe.

51% der ausgefüllten Fragebögen erhielten wir hierbei aus Krankenhäusern in Trägerschaft der Barmherzigen Brüder, 17% aus einer Behinderteneinrichtung in Trägerschaft der Barmherzigen Brüder, 6% aus dem Jüdischen Krankenhaus Berlin und 26% aus Krankenhäusern anderer Trägerschaft (Frick et al., 2019).

Wie sich Tabelle 2 entnehmen lässt, waren knapp drei Viertel der Teilnehmer weiblichen, ein Viertel männlichen Geschlechtes. Das Durchschnittsalter betrug 43,2 Jahre ( $SD=13,0$ ). Somit repräsentiert diese Stichprobe die tatsächlichen personellen Eigenschaften der im deutschen Gesundheitswesens Tätigen im Jahr 2020 sehr gut (Bundesamt, 2020).

Auffallend bei den Berufsgruppen ist eine Dominanz von fast 50% an Pflegenden, während Ärztinnen und Ärzte mit nur knapp 20% vertreten sind. Unter den 33% der Angaben, die im Fragebogen unter „Andere“ gemacht wurden, fanden sich fast 8% Seelsorger und Seelsorgerinnen, außerdem Heilerziehungspfleger, Pädagogen, Medizinische Fachangestellte und Therapeuten, um hier nur die häufigsten zu nennen.

Die unterschiedlichen Fachbereiche waren relativ gleichmäßig vertreten, wobei die „Innere Medizin“ mit fast 19% dominiert. Die kleinste Stichprobe mit 6% stammte aus den Bereichen „Gynäkologie/Geburtshilfe/Pädiatrie“. Unter dem Punkt „Andere“ fanden sich außerdem die Fachbereiche Anästhesie, Intensivmedizin, Allgemeinmedizin, Zahnmedizin, Radiologie, Augenheilkunde, Urologie, Nephrologie, Strahlentherapie und Homöopathie, sowie selbstständige Berater, Betriebsmedizin und Heilerziehungspflege.

65% der Teilnehmer gaben ihre Religionszugehörigkeit mit katholisch an, 21% mit protestantisch. Dies muss vor dem Hintergrund betrachtet werden, dass die Erhebung zu einem überwiegenden Teil in Einrichtungen konfessioneller Trägerschaft stattfand. Außerdem erhielten wir einen großen Rücklauf aus Bayern und Oberösterreich. Ich darf hier schon auf den Ausblick verweisen, der auf die Notwendigkeit weiterer Studien mit dem SCCQ in anderen Bundesländern und Ländern hinweist. Unter „Andere“ wurden außerdem folgende Religionszugehörigkeiten genannt: freikirchlich, evangelisch-reformiert, buddhistisch, orthodox, ökumenisch, humanistisch, ohne Glaubensbekenntnis.

Die eigene Religiosität wurde von den Teilnehmern dahingehend eingeschätzt, dass sich 61% als aktiv gläubig, 39% dagegen als nicht gläubig bezeichneten. Die Frage zur Häufigkeit der eigenen Gebets- bzw. Meditationspraxis ergab einen Mittelwert von 2.5, was zwischen den Antworten 2=eher selten und 3=hin und wieder steht.

Um einen Eindruck der Arbeitsbelastung zu bekommen, wurden die Teilnehmer außerdem gebeten, ihre Wochenarbeitszeit in Stunden anzugeben. Hierbei ergab sich ein Mittelwert von knapp 36 Stunden mit einer Standardabweichung von knapp 11 Stunden. Bei der Einschätzung der beruflichen Zufriedenheit auf einer Skala von 1 bis 5 positionierte sich die Mehrheit im Bereich von 4, was für zufrieden steht.

Die Fragen zur Selbstwirksamkeit ergaben einen mittleren Punktwert von 30 bei einer maximal erreichbaren Punktzahl von 40, was einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung entspricht.

Tabelle 2 zeigt außerdem, dass die soziodemographischen Eigenschaften der beiden Teilnehmergruppen für die exploratorische und die konfirmatorische Faktorenanalyse vergleichbar sind.

**Tabelle 2:** Beschreibung der Teilnehmer (N=717); Frick et al. (2019)

	Gesamt- Sample	EFA Sample	CFA Sample
<b>N</b>	717	360	357
<b>Geschlecht (%)</b>			
Frauen	74.0	73.7	74.3
Männer	26.0	26.3	25.7
<b>Alter, Jahre (MW, SD)</b>			
	43.2 ± 13.0	42.9 ± 12.8	43.5 ± 13.3
<b>Altersgruppen (%)</b>			
<31 Jahre	23.7	23.8	23.7
31-40 Jahre	19.1	19.2	19.0
41-50 Jahre	21.9	22.1	21.6
>50 Jahre	35.3	35.0	35.7
<b>Familienstatus (%)</b>			
Mit Partner: verheiratet	50.8	52.3	49.3
Mit Partner: unverheiratet	17.5	16.1	18.8
Alleine: Single	22.0	23.0	21.4
Alleine: geschieden	7.7	7.5	8.0
Alleine: verwitwet	1.4	0.6	2.3
<b>Berufsgruppen (%)</b>			
Pflegende	46.6	44.7	48.4
Ärzte / Ärztinnen	19.3	17.9	20.7
Seelsorgerinnen / Seelsorger	7.9	9.1	6.7
Andere Professionen	26.2	28.2	24.2
<b>Fachbereiche (%)</b>			
Innere Medizin	18.7	13.9	22.3
Chirurgie / Orthopädie	16.0	16.2	15.2
Geriatric / Palliativmedizin / Onkologie	15.3	16.2	11.9
Gynäkologie / Geburtshilfe / Pädiatrie	6.1	5.7	6.8
Psychiatrie / Psychotherapie / Neurologie	15.0	15.5	9.3
Behindertenhilfe	15.2	14.9	14.5
Andere	13.7	17.2	19.0
<i>Fehlende Angabe (bzw. Seelsorge)</i>	17.3	15.8	13.2
<b>Wochenarbeitszeit, Stunden (MW, SD)</b>			
	35.8 ± 10.6	35.4 ± 10.1	35.7 ± 11.6
<b>Arbeitszufriedenheit, 1-5 (MW, SD)</b>			
	3.7 ± 1.1	3.7 ± 1.2	3.7 ± 1.0
<b>Religionszugehörigkeit (%)</b>			

Katholisch	64.9	61.0	68.9
Protestantisch	20.6	24.4	16.7
Andere	5.6	7.1	4.2
ohne	8.7	7.6	9.9
<b>Religiosität (%)</b>			
Aktiv gläubig	60.7	73.4	66.9
Nicht gläubig	39.3	26.6	33.1
<b>Häufigkeit Gebet/Meditation, 1-4 (MW, SD)</b>	2.5 ± 1.1	2.6 ± 1.2	2.5 ± 1.1
<b>Selbstwirksamkeitserwartung, 10-40 (MW, SD)</b>	29.1 ± 4.4	29.1 ± 4.1	29.1 ± 4.6

**Erläuterungen:** Nach Datensplit (~50/50) Durchführung einer Exploratorischen Faktorenanalyse (EFA) an Sample 1 (N=360) und einer Konfirmatorischen Faktorenanalyse (CFA) an Sample 2 (N=357)

## 3.2 Faktorenanalyse

### 3.2.1 Prüfung des Datensatzes

Bevor eine Faktorenanalyse angewendet werden kann, muss überprüft werden, ob sich der vorliegende Datensatz für die gewählte Methodik eignet. Dies ist nur dann der Fall, wenn die einzelnen Items ausreichend hoch miteinander korrelieren.

Überprüfen lässt sich dies unter anderem durch Berechnung des Kaiser-Meyer-Olkin-Koeffizienten. Gemäß Bühner (2006) gilt ein KMO-Koeffizient zwischen 0.80 und 0.89 als gut geeignet für eine Faktorenanalyse. In diesen Bereich fällt auch unsere Itemauswahl mit einem KMO-Koeffizienten von 0.893. Ein weiterer Test, der vor Anwendung der Faktorenanalyse durchgeführt wird, ist der Bartlett-Test auf Sphärizität. Bei signifikanten Resultaten lehnt dieser die Nullhypothese ab, dass keine Korrelationen zwischen den Items vorliegen, und bestätigt auf diese Weise, dass alle Korrelationen der vorliegenden Items größer null sind (Bühner, 2006, p. 207). Für unseren Fragebogen ergaben sich mit einem Wert von  $p < 0.001$  also signifikante Resultate, womit die Eignung unserer Daten für die gewählte Methodik sichergestellt wurde (Frick et al., 2019).

## 3.2.2 Exploratorische Faktorenanalyse

### Hauptkomponentenanalyse

Von den 56 Items, mit welchen der SCCQ ursprünglich entwickelt worden war, gingen nur 26 Items in die Faktorenanalyse ein. Im Folgenden werden nicht alle Items im Ganzen angeführt, sondern nur als Nummer angegeben. Die noch ungekürzte Version des SCCQ mit 56 Items ist im Anhang B zu finden.

15 Items dienten dazu, bestimmte Haltungen und Einstellungen der Probanden zu erfassen, beschrieben aber keine spirituellen Kompetenzen an sich. Zwei Beispiele solcher Items wären s11 „Besondere spirituelle Erfahrungen, von denen Patienten sprechen wollen, hängen mit psychischen Störungen zusammen“ und s56 „Eigene Schwächen und Verletzungen sind ein Hindernis für die spirituelle Kompetenz“. Zwei weitere Items beschrieben explizit eine Vermeidung spiritueller Themen gegenüber dem Patienten: s10 „Ich wechsle das Thema, wenn der Patient auf religiöse Themen zu sprechen kommt“ und s16 „Es ist mir unangenehm über spirituelle Themen zu reden“ (Frick et al., 2019).

Nach Anwendung der Hauptkomponentenanalyse wurden 15 weitere Items eliminiert. Hiervon luden zehn Items mit Ladungen von  $<0,5$  zu schwach auf mehrere Faktoren gleichzeitig. Es handelte sich um folgende Items: s9 „Ich kann gut darauf eingehen, wenn Patienten spirituelle Themen zur Sprache bringen möchten“; s21 „Ich kann bei einem Patienten (gefühlsmäßig und körperlich) bleiben, auch wenn ich keine bestimmte therapeutische Handlung ausübe“ sowie die Items s22, s27, s33, s36, s37, s40, s41, s54. Zwei weitere Items (s23, s29) bildeten mit Ladungen unter 0.5 einen Zwei-Item-Faktor und wurden daher ebenfalls eliminiert“. Außerdem luden drei Items mit schwachen Ladungen auf Faktoren, die bereits eine ausreichende Item-Anzahl aufwiesen (s32, s50 und s52) (Frick et al., 2019).

Die 26 Items entsprachen den Empfehlungen von Fabrigar et al. (1999), wonach eine Faktorenanalyse im besten Fall an einem Itempool durchgeführt werden sollte, der 3 bis 5 mal so groß ist wie die Anzahl der zu erwartenden Faktoren. Die zehn oben genannten Themenbereiche konnten auf diese Weise mit ausreichend Items abgedeckt werden, ohne dass die Struktur des Fragebogens an Übersichtlichkeit einbüßte. Für die nun verbliebenen 26 Items ergab die

Hauptkomponentenanalyse schließlich 26 Faktoren. Diese erklärten sukzessiv maximale Varianz. Das bedeutet, dass der erste Faktor den größten Teil der Varianz aufklärt, dann der zweite und so weiter (Bortz, 2010, p. 392). Damit es zu einer Datenreduktion kommen konnte, galt es, nur die Faktoren zu extrahieren, die die Gesamtvarianz aller Variablen „hinreichend gut“ repräsentierten (Bortz, 2010, p. 415). Hierfür ist meist eine deutlich kleinere Anzahl ausreichend.

### **Faktorenextraktion und -rotation**

Nach dem Kaiser-Guttman-Kriterium wurden von den 26 Faktoren nur die Faktoren ausgewählt, deren Eigenwert größer als eins war, da nur diese mehr Informationen enthielten als die ursprüngliche Variable (Bortz, 2010, p. 415).

Die Ergebnisse der Hauptkomponentenanalyse mit Oblimin-Rotation sind in Tabelle 3 dargestellt. Der Übersichtlichkeit halber werden nur Ladungen über 0.3 angegeben. Für die Interpretierbarkeit der Faktoren wurden die Empfehlungen von Guadagnoli et al. (1988) herangezogen: Hiernach sind Faktoren prinzipiell nur dann interpretierbar, wenn mindestens vier der Variablen Faktorladungen über 0.6 aufweisen. Dies war hier nur bei Faktor 2 der Fall. Auf die übrigen Faktoren luden die Variablen jeweils mit geringeren Faktorladungen. Aufgrund einer ausreichend hohen Stichprobenzahl war die Interpretierbarkeit für dieses Messinstrument dennoch gewährleistet, denn es gilt: „Faktorstrukturen mit Faktoren, auf denen nur wenige Variablen geringfügig laden, sollten nur interpretiert werden, wenn  $n \geq 300$  ist“ (Bortz, 2010, p. 396). Dies war in unserem Fall auch nach Splittung des 717 Teilnehmer umfassenden Datensatzes der Fall.

**Tabelle 3:** Verteilung der Item-Mittelwerte, Reliabilitäts- und Faktorenanalyse; (Frick et al., 2019)

Item-Nummer und gekürzte Item-Formulierungen	M (0-3)	SD	Korrigierte Item-Skala Korrelation	SCCQ-Faktoren (entsprechend der Mustermatrix)						
				1	2	3	4	5	6	7
<b>Eigenwerte</b>				<b>8,8</b>	<b>1,9</b>	<b>1,7</b>	<b>1,6</b>	<b>1,3</b>	<b>1,1</b>	<b>1,0</b>
<b>Cronbachs alpha des Faktors</b>				.82	.81	.84	.83	.73	.86	.79
2 traue mir zu, s Bedürfnisse der Angehörigen wahrzunehmen	1,88	0.81	.575	.851						
1 traue mir zu, s Bedürfnisse der P wahrzunehmen	2,04	0.76	.621	.831						
7 kann ex/s Bedürfnisse wahrnehmen, auch wenn die Patienten zu R wenig Bezug haben	1,73	0.90	.597	.712						
8 kann auch mit religionsfernen Patienten über ihre ex/s Bedürfnisse reden	1,95	0.90	.545	.590						
28 bin in der Lage, Schmerzen / Leid von P auszuhalten	2,38	0.66	.368	.526						
14 Austausch im Team über Thema S	0,92	0.89	.658		.775					
15 Austausch im Team über eigene S	0,67	0.74	.549		.746					
12 Sprechen im Team über s Bedürfnisse der P	0,87	0.91	.620		.738					
17 Rituale im Team	0,99	0.98	.341		.661					
13 Offenheit für S in unserer Einrichtung	1,84	0.97	.465		.531					-.462
4 kenne Instrumente / Fragebögen zur Erfassung s Bedürfnisse	0,51	0.81	.470			.891				
3 kenne Instrumentarien für s Kurzanamnese	0,63	0.86	.505			.863				
5 Dokumentation der s Anamnese	0,89	0.92	.463			.705				
48 Vertiefung eigene S	1,62	1.13	.508				-.833			
49 Fortbildungen zu s Themen	0,89	1.06	.551				-.735			
30 eigene S prägt Umgang mit P	2,00	1.00	.525				-.698			
43 eröffne „Raum“, in dem P seine s Anliegen einbringen kann	1,30	1.03	.681				-.537			
42 gehe regelmäßig auf P zu, um deren s Bedürfnisse anzusprechen	0,84	0.86	.624				-.519			
38 kenne r Besonderheiten anderer Religionsgemeinschaften	1,29	0.81	.335					.887		
39 achte auf Berücksichtigung r Besonderheiten anderer Religionsgemeinschaften	1,84	0.81	.364					.824		
20 bin in der Lage zu Gespräch über r Themen	2,34	0.72	.539						.774	
19 bin in der Lage zu Gespräch über ex Themen	2,34	0.75	.576						.749	
24 ermögliche r Handlungen / Feiern	2,09	1.01	.479							-.801
25 berücksichtige r/s bei therapeutischen Entscheidungen	1,79	0.94	.591							-.628
35 achte auf d geeigneten Rahmen für s Gespräche	1,73	0.97	.624							-.569
26 unterstütze Reflexion der P	1,62	0.98	.695							-.533

Anmerkungen: Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin = .893; Bartlett-Test auf Sphärizität  $p < 0.001$ .

Hauptkomponentenanalyse mit Oblimin-Rotation (Kaiser-Normalisierung); Rotation ist in 10 Iterationen konvergiert. In der Mustermatrix sind nur Ladungen  $> 0.5$ , bzw. Nebenladungen  $> 0.3$  dargestellt.

P: Patienten R,r: Religion, religiös; S,s: Spiritualität, spirituel

## **Faktorenbenennung**

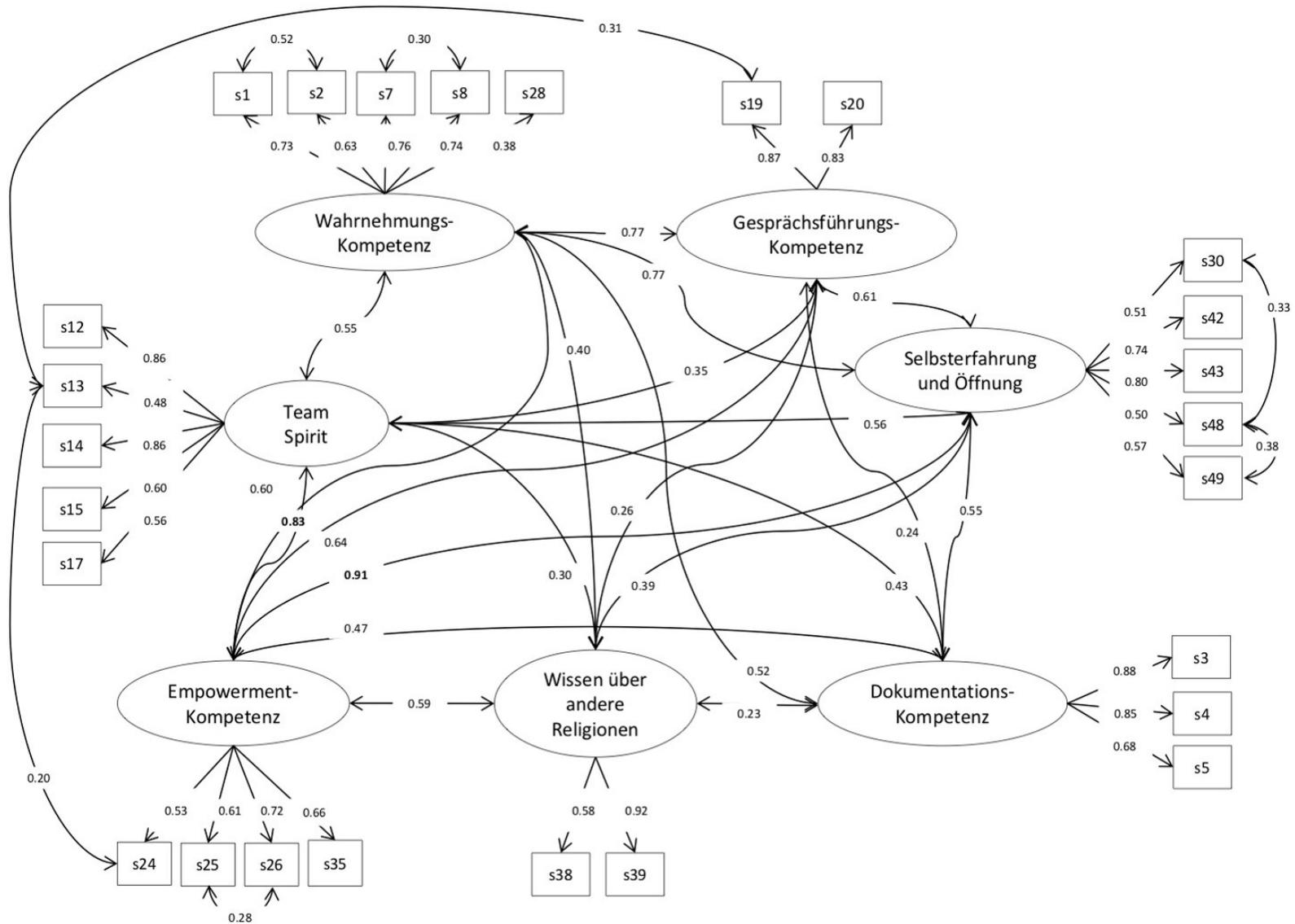
Nachdem die exploratorische Faktorenanalyse 7 Faktoren ergab, denen wiederum eine unterschiedliche Anzahl an Items zugeordnet wurden, wurde diese Zuordnung als nächstes inhaltlich betrachtet. Es galt, die Gemeinsamkeiten der Items pro Faktor herauszuarbeiten und zu benennen. Für den genauen Wortlaut der einzelnen Items wird hier nochmals auf den Fragebogen im Anhang verwiesen. Abbildung 1 zeigt außerdem das Strukturgleichungsmodell als grafische Darstellung der Faktoren mit den Items, die auf sie laden.

### Faktor 1: Wahrnehmungskompetenz

Die 5 Items, die sich um den ersten Faktor gruppieren, thematisieren alle auf unterschiedliche Weise die Fähigkeit, spirituelle Bedürfnisse eines Gegenübers wahrzunehmen. Der Proband soll einschätzen, inwiefern er es sich selbst zutraut, spirituelle Bedürfnisse bei Patienten und deren Angehörigen wahrzunehmen (s2, s1). Zwei weitere Items behandeln den Umgang mit Patienten, die wenig Bezug zur Religion haben (s7, s8). Kann der Proband auch bei diesen Menschen spirituelle oder existenzielle Bedürfnisse wahrnehmen? Und vielleicht noch wichtiger: Kann er mit den Patienten über diese dann auch sprechen? Und s28 erfragt, inwiefern der Proband sich dazu fähig fühlt, Schmerzen und Leid des Patienten wahrzunehmen und auszuhalten.

### Faktor 2: Team-Spirit

Auf den nächsten Faktor laden 5 Items, die den Umgang mit und insbesondere den Austausch über Spiritualität im Team thematisieren. Zum einen wird mit den Items erfragt, ob im Team ein Austausch über Spiritualität überhaupt stattfindet. Wie groß ist die Offenheit des Teams gegenüber spirituellen Themen (s13, s14)? Werden spirituelle Bedürfnisse der Patienten regelmäßig besprochen (s12)? Und auch, ob die eigene Spiritualität offen angesprochen werden kann, ist Thema eines Items (s15). Item s17 erfragt explizit, ob es im Team Rituale (z.B. Abschieds- und Unterbrechungsrituale) gibt, die den gemeinsamen Umgang mit problematischen Situationen erleichtern sollen.



**Abbildung 1:** Strukturgleichungsmodell mit 7 latenten Variablen und Korrelationen. Doppelpfeile entsprechen Korrelationen; Einzelpfeile entsprechen Ladungen des Modells; (Frick et al., 2019).

### Faktor 3: Dokumentations-Kompetenz

Faktor 3 erfasst mit 3 Items die Dokumentationskompetenz im Bereich Spiritualität. Hier soll die Kenntnis von Instrumenten zur Erfassung einer spirituellen Kurzanamnese (s3) sowie der spirituellen Bedürfnisse des Patienten angegeben werden (s4). Außerdem das Wissen darüber, wie solche Themen nachvollziehbar dokumentiert werden können (s5).

### Faktor 4: Selbsterfahrung und proaktive Öffnung

Die 5 Items von Faktor 4 erfragen die Rolle der eigenen Spiritualität im Berufsalltag und die Möglichkeiten, die es für deren Vertiefung gibt. So soll der Proband angeben, ob er sich regelmäßig um die Vertiefung seiner eigenen Spiritualität kümmert, z.B. durch Besinnungstage, Meditation, Gottesdienstbesuch etc. (s48). Auch ob Fortbildungen zum Thema besucht werden und ob die eigene Spiritualität den Umgang mit dem Patienten prägt, soll angegeben werden (s49, s30). Zwei Items lassen sich zusätzlich durch „proaktive Öffnung“ zusammenfassen. Hier soll der Proband einschätzen, wie aktiv er sich darum bemüht, dass die spirituellen Bedürfnisse des Patienten zur Sprache kommen. Wird ein Raum eröffnet, in dem der Patient seine spirituellen Anliegen einbringen kann (s43)? Oder wird der Patient gar aktiv auf diese Bedürfnisse angesprochen (s42)?

### Faktor 5: Wissen über andere Religionen

Die folgenden 2 Items werden durch Faktor 5 am besten zusammengefasst mit „Wissen über andere Religionen“. Neben dem Wissen über „religiöse Besonderheiten von Patienten aus anderen Religionsgemeinschaften“ (s38) soll angegeben werden, ob diese im Berufsalltag auch angemessen berücksichtigt werden (s39).

### Faktor 6: Gesprächsführungskompetenz

Faktor 6 beschreibt mit zwei Items die Gesprächsführungskompetenz des Probanden. Ist dieser in der Lage, ein offenes Gespräch über existenzielle Themen zu führen (s19)? Und ist er in der Lage, ein solches Gespräch auch über religiöse Themen zu führen (s20)?

### Faktor 7: Proaktive Empowerment-Kompetenz

Die 4 Items, die sich um Faktor 7 gruppieren, thematisieren auf verschiedene Weise die aktive Bestärkung der Spiritualität des Patienten. Gefragt wird nach der Unterstützung, die der Patient bei der Reflexion seiner spirituellen Überzeugungen und Haltungen erhält (s26). Wird dem Patienten die Teilnahme an religiösen Handlungen/Feiern ermöglicht (s24)? Wird für einen geeigneten Rahmen für spirituelle Gespräche gesorgt (s35)? Außerdem soll der Proband angeben, inwiefern spirituelle Haltungen und Überzeugungen des Patienten in therapeutische Entscheidungen miteinbezogen werden (s25).

### Umsetzungshindernisse

Vier bisher nicht berücksichtigte Items lassen sich zu einem weiteren Faktor zusammenfassen, der die Umsetzungshindernisse von Spiritual Care beschreibt. Es handelt sich um die Items s44 „Ich weiß zu wenig über Religion/Spiritualität, um mich kompetent einbringen zu können“, s45 „Ich empfinde mich für religiöse/spirituelle Themen als nicht zuständig“, s46 „Ich habe keine Zeit für religiöse/spirituelle Themen“ und s47 „Es ist kein geeigneter Raum vorhanden, um geschützt über spirituelle/religiöse Themen (die ja privat sind) zu sprechen“. Dieser Faktor ließ sich zur Korrelation mit den 7 Spiritual Care Kompetenzen heranziehen, was unter „3.3 Korrelationen der SCCQ-Scores“ beschrieben ist. Er wurde aber nicht in das Faktorenmodell aufgenommen, da er keine Spiritual Care-Kompetenz an sich darstellt (Frick et al., 2019).

### **3.2.3 Konfirmatorische Faktorenanalyse**

Das Strukturgleichungsmodell, das sich aus den sieben Faktoren und 26 Items ergab, ist in Abbildung 1 dargestellt. In einem solchen Pfaddiagramm unterscheiden sich gerichtete Zusammenhänge, die in der Abbildung durch Einzelpfeile dargestellt sind, von ungerichteten Zusammenhängen, die durch Doppelpfeile veranschaulicht werden. Bei einem gerichteten Zusammenhang beeinflusst Variable x direkt Variable y, entsprechend zeigt der Pfeil von der unabhängigen zur abhängigen Variablen. Ein Doppelpfeil beschreibt dagegen die Korrelationen der jeweiligen Variablen. Die latenten Variablen sind durch einen Kreis, die manifesten durch ein Rechteck gekennzeichnet. Für die

gerichteten Zusammenhänge lassen sich nun sogenannte Pfadkoeffizienten berechnen, welche im Schaubild auf den Pfeilen eingetragen sind. Mit diesen Koeffizienten ließ sich eine Korrelationsmatrix errechnen, die mit dem zweiten Datensatz von n=357 verglichen wurde.

Nach Anwendung des Maximum-Likelihood-Schätzers für die implizierte Korrelationsmatrix wurde der Modell-Fit anhand der folgenden Fit-Indizes bestimmt (Browne et al., 1992; Chen, 2007; R. P. McDonald et al., 1990; James H Steiger, 1980; Tucker et al., 1973). Wie aus Tabelle 4 ersichtlich ließ sich das Modell bestätigen.

**Tabelle 4:** Fit Indizes des SCCQ und Cut-off-Werte; modifiziert nach (Frick et al., 2019)

	<b>Fit Index des SCCQ</b>	<b>Referenzwerte</b>
<b>Comparative-Fit-Index</b>	<b>CFI=0.96</b>	<b>Cut-off<math>\approx</math>0.95</b>
<b>Tucker-Lewis-Index</b>	<b>TLI=0.95</b>	<b>Cut-off<math>\approx</math>0.95</b>
<b>Root-Mean-Square-Error-of-Approximation</b>	<b>RMSEA=0.04</b>	<b>Cut-off&lt;0.05</b>
<b>Standardized-Root-Mean-Square-Residual</b>	<b>SRMR=0.05</b>	<b>Cut-off&lt;0.06</b>

Zur Schätzung der Reliabilität des SCCQ wurden für jeden Faktor sowohl Cronbach's Alpha als auch der Omega Koeffizient nach Raykov, Bentler und McDonald bestimmt (Bentler, 2009; R. P. McDonald et al., 1990; Raykov, 2001). Omega nach Raykov und Bentler haben unterschiedliche Werte, wenn es sich um zwei Ladungen handelt. Ist der dritte Koeffizient Omega nach McDonald dem Omega nach Bentler ähnlich, so spricht dies für ein gut passendes Modell. Für alle sieben Faktoren ließ sich die Reliabilität bestätigen:

**Tabelle 5:** Reliabilitätsanalyse; modifiziert nach Frick et al. (2019)

<b>Faktor</b>	<b>Cronbach's alpha</b>	<b>Raykov</b>	<b>Bentler</b>	<b>McDonald</b>
1 Wahrnehmungskompetenz	0.81	0.76	0.76	0.76
2 Team-Spirit	0.79	0.80	0.80	0.80
3 Dokumentationskompetenz	0.83	0.74	0.74	0.74
4 Selbsterfahrung und proaktive Öffnung	0.79	0.69	0.69	0.68
5 Wissen über andere Religionen	0.61	0.55	0.55	0.56
6 Gesprächs-Kompetenz	0.84	0.84	0.84	0.83
7 Proaktive Empowerment-Kompetenz	0.75	0.70	0.70	0.69

### **3.3 Korrelationen der SCCQ-Scores**

Tabelle 6 zeigt die Korrelationen der SCCQ-Scores mit den externen Variablen Alter, Wochenarbeitszeit und berufliche Zufriedenheit sowie mit den Ergebnissen der Selbstwirksamkeitserwartung. Außerdem werden die Korrelationen der Faktoren mit Indikatoren für Spiritualität und mit den Umsetzungshindernissen für Spiritual Care dargestellt. Wie aus den Angaben der Kompetenzausprägungen der sieben Faktoren ersichtlich, ist in dieser Versuchsgruppe die „Gesprächsführungs-Kompetenz“ am stärksten ausgeprägt gewesen, die „Dokumentations-Kompetenz“ dagegen am schwächsten (Frick et al., 2019).

**Tabelle 6:** Korrelationen zwischen den SCCQ-Scores der Teilnehmer (n=714) und externen Variablen; (Frick et al., 2019)

	Wahrnehmungs-Kompetenz	Team-Spirit	Dokumentations-Kompetenz	Selbsterfahrung und Öffnung	Wissen über andere Religionen	Gesprächsführungs-Kompetenz	Empowerment-Kompetenz
<b>M ± SD</b> (Range: 0-3)	1.99 ± 0.61	1.02 ± 0.66	0.67 ± 0.76	1.31 ± 0.78	1.71 ± 0.72	2.28 ± 0.73	1.81 ± 0.75
<b>Spiritual Care Kompetenzen</b>							
Wahrnehmungs-Kompetenz (n=714)	1.000						
Team-Spirit (n=711)	<b>.428**</b>	1.000					
Dokumentations-Kompetenz (n=713)	<b>.381**</b>	<b>.394**</b>	1.000				
Selbsterfahrung und Öffnung (n=713)	<b>.518**</b>	<b>.409**</b>	<b>.364**</b>	1.000			
Wissen über andere Religionen (n=703)	<b>.310**</b>	.229**	.224**	.255**	1.000		
Gesprächsführungs-Kompetenz (n=710)	<b>.581**</b>	<b>.325**</b>	.229**	<b>.458**</b>	.246**	1.000	
Empowerment-Kompetenz (n=709)	<b>.541**</b>	<b>.508**</b>	<b>.341**</b>	<b>.592**</b>	<b>.357**</b>	<b>.469**</b>	1.000
<b>Spiritual Care Umsetzungshindernisse</b>							
<b>Umsetzungs-Hindernisse</b> (n=706)	<b>-.417**</b>	<b>-.381**</b>	<b>-.266**</b>	<b>-.538**</b>	<b>-.179**</b>	<b>-.415**</b>	<b>-.424**</b>
s56 Eigene Schwächen und Verletzungen sind Hindernis für spirituelle Kompetenz (n=595)	-.089	-.099	.076	-.072	-.046	-.157**	-.076
<b>Indikatoren der Spiritualität</b>							
Aktiv gläubig vs. nicht gläubig (n=702) §	-.030	-.035	.010	.070	-.059	-.051	-.037
Gebets-/Meditations-Praxis (n=690) §	.006	-.004	-.017	.127**	-.035	-.014	-.010
s31 meine Spiritualität/Religiosität hat keinerlei Bedeutung für Beruf	<b>-.240**</b>	<b>-.147**</b>	<b>-.112**</b>	<b>-.448**</b>	<b>-.085**</b>	<b>-.195**</b>	<b>-.262**</b>
<b>Externe Variablen</b>							
Alter (n=688)	.201**	.121**	.116**	<b>.419**</b>	.027	.169**	.255**
Wochenarbeitszeit (n=684)	-.025	-.040	.021	-.096	.065	.051	-.004
Berufliche Zufriedenheit (n=702)	-.001	.039	-.002	-.043	-.013	-.023	-.048
Selbstwirksamkeitserwartung (n=700)	.171**	-.001	.047	-.054	.146**	.196**	.072

Anmerkungen: \*\* p<0.01 (Spearman rho); § vierstufig skaliert; moderate bis starke Korrelationen sind fett hervorgehoben.

### Alter, Wochenarbeitszeit, berufliche Zufriedenheit

Die sieben erarbeiteten Spiritual Care Kompetenzen zeigten keinen signifikanten Zusammenhang mit der Wochenarbeitszeit oder der beruflichen Zufriedenheit. Das Alter der Probanden korrelierte moderat mit Faktor 4 „Selbsterfahrung und proaktive Öffnung“, außerdem schwach mit „Proaktiver Empowerment-Kompetenz“ und „Wahrnehmungs-Kompetenz“.

### Selbstwirksamkeitserwartung

Die Selbstwirksamkeit zeigte einen nur schwachen Zusammenhang mit den Faktoren „Gesprächsführungs-Kompetenz“, „Wahrnehmungs-Kompetenz“ sowie einen marginalen Zusammenhang mit dem „Wissen über andere Religionen“. Alle anderen Faktoren beziehen sich nicht auf diese „Selbstwirksamkeits-Kompetenz“ und zeigten dementsprechend keine signifikanten Zusammenhänge. Somit korreliert das Instrument von Jerusalem und Schwarzer (1999) nicht mit unserem Fragebogen, was für die diskriminante Validität des SCCQ spricht (Frick et al., 2019).

### Indikatoren der Spiritualität

Gegenüber der Religiosität der Probanden, die diese durch Angabe von „Aktiv Gläubig vs. Nicht-Gläubig“ einschätzen sollten, ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge. Und auch die „Gebets-/Meditations-Praxis“ als aktionalem Indikator der Spiritualität ergab nur einen schwachen Zusammenhang mit Faktor 4 „Selbsterfahrung und proaktive Öffnung“.

Die Aussage „Meine eigene Spiritualität/Religiosität hat keinerlei Bedeutung für meinen Beruf“ von Item 31 korrelierte moderat negativ vor allem mit Faktor 4 „Selbsterfahrung und proaktive Öffnung“, sowie schwach negativ mit den Faktoren „Proaktive Empowerment-Kompetenz“ und „Wahrnehmungs-Kompetenz“ (Frick et al., 2019).

### Religionszugehörigkeit

In Tabelle 6 nicht dargestellt sind die Korrelationen der 7 Faktoren mit der Religionszugehörigkeit der Probanden. Diese war im demografischen Teil des Fragebogens anzugeben mit Katholisch, Protestantisch, Muslimisch, Jüdisch, „andere“ mit Möglichkeit einer Freitexteingabe oder „keine“. Das Sample dieser

Untersuchung hatte ein Übergewicht an Katholiken (~65%) im Vergleich zu Protestanten (~21%), „andere“ (~6%) und keine (~9%). Hinsichtlich der Ausprägung der SC-Kompetenzen fanden sich kaum Unterschiede zwischen Protestanten und Katholiken, dafür jedoch zwischen Probanden mit gegenüber Probanden ohne Religionszugehörigkeit. Letztere hatten signifikant niedrigere Werte vor allem bei den SCCQ-Scores für „Selbsterfahrung und proaktive Öffnung“, „Team-Spirit“ und „Gesprächsführungskompetenz“ (Frick et al., 2019).

### Spiritual Care Umsetzungshindernisse

Die in den Items 44-47 beschriebenen Umsetzungshindernisse von Spiritual Care (s44 „Ich weiß zu wenig über Religion/Spiritualität, um mich kompetent einbringen zu können“, s45 „Ich empfinde mich für religiöse/spirituelle Themen als nicht zuständig“, s46 „Ich habe keine Zeit für religiöse/spirituelle Themen“ und s47 „Es ist kein geeigneter Raum vorhanden, um geschützt über spirituelle/religiöse Themen (die ja privat sind) zu sprechen“) korrelierten stark negativ mit Faktor 4 „Selbsterfahrung und proaktive Öffnung“, sowie moderat negativ mit den Faktoren „Proaktive Empowerment-Kompetenz“, „Wahrnehmungs-Kompetenz“ und „Gesprächsführungs-Kompetenz“. Inhaltlich waren derartige Ergebnisse zu erwarten und sprechen für die konvergente Validität des SCCQ.

Item 56 „Eigene Schwächen und Verletzungen sind ein Hindernis für die spirituelle Kompetenz“ war an eine Aussage von Cicely Saunders (1918-2005) angelehnt. Dieses zeigte lediglich für Faktor 6 „Gesprächsführungs-Kompetenz“ einen schwachen Zusammenhang (Frick et al., 2019).

## **4. Diskussion**

### **4.1 Diskussion der Ergebnisse**

#### **4.1.1 Validierung**

Die vorliegende Untersuchung bestätigt die Validität und Reliabilität eines 26-Item Fragebogens, der die selbst eingeschätzte spirituelle Kompetenz von Arbeitenden im Gesundheitssystem misst. Die Faktoren-Analyse ergab ein 7-Faktoren-Modell mit den Faktoren 1) Wahrnehmungs-Kompetenz, 2) Team-Spirit, 3) Dokumentations-Kompetenz, 4) Selbsterfahrung und proaktive Öffnung, 5) Wissen über andere Religionen, 6) Gesprächsführungs-Kompetenz und 7) Proaktive Empowerment-Kompetenz. Somit wurden die meisten der angedachten 10 Themenbereiche im Faktorenmodell untergebracht. Einzig das Themenfeld „Entlass- und Überleitungsmanagement“ konnte nicht direkt umgesetzt werden, da nur zwei Items darauf luden und es gewissermaßen in dem Faktor „Dokumentations-Kompetenz“ abgebildet wird. „Eigene Reaktionen und Interventionen“ wurde zu Faktor 6 „Gesprächsführungs-Kompetenz“. Das Themenfeld „Entwicklung der eigenen Spiritualität“ findet sich im Faktor „Selbsterfahrung und proaktive Öffnung“. „Schaffen von Zeiten und Räumen“ wird durch Faktor 7 „Proaktive Empowerment-Kompetenz“ abgebildet. Die „Umsetzungshindernisse“ wurden nicht in das Faktorenmodell aufgenommen, da sie keine Kompetenz an sich darstellten. Trotzdem wurden vier Items als Faktor „Umsetzungshindernisse“ in die korrelativen Untersuchungen mit aufgenommen (Frick et al., 2019).

Das 7-Faktoren-Modell wurde durch eine Strukturgleichungsmodellierung überprüft und bestätigte sich hinsichtlich Korrelationen und Reliabilität ( $cfi=0.96$ ,  $tli=0.95$ ,  $rmsea=0.04$ ,  $srmr=0.05$ ). Die interne Konsistenz ist mit Cronbach's alpha zwischen 0.73 und 0.86 ebenfalls gut.

Die sieben Faktoren tragen maßgeblich zu der Frage bei, wie spirituelle Kompetenzen definiert werden können. Eine bessere Definition erleichtert die Integration von Spiritual Care in Lehre und Beruf. In der vorliegenden Stichprobe waren die Gesprächsführungs- und die Wahrnehmungs-Kompetenz am besten ausgeprägt, die Dokumentations-Kompetenz dagegen am schlechtesten. Derartige Informationen sollten bei der Erstellung von Anamnesebögen sowie bei

der Konzeption von Seminaren und Fortbildungen in Betracht gezogen werden. So könnten spezielle Anamnese-Instrumente die spirituelle Anamnese und deren Dokumentation erleichtern.

Des Weiteren misst der SCCQ vier Hindernisse für Spiritual Care. Diese 4 Items sind s44 „Ich weiß zu wenig über Religion/Spiritualität, um mich kompetent einbringen zu können“, s45 „Ich empfinde mich für religiöse/spirituelle Themen als nicht zuständig“, s46 „Ich habe keine Zeit für religiöse/spirituelle Themen“ und s47 „Es ist kein geeigneter Raum vorhanden, um geschützt über spirituelle/religiöse Themen (die ja privat sind) zu sprechen“. Sind diese Items in einer Untersuchung stark ausgeprägt, so sollte man sich Konzepte überlegen, wie diese überwunden werden können. Zum Beispiel könnte man die Arbeitsstrukturen dahingehend verändern, dass sowohl zeitlich als auch örtlich Räume geschaffen werden, die ein Gespräch über spirituelle Themen besser möglich machen. Ganz konkret könnte man auf Stationen einen Raum definieren, in den sich Pflegende und Patienten zurückziehen können, um in Ruhe miteinander zu sprechen. Außerdem könnte die spirituelle Anamnese als Pflichtbestandteil der allgemeinen Anamnese definiert werden, sodass beim Aufnahme- oder Erstgespräch ganz explizit auch mit Worten ein Raum geschaffen wird für derlei Themen. Natürlich wird die Erfahrung zeigen, zu welchem Zeitpunkt spirituelle Gespräche am leichtesten geführt werden können und wieviel Zeit letztthin wirklich benötigt wird. Das Problem der Zuständigkeit lässt sich lösen, indem Spiritual Care fester Bestandteil in Lehr- sowie Behandlungsplänen wird. Die oben angeführte WHO-Definition für Palliative Care ist ein schönes Beispiel hierfür, da Spiritual Care dort bereits definitionsgemäß ein fester Teil der ärztlichen und pflegerischen Kompetenz ist. So wäre es wünschenswert, wenn in Zukunft nicht jede spirituelle/religiöse Frage gleich an den Krankenhaus-Seelsorger weitergeleitet wird, nur weil der Arzt sich hierfür nicht zuständig fühlt. Dem fehlenden Wissen kann begegnet werden, indem mehr Offenheit auch im Team besteht, sodass die Menschen ihre Berührungängste abbauen können. Denn wie weiter unten angeführt, zeigte diese Untersuchung, dass die eigene spirituelle Erfahrung nicht ausschlaggebend ist für eine gute spirituelle Begleitung von Patienten.

#### 4.1.2 Korrelationen

Die Wochenarbeitszeit und die berufliche Zufriedenheit schienen die spirituelle Kompetenz in der vorliegenden Stichprobe nicht zu beeinflussen. Dies könnte als Gegenargument zu s46 „Ich habe keine Zeit für religiöse/spirituelle Themen“ genutzt werden. Die Faktoren „Selbsterfahrung und proaktive Öffnung“, „Proaktive Empowerment-Kompetenz“ und „Wahrnehmungs-Kompetenz“ waren bei höherem Alter besser ausgeprägt. Ein anzunehmender größerer beruflicher Erfahrungsschatz im höheren Alter bedingt möglicherweise die bessere Wahrnehmung spiritueller Bedürfnisse beim Patienten. Auch eigene spirituelle Erfahrungen sammeln sich im Laufe des Lebens an, sodass eine ältere Person in dieser Hinsicht womöglich ebenfalls aus einem größeren Erfahrungsschatz schöpfen kann. Dass auch die Empowerment-Kompetenz besser ausgeprägt ist, wird vermutlich auf einer größeren beruflichen Sicherheit und größerem Selbstbewusstsein gegenüber dem Patienten begründet sein. Damit der SCCQ nicht fälschlicherweise die Selbstwirksamkeit der Probanden misst, wurde er mit dem Fragebogen der Selbstwirksamkeitserwartung von Jerusalem und Schwarzer (1999) korreliert. Der nur schwache Zusammenhang der Items des SWE mit den extrahierten Faktoren des SCCQ bestätigt die Diskriminanzvalidität (Frick et al., 2019).

Ob ein Proband sich als gläubig einschätzte oder nicht, hatte keine Relevanz für seine spirituelle Kompetenz. So kann ich meinen Patienten also auch dann spirituell begleiten und unterstützen, wenn ich selbst wenig eigenen Bezug zu Spiritualität habe. Auch die eigene Gebetspraxis im Sinne von Beten oder Meditieren beeinflusste nur schwach den Faktor „Selbsterfahrung und proaktive Öffnung“. Interessanterweise war jedoch eine Religionszugehörigkeit der Probanden mit signifikant höheren Ergebnissen für einige der Kompetenzen assoziiert als bei Probanden, die angegeben hatten, keiner Religion zuzugehören. Hier könnte man darauf schließen, dass die Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft die Menschen dazu befähigt, offener über spirituelle Themen zu sprechen (Gesprächsführungs-Kompetenz), auch gegenüber den Kollegen (Team-Spirit), und dass die eigene Selbsterfahrung durch Angebote und Hilfestellungen der Religionsgemeinschaft gefördert wird (Selbsterfahrung und proaktive Öffnung).

In Item 31 musste der Proband angeben, wie sehr er der Aussage „Meine eigene Spiritualität/Religiosität hat keinerlei Bedeutung für meinen Beruf“ zustimmt. Dieses Item korrelierte negativ mit den Faktoren „Selbsterfahrung und proaktive Öffnung“, „Proaktive Empowerment-Kompetenz“ und „Wahrnehmungskompetenz“. Inhaltlich ist dies stimmig: Probanden, die ihre Spiritualität in ihrem Beruf so klar ausklammern wie Item 31 es ausdrückt, zeigten entsprechend weniger Zustimmung bei den Kompetenzen, die diese Themen explizit gegenüber dem Patienten zur Sprache bringen. Von den korrelativen Ergebnissen her muss man davon ausgehen, dass Probanden, die Item 31 zustimmen, der Integration von Spiritualität in die Medizin eher ablehnend gegenüberstehen und entsprechend weniger spirituelle Kompetenzen haben.

An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass dies nur vorläufige Ergebnisse sind. Aussagen über Korrelationen der Spiritual Care Kompetenzen lassen sich besser treffen, wenn weitere Untersuchungen an größeren sowie diverseren Stichproben durchgeführt wurden.

## **4.2 Bedeutung des SCCQ im internationalen Vergleich**

Wie bereits angeführt, entstanden in den letzten Jahrzehnten viele Fragebogen zu Spiritual Care in Gesundheitsberufen. Was ist nun das Neue, das der SCCQ diesem Themenfeld beifügt? Welche Stellung hat er im internationalen Vergleich der unterschiedlichen Spiritual Care Instrumente?

Am augenscheinlichsten ist wohl seine Anwendbarkeit auf alle Berufsgruppen, die im Gesundheitswesen vertreten sind. Es lassen sich mit dem SCCQ nicht nur verschiedene Berufsgruppen vergleichen, sondern auch Fachbereiche untereinander. Da Spiritual Care keine Kompetenz ist, die nur eine bestimmte Berufsgruppe, sondern im Gegenteil alle im Gesundheitswesen Tätigen beherrschen sollten (van Leeuwen et al., 2009), müssen die Untersuchungen zu Spiritual Care dringend fächerübergreifend durchgeführt werden. Der SCCQ besticht außerdem durch sein valides 7-faktorielles Modell, das einen Beitrag zur Definition und damit zu leichterem Lehre und Umsetzung von Spiritual Care Kompetenzen leistet. Bei der Konzeption des SCCQ wurde speziell darauf geachtet, dass er sich auch in einer eher säkular geprägten Gesellschaft

anwenden lässt. So beschränkt sich die Untersuchung nicht nur auf die Religiosität des Probanden, sondern bezieht allgemeiner ausgedrückt die Spiritualität mit ein. Und selbst, wenn ein Proband nichts mit Spiritualität oder Religion anfangen kann, so lassen sich mit dem SCCQ trotzdem seine spirituellen Kompetenzen messen. Somit berücksichtigt der SCCQ auch eine mögliche Gleichzeitigkeit von Spiritualität und Religiosität, wie es im heutigen säkular geprägten Europa so häufig geworden ist. Weiterhin ist mit dem SCCQ zum ersten Mal ein Spiritual Care Instrument in deutscher Sprache entwickelt worden.

## 5. Limitationen

Die Stichprobe dieser Validierungsuntersuchung hatte einen größeren Anteil an Frauen (74%) im Vergleich zu Männern (26%). Dies lässt sich aber vermutlich auch in weiteren Untersuchungen schlecht vermeiden, da die Geschlechterverteilung in den medizinischen Berufen heutzutage der Geschlechterverteilung in diesem Sample sehr nahekommt. Auch gab es ein Übergewicht an Katholiken. In zukünftigen Untersuchungen sollte auf ein ausgewogeneres Verhältnis der Religionszugehörigkeiten geachtet werden. Allerdings hatte wie oben bereits erwähnt die jeweilige Konfession tatsächlich wenig Einfluss auf die SCCQ-Ausprägungen. Vielmehr war die Zugehörigkeit zu einer Religion mit höheren Scores verbunden als die Nicht-Zugehörigkeit (Frick et al., 2019).

Als weitere Limitierung sollte genannt werden, dass das durch die Faktorenanalyse extrahierte 7-Faktoren-Modell nur als vorläufig gelten darf. Es zeigten sich teilweise hohe Korrelationen einzelner Subskalen, sodass davon ausgegangen werden muss, dass das gefundene Modell überdeterminiert ist. So sollten in jedem Fall weitere Untersuchungen folgen, um das 7-Faktoren-Modell in seiner Aussagekraft zu prüfen (Frick et al., 2019).

Als mögliche Bias dieser Untersuchung sei der Effekt der sozialen Erwünschtheit genannt, bei dem der Proband dazu neigt, die Antwort zu wählen, die aus seiner Sicht womöglich erwünschter sei als die tatsächliche eigene Haltung. Die Antworten tendieren bei diesem Effekt dazu, statt der persönlichen Meinung des Probanden vielmehr die aktuelle gesellschaftliche Haltung gegenüber einem Thema abzubilden. Natürlich muss auch davon ausgegangen werden, dass die Bereitschaft, an einer derartigen Befragung teilzunehmen, höher sein könnte bei Menschen, die spirituellen Themen schon von sich aus offener und womöglich auch positiver gegenüberstehen, als Menschen, die diese innerlich eher ablehnen.

Die in dieser Validierungsuntersuchung gewonnenen Ergebnisse lassen aus diesen Gründen nur bedingt Aussagen über die Gesamtheit der im Gesundheitswesen Tätigen zu. In naher Zukunft sollten daher weitere Untersuchungen mit dem SCCQ folgen. Interessant wären auch Untersuchungen, die einen internationalen Vergleich zulassen.

## 6. Fazit und Ausblick

Mit vorliegender Untersuchung wurde der SCCQ als valides Testinstrument in seiner faktoriellen Struktur und Reliabilität bestätigt. Die Untersuchung leistet damit einen wichtigen Beitrag zur bisherigen Forschung im Bereich Spiritualität und Spiritual Care im Gesundheitswesen. Der Fragebogen dient der Erfassung von spirituellen Kompetenzen in verschiedenen Gesundheitsberufen. Dabei sollen die Probanden diese Kompetenzen selbst einschätzen. Des Weiteren wurde ein Modell mit 7 Faktoren ermittelt, welches zur Definition von spirituellen Kompetenzen hilfreich ist. Diese Faktoren lassen sich mit externen Variablen korrelieren. Somit bietet sich der SCCQ insbesondere zur Anwendung in Kliniken sowie Praxen an. Er dient der Erfassung möglicher Schwächen in Spiritual Care und erleichtert die Lehre derselben.

Als Ausblick sei genannt, dass der SCCQ sich vielseitig einsetzen lässt und auch eingesetzt werden sollte. Eine Übersetzung in andere Sprachen ermöglicht einen internationalen Vergleich. Obwohl es hierzu auch aus anderen Ländern schon Daten gibt, unterscheiden sich die einzelnen Testinstrumente in Struktur und Validität zu sehr, als dass ein tatsächlicher Vergleich möglich wäre. Vergleichende Studien sollten sich daher auf ein einziges Testinstrument konzentrieren und dieses in verschiedenen Ländern anwenden. Interessant wären außerdem Untersuchungen mit größerem Augenmerk auf die Unterschiede der Kompetenzausprägungen zwischen religiösen und nicht-religiösen Teilnehmer-Subgruppen. Möglich ist auch ein Vergleich der unterschiedlichen medizinischen Fachrichtungen untereinander wie auch ein Vergleich zwischen Ärzten und Pflegenden. Des Weiteren können auch andere externe Variablen erfasst und mit den SC-Faktoren korreliert werden, um mögliche stärkende oder schwächende Einflussfaktoren auf die SC-Kompetenz herauszuarbeiten. Als Beispiele seien hier genannt: die SC-Kompetenz-Ausprägung vor und nach einer Weiterbildung zu Spiritual Care, der Einfluss eigener Erfahrungen mit Krankheit oder Tod auf die SC-Kompetenz, der Einfluss des Familienstandes, der Religionszugehörigkeit oder der Dauer des Patientenkontaktes.

## 7. Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Untersuchung war die Validierung einer deutschsprachigen Skala zur Messung der selbsteingeschätzten spirituellen Kompetenz von Arbeitenden im Gesundheitswesen. Dazu wurde der durch ein Expertenteam entwickelte und an bereits bestehende Skalen und Untersuchungen angelehnte *Spiritual Care Competence Questionnaire* an Krankenhäuser, Praxen und Gesundheitszentren in Deutschland und Österreich verteilt. Mit einer Rücklaufquote von 41% erhielten wir 717 verwertbare Fragebögen zurück.

Nach einem Datensplit (~50:50) wurde an einem Teil der Daten eine exploratorische Faktorenanalyse durchgeführt. Diese ergab ein Modell mit den folgenden 7 Faktoren: 1) Wahrnehmungs-Kompetenz, 2) Team-Spirit, 3) Dokumentations-Kompetenz, 4) Selbsterfahrung und proaktive Öffnung, 5) Wissen über andere Religionen, 6) Gesprächsführungs-Kompetenz und 7) Proaktive Empowerment-Kompetenz. Die interne Konsistenz belief sich hier auf Werte für Cronbach's alpha von 0.73 bis 0.86. Nach Erstellung einer Strukturgleichungsmodellierung wurde mit dem zweiten Datensatz eine konfirmatorische Faktorenanalyse durchgeführt. Nach Anwendung des Maximum Likelihood Schätzers ergab sich ein guter Model-Fit ( $cfi=0.96$ ,  $tli=0.95$ ,  $rmsea=0.04$ ,  $srmr=0.05$ ). Die Reliabilität des Instrumentes ließ sich mit Cronbach's alpha sowie Omega nach Bentler, Raykov und McDonald ebenfalls belegen.

Bei der Korrelation der 7 Spiritual Care Kompetenzen mit externen Variablen ergab sich kein wesentlicher Zusammenhang mit der Wochenarbeitszeit und der beruflichen Zufriedenheit. Auch mit dem SWE von Jerusalem und Schwarzer (1999) ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge, was für die diskriminante Validität des SCCQ spricht. Die eigene Religiosität und Glaubenspraxis korrelierte ebenfalls nur schwach mit den Kompetenzen für Spiritual Care. Zum Teil deutlich negativ korrelierten die Kompetenzen jedoch mit 4 Items, die unter „Umsetzungshindernisse“ zusammengefasst wurden: Fehlende Zeit, Fehlendes Gefühl der Zuständigkeit, fehlendes Wissen und fehlende Räumlichkeiten schienen die Spiritual Care Kompetenzen der Probanden negativ zu beeinflussen.

Die vorliegende Untersuchung bestätigt die Reliabilität und Validität des Spiritual Care Competence Questionnaire und leistet damit einen wichtigen Beitrag zu bereits bestehenden Untersuchungen im Bereich Spiritual Care. Bisher gibt es noch kein valides deutschsprachiges Instrument. Ein weiterer Vorteil des SCCQ ist seine Anwendbarkeit berufsübergreifend auf alle Disziplinen des Gesundheitswesens, sodass sich erstmals die Berufsgruppen untereinander vergleichen und untersuchen lassen.

Weitere Untersuchungen mit dem SCCQ bieten sich an und sind notwendig. Auch Übersetzungen in andere Sprachen und darauffolgende Untersuchungen und Vergleiche der Länder untereinander sind denkbar.

## 8. Literaturverzeichnis

- Adib-Hajbaghery, M., Zehtabchi, S. (2016). Developing and validating an instrument to assess the nurses' professional competence in spiritual care. *Journal of nursing measurement*, 24(1), 15-27. doi:10.1891/1061-3749.24.1.15
- Bentler, P. M. (2009). Alpha, dimension-free, and model-based internal consistency reliability. *Psychometrika*, 74(1), 137-143. doi:10.1007/s11336-008-9100-1
- Bortz, J. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Browne, M. W., Cudeck, R. (1992). Alternative ways of assessing model fit. *Sociological Methods & Research*, 21(2), 230-258. doi:10.1177/0049124192021002005
- Bühner, M. (2006). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. München: Pearson Studium.
- Bundesamt, S. (2020, 13.05.2020). Gesundheitspersonal: Deutschland, Jahre, Einrichtungen, Geschlecht. Retrieved from [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitspersonal/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitspersonal/_inhalt.html)
- Burkhart, L., Schmidt, L., Hogan, N. (2011). Development and psychometric testing of the spiritual care inventory instrument. *Journal of Advanced Nursing*, 67(11), 2463-2472. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05654.x
- Carr, T. (2008). Mapping the processes and qualities of spiritual nursing care. *Qualitative health research*, 18(5), 686-700. doi:10.1177/1049732307308979
- Chan, M. F., Chung, L. Y. F., Lee, A. S. C., Wong, W. K., Lee, G. S. C., Lau, C. Y., Lau, W. Z., Hung, T. T., Liu, M. L., Ng, J. W. S. (2006). Investigating spiritual care perceptions and practice patterns in hong kong nurses: Results of a cluster analysis. *Nurse education today*, 26(2), 139-150. doi:10.1016/j.nedt.2005.08.006
- Chen, F. F. (2007). Sensitivity of goodness of fit indexes to lack of measurement invariance. *Structural Equation Modeling-a Multidisciplinary Journal*, 14(3), 464-504. doi:10.1080/10705510701301834
- Chew, B. W., Tiew, L. H., Creedy, D. K. (2016). Acute care nurses' perceptions of spirituality and spiritual care: An exploratory study in singapore. *Journal of clinical nursing*, 25(17-18), 2520-2527. doi:10.1111/jocn.13290
- Cockell, N., McSherry, W. (2012). Spiritual care in nursing: An overview of published international research. *Journal of nursing management*, 20(8), 958-969. doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01450.x
- Daaleman, T. P., Nease, D. E., Jr. (1994). Patient attitudes regarding physician inquiry into spiritual and religious issues. *The Journal of family practice*, 39(6), 564-568.
- Daghan, S. (2017). Nursing students' perceptions of spirituality and spiritual care; an example of turkey. *J Relig Health*. doi:10.1007/s10943-017-0416-y
- DGPT, D. G. f. P. (2018). Who - definition of palliative care 2002, Deutsche Übersetzung. Retrieved from [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO\\_Definition\\_2002\\_Palliative\\_Care\\_englisch-deutsch.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf)

- Ellis, M. R., Vinson, D. C., Ewigman, B. (1999). Addressing spiritual concerns of patients family - physicians' attitudes and practices. *Journal of Family Practice*, 48(2), 105-109.
- Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C., Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, 4(3), 272-299. doi:10.1037//1082-989x.4.3.272
- Fan, X. T., Sivo, S. A. (2005). Sensitivity of fit indexes to misspecified structural or measurement model components: Rationale of two-index strategy revisited. *Structural Equation Modeling-a Multidisciplinary Journal*, 12(3), 343-367. doi:10.1207/s15328007sem1203\_1
- Fegg, M., L'Hoste, S., Brandstatter, M., Borasio, G. D. (2014). Does the working environment influence health care professionals' values, meaning in life and religiousness? Palliative care units compared with maternity wards. *Journal of pain and symptom management*, 48(5), 915-923. doi:10.1016/j.jpainsymman.2014.01.009
- Frick, E., Theiss, M., Recchia, D. R., Büssing, A. (2019). Validierung einer deutschsprachigen Spiritual Care-Kompetenz-Skala. *Spiritual Care*, 8(2), 193-207.
- Garssen, B., Ebenau, A. F., Visser, A., Uwland, N., Groot, M. (2017). A critical analysis of scales to measure the attitude of nurses toward spiritual care and the frequency of spiritual nursing care activities. *Nursing inquiry*, 24(3). doi:10.1111/nin.12178
- Gordon, T., Mitchell, D. (2004). A competency model for the assessment and delivery of spiritual care. *Palliative medicine*, 18(7), 646-651. doi:10.1191/0269216304pm936oa
- Greenstreet, W. M. (1999). Teaching spirituality in nursing: A literature review. *Nurse education today*, 19(8), 649-658. doi:10.1054/nedt.1999.0355
- Guadagnoli, E., Velicer, W. F. (1988). Relation of sample-size to the stability of component patterns. *Psychological Bulletin*, 103(2), 265-275. doi:10.1037/0033-2909.103.2.265
- Guttman, L. (1954). Some necessary conditions for common-factor analysis *Psychometrika*, 19(2), 149-161.
- Hanson, L. C., Dobbs, D., Usher, B. M., Williams, S., Rawlings, J., Daaleman, T. P. (2008). Providers and types of spiritual care during serious illness. *Journal of palliative medicine*, 11(6), 907-914. doi:10.1089/jpm.2008.0008
- Heller, B., Heller, A. (2014). *Spiritualität und Spiritual Care: Orientierungen und Impulse*. Bern: Hans Huber.
- Herlianita, R., Yen, M., Chen, C.-H., Fetzer, S. J., Lin, E. C.-L. (2017). Perception of spirituality and spiritual care among muslim nurses in indonesia. *J Relig Health*. doi:10.1007/s10943-017-0437-6
- Howden, J. (1992). *Development and psychometric characteristics of the spirituality assessment scale*. Texas Woman's University, Denton.
- Hu, L. T., Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling-a Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. doi:10.1080/10705519909540118
- Ipek Coban, G., Sirin, M., Yurttas, A. (2017). Reliability and validity of the spiritual care-giving scale in a turkish population. *J Relig Health*, 56(1), 63-73. doi:10.1007/s10943-015-0086-6

- Jerusalem, M., Schwarzer, R. (1999). Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Kaiser, H. F. (1986). Citation-classic - the application of electronic-computers to factor analysis *Current Contents/Social & Behavioral Sciences*(40), 18-18.
- King, D. E., Buchwick, B. (1994). Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. *Journal of Family Practice*, 39(4), 349-352.
- Kline, R. B. (2004). *Principles and practice of structural equation modeling, second edition*. New York: Guilford Publications.
- Lipkin, M. (2019). When suicide happens in the medical community. *Journal of general internal medicine*, 34(2), 317-319. doi:10.1007/s11606-018-4734-x
- Maidl, L. (2018). Implizite Spiritualität. *Spiritual Care*, 7(4), 365-375.
- Maio, G. (2014). *Medizin ohne Maß? |vom Diktat des Machbaren zu einer Ethik der Besonnenheit*. Stuttgart: Trias Verlag.
- Mamier, I., Taylor, E. J. (2015). Psychometric evaluation of the nurse spiritual care therapeutics scale. *Western journal of nursing research*, 37(5), 679-694. doi:10.1177/0193945914530191
- 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. *Annals of Family Medicine*, 2(4), 356-361. doi:10.1370/afm.71
- McDonald, R. P. (2013). *Test theory: A unified treatment*: Psychology Press.
- McDonald, R. P., Marsh, H. W. (1990). Choosing a multivariate model: Noncentrality and goodness of fit. *Psychological Bulletin*, 107(2), 247-255. doi:10.1037//0033-2909.107.2.247
- McSherry, W., Draper, P., Kendrick, D. (2002). The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *International Journal of Nursing Studies*, 39(7), 723-734. doi:10.1016/s0020-7489(02)00014-7
- Meyer, C. L. (2003). How effectively are nurse educators preparing students to provide spiritual care? *Nurse Educ*, 28(4), 185-190.
- Monod, S., Brennan, M., Rochat, T. E., Martin, E., Rochat, S., Bula, C. J. (2011). Instruments measuring spirituality in clinical research: A systematic review. *Journal of general internal medicine*, 26(11), 1345-1357. doi:10.1007/s11606-011-1769-7
- Morris, D. N., Stecher, J., Briggs-Peppler, K. M., Chittenden, C. M., Rubira, J., Wismer, L. K. (2014). Spirituality in occupational therapy: Do we practice what we teach? *J Relig Health*, 53(1), 27-36. doi:10.1007/s10943-012-9584-y
- Mthembu, T. G., Ahmed, F., Nkuna, T., Yaca, K. (2015). Occupational therapy students' perceptions of spirituality in training. *Journal of Religion & Health*, 54(6), 2178-2197. doi:10.1007/s10943-014-9955-7
- Mthembu, T. G., Roman, N. V., Wegner, L. (2016). A cross-sectional descriptive study of occupational therapy students' perceptions and attitudes towards spirituality and spiritual care in occupational therapy education.

- Journal of Religion & Health*, 55(5), 1529-1545. doi:10.1007/s10943-015-0125-3
- Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., Grant, L., Highet, G., Sheikh, A. (2010). Archetypal trajectories of social, psychological, and spiritual wellbeing and distress in family care givers of patients with lung cancer: Secondary analysis of serial qualitative interviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 340, c2581. doi:10.1136/bmj.c2581
- Narayanasamy, A. (1999). Asset: A model for actioning spirituality and spiritual care education and training in nursing. *Nurse education today*, 19(4), 274-285. doi:10.1054/nedt.1999.0637
- Nardi, D., Rooda, L. (2011). Spirituality-based nursing practice by nursing students: An exploratory study. *Journal of professional nursing : official journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 27(4), 255-263. doi:10.1016/j.profnurs.2011.03.006
- Olsson, U. H., Foss, T., Troye, S. V., Howell, R. D. (2000). The performance of ml, gls, and wls estimation in structural equation modeling under conditions of misspecification and nonnormality. *Structural Equation Modeling-a Multidisciplinary Journal*, 7(4), 557-595. doi:10.1207/s15328007sem0704\_3
- Paal, P., Helo, Y., Frick, E. (2015). Spiritual care training provided to healthcare professionals: A systematic review. *The journal of pastoral care & counseling : JPCC*, 69(1), 19-30. doi:10.1177/1542305015572955
- Paley, J. (2008). Spirituality and nursing: A reductionist approach. *Nursing Philosophy*, 9(1), 3-18. doi:10.1111/j.1466-769X.2007.00330.x
- Post, S. G., Puchalski, C. M., Larson, D. B. (2000). Physicians and patient spirituality: Professional boundaries, competency, and ethics. *Annals of internal medicine*, 132(7), 578-583. doi:10.7326/0003-4819-132-7-200004040-00010
- Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., Chochinov, H., Handzo, G., Nelson-Becker, H., Prince-Paul, M., Pugliese, K., Sulmasy, D. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the consensus conference. *Journal of palliative medicine*, 12(10), 885-904. doi:10.1089/jpm.2009.0142
- Radbruch, L., Payne, S. (2011). Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 1. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 12(05), 216-227.
- Ramondetta, L. M., Sun, C., Surbone, A., Olver, I., Ripamonti, C., Konishi, T., Baider, L., Johnson, J. (2013). Surprising results regarding mascc members' beliefs about spiritual care. *Supportive Care in Cancer*, 21(11), 2991-2998. doi:10.1007/s00520-013-1863-y
- Raykov, T. (2001). Estimation of congeneric scale reliability using covariance structure analysis with nonlinear constraints. *British Journal of Mathematical & Statistical Psychology*, 54, 315-323. doi:10.1348/000711001159582
- Richmond, C. (2005). Dame Cicely Saunders - founder of the modern hospice movement - obituary. *British Medical Journal*, 331(7510), 238-238. doi:10.1136/bmj.331.7510.238
- Roser, T. (2011). Innovation Spiritual Care: Eine praktisch-theologische Perspektive. Frick E, Roser T (Hg.) *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen (2. Auflage)*. Stuttgart: Kohlhammer, 45-56.

- Roser, T. (2017). Krankenhauseelsorge und Spiritual Care. *Spiritual Care*, 6(2), 229-232.
- Sepulveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., Ullrich, A. (2002). Palliative care: The world health organization's global perspective. *Journal of pain and symptom management*, 24(2), 91-96. doi:10.1016/s0885-3924(02)00440-2
- Sijtsma, K. (2009). On the use, the misuse, and the very limited usefulness of cronbach's alpha. *Psychometrika*, 74(1), 107-120. doi:10.1007/s11336-008-9101-0
- Steiger, J. H. (1980). *Statistically based tests for the number of common factors*. Paper presented at the the annual meeting of the Psychometric Society. Iowa City, IA. 1980.
- Steiger, J. H. (2001). Driving fast in reverse - the relationship between software development, theory, and education in structural equation modeling. *Journal of the American Statistical Association*, 96(453), 331-338. doi:10.1198/016214501750332893
- Sulmasy, D. P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist*, 42 Spec No 3, 24-33.
- Swinton, J. (2006). Identity and resistance: Why spiritual care needs 'enemies'. *Journal of clinical nursing*, 15(7), 918-928. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01651.x
- Swinton, J., Narayanasamy, A. (2002). Response to: 'A critical view of spirituality and spiritual assessment' by p. Draper and w. Mcsherry (2002) journal of advanced nursing 39, 1-2. *Journal of Advanced Nursing*, 40(2), 158-160. doi:10.1046/j.1365-2648.2002.02401.x
- Tait, G. R., Hodges, B. D. (2013). Residents learning from a narrative experience with dying patients: A qualitative study. *Advances in health sciences education : theory and practice*, 18(4), 727-743. doi:10.1007/s10459-012-9411-y
- 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. *Journal of palliative medicine*, 9(3), 646-657. doi:10.1089/jpm.2006.9.646
- Taverna, M., Berberat, P. O., Sattel, H., Frick, E. (2019). A survey on the integration of spiritual care in medical schools from the german-speaking faculties. *Advances in medical education and practice*, 10, 1009-1019. doi:10.2147/amep.S224679
- Taylor, E. J., Highfield, M., Amenta, M. (1994). Attitudes and beliefs regarding spiritual care. A survey of cancer nurses. *Cancer nursing*, 17(6), 479-487.
- Taylor, E. J., Highfield, M. F., Amenta, M. (1999). Predictors of oncology and hospice nurses' spiritual care perspectives and practices. *Applied nursing research : ANR*, 12(1), 30-37. doi:10.1016/s0897-1897(99)80156-6
- Thorson, J. A., Powell, F. C. (1990). Meanings of death and intrinsic religiosity. *Journal of clinical psychology*, 46(4), 379-391. doi:10.1002/1097-4679(199007)46:4<379::Aid-jclp2270460402>3.0.Co;2-a
- Tiew, L. H., Creedy, D. K. (2012). Development and preliminary validation of a composite spiritual care-giving scale. *International Journal of Nursing Studies*, 49(6), 682-690. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.11.014
- Trizano-Hermosilla, I., Alvarado, J. M. (2016). Best alternatives to cronbach's alpha reliability in realistic conditions: Congeneric and asymmetrical

- measurements. *Frontiers in Psychology*, 7, 8.  
doi:10.3389/fpsyg.2016.00769
- Tucker, L. R., Lewis, C. (1973). Reliability coefficient for maximum likelihood factor-analysis. *Psychometrika*, 38(1), 1-10. doi:10.1007/bf02291170
- Underwood, L. G., Teresi, J. A. (2002). The daily spiritual experience scale: Development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 24(1), 22-33. doi:10.1207/s15324796abm2401\_04
- van Leeuwen, R., Cusveller, B. (2004). Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Advanced Nursing*, 48(3), 234-246. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03192.x
- 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. *Journal of clinical nursing*, 18(20), 2857-2869. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02594.x
- Wasner, M., Longaker, C., Fegg, M. J., Borasio, G. D. (2005). Effects of spiritual care training for palliative care professionals. *Palliative medicine*, 19(2), 99-104. doi:10.1191/0269216305pm995oa
- Yong, J., Kim, J., Park, J., Seo, I., Swinton, J. (2011). Effects of a spirituality training program on the spiritual and psychosocial well-being of hospital middle manager nurses in korea. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 42(6), 280-288. doi:10.3928/00220124-20101201-04

## 9. Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1:</b> Synopse Spiritual Care Skalen; Vergleich anhand Beruf der Stichprobe, Größe der Stichprobe (n), Item-Anzahl, Faktorenstruktur .....	14
<b>Tabelle 2:</b> Beschreibung der Teilnehmer (N=717); Frick et al. (2019).....	27
<b>Tabelle 3:</b> Verteilung der Item-Mittelwerte, Reliabilitäts- und Faktorenanalyse; (Frick et al., 2019).....	31
<b>Tabelle 4:</b> Fit Indizes des SCCQ und Cut-off-Werte; modifiziert nach (Frick et al., 2019).....	36
<b>Tabelle 5:</b> Reliabilitätsanalyse; modifiziert nach Frick et al. (2019).....	37
<b>Tabelle 6:</b> Korrelationen zwischen den SCCQ-Scores der Teilnehmer (n=714) und externen Variablen; (Frick et al., 2019) .....	38

## 10. Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1:</b> Strukturgleichungsmodell mit 7 latenten Variablen und Korrelationen. Doppelpfeile entsprechen Korrelationen; Einzelpfeile entsprechen Ladungen des Modells; (Frick et al., 2019).....	33
---	----

# 11. Anhang

## A. Erste Seite des Fragebogens, Anschreiben



### *Fragebogen zur Spiritual Care Competence*

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen eines Kooperationsprojektes von Prof. Eckhard Frick, Hochschule für Philosophie und Klinikum rechts der Isar der TU München und Prof. Arndt Büssing, Professur für Lebensqualität, Spiritualität und Coping der Universität Witten / Herdecke soll ein neu entwickelter Fragebogen zur „Spiritual Care Competence“ validiert werden. Dieser Fragebogen umfasst derzeit noch sehr viele Themenbereiche und wird sicherlich noch weiter gestrafft werden. Dazu brauchen wir Ihre Hilfe.

Bitte unterstützen Sie uns und das Anliegen, indem Sie den angehängten Fragebogen **anonym ausfüllen** (und gerne auch an andere Personen weiterleiten) – und uns wieder zugänglich zu machen.

Alle im Rahmen der Befragung anfallenden Daten werden streng vertraulich behandelt und nur in anonymisierter Form bearbeitet. Die Belange der Schweigepflicht und des Datenschutzes werden gewahrt.

Für Sie selber hat das Ausfüllen des anonymen Fragebogens noch keinen unmittelbar erkennbaren Nutzen – aber langfristig wollen wir natürlich ein hilfreiches Instrument zur Verfügung stellen können.

Die Auswertung des Fragebogens wird verantwortlich durch Prof. Arndt Büssing bearbeitet. Sie können den Fragebogen direkt im Word-Dokument ankreuzen und dann

- *per Email* ([spiritualcare.med@tum.de](mailto:spiritualcare.med@tum.de))
- *oder per Post* (Prof. Dr. Eckhard Frick sj, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Langerstr 3/1, D-81675 München)

senden. **Alle Kontaktdaten Ihrerseits werden umgehend gelöscht!**

Bei Rückfragen können Sie sich selbstverständlich bei Prof. Büssing unter +492330-623246 oder Prof. Frick unter +4989-23862230 melden. Wir freuen uns auf Ihre Unterstützung und verbleiben mit vielen Grüßen

*Eckhard Frick und Arndt Büssing*

**Klinikum rechts der Isar  
Anstalt des öffentlichen Rechts**

**Klinik und Poliklinik für  
Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie**

Univ.-Prof. Dr. P. Henningsen  
Direktor



Langerstraße 3/I  
81675 München  
Tel: +4989 4140-4311  
Fax: +4989 4140-4315  
[www.mri.tum.de/psychosomatik](http://www.mri.tum.de/psychosomatik)  
[psychosomatik@tum.de](mailto:psychosomatik@tum.de)

**Forschungsstelle Spiritual Care**  
Leitung: Prof. Dr. med. E. Frick sj  
[www.spiritualcare.de](http://www.spiritualcare.de)

Tel: +4989 2386-2230  
Fax: +4989 2386-2402  
[eckhard.frick@tum.de](mailto:eckhard.frick@tum.de)

Vorstand:

Univ.-Prof. Dr. med. Markus Schwaiger  
(Ärztlicher Direktor)  
Markus Zendler  
(Kaufmännischer Direktor)  
Robert Jeske  
(Pflegerdirektor)  
Univ.-Prof. Dr. Peter Henningsen  
(Dekan)

Bankverbindung:  
Bayer. Landesbank Girozentrale  
Kto-Nr. 20 272  
BLZ 700 500 00

BIC: BYLADEMM  
IBAN: DE82 7005 0000 0000 0202 72  
UST-IdNr. DE 129 52 3996

## B. Spiritual Care Competence Questionnaire (ungekürzt)

Eine Verwendung des SCCQ ist nach Rücksprache mit den Autoren möglich.



### Fragebogen zur empfundenen spirituellen Kompetenz in Gesundheitsberufen (SCCQ)



Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit der selbsteingeschätzten spirituellen Kompetenz und der Arbeitsbelastung im medizinischen Alltag. Für Sie selber hat das Ausfüllen des Fragebogens keinen unmittelbar erkennbaren Nutzen – aber es stößt einen wichtigen Reflexionsprozess an. Die gewonnenen Informationen sind wichtig, um Möglichkeiten einer besseren Unterstützung sowohl der betreuten Patienten als auch die der Personen in den verschiedenen Gesundheitsberufen zu planen, die somit zu einer Verbesserung der Patientenversorgung sowie der Berufs- und Lebenszufriedenheit beitragen können.

**Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig.** Alle im Rahmen der Befragung anfallenden Daten werden **streng vertraulich** behandelt und nur in **anonymisierter Form** bearbeitet. Es wird ausdrücklich betont, dass alle Informationen, die Sie hier gemacht haben, nicht mehr mit Ihnen in Verbindung gebracht werden können. **Die Belange der Schweigepflicht und des Datenschutzes werden voll gewahrt.**

Bitte lesen Sie sich die Fragen gut durch und versuchen Sie zügig und ohne lange nachzudenken eine Antwort zu finden und auf dem Bogen passend anzukreuzen (für jede Frage bitte nur ein Kreuz). Wir möchten Sie bitten, möglichst alle Fragen zu beantworten – dennoch können Sie selbstverständlich auf die Beantwortung einzelner Fragen verzichten!

Für Ihre Hilfe und Kooperation unseren herzlichen Dank!

Eckhard Frick sj und Arndt Büssing

**Geschlecht:**  weiblich  männlich

**Alter:** ..... Jahre

**Familienstand:**  verheiratet  mit Partner/in zusammenlebend  
 geschieden  alleinstehend  verwitwet

**Religionszugehörigkeit:**

Katholisch  Protestantisch  Muslimisch  Jüdisch  andere: .....  keine

**Ich bin ein (aktiv) gläubiger Mensch:**  ja, unbedingt  ja, etwas  eher nein  nein, gar nicht

**Ich bete bzw. meditiere:**  ja, regelmäßig  hin und wieder  eher selten  nein, gar nicht

**Profession:**  Arzt  Pflege  andere: .....

**Fachbereich:**  Innere Medizin  Chirurgie / Orthopädie  Geriatrie / Palliativmedizin  
 Kinderheilkunde  Gynäkologie / Geburtshilfe  Psychiatrie / Psychotherapie  andere:  
.....

**Berufstätig** seit: ..... Jahren

**Durchschnittliche Arbeitszeit?** ..... Stunden pro Woche

**Berufsl. Zufriedenheit:**  sehr zufrieden  zufrieden  es geht  unzufrieden  sehr unzufrieden

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 es keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten.		stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
1	Ich traue mir zu, spirituelle Bedürfnisse von Patienten wahrzunehmen.	0	1	2	3
2	Ich traue mir zu, spirituelle Bedürfnisse von Angehörigen wahrzunehmen.	0	1	2	3
3	Ich kenne Instrumentarien (z.B. Themenliste) zur Erhebung einer spirituellen Kurz-Anamnese.	0	1	2	3
4	Ich kenne Instrumente / Fragebögen zur strukturierten Erfassung spiritueller Bedürfnisse.	0	1	2	3
5	Ich weiß, wie ich die spirituelle Anamnese meiner Patienten gut und nachvollziehbar dokumentieren kann.	0	1	2	3
6	Ich gebe meine Wahrnehmungen hinsichtlich der Spiritualität meiner Patienten im Team weiter.	0	1	2	3
7	Ich kann existentielle / spirituelle Bedürfnisse wahrnehmen, auch wenn die Patienten zur Religion wenig Bezug haben.	0	1	2	3
8	Ich kann auch mit religionsfernen Patienten über ihre existentiellen / spirituellen Bedürfnisse reden.	0	1	2	3
9	Ich kann gut darauf eingehen, wenn Patienten spirituelle Themen zur Sprache bringen möchten.	0	1	2	3
10	Ich wechsle das Thema, wenn der Patient auf religiöse Themen zu sprechen kommt.	0	1	2	3
11	Besondere spirituelle Erfahrungen, von denen Patienten sprechen wollen, hängen mit psychischen Störungen zusammen.	0	1	2	3
12	Wir sprechen regelmäßig im Team über die spirituellen Bedürfnisse der Patienten.	0	1	2	3
13	In unserer Einrichtung (Praxis, Klinik usw.) besteht eine große Offenheit für das Themenfeld Spiritualität.	0	1	2	3
14	Im Team tauschen wir uns regelmäßig über das Thema Spiritualität in der Patientenbegleitung aus.	0	1	2	3
15	Im Team tauschen wir uns regelmäßig über unsere eigene Spiritualität aus.	0	1	2	3
16	Es ist mir unangenehm, über spirituelle Themen zu reden.	0	1	2	3
17	Im Team haben wir Rituale (z.B. Abschieds- und Unterbrechungsrituale), um gemeinsam mit problematischen Situationen umzugehen.	0	1	2	3
18	Ich weiß, wer von meinen Kollegen für Spirituelles ansprechbar ist.	0	1	2	3
19	Ich bin in der Lage, ein offenes Gespräch über existenzielle Themen zu führen.	0	1	2	3
20	Ich bin in der Lage, ein offenes Gespräch über religiöse Themen zu führen.	0	1	2	3
21	Ich kann bei einem Patienten (gefühlsmäßig und körperlich) bleiben, auch wenn ich keine bestimmte therapeutische Handlung ausübe.	0	1	2	3
22	Ich bete mit meinen Patienten (vorausgesetzt, sie möchten es).	0	1	2	3
23	Wenn ich auf meinen Tag zurückschaue, denke ich regelmäßig an meine Patienten.	0	1	2	3
24	Ich ermögliche meinen Patienten die Teilnahme an religiösen Handlungen / Feiern.	0	1	2	3
25	Bei therapeutischen Entscheidungen achte ich auf religiöse / spirituelle Einstellungen, Haltungen und Überzeugungen des konkreten Patienten.	0	1	2	3
26	Ich unterstütze meine Patienten dabei, ihre spirituelle Überzeugungen und Haltungen zu reflektieren.	0	1	2	3
27	Ich unterstütze meine Patienten dabei, sich ihrer (möglichen) spirituellen Ressourcen bewusst zu werden.	0	1	2	3
28	Ich bin in der Lage, Schmerzen / Leid von Patienten und ihren Angehörigen auszuhalten.	0	1	2	3
29	Ich bin mit meinen Gedanken und Gefühlen bei den Menschen, die ich begleite.	0	1	2	3
30	Meine eigene Spiritualität prägt meinen Umgang mit anderen/kranken Menschen.	0	1	2	3
31	Meine eigene Spiritualität/Religiosität hat keinerlei Bedeutung für meinen Beruf.	0	1	2	3
32	Ich habe die Möglichkeit, mir für meine persönliche Spiritualität bzw. meine Glaubenspraxis (z.B. Gebet, Meditation, Stille-Zeit) Auszeit im Alltag zu nehmen.	0	1	2	3

Fortsetzung		stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
33	Ich nehme mir Zeit, um spirituelle Themen mit meinen Patienten anzusprechen.	0	1	2	3
34	Ich hätte gerne mehr Zeit, um mit meinen Patienten über deren spirituelle Bedürfnisse zu sprechen.	0	1	2	3
35	Ich achte auf den geeigneten Rahmen für spirituelle Gespräche.	0	1	2	3
36	Ich finde immer wieder Möglichkeiten, die spirituellen Bedürfnisse von Patienten anzusprechen.	0	1	2	3
37	Wir verfügen über die notwendigen Utensilien („Spiritual Tool Box“), um Patienten die Hilfsmittel für spirituelle oder religiöse Rituale zur Verfügung stellen zu können.	0	1	2	3
38	Ich weiß gut Bescheid darüber, welche religiösen Besonderheiten von Patienten aus anderen Religionsgemeinschaften berücksichtigt werden müssen.	0	1	2	3
39	Ich achte darauf, dass die religiösen Besonderheiten von Patienten aus anderen Religionsgemeinschaften angemessen berücksichtigt werden.	0	1	2	3
40	Ich bin offen gegenüber religiösen / spirituellen Überzeugungen und Gebräuchen, die mir fremd sind.	0	1	2	3
41	Ich kenne geeignete Kontaktpersonen (z.B. christliche, muslimische, jüdische Seelsorger), an die ich bestimmte Patientengruppen bei Bedarf vermitteln kann.	0	1	2	3
42	Ich gehe regelmäßig auf Patienten zu, um deren spirituelle Bedürfnisse anzusprechen.	0	1	2	3
43	Ich eröffne verbal, aber auch non-verbal einen „Raum“, in dem der Patient ggf. spirituelle Anliegen einbringen kann, aber nicht gezwungen wird.	0	1	2	3
44	Ich weiß zu wenig über Religion / Spiritualität, um mich kompetent einbringen zu können.	0	1	2	3
45	Ich empfinde mich für religiöse / spirituelle Themen als nicht zuständig.	0	1	2	3
46	Ich habe keine Zeit für religiöse / spirituelle Themen.	0	1	2	3
47	Es ist kein geeigneter Raum vorhanden, um geschützt über spirituelle / religiöse Themen (die ja privat sind) zu sprechen.	0	1	2	3
48	Ich kümmere mich regelmäßig um die Vertiefung meiner eigenen Spiritualität (z.B. Besinnungstage, Meditation, Gottesdienstbesuch etc.).	0	1	2	3
49	Ich besuche regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen zu spirituellen Themen.	0	1	2	3
50	Ich nehme mir Zeit, spirituelle Erfahrungen mit Patienten zu reflektieren, um aus ihnen zu lernen.	0	1	2	3
51	Ich thematisiere spirituelle Fragen auch dann, wenn meine Kollegen dafür kein Interesse haben.	0	1	2	3
52	Ich überlege mit dem Patienten, wer die spirituelle Weiter-Begleitung für sie übernehmen könnte, auch im ambulanten Bereich.	0	1	2	3
53	Ich kann damit umgehen, dass ich im spirituellen Bereich nicht alle Probleme lösen kann.	0	1	2	3
54	Ich bin in der Lage, zwischen der Diskretion einerseits und der Information des Behandlungsteams andererseits abzuwägen.	0	1	2	3
55	Ich finde es wichtig, berührbar gegenüber dem Leid anderer zu sein – und dieses mitzutragen.	0	1	2	3
56	Eigene Schwächen und Verletzungen sind ein Hindernis für die spirituelle Kompetenz	0	1	2	3
57	Ich finde, dass meine Berufsgruppe eine besondere spirituelle Kompetenz besitzt.	0	1	2	3
58	Nämlich:				
59	Ich finde, dass meine Berufsgruppe nicht für Spiritual Care zuständig ist.	0	1	2	3
60	Weil:				

Bitte beurteilen Sie bei den nun folgenden Aussagen, wie sehr jede Aussage auf Sie persönlich zutrifft.		stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
SWE1	Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	0	1	2	3
SWE2	Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	0	1	2	3
SWE3	Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	0	1	2	3
SWE4	In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	0	1	2	3
SWE5	Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	0	1	2	3
SWE6	Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	0	1	2	3
SWE7	Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	0	1	2	3
SWE8	Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	0	1	2	3
SWE9	Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	0	1	2	3
SWE10	Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	0	1	2	3

SWE © Jerusalem & Schwarzer (1981, 1999)

**Geschafft!**  
**Vielen Dank für Ihre Mühe!**

## **12. Umgang mit den Geschlechtsformen im Text**

Aus Gründen der Lesbarkeit und zur Vereinfachung des Leseflusses wurde im Text vorwiegend die männliche Form verwendet. Selbstverständlich beziehen sich die Angaben jedoch auf Angehörige beider Geschlechter.

## **13. Danksagung**

Ich bedanke mich herzlichst bei meinem Doktorvater Prof. Dr. med. Eckhard Frick für seine ausgezeichnete und engagierte Betreuung, seine stete Erreichbarkeit und seine unermüdliche Hilfe und Unterstützung beim Weiter- und Zu-Ende-Bringen eines solchen Projektes. „Gute Mentoren fordern und fördern“ – diese Aussage trifft auf Herrn Frick sehr gut zu. Für mich war diese Dissertation eine bereichernde und horizonterweiternde Erfahrung und nicht zuletzt mein erster Einblick in die Welt der Forschung und Wissenschaft. Ich bin Herrn Frick sehr dankbar für sein mir entgegengebrachtes Vertrauen und seinen Glauben in meine Fähigkeiten.