

Spirituelle Bedürfnisse von Patienten in der Notaufnahme

Charlotte Susanne Wapler

Vollständiger Abdruck der von der TUM Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung einer Doktorin der Medizin (Dr. med) genehmigten Dissertation.

Vorsitz: apl. Prof. Dr. Bernhard Haslinger

Prüfer der Dissertation:

1. Prof. Dr. Eckhard Frick
2. apl. Prof. Dr. Timo Grimmer

Die Dissertation wurde am 30.05.2022 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die TUM Fakultät für Medizin am 13.12.2022 angenommen.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	I
Tabellenverzeichnis	II
Zusammenfassung	III
Abstract	IV
1. Einleitung	1
1.1. Spirituelle Bedürfnisse von Notfallpatienten	1
1.2. Forschungsfragen	2
2. Theoretische Hintergründe	4
2.1. Definition von Spiritualität.....	4
2.2. Spirituelle Bedürfnisse	4
2.3. Spiritual Care	5
2.4. Die Notaufnahme und ihre Herausforderungen	6
2.5. Coping und Krankheitsbewältigung	7
3. Material und Methoden	9
3.1. Patientenrekrutierung.....	9
3.2. Erhebungsinstrumente	10
3.2.1. Soziodemografische Daten.....	10
3.2.2. Spirituelle Bedürfnisse anhand des Spiritual Needs Questionnaire	10
3.2.3. Klinische Daten	11
3.3. Statistische Auswertung.....	12
4. Ergebnisse	13
4.1. Soziodemografische Beschreibung	13
4.2. Medizinische Beschreibung.....	14
4.3. Spirituelle Bedürfnisse der Notfallpatienten.....	15
4.4. Ausprägung von spirituellen Bedürfnissen in Bezug auf Geschlecht, Alter und Religionszugehörigkeit	17
4.5. Ausprägung von spirituellen Bedürfnissen in Bezug auf klinische Indikatoren	18
4.6. Multiple Varianzanalysen	19
4.7. Machbarkeit	19

4.8. Feldbeobachtung	20
4.8.1. Die Notaufnahme aus Beobachterperspektive	20
4.8.2. Interaktionen mit Patienten und Pflegepersonal	20
5. Diskussion	22
5.1. Beantworten der Forschungsfragen	22
5.2. Einordnung der Ergebnisse in den aktuellen Forschungsstand	22
5.2.1. Spirituelle Bedürfnisse in der Notaufnahme	22
5.2.2. Generative Bedürfnisse und Bedürfnisse nach innerem Frieden	23
5.2.3. Religion, Alter, Geschlecht und spirituelle Bedürfnisse	25
5.2.4. Klinische Variablen und spirituelle Bedürfnisse	26
5.3. Limitierungen.....	31
5.4. Schlussfolgerung.....	32
Literaturverzeichnis	34
Anhang	39
A. Einwilligung zur Studienteilnahme	39
B. Fragebogen zu soziodemographischen Daten	40
C. Spiritual Needs Questionnaire SpNQ-20	41
Danksagung	42

Abkürzungsverzeichnis

Bed. - Bedürfnisse

CCI - Charlson Komorbiditätsindex

eB - existenzielle Bedürfnisse

ESI - Emergency Severity Index

MANOVA - Multiple Varianzanalyse

rB - religiöse Bedürfnisse

SpNQ - Spiritual Needs Questionnaire

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Soziodemographische Daten der 383 Patienten (Frick et al., 2020, Tab. 1)	13
Tabelle 2: Klinische Daten der untersuchten Patienten (Frick et al., 2020, Tab. 1).....	14
Tabelle 3: Ausdruck spiritueller Bedürfnisse durch die Patienten (Wapler et al., 2021, Tab. 19.1; Daten aus Frick et al. 2020)	16
Tabelle 4: Korrelationen zwischen den Bedürfniskategorien und mit dem Gesamtscore (nach Frick et al., 2020, Tab. 4)	16
Tabelle 5: Ausprägung spiritueller Bedürfnisse bezogen auf soziodemographische Parameter (Frick et al., 2020, Tab. 2).....	17
Tabelle 6: Ausprägung spiritueller Bedürfnisse bezogen auf medizinische Indikatoren (Frick et al., 2020, Tab. 3).....	18
Tabelle 7: Ergebnisse der multiplen Varianzanalyse (MANOVA) (Frick et al., 2020, Tab. 5)	19

Zusammenfassung

Hintergrund

Spiritual Care bezeichnet das Einbeziehen der spirituellen Dimension in der Patientenversorgung und findet in der Medizin immer mehr Beachtung. Gerade die Situation einer Notaufnahme, die häufig von Einsamkeit und Angst geprägt ist, kann spirituellen Distress auslösen. Deshalb sollten spirituelle Bedürfnisse schon in der Notaufnahme erfasst werden. Dies ist die erste Studie im deutschsprachigen Raum, die sich mit spirituellen Bedürfnissen von Notfallpatienten befasst.

Methoden

In einem Zeitraum von 4 Wochen wurden Patienten eines Notfallzentrums mit dem Fragebogen Spiritual Needs Questionnaire zu ihren spirituellen Bedürfnissen befragt. Außerdem wurden soziodemographische und klinische Daten erhoben. Von den 479 angesprochenen Patienten waren 383 bereit, an der Studie teilzunehmen. Die statistische Auswertung umfasst deskriptive Statistik, Korrelationsanalysen sowie uni- und multivariate Varianzanalysen.

Ergebnisse

Die Rücklaufquote von circa 80% zeigt eine hohe Akzeptanz der Studie. Die teilnehmenden Patienten äußern vorrangig Bedürfnisse nach innerem Frieden und generative Bedürfnisse, aber auch existenzielle und religiöse Bedürfnisse lassen sich finden. Dabei empfinden Frauen mehr religiöse und existenzielle Bedürfnisse und mehr Bedürfnisse nach innerem Frieden als Männer. Jüngere Patienten (<30 Jahre) haben weniger Bedürfnisse nach innerem Frieden und einen Trend zu weniger religiösen Bedürfnissen. Es zeigt sich keine Korrelation zwischen klinischen Variablen, z.B. Behandlungsdringlichkeit oder betroffenes Organsystem und spirituellen Bedürfnissen.

Diskussion

Dass die klinischen Parameter die spirituellen Bedürfnisse nicht beeinflussen, ist überraschend. Ein möglicher Grund ist, dass es ausreichend Zeit und Ruhe braucht, um die Situation anhand der eigenen Ressourcen und Copingmechanismen einschätzen zu können. Sicher ist jedoch, dass Notfallpatienten spirituelle Bedürfnisse empfinden, die man achten sollte. Dies erfordert eine Basiskompetenz des medizinischen Personals in Spiritual Care.

Abstract

Background

Spiritual needs are independent of religion and help to cope with difficult situations. For patients, emergency rooms present stressful surroundings connected with pain, uncertainty and loneliness which can cause spiritual distress. Therefore, spiritual needs should be considered when treating emergency patients. This is the first study in German speaking countries to examine spiritual needs in the emergency room.

Methods

Over the course of 4 weeks, emergency patients were interviewed about their spiritual needs using the German version of the Spiritual Needs Questionnaire. 383 out of the 479 approached patients agreed to be interviewed and gave consent to the collection of demographical and clinical data. Statistical analysis included descriptive statistics, correlation analyses and uni- and multivariate variance analyses.

Results

The most important needs are Inner Peace needs and Giving/Generativity needs, e.g. passing on something to others, but also Religious needs and Existential needs (e.g. seeking forgiveness/ meaning in life) can be found. Women express more Religious, Existential and Inner Peace needs than men. Younger patients (<30 years) have less Inner Peace needs and a trend for less Religious needs than the other age groups. So far, none of the medical characteristics like main diagnosis, triage level, comorbidity index or the experience of pain were found to have any significant influence on the expression of spiritual needs in emergency patients. Other variables that influence the spiritual needs remain to be characterized.

Discussion

Even in the stressful emergency situation, patients are willing to take part in a spiritual assessment and express several spiritual needs. Since many patients have unmet spiritual needs during their hospital stay, healthcare personnel should have a basic competence in recognising and meeting these needs. As a next step, this competence should be evaluated to discover a possible mismatch between patients' needs and the ability to react to them.

1. Einleitung

1.1. Spirituelle Bedürfnisse von Notfallpatienten

Spiritual Care beschreibt das Einbeziehen der spirituellen Dimension in der Patientenbetreuung, also die Pflege und Fürsorge bezüglich der spirituellen Belange der Patienten* (Jackson et al., 2016). Dies kann vielfältige positive Effekte für die Patienten haben, beispielsweise eröffnen sich ihnen zusätzliche Copingstrategien im Umgang mit ihrer Erkrankung (T. Balboni et al., 2007). Auch die Lebensqualität, die Zufriedenheit der Patienten mit ihrer Versorgung und ihre Wertschätzung dieser können durch angewandtes Spiritual Care steigen (Cobb et al., 2012; Edwards et al., 2010). Es gibt sogar Hinweise, dass durch Befriedigung der spirituellen Bedürfnisse die Gesundheitskosten sinken (T. Balboni et al., 2011). Das Wissen um Spiritual Care und seine positiven Auswirkungen findet immer mehr Einzug in der Medizin, etwa in der Inneren Medizin, Psychiatrie und Onkologie (Büssing et al., 2010; Ellis et al., 2013; van Nieuw Amerongen-Meeuse et al., 2018). In der Palliativmedizin gehört es laut der aktuellen Leitlinie bereits zum Standard, dass nicht nur psychische, physische und soziale, sondern auch spirituelle Dimensionen des Patienten Beachtung finden sollen (AWMF, 2020).

Da viele Patienten ein Assessment ihrer spirituellen Bedürfnisse und die Berücksichtigung dieser im Behandlungsplan wünschen, erscheint es sinnvoll, möglichst früh im Verlauf des Klinikaufenthalts eine spirituelle Anamnese durchzuführen (Gordon et al., 2018). Insbesondere durch die Ausnahmesituation, die Patienten in einer Notaufnahme erleben, zum Beispiel in Form von Schmerz, Verletzlichkeit, Alleinsein, Angst und Ungewissheit verbunden mit langen Wartezeiten, entstehen häufig spirituelle Bedürfnisse, etwa mit jemandem über diese Ängste und Sorgen sprechen zu können (Wensley et al., 2017). In einer Untersuchung über die Erfahrungen von taiwanesischen Patienten, die mindestens acht Stunden in der Notaufnahme auf einen freien Platz zur stationären Aufnahme warten mussten, zeigte sich das Erleben von Hilflosigkeit und Passivität. Die Patienten waren nicht nur durch das physische Unwohlsein, sondern zusätzlich durch die angespannte Situation der Notaufnahme und die Unklarheit über den Ausgang der Erkrankung belastet. Deshalb sollte auch der Fokus in der Versorgung nicht nur auf

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der gesamten Arbeit auf einen geschlechtergetrennten Sprachgebrauch verzichtet. Selbstverständlich bezieht sich das gewählte generische Maskulinum gleichermaßen auf beide Geschlechter.

medizinischen und physischen Aspekten liegen, sondern psychologische und spirituelle Dimensionen mit berücksichtigen (Han et al., 2017).

In einer Studie zur Wahrnehmung spiritueller Bedürfnisse durch Rettungsdienstpersonal und der Selbsteinschätzung der Patienten gaben circa 40% des Personals an, gelegentlich das Gefühl zu haben, die Patienten hätten spirituelle Bedürfnisse. Dennoch sprachen fast 80% selten oder nie mit den Patienten darüber. Im Vergleich dazu berichteten über 40% der Patienten, zum Zeitpunkt des Kontakts mit dem Rettungsdienst spirituelle Sorgen oder Bedürfnisse gehabt zu haben und sogar über 50%, dass sie gerne darüber gesprochen hätten. Um aktiv Aspekte der Patienten zu beachten, die über das Medizinische hinaus gehen, müssen diese also sowohl wahrgenommen als auch angesprochen werden. Hierbei gibt es unter Umständen deutliche Diskrepanzen zwischen den von Patienten verspürten und den von medizinischem Personal perzipierten Bedürfnissen (Jang et al., 2004).

Neben den praktischen Schwierigkeiten, wie etwa ein Zeitfenster und die nötigen Ressourcen zu schaffen, ist eines der kontrovers diskutierten Themen, wessen Aufgabe es sein soll, sich um die spirituellen Bedürfnisse der Patienten zu kümmern (Handzo & Koenig, 2004). Während einige Ärzte der Ansicht sind, weder die Zeit noch die nötigen Kompetenzen dafür zu haben und diesen Bereich gerne der Seelsorge überlassen möchten, gibt es auf Seite der Patienten den Wunsch, sich auch mit derartigen Belangen an den Arzt wenden zu können (Selby et al., 2017). Eine eindeutig verantwortliche Berufsgruppe zu definieren ist schwierig, einige Experten sind der Meinung, dass Spiritual Care vielmehr die gemeinsame Aufgabe aller an der Patientenversorgung beteiligten Personen sein sollte (Handzo & Koenig, 2004; Kruijzinga et al., 2018). Um gutes Spiritual Care leisten zu können und auf die Patienten einzugehen, ist es essentiell, die Vielfalt der spirituellen Bedürfnisse von Patienten genauer zu untersuchen und kennenzulernen (Höcker et al., 2014; van Nieuw Amerongen-Meeuse et al., 2018). Denn bleiben diese unberücksichtigt, können sie die Entwicklung von depressiven Symptomen, mangelndem Sinn und Unzufriedenheit mit der Versorgung begünstigen (Pearce et al., 2012).

1.2. Forschungsfragen

Bisher gibt es nach bestem Wissen der Autorin im deutschsprachigen Raum keine Untersuchungen zu spirituellen Bedürfnissen von Patienten in der Notaufnahme. Die vorliegende Studie exploriert diese zum ersten Mal, ihre Ergebnisse wurden bereits in der Fachzeitschrift „Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin“ und in dem

Buch „Spiritual Needs in Research and Practice. The Spiritual Needs Questionnaire as a Global Resource for Health and Social Care“ des Springer Nature Verlags publiziert (Frick et al., 2021; Wapler et al., 2021). In der Dissertation soll den folgenden Forschungsfragen nachgegangen werden:

1. Ist trotz der besonderen Rahmenbedingungen und der außergewöhnlichen Situation, in der sich die Patienten befinden, eine standardisierte Erhebung spiritueller Bedürfnisse im Notfallzentrum möglich?
2. Welche Art und Ausprägung von spirituellen Bedürfnissen lassen sich finden?
3. Gibt es einen Zusammenhang zwischen spirituellen Bedürfnissen der Notfallpatienten und verschiedenen soziodemographischen Faktoren wie Alter, Geschlecht oder Religionszugehörigkeit?
4. Werden die spirituellen Bedürfnisse von Notfallpatienten von klinischen Variablen wie Behandlungsdringlichkeit, betroffenem Organsystem oder Krankheitsverlauf beeinflusst?

2. Theoretische Hintergründe

Zunächst sollen einige theoretische Grundlagen besprochen werden, um die Bedeutung von Spiritualität, spirituellen Bedürfnissen und Spiritual Care darzustellen. Ebenso werden die Notaufnahme als Schnittstelle sowie die damit verbundenen besonderen Herausforderungen dargestellt. Da diese auch in der Notfallsituation von großer Bedeutung sind, werden noch einige Aspekte von Coping und Krankheitsbewältigung betrachtet.

2.1. Definition von Spiritualität

Obwohl Spiritualität in vielen Lebensbereichen ein wichtiger und häufig gebrauchter Begriff ist, gibt es keine einheitliche und allgemein verständliche Definition. Gerade im Bereich der Forschung ist diese für die Formulierung klarer Zielsetzungen und Anforderungen notwendig, wobei eine möglichst umfassende und interkulturell gültige Definition angestrebt werden sollte (Steinmann, 2011). Schwierigkeiten sind dabei die Differenzierung zwischen Religiosität und Spiritualität, die Berücksichtigung von Wertvorstellungen, Gruppenzugehörigkeiten, persönlicher Praxis, des Gottesbildes und etlicher weiterer Aspekte (Utsch, 2018).

In dieser Arbeit wird dem Begriff Spiritualität folgende Bedeutung zugrunde gelegt:

Spiritualität beschreibt die Art, auf die Individuen die Verbindung zu sich selbst, anderen, der Natur, dem Moment und dem Bedeutungsvollen oder Heiligen erleben. Sie bezeichnet also die persönliche Suche und den Ausdruck von Transzendenz, Sinn und Zielen im Leben; dabei kann sie mit Religion verbunden sein oder unabhängig von religiösen Überzeugungen und Institutionen gelebt werden (Puchalski et al., 2014; Tanyi, 2002).

2.2. Spirituelle Bedürfnisse

So wie es keine einheitliche und universal geltende Definition von Spiritualität gibt, zeigen sich spirituelle Bedürfnisse bei den Menschen auf unterschiedliche Weise. Für die einen geht es darum, Ängste zu überwinden und Hoffnung zu finden oder um die Suche nach einem Sinn im Leben, während für andere mehr Lebensenergie, die Konfrontation mit dem Tod und der Aufbau einer Beziehung zum Transzendenten im Vordergrund stehen (Büssing & Koenig, 2010).

Da der Begriff „spirituelle Bedürfnisse“ kein eindeutig abgegrenztes Feld beschreibt, gibt es auch vielfältige Ansätze zur Einteilung und zum Assessment der spirituellen Bedürfnisse. Beispielsweise fragt das Spiritual Needs Inventory, das als Ziel hat, die spirituellen Bedürfnisse Sterbender und ihre Befriedigung zu erfassen, nach den Kategorien Inspiration, Ausblick, spirituelle Aktivitäten, Religion und Gemeinschaft (Hermann, 2006). Um die Spiritual Care Bedürfnisse von Patienten im Akutkrankenhaus in Taiwan herauszufinden, wurde das Spiritual Care Need Inventory als Fragebogen zu den Aspekten Sinn und Hoffnung, „Caring“ und Respekt entwickelt (Wu et al., 2016). Dagegen beschäftigt sich das Spiritual Needs Scale, das koreanische Krebspatienten und ihre spirituellen Bedürfnisse untersucht, mit Aspekten zu Liebe und Verbindung, Hoffnung und Frieden, Sinn und Bedeutung, Akzeptanz des Sterbens und der Beziehung zu Gott (Yong et al., 2008). Allein in diesen drei Instrumenten lassen sich also verschiedenste Bedürfniskategorien abbilden, wenngleich sie alle dazu entwickelt wurden, die spirituellen Bedürfnisse der Befragten zu untersuchen.

Für diese Arbeit sollen spirituelle Bedürfnisse anhand eines Modells kategorisiert werden, in dem diese in die vier Hauptdimensionen Verbindung, Friede, Sinn/Bedeutung und Transzendenz eingeteilt werden (Büssing & Koenig, 2010). Diese Hauptdimensionen können wiederum den zugrunde liegenden Bedürfniskategorien sozial, emotional, existenziell und religiös zugeordnet werden, welche auch die Kategorien des Fragebogens Spiritual Needs Questionnaire darstellen, der zur Datenerhebung verwendet wurde. Spirituelle Bedürfnisse können demnach sozialer, emotionaler, existenzieller und religiöser Art sein, was verdeutlicht, dass auch Menschen ohne Religionszugehörigkeit durchaus spirituelle Bedürfnisse empfinden können (Büssing & Koenig, 2010). Anhand dieses theoretischen Hintergrundes ergibt sich die Zuteilung der Items des Fragebogens zu vier Untergruppen: religiöse Bedürfnisse, existenzielle Bedürfnisse, Bedürfnisse nach Geben/Generativität und Bedürfnisse nach innerem Frieden (Büssing et al., 2010).

2.3. Spiritual Care

So vielfältig das Verständnis von Spiritualität und spirituellen Bedürfnissen ist, so breit gefächert sind auch die Vorstellungen, welche Aspekte Spiritual Care umfasst und wie es am besten geleistet wird. Gemeinsam ist allen Definitionen, dass es um das Einbeziehen der spirituellen Dimension in der Patientenbetreuung geht und so die spirituellen Belange der Patienten Beachtung finden (Jackson et al., 2016). Spiritual Care kann bedingungslose Liebe, Empathie und Akzeptanz beinhalten, es kann darum gehen, präsent zu sein, den Menschen hinter der Krankheit zu sehen oder einfach in Stille

eine Hand zu halten (Edwards et al., 2010). Es kann mit mitfühlendem Kontakt beginnen und flexibel auf die Bedürfnisse reagieren, sei es durch Unterstützung, aufmerksames Zuhören oder auch Rituale oder Gebete. Spiritual Care ist also nicht alleinige Aufgabe der Seelsorge, sondern es kann von allen Mitarbeitern des Gesundheitswesens, Familie oder auch Mitpatienten geleistet werden (Jackson et al., 2016).

2.4. Die Notaufnahme und ihre Herausforderungen

In den letzten Jahren nimmt in Deutschland die Zahl der in der Notaufnahme behandelten Patienten kontinuierlich zu, sodass die Bedeutung der Notaufnahme als Knotenpunkt in der Patientenversorgung stetig steigt (Christ et al., 2010). So suchen beispielsweise über 35.000 Patienten pro Jahr das Notfallzentrum der München Klinik Bogenhausen auf (München Klinik, 2021). Eine Vielzahl verschiedener Faktoren wird als ursächlich für die zunehmende Inanspruchnahme der Notaufnahmen erachtet, zum Beispiel das demographische Altern der Gesellschaft mit einer konsekutiv größeren Zahl alter und multimorbider Menschen. Aber auch strukturelle Schwierigkeiten im Gesundheitssystem, Bequemlichkeit der ratsuchenden Patienten oder ein vermeintlicher Qualitätsvorteil durch die umfassende apparative Ausstattung tragen zu dieser Entwicklung bei (Weyrich et al., 2012). Das Aufsuchen der Notaufnahme findet aus eigenem Antrieb, aufgrund der Einweisung durch einen niedergelassenen Arzt, als Zuverlegung aus anderen Krankenhäusern oder über den Rettungsdienst statt. Dementsprechend reichen die Erkrankungen von einem einfachen grippalen Infekt bis hin zur laufenden Reanimation, einem Schlaganfall oder Herzinfarkt (Bernhard et al., 2009). Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, die Patienten schnell und verlässlich nach Behandlungsdringlichkeit einzuteilen und gegebenenfalls zu reevaluierten, sodass lebensbedrohliche Situationen erkannt und umgehend Diagnostik und Therapie eingeleitet werden können (Fleischmann, 2016). Gleichzeitig möchte jeder Patient mit seinem Anliegen ernst genommen werden und erwartet eine qualifizierte Behandlung, wobei auch die Faktoren Zeit und Information eine wichtige Rolle spielen. Lange Wartezeiten mindern unabhängig von der Qualität der stattgehabten medizinischen Versorgung die Patientenzufriedenheit. Die Notaufnahme wirkt zeitgleich also als eine Art Visitenkarte oder Aushängeschild für das Krankenhaus, wenn man bedenkt, dass rund 20 Millionen Menschen jährlich die Notaufnahme aufsuchen (Bernhard et al., 2009; Fleischmann, 2016). Von diesen werden durchschnittlich etwa 40% stationär aufgenommen, sodass sich je nach Klinik der Anteil der stationären Patienten, die über die Notaufnahme ins Krankenhaus aufgenommen werden, auf 30-70% beläuft. Auch unter ökonomischen Aspekten ist also die aus medizinischer Sicht möglichst effektive und effiziente Versor-

gung der Patienten und deren Zufriedenheit ein wichtiger Erfolgsfaktor für die Klinik (Eiff et al., 2016; Zimmermann et al., 2016). Die Vielzahl an Patienten stellt auf verschiedene Art eine große organisatorische Herausforderung dar, denn durch ihre Schlüsselfunktion fungiert die Notaufnahme auf unterschiedlichen Ebenen als Schnittstelle. Innerhalb des Teams gelten die Kommunikation zwischen Ärzten und Pflege und die Schichtwechsel als herausfordernde und fehleranfällige Schnittstelle. Des Weiteren ist der Kontakt zu Patienten und Angehörigen, aber auch zu den anderen Stationen der Klinik, dem Labor und dem OP wichtig. Nicht zu vergessen sind Schnittstellen außerhalb der Klinik wie Polizei, Rettungsdienst oder Hausarztpraxen und nichtmedizinische Belange wie Datenschutz, Abrechnung und Transport. Diese Vielfalt der Schnittstellen in Kombination mit der kurzen Zeit von in der Regel wenigen Stunden, die die Patienten in der Notaufnahme verbringen, ist eine große Herausforderung. Häufig sind Probleme, die in diesem Zusammenhang auftreten, unter anderem auf mangelnde Kommunikation oder unterschiedliche Erwartungen zurückzuführen (Fleischmann, 2016). Die Arbeitsumgebung Notaufnahme ist geprägt von der Vielfalt der Patienten mit unterschiedlichen Beschwerden und verschiedener Behandlungsdringlichkeit und von einer nicht zu vorhersehenden Arbeitslast. Dies bedingt ein oftmals stressiges, chaotisches Arbeitsumfeld, in dem Zeitmangel und Entscheidungsdruck an der Tagesordnung stehen (Goldman et al., 2009).

2.5. Coping und Krankheitsbewältigung

Der Begriff Coping bezeichnet verschiedene Strategien, die zur Bewältigung von als belastend empfundenen Situationen angewandt werden. Im klinischen Kontext betrifft Coping vor allem die Krankheitsbewältigung, da im Rahmen einer Krankheit vielfältige sowohl innere als auch äußere Belastungen auftreten, beispielsweise durch Schmerzen, Ungewissheit, Autonomieverlust, Kommunikationsprobleme, ein verändertes Umfeld oder Angst vor dem Tod (Harrer, 1995).

Dass diese Belastungen relevant für die Krankheitsbewältigung sind, zeigt auch das transaktionale Stressmodell von Lazarus, in dem die Wechselwirkung zwischen Person und Situation genauer analysiert wird. Demnach erfolgt zunächst eine Bewertung der erlebten Situation durch die Person und eine Einstufung als positiv oder potenziell gefährlich, zum Beispiel als Herausforderung, Bedrohung oder Schädigung. In einem zweiten Schritt wird geprüft, ob die aktuell zur Verfügung stehenden Ressourcen ausreichen, um die Situation zu bewältigen. Übersteigen die Anforderungen die bisherigen Ressourcen, wird eine Bewältigungsstrategie nötig, welche sowohl kognitiv oder emotional als auch verhaltensbezogen sein kann. Nach diesem Modell sind die empfun-

ne Belastung und Bedrohung maßgeblich von den Ressourcen des Einzelnen abhängig und damit subjektiv (Lazarus & Folkman, 1984).

Kognitionsbezogene Bewältigungsstrategien umfassen unter anderem Ablenkung, Disimulation, Problemanalyse, Religiosität, Sinngebung oder Humor. Emotionsbezogene Formen können beispielsweise Hadern, Unterdrücken oder Schuldzuweisung sein, während Kompensation, Zuwendung, Ablenkendes Anpacken und sozialer Rückzug handlungsbezogene Formen von Coping darstellen (Hessel et al., 2000). Die Fähigkeit, mit stressenden Situationen umzugehen, wird durch Ressourcen wie Selbstvertrauen, Optimismus und sozialen Rückhalt gestärkt (Taylor & Stanton, 2007).

Die außergewöhnliche und herausfordernde Situation in der Notaufnahme strapaziert die alltäglichen Copingmechanismen der Betroffenen. Dadurch entsteht die Frage, ob Notfallpatienten im besonderen Maße spirituelle Bedürfnisse empfinden bzw. entwickeln. Dies hat Anlass zur Untersuchung spiritueller Bedürfnisse von Patienten in der Notaufnahme gegeben, welche im Folgenden näher beschrieben wird.

3. Material und Methoden

3.1. Patientenrekrutierung

Als Studiendesign wurde eine Querschnittsstudie gewählt, um einen guten Überblick über die spirituellen Bedürfnisse der Patienten eines Notfallzentrums zu erhalten. Diese Übersicht über die Bedürfnislage der Patienten kann als Grundlage für die weitere Hypothesenentwicklung und ergänzende Studien dienen (Held, 2010). Die Studie entstand in Zusammenarbeit mit der Hochschule Fresenius und wurde von der Ethikkommission der Hochschule Fresenius geprüft und genehmigt.

Die Stichprobe umfasst volljährige Patienten der Notfallambulanz des Städtischen Klinikums München Bogenhausen im Zeitraum vom 13. November bis 09. Dezember 2018. Da sowohl der Fragebogen als auch die Teilnehmerinformationen in deutscher Sprache verfasst waren, stellten ausreichende Deutschkenntnisse ein Einschlusskriterium dar. Außerdem mussten die Befragten nach eigener Einschätzung und nach der des medizinischen Personals sowohl kognitiv als auch körperlich in der Lage sein, an der Studie teilzunehmen. Um möglichst vielen Patienten die Teilnahme an der Studie möglich zu machen und sie damit nicht zu belasten, wurde die Befragung bei allen Personen assistiert durchgeführt. Das heißt, dass die Befragung im Stil eines Interviews stattfand, also der Interviewer die Fragen vorgelesen und die Antworten notiert hat. Für die Zuordnung von Patientenfragebögen und klinischen Befunden wurden die Fragebögen nach ausführlicher Information über die Datenerhebung und schriftlicher Einwilligung der Teilnehmer pseudonymisiert.

Für die Untersuchung spiritueller Bedürfnisse der Notfallpatienten im Klinikum Bogenhausen wurden mit Hilfe eines Fragebogens soziodemographische Informationen und Daten zu den spirituellen Bedürfnissen erhoben. Der Befragungszeitpunkt richtete sich nach den Abläufen der Notaufnahme, sodass der Patientenkontakt sowohl in Wartebereichen als auch Behandlungsbereichen und vor und nach Behandlungsbeginn stattfand. Es wurde darauf geachtet, während der Erhebung ausreichend Privatsphäre zu wahren. Zudem wurden die Teilnehmer einzeln und wenn möglich ohne Anwesenheit von Angehörigen interviewt, um eine Verzerrung der Antworten im Sinn der sozialen Erwünschtheit möglichst gering zu halten.

Zusätzlich wurden die klinischen Daten der Patienten aus den vorliegenden Arztbefunden und Arztbriefen übernommen und anhand der Pseudonyme den Patientenfragebögen zugeordnet. Außerdem wurde ein Feldbuch mit Feldnotizen angelegt, in dem die Umgebung, in der die Befragung stattfand, beobachtet wurde. So konnten einerseits

organisatorische Herausforderungen und andererseits die Atmosphäre in der Notaufnahme und Reaktionen einzelner Patienten auf den Kontakt und die Befragung festgehalten werden.

3.2. Erhebungsinstrumente

3.2.1. Soziodemografische Daten

Im Anfangsteil des Fragebogens wurden soziodemografische Daten wie Geburtsjahr, Geschlecht, Familienstand, Bildung, Herkunft und Religionszugehörigkeit erfasst. Jeweils vierstufig abgefragt wurden die selbst-eingeschätzte Gläubigkeit (ja, unbedingt – ja, etwas – eher nein – nein, gar nicht) und die Frequenz von Gebet bzw. Meditation (ja, regelmäßig – ja, hin und wieder – eher selten – nein, gar nicht). Zudem wurden Datum, Zeit und Erhebender notiert und etwaige Besonderheiten festgehalten.

3.2.2. Spirituelle Bedürfnisse anhand des Spiritual Needs Questionnaire

Um die spirituellen Bedürfnisse zu erfassen, wurde das deutschsprachige Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ) in seiner Version SpNQ-20 verwendet, das für die Anwendung an sowohl erkrankten als auch gesunden Testpersonen validiert ist (Büssing et al., 2015; Büssing et al., 2018; Offenbaecher et al., 2013). Es besteht aus 20 Items, die jeweils vierstufig abgefragt werden (0-nicht; 1-gering; 2-mittel; 3-groß) und in vier Kategorien eingeteilt sind (Büssing et al., 2018).

Die Kategorie „religiöse Bedürfnisse“ (rB) umfasst insgesamt sechs Fragen nach Gebet, der Teilnahme an religiösen Feiern, dem Lesen spiritueller oder religiöser Bücher und dem sich Wenden an eine höhere Präsenz, z.B. Gott oder Engel. Weitere sechs Fragen werden den „existenziellen Bedürfnissen“ (eB) zugeordnet und handeln vom Klären ungelöster Dinge, dem Sinn der Situation und des Lebens, Vergebung und der Möglichkeit eines Lebens nach dem Tod. Eine Frage ist zum Beispiel: „Haben Sie in der letzten Zeit das Bedürfnis gehabt, jemandem aus einem bestimmten Abschnitt Ihres Lebens vergeben zu können?“. Um „Bedürfnisse nach innerem Frieden“ herauszufinden, beschäftigen sich vier Fragen mit Orten der Ruhe, dem Finden inneren Friedens, der Schönheit der Natur und Gesprächen über Ängste und Sorgen. Beispielsweise wird gefragt: „Haben Sie in der letzten Zeit das Bedürfnis gehabt, an einem Ort der Ruhe und des Friedens verweilen zu können?“. Die Items etwas von sich zu verschenken, Trost zu spenden, Lebenserfahrung weiterzugeben und Gewissheit über den Sinn und Wert des eigenen Lebens zu haben, gehören der Kategorie „Bedürfnisse nach Geben/ Generativität“ an.

Cronbachs alpha der einzelnen Kategorien reicht von 0,71 bis 0,87, sodass insgesamt von einer guten internen Konsistenz gesprochen werden kann. Es kann also davon ausgegangen werden, dass die Fragen innerhalb der Kategorien das Gleiche messen und die Testergebnisse bezüglich des Messens spiritueller Bedürfnisse verlässlich sind.

3.2.3. Klinische Daten

Die erhobenen klinischen Daten umfassen die Hauptdiagnose und das betroffene Organsystem, die behandelnde Fachrichtung (Innere Medizin, Chirurgie/Urologie, Allgemeinmedizin), den Emergency Severity Index und den Komorbiditätsindex. Zudem war für die Studie von Interesse, ob ambulant oder stationär behandelt wurde, und die Dauer des stationären Aufenthalts.

Emergency Severity Index (ESI)

Durch die steigenden Patientenzahlen in der Notaufnahme entsteht eine sogenannte „Crowding-Situation“, das heißt der Bedarf an Behandlungen übersteigt die personellen und strukturellen Ressourcen der Notaufnahme und es entstehen lange Wartezeiten und volle Wartebereiche (Weyrich et al., 2012). Da Ressourcenaufwand und Behandlungsdringlichkeit je nach Erkrankung stark differieren, werden den Patienten mittels Triagesystemen wie dem ESI verschiedene Stufen zugeteilt (Wuerz et al., 2001). Bei der Ersteinschätzung folgt die triagierende Fachkraft einem Schema mit vier Entscheidungspunkten, anhand dessen sie den Patienten einer der fünf Stufen des ESI zuordnet. Dabei bezeichnet Triagestufe 1 die höchste Dringlichkeit, bei der die Behandlung sofort begonnen werden muss, etwa eine laufende Reanimation (Grossmann et al., 2009). Stufe 2 sieht eine umgehende Betreuung durch die Pflege und den Beginn der ärztlichen Maßnahmen innerhalb von zehn Minuten vor und umfasst zum Beispiel Hochrisikosituationen wie Thoraxschmerzen bei Verdacht auf ein akutes Koronarsyndrom oder starkes Leid physischer und psychischer Genese. Die Stufen 3 bis 5 richten sich nach der Anzahl der benötigten Ressourcen, wobei Stufe 5 keinem Bedarf, Stufe 4 einer Ressource und Stufe 3 zwei oder mehr Ressourcen entspricht. Als Ressourcen gelten hierbei die meisten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die über eine körperliche Untersuchung hinausgehen (Grossmann et al., 2009). Aus dieser Einteilung ergibt sich, dass die Patienten erst ab einem ESI von 2 in die Studie eingeschlossen werden konnten, da bei einem ESI von 1 unmittelbare lebensrettende Maßnahmen im Vordergrund stehen und der Zustand der Patienten mit einem ESI von 1 die Teilnahme an einer Befragung in der Regel ausschließt.

Charlson Komorbiditätsindex (CCI)

Der Charlson Komorbiditätsindex (Charlson Comorbidity Index, CCI) wurde 1987 entwickelt und dient der Bestimmung des Mortalitätsrisikos anhand von Komorbiditäten (Charlson et al., 1987). Er ist einer der am häufigsten verwendeten Komorbiditätsindizes (Degroot et al., 2003). In der verwendeten Version werden 17 verschiedene Zustände berücksichtigt, die abhängig von der Krankheitsschwere jeweils mit unterschiedlichen Punkten gewichtet werden (Quan et al., 2005). Durch Summation der Einzelwerte ergibt sich ein Score, der von 0 bis theoretisch maximal 33 reicht, hierbei entspricht ein höherer Score einem größeren Mortalitätsrisiko. Verschiedene Schweregrade schließen sich gegenseitig aus (z.B. Diabetes ohne/mit Endorganschäden, leichte/schwere Lebererkrankung), sodass der Maximalwert in der Realität nicht erreicht werden kann. In der vorliegenden Arbeit wird der CCI verwendet, um die Krankheitslast des Patienten, gemessen an den berücksichtigten Komorbiditäten, zu quantifizieren.

3.3. Statistische Auswertung

Für die Stichprobenbeschreibung und die Beantwortung der ersten beiden Forschungsfragen wurden die erhobenen Daten deskriptiv ausgewertet und mit der Software IBM SPSS 23 Mittelwerte und relative Häufigkeiten bestimmt. Um einen möglichen Zusammenhang der klinischen und soziodemographischen Parameter mit den spirituellen Bedürfnissen zu untersuchen, wurden univariate Varianz- und Korrelationsanalysen mit IBM SPSS 23 durchgeführt. Weiterhin wurden multivariate Varianzanalysen (MANOVA) mit der Software R Studio 3.4.2 berechnet.

Als Signifikanzniveau wurde $p < 0,05$ festgelegt, wobei aufgrund des Einbezugs mehrerer Variablen ein $p < 0,01$ als bedeutsamer erachtet wird. Für die beobachteten Korrelationen gilt, dass ein $r > 0,5$ als starke Korrelation, ein r zwischen 0,3 und 0,5 als mäßige Korrelation und ein r zwischen 0,2 und 0,3 als schwache Korrelation bewertet werden. Ein $r < 0,2$ gilt als zu vernachlässigende Korrelation.

4. Ergebnisse

4.1. Soziodemografische Beschreibung

Das mittlere Alter der 383 befragten Patienten ist 58 +/- 21 Jahre, wobei 25% jünger als 40 Jahre und 36% älter als 70 Jahre sind, die Spanne reicht von 18 bis 99 (siehe Tabelle 1). Das Geschlechterverhältnis ist mit 52% Frauen und 48% Männern ausgegogen, die Religionszugehörigkeit überwiegend christlich (69%). Lediglich 6% sind muslimisch, 23% geben an, keiner Religion anzugehören und 2% anderen. Befragt man die Teilnehmer zu ihrer selbst eingeschätzten Gläubigkeit, stufen sich 30% als unbedingt gläubig ein, 25% als etwas gläubig und 45% als eher nicht oder gar nicht gläubig. Auf die Frage nach religiöser Praxis, also Gebet oder Meditation, antworten 43% mit nein, gar nicht, 13% mit eher selten und je 22% beschreiben gelegentliches oder regelmäßiges Beten oder Meditieren (Frick et al., 2021; Wapler et al., 2021).

Tabelle 1: Soziodemographische Daten der 383 Patienten (Frick et al., 2020, Tab. 1)

Kategorie	Variablen	% oder M ± SD (range)
Geschlecht (%)	weiblich	52
	männlich	48
Alter (%)	< 41 Jahre	25
	41-50 Jahre	13
	51-60 Jahre	13
	61-70 Jahre	13
	71-80 Jahre	21
	> 80 Jahre	15
Altersmittel (M ± SD)		57,5 ± 21,3 (18-99)
Religionszugehörigkeit (%)	Christlich	69
	Muslimisch	6
	Andere	2
	Keine	23
Gläubigkeit (%)	Nein, gar nicht	30
	Eher nein	15
	Ja, etwas	25
	Ja, unbedingt	30
Religiöse Praxis (%)	Nein, gar nicht	43
	Eher selten	13
	Hin und wieder	22
	Ja, regelmäßig	22

4.2. Medizinische Beschreibung

Der Fachrichtung Chirurgie inklusive Urologie werden 41% der Patienten zugeordnet, je 29% weisen Krankheitsbilder der inneren Medizin und Allgemeinmedizin auf. Mit 28% ist der Bewegungsapparat das am häufigsten betroffene Organsystem, je 15% geben Beschwerden im Bereich des kardiovaskulären und Nervensystems an. Weitere 11% werden mit gastrointestinaler Problematik vorstellig, 9% mit urogenitalen, 8% mit dermatologischen, 6% mit respiratorischen Symptomen und 8% mit Symptomen im Bereich anderer Organsysteme (siehe Tabelle 2). Bei der Einteilung nach Organsystem wird lediglich die Hauptdiagnose berücksichtigt, sodass es zu keiner Mehrfachnennung kommt (Frick et al., 2021).

Tabelle 2: Klinische Daten der untersuchten Patienten (Frick et al., 2020, Tab. 1)

Kategorie	Variable	% oder M ± SD (range)
Fachrichtung (%)	Innere Medizin	29
	Chirurgie/ Urologie	41
	Allgemeinmedizin	29
Behandlung (%)	Ambulant	48
	Stationär	51
Organsystem (%)	Kardiovaskulär	15
	Respiratorisch	6
	Nervensystem	15
	Gastrointestinal	11
	Urogenital	9
	Haut	8
	Bewegungsapparat	28
	Andere	8
Verlauf (%)	Akut	87
	Chronisch	7
	Exazerbation	3
	Rezidiv	3
Schmerzen (%)	Ja	66
	Nein	32
Äußerer Einfluss (%)	Ja	25
	Nein	73
Emergency Severity Index (M ± SD)		3,0 ± 0,7 (2-5)
Komorbiditätsindex (M ± SD)		1,1 ± 1,7 (0-13)
Dauer stationärer Aufenthalt (M ± SD)		4,1 ± 5,9 (0-57)

Die überwiegende Mehrheit hat einen akuten Verlauf (87%), sieben Prozent einen chronischen und je drei Prozent einen rezidivierenden Verlauf oder eine Exazerbation. Akut wird definiert als Verläufe mit Symptombeginn vor weniger als drei Wochen, wo-

bei auch in diesem Fall lediglich die Hauptdiagnose der vorherrschenden Symptome berücksichtigt wird, so gilt beispielsweise auch eine neu aufgetretene Thrombose im Rahmen einer bekannten Krebserkrankung als akute Problematik.

Einen Emergency Severity Index (ESI) von zwei haben 83 Patienten, 219 Patienten (58%) haben einen ESI von drei, 70 Patienten von vier und lediglich 3 Patienten einen ESI von fünf. Der mittlere Komorbiditätsindex beträgt 1,1 mit einer Standarddeviation von 1,7, dabei weisen 172 Patienten keine für den Index relevanten Komorbiditäten auf. Der höchste ermittelte Wert beträgt 13 Punkte. Bei den stationär aufgenommenen Patienten dauert die Behandlung im Schnitt 8 Tage mit einer Standardabweichung von 8 Tagen, der längste Aufenthalt umfasst 72 Tage (Frick et al., 2021; Wapler et al., 2021).

Im Vergleich zu den im gleichen Zeitraum des Vorjahres behandelten Patienten können keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Alters- und Geschlechterverteilung und der medizinischen Parameter festgestellt werden. Demzufolge ist die Stichprobe repräsentativ für die Notfallpatienten des Klinikums Bogenhausen (Wapler et al., 2021).

4.3. Spirituelle Bedürfnisse der Notfallpatienten

In der untersuchten Stichprobe von Patienten der Notfallambulanz sind die Bedürfnisse nach innerem Frieden und Geben/ Generativität stärker ausgeprägt als existenzielle oder religiöse Bedürfnisse. Lediglich 2% der Patienten geben keine generativen Bedürfnisse an und nur 4% keine Bedürfnisse nach innerem Frieden, während 23% der Patienten keine existenziellen und 33% keine religiösen Bedürfnisse zum Ausdruck bringen. Die bedeutsamsten Bedürfnisse, die entweder als mittel oder als groß empfunden werden, sind für die Patienten: in die Schönheit der Natur eintauchen zu können (N6: 82%), die eigenen Lebenserfahrungen weitergeben zu können (N26: 63%), Gewissheit zu haben, dass das eigene Leben sinn- und wertvoll war und ist (N27: 59%), etwas von sich zu verschenken (N14: 56%), jemandem Trost spenden zu können (N15: 55%) und an einem Ort der Ruhe und des Friedens verweilen zu können (N7: 54%) (Frick et al., 2021) (siehe Tabelle 3). Als am wenigsten wichtig empfunden wird es, einen Sinn in Krankheit oder Leiden sehen zu können (N10: nicht wichtig für 78%), mit jemandem zu beten (N18: nicht wichtig für 77%) und spirituelle oder religiöse Bücher zu lesen (N22: nicht wichtig für 75%) (Frick et al., 2021; Wapler et al., 2021).

Tabelle 3: Ausdruck spiritueller Bedürfnisse durch die Patienten (Wapler et al., 2021, Tab. 19.1; Daten aus Frick et al. 2020)

Fragennummer und -inhalt	Zustimmungscore [M ± SD]
Anzahl n	379
Religiöse Bedürfnisse	0.73 ± 0.84
N18 mit jemandem beten	0.49 ± 0.97
N19 jemand betet für einen selbst	0.65 ± 1.06
N20 selbst zu beten	1.08 ± 1.24
N21 an einer religiösen Zeremonie teilnehmen, z.B. Gottesdienst	0.84 ± 1.09
N22 religiöse/spirituelle Bücher lesen	0.48 ± 0.93
N23 sich an eine höhere Präsenz wenden (z.B. Gott, Allah)	0.85 ± 1.15
Existenzielle Bedürfnisse	0.67 ± 0.61
N5 ungelöste Dinge aus dem Leben klären	0.69 ± 1.07
N10 Sinn in Krankheit oder Leiden sehen	0.39 ± 0.81
N11 mit jemandem die Frage nach dem Sinn im Leben ansprechen	0.73 ± 1.05
N12 mit jemandem über die Möglichkeit eines Lebens nach dem Tod reden	0.73 ± 1.05
N16 jemandem aus einem bestimmten Lebensabschnitt vergeben können	0.69 ± 1.06
N17 dass einem selbst vergeben wird	0.78 ± 1.09
Bedürfnisse nach innerem Frieden	1.49 ± 0.74
N2 mit jemandem über Ängste und Sorgen reden	0.94 ± 1.14
N6 in die Schönheit der Natur eintauchen	2.31 ± 1.03
N7 an einem Ort der Ruhe und des Friedens verweilen	1.48 ± 1.24
N8 inneren Frieden finden	1.21 ± 1.20
Bedürfnisse nach Geben/Generativität	1.59 ± 0.73
N14 etwas von sich verschenken	1.56 ± 1.19
N15 jemandem Trost spenden	1.52 ± 1.19
N26 Lebenserfahrungen weitergeben	1.73 ± 1.10
N27 Gewissheit, dass das Leben sinn- und wertvoll war und ist	1.55 ± 1.21
SpNQ-20 Durchschnitts-Score	1.04 ± 0.54

Der Gesamtscore des Fragebogens hat eine hohe Korrelation mit den einzelnen Bedürfniskategorien (siehe Tabelle 4). Somit ist auch für die Stichprobe der Notfallpatienten bestätigt, dass der SpNQ-20 Gesamtscore in geeignetem Maß sowohl die religiösen, existenziellen und generativen Bedürfnisse als auch die Bedürfnisse nach innerem Frieden widerspiegelt.

Tabelle 4: Korrelationen zwischen den Bedürfniskategorien und mit dem Gesamtscore (nach Frick et al., 2020, Tab. 4)

	Religiöse Bedürfnisse	Existenzielle Bedürfnisse	Bed. nach innerem Frieden	Geben / Generative Bed.	SpNQ20 Score
Religiöse Bedürfnisse	1,000				
Existenzielle Bedürfnisse	,395*	1,000			
Bed. nach innerem Frieden	,377*	,415*	1,000		
Geben / Generative Bed.	,371*	,394*	,310*	1,000	
SpNQ20 Score	,777*	,734*	,673*	,675*	1,000

* p<0.01 (Spearman rho)

4.4. Ausprägung von spirituellen Bedürfnissen in Bezug auf Geschlecht, Alter und Religionszugehörigkeit

Im Folgenden wird der Einfluss von Geschlecht, Alter und Religionszugehörigkeit auf die spirituellen Bedürfnisse beschrieben. Frauen erreichen einen höheren SpNQ-20 Gesamtscore als Männer und äußern signifikant höhere religiöse und existenzielle Bedürfnisse sowie Bedürfnisse nach innerem Frieden. Wie erwartet verspüren Patienten mit einer Religionszugehörigkeit auch mehr religiöse Bedürfnisse ($F=42,0$; $p<0,0001$), zudem auch mehr generative Bedürfnisse ($F=4,5$; $p=0,036$) (siehe Tabelle 5). Auffällig ist, dass muslimische Patienten ($n=24$) signifikant stärkere religiöse Bedürfnisse haben als Christen ($n=261$) (1.34 ± 1.10 versus 0.85 ± 0.83) (Frick et al., 2021; Wapler et al., 2021).

Tabelle 5: Ausprägung spiritueller Bedürfnisse bezogen auf soziodemographische Parameter (Frick et al., 2020, Tab. 2)

		Religiöse Bedürfnisse	Existenzielle Bedürfnisse	Bedürfnisse nach innerem Frieden	Geben / Generative Bedürfnisse	SpNQ20 Score
Alle (n=380)	M	0,73	0,67	1,49	1,59	1,04
	SD	0,84	0,61	0,74	0,73	0,54
Geschlecht						
Weiblich (n=197)	M	0,89	0,74	1,57	1,67	1,14
	SD	0,85	0,64	0,76	0,75	0,57
Männlich (n=182)	M	0,57	0,59	1,40	1,51	0,93
	SD	0,79	0,57	0,71	0,69	0,49
F-Wert		7,30	3,04	3,13	2,96	7,87
p-Wert		.001	.049	.045	.053	<.0001
Religionszugehörigkeit						
Religionszugehörigkeit (n=292)	M	0,88	0,69	1,51	1,63	1,10
	SD	0,86	0,62	0,75	0,71	0,55
keine Religionszugehörigkeit (n=88)	M	0,25	0,59	1,40	1,45	0,82
	SD	0,50	0,58	0,70	0,77	0,44
F-Wert		41,95	1,73	1,61	4,45	18,68
p-Wert		<.0001	n.s.	n.s.	.036	<.0001

Für die verschiedenen Altersgruppen kann festgestellt werden, dass die unter 30-Jährigen signifikant weniger Bedürfnisse nach innerem Frieden empfinden ($F=2,25$; $p=0,049$) und im Trend auch weniger religiöse Bedürfnisse ($F=2,21$; $p=0,065$). Die stärksten Bedürfnisse nach innerem Frieden zeigen die 51-60-Jährigen, während die meisten religiösen Bedürfnisse von den über 70-Jährigen geäußert werden (Wapler et al., 2021) (nicht dargestellt).

4.5. Ausprägung von spirituellen Bedürfnissen in Bezug auf klinische Indikatoren

Ein weiterer Aspekt der Studie ist die Untersuchung des Einflusses klinischer Indikatoren auf die Art und Ausprägung der spirituellen Bedürfnisse bei Notfallpatienten. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass für keinen der klinischen Indikatoren ein signifikanter Zusammenhang mit der Bedürfnislage der Patienten gefunden werden kann (siehe Tabelle 6). Weder für den ESI noch für das von der Hauptdiagnose betroffene Organsystem kann ein signifikanter Einfluss auf die Bedürfnisse der Patienten festgestellt werden. Auch die behandelnde Fachrichtung, der CCI, die Aufenthaltsdauer und ob ambulant oder stationär behandelt wird, beeinflussen die spirituellen Bedürfnisse nicht signifikant.

Tabelle 6: Ausprägung spiritueller Bedürfnisse bezogen auf medizinische Indikatoren (Frick et al., 2020, Tab. 3)

		Religiöse Bedürfnisse	Existenzielle Bedürfnisse	Bedürfnisse nach innerem Frieden	Geben / Generative Bedürfnisse	SpNQ20 Score
All (n=380)	M	0,73	0,67	1,49	1,59	1,04
	SD	0,84	0,61	0,74	0,73	0,54
Emergency Severity Index						
ESI 2 (n=82)	M	0,68	0,67	1,42	1,56	1,00
	SD	0,82	0,73	0,79	0,72	0,63
ESI 3 (n=217)	M	0,77	0,66	1,54	1,60	1,06
	SD	0,86	0,56	0,69	0,74	0,50
ESI 4 + 5 (n=73)	M	0,71	0,73	1,40	1,60	1,03
	SD	0,77	0,62	0,79	0,72	0,55
F-Wert		0,39	0,32	1,52	0,08	0,33
p-Wert		n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Organsystem						
Kardiovaskulär (n=58)	M	0,72	0,63	1,50	1,62	1,03
	SD	0,83	0,62	0,75	0,77	0,57
Respiratorisch (n=24)	M	0,93	0,78	1,41	1,51	1,10
	SD	0,88	0,76	0,77	0,56	0,57
Nervensystem (n=54)	M	0,77	0,60	1,41	1,50	0,99
	SD	0,85	0,56	0,73	0,78	0,55
Gastrointestinal (n=41)	M	0,93	0,91	1,76	1,77	1,26
	SD	0,85	0,52	0,71	0,67	0,46
Urogenital (n=34)	M	0,50	0,45	1,51	1,49	0,89
	SD	0,70	0,39	0,69	0,69	0,40
Haut (n=30)	M	0,59	0,75	1,46	1,72	1,04
	SD	0,73	0,69	0,85	0,73	0,55
Bewegungsapparat (n=106)	M	0,72	0,67	1,50	1,59	1,04
	SD	0,85	0,63	0,75	0,70	0,56
Andere (n=30)	M	0,76	0,66	1,22	1,48	0,97
	SD	0,96	0,66	0,57	0,85	0,57
F-Wert		1,00	1,91	1,55	0,86	1,54
p-Wert		n.s.	.069	n.s.	n.s.	n.s.

4.6. Multiple Varianzanalysen

Bisher kann kein Zusammenhang der untersuchten klinischen Parameter mit den spirituellen Bedürfnissen der Patienten gefunden werden, aber unter den demographischen Variablen haben Alter, Geschlecht und Religionszugehörigkeit einen Einfluss auf die Art und Ausprägung der Bedürfnisse. Um die Bedeutung der einzelnen Variablen genauer zu analysieren, wurden multiple Varianzanalysen (MANOVA) durchgeführt. Dabei zeigt sich, dass die religiösen Bedürfnisse von allen drei Variablen beeinflusst werden (siehe Tabelle 7). Für die Interpretation gilt, dass eine höhere Quadratsumme einer stärkeren Variation der Mittelwerte entspricht. Das heißt, dass eine fehlende Religionszugehörigkeit mit der Quadratsumme 23,41 den stärksten Einfluss der drei Variablen auf die religiösen Bedürfnisse hat. Für die anderen Bedürfniskategorien lässt sich festhalten, dass sie vor allem durch das Geschlecht beeinflusst werden, wobei Frauen durchschnittlich höhere Gesamtwerte erreichen als Männer (Frick et al., 2021; Wapler et al., 2021).

Tabelle 7: Ergebnisse der multiplen Varianzanalyse (MANOVA) (Frick et al., 2020, Tab. 5)

Variablen	Totale Quadratsummen				p-Wert (Pillai)
	Religiöse Bedürfnisse	Existenzielle Bedürfnisse	Bedürfnisse nach innerem Frieden	Geben / Generative Bedürfnisse	
Geschlecht	8,88	2,05	2,99	2,36	0,003
Alter	2,99	0,36	1,73	0,14	0,001
Keine Religion	23,41	0,34	0,37	1,59	0,009

Die Werte sind totale Quadratsummen, die sich auf die statistische Signifikanz der mittleren Unterschiede in Bezug auf die Gesamtvariabilität beziehen. Die Varianz der Gruppen wird in einen einzelnen Wert überführt, wobei die Höhe der totalen Quadratsumme der Größe der Variation in den Mittelwerten entspricht. Der Pillai Test wurde für die Evaluierung der MANOVA ausgewählt, da er sehr robust ist.

4.7. Machbarkeit

Von 479 angesprochenen Patienten stimmen 383 der Teilnahme an der Befragung zu, was einer Rücklaufquote von 80% entspricht. Diese große Akzeptanz der Studie zeigt, dass auch in der Notfallambulanz eine standardisierte Erfassung von spirituellen Bedürfnissen möglich und praktisch durchführbar ist (Frick et al., 2021). Es können auch in dem komplexen Ablauf der Notaufnahme Zeitfenster gefunden und ausreichend Privatsphäre geschaffen werden, um Daten zu spirituellen Bedürfnissen zu erheben. Gründe für eine Nichtteilnahme sind beispielsweise Schmerz oder mangelndes Inte-

resse, manchmal auch, dass die Fragen als zu intim empfunden werden (Wapler et al., 2021).

Aufgrund des zeitlichen Rahmens können nicht alle anwesenden Patienten angesprochen werden, sodass die Entscheidung, ob ein Kontakt stattfindet, durch den Interviewer getroffen wird. Dadurch kann es zu einer unbewussten Selektion von Seiten der Interviewer kommen: dies wird unter „Limitierungen“ genauer erläutert.

4.8. Feldbeobachtung

4.8.1. Die Notaufnahme aus Beobachterperspektive

Im Folgenden wird die Atmosphäre im Notfallzentrum beschrieben, wie sie im Rahmen der Studie beobachtet wurde.

In einem großen Wartezimmer sind alle Patienten versammelt, die kräftig genug sind, um bis zum Beginn ihrer Behandlung zu sitzen oder zu stehen. Dabei ist die Dauer der Wartezeit ungewiss und wenn man das Triagesystem nicht kennt, scheint die Behandlungsreihenfolge oft willkürlich zu sein. Die Sinne werden von ungewohnten Reizen überflutet: das Licht ist grell und kalt, es riecht nach Desinfektionsmittel oder unangenehmen menschlichen Ausdünstungen, man hört Gespräche anderer Patienten, piep-sende Monitore und Schmerzensäußerungen. Manchmal bekommt man die Ankunft des Rettungsdienstes oder Notarztes mit oder kommt auf dem Weg ins Behandlungszimmer an den auf Liegen wartenden Patienten im Gang vorbei und erlebt so auch das Leid anderer ein Stück weit mit. Die Atmosphäre ist geprägt von der Ungewissheit in Bezug auf die eigene Erkrankung einerseits und dem Unwissen über den Ablauf andererseits, bei dem man dem medizinischen Personal ausgeliefert und selbst keine Kontrolle zu haben scheint. Häufig müssen auch begleitende Angehörige während der Diagnostik oder Behandlung im Wartezimmer bleiben, was sich zum Teil über mehrere Stunden hin erstrecken kann. Um als Patient währenddessen wieder Kontakt zu begleitenden Personen herzustellen, ist man in der Regel auf die Kommunikation durch die Krankenschwestern und -pfleger angewiesen.

4.8.2. Interaktionen mit Patienten und Pflegepersonal

Im Feldbuch wurde notiert, dass auch das Pflegepersonal Interesse an der Studie zeigt und des Öfteren den ersten Kontakt zwischen Patienten und Interviewern herstellt. Viele Patienten lassen sich trotz ihrer Beschwerden darauf ein, über ihre spirituellen Bedürfnisse Auskunft zu geben, einige zeigen sich sogar dankbar für die Ablenkung und Aufmerksamkeit, die ihnen zuteilwird. An vielen Tagen wurde festgehalten, dass die Patienten einen hohen Redebedarf haben. Manchmal ergibt sich im Anschluss an

die Befragung ein längeres Gespräch über Spiritualität, die aktuelle Lebenssituation oder andere wichtige Lebensthemen, nach dem manche dieser Patienten ihre Erleichterung ausdrücken und dankbar für die empathische Zuwendung sind (Wapler et al., 2021). So berichte eine Patientin beispielsweise gegen Ende der Befragung, an die sich ein Gespräch angeschlossen hat, dass sie es als Geschenk empfinde, „dass Sie [der Interviewer] da sind“ und sich jetzt viel ruhiger und zuversichtlicher fühle als vor der Befragung.

5. Diskussion

5.1. Beantworten der Forschungsfragen

Die zu Beginn formulierten Forschungsfragen können folgendermaßen beantwortet werden:

1. Die strukturierte Erhebung spiritueller Bedürfnisse ist auch in einem Notfallzentrum durchführbar. Für eine hohe Akzeptanz spricht zudem, dass lediglich 96 der 479 kontaktierten Patienten die Befragung ablehnten, was eine Rücklaufquote von 80% ergibt.
2. Die Patienten verspüren religiöse, existenzielle und generative Bedürfnisse sowie Bedürfnisse nach innerem Frieden, wobei die generativen Bedürfnisse und jene nach innerem Frieden in dieser Stichprobe ausgeprägter sind als religiöse oder existenzielle.
3. Frauen äußern stärkere Bedürfnisse nach innerem Frieden, religiöse und existenzielle Bedürfnisse als Männer. Patienten unter 30 Jahren verspüren signifikant weniger Bedürfnisse nach innerem Frieden und einen Trend für weniger religiöse Bedürfnisse im Vergleich zu den anderen Altersgruppen. Patienten mit einer Religionszugehörigkeit äußern stärkere religiöse Bedürfnisse, dies gilt in besonderem Maße für muslimische Patienten.
4. Weder für Behandlungsdringlichkeit, Krankheitsverlauf oder betroffenes Organsystem noch für andere klinische Parameter lässt sich eine signifikante Assoziation mit Art und Ausprägung spiritueller Bedürfnisse feststellen.

5.2. Einordnung der Ergebnisse in den aktuellen Forschungsstand

5.2.1. Spirituelle Bedürfnisse in der Notaufnahme

In der Notaufnahme findet häufig der erste Kontakt zwischen Patient und Krankenhaus statt, weshalb sie dazu dienen soll, schnelle und effiziente Entscheidungen zu treffen, wie weiterhin mit dem Patienten vorgegangen werden soll (Fleischmann, 2016). Es ist bemerkenswert, dass es trotz der komplexen Organisationsstruktur und beschränkter Zeit möglich ist, eine Untersuchung zu spirituellen Bedürfnissen bei Notfallpatienten durchzuführen. Die Rücklaufquote von 80 Prozent weist dabei auf eine große Bereitschaft und das Interesse hin, sich mit dem Thema der spirituellen Bedürfnisse auseinander zu setzen. Allein das Ansprechen von spirituellen Bedürfnissen kann dem Patienten eine Tür öffnen und so ermöglichen, aktuell empfundenen Distress, Sorgen und

Nöte zu artikulieren. Manche Patienten, die diese Möglichkeit in Anspruch nehmen und mit denen sich nach der Befragung ein längeres Gespräch ergibt, empfinden dies als hilfreich oder beruhigend. In assistierten Interviews mit dem SpNQ in Alters- und Pflegeheimen wurde Ähnliches beobachtet, einige der Interviewten begannen sogar zu weinen, weil sie noch nie aufgefordert worden seien, über intime Empfindungen zu sprechen. Sie empfanden diese Unterhaltungen dann häufig als befreiend und bereichernd (Erichsen & Büssing, 2013).

Mitfühlender Kontakt, aufmerksames Zuhören, Empathie und Akzeptanz, wie sie in solchen Gesprächen notwendig sind, sind definitionsgemäß bereits ein Teil des Spiritual Care (Edwards et al., 2010). Durch das Durchführen einer assistierten Befragung zu spirituellen Bedürfnissen in der Notaufnahme kann sich also für Patienten, die das möchten, die Möglichkeit bieten, ihre spirituellen Belange auszudrücken und darin wahrgenommen zu werden.

Ein Teil der Patienten verweigert die Teilnahme an der Studie aus mangelndem Interesse oder weil sie die Fragen als zu intim empfinden. In einer Studie zu Ansichten von medizinischem Personal und Patienten über Spiritualität und Spiritual Care äußerten einige Patienten das Bedürfnis, mit medizinischem Personal über ihre spirituellen Bedürfnisse zu sprechen (Selby et al., 2017). Andere zeigten sich jedoch skeptisch bezüglich dieser Vorstellung, denn um sich damit wohlfühlen, sei es für sie notwendig, eine Beziehung zu der befragenden Person zu haben. Es ist also unabdingbar und im Sinne des Spiritual Care, Desinteresse oder eine abwehrende Haltung zum Thema spirituelle Bedürfnisse wertungsfrei zu akzeptieren und als Bedürfnis zu achten. Ebenso ist es wichtig, offen zuzuhören, ohne die Patienten von der eigenen Ansicht zu spirituellen Fragen überzeugen zu wollen und den richtigen Moment für Unterhaltungen zu diesem Thema zu finden (Selby et al., 2017).

5.2.2. Generative Bedürfnisse und Bedürfnisse nach innerem Frieden

In der untersuchten Stichprobe von Notfallpatienten sind die bedeutsamsten Bedürfnisse jene nach innerem Frieden und generative Bedürfnisse. Auch in anderen Studien, in denen das SpNQ beispielsweise an Patienten mit chronischen Erkrankungen und Krebserkrankungen und älteren Menschen im Alters- oder Pflegeheim angewandt wurde, waren die Bedürfnisse dieser beiden Kategorien den Befragten am wichtigsten (Büssing et al., 2010; Büssing, Janko et al., 2013; Erichsen & Büssing, 2013). Generative Bedürfnisse umfassen zum Beispiel das Bedürfnis, jemanden zu trösten oder den Sinn und Wert des eigenen Lebens zu erkennen. In der Ungewissheit, die eine Erkrankung in Bezug auf sowohl die aktuelle als auch zukünftige Situationen hervorruft, entsteht ein Bedürfnis nach der Gewissheit, dass das eigene Dasein dennoch wertvoll und

sinnerfüllt ist. Indem Menschen etwas von sich selbst verschenken, jemanden trösten oder ihre Lebenserfahrung weitergeben, machen sie die Erfahrung, auch im Leben anderer wertvoll und von Bedeutung zu sein (Büssing et al., 2015). In Untersuchungen zu den spirituellen Bedürfnissen von Patienten mit chronischen Erkrankungen und Palliativpatienten mit Lungenkrebs und Herzinsuffizienz zeigte aktives Geben eine Assoziation mit einer höheren Lebenszufriedenheit. Dieser Zusammenhang kann als der Wunsch der Patienten interpretiert werden, eine nützliche und sinnvolle Rolle im Leben einzunehmen. So entwickeln sie sich weg vom „passiv Leidenden“ hin zu einem aktiven Mitglied der Gesellschaft und finden darin Sinn, Anerkennung und einen gesteigerten Selbstwert (Büssing & Koenig, 2010; Murray et al., 2004).

Die fremde, technisierte und einschüchternde Umgebung und die Ausnahmesituation, die häufig mit Angst, Unsicherheit und Schmerzen einhergeht, prägt das Erleben der Patienten in der Notaufnahme (Eiff et al., 2016). Auch lange Wartezeiten, Ungewissheit über den weiteren Ablauf und fehlende Information und Kommunikation erzeugen Stress bei den Patienten. Gleichzeitig ist das Arbeitsumfeld des Personals geprägt von Anspannung, Chaos, Zeitmangel und Entscheidungsdruck. Der Fokus auf die Notfallversorgung kann auch dazu führen, dass das Personal sich auf die medizinischen Fakten konzentriert, ohne der menschlichen oder spirituellen Dimension der Patienten Beachtung zu schenken (Bürgi, 2016). Das heißt, im stressigen Alltag der Notaufnahme fällt es dem Personal oft schwer, Spiritual Care zu leisten und die spirituellen Bedürfnisse der Patienten zu erkennen und zu achten.

Diese Gesamtsituation ruft erheblichen Stress hervor, den die Patienten mithilfe der ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen und Copingmechanismen bewältigen müssen (Harrer, 1995; Lazarus & Folkman, 1984). Die Außergewöhnlichkeit der Situation und die vielen unterschiedlichen Sinneseindrücke, die potenziell als Bedrohung wahrgenommen werden, strapazieren alltägliche Copingmechanismen und stellen die Betroffenen vor eine große Herausforderung.

Die Sehnsucht, in die Schönheit der Natur einzutauchen, an einem Ort der Ruhe und des Friedens zu verweilen oder inneren Frieden finden zu können, kann auch als gewisse Flucht vor und Distanzierung von der als schwierig empfundenen Situation verstanden werden. Durch positive äußere und innere Einflüsse wird es leichter, für eine Weile einen ruhigen und ausgeglichenen Gemütszustand herbeizuführen (Büssing, Zhai et al., 2013). Auch wenn sich die Natur im Wandel der Jahreszeiten ständig verändert, bietet sie doch die Erfahrung von Sicherheit und Verlässlichkeit. Beispielsweise überdauern Bäume viele Jahrzehnte relativ unverändert und unbeeinflusst von den Ereignissen im Leben des Betrachters (Gebhard, 2014). Obwohl durch Entwicklung,

Krankheit oder Schicksalsschläge das ganze Leben verändert zu sein scheint, bleiben vertraute Orte in der Natur davon unberührt und können zu einem Zufluchtsort werden. Zudem ist bekannt, dass die Natur vielfältige positive Effekte auf physische und psychische Gesundheit hat. Schon 1984 wurde in einer Studie über den Genesungsverlauf von Patienten nach Cholezystektomie ein Zusammenhang zwischen Kontakt mit der Natur und postoperativem Verlauf entdeckt. Diejenigen Patienten, die ein Zimmer mit Blick auf Bäume hatten, benötigten weniger lang starke Schmerzmittel, hatten durchschnittlich eine kürzere Verweildauer und weniger postoperative Komplikationen als jede Patienten, deren Zimmer lediglich auf eine Ziegelmauer blickte (Ulrich, 1984). Auch wenn dieser Einfluss der Natur den Menschen in der Regel nicht bewusst ist, so wird doch der Aufenthalt in der Natur schon von Kindern als Spaß, Wohlfühlen und Entspannung erlebt. Auf Erwachsene haben Naturräume wie Wiesen und Wälder ebenso eine belebende Wirkung und ermöglichen die Erholung von Stress (Gebhard, 2014). Vor diesem Hintergrund können die Sehnsucht, in die Natur einzutauchen und das Bedürfnis, an einem Ort der Ruhe und des Friedens zu verweilen, den Stellenwert der Natur als Ressource zur Bewältigung von Stress verdeutlichen.

5.2.3. Religion, Alter, Geschlecht und spirituelle Bedürfnisse

Wie erwartet, sind die religiösen Bedürfnisse bei Patienten mit einer Religionszugehörigkeit stärker ausgeprägt. Auffällig ist jedoch, dass die muslimischen Patienten signifikant höhere religiöse Bedürfnisse äußern als die Patienten mit christlicher Konfession. Laut Studien zur Gläubigkeit von Muslimen in Deutschland schätzten sich 86% als eher gläubig oder sehr gläubig ein. Der Anteil an Gläubigen der Befragten aller Konfessionen in Deutschland, von denen lediglich 4% muslimisch waren, war mit insgesamt 70% deutlich niedriger (Bertelsmann Stiftung, 2009; Haug et al., 2009). Das könnte ein Erklärungsansatz für die beobachteten höheren religiösen Bedürfnisse der muslimischen Teilnehmer sein, aber die Interpretation dieses Ergebnisses muss mit großer Vorsicht und Zurückhaltung betrachtet werden. Einerseits ist die Anzahl muslimischer Patienten unter den Befragten mit 24 Personen ausgesprochen gering, andererseits sind die Interviewer scheinbar christlich oder zumindest nicht muslimisch geprägt. Demnach ist nicht auszuschließen, dass die Ergebnisse durch ein Bias verzerrt sind, weshalb sie in zukünftigen Studien weiter verifiziert werden müssen.

Betrachtet man die religiösen Bedürfnisse in verschiedenen Altersgruppen wird deutlich, dass diese für jüngere Patienten weniger wichtig sind als für ältere; am wichtigsten sind sie in der Altersgruppe der über 70-Jährigen. Indem das Ende des Lebens immer näher rückt und auch die Funktionsfähigkeit des Körpers abnimmt, werden spirituelle und religiöse Aspekte für viele Menschen im Alter wieder wichtiger (Büssing, 2011). In

schwierigen Situationen suchen Menschen häufig aktiv nach Bedeutung und Sinn, da das bisherige Selbstbild, Werte und Ziele infrage gestellt und neu definiert werden. Diese Sinnsuche kann mit einer Zuwendung zur Religion einhergehen, denn Religion und Spiritualität bieten die Möglichkeit, sich mit den Lebensthemen zu beschäftigen und neue geistige Potentiale zu erkennen. Zwar kann man die Endlichkeit des Lebens keineswegs auf das Alter begrenzen, sondern sie umfasst das gesamte Leben, jedoch kann man der Konfrontation mit der Vergänglichkeit und Endlichkeit lange Zeit ausweichen. Das Altern und die damit verbundenen Einschränkungen und Autonomieverluste sowie eine zunehmende körperliche Fragilität verdeutlichen die Endlichkeit des Lebens radikal und stellen die Menschen so vor die Herausforderung, die eigene Identität in Einklang mit diesen Veränderungen zu bringen (Weyel 2009).

Das weibliche Geschlecht ist assoziiert mit einer stärkeren Ausprägung nicht nur der religiösen Bedürfnisse, sondern auch der existenziellen Bedürfnisse und solcher nach innerem Frieden. In anderen Untersuchungen mit dem SpNQ, beispielsweise an Bewohnern von Altersheimen und Patienten mit chronischen Schmerzerkrankungen oder Krebs, waren ebenso die Bedürfnisse der Frauen stärker ausgeprägt als die der Männer (Büssing, Janko et al., 2013; Erichsen & Büssing, 2013; Höcker et al., 2014). In einer Studie zu Religiosität in Deutschland schätzten sich 20 Prozent der Frauen als hochreligiös ein, aber nur 16 Prozent der Männer. Gleichzeitig gaben 23 Prozent der Frauen und 34 Prozent der Männer an, gar nicht religiös zu sein (Bertelsmann Stiftung, 2009). Dies zeigt, dass Frauen in Deutschland sich durchschnittlich als religiöser betrachten als Männer und kann ein Teil der Erklärung für ihre stärkeren religiösen Bedürfnisse sein. Untersucht man die Anwendung verschiedener Copingstrategien im Umgang mit Krankheit, fällt eine vermehrte Neigung von Frauen zu „Zuwendungsorientiertem Coping“ auf. Darunter werden unter anderem Copingstrategien wie Zuwendung, Religiosität oder emotionale Entlastung subsummiert (Hessel et al., 2000). Einige Fragen des SpNQ fallen in diesen Bereich, so zum Beispiel die Fragen nach dem Bedürfnis, mit jemandem über Ängste und Sorgen zu reden oder dass jemand zuhört (Büssing et al., 2018). Eine umfassende und durchweg plausible Erklärung für die Unterschiede der Bedürfnisse zwischen den Geschlechtern zu finden, scheint aufgrund der unzähligen Einflussfaktoren nicht ohne weiteres möglich zu sein. Deshalb wird an dieser Stelle auf weitere Interpretation verzichtet.

5.2.4. Klinische Variablen und spirituelle Bedürfnisse

Nachdem der Einfluss verschiedener demographischer Parameter auf die spirituellen Bedürfnisse von Patienten eines Notfallzentrums erörtert wurde, soll nun der Zusammenhang von klinischen Variablen und spirituellen Bedürfnissen betrachtet werden.

Dass sich kein signifikanter Einfluss der klinischen Parameter auf die Bedürfnislage der Notfallpatienten zeigt, ist überraschend. Im Folgenden werden verschiedene Aspekte dieses Zusammenhangs beleuchtet, die Studienlage zu diesem Thema ausgeführt und mögliche Erklärungen dargestellt.

Spirituelle Bedürfnisse von Notfallpatienten wurden bisher kaum untersucht, jedoch gibt es in anderen Bereichen der Medizin, insbesondere in der Onkologie und Palliativmedizin, schon vielfältige Studien zu Spiritualität, spirituellen Bedürfnissen und Spiritual Care. Manche dieser Studien kommen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die klinischen Variablen keinen Einfluss auf die spirituellen Bedürfnisse der Patienten haben. In einer Untersuchung mithilfe des SpNQ an Krebspatienten in verschiedenen Krankheitsstadien veränderten demographische Variablen die Ausprägung der spirituellen Bedürfnisse, nicht jedoch klinische Parameter. Weder der Krankheitsverlauf, ein palliatives oder kuratives Therapiekonzept, noch die Art der Krebserkrankung führten bei den untersuchten Patienten zu einer signifikanten Änderung der spirituellen Bedürfnisse. Demzufolge sollten diese Bedürfnisse nicht nur im fortgeschrittenen oder palliativen Stadium einer Krebserkrankung, sondern vielmehr im gesamten Krankheitsverlauf geachtet und berücksichtigt werden (Höcker et al., 2014). Auch in einer Untersuchung an Patienten mit malignem Melanom gab es keine signifikante Veränderung der Bedürfnisse im Krankheitsverlauf (Haußmann et al., 2018). Bei Patienten mit chronischen Schmerz- und Krebserkrankungen, die zusätzlich zum SpNQ unter anderem Fragen zur Lebensqualität, Schmerz und subjektiver Behinderungseinschätzung beantworteten, zeigten sich unterschiedliche Einflüsse klinischer Parameter auf die spirituellen Bedürfnisse. Einerseits hatten weder die Symptomausprägung noch der „Pain Disability Index“, ein Fragebogen zur subjektiven Behinderungseinschätzung bei chronischen Schmerzpatienten, Auswirkung auf die Art und Ausprägung der empfundenen spirituellen Bedürfnisse. Andererseits äußerten Krebspatienten ausgeprägtere Bedürfnisse und die Interpretation von Krankheit als positiv oder negativ veränderten die Bedürfnislage (Büssing, Janko et al., 2013).

Es ist bekannt, dass einschneidende Lebensereignisse eine spirituelle Neuorientierung auslösen und kritische Situationen Religiosität intensivieren können (Weyel, 2009). Mit der Frage nach spirituellen Sorgen und Nöten und deren Ausdruck im Krankenhausumfeld wurde eine Gruppe amerikanischer Patienten untersucht, die von chronischen internistischen Krankheitsbildern wie Hypertonie, Arthritis und Diabetes geprägt war. Hier zeigte sich, dass religiöses Coping verstärkt angewendet wurde, wenn die eigene Krankheit als schwerwiegender eingeschätzt wurde (Ellis et al., 2013). Eine andere Studie befasste sich mit Patienten, die an terminaler Herzinsuffizienz oder inoperablem Lungenkrebs erkrankt waren. Über einen Zeitraum von bis zu einem Jahr wurden mit-

hilfe von qualitativen Interviews in einem je dreimonatigen Abstand spirituelle Nöte und Sorgen erfasst. Dabei wurde festgestellt, dass die Bedürfnisse, die die Patienten äußerten, sich im Verlauf der Erkrankung und in verschiedenen Krankheitsstadien änderten. Die Aussicht, bald zu sterben, intensivierte häufig die Suche nach Vergebung und Sinn. Auch für die beiden Krankheitsbilder zeichneten sich Unterschiede ab: Die Patienten mit Lungenkrebs empfanden zum Zeitpunkt der Diagnosestellung und am Lebensende besonders starke spirituelle Bedürfnisse. Dahingegen zeigten die Patienten mit terminaler Herzinsuffizienz über den Befragungszeitraum weitgehend gleich bleibende spirituelle Nöte, geprägt von Vertrauensverlust, Isolation und Hoffnungslosigkeit (Murray et al., 2004). Einen unterschiedlichen Einfluss verschiedener Krankheitsbilder auf die spirituellen Bedürfnisse demonstrierte auch eine Befragung von Patienten mit chronischen Schmerzerkrankungen und Krebspatienten mit dem SpNQ. Dabei gaben Krebspatienten mehr existenzielle, religiöse und generative Bedürfnisse und mehr Bedürfnis nach innerem Frieden an, hatte also im Vergleich zu den Patienten mit chronischem Schmerz in allen Bedürfniskategorien ein höheres Gesamtergebnis (Büssing et al., 2010).

Insgesamt würde man also in Anbetracht der Studienlage erwarten, dass die klinischen Parameter die spirituellen Bedürfnisse der Notfallpatienten beeinflussen. Da bekannt ist, dass insbesondere einschneidende Lebensereignisse spirituelle Fragen aufwerfen, scheint es plausibel, dass Schwere und Lebensbedrohlichkeit einer Erkrankung die Bedürfnisse intensivieren. Dies wird von der Behandlungsdringlichkeit, gemessen als ESI, und dem Komorbiditätsindex CCI abgebildet, jedoch haben beide Parameter keinen signifikanten Einfluss auf die spirituellen Bedürfnisse der Patienten. Möglicherweise dauert es eine gewisse Zeit und braucht ausreichend Ruhe, um die Situation zu bewerten und die vorhandenen Ressourcen und Copingmechanismen einschätzen zu können (Frick et al., 2021). Im Verlauf einer Krankheit kommt es zur Neuorientierung und wiederum zu einer Bewertung der aktuellen Situation (Büssing, 2011). Die Befragung von Patienten in der Notaufnahme, die häufig vor dem Arztkontakt und fast immer vor Stellung einer genauen Diagnose stattfindet, ist absichtlich so gewählt, um den Einfluss der Akutsituation auf die Bedürfnisse der Patienten feststellen zu können. Dabei haben diese im Vorhinein kaum Zeit und auch nicht das nötige Wissen, um sich tiefer mit der Einschätzung der Situation zu befassen. Wenn beispielsweise der Vorstellungsgrund Obstipation ist, im Aufenthalt aber als Ursache ein Karzinom diagnostiziert wird, ändern sich Einfluss und Bedeutung des Ereignisses für den Patienten drastisch. Demnach wäre es von großem Interesse, eine weitere Studie durchzuführen, in der die Patienten zu verschiedenen Zeitpunkten während der Erkrankung und Behandlung befragt werden, um einerseits die Akutsituation in der Notaufnahme, andererseits

die Entwicklung der spirituellen Bedürfnisse über die Zeit darzustellen. Dies ist vor allem wichtig, weil fehlendes Wissen über die Ausprägung und Veränderung der spirituellen Bedürfnisse im Krankheitsverlauf es erschweren kann, das Vorhandensein dieser überhaupt zu bemerken. Insbesondere gilt das in unserer immer mehr säkularisierten Gesellschaft, da es keine einheitliche Definition von Spiritualität gibt, sondern diese auf vielfältige, individuell unterschiedliche Art ausgedrückt wird (Höcker et al., 2014).

Das SpNQ ist so konzipiert, dass es eine Vielfalt an spirituellen Bedürfnissen abfragt, die sich in verschiedenen Bereichen des Lebens widerspiegeln. Diese Bedürfnisse können sozialer, emotionaler, existenzieller und religiöser Art sein (Büssing & Koenig, 2010). Durch umfassende Berücksichtigung von Bedürfnissen aus verschiedenen Lebensbereichen ist das SpNQ ein Instrument, das für die Anwendung in diversen Lebenssituationen geeignet ist, etwa in palliativen Situationen, bei chronischer Krankheit oder bei Gesunden (Büssing et al., 2015; Büssing, Janko et al., 2013; Erichsen & Büssing, 2013). Möglicherweise hat die Akutsituation, in der sich ein Mensch befindet, nicht gleich einen großen Einfluss auf die Ausprägung dieser zahlreichen Bedürfnisse. Vielmehr wäre denkbar, dass es eine gewisse Zeit braucht, bis sich spirituelle Bedürfnisse entwickeln und verändern.

Patienten aller Fachrichtungen stellen sich mit verschiedensten Beschwerden von unterschiedlicher Dringlichkeit in der Notaufnahme vor (Bernhard et al., 2009). Aus den Arztbriefen und Behandlungsberichten wurden für die 383 befragten Patienten etwa 240 verschiedene Hauptdiagnosen ermittelt. Das Zuweisen zu klaren Gruppen ist durch dieses für Notaufnahmen typische heterogene Patientenkollektiv herausfordernd und wird auf mehrfache Art umgesetzt: der ESI ordnet die Daten nach Behandlungsdringlichkeit, der CCI gilt als Maß für die Krankheitslast. Zusätzlich erfolgt die Gruppierung nach Fachrichtung und nach Organsystem, das von der Hauptdiagnose betroffen ist. In keiner der Gruppen kann die Vielfalt vollständig abgebildet werden, will man jedoch den Facettenreichtum beachten, werden die einzelnen Untergruppen zu klein, um eine sinnvolle Aussage treffen zu können. Die vorliegende Studie liefert erste Ergebnisse zu spirituellen Bedürfnissen der Notfallpatienten. Um noch detaillierter den Einfluss einzelner Krankheitsbilder auf die spirituellen Bedürfnisse in der Notfallsituation feststellen zu können und auch kleinere Unterschiede sichtbar zu machen, ist die Durchführung einer ähnlichen Studie an einer weitaus größeren Stichprobe zu empfehlen.

Bei all ihrer Vielfalt ist den Patienten gemeinsam, dass sie aus einem gewissen Anlass die Notfallambulanz aufsuchen und eine Ausnahmesituation erleben. Trotz Unterschieden in Beschwerdebild, Dringlichkeit, Alter, Geschlecht oder Komorbiditäten, teilen die

Patienten das Umfeld der Notaufnahme und befinden sich in einer Akutsituation. Die Prädominanz von Bedürfnissen nach innerem Frieden bei den Notfallpatienten kann als Auswirkung dieser Situation interpretiert werden. Damit drückt sich das Verlangen aus, dieser Situation zu entkommen und in einen friedlichen Gemütszustand zurückkehren zu können (Büssing, Janko et al., 2013).

Nachdem sich unterschiedlich stark ausgeprägte spirituelle Bedürfnisse bei den Notfallpatienten finden, die durch den Einfluss der demographischen Parameter nicht ausreichend erklärbar sind, bleiben noch unklare Faktoren, die die spirituellen Bedürfnisse beeinflussen. Im Sinne des Stressmodells von Lazarus haben zum Beispiel Selbstwirksamkeitserwartung, Ängste oder sozialer Rückhalt einen Einfluss auf die Bewertung einer Situation als gut zu bemeisternde Herausforderung oder potenzielle Bedrohung (Lazarus & Folkman, 1984). Dementsprechend kann es sein, dass nicht die Krankheit und die Symptome an sich, sondern das Vorhandensein oder Fehlen von Ressourcen im Umgang mit Krankheit und Stress zum Entstehen von spirituellen Bedürfnissen beitragen. Einen Hinweis darauf liefert auch eine Studie, in der Bewohner von Alten- und Pflegeheimen mit dem SpNQ zu ihren spirituellen Bedürfnissen befragt wurden. Dabei zeigte sich ein Einfluss von Trauer und emotionaler Müdigkeit auf die Ausprägung der spirituellen Bedürfnisse (Ericksen & Büssing, 2013). Um diese These eingehend zu prüfen, braucht man ein umfassendes Bild der physischen und psychischen Situation, der Ressourcen und Copingmechanismen der Patienten. Bei der Befragung der Notfallpatienten ergaben sich manchmal im Anschluss an den Fragebogen Gespräche, in denen von den Patienten zum Teil prägende Lebenserfahrungen oder schwierige häusliche Umstände thematisiert wurden. So war beispielsweise eine Patientin sehr belastet durch die Pflege ihres seit Kurzem bettlägerigen und pflegebedürftigen Vaters. Es wäre wünschenswert, auch solche Informationen abfragen und verwerten zu können, denn man würde erwarten, dass diese einen Einfluss auf die spirituellen Bedürfnisse haben. Für die durchgeführte Studie wurde der Fokus auf die beschriebenen demographischen und klinischen Parameter gelegt, die in der häufig knappen Zeit gut zu eruieren waren. Diese enthalten jedoch keine Informationen zur aktuellen emotionalen Situation oder zur situationsbezogenen Lebensqualität der Befragten. In zukünftigen Studien sind ergänzend zur standardisierten Datenerhebung qualitative Interviews mit den Patienten zu empfehlen, um einen tieferen Einblick in die Lebenssituation und ihre Auswirkung auf die spirituellen Bedürfnisse der Patienten zu gewinnen.

5.3. Limitierungen

Das besondere Umfeld der Notaufnahme bringt einige Limitierungen im Kontext der Datenerhebung mit sich. Eine davon ist, dass nicht alle Anwesenden angesprochen werden können, wenn ein hohes Patientenaufkommen ist. Die Entscheidung über das Ansprechen wird vom Interviewer getroffen. Dabei ist nicht auszuschließen, dass die Körpersprache der Patienten oder die bevorzugte Befragung in Warte- oder Behandlungsbereich zu einer unbewussten Selektion der Stichprobe und zu einem Überschätzen der Teilnahme führen. Diese Thematik wurde vor Beginn der Datenerhebung mit den Interviewern besprochen, um die unbewusste Selektion möglichst gering zu halten. Außerdem wird die Stichprobe mit den Patienten verglichen, die im gleichen Zeitraum des Vorjahres im Notfallzentrum behandelt wurden. Diese Patienten unterscheiden sich weder in der Alters- und Geschlechterverteilung noch in den medizinischen Parametern von den in der Studie eingeschlossenen Patienten, sodass die Stichprobe als repräsentativ für das Notfallzentrum des Klinikums Bogenhausen gilt.

Das Notfallzentrum besteht aus Wartebereich, Behandlungszimmern, einem Akutbereich und einer Aufnahmestation, außerdem warten liegende Patienten in den Gängen vor den Behandlungszimmern. Demensprechend kann auch die Erhebung nicht an einem festen Ort und zu einem definierten Zeitpunkt stattfinden, um den Ablauf der Patientenversorgung nicht zu behindern. Vielmehr werden die Patienten in den unterschiedlichen Bereichen und zu verschiedenen Zeitpunkten während der Notfallbehandlung befragt.

Um den Einfluss körperlicher Beschwerden auf die Teilnahmemöglichkeit gering zu halten, werden alle Patienten assistiert befragt, also die Fragen laut vorgelesen und die Antworten durch den Interviewer eingetragen. Dies birgt die Gefahr der Antwortverzerrung durch soziale Erwünschtheit, also die Anpassung der Antworten daran, was die Studienteilnehmer anhand von Normen und Erwartungen für sozial wünschenswert halten (Hlawatsch & Krickl, 2019). Da der Effekt der sozialen Erwünschtheit bei einer assistierten Befragung anders ausgeprägt ist als bei selbstständigem Ausfüllen des Fragebogens (Stocké, 2019), werden alle Interviews auf die gleiche Weise durchgeführt. Dabei wird diesem Effekt bestmöglich entgegengewirkt, indem darauf geachtet wird, einen geschützten Rahmen mit ausreichend Privatsphäre zu schaffen, eine offene und neutrale Haltung zu zeigen und zu bewahren und mit den Patienten möglichst ohne Anwesenheit von Angehörigen zu sprechen.

Als zusätzliche Besonderheit der Notaufnahme wurde das heterogene Patientengut bereits in der Diskussion beschrieben. Die an 383 Patienten aus einem Notfallzentrum in Bayern erhobenen Daten zu spirituellen Bedürfnissen dienen also der ersten Ein-

schätzung dieser Bedürfnisse und als Grundlage für neue Hypothesen. Vergleicht man Daten zu spirituellen Bedürfnissen von Bewohnern von Alters- und Pflegeheimen in Schleswig-Holstein (Erichsen & Büssing, 2013) und Bayern (Man-Ging et al., 2015), lässt sich einen Zusammenhang von spirituellen Bedürfnissen mit regionalen Merkmalen vermuten (Frick et al., 2021). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie dürfen dementsprechend nicht generalisiert für Notfallpatienten in ganz Deutschland interpretiert werden, vielmehr sollten in Zukunft weitere Studien zu den spirituellen Bedürfnissen von Notfallpatienten durchgeführt werden. Anhand einer größeren Stichprobe lässt sich der Einfluss einzelner Krankheitsbilder auf die Bedürfnislage detaillierter darstellen. Zudem sollten verschiedene Kliniken deutschlandweit gewählt werden, um die interregionalen Unterschiede in der Ausprägung spiritueller Bedürfnisse besser zu verstehen.

5.4. Schlussfolgerung

In der vorliegenden Studie äußern Notfallpatienten eine Vielzahl verschiedener spiritueller Bedürfnisse, deren standardisierte Untersuchung auch im Umfeld der Notaufnahme umzusetzen ist. Einige der Teilnehmer merken dabei an, dass die Befragung oder ein dadurch entstandenes Gespräch ihnen guttut, sie erleichtert oder beruhigt. In der Auswertung kann kein klinisches Unterscheidungsmerkmal ausgemacht werden, das mit besonders ausgeprägten spirituellen Bedürfnissen einhergeht. Da spirituelle Bedürfnisse individuell unterschiedlich empfunden und ausgedrückt werden (Büssing & Koenig, 2010), ist es wichtig, individuell auf die Person einzugehen, die diese äußert. Dabei gilt es auch zu akzeptieren, wenn sich jemand nicht über seine spirituellen Bedürfnisse äußern möchte. Aber es ist eben auch notwendig, die Möglichkeit zu bieten, diese auszusprechen, wenn es gewünscht wird.

Die meisten Studien zu spirituellen Bedürfnissen und Spiritual Care drehen sich um onkologisch erkrankte und oftmals palliativ behandelte Patienten. Dass Krebspatienten verschiedene spirituelle Bedürfnisse haben, die sich im Krankheitsverlauf ändern können, ist mittlerweile bekannt. Zusätzlich zeigen viele Untersuchungen einen positiven Einfluss von Spiritual Care, also der Beachtung der spirituellen Bedürfnisse, auf die Lebensqualität und die Zufriedenheit mit der Versorgung. Die vorliegende Studie stellt dar, dass auch Notfallpatienten spirituelle Bedürfnisse äußern und es möglich ist, diese bereits in der Notaufnahme zu erfassen. Aus diesen Informationen ergibt sich die Frage, ob die frühzeitige Erfassung spiritueller Bedürfnisse und ein frühes Anbieten von Spiritual Care einen positiven Einfluss auf den Krankheitsverlauf haben können, zum Beispiel in Form von kürzeren und weniger Krankenhausaufenthalten, weniger Komplikationen oder einer höheren Lebensqualität. Um dies zu erforschen, sollten zusätzliche

Studien zu spirituellen Bedürfnissen und Spiritual Care in der Akutsituation und im weiteren Krankheitsverlauf durchgeführt werden.

Als nächster Schritt ist bereits geplant, die Spiritual Care Kompetenz des medizinischen Personals der Notaufnahme zu ermitteln, denn ein häufiger Grund, die spirituellen Bedürfnisse von Patienten nicht anzusprechen, ist mangelnde Ausbildung. Dies hat zur Folge, dass das Personal sich nicht kompetent genug fühlt, um Spiritual Care zu leisten (M. Balboni et al., 2013; Rushton, 2014). In Interviews äußerten Mitarbeiter der Interdisziplinären Notfallstation Zürich, dass die Ausbildung in Spiritual Care für eine bessere Atmosphäre im Team, mehr Gelassenheit und mehr Sensibilität im Umgang des Personals untereinander Sorge. Zudem steige die Compliance und das Vertrauen der Patienten und es sei persönlich erfüllend, den Patienten als Menschen wahrzunehmen und unterstützen zu können (Bürgi, 2016).

Ähnliches empfand auch die Autorin bei Befragung der Notfallpatienten zu ihren spirituellen Bedürfnissen. Nach Überwinden der ersten Scheu, Patienten auf ihre spirituellen Bedürfnisse anzusprechen, empfand sie die Befragung teilweise als sehr berührend und bereichernd. Dies war insbesondere der Fall, wenn sich dadurch Gespräche entwickelten, die die Patienten beruhigten oder erleichterten. Für sie ist die Vorstellung, diese kleinen Freuden im Klinikalltag immer wieder zu erleben, indem man auch auf die spirituellen Bedürfnisse der Patienten eingeht, erfüllend und stärkt die Motivation und Begeisterung für die Arbeit mit Patienten. Vielleicht kann das Achten der spirituellen Bedürfnisse die Arbeit in der Notaufnahme sowohl für die Patienten als auch für das medizinische Personal bereichern.

Literaturverzeichnis

- AWMF (Hrsg.). (2020). *S3-Leitlinie Palliativmedizin*. <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/index.php?id=80&type=0>
- Balboni, M., Sullivan, A., Amobi, A., Phelps, A. C., Gorman, D. P., Zollfrank, A., Peteet, J. R., Prigerson, H., Vanderweele, T. J. & Balboni, T. (2013). Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 31(4), 461–467. <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.44.6443>
- Balboni, T., Balboni, M., Paulk, M. E., Phelps, A., Wright, A., Peteet, J., Block, S., Lathan, C. S., Vanderweele, T. & Prigerson, H. (2011). Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life. *Cancer*, 117(23), 5383–5391. <https://doi.org/10.1002/cncr.26221>
- Balboni, T., Vanderwerker, L. C., Block, S., Paulk, M. E., Lathan, C. S., Peteet, J. R. & Prigerson, H. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 25(5), 555–560. <https://doi.org/10.1200/JCO.2006.07.9046>
- Bernhard, M., Pietsch, C. & Gries, A. (2009). Die interdisziplinäre Notfallaufnahme: Organisation, Struktur und Prozessoptimierung. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*, 44(6), 454–459.
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). (2009). *Woran glaubt die Welt? Analysen und Kommentare zum Religionsmonitor 2008* (1. Aufl.). Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Bürgi, D. (2016). Spiritual Care in der Notfallversorgung. *Spiritual Care*, 203–208. <https://doi.org/10.1515/spircare-2016-0128>
- Büssing, A. (2011). Spiritualität/Religiosität als Ressource im Umgang mit chronischer Krankheit. In A. Büssing & N. Kohls (Hrsg.), *Spiritualität transdisziplinär: Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit* (S. 107–124). Springer-Verlag Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-13065-6_10
- Büssing, A., Balzat, H. J. & Heusser, P. (2010). Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer - validation of the spiritual needs questionnaire. *European Journal of Medical Research*, 15, 266–273.
- Büssing, A., Janko, A., Baumann, K., Hvidt, N. C. & Kopf, A. (2013). Spiritual Needs among Patients with Chronic Pain Diseases and Cancer Living in a Secular Society. *Pain Medicine*, 14, 1362–1373.
- Büssing, A. & Koenig, H. (2010). Spiritual Needs of Patients with Chronic Diseases. *Religions*, 1(1), 18–27. <https://doi.org/10.3390/rel1010018>
- Büssing, A., Pilchowska, I. & Surzykiewicz, J. (2015). Spiritual Needs of Polish Patients with Chronic Diseases. *Journal of religion and health*, 54(5), 1524–1542. <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9863-x>
- Büssing, A., Recchia, D., Koenig, H., Baumann, K. & Frick, E. (2018). Factor Structure of the Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ) in persons with chronic diseases, elderly and healthy individuals. *Religions*, 9(13). <https://doi.org/10.3390/rel9010013>
- Büssing, A., Zhai, X., Peng, W. & Ling, C. (2013). Psychosocial and spiritual needs of patients with chronic diseases: validation of the Chinese version of the Spiritual

- Needs Questionnaire. *Journal of integrative medicine*, 11(2), 106–115.
<https://doi.org/10.3736/jintegrmed2013020>
- Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K. L. & MacKenzie, R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *Journal of chronic diseases*, 40(5), 373–383.
- Christ, M., Grossmann, F., Winter, D., Bingisser, R. & Platz, E. (2010). Modern triage in the emergency department. *Deutsches Ärzteblatt international*, 107(50), 892–898. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0892>
- Cobb, M., Dowrick, C. & Lloyd-Williams, M. (2012). What can we learn about the spiritual needs of palliative care patients from the research literature? *Journal of pain and symptom management*, 43(6), 1105–1119.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.06.017>
- Degroot, V., Beckerman, H., Lankhorst, G. & Bouter, L. (2003). How to measure comorbidity. A critical review of available methods. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56(3), 221–229. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(02\)00585-1](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(02)00585-1)
- Edwards, A., Pang, N., Shiu, V. & Chan, C. (2010). The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliative medicine*(8), 753–770.
<https://doi.org/10.1177/0269216310375860>
- Eiff, Dodt, C., Niehues, Fleischmann, T. & Brachmann. (2016). *Management der Notaufnahme: Patientenorientierung und optimale Ressourcennutzung als strategischer Erfolgsfaktor* (2. Aufl.). Kohlhammer.
- Ellis, M. R., Thomlinson, P., Gemmill, C. & Harris, W. (2013). The spiritual needs and resources of hospitalized primary care patients. *Journal of religion and health*, 52(4), 1306–1318. <https://doi.org/10.1007/s10943-012-9575-z>
- Erichsen, N.-B. & Büssing, A. (2013). Spiritual needs of elderly living in residential/nursing homes. *Evidence-based complementary and alternative medicine*, 2013. <https://doi.org/10.1155/2013/913247>
- Fleischmann, T. (2016). Schnittstelle Zentrale Notaufnahme [Emergency Department Interfaces]. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 141(1), 19–23.
<https://doi.org/10.1055/s-0041-108906>
- Frick, E., Büssing, A., Rodrigues Recchia, D., Härtl, K., Beivers, A., Wapler, C. & Dodt, C. (2021). Spirituelle Bedürfnisse von Patienten eines Notfallzentrums [Spiritual needs of patients in an emergency room]. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 116(3), 245–253.
<https://doi.org/10.1007/s00063-020-00653-8>
- Gebhard, U. (2014). Wie viel "Natur" braucht der Mensch? "Natur" als Erfahrungsraum und Sinninstanz. In G. Hartung & T. Kirchhoff (Hrsg.), *Welche Natur brauchen wir? Analyse einer anthropologischen Grundproblematik des 21. Jahrhunderts* (S. 249–274). Karl Alber.
- Goldman, E., Plack, M., Roche, C., Smith, J. & Turley, C. (2009). Learning in a chaotic environment. *Journal of Workplace Learning*, 21(7), 555–574.
<https://doi.org/10.1108/13665620910985540>
- Gordon, B. S., Keogh, M., Davidson, Z., Griffiths, S., Sharma, V., Marin, D., Mayer, S. A. & Dangayach, N. S. (2018). Addressing spirituality during critical illness: A review of current literature. *Journal of critical care*, 45, 76–81.
<https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.01.015>
- Grossmann, F. F., Delpont, K. & Keller, D. I. (2009). Emergency Severity Index. *Notfall + Rettungsmedizin*, 12(4), 290–292. <https://doi.org/10.1007/s10049-009-1156-7>
- Han, C.-Y., Lin, C.-C., Goopy, S., Hsiao, Y.-C., Barnard, A. & Wang, L.-H. (2017). Waiting and hoping: a phenomenographic study of the experiences of boarded pa-

- tients in the emergency department. *Journal of clinical nursing*, 26(5-6), 840–848. <https://doi.org/10.1111/jocn.13621>
- Handzo, G. & Koenig, H. (2004). Spiritual care: Whose job is it anyway? *Southern Medical Association*, 97(12), 1242–1244.
- Harrer, M. (1995). Krankheitsverarbeitung (Coping). In O. Frischenschlager, M. Hexel, W. Kantner-Rumplmair, M. Ringler, W. Söllner & Wisiak U. (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychosozialen Medizin*. Springer.
- Haug, S., Müssig, S. & Stichs, A. (2009). *Muslimisches Leben in Deutschland: im Auftrag der Deutschen Islam Konferenz. Forschungsbericht/ Bundesamt für Migration und Flüchtlinge Forschungszentrum Migration, Integration und Asyl: Bd. 6*. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Haußmann, A., Schäffeler, N., Hautzinger, M., Weyel, B., Eigentler, T., Zipfel, S. & Teufel, M. (2018). Religiöse/spirituelle Bedürfnisse und psychosoziale Belastung von Patienten mit malignem Melanom. *TumorDiagnostik & Therapie*, 39(2), 116–123. <https://doi.org/10.1055/s-0044-100824>
- Held, U. (2010). Welche Arten von Studiendesigns gibt es und wie werden sie korrekt eingesetzt? *Swiss Medical Forum*, 10(41). <https://doi.org/10.4414/smf.2010.07304>
- Hermann, C. (2006). Development and testing of the spiritual needs inventory for patients near the end of life. *Oncology nursing forum*, 33(4), 737–744. <https://doi.org/10.1188/06.ONF.737-744>
- Hessel, A., Heim, E., Geyer, M. & Brähler, E. (2000). Krankheitsbewältigung in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 50(08), 311–321.
- Hlawatsch, A. & Krickl, T. (2019). Einstellungen zu Befragungen. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 357–364). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_24
- Höcker, A., Krüll, A., Koch, U. & Mehnert, A. (2014). Exploring spiritual needs and their associated factors in an urban sample of early and advanced cancer patients. *European journal of cancer care*, 23(6), 786–794. <https://doi.org/10.1111/ecc.12200>
- Jackson, D., Doyle, C., Capon, H. & Pringle, E. (2016). Spirituality, spiritual need, and spiritual care in aged care: What the literature says. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 28(4), 281–295. <https://doi.org/10.1080/15528030.2016.1193097>
- Jang, T., Kryder, G. D., Char, D., Howell, R., Primrose, J. & Tan, D. (2004). Prehospital Spirituality: How Well Do We Know Ambulance Patients? *Prehospital and Disaster Medicine*, 19(4), 356–361. <https://doi.org/10.1017/S1049023X00001989>
- Kruizinga, R., Scherer-Rath, M., Schilderman, H. J. B. A. M., Puchalski, C. M. & van Laarhoven, H. H. W. M. (2018). Toward a Fully Fledged Integration of Spiritual Care and Medical Care. *Journal of pain and symptom management*, 55(3), 1035–1040. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.11.015>
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.
- Man-Ging, C. I., Öven Uslucan, J., Fegg, M., Frick, E. & Büssing, A. (2015). Reporting spiritual needs of older adults living in Bavarian residential and nursing homes. *Mental Health, Religion & Culture*, 18(10), 809–821. <https://doi.org/10.1080/13674676.2015.1100159>
- München Klinik (Hrsg.). (2021). *Notfallzentrum der München Klinik Bogenhausen*. <https://www.muenchen-klinik.de/krankenhaus/bogenhausen/notaufnahme-notfallzentrum/>

- Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., Worth, A. & Benton, T. F. (2004). Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliative medicine*, 18(1), 39–45. <https://doi.org/10.1191/0269216304pm837oa>
- Offenbaecher, M., Kohls, N [N.], Toussaint, L. L., Sigl, C., Winkelmann, A., Hieblinger, R., Walther, A. & Büsing, A. (2013). Spiritual needs in patients suffering from fibromyalgia. *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM*, 1–13. <https://doi.org/10.1155/2013/178547>
- Pearce, M. J., Coan, A. D., Herndon, J. E., Koenig, H. & Abernethy, A. P. (2012). Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual well-being in advanced cancer patients. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 20(10), 2269–2276. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1335-1>
- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K. & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *Journal of palliative medicine*, 17(6), 642–656. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>
- Quan, H., Sundararajan, V., Halfon, P., Fong, A., Burnand, B., Luthi, J.-C., Saunders, D., Beck, C., Feasby, T. & Ghali, W. (2005). Coding algorithms for defining comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. *Medical Care*, 43(11), 1130–1139.
- Rushton, L. (2014). What are the barriers to spiritual care in a hospital setting? *British Journal of Nursing*(7), 370–374.
- Selby, D., Seccaraccia, D., Huth, J., Kurppa, K. & Fitch, M. (2017). Patient versus health care provider perspectives on spirituality and spiritual care: the potential to miss the moment. *Annals of palliative medicine*, 6(2), 143–152. <https://doi.org/10.21037/apm.2016.12.03>
- Steinmann, R. M. (2011). Zur Begriffsbestimmung von Spiritualität - eine experimentelle, integrativ-abgleichende Gegenüberstellung von zwei Definitionen. In A. Büsing & N. Kohls (Hrsg.), *Spiritualität transdisziplinär: Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit* (S. 37–51). Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Stocké, V. (2019). Persönlich-mündliche Befragung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 745–756). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_51
- Tanyi, R. A. (2002). Towards clarification of the meaning of spirituality. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 500–509. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02315.x>
- Taylor, S. E. & Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual review of clinical psychology*, 3, 377–401. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091520>
- Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science (New York, N. Y.)*, 224(4647), 420–421. <https://doi.org/10.1126/science.6143402>
- Utsch, M. (2018). Begriffsbestimmungen: Religiosität oder Spiritualität? In M. Utsch, R. M. Bonelli & S. Pfeifer (Hrsg.), *Psychotherapie und Spiritualität* (Bd. 200, S. 29–40). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-56009-9_3
- van Nieuw Amerongen-Meeuse, J. C., Schaap-Jonker, H., Hennipman-Herweijer, C., Anbeek, C. & Braam, A. W. (2018). Patients' needs of religion/spirituality integration in two mental health clinics in the Netherlands. *Issues in mental health nursing*, 40(1), 41–49. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1475522>

- Wapler, C., Dodt, C., Büssing, A., Beivers, A., Härtl, K. & Frick, E. (2021). Spiritual needs of patients in the emergency room. In A. Büssing (Hrsg.), *Spiritual Needs in Research and Practice: The Spiritual Needs Questionnaire as a Global Resource for Health and Social Care* (S. 251–263). Springer Nature Switzerland.
- Wensley, C., Botti, M., McKillop, A. & Merry, A. F. (2017). A framework of comfort for practice: An integrative review identifying the multiple influences on patients' experience of comfort in healthcare settings. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 29(2), 151–162. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw158>
- Weyel, B. (2009). Aszetik: Spiritualität und Religiosität im Alter. In T. Klie, M. Kumlehn & R. Kunz (Hrsg.), *Praktische Theologie des Alterns* (S. 597–614). de Gruyter.
- Weyrich, P., Christ, M., Celebi, N. & Riessen, R. (2012). Triagesysteme in der Notaufnahme [Triage systems in the emergency department]. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin*(1), 67-78. <https://doi.org/10.1007/s00063-011-0075-9>
- Wu, L.-F., Koo, M., Liao, Y.-C., Chen, Y.-M. & Yeh, D.-C. (2016). Development and Validation of the Spiritual Care Needs Inventory for Acute Care Hospital Patients in Taiwan. *Clinical nursing research*, 25(6), 590–606. <https://doi.org/10.1177/1054773815579609>
- Wuerz, R., Travers, D., Gilboy, N., Eitel, D., Rosenau, A. & Yazhari, R. (2001). Implementation and Refinement of the Emergency Severity Index. *Academic emergency medicine*, 8(2), 170–176.
- Yong, J., Kim, J., Han, S.-S. & Puchalski, C. M. (2008). Development and validation of a scale assessing spiritual needs for Korean patients with cancer. *Journal of palliative care*, 24(4), 240–246.
- Zimmermann, M., Brokmann, J. C., Gräff, I., Kumle, B., Wilke, P. & Gries, A. (2016). Zentrale Notaufnahme-Update 2016 [Emergency departments--2016 update]. *Der Anaesthetist*, 65(4), 243–249. <https://doi.org/10.1007/s00101-016-0142-y>

Anhang

A. Einwilligung zur Studienteilnahme



Studie zu spirituellen Bedürfnissen bei Patientinnen und Patienten der Notfallambulanz

Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme

Vorname und Name des Studienteilnehmers

Geburtsdatum

Ich wurde von _____ vollständig über Ziele und Inhalte der „Studie zu spirituellen Bedürfnissen bei Patientinnen und Patienten der Notfallambulanz“ aufgeklärt. Ich habe die Teilnehmerinneninformation gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen und Antworten zu erhalten. Ich bin über den möglichen Nutzen der Studie informiert.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an der Studie zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist. Ich weiß, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung widerrufen kann, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig auf mich auswirkt.

Ich bin informiert, dass die Studiendurchführenden zur Schweigepflicht und zum Datenschutz verpflichtet sind. Die Datenerhebung ist pseudonymisiert. Die Verwendung der Daten erfolgt ausschließlich zu statistischen und wissenschaftlichen Zwecken. **Ich bin mit der Erhebung und Verwendung persönlicher Daten und Befunddaten nach Maßgabe der Teilnehmerinneninformation einverstanden.**

Hiermit erkläre ich meine freiwillige Teilnahme an der Studie „Studie zu spirituellen Bedürfnissen bei Patientinnen und Patienten der Notfallambulanz“.

Ort, Datum

Unterschrift

B. Fragebogen zu soziodemographischen Daten

Geschlecht: weiblich männlich

Geburtsjahr:

Geburtsland: deutschsprachiges Land anderes

Staatsangehörigkeit: Deutschland Österreich Schweiz Italien Türkei

Griechenland Polen Kroatien andere:

Familienstand: verheiratet mit Partner/in zusammenlebend
 geschieden getrennt lebend alleinstehend verwitwet

Höchster erreichter Bildungsabschluss: keiner Hauptschulabschluss

Mittlere Reife Abitur Hochschulabschluss Promotion Habilitation

Religionszugehörigkeit:

Christlich 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

Kurze Notizen

C. Spiritual Needs Questionnaire SpNQ-20

<p>Im Folgenden finden Sie Aussagen zu bestimmten Bedürfnissen, wie sie von anderen Menschen geäußert wurden.</p> <p>Bitte überprüfen Sie, inwieweit diese für Sie persönlich in der letzten Zeit zutreffen. Wenn dieses Bedürfnis für Sie besteht, dann geben Sie <u>bitte auch</u> an, wie stark dieses bei Ihnen ausgeprägt ist.</p>					
	Haben Sie in der letzten Zeit das Bedürfnis gehabt ...	Nein	Wenn JA, wie stark ist dieses Bedürfnis bei Ihnen?		
			gering	mittel	groß
N2	mit jemandem über Ihre Ängste und Sorgen reden zu können?	<input type="radio"/>	1	2	3
N4	auf Ihr bisheriges Leben zurückzuschauen?	<input type="radio"/>	1	2	3
N5	ungelöste Dinge aus Ihrem Leben zu klären?	<input type="radio"/>	1	2	3
N6	in die Schönheit der Natur eintauchen zu können?	<input type="radio"/>	1	2	3
N7	an einem Ort der Ruhe und des Friedens verweilen zu können?	<input type="radio"/>	1	2	3
N8	inneren Frieden finden zu können?	<input type="radio"/>	1	2	3
N10	einen Sinn in Krankheit oder Leiden sehen zu können?	<input type="radio"/>	1	2	3
N11	mit jemandem die Frage nach dem Sinn im Leben ansprechen zu können?	<input type="radio"/>	1	2	3
N12	mit jemandem über die Möglichkeit eines Lebens nach dem Tod reden zu können?	<input type="radio"/>	1	2	3
N14	etwas von sich verschenken zu wollen?	<input type="radio"/>	1	2	3
N15	jemandem Trost spenden zu können?	<input type="radio"/>	1	2	3
N16	jemandem aus einem bestimmten Abschnitt Ihres Lebens vergeben zu können?	<input type="radio"/>	1	2	3
N17	dass Ihnen vergeben wird?	<input type="radio"/>	1	2	3
N18	mit jemandem zu beten?	<input type="radio"/>	1	2	3
N19	dass jemand für Sie betet?	<input type="radio"/>	1	2	3
N20	selber zu beten?	<input type="radio"/>	1	2	3
N21	an einer religiösen Feier (z.B. Gottesdienst) teilnehmen zu können?	<input type="radio"/>	1	2	3
N22	religiöse/spirituelle Bücher/Schriften zu lesen?	<input type="radio"/>	1	2	3
N23	sich an eine höhere Präsenz (Gott, Engel, Heilige) wenden zu können?	<input type="radio"/>	1	2	3
N26	Ihre Lebenserfahrungen weitergeben zu können?	<input type="radio"/>	1	2	3
N27	Gewissheit zu haben, dass das eigene Leben sinn- und wertvoll war und ist?	<input type="radio"/>	1	2	3
N25*	mit der Familie verbunden zu sein?	<input type="radio"/>	1	2	3
N30*	von Ihrer Familie mehr Rückhalt zu bekommen?	<input type="radio"/>	1	2	3

SpNQ-20 © Arndt Büsing, Witten/Herdecke University

Danksagung

Ich bedanke mich herzlich bei meinem Doktorvater Prof. Dr. Eckhard Frick für seine Geduld mit mir und die Bereitschaft, mir bei allen Fragen und Anliegen unterstützend zur Seite zu stehen. Danke für die zuverlässige und schnelle Erreichbarkeit und für die Vernetzung mit anderen Doktoranden zum Erfahrungsaustausch und zur Motivation. Für mich war das Schreiben der Arbeit eine bereichernde Erfahrung, die mich auch persönlich weitergebracht hat. Danke für den Glauben an meine Fähigkeiten und die Begegnung auf Augenhöhe.

Ebenso bedanke ich mich bei meiner Familie, die mich in allen Lebenslagen unterstützt, ermutigt und begleitet. Danke für das Korrekturlesen, geduldiges Zuhören, kluge Ratschläge, aufbauende Worte, ... Danke, dass ihr für mich da seid.

Mein innerster Dank gilt dem Höchsten, der mich auf diesem Weg führt und mir alle Hilfe und allen Beistand zur Verfügung stellt, um das Leben zu bemeistern.