

**Validierung eines deutschsprachigen Fragebogens (SCCQ-s) zur Erhebung
der Spiritual Care-Kompetenz von Studierenden und Auszubildenden in
Gesundheitsberufen**

Loretta Tentscher

Vollständiger Abdruck der von der TUM School of Medicine and Health der
Technischen Universität München zur Erlangung einer Doktorin der Medizin (Dr.med.)
genehmigten Dissertation.

Vorsitz: apl. Prof. Dr. Ute Reuning

Prüfer der Dissertation:

1. Prof. Dr. Eckhard Frick
2. Prof. Dr. Dr. Thomas R. Tölle

Die Dissertation wurde am 23.03.2023 bei der Technischen Universität München
eingereicht und durch die TUM School of Medicine and Health am 14.03.2024
angenommen.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	4
Geschlechtergleichbehandlung im Text	4
1. Einleitung	5
1.1 Einführung in Spiritual Care	5
1.1.1 Definition von Spiritual Care.....	5
1.1.2 Spiritualität im Gesundheitswesen – Rückblick und Aktualitätsbezug.....	6
1.1.3 Spiritual Care – Anwendungen und Auswirkungen	8
1.2 Spirituelle Kompetenz	9
1.2.1 Kompetenzbegriff.....	9
1.2.2 Spiritual Care-Kompetenz	10
1.2.3 Erfassung von Kompetenzen – Messinstrumente	11
1.2.4 Kompetenzförderung	13
1.3 Lehre und Ausbildung in deutschsprachigen Ländern.....	15
1.4 Zielsetzung und Fragestellung	18
2. Methodik	19
2.1 Ethikvotum.....	19
2.2 Studienpopulation	19
2.3 Studiendesign	19
2.4 Datenerhebung	19
2.5 Messinstrument	21
2.5.1 Demographische Daten	21
2.5.2 Ausbildungsbezogene Daten	21
2.5.3 Spiritual Care Competence Questionnaire – Studierendenversion	22
2.5.4 Qualitative Analyse	23
2.6 Statistik.....	25
2.6.1 Explorative Faktorenanalyse	25
2.6.2 Konfirmatorische Faktorenanalyse	26
2.6.3 Reliabilität.....	28
3. Ergebnisse	29
3.1 Stichprobe	29
3.2 Spiritual Care in der Ausbildung	32
3.3 Spiritual Care Competence Questionnaire (SCCQ-s)	35
3.3.1 Profillinie.....	35
3.3.2 Qualitative Auswertung	38
3.3.2.1 Verständnis von Spiritual Care.....	38
3.3.2.2 Berufsbezogene Spiritual Care-Kompetenz.....	43
3.3.2.3 Berufsbezogenes Zuständigkeitsempfinden	48
3.4 Faktorenanalyse	51

3.4.1 Zusammenfassung – exploratives Vorgehen.....	51
3.4.2 Prüfung des Datensatzes.....	51
3.4.3 Explorative Faktorenanalyse.....	52
3.4.4 Konfirmatorische Faktorenanalyse.....	56
4. Diskussion	59
4.1 Diskussion der Methode.....	59
4.2 Diskussion der Ergebnisse.....	60
4.2.1 Spiritual Care in der Ausbildung – inhaltliche Betrachtung.....	60
4.2.2 Validierungsstudie	62
4.2.3 Vergleich SCCQ	64
4.3 Einordnung der Ergebnisse in den aktuellen Forschungsstand.....	65
4.4 Bedeutung und Ausblick	66
5. Limitationen	68
6. Zusammenfassung	70
7. Literaturverzeichnis	72
8. Tabellenverzeichnis	78
9. Abbildungsverzeichnis	79
10. Anhang	80
10.1 Onlineumfrage, SCCQ-s – ungekürzte Version.....	80
11. Danksagung	84

Abkürzungsverzeichnis

SC	Spiritual Care
SCK	Spiritual Care-Kompetenz
R/S	Religiosität/Spiritualität
SuA	Studierende und Auszubildende
SCCQ-(s)	Spiritual Care Competence Questionnaire -(Studierendenversion)
EFA	Explorative Faktorenanalyse
KFA	Konfirmatorische Faktorenanalyse

Geschlechtergleichbehandlung im Text

In dieser Dissertation wurde zur besseren Lesbarkeit auf eine geschlechterspezifische Formulierung verzichtet. In dieser Arbeit wurde vorwiegend eine männliche Textform verwendet. Die Inhalte dieser Arbeit beziehen sich dennoch auf Angehörige aller Geschlechter.

1. Einleitung

1.1 Einführung in Spiritual Care

1.1.1 Definition von Spiritual Care

Ein möglicher Versuch, um sich dem Begriff Spiritual Care zu nähern, besteht darin, ihn in seine zwei Teile aufgliedern. Er setzt sich aus den zwei Begriffen „Spiritual“ und „Care“ zusammen. So steht wie auch bei der Palliative Care das „Care“ aus dem Englischen für „Pflege, Versorgung, Betreuung“. Darüber hinaus beinhaltet das „Care“ die Dimension des um- und füreinander Sorgens. Doch wofür steht das „Spiritual“ in Spiritual Care? Spiritualität ist ein mehrdimensionales Konstrukt, das sich schwer anhand einer einheitlichen Definition beschreiben lässt (Cook, 2004; Wasner, 2005). Der Versuch, Spiritualität zu definieren, bewegt sich häufig zwischen einem zu breiten und einem zu engen Spiritualitätsverständnis. Mit der zunehmenden Bedeutung von Spiritual Care (SC) im Gesundheitswesen haben jedoch verschiedene Akteure eine Definition formuliert. Dadurch kann ein einheitlicheres Verständnis von Spiritualität gefördert werden. Die europäische Palliativgesellschaft beschreibt Spiritualität wie folgt:

Spiritualität ist die dynamische Dimension menschlichen Lebens, die sich darauf bezieht, wie Personen (individuell und in Gemeinschaft) Sinn, Bedeutung und Transzendenz erfahren, ausdrücken und/oder suchen, und wie sie in Verbindung stehen mit dem Moment, dem eigenen Selbst, mit Anderen/m, mit der Natur, mit dem Signifikanten und/oder dem Heiligen (EAPC, 2010).

In diversen Metaanalysen wurde versucht, die verschiedenen Dimensionen des Spiritualitätsbegriffs herauszuarbeiten. Publikationsübergreifend wiederkehrende Elemente bei dem Versuch, Spiritualität zu definieren, waren die Transzendenz, die Verbundenheit, die Bedeutung/Bestimmung, die Suche nach dem höheren Sinn und das Bewusstsein (Cook, 2004; Vachon et al., 2009). Gemeinsam ist den unterschiedlichen Definitionen von Spiritualität vor allem eines – die Individualität (Büssing et al., 2006; Roser, 2011). Spiritualität wird als individuelle Sehnsucht und Suche der Menschen nach dem Heiligen, nach Orientierung, Sinn und Ganzheit beschrieben (Utsch et al., 2017). Der Spiritualitätsbegriff im Gesundheitswesen schließt jegliche Religionen, jegliche atheistische Sinnesentwürfe und Philosophien mit ein (Boothe & Frick, 2017) und ist stets im weltanschaulichen Kontext und Kulturkreis des Individuums einzuordnen (Büssing, 2015; Knoblauch, 2009). Dadurch unterscheidet sich Spiritualität maßgeblich von Religiosität und Religion. Diese basieren mitunter auf der Annahme eines institutionalisierten Werte- und Symbolsystems (Utsch et al., 2017). Spiritualität wird häufig als umfangreicher beschrieben.

Die Ausprägungen, die Spiritualität und Religiosität innerhalb eines Individuums einnehmen können, wurden von Barker (2004) wie folgt beschrieben: a) Religiosität und Spiritualität seien für das Individuum gleichbedeutend, b) Spiritualität sei eine Unterform der Religiosität, c) Religiosität sei eine Unterform der Spiritualität, d) Religiosität und Spiritualität seien völlig voneinander getrennt, e) Religiosität und Spiritualität weisen diverse Überschneidungen auf.

Nach den bisherigen Erläuterungen des Spiritualitätsbegriffes werden abschließend für ein tieferes Verständnis von Spiritual Care folgende Definitionen aufgeführt. Dabei wird Spiritual Care als die „*Sorge der Gesundheitsberufe um die spirituellen Nöte, Krisen und Wünsche kranker Menschen*“ beschrieben (Frick 2012, S.20). Spiritual Care sei der Versuch, „*dem Anderen und dem Geist, der ihn erfüllt, respektvoll Raum zu geben*“ (Pengkeller, 2012, zitiert nach Prenner, 2016, S. 12).

1.1.2 Spiritualität im Gesundheitswesen – Rückblick und Aktualitätsbezug

Spiritual Care etabliert sich zunehmend als eigenständiger Bereich innerhalb des Gesundheitswesens. Dadurch wird die Notwendigkeit, sich in der Medizin mit spirituellen, existenziellen und religiösen Fragestellungen zu beschäftigen, verdeutlicht. Doch nicht erst durch den Fachbereich Spiritual Care können Spiritualität und Medizin miteinander in Verbindung gebracht werden. Vielmehr sollte die Spiritualität innerhalb der Medizin als ein integraler Bestandteil betrachtet werden. Die Einheit von Spiritualität, Religion und Gesundheit wird von einigen Autoren im geschichtlichen Kontext weniger als Ausnahme, sondern vielmehr als Regel beschrieben (Bruchhausen, 2011; Hilpert, 2011). Historisch betrachtet schien die „*Sorge für das seelische Heil der Pflegebedürftigen zunächst alltagsprägender als die Möglichkeiten der medizinischen Intervention mit ihren noch wenig ausgereiften Behandlungsverfahren*“ (Giese, 2016, S.217). Das Vertrauen auf spirituelle Heilung schien zu früheren Zeiten ein entscheidender Faktor der Krankheitsbewältigung gewesen zu sein. Die Fortschrittlichkeit der heutigen modernen Medizin und damit die Möglichkeit, nahezu jedem eine Chance auf eine medizinische Behandlung zu ermöglichen, schien in der Vergangenheit noch fern. Doch mit der modernen, technologisierten Medizin änderten sich die Behandlungsmöglichkeiten und Heilungschancen. Die Medizin verstand sich zunehmend primär als Naturwissenschaft. Damit wurden die auf die Transzendenz bezogenen Deutungen des Lebens und der Heilung vorerst in den Hintergrund gestellt und damit Spiritualität und Religiosität als wichtige Ressourcen der Krankheitsbewältigung verdrängt (Dinges et al., 2019). Zusätzlich bedingten Wirtschaftlichkeitsaspekte eine voranschreitende Digitalisierung und einen schnelllebigen Krankenhausalltag, einen verminderten Arzt-Patienten-Kontakt und damit eine Abwendung von den spirituellen, existenziellen sowie religiösen Bedürfnissen der Patienten. Erst diese Entwicklungen im

Sinne einer *Entmenschlichung innerhalb des Gesundheitswesens* und eines dadurch entstehenden *Unbehagens gegen die reine Biomedizin* ermöglichten in den Augen einiger Autoren die erneute Hinwendung zu Spiritualität und Religiosität in der Medizin (Dinges et al., 2019; Heller, 2014). Das wachsende Feld der Spiritual Care kann mitunter als eine Antwort auf ein wieder stärker werdendes Bedürfnis der Gesellschaft nach Spiritualität interpretiert werden. Diese Entwicklungen in der Gesellschaft wurden bereits früher als Spiritualitäts-Boom (Nauer, 2015b) oder Spiritual-Turn (Frick, 2014; Houtman & Aupers, 2007) bezeichnet. In mehreren Studien konnte ebendiese Entwicklung belegt werden. Eine zunehmende Zahl der Befragten ordnete sich dort der Gruppe „spirituell nicht religiös“ zu (Gecewicz & Lipka, 2017; Knoblauch, 2009; Rumbold, 2002). So gibt es offensichtlich eine zunehmende Spiritualität, die sich unabhängig von der Religion entwickelt und damit die säkularen Tendenzen westlicher Gesellschaften unterstreicht.

Ein weiterer Grundstein für das heutige Verständnis von Spiritual Care wurde 1984 anhand eines programmatischen Textes der World Health Organization (WHO) gelegt. Dieser eröffnete maßgeblich den weiteren Weg für Spiritualität in der Medizin. In diesem wurde die gesundheitspolitische Bedeutung der spirituellen Dimension hervorgehoben und ebendiese Dimension in das Programm *Gesundheit für Alle* (Health-for-All-Programm) mitaufgenommen (Peng-Keller, 2017). Zusätzlich ist das heutige Verständnis von Spiritual Care maßgeblich von der Palliative Care geprägt (Boothe & Frick, 2017). Diese befasst sich mit der ganzheitlichen Begleitung und Versorgung von schwerstkranken Menschen und deren Angehörigen. Maßgebliches Ziel der Palliative Care ist die Verbesserung der Lebensqualität für Erkrankte und deren Angehörige (WHO, 2002). Die Palliative Care umfasst einen multidisziplinären Ansatz, basierend auf den Säulen der Palliativmedizin, Palliativpflege, Psychosozialen Betreuung und dem spirituellen Beistand (Graf, 2006). Die Weltgesundheitsorganisation definierte Palliative Care erstmals 1990 und adressierte auch hierbei explizit die Hilfe bei spirituellen Problemen (WHO, 1990). Somit wurde die Spiritualität als fester Bestandteil der Palliativmedizin erstmals 1990 formuliert und dadurch ein weiterer Grundstein für das heutige Verständnis von Spiritual Care gelegt.

Seitdem etabliert sich SC auch jenseits der Palliativmedizin und findet mitunter Anwendung in der Psychiatrie und Psychosomatik, der Inneren Medizin, der Gynäkologie, der Pädiatrie sowie in der hausärztlichen Versorgung (Alt-Epping et al., 2021). Bislang scheint der angelsächsische Raum in diesem Kontext noch federführend zu sein, jedoch lässt sich auch im deutschsprachigen Raum eine Zunahme in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit SC beobachten. Nicht nur die Anzahl an wissenschaftlichen Publikationen, Fachzeitschriften und Kongressen ist über die letzten Jahre hinweg deutlich gestiegen, auch lässt sich eine deutliche Steigerung in der Ausbildung und Lehre verzeichnen. Sichtbar wurde dies bereits 2010, nachdem an der Ludwig-Maximilians-Universität in

München deutschlandweit die erste Professur für Spiritual Care entstand. Auch in der Schweiz gibt es seit 2017 Weiterbildungsstudiengänge für Spiritual Care (Master of Advanced Studies, Universität Basel). Weitere Entwicklungen, wie beispielsweise ein eigenständiger Facharzt, bleiben Gegenstand aktueller Diskussionen (Frick, 2020) und lassen auf ein sich auch in Zukunft weiterentwickelndes Feld im Gesundheitswesen hoffen.

1.1.3 Spiritual Care – Anwendungen und Auswirkungen

Die Forschung hat über die letzten Jahrzehnte hinweg gezeigt, dass sich SC positiv auf die Behandelten und die Behandelnden auswirkt (Darvishi et al., 2020; Gardner et al., 2020; Mehdi-poor-korani et al., 2019). Wie in einer Studie von Best et al. (2016) gezeigt werden konnte, wünschten sich die Patienten in ihrem Krankheitsprozess und der ärztlichen Behandlung ausdrücklich eine spirituelle Begleitung. Dabei soll die Thematisierung von Religiosität und Spiritualität im Umgang mit der Krankheitsbewältigung nicht mehr alleinige Aufgabe der Seelsorge sein (Best et al., 2015; Hanson et al., 2008). Gerade in einer zunehmend multikulturell-pluralistisch geprägten Gesellschaft ist es nachvollziehbar, dass die kirchliche Seelsorge nicht die alleinige Verantwortung in diesem Bereich tragen kann.

SC wird häufig dann besonders essenziell, wenn sich Menschen mit Grenzsituationen konfrontiert sehen (Frick 2014) – sei es das eigene Leiden, die eigene Krankheit oder der eigene Tod, eine existenzielle Krise oder der Verlust eines Angehörigen. Gerade in Krankenhäusern, in Pflege- und Altenheimen, in Hospizen oder in der ambulanten Versorgung treten derartige Ereignisse besonders gebündelt auf. Es wird dadurch klar, warum gerade dort der spirituellen Begleitung ausreichend Platz eingeräumt werden sollte.

Für die Patienten stellt Spiritualität eine bedeutsame Komponente der Salutogenese dar. Auf physischer Ebene wird von einem reduzierten Schmerzempfinden, einer verbesserten Schmerzkontrolle sowie einem beschleunigten Heilungsprozess berichtet (Carr, 2008; Keivan et al., 2019). Auf psychischer Ebene wirkt sich Spiritualität unter anderem positiv auf die Krankheitsbewältigung, das Stresslevel und die mentale Gesundheit der Patienten aus. Es konnte gezeigt werden, dass Depressionen und Gefühle der Hoffnungslosigkeit beim Patienten signifikant verringert werden (Heidari et al., 2019; Küçük Alemdar et al., 2018; Torabi et al., 2018). Spiritualität kann für beide Seiten zusätzlich als sinn- und hoffnungstiftend empfunden werden (Puchalski, 2002). Die Anwendung von SC regt beim Behandelnden die Selbstreflexionsfähigkeit an und führt zu einer Vertiefung der eigenen Spiritualität. Dies eröffnet den Raum für spirituelle Begegnungen und gegenseitiges Verständnis (Nauer, 2015a). Weiterhin konnte in einer Studie von Wasner et al. (2005) gezeigt werden, dass durch die Anwendung von SC ein stärkeres Mitgefühl zu den Sterbenden und sich selbst entsteht, eine höhere Arbeitszufriedenheit herrscht und das

arbeitsbezogene Stressempfinden verringert wird. Ein allgemeines spirituelles Wohlbefinden wird dadurch gefördert (Momennasab et al., 2019).

1.2 Spirituelle Kompetenz

1.2.1 Kompetenzbegriff

Um von spiritueller Kompetenz sprechen zu können, muss an dieser Stelle eine Erläuterung des Kompetenzbegriffs erfolgen. Dieser findet seinen Wortursprung im Lateinischen: „competentia“ = zu etwas geeignet, fähig oder befugt sein (North et al., 2013). Zur Annäherung an den Begriff Kompetenz hilft die Abgrenzung zu verwandten Begriffen wie dem Talent, der Qualifikation und der Ressource. Diese werden häufig und fälschlicherweise im selben Kontext verwendet. Sie würden ein Individuum ebenso fähig, befugt oder geeignet machen (North et al., 2013). Das Talent ist einer Person innewohnend und, anders als Qualifikation oder Kompetenz, nicht erlernbar. Qualifikationen ergeben sich aus extern bestätigten Fähigkeiten. Kompetenzen treten dann auf, wenn Wissen in Handlungen überführt wird (North et al., 2013). Laut dem französischen Soziologen Le Boterf (1998) ist die Ressource eine Voraussetzung für die Kompetenz, aus der ebendiese entspringt und als konkrete Handlung in Erscheinung tritt (Schumacher et al., 2015). Le Boterf charakterisiert Kompetenz anhand von drei Achsen: 1. Achse: Ressourcen, 2. Achse: situatives Handeln, 3. Achse: Metakognition und Selbstreflexion. Auf einem Punkt innerhalb dieser drei Achsen summiert sich die Kompetenz. Ein weiteres Modell für klinische Kompetenz wurde von Miller (1990) in Form eines Pyramidenmodells realisiert. Die Basis der Pyramide bildet die kognitive Ebene in Form von theoretischem Wissen. Aus dieser Ressource an theoretischem Wissen entwickeln sich Kompetenzen, die anschließend zu konkreten Handlungen führen. So werden Wissen und Fertigkeiten über ein Vier-Stufen-Modell – (Basis) knows → knows how → shows → does (Spitze) – in Kompetenz überführt. Kompetenzforscher sind sich einig, dass Kompetenz zu keinem Zeitpunkt ein starres Konstrukt, sondern anpassungsfähig und dynamisch ist. Sie hängt maßgeblich vom Kontext, der Situation und der Person ab. So können Person A und Person B über spezifische Kompetenzen verfügen, die jedoch unterschiedlich zum Ausdruck kommen. Abschließend lässt sich Kompetenz treffenderweise als *„Ablauf zur Aktivierung und Bündelung, zum Einsatz von persönlichen Ressourcen, für die erfolgreiche Bewältigung von anspruchsvollen und komplexen Situationen, Handlungen und Aufgaben“* zusammenfassen (North et al., 2013, S.43).

1.2.2 Spiritual Care-Kompetenz

Damit sich SC im Rahmen einer therapeutischen Beziehung als erfolgreich erweist, müssen die „Spiritual-Care-Giver“ kompetent sein. Dies wird als entscheidender Faktor für die tatsächliche Anwendung von SC gesehen (Frick & Hilpert, 2020; Gijsberts et al., 2019). Spiritual Care versteht sich als multidisziplinäres Fach. Für die Kompetenzen ergibt sich daraus, dass sie professionsübergreifend sein sollten, aber dennoch berufs- und personenspezifisch sein können (Frick & Hilpert, 2020; Nauer, 2015a). Was charakterisiert einen kompetenten Spiritual-Care-Giver? Um auf das Ressourcenmodell von Le Boterf zurückzugreifen, bedarf es Ressourcen an theoretischem Wissen, praktischen Fähigkeiten sowie persönlichen Haltungen und Einstellungen. Spirituelle Kompetenz entsteht daraus, wenn anhand dieser Ressourcen die spirituellen Bedürfnisse der Patienten identifiziert und adressiert werden können und sich dadurch eine spirituelle Gesundheitsförderung entwickelt (Cao et al., 2020). In der aktuellen Literatur existieren unterschiedliche Modelle, die versuchen, Spiritual Care-Kompetenz möglichst treffend zu beschreiben.

Einige Autoren gliedern Spiritual Care-Kompetenz (SCK) in allgemeine und spezielle spirituelle Kompetenzen (Hagen & Raischl, 2011; Nauer, 2015a). Vor allem das Konzept der allgemeinen Basiskompetenz, im Sinne einer professionsübergreifenden Grundhaltung, ist ein häufig angewandtes Konzept (Roser, 2007). Damit ist eine grundlegende Offenheit gegenüber der spirituellen Dimension des Menschseins gemeint (Prenner, 2014). Zentrales Element der allgemeinen spirituellen Kompetenz ist die sensible Wahrnehmung der spirituellen Bedürfnisse und Nöte der Patienten sowie der bewusste Umgang mit seiner eigenen Spiritualität (Hagen & Raischl, 2011). Hierbei werden vor allem die Selbsterfahrung und Selbstreflexion als zentrales Element allgemeiner SCK genannt (Gijsberts et al., 2019), da sie einen Raum für spirituelle Begegnung schaffen: *„Wenn spirituelle Bedürfnisse eines Patienten oder Angehörigen in einen spiritualitätsfernen, spiritualitätsfremden oder spiritualitätsfeindlichen Raum hinein geäußert werden, verhalten sie ungehört (...)“* (Nauer, 2015a).

Der Patient soll jedoch nicht nur wahrgenommen werden, sondern darüber hinaus spirituell begleitet werden. Deshalb bedarf es auch spezieller SCK. Dadurch können ebenfalls spezifische Praxisformen, wie z. B. eine spirituelle Anamneseerhebung, adressiert werden. Die spezielle SCK ist im stärkeren Maße als die allgemeine SCK lehr- und erlernbar. Nauer (2015a) fasst die speziellen Kompetenzen wie folgt zusammen: 1) spirituelle Versprachlichung-, Dialog- und Deutungskompetenz, 2) Erschließung-, Vertiefung- und Bearbeitungskompetenz, 3) rituell-liturgische Kompetenz und 4) theologisch-seelsorgerische Kompetenz. Weitere Ansätze, die Aspekte der allgemeinen und speziellen Kompetenz innerhalb eines Fragebogens konkretisieren und vereinen, wurden mit dem SCCQ (Spiritual Care Competence Questionnaire) und dem SCCS (Spiritual Care

Competency Scale) realisiert (Frick et al., 2019; Van Leeuwen et al., 2009). In dem SCCQ von Frick et al. (2019) wurden folgende Kompetenzen unter SCK zusammengefasst: 1) Wahrnehmungskompetenz, 2) Team-Spirit, 3) Dokumentations-Kompetenz, 4) Selbsterfahrung und proaktive Öffnung, 5) Wissen über andere Religionen, 6) Gesprächsführungs-Kompetenz, 7) proaktive Empowerment-Kompetenz. Aus dem SCCQ von Van Leeuwen et al. (2009) ergaben sich folgende SCK: 1) Einschätzung und Umsetzung von Spiritual Care, 2) Professionalisierung, Qualitätserhöhung von Spiritual Care, 3) persönliche Unterstützung/Patientenbetreuung, 4) Überweisung/Weiterleitung zu Experten, 5) Einstellungen/Haltungen gegenüber der Spiritualität des Patienten, 6) Kommunikation.

Ein weiteres Konzept von SCK wurde in einer Studie von Cao et al. (2020) realisiert. Diese bündeln die allgemeine und spezielle SCK anhand eines konzeptionellen Rahmens. SCK fußt hierbei auf drei Säulen: der bewussten Wahrnehmung, dem Verständnis und der Anwendung. Für die Spiritualität innerhalb dieser „Säulen“ existieren laut Cao et al. drei verschiedene Aspekte sowie drei verschiedene Level. Die Aspekte der Spiritualität bestehen aus der Verbundenheit, der Transzendenz und der Weltanschauung. Die Level von Spiritualität bewegen sich zwischen intra-, inter- und transpersonal. Eine Erarbeitung ebendieser veranschaulichenden Kompetenzmodelle, kann zu einem einheitlicheren Verständnis von spiritueller Kompetenz beitragen.

1.2.3 Erfassung von Kompetenzen – Messinstrumente

Um Kompetenzforschung betreiben zu können, müssen Kompetenzen messbar sein bzw. anhand von Messinstrumenten messbar gemacht werden. Dass dies auch für die Praxis relevant ist, konnten die Forscher Vogel und Schep-Akkerman (2018) zeigen. In ihrer Studie korrelierte eine hohe selbstempfundene spirituelle Kompetenz mit einer häufigeren tatsächlichen Anwendung von SC. Damit unterstreichen die Forscher bisherige Forschungsergebnisse von Balboni und Balboni (2019) aus einer umgekehrten Perspektive. Letztgenannte gehen von einem Mangel an Kompetenz als Implementierungshindernis von SC in der Praxis aus. Verschiebt sich dieser selbstempfundene Kompetenzmangel in Richtung Kompetenz, erhöht sich dadurch die Anwendungswahrscheinlichkeit in der Praxis. Um Zusammenhänge wie diese erschließen zu können, bedarf es also geeigneter Kompetenz-Messinstrumente. Aufgrund dessen wurden im Bereich der SC-Kompetenzforschung bereits diverse Fragebogen zur selbstwahrgenommenen Kompetenz entwickelt.

Federführend in aktuellen internationalen Studien ist der von Van Leeuwen et al. (2009) entwickelte Spiritual Care Competency Scale (SCCS). Dieser wurde mittlerweile in diverse

Sprachen überführt und findet im internationalen Kontext vorwiegend im Pflegesektor breite Anwendung. Er schließt Auszubildende der Pflege und berufstätige Pflegendе mit ein (Daghan et al., 2019; Dezorzi et al., 2019; Kang et al., 2019). Ein weiteres valides Testinstrument ist der Spiritual Care Competence Questionnaire (SCCQ) (Frick et al., 2019). Dieser wurde mittlerweile ebenfalls in verschiedene Sprachen überführt (Frick et al., 2019; Neves Oliveira, 2019; Pastrana et al., 2021). Der SCCQ wurde für im Gesundheitswesen tätige Personen konzipiert – sprich für einen multidisziplinären Anwendungsbereich. Auszubildende im medizinischen, pflegerischen und psychotherapeutischen Bereich wurden nicht explizit adressiert. Im Folgenden werden aufgrund der Forschungsfrage dieser Studie bisherige Messinstrumente zur Erfassung von Kompetenzen innerhalb des Ausbildungssektors aufgeführt.

Kompetenzforschung im Ausbildungssektor ist vor allem innerhalb der Pflege verortet. In diversen Studien wurden Pflegeschüler hinsichtlich ihrer SCK anhand des SCCS befragt (Babamohamadi et al., 2021; Daghan et al., 2019; Van Leeuwen et al., 2009). Auch weitere Umfragen an Pflegeschülern wurden bereits zuvor durchgeführt: der Students Survey of Spiritual Care (SSSC) von Meyer (2003), der Spirituality Scale (SS) von Nardi und Rooda (2011), der Spiritual Care Inventory (SCI) von Burkhart et al. (2011) und der Spiritual Care Giving Scale (SCGS) von Tiew et al. (2012). Es wird jedoch deutlich, dass bei diesen Studien spirituelle Kompetenz als solche nicht explizit formuliert wurde und dadurch auch nicht primärer Forschungsgegenstand war. Der Students Survey of Spiritual Care (SSSC) von Meyer (2003) ist ein aus neun Items bestehender Fragebogen, von denen lediglich vier Items explizit SCK erfassen. Diese vier Items adressieren die Wahrnehmungs- und Kommunikationskompetenz sowie die Ressourcenförderung beim Patienten. Inhaltlich bestehen also Überschneidungen mit dem SCCQ und dem SCCS, jedoch ist eine Anzahl von vier Items für eine valide Befragung nicht ausreichend. Der Spirituality Scale von Nardi und Rooda (2011) wurde entwickelt, um das Bewusstsein für Spiritualität bei dem Krankenpflegepersonal zu messen. Zusätzlich soll er Strategien erfassen, mit denen Pflegendе den spirituellen Bedürfnissen der Patienten begegnen. Anhand von 15 Items wurden therapeutische Strategien und Verhaltensweisen zusammengefasst (Garssen et al., 2016). Die anderen 28 Items adressierten die persönlichen Werte und Glaubensansätze des Personals. Dadurch wurden mitunter Spiritual Care-Kompetenzen erfasst, jedoch eignete sich die geringe Studienpopulation nicht für eine Validierungsstudie. Die nötigen Testgütekriterien wurden somit nicht erfüllt, weswegen der Fragebogen in seiner Anwendbarkeit limitiert ist (Garssen et al., 2016). Der Spiritual Care Inventory (SCI) von Burkhart et al. (2011) wurde entwickelt, um die SC-Versorgung durch das Krankenpflegepersonal zu messen. Er besteht aus insgesamt 17 Items, die in drei Kategorien unterteilt wurden: 1. Häufigkeit von Spiritual Care Intervention (vier Items); 2.

und 3. können zusammengefasst werden (13 Items) als Reflexion und Glaubensrituale nach spirituellen Begegnungen (Garssen et al., 2016). Tatsächliche SCK wird auch hier unzureichend erfasst. Der Spiritual Care Giving Scale (SCGS) von Tiew et al. (2012) teilt sich in folgende Kategorien: 1. persönliche Einstellung zu Spiritualität und SC, 2. Wissen, 3. Fähigkeiten, 4. Anwendungshindernisse. Die Kategorien Wissen und Fähigkeiten können dabei dem Kompetenzspektrum zugeordnet werden. Es wird jedoch deutlich, dass weniger Kompetenzen, sondern vorwiegend Einstellungen und Auffassungen über SC durch den Fragebogen erhoben wurden.

Aktuell existieren folglich keine für den fachübergreifenden Ausbildungsbereich geeigneten Messinstrumente, die SCK treffend erfassen könnten. Der SCCQ und der SCCS stellen geeignete Messinstrumente dar, jedoch sind einige Items im Ausbildungssetting nicht anwendbar. Auch wird in Anbetracht der aktuellen Studienlage deutlich, dass SC-Kompetenzen hauptsächlich im Pflegesektor erhoben wurden. Unter Medizinstudierenden, Psychologiestudierenden und Psychotherapeuten in der Ausbildung bleibt das Feld unzureichend erforscht. Da sich SC als multidisziplinäres Fach versteht, sollten Kompetenzen in Zukunft auch ausbildungsübergreifend untersucht werden.

1.2.4 Kompetenzförderung

Forschung hat nicht nur im Bereich SC gezeigt, dass eine frühzeitige Kompetenzentwicklung zu einem besseren Umgang mit den an die Person gerichteten Anforderungen einhergeht. Die Förderung von SCK ist essenziell, da eine der größten Barrieren für die Implementierung von SC im Gesundheitswesen nach wie vor von einem selbstwahrgenommenen Kompetenzmangel des Personals sowie einer zu geringen Ausbildung ausgeht (Balboni & Balboni, 2019; Harrad et al., 2019; Magin et al., 2021). Dabei fühlen sich diverse Berufsgruppen zuständig für SC, gleichzeitig mangelt es jedoch an Kompetenzen, um SC erfolgreich in die Praxis zu überführen (Giezendanner et al., 2017; Payàs et al., 2008).

Der Ressourcenpool und die sich daraus entwickelnden Kompetenzen müssen anhand von Lehre, Fortbildung und Trainings vermittelt werden. Hier gilt es in Anbetracht der großen Unterschiede in der Ausbildung und Lehre in den jeweiligen Fächern, definierte Ausbildungsinhalte zu formulieren. Der Versuch, dies innerhalb eines Lehrkonzepts zu vereinen, stellt aufgrund der geteilten Verantwortlichkeit für SC eine zukünftige Herausforderung dar. Dieser Herausforderung begegnen aktuell diverse Positionspapiere und Curricula, in denen versucht wird, konkrete Lehr- und Lernziele zu formulieren (Alt-Epping et al., 2021; Best et al., 2020; Puchalski et al., 2020).

Die Forschung hat gezeigt, welches Potenzial der Ausbildungssektor für die tatsächliche Anwendungsbereitschaft birgt. Durch SC-Training erhöht sich die tatsächliche Anwendung in der Praxis (Wu et al., 2016). Trotz dieser positiven Effekte besteht weiterhin ein großer Bedarf innerhalb des Ausbildungssektors (Balboni & Balboni, 2019; Giezendanner et al., 2017; Helo, 2017; Taverna et al., 2019). Kompetenzförderungen durch Schulungen und Trainings sind vor allem in der Pflege und der Palliativversorgung verortet (Helo, 2017). Im medizinischen Sektor werden SC-Trainings vor allem als fester Bestandteil der Palliative-Care-Ausbildung angesehen (Best et al., 2020). Kritik an diesem Konzept und die Notwendigkeit eines eigenständigen Ausbildungsbereiches unterstreichen die Forscher um Alt-Epping et al. (2021), da die spirituelle Begleitung nicht exklusiv am Lebensende von großer Bedeutung sei.

Im deutschsprachigen Raum existieren diverse Schulungskonzepte, primär jedoch für bestimmte Berufsgruppen, wie z. B. für Mitarbeitende des Hospizes. Diese Schulungen werden häufig im Rahmen von Weiterbildungen innerhalb der Berufstätigkeit angeboten (Gratz, 2017; Schölper, 2004). Konkrete Schulungskonzepte im Ausbildungsbereich für Medizin, Pflege und Psychologie haben sich innerhalb der letzten Jahre vermehrt (Hasenfratz et al., 2021; Magin et al., 2021; Prenner, 2016). In einer systematischen Übersichtsarbeit von Helo (2017) konnte gezeigt werden, dass SC-Trainings vor allem in der Pflege und in geringerem Maße auch in der Medizin verortet sind. Die Ausbildung von Psychologiestudierenden und Therapeuten in der Ausbildung wurde in dieser Arbeit nicht erfasst (Helo, 2017). Für die Ausbildung in der Medizin im deutschsprachigen Raum erhob die Studie von Taverna et al. (2019) erstmals Daten. Darin konnte gezeigt werden, dass keine Universität ein verpflichtendes Lehrangebot innerhalb des Curriculums vorgesehen hatte und dem auch zukünftig nur wenig bis keine zusätzliche Zeit einräumen werde.

Zu den häufigsten konkreten Schulungsmethoden zählten in der Übersichtsarbeit von Helo (2017) verbale und nonverbale Unterrichtsmethoden, problemorientiertes Lernen, Literatur, Schreibaufgaben, elektronische Medien, interaktive Unterrichtseinheiten und klinisch orientierte Lerneinheiten. Die häufigste Unterrichtsform erfolgte durch direkten Patientenkontakt (N=7), gefolgt von Gesprächen in kleinen Gruppen, E-Learning, Fallstudien (N=6), Simulationen mit Videoanalyse und Feedback, Rollenspielen, Selbstsorge und Selbstbesinnung (N=5) (Helo, 2017). Vor allem Online-Kurse stellen durch ihren niederschweligen Zugang und ihr hohes Maß an Flexibilität ein geeignetes Tool zu Beginn der Ausbildung dar. Ein geeignetes Modell wurde durch den Online-Kurs SEP-Care der Hochschule für Philosophie in München entwickelt (Magin et al., 2021; Maidl et al., 2019). Dabei ermöglichen Online-Kurse einen fächerübergreifenden Einstieg in die Thematik und können innerhalb des Kurses mehrere Unterrichtseinheiten verbinden (Magin

et al., 2021). Als geeignete Erweiterung eines Online-Kurses könnten beispielsweise Gruppenreflexionen genutzt werden (Momennasab et al., 2019).

Im deutschsprachigen Raum wurde in der Schweiz an der Universität Zürich ein eigenständiges SC-Modul für Medizin- und Theologiestudierende eingerichtet (Hasenfratz et al., 2021). Dieses vereint unterschiedliche Schulungsmethoden und orientiert sich an einem bewährten Lernmodell der Harvard Medical School. Es schult die SCK der Teilnehmenden durch eine zweimonatige Begleitung eines Patienten oder Angehörigen. Elemente dieses Moduls sind neben der persönlichen Begleitung eines Patienten die Dokumentation, Supervisionsgruppen und E-Learnings. Es könnte auch zukünftig für weitere Universitäten und Ausbildungsinstitute als geeignetes Modell dienen.

Positive Effekte nach Schulungen und Trainings sind publikationsübergreifend sehr deutlich. Trainings schulen den Kenntnisstand, Haltungen und Selbstvertrauen der Teilnehmer (Magin et al., 2021; Van Leeuwen et al., 2009; Wasner et al., 2005). Sie verbessern die Kommunikations- und Wahrnehmungsfähigkeit und stärken das Bewusstsein für kulturelle und religiöse Diversität (Frick et al., 2019; Magin et al., 2021). Sie fördern die tatsächliche Implementierung von SC im klinischen Alltag. So werden konkrete SC-Anwendungen wie eine spirituelle Anamneseerhebung oder die Überweisung an Klinikseelsorger häufiger durchgeführt (Jones et al., 2021; Robinson et al., 2016). Nicht zuletzt haben die Schulungen positive Effekte auf die Teilnehmenden selbst. Sie verbessern das spirituelle Wohlbefinden und führen zu einer spirituellen Öffnung. Gleichzeitig verbessert sich die Arbeitsatmosphäre, was somit die Arbeitsbelastung und das Burnout-Risiko reduziert (Momennasab et al., 2019; Wasner et al., 2005).

1.3 Lehre und Ausbildung in deutschsprachigen Ländern

Die Lehre, Aus- und Weiterbildung sind essenziell für eine erfolgreiche Anwendung von SC in der Praxis. Ein flächendeckendes Lehrangebot mit einem „allgemeingültigen“ Curriculum und definierten Lernzielen existiert im deutschsprachigen Raum weder im Bereich der Medizin, noch in der Pflege oder Psychologie. Spiritualität wird in deutschsprachigen Gesundheitssystemen häufig noch als optionales Feld verstanden. Dies ist jedoch im Hinblick auf ein zunehmendes Bedürfnis nach Ganzheitlichkeit in der Behandlung kritisch zu hinterfragen.

Medizin: Vor allem in Amerika, aber auch in weiteren Ländern, hat SC in Form von obligatorischen Kursen Einzug in die Lehre gefunden (Taverna et al., 2019). Puchalski (2006) veröffentlichte erstmals ein Lehrcurriculum für Medizinstudierende für Spiritual Care mit definierten Lehrzielen und Lehrinhalten. Im deutschsprachigen Raum existiert ein ähnliches Modellcurriculum für Medizinstudierende von Koenig (2012), das bereits an der

Universität Bern im Rahmen des Wahlpraktikums „Medizin und Spiritualität“ angewandt wird (Institut für Spiritualität und Gesundheit, 2022). Im deutschsprachigen Raum ist vor allem die Schweiz auf dem Gebiet für optionale Lehrangebote für SC federführend. Auch wurde in der Schweiz das Bio-psycho-soziale Modell in ihrem Lernzielkatalog bereits um die spirituelle Dimension erweitert (Hasenfratz et al., 2021). In Deutschland forderte ein Positionspapier die Aufnahme von SC in das medizinische Curriculum und definierte klare Lehr- und Lernziele (Alt-Epping et al., 2021). Dies sind wichtige Schritte hin zu einer verbesserten Lehre. Jedoch besteht an den Universitäten nach wie vor kein gemeinsames Verständnis über geeignete Unterrichtsmethoden oder Evaluationskriterien von spirituellen Interventionen und Unterrichtseinheiten (Magin et al., 2021). Unter dem Mantel *Spiritualität im Gesundheitswesen* ist SC vor allem als fester Bestandteil im Ausbildungscurriculum der Palliativmedizin verankert. Diesen Zusammenhang unterstreicht auch eine Studie von Paal et al. (2014), in der gezeigt werden konnte, dass SC-Teachings am häufigsten im Rahmen der Palliative-Care-Ausbildung stattfinden. Durchschnittlich umfasst die Ausbildung im Bereich SC vier Stunden und ist damit eher als gering einzuschätzen (Taverna et al., 2019). Die Lehre von SC im medizinischen Ausbildungsbereich findet folglich primär in Form von Wahlfächern für besonders Interessierte oder im Rahmen der Palliative-Care-Ausbildung statt.

Psychologie: Die Integration von SC in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung ist im deutschsprachigen Raum noch defizitär. Die Ausbildungssituation in Bezug auf den professionellen Umgang mit Religiosität/Spiritualität (R/S) ist noch nicht ausreichend standardisiert und wissenschaftlich fundiert (Freund & Gross, 2016). Aufgrund dessen formte sich eine Taskforce der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), mit dem Ziel, R/S stärker in die Behandlungskonzepte miteinzubeziehen. Dabei ist die Integration von R/S maßgeblich vom kulturellen Kontext geprägt. So wird deutlich, dass im amerikanischen Raum Religiosität und Spiritualität als feste Bestandteile der Psychotherapie bereits integriert sind, im deutschsprachigen Raum diesbezüglich jedoch noch eine große Zurückhaltung herrscht (Utsch et al., 2017). Dies wird mit der Sorge der Grenzüberschreitung zwischen Therapeut und Patient begründet und lässt die Frage offen, inwieweit die psychiatrisch-psychotherapeutische Begleitung des Patienten in seiner existenziellen, religiösen und spirituellen Suche gehen darf (Utsch et al., 2017). Trotz einer wachsenden Offenheit gegenüber R/S innerhalb der Therapie sehen sich viele Therapeuten nicht ausreichend ausgebildet, diese Themen adäquat zu adressieren. In einer Studie von Freund und Gross (2016) konnte gezeigt werden, dass 58 % der Befragten deutschen Ausbildungsinstitute religiöse, spirituelle und vor allem existenzielle Themenaspekte in ihre Ausbildungscurricula integrierten. Während der

Facharztweiterbildung zum Psychiater/Psychosomatiker gaben 45 % der Befragten an, R/S und existenzielle Themen während ihrer Weiterbildung zu behandeln (Freund et al., 2018). Es zeigt sich, dass R/S als Themenblöcke innerhalb der Lehre verankert sind, SC als solche aber nicht explizit gelehrt wird. In der Schweiz existieren vereinzelt Weiterbildungsangebote, die sich auf SC in Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatik spezialisiert haben (Hefti, 2021).

Pflege: Auch wenn die Lehre von spirituellen Inhalten am stärksten im Pflegesektor verankert ist (Helo, 2017), findet auch hier ein Großteil der Lehre in Form von Weiterbildungen für bestimmte Bereiche, wie z. B. der Palliativ-Pflege, statt. Es existieren keine standardisierten Lehr- und Lerninhalte in der Gesundheits- und Krankenpflege für SC. In einer Studie von Peng-Keller und Rettke (2017) empfanden 60 % der Befragten, dass spirituelle Inhalte während der Grundausbildung unzureichend thematisiert wurden. Gerade im deutschsprachigen Ausbildungssektor stellt sich dadurch ein Kontrast zu internationalen Entwicklungen dar (Peng-Keller & Rettke, 2017). Der Pflegesektor hat frühzeitig *„die Orientierung am ganzen Menschen und dessen Bedürfnislage zum Primat professioneller Pflege erklärt“* (Knoll, 2016, S.196) und damit die bio-psycho-sozial-spirituelle Dimension des Menschseins erkannt. Dadurch wurde die spirituelle Dimension pflegerischen Handelns zwar frühzeitig erkannt, jedoch resultierten dadurch nicht zwangsläufig spezifische Lehr- und Ausbildungsinhalte (Prenner, 2016). Aufgrund dessen vermehren sich die Forderungen nach einer Modifikation der Curricula, die klare inhaltliche Vorgaben festlegen sollen (Prenner, 2016). Diese Diskrepanz zwischen der anerkannten Bedeutung von SC und der tatsächlichen Verankerung in der Lehre spiegelt sich auch anhand der spirituellen Leerstellen vieler Lehrbücher wider (Knoll, 2016). In den letzten Jahren wurden verschiedene Schulungskonzepte im deutschsprachigen Raum entwickelt (Gratz, 2017; Prenner, 2016). Die tatsächliche Umsetzung dieser Modelle bereits während der Grundausbildung bleibt jedoch eine aktuelle Bestrebung in der Pflege.

1.4 Zielsetzung und Fragestellung

Die Bedeutung von Spiritual Care (SC) im Gesundheitswesen soll aus vorheriger Argumentation bereits deutlich hervorgegangen sein. So hat SC auch in den jeweiligen Ausbildungsbereichen seine Notwendigkeit und sollte als fester Bestandteil in der Lehre und den jeweiligen Ausbildungscurricula verankert werden (Alt-Epping et al., 2021; Puchalski, 2006). Die Ausbildung im Bereich von SC hat sich als effektiv und kompetenzfördernd erwiesen (Magin et al., 2021; Wasner et al., 2005). Da eines der größten Anwendungshindernisse von SC von einem starken selbstempfundenen Mangel an Kompetenz des Personals ausgeht (Balboni & Balboni, 2019), kann durch eine effektive Lehre und Kompetenzförderung eine vermehrte Anwendung von SC in der Praxis resultieren (Vogel & Schep-Akkerman, 2018).

Kompetenzen können mitunter anhand von Fragebogen erfasst werden. Im deutschsprachigen Raum ist die Forschung, die SC-Kompetenzen im Ausbildungssektor erfasst, noch defizitär. Es existiert lediglich der von Frick et al. (2019) entwickelte deutschsprachige Spiritual Care Competence Questionnaire (SCCQ). Mit der Weiterentwicklung einer Studierendenversion des SCCQ können SC-Kompetenzen von Studierenden und Auszubildenden erstmals erfasst werden. Da der SCCQ-s gleichermaßen für Auszubildende und Studierende der Medizin, Pflege und Psychologie entwickelt wurde, stellt er ein geeignetes Tool in einem multidisziplinären Ausbildungssetting dar. Dies ist von großer Bedeutung, da Kompetenzmessungen als Ausgangspunkt für zukünftige Lehrentwicklung und Lehrevaluierung hinzugezogen werden können.

Ziel des Projektes ist die Entwicklung, im Spezifischen die Validierung, des Spiritual Care Competence Questionnaire für Auszubildende und Studierende in Gesundheitsberufen (SCCQ-s). Der SCCQ-s hat somit zum Ziel, SC-Kompetenzen bei Auszubildenden und Studierenden treffend zu erfassen. Der SCCQ-s soll dabei testtheoretischen Kriterien genügen. Anhand der vorliegenden Studie werden die Reliabilität und faktorielle Struktur des entwickelten Fragebogens genauer untersucht. Darüber hinaus wird anhand einer qualitativen Analyse das Verständnis der Studierenden und Auszubildenden von SC, die selbstempfundene berufsbezogene spirituelle Kompetenz und das Zuständigkeitsempfinden der jeweiligen Berufsgruppen für SC erfasst.

2. Methodik

2.1 Ethikvotum

Nach der Genehmigung durch die Ethikkommission der Technischen Universität München (Nummer: 578/20 S-EB) erfolgte die Datenerhebung im Zeitraum vom 01.11.2020 bis 01.11.2021. Auf Studienzweck, Freiwilligkeit und Datenschutz wurde in der Einleitung der Umfrage verwiesen. Eine Einverständniserklärung musste von den Teilnehmenden zu Beginn der Umfrage ausgefüllt werden. Fragebogen, in denen dieses Feld unausgefüllt blieb, wurden im Nachhinein nicht gewertet.

2.2 Studienpopulation

Zielgruppe der Befragung waren alle im Zeitraum vom 01.11.2020 bis 01.11.2021 eingeschriebenen Studierenden der Medizin, Pflege und Psychologie sowie Auszubildende der Pflege und Psychotherapeuten in Ausbildung im deutschsprachigen Raum. Die Befragung fand in Deutschland, Österreich und der Schweiz statt. Im Folgenden wird diese Zielgruppe als Grundgesamtheit bezeichnet. Ausschlusskriterien für die Teilnahme waren lediglich ein abgeschlossenes Studium oder eine abgeschlossene Ausbildung, bei gleichzeitiger Anstellung im Feld der Befragung.

2.3 Studiendesign

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Querschnittsstudie mit einem nicht experimentellen Studiendesign. Aufgrund des Umfrageformats variierte der Zeitpunkt der Befragung unter den Studienteilnehmern. Die Datenerhebung erfolgte online über das Programm Evasys (<https://evasys.de/>). Hierbei handelte es sich um ein webbasiertes, dezentral nutzbares Tool zur Erstellung, Durchführung und Verwaltung von Umfragen. Die Teilnehmenden wurden über einen nicht personalisierten Link oder QR-Code zu der Umfrage geleitet. Die Datenerhebung erfolgte anonymisiert, so ließen sich keine Zuordnungen zum Probanden nachvollziehen.

2.4 Datenerhebung

Die Teilnehmenden wurden durch verschiedene Verfahren generiert. Es wurden sowohl aktive als auch passive Verfahren der Probandengewinnung angewandt. Für die initiale Probandengewinnung eignete sich die Schneeballmethode. Bei dieser handelt es sich um eine aktive Stichprobengewinnung (Gabler, 1992). Dabei geht der Untersucher aktiv auf die zu untersuchende Population zu und tritt direkt in Kontakt mit dieser. Zu Beginn steht eine Person X, die Teil der zu untersuchenden Population ist. Diese Person spricht weitere Personen mit der Bitte um Teilnahme an, die wiederum andere ansprechen sollen. Person X dient somit als Initiator und Multiplikator der Befragung (Gabler, 1992). Hier wurden initial

persönliche Kontakte und soziale Medien genutzt, um eine möglichst große Anzahl an Studierenden und Auszubildenden zu generieren. Person X stellte initial die Untersucherin selbst dar, was als möglicher Bias in der anschließenden Diskussion berücksichtigt werden muss. Das Schneeballsampling ist ein geeignetes Verfahren, um Untersuchungen an sehr spezifischen Populationen durchführen zu können (Gabler, 1992). Somit eignete sich dieses Verfahren für die Studie, da die Grundgesamtheit zahlenmäßig hoch, jedoch gleichzeitig sehr spezifisch war. Eine weitere Form der aktiven Probandengewinnung wurde über das direkte Anschreiben der jeweiligen Lehrstühle und Institutsleitungen realisiert. Dies erfolgte elektronisch per E-Mail. Hierin wurden die Leitungen in einem standardisierten Anschreiben über das Studienvorhaben, mit der Bitte zur weiteren Kooperation, informiert. Aus der initialen Kontaktaufnahme ergaben sich weitere Handlungsschritte. Diese gestalteten sich individuell, weswegen sich ein vollkommen standardisiertes Verfahren an dieser Stelle nicht beschreiben lässt. Es erfolgte eine einmalige schriftliche Erinnerung, um die Teilnahmerate zu steigern.

Im medizinischen Bereich führte das Anschreiben meist zu einer Kontaktaufnahme mit dem palliativmedizinischen Lehrstuhl, da dieser in der universitären Lehre eng mit SC verwoben ist. Zusätzlich wurde vereinzelt in geeigneten Seminaren oder Wahlfächern der jeweiligen Universität für die Umfrage geworben. Bias, die dadurch entstanden sein könnten, werden in der Diskussion weiter aufgeführt. Zur Befragung im Bereich der Psychologie wurde die offizielle Liste der zur Psychotherapeutenweiterbildung befugten Institute hinzugezogen. Im Pflegebereich erfolgte die Kontaktaufnahme ebenfalls durch das Anschreiben der jeweiligen Instituts- und Ausbildungsleiter anhand von offiziellen Akkreditierungslisten.

Neben den oben genannten aktiven Rekrutierungsverfahren eignete sich zusätzlich eine passive Teilnehmergenerierung. So wurde auf einer Website auf die Studie aufmerksam gemacht. Hierbei handelte es sich um die MUTASPIR Homepage (<https://www.mutaspir.net/>). Dies ist ein Netzwerk zur Förderung von Spiritual Care im Gesundheitswesen. Bei diesem passiven Verfahren wurden die Teilnehmenden nicht direkt kontaktiert, sondern stoßen zufällig auf das Teilnahmeangebot und entschieden sich anschließend aktiv zur Teilnahme.

Durch das Online-Format der Befragung ließ sich bei den genannten Datenerhebungsverfahren keine direkte Rücklaufquote ermitteln.

2.5 Messinstrument

Der Fragebogen dieser Studie setzt sich aus drei Teilen zusammen. Neben dem zu validierenden Teil – dem SCCQ-s für Studierende und Auszubildende in Gesundheitsberufen – umfasst der Fragebogen einen soziodemographischen sowie einen ausbildungsbezogenen Teil.

2.5.1 Demographische Daten

Der erste Teil des Fragebogens erfasste Alter, Geschlecht und Staatsangehörigkeit der Teilnehmenden. Zusätzlich wurden die Konfession, die selbstempfundene Religiosität und Spiritualität sowie die Einschätzung der Gebets- und Meditationspraxis erfasst (*Ich bin ein religiöser/spiritueller Mensch, Ich meditiere bzw. bete regelmäßig.*). Hierbei bewegten sich die Antwortmöglichkeiten auf einer 4-stufigen Likert-Skala (Religiosität/Spiritualität: 1=stimmt nicht; 2=stimmt kaum; 3=stimmt eher; 4=stimmt genau; Gebets- und Meditationspraxis: 1=ja, regelmäßig; 2=hin und wieder; 3=eher selten, 4=nein, gar nicht).

2.5.2 Ausbildungsbezogene Daten

In diesem Teil wurden ausbildungsbezogene Daten erfasst. Es wurden der jeweilige Ausbildungsbereich (Medizin, Pflege, Psychologie) sowie der jeweilige Ausbildungsabschnitt bestimmt (Medizin: Vorklinik, Klinik, PJ; Psychologie: Bachelor, Master, Therapeut in Ausbildung; Pflege: Ausbildung: 1., 2., 3. Ausbildungsjahr, Studium: 1., 2., 3., >3. Studienjahr). Ebenso wurden das Bundesland bzw. der Kanton der Ausbildungsstätte sowie der Name der Hochschule, der Universität oder des Ausbildungsinstitutes erfasst. Letzteres erfolgte in Form eines Freitextes. Nach der Erfassung der allgemeinen ausbildungsbezogenen Daten kam es zu einer spezifischeren Befragung zu Spiritual Care während der Ausbildung. Zu Beginn sollten die Befragten in Form eines Freitextes ihre persönliche Auffassung von Spiritual Care definieren (*Was verstehen Sie persönlich unter dem Themenfeld Spiritual Care?*). Anschließend sollten die Befragten angeben, ob existenzielle, spirituelle und religiöse Themen in ihrer Ausbildung vorkommen und wenn ja, ob sie diese als hinreichend empfinden (*Kommen existenzielle-spirituelle-religiöse Themen in Ihrem Ausbildungscurriculum vor? Empfinden Sie diese als hinreichend?*). Zusätzlich wurde nach der Bedeutung der Integration von existenziellen-spirituellen-religiösen Fragestellungen in der Ausbildung gefragt (*Welche Bedeutung messen Sie als Schüler/Student der Integration von existenziellen-spirituellen-religiösen Fragestellungen in der Ausbildung bei?*). Um die Teilbereiche (existentiell, spirituell, religiös) besser differenzieren zu können, wurden sie in genannter Frageformulierung einzeln erfragt. Hier konnten die Befragten auf einer Ratingskala von 1=keine Bedeutung bis 4=sehr große Bedeutung wählen. Abschließend sollten die Befragten in einem Multiple-

Choice-Teil drei Items auswählen, die sie innerhalb der Lehre für wichtig erachten (*Was halten Sie für die wichtigsten Aspekte, die Sie lernen sollten?*). Hierbei konnte aus den folgenden Antwortmöglichkeiten gewählt werden: 1. Definition von Spiritualität, 2. die Rolle von Spiritualität im Gesundheitswesen, 3. Unterschiede zwischen Religiosität und Spiritualität, 4. spirituelle Selbsteinschätzung/Entdeckung der eigenen Spiritualität, 5. spirituelle Anamnese, 6. Wahrnehmung von spirituellen Nöten des Patienten, 7. Umgang mit Spiritualität/Religiosität des Patienten, 8. Arzt-Patienten-Kommunikation, Therapeut-Patienten-Kommunikation, Pfleger-Patienten-Kommunikation, 9. Umgang mit schwerkranken Patienten und Angehörigen, 10. Breaking-Bad-News, 11. Trauer, 12. weitere nicht erwähnte Themen.

2.5.3 Spiritual Care Competence Questionnaire – Studierendenversion

Der SCCQ-s ist als Weiterentwicklung des bereits etablierten SCCQ (Frick et al., 2019) entstanden und bezieht sich auf Studierende und Auszubildende im Gesundheitssystem. Der SCCQ-s umfasst damit eine andere Studienpopulation als der ursprüngliche SCCQ und musste dahingehend modifiziert werden. Die Modifizierung des Fragebogens erfolgte durch ein Expertenteam um Prof. Dr. med. E. Frick (TU München). Entsprechend der Zielgruppe wurde der Fragebogen von ursprünglich 42 auf 33 Fragen gekürzt. Folgende zehn Kompetenzbereiche sollten durch den SCCQ-s erfasst werden: 1. Wahrnehmung und Erfassung spiritueller Bedürfnisse von Patienten, 2. Implementierung der Spiritualität in Teamprozessen, 3. eigene Reaktionen und Interventionen, 4. Auswirkung der Wahrnehmungen auf das eigene Tun, 5. Entwicklung der eigenen Spiritualität, 6. proaktive Kompetenz, 7. Schaffen von Zeiten/Räumen, 8. Wissen über andere Religionen („Fremdheitskompetenz“), 9. Entlass- und Überleitungsmanagement und 10. Umsetzungs-Hindernisse. Diese Kompetenzbereiche decken sich mit denen des Original-SCCQ (Frick et al., 2019).

Anhand von 33 Items wurden diese Kompetenzbereiche abgedeckt. Die Items wurden hierbei als Aussagen formuliert (Beispiel: *Für meine zukünftige Arbeit traue ich mir zu, spirituelle Bedürfnisse von Patienten wahrzunehmen*). Die Antworten waren auf einer Likert-Skala verteilt (1=stimmt nicht; 2=stimmt kaum; 3=stimmt eher; 4=stimmt genau). Diese sollten die Teilnehmenden auf ihr Zutreffen einschätzen. Der Fragebogen beinhaltete am Ende zusätzlich zwei kombinierte Freitextantworten (Frage 8.30 bis 8.33). Diese bezogen sich auf die selbstempfundene berufsspezifische Kompetenz sowie auf das berufsspezifische Zuständigkeitsempfinden für SC. Hier sollte der Proband erst seine berufsspezifische Kompetenz bzw. Zuständigkeit anhand einer Likert-Skala einordnen und anschließend in Form eines Freitextes eine Erläuterung formulieren (*Ich finde, dass meine*

Berufsgruppe eine besondere spirituelle Kompetenz besitzt, weil: ...; Ich finde, dass meine Berufsgruppe nicht für Spiritual Care zuständig ist, weil: ...).

2.5.4 Qualitative Analyse

Der Fragebogen beinhaltete drei offene Fragen. Diese wurden im Rahmen einer qualitativen Analyse ausgewertet. Neben den zwei offenen Fragen des SCCQ-s (siehe 2.5.2) wurde unabhängig davon im Teil *Spiritual Care in der Ausbildung* eine weitere offene Frage formuliert. Dabei handelte es sich um folgende Frage: *7.1 Was verstehen Sie persönlich unter dem Themenfeld ‚Spiritual Care‘? (Bitte nicht nachschlagen, mit eigenen Worten versuchen zu beschreiben).*

In der qualitativen Analyse dieser Studie wurde inhaltlich-strukturierend gearbeitet, in Anlehnung an die Autoren Mayring und Kuckartz (Kuckartz, 2018; Mayring & Fenzl, 2019). Dieses Vorgehen eignet sich für die inhaltliche Analyse, Aufschlüsselung und Strukturierung von Texten. Inhaltliche Aspekte können dadurch identifiziert und konzeptualisiert werden. Charakteristisch für die inhaltlich-strukturierte Analyse ist dabei, dass Inhalte nur auf die Fragestellungen hin untersucht werden, andere thematische Aspekte jedoch weniger berücksichtigt werden. Dabei folgt sie einem regelgeleiteten Ablaufmodell, das als Leitfaden dient, jedoch nach Fragestellung und Forschungsvorgehen angepasst werden kann. Dadurch können Vorteile einer offenen qualitativen Analyse mit der regelgeleiteten Methodik und Nachvollziehbarkeit einer quantitativen Auswertungsmethode kombiniert werden. Die inhaltlich-strukturierte Analyse dieser Studie orientierte sich an dem von Mayring beschriebenen Subsumptionsprinzip (Mayring & Fenzl, 2019). Dafür wurde das Textmaterial kleinschrittig untersucht und für jeden neuen Gesichtspunkt eine neue Kategorie oder Subkategorie induktiv gebildet. Inhalte, die einer bereits existierenden Kategorie oder Subkategorie entsprachen, wurden unter diese subsumiert. Die Kategorienbildung dieses Verfahrens orientierte sich an der von Kuckartz im Jahr 2012 beschriebenen analytischen und natürlichen Kategorienbildung. Dabei entspringen natürliche Kategorien aus der Begrifflichkeit des Textmaterials, z. B. bei häufig angewandten Begriffen. Analytische Kategorienbildungen können hingegen stark abstrahiert und konstruiert sein. Tabelle 1 veranschaulicht das schematische Vorgehen dieser qualitativen Inhaltsanalyse.

Tabelle 1: Schematisches Vorgehen der qualitativen Inhaltsanalyse

1. Bestimmung der Analyseeinheit (Kodiereinheit, Kontexteinheit, Auswertungseinheit)
 2. Sich-Vertraut-Machen mit dem Material, Markierung der inhaltstragenden Textstellen
 3. Gruppierung inhaltsähnlicher Textstellen, induktive Kategorien- und Subkategorienbildung (Subsumptionsstrategie nach inhaltlicher Wertung des Materials)
 4. Erprobung/Modifikation der Kategorien, Kodierung der Kategorien und Subkategorien, umgekehrte Zuordnung der Kodierungen zum Textmaterial, Herausarbeiten von Ankerbeispielen
 5. Bildung eines Kategoriensystems
-

1. Die Auswertungseinheit wurde durch die Gesamtheit der Antworttexte gebildet. Die Kodiereinheit wurde durch den jeweiligen Antworttext der Teilnehmenden gebildet. Die Antworttexte waren in ihrer Länge auf minimal ein bis zwei Wörter, maximal ein bis drei Sätze beschränkt. So konnte die bestehende Satzstruktur als Kodiereinheit festgelegt werden.

2. Das Material wurde vollständig gelesen und es wurde ein erster Überblick generiert. Inhaltstragende Textpassagen wurden farblich markiert. Da die Mehrheit der Antworttexte in sich bereits inhaltstragend war, wurde auf das von Mayring beschriebene zusammenfassende Verfahren des Paraphrasierens, Generalisierens und Reduzierens verzichtet (Mayring & Fenzl, 2019).

3/4. Inhaltsähnliche Textstellen wurden übersichtshalber gruppiert. Anhand dieser Gruppierung konnten sich erste inhaltliche Überschneidungen feststellen lassen. Die Gruppierungen dienten als Orientierung für die darauffolgende induktive Kategorienbildung nach dem Subsumptionsprinzip. Eine Kategorienbildung wird als induktiv bezeichnet, wenn die Kategorien direkt aus Inhalten des Textes entspringen und nicht bereits vorher (deduktiv) formuliert werden. Die daraus entstandenen Kategorien und Subkategorien wurden kodiert und mit Ankerbeispielen versehen. Ankerbeispiele sind konkrete Textstellen, die stellvertretend für eine Kategorie stehen und die Einordnung weiterer Textstellen erleichtern (Mayring & Fenzl, 2019).

5. Die verschiedenen Kategorien wurden in Verbindung zueinander gesetzt. Verbindende Elemente, im Sinne eines „größten gemeinsamen Nenners“, wurden herausgearbeitet. Die Darstellung dieses Kategoriensystems wird im Ergebnisteil dieser Arbeit erläutert.

Um die Qualität einer qualitativen Inhaltsanalyse zu erhöhen, empfiehlt es sich, mehrere Personen in den Analyseprozess miteinzubeziehen. Die Datenauswertung in dieser Studie erfolgte vornehmlich durch die Verfasserin, jedoch wurden das methodische Vorgehen, Zwischenergebnisse und die Endergebnisse innerhalb der Arbeitsgruppe Spiritual Care in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (TU München) analysiert und modifiziert. So konnten verschiedene Perspektiven von Experten und Forschern in den Analyseprozess miteinbezogen werden.

2.6 Statistik

Der gesamte Datensatz wurde in einer Deskriptivstatistik ausgewertet. Zusätzlich erfolgte für bestimmte Fragestellungen eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA). Für die Validierungsstudie des SCCQ-s wurde der Datensatz geteilt (50:50, random split). Es wurden eine explorative Faktorenanalyse (EFA) und anschließend eine konfirmatorische Faktorenanalyse (KFA) durchgeführt. Zusätzlich erfolgte eine Reliabilitätsprüfung (interne Konsistenz, Cronbachs Alpha). Die Faktorenextraktion der EFA erfolgte mithilfe der Hauptkomponentenanalyse. Anschließend wurden die Faktoren mit der Varimax-Methode orthogonal rotiert. Dadurch wurde ein Faktorenmodell erarbeitet, das innerhalb einer konfirmatorischen Faktorenanalyse anhand eines Messmodells überprüft wurde. Hierfür wurde der Maximum-Likelihood-Schätzer als Schätzmethode hinzugezogen. Die Güte der Übereinstimmung der erarbeiteten Modelle wurde durch folgende Fit-Indizes überprüft: Comparative-Fit-Index, Root-Mean-Square-Error-of-Approximation, Standardized-Root-Mean-Square-Residual sowie Tucker-Lewis-Index.

Die Deskriptivstatistik, die Varianzanalyse und die EFA erfolgten mit dem Programm SPSS Statistics für Windows, IBM, Version 23.0. Für die KFA wurde die Software R 4.0.2 verwendet. Die graphischen Darstellungen wurden mit dem Programm Microsoft Excel von Windows, Version 2019 erstellt.

2.6.1 Explorative Faktorenanalyse

Die explorative Faktorenanalyse gehört zu den Verfahren der multivarianten Statistik (Wolff & Bacher, 2010). Sie ist ein ordnendes, hypothesengenerierendes und systembildendes Verfahren. Dabei hat die Faktorenanalyse zum Ziel, die Ordnung, die hinter dem beobachteten Datensatz steht, herauszuarbeiten und treffend abzubilden (Überla, 2013). Anhand der explorativen Faktorenanalyse sollten jene latenten Ordnungen des SCCQ-s herausgearbeitet werden, die dem Fragebogen zugrunde liegen. Dadurch sollte sich ableiten lassen, welche Komponenten von spiritueller Kompetenz durch den Fragebogen erfasst werden bzw. welche Komponenten er zu messen vorgibt. Die Faktorenanalyse kann

dabei Zusammenhänge zwischen Variablen systematisieren. Das Ziel besteht darin, diese Zusammenhänge zwischen den Variablen darzustellen und durch wenige Faktoren innerhalb eines Modells erklärbar zu machen. Die verschiedenen Items des Fragebogens stellen die beobachtbaren (manifesten) Variablen in dieser Studie dar. Diese Menge von beobachtbaren Variablen lässt sich durch die EFA auf wenige zugrunde liegende nicht beobachtbare (latente) Variablen, sprich Faktoren, zurückführen (Wolff & Bacher, 2010). Innerhalb eines Faktors gruppieren sich dann Variablen, die hoch miteinander korreliert sind, wohingegen zu anderen Faktoren eine niedrige Korrelation besteht (Backhaus et al., 2018).

Die explorative Faktorenanalyse generiert die Faktorenzahl und die Zuordnungen der Variablen zu den Faktoren im Rahmen der Analyse. Letztere sind also nicht a priori bekannt (Wolff & Bacher, 2010). In dieser Studie wurde als Extraktionsmethode die Hauptkomponentenanalyse (PCA, Principal Component Analysis) verwendet. Diese lässt sich anhand von drei wichtigen Schritten erläutern. Zu Beginn steht die Extraktion von Hauptkomponenten, es folgt eine Reduzierung der Komponentenlösung und abschließend die Rotation der Komponenten (Wolff & Bacher, 2010). Als Rotationsverfahren wurde das Varimax-Verfahren mit Kaiser Normalisierung angewandt. Dies ist ein orthogonales Verfahren mit dem Ziel, die Varianz eines Faktors zu maximieren (Wolff & Bacher, 2010). Dadurch werden große Ladungen noch größer und kleine Ladungen noch kleiner. Es dient der übersichtlicheren Darstellung der jeweiligen Ladung auf die Faktoren. Durch die PCA wird deutlich, welche Variablen (Items) auf die jeweiligen Faktoren laden. Dies lässt sich anhand der Faktorenladung bestimmen. Sie ist ein Maß für die Korrelation der Ausgangsvariablen mit dem jeweiligen Faktor und lässt Rückschlüsse darüber ziehen, wie viel oder wenig die ursprüngliche Variable mit dem Faktor gemeinsam hat. Eine hohe Faktorladung spricht dabei für eine größere Bedeutung der Variable für den Faktor (Stangl, 2022).

2.6.2 Konfirmatorische Faktorenanalyse

Mit der EFA lassen sich latente Konstrukte innerhalb eines Fragebogens erarbeiten (strukturentdeckend), mit der KFA lassen sich diese latenten Konstrukte überprüfen (strukturprüfend). Ziel dieser konfirmatorischen Faktorenanalyse war die Überprüfung und Bestätigung der vorläufigen Ergebnisse der EFA. Das formulierte Faktorenmodell fungierte dabei als hypothetisches Konstrukt, das es zu analysieren galt. Es sollte überprüft werden, ob sich die formulierten Faktoren der EFA aus dem ersten Datensatz auch in den empirisch gemessenen Variablen des zweiten Datensatzes widerspiegeln. Um dies zu realisieren, wurde der Datensatz geteilt (random split, 50:50). Anhand der KFA lässt sich dann die Modellgüte des entwickelten Modells beurteilen und somit entscheiden, ob das Modell

(Hypothese) beibehalten oder verworfen werden kann (Moosbrugger & Kelava, 2020). Ein vereinfachtes graphisches Erklärungsmodell der Faktorenanalysen wird in Abbildung 1 dargestellt.

Für die KFA wird zu Beginn eine globale Nullhypothese formuliert (*Kann das Gesamtmodell die empirischen Daten gut beschreiben?*) und folgende Informationen a priori festgelegt: Faktorenanzahl, Faktorenbenennung, Zuordnung von Messvariablen, die die betrachteten Konstrukte jeweils in ihrer Gesamtheit widerspiegeln (reflektive Messungen) – gemeint ist damit die Beziehung der Indikatorvariablen zu den Faktoren (Backhaus et al., 2018). Anhand dieser Hypothesenbildung wird ein Messmodell mit entsprechenden Messmodellgleichungen aufgestellt. Dabei misst das Messmodell die Beeinflussung der manifesten Variablen (Items) durch die latenten Variablen (Faktoren) (Döring et al., 2016). Graphisch wird dieses Modell durch ein Pfaddiagramm veranschaulicht, wobei jeder Pfad für eine Grundgleichung steht, aus der sich Korrelationen der Variablen berechnen lassen (Abbildung 2). Dabei existieren in dem aufgestellten Modell bekannte (messbare) Parameter und unbekannte (nicht messbare) Parameter. Bei den messbaren Parametern handelt es sich um die empirisch beobachtbaren Variablen (Items des Fragebogens). Den unbekannt Parameter muss sich anhand von Schätzungen genähert werden. Eine häufig verwendete Analyseverfahren zur Parameterschätzung ist die Maximum-Likelihood-Schätzung, die sich aufgrund ihrer Effizienz und relativen Unverzerrtheit gegenüber anderen Methoden durchgesetzt hat (Döring et al., 2016). Anhand dieser Schätzungen wird eine Korrelationsmatrix berechnet, die anschließend mit der empirisch ermittelten Korrelationsmatrix verglichen werden kann.

Die Teststärke der Übereinstimmung der geschätzten und der empirischen Korrelationsmatrix kann durch Fit-Indizes bestimmt werden. Die Qualität des Modells wurde durch folgende Indizes evaluiert: Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis-Index (TLI), Root mean square error of approximation (RMSEA) und Standardized root mean square residual (SRMR). Als Referenzwerte gelten hierfür: CFI und TLI >0,95 (McDonald & Marsh, 1990; Tucker & Lewis, 1973), RMSEA <0.05 (Browne & Cudeck, 1992; Steiger, 1980) und SRMR <0.06 (Chen, 2007; Hu & Bentler, 1998; Xia & Yang, 2019).

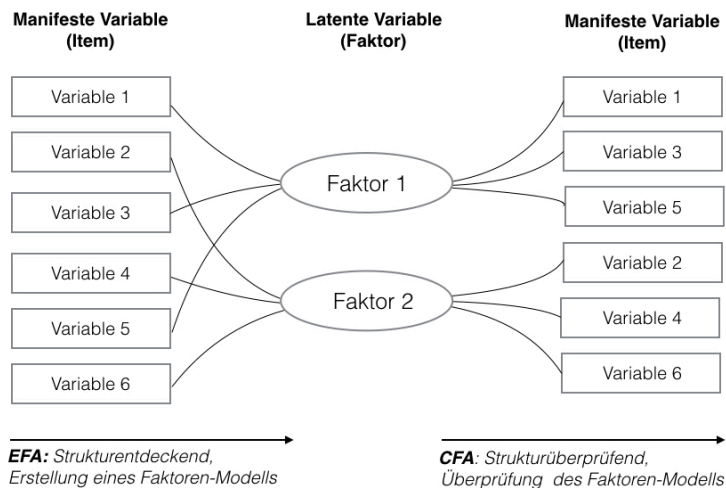


Abbildung 1: Vereinfachte graphische Darstellung EFA, KFA, (Eigene Darstellung)

2.6.3 Reliabilität

Neben der Validität muss ein weiteres Testgütekriterium erfüllt werden – die Reliabilität. Dadurch wird die Testgenauigkeit bestimmt: Wie präzise kann der Test das messen, was er zu messen vorgibt? Dabei hilft die Zuhilfenahme von Cronbachs Alpha. Hierbei handelt es sich um ein Reliabilitätsmaß zur Bestimmung der internen Konsistenz einer Skala oder eines Tests (Hossiep, 2021). Durch die Faktorenanalyse ergibt sich ein Faktorenmodell. Innerhalb der Faktoren gruppieren sich Variablen, die inhaltlich auf das gleiche Merkmal ausgerichtet sind. Die Überprüfung dieses angestrebten Zusammenhangs der Variablen innerhalb einer Skala (eines Faktors) wird anhand der internen Konsistenz überprüft (Schecker, 2014). So ist Cronbachs Alpha ein Maß dafür, inwieweit die Gruppen von Variablen miteinander in Beziehung stehen, und kann darüber eine Schätzung der Messgenauigkeit der jeweiligen Gruppe von Variablen (Faktoren) gewährleisten.

3. Ergebnisse

3.1 Stichprobe

Insgesamt wurden die Daten von 571 Teilnehmenden aus Deutschland, Österreich und der Schweiz erhoben. Der Anteil der Teilnehmenden aus Deutschland war mit 79,6 % am höchsten, gefolgt von der Schweiz mit 14,2 % und zuletzt Österreich mit 8 %.

79,6 % (n=456) der Teilnehmenden waren weiblich, 19,5 % (n=111) männlich und 0,3 % (n=2) divers. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden lag insgesamt bei 26,1 Jahren ($\pm 7,1$). Das Alter variierte je nach Ausbildungssektor. Bei Studierenden und Auszubildenden der Pflege lag das durchschnittliche Alter bei 24,8 ($\pm 8,2$) Jahren und bei Medizinstudierenden betrug es 24,6 ($\pm 3,3$) Jahre. Der Altersdurchschnitt innerhalb des Psychologiesektors war mit 32,6 Jahren ($\pm 8,6$) deutlich höher. Dies ist durch den hohen Anteil an Psychotherapeuten in Ausbildung zu erklären, die durch ihr bereits abgeschlossenes Studium durchschnittlich älter sind.

47,8 % der Befragten waren Studierende der Medizin. Die Pflege war durch 34,3 % und die Psychologie durch 17,9 %, vertreten. Unter den Medizinstudierenden befand sich der Großteil mit 55,2 % im klinischen Abschnitt des Studiums. Im praktischen Jahr befanden sich 26,3 %, im vorklinischen Abschnitt lediglich 17,3 %. Da für den Pflegebereich zwei unterschiedliche Ausbildungssysteme existieren, wurde dieser in zwei Bereiche aufgliedert. 64,2 % der Befragten absolvierten eine Pflegeausbildung, 35,8 % ein Pflegestudium. In der Schweiz und Österreich hat sich das Pflegestudium mit den jeweiligen Abschlüssen B.Sc. Pflege (Österreich), dipl. Pflegefachmann/frau FH (Schweiz) etabliert. In Deutschland dominiert nach wie vor die klassische Pflegeausbildung. Jedoch gibt es auch hier seit der Pflegereform vermehrt Studiengänge mit dem Abschluss B.Sc. Pflege. Der Anteil der Auszubildenden und Studierenden in den jeweiligen Ausbildungs-/Studienjahren war annähernd gleich verteilt (1. Ausbildungs-/Studienjahr: 32,2/30,4 %; 2. Ausbildungs- und Studienjahr: 37,1/20,3 %; 3. Ausbildungs- und Studienjahr: 30,6/30,4 %). Den geringsten Anteil der Stichprobe machten Psychologiestudierende und Therapeuten in Ausbildung mit 17,9 % aus. Darunter waren 17,6 % Studierende der Psychologie und 81,4 % Psychotherapeuten in Ausbildung. Der prozentual hohe Anteil an Therapeuten in Ausbildung ergab sich durch die hohe Teilnahmebereitschaft der Ausbildungsinstitute.

Zusätzlich wurden die Teilnehmenden zu ihrer Konfession und selbsteingeschätzten Religiosität, Spiritualität sowie Gebets- und Meditationspraxis befragt (*Ich bin ein spiritueller bzw. religiöser Mensch; Ich bete bzw. meditiere regelmäßig*). 35,7 % waren katholischen Glaubens, 27,7 % protestantisch und 25 % gehörten keiner Religion an. Weitere 4 % waren

muslimischen Glaubens, 0,1 % jüdisch. 6,3 % gaben weitere nicht erwähnte Religionszugehörigkeiten an und weitere 4 % machten keine Angaben bezüglich ihrer Religion.

Hinsichtlich der selbstempfundenen Religiosität und Spiritualität konnten die Teilnehmenden auf einer Skala mit 1=stimmt nicht, 2=stimmt kaum, 3=stimmt eher und 4=stimmt genau auswählen. Die Frage nach der Religiosität ergab einen Gesamtmittelwert von 2,1 ($\pm 1,0$). Die Gesamtheit der Befragten sieht sich also schwach bis moderat religiös (stimmt kaum). Für die selbstempfundene Religiosität ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den jeweiligen Ausbildungsbereichen. So gaben SuA der Pflege eine deutlich höhere selbstempfundene Religiosität an (Pflege: MW=2,6 \pm 1,03, Medizin: MW=1,9 \pm 0,98, Psychologie: MW=1,7 \pm 0,75; $p < 0,05$). Für die Frage nach der selbstempfundenen Spiritualität ergab sich ein Gesamtmittelwert von 2,4 ($\pm 0,9$). Der Großteil der Befragten sieht sich als schwach bis moderat spirituell (stimmt kaum bis stimmt eher). Die höchste selbstempfundene Spiritualität liegt im Psychologiebereich, gefolgt von dem Pflegebereich und zuletzt dem medizinischen Bereich. Die Unterschiede zwischen den Disziplinen sind mit $p < 0,05$ signifikant. Bei der Gebets- und Meditationspraxis konnten die Teilnehmer auf folgender Skala wählen: 1=ja, regelmäßig; 2=hin und wieder; 3=eher selten, 4=nein, gar nicht. Hier wurde ein Gesamtmittelwert von 2,73 ($\pm 1,1$) ermittelt. Dabei liegt die Gebets- und Meditationspraxis im Bereich zwischen hin und wieder und eher selten. Hier wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt. In Tabelle 2 werden die soziodemographischen Daten zusammengefasst.

Tabelle 2: Soziodemographische Daten

	Gesamtsample	
N =	571	
Geschlecht (% , n=)		
Frauen	79,6	(n=456)
Männer	19,5	(n=111)
Divers	0,4	(n=2)
Keine Angabe	0,4	(n=2)
Alter Jahre (MW, SD)		
	26,1	($\pm 7,1$)
Medizin	24,6	($\pm 3,3$)
Pflege	24,8	($\pm 8,2$),
Psychologie	32,6	($\pm 8,6$)
Nationalität (% , n=)		
Deutschland	72,8	(n=416)
Schweiz	14,2	(n=81)
Österreich	8,4	(n=48)
Andere	4,6	(n=26)

Ausbildung/Studium (%)

Medizin	47,8	(n=272)
Pflege	34,3	(n=195)
Psychologie/Psychotherapie	17,9	(n=102)

Ausbildungsabschnitt (% , n=)

Medizin	47,8	(n=272)
Vorklinik	17,3	(n=47)
Klinik	55,2	(n=150)
PJ	26,3	(n=72)
Psychologie	17,9	(n=102)
Bachelor	3,9	(n=4)
Master	13,7	(n=14)
Therapeut in Ausbildung	81,4	(n=83)
Pflege	34,3	(n=195)
Pflegeausbildung	64,2	(n=124)
1. Ausbildungsjahr	32,2	(n=40)
2. Ausbildungsjahr	37,1	(n=46)
3. Ausbildungsjahr	30,6	(n=38)
Pflegestudium	35,8	(n=69)
1. Studienjahr	30,4	(n=21)
2. Studienjahr	20,3	(n=14)
3. Studienjahr	30,4	(n=21)
1. > 3. Studienjahr	18,8	(n=14)

Konfession (%)

Katholisch	35,7	(n=204)
Protestantisch	27,7	(n=158)
Keine	25	(n=141)
Andere	6,3	(n=36)
Muslimisch	2,4	(n=14)
Jüdisch	0,1	(n=1)
Keine Angabe	2,4	(n=14)

Religiosität

Ich bin ein religiöser Mensch, 1–4 (MW, SD)

ANOVA

Gesamt	2,1	(± 1,0)	p<0,00
Medizin	1,92	(± 0,99)	
Psychologie	1,72	(± 0,89)	
Pflege	2,39	(± 0,99)	

Spiritualität

Ich bin ein spiritueller Mensch, 1–4 (MW, SD)

ANOVA

Gesamt	2,4	(± 0,9)	p=0.04
Medizin	2,35	(± 0,91)	
Psychologie	2,61	(± 0,98)	
Pflege	2,46	(± 0,85)	

Praxis		
Ich bete bzw. meditiere regelmäßig, 1–4 (MW, SD)		ANOVA
Gesamt	2,7 (± 1,1)	p=0.29
Medizin	2,79 (± 1,1)	
Psychologie	2,55 (± 1,08)	
Pflege	2,75 (±1,09)	

3.2 Spiritual Care in der Ausbildung

Hier wurden Studierende und Auszubildende darum gebeten, genauere Angaben zu Spiritual Care in ihrer Ausbildung zu machen. 567 Teilnehmende beantworteten diesen Abschnitt des Fragebogens vollständig. Darunter gaben 44,3 % an, dass existenzielle, spirituelle und religiöse Themen während ihrer Ausbildung thematisiert werden. Von diesen 44,3 % empfand circa die Hälfte (55,9 %) die stattfindende Ausbildung als ausreichend. 55,7 % der Befragten gaben an, dass diese Inhalte überhaupt nicht während ihrer Ausbildung/ihres Studiums thematisiert werden.

Die Bedeutung der Integration dieser Themen in der Ausbildung (*Welche Bedeutung messen Sie der Integration von existenziellen-spirituellen-religiösen Fragestellungen in der Ausbildung bei?*) wurde in der Gesamtheit mit einem Mittelwert von 2,6 (± 0,8) angegeben. Da es sich um eine Ratingskala handelte, liegen die Werte im Antwortbereich zwischen 0=keine Bedeutung bis 4=sehr große Bedeutung, mit einer Tendenz zum Bedeutungsvolleren. Anschließend wurden die jeweiligen Bereiche (existenziell, spirituell, religiös) separat erhoben. Die Bedeutung von existenziellen Themen wurde durchschnittlich mit 3,27 (± 0,8), die von spirituellen Themen mit 2,61 (± 0,8) und die von religiösen Themen mit 2,34 (± 0,9) angegeben. Dadurch lässt sich eine deutlich unterschiedliche Gewichtung der Themenbereiche erkennen. Die existenzielle Dimension der Ausbildungsinhalte steht an erster Stelle, gefolgt von der spirituellen Dimension und zuletzt der religiösen Dimension. Abbildung 2 beschreibt anhand eines Säulendiagramms die prozentuale Gewichtung der jeweiligen Themenblöcke. Je größer der dunkle Anteil innerhalb der Säule ausfällt (*sehr große Bedeutung*), desto stärker wird dieser Inhalt für die Lehre von SC gewichtet. Für die jeweiligen Ausbildungsbereiche fällt eine unterschiedliche Gewichtung der Inhalte auf. Im Pflegebereich werden religiöse Ausbildungsinhalte deutlich stärker gewichtet (Pflege: MW=2,7 ± 0,81; Psychologie: MW=2,2 ± 0,5; Medizin: MW=2,1 ± 0,66; p< 0.00). Der Integration von existenziellen und spirituellen Themen wird im Psychologiebereich die größte Bedeutung zugesprochen (Spirituell: Psych.: MW=2,70 ± 0,57; Pflege: MW=2,69 ± 0,83; Med.: MW=2,52 ± 0,63; p=0.06; Existenziell: Psych.: MW=3,59 ± 0,36, Med.: MW=3,23 ± 0,54, Pflege: MW=3,16 ± 0,87; p<0.00). Die Varianzanalyse ergab hier jedoch

nur für die existenziellen Ausbildungsinhalte einen signifikanten Unterschied zwischen den jeweiligen Ausbildungsgruppen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 3 und Abbildung 2 veranschaulicht.

Tabelle 3: Spiritual Care in der Ausbildung

Anzahl der Teilnehmenden N =		567
5.2 Kommen existenzielle-spirituelle-religiöse Themen in Ihrem Ausbildungscurriculum vor?	Ja: 44,3 % Nein: 55,7 %	
5.3 Wenn ja, empfinden sie diese als hinreichend?	Ja: 55,9 % Nein: 44,4 %	
5.4 Welche Bedeutung messen Sie der Integration von existenziellen-spirituellen-religiösen Fragestellungen Ausbildung bei? 1–4 (MW, SD)		ANOVA
Gesamt	2,6 (± 0,8)	p=0.05
Medizin	2,58 (± 0,75)	
Psychologie	2,61 (± 0,86)	
Pflege	2,77 (± 0,94)	
5.5 Existenziellen Themen? 1–4 (MW, SD)		ANOVA
Gesamt	3,27 (± 0,8)	p<0.00
Medizin	3,23 (± 0,76)	
Psychologie	3,59 (± 0,60)	
Pflege	3,16 (± 0,91)	
5.6 Spirituellen Themen? 1–4 (MW, SD)		ANOVA
Gesamt	2,61 (± 0,8)	p=0.06
Medizin	2,53 (± 0,79)	
Psychologie	2,70 (± 0,79)	
Pflege	2,68 (± 0,95)	
5.7 Religiösen Themen? 1–4 (MW, SD)		ANOVA
Gesamt	2,34 (± 0,9)	p<0.00
Medizin	2,12 (± 0,81)	
Psychologie	2,24 (± 0,71)	
Pflege	2,74 (± 0,96)	

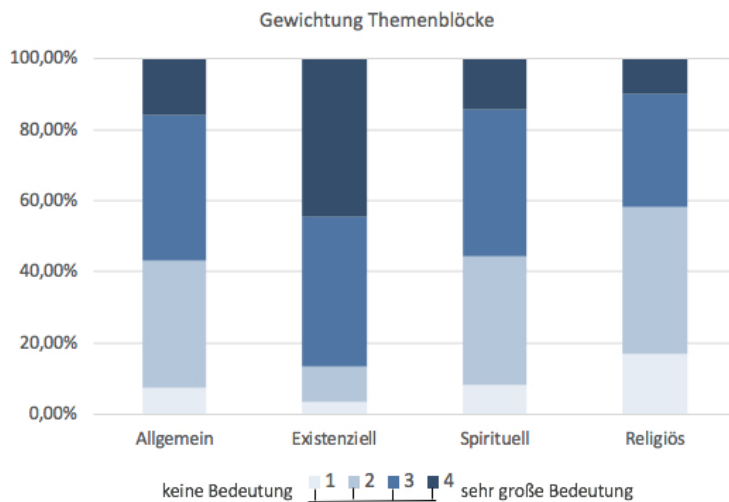


Abbildung 2: Spiritual Care in der Ausbildung – Gewichtung der Themenblöcke

In dem Multiple-Choice-Teil konnten die Befragten drei aus insgesamt zwölf Antwortmöglichkeiten auswählen. In Tabelle 4 sind die Antworten in absteigender Reihenfolge aufgelistet. Zu den häufigsten drei Antworten zählten: 1. der Umgang mit schwerstkranken Patienten und Angehörigen, 2. Umgang mit Spiritualität/Religiosität des Patienten, 3. Arzt-Patienten-, Therapeut-Patienten-, Pfleger-Patienten-Kommunikation.

Tabelle 4: Spiritual Care in der Ausbildung, MC Teil

5.8 Was halten Sie für die wichtigsten Aspekte, die Sie lernen sollten? (drei Antwortmöglichkeiten)	N=Anzahl der Nennungen
1. Umgang mit schwerkranken Patienten und den Angehörigen	318
2. Umgang mit der Spiritualität/Religiosität des Patienten	298
3. Arzt-Patienten-Kommunikation, Therapeut-Patienten-Kommunikation, Pfleger-Patienten-Kommunikation	267
4. Trauer	254
5. Wahrnehmung von spirituellen Nöten des Patienten	232
6. Die Rolle von Spiritualität im Gesundheitswesen	195
7. Breaking-Bad-News	165
8. Spirituelle Selbsteinschätzung/Entdeckung der eigenen Spiritualität	131
9. Unterschiede zwischen Religiosität und Spiritualität	95
10. Definition von Spiritualität	58
11. Spirituelle Anamnese	47
12. Weitere nicht erwähnte Themen	24

3.3 Spiritual Care Competence Questionnaire (SCCQ-s)

3.3.1 Profillinie

Anhand der Profillinie aus Abbildung 3 lässt sich das Antwortverhalten der Studierenden und Auszubildenden hinsichtlich der selbstempfundenen spirituellen Kompetenzen nachvollziehen. Der Großteil der Antworten liegt in dem Antwortbereich zwischen 2=stimmt nicht und 3=stimmt eher. Daraus allein lassen sich jedoch keine gültigen Aussagen über konkrete spirituelle Kompetenzen ableiten, zumal die Antwortmöglichkeiten unterschiedlich formuliert sind und es sich teilweise um negativ formulierte Antworten handelt (*In meiner beruflichen Rolle empfinde ich mich für religiöse/spirituelle Themen als nicht zuständig*). Es wird jedoch deutlich, dass sich innerhalb des Samples bestimmte Muster abzeichnen. Werden konkrete Instrumentarien zur Erhebung, Umsetzung und Dokumentation von Spiritual Care abgefragt (Frage 8.3, 8.4, 8.5), zeigt sich ein deutlich geringerer Wert (weniger Zustimmung) als in anderen Kompetenzbereichen. Gleiches gilt für den Austausch unter Studierenden und Auszubildenden über Spiritualität und die spirituellen Bedürfnisse der Patienten (Frage 8.6, 8.7, 8.8).

Besonders hohe Zustimmungswerte erhielten die Antworten: *Ich fühle mich in der Lage, ein offenes Gespräch über existenzielle Themen zu führen; Ich fühle mich in der Lage, ein offenes Gespräch über religiöse Themen zu führen; Ich finde es wichtig, berührbar gegenüber dem Leid anderer zu sein – und dieses mitzutragen; Ich fühle mich in der Lage, Schmerzen und Leid von Patienten auszuhalten* (Frage 8.10, 8.11, 8.14, 8.28). Demnach schätzen Studierende und Auszubildende ihre Kompetenz in diesen Bereichen vergleichsweise hoch ein. Dadurch zeigt sich eine besonders hohe selbstempfundene Kompetenz im Bereich der Gesprächsführung sowie im Bereich der Empathie gegenüber dem Leid der Angehörigen und Patienten.

Bei der Frage 8.30 nach der bestimmten beruflichen spirituellen Kompetenz (*Ich finde, dass meine Berufsgruppe eine besondere spirituelle Kompetenz besitzt*) geht ein höherer Wert mit einer höheren Zustimmung und dadurch einer höheren selbstempfundenen beruflichen spirituellen Kompetenz einher. Auszubildende und Studierende der Pflege schreiben ihrer Berufsgruppe die höchste spirituelle Kompetenz zu (Pflege: $MW=2,3 \pm 1,04$; Psychologie: $MW=2,0 \pm 0,89$; Medizin: $MW=1,8 \pm 0,80$, $p<0.05$). Die Unterschiede zwischen den Ausbildungsgruppen sind mit $p<0.05$ signifikant. Jedoch muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass sich das Antwortverhalten der Ausbildungsgruppen nur marginal unterscheidet. So bewegen sich Medizinstudierende am häufigsten zwischen den Antworten „stimmt nicht“ und „stimmt kaum“, Psychologiestudierende bei „stimmt eher“ und Pflegende zwischen den Antworten „stimmt kaum“ und „stimmt eher“. Dadurch ist selbst bei Pflegenden nicht von einer starken Zustimmung hinsichtlich ihrer berufsbezogenen

spirituellen Kompetenz auszugehen. Aus Frage 8.31 ergibt sich die Zuständigkeit der jeweiligen Ausbildungsgruppen für SC (*Ich finde, dass meine Berufsgruppe nicht für Spiritual Care zuständig ist*). 1=stimmt nicht bedeutet hier also eine doppelte Verneinung und damit ein stärkeres Zuständigkeitsempfinden. Der Mittelwert aller Antworten lag bei 1,8 ($\pm 0,97$). 44 % der Befragten antworteten mit 1=stimmt nicht. Aus diesen beiden Werten ergibt sich in der Gesamtheit ein hohes Zuständigkeitsempfinden der jeweiligen Ausbildungsgruppen für SC. Zwischen den Ausbildungsgruppen gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede (Medizin: MW=1,8 \pm 0,89; Psychologie: MW=1,7 \pm 0,86; Pflege: MW=1,8 \pm 0,95; $p=0,28$). Demzufolge fühlte sich kein Ausbildungsbereich mehr oder weniger zuständig für SC. Die Ergebnisse der dazugehörigen Antworttexte werden im Rahmen der qualitativen Auswertung dargestellt.

In der folgenden Abbildung sind auf der Y-Achse die Fragen des SCCQ-s von 1 bis 31 abgebildet (siehe Anhang). Auf der X-Achse sind die Antworten der Teilnehmenden auf einer Likert-Skala von 1 bis 4 (1=stimmt nicht, 2=stimmt kaum, 3=stimmt eher, 4=stimmt genau) abgebildet. Die unterschiedlichen Profillinien stellen das unterschiedliche Antwortverhalten im SCCQ-s für die Bereiche Medizin, Psychologie und Pflege dar. Dabei handelt es sich um die ursprünglich formulierten Fragen des SCCQ-s vor der Faktorenanalyse (ungekürzte Version).

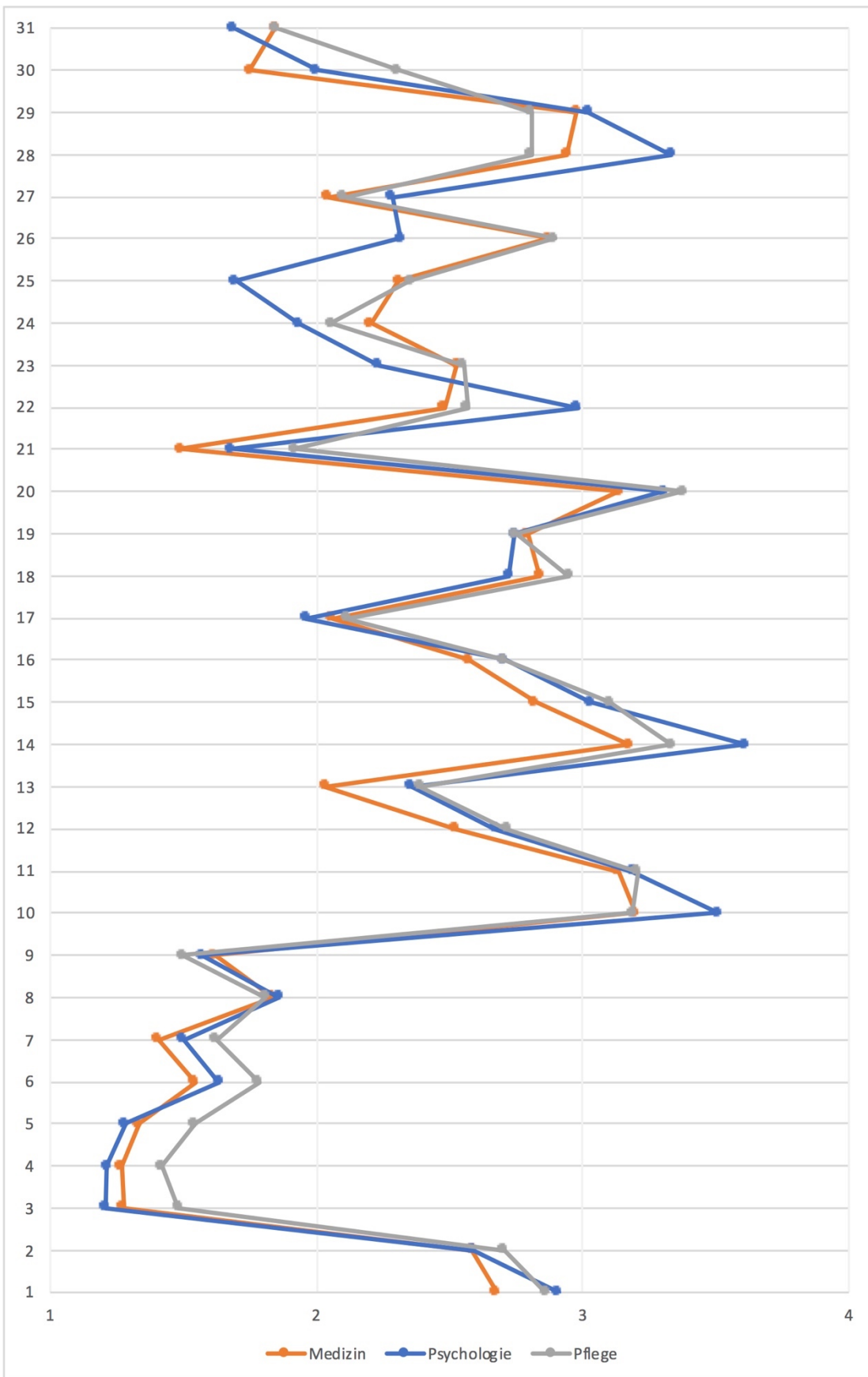


Abbildung 3: SCCQ-s Profillinie

3.3.2 Qualitative Auswertung

3.3.2.1 Verständnis von Spiritual Care

Was verstehen sie selbst unter dem Themenfeld Spiritual Care?

Die Teilnehmenden wurden hierfür gebeten, ihr persönliches Verständnis von Spiritual Care anhand eines Freitextes zu erläutern. Durch die qualitative Analyse konnte ein Kategoriensystem gebildet werden, das sich vereinfacht und anhand von Leitfragen wie folgt beschreiben lässt: SuA definieren SC über 1. konkrete Inhalte (*Was?*), 2. die Intention (*Für was?*), 3. den Anwendungszeitpunkt (*Wann?*), 4. die Eigenschaften (*Wie?*). Diese vier Punkte bildeten ein übergeordnetes Kategoriensystem. Zusätzlich ließ sich ein weiteres übergeordnetes Merkmal herausfiltern: SuA beziehen SC und die Definition von SC auf sich (Selbstbezug) oder auf andere (Fremdbezug). Die folgenden Tabellen 5–16 veranschaulichen die Antworten der SuA. Für die Kategorie 1. Inhalt (*Was?*) wird zwischen Fremd- (1.1) und Selbstbezug (1.2) differenziert. Mit Hilfe von Ankerbeispielen sollen die Kategorien/Subkategorien beschrieben werden.

1.1 Verständnis von SC über den Inhalt (*Was?*) – Fremdbezug

Zentrales Element dieser Kategorie sind die Wahrnehmung, die Akzeptanz und der Einbezug von spirituellen, religiösen, transzendentalen, existenziellen und philosophisch/ethischen Bedürfnissen, Inhalten und Fragestellungen der Patienten in die Versorgung. Hier wird SC über einen Fremdbezug definiert und bezieht sich in seiner Definition dadurch immer auf andere. Zusätzlich wird das Thema der ganzheitlichen Behandlung, im Sinne einer Einheit von Physis und Psyche, unter Einbezug von religiösen, spirituellen und kulturellen Besonderheiten betont. Das Konzept des Bio-psycho-sozialen Modells mit entsprechenden Erweiterungen wurde ebenfalls häufig erwähnt. Ebenso wurde unter SC die Achtung der Individualität mitsamt den weltanschaulichen und glaubensbezogenen Besonderheiten verstanden. Das Miteinbeziehen von spirituellen, religiösen und rituellen Praktiken wird ebenfalls als zentrales Element von SC aufgefasst.

Tabelle 5: SC-Verständnis, Kategorie 1. Inhalt (*was?*), 1.1 Fremdbezug

Bedürfnisse/Inhalte/Fragestellungen (1.1.1)	
- „Spirituelle Pflege: Begleitung bei spirituellen Fragen/Aspekten, die während einer Versorgung auftreten.“ - „Ein Eingehen auf wichtige spirituelle Bedürfnisse der Patienten*“	
<i>Subkategorie</i>	<i>Ankerbeispiel</i>
<i>Spirituell</i> (1.1.1.1)	„Den spirituellen Teil/Bedürfnisse eines Menschen in die Pflege dieser Person einbeziehen und zu achten/akzeptieren.“
<i>Religiös</i> (1.1.1.2)	„Einbeziehen religiöser/spiritueller Ansichten und Handlungen in die Pflege.“

<i>Existenziell (Leben & Tod)</i> (1.1.1.3)	- „Die Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen des Menschseins (...), Leid und was der Tod bedeutet und ob es eine Existenz danach gibt.“ - „Den Patienten in existenziellen Fragen begleiten, bei Themen wie Leben und Tod und Sinnfragen.“
<i>Transzendenz</i> (1.1.1.4)	- „Pflege, die über das Greifbare hinaus geht.“ - „Eingehen auf das transzendente Bedürfnis des Patienten, speziell in existenziellen Fragen Beistand bieten.“
<i>Philosophisch/ Ethisch</i> (1.1.1.5)	„Spiritual Care umfasst philosophische, existenzielle, ethische Fragen des Lebens und die Auseinandersetzung mit den eigenen Ansichten bzw. Umgang mit den Ansichten anderer.“
<i>Sinnfragen</i> (1.1.1.6)	- „Sich mit Fragen zu beschäftigen wie dem Sinn des Lebens etc.“
Ganzheitlichkeit (1.1.2)	
- „Den Menschen bei der Pflege/Therapie ganzheitlich zu betrachten.“ - „Man sollte (...) nicht nur die psychische und biologische Komponente einer Krankheit, sondern auch auf die spirituelle Seite eingehen können. Nur so kann man den Patient ganzheitlich betreuen.“	
<i>Subkategorie</i>	<i>Ankerbeispiel</i>
<i>Bio-psycho-sozial</i> + <i>spirituell</i> , + <i>kulturell</i> , + <i>religiös</i> (1.1.2.1)	„Spiritual Care als Teil des holistischen Verständnisses der Person; Einbezug von spirituellen und religiösen Bedürfnissen zusätzlich zum bekannten bio-psycho-sozialen Verständnis.“
<i>Körper & Geist/Seele</i> (1.1.2.2)	„Pflege und Behandlung, die Körper und Geist miteinbezieht.“
Rituelle, spirituelle, religiöse Praxis (1.1.3)	
- „Mittels spiritueller Praktiken um andere kümmern; z. B. Meditation, beten (...).“ - „Ein Setting zu schaffen, in dem die zu betreuende Person ihre Glaubensrituale, Gebete, Entspannungsübungen, Meditationen etc. ungestört durchführen kann.“	
Individualität (1.1.4)	
„(...) man sorgt sich um den einzelnen/individuellen Klienten und zwar in dem Maße zugeschnitten, wie er/sie es braucht, wünscht und fordert.“	
<i>Subkategorie</i>	<i>Ankerbeispiel</i>
<i>Weltanschauung</i> (1.1.4.1)	„Erkennen und Beachten von Glauben, Überzeugungen, Weltansichten und Wertvorstellungen individueller Personen.“
<i>Glaube/ Glaubensansätze</i> (1.1.4.2)	„Den Einbezug von Glauben oder Glaubenssystemen in die Arbeit mit meinen Patienten*innen.“
<i>Werte und Normen</i> (1.1.4.3)	„Pflege, die Überzeugungen einzelner Menschen und deren Glauben, Werte und Normen respektiert.“

1.2 Verständnis von SC über den Inhalt (Was?) – Selbstbezug

In Tabelle 6 werden Kategorien zusammengefasst, die sich dem Kategoriensystem 1. Inhalt (was?) zuordnen lassen. Jedoch beziehen hier die SuA ihre Antworten auf sich selbst (Selbstbezug). Ein zentraler Aspekt dieses Kategoriensystems ist die Selbstfürsorge. Subkategorien der Selbstfürsorge bilden die spirituelle und seelisch-geistige Selbstfürsorge.

Zusätzlich subsummierte sich die rituelle, spirituelle und religiöse Praxis als eine Subkategorie der Selbstfürsorge hinzu. Ebenso galten als weiteres zentrales Verständnis von SC die mentale Gesundheit, die Psychohygiene sowie die Selbstreflexion.

Tabelle 6: SC-Verständnis, Kategorie 1. Inhalt (was?), 1.2 Selbstbezug

Selbstfürsorge (1.2)	
- „Selbstfürsorge“ - „Für sich selbst sorgen, indem man Kraft schöpft und an sich selbst glaubt.“	
<i>Subkategorie</i>	<i>Ankerbeispiel</i>
<i>Spirituelle Selbstfürsorge</i> (1.2.1.1)	„Auf eine spirituelle Art und Weise sich um sich selbst und sein Wohlbefinden zu kümmern.“
<i>Seelisch/Geistige Selbstfürsorge</i> (1.2.1.2)	- „Sorge um den eigenen Geist.“ - „Für mich bedeutet es, dass ich mich erstmal um mich selbst kümmere: meinen Körper, Geist und Seele.“
<i>Rituelle, spirituelle, religiöse Praxis</i> (1.2.1.3)	„Ich verstehe darunter, dass man sich mit verschiedenen Ritualen (von Yoga über Meditation bis morgens nach dem Aufstehen einen Kopfstand machen) um sich selbst und somit um sein eigenes Wohlbefinden kümmert.“
<i>Selbstreflexion</i> (1.2.1.4)	- „Sich selber nah kommen, reflektieren, (...)“ - „(...) In sich hineinhorchen und Gefühle reflektieren.“
<i>Mentale Gesundheit</i> (1.2.1.5)	- „Auf seine eigene mentale Gesundheit zu achten.“

2. Verständnis von SC über die Intention/das Anwendungsziel (*Für was?*)

SC wird in diesem Kategoriensystem über das Anwendungsziel definiert. Welchem Zweck dient SC? Warum wenden die Personen SC an? Das Leitmotiv ist hier also nicht der konkrete Inhalt, sondern der Outcome von SC. Mit am häufigsten wurde SC über den Aspekt von Spiritualität als Ressource definiert. Spiritualität unterstützte die Gesundheitsförderung und die Krankheitsbewältigung. Viele definierten SC über das Erlangen einer inneren Ruhe und eines inneren Friedens. Durch Spiritualität und SC soll eine Verbundenheit zu sich selbst, den Mitmenschen, der Natur, dem Heiligen und dem Transzendenten hergestellt werden. Zusätzlich wirke SC sinnstiftend und kann den Betroffenen Halt, Orientierung und Hoffnung spenden. Die Kategorie *Raum für...* ist an die direkte Formulierung der SuA angelehnt, da diese Begrifflichkeit besonders häufig genannt wurde. Ziel von SC sei es, Raum für Spiritualität, Religiosität, individuelle Wünsche, Sorgen, Nöte etc. der Patienten zu schaffen.

Tabelle 7: SC-Verständnis, Kategorie 2. Intention (Für was?)

Spiritualität als Ressource (2.1)	
„Ich stelle mir vor, ‚Spiritual Care‘ bezieht die Spiritualität der Patientin/des Patienten z. B. als Ressource in den pflegerischen/medizinischen/therapeutischen Prozess mit ein.“	
<i>Subkategorie</i>	<i>Ankerbeispiel</i>
<i>Gesundheitsförderung (2.1.1)</i>	- „Den Patient:innen auf spirituellem Wege versuchen zu helfen, ihre Lebensqualität zu verbessern bzw. zu heilen.“ - „Mit Spiritualität für seine Gesundheit sorgen, vorsorgen (...).“
<i>Krankheitsbewältigung (2.1.2)</i>	- „Menschen mit Hilfe spiritueller Methoden begleiten bzw. deren Schmerz zu lindern/Ängste zu nehmen.“ - „Demnach empfinde ich spirituelles Denken und Empfinden als ‚heilend‘ bzw. ‚lindernd‘.“
Innerer Frieden/Innere Ruhe (2.2)	
- „Hilfe dabei, innere Ruhe zu finden.“ - „Den inneren Frieden finden.“ - „Mit sich selbst in das Reine kommen.“	
<i>Subkategorie</i>	<i>Ankerbeispiel</i>
<i>Seelisches Gleichgewicht (2.2.1)</i>	„Spiritual Care ist die geistige, medizinische und psychologische Unterstützung für Personen, die eine innere Einstellung zu sich selbst finden möchten oder bereits leben, um ein seelisches Gleichgewicht zu erhalten.“
<i>Balance/Harmonie (2.2.2)</i>	- „Die Fähigkeit (...), deine Seele und Gedanken in Balance zu halten.“ - „Sich selber nah kommen, reflektieren, Balance finden.“
Verbundenheit (2.3)	
„Verbundenheit zu sich, der Menschheit, der Natur und dem Universum.“	
<i>Subkategorie</i>	<i>Ankerbeispiel</i>
<i>Natur und Umwelt (2.3.1)</i>	- „(...) Verbindung spüren und kultivieren zum Leben und zur Natur.“
<i>Transzendenz (2.3.2)</i>	- „Verbindung zu Unerklärbarem.“ - „Verbundenen sein mit etwas großem Ganzen.“
Halt/Orientierung/Hoffnung (2.4)	
- „Spiritualität/Religiosität nutzen, um Hoffnung und Zuversicht zu stärken.“ - „Orientierung und Raum zu haben.“ - „(...) Halt geben durch die Religion.“	
Sinn (2.5)	
- „Sinnfindende und sinngebende Begleitung.“ - „Begleitung von Personen (...) durch sinnstiftende bzw. perspektivpendende individuelle Unterstützung.“	
<i>Subkategorie</i>	<i>Ankerbeispiel</i>
<i>Bestimmung/ Schicksal (2.5.1)</i>	- „Dem Bedürfnis nach der Bestimmung des Lebens nachgehen.“ - „(...) Glaube an Schicksal.“ - „Menschen unterstützen bei der Öffnung von Zugängen zu (...) Lebensqualitäten, wie Sinn, Schicksal, Selbst/Identität, Verbundenheit.“
Raum für... (2.6)	
- „(...) Egal auf was es sich bezieht oder egal wie speziell es ist, für jeden einen Raum geben, es auszuleben.“ - „Unter Spiritual Care verstehe ich, dass man seinem Gegenüber (z. B. Patient) in der Begegnung Raum für Spiritualität gibt, unabhängig davon, wie diese im Konkreten aussehen mag.“	

Subkategorie	Ankerbeispiel
Spiritualität (2.6.1)	„Den Raum für religiöse und spirituelle Freiheit geben.“
Religion/Religiosität/Glaube (2.6.2)	„Religiöse oder spirituelle Weltanschauung (und Handlungsweisen) zu erfassen, ihnen Raum zu geben.“
Sorgen/Ängste/Wünsche (2.6.3)	„(...) wobei es vor allem darum geht, Menschen zuzuhören und ihnen einen Raum für ihre Sorgen/Gedanken/spirituellen Bedürfnisse zu geben.“

3. Verständnis von SC über den Anwendungszeitpunkt (*Wann?*)

Viele SuA verstehen SC über den Zeitpunkt der Anwendung. Hier sind weder Inhalte noch Ziele besonders relevant, sondern primär der Anwendungszeitpunkt. Am häufigsten genannt ist der palliativmedizinische Kontext. Für viele stellt SC die unmittelbare Brücke zu besonderen Lebensumständen und Lebensereignissen dar – sei es das Lebensende, der Tod oder eine schwere Krankheit. Im krisenhaften Kontext oder während Trauerphasen scheint SC ebenso von besonders großer Relevanz zu sein. Für andere SuA gilt SC nicht als eigenständiger Bereich, sondern lediglich als ein Teilbereich der Palliativmedizin. Ähnliches gilt für den Bereich der Seelsorge. So wird SC vor allem im seelsorgerischen Kontext verortet.

Tabelle 8: SC-Verständnis, Kategorie 3. Anwendungszeitpunkt (wann?)

Palliativmedizinischer Kontext (3.1)	
- „Teilaspekt der Palliativen Versorgung bzw. im Umgang besonders mit schwerkranken PatientInnen.“ - Für mich erscheint es logisch, die spirituelle Fürsorge v. a. bei Palliativpatienten anzuwenden und bei weiteren, die sich das wünschen.“	
Subkategorie	Ankerbeispiel
Am Lebensende/Tod (3.1.1)	„Ich persönlich verstehe unter Spiritual Care die Begleitung von Menschen in ihrem letzten Lebensabschnitt bis hin zum Ableben. Aber auch die Betreuung deren Angehörigen während der Phase des Trauerns.“
Bei schwerer Krankheit (3.1.2)	„Die Betreuung und Unterstützung schwer kranker Menschen.“
Teil der Palliativmedizin (3.1.3)	- „wir definieren Spiritual Care als einen Teilbereich unserer Palliativen Tätigkeit.“
Seelsorgerischer Kontext (3.2)	
- „Eine Art Seelsorge. (...)“ - „Ich könnte zwei unterschiedliche Definitionen vorstellen: 1. Seelsorge und Ähnliches (...)“	
Krisenhafter Kontext (3.3)	
- „Begleitung von Personen in krisenhaften Situationen (...)“ - „Spirituelle Unterstützung bei schwierigen Lebenssituationen, Krisen, Verlusten etc.“	

4. Verständnis von Spiritual Care über die Anwendungseigenschaften (*Wie?*)

Hier wird SC vor allem über Anwendungseigenschaften definiert. Wie verhalten sich Spiritual-Care-Giver? Wie gehen SC-Giver miteinander um? Wie verhält man sich gegenüber anderen

und sich selbst? Durch welche Eigenschaften lässt sich SC beschreiben? Ein Hauptaspekt hierbei war das Handeln auf Basis der eigenen Werte und Normen, der eigenen Spiritualität und der eigenen Religiosität. Diese dienen den Personen im Umgang mit SC als Orientierung und Leitfaden. Da der Wortlaut *auf Basis der...* in dieser Formulierung häufig genannt wurde, bildet er eine eigenständige Kategorie ab. Eine weitere Kategorie innerhalb dieses Systems bildet der offene, respektvolle, nicht wertende Umgang sowie die Hilfsbereitschaft und Fürsorge. Gleichzeitig wurde der Begriff der achtsamen Pflege, Betreuung oder Behandlung sehr häufig genannt.

Tabelle 9: SC-Verständnis, Kategorie 4. Eigenschaften (Wie?)

Behandlung/Betreuung auf Basis der eigenen... (4.1)	
<i>Subkategorie</i>	<i>Ankerbeispiel</i>
<i>Spiritualität (4.1.1)</i>	„Die Pflege anderer Menschen auf Basis der eigenen spirituellen Gesinnung.“
<i>Religiosität/Religion/Glauben (4.1.2)</i>	„Das man etwas von seiner eigenen Spiritualität/Religion mit in die Pflege miteinbezieht.“
<i>Werte und Normen (4.1.3)</i>	„Das Berücksichtigen und Ansprechen meiner Wertvorstellungen und das Einbeziehen dieser sowie meiner mich unterstützenden Überzeugungen in meiner Pflege.“
Fürsorglich/liebevoll (4.2)	
<ul style="list-style-type: none"> - „(...) dem Gegenüber liebevoll und wertschätzend, in Bezug auf die wahrgenommenen Bedürfnisse und Wünsche, zu verhalten.“ - „Sich um einen Menschen liebevoll zu kümmern und begleiten (...).“ 	
Offen/nicht wertend/respektvoll (4.3)	
<ul style="list-style-type: none"> - „Das wertfreie Annehmen und Nutzen von Spiritualität der Patient*innen.“ - „Dabei muss ich selbst nicht einmal besonders religiös oder spirituell sein, sondern Offenheit für die Einstellung des Patienten zeigen und ihn in dieser Hinsicht auch unterstützen. (...).“ 	
<i>Subkategorie</i>	<i>Ankerbeispiel</i>
Patient > Behandelnder (4.3.1)	„Hierbei ist wichtig, dass der Behandelnde seine eigenen Vorstellungen zurücknimmt, um sich auf den Pat. einzulassen.“
Achtsam (4.4)	
<ul style="list-style-type: none"> - „Aufmerksame achtsame Pflege.“ - „In etwa Achtsamkeit, in etwas größerem Kontext.“ 	

3.3.2.2 Berufsbezogene Spiritual Care-Kompetenz

Ich finde, dass meine Berufsgruppe eine besondere spirituelle Kompetenz besitzt. Weil...

Innerhalb dieses Abschnittes wird die Argumentation der Studierenden bezogen auf ihre berufsbezogene spirituelle Kompetenz aufgeführt. Vor allem der Pflegebereich geht von einer hohen beruflichen spirituellen Kompetenz aus. Es folgt der Psychologiebereich und zuletzt der medizinische Bereich. Anhand der Antworttexte ließen sich Begründungen für eine hohe oder eine geringe berufsbezogene spirituelle Kompetenz eruieren.

Die Inhalte der folgenden Tabellen gliedern sich in 1. Gemeinsamkeiten und 2. Unterschiede. Gemeinsamkeiten beziehen sich dabei auf eine – trotz unterschiedlicher Ausbildungsgruppe – gemeinsame Vorstellung hinsichtlich der beruflichen spirituellen Kompetenz. Es wird deutlich, dass dahingehend viele Schnittstellen zwischen den Ausbildungsbereichen existieren. Für die Herausarbeitung von unterschiedlichen Auffassungen von beruflicher spiritueller Kompetenz sind jedoch gerade die Unterschiede besonders relevant. Hier wird deutlich, dass sich Pflegende vor allem aufgrund einer besonderen menschlichen Nähe und mehr Zeit, Psychologiestudierende aufgrund einer besonderen Offenheit und Toleranz und Medizinstudierende aufgrund der Nähe zu existenziellen Lebensumständen eine besondere spirituelle Kompetenz zusprechen.

1. Gemeinsamkeiten und 2. Unterschiede sind jeweils in die Bereiche hohe und geringe Kompetenz gegliedert. Von einer hohen Kompetenz wurde ab einer Zustimmung von 3=stimmt eher bis 4=stimmt genau gesprochen, von einer geringen Kompetenz ab einem Wert von 1=stimmt nicht bis 2=stimmt kaum.

1.1 Gemeinsamkeiten – hohe Kompetenz

Überschneidende Argumente für eine hohe spirituelle Kompetenz (keine Trennschärfe zwischen den jeweiligen Ausbildungsbereichen). Hauptargumente für eine besondere berufliche spirituelle Kompetenz ist ausbildungsübergreifend die Konfrontation mit existenziellen Lebensbereichen und Fragestellungen. Dadurch schreiben sich SuA sowohl im Bereich der Pflege als auch im Bereich der Medizin und Psychologie eine hohe berufliche spirituelle Kompetenz zu. Gleichzeitig sehen SuA ihre Kompetenz allein dadurch, dass sie in einem helfenden Beruf arbeiten. Zusätzlich seien das Einfühlungsvermögen und die Empathie besonders ausgeprägt. Ebenso bringe das Interesse an einer ganzheitlichen Behandlung eine besondere berufliche spirituelle Kompetenz mit sich.

Tabelle 10: Berufliche spirituelle Kompetenz – Gemeinsamkeiten, hohe Kompetenz

Existenzielle Inhalte/Fragestellungen (1.1.1)	
„(...) sehr oft mit existenziellen Notlagen der Patienten konfrontiert und deshalb eher in der Lage sind z. B. ein Gespräch über jene Situationen zu führen als andere Menschen, die seltener mit solchen Situationen konfrontiert sind.“	
Subkategorie	Ankerbeispiel
Medizin (1.1.1.1)	- „Medizinstudierende kommen bereits im frühen Alter mit Krankheit, Tod, Vergänglichkeit in Kontakt und setzen sich deshalb möglicherweise vermehrt mit diesen Themen und Spiritualität auseinander.“
Psychologie (1.1.1.2)	„Aber durch die Verletzlichkeit, die Intimität und die Grenzerfahrungen des Lebens, welche durch meine Berufsgruppe begleitet werden, sollte sie auch spirituell eine besondere Kompetenz für besondere Bedürfnisse in diesen Situationen aufweisen.“
Pflege (1.1.1.3)	„Öfter den Grenzen des Lebens/Tod ausgesetzt/konfrontiert zu sein.“

Empathie/Einfühlungsvermögen (1.1.2)	
<ul style="list-style-type: none"> - „Wir fühlen uns jeden Tag mehr oder weniger in die Gedankenwelt anderer Personen ein und müssen dies auch, um gut arbeiten zu können.“ - „Die Stimmung von Patient:innen zu erspüren und mitzutragen und die Fähigkeit, sich immer wieder in die Gefühlswelt und Lebensrealität anderer Menschen hineinzusetzen. Ein Gefühl für immer neue und andere Menschen bekommen zu können.“ 	
<i>Subkategorie</i>	<i>Ankerbeispiel</i>
<i>Spezifische Charaktereigenschaften im Beruf (1.1.2.1)</i>	„Der Großteil der Auszubildenden ist vom Charakter her sehr liebenswert, einfühlsam. Menschen, die Interessen daran haben, den Patienten vollkommen unterstützen zu wollen.“
<i>Charaktereigenschaft als selektiver Faktor für Berufswahl (1.1.2.2)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - „(...) gutes Empathievermögen als wichtige Grundvoraussetzung für den Beruf.“ - „Im Durchschnitt denke ich, dass Menschen, die einen solchen Berufsweg einschlagen, in der Regel ausreichend Mitgefühl haben, um auf die geistigen Nöte ihrer Patienten adäquat einzugehen (...).“
Helfender Beruf (1.1.3)	
<ul style="list-style-type: none"> - „Heilung als Ziel. Fürsorge. Für Jemanden da sein, Schutz und Hilfsbereitschaft.“ - „Den Menschen als Ratgeber und Hilfesteller in schwierigen Situationen wie Krankheit und Tod beizustehen.“ 	
<i>Subkategorie</i>	<i>Ankerbeispiel</i>
<i>Arbeit mit Menschen (1.1.3.1)</i>	„Weil wir mit Menschen arbeiten und ihnen damit einen angenehmeren Aufenthalt schenken können.“
Ganzheitliche Fürsorge (1.1.4)	
<ul style="list-style-type: none"> - „(...) Dadurch, dass wir den Menschen ganzheitlich mit all seinen Facetten beobachten und behandeln sollten.“ - „Pfleger:innen ist das ganzheitliche Begleiten von Menschen sehr wichtig.“ - „Als Arzt möchte man den Menschen als Ganzes erfassen.“ 	

1.2 Gemeinsamkeiten – geringe Kompetenz

Überschneidende Argumente für eine geringe spirituelle Kompetenz (keine Trennschärfe zwischen den jeweiligen Ausbildungsgruppen). Aufgrund eines Ausbildungs- und Zeitmangels gehen die verschiedenen Ausbildungsbereiche von einer geringen spirituellen Kompetenz aus. Der Zeitmangel wurde vor allem im Bereich der Pflege und Medizin häufig genannt. Zusätzlich sahen einige SuA spirituelle Kompetenz als eine individuelle Kompetenz an, die sich nicht für eine gesamte Berufsgruppe zusammenfassen ließe. Auch begründeten viele eine fehlende berufliche spirituelle Kompetenz durch eine ablehnende Haltung der Berufsgruppe oder eine zu geringe persönliche spirituelle Prägung.

Tabelle 11: Berufliche spirituelle Kompetenz – Gemeinsamkeiten, geringe Kompetenz

Keine berufsbezogene spirituelle Kompetenz (1.2.1)
„Spirituelle Kompetenz hat mit der Haltung und Praxis eines Einzelnen zu tun, nichts mit der Berufsgruppe per se.“
Zeitmangel (1.2.2)
<ul style="list-style-type: none"> - „Leider gibt es dafür viel zu wenig Zeit im Krankenhaus (...).“ - „Auf Patienten eingehen, ihnen zuhören. Allerdings bleibt dafür häufig keine Zeit und Gespräche werden abgebrochen.“

Keinen persönlichen spirituellen Bezug/spirituelle Prägung (1.2.3)
<ul style="list-style-type: none"> - „Viele der Studierenden sind selbst nicht wirklich spirituell oder religiös, was teilweise dazu führt, dass sie etwas überfordert mit dem Thema sind.“ - „Ich denke, dass viel zu wenige von Haus aus spirituell/religiös erzogen wurden, um eine spirituelle Kompetenz zu besitzen.“
Ablehnung/Mangelndes Interesse (1.2.4)
„Kaum, da viele es als unwichtig ansehen (...).“, „(...) es fehlt hier enormes Wissen. Es wird häufig belächelt und in eine bestimmte Ecke geschoben.“

2. Unterschiede

Im folgenden Abschnitt werden die unterschiedlichen Auffassungen der Ausbildungsgruppen hinsichtlich ihrer berufsbezogenen spirituellen Kompetenz aufgeführt. Hier besteht folglich eine hohe Trennschärfe in der Argumentation der jeweiligen Ausbildungsgruppen, sodass sich Unterschiede zwischen den Ausbildungsgruppen gut herausarbeiten lassen. Es wird deutlich, dass Pflegende und Psychologiestudierende häufiger Argumente für eine hohe berufliche Kompetenz nannten. Medizinstudierenden gingen hingegen häufiger von einer geringen beruflichen spirituellen Kompetenz aus.

2.1.1 Unterschiede, hohe Kompetenz – Psychologie

Es wird deutlich, dass Studierende der Psychologie und Psychotherapeuten in Ausbildung vornehmlich von einer hohen beruflichen spirituellen Kompetenz ausgingen. Genannt wurden im Kontext der hohen berufsbezogenen Kompetenz die besondere Offenheit und Toleranz dieser Berufsgruppe. Diese prägte das Berufsbild maßgeblich. Zusätzlich führe die Selbstreflexionsfähigkeit der Therapeuten und Studierenden zu einer besonderen beruflichen spirituellen Kompetenz.

Tabelle 12: Berufliche spirituelle Kompetenz – Unterschiede, hohe Kompetenz, Psychologie

Besondere Offenheit/Toleranz (2.1.1.1)
<ul style="list-style-type: none"> - „In der Psychotherapie geht es um die Begleitung von Menschen auf Ihrem ureigenen Weg (...). Meiner Auffassung nach gehört es zur Psychotherapie, offen zu sein für das, was die Patient*innen mitbringen, nicht primär vorgefertigten Lösungen anzubieten, sondern die Patient*innen zu unterstützen mit dem, was da ist.“ - „Keine Bewertung anderer Menschen, Gleichbehandlung, Offenheit, Fürsorge, in Verbindung treten, Wohlwollen.“
Selbstreflexion/Supervision (2.1.1.2)
<ul style="list-style-type: none"> - „Durch Selbsterfahrung und Supervision beschäftigen wir uns selbst mit diesen Themen und können mit den Pat. (hoffentlich) qualifiziert darüber sprechen.“ - „Reflektiert sein, Schicksale kennen und Einordnen können für sich.“

2.1.2 Unterschiede, hohe Kompetenz – Pflege

Folgende Tabelle verdeutlicht die Argumentation der Pflegenden für eine hohe berufsbezogene spirituelle Kompetenz. Der Zeitfaktor und die besondere Nähe zum Patienten wurden hierbei häufig für eine hohe berufliche spirituelle Kompetenz genannt.

Tabelle 13: Berufliche spirituelle Kompetenz – Unterschiede, hohe Kompetenz, Pflege

Zeitfaktor (2.1.2.1)	
<ul style="list-style-type: none"> - „Das Pflgeeteam verbringt am meisten Zeit mit den Patientinnen und Patienten. Daher ist verhältnismäßig mehr Zeit und Raum da, um mit Patientinnen und Patienten tlw. auch ganz nebenbei über Spiritualität und existenzielle Themen zu sprechen.“ - „Begleitung über 24h – spirituelle Themen tauchen nicht in der Visite auf (...). Kompetenz durch die ‚enge‘ Beziehung.“ 	
Nähe (2.1.2.2)	
<ul style="list-style-type: none"> - „Durch den dauerhaften Patientenkontakt entwickeln sich auch zwischenmenschliche Beziehungen.“ - „Wir als Pflegenden sind mit Patienten/Patientinnen am meisten in Kontakt.“ - „Weil wir den Menschen so nahe kommen körperlich vor allem und mit ihnen auch ihre schwersten Zeiten durchmachen.“ 	
<i>Subkategorie</i>	<i>Ankerbeispiel</i>
<i>Vertrauens-/Bezugsperson (2.1.2.2.1)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - „Weil wir Bezugspersonen für unsere Patienten sind und haben viel Vertrauen auch Erwartungen von und für uns.“ - „Die Pflege hat zudem eine vertrauensvolle Beziehung zu ihnen und kann so ein adäquates Umfeld für die Kommunikation bieten.“

2.1.3 Unterschiede, hohe Kompetenz – Medizin

In dieser Kategorie wurde vor allem die tägliche Konfrontation dieser Ausbildungsgruppe mit existenziellen Situationen und Grenzerfahrungen genannt. Aufgrund dessen sprachen sich Medizinstudierende eine besondere spirituelle Kompetenz zu. Darüber hinaus entstehe die spirituelle Kompetenz dieser Berufsgruppe dadurch, dass Medizin mehr als eine reine Naturwissenschaft sei.

Tabelle 14: Berufliche spirituelle Kompetenz – Unterschiede, hohe Kompetenz, Medizin

Existenzielle Lebensbereiche (2.1.3.1)
<ul style="list-style-type: none"> - „Die regelmäßige Konfrontation mit Grenzsituationen, schweren Krankheiten und Tod sollte eigentlich ein höheres Maß an Spiritualität fördern (...).“ - „Wir sehen täglich Leid und Sterben und setzen uns deswegen zwangsläufig damit auseinander und können Ansprechpartner für Andere sein.“ - „Grundsätzliche Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit dem Thema Tod (Übergang Leben/Sterben/Tod).“
Medizin mehr als reine Naturwissenschaft (2.1.3.2)
<p>„(...) Deswegen ist eine Kompetenz auf diesem Gebiet vorhanden, da Medizin ja immer als ‚Naturwissenschaft‘ gewertet wird, aber viel mehr ist als das!“</p>

2.2.1 Unterschiede, geringe Kompetenz – Medizin

Tabelle 15 verdeutlicht warum Medizinstudierende von einer geringen beruflichen spirituellen Kompetenz ausgehen. Für SC sei in der Medizin kein Platz. Wissenschaft und Spiritualität seien nicht miteinander vereinbar. Zusätzlich wird im Bereich der Medizin vor allem der Zeitfaktor beklagt. Es gäbe zu wenig Zeit und zu wenig Interesse für SC. Diese sei lediglich für bestimmte

Bereiche (Palliativmedizin, Onkologie, kirchliche/anthroposophische Krankenhäuser) vorbehalten.

Tabelle 15: Berufliche spirituelle Kompetenz – Unterschiede, geringe Kompetenz, Medizin

Spiritualität nur innerhalb bestimmter Bereiche (2.2.1.1)	
<ul style="list-style-type: none"> - „Im Kontakt mit sterbenden Patienten sehr häufig wahrgenommen in der Palliativmedizin oder Onkologie, sonst spielt es keine Rolle in der Medizin meiner Meinung nach.“ - „(...) Evtl. ist dies bei Krankenhäusern kirchlicher Träger oder anderer Weltanschauungen wie bei Anthroposophen aber anders.“ 	
Kein Platz für Spiritualität in der Medizin (2.2.1.2)	
<ul style="list-style-type: none"> - „Es ist in den meisten Fachgebieten im Klinikalltag nicht gefragt, spirituelle Kompetenzen zu haben, weshalb es eher abtrainiert wird.“ - „Im Gesundheitswesen hat Spiritualität besonders bei Ärzten kaum Platz.“ - „Mein Eindruck ist, dass es für viele schwierig ist, Wissenschaft und Spiritualität unter einen Hut zu bekommen.“ 	
<i>Subkategorie</i>	<i>Ankerbeispiel</i>
<i>Keine Zeit (2.2.1.2.1)</i>	„Aus zeitlichen Gründen (...) kein Interesse an spirituellen Bedürfnissen.“
<i>Kein Interesse (2.2.1.2.2)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - „Kaum, da viele es als unwichtig ansehen (...).“ - „in der gewöhnlichen städtischen/universitären Klinik interessiert sich so gut wie niemand für ‚Spiritualität‘.“

3.3.2.3 Berufsbezogenes Zuständigkeitsempfinden

Ich finde, dass meine Berufsgruppe nicht für Spiritual Care zuständig ist. Weil...

Für das Antwortverhalten der unterschiedlichen Ausbildungsgruppen ergab sich in der Varianzanalyse der Frage 8.32 kein signifikanter Unterschied. Rein quantitativ geht folglich keine Ausbildungsgruppe von einer geringeren oder höheren Zuständigkeit für SC aus. Auch inhaltlich unterschieden sich die Ausbildungsgruppen in ihrem Antwortverhalten nur marginal. Daher werden in den Tabellen 16 und 17 lediglich die Argumentationen für ein hohes bzw. ein geringes Zuständigkeitsempfinden für SC aufgeführt.

Tabelle 16: Zuständigkeitsempfinden SC, hohes Zuständigkeitsempfinden

Patientenorientierung (1.1)	
<ul style="list-style-type: none"> - „Wenn es Anliegen des Patienten ist, ist es auch Anliegen in der Behandlung. (...).“ - „Ist es ein Thema für Patient*innen, bin ich zuständig, es zu besprechen/zu nutzen.“ - „Sofern Spiritualität ein Wert oder sonst wie Thema des Klienten ist, sind wir dafür zuständig.“ 	
<i>Subkategorie</i>	<i>Ankerbeispiel</i>
<i>Bedürfnisadaptiert/-orientiert (1.1.2)</i>	- „Weil es unsere Aufgabe ist, alle Bedürfnisse der Menschen wahrzunehmen und darauf einzugehen.“
Ganzheitliche Behandlung (1.2)	
- „Spiritualität gehört zu den Menschen und wenn man Patienten ganzheitlich betrachtet und unterstützt, gehört die Spiritualität auch mit beachtet.“	
Existenzielle Situationen (1.3)	
<ul style="list-style-type: none"> - „Weil wir den Menschen oft in existenziellen Situationen begegnen.“ - „Weil wir Menschen in existenziellen Notlagen begleiten/unterstützen müssen.“ 	

<i>Subkategorie</i>	<i>Ankerbeispiel</i>
<i>Leben & Tod</i> (1.3.1)	„Teil der Arbeit im Umgang mit Leben und Tod.“
Gesundheitsförderung (1.4)	
<ul style="list-style-type: none"> - „Dabei ist auch die spirituelle Wahrnehmung für das Wohlbefinden des Patienten wichtig.“ - „Die Spiritualität/Religion der Pat. den Heilungsverlauf/die Patientengesundheit beeinflusst.“ 	
Spiritualität als grundlegende Dimension des Menschseins (1.5)	
<ul style="list-style-type: none"> - „Es eines der grundsätzlichen Themenfelder ist, die einen Menschen beschäftigen (...).“ - „Gehört wie der Körper auch zum Menschen.“ - „Es Teil eines jeden Menschenlebens ist.“ 	
Delegierungskompetenz (1.6)	
<ul style="list-style-type: none"> - „Wir dies an Fachpersonen delegieren können. Wir sind aber zuständig, den Bedarf abzuklären.“ - „Auch wenn ich es wichtig finde, in der Lage zu sein, die spirituellen Bedürfnisse von Patienten zu erkennen und zu besprechen, so finde ich es auch in dieser Sache wichtig, Fachkräfte zu Rate ziehen zu können. Wenn ich erkenne, dass ein Patient Redebedarf in einem spirituellen Anliegen hat, dann ist es meine Aufgabe, dies zu erkennen und die Möglichkeit zu haben, beschulte Mitarbeiter oder Kollegen darauf aufmerksam zu machen (...).“ 	
Menschliche Nähe (1.7)	
<ul style="list-style-type: none"> - „Durch die Nähe zu Patient*innen sind Pflegende häufig die ersten Ansprechpartner für solche Themen.“ - „(...) engster Kontakt/Beziehung; dadurch Begleitung der Menschen im Prozess mit all den Themen, die er aufwirft.“ 	
<i>Subkategorie</i>	<i>Ankerbeispiel</i>
<i>Vertrauensperson</i> (1.7.1)	<ul style="list-style-type: none"> - „Wir für Patienten Vertrauenspersonen sind. Zudem oftmals erster und manchmal einziger Ansprechpartner.“ - Pflegekräfte sind näher am Patienten dran als Ärzte. Die Patienten können sich den Pflegekräften öffnen, da sie ihre Bezugspersonen sind.“

Tabelle 17: Zuständigkeitsempfinden SC, geringes Zuständigkeitsempfinden

Anwendungshindernisse (2.1)	
<ul style="list-style-type: none"> - „Dafür leider kein Raum/Zeit geschaffen wird.“ - „Zuständig ja, aber die Umsetzung in der Praxis habe ich bis jetzt eher sehr selten gesehen.“ 	
<i>Subkategorie</i>	<i>Ankerbeispiel</i>
<i>Kompetenz-/Wissensmangel</i> (2.1.1)	<ul style="list-style-type: none"> - „Ich würde es als kompetenzüberschreitend betrachten.“ - „Keine Zeit – nicht genügend Kompetenzen.“ - „Grundsätzlich schon, das Wissen fehlt.“
<i>Zeitmangel</i> (2.1.2)	<ul style="list-style-type: none"> - „Keine Zeit, um mit dem Patienten ausführlich darüber zu reden.“ - „Es ist nicht realistisch, während dem Stationsalltag Spiritual Care zu integrieren, einfach von dem Zeitaufwand her.“
<i>Personalmangel</i> (2.1.3)	„Es eh schon zu wenig Personal für zu viele Aufgaben gibt. Traurig, aber wahr – Gespräche über andere Themen als die ‚Krankheit‘ sind sehr selten möglich.“
Keine Ausbildung und Lehre (2.2)	
„Weil wir nicht die nötige Ausbildung dafür haben.“	
Zuständigkeit bei anderen Berufsgruppen (2.3)	
- „Es gibt andere Berufe, die diesen Bereich abdecken können. Man kann nicht für alles zuständig sein.“	

- „Dafür ausgebildete Fachleute zuständig sein sollten mit geschulter Kompetenz in diesem Bereich (...)“	
<i>Subkategorie</i>	<i>Ankerbeispiel</i>
Medizin (2.3.1)	- „Letztlich, finde ich, sind z. B. Krankenhauseelsorger an dieser Stelle eher nützlich als Ärztinnen und Ärzte.“ - „Dies sollten andere Berufsgruppen wie etwa Trauerbegleiter, Psychologen, Seelsorger übernehmen.“
Medizin (Fachbereich) (2.3.1.1)	„(...) Auf der Onkologie z. B. finde ich lange spirituelle Gespräche angebrachter als bei einem verstauchten Knöchel.“
Psychologie (2.3.2)	„Die Seelsorger in Krankenhäusern sind spezialisierter und ihnen wird extra Zeit dafür eingeräumt. Aufgrund der vielen Strömungen sollte dies aber auch religionsunabhängig angeboten werden, meiner Meinung nach.“
Pflege (2.3.3)	„Fällt bei uns den Seelsorgern unseres Hauses zu + spielt keine Rolle im derzeitigen Stationsablauf.“
Fokus auf Therapie (naturwissenschaftlich fundiert) (2.4)	
- „Oft die Behandlung/Therapie und die medizinischen Aspekte im Vordergrund stehen.“ - „(...) Der Hauptfokus liegt immer noch auf medizinisch-naturwissenschaftlichen Aspekten.“	
<i>Subkategorie</i>	<i>Ankerbeispiel</i>
Medizin (2.3.1)	„Im Notfall ist es zwar für mich wichtig, den Patienten/die Patientin auch auf spirituelle Art und Weise wahrzunehmen und anzunehmen, allerdings stehen da andere Dinge deutlich im Vordergrund wie zum Beispiel die Durchführung von lebenserhaltenden Maßnahmen.“
Psychologie (2.4.2)	„Überschneidungen, aber Psychologie ist und bleibt auf der Seite der realen Fakten und der Glaube hat zwar viel mit Zuversicht, Halt und Sinngebung zu tun, diese Dinge können in der Psychologie aber auch anders als durch Spiritualität erreicht werden.“
Pflege (2.4.3)	„Wir haben genug zu tun. Ich glaube unsere Aufgabe ist es, die Patienten bestmöglich pflegerisch und medizinisch zu versorgen.“
Neutralität (2.5)	
„Weil die Neutralität und das Abstinenzgebot für Psychotherapeuten gesetzlich vorgeschrieben ist und ich Patientinnen und Patienten nicht religiös/spirituell beeinflussen darf.“	
Berufliche Distanz (2.6)	
„Aber man muss die eigene Professionalität wahren und auch selbst nicht zu sehr involviert werden. Das stelle ich mir schwierig vor, wenn ich so sehr in das Gefühlserleben des Patienten einbezogen werde und mich dem auch selbst öffnen soll.“	
Ökonomischer Druck (2.7)	
„Ökonomischer Druck in Krankenhäusern, übersteigende Arbeitsbelastung der ÄrztInnen und PflegerInnen.“	
Ablehnung (2.8)	
- „Ärzte haben sich – zum Glück – von spirituellen Themen und Bräuchen heraus emanzipiert. Ärzte sind in meiner Wahrnehmung nicht mehr die Schamanen und Wunderheiler, sondern rational denkende Menschen.“ - „Aus der Medizin sollte sich die Spiritualität heraushalten.“	

3.4 Faktorenanalyse

Für die Durchführung der explorativen und konfirmatorischen Faktorenanalyse wurde der Datensatz (N=571) geteilt (random split, 50/50). Mit der ersten Hälfte (N=285) erfolgte eine EFA. 273 von 285 wurden final für die explorative Faktorenanalyse verwendet. Mit der zweiten Hälfte (N=286) wurde eine konfirmatorische Faktorenanalyse durchgeführt.

3.4.1 Zusammenfassung – exploratives Vorgehen

Die Struktur des Fragebogens zur Erhebung der spirituellen Kompetenz (s1 bis s31) wurde mittels einer explorativen Faktorenanalyse geprüft. Sowohl der Bartlett-Test (Chi-Quadrat = 1856,87; $p < .001$) als auch der Kaiser-Meyer-Olkin-Wert (KMO = 0,803) wiesen darauf hin, dass sich die Variablen für eine Faktorenanalyse eigneten. Für die weitere Analyse eigneten sich 17 von ursprünglich 31 Items. Es wurde eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation durchgeführt. Diese wies auf das Vorliegen von fünf Faktoren mit Eigenwerten grösser als 1.0 hin (Kaiser-Kriterium) (Kaiser, 1970). Anhand dieser fünf Faktoren konnten 65,58 % der kumulierten Gesamtvarianz erklärt werden. Die Faktoren wurden wie folgt benannt: 1. Wahrnehmungskompetenz, 2. Dokumentationskompetenz, 3. Austauschkompetenz, 4. Gesprächsführungskompetenz, 5. Einfühlungsvermögenskompetenz.

3.4.2 Prüfung des Datensatzes

Für die initiale Prüfung des Datensatzes eignete sich die Betrachtung des Zusammenhangs zwischen der Stichprobengröße und den Kommunalitäten sowie die Betrachtung des KMO-Werts und des Bartlett-Tests. Die Stichprobengröße mit N=273 und einer durchschnittlichen Kommunalität von $> 0,5$ kann laut Kopp (2010) als „fair“ bis „gut“ eingeschätzt werden. Ein Standardprüfverfahren für die Eignung der Datensatzes ist die MSA („Measure of Sampling Adequacy“) von Kaiser, Meyer und Olkin (Faktoranalyse, 2020). Die Verallgemeinerung der gesamten MSA-Werte aller Variablen wird anschließend durch den KMO-Koeffizienten von SPSS ausgedrückt. Er gibt die partiellen Korrelationen der einzelnen Variablen an und ist somit ein Maß dafür, ob sich der vorliegende Datensatz für eine Faktorenanalyse eignet. Der KMO-Wert liegt zwischen null und eins. Für die Interpretation der KMO-Werte gelten folgende Anhaltspunkte: KMO-Wert $\geq 0,5$ miserable (kläglich); $\geq 0,6$ mediocre (mittelmäßig); $\geq 0,7$ middling (Ziemlich gut); $\geq 0,8$ meritorious (verdienstvoll); $\geq 0,9$ marvellous (wunderbar) (Backhaus et al., 2018). Mit einem Wert von 0,803 eignete sich der vorliegende Datensatz für die weitere Faktorenanalyse. Dies bestätigte auch zusätzlich die Signifikanz nach Bartlett, die in unserer Studie bei $p < 0,001$ lag. Anhand eines signifikanten Wertes durch den Bartlett-Test (Test auf Sphärizität) lässt sich daraufhin deuten, dass systematische Zusammenhänge zwischen den Variablen existieren, die mithilfe einer Faktorenanalyse näher untersucht werden können (Wolff & Bacher, 2010).

3.4.3 Explorative Faktorenanalyse

17 Variablen wurden für die weitere Analyse miteinbezogen. Somit wurde die ursprüngliche Item-Anzahl von 31 auf 17 reduziert. Da es sich bei den Items 8.31 und 8.33 um offene Fragen handelte, gingen diese von vornherein nicht mit in die Analyse ein. Die Auswahl der Items erfolgte durch die Betrachtung der jeweiligen MSA-Werte (Measure of Sampling Adequacy) der einzelnen Variablen in der Anti-image-Correlations-Matrix. Variablen (Items) mit MSA-Werten $< 0,5$ wurden für die Faktorenanalyse nicht berücksichtigt. Die MSA-Werte sollten hierbei für eine weitere Verwendung der Variablen in der Faktorenanalyse $> 0,5$ sein bzw. möglichst nahe 1 sein (Backhaus et al., 2018).

Item s14 floss aufgrund einer zu geringen Reliabilität nicht mit in die EFA ein. Die Faktoren s13, s20 und s28 luden zu schwach auf drei Faktoren gleichzeitig. Auch bei inhaltlicher Betrachtung fällt auf, dass es sich bei den ausgeschlossenen Items s9, s17, s18, s23, s24, s25 und s26 vor allem um Umsetzungshindernisse bzw. Rahmenbedingungen für die Anwendung von SC handelte. Gemeint sind damit im Spezifischen die Zuständigkeit (s24: *In meiner beruflichen Rolle empfinde ich mich für religiöse/spirituelle Themen als nicht zuständig*), der zeitliche Rahmen (s25: *Ich habe keine Zeit für religiöse/spirituelle Themen*; s18: *In meiner zukünftigen Arbeit wünsche ich mir Zeit, um mit meinen Patienten über spirituelle Bedürfnisse zu sprechen*), die örtlichen Rahmenbedingungen (s26: *Im Krankenhaus (...) kein Raum vorhanden ist, um geschützt über spirituelle/religiöse Themen zu sprechen*) und das Wissen (s23: *Ich weiß zu wenig über Religion/Spiritualität, um mich kompetent einbringen zu können*). Inhaltlich fällt auch bei Item s9 auf, dass es sich hierbei eher um ein Vermeidungsverhalten als um eine tatsächliche Kompetenz handelt (s9: *Es ist mir unangenehm, über spirituelle Themen zu reden*). Bei den Items s17 und s29 wird weniger die Kompetenz, als die persönliche Prägung für die berufliche Kompetenz erfasst (s17: *Meine eigene Spiritualität/Religiosität hat keinerlei Bedeutung für meinen Beruf*, s29: *Eigene Schwächen und Verletzungen sind hilfreich für die spirituelle Kompetenz*). Die gekürzte Version des SCCQ-s nach EFA deckt sich dennoch größtenteils mit den zu Beginn formulierten Kompetenzbereichen. Die Kompetenzbereiche „proaktive Öffnung“, „proaktive Empowerment-Kompetenz“ und „Wissen über andere Religionen“ konnten jedoch durch die hiesige Item-Auswahl nicht hinreichend abgedeckt werden.

Aus der Hauptkomponentenanalyse der 17 Items gingen 17 Faktoren hervor. Durch diese 17 Faktoren ließen sich 100 % der Varianz des Datensatzes erklären. Dabei sind die Faktoren nach Gewichtung sortiert, wodurch durch den ersten Faktor 31,55 % der Varianz erklärt wurden, durch den letzten Faktor hingegen nur noch 1,03 %. Die Hauptkomponentenanalyse dient dem Ziel der Faktorenreduktion. Somit musste die Faktorenanzahl dahingehend verändert werden, dass die Gesamtvarianz noch hinreichend gut erklärt wird, es jedoch zu einer deutlichen Faktorenreduktion kommt. Anhand des Kaiser-Kriteriums wurde eine Anzahl von fünf Faktoren bestimmt. Kaiser empfiehlt nur die Extraktion von Faktoren mit einem Eigenwert > 1 (Kaiser,

1970). Nur dann sei ein Faktor in der Lage, mehr Varianz auf sich zu vereinen als eine einzelne Ausgangsvariable. Dadurch konnten durch die gewählte Faktorenlösung 65,58 % der Gesamtvarianz erklärt werden.

Für eine erleichterte Interpretierbarkeit der Faktoren wurden diese mit der Varimax-Methode orthogonal rotiert. Die Ergebnisse der rotierten Komponentenmatrix sind Tabelle 18 zu entnehmen. In dieser werden die jeweiligen Ladungen der Variablen auf die Faktoren 1 bis 5 dargestellt. Faktorenladungen kleiner 0,3 werden übersichtshalber nicht angezeigt, Faktorenladungen ab 0,5 können allgemein als hoch interpretiert werden (Kopp & Lois, 2014).

Tabelle 18: Ergebnisse EFA

Item-Nummer, gekürzte Item-Formulierung	Mittelwert (Faktoren) (1–4)	SD	Korrigierte Item-Skala Korrelation	SCCQ-s Faktoren				
				1	2	3	4	5
Cronbachs Alpha				.73	.85	.76	.58	.65
1	Zutrauen, s. Bedürfnisse bei Patienten wahrzunehmen		.627	.721	.321		.304	
27	Vertiefung der eigenen Spiritualität		.456	.720				
16	Eigene Spiritualität prägt Umgang mit Pat.		.534	.696				
2	Zutrauen, s. Bedürfnisse bei Angehörigen wahrzunehmen		.572	.675	.349			
19	Achte auf geeigneten Rahmen für spirituelle Gespräche		.487	.455				
		Ges. 2.59	± .64					
4	Kenne Instrumente/Fragebogen zur Erfassung s. Bedürfnisse		.451		.876			
3	Kenne Instrumentarien/Themenliste für s. Kurzanamnese		.446		.820			
5	Dokumentation der s. Anamnese		.537		.709			
		Ges. 1.35	± .56					
6	Austausch unter S/A über s. Bedürfnisse		.478			.864		
7	Austausch unter S/A über s. Begleitung		.566			.862		
8	Austausch unter S/A über eigene Spiritualität		.497	.363		.678		
21	Gehe regelmäßig auf Pat. zu, um s. Bedürfnisse anzusprechen		.605		.346	.506		
		Ges. 1.66	± .60					
10	In der Lage, offenes Gespräch über existenzielle Themen zu führen		.353				.799	
11	In der Lage, offenes Gespräch über religiöse Themen zu führen		.288				.792	
22	Eröffne Räume, in denen Pat. Anliegen einbringen kann		.546	.400			.500	
		Ges. 3.01	± .61					
15	Bin mit Gedanken/Gefühlen in der Begleitung		.366					.846
12	Tagesrückblick auf Pat.		.293					.836
		Ges. 2.79	± .73					

Anmerkung: Stichprobeneignung durch KMO-Wert= .803, Bartlett-Test $p < 0,001$
Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation (Kaiser-Normalisierung), Rotation ist in sieben Iterationen konvergiert.
In der Mustermatrix sind nur Ladungen $> 0,5$ und Nebenladungen $> 0,3$ dargestellt.
s.: spirituell; S/A: Studierende/ Auszubildende; Pat.: Patient

Faktorenbenennung

In diesem Schritt wurden die Ergebnisse der Faktorenanalyse versprachlicht. Während die EFA eine statistische Methode darstellt und lediglich Zahlenwerte hervorbringt, liegt die tatsächliche Faktorenbenennung im Auftrag der Forschenden. Dabei folgt sie keiner empirischen Empfehlung, sondern hängt von der individuellen Prägung und Auffassung der Untersuchenden ab. Wenn sich diese Benennung nicht realisieren ließe, gilt die EFA als gescheitert (Eckstein, 2008).

Dafür wurden die Variablen, die einem Faktor zugeordnet sind, analytisch betrachtet und deren gemeinsamer inhaltlicher Nenner formuliert. Dies erfolgte durch ein Expertenteam um Prof. Dr. med. Eckhard Frick, Susanne Magin und die Verfasserin.

1. Wahrnehmungskompetenz

Fünf Items werden unter der Wahrnehmungskompetenz zusammengefasst. Sie gehen von der Kompetenz aus, die spirituellen Bedürfnisse der Patienten (s1) und die spirituellen Bedürfnisse der Angehörigen wahrzunehmen (s2). Gleichzeitig wird ein geeigneter Rahmen für spirituelle Gespräche wahrgenommen und geachtet (s19). Mit s27 wird die Vertiefung der eigenen Spiritualität thematisiert. Durch das Item s16 wird der prägende Einfluss von Spiritualität auf den Patientenkontakt erfasst. S27 und s16 beziehen sich dadurch auf die nach innen gerichtete Wahrnehmung der eigenen Spiritualität. Damit vereint die Wahrnehmungskompetenz innerhalb des Fragebogens die Selbstwahrnehmung sowie die nach außen gerichtete Wahrnehmung (Patienten, Angehörige).

2. Dokumentationskompetenz

Innerhalb dieses Faktors gruppieren sich Variablen (Items), die die Dokumentationskompetenz der SuA erfassen. So werden mit Item s4 Instrumentarien/Fragebogen zur Erfassung von spirituellen Bedürfnissen und mit s3 Instrumentarien zur Erhebung einer spirituellen Kurzanamnese erfasst. Item s5 erfasst das Wissen über eine nachvollziehbare Dokumentation der spirituellen Anamnese.

3. Austauschkompetenz

Unter diesem Faktor gruppieren sich jene Items, die primär den Austausch zwischen SuA thematisieren. Tauschen sich SuA über spirituelle Bedürfnisse von erkrankten Menschen aus (s6)? Tauschen sich SuA über das Thema Spiritualität in der Patientenbegleitung aus (s7)? Wird die eigene Spiritualität der SuA regelmäßig untereinander besprochen (s8)? Gleichzeitig wird durch s21 auch der Austausch mit den Patienten über deren spirituelle Bedürfnisse thematisiert.

4. Gesprächsführungskompetenz

Die folgenden drei Variablen (Items) werden unter dem Aspekt der Gesprächsführungskompetenz zusammengefasst. Sie erfassen, inwiefern SuA in der Lage sind, ein offenes Gespräch über existenzielle (s10) und über religiöse Themen zu führen (s11). Zusätzlich wird erfasst, inwiefern SuA verbal und non-verbal Räume eröffnen, in denen Patienten ihre spirituellen Anliegen einbringen können (s22).

5. Einfühlungsvermögenskompetenz

Diese zwei Items beschreiben die Gedanken und Gefühle der SuA hinsichtlich der Patienten und können unter dem Faktor des Einfühlungsvermögens zusammengefasst werden. Inwiefern sind SuA mit ihren Gedanken und Gefühlen bei den Menschen, die sie während ihrer Praktika begleiten (s15)? Item s12 beschreibt den Tagesrückblick auf die Menschen, die einem während der Praktika bzw. Ausbildung begegnen.

3.4.4 Konfirmatorische Faktorenanalyse

Die KFA wurde mit der Software R 4.0.2 durchgeführt.

Die Struktur der EFA konnte durch die KFA bestätigt werden. Anhand des Strukturgleichungsmodells ließ sich eine Korrelationsmatrix errechnen, die anschließend mit dem zweiten Datensatz (N=286) verglichen wurde. Für diese Korrelationsmatrix wurde anschließend der Maximum-Likelihood-Schätzer hinzugezogen, durch den sich die folgenden Indizes berechnen ließen (siehe Tabelle 19). Anhand dieser Indizes konnte der Modell-Fit bestimmt werden. Das erarbeitete Modell lässt sich anhand dieser Indizes bestätigen.

Tabelle 19: Fit Indizes des SCCQ-s

	Comparative-Fit-Index (CFI)	Root-Mean-Square-Error-of-Approximation (RMSEA)	Standardized-Root-Mean-Square-Residual (SRMR)	Tucker-Lewis-Index (TLI)
SCCQ-s	0.96	0.05	0.05	0.94

Cut-Off-Werte: CFI ~ 0.95; TLI: ~ 0.95; RMSEA < 0.05; SRMR < 0.06

Erläuterung Messmodell

Die Faktoren werden in diesem Modell durch Kreise dargestellt und die Variablen (Items) durch Rechtecke. Unidirektionale Pfeile repräsentieren die Faktorenladung der jeweiligen Variable (Item) auf den Faktor. Bei unidirektionalen Pfeilen handelt es sich um gerichtete Zusammenhänge, bei denen die unabhängige Variable die abhängige Variable beeinflusst (entsprechend der Richtung des Pfeils). Bidirektionale Pfeile verdeutlichen ungerichtete Zusammenhänge. Dadurch zeigen sich die Korrelationen zwischen den einzelnen Variablen, die für die KFA relevant sind. Durch dieses Modell ließ sich anschließend anhand der Pfadkoeffizienten für gerichtete Zusammenhänge eine Korrelationsmatrix erstellen.

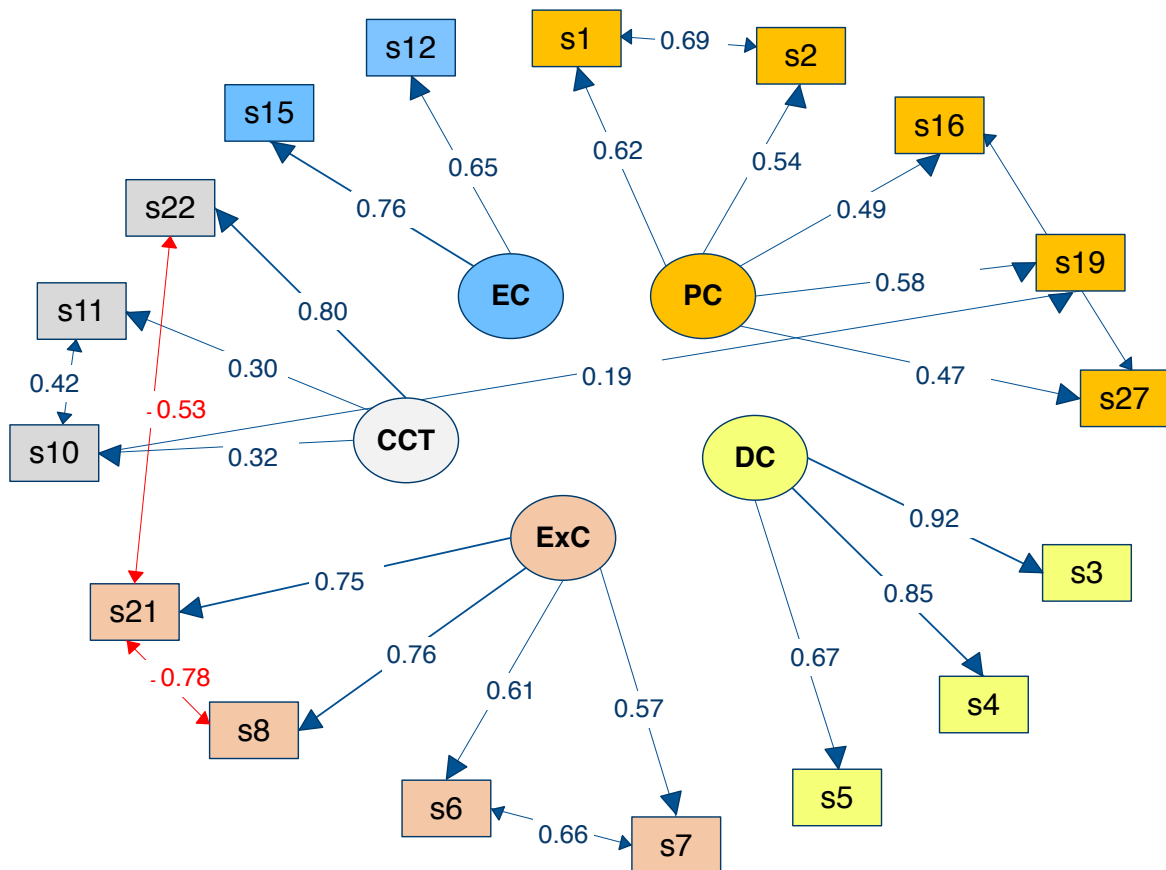


Abbildung 4: Messmodell konfirmatorische Faktorenanalyse

Fünf latente Variablen; Doppelpfeile= Korrelationen, Einzelpfeile=Ladungen;
 EC=Einfühlungsvermögenskompetenz, DC= Dokumentationskompetenz, PC= Wahrnehmungskompetenz,
 ExC= Austauschkompetenz, CCT= Gesprächsführungskompetenz

Reliabilitätsanalyse

Für die Reliabilitätsanalyse wurde für jeden Faktor die interne Konsistenz anhand von Cronbachs Alpha bestimmt. Die Werte von Cronbachs Alpha für die jeweiligen Faktoren werden im Folgenden dargestellt:

1. Wahrnehmungskompetenz: 0.73
2. Dokumentationskompetenz: 0.85
3. Austauschkompetenz: 0.76
4. Gesprächsführungskompetenz: 0.58
5. Einfühlungsvermögenskompetenz: 0.65

Anhand dieser Werte lässt sich eine gute bis sehr gute Reliabilität der gebildeten Faktoren bestätigen. Lediglich für den Faktor Gesprächsführungskompetenz ist Cronbachs Alpha nur akzeptabel. Da aber keine objektiven Grenzwerte für die α -Werte existieren und dieser Faktor von inhaltlicher Relevanz ist, wird er weiterhin im Fragebogen aufgeführt. Dieser Punkt wird in der anschließenden Diskussion noch tiefgreifender erläutert.

4. Diskussion

Die durchgeführte Validierungsstudie bestätigt die Reliabilität und Validität des entwickelten Fragebogens (17 Items) zur Erhebung der Spiritual Care-Kompetenz bei Studierenden und Auszubildenden in Gesundheitsberufen. Aus der Faktorenanalyse ging ein Faktorenmodell mit den folgenden fünf Faktoren hervor: 1. Wahrnehmungskompetenz, 2. Dokumentationskompetenz, 3. Austauschkompetenz, 4. Gesprächsführungskompetenz, 5. Einfühlungsvermögenskompetenz. Dieses wurde anhand einer konfirmatorischen Faktorenanalyse überprüft und ließ sich bestätigen (CFI=0.96; RMSEA=0.05, SRMR=0.05; TLI=0.94). Die interne Konsistenz wurde anhand von Cronbachs Alpha bestimmt und ist für die Dokumentation-, Austausch-, Wahrnehmung- und Einfühlungsvermögenskompetenz gut bis sehr gut (Cronbachs Alpha: 0.65 bis 0.85). Cronbachs Alpha der Gesprächsführungskompetenz beträgt lediglich 0.58. Im Folgenden werden Methodik, Ergebnisse und die Bedeutung dieser Studie diskutiert.

4.1 Diskussion der Methode

Der Fragebogen umfasste initial 33 Items. Davon wurden 31 Items als geschlossene Fragen formuliert (Likert-Skala) und zwei als offene Fragen. Diese sind aus einer umfangreichen Literaturrecherche und in Anlehnung an den bereits etablierten SCCQ (Frick et al., 2019) entstanden. Dieser enthielt bereits validierte Fragebogenitems. Diese mussten jedoch dahingehend modifiziert werden, sodass sie auch speziell im Ausbildungsbereich anwendbar waren. Die Umfrage umfasste alle Studierenden und Auszubildenden der Medizin, Psychologie und Pflege sowie Psychotherapeuten in Ausbildung in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Die Daten wurde online über die Plattform Evasys erhoben. Anschließend wurden sie quantitativ und qualitativ ausgewertet. Innerhalb dieser Validierungsstudie erfolgten eine explorative und konfirmatorische Faktorenanalyse sowie eine Reliabilitätsprüfung.

Der Entwicklungs- und Validierungsprozess orientierte sich an vorherrschenden wissenschaftlichen Standards für das Design und die Validierung von Fragebogen (Albers, 2009; Bühner, 2021; Kallus, 2016). Es zeigte sich jedoch auch, dass nicht alle Dimensionen der Validität durch unsere Studie erfasst werden konnten. Es wird zwischen interner und externer Validität unterschieden (Albers, 2009). Durch die Faktorenanalyse wurde primär die interne Validität überprüft. Die Konstruktvalidität als ein Teil der externen Validität wurde innerhalb dieser Studie vernachlässigt und sollte in nachfolgenden Studien stärker berücksichtigt werden. Dabei wird bei der Konstruktvalidität zwischen konvergenter und diskriminativer Validität unterschieden. Dabei wird der zu untersuchende Fragebogen mit weiteren Fragebogen, die dasselbe Konstrukt messen (spirituelle Kompetenz, konvergente

Validität), und mit weiteren Fragebogen, die ein anderes Konstrukt messen (diskriminative Validität), verglichen. Aufgrund dieses fehlenden Vergleichs weist die Studie Defizite in der Konstruktvalidität auf. Eine mögliche Strategie für die Überprüfung der konvergenten Konstruktvalidität wäre der Vergleich mit dem SCCQ von Frick et al. (2019) gewesen. Für die Bestimmung der diskriminativen Validität wäre der Vergleich mit weiteren Fragebogen, die andere Konstrukte erfassen, passend gewesen. Damit hätte sich die Qualität dieser Validierungsstudie zusätzlich steigern lassen.

Gleichzeitig sollte bei Nachfolgeuntersuchungen eine annähernd gleiche Verteilung der Studienpopulation berücksichtigt werden. Die ungleiche Verteilung der Stichprobe geht mit gewissen Verzerrungen sowie einer unzureichenden Repräsentativität der Ergebnisse für alle Ausbildungsgruppen einher. Hierfür sollte auch in Zukunft auf eine systematischere Datenerhebung geachtet werden. Die Schneeballmethode eignete sich zwar aufgrund der spezifischen Studienpopulation, geht jedoch mit Verzerrungen einher. Die Untersucherin stellte die Initiatorin und Multiplikatorin des Schneeballverfahrens dar und befand sich zum Zeitpunkt der Umfrage im Medizinstudium. Daraus ergab sich der große Anteil an Medizinstudierenden in der Stichprobe. Das Verfahren könnte in zukünftigen Untersuchungen dahingehend verbessert werden, dass die Studienteilnehmer zufällig generiert werden. Dadurch ließe sich auch der vorhandene Selektionsbias verringern. Dies wäre jedoch auch nur über Kooperationen mit den jeweiligen Instituten und Universitäten zu gewährleisten. Aufgrund des Datenschutzes und einer häufig mangelnden Kooperationsbereitschaft wird dies auch in Folgeuntersuchungen erschwert umsetzbar sein – wenngleich sich die Qualität des Datenerhebungsverfahrens dadurch deutlich steigern ließe.

4.2 Diskussion der Ergebnisse

4.2.1 Spiritual Care in der Ausbildung – inhaltliche Betrachtung

Aus den Ergebnissen aus 3.2 wird deutlich, dass die Lehre von SC während des Ausbildungsabschnittes noch defizitär ist. Die damit verbundenen existenziellen, spirituellen und religiösen Inhalte werden folglich nicht hinreichend behandelt. So werden bei ca. zwei Drittel der Befragten ebendiese Inhalte innerhalb ihres Ausbildungscurriculums nicht thematisiert. Damit unterstreichen die Ergebnisse dieser Studie bisherige Forschungsergebnisse, die ebenfalls von einem Ausbildungsmangel ausgingen (Balboni & Balboni, 2019; Magin et al., 2021; Taverna et al., 2019). Dies konnte sich anhand dieser Studie gerade für den deutschsprachigen Raum bestätigen lassen. Ebenso geht aus Abbildung 2 deutlich hervor, dass eine unterschiedliche Gewichtung existenzieller,

spiritueller und religiöser Inhalte besteht. So wird existenziellen Fragestellungen im Ausbildungscurriculum die größte Bedeutung zugesprochen. Spirituelle und vor allem religiöse Themen werden in der Gesamtheit als weniger bedeutend angesehen. Dies lässt sich womöglich darauf zurückführen, dass religiöse und spirituelle Inhalte im medizinischen Kontext weiterhin kritisch und teilweise sogar ablehnend wahrgenommen werden. So wird nach wie vor von Stimmen berichtet, die eine Beeinflussung im Sinne einer „Bekehrung“ im medizinischen Kontext fürchten (Frick 2014; Sulmasy, 2002). Dies spiegelte sich teilweise auch in den Antworttexten der SuA wider: *„Aus der Medizin sollte sich die Spiritualität heraushalten.“*; *„Ärzte haben sich – zum Glück – von spirituellen Themen und Bräuchen heraus emanzipiert. Ärzte sind in meiner Wahrnehmung nicht mehr die Schamanen und Wunderheiler, sondern rational denkende Menschen.“* Die Trennung der Religiosität/Spiritualität von der Medizin und Psychologie wurde auch von den Forschern um Utsch et al. (2017) betont. Gerade im deutschsprachigen Raum bestünde diesbezüglich eine weitaus größere Vorsicht als beispielsweise im US-amerikanischen Raum. Diese religionskritische Haltung innerhalb der Medizin lässt sich womöglich auch auf aktuelle Gesellschaftsentwicklungen zurückführen. In zunehmend säkularisierten Gesellschaften sind weniger Menschen einer bestimmten Religion oder Glaubensgemeinschaft zugehörig. Dies bestätigten auch die Forscher um Gecewicz und Lipka (2017), in deren Studie sich ein Großteil der Befragten als spirituell nicht religiös beschrieb. Dies könnte dazu führen, dass gerade junge Menschen – sprich SuA – weniger Zugang zu religiösen Inhalten haben und diese dadurch innerhalb des Lehrcurriculums weniger stark gewichten. Im Umkehrschluss zeigte sich innerhalb der Studie ein Zusammenhang zwischen einer hohen selbsteingeschätzten Religiosität und einem stärkeren Bedürfnis nach religiösen Ausbildungsinhalten. Dies traf vor allem auf die Gruppe der Pflegenden zu. Auch wenn SuA religiöse Ausbildungsinhalte schwach gewichteten, sind sie für eine umfassende Lehre in SC essenziell. Laut Frick et al. (2019) stellt nämlich jenes Wissen über andere Religionen eine zentrale SCK dar.

Der Abschnitt des Fragebogens – Spiritual Care in der Ausbildung – ist in Anlehnung an die Studie von Taverna et al. (2019) entstanden. Dadurch lassen sich direkte Vergleiche zwischen den untersuchten Populationen ziehen. In der Studie von Taverna et al. (2019) wurden Dekane medizinischer Fakultäten im deutschsprachigen Raum bezüglich der Ausbildung in SC ihrer Universität befragt. Innerhalb des MC-Teils wurde nach Lehrinhaltswünschen für SC gefragt. Das Antwortverhalten der jeweiligen Studienpopulation unterschied sich hierin deutlich. Dekane wünschten sich in der Umfrage von Taverna et al. (2019) am häufigsten die Thematisierung der *Rolle der Spiritualität im Gesundheitswesen, der Wahrnehmung von spirituellen Nöten des Patienten, der spirituellen Selbsteinschätzung/Entdeckung der eigenen Spiritualität und der spirituellen*

Anamnese. Die genannten Lehrinhaltswünsche adressierten konkrete spirituelle Inhalte. Unter den Studierenden und Auszubildenden wurden weniger häufig explizite spirituelle Lehrinhaltswünsche geäußert. So erachteten sie den *Umgang mit schwerkranken Patienten und deren Angehörigen, den Umgang mit Spiritualität/Religiosität, die Kommunikation* und die *Trauer* als wichtigste Lehrinhalte. Bis auf den *Umgang mit Spiritualität und Religiosität* wurde Spiritualität als solche nicht explizit genannt. Der Umgang mit schwerkranken Patienten, die Trauer und die Kommunikation können dabei als allgemeinärztliche Aufgabe interpretiert werden. Sie sind nicht exklusiv dem Bereich SC vorbehalten und beziehen sich verstärkt auf existenzielle Lebensbereiche. Das Antwortverhalten der SuA im MC-Teil unterstreicht dadurch das Antwortverhalten aus dem Fragenblock 7.4 bis 7.7. Hier betonten SuA die Bedeutung von existenziellen Inhalten während der Ausbildung.

Aus dem direkten Vergleich dieser zwei Studienpopulationen ergeben sich folgende Unterschiede: Die Thematisierung existenzieller Lehrinhalte scheint für SuA besonders relevant, wohingegen Dekane spirituelle Lehrinhalte als solche stärker benennen und gewichten. Die Limitation dieses Vergleiches ist dadurch gegeben, dass für die Studie von Taverna et al. lediglich die medizinische Lehre betrachtet wurde. In vorliegender Studie wurde jedoch der gesamte Gesundheitssektor mitsamt den unterschiedlichen Bereichen (Pflege, Medizin und Psychologie) beleuchtet.

Es wird auch deutlich, dass Studierende der Thematisierung der *spirituellen Anamnese, der Definition von Spiritualität* und den *Unterschieden zwischen Religiosität/Spiritualität* wenig Bedeutung zusprechen (MC-Teil). Im SCCQ-s zeigt sich jedoch, dass ebendiese Kompetenz (Dokumentationskompetenz) bei den Studierenden schwach ausgeprägt ist. So gibt es offensichtlich eine Diskrepanz zwischen dem tatsächlichen Bedarf und den vorherrschenden Bedürfnissen der SuA hinsichtlich der Lehrinhalte. Für eine verbesserte Lehr- und Ausbildungssituation sind ebendiese Informationen von großer Relevanz.

4.2.2 Validierungsstudie

In dieser Validierungsstudie bestätigte sich die Validität und Reliabilität des entwickelten Fragebogens. Dies sind wichtige Gütekriterien, um die Qualität wissenschaftlicher Erkenntnisgewinnung zu gewährleisten. Für den entwickelten Fragebogen lassen sich anhand der vorliegenden Studie folgende Fragen beantworten: Misst er das, was er zu messen vorgibt? Eignet sich der entwickelte Fragebogen somit für die Erhebung von spirituellen Kompetenzen von SuA in Gesundheitsberufen? Misst der Fragebogen diese Kompetenzen zuverlässig und genau?

Der SCCQ-s besticht dabei durch ein 5-faktorielles Modell mit folgenden Faktoren: 1. Wahrnehmungskompetenz, 2. Dokumentationskompetenz, 3. Austauschkompetenz, 4.

Gesprächsführungskompetenz sowie 5. Einfühlungsvermögenskompetenz. Die ursprünglich formulierten Kompetenzbereiche (siehe 2.5.2) konnten dadurch nicht vollständig abgebildet werden. Die Kategorien *Wissen über andere Religionen*, *proaktive Kompetenz* und *Entlass- und Überleitungsmanagement* konnten nicht hinreichend erfasst werden. Das Entlass- und Überleitungsmanagement ist jedoch gerade im Ausbildungssetting von vernachlässigbarer Relevanz. Bei dem Entlass- und Überleitungsmanagement handelt es sich vorwiegend um anwendungsbezogene Tätigkeiten innerhalb des Berufsalltags. Diese Tätigkeit ist dadurch im Ausbildungsbereich vernachlässigbar.

Der Kompetenzbereich *Wissen über andere Religionen* wird ebenfalls nicht ausreichend erfasst. Dies ist auf die verkürzte Struktur des SCCQ-s zurückzuführen. Während der Entwicklung des Fragebogens wurde auf eine möglichst große Handhab- und Anwendbarkeit geachtet. Dies sollte die Teilnahmebereitschaft der SuA erhöhen. So wurde die Kategorie *Wissen über andere Religionen* lediglich durch ein Item abgebildet. Dieses ging aufgrund einer zu geringen Reliabilität nicht in die Faktorenanalyse ein. Auch wenn die Kategorie *Wissen über andere Religionen* nicht hinreichend durch den Fragebogen erfasst wird, bleibt sie dennoch eine wichtige SCK (Frick et al., 2019). Dies bildet eine gewisse Schwachstelle innerhalb des SCCQ-s. Es bleibt jedoch zu diskutieren, ob die Kategorie *Wissen über andere Religionen* in Zukunft nicht breiter bzw. allgemeiner gefasst werden sollte. Neben der Religion spielen eben auch andere Kulturen, Gemeinschaften, Riten und Bräuche außerhalb des Religiösen eine bedeutsame Rolle und jenes Wissen scheint von ähnlich großer Relevanz zu sein. Gleichzeitig setzt der Begriff „andere“ das Vorhandensein einer eigenen Religiosität oder Religion voraus. Da dies nicht für jeden Teilnehmenden zuzutreffen scheint, wäre eine Modifizierung dieses Begriffes sinnvoll.

Auch wenn der SCCQ-s die anfangs formulierten Kompetenzbereiche nicht alle abbilden kann, stellt er dennoch ein geeignetes Tool dar, um spirituelle Kompetenz bei SuA zu messen. Es zeigt sich, dass sich die spirituelle Kompetenz im Ausbildungsbereich anhand von eigenen Merkmalen charakterisiert und sich dadurch maßgeblich von dem Berufssektor unterscheidet. Dies wird im Folgenden (Vergleich SCCQ) noch weiter ausgeführt.

Das 5-faktorielle Modell des Fragebogens wurde durch die konfirmatorische Faktorenanalyse überprüft. Das Modell bestätigte sich hinsichtlich der Korrelationen und der Reliabilität. Die interne Konsistenz konnte mit Cronbachs-Alpha-Werten von 0.58 bis 0.85 ebenfalls bestätigt werden. Der niedrigste Wert mit 0.58 wurde bei der Gesprächsführungskompetenz erhoben. Statistisch betrachtet ist dieser Faktor dadurch lediglich akzeptabel. Inhaltlich ist dieser Faktor jedoch sehr relevant, weswegen er in der Fragebogenstruktur enthalten blieb. Dieses Vorgehen ist laut Schmitt (1996) angemessen, da es keine objektiven Grenzwerte für Cronbachs Alpha gibt, solange sich inhaltlich für den

Faktor argumentieren lässt (Schecker, 2014). Da die Gesprächsführungskompetenz ein zentrales Element von SC darstellt, blieb dieser Faktor der Fragebogenstruktur erhalten.

Durch die Realisierung eines Faktorenmodells konnten verschiedene Kompetenzbereiche herausgearbeitet werden. Anhand dieses Faktorenmodells lassen sich spirituelle Kompetenzen von SuA in Gesundheitsberufen identifizieren und benennen. Der SCCQ-s erleichtert dabei die Frage, wie Spiritual Care-Kompetenzen bei SuA definiert werden können. Gleichzeitig kann dadurch beantwortet werden, inwiefern und worin sich die Spiritual Care-Kompetenzen im Ausbildungsbereich von denen des Berufssektors unterscheiden.

4.2.3 Vergleich SCCQ

Der SCCQ-s ist in Anlehnung an den von Frick et al. (2019) entwickelten SCCQ entstanden. Aufgrund der unterschiedlichen Studienpopulation wurde der SCCQ-s modifiziert und gekürzt. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass sich der SCCQ-s deutlich vom SCCQ abhebt. Er stellt somit einen eigenständigen Fragebogen dar und weniger eine reine Weiterentwicklung des Original SCCQ. Die Unterscheidung zwischen Beruf und Ausbildung geht folglich mit einem unterschiedlichen Kompetenzspektrum einher. Die folgenden Kompetenzbereiche ergeben sich in beiden Studien: 1. Dokumentationskompetenz; 2. Wahrnehmungskompetenz; 3. Gesprächsführungskompetenz. Die Studierendenversion bringt jedoch zwei neue Kompetenzbereiche hervor: die Einfühlungsvermögenskompetenz und die Austauschkompetenz. Unter SuA scheinen der gegenseitige Austausch und ein ausgeprägtes Einfühlungsvermögen zentrale Aspekte spiritueller Kompetenz darzustellen. Es fällt auf, dass sich diese zwei Kompetenzen eher auf der Reflexions- und Gefühlsebene verorten. Sowohl aus der Kompetenz des Austauschs als auch aus der Kompetenz des Einfühlungsvermögens resultieren primär keine konkreten Handlungen für sich oder andere. Sie münden vor allem in einer offenen Grundhaltung gegenüber Spiritualität. Jemand, der sich über Spiritualität und spirituelle Bedürfnisse austauscht, sowie jemand, der sich in die Spiritualität und die spirituellen Bedürfnisse anderer einfühlen kann, öffnet sich spirituell und vertieft seinen Umgang mit Spiritualität. Gleichzeitig wird die Fähigkeit zur Selbst- und gemeinsamen Reflexion angeregt. Diese zwei Kompetenzfelder können, um auf das Modell der allgemeinen und spezifischen SCK zurückzugreifen (Hagen & Raischl, 2011; Nauer, 2015a), eher als allgemeine Basiskompetenz interpretiert werden. Die Notwendigkeit in der Entwicklung ebendieser Basiskompetenz während der Ausbildung leuchtet ein. So können Basiskompetenzen im Sinne einer offenen Grundhaltung, eines Austausch- und Reflexionsvermögens sowie Empathie und Einfühlungsvermögen aufgebaut werden. Diese ließen sich dann im weiteren Berufsleben vertiefen, weiterentwickeln und spezifizieren.

Dem gegenüber stehen die proaktive Empowerment-Kompetenz und die proaktive Öffnung des SCCQ. Diese zwei Kompetenzbereiche des SCCQ lassen sich eher auf einer konkreten Handlungsebene verorten. Dadurch wird proaktiv der Umgang mit Spiritualität bei sich selbst und bei anderen gefördert. Diese Kompetenzen unterscheiden sich deutlich von der Austausch- und Einfühlungsvermögenskompetenz. Um auch hier auf bisherige Kompetenzmodelle zurückzugreifen, lassen sich diese Kompetenzen demnach eher der spezifischen SCK zuordnen. Auch hier erscheint es logisch, dass sich diese spezifische SCK vor allem während des Berufslebens ausbildet.

Aus dieser Argumentation geht hervor, dass sich der SCCQ-s besonders gut für Studierende und Auszubildende eignet. Er bildet wichtige Kompetenzbereiche von SuA ab und hebt sich dadurch deutlich von dem Berufssektor ab. Er erfasst mitunter Kompetenzen, die unter der allgemeinen Basiskompetenz zusammengefasst werden können. Gerade diese Kompetenzen gilt es, während der Ausbildung zu fördern, sodass im späteren Berufsleben darauf zurückgegriffen werden kann.

4.3 Einordnung der Ergebnisse in den aktuellen Forschungsstand

In den letzten Jahren waren Spiritual Care-Kompetenzen und ihre Bedeutung für SC Gegenstand intensiver Forschung. Eine vorhandene Kompetenz sei dabei ein tragender Faktor für die tatsächliche Implementierung von SC im Gesundheitswesen (Balboni et al., 2014; Vogel & Schep-Akkerman, 2018). Über die letzten Jahrzehnte wurden daher diverse Fragebogen entwickelt, die versuchten, SC-Kompetenz treffend zu erfassen. Auch diese Studie erhob den Anspruch, die Kompetenz von SuA messbar zu machen und unterscheidet sich dabei maßgeblich von bisherigen Studien. Bei einem Blick in die aktuelle Studienlage wird deutlich, dass zwei Fragebogen besonders häufig angewandt werden: der SCCQ (Frick et al., 2019) und der SCCS (Van Leeuwen et al., 2009). Weitere Kompetenzfragebogen finden in der aktuellen Literatur nur wenig Beachtung (Burkhart et al., 2011; Meyer, 2003; Nardi & Rooda, 2011; Tiew et al., 2012). Aufgrund struktureller und inhaltlicher Mängel konnten sich diese Fragebogen zur Messung von spirituellen Kompetenzen nicht durchsetzen. Dabei war die Stichprobe bei Nardi und Rooda (2011) zu klein und die Item-Anzahl bei Meyer (2003) zu gering für eine valide Testung. In den Fragebogen von Burkhart et al. (2011) und Tiew et al. (2012) wurden Kompetenzen als solche nicht hinreichend adressiert und erfasst. Der SCCQ-s konnte diese strukturellen und inhaltlichen Defizite überwinden und besticht durch eine zufriedenstellende Stichprobengröße sowie eine ausreichende Item-Anzahl. Zusätzlich wurden spirituelle Kompetenzen als solche explizit durch den Fragebogen erfasst.

Der SCCQ und SCCS sind beides valide Testinstrumente. Dennoch hebt sich der SCCQ-s von diesen beiden Fragebogen durch seine Zielpopulation ab. So erhoben bisherige Fragebogen nicht den Anspruch, Inhalte und Formulierungen an das Ausbildungsumfeld anzupassen. Es existieren bislang keine geeigneten Fragebogen für die Erfassung von spirituellen Kompetenzen explizit von SuA. Bisherige Fragebogen schlossen Berufstätige und Auszubildende gleichermaßen innerhalb eines Fragebogens ein.

Der SCCQ-s vereint den multidisziplinären Ansatz des SCCQ mit dem ausbildungsbezogenen Anwendungsbereich des SCCS. Er trägt dadurch maßgeblich zu der Frage bei, wie SuA ihre Spiritual Care- Kompetenzen einschätzen, und kann somit als Orientierung für weitere nationale und internationale Untersuchungen dienen.

4.4 Bedeutung und Ausblick

Mit dem SCCQ-s wurde erstmalig ein Fragebogen entwickelt, der spirituelle Kompetenzen explizit bei Auszubildenden und Studierenden in Gesundheitsberufen misst. Dabei umfasst der Fragebogen die unterschiedlichen Ausbildungsbereiche und ist somit ideal geeignet für ein inter- und multidisziplinäres Ausbildungssetting. Damit erhebt er den Anspruch, die unterschiedlichen Fachdisziplinen gleichermaßen zu vereinen und dadurch einen der zentralen Aspekte von SC zu erfüllen – die *gemeinsame* Sorge für die spirituellen Bedürfnisse der Patienten (Boothe & Frick, 2017). Zusätzlich wurde er eigens für den Ausbildungsbereich konzipiert und berücksichtigt somit die Besonderheiten während der Ausbildungsphase. Dadurch unterscheidet er sich maßgeblich von bisherigen Kompetenzfragebogen, die sich häufig nur auf ein spezifisches Fach (Medizin, Pflege, Psychologie) (Abell et al., 2018; Babamohamadi et al., 2021; Van Leeuwen et al., 2009) oder die Berufstätigkeit bezogen haben (Frick et al., 2019; Jafari & Fallahi-Khoshknab, 2021; Kang et al., 2019). Die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der jeweiligen Ausbildungsbereiche können dadurch dargestellt werden. Daraus kann eine ausbildungsspezifische Anpassung der Lehr- und Lerninhalte resultieren. Die gemeinsame Betrachtung von Studierenden und Auszubildenden aus unterschiedlichen Gesundheitsberufen ist bislang im internationalen Vergleich einzigartig.

Der SCCQ-s kann zukünftig für die Lehrentwicklung und Lehrevaluation hinzugezogen werden. Somit leistet er einen direkten Beitrag für eine bessere Ausbildung und Lehre. Damit einhergehend könnte er die tatsächliche Implementierung von SC im Gesundheitswesen wesentlich fördern. Kompetenzdefizite könnten anhand der erzielten Resultate im SCCQ-s analysiert und anschließend gezielt gefördert werden. Es ließen sich Rückschlüsse darüber ziehen, in welchen Bereichen sich die Studierenden als kompetent, bzw. nicht kompetent einschätzen. In dieser Studie wurde die

Gesprächsführungskompetenz am stärksten und die Dokumentationskompetenz am schwächsten eingeschätzt. Diese Ergebnisse decken sich dahingehend mit denen des SCCQ (Frick et al., 2019). Informationen wie diese könnten für eine zukünftige Lehrentwicklung verwendet werden.

Gleichzeitig hilft der SCCQ bei einer Evaluation der angewandten Ausbildungs- und Lehrmethoden im Sinne eines Prä-Post-Lehre-Status und kann dadurch die Effektivität der Lehre fördern. Dies konnte in einer Studie von Magin et al. (2021) bereits realisiert werden. Auch für die Beurteilung des entwickelten Lehrmoduls von Hasenfratz et al. (2021) wäre der SCCQ-s hilfreich gewesen. In dieser Studie bestätigten die Forschenden einen Kompetenzerwerb durch das Modul, erfassten durch ihren Fragebogen jedoch eher Einstellungen und Anwendungshindernisse. Der tatsächliche Kompetenzerwerb konnte dadurch nicht hinreichend abgebildet werden.

Darüber hinaus könnte der SCCQ-s in weiteren Untersuchungen mit externen Variablen korreliert werden. Dadurch ließen sich noch weitere Einflussgrößen für die spirituelle Kompetenz, neben der Ausbildung und Lehre, erarbeiten. So könnten beispielsweise das Alter, die Herkunft oder bestimmte Charaktereigenschaften der SuA einen Einfluss auf ihre SCK haben.

Relevant für zukünftige Forschung erscheint der Vergleich der selbstempfundene Kompetenz mit einer externen Beurteilung ebendieser Kompetenz – gerade weil dahingehend einige Autoren von einer Diskrepanz der Selbsteinschätzung und der tatsächlichen Anwendung ausgehen (Mayr et al., 2016). Dadurch ließe sich auch die Frage beantworten, inwieweit die selbstempfundene Kompetenz ein Annäherungsmaß für die tatsächliche Kompetenz sein kann. Einen Lösungsansatz für eine solche Überprüfung lieferten die Forscher Vogel und Schep-Akkerman (2018). Dabei verglichen sie die Ergebnisse der selbsteingeschätzten Kompetenzen (SCCS-can) mit einem weiteren Fragebogen, der die Häufigkeit der SC-Anwendungen dokumentierte (SCCS-do). Auch der NSCTS (Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale) (Mamier & Taylor, 2015) wurde für die Überprüfung der SC-Anwendungshäufigkeit konzipiert. Diese Ansätze sind jedoch auch nicht uneingeschränkt einsetzbar, da auch hier gewisse Bias entstehen können. Sowohl beim SCCQ-s als auch bei den beschriebenen Fragebogen ist von einem SD-Bias (social desirability bias) sowie einer Intentions-Verhaltens-Diskrepanz auszugehen. Der SD-Bias beschreibt die Verzerrung der sozialen Erwünschtheit – was das Antwortverhalten hin zu einem sozial erwünschten (spirituell kompetenteren) Verhalten wahrscheinlicher macht. Die Intentions-Verhaltens-Diskrepanz beschreibt in diesem Kontext, dass die Teilnehmenden ihre Kompetenz als hoch einschätzen (Intention/Absicht), daraus jedoch nicht zwangsläufig ein kompetenter Umgang mit SC resultiert (Verhalten). Daher wäre für die Erhebung der tatsächlichen Kompetenz eine Beurteilung von extern wünschenswert. Es zeigt sich folglich

eine generell erschwerte Überprüfbarkeit von Kompetenzen. Kompetenzen seien laut Merkens (2020) nur eingeschränkt erfass- und beschreibbar. Daher soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass die formulierten Kompetenzen lediglich eine Annäherung an tatsächliche SCK sein können.

Mit dem SCCQ-s werden Kompetenzen dennoch annähernd messbar gemacht. Die Kompetenz ist dabei ein wichtiger Indikator für die tatsächliche Anwendung von SC im Gesundheitswesen. Darüber hinaus existieren jedoch auch weitere wichtige Faktoren. Gemeint ist damit, dass ein „guter Spiritual-Care-Giver“ noch über weitere Eigenschaften verfügt. Merkens (2020) erweitert den Begriff der Kompetenz um den des Charismas. Erst das Zusammentreffen von Kompetenz und Charisma münde in der tatsächlichen Befähigung für Spiritual Care. Auch in Zukunft sollten Kompetenzen immer in Zusammenschau mit weiteren wichtigen Faktoren betrachtet werden. Die Kompetenz ist zwar essenziell für SC, jedoch nur ein Teil innerhalb eines Gesamtkonstrukts.

Der SCCQ-s wurde in deutscher Sprache entwickelt. Angewendet wurde er in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Aufgrund einer ungleichen Verteilung der Länder erhebt diese Studie keine länderspezifischen Unterschiede. Diese Fragestellung eignet sich jedoch für zukünftige Forschung. Dies könnte anhand von größeren Stichproben realisiert werden. Auch wäre die Übersetzung in weitere Sprachen interessant für einen internationalen Vergleich. Besonders spannend wären hier Länder, wie z. B. die USA, in denen sich die Ausbildung und Lehre in SC bereits stärker etabliert hat.

5. Limitationen

Datenerhebung

Limitationen der Studie ergaben sich mitunter durch das Datenerhebungsverfahren. Hierfür wurde überwiegend das Schneeballverfahren angewandt. Die Verwendung dieses Verfahrens ging mit einem Ungleichgewicht der Ausbildungsgruppen einher, sodass Medizinstudierende den Hauptteil der Stichprobe bildeten. Die in dieser Studie angewandten Datenerhebungsverfahren gingen zusätzlich mit einem Selektionsbias einher. Es ist davon auszugehen, dass vor allem besonders Interessierte an der Studie teilgenommen haben (Freiwilligen Bias). Die Verbreitung der Umfrage erfolgte mitunter über direkte Anschreiben der jeweiligen Universitäts- und Institutsleitungen. Die Wahrscheinlichkeit für eine Teilnahme sowie eine Verbreitung der Umfrage stieg durch das Interesse der jeweiligen Leitenden und Teilnehmenden. Unter dieser Annahme ist von einem allgemein hohen Interesse bzw. einer gewissen Offenheit der Studienteilnehmer gegenüber Spiritual Care auszugehen. Die Ergebnisse dieser Studie lassen sich also nur

bedingt auf die gesamte Population von Medizin-, Psychologie- und Pflegestudierenden übertragen.

Stichprobe

Die Zusammensetzung der vorliegenden Stichprobe stellt einen wichtigen Faktor im Hinblick auf die Limitation dieser Forschungsarbeit dar. Eine Studienpopulation sollte möglichst gleichmäßig verteilt sein. In dieser Studie war der Frauenanteil mit nahezu 80 % deutlich höher als der Männeranteil mit ca. 20%. Ein ausgewogenes Verhältnis zwischen beiden Geschlechtern bildet sich jedoch auch im tatsächlichen Gesundheitswesen nicht ab. Hier wird der Frauenanteil im Gesundheitswesen mit 75,6 % angegeben (Statistisches Bundesamt, *Gesundheitspersonal*, 2021). Zusätzlich lassen sich deutliche Unterschiede zwischen den jeweiligen Ausbildungsbereichen verzeichnen. Der Medizinsektor ist am stärksten vertreten, gefolgt vom Pflegesektor- und Psychologiesektor. Mit Abnahme der Stichprobengröße lassen sich die Resultate jedoch nur noch bedingt auf die Allgemeinheit übertragen. In nachfolgenden Studien sollte eine annähernd gleiche Verteilung angestrebt werden. Zusätzlich könnten in den jeweiligen Ausbildungsbereichen größere Teilnehmerzahlen generiert werden. Gleiches gilt für die Verteilung zwischen den Ländern. Der proportional große Anteil an deutschen Teilnehmenden spiegelt die insgesamt größere Teilnahmebereitschaft bei deutschen Kooperationen wider. Zusätzlich ist der hohe Anteil an deutschen Teilnehmenden durch die insgesamt höhere Anzahl an SuA sowie die höhere Anzahl an Universitäten, Hochschulen und Ausbildungsinstituten in Deutschland zu erklären. So gibt es allein in Deutschland 36 staatliche medizinische Universitäten. In der Schweiz und Österreich gibt es lediglich vier deutschsprachige Universitäten. (*Das Medizinstudium in Österreich*, 2021; *Disziplinen und Studienstandorte*, 2021; *Humanmedizin in Deutschland*, 2022). Um eindeutige Vergleiche zwischen Deutschland, Österreich und der Schweiz ziehen zu können, sollte auch hier die Anzahl an Teilnehmenden ausgeglichen sein.

SCCQ-s

Der SCCQ-s misst lediglich die selbstempfundene spirituelle Kompetenz. Die selbstwahrgenommene Kompetenz ist dabei nur eine Annäherung an die tatsächliche Kompetenz. Gleichzeitig kann der SCCQ-s nicht jeden Aspekt spiritueller Kompetenz erfassen. Er konzentriert sich auf den Ausbildungsbereich und sollte auch nur in diesem verwendet werden. Das 5-faktorielle Modell hilft dabei, diese Kompetenzbereiche im Ausbildungssetting zu formulieren. Um das Modell in seiner Qualität zu beurteilen und damit zuverlässige Rückschlüsse auf die spirituelle Kompetenz ziehen zu können, sollten jedoch noch weitere Untersuchungen folgen. Gerade im Hinblick auf die externe Validität sollten weitere Erhebungen stattfinden.

6. Zusammenfassung

Spiritual Care-Kompetenz wird literaturübergreifend als ein wichtiger Faktor für die tatsächliche Implementierung und Anwendung von Spiritual Care im Gesundheitswesen beschrieben. Derzeit existieren im deutschsprachigen Raum keine geeigneten Messmethoden, um Spiritual Care-Kompetenz von Auszubildenden und Studierenden (SuA) in Gesundheitsberufen hinreichend zu erfassen. Mit dem Spiritual Care Competence Questionnaire für Studierende und Auszubildende (SCCQ-s) soll die selbstempfundene Spiritual Care-Kompetenz erstmals messbar gemacht werden. Dabei werden anhand einer Validierungsstudie die Reliabilität und faktorielle Struktur des entwickelten Fragebogens bestimmt. Zudem wird qualitativ anhand von Freitextantworten untersucht, wie die selbstempfundene Spiritual Care-Kompetenz und entsprechendes Zuständigkeitsempfinden der Studierenden und Auszubildenden für Spiritual Care eingeschätzt wird. Anhand der qualitativen Analyse lässt sich zusätzlich nachvollziehen, wie Studierende und Auszubildende Spiritual Care definieren.

Der SCCQ-s wurde als Weiterentwicklung des bereits etablierten SCCQ (Frick et al., 2019) realisiert. Studierende der Medizin, Pflege und Psychologie sowie Auszubildende der Pflege und Psychotherapeuten in Ausbildung in Deutschland, Österreich und der Schweiz nahmen an der Umfrage teil. Es handelte sich um eine Querschnittserhebung im Onlineformat. Hierbei wurden als statistische Methoden eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA), die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha), eine explorative Faktorenanalyse (EFA) mit Hauptkomponentenanalyse und orthogonaler Varimax-Rotation sowie eine konfirmatorische Faktorenanalyse (KFA) mit Maximum-Likelihood-Schätzung angewandt.

Validierungsstudie SCCQ-s: 17 von ursprünglich 31 Items wurden für die EFA berücksichtigt (Skalenniveau der Items: Likert-Skala von 1=*stimmt nicht* bis 4=*stimmt genau*). Aus der EFA entstand ein Faktoren-Modell aus den folgenden fünf Faktoren: 1) Wahrnehmungskompetenz, 2) Dokumentationskompetenz, 3) Austauschkompetenz, 4) Gesprächsführungskompetenz, 5) Einfühlungsvermögenskompetenz. Die interne Konsistenz konnte durch Cronbachs Alpha mit Werten zwischen 0.65 bis 0.85 bestätigt werden. Lediglich für die Gesprächsführungskompetenz ergab sich ein geringfügig zufriedenstellender Wert (Cronbachs Alpha: 0.58). Die konfirmatorische Faktorenanalyse bestätigte das Faktorenmodell anhand von sehr guten Modell-Fit-Indizes (cfi = 0.96, tli = 0.94, rmsea = 0.05, srmr = 0.05). Die Gesprächsführungskompetenz war unter den Studierenden und Auszubildenden am stärksten ausgebildet (M=3.01; SD=0.61), die Dokumentationskompetenz am geringsten (M=1.35; SD=0.56). Die Dokumentationskompetenz ist am stärksten im Bereich der Pflege ausgeprägt, die Gesprächsführungskompetenz am stärksten im Bereich der Psychologie ($p < 0,05$).

Qualitative Analyse SCCQ-s: Im Rahmen der qualitativen Analyse wurde das Verständnis der Studierenden und Auszubildenden von Spiritual Care sowie das berufsspezifische Zuständigkeitsempfinden der Studierenden und Auszubildenden analysiert. Hierbei geht der Pflegebereich von der höchsten berufsbezogenen Spiritual Care-Kompetenz aus, gefolgt von dem Psychologiesektor und zuletzt der Medizin. Hierfür nannten Pflegende die besondere menschliche Nähe und den Zeitfaktor ihres Berufes. Psychologiestudierende unterstrichen die besondere Offenheit und Toleranz ihrer Berufsgruppe. Medizinstudierende betonten vornehmlich die Nähe zu existenziellen Lebensbereichen.

In der durchgeführten Studie bestätigt sich die Validität und Reliabilität des deutschsprachigen Fragebogens (SCCQ-s) zur Erhebung der spirituellen Kompetenz von Studierenden und Auszubildenden in Gesundheitsberufen. Der SCCQ-s stellt dadurch ein valides Testinstrument zur Messung der selbstempfundenen spirituellen Kompetenz in einem multidisziplinären Ausbildungssetting dar. Er unterscheidet sich dadurch maßgeblich von bereits existierenden Fragebogen, da er im Spezifischen für den Ausbildungsbereich konzipiert wurde und ausbildungsübergreifend anwendbar ist. Anhand des entwickelten Faktorenmodells lassen sich spirituelle Kompetenzen von SuA in Gesundheitsberufen identifizieren und benennen. Der SCCQ-s erleichtert dadurch die Frage, wie Spiritual Care-Kompetenzen bei SuA zukünftig definiert werden können. Der SCCQ-s könnte für weitere Lehrentwicklung und Lehrevaluierung hinzugezogen werden und somit zu einer verbesserten Lehr- und Ausbildungssituation beitragen.

7. Literaturverzeichnis

- Abell, C. H., Garrett-Wright, D., & Abell, C. E. (2018). Nurses' Perceptions of Competence in Providing Spiritual Care. *J Holist Nurs*, 36(1), 33-37.
<https://doi.org/10.1177/0898010116684960>
- Albers, S. (2009). *Methodik der empirischen Forschung*. Wiesbaden: Gabler.
- Alt-Epping, B., Berberat, P., Elster, L., Frick, E., Gross, M., Kopf, A., Müller, M., Ohls, I., & Reininger, K. (2021). Spiritual Care im Medizinstudium. Ein Positionspapier: Spiritual Care in medical education. A position paper. *Spiritual Care*, 10.
<https://doi.org/10.1515/spircare-2021-0041>
- Babamohamadi, H., Tafreshi, A., Khoshbakht, S., Ghorbani, R., & Asgari, M. R. (2021). Nursing Students' Professional Competence in Providing Spiritual Care in Iran. *J Relig Health*. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01365-9>
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (2018). Faktorenanalyse. In *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung* (pp. 365-433). Berlin: Springer https://doi.org/10.1007/978-3-662-56655-8_8
- Balboni, M. J., & Balboni, T. A. (2019). What hinders spiritual care? Empirical explanations. In *Hostility to hospitality. Spirituality and professional socialization within medicine*. (pp. 69-88). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/med/9780199325764.001.0001>
- Balboni, M. J., Sullivan, A., Enzinger, A. C., Epstein-Peterson, Z. D., Tseng, Y. D., Mitchell, C., Niska, J., Zollfrank, A., VanderWeele, T. J., & Balboni, T. A. (2014). Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life. *J Pain Symptom Manage*, 48(3), 400-410. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.09.020>
- Barker, E. (2004). The Church Without and the God Within: Religiosity and/or Spirituality? In D. J. Marinović, S. Zrinščak, & I. Borowik (Eds.), *Religion and patterns of social transformation* (pp. 28). Institute for Social Research.
- Best, M., Butow, P., & Olver, I. (2015). Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review. *Patient Educ Couns*, 98(11), 1320-1328.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.04.017>
- Best, M., Butow, P., & Olver, I. (2016). Doctors discussing religion and spirituality: A systematic literature review. *Palliat Med*, 30(4), 327-337.
<https://doi.org/10.1177/0269216315600912>
- Best, M., Leget, C., Goodhead, A., & Paal, P. (2020). An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care. *BMC Palliat Care*, 19(1), 9.
<https://doi.org/10.1186/s12904-019-0508-4>
- Boothe, B., & Frick, E. (2017). Spiritual Care - Für die Seele sorgen. In *Spiritual Care - Über Das Leben und das Sterben* (pp. 138-140). Zürich: Orell Füssli Verlag.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1992). Alternative Ways of Assessing Model Fit. *Sociological Methods & Research*, 21(2), 230 - 258. <https://doi.org/10.1177/0049124192021002005>
- Bruchhausen, W. (2011). Beziehungen zwischen Gesundheit und Religion von der Frühgeschichte bis zur Neuzeit. In C. Klein, H. Berth, & F. Balck (Eds.), *Gesundheit - Religion - Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze* (pp. 91-111). Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Bühner, M. (2021). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. München: Pearson.
- Burkhart, L., Schmidt, L., & Hogan, N. (2011). Development and psychometric testing of the Spiritual Care Inventory instrument. *Journal of Advanced Nursing*, 67(11), 2463-2472.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05654.x>
- Büssing, A., Ostermann, T., & Glöckler, M. (2006). *Spiritualität, Krankheit und Heilung*. Frankfurt am Main: VAS.
- Cao, Y., Kunaviktikul, W., Petrini, M., & Sripusanapan, A. (2020). A proposed conceptual framework of spiritual care competence for Chinese nurses. *Nursing & Health Sciences*, 22. <https://doi.org/10.1111/nhs.12692>
- Carr, T. (2008). Mapping the processes and qualities of spiritual nursing care. *Qual Health Res*, 18(5), 686-700. <https://doi.org/10.1177/1049732307308979>
- Chen, F. F. (2007). Sensitivity of Goodness of Fit Indexes to Lack of Measurement Invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 14(3), 464-504.
<https://doi.org/10.1080/10705510701301834>

- Cook, C. C. H. (2004). Addiction and spirituality. *Addiction*, 99(5), 539-551. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00715.x>
- Daghan, S., Kalkim, A., & Sağkal Midilli, T. (2019). Psychometric Evaluation of the Turkish Form of the Spiritual Care Competence Scale. *J Relig Health*, 58(1), 14-27. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0594-2>
- Darvishi, A., Otaghi, M., & Mami, S. (2020). The Effectiveness of Spiritual Therapy on Spiritual Well-Being, Self-Esteem and Self-Efficacy in Patients on Hemodialysis. *J Relig Health*, 59(1), 277-288. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-00750-1>
- Das Medizinstudium in Österreich. (2021). Studieren-Medizin.de. Retrieved 08.02.22 from <https://www.studieren-medizin.de/39,1,1647,oesterreich.html>
- Dezorzi, L. W., Raymundo, M. M., Goldim, J. R., & van Leeuwen, R. (2019). Cross-cultural validation of the Brazilian version of the spiritual care competence scale. *Palliat Support Care*, 17(3), 322-327. <https://doi.org/10.1017/s1478951518000159>
- Dinges, M., Jütte, R., & Teut, M. (2019). Editorial. Das Spannungsverhältnis von Religion und Medizin In M. Dinges, R. Jütte, & M. Teut (Eds.), *Religiöse Heiler im medizinischen Pluralismus in Deutschland* Stuttgart: Franz Steiner Verlag.
- Disziplinen und Studienstandorte. (2021). Swissuniversities. Retrieved 08.02.22 from <https://www.swissuniversities.ch/service/anmeldung-zum-medizinstudium/studienangebot>
- Döring, N., Bortz, J., & Pöschl-Günther, S. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Wiesbaden: Springer.
- EAPC. (2010). *Definition: What is Spiritual Care? Übersetzt nach Roser*. <https://www.eapcnet.eu/eapc-groups/reference/spiritual-care/>
- Eckstein, P. P. (2008). *Angewandte Statistik mit SPSS*. Wiesbaden: Gabler.
- Faktoranalyse. (2020). Universität Zürich. Retrieved 08.02.22 from https://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse_spss/interdependenz/reduktion/faktor.html
- Freund, H., Böhringer, S., Utsch, M., & Hauth, I. (2018). Religiosität und Spiritualität in der Facharztweiterbildung. *Der Nervenarzt*, 89(5), 539-545. <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0414-z>
- Freund, H., & Gross, W. (2016). Sinnfragen und Religiosität/Spiritualität in der Psychotherapeutenausbildung. Eine Umfrage an den Ausbildungsinstituten für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Deutschland. *Psychotherapeutenjournal*, 2/16, 133-139.
- Frick, E. (2012). Spiritual Care zwischen Kirche, Theologie und Medizin. *Epistula (Herzogliches Georgianum)*, 61. Retrieved 08.02.22 from https://www.hfph.de/hochschule/lehrende/prof-dr-med-eckhard-frick-sj/spiritual-care/frick_interdisziplin.pdf
- Frick, E. (2014). Freuds Religionskritik und der "Spiritual Turn". In E. Frick & A. Hamburger (Eds.), *Freuds Religionskritik und der "Spiritual Turn"* (pp. 199 S.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Frick, E. (2014). *Spiritual Care – zu einer unterschätzten Dimension ärztlichen Handelns* Ärztetag: Medizin und Spiritualität – in gemeinsamer Sorge um den Menschen, Paderborn. Retrieved 08.02.22 from https://www.hfph.de/hochschule/lehrende/prof-dr-med-eckhard-frick-sj/spiritual-care/frick_paderborn.pdf
- Frick, E. (2020). Unterwegs zum Facharzt für Spirituelle Medizin? Entwurf eines medizinsch-therapeutischen Spiritual Care-Modells zwischen Professionalisierung und Deprofessionalisierung: Moving towards a specialist in spiritual medicine? Drafting a medical and therapeutical spiritual care model between professionalization and deprofessionalization. *Spiritual Care*, 9(2), 137-147. <https://doi.org/doi:10.1515/spircare-2019-0076>
- Frick, E., & Hilpert, K. (2020). *Spiritual Care von A bis Z* (Vol. 1. Aufl.). De Gruyter. <https://doi.org/doi:10.1515/9783110659184>
- Frick, E., Theiss, M., Rodrigues Recchia, D., & Büssing, A. (2019). Validierung einer deutschsprachigen Spiritual Care-Kompetenz-Skala. *Spiritual Care*, 8(2), 193-207. <https://doi.org/10.1515/spircare-2018-0066>
- Gabler, S. (1992). Schneeballverfahren und verwandte Stichprobendesigns. *ZUMA Nachrichten*, 16, 47-69. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-210848>

- Gardner, F., Tan, H., & Rumbold, B. (2020). What Spirituality Means for Patients and Families in Health Care. *J Relig Health*, 59(1), 195-203. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0716-x>
- Garssen, B., Ebenau, A., Visser, A., Umland, N., & Groot, M. (2016). A critical analysis of scales to measure the attitude of nurses toward spiritual care and the frequency of spiritual nursing care activities. *Nursing Inquiry*, 24. <https://doi.org/10.1111/nin.12178>
- Gecewicz, C., & Lipka, M. (2017). More Americans now say they're spiritual but not religious. *Pew Research Center*. <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2017/09/06/more-americans-now-say-theyre-spiritual-but-not-religious/>
- Gesundheitspersonal. (2021). Statistisches Bundesamt (Destatis). Retrieved 08.02.22 from https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitspersonal/_inhalt.html
- Giese, C. (2016). Spiritualität in der Pflege. *Spiritual Care*, 5(3), 215-219. <https://doi.org/doi:10.1515/spircare-2016-0110>
- Giezendanner, S., Jung, C., Banderet, H.-R., Otte, I. C., Gudat, H., Haller, D. M., Elger, B. S., Zemp, E., & Bally, K. (2017). General Practitioners' Attitudes towards Essential Competencies in End-of-Life Care: A Cross-Sectional Survey. *PLoS One*, 12(2), e0170168. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170168>
- Gijsberts, M. H. E., Liefbroer, A. I., Otten, R., & Olsman, E. (2019). Spiritual Care in Palliative Care: A Systematic Review of the Recent European Literature. *Med Sci (Basel)*, 7(2). <https://doi.org/10.3390/medsci7020025>
- Gratz, M. (2017). *Spiritual Care und ehrenamtliche Hospizbegleitung: Entwicklung und Evaluierung eines Schulungskonzepts*. Ludwig-Maximilian-Universität. München.
- Hagen, T., & Raischl, J. (2011). Allgemeine und spezielle Kompetenzen in Spiritual Care. In E. Frick & T. Roser (Eds.), *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen* (pp. 285-292). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hanson, L. C., Dobbs, D., Usher, B. M., Williams, S., Rawlings, J., & Daaleman, T. P. (2008). Providers and types of spiritual care during serious illness. *Journal of Palliative Medicine*, 11(6), 907-914. <https://doi.org/10.1089/jpm.2008.0008>
- Harrad, R., Cosentino, C., Keasley, R., & Sulla, F. (2019). Spiritual care in nursing: an overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses. *Acta Biomed*, 90(4-s), 44-55. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i4-S.8300>
- Hasenfratz, K., Rodenkirch, R., Köster, S., Mörgeli, H., & Peng-Keller, S. (2021). Spiritual Care als Lehrangebot an der Universität Zürich: Eine Studie zu Einstellungen und Lernprozessen. *Spiritual Care*, 10(4), 362-369. <https://doi.org/doi:10.1515/spircare-2021-0050>
- Hefti, R. (2021). Interdisziplinärer und praxisorientierter Fortbildungskurs für Spiritual Care in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. *Spiritual Care*, 10(1), 110-110. <https://doi.org/doi:10.1515/spircare-2020-0140>
- Heidari, M., Borujeni, M. G., & Rafiei, H. (2019). The Assessment Effect of Spiritual Care on Hopelessness and Depression in Suicide Attempts. *J Relig Health*, 58(4), 1453-1461. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0473-2>
- Heller, A. (2014). Christliche Krankenhauseseelsorge. Ein Spiegel für Spiritual Care? In A. Heller & B. Heller (Eds.), *Spiritualität und Spiritual Care* (pp. 72). Bern: Huber.
- Helo, Y. (2017). *Schulungen in Spiritual Care: eine systematische Übersichtsarbeit*. Ludwig-Maximilian-Universität. München.
- Hilpert, K. (2011). Der Begriff Spiritualität. Eine theologische Perspektive. Die Erfahrung von Krankheit als Einsatzstelle christlicher Spiritualität. . In E. Frick & T. Roser (Eds.), *Spiritualität und Medizin* (Vol. 2. Aufl., pp. 21). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Hossiep, R. (2021). *Cronbachs alpha*. Dorsch, Lexikon der Psychologie. Retrieved 08.02.22 from <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/cronbachs-alpha>
- Houtman, D., & Aupers, S. (2007). The Spiritual Turn and the Decline of Tradition: The Spread of Post-Christian Spirituality in 14 Western Countries, 1981–2000. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 46(3), 305-320. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1468-5906.2007.00360.x>
- Hu, L.-t., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological methods*, 3(4), 424.

- Humanmedizin in Deutschland*. (2022). studieren-medizin.de. Retrieved 08.02.22 from https://www.studieren-medizin.de/66,1,humanmedizin_in_deutschland.html
- Jafari, M., & Fallahi-Khoshknab, M. (2021). Competence in providing spiritual care and its relationship with spiritual well-being among Iranian nurses. *J Educ Health Promot*, 10, 388. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_203_21
- Jones, K. F., Paal, P., Symons, X., & Best, M. C. (2021). The Content, Teaching Methods and Effectiveness of Spiritual Care Training for Healthcare Professionals: A Mixed-Methods Systematic Review. *J Pain Symptom Manage*, 62(3), e261-e278. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.03.013>
- Kaiser, H. F. (1970). A second generation little jiffy. *Psychometrika*, 35(4), 401-415. <https://doi.org/10.1007/BF02291817>
- Kallus, K. W. (2016). *Erstellung von Fragebogen*. Wien: facultas.
- Kang, K. A., Choi, Y., & Kim, S. J. (2019). Validation of a Korean Version of the Spiritual Care Competence Scale: Focused on the Hospice and Palliative Care Setting. *J Hosp Palliat Nurs*, 21(5), 453-462. <https://doi.org/10.1097/njh.0000000000000589>
- Keivan, N., Daryabeigi, R., & Alimohammadi, N. (2019). Effects of religious and spiritual care on burn patients' pain intensity and satisfaction with pain control during dressing changes. *Burns*, 45(7), 1605-1613. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2019.07.001>
- Knoblauch, H. (2009). Erfahrung, Spiritualität und ihre Popularisierung. In *Populäre Religionen: auf dem Weg in eine spirituelle Gesellschaft*. (pp. 121-122). Frankfurt am Main: Campus-Verlag.
- Knoll, F. (2016). Bildungsinhalt ohne Bildungsgehalt? – Spiritualität in der Pflegeausbildung: Contents without content? – Spirituality in nursing education. *Spiritual Care*, 5(3), 193-202. <https://doi.org/doi:10.1515/spircare-2016-1001>
- Kopp, E. (2010). *Explorative Faktorenanalyse*. PsyDok. Retrieved 08.02.22 from <http://hdl.handle.net/20.500.11780/3369>
- Kopp, J., & Lois, D. (2014). *Sozialwissenschaftliche Datenanalyse*. Wiesbaden: Springer VS.
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim, Basel: Juventa Verlag.
- Küçük Alemdar, D., Kardaş Özdemir, F., & Güdücü Tüfekci, F. (2018). The Effect of Spiritual Care on Stress Levels of Mothers in NICU. *West J Nurs Res*, 40(7), 997-1011. <https://doi.org/10.1177/0193945916686775>
- Magin, S., Frick, E., & Maier, K. (2021). Wahrgenommene Veränderungen in der Spiritual Care-Kompetenz nach einem Online Spiritual Care-Seminar bei Studierenden in Gesundheitsfächern: Healthcare students' perceived changes in spiritual care competence after participating in an online spiritual care course. *Spiritual Care*, 10(1), 63-73. <https://doi.org/doi:10.1515/spircare-2020-0069>
- Maidl, L., Frick, E., Mayr, B., Möhrle, S., & Ziemer, P. (2019). Entwicklung des Online-Seminars "Spiritual Care–Emergency Care–Palliative Care (SEPCare)". *Spiritual Care*, 8(1), 91-94.
- Mamier, I., & Taylor, E. J. (2015). Psychometric evaluation of the Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale. *West J Nurs Res*, 37(5), 679-694. <https://doi.org/10.1177/0193945914530191>
- Mayr, B., Elhardt, E., Riedner, C., Roser, T., sj, E. F., & Paal, P. (2016). Die Kluft zwischen eingeschätzten und tatsächlichen Fähigkeiten bei der Erhebung der spirituellen Anamnese. *Spiritual Care*, 5(1), 9-16. <https://doi.org/doi:10.1515/spircare-2016-0003>
- Mayring, P., & Fenzl, T. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Eds.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (pp. 633-648). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_42
- McDonald, R. P., & Marsh, H. W. (1990). Choosing a multivariate model: Noncentrality and goodness of fit. *Psychological Bulletin*, 107(2), 247-255. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.247>
- Mehdipoorkorani, L., Bahrami, M., & Mosavizade, R. (2019). Impact of a Spiritual Care Program on Spiritual Wellbeing of Oncology Nurses: A Randomized Clinical Trial. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 24(1), 38-43. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_33_18
- Merkens, M. (2020). Kompetenz und/oder Charisma – Voraussetzung für Qualität in Spiritual Care und Seelsorge?: Competence and/or charisma – precondition for quality in spiritual and pastoral care? *Spiritual Care*(000010151520200103). <https://doi.org/doi:10.1515/spircare-2020-0103>

- Meyer, C. L. (2003). How Effectively Are Nurse Educators Preparing Students to Provide Spiritual Care? *Nurse Educator*, 28(4), 185-190. https://journals.lww.com/nurseeducatoronline/Fulltext/2003/07000/How_Effectively_Are_Nurse_Educators_Preparing.10.aspx
- Miller, G. E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med*, 65(9 Suppl), S63-67. <https://doi.org/10.1097/00001888-199009000-00045>
- Momennasab, M., Shadfard, Z., Jaberi, A., Najafi, S. S., & Hosseini, F. N. (2019). The Effect of Group Reflection on Nursing Students' Spiritual Well-being and Attitude Toward Spiritual Care: a randomized controlled trial. *Invest Educ Enferm*, 37(1). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n1e09>
- Moosbrugger, H., & Kelava, A. (2020). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Berlin: Springer.
- Nardi, D., & Rooda, L. (2011). Spirituality-based nursing practice by nursing students: an exploratory study. *J Prof Nurs*, 27(4), 255-263. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2011.03.006>
- Nauer, D. (2015a). Kompetenzprofil. In *Spiritual Care statt Seelsorge?* (pp. 68-70). Stuttgart: Kohlhammer.
- Nauer, D. (2015b). Zaghafte Expansionsbestrebungen in die Gesamtmedizin. In *Spiritual Care statt Seelsorge?* (pp. 35). Stuttgart: Kohlhammer.
- Neves Oliveira, A. (2019). *Spiritual Care - Compétences (auto-évalués) auprès d'infirmier-e-s aux Cliniques Universitaires Saint-Luc. Validation française du questionnaire « Spiritual Care Competences Questionnaire»* Université catholique de Louvain. Lovain. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:19765>
- North, K., Reinhardt, K., & Sieber-Suter, B. (2013). Was ist Kompetenz? In *Kompetenzmanagement in der Praxis* (Vol. 2 Aufl.). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Paal, P., Roser, T., & Frick, E. (2014). Developments in spiritual care education in German - speaking countries. *BMC Medical Education*, 14(1), 112. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-112>
- Pastrana, T., Frick, E., Krikorian, A., Ascencio, L., Galeazzi, F., & Bussing, A. (2021). Translation and Validation of the Spanish Version of the Spiritual Care Competence Questionnaire (SCCQ). *J Relig Health*, 60(5), 3621-3639. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01402-7>
- Payàs, A., Gutiérrez, J., Sopena, R., Benito, E., Paris, R. M., Méndez, J., Pozo, R., & Bravo, C. M. (2008). How do palliative care professionals perceive the spiritual needs of patients at the end of life? *Medicina Paliativa*, 15, 225-237.
- Peng-Keller, S. (2012). Spiritualität im Kontext moderner Medizin. In M. Belok, U. Länzlinger, & H. Schmitt (Eds.), *Seelsorge in Palliativ Care* (Vol. 1. Aufl., pp. 87-97). Zürich: Theologischer Verlag.
- Peng-Keller, S. (2017). „Spiritual Care“ im Werden: Zur Konzeption eines neuen interdisziplinären Forschungs- und Praxisgebiets. *Spiritual Care*, 6(2), 175-181. <https://doi.org/doi:10.1515/spircare-2016-0224>
- Peng-Keller, S., & Rettke, H. (2017). Spiritual Care und Pflegewissenschaft. Ein Beitrag zum aktuellen Diskussionsstand im deutschsprachigen Raum: Spiritual care in nursing research. A contribution to the state of discussion in German-speaking countries. *Spiritual Care*, 6(4), 405-410. <https://doi.org/doi:10.1515/spircare-2017-0023>
- Prenner, H. (2014). *Die spirituelle Dimension in der Pflegeausbildung - Konzeption und Evaluation eines Workshops für Lehrende der Gesundheits- und Krankenpflege*. Medizinische Universität Graz. Graz.
- Prenner, H. (2016). *Die spirituelle Dimension in der Pflegeausbildung*. Wiesbaden: Springer.
- Puchalski, C., Jafari, N., Buller, H., Haythorn, T., Jacobs, C., & Ferrell, B. (2020). Interprofessional Spiritual Care Education Curriculum: A Milestone toward the Provision of Spiritual Care. *J Palliat Med*, 23(6), 777-784. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0375>
- Puchalski, C. M. (2002). Spirituality and end-of-life care: a time for listening and caring. *J Palliat Med*, 5(2), 289-294. <https://doi.org/10.1089/109662102753641287>
- Puchalski, C. M. (2006). Spirituality and medicine: curricula in medical education. *J Cancer Educ*, 21(1), 14-18. https://doi.org/10.1207/s15430154jce2101_6

- Robinson, M. R., Thiel, M. M., Shirkey, K., Zurakowski, D., & Meyer, E. C. (2016). Efficacy of Training Interprofessional Spiritual Care Generalists. *J Palliat Med*, 19(8), 814-821. <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0373>
- Roser, T. (2007). *Spiritual Care*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Roser, T. (2011). Innovation Spiritual Care: Eine praktisch-theologische Perspektive. . In Frick Eckhard & T. Roser (Eds.), *Spiritualität und Medizin* (Vol. 2. Aufl., pp. 45-56). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Rumbold, B. (2002). From religion to spirituality. In B. D. Rumbold (Ed.), *Spirituality and palliative care. Social and pastoral perspectives* (pp. 5-21). South Melbourne, Vic: Oxford University Press.
- Schecker, H. (2014). Überprüfung der Konsistenz von Itemgruppen mit Cronbachs alpha. In D. Krüger, I. Parchmann, & H. Schecker (Eds.), *Methoden in der naturwissenschaftsdidaktischen Forschung*. Berlin: Springer.
- Schmitt, N. (1996). Uses and abuses of coefficient alpha. In *Psychological Assessment* (pp. 350–353). <https://doi.org/10.1037/1040-3590.8.4.350>
- Schölper, E. (2004). *Sterbende begleiten lernen*. Gütersloh: Gütersloher Verl.-Haus.
- Schumacher, I., Gassmann, C., & Rosenberger, L. (2015). Kompetenzorientierung in der Lehrerinnen- und Lehrerbildung auf eine solide Grundlage stellen. – Praxisbericht über ein Projekt der PH Zürich für die Ausbildung von Lehrpersonen in der Berufsbildung *Beiträge zur Lehrerinnen- und Lehrerbildung* 33 (2015) 2, 276-289. <https://doi.org/10.25656/01:13893>
- Stangl, W. (2022). *Faktorenladung*. Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik. Retrieved 08.02.22 from <https://lexikon.stangl.eu/12198/faktorenladung>
- Steiger, J. H. (1980). Statistically based tests for the number of common factors. *Paper presented at the the annual meeting of the Psychometric Society, Iowa City I.A.*
- Sulmasy, D. P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *Gerontologist*, 42 Spec No 3, 24-33. https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl_3.24
- Taverna, M., Berberat, P. O., Sattel, H., & Frick, E. (2019). A Survey on the Integration of Spiritual Care in Medical Schools from the German-Speaking Faculties. *Adv Med Educ Pract*, 10, 1009-1019. <https://doi.org/10.2147/amep.S224679>
- Tiew, L., Hwa, C., & K., D. (2012). Development and preliminary validation of a composite Spiritual Care-Giving Scale. *International Journal of Nursing Studies*, 49(6), 682-690. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.014>
- Torabi, F., Rassouli, M., Nourian, M., Borumandnia, N., Shirinabadi Farahani, A., & Nikseresht, F. (2018). The Effect of Spiritual Care on Adolescents Coping With Cancer. *Holist Nurs Pract*, 32(3), 149-159. <https://doi.org/10.1097/hnp.0000000000000263>
- Tucker, L. R., & Lewis, C. (1973). A reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika*, 38(1), 1-10. <https://doi.org/10.1007/BF02291170>
- Überla, K. (2013). *Faktorenanalyse: eine systematische einföhrung für psychologen, Mediziner, Wirtschafts-und Sozial-wissenschaftler*. Berlin: Springer-Verlag.
- Utsch, M., Anderssen-Reuster, U., Frick, E., Gross, W., Murken, S., Schouler-Ocak, M., & Stotz-Ingenlath, G. (2017). Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie: Positionspapier der DGPPN. *Spiritual Care*, 6(1), 141-146. <https://doi.org/doi:10.1515/spircare-2016-0220>
- Vachon, M., Fillion, L., & Achille, M. (2009). A Conceptual Analysis of Spirituality at the End of Life. *Journal of Palliative Medicine*, 12(1), 53-59. <https://doi.org/10.1089/jpm.2008.0189>
- Van Leeuwen, R., Tiesinga, L. J., Middel, B., Post, D., & Jochemsen, H. (2009). The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 18(20), 2857-2869. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02594.x>
- Vogel, A., & Schep-Akkerman, A. E. (2018). Competence and frequency of provision of spiritual care by nurses in the Netherlands. *Scand J Caring Sci*, 32(4), 1314-1321. <https://doi.org/10.1111/scs.12575>
- Wahlpraktikum „Medizin und Spiritualität“ (2022). Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit. Retrieved 14.02.22 from <https://www.rish.ch/de/veranstaltungen/wahlpraktika>

- Wasner, M., Longaker, C., Fegg, M. J., & Borasio, G. D. (2005). Effects of spiritual care training for palliative care professionals. *Palliat Med*, 19(2), 99-104. <https://doi.org/10.1191/0269216305pm995oa>
- WHO. (2002). WHO Definition Palliativmedizin. *Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin*. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf
- Wolff, H.-G., & Bacher, J. (2010). Hauptkomponentenanalyse und explorative Faktorenanalyse. In C. Wolf & H. Best (Eds.), *Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse* (pp. 333-365). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92038-2_15
- Wu, L. F., Tseng, H. C., & Liao, Y. C. (2016). Nurse education and willingness to provide spiritual care. *Nurse Educ Today*, 38, 36-41. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.01.001>
- Xia, Y., & Yang, Y. (2019). RMSEA, CFI, and TLI in structural equation modeling with ordered categorical data: The story they tell depends on the estimation methods. *Behavior Research Methods*, 51(1), 409-428. <https://doi.org/10.3758/s13428-018-1055-2>

8. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Schematisches Vorgehen der qualitativen Inhaltsanalyse.....	24
Tabelle 2: Soziodemographische Daten.....	30
Tabelle 3: SC in der Ausbildung.....	33
Tabelle 4: SC in der Ausbildung, Multiple-Choice-Teil.....	34
Tabelle 5: SC-Verständnis, Kategorie 1. Inhalt (Was?), 1.1 Fremdbezug.....	38
Tabelle 6: SC-Verständnis, Kategorie 1. Inhalt (Was?), 1.2 Selbstbezug.....	40
Tabelle 7: SC-Verständnis, Kategorie 2. Intention (Für was?).....	41
Tabelle 8: SC-Verständnis, Kategorie 3. Anwendungszeitpunkt (Wann?).....	42
Tabelle 9: SC-Verständnis, Kategorie 4. Eigenschaften (Wie?).....	43
Tabelle 10: Berufliche spirituelle Kompetenz- Gemeinsamkeiten, hohe Kompetenz.....	44
Tabelle 11: Berufliche spirituelle Kompetenz - Gemeinsamkeiten, geringe Kompetenz.....	45
Tabelle 12: Berufliche spirituelle Kompetenz - Unterschiede, hohe Kompetenz, Psychologie.....	46
Tabelle 13: Berufliche spirituelle Kompetenz - Unterschiede, hohe Kompetenz, Pflege.....	47
Tabelle 14: Berufliche spirituelle Kompetenz - Unterschiede, hohe Kompetenz, Medizin.....	47

Tabelle 15: Berufliche spirituelle Kompetenz - Unterschiede, geringe Kompetenz, Medizin	48
Tabelle 16: Zuständigkeitsempfinden SC, hohes Zuständigkeitsempfinden	48
Tabelle 17: Zuständigkeitsempfinden SC, geringes Zuständigkeitsempfinden	49
Tabelle 18: Ergebnisse EFA	54
Tabelle 19: SCCQ-s, Fit-Indizes	56

9. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Erklärungsmodell EFA, KFA	28
Abbildung 2: SC in der Ausbildung – Gewichtung der Themenblöcke	34
Abbildung 3: SCCQ-s, Profillinie	37
Abbildung 4: Messmodell (KFA)	57

10. Anhang

10.1 Onlineumfrage, SCCQ-s – ungekürzte Version

4. Personenbezogene Daten

4.1 Alter

4.2 Geschlecht weiblich männlich divers

keine Angabe

4.3 Staatsangehörigkeit Deutschland Schweiz Österreich

andere

4.4 Welche Staatsangehörigkeit besitzen Sie?

5. Ausbildungsbezogene Daten

5.1 Studium/Ausbildung Medizin Psychologie Pflege

5.2 Bei deutscher Ausbildungsstätte - Bundesland Ihrer Ausbildungsstätte

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bayern | <input type="checkbox"/> Baden-Württemberg | <input type="checkbox"/> Berlin |
| <input type="checkbox"/> Brandenburg | <input type="checkbox"/> Bremen | <input type="checkbox"/> Hamburg |
| <input type="checkbox"/> Hessen | <input type="checkbox"/> Mecklenburg-Vorpommern | <input type="checkbox"/> Niedersachsen |
| <input type="checkbox"/> Nordrhein-Westfalen | <input type="checkbox"/> Rheinland-Pfalz | <input type="checkbox"/> Saarland |
| <input type="checkbox"/> Sachsen | <input type="checkbox"/> Sachsen-Anhalt | <input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein |
| <input type="checkbox"/> Thüringen | | |

5.3 Bei österreichischer Ausbildungsstätte - Bundesland ihrer Ausbildungsstätte Burgenland Kärnten Niederösterreich

Oberösterreich Salzburg Steiermark

Tirol Vorarlberg Wien

5.4 Bei schweizerischer Ausbildungsstätte - Angabe des Kantons

5.5 Universität/Hochschule/Pflegeschule

5.6 In welchem Ausbildungsabschnitt befinden Sie sich? Vorklinik Klinik Praktisches Jahr

5.7 In welchem Ausbildungsabschnitt befinden Sie sich? Bachelor Master Therapeut/-in in Ausbildung

5.8 In welchem Ausbildungsabschnitt befinden Sie sich? (Pflegeausbildung, dipl. Pflegefachfrau/mann HF) 1. Ausbildungsjahr 2. Ausbildungsjahr 3. Ausbildungsjahr

5.9 In welchem Ausbildungsabschnitt befinden Sie sich? (Pflegestudium, B.Sc, dipl. Pflegefachfrau/mann FH) 1. Studienjahr 2. Studienjahr 3. Studienjahr > 3. Studienjahr

5.10 Berufsausbildung vor dem Studium? ja nein keine Angabe

5.11 nämlich als:

6. Angaben persönliche Spiritualität/ Religiösität

- | | | | | | | |
|-----|--|---|---|--|--------------------------|--|
| | | | <i>stimmt nicht</i> | <i>stimmt kaum</i> | <i>stimmt eher</i> | <i>stimmt genau</i> |
| 6.1 | Ich bin ein spiritueller Mensch | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.2 | Ich bin ein religiöser Mensch | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.3 | Religionszugehörigkeit/Bekenntnis | <input type="checkbox"/> katholisch
<input type="checkbox"/> muslimisch
<input type="checkbox"/> keine Angabe | | <input type="checkbox"/> protestantisch
<input type="checkbox"/> andere | | <input type="checkbox"/> jüdisch
<input type="checkbox"/> keine |
| 6.4 | Welche/s Religionszugehörigkeit/Bekenntnis besitzen Sie? | | | | | |
| | | | | | | |
| 6.5 | Ich meditiere bzw. bete regelmäßig. | <input type="checkbox"/> ja, regelmäßig
<input type="checkbox"/> nein, gar nicht | <input type="checkbox"/> hin und wieder | <input type="checkbox"/> eher selten | | |

7. Spiritual Care in der Ausbildung

- 7.1 Was verstehen Sie persönlich unter dem Themenfeld "Spiritual Care" ? (Bitte nicht nachschlagen, mit eigenen Worten versuchen zu beschreiben.)
-
- 7.2 Kommen existenzielle-spirituelle-religiöse Themen in Ihrem Ausbildungscurriculum vor? ja nein
- 7.3 Empfinden Sie diese als hinreichend? ja nein
- 7.4 Welche Bedeutung messen Sie der Integration von existenziellen-spirituellen-religiösen Fragestellungen in der Ausbildung bei?
- | | | | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| keine Bedeutung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sehr große Bedeutung |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
- 7.5 existenziellen Themen?
- | | | | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| keine Bedeutung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sehr große Bedeutung |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
- 7.6 spirituellen Themen?
- | | | | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| keine Bedeutung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sehr große Bedeutung |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
- 7.7 religiösen Themen?
- | | | | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| keine Bedeutung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sehr große Bedeutung |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
- 7.8 Was halten Sie für die wichtigsten Aspekte, die Sie lernen sollten? (3 Antwortmöglichkeiten)
- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Definition von Spiritualität | <input type="checkbox"/> Die Rolle von Spiritualität im Gesundheitswesen | <input type="checkbox"/> Unterschiede zwischen Religiösität und Spiritualität |
| <input type="checkbox"/> Spirituelle Selbsteinschätzung/ Entdeckung der eigenen Spiritualität | <input type="checkbox"/> Spirituelle Anamnese | <input type="checkbox"/> Wahrnehmung von spirituellen Nöten des Patienten |
| <input type="checkbox"/> Umgang mit der Spiritualität/ Religiösität des Patienten | <input type="checkbox"/> Arzt/Pfleger/Therapeut-Patienten-Kommunikation | <input type="checkbox"/> Umgang mit schwerkranken Patienten und den Angehörigen |
| <input type="checkbox"/> Breaking bad news | <input type="checkbox"/> Trauer | <input type="checkbox"/> weitere nicht erwähnte Themengebiete |

8. Spiritual Care Competence Questionnaire - student version

Bitte beurteilen Sie bei den folgenden Aussagen, wie sehr diese auf Sie persönlich zutreffen und kreuzen Sie entsprechend an. Seien Sie dabei bitte möglichst wahrhaftig.

	<i>stimmt nicht</i>	<i>stimmt kaum</i>	<i>stimmt eher</i>	<i>stimmt genau</i>
8.1 Für meine zukünftige Arbeit traue ich mir zu, spirituelle Bedürfnisse von Patienten wahrzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 Für meine zukünftige Arbeit traue ich mir zu, spirituelle Bedürfnisse von Angehörigen wahrzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3 Ich kenne Instrumentarien (z.B Themenlisten) zur Erhebung einer spirituellen Kurz-Anamnese.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4 Ich kenne Instrumente/Fragebögen zur strukturierten Erfassung spiritueller Bedürfnisse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5 Ich weiß, wie ich eine spirituelle Anamnese von Patienten gut und nachvollziehbar dokumentieren kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.6 Unter uns Studenten bzw. Auszubildenden sprechen wir regelmäßig über die spirituellen Bedürfnisse von erkrankten Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7 Unter uns Studenten bzw. Auszubildenden tauschen wir uns regelmäßig über das Thema Spiritualität in der Patientenbegleitung aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.8 Unter uns Studenten bzw. Auszubildenden tauschen wir uns regelmäßig über unsere eigene Spiritualität aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.9 Es ist mir unangenehm, über spirituelle Themen zu reden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.10 Ich fühle mich in der Lage, ein offenes Gespräch über existenzielle Themen zu führen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.11 Ich fühle mich in der Lage, ein offenes Gespräch über religiöse Themen zu führen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.12 Wenn ich auf meinen Tag zurückschaue, denke ich regelmäßig an die erkrankten Menschen, die mir während meiner Ausbildung bzw. Praktika begegnet sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.13 Ich unterstütze die Patienten, die mir während meiner Ausbildung bzw. Praktika begegnen, dabei, ihre spirituellen Überzeugungen und Haltungen zu reflektieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.14 Ich fühle mich in der Lage, Schmerzen und Leid von Patienten und ihren Angehörigen auszuhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.15 Ich bin mit meinen Gedanken und Gefühlen bei den Menschen, die ich während meiner Ausbildung bzw. Praktika begleite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.16 Meine eigene Spiritualität prägt meinen Umgang mit anderen/kranken Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.17 Meine eigene Spiritualität/Religiösität hat keinerlei Bedeutung für meinen Beruf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.18 In meiner zukünftigen Arbeit wünsche ich mir Zeit, um mit meinen Patienten über deren spirituelle Bedürfnisse zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.19 Ich achte auf einen geeigneten Rahmen für spirituelle Gespräche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.20 Ich achte darauf, dass die religiösen Besonderheiten von Patienten aus anderen Religionsgemeinschaften berücksichtigt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Spiritual Care Competence Questionnaire - student version [Fortsetzung]

	Stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
8.21 Ich gehe regelmäßig auf Patienten zu, die mir im Rahmen meiner Ausbildung bzw. Praktika begegnen, um deren spirituelle Bedürfnisse anzusprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.22 Ich fühle mich in der Lage, verbal, aber auch non-verbal einen "Raum" zu eröffnen, in dem ein Patient ggf. spirituelle Anliegen einbringen kann, aber nicht gezwungen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.23 Ich weiß zu wenig über Religion / Spiritualität, um mich kompetent einbringen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.24 In meiner beruflichen Rolle empfinde ich mich für religiöse / spirituelle Themen als nicht zuständig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.25 Ich habe keine Zeit für religiöse / spirituelle Themen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.26 Im Rahmen meiner Ausbildung und Praktika im Krankenhaus ist mir aufgefallen, dass dort kein geeigneter Raum vorhanden ist, um geschützt über spirituelle / religiöse (die ja privat sind) Themen zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.27 Ich kümmere mich regelmäßig um die Vertiefung meiner eigenen Spiritualität (z.B. Meditation, Besinnungstage, Gottesdienstbesuch etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.28 Ich finde es wichtig, berührbar gegenüber dem Leid Anderer zu sein - und dieses mitzutragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.29 Eigene Schwächen und Verletzungen sind hilfreich für die spirituelle Kompetenz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.30 Ich finde, dass meine Berufsgruppe eine besondere spirituelle Kompetenz besitzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.31 Nämlich:

8.32 Ich finde, dass meine Berufsgruppe nicht für Spiritual Care zuständig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

8.33 Weil:

11. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich allen beteiligten Personen meinen großen Dank aussprechen, die mich bei meiner Dissertation unterstützt und mir einen ersten Einblick in das spannende Feld der Wissenschaft auf so einem innovativen und neuen Bereich der Medizin ermöglicht haben.

Ich möchte mich herzlichst bei meiner Betreuerin Susanne Magin für ihre empathische und zuverlässige Betreuung, ihre stetige Erreichbarkeit und über die Möglichkeit, ein solches Projekt gemeinsam zu realisieren, bedanken.

Auch möchte ich meinem Doktorvater Prof. Dr. med. Eckhard Frick danken. Besonders hervorheben möchte ich die inspirierenden Kolloquien und den bereichernden Austausch, der mir neben der Medizin den Zugang zu theologischen und philosophischen Perspektiven ermöglicht hat, aus denen ich auch zukünftig schöpfen werde.

Zusätzlich möchte ich mich herzlichst bei Prof. Dr. med. Arndt Büssing für die Hilfe in statistischen Fragestellungen bedanken.

Mein Dank an dieser Stelle gilt dir – lieber Marco, für deine Unterstützung, deine Ermutigungen und deine unerschöpfliche Zuversicht.