

Med Klin Intensivmed Notfmed 2021 · 116:245–253
<https://doi.org/10.1007/s00063-020-00653-8>
Eingegangen: 24. September 2019
Angenommen: 8. November 2019
Online publiziert: 7. Februar 2020
© Der/die Autor(en) 2020



E. Frick¹ · A. Büssing² · D. Rodrigues Recchia² · K. Härtl³ · A. Beivers³ · C. Wapler¹ · C. Dodt⁴

¹ Forschungsstelle Spiritual Care, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, München, Deutschland

² Professur Lebensqualität, Spiritualität und Coping, Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

³ Hochschule Fresenius München, München, Deutschland

⁴ Klinik für Notfallmedizin, München Klinik Bogenhausen, München, Deutschland

Spirituelle Bedürfnisse von Patienten eines Notfallzentrums

Einleitung

Spiritualität ist die Offenheit für die transzendente (über das Messbare, Beeinflussbare hinausgehende) Dimension unseres Lebens. Gerade im Krankheitsfall kann Spiritualität helfen, das Geschehene in das individuelle Leben der Betroffenen einzuordnen [18, 25]. Das American College of Critical Care Medicine unterstreicht die Bedeutung der spirituellen Unterstützung bei kritisch kranken Patienten mit 4 Empfehlungen: 1. Erfassung von spirituellen Bedürfnissen (spB) und deren Einbeziehung in den intensivmedizinischen Behandlungsplan; 2. Spiritual Care-Training für alle Berufsgruppen; 3. Ärzte berücksichtigen die durch Pflege, Seelsorge, Sozialarbeit erfassten spirituellen Bedürfnisse (spB); 4. der Wunsch mancher Patienten, mit ihnen zu beten, wird anerkannt [13, 18]. Die für eine (intensiv-)medizinische Weiterbehandlung erforderlichen Informationen bezüglich der spB von Patienten und ihren Angehörigen sollten frühzeitig, nach Möglichkeit bereits in der Notaufnahme, erhoben werden [18]. Ob und wie und von wem dies umgesetzt werden kann, ist in einer eher säkularen Gesellschaft unklar, insbesondere in der Hightechmedizin mit ihren theoretisch durchgeplanten, aber praktisch doch immer wieder unplanbaren Arbeitsabläufen.

Das Warten auf die Klärung der Bedrohlichkeit einer Gesundheitsstörung und ihrer Behandlungsmöglichkeiten in einem Notfallzentrum stellt in psychosozialer, spiritueller, religiöser und

existenzieller Hinsicht eine Krisensituation dar, in der Patienten und Zugehörige professionelle Unterstützung benötigen. Dies ist aber – aus unterschiedlichen Gründen – zumeist nicht gewährleistet. Erschwerend kommt hinzu, dass die Selbst- und die Fremdwahrnehmung von spB auseinanderklaffen können, etwa in der Onkologie [2] oder in der präklinischen Notfallmedizin [22]. Die Sensibilisierung von Ärzten, Pflegenden und anderen Gesundheitsberufen für die spirituelle Dimension findet zunehmende Beachtung, z. B. in der Allgemein- [4] und Palliativmedizin [26], in der Onkologie [3], in Psychiatrie und Psychotherapie [30] und in der Intensivmedizin [18, 23].

Es ist üblich, die Religionszugehörigkeit routinemäßig zu erfassen, und dies ist aktuell in den meisten Krankenhäusern die einzige Routinefrage, die dem Themenbereich wenigstens nahe kommt. Aber eine Religionszugehörigkeit lässt kaum Rückschlüsse auf ihre Bedeutsamkeit im Leben der Person zu [17] und hat nicht notwendigerweise etwas mit der Ausprägung spezifischer spB zu tun. Dennoch kann sie ein möglicher Indikator insbesondere in Bezug auf Probleme und Ressourcen in der Krankheitsverarbeitung (Coping) sein, was für die Arzt-Patienten-Beziehung bedeutsam sein kann. Zum Beispiel kann ein Patient aus religiös-kulturellen Gründen Vorbehalte gegenüber dem Geschlecht einer Ärztin haben, sodass eine vertrauensvolle Zusammenarbeit erschwert ist. Hinter dem soziodemographischen Merkmal „Religionszugehörigkeit“ (das auch verneint

werden oder unbeantwortet bleiben kann) verbergen sich sehr verschiedene individuelle und kollektive Facetten nicht nur der Religionszugehörigkeit, sondern der spirituellen, existenziellen, weltanschaulichen Orientierung [17]. Aus praktischen Gründen bedeutsam ist die konkrete Erfassung von existenziellen Bedürfnissen (eB) und spB, die unabhängig von religiöser Orientierung und Weltanschauung beschreibbar und quantifizierbar sind [5, 7]. Abgesehen von der Kostenersparnis durch die Berücksichtigung der spirituellen Dimension [24] verbessert sich die Zusammenarbeit mit dem Patienten, wenn dieser die Wertschätzung seiner spirituellen Orientierung wahrnimmt [21]. Dem Patienten zur Verfügung stehende spirituelle Copingstrategien, z. B. nach einem Verkehrsunfall [1], können wertvolle persönliche Ressourcen darstellen, die möglicherweise professionelle Hilfe vorbereiten.

Zusammenfassend erscheint es wichtig zu sein, spB bei Patienten zu erfassen. Dies kann entweder im Rahmen der Anamnese unstrukturiert [15] oder strukturiert mithilfe standardisierter Fragebögen geschehen [7]. In beiden Fällen ist auf größtmögliche weltanschauliche Neutralität des Interviewers zu achten, um eine größtmögliche Offenheit bei der Beantwortung der Fragen zu erreichen.

Die vorliegende Studie untersucht erstmals im deutschen Sprachraum spB im Rahmen eines klinischen Notfallzentrums. Dabei geht es um die folgenden Forschungsfragen:

Tab. 1 Soziodemographische und aufnahmebezogene Daten der untersuchten 383 Personen

Variablen	%/M ± SD (Range)
<i>Geschlecht (%)</i>	
Frauen	52
Männer	48
Altersmittel, Jahre (M ± SD)	57,5 ± 21,3 (17–99)
<i>Altersgruppen, Jahre (%)</i>	
<41 Jahre	25
41–50 Jahre	13
51–60 Jahre	13
61–70 Jahre	13
71–80 Jahre	21
>80 Jahre	15
<i>Religionszugehörigkeit (%)</i>	
Christlich	69
Muslimisch	6
Andere	2
Keine	23
<i>Religiöse Praxis (%)</i>	
Nein, gar nicht	43
Eher selten	13
Hin und wieder	22
Ja, regelmäßig	22
<i>Behandlung (%)</i>	
Ambulant	48
Stationär	51

1. Ist eine standardisierte Erfassung von spB unter den besonderen Bedingungen eines Notfallzentrums möglich?
2. Welches Spektrum von spB lässt sich aufzeigen?
3. Sind spB von Notfallpatienten mit Religionszugehörigkeit, Alter, Geschlecht und anderen soziodemographischen Merkmalen assoziiert?
4. Sind spB von Notfallpatienten mit Schweregrad, Diagnosegruppe, Verlaufstyp und anderen Krankheitsvariablen assoziiert?

Material und Methoden

Patientenrekrutierung

Befragt wurden Patienten des Notfallzentrums der München Klinik Bogenhausen im Zeitraum vom 3. November bis

Tab. 1 (Fortsetzung)

Variablen	%/M ± SD (Range)
<i>Fachrichtung (%)</i>	
Innere	29
Chirurgie (inkl. Urologie)	41
Allgemeinmedizin	29
<i>Organsystem (%)</i>	
Kardiovaskulär	15
Respiratorisch	6
Nervensystem	15
Gastrointestinal	11
Urogenital	9
Haut	8
Bewegungsapparat	28
Andere	8
<i>Verlauf (%)</i>	
Akut	87
Chronisch	7
Exazerbation	3
Rezidiv	3
Emergency Severity Index (M ± SD)	3,0 ± 0,7 (2–5)
Komorbiditätsindex (M ± SD)	1,1 ± 1,7 (0–13)
Dauer stationärer Aufenthalt (M ± SD)	4,1 ± 5,9 (0–57)

SD Standardabweichung

09. Dezember 2018. Die Studie war zuvor von der Ethikkommission der Hochschule Fresenius geprüft und genehmigt worden. Nachdem den zu Befragenden der Inhalt und Sinn der Untersuchung erklärt worden war, erklärten sie sich schriftlich zur Teilnahme bereit. Befragt wurden 383 volljährige Patienten und Patientinnen, die nach Einschätzung des ärztlichen und Pflegepersonals aufgrund ihrer klinischen Situation dafür infrage kamen und gute Deutschkenntnisse besaßen. 96 Personen lehnten eine Teilnahme ab (80 % Rücklaufquote).

Fragebogeninstrumente

Der Fragebogen bestand aus 3 Hauptteilen: einer für soziodemographische Daten, einer für klinisch-dokumentarische Aspekte und einer für die standardisierte Erfassung der spB.

Soziodemographische Daten

Von den soziodemographischen Daten wurden Alter, Geschlecht, Familienstatus, Herkunft und Religionszugehörigkeit erfasst. Die Frequenz religiöser Praxis wurde 4-stufig erhoben (1 – nein, gar nicht; 2 – eher selten; 3 – hin und wieder; 4 – ja, regelmäßig).

Klinische Daten

An klinischen Daten wurden die Hauptdiagnosen und das hauptsächlich betroffene Organsystem erfasst, ob ambulant oder stationär behandelt wurde sowie der modifizierte Komorbiditätsindex (CCI; Range, Min, Max, von 0 aufsteigend bis 35; [12]), der Emergency Severity Index (ESI; Range absteigend von 1 [höchste Dringlichkeit] bis 5; [31]) und die Dauer des stationären Aufenthalts. Kommentare und Beobachtungen beim Ausfüllen des Fragebogens wurden dokumentiert.

SpB

Die Stärke der spB wurde standardisiert mit dem deutschsprachigen Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ-20 mit 20 Items) erfasst. Die 20 Items des Fragebogens werden in 4 Hauptkategorien differenziert [6, 10] und die Stärke des jeweiligen Bedürfnisses in 4 Stufen (0 – nicht, 1 – gering, 2 – mittel, 3 – groß) graduiert:

1. religiöse Bedürfnisse (rB, Cronbachs $\alpha = 0,85$): selbst beten, mit jemandem beten, dass jemand für einen betet, an einer religiösen Feier teilnehmen, Lesen von spirituellen/religiösen Büchern, sich an eine höhere Präsenz wenden (Gott, Engel usw.);
2. existenzielle Bedürfnisse (eB, Cronbachs $\alpha = 0,73$): ungelöste Dinge aus dem Leben klären, einen Sinn in der Situation sehen, mit jemandem die Fragen nach dem Sinn des Lebens ansprechen, mit jemandem über die Möglichkeit eines Lebens nach dem Tod sprechen, jemandem aus einem bestimmten Abschnitt des Lebens vergeben, eigene Vergebung;
3. Bedürfnisse nach innerem Frieden (Cronbachs $\alpha = 0,75$): an Orten der Ruhe und des Friedens verweilen, in die Schönheit der Natur eintauchen, inneren Frieden finden, mit

- jemandem über Ängste und Sorgen sprechen;
4. Bedürfnisse nach Generativität (Cronbachs $\alpha = 0,70$): etwas von sich verschenken, jemandem Trost spenden, Lebenserfahrung weitergeben, Gewissheit haben, dass das eigene Leben sinn- und wertvoll ist.

Die interne Konsistenz des SpBQ ist mit Cronbachs $\alpha = 0,87$ gut (Cronbachs α der 4 Faktoren in diesem Sample: 0,87, 0,73, 0,74 und 0,71).

Statistische Auswertungen

Deskriptive Statistiken, univariate Varianz- und Korrelationsanalysen wurden mit IBM-SPSS 23 (IBM, Armonk, NY, USA) gerechnet.

Multiple Varianzanalysen (MANOVA) wurden mit dem Software R Studio 3.4.2 berechnet. Dieses statistische Verfahren ist der univariaten Varianzanalyse ähnlich; es unterscheidet sich jedoch hinsichtlich der Anzahl der abhängigen Variablen im Modell, die bei der MANOVA mehr als eine einbezieht und Mittelwertunterschiede mehrerer Einflussgrößen zwischen Gruppen getestet.

Ein $p < 0,05$ wird als signifikant erachtet, jedoch wird aufgrund des Einbezugs mehrerer Variablen $p < 0,01$ als bedeutender erachtet. In Bezug auf die Klassifizierung der Stärke der beobachteten Korrelationen wird ein $r > 0,5$ als eine starke Korrelation, ein r zwischen 0,3 und 0,5 als moderate Korrelation, ein r zwischen 0,2 und 0,3 als schwache Korrelation und ein $r < 0,2$ als keine oder vernachlässigbare Korrelation angesehen.

Ergebnisse

Soziodemographische und medizinische Beschreibung

Untersucht wurden 383 Personen. Altersgruppen und Geschlecht sind weitgehend gleichmäßig verteilt (■ Tab. 1). 77 % der Patienten hatten eine Religionszugehörigkeit (zumeist christlich), 23 % keine. Eine religiöse Praxis hatten 44 % (22 % regelmäßig), jedoch 56 % eher nicht oder gar nicht.

Med Klin Intensivmed Notfmed 2021 · 116:245–253 <https://doi.org/10.1007/s00063-020-00653-8>
© Der/die Autor(en) 2020

E. Frick · A. Büssing · D. Rodrigues Recchia · K. Härtl · A. Beivers · C. Wapler · C. Dodt

Spirituelle Bedürfnisse von Patienten eines Notfallzentrums

Zusammenfassung

Hintergrund. Spirituelle Bedürfnisse (spB) sind von einer religiösen Gebundenheit prinzipiell unabhängige wichtige Elemente des menschlichen Wesens. Sie können in Belastungssituationen, die z. B. durch das akute Auftreten einer Erkrankung ausgelöst werden, eine Ressource zur Bewältigung der Situation sein. Notaufnahmen sind Bereiche des Krankenhauses mit hoher medizinischer Leistungsdichte, was für Notfallpatienten eine besondere Unsicherheit hervorruft. Die vorliegende Studie untersucht erstmals das Vorliegen spiritueller Bedürfnisse eines Kollektivs von Patienten eines Notfallzentrums.

Methoden. Insgesamt 383 von 479 kontaktierten Patienten füllten die deutschsprachige Version des Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ-20) aus und stimmten der Erhebung demographischer und klinischer Daten zu. Die Auswertung umfasste deskriptive Statistiken, Korrelationsanalysen, univariate sowie multiple Varianzanalysen.

Ergebnisse. Bedürfnisse nach innerem Frieden und generative Bedürfnisse (etwas weitergeben, etwas für andere tun) waren

stärker ausgeprägt als religiöse (rB) und existenzielle (eB) Bedürfnisse. Es fanden sich keine Zusammenhänge zwischen spB einerseits und Grund der Konsultation, Schweregrad und Anzahl der Komorbiditäten andererseits. Das Alter spielte keine ausschlaggebende Rolle; vielmehr waren die vorhandenen Bedürfnisse, insbesondere die rB, bei Frauen signifikant stärker ausgeprägt als bei Männern.

Schlussfolgerung. Auch in einer Notfallsituation sind Menschen bereit, ihre spirituellen Bedürfnisse zu äußern. Die frühzeitige Erhebung in einer Notaufnahme erfasst auch nichtmedizinische wichtige Aspekte des kranken Menschen und erlaubt die Berücksichtigung der erfassten Bedürfnisse. Ob das auf den weiteren Behandlungsverlauf und das Wohlbefinden der Patienten einen Einfluss hat, müssen weitere Studien klären.

Schlüsselwörter

Intensivmedizin · Krankheitsverarbeitung · Religiöse Bedürfnisse · Existenzielle Bedürfnisse · Spiritual Care

Spiritual needs of patients in an emergency room

Abstract

Background. Spiritual needs (spN) are important for human beings—independently of religious affiliation. They can be a resource for coping with stressful situations, e.g., those triggered by the acute onset of a disease. Emergency rooms are hospital departments with high medical performance which may cause a particular insecurity among emergency patients. The present study is the first to examine spiritual needs in a sample of patients in the emergency room.

Methods. A total of 383 out of 479 patients were approached and asked to complete the German version of the Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ-20). All consented to the collection of demographics and clinical data. The analysis encompassed descriptive statistics, correlations analysis, univariate and multiple variance analysis.

Results. The needs for inner peace and generative needs (to pass something on to

others, to do something for others) were more important than religious (rN) and existential (eN) needs. We did not find a correlation between spN on the one hand and the reason for consultation, the severity, and the number of comorbidities on the other hand. Age did not play a decisive role, rather, patients' needs, especially rN, were significantly more important among women than among men. **Conclusion.** Even in an emergency situation, people are ready to express their spN. Early assessment of these needs exposes important nonmedical aspects of the sick person and helps to consider the assessed needs. Further studies will show whether this has an impact on the further course of treatment and the well-being of the patients.

Keywords

Critical Care · Coping · Religious needs · Existential needs · Spiritual Care

Tab. 2 Ausprägung spiritueller Bedürfnisse (spB) bezogen auf soziodemographische Faktoren

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

Häufigster Vorstellungsgrund waren Schmerzen (67 %), die unterschiedliche Organsysteme betrafen.

Der ESI lag im Mittel bei $3,0 \pm 0,7$ (Tab. 1); 22 % hatten einen ESI-Score von 2, 58 % einen von 3, 19 % einen von 4 und 1 % einen von 5. Der Komorbiditätsindex (CCI) lag im Mittel bei $1,1 \pm 1,7$; 55 % hatten einen CCI von 0, 30 % hatten einen von 1–2, 9 % einen von 3 und 6 % einen von 4 und größer. 51 % der Personen wurden stationär weiter behandelt; die Dauer des stationären Aufenthalts betrug im Mittel $4,1 \pm 5,9$ Tage (Range: 0–57). Im Vergleich zum selben Zeitraum des Vorjahrs fanden sich keine wesentlichen Besonderheiten der jetzigen Stichprobe (nicht dargestellt).

Ausprägung von spB in Bezug auf Geschlecht, Alter und Religionszugehörigkeit

In der Gesamtgruppe der Patienten waren insbesondere generative Bedürfnisse und Bedürfnisse nach innerem Frieden ausgeprägt, deutlich geringer rB und eB (Tab. 2). 33 % hatten keinerlei rB, 23 % keinerlei eB, 4 % keinerlei Bedürfnisse nach innerem Frieden und 2 % keine Generativitätsbedürfnisse. Die in der untersuchten Personengruppe bedeutsamsten Bedürfnisse (mittlere bis große Relevanz)

waren: in die Schönheit der Natur eintauchen können (82 %); eigene Lebenserfahrungen weitergeben können (63 %); Gewissheit haben, dass das Leben sinn- und wertvoll ist (59 %); etwas von sich verschenken (56 %); jemandem Trost spenden (55 %); einen Ort der Ruhe und des Friedens finden (54 %).

Frauen hatten signifikant stärker ausgeprägte rB, eB und solche nach innerem Frieden als Männer. Für die Altersgruppen ergab sich ein Trend für unterschiedliche Ausprägung von rB ($F = 2,21$; $p = 0,065$) sowie ein signifikanter Unterschied für Bedürfnisse nach innerem Frieden ($F = 2,25$; $p = 0,049$), die beide bei den <40-Jährigen am geringsten waren (nicht dargestellt).

Personen ohne Religionszugehörigkeit hatten signifikant geringere rB, aber auch etwas geringere generative Bedürfnisse (Tab. 2). Die Gruppe der Muslime ($n = 24$) hatte im Vergleich zu den Patienten mit christlichem Hintergrund insbesondere in Bezug auf ihre rB deutlich höhere Ausprägungsscores ($1,34 \pm 1,10$ versus $0,85 \pm 0,83$).

Ausprägung von spB in Bezug auf klinische Indikatoren

Die Ausprägung der spB zeigte in Bezug auf den ESI oder die beteiligten Organ-

systeme keine statistisch signifikanten Unterschiede (Tab. 3). Auch für die Verlaufsform (akut bzw. chronisch) sowie das Merkmal traumatisch vs. nichttraumatisch ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede (nicht dargestellt). Weder der ESI, der CCI noch die Dauer des anschließenden stationären Aufenthalts zeigten einen signifikanten korrelativen Zusammenhang mit den spB, wohl jedoch die Ausübungshäufigkeit der religiösen Praxis (Tab. 4).

Bestimmte Diagnosen wurden daraufhin gezielt betrachtet. Für Patienten mit Schmerzen ($n = 249$) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede gegenüber Patienten ohne Schmerzen ($F < 1,0$; n. s.). In der Gruppe derjenigen mit Verdacht auf Herzinfarkt ($n = 25$) zeigte sich nur ein Trend für geringere Bedürfnisse nach innerem Frieden ($F = 3,60$; $p = 0,059$), während sich bei Patienten mit Herzinsuffizienz ($n = 21$) keine signifikanten Unterschiede zeigten ($F < 1,95$; n. s.). Bei Patienten mit zerebrovaskulären Erkrankungen ($n = 28$) zeigten sich signifikant geringere Ausprägungsscores bei generativen Bedürfnissen ($F = 7,25$; $p = 0,007$) und existenziellen Bedürfnissen ($F = 5,45$; $p = 0,020$). Bei Patienten mit Lungenerkrankungen ($n = 24$) zeigten sich höhere Scores bei generativen

Tab. 3 Ausprägung spiritueller Bedürfnisse bezogen auf medizinische Indikatoren

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

Bedürfnissen ($F = 5,66; p = 0,018$) und ein Trend für höhere eB ($F = 3,56; p = 0,060$).

Multiple Varianzanalysen

Hinsichtlich der soziodemographischen Daten hatten Alter, Geschlecht und eine fehlende Religionszugehörigkeit einen signifikanten Effekt auf die Ausprägung der spB, während sich für die klinischen Indikatoren keine wesentlichen Zusammenhänge zeigten. Mittels multipler Varianzanalysen (MANOVA) sollte nun die Bedeutung dieser Variablen erörtert werden [29]. Hierbei wurde zunächst auch der ESI berücksichtigt, dann aber aus den Modellen wieder entfernt, da sich kein signifikanter

Einfluss zeigte. Relevante Interaktionseffekte zeigten sich nur in wenigen Fällen (z. B. für Alter*keine Religion sowie Geschlecht*Alter*keine Religion bei eB und für Geschlecht*Alter*keine Religion bei generativen Bedürfnissen). Basierend auf diesen Modellen wurde das letzte Modell nur mit den signifikanten Variablen angepasst, wobei die 4 Bedürfniskategorien durch Geschlecht, Alter und fehlende Religionszugehörigkeit erklärt werden sollen. Wie in **Tab. 5** dargestellt ist, haben alle 3 Variablen einen signifikanten Effekt in den Modellen: Für die rB ist es insbesondere das Fehlen einer Religionszugehörigkeit; für eB sowie solche nach innerem Frieden und Generativität insbesondere das weibliche Geschlecht.

Diskussion

Die in der Einleitung formulierten Forschungsfragen können folgendermaßen beantwortet werden:

1. Die Ergebnisse zeigen, dass Patienten in der Notaufnahmesituation spirituelle Bedürfnisse äußern. Die Befragung der aufgrund ihres Allgemein- und Krankheitszustands interviewbereiten Patienten erwies sich als praktikabel. Die Rücklaufquote von 80 % spricht für eine hohe Akzeptanz.
2. Hinsichtlich des Spektrums der Bedürfnisse zeigte sich, dass *generative Bedürfnisse* und *Bedürfnisse nach*

Tab. 4 Korrelationen zwischen spirituellen Bedürfnissen und klinischen Indikatoren

	Religiöse Bedürfnisse	Existenzielle Bedürfnisse	Bedürfnisse nach innerem Frieden	Geben/generative Bedürfnisse	SpNQ20-Score
Religiöse Bedürfnisse	1,000	–	–	–	–
Existenzielle Bedürfnisse	0,395**	1,000	–	–	–
Bedürfnisse nach innerem Frieden	0,377**	0,415**	1,000	–	–
Geben/generative Bedürfnisse	0,371**	0,394**	0,310**	1,000	–
SpNQ20-Score	0,777**	0,734**	0,673**	0,675**	1,000
Frequenz religiöser Praxis	0,733**	0,269**	0,326**	0,250**	0,578**
<i>Klinische Indikatoren</i>					
Emergency Severity Index	0,045	0,059	–0,006	0,023	0,040
Komorbiditätsindex	0,098	–0,099	0,018	–0,035	–0,002
Dauer stat. Aufenthalt	0,025	–0,007	0,079	–0,076	0,002

** $p < 0,01$ (Spearman-Rho)**Tab. 5** Ergebnisse der multiplen Varianzanalysen (MANOVA)

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

^aDie Werte sind totale Quadratsummen („sum of squares“), die sich auf die statistische Signifikanz der mittleren Unterschiede in Bezug auf die Gesamtvariabilität beziehen. Die Varianz der Gruppen wird in einen einzelnen Wert überführt, wobei die Höhe der totalen Quadratsumme der Größe der Variation in den Mittelwerten entspricht

^bDer Pillai-Test wurde für die Evaluierung der MANOVA ausgewählt, da er sehr robust ist

- innerem Frieden* in der Stichprobe stärker ausgeprägt sind als *rB* und *eB*.
3. Vorhandene spirituelle Bedürfnisse, insbesondere die *rB*, sind bei Frauen signifikant stärker ausgeprägt als bei Männern. Das Alter der Personen spielt keine ausschlaggebende Rolle.
 4. Die erhobenen *spB* von Personen in der Notaufnahme sind nicht abhängig vom Grund der Konsultation, der notfallmedizinischen Behandlungsdringlichkeit und des akutmedizinischen Ressourcenbedarfs (ESI) oder der Anzahl der Komorbiditäten.

SpB gelten in onkologischen oder palliativen Behandlungssituationen als vergleichsweise plausibel, werden aber darüber hinaus bei chronischen Erkrankungen schon in frühen Krankheitsstadien berichtet [9]. In der Onkologie wird Distress inzwischen als 6. Vitalzeichen aufgefasst; aufgrund der hohen Bedeutung spirituellen Leidens für die Krankheitsverarbeitung wird grundsätzlich die Erfassung von spirituellem Distress empfohlen [11]. Allerdings

werden als Distress eher Belastungen erfasst. Hingegen drücken Patienten durch das Äußern von *spB* mögliche Ressourcen aus. Distress als Beeinträchtigung der individuellen Lebensqualität muss nicht mit dem objektiven Schweregrad der Erkrankung einhergehen. So fand sich weder bei Patienten mit malignem Melanom [19] noch bei Patienten mit chronischen Schmerzerkrankungen [8] ein Zusammenhang zwischen Distress und Belastungsgrad. Bei Patienten mit chronischen Schmerz- oder Tumorerkrankungen ließen sich hingegen Zusammenhänge mit Ängstlichkeit, Depressivität und Hoffnungslosigkeit aufzeigen [20, 28], aber auch mit spezifischen Krankheitsinterpretationen [8]. Für die Situation in der Notaufnahme gibt es derzeit kaum vergleichbare Daten. Interessant ist allerdings, dass in der Akutsituation die Krankheitslast, die sich im Komorbiditätsindex ausdrückt und auch in der notfallmedizinischen Behandlungsdringlichkeit, die sich in dem ESI abbildet, nicht mit veränderten spirituellen Bedürfnissen einhergeht.

Bei Menschen in Altenheimen zeigte die Ausprägung der entsprechenden Bedürfnisse einen Zusammenhang mit Trauer, emotionaler Müdigkeit und geringer Lebenszufriedenheit [14, 27]. Möglicherweise brauchen kranke Menschen eine ruhige und ausreichend lange Reflexion darüber, welche Ressourcen zur Verfügung stehen, welche Copingstrategien hilfreich sein könnten, welche Bedürfnisse sich daraus ergeben und ob Hoffnung besteht, dass die Berücksichtigung (oder sogar Erfüllung) dieser Bedürfnisse hilfreich für den Coping- und Genesungsprozess sein könnten. Ein für die Notfallsituation charakteristisches reflexives Element dürfte bei den am stärksten ausgeprägten Bedürfnissen darin liegen, dass zum einen die Distanzierung von der Situation gewünscht wird (in die Natur eintauchen und Frieden finden) und zum anderen die Vergewisserung der Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens bedeutsam ist (Leben ist wertvoll, Lebenserfahrungen weitergeben, etwas verschenken). Das erste Motiv kann zwar auch als Flucht vor

der Situation und den Krankheitssymptomen verstanden werden, ist aber bei den meisten Personen – insbesondere im Distress – zu finden. Das generative Moment hat etwas mit „Abschiednahme“ in Zeiten der Unsicherheit zu tun, bei dem die Frage nach dem Sinn des eigenen Lebens aufkommt, die Suche nach einem existenziellen Grund, der auch dann noch trägt, wenn die selbstverständlichen Funktionen des eigenen Leibs versagen. Bei dieser Suche könnten seelsorgliche, spirituelle und psychotherapeutische Begleitungen hilfreich sein.

Limitierungen

Es wird nicht der Anspruch erhoben, dass die vorliegenden Daten repräsentativ für Deutschland sind; die Ausprägung von spB scheint auch von regionalen Besonderheiten mit beeinflusst zu werden, wie ein Vergleich der spB von Bewohnern in Altenheimen aus Schleswig-Holstein [14] und Bayern [27] nahelegt. Das Einschlusskriterium „gute Deutschkenntnisse“ könnte dazu führen, dass Menschen mit Migrationshintergrund und muslimischer Religionszugehörigkeit in der teilnehmenden Stichprobe unterrepräsentiert sind. Einzelne Krankheitsbilder sind zahlenmäßig unterrepräsentiert, sodass die beschriebenen Unterschiede nur hinweisenden Charakter haben; mögliche Hypothesen müssten mit einem größeren Kollektiv gezielt überprüft werden. Sinnvoll wäre es darüber hinaus, die quantitativen Fragebogendaten durch qualitative Interviews zu spirituellen Bedürfnissen zu ergänzen.

Schlussfolgerungen

Kranke Menschen, die ein Notfallzentrum aufsuchen, bringen vielfältige spB mit, die bisher wenig Beachtung fanden. Ärzte, Pflegekräfte und andere Gesundheitsberufe brauchen – unabhängig von ihrer eigenen Religiosität oder Weltanschauung – eine Basiskompetenz, um diese Bedürfnisse wahrzunehmen und angemessen zu reagieren [16]. Künftige Studien sollten professionelle Kompetenzen und Interventionen evaluieren, um patientenorientiert auf diese Bedürfnisse

eingehen zu können. Die Modalitäten einer solchen Unterstützung müssen noch geklärt werden, da Spiritual Care bisher nicht angemessen in Versorgungs- und Abrechnungsmodellen berücksichtigt ist und oft nur als Leistung der konfessionellen Seelsorge verstanden wird.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. E. Frick

Forschungsstelle Spiritual Care, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München
Langerstr. 3, 81675 München, Deutschland
eckhard.frick@tum.de

Funding. Open Access funding provided by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. E. Frick, A. Büssing, D. Rodrigues Recchia, K. Härtl, A. Beivers, C. Wapler und C. Dodt geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Die Studie wurde von der Ethikkommission der Hochschule Fresenius geprüft und genehmigt. Alle befragten Patienten erklärten sich schriftlich zur Teilnahme bereit.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Bahari R, Alwi MNM, Jahan N et al (2016) How do people cope with post traumatic distress after an accident? The role of psychological, social and spiritual coping in Malaysian Muslim patients. *Eur J Psychother Couns* 18:349–366

2. Balboni MJ, Sullivan A, Amobi A et al (2013) Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. *J Clin Oncol* 31:461–467
3. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD et al (2007) Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol* 25:555–560
4. Bornet M-A, Edelmann N, Rochat E et al (2019) Spiritual care is stagnating in general practice: the need to move towards an embedded model. *Br J Gen Pract* 69:40
5. Büssing A (2014) Spiritual needs of those with chronic diseases. In: Michalos AC (Hrsg) *Encyclopedia of quality of life and well-being research*. Springer, Dordrecht, S 6269–6274
6. Büssing A, Balzat HJ, Heusser P (2010) Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer—validation of the spiritual needs questionnaire. *Eur J Med Res* 15:266
7. Büssing A, Frick E (2015) Psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse chronisch Kranker. In: Büssing A, Surzykiewicz J, Zimowski Z (Hrsg) *Dem Gutes tun, der leidet. Hilfe kranker Menschen – interdisziplinär betrachtet*. Springer, Berlin, Heidelberg, S 3–12
8. Büssing A, Janko A, Baumann K et al (2013) Spiritual needs among patients with chronic pain diseases and cancer living in a secular society. *Pain Med* 14:1362–1373
9. Büssing A, Koenig HG (2010) Spiritual needs of patients with chronic diseases. *Religions* 1:18–27
10. Büssing A, Recchia DR, Koenig H et al (2018) Factor structure of the Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ) in persons with chronic diseases, elderly and healthy individuals. *Religions* 9:13. <https://doi.org/10.3390/rel9010013>
11. Carlson LE, Toivonen K, Trask P (2018) Distress. In: Feuerstein M, Nekhlyudov L (Hrsg) *Handbook of cancer survivorship*. Springer, Cham, S 145–166
12. Charlson ME, Pompei P, Ales KL et al (1987) A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 40:373–383
13. Davidson JE, Powers K, Hedayat KM et al (2007) Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005. *Crit Care Med* 35:605–622
14. Erichsen N-B, Büssing A (2013) Spiritual needs of elderly living in residential/nursing homes. *Evid Based Complement Alternat Med*. <https://doi.org/10.1155/2013/913247>
15. Frick E (2019) Spirituelle Anamnese. In: Roser T (Hrsg) *Handbuch der Krankenhausseelsorge*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 291–300
16. Frick E, Theiss M, Rodrigues Recchia D et al (2019) Validierung einer deutschsprachigen Skala zur Messung der Spiritual Care Kompetenz. *Spir Care* 8:193–207
17. Glenister D, Prewer M (2017) Capturing religious identity during hospital admission: a valid practice in our increasingly secular society? *Aust Health Rev* 41:626–631
18. Gordon BS, Keogh M, Davidson Z et al (2018) Addressing spirituality during critical illness: a review of current literature. *J Crit Care* 43:76–81
19. Haußmann A, Schäffeler N, Hautzinger M et al (2017) Religiöse/spirituelle Bedürfnisse und psychosoziale Belastung von Patienten mit malignem Melanom. *Psychother Psychosom Med Psychol* 67:413–419

20. Höcker A, Krüll A, Koch U et al (2014) Exploring spiritual needs and their associated factors in an urban sample of early and advanced cancer patients. *Eur J Cancer Care* 23:786–794
21. Huguelet P, Mohr S, Betrisey C et al (2011) A randomized trial of spiritual assessment of outpatients with schizophrenia: patients' and clinicians' experience. *Psychiatr Serv* 62:79–86
22. Jang T, Kryder GD, Char D et al (2004) Prehospital spirituality: how well do we know ambulance patients? *Prehosp Disaster Med* 19:356–361
23. Kisorio LC, Langley GC (2019) Critically ill patients' experiences of nursing care in the intensive care unit. *Nurs Crit Care* 24:392. <https://doi.org/10.1111/nicc.12409>
24. Koenig H (2012) Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
25. Koh KB (2018) The role of religion and spirituality in health and illness. In: Koh KB (Hrsg) *Stress and somatic symptoms: biopsychosociospiritual perspectives*. Springer, Cham, S305–313
26. Leitlinienprogramm Onkologie (2015) S3-Leitlinie Palliativmedizin. <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/>. Zugegriffen: 23.1.2020
27. Man-Ging Ci, Öven Uslucan J, Fegg M et al (2015) Reporting spiritual needs of older adults living in Bavarian residential and nursing homes. *Ment Health Relig Cult* 18:809–821
28. Offenbaecher M, Kohls N, Toussaint LL et al (2013) Spiritual needs in patients suffering from fibromyalgia. *Evid Based Complement Alternat Med*. <https://doi.org/10.1155/2013/178547>
29. Pillai KCS (1955) Some new test criteria in multivariate analysis. *Ann Math Stat* 26:117–121
30. Utsch M, Anderssen-Reuster U, Frick E et al (2017) Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie. *Spirit Care* 6:141–146
31. Wuerz RC, Milne LW, Eitel DR et al (2000) Reliability and validity of a new five-level triage instrument. *Acad Emerg Med* 7:236–242

Prof. Dr. Thomas Bein Ins Mark getroffen

Was meine Krebserkrankung für mich als Intensivmediziner bedeutet

München: Droemer Knauer Verlag 2021, 1. Auflage, 224 S., (ISBN: 978-3-426-27854-3), 18,00 EUR

Gesundheit ist dann präsent, wenn man nicht über sie nachdenkt. So hat es der Philosoph Hans-Georg Gadamer treffend beschrieben.

Wir Ärzte*innen können dies nur bestäti-



gen. Im klinischen Alltag ist uns die eigene Gesundheit selbstverständlich, Krankheit ist das Problem der anderen. Ein Problem,

das wir lösen wollen, täglich, mit ganz unterschiedlichen Ansätzen. Doch was ist, wenn wir plötzlich gezwungen sind, die Rollen zu tauschen? Wenn die Nadeln sich gegen uns richten, aggressive Medikamente in uns eindringen, wenn uns nur noch schlecht ist, und - vor allem - wenn wir selbst nicht mehr einschätzen können, was auf uns zukommt?

Thomas Bein hat dies durchlebt.

Eindrucksvoll beschreibt er in seinem neuen Buch „Ins Mark getroffen – Was meine Krebserkrankung für mich als Intensivmediziner bedeutet“ seine persönlichen Beobachtungen, Erfahrungen und Gedanken. Selbst jahrelang als Intensivmediziner mit hochtechnisierter Medizin vertraut, wird er nun zum Patienten in einer Hochleistungsmedizin. Eine Routine-Untersuchung bei der Betriebsärztin, ein simples Blutbild, ein auffälliger Wert verändert alles. Dem geübten Überbringer von guten wie schlechten Nachrichten wird nun eine schlechte Nachricht überbracht. Im Angebot gibt es dazu einen Schlachtplan, mit vielen Wenn und Aber, der Ausgang ungewiss, verborgen in Statistiken.

In den fünf Jahren seiner Behandlung analysiert und reflektiert Thomas Bein ganz unterschiedliche Aspekte und Thematiken der modernen Medizin wie auch Fragen des Lebens. Als Intensivmediziner und studierter Ethiker richtet er seinen analytischen Blick auf wichtige Thematiken der modernen Medizin und des Menschseins. Was macht eigentlich einen guten Arzt aus, was ist Empathie

und warum benutzen wir eine militaristische Sprache im Zusammenhang mit Krebs, sind nur einige seiner Überlegungen zu Beginn der Behandlung. Eine Stammzelltransplantation, die Erfahrungen der Isolation und viele Tage der Ungewissheit führen zu tief gehenden Reflexionen über das Leben, über Tod und Krankheit.

Erstaunlich ist, wie leicht all der schwere Tobak zu lesen ist. Sprachlich ist das Buch ein wahrer Genuss. Wer philosophische Exkurse mag, wer ein bisschen Lebenshilfe gerne mitnimmt, wer sich Gedanken macht über das eigene Wirken als Arzt oder Ärztin, über die tägliche Arbeit mit Patienten in einem getriebenen klinischen Alltag, der wird aus diesem Bericht wertvolle Informationen und Erkenntnisse ziehen. Es ist ein aufrichtiges Plädoyer für eine humane Medizin.

J. Briegel (München)

Hier steht eine Anzeige.

