

Modul 1: Grundlagen von Spiritual Care / Psychologie 3.-5. September 2016

Das erste Modul beleuchtet Grundlagen von Spiritual Care aus den Perspektiven der verschiedenen beteiligten Disziplinen:

3. September 2016: Theologie, Prof. Dr. theol. Isabelle Noth, Dr. theol. Claudia Kohli Reichenbach

Nach einem ersten Blick zurück in die Geschichte von Spiritual Care werden gegenwärtige Themen von Spiritual Care in theologischer Perspektive vorgestellt. Wir führen in den Diskurs zu Krankheit und Gesundheit ein und zeigen, welche Rolle Religiosität bzw. Spiritualität in verschiedenen Modellen hat. Wir diskutieren die Wiederentdeckung von Spiritualität als wichtige gesundheitsfördernde Ressource, ohne krankmachende Aspekte von Religiosität aus dem Blick zu verlieren.

Der erste Tag des CAS-Lehrganges dient weiter dazu, dass sich die Kursgruppe kennenlernt. Vorerfahrungen im Bereich von Spiritual Care werden ebenso Thema sein wie Aspekte der eigenen spirituellen Biographie.

4. September 2016: Psychologie, Prof. Dr. phil. Pasqualina Perrig-Chiello

- Psychologie und Spiritualität
- Psychisches Wohlbefinden und Spiritualität
- Regulation des psychischen Wohlbefindens über die Lebensspanne

Der Beitrag thematisiert in einem ersten Teil die Bedeutung von Spiritualität im Rahmen der Psychologie als Wissenschaft und Beruf. Der zweite Teil fokussiert die Regulation des psychischen Wohlbefindens über die Lebensspanne und die Frage, welche Rolle Spiritualität dabei spielt.

5. September 2016, Vormittag: Medizin, Prof. Dr. med. Steffen Eychmüller

Konzeptionelle und definatorische Aspekte

- Das biomechanische Medizinmodell, das bio-psycho-soziale Medizinmodell

Die menschliche Existenz reduziert sich im biomechanischen Medizinmodell auf die Ebene des Organismus bis zu den Zellen. Hier findet Wissenschaft statt. Das Leben ist terminiert durch Zell- und Organfunktion oder eben (Zell- und Organ-) Tod. Es ist auffällig, dass beim Thema „Leiden“ dieses Konstrukt verlassen wird: Hier leiden nicht mehr nur Zellen und Organe, sondern die Person und ihr Umfeld.

Eric Cassell schreibt 2014: „The obligation of physicians to relieve human suffering stretches back into antiquity. Despite this fact, little attention is explicitly given to the problem of suffering in medical education, research, or practice.“ Die medizinische Forschung kennt weder eine adäquate wissenschaftliche Methode zur Diagnostik, noch zur Therapie dieses „suffering“. Betreuung und Behandlung am Lebensende wirft also die Frage auf, ob die

heutige Medizin gerade beim Leiden am Lebensende erkennen muss, dass das biomechanische Medizinmodell keinen ausreichenden Denk- und Handlungsrahmen für Forschung und Praxis in der Medizin bietet. Das Lebensende oder noch viel mehr das Sterben als medizinische Diagnose gibt es nicht, und damit auch keinen auf Evidenz und Erfahrung basierten Umgang mit dieser Herausforderung. Somit fehlen auch klare Angebote der wissenschaftlich fundierten Medizin zum Umgang mit „unerträglichen Symptomen“ oder „existentiellem Leiden“. Ob und mit welchem Gewicht die spirituelle Ebene in Medizinkonzepte einbezogen wird, ist umstritten. In einer zunehmend ökonomisierten Weltansicht von Gesundheit und Krankheit dominiert die Angst vor Kostenexplosionen die Definition von „was heilt“. Letztendlich dominieren heute Kostenträger die Auffassung von was „Wert“ hat.

- Die Problematik der Terminologie und Dichotomie von „kurativ und palliativ“

Es gibt keine wissenschaftliche Evidenz zum Begriffspaar „kurativ“ versus „palliativ“. Es werden damit meist Behandlungsintentionen beschrieben, die sehr vom Beobachterstandpunkt abhängen. Die Bezeichnung „kurativ“ oder „palliativ“ hat durchaus Konsequenzen: Es geht hier um den Entscheid, ob dem Betroffenen intensive, häufig sehr hochspezialisierte und damit teure, Massnahmen angeboten werden. Neben der Bereitstellung finanzieller Mittel, hat das Begriffspaar auch eine grosse Bedeutung in der Einteilung der Medizinwelt bis weit in den akademischen Bereich hinein: „Kurativ tätige Ärzte“ haben eine mehrfach bessere Chance, verglichen mit ihren Kollegen aus den Bereichen der chronischen Erkrankungen und palliativen Massnahmen, sich im akademischen Bereich zu behaupten (vgl. Ellen Fox, JAMA 1997).

Es ist erstaunlich, dass im ansonsten auf wissenschaftliche Evidenz ausgelegten Medizinsystem gerade bei dieser so relevanten Weichenstellung von „kurativ“ versus „palliativ“ eher sogenannte weiche Faktoren, unter Einschluss der klinischen Erfahrung der Behandler, das Vorgehen bestimmen, und die Zuordnung zur einen oder anderen Behandlungsintention, also „intensiv“ oder „nicht mehr so intensiv“, begründen. Der enorm heilsame Bereich von Beziehungen zu anderen Menschen, sozialer Stresslinderung bis hin zu spirituellen Energiequellen wird hier kaum systematisch genutzt. Obwohl so segensreich, haben diese Bereiche häufig keinen Zutritt zur medizinisch definierten Evidenzwelt. Allenfalls als relevant angesehen ist heute der Bereich der Kommunikation – doch wie häufig wird seitens Patienten immer noch über eine weitgehend fehlende Kommunikationskompetenz bei ärztlichen Fachpersonen geklagt.

Noch diese Anmerkung zur medizinischen Forschung: Meist ist der Endpunkt der Interventionen in sog. evidenzbasierten Studien die Verlängerung des Überlebens. Retrospektive Analysen zu Massnahmen in den letzten Lebenswochen zeigen, dass es unklar ist, ob durch eine solche Massnahme (bspw. Einlage eines Gefässstents oder Durchführung einer Chemo- oder Radiotherapie) das Lebensende bezogen auf die individuelle Patientensituation rascher oder weniger rasch eintrat (siehe „double effect“ unten“, Temel J et al, JCO 2012). Randomisierte Studien, ansonsten als Goldstandard für Therapieentscheide gefordert, fehlen meist bei dieser Patientengruppe mit weit fortgeschrittenen Leiden. Auffällig ist auch, dass die zusätzliche Inanspruchnahme von komplementären Massnahmen bei Patienten in der „palliativen Situation“ mit deutlich grösserer Milde seitens der Schulmedizin akzeptiert wird, als im „kurativen“ Kontext. Auch der seelsorgerische Support

findet hier noch eine gewisse Akzeptanz. Ist dies ein Symptom für das weitgehende Fehlen einer konzeptionellen Basis in der Medizin für den Umgang mit Endlichkeit und Sterben?

- Autonomie als Richtschnur der wissenschaftlichen Medizin

Ich argumentiere, dass in der heutigen Medizin der Autonomiebegriff als Extrakt der Prinzipienethik neben den erwünschten Wirkungen von Aufklärung und Information auch Nebenwirkungen hat, die ernst zu nehmen sind.

Autonomie auszuüben braucht einen gesunden Geist und lebenslanges Training. Autonomie sei hier nicht zu verwechseln mit Autarkie, d.h. der autonome Mensch anerkennt die Beziehungsabhängigkeit in einem gewissen Mass (von Uexküll, 2002). Die medizinische Situation, in der existenzbestimmende Entscheide zu fällen sind, zu überblicken, ist meist bereits für bestens ausgebildete Fachpersonen, auch insbesondere angesichts der immensen Spezialisierung, nicht möglich (vgl. Prognose 2.4). Der betroffene Patient ist also weitgehend auf Themen wie Vertrauen und Beziehungsqualität mit einer medizinischen Fachperson angewiesen, und die Fachperson auf ihre klinische Expertise und das Bauchgefühl (N.Christakis, „death foretold“, 1999). Dies bedeutet, dass die erwünschte „klinisch reine“ Situation des autonomen Patientenentscheids aufgrund hervorragend objektiver Datenanalyse und Beratung eine Illusion ist, und wohl auch – nicht zuletzt aus wissenschaftskonzeptionellen Gründen - inhuman. Die Anerkennung von (Beziehungs-) Abhängigkeit und Vulnerabilität entspricht also auch im Zeitalter von Google und evidenzbasierter Hochleistungsmedizin viel eher der Wirklichkeit von Betreuung und Behandlung am Lebensende. Die Prinzipien der Beziehungsabhängigkeit und Vulnerabilität sind weit weniger selbstverständlicher Teil der Medizin, obwohl die sog. Care Ethics (Gilligan 1982) als gut formuliertes Konzept möglicherweise eine deutlich praxisnähere ethische Richtschnur bietet – insbesondere für die Beurteilung von Situationen am Lebensende. Energiespendende Beziehungen zu spirituellen Inhalten wird so als heilendes Agens voll integrierbar in ein medizinisch – ethisches Konzept.

Referenzen

Cassell, Eric: The nature of suffering and the goals of medicine, Oxford University Press 1991
Fox, Ellen: Predominance of the Curative Model of Medical Care, JAMA 1997
Christakis, Nick: Death foretold. The University of Chicago Press, 1999

5. September 2016, Nachmittag: Pflege, Dr. phil. Alexander Bischoff

Im ersten Teil meines Inputs werde ich unter dem Titel „the negotiation of meaning“ (das Aushandeln von Sinn) von einer wahren Geschichte aus einer Sprechstunde im Detail berichten und dabei Exkurse über die interkulturelle Kommunikation, über das Dolmetschen und über die medizinische Anthropologie einflechten. Ein Fallbeispiel einer türkischen Dolmetscherin, die in einer Frauenklinik arbeitet (Transkript eines Interviews) wird uns anschliessend zu denken und zu diskutieren geben.

Im zweiten Teil werden wir die vielen verschiedenen und recht unterschiedlichen Definitionen zu Spiritual Care und Spiritualität im Kontext der Pflege durchforsten und bewerten.

Ein kurzer Blick in die Geschichte soll uns schliesslich helfen, die heutige Beziehung von Spiritual Care und Nursing Care besser zu verstehen.