

Modulplan CAS Spiritual Care 2016/2017

Modul 1: Grundlagen von Spiritual Care / Psychologie

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 die Entscheidung, 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 zu 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.

Modul 2: Spiritual Care und Diversität

25. November 2016: Interreligiöse Mediation, Dr. phil. Karma Lobsang

In transnationalisierten Kontexten können unterschiedliche Wert- und Normorientierungen zu herausfordernden, konfliktgeladenen Situationen im privaten und beruflichen Alltag führen. Das Mediationsverfahren sowie mediative Handlungskompetenzen ermöglichen in solchen Fällen ein lösungs- und ressourcenorientiertes Vorgehen. Dies auch im konkreten Umgang mit unterschiedlichen spirituellen und religiösen Orientierungen der Beteiligten.

Ziele

- Grundlagen und Techniken der Mediation kennen lernen und üben.
- Mediativen Umgang mit herausfordernden Alltagssituationen in interreligiösen Kontexten erweitern und trainieren.

Inhalte

- Mediationsverfahren sowie mediatives Handeln in transnationalisierten und interreligiösen Kontexten.
- Lösungs- und ressourcenorientiertes Handeln trainieren anhand von Fallbeispielen sowie von herausfordernden Gesprächssituationen aus dem beruflichen Alltag der Teilnehmenden.

Lern- und Arbeitsformen

- Interaktiv, selbstreflexiv, partizipativ und praxisorientiert (Kurzeinputs, Einzel- und Gruppenarbeiten).

26. November 2016: Religiöse Selbstreflexion im Kontext religiöser Pluralität, Prof. Dr. phil. Stefan Huber

- Religiöse Landschaft in der Schweiz mit Schwerpunkt religiöse Pluralisierung
- Modell zur strukturierten Wahrnehmung von Religiosität und Spiritualität
- Religiöse Selbstreflexion und Austausch über die religiösen Welten, in denen wir leben

Der Studientag beginnt mit der Präsentation von Informationen zur religiösen Landschaft in der Schweiz mit Schwerpunkt religiöse Pluralisierung, sowie einer Einführung in ein Modell zur strukturierten Wahrnehmung von Religiosität und Spiritualität. Auf dieser Basis setzen sich die TeilnehmerInnen mit Kerndimensionen und Hauptthemen ihrer Religiosität

auseinander. Im weiteren Verlauf des Tages kommen wir in ein Gespräch über die Profile unserer Religiosität und Spiritualität. Dabei wird die Verschiedenheit und Vielfalt der religiös-spirituellen Welten, in denen wir uns bewegen, deutlich.

27. November 2016: Prof. Dr. theol. Isabelle Noth

- Interkulturelle und –religiöse Perspektiven
- Gender

Kaum eine andere Kompetenz ist in einer funktional ausdifferenzierten, globalisierten und weltanschaulich pluralen Gesellschaft so gefragt wie jene im Umgang mit Vielfalt – mag sich diese auf ethnische, kulturelle, religiöse, soziale oder körperliche Unterschiede beziehen. Doch wie erlernt man „diversity competence“ in Spiritual Care? Welche Konzepte existieren, und wie werden sie umgesetzt?

Neben einer allgemeinen Einführung in hermeneutische Entwürfe im Umgang mit Fremden und Fremdem wird nach Kriterien einer diversitätsreflektierten, kultursensiblen und genderbewussten Spiritual Care gefragt, die die Vielfalt menschlicher Lebensentwürfe und die Heterogenität menschlicher Wahrnehmungsweisen als Grundvoraussetzung ihres eigenen Bemühens mit einbezieht.

Modul 3: Rolle von Spiritual Care bei biographischen Übergängen und kritischen Lebensereignissen

20. Januar 2017: Prof. Dr. phil. Pasqualina Perrig-Chiello

- Biografische Transitionen und kritische Lebensereignisse als Herausforderungen und als Chance
- Multiple Wege der psychischen Anpassung
- Faktoren, die eine optimale Anpassung behindern oder erleichtern – die Rolle der Spiritualität
- Resilienz und persönliches Wachstum – alles bloss Einbildung?
- Braucht es Care-Teams?

Biografische Übergänge und kritische Lebensereignisse gehören zum menschlichen Leben. Diese Tatsache ist eine Erfahrung, welche mit zunehmendem Alter für die meisten unausweichlich ist. Biographische Umbrüche lösen Menschen aus gewohnten Zusammenhängen, verändern Rollen, Beziehungen und Identitäten; sie führen zu einer veränderten Selbst- und Umweltwahrnehmung, erfordern eine Reorganisation des Lebens und führen häufig zu einem emotionalen Ungleichgewicht. In jedem Fall sind sie ein entscheidender Faktor für die individuelle Entwicklung, sei es als Steigerung und Erweiterung persönlicher Handlungskompetenz, sei es aber als chronische psychische Vulnerabilität. Warum gehen gewisse Menschen bei vergleichbaren Bedingungen unbeschadet durchs Leben und andere nicht? Dieses Modul thematisiert die multiplen Wege der psychischen Anpassung, die Faktoren, die eine optimale Anpassung behindern und erleichtern und die Rolle, die der Spiritualität hierbei zukommt. Fokussiert werden dabei zentrale Konzepte wie Resilienz und

persönliches Wachstum. In einem zweiten Teil wird sichtbar gemacht, wie dieses Wissen in der psychotherapeutischen Praxis in Form Biographie-Arbeit nutzbar gemacht wird.

21. Januar 2017, Vormittag: Prof. Dr. phil. Brigitte Boothe

- Biografie-Arbeit, Life Review

Auf das eigene Leben, auf freudvolle und leidvolle Erfahrungen zurückblicken, die eigene Entwicklung betrachten und bewerten, glückliche Begegnungen und wichtige Beziehungen in der Erinnerung neu beleben - das sind interessante und wichtige Herausforderungen, denen sich viele Menschen mit Ernst, Engagement und Vergnügen stellen. Dabei wird auch das Erzählen wichtig, sogar das Schreiben und der lesende Austausch. Biografie-Arbeit ist aber nicht nur die persönliche und private Praxis des Erinnerns, Erzählens und Schreibens, sondern auch ein vielfältiges professionelles Angebot, das Arbeit an der eigenen Identität bedeutet, in der Auseinandersetzung mit dem, was sich ereignet hat und wie man geworden ist. Überraschend Neues kann dabei herauskommen, die Einstellung zu sich selbst und zu anderen kann sich verändern und erneuern. Besondere Aufmerksamkeit schenken wir in diesem Modul solchen Erfahrungen, die für den Einzelnen und die Einzelne einschneidend, tiefgreifend und verändernd waren oder sind und/oder die - im engeren oder weiteren Sinne - zum Bereich des Spirituellen und Transzendenten gehören. Wie lassen sich diese Erfahrungen verstehen? Was bedeuten sie für die eigene Biografie und den in die Zukunft hineinreichenden Lebensentwurf? Wie lassen sie sich mitteilen? Wie soll ein Zuhörer daran teilhaben?

Ich lebe mein Leben in wachsenden Ringen,
die sich über die Dinge ziehn.
Ich werde den letzten vielleicht nicht vollbringen,
aber versuchen will ich ihn.
(Rainer Maria Rilke 1899)

21. Januar 2017, Nachmittag: P. Dr. theol. Christian M. Rutishauser SJ,

- Bilder der Transzendenz

Spiritualität und Religion sind heute vielbenutzte Fachbegriffe, die sehr unterschiedlich verwendet werden. Gerade angesichts einer säkularen und multireligiösen Gesellschaft sind sie zu klären. Auf jeden Fall deutet Religion die Wirklichkeit als Ganze. Sie begleitet und prägt die Menschen auf ihrem Lebensweg durch ihre Spiritualität. Glaube kann zu einer Kraft werden, die Krisen überwinden hilft und heilend wirkt. Andererseits können religiöse Ideen und Bilder den Menschen in seiner Entwicklung auch hemmen. Spiritualität und Religion schaffen einen Sinnhorizont, indem der Mensch in seiner Endlichkeit und Sterblichkeit, aber auch in seiner Fähigkeit, sich selbst zu überschreiten, gesehen wird. Auf die Ressourcen religiöser Traditionen, die sich über Jahrhunderte entwickelt haben, darf heute nicht verzichtet werden. Ihre Bilder der Transzendenz lehren oft Vergessenes über den Menschen.

10. März 2017: Prof. Dr. Dagmar Grefe, CPT-Supervisorin aus Los Angeles

Seelsorge und Begleitung beim Tod eines neugeborenen Kindes

Wenn ein Kind während der Schwangerschaft oder kurz nach der Geburt stirbt, bereitet die Trauer und Trauerarbeit besondere Herausforderungen für Mütter, Väter, Geschwister und andere Verwandte. Dieser Vortrag führt in besondere Aspekte der Trauer und Trauerbegleitung beim Tod eines neugeborenen Kindes ein.

Teilnehmer_innen lernen konkrete Beispiele der Trauerbegleitung von Eltern, Geschwistern, und Angehörigen kennen. Die Rolle des Rituals beim Tod eines früh- oder neugeborenen Kindes sowie in der weiteren Trauerbegleitung in der Klinikseelsorge und in der Gemeindegemeinschaft wird bedacht.

Ziele

Teilnehmer_innen lernen an Fallbeispielen konkrete Schritte der Trauerbegleitung von Familien, die den Tod eines neugeborenen Kindes erlebt haben, kennen.

**11. März 2017, Vormittag: Dr. Maria Anna Möst, Philosophie (M.A.),
Erwachsenenpädagogik und (Dipl.) Religionspädagogik**

Obgleich biologisch verursacht können unterschiedlichste Krisen im Bereich von Schwangerschaft und Geburt eine unergründliche „Dimension der Tiefe“ (Tillich) erschüttern. Zur aufmerksamen und hilfreichen Begleitung einer Frau in ihrer besonderen Krisensituation, das heißt für eine „weise Sorge“ (Möst) um die Frau, bedarf es der Wahrnehmung ihrer tiefsten Erschütterung ebenso wie einem Wissen um die Chancen einer Krisenbewältigung, die von dieser Tiefendimension ausgeht.

Gearbeitet wird

- anhand von Fallbeispielen (reflektierte Erfahrungen aus der Klinikseelsorge in der Frauenklinik)
- mit krisentheoretischen, leibphänomenologischen und existenzphilosophischen Impulsen zur Reflexion eigener Spiritual Care - Erfahrungen
- Entdeckungen in der gynäkologischen Psychosomatik

Arbeitsformen: Inputs im Wechsel mit dem Erfahrungsaustausch in Kleinstgruppen und Klärungen im Plenum

**11. März 2017, Nachmittag: Dr. phil., cand. Dr. theol. Regula Gasser, ehemalige
Pflegefachfrau in Onkologiepflege**

Der Übergang zur Mutterschaft ist für eine Frau mit vielen Veränderungen verbunden. Diese betreffen die neue Rolle, das Selbstbild, die Auseinandersetzung mit der eigenen Kindheit, aber auch die Paarbeziehung. In der Gesellschaft wird von Müttern erwartet, dass sie nach der Geburt des Kindes ihre neue Aufgabe als Mutter glücklich und souverän meistern.

Jedoch fühlen sich viele Frauen nach den Strapazen und hormonellen Veränderungen mit der Rolle als Mutter überfordert und emotional überwältigt. Wie gehen Frauen nach der Geburt mit den an sie gestellten Erwartungen um, und welche Unterstützung brauchen sie?

Inhalte der Veranstaltung:

- Die Veränderung von Rollen nach der Geburt
- Postpartale Krisen
- Umgang mit gesellschaftlichen Erwartungen
- Begleitung von Frauen in der Schwangerschaft und nach der Geburt

Die Veranstaltung ermöglicht eine Auseinandersetzung mit den Veränderungen durch Geburt und Schwangerschaft. Ziel der Veranstaltung ist es, die Bedeutung von Spiritual Care in der Begleitung von Schwangerschaft und Geburt sowie in der Krisenbewältigung aufzuzeigen.

Modul 5: Sterbe- und Trauerforschung in einer multireligiösen und weltanschaulich pluralen Gesellschaft

9.-11. Juni 2017: Prof. Dr. theol. et phil. Christoph Morgenthaler und Prof. Dr. Hansjörg Znoj

- Sprache der Sterbenden: Träume, Bilder, Symbole
- Trauerprozesse und Trauerbewältigung
- Rituale und Feiern in der Sterbe- und Trauerbegleitung

Sterben und Trauer sind menschliche Grunderfahrungen. Eine Begleitung von Menschen in Sterbe- und Trauersituationen ist deshalb ein wichtiger Teil von Spiritual Care. Psychische, familiendynamische, kulturelle, religiös-spirituelle und andere Faktoren beeinflussen die Art, wie Menschen Sterben und Trauer erfahren. In diesem Modul geht es darum, diese noch differenzierter wahrnehmen zu lernen und zu erkunden, was dies für Spiritual Care bedeutet. Wir werden uns deshalb mit folgenden Themen auseinandersetzen: Sterben und Sterbeprozess, Sprache der Sterbenden: Träume, Bilder und Symbole, Trauerprozesse und -bewältigung, Rituale und Feiern in der Sterbe- und Trauerbegleitung.

Literatur

Rechenberg-Winter, Petra/Fischinger, Esther (2008): Kursbuch systemische Trauerbegleitung, Göttingen (auch ein Kapitel drin zu interreligiösen Aspekten)

Bühler, Pierre et al. (Hrsg.) (2014): Bildhaftes Erleben in Todesnähe. Hermeneutische Erkundungen einer heutigen "ars moriendi", Zürich.

Znoj, Hansjörg (2005): Ratgeber Trauer. Informationen für Betroffene und Angehörige (Fortschritte der Psychotherapie, Band 7), Göttingen, Bern, Wien, et al.

Znoj, Hansjörg (2004): Komplizierte Trauer, Göttingen etc.

Znoj, Hansjörg (2012): Trauer und Trauerbewältigung. Psychologische Konzepte im Wandel, Stuttgart.

Modul 6: Spiritual Care Ethics

1. September 2017: Prof. Dr. theol. Frank Mathwig

Ethik und Spiritual Care

Ziele

- Die grundlegenden Begriffe und Konzepte der Ethik kennenlernen.
- Schnittpunkte von Spiritual Care und Ethik erkunden
- Ein kritisch reflexives Verständnis für die ethischen Aspekte von Spiritual Care entwickeln

Inhalte

- Klärung ethischer Grundbegriffe, methodische Einführung in die Welt ethischer Begründungstheorien und Ethiktypen unter besonderer Berücksichtigung der Medizin- und Bioethik.
- Explikation und Entfaltung der Frage, wie die Ethik in die Spiritual Care kommt. Mögliche Berührungspunkte beider Ansätze/Disziplinen werden vorgestellt und diskutiert.
- Kritische Reflexion der normativen Voraussetzungen und Bedingungen von Spiritual Care

Arbeitsformen

- Input-Referate
- Diskussion
- Gruppenarbeit

2. September 2017: Dr. theol Heinz Rügger MAE

Ziel

An diesem Tag sollen

- Fragen primär aus dem Bereich der Angewandten Ethik in der Praxis von Spitälern und Heimen thematisiert
- und ihre Beziehung zu Spiritual Care reflektiert werden.

Inhalte

- Das Verständnis von Würde im Spannungsfeld von normativer Setzung und Bindung an empirische Voraussetzungen (am Beispiel des Umgangs mit an Demenz erkrankten Menschen).
- Das Autonomie-Konzept im Blick auf klinisch-ethische Entscheidungen: Wie kommt es zu Informed Consent-Entscheidungen? Was für eine Rolle spielt dabei die spirituelle Dimension?

- Shared Decision Making und die Herausforderung stellvertretender Entscheidungen bei urteilsunfähigen Personen.
- Patientenverfügungen und Advance Care Planning.
- Selbstbestimmtes Sterben zwischen Freiheit, Zwang und Überforderung. Welche Aufgabe kommt dabei Spiritual Care zu?
- Gerontologische Ethik zwischen Anti-Aging und Pro Aging: zur Sinnfrage im Blick auf das hohe Alter.

Modul 7: Vertiefungsstudien

Die Vertiefungsstudien im Rahmen von 2 Tagen / 1 ECTS können frei wählbar aus dem Angebot von der Aus- und Weiterbildung in Seelsorge (AWS) an der Universität Bern besucht werden.

Supervision

Supervisionsgruppe Bern mit Dr. theol. H. Kocher

Daten sind gesetzt.

Pfr. Dr. theol. Hermann Kocher
Supervisor und Coach BSO
Kreuzstr. 16
3550 Langnau i.E.
079 649 08 25 / hermann.kocher(at)gmail.com

Supervisionsgruppe Zürich mit Dr. Brigitte Boothe

Prof. Dr. phil. Brigitte Boothe
Gemeinschaftspraxis Bellevue
Rämistrasse 5
8001 Zürich
079 194 29 74 / brigitte.boothe(at)uzh.ch