



Spiritual Care im Kontext des biopsychosozialen Modells

Dr. med. René Hefti

Leiter Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit
Dozent für psychosoziale Medizin an der Universität Bern
Dozent für Spiritual Care an der Universität Basel
Ärztlicher Consultant Klinik SGM Langenthal

Zu meiner Person

- 1987 Abschluss Medizinstudium in Zürich
- Fachausbildung Innere Medizin und Kardiologie
- Zudem existenzanalytische Psychotherapie und Fähigkeitsausweis Psychosomatik SAPP
- 1998 LA Psychosomatik Klinik SGM Langenthal
- Ab 2006 Dozent für Psychosoziale Medizin Uni Bern
- 2006-2016 Chefarzt Klinik SGM Langenthal
- Seit 2016 Leiter des Forschungsinstitutes FISG und Dozent im MAS Spiritual Care Uni Basel





EINLEITUNG

Zwei Patientenbeispiele



Chronische Schmerzpatientin

Lange, schwierige Lebensgeschichte mit Vernachlässigung und Traumatisierungen

Im Rahmen der spirituellen Anamnese

*«Nun sei sie bei einem Pfarrersehepaar gelandet, wie eine Rettung, wie eine neue Familie, wo sie Geborgenheit erlebt. Wen sie **mit mir beten, dann bekomme ich ein warmes Gefühl, ein Liebesgefühl, wie Schmetterlinge im Bauch, und dann sind die Schmerzen weg, völlig weg!**»*



Chronische Schmerzpatientin

Wie interpretieren wir dieses Erleben?

- *Die Wirkung des Heiligen Geistes*
- *Ein situationsbezogenes Wahnerleben*
- *Eine Aktivierung positiver Emotionen mit autonomer Begleitreaktion*
- *Eine somatoforme Reaktion*
- *Eine Kombination von Wirkungen*



48-jährige Patientin

Eine 48-jährige Frau fügt sich lebensgefährliche Verletzungen zu: Göttliche Stimmen hätten ihr befohlen, ein religiöses Opfer zu bringen. Als die Ärzte ihrer Krankheitsgeschichte auf den Grund gehen, stoßen sie auf außergewöhnliche, wiederkehrende Symptome, die sich mit Psychopharmaka nur bedingt behandeln lassen.



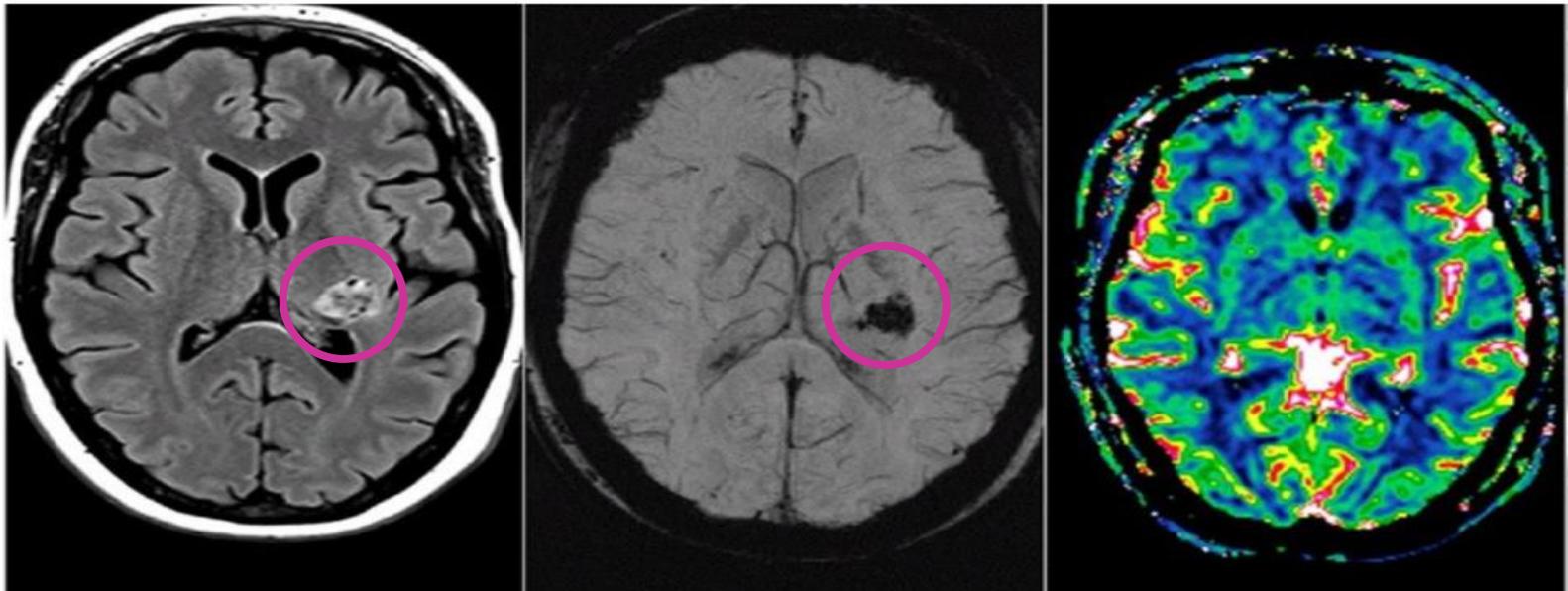
48-jährige Patientin

Wie interpretieren wir dieses Erleben?

- *Als echte religiöse Erfahrung*
- *Als akustische Halluzinationen «Göttliche Stimmen» im Rahmen einer paranoiden Schizophrenie*
- *Als religiöses Zwangserleben*
- *Als hypoglykämische Reaktion «Unterzuckerung»*
- *Weitere Optionen ?*

48-jährige Patientin

In der Magnetresonanztomographie (MRT, Titelbild) sehen die Ärzte eine Läsion im posterolateralen Thalamus, die in die Capsula interna und das Putamen hineinreicht. Es handelt sich um einen dysembryoplastischen neuroepithelialen Tumor (DNET), dessen Lokalisation für die Psychose verantwortlich sein kann.¹



Brain Tumor-Associated Psychosis and Spirituality—A Case Report

Lars Levi Dutschke¹, Sarah Steinau^{1,2}, Roland Wiest³ and Sebastian Walther^{1}*

¹University Hospital of Psychiatry, University of Bern, Bern, Switzerland, ²Department of Forensic Psychiatry, Psychiatric University Hospital Zurich, Zurich, Switzerland, ³Institute of Diagnostic and Interventional Neuroradiology, University of Bern, Inselspital, Bern, Switzerland

This case report describes a patient with a dysembryogenic neuroepithelial tumor localized in the posterior thalamus and internal capsule, which presented with psychosis including religiously determined severe self-mutilation, auditory hallucinations, and rituals.

The patient's history includes periodic religiousness over decades of her life suggesting that spirituality in this case might be a symptom of tumor progression. Our case reports on the topology-related effect of lesions on different brain networks involved in the phenomenology of the patient's psychotic symptoms.

Keywords: psychopathology, psychosis, spirituality, auditory hallucinations, dysembryogenic neuroepithelial tumor, brain tumor





DAS BIOPSYCHO- SOZIALE MODELL

George L. Engel

«Need for a New Medical Model»

8 April 1977, Volume 196, Number 4286

SCIENCE

The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine

George L. Engel

At a recent conference on psychiatric education, many psychiatrists seemed to be saying to medicine, "Please take us back and we will never again deviate from the medical model."¹ For, as one critical psychiatrist put it, "Psychiatry has become a hodgepodge of unscientific opinions, assorted philosophies and 'schools of thought,' mixed metaphors, role diffusion, propaganda, and politicking for 'mental health' and other esoteric goals" (1). In contrast, the rest of medicine appears neat and tidy. It has a firm base in the biological sciences, enormous technologic resources at its command, and a record of astonishing achievement in elucidating mechanisms of disease and devising new treatments. It would seem that psychiatry would do well to emulate its sister medical disciplines by finally embracing once and for all the medical model of disease.

But I do not accept such a premise. Rather, I contend that all medicine is in crisis and, further, that medicine's crisis derives from the same basic fault as psychiatry's, namely, adherence to a model of disease no longer adequate for the scientific tasks and social responsibilities of either medicine or psychiatry. The importance of how physicians conceptualize disease derives from how such concepts determine what are considered the proper boundaries of professional responsibility and how they influence attitudes toward and behavior with patients. Psychiatry's crisis revolves around the question of whether the categories of human distress with which it is concerned are properly considered "disease" as currently conceptualized and whether exercise of the traditional authority of

the physician is appropriate for their helping functions. Medicine's crisis stems from the logical inference that since "disease" is defined in terms of somatic parameters, physicians need not be concerned with psychosocial issues which lie outside medicine's responsibility and authority. At a recent Rockefeller Foundation seminar on the concept of health, one authority urged that medicine "concentrate on the 'real' diseases and not get lost in the psychosociological underbrush. The physician should not be saddled with problems that have arisen from the abdication of the theologian and the philosopher."² Another participant called for "a disentanglement of the organic elements of disease from the psychosocial elements of human malfunction," arguing that medicine should deal with the former only (2).

The Two Positions

Psychiatrists have responded to their crisis by embracing two ostensibly opposite positions. One would simply exclude psychiatry from the field of medicine, while the other would adhere strictly to the "medical model" and limit psychiatry's field to behavioral disorders consequent to brain dysfunction. The first is exemplified in the writings of Szasz and others who advance the position that "mental illness is a myth" since it does not conform with the accepted concept of disease (3). Supporters of this position advocate the removal of the functions now performed by psychiatry from the conceptual and professional jurisdiction of medicine and their reallocation to a

new discipline based on behavioral science. Henceforth medicine would be responsible for the treatment and cure of disease, while the new discipline would be concerned with the reeducation of people with "problems of living," implicit in this argument is the premise that while the medical model constitutes a sound framework within which to understand and treat disease, it is not relevant to the behavioral and psychological problems classically deemed the domain of psychiatry. Disorders directly ascribable to brain disorder would be taken care of by neurologists, while psychiatry as such would disappear as a medical discipline.

The contrasting posture of strict adherence to the medical model is articulated in Ludwig's trist as physician (1) wigg, the medical insufficient deviation sends disease, that known or unknown that elimination of salt in cure or improvement" (Ludwig's knowledge that mooses have a lower than most medical that they are not "or provided that mental to arise largely from metapsychological, etial causes."³ "Na "biological brain d biochemical or nature."⁴ On the other such as problems of ment reactions, char pendency syndromes slow, and various sions [would] be expec of mental ill disorders arise in samably intact neuro tion, and are pro psychiatric disorders the concern of the ph and are more apper nonmedical profess

The author is professor at the University of Rochester, Rochester, New York 1464

Jahr 1977

PrimaryTeaching&Learning

PrimaryCare

René Hüftli

Spiritualität – die vierte Dimension oder der vergessene Faktor im biopsychosozialen Modell

PrimaryCare publiziert in loser Folge Artikel zum immer noch kontroversen Thema «Medizin und Spiritualität», ein Thema, das aber – gerade in der Hausarztpraxis – zunehmend an Aktualität und Bedeutung gewinnt, nachdem es aus der wissenschaftlichen Medizin verbannt wurde.

gemacht hätte. Sie habe die ganze Nacht kein Auge zugezogen, wie ihm die Nachtschwester berichtete. Hier hatte ich die Tragfähigkeit des Glaubens dieser Patientin im Verhältnis zur Bedeutung der Diagnose «Krebs» völlig falsch eingeschätzt. Dieses persönliche Beispiel unterstützt das Bestreben, dass Religiosität und Spiritualität und ihre Bedeutung für Krankheit und Genesung eines Patienten Teil des medizinischen Curriculums sein sollten, was in den USA an über 50% der Universitäten bereits verankert ist.

Die Klinik SGM Langenthal als Modell 1980 gründete Dr. med. Kurt Bätjer, orthopädischer Chirurg, die Stiftung für ganzheitliche Medizin (SGM), deren Anliegen es war, die biopsychosoziale Modell um die religiös-spirituelle Dimension zu erweitern (Abb. 1). Als Werk dieser Stiftung wurde 1987 die Klinik SGM für Psychoosomatik in Langenthal eröffnet, die dieses ganzheitliche Konzept konkret umsetzte (www.klinik-sgm.ch). Von Beginn weg wurde bei den Patienten eine «spirituelle Anamnese» erhoben, um spirituelle Ressourcen wie auch Belastungsfaktoren zu identifizieren und in Absprache mit dem Patienten in die Behandlung miteinzubringen. Der Seelborger bildete einen festen Bestandteil des interdisziplinären therapeutischen Teams. Wissenschaftliche Unterstützung erhielt das Konzept der Klinik SGM Langenthal durch eine Forschungsrichtung, die sich in den 1980er Jahren in den USA etablierte und den Einfluss von Religiosität und Spiritualität auf Gesundheit und Krankheit untersuchte. Mittlerweile gibt es Hunderte von wissenschaftlichen Arbeiten, die in renommierten Fachzeitschriften veröffentlicht wurden und im «Handbook of Religion and Health» (4) zusammengefasst sind.

Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit Inspiriert vom amerikanischen Forschungszweig wurde parallel zur Klinik SGM in Zusammenarbeit mit Prof. Harold Koog von der Duke University (NC/USA) das Forschungsinstitut für Spiritualität

ERWEITERTES BIOPSYCHOSOZIALES MODELL

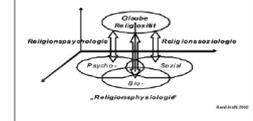
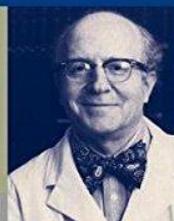


Abbildung 1 Das erweiterte biopsychosoziale Modell (René Hüftli) (3).

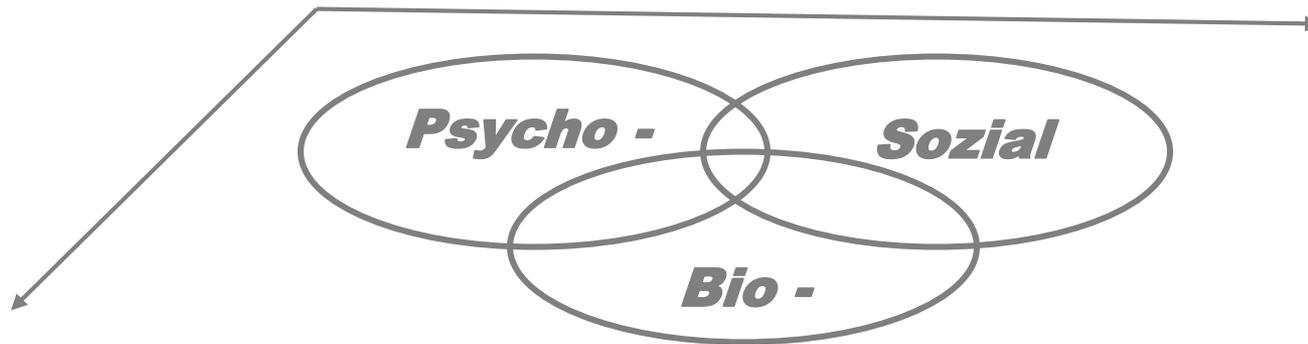
Psychologie = Klassiker
George L. Engel
Schmerz
umfassend
verstehen
Der biopsychosoziale
Ansatz zeigt den Weg

Übersetzt und kommentiert
von Rolf H. Adler und Andreas Grögler

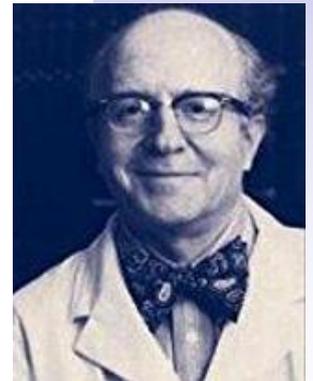


Das biopsychosoziale Modell

«Jedes Krankheits- oder Heilungsgeschehen hat eine biologische, eine psychologische und eine soziale Dimension.»



Engel 1977





AMERICAN PSYCHOSOMATIC SOCIETY

Integrating mind, brain, body and social context in medicine since 1942

NEWS RELEASE

Contact: Kevin Masters, PhD

Email: KEVIN.MASTERS@UCDENVER.EDU

For Release: March 7

Purpose in Life—An Overlooked Link For Why Religious People Live Longer

There's strong evidence that religious people enjoy better health and live longer lives than those favoring a strictly secular lifestyle. But what is it about spiritual involvement that fosters health? A key benefit is that religion encourages us to feel a purpose for living, suggests a pioneering study out today. That feeling of purpose may encourage us to take better care of ourselves. The study will be released today at the American Psychosomatic Society meeting in Vancouver.

Publikationen in der PPmP



Psychother Psych Med 2004; 54 - P3531

DOI: 10.1055/s-2004-819881



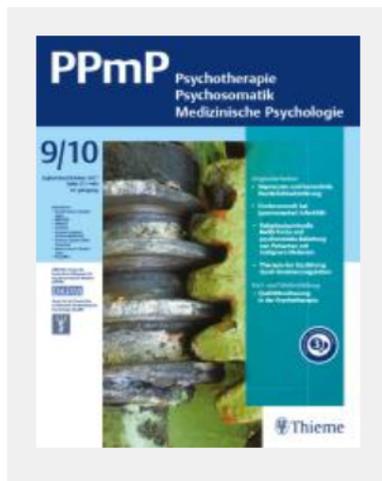
Religiöse Einstellungen und Krankheitserleben

S Tagay ¹, M Langkafel ², W Senf ²

¹Rheinische Kliniken Essen, Kliniken/Institut der Universität Essen, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

²Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Essen

Kongressbeitrag



Psychother Psych Med 2017; 67(09/10): 413-419

DOI: 10.1055/s-0043-101373



Originalarbeit

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

Religiöse/spirituelle Bedürfnisse und psychosoziale Belastung von Patienten mit malignem Melanom

Religious/Spiritual Needs and Psychosocial Burden of Melanoma Patients

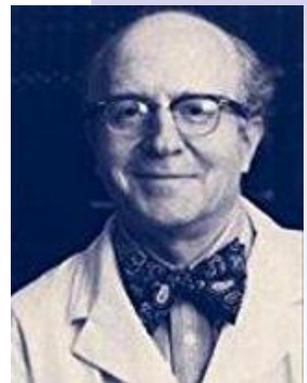
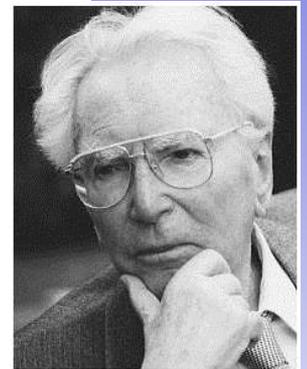
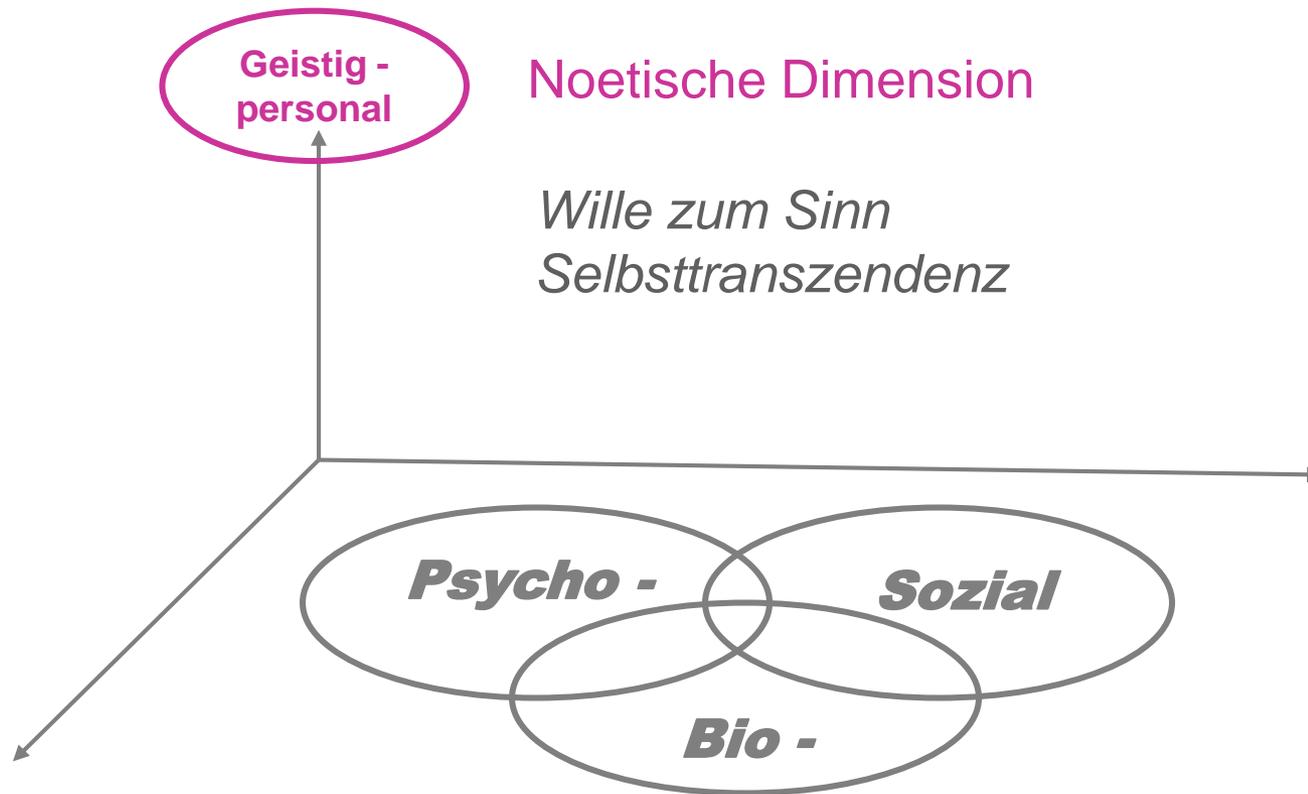
Annette Haußmann, Norbert Schäffeler, Martin Hautzinger, Birgit Weyel, Thomas Eigentler, Stephan Zipfel, Martin Teufel



DAS ERWEITERTE BIOPSYCHOSOZIALE MODELL

Frankl's Anthropologie

Erweitertes BPS - Modell



Engel 1977

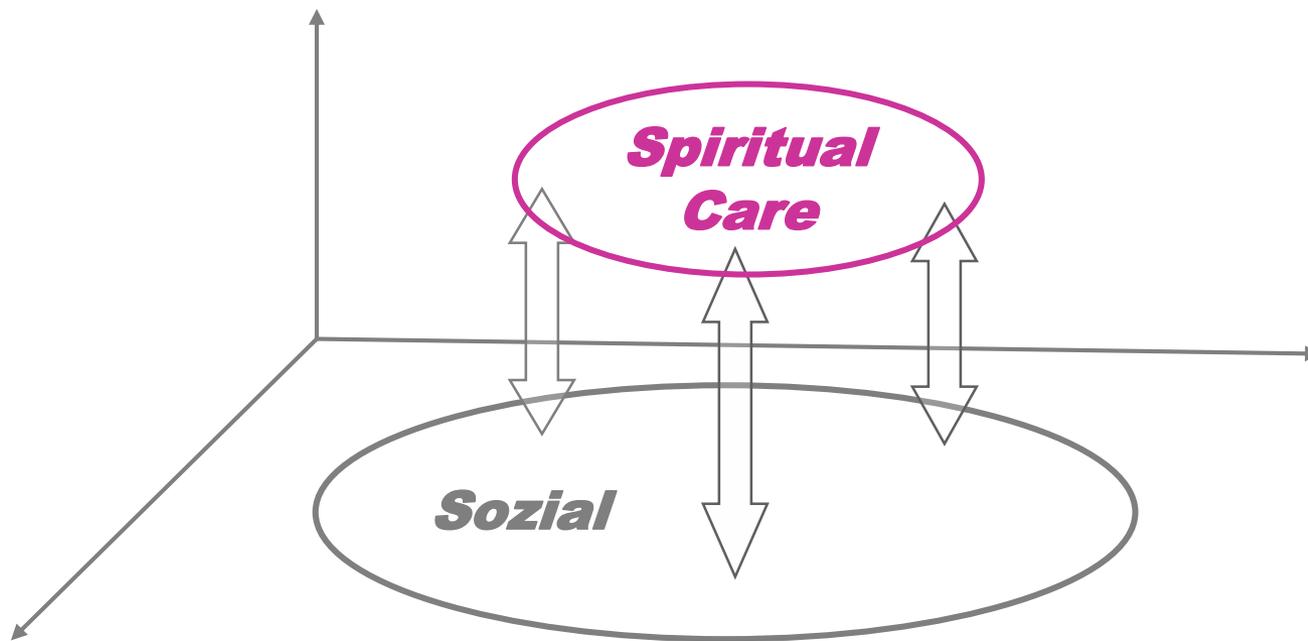


SPIRITUAL CARE

im biopsychosoz. Kontext

Spiritual Care Modelle

«Spiritual Care als gemeinschaftliche Praxis im Kontext der End-of-Life Care»



«Compassionate Cities or Communities»



Prof. Allan Kellehear

02/2012 | 186-191 | 187

doi:10.1007/s11007-012-9208-8 | Research Review Publication 20 September 2012

Review QJM

Compassionate communities: end-of-life care as everyone's responsibility

ALLAN KELLEHEAR

From the Department of Health, Social Work and Non-Professional Learning, School of Health and Education, Middlesex University, The Burghley, London NW10 4BT, UK

Address correspondence to Allan Kellehear, Department of Health, Social Work and Non-Professional Learning, School of Health and Education, Middlesex University, The Burghley, London NW10 4BT, UK; email: a.kellehear@mdx.ac.uk

Summary

In early 2012, an online survey of over 200 UK palliative care services addressed the basic needs of those hospitalized for end-of-life care, emphasizing the need for compassionate communities. The findings of *Palliative Care* in 2012, in tandem with the Department of Health's *Three Horizons* Guidance for England and Wales, have inspired a national, multi-agency programme to enhance the end-of-life experience. Both palliative care and compassionate communities are essential to the development of a new paradigm of end-of-life care, one that is more holistic, more person-centred and more community-oriented. The *Three Horizons* programme is a multi-agency, multi-sectoral initiative that aims to enhance the end-of-life experience and to build a new paradigm of end-of-life care, one that is more holistic, more person-centred and more community-oriented.

Introduction

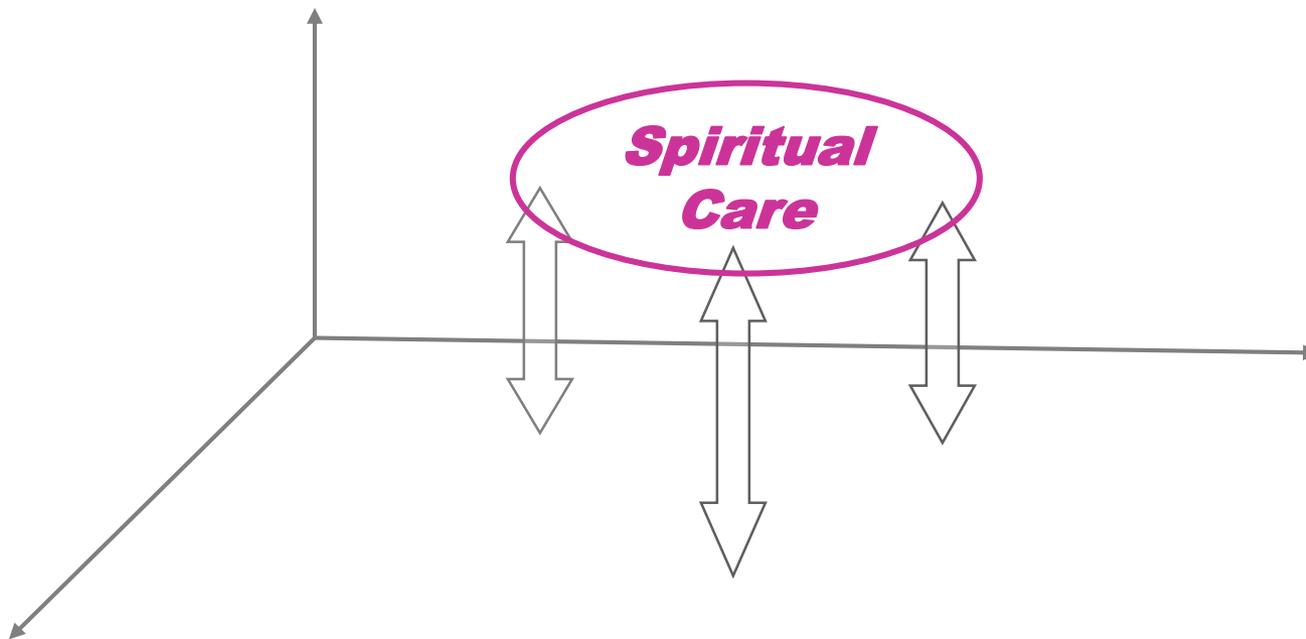
At the end of 2011, the Department of Health, Social Work and Non-Professional Learning, School of Health and Education, Middlesex University, London, UK, and the Department of Health, Social Work and Non-Professional Learning, School of Health and Education, Middlesex University, London, UK, jointly published a research review on end-of-life care in the UK. The review, titled *Palliative Care in 2012*, was a national survey of over 200 UK palliative care services. The review identified the basic needs of those hospitalized for end-of-life care, emphasizing the need for compassionate communities. The findings of *Palliative Care in 2012*, in tandem with the Department of Health's *Three Horizons* Guidance for England and Wales, have inspired a national, multi-agency programme to enhance the end-of-life experience. Both palliative care and compassionate communities are essential to the development of a new paradigm of end-of-life care, one that is more holistic, more person-centred and more community-oriented.

The review, titled *Palliative Care in 2012*, was a national survey of over 200 UK palliative care services. The review identified the basic needs of those hospitalized for end-of-life care, emphasizing the need for compassionate communities. The findings of *Palliative Care in 2012*, in tandem with the Department of Health's *Three Horizons* Guidance for England and Wales, have inspired a national, multi-agency programme to enhance the end-of-life experience. Both palliative care and compassionate communities are essential to the development of a new paradigm of end-of-life care, one that is more holistic, more person-centred and more community-oriented.

© The Author 2012. Published by Springer Science+Business Media Dordrecht. This article is part of the SpringerLink service. For more information, please contact: service@springerlink.com

Spiritual Care Modelle

«Jedes Krankheits- oder Heilungsgeschehen hat eine
..... spirituelle Dimension.»



02/2012 | 100 SEITE | 100
DOI: 10.1007/s12010-012-0000-0 | Research Review Publication 20 September 2012

Review QJM

Compassionate communities: end-of-life care as everyone's responsibility

ALLAN KELLEHEAR

From the Department of Health, Social Work and Non-Professional Learning, School of Health and Education, Middlesex University, The Burghley, London NW10 4BT, UK
Address correspondence to: Allan Kellehear, Department of Health, Social Work and Non-Professional Learning, School of Health and Education, Middlesex University, The Burghley, London NW10 4BT, UK; email: a.kellehear@mdx.ac.uk

Summary

In early 2012, an online survey of over 200 UK palliative care services published the latest findings of a 3-year study of how services were providing 'compassionate communities' (COCs). The findings revealed that COCs were being established in a wide range of settings, including residential care, hospices, and community care. The study also identified a number of key factors that were associated with the successful implementation of COCs, including the presence of a dedicated COC champion, the involvement of staff and service users, and the availability of resources. The study also identified a number of barriers to the implementation of COCs, including a lack of resources, a lack of staff, and a lack of support from senior management. The study concludes that COCs are a valuable way of providing end-of-life care, and that they should be encouraged and supported in a wide range of settings.

Introduction

At the end of our 3-year study of over 200 UK palliative care services published in 2012, the findings of how services were providing 'compassionate communities' (COCs) were being established in a wide range of settings, including residential care, hospices, and community care. The study also identified a number of key factors that were associated with the successful implementation of COCs, including the presence of a dedicated COC champion, the involvement of staff and service users, and the availability of resources. The study also identified a number of barriers to the implementation of COCs, including a lack of resources, a lack of staff, and a lack of support from senior management. The study concludes that COCs are a valuable way of providing end-of-life care, and that they should be encouraged and supported in a wide range of settings.

© The Author 2012. Published by Oxford University Press on behalf of the Association of Physicians.
This article is published by Oxford University Press on behalf of the Association of Physicians.

Pain Study Nottwil

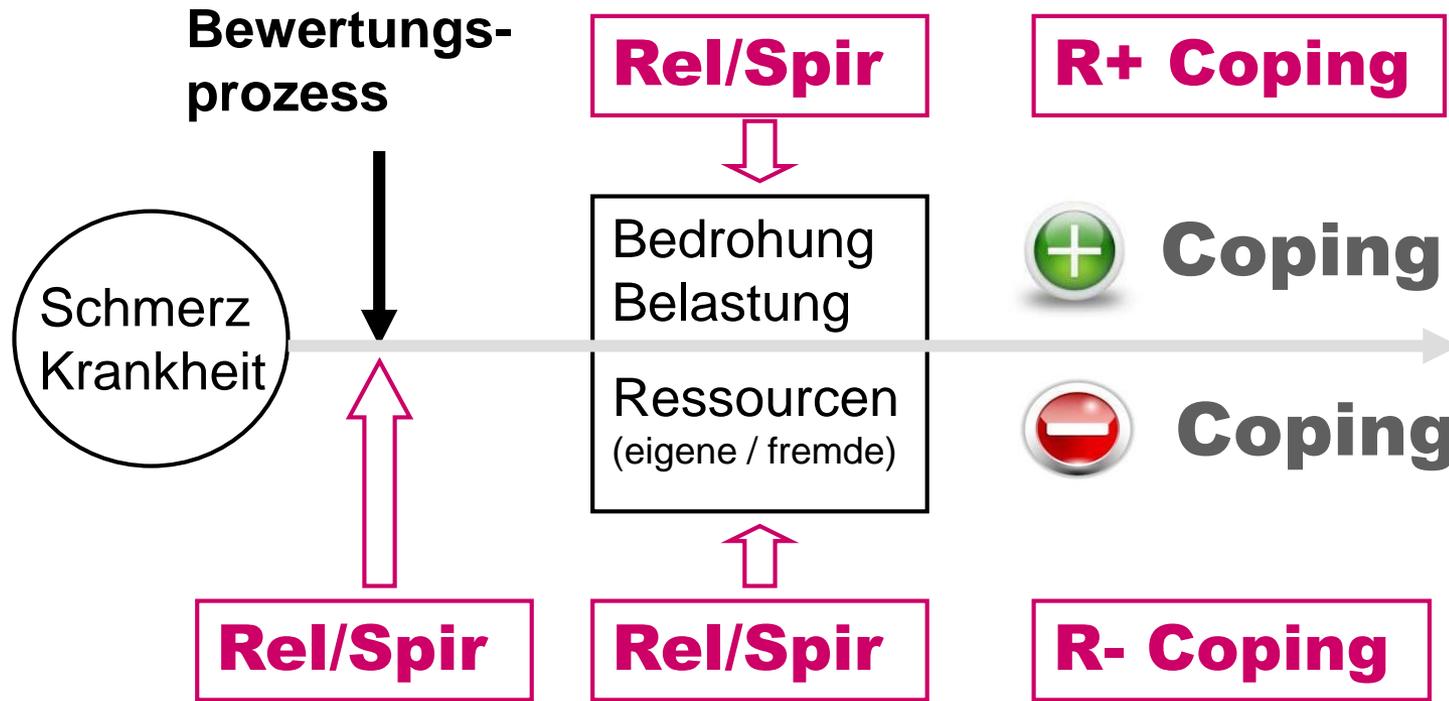
Sample and Recruitment

- **183 chronic pain patients** (multiple etiologies) were recruited during their first visit in the Center for Pain Medicine in Nottwil
- **Exclusion criteria:** foreign language, younger than 18 years, cognitive impairment



Coping with Pain

Transaktionelles Stressmodell



Lazarus und Folkmann



Pain Study Results

	Research Question 1	Research Question 2	
	Religiosity	RCOPE; pos	RCOPE; neg
DSF - Intensity of pain	0.084	.148(*)	0.107
Von Korff - Chronic discomfort	-0.020	0.142	0.058
FESV - Action-oriented coping	-0.059	.163(*)	0.011
FESV - Cognitive restructuring	0.097	.312(**)	0.043
FESV - Self-efficacy	.153(*)	.304(**)	-0.084
FESV - Mental distraction	0.063	.206(**)	.178(*)
FESV - Counter-activities	0.028	.149(*)	0.117
FESV - Relaxation	-0.116	-0.118	0.036
CPAQ - Pain willingness	0.141	0.002	-.274(**)
CPAQ - Activities engagement	.156(*)	.170(*)	-.198(**)
CPAQ - Pain acceptance (total)	.187(*)	0.125	-.286(**)
HADS - Anxiety	0.029	0.054	.336(**)
HADS - Depression	-0.009	-0.041	.207(**)

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.



SPIRITUAL CARE

Unserer Patientenbeispiele



Chronische Schmerzpatientin

Lange, schwierige Lebensgeschichte mit Vernachlässigung und Traumatisierungen

Im Rahmen der spirituellen Anamnese

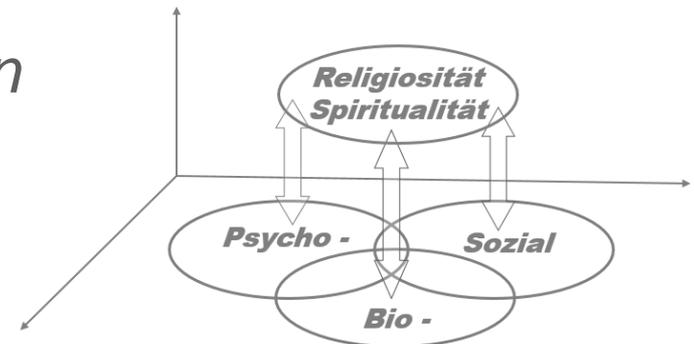
*«Nun sei sie bei einem Pfarrersehepaar gelandet, wie eine Rettung, wie eine neue Familie, wo sie Geborgenheit erlebt. Wen sie **mit mir beten, dann bekomme ich ein warmes Gefühl, ein Liebesgefühl, wie Schmetterlinge im Bauch, und dann sind die Schmerzen weg, völlig weg!**»*



Chronische Schmerzpatientin

Wie interpretieren wir dieses Erleben?

- *Primär als somatoforme Reaktion: eine Aktivierung positiver Emotionen mit autonomer Begleitreaktion (Wärmegefühl, Schmetterlinge im Bauch) i.R. der erlebten Geborgenheit*
- *Gleichzeitig kann sich dieses Erleben aber auf Gott beziehen oder eine Wirkung des Heiligen Geistes sein*
- *Also weder psychologisieren noch spiritualisieren !*



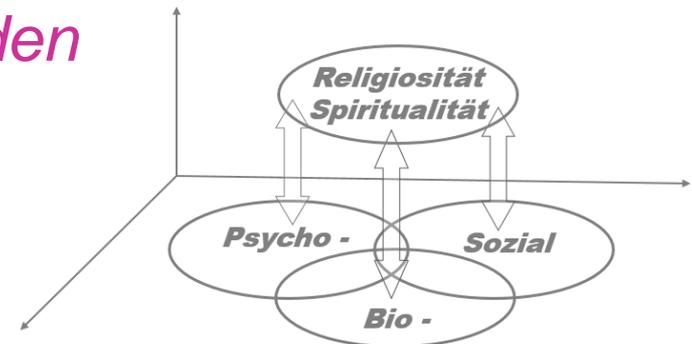


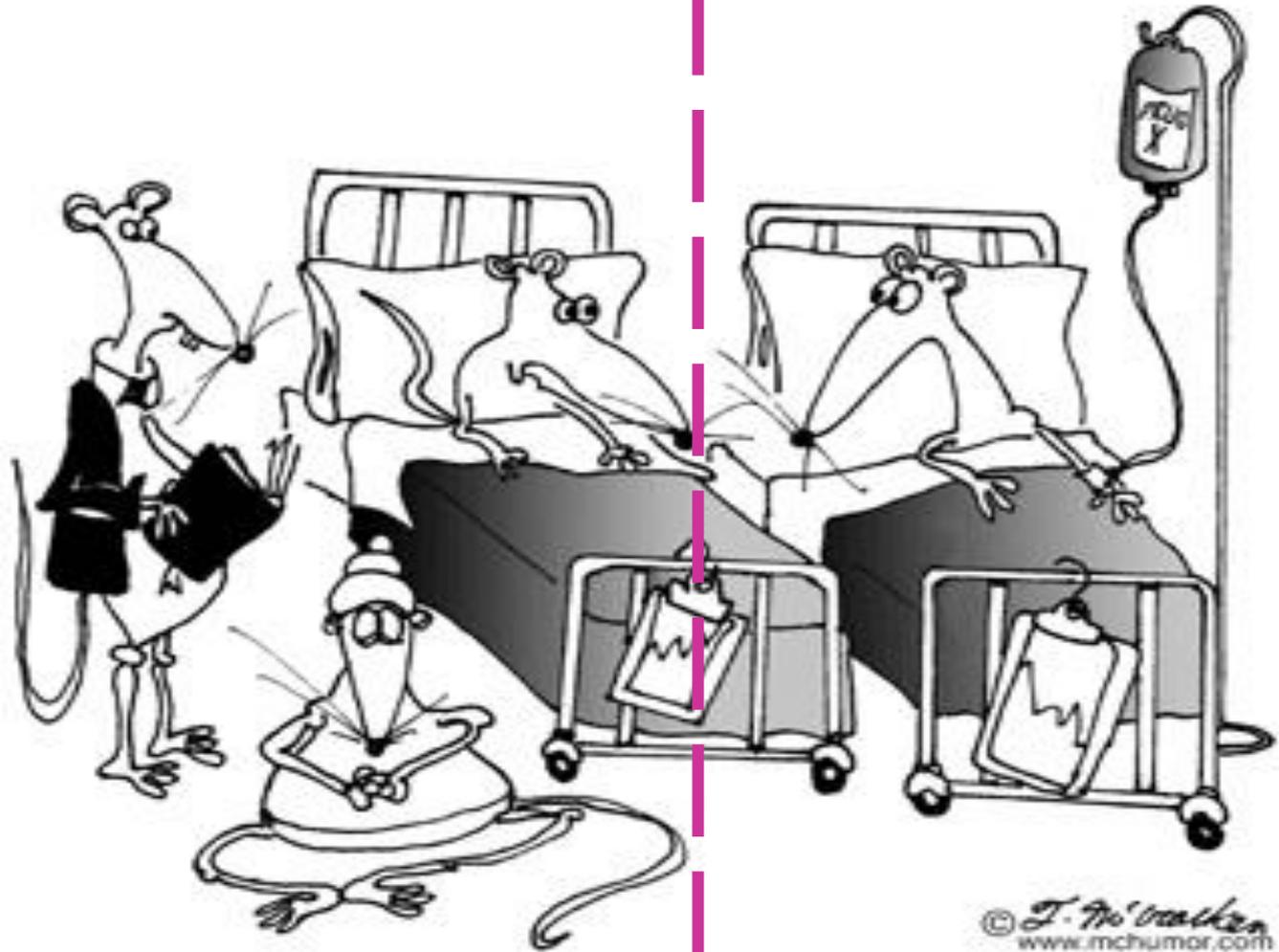
SPIRITUAL CARE

**im biopsychosozialen
Kontext – ein Fazit**

BPS-M und Spiritual Care

- *Das biopsychosoziale Modell ist der geeignete Bezugsrahmen für die Umsetzung von Spiritual Care im klinischen Kontext*
- *Umgekehrt ist Spiritual Care die notwendige Erweiterung des biopsychosozialen Modells «The Need for a New Medical Modell»*
- *Damit stellt das erweiterte BPS-M die optimale Synthese dieser beiden sich ergänzenden Aspekte dar !*





"They're not testing any drugs on me.
Instead they're providing spiritual advisers."



Home

Events

Newsletter

Shop

Downloads

Support

Links

Institut

Kontakt

Newsletter

Abonnieren Sie unseren Newsletter und bleiben Sie aktuell informiert!

► mehr

Europäische Konferenz

Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit



Research Institute for Spirituality and Health

Arbeitskreis Spiritual Care Schweiz



Newsletter Frühling 2017

Volume 2 • Nr. 1

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Hier unsere zweiter Newsletter des Arbeitskreises Spiritual Care Schweiz. Darin berichten wir unter anderem über unseren ersten Arbeitskreisstreifen vom 27. Januar 2017. Ein Fazit des Treffens war, dass es sich in der Schweiz um „eine reiche und bunte Landschaft“ bezüglich Spiritual Care handelt (siehe erster Beitrag und Grafik). Dies wird durch die Aussage von Eckhard Frick und Simon Peng-Keller (2017) unterstrichen, dass der Begriff Spiritual Care „für sehr unterschiedliche und teilweise gegensätzliche Ansätze, Modelle und Konzepte gebraucht wird“ (p. 151).

Der zweite Beitrag blickt auf den kürzlich abgeschlossenen ersten Studiengang MAS Spiritual Care an der Universität Basel zurück. Dem folgt eine Rezension des neuen Buches „Spiritual Care: Über das Leben und Sterben“ von Boothe und Frick (2017).

Für das Redaktionsium
Thomas Wartenweiler

Beiträge

Landschaft Spiritual Care Schweiz

Die Spiritual Care Landschaft Schweiz entspricht einem komplexen Gefüge von akademischen Institutionen (blau), Fachverbänden (grün), praxisorientierten Einrichtungen (orange) und Institutionen mit kombinierter Ausrichtung (blau-orange) in den Fachbereichen Medizin, Pflege, Seelsorge, Psychologie und Theologie. Das aus der modernen Hospizbewegung im angelsächsischen Raum stammende Spiritual Care Konzept (Pung-Keller, 2017) wurde in der Schweiz im letzten Jahrzehnt populär und führte zur Gründung von Lehrstühlen, Studiengängen und weiteren Institutionen. Es wurden interdisziplinäre Forschungsprojekte und Behandlungskonzepte auch ausserhalb von Palliative Care entwickelt. Die unten stehende Karte stellt den Versuch dar, die Landschaft Spiritual Care Schweiz grafisch zu veranschaulichen. Wir sind dankbar für Hinweise auf fehlende Gefüge.

René Hefti und Thomas Wartenweiler

Zweiter berufsbegleitender

Masterstudiengang Spiritual Care an der Medizinischen Fakultät der Universität Basel

Der erste Studiengang Spiritual Care an der Universität Basel findet mit der Überbrückung der Diploma Ende Juni seinen Abschluss. Die Verknüpfung von theoretischem und praktischem Unterricht hat sich bewährt. Von Semester zu Semester vertiefen die Teilnehmerinnen ihre Fähigkeiten, das Gelernte für ihre eigene berufliche Praxis fruchtbar zu machen. Der Nutzen des zweijährigen Studiums lag einmal auf der persönlichen Ebene, indem es die eigene Motivation im Beruf positiv beeinflusste. Auf der Ebene institutioneller Zusammenhänge bestand der Nutzen im Gewinn von Netzwerken und der Befähigung. Fortbildungen in Spiritual Care für den eigenen Arbeitsbereich zu organisieren. Schliesslich konnten Fertigkeiten ererbt werden, die die Möglichkeiten der Berufsausübung erweiterten.

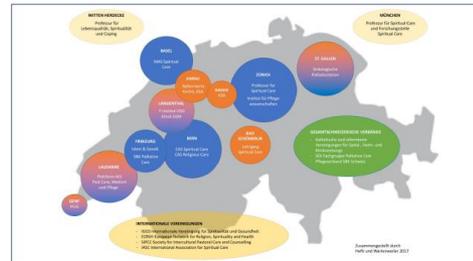


Abbildung. Spiritual Care Schweiz, v/o Research Institute for Spirituality and Health • Weissensteinstrasse 14 • CH-8000 Lungenmatt, Switzerland • Phone +41 (0)21 919 22 11 • info@rsh.ch

First Announcement

Schweizerische Tagung für Spiritual Care im Gesundheitswesen

Die Vielfalt von Spiritual Care Modellen und ihre praktische Umsetzung

Samstag, 23. März 2019
09.00 bis 17.00 Uhr

Zentrum für Forschung und Lehre
Universitätsspital Basel

Das Thema Spiritual Care hat in den letzten Jahren im Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung gewonnen. Grundsätzliche Diskussionen, Definitionsversuche, konzeptuelle Überlegungen, akademische Initiativen und neue Ausbildungsangebote prägten die junge Disziplin. Die dritte Schweizerische Tagung legt den Schwerpunkt nun auf die konkrete Umsetzung von Spiritual Care Modellen im klinischen und institutionellen Kontext.

Hauptreferenten

Prof. Dr. Simon Peng-Keller, Lehrstuhl für Spiritual Care an der Universität Zürich
Prof. Dr. Maya Zumstein-Shaha, Pflegewissenschaftlerin, Fachhochschule Bern
Dr. med. René Hefti, Forschungsinstitut FISG und Universitäten Bern / Basel
Prof. Dr. Eckhard Frick, Forschungsstelle Spiritual Care, TU München

Veranstalter

Arbeitskreis Spiritual Care Schweiz (ASCS)
Universität Basel, Medizinische Fakultät, Masterstudiengang für Spiritual Care
Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit (FISG), Kantonsspital Aarau (KSA)

In Kooperation mit weiteren Universitäten, Fachhochschulen, Kliniken und Berufsverbänden.



www.fisg.ch oder www.rish.ch



**Danke für Ihre Aufmerksamkeit !
Fragen und Diskussion**