



Inhalt AMCH 1/2014

See you in Manila – XXIV FIAMC WORLD CONGRESS	1
Editorial	2
Gemeinsame Herbsttagung AGEAS/VKAS, Quarten SG, 9./10. November 2013	
Hefti, R., Rademacher, St., Pfeifer, H.R., Gürber, R.: Spiritual Care – Modewort, Trend oder echte Notwendigkeit?	4
Frick, E.: Spiritual Care – Einführung und Überblick	6
Frick, E., Weber, S., Borasio, G.D.: SPIR – Halbstrukturiertes klinisches Interview zur Erhebung einer «spirituellen Anamnese»	7
Bonnemain, J.: Spiritual Care aus der Sicht eines Spitalseelsorgers	8
Hefti, R.: Spiritual Care in der Psychosomatik – Möglichkeiten und Grenzen	10
Eleganti, M.: Der barmherzige Samariter	14
Cöppicus Lichtsteiner, G.A.: Spiritualität und ihre Integration in die Psychotherapie	16
Schär, B.: Saline Solution – Authentisches Christsein im medizinischen Alltag	18
Bittmann, G.: 5-D-Coaching	19
Lingenhöle, J.: Theologie des Leibes nach Papst Johannes Paul II. für Arzt und Patient – Natürliche Familienplanung	20
Arber, W.: Betrachtung über die Beziehungen zwischen den Wissenschaften und religiösem Glauben	22
Gürber, R.: Bericht der Präsidentin für den Zeitraum vom 16. März 2013 bis 15. März 2014	28
Ryser, P.: Protokoll der Mitgliederversammlung 15. März 2014 in Uznach	30
a Marca, L.: Kurzer Jahresbericht 2013 Sezione svizzero-italiana medici cattolici	32
Letzte Seite	33



XXIV FIAMC WORLD CONGRESS

— See you
in
Manila —

OCTOBER 1-4 2014



Editorial

Zuerst ein Hinweis (siehe auch Seite 1) auf den FIAMC-Weltkongress in Manila, 1.–4. Oktober 2014. Thema:

The Catholic Doctor in an Era of Secularization and Technology

Info bei Dr. Ermanno Pavesi (Generalsekretär der FIAMC) [ermannopavesi.ch](mailto:ermannopavesi@pavesi.ch) und bei www.fiamc.org unter «Agenda», dann «Programme and activities» anklicken.

Die folgenden zehn Beiträge stammen von unserer gemeinsamen Tagung AGEAS/VKAS vom 9./10. November 2013 in Quarten, einer Tagung, die uns wegen des guten gegenseitigen Einverständnisses in bester Erinnerung bleibt. Die hochaktuelle Thematik «**Spiritual Care – Modewort, Trend oder echte Notwendigkeit**», behandelt von erfahrenen Referenten, hat natürlich wesentlich zum Gelingen der Tagung beigetragen. Aus dem Referat von Dr. René Hefti zitiere ich die Definition von «Spiritual Care»: «**Spiritual Care ist eine wissenschaftliche Disziplin an der Grenze zwischen Medizin, Theologie und Krankenhauseselsorge**». Im Vorfeld der Tagung hat das Thema dank der Organisatoren auch Eingang gefunden in die Schweizerischen Ärztezeitung SAEZ (2013;94:44, Seiten 1684–1685). Der betreffende Artikel von Hefti, Rademacher, Pfeifer und Gürber ist hier als erster Beitrag abgedruckt. Nach der Einführung in die Thematik durch Prof. Eckhard Frick SJ, Professor für Anthropologische Psychologie an der Hochschule für Philosophie und für Spiritual Care an der Universität München mit dem Hinweis auf die Erhebung einer «spirituellen Anamnese» referierte Msgr. Dr. med. et iur. can. Joseph Bonnemain über «Spiritual Care aus der Sicht eines Spitalseesorgers und hielt u.a. fest: Bei aller heute gepflegten Kommunikation zwischen den verschiedenen Fachkräften muss die seelsorgerliche Vertrautheit gewahrt werden als vertrauensfördernder Faktor. Dr. R. Hefti, Chefarzt der Klinik SGM, Langenthal und Dozent für Psychosoziale Medizin an der Universität Bern referierte über Möglichkeiten und Grenzen von Spiritual Care in der Psychosomatik. In seiner Predigt anlässlich unseres ökumenischen Gottesdienstes ging Weihbischof Dr. Marian Eleganti

vom Bild des Barmherzigen Samariters und des hl. Martin aus: Barmherzigkeit und Ritterlichkeit. Er zitierte auch die sel. Mutter Teresa von Calcutta: «Wir müssen lieben, bis es weh tut. Die Liebe muss lebendige Tat werden. Wie? Dadurch, dass man gibt, bis es schmerzt.» Gisela Ana Cöppicus Lichtsteiner, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, Zürich sprach über die Spiritualität und ihre Integration in die Psychotherapie. Das bevorzugte klinische Ziel sei es, geeignete Formen des Glaubens der Patienten zu fördern, z.B. die Glaubensstradition und -gemeinschaft zu nutzen. Dr. Beat Schär, Allgemeine Innere Medizin FMH, Winterthur, stellte das von der AGEAS regelmässig angebotene Seminar «Saline Solution», das sich mit Unterstützung der Paul Tournier Stiftung entwickelt hat, vor und referierte über «Authentisches Christsein im medizinischen Alltag». Dabei soll im Sinne einer **personenzentrierten Medizin** der Patient als ganze Person in den Mittelpunkt gestellt werden. Dr. Georg Bittmann, Allgemeinarzt mit OeAeK-Diplomen in Notfallmedizin, Akupunktur und Palliativmedizin, Wien, stellte das 5-D-Coaching vor, eine nach den fünf Dimensionen nach Hiob entwickelte multidimensionale Lebensberatung. Dr. Josef Lingenhöle, frei praktizierender Gynäkologe in Romanshorn, zusätzlich spezialisiert in **NaPro-Technologie** (Betreuen und Behandeln von sterilen Paaren auf der Basis der Natürlichen Empfängnisregelung, www.naprotechnology.com) sprach über die «Theologie des Leibes nach **Papst Johannes Paul II** für Arzt und Patient».

Es folgt die Abschrift des Referats von Prof. Dr. Werner Arber «Betrachtung über die Beziehungen zwischen den Wissenschaften und religiösem Glau-

ben» bei der Bischofssynode in Rom, 12. Oktober 2012. Es handelt sich um die zweite Abschrift, die erste Abschrift in AMCH 2/2013 war fehlerhaft, wofür wir uns in aller Form entschuldigen. Prof. Arber erhielt 1978 den Nobelpreis für Physiologie und Medizin (Entdeckung der Restriktionsenzyme). Er ist seit 1981 Mitglied der Päpstlichen Akademie der Wissenschaften und wurde im Januar 2011 von Papst Benedikt XVI zu deren Präsidenten ernannt. Der evangelisch-reformierte Christ ist seit der Gründung der Akademie vor über 400 Jahren der erste Präsident, der nicht der römisch-katholischen Kirche angehört. Nach seiner Überzeugung sind wissenschaftliche Erkenntnis und Glaube einander ergänzende Elemente unseres Orientierungswissens und sollten es auch bleiben. Wir danken der Nachrichtenagentur ZENIT für die Überlassung des Manuskripts.

Als weitere Beiträge folgen der Jahresbericht der Präsidentin, verlesen an der Mitgliederversammlung am 15. März 2014 in Uznach, der Jahresbericht der Sezione Svizzero-Italiana von Luca a Marca 2013 und das Protokoll der Mitgliederversammlung 2014.

Schliesslich, wie immer die «Letzte Seite» mit wichtigen Terminen.

Mit guten Wünschen

*Rahel Gürber
Präsidentin*

*Nikolaus Zwicky-Aeberhard
Past Präsident*



Spiritual Care – Modewort, Trend oder echte Notwendigkeit?

Die Beschäftigung mit den spirituellen Bedürfnissen der Patienten gehört nicht zum üblichen ärztlichen Aufgabengebiet. Doch dieser Aspekt kann nicht einfach auf die Klinikseelsorge abgeschoben werden. Patienten möchten mit ihrem Arzt auch über existentielle und religiöse Fragen sprechen können.

René Hefti^a,
Stefan Rademacher^b,
Hans-Rudolf Pfeifer^c,
Rahel Gürber^d

- a Chefarzt und Ärztlicher Leiter
Klinik SGM Langenthal;
Dozent für Psychosoziale
Medizin Universität Bern
- b Wissenschaftlicher
Mitarbeiter Forschungsinstitut für Spiritualität und
Gesundheit (www.fisg.ch)
- c Präsident Arbeitsgemeinschaft der evangelischen
Ärztinnen und Ärzte
der Schweiz
- d Präsidentin der Vereinigung
Katholischer Ärzte der
Schweiz

Die Schweizerische Ärztezeitung hat in den letzten Monaten mehrere Beiträge über «Medizin und Spiritualität» publiziert. Das Thema gewinnt in der Medizin an Bedeutung und wird kontrovers diskutiert. Soll die Ärztin oder der Arzt sich auch um die spirituellen Bedürfnisse der Patienten kümmern, oder ist das alleine Aufgabe der Seelsorge? Beeinflussen Religiosität und Spiritualität den Krankheits- und Heilungsverlauf und sind sie deshalb als Belastung oder Ressource in der medizinischen Behandlung zu berücksichtigen? Diesen Fragen wollen dieser Beitrag und eine gleichnamige Ärztetagung nachgehen.

Spiritual Care – ein neues Behandlungsmodell

Das Spiritual-Care-Konzept, das sich aus der Palliative Care heraus entwickelt hat, geht davon aus, dass Spiritualität eine relevante vierte Dimension im biopsychosozialen Modell darstellt [1, 2]. Das interdisziplinäre Behandlungsteam hat die Aufgabe, sich um den ganzen Patienten zu kümmern («total patient care») und damit auch die spirituellen Bedürfnisse und Nöte zu integrieren [3, 4]. Die Klinikseelsorge ist Teil des interdisziplinären Teams, unterstützt dieses, ist aber nicht alleine zuständig für die spirituellen und religiösen Belange der Patienten. Sie übernimmt vielmehr die Rolle des «religiösen Experten», der wie die anderen Fachdisziplinen gezielt ihre Kompetenzen einbringt. Die Ärzte sind im Rahmen des Spiritual-Care-Modells gefordert, auch hinsichtlich der Spiritualität eine aktive Rolle zu übernehmen. Dies gilt insbesondere für das Erheben einer kurzen spirituellen Anamnese [5]. Dabei geht es um die Klärung der Frage, ob eine religiöse oder spirituelle Orientierung für den Patienten in der aktuellen Krankheitssituation eine bedeutsame Rolle spielt. Wichtig sind ein patientenzentriertes Vorgehen und ein offener Spiritualitätsbegriff [3, 4].

Dieses Spiritual-Care-Modell entspricht nicht dem aktuellen Selbstverständnis von uns Ärztinnen und Ärzten. Vielmehr wurden wir gelehrt, Wissenschaft und Religion strikte zu trennen. Die Beschäftigung mit den spirituellen Bedürfnissen unserer Patienten gehört nicht zu unserem üblichen Leis-

tungskatalog. Vielmehr befürchten wir dabei eine Rollenkonfusion, den Verlust unserer professionellen ärztlichen Haltung und der damit verbundenen Neutralität. Zudem sind wir für spirituelle Belange nicht ausgebildet, obwohl wir für Patientinnen und Patienten in existentiellen Krankheitskrisen oft die ersten Ansprechpartner sind. Untersuchungen zeigen, dass Patientinnen und Patienten durchaus das Bedürfnis haben, mit ihren Ärztinnen und Ärzten existentielle und damit auch religiöse Fragen zu besprechen, da sie zu ihnen oft ein langjähriges Vertrauensverhältnis aufgebaut haben [6].

Einfluss von Religiosität und Spiritualität

An der Frage, ob Religiosität und Spiritualität auf Krankheits-, Bewältigungs- und Heilungsprozesse Einfluss haben, entscheidet sich ihre klinische Relevanz. Diese Frage wird im Rahmen der Religion und Health-Forschung in den USA (seit ca. 1980) und zunehmend auch in Europa empirisch untersucht. Hier einige Hinweise auf den aktuellen Kenntnisstand. Eine 2011 publizierte Metaanalyse [7] fasst 44 systematisch ausgewählte, prospektive Bevölkerungsstudien, welche den Zusammenhang zwischen Religiosität und Mortalität untersuchten, zusammen. Für die Bevölkerungsgruppen mit höherer Religiosität ergab sich eine Reduktion der Gesamtmortalität von 18% (HR = 0,82, 95% CI = 0,76–0,87), was einem beachtlichen protektiven oder salutogenen Effekt der Religiosität entspricht. Für die kardiovaskuläre Mortalität betrug die Risikoreduktion sogar 28% (HR = 0,72, 95% CI = 0,58–0,89). Interessanterweise profitierten die Frauen stärker als die Männer. Bei den Frauen betrug die Reduktion der Gesamtmortalität 30%, während sie bei den Männern bei 13% lag. Die Autoren erklären den günstigen Effekt der Religiosität auf die Mortalität durch besseres Gesundheitsverhalten, weniger Distress und gleichzeitig höhere Stressresistenz, mehr soziale Unterstützung, positive Emotionen und eine günstige Beeinflussung der autonomen Balance.

Ein weiterer wichtiger Aspekt von Religiosität und Spiritualität ist, wie eine Vielzahl von Studien zeigt [8], die Unterstützung in der Krankheitsbewäl-

Korrespondenz:
Dr. med. René Hefti
Klinik SGM Langenthal
Weissensteinstrasse 30
CH-4900 Langenthal
Tel. 062 919 22 11
Fax 062 919 22 00
rene.hefti[at]klinik-sgm.ch



Viele Patienten haben das Bedürfnis, mit ihrem Arzt auch über existenzielle und religiöse Fragen zu sprechen. Oft genügt es, wenn der Arzt, die Ärztin aufmerksam zuhört.

tigung. Man spricht von «religiösem oder spirituellem Coping» [9]. Religiosität und Spiritualität werden dabei als zusätzliche Ressourcen verstanden. Koenig untersuchte 337 Patienten [10], die auf die medizinische Abteilung des Duke University Hospitals aufgenommen werden mussten, und befragte sie hinsichtlich religiösem Coping. 67,4% der Patientinnen und Patienten berichteten, dass Religiosität für sie ein wichtiger Faktor in der Bewältigung der aktuellen Krankheitssituation ist. In einer weiteren Untersuchung an 991 Patienten fanden sich für diejenigen, die Religiosität oder Spiritualität als Coping einsetzen, eine geringere Depressionsrate und damit eine erfolgreichere Krankheitsbewältigung.

Umgekehrt können Religiosität und Spiritualität im Krankheitsprozess auch zusätzliche Belastungs- und Risikofaktoren darstellen. Eine prospektive Untersuchung an 596 medizinischen Patienten ergab für «Religious Struggles» eine Zunahme des Mortalitätsrisikos von 6–28%, je nach Ausprägung und Art des religiösen Konfliktes [11]. Besonders ungünstig war, sich von Gott verlassen zu fühlen, an Gottes Liebe zu zweifeln oder die Krankheit dem Teufel zu attribuieren. Folgerichtig hat Stefanie Monod am CHUV in Lausanne ein «Spiritual Distress Assessment Tool» entwickelt [12], um solche Risikokonstellationen bei den Patienten zu erkennen und in den

Tagung «Spiritual Care – Modewort, Trend oder echte Notwendigkeit?»

Vom 9.–10. November 2013 findet in Quarten die gemeinsame Tagung der Arbeitsgemeinschaft Evangelischer Ärztinnen und Ärzte der Schweiz (AGEAS) und der Vereinigung Katholischer Ärzte der Schweiz (VKAS) statt. Informationen und Anmeldung finden sich unter www.ageas.ch oder www.medcath.ch

Behandlungsprozess einzubeziehen. Religiöse Zweifel oder Konflikte werden die Patienten dem Arzt selten spontan berichten, dazu braucht es ein gezieltes Nachfragen im Rahmen einer spirituellen Anamnese oder eines systematischen Assessments.

Lehrstuhl für Spiritual Care?

Um diesen Erkenntnissen Rechnung zu tragen, wurde an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität in München ein Lehrstuhl für Spiritual Care eingerichtet. Lehrstuhlinhaber sind Prof. Dr. med. Eckhard Frick und Prof. Dr. theol. Niels Hvidt, womit die medizinische wie auch die theologische Seite der Thematik abgedeckt ist. Ziel des Lehrstuhles ist es, Forschung im Bereich von Spiritual Care zu fördern und bereits die Medizinstudenten für diese Thematik zu sensibilisieren. Auch in Zürich wird nun auf Initiative der Kirchen ein solcher Lehrstuhl diskutiert

Der Beitrag wollte aufzeigen, dass die Diskussion über «Spiritual Care» in der Medizin relevant, aber noch lange nicht abgeschlossen ist. Es handelt sich mit Bestimmtheit um mehr als eine bloss Modeerscheinung oder einen aktuellen Trend. Dies zeigt auch die Zunahme der Beiträge zum Thema. Eine Ärztagung in Quarten am 9./10. November 2013, an der Professor Frick als Hauptreferent teilnimmt, bietet Gelegenheit, sich mit der Thematik weiter auseinanderzusetzen.

Literatur

- 1 Hefti R. Spiritualität – die vierte Dimension oder der vergessene Faktor im biopsychosozialen Modell. *Primary Care*. 2010;(10):259–60.
- 2 Sulmasy DP. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *Gerontologist*. 2002;42(3):24–33.
- 3 Frick E. Spiritual Care: ein neues Fachgebiet der Medizin. *Z Med Ethik*. 2009; 55(2):145–5.
- 4 Koenig HA. Spiritualität in den Gesundheitsberufen. Ein praxisorientierter Leitfaden. Stuttgart: Kohlhammer; 2012.
- 5 Puchalski CM, Romer AL. Taking a Spiritual History Allows Clinicians to Understand Patients More Fully. *Journal of Palliative Medicine*. 2000(3):129–37.
- 6 Daaleman TP, Nease DE. Patient attitudes regarding physician inquiry into spiritual and religious issues. *Journal of Family Practice*. 1994;(39):564–8.
- 7 Chida Y, Steptow A, Powell LH. Religiosity/spirituality and mortality. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2009;(78):81–90.
- 8 Koenig HG, King DE, Carson VB. *Handbook of religion and health*, second edition. New York: Oxford University Press; 2012.
- 9 Pargament K. *The psychology of religion and coping: Theory, research, and practice*. New York: Guilford Press; 1997.
- 10 Koenig HG. Religious beliefs and practices of hospitalized medically ill older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1998;(13):213–24.
- 11 Pargament, KJ., Koenig HG, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients. *Archives of Internal Medicine*. 2001;(161):1881–5.
- 12 Monod SM, Rochat E, Bula CJ, Jobin G, Martin E, Spencer B. The Spiritual Distress Assessment Tool: An instrument to assess spiritual distress in hospitalised elderly; 2010.

Spiritual Care – Einführung und Überblick Modewort, Trend oder echte Notwendigkeit

Prof. Dr. med. Eckhard Frick SJ

*Frick E. (2012) Wie arbeitet Spiritual Care? Zwölf Thesen für den aktuellen interdisziplinären Diskurs.
Spiritual Care 1:68–73*

Die Begriffsgeschichte von Spiritual Care zeigt die Entwicklung vom Synonym für Seelsorge über den metaphorischen Sprachgebrauch zur interdisziplinären und transdisziplinären Querschnittsaufgabe.

Spiritual Care ist die gemeinsame Sorge aller Gesundheitsberufe für die spirituellen Bedürfnisse und Wünsche kranker Menschen.

Spitalseelsorge muss in juridischer, systematischer und therapeutischer Hinsicht mit Spiritual Care vernetzt werden. Spitalseelsorge braucht Eigenständigkeit gegenüber dem medizinischen System. Spitalseelsorge allein ist ein zu enges Gefäss für Spiritual Care – es braucht ein Miteinander von Basiskompetenz und Spezialkompetenzen.

Spiritual Care gehört zu den medizinischen Humanities – dem Wesen Mensch eigenen Qualitäten – die sich aus der Wesensbestimmung des Menschen ableiten und nicht aus empirischen Daten. Spiritual Care lebt aus der Spannung zwischen Individuum (spiritual empowerment) und Gemeinschaft (Implementierung und systematische Verankerung).

Spiritual Care – Modewort, Trend oder echte Notwendigkeit

Vorklassisch bestand eine Durchdringung von Gesundheit und Religion; diese erfuhr eine Trennung durch Hippokrates, der die Medizin auf eine rationale Basis stellte.

Neu:

Gesundheit ⇔	–⇔ Religion
	Spiritualität
Gesundheit ⇔	⇔ Religion

Im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts war New Age die gebräuchliche Bezeichnung für das Esoterische im Bereiche der Hippie-Bewegung. Es war der Sammelbegriff für Religion im Abendland, die sich aus dem kirchlichen Rahmen gelöst hat, eine Bewegung, die in eine Sakralisation des Selbst mündete; spirituelles Wandern. Die Laienspiritualität in der katholischen Kirche ist uns bekannt in der Bewegung «Comunione e Liberazione», z.B. im Kanton Tessin und in der ökumenisch ausgerichteten Fokolar-Bewegung.

Die Spiritual Care-Bewegung (Spiritual turn) hat die Gesundheitsberufe erreicht und zeigt seine Auswirkungen innerhalb des medizinisch-pflegerischen Systems. Verschiedene Diskurse und damit verschiedene Systeme stossen zusammen, deren Begegnung systemisch zu verstehen ist. Auch der Streit um die Deutungshoheit wird so verständlich. Innertheologisch verarbeiten wir noch die nachkonziliare anthropologische Weitung des Spiritualitätsbegriffs.

Als Hintergrund für Spiritual Care eignet sich die philosophische Anthropologie besser als medizinische, theologische, psychologische oder soziologische Theorien. Die logische Analyse klärt auf, wie das Binom Spiritual – Care zustande kommt. Spiritual Care löst Spannungen aus: Individuum vs. Gemeinschaft, Toleranz vs. Mission, Spezifität vs. Universalisierung und Konflikte professioneller Interessenten.

Die theologische und die medizinische Kritik helfen, Spiritual Care weiter zu entwickeln und Gefässe zu finden, die kranken Menschen helfen und denen, die ihnen dienen. Der erste Schritt der Bemühungen des Arztes ist die spirituelle Anamnese, als SPIR – Halbstrukturiertes klinisches Interview zur Erhebung einer spirituellen Anamnese:

SPIR – Halbstrukturiertes klinisches Interview zur Erhebung einer “spirituellen Anamnese”

Das Akronym **SPIR** dient dazu, sich die vier Schritte bei der Erfassung spiritueller Bedürfnisse und Ressourcen zu vergegenwärtigen:

<p>Spirituelle und Glaubens-Überzeugungen Platz und Einfluss, den diese Überzeugungen im Leben des Patienten einnehmen Integration in eine spirituelle, religiöse, kirchliche Gemeinschaft / Gruppe Rolle des Arztes: Wie soll der Arzt mit spirituellen Erwartungen und Problemen des Patienten umgehen?</p>

Die folgenden Standardfragen sollen im Verlauf des Gesprächs dem Sprachgebrauch des Patienten angepasst werden. Zur Vermeidung von Missverständnissen sollte herausgefunden werden, ob dem Patienten Begriffe wie “spirituell” oder “religiös” bekannt sind und wie er sie verwendet. Ähnliches gilt für Kirche / Gemeinschaft / Gemeinde / Gruppe usw., je nachdem, wie der Patient über seine diesbezüglichen Bindungen zu sprechen in der Lage ist.

S • Würden Sie sich im weitesten Sinne als gläubigen (religiösen/spirituellen) Menschen betrachten?
• In wen oder in was setzen Sie Ihre Hoffnung?
Woraus schöpfen Sie Kraft?
Gibt es etwas, das Ihrem Leben einen Sinn verleiht? Welche Glaubensüberzeugungen sind für Sie wichtig?

P • Sind die Überzeugungen, von denen Sie gesprochen haben, wichtig für Ihr Leben und für Ihre gegenwärtige Situation?
• Welchen Einfluss haben sie darauf, wie Sie mit sich selber umgehen und in welchem Maß Sie auf Ihre Gesundheit achten?
Wie haben Ihre spirituellen und Glaubens-Überzeugungen Ihr Verhalten während dieser Erkrankung bestimmt?
Welche Rolle spielen Ihre Überzeugungen dabei, dass Sie wieder gesund werden?

I • Gehören Sie zu einer spirituellen oder religiösen Gemeinschaft (Gemeinde, Kirche, spirituelle Gruppe)?
• Bedeutet dies eine Unterstützung für Sie? Inwiefern?
Gibt es eine Person oder Gruppe von Leuten, die Ihnen wirklich viel bedeuten und die wichtig für Sie sind?

R • Wie soll ich als Ihr Arzt / Seelsorger / Krankenschwester usw. mit diesen Fragen umgehen?
• Wer ist Ihr wichtigster Gesprächspartner in Bezug auf spirituelle und Glaubens-Überzeugungen?
Welche Rolle sollen diese Überzeugungen in der ärztlichen Behandlung spielen?
Spirituelle und Glaubens-Fragen sind für Krank- und Gesundsein ein wichtiger Bereich. Haben Sie den Eindruck, dass wir über Ihre Überzeugungen so gesprochen haben, wie Sie es sich wünschen?
Möchten Sie etwas hinzufügen?

© E. Frick, S. Weber und G.D. Borasio 2002
Xerokopien mit Quellenangabe erwünscht. Keine elektronische Publikation ohne Zustimmung der Autoren.

Spiritual Care aus der Sicht eines Spitalseelsorgers

Msgr. Dr. med., Dr. iur. can. Joseph Bonnemain

*zusammengestellt von Nikolaus Zwicky-Aeberhard
unter Zuhilfenahme der Powerpoint-Präsentation des Referenten*

Joseph Bonnemain, Spitalseelsorger seit 1985 im Spital Limmattal, berichtet anhand eindrücklicher Fallbeispiele über seine reichen Erfahrungen. Er hebt die Bedeutung der Identität hervor als Basis für die Glaubwürdigkeit. Bei aller heute gepflegten Kommunikation zwischen den verschiedenen Fachkräften muss die seelsorgerliche Vertraulichkeit gewahrt werden als vertrauensfördernder Faktor.

Das Referat ist in sieben Abschnitte gegliedert:

1. Ambivalente Entwicklung der Spitalseelsorge: positive Faktoren und Identitätsverlust.

Als positive Faktoren werden u.a. genannt: ökumenische Ausrichtung, Palliative Care, Interdisziplinarität, Kommunikation, Information der Patienten, Datenschutz, ganzheitliche Begleitung, Integration.

Ein Identitätsverlust droht u.a. durch esoterische Tendenzen, Verlust des spezifischen Charakters der Seelsorge, Nivellierung der Konfessionen, Minderung der prophetischen Ausstrahlung, Ersetzbarkeit durch Psychologen, Sozialarbeiter, Psychotherapeuten.

2. Christentum als inkarnierte Spiritualität gegenüber seelischer «Undefiniertheit»

Es geht um den ganzen Menschen: Diakonische Seelsorge. Dienst am Menschen, damit Gott zu den Menschen gelangen kann und die Menschen zu Gott.

Bei seiner Begegnung mit behinderten und kranken Kindern sagte Papst Franziskus am 4. Oktober 2013 in Assisi: «Der Christ betet Jesus an, der Christ sucht Jesus, der Christ weiss die Wunden Jesu zu erkennen. Und heute müssen wir alle hier sagen: «Man muss auf diese Wunden hören!»

Aber da ist noch etwas anderes, das uns Hoffnung gibt. Jesus ist gegenwärtig in der Eucharistie, hier ist das Fleisch Jesu, die Wunden Jesu sind in diesen

Menschen. Die Wunden Jesu sind hier, und sie sind im Himmel beim Vater. Wir heilen die Wunden Jesu hier, und Er zeigt uns vom Himmel aus seine Wunden und sagt zu uns allen: «Ich warte auf Dich.» So sei es.»

3. Die drei Ebenen der Präsenz der Christen in der Welt

Diese drei Ebenen werden folgendermassen charakterisiert:

- Die Insider-Ebene: Aktive Teilnahme an den Gottesdiensten, Identifizierung mit der eigenen Kirche, Sakramenten-Empfang, Rituale...
- Verbreitung der Frohbotschaft Christi; nicht durch Proselytismus, sondern durch die Anziehung des Zeugnisses
- Die persönlich-menschliche Beziehung: Mensch bei den Menschen. Experten in Menschlichkeit

4. Identität versus Integration: ein Balanceakt. Ein nötiges Spannungsverhältnis

Die Seelsorgenden sind Vermittler. Der Seelsorger geht davon aus, dass die Patienten letztlich nicht ihn persönlich suchen. Bewusst oder halb bewusst oder unbewusst sucht man bei den Seelsorgenden etwas mehr als eine rein menschliche Unterstützung. Der Seelsorgende bleibt ein Vermittlungswerkzeug zwischen den Kranken und Gott.

Seine Funktion ist rein instrumental. Er kann dabei aber denken und lieben. Als Vermittler ist er an die Schweigepflicht gebunden. Er hat nicht die Herrschaft über die vermittelte Information. Nur die Person, die sich durch den Seelsorgenden Gott anvertraut, und Gott als Empfänger der Information kann über die weitere Verwendung derselben entscheiden.

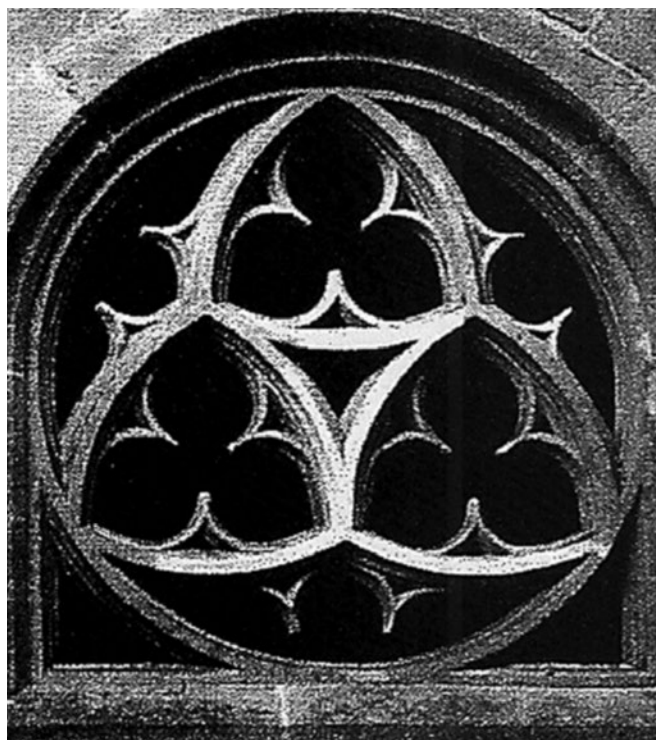
Zitat: «Dass ich geschwiegen habe, habe ich nie bereut. Dass ich zu viel gesagt habe, habe ich schon gelegentlich bereut.»

**5. Die «Professionalität» der Spitalseelsorgenden:
Ihr Urfachwissen besteht darin, Erfahrene Gottes
zu sein. Vermittler der Zusage Gottes durch
Christus zu den Menschen**

Woraus besteht die Professionalität der Seelsorgenden? Riskieren wir, Gefangene der Professionalität zu sein? Wo liegt letztlich unsere Fachkompetenz, das Spezifikum der christlichen Seelsorge? «Wir sind also Gesandte an Christi statt (2 Kor 5,20)».

**6. Das Spital als Vorhof des Glaubens:
Offenheit zu allen und Corporate Identity**

Zum Dialog der Religionen muss heute vor allem auch das Gespräch mit denen hinzutreten, denen die Religionen fremd sind, denen Gott unbekannt ist und die doch nicht einfach ohne Gott bleiben, ihn wenig-



tens als Unbekannten dennoch anrühren möchten (Benedikt XVI, 2009). Die Patienten dürfen erleben können, dass wir nicht als Einzelgänger und Einzelkämpfer zu ihnen kommen: Wir vertreten eine Glaubensgemeinschaft, die auch da ist für die Kranken, die sich mit ihnen solidarisch zeigt, die sie trägt und unterstützen möchte.

7. Die Zukunft der Spitalseelsorge im 3. Jahrtausend
Die Spitalseelsorgenden sollten für die ihnen anvertrauten Menschen irgendwie «Mose auf dem Berg des Gebetes» sein.

Die Spitalseelsorge des 3. Jahrtausends wird eine mystische oder keine mehr sein.

Patientenbeispiele

- Alle rechtlichen Vorkehrungen waren bei einem Patienten für den assistierten Suizid getroffen, der Tag war bestimmt, der Transport organisiert. «Ich hoffe, dass Gott mir nachher trotzdem verzeihen wird» meinte er. Am Abend vor dem Tag X ist Joseph Bonnemain beim Patienten, die Entscheidung steht fest. Für den Spitalseelsorger folgt eine Gebetsnacht, am nächsten Morgen sagt der Patient den assistierten Suizid ab.
- Eine Patientin lehnt eine Chemotherapie ab, zu der die Ärzte dringend geraten haben. Vor Jahren hatten ihr Ärzte zu einer Abtreibung geraten, da sie ein Kind mit Trisomie 21 erwartete. Sie hatte zugestimmt, bereute aber den Eingriff immer. Sie war jetzt nicht mehr bereit, eine Massnahme vorzunehmen (die Chemotherapie), welche von Ärzten empfohlen wurde, die ja wiederum eine falsche Entscheidung treffen könnten. Sie hatte nun Gelegenheit, mit dem Spitalseelsorger zu sprechen, beichtete und stimmte dann der Chemotherapie zu.

Spiritual Care in der Psychosomatik – Möglichkeiten und Grenzen

Dr. med. René Hefti, Chefarzt Klinik SGM Langenthal

*Chefarzt und Ärztlicher Leiter Klinik SGM Langenthal
Leiter des Forschungsinstitutes für Spiritualität und Gesundheit FISG
Dozent für Psychosoziale Medizin an der Universität Bern*

Einleitung

Spiritual Care wird als ganzheitliches Behandlungskonzept auch ausserhalb der Palliativmedizin diskutiert, so z.B. in der psychosozialen Medizin. Das biopsychosoziale Modell bildet eine ideale Grundlage dazu (Hefti 2010, 2013). Letztlich geht es dabei um die spirituellen Bedürfnisse und Ressourcen kranker Menschen. Diese sind in allen Bereichen der Medizin, so auch in der Hausarztmedizin relevant (Hefti, Rademacher, Pfeifer & Gürber 2013).

Die Klinik SGM (Stiftung für ganzheitliche Medizin) Langenthal praktiziert seit ihrer Eröffnung 1987 ein interdisziplinäres Spiritual Care Modell. Bei allen Patientinnen und Patienten wird mindestens eine kurze spirituelle Anamnese erhoben. Religiöse Haltungen, Bedürfnisse, Wünsche und Nöte werden in Absprache mit dem Patienten in ein ganzheitliches Behandlungskonzept integriert.

Welche Chancen und Möglichkeiten, aber auch Schwierigkeiten und Grenzen sich aus einem interdisziplinären Spiritual Care Modell ergeben wurde an praktischen Beispielen aufgezeigt. Es stellt sich die Frage nach den Grundkompetenzen, welche von Fachpersonen im Gesundheitswesen gefordert werden um ein Spiritual Care Modell zu praktizieren. Sind diese lern- und lehrbar?

Definition von Spiritual Care (Wikipedia 29.5.2013):
Spiritual Care ist eine wissenschaftliche Disziplin an der Grenze zwischen Medizin, Theologie und Krankenhausseelsorge.

Gemäss der WHO-Definition «Palliative Care» gehört die «Vorbeugung und Linderung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art» zu einer ganzheitlichen Betreuung schwerstkranker Patienten. Deshalb gehört die Forschung und theoretische Reflexion über Spiritualität

in den medizinischen Kontext und in die medizinische Ausbildung. Über den traditionell christlichen Kontext der Krankenseelsorge hinaus bemüht sich Spiritual Care, Spiritualität und Religiosität auch als Bedürfnis kirchenferner, bzw. nicht-christlicher Patienten wahrzunehmen. International gibt es auf dem Gebiete von Spiritual Care vor allem im jüdischen Kontext zahlreiche Forschungsprospekte sowie Ausbildungsverbände, die Mitarbeiter in Spiritual Care unterrichten. So etwa die National Association of Jewish Chaplains (NAJC) in den USA, welche die Zeitschrift «Jewish Spiritual Care» publiziert.

Spirituelle Bedürfnisse

Die spirituellen Bedürfnisse kranker Menschen lassen sich in vier Hauptgruppen zusammenfassen: 1. das Bedürfnis nach Transzendenz und Religion; 2. das Bedürfnis nach Sinn und Bedeutung, 3. das Bedürfnis nach Verbundenheit und Kommunikation und 4. das Bedürfnis nach innerem Frieden. Spezifische Bedürfnisse sind: jemand aus der Gemeinde kümmert sich um mich oder betet mit mir, über das Leben nach dem Tode oder über den Sinn des Lebens sprechen können, sich an eine höhere Präsenz wenden, ungelöste Dinge im Leben klären, Gewissheit erfahren, dass das Leben sinn- und wertvoll ist, über Sorgen und Ängste sprechen, heil sein trotz Krankheit und vieles mehr.

Eine Studie untersuchte, mit wem Schmerzpatienten über ihre spirituellen Bedürfnisse sprechen möchten (Büssing 2009). 23% geben an, mit dem Pfarrer oder Seelsorger über Spiritualität/Religiosität (SpR) sprechen zu wollen. 20% hatten keine Ansprechperson. 37% hingegen wählten ihren Arzt als Gesprächspartner für spirituelle und religiöse Fragen. Dieses Ergebnis muss uns nachdenklich machen und lässt sich auch dadurch erklären, dass viele Patienten keinen Bezug mehr haben zu kirchlichen und religiösen Traditionen.

Ein Patientenbeispiel

Eine 53-jährige Patientin leidet an einem Post-Poliomyelitis-Syndrom mit Beinschwäche und chronischen Schmerzen. Schon während ihrer Kindheit musste sie sich mehrerer Operationen unterziehen. Im weiteren Verlauf entwickelte sich eine OSG-Arthrose sowie eine Gonarthrose mit zunehmendem Kraftverlust im rechten Bein. Weitere Spätfolgen waren eine Diskopathie sowie eine Spondylose.

Klar ist, dass bei einer solchen Patientin ein multimodaler Behandlungsansatz dringend indiziert ist: Orale Schmerztherapie, paravertebrale Infiltrationen, Physiotherapie, Kräftigung sowie supportive Psychotherapie. Da die Patientin klar signalisierte, dass ihr der Glaube auch im Krankheitskontext wichtig war, wurden auch seelsorgerliche Aspekte in die Behandlung einbezogen.



Zentral war die Förderung der Schmerzbewältigung:

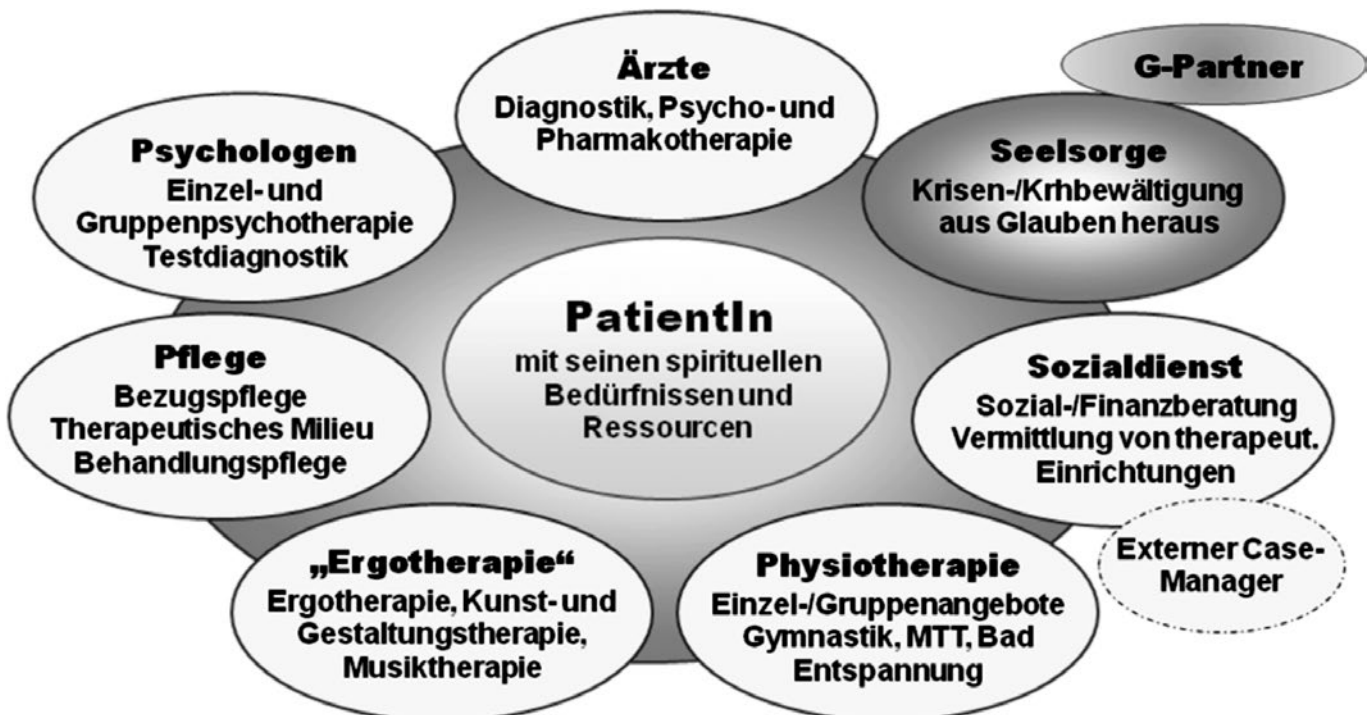
1. Schmerz aushalten und annehmen und gleichzeitig das Ringen um den Halt in der Gottesbeziehung, Gebet, Jesus als «Schmerzmodell».
2. Gefühle ausdrücken. Auch ihr Unverständnis, ihre Wut und Aggression Gott gegenüber. Daraus entwickelte sich ein offenes Zwiegespräch mit Gott
3. Sich in den Schmerz (und in die Depression) hineinfallen lassen im Vertrauen dass Gott trägt und durchträgt, Kontrolle auf-/abgeben

4. Transformation des Schmerzes, führt zur Entspannung und Schmerzlinderung.

Studien zeigen, dass bei Patienten die Gebet als Bewältigungsstrategie einsetzen die Schmerzintensität im zeitlichen Verlauf abnimmt (*Turner & Clancy 1986*).

Interdisziplinäres Spiritual Care Modell

Wie sieht nun eine solches interdisziplinäres Spiritual Care Modell in der Praxis aus? Die nachfolgende Grafik vermittelt dazu eine Übersicht:



Der Patient mit seiner Problematik und seinen spirituellen Bedürfnissen, Nöten und Ressourcen steht dabei im Zentrum. Die verschiedenen Fachdisziplinen wie Ärzte, Psychologen, Pflege, Ergo- und Gestalttherapie, Physiotherapie, Sozialdienst und Seelsorge gruppieren sich um den Patienten. Die spirituellen Bedürfnisse, Nöte und Ressourcen werden vom gesamten interdisziplinären Team wahrgenommen und mitgetragen. Der Seelsorger übernimmt dabei eine Expertenfunktion. Seelsorgerliche «Interventionen» werden abgesprochen und koordiniert.

Mögliche Konfliktfelder ergeben sich aus folgenden Fragen:

- Wer führt die Therapie und entscheidet letztlich, was gemacht wird?
- Wer ist «zuständig» für die spirituelle Anamnese?
- Wie werden Rel/Spir gegenüber anderen Problemkreisen gewichtet?
- Wie viel Zeit darf eine Fachperson in Spiritual Care investieren?
- Wer darf wie mit dem Patienten beten? Was ist dabei zu bedenken?

Dabei stellt sich auch die Frage nach spezifischen Kompetenzen für Spiritual Care und wie jemand diese erwerben kann. Dazu gehört auch ein überkonfessionelles und interreligiöses Know How. Ein hilfreicher Leitfaden ist das im Kohlhammer Verlag erschienene Buch «Spiritualität in den Gesundheitsberufen» (Koenig 2012).

Spiritual Care – ein Fazit

Spiritual Care ist ein integratives und interdisziplinäres Behandlungsmodell, das einen ganzheitlichen Ansatz in der Medizin fördert und neu etabliert. Der professionellen Seelsorge kommt dabei die Rolle des Spiritual Care Spezialisten zu.

Spiritual Care fordert die Fachdisziplinen heraus, sich mit der spirituellen Dimension des Patienten auseinanderzusetzen und daran mitzutragen. Der Spiritualitätsbegriff muss dabei weit gefasst werden, um den vielfältigen spirituellen Bedürfnissen und konfessionellen Ausprägungen der Patienten «gerecht» zu werden. Eine patientenzentrierte Haltung ist dabei entscheidend.

Literaturverzeichnis

Büssing Arndt. Mit wem sprechen Schmerzpatienten über Spiritualität. Pain Medicine, 2009.

Hefti René. Spiritualität – die vierte Dimension oder der vergessene Faktor im biopsychosozialen Modell. Primary Care 10, 2010, 259–260.

Hefti René. The Extended Biopsychosocial Model: a whole person approach to psychosomatic medicine. Psyche & Geloof 24, 2013, 119–130.

Hefti René, Rademacher Stefan, Pfeifer Hans-Rudolf & Gürber Rahel. Spiritual Care – Modewort, Trend oder echte Notwendigkeit. SAeZ, 94, 2013, 44–45.

Koenig HG, King DE, Carson VB. Handbook of religion and health, second edition. New York: Oxford University Press 2012.

Koenig HG. Spiritualität in den Gesundheitsberufen – ein praxisorientierter Leitfaden, Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2012

Turner JA & Clancy S. Strategies to coping with chronic low back pain: relationships to pain and disability. Pain 24, 1986, 355–364.

Der barmherzige Samariter

Predigt von Weihbischof Marian Eleganti

*anlässlich der Tagung Spiritual Care von VKAS/AGEAS
9./10. November 2013 im Tageszentrum Schönstatt, Quarten*

Psychologische Begriffe wie «emotionale Intelligenz», «Interaktion», «Konfliktmanagement», «Frustrationstoleranz», «Psychohygiene» etc. – die Liste liesse sich beliebig erweitern – stehen heute weitgehend an Stelle der traditionellen, religiös gefärbten Begriffe wie «Liebe», «Barmherzigkeit»; «Mitleid»; «Demut und Sanftmut».

Heute muss die «Chemie» zwischen zwei Menschen stimmen, nicht die «Gesinnung». Zwischenmenschlichkeit als ein Gemisch günstiger oder ungünstiger biologischer Voraussetzungen.

Durchsetzungskraft des Hohen und Edlen braucht Ritterlichkeit. Bild des Barmherzigen Samariters und des hl. Martin. Bilder der Ritterlichkeit, die gerade darin bestehen, sich dem Schwachen zuzuneigen und es zu bergen (Mantel) und zu trösten (Wein in die Wunden). Kampf Wahrheit-Interesse/Würde-Zweck (Instrumentalisierung)

Nobelpreisträger. Entdecker der DNS James Watson. Weltwoche-Interview 7. Juni 2001

«Wer von Frauen verlangt, ein geistig behindertes Spastikerkind mit fürchterlichen Verkrampfungen zu lieben, verlangt etwas Anormales von ihnen. Niemand kann einer Frau vorschreiben, etwas zu lieben, das sie nicht liebt...»

Die Evolution hat uns nicht dazu gemacht, ein Baby zu lieben, das einen nicht einmal anblicken kann. Wir sind dazu gemacht, uns um Menschen zu kümmern, die eine Chance haben... Natürlich kann man ein stark missgebildetes Kind aufziehen und versuchen, es als menschliches Wesen zu sehen, weil manche Leute alle Formen des Lebens für erhaltenswert halten. Aber der Versuch bleibt zwanghaft und wird zur Qual.»

Trotzdem kümmert er sich väterlich um seinen geistig behinderten Sohn und tritt dafür ein, dass man kranken Kindern das Leben zu angenehm wie möglich machen soll, nur glaubt er, man sollte sie besser nicht auf die Welt bringen.

Hildegard von Bingen

In einer Vision: die in Unordnung geratenen Elemente über den Menschen: «Alles, was sie tun richten sie auf ihre Begehrlichkeit aus.»

Die *Herzenshärte* spricht bei ihr: «Ich will mich für niemanden stärker einsetzen, als auch er mir nützlich sein kann.»

Aus der Schar der Seligen kommt die Antwort der *Barmherzigkeit*: «O du versteinertes Wesen... Mit liebendem Auge berücksichtige ich alle Lebensnöte und fühle mich allem verbunden. Den Gebrochenen helfe ich auf und führe sie zur Gesundheit. Eine Salbe bin ich für jeden Schmerz.»

Karl Leisner

15-jährig. Tagebuch: Keine Prahlerei... Mehr Hilfsbereitschaft. Entschlossenheit in allem. Liebe zu jedem menschlichen Wesen. Zum Teufel mit dem gefräßigen Egoismus. Mutig handeln. Fort mit allem Schein, aller Leere. Kein EGO-Kult mehr.

Kyrilla Spiecker OSB, Herstelle.

Leitmotive («Engramme») aus ihrer Jugendzeit. «Jede Art der Lüge hassen; um jeden Preis für die Wahrheit eintreten; zuerst immer an den anderen denken; immer zum Verzeihen und Teilen bereit sein; nie kneifen, um einer Belastung, einem Zeitverlust, einer Herausforderung auszuweichen; Höflichkeitsformen mit Substanz füllen; absolut zuverlässig sein; immer hilfsbereit sein; niemanden warten lassen; keinen Menschen verachten.»

Antoine de Saint-Exupéry

«Nicht das Leben ist schwer, sondern die Liebe. Die Liebe, die sich in ihrem vollen Umfang betätigt, diese Religion der Errettung – ich meine die wahrhaft christliche Liebe, nicht jene leichtfertige Sympathie, die brave Herzenszärtlichkeit oder die angeborene Menschlichkeit, nein, das wirklich bis ins Blut hinein Sichselbstvergessen – die reine Selbsthingabe im Geiste, mit der man im Feinde so lange nach dem Freunde sucht, bis er dazu wird. Diese schwere Liebe – das ist die tapfere, die wahre Liebe.»

Mutter Teresa:

«Die Werke der Liebe, die unsere Liebe zum Ausdruck bringen, sind ein Weg zum Frieden. Und wo beginnt

diese Liebe? In unserem Herzen! Wir müssen uns bewusst sein, dass wir für etwas Grosses in der Welt geschaffen sind, nicht dafür, eine Nummer in der Welt zu sein... Wir sind geschaffen, um zu lieben und geliebt zu werden. Wir müssen lieben, bis es weh tut. Die Liebe muss lebendige Tat werden? Wie? Dadurch, dass man gibt, bis es schmerzt.»

Juliana von Norwich

«Und dann sah ich: Jede Art Mitleid, die der Mensch mit seinen Mitchristen aus Liebe hat, ist Christus, der in ihm wohnt.»

«Mach mich zu einer Salbe für jeden Schmerz»



Spiritualität und ihre Integration in die Psychotherapie

Gisela Ana Cöppicus Lichtsteiner

*Fachpsychologin für Psychotherapie FSP
Fröbelstrasse 27 · 8032 Zürich*

Die Suche des Menschen nach Lebenssinn ganz allgemein, wie auch seine existentiellen Fragen in Grenzsituationen, waren und sind immer auch Themen in der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis. Es hängt von unserer Persönlichkeit, unserem Weltbild und Menschenbild und von unserer Ausbildung ab, wie wir darauf antworten und ob wir darauf professionell umgehen können. Die diesbezügliche deutschsprachige akademische Forschung steht erst am Anfang und hat noch wenige Antworten auf die Herausforderungen, die sich mir/uns PraktikerInnen stellen.

Wir wissen heute, wie schwierig sich die therapeutische Bearbeitung von destruktiven Selbst-Anteilen, den sogenannten Täterintrojekten* oder «inneren Feinden» gestaltet. Und es ist meine Beobachtung, dass sich in dieser heiklen Situation religiös-spirituelle Erfahrungen auf der Ebene der Imagination hilfreich und erlösend auswirken. Noch weitgehend ungeschult für diese Zusammenhänge werden wir aber in der Praxis bereits vielseitig konfrontiert: Es gilt, Unsicherheit und Ratlosigkeit auszuhalten; Kreativität und Mut zu beweisen; Sensibilität und Offenheit zu zeigen; Grenzen zu beachten; nach kollegialem Austausch und Weiterbildung zu streben.

Die TeilnehmerInnen des Workshops von Frau Cöppicus erhielten von ihr als Diskussionsgrundlage folgenden Text der APA (American Psychological Association) für den Umgang mit religiösen und spirituellen Bedürfnissen im Rahmen der Psychiatrie (aus Aten J.D., MM.Leach (Ed.), 2009. Spirituality and the Therapeutic Process. Washington APA., S.46f.) zusammengefasst und übersetzt von G.A. Cöppicus. Religion/Spiritualität stellen wichtige Aspekte im Leben vieler KlientInnen dar. PsychologInnen sollten

entsprechende Indikatoren bzw. Anzeichen beachten und den KlientInnen vermitteln, dass es angemessen ist, diese Interessen auszudrücken.

Der religiös/spirituelle Hintergrund des Klienten ist zu respektieren. PsychologInnen sollten versuchen sich an die religiöse oder spirituelle Tradition des Klienten in übereinstimmender und hilfreicher Weise anzupassen und damit vertraut zu werden.

PsychotherapeutInnen benötigen immer die «informierte» Zustimmung (informed consent) ihrer KlientInnen, bevor sie religiöse und/oder spirituelle Techniken oder Ziele in die Behandlung einbeziehen.

Das bevorzugte klinische Ziel ist es, geeignete Formen des Glaubens der Klienten zu fördern, z.B. die Glaubenstradition und -gemeinschaft zu nutzen.

Abklärungs-/Testfragen lassen die klinisch relevanten Dimensionen des spirituellen Lebens erkennen: Ist der Glaube eine ungünstige Beeinträchtigung oder eine konstruktive und förderliche Ressource?

Kontraindikationen im Gebrauch der religiös/spirituell-orientierten Behandlungsmethoden (Gebet, Meditation, Imaginative Techniken etc.) müssen erkannt werden: psychotische Störungen, grundlegende Persönlichkeitspathologien oder bizarre, eigentümliche Ausdrucksformen von Religiosität und Spiritualität.

PsychologInnen sollten Selbstbewusstsein und Selbsterkenntnis in Bezug auf ihre eigene religiöse Prägung haben, um eine Beeinflussung bzw. Wertekonflikte zu vermeiden. Sie versuchen nicht, ihre KlientInnen zu bekehren oder ihre eigene Weltsicht dem Klienten aufzudrängen.

Eine religiös-spirituelle Offenlegung/Selbstoffenbarung der PsychologInnen muss im Dienste der Therapie stehen.

*) **Täterintrojekte** oder Widersacher (Wikipedia) zeigen sich oft durch übernommene Ansichten: «du bist ja selbst schuld, verdienst es nicht anders, bist ein Nichts, hast es ja so gewollt, wolltest es doch auch...». Diese Ansicht übernehmen Traumatisierte oft selbst; ihr Selbstbild ist von Verachtung, Werten- und Respektlosigkeit und manchmal regelrechtem Hass auf sich geprägt... Diese übernommenen Ansichten sind so tief verankert, sie sind ein Teil von einem Selbst.

Siehe auch: www.psychotherapie-coeppicus.ch

Publikationen:

Öffentlichgemachtes:

Imagination (23 Seiten),

Glaube und Psychologie – (k)ein Widerspruch (15 Seiten)

Veröffentlichungen: gedruckte Beiträge in Fachzeitschriften

Ressource «Religion-Spiritualität und Psychotherapie

In Forum: Pfarrblatt der kath. Kirche Zürich (3 Seiten)



Saline Solution – Authentisches Christsein im medizinischen Alltag

Dr. Beat Schär

Allgemeine Medizin FMH

Fähigkeitsausweis in psychosomatischer und psychosozialer Medizin APPM

Hausarztpraxis · Nelkenstrasse 3 · 8400 Winterthur

Wie können wir im hektischen Berufsalltag als Christ authentisch leben und in den verschiedenen Situationen hilfreich agieren? Ganz im Sinne einer personenzentrierten Medizin möchten wir die Patienten mit ihren Bedürfnissen in den Mittelpunkt stellen und ihnen als ganze Person begegnen. Dazu gehört, dass wir mit unseren Meinungen und Einstellungen zurückhaltend sind, doch wo diese willkommen sind, wollen wir diese zum Wohle unserer Patienten auch äussern – mit Respekt, Sensibilität und eben mit ihrer Erlaubnis.

«Saline Solution» (Physiologische Kochsalzlösung) ist ein Seminar, das ermutigt, unserem Berufsalltag Würze zu verleihen. «Ihr seid das Salz der Erde» sagte Jesus zu seinen Nachfolgern. Salz ist wie Wasser lebensnotwendig, doch möchten wir weder versalzen, noch verwässern – auf die Dosis kommt es an! Die vielen konkreten, praxisnahen Anregungen ermutigen und entlasten gleichermaßen.

Das Konzept des Seminars wurde mit Unterstützung der Paul Tournier Stiftung in der amerikanischen Schwesterbewegung der AGEAS entwickelt und ist inzwischen von anderen Bewegungen insbesondere in Europa erfolgreich übertragen worden.

Seit 2007 organisiert die AGEAS zusammen mit der CDK (Christen im Dienst am Kranken) diese Seminare, welche bisher von über 100 Teilnehmern besucht wurden.

Das nächste findet statt am 22.–23. März 2014 im Ferien- und Tageszentrum Männedorf statt; siehe unter www.ageas.ch/saline-solution



5-D-Coaching mit Dr. Georg Bittmann

Dr. med. Georg Bittmann

Gerhardusgasse 28 · A-1200 Wien

Allgemeinarzt mit OeAeK – Diplomen für Notfallmedizin, Akupunktur und Palliativmedizin

Entdecker der fünf Dimensionen nach Hiob und

Entwickler der davon abgeleiteten multidimensionalen Lebensberatung

5-D-Coaching ist eine multidimensionale Gesundheitsberatung, die von Dr. Georg Bittmann entwickelt wurde. Gemeinsam mit dem Klienten werden die fünf Dimensionen des Lebens betrachtet und eine ganzheitliche Diagnose und Therapiemöglichkeiten erarbeitet. Zu Anfang wird das 5-Dimensionen-Modell erklärt. Danach die persönlichen Schwerpunkte und Zusammenhänge beleuchtet.

Die Bereiche, die analysiert werden sind:

- körperliche Dimension
- seelische Dimension
- Beziehungs-Dimension
- materielle Dimension, sowie
- spirituelle oder Sinn-Dimension

Als 6. Dimension wird noch der Faktor «Zeit» berücksichtigt

Woher komme ich?
Wo und wie bin ich jetzt?
Wo will ich hin?

In jedem Menschen schlummern oft verborgene, negative Glaubenssätze, wie z.B.: «Ich darf nicht glücklich sein» oder «Wenn etwas passiert, dann passiert es mir», die durch das Coaching aufgedeckt und durch positive Glaubenssätze ersetzt werden (z.B. Ich darf einfach glücklich sein!)

Das 5-D-Coaching ist hervorragend geeignet um (neue) Orientierungen im Leben zu finden, eigene Stärken wahrzunehmen und Schwächen aufzuzeigen, die bewältigt werden müssen.

Das 5-D-Coaching ist keine Therapie, sondern vielmehr eine Hilfe zur Selbsthilfe. Es ist nicht geeignet in akuten Krisen, sehr wohl aber danach, wenn z.B. nach einem Burn-out neue Bewältigungsstrategien gesucht werden.

Entwickelt wurde es von Dr. Georg Bittmann aus der intensiven Auseinandersetzung mit dem biblischen Buch Hiob, in dem die Geschichte von einem Mann erzählt wird, der in allen fünf Dimensionen seines Lebens erkrankte.

Das 5-D-Coaching kann von jedem Menschen, unabhängig von seiner persönlichen (Glaubens-) Überzeugung besucht werden, denn die fünf Dimensionen des Lebens sind universal gültig.

Angeboten wird:

- Basisgespräch zum Kennenlernen (Dauer ca. zwei Stunden)
- Sowie weiterführende Gespräche zur Begleitung, Förderung und Motivierung in den persönlichen Entwicklungsschritten. Über jedes Gespräch erhält der Klient ein Protokoll zur persönlichen Verwendung
- Vorträge und Seminare

Theologie des Leibes nach Papst Johannes Paul II. für Arzt und Patient – Natürliche Familienplanung

Dr. med. Josef Lingenhölle

Bahnhofstrasse 16 · 8590 Romanshorn

In 129 kurzen Ansprachen (Mittwochs-katechesen) vom September 1979 bis November 1984 betrachtete Papst Johannes II. anhand der Bibel die Bedeutung der Leiblichkeit des Menschen, insbesondere in Bezug auf die Sexualität.

Begegnung des Arztes mit dem Patienten als Arzt und Mensch.

- Nicht nur emphatisch in der Rolle des Arztes sondern als Mitmensch
- Medizin in der Rolle der «Begegnung von Personen»

Gesamtschau des Menschen, das gängige bio-psycho-soziale Modell genügt nicht, sondern das spezifisch geistig-spirituelle, d.h. nicht nur das natürliche mit irdischem Einbezug, sondern seine übernatürliche und ewige Dimension des Menschen.

- Gott prägte dem geformten Fleisch seine eigene Gestalt auf, so dass selbst das Sichtbare die göttliche Gestalt trüge; KKK(Katechismus der kath. Kirche) Nr. 704, Gottebenbildlichkeit
- Die sakramentale Bedeutung des Leibes
- Mensch von Anfang an, von der Zeugung bis zu seinem natürlichen Tod

Ehe als personale Gemeinschaft, unabhängig von Religion und Kultur.

Eheliche Liebe: Vollmenschliche Liebe, d.h. sinnhaft und geistig zugleich, in freier Entscheidung, die aufs Ganze geht, ohne Vorbehalte ganzheitlich/treu und ausschliesslich, bis zum Ende des irdischen Lebens, fruchtbar – die freie, uneingeschränkte, treue und fruchtbare Liebe als «Muttersprache» des Körpers, wie Christus sie ausdrückt: **die Sprache des Leibes**.

- Die bräutliche Liebe (eheliche Liebe) ist die Liebe der Ganzhingabe (Geschenk)
- «Liebet einander, wie ich euch geliebt habe (Joh. 15.12); «Die vollkommene Liebe vertreibt die Furcht» (1 Joh 4,18)

Verbindender Sinngehalt von Liebe, Sexualität und Prokreation – im Kontrast zu Reproductive Health (bis 1930 auf der Lambeth Konferenz der Anglikaner lehnten alle christlichen Konfessionen die Verhütung und Abtreibung ab)

- **Untrennbarkeit** von liebender Vereinigung und Fortpflanzung; unlösbare Verknüpfung der beiden Sinngehalte
- **Unterschied** Natürliche Familienplanung – Verhütung
- Wie es um die Sexualität steht, so steht es um Ehe und Familie wie es um die Ehe und Familie steht, so steht es um die Gesellschaft
- Problematik von Gender und der Gleichstellung der homosexuellen und ehelichen Liebe

Bedeutung von Gesundheit und Krankheit in der Ära «vor und nach dem Feigenblatt»

- Die ursprüngliche Erfahrung der Einheit überwindet die Einsamkeit des Menschen i.S. von Alleinsein ohne den «anderen» (Gottes ursprünglicher Plan)
- Mit der Sünde kommt die Erfahrung der Begierde und der Spaltung, die ursprüngliche Reinheit ging verloren; seit der Erfahrung der Ursünde krankt der Mensch und stirbt

Heilung und Heiligung des Menschen in seiner leib-seelischen Verfassung heisst Befreiung von Schuld und Verstrickung vor der körperlichen Heilung.

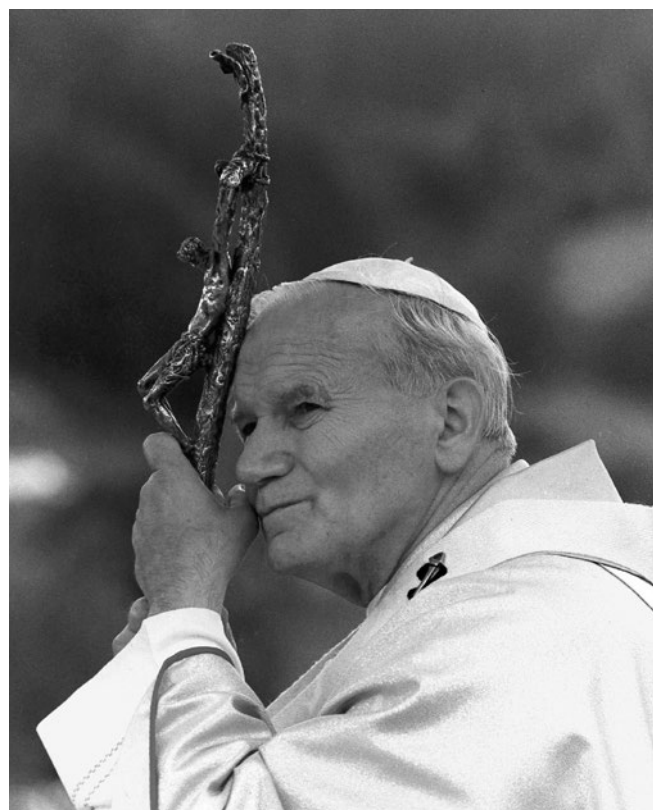
- Die Erbsünde als «Bezweifeln des Geschenkes» mit den Folgen von Krankheit und Tod. (Misstrauen/Ablehnung/Trennung)
- «Jesus ist gekommen um die Schöpfung in der ursprünglichen Reinheit wieder herzustellen» (KKK Nr. 2336). Die Gnade der Schöpfung wird zur Gnade der Erlösung
- Die Begierde ist in erster Linie ein Problem des Herzens und nicht des Körpers
- Auftrag des Arztes zur Heilung des Körpers, initial verbunden mit dem Auftrag des Priesters zur Heilung der Geist-Seele (Verwandschaft der Berufe)
- Das Gebet und die Segnung des Arztes für seine Patienten
- Die beseeligende Schau bei der Hochzeit des Lammes in Erfüllung der bräutlichen Bedeutung des Leibes in der Gemeinschaft der Heiligen mit Gott
- Fixierung der Medizin auf die Endlichkeit des menschlichen Lebens ohne Glauben an ein Weiterleben (**ohne** Erfüllung der bräutlichen Bedeutung des Leibes) in der Ewigkeit
- Problematik der Verzweckung des Leibes, Organtransplantationen nicht von Leichen, sondern von sterbenden Menschen, Selbstbestimmung in der Euthanasie, Abtreibung

Engagement des Arztes für die «Kultur des Lebens» gegen die «Kultur des Todes» als Zeugnis für das Leben in allen Bereichen des öffentlichen Lebens.

- Die sexuelle Vereinigung ist auf Liebe und Leben ausgerichtet, es entstehen Familien und Kulturen, die nach der Wahrheit über Leben und Liebe leben
- Die «Kultur des Todes» leugnet den unendlichen Wert jeder menschlichen Person und sieht den Tod als «Lösung» ihrer Probleme: ungewollte Schwangerschaften, Euthanasie u.a.m.

Der natürliche Tod und die Auferstehung des «Fleisches» als pneumatischer Leib – unsere definitive Bestimmung ist die ewige Heimat, der «Himmel»; sind wir Ärzte für diese Bestimmung oder für die horizontale humanistische «Willkürmedizin»?

- Die Auferstehung des Leibes, die Vergeistigung des Leibes und die Vergöttlichung des Leibes (durch den Hl. Geist)



Betrachtung über die Beziehungen zwischen den Wissenschaften und religiösem Glauben

Werner Arber

13. Oktober 2012

Einleitung

Neugier ist eine grundlegende Eigenschaft des menschlichen Geistes. Einerseits ist sie die treibende Kraft für wissenschaftliche Untersuchungen zur Identifizierung von Naturgesetzen. Andererseits ist die Neugier auch die Grundlage für das Interesse eines jeden Menschen, die grundlegenden Gesetze der Natur zu kennen, als wesentlicher Beitrag zu seiner Suche nach Sinn und Wahrheit. Während die Naturwissenschaften bei weitem keine entsprechende Antwort auf alle Fragen geben können, insbesondere nicht auf jene, die die natürliche Sphäre übersteigen, nehmen verschiedene Glaubensformen (einschliesslich derer, die religiösen Ursprungs sind) ebenfalls einen wichtigen Platz bei Beantwortung der Sinnfrage ein. Sie sind wesentliche Teile des Orientierungswissens, das als Leitfaden für das menschliche Handeln dient. In diesem Zusammenhang stellen wir hier die Frage nach den gegenseitigen Beziehungen zwischen wissenschaftlicher Erkenntnis und grundlegenden Glaubensinhalten und nach ihrer Kompatibilität.

Kontext und Bedeutung des Orientierungswissens

Das Orientierungswissen wird unser ganzes Leben hindurch im menschlichen Geist aufgebaut und aktualisiert. Es enthält Elemente, die bereits in der embryonalen Phase und in der frühen Kindheit erworben wurden. Dann wird es bereichert durch Erziehung und Bildung sowie durch die persönliche Suche nach Wahrheit. So wird fundierte wissenschaftliche Erkenntnis den verschiedenen Formen des Glaubens, einschliesslich des religiösen Glaubens, zur Seite gestellt. Wir können übrigens Agnostikern auch einen bestimmten Glauben zuschreiben, nämlich den an die Nichtexistenz Gottes. In unserem täglichen Handeln

und besonders dann, wenn wichtige Entscheidungen zu treffen sind, werden wir bewusst oder oft auch unbewusst von unserem Orientierungswissen gesteuert. Wir können das Orientierungswissen als sozialisierendes Element in unserem Leben betrachten. Es trägt dazu bei, unser Handeln mit unserem Leben in Gemeinschaft und mit einem nachhaltigen Gebrauch unserer Lebensräume und der vorhandenen Ressourcen in Einklang zu bringen.

Die kosmische Evolution und die biologische Evolution sind Tatsachen, die wichtige Naturgesetze offenbaren

Die Päpstliche Akademie der Wissenschaften befasst sich immer wieder mit den ständig wachsenden wissenschaftlichen Erkenntnissen in beiden Bereichen: der Evolution des Universums und der Evolution des Lebens. Dies geschieht zum grossen Teil auf der Grundlage der Beobachtung der ständigen Evolution. Zumindest einige der so gewonnenen Erkenntnisse können uns erlauben, auch Rückschlüsse auf frühere Evolutionsprozesse zu ziehen. Bisher gibt es in der Wissenschaft jedoch noch keine genauen Erkenntnisse über die Ursprünge der kosmischen Evolution (Wie sind zum Beispiel die Grundteilchen, die Bausteine der Materie, entstanden?) oder über die Ursprünge des Lebens (Wie sind all die Elemente, die für die Lebensvorgänge notwendig sind, zusammengekommen?). Mit anderen Worten, wir haben bisher keinen sicheren wissenschaftlichen Nachweis für eine sogenannte «creatio ex nihilo», mit der die Philosophie sich befassen muss. Andererseits sind die andauernden Evolutionsprozesse des Universums und des Lebens heute gut fundierte wissenschaftliche Tatsachen und dienen als wesentliche Elemente unablässiger Schöpfung.

In den letzten Jahrhunderten und zunehmend in den letzten Jahrzehnten haben wissenschaftliche Untersuchungen durch hocheffiziente Forschungsstrategien gezeigt, dass unser Universum ein enormes Ausmass besitzt und ausser einer sehr grossen Anzahl von Sonnensystemen auch die immer noch mysteriöse sogenannte Dunkle Materie und Dunkle Energie enthält. Und dieser ganze Komplex, von dem unser Planet Erde nur ein winzig kleines Teilchen ist, befindet sich bekanntlich in langsam fortschreitender, ständiger Evolution. Auf unserem Planeten kann jeder aufmerksame Beobachter die physikalische Evolution in relativ kleinen Schritten, wie Erdbeben, wahrnehmen.

Gegenwärtig nehmen wir an, dass es auch auf einigen ausserirdischen Planeten Leben geben könnte, aber ein wissenschaftlicher Nachweis für diese Annahme steht noch aus. Andererseits haben die Biowissenschaften umfassendes fundiertes Wissen über die komplexen Lebensprozesse erworben, sowohl im Hinblick auf die Vorgänge in einzelnen Organismen als auch auf die ständige biologische Evolution auf der Ebene von Populationen.

Natürlich auftretende genetische Veränderungen als treibende Kraft biologischer Evolution

Seit etwa 60 Jahren wissen wir, dass die Lebensvorgänge abhängig sind von der genetischen Information, die in sehr langen Strängen der Nukleinsäure DNA verschlüsselt ist. Die jeweiligen linearen Sequenzen von nur vier verschiedenen Grundbausteinen (Nukleotiden) sind der Schlüssel zu allen Lebensvorgängen und zur Kontrolle ihres Ausdrucks zu einem bestimmten Zeitpunkt und an einem bestimmten Ort innerhalb des Organismus. Wenn wir

die aufeinander folgenden Nukleotide mit der Buchstabenfolge in unseren Texten vergleichen, so entspricht die genetische Information einer einzelligen Bakterie dem Inhalt eines Buches. Das vielstudierte E.coli-Bakterium entspricht beispielsweise dem Informationsgehalt der Bibel. Im Gegensatz dazu haben mehrzellige Pflanzen und Tiere genetische Information, die einer Enzyklopädie von oft mehreren 100 und bis zu 1000 Bänden vom Umfang der Bibel entspricht. Das menschliche Genom entspricht etwa 700 solcher Bände.

Die genetische Information wird von Generation zu Generation weitervererbt. Nur gelegentlich tritt in diesem Prozess eine Veränderung gegenüber den elterlichen Nukleotidsequenzen auf. Einige dieser Abweichungen verursachen eine Veränderung einer phänotypischen Eigenschaft des betreffenden Organismus. Bekanntlich wirken sich solche Abweichungen meist eher negativ auf die Lebensvorgänge aus als dem betreffenden Organismus einen funktionalen Vorteil zu verschaffen. Ein beträchtlicher Teil der natürlich auftretenden Sequenzabweichungen hat ausserdem keine unmittelbare Auswirkung auf die Lebensfunktionen.

Der Theorie der biologischen Evolution zufolge – sie beruht auf Charles Darwins Postulat der natürlichen Selektion, die auf phänotypische Abweichungen einwirkt –, ist die natürliche Entstehung genetischer Abweichungen die treibende Kraft der biologischen Evolution. Die wissenschaftliche Forschung in den letzten Jahrzehnten hat deutlich gemacht, dass viele verschiedene Mechanismen zur Entstehung neuer genetischer Abweichungen beitragen können. Der Beitrag bisher bekannter Molekularmechanismen kann einem, in einigen Fällen auch zwei allgemeinen mutationserzeugenden Vorgehensweisen, die bei

Lebewesen vorhanden sind, zugeordnet werden. Einer dieser natürlichen Vorgänge genetischer Abweichung bringt eine lokale Veränderung der Nukleotidsequenz mit sich: zum Beispiel eine Nukleotidsubstitution, das Weglassen eines oder mehrerer benachbarter Nukleotide, die Einfügung eines oder mehrerer zusätzlicher Nukleotide oder auch die Vertauschung mehrerer benachbarter Nukleotide. Das kann durch die Replikation von DNA-Molekülen oder durch das Einwirken eines Mutagens geschehen. Ein zweiter natürlicher Vorgang genetischer Veränderung bringt eine segmentweise Neuordnung der vorhandenen genetischen Information eines Organismus hervor. Dies kann zu einer Vervielfältigung, zu einer Verlagerung oder zum Verlust eines gewöhnlich kleinen Teils der genetischen Information des betreffenden Organismus führen. Der dritte natürliche Vorgang genetischer Veränderung besteht im Erwerb eines relativ kleinen Segments genetischer Information von einer anderen Art von Organismus durch sogenannten horizontalen Gentransfer.

Durch die natürliche Selektion werden jene seltenen Abweichungen aussortiert und erhalten, die dem Organismus einen funktionalen Vorteil bringen. Weiterhin ist anzumerken, dass jeder der drei natürlichen Vorgänge der genetischen Veränderung mit unterschiedlicher Qualität zur biologischen Evolution beiträgt. Lokale Veränderungen der DNA-Abfolge können nach und nach zur Verbesserung einer speziellen Funktion führen. Die Neuordnung von Segmenten vorhandener genetischer Information in der DNA kann zu neuartigen Fusionen funktionaler Bereiche oder zur Fusion eines existierenden Gens mit einem anderen Element zur Kontrolle der Genexpression führen. Der Vorgang des Erwerbs der DNA wird letztlich als Teilhabe am funktionalen Erfolg einer anderen Art von lebendigem Organismus betrachtet.

Das natürliche Evolutionspotential und seine Auswirkung auf die biologische Vielfalt

An der natürlichen Entstehung genetischer Abweichungen sind im allgemeinen sowohl besondere Genprodukte als auch einige nichtgenetische Elemente beteiligt. Die Produkte sogenannter Evolutionsgene treten dabei als Variationsgeneratoren und/oder als Modulatoren der Häufigkeit der genetischen Veränderung auf. Nichtgenetische Elemente können Auswirkungen chemischer oder physikalischer Mutagene, zufälliges Aufeinandertreffen und strukturelle Unterschiede wie isomere Formen biologischer Moleküle sein. Es ist anzunehmen, dass die Evolutionsgene in der langen Evolutionsphase der Vergangenheit genau darauf abgestimmt worden sind, ihre evolutionäre Funktion wahrzunehmen, die in der gelegentlichen Erzeugung neuer genetischer Varianten besteht. Diese Prozesse sind weitgehend zufällig, was den Ort der Veränderung der Sequenzabweichung in der DNA und auch die Zeit der Mutagenese angeht. Das Ausmass jeglicher Art von genetischer Veränderung wird natürlicherweise sehr gering gehalten. Das gewährleistet eine ausreichende Stabilität der genetischen Information lebender Organismen als Voraussetzung für nachhaltiges Leben in Populationen. Die Welt der Lebewesen sorgt also aktiv für die biologische Evolution durch ihr natürliches Potential zur biologischen Evolution. Mit anderen Worten, die biologische Evolution ist ein ständig andauernder Prozess unablässiger schrittweise voranschreitender Kreativität.

Wir wissen, dass das natürliche Evolutionspotential der Ursprung der biologischen Vielfalt ist und dass die unablässige biologische Evolution auch eine ständige, wenn auch sehr langsam voranschreitende Ergänzung der biologischen Vielfalt gewährleistet. Im Hinblick auf

die weitgehend zufällige Erzeugung genetischer Abweichungen kann man jedoch nicht erwarten, dass verlorene biologische Vielfalt im zukünftigen Evolutionsprozess genauso wiederhergestellt werden kann. Vielmehr ist zu erwarten, dass die ergänzte biologische Vielfalt hauptsächlich aus neuen Arten mutierter Organismen besteht.

Kulturelle Werte wissenschaftlicher Erkenntnis

Wissenschaftliche Erkenntnisse über die Gesetze und Konstanten der Natur sind unter folgenden Gesichtspunkten kulturelle Werte: Einerseits bereichert fundierte wissenschaftliche Erkenntnis unsere Weltsicht und trägt so zu unserem Orientierungswissen bei. Andererseits kann wissenschaftliche Erkenntnis auch neue Zugänge zu technischen Anwendungen und Neuerungen zum Wohl unseres Lebens und unserer Umwelt öffnen. Da solche Neuerungen oft zur Gestaltung der Zukunft beitragen, sollten wir idealerweise fordern, dass jede diesbezügliche Entscheidung von einer sorgfältigen Begutachtung der zu erwartenden Folgen abhängig gemacht wird und dass andererseits die Zivilgesellschaft und die Kirche bereit sein müssen, zusammen mit Wissenschaftlern und der Wirtschaft Mitverantwortung zu übernehmen bei einer neuen Gestaltung der Zukunft, im Hinblick auf den Nutzen für die Menschheit und ihre Umwelt. Solche Massnahmen können dazu beitragen, die Nachhaltigkeit des Prozesses und damit die langfristige zukünftige Entwicklung auf unserem Planeten zu gewährleisten.

Die Rolle von Verhaltensregeln für die Menschheit

Wir wissen, dass unser gesellschaftliches Leben einige verbindliche Verhaltensregeln erfordert, die zu einem

festen Bestandteil unseres Orientierungswissens werden sollten. In modernen Gesellschaften gewährleistet eine politisch begründete Gesetzgebung, dass empfohlene Verhaltensregeln weitgehend befolgt werden. Die Annahme dieser Regeln kann gefördert werden, wenn ihre Prinzipien auch in einem religiösen Glauben verankert sind. In der christlichen Gesellschaft sind wichtige Verhaltensregeln von Jesus Christus ausgegangen und werden seit jener Zeit von Christen weitgehend befolgt. Dennoch ist es eine wichtige Aufgabe der heutigen Gesellschaften, das etablierte Regelwerk zu aktualisieren und der wissenschaftlichen Erkenntnis, die wir erworben haben, dabei besondere Aufmerksamkeit entgegenzubringen. In diesem Zusammenhang glaube ich, dass Jesus Christus, wenn er heute unter uns leben würde, die Anwendung fundierter wissenschaftlicher Erkenntnisse zum langfristigen Wohl der Menschen und ihrer natürlichen Umwelt begrüssen würde, solange durch eine solche Anwendung, die zur Gestaltung der Zukunft führt, sichergestellt ist, dass die betroffenen Naturgesetze in vollem Umfang geachtet werden.

Lassen Sie uns diese Aussage kurz durch ein Beispiel erläutern: Durch die jüngsten Fortschritte in der Erforschung der Genome, Proteome und Metabolome ist es möglich geworden, die biologische Evolution darauf auszurichten, unserem Bedürfnis nach gesunder Ernährung entgegenzukommen und zur Verbesserung der Medizin beizutragen. Die Päpstliche Akademie der Wissenschaften hat im Mai 2009 diesem Thema eine Studienwoche gewidmet und das Augenmerk dabei besonders auf genetisch veränderte Pflanzen zur Ernährungssicherung im Kontext der Entwicklung gerichtet. Unsere Akademie ist zu dem Schluss gekommen, dass kürzlich eingeführte Methoden zur Herstellung genetisch veränderter Organismen den Naturgesetzen

der biologischen Evolution folgen und keine Gefahren bergen, die in der Methode der Gentechnik verankert sind. Denn diese Methoden beinhalten lokale Veränderungen der Sequenzen, die Neuordnung von Segmenten genetischer Information, die in dem betreffenden Organismus vorhanden ist, und/oder den horizontalen Transfer eines relativ kleinen Abschnitts genetischer Information von einem Organismus auf einen andersartigen Organismus. Wie bereits oben erläutert, sind dies die drei natürlichen Vorgänge zur natürlichen Erzeugung genetischer Abweichungen in der biologischen Evolution. Die Aussicht auf eine Verbesserung weitverbreiteter Nutzpflanzen kann voraussichtlich dazu beitragen, Unterernährung und Hunger in den Entwicklungsländern einzudämmen.

Die Kompatibilität von wissenschaftlicher Erkenntnis und religiösem Glauben

Lange Zeit haben die Menschen wissenschaftliche Erkenntnisse hauptsächlich durch die Sinneswahrnehmung und mit Hilfe mentaler Überlegungen einschliesslich des logischen Denkens erlangt. Das entsprechende Kapitel aus dem alttestamentlichen Buch Genesis ist für mich ein Zeugnis für eine frühe wissenschaftliche Weltanschauung, die es bereits vor einigen Jahrtausenden gab. Dieses Kapitel spiegelt auch eine weitgehende Übereinstimmung zwischen religiösem Glauben und wissenschaftlicher Erkenntnis wider. Es bietet eine logische Abfolge von Ereignissen: Auf die Schöpfung unseres Planeten Erde folgt die Schaffung der Voraussetzungen für das Leben. Dann wurden die Pflanzen hinzugefügt, und diese boten in einem nächsten Schritt Nahrung für Tiere, bevor schliesslich der Mensch hinzugefügt wurde. Ungeachtet der Frage nach der Offenbarung ist dies eindeutig ein logischer

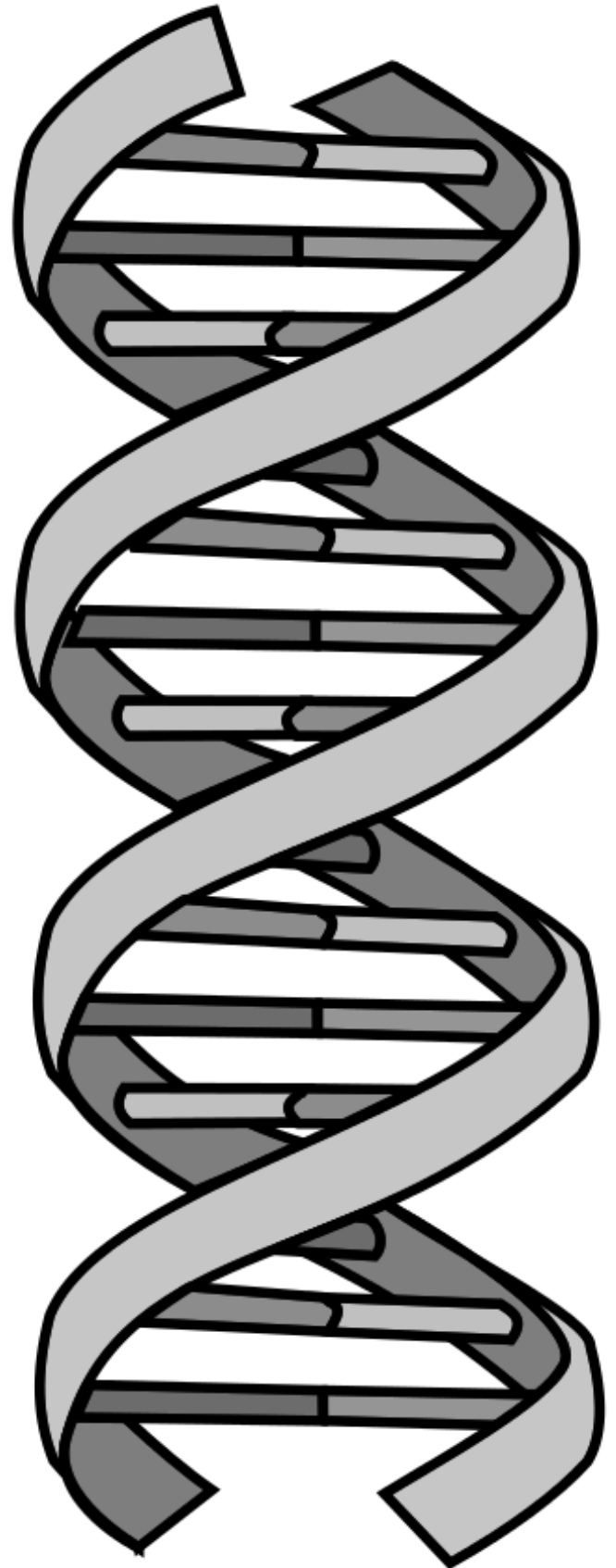
Bericht über den möglichen evolutionären Ursprung der Dinge durch imaginäre Ereignisse, die zu der Natur führten, die die antiken Völker beobachteten. Aus der Genealogie im Alten Testament kann ich auch schliessen, dass seine Autoren sich phänotypischer (also genetischer) Abweichungen bewusst waren. Die beschriebenen Personen haben ihre eigenen persönlichen Merkmale und sind daher keine genetisch identischen Klone von Adam und Eva. In diesen Erzählungen finden wir eine gute Übereinstimmung zwischen dem frühen religiösen Glauben und der wissenschaftlichen Erkenntnis über evolutionäre Entwicklungen. Jetzt ist es unsere Pflicht, diese Übereinstimmung auf der Grundlage der heute vorhandenen verbesserten wissenschaftlichen Erkenntnis zu erhalten (und wo nötig wiederherzustellen).

Meiner Überzeugung nach sind wissenschaftliche Erkenntnis und Glaube einander ergänzende Elemente unseres Orientierungswissens und sollten es auch bleiben.

Schlussbemerkungen

Mit besonderem Augenmerk auf die Evolution des Lebens und seiner Lebensräume und Umwelt haben wir hier dargelegt, wie die wissenschaftliche Erkenntnis zusammen mit anderen Elementen unseres Orientierungswissens das menschliche Handeln beeinflusst – einschliesslich der Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse zum Nutzen des menschlichen Wohlergehens und einer intakten Umwelt, die einer langfristigen nachhaltigen Entwicklung unseres Planeten Erde und seiner Bewohner dient. Die hier angeführten Beispiele können auf jede andere Handlungsweise übertragen werden, die auf vorhandener

wissenschaftlicher Erkenntnis gründet und einer nachhaltigen kulturellen Entwicklung dienlich sein kann. In diesem Zusammenhang geht die Päpstliche Akademie der Wissenschaften ihrer Aufgabe nach, die Entwicklung wissenschaftlicher Untersuchungen und die Pläne zur Anwendung des erworbenen Wissens kritisch zu verfolgen. Sie bringt regelmässig Veröffentlichungen heraus, in denen sie die Welt der Wissenschaft, die kirchliche Hierarchie sowie alle Christen und Menschen guten Willens informiert, sowohl in Buchform als auch digital auf ihrer Website www.pas.va, und sie gibt auch entsprechende Empfehlungen zugunsten einer sicheren, verantwortlichen und nachhaltigen Entwicklung.



Bericht der Präsidentin

für den Zeitraum vom 16. März 2013 bis 15. März 2014

Rahel Gürber, Uznach, 15. März 2014

Der vorliegende Bericht unserer Vereinstätigkeit beginnt mit der Mitgliederversammlung vom 15. März 2013 in der Benediktinerabtei St. Othmarsberg in Uznach. Die letztjährige Tagung widmete sich dem Thema Medizinethik. Der Medizinethiker, Herr Prof. Dr. med. Giovanni Maio, Freiburg i. Br. referierte kompetent zum Thema. Eine Zusammenfassung seines Referates – das Leben als Geschenk – ist in den Acta Medica Catholica Helvetica (AMCH) vom Oktober 2013 abgedruckt. Im Berichtsjahr konnten zwei Nummern der AMCH herausgegeben werden. Der Vorstand ist in der Berichtszeit zu drei Sitzungen zusammengekommen, am 22. Juni 2013, 1. Oktober 2013 und am 25. Januar 2014.

Untenstehend sind die wichtigsten Themenbereiche zusammengefasst:

«Pille danach»

Im Rahmen der Mitgliederversammlung 2013 hat unser Kollege und VKAS Vorstandsmitglied Dr. med. Rudolf Ehmann, FMH Gynäkologie und Geburtshilfe, zur Wirkweise der «Pille danach» referiert und die gleichzeitige abortive und ovulationshemmende Wirkung der «Pille danach» dargelegt. Eine ausschliessliche Ovulationshemmung der «Pille danach» gibt es in der Praxis nicht.

In den AMCH 2/2014 wird ein umfangreiches Dokument von Dr. med. R. Ehmann mit dem Titel – zur Kontroverse um die Wirkungsmechanismen von Postkoitalpillen erscheinen.

Die Stellungnahme zur «Pille danach» z.H. der Deutschen Bischofskonferenz von der Europäischen Ärzteaktion und des Vorstandes der VKAS wurde bereits in den AMCH 1/2013 abgedruckt.

Papst Franziskus setzt Zeichen für den Lebensschutz am Kongress von Matercare (MCI) und FIAM im September 2013 in Rom

Papst Franziskus hat in seiner Ansprache beim MCI/FIAMC Kongress in Rom vom September 2013 die Ärzte aufgerufen Zeugen «der Kultur des Lebens» zu sein, das Gebet nicht zu vernachlässigen und mutige Verkünder des Evangeliums des Lebens zu sein. Die Ansprache von Papst Franziskus ist den AMCH 2/2013 abgedruckt.

«Marsch für s'Läbe»

Seit 2010 findet alljährlich im September der überkonfessionelle «Marsch für s'Läbe» in Zürich statt. Auch 2013 versammelten sich über 2000 engagierte Personen auf dem Turbinenplatz in Zürich und standen für das Leben und den Schutz des Ungeborenen ein. Die VKAS wird auch 2014 erneut an der Trägerschaft teilnehmen.

Hirntod und Transplantationsmedizin

Der Vorstand der VKAS hat auch 2013 die Hirntod- und Transplantationsmedizindebatte weiterverfolgt. Die Thematik bleibt brisant und wird weiterhin kontrovers diskutiert.

In den AMCH vom Oktober 2013 wurden drei Artikel zum Thema Hirntod und Transplantationsmedizin von Prof. Dr. med. Charles Probst, Prof. Dr. phil. Christian Erk und Dr. med. Joseph Bättig veröffentlicht. Die vorliegenden Artikel sollen zur vertieften Auseinandersetzung mit dem Thema anregen und zur persönlichen Entscheidungsfindung beitragen.

Patientenverfügung

Am 1. Januar 2013 ist das neue Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (KESR) in Kraft getreten (ersetzt

das bisherige Vormundschaftsgesetz). Die Patientenverfügung wird im KESR verstärkt gewichtet. Eine Patientenverfügungsvorlage der VKAS wurde in Kurzversion und in Kreditkartenformat (Credokarte mit wichtigsten Bestimmungen der Patientenverfügung) verfasst und vom Vorstand gutgeheissen.

Die Patientenverfügungsvorlage der VKAS wird in einer der nächsten AMCH publiziert. Die VKAS Patientenverfügung wird auch der Bischofskonferenz vorgelegt.

Rückblick VKAS/AGEAS-Tagung vom November 2013 in Quarten zum Thema Spiritual Care – Modewort, Trend oder echte Notwendigkeit?

Die gemeinsame Herbsttagung von AGEAS und VKAS in Quarten beschäftigte sich mit dem Thema Spiritual Care – Spiritualität in der Medizin.

Das Interesse an den Zusammenhängen von Gesundheit und Spiritualität wächst, was auch zahlreiche Studien und Forschungsergebnisse zum Thema zeigen.

Die Tagung ging auch der Frage nach inwieweit dieses Interesse nur ein Trend, eine Modeströmung oder eine authentische Suche nach dem Heiligen ist und diese Dimension in der naturwissenschaftlich, rationalen Medizin zu lange vernachlässigt wurde und nach Reintegration verlangt.

Kompetente ReferentInnen aus Medizin, Psychologie und Theologie haben uns die Thematik nähergebracht und mit uns diskutiert.

Die Referate und Predigten werden in den nächsten ACMH erscheinen.

Im Vorfeld der Tagung erschien ein Artikel mit dem gleichnamigen Titel «Spiritual Care – Modewort, Trend oder echte Notwendigkeit?» in Zusammenarbeit von AGEAS und VKAS in der Schweizerischen Ärztezeitung SAEZ (2013; 94:44). Dieser Artikel wird in den nächsten AMCH abgedruckt.

FEAMC/FIAMC

FEAMC Bürositzungen 2013

Dr. med. Ermanno Pavesi und Dr. med. Niklaus Waldis haben als Vertreter der VKAS an zwei Bürositzungen der FEAMC im Mai 2013 in Zagreb und im Oktober 2013 in Bari teilgenommen. Diskussions-schwerpunkte waren ein Dokument des Europarates zu Fragen des Lebensendes und ökumenische Aspekte in bioethischen Fragen.

FIAMC WORLD CONGRESS

in Manila 2014, Oktober 1–4

The Catholic Doctor in an Era of Secularization and Technology

Das Programm und die Registrierung können unter www.fiamc.org eingesehen werden.

Dank

Ich möchte allen Kolleginnen und Kollegen der VKAS danken. Besonderen Dank möchte ich auch meinen Kolleginnen und Kollegen des Vorstandes für die kollegiale und engagierte Zusammenarbeit aussprechen. Danken möchte ich auch H.H. Dr. theol. Roland Graf, unserem bioethischen Konsiliarius und unserem geistlichen Begleiter Bischofsvikar, Msgr. Christoph Casetti für ihre Treue und ihren wertvollen Einsatz für unsere Vereinigung.

Ich möchte mich auch bei meinen Kollegen von der AGEAS Herrn Dr. med. H.R. Pfeifer, Präsident und bei Herrn Dr. med. R. Hefti, Vorstandsmitglied herzlich für die freundschaftliche Zusammenarbeit und das gute Gelingen der gemeinsamen Herbsttagung 2013 bedanken.

*Rahel Gürber, Präsidentin
rahelguerber@bluwin.ch*

Protokoll der Mitgliederversammlung vom 15. März 14 in Uznach

3662 Seftigen, 2. April 2013

Präsidentin: Rahel Gürber

Aktuar: Peter Ryser-Düblin

Geistlicher Berater: Domherr Msgr. Christoph Casetti

Anwesende:

Brüllmann, Casetti, Gehrig, Grüniger, Gürber, Hiestand, Huesser, Jungo, Kuhn, Kvet, Lingenhölle, Pavesi, Rellstab, Renner, Ryser-Düblin, Schmid Paul, Waldis, Wick Hanspeter, Zglinski, Zwicky-Aeberhard.

Referent am Nachmittag: Prof. H. Renner, Luzern.

Gast: Dr. med. T. Reitstätter, Altmünster, Österreich

Entschuldigt:

Bischof Markus Büchel, Weihbischof Pierre Farine, Dr. med. J. Schlup, FMH-Präsident, Dr. med. Y. Estermann; Frau Montani.

sowie die Mitglieder: Alberio, A Marca, Bättig, Ehmann

1. Begrüssung durch die Präsidentin und gemeinsames «Gebet des Arztes»

Wir erheben uns zu Ehren des im 88. Lebensjahr verstorbenen Dr. med. Hans Simonett. Requiescat in pace.

2. Kirchliche Aktualitäten, Jahresrückblick (C. Casetti)

Weltkirchlich ist der Rücktritt von Papst Benedikt XVI., und die Wahl von Papst Franziskus zu erwähnen, der sich durch sein Charisma und einen bescheidenen Lebensstil auszeichnet.

Kirche in der Schweiz: Amtsverzicht des Bischofs von Sitten, Norbert Brunner. Neuer Bischof von Lugano ist Valerio Lazzeri. Rücktritt von Abt Martin Werlen, sein Nachfolger ist Urban Federer. 2013 war 150-jähriges Jubiläum der SBK. Die Bioethikkommission beschäftigt sich intensiv mit dem Problem der «Pille danach». Im Juli 2013 waren die Schweizer Bischöfe beim Präfekten der Glaubenskongregation: Vatikanum II ist verbindliche Grundlage zur Lösung der Pfarreiinitiative. Das Vademecum der Bischöfe zur Zusammenarbeit mit staatskirchlichen Körper-

schaften ist mittlerweile zur «Diskussionsgrundlage» abgeschwächt worden. Die Umfrage des Vatikans betreffend Ehe und Familie ist in Form eines stark abgeänderten Fragebogens umgesetzt worden. Die SBK hat im Lehrplan 21 eine Überarbeitung der Themen «Ethik und Religion» verlangt. Die Bioethikkommission der SBK hat auf die liberale Haltung der NEK zur PID reagiert und deren zweifelhaftes Lebensverständnis kritisiert. Seligsprechung des Schweizer Priesters Nicolo Rusca am 21. April 2013.

Diskussion im Bistum Chur über Kirchensteuer von juristischen Personen. Das Hirtenwort zur Gender-Ideologie hat viel Kritik, aber auch viel Zustimmung gebracht. Der Vorschlag des Bischofs von Chur, priesterlichen Segen anstelle der Kommunion zu gewähren, stammt aus anderen Diözesen.

3. Protokoll der MV vom 16. März 2013 in Uznach wird ohne Korrekturen genehmigt.

4. Jahresbericht der Präsidentin (16. März 2013–15. März 2014)

Im Berichtsjahr sind zwei ACTA erschienen, und der Vorstand hat sich zu drei Sitzungen (22. Juni 2013, 1. Oktober 2013, 25. Januar 2014) getroffen. Als wichtige Themen werden die Probleme der «Pille danach» (Dr. med. R. Ehmann hat an der letzten MV ausführlich darüber referiert), das Eintreten von Papst Franziskus für den Lebensschutz (Ansprache am Kongress von Matercare und FIAMC im September 2013 in Rom), der «Marsch für s'Löbe» 2013, die Probleme um Hirntod und Transplantationsmedizin (welche auch im Vorstand intensiv verfolgt und diskutiert worden sind), die VKAS-Patientenverfügung, und als zentrales Ereignis auch die gemeinsame Tagung mit der AGEAS im November 2013 in Quarten zum Thema Spiritual Care.

5. Rapporto della Sezione Svizzero-Italiana dell'AMCS (Luca a Marca)

Tagung am 19. Januar 2013 im Kloster S. Giuseppe Locarno Monti mit Don Jerumanis. Thema: Porta fidei (Motu proprio). An der darauffolgenden Jahresversammlung wurde Enrica Maspoli-Postizzi als neue Präsidentin gewählt. 2013 wurde Dr. Gabor in Ungarn (Kloster Kismaros) weiterhin unterstützt. Reise nach Rom und Subiaco, Begegnung mit Papst Franziskus und der Schweizergarde. Am 18. Januar 2014 Versammlung im Klarissenkloster Cademario mit Don Jerumanis mit dem Thema «Evangelii Gaudium». Treffen mit neuem Bischof von Lugano am 7. April 2014 vorgesehen.

6. Neuigkeiten FEAMC/FIAMC (Pavesi)

Ökumenische FEAMC-Tagung mit den Orthodoxen in Bari am 18./19. Oktober 2013. Russische Ärzte sind gegen aktive Massnahmen am Lebensende. Vom 1.–4. Oktober 2014 findet der FIAMC-Kongress in Manila statt. Bürositzung der FEAMC im Juni 2014 in Bratislava.

7. Kasse und Decharge-Erteilung.

Unser Kassier Otto Jungo erklärt die Buchhaltung des Berichtsjahres und nennt die wichtigsten Kennzahlen. Mitgliederbeiträge ergaben Fr. 11 402.70, zusätzlich Fr. 1000.– an Spenden. Druck und Versand unseres Periodikums kosteten rund Fr. 5936.–. Spenden an Notburga betragen Fr. 3000.–. Reingewinn Fr. 533.11.

Der Revisor Ermanno Pavesi empfiehlt Déchargeerteilung, was mit Applaus bestätigt wird.

8. Mitteilungen

Hinweis auf die Beilage der Einladung: eine Umfrage zu Religion und ärztlichem Handeln. Der Ständerat

hat sich zustimmend zur PID geäussert. Ein weiterer Dambruch ist vorhersehbar. Ermanno Pavesi verweist auf die knappen Finanzen der FIAMC

9. Termine

«Marsch für s' Läbe» in Zürich am 20. September 2014. IANFP/IGNFP-GV am 21. November 2014. Am 22. November 2014 gemeinsame Tagung IANFP/IGNFP, VKAS, HLI im Frauenspital Zürich (als Referentinnen u.a. Elisabeth Rötzer und Alma von Stockhausen). Die nächste Mitgliederversammlung ist am 14. März 2015 in Fribourg.

10. Varia

Prof. Renner fragt nach Hompage der VKAS, N. Zwicky weist auf die Petition von «Zukunft CH» hin: kein Gender im Lehrplan 21

Abschluss der Versammlung durch die Präsidentin.

Am Nachmittag folgten ab 13.50 Uhr überzeugende Referate zum Thema «Innere Heilung» von Msgr. Christoph Casetti und Prof. Helmut Renner. Beide Referenten präsentierten tiefgreifende Wahrheiten und Gedanken zu Vergebung und Versöhnung.

P. Ryser-Dübli

Dr. med. P. Ryser-Dübli
Aktuar VKAS
Hausmatt 27
3662 Seftigen
033 345 70 34
pryser@sunrise.ch

Kurzer Jahresbericht 2013

Sezione svizzero-italiana medici cattolici

Luca a Marca, 5. März 2014

Am Ende der Bildung-Tagung vom 19. Januar 2013 im Kloster S. Giuseppe Locarno-Monti, in welcher Père André Jérumanis vor 30 Kollegen den Brief von Papst Ratzinger «Porta Fidei» kommentierte, hat die ordentliche Jahresversammlung stattgefunden: **Enrica Maspoli-Postizzi**, Dermatologin, wurde als Präsidentin, als Nachfolgerin von Cristina Anastasi-Forni, Augenärztin, gewählt. Gabriele Dall'Acqua wurde als Kassier bestätigt, sowie Rodolfo Mazzi als Protokollführer.

45 Mitglieder haben die Jahresbeiträge bezahlt.

Die Finanzen erlaubten uns, auch im Jahr 2013 die Tätigkeit des katholischen Arztes Dr. Gabor in Ungarn weiter zu unterstützen, der mit dem Kloster Kismaros, nicht weit von Budapest, eine enge Zusammenarbeit ausübt. Eine Zusammenkunft mit uns und den ungarischen Vertretern wurde in Breganzona von der Apothekerin A. Asioli organisiert.

Einige Kollegen reisten nach Rom, sind Papst Francesco und der Schweizergarde begegnet und haben nachher auch den Gründungs-Ort der Benediktiner in Subiaco besucht.

Wir versuchten auch eine Zusammenarbeit mit den katholischen Juristen wiederherzustellen. Dies ist noch in unserem Programm 2014 vorgesehen.

Etwa 30 von uns haben sich am 18. Januar 2014 wieder im Klarissen-Kloster Cademario mit Père André Jerumanis versammelt. Das Thema war: «Evangelii gaudium»

Kollege Lorenzo Alberio hat als Vertreter der Sektion beim Zentralvorstand aus Gründen der beruflichen

Überlastung in Bern demissioniert und wurde von **Gianfranco Bolognini** ersetzt.

Eine erste Begegnung mit dem neuen Bischof von Lugano, **Valerio Lazzeri**, ist am 7. April vorgesehen, sowie eine Sommerbegegnung in Carona bei Père André, wo er Pfarrer ist.

Im Namen der italienisch-sprechenden Kollegen begrüsse ich alle Mitglieder der Schweiz.

Luca a Marca

Letzte Seite

Vorschau

20. September 2014

«Marsch für s'Läbe» in Zürich.

Info: rahelguerber@bluewin.ch, www.human-life.ch

1. – 4. Oktober 2014

FIAMC-Kongress in Manila. «The Catholic Doctor in an Era of Secularization and Technology».

Info: www.fiamc.org und ermanno@pavesi.ch

21. / 22. November 2014

Gemeinsame Tagung IANFP/IGNFP/VKAS/HLI in Zürich:

«Theologie des Leibes - Christlicher Glaube und verantwortete Elternschaft».

Info: drniwa@bluewin.ch, huerzele@active.ch, rahelguerber@bluewin.ch, www.human-life.ch

17 gennaio 2015

Ritiro spirituale e assemblea generale della Sezione svizzero-italiana dell'AMCS a Cademario.

Info: ricerche@sunrise.ch

14. März 2015

Jahrestagung und Mitgliederversammlung VKAS in Fribourg.

Info: rahelguerber@bluewin.ch, jungotto@kleinschoenberg.ch

Unsere Homepage: www.medcath.ch

Für Spenden oder den Mitgliederbeitrag:

Zuger Kantonalbank: 80-192-9

IBAN: CH80 0078 7007 7040 8000 1

Impressum

Vereinigung Katholischer Ärzte der Schweiz

Rahel Gürber, rahelguerber@bluewin.ch

Otto Jungo, jungotto@kleinschoenberg.ch

Nikolaus Zwicky-Aeberhard, nikolauszwicki@bluewin.ch

Auflage: 500 Ex.

Erscheinungsdatum: Mai 2014

Layout/Druck: Druckerei Franz Kälin AG, Einsiedeln

ISSN 1424-3334

