



**Berner Fachhochschule**  
Gesundheit

## **MAGAZIN**

des Fachbereichs Gesundheit  
Juli 2013

### **FOKUS**

**Gesundheit im Betrieb ist eine Frage der Unternehmenskultur**

### **HEBAMME**

**Zwei Hebammen aus Praxis und Lehre tauschen ihre Rollen**

### **INTERDISZIPLINÄRES**

**Die Rechte von Patientinnen und Patienten stärken**

Immer einen Schritt voraus:  
Weiterbildungsprogramm 2013/14  
für Gesundheitsfachleute

# **FREQUENZ**



## NEWS & EVENTS



### NEWS

#### **Prof. Dr. Cornelia Oertle im Vorstand der SAMW**

Die Leiterin des Fachbereichs Gesundheit der Berner Fachhochschule, Prof. Dr. Cornelia Oertle, ist neues Vorstandsmitglied der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Die SAMW will künftig die Themen Interprofessionalität in der Gesundheitsforschung und die «Medical Humanities» stärker betonen. Die Wahl einer Vertreterin der Fachhochschulen Gesundheit wird diesbezüglich als wichtiges Zeichen gewertet.

#### **Studiengang Master of Science in Pflege akkreditiert**

Das Eidgenössische Volkswirtschaftsdepartement EVD hat den Studiengang «Master of Science in Pflege» akkreditiert. Es handelt sich dabei um einen Kooperationsmaster der Berner Fachhochschule BFH, der Hochschule für Angewandte Wissenschaften FHS St. Gallen und der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW. Der Akkreditierungsbericht attestiert dem Kooperationsmaster Pflege, dass die Qualitätsstandards gemäss Akkreditierungsrichtlinien erfüllt sind.

#### **333 Studienplätze am Fachbereich Gesundheit**

Anfang 2013 hat der Regierungsrat des Kantons Bern den Numerus Clausus für die vier Bachelorstudiengänge des Fachbereichs Gesundheit um 21 Studienplätze auf 333 Studienplätze per Studienjahr 2013/14 angehoben. Rund 900 Personen interessieren sich jedes Jahr für ein Bachelorstudium am Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule.

#### **Lehrbuch für Pflegeforschung erschienen**

In einer zweiten aktualisierten Auflage ist 2013 das Lehrbuch «Pflegerwissenschaft 2» im Verlag Hans Huber erschienen. Mitherausgeberin ist Prof. Dr. Eva-Maria Panfil, Dozentin im Masterstudiengang Pflege. Das Buch beschreibt wichtige forschungsmethodische Aspekte der Pflegewissenschaft und veranschaulicht diese durch ausschliesslich deutschsprachige Studien.

#### **Bachelorarbeit Hebamme gewinnt 2. Preis bei Justina-Siegemund-Wettbewerb**

Jeannine Troendle und Marisa Zumbrunn, Absolvierende des Studiengangs Hebamme des Fachbereichs Gesundheit, gewinnen den 2. Preis des Justina-Siegemund-Wettbewerbs. Mit ihrer Bachelorarbeit zum Thema Knoblauchtherapie bei schwangeren Frauen mit einer vaginalen Streptokokken B-Kolonisation konnten sie die Jury von sich überzeugen.

#### **Gere Luder gewinnt den Forschungspreis der Reha Rheinfelden**

Gere Luder, Mitarbeiter der angewandten Forschung & Entwicklung Physiotherapie, hat den diesjährig erstmals vergebenen Forschungspreis der Reha Rheinfelden gewonnen, die damit herausragende wissenschaftliche Arbeiten im therapeutischen Bereich fördert und auszeichnet.

#### **Über 6000 Franken für Madagaskar**

Unter dem Motto «Relax and help» führte der Bachelorstudiengang Physiotherapie erneut den bekannten Massagetag durch. Interessierte konnten sich von Physiotherapiestudierenden des Fachbereichs Gesundheit massieren lassen. Die Studierenden führten 266 Massagen durch und nahmen dabei 6174 Franken ein. Wie jedes Jahr kommt der Erlös vollumfänglich einem Entwicklungsprojekt in Madagaskar zu.

### EVENTS

#### **Anlässe 2013**

Wir würden uns freuen, Sie an den folgenden Anlässen des Fachbereichs Gesundheit begrüssen zu dürfen:

- Diätetik à la Carte: 21. bis 23. August und 27. bis 29. August 2013
- Posterpräsentationen und Partnerevent: 6. September 2013
- Hebammenlauf: 7. September 2013
- Fachtagung Disziplin Pflege BFH: 29. Oktober 2013
- Abschlussfeier Fachbereich Gesundheit: 14. November 2013

#### **SCHP: Nutzen Sie den Austausch und reichen Sie Ihr Abstract ein**

Der dritte Swiss Congress for Health Professions findet am 11. und 12. März 2014 in Bern statt. Ziel des Kongresses ist, den Wissensaustausch unter den Gesundheitsberufen zu fördern. Die Eingabe für wissenschaftliche Beiträge, Call for Abstracts, ist geöffnet und läuft bis am 29. August 2013. Weitere Informationen erhalten Sie auf der Website [www.schp.ch](http://www.schp.ch) oder bei Sabine Welti Zwysig, [sabine.welti@bfh.ch](mailto:sabine.welti@bfh.ch).

#### **Colloque Santé zum Thema «Akademie und Praxis – Praxis und Akademie»**

Die erfolgreiche Vortragsreihe des Fachbereichs Gesundheit startet in eine neue Runde. Ab Herbst 2013 steht die Zusammenarbeit zwischen Akademie und Praxis im Zentrum des Colloque Santé. Sind diese Partnerschaften Symbiosen, die Synergien frei setzen oder handelt es sich um eine Entwicklung, die netter Denksport für Eliten ist? Expertinnen und Experten widmen sich dieser spannenden Frage. Das Colloque Santé wird im Studienjahr 2013/14 durch die Disziplin Geburtshilfe und die Disziplin Pflege organisiert. Die Veranstaltungen sind öffentlich und finden jeweils von 17.15 bis 18.15 Uhr an der Schwarztorstrasse 48 statt. Weitere Informationen finden Sie zu gegebener Zeit unter [www.gesundheit.bfh.ch/news](http://www.gesundheit.bfh.ch/news).

#### **Informationsveranstaltungen Bachelor- und Masterstudiengänge**

Interessieren Sie sich für den Bachelorstudiengang Hebamme, Pflege, Physiotherapie oder Ernährung und Diätetik? Spielen Sie mit dem Gedanken in einen Masterstudiengang in Pflege oder Physiotherapie einzusteigen? Dann besuchen Sie eine unserer Informationsveranstaltungen. Informationen unter [www.gesundheit.bfh.ch/bachelor](http://www.gesundheit.bfh.ch/bachelor) und [www.gesundheit.bfh.ch/master](http://www.gesundheit.bfh.ch/master).



Liebe Leserin, lieber Leser

Was tun Sie für Ihre Gesundheit? Essen Sie gesund, bewegen Sie sich ausreichend, entspannen Sie sich regelmässig? Gesundheitsförderung und Prävention haben in unserer Gesellschaft offiziell zwar einen hohen Stellenwert und trotzdem läuft das Thema im Alltag immer wieder Gefahr, vergessen zu gehen. Herz-Kreislaufkrankungen gehören in der Schweiz zu den häufigsten Todesursachen. Ein gesunder Lebensstil und ein gesundheitsförderndes Umfeld helfen mit, diese Krankheiten zu verhindern. Der Fachbereich Gesundheit hat die Wichtigkeit von Gesundheitsförderung und Prävention erkannt und als Forschungsschwerpunkt für alle vier Disziplinen festgelegt. Aus diesem Grund und weil sich unsere Studierenden und Mitarbeitenden am Fachbereich Gesundheit täglich damit auseinandersetzen, stellen wir Gesundheitsförderung und Prävention in den Fokus dieser Heftausgabe. So erfahren Sie im Bericht zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement, dass sich berufliche Herausforderungen positiv auf den Gesundheitszustand von Mitarbeitenden auswirken können und was wir am Fachbereich Gesundheit konkret für die Gesundheit unserer Mitarbeitenden tun. Im Interview mit Ursula Koch, Co-Leiterin Nationale Präventionsprogramme beim BAG, begegnet Ihnen die Aussage «Gesundheit ist mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit» und in weiteren Artikeln stellen wir Ihnen das Thema Selbstwirksamkeitserwartung im Hinblick auf die Geburt vor und sprechen mit dem Spitzenkoch Rolf Caviezel über präventive Effekte von molekular veränderten Nahrungsmitteln. Dies und mehr erwartet Sie im vorliegenden Heft.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre und – bleiben Sie gesund.

Prof. Dr. Cornelia Oertle  
Leiterin Fachbereich Gesundheit

## INHALT

### IMPRESSUM

Herausgeberin: Berner Fachhochschule BFH,  
Fachbereich Gesundheit

Erscheinungsweise: 2 Mal jährlich

Auflage: 10 000 Ex.

Redaktion: Judith Bögli

Fotos: Alexander Jaquemet, Marius Schären,  
Karin Scheidegger und weitere

Gestaltung: Studio Longatti, Biel

Druck: Schläefli & Maurer, Uetendorf

Copyright: Texte und Bilder sind urheberrechtlich  
geschützt. Nachdruck, auch auszugsweise,  
nur mit Genehmigung der Redaktion.

Abonnement: [www.gesundheit.bfh.ch/frequenz](http://www.gesundheit.bfh.ch/frequenz)

### FOKUS

- 4 Betriebliche Gesundheitsförderung – eine lohnende Investition
- 6 «Prävention gehört ins Portfolio aller Gesundheitsfachpersonen»
- 8 Ein kaum genutztes Berufsfeld für Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater?
- 10 Wenn Licht auf Schatten trifft
- 12 Gesundheitsförderung und Herausforderung gleichzeitig
- 13 Mit spitzer Feder: Prävention und Gesundheitsförderung – kein Thema mehr?
- 14 Wenn nicht ich selbst, wer dann?
- 16 Ernährungsempfehlungen bei Schluckstörungen – eine unterschätzte Herausforderung

### ERNÄHRUNG UND DIÄTETIK

- 19 Gute Berufsaussichten nach dem Bachelor in Ernährung und Diätetik

### PFLEGE

- 22 Gegen die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

### PHYSIOTHERAPIE

- 24 Beckenbodendiagnostik und -therapie: Ein Thema für Lehre und Forschung

### HEBAMME

- 26 Vom Geburtszimmer in den Vorlesungssaal und umgekehrt

### FORSCHUNG

- 29 Qualität im Pflegeheim – Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner

### INTERDISZIPLINÄRES

- 32 Interprofessionelles Handeln in Grenzsituationen

### INTERNATIONALES

- 34 Eine gelebte internationale Kooperation in Lehre und Forschung

### WEITERBILDUNG

- 36 Synergien nutzen und Qualität steigern

### WEITERBILDUNGSPROGRAMM

- 38 Weiterbildungsprogramm 2013/14





## Betriebliche Gesundheitsförderung – eine lohnende Investition

**Die Arbeitswelt befindet sich in einer Phase tiefgreifenden Wandels. Mitarbeitende sind gefordert, flexibel und rasch auf sich verändernde Bedingungen zu reagieren. Das hohe Tempo der Veränderungen und moderne Kommunikationstechnologien können bis an die Leistungsgrenze führen. Unternehmen sind deshalb bestrebt, die Leistungsfähigkeit und Gesundheit der Mitarbeitenden gezielt und dauerhaft zu erhalten.**



**Prof. Monika Leitner**  
Dozentin Bachelorstudiengang  
Physiotherapie  
monika.leitner@bfh.ch

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) berücksichtigt sowohl die Arbeitsbedingungen als auch das individuelle Gesundheitsverhalten. Es wird also auch versucht, bestehende betriebliche Strukturen und Prozesse, die direkt oder indirekt auf die Gesundheit der Mitarbeitenden wirken, zu überprüfen und zu optimieren. Die Interventionen der BGF lassen sich zusammenfassen in personenbezogene Interventionen (verhaltensorientiert) und bedingungsbezogene Interventionen (verhältnisorientiert).

Gemäss der Luxemburger Deklaration von 1997 umfasst Betriebliche Gesundheitsförderung alle gemeinsamen Massnahmen von Arbeitgebenden, Arbeitnehmenden und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz.

Um Erfolg zu erzielen, empfiehlt die Luxemburger Deklaration sich an 4 Leitlinien zu orientieren (siehe Abbildung 1).

### **BGM – ein systematisches Vorgehen**

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) bündelt gesundheitsfördernde Aktivitäten systematisch und stellt mittels strategischer Verankerung, einem ganzheitlichen, evidenzbasierten, zielgerichteten und bedarfsorientierten Vorgehen eine nachhaltige Wirkung sicher. Der Prozess des BGM reicht von der Analyse, über die Entwicklung von Massnahmen, dem Einsatz von eigenen Ressourcen, bis hin zur spezifischen Umsetzung, die im Managementsystem integriert und evaluiert wird. Gesundheitsmanagement ist komplex und kann nur durch den Einbezug und die Expertise verschiedener Professionen gelingen.

BGM zielt darauf ab, das Wohlbefinden, das Leistungspotenzial und die Motivation von Mitarbeitenden zu sichern und zu mobilisieren. Ohne das Engagement von Mitarbeitenden kann ein Betrieb nicht überleben. Gesunde Mitarbeitende sind die wichtigste Ressource eines Betriebes. Damit werden auch bessere Voraussetzungen geschaffen für Wettbewerbsfähigkeit, Attraktivität und

wirtschaftlichen Erfolg. Der Nutzen zeigt sich bei Mitarbeitenden, Kunden (nebst Partnerinstitutionen vorwiegend Studierende) und beim Unternehmenserfolg. Der finanzielle Nutzen eines nachhaltigen BGM durch geringere Fehlzeiten und weniger Fluktuation gilt als belegt. Nach Ergebnissen einer Metaanalyse konnte durch die Senkung absenzbedingter Kosten ein Return on Investment von bis zu 1:5 errechnet werden.

### **Perspektivenwechsel im BGM**

Ein Rückblick über das BGM-Geschehen der Schweiz in den vergangenen elf Jahren zeigt eine interessante Entwicklung. Zu Beginn standen vorwiegend verhaltensorientierte Massnahmen im Fokus, wie zum Beispiel Bewegung am Arbeitsplatz, Mineralwasser oder der Pausenapfel. Dies waren gute Ansätze, die etwas ins Rollen gebracht haben. Sie waren jedoch nicht ausreichend, um der Komplexität der Arbeitswelt gerecht zu werden. Heute besteht ein Konsens darüber, dass ein erheblicher Anteil der Ursachen arbeitsassoziierter Erkrankungen in den Arbeitsbedingungen zu suchen ist. In den vergangenen Jahren fand ein Perspektivenwechsel statt: So versucht man heute den bedingungsbezogenen Interventionen, d.h. der Veränderung der Verhältnisse, insbeson-

dere durch Massnahmen der Arbeitsgestaltung, einen grösseren Stellenwert zu geben.

Schubkraft erhält diese Veränderung auch durch zunehmende Evidenz. Beispielsweise zeigte eine europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen, dass die Zunahme an Beschwerden am Bewegungssystem mit Stress und Überlastung zusammenhängt.

Auf die zwei Interventionsebenen der betrieblichen Gesundheitsförderung bezogen bedeutet dies z.B., dass es nicht nur wichtig ist, die Arbeitsmittel und seinen Körper am Bildschirmarbeitsplatz gut zu nutzen (Verhaltensorientierung) sondern auch die Bedingungen anzusehen, die zu Stress führen (Verhältnisorientierung).

## Arbeit macht auch gesund

Arbeit kann zwar potenziell krank machen, wenn sie dauerhaft über- oder unterfordert oder Mitarbeitende sich mit ihren Fähigkeiten nicht einbringen können. Arbeit ist aber auch ein entscheidender Aspekt im lebenslangen Wachstumsprozess. Berufliche Herausforderungen können die persönliche Entwicklung fördern. Die Sinnhaftigkeit der Tätigkeit und die persönliche Produktivität können folglich als Quelle von Gesundheit gesehen und genutzt werden. Eine Studie des Fachbereichs Soziale Arbeit zeigt die reduzierte Gesundheit Arbeitsloser auf, wodurch der Erhalt der Arbeitsfähigkeit einen besonders hohen Stellenwert erhält.

Der Sinn der Arbeit zeigt sich nicht nur in der Existenzsicherung, der Weiterbildung und Persönlichkeitsentwicklung, sondern auch im erweiterten sozialen Umfeld, der vermittelten Tagesstruktur, der Identitätsfindung und den Erfolgserlebnissen.

## Gesundheit – auch eine Frage der Unternehmenskultur

Gesundheit im Betrieb ist letztlich auch eine Frage der Unternehmenskultur. Der Zusammenhang zwischen Führungsverhalten und Gesundheit der Beschäftigten wird nicht zuletzt an den häufig auftretenden Gratifikationskrisen erkennbar. Berufliche Gratifikati-

onskrisen können als Folge eines Ungleichgewichts zwischen beruflicher Verausgabung und der dafür erhaltenen Belohnung (Gratifikation in Form von Geld, Wertschätzung und beruflichem Status) entstehen. Lang anhaltende Verausgabung mit im Vergleich dazu bescheidener Belohnung wird als stressauslösend und krankheitsrelevant angesehen. In verschiedenen Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, dass Gratifikationskrisen mit einem deutlich erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen verbunden sind. Weitere Belege aus der IT-Branche zeigen Zusammenhänge zwischen dem Verhalten von Vorgesetzten und einem Burnout-Risiko. Ein hoher Risikofaktor für ein Burnout ist das Fehlen von Partizipationsmöglichkeiten in der Arbeit. Beschäftigte, die an ihren Arbeitsplätzen nur geringe Möglichkeiten besitzen, sich zu beteiligen und ihre Ideen einzubringen, haben demnach ein 3,5-fach erhöhtes Risiko des «Ausbrennens» als Beschäftigte mit grossen Partizipationsmöglichkeiten. Ein belastendes Sozialklima bzw. ein belastendes Vorgesetztenverhalten vergrössert das Risiko weiter. Auch eine geringe soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und ein wenig ausgeprägter und mitarbeiterorientierter Führungsstil erhöhen das Burnout-Risiko.

BGM ist also (auch) Chefsache und zudem ein wichtiges Element der sozialen Verantwortung eines Unternehmens. Damit wird die Verantwortung jedes Einzelnen im Rahmen seiner Möglichkeiten zum Erhalt und zur Förderung seiner eigenen Gesundheit beizutragen, keineswegs in Frage gestellt. Bei der Umsetzung von Massnahmen sind alle Beteiligten eines Systems angesprochen. Zur Unternehmenskultur kann jeder etwas beitragen und Anerkennung für erbrachte Leistungen kann von allen ausgesprochen werden.

Heute stellt sich kaum mehr die Frage, ob sich ein Unternehmen leisten kann, sich mit der Gesundheit der Mitarbeitenden zu befassen, sondern ob es sich leisten kann, es nicht zu tun. ■

## Literatur:

Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP), [www.enwhp.org](http://www.enwhp.org).

Aldana, S. (2001). Financial Impact of Health Promotion Programs: A Comprehensive Review of the Literature. *American Journal of Health Promotion*, 15(5):296–320.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2007). *Managing musculoskeletal disorders*. Dublin: Eurofound.

Lätsch, D., Pfiffner, R., Wild-Näf, M. (2011). Die Gesundheit sozialhilfebeziehender Erwerbsloser in der Stadt Bern. Schlussbericht zuhanden des Auftraggebers, Berner Fachhochschule, Fachbereich Soziale Arbeit.

Klemens, S., Wieland, R. & Krajewski, J. (2004). Führungsbezogene Risikofaktoren in der IT-Branche, [www.xwp.uniuppertal.de/fileadmin/wieland/lehrstuhl/Krajewski/Klemens\\_S.\\_Krajewski\\_J.\\_Wieland\\_R.\\_2004\\_Risikofaktoren\\_in\\_der\\_IT-Branche.pdf](http://www.xwp.uniuppertal.de/fileadmin/wieland/lehrstuhl/Krajewski/Klemens_S._Krajewski_J._Wieland_R._2004_Risikofaktoren_in_der_IT-Branche.pdf).

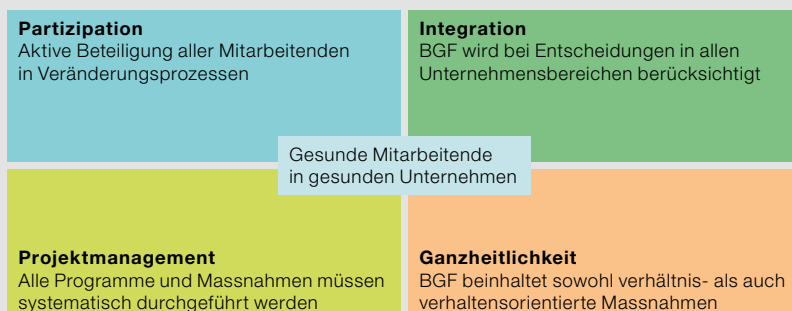
Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol.*, 1(1): 27–41.

## Betriebliches Gesundheitsmanagement im Fachbereich Gesundheit

2010 wurde das Betriebliche Gesundheitsmanagement im Fachbereich Gesundheit (FBG) der Berner Fachhochschule (BFH) offiziell ins Leben gerufen. Auf Basis einer Mitarbeitenden-Befragung (welche im Oktober 2012 wiederholt wurde), erfolgten erste Schritte. In Gesundheitszirkeln konnten Belastungen sowie verfügbare Ressourcen zu deren Bewältigung aus Sicht der Mitarbeitenden identifiziert werden. Als Ergebnis entstand ein Katalog mit konkreten Massnahmen zur Behebung gesundheitsbelastender Faktoren am Arbeitsplatz, die sukzessiv bearbeitet wurden. Als Folge entstand zum Beispiel ein ergonomisches Beratungskonzept, welches sich im FBG gut bewährt und von den Mitarbeitenden sehr positiv bewertet wird. Es wurden zudem Bewegungskurse angeboten, Bike to work und die bezahlte Teilnahme an einem Gehwettbewerb. An der Murtenstrasse 10 steht den Mitarbeitenden ein spezieller Raum zur Verfügung.

Da im FBG zwei BGM-Settings des Betrieblichen Gesundheitsmanagements zusammenkommen (Betrieb und Hochschule), strebt die BGM-Steuergruppe an, nicht nur die Mitarbeitenden, sondern in Zukunft auch vermehrt die Bedürfnisse der Studierenden zu berücksichtigen. Die Mitarbeit im Netzwerk «Gesundheitsfördernde Hochschulen Schweiz» ist ein wichtiger Schritt in diese Richtung. Weiter wird eine Verknüpfung mit den HR-Services BFH angestrebt, die auch eine Impuls-Wirkung in andere Fachbereiche / Departemente der BFH ermöglichen könnte.

Abbildung 1: BGF-Leitlinien der Luxemburger Deklaration (1997)





## «Prävention gehört ins Portfolio aller Gesundheitsfachpersonen»

**Die Schweizer Bevölkerung ist gesund – überdurchschnittlich gesund. Trotzdem sind die Themen Prävention und Gesundheitsförderung aktueller denn je und müssten von allen Fachpersonen im Gesundheitswesen entsprechend behandelt werden. Ein Gespräch mit Ursula Koch, Co-Leiterin der Abteilung Nationale Präventionsprogramme beim Bundesamt für Gesundheit.**

Interview: Judith Bögli



**Judith Bögli**  
Kommunikation  
judith.boegli@bfg.ch

### **Frau Koch, Sie befassen sich jeden Tag mit Prävention und Gesundheitsförderung. Was ist Gesundheit?**

Gesundheit an und für sich bedeutet viel mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit alleine. Gesund zu sein heisst, sich umfassend wohl zu fühlen – und zwar nicht nur körperlich, sondern auch psychisch und sozial.

### **Die meisten Menschen messen ihre Gesundheit aber noch immer genau daran; an der Abwesenheit von Krankheit. Wo setzen Sie an, um dies zu ändern?**

Der Alltag der meisten Menschen ist voll von gesundheitsbelastenden Dingen. Ich denke da an das Essen in vielen Kantinen, an Stress am Arbeitsplatz, die Schwierigkeit bei der

Vereinbarkeit von Familie und Beruf etc. Es genügt nicht, dass man zum Beispiel weiss, wie man sich gesund ernährt. Es braucht vor allem auch ein gesundheitsförderndes Umfeld. Deshalb steht neben den klassischen Informationskampagnen vor allem auch die Verbesserung der Rahmenbedingungen in unserer Umwelt und unserem Alltag im Vordergrund.

### **Was heisst das konkret?**

Wir setzen uns zum Beispiel dafür ein, dass in Kantinen auch gesundes Essen angeboten wird, arbeiten mit dem Amt für Raumplanung zusammen, damit möglichst viel Grünflächen zur Erholung zur Verfügung stehen oder fördern den Ausbau von Velowegen in der Schweiz. Ziel dabei ist es, die Rahmen



bedingungen so zu gestalten, dass gesundes Verhalten überhaupt möglich und v.a. einfach und attraktiv wird.

**Letzten Herbst scheiterte die Vorlage für das neue Präventionsgesetz im Parlament. Wie geht es nun weiter ohne dieses Gesetz?**

Präventive Leistungen oder auch unsere nationalen Programme werden wir auch ohne dieses Gesetz weiter verfolgen können. Allerdings wäre es viel einfacher gewesen, Ressourcen für die Präventionsarbeit auf nationaler Ebene zu bündeln und Synergien zu nutzen. Das Gesetz hätte es zudem vereinfacht, eine einheitliche nationale Strategie zu fahren. Nun müssen wir langfristig einen anderen Weg dafür finden. Jetzt ist das Engagement für Prävention von allen Akteuren auf freiwilliger Basis gefragt.

**Ist das Scheitern des Gesetzes nicht auch so zu verstehen, dass Prävention und Gesundheitsförderung an Wichtigkeit verloren haben?**

Nein, im Gegenteil. Krebs, Diabetes und andere nicht übertragbare Krankheiten wie chronische Atemwegserkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind gemäss

**«Es braucht vor allem auch ein gesundheitsförderndes Umfeld.»**

WHO für 86 Prozent aller Todesfälle verantwortlich – und diese Krankheiten sind zu einem sehr grossen Teil Lebensstil bedingt. Das heisst, wenn nicht gerade eine genetische Disposition dahinter steckt, könnten sie in vielen Fällen vermieden werden. Das

Problem der nicht übertragbaren Krankheiten ist, dass sie sehr lange nicht wahrgenommen und deshalb oft bagatellisiert werden.

**Zu sehen sind aber Rekordzahlen am Grand-Prix, Nichtraucher-Restaurants, gratis Pausenäpfel etc. Wir Schweizer leben doch sehr gesund, oder?**

Sie haben Recht, im internationalen Vergleich hat die Schweiz einen überdurchschnittlich guten Gesundheitszustand. Tatsache ist aber, dass je nach Bevölkerungsschicht, je nach Bildung, Einkommen, Migrationshintergrund grosse Unterschiede zu finden sind. Und nochmals: Viele gesundheitliche Probleme kommen lange nicht ans Licht. 20 Prozent der Schweizer Bevölkerung trinkt chronisch, und noch immer rauchen rund 25 Prozent. Auch das Thema Übergewicht ist nicht zu unterschätzen. Zwei von fünf Jugendlichen sind übergewichtig – Tendenz steigend. Sicher haben wir in der Schweiz eine gute Ausgangslage, um gesund zu bleiben. Das Thema ruhen zu lassen liegt aber ganz klar nicht drin.

**Wie schaffen Sie es, Gesundheitsmuffel hellhörig zu machen?**

Wir müssen ein Bewusstsein dafür schaffen, dass ein gesunder Lebensstil Lebensqualität und Genuss bedeutet. Zudem ist er massgebend dafür, wie «fit und zwäg» wir unser Leben und auch unser Alter verbringen. Dank unserer modernen Medizin leben wir immer länger. Die Frage stellt sich dann aber, welche Qualität unser Leben im Alter noch hat. Ob wir multimorbid oder körperlich und geistig fit alt werden, ist ein riesiger Unterschied.

**Prävention und Gesundheitsförderung hat also einen direkten Einfluss darauf, wie ich meinen Lebensabend verbringen werde?**

Ganz klar ja. Wer bereits in jungen Jahren etwas für seine Gesundheit tut, also nicht raucht, massvoll trinkt, sich regelmässig bewegt und ausgewogen isst, wird auch vitaler alt werden. Es geht hier nicht darum, Freude und Genuss zu verbieten, sondern

**«Nicht übertragbare Krankheiten werden lange nicht wahrgenommen und deshalb oft bagatellisiert.»**

ein gesundes Mass zu finden. Das Ziel des BAG's ist auch hier ganz klar: Wer sich gesund verhalten will, soll das auch können. Daran arbeiten wir.

**Wo liegen die grössten Herausforderungen in Ihrer täglichen Arbeit?**

Prävention hat leider in den letzten Jahren beinahe eine negative Konnotation erhalten, obwohl es eigentlich etwas sehr Positives wäre. Es ist ganz schwierig, die Bevölkerung wieder positiver auf Gesundheitsthemen zu lenken. Also den Genuss des Nicht-Rauchens in den Vordergrund stellen und nicht das Rauchverbot. Auch den richtigen Mix zu finden zwischen Information und regulatorischen Eingriffen, zum Beispiel Preiserhöhungen bei Alkohol und Tabak, das sind schwierige Themen.

Ganz wichtig ist uns auch, dass Prävention ein wesentlicher Teil der Gesundheitsversorgung sein müsste. Also eine Leistung, die eigentlich alle Mitarbeitenden im Gesundheitswesen erbringen sollten. Die Leute sind dann am ehesten bereit, ihr Verhalten zu ändern, wenn sie gesundheitlich angeschlagen sind. Darum müssten alle Experten aus der Pflege, Pharmazie, Medizin, Physiotherapie etc. fähig sein, ein Gegenüber zu coachen und zu befähigen, für die eigene Gesundheit Verantwortung übernehmen zu wollen. Die Gesundheitskompetenz der Klientinnen und Klienten zu stärken, muss unbedingt an Wichtigkeit gewinnen.

**Und wie bleiben Sie ganz persönlich gesund?**

Ich persönlich setzte voll auf Bewegung; egal ob joggen, biken, wandern. Für alles, was man draussen und in Bewegung machen kann, bin ich zu haben. Auch gute Freundschaften, regelmässige soziale Kontakte halten mich gesund. Und nicht zuletzt auch ein feines Essen, hie und da gerne mit einem Glas Wein. ■



Ursula Koch: «Ein gesunder Lebensstil bedeutet Lebensqualität und Genuss.»



**Gesundheitsförderung und Prävention**

# Ein kaum genutztes Berufsfeld für Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater?

**Die Schweizer Ernährungsstrategie 2013–2016 zeigt, welchen Herausforderungen sich die Gesundheitspolitik zukünftig stellen muss. Zur Umsetzung braucht es Ernährungsfachleute mit vertieften Kompetenzen in Gesundheitsförderung und Prävention.**



**Prof. Dr. Karin Haas**  
Dozentin Bachelorstudiengang Ernährung und Diätetik  
karin.haas@bfh.ch



**Prof. Silvia Honigmann**  
Dozentin Bachelorstudiengang Ernährung und Diätetik  
silvia.honigmann@bfh.ch

Eine ausgewogene, abwechslungsreiche Ernährung entsprechend der Schweizer Lebensmittelpyramide und regelmässige körperliche Aktivität sind wichtige Voraussetzungen für Gesundheit und Lebensqualität. Diese Empfehlungen werden in der Schweizer Bevölkerung aber nur teilweise umgesetzt, wie auch der 6. Schweizer Ernährungsbericht zeigt. Fazit: Schweizerinnen und Schweizer essen zu wenig Früchte und Gemüse und zu viele energiereiche Lebensmittel. Das daraus resultierende Ungleichgewicht zwischen Energieaufnahme und Energieverbrauch spiegelt sich langfristig in Übergewicht und Adipositas wider. Diese Gewichtsentwicklung führt in der Bevölkerung, gemeinsam mit anderen lebens-

stilassozierten Risikofaktoren, zu einer Zunahme von chronischen Erkrankungen, wie Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes mellitus, Krebs und Osteoporose. Daneben spielt auch die Unterversorgung mit einzelnen Nährstoffen (z.B. Eisen, Folsäure, Vitamin D) in bestimmten Bevölkerungsgruppen eine Rolle. Das Bundesamt für Gesundheit hat im Bericht Gesundheit 2020 dargelegt, dass effiziente Massnahmen zur Prävention, zur Früherkennung und zur Gesundheitsförderung erforderlich sind, um der hohen Prävalenz an chronischen Krankheiten in Zukunft besser gegensteuern zu können. Damit sollen die Lebensqualität in der Bevölkerung verbessert und die hohen Kosten für das Gesundheitssystem gesenkt werden.



## Kompetenzen der Absolventinnen und Absolventen

Ein Schwerpunkt im Studium und in der beruflichen Tätigkeit der Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater liegt in der individuellen Ernährungsberatung. Diese Beratung zielt meistens auf Menschen mit einem hohen Gesundheitsrisiko oder auf bereits erkrankte Personen ab (z.B. Gewichtsreduktion bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes Mellitus Typ 2). Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater können gezielt auf die Bedürfnisse ihrer Klientinnen und Klienten eingehen und sie darin unterstützen, gesundheitsabträgliche Verhaltensweisen zu ändern. Dieser Beratungsansatz dient der individuellen Gesundheitsförderung und Prävention.

Um die hohe Prävalenz von ernährungsbedingten Erkrankungen zu reduzieren, muss der Frage nachgegangen werden, wie die erworbenen Kompetenzen der Absolventinnen und Absolventen im Kontext von bevölkerungsweiten Massnahmen besser genutzt werden können.

Einerseits sind die theoretischen Grundlagen für Verhaltensänderungen sowohl für das Individuum als auch für Bevölkerungsgruppen in der Gesundheitspsychologie verankert. Das heisst, die Absolventinnen und Absolventen bringen für das Berufsfeld Gesundheitsförderung und Prävention bereits wichtige Grundlagen im Bereich der Verhaltensprävention mit. Andererseits kommen noch weitere Kompetenzen hinzu, die sie befähigen, in Organisationen mitzuarbeiten, in denen bevölkerungsweite bzw. zielgruppenspezifische Interventionen im Vordergrund stehen. Gemäss den allgemeinen Kompetenzen der Gesundheitsberufe FH «Sie kennen die gesundheitserhaltenden und gesundheitsfördernden Einflüsse auf individueller und Bevölkerungsebene und sie sind fähig Massnahmen einzuleiten, welche zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen» werden entsprechende Fertigkeiten, Fähigkeiten in unterschiedlichen Modulen vermittelt: Gesundheitsförderung und Prävention, Projektmanagement im Gesundheitswesen, Qualitätsmanagement und das Wahlpflichtmodul Public Health Nutrition. In diesen Modulen werden die Studierenden befähigt, an der Entwicklung, Planung, Durchführung und Evaluation von effektiven Massnahmen, Kampagnen und Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention zur Verbesserung des Ernährungszustands spezifischer Bevölkerungsgruppen mitzuarbeiten. In zahlreichen weiteren Modulen werden die erforderlichen ernährungsspezifischen Grundlagen geschaffen (z.B. Ernährung gesunder Frauen und Männer, oder Beratung spezifischer Bevölkerungsgruppen). Die Anmeldezahlen im Wahlpflichtmodul Public

Health Nutrition lassen erkennen, dass das Interesse für eine Tätigkeit in diesem Bereich bei den Studierenden aktuell eher gering ist.

## Gegenwärtige Situation in der Praxis

Gründe für das mangelnde Interesse am Wahlpflichtmodul Public Health sind zum heutigen Zeitpunkt noch zu wenig bekannt. Möglicherweise liegt es darin begründet, dass gegenwärtig von Organisationen kaum Praktikumsplätze angeboten werden, bei denen Projekte im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention im Vordergrund stehen. Die Studierenden haben wenige Möglichkeiten, ihre erworbenen Fähigkeiten praxisnah zu erproben und sich mit diesem Berufsfeld vertraut zu machen. Diese Entwicklung wird noch deutlicher bei Betrachtung der Berufsstatistik der Mitglieder des Schweizerischen Verbands diplomierter Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater HF / FH aus dem Jahr 2010. Eine Analyse ergab, dass von insgesamt 500 befragten Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater nur gerade 29 Personen (6 Prozent) im Sektor «Public Health» arbeiten (davon 6 Personen in der deutschsprachigen Schweiz). Der Tätigkeitsbereich Gesundheitsförderung und Prävention wird insgesamt von 21 Prozent der befragten Mitglieder angegeben. Dies betrifft aber sowohl individuelle Beratungen als auch zielgruppenspezifische Projekte. Diesbezüglich kann hier keine genauere Differenzierung gemacht werden. In der Berufsstatistik wurde auch das Thema Weiterbildungen aufgegriffen. Es zeigte sich, dass Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater durchaus an Weiterbildungen (MAS und CAS) in diesem Fachgebiet interessiert sind. Es werden Weiterbildungen wie z.B. Public Health, Gesundheitsförderung und Prävention, Santé Publique, Santé communautaire absolviert, in denen zum Teil die Ernährung eine untergeordnete Rolle spielt.



## Blick über die Grenzen und in die Zukunft

In Länder wie Nordamerika, England, Australien haben sich Dietitians im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention

besser etablieren können. So ist beispielsweise der kanadische Nationale Berufsverband (Dietitians of Canada) Mitglied der Canadian Coalition for Public Health in the 21<sup>st</sup> Century (ein nationales Netzwerk verschiedener Organisationen, Verbänden und Forschungsinstitutionen mit dem gemeinsamen Ziel, die Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit in der kanadischen Bevölkerung). Zudem wird in diesen Ländern noch einmal unterschieden zwischen dem Bereich Public Health (Massnahmen auf Bevölkerungsebene) und dem Bereich Community (Massnahmen in spezifischen Settings wie z.B. Seniorenresidenzen, Gemeinden). Diese internationalen Entwicklungen zeigen Möglichkeiten auf, wie dieses Berufsfeld für unsere Absolventinnen und Absolventen noch besser zugänglich gemacht werden kann. Primär sollte ein vermehrtes Angebot an Praktikumsplätzen zur Verfügung gestellt werden können, die den Studierenden zukünftige Einsatzmöglichkeiten aufzeigen. Durch eine bessere Verankerung in der Lehre könnte das Interesse vermehrt geweckt werden. Ebenfalls sollten spezifische Weiterbildungen in diesem Fachgebiet angeboten werden. An der Berner Fachhochschule ist ein erster Schritt in diese Richtung im Herbstsemester 2013/14 geplant mit dem Angebot des Fachkurses «Life Cycle Nutrition – Ernährung in verschiedenen Lebensphasen aus der Public Health Perspektive» (siehe Seite 47 im Weiterbildungsteil).

Die bereits vorhandenen Potenziale der Absolventinnen und Absolventen des Studiengangs Ernährung und Diätetik sollten in Zukunft besser genutzt werden, um den eingangs beschriebenen Entwicklungen mit Hilfe von multidisziplinären Ansätzen bevölkerungsweit oder zielgruppenspezifisch erfolgreich entgegenzuwirken. ■

### Literatur:

- Bundesamt für Gesundheit. (2013). Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Gesundheit 2020. Abgefragt am 28.2.2013, unter [www.gesundheit2020.ch](http://www.gesundheit2020.ch).
- Bundesamt für Gesundheit. (2012). Schweizer Ernährungsstrategie 2013–2016. Abgefragt am 28.2.2013, unter [www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung\\_bewegung/13259/13359/13434/index.html?lang=de](http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/13259/13359/13434/index.html?lang=de).
- Dietitians of Canada. (2012). Dietitians in public health. Retrieved February 28, 2013, [www.dietitians.ca](http://www.dietitians.ca).
- Keller, U., Battaglia Richi, E., Beer, M., Darioli, R., Meyer, K., Renggli, A., Römer-Lüthi, C., Stoffel-Kurt, N. (2012). Sechster Schweizerischer Ernährungsbericht. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Nnakwe, Nweze Eunice (2013): Community nutrition. Planning health promotion and disease prevention. (2<sup>nd</sup> ed.) Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Soguel, L. (2010). Berufsstatistik über die Mitglieder des Schweizerischen Verbands diplomierter Ernährungsberater/innen HF / FH Resultate 2010. Haute école de santé, Filière Nutrition et diététique.
- World Health Organization. (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of the joint WHO/FAO expert consultation. WHO Technical Report Series, No. 916.



**Schwangerschaft, Muttersein und psychische Erkrankung**

# Wenn Licht auf Schatten trifft

**Der Beginn einer Mutterschaft ist geprägt durch einen bedeutenden Übergang und stellt einen Wandel im Leben einer Frau auf verschiedenen Ebenen dar. Dies geht einher mit Glücksgefühlen und ziemlichen Verunsicherungen. Jede vierte schwangere Frau entwickelt eine Depression oder Angsterkrankung, die behandelt werden muss. Trotzdem werden Symptome bagatellisiert oder mit den physiologischen Veränderungen in der Schwangerschaft erklärt.**



**Manuela Grieser**  
Dozentin und Studien-  
gangsleiterin  
manuela.grieser@bfh.ch



**Prof. Dorothée  
Eichenberger zur Bonsen**  
Leiterin Disziplin Geburtshilfe  
und Bachelorstudiengang  
Hebamme  
dorothee.eichenberger@bfh.ch

Obwohl unzählige fachliche und gesellschaftlich geprägte Informationen über das Mutterwerden für die meisten Frauen und Paare zugänglich sind, wird in vielen Medien ein unrealistisches Bild eines zufriedenen Babys im Arm seiner glückstrahlenden Mutter aufgezeichnet. Die heutigen westlich geprägten Bedingungen für Frauen ermöglichen eine selbstbestimmte Lebensgestaltung und machen sie unabhängig. Partnerschaften müssen heute nicht mehr dem Zweck der materiellen Sicherung dienen, sondern können Teil einer erfüllenden Lebensgestaltung sein. Paare treffen mehrheitlich bewusst die Entscheidung, Kinder zu bekommen. Somit sind Schwangerschaften für Frauen und ihre Partner hoch bedeutsame Lebensereignisse, die aber neben der Freude auf das Kind auch

mit hohen psychosozialen Belastungen verbunden sein können. Frauen beschreiben Stimmungsschwankungen, Ängste und Stresssymptome, die sowohl während der Schwangerschaft als auch nach der Geburt auftreten können. In Gesundheitssystemen braucht es neben den wichtigen präventiven und gesundheitsfördernden Massnahmen auch die fachlichen Kompetenzen, um die psychosoziale Situation der Frau und ihres Partners zu erfassen, zu berücksichtigen und gegebenenfalls zu begleiten.

Im Folgenden werden beispielhaft Belastungssituationen in der Schwangerschaft und nach der Geburt vorgestellt und gleichzeitig soll aufgezeigt werden, wie Frauen in ihrem Muttersein mit professioneller Hilfe gestärkt werden können.

## Psychosoziale Belastung und Schwangerschaft

«Mein Freund und ich waren ein Jahr zusammen als ich schwanger wurde. Ich habe den Test ohne ihn gemacht und mich dann mit ihm in einem Café getroffen. Als ich ihn fragte, was wäre, wenn ich schwanger bin, antwortete er: «Das wäre das Schlimmste, was mir passieren könnte.» So verlief dann in etwa meine Schwangerschaft – ein stetiges Auf und Ab. In der Schwangerschaft hatte ich ständig Angst, es nicht zu schaffen, nicht allem gerecht zu werden. Ich hatte Angst vor der Geburt und Angst davor, dass unsere Beziehung nicht tragfähig genug sei, um der Belastung eines Kindes standzuhalten.»\*

Mit einer eintretenden Schwangerschaft erleben Frauen weitreichende Veränderungen. Der Körper der Frau verändert sich physiologisch wegen des Wachstums des Kindes. Ein in Beziehung treten mit dem Ungeborenen gibt auf der psychischen Ebene Möglichkeiten, mit den körperlichen Veränderungen sehr unterschiedlich und selbstbestimmt umzugehen. Einige schwangere Frauen machen sich auch Sorgen über eine Fehlentwicklung des Neugeborenen, eine Fehlgeburt oder eine schwierige, schmerzvolle Geburt. Werdende Mütter und Väter fragen sich, ob sie nach der Geburt die Bedürfnisse ihres Kindes erkennen und adäquat darauf reagieren können oder ob sie es schaffen werden, auf eigene Wünsche zu verzichten und im Beruf zurück zu stecken. Auch die körperlichen Anforderungen (z.B. schlaflose Nächte) oder die Familienbildung sind Teil der grossen verunsichernden Veränderungen.

Zur Stärkung der Frau und deren Partner in diesem Wandel können nebst dem persönlichen sozialen Netzwerk fachkundige, erfahrene und gut ausgebildete Gesundheitsfachpersonen sich ihnen kontinuierlich annehmen. Sie können ihnen in persönlichen Gesprächen angemessene Informationen geben, sie ermutigen, über ihre Belastungen zu sprechen und in interdisziplinären Teams zu geeigneten Lösungen beitragen.

## Psychische Erkrankung und Schwangerschaft

«Frau B. ist eine 37-jährige Schweizerin. Seit ihrem 23. Lebensjahr treten bei ihr akut psychotische Krisen auf, die teilweise stationär behandelt werden mussten. Zur Schwangerschaft kam es ungeplant, da Frau B. Wirkungsweise und Nebenwirkungen der Neuroleptika nicht kannte. Frau B. wird während der Pränatalperiode weiterhin mit Neuroleptika versorgt. Eine Freundin hat Frau B. geraten, die Medikamente abzusetzen, da sie im Internet einen

Bericht gelesen hat, dass der Fötus durch diese geschädigt werden kann. Den Hebammen fällt Frau B. dadurch auf, dass sie häufig Termine absagt, verschiebt oder voller Angst vor Untersuchungen davonläuft. Die Hebammen haben kaum Informationen zur psychopathologischen Krankengeschichte der Klientin.»\*

Bisher gibt es noch kein hinreichend gesichertes Monitoring über perinatale psychische Erkrankungen. Gemäss Bundesamt für Statistik wurden im Jahr 2004 in der Schweiz jedoch rund 250 schwangere Frauen in einer Klinik aufgenommen, deren Diagnose einer psychischen Störung entsprach. Zudem ist damit zu rechnen, dass eine grosse Dunkelziffer in Bezug auf Frauen besteht, welche während der Schwangerschaft an psychischen Störungen oder Symptomen leiden, jedoch nicht stationär behandelt werden. Hierbei kann es sich um Frauen handeln, die bereits vor der Schwangerschaft an einer psychischen Erkrankung litten, in einigen Fällen kann eine erste akute psychische Belastungsreaktion auch in der Schwangerschaft auftreten. Um schwangere Frauen mit psychiatrischen Vorerkrankungen oder in psychischen Krisen optimal betreuen zu können, benötigen Hebammen, Pflegefachpersonen, Ärztinnen, Ärzte und Psychologinnen, Psychologen Einfühlungsvermögen aber auch erweiterte Fach- und Beratungskompetenz beispielsweise in

- Schwangerschaftsplanung
- Kontrazeption und Psychopharmaka
- Wirkung und Nebenwirkung von Medikamenten auf das ungeborene Kind
- Prophylaxe und Rückfallrisiko verschiedenster psychiatrischer Erkrankungen
- Notfallplanung, individualisierter Geburtsplanung und Nachbetreuungsmöglichkeiten, wenn das Kind geboren ist.

## Psychische Erkrankung und Muttersein

«Frau K. ist eine 28-jährige Lehrerin und erwartet ihr erstes Baby. Schwangerschaft und Geburt verlaufen problemlos. Die ersten Tage nach der Geburt ist Frau K. aufgedreht und kann kaum schlafen. Den Pflegefachpersonen und der Hebamme fällt auf, dass Frau K. ängstlich und unruhig ist. Sie äussert Angst vor der Vermieterin, die unter ihr im Haus wohnt und ihr auflauert. Sie hat einen starken Rededrang und spricht davon, dass sie die Erretterin der Welt ist.»\*

Prospektive Studien zeigen, dass in der Schweiz etwa 13 bis 15 Prozent aller Frauen an einer nachgeburtlichen Depression erkranken. Eine bis drei Frauen von 1000 leiden an einer nachgeburtlichen Psychose. Hebammen, Pflegefachpersonen und Mütter- und Väterberaterinnen sind die ersten Per-

sonen, die merken können, dass eine postpartale psychische Erkrankung auftritt. Um dieser wichtigen Betreuungsaufgabe nachzukommen, benötigen sie erweiterte Kompetenzen beispielsweise zu

- häufigen postpartalen psychischen Erkrankungen und deren Verlauf
- Assessments und Instrumenten, um Symptome erfassen, beschreiben und einschätzen zu können
- Handlungsfähigkeiten mit Rücksicht der eigenen Grenzen und Unterstützungsmöglichkeiten
- Vernetzungsmöglichkeiten mit anderen Gesundheitsanbietern. ■

\* Anonymisierte Fallbeispiele

Literatur:

Bund Deutscher Hebammen (2007). Psychologie und Psychopathologie für Hebammen. Stuttgart: Hyppokrates.

Haueter M. (2006): perinatale psychische Erkrankung. Mauerblümchen im CH-Gesundheitssystem. Sage-femme.ch 6/2006: 9–12.

Wimmer-Puchinger A., Riecher-Rössler A. (2006). Postpartale Depression: Von der Forschung zur Praxis. Wien, New York, Springer.

## Fachkurs Schwangerschaft, Geburt, Muttersein und Psyche

Im Oktober 2013 beginnt am Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule erstmals ein Fachkurs der die Themen Schwangerschaft, Geburt, Muttersein und Psyche zum Thema hat. Schwerpunkte des Fachkurses sind

- Kinderwunsch und psychische Störung
- Auswirkungen von Schwangerschaft und Entbindung auf den Verlauf der Erkrankung
- Betreuung in der Schwangerschaft, Betreuung um die Geburt
- Medikation und Stillen
- Die Zeit nach der Geburt
- Auswirkungen der Erkrankung auf die Entwicklung des Kindes

Weitere Informationen zum Fachkurs Schwangerschaft, Geburt, Muttersein und Psyche finden Sie auf Seite 48 sowie unter [www.gesundheit.bfh.ch/weiterbildung](http://www.gesundheit.bfh.ch/weiterbildung).





# Gesundheitsförderung und Herausforderung gleichzeitig

Die Kommunikationsabteilung des Fachbereichs Gesundheit am Grand-Prix von Bern.



**Judith Bögli**  
Kommunikation  
judith.boegli@bfh.ch



**Daniel Haid**  
Kommunikation  
daniel.haid@bfh.ch

**Judith Bögli:** Den Grand-Prix rennen: 16 Kilometer, Zielzeit 90 Minuten. Das kann ja nicht so schwierig sein. Oder doch? Locker bleiben, der Spass zählt. Die Kommunikationsabteilung des Fachbereichs Gesundheit sollte sich vorbildlich zeigen – und etwas für die Gesundheit tun. Also anmelden und in vier Monaten am Start mit dabei sein.

«Entweder man ist sportlich oder nicht», meint eine Kollegin. Wer es nicht sei, so ihre Meinung, sollte auf einen Start am GP verzichten. Bin ich sportlich? Tue ich denn mit meinem GP-Projekt überhaupt etwas für meine Gesundheit? 16 Kilometer laufen; quasi von null auf hundert in vier Monaten – und das ein Jahr nach der Geburt meines zweiten

Sohnes. Fast 30 000 Menschen haben sich für den Volkslauf in Bern angemeldet, 17 000 davon wollen die 16 Kilometer Strecke in Angriff nehmen. Irgendwas muss dran sein an dieser Rennerei. Also Turnschuhe schnüren und los.

Aus der Bibliothek besorge ich Lektüre zum Thema. Die Bücher stapeln sich in der ganzen Wohnung und die verschiedenen Lauftipps machen mich konfus. Grunlagen-training, Intervalltraining, Pyramidentraining, Kraftaufbau, Fettverbrennung. Beim Abendessen mit meiner Familie verzichte ich auf die Kohlenhydrate. Weg mit den Kilos. Leichter läuft es sich besser.

Noch acht Wochen bis zum Start. Meine Kinder müssen dran glauben. Eingepackt im Kinderwagen und auf dem Kindervelo hinter mir her strampelnd, nötige ich sie mitzukommen, damit ich meine Trainingseinheiten einhalten kann. Mein Grosser nervt sich schon und um ihn fürs Joggen bei Laune zu halten, melde ich auch ihn für den GP an. Muki/Vaki Grand-Prix nennt sich das – und ein Eltern-teil muss mitrennen.

Viktor Röthlins Biografie gelesen, die Lauf-bibel zurück gebracht, die Stoppuhr mit neuen Batterien ausgerüstet, der GP rückt näher. Ich fühle mich fit und schaue fast ein

wenig euphorisch dem bevorstehenden Lauf entgegen. In einem Interview mit Spitzens-läufer Haile Gebrselassie lese ich, dass er während des Laufens sein Leben organisiere. Das will ich auch. Der Hammer folgt kurz darauf: Ich lasse mich von meinem Nachbarn für eine Laufrunde überreden. «Leichtes Aus-dauertraining», meint er. Nach knapp 60 Mi-nuten und gut 10 Kilometern bin ich fix und fertig, spüre jeden Knochen und will nie wieder laufen.

Die Woche vor dem Grand-Prix lässt mich kalt; fast. Ich versuche den bevorstehenden Samstag zu verdrängen und überlege gleich-zeitig, wie und ab wann ich meine Kohlen-hydratspeicher am besten auffüllen kann.

Drei, zwei, eins ... endlich loslaufen. Vor-bei an jubelnden Menschen, lachenden Gesichtern, durch die Stadt, die ich so mag, von Kilometer zu Kilometer. Leicht fallen mir die 16 Kilometer nicht und meine Zielzeit kann ich alles andere als einhalten. Ich schwanke zwischen «Startnummer ab und aussteigen» und «ich fliege». Endlich im Ziel bin ich richtig kaputt und ich brauche etwas Zeit, bis ich mich erholt habe. Die Energie aber, die ich aus diesem Lauf mitnehme, die Motivation, mich weiter zu bewegen, ist nachhaltig.

## Vier Fragen an den Laufexperten Markus Ryffel

### Der Grand-Prix als Event wird jedes Jahr grösser. Warum wollen die Menschen in einer solch riesigen Masse mitlaufen?

Die Sportlerinnen und Sportler geniessen das Bad in der Menge. Dazu kommt der Reiz, bis an die eigenen körperlichen Grenzen zu gehen und natürlich die soziale Anerkennung nach dem Lauf.

### Laufen ist grundsätzlich in. Warum?

Der Mensch ist für körperliche Betätigungen geschaffen. Vor 100 Jahren wurden 98 Prozent des Bruttosozialproduktes durch körperliche Arbeit erwirtschaftet. Heute sieht das anders aus. Laufen ist eine einzigartige Möglichkeit, diese fehlende Anstrengung auszuleben, nicht zuletzt darum, weil das Stadion Natur während 7 Tagen 24 Stunden geöffnet hat.

### Wie viel Bewegung ist gesund?

Täglich wohl dosiert. Zum Beispiel 30 bis 45 Minuten Ausdauertraining als Prävention für die Geisel Nr. 1 «Herz- und Kreislaufbeschwerden». Zudem 15 Minuten Kraft-, Beweglichkeits- und Koordinationsübungen als Prävention der Geisel Nr. 2 «Rücken- und Kreuzbeschwerden».



### Was raten Sie Bewegungsmuffeln?

Langsam einsteigen und sich beraten lassen. Wir bieten zum Beispiel die Broschüre «Fit in 12 Wochen» an. Diese eignet sich ideal für Einsteigerinnen und Einsteiger in den Laufsport, mit vielen Tipps, Anregungen und Trainingsprogramm. Auf ryffelrunning.ch kann in der Rubrik Trainingspläne die Broschüre als PDF heruntergeladen werden.

Daniel Haid: Der Grand-Prix von Bern bedeutet für mich eine Herausforderung. Auch wenn es sich bei der gewählten Distanz nur um die 4,7 Kilometer lange Strecke handelt; und das im Walking-Stil. Angemeldet habe ich mich bereits in der Neujahrswoche, mit dem Ziel, mich regelmässig zu bewegen und so optimal auf den Lauf vorzubereiten. Parallel zu Familie, Haus, Beruf und einer Masterarbeit mit Abgabetermin im März nun noch körperliche Betätigung. Dank dem Gehwettbewerb, den der Fachbereich Gesundheit im Rahmen des Beruflichen Gesundheitsmanagements den Mitarbeitenden im Jahr 2011 angeboten hat, bin ich seither mehr zu Fuss unterwegs. Die 10 000 Schritte pro Tag sind quasi mein tägliches Training.

Samstag, 18. Mai 2013, 14.42 Uhr. Startschuss zum Grand-Prix von Bern! Ich walke los. Meine erste Teilnahme an einem sportlichen Anlass seit mehr als zwanzig Jahren. Ich entschliesse mich, dem Herrn mit dem schwarzen T-Shirt zu folgen. Er macht den Eindruck, als wüsste er, was er hier macht – im Gegensatz zu mir. So lange ich ihn vor mir sehe, bin ich wahrscheinlich gut unterwegs. Kaum im Aargauerstalden höre ich hinter mir ein «klick, klick, klick». Die Nordic Walker sind im Anmarsch. Drei Minuten nach uns gestartet, überholen uns schon jetzt die Topläufer. Wohin soll ich? Nach links? Nach rechts? Ich folge einfach dem Herrn im schwarzen T-Shirt. Auf der Nydeggbücke pfeifen die Nordic Walker links und rechts an mir vorbei. Aber ich habe meinen Tritt gefunden und lasse mich nicht irritieren. In der Rathausgasse fangen die Oberschenkel an zu brennen. Aus dem Lautsprecher höre ich, dass bereits die Hälfte geschafft ist, und mein persönlicher Schrittmacher ist immer noch vor mir. Alles wird gut!

Jetzt geht's bergab und zurück Richtung Bärengraben. Auf dem Kopfsteinpflaster achte ich darauf, dass ich sauber und rund laufe. Vor der Nydeggbücke überhole ich eine Dreigenerationen-Gruppe, die mit mir gestartet ist. Die Grossmutter ist sicher über siebzigjährig. Im Aufstieg zum Rosengarten begegne ich Lydia, mit 83 Jahren die älteste Teilnehmerin am Grand-Prix. Ich bin beeindruckt. Der Speaker motiviert uns: Nur noch 1,7 Kilometer. Jetzt will ich es wissen, denn ich fühle mich sehr gut. Kaum oben, sehe ich meinen Schrittmacher unmittelbar vor mir – und überhole ihn. Mit 41:49 Minuten habe ich meine Erwartungen mehr als erreicht. Stolz hole ich meine Medaille ab, die habe ich mir verdient. Es hat Spass gemacht!

Nun weile ich in meinem Umfeld für das nächste Jahr. Denn mit relativ wenig körperlichem Aufwand kann man etwas Gutes für seine Gesundheit tun. Allein schon dadurch, dass man sich mit regelmässiger Bewegung auseinandersetzt ist ein positives Zeichen. ■

## MIT SPITZER FEDER

### Prävention und Gesundheitsförderung – kein Thema mehr?



**Bettina Schulte-Abel**  
Vizedirektorin Gesundheitsförderung Schweiz

Ende 2012 scheiterte die jahrelang ausgearbeitete Vorlage für ein Präventionsgesetz im Ständerat aufgrund der Ausgabenbremse. Ein technisches Konstrukt brachte ein Gesetz zu Fall, dem der Nationalrat und der Ständerat zugestimmt hatten. Aus diesem Grund kann diese Ablehnung nicht als Indiz genommen werden, dass Gesundheitsförderung und Prävention nicht von Bedeutung sind. Im Gegenteil: Eine Mehrheit im Parlament hat die Prävention und Gesundheitsförderung nicht abgelehnt, sondern durchaus die Notwendigkeit von Massnahmen in diesem Bereich mehrheitlich anerkannt und dem Gesetz zugestimmt.

Und so gilt es auf nationaler und kantonaler Ebene diese Themen auch ohne Gesetz zu stärken und hier die Kräfte besser zu bündeln. Bund und Kantone haben beschlossen, dies im Rahmen ihres gemeinsamen Dialogs mit einer neu zu erarbeitenden Strategie zu tun. Sie nimmt die nichtübertragbaren Krankheiten in den Fokus und besonderes Augenmerk soll dabei auch dem Thema Psychische Gesundheit geschenkt werden.

Zu hoffen ist, dass nicht einfach neue Konzepte und Papiertiger entstehen. Klare Massnahmen und Handlungen, die das tagtägliche Bemühen um Gesundheitsförderung und Prävention stützen, sind gewünscht.

So sind wir gespannt, was wir in einem weiteren Jahr seitens Bund und Kantonen hören werden. Dann sollten erste Ergebnisse vorliegen.





## Selbstwirksamkeitserwartung und Geburt

# Wenn nicht ich selbst, wer dann?

**Sind schwangere Frauen, werdende Eltern heute noch bereit, sich auf die physischen und psychischen Herausforderungen einer vaginalen Geburt einzulassen? Eine Geburt stellt eine Ausnahmesituation im Leben dar und wird von vielen Faktoren beeinflusst. Eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung einer Schwangeren kann den Verlauf einer Geburt positiv unterstützen.**



**Annemarie Berg**  
Dozentin Bachelor-  
studiengang Hebamme  
annemarie.berg@bfh.ch



**Tina Barmettler**  
Wissenschaftliche  
Mitarbeiterin Disziplin  
Geburtshilfe und Bachelor-  
studiengang Hebamme  
tina.barmettler@bfh.ch

Gebären und geboren werden ist unabdingbar mit dem Bestehen der Menschheit verbunden. Im Regelfall sind die anatomischen und biologischen Voraussetzungen einer Frau spezifisch und einzigartig dafür entwickelt. In jüngster Zeit zeichnet sich aber in vielen Ländern ein Trend zur Kaiserschnittgeburt ab. In der Schweiz ist die Kaiserschnitttrate von 1998 bis 2011 im Durchschnitt von 22,7 auf 33,3 Prozent angestiegen, wobei die Rate seit 2007 stabil geblieben ist (Bundesamt für Statistik). Eine Geburt kann sehr komplex sein. Angst vor Schmerz und die Ungewissheit über den Ausgang einer Geburt in Bezug auf die Gesundheit des Kindes und die Unversehrtheit der Mutter sind zwei wichtige Aspekte. Es gibt aber weitere beeinflussende Faktoren wie die Angst vor Kontrollverlust, dem Verlust der Würde,

Angst vor der Unberechenbarkeit der gesamten Geburtssituation oder eine tiefe Selbstwirksamkeitserwartung.

### Anforderungen als Herausforderungen sehen

Die Selbstwirksamkeitstheorie wurde in den 1970er Jahren als wesentlicher Aspekt der sozial-kognitiven Theorie von Albert Bandura formuliert. Unter Selbstwirksamkeit wird die optimistische Einschätzung eigener Handlungskompetenzen und Handlungsmöglichkeiten angesichts von schwierigen Anforderungssituationen verstanden. Selbstwirksame Personen sehen in Anforderungen eher Herausforderungen und setzen sich selbst hohe Ziele, die sie mit Anstrengung und Ausdauer verfolgen. Die Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich der eigenen Fähig-



keiten bestimmt, wie sich Menschen in einer konkreten Situation motivieren und auch handeln.

## Quellen der Selbstwirksamkeit für die Schwangeren

Selbstwirksamkeit in Bezug auf die Geburt kann sich bei Schwangeren aufgrund verschiedener Faktoren entwickeln. Die wichtigste Quelle für die Selbstwirksamkeitserwartung wird in der direkten Erfahrung gesehen. So kann eine bereits erfolgreich gemeisterte und als positiv erlebte Geburt die Selbstwirksamkeitserwartung positiv beeinflussen. Erstgebärende können zwar nicht auf das Erlebnis einer Geburt zurückgreifen. Doch direkte Erfahrungen können auch im Rahmen von Geburtsvorbereitung erfolgen. Durch mentale Vorbereitungsübungen kann das innere Vertrauen in die Sinnhaftigkeit des Geburtsprozesses gestärkt werden. Die kognitive Auseinandersetzung mit den physiologischen Abläufen einer Geburt hilft zu verstehen, was in der jeweiligen Geburtsphase vor sich geht. Die Frau kann sich in der Geburtsvorbereitung mental, emotional, kognitiv und physisch bereits intensiv auf die bevorstehende Geburt einstellen. Je nach Familiensituation, sozialer Herkunft und Gewohnheit kann es auch sein, dass Modellpersonen (z.B. Freundinnen, die eigene Mutter) bei der Geburt beobachtet werden dürfen und somit diese indirekte Erfahrung die Selbstwirksamkeitserwartung beeinflusst. In vielen Kulturkreisen ist die soziale Unterstützung, genannt Transfer, durch Gespräche mit Frauen mit Geburtserfahrungen und Fachpersonen eine wichtige Quelle für die Selbstwirksamkeitserwartung. Häufig können auf diesem Weg wichtige Fragen, welche die Frauen beschäftigen, geklärt werden. Durch Zuspruch und Einstimmung auf zentrale Aspekte der bevorstehenden Aufgabe (der Geburt), kann eine werdende Mutter in ihrer Selbstwirksamkeit unterstützt werden.

## Hohe Selbstwirksamkeitserwartung stärkt mütterliches Grundvertrauen

Ergebnisse empirischer Untersuchungen zeigen, dass eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung tatsächlich mit einem positiven Geburtserlebnis zusammenhängt. Massnahmen zum Aufbau der Selbstwirksamkeit bedeuten einen Gewinn für schwangere Frauen im Umgang mit Stress und Angst im Hinblick auf die Geburt. In einer kontrollierten Studie konnten Frauen mit Geburtsvorbereitung im Vergleich zu Frauen ohne Geburtsvorbereitung ihr ursprünglich empfundenes Angstgefühl im Verlaufe des Kurses senken, häufiger vaginal gebären (83 zu 41 Prozent) und früher aus dem Spital nach Hause

entlassen werden. Des Weiteren zeigt sich, dass Frauen mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung zufriedener sind; sowohl mit ihrem eigenen Verhalten unter der Geburt als auch mit dem Verhalten und den Leistungen von Hebamme und Ärzteschaft. Eine finnische, qualitative Studie identifizierte einen positiven Zusammenhang von hoher Selbstwirksamkeitserwartung und einem starken mütterlichen Grundvertrauen in der Auseinandersetzung mit dem Geburtsschmerz und dessen Bewältigung.

Zusammenfassend kann eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung Angstempfinden reduzieren und das eigene Stressmanagement begünstigen. Dies kann sich in Schwangerschaft, Geburt und auch im Wochenbett positiv auf die ganze Familie auswirken.

## Besserer Start ins Familienleben

Eine breitere Bekanntheit und Verankerung der Selbstwirksamkeitstheorie unter den Fachpersonen der Geburtshilfe ist für werdende Eltern von Nutzen. Die Selbstwirksamkeitserwartung ist nicht einfach gegeben, sie kann sich auch entwickeln und gefördert werden. Wünschenswert ist deshalb das Angebot von Geburtsvorbereitung auf hohem Niveau als fester Bestandteil der Schwangerenbetreuung. Damit kann die Selbstwirksamkeitserwartung vertieft und der Geburt entspannter entgegen geblickt werden. Im Idealfall liesse sich so die Rate an medizinischen Interventionen reduzieren. Eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung fördert das physische und psychische Wohlbefinden von Mutter, Kind und Vater und verhilft somit zu einem besseren Start ins Familienleben. Es lohnt sich folglich, in Geburtsvorbereitung zu investieren. Um die Fertigkeiten der Frauen im Umgang mit Geburt und Angst einzuschätzen, existieren verschiedene Selbstbeurteilungsinstrumente. Eine Anwendung dieser Instrumente während Schwangerschaft und Geburt bestärkt Fachpersonen darin, speziellen Unterstützungsbedarf zu identifizieren und noch individueller auf die Frauen einzugehen.

Eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung ist ein Schlüssel zur Bewältigung einer Geburt und kann alle Frauen darin unterstützen, ihr persönliches Geburtserlebnis zu verarbeiten. Es lohnt sich, auf diesem Gebiet in Praxis und Forschung weiterzuarbeiten. ■

### Literatur:

Bandura, Albert (1979). Sozial-kognitive Lerntheorie. Klett-Cotta, Stuttgart.

Bandura, Albert (1997). Self-efficacy. The Exercise of Control. W.H. Freeman and Company, New York.

Callister, Lynn Clark; Vehviläinen-Julkunen, Katrin; Lauri, Sirkka (2001). Giving birth. Perception of Finnish childbearing women. MCN, The American Journal of maternal child nursing. 26(1): 28–32.

Bracke, Piet (2007). Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. BMC Pregnancy and Childbirth. Oct 26;7:26.

Consonni, Elenice B; Calderon, Iracema; Consonni, Marcos; De Conti Marta; Prevedel Tania; Rudge, Marilza (2010). A multidisciplinary program of preparation for childbirth and motherhood: maternal anxiety and perinatal outcomes. Reproductive health; VOL: 7; p. 28.

Khorsandi, Mahboobeh; Ghofranipour, Fazlollah; Faghihzadeh, Soghrat; Hidarnia, Alireza; Bagheban, Alireza Akbarzadeh; Aguilar, Vafae (2008). Iranian Version of Childbirth Self-Efficacy Inventory. Journal of clinical nursing. 17(21): 2846–55.

Lexikon der Psychologie. Wissenschaft im Überblick. Spektrum Akademischer Verlag. www.wissenschaft-online.de/abo/lexikon/psycho/14011, Zugriffsdatum Juni 2011.

Lowe, Nancy K. (2000). Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. Journal Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 21, 219–224.

Tanglakmanhong, Kamonthip; Perrin, Nancy A.; Lowe, Nancy K. (2011). Childbirth Self-Efficacy Inventory and Childbirth Attitudes Questionnaire: psychometric properties of Thai language versions. Journal of Advanced Nursing. Vol. 67, Issue 1, p. 193–203.

## Selbstwirksamkeitstheorie von Albert Bandura (1979, 1997)

Die Selbstwirksamkeitstheorie wurde in den 1970er Jahren als wesentlicher Aspekt der sozial-kognitiven Theorie von Albert Bandura formuliert. Eine hohe Selbstwirksamkeit ist ein guter Prädiktor für eine erfolgreiche Bewältigung einer Situation und zeigt die optimistische Überzeugung einer Person. Die Selbstwirksamkeit entwickelt sich ab dem Zeitpunkt der Geburt aus vier unterschiedlichen Quellen (wobei die ersten beiden die wichtigsten sind):

1. Die direkte Erfahrung. Es wird die Erfahrung gemacht, dass schwierige Situationen durch entsprechende Anstrengungen gemeistert werden können.
2. Die indirekte (stellvertretende) Erfahrung. Durch das Beobachten eines Modells können erfolgreiche Erfahrungen ins Selbst einfließen.
3. Die soziale Unterstützung (Transfer). Verbale Mitteilungen oder Überredung/Unterstützung durch Dritte können verarbeitet und in die Selbstwirksamkeitserwartung integriert werden.
4. Physische und emotionale Erregung. Diese Reaktion auf eine Anforderung kann die Selbstwirksamkeitserwartung beeinflussen. Gemäss Bandura wirkt sich diese Quelle häufiger negativ als positiv aus.



# Ernährungsempfehlungen bei Schluckstörungen – eine unterschätzte Herausforderung

**Schluckstörungen (Dysphagie) sind bei älteren Menschen in Heimen oder Spitälern weit verbreitet. Diese können vielfältige und gravierende Folgen verursachen, weshalb die Dysphagie ein gesundheits- und kostenrelevantes Thema in der Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten ist. Mit ernährungstherapeutischen Massnahmen und dem Einsatz moderner Kochtechniken kann den mit einer Dysphagie verbundenen Folgeerkrankungen vorgebeugt werden.**



**Prof. Adrian Müller**  
Dozent Bachelorstudiengang  
Ernährung und Diätetik  
adrian.mueller@bfh.ch

Dysphagie ist eine Funktionsstörung, welche verschiedene Phasen des Schluckaktes betrifft. Die Ursachen dieser Erkrankung können sehr vielfältig sein (vgl. Infokasten S. 18). Da sie gehäuft als Begleitsymptom von degenerativen Erkrankungen auftritt, ist eine erhöhte Prävalenz bei älteren Menschen erkennbar. So wird berichtet, dass ungefähr 60 Prozent der älteren Personen, die in Betreuungsinstitutionen leben, davon betroffen sind.

Die Symptome einer Dysphagie sind breit gefächert und reichen von einem trockenen Mund bis hin zur vollständigen Unfähigkeit zu schlucken. Die Dysphagie führt daher oft zu einer eingeschränkten oder erschwerten Nahrungszufuhr und damit zu einem erhöhten Risiko für eine Mangelernährung. Darüber

hinaus muss bei der Nahrungsaufnahme mit einem erhöhten Aspirationsrisiko gerechnet werden. Dies kann die Entstehung einer Lungenentzündung (Pneumonie) begünstigen, weshalb eine bestehende Dysphagie eine lebensbedrohliche Gefahr darstellen kann. Durch die Umsetzung einer adäquaten diätetischen Therapie, kann diesen Problemen gezielt vorgebeugt werden.

## **Konsistenzveränderung als diätetische Therapiemassnahme**

Den Menschen mit einer Schluckstörung eine adäquate Nahrungsaufnahme zu ermöglichen, ist eine grosse Herausforderung. Die Konsistenz der angebotenen Speisen spielt dabei eine zentrale Rolle. Um den

Schluckakt zu unterstützen wird empfohlen, die Lebensmittel zu zerkleinern oder zu pürieren und Flüssigkeiten einzudicken. Dies resultiert selten in eine Diät der Wahl, sondern ist eine Notwendigkeit, wenn der Nährstoff- und Energiebedarf oral gedeckt werden sollen. Die orale Nahrungszufuhr ist aber nur dann eine Option, wenn die Patientinnen oder Patienten auch tatsächlich in der Lage sind, die Speisen zu schlucken. Konkret: Sie müssen wach und belastbar sein, es darf keine Pneumonie vorliegen und der Schluck- sowie Hustenreflex muss intakt sein. Unter diesen Umständen kann von einer Schlucktherapeutin, einem Schlucktherapeuten (meist speziell ausgebildete Logopädinnen, Logopäden) überprüft werden, welche Konsistenzform die Patientin, der Patient zu sich nehmen kann, ohne dass sie oder er sich dabei verschluckt.

Die Konsistenzanpassung führt dazu, dass die Lebensmittel in ihrer ursprünglichen Struktur und damit ästhetisch und sensorisch verändert werden. Dadurch besteht



Bild: Pacojet AG, pacojet.com

Die Konsistenzanpassung führt zu ästhetischen und sensorischen Veränderungen.

die Gefahr, dass sie für die Patientinnen und Patienten weniger ansprechend sind. In Untersuchungen wurde gezeigt, dass der Bedarf an Energie und Nährstoffen häufig nicht gedeckt werden kann. Daher wird die Konsistenzmodifizierung oft nur als kurzfristige Massnahme oder begleitet von einer enteralen Ernährungstherapie empfohlen. Mit den modernen Kochtechniken gibt es jedoch gute Möglichkeiten, um Gerichte in einer für die Patientin, den Patienten ansprechenden Form zuzubereiten (siehe Interview Seite 18).

## Nutzen der Massnahmen

Heute existiert nur eine schwache wissenschaftliche Evidenz zum Nutzen dieser diätetischen Therapiemassnahmen. Es gibt Hinweise, dass eine kombinierte Therapie, bestehend aus Schlucktraining und einer Modifikation der Nahrung, nach sechs Monaten zu einer signifikant besseren Schluckfunktion führt und mit einer tieferen Komplikationsrate verbunden ist.

In den Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin wird zur enteralen Ernährung von Patientinnen und Patienten mit Schlaganfall (im Falle einer

Dysphagie) eine Modifikation der Nahrungstextur und ein Eindicken der Getränke empfohlen. Allerdings sollen diese Massnahmen nur unter Anweisung und Kontrolle von entsprechend qualifiziertem Personal durchgeführt werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass deutlicher Forschungsbedarf auf diesem Gebiet besteht. Dabei sollte der Fokus einerseits auf die eigentlichen Konsistenzanpassungen aber auch auf deren Nutzen gelegt werden.

## Konsistenzveränderungen am Beispiel der Rande

Am Beispiel der Rande wird ein konkreter Einsatz der modernen Kochtechnik aufgezeigt. Dabei steht der gezielte Einsatz für die Texturveränderung im Mittelpunkt. Die fertigen Produkte sind für den Gebrauch in der Dysphagietherapie geeignet.

Bei der Konsistenzveränderung soll immer von einem Rohprodukt ausgegangen werden. Anschliessend kann die Konsistenz mit verschiedenen Hilfsmitteln in die gewünschte Art verändert werden.

### Randen fest/flüssig

Zutaten:

200 g	Randensaft
50 g	Aceto-Balsamico
3 g	Alginate (E 401)
5 g	Calciumlaktat
500 g	Wasser

### Literatur:

Atherton, M. Bellis-Smith, N. Cichero, J.A.Y. Suter, M. Texture-modified foods and thickened fluids as used for individuals with dysphagia: Australian standardised labels and definitions. *Nutr. Diet* 2007; 64: 53–76.

Germain, I. Dufresne, T. Gray-Donald, K. A Novel Dysphagia Diet Improves the Nutrient Intake of Institutionalized Elders. *J Am Diet Assoc.* 2006; 106: 1614–1623.

Wendin, K. et al. Objective and quantitative definitions of modified food textures based on sensory and rheological methodology. *Food & Nutrition Research.* 54: 5134- DOI.

### Zubereitung:

Randensaft und Aceto-Balsamico aufkochen, Alginate dazugeben und mixen. 3–4 Stunden kaltstellen (ansonsten die Flüssigkeit aufteilen). Calciumlaktat mit Wasser verrühren.

Mit Portionierer / Kaffeelöffel Kugeln aus der Masse formen und ca. 1 Minute in die Lösung halten. Danach herausnehmen und im Wasserbad wässern.

### Natriumalginate

Natriumalginate (E 401) ist das Natriumsalz der Alginsäure (E 400), welches aus Braunalgen gewonnen wird. Alginsäure ist ein Polysaccharid und wird von der Lebensmittelindustrie als Verdickungs- und Geliermittel eingesetzt. Verwendung findet es unter anderem bei der Herstellung von Konfitüre, Speiseeis, Backwaren oder Puddingpulver. Bei der Anwesenheit von Calcium bildet das Alginate back-, gefrier- und kochfestes Gelee. Alginate gilt gesundheitlich als unbedenklich.





# «Speisen in Geschmack und Konsistenz neu definieren»

Interview: Adrian Müller

## **Rolf Caviezel, welchen Herausforderungen in Bezug auf Schluckstörungen sind Sie in Ihrer beruflichen Laufbahn in Heimküchen begegnet?**

Die Wahrnehmung des Essens spielt bei Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern eine wichtige Rolle, d.h. mit allen fünf Sinnen zu essen. Bei Schluckstörungen ist die zentrale Herausforderung, die Konsistenz so anzupassen, dass das Essen trotzdem noch schmeckt. Da bei der pürierten Kost häufig Breie serviert werden, wird dieser Anspruch vielfach nicht erfüllt. Es fehlt mir zum Teil eine klare Definition, was unter den unterschiedlichen Konsistenzstufen verstanden wird. So könnte grundsätzlich die pürierte oder flüssige Kost in verschiedenen Konsistenzstufen serviert werden. Dazu fehlt aber eine einheitliche Klärung dieser verschiedenen Stufen.

## **Wie sind Sie mit diesen Herausforderungen umgegangen?**

Ich habe für mich die verschiedenen Konsistenzstufen definiert. Dies ermöglicht mir, besser auf die Wünsche und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner einzugehen. Wie oben angetönt, geht es zudem darum, ansprechende Speisen für alle Sinne zuzubereiten. Die grosse Herausforderung bei Schluckstörungen ist es, visuell ansprechende Gerichte zu kreieren. Mit der Präsentation der Speisen kann sehr viel bewirkt werden. Es ist ebenfalls sehr interessant, die Gerichte über eine gewisse Zeit selber zu essen, um zu schauen, was optimiert werden könnte.

## **Welche Unterstützung bietet die Lebensmittelindustrie mit vorgefertigten Produkten?**

Es gibt verschiedene Produkte, die ich einsetze. Eine Aufzählung würde eine lange Liste ergeben. Die Produkte sind jedoch häufig wenig auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen oder Bewohner angepasst. Dabei steht der einheitliche Geschmack im Mittelpunkt der Kritik. Zudem fällt mir auf, dass vielen Köchen häufig die kreativen Ideen fehlen, wie die Produkte bei der Zubereitung aufgewertet werden könnten. Im Bereich der Industrie, aber auch im Umgang mit diesen vorgefertigten Produkten, ist ein sehr grosses Potenzial erkennbar.

## **Sie haben sich auch mit der molekularen Küche befasst. Sehen Sie Einsatzmöglichkeiten dafür in Spital- und Heimküchen?**

Ja und zwar sehr gute. Ich befasse mich schon seit zehn Jahren mit diesem Thema. Zu Beginn stand eher die Effekthascherei im Mittelpunkt. Heute werden die modernen Kochtechniken vermehrt so eingesetzt, um die Gerichte gezielt auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner anzupassen. Dabei tausche ich mich mit verschiedenen Persönlichkeiten aus der Wissenschaft aus, um den Einsatz in diesen Bereichen voran zu treiben.

## **Was kann unter den modernen Kochtechniken verstanden werden?**

Die modernen Kochtechniken zielen darauf ab, die physikalischen und chemischen Eigenschaften der Lebensmittel bei der Zubereitung gezielt zu nutzen. Dabei wird häufig eine Änderung der Textur angestrebt. Mit der Nutzung der Wechselwirkung zwischen physikalischen und chemischen Prozessen werden dadurch völlig neue Gerichte kreiert. Der Kreativität ist dabei keine Grenze gesetzt. Die Techniken ermöglichen es, die Speisen in Geschmack, Aussehen, Konsistenz usw. neu zu definieren. Sie bringen so eine Ergänzung in die alltägliche Spital- oder Heimküche.

## **Welchen Stellenwert könnten die Techniken der molekularen Küche im Alltag von Spital- und Heimküchen haben?**

Einen hohen! Der Koch kann seine Kreativität mehr ausleben, um dem Bewohner oder der Bewohnerin ein besseres Lebensgefühl zu ermöglichen. Dabei bemerke ich häufig, dass die Menschen darauf ansprechen und trotz ihrem Handicap wieder vermehrt Freude am Essen entwickeln. Dies führte bei mir zu einer höheren persönlichen Zufriedenheit und meine Arbeit erfüllte mich mehr.

## **Wie beurteilen Sie die Relevanz der sensorischen Qualität von Speisen bei Menschen mit Schluckstörungen?**

Sie sollte eine wichtige Rolle spielen, um Erscheinungen von Mangelernährung oder Mundtrockenheit besser in den Griff zu bekommen. Der Geschmack geht über alle fünf Sinne und wenn einer dieser Sinne beeinträchtigt wird, bedarf es einer entsprechenden Lösung. Die Gerichte müssen ansprechend präsentiert werden. Durch die neuen Techniken gibt es eine Vielzahl von Möglichkeiten, die mir dies ermöglichen. ■



**Rolf Caviezel**

Rolf Caviezel ist ein leidenschaftlicher Akteur in der Gastroszene. Als gelernter Koch suchte er nach einer Weiterentwicklung der traditionellen Kochtechnik und wurde in der molekularen Küche fündig. Diese verbindet für ihn Kochen als Kunst und die Freude am Experimentieren. Die Erkenntnisse daraus können auch für die Ernährung von Menschen mit Schluckstörungen genutzt werden. Weitere Informationen unter [www.freestylecooking.ch](http://www.freestylecooking.ch).

## **Dysphagie im Alter**

Dysphagie ist ein häufiges Problem nach Schlaganfällen oder neurodegenerativen Erkrankungen. Zudem führt eine Reihe von altersbezogenen Faktoren zu Veränderungen, die ebenfalls die Schluckfähigkeit beeinflussen:

- Verminderte Funktion der Speicheldrüse
- Verminderte Zungenkraft
- Verlangsamtes Auslösen des pharyngealen Reflexes
- Reduzierte Öffnung des oberen Speiseröhrenöffners

Die therapeutischen Massnahmen zielen darauf ab, die Lebensqualität der Menschen zu steigern und möglichen Folgeerkrankungen vorzubeugen.

Weitere Informationen zum Thema Dysphagie und dem Fachkurs Dysphagie auf den Seiten 36 und 37 in diesem Heft.



# Gute Berufsaussichten nach dem Bachelor in Ernährung und Diätetik

**Rund drei Viertel der Studienabgängerinnen und Studienabgänger des Studiengangs Ernährung und Diätetik haben bereits zum Zeitpunkt der Diplomierung eine Anstellung. Sechs Monate nach Diplomierung sind über 90 Prozent der ehemaligen Studierenden als Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater tätig, wobei das Berufsfeld Klinik jeweils das grösste Stellenangebot bietet.**



**Prof. Andrea Mahlstein**  
Dozentin Bachelorstudiengang  
Ernährung und Diätetik  
andrea.mahlstein@bfh.ch

Seit 2007 wird das Studium zur Ernährungsberaterin, zum Ernährungsberater BSc BFH in der Deutschschweiz ausschliesslich an der Berner Fachhochschule angeboten. Die Neupositionierung des Studiums auf Fachhochschulebene hat keinen neuen Beruf geschaffen. Im Vergleich zur vorherigen Ausbildung auf der Ebene der höheren Fachschule bietet das Bachelorstudium jedoch eine deutliche Ausweitung der bisherigen Kompetenzen auf dem Gebiet des wissenschaftlichen Arbeitens und der Gesundheitsförderung und Prävention. Dies eröffnet in der Industrie und Forschung, aber auch der Gesundheitsförderung und Prävention neue Tätigkeitsfelder, welche über den bisherigen Berufsrahmen hinausführen und die Berufschancen erweitern.

Die Nachfrage seitens der Studierenden und der Berufsgruppe nach konkreten Daten zu Themen wie Anstellungschancen, Lohn aber auch zur Entwicklung der Berufsfelder ist seit der Reorganisation sehr gross. Deshalb erhebt der Studiengang Ernährung und Diätetik seit Juli 2011 systematisch die Anstellungssituation der Studienabgängerinnen und Studienabgänger.

Die ersten Studierenden wurden im Juli 2011 nach absolviertem Zusatzmodul B (10 monatiges Praxismodul nach Abschluss des Studiengangs) diplomiert. Bis Januar 2013 haben 86 der 90 ehemaligen Studierenden der Studiengänge ERB07 und ERB08 (Studierende, die 2007 und 2008 das Studium begonnen haben) das Zusatzmodul B abgeschlossen und das Diplom

als Ernährungsberaterin, Ernährungsberater BSc BFH erhalten. Der Grossteil der ehemaligen Studierenden wird jeweils im Zeitraum von Juli bis Oktober diplomiert.

Zum Zeitpunkt des Abschlusses des Zusatzmoduls B (entspricht dem Diplomierungszeitpunkt) sowie sechs Monate nach der Diplomierung werden die Studienabgängerinnen und Studienabgänger mittels Fragebogen zu ihrer beruflichen Situation befragt. Eine weitere Befragung, zwei Jahre nach Diplomierung, ist in Planung.

An der Befragung zum Diplomierungszeitpunkt haben 80 der 86 ehemaligen Studierenden teilgenommen. Bis Januar 2013 wurden 44 der 86 Diplomierten in die Befragung «Anstellungssituation 6 Monate nach Diplomierung» eingeschlossen. An der zweiten Befragung haben sich 37 der 44 Diplomierten beteiligt.

### Drei Viertel fest angestellt

Zum Zeitpunkt der Diplomierung waren 58 der 80 an der Erhebung teilnehmenden Personen (73 Prozent) als Ernährungsberaterin, Ernährungsberater angestellt. 35 Personen hatten eine Festanstellung, 23 Personen eine befristete Anstellung. 22 Personen (27 Prozent) hatten zum Zeitpunkt der Diplomierung keine Anstellung.

Sechs Monate nach Diplomierung hatten 34 von 37 ehemaligen Studierenden (92 Prozent) eine Anstellung als Ernährungsberater/-in (siehe Abbildung 1).

Der Vergleich der Anstellungssituation von ERB07 beim Abschluss des Zusatzmoduls B und sechs Monate danach zeigt, dass sich die Anzahl der Diplomierten ohne Anstellung signifikant verringert hat. Deutlich verändert hat sich zudem die Zahl der Personen, die eine unbefristete Anstellung gefunden haben. Zum Zeitpunkt des Abschlusses des Zusatzmoduls B hatten 17 Studienabgängerinnen und Studienabgänger von ERB07 eine unbefristete Anstellung, sechs Monate später waren 27 fest angestellt.

Der Vergleich der Anstellungssituation der ehemaligen Studierenden der Studiengänge ERB07 und ERB08 zeigt, dass zum Diplomierungszeitpunkt deutlich mehr Personen von ERB08 eine Anstellung als Ernährungsberaterin, Ernährungsberater hatten. Nur 8 (20 Prozent) von 41 Personen hatten keine Anstellung. Weiter sind zum Diplomierungszeitpunkt Unterschiede im Beschäftigungsgrad zu erkennen. Bei ERB07 haben 23 von 25 Personen (92 Prozent) einen Beschäftigungsgrad von mindestens 70 Prozent, bei ERB08 nur 19 von 32 Personen (59 Prozent).

Die Studienabgängerinnen und Studienabgänger besetzen Stellen in den Berufsfeldern Klinik, Privatpraxis, Privatwirtschaft



(Industrie), Non-Profit-Organisationen und im Bildungsbereich. Das grösste Stellenangebot hat sich im Berufsfeld Klinik geboten (siehe Abbildung 2).

### 37 von 39 Stellen in der Deutschschweiz

Sechs Monate nach Diplomierung werden von 34 ehemaligen Studierenden 39 Ernährungsberatungsstellen besetzt. Vier Personen haben zwei oder mehr Teilzeitanstellungen. 37 der 39 Stellen befinden sich in der Deutschschweiz, zwei in der Romandie.

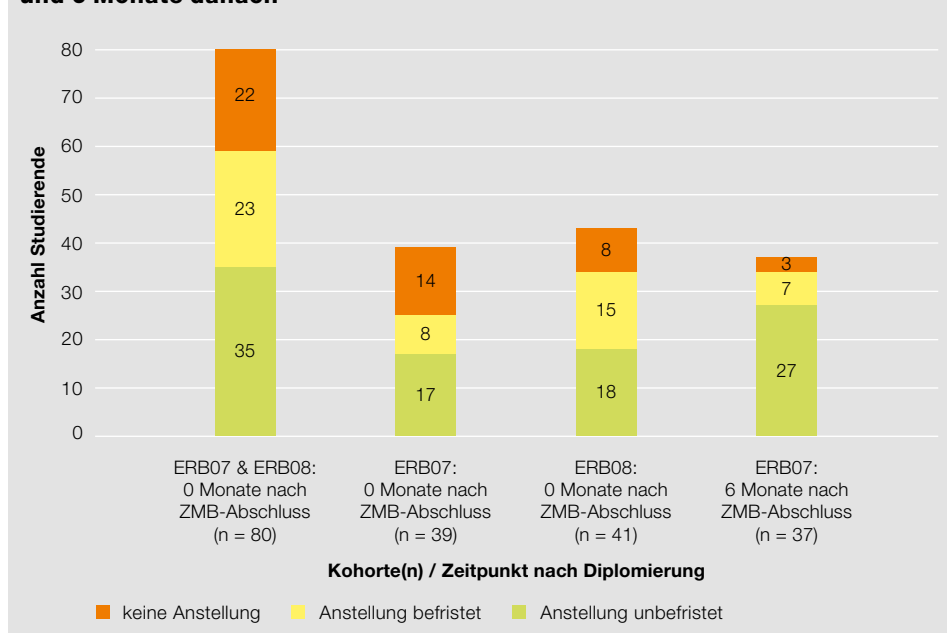
Wird die räumliche Verteilung der besetzten Stellen von ERB07 mit der Herkunft der Studierenden von ERB07 verglichen, so zeigt sich, dass im Kanton Bern und den

nahe am Fachhochschulstandort gelegenen Kantonen (z.B. AG, SO, BL) die Anzahl Personen die aus diesen Kantonen stammen höher ist, als dort für ERB07 Stellenangebote zur Verfügung standen. In Kantonen, die weiter von Bern entfernt sind, wie beispielsweise NW, ZG, SG, TG, ZH, findet sich die gegenteilige Situation.

### Sehr unterschiedliches Lohnniveau

Sechs Monate nach Diplomierung wurden zu 37 der 39 besetzten Stellen Lohnangaben gemacht. Die 37 Stellen verteilen sich auf die Berufsfelder Industrie, Klinik, Bildungswesen, Non-Profit-Organisationen und Privatpraxen.

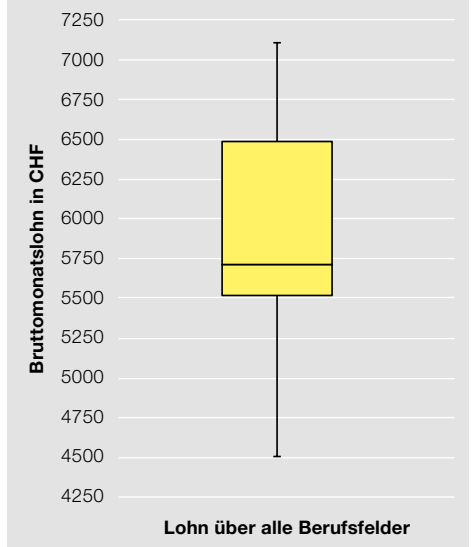
**Abbildung 1: Anstellungssituation zum Diplomierungszeitpunkt und 6 Monate danach**







**Abbildung 3: Brutto-Monatslohn der Studienabgänger/-innen**



Sechs Monate nach Diplomierung liegt der Medianwert des Brutto-Monatslohnes (inkl. 1/12 des allfälligen 13. Monatslohnes) für eine Vollzeitanstellung bei CHF 5709.–. Der kleinste Brutto-Monatslohn beträgt CHF 4500.–, der grösste CHF 7158.– (siehe Abbildung 3).

Das durchschnittliche Alter der Studienabgängerinnen und Studienabgänger sechs Monate nach Diplomierung betrug 28,5 Jahre.

### Bereitschaft zur Mobilität gefragt

Die bisher für ERB07 und ERB08 erfasste Situation ist vergleichbar mit den Erfahrungen in früheren Jahren. Auch auf HF-Stufe war es üblich, dass praktisch alle Diploman-

dinnen und Diplomanden, die eine Anstellung suchten, innerhalb einiger Monate eine Stelle fanden. Da es heute in der Deutschschweiz nur noch einen Studienstandort gibt, ist ein relativ konzentrierter Eintritt der Studienabgängerinnen und Studienabgänger in den Arbeitsmarkt zu verzeichnen. Dieser Umstand fordert von den frisch Diplomierten Bereitschaft zur Mobilität.

Die Zunahme der Zahl der Studienabgängerinnen und Studienabgänger mit einer Anstellung als Ernährungsberaterin zum Diplomierungszeitpunkt ist positiv zu werten. Dem gegenüber steht jedoch die Situation, dass der durchschnittliche Beschäftigungsgrad beim Studiengang ERB08 tiefer ist.

Die Situation, dass sechs Monate nach

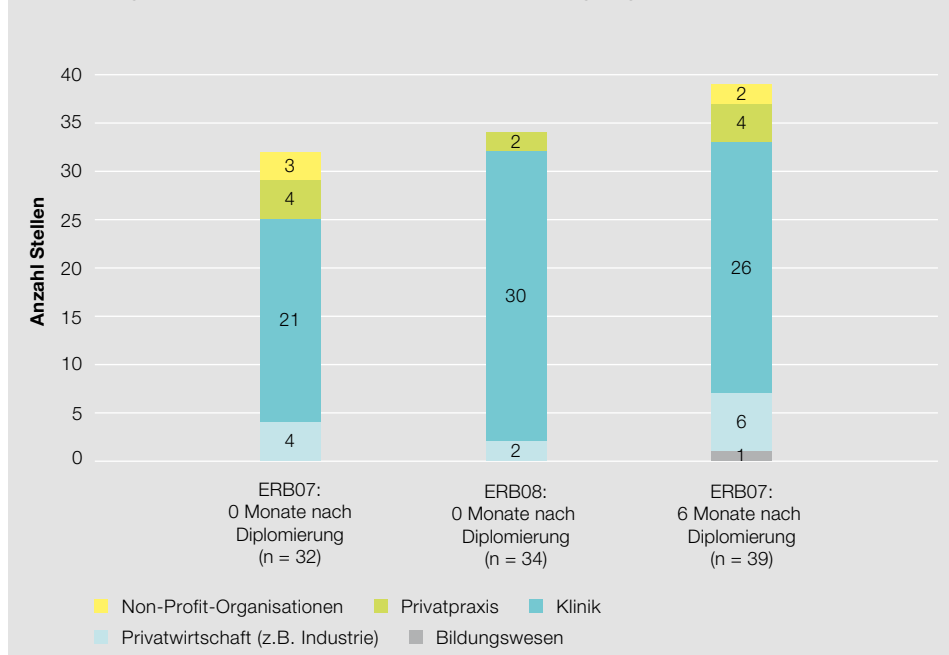
der Diplomierung einzelne Abgängerinnen und Abgänger noch keine Anstellung gefunden haben, ist bedauerlich. Allgemein ist jedoch festzuhalten, dass heutzutage in vielen Branchen eine schwierige Arbeitsmarktsituation vorherrscht und dies keine Eigenheit des Berufsfeldes Ernährungsberatung ist.

Das Fachhochschulcurriculum bietet eine Erweiterung der Kompetenzen der Studierenden. Dies sollte genutzt werden, um sich bei der Stellensuche auch in Bereichen zu bewerben, welche bis anhin selten mit Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberatern besetzt worden sind. Dies wird aktuell noch zu wenig genutzt, die Stellensuche konzentriert sich noch stark auf das Berufsfeld Klinik.

Um weitere Aussagen hinsichtlich Entwicklung der Anstellungs- resp. Lohnsituation machen zu können, wird die Erhebung in den kommenden Jahren weitergeführt. Zusätzlich wird ab Sommer 2013 eine Befragung der Studienabgängerinnen und Studienabgänger zwei Jahre nach Diplomierungszeitpunkt durchgeführt.

Eine detailliertere Publikation der Erhebungsergebnisse finden Sie unter [www.gesundheit.bfh.ch/de/bachelor/ernaehrung\\_und\\_diaetetik.html](http://www.gesundheit.bfh.ch/de/bachelor/ernaehrung_und_diaetetik.html). ■

**Abbildung 2: Berufsfelder, in denen Studienabgänger/-innen arbeiten**





«Verrückte Bilder» – Eine Fotoausstellung im Berner Kornhausforum

## Gegen die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

**Psychiatriepflege in den Fokus der Öffentlichkeit rücken: Das war das Ziel einer gemeinsam von Pflegenden und Psychiatrie-Erfahrenen gestalteten Fotoausstellung. Mit Hilfe von Bildern und Zitaten ermöglichte sie den Besuchern einen Einblick hinter die Kulissen des Alltags auf einer psychiatrischen Abteilung.**



**Caroline Gurtner-Zürcher**  
Wissenschaftliche Assistentin  
caroline.gurtner@bfh.ch

Psychische Erkrankungen sind keine Seltenheit – und trotzdem werden Betroffene noch immer häufig von der Gesellschaft stigmatisiert und ausgegrenzt. Auch Fachpersonen, die in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung arbeiten, kennen dieses Stigma. Neue Konzepte wie «Recovery» fordern ein Eintreten der Pflegenden für die Betroffenen. Psychisch erkrankte Menschen und ihre Anliegen werden hier ins Zentrum gestellt. Sie werden ermutigt, ihren eigenen Weg der Genesung zu gehen und auch mit einer psychischen Erkrankung ein selbstbestimmtes und sinnerfülltes Leben zu führen.

Trotz der vielen Vorurteile haben sechs Psychiatrie-Erfahrene beim Projekt «Verrückte Bilder» mitgearbeitet. Bilder, auf denen die sonst verborgene Welt der Psychiatrie dargestellt wird und die den Alltag von Betroffenen und Pflegenden auf einer Abteilung in einer Psychiatrischen Einrichtung zeigen. Selbstbewusst und souverän präsentieren sich die Betroffenen auf diesen

Bildern einem grossen Publikum. Dies erfordert gerade wegen den vielen Vorurteilen sehr viel Mut.

Anfang 2013 öffnete das Kornhausforum Bern dann seine Türen für die Ausstellung «Verrückte Bilder». Zur Vernissage kamen zahlreiche interessierte Besucherinnen und Besucher. Die Stimmung war ausgelassen und fröhlich. Das Publikum war bunt gemischt. Mitarbeitende und Dozierende der Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit kamen, um die Arbeit ihrer Kollegin zu sehen. Mitarbeitende sowie Studierende des Instituts für Pflegewissenschaft der Uni Basel reisten nach Bern, um mehr über das Projekt ihrer Studienkolleginnen zu erfahren, das im Rahmen des Masterstudiengangs in Pflegewissenschaft entstanden war. Zudem wurde die Ausstellung von zahlreichen kulturell interessierten Erwachsenen und Menschen mit Psychiatrieerfahrung besucht.

Im Berner Kornhausforum wurden den Besucherinnen und Besuchern dreissig Foto-

plakate mit nachgestellten Szenen aus dem Alltag einer psychiatrischen Abteilung gezeigt. Beim Betrachten der Bilder begleiteten die Besucher eine Gruppe von Betroffenen durch verschiedene Stationen ihres Klinikaufenthaltes. Auf dem Rundgang durch die Ausstellung erlebten die Besucher den «Eintritt» in die Klinik und zugleich das Lebewohl von Angehörigen oder Freunden. Sie nahmen an «Gruppengesprächen» teil, schauten beim «Kochen» über die Schulter, erlebten, wie Patienten mit Nachdruck zur Medikamenteneinnahme aufgefordert wurden und erholten sich bei einer «Rauchpause» von diesen Eindrücken. Am Ende des Rundgangs wurden sie beim «Austritt» Zeugen des herzlichen Abschieds der Patientinnen und Patienten von «ihren» Pflegenden.

Um diesen Alltag in der Klinik sichtbar zu machen, liessen sich sechs Personen mit Psychiatrieerfahrung vom Fotografen Niklaus Spöri porträtieren und erzählen mit diesen Bildern einen kleinen Ausschnitt aus ihrer persönlichen Geschichte. Die Aufnahmen entstanden in den Räumen der Sozialpsychiatrie Bern und dem angrenzenden Areal des Friedhofes Bremgarten. Niklaus Spöri hat diese Szenen in farbigen und ausdrucksstarken Bildern eingefangen. Ergänzt wurde die Ausstellung mit Zitaten. In zehn einprägsamen Aussagen beschreiben die Betroffenen, was für sie «gute Pflege» bedeutet und welche Unterstützung sie von den Pflegenden während ihres Klinikaufenthaltes als besonders hilfreich empfunden haben: «Niemand ist ein hoffnungsloser Fall. Wenn Pflegenden helfen, das Selbstvertrauen von Patientinnen und Patienten zu stärken, dann stärken sie den ganzen Menschen.» Eine Betroffene schilderte, dass es eben diese



Porträt aus der Ausstellung «Verrückte Bilder»

Pflegeperson war, die ihr die Diagnose zum ersten Mal klar und verständlich beschrieben habe: «Dies ermächtigte mich enorm. Sie betrachtete mich als ebenbürtig, nahm mich ernst und ging auf mein Anliegen ein.» Ein weiterer Betroffener wünschte sich von den Pflegenden: «Sie sollen sich normal verhalten, wie sie das untereinander im Team auch tun.»

## Positives Echo der Besucherinnen und Besucher

«Es ist toll, dass jemand dieses Thema aufgreift und die Psychiatrie einmal von der positiven Seite beleuchtet. Sonst hat man ja



Pflegende oder Patientin, Patient? Äusserlich nicht zu unterscheiden.

immer diese Bilder von Zwangsmedikation und «Gummizellen» im Kopf», war ein spontaner Kommentar eines Besuchers. Diese Aussage widerspiegelt das durchwegs positive Echo der Besucherinnen und Besucher. Die Ausstellung machte neugierig auf mehr Informationen und weitere Ausstellungen. «Toll, wie das Ganze sichtbar gemacht wurde», oder «das gibt einem einen Einblick in die Psychiatrie, den man sonst nicht bekommt», lauten die wertschätzenden Kommentare. Einzelne Besucher fragten sich: «Ja, wer sind denn nun die Patienten und wer die Pflegenden?» oder bemerkten: «Schön finde ich, dass sich die Betroffenen äusserlich nicht von den Pflegenden unterscheiden, das habe ich mir immer ganz anders vorgestellt.» Offenbar war es für die Betrachtenden schwierig, auf den Bildern zu erkennen, wer die Pflegenden und wer die Betroffenen sind. Dies war natürlich ganz im Sinne des Projektteams. Denn psychische Erkrankung kann uns alle betreffen, laut nationalen und internationalen Untersuchungen ist fast jede zweite Person im Laufe ihres Lebens direkt oder indirekt von einer psychischen Erkrankung betroffen.

## Von der Idee zum Projekt

Die Idee zum Foto-Projekt entstand im Rahmen des Moduls «Pflege an die Öffentlichkeit» im Masterstudium Pflegewissenschaft an der Universität Basel. Die Studierenden

erhielten den Auftrag, ein Medienprodukt in Form eines Zeitungsartikels, einer Plakataktion, einer Radiosendung oder einer Podiumsdiskussion zu einem pflegerelevanten Thema zu entwickeln. Da alle vier Initiantinnen des Projekts neben dem Studium im Bereich der psychiatrischen Pflege oder Forschung tätig sind, wollten sie ihr Medienprodukt in diesem Bereich ansiedeln. Das Ziel der Ausstellung war es, eine breite Öffentlichkeit in Bezug auf die Wichtigkeit einer professionellen und ganzheitlichen Unterstützung von Betroffenen im psychiatrischen Setting zu sensibilisieren. Dabei sollte die Perspektive der Patientinnen und Patienten im Zentrum stehen. Um Psychiatrie-Erfahrene in das Projekt einzubeziehen, wurde es im Studiengang «Experienced Involvement» der Berner Fachhochschule vorgestellt. Von den sechs Psychiatrie-Erfahrenen, die bei den Fotos und Zitaten mitgewirkt haben, absolvieren zurzeit einige diesen DAS-Studiengang. Drei Personen haben den Studiengang bereits erfolgreich abgeschlossen und arbeiten als Peers in der klinischen Praxis. Peers sind Psychiatrie-Erfahrene, die ihr Erfahrungswissen an Betroffene weitergeben. Die Psychiatrie-Erfahrenen haben auf den Bildern sowohl ihre Rolle als Peers als auch die der Patienten übernommen. Die anfängliche Begeisterung der Psychiatrie-Erfahrenen wich im Verlauf der konkreten Planung einer gewissen Skepsis und Unsicherheit. Es gab Bedenken vor dem Fototermin. «Ich habe Angst, mich so vielen Leuten zu zeigen», oder «ich möchte die Fotos sehen, bevor sie veröffentlicht werden.» Es war deshalb sehr wichtig, dass die Psychiatrie-Erfahrenen nicht nur als «Statisten» bei diesem Projekt mitwirkten, sondern sich beim Drehbuch für die Fotoszenen oder beim Fotoshooting selber aktiv einbringen konnten. Ihre Vorschläge und Ideen wurden gemeinsam mit dem Fotografen umgesetzt. ■

## Die «verrückten Bilder» unterwegs

Ausgewählte Bilder der Ausstellung werden noch bis Mitte Juli dieses Jahres im Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule an der Murtenstrasse 10 in Bern zu sehen sein. Im Oktober wird die psychiatrische Klinik Wil die Bilder anlässlich des Tages des psychisch kranken Menschen ausstellen. Anschliessend verreisen die Bilder zusammen mit dem Projektteam nach Deutschland und werden am 10. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bielefeld einer breiten Öffentlichkeit vorgestellt. Im Dezember werden sie nochmals in der Universitären Psychiatrischen Klinik Basel gezeigt.





## Beckenbodendiagnostik und -therapie: Ein Thema für Lehre und Forschung

**Nach einer Geburt, im Alter und auch im Sport stellt die Belastungsinkontinenz ein häufiges therapeutisches Thema dar. Typisch ist dabei der unkontrollierte Urinverlust bei plötzlicher Druckerhöhung. Aus der Forschung erhofft sich der Fachbereich Gesundheit diesbezüglich Resultate, die via Lehre in die Praxis vermittelt werden und letztlich den Patientinnen und Patienten therapeutisch hilfreich sind.**



**Prof. Helena Luginbühl**  
Dozentin / Leiterin Ressort  
Studienbegleitung  
helena.luginbuehl@bfh.ch



**Prof. Dr. Lorenz Radlinger**  
Dozent / Leiter aF&E  
Physiotherapie  
lorenz.radlinger@bfh.ch

Belastungsinkontinenz (BI) bedeutet unwillkürlichen Urinverlust bei Anstrengungen. Beckenbodeninsuffizienz in Verbindung mit BI ist ein weit verbreitetes, medizinisch-therapeutisches Problem. Zahlreiche Studien zeigen, dass Alter, Sport, Schwangerschaft oder die vaginale Geburt Risikofaktoren für eine BI darstellen.

Um den Verlust von Urin zu verhindern, zieht sich die gesunde Beckenbodenmuskulatur (BBM) stark, schnell und reflektorisch zusammen. Diese Kontraktion geschieht bei einer intakten BBM unwillkürlich und unbewusst und immer dann, wenn Kräfte impulsartig eingeleitet werden, wie dies beispielsweise während des Joggens, Hustens oder Niesens passiert. In diesem Zusammenhang weisen verschiedene Studien darauf hin, dass die Funktion der BBM bei Frauen mit

BI hinsichtlich der schnellen Kontraktionsfähigkeit deutlich eingeschränkt ist.

### Physiotherapie

Das physiotherapeutische BBM-Training bei BI ist sehr komplex. Die typischen Massnahmen sind Verhaltensinstruktionen, funktionelle Übungen, Training der Sensomotorik und der verschiedenen Kraftaspekte mit und ohne Biofeedback oder vaginale Elektrostimulation. Diese komplexe Beckenbodentherapie zeigt relevante Verbesserungen. Jedoch erscheint besonders das Training der schnellen, reflektorischen Kontraktion weiterhin schwierig.

### Forschungsprojekte

Diese Problematik des BBM-Trainings der Schnell- und Reaktivkraft führte zu folgenden

Fragestellungen für die Physiotherapieforschung des Fachbereichs Gesundheit (FBG) der Berner Fachhochschule (BFH):

- Wie reagiert die BBM während Belastungen («high impacts»), wie zum Beispiel bei funktionellen Ganzkörperbewegungen wie Gehen, Joggen, Treppensteigen oder Husten?
- Wie kann die Schnell- und Reaktivkraft der BBM trainiert werden?

Aus diesen praxishen Fragestellungen entwickelten sich vielfältige Forschungsprojekte, welche durch die Physiotherapieforschung des FBG in Zusammenarbeit mit der Frauenklinik des Universitätsspitals Bern, dem Institut für Physiotherapie des Inselspitals und der Berner Fachhochschule Technik und Informatik (TI) durchgeführt werden. Es besteht somit eine enge Zusammenarbeit zwischen Physiotherapie, Sport- und Bewegungswissenschaft, Ärzteschaft, Mechanik, Elektro- und Medizintechnik.

Das interdisziplinäre Team bearbeitete unter anderem folgende Schwerpunkte:

### **BBM-Aktivität während des Joggens**

In Bachelorthesen wurde erstmals die Reliabilität (Zuverlässigkeit) von BBM-Aktivitäts- und Zeitparametern während funktionellen Ganzkörperbewegungen und während des Hustens untersucht: Bei gesunden Frauen wurde die BBM-Aktivität mittels vaginaler Elektromyographie (EMG) gemessen. Die Messaufzeichnungen wurden beschrieben und ebenfalls auf ihre Reliabilität geprüft. Die EMG-Parameter während des Joggens erwiesen sich als sehr reliabel, hingegen während des Hustens als nicht reliabel – dies, obwohl Hustentests häufig in Studien verwendet werden.

### **Trainingsplan**

Bis heute gibt es kein standardisiertes Trainingsprogramm zur physiotherapeutischen Behandlung der Bl. Dazu gehört auch, dass das Schnell- und Reaktivkrafttraining kein fester Bestandteil der BBM-Physiotherapie ist. In einem Forschungsprojekt wurde ein entsprechender Trainingsplan entwickelt, der sich gerade in der Phase der praktischen Evaluation befindet. Ein solcher Plan wird folgendermassen inhaltlich und zeitlich angeordnet (periodisiert): 1. Sensomotorisches Training, 2. Hypertrophietraining/ Belastungsfähigkeit, 3. Intramuskuläres Koordinationstraining, 4. Schnell- und Reaktivkrafttraining, 5. Begleitende Massnahmen.

### **Ganzkörpervibration**

Im Zusammenhang mit dem Schnellkrafttraining der BBM interessierte die Anwendung einer Ganzkörpervibration (GKV). Denn GKV zeigt in Interventionsstudien gerade bei

einer abgeschwächten Muskulatur der unteren Extremität positive Trainingseffekte hinsichtlich Maximal- und Schnellkraft. Diese Sachlage führte zu der Fragestellung, ob GKV auch zu einer Aktivierung der BBM führt. In einer Pilotstudie und zwei grösseren Studien zeigte sich, dass GKV zur Aktivierung der BBM führt und dies besonders deutlich wird, wenn es sich um Probandinnen mit geschwächter BBM handelte und stochastische (zufällige) GKV appliziert wurden.

### **Neue Vaginalsensoren**

In weiteren Bachelorthesen des Studiengangs Physiotherapie wurde die Aktivität der BBM mittels EMG während des Gehens, Treppensteigens, unerwarteten abdominalen Druckerhöhungen und eines GKV-Trainings untersucht.

Es zeigte sich bei diesen Messungen, dass die alleinige EMG-Messung methodische Mängel aufweist und die Messungen deshalb um Kraft-, Beschleunigungs-, Winkel- bzw. Wegmessungen ergänzt werden müssten, um den aktiven und passiven Tonus der BBM besser bestimmen zu können. Jedoch gibt es bislang weltweit keine publizierten Studien, welche die klinische Forschung mit derartigen kombinierten Vaginalsensoren beschreiben.

Aus diesem Grund wurde in einem Projekt eine Vaginalsende entwickelt, welche Kraft, EMG, Weg und Winkel gleichzeitig messen kann. In dieses Projekt waren zwei Semesterarbeiten, zwei Bachelor- und eine Masterthese des Departements Technik und Informatik integriert. Die Reliabilitäts- und Validitätsprüfung erfolgt aktuell über die Physiotherapieforschung des FBG. Auch hier leisten Bachelor-, Master- und PhD-Arbeiten wichtige Beiträge.

### **Von der Forschung in die Lehre und Praxis**

Im Rahmen der Bachelor- und Masterausbildungen werden Pilotstudien durchgeführt, die äusserst wertvoll für weitere Studien des FBG sind. Ein Ziel ist immer, diese Arbeiten zu publizieren und an Kongressen vorzustellen.

Ein grosses Anliegen ist es, die neu gewonnenen Erkenntnisse in die Praxis umzusetzen, was direkt über die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten der Forschungsgruppe (Mischprofile: Forschung-Lehre-Praxis) oder indirekt über die Lehre und die Publikation der Arbeiten geschehen kann. So gelingt es auch, aktuelle Fragestellungen aus der Praxis zurück in die Forschungsgruppe zu bringen. ■



### **Erfolg dank interdisziplinärer Zusammenarbeit**

Als mir die Probleme existierender Vaginalsensoren von den Mitarbeitenden des Fachbereichs Gesundheit zum ersten Mal geschildert wurden, war mir als Professor für den Kurs Biomedical Instrumentation an der Universität Bern schnell klar, dass vollkommen neuartige Sensoren entwickelt werden müssen. Diese Aufgabe schien mir auch hervorragend für Studierende des Fachbereichs Mikro- und Medizintechnik der Berner Fachhochschule in Biel geeignet zu sein.

Im Rahmen eines BFH-internen Projekts und später während seines Masterstudiums arbeitete ein Masterstudent, zusammen mit zwei Bachelorstudierenden, an zwei Vaginalsensortypen. Mittlerweile liegen Funktionsmuster vor und erste Tests damit waren sehr erfolgreich. Zurzeit bereiten wir Anträge vor für die Ethikkommission und Swissmedic, sodass klinische Studien mit diesen weltweit einmaligen Sensoren möglichst bald beginnen können. Danach möchten wir die Ergebnisse in renommierten Fachzeitschriften veröffentlichen.

Das Projekt ist eine Bereicherung für unsere Forschung an der BFH-TI, denn obwohl die Aufgabe auf den ersten Blick nicht allzu schwierig erscheinen mag, ist sie alles andere als trivial. Die erfolgreiche Entwicklung der Sensoren war nur dank bester interdisziplinärer Zusammenarbeit möglich. Die Überwindung der technischen Herausforderungen hat uns einen grossen Schritt weiter gebracht und die Kompetenz im Labor für ähnliche Fragestellungen erhöht. Von den gewonnenen Erkenntnissen können auch zukünftige Studierende meines Kurses Biomedical Instrumentation profitieren.

### **Kontakt**

Prof. Dr. Volker M. Koch  
Professor für Medizintechnik  
Berner Fachhochschule  
Departement Technik und Informatik  
volker.koch@bfh.ch



Zwei Hebammen aus Praxis und Lehre tauschen ihre Rollen

## Vom Geburtszimmer in den Vorlesungssaal und umgekehrt

**Zuerst schien es nur eine spontane Idee zu sein. Doch aus der Idee wird ein fundiertes Konzept. Hebammen aus dem Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule tauschen für drei Monate die Rolle mit Hebammen aus der Praxis. Trotz Nervosität und Herzklopfen ist nach dem ersten Hebammentausch klar: Es können alle profitieren.**



**Prof. Katrin Krähenbühl**  
Dozentin Studiengang  
Hebamme  
katrin.kraehenbuehl@bfh.ch



**Barbara Böcker**  
Hebamme Geburtshaus Luna  
barbara.boecker@  
geburtshausluna.ch

### Die Dozentin im Geburtshaus

Dezember 2010, hier nimmt alles seinen Anfang: Ein Abendessen unter Hebammen, die Diskussionen über Geburtshilfe erreichen eine visionäre Ebene. Der Spalt zwischen Theorie und Praxis erscheint uns riesig und die Fragmentierung innerhalb der Hebammenprofession droht der Weiterentwicklung unseres Berufsstandes im Wege zu stehen. Die Idee eines Hebammentauschs wird geboren und wächst schnell von der Skizze zum konkreten Plan. Ein gutes halbes Jahr und viele Diskussionen später liegt das Konzept vor und drei Betriebe geben grünes Licht für die Umsetzung.

Der erste Austausch soll zwischen dem Geburtshaus Luna in Biel und der Berner Fachhochschule (BFH) stattfinden. Bevor es

aber soweit ist, müssen noch viele Details geklärt werden. Glücklicherweise sind die Kolleginnen und Vorgesetzten von der Wichtigkeit des Projekts überzeugt, offen für Neues und bereit, visionär zu denken und Entscheidungen teilweise ins Ungewisse hinein zu fällen.

So stehe ich Mitte September mit viel Vorfreude und einem leichten Ziehen in der Magengegend vor dem Geburtshaus Luna. Ich werde herzlich empfangen und fast zeitgleich mit mir kommt schon das erste Paar für eine Schwangerenbetreuung zur Tür reinspaziert. Es geht los: Zehn Dienste mit den Luna-Hebammen und ich bekomme den Schlüssel zum Geburtshaus und werde zur diensthabenden Hebamme. Durch meinen beruflichen Werdegang als Hebamme



in der Schweiz, in verschiedenen Auslandseinsätzen, durch das Studium in London und meiner Lehr- und Forschungstätigkeit an der BFH habe ich einen vielseitig gefüllten Hebammenrucksack. Ich war mir der Verantwortung sehr wohl bewusst, die ich mit dieser Aufgabe übernommen habe. Dennoch spüre ich nun ein schweres Gewicht auf meinen Schultern. In den ersten Tagen und Wochen im Geburtshaus mache ich dann die Erfahrung, dass die hebammengeleitete Geburtshilfe, welche nebst Geburten auch die Begleitung von Schwangerschaft und Wochenbett beinhaltet, noch einmal ein ganz eigener und umfassender Tätigkeitsbereich ist. Das breite Spektrum wird deutlich, das wir als Hebammen abdecken und wie viele Werkzeuge und Strategien wir dabei nutzen können, um die Physiologie zu erhalten und zu fördern. Gerade in Beratungssituationen in der Schwangerschaft, jedoch auch bei Wochenbett-Besuchen, ist es für mich sehr bereichernd, an der Praxiserfahrung meiner Kolleginnen teilhaben zu können. Es ist eindrücklich zu erleben, wie eigenständig und eigenverantwortlich eine Hebamme arbeiten und wie sehr sie gleichzeitig eine Teamplayerin sein muss. Sei dies im Geburtshaus oder bei der Zusammenarbeit mit externen Fachpersonen.

Zurück zum Geburtshausalltag: Dank einem Herbststurm und dem Vollmond sitzt mir die Anstrengung der letzten 36 Stunden Dienst mit zwei Geburten in den Gliedern. Gerade mal vier Stunden habe ich in meinem vor dem Geburtshaus parkierten VW-Bus geschlafen, bevor ich wieder zum Dienst im Geburtshaus erwartet werde. Der Tag soll erneut lang werden: Das Telefon klingelt, Laure\* ist dran und berichtet mir von einer regelmässigen Wehentätigkeit und dass sie nun ins Geburtshaus kommen möchte. Um 9 Uhr sind Laure\* und ihr Partner Lois\* da. Da wir uns bereits von der Schwangerenbetreuung kennen, ist das Vertrauen schnell aufgebaut. Laure kann sich im häuslichen und sicheren Rahmen des Geburtshauses gut gehen lassen, die Geburtsarbeit ist intensiv und zugleich effizient. Um 13:34 kommt die kleine Amelie\* in der Badewanne auf die Welt. Die Atmosphäre ist ruhig und meine Hebammenkollegin, die ich, wie im Geburtshaus üblich, zur Unterstützung gerufen habe, versteht mich ohne grosse Worte. Wir arbeiten Hand in Hand. Eine wunderbare Erfahrung zu sehen, wie sich Amelie und ihre Eltern ungestört kennenlernen können. Die Anspannung der Geburt löst sich und macht einer grossen Freude Platz, endlich wieder als Hebamme an diesem grossen Moment teilhaben zu können. Während den folgenden drei Tagen wird die frischgebackene Familie im Geburtshaus betreut und umsorgt, danach besuche ich

sie nach Bedarf täglich Zuhause. Und genau dieser Moment, als ich das erste Mal mit meiner gepackten Hebammentasche zum Hausbesuch bei Laure, Amelie und Lois unterwegs bin, bleibt mir als einer der Höhepunkte meines Austauschjahres in Erinnerung. Während der Fahrt entlang des Bielersees wird mir auf einmal bewusst, dass dies ein Meilenstein in meiner Hebammenkarriere ist. Zum ersten Mal kann ich ein Modell der kontinuierlichen Begleitung durch Hebammen, das mich theoretisch sehr überzeugt, auch praktisch umsetzen. Ich frage mich, weshalb nicht mehr Paare schon in der Frühschwangerschaft den Kontakt zu einer Hebamme suchen, sich von ihr begleiten und in Entscheidungsfindungsprozessen beraten lassen und sich ressourcenorientiert auf die bevorstehende Geburt und Elternschaft vorbereiten. Die in der Schwangerschaft gelegte Basis erscheint mir so zentral für eine Geburt im Vertrauen und einen sicheren Start als Familie im Wochenbett.

Die Erfahrungen und die Erkenntnisse, die ich aus dem Perspektivenwechsel mitnehme, sind vielseitig und zahlreich. Hebammenstudierende an der BFH werden noch das eine oder andere Mal eine mit «Also im Geburtshaus ...» beginnende Anekdote von mir hören. (\*= Namen geändert)

## Die praktizierende Hebamme im Hörsaal

22 Jahre Berufserfahrung als Hebamme, Praxisanleiterin im Geburtshaus Luna; ausreichend Wissen also, um für drei Monate mit einer Dozentin des Studiengangs Hebamme der BFH den Platz zu tauschen. Bei den Vorbereitungstreffen höre ich die aufmunternde Bemerkung meiner zukünftigen Kolleginnen: «Es wird streng», und ich frage mich etwas besorgt, auf was ich mich da eingelassen habe. Es ist ein Sprung ins Un-

gewisse, denn unter der Arbeit an einer Hochschule kann ich mir nicht viel vorstellen. Aber, da ich gerne unterrichte, neugierig und flexibel bin, will ich die Herausforderung mit Begeisterung aufnehmen. Nach einer ersten halben Stunde Einführung in das interne Internetportal, mit zwei verschiedenen Ebenen für Studentinnen und Dozentinnen, bin ich auch schon allein in meinem Büro und vor dem Computer, und froh, dass schon bald eine Kaffeepause mit Begrüssung ansteht, die mich von meinem etwas hilflosen Ausprobieren befreit. Es gilt, drei Monate Lehrveranstaltungen vorzubereiten und ich mache mich auf die Suche. Eine riesige Fundgrube an Literatur öffnet sich mir. Ich plündere die Bibliothek und geniesse es, aktuellstes Wissen für meine Lehrveranstaltungen zusammenzutragen und Lesen und Nachschlagen jetzt als meine Hauptaufgabe zu sehen.

So vergehen die ersten zwei Wochen schnell. Jeden Morgen im übervollen Zug nach Bern und abends zur Stosszeit wieder zurück, eine ganz neue Erfahrung für mich, da doch mein Geburtshaus sonst nur wenige Fahrradminuten entfernt liegt und ich für Hausbesuche meistens auch mit dem Velo oder dem Auto unterwegs bin.

In der Theorie finde ich mich immer besser zurecht, wobei ich zu Beginn viel finde, was ich nicht wirklich suche und das Gesuchte sich hartnäckig verbirgt. Zum Glück stehen mir meine Kolleginnen stets hilfsbereit zur Seite, so dass am Abend doch immer wieder ein Erfolg spürbar ist.

Abends fühle ich mich leer und ausgepumpt. Das viele allein Vor-sich-hin-Suchen, Lesen, weiter Suchen, bin ich nicht gewohnt und das positive Feedback eines Computers hält sich in Grenzen. Zum Glück unterstützen mich meine Kolleginnen aus dem Fachbereich, so dass ich trotz allem stetig vorankomme.



Im Geburtshaus Luna sind alle Räume warm und gemütlich eingerichtet.

Dafür genieße ich freie Abende und Wochenenden umso mehr. Ein Luxus nach so vielen Jahren mit Bereitschaft, Nachtdiensten und Wochenenden voller Arbeit. Endlich einmal das Handy ausschalten können, nicht erreichbar sein dürfen; eine Kostbarkeit, die ich ganz bewusst erlebe während dieser Zeit in Bern.

Der Beginn des Semesters bringt Abwechslung und ich arbeite nun mit einer Klasse nach der Methode des «problemorientierten Lernens». Die Studierenden erarbeiten das zu lernende Thema selbst, formulieren Fragen und treffen sich nach zwei bis drei Tagen zum Austausch und Zusammentragen der Ergebnisse wieder. Dies erfordert eine hohe Konzentration und eine



gute Vorbereitung meinerseits, um beurteilen zu können, ob auch wirklich alle Lerninhalte erreicht sind. Jetzt ergeben die vielen Vorbereitungsstunden am Schreibtisch endlich einen Sinn.

In praktischen Lehrveranstaltungen, den sogenannten «Skills», bieten sich dann noch mehr Möglichkeiten zum direkten Kontakt und Austausch mit den Studentinnen. Sie zeigen sehr viel Interesse für meine Erfahrungen aus der Praxis. Froh sind sie über kleine Improvisationen, wie zum Beispiel die Wochenbettbauchmassage, die ich am Schluss einer Stunde schnell an einer Studierenden auf dem Schulpult demonstriere. In den ersten Stunden dieser praktischen Lehre bin ich nur die Begleitung der Hauptdozentin, kann aber mit zunehmender Erfahrung auch die Leitung übernehmen. Nach so einem praktischen Vormittag komme ich beschwingt und voller Energie in mein Büro zurück. Hier habe ich das Gefühl, etwas Gutes und Wichtiges zu leisten und mein Wissen und meine Begeisterung für den Hebammenberuf weitergeben zu können. Hier ist Raum für Gespräche und Austausch, und der wirklichen Verknüpfung zwischen Theorie und Praxis. Die Studierenden bringen mir einen grossen Vertrauensvorschuss entgegen: «Die Hebamme aus dem Geburtshaus, die weiss ja, wie es wirklich ist.» Diese Arbeit mit den Studentinnen bereichert mich unheimlich, gerade auch, weil ich selbst für drei Monate wieder Studentin bin.

Eine Vorlesung darf ich halten und in deren Ausarbeitung investiere ich sehr viel Zeit. Dann ist es endlich so weit: Meine erste Vorlesung mit Powerpoint. Es macht Spass, alles klappt, ich fühle mich sicher und freue mich, vor den Studentinnen zu stehen und ihnen ein Thema zu erläutern. Es ist ein Hochgefühl, so in der Lehre zu stehen und zukünftigen Kolleginnen Wissen weiterzugeben. Auch das ist ein Teil meines Berufes und es ist ein wichtiger. Wie gerne hätte ich diesen Moment mit meinen Kolleginnen aus dem Geburtshaus geteilt, aber ich stehe alleine vor der Klasse und ein paar Stunden später entschwinde ich für zwei Wochen in die Ferien. So sehr ich mich auf diese gefreut habe, erscheinen sie mir nun unpassend. Ich habe das Gefühl, die Studentinnen mitten im Thema sitzen zu lassen.

Der Einblick in das Arbeitsleben einer Dozentin an der Fachhochschule ist spannend und voller neuer Einsichten. Der Anspruch immer «up to date» zu sein, das Material für die Lehrveranstaltungen laufend anzupassen und zu aktualisieren, in Literatur und Forschung auf dem neuesten Stand zu sein, das aktuellste Material zu benutzen und die entsprechenden Lehrmethoden; all dies oft nebst einem eigenen Forschungsprojekt und viel Administration. Das Licht geht früh an und spät aus in den Büros der Dozentinnen.

Mit einem Rucksack übertoll mit Fachartikeln, Videomaterial und aktueller Fachliteratur kehre ich nach drei Monaten in mein kleines, überschaubares Team ins Geburtshaus zurück. Meine Kolleginnen dort werden schon bald in den Genuss ein paar interner Weiterbildungen kommen.

Ein Abschied für immer ist es ja zum Glück nicht. Schon bald nach dem Hebammentausch kommt eine Studierende aus meiner Zeit am Fachbereich Gesundheit für zwei Monate ins Geburtshaus Luna. Mal sehen, was sie alles bei mir gelernt hat. ■

#### Literatur:

Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.

## Praxis-Theorie-Transfer-Pilotprojekt (PTTP)

### Projektvision

Das Projekt schafft einen engeren Bezug zwischen Lehre und Praxis mit dem Ziel einer Qualitätssteigerung in der Hebammenausbildung und -praxis. Die Lehre wird praxisbezogener, Evidenz schneller in die Praxis umgesetzt, Forschungsbedarf aufgedeckt und gemeinsame Forschungsprojekte entstehen. Dadurch soll sich die Hebammenprofession weiterentwickeln und Hebammenforschung einen grösseren Stellenwert erhalten.

### Projektziele

Zwischen Theorie und Praxis findet ein verstärkter Wissens- und Erfahrungsaustausch statt. Die Hebammen haben die Möglichkeit, sich theoretisch und praktisch weiterzubilden. Erweiterte Kontaktpunkte zwischen den Hebammen aus Theorie und Praxis werden geschaffen und zur Optimierung der Zusammenarbeit genutzt. Praxisrelevante Fragestellungen und Lücken in der Hebammenforschung werden identifiziert und Ideen für Praxisentwicklung und/oder Forschungsprojekte generiert. Das Pilotprojekt wird evaluiert und Erfahrungen werden zugänglich gemacht.

### Umsetzung

Das Pilotprojekt soll in ein bis drei Praxisinstitutionen umgesetzt und danach evaluiert werden. Konkret bilden je eine Hebamme aus Theorie und Praxis ein Tandem und ersetzen sich für eine Zeitspanne von drei Monaten im jeweiligen Arbeitsfeld. Die Einführung und Begleitung im neuen Arbeitsfeld wird von Kolleginnen in den jeweiligen Institutionen übernommen.



## Qualität im Pflegeheim – Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner

**Gesetzgebung, Qualitätsstandards und sich verändernde Ansprüche von Pflegeheimbewohnenden und Angehörigen fordern eine hohe Pflegequalität. In der Schweiz wurde Pflegequalität in Pflegeheimen aus der Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner bis heute nicht umfassend evaluiert. Hier setzt das Projekt RESidents Perspectives Of Living in Nursing Homes in Switzerland der Pflegeforschung des Fachbereichs Gesundheit an.**



**Prof. Eliane Gugler**  
Dozentin Bachelorstudiengang Pflege  
eliane.gugler@bfh.ch



**Kathrin Sommerhalder**  
Dozentin Angewandte Forschung und Entwicklung Pflege  
kathrin.sommerhalder@bfh.ch



**Prof. Dr. Sabine Hahn**  
Leiterin Disziplin Pflege und Leiterin Forschung Pflege  
sabine.hahn@bfh.ch

Die Schweizer Bevölkerung hat eine der höchsten Lebenserwartungen der Welt. Das Bundesamt für Statistik rechnet damit, dass die Lebenserwartung bis ins Jahr 2050 für Frauen auf 89,5 Jahre und für Männer auf 85,0 Jahre steigen wird. Angenommen, die Geburtenrate verändert sich nicht, wird die Zahl der über 80-Jährigen von 373 000 auf rund 600 000 steigen. Gemäss den Perspektiven des Bundesamtes für Statistik wird sich die Anzahl Altersheimbewohnerinnen und -bewohner dadurch von 67 000 im Jahr 2008 auf mindestens 100 000 im Jahr 2030 erhöhen. Diese Entwicklung ist mitverantwortlich für den steigenden Bedarf an Gesundheitspersonal. Bis ins Jahr 2030 sollen Schätzungen zufolge 80 000 zusätzliche Fachpersonen notwendig sein. Dem erhöhten Personalbedarf steht ein Personal-mangel gegenüber. Dieser wird sich weiter verschärfen, da gemäss des Nationalen Versorgungsberichts für die Gesundheits-

berufe 2009 im Bereich Pflege und Betreuung in der Schweiz nur die Hälfte des benötigten Nachwuchses ausgebildet wird. Angesichts dieses Personalengpasses ist es eine zunehmend grosse Herausforderung in der letzten Lebensphase eine entsprechende Pflegequalität und Unterstützung zu gewährleisten. Wenn zudem die Multimorbidität der älteren Bevölkerung (d.h. ältere Menschen leiden an mehreren Erkrankungen gleichzeitig) betrachtet wird, scheint diese Herausforderung gewaltig. Studien aus den USA zeigen, dass schon heute circa 25 Prozent der Pflegeheime Probleme haben, die geforderte Pflegequalität zu erreichen.

### **Pflegequalität besteht nicht nur aus objektiven Qualitätsmerkmalen**

Pflegequalität ist nicht einfach zu erklären. Sie wird vom Institute of Medicine (IOM) definiert als «das Ausmass, mit dem Ge-



sundheitsleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, den gewünschten Gesundheitszustand zu erreichen, und im Einklang mit dem aktuellen professionellen Wissen stehen». Diese Definition ist zwar überzeugend, sie liefert aber zu wenig konkrete Anhaltspunkte, was eine hochwertige pflegerische Versorgung ausmacht. Das IOM ergänzt die Definition deshalb um folgende Kriterien: «Eine hochwertige Versorgung soll sicher, wirksam, personenzentriert, rechtzeitig, effizient und gerecht sein». Die Beschreibung des IOM von Pflegequalität bringt damit zum Ausdruck, dass bei der Bewertung der Pflegequalität sowohl die Perspektiven der Gesundheitsfachpersonen wie auch diejenige der Betroffenen wichtig sind. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass Pflegequalität typischerweise aus der Sicht der Gesundheitsfachpersonen mittels objektiven Ergebniskriterien wie beispielsweise Sturz- und Dekubitusraten, freiheitseinschränkenden Massnahmen oder Gewichtsverlust erfasst wird. Um ein umfassendes Bild der Pflegequalität zu erhalten, muss aber auch die subjektive Einschätzung der Betroffenen eingeholt werden. Dies ist umso wichtiger, da Fachpersonen und Betroffene unterschiedliche Massstäbe ansetzen bei der Beurteilung der Qualität einer Leistung.

### Zufriedenheit oder Lebensqualität?

Die Perspektive von Betroffenen auf Pflegequalität wird meist über Zufriedenheitsbefragungen erfasst. Unter «Zufriedenheit mit der Pflege» wird allgemein das Ausmass verstanden, in dem die Erwartungen und Bedürfnisse von Betroffenen erfüllt werden. Spricht man von «Zufriedenheit mit der Pflege» wird meist von einem Konsumentenmodell ausgegangen. Die Betroffenen werden dabei als informierte und unabhängige Kunden betrachtet. Dieses Modell greift bei Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern zu kurz. In der Langzeitpflege ist die Wahl eingeschränkt. Denn auch heute wird das Wohnen im Heim als letzte Möglichkeit gewählt; nur wenn das Leben in den eigenen vier Wänden auch mit Unterstützung nicht mehr möglich ist. Zudem schränken die Adaptation an das Leben im Heim sowie physische und psychische Beeinträchtigungen die Entscheidungsfreiheit der Betroffenen ein. Zufriedenheit scheint also nur einen Teil des Verständnisses von Pflegequalität von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern abzudecken.

In den letzten Jahren wurde im Zusammenhang mit Qualität in der Langzeitpflege vermehrt der Begriff Lebensqualität ins Spiel gebracht. Lebensqualität stellt ein multidimensionales, komplexes Konstrukt dar und

ist daher nicht einfach zu definieren. Konsens besteht darin, dass Lebensqualität folgende Dimensionen enthält: Objektiver und subjektiver körperlicher Zustand, psychisches Wohlbefinden, soziale Beziehungen und Funktionsfähigkeit im Alltag. Es gibt mittlerweile auch zahlreiche Definitionen, die die Lebensqualität aus Sicht von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern beschreiben. Obwohl es in diesen Studien viele Übereinstimmungen gibt, kann keine Aussage darüber gemacht werden, welches die wichtigsten Dimensionen der Lebensqualität für Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner sind. Es ist deshalb nicht möglich von der Lebensqualität im Alter zu sprechen. Trotzdem hat in der heutigen Zeit Lebensqualität als subjektives Ergebnis der Pflege und der Lebensumstände in Alters- und Pflegeheimen markant an Bedeutung gewonnen. Daher sollte deren Förderung ein vorrangiges Ziel der Langzeitpflege sein.

### Eine wichtige Lücke schliessen

Bis heute wurde in der Schweiz die Pflegequalität aus der Sicht der Heimbewohnerinnen und -bewohner noch wenig umfassend erfasst und untersucht. Zwar werden Zufriedenheitsbefragungen in Alters- und Pflegeheimen durchgeführt. Sie greifen aber aus oben erwähnten Gründen häufig zu kurz. Pflegequalität wird daher oft nur unzureichend und für die Bewohnerinnen und Bewohner wenig bedeutend beschrieben. Diesen Mangel greift die Studie der Berner Fachhochschule «RESidents Perspectives Of Living in Nursing Homes in Switzerland» (RESPONS) auf. Die Perspektive der Heimbewohnerinnen und -bewohner auf Pflegequalität steht im Zentrum der Studie. Pflegequalität soll anhand von wichtigen alltäglichen Faktoren, welche die Lebensqualität und Zufriedenheit mit der Pflege

beeinflussen, aufgezeigt werden. Damit beschreibt RESPONS erstmalig umfassend die Sicht von Pflege- und Altersheimbewohnerinnen und -bewohnern zum Thema Pflegequalität. Durch die Zusammenarbeit mit dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel im Rahmen der Studie «Swiss Nursing Homes Human Resource Project» (SHURP) wird zudem die Verbindung zwischen subjektiven und objektiven Qualitätsindikatoren hergestellt. Die SHURP Studie untersucht unter der Leitung von Dr. René Schwendemann die Zusammenhänge zwischen organisatorischen Merkmalen von Schweizer Pflegeheimen und Ergebnissen von Bewohnerinnen und Bewohnern und Pflegepersonal der Heime (Link zur Studie siehe Literatur). Die beiden Studien RESPONS und SHURP widmen sich damit der Pflegequalität in Pflegeheimen aus unterschiedlichen Blickwinkeln und tragen zu einem vertieften Verständnis von Pflegequalität in Schweizer Alters- und Pflegeheimen bei.

### Vorgehen im Projekt

Damit die Studien RESPONS und SHURP die gemeinsamen Fragestellungen analysieren können, wird durch RESPONS im Spätsommer 2013 eine Zufallsstichprobe aus denjenigen Schweizer Alters- und Pflegeheimen gezogen, welche bereits an der SHURP Studie teilgenommen haben. Die Heime werden nach Sprachregion und Grösse ausgewählt, so dass eine repräsentative Aussage für die Schweiz möglich ist. Die ausgewählten Heime werden um ihre Teilnahme gebeten. In den teilnehmenden Heimen werden 1200 Bewohnerinnen und Bewohner zu ihrer Lebensqualität und Zufriedenheit mit der Pflege befragt. Mitarbeitende der Forschung Pflege der BFH werden mit Bewohnerinnen und Bewohnern, welche an der Studie teilnehmen möchten, strukturierte Gespräche führen. Dadurch





wird es auch Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen (z.B. durch eine beginnende Alzheimererkrankung) möglich sein, an der Studie teilzunehmen. Die Befragung der Bewohnerinnen und Bewohner findet mit geschulten Mitarbeitenden der Berner Fachhochschule in geschützter und vertrauter Umgebung in den teilnehmenden Alters- und Pflegeheimen statt. Sie wird an die Fähigkeiten und das Konzentrationsvermögen der Bewohnerinnen und Bewohner angepasst.

### **Grosser Nutzen für Pflegeentwicklung und Innovation**

RESPONS gibt den Bewohnerinnen und Bewohnern der Alters- und Pflegeheime eine Stimme. Die Studie wird insbesondere durch die Zusammenarbeit mit der SHURP Studie der Universität Basel zu einem umfassenden Verständnis der Pflegequalität beitragen und Zusammenhänge zu personellen, institutionellen und bewohnerspezifischen Charakteristika aufzeigen. Die Sicht der Betroffenen unterstützt die Identifikation zentraler Faktoren für die Qualitätsverbesserung. Somit leistet diese Studie einen Beitrag zur Förderung der Pflege- und Lebensqualität in Pflegeheimen. Weitere Informationen zu RESPONS unter [www.gesundheit.bfh.ch/uploads/media/RESPONS\\_Newsletter\\_April\\_01.pdf](http://www.gesundheit.bfh.ch/uploads/media/RESPONS_Newsletter_April_01.pdf). ■

#### Literatur:

- Bundesamt für Statistik. (2010). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2010–2060. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Committee on Quality of Health Care in America Institute of Medicine. (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21<sup>st</sup> Century. Washington, DC: National Academy Press.
- Dolder, D. & Grünig, A. (2009). Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009. Personalbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene. Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren und Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit.
- Estermann, J., & Kneubühler, H. U. (2008). Warum Lebensqualität im Pflegeheim bedeutsam ist und wie sie gemessen werden kann. *Swiss Journal of Sociology*, 34(1), 187–210.
- Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. (2010). Verbesserung messen Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren für Alten- und Pflegeheime. Wien: Progress The EU Programme for employment and social solidarity 2007–2013.
- Kane, R. A. (2003). Definition, measurement, and correlates of quality of life in nursing homes: Toward a reasonable practice, research, and policy agenda. *Gerontologist*, 43, 28–36.
- Kane, R. A., Kling, K. C., Bershadsky, B., Kane, R. L., Giles, K., Degenholtz, H. B., et al. (2003). Quality of life measures for nursing home residents. *Journals of Gerontology Series a-Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(3), 240–248.
- Rüegger, H., & Widmer, W. (2010). Personalnotstand in der Langzeitpflege. Eine Sekundäranalyse vorliegender Texte. Zollikerberg: Institut Neumünster.
- Schwendimann, R., Swiss Nursing Homes Human Resources Project – SHURP. 2011, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel: Basel. [www.nursing.unibas.ch/forschung/projekte/infos/?tx\\_x4euniprojectsgeneral\\_pi1%5BshowUid%5D=188](http://www.nursing.unibas.ch/forschung/projekte/infos/?tx_x4euniprojectsgeneral_pi1%5BshowUid%5D=188).

### **Pflegequalität – ein wichtiges Thema am Fachbereich Gesundheit**

Seit 2011 übernimmt der Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule im Auftrag des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) die Organisation der nationalen Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus für Akutspitäler. Auf freiwilliger Basis können sich Langzeitpflegeinstitutionen an der Messung beteiligen. Die Resultate geben Aufschluss über die Pflegequalität (Prävalenz, Prävention, Behandlung), können Hinweise für Stärken und Entwicklungspotenziale sowie Anstoss für interne Verbesserungsprozesse sein.

Weitere Informationen unter [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und <http://che.lpz-um.eu>.





# Interprofessionelles Handeln in Grenzsituationen

**Fachpersonen im Gesundheitswesen tragen eine grosse Verantwortung, wenn Menschen nicht mehr in der Lage sind, in medizinisch-pflegerische Massnahmen einzuwilligen. Solche Situationen regelt das Anfang 2013 in Kraft getretene neue Erwachsenenschutzrecht. Für interprofessionelle Teams bietet es die Gelegenheit, über die Ethik der interprofessionellen Zusammenarbeit nachzudenken.**



**Prof. Settimio Monteverde**  
Dozent Studiengang Pflege  
settimio.monteverde@bfh.ch

Im Berufsalltag treffen Fachpersonen im Gesundheitswesen laufend Entscheidungen: Wann soll auf der Kinder-Notfallstation das Beratungsgespräch mit den Eltern stattfinden? Welche Dosierung eines stark wirkenden Medikaments ist bei einer dementen Bewohnerin zu verordnen? Wie kann ein ängstlicher Patient nach einer grossen Operation am besten zum ersten Mal aus dem Bett mobilisiert werden? Wann ist der Zeitpunkt für das Übermitteln einer schlechten Nachricht günstig? Solche Entscheidungen gründen immer auf Fachwissen, Erfahrung, Routine, aber auch auf dem Bauchgefühl. Und letzteres ist dabei keineswegs «minderer» Natur. Die Pflegewissenschaftlerin Patricia Benner war es, die in ihrer Studien zum sog. Novizen- und Expertenstatus Pfleger belegt hat, dass sich gerade im

Bauchgefühl Expertise zeigt, wenn es in der Situation Fachwissen, Erfahrungswissen und Intuition vereinigt. Solche Entscheide führten dazu, dass für Patientinnen und Patienten lebensbedrohliche Zustände frühzeitig erkannt und fatale Folgen rechtzeitig abgewendet werden konnten.

### **Für andere entscheiden**

Doch nebst Routine- und Notfallentscheiden gibt es Entscheide, die besonders schwer sein können: Erstens, weil sie aus der Routine fallen, zweitens, weil die Folgen für die Betroffenen oft ungewiss sind und drittens, weil die Beteiligten dabei durchaus unterschiedliche Bauchgefühle haben können. Es sind Entscheide, die Menschen in Stellvertretung für andere Menschen fällen, die wegen Krankheit oder Behinderung dazu



nicht (mehr) in der Lage sind. So zum Beispiel, wenn die Ehefrau der Anlage einer Ernährungssonde bei ihrem an Demenz erkrankten Mann zustimmt.

Seit dem 1.1.2013 sind solche Situationen in der Schweiz einheitlich (d.h. in Ablösung bisheriger kantonalen Regelungen) im neuen Erwachsenenschutzrecht geregelt (Teil des Zivilgesetzbuches, ZGB). Dieses verfolgt das übergeordnete Ziel, gerade auch in Grenzsituationen der Urteilsunfähigkeit Selbstbestimmung zu gewährleisten. Dies geschieht z.B. durch die sog. Rechtsinstitute der Patientenverfügung und des Vorsorgeauftrags, aber auch durch die Regelung des Heimvertrags oder der fürsorgerischen Unterbringung. Eine solche Patientenorientierung stärkt die Rechte von Patientinnen und Patienten, was dem «Geist» dieses neuen Gesetzes entspricht. Bedingung dabei ist allerdings, dass Patientenverfügungen aussagekräftig und möglichst aktuell sind, aber auch, dass Vertretungspersonen in der Lage sind, den Willen der urteilsunfähigen Person authentisch zu vertreten. Darüber hinaus aber entlastet das Gesetz auch interprofessionelle Teams in der Übernahme von Verantwortung für Entscheidungen zu Gunsten von Menschen, die urteilsunfähig sind. Es verpflichtet aber die unterschiedlichen Professionen und die Institutionen der Gesundheitsversorgung dazu, für Rahmenbedingungen zu sorgen, in denen im Kontext medizinisch-pflegerischer Entscheidungen der Patientenwille zum Tragen kommt.

### Professionen als Partner von Patienten und Angehörigen

Zu diesen Rahmenbedingungen gehört eine Kommunikationskultur, die alle an der medizinisch-pflegerischen Betreuung beteiligten Professionen als gleichwertige Partner anerkennt: Mit ihrem Fachwissen, ihrem Können, ihren ethischen Grundwerten und ihren Wahrnehmungen trägt jede Profession dazu bei, dem Anspruch der Patientenorientierung auch bei nicht gegebener Urteilsfähigkeit des Patienten oder Bewohners näher zu kommen. So stehen z.B. Pflegende in der Regel in einem engen Kontakt mit den Angehörigen, die wichtige Angaben über den mutmasslichen Willen machen können, wenn keine Patientenverfügung vorliegt. Ärztinnen und Ärzte tragen ihrerseits mit ihrem Fachwissen dazu bei, den Inhalt einer Patientenverfügung auf seine «Passgenauigkeit» in der aktuellen Situation zu überprüfen oder Vertretungspersonen in Bezug auf Prognose oder Diagnose zu beraten. Gerade wenn Differenzen in der Auslegung einer Patientenverfügung bestehen (z.B. wegen schwammiger Aussagen wie «Ich will nicht an Schläuchen hängen»), bedarf es einer interprofessionellen Verständigung und

eines offenen Gesprächs mit Angehörigen und der Vertretungsperson über die Art und Weise, wie diese Aussage in der Situation verstanden werden kann. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) schlägt in ihren medizinisch-ethischen Richtlinien auch vor, in solchen sensiblen Situationen ethische Fallbesprechungen, Ethikkonsilien oder den Zuzug einer klinischen Ethikkommission zu erwägen. Diese Instrumente der klinischen Ethik tragen nicht nur dazu bei, «das Problem» zu lösen, sondern sie machen auch einen Lernprozess innerhalb des interprofessionellen Teams sichtbar, der sich positiv auf spätere ähnliche Situationen auswirkt.

### Drei Szenarien

Was bedeutet das neue Gesetz nun im Blick auf das oben erwähnte Beispiel mit der Ernährungssonde?

1. Der Ehemann hätte noch im Zustand der Urteilsfähigkeit eine Patientenverfügung erstellen können. Liegt eine solche vor, bestimmt nun das neue Gesetz, dass diese mit Eintritt der Urteilsunfähigkeit verbindlich wird (Art. 370 ff. ZGB). Der behandelnde Arzt, die behandelnde Ärztin, und mit ihnen das behandelnde Team, halten sich daran, ausser es liegen triftige Gründe vor, die dagegen sprechen. Darunter zählen z.B. konkrete Anhaltspunkte, dass sich der Wille zwischenzeitlich geändert hat, eine unklare medizinische Situation oder ein unklarer Inhalt der Patientenverfügung. Diese Gründe müssen aber transparent gemacht und im Patientendossier festgehalten werden.
2. Der Ehemann hätte auch (anstelle der Patientenverfügung oder in ihr) eine Vertretungsperson für medizinisch-pflegerische Massnahmen bestimmen können, die bei späterer Urteilsunfähigkeit stellvertretend in diese Massnahmen (oder in andere erforderliche Massnahmen) einwilligt.

3. Hat der Ehemann weder eine Patientenverfügung erstellt noch eine Vertretungsperson bestimmt, sieht das Gesetz neu eine klar definierte «Vertretungskaskade» vor, in der Angehörige von Gesetzes wegen ermächtigt sind, stellvertretend und nach dem mutmasslichen Willen des Urteilsunfähigen in medizinisch-pflegerische Massnahmen einzuwilligen.

Neu gibt es in jedem Kanton eine Erwachsenenschutzbehörde, die für Fragen der konkreten Umsetzung des Erwachsenenschutzrechts kontaktiert werden kann. Wie auch immer das Szenario aussieht: In jedem Setting bedarf es sorgfältiger Kommunikation innerhalb der Professionen und mit den Betroffenen, damit der Entscheid (z.B. Verzicht auf Ernährungssonde unter Inkaufnahme der Folgen) gemeinsam getragen und implementiert werden kann und die Ehefrau die nötige Unterstützung erfährt.

### Lernende Organisation

Das neue Gesetz zeigt, dass Interprofessionalität, jenseits der Modeerscheinung oder leeren Worthülse, in Zukunft an Bedeutung gewinnen wird. Daten belegen, dass gelebte Interprofessionalität die Versorgungsqualität, die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit steigert, aber auch Prozesse effizienter gestaltet. Entscheide in Grenzsituationen werden darin nicht dem Zufall oder dem individuellen Heldentum überlassen, sondern in «Gefässe» der transparenten Organisation kanalisiert. Dadurch machen sie die Ethik einer lernenden Organisation sichtbar. Dies ist die einzig mögliche Antwort auf die steigende Komplexität des Wissens, des Könnens und der immer spezifischeren beruflichen Kompetenzen von Gesundheitsfachpersonen, in einem sozialen Umfeld, das vom zentralen Stellenwert der Selbstbestimmung ausgeht. ■





## Eine gelebte internationale Kooperation in Lehre und Forschung

Seit Anfang 2012 besteht zwischen dem Artesis University-College Antwerp (Belgien) und dem Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule ein offizieller Kooperationsvertrag. Die Zusammenarbeit ermöglicht allen Beteiligten spannende Projekte in Lehre, Forschung und Praxis.



**Prof. Dr. Jan Taeymans**  
Dozent Masterstudiengang  
Physiotherapie  
jan.taeymans@bfh.ch



**Prof. Dr. Heiner Baur**  
Dozent Angewandte  
Forschung und Entwicklung  
Physiotherapie  
Leiter Bewegungslabor  
Physiotherapie  
heiner.baur@bfh.ch

Die Kooperation zwischen der Berner Fachhochschule (BFH) und dem Artesis University-College in Antwerpen wird aktiv gelebt. Dirk Vissers, Studiengangleiter der Bachelor- und Masterausbildungen in Physiotherapie hat den Fachbereich Gesundheit (FBG) der BFH für vorbereitende Gespräche besucht und bereits im Frühling 2012 wurde der Autor dieses Artikels, Jan Taeymans, Dozent im Studiengang Physiotherapie am FBG, für vier Tage nach Antwerpen eingeladen. Im Rahmen des Moduls «Systematic review and meta-analysis» hielt er Vorlesungen für das dritte Semester des Bachelorstudiengangs.

### Synergien auch in der praktisch-klinischen Ausbildung

Zur gleichen Zeit waren zwei Masterstudierende der Physiotherapie aus Antwerpen in Bern und konnten im Bewegungslabor bei

über 30 Studierenden im ersten Semester des Bachelorstudiengangs Pflege Körpermessungen durchführen und Befragungen zu Lifestyle und psychosozialen Aspekten machen. Die gleiche Methodik haben die Studierenden später bei einer vergleichbar grosse Stichprobe des ersten Bachelor-Semesters Pflege am Artesis University College angewendet. Die Daten wurden im Rahmen von zwei Masterthesen erhoben, welche im Herbst 2012 erfolgreich verteidigt werden konnten. Die Daten aus den Untersuchungen werden aktuell aufgearbeitet und ein Manuskript zur Publikation ist in Vorbereitung. Mit diesen beiden Masterthesen war ein erster Schritt gemacht, um neben der Lehre nun auch wissenschaftlich zu kooperieren. Daraus ergaben sich auch Synergien in der praktisch-klinischen Ausbildung. Zwei Masterstudierende aus Antwerpen konnten

im Rahmen von Erasmus während 12 Wochen ein klinisches Praktikum in der Schweiz (in Heiligenschwendi und Basel) absolvieren.

Dirk Vissers ist der erste promovierte Physiotherapeut, der einen Ruf an die Universität Antwerpen bekommen hat. In der Zwischenzeit wurde die Physiotherapie-Ausbildung am Artesis University College in die medizinische Fakultät der Universität Antwerpen integriert. Diese Akademisierung der Physiotherapieausbildung hat für die BFH-Masterstudierenden den Vorteil, dass sie nun Direktzugang zum PhD-Studium an der Universität Antwerpen erhalten.

### **Gemeinsame Meta-Analyse zum Thema Bauchfett**

Dirk Vissers, die Doktorandin Wendy Hens und Jan Taeymans haben eine Meta-Analyse über die Effekte von körperlicher Aktivität (unabhängig von Diät) auf das Bauchfettgewebe bei übergewichtigen Erwachsenen durchgeführt. Die vollständige Meta-Analyse wurde mittlerweile im Open-Access Online-Journal «PlosOne» zur Publikation angenommen. Die Untersuchungsfrage ist relevant, weil es Erkenntnisse dafür gibt, dass ein übermässiges abdominales Fettgewebe (Bauchfett) eine Reihe von metabolischen Störungen auslösen kann. Dies geht einher mit Fettansammlungen in Muskeln, Leber, Herz und Beta-Zellen der Bauchspeicheldrüse. Deshalb könnte die Reduktion des abdominalen Fettgewebes ein entscheidender Faktor bei der Behandlung des metabolischen Syndroms bedeuten und erheblich zu einem besseren Gesundheitszustand beitragen.

Für die Meta-Analyse wurde nach gängigen wissenschaftlichen Richtlinien Literatur ge-

sucht. Schlussendlich konnten 15 Studien mit insgesamt 852 Probanden für die weitere Analyse verwendet werden. Die hier angewendete systematische Übersichtsarbeit hat den Vorteil, dass die Aussage auf mehr Versuchspersonen basiert und damit eine breitere Interpretationsbasis als bei einer Einzelstudie entsteht. Wenn die Einzelstudien vergleichbare Messgrössen erheben, können die Daten zusammengefasst und neu statistisch ausgewertet werden. Man spricht dann von einer «Meta-Analyse», die mehrere Studien zusammenfassend auswertet. Dies war im vorliegenden Fall möglich.

Alle Studien zeigten eine Abnahme des abdominalen Bauchfetts bei übergewichtigen Personen nach körperlicher Aktivität. Obwohl nur 9 der 15 Studien einen statistisch signifikanten Effekt nachweisen konnten, war der mittels Meta-Analyse berechnete Effekt statistisch hoch signifikant. Interessanterweise zeigte eine weitergehende Analyse zu den Faktoren Geschlecht, Trainingsmodalität und Trainingsintensität genügend Hinweise, dass ein Training von mässiger bis höherer Intensität die beste Möglichkeit bietet, um das abdominale Fettgewebe zu reduzieren.

### **Kernkompetenz des Masterstudiengangs**

Aktuell arbeitet die gleiche Forschergruppe aufbauend auf diese Erkenntnisse an einer weiterführenden Meta-Analyse über die Effekte von körperlicher Aktivität auf das Fettgewebe in diversen Organen bei übergewichtigen Erwachsenen. Dies wird die Basis des Doktorates von Wendy Hens werden. Später soll auch der Fettabbau in diversen Organen bei verschiedenen körperlichen Aktivitäten untersucht werden.

Diese systematische Übersichtsarbeit zeigt eine wesentliche Kernkompetenz des Masterstudiengangs Physiotherapie. Im Studiengang werden die wesentlichen Techniken und Methoden zur Erstellung einer systematischen Literaturübersicht und Anfertigung einer Meta-Analyse gelehrt. Die Studierenden können sich so selbstständig einen Überblick über den wissenschaftlichen Stand in einem gewünschten Gebiet erarbeiten. Gleichzeitig wird vermittelt, wie wissenschaftliche Studien kritisch gelesen werden müssen, um sinnvolle Schlüsse daraus ziehen zu können. Dies befähigt zu einem kritischen Umgang mit wissenschaftlichen Ergebnissen und soll schliesslich zu einer evidenzbasierten Praxis führen, die immer den aktuellen Wissensstand zu integrieren vermag.

In der Forschung besteht von beiden Seiten (Uni Antwerpen und Fachbereich Gesundheit) auch das Interesse an einer grösseren experimentellen Studie. Dabei soll die Frage möglicher Effekte eines Vibrationstrainings auf Stress-Inkontinenz bei übergewichtigen und obesen Frauen im Zentrum stehen. ■



Körperliche Aktivität hilft, abdominales Fettgewebe zu reduzieren.





## Synergien nutzen und Qualität steigern

**Modernes Dysphagiemanagement verlangt eine fächerübergreifende Zusammenarbeit. Nur so ist es möglich, Menschen mit Schluckstörungen eine optimale Behandlung zu bieten. Die Disziplinen Ernährung und Diätetik, Physiotherapie und Pflege entwickeln gemeinsam den Fachkurs Dysphagie, dessen Mehrwert in seiner Interdisziplinarität liegt.**



**Christine Bigler**  
Wissenschaftliche  
Mitarbeiterin und Studien-  
leitung Spezialisierte Pflege  
christine.bigler@bfh.ch

Essen und Trinken ist für den Menschen von zentraler Bedeutung. Dabei geht es nicht nur um die Aufnahme von essenziellen Nährstoffen, sondern auch um einen wichtigen Aspekt des sozialen und kulturellen Lebens. Das gemeinschaftliche Zusammensein und der Genuss von Speis und Trank sind mit einer Lebensnotwendigkeit verknüpft.

Der Vorgang des Schluckens geschieht dabei meist unbewusst, doch liegt diesem ein sehr komplexer Bewegungsablauf zugrunde, an dem mehrere Muskeln beteiligt sind. Menschen mit einer neuronalen Erkrankung wie z.B. Schlaganfall, schweres Schädelhirntrauma oder Hirntumor leiden häufig unter Schluckstörungen. In diesem Fall wird von neurologisch bedingter Dysphagie gesprochen. In Abgrenzung dazu

stehen die Hals-Nasen-Ohren Erkrankungen, auch hier beispielsweise Tumore, welche eine Ursache von Schluckstörungen sein können. Für Menschen mit Schluckstörungen stellt das Essen und Trinken eine grosse Belastung dar und ist nicht mehr mit Genuss und Vergnügen verbunden. Sie laufen immer wieder Gefahr, sich zu verschlucken. Das bedeutet konkret, dass feste Nahrung, Flüssigkeiten oder aber auch Speichel in die Atemwege gelangen. Dieses Verschlucken, welches in der Fachsprache als Aspiration bezeichnet wird, kann die Ursache einer Lungenentzündung (Aspirationspneumonie) sein und zu lebensbedrohlichen Erstickungsanfällen führen. Weitere Komplikation einer Schluckstörung sind Mangelernährung (Unter- oder Fehlernäh-

nung), zu geringe Flüssigkeitsaufnahme (Dehydratation), Appetitlosigkeit und Abnahme von Körpergewicht.

Die Behandlung von komplexen dysphagischen Störungen erfolgt nach einem interdisziplinären Ansatz, d.h. mehrere Berufsgruppen wie Physio-, Logo-, und Ergotherapie, Pflege, Ernährungsberatung sowie Ärzteschaft sind bei der Behandlung involviert. Dass die Interdisziplinarität für die Behandlung von Dysphagie ein Muss ist, bringt das Zitat von Maggi-Lee Huckabee, einer Dysphagieexpertin von der Universität Canterbury, Neuseeland, zum Ausdruck: «Eine Berufsgruppe alleine wäre kaum in der Lage, Menschen mit Schluckstörungen eine optimale Behandlung zu bieten.»

### **An vorderster Front Synergien nutzen**

Jede Berufsgruppe, die bei der Betreuung eines Dysphagie betroffenen Menschen beteiligt ist, verfügt über spezifisches Fachwissen und Erfahrungen. So ermöglichen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten dem zu behandelnden Patienten z.B. eine verstärkte Haltungskontrolle und Tonusregulierung. Die Ernährungsberatung erstellt kostformspezifische Speisepläne und informiert Angehörige über die Zubereitung der Nahrung. Die Pflegenden übernehmen eine Schlüsselrolle, weil sie am meisten Zeit direkt mit dem Patienten verbringen. Sie leiten die Betroffenen bei den Mahlzeiten an, überwachen sie (im Bewusstsein der Gefahren einer Aspiration) und sorgen für eine korrekte Mundhygiene. Die Sprachtherapie übernimmt die klinische Diagnostik, entscheidet über die Ernährungsform und die Ergotherapie befähigt die Patientin, den Patienten zur Wiederbewältigung von Alltagshandlungen und Aktivitäten des täglichen Lebens. Je nach Institution sind die Aufgabenbereiche der einzelnen Disziplinen in der Behandlung von Dysphagiepatienten nicht mehr klar abgegrenzt. Das vorhandene Expertenwissen kann in interdisziplinären Teams aber nur genutzt werden, wenn von Beginn an auf ein gemeinsam festgelegtes Ziel hingearbeitet wird, wenn alle Fachgebiete gleichberechtigt vertreten sind und auch gemeinsam die Verantwortung tragen. Damit das Synergiepotenzial dem Patienten bei der Behandlung auch wirklich zukommt, braucht es an vorderster Front Teamplayer und das Wissen darüber, wo die Aufgabengebiete und Kompetenzen der eigenen und der fremden Disziplinen sind.

### **Interdisziplinarität im Fachkurs Dysphagie**

Im Herbst 2013 wird an der Berner Fachhochschule zum ersten Mal der Fachkurs «Dysphagie» angeboten. Dieser wurde

gemeinsam von den drei Disziplinen Ernährung und Diätetik, Physiotherapie und Pflege konzipiert und wird für Personen aus diesen Berufsgruppen zusammen durchgeführt. In allen drei Fachgebieten besteht das Bedürfnis nach einer Weiterbildung zu diesem Themengebiet. Von Beginn an stand der interdisziplinäre Ansatz im Fokus. Dass es sich lohnt, verschiedene Fachgebiete miteinander auszubilden, ist schon seit längerem wissenschaftlich belegt. So konnte nachgewiesen werden, dass das interdisziplinäre Lernen zum einen das Vertrauen in die eigenen Fertigkeiten stärkt und zum andern das Verständnis für die andere Berufsgruppe steigert. Als sehr gewinnbringend hat sich der gemeinsame Fach- und Erfahrungsaustausch erwiesen. Dieser soll auch explizit im Fachkurs «Dysphagie» gefördert werden. Beispielsweise findet am letzten Kurstag ein Journal Club statt. Dabei stellen alle Studierenden ein neues Forschungsergebnis aus der eigenen Disziplin vor und diskutieren dieses im Plenum. Dadurch wird nicht nur der Wissensaustausch gefördert sondern auch evidenzbasiertes Lernen.

### **Gesteigerte Lebensqualität**

Ziel jeder Intervention sollte es sein, die Lebensqualität eines von Schluckstörungen betroffenen Menschen zu steigern oder wenigstens zu erhalten. Die Behandlung von Schluckstörungen ist komplex und fordert hohe Ansprüche an die verschiedenen Berufsgruppen. Um eine bestmögliche Behandlung garantieren zu können, ist eine interdisziplinäre Vorgehensweise zwingend. Dieser Anforderung wird der Fachkurs «Dysphagie» gerecht und darin liegt der Mehrwert dieses Kurses. ■

#### Literatur:

- Borasio, Gian Domenico et. al. 2011: Ernährung bei Schluckstörungen. 7. Auflage, Kohlhammer, Stuttgart.
- Herbst, Wiebke 2006: Dysphagie. Schluckstörungen nach Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. Schulz-Kirchner Verlag, Idstein.
- Nusser-Müller-Busch, Ricki 2007: Die Therapie des Facio-Oralen Trakts. F.O.T.T. nach Kay Coombes. 2. Auflage, Springer Verlag, Berlin.
- Thiel, Monika; Ewerbeck, Caroline 2010: Dysphagie. Diagnostik und Therapie. Ein Wegweiser für kompetentes Handeln. Springer Verlag, Berlin.
- Tucker, Kay et. al. 2003: Learning together: clinical skills teaching for medical and nursing students. In: Medical Education 37: 630–637.

## **Fachkurs Dysphagie**

Im klinischen Alltag treten Schluckstörungen (Dysphagie) bei verschiedenen Patientengruppen auf und sind häufig komplexer Natur. Nicht immer werden Schluckstörungen erkannt und adäquat behandelt. Eine Berufsgruppe allein kann die optimale Behandlung Betroffener kaum gewährleisten. Zudem haben die Möglichkeiten der Behandlung der Dysphagie in den letzten Jahren erheblich zugenommen. Daher ist es notwendig, dass die verschiedenen Berufsgruppen zusammenarbeiten, um ein effektives Dysphagiemanagement zu ermöglichen. Fachpersonen vermittelt der Kurs verschiedene Techniken zur Erkennung und Behandlung von Schluckstörungen. Die Teilnehmenden hinterfragen die Evidenz der einzelnen Techniken und üben diese mittels Skillstraining.

### **Zielgruppe**

Fachpersonen aus den Bereichen Pflege, Physiotherapie, Ernährung und Diätetik, die von Schluckstörungen betroffene Personen fundiert und evidenzbasiert betreuen wollen.

### **Studienziele und Berufschancen**

Im Fachkurs erwerben die Teilnehmenden Kompetenzen, um von Schluckstörungen und Aspiration betroffene oder gefährdete Personen zu erkennen und einzuschätzen. Ein weiteres Ziel ist es, verschiedene Untersuchungsverfahren zu kennen und diese auch durchführen zu können. Anhand der Untersuchung stellen die Kursbesucher aus den unterschiedlichen Therapiekonzepten und Therapiebausteinen die passende Behandlung zusammen. Sie fördern die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit und sind in der Lage, an der Entwicklung, Umsetzung und Evaluation von Behandlungskonzepten mitzuarbeiten.

Weitere Informationen zum Fachkurs Dysphagie finden Sie auf Seite 45 sowie unter [www.gesundheit.bfh.ch/weiterbildung](http://www.gesundheit.bfh.ch/weiterbildung).



## Weiterbildungsprogramm 2013/14

**Der gesellschaftliche und wirtschaftliche Wandel erfordert von Fach- und Führungskräften des Gesundheitswesens eine ständige Aktualisierung und Weiterentwicklung ihrer beruflichen Qualifikationen. Vor diesem Hintergrund haben wir für Sie ein praxisorientiertes und wissenschaftlich fundiertes Weiterbildungsprogramm konzipiert, welches Ihnen ausgezeichnete Laufbahn- und Spezialisierungsmöglichkeiten in zukunftsgerichteten Arbeitsfeldern des Gesundheitswesens eröffnet.**

### INHALT

#### WEITERBILDUNG

- 39 Weiterbildungen auf Hochschulstufe:  
wissenschaftlich – praxisnah –  
interdisziplinär
- 40 Überblick über die Weiterbildungs-  
studiengänge
- 41 Lebenslanges Lernen: Aus- und Weiter-  
bildung an der Fachhochschule

#### WEITERBILDUNGSPROGRAMM

##### Management im Gesundheitswesen

- 42 Diploma of Advanced Studies (DAS)
- 42 Certificate of Advanced Studies (CAS)
- 42 Fachkurse  
Weitere Angebote aus dem Fachbereich  
Soziale Arbeit:

- 42 Certificate of Advanced Studies (CAS)

##### Wissenschaft im Praxisalltag

- 43 Fachkurse

##### Didaktik im Praxisalltag

- 43 Fachkurse

##### Psychische Gesundheit und Krankheit

- 43 Master of Advanced Studies (MAS)
- 43 Diploma of Advanced Studies (DAS)

- 43 Certificate of Advanced Studies (CAS)

- 44 Fachkurse

- 44 Kurskurs

##### Pflege

- 45 Master of Advanced Studies (MAS)

- 45 Diploma of Advanced Studies (DAS)

- 45 Certificate of Advanced Studies (CAS)

- 45 Fachkurse

- 45 Kurskurse

- 45 Passerelle

##### Physiotherapie

- 46 Master of Advanced Studies (MAS)

- 46 Certificate of Advanced Studies (CAS)

- 46 Fachkurse

- 46 Kurskurse

##### Ernährung und Diätetik

- 47 Certificate of Advanced Studies (CAS)

- 47 Fachkurse

- 47 Kurse

##### Hebamme

- 48 Certificate of Advanced Studies (CAS)

- 48 Fachkurse

- 48 Kurskurs

#### STANDORTE

- 49 Unsere Standorte

#### DIENSTLEISTUNGEN

- 51 Dienstleistungen  
des Fachbereichs Gesundheit

#### Information und Beratung

Detaillierte Informationen über Inhalt und Durchführung finden Sie auf unserer Website.

[www.gesundheit.bfh.ch/weiterbildung](http://www.gesundheit.bfh.ch/weiterbildung)

Die Studienleitenden stehen gerne für persönliche Beratungsgespräche zur Verfügung.

Terminvereinbarungen:  
[weiterbildung.gesundheit@bfh.ch](mailto:weiterbildung.gesundheit@bfh.ch) oder  
telefonisch +41 31 848 45 45



# Weiterbildungen auf Hochschulstufe: wissenschaftlich – praxisnah – interdisziplinär

Die Weiterbildungsstudiengänge des Fachbereichs Gesundheit beruhen auf wissenschaftlicher Grundlage. Sie sind praxisorientiert sowie interdisziplinär konzipiert und aufgebaut. Das Gelernte soll in die berufliche Praxis transferiert werden. Die unterschiedlichen Hintergründe und die Praxiserfahrungen der Studierenden bilden die Basis für eine aktive Auseinandersetzung mit den Lerninhalten und eröffnen neue Sicht- und Denkweisen.

Rund die Hälfte der Studienzeite besteht aus eigenverantwortlich gestaltetem Selbststudium. Der hohe Anteil an selbstbestimmtem Lernen ist ein zentrales Merkmal von Hochschulbildungen. Bei Fragen und Unsicherheiten leisten die Lehrkräfte individuelle Unterstützung.

## **Certificate of Advanced Studies (CAS)**

Min. 10 ECTS-Credits\*, ca. 300 bis 450 Lernstunden (Unterricht, Selbststudium und Abschlussarbeit), Dauer min. 1 Semester.

Ein CAS-Studiengang vermittelt themenspezifisch theoretisch fundiertes und praxisorientiertes Fachwissen sowie praktische Kompetenzen und Instrumente für den Berufsalltag.

Jeder CAS-Studiengang wird mit einem Zertifikat (Certificate of Advanced Studies) der Berner Fachhochschule abgeschlossen. Die CAS-Studiengänge bilden aber auch die Module für weiterführende DAS- und MAS-Abschlüsse.

## **Diploma of Advanced Studies (DAS)**

30 ECTS-Credits\*, ca. 900 Lernstunden (Unterricht, Selbststudium und Diplomarbeit), Dauer min. 2 Semester.

Der DAS-Studiengang ist eine Zwischenstufe zwischen CAS und MAS. Mittels einer Kombination von CAS-Studiengängen und einer Diplomarbeit ist ein Abschluss auf Diplomstufe möglich. Jeder DAS-Studiengang wird mit einem Diplom (Diploma of Advanced Studies) der Berner Fachhochschule abgeschlossen. Die beiden CAS-Studiengänge können gleichzeitig oder nacheinander absolviert werden. Die erworbenen 30 ECTS-Credits können an einen MAS angerechnet werden.

## **Master of Advanced Studies (MAS)**

60 ECTS-Credits\*, ca. 1800 Lernstunden (Unterricht, Selbststudium und Masterarbeit), Dauer individuell, je nach Aufbau des Studiums (min. 2 Jahre, max. 6 Jahre)

Der MAS ist ein modular aufgebauter Studiengang und ermöglicht die Kombination von verschiedenen CAS-Studiengängen zu einem Weiterbildungsmaster. Er setzt sich aus min. 3 CAS-Studiengängen und einer Masterarbeit zusammen. Je nach Konzept kann der modulare Aufbau jedoch variieren. Der Mastertitel ist geschützt; jeder MAS-Studiengang wird mit einem eidgenössisch anerkannten Masterdiplom (Master of Advanced Studies) der Berner Fachhochschule abgeschlossen.

## **Zulassung**

Zu unseren Weiterbildungsstudiengängen werden grundsätzlich Personen zugelassen, die über einen Hochschulabschluss (Fachhochschule, Universität oder ETH) verfügen. Personen mit einem Abschluss einer höheren Fachschule weisen bei der Anmeldung Grundkenntnisse im wissenschaftlichen Arbeiten nach. Ausführliche Zulassungsbedingungen finden Sie unter [www.gesundheit.bfh.ch/de/weiterbildung/profil\\_aufbau\\_und\\_zulassung.html](http://www.gesundheit.bfh.ch/de/weiterbildung/profil_aufbau_und_zulassung.html)

## **Persönliche Beratung**

Sie möchten sich im Gesundheitswesen auf Hochschulstufe weiterbilden? Wir beraten Sie gerne kostenlos und unverbindlich.

T +41 31 848 45 45  
[weiterbildung.gesundheit@bfh.ch](mailto:weiterbildung.gesundheit@bfh.ch)

\* ECTS-Credits = European Credit Transfer System ist das europäische System zur Anrechnung, Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen.  
1 ECTS-Credit entspricht einem Arbeitsaufwand von ca. 30 Stunden.

# Überblick über die Weiterbildungsstudiengänge

	CAS	DAS	MAS
<b>Abschluss</b>	Hochschul-Zertifikat: «Certificate of Advanced Studies CAS Bernser Fachhochschule»	Hochschul-Diplom: «Diploma of Advanced Studies DAS Bernser Fachhochschule»	Eidgenössisch anerkannter Hochschultitel: «Master of Advanced Studies MAS Bernser Fachhochschule»
<b>Studienleistung</b>	min. 10 ECTS-Credits (ca. 300–450 Stunden)	min. 30 ECTS-Credits (ca. 900 Stunden)	min. 60 ECTS-Credits (ca. 1800 Stunden)
<b>Dauer</b>	1–2 Semester	min. 2 Semester	min. 2, max. 6 Jahre
<b>Umfang</b>	ca. 17–25 Tage Kontaktunterricht plus Selbststudium und Abschlussarbeit	ca. 50 Tage Kontaktunterricht plus Selbststudium und Diplomarbeit	ca. 75 Tage Kontaktunterricht plus Selbststudium und Masterarbeit
<b>Schriftliche Arbeiten</b>	Abschlussarbeit	Diplomarbeit	Masterarbeit (im Umfang von 10–15 ECTS-Credits)
<b>Studienaufbau</b>	CAS-Studiengang	Modularer Aufbau, Kombination aus mehreren CAS-Studiengängen; Diplomarbeit	Modularer Aufbau, Kombination aus mehreren CAS-Studiengängen; Masterarbeit
<b>Preis</b>	ca. CHF 4000–9000.–	variiert je nach Studienaufbau	variiert je nach Studienaufbau
<b>Zulassung</b>	Hochschulabschluss oder «sur dossier» bei vergleichbarer Qualifikation		
<b>Anrechnung</b>	für DAS- oder MAS-Studiengänge	für MAS-Studiengänge	Höchster Abschluss in der Weiterbildung auf Hochschulniveau
<b>Orientierung</b>	Praxisorientierung, wissenschaftlich fundiert	Praxisorientierung, wissenschaftlich fundiert	Praxisorientierung und Expertise; Erkenntnisgewinn und -vermittlung, wissenschaftlicher Anspruch
<b>Ziel</b>	spezifische Kompetenz zu einem Thema, Zusatzqualifikation für ein Gebiet	vertiefte Kompetenz in einem Fachgebiet; zusätzliche Qualifikation im angestamm- ten Beruf oder Qualifikation in einem neuen Berufsfeld	vertiefte Kompetenzen im Fachbereich; erweiterte Qualifikation im angestamm- ten Beruf oder Qualifikation in einem neuen Berufsfeld, Spezialisierung

Bei allen Angaben sind Änderungen vorbehalten

# Lebenslanges Lernen: Aus- und Weiterbildung an der Fachhochschule

## Ausbildung nach Bologna-System

**Doktorat/PhD an einer Universität**  
Schwerpunkt Forschung

2 bis 5 Jahre

**Master of Science (MSc) 90 ECTS-Credits**  
– MSc Pflege  
– MSc Physiotherapie

1½ bis 2 Jahre

**Bachelor of Science (BSc) 180 ECTS-Credits**  
– BSc Pflege  
– BSc Pflege für dipl. Pflegefachpersonen (berufsbegleitend)  
– BSc Physiotherapie  
– BSc Ernährung und Diätetik  
– BSc Hebamme  
– BSc Hebamme für dipl. Pflegefachpersonen (verkürzt)

3 Jahre

**Maturität**  
Gymnasium, Berufsmatur, Fachmatur

## Weiterbildung für Fachleute mit Berufspraxis

**Weiterbildungsangebot**  
Schwerpunkt Praxisbezug

**MAS**  
60 ECTS-Credits  
Master of Advanced Studies (Eidg. anerkannter Hochschultitel)

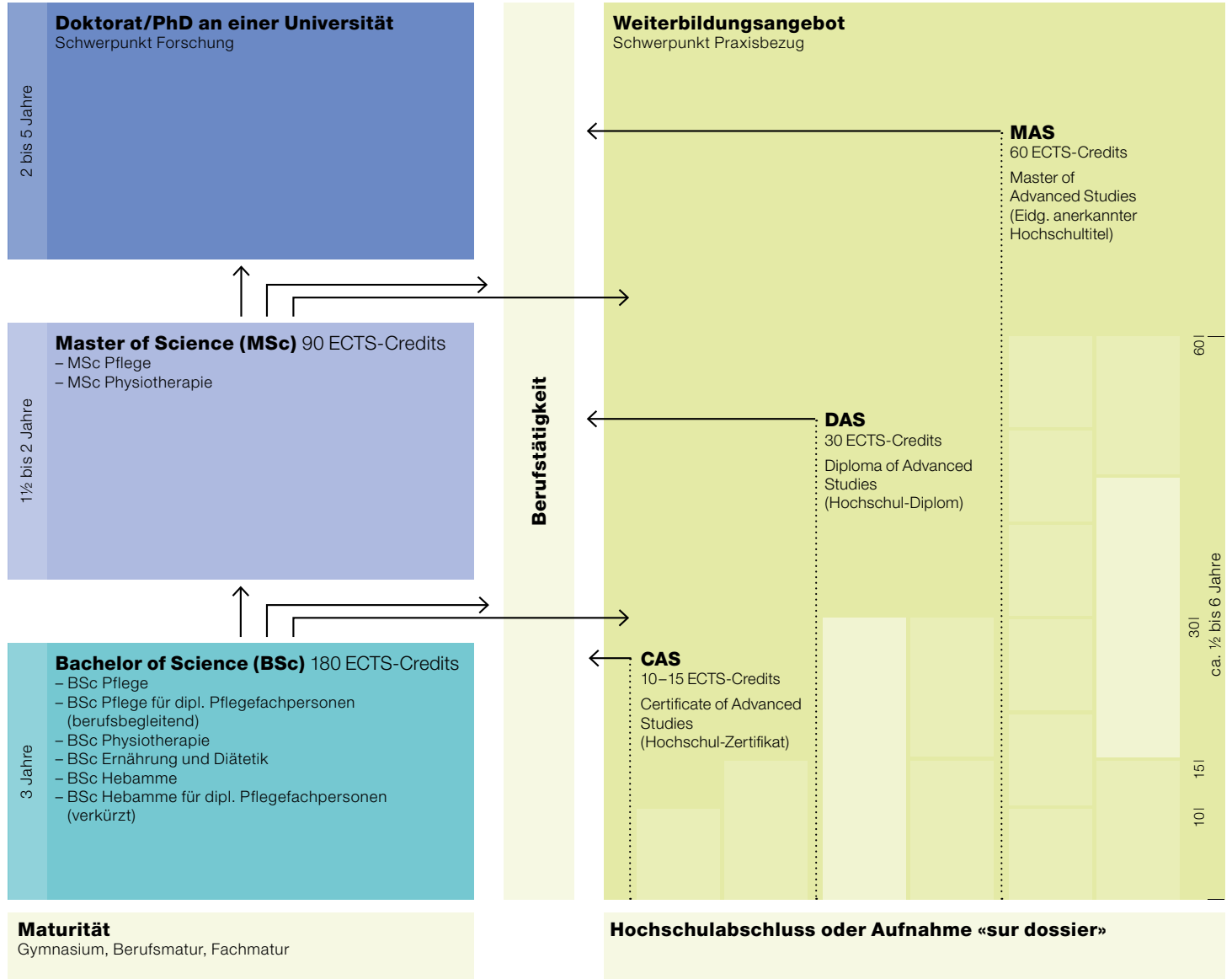
**DAS**  
30 ECTS-Credits  
Diploma of Advanced Studies (Hochschul-Diplom)

**CAS**  
10–15 ECTS-Credits  
Certificate of Advanced Studies (Hochschul-Zertifikat)

60 | 30 | 10 | 15 | ca. ½ bis 6 Jahre

**Hochschulabschluss oder Aufnahme «sur dossier»**

**Berufstätigkeit**





## MANAGEMENT IM GESUNDHEITSWESEN

### Diploma of Advanced Studies (DAS)

#### DAS Medizincontrolling und Qualitätsentwicklung

Der Einstieg ist jederzeit möglich; Beratungs- und Betreuungstermine werden individuell vereinbart.

30 ECTS-Credits

Web-Code: D-MAN-1

### Certificate of Advanced Studies (CAS)

#### CAS Medizincontrolling

18 Studientage, November 2013 bis Mai 2014

10 ECTS-Credits

Web-Code: C-QM-1

#### CAS Qualitätsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen

Basismodul 16 Studientage, November 2013 bis Februar 2014;

plus vorgängiger Besuch eines Fachkurses

15 ECTS-Credits

Web-Code: C-QM-2

### Fachkurse

#### Grundlagen des Qualitätsmanagements: Personenbezogene, soziale Dienstleistungen im Fokus der Qualitätsentwicklung

8 Studientage, September bis November 2013

5 ECTS-Credits

Web-Code: K-INT-7

#### Theoretisch-wissenschaftliche Grundlagen des Qualitätsmanagements und der Organisations- entwicklung

8 Studientage, September bis Oktober 2013

5 ECTS-Credits

Web-Code: K-INT-10

### Weitere Angebote aus dem Fachbereich Soziale Arbeit:

[www.soziale-arbeit.bfh.ch](http://www.soziale-arbeit.bfh.ch)

### Certificate of Advanced Studies (CAS)

#### CAS Führungskompetenzen

25 Studientage, Start Frühjahr 2014

15 ECTS-Credits

Web-Code: C-SOZ-3

#### CAS Kompetenzentwicklung für die Fach- und Führungslaufbahn

16½ Studientage, August bis Dezember 2013

10 ECTS-Credits

Web-Code: C-MAN-3

### Mit einem Klick zum Ziel

Geben Sie unter [www.gesundheit.bfh.ch](http://www.gesundheit.bfh.ch)  
im Suchfeld den Web-Code ein und gelangen  
Sie direkt zum Weiterbildungsangebot.

## WISSENSCHAFT IM PRAXISALLTAG

### Fachkurse

#### **Englische Artikel lesen (E-Learning Angebot)**

Start November 2013  
Web-Code: K-INT-12

#### **Grundlagen Wissenschaftliches Arbeiten für Weiterbildungsstudium Gesundheit und Passerelle**

8 Studientage, August bis September 2013  
Weitere Durchführung: September bis Dezember 2013  
5 ECTS-Credits  
Web-Code: K-INT-1

#### **Reflektierte Praxis – Wissenschaft verstehen: Fachkurs zum nachträglichen Titelerwerb (NTE)**

8 Studientage, 3 Durchführungen:  
Frühjahr: Februar bis Mai  
Sommer: April bis Juli  
Herbst: August bis Dezember  
5 ECTS-Credits  
Web-Code: K-0-31

#### **Statistik für Angehörige des mittleren und oberen Kaders von Gesundheitsinstitutionen**

16 Abendveranstaltungen  
Start Januar 2014  
3 ECTS-Credits  
Web-Code: K-0-70

## DIDAKTIK IM PRAXISALLTAG

### Fachkurse

#### **Anleitung von Studierenden in der Praxis: Fachkurs für Praxisausbilderinnen und Praxisausbilder**

8 Studientage (inkl. Vorkurs), Februar bis Oktober 2014  
5 ECTS-Credits  
Web-Code: K-0-30

#### **Lehren im Gesundheitswesen**

8 Studientage, September bis Dezember 2013,  
5 ECTS-Credits  
Web-Code: K-0-104

## PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND KRANKHEIT

### Master of Advanced Studies (MAS)

#### **MAS Mental Health**

Der Einstieg ist mit jedem anrechenbaren Fachkurs oder CAS-Studiengang möglich.  
Dauer je nach Studienprogramm min. 2 und max. 6 Jahre  
60 ECTS-Credits  
Web-Code: M-0-2

#### **Fachkurs Vertiefende Forschungsmethodik**

8 Studientage, Oktober 2013 bis März 2014  
Erneute Durchführung: Start Herbst 2014  
5 ECTS-Credits  
Web-Code: K-INT-8

### Diploma of Advanced Studies (DAS)

#### **DAS Psychische Gesundheit**

Der Einstieg ist mit jedem anrechenbaren Fachkurs oder CAS-Studiengang möglich.  
Dauer je nach Studienprogramm min. 2 Semester  
30 ECTS-Credits  
Web-Code: D-0-2

### Certificate of Advanced Studies (CAS)

#### **CAS Ambulante psychiatrische Pflege**

15 Studientage Basismodul plus 8 Studientage Fachkurs,  
September 2013 bis Juni 2014  
Erneute Durchführung: Start Herbst 2014  
15 ECTS-Credits  
Web-Code: C-SPE-15

#### **CAS Forensisch psychiatrische Pflege und Betreuung**

23 Studientage, September 2013 bis Juni 2014  
Erneute Durchführung: Start Herbst 2014  
15 ECTS-Credits  
Web-Code: C-PSY-4

#### **CAS Psychiatrische Pflege**

8 Studientage Basismodul plus 13 Studientage im Fachkurs und Online-Studium  
September 2013 bis Juni 2014  
Erneute Durchführung: Start Herbst 2014  
15 ECTS-Credits  
Web-Code: C-0-14

## PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND KRANKHEIT

### **CAS Kinder- und jugendpsychiatrische Pflege und Betreuung**

23 Studientage, Februar bis November 2014  
15 ECTS-Credits  
Web-Code: C-SPE-13

### **CAS Suizidprävention**

15 Studientage Basismodul plus 8 Studientage Fachkurs  
September 2013 bis Juni 2014  
Erneute Durchführung: Start Herbst 2014  
15 ECTS-Credits  
Web-Code: C-INT-1

### **CAS Verbesserung der psychischen Gesundheit**

7 Studientage Basismodul plus 16 Tage in 2 Fachkursen,  
September 2013 bis Juni 2014  
Erneute Durchführung: Start Herbst 2014  
15 ECTS-Credits  
Web-Code: C-SPE-3

### **Fachkurse**

#### **Achtsamkeit**

8 Studientage, Oktober bis November 2013  
Erneute Durchführung: Start Herbst 2014  
5 ECTS-Credits  
Web-Code: K-0-105

#### **Adherencetherapie**

8 Studientage, März bis Juni 2014  
5 ECTS-Credits  
Web-Code: K-0-102

#### **Gesundheitsförderung**

8 Studientage, Oktober bis November 2013  
Erneute Durchführung: Start Herbst 2014  
5 ECTS-Credits  
Web-Code: K-PSY-10

#### **Kognitive Verhaltenstherapie**

8 Studientage, März bis Mai 2014  
5 ECTS-Credits  
Web-Code: K-PSY-4

#### **Krisen- und Kurzzeitinterventionen**

8 Studientage, März bis Mai 2014  
5 ECTS-Credits  
Web-Code: K-PSY-7

#### **Lösungsorientierte Gesprächsführung**

8 Studientage, März bis Mai 2014  
5 ECTS-Credits  
Web-Code: K-PSY-15

#### **Motivational Interviewing**

8 Studientage, Oktober bis Dezember 2013  
Erneute Durchführung: Start Herbst 2014  
5 ECTS-Credits  
Web-Code: K-PSY-5

### **Pflegeprozess bei psychischen Störungen**

8 Studientage, März bis Mai 2014  
5 ECTS-Credits  
Web-Code: K-PSY-13

### **Psychiatrie (E-Learning Angebot)**

Oktober bis Dezember 2013  
Erneute Durchführung: Start Herbst 2014  
5 ECTS-Credits  
Web-Code: K-PSY-2

### **Psychiatrische Pflege im Akutspital**

8 Studientage, Oktober bis Dezember 2013  
Erneute Durchführung: Start Herbst 2014  
5 ECTS-Credits  
Web-Code: K-PSY-17

### **Psychoedukation**

8 Studientage, Oktober bis November 2013  
Erneute Durchführung: Start Herbst 2014  
5 ECTS-Credits  
Web-Code: K-PSY-11

### **Public Health**

8 Studientage, März bis April 2014  
5 ECTS-Credits  
Web-Code: K-PSY-3

### **Recovery**

8 Studientage, März bis Mai 2014  
5 ECTS-Credits  
Web-Code: K-PSY-14

### **Schwangerschaft, Geburt, Muttersein und Psyche [neu]**

Weitere Informationen siehe Seite 48

### **Kurzkurs**

#### **Nonverbale Kommunikation im Berufsalltag**

Weitere Informationen siehe Seite 45

Weitere interessante Weiterbildungsangebote finden Sie auch unter folgenden Rubriken:  
– «Management im Gesundheitswesen» (S. 42)  
– «Wissenschaft im Praxisalltag» (S. 43)  
– «Psychische Gesundheit und Krankheit» (S. 43)



## PFLEGE

### Master of Advanced Studies (MAS)

#### MAS Spezialisierte Pflege

Der Einstieg ist mit jedem anrechenbaren Fachkurs oder CAS-Studiengang möglich. Dauer je nach Studienprogramm mindestens 2 und maximal 6 Jahre. Das Abschlussmodul wird jährlich angeboten.

60 ECTS-Credits

Web-Code: M-PFL-4

#### Fachkurs Vertiefende Forschungsmethodik

8 Studientage, Oktober 2013 bis März 2014

Erneute Durchführung: Start Herbst 2014

5 ECTS-Credits

Web-Code: K-INT-8

### Diploma of Advanced Studies (DAS)

#### DAS Spezialisierte Pflege

Der Einstieg ist mit jedem anrechenbaren Fachkurs oder CAS-Studiengang möglich. Dauer je nach Studienprogramm mindestens 2 Semester. Das Abschlussmodul wird jährlich angeboten.

30 ECTS-Credits

Web-Code: D-PFL-1

#### DAS Abschlussmodul

September bis Dezember 2013

Erneute Durchführung: Start Herbst 2014

5 ECTS-Credits

Web-Code: D-PFL-4

### Certificate of Advanced Studies (CAS)

#### CAS Ambulante Pflege – Pflege und Beratung in der Spitex

22 Studientage, Oktober 2013 bis Mai 2014

Erneute Durchführung: Start Herbst 2014

15 ECTS-Credits

Web-Code: C-PFL-3

#### CAS Clinical Assessment und Decision Making

15 Studientage, September 2013 bis Juni 2014

Erneute Durchführung: Start Herbst 2014

10 ECTS-Credits

Web-Code: C-0-34

#### CAS Schmerzmanagement

15 Studientage, Start September 2014

10 ECTS-Credits

Web-Code: C-PSY-2

#### CAS Sexuelle und Reproduktive Gesundheit

22 Studientage, Januar bis Juni 2014

Erneute Durchführung: Start Herbst 2014

15 ECTS-Credits

Web-Code: C-PFL-2

#### CAS Study Nurse

15 Studientage, Start September 2014

10 ECTS-Credits

Web-Code: C-PFL-4

### Fachkurse

#### Clinical Assessment

8½ Studientage, September bis Dezember 2013

Erneute Durchführung: Start Herbst 2014

5 ECTS-Credits

Web-Code: K-PHY-14

#### Clinical Decision Making

7½ Studientage, Februar bis Juni 2014

5 ECTS-Credits

Web-Code: K-PHY-13

#### Dysphagie

8 Studientage, September 2013 bis Januar 2014

Erneute Durchführung: Start Herbst 2014

5 ECTS-Credits

Web-Code: K-PFL-1

#### Mangelernährung

Weitere Informationen siehe Seite 47

### Kurzkurse

#### Nonverbale Kommunikation im Berufsalltag

2 Studientage, 13. und 14. September 2013

Web-Code: K-0-106

#### Ausgewählte Kapitel der allgemeinen und speziellen Pharmakologie für die Ernährungsberatung – Einführungskurs

Weitere Informationen siehe Seite 47

#### Ausgewählte Kapitel der allgemeinen speziellen Pharmakologie für die Ernährungsberatung – Vertiefungskurs

Weitere Informationen siehe Seite 47

### Passerelle

#### Passerelle zum Erwerb eines Diploma of Advanced Studies «Spezialisierte Pflege» für Absolvierende eines NDS HF AIN

Absolvierende eines Nachdiploms HF Anästhesie-, Intensiv- oder Notfallpflege ohne Hochschulabschluss nehmen vor Aufnahme in das Passerelle-Programm am Fachkurs «Grundlagen Wissenschaftliches Arbeiten für Weiterbildungsstudium Gesundheit und Passerelle» (Web-Code: K-INT-1) teil. 5 ECTS-Punkte werden an der BFH mit dem Durchlaufen des DAS-Abschlussmoduls und dem Erstellen einer DAS-Arbeit erworben. Absolvierenden des DAS-Abschlussmoduls werden dann 25 ECTS-Punkte für das erfolgreich bestandene Nachdiplomstudium HF AIN von der BFH angerechnet und sie erhalten den Abschluss DAS «Spezialisierte Pflege». Damit steht auch der Weg zum MAS «Spezialisierte Pflege» offen.

Web-Code: D-PFL-3

### Mit einem Klick zum Ziel

Geben Sie unter [www.gesundheit.bfh.ch](http://www.gesundheit.bfh.ch)  
im Suchfeld den Web-Code ein und gelangen  
Sie direkt zum Weiterbildungsangebot.

## PHYSIOTHERAPIE

### Master of Advanced Studies (MAS)

#### MAS Rehabilitation

60 ECTS-Credits

Dauer individuell, je nach Aufbau des Studienprogramms min. 2 Jahre und max. 6 Jahre. Anmeldungen zu den einzelnen Modulen sind laufend möglich. Anmeldung zum Mastermodul möglich, sobald mind. 40 ECTS-Credits in Teilmodulen erreicht wurden.  
Web-Code: M-0-3

#### Fachkurs Vertiefende Forschungsmethodik

8 Studientage, Oktober 2013 bis März 2014  
Erneute Durchführung: Start Herbst 2014  
5 ECTS-Credits  
Web-Code: K-INT-8

### Certificate of Advanced Studies (CAS)

#### CAS Manuelle Therapie SAMT Basic

16 Studientage, Januar bis September 2014,  
10 ECTS-Credits  
Web-Code: C-PHY-2

#### CAS Manuelle Therapie SAMT Advanced

16 Studientage, Januar bis September 2014  
10 ECTS-Credits  
Web-Code: C-PHY-4

#### CAS Sportphysiotherapie – Sport und Rehabilitation in der Praxis

18 Studientage, März bis Dezember 2014  
10 ECTS-Credits  
Web-Code: C-0-36

#### CAS Myofasziale Triggerpunkttherapie DGSA

16 Studientage, Start August 2014  
10 ECTS-Credits  
Web-Code: C-PHY-6

#### CAS Lymphologie

15 Studientage, August 2014 bis März 2015  
10 ECTS-Credits  
Web-Code: C-PHY-3

#### CAS Lymphologie (verkürzt)

4 Studientage, August bis November 2013  
10 ECTS-Credits  
Web-Code: C-PHY-8

#### CAS Neurorehabilitation Konzept Bobath

16 Studientage, August 2014 bis April 2015  
10 ECTS-Credits  
Web-Code: C-0-37

#### CAS Neurorehabilitation Konzept Bobath (verkürzt)

4 Studientage, April bis Mai 2014  
10 ECTS-Credits  
Web-Code: C-PHY-10

#### CAS Neuro-Developmental Treatment (NDT) Bobath Cours de base (en français)

Nächste Durchführung 2014  
25 ECTS-Credits  
Web-Code: C-PHY-9

#### CAS Neuro-Developmental Treatment (NDT) Grundkurs Bobath für Kinder

45 Studientage, März 2014 bis Januar 2015  
25 ECTS-Credits  
Web-Code: C-PHY-11

#### CAS Clinical Assessment und Decision Making

Weitere Informationen siehe Seite 45

### Fachkurse

#### Bewegungsvorstellungen in der Rehabilitation

6 Studientage, Oktober 2013 bis März 2014  
Erneute Durchführung: Start Herbst 2014  
5 ECTS-Credits  
Web-Code: K-PHY-2

#### Physiotherapie auf der Intensivstation Basic

8 Studientage, April bis Juni 2014  
5 ECTS-Credits  
Web-Code: K-PHY-18

#### Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF) Basic

10 Studientage, Frühjahr 2014  
8 ECTS-Credits  
Web-Code: K-PHY-6

#### Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF) Basic (verkürzt)

3 Studientage, Oktober 2013  
Erneute Durchführung: Start Herbst 2014  
8 ECTS-Credits  
Web-Code: K-PHY-15

#### Respiratorische Physiotherapie Basic

7 Studientage, Februar bis Juni 2014  
5 ECTS-Credits  
Web-Code: K-PHY-3

#### Vertiefung Neurorehabilitation

Start August 2014  
5 ECTS-Credits  
Web-Code: K-PHY-16

#### Clinical Assessment

Weitere Informationen siehe Seite 45

#### Clinical Decision Making

Weitere Informationen siehe Seite 45

#### Dysphagie

Weitere Informationen siehe Seite 45

### Kurzkurse

#### Physiotherapie bei Stimmstörungen

2 Studientage, Herbst 2013  
Web-Code: K-PHY-8

#### Nonverbale Kommunikation im Berufsalltag

Weitere Informationen siehe Seite 45

#### Rollenverständnis und Wohlbefinden in Gesundheitsberufen

Weitere Informationen siehe Seite 47

# ERNÄHRUNG UND DIÄTETIK

## Certificate of Advanced Studies (CAS)

### CAS Clinical Assessment und Decision Making

Weitere Informationen siehe Seite 45

## Fachkurse

### Gesundheitsziele erfolgreich coachen [neu]

8 Studientage, September 2013 bis Mai 2014

5 ECTS-Credits

Web-Code: K-ERB-20

### Life Cycle Nutrition – Ernährung in verschiedenen Lebensphasen aus der Perspektive von Public Health [neu]

8 Studientage, November 2013 bis Januar 2014

5 ECTS-Credits

Web-Code: K-ERB-22

### Mangelernährung

8 Studientage, März bis Juni 2014

5 ECTS-Credits

Web-Code: K-PFL-2

### Vertiefung in Ernährung und Diätetik – Synthesemodul

2 halbe und 2 ganze Studientage, 26. Februar und

2. April (nachmittags), 13. und/oder 14. Juni (ganzer Tag) 2014

5 ECTS-Credits

Web-Code: K-0-32

### Gesundheitsförderung

Weitere Informationen siehe Seite 44

### Lösungsorientierte Gesprächsführung

Weitere Informationen siehe Seite 44

### Motivational Interviewing

Weitere Informationen siehe Seite 44

### Clinical Assessment

Weitere Informationen siehe Seite 45

### Clinical Decision Making

Weitere Informationen siehe Seite 45

## Mit einem Klick zum Ziel

**Geben Sie unter [www.gesundheit.bfh.ch](http://www.gesundheit.bfh.ch) im Suchfeld den Web-Code ein und gelangen Sie direkt zum Weiterbildungsangebot.**

## Kurse

Die folgenden Kurse sind SVDE-anerkannt und punkteberechtigt.

### Ausgewählte Kapitel der allgemeinen und speziellen Pharmakologie für die Ernährungsberatung – Einführungskurs

1 Studientag, Frühjahr 2014

Web-Code: K-ERB-15

### Ausgewählte Kapitel der allgemeinen und speziellen Pharmakologie für die Ernährungsberatung – Erweiterungskurs

1 Studientag, 6. Dezember 2013

Web-Code: K-ERB-11

### Bariatrische Chirurgie für Ernährungsberaterinnen und -berater – Teil 1 und 2

2 halbe Studientage, 30. November 2013

(Vormittag und Nachmittag)

Web-Codes: K-ERB-13 und K-ERB-14

### Effektiver und intuitiver Beraten mit Focusing

2 Studientage, 10. und 24. Januar 2014

Web-Code: K-ERB-5

### Ernährungsberatung und Palliative Care

2 Studientage, 26. November 2013 und 14. Januar 2014

Web-Code: K-0-36

### Fachenglisch für ErnährungsberaterInnen

2 Studientage, 12. Dezember 2013 und 23. Januar 2014

Web-Code: K-0-38

### Grundkurs Zöliakie

2 Studientage, 18. und 19. Oktober 2013

Web-Code: K-ERB-9

### Hunger und Sättigung – wie wird die Nahrungsaufnahme reguliert?

1 Studientag, 31. Januar 2014

Web-Code: K-0-37

### Koch-Atelier Nephrologie

1 Studientag, 20. September 2013

Web-Code: K-ERB-16

### Nahrungsmittelallergien – eine spannende Herausforderung im Berufsalltag

2 Studientage, 29. und 30. November 2013

Web-Code: K-ERB-25

### Rollenverständnis und Wohlbefinden in Gesundheitsberufen

2 Studientage, 22. Oktober und 12. November 2013

Web-Code: K-ERB-4

### Nonverbale Kommunikation im Berufsalltag

Weitere Informationen siehe Seite 45

Weitere interessante Weiterbildungsangebote finden Sie auch unter folgenden Rubriken:

- «Management im Gesundheitswesen» (S. 42)
- «Wissenschaft im Praxisalltag» (S. 43)
- «Psychische Gesundheit und Krankheit» (S. 43)



## HEBAMME

### Certificate of Advanced Studies (CAS)

#### CAS Geburtsvorbereitung

16 Studientage, September 2013 bis Februar 2014  
Erneute Durchführung: Start Herbst 2014  
10 ECTS-Credits  
Web-Code: C-HEB-1

#### CAS Still- und Laktationsberatung

18 Studientage, August 2013 bis Mai 2014 (ausgebucht!)  
Erneute Durchführung: August 2014 bis Mai 2015  
10 ECTS-Credits  
Web-Code: C-HEB-2

#### CAS Qualitätsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen

Weitere Informationen siehe Seite 42

#### CAS Suizidprävention

Weitere Informationen siehe Seite 44

#### CAS Verbesserung der psychischen Gesundheit

Weitere Informationen siehe Seite 44

#### CAS Clinical Assessment und Decision Making

Weitere Informationen siehe Seite 45

#### CAS Sexuelle und Reproduktive Gesundheit

Weitere Informationen siehe Seite 45

### Fachkurse

#### Komplexe Situationen im Hebammenalltag üben und Theorie vertiefen [neu]

8 Studientage, Frühjahr 2014  
5 ECTS-Credits  
Web-Code: K-HEB-10

#### Pränatale Diagnostik und Reproduktionsmedizin Begleitung werdender Eltern

8 Studientage, August bis Oktober 2013  
Erneute Durchführung: Start Herbst 2014  
5 ECTS-Credits  
Web-Code: K-HEB-5

#### Schwangerschaft, Geburt, Muttersein und Psyche [neu]

8 Studientage, Oktober bis Dezember 2013  
Erneute Durchführung: Start Herbst 2014  
5 ECTS-Credits  
Web-Code: K-HEB-7

#### Grundlagen des Qualitätsmanagements: Personenbezogene, soziale Dienstleistungen im Fokus der Qualitätsentwicklung

Weitere Informationen siehe Seite 42

#### Achtsamkeit

Weitere Informationen siehe Seite 44

#### Gesundheitsförderung

Weitere Informationen siehe Seite 44

#### Krisen- und Kurzzeitinterventionen

Weitere Informationen siehe Seite 44

#### Lösungsorientierte Gesprächsführung

Weitere Informationen siehe Seite 44

#### Motivational Interviewing

Weitere Informationen siehe Seite 44

#### Clinical Assessment

Weitere Informationen siehe Seite 45

#### Clinical Decision Making

Weitere Informationen siehe Seite 45

### Kurzkurs

#### Nonverbale Kommunikation im Berufsalltag

Weitere Informationen siehe Seite 45

#### Mit einem Klick zum Ziel

Geben Sie unter [www.gesundheit.bfh.ch](http://www.gesundheit.bfh.ch) im Suchfeld den Web-Code ein und gelangen Sie direkt zum Weiterbildungsangebot.

## Unsere Standorte

Die Weiterbildungsveranstaltungen des Fachbereichs Gesundheit der Berner Fachhochschule finden in der Regel an der Schwarztorstrasse 48 in Bern und an der Murtenstrasse 10 in Bern statt.



### **Murtenstrasse 10, Bern**

Ab Hauptbahnhof Bern bis Haltestelle «Insel»:

- Bus Nr. 11, Richtung Güterbahnhof

### **Schwarztorstrasse 48, Bern**

Ab Hauptbahnhof Bern bis Haltestelle «Kocherpark»:

- Bus Nr. 17, Richtung Köniz Weiermatt
- Tram Nr. 6, Richtung Fischermätteli
- Tram Nr. 7, Richtung Bümpliz
- Tram Nr. 8, Richtung Bern Brünnen Westside

Ab Hauptbahnhof Bern bis Haltestelle «Hasler»:

- Tram Nr. 3, Richtung Weissenbühl

### **Kontakt**

Berner Fachhochschule  
Fachbereich Gesundheit  
Murtenstrasse 10  
3008 Bern

Sekretariat Weiterbildung  
T +41 31 848 45 45  
weiterbildung.gesundheit@bfh.ch  
www.gesundheit.bfh.ch/weiterbildung

Telefon-Auskunftszeiten  
Mo–Do: 8.00–12.00 / 13.30–17.00 Uhr  
Fr: 8.00–12.00 / 13.30–16.00 Uhr



**Berner Fachhochschule**  
Gesundheit

## **Situationsorientiertes Kommunikationstraining für Berufstätige im Gesundheitswesen**

**«Vergiss nicht, dass Dein Satz eine Tat ist.»**

Antoine de Saint-Exupéry

Als Berufstätige im Gesundheitswesen sind Sie immer wieder mit komplexen Situationen konfrontiert, die eine hohe kommunikative Kompetenz erfordern. Im Umgang mit Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen, innerhalb des Teams und auch in der interdisziplinären Zusammenarbeit brauchen Sie verbale und nonverbale Fertigkeiten, die trainiert werden können.

Wir stellen für Ihr Team massgeschneiderte Schulungen mit theoretischen Inputs und praktischen Kommunikationstrainings zusammen. Die Inhalte und der Umfang der Schulung werden auf Ihre Bedürfnisse abgestimmt. Mit professionellen Schauspielerinnen und Schauspielern können Sie konkrete Kommunikationssituationen, wie beispielsweise schwierige Gespräche im Behandlungsverlauf, Krisengespräche,

Gespräche mit Angehörigen oder andere praxisbezogene Situationen aus Ihrem Berufsalltag im kleinen Rahmen üben. Dank gezielter Rückmeldungen bekommen Sie die Möglichkeit, das Erlebte zu reflektieren und können Ihre kommunikativen Kompetenzen erweitern.

Gerne beraten wir Sie persönlich und stellen für Sie eine praxisnahe Schulung zusammen.

Kontakt:

Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit  
Stefanie Diviani-Preiswerk  
Kordinatorin Kommunikationstraining  
T +41 31 848 45 59, [stefanie.diviani@bfh.ch](mailto:stefanie.diviani@bfh.ch)  
[www.gesundheit.bfh.ch/dienstleistungen](http://www.gesundheit.bfh.ch/dienstleistungen)



# Dienstleistungen des Fachbereichs Gesundheit

**Der Fachbereich Gesundheit bietet eine umfassende Palette massgeschneiderter Dienstleistungen an, in welche das Know-how aus Forschung, Lehre und Weiterbildung einfließt. Er zeichnet sich u.a. auch durch professionelle Forschungsprojekte zu aktuellen, gesellschaftsrelevanten Fragestellungen und praxisbezogene disziplinäre und interdisziplinäre Weiterbildungsangebote aus.**

### Betriebsinterne Weiterbildungen

Ausgehend von Ihren Praxisfragen konzipieren und entwickeln unsere Expertinnen und Experten – mit Ihnen zusammen oder nach Ihren Vorgaben – betriebsinterne Weiterbildungen, die auf Ihre spezifischen Bedürfnisse zugeschnitten sind. So profitieren Sie von einer betriebsexternen Unterstützung bei der Implementierung von Neuerungen und Weiterentwicklung einer hochwertigen Leistungserbringung. Die Weiterbildungen werden von unseren Fachleuten entweder in unseren Räumlichkeiten in Bern oder auf Wunsch auch in Ihrem Betrieb durchgeführt.

[www.gesundheit.bfh.ch/dienstleistungen](http://www.gesundheit.bfh.ch/dienstleistungen)

### Fachberatungen

Unsere Expertinnen und Experten unterstützen Sie mit Beratungen in verschiedenen Bereichen:

- Audits: Überprüfung von Pflegemassnahmen und -konzepten auf ihre Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Praxis;
- Konzeption: Konzeptentwicklung und -umsetzung;
- Projektierung: Projektplanung, -beratung und -leitung;
- Beratung: Fall- und Teamberatung; Recherchen: z.B. zu praxisrelevanten Fragestellungen, Assessments oder Interventionen.

[www.gesundheit.bfh.ch/dienstleistungen](http://www.gesundheit.bfh.ch/dienstleistungen)

### Qualitätsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen

Das Kompetenzzentrum Qualitätsmanagement der Berner Fachhochschule erbringt Dienstleistungen in den Bereichen Gesundheit, Wirtschaft und Soziale Arbeit. Das Leistungsangebot umfasst Methoden und Verfahren im Rahmen des umfassenden Qualitätsmanagements:

- Weiterbildungsangebote zu den verschiedenen Facetten des Themenbereichs «Qualitätsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen» sowie massgeschneiderte betriebsinterne Weiterbildungen;
- Erarbeitung von strategischen Zielen des Qualitätsmanagements in Organisationen, Verbänden und Gremien des Gesundheitswesens;
- Aufbau und Einführung von Prozessmanagement und Clinical Pathways;
- Aufbau und Einführung eines Beschwerde- und Fehlermanagements;
- Erarbeiten und Institutionalisieren von Qualitätsnachweisen aufgrund von Wirkungsindikatoren, Qualitätsreportings und -berichten;
- Unterstützung bei Fragen zur Organisationsentwicklung;
- Entwicklung und Einführung von umfassenden und massgeschneiderten Qualitätsmanagementsystemen für personenbezogene Dienstleistungen im Gesundheitswesen auf der Basis des EFQM-Modells;
- Schulung und Durchführung von Audits und EFQM-Assessments;
- Angewandte Forschungsaufträge zu Fragen der Qualität und Qualitätsentwicklung.

[www.qm.bfh.ch](http://www.qm.bfh.ch)

### Kommunikationstraining

Als Berufstätige im Gesundheitswesen sind Sie immer wieder mit komplexen Situationen konfrontiert, die eine hohe kommunikative Kompetenz erfordern. Im Umgang mit Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen, innerhalb des Teams und auch in der interdisziplinären Zusammenarbeit brauchen Sie verbale und non-verbale Fertigkeiten, die trainiert werden können.

Wir stellen für Ihr Team massgeschneiderte Schulungen mit theoretischen Inputs und praktischen Kommunikationstrainings zusammen. Die Inhalte und der Umfang der Schulung werden auf Ihre Bedürfnisse abgestimmt. Mit professionellen Schauspielerinnen und Schauspielern können Sie konkrete Kommunikationssituationen, wie beispielsweise schwierige Gespräche im Behandlungsverlauf, Krisengespräche, Gespräche mit Angehörigen oder andere praxisbezogene Situationen aus Ihrem Berufsalltag im kleinen Rahmen üben. Dank gezielter Rückmeldungen bekommen Sie die Möglichkeit, das Erlebte zu reflektieren und können Ihre kommunikativen Kompetenzen erweitern.

Gerne beraten wir Sie persönlich und stellen für Sie eine praxisnahe Schulung zusammen.

[www.gesundheit.bfh.ch/kommunikationsschulung](http://www.gesundheit.bfh.ch/kommunikationsschulung)

### Angewandte Forschung und Entwicklung

Die Forschungsabteilung des Fachbereichs Gesundheit führt für Sie im Mandat Forschungsprojekte und Evaluationen durch:

- Beratung, Planung und Durchführung von Evaluationen und Forschungsprojekten (Methodenwahl, Stichprobe, Verbindung qualitativer und quantitativer Ansätze);
- Aufbereitung und Organisation bereits erhobener Daten, Problemanalysen, Literaturexpertisen zum Stand des nationalen und internationalen Wissens.

[www.gesundheit.bfh.ch/forschung](http://www.gesundheit.bfh.ch/forschung)

**Studium**

- Bachelor of Science in Pflege
- Bachelor of Science in Physiotherapie
- Bachelor of Science in Ernährung und Diätetik
- Bachelor of Science Hebamme
- Master of Science in Pflege
- Master of Science in Physiotherapie

**Weiterbildung**

- Master of Advanced Studies
- Diploma of Advanced Studies
- Certificate of Advanced Studies
- Fachkurse/Kurse
- Betriebsinterne Weiterbildungen

**Dienstleistungen**

- Fachberatung
- Organisationsentwicklung für Gesundheitsinstitutionen
- Qualitätsmanagement
- Kommunikationstraining

**Angewandte Forschung und Entwicklung**

- Forschungsprojekte mit Praxispartnern
- Evaluationen
- Forschungsunterstützung

Berner Fachhochschule  
Fachbereich Gesundheit  
Murtenstrasse 10 3008 Bern  
T +41 31 848 35 00  
gesundheit@bfh.ch  
www.gesundheit.bfh.ch