



Diversität

«Man muss sich selbst verstehen, um mit Diversität umgehen zu können»

Ein Interview mit Eva Soom Ammann und Paola Origlia Ikhilor.

► 6

Wie sich die Verarbeitung von Lebensmitteln auf unsere Gesundheit auswirkt

Ultra-verarbeitete Produkte und ihre Folgen für den Körper.

► 24

Wenn Mediziner*innen von angehenden Hebammen lernen

Studierende der BFH unterrichten Studierende der ETH Zürich.

► 28



Fokus Diversität

- 4 Diversität – einfach vielfältig, oder ist da mehr?
- 6 «Man muss sich selbst verstehen, um mit Diversität umgehen zu können»
Warum ist die Sensibilität für Diversität im Umgang mit Menschen im Gesundheitssystem wichtig, und welche Herausforderungen stellen sich dabei den Gesundheitsfachpersonen?
- 10 Ist LGBTIQ* schon «normal»?
- 12 Wie erreichen wir geburts-
hilfliche Chancengleichheit?
- 14 Im Pflegealltag mit Diversität
umgehen
- 16 «Individuelle Ernährungs-
beratung ist das A und O»



Themen

- Departement Gesundheit
- 19 Gemeinsam für die Altersthemen
der Zukunft
- Departement Gesundheit
- 22 Bachelor-Studiengänge Pflege
und Physiotherapie nun auch in
Basel
- Ernährung und Diätetik
- 24 Wie sich die Verarbeitung
von Lebensmitteln auf unsere
Gesundheit auswirkt
- Geburtshilfe
- 28 Wenn Mediziner*innen von
Hebammen lernen
- Pflege
- 30 BFH begleitet die digitale
Transformation in der
Gesundheitsversorgung
- Physiotherapie
- 32 Digitale Physiotherapie: Ein
Zukunftsmodell in der Schweiz?



Weiterbildung

34 Weiterbildung von der Praxis für die Praxis

Der Berufsalltag im Gesundheitswesen bringt oft unerwartete Herausforderungen. Dies erfordert Anpassungsleistungen der Fachleute – aber auch der Bildungsinstitutionen. Ein Beispiel aus der Praxis.

36 Weiterbildungen am Departement Gesundheit

Aktuell

38 News

40 Events

Liebe Leser*innen

Diversität ist eine Realität in unserer heutigen Gesellschaft. Neben Chancen durch die Vielfalt der Menschen ergeben sich auch grosse Herausforderungen im Alltag. Wie gehen Gesundheitsfachpersonen damit um? Verfügen sie über das notwendige Wissen und die entsprechende Handlungskompetenz? Reicht es, Barrieren abzubauen und Diskriminierung zu verhindern, oder müssen aktiv Massnahmen ergriffen und spezifische Angebote geschaffen werden? Sollte gar Diversität beim Gesundheitspersonal selbst gefördert werden?

Es stellen sich viele Fragen, die Meinungen zum Umgang mit Diversität gehen auseinander, das Thema ist komplex. Diversitäten befinden sich im stetigen Wandel, sind je nach Kontext relevant oder nicht. Sie führen zu Ungleichheiten, aber nicht immer. So ist es für Chancengleichheit und Gerechtigkeit im Gesundheitssystem wichtig, dass Gesundheitsfachpersonen sich der Existenz von Diversität bewusst sind, sich mit dem Thema auseinandersetzen und den Diskurs zu Diversität führen – und dies immer wieder von Neuem. Nur so können sie dieses Thema ins Repertoire ihres professionellen Handelns integrieren mit dem Ziel, dass Patient*innen diejenigen Gesundheitsleistungen erhalten, die sie effektiv brauchen.

Dieses Ziel verfolgen wir am Departement Gesundheit der Berner Fachhochschule mit unserer Lehre, unserer Forschung und unseren Weiterbildungen. Als Hochschule haben wir einen Doppelauftrag als Arbeitgeberin und als Bildungsinstitution mit einer Verantwortung nicht nur gegenüber den Studierenden und Mitarbeitenden, sondern auch gegenüber der Gesellschaft.

Ich wünsche Ihnen eine vielfältige Lektüre.



Prof. Dr. Urs Brügger
Direktor BFH Departement Gesundheit

Diversität – einfach vielfältig, oder ist da mehr?

Wie verhalten sich Verschiedenheit und Ungleichheit zueinander, und anhand welcher Begriffe oder Konzepte lässt sich diese Komplexität (be-)greifen? Eine Orientierungshilfe.

Ausgangspunkt dieser begrifflichen Orientierungshilfe ist das Verständnis von Diversität als Kernmerkmal (post-)moderner Gesellschaft(en). Vielfalt ist heute breit sichtbar und u.a. dokumentiert durch verschiedene Geschlechteridentitäten und Familienformen. Auch Regierungen, Unternehmensbelegschaften, Schulklassen oder Filmcharaktere sind zunehmend divers. Diversität kann als Potenzial moderner Gesellschaften und Organisationen zelebriert, jedoch auch problematisiert werden.

Ein historischer Blick zeigt, dass Diversität kein neues Phänomen ist. Die Merkmale, anhand welcher wir gesellschaftliche Unterschiede festmachen und die wir anderen zuschreiben oder für uns beanspruchen, sind Ausdruck des Zeitgeistes und unterliegen gesellschaftlichem Wandel. Diversität ist somit kein starres Konzept, sondern ein «System von Differenzierungen» innerhalb spezifischer historischer Gegebenheiten (Florin, Gutsche & Krentz, 2018, S. 9).

Horizontale und vertikale Diversität

Gesellschaftliche Vielfalt kann in horizontale und vertikale Achsen unterteilt werden, was auch als «Achsen der Differenz» und «Achsen der Ungleichheit» beschrieben wird (Klinger & Knapp, 2005). Die horizontale Diversität betont Diversität im Sinne von Vielfalt, ohne dass Ungleichheit oder Ein-/Ausschluss mitgemeint wird. Sie zeigt auf, dass Gesellschaften nicht homogen sind. Die vertikale Diversität bezeichnet die Differenzierung von Menschen entlang bestimmter Merkmale als Ursache für Ungleichheit und Diskriminierung. Gesellschaftlich relevante Unterschiede werden als ungleichheitsgenerierende Faktoren identifiziert.

Diversity Management: Organisationen zugunsten von Diversität verändern

In der horizontalen Dimension kann Vielfalt als Verschiedenheit von Menschen verstanden werden, die in einem Unternehmen, einer Hochschule oder einer Gesundheitsorganisation miteinander zu tun haben. Hier identifiziert man Dimensionen, die ein Individuum

auszeichnen: soziale Herkunft, Alter, ethnische Herkunft resp. Nationalität, Geschlecht und geschlechtliche Identität, körperliche wie geistige Fähigkeiten, Religion und Weltanschauung sowie sexuelle Orientierung (siehe Abbildung). Jeder Mensch bringt eine einzigartige Kombination dieser Dimensionen in Organisationen ein. Sie gilt als so bezeichnend für die persönliche Identität, dass ihre Existenz anerkannt und akzeptiert werden muss. Im Gegensatz dazu können – so die Idee des Diversity Managements – organisationale Kontexte so verändert werden, dass einzelne Personen dadurch nicht benachteiligt werden und Vielfalt ihr kreatives Potenzial entfalten kann.

Intersektionalität: Überschneidung von Ungleichheiten greifbar machen

Das Konzept der Intersektionalität macht hingegen in der vertikalen Dimension deutlich, dass sich Kategorien der Ungleichheit überschneiden, wodurch sie sich wechselseitig verstärken, abschwächen oder verändern können. Es gründet in den Erfahrungen schwarzer Frauen und der US-amerikanischen Bürgerrechtsbewegung. Hier kreuzen sich Diskriminierungserfahrungen in Form von Sexismus und Rassismus. Dadurch entsteht eine jeweils spezifische Form der Diskriminierung, was die Metapher der Überschneidungen («intersections») illustriert (Crenshaw, 1991).

Als zentrale «Achsen der Ungleichheit» gelten «Rasse»/Ethnie, Klasse und Geschlecht. Sie tragen – wenngleich auf unterschiedliche Weise – zur Herstellung von Ungleichheit in der Gesellschaft bei. Weitere Kategorien wie Sexualität, Alter, (Dis-)Ability, Religion oder Nationalität können je nach Fokus und Situation miteinbezogen werden. Individuelle Eigenschaften wandeln sich durch die (Be-)Wertung in der Gesellschaft zu sozial konstruierten, ungleichheitsgenerierenden Faktoren und damit zu sogenannten Strukturkategorien. Damit ist gemeint: Entlang bestimmter Merkmale erhalten Menschen über Prozesse der Inklusion und Exklusion gesellschaftlich ungleiche Positionen zugewiesen. Dies hat soziale Ungleichheit in Bezug auf Zugang zu



Wenn sich Unternehmen im Sinne von Diversity Management entscheiden, Vielfalt umfassend zu stärken, benötigen sie eine Grundlage. Das vierstufige Modell von Charta der Vielfalt hilft, Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Menschen zu erfassen. (Quelle: www.charta-der-vielfalt.de)

Ressourcen und Möglichkeiten zur Folge. Intersektionalität macht dieses komplexe Zusammenspiel beim Entstehen von sozialer Ungleichheit sichtbar und greifbar.

Forderung nach Inklusion

Die gesellschaftliche Forderung nach Inklusion hat auch das Schweizer Gesundheitswesen erreicht. Zentral für diesen Diversitätsdiskurs ist, dass nachhaltige Benachteiligungen, z.B. durch körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigungen, gesellschaftlich so ausgeglichen werden sollen, dass Betroffene dennoch als vollwertige Mitglieder an der Gesellschaft teilhaben können. Damit verbunden sind beispielsweise Ansprüche auf Barrierefreiheit im öffentlichen Verkehr, Information in angepasster Sprache oder Ausgleichsmassnahmen in der Bildung. Im weiteren Sinne impliziert dies auch hindernisfreien Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens und Einbezug auf Augenhöhe in Behandlungsentscheidungen und -prozesse. Auch hier sollen Massnahmen getroffen werden, um Benachteiligung auszugleichen.

Sensibilisieren, nicht stereotypisieren

In Gesundheitsförderung und -versorgung geht es vor allem darum, durch gezielte Massnahmen unterschiedliche Formen der Benachteiligung zu reduzieren oder Ressourcen zu stärken (Weber & Hösli, 2020). Wichtig ist deshalb, dass Fachpersonen um die soziale Konstruiertheit und Mehrdimensionalität von Differenz wissen, und Vorsicht ist geboten mit vorschnellen Zuschreibungen von Eigenschaften oder kollektivierenden Stereotypisierungen. Ein sorgfältiger und reflektierter Umgang mit Verschiedenheit bildet die Grundlage für eine chancengleiche und personenzentrierte Versor-

gung – das gilt für die gesamte Vielfalt von Verschiedenheitsdimensionen.

Literatur

- Crenshaw, K. (1991). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory, and Antiracist Politics [1989]. In K. Bartlett, K. T. Bartlett & R. Kennedy (Hrsg.), *Feminist Legal Theory* (S. 57–80). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429500480-5>
- Florin, M., Gutsche, V. & Krentz, N. (Hrsg.). (2018). *Diversität historisch. Repräsentationen und Praktiken gesellschaftlicher Differenzierung im Wandel* (Historie, Band 140). Bielefeld: Transcript. Zugriff am 19.03.2022.
- Klinger, C. & Knapp, G.-A. (2005). Achsen der Ungleichheit – Achsen der Differenz. *Transit*, 29, 72–96. Zugriff am 20.03.2022.
- Weber, D. & Hösli, S. (2020, April). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bewährte Ansätze und Erfolgskriterien. Kurzversion für die Praxis* (Bundesamt für Gesundheit BAG, Gesundheitsförderung Schweiz GFCH, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, Hrsg.). Zugriff am 19.03.2022.



Prof. Karin van Holten
Co-Leiterin Kompetenzzentrum
Partizipative Gesundheitsversorgung
karin.vanholten@bfh.ch



Prof. Dr. Eva Soom Ammann
Leiterin Innovationsfeld Psychosoziale
Gesundheit, aF&E Pflege
eva.soomammann@bfh.ch

«Man muss sich selbst verstehen, um mit Diversität umgehen zu können»

Warum ist die Sensibilität für Diversität im Umgang mit Menschen im Gesundheitssystem wichtig, und welche Herausforderungen stellen sich dabei den Gesundheitsfachpersonen?

Eva Soom Ammann und Paola Origlia Ikhilor lehren und forschen dazu an der BFH und erläutern, wie Diversität auch mit Ungleichheiten zu tun hat.

Ihr beide setzt euch an der BFH für einen differenzierten Umgang mit Diversität in der Gesundheitsversorgung ein. Woher kommt euer Engagement, und was reizt euch am Thema?

Paola Origlia Ikhilor: Mein Engagement gründet in meiner Biografie und beruflichen Laufbahn. Als Tochter einer italienischen Migrationsfamilie hatte ich gezwungenermassen schon immer eine gewisse Affinität zum Thema, und als Hebamme kommt man mit den unterschiedlichsten Menschen in Kontakt. Mein Einsatz bei «Ärzte ohne Grenzen» in Kambodscha stärkte dieses Interesse. Als eine der ersten Absolvent*innen besuchte ich 2004 einen Nachdiplomkurs, in dem es darum ging, die transkulturelle Kompetenz der Gesundheitsfachpersonen zu stärken. Indem ich mich aktiv mit dem Thema auseinandersetzte, wurde mir bewusst, dass ich auch aufgrund meiner Herkunft Benachteiligung erlebt hatte.

Eva Soom Ammann: Mich interessierte in meinem Sozialanthropologie-Studium der Diskurs dazu, wie unterschiedliche Gemeinschaften auf der Welt zusammenleben. Ich wollte wissen, woher diese Vielfalt kommt und warum es in Gesellschaften manchmal so schwierig ist, damit umzugehen. Je länger ich mich mit dem Thema beschäftigte, desto deutlicher wurde mir, dass das Thema Diversität sehr komplex ist. Auch die verschiedenen Kategorisierungen von Diversität, die wir Menschen bilden, um unsere Wahrnehmung der Welt zu ordnen – also beispielsweise Alter, Geschlecht oder Ethnizität –, sind in sich komplex und verändern sich immer wieder. Eine Frage aber bleibt: Wie stellen wir

Gerechtigkeit her, nicht nur in Theorie, sondern auch in der Praxis? Ich denke nicht, dass es uns jemals abschliessend gelingen wird, aber es ist mir ein Anliegen, einen Beitrag dazu zu leisten.

Inwieweit hat sich der Umgang mit Diversität in der Gesundheitsversorgung in den letzten Jahren verändert?

Paola Origlia Ikhilor: In den vergangenen drei Jahrzehnten ging sehr viel. Früher unterschied man hauptsächlich den Diversitätsaspekt der Herkunft, und im Unterricht setzte man sich mit Kultur, Tradition oder Religion auseinander. Heute differenziert man weitere Aspekte wie sexuelle Orientierung, geistige und körperliche Fähigkeiten oder sozialer Status. Die Vielfalt der Menschen ist so gross, man kann sie unmöglich abschliessend vermitteln. Der Fokus der Lehre hat sich deshalb auch weg vom «Verstehen von anderen Kulturen» hin zur Selbstreflexion verschoben. Die Gesundheitsfachpersonen müssen sich ihrer eigenen Bilder und Vorurteile bewusst sein, um auf ihr Gegenüber eingehen zu können. Man muss vor allem sich selbst verstehen, um mit Diversität umgehen zu können.

Welche Bedeutung hat die Diversität in der heutigen Gesundheitsversorgung?

Eva Soom Ammann: Im schweizerischen Gesundheitssystem hat das Thema eine grosse Bedeutung. Dies hat zwei Gründe: Zum einen werden in unserem Land gesellschaftliche Werte wie Individualität und



Paola Origlia Ikhilior (links) und Eva Soom Ammann setzen sich an der BFH für einen differenzierten Umgang mit Diversität im Gesundheitswesen ein.

Freiheit gross geschrieben. Autonomie und Selbstbestimmung in der Gesundheitsversorgung sind folglich sehr wichtig, und dies resultiert in Anforderungen, die sehr divers sein können. Zum anderen führt die zunehmende Globalisierung dazu, dass Gesellschaften grundsätzlich diverser werden.

Paola Origlia Ikhilior: Unser Gesundheitssystem ist auf Durchschnittsbürger*innen und ihre Bedürfnisse ausgerichtet. Für Gutverdienende gibt es beispielsweise speziell ausgerichtete Angebote und Privatkliniken mit Leistungen aus der Hotellerie. Benachteiligte Gruppen, die keine politische Lobby haben oder für deren Bedürfnisse die wirtschaftlichen Interessen fehlen, haben es schwer. Hier herrscht eine Ungleichheit mit weitreichenden Folgen.

Welche Folgen hat diese Ungleichheit?

Eva Soom Ammann: Sie hat nachhaltige Auswirkungen auf die Gesundheit von Benachteiligten. Nicht nur sind deren Lebensbedingungen belastend für die Gesundheit, sie haben grundsätzlich auch schlechteren Zugang zum Gesundheitssystem und somit auch schlechtere Chancen zum Erhalt oder zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit. Das wirkt sich auf den ganzen Lebenslauf aus, Benachteiligungen können sich kumulieren. Dem entgegenzuwirken, ist aber komplex: Ungleichheit ist einerseits strukturell angelegt, andererseits ist auch von der Situation abhängig, wann welche Diversitäten Ungleichheit oder Ausschluss verursachen. Nicht jeder Diversitätsaspekt führt automatisch

zu Ungleichheiten. Diversitäten können sich aber in bestimmten Situationen gegenseitig verstärken.

Paola Origlia Ikhilior: In der Geburtshilfe kommt es aufgrund der Ungleichheit häufiger zu Komplikationen bei Mutter und Kind, zu Frühgeburten oder operativen Geburten. Wichtig sind nicht nur Behandlungen, sondern auch die Vorsorge. Benachteiligte Frauen nutzen solche Angebote oftmals weniger, weil sie sie nicht finden, nicht verstehen oder sich bei der Beratung missverstanden fühlen. Letzteres bezieht sich nicht nur auf Migrantinnen, sondern beispielsweise auch auf Frauen mit alternativen Lebensentwürfen, die sich mit dem gängigen Versorgungskonzept nicht identifizieren können.

Eva Soom Ammann: Auch wenn man es in der Schweiz gerne so auslegt, dass jede Person für ihr eigenes Glück verantwortlich ist, trifft das bezüglich Gesundheit leider nicht zu. Man kann gesundheitsbelastende Lebenssituationen nicht unbedingt eigenständig ändern. Man kann auch nicht dafür verantwortlich gemacht werden, deshalb krank zu sein. Nicht selten haben marginalisierte Gruppen schon Ausschluss Erfahrungen gemacht, wenn sie mit dem Gesundheitssystem in Kontakt kommen. Gerade strukturelle Benachteiligung wirkt sich somit nachhaltig auf lebensweltliche Erfahrungen aus und beeinflusst damit auch Interaktionen mit Fachpersonen im Gesundheitswesen. Und selbst wenn letztere in guter Absicht und professionell handeln, spielen dabei Ungleichheiten eine Rolle. Dies führt manchmal dazu, dass Menschen Gesundheitsins-

titionen sehr misstrauisch begegnen oder diese gänzlich meiden. Als Gesundheitsfachperson muss man sich dessen bewusst sein.

Wie kann der Umgang mit Diversität in der Gesundheitsversorgung gelingen?

Paola Origlia Ikhilor: Die Wissenschaftlerin Kristine Sørensen, die umfassend zu Gesundheitskompetenz geforscht hat, bringt es aus meiner Sicht gut auf den Punkt: Wir haben derzeit ein hochkomplexes Gesundheitssystem, was sehr viele Kompetenzen von den Nutzenden erfordert, um sich darin bewegen zu können. Hier muss ein Paradigmenwechsel passieren, hin zu einem kompetenten System, das der Komplexität der Nutzenden gerecht wird.

Ist eine solche Forderung denn überhaupt realistisch?

Eva Soom Ammann: Wir sind auf dem Weg, aber es bewegt sich nicht alles gleich schnell. In den vergangenen Jahren wurden elaborierte Konzepte entwickelt, die den professionellen Umgang mit Diversität im Gesundheitswesen erleichtern sollen. Die Schweizer Gesundheitsfachpersonen sind sehr gut ausgebildet, in Berufen, die hoch differenziert sind. Sie lernen zunehmend, interprofessionell zusammenzuarbeiten. Der Weg hin zu einem System, das sich kompetent der Komplexität von Betroffenen annimmt, ist aber noch weit. Nicht

zuletzt auch, weil Reglementierungen, Abrechnungslogiken, Arbeitsorganisation und Statusunterschiede es noch erschweren, dass sich das System individuellen Situationen und Verläufen flexibel anpassen kann.

Dann sind die Gesundheitsfachpersonen im Grunde bereits fähig, auf die Komplexität des Individuums einzugehen, das Gesundheitssystem lässt es aber aufgrund seiner eigenen Komplexität zu wenig zu?

Eva Soom Ammann: Wir haben mittlerweile viel Wissen dazu, dass Gesundheitssysteme, wie andere gesellschaftliche Systeme auch, Menschen in Kategorien einordnen müssen, um ihre Aufgabe zu erfüllen. Herausfordernd ist, dass im Kategorisieren situativ eben auch immer Ausschluss passiert oder Selbst- und Fremdkategorisierungen nicht übereinstimmen. Und genau damit müssen nicht nur Fachpersonen, sondern auch Organisationen und Gesundheitssysteme kompetent und reflektiert umgehen können. Das ist eine schwierige Aufgabe, gerade in der Hektik des Alltags.

Paola Origlia Ikhilor: Hinzu kommt, dass Diversitätskompetenz nicht mit dem Abschluss des Studiums erlangt ist. Wir müssen uns immer wieder von Neuem mit Konzepten, Kategorien, Bedürfnissen und Denkweisen auseinandersetzen. In der Praxis braucht es viel Eigeninitiative, um trotz starrer Schemata auf die Diversität des Gegenübers eingehen zu können. Da gibt es Fachpersonen, die sich verausgaben und andere, die resigniert dem Schema folgen.

Können die Gesundheitsfachpersonen das Gesundheitssystem ändern, damit es mehr Platz hat für die Diversität?

Eva Soom Ammann: Ja! Zwar verändert sich das System nur sehr langsam, aber es ist bereits in Bewegung. Und je mehr kompetente Fachpersonen initiativ und gleichzeitig reflektiert zur Veränderung beitragen, desto besser gelingt es.

Paola Origlia Ikhilor: Auch kleine Schritte können dazu beitragen, das System nachhaltig zu verbessern. Man muss nicht gleich ganze Abteilungen umkrempeln. Ein System ändert sich auch allmählich, indem wir beispielsweise laufend Prozesse oder Abläufe optimieren. Da hilft bereits ein angepasstes Anamneseschema, um die Bedürfnisse und Bedarfe von Menschen im Gesundheitswesen besser zu erfassen und somit die Behandlung zu verbessern.

Wie bereitet die BFH die Gesundheitsfachpersonen auf den Umgang mit der Diversität in ihrem Berufsfeld vor?

Eva Soom Ammann: Um mit Diversität und Ungleichheiten umgehen zu können, brauchen Gesundheitsfachpersonen transkulturelle (neu auch transkategorial genannte) Kompetenz, die wir im Studium bereits



Paola Origlia Ikhilor ist Hebamme MSc. Sie forscht und lehrt im Bereich der mütterlichen und kindlichen Gesundheit im Kontext sozialer Benachteiligung. Ehrenamtlich engagiert sie sich im Verein «mamamundo Bern», der die reproduktive Gesundheit von Migrantinnen fördert.



Eva Soom Ammann ist Sozialanthropologin und Gesundheitswissenschaftlerin. Sie forscht und lehrt zu Diversität und Ungleichheit und interessiert sich insbesondere dafür, wie verschiedene Nutzungsgruppen mit Gesundheitssystemen, Organisationen und Fachpersonen interagieren.

seit 20 Jahren vermitteln. Dafür ist narrative Empathie wichtig, das heisst, auf das Gegenüber einzugehen, es als Mensch in seiner Komplexität zu verstehen, indem Fachpersonen offen fragen und zuhören. Des Weiteren müssen Gesundheitsfachpersonen gesellschaftliche Zusammenhänge kennen, um die unterschiedlichen Lebensbedingungen von Menschen besser nachvollziehen zu können. Es geht bei der transkategorialen Kompetenz aber immer auch um eine professionelle Haltung, für die Selbstreflexion wichtig ist. Also das kritische Nachdenken darüber, wie wir unsere Haltungen als Vertreter*innen des Gesundheitssystems sowie auch als individuelle Personen in Interaktionen einfließen lassen.

Paola Origlia Ikhilor: Das klingt einfach, die Umsetzung ist aber herausfordernd. Wir müssen uns bewusst sein, dass wir die Klient*innen oder das Umfeld, in welchem sie sich bewegen, nicht unseren Schemata anpassen können. Wir müssen sie dort abholen, wo sie stehen, auch wenn es unseren Wertvorstellungen widerspricht.

Gibt es konkrete Beispiele für diverse Ungerechtigkeit im Gesundheitssystem?

Paola Origlia Ikhilor: Beispielsweise müssen Betroffene den Sachverhalt eines Gesundheitsproblems verstehen, damit sie der Therapie zustimmen und sie befolgen können. Obschon das Verständnis der Sprache essenziell ist für das Erbringen und den Erfolg ei-

ner Gesundheitsleistung, werden Übersetzungen von Krankenkassen nicht übernommen. Zudem bräuchte es für sozial schwächer gestellte Personen mehr niederschwellige Präventionsangebote, welche in den Lebenswelten der Nutzer*innen stattfindet und nicht in einer weit entfernten Klinik. Denn bereits der Weg dahin kann ein Hindernis für sie darstellen.

Eva Soom Ammann: Neben dem lebensweltlichen Kontext sind vertrauensbasierte Beziehungen auch ganz wichtig, um mit Diversität und Ungleichheiten im Gesundheitswesen umgehen zu können. Nicht nur strukturell benachteiligte Gruppen, die erschwerten Zugang zu Gesundheitsleistungen haben, sondern auch Menschen mit chronischen Erkrankungen oder komplexen Gesundheitssituationen profitieren von einer längerfristigen Begleitung durch Fachpersonen. Hier verspreche ich mir viel von den in der Schweiz noch jungen Advanced-Practice-Rollen. Sie haben das Potenzial, mit ihrer Kompetenz einen wichtigen Beitrag zur integrierten Gesundheitsversorgung zu leisten – insbesondere dort, wo sie Betroffene in ihren lebensweltlichen Bezügen ernst nehmen und zusammen mit ihnen im Gesundheitswesen Kontinuität herstellen können.

Was wünscht ihr euch für die Zukunft?

Paola Origlia Ikhilor: Gesundheitliche Ungleichheit ist sehr gut belegt und findet sich in allen Ländern, betrifft fast alle Erkrankungen und alle Altersgruppen. Sie hält sich seit Jahrzehnten stabil bzw. verschärft sich teils sogar. Der Lebenslauf ist entscheidend für eine gute Gesundheit: Was in der frühesten Kindheit passiert, hat Auswirkung aufs ganze Leben. Sowohl in der Forschung als auch in der Praxis sollten unbedingt Massnahmen weiterentwickelt werden, die benachteiligte Gruppen von Beginn weg in ihrer Gesundheit stärken.

Eva Soom Ammann: Ich wünsche mir, dass wir in der Schweiz weiterhin das Privileg haben, den manchmal vielleicht anstrengenden, aber wichtigen Diskurs über Diversität zu führen. Wir erleben ja gerade mit dem Krieg in der Ukraine, wie rasch Diversitäten zu Ungleichheiten konstruiert werden können, wie verheerend sich das auf einzelne Leben auswirken kann, und wie emotional wir in der Schweiz darauf reagieren, während andere humanitäre Krisen auf der Welt uns weniger stark zu berühren scheinen. Ich wünsche mir, dass es uns gelingt, eine demokratische und tolerante Gesellschaft zu bleiben, die es sich leisten kann, für alle Menschen gerechte und gesunde Lebensbedingungen zu schaffen.

Ist LGBTIQ* schon «normal»?

Ein Diskurs zu Wunsch und Wirklichkeit

Die Berner Fachhochschule verfügt über ein Diversity-Konzept, das auch LGBTIQ*-Menschen miteinschliesst. Es bildet die Grundlage für einen diskriminierungsfreien Umgang miteinander. Im Alltag braucht es vor allem Sichtbarkeit, eine erhöhte Sensibilität und eine aktiv gelebte Inklusion.

LGBTIQ* steht für geschlechtliche und sexuelle Vielfalt oder Diversität. Die Anzahl und die Auswahl der Buchstaben und Zeichen kann variieren, je nachdem, wer damit gemeint sein soll. Es ist ein Akronym aus dem Englischen und schliesst Menschen ein, welche sich als lesbisch, schwul/gay, bisexuell, transgender, intergeschlechtlich, queer (von der Norm abweichend, nicht in ein Schema passend, wird auch als Überbegriff verwendet) bezeichnen oder sich als Angehörige einer anderen sexuellen oder geschlechtlichen Minderheit verstehen. Damit wird deutlich, dass unter dem «Begriff» eine ziemlich heterogene Gruppe von Menschen mit teils sehr unterschiedlichen Bedürfnissen und Herausforderungen zusammengefasst wird. Und trotzdem fühlen sich viele der betroffenen Menschen als Teil der LGBTIQ*- oder Queer-Community. Sie sind gemeinsam vielen Fragen der gesellschaftlichen Akzeptanz und möglicher Ausgrenzung und Diskriminierung ausgesetzt. Dies ist unter anderem dadurch begründet, dass unsere Gesellschaft stark heteronormativ geprägt ist. Damit ist gemeint, dass Heterosexualität als primäre gesellschaftliche Norm gilt. Eine Norm, die sich nur langsam aufweicht. Beispiele dafür sind, dass Film und Fernsehen vermehrt Menschen zeigen, die nicht dieser Norm entsprechen, oder die Werbung homosexuelle Paare als Adressaten aufnimmt. Auch scheint die Akzeptanz gegenüber gleichgeschlechtlichen Lebensformen in der Schweiz deutlich zugenommen zu haben, was die grosse Zustimmung zur Ehe für alle zeigte. Ist also bald alles «normal» für LGBTIQ*-Menschen in der Schweiz?

Der Umgang mit dem Thema an der Berner Fachhochschule

Unter dem übergeordneten Thema der Chancengleichheit, das die Gleichstellung von Frau und Mann anstrebt, bekennt sich die Berner Fachhochschule auch

zu Diversity. Ein eigens dafür entwickeltes Konzept dient als Grundlage für den Aufbau von Diversity-Kompetenz. Die Diversity-Policy soll die ethische Grundhaltung im Umgang mit Diversität zum Ausdruck bringen. Darin festgehalten sind Themen wie Diskriminierungsfreiheit, Respekt, Teilhabe oder Inklusion (siehe Abb.1).

Gleichzeitig ist weder das Konzept noch die Policy primär auf LGBTIQ*-Menschen ausgerichtet. Beides dient einem diversity-freundlichen und diskriminierungsfreien Umgang zur Förderung der Chancengleichheit unabhängig von Alter, Behinderung, Geschlecht, Geschlechtsidentität, Herkunft, Religion, sexueller Orientierung, sozialer oder beruflicher Stellung oder Sprache. Die Diversity-Thematik soll zudem auch in der Forschung und Lehre vermehrt zum Ausdruck kommen.

Etwas spezifischer auf LGBTIQ*-Bedürfnisse geht das Konzept im Zusammenhang mit der Verwendung der Sprache ein, indem es Empfehlungen für eine gender- und diversity-gerechte Sprache gibt. Zusätzlich bietet die Berner Fachhochschule den Studierenden und Mitarbeitenden mit Transidentität unkomplizierte Unterstützung zur Änderung von Vornamen, Anrede und Geschlecht. Weitere LGBTIQ*-spezifische Massnahmen oder Projekte sind hingegen nicht bekannt. Es gibt auch keine LGBTIQ* bzw. queeren Vereinigungen, und die Sichtbarkeit von LGBTIQ*-Diversität anhand spezifischer Aktivitäten sucht man noch vergeblich.

Sichtbarkeit als wichtiger Faktor für eine offene Gesellschaft

Unsichtbarkeit in einer heteronormativen Welt führt bei vielen LGBTIQ*-Menschen dazu, sich weniger oder nicht zugehörig zu fühlen. Diese Gefühle können verstärkt werden, wenn sie Diskriminierung und Homo- oder Transphobie erleben. Homo- und Transphobie bezeichnen eine ablehnende Haltung oder Abneigung gegenüber LGBTIQ*-Menschen. Sie kann sich in unter-



In der Diversity Policy der BFH sind ethische Grundhaltungen im Umgang mit Diversität festgehalten.

schiedlichen Formen wie Beleidigungen, Beschimpfungen, Ausgrenzung, Ignorieren oder sogar physischer Gewalt äussern. Viele LGBTIQ*-Menschen machen solche Erfahrungen in ihrem Leben. Leider sind davon öffentliche Einrichtungen wie Schulen, Ämter, Polizei oder Gesundheitseinrichtungen nicht ausgenommen. Erlebnisse dieser Art können sich bei betroffenen Personen negativ auf die Fähigkeit auswirken, ihre psychische und physische Gesundheit aufrechtzuerhalten (Meyer, 2003). Nicht selten resultiert daraus ein erhöhtes Risikoverhalten beispielsweise beim Alkohol- oder Substanzkonsum. Selbstverletzungen und Suizidalität nehmen zu und sind im Vergleich zu heterosexuellen Menschen deutlich höher (Smalley et al., 2018). Dies trifft insbesondere auf Jugendliche und junge Erwachsene zu (Garcia Nuñez et al., 2022).

Die Sichtbarkeit der LGBTIQ*-Diversität in der Gesellschaft ist wichtig, um dem Gefühl des Ausgeschlossenseins entgegenzuwirken und das Wohlbefinden von LGBTIQ*-Menschen zu fördern. Gerade in öffentlichen Einrichtungen und der Gesundheitsversorgung wird dadurch die Haltung vermittelt, dass jede Person so sein darf, wie sie ist. Für die physische und psychische Gesundheit dieser Person kann das ausserordentlich relevant sein (Smalley et al., 2018). Die Sichtbarkeit kann durch entsprechende Beschriftungen auf Formularen, die Auslage von Informationsmaterialien für LGBTIQ*-Menschen oder die LGBTIQ*-Fahne, z. B. als Aufkleber an Türen oder Schaltern, geschehen. Im National Health Service (NHS) in Grossbritannien tragen LGBTIQ*-freundliche Mitarbeitende einen entsprechenden Pin. Der Kreativität sind keine Grenzen gesetzt.

Sensibilisierung und persönliche Auseinandersetzung sind gefragt

Mit Diversity-Konzepten, einem Sprachleitfaden und dem Sichtbarmachen der LGBTIQ*-freundlichen Haltung ist es noch nicht getan. Es braucht gleichzeitig eine Sensibilisierung für das Thema – und damit verbunden die persönliche Auseinandersetzung mit den eigenen Haltungen und Werten. Am einfachsten geschieht dies durch persönliche Kontakte mit LGBTIQ*-Menschen am

Arbeitsort, an der Hochschule, im Turnverein, im Laden um die Ecke oder im eigenen Freundes- oder Familienkreis. Nur wenn wir uns füreinander interessieren, können wir auch voneinander lernen, wodurch Diversity-Kompetenz entstehen und Inklusion gelebt werden kann. Und ob wir dann von «Normalität» für LGBTIQ*-Menschen sprechen können, sei an dieser Stelle offen gelassen.

Weitere Informationen zu Diversity an der BFH unter bfh.ch/diversity

Viel Wissenswertes und Tipps für Betroffene, Fachpersonen und Interessierte sind ausserdem auf der Webseite du-bist-du.ch zu finden.

Literatur

- Garcia Nuñez, D. et al. (2022). Suicidal ideation and self-injury in LGB youth: a longitudinal study from urban Switzerland. In: *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 16(1): 21. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00450-5>.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. In: *Psychological Bulletin*, 129(5): 674–697. Online verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2072932>.
- Smalley, K. B., Warren, J. C., & Barefoot, K. N. (2018). LGBT Health: Meeting the Needs of Gender and Sexual Minorities. Online verfügbar unter <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=e000xww&AN=1616223&site=eds-live&scope=site>



Prof. Dr. Peter Wolfensberger
Dozent im Bereich Pflege
peter.wolfensberger@bfh.ch



Wie erreichen wir geburtshilfliche Chancengleichheit?

Die BFH bietet in ihrem Masterstudiengang für Hebammen das Modul «Diversität in der perinatalen Versorgung» an. Es hat zum Ziel, die geburtshilfliche Chancengleichheit zu fördern. Im Modul lernen die Studierenden, für Probleme der Praxis Lösungsansätze zu entwickeln.

Alle Menschen in der Schweiz sollen die gleichen Chancen auf ein gesundes Leben erhalten. Dies ist der Anspruch des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) sowie der Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) und ein postuliertes gesundheitspolitisches Ziel des Bundes (Weber, 2020). Im Wesentlichen besagt die schweizweite Strategie der Chancengleichheit, dass alle in der Schweiz lebenden Menschen, unabhängig von ihren sozioökonomischen Ressourcen und ihren Lebensentwürfen, Zugang zu bezahlbaren Angeboten des Gesundheitswesens haben sollen. Allerdings zeichnen sich bei der geburtshilflichen Versorgung bezüglich der Chancengleichheit zwei zentrale Probleme ab.

Zum einen haben Frauen mit Migrationshintergrund, insbesondere Frauen mit Asylstatus, im Vergleich zu Schweizerinnen ein erhöhtes Risiko für eine Frühgeburt und eine deutlich höhere mütterliche Morbiditäts- und Mortalitätsrate. Diese Daten belegen den Unterschied und die Benachteiligung dieser Gruppe. Zum anderen sind Gesundheitsfachpersonen zu wenig darauf sensibilisiert, dass soziale Umstände in direktem Zusammenhang mit solch ungünstigen Ergebnissen stehen und dementsprechend der Versorgungsbedarf von Frauen mit anderen sozialen und ökonomischen Voraussetzungen unterschiedlich ist. Mit einer Migrationsrate von ca. 25 % in der Schweiz betreuen Hebammen häufig Frauen und Familien, die von Migration, Flucht oder Armut betroffen sind. Diese Familien sind nicht nur hinsichtlich ihrer sozialen und ökonomischen Ressourcen, sondern auch gesundheitlich erheblich belastet (Guðmundsdóttir et al., 2021). Heutzutage sind Hebammen häufig nur ungenügend darauf vorbereitet, dem erhöhten Betreuungsbedarf dieser Familien Rechnung zu tragen.

Bedürfnisgerechte perinatale Versorgung

Für Hochschulen mit Curricula für Gesundheitsberufe gilt es, Studierende auf diese unterschiedlichen Voraussetzungen bezüglich der Förderung der Gesundheit der Bevölkerung zu sensibilisieren und dementsprechend auszubilden. Auch der Notwendigkeit der Schaffung neuer Versorgungsmodelle, wie dies vom BAG und der GFCH postuliert wird, sollte auf Masterstufe besondere Beachtung geschenkt werden. Eine bedürfnisgerechte und chancengleiche perinatale Versorgung erfordert von Hebammen ein systemisches Verständnis für die sozialen, ökonomischen, kulturellen und gesundheitlichen Zusammenhänge, ein Bewusstsein für die strukturellen Hürden im Zugang zur Gesundheitsversorgung und eine hohe Diversitätskompetenz (Origlia Ikhilior et al. 2019; Grand-Guillaume-Perrenoud et al., 2022).

Probleme der Praxis identifizieren und verbessern

Das achttägige Modul «Diversität in der perinatalen Versorgung» des Master-Studiengangs Hebamme an der BFH sensibilisiert die Studierenden für die Vielfalt von Lebensentwürfen und -bedingungen der Frauen und Familien. Es thematisiert die damit einhergehenden Risiken für eine Benachteiligung in der Gesundheitsversorgung. Die Studierenden lernen Konzepte und Theorien zur Diversität und Begriffe der sozialen Ungleichheit und Vulnerabilität kennen. Sie entwickeln ein Bewusstsein dafür, wie soziale Benachteiligung den Zugang zu einer fristgerechten und adäquaten Gesundheitsversorgung während Schwangerschaft und in der Zeit nach der Geburt beeinflussen kann. Insbesondere verstehen sie diese Zusammenhänge aus einer strukturellen Per-

spektive und nicht als individuelles Problem einzelner Personen einzuordnen.

Die Studierenden erhalten im Modul die Aufgabe, in ihrem Praxissetting einen Problembereich zu identifizieren und ein Modell zu entwickeln, das für die vulnerablen Gruppen eine verbesserte Versorgung erreicht. Indem die Studierenden mit diesem Unterrichtskonzept ein Modell für die eigene Hebammenpraxis entwickeln, tragen sie direkt zur Verbesserung der Situation für die Betroffenen bei (siehe Kasten).

Weitere Informationen:

bfh.ch/cas-perinatale-versorgung

Literatur

- Grand-Guillaume-Perrenoud, J. A., Origlia, P. & Cignacco, E. (2022). Barriers and facilitators of maternal healthcare utilisation in the perinatal period among women with social disadvantage: A theory-guided systematic review. *Midwifery*, 105, 103237. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103237>
- Guðmundsdóttir, E. Ý., Gottfreðsdóttir, H., Hálfðánsdóttir, B., Nieuwenhuijze, M., Gissler, M. & Einarsdóttir, K. (2021). Challenges in migrant women's maternity care in a high-income country: A population-based cohort study of maternal and perinatal outcomes. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 100(9), 1665–1677. <https://doi.org/10.1111/aogs.14186>
- Origlia Ikhilor, P., Hasenberg, G., Kurth, E., Asefaw, F., Pehlke-Milde, J. & Cignacco, E. (2019). Communication barriers in maternity care of allophone migrants: Experiences of women, healthcare professionals, and intercultural interpreters. *Journal of advanced nursing*, 75(10), 2200–2210. <https://doi.org/10.1111/jan.14093>
- Weber, D. (2020). Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz, Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen. Grundlagenbericht. Bern: GFCH, BAG, GDK



Sigrid Kretzschmar
Hebamme
Studentin MSc Hebamme
sigrid.kretzschmar@students.bfh.ch



Prof. Dr. Eva Cignacco
Studiengangsleiterin MSc Hebamme
eva.cignacco@bfh.ch



Prof. Paola Origlia Ikhilor
Dozentin MSc Hebamme und Modulverantwortliche «Diversität in der perinatalen Versorgung»
paola.origlia@bfh.ch

3 Lösungsansätze für die Praxis



Aufsuchende Betreuung durch Hebammen bereits während der Schwangerschaft

Indem sozial benachteiligte Schwangere bereits während der Schwangerschaft von Hebammen aufgesucht werden, kann ihre Gesundheitsversorgung verbessert werden. Eine institutionalisierte Zusammenarbeit mit den Behörden hilft, die Bedürftigkeit der Frauen und Familien festzustellen und Hürden für die Inanspruchnahme der Hebammenbetreuung abzubauen.



Verbesserung der sprachlichen Verständigung

Um die Verständigung zwischen Frauen mit wenig Deutschkenntnissen und den Hebammen zu verbessern, z.B. während eines Anamnesegesprächs oder beim Austausch von wichtigen Informationen, sollten interkulturell Dolmetschende eingesetzt werden, sei dies vor Ort oder via Telefon. Auch Übersetzungs-Apps können bei der Sprachbarriere helfen.



Verbesserung des Zugangs zu Angeboten der ausserklinischen Geburtshilfe

Ausserklinische Geburtshilfeangebote (z. B. Geburtshäuser, Wochenbettbetreuung zu Hause) sind gegenüber den herkömmlichen, stationären Angeboten flexibler und dadurch personenzentrierter gestaltet. Hebammen können dadurch besser auf individuelle Bedürfnisse von Schwangeren und Müttern eingehen. Da diese Form der Geburtshilfe vor allem von gut gebildeten Schweizerinnen genutzt wird und Frauen mit einem tieferen sozioökonomischen Status oft unbekannt ist, sollte sie letzteren besser zugänglich gemacht werden.

Im Pflegealltag mit Diversität umgehen

Das BFH-Forschungsprojekt «Caring about Diversities» untersucht die alltägliche Praxis in der stationären Langzeitpflege. Es will besser verstehen, was die Diversität der Bewohnerschaft und des Personals bedeutet und wie man im Heimalltag damit umgeht.

Welche Rolle spielt Diversität im Handeln von Gesundheitsfachpersonen? Wo und wie passiert es, dass Diversitäten im Gesundheitswesen Ungleichheiten schaffen, wie reproduzieren sie sich in alltäglichen Interaktionen und welche Veränderungspotenziale stecken in einer diversitätssensiblen Professionalität? Diesen Fragen geht der Fachbereich Pflege der Berner Fachhochschule gegenwärtig im Projekt «Caring about Diversities» nach. Es wird vom Schweizerischen Nationalfonds unterstützt und interessiert sich speziell für die kleinräumigen, alltäglichen Interaktionen in der Gesundheitsversorgung und wie darin mit Diversitäten umgegangen wird.

Altersheim als Forschungsfeld

Das Forschungsteam fokussiert hierbei auf die stationäre Langzeitpflege. Denn Pflege und Betreuung im Altersheim zu organisieren, ist besonders herausfordernd: Hohes Alter, Multimorbidität und kognitive Einschränkungen der Bewohnenden bestimmen zunehmend den Heimalltag. Die Diversität unter Bewohnenden wie Personal nimmt zu. So sind nicht nur diejenigen Personen divers und ungleich, die behandelt, betreut und begleitet werden. Auch Fachpersonen weisen eine hohe Heterogenität auf und sind in strukturelle Macht- und Ungleichheitsdimensionen eingebunden. So ist das Arbeitsfeld Altersheim beispielsweise besonders stark von Fachkräftemangel und Ressourcendruck betroffen, was auch Auswirkungen auf die Zusammensetzung der Pflegeteams und auf ihre Arbeitsbedingungen hat. Diese vielfältigen Kontexte und Bezüge tragen Fachpersonen und Bewohnende in ihre Interaktionen hinein.

Abhängigkeit von Pflege erschwert Umgang mit Diversität

Bezeichnend für die Pflege ist – unabhängig vom Setting –, dass zwischen Fachpersonen und Nutzenden grundsätzlich eine Asymmetrie besteht: Personen, die Pflege brauchen, sind abhängig und vulnerabel. In der Langzeitpflege sind die Bewohnenden zudem nachhaltig in ihrer Autonomie eingeschränkt. Das Personal erhält dadurch viel Macht in der Ausgestaltung von Pflege und der Berücksichtigung von Diversitäten und muss dieser Abhängigkeit Rechnung tragen. Hinzu kommt, dass diese Asymmetrie auch von gesellschaftlich-strukturellen Ungleichheitsdimensionen wie z. B. Geschlecht, Bildungsstand, Hautfarbe, Migrationshintergrund oder sexuelle Identität durchsetzt ist.

Die Fachpersonen sind deshalb besonders gefordert, im Pflegealltag professionell zu handeln und sensitiv auf die unterschiedlichen Bedürfnisse von Versorgungsnutzenden einzugehen. Dabei müssen sie die Vorgaben berücksichtigen und innerhalb des Handlungsspielraums agieren. Gleichzeitig reproduzieren sich gesellschaftliche Ungleichheiten in interaktivem Handeln, auch pflegerischem Handeln, zum Beispiel durch Vorwegnehmen von angenommenen intellektuellen Defiziten oder durch implizites Zuschreiben von geschlechts- oder migrationsbedingten Präferenzen. Und das kann gerade hier, aufgrund der Vulnerabilitäten von Versorgungsnutzenden, diskriminierend wirken – auch wenn dahinter keine explizite Absicht steckt.

Welche Kompetenzen benötigen Pflegefachpersonen konkret, um diversitäts- und ungleichheitssensitiv zu handeln? Wie wenden sie diese Kompetenzen im

Pflegealltag an, und welche Rolle spielen dabei Rahmenbedingungen wie Fachkräftemangel oder knappe Ressourcen? Diese komplexen Fragen untersucht das Forschungsprojekt «Caring about Diversities».

Diversitätskompetenz ist in der Langzeitpflege besonders wichtig

Im Altersheim bestimmt die Pflege den Alltag der Bewohnenden umfassend und formt so deren Lebenswelt entscheidend. Autonomieerhalt in der Abhängigkeit zu ermöglichen, fordert hier die Pflege genauso heraus wie das Interpretieren von Bedürfnissen vor dem Hintergrund eingeschränkter Handlungs- und Artikulationsfähigkeit. Diversitätskompetentes Handeln – so die These des BFH-Forschungsprojektes – ist in diesem Setting also besonders relevant.

Gerade in der Alltäglichkeit, die in der stationären Langzeitpflege so zentral ist, lässt sich ethnografisch beobachten, wie wir Menschen in Interaktionen handeln und was auch professionelles Handeln prägt: Wir müssen uns die Welt in Kategorien ordnen, wir müssen Situationen deuten, um kommunizieren und handeln zu können, wir müssen dies rasch, ohne gross nachzudenken, tun können. Indem wir zuordnen, vereinfachen wir, wir schliessen ein, gleichzeitig aber auch aus. Durch diese Differenzierungen entsteht implizit gesellschaftliche Ungleichheit. Gleichzeitig steckt in diesem Vorgehen aber auch Verhandlungsspielraum und damit Veränderungspotenzial. Ungleichheiten können berücksichtigt, Benachteiligungen ausgeglichen und damit auch Diskriminierungen vermindert werden.

Interaktionen ethnografisch beobachten

«Caring about Diversities» beobachtet ethnografisch, wie Pflegenden-Bewohnenden-Interaktionen situationsgebunden im Alltag ablaufen und wie darin Diversitäten und Ungleichheiten relevant oder nicht relevant werden. Eine ethnografische Forschungsstrategie zeich-

net sich dadurch aus, dass sie an der Praxis teilnimmt und gleichzeitig reflektiert beobachtet, was wie getan wird. Praxis meint dabei die Interaktionen und Handlungen aller Beteiligten, sowohl der Pflegefachpersonen als auch der Bewohnenden. Zu berücksichtigen ist, dass Fachpersonen stärker regelgeleitet handeln. Sie erwerben theoretisches Wissen für den Umgang mit Diversität, und sie erlernen und routinisieren dessen Anwendung im praktischen Handeln. Theoretisches Wissen wird so zu implizitem Wissen, welches professionelles Handeln anleitet. Ein kompetenter Umgang mit Ungleichheiten bedingt jedoch auch, dass Routinen hinterfragt werden können – und das ist im hektischen Alltag herausfordernd. Wie kann das gelingen? Dieser Frage will «Caring about Diversities» auf den Grund gehen, um besser zu verstehen, was zu einer umfassend diversitätssensitiven Praxis in der Pflege beitragen kann.

Die Pflege kennt zwei etablierte Konzepte professioneller Kompetenz, die den Umgang mit Diversität anleiten: Personenzentriertheit und transkulturelle/transkategoriale Kompetenz. Das Projekt «Caring about Diversities» nutzt diese Konzepte als Reflexionsgrundlage für die Analyse der ethnografischen Beobachtungen, die seit letztem Sommer durchgeführt und dieses Jahr fortgesetzt werden. Die BFH untersucht, wie diese Konzepte im Spannungsfeld von implizitem Handeln und Reflexion praktisch umgesetzt werden. Davon ausgehend will das Forschungsprojekt ab 2023 neue Trainingsansätze für die Praxis entwickeln und erproben. Eine fundierte Konzeption von Diversitätskompetenz und ein besseres Verständnis davon, wie diese erworben, geübt und in der Alltagspraxis nachhaltig umgesetzt werden kann, bietet die Möglichkeit, den Umgang mit Diversität und damit die Pflegequalität in Heimen zu verbessern.

Mehr Informationen zum Forschungsprojekt unter bfh.ch/caring-about-diversities



Rhoda Chemati Moramba
MSc Nursing
Doktorandin aF&E Pflege
rhoda.moramba@bfh.ch



Thierry Meli
MSc Global Health
Doktorand aF&E Pflege
thierry.meli@bfh.ch



Prof. Dr. Eva Soom Ammann
Leiterin Innovationsfeld Psychosoziale
Gesundheit, aF&E Pflege
eva.soomammann@bfh.ch

«Individuelle Ernährungsberatung ist das A und O»

Wie steht es um die Diversität in der Profession der Ernährungsberatung? Was wird im Studium an der BFH diesbezüglich vermittelt? Darüber sprechen die BFH-Dozentin Caroline Heuberger und die BFH-Studentin Lara Hostettler im Interview.

Welche Rolle spielt die Diversität in der Ernährungsberatung?

Caroline Heuberger: Unsere Therapie besteht darin, zu kommunizieren, sich auszutauschen und zusammen mit dem Gegenüber ein Problem zu lösen. Das gelingt nur, wenn wir den Menschen als Individuum mit all seinen Facetten und Ressourcen betrachten. Ernährungsberater*innen müssen herausfiltern können, welche Informationen der Patient*innen wichtig für die erfolgreiche Therapie sind. Faktoren wie Wohnort, Alter, Einkommen, religiöse Gebote und Freizeitverhalten spielen eine wichtige Rolle. Beispielsweise kann es eine Auswirkung auf das Essverhalten einer Person haben, wenn sie einen langen Arbeitsweg hat. Dass den Ernährungsberater*innen eine individualisierte Beratung gelingt, ist Kern unseres Studiums.

Wie wird dieses Wissen im Studium vermittelt?

Caroline Heuberger: Zum einen gibt es die Lehre zur Ernährungsberatung für Personen mit Migrationshintergrund, in welcher wir die kulturelle Kompetenz der Studierenden stärken. Zum anderen lernen sie, wie sie Informationen auf unterschiedliche Arten vermitteln können – also nicht nur mündlich, sondern auch visuell oder konkret abgestimmt auf die persönlichen Präferenzen der Patient*innen.

Lara Hostettler: Wir üben des Weiteren, wie eine Mahlzeitplanung mit kleinem Budget gelingt, was uns Studierende mit wenig Einkommen natürlich interessiert. Wir lernen im Studium, dass die individuelle Ernährungsberatung das A und O ist.

Caroline Heuberger: In Beratungsgesprächen üben die Studierenden den Umgang mit Klient*innen. Wir versuchen dabei, die Gesellschaft in all ihrer Diversität abzubilden. Mal handelt es sich um eine ältere Person, mal um jemanden mit wenig Gesundheitskompetenz, mal gibt es eine Patchwork-Familie im Hintergrund, oder es handelt sich um eine Person, die in einer gleichgeschlechtlichen Partnerschaft lebt.

Behandelt ihr auch den Umgang mit stereotypischen Mustern?

Caroline Heuberger: Ja, das machen wir. Im Master-Studiengang absolvieren alle Studierenden einen impliziten Assoziationstest von Harvard zum Thema Gewicht. Sie erfahren, ob sie über- oder untergewichtigen Menschen unterbewusst mit Vorurteilen begegnen. Wir geben den Studierenden Werkzeuge an die Hand, wie sie mit ihren Vorurteilen umgehen können. Letztlich haben alle Menschen Vorurteile, auch Gesundheitsfachpersonen. Das ist normal. Es ist aber wichtig, dass man sich dieser bewusst ist und mit ihnen umgehen kann. Die Selbstreflexion wird immer wieder geübt.

Gibt es ein Modul, das Diversität spezifisch behandelt?

Caroline Heuberger: Nein, das gibt es nicht. Die Individualität der Patient*innen ist so wichtig, die Diversität schwingt in allen Modulen mit.

Lara Hostettler: Im Studium wird uns mitgegeben, dass die Einzigartigkeit einer Person und die Diversität der Patient*innen eine Chance ist und dass wir dieser



Von Dozentin zu Studentin: **Caroline Heuberger** (links) und **Lara Hostettler** unterhalten sich über die Bedeutung der Diversität in der Profession der Ernährungsberater*innen.

Diversität im Forschungsprojekt «IntegrEAT»

Mit dem Forschungsprojekt «IntegrEAT» will die BFH die Ernährungskommunikation für kognitiv beeinträchtigte Menschen verbessern.

Kognitiv beeinträchtigte Menschen sind besonders häufig von ernährungsspezifischen Krankheiten wie Diabetes, Über- oder Untergewicht betroffen. Mit Hilfestellungen für ein gesundes Gewichts- und Ernährungsmanagement können Ernährungsberater*innen die Gesundheit und Lebensqualität der Betroffenen steigern. Um bei der Zielgruppe nachhaltige Veränderungen im Essverhalten zu erreichen, braucht es spezielle bildbasierte Hilfsmittel, die für sie verständlich, motivierend und auf ihre Lebenswelt zugeschnitten sind. Im Projekt «IntegrEAT» erforscht das Departement Gesundheit der Berner Fachhochschule zusammen mit dem Institute of Design Research der Hochschule der Künste Bern, wie solche Tools konzipiert und gestaltet werden müssen. In partizipativen Workshops beteiligen sich erwachsene Betroffene aktiv am Prozess. Zusätzlich finden

Interviews mit Betreuungspersonen, Angehörigen und Ernährungsberater*innen statt. Nach der Datenauswertung werden die Ergebnisse in einem weiteren Workshop der Zielgruppe vorgestellt.

«Das Projekt «IntegrEAT» legt die Basis, um in einem Folgeprojekt konkrete Hilfsmittel mit der Zielgruppe zu entwickeln», erklärt Projektleiterin Dr. Franziska Pfister. «Es leistet mittelfristig einen Beitrag zur Gesundheitsförderung kognitiv beeinträchtigter Menschen, erhöht ihre gesundheitliche Chancengleichheit und trägt zu ihrem Empowerment bei», führt sie aus. Erste Ergebnisse werden Ende Jahr erwartet.

Mehr Informationen unter bfh.ch/integreat



Zur Person

Caroline Heuberger unterrichtet an der BFH im Bachelor- und Masterstudium der Ernährung und Diätetik. Sie ist in unterschiedlichen Ländern aufgewachsen und kam so schon früh mit der Vielfalt der Menschen und den Umgang mit Diversität in Berührung.



Zur Person

Lara Hostettler ist Drogistin und studiert im 6. Semester des BSc in Ernährung und Diätetik an der BFH. Im Rahmen ihrer Ausbildung absolvierte sie mehrere Praktika in Spitälern und Kliniken sowie bei einer Ernährungspraxis. Nebenbei arbeitet sie als Drogistin in einer Apotheke. In den Semesterferien oder nach Bedarf hilft sie als Betreuerin in einer Wohngruppe mit geistig beeinträchtigten Menschen aus.

immer wieder bewusst begegnen sollen. Als Ernährungsberaterin muss ich nicht jede Kultur und jede Diät bis ins letzte Detail kennen. Viel wichtiger ist es, immer von Neuem nachzufragen und nicht davon auszugehen, dass sich beispielsweise jede asiatische Person gleich ernährt. Wir werden auch angehalten, nicht der Routine zu verfallen: Eine gleiche Diagnose benötigt nicht zwingend die gleichen therapeutischen Massnahmen.

Lara, du hast bereits mehrere Praktika hinter dir, u.a. in Spitälern und Kliniken sowie bei einer Ernährungspraxis. Welchen Herausforderungen bist du dabei begegnet?

Lara Hostettler: Ich finde es manchmal schwierig, die geistige Fähigkeit einer Person einzuschätzen. Mir ist es schon passiert, dass ich in einer Beratung einer Person zu viel zugemutet und sie mit Informationen überhäuft habe. Dann gibt es wiederum wissbegierige Personen, die ganz spezifische Detailinformationen erhalten möchten. Wir lernen in den Beratungsübungen, wie wir spontan auf solche Situationen reagieren können.

Welches Wissen möchtest du im Studium in Bezug auf die Diversität noch vertiefen?

Lara Hostettler: In meinen Praktika bin ich Menschen mit Demenz begegnet und habe mehr über ihr Essverhalten und die damit verbundenen Probleme wie Hyperaktivität oder Mangelernährung gelernt. Ich fände es spannend, wenn ich diese Thematik im Studi-

um vertiefen könnte. Die Ernährungsberatung für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung interessiert mich ebenfalls. Die Selbstbestimmung spielt eine wichtige Rolle und kann bei den Betreuenden zu Konflikten führen. Dürfen sie sich z.B. eine zweite Portion schöpfen, obwohl sie schon mehr als genug gegessen haben? Wo setzt man Grenzen, und wo lässt man sie gewähren? Auch die Ernährungsberatung für Transpersonen wäre ein Thema, das mich interessiert.

Caroline, wo wünschst du dir in der Ernährungsberatung mehr Diversität?

Caroline Heuberger: Momentan sind es mehrheitlich Frauen, die sich für eine Ausbildung als Ernährungsberater*in interessieren. Glücklicherweise beobachten wir bereits einen Trend hin zur Diversifizierung unserer Berufsgruppe, was ich sehr unterstütze. Es wäre wünschenswert, dass weiterhin mehr Männer sowie Menschen mit anderen ethnischen Hintergründen den Beruf ergreifen, um das Angebot für die Patient*innen zu erweitern und unsere Forschung weiterzubringen. Wenn wir divers denken, können wir mehr erreichen.

Interview:
Nicole Schaffner
Kommunikation
nicole.schaffner@bfh.ch

Gemeinsam für die Altersthemen der Zukunft

Ob Gesundheitsförderung oder unbezahlte Care-Arbeit – viele Fragestellungen der alternden Gesellschaft können nur interdisziplinär bearbeitet werden. Deshalb tragen die BFH-Departemente Gesundheit und Soziale Arbeit das Institut Alter seit Anfang Jahr gemeinsam. Im Interview werfen die Co-Leitenden Karin Haas und Jonathan Bennett einen Blick auf die nähere und fernere Zukunft.

Karin Haas, Sie sind Anfang des Jahres seitens des Departements Gesundheit zur Leitung des Instituts Alter gestossen. Wie kamen Sie als Ernährungswissenschaftlerin zum Thema Alter?

Karin Haas: Vor fast zwei Jahrzehnten, während meines Doktorats, hatte ich im Rahmen meiner Anstellung an der Universität in Wien am Institut für Ernährungswissenschaft an einem europäischen Projekt zum Thema «Age and Nutrition» gearbeitet. Aber so richtig umfassend zum Thema Alter kam ich erst hier an der BFH. 2009 haben wir gemeinsam mit der Sozialen Arbeit, der Hochschule der Künste und der Hochschule für Agrar-, Forst- und Lebensmittelwissenschaften ein Projekt durchgeführt, das den Ernährungsalltag der älteren Bevölkerung nach der Pensionierung betrachtete. Da war sie dann plötzlich da, diese ganzheitliche Sichtweise, die mich begeistert. Diese Sichtweise versuche ich heute in der Forschung und in der Lehre zu leben, und sie ist mit ein Grund, wieso ich die Co-Leitung übernommen habe.

Jonathan Bennett, Sie wirken als Psychologe seit zwölf Jahren an der BFH im Bereich Alter, die Hälfte davon in der Leitung des Instituts Alter. Zeichnete sich dieser Weg schon früh ab?

Jonathan Bennett: Nein, eher nicht. Ich habe davor als wissenschaftlicher Mitarbeiter in der kantonalen Verwaltung gearbeitet und habe mich mit Themen der Spitalversorgung beschäftigt. Da haben alte Menschen sehr wohl eine Rolle gespielt, waren aber nicht die

zentrale Zielgruppe. Mein Wechsel an die BFH hatte mit meinem generellen Interesse an angewandter Forschung zu tun. Dass es dann das Thema Alter wurde, war eher Zufall. Rückblickend bin ich dankbar für diesen Zufall (lacht).

Sie beide leiten nun zusammen das Institut Alter. In unserer Gesellschaft scheint das Thema Alter allgegenwärtig, es spielt in die meisten Lebensbereiche hinein. Können Sie hier als Fachpersonen noch überall den Überblick behalten?

Jonathan Bennett: Ich glaube, es wäre generell vermessen zu denken, man könne in unserem wissenschaftlichen Themenfeld, in dem globalisierten Wissenschaftsbetrieb, so etwas wie den kompletten Überblick haben. Ich sehe unsere Aufgabe darin, Schwerpunkte zu setzen und zu schauen, dass wir die richtigen Personen in den richtigen Netzwerken haben, um unser Fachwissen einbringen zu können. Zum Glück können wir uns dafür auf ein tolles Team verlassen.

Karin Haas: Neben den vielen involvierten Bereichen wie Gesundheit, Wirtschaft oder Politik steht immer das Individuum im Zentrum. Diese Altersgruppe ist derart heterogen, die Vielfalt ist enorm, was dieses Thema nur noch spannender macht. Um den Überblick zu behalten, ist es wichtig, nicht nur interdepartemental, sondern auch transdisziplinär zusammenzuarbeiten. Nur so können wir dem Thema einigermassen gerecht werden.



Die Ernährungswissenschaftlerin Dr. Karin Haas und der Psychologe Dr. Jonathan Bennett leiten seit 2022 das neue interdepartementale Institut Alter gemeinsam.

Bleiben wir kurz bei den Schwerpunkten, die Jonathan Bennett angesprochenen hat. Können Sie darlegen, welche Hauptthemen und Kompetenzen Sie mit dem Institut Alter belegen wollen?

Jonathan Bennett: Ich denke, dass die bisherige thematische Aufstellung des Instituts eine gute Grundlage für die weitere Entwicklung ist. Wir müssen nicht von einem Tag zum anderen alles umkrempeln. Manche der Themen, die wir heute schon bearbeiten, wie «Care im fragilen Alter», «Altersarbeit im kommunalen Sozialraum» und «alternde Gesellschaft» können sowohl sozial-gerontologisch als auch gesundheitswissenschaftlich angegangen werden. Wesentlich sind auch die Themen Gesundheitsförderung und Public Health: Da können wir von der Expertise des Departements Gesundheit enorm profitieren.

Karin Haas: Ich sehe das auch so. Viele unserer Themen sind so eng miteinander verknüpft, da finden wir schnell zusammen. Auch die gesundheitliche Ungleichheit ist ein wichtiges Thema, da viele soziale Aspekte für die Gesundheit eine förderliche beziehungsweise hemmende Rolle spielen können.

Jonathan Bennett: Lösungen zu finden drängt auch beim steigenden Pflege- und Betreuungsbedarf in der älteren Bevölkerung. Dieser kann bereits heute nicht mehr ausschliesslich durch die formell zuständigen Akteur*innen abgedeckt werden. Die Rolle der Zivilgesellschaft wird immer wichtiger – zum Beispiel von

Angehörigen, die Betreuungsarbeit leisten, aber auch von Freiwilligen, die Unterstützungsleistungen im Quartier erbringen. Da gibt es viele gesundheitswissenschaftliche und sozialpolitische Fragestellungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit, aber auch zum gesellschaftlichen Wert unbezahlter Betreuung oder Care-Arbeit.

Diese Themen liessen sich von der Gesundheit und der Sozialen Arbeit aber gewiss auch separat bearbeiten. Warum hat man sich für die interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem Institut entschieden?

Jonathan Bennett: Das Themenfeld Alter lässt sich idealerweise interdisziplinär bearbeiten. Das ist an der BFH keine neue Erkenntnis, und entsprechende Bemühungen und Kooperationen bestehen ja auch schon länger – gerade im Care-Bereich. Initialzündung für diese institutionalisierte Zusammenarbeit war die Profilschärfung des Instituts Alter. In Gesprächen mit dem Departement Gesundheit kristallisierte sich bald

«Der gewählte gemeinsame Weg entspricht auch dem Trend zur Interdisziplinarität und wird dazu beitragen, dass wir mit unserer angewandten Forschung verstärkt lösungsorientierte Innovationen für die Praxis entwickeln können.»

Dr. Karin Haas

heraus, dass sich beide Departemente als Stakeholder im Themenfeld Alter definieren. Dass es nun eine Co-Leitung, ein gemeinsames Team und eine gemeinsame finanzielle Verantwortung gibt, ist ein überzeugender Schritt.

Karin Haas: Genau, solche Strukturen erleichtern die Zusammenarbeit, da diese nicht mehr vom Engagement Einzelner abhängt. Der gewählte gemeinsame Weg entspricht auch dem Trend zur Interdisziplinarität und wird dazu beitragen, dass wir mit unserer angewandten Forschung verstärkt lösungsorientierte Innovationen für die Praxis entwickeln können.

Gibt es aus der früheren Zusammenarbeit Projekte, die in die neue Struktur übernommen wurden und die nun erste Früchte in Form von Forschungsergebnissen abwerfen?

Karin Haas: Wir haben in der Tat schon erste Projekte gestartet. Im Projekt «Healthy up high», an dem neben dem Institut Alter auch das Departement Architektur, Holz und Bau beteiligt ist, wird ein multidimensionales Konzept entwickelt. Dieses basiert auf Ansätzen der Gesundheitsförderung und einer community-basierten Sozialplanung. Dabei werden unter anderem die Bedürfnisse älterer Bewohner*innen in Berner Hochhaus-Siedlungen erhoben, um ihnen ein gesundes Altern in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen. Im Laufe dieses Jahres wird es die ersten Ergebnisse dazu geben.

Jonathan Bennett: Das Institut Alter weist in der Tat schon eine langjährige Tradition der Zusammenarbeit in Forschung und Weiterbildung auf. Der Demenzbereich ist beispielsweise ein typisches Anwendungsfeld, in dem zur bereits etablierten Zusammenarbeit mit dem Fachbereich Pflege nun auch das Fachwissen aus der Ernährung und Diätetik sowie der Physiotherapie besser einfließen. In Planung sind auch Projekte im Bereich «Arbeitsmarkt und betriebliches Gesundheitsmanagement» und an der Schnittstelle «Betreuung und Digitalisierung», wo digitale Tools zivilgesellschaftliche Akteur*innen bei der Betreuung unterstützen sollen.

Man wird den Erfolg der neuen Strukturen daran messen, dass ab 2022 noch mehr interdisziplinäre Projekte zustande kommen. Aber wichtig ist eben auch das neue Mindset, dass jedes Projekt im Institut Alter von nun an interdepartemental ist. Dazu kommt eine «Sharing-Kultur», die bereits jetzt im Team Einzug gehalten hat. Das fühlt sich schon fast ein wenig revolutionär an.

Und wie sieht es mit dem Wissenstransfer in die Praxis aus, gibt es da ebenfalls schon Projekte?

Karin Haas: Wir arbeiten derzeit an Weiterbildungsangeboten, die an der klassischen Schnittstelle von Pflege und Betreuung angesiedelt sind und sich stark an der Zielgruppe des Departements Gesundheit orientieren. Das Thema Gesundheit und Soziales im Alter bietet noch sehr viel Potenzial, das wir in den kommenden Jahren ausloten werden. Zudem möchten wir gemeinsam mit den Verantwortlichen der Bachelor- und Master-Studiengänge herausfinden, wo auch in der Lehre unser Wissen einfließen kann. Diese ist schliesslich ebenfalls wichtig für den Wissenstransfer in die Praxis.

«Klar wird man den Erfolg der neuen Strukturen daran messen, dass ab 2022 noch mehr interdisziplinäre Projekte zustande kommen. Aber wichtig ist eben auch das neue Mindset, dass jedes Projekt im Institut Alter von nun an interdepartemental ist.»

Dr. Jonathan Bennett

Das Institut Alter besteht nun seit zehn Jahren und hat in dieser Zeit einige Veränderungen mitgemacht. Wo, denken Sie, wird das Institut in zehn Jahren stehen?

Jonathan Bennett: Ich hoffe, dass das Institut Alter offen bleibt und als Nukleus in Altersfragen für verschiedenste Kooperationen zur Verfügung steht. Dafür wollen wir weiter die geeigneten Modelle finden. Zudem schwebt mir eine Öffnung über den Hochschulbereich hinaus Richtung Bürgerbeteiligung und «Citizen Science» vor. Eine solche Mitwirkung wird in Zukunft von der Öffentlichkeit wohl noch stärker eingefordert. Wenn sie gelingt, lässt sich dadurch echte gesellschaftliche Wirkung erzeugen.

Karin Haas: Zusammen mit dem Kompetenzzentrum für partizipative Gesundheitsversorgung haben wir auch sehr gute Chancen, uns hier gut zu positionieren. Ich habe auch die Vision, dass wir uns international in diesem Bereich etablieren und ein anerkanntes Institut über die Grenzen der Schweiz hinaus werden. Ein weiterer Wunsch meinerseits wäre es, dass die interdepartementale Kooperation auch in der Lehre zunehmend selbstverständlich wird und so auch neue und attraktive Studienangebote geschaffen werden.

Bachelor-Studiengänge Pflege und Physiotherapie nun auch in Basel

Neben dem Bachelor-Studium in Physiotherapie bietet das Departement Gesundheit der Berner Fachhochschule seit Herbst 2021 auch das Bachelor-Studium in Pflege in Basel an. Am neuen Standort im Klybeck-Areal studieren aktuell 224 Personen.



Die Berner Fachhochschule (BFH) bildet bereits seit 2007 erfolgreich Physiotherapeut*innen im Bachelor-Studiengang am Standort Basel aus (siehe Kasten). Im Herbst 2021 wurde das Angebot mit dem Bachelor-Studiengang Pflege ergänzt. Der Anstoss für diesen Schritt gab eine Anfrage der Basler Spitäler im Sommer 2014 an das Bildungszentrum Basel-Stadt (BZG), in Basel Studiumsplätze für die Pflege FH analog zur Physiotherapie anzubieten. Im Jahr 2016 stimmte der Kanton Basel-Stadt dem Antrag des BZG zu, einen Bachelor-Studiengang Pflege vor Ort bereitstellen zu können, und richtete diesbezüglich eine entsprechende Anfrage an die Berner Fachhochschule. Mit dem Ziel, das Bachelor-Studium in Pflege ab Studienjahr 2021/22 vollumfänglich in Basel anzubieten, startete die BFH im Rahmen einer Kooperation mit dem BZG bereits im Jahr 2018 mit einem Teilangebot in Basel.

Stetig wachsende Studierendenzahlen in der Pflege

Damals absolvierten insgesamt 15 Studierende einen Teil des Bachelor-Studiums Pflege – namentlich den praxisorientierten klinischen Skills-Unterricht und die Kommunikationstrainings – am Campus Spengler-Park in Münchenstein. Die restlichen Unterrichtsinhalte wie Vorlesungen, Seminare oder Expertenforen besuchten sie weiterhin in Bern. Nach dieser ersten erfolgreichen Teildurchführung des Bachelor-Studiums in Basel erhöhte sich die Anzahl Studierende im Jahr 2019 auf 21 und im Jahr 2020 bereits auf 25. Im Herbst 2021 starteten 36 immatrikulierte Studierende das neu vollumfängliche Studium in Basel.



Blick in die Zukunft: Im Sommer 2023 ist der Umzug nach Münchenstein in den sanierten Spengler-Park geplant.

Identisches Curriculum trotz zweier Standorte

«Der Start mit dem Teilangebot zeigte, dass unser Angebot in Basel gefragt ist. Es war aber auch mit grossem organisatorischem Aufwand verbunden», erklärt Prof. Dr. Sabine Hahn, Fachbereichsleiterin Pflege an der BFH. So pendelte das Team zwischen Basel und Bern, unterrichtete an beiden Standorten und betreute mehrere Kohorten gleichzeitig. Dies galt es für den Start im Herbst 2021/22 zu optimieren. Das Team wurde um zwölf Personen erweitert.

Im Projekt der Standorterweiterung war ein Ziel von Beginn weg zentral: Es soll trotz zweier Standorte ein Bachelorteam Pflege mit einem gemeinsamen, identischen Curriculum geben. So wurden initial die modulare Studiengangstruktur, die Studieninhalte, Studiendauer und Anzahl ECTS, das pädagogisch-didaktische Konzept sowie die Prüfungsformate vom Berner Curriculum übernommen und in Basel implementiert. Einzig die insgesamt drei interprofessionellen Module am Anfang des Studienjahres finden vorerst noch in Bern statt. Ziel ist es, an beiden Standorten weitestgehend dieselben Inhalte zu unterrichten und den Studierenden die gleichen Kompetenzen zu vermitteln. «In Zukunft wird es wichtig sein, das Curriculum gemeinsam und standortübergreifend weiterzuentwickeln», erläutert Sabine Hahn. Dies erfordert von den Mitarbeitenden der beiden Standorte ein hohes Mass an Abstimmung und eine gute Zusammenarbeit.

Start «Provisorium» Klybeck-Areal

Der Start im Herbst fiel zusammen mit dem Umzug ins Klybeck-Areal. Aktuell studieren dort insgesamt 71 Studierende im Bachelor-Studiengang Pflege und 153 Studierende im Bachelor-Studiengang Physiotherapie. Das Klybeck-Areal ist sowohl für das BZG als auch für die BFH ein «Provisorium». Im Sommer 2023 ist der Umzug nach Münchenstein in den sanierten Spengler-Park geplant.

Neu organisierter Bachelor-Studiengang Physiotherapie

Der Bachelor-Studiengang in Physiotherapie der Berner Fachhochschule (BFH) blickt zurück auf eine 14-jährige Geschichte, die fast zeitgleich mit Bern begann. Die erste Kohorte in Basel startete 2007 mit 51 Personen. Seither blieb die Zahl der Studierenden gleich. Im Herbst 2021/22 bietet die BFH im Bachelor-Studiengang Physiotherapie in Basel und Bern erstmals Platz für je 56 Studierende.

Die BFH nutzte den Start des Bachelor-Studiengangs Pflege, den Lehrkörper Physiotherapie des Bildungszentrums Basel-Stadt BZG per Ende 2021 zu übernehmen und mit dem Lehrkörper Physiotherapie der BFH zusammenzuführen. Das Team des Fachbereichs Physiotherapie wurde infolgedessen um 18 Mitarbeitende reicher, für die Studierenden und am Curriculum bleibt indes alles gleich. «Die Neuorganisation ist ein Gewinn, weil wir nun noch besser von den Erfahrungen von zwei Standorten profitieren und das Wissen in einem Team sammeln können», sagt Irene König, Co-Leiterin des Bachelor-Studiengangs Physiotherapie. Ziel der Zusammenführung ist es, den Austausch in der Physiotherapie zu erleichtern und Bereiche der Ausbildung und Praxis zu harmonisieren. (nis.)



Prof. Dr. Kaspar Küng
Leiter BSc Pflege
kaspar.kueng@bfh.ch



Prof. Markus Berner
Dozent, Leiter Praxisausbildung Pflege
markus.berner@bfh.ch

Wie sich die **Verarbeitung** von **Lebensmitteln** auf unsere **Gesundheit** auswirkt

Die Verarbeitung von Lebensmitteln verändert deren Eigenschaften stark – nicht nur zu unserem Vorteil. Was sind ultra-verarbeitete Produkte, wie beeinflussen sie unsere Gesundheit und woran erkennen wir sie, damit wir den Konsum kontrollieren können?

Der moderne Mensch bereitet viele Lebensmittel zu, bevor er sie isst. Dies bringt Vorteile: Gebratenes Muskelfleisch ist bekömmlicher und leichter verdaulich als rohes. Das Verarbeiten von Rohprodukten wie Fisch, Fleisch, Getreide und Milch erlaubte es unseren Vorfahren, Esswaren haltbarer zu machen oder deren Energiedichte zu steigern. Es machte sie auch unabhängiger von ihrer Umwelt, von den Jahreszeiten und vom Wetter. Dies half der Entwicklung des Gehirns und schaffte mehr Freiraum für andere Beschäftigungen. Möglicherweise trug die Lebensmittelverarbeitung wesentlich zur Entwicklung der Kultur und zu Fortschritten in der Technik bei.

Lebensmittelverarbeitung bringt Vorteile für Herstellung und Handel

In Ländern wie den USA oder Grossbritannien ist über die Hälfte der eingekauften Lebensmittel stark verarbeitet (Ultra-Verarbeitung, ultra-processed food: UPF, siehe Kasten), in der Schweiz ist es rund ein Viertel (Pestoni et al., 2021). Die Verarbeitung nützt der Herstellungsfirma in vielerlei Hinsicht. Das Produkt ist hoch standardisiert, günstig herstellbar, lange haltbar, schmackhaft und konsumfördernd (Monteiro et al., 2018). Viele moderne Lebensmittel sind aber überhaupt erst durch starke Verarbeitung möglich. Dazu zählen auch Ersatzprodukte für Milch- und Fleischprodukte – entsprechend sind die meisten vegetarischen und veganen Fertigprodukte stark prozessiert. Auch der Detailhandel profitiert von den stark verarbeiteten Produkten, kann dieser doch gleichbleibende Menge und Qualität anbieten und hat weniger Ausschussware. Dies hat zur Folge, dass zum Beispiel in den USA viele Ketten praktisch ausschliesslich UPF anbieten (Baraldi et al., 2018).

Ultra-verarbeiten heisst Vorverdauen

Wir leben heute in einer Umwelt, die uns wenig Kalorien abverlangt, jedoch viele rund um die Uhr bietet. Entsprechend können uns die neuen Eigenschaften, die durch die Verarbeitung entstehen, auch Nachteile einbringen. Aus heutiger Optik sind ein Hauptproblem der UPF die schlechten Sättigungseigenschaften in Kombination mit erhöhter Attraktivität. Die Zusammensetzung der Nährstoffe hat auf diese Eigenschaften keinen Einfluss. Unverarbeitete Lebensmittel wie Hülsenfrüchte sind reich an Nahrungsfasern und haben somit eine verzögerte Blutzuckerantwort zur Folge. Dies entlastet Organe wie Leber und Bauchspeicheldrüse, die an der Blutzuckerregulation beteiligt sind. Die Eigenschaft erklärt auch, warum Linsen, Kichererbsen und Co. im Verhältnis zu den enthaltenen Kalorien gut sättigen.

Im Gegensatz dazu verlangsamt das Beifügen von Fasern zu ultra-verarbeiteten Frühstücksflockli das Erscheinen von Glukose im Blut kaum (Schenk et al., 2003). Die ultra-verarbeiteten Lebensmittel übernehmen für den Körper also einen Teil der Verdauungsaufgabe, die dem Körper Energie abverlangt und uns satt fühlen lässt. Tatsächlich konnte eine viel beachtete Studie zeigen, dass bei gleicher Nährstoffzusammensetzung Proband*innen, die ultra-verarbeitete Lebensmittel assen, etwa 500 Kalorien pro Tag mehr einnahmen als die Vergleichsgruppe, die ausschliesslich minimal verarbeitete Speisen konsumierte (Hall et al., 2019).

Zusammenhang zwischen Konsum und Gesundheit

Beobachtungsstudien zeigen einen positiven Zusammenhang zwischen dem Konsum von UPF und chronischen Krankheiten wie Adipositas, Diabetes, Krebs und Herz-Kreislauf-Krankheiten (Lane et al., 2021). Einen Rückschluss darauf, dass UPF diese Krankheiten auch



verursachen, lassen solche Studien nicht zu. Gut möglich, dass andere gesundheitsrelevante Unterschiede zwischen starken und schwachen Konsument*innen von UPF zumindest einen Teil des Risikos erklären. Allerdings liefert eine kürzlich veröffentlichte randomisierte kontrollierte Studie starke Hinweise darauf, dass UPF selbst für Gesundheitsrisiken verantwortlich sind. Im Versuch nahmen übergewichtige Menschen nur aufgrund des Verarbeitungsgrades nach zweiwöchigem Konsum von UPF ein Kilo an Gewicht zu, während die Kontrollgruppe, die minimal verarbeitete Lebensmittel mit identischer Nährstoffzusammensetzung konsumierte, ein Kilo abnahm. Die Studie kam zum Schluss, dass Konsument*innen von UPF mehr Kalorien zu sich nehmen müssen, um satt zu werden (Hall et al., 2019).

Labels geben falsche Sicherheit

Beim Einkauf wird es den Konsument*innen schwer gemacht, scheinbar von wirklich gesunden Produkten zu unterscheiden. Viele UPF lassen sich durch Labels gesünder erscheinen, als sie tatsächlich sind. Dazu gehören Zusätze wie «sugarfree», «ohne Zuckerzusatz», «mit Vitaminen», «ballaststoffreich», «glutenfrei» oder «vegan». Auch der kürzlich in der Schweiz eingeführte Nutri-Score unterscheidet nicht zwischen stark und wenig verarbeiteten Lebensmitteln (BLV, 2022). Tatsächlich handelt es sich bei vielen Produkten, welche die Bestnote A erhalten, um UPF, während unverarbeiteten Produkten wie frischen Früchten und Gemüse diese attraktive Benotung verwehrt bleibt. Umso wichtiger wäre es für Konsument*innen, den Überblick über den Anteil eingekaufter UPF zu behalten. Eine Bachelor-Thesis des Fachbereichs Ernährung und Diätetik der Berner Fachhochschule konnte zeigen, dass dies mit automatisch generierten Einkaufsdaten grundsätzlich möglich ist (siehe Abbildung). Die Arbeit stellt eine Grundlage für Konsument*innen dar, um Schwankungen des Verarbeitungsgrads ihres Einkaufs zu erkennen und den Anteil gezielt zu senken (Schönenberger et al., 2021).

Literatur

- Baraldi, L. G., Martinez Steele, E., Canella, D. S., & Monteiro, C. A. (2018). Consumption of ultra-processed foods and associated sociodemographic factors in the USA between 2007 and 2012: evidence from a nationally representative cross-sectional study. *BMJ Open*, 8(3), e020574.
- Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen BLV. Nutriscore. Heruntergeladen von: <https://www.blv.admin.ch/blv/de/home/lebensmittel-und-ernaehrung/ernaehrung/nutri-score.html> am 18.03.2022
- Hall, K. D., Ayuketah, A., Brychta, et. al. (2019). Ultra-Processed Diets Cause Excess Calorie Intake and Weight Gain: An Inpatient Randomized Controlled Trial of Ad Libitum Food Intake. *Cell Metabolism*, 30(1), 67-77.e3.
- Lane, M. M., Davis, J. A., Beattie, S., Gómez-Donoso, C., et. al. (2021). Ultraprocessed food and chronic noncommunicable diseases: A systematic review and meta-analysis of 43 observational studies. *Obesity Reviews*, 22(3), e13146.
- Monteiro, C. A., Cannon, G., Moubarac, J. C., et. al. (2018). The UN Decade of Nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing. *Public Health Nutrition*, 21(1), 5–17.
- Pestoni, G., Habib, L., Reber, E., et. al. (2021). Ultraprocessed Food Consumption is Strongly and Dose-Dependently Associated with Excess Body Weight in Swiss Women. *Obesity*, 29(3), 601–609.

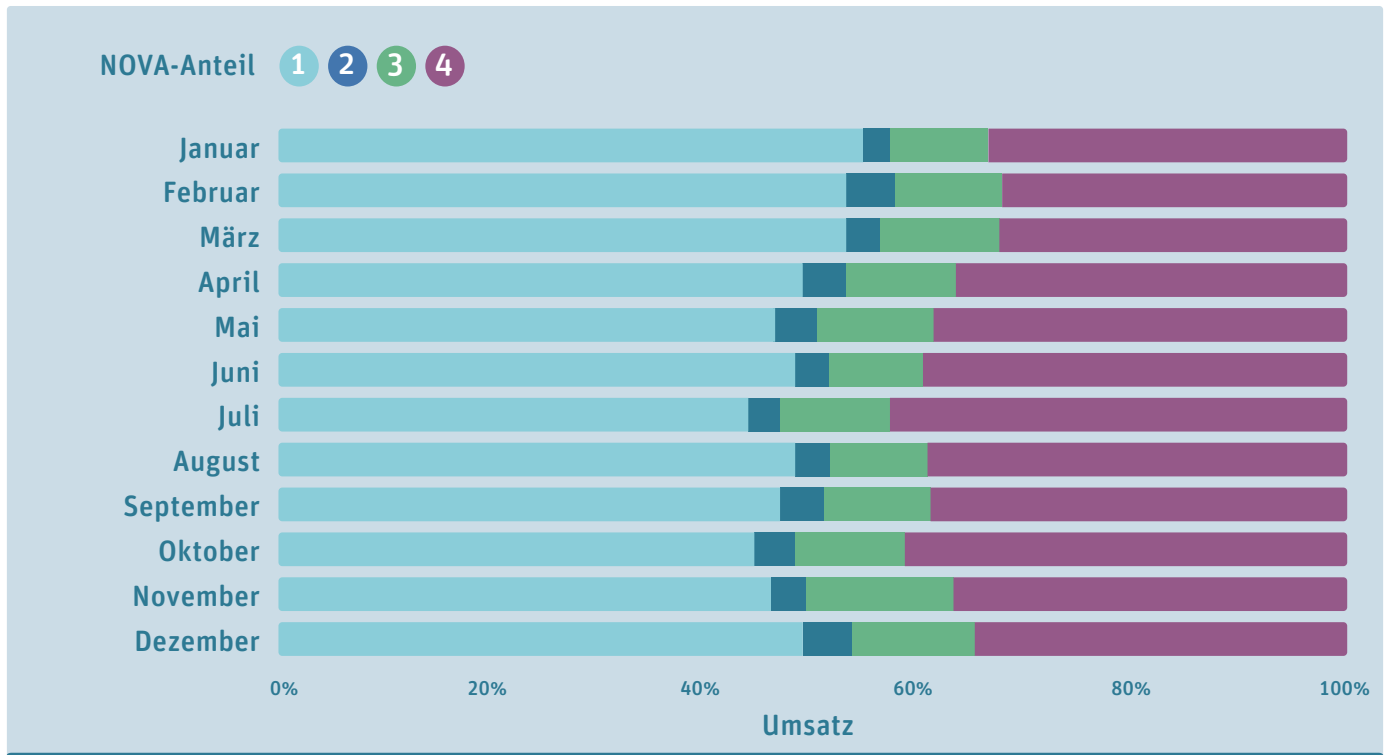
- Schenk, S., Davidson, C. J., Zderic, et. al. (2003). Different glycemic indexes of breakfast cereals are not due to glucose entry into blood but to glucose removal by tissue. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 78(4), 742–748.
- Schönenberger, D., & Wismann, A. (2021). Saisonale Schwankungen beim Einkauf von stark verarbeiteten Lebensmitteln beurteilt anhand von Cumulus-Daten. Bachelor-Thesis, Berner Fachhochschule Gesundheit, Ernährung und Diätetik.

Definition von Ultra-Verarbeitung

Damit Forschende und Konsument*innen unter Ultra-Verarbeitung das gleiche verstehen, wurde eine Klassifizierung vorgeschlagen. In dieser sogenannten NOVA-Einteilung entspricht die höchste Kategorie (4) den UPF (Monteiro et al., 2018). Neben den zahlreichen Verarbeitungsschritten ist der Zusatz bestimmter Stoffe charakteristisch, wie Farbstoffe, Aromen oder Geschmacksverstärker, aber auch von Substanzen, die das Volumen, die Konsistenz, Homogenität oder die Feuchte des Produktes verändern. Die Herstellung dieser Klasse-4-Produkte kann zu Hause nicht nachgeahmt werden. Die NOVA-Definition ist grob und auch nicht universell anwendbar. Es existieren aber bereits darauf aufbauende Alternativen, die Konsument*innen besser darin unterstützen Produkte unterscheiden zu können. Zu den typischen UPF gehören Fastfood und Fertigprodukte, aber auch Back- und Süßwaren, Snacks, Fleischprodukte, Frühstücks-Cerealien, Riegel, manche Milchprodukte und viele Getränke.



Prof. Dr. med. David Fäh
Dozent BSc/MSc Ernährung und Diätetik
david.fae@bfh.ch



Anteil des Umsatzes nach Verarbeitungsgrad und Monat basierend auf Cumulus-Daten der Migros.

Wie verringere ich ultra-verarbeitete Lebensmittel in meiner Ernährung?

Neben dem bewussten Einkauf bietet der Alltag noch weiteres Potenzial, um UPF zu reduzieren. Folgende Tipps bieten Unterstützung:

- Basis der Ernährung: wenig oder unverarbeitete Produkte (z. B. Früchte, Gemüse, Nüsse, Hülsenfrüchte, Quinoa)
- Die Verarbeitung von Lebensmitteln möglichst selbst in die Hand nehmen
- Lebensmittel kaufen, deren Ursprung und Herstellung ich kenne
- Beim Einkauf auf Produkte setzen, die es schon lange gibt
- Sich nicht von Labels zum Kauf verleiten lassen
- Auf kurze Zutatenliste achten (idealerweise weniger als fünf Zutaten)
- Lange Haltbarkeit weist auf starke Verarbeitung hin
- Bei den verarbeiteten Produkten sind fermentierte zu bevorzugen, da diese Verarbeitung weniger problematisch ist
- Beim Auswärtsessen Küchen wählen, die mit wenig Verarbeitung auskommen, z. B. thailändisch, vietnamesisch, japanisch

Wenn Mediziner*innen von Hebammen lernen

Seit 2019 werden an der Berner Fachhochschule jedes Jahr rund 50 Medizinstudierende der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich (ETHZ) von angehenden Hebammen in physiologischer Geburtshilfe ausgebildet. Dies ist ein Novum in der Medizingeschichte, denn lange haben Ärzte Hebammen ausgebildet und nicht umgekehrt.

Lange Zeit war die Ausbildung von Hebammen den medizinischen Fachpersonen vorbehalten. Während im 18. Jahrhundert in der ärztlichen Hebammenausbildung Folgsamkeit und Ehrerbietung gelehrt wurde (siehe Kasten), möchte man heute die interprofessionelle Zusammenarbeit mit den medizinischen Fachpersonen verbessern und den gegenseitigen Respekt fördern. Hierfür entwickelte die Berner Fachhochschule 2019 gemeinsam mit der ZHAW (Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaft) und der ETHZ (Eidgenössische Technische Hochschule Zürich) ein interprofessionelles Skills-Training.

Novum in der Medizingeschichte

Dieses Skills-Training ist als Novum in der Medizingeschichte zu erachten. Denn anders als im 18. Jahrhundert lernen im Skills-Training jährlich 50 angehende Humanmediziner*innen von angehenden Hebammen. Diese geben ihr Fachwissen zur physiologischen Geburtshilfe weiter, sodass die Humanmedizinstudierenden die Sichtweise der Hebammen lernen. Die Hebammenstudierenden profitieren von ihrer Funktion als Peer-Tutor*innen ebenso, weil sie durch die intensive Auseinandersetzung mit Vorbereitung und Lehre doppelt lernen, ganz im Sinne von «to teach is to learn twice». Um sicherzustellen, dass sie in der Lage sind, korrektes Wissen zu vermitteln, findet das Skills-Training im zweiten Studienjahr statt. Dann wurden die Kompetenzen zur Physiologie bei den angehenden Hebammen bereits geprüft. Tutor*innen der BFH sind während der Trainings als Moderator*innen anwesend und können zur Hilfestellung hinzugezogen werden.

Untersuchungen selbst erleben

Die Humanmedizinstudierenden haben vor dem Skills-Training bereits zwölf Stunden Theorieunterricht erhalten. Im Skills-Training liegt der Fokus dann auf der praktischen Ausbildung in den Themenbereichen Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Neugeborenes. Die interprofessionellen Gruppen besprechen Fallbeispiele pro Themenbereich und üben mithilfe von Schauspielerinnen sowie geburtshilflichen Modellen und Puppen ihre Skills in der physiologischen Geburtshilfe sowie ihre kommunikativen Fertigkeiten. Dabei

lassen die Studierenden keine Situation aus: Von der Geburtsterminberechnung, Herzton-Auswertung und der vaginalen Untersuchung über die physiologische Geburt, die Beurteilung der Plazenta bis hin zum Stillen ist alles enthalten. «Die Medizinstudierenden können selbst erleben, wie es sich anfühlt, wenn jemand auf einem gynäkologischen Stuhl mögliche Untersuchungen an einem vornimmt und zudem kommuniziert werden soll», erklärt Martina Rüegg, wissenschaftliche Assistentin bei der BFH und Mitorganisatorin des Trainings. «Hier spüren sie schnell, dass Privatsphäre und Einfühlungsvermögen für die Patientinnen wichtig sind, auch wenn man bedenkt, dass das Training in Kleidung stattfindet und so bereits eine gewisse Privatsphäre gegeben ist», führt sie aus.

Positive Rückmeldungen der Studierenden

«Es macht Spass, zu sehen, wie motiviert die Hebammen sind und ihren Beruf mit viel Freude und Stolz vertreten», sagt Martina Rüegg. Auch bei den Medizinstudierenden stossen die Skills-Trainings auf Anklang, wie einige Statements aus der Evaluation zeigen (siehe rechts). Erfahren Sie im Interview auf unserer Webseite, wie eine Medizinstudentin das Skills-Training erlebt hat. Scannen Sie hierfür den QR-Code.



Rahel Messmer
Studienleiterin Weiterbildung
Hebammen
rahel.messmer@bfh.ch



Beim Skills-Training vermitteln zukünftige Hebammen ihr Fachwissen an Medizinstudierende.

Von «folgsamen und gewärtigen» Hebammen

Obwohl seit jeher bei Geburten Frauen anwesend waren, welche die Gebärende solidarisch in den Stunden der Niederkunft unterstützten, kam durch den Forschergeist der Renaissance die Geburt zunehmend in den Fokus der Ärzte. Durch die Erfindung des Buchdruckes wurde die Lehre von medizinischem Wissen zwar zugänglicher, viele Hebammen konnten damals aber nicht lesen. Folglich wurde die Hebammenausbildung den Ärzten übertragen. Die erste ärztlich geleitete Hebammenschule der Schweiz wurde 1771 in Basel eröffnet (Jenzer H. 1996). Im Staatsarchiv Basel findet sich die Hebammenordnung von 1769, in welcher beschrieben wird, dass Hebammen dem Stadtarzt und dem Hebammenmeister «folgsam und gewärtig» sein sollen und dem Hebammenmeister in allem, was er den Hebammen anriet, «geziemende Folge und bescheidene Ehrerbietung» leisten sollen. Bei Nichtbefolgung drohte Geldstrafe oder Berufsausschluss (Staatsarchiv, 1769).

Literatur

- Jenzer, H. (1996). Die Gründung der Hebammenschulen in der Schweiz im 18. Jahrhundert (mit besonderer Berücksichtigung der bernischen Verhältnisse). Heruntergeladen von <https://www.e-periodica.ch/digbib/view?pid=ges-001%3A1966%3A23%3A%3A74&referrer=search#74> am 28.1.2022
- Staatsarchiv Basel. STA Bf 1 A 12-36 Hebammenordnung für die Hebammen in der Stadt. (17.Mai 1769) heruntergeladen von: http://dokumente.stabs.ch/view/2015/STA_Bf_1_A_12-36/#10 am 28.1.2022

Das sagen die Medizinstudierenden zum Skills-Training

«Wirklich beeindruckende Motivation der Hebammen-Studierenden. Sie haben sich enorm Mühe gegeben, ihr Wissen zielgerichtet weiterzugeben. Erstmals (!) im Medizinstudium habe ich einige Skills genügend oft geübt, dass ich mich ein bisschen sicher fühle.»

«Es ist ein extrem cooler Ansatz, dass die Hebammen uns Medizinstudierenden die Geburt theoretisch sowie an Modellen näher bringen. Diese Skills-Tage waren für mich ein Highlight im Studium.»

«Ich fand die zwei Tage super. Der interprofessionelle Austausch war sehr spannend, und wir durften von den Hebammen sehr viel lernen. Unsere Hebammen-Kolleginnen waren sehr bemüht, uns alles zu erklären, und motiviert, unsere Fragen zu beantworten.»



BFH begleitet digitale Transformation in der Gesundheitsversorgung

Das Innovationsfeld Digitale Gesundheit der Berner Fachhochschule forscht im Bereich der Digitalisierung und Technologisierung der Gesundheitsversorgung mit dem Fokus Pflege. Ziel ist es, bei der Zusammenarbeit von Mensch und Maschine einen wahrnehmbaren Mehrwert für die Nutzenden zu generieren.

Die Technologisierung und Digitalisierung der Gesundheitsversorgung ist omnipräsent. Aufgrund ihrer zentralen Stellung in der Gesundheitsversorgung ist die Profession Pflege an fast allen digitalen Prozessen im Gesundheitswesen beteiligt. Das Innovationsfeld Digitale Gesundheit des Fachbereichs Pflege der Berner Fachhochschule beschäftigt sich aus diesem Grund seit 2018 mit dem Design einer von Mehrwehrt und Vertrauen gekennzeichneten Zusammenarbeit von Mensch und Maschine. Die Forschung des Innovationsfeldes trägt dazu bei, mit der Digitalisierung und Technologisierung der Gesundheitsversorgung die Eigenständigkeit der Profession Pflege zu stärken, Pflegende zum aktiven Handeln zu befähigen, ihr kritisches Denken zu fördern, die zwischenmenschliche Interaktion zu stärken, ein personenzentriertes Caring zu vertiefen sowie eine sichere und selbstbestimmte Lebensweise von Patient*innen, Bewohnenden und Kund*innen zu fördern.

Das Forschungsteam des Innovationsfeldes führt die Projekte grundsätzlich interdisziplinär durch und in Zusammenarbeit mit weiteren BFH-Departementen, wie beispielsweise den Departementen Wirtschaft, Hochschule der Künste oder Medizininformatik. Im Zentrum der Forschung stehen Menschen jeden Alters – mit besonderem Fokus auf ältere Menschen, Kinder und Jugendliche. Der interdisziplinäre Ansatz hat das Ziel, einen umfassenden Erkenntnisgewinn sowie wirksame, aktuelle und nachhaltige Antworten auf Fragen der digitalen Transformation zu erhalten.

Beispiele von digitaler Pflege

Die Digitalisierung und Technologisierung ist für ältere Menschen von besonderer Relevanz, da diese sie darin unterstützen kann, länger und selbstbestimmt in der häuslichen und bekannten sozialen Umgebung zu leben. Interessant sind hier Technologien aus dem Bereich der Sturzalarmierung, Früherkennung von Gesundheitsverschlechterungen, Gesundheits- und Aktivitätsmonitoring oder auch Telecare/-medizin. Gerade für die spitalexterne Pflege, für Pflegefachpersonen und für Nurse Practitioners, die ältere Menschen im häuslichen Umfeld begleiten, sind digitale Kompetenzen hinsichtlich dieser Sicherheitstechnologien wichtig.

Auch für den Kinder- und Jugendbereich sind digitale und technologische Innovationen von hohem Interesse. Durch ihren Einsatz können Wohlbefinden und Gesundheit der jungen Patient*innen gefördert werden. So können z. B. Kinder und Jugendliche mit einer onkologischen oder psychischen Erkrankung via Online-Plattform mit dem Spital, den Pflegefachpersonen, den Ärzt*innen, aber auch mit ihrer Schule in Verbindung stehen. Sie finden Beratung und unterstützende Informationen, die ansprechend und in ihrer Sprache aufbereitet sind, sei dies als Spiel, als Quiz oder durch Virtual Reality. Ebenso können sie sich mit anderen betroffenen Kindern, die nicht am selben Ort leben, digital austauschen. Diese so genannten mHealth-Anwendungen vermitteln Wissen und Handlungssicherheit, beispielsweise beim Umgang mit Notfallsituationen oder beim Selbstmanagement von Inkontinenz, Asthma oder Diabetes.

Weitere E-Health-Angebote sind Blended-Care-Modelle, welche aus einer Mischung aus Online-Interventionen und persönlichen Kontakten zwischen Patient*in und Gesundheitsfachperson bestehen. Das in der Schweiz noch junge Konzept «Spital zu Hause» ermöglicht aufgrund der technologischen Entwicklung die Behandlung, Therapie und Betreuung von Patient*innen in ihrer häuslichen Umgebung.

Einfachere Prozesse dank Digitalisierung

Neben der Entwicklung und Evaluation von digitalen Angeboten ist es dem Team des Innovationsfeldes ein Anliegen, die Pflege- und Betreuungsprozesse mittels Digitalisierung zu vereinfachen. So sollen die benötigten Informationen im entsprechenden Prozessschritt zur Verfügung stehen. Handlungsanweisungen müssen demnach nicht im Intranet gesucht werden, sondern sind direkt bei der Massnahmenplanung einsehbar. Weiter können Pflegefachpersonen durch die digitalen Datenerfassung Fehler möglichst rasch ausschliessen und eine zeitnahe Datenauswertung vornehmen. Wichtig ist dabei: Digitale Prozesse sind nicht einfach ein Abbild papierbasierter Prozesse. Sie generieren einen Mehrwert für alle am Prozess Beteiligten, indem verschiedene Prozesse miteinander verknüpft sind. Automatisierungen unterstützen unter Zuhilfenahme von Methoden der künstlichen Intelligenz den Entscheidungsprozess in Diagnostik, Zielsetzung, Massnahmenplanung und Outcome-Messung. Damit wird die Versorgungssicherheit positiv beeinflusst.

Diskurse am Puls der Zeit

Die Forschenden des Innovationsfeldes sind national und international anerkannte Expert*innen im Themenfeld der Technologisierung und der digitalen Transformation der Gesundheitsversorgung mit dem Fokus Pflege. Ein wichtiger Pfeiler des Innovationsfeldes ist das kontinuierliche Networking, wie beispielsweise mit dem Gremium SBK-Kommission eHealth und Pflege, der neu gegründete Kommission Digital Nursing Science des Vereins für Pflegewissenschaft, der Kompetenz- und Koordinationsstelle eHealth Suisse oder auch dem Swiss Center für Design und Health sowie der Kontakt zu Firmen und Start-ups im Technologiebereich. Nationale und internationale Konferenztätigkeit weitet das Netzwerk aus und erlaubt Diskurse am Puls der Zeit.

Weitere Informationen zum Innovationsfeld Technologie und Gesundheit unter:
bfh.ch/pflegeforschung-innovationsfelder



Dr. Friederike J.S. Thilo
Leiterin Innovationsfeld Digitale
Gesundheit
friederike.thilo@bfh.ch

Die drei Forschungsthemen des BFH-Innovationsfeldes

Bedarfsorientierte Technologieentwicklung

Ziel ist es, gesundheitsrelevante Technologien so zu entwickeln, dass Nutzer*innen diese im Alltag als wirksam erachten und dann auch langfristig nutzen. Entwickelt, getestet und evaluiert wird deshalb systematisch, bedarfszentriert, theorie- und methodengeleitet sowie prozessorientiert. Es handelt sich um Technologien aus den Bereichen Robotik, eHealth (digitale Werkzeuge) und mHealth (Applikationen auf mobilen Geräten) sowie um Assistenzsysteme.

Digitale Transformation

Im Forschungsthema Digitale Transformation begleitet die BFH Prozesse wissenschaftlich, systematisch und unter Einbezug von Best Practice mit besonderem Fokus auf die Profession Pflege. Dabei adressiert die BFH primär den Kultur- und Wertewandel sowie das Thema Datennutzung.

Datenbasierte Pflege

In der Datenbasierten Pflege untersucht die BFH, wie und welche Informationen für die Umsetzung des Pflege- und Behandlungsprozesses essenziell sind und für Entscheidungshilfen (Automatisierungen, Algorithmen, künstliche Intelligenz) genutzt werden können.

Digitale Physiotherapie: Ein Zukunftsmodell in der Schweiz?

Die schweizweiten Lockdowns aufgrund der Covid-19-Pandemie sorgten in der ambulanten Physiotherapie für einen Anstieg von digitalen Angeboten. Welche Auswirkungen das auf den Alltag der Physiotherapeut*innen und Patient*innen hatte, untersuchte die Berner Fachhochschule gemeinsam mit anderen Fachhochschulen.

Der nationale Lockdown im Jahr 2020 führte dazu, dass in der ambulanten Physiotherapie «nicht dringende» Behandlungen ausgesetzt werden mussten. Infolgedessen gingen Physiotherapiesitzungen mit physischem Kontakt um 84 % zurück. Dies eröffnete die Möglichkeit, auf digitale Behandlungs- und Beratungsangebote umzustellen. In welchem Ausmass die Physiotherapeut*innen die Alternativen umsetzten, war Gegenstand einer Online-Befragung im Nachgang des Lockdowns. Ein Projektkonsortium der Physiotherapie-Fachbereiche der Berner Fachhochschule (BFH), der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), der Haute Ecole de Santé Vaud (HESAV) und der Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI) nahm sich dieser an.

Ein Blick über die Grenzen

Im internationalen Kontext hat sich die digitale Physiotherapie bereits etabliert. Der Weltverband World Physiotherapy unterstreicht, dass digital vermittelte Physiotherapie den Zugang zu Versorgungsmöglichkeiten und Gesundheitsinformationen erleichtern kann und die Verwaltung von Gesundheitsressourcen effizienter gestaltet. Systematische Übersichtsarbeiten weisen zunehmend die Wirksamkeit von Echtzeit-Telexrehabilitationskontakten bei muskuloskelettalen Erkrankungen nach. So konnten Verbesserungen der Lebensqualität, weniger Krankenhausaufenthalte oder eine geringere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens beobachtet werden. Demgegenüber sind in der Schweiz digitale Therapievermittlungen wenig bekannt. Als mögliche Barrieren sind das grundsätzliche Selbstverständnis, vornehmlich «Hands-on»-Therapie anzubieten und feh-

lende Kostenerstattungen für digitale Systeme oder eine geringe Technikaffinität innerhalb der Physiotherapie zu nennen. Hinzu kommen nicht praktikable digitale Anwendungen, da Entwickler*innen oftmals zu wenig Kenntnis über die physiotherapeutischen Arbeitsabläufe und Behandlungsprozesse besitzen.

Experimentierfeld Lockdown

Während des ersten Lockdowns durften Physiotherapeut*innen nur noch dringend notwendige Therapien fortführen oder Ferntherapien anbieten. Letzteres bot ein Experimentierfeld, um Erfahrungen mit digitalen Technologien zu sammeln. Die Online-Befragung zu den Auswirkungen des Lockdowns auf die Nutzung digitaler Distanz-Physiotherapie fand im Sommer 2020 statt. Sie enthielt in der Gesamtschweiz mit Hilfe der Mitgliederdatenbank des Berufsverbandes Physioswiss mehr als 700 Rückmeldungen von aktuell praktizierenden Physiotherapeut*innen. Durch die Lockdown-Situation war ein deutlicher Anstieg digitaler Distanz-Therapien zu verzeichnen. Von den Befragten gaben nur knapp 5 % an, digitale Distanz-Therapien vor dem Lockdown eingesetzt zu haben. Während des Lockdowns stieg dieser Wert auf rund 45 % an. Jüngere Therapeut*innen (<45 Jahren) und solche mit wenig Berufserfahrung zeigten sich weitaus affiner für digitale Technologien im Arbeitsumfeld. Die Ferntherapie wurde hauptsächlich (96 %) in Einzelsitzungen durchgeführt. Manche Therapeut*innen boten sowohl Einzel- als auch Gruppentherapien an, wenngleich Gruppentherapien nur von rund 10 % der Befragten durchgeführt wurden.



Mehr als 700 aktuell praktizierende Physiotherapeut*innen nahmen im Sommer 2020 an der Online-Befragung zu den Auswirkungen des Lockdowns auf die Nutzung digitaler Distanz-Physiotherapie teil.

Einsatzgebiete der Ferntherapie

Meistens wurde die digitale Ferntherapie bei muskuloskelettalen Beschwerden angewandt (68%), welche auch unter normalen Bedingungen den häufigsten Versorgungsbereich darstellen. 62% der digital versorgten Patient*innen waren Angehörige der Covid-19-Risikogruppe. Allerdings wurde die Therapie auf Distanz nicht nur zum Training eingesetzt, sondern auch für die Patient*innenschulung, zur Abklärung des Therapiefortschritts, für die Kontrolle des Einhaltens der Therapievorgaben und für Erstkontakte mit den Patient*innen. Die meisten Konsultationen erfolgten per Telefon, nachfolgend wurden auch Messenger-Dienste und Meeting-Software mit Videotelefonie eingesetzt.

Bei der Frage der Abrechnung digitaler Therapieangebote bestand am Anfang grosse Unklarheit. Rund 30% rechneten analog zu Physiotherapie-Einzelsitzungen ab. 17% rechneten via «medizinischer Trainingsanleitung» ab. Der Grossteil (43%) gab an, ihre Angebote ohne zusätzliche Abrechnungen realisiert zu haben.

Fortführung der digitalen Angebote

Die Hälfte der Befragten konstatierte, dass die digitalen Kommunikationsmöglichkeiten den wegfallenden persönlichen Kontakt weitestgehend hatten ausgleichen können. Zwei Drittel waren nicht überzeugt, dass Fernbehandlungen die reguläre Therapie nachhaltig ergänzen können. 44% äusserten kein Interesse an der Fortführung digitaler Angebote im Anschluss an die Pandemie und betrachteten diese eher als vorübergehende Erscheinung. Demgegenüber planen rund 20% der Befragten, die digitale Therapie als wichtiges Element im Leistungsangebot auch zukünftig einzusetzen.

Im zweiten Lockdown vom Dezember 2020 bis Februar 2021 waren regulatorische Verbesserungen bereits umgesetzt, indem die Indikationen für eine digitale

Ferntherapie erweitert und die Tarifpositionen angepasst worden waren.

Die Lockdown-Situation zeigte, dass die ambulante Schweizer Physiotherapie schnell und unkompliziert auf die veränderten Bedingungen reagiert hat. Im Nachgang müssen nun Standards zur Nutzung der Technologien – insbesondere auch in Bezug auf Aspekte der Datensicherheit – entwickelt werden. Grundlegend braucht es neue Konzepte, um «Präsenz»- und «Digital»-Therapie sinnvoll zu verknüpfen. Auch müssen die Physiotherapeut*innen ihre eHealth-Kompetenz weiter fördern. In der Ausbildung müssen digitale Angebote ähnlich zu ausländischen Modellen mehr Raum einnehmen.

Literatur

- Bundesamt für Statistik (2017). Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Neuchâtel, Switzerland. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/sgb.html> [Zugriff am 3.11.2021].
- Rausch, A. K. et al (2021). Physiotherapists' use and perceptions of digital remote physiotherapy during COVID-19 lockdown in Switzerland: an online cross-sectional survey. In: Arch Physiother. 11(1): 18.



Prof. Dr. Heiner Baur
Leitung aF&E Physiotherapie
heiner.baur@bfh.ch

Weiterbildung von der Praxis für die Praxis

Der Berufsalltag im Gesundheitswesen bringt oft unerwartete Herausforderungen. Dies benötigt Anpassungsleistungen der Fachleute – aber auch der Bildungsinstitutionen. Ein Beispiel aus der Praxis.



Patrizia Christen ist Leiterin Ernährungstherapie und Diabetesfachberatung in der Klinik Hirslanden.

Um dem stetigen Wandel im Gesundheitswesen gerecht zu werden, sind Fachpersonen bereit, sich regelmässig weiterzuentwickeln. Der Berner Fachhochschule (BFH) ist es ein Anliegen, bei der Gestaltung ihres Weiterbildungsangebots an den aktuellen Wissensbedürfnissen orientiert zu sein. Durch den engen Kontakt zur Praxis wird dieser Bedarf immer wieder von Neuem evaluiert. Stellen die Fachpersonen vor Ort Herausforderungen fest, die neue Angebote erfordern, ist die BFH die richtige Ansprechpartnerin. Sie entwickelt evidenzbasierte Weiterbildungen nach Mass und Bedarf. Nach der Kontaktaufnahme gestalten Expert*innen und Antragssteller*innen den Entstehungsprozess für das neue Angebot gemeinsam.

Der CAS-Studiengang Nutritional Assessment ist aus dem Entwicklungsbedarf von Dr. clin. nutr. Caroline Kiss (Fachexpertin Klinische Ernährung, Universitäre Altersmedizin Felix Platter, Basel), Christina Gassmann (MSc in klinischer Ernährung, Stv. Leiterin Ernährungsberatung/-therapie am Universitätsspital Zürich) und Patrizia Christen (BSc in Ernährungsberatung, Leiterin Ernährungstherapie und Diabetesfachberatung, Klinik Hirslanden) entstanden. Stellvertretend für alle gab Patrizia Christen Auskunft zum Entwicklungsprozess des CAS.

Frau Christen, welche Herausforderungen haben sich im Berufsalltag Ihres Teams gezeigt?

Patrizia Christen: Meinen Kolleg*innen und mir war es stets wichtig, uns laufend weiterzubilden. In einem Spital mit Belegarztsystem haben wir uns zunehmend professionalisiert und erweiterte Kompetenzen implementiert. Dabei haben wir festgestellt, dass das Assess-



«Dank des CAS Nutritional Assessment habe ich mehr Informationen und Instrumente zur Verfügung, die ich nun auch an mein Team weitergebe. Dies führt nicht nur zu einer differenzierteren Auswahl der Therapie und zu mehr Patient*innensicherheit, sondern auch zu einem besseren Verständnis der Klient*innen und somit zu einer noch bedürfnisangepassteren Behandlung.»

Maria Keel, Ernährungstherapeutin BSc BFH
Stv. Teamleiterin, Klinik Hirslanden

ment das Fundament unserer Arbeit ist. Wir haben limitierte zeitliche Ressourcen, um mit den Patient*innen zu arbeiten. Die Assessment-Skills und die Erfahrung entscheiden, wie erfolgreich und zielgerichtet unsere Interventionen sind. Wir brauchten in diesem Bereich mehr Wissen und Fähigkeiten, um professioneller wahrgenommen zu werden. Leider fehlte schweizweit ein entsprechendes Weiterbildungsangebot.

Sie haben sich dann an die BFH gewandt, mit der Idee, ein Weiterbildungsangebot zu entwickeln. Wie ist der Entwicklungsprozess abgelaufen?

Patrizia Christen: Wir sind mit sehr konkreten inhaltlichen und formalen Vorstellungen an die BFH gelangt. Beispielsweise hatten wir das Anliegen, dass nicht alles im Präsenzunterricht stattfinden soll. Für Ernährungsberater*innen ist es oft schwierig, sich 16 Tage aus dem Tagesgeschäft rauszunehmen. Das Besondere am Prozess war natürlich, dass wir nicht nur die Initiantinnen, sondern auch die Hauptdozentinnen sind – wir haben alles gemeinsam aufgebaut und umgesetzt. Ich denke aber, dass die BFH unsere Idee auch unterstützt hätte, wenn sie noch weniger klar ausgearbeitet gewesen wäre.

Sie haben nun Absolvent*innen in Ihrem Team: Wie merken Sie als Vorgesetzte, dass die Weiterbildung gewirkt hat?

Patrizia Christen: Sichtbar werden die neu erworbenen Kompetenzen an der klaren, professionellen Kommunikation in einer medizinischen Fachsprache, am Selbstbewusstsein meiner Mitarbeiter*innen sowie

einem gestärkten Vertrauen in ihre eigene Wirksamkeit. Es fällt auf, dass sie zielgerichteter entscheiden. Sie liefern bessere Begründungen, warum welche Laborwerte oder Massnahmen sinnvoll sind oder weshalb eben nicht. Sie haben auch weniger Berührungsängste, trauen sich zum Beispiel eher, mal ein Ödem zu drücken oder eine Mundschleimhaut anzuschauen. Sehr schön zeigt sich die Professionalisierung, wenn ein Arzt anruft und sagt: «Ich brauche Sie für eine Zweitmeinung.»

Die Professionalisierung und die Erweiterung der Aufgaben bedingen natürlich auch, dass man ein Verständnis hat für die Grenzen der Profession. Dass wir erkennen, bis wohin wir etwas beurteilen können und wann nicht mehr. Ich finde, dieses Bewusstsein ist durch den CAS-Studiengang enorm gewachsen.

Interview: Katja Wey
Studentische Mitarbeiterin Kommunikation

Begegnen Sie in Ihrem Berufsalltag Herausforderungen, die Ihr ganzes Team betreffen? Sehen Sie Weiterbildungsbedarf, den keines unserer Angebote deckt?

bfh.ch/gesundheit/weiterbildung



Weiterbildungen am Departement Gesundheit

Die Weiterbildungsstudiengänge des Departements Gesundheit beruhen auf wissenschaftlicher Grundlage. Sie sind praxisorientiert und modular aufgebaut. Verschiedene Fachkurse und Certificate of Advanced Studies (CAS) können zu einem Diploma of Advanced Studies (DAS)- und/oder einem Master of Advanced Studies (MAS)-Abschluss kombiniert werden.

Die Studienleiter*innen der jeweiligen Abteilungen beraten Sie gerne in der Planung Ihrer persönlichen Weiterbildung.

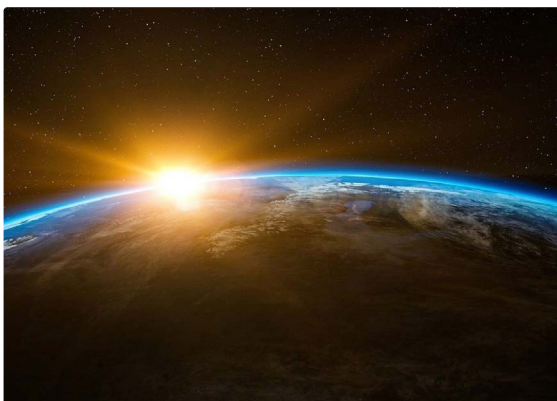
bfh.ch/gesundheit/weiterbildung
weiterbildung.gesundheit@bfh.ch
 Telefon + 41 31 848 45 45

Angebot	Datum
Gesundheitsökonomie, Public Health und Management im Gesundheitswesen	
CAS Changeprozesse in Gesundheitsunternehmen facilitativ begleiten	Fortlaufende Durchführung
CAS Führung und Management für Kader im Gesundheitswesen	August 2022
CAS Gesundheitsökonomie und Public Health	November 2022
Ernährung und Diätetik	
DAS Sporternährung im Spitzensporttraining	Dezember 2022
CAS Angewandte Ernährungspsychologie	August 2022
CAS Nahrungsmittelallergien und Nahrungsmittelintoleranzen	Daten zur nächsten Durchführung folgen
CAS Nutritional Assessment	August 2023
CAS Sporternährung	2023/2024
Geburtshilfe	
CAS Perinatale Versorgung	Einstieg laufend möglich
CAS Still- und Laktationsberatung	September 2022
Physiotherapie	
MAS Physiotherapeutische Rehabilitation	Einstieg laufend möglich
CAS Manuelle Therapie Basic	Januar 2023
CAS Manuelle Therapie Advanced	Januar 2024
CAS Manuelle Therapie der Extremitäten – Neu	Januar 2023
CAS Reha-Training	November 2022
CAS Spezialist*in Lymphologische Physiotherapie	Januar 2023
CAS Spezialist*in Neurorehabilitation	Mai 2023
CAS Spezialist*in Physiotherapie auf der Intensivstation – Neu	Juni 2022 oder September 2023
Integrierte Pflege	
MAS Integrierte Pflege: Somatic Health	Einstieg möglich mit jedem anrechenbaren Fachkurs oder CAS
DAS Integrierte Pflege: Somatic Health	Einstieg möglich mit jedem anrechenbaren Fachkurs oder CAS
DAS APN Primary Care	September 2022
CAS Akut- und Notfallsituationen	November 2022
CAS Clinical Assessment und Decision Making	Studienstart jeweils mit dem Fachkurs Clinical Assessment
CAS Clinical Research Coordinator	September 2022
CAS Interprofessionelle spezialisierte Palliative Care	Januar 2023
CAS Opfer von Gewalt erkennen und unterstützen	November 2022

Beachten Sie unser breites Angebot an Kursen und Fachkursen
bfh.ch/gesundheit/weiterbildung



News



Neues BFH-Wahlmodul: Planetary Health

Der Klimawandel ist die grösste Bedrohung für die Gesundheit der Menschen und der Erde im 21. Jahrhundert. Im neuen BFH-Wahlmodul «Planetary Health – Klimakrise, Gesundheit und wir» lernen Studierende, wie sie die Natur in ihrem eigenen Wirkungsfeld schützen können.

bfh.ch/planetary-health

Neues Kursangebot der BFH in Kooperation mit SSPH+

Mit dem Kurs «Forced Migration: Sexual and Reproductive Health of Migrant Women» beteiligte sich das Departement Gesundheit der BFH erstmals aktiv am Ausbildungsprogramm der Swiss School of Public Health (SSPH+) und griff gleichzeitig ein tabuisiertes Thema auf. Das Ziel des Kurses war es, aufzuzeigen, warum Frauen auf der Flucht einem besonders hohen Risiko ausgesetzt sind, in ihrer sexuellen und reproduktiven Integrität beeinträchtigt zu werden. In den Gastländern fehlen gesundheitliche Versorgungsangebote, die den Bedürfnissen dieser vulnerablen Gruppe gerecht werden. Ebenso mangelt es an der Sensibilität des Gesundheitsfachpersonals sowie von Gesundheitsbehörden. Die Teilnehmer*innen des Kurses – alles Doktorand*innen des SSPH+ – waren aufgefordert, sich Strategien zur besseren öffentlichen Bekanntmachung dieses Problems in der Gesundheitsversorgung von Frauen nach Fluchterfahrungen zu überlegen. Der Kurs fand vom 16. bis 18. März 2022 in den Schulungsräumlichkeiten der BFH statt.

<https://ssphplus.ch>



Anna Hegedüs in der «Tenure Track Position» der Stiftung Lindenhof gut gestartet

Seit September 2021 ist Dr. Anna Hegedüs bei der BFH an der Förderstelle «Tenure Track Position» der Stiftung Lindenhof tätig. In dieser Funktion treibt sie die Entwicklung der psychiatrischen Pflege im häuslichen und sozialen Umfeld voran. Im Interview auf der BFH-Website spricht Anna Hegedüs über ihre ersten Erfahrungen und ihre Ziele.

bfh.ch/bfh-persoendlich-anna-hegedues

BFH-Studentinnen evaluierten Aarauer Stadtprojekt «Familienlotsin»

Zur Förderung der frühen Kindheit hat die Stadt Aarau im 2021 unter anderem die Massnahme «Familienlotsin Schwangerschaft» implementiert. Annelore Blatter und Felicitas Rewicki, BFH-Studentinnen des Master-Studiengangs Hebamme, haben im Rahmen des Moduls «Transfer» die Implementierungsphase des Projekts bis März 2022 evaluiert und Empfehlungen für die Fortführung des Modells formuliert. Bei der «Familienlotsin Schwangerschaft» handelt es sich um eine Hebamme, die bei sozial benachteiligten Frauen und Familien während der Zeit der Schwangerschaft bis kurz nach der Geburt zusätzlich zur regulären Hebammenleistungen spezialisierte Dienstleistungen wie Beratungsgespräch sowie Absprachen mit Ämtern und anderen Akteuren anbietet. Diese Verbindung von Gesundheitsbereich und sozialen Diensten trägt dazu bei, das Zusammenspiel zwischen dem Sozialbereich und dem Gesundheitsbereich zu stärken.



Behandlungsgrundlage für Long-Covid-Patient*innen schaffen

In der Schweiz sind bis Ende Februar 2022 rund 2,8 Mio. Covid-19-Krankheitsfälle registriert worden. Ein Teil davon hat nach der akuten Erkrankung mit gesundheitlichen Langzeitfolgen (Long Covid) zu kämpfen. Für die Behandlung dieser Patient*innen erarbeitete eine Expert*innengruppe im Auftrag von Swiss Insurance Medicine SIM und unter Beteiligung der Berner Fachhochschule ein Positionspapier. Mehr Infos dazu und ein Video-Interview mit Dr. Maurizio Trippolini, der an der multidisziplinären Expert*innengruppe beteiligt war, finden Sie auf unserer Website.

bfh.ch/behandlung-long-covid

Physiotherapeutische Frühintervention auf dem Notfall

Ein neues Versorgungsmodell im Notfallzentrum des Inselspitals, das Patient*innen mit muskuloskelettalen Beschwerden bereits in der Notaufnahme der Physiotherapie zuweist, wird seit 2019 getestet – mit durchwegs positiven Erfahrungen. Die Initiative der Akademie-Praxis-Partnerschaft der BFH passt in die Stossrichtung des nationalen Berufsverbandes der Physiotherapie Physioswiss, Advanced Physiotherapy Practitioners zu fördern. Sie sollen als spezialisierte Fachkräfte einen Beitrag leisten, um den Herausforderungen der Demografie, der Kostendämpfung sowie des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen wirksam zu begegnen.

bfh.ch/physiotherapie-in-notaufnahme



Auf dem Weg zum «Bern Mobility Center»

Eine engere Zusammenarbeit zwischen dem Zentrum für Orthogeriatric des Inselspitals und der BFH ermöglicht es, Synergien im Bereich Altersmedizin, Orthogeriatric und Physiotherapie zu nutzen. Als erstes Resultat dieser Kooperation haben die beiden Institutionen einen Test am Standort Bern etabliert, um die Leistungsfähigkeit der Patient*innen im Alltag zu verfolgen.

bfh.ch/bern-mobility-center

Erste MSc-Absolventinnen in Ernährung und Diätetik

Im März 2022 haben die ersten Absolventinnen den Master of Science in Ernährung und Diätetik an der Berner Fachhochschule erfolgreich abgeschlossen. Sie sind im Herbst 2020 mit ihrem Studium gestartet und haben seither ihre beruflichen und fachlichen Kompetenzen weiterentwickelt und den Berufsstand der Ernährungsberatung gestärkt. Wohin ihr Weg sie nun führt, lesen Sie im Interview auf unserer Webseite.

bfh.ch/erste-absolventinnen-msc-eud

Erste Absolventinnen im MSc Schmerzphysiotherapie

Im Februar 2022 konnte der erste Vollzeit-Master-Studiengang im Schwerpunkt Schmerzphysiotherapie erfolgreich abgeschlossen werden. Alle Absolventinnen haben die Herausforderung mit Bravour gemeistert und mit guten bis sehr guten Master-Thesen abgeschlossen. Im September 2022 startet der Schwerpunkt Schmerzphysiotherapie erneut.

Events



Nurse-Practitioner-Symposium

Im Kontext des Anstieges von chronischen Erkrankungen, komplexen Pflegesituationen sowie des Fachkräftemangels etablieren sich zunehmend Advanced-Practice-Nurse-Rollen in der Schweiz. Das Symposium beleuchtet das Thema mit Fokus auf die psychische Gesundheit.

14. Juni 2022

9.00 bis 17.15 Uhr

Lindenhofspital Bern

bfh.ch/nurse-practitioner-symposium



Symposium Akademie-Praxis-Partnerschaft Insel Gruppe

Expertenwissen und die Fähigkeit, in komplexen Situationen adäquat zu entscheiden und zu agieren, zeichnen unsere Gesundheitsfachpersonen aus. Erfahren Sie, wie Forschung und Praxis zusammenarbeiten, um den Spitalalltag weiterzuentwickeln.

21. September 2022

17.30 bis 19 Uhr

Inselspital, Universitätsspital Bern

Hörsaal Langhans

bfh.ch/gesundheit/app-symposium

Internationaler Psychiatriekongress zu seelischer Gesundheit und Recovery

Dieses Jahr findet der fünfte Internationale Psychiatriekongress statt; diesmal zum Thema «Menschenrechte und Recovery: Rollenverständnisse neu denken».

16.–17. Juni 2022

Inselspital Bern

bfh.ch/recovery-psychiatrie

19th European Doctoral Conference in Nursing Science

Die Konferenz ist ein Treffpunkt für Doktorand*innen der Gesundheits- und Pflegewissenschaften aus aller Welt. Professor*innen und weitere Gesundheitsfachpersonen sind eingeladen, sich dem Publikum anzuschliessen.

9.–10. September 2022

Berner Fachhochschule BFH

bfh.ch/edcns

Summer of Science: Journal für qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaft

Im Juli findet in Wien die 3. Summer School zu qualitativen Forschungsmethoden für Gesundheits- und Pflegewissenschaftler*innen statt. Der Fokus liegt auch 2022 auf der Analyse qualitativer Daten.

25.–28. Juli 2022

Universität Wien

bfh.ch/gesundheit/summerschool



6. Fachtagung Geburtshilfe «Chronische Erkrankungen in der Schwangerschaft»

Die Fachtagung nimmt sich der Thematik der chronischen Erkrankungen während der Schwangerschaft an. Die meist interprofessionell ausgerichteten Beiträge greifen Themen aus der Rheumatologie, Endokrinologie, Immunologie sowie Kardiologie auf.

17. November 2022

13.15 bis 19 Uhr

Lindenhofspital Bern und online

bfh.ch/fachtagung-geburtshilfe

Dreiländerkongress: Pflege in der Psychiatrie

Der Dreiländerkongress will dazu beitragen, dass ungeschriebenes Wissen in der Pflege und im Speziellen in der Psychiatrie über die Grenzen hinweg geteilt und zum Denkanstoss für andere wird.

22.–23. September 2022

Wien

dreilaenderkongress.at

Infoveranstaltungen zu unseren Master-Studiengängen

Master of Science Hebamme

Via Podcast

Anmeldung: bis 30. Juni unter
bfh.ch/master-hebamme

Master of Science in Ernährung und Diätetik

2. Juni 2022, 18 bis 19 Uhr

Anmeldung: bis 30. Juni unter:
bfh.ch/master-ernaehrung

Master of Science in Pflege

23. Juni 2022, 17.15 bis 18.15 Uhr

Anmeldung: bis 30. Juni unter:
bfh.ch/master-pflege

Master of Science in Physiotherapie

Die nächsten Infoveranstaltungen finden erst wieder im Oktober statt. statt.

Anmeldung: bis 30. Juni unter

bfh.ch/master-physiotherapie



25 Jahre jung – BFH bewegt

Gesellschaft, Wirtschaft, Industrie, Kultur und Menschen. Im Hörsaal, im Labor, im Leben. Lesen Sie Fakten aus 25 Jahren BFH und hören Sie Stimmen von Absolvent*innen. Erfahren Sie, was die BFH im 2022 bewegt und markieren Sie geplante Highlights in Ihrem Kalender.

bfh.ch/25-Jahre



Berner
Fachhochschule



INSTITUTIONELL AKKREDITIERT NACH
HFKG 2017–2024
swissuniversities

EFQM Member
Shares what works.

Impressum

Herausgeberin: Berner Fachhochschule BFH,
Departement Gesundheit
Erscheinungsweise: 3-mal jährlich
Auflage: 8 000 Ex.
Redaktion: Nicole Schaffner
Fotos: Sandro Nydegger, Adobe Stock und weitere

Layout: Sandro Nydegger
Lektorat: Christine Hinnen
Druck: Merkur Druck AG, Langenthal
Copyright: Texte und Bilder sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Redaktion.
Abonnement: bfh.ch/gesundheit/frequenz

Berner Fachhochschule

Departement Gesundheit

Murtenstrasse 10

3008 Bern

Telefon +41 31 848 35 00

kommunikation.gesundheit@bfh.ch

bfh.ch/gesundheit