



Informiert, kompetent, autonom? Wenn Klientinnen und Patienten mitreden

Klientinnen und Patienten in ihrer Rolle stärken

Autonom und selbstverantwortlich, so sollen Klientinnen und Patienten wahrgenommen und gefördert werden. Um Menschen zur Autonomie zu befähigen, braucht es die entsprechenden Rahmenbedingungen – und vor allem Vertrauen. ► 05



Selbstwirksamkeit erfahren

Die klinische Untersuchung einer schwangeren Frau bedeutet viel mehr, als einfach Handgriffe zur Diagnostik anzuwenden. Der professionelle Körperkontakt gesteht Schwangeren und Ungeborenen Achtung zu und lässt allen Beteiligten ihre Autonomie. ► 11

Fokus: Informiert, kompetent, autonom? Wenn Klientinnen und Patienten mitreden

- 05 Patienten, Klientinnen und Fachpersonen – eine Partnerschaft auf Augenhöhe
- 08 «Was uns tief im Innersten bewegt, darüber sprechen wir kaum»
- 11 Mit professionellem Körperkontakt Selbstwirksamkeit erfahren
- 14 Wenn Therapieziele auch die Ziele der Klientin, des Klienten sein sollen
- 16 Mit spitzer Feder
- 17 Die Bedeutung des Internets für Morbus-Bechterew-Betroffene
- 19 Betroffene als Expertinnen und Experten aus Erfahrung einbinden

Physiotherapie

- 21 Erfolgreiche Berner Physiotherapieforschung an der World Confederation for Physical Therapy (WCPT)

Ernährung und Diätetik

- 23 Evidenzbasierte Ernährungstherapie – kompakt verpackt in einem Taschenbuch

Hebamme

- 25 Wahrnehmung fördern und Frauen stärken

Pflege

- 27 Positive risks – ein neuer Begriff in der Psychiatrie

Forschung

- 29 Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen Eine Herausforderung für die Fachhochschulen

Weiterbildung

- 33 Neustart des Fachkurses Praxisausbildung Gesundheit 2015

Interdisziplinäres

- 34 Eine Physiotherapeutin unter Hebammen

Internationales

- 37 Ein Einsatz fürs Leben Seit 16 Jahren unverzichtbare Momente in Nicaragua

Im Dialog mit...

- 40 Manfred Mäder

Weiterbildungsangebot

- 42 Aus- und Weiterbildungen an der Fachhochschule





Prof. Eugen Mischler
Leiter Fachbereich Gesundheit a.i.

Liebe Leserin, lieber Leser

Sicher haben auch Sie schon einmal Pflege, Unterstützung oder Beratung gebraucht. Egal, ob im Spital, bei der Hebamme, in der Physiotherapie oder der Ernährungsberatung; die Berührungspunkte mit Gesundheitsmitarbeitenden sind vielseitig. Wie haben Sie sich bei diesen Begegnungen gefühlt? Konnten Sie mitreden, mitentscheiden? Erhielten Sie auch ausreichend und die für Sie wichtigen Informationen, um anschliessend kompetent vielleicht weitreichende Entscheidungen zu treffen?

Im Fokusteil dieser Frequenzausgabe stellen wir die Frage: «Wie informiert, kompetent und autonom sind Klientinnen, Patienten?» Sicher sind wir uns einig; Klientinnen und Patienten haben ein Anrecht auf Information, ein Anrecht auf Mitsprache und sollen autonom und kompetent Entscheidungen treffen dürfen. Doch was sich hier banal anhört, scheint in der Realität nicht immer einfach umzusetzen zu sein. Im Falle einer Krankheit, eines Unfalls wird ein vielleicht sonst vitaler, selbstbewusster Mensch plötzlich zu einer äusserst verletzbaren Person. Die physische und psychische Belastung für Patient, Klientin oder auch für die Angehörigen lässt unter Umständen gar keine autonomen Entscheide mehr zu – der kranke Mensch und seine Angehörigen werden abhängig vom Wissen und von der Kompetenz von Gesundheitsmitarbeitenden.

Warum es in einer solch komplexen Situation mehr braucht als «nur» Informationen, lesen Sie in diesem Heft im Interview mit der Medizineethikerin Ruth Baumann-Hölzle (S. 8). Ebenfalls in dieser Ausgabe erfahren Sie auf der Seite 14, warum es wichtig ist, Ziele immer aus der Sicht des Patienten, der Klientin zu formulieren, und lesen auf der Seite 19, wie Expertinnen und Experten aus Erfahrung im Fachbereich Gesundheit erfolgreich in die Lehre integriert werden. Dies und viel mehr können Sie diesem Heft entnehmen. Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre.

Impressum

Herausgeberin: Berner Fachhochschule BFH,
Fachbereich Gesundheit
Erscheinungsweise: 2-mal jährlich
Auflage: 10 000 Ex.
Redaktion: Judith Bögli
Fotos: Daniel Haid, Kirstin Hähnlein, Alexander
Jaquemet, Niklaus Spörri, Braden Gunam und weitere

Layout: AST & FISCHER AG, Wabern, Lisa Oppliger
Druck: AST & FISCHER AG, Wabern
Copyright: Texte und Bilder sind urheberrechtlich
geschützt. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit
Genehmigung der Redaktion
Abonnement: gesundheit.bfh.ch/frequenz

News

Berner Physioteam gewinnt Posterpreis in Singapur

Die Arbeitsgruppe von Lorenz Radlinger (BFH, FBG) und Annette Kuhn (Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital Bern) kehrte erfolgreich vom diesjährigen Weltkongress der World Confederation for Physical Therapy (WCPT) in Singapur zurück. Zusammen mit Rolf Vetter und Jonas Schuld (beide BFH TI) gewannen die Forschenden den Posterpreis «Outstanding Presentation Award» der «International Organization of Physical Therapists in Women's Health». In ihrem Beitrag stellten sie eine neu entwickelte Möglichkeit zur Muskelaktivitätsanalyse der Beckenbodenmuskulatur vor. Dadurch sollen Frauen mit normaler Beckenbodenmuskulatur von Frauen mit schwacher Beckenbodenmuskulatur diagnostisch und objektiv deutlicher unterschieden werden können. Mehr zum Thema siehe Seite 21.

Silvia Honigmann erhält Anerkennung als «Profesor Honorario»

Seit 16 Jahren reist die FBG-Dozentin Silvia Honigmann jedes Jahr mit der Schweizer Nicaplast-Gruppe nach Nicaragua. Dort hilft sie Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Fehlbildung und unterstützt deren Familien. Für ihren unermüdlichen Einsatz hat Silvia Honigmann, zusammen mit zwei weiteren Mitgliedern der Schweizer Nicaplast-Gruppe, die Anerkennung als «Profesor Honorario» der medizinischen Fakultät der Universität León erhalten. Auf Seite 37 erfahren Sie mehr zu ihrem Einsatz in Nicaragua.

Seghezzi-Preis und Bübchen Wissenschaftspreis für Hebammen geht an Studierende des FBG

Ilona Bürklin und Carole Fankhauser, Absolvierende des BSc-Studiengangs Hebamme, haben mit ihrer Bachelor-Thesis «Vorzeitiger spontaner Blasensprung am Termin – Hospitalisation oder ambulantes Management?» gleich doppelt abgeräumt: Sie gewannen den mit Fr. 8000.– dotierten Seghezzi-Preis, der junge Menschen auszeichnet, die sich für Qualitätsförderung engagieren, sowie den «Bübchen Wissenschaftspreis für Hebammen». Sowohl die Relevanz der Thematik als auch der hohe Grad an Wissenschaftlichkeit der Arbeit vermochten zu überzeugen.

2. Nationale Tagung Gesundheit & Armut 2016: Call for papers

Gesundheit ist in der Gesellschaft ungleich verteilt. Sozial benachteiligte Menschen haben geringere Chancen, ein gesundes Leben zu führen – auch in der Schweiz. Auf der Suche nach Ursachen und Lösungsansätzen werden an der Tagung Gesundheit & Armut vom 24. Juni 2016 Themen rund um die Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit diskutiert. Für die Tagung werden Forschungs- oder Praxisprojekte gesucht, die sich mit Fragen zur Gesundheit von armutsbetroffenen Personen und zur gesundheitlichen Ungleichheit auseinandersetzen. Eingabefrist ist der 30. September 2015. Mehr Informationen sowie den Call for papers finden Sie unter gesundheit.bfh.ch/armut

Abstract-Band des Master of Science in Pflege

Das Team des Studiengangs Master of Science in Pflege ist stolz, auch dieses Jahr einen Abstract-Band der Master-Thesen ihrer aktuellen Absolventinnen und Absolventen präsentieren zu können. Ein grosser Dank gilt den Verfasserinnen und Verfassern und deren Gutachtenden für ihr Engagement. Die Abstract-Bände der letzten Jahre und ab September 2015 auch den diesjährigen Band finden Sie unter gesundheit.bfh.ch/de/master/pflege/publikationen

Pflege ist mehr, als Man(n) denkt

Im Rahmen des Masterkurses «Pflege an die Öffentlichkeit» des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Basel haben es sich vier Studentinnen zur Aufgabe gemacht, jungen Leuten, im speziellen jungen Männern, zu zeigen, wie vielseitig und spannend Pflegeberufe (Fachfrau/-mann Gesundheit / dipl. Pflegefachfrau/-mann) sein können. Entstanden ist ein Spot, der mit vorhandenen Klischees und überholten Rollenbildern humorvoll ins Gericht geht. Der Fachbereich Gesundheit hat das Projekt finanziell unterstützt. Zu finden ist der Videoclip unter gesundheit.bfh.ch/de/bachelor/pflege

Events

Anlässe 2015

Wir freuen uns, Sie an folgenden Anlässen begrüßen zu dürfen:

- Diätetik à la carte: 19. bis 21. August 2015
sowie 25. bis 28. August 2015
- Tagung Menschen mit psychischen Problemen im System der sozialen Sicherheit: Dienstag, 25. August 2015
- Posterpräsentationen und Mittagsweile:
Freitag, 4. September 2015
- Abschlussfeier Fachbereich Gesundheit:
Donnerstag, 12. November 2015

Follow-Us

Am 11. November 2015 findet der dritte «Follow-Us»-Event des Studiengangs Master of Science in Pflege zum Thema «Als Change Agent Widerstände kreativ nutzen» statt. Dieser bietet Alumni, Studierenden, Dozierenden und Praxispartnern des Studiengangs praxisnahe Inputs und Diskussionen zu der spannenden Thematik. Der Event ist kostenlos und offen für alle Interessierten.

Infoveranstaltungen Bachelor of Science Ernährung und Diätetik, Hebamme, Pflege, Physiotherapie

Die Infoveranstaltungen der einzelnen Studiengänge finden an der Schwarztorstrasse 48, 3007 Bern, statt. Die Durchführungszeiten und Anmeldeformulare finden Sie unter gesundheit.bfh.ch

- Mittwoch, 16. September 2015
- Mittwoch, 4. November 2015
- Mittwoch, 9. Dezember 2015

Infoveranstaltungen Master of Science in Pflege

- Donnerstag, 20. August 2015
- Donnerstag, 17. September 2015
- Donnerstag, 15. Oktober 2015
- Donnerstag, 19. November 2015

Infoveranstaltungen Master of Science in Physiotherapie

- Mittwoch, 16. September 2015
- Mittwoch, 21. Oktober 2015
- Donnerstag, 19. November 2015

Patienten, Klientinnen und Fachpersonen – eine Partnerschaft auf Augenhöhe



Prof. Dr. Settimio Monteverde
Dozent Bachelor- und Masterstudien-
gang Pflege
settimio.monteverde@bfh.ch

Einen Karriereschnitt mit Mitte 40 wagen, sich für ein spannendes Projekt engagieren oder einen lang ersehnten Jugendtraum realisieren? In wichtigen Lebensfragen sind wir es gewohnt, das Heft selbst in die Hand zu nehmen. Vielleicht informieren wir uns vorgängig, sprechen mit Nahestehenden darüber, lassen uns beraten, überdenken oder überschlafen das Ganze mehrmals. Ob es dann Bauchgefühl, Intuition oder rationale Gründe sind, die den Ausschlag geben: Wichtig ist das Gefühl, dass es der eigene Entscheid war.

Selbstbestimmung oder Autonomie (eigentlich Selbst-Gesetzgebung) ist aus vielen Bereichen des sozialen Lebens nicht wegzudenken, ja wird sogar gefordert. «Die Würde des Menschen liegt in seiner Wahl», schrieb der Schweizer Schriftsteller Max Frisch. «Absolute» Freiheit ist nicht nur zu abstrakt, sie macht auch Angst. Der Mensch ist zwar grundsätzlich zur Freiheit geboren, aber er ist auch ein soziales Wesen, das auf ein Gegenüber angewiesen ist, Bindungen sucht und sich in diesen auch verwirklicht. Nicht die Freiheit, keine Bindungen einzugehen, sondern zwischen Bindungen zu wählen, macht also den Menschen erst zum Menschen. Sei es bei der Berufs- oder Studienwahl, bei der Wahl des Wohnorts, des Arbeitsplatzes oder beim Thema Familiengründung: In vielen Bereichen nehmen wir diese Wahlfreiheit wahr. Doch gelingt uns dies in gleichem Masse auch im Zusammenhang mit Gesundheitsfragen?

Bereits ein erster Blick auf den Medikamenten-Beipackzettel ernüchtert. Bei vielen Medikamenten existieren zwei Versionen der Produkteinformation: eine für «Fachpersonen» und eine für Patientinnen und Patienten. Doch was wird tatsächlich gelesen? Die einen wollen alles wissen und trauen nur der fachlichen Version. Sie verstehen zwar vielleicht einen Bruchteil davon und erschrecken bei der Büchse der Pandora an möglichen Nebenwirkungen. Andere wiederum lesen nur die Patientenversion und fragen sich vielleicht, ob sie nun alles wirklich Relevante auch wissen. Dritte wiederum lesen weder das eine noch das andere und vertrauen der Fachperson, die ihnen das Medikament verordnet oder ausgehändigt hat.

Wie auch immer das Leseverhalten ist – das Beispiel der Beipackzettel zeigt, dass Autonomie in Fragen der

Gesundheit einerseits wichtig und unbestritten ist, andererseits aber auch komplex: Menschen sind bei Gesundheitsfragen darauf angewiesen, in der Wahrnehmung von Autonomie unterstützt und gefördert zu werden. Gerade hier leisten Fachpersonen im Gesundheitswesen eine wichtige Unterstützungs- und Übersetzungsarbeit.

Patientinnen und Patienten in ihrer Rolle stärken

Autonom und selbstverantwortlich, so sollen Patientinnen und Patienten durch die Akteure im Gesundheitswesen wahrgenommen und gefördert werden. Dies wird auch in der vom Bundesrat verabschiedeten Strategie «Gesundheit 2020» deutlich. Sie will Patientinnen und Patienten in ihrer Rolle stärken. Gleichzeitig soll eine Balance gefunden werden zwischen den öffentlichen Interessen und denjenigen des Individuums, wenn es darum geht, eine wirksame, finanzierbare, aber auch den individuellen Bedürfnissen angepasste Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

Der autonome Patient, die autonome Patientin bleibt also auch in Zukunft das Ideal, das die Beziehungen zwischen Gesundheitsfachpersonen, Patienten, Klientinnen und Angehörigen prägen soll. Bildung, Wohlstand, persönliche Überzeugungen, Krankheit, Behinderung oder kognitive Einschränkungen: Von diesen Faktoren ist bekannt, dass sie sich auf die Wahrnehmung von Autonomie auswirken. Eine Patientin mit Migrationshintergrund etwa, die nach einer Hüftprothese eine Antikoagulation benötigt, aber keinen Zugang zu Fachinformation in ihrer Muttersprache hat, wird sich gegenüber der vorgeschlagenen Behandlung anders äussern können als jemand, der diese Intervention bereits kennt und versteht, was sie für den Alltag bedeutet.



Skeptiker mahnen zudem, dass durch eine einseitige Orientierung an der Autonomie ein Individualismus gefördert werde, der das «Verwiesensein» des Individuums auf die Gemeinschaft übersehe. Es werde ausgeblendet, dass der Mensch bei Fragen rund um seine Krankheit immer existenziell betroffen und daher zutiefst verletzlich sei. So berechtigt diese Kritik auch ist, sie lässt offen, wer in einer pluralistischen und demokratischen Gesellschaft, die verschiedene Lebensentwürfe kennt, anstelle des Individuums entscheiden soll. Der sogenannte Paternalismus, also die «väterliche» Entscheidung der Fachperson aufgrund ihrer persönlichen oder beruflichen Werte, wird heute zu Recht kritisch hinterfragt und nur noch für Notfallsituationen akzeptiert, also dann, wenn wegen des Zeitdrucks keine Informationen über den Patienten, die Patientin eingeholt werden können. So etwa bei einer Reanimation auf offener Strasse, wenn das Helferteam vom mutmasslichen Lebenswillen eines Menschen ausgeht und lebensrettende Massnahmen einleitet.

Die Grundüberzeugung, dass die Beziehung zwischen Therapeut, Therapeutin und Patient oder Klientin eine Partnerschaft unter Gleichberechtigten ist, die den Autonomieanspruch beider respektiert, gilt als selbstverständlich. Sie prägt heute wichtige Teile des Gesundheitsrechts und der Berufsethik von Ärzteschaft, Pflegenden, Hebammen, Physiotherapeuten und weiteren Berufsgruppen. Ein Blick in die Vergangenheit zeigt, dass dies nicht immer der Fall war. Im Rahmen bahnbrechender Neuerungen in der Medizin, die vor allem Massnahmen der Lebenserhaltung und -verlängerung betrafen, wurde in den 70er-Jahren intensiv die Frage nach den Grenzen der ärztlichen Behandlungsverpflichtung diskutiert. Schon bald wurde die Autonomie des Patienten, der Patientin als eine solche Grenze anerkannt. Der Patient, die Patientin sollte also das «letzte Wort» haben, wann und wo der Medizin Grenzen gesetzt werden. Der gesellschaftliche Konsens über die Bedeutung der Patientenautonomie zeigt sich auch im Recht, so z. B. in den kantonalen Gesundheits-

gesetzen und in den dort festgehaltenen Patientenrechten, in den Gesetzen zur medizinischen Behandlung, zur Patientenverfügung, zur gesetzlichen Vertretung bei Urteilsunfähigkeit, zur Humanforschung oder zur Organtransplantation.

Autonomie in Abhängigkeit

Autonomie ist ein Ideal, das vermutlich selten in «vollem Ausmass» gelebt werden kann. Menschen fühlen sich gerade in Gesundheitsfragen in vielerlei Hinsicht nicht autonom, sondern abhängig und zutiefst verletzlich. Es gibt viele Hinweise dafür, dass Autonomie nur dann wirklich gelingt, wenn das Individuum das soziale Umfeld nicht einfach ausblendet, sondern in die Überlegungen miteinbezieht, so z. B. wenn betagte Menschen mit ihren Kindern über die Patientenverfügung diskutieren, die sie zu erstellen gedenken. Das soziale Umfeld miteinzubeziehen, erfordert vom Individuum aber auch einen Blick auf die Ressourcen, welche die Gemeinschaft für die Erhaltung und Förderung von Gesundheit aufwendet. Spätestens an dieser Stelle wird klar, dass die Gesundheit des Einzelnen auch für die Gemeinschaft, in der er lebt, von vitalem Interesse ist. Denn als Solidargemeinschaft trägt sie ihn auch bei Krankheit oder Behinderung. Das autonome Individuum hat folglich nicht Anspruch auf jede resp. irgendeine Behandlung, sondern – so das schweizerische Krankenversicherungsgesetz – auf eine, die wirtschaftlich zweckmässig und wirksam ist.

Trotz solcher Grenzen bleibt Autonomie als Ideal unverzichtbar, denn die Gesundheit des Einzelnen ist – so der herrschende Konsens – ein höchstpersönliches, nicht delegier- oder veräusserbares Gut. Sie ermöglicht, eigenen Vorstellungen eines erfüllenden Lebens nachzugehen, Beziehungen zu pflegen und aufrechtzuerhalten, Ziele zu setzen und diese zu verfolgen. Zu Recht werden Fachpersonen heute kritisiert, wenn sie Patientinnen und Patienten unvollständig aufklären, in der Entscheidungsfindung zu wenig unterstützen oder wenn sie zwar wichtige Informationen liefern, aber der Patientin, dem Patienten nicht helfen, diese zu verstehen und deren Relevanz für ihren Lebenskontext einzuschätzen. Im klinischen Alltag und in der ethischen Diskussion liegt deshalb der Fokus nicht auf dem Ideal der Selbstbestimmung allein. Denn gerade in Gesundheitsfragen kann diese leicht zu Überforderung oder Fehlvorstellungen führen, so z. B. wenn Internetquellen unkritisch konsultiert werden. Vielmehr geht es darum, in therapeutischen Beziehungen die Selbstbestimmungsfähigkeit von Patientinnen und Patienten zu stärken (decision making capacity), resp. diese zu befähigen, eine zu ihren Werten und Vorstellungen passende Wahl zu treffen (informed choice).

Patientinnen und Patienten als Experten der eigenen Situation

Dass Patientinnen und Patienten in Fragen des eigenen Wohlergehens grundsätzlich selber entscheiden sollen, mag heute obsolet klingen. Doch während sich in den 70er-Jahren die Überzeugung durchgesetzt hat, dass die Entscheidung bei ihnen liegt, richtet sich das

heutige Augenmerk auf die Frage, wie, resp. unter welchen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen Entscheidungen getroffen werden. Folgerichtig ist die Patientenautonomie heute nicht nur eine Frage, mit der sich Ethik und Rechtswissenschaft auseinandersetzen, sondern auch Sozial- und Gesundheitswissenschaften, insbesondere Prävention und Gesundheitsförderung. Handlungsleitend ist dabei die Einsicht, dass der Patient, die Patientin Experte, Expertin der eigenen Situation ist. Eine Expertise, die sich vielleicht nicht im Fachwissen zeigt, aber im Umgang mit Gesundheit und Krankheit unter den spezifischen Rahmenbedingungen des Berufs, der Familie, der Kultur, der Bildung und des Einkommens. Diese Rahmenbedingungen zu berücksichtigen, ist der Schlüssel zur Stärkung der Selbstbestimmungsfähigkeit. Nebst der Anerkennung der Patientenexpertise erfordert sie eine kommunikative und fachliche Expertise der Gesundheitsfachpersonen selbst. Sie ist unabdingbar, wenn es darum geht, die sogenannte Adhärenz von Patientinnen und Patienten an therapeutische Vorgaben (z. B. die längere Einnahme von Medikamenten gegen Tuberkulose) zu fördern. Dadurch führt sie auch zu einem wirksameren Einsatz von finanziellen Ressourcen.

Autonomie und Vertrauen

Es braucht also entsprechende Rahmenbedingungen, um Patientinnen und Patienten zur Autonomie zu befähigen. Zu autonomen Handlungen und Entscheidungen, die auch in Zukunft im Gesundheitswesen unabdingbar sein werden. Doch das eingangs erwähnte Beispiel des Beipackzettels zeigt, dass nebst der Autonomie ein weiteres, in der Medizinethik viel diskutiertes Prinzip dazukommen muss: das Vertrauen. Vertrauen in das Gegenüber ist auch der Schlüssel für Situationen, in denen Menschen aufgrund von Krankheit oder Behinderung gar nicht in der Lage sind, für sich selbst zu entscheiden oder ihre Interessen wahrzunehmen, so z. B. bei Demenz oder nach einem schweren Unfall. Auch wenn hier der mutmassliche Patientenwille für Behandelnde, gesetzliche Vertreter und Fachpersonen verbindlich ist, braucht es das Vertrauen von Angehörigen, Fachpersonen und gesetzlichen Vertretern darin, dass der Wille und das Wohl des Betroffenen für alle Beteiligten im Vordergrund stehen. Vertrauen entsteht nicht von alleine, sondern baut sich durch entsprechende Erfahrungen auf, kann aber durch falsches Verhalten innert kürzester Zeit zerstört werden. Hier gilt es anzusetzen und sowohl Fachpersonen wie auch Patientinnen, Patienten und ihre Familien in ihrem gegenseitigen Vertrauen zu stärken. Vertrauen schützt nicht nur vor überzogenen Erwartungen an die Autonomie, es trägt die Anliegen der Autonomie auch weiter – und dies gerade auch im digitalen Zeitalter der Medizin.

«Was uns tief im Innersten bewegt, darüber sprechen wir kaum»



Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle
Medizinethikerin, Leiterin Institut Dialog Ethik
rbaumann@dialog-ethik.ch

Interview
Judith Bögli
Kommunikation FBG
judith.boegli@bfh.ch

Der Patient, die Klientin tritt heute oft informiert und selbstbewusst auf. Doch Information alleine reicht nicht aus, um kompetent Entscheide zu treffen, die den Gesundheits- oder Krankheitsverlauf betreffen. Die Medizinethikerin Ruth Baumann-Hölzle im Gespräch über Gesundheitskompetenz, Autonomie und Entscheidungsfähigkeit von Patienten und Klientinnen und über die Rolle, die Gesundheitsfachpersonen dabei übernehmen.

Frau Baumann-Hölzle, das Wort Gesundheitskompetenz ist in aller Munde. Was ist damit genau gemeint?

Der Ausdruck Gesundheitskompetenz kann nicht isoliert betrachtet werden. Da stecken verschiedene Ebenen drin. Gesundheitskompetenz bedeutet einerseits, Wissen und Informationen zu Gesundheitsthemen zu beschaffen, andererseits aber auch, dieses Wissen zu verstehen, zu beurteilen und in den eigenen Lebensentwurf zu integrieren. Ein weiterer wichtiger Aspekt der Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, Wissen und Information für gesundheitsrelevante Entscheide zu nutzen. Und schlussendlich auch die Frage, wie kompetent ein Mensch in Bezug auf seine Krankheit und dann eben auch auf seine Gesundheit wirklich ist.

Und wie kompetent sind Patienten und Klientinnen denn heute wirklich?

Vor allem Menschen mit chronischen Krankheiten wissen oft mehr über ihre Erkrankung als Gesundheitsmitarbeitende. Sie haben sich im Laufe der Zeit viel Wissen aneignen können, tauschen sich mit anderen Kranken aus, holen sich Informationen zu ihrer Erkrankung von Fachgesellschaften und oftmals auch aus dem Internet.

Macht Wissen aus dem Internet denn wirklich kompetent?

Im Internet existieren sehr viele zweifelhafte Informationen. Hier liegt die Herausforderung: Wie kommt der Patient, die Klientin zu Wissen, das für ihn, für sie auch wirklich relevant ist und stimmt? Die gleiche Frage kann man sich aber auch bei Ärztinnen, Ärzten und Pflegenden stellen. Wie kommen Fachpersonen zu ihrem Wissen? Ist es aktuelles Wissen, das auf neuesten Studien basiert? Haben Gesundheitsfachpersonen überhaupt Zeit, sich immer auf den neuesten Stand zu bringen? Oder ist es unter Umständen auch fragwürdiges Wissen? Es gilt hier beides zu betrachten: die Kompetenz des Patienten, der Klientin auf der einen Seite, die Kompetenz der Gesundheitsfachpersonen auf der anderen.

Und wie kommt man zu den Informationen, die tatsächlich kompetent machen?

Erstens braucht es die strukturellen Rahmenbedingungen, um zu adäquaten Informationen zu kommen und diese dann auch verarbeiten und Kompetenzen entwickeln zu können. Zweitens, und das ist das Entscheidende, muss sich das Personal die Zeit nehmen können, um den Entscheidungsfindungsprozess zu begleiten. Vor allem in der Pflege geben viele Mitarbeitende an, nicht

ihrem Berufsverständnis entsprechend tätig sein zu können. Sie erhalten nicht genügend Raum und Zeit, um gemäss Profession zu handeln.

Was braucht es denn noch, damit ein Patient, eine Klientin kompetent Entscheide fällen kann?

Jeder Patient hat seine eigene Geschichte, seinen ganz persönlichen Lebensentwurf und seine Wertvorstellungen. Dies alles gilt es zu erfassen, um dann Patient, Klientin und Angehörige entsprechend im Entscheidungsfindungsprozess zu begleiten. Je kränker ein Patient ist, je mehr er leidet, umso ausgelieferter ist er. Die Vulnerabilität des kranken Menschen führt zu starken Abhängigkeiten.

Und irgendwann ist man froh, wenn das Gesundheitspersonal die Entscheide trifft?

Das würde ich so nicht sagen. Aber ja, das Bild des immer autonom entscheidenden, unabhängigen Individuums stimmt ja generell nicht – und beim kranken

Menschen noch viel weniger. Darum reicht es auch nicht, dass ein Patient, eine Klientin einfach informiert wird. Es geht hier um Begleitung, Unterstützung und um die Befähigung zum Coping, also der Fähigkeit, mit Informationen umzugehen. Unter Umständen um existenzielles Wissen, das einen bisherigen Lebensplan über den Haufen wirft.

Welche Anforderungen werden hier an Gesundheitsmitarbeitende gestellt?

Die Kommunikation ist sicher ein zentraler Punkt. Der Patient, die Klientin muss sich ernst genommen und sicher fühlen. Wir diskutieren aber in unserer Gesellschaft sehr wenig über Werte. Wir sprechen über Beziehungen, Sexualität, unsere Partnerschaften; aber was uns im Innersten wirklich wichtig ist, geben wir kaum preis. Und genau hier liegt der wichtigste Aspekt der Krankheitskompetenz. Entscheide haben immer mit Wertvorstellungen zu tun. Eine junge Mutter mit drei Kindern entscheidet vielleicht nicht wie ein 85-jähriger Mann – auch wenn beide die gleiche Diagnose erfahren.



Werden wir denn mit Fragen nach REA ja oder nein oder Organspende ja oder nein nicht dazu gezwungen, unser Innerstes preiszugeben?

Damit ich überhaupt ja oder nein zur Organspende sagen kann, muss ich mir zuerst genau im Klaren sein, wann für mich ein Mensch tot ist. Was weiss man darüber? Welche Studien gibt es? Was sind die neuesten Erkenntnisse? Und genau deshalb entscheiden sich viele Menschen häufig nicht aktiv für oder gegen Organspende. Sie vermeiden die Konfrontation mit diesem Thema.

Muss ein Entscheid denn wirklich immer rational gefällt werden? Kann ich denn nicht einfach aus dem hohlen Bauch heraus etwas entscheiden?

Einen Entscheid zu treffen, verlangt immer beides: Kopf und Bauch. Am Ende eines Entscheidungsprozesses braucht es einen Sprung, um von allen rationalen Überlegungen zu einem Entscheid zu kommen. Und hier spielt natürlich die Emotionalität eine grosse Rolle. Jeden Tag entscheiden wir 1000 Dinge: Soll ich den Bus nehmen oder laufen, was kaufe ich ein und so weiter. Das sind sehr oft spontane Bauchentscheide. Auch jede ethische Entscheidungsfindung beginnt im Bauch. Dann setzt die rationale Abwägung ein; ja, weil ..., nein, weil ... Am Schluss kommt dann wieder der Bauch ins Spiel. Sobald es um existenzielle Entscheide geht, um Leben und Tod, kann nicht einfach nur noch aus dem Bauch heraus entschieden werden – und hier setzt dann auch die partizipative Entscheidungsfindung ein. Also mit Hilfe von Ärzteschaft, Pflege und Menschen, die mir nahestehen.

Die Studierenden an der Berner Fachhochschule erlernen diese partizipative Entscheidungsfindung mit dem Konzept «shared decision making». Liegt darin der Schlüssel zum Erfolg?

Das ist sicher ein ganz wichtiges Thema: Den Weg bis hin zur Entscheidung gemeinsam gehen. Ganz zuletzt entscheidet aber der Patient, die Klientin. Er oder sie trägt auch die Konsequenzen für den Entscheid, es ist sein und ihr Leben, nicht das Leben des Arztes, der Ärztin. Shared decision making muss den unterschiedlichen Ausgangslagen Rechnung tragen. Der Arzt ist nicht krank, sondern der Patient, die Klientin. Darum braucht es die Reflexion dieser Abhängigkeitssituation. Umgekehrt heisst es nicht, dass ich als Patient, als Klientin alles einfordern kann. Auch das Gesundheitspersonal muss die Handlungen, die es ausführt, verantworten können. Shared decision making setzt voraus, dass sich Menschen einander verständlich machen können. Dies bedeutet, dass das Gesundheitspersonal verständlich spricht und der Patient, die Klientin das, was ihm oder ihr wichtig ist, ebenfalls verständlich kommuniziert. Diese gegenseitige Verständigung ist das Ergebnis eines Prozesses, bei dem sich beide Parteien auch selber im Klaren sein müssen, was sie überhaupt wollen und was

für Handlungen sie in der jeweiligen Situation als angemessen ansehen.

Was kann man im Studium der Gesundheitsberufe Ihrer Meinung nach optimieren?

Die Studierenden lernen viel über Diagnosen, Krankheiten usw. Aber wie zum Beispiel jemand mit einer bestimmten Diagnose stirbt, das wird wenig thematisiert. Mit unterschiedlichen Krankheiten sieht auch der Tod unterschiedlich aus. Ausserdem haben wir kaum mehr Orte, an denen wir uns über unsere eigenen Lebensentwürfe und Werte im tiefsten Sinne wirklich austauschen. Es braucht vermehrt eine gesellschaftliche Auseinandersetzung über unseren Umgang mit Leben und Sterben und unsere Vorstellungen davon. Die Reflexion der Gesundheitsmitarbeitenden darüber ist sehr wichtig, und die Ausbildungsinstitutionen, aber auch die Praxis müssen Raum und Zeit für diesen Dialog schaffen.

Wie sieht die Zukunft aus für den kompetenten Patienten, die kompetente Klientin?

Nur wenn die Mechanismen des Gesundheitswesens durchleuchtet werden, können wir Platz schaffen für ein humanes Gesundheitswesen. Das derzeitige einseitig monetäre Anreizsystem im Gesundheitswesen fördert Über- und Unterbehandlung. Beidem gilt es aus Gerechtigkeits- und Solidaritätsgründen entgegenzutreten. Wir müssen uns mit der anderen, der stillen Seite des Menschseins auseinandersetzen. Das entspricht aber nicht dem Zeitgeist. Hier sehe ich die grösste Gefahr: Wenn sich die Entscheidungsfindung einseitig an der Funktionalität, Effizienz und den monetären Interessen orientiert. Gutes Leben erschöpft sich nicht in der Funktionalität. Es braucht die aktive Auseinandersetzung mit den Themen «was ist Lebensqualität, welchen Lebensentwurf verfolge ich, wie gehe ich mit anderen Menschen um, was bedeutet gesellschaftliche Solidarität». Diese Fragen brauchen unbedingt mehr Raum und Zeit – sie sind die Voraussetzung dafür, dass Patienten und Klientinnen ihrem Lebensentwurf entsprechend kompetent entscheiden können.

Mit professionellem Körperkontakt Selbstwirksamkeit erfahren



Kirstin A. Hähnlein
Dozentin Bachelorstudiengang
Hebammen
kirstin.haehnlein@bfh.ch

Bei der klinischen Untersuchung einer Schwangeren werden vier sogenannte Leopold-Handgriffe zur Diagnostik angewendet. Hebammen haben die traditionelle Methode weiterentwickelt. Ihre ergebnisorientierten Tast-Vorgänge stellen einen Mehrwert für die schwangere Frau und ihr ungeborenes Kind dar.

Bei einer klinischen Schwangeren-Untersuchung bewertet die Hebamme die geburtshilfliche Gesundheit einer Mutter-Kind-Einheit, indem sie den Leib der Schwangeren mit den Händen abtastet. Das Vorhandensein von Gesundheitsfachpersonen mit diesen manualdiagnostischen Fähigkeiten gilt als Voraussetzung für die geburtshilfliche Versorgung in ländlichen Regionen, in peripheren Hospitälern, bei limitierten Ressourcen sowie in Akut- und Notfallsituationen (WHO, 2004).

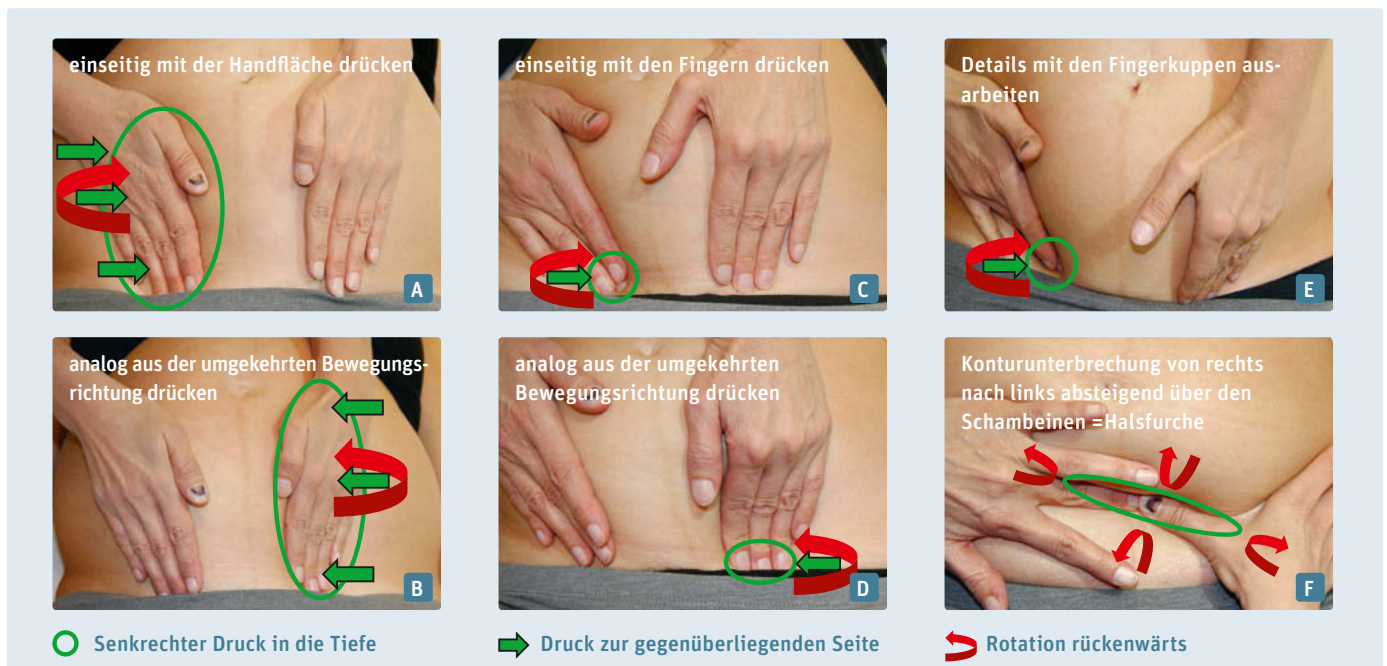
Seit mehr als 100 Jahren werden für die manuelle Diagnostik vier nach Christian Leopold benannte Handgriffe angewendet (Crede & Leopold, 1892, Lydon-Rochelle, Albers, Gotwocia, Craig & Qualls, 1993). Aktuell führt die Kritik an der Evidenz der humanen Tast-Ergebnisse zur Empfehlung, auf die äusserlich-abdominale Untersuchung zu verzichten (Enkin, 2000, NICE, 2008). In der Berufsarbeit von Hebammen ist es aber ein einzigartiges Privileg, geburtshilfliche Diagnosen mit den Händen stellen zu dürfen. Die Empfehlung, auf klinische Untersuchungen zu verzichten, stösst auf vier Widersprüche: 1. werden Hebammen nach wie vor darin geschult, Schwangere hilfsmittel- und technikfrei per Abtasten zu untersuchen. 2. leiten sie mit der Diagnose, die einer Untersuchung folgt, betreuungsrelevante Handlungen und Entscheidungen während Schwangerschaft und Geburt ein. 3. tragen sie die rechtliche Konsequenz für eine fehlerhafte Diagnose. 4. haften sie für die Folge einer fehlenden äusserlich-abdominalen Untersuchung (University of Nottingham, 2008, Horstschitz, 2011).

Folglich ist es wichtig, dass Hebammen weiterhin klinische Schwangeren-Untersuchungen durchführen. Um die vorhandene Qualität in Richtung Evidenz zu modifizieren, wurde die Gesetzmässigkeit neu durchdacht. Ein weiterer Grund für eine Neubewertung sind Entwicklungen, die zeigen, wie Tast-Befunde vor der Diagnose objektiv konstruiert werden.

Der Verzicht auf manualdiagnostische Untersuchungen ist wenig vernünftig. Auch weil eine moderne Studie zeigt, dass der Nutzen einer manuellen Schwangeren-Untersuchung immaterielle Vorteile einschliesst: Das einzigartige Privileg der Hebammenarbeit deckt sich perfekt mit den Bedürfnissen schwangerer Frauen. Diese beschreiben Zeit bekommen, persönliche Zuwendung spüren und eine individualisierte Leistungserbringung wahrnehmen als die wichtigsten Aspekte einer humanitären Geburtshilfe (Behruzi et al., 2014). Folglich sollten Hebammen ihre manualdiagnostischen Fähigkeiten so genau beschreiben, wie es für die technikunterstützte, ärztliche Diagnostik üblich ist.

Wenn eine Hebamme den Leib einer Schwangeren mit den Händen abtastet, ist das Wesentliche nicht die Diagnosestellung per Leopold-Handgriff-Anwendung. Viel wichtiger sind ergebnisorientiert durchgeführte Tast-Prozeduren. Als Erfolg dieser Fähigkeit gilt die Erhebung der wichtigsten Befunde. Denn eine objektive Diagnose setzt voraus, dass alle erhobenen Befunde erstens richtig und zweitens unverwechselbar sind.

Mit «Denken» oder «Reflektieren» ist die manuelle Diagnose nicht erklärt. Viel wichtiger als Denkprozesse sind die überfachlichen Fähigkeiten der Handlungsplanung und die Impulskontrolle, die Norman und Shallice (1986, S. 13–16) als handlungsleitende Aufmerksamkeitsfunktionen beschreiben. Hebammen, die per Tasten diagnostizieren, analysieren mit den Händen Informationen von der Mutter-Kind-Einheit, indem sie Berühren und Bewegen mit Wahrnehmen verbinden. Tast-Befunde müssen zwar zwingend selbst gefühlt werden. International fehlen dafür aber Erklärungen. Die Anforderung, die Hebammen täglich selbstgesteuert meistern, besteht darin, berührungs- und bewegungsgesteuerte Sinneswahrnehmungen in Verbindung mit den dazugehörenden neuropsychologischen Wahrnehmungsqualitäten diagnostisch anzu-



Bilder aus der Hebammen-Schulung «Leopold und mehr ...».

wenden (Silbernagl & Despopoulos, 2007, Bodenburg, 2000, S. 154–161). Eine Tast-Diagnose ist das qualitative Produkt der Fähigkeit, fachliche Überlegungen effektiv mit korrekt durchgeführten Tast-Prozeduren zu verbinden. Das heisst, dass die methodologische Gestaltung der Untersuchung die Tast-Ergebnisse massgeblich mitbestimmt. Die zutreffendste Beschreibung für die Methode «Tasten» ist die Interaktion mit der Mutter-Kind-Einheit.

Selbstwirksamkeit fördern

In Anlehnung an das Modelllernen (Bandura, 1994) ist Selbstwirksamkeit hier als Überzeugung definiert, dass man fähig ist, etwas zu erlernen oder eine bestimmte Aufgabe auszuführen. In Hebammenschulungen wird deutlich, wie prompt Hebammen ihre Tast-Prozeduren weiterentwickeln, wenn sie angeleitet werden, ihre Vorgehensweise so genau zu beschreiben, wie es Hände auf Bildern zeigen. Der Grund ist, dass viele Hebammen die Fähigkeiten unbewusst-kompetent beherrschen. Ziel der Schulung ist, Hebammen zu unterstützen, die komplexeren Erkundungsprozeduren ebenso bewusst-kompetent durchzuführen wie den einzelnen Tast-Vorgang. Nach Schulung der Prinzipien können Hebammen Tast-Vorgänge nicht nur ergebnisorientiert nachmachen. Sie werden rasch fähig, ihre Vorgehensweise selbstständig zu steuern, sodass in der Literatur ungenannte Befunde, wie die der Halsfurche, prompt getastet werden. Um die Selbstwirksamkeit der Hebammen zu unterstützen, werden die einzelnen Tast-Vorgänge strukturiert. Zudem übernimmt Bildmaterial die Funktion einer Leistungskontrolle.

Die Bilder in obenstehender Abbildung stellen eine Ausarbeitung von Befunden dar, die zur Objektivierung des kindlichen Körperteils Kopf gehören, nachdem die Position von Kopf, Schulter und Rücken abgegrenzt wurde.

1. Beide Hände liegen flach auf dem unteren Segment der mütterlichen Gebärmutter. Durch deutlich-senkrecht Drücken werden die kindliche Schulter und der Kopf in der Fruchtwasserhöhle einseitig nach hinten gedreht (A). Sobald Schulter und Kopf nachgeben, wiederholt die gegenüberliegende Handfläche exakt die gleiche Bewegung aus der umgekehrten Bewegungsrichtung (B). Gefühlt werden vom Rücken die vordere Schulter und vom Kopf Hinterhaupt und Gesichtsschädel. Gefühlt wird die Bewegungsfähigkeit des Ungeborenen in der Fruchtwasserhöhle.
2. Ohne die Handpositionen zu verändern, tasten die Finger vom kindlichen Kopf Hinterhaupt und Gesichtsschädel ab. Um die Menge der Befunde zu erhöhen, wird der Kopf in der Fruchtwasserhöhle einseitig nach hinten gedreht (C). Sobald der Kopf nachgibt, wiederholen die gegenüberliegend-tastenden Finger die gleiche Bewegung analog aus der umgekehrten Bewegungsrichtung (D). Gefühlt werden vom Kopf das gerundete Hinterhaupt und der kantigere Gesichtsschädel. Gefühlt wird die Bewegungsfähigkeit des Kopfes im knöchernen Geburtsweg.
3. Die Fingerkuppen arbeiten Details sorgfältig aus. Es gilt die Position des gerundeten Hinterhaupts (E) und des kantigeren Gesichtsschädels präzise zu lokalisieren. Anschliessend werden die Finger die feste Struktur des Kopfes so lange überstreichen, bis das tiefere Niveau der Halsfurche gefunden wird. Für die Veranschaulichung werden zwei Finger zwischen Schulter und Kopf in die Halsfurche gedrängt. Das Foto (F) zeigt den Verlauf einer Halsfurche in Relation zum mütterlichen Schambein von rechts nach links absteigend.

Die Unverwechselbarkeit einer Halsfurche garantiert, diese als richtig-positiven Befund zu interpretieren. Gleichzeitig ist die Schädelage eine objektive Dia-

gnose geworden. Der Grund für die Objektivität ist: Es gibt nur einen Hals am menschlichen Körper.

Beim Tasten werden die Hände sowohl an die Schwangere als auch an ihr Ungeborenes angepasst. In Interaktion mit dem Mutter-Kind-Paar werden gleichzeitig-gemeinsame Bewegungen durchgeführt, die aus der Kinästhetik bekannt sind (Maietta & Hatsch, 2004). Die schwangere Frau akzeptiert das zielführende Drücken, Drehen und Schieben auf und in ihrem Leib gern, wenn sie fortwährend über den Sinn der Vorgehensweise informiert wird. Für die Hebamme ist es wichtig, zu wissen, dass sie während der gleichzeitig-gemeinsamen Bewegungen auf die Befragung der Frau verzichten muss. Lauscht die Schwangere der Erklärung, bleibt ihr Körper entspannt. Die mütterliche Körperbewegung beim Reden erhöht hingegen die Bauchmuskelspannung und unterbricht die geplanten Tast-Vorgänge.

Vorteil für die Schwangere

Werden die Tast-Vorgänge konsequent erklärt, potenziert sich deren Nutzen. Zum einen tastet die Hebamme bewusst-kompetent und nimmt dadurch viele Befunde gleichzeitig wahr. Zum anderen hört die Schwangere fortwährend Informationen über ihren Körper. Während der gleichzeitig-gemeinsamen Bewegungen werden mütterliche Körperreaktionen gemeinsam mit kindlichen Reaktionen als geburtshilfliche Befunde interpretiert. Parallel mit den eigenen Empfindungen hört die Schwangere die Auslegungen der Fachperson. Mit jeder Information wird für sie verstehbarer, wie sie die Tast-Vorgänge auf und in ihrem Leib kontrollieren kann (F). Die Interaktionen rücken das Mutter-Kind-Paar in das Zentrum der Aufmerksamkeit. Ohne einen zeitlichen Mehraufwand fördert die tastende Hebamme die Selbstwirksamkeit der schwangeren Frau. Denn jede klinische Schwangeren-Untersuchung verlangt die körperliche Zusammenarbeit der drei Beteiligten; Mutter, Kind, Hebamme. Die gleichzeitig-gemeinsamen Bewegungen werden nur dann erfolgreich sein, wenn die Frau und ihr Ungeborenes die Interaktionen zulassen. Durch das sprachliche Offenlegen der Methode wird die Frau befähigt, mit ihren körperlichen Reaktionen das Geschehen per Spannung und Entspannung wirkungsvoll zu beeinflussen. Synchron lernt sie ihren schwangeren Körper besser kennen.

Die Innovation

Die Darstellung der klinischen Methode entspricht den Anforderungen an die moderne geburtshilfliche Diagnostik. Fotos weisen die Genauigkeit der Tast-Befundung nach. Die Bilder lösen das Denken von der geschlussfolgerten Diagnosestellung. Stattdessen wird die Erhebung der Befunde per Tasten als transparent begründete Methode dargestellt.

Um Missverständnissen vorzubeugen: Die klinische Schwangeren-Untersuchung wird NICHT als Alternative zur medizinisch-bildgebenden ärztlichen Diagnostik angesehen. Zweck des Plädoyers ist die produktive Ergänzung zweier hervorragender Metho-

den; eine frauenzentrierte Weiterentwicklung der gängigen Schwangerenbetreuung.

Neu ist die Wertschätzung. Denn beim Abtasten des mütterlichen Leibes ergänzt die menschliche die computertechnische Diagnostik. Neu ist ausserdem der Nachweis, dass Befunde mit tastenden Händen ebenso kriterienorientiert bestimmt, ausgearbeitet, beschrieben und fachlich korrekt beurteilt werden, wie es in der Medizin-Diagnostik üblich ist. Die Aufgabe der Untersuchenden wird neu akzentuiert. Statt Leopold-Handgriffe anzuwenden, wird mit der klinischen Schwangeren-Untersuchung der Wert der humanen Ressourcen hervorgehoben. Eine klinische Schwangeren-Untersuchung basiert auf diagnostisch-durchgeführter, menschlicher Berührung, Wahrnehmung und Bewegung. Die professionelle Beurteilung geschieht in Interaktion mit der schwangeren Frau und ihrem Ungeborenen. Auch ökonomisch sind die allgegenwärtig verfügbaren Humanressourcen Wissen und Fertigkeiten, mit denen die Befundungen durchgeführt werden, Grund genug für eine Neubewertung der manualdiagnostischen Hebammenarbeit.

Paradigmenwechsel

Die Integration dieses Paradigmenwechsels in die geburtshilfliche Betreuung nützt allen Beteiligten. Sprachlich-erklärte Tast-Vorgänge vereinfachen die Weiterentwicklung einer beruflichen Fähigkeit, durch die Hebammen Selbstwirksamkeit erfahren. Zudem verwenden viele Hebammen die professionell gestaltete, körperliche Nähe als Instrument der Betreuung, um Schwangeren Sicherheit zu vermitteln, Empathie zu zeigen, ihr Vertrauen zu stärken und die persönlichen Werte des Mutter-Kind-Paares anzuerkennen.

Vonseiten der Schwangeren werden während einer untersuchungstypischen Interaktion menschliche Bedürfnisse nach Zuwendung, nach Anerkennung der Person und nach individualisierter Betreuung genährt. Der professionelle Körperkontakt gesteht Schwangeren und Ungeborenen Achtung zu und lässt den Beteiligten ihre Autonomie.

Manualdiagnostische Interaktionen sind die humansten Methoden der geburtshilflichen Diagnostik, die es weiterzuentwickeln lohnt. Momentan brauchen Hebammen darin noch pädagogische Unterstützung. Schulungen zeigen, dass Hebammen von Material und Instruktion profitieren, weil sie klinisch zu viele Aufgaben gleichzeitig meistern: Beim Abtasten schenken Hebammen Schwangeren Zuwendung, Zeit und wortsprachliche Erklärungen in Verbindung mit einer hohen Aufmerksamkeit für die berufsfachliche Diagnostik. Damit die Selbstwirksamkeit von Hebammen im Modelllernen gestärkt wird, soll Schulung ihnen Sicherheit bei der korrekten Befundung vermitteln. An der Berner Fachhochschule unterstützen wir Studierende in einem Pilotprojekt zum antenatalen Assessment. Zum selben Thema bieten wir In-Haus-Schulungen für Hebammenteams an.

Literaturangaben auf Anfrage bei der Autorin

Wenn Therapieziele auch die Ziele der Klientin, des Klienten sein sollen



Prof. Sandra Jent
Dozentin Bachelorstudiengang
Ernährung und Diätetik
sandra.jent@bfh.ch

Die Ansprüche, die an die Formulierung therapeutischer Ziele gestellt werden, konzentrieren sich oft auf die Überprüfung der Ergebnisse einer Therapie: Sie sollen deshalb möglichst spezifisch oder nach SMART formuliert sein. Was ist in Bezug auf die Zielformulierung jedoch wichtig, damit eine Verhaltensänderung optimal unterstützt werden kann? Wer hat in Bezug auf therapeutische Ziele den Lead? Der vorliegende Artikel beleuchtet das Thema Zielformulierung aus der Perspektive der Wirksamkeit einer Therapie. Unter Therapie werden dabei die unterschiedlichen Formen der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsfachperson und Klientin, Klient verstanden.

Die Art und Weise, wie Ziele in der therapeutischen Arbeit definiert werden, lassen unterschiedliche Haltungen erkennen. Allen gemeinsam dürfte sein, dass die Arbeit mit Klientinnen und Klienten Wirkung zeigen soll und dass Ziele beabsichtigen, die Ergebnisse der eigenen Arbeit zu überprüfen. Man könnte daraus ableiten, dass Ziele vor allem aus fachlicher Sicht definiert werden sollten, um daraus die effektivsten und effizientesten Interventionen abzuleiten. Aus ethischen Überlegungen und in Bezug auf die Wirksamkeit der Betreuung ist diese Orientierung an der Expertin, am Experten jedoch zu hinterfragen. Eine rein fachorientierte Zielformulierung dürfte kaum die Haltung widerspiegeln, dass Klientinnen und Klienten mündige Menschen sind, welche eigene Entscheide über die für sie sinnvollen und möglichen Ziele und Interventionen fällen können. Die Wirksamkeit einer Therapie ist nicht dann gegeben, wenn spezifische, überprüfbare Ziele festgelegt und alle relevanten Informationen vermittelt wurden. Wirksamkeit bedeutet, dass Menschen ihr gesundheitsbezogenes Verhalten nachhaltig ändern, wenn also beispielsweise der Lebensstil so ange-

passt wird, dass die Blutzuckereinstellung möglichst gut unterstützt wird – und dies langfristig. Eine solche Verhaltensänderung wird nicht nur durch die definierten Ziele beeinflusst, diese stellen aber ein wichtiges und das hier fokussierte Puzzleteil dar. Grundlage für den Perspektivenwechsel liefert die patientenzentrierte Medizin, welche postuliert, dass Ziele gemeinsam festgelegt werden sollten. Dieser Ansatz beruft sich auf Studien, die zeigen, dass Klientinnen und Klienten bei der Zielformulierung miteinbezogen werden möchten und dass solche Ziele auch besser verfolgt werden (Steward et al., 2014).

Menschen haben nie nur ein Ziel

Damit medizinische Fachpersonen Ziele gemeinsam mit Klientinnen und Klienten festlegen können, ist es wichtig, die Grundlagen der Zieltheorie zu kennen. Ziele sind gemäss Zieltheorie wesentlich für menschliches Handeln. Sie bewirken, dass Menschen ihre Aktivität und Energie darauf ausrichten, ihre Ziele zu erreichen (Kleinbeck, 2010). Die Motivation, auf ein Ziel hinzuarbeiten oder zielorientierte Handlungen

auszuüben, wird positiv beeinflusst, wenn Menschen davon ausgehen, ein erwünschtes Ergebnis zu erreichen, dieses einen hohen Wert für die Klientin, den Klienten hat und mehrheitlich positive Folgen erwartet werden (Michalak, 2004).

Zu beachten ist, dass Menschen nie nur ein Ziel haben. Persönliche Ziele sind hierarchisch organisiert, und zwar über mehrere Stufen – von sehr konkreten bis zu sehr abstrakten Zielen. Zuunterst auf der Zielhierarchie (Abb. 1) sind konkrete Handlungspläne angesiedelt, in der Mitte persönliche Ziele und auf der obersten Ebene die relativ stabilen Motive oder Haltungen (Heckhausen & Heckhausen, 2010). Beratungs- oder Therapieziele dürften meist im mittleren Bereich der Zielhierarchie angesiedelt sein. Wenn sich die Ziele in einem Teil des Zielsystems ändern, so wirkt sich dies oft auf andere Teile des Systems aus. Ein bestimmtes Ziel zu verfolgen, bedeutet, andere Ziele in den Hintergrund zu stellen, um das aktuelle Ziel nicht zu gefährden (Kleinbeck, 2010). Die Komplexität der Arbeit mit Klientinnen und Klienten wird dadurch erhöht, dass

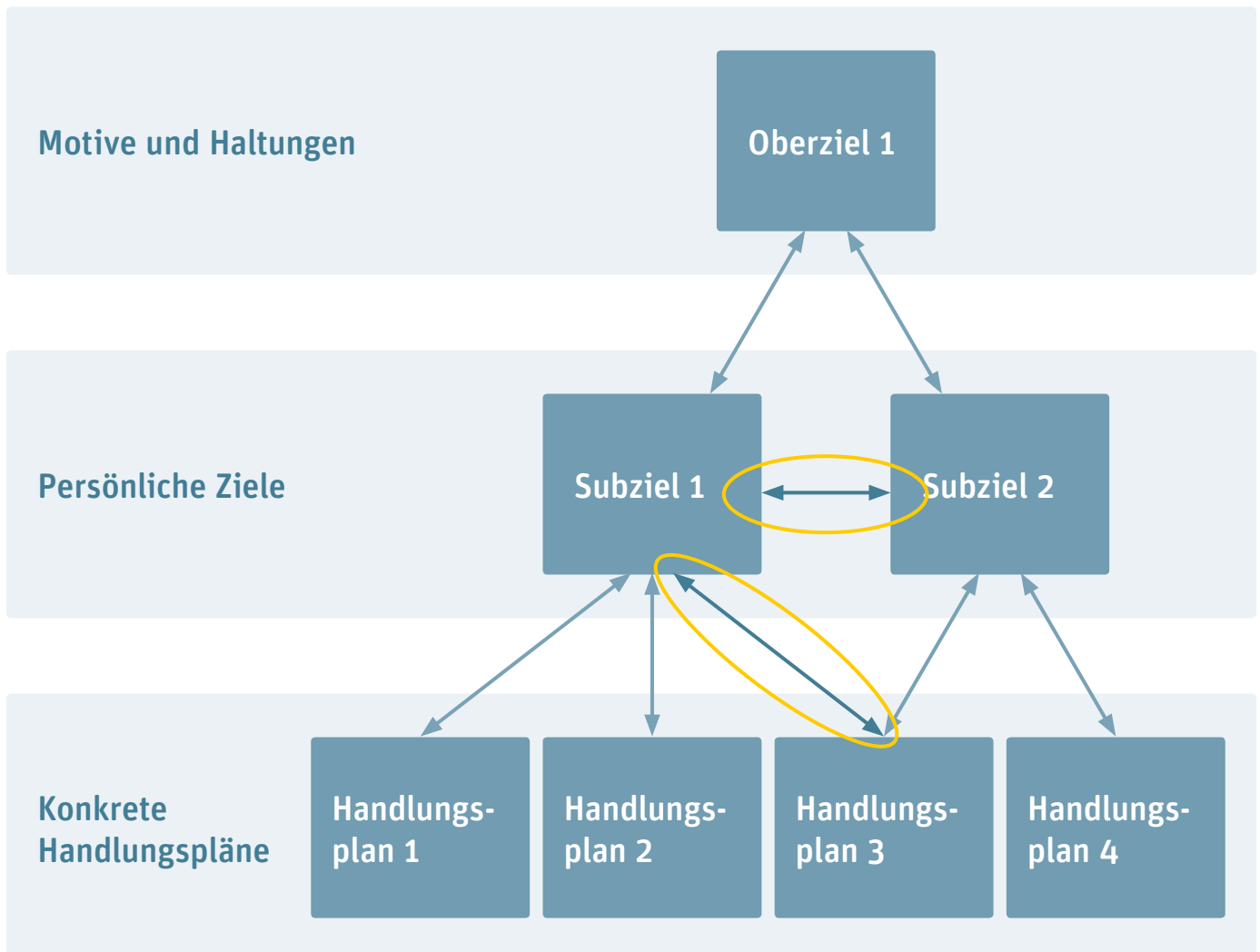
deren Verhalten nicht nur durch die therapeutischen Ziele, sondern durch multiple Ziele aus unterschiedlichen Lebensbereichen gesteuert wird, was Zielkonflikte mit sich bringen kann. In der Regel wird das Verhalten gewählt, welches mehreren relevanten Zielen gleichzeitig gerecht werden kann (Michalak, 2000).

Weitere wesentliche Aspekte bei der Zielformulierung hinsichtlich Wirksamkeit einer Therapie sind der Ursprung der Ziele und die Zielbindung. Ziele können von der Patientin, vom Patienten selber formuliert oder von aussen vorgegeben sein. Auch fremdgesetzte Ziele können handlungswirksam werden, wenn sie von der betroffenen Person internalisiert werden. Das heisst, die Klientin, der Klient muss das fremde Ziel als eigenes akzeptieren und in die persönliche Zielhierarchie einbauen (Kleinbeck, 2010).

Ziele und Werte auf breiter Ebene erfassen

Das persönliche Engagement eines Menschen hängt sehr stark mit der erlebten Zielverbundenheit zusammen. Eine starke Bindung bewirkt, dass ein Ziel über

Abb. 1: Zielhierarchie



längere Zeit und auch bei Hindernissen und Misserfolgen verfolgt wird. Auch wenn andere attraktive Ziele «auftauchen», wird es weiterverfolgt. Fühlt sich eine Person hingegen wenig an ihr Ziel gebunden, wird sie dieses bei Schwierigkeiten oder anderen attraktiven Zielen schnell aufgeben. Die Zielbindung wird beeinflusst durch Erwartungen, die Attraktivität von Zielen und situative Einflussgrößen. Die Attraktivität wird von der obersten Zielebene beeinflusst und dürfte deshalb relativ konstant bleiben. Die Erwartungen hingegen sind von verschiedenen Faktoren abhängig, welche sich rasch ändern können. Nimmt beispielsweise die Erwartung an die Erfolgswahrscheinlichkeit ab (z.B. durch Misserfolgserlebnisse) oder entstehen höhere Erwartungen an andere Ziele, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass die Zielbindung reduziert wird (Kleinbeck, 2010).

Aus den oben aufgeführten Aspekten lässt sich ableiten, dass Ziele gemeinsam diskutiert und festgelegt werden sollten. Zudem erscheint es sinnvoll, Ziele und Werte im Leben der Klientin, des Klienten auf einer möglichst breiten Ebene zu erfassen, deren Konfliktpotenzial mit den therapeutischen Zielen abzuschätzen und die therapeutischen Ziele auf dieser Basis allenfalls anzupassen. Dies hilft ebenfalls dabei, eine gute Beratungsbeziehung aufzubauen und den inneren Referenzrahmen einer Person zu verstehen, worin der Schlüssel zur Veränderungsmotivation einer Person liegt (Miller & Rollnick, 2013). Misserfolge sollten nach Möglichkeit vermieden werden, da sie die Zielbindung negativ beeinflussen könnten. Fremdformulierte Ziele werden erst verhaltenswirksam, wenn sie von der Klientin, vom Klienten in die eigene Zielhierarchie integriert werden.

Literatur:

- Heckhausen, J., & Heckhausen, H. (Eds.). (2010). Motivation und Handeln (4. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Kleinbeck, U. (2010). Handlungsziele. In J. Heckhausen & H. Heckhausen (Eds.), Motivation und Handeln (4th ed., pp. 285–307). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Michalak, J. (2004). Personal Goals of Psychotherapy Patients: The Intensity and the «Why» of Goal-Motivated Behavior and Their Implications for the Therapeutic Process. *Psychotherapy Research*, 14(2), 193–209. doi:10.1093/ptr/kph017
- Michalak, J. (2000). Zielkonflikte im therapeutischen Prozess. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag GmbH.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). Motivational Interviewing: Helping People Change (3rd ed.). New York, London: The Guilford Press.
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. Wayne, McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. R. (2014). Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method (3rd ed.). London, New York: Radcliffe Publishing.

Mit spitzer Feder

Informierte, kompetente und autonome Patienten



Margrit Kessler
Präsidentin der
Schweizerischen Stiftung
SPO Patientenschutz
NR der Grünliberalen
margrit.kessler@spo.ch

Als Patientenvertreterin wünsche ich mir gut informierte, kompetente und autonome Patientinnen und Patienten. Wie aber schätzen die Ärzte diese selbstbestimmten Patienten ein?

Der **informierte Patient** besucht den Arzt mit einem langen Fragenkatalog. Er hat sich im Internet über seine Symptome bereits ein fundiertes Wissen angeeignet, was ihnen alles zugrunde liegen könnte. Mit einer langen Liste besucht er seinen Hausarzt. Dieser ist total ausgebucht, weil seine Spezies am Aussterben ist. Vom langen Tag müde und abgekämpft, soll er sich jetzt noch mit diesem gut informierten Patienten und seiner langen Liste von Symptomen befassen. Er denkt: Wer ist denn hier der Chef?

Der **kompetente Patient** steht mit dem Arzt auf gleicher Augenhöhe. Er kennt seine Krankheit in- und auswendig. Jede Veränderung nimmt er wahr und kann sie einschätzen. Er weiss, wie er sich verhalten muss. Dem Arzt sagt er, welche Untersuchungen jetzt oder später notwendig sind und welche Therapie unmittelbar durchgeführt werden muss. Wird das Wissen des Patienten nicht ernst genommen, so sucht er sich einen anderen Spezialisten. Wahrscheinlich ist der behandelnde Arzt darüber nicht unglücklich, weil kompetente Patienten mühsam und aufwendig sind.

Der **autonome Patient** wird sich nicht ohne entsprechende Bedenkzeit einer Therapie unterziehen. Nach dieser Bedenkzeit will er die Unterlagen für eine Zweitmeinung. Der behandelnde Arzt wird ungeduldig, findet das Vertrauensverhältnis durch diese vielen Umwege gestört und bittet den Patienten, doch einen anderen Arzt zu suchen.

Informierte, kompetente und autonome Patienten haben es nicht einfach!

Die Bedeutung des Internets für Morbus-Bechterew-Betroffene

Im Internetportal der Deutschen Morbus-Bechterew-Vereinigung tauschen sich rund 5000 Benutzer in 25 Themenbereichen aus. Eine qualitative Studie widmet sich der Bedeutung des Portals für Patientinnen und Patienten. Entstanden ist die Studie im Rahmen einer Bachelorarbeit des Studiengangs Physiotherapie am Studienstandort Bildungszentrum Gesundheit Basel-Stadt.



Dr. Heike Scheidhauer
Stab – Bildungszentrum Gesundheit
Basel-Stadt (BZG)
Dozentin Weiterbildung Fachbereich
Gesundheit
heike.scheidhauer@bzgbs.ch



Christoph Baltisberger
Student Bachelorstudiengang
Physiotherapie
du.baltisberger@bluewin.ch



Jouko Schäublin
Student Bachelorstudiengang
Physiotherapie
jouko.schaublin@hotmail.com

Morbus Bechterew (syn. Ankylosierende Spondylitis) ist eine chronisch entzündliche Systemerkrankung. Die Krankheit beginnt im Durchschnitt zwischen dem zwanzigsten und dreissigsten Lebensjahr und verläuft progredient in entzündlichen Schüben. Bechterew-Patienten leiden vor allem an Schmerzen und Bewegungseinschränkungen des Achsenskelettes. Nach und nach entwickeln sich starke Bewegungseinschränkungen an der Wirbelsäule. Die zunehmende Steifigkeit und der Schmerz werden als belastend empfunden und münden nicht selten in einer erheblichen Verminderung der Lebensqualität. Weltweit wird die Prävalenz von Morbus Bechterew zwischen 0,1 und 1,4 Prozent angenommen (Klitz & Braun, 2013). Eine Heilung ist bis heute nicht möglich (Hüter-Becker & Dölken, 2005).

«Der Patient 3.0 recherchiert selber im Internet, tauscht sich in Betroffenenforen zu Behandlungsmöglichkeiten aus, nutzt Online-Tools, besucht Informationsanlässe» (Careum Congress, 2011).

kungen an der Wirbelsäule. Die zunehmende Steifigkeit und der Schmerz werden als belastend empfunden und münden nicht selten in einer erheblichen Verminderung der Lebensqualität. Weltweit wird die Prävalenz von Morbus Bechterew zwischen 0,1 und 1,4 Prozent angenommen (Klitz & Braun, 2013). Eine Heilung ist bis heute nicht möglich (Hüter-Becker & Dölken, 2005).

Die qualitative Studie der hier vorgestellten Bachelorarbeit analysiert Erfahrungen und Meinungen von Bechterew-Betroffenen aus dem Internet zu physiotherapeutischen Interventionen und vergleicht diese mit dem aktuellen Standard zur evidenzbasierten Behandlung. In der Arbeit werden Meinungen und Aussagen von Betroffenen in den Vordergrund gestellt und dabei auch die Chancen und Gefahren des Internets im Umgang mit der Krankheit eruiert.

Als Datenquelle diente das deutschsprachige Internetportal der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew (DVMB), (DVMB Forum, 2003). Das Forum der DVMB bietet rund 5000 Benutzern (Stand November 2014) den Austausch in insgesamt 25 Themenbereichen. Für die Bachelorarbeit wurde die Suche im Forum auf drei relevante Themenbereiche begrenzt:

- «Diagnose/Therapie/Medikamente»
- «Rehabilitation»
- «Morbus Bechterew im Alltag»

Um die Datenmenge innerhalb der drei Themenbereiche einzugrenzen, wurden nur Forumsbeiträge «im letzten Jahr – und neuer» berücksichtigt. Die Suchbegriffe wurden so definiert, dass möglichst viele relevante Forumsbeiträge mit physiotherapeutischen Themen eingeschlossen werden konnten.

Während des einwöchigen Erhebungszeitraumes im Sommer 2014 konnten auf oben beschriebene Weise 339 User-Beiträge des Internet-Patientenforums ermittelt werden. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden diese in der Folge in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) auf physiotherapie-relevante Textabschnitte untersucht, analysiert und interpretiert.

Austausch wie in einer Selbsthilfegruppe

Das Internetforum ermöglicht den Betroffenen, sich über hilfreiche Interventionen, Übungen oder Erfahrungen auszutauschen. Dies gibt den Beteiligten die Chance, noch ungenutzte und/oder unbekannte Ressourcen zur Behandlung von Morbus Bechterew zu nutzen und für sich persönlich auszuprobieren. Auch können die User sich gegenseitig motivieren und bedrückten Mitgliedern Mut zureden. Klitz & Braun (2013) beschreiben in ihrer Leitlinie die Nützlichkeit von Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen. Das Internetforum kann ebenfalls als eine Art Patientenorganisation angesehen werden und ist wertvoll im Umgang mit der Erkrankung. Hartz, Fangerau & Albrecht (2014) erwähnen in diesem Zusammenhang, dass die Betroffenen die Möglichkeit haben, andere Betroffene und Experten zu finden und sich wie in einer Selbsthilfegruppe auszutauschen.

Der Austausch unter den Betroffenen birgt aber auch Gefahren. So können User ihre Symptome und Empfindungen in einem Beitrag veröffentlichen, worauf andere ihre Meinungen dazu kundtun und sogar (Fern-)Diagnosen stellen. Diese Diagnosestellungen beruhen meist auf eigenen Erfahrungen oder auf Recherchen im Internet oder in der Literatur. Dadurch scheint die Gefahr einer falschen Diagnosestellung durch User recht hoch, was den Betroffenen unnötig Angst und Unsicherheit bereiten kann. Andererseits kann es Betroffene auch zum Nachdenken anregen und dazu bringen, sich in ärztliche und physiotherapeutische Behandlung zu begeben.

Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass das Internet eine grosse Chance bietet – sowohl für die Betroffenen als auch für das medizinische Fachpersonal. Dieser Ansicht sind auch Hartz et al. (2014). Sie beschreiben die Wichtigkeit und das Potenzial der Social Media für die Heilberufe, denn dort wird die Idee des Empowerment, durch Übertragung von Verantwortung gelebt (ebd).

Wertvolle Plattform

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Aussagen, welche im Forum gemacht werden, grösstenteils den evidenzbasierten Aussagen der aktuellen S3-Leitlinie (Leitlinie mit zusätzlichen Elementen einer systematischen Entwicklung) entsprechen.

Die User berichten überwiegend von positiven Erfahrungen mit jeglicher Art von Therapie. Kein einziger der in die Untersuchung eingeschlossenen User sagt aus, dass ihm gar keine Therapie helfe. Am häufigsten wurde die Einzeltherapie hervorgehoben. Ein grosser Teil der User bestätigt die Empfehlung, dem Manage-

ment der Krankheit ein multimodales Therapieprogramm zugrunde zu legen. 85 Prozent der in die Studie eingeschlossenen User beschreiben in ihren Forumsbeiträgen die eingesetzten physiotherapeutischen Interventionen als hilfreich. Das zeigt, dass die Physiotherapie in der Behandlung von Morbus Bechterew einen hohen Stellenwert einnimmt.

Die Nutzung des Internets zur gegenseitigen moralischen Unterstützung und zum fachlichen und menschlichen Austausch ist auch aus Sicht der Autoren eine wertvolle Entwicklung. Ein Forum solcher Art kann den Betroffenen eine Plattform bieten, ihre Sorgen und Ängste zu formulieren sowie Unterstützung zu erhalten. Physiotherapeuten und medizinisches Fachpersonal sollten diese Entwicklung zum Vorteil der Betreuung und Begleitung informierter und mündiger Patienten nutzen.

Die hier vorgestellte Studie wird im August 2015 in der Zeitschrift für Physiotherapeuten veröffentlicht.

Literatur:

- Careum Congress (2011) URL: <http://www.careum-congress.ch/> (26.07.2014)
 DVMB Forum (2003) Das Netzwerk zur Selbsthilfe Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew. URL: www.dvmb-forum.de (08.08.2014)
 Hartz, T., Fangerau, H. & Albrecht, U. (2014) Social Media in der ärztlichen Praxis: Chancen, Risiken, Trends. Deutsches Ärzteblatt, 111(17): [6] S. 6–10.
 Hüter-Becker, A. & Dölken, M. (2005) Physiotherapie in der Orthopädie. Stuttgart: Thieme.
 Klitz, U. & Braun, J. (2013) Axiale Spondyloarthritis inklusive Morbus Bechterew und Frühformen. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/060-003l_S3_Axiale_Spondyloarthritis_Morbus_Bechterew_2013-11.pdf (22.03.2015)
 Mayer, H. & van Hilten, E. (2007) Einführung in die Physiotherapieforschung. Wien: Facultas.
 Mayring, P. (2010) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.

Betroffene als Expertinnen und Experten aus Erfahrung einbinden



Eva Tola Janic
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
MSc Pflege
eva.tola@bfh.ch

Betroffene kennen sich, ihren Alltag und den Umgang mit Krankheits- und Therapiefolgen am besten. Dieses individuelle Wissen macht sie zu Expertinnen, Experten ihrer Situation. Im Studiengang Master of Science in Pflege der Berner Fachhochschule werden Betroffene, sogenannte Expertinnen, Experten aus Erfahrung erfolgreich in die Lehre eingebunden.

«Versicherte und Patientinnen, Patienten stärken» lautet eines von zwölf Strategiezielen, welches der Bundesrat mit dem «Gesundheitsbericht 2020» verabschiedet hat (Bundesamt für Gesundheit, 2013). Darin wird unter anderem festgehalten, dass Patientinnen und Patienten als vollwertige, gleichberechtigte und selbstbestimmte Partner in der Beziehung zu Gesundheitsfachpersonen behandelt werden sollen. Diese Forderung entspricht aktuellen Bestrebungen, das vorherrschende paternalistische Verständnis einer Beziehung zwischen Patientin, Patient und Fachperson durch ein partizipatives Verständnis zu ersetzen. Dies explizit bei Menschen mit Langzeiterkrankungen. Hier sollen nicht die vorgeschriebenen Behandlungen und die damit verbundenen objektivierbaren medizinischen und/oder psychiatrischen Befunde im Vordergrund stehen. Vielmehr soll ein breiteres Verständnis von Gesundheit und Krankheit vermittelt werden, welches die subjektive Wahrnehmung Betroffener und deren Erleben ihrer Beeinträchtigungen im Alltag ins Zentrum rückt.

Da Betroffene (auch Angehörige sind Betroffene) sich selber und ihre Lebensumstände am besten kennen, müssen sie von Fachpersonen als Expertinnen, Experten für ihre Situation angesehen werden, was zu einer partizipativen Zusammenarbeit zwischen Expertinnen, Experten aus Erfahrung (Betroffene) und Fachexpertinnen, -experten führt. Gerade Pflegefachfrauen und -männer können sich hierbei als wichtige Player positionieren. Im Master of Science in Pflege wird die Partizipation zwischen Expertinnen, Experten aus Erfahrung und Fachexpertinnen, -experten nicht nur propagiert, sondern mit dem Einbezug von Betroffenen in Lehrveranstaltungen konkret vorgelebt (s. Kasten).

Jasmin Jossen, Expertin aus Erfahrung und Lehrbeauftragte im Studiengang Master of Science in Pflege an der Berner Fachhochschule BFH, beschreibt die gelebte

Partizipation zwischen ihr und der lehrenden Fachexpertin folgendermassen: «Wir wurden bereits in die Unterrichtsplanung einbezogen und konnten dabei gleichberechtigt Themen einbringen und diese auch selber unterrichten. Dadurch fühlte ich mich ernst genommen und nicht nur als «Attraktion» oder «Fallbeispiel.» Jasmin Jossen hatte sich früher bereits als «Fallbeispiel» für Lehrveranstaltungen zur Verfügung gestellt. Sie denkt, dass auch diese Unterrichtsform durch ihre Offenheit bei den Studierenden einen guten Eindruck hinterlassen hat, sagt aber dazu: «Ich fühlte mich eher als «interessantes Objekt» und von «Schaulustigen» umgeben.» Auch wenn sie die damaligen Reaktionen der Studierenden als wertschätzend wahrgenommen hat und ihr für ihren Mut Bewunderung entgegengebracht wurde, zieht sie eine partizipative Unterrichtsgestaltung vor. Dadurch, dass sie im Studiengang Master of Science in Pflege nicht nur von ihren Erfahrungen erzählt, sondern auch theoretische Inputs unterrichtet, wird sie von den Studierenden als kompetent wahrgenommen: «Fachliche Fragen werden nicht nur an die Fachexpertin, sondern auch an uns Expertinnen, Experten aus Erfahrung gerichtet.» Sie vermutet, dass durch diesen Auftritt auf gleicher Augenhöhe die Studierenden in ihrer patientenorientierten Haltung bestärkt werden können. Und auch auf sie selber habe die partizipative Unterrichtsgestaltung eine positive Auswirkung: «Mein Selbstbewusstsein wird auf eine nachhaltige Art gestärkt, weil ich aktiv am Ganzen teilhaben kann und als kompetent eingeschätzt werde. Das ist echtes Empowerment.»

Die partizipative Unterrichtsgestaltung mit Expertinnen und Experten aus Erfahrung ist auch für die lehrende Fachexpertin und den ganzen Studiengang Master of Science in Pflege ein grosser Gewinn. Dies nicht nur, weil dadurch der vom Bundesrat geforderte Einbezug von «Patientinnen, Patienten» als vollwertige,



gleichberechtigte und selbstbestimmte Partner vorgelebt wird. Sondern auch, weil die lehrende Fachexpertin dadurch vor dieselben Herausforderungen gestellt wird wie ihre Studierenden – nämlich die Individualität Betroffener. Genauso wie von den Gesundheitsfachpersonen verlangt wird, dass sie ihre Interventionen individuell und patientenorientiert gestalten, verlangt der Einbezug von Expertinnen, Experten aus Erfahrung von den verantwortlichen Lehrpersonen, in der Unterrichtskonzeption flexibel zu sein und Raum zu schaffen, um lehrreiche, individuelle Erfahrungen einzubinden. Zusätzlich muss jedoch gemeinsam mit den Expertinnen, Experten aus Erfahrung auch das theoretische Fachwissen in seiner nötigen Breite vermittelt werden. Hierfür ist das Arbeiten mit Betroffenen, welche sich durch eine gezielte Schulung, z. B. der Weiterbildung Ex-In (siehe Kasten), auf solche Einsätze vorbereitet haben, von grossem Vorteil. Gelingt dieser Spagat, ist ein gezielter und themenspezifischer Einsatz der beschriebenen partizipativen Unterrichtsgestaltung für alle Beteiligten ein grosser Mehrwert. Er fördert nicht nur den konkreten Praxisbezug, sondern reflek-

tiert auch die Patientenorientierung der gewählten Lehrveranstaltung sowie die patientenorientierte Haltung der beteiligten Fachpersonen und macht Freude.

Literatur:

Bundesamt für Gesundheit. (2013). Gesundheitsbericht 2020. Retrieved from www.gesundheit2020.ch
 duden.de. (2013). Retrieved 08.04.2015, from www.duden.de/rechtschreibung/Kompetenz

Betroffene in den Studiengang Master of Science in Pflege einbinden

Im Modul «Selbstmanagement» des Studiengangs Master of Science in Pflege der Berner Fachhochschule BFH werden Expertinnen, Experten aus Erfahrung erfolgreich in den Unterricht eingebunden. Die Lerneinheit «Selbstmanagement im psychiatrischen Setting» wird in Co-Moderation mit einer ausgebildeten Expertin, einem ausgebildeten Experten aus Erfahrung und einer Lehrperson mit Expertentum aus Fachwissen gehalten. Um das Erfahrungswissen konsequent gleich zu werten wie das Fachwissen, wird bereits die Unterrichtskonzeption partnerschaftlich gestaltet. Der Unterricht ist, neben fachlichen Inputs, geprägt von Diskussionen über Erfahrungen aus dem (Arbeits-)Alltag.

Die Rückmeldungen der Studierenden zum Einbezug der Expertin, des Experten aus Erfahrung waren bisher durchwegs positiv. Fachpersonen aus der Psychiatrie gaben an, neuen Elan gewonnen zu haben, um noch gezielter alltagsbezogene und individuelle Betreuung zu gewährleisten. Teilnehmende aus anderen Fachbereichen sagten aus, durch den Unterricht einen neuartigen Einblick in die Psychiatrie erhalten zu haben. Zudem konnten sie zahlreiche Parallelen zur Betreuung von Menschen mit somatischen Langzeiterkrankungen erkennen.

Verein Ex-In Bern

Der Verein Ex-In (Experienced Involvement) Bern bezweckt die Aus- und Weiterbildung von psychiatrienerfahrenen Menschen sowie den Einsatz und die Vermittlung von «Expertinnen und Experten durch Erfahrung». Die Weiterbildung Ex-In soll psychiatrienerfahrenen Menschen ermöglichen, ihre Erfahrungen zu reflektieren und darauf aufbauend ein Expertenwissen zu erarbeiten. Mit diesem Wissen sind sie in der Lage, ihre Erfahrungen gewinnbringend in die Arbeit mit Einzelpersonen, Teamarbeit oder in die Organisationsentwicklung einzubringen. Weitere Informationen unter: www.ex-in-bern.ch

Erfolgreiche Berner Physiotherapieforschung an der World Confederation for Physical Therapy (WCPT)



Prof. Dr. Heiner Baur
Dozent Masterstudiengang
Physiotherapie
Leiter Bewegungslabor
heiner.baur@bfh.ch

Der diesjährige Weltkongress der internationalen Physiotherapie-Vereinigung WCPT fand vom 1. bis 4. Mai in Singapur statt. Die Disziplin Physiotherapie der Berner Fachhochschule war gemeinsam mit den Kolleginnen und Kollegen des Inselspitals und weiteren Kooperationspartnern mit 23 Beiträgen ausserordentlich stark vertreten. Die Berner Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten stellten mit 20 Personen ein Drittel aller Schweizer Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Der bisher alle vier Jahre stattfindende Weltkongress der World Confederation for Physical Therapy stand dieses Jahr unter dem Thema «Better Movement – Better Health». Das Thema sollte die Wichtigkeit aktiver Präventions- und Therapiemassnahmen unterstreichen. Im Sunset-Center in Singapur trafen sich dazu rund 3500 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus allen 74 nationalen Mitgliedsverbänden des Weltverbandes. Am diesjährigen Kongress waren die unterschiedlichsten Formate anzutreffen. Neben klassischen Übersichtsvorträgen von ausgewiesenen Experten, Kurzvorträgen und Posterpräsentationen gab es Netzwerksitzungen zu speziellen Themen, Debattensitzungen zu kontrovers diskutierten Aspekten oder auch Fortbildungsseminare (Instruktionskurse). Die Themengebiete umfassten in wissenschaftlicher Hinsicht alle Teilgebiete der Physiotherapie. Hinzu kamen weitere Sitzungen zu historischen Aspekten der Physiotherapie, zu berufspolitischen Themen, zur Aus- und Fortbildung, zur Nachwuchsförderung, zur wis-

senschaftlichen Methodenentwicklung oder auch zur Qualitätskontrolle.

Die Berner Teilnehmerinnen und Teilnehmer stellten in ihren jeweiligen Fachgebieten aktuelle Forschungsergebnisse vor. Einige Arbeiten betrafen auch Projekte, die in unmittelbarer Zusammenarbeit zwischen der Disziplin Physiotherapie des Fachbereichs Gesundheit (FBG) der Berner Fachhochschule (BFH) und dem Institut für Physiotherapie des Inselspitals angefertigt wurden. Häufig wurden Ergebnisse aus Qualifikationsarbeiten (PhD, MSc-Arbeiten) von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern beider Institutionen oder auch von Studierenden (MSc, BSc) präsentiert. Dies verdeutlicht die enge Verbindung des Bachelor- und Masterstudiengangs mit der Forschung und Entwicklung.

Sich den neuen Herausforderungen stellen

Schon zu Beginn des Kongresses wurde klar, dass die Profession Physiotherapie wie alle Professionen im Gesundheitswesen vor neuen Herausforderungen in einer

sich wandelnden Gesellschaft steht. Diese Herausforderungen betreffen einerseits die bekannten Probleme der knapper werdenden zeitlichen und materiellen Ressourcen in der täglichen Arbeit. Andererseits werden auch die Diskussionen darüber immer wichtiger, wie wissenschaftlich klar nachweisbare Trainings- und Therapiemassnahmen angeboten werden können. Auch verschiedene Krankheitsbilder rücken vermehrt in den Fokus und klassische Versorgungsmodelle (z. B. ambulante Behandlung vs. Heimbehandlung) unterliegen einem starkem Wandel. Allerdings sind die Probleme, im weltweiten Kontext betrachtet, selbstverständlich regional sehr unterschiedlich vorzufinden. In den entwickelten Industrienationen mögen Themen wie E-Health und die Frage, wie technische Gadgets die Qualitätskontrolle verbessern können, angebracht sein. In Ländern der Dritten Welt spielt dies (noch) keine Rolle. Hier stehen der flächendeckende Zugang zur Physiotherapie oder kulturelle Barrieren als Hauptthemen im Vordergrund. Das Fach Physiotherapie wird natürlich, so die einhellige Meinung, die Herausforderungen annehmen, denn das Selbstverständnis der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten lautet, ein wenig «amerikanisch» formuliert, «die Welt besser machen für alle, die wir behandeln» (Marylin Moffat, scheidende Präsidentin WCPT).

Berner Forschende erfolgreich in Singapur

Am WCPT 2015 wurden verschiedene physiotherapeutische Entwicklungen thematisiert: Ein klarer Trend ist zum Beispiel, dass das Thema der weiblichen Inkontinenz zunehmend an Bedeutung gewinnt. Lange Zeit als Tabuthema ignoriert, entwickeln sich praktische Therapieansätze, und auch die Forschungstätigkeit nimmt weltweit zu. Es zeigt sich, dass Inkontinenz nicht nur akut nach einer Schwangerschaft oder im Alter zum Problem werden kann. Es ist ein bisher nicht beachtetes Thema für Frauen jeglichen Alters und unabhängig vom körperlichen Leistungsniveau. Es kann Sportlerinnen genauso betreffen wie Inaktive. Die in diesem Themengebiet forschende Arbeitsgruppe von Lorenz Radlinger (FBG Physiotherapie) und Annette

Kuhn (Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital, Urogynäkologie, Inselspital) konnte in Singapur mehrere Beiträge zur Analyse der Kraft und Muskelaktivität des weiblichen Beckenbodens vorstellen. Insbesondere das bisher nicht untersuchte Verhalten des Beckenbodens bei willkürlichen und unwillkürlichen Bewegungen oder das Muskelaktivitätsprofil bei sportlicher Belastung trifft genau die offenen Forschungsfragen. Das Team konnte zudem mit einem Beitrag zusammen mit der BFH-TI (Rolf Vetter, Jonas Schuld) den Posterpreis «Outstanding Presentation Award» der «International Organization of Physical Therapists in Women's Health» (IOPTWH) gewinnen. In ihrem Beitrag mit dem Titel «Wavelet transform of electromyography during maximum voluntary contraction derived from women with normal or weak pelvic floor muscles» wurde eine neue Form der Muskelaktivitätsanalyse der Beckenbodenmuskulatur entwickelt, die vermehrten Einblick in die neuro-muskuläre Ansteuerung des Beckenbodens gibt.

Motivierender Austausch

Der Schweizer Verband physioswiss veranstaltete einen Empfang für alle rund 60 Schweizer Teilnehmerinnen und Teilnehmer und bot damit fern der Heimat Gelegenheit zum Austausch und zur Netzwerkbildung. Der nächste Weltkongress, nunmehr im zweijährigen Rhythmus ausgetragen, findet im Juli 2017 in Kapstadt statt. Dies erfordert schon jetzt eine vorausschauende Planung im Hinblick auf einzureichende Beiträge. Die Physiotherapie des Fachbereichs Gesundheit möchte zusammen mit dem Institut für Physiotherapie des Inselspitals auch in 2017 wieder für eine starke und qualitativ hochstehende Präsenz sorgen. Dabei waren sich alle einig, dass sich der Aufwand lohnt, an diesem weltweiten Austauschforum teilzunehmen. Zum einen kann die eigene Arbeit in der Fachwelt publik gemacht werden, zum anderen ist es die beste Fortbildungsmöglichkeit, um die neusten Erkenntnisse im Fach kennenzulernen. Die Teilnahme wirkte für alle sehr motivierend, insbesondere für den wissenschaftlichen und den praktisch tätigen Nachwuchs beider Institutionen.



Evidenzbasierte Ernährungs- therapie – kompakt verpackt in einem Taschenbuch



Dr. Steffen Theobald
Dozent Bachelorstudiengang
Ernährung und Diätetik
steffen.theobald@bfh.ch

Vorhandenes Wissen aus medizinischen und ernährungswissenschaftlichen Leitlinien und systematischen Reviews zusammenzutragen; das setzten sich die Autorinnen und Autoren aus dem Studiengang Ernährung und Diätetik zum Ziel. Entstanden ist ein kompaktes und innovatives Buch mit evidenzbasiertem Wissen. Es soll sowohl Studierenden wie auch Ernährungsfachpersonen eine Arbeitshilfe sein.

«Wenn Sie Divertikel haben, sollten Sie keine Lebensmittel mit kleinen Kernen (Tomaten, Kiwis) oder Ölsaaten (Leinsaat, Sesamsamen) essen, da sich die Divertikel entzünden können.» «Leiden Sie an Oxalat-Nierensteinen, sollten Sie oxalsäurereiche Lebensmittel (z.B. Rhabarber, Spinat, Mangold, Kakao) meiden.»

Diese und ähnliche Empfehlungen finden sich zum Teil noch immer in deutschsprachigen Diätetikbüchern und zuweilen auch in der Ernährungsberatung. Ihre Evidenz wurde jahrzehntelang nicht überprüft und leitete sich meist aus Kausalschlüssen ab. Die Folge waren unnötige Einschränkungen in der Lebensmittelauswahl und, noch schwerwiegender, eine Verunsicherung der Patientin, des Patienten, mit der Befürchtung, einer Krankheit bei gelegentlichem Verzehr dieser Lebensmittel Vorschub zu leisten.

Vorhandenes Wissen zusammentragen

Erfreulicherweise hat die ernährungsmedizinische und -therapeutische Forschung in den letzten zwei Jahrzehnten deutliche Fortschritte gemacht. Vor allem bezüglich der klinischen Ernährung (enteral, parenteral) wurden von internationalen ernährungsmedizinischen Fachgesellschaften Leitlinien verfasst, die sich inzwischen zum Teil im S3-Stadium, dem höch-

sten Entwicklungsniveau, befinden. In anderen Bereichen ist es dagegen häufig noch so, dass Ernährungsexpertinnen und -experten in Leitliniengremien von medizinischen Fachgesellschaften nicht vertreten sind. Dies kann dazu führen, dass vorhandene Evidenz nicht in interdisziplinäre Empfehlungen einfließen kann.

Um diese Lücke zu schliessen, hat sich ein Autorenteam des Bachelorstudiengangs Ernährung und Diätetik der Berner Fachhochschule zum Ziel gesetzt, das vorhandene Wissen aus medizinischen und ernährungswissenschaftlichen Leitlinien und systematischen Reviews zusammenzutragen. Unterstützt wurde es durch externe Ernährungsexpertinnen mit langjähriger Praxiserfahrung aus der Schweiz und Deutschland. Das Ergebnis ist ein neuartiges, kompaktes Lehrbuch, das konsequent auf der Basis der besten verfügbaren Evidenz den Stand des Wissens zu praxisrelevanten ernährungsmedizinisch behandelbaren Erkrankungen darlegt.

Neuartige Buchstruktur

Innovativ ist dabei die Struktur des Buches. Sie orientiert sich bei der Beschreibung der einzelnen Indikationen am sogenannten «Ernährungstherapeutischen Prozess» (ETP). Der ETP leitet sich ab vom US-

amerikanischen «Nutrition Care Process» (NCP). Für ein besseres Verständnis und noch mehr Praktikabilität, vor allem für Studierende, ergänzt er den NCP um weitere, didaktisch begründete Zwischenschritte.

Im ersten Teil des Lehrbuchs wird dieser Prozess in Kurzform dargestellt. Eine ausführliche Monografie zum ETP, die von einer Arbeitsgruppe im Bachelorstudiengang Ernährung und Diätetik voraussichtlich im Winter 2015 im Hans-Huber-Verlag publiziert wird, gibt einen vertieften Einblick in den Prozess. Weiter enthält Teil I ein Kapitel zur Evidenz-based Practice, das die Notwendigkeit und Vorgehensweise für evidenzbasierte Ernährungstherapie nochmals betont, sowie je einen Beitrag zur interprofessionellen Zusammenarbeit und Ethik in der Ernährungstherapie.

Der weitaus grösste Teil II des Werkes behandelt, soweit wie möglich nach Organsystemen gruppiert, Krankheitsbilder, in denen die Ernährungstherapie eine bedeutende Rolle spielt oder die wichtigste therapeutische Massnahme darstellt. Besprochen werden Erkrankungen des kardiovaskulären, gastrointestinalen, endokrinen, renalen Systems, Leber-, Lungen-, Stoffwechselkrankheiten sowie immunologische und onkologische Erkrankungen. Dabei werden für jedes Krankheitsbild die einzelnen Schritte des ETP dargestellt, d. h. das ernährungstherapeutische Assess-

ment, die Diagnose, Planung, Intervention sowie die Verlaufskontrolle und deren Beurteilung. Grundlagen zu Mangelernährung, mangelernährungsbedingten Erkrankungen und das in ernährungsmedizinischen Lehrbüchern häufig fehlende Kapitel zu Essstörungen runden diesen Teil des Buches ab.

Teil III befasst sich mit verschiedenen Formen der Nahrungsaufnahme (oral, enteral und parenteral) und zeigt die praxisrelevanten Applikationswege für die klinische Ernährung auf. Im Teil IV finden sich zahlreiche Hilfsmittel, die bei vielen Krankheiten z. B. zur Erhebung des Ernährungsstatus oder des Energiebedarfs von Bedeutung sind. Eine Auswahl an Produkten für die enterale bzw. parenterale Ernährung gibt einen Einblick in die unterschiedliche Zusammensetzung entsprechender Produkte für verschiedene Indikationen. Mit der neuartigen Struktur der Präsentation von evidenzbasiertem, ernährungstherapeutischem Wissen stellt das Werk eine Arbeitshilfe für Studierende, Diätassistenten sowie für Ernährungsfachpersonen in der klinischen und ambulanten Praxis dar. Das Lehrbuch ist ab September 2015 im Buchhandel oder in Online-Buchshops erhältlich unter: Römer-Lüthi, R., Theobald, S. (Hrsg.) (2015): Ernährungstherapie – ein evidenzbasiertes Kompaktlehrbuch. Bern: Haupt-Verlag.

Können kleine Kerne in Früchten und Gemüse eine Divertikulitis verursachen?
Antworten gibt ein neues Lehrbuch der Ernährungstherapie.



Wahrnehmung fördern und Frauen stärken



Stefanie Diviani-Preiswerk
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
stefanie.diviani@bfh.ch

Seit 2008 ist das Modul «Körperarbeit» im Bachelorstudiengang Hebamme fester Bestandteil des Curriculums. Der Titel lässt die inhaltliche Breite und Vielfalt des Themas nur erahnen. Die Frage stellt sich, ob nicht in jedem Studiengang innerhalb des Fachbereichs Gesundheit mit und für den Körper gearbeitet wird und weshalb die Hebammenausbildung ein Modul zu «Körperarbeit» braucht.

Bei den drei Dozentinnen, Helene Gschwend, Marie-Christine Gassmann und Béatrice Maurer, die das Modul «Körperarbeit» gemeinsam entwickelt haben und in allen drei Studienjahren im Bachelorstudiengang Hebamme unterrichten, werden schnell Begeisterung und ein grosses Engagement für das Thema spürbar. Doch was ist unter Körperarbeit genau zu verstehen und welchen Stellenwert hat dieser Ansatz im Hebammenalltag?

Ein zentrales Element der Körperarbeit ist die Förderung der eigenen Körperwahrnehmung. Diese aufmerksame Herangehensweise an den Körper – und da-

dauernder Wechselwirkung und bilden eine Einheit. Dieser enge Zusammenhang wird als «somato-psychische oder somatisch-emotionale Wechselwirkung» beschrieben. Mit vermehrter gedanklicher Aufmerksamkeit auf den Körper können physiologische Prozesse wie Atmung, Durchblutung oder Veränderung des Tonus beeinflusst werden, was wiederum eine positive Auswirkung auf Schmerzerleben, Stress oder Angstzustände haben kann.

In der Körperarbeit lernen die Frauen verschiedene Elemente kennen wie zum Beispiel aus den Bereichen Feldenkrais, Eutonie, Ideokinese, somatisch-emotionale Körperarbeit, Atemlehre nach Middendorf, Emotionelle Erste Hilfe oder Rebozo-Technik. Sie erfahren dabei, mit welchen Massnahmen sie im Prozess von Schwangerschaft, Geburt und der postpartalen Phase Einfluss auf ihren Körper nehmen können.

«Körper und Psyche bilden eine Einheit»

mit unmittelbar auch an die Psyche – eignet sich nicht nur für schwangere Frauen, sie kann in allen geburts-hilflichen Situationen miteinbezogen werden.

Hebammen treffen in ihrer Tätigkeit auf Frauen, die in kurzer Zeit grösste sicht- und spürbare Veränderung ihres Körpers erleben, deren ganzes Sein durch Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillphase in einen Ausnahmezustand gerät.

«Ziel der Körperarbeit ist, dass Frau und Kind heil durch diesen Veränderungsprozess kommen», sagt Marie-Christine Gassmann. Damit dies geschehen kann, sollen Frauen die Möglichkeit bekommen, ihren Körper kennenzulernen und Veränderungen in ihrem Körper wahrzunehmen. Körper und Psyche sind in

Wahrnehmung statt Suggestion

Hebammenstudierende lernen durch Erfahrungen am eigenen Körper, die Eigenwahrnehmung der Frauen anzuregen. Dabei wird die Aufmerksamkeit auf konkrete Elemente wie Auflagefläche des Körpers, Schwerkraft, Aufrichtung, Tonus, Atmung und Wahrnehmung von bestimmten Körperstrukturen und Körperräumen gerichtet.

Keinen Platz hat hier die Suggestion. Es geht nicht darum, dass sich die Frauen einen Zustand vorstellen oder ein fremdes Bild in ihren Körper projizieren. Wahrnehmung heisst, das eigene Empfinden als wahr annehmen, deshalb kann Eigenwahrnehmung nicht



falsch sein. Sie ist ein momentanes wahres Abbild des eigenen Erlebens. Das geweckte Bewusstsein für die körperlichen Zustände und Veränderungen gibt den Frauen die Möglichkeit, Einfluss auf ihre Situation zu nehmen. In der Vorbereitung auf die Geburt werden die Frauen darin bestärkt, dank ihrer Wahrnehmung das Geburtsgeschehen mitzugestalten, statt sich dagegen zu wehren.

So selbstverständlich diese Zusammenhänge erscheinen, so gibt es im heutigen Umgang mit Schwangerschaft und Geburt auch viele innere und äussere Faktoren, die Frauen beeinflussen und dem eigenen körperlichen Erleben entfremden können.

Beobachten und Handeln

Hebammenwissen beinhaltet auch, dass äusserlich sichtbare Zeichen beobachtet und gedeutet werden. Zu beobachten sind beispielsweise Atemmuster, Körperhaltung, Tonus, Wirkungsweisen des sympathischen und parasympathischen Nervensystems und der Hormone. Die Hebammen sollen aus ihrer Beobachtung Handlungen ableiten, welche die Frauen im gesamten Prozess rund um die Geburt unterstützen. Hebammen werden in ihrer Ausbildung dazu befähigt, Frauen im Kontinuum Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Stillzeit und «Familie-Sein» zu begleiten. Ein fundiertes Wissen über die Zusammenhänge von Körper, Psyche und dem Umfeld der Frau sind dazu notwendig.

Körperarbeit ist keine Massnahme, keine Therapie und kein Konzept. Es ist vielmehr eine ursprüngliche Herangehensweise, die den Hebammen erlaubt, Frauen in der Entdeckung ihrer eigenen Ressourcen zu unterstützen.

Körperarbeit ist nicht neu. In unserer technologisch orientierten Umgebung ist das Bewusstsein dafür aber nötiger denn je. Dies gilt nicht nur für die Hebammenarbeit. Gesteigerte Aufmerksamkeit für körperliches Geschehen, Wahrnehmung für den eigenen Körper und seine Reaktionen, die Fähigkeit zu beobachten und das Anerkennen der Wechselwirkung zwischen Körper und Psyche braucht es in allen Berufen des Gesundheitswesens. Wahrnehmen und Beobachten können durch keine Technologie ersetzt werden.

Fachkurs Körperarbeit im Hebammenalltag

Die Inhalte und Ansätze der Körperarbeit werden an der Berner Fachhochschule neu auch im Fachkurs «Körperarbeit im Hebammenalltag» vermittelt.

Daten

20./21. August 2015
10./11. September 2015
22.–24. Oktober 2015

Die Anzahl Plätze ist beschränkt, eine frühzeitige Anmeldung wird empfohlen.

Weitere Informationen zum Fachkurs:
gesundheits.bfh.ch/weiterbildung

Web-Code

K-HEB-11

Positive risks – ein neuer Begriff in der Psychiatrie



Christian Burr
Bereichsleiter Pflege
Universitätsklinik für Psychiatrie
und Psychotherapie, Schwerpunkt
Psychose
christian.burr@gef.be.ch

In der Psychiatrie hat in den letzten Jahren ein neuer Begriff an Bekanntheit gewonnen: positive Risiken oder englisch positive risks. Gemeint ist damit, Wagnisse im Leben anzupacken, die wichtig sind für die persönliche Entwicklung, aber potenziell auch mit Verlusten oder Erfolglosigkeit verbunden sein können. Für Fachpersonen geht es darum, zwischen gefährlichen Risiken wie Suizidalität und Fremdgefährdung und positiven Risiken zu unterscheiden, beide ernst zu nehmen und Menschen mit psychischen Erkrankungen angepasst zu unterstützen.

In psychiatrischen Dienstleistungen können zwei sich diametral zueinander bewegende Entwicklungen beobachtet werden. Zum einen ist in psychiatrischen Institutionen eine starke Fokussierung auf das Einschätzen und Erkennen von gefährlichen Risiken, ausgehend von Patientinnen und Patienten, zu erkennen¹. Eine solche Einschätzung geschieht oft ohne Einbezug der Patientinnen und Patienten². Weiter ist die Entwicklung einer Kultur der Schuldzuweisung und Risikoaversion zu erkennen, bei der das Augenmerk meist nicht auf die betroffene Person selber gerichtet ist, sondern auf die Organisation und den Schaden, der für sie entstehen könnte³. Diese Risikoaversion kann sich auch auf die Unterstützung im alltäglichen Leben der betroffenen Personen übertragen. Entgegen dieser Entwicklung wird in nationalen Versorgungsleitlinien gefordert, dass sich psychiatrische Dienstleistungen am Konzept Personal Recovery (siehe Kasten) sowie dazugehöriger Konzepte wie Empowerment, Hoffnung, Nutzendeneinbezug u. a. orientieren. Dazu gehört auch die Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen beim Eingehen positiver Risiken.

Durch Misserfolge lernen

In der Recovery-Literatur⁴ werden zwei Arten von Risiken beschrieben: die gefährlichen (harmful) Risiken wie Selbst- oder Fremdgefährdung und die positiven Risiken. Diese positiven Risiken werden als Schritte oder Wagnisse im Leben definiert, die zu persönlicher Entwicklung und Wachstum führen können. Das kann zum Beispiel das Beenden oder das Eingehen einer neuen Beziehung sein oder die Entwicklung von neuen In-

teressen. Zentral dabei ist, dass es nicht darum geht, im ersten Anlauf erfolgreich zu sein, sondern auch, durch Rückschläge und Misserfolge zu lernen, und an diesen «zu wachsen». Das Eingehen positiver Risiken kann als wichtiges Konzept von Recovery-orientierter psychiatrischer Dienstleistung eingeordnet werden. Wichtig bei der Einschätzung ist der Einbezug der betroffenen Personen. Allerdings scheinen Fachpersonen diese Einschätzung oft als unidirektional anzusehen und haben Angst vor den Folgen respektive einer rechtlichen «Verfolgung» bei einer falschen Einschätzung. Um eine möglichst umfassende Perspektive bezüglich den Risiken zu erhalten, sollten Betroffene und Angehörige in die Risikoeinschätzung miteinbezogen werden.

Erfolgchancen maximieren

In Schulungsunterlagen für Fachpersonen, die auch in deutscher Sprache zur Verfügung stehen^{5,6}, wird beschrieben, wie Fachpersonen bei der Unterstützung von betroffenen Personen beim Eingehen von positiven Risiken vorgehen sollten. Wichtigste Punkte daraus sind:

- Risiko und Recovery sind zwei eng verbundene Konzepte, die nicht isoliert voneinander betrachtet werden sollten.
- Risiken sind per se nichts Negatives oder Schlechtes.
- Oft sind Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen selber sehr hohen gefährlichen Risiken ausgesetzt, stellen aber selten ein gefährliches Risiko für andere Personen oder die Gesellschaft dar.
- Es sollte eine klare Abgrenzung der beiden Risikoarten in der Behandlung etabliert werden. Die



gefährlichen Risiken gilt es zu vermeiden. Positive Risiken gilt es einzugehen.

- Betroffene sollten bei der Risikoeinschätzung immer einbezogen werden – egal, um welche Risikoart es geht.
- Fachpersonen sollten sich bewusst sein, dass das Eingehen von positiven Risiken einen wichtigen Teil des Recovery-Prozesses darstellt und Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen unterstützt, mehr Kontrolle und Verantwortung zu übernehmen.
- Das Eingehen von positiven Risiken kann dazu führen, dass die Fähigkeit des Risikomanagements von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen auch in Bezug auf gefährliche Risiken gesteigert werden kann.

Oder wie es Alexander et al.⁵ sagen, dass die Herausforderung nicht darin bestehe, Risiken zu vermeiden, ob mit oder ohne psychische Probleme, sondern dass es darum gehe, die Erfolgchancen zu maximieren und mit den möglichen negativen Folgen umgehen zu lernen.

Die Unterstützung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen beim Eingehen von positiven Risiken ermöglicht diesen, mehr Verantwortung und Kontrolle im eigenen Leben zu übernehmen. In Zukunft sollten Institutionen und Fachleute Anstrengungen unternehmen, um ein Umdenken im Umgang mit Risikosituationen zu ermöglichen. Gezielte Schulungen scheinen für die Umsetzung im Arbeitsalltag zentral. Begleitend sollten Anstrengungen unternommen werden, dieses Konzept zu beforschen. Dabei könnte es um die Operationalisierung des Konzeptes

für die Forschung gehen, aber zum Beispiel auch um die Evaluation solcher Schulungsangebote für Fachpersonen und ihrer Auswirkungen auf die betroffenen Personen.

Literatur:

- ¹ Godin, P., «You don't tick boxes on a form»: A study of how community mental health nurses assess and manage risk. *Health, Risk & Society*, 2004. 6(4): p. 347–360.
- ² Langan, J. and V. Lindow, Living with risk. Mental health service user involvement in risk assessment and management. 2004, Bristol: The Policy Press.
- ³ Manuel, J. and M. Crowe, Clinical responsibility, accountability, and risk aversion in mental health nursing: A descriptive, qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2014. 23(4): p. 336–343.
- ⁴ Slade, M., The contribution of risk-taking to recovery, in *Personal Recovery and Mental Illness. A Guide for Mental Health Professionals*. M. Slade, Editor. 2009, Cambridge University Press: New York, p. 176–178.
- ⁵ Alexander, A., et al., Recovery praktisch! Schulungsunterlagen. 2012, Bern: Universitäre Psychiatrische Dienste.
- ⁶ Slade, M., 100 Wege, um Recovery zu unterstützen. 2013, Bielefeld: Fachhochschule der Diakonie.
- ⁷ Farkas, M., The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 2007. 6: p. 68–74.

Personal Recovery

Personal Recovery kann als eine Bewegung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bezeichnet werden, die sich für mehr Rechte und Autonomie in der Behandlung und in der Gesellschaft einsetzen. Personal Recovery wird unter anderem über die Kernelemente Hoffnung, Personenorientierung, Betroffenenpartizipation sowie Selbstbestimmung und Wahlfreiheit konzeptualisiert⁷.

Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen

Eine Herausforderung für die Fachhochschulen

Der Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen beschäftigt das Schweizer Gesundheitssystem seit Jahren. Trotz vieler Anstrengungen konnten keine befriedigenden Lösungen gefunden werden. Es wurden jedoch wichtige Veränderungen ausgelöst und Grundlagen erarbeitet. Die Berner Fachhochschule nimmt ihre Vorreiterrolle wahr und leistet einen aktiven Beitrag zur Problemlösung.



Prof. Dr. Sabine Hahn
Leiterin Disziplin Pflege
Leiterin aF&E Pflege
sabine.hahn@bfh.ch



Simone Wassilevski Seiler
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
simone.wassilevski@bfh.ch

Der Fachkräftemangel in der Schweiz beschäftigt Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen, Bildungsinstitutionen sowie Politik und Forschung gleichermassen. In den personalintensiven Gesundheitsberufen mit hohen Ausbildungsanforderungen ist der schweizerische Markt, trotz grosser Anstrengungen, ausgetrocknet. Gemäss Hochrechnungen müssten bis ins Jahr 2030 zwischen 120 000 und 190 000 Fachpersonen rekrutiert werden (Jaccard Ruedin & Weaver, 2009, Jaccard Ruedin et al., 2010). In der Schweiz sind vor allem die Medizin und die professionelle Pflege sowie die Physiotherapie in hohem Masse auf im Ausland ausgebildete Arbeitskräfte angewiesen.

Ursachen des Fachkräftemangels sind komplex

Neben Demografie und Epidemiologie tragen verschiedenste Faktoren zum Fachkräftemangel im Gesundheitswesen bei. Das Spektrum reicht von hoher

körperlicher und psychischer Belastung, mangelnder Anerkennung des intellektuellen Anspruchs der Berufe, frühem Berufsausstieg bis hin zu unzureichender fachlicher Unterstützung. Auch mangelnde Aufgabenteilung, unklare Rollen, unattraktive Arbeitszeitmodelle mit schlechter Vereinbarkeit von Beruf und Familie oder ungenügende Lohnanreize werden für den Fachkräftemangel verantwortlich gemacht (Hahn et al., 2013). Es gibt aber auch Berufe, in denen es nicht an Bewerberinnen und Bewerbern mangelt, sondern an genügend Praktikums- und somit Ausbildungsplätzen. Dies trifft beispielsweise auf die Physiotherapie zu.

Fachhochschulen sind gerüstet für die Herausforderung Fachkräftemangel

Fachhochschulen verfügen über Ressourcen und Rahmenbedingungen, um einen wesentlichen Beitrag zur Steigerung der Attraktivität der Gesundheitsberufe

zu leisten und die Herausforderung Fachkräftemangel anzugehen. Dies einerseits durch ihre fundierte und zukunftsgerichtete Lehr-, Forschungs- und Entwicklungstätigkeit, andererseits durch ihre traditionelle Nähe zur Praxis. Der hohe Anteil von Praktika im Studium und die Mischprofile der Dozierenden gewährleisten, dass Wissen und Kompetenzen der Studierenden sowohl hohe Alltags- und Praxisrelevanz aufweisen wie auch dem aktuellsten Stand der Forschung entsprechen. Ihre Ausbildung zeichnet sich aus durch den engen Austausch mit der Praxis in mehrmonatigen Praktika und durch reflektiertes und kritisches Denken im Rahmen des problembasierten Lernens oder bei der Recherche und Redaktion ihrer wissenschaftlichen Qualifikationsarbeiten. Ebenso wichtig sind die in den Skills Trainings praktisch angewendeten Kompetenzen sowie die durch professionelle Kommunikationstrainings vertieften kommunikativen Kompetenzen.

Die Dozierenden und wissenschaftlichen Mitarbeitenden an den Fachhochschulen sind thematisch wie geografisch gut vernetzt, beispielsweise in Akademie-Praxis-Partnerschaften. Sie verfügen über ein sogenanntes Mischprofil, was bedeutet, dass sie nebst ihrer Lehrtätigkeit noch Tätigkeiten in der Forschung sowie Praxistätigkeit oder beides ausüben. Dies alles sind wichtige Faktoren für eine praxisnahe und evidenzbasierte Lehre sowie für den Fachkräfteerhalt an der Berner Fachhochschule BFH selbst. Auch im Rahmen des Forschungsprojekts Panorama Gesundheitsberufe 2030 (Hahn et al., 2013) hat sich die BFH aktiv mit den zukünftigen Entwicklungen im Gesundheitswesen und den daraus entstehenden Anforderungen an die Gesundheitsfachpersonen auseinandergesetzt. Aus den Erkenntnissen des Projekts konnten wichtige Schlussfolgerungen für die Entwicklung der Lehre, aber auch für zukünftige Forschung und berufsbezogene Entwicklungen abgeleitet werden.

Grundlagen, um dem Fachkräftemangel zu begegnen

Die Ursachen und das wachsende Ausmass des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen erfordern dringend ein effizientes Handeln und eine klare, breit abgestützte Strategie. Grundlagen für Prognosen über den künftigen Personalbedarf im Gesundheitswesen liegen vor. Auch wurden neue Berufe geschaffen (z. B. FAGE), gezielt ausländisches Personal rekrutiert oder Angebote für Wiedereinsteigerinnen entwickelt. Bund und Kantone haben im Rahmen des Masterplans Bildung Pflegeberufe die Grundlagen erarbeitet, damit genügend Ausbildungsplätze im Bereich der Pflege zur Verfügung stehen, und auch die Strategie Gesundheit 2020 des Bundes hat zum Ziel, in der Schweiz genügend und adäquat qualifiziertes Gesundheitspersonal bereitzustellen.

Die Berner Fachhochschule setzt sich ein

Die Attraktivität der Berufe steigern und die gemeinsamen Ziele von Bund und Kantonen unterstützen sind wichtige Strategien zur Bekämpfung des Fachkräftemangels. Die Anstrengungen der BFH im Fachbereich Gesundheit gehen aber noch weiter.

Die Resultate des Projekts Panorama Gesundheitsberufe 2030 haben klar aufgezeigt, dass für den Personalerhalt und die optimale Ressourcennutzung der effektive und zugleich gesundheitsfördernde Einsatz von Fachkräften unterstützt und verbessert werden muss. Im berufsgruppen- und hochschulübergreifenden Kontext sollten daher gezielt Wissen und Kompetenzen im Bereich Management bzw. Leadership gefördert werden, welche die zukünftigen Arbeitsbedingungen (Arbeitsorganisation, Arbeitsumgebung), die steigenden Anforderungen an Personalkompetenzen usw. berücksichtigen. Die Fachkräfteentwicklung wird unterstützt, indem Innovationen von Einzelnen oder von Gruppen,

«Der Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen ist auch an der BFH ein prioritäres Thema. Genügend Fachkräfte mit den richtigen Kompetenzen und am richtigen Ort: Diese Herausforderung kann nur gemeinsam, multiprofessionell und interdisziplinär angegangen werden. Der Aufbau eines Schweizer Kompetenzzentrums für Fachkräftemanagement Gesundheit ist der richtige Weg, um den Mangel an qualifiziertem Personal in den Gesundheitsberufen nachhaltig zu beheben. Der BFH ist es daher ein grosses Anliegen, zukünftige Fachkräfte im Gesundheitswesen mit Kompetenzen auszustatten, die es ihnen ermöglichen, sowohl den Anforderungen gerecht zu werden, welche Patientinnen, Patienten und Bevölkerung an sie stellen, als auch das Gesundheitswesen zukunftsgerichtet und bedarfsorientiert mitzugestalten.»

Prof. Dr. Thomas Hodel, Direktor Departement Wirtschaft, Gesundheit, Soziale Arbeit, Berner Fachhochschule

Kreativität und Antizipation gefördert werden, um künftigen beruflichen Herausforderungen zu begegnen. Forschung in den Bereichen Kompetenzentwicklung, Grade- und Skill-Mix und Qualitätsentwicklung bzw. -sicherung sowie zum Thema Arbeitsbedingungen soll vorangetrieben werden.

Über die Eröffnung eines entsprechenden Forschungsfelds hinaus setzt sich die BFH im Fachbereich Gesundheit für eine schweizweite Koordination von Lösungsansätzen und laufenden Arbeiten ein. Feder-

führend arbeitet die BFH mit allen anderen Fachhochschulen Gesundheit der Schweiz darauf hin, dass die Fachhochschulen Gesundheit von Bund und Kantonen im Rahmen von strategischer Planung und Fachkräfteinitiative die nötigen Ressourcen erhalten, um eine schweizweite Strategie gegen den Fachkräftemangel zu koordinieren und umzusetzen sowie ein Kompetenzzentrum für das Fachkräftemanagement in den Gesundheitsberufen ins Leben zu rufen.

Literatur:

Hahn, S., Richter, D., Beck, M. & Thilo, F. (2013) Panorama Gesundheitsberufe 2030. Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, Spitalamt. Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit. Abteilung angewandte Forschung und Entwicklung, Dienstleistung, Bern.

Jaccard Ruedin, H. & Weaver, F. (2009) Ageing Workforce in an Ageing Society. Wieviele Health Professionals braucht das Schweizer Gesundheitssystem bis 2030? Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Stiftung Careum, Neuchâtel, p. 5.

Jaccard Ruedin, H., Weaver, F., Roth, M. & Widmer, M. (2010) Gesundheitspersonal in der Schweiz – Bestandesaufnahme und Perspektiven bis 2020. In Bundesamt für Statistik. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.

Kompetenzzentrum Fachkräftemanagement Gesundheit

Um das Problem des Fachkräftemangels in den Gesundheitsberufen nachhaltig zu lösen, haben die Fachhochschulen Gesundheit dem Bund, zuhanden der Strategischen Planung 2017–2020, vorgeschlagen, ihren Leistungsauftrag um die Erarbeitung und Koordination einer Strategie gegen den Fachkräftemangel sowie um den Aufbau eines Kompetenzzentrums für das Fachkräftemanagement in den Gesundheitsberufen zu erweitern. Das Kompetenzzentrum soll angewandte Forschung zu den relevanten Kompetenzen für ein erfolgreiches Fachkräftemanagement im Bereich Gesundheit betreiben und innovative Dienstleistungen und Weiterbildungen anbieten sowie bei der Curriculumsgestaltung der BSc- und MSc-Angebote mitwirken.





Neustart des Fachkurses Praxisausbildung Gesundheit 2015



Stefan Zuber
Studienleiter Weiterbildung
Physiotherapie
stefan.zuber@bfh.ch

Nach einer einjährigen Unterbrechung startet im Oktober 2015 der umstrukturierte Fachkurs Praxisausbildung Gesundheit (ehemals Fachkurs Anleitung von Studierenden in der Praxis) der Berner Fachhochschule.

Im Zentrum des interprofessionellen Kurses steht die Erweiterung von Kompetenzen rund um die Betreuung von Studierenden während der studienbegleitenden Praxisarbeit.

Die studienbegleitende Praxisarbeit bildet einen wichtigen Anteil in den Bachelorstudiengängen der Gesundheitsberufe. Während dieser Praxisausbildung werden die Studierenden durch Praxisausbilderinnen und Praxisausbilder betreut.

Im Kontext eines ständig komplexer werdenden Umfelds und zeitlich oft knapp bemessener Ressourcen werden an die Praxisausbilderinnen und Praxisausbilder in Gesundheitsberufen hohe Anforderungen

Eine gute Praxisausbilderin fördert die Entwicklung der Studierenden (Stenfors-Hayes et al., 2011)

gestellt. So sollen sie beispielsweise gleichzeitig die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und die Bedürfnisse der Studierenden berücksichtigen und dabei stets die Patientensicherheit gewährleisten. Zudem sollen sie kompetente Ausbilder sein und das Lernen der Studierenden unterstützen, ihre betrieblichen Hauptaufgaben erfüllen und ihr eigenes Lernen voranbringen.

Hier liegen denn auch die übergeordneten Ziele des Fachkurses Praxisausbildung Gesundheit: Die Teilnehmenden sollen sowohl ihre Kompetenzen in der Betreuung von Studierenden wie auch den bewussten

Umgang mit den hohen Anforderungen an ihre unterschiedlichen Rollen vertiefen und erweitern können. Die Erweiterung der entsprechenden Kompetenzen erfolgt dabei vorwiegend in den drei Bereichen Lehren & Lernen bei Erwachsenen, Clinical Reasoning (klinische Denk- und Entscheidungsprozesse) und Führung & Coaching.

Der Fachkurs Praxisausbildung Gesundheit richtet sich an diplomierte Fachpersonen aus den Gesundheitsberufen Ergotherapie, Ernährung & Diätetik, Hebamme, Pflege und Physiotherapie. Die Teilnehmenden profitieren von sieben Tagen Kontaktunterricht und leisten ca. 100 Stunden Selbststudium (inklusive Abschlussarbeit). So erlangen sie schlussendlich 5 ECTS-Credits.

Literatur:

Higgs, J., & McAllister, L. (2007). Educating clinical educators: using a model of the experience of being a clinical educator. *Medical Teacher*, 29: e51–e57.
Stenfors-Hayes, T., Hult, H., & Dahlgren L.O. (2011). What does it mean to be a good teacher and clinical supervisor in medical education? *Adv in Health Sci Educ*, 16: 197–210.

Kursstart Oktober 2015

Der nächste Fachkurs Praxisausbildung startet im Oktober 2015. Die sieben Kurstage sind auf insgesamt vier Monate verteilt. Weitere Informationen zum Fachkurs Praxisausbildung finden Sie unter www.gesundheit.bfh.ch/weiterbildung

Eine Physiotherapeutin unter Hebammen

Eine studierende Physiotherapeutin, die sechs Monate lang mit angehenden Hebammen die Schulbank drückt? Geht das, macht das Sinn und wer kann da wie viel profitieren? Ein Austausch zwischen der Berner Fachhochschule BFH und der Hanzehogeschool Groningen zeigt, wie erfolgreich ein interdisziplinäres Studium sein kann.



Prof. Paola Origlia Ikhilor
Dozentin Bachelorstudiengang
Hebamme
Internationale Koordinatorin
paola.origlia@bfh.ch



Thomas Sigrist
Dozent Bachelorstudiengang
Physiotherapie
Internationaler Koordinator
thomas.sigrist@bfh.ch

Interdisziplinarität wird am Fachbereich Gesundheit FBG der BFH gross geschrieben und ist Teil der Strategie. Sie wird zwischen den einzelnen Studiengängen innerhalb des Fachbereichs, aber auch über die Departementsgrenzen hinweg gefördert. Die vier Disziplinen Ernährung und Diätetik, Hebamme, Pflege und Physiotherapie haben gemeinsam einen interdisziplinären Zyklus konzipiert, in welchem eine Vorlesungsreihe zu anatomisch-physiologischen Grundlagen, ein interdisziplinäres Projekt und ein interprofessionelles Modul «Gesundheitsberufe im Dialog» von den Studierenden aller Disziplinen gemeinsam belegt wird. Als wir allerdings von der Hanzehogeschool Groningen angefragt wurden, ob wir im Rahmen eines SEMP-Austausches (Swiss European Mobility Programm) einen interdisziplinären Minor während eines ganzen Semesters anbieten könnten, betraten wir Neuland.

Aus der Anfrage wurde sehr schnell ein konkretes Projekt: Eine Physiotherapiestudentin im 3. Studienjahr, Henriette Kelders, sollte während eines Semesters eine Fachvertiefung in einer anderen beliebigen Disziplin absolvieren. Also suchten wir in den drei anderen Studiengängen nach geeigneten Modulen. Die Ausgangslage, dass die Curricula aller Bachelorstudien-

gänge aufbauend konzipiert sind und dabei fachspezifische Vorkenntnisse erforderlich sind, grenzte die möglichen Module merklich ein.

Henriette Kelders (HK): Warum ich für diese Fachvertiefung in die Schweiz und ausgerechnet nach Bern wollte? Ich hätte schon immer gerne im deutschsprachigen Ausland studiert. Mein Auslandskoordinator erzählte mir, dass die BFH sehr fundierte Studiengänge anbiete. Am interessantesten fand ich die Kombination von Physiotherapie mit dem Fachgebiet Geburtshilfe. Das ist nicht nur für meine berufliche Entwicklung interessant, sondern auch für mich als Frau. Ich möchte später Kinder haben und denke, dass mir dieses Wissen viele Unsicherheiten nehmen kann.

Wir konzipierten für die Studentin ein massgeschneidertes Programm, das aus den Modulen «Frauen- und Familiengesundheit», «Hebamme sein, Qualität und Transfer», «Körperarbeit» und «Öffentlich kommunizieren» im Bachelorstudiengang Hebamme und dem Modul «Spezialgebiete» im Bachelorstudiengang Physiotherapie bestand.

HK: Natürlich gab es Unterschiede zwischen der BFH und der Hanzehogeschool, z. B. die Dauer der Lektionen



oder die Anzahl Studierenden pro Kohorte: 50 in Bern, 280 in Groningen. In den Niederlanden umfasst ein ECTS-Punkt 26 Stunden, in der Schweiz 30 Stunden. Aber es gab auch Gemeinsamkeiten, wie zum Beispiel, dass alle verschiedenen Bachelorstudiengänge des Fachbereichs Gesundheit im selben Gebäude unterrichtet werden, was sich meiner Meinung nach positiv auf die Entwicklung der interdisziplinären Zusammenarbeit auswirkt.

Unser holländischer Kollege hatte uns versichert, «Rinette» sei das ideale «proefkonijn» – das ideale Versuchskaninchen oder eben -meerschweinchen, wie es im Niederländischen heisst. Trotz aller vorausgegangenen Abklärungen erwies sich eines der gewählten Module mit geburtshilflichen Fallbesprechungen als unpassend. Uns war nicht bewusst, dass die Studentin noch nie zuvor einen Praxiseinsatz gehabt hatte. Neben der Sprache und den fachfremden Inhalten, die für sie ein Hindernis darstellten, fehlten ihr die Praxisbilder. Es war für sie schwierig, bei allgemeinen oder psychosozialen Fragestellungen einen persönlichen Praxis-Theorie-Transfer zu machen.

HK: Während des Moduls wurden verschiedene Fallbeispiele besprochen. Obwohl es für mich schwierig war, die einzelnen Fallsituationen zu verstehen und mich bei der Diskussion zu beteiligen, habe ich sehr viel bei der Vorbereitung meines eigenen Beispiels gelernt. Meine Fallbesprechung widmete sich dem Thema «Beckenschmerzen während der Schwangerschaft».

Andere Module hingegen erwiesen sich als voller Erfolg. Besonders eindrücklich für uns waren die Erkenntnisse der Studentin im Modul «Körperarbeit». In diesem lernen die Studierenden die eigene Anatomie und Physiologie wahrzunehmen und erfahren das Zusammenspiel von Soma (Körper) und Psyche. Das bewusste Einbeziehen der eigenen somatischen Realität und jener des Gegenübers ist eine Form der Eigenkompetenz, die in schwierigen Situationen als Ressource eingesetzt werden kann. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind somatopsychische Prozesse, die mit Hilfe von Körperarbeit unterstützt werden können. Die Eigenkompetenz der Mutter, ihres Kindes und ihrer Familie wird auf diese Weise mobilisiert.

HK: Im Fach «Körperarbeit» habe ich gelernt, den menschlichen Körper aus einer anderen Perspektive zu betrachten. Physiotherapeuten erfassen den Körper hauptsächlich mit einem «physiologischen» Auge und fragen sich: Wie ist er aufgebaut? Was ist das Problem? Welche Strukturen können dafür verantwortlich sein? Hebammen schenken neben den physiologischen Veränderungen auch den Gefühlen der Frau sehr viel Aufmerksamkeit. Wie fühlen sich Frauen bei der Veränderung ihres Körpers? Wie fühlt sich der Körper nach einer Geburt genau an? Viele Frauen empfinden z.B. den untersten Teil des Rumpfes nach einer Geburt als sehr ungewohnt. Für Physiotherapeutinnen und -therapeuten ist wichtig zu wissen, dass sich eine Frau nach der Ge-

burt wieder an ihren eigenen Körper gewöhnen muss und dass man den Körper nicht unabhängig von der Psyche behandeln kann.

Herausforderungen in der täglichen Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen sind nicht selten auf ganz unterschiedliche (Fach-)Verständnisse zurückzuführen. Gemeinsames Hören, Tun, Analysieren und Verknüpfen, so wie im Fachbereichs-Curriculum verankert, sind zweifelsohne gewinnbringende Ansätze. Das Eintauchen in eine komplett andere Lebens- bzw. Lernwelt, so wie es der Minor vorsieht, ist ein unbezahlbares Lernerlebnis.

Der Studierendenaustausch zwischen der BFH und der Hanzehogeschool Groningen war für alle Beteiligten ein Gewinn. Die Suche nach möglichen Modulen hat den beteiligten Dozierenden einen Einblick in die anderen Studiengänge geöffnet. Wir haben erkannt, dass grundsätzliche Denkweisen vergleichbar sind, der Weg dazu jedoch manchmal unterschiedlich ist. Mit dem gemeinsamen Projekt und dem erfolgreichen Abschluss haben wir Interdisziplinarität erlebt und vorgelebt. Wir sind überzeugt, dass wir bei unseren Kolleginnen, Kollegen und bei den Studierenden einen möglichen Weg interdisziplinärer Arbeit aufzeigen konnten. Das erfolgreiche Pilotprojekt zeigt Wirkung, und eine weitere Physiotherapeutin aus Groningen weilt aktuell unter den Hebammen.

Mit dem «Minor» fachliche Schwerpunkte legen

Die Hanzehogeschool Groningen, Niederlande, bietet seit 2005 für alle Studiengänge eine sog. «Major/Minor»-Struktur an. Der Hauptteil eines Studiums ist mit dem «Major» festgelegt, der Disziplin, in welcher die Studierenden ihren Bachelor absolvieren. Mit dem «Minor» haben sie zusätzlich die Möglichkeit, selbstgewählte fachliche Schwerpunkte zu legen. Dafür werden einerseits interne Kurse im Rahmen von 3–15 ECTS-Punkten angeboten, oder es können externe Kurse, beispielsweise im Rahmen eines Auslandssemesters, belegt werden (max. 1 Semester à 29 ECTS-Punkte). So kann ein neues, verwandtes Fachthema vertieft und das Wissen in einem interdisziplinären Kontext erweitert werden.

Ein Einsatz fürs Leben

Seit 16 Jahren unverzichtbare Momente in Nicaragua



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

Jedes 500. Kind wird in Nicaragua mit einer Lippen-Kiefer-Gaumenfehlbildung geboren. Das Land gehört zu den ärmsten der Welt, und die betroffenen Kinder können meist nicht oder nur unzureichend behandelt werden. Seit 16 Jahren reist Silvia Honigmann, Dozentin im Studiengang Ernährung und Diätetik der Berner Fachhochschule, jedes Jahr mit der Schweizer Nicaplast-Gruppe nach Nicaragua, um betroffenen Kindern zu helfen und deren Familien zu unterstützen. Ein Erfahrungsbericht.

Eine genaue Stellenbeschreibung bekam ich nicht: Vom damaligen ärztlichen Leiter der schweizerischen Nicaplast-Gruppe erhielt ich vor 16 Jahren die schlichte Anfrage, in seinem Projekt mitzuwirken und als Verbindungsstelle zwischen Operationssaal und Krankenstation, zwischen Patient, Patientin und den Angehörigen zu fungieren. Ich solle einfach tun, was ich für notwendig und richtig halte – Ernährungs- und Stillprobleme kämen häufig vor. Ich überlegte nicht lange, sagte zu und ahnte nicht, wie einschneidend die Erfahrungen in Nicaragua mein ganzes weiteres Leben verändern würden.

Die Nicaplast-Gruppe reiste damals bereits zum vierten Mal für zwei Wochen nach Nicaragua mit dem Ziel, Betroffenen von Lippen-Kiefer-Gaumenspalte (LKG-Spalte) eine Behandlung zu ermöglichen. Fehlbildungen wie LKG-Spalte, Ohren- oder Handfehlbildungen kommen in Nicaragua deutlich häufiger vor als in der Schweiz. Während bei uns der Zugang zu adäquater medizinischer Behandlung selbstverständlich ist, werden Menschen mit solchen Fehlbildungen, die unterschiedlichste Formen und Ausprägung haben können, in den meisten Fällen gar nicht oder nur unzureichend behandelt. Zwar gilt die medizinische Grundversorgung offiziell für alle Bürgerinnen und Bürger als kostenlos, deren Angebot und Qualität ist jedoch in vielen Fällen ungenügend. Für einen Grossteil der Bevölkerung sind die Behandlungen besonderer Erkrankungen oder angeborener Fehlbildungen unerreichbar.

Das Nicaplast-Team bestand aus Fachpersonen aller Disziplinen, die notwendig sind, um Betroffene mit LKG-Spalte chirurgisch und funktionell zu behandeln: Chirurgie, Anästhesie, OP-Pflege, Logopädie, Kieferorthopädie und mir, Ernährungs- und Stillberatung.

Die Umsetzung von «einfach tun, was notwendig sei» wurde für mich dann ziemlich anspruchsvoll: Ich musste Beziehungen mit den lokalen Fachpersonen aufbauen, Hierarchien erkennen und respektieren, lernen, wie die Spitäler funktionieren, in denen wir arbeiten oder Arbeitsabläufe verstehen und einhalten. Das Ganze selbstverständlich auf Spanisch. Eine spannende Herausforderung.

Die Arbeit mit den Patientinnen, Patienten und deren Familien erwies sich auf der Beziehungsebene von Anfang an als sehr bereichernd. Viele Menschen in Nicaragua sind offen und dankbar für die Hilfe, die sie bekommen, dankbar, dass ihr Kind behandelt wird und nicht entstellt durchs Leben gehen muss. Fachlich gab und gibt es in jedem Einsatz eine Menge Probleme, die gelöst werden müssen. Am schwierigsten ist für mich die Betreuung von schwer unterernährten Säuglingen und Kleinkindern. Diese können wegen ihres schlechten Ernährungsstatus nicht operiert werden. Häufig hängt das Problem mit der Armut der (oft alleinerziehenden) Mutter zusammen. Ziel ist es dann meistens, dass sich der Ernährungsstatus des Kindes in einem Jahr so verbessert, dass es dann operiert werden kann. Dafür müssen individuelle Massnahmen langfristig geplant und umgesetzt werden. Um dieses Ziel zu erreichen, habe ich begonnen, mit einer lokalen Organisation «Los Pipitos» zu arbeiten. Ich habe spezifische Schulungen für das Personal angeboten, ein Netzwerk mobilisiert, das die Familien während des Jahres besucht und die notwendige Säuglingsmilch und die Ergänzungsnahrung dosiert vorbeibringt. Diese Massnahme hat in einigen Fällen sehr gut funktioniert und hat den betroffenen Kindern die Chance für eine lebensrettende Operation eröffnet – diese Erlebnisse ge-

hören für mich zu den schönsten. Leider haben es aber nicht alle Kinder geschafft. Einige Mütter habe ich nicht mehr gesehen und man muss befürchten, dass ihre Kinder verstorben sind.

Ein weiteres Aufgabenfeld im Nicaplast-Projekt ist die postoperative Ernährung der Patientinnen und Patienten. Die Säuglinge haben nach dem Eingriff Mühe, zu trinken. Die Wunden schmerzen noch, die Säuglinge weinen und die Mütter haben Angst, das Kind zu stillen oder die gewohnte Milch zu verabreichen. Mit Feingefühl, Wissen und Erfahrung gelingt es mir häufig, die

Situation zu entspannen, und sobald der Säugling satt wird, geht es Mutter und Kind deutlich besser.

Für die älteren Kinder bietet die Spitalküche täglich drei Mahlzeiten, bestehend aus Reis, Bohnen und Tortilla. Eine solche Kost können viele unserer Patientinnen und Patienten postoperativ noch nicht essen. Auch für diese Kinder organisiere ich eine möglichst angepasste Verpflegung.

Nebst diesen Aufgaben nehme ich mir die Zeit, um mit den Kindern zu spielen, mit den Eltern zu reden, ihre Welt und ihr Leben kennenzulernen, ihre Freuden und ihre Sorgen zu teilen. Mit kleinen Interventionen oder einem bescheidenen finanziellen Beitrag kann beispielsweise die Sorge «keine Mittel für die Rückfahrt nach Hause» gemindert werden.

Während der ersten Woche unseres Einsatzes arbeiten wir in Somoto, einer Stadt im Norden Nicaraguas, an der Grenze zu Honduras. Dort haben wir nach europäischem Modell eine interdisziplinäre Sprechstunde aufgebaut. Die Eltern kommen nach der Operation jährlich mit ihren Kindern in die Sprechstunde. Dadurch sehe ich viele Menschen jedes Jahr wieder. Aus den Säuglingen, die ich während meiner ersten Einsätze in den Armen gehalten habe, sind selbstbewusste Jugendliche geworden. Zu ihnen und zu ihren Eltern ist während all der Jahre eine sehr schöne, herzliche Beziehung gewachsen.

In der zweiten Woche des Einsatzes haben wir am häufigsten in León gearbeitet. León ist eine universitäre Stadt an der Pazifikküste Nicaraguas. Dort unterstützen wir mit Vorlesungen an der Universität und mit unserer Arbeit im Lehrkrankenhaus die Ausbildung von künftigen Ärztinnen, Ärzten, Kieferorthopädinnen, -orthopäden und Pflegepersonal.

Unsere Einsätze werden in enger Zusammenarbeit mit den lokalen Fachpersonen durchgeführt und stehen unter der Schirmherrschaft des nicaraguanischen Gesundheitsministeriums. Um diese effektiv planen und durchführen zu können, benötigt unser Team die Unterstützung durch die





Vereine «Schweizer Nicaplast-Gruppe», «Deutsche Nicaplast-Gruppe» und die nicaraguanische Organisation «Nicaplast». Es handelt sich dabei um kleine unabhängige Organisationen aus ehrenamtlichen Mitgliedern, die sich selbst verwalten und damit keiner übergeordneten, kostenträchtigen Bürokratie unterliegen. Seit dem Jahr 2000 bin ich Präsidentin des Schweizer Vereins und habe die entsprechenden organisatorischen Aufgaben übernommen. Neben unseren medizinischen Instrumenten müssen wir alle chirurgischen und anästhesiologischen Verbrauchsmaterialien mitnehmen, da sich die allgemeine Armut in Nicaragua natürlich auch in der Ausstattung der Spitäler widerspiegelt. In den Operationssälen mangelt es an grundsätzlichen Dingen wie Nahtmaterial, Kitteln, Abdecktüchern, Gummihandschuhen und Beatmungstuben. Darüber hinaus werden Medikamente (v.a. Narkosemittel und Antibiotika), zahntechnisches Material sowie Aufbaukosten für Säuglinge und Kinder benötigt. Unsere ehrenamtlichen Einsätze und den Kauf von

Nahrungsmitteln und Medikamenten für bedürftige Patientinnen und Patienten finanzieren wir durch Spenden.

Wie sehr die Erfahrungen in Nicaragua mein Leben verändert haben? Die Kinder «Nicaraguas» und ihre Eltern sind mir ans Herzen gewachsen, die jährlichen Einsätze sind zu einem fixen, fast unverzichtbaren Moment in meinem Leben geworden, die Erfahrungen, die ich machen konnte, haben mich als Mensch und als Fachperson unglaublich bereichert.

Die Anerkennung als Profesor Honorario der medizinischen Fakultät der Universität León, die ich zusammen mit unserem Handchirurgen und unserer OP-Pflegefachfrau dieses Jahr in Empfang nehmen durfte, ist eine Anerkennung unserer Arbeit für das Land, für die Menschen und für die professionelle Entwicklung der nicaraguanischen Fachleute. Eine schöne Genugtuung, die mir zeigt, dass der von Anfang an eingeschlagene gemeinsame Weg geschätzt wird.

Manfred Mäder kann schlecht Nein sagen, aber auch, wenn er überall gleichzeitig sein sollte, lässt er sich nicht aus der Ruhe bringen – meistens. An der Schwarztorstrasse 48 kennt der Hauswart jeden Winkel und liebt die Abwechslung seines Berufs. Nach Feierabend widmet er sich gerne seinem jüngst erfüllten Bubentraum, einer Harley-Davidson.

Um 5.20 Uhr klingelt bei Mäders in Biel der Wecker. Ein Müesli, eine Konfischnitte, dann gehts mit dem Zug nach Bern. Eigentlich hat Manfred Mäder Beck gelernt. Doch eine Mehlstauballergie zwang ihn kurz nach der Lehre dazu, eine Umschulung zu machen. Manfred Mäder erzählt, ohne gross Emotionen zu zeigen: «Es ist, wie es ist», meint er.

Dank seinen vielseitigen Interessen und seiner grundsätzlich positiven Einstellung konnte er immer

pariert. Dazwischen klingelt immer wieder das Handy: «Ja, aha, de chumi grad.» Manchmal reicht ein Coaching per Telefon, in diesem Fall aber nicht.

Auch bei kleinen Streitereien im Haus musste Manfred Mäder schon einschreiten. Für ihn als extrem ruhigen und überlegten Menschen kein Problem. Wichtig sei dabei einfach, sich nicht aus der Ruhe bringen zu lassen und den Überblick über die Situation zu behalten. Zum Glück kommen solche «brenzlichen» Situationen aber selten vor.

«Es ist, wie es ist»

vorwärts schauen. Er arbeitete bei den SBB als Gleismonteur und bei der Swisscom als Fernmeldeassistent. Dann bot sich an der Höheren Fachschule Holz Biel die Gelegenheit, um erste Hauswartluft zu «schnuppern». Während den Herbstferien konnte er den damaligen Hauswart dort vertreten – und der Fall war sofort klar. Seit 14 Jahren arbeitet Manfred Mäder als gelernter Hauswart an der Berner Fachhochschule. Erst in Biel und seit vier Jahren am Fachbereich Gesundheit.

Bei Manfred Mäder gleicht kein Tag dem andern. Nie weiss er, was noch auf ihn zukommt – und genau das liebt er an seinem Beruf: «Es ist die Abwechslung, die es ausmacht», sagt er. Mit dem morgendlichen Blick in die Mailbox macht er erste Aufträge aus. Es folgt ein Kontrollrundgang durchs Haus, dann stellt er Material parat, richtet Räumlichkeiten für Anlässe her, koordiniert den Einsatz des Reinigungsteams, ersetzt und re-

Oft wird Manfred Mäders Hilfe benötigt, wenn Mitarbeitende oder externe Dozierende mit den technischen Installationen nicht zurechtkommen. Helfen tue er immer gerne, meint er, aber manchmal müsse er schon etwas den Kopf schütteln. Etwa dann, wenn der Fehler eben nicht beim Gerät, sondern beim Benutzer liegt. «Auch den Startknopf finden halt nicht immer

«Die Abwechslung macht es aus»

alle», sagt Manfred Mäder lachend. Solange jemand freundlich ist, kann am FBG jeder auf die Unterstützung des Hauswerts zählen. Egal, ob bei komplexen Fragen oder eben bei banalen Problemen, ins Bockshorn jagen, lässt er sich nie – jedenfalls fast nie. Ein einziges Mal habe er am FBG bisher beinahe die Nerven verloren. Eine externe Dozentin, die mit ihrem eigenen Laptop ein Problem hatte, habe ihn persönlich

dafür verantwortlich gemacht. Nachdem er sich ihre Gehässigkeiten geduldig angehört habe, sei er ihr davongelaufen, sonst hätte er auch noch etwas Unfreundliches gesagt.

Dabei ist Gutmütigkeit normalerweise eine Charaktereigenschaft, die Manfred Mäder auszeichnet. Auch seine Frau, mit der er seit 25 Jahren verheiratet ist, würde ihn als gutmütig beschreiben, «e liebe Cheib haut». Zusammen mit seiner Frau und der jüngeren Tochter wohnt Manfred Mäder seit bald drei Jahren in Biel. Der

«Da muss man flexibel bleiben»

Wegzug aus dem Jura erfolgte nicht ganz freiwillig. Es war ein Kompromiss, eine Lösung auf Zeit, wodurch für alle Familienmitglieder zeitlich machbare Reisewege für Arbeit und Studium entstanden sind. «Da muss man flexibel bleiben», sagt Manfred Mäder pragmatisch. Allerdings kann er sich sehr gut vorstellen, später einmal wieder etwas ländlicher zu wohnen. «Es muss aber nicht mehr unbedingt der Jura sein.»

Egal, was bei der Arbeit ansteht: Wenn es nicht gerade brennt, lässt sich Manfred Mäder die Mittagspause nie nehmen. «Die ist mir heilig», sagt er. Ein Menü aus der Kantine, danach Kaffee, oder ab und zu mit den Arbeitskollegen zum Innder. «Nach dem Zmittag bin ich wieder für alle und alles zu haben», schmunzelt der Hauswart. Der Nachmittag fliegt meist nur so dahin: Fenster putzen, Reinigungsmaterial für seine Crew bereitstellen, Coaching bei Problemen mit der Multimedia-Infrastruktur. Auch die tägliche Kontrolle der sanitären Installationen und die Abfallentsorgung gehören zu den Arbeiten des Hauswarts.

Wenn keine Abendveranstaltung ansteht, gibts um 17 Uhr Feierabend. Der Zug nach Biel fährt um 17.13 Uhr. Manfred Mäder macht meist keine grossen Sprünge mehr. Ein Znacht mit der Familie, bei schönem Wetter vielleicht eine kleine Töfftour zusammen mit seiner Frau, Zeitung lesen, TV schauen, um 22 Uhr ist Schluss.

Irgendwann will Manfred Mäder mit seiner Frau noch die Welt entdecken, auf Reisen gehen. Bisher war er in Kenya, Ägypten und Brasilien. «Das war der Hammer», sagt er. Doch bis es so weit ist, frönt er seinem grossen Hobby in der Schweiz: seiner Harley-Davidson.

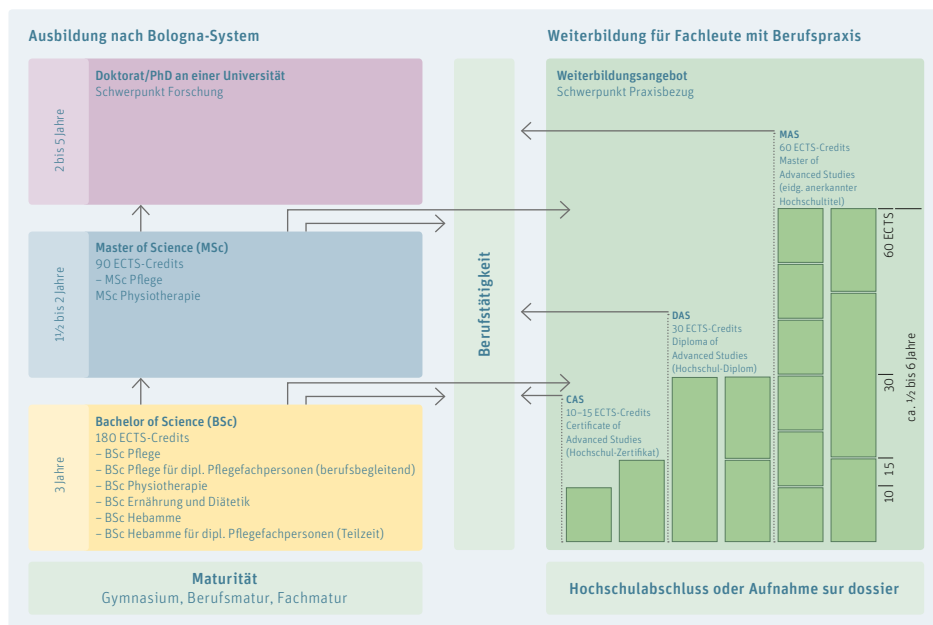
Text:
Judith Bögli, judith.boegli@bfh.ch



Aus- und Weiterbildungen an der Fachhochschule

Die Weiterbildungsstudiengänge des Fachbereichs Gesundheit beruhen auf wissenschaftlicher Grundlage. Sie sind praxisorientiert konzipiert und modular aufgebaut. Verschiedene Fachkurse und CAS-Studiengänge können zu einem DAS- und /oder einem MAS-Abschluss kombiniert werden. Der Mastertitel ist geschützt. Jeder MAS-Studiengang wird mit einem eidgenössisch anerkannten Masterdiplom (Master of Advanced Studies) der Berner Fachhochschule abgeschlossen.

Die Studienleitungen der jeweiligen Disziplin beraten Sie gerne in der Planung Ihrer persönlichen Weiterbildung.
weiterbildung.gesundheit@bfh.ch
Telefon + 41 31 848 44 44



Angebot	Datum	Web-Code
Interdisziplinäre Weiterbildungen		
CAS Abschlussmodul	September 2015	C-PSY-5
DAS Abschlussmodul	September 2015	D-PFL-4
MAS Abschlussmodul	Juni 2016	M-O-6
Fachkurs Praxisausbildung Gesundheit	Oktober 2015	K-O-30
Fachkurs Wissenschaftliches Arbeiten – Reflektierte Praxis	Start August und September 2015, erneute Durchführung Januar und März 2016	K-O-31
Prüfungsmodul Wissenschaftliches Arbeiten	5. September 2015	K-INT-13
Fachkurs English for Health Professionals (Level First Certificate)	September 2015	K-INT-14
Fachkurs English for Health Professionals (Level Advanced Certificate)	September 2015	K-INT-15
Fachkurs Statistisches Denken: Anwendungsorientiert und praxisbezogen	Oktober 2015	K-O-70
Psychische Gesundheit und Krankheit		
MAS Mental Health	Das MAS-Studium ist modular aufgebaut und setzt sich aus verschiedenen Fachkursen, CAS-Studiengängen und einem Abschlussmodul zusammen.	M-O-2
DAS Psychische Gesundheit	Das DAS-Studium ist modular aufgebaut und setzt sich aus verschiedenen Fachkursen, CAS-Studiengängen und einem Abschlussmodul zusammen.	D-O-2
CAS Ambulante psychiatrische Pflege	September 2015	C-SPE-15
CAS Forensisch psychiatrische Pflege und Betreuung	Herbst 2016	C-PSY-4
CAS Kinder- und jugendpsychiatrische Pflege und Betreuung	Oktober 2015	C-SPE-13
CAS Psychiatrische Pflege	September 2015	C-O-14
CAS Verbesserung der Gesundheit	September 2015	C-SPE-3
Fachkurs Adherencetherapie	Februar 2016	K-O-102

Angebot	Datum	Web-Code
Fachkurs Ambulante psychiatrische Pflege	Oktober 2015	K-PSY-22
Fachkurs Forensisch psychiatrische Pflege und Betreuung	Herbst 2016	K-PSY-21
Fachkurs Gesundheitsförderung	November 2015	K-PSY-10
Fachkurs Kinder- und jugendpsychiatrische Pflege und Betreuung	Oktober 2015	K-PSY-20
Fachkurs Kognitive Verhaltenstherapie	Januar 2016	K-PSY-4
Fachkurs Krisen- und Kurzzeitinterventionen	Mai 2016	K-PSY-7
Fachkurs Motivational Interviewing	Februar 2016	K-PSY-5
Fachkurs Pflegeprozess bei psychischen Störungen	Februar 2016	K-PSY-13
Fachkurs Psychiatrie	Oktober 2015	K-PSY-2
Fachkurs Psychoedukation	April 2016	K-PSY-11
Fachkurs Public Health	Januar 2016	K-PSY-3
Fachkurs Suizidprävention	März 2017	K-PSY-19
Spezialisierte Pflege		
MAS Spezialisierte Pflege	Das MAS-Studium ist modular aufgebaut und setzt sich aus verschiedenen Fachkursen, CAS-Studiengängen und einem Abschlussmodul zusammen.	M-PFL-4
DAS Spezialisierte Pflege	Das DAS-Studium ist modular aufgebaut und setzt sich aus verschiedenen Fachkursen, CAS-Studiengängen und einem Abschlussmodul zusammen.	D-PFL-1
DAS Passerelle Spezialisierte Pflege	Das DAS-Studium Passerelle besteht aus dem Fachkurs «Wissenschaftliches Arbeiten – Reflektierte Praxis» und dem DAS-Abschlussmodul.	D-PFL-3
CAS Clinical Assessment und Decision Making	September 2015	C-O-34
CAS Clinical Research Coordinator	September 2015	C-PFL-4
Fachkurs Clinical Assessment	September 2015	K-PHY-14
Physiotherapie		
CAS Manuelle Therapie SAMT Advanced	Januar 2016	C-PHY-4
CAS Manuelle Therapie SAMT Basic	Januar 2016	C-PHY-2
CAS Neuro-Developmental Treatment NDT Bobath Baby	November 2015	C-PHY-5
Fachkurs Physiotherapie auf der Intensivstation Basic	Februar 2016	K-PHY-18
Fachkurs Respiratorische Physiotherapie Basic	Februar 2016	K-PHY-3
Ernährung und Diätetik		
Fachkurs Biochemie für Ernährungsberater/-innen	Frühjahr 2016	K-ERB-29
Fachkurs Mangelernährung	Oktober 2015	K-PFL-2
Grundkurs Zöliakie und glutenfreie Ernährung	Oktober 2015	K-ERB-9
Hebamme		
CAS Still- und Laktationsberatung	August 2015	C-HEB-2
Fachkurs Körperarbeit im Hebammenalltag	August 2015	K-HEB-11
Angebote des Fachbereichs Soziale Arbeit		
CAS Case Management	August 2015	C-CM-1
Fachkurs Case Management	August 2015	K-CM-20

In der Regel werden die Studiengänge und Fachkurse jährlich angeboten.
Aktuelle Angaben finden Sie auf der Website: gesundheit.bfh.ch/weiterbildung

Berner Fachhochschule

Fachbereich Gesundheit
Murtenstrasse 10
3008 Bern

Telefon +41 31 848 35 00

Fax +41 31 848 35 01

gesundheit@bfh.ch

gesundheit.bfh.ch

Studium

- Bachelor of Science in Pflege
- Bachelor of Science in Physiotherapie
- Bachelor of Science in Ernährung und Diätetik
- Bachelor of Science Hebamme
- Master of Science in Pflege
- Master of Science in Physiotherapie
- Master of Science in Life Sciences – Food, Nutrition and Health

Weiterbildung

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

Dienstleistungen

- Fachberatung
- Organisationsentwicklung für Gesundheitsinstitutionen
- Qualitätsmanagement
- Kommunikationstraining

Angewandte Forschung und Entwicklung

- Forschungsprojekte mit Praxispartnern
- Evaluationen
- Forschungsunterstützung