



Partizipation

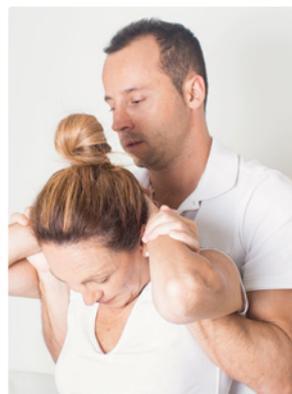
Partizipative Brückenbauerinnen

Vor einem Jahr startete das Kompetenzzentrum Partizipative Gesundheitsversorgung seine Arbeit. Warum Partizipation für ein chancengleiches Gesundheitssystem wichtig ist, erklären die Co-Leiterinnen Heidi Kaspar und Karin van Holten. ▶ 5



Neues Trainingsgerät für Bettlägerige

Wie Menschen dank eines Prototyps trotz längerer Zeit im Bett ihre Muskulatur trainieren können. ▶ 15



Fachtitel für muskuloskelettale Physiotherapie

Die Absolvent*innen der neuen Studienrichtung der BFH nehmen eine einzigartige Rolle im Gesundheitssystem ein und verpflichten sich zu lebenslangem Lernen. ▶ 34

Fokus Partizipation

- 05 Brückenbauerinnen für ein chancengleiches Gesundheitssystem
- 09 Partizipation mit Gemeinschaften – für bessere Betreuung und Pflege zu Hause
- 11 «E Guete z'Basel» – ausgewogene Ernährung für allein lebende Personen 65+
- 13 Reproduktive Gesundheit: Perspektive geflüchteter Frauen in der Schweiz
- 15 Krafttraining im Bett – ein neues Übungsgerät zum Aufbau der Beinmuskulatur
- 17 Diversität als Bereicherung im Forschungsteam
- 19 Aspekte von Partizipation in der Physiotherapie

**Departement Gesundheit**

- 22 Chancengleichheit in den Curricula: Für eine diversity-kompetente Zukunft in der Lehre
- 24 News und Events

Ernährung und Diätetik

- 25 Ernährungsberatung bei Patient*innen mit psychischen Störungen
- 27 News und Events

Geburtshilfe

- 28 Psychosoziale Prädiktoren von Schwangerschaftsabbrüchen in der Schweiz
- 30 News und Events

**Pflege**

- 31 Psychiatrische Pflege evidenz- und präferenzbasiert weiterentwickeln
- 33 News und Events

Physiotherapie

- 34 Internationaler Fachtitel für muskuloskeletale Physiotherapie
- 36 News und Events

**Weiterbildungsangebot**

- 37 Weiterbildungen am Departement Gesundheit



Prof. Dr. Urs Brügger
Direktor Departement Gesundheit

Liebe Leser*innen

Lange Zeit herrschte im Gesundheitswesen das Bild der Patient*innen als zu behandelnde Objekte vor, die nicht auf Augenhöhe mit den Gesundheitsfachpersonen waren. Ab den 90er Jahren begann sich die Erkenntnis durchzusetzen, dass diese einseitige Sichtweise im medizinischen Alltag nicht mehr angemessen ist. Zu wenig nimmt sie Rücksicht auf die Menschen als Individuen, auf ihre Bedürfnisse und ihre Bereitschaft, Therapien mit- und somit zu deren Erfolg beizutragen.

So entstand im Gesundheitswesen je länger je mehr ein Bewusstsein von der Autonomie der Patient*innen und dass ihr Wille, ihre Bedürfnisse und ihre Perspektive besser in die Behandlungsprozesse zu integrieren ist. Vor allem erachtet man die Patient*innen heute durch ihre Krankheitserfahrung als wichtige Wissenträger*innen, gerade wenn es um chronische Erkrankungen oder gar seltene Krankheiten geht.

Wir von der Berner Fachhochschule sind überzeugt: Der richtige Einsatz von Partizipation im Gesundheitswesen kann den Nutzen für die Patient*innen steigern und Qualität und Wirtschaftlichkeit verbessern. Vor einem Jahr haben wir deshalb das Kompetenzzentrum Partizipative Gesundheitsversorgung gegründet, mit dem Ziel, die Integration von Menschen mit Krankheitserfahrungen und deren Angehörige in die Behandlung, die Forschung und die Aus- und Weiterbildung voranzutreiben (S. 5). Damit verfolgen wir unsere Vision von einer qualitativen hochstehenden und nachhaltigen Gesundheitsversorgung und möchten unter anderem herausfinden, wo die Chancen und auch die Grenzen von Partizipation im Gesundheitswesen sind. Erfahren Sie mehr zu unserer Arbeit mit partizipativen Ansätzen in diesem «frequenz».

Ich wünsche Ihnen eine erkenntnisreiche Lektüre.

Impressum

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

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

Fokus Partizipation



Gesundheitsdienstleistungen sind wirksamer, wenn sie den Bedürfnissen der Menschen entsprechen, die sie in Anspruch nehmen. Dies gelingt, wenn Angebote nicht nur für sie, sondern mit ihnen entwickelt werden. Mit der Fokussierung der partizipativen Kompetenzen in einem eigenen Kompetenzzentrum leistet die Berner Fachhochschule Pionierarbeit.

Brückenbauerinnen

für ein chancengleiches Gesundheitssystem

Heidi Kaspar und Karin van Holten leiten seit einem Jahr das neu gegründete Kompetenzzentrum Partizipative Gesundheitsversorgung am Departement Gesundheit der BFH. «User Involvement» ist in der Gesundheitslehre und -forschung schon lange ein Thema, in dieser klaren Fokussierung ist das Kompetenzzentrum aber ein Novum in der Schweizer Fachhochschulgeschichte. Ziel ist es, in Forschung und Lehre partizipative Kompetenzen und Methoden zu fördern.

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

Heidi Kaspar und Karin van Holten, wie neu ist der Ansatz Partizipation in der Gesundheit, und was bedeutet er konkret?

Heidi Kaspar: Partizipation an und für sich ist nichts Neues, weder am Departement Gesundheit der Berner Fachhochschule noch in der Gesundheitsversorgung. Im Gegenteil, das Thema geht zurück auf unterschiedliche Vorstösse, Konzepte und Initiativen, die bis in die 50er-Jahre zurückreichen, wie Patient*innenorientierung, Personenzentrierung und Shared decision making. Dabei weisen die partizipativen Ansätze den Patient*innen in der medizinischen und therapeutischen Versorgung eine aktivere Rolle zu und zielen darauf ab, den Menschen in seiner Gesamtheit und Komplexität zu betrachten – nicht reduziert auf gewisse Symptome oder Krankheiten.

Karin van Holten: Zentraler Aspekt ist das Verständnis, dass die Patient*innen zum einen im Mittelpunkt stehen sollen und zum anderen wissen, was für sie gut ist und funktioniert. Deswegen sollen sie auch über ihre Therapie mitentscheiden und mitwirken. Wichtige Treiber dieser Ansätze waren unter anderem die WHO und Behindertenorganisationen.

Wie kam es dazu, dass das Departement Gesundheit nun seit 1. Januar 2021 über ein Kompetenzzentrum Partizipative Gesundheitsversorgung verfügt?

Karin van Holten: Partizipative Ansätze in Lehre und Forschung am Departement Gesundheit gab es schon früher vereinzelt in den verschiedenen Fachbereichen. Im Jahr 2014/15 kam aus dem Fachbereich Pflege unter der Leitung von Prof. Dr. Sabine Hahn ein Vorstoss, das Thema «User Involvement» in Lehre und Forschung zu fördern, d.h. die Menschen, die Gesundheitsdienstleistungen nutzen, mehr einzubeziehen. Diese Initiative war inspiriert und motiviert von einem Besuch an der University of Central Lancashire, wo User Involvement bereits weit entwickelt und organisatorisch verankert ist. Menschen mit Krankheitserfahrungen arbeiten in der Forschung mit, entwickeln Curricula, unterrichten, nehmen Prüfungen ab.

Heidi Kaspar: Konkret liefen dann am Departement Gesundheit unter der Leitung von Caroline Gurtner von 2015 bis 2019 die beiden PIONEERS-Projekte mit Fokus auf den Bereich Beteiligung von Menschen mit chronischen Erkrankungen. Ziel der Projekte war es, die nötigen Rahmenbedingungen für partizipative Ansätze



Heidi Kaspar ist promovierte Sozial- und Gesundheitsgeografin. Sie lehrt und forscht zu Partizipation und Sorgearbeit und -beziehungen im globalen wie lokalen Massstab.

in der angewandten Forschung und der Lehre zu erforschen und die Umsetzungsmöglichkeiten im Departement Gesundheit zu prüfen. Im Schlussbericht war unter anderem eine Empfehlung, die Partizipation in der Gesundheitsversorgung über alle Bereiche hinweg zu institutionalisieren, und so kam der Stein ins Rollen. In dieser klaren Fokussierung ist das Kompetenzzentrum nach unserem aktuellen Wissensstand ein Novum in der Schweizer Fachhochschullandschaft. Wir durften im Januar gleich mit zwei wissenschaftlichen Mitarbeitenden starten, die wir aus einem laufenden Projekt mitnehmen konnten. Inzwischen ist eine weitere wissenschaftliche Mitarbeiterin mit einem 20%-Pensum dazugestossen.

Was ist die Aufgabe des Kompetenzzentrums?

Karin van Holten: Wir möchten für die Fachbereiche des Departements Gesundheit der BFH eine wichtige Partnerin sein, um sie bei ihrer Forschungs- und Lehrtätigkeit mit partizipativer Kompetenzbildung und partizipativen Methoden zu unterstützen. Dort liegt unsere Kompetenz. Wir haben beide keinen medizinischen, therapeutischen oder pflegerischen Background, sondern einen sozialwissenschaftlichen. Unser Ziel ist es, dass die Fachbereiche in Bezug auf Partizipation voneinander lernen und wir ihnen Instrumente für partizipative Forschung in der Gesundheitsversorgung an die Hand geben, als Brückenbauerinnen sozusagen.

Heidi Kaspar: Wir knüpfen zum einen an bereits erbrachte Vorleistungen an. So führen wir die fachübergreifende Begleitgruppe User Involvement weiter, wel-

che sich zu partizipativen Ansätzen in Forschung und Lehre austauscht. Auch reaktivieren wir die sogenannte User-Gruppe, der unterschiedliche Menschen mit Krankheitserfahrung angehören, die bereit wären, sich an partizipativen Forschungsprojekten oder in der Lehre und Weiterbildung zu beteiligen. Zum anderen weiten wir das Tätigkeitsfeld von User Involvement aus, indem wir nicht nur das therapeutische Setting berücksichtigen, sondern das gesamte gesundheitsförderliche Feld mit allen Übergängen dazwischen. Nebst Patient*innen und Fachpersonen spielt das Gesundheitssystem beispielsweise eine wichtige Rolle. Denn hier werden die Rahmenbedingungen geschaffen, die partizipatives Handeln in der Gesundheit erst möglich machen.

Nebst der genannten Unterstützungsleistung führt ihr auch eigene Forschungsprojekte durch. Weshalb ist das wichtig?

Heidi Kaspar: Die Forschungsarbeit ist Teil unserer Leistungsvereinbarung, denn das Kompetenzzentrum Partizipative Gesundheitsversorgung ist in der Forschung angesiedelt und wie ein Institut auch auf Drittgelder angewiesen. Wir finanzieren einen Teil unserer Arbeit über Forschungsprojekte.

Welche Projekte sind im Kompetenzzentrum gerade aktuell?

Karin van Holten: Aktuell betreuen wir drei Projekte. Eines davon ist das SNF-Projekt «Neue Impulse für die Versorgung zu Hause» (Anm. Red.: siehe S. 9). Dieses war bei unserem Stellenantritt bereits in der

laufenden Projektphase und endet im August 2022. Ein weiteres Projekt widmet sich dem Thema Generationenwohnen. Wir haben dieses bereits vor Stellenantritt akquiriert, sind aber dann erst bei der BFH in die Projektphase gestartet. Bald starten wir mit einem Folgeprojekt des FairCare-Tandem-Modells, wo wir gemeinsam mit weiteren Institutionen daran arbeiten, sogenannten Care-Migrant*innen faire Arbeitsbedingungen zu sichern. Ein Projekt, das uns ganz besonders am Herzen liegt, ist das Part-Web, gefördert durch die BFH Forschungsinitiative. Hier entwickeln wir ein interdisziplinäres Instrument zur Charakterisierung partizipativer Verfahren. Mit den Departementen Architektur, Holz & Bau, Soziale Arbeit und der Hochschule der Künste sind wir im September 2021 gestartet.

Seid ihr auch in der Lehre tätig?

Heidi Kaspar: Unser Ziel ist ganz klar, mit unserer Expertise zu Partizipation auch in der Lehre und der Weiterbildung zu unterstützen und dazu beizutragen, dass Partizipation eine wichtige Rolle in der Ausbildung von Schweizer Gesundheitspersonal spielt. Eigene Module in der Bachelor- und Master-Ausbildungen zu erhalten benötigt erfahrungsgemäss Geduld und Zeit. Da sind wir dran.

Karin van Holten: Wir wissen beispielsweise, dass viele Fachbereiche bereits heute auch in der Lehre mit partizipativen Ansätzen arbeiten. Unter anderem unterrichte ich an der BFH im Master-Studium zu qualitativen und partizipativen Forschungsmethoden. Wir

«Das Gesundheitssystem in der Schweiz erhebt den Anspruch, chancengleich zu sein. Wir wissen aber, dass es Ungleichheiten im System gibt. Mit der Partizipation in der Gesundheitsversorgung gelingt es uns, jene Personen zu stärken, die sich in einer schlechteren Ausgangslage befinden.»

Heidi Kaspar



Karin van Holten ist Sozialanthropologin. Sie forscht zu Langzeitversorgung und Transnationalisierung von Care und unterrichtet qualitative wie partizipative Forschungsmethoden.

wollen unseren Beitrag im Bereich Lehre und Weiterbildung auf jeden Fall ausbauen. Konkret schwebt uns vor, einen CAS zu qualitativen und partizipativen Forschungsmethoden anzubieten. Wir prüfen ausserdem die Entwicklung eines praxisbezogenen CAS zu Partizipation, der sich an Gesundheitsfachpersonen, Institutionen und Patient*innen sowie Angehörige richtet.

Warum braucht es Partizipation im Gesundheitswesen, und wann ist diese sinnvoll?

Karin van Holten: Partizipation kann in gewissen Prozessen im Gesundheitswesen zur Effizienzsteigerung beitragen, indem man eine bessere Bedürfnisorientierung erreicht, sowohl bei Patient*innen als auch bei Gesundheitsfachpersonen. Wir wissen, dass Fachpersonen u. a. ihren Beruf frühzeitig verlassen, weil sie aufgrund des Systems zu wenig Bedürfnisorientiert arbeiten können, was wiederum nicht ihrem Arbeitsethos entspricht. Bei der Umsetzung von Partizipation gibt es verschiedene Stufen, sie reichen von der Mitwirkung über die Mitbestimmung bis hin zur Selbstorganisation. Wir möchten aufzeigen, welche Formen von Partizipation bei welchen Prozessen und Problemstellungen am geeignetsten sind.

Heidi Kaspar: Das Gesundheitssystem in der Schweiz erhebt den Anspruch, chancengleich zu sein. Wir wissen aber, dass es Ungleichheiten im System gibt. Mit der Partizipation in der Gesundheitsversorgung gelingt es uns, jene Personen zu stärken, die sich in einer schlechteren Ausgangslage befinden, wie beispielsweise ältere Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen mit chronischen Erkrankungen.

Wo seht ihr konkret Herausforderungen und Stolpersteine für die Umsetzung von Partizipation?

Heidi Kaspar: Die Vielfalt an Konzepten und Ansätzen ist Reichtum und Schwäche zugleich. Sie mag nebst strukturellen Faktoren mit ein Grund dafür sein, dass die Partizipation zwar durchaus als relevant und bedeutsam angesehen wird, dass es aber nach wie vor an der konkreten Umsetzung in der alltäglichen Versorgungspraxis hapert. Hier wollen wir mit dem Kompetenzzentrum forschungsspezifische Erkenntnisse generieren, damit man partizipative Prozesse in der Praxis tatsächlich umsetzen kann und die vielen Konzepte und Ansätze zum Leben erweckt werden.

Karin van Holten: Zentral bei der Partizipation ist, dass man kontinuierlich reflektiert und sich hinterfragt. Das braucht viel Zeit und Energie. Auch das hierarchische Setting kann hinderlich sein. Die Popularität von Partizipation sehen wir als weitere Herausforderung. So fordern Förderinstitutionen vermehrt partizipative Ansätze ein, was zwar erfreulich ist, aber auch zu Missbrauch und Scheinpartizipation geführt hat. Mit dem Forschungsprojekt Part-Web möchten wir hier Klarheit schaffen. Unter anderem definieren wir den Begriff Partizipation über verschiedene Disziplinen hinweg und entwickeln Instrumente, um Partizipation differenziert anzuwenden.

In diesem «frequenz» lesen wir über verschiedene Forschungsprojekte in den Fachbereichen, die bereits partizipative Ansätze aufweisen. Inwieweit seid ihr hier schon involviert?

Heidi Kaspar: Ein Projekt, bei welchem wir stark involviert sind, heisst «E Guete z'Basel» aus dem Bereich Ernährung und Diätetik (Anm. Red.: siehe S. 14). Bei diesem Projekt, das sich der gesunden Ernährung von allein lebenden Senior*innen widmet, unterstützen wir bei der Prozessevaluation. Wir analysieren, wie gut der partizipative Prozess gelingt und ziehen daraus Kernlehren, die wir Interessierten zugänglich machen. Bei anderen Projekten wie dem Projekt «Reproduktive Gesundheit. Die Perspektive geflüchteter Frauen in der Schweiz» (Anm. Red.: siehe S. 13), haben wir eine punktuell beratende Rolle eingenommen.

Karin van Holten: Bei einigen Projekten sind wir bereits stark involviert, bei anderen nur am Rand. Das ist den Forschenden überlassen, inwieweit sie sich für die Expertise an uns wenden möchten. Unser Ziel ist es, innerhalb des Departements Gesundheit bald so präsent zu sein, dass die Forschenden auf uns zukommen, uns informieren oder auch involvieren, sobald sie partizipativ arbeiten möchten.

«Förderinstitutionen fordern vermehrt partizipative Ansätze ein, was zwar erfreulich ist, aber auch zu Missbrauch und Scheinpartizipation geführt hat. Mit dem Forschungsprojekt Part-Web möchten wir hier Klarheit schaffen.»

Partizipation mit Gemeinschaften

– für bessere Betreuung und Pflege zu Hause



Karin van Holten
Co-Leiterin Kompetenzzentrum
Partizipative Gesundheitsversorgung
BFH Departement Gesundheit
karin.vanholten@bfh.ch



Dr. Heidi Kaspar
Co-Leiterin Kompetenzzentrum
Partizipative Gesundheitsversorgung
BFH Departement Gesundheit
heidi.kaspar@bfh.ch

Das Projekt «Caring Community Living Labs» sucht nach neuen, lokal verankerten und nachhaltigen Lösungen für die Betreuung und Pflege von Menschen zu Hause. Es nutzt einen partizipativen und gemeinschaftsorientierten Zugang und entwickelt gemeinsam mit Beteiligten vor Ort Modelle von Sorgenden Gemeinschaften an vier Standorten in der Schweiz.

Menschen wollen zu Hause leben, auch wenn sie auf Hilfe, Betreuung oder Pflege angewiesen sind. Die Spitex ist eine wichtige professionelle Dienstleisterin in diesem Bereich. Doch mehr als die Hälfte der Spitex-Kund*innen braucht zusätzliche Unterstützung, um zu Hause gut leben zu können (Spitex Schweiz, 2020). Die Sicherung von Angebot und Finanzierung der benötigten Hilfe und Betreuung ist eine der grossen Herausforderungen in der Langzeitversorgung (Knöpfel, Pardini & Heinzmann, 2018). Die Schweiz verfügt zwar über ein breites Angebot an Institutionen. Im häuslichen Bereich jedoch ist das Gesundheitssystem stark auf unbezahlte Angehörige (Otto et al., 2019) oder schlecht bezahlte Live-in-Betreuer*innen aus dem Ausland angewiesen (van Holten, Salis Gross & Biedermann, 2021). Beide werden oft bis an ihre Grenzen – und zuweilen darüber hinaus – beansprucht. Für die Zukunft braucht es deshalb neue Ansätze, um die benötigte gute Betreuung und Pflege zu Hause sicherstellen zu können.

Sorgende Gemeinschaften als neue Modelle für die Betreuung zu Hause?

Das Projekt «Neue Impulse für die Versorgung zu Hause: Caring Community Living Labs» nimmt sich dieser Herausforderung an.¹ Es erkundet das Potenzial Sorgender Gemeinschaften zur Verbesserung der häuslichen Langzeitversorgung, indem es gemeinsam mit Beteiligten vor Ort Modelle von Sorgenden Gemeinschaften entwickelt, umsetzt und evaluiert.

Zentrales Anliegen ist die gemeinschaftliche Organisation von Sorge für und mit Bürger*innen in schwierigen Lebenssituationen (Wegleitner & Schuchter, 2020). Sorgebedarf kann und soll nicht durch einzelne Akteursgruppen gedeckt werden, sondern durch ein Zusammenwirken von professionellen Dienstleistenden, Familien, Nachbarschaften, zivilgesellschaftlich Engagierten, staatlichen und karitativen Institutionen (Klie, 2020). Es geht im Kern um die Frage: Wie kann ein Quartier oder eine Gemeinde ein Ort des guten (Zusammen-)Lebens und der gelebten sozialen Teilhabe werden und bleiben? Sorgende Gemeinschaften stehen also für eine Neuorientierung: Sorge wird zur Aufgabe aller – zum Gemeinschaftswerk.

Was ist eigentlich eine Gemeinschaft?

Ob als «sorgend» oder anderweitig definiert, eine Gemeinschaft ist eine «soziale Einheit auf Basis einer lebensweltlich erfahrenen Identität» (Unger, 2014). Sie ist gekennzeichnet durch ein Gefühl der Zugehörigkeit, das auf geteilten Werten, Anliegen und Interessen beruht. Sie ist damit ein soziales Gefüge, das sich von anderen abgrenzt, die nicht zur Gemeinschaft gezählt werden. Ein- und Ausschlussprozesse sind deshalb immer wieder kritisch zu reflektieren.

Selbstbestimmung durch Stärkung der Gemeinschaft fördern

Ausgehend vom Slogan «Sorge für andere geht alle etwas an – kümmern wir uns darum!» gehen Forschende gemeinsam mit den Beteiligten aus vier Gemeinden in Bern und Zürich der Frage nach, was es braucht, um Sorgende Gemeinschaften anzustossen, aufzubauen und zu stärken. Die Forschenden orientieren sich dabei am Ansatz der community-basierten partizipativen Forschung (engl. community-based participatory research, abgekürzt: CBPR). CBPR ist ein Forschungsstil mit einem ausgeprägt partizipativen Zugang. Im Gesundheitsbereich wird er seit den 1990er Jahren verbreitet verwendet (Wallerstein & Duran, 2006). Kernanliegen ist es, die Selbstbestimmung zu fördern, indem die Gemeinschaft gestärkt und Gesundheitschancen verbessert werden.

Das Besondere am Projekt ist, dass nicht mit einer bestehenden Community gearbeitet, sondern diese im Verlauf des Projektes mit lokalen Partner*innen initiiert wird. Auf diese Weise kann die Projektgruppe die Prozesse der Vergemeinschaftung ethnografisch forschend begleiten und die daraus gewonnenen «lessons learnt» Interessierten zur Verfügung stellen. Die Initiativen sind regional unterschiedlich. Sie reichen von einem DigiCafé über solidarische Kartenaktionen während des Lock-downs bis hin zu einem mobilen Marktplatz (für mehr Informationen siehe: www.sorgendegemeinschaft.net).

Mit lokalen Gemeinschaften auf Augenhöhe forschen, entwickeln und umsetzen

Das Forschungsteam arbeitet auf Augenhöhe zusammen mit den Menschen und Organisationen der jeweiligen Gemeinden oder Gemeinschaften. Es bemüht sich kontinuierlich, Raum und Möglichkeiten für diese aktive



Das Forschungsteam arbeitet auf Augenhöhe zusammen mit den Menschen der jeweiligen Gemeinden.

Zusammenarbeit zu schaffen. Ein wichtiges Thema ist die Entscheidungsmacht: Wer steuert das Projekt? So sind die Aktivitäten gemeinsam mit den vor Ort Beteiligten geplant, lanciert, durchgeführt und evaluiert (community ownership).

Unter anderem haben Beteiligte Interviews zu den Bedürfnissen von älteren Menschen und zum Thema «Hilfe geben und annehmen» durchgeführt und gemeinsam mit dem Forschungsteam analysiert. Die Erfahrung, auf Hilfe anderer angewiesen zu sein, ist für viele Menschen herausfordernd. Das gegenseitige Geben und Nehmen und die Abkehr von einer reinen Angebotslogik sind Kernelemente von Sorgenden Gemeinschaften – und offenbar gleichzeitig eine Knacknuss bei der Entwicklung derselben. Hier zeigt sich nun exemplarisch die Stärke des partizipativen Vorgehens im Projekt: Durch die gemeinsame Auseinandersetzung wurde nicht nur dieses Erkenntnis gewonnen, vielmehr haben sich die Beteiligten mit dieser Hürde persönlich auseinandergesetzt. Der partizipative Prozess ist also ein wichtiger Schlüssel, um Sorgende Gemeinschaften so anzustossen, dass sie auch wirklich zu einer gelebten Realität werden und ihr Potenzial zur Verbesserung der Betreuung entfalten können.

¹ SNF-Projekt Nr. 407440_183426 im Rahmen des NFP 74 «Gesundheitsversorgung»; H. Kaspar, C. Müller, K. van Holten, K. Pelzelmayr, S. Gashi, A. Schürch, T. Ertl, T. Seroflioglu.

Literatur:

- Klie, T. (2020). Wohlfahrtspluralismus und Subsidiarität – Von der Hospizarbeit lernen? In S. Stadelbacher & W. Schneider (Hrsg.), *Lebenswirklichkeiten des Alter(n)s* (S. 323–339). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-29073-3_11
- Knöpfel, C., Pardini, R. & Heinzmann, C. (2018). Gute Betreuung im Alter in der Schweiz. Seismo.
- Otto, U., Leu, A., Bischofberger, I., Gerlich, R., Riguzzi, M., Jans, C. et al. (2019). Bedürfnisse und Bedarf von betreuenden Angehörigen nach Unterstützung und Entlastung – eine Bevölkerungsbefragung. Schlussbericht des Forschungsprojekts GO1a des Förderprogramms Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Bern, Zürich.
- Sorgende Gemeinschaften für die Betreuung und Pflege zu Hause. CareComLabs – Sorge als Gemeinschaftswerk. Zugriff am 23.11.2021. Verfügbar unter: <https://www.sorgendegemeinschaft.net/>
- Spitex Schweiz. (2020). Jahresbericht 2019 Spitex Schweiz (Spitex Schweiz, Hrsg.). Bern. Zugriff am 14.08.2021. Verfügbar unter: <https://jb2019.spitex.ch/>
- Unger, H. von. (2014). *Partizipative Forschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-01290-8>
- van Holten, K., Salis Gross, C. & Biedermann, A. (2021). Das FairCare Tandem-Modell. *Gute Betreuung bei fairen Arbeitsbedingungen = gemeinsame Verantwortung!* NOVAcura, 52(8), 37–40. Zugriff am 18.11.2021.
- Wallerstein, N. B. & Duran, B. (2006). Using community-based participatory research to address health disparities. *Health Promotion Practice*, 7(3), 312–323. <https://doi.org/10.1177/1524839906289376>
- Wegleitner, K. & Schuchter, P. (2020). *Sorgende Gemeinschaften im Kanton Bern – Modellprojekte in Oberaargau Ost, Langnau und Jegenstorf*. Evaluationsbericht. Wien: Verein Sorgenetz – Eigenverlag.

«E Guete z'Basel» – ausgewogene Ernährung für allein lebende Personen 65+



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



Anita Schürch
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Kompetenzzentrum Partizipative
Gesundheitsversorgung
anita.schürch@bfh.ch

Beim partnerschaftlich-partizipativen Projekt «E Guete z'Basel» arbeiten Expert*innen aus Wissenschaft und Praxis gemeinsam mit Senior*innen ein Gesundheitsförderungsprojekt aus. Schwer erreichbare ältere Menschen sollen dabei zum Mitmachen in einem Kochclub motiviert werden.

Zwar verfügt die Schweiz über ein hervorragendes Gesundheitssystem, allerdings herrscht auch hierzulande eine gesundheitliche Ungleichheit. Diese stellt für die Schweizer Gesundheits- und Ernährungspolitik eine grosse Herausforderung dar (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2019; Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen [BLV], 2017), unter anderem in Bezug auf Gesundheitsförderungs- und Ernährungsprojekte. Schwer erreichbare Personengruppen werden zu wenig angesprochen und können daher von diesen Projekten nicht profitieren. So sind z. B. alleinstehende, sozial isolierte Senior*innen für das Thema ausgewogene Ernährung schwer zu begeistern, insbesondere Männer. Da aber der Wunsch nach Selbstständigkeit bei den Senior*innen einen ganz besonderen Stellenwert hat, kann es hier interessante Anknüpfungspunkte geben. So kann eine ausgewogene, bedarfsdeckende und genussvolle Ernährung die Autonomie im Alter positiv beeinflussen. Damit zeigen sich wichtige und spannende Handlungsfelder für die Gesundheitsförderung, neben der politischen und gesellschaftlichen Relevanz des Themas.

Senior*innen erreichen durch Partizipation

Wie können aber nun die bisher nicht Erreichten erreicht werden? Für die Umsetzung von chancengerechten Massnahmen spielt die Partizipation von einzelnen Bevölkerungsgruppen eine wichtige Rolle (Weber, 2020). Sie ermöglicht, sich stärker an den Lebensrealitäten der Zielgruppe zu orientieren, und diese wiederum kann eigene Ressourcen und Bedürfnisse einbringen und sich als handlungswirksam erleben. Damit soll eine wirksame und nachhaltige Veränderung des Gesundheitsverhaltens ermöglicht werden (Wright, 2010; Aner, 2016).

Vor diesem Hintergrund wurde 2019 das partnerschaftlich-partizipativ ausgerichtete Projekt «E Guete z'Basel» lanciert. Mit diesem sollen ältere, insbesondere alleinstehende Menschen befähigt werden, eine ausgewogene Ernährung selbstverantwortlich und genussvoll umzusetzen und dem Risiko einer Mangelernährung entgegenzuwirken.

Das dreijährige Innovationsprojekt wird von Gesundheitsförderung Schweiz finanziert und von der Forschungsabteilung Ernährung und Diätetik der Berner Fachhochschule gemeinsam mit dem Gesundheitsdepartement Basel-Stadt als Umsetzungspartner durchgeführt, neben vielen anderen Akteur*innen. Die Bedürfnisse und Lebenswelten der Zielgruppe «ältere Menschen» stehen im Vordergrund. So sind die Senior*innen als Vertreter*innen der Zielgruppe wichtiger Teil der Projektgruppe und arbeiten Hand in Hand mit Expert*innen der Wissenschaft und der Praxis. Der Fokus liegt auf allein Lebenden, ein bestimmter sozioökonomischer Status wird aber nicht als Einschlusskriterium herangezogen, um Stigmatisierungen zu vermeiden.

Planung einer Ernährungsintervention mit der Zielgruppe

Im ersten Jahr konnte das Projektteam partizipativ folgende Ziele erreichen:

- Gegenseitiges Vertrauen schaffen
- Ausarbeitung von Ideen zur Erreichbarkeit der bisher nicht Erreichten
- Entwicklung von Ideen zur Umsetzung von konkreten Ernährungsinterventionen
- Konkretisierung einer Idee sowie Planung der Umsetzung unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Senior*innen

2022 steht die Durchführung von gemeinsamen Kochclubs an gut zugänglichen öffentlichen Treffpunkten im Mittelpunkt. Die Senior*innen sollen dabei möglichst selbstbestimmt vorgehen können, und die Partizipation ist Teil des Entwicklungsprozesses, wobei eine höchstmögliche Stufe der Selbstorganisation erreicht werden soll. Inwieweit dies im Hinblick auf die Zielgruppe realisierbar und gewünscht ist, wird sich im Verlauf des Projekts zeigen. Das Erreichen der eigentlichen Zielgruppe – die zurückgezogen lebenden älteren Menschen, die sich unzulänglich ernähren – bleibt anspruchsvoll, und es beschäftigt die beteiligten Senior*innen wie auch die Fachpersonen.



Wie können sich ältere Menschen ausgewogen ernähren? Senior*innen vertreten im Partizipationsprojekt «E Guete z'Basel» die Zielgruppe.

Im letzten Projektjahr werden die Ergebnisse zur Wirksamkeit und zum Prozess analysiert. Daraus werden Erkenntnisse abgeleitet, die weiteren Interessensgruppen in Form von Präsentationen und Praxisleitfäden zugänglich gemacht werden. Einen grossen Stellenwert erhält die Evaluation. Neben einer Wirksamkeitsevaluation für die konkrete Ernährungsintervention wird der Prozess der Partizipation im gesamten Projektverlauf durch Mitarbeitende des Kompetenzzentrums Partizipative Gesundheitsversorgung evaluiert. Dies hat zum Ziel, eine differenziertere Sicht auf den Partizipationsprozess zu ermöglichen, diesen zu reflektieren und zu dokumentieren, um ihn damit auch für Dritte sicht- und nutzbar zu machen. Dabei kommen unterschiedliche Methoden der qualitativen Sozialforschung zur Anwendung. Der Einbezug aller am Projekt beteiligten Akteursgruppen ermöglicht eine besondere Perspektivenvielfalt. Erste Analysen deuten auf eine hohe Zufriedenheit mit dem gewählten partizipativen Verfahren hin.

Partizipation als Herausforderung und Bereicherung

Die ersten Erfahrungen machen Herausforderungen deutlich und zeigen dem Projektteam, worauf im weiteren Projektverlauf besonders geachtet werden muss. Zu Beginn eines Projektes nicht zu wissen, was die eigentliche Intervention beinhaltet, ist nicht immer leicht auszuhalten, insbesondere dann nicht, wenn man sich Studienprotokolle gewohnt ist. Aber mit jedem gemeinsamen Workshop zeigt

sich das grosse Potenzial der partizipativen Vorgehensweise. Es werden Barrieren sichtbar, welche ohne Partizipation vermutlich nicht berücksichtigt würden. Vertreter*innen der Zielgruppe können aktiv mitwirken und damit auch ihre eigene Gesundheit selbstbestimmt beeinflussen. Dafür müssen allerdings genügend Zeit und Ressourcen zur Verfügung stehen. Bereits nach der ersten Phase ist Gemeinschaft entstanden und hierdurch die soziale Teilhabe gestärkt worden, wobei die wirklich schwer Erreichbaren in dieser Projektphase noch kaum einbezogen sind.

In der Evaluation zeigt sich, dass sich die Senior*innen vom Forschungsteam respektiert und gehört fühlen: «Die Moderator*innen haben viel zugehört und wenig reingeredet», bringt es eine Seniorin auf den Punkt. Man habe im Projektverlauf «ehrliches Interesse» der Fachpersonen wie auch des Forschungsteams gespürt. Als partizipationsförderlich wird zudem die «vertrauensvolle Atmosphäre» beschrieben, die für viele auch mit der Arbeit in kleinen Gruppen zusammenhängt.

Es zeigen sich aber auch Spannungsfelder. Auch wenn von allen Seiten immer wieder beteuert wird, dass man «auf Augenhöhe» zusammenarbeitet, scheint es für einige Senior*innen trotzdem keine Selbstverständlichkeit, dass ihre Lebenserfahrung genauso viel zur Praxistauglichkeit der Intervention beiträgt wie anerkannte Fachexpertise. So begegnen dem Evaluationsteam Aussagen wie diese: «Ich bin eben nicht vom Fach», «ich habe keine Erfahrung mit solchen Projekten», «ich kann nicht beurteilen, ob das klappt». Als die Senior*innen im sechsten Workshop die Möglichkeit erhalten, selber Tätigkeiten zu definieren, die sie im bald startenden Umsetzungsprojekt übernehmen könnten, wird plötzlich überdeutlich, wie breit gefächerte Ressourcen in dieser «Betroffenengruppe» schlummern.

Chancengleichheit in Gesundheitsförderungsprojekten – mit Schwerpunkt Ernährung – umzusetzen, bleibt eine grosse Herausforderung. Das wird von allen Projektbeteiligten immer wieder betont. Das Projektteam ist aber überzeugt, dass mit Hilfe aller Beteiligten – insbesondere durch die engagierte Unterstützung der Senior*innen – ein erster wichtiger Schritt für eine gesundheitliche Chancengleichheit gemacht wird.

Literatur:

- Aner, K. (2016). Diskussionspapier Partizipation und partizipative Methoden in der Gerontologie. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 49 (2), S. 143–147. DOI: 10.1007/s00391-015-1016-7.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2019). Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030. Bern. Online verfügbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheit-2030/gesundheitspolitische-strategie-2030.html>, zuletzt geprüft am 22.10.2021.
- Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) (2017). Schweizer Ernährungsstrategie 2017–24. Hg. v. Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV). Bern.
- Schaefer, I., Kumpers, S., Cook, T. (2021). «Selten Gehörte» für partizipative Gesundheitsforschung gewinnen: Herausforderungen und Strategien. In: Bundesgesundheitsblatt 64 (2), S. 163–170. DOI: 10.1007/s00103-020-03269-7.
- Weber, D. (2020). Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz. Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen. Grundlagenbericht. GFCH, BAG, GDK.
- Wright, M. T. (Hg.) (2010). Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. 1. Aufl. Bern: Huber (Verlag Hans Huber). Online verfügbar unter <http://elibrary.hogrefe.de/9783456948676/1>.

Reproduktive Gesundheit: Perspektive geflüchteter Frauen in der Schweiz



Milena Wegelin
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
angewandte Forschung und Entwicklung
Geburtshilfe
milena.wegelin@bfh.ch



Nour Abdin
Interkulturelle Dolmetscherin und
Mitarbeitende angewandte Forschung
und Entwicklung Geburtshilfe
nour.abdin@bfh.ch

Wie gelingt es, die Perspektive einer marginalisierten Gruppe einzuholen? Ein Pilotprojekt der angewandten Forschung Geburtshilfe ist dieser Frage nachgegangen. Geflüchtete Frauen wurden zu ihren Bedürfnissen im Bereich der Familienplanung und Verhütung sowie zu ihren Erfahrungen in der entsprechenden Gesundheitsversorgung befragt.

Für Frauen mit Fluchtbiografie wurden in der Schweiz zentrale Zugangsbarrieren zur perinatalen Gesundheitsversorgung identifiziert (Cignacco et al., 2018). Im Zugang zu Familienplanung und Verhütungsmitteln besteht in der Schweiz für marginalisierte Personen wie beispielsweise asylsuchende Frauen nachweislich eine Versorgungslücke (Sieber, 2017). Neben dem Abbau von strukturellen Hürden wie der fehlenden Finanzierung von Verhütungsmitteln stellt sich die Frage, wie man die Gesundheitsversorgung besser auf die Bedürfnisse dieser Frauen ausrichten kann. Um bedarfsgerechte Ansätze zu entwickeln, ist eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Sichtweise der Betroffenen unerlässlich (Wegelin et al., 2021).

Das Forschungsprojekt REPPER – *Reproduktive Gesundheit. Die Perspektive geflüchteter Frauen in der Schweiz* hat sich dies zum Ziel gesetzt. Eine qualitative Studie erhebt die Bedürfnisse geflüchteter Frauen bezüglich Familienplanung und Verhütung sowie ihre spezifischen Erfahrungen im hiesigen Gesundheitssystem. Dabei soll auch dem Umstand Rechnung getragen werden, dass die Erfahrungen geflüchteter Frauen im Bereich ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit in einem Spannungsfeld verschiedener soziokultureller und politischer Kräfte stehen. So beschreibt eine Frau aus Syrien ihre Zeit in der kollektiven Unterbringung in der Schweiz als schwierig. Sie habe sich die Informationen zur Gesundheitsversorgung rund um Frauengesundheit und Familienplanung mit sehr viel Eigeninitiative selbst suchen müssen. Ihre Mitbewohnerinnen meinten zudem, dass es von den Behörden unerwünscht sei, dass sie

schwanger würden. Solche und andere gesellschaftliche Diskurse rund um Reproduktionspolitiken können tiefgreifende Konsequenzen auf das individuelle Verhalten von geflüchteten Personen im Gesundheitssystem haben.

Pilotphase zur Prüfung der Machbarkeit der Studie

Im Frühling 2021 wurde dem geplanten Projekt eine mehrmonatige Pilotphase vorgelagert, um den eher schwierigen Rahmenbedingungen wie die strukturell marginalisierte Zielgruppe sowie sensible Fragestellungen rund um Familienplanung und Verhütung Rechnung zu tragen. Das Projektteam sammelte erste Erfahrungen in der Datenerhebung und prüfte so die Machbarkeit der Studie. Im Fokus standen die Fragen, ob ein Zugang zu dieser marginalisierten Gruppe gelingt und ein Vertrauensverhältnis gebildet werden kann, welches den Frauen ermöglicht, offen über ihre Erfahrungen zu sprechen. Dabei standen konkrete Fragen im Raum: Welche Kontakte und Wege führen zur Zielgruppe, und was muss bei der Kontaktaufnahme beachtet werden? Wie könnte man das Setting der Interviews gestalten, und wie wird mit den Fragen der ungleichen Machtverhältnisse umgegangen? Schliesslich interessierte das Projektteam, ob geflüchtete Frauen überhaupt bereit waren, über die Themen Sexualität, Familienplanung und Verhütung zu sprechen. Die während der Pilotphase gemachten Erfahrungen führten insgesamt zu einer positiven Einschätzung der Durchführbarkeit der Forschung und wurden zusammen mit den methodologischen Erkenntnissen in einem umfassenden Pilotbericht festgehalten. Zwei massgebliche Prozesse waren der kontinuierlich und

sorgfältig ausgebaute Vertrauensaufbau zu den Teilnehmerinnen im Vorfeld der Interviews und der Entscheid für eine erweiterte Zusammenarbeit mit der interkulturellen Dolmetscherin im gesamten Forschungsprozess.

Zugang zum Feld: Vertrauensaufbau als Basis für valide Daten

Eine Schwierigkeit bei Interviews mit Geflüchteten ist die formale Ähnlichkeit eines Forschungsinterviews mit Befragungssituationen während des Asylverfahrens. Daraus ergibt sich die Herausforderung, das Vertrauen und die Offenheit der geflüchteten Frauen gegenüber dem Forschungsprojekt zu gewinnen. Gerade vor dem Hintergrund des Desirability Bias (Bergen & Labonté, 2020), des Phänomens der sozial erwünschten Antworten in der Interviewsituation, ist eine Vertrauensbasis eine zentrale Grundlage, um valide Daten zu erhalten. Den eigentlichen Interviews gingen daher ein bis zwei Vortreffen mit potenziellen Interviewpartnerinnen als vertrauensbildende Massnahme voraus. Bei diesen Treffen wurde den Frauen das Forschungsvorhaben erläutert und um eine proaktive Rückmeldung gebeten, sollten sie an der Studie teilnehmen wollen.

Aufgrund der Arabischkenntnisse der Projektleiterin Milena Wegelin konnte vorerst ohne Übersetzung direkt

Interviews entwickelten Milena Wegelin und Nour Abdin gemeinsam. Eine zentrale Erkenntnis in diesem Prozess war, dass ein erfolgreicher Einstieg ins Interview an der individuellen reproduktiven Lebenssituation der jeweiligen Frauen anknüpfen musste, um dann im weiteren Verlauf des Interviews schrittweise auf die Themen der Familienplanung und Verhütung überzuleiten. Hatte die Interviewpartnerin beispielsweise hier in der Schweiz ein Kind zur Welt gebracht, war dieses Ereignis der Einstieg ins Gespräch.

Partizipation der interkulturellen Dolmetscherin im Forschungsprozess

Der enge Austausch mit der interkulturellen Dolmetscherin Nour Abdin während der Pilotphase führte dazu, ihre Arbeit im Projektteam genauer zu definieren. So konnte Bezug genommen werden auf wissenschaftliche Diskussionen über muttersprachliche Interviewführung mit interkultureller Dolmetschung in der qualitativen Forschung. Gegenstand dieser Debatten sind u. a. die Rolle und die erforderlichen Kompetenzen der Dolmetscher*innen (Wallin & Ahlstrom, 2006; Lauterbach, 2014) sowie auch die Rahmenbedingungen der Arbeit von Dolmetscher*innen und die Sichtbarmachung bzw. Anerkennung ihrer Arbeit im Forschungsprozess (Enzenhofer & Resch, 2011). Für den weiteren Verlauf des Forschungsprojekts wählte das Projektteam einen Ansatz, welcher die Dolmetschung als integrativen Bestandteil einer prozesshaften Forschungsarbeit anerkannt und nicht als externe Leistung deklariert. So nimmt die besagte Arabisch-Dolmetscherin mittlerweile eine erweiterte Rolle als Teammitarbeiterin ein. Diese Vorgehensweise erlaubt es, ihr spezifisches Wissen in den Forschungsprozess zu integrieren und sichtbar zu machen, so beispielsweise in die Rekrutierung der Teilnehmerinnen, in die Überarbeitung der Fragestellungen, in die Entwicklung der Leitfäden, in die Transkription der Interviews und in die Analyse der Daten. Dabei wird die Mitarbeit der interkulturellen Dolmetscherin am zyklisch-iterativen Forschungsprozess entsprechend transparent gemacht, indem sie als Teil des Forschungsteams auch als Co-Autorin des Proposals fungiert und an Publikationen mitwirkt.

Die Erfahrungen in der Pilotphase führten zu einer positiven Einschätzung der Durchführbarkeit der Forschung. Zwei massgebliche Prozesse waren der kontinuierlich und sorgfältig ausgebaute Vertrauensaufbau zu den Teilnehmerinnen im Vorfeld der Interviews und der Entscheid für eine erweiterte Zusammenarbeit mit der interkulturellen Dolmetscherin im gesamten Forschungsprozess.

Kontakt mit den Frauen aufgenommen werden. Dies förderte und vereinfachte den Vertrauensaufbau massgeblich – folglich wurde die Zielgruppe im Laufe der Pilotphase auf diese Sprachgruppe eingegrenzt. Als die geflüchteten Frauen von den verschiedenen Aufenthaltsorten der Projektleiterin im Nahen Osten erfuhren, liess sich schnell eine gemeinsame Basis und Nähe für weitere offene Gespräche erschliessen, was sich positiv auf das Interview auswirkte. In den Vortreffen wurde auch die Unabhängigkeit der Forschung von Staat und Asylwesen ausgeführt und explizit darauf hingewiesen, dass die teilnehmenden Frauen in ihrer Rolle als «Expertinnen qua ihrer Biografie» interviewt würden. Bei den Interviewterminen war sodann die interkulturelle Dolmetscherin Nour Abdin anwesend, welche eine wörtliche Übersetzung garantierte. Nour Abdin war mit dem Forschungsprojekt bereits vertraut: Ihre spezifischen Erfahrungen aufgrund ihrer eigenen Fluchtbiografie und ihr Wissen über die Thematik der Familienplanung und Verhütung waren vorgängig in einem Expertinnen-Interview erhoben worden. Auch den Leitfaden für die

Literatur:

- Bergen, N. & Labonté, R. (2020). «Everything Is Perfect, and We Have No Problems»: Detecting and Limiting Social Desirability Bias in Qualitative Research. *Qualitative health research*, 30(5): p. 783–792.
- Cignacco, E. et al. (2018). Sexual and reproductive healthcare for women asylum seekers in Switzerland: a multi-method evaluation. *BMC Health Serv Res*, 18(1): S. 712.
- Enzenhofer, E. & Resch, K. (2011). Translation Processes and Quality Assurance in Qualitative Social Research. *Forum, qualitative social research*, 2011, 12(2).
- Lauterbach, G. (2014). Interpreter-Mediation in Qualitative Interviews: About the Requirements and Effects. *Forum, qualitative social research*, 15(2).
- Sieber, C. (2017). Schwangerschaftsverhütung: Welchen Zugang haben Asylsuchende in der Schweiz? *Sexualaufklärung und Familienplanung*, 2-2017.
- Wallin, A. M. & Ahlstrom, G. (2006). Cross-cultural interview studies using interpreters: systematic literature review. *J Adv Nurs*, 55(6): p. 723-35.
- Wegelin, M. et al. (2021). Peripartale Gesundheit asylsuchender Frauen in der Schweiz: who cares? *Public Health Forum*, 29(2): p. 154–156.

Krafttraining im Bett – ein neues Übungsgerät zum Aufbau der Beinmuskulatur

Akademie-Praxis-Partnerschaft
zwischen BFH und Insel Gruppe
Prof. Dr. Kai-Uwe Schmitt,
Leiter APP Insel Gruppe
Renzo Rostetter,
MSc ETH Masch.-Ing.
kai-uwe.schmitt@bfh.ch

Institut für Physiotherapie,
Inselspital, Bern
Sabrina Grossenbacher-Eggmann
Therapieexpertin Physiotherapie
sabrina.grossenbacher@insel.ch

Universitätsklinik für Intensivmedizin,
Inselspital, Bern
Béatrice Jenni-Moser
Leitende Pflegeexpertin
Medizinbereich Querschnittsfächer
beatrice.jenni@insel.ch

Ob auf der Intensivstation oder daheim: Wer für längere Zeit im Bett liegen muss, verliert Muskulatur. Frühzeitige Mobilisation für deren Erhalt und Aufbau ist daher essenziell. Doch wie kann man Patient*innen im Bett ein geeignetes Bewegungstraining anbieten? In einem partizipativen User-Centered-Design-Prozess hat die Berner Fachhochschule in Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik für Intensivmedizin und dem Institut für Physiotherapie des Inselspitals ein neues bettfähiges Trainingsgerät zur Kräftigung der Beinmuskulatur entwickelt.

Die Kolleg*innen der Intensivstation kennen das Problem aus ihrer täglichen Praxis. Eine schwer kranke Person hat die akute Krankheitsphase überwunden, doch während der akuten Erkrankung ging Muskelmasse verloren. Die neuromuskuläre Koordination ist beeinträchtigt, die Mobilität vermindert. Entsprechend sind die Betroffenen auf Unterstützung im Alltag angewiesen. Die Phase der frühen Rehabilitation beginnt – und zwar oft bereits im Bett. Aufgrund der kritischen Erkrankung, intensivmedizinischer Installationen und sedierender Medikamente ist der Kraftaufbau der unteren Extremitäten erschwert und ohne Hilfsmittel zeitintensiv. Daher entstand der Wunsch nach einem möglichst einfachen Trainingsgerät, mit dem Patient*innen im Bett ihre Beine bewegen und die Muskulatur trainieren können. Der Bedarf für ein solches Gerät erreichte die Akademie-Praxis-Partnerschaft (APP), welche die Insel Gruppe und das Departement Gesundheit der Berner Fachhochschule verbindet. Die APP ist eine interprofessionelle Forschungseinheit, die Expert*innen aus unterschiedlichen Bereichen vereint und deren Netzwerk sich weit über das Departement hinaus erstreckt.

Umfangreiche Anforderungen an das Gerät

Der Einbezug vielfältiger Expertise ist notwendig, denn die Anforderungen an ein bettfähiges Trainingsgerät sind umfangreich. Primär soll das Gerät ein therapeutisch sinnvolles Training der Beinmuskulatur ermöglichen. Ausserdem sollte es handlich sein und sich

für den Einsatz im Bett eignen. Vom Gerät darf keine Verletzungsgefahr ausgehen, und es soll leicht zu bedienen sein. Für den Einsatz auf der Intensivstation ist ferner zu beachten, dass das Gerät keine Störungen an anderen medizinischen Apparaten auslöst und die Hygienevorgaben einhält bzw. leicht zu reinigen ist. Entwickelt man ein Medizingerät, besteht bei der Vielzahl an Rahmenbedingungen das Risiko, ein Kernelement zu vernachlässigen: die benutzende Person, auch User genannt. Um dies zu verhindern, wurde zur Entwicklung

Wenn die Anforderungen an ein Produkt in einem strukturierten, iterativen Entwicklungsprozess adressiert werden, resultiert bereits früh ein praxisnaher Prototyp. Sind die User eingebunden, können sie sich zudem besser mit dem Gerät identifizieren.

des bettfähigen Trainingsgeräts der Ansatz des User-Centered-Designs (UCD) (International Organization for Standardization, 2019) gewählt. Als User wurden Gesundheitsfachpersonen, vor allem aus Pflege und Physiotherapie, verstanden. Sie müssen einschätzen können, welche Patient*innen für ein Training in Frage kommen, und sie sind es, die das Gerät bzw. das Training in den klinischen Alltag integrieren.

User sind treibende Kraft im Entwicklungsprozess

Beim UCD handelt es sich um einen partizipativen Entwicklungsansatz, bei dem die User von Anfang an Teil des Designprozesses sind. Sie definieren die Anforderungen an das Gerät und priorisieren diese. Was muss das Gerät unbedingt können? Was ist im klinischen Alltag wichtig? Wann wird das Gerät eingesetzt? Wenn solche Fragen in einem strukturierten, iterativen Entwicklungsprozess adressiert werden, resultiert bereits früh ein praxisnaher Prototyp, der viele der Anforderungen erfüllt. Sind die User eingebunden, können sie sich zudem besser mit dem Gerät identifizieren.

Der Prozess unterscheidet sich demnach von anderen Entwicklungsprozessen, bei denen eine im Labor oder Experiment gewonnene Erkenntnis am Anfang steht, die anschliessend zu einem praxistauglichen Medizinprodukt weiterentwickelt wird. Das Produkt wird für potenzielle Anwender*innen entwickelt, in der Hoffnung, dass diese es am Ende verwenden möchten. Im Gegensatz dazu waren die User bei der Entwicklung des Trainingsgeräts die treibende Kraft und bereits ab dem ersten Tag involviert.

Nach mehreren Brainstormings entwickelte und baute das Projektteam ein erstes Funktionsmuster. Dieses verdeutlichte das Grundkonzept des Geräts und konnte mit (Physio-)Therapeut*innen, Bewegungswissenschaftler*innen sowie Pflegeexpert*innen diskutiert werden. In einer nächsten Iteration wurde das Muster weiterentwickelt, wobei nun auch die Expertisen von Ingenieuren und einem Industriedesigner einfließen. Einen ersten Prototypen konnte das Projektteam im klinischen Alltag, insbesondere an der Universitätsklinik für Intensivmedizin des Inselspitals, testen. Forscher*innen haben diese Erprobungsphase begleitet und Erfahrungen des Einsatzes dokumentiert und ausgewertet. Zur Auswertung wurden geeignete Erfassungstools wie die «System Usability Scale (SUS)» (Brooke, 1996) und das Kano-Modell (Matzler et al., 1996) verwendet sowie Interviews mit den Usern geführt. In einer erneuten Iteration ging es um die Optimierung und erneute Prüfung des Prototyps. Zudem hat die Spitalhygiene die Erprobung begleitet, wodurch aufgezeigt werden konnte, dass das Gerät z. B. die Anforderungen betreffend Desinfektion erfüllt.

Die Darstellung des Prozesses verdeutlicht den Aufwand (u. a. zur Koordination der verschiedenen Akteur*innen) und die Anzahl an Iterationen, die im Zuge des Designprozesses durchlaufen wurden. Letztlich konnte ein Prototyp entwickelt werden, der den Vorstellungen der User entspricht und seine Funktionsfähigkeit im klinischen Alltag bewiesen hat. Das Projekt hat gezeigt, wie ein User-Centered-Design zum Erfolg führen kann.

Zusammenarbeit mit Industriepartnern

Soll der Prototyp nun weiter zu einem Produkt reichen, ist Expertise aus der Industrie gefragt. Hierzu hat die APP in Zusammenarbeit mit der Schmid Group¹, der Senectovia AG² und BST Design³ die Weiterentwicklung des Prototyps angestossen. Nun müssen auch produktionsrelevante Faktoren – von den Kosten für die Herstellung der Bauteile über die Montage bis zur Wartung – berücksichtigt werden. Dazu wird die User-Partizipation erneut vertieft. «Wir sind überzeugt, dass eine breit abgestützte Entwicklung zu einem guten Produkt führt», argumentiert Reto Schmid von der Schmid Group. Daher werden neben den Usern aus dem akuten stationären Bereich nun auch solche aus der Langzeitpflege und Rehabilitation einbezogen. Das User-Centered-Design wird konsequent genutzt, um ein Produkt zu erhalten, das die Bedürfnisse der User bestmöglich erfüllt und daher mit Freude eingesetzt wird – zum Wohl der Patient*innen.

¹ schmid-group.ch

² senectovia.ch

³ bst-design.ch

Literatur:

- Brooke, J. (1996). SUS – A quick and dirty usability scale, In Usability evaluation in industry (Hrsg.). CRC Press.
- International Organization for Standardization (2019). ISO 9241-210:2019, Ergonomics of human-system interaction – Part 210: Human-centred design for interactive systems. Retrieved from <https://www.iso.org/standard/77520.html>.
- Matzler, K., Hinterhuber, H., Bailom, F., Sauerwein, E. (1996). How to delight your customers. In Journal of Product & Brand Management. 5(2): 6–18. ISSN: 1061–0421



Prototyp des Trainingsgeräts beim Einsatz im Bett.

Diversität als Bereicherung im Forschungsteam



Prof. Dr. Sabine Hahn
Fachbereichsleiterin
Pflege
sabine.hahn@bfh.ch



Sabine Rühle Andersson
Externe Fachperson, Wissenschaftliche
Mitarbeiterin Pflege
sabine.ruehleandersson@bfh.ch

Noch kommt es selten vor, dass Menschen mit Krankheitserfahrung in Forschungsprojekten mitarbeiten und ihre Expertise einbringen. In der gängigen ressourcenoptimierten wissenschaftlichen Welt ist dies eine anspruchsvolle, aber lohnende Arbeit. Das zeigt unter anderem das Engagement von Sabine Rühle Andersson im Departement Gesundheit der Berner Fachhochschule.

Die Generierung von Evidenz und damit zusammenhängendem Fachwissen ist ein fortlaufender, anspruchsvoller, reflexiver und kontrollierter Prozess und hat zum Ziel, die Qualität der Behandlung und Pflege zu verbessern. Er beginnt in der Regel mit einer kritischen Reflexion darüber, was wir bereits wissen und was nicht. Hier kann uns beispielsweise eine Literaturübersicht oder eine Expert*innenbefragung einen ersten Einblick zum Stand der Praxis und der Wissenschaft liefern. Die am stärksten Betroffenen, die Menschen mit Krankheitserfahrung und ihre Angehörigen, werden ebenfalls vermehrt einbezogen, wenn es darum geht, Wissens- und Kompetenzlücken sowie den Forschungsbedarf zu beschreiben.

Nicht nur Beforschte, sondern Mitarbeiter*innen

Noch kommt es selten vor, dass Menschen mit Krankheitserfahrung in Forschungsprojekten mitarbeiten, um ihre Perspektive und Expertise einzubringen. Die Berner Fachhochschule konnte dank des Engagements von Sabine Rühle Andersson und einer weiteren Person mit Krankheitserfahrung erste Erkenntnisse diesbezüglich sammeln. Menschen mit Krankheitserfahrung können unterschiedlich intensiv in die Forschung einbezogen werden. Gängig ist der Einbezug von Menschen mit Krankheitserfahrung als Beforschte. So sind sie beispielsweise Teilnehmende einer Umfrage über ein Projekt und seine Ziele informiert. Es findet aber keine Zusammenarbeit statt, und sie haben keinen direkten Einfluss auf das Produkt oder das weitere Vorgehen. Anders ist es, wenn der Beitrag der Menschen mit Krankheitserfahrung und/oder ihrer Angehörigen und ihre Sichtweisen gezielt

gesucht und berücksichtigt werden. Dies bedingt, dass sie zumindest in Teilen eines Projekts mitarbeiten, z. B. zu Beginn, um ein Problem zu definieren oder die Projektziele zu beschreiben. Oder wenn sie im Team die Datengenerierung und -analyse unterstützen oder mitarbeiten, um praxisrelevante Schlussfolgerungen aus den Forschungsergebnissen zu ziehen. Hier haben Menschen mit Krankheitserfahrung nun einen direkten Einfluss auf die Entscheidungsfindung bei der Generierung von Evidenz. Letzteres war der Fall im Projekt PIONEERS (Pioneers of a new paradigm in psychiatric nursing and care) von Caroline Gurtner (Gurtner & Hahn, 2016).

Einbezug in Forschung, Praxis und Ausbildung

Darin entwickelten Menschen mit Krankheitserfahrung sowie ihre Angehörigen und Mitarbeitende der Berner Fachhochschule gemeinsam ein Verständnis für den Einbezug von krankheitserfahrenen Personen in Forschung, Praxis und Ausbildung. Seit 2015 arbeitet Sabine Rühle Andersson an der Berner Fachhochschule, erstmalig gemeinsam mit einer weiteren krankheitserfahrenen Person, in PIONEERS als vollwertiges Mitglied des Forschungsteams. «Für uns in der Forschung Pflege war dies eine Bereicherung und führte dazu, dass sich dank gelebter Diversität die Unterschiede zwischen den krankheitserfahrenen und den sogenannten gesunden Mitarbeitenden verwischten», resümiert Prof. Dr. Sabine Hahn, Fachbereichsleiterin Pflege. «Gesundheit und Krankheit verlaufen auf einem Kontinuum, das uns alle betrifft. Das erfahren wir immer wieder, wenn wir oder Kolleg*innen erkranken und dann selbst zu den Men-

schen mit Krankheitserfahrung gehören», erklärt Hahn weiter. So seien alle Teil des Teams, können ihr Fach- und Erfahrungswissen kritisch einbringen, Entscheidungen mittragen und abhängig von persönlichen praktischen und wissenschaftlichen Kompetenzen Forschungsprojekte leiten. Mit dem Pilotprojekt «Chapp-U» setzte das Departement Gesundheit der BFH erstmals eine Co-Leitung in Kombination von wissenschaftlicher und krankheits- erfahrener Expertise um. «Chapp-U» untersucht die Verbreitung und den Einsatz von Gesundheits-Apps bei der Behandlung von Personen mit psychischen Problemen (Rühle et al., 2018). Hier fungierte Sabine Rühle Andersson als Brückenbauerin zwischen Forschung, Praxis und Gesellschaft, indem sie komplexe Fragestellungen in eine für potenzielle Studienteilnehmer*innen verständliche Sprache übersetzte. Damit trug sie zu einer Steigerung der Forschungsrelevanz und -effizienz bei. Nebst vielen positiven Erfahrungen erlebte das Forschungsteam auch Herausforderungen (siehe Erfahrungsbericht). Des Weiteren passte es seine Zusammenarbeit hin zu demokratischen Prozessen an. Die Bedeutung solcher kollaborativen Prozesse in der Gesundheitspolitik und in den verschiedenen Dienstleistungsbereichen des Gesundheitswesens sowie in der Forschung wird zunehmend diskutiert (Nabatchi, 2010; Jaspers & Steen, 2018). Aufgeworfen wird dabei auch die Frage, welche Kompetenzen nötig sind, damit Menschen mit ihrem Erfahrungswissen an der Generierung von neuem Wissen beteiligt werden können. Denn gerade im psychiatrischen Setting verfügen viele sehr erfahrene Personen nicht über die nötigen akademischen Abschlüsse, um sich anerkannt in die wissenschaftliche Tätigkeit einbringen zu können. «Bei all diesen Herausforderungen ist es uns wichtig zu betonen, dass durch

die Zusammenarbeit das Wissen der Forschungsmitarbeitenden mit und ohne Krankheitsexpertise vielfältig in Bezug auf das Forschungsthema verbessert wird», macht Prof. Dr. Sabine Hahn deutlich. «Wir sehen einander mit anderen Augen, und das verändert Herzen, Gedanken und Einstellungen. Wir anerkennen den Wert der jeweiligen Expertise, und die Qualität der Evidenzgenerierung verbessert sich», so Hahn. Dies gilt insbesondere, da blinde Flecken in der Forschung beleuchtet werden können und der gesamte Forschungsprozess von der Idee bis zur Publikation verbessert wird (Bombard et al., 2018).

Literatur:

- Bombard, Y., Baker, G. R., Orlando, E., Fancott, C., Bhatia, P., Casalino, S. et al. (2018). Engaging patients to improve quality of care: a systematic review. *Implementation Science*. 13(1):98. doi: 10.1186/s13012-018-0784-z.
- Gurtner, C., Hahn, S. (2016). Schlussbericht – Pioniere eines neuen Paradigmas in der psychiatrischen Pflege und Betreuung (PIONEERS). Final report – PIONEERS of a new paradigm in psychiatric nursing and care (PIONEERS). Bern: Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule.
- Jaspers, S., Steen, T. (2018). Realizing Public Values: Enhancement or Obstruction? Exploring Value Tensions and Coping Strategies in the Co-Production of Social Care. *Public Management Review*. 21(4):1-22. doi: 10.1080/14719037.2018.1508608.
- Nabatchi, T. (2010). Addressing the Citizenship and Democratic Deficits: The Potential of Deliberative Democracy for Public Administration. In: *The American Review of Public Administration* (Hrsg.), 40(4):376–99.
- Rühle Andersson, S., Golz, C., Büchi, J., Hahn, S. (2018). Verwendung von Apps im genesungs- oder therapeutischen Prozess – ein Beitrag zu guter Arbeit? In: S. Hahn et al. (Hrsg.), «Gute Arbeit» Eine Herausforderung für die psychiatrische Pflege in Praxis – Management – Ausbildung – Forschung. Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit (S. 199–203)

Erfahrungsbericht von Prof. Dr. Sabine Hahn zu Herausforderungen und Chancen

«In den sechs Jahren, in denen Sabine Rühle Andersson nun bei uns arbeitet, durften wir viele positive Erfahrungen sammeln. Es gab allerdings auch schwierige Situationen zu bewältigen. Zu Beginn unserer Zusammenarbeit befanden sich alle Teammitglieder auf ungewohntem Terrain, das akzeptiert und anerkannt werden musste, sowohl von mir als Vorgesetzter als auch den Mitarbeitenden mit und ohne Krankheitserfahrung. Insbesondere von Projektleitenden wird ein hohes Mass an Reflexion und Managementfähigkeiten verlangt. Wir mussten darüber nachdenken, ob wir über die notwendigen Techniken, Verfahren und Kompetenzen verfügen, um ein auf Diversität ausgerichtetes Projektteam zu leiten. Denn manchmal ist es schwierig, sich gegenseitig mit den unterschiedlichen Hintergründen (sowohl in Bezug auf den akademischen und beruflichen Hintergrund als auch auf den Erfahrungshintergrund) zu verstehen und die Besonderheiten zu akzeptieren.

Wichtig war, dass sich alle Beteiligten ihrer eigenen Vorurteile und Stigmata gegenüber dem jeweils anderen bewusst sind. Daher benötigen die Beteiligten hohe zwischenmenschliche Fähigkeiten, Selbstreflexion und kommunikative Kompetenzen. Zudem galt es Grenzen des Machbaren auszuloten. Wann ist jemand zu krank, um zu arbeiten? Gerade bei psychischen Erkrankungen ist dies nicht immer so einfach zu entscheiden und bedingt eine gute Selbsteinschätzung

der Betroffenen. Schliesslich ist die Expertise der Erkrankung eine wichtige Kompetenz in der Forschungsarbeit. Darüber hinaus stellten wir fest, dass die wettbewerbsorientierte Forschung mit hohem wissenschaftlichem Leistungsdruck und zeitlichen und finanziellen Beschränkungen die Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit Menschen mit krankheitsbedingter Beeinträchtigung einschränkt. Bei reduzierter Arbeitsfähigkeit, bei Konzentrationsstörungen, bei depressiven Verstimmungen oder bei Angst kann im Projekt nicht so rasch vorangeschritten werden. Krankheitsverläufe oder Belastungssituationen können zu Arbeitsausfällen führen.

Wir wurden uns dadurch unseres Arbeitstempos bewusst und versuchten, Projekte so zu konzipieren, dass sie mit mehr Zeitressourcen ausgeführt werden können. Dies scheint eine fast unüberwindbare Hürde, da Ressourcen in der Wissenschaft knapp berechnet sind. Folglich hinterfragten wir die Bedingungen, unter denen neues Wissen produziert werden soll, und die Vorgaben der wissenschaftlichen Gemeinschaft. Diese können zu Exklusion von Menschen in der Wissensgenerierung führen, die diesem Leistungsparadigma nicht entsprechen können. So versuchen wir nun, so weit es uns im Rahmen unserer Tätigkeit und der institutionellen Vorgaben möglich ist, ein stärker integratives und demokratisches Arbeits- und Teamverhalten in der wissenschaftlichen Arbeit einzunehmen.»

Aspekte von Partizipation in der Physiotherapie



Dr. Roger Hilfiker
FH-Dozent HES-SO Valais-Wallis
roger.hilfiker@hevs.ch



Nathanael Lutz
Dozent Physiotherapie und Pflege
nathanael.lutz@bfh.ch

Partizipation als Teilhabe an der Gesellschaft, am physiotherapeutischen Entscheidungsprozess und als Partner*innen in der Forschung sind zentrale Aspekte für Patient*innen.

Partizipation oder Teilhabe wird von der WHO im Rahmen der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) als das Einbezogensein in eine Lebenssituation definiert (Kostanjsek, 2011), also Teilhabe am gesellschaftlichen, ökonomischen und kulturellen Leben. Somit ist Partizipation ein offensichtliches Ziel der physiotherapeutischen Behandlung. Auch wenn Patient*innen bei der Frage nach dem Therapieziel typischerweise die Schmerzreduktion oder eine Funktionsverbesserung angeben, steckt dahinter doch meistens das Ziel der Verbesserung der Teilhabe am sozialen Leben. Partizipation ist jedoch nicht nur ein Therapieziel, sondern auch Teil des Prozesses hin zu diesem Ziel. Aus ethischen Überlegungen und zur Verbesserung des Behandlungserfolges streben Physiotherapeut*innen einen partizipativen Prozess an und wollen Patient*innen somit befähigen, verstärkt an ihrer individuellen Gesundheitsförderung teilzuhaben.

Patient*innen nehmen am physiotherapeutischen Entscheidungsprozess teil

Patient*innen an den Entscheidungsprozessen und der Handhabung eines Problems teilhaben zu lassen, ist leichter geschrieben als umgesetzt. Gerade unter Zeitdruck ist es für Therapeut*innen einfacher, direktiv zu sein und das Ruder in die Hand zu nehmen. Ausserdem: Wollen Patient*innen überhaupt in die Entscheidungsfindung einbezogen werden? Kommen Sie nicht gerade zu Expert*innen, weil sie von ihnen erwarten, für sie die richtige Entscheidung zu treffen? Wissenschaftliche Daten zeigen das Gegenteil: Die Patient*innen möchten einbezogen werden (Bernhardsson, Larsson et al., 2017). Der Grad der Partizipation bewegt sich dabei von «nicht vorhandener Beteiligung» über «Information», «Mitwirkung», «Mitentscheidung – Entscheidung» bis

hin zur «Selbstverwaltung bzw. Selbstorganisation». Je nach Situation kann der gewollte Grad der Partizipation ändern. Die Umsetzung ist schwierig, und natürlich ist es nicht mit der einfachen Frage «Was möchten Sie?» getan, sondern es bedarf geschulter Techniken und Methoden, um die Patient*innen zu befähigen, teilzuhaben (Ischer and Saas, 2019). Man muss zusammen mit den Patient*innen Bedürfnisse identifizieren, ihnen verständliche Informationen geben – und sich versichern, dass sie diese auch wirklich verstehen, damit sie an den Entscheidungsprozessen teilhaben können. Zudem müssen die Therapeut*innen Behandlungs- und Selbstmanagement-Strategien schaffen, die den Bedürfnissen der Patient*innen gerecht werden. Ein neueres Zielsetzungsmodell unterteilt den partizipativen Prozess in drei Phasen (Alexanders et al., 2021): In der ersten Phase wird unter anderem eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung aufgebaut, in der zum Beispiel der zu behandelnden Person Raum gegeben wird, ihr Verständnis der Problematik, ihre Erfahrungen, Verhaltensweisen und Überzeugungen sowie ihre Erwartungen darzustellen. Hier werden zum Beispiel Techniken der motivierenden Gesprächsführung eingesetzt (Rollnick et al., 2010). In der zweiten Phase, der Ziel-Implementierungs-Phase, wird der zu behandelnden Person Gelegenheit gegeben, eigene Ziele zu formulieren – auch hier können die Physiotherapeut*innen mit Zielsetzungsstrategien unterstützen (Hilfiker, 2007; Alexanders et al., 2021). Nicht zu vernachlässigen ist die wichtige dritte Phase, die Ziel-Evaluierungsphase, da ein regelmässiges Feedback die Nachhaltigkeit der Strategien unterstützen kann. Nennenswert ist in diesem Zusammenhang auch, dass einer der drei Pfeiler der evidenzbasierten Praxis die Werte von Patient*innen und somit deren Partizipation repräsentiert (z. B. Veras et al., 2016).

Partnerschaftliche Teilhabe in der Forschung als wichtiger Aspekt für Patient*innen

Es ist nicht neu, dass Patient*innen mehr als «nur Probanden» in der Forschung sein wollen. Doch die Umsetzung eines partizipativen Forschungsmodells ist nicht einfach. Das klassische Modell des Wissenstransfers beruht auf der Annahme, dass das Forschungswissen von Wissenschaftler*innen an den Hochschulen geschaffen und dann aufbereitet wird, um es für Nicht-Akademiker*innen zugänglich zu machen. Es gibt jedoch auch ein anderes Modell, in dem nicht nur akademische Expert*innen forschen, sondern unterschiedliche Akteur*innen aus der Gesellschaft Probleme identifizieren, Fragen erörtern und die Ergebnisse verbreiten. Partizipative Forschung ist die Co-Konstruktion von Forschung zwischen Forschenden, betroffenen Personen und/oder Personen mit Entscheidungsbezugnis (Jagosh et al., 2012). Ein Beispiel hierfür ist der Verein Long Covid Schweiz (www.longcovid.ch/info), der einerseits eigene Fragestellungen zusammen mit Hochschulen untersucht, andererseits Informationen für Betroffene bereitstellt. Solche Ansätze haben oft nicht nur den Anspruch, interdisziplinär zu sein, sondern

Literatur:

- Alexanders, J., Perry, J., Douglas, C. (2021). A theoretical based physiotherapy goal setting model for anterior cruciate ligament rehabilitation. *Physiotherapy Theory and Practice*: 1–9.
- Bernhardsson, S., Larsson, M. E., Johansson, K., Öberg, B. (2017). In the physio we trust: A qualitative study on patients' preferences for physiotherapy. *Physiotherapy theory and practice* 33(7): 535–549.
- Bührmann, A. D., Franke, Y. (2018). Sammelbesprechung: Transdisziplinarität: Versuch einer Kartografierung des Feldes. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, DEU.
- Hilfiker, R. (2007). Gemeinsam planen motiviert. *physiopraxis* 5(09): 28–31.
- Ischer, P., Saas, C. (2019). Arbeitspapier 48 Partizipation in der Gesundheitsförderung. Bern und Lausanne, Gesundheitsförderung Schweiz.
- Jackson, C. L., Greenhalgh, T. (2015). Co-creation: a new approach to optimising research impact. *Med J Aust* 203(7): 283–284.
- Jagosh, J., Macaulay, A. C., Pluye, P., Salsberg, J., Bush, P. L., Henderson, J., Sirett, E., Wong, G., Cargo, M., Herbert, C. P. (2012). Uncovering the benefits of participatory research: implications of a realist review for health research and practice. *The Milbank Quarterly* 90(2): 311–346.
- Kostanjsek, N. (2011). Use of The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a conceptual framework and common language for disability statistics and health information systems. *BMC public health*, Springer.

Aus ethischen Überlegungen und zur Verbesserung des Behandlungserfolges streben Physiotherapeut*innen einen partizipativen Prozess an und wollen Patient*innen somit befähigen, verstärkt an ihrer individuellen Gesundheitsförderung teilzuhaben.

möchten transdisziplinär werden und eine Reihe von disziplinübergreifenden theoretischen Perspektiven und praktischen Methoden zur Lösung von Problemen anwenden (Nowotny et al., 2003). Neben der integrationswissenschaftlichen Definition von «transdisziplinär», d.h. dass unterschiedliche klassische Wissenschaften zusammenarbeiten, wie zum Beispiel in der Politikwissenschaft oder eben der Physiotherapiewissenschaft, weichen sich hier die disziplinären Grenzen auf, und die disziplinären Taxonomien wandeln sich in eine gemeinsame um. Es werden gemeinsame Theorien, Sprachen oder Methoden und neue gemeinsame Kompetenzen entwickelt (Bührmann & Franke, 2018).

Treffender als Jackson und Greenhalgh (2015) kann man es kaum formulieren. Anstatt zu sagen «Hier ist ein Gericht, das ich vorhin gekocht habe, esst es jetzt», können die Forschenden sagen: «Hier ist die Küche, lasst uns gemeinsam die Zutaten und Methoden auswählen, das Gericht kochen, kosten und es gemeinsam verbessern». Diese «co-kreative» Wissensgenerierung durch Forschende in Zusammenarbeit mit anderen Interessensgruppen benötigt jedoch viel Zeit, nicht zuletzt, weil nicht nur auf bestehende Methoden zurückgegriffen werden kann.

- Nowotny, H., Scott P., Gibbons, M. (2003). Introduction: 'Mode 2' revisited: The new production of knowledge. *Minerva* 41(3): 179–194.
- Rollnick, S., Butler, C. C., Kinnersley, P., Gregory, J., Mash, B. (2010). Motivational interviewing. *Bmj* 340.
- Veras, M., Kairy, D., Paquet, N. (2016). What is evidence-based physiotherapy? *Physiotherapy Canada* 68(2): 95.



Chancengleichheit in den Curricula:

Für eine diversity-kompetente Zukunft in der Lehre



Prof. Theresa Scherer
Leiterin Fachstelle für
interprofessionelle Lehre
theresa.scherer@bfh.ch



Luzia Tinguely
Dozentin
Bachelor-Studiengang Pflege
luzia.tinguely@bfh.ch

Mit dem Projekt «Chancengleichheit in den Curricula» hat das Departement Gesundheit der BFH eine aktuelle gesellschaftliche Entwicklung aufgegriffen und einen Prozess ins Rollen gebracht. Es ist ein Beginn, um Gender- und Diversity-Aspekte künftig in allen Fachbereichen zu verankern.

Gender- und Diversity-Kompetenz ist ein wesentlicher Bestandteil von qualitativ guter Lehre. Aus diesem Grund galt im Projekt «Chancengleichheit in den Curricula» das übergeordnete Ziel, die in der Lehre tätigen Mitarbeitenden zu befähigen, ihren Unterricht auf eine gender- und diversity-gerechte Didaktik hin zu überprüfen. Inputveranstaltungen durch ausgewiesene Expert*innen sollten bei den Teilnehmenden eine solide Basis zu Wissen und Verhalten herstellen. Mit dem erworbenen Know-how hatten die Lehrpersonen Gelegenheit, in Workshops ihre Lehrmittel, -formate und -inhalte (Vorlesungen, Seminare, Trainings, Literatur, Prüfungsfragen u. a. m.) zu reflektieren und zu überarbeiten. Im Folgenden werden die Kernaussagen von drei Referaten kurz dargestellt.

falt als Chance zu nutzen. Die gender- und diversity-gerechte Ausgestaltung der Curricula und Didaktik soll gewährleisten, dass Studierende in ihrer Heterogenität und somit unabhängig von Geschlecht und weiteren Diversity-Dimensionen (z. B. Alter, Herkunft, physische und psychische Fähigkeiten, sexuelle Orientierung) angesprochen werden. Diversity zielt darauf ab, Chancengleichheit zu fördern, Diskriminierung abzubauen und Rechtsgleichheit zu gewähren.

In ihrem Vortrag zum Thema haben Selina Eble und Lea Küng (beide FHNW) die Wirkungsfelder und Interaktionen von Gender und Diversity unter Bezug der verschiedenen Diversity-Dimensionen erläutert und alltägliche Problemlagen aufgezeigt, um so die Reflexion der eigenen Verhaltensweisen anzuregen (z. B.

Es gilt für Hochschulen einerseits einen hürdenfrei zugänglichen, gewalt- und diskriminierungsfreien Raum mit informierten Dozierenden, Studierenden und Hochschulangehörigen zu schaffen. Andererseits sollen Dozierende und Studierende Wissen entwickeln und Kompetenz aufbauen, um künftig diversity-kompetent mit ihren Anspruchsgruppen zusammenarbeiten zu können.

Einen sicheren und kompetenten Raum schaffen

Ursula Hölzli, Delegierte für Chancengleichheit des Departements Gesundheit der Berner Fachhochschule, eröffnete die Reihe der Veranstaltungen und führte in das Projekt ein. Sie sprach sich dafür aus, die bunte, diverse Studierendenschaft zu stärken und ihre Viel-

Stereotypisierung, Sprachverwendung). Den Abschluss der Vortragsreihe bildete Prof. Dr. Nathalie Amstutz (FHNW). Sie beleuchtete in einer Onlinepräsentation diversity-sensible Ausbildung und Diversity-Kompetenz in den Curricula. Im Kontext der Gesundheitsberufe bestehen Herausforderungen, die sich aus der geschicht-



Gender- und Diversity-Gerechtigkeit in Curricula und Didaktik bedeutet, Studierende unabhängig von Geschlecht, Alter, Herkunft, physischen und psychischen Fähigkeiten, sexueller Orientierung usw. anzusprechen.

lichen Entwicklung der Berufe ergeben und in der aktuellen Ausbildung und Berufsausübung weitgehend andauern. Stichworte sind hier z. B. vergeschlechtlichte Berufswahl sowie Diskriminierung im Studium und am Arbeitsplatz.

Eine beispielhafte Intervention, die auf curriculärer und struktureller Ebene dazu dienen könnte, die Anerkennung von (Geschlechter-)Vielfalt im Studium und in der Arbeitswelt zu erhöhen, ist das Schaffen *eines sicheren und kompetenten Raumes*. Dieser bezeichnet für Hochschulen einerseits einen hürdenfrei zugänglichen, gewalt- und diskriminierungsfreien Raum mit informierten Dozierenden, Studierenden und Hochschulangehörigen. Auf das Curriculum bezogen geht es andererseits um die Wissensentwicklung und den Kompetenzaufbau bei Dozierenden und Studierenden (z. B. Erweitern von Wissen zu LGBTIQ¹ oder Reflektieren von Normen und Machtverhältnissen), wodurch auch im späteren beruflichen Umfeld eine diversity-kompetente Zusammenarbeit mit Patient*innen, Klient*innen und ihren Angehörigen ermöglicht wird.

Der gemeinsame Lernprozess hat begonnen

Das Projekt kann als Ausgangspunkt einer wichtigen Entwicklung am Departement Gesundheit der BFH gewertet werden. Eine Rückfrage bei einzelnen Mitarbeitenden zeigt, dass «etwas ins Rollen gekommen ist». Dies zeige sich in der konkreten Umsetzung: Sei es beim Erstellen eines neuen OSCE-Falls, bei dem ein*e Patient*in nicht wie gängig der Mittelschicht ent-

stammt, oder einem Fallbeispiel, bei dem die Familienzusammensetzung nicht der sogenannten Normfamilie entspricht, sei es bei der Auswahl von Bildmaterial für ein Modulhandbuch, in dem People of Color ihren Platz haben oder das Alter positiv tradiert wird. Aber auch in der Erkenntnis, dass Barrierefreiheit an der Hochschule bedeuten kann, dass es Studierende gibt, die mehr Unterstützung benötigen.

Das Projekt ist der Start eines gemeinsamen Lernprozesses, die Komplexität des Themas anzugehen oder wie es eine Dozentin des Departements zurückgemeldet hat: «Die Auseinandersetzung mit gender- und diversity-gerechter Lehre wirkt wie das schwelende Feuer nach einem Brand, und das ist gut so.»

¹ LGBTIQ steht als Abkürzung für lesbisch, schwul (gay), bisexuell, trans, intergeschlechtlich und queer.

News

Das neue interdepartementale Institut Alter

Wie können die gesellschaftliche Teilhabe und Lebensqualität der älteren Bevölkerung gefördert und die Potenziale der alternden Gesellschaft ausgeschöpft werden? Diese gesamtgesellschaftlich relevante Frage verfolgt das Institut Alter ab dem Jahr 2022 in neuen Strukturen, die von den Departementen Soziale Arbeit und Gesundheit zu gleichen Teilen getragen werden. Die bereits bestehende Zusammenarbeit wird dadurch thematisch, projekt- und produktbezogen vertieft und unter der Co-Leitung von Jonathan Bennett und Karin Haas ausgebaut.

Durch die Stärkung der gesundheitlichen Komponente kann das Institut Alter mit seiner Forschung, Dienstleistung und Weiterbildung aktuelle Fragenstellungen umfassender bearbeiten, zusätzliche Anspruchsgruppen ansprechen und weiter an Ausstrahlung gewinnen. Die Berner Fachhochschule leistet so einen wichtigen Beitrag zur nachhaltigen Gestaltung des demografischen Wandels in unserer Gesellschaft. Die besondere Expertise des Instituts, Anspruchsgruppen im Forschungs- und Bildungsprozess aktiv einzubeziehen, bleibt auch in Zukunft erhalten. Mehr Infos unter bfh.ch/alter.



Neue Forschungskooperation mit den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern

Die Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) Bern und die Berner Fachhochschule (BFH) kooperieren neu im Forschungsgebiet der psychiatrischen Rehabilitation. Unter psychiatrischer Rehabilitation werden die Themen Wohnen, Arbeit und Freizeit bei psychisch erkrankten Menschen verstanden. Das Hauptziel ist dabei die Inklusion, das heisst, die Teilhabe an der Gesellschaft. Bis anhin war das Forschungsgebiet am Zentrum Psychiatrische Rehabilitation (ZPR) der UPD angesiedelt. Als nicht-universitärer Forschungsbereich fehlte eine Anbindung an eine Hochschule, die nunmehr mit einer Professur von Prof. Dr. Dirk Richter an der BFH hergestellt wurde. Mehr Informationen unter bfh.ch/gesundheit/app.

Events

Kaderforum: Die Gemeinde als Regisseurin einer Caring Community

Angesichts der demografischen Entwicklung und des Fachkräftemangels im Gesundheits- und Sozialwesen gewinnen Caring Communities an Bedeutung. Sie versprechen mehr Selbstbestimmung für vulnerable Menschen, erfordern jedoch ein hohes Mass an vernetzter Zusammenarbeit und Sensibilisierung. Beim Aufbau einer solchen Sorgeskultur agiert die Gemeinde als Regisseurin. Wie sieht ihre Regiearbeit konkret aus? Welche weiteren Akteur*innen sind am Steuerungsprozess beteiligt? Diesen Fragen gehen wir im Kaderforum nach. In Impulsreferaten präsentieren Claudia Michel und Karin van Holten praktische Beispiele. Die anschliessende Podiumsdiskussion widmet sich dem gelingenden Zusammenspiel von Gemeinde, Kanton und Dienstleistern.

Wann: 22. März 2022, 17.30 bis 19 Uhr

Wo: BFH, Departement Soziale Arbeit, Hallerstrasse 10, Bern sowie online

Anmeldung: bfh.ch/soziale-arbeit/kaderforum

Drei-Länder-Tagung des VFWG – Fachtagung für Gesundheitsberufe

Chronische Erkrankungen, Multimorbidität, demografische Alterung, Fachkräftemangel, Corona-Pandemie – dies sind nur einige der Herausforderungen in unserem komplexen Gesundheitssystem. Proaktive Hochschulen und Organisationen im Gesundheitswesen stellen sich diesen Anforderungen und treiben eine bedarfsgerechte zukunftsgerichtete Professions- und Rollenentwicklung voran. An der Drei-Länder-Tagung des Vereins zur Förderung der Wissenschaft in den Gesundheitsberufen (VFWG) werden über zentrale Themen der Rollen- und Professionsentwicklung der Gesundheitsberufe in Praxis, Lehre und Forschung diskutiert und Lösungsvorschläge entwickelt.

Wann: 5. bis 6. Mai 2022

Wo: Eventfabrik Bern und BFH, Departement Gesundheit Bern

Informationen: bfh.ch/gesundheit/events

Regionaler Patientenkongress

Gemeinsam mit der Berner Fachhochschule, dem Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz, der Privatklinik Wyss, dem Verein SPITEX Region Bern Nord (ReBeNo) und dem Verein xunds grauholz organisiert Pro Mente Sana einen trialogischen Kongress mit Keynotes, Workshops und einem Podiumsgespräch zu den Schwerpunktthemen Depression, Integration und Sport.

Wann: 20. Mai 2022

Wo: Privatklinik Wyss, Münchenbuchsee

Anmeldung: promentesana.ch/patientenkongress

Ernährungsberatung bei Patient*innen mit psychischen Störungen



Andrea Thutewohl
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Ernährung und Diätetik
andrea.thutewohl@bfh.ch

Welche Kompetenzen brauchen Ernährungsberater*innen im Umgang mit Menschen mit psychischen Störungen, damit eine Beratung erfolgreich sein kann? Das Bachelor-Studium Ernährung und Diätetik sowie das vertiefende CAS «Angewandte Ernährungspsychologie» wollen dazu nicht nur Fachwissen vermitteln, sondern auch eine klientenzentrierte Grundhaltung und die Fähigkeit zur interdisziplinären Vernetzung.

Die Ursachen von psychischen Störungen finden wir in vielen Fällen in der Kindheit. Ob und wie sich ein Mensch zu einer gesunden, selbstbewussten Persönlichkeit entwickeln kann, beschäftigt die Entwicklungspsycholog*innen – und dieser Prozess ist an vielen Stellen störanfällig. Wir wissen, dass Menschen mit psychischen Störungen häufiger unsicher gebunden sind, einen schwächeren Selbstwert haben und ihr Wunsch nach Kontrolle stärker ausgeprägt ist (Simchen, 2015). Da Essstörungen teilweise kombiniert mit anderen psychischen Störungen auftreten, nehmen in der Beratung von essgestörten Patient*innen Themen wie Angst und Kontrolle, Selbstwert und Schwierigkeiten in sozialen Beziehungen und Interaktionen mehr Raum ein als sonst in der Ernährungsberatung. Komorbide Störungen wie Persönlichkeitsstörungen treten im Zusammenhang mit Essstörungen bei Bulimie und Binge Eating auf. Anorexie ist häufiger mit Angst- und Zwangsstörungen assoziiert (Sansone, 2007; Schweiger, 2008).

Beratung braucht Offenheit, Zeit und viel Verständnis

Die angehenden Ernährungsberater*innen werden im Bachelor-Studium Ernährung und Diätetik der Berner Fachhochschule umfassend auf einen späteren Beratungsalltag mit Menschen mit einer Vielzahl von

klinischen Krankheitsbildern vorbereitet. Sie üben und erweitern in zahlreichen Settings ihre Beratungskompetenzen. Doch welche speziellen Skills und Fertigkeiten braucht es zur Beratung von Menschen mit psychischen Störungen wie z. B. Essstörungen?

Franziska Gasser von der Klinik Wysshölzli, eine erfahrene Ernährungsberaterin bei Essstörungen, findet folgende Voraussetzungen für die Beratung wichtig:

- eine Offenheit dem Krankheitsbild gegenüber
- viel Verständnis und Ehrlichkeit im Umgang mit den Menschen
- sich Zeit nehmen für den Beziehungsaufbau, um Vertrauen zu gewinnen

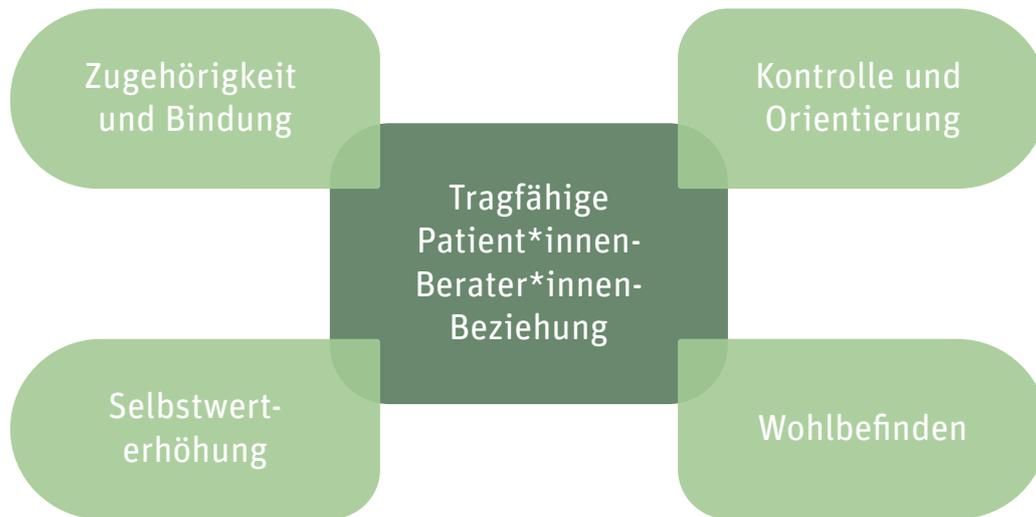
Die Beziehungsgestaltung in der Beratung von Menschen mit psychischen Störungen nimmt einen grossen Stellenwert ein. Die kognitive Wissensvermittlung hat ihren Platz, aber auch Grenzen.

Klientenzentrierte Grundhaltung ist Voraussetzung

Die Beratungsbeziehung als Wirkfaktor in der Therapie (Grawe, 1992; Herpertz et al., 2020) wird als wichtigster Faktor dafür beschrieben, dass eine Beratung, ein Coaching oder eine Therapie erfolgreich sein kann. Daher ist es für Ernährungsberater*innen elementar zu verstehen, welchen Einfluss verschiedene psychische Störungen auf die Beziehungsgestaltung haben können. So können Persönlichkeitsstörungen wie die Borderline-Störung, die narzisstische Störung oder auch eine ängstlich-vermeidende Struktur der Ratsuchenden die Berater*innen-Klient*innen-Beziehung und somit den Beratungsprozess massgeblich beeinflussen und bestimmen.

Die Beziehung zwischen Berater*in und Klient*in ist Voraussetzung, damit Vertrauen aufgebaut werden kann und das Einlassen auf den Veränderungsprozess

Wichtig bei der Ernährungsberatung von Menschen mit psychischen Störungen sind Offenheit dem Krankheitsbild gegenüber, viel Verständnis und Ehrlichkeit und genügend Zeit für den Beziehungs- und Vertrauensaufbau zwischen Berater*in und Klient*in.



Grundbedürfnisse nach Grawe (2007)

möglich wird. Die ersten Schritte zu einer Veränderung im Essverhalten bei Essstörungen sind meist sehr angstbesetzt und müssen vorsichtig vorbereitet werden. Deshalb geben eine klientenzentrierte Grundhaltung nach Rogers (Rogers & Schmid, 2004), sowie die Beachtung der vier Grundbedürfnisse nach Grawe (Stucki & Grawe, 2007) eine wichtige Orientierung in der Beratung von Menschen mit psychischen Störungen. Die Grundbedürfnisse von Menschen, die in eine Beratung oder Therapie kommen, sind nämlich grundsätzlich gleich:

Der Wunsch nach 1. Kontrolle/Orientierung, 2. nach Bindung und 3. nach Wohlbefinden sowie 4. das Streben nach einer Verbesserung des Selbstwerts (Stucki & Grawe, 2007).

Der Wunsch nach Kontrolle ist bei Essstörungen besonders ausgeprägt und drückt insbesondere das Fehlen von Vertrauen aus. Vertrauen in den eigenen Körper sowie Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit müssen (wieder-)erlangt werden. Hilfreich ist es, in der Beratung sehr kleine Schritte zu vereinbaren, in denen die Klient*innen nach und nach Erfolgserlebnisse erfahren können. Sie müssen mit jedem Schritt absolut einverstanden sein, um das Gefühl von Kontrolle zu behalten. Gleichzeitig kann das Schaffen von Erfolgserlebnissen das Wohlbefinden und den Selbstwert steigern, um Mut für die nötigen nächsten Schritte zu fassen.

Grundlegende Kenntnisse über die verschiedenen psychischen Störungen werden im Bachelor-Studiengang Ernährung und Diätetik im letzten Semester vermittelt, müssen aber sicherlich später vertieft und durch die Praxiserfahrung ergänzt werden. Seit 2021 bietet die Berner Fachhochschule das CAS «Angewandte Ernährungspsychologie» an, um den Bedarf nach Vertiefung in der Praxis tätigen und bereits erfahrenen Ernährungsberater*innen zu decken.

Teamfähigkeit und interdisziplinäre Vernetzung

Die Therapie von Essstörungen ist meist ein langsamer und langwieriger Prozess, in dem ein multidisziplinäres Behandlungsteam, bestehend aus Arzt*Ärztin/Psychiater*in, Psychotherapeut*in, Ernährungsberater*in, Sozialarbeiter*in

und weiteren Therapeut*innen (z. B. Kunst, Körper und Musik) involviert sind (Herpertz et al., 2020). Die Fähigkeit, interdisziplinär zu arbeiten und zu kommunizieren, die Bereitschaft, die eigenen Kompetenzen hin zu anderen Professionen zu erweitern, aber auch die eigenen Grenzen in der Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen zu (er-)kennen, ist eine wichtige Voraussetzung, welche die Ernährungsberater*innen mitbringen sollten. Ausserdem sollte die Bereitschaft zur Selbsterfahrung und Selbstreflexion vorhanden sein. Diese professionsübergreifende Arbeit braucht ein hohes Mass an Teamfähigkeit und Kommunikationsbereitschaft, ist aber auch vielseitig und spannend.

Gerade im ambulanten Setting sollten sich selbstständig tätige Ernährungsberater*innen mit Therapeut*innen unterschiedlicher Professionen vernetzen und nicht den Anspruch haben, diese Menschen alleine durch eine gute Ernährungsberatung aus ihrer Sackgasse führen zu können. Ernährungsberatung kann bei psychischen Störungen einen wichtigen und wesentlichen Beitrag leisten, aber nur in einem Behandlungsteam wirklich erfolgreich sein.

Literatur:

- Grawe, K. (1992). Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In: Margraf, J. & Brengelmann, J. C. (Hrsg.) Die Therapeut-Patienten Beziehung in der Verhaltenstherapie (S. 215–244). München: Röttger.
- Herpertz, S. et al. (2020) S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung von Essstörungen. Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM) (Hrsg.)
- Rogers, C. R., Schmid, F. (2004) Personenzentriert – Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz Grundewald
- Sansone, A. (2007). Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Menschen mit Essstörungen.
- Schweiger, U. (2008) Prävalenz von Komorbidität zwischen Essstörungen und anderen psychischen Störungen. In: Herpertz, S. De Zwaan, M. Zipfel, S. (Hrsg.) Handbuch Essstörungen und Adipositas. 2. Auflage (2015) S. 158–159. Berlin Heidelberg: Springer
- Simchen, H. (2015). Essstörungen und Persönlichkeit. 3. Auflage Stuttgart: Kohlhammer
- Stucki, C. & Grawe, K. (2007). Bedürfnis- und Motivorientierte Beziehungsgestaltung. In: Psychotherapeut 52:16–23

News

Zweitauflage des Buches «Ernährungstherapie. Ein evidenzbasiertes Kompaktlehrbuch»

2021 ist unter Federführung von Steffen Theobald und weiteren Mitarbeitenden der Berner Fachhochschule die zweite Auflage des Lehrbuches «Ernährungstherapie – ein evidenzbasiertes Kompaktlehrbuch» publiziert worden. In den sechs Jahren seit der Erscheinung der ersten Auflage wurden zahlreiche medizinische und ernährungstherapeutische Leitlinien aktualisiert, auf welche im neuen Buch eingegangen wird. Unter anderem weist die Lektüre deutlich vertiefte Inhalte zum medizinischen Hintergrundwissen und zur ernährungstherapeutischen Evidenz bei vielen Krankheitsbildern auf.



Autorinnen und Autoren:

Steffen Theobald (Hrsg.), Anna Bramböck, Anita Bucher, Julia Eisenblätter, David Fäh, Karin Haas, Peter Jacobs, Sandra Jent, Silvia Kurmann, Samuel Mettler, Gina Mühlebach, Adrian Rufener, Sonja Schönberg, Pascal Tribolet, Lucia Winzap, Irene Zimmermann, Nora Zimmermann

Events

2. Berner Beratungstagung

Die 2. Berner Beratungstagung legt den Fokus auf aktuelle Erkenntnisse und didaktische Innovationen zum Thema «Beraten lehren». Bereits erprobte Konzepte und Modelle im Rahmen von (Hochschul-)Ausbildungen werden bekannt gemacht und Erfahrungen reflektiert. Von der Berner Fachhochschule referieren Prof. Ninetta Scura und Prof. Sandra Jent.

Wann: 14. Januar 2022, 13 Uhr, bis 15. Januar 2022, 12.30 Uhr

Wo: Berner Fachhochschule BFH (Aula), Hallerstrasse 10, Bern

Informationen & Anmeldung: bfh.ch/soziale-arbeit/berner-beratungstagung

Veranstaltungsreihe Food Loss und Food Waste

Weltweit gehen ein Drittel aller Lebensmittel ungenutzt verloren oder werden verschwendet: auf dem Feld, in der Fabrik, im Restaurant, im Verkauf und in den Haushalten. Die Vermeidung von Food Loss und Food Waste ist ein wichtiger Puzzlestein auf dem Weg zu einem nachhaltigen Ernährungssystem. Eine Veranstaltungsreihe der BFH-Departemente HAFL und Gesundheit mit Online-Events informiert, liefert Denkanstösse und bietet Raum zur Diskussion. Die Teilnahme ist kostenlos.

Wann: 18. Januar und 22. Februar 2022 jeweils von 18 bis 19.30 Uhr; 26. April 2022, Abschlussveranstaltung vor Ort an der BFH-HAFL, 18 bis 21 Uhr

Wo: online oder BFH-HAFL, Länggasse 85, Zollikofen

Anmeldung: bfh.ch/foodwaste-event

Master-Kolloquium Ernährung und Diätetik

Im März findet eine öffentliche Präsentation der Master-Thesen der Studierenden Master of Science Ernährung und Diätetik (Kohorte Vollzeit 2020) statt. Die Forschungsarbeiten werden im Rahmen von 15 Minuten von den Studierenden präsentiert und anschliessend 15 Minuten diskutiert.

Wann: 7. März 2022, 9 bis 11.30 Uhr

Wo: Schwarztorstrasse 48, Bern, Raum 403 und online per MS-Teams

Informationen & Anmeldung: bis 28. Februar über bfh.ch/master-ernaehrung

Nutridays

Die Berner Fachhochschule ist mit verschiedenen Beiträgen und einem Stand an den Nutridays präsent.

Wann: 25./26. März 2022

Wo: BERNEXPO, Mingerstrasse 6, Bern

Informationen: nutridays.ch

Master-Event 2022: Karrieremöglichkeiten mit dem Master of Science in Ernährung und Diätetik

In einem spannenden Online-Event erzählen Berufskolleg*innen mit unterschiedlichen Profilen, wohin ihr Karriereweg sie nach Abschluss eines Master-Studiums geführt hat. Sie zeigen unterschiedliche Perspektiven für die berufliche Zukunft mit einem Master of Science in Ernährung und Diätetik auf.

Wann: Donnerstag, 7. April 2022; 16 bis 18 Uhr

Wo: Online-Event per MS Teams

Anmeldung: bis 31. März 2022 über bfh.ch/master-ernaehrung

Infoveranstaltungen

Bitte informieren Sie sich auf unserer Webseite, ob die Infoveranstaltung online oder vor Ort stattfindet.

Master of Science in Ernährung und Diätetik

Wann: 12. Januar und 15. Februar 2022, jeweils 18 bis 19 Uhr

Anmeldung: bfh.ch/master-ernaehrung

Bachelor of Science in Ernährung und Diätetik

Wann: 27. April 2022, 16.30 bis 18.45 Uhr

Anmeldung: bfh.ch/gesundheit/bachelor

Psychosoziale Prädiktoren von Schwangerschaftsabbrüchen in der Schweiz



Lic. phil. Jean Anthony Grand-Guillaume-Perrenoud
Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Geburtshilfe, Doktorand Life Sciences
Universität Lausanne
jeanathony.grand-guillaume-perrenoud@bfh.ch



Prof. Dr. Thomas Steffen
Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Geburtshilfe
thomas.steffen@bfh.ch

Gibt es in der Schweiz einen Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und nicht medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbrüchen? Die Evidenzlage dazu ist schlecht. Um diese Forschungslücke zu schliessen, führt die Berner Fachhochschule im Fachbereich Geburtshilfe eine Sekundäranalyse der Daten des Bundesamts für Statistik zu Schwangerschaftsabbrüchen durch.

Die Möglichkeit, eine Schwangerschaft medizinisch sicher abbrechen, ist ein wichtiger Pfeiler der sexuellen und reproduktiven Gesundheit aller Frauen in der Schweiz und unterstützt sie in ihrer reproduktiven Selbstbestimmung. Im Kontext des Forschungsschwerpunktes «Sozial benachteiligte Frauen in der perinatalen Versorgung» interessiert die Forschenden der Berner Fachhochschule, ob bestimmte psychosoziale Faktoren im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch stehen.

Erste Indizien aus der Literatur

Ein erstes Indiz dafür, dass soziale Benachteiligung in der Schweiz zu mehr Abbrüchen führt, gab die Studie von Kurth et al. (2010). Beim Vergleich mit der lokalen Bevölkerung stellten die Autorinnen bei asylsuchenden Frauen eine dreimal so hohe Wahrscheinlichkeit für einen Schwangerschaftsabbruch fest.

Eine weitere Sichtung der Literatur ergab, dass verschiedene psychosoziale Faktoren mit Schwangerschaftsabbrüchen in Verbindung stehen, so beispielsweise ungeplante Schwangerschaften. Weltweit kommt

es nach einer statistischen Schätzung in etwa der Hälfte aller ungeplanten Schwangerschaften zu einem Abbruch (Bearak et al., 2020). Schaut man nur die Länder an, in denen Schwangerschaftsabbrüche legal sind, sind es geschätzt weltweit gar 70 % aller ungeplanten Schwangerschaften, die abgebrochen werden (Bearak et al., 2020). In einer Studie zu ungeplanten Schwangerschaften bei Sans-Papiers in der Schweiz wurden fehlende Verhütung, Medikamenteneinnahme, ein früherer Schwangerschaftsabbruch sowie eine gegenwärtige Behandlung für eine psychische Störung als Faktoren identifiziert, die mit ungeplanter Schwangerschaft in Verbindung stehen (Cassillas et al., 2015). Narring et al. (1996) stellten fest, dass in der Schweiz Schwangerschaft im Jugendalter mit sozialen, schulischen und familiären Problemen sowie dem Nichtzusammenleben mit den Eltern assoziiert ist. Aufgrund der negativen Konsequenzen für den Bildungs- und beruflichen Werdegang sowie medizinischer Risiken (Paetzel et al., 2021) sind Schwangerschaften im Jugendalter grundsätzlich als kritisch einzustufen. In mehr als 90 % der Fälle sind sie ungeplant (Paetzel et al., 2021; Block & Schmidt, 2009) und hängen mit fehlender Nutzung oder der Nutzung von weniger effektiven Verhütungsmitteln zusammen (Narring et al., 1996). Besonders interessant ist der Befund, dass Jugendliche, die keine Zukunftsperspektiven für sich sehen, eher dazu neigen, nicht zu verhüten (Narring et al., 1996). Dies zeigt, wie eine ungünstige Einschätzung der persönlichen Situation die Bereitschaft zu riskanterem Sexualverhalten erhöhen kann. Weitere Studien konnten einen Zusammenhang zwischen Teen-

Ziel ist es, Aufschlüsse darüber zu gewinnen, welche psychosozialen Faktoren am häufigsten zu ungeplanten Schwangerschaften führen und welche psychosozialen Charakteristiken besonders häufig bei Frauen vorkommen, die ihre Schwangerschaft abbrechen.

agerschwangerschaften sowie Armut, Misshandlung und Vernachlässigung feststellen (Garwood et al., 2015). Eine amerikanische Studie über die Charakteristiken von Frauen, die ihre Schwangerschaft abgebrochen haben (Jones et al., 2010), fasst zwei ihrer wichtigen sozialen Eigenschaften wie folgt zusammen: Viele der Frauen sind unverheiratet (85 %), und ein beachtlicher Anteil von ihnen (42 %) ist armutsbetroffen.

Psychosoziale Indikatoren aktueller und früherer Instabilität in den Lebensverhältnissen von Frauen sind mit ungeplanter Schwangerschaft assoziiert. Physische und manchmal auch sexuelle Gewalt durch den Partner als eine weitere Form der Instabilität in den Lebensverhältnissen wurden ebenfalls mit dem Wunsch assoziiert, eine Schwangerschaft abzubrechen (Keeling et al., 2004).

Datengrundlage und Forschungsziel

Die Sekundäranalyse des Projekts umfasst Daten des BFS von 2007 bis 2018 (Bundesamt für Statistik, 2007–2018). Sämtliche ärztlich begleiteten Schwangerschaftsabbrüche, die in der Schweiz in diesen Jahren durchgeführt wurden, sind aufgrund gesetzlicher Bestimmungen (Schweizer Strafgesetzbuch) erfasst. Je nach Kanton entstammen die Daten einem Kurzformular, das nur grundlegende Personendaten erfasst, wie Geburtsjahr, Wohnkanton, Schwangerschaftswoche, Abbruchmethode und Datum des Abbruchs. In 13 Kantonen werden die Daten mit einem ausführlicheren Formular erhoben, das zusätzlich auch psychosoziale Variablen abfragt. Diese Daten ermöglichen es, die soziodemografischen und psychosozialen Charakteristiken von Frauen zu untersuchen, die ihre Schwangerschaft abgebrochen haben. Beispielsweise wird das Forschungsteam der Frage nachgehen, inwiefern soziodemografische Charakteristiken wie Nationalität, Bildungsstand, Familienstand und verschiedene psychosoziale Charakteristiken (z. B. Beziehungsprobleme, Überforderung) mit der Nichtnutzung von Verhütungsmitteln oder mit der Anzahl früherer Abbrüche zusammenhängen.

Vorläufige Befunde und Ausblick

Im BFS-Datensatz zu Schwangerschaftsabbrüchen von 2007 bis 2018 wurden 127 173 Abbrüche gezählt. Die Nationalität wurde bei den meisten Frauen nicht erhoben (56,8 %), 21,4 % waren Schweizerinnen und 21,8 % Ausländerinnen. Der Zivilstand der meisten Frauen war nicht bekannt (63,9 %), 20,6 % waren Single, 11,4 % ver-

heiratet und 4,2 % lebten vom Partner getrennt, waren geschieden oder verwitwet. Für den Schwangerschaftsabbruch nannten ausländische Frauen deutlich häufiger als Schweizerinnen Gründe, die auf eine ungeplante Schwangerschaft hinweisen (z. B. die Frau hat schon genug Kinder, der Partner möchte aktuell kein Kind, die Schwangerschaft ist nicht vereinbar mit der aktuellen Ausbildung/Berufstätigkeit). Schweizerinnen hingegen fühlten sich häufiger in ihrer Situation als Schwangere überfordert oder berichteten öfter über Probleme mit dem Partner. Von den benutzten Verhütungsmitteln wurde «keine Verhütung» am häufigsten genannt (39,7 %), gefolgt von Kondomen (27,7 %), der Pille (15,3 %) und Coitus Interruptus (5,3 %).

Die Analysen zeigen, dass bestimmte soziodemografische und psychosoziale Charakteristiken häufig bei Frauen anzutreffen sind, die ihre Schwangerschaft abbrechen. Mit der Studie wird erstmalig eine ausführliche inferenzstatistische Analyse der Schwangerschaftsabbruch-Daten des BFS durchgeführt. Ziel ist es, Aufschlüsse darüber zu gewinnen, welche psychosozialen Faktoren am häufigsten zu ungeplanten Schwangerschaften führen und welche psychosozialen Charakteristiken besonders häufig bei Frauen vorkommen, die ihre Schwangerschaft abbrechen.

Diese Erkenntnisse können wichtige Informationen für präventive Arbeit hinsichtlich der sexuellen und reproduktiven Selbstbestimmung von sozial deprivierten Frauen liefern.

Literatur:

- Bearak, J. et al., (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *The Lancet Global Health*, 8(9): p. e1152–e1161.
- Block, K. & Schmidt, G. (2009). Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Köln. 39–55.
- Casillas, A. et al., (2015). The Border of Reproductive Control: Undocumented Immigration as a Risk Factor for Unintended Pregnancy in Switzerland. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(2): p. 527–534.
- Bundesamt für Statistik, Statistik des Schwangerschaftsabbruchs 2014 (2015.) Bestandesaufnahme der Schwangerschaftsabbrüche in der Schweiz. Bundesamt für Statistik: Bern.
- Bundesamt für Statistik, Statistik des Schwangerschaftsabbruchs 2007–2018.
- Bundesamt für Statistik, Statistik des Schwangerschaftsabbruchs 2020 (2021). Cited: 2021-10-21; Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/reproduktive/schwangerschaftsabbrueche.gnpdetail.2021-0242.html>
- Garwood, S.K. et al. (2015). More than poverty: The effect of child abuse and neglect on teen pregnancy risk. *Journal of Adolescent Health*. 57(2): p. 164–168.
- Jones, R. K., Finer, L. B. & Singh, S. (2010). Characteristics of US abortion patients, 2008. New York: Guttmacher Institute, p. 20101-8.
- Keeling, J., Birch, L. & Green, P. (2004). Pregnancy counselling clinic: a questionnaire survey of intimate partner abuse. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 30(3): p. 165–168.
- Kurth, E. et al., (2010). Reproductive health care for asylum-seeking women - a challenge for health professionals. *Bmc Public Health*, 10.
- Narring, F., Michaud, P.-A. & Sharma, V. (1996). Demographic and behavioral factors associated with adolescent pregnancy in Switzerland. *Family Planning Perspectives*, p. 232–236.
- Paetzel, B. et al., (2021). Ungeplant schwanger – wie geht es weiter? *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitschutz*, p. 1–10.
- Schweizer Strafgesetzbuch, StGB Art. 119, Ziffer 5 (vom 21.12.1937, Art. 119 wurde am 1.10.2002 ergänzt)

Schwangerschaftsabbrüche in der Schweiz

Jedes Jahr brechen hierzulande etwa 11 000 Frauen im gebärfähigen Alter ihre Schwangerschaft ab. Mit jährlich 0,7 % ist im internationalen Vergleich die Schwangerschaftsabbruchrate in der Schweiz tief (Bundesamt für Statistik, 2015). Andere Länder, z. B. Schweden und Frankreich, haben eine fast dreimal so hohe Abbruchrate. Allerdings steigt die Schwangerschaftsabbruchrate in der Schweiz seit 2017 wieder an (Bundesamt für Statistik, 2021). Die Gründe hierfür sind noch unbekannt.

News

Abstracts Master-Thesen 2021 Hebamme

Zum zweiten Mal wurden im Sommer 2021 in der deutschsprachigen Schweiz Master-of-Science-Diplome an eine kleine Gruppe von Hebammenpionierinnen vergeben. Sie alle haben sich für einen noch nicht sehr gepfadeten akademischen Berufsweg entschieden. Die Abstracts der Master-Thesen der Absolventinnen sind online abgebildet unter bfh.ch/master-hebamme.

Fachtagung Geburtshilfe: «Ethische Herausforderungen in der Geburtshilfe»

Erfolgreiche Durchführung der 5. Fachtagung Geburtshilfe zum Thema «Ethische Herausforderungen in der Geburtshilfe» am 8. Oktober 2021: An der digitalen Tagung nahmen 113 Personen teil. Die informativen Referate haben die Vielfalt der Thematik verdeutlicht. Ethische Herausforderungen wurden nicht ausschliesslich aus einer geburtshilflich-fachlichen Perspektive betrachtet (Referate von Dr. Stephan Oelhafen, Ursula Hölzli, Hubert Kössler sowie Elke Mattern und Nadine Schmitt), sondern deren Facetten auch soziologisch (Dr. Tina Jung), juristisch (Prof. Andrea Büchler) und ethisch (Prof. Dr. Tanja Kronos und Prof. Dr. Hille Haker) solide herausgearbeitet. Den Referent*innen ist es gelungen, den Teilnehmenden differenzierte und kritische Erkenntnisse zum Thema Selbstbestimmung und Zwang rund um die Geburt zu vermitteln, und es folgten angelegte Diskussionen im Plenum. Diese Fachtagung wurde von der Stiftung Lindenhof grosszügig unterstützt.



Positionspapier zu «Advanced Midwifery Practice» im schweizerischen Kontext

Die Berufskonferenz Hebammen und der Schweizerische Hebammenverband haben in den vergangenen zwei Jahren ein nationales Positionspapier zu «Advanced Midwifery Practice» im schweizerischen Kontext erarbeitet. Das Dokument enthält ein Argumentarium, das die politische Diskussion um die Definition und Etablierung von erweiterten Advanced-Practice-Rollen in der Hebammenarbeit unterstützen soll. Das Dokument wird ab Frühjahr 2022 öffentlich zugänglich sein (unter anderem auch auf der Webseite des Departements Gesundheit).

Events

Praxisschulung Bachelor-Studiengang Hebamme

Die Berner Fachhochschule organisiert für alle Personen, die Bachelor-Student*innen Hebamme begleiten, einen Workshop zur Praxisschulung.

Wann: 28. April oder 4. Mai 2022, 13.30 bis 17 Uhr

Wo: online via MS-Teams

Anmeldung: bfh.ch/gesundheit/events

Schweizerischer Hebammenkongress

Das diesjährige Thema des Schweizerischen Hebammenkongresses lautet Diversität. Die Berner Fachhochschule wird mit einem Stand vor Ort präsent sein.

Wann: 18./19. Mai 2022

Wo: Kultur- und Kongresszentrum Thun

Information & Anmeldung: hebammenkongress.ch

Infoveranstaltungen

Bitte informieren Sie sich auf unserer Webseite, ob die Infoveranstaltung online oder vor Ort stattfindet.

Master of Science Hebamme

Wann: jederzeit – via Podcast

Anmeldung: bfh.ch/master-hebamme

Bachelor of Science Hebamme

Wann: 27. April 2022, 16.30 bis 18.45 Uhr

Anmeldung: bfh.ch/gesundheit/bachelor

Psychiatrische Pflege

evidenz- und präferenzbasiert weiterentwickeln



Prof. Dr. Sabine Hahn
Fachbereichsleiterin
Pflege
sabine.hahn@bfh.ch



Prof. Dr. Dirk Richter
Dozent, Rehabilitationsforschung
Pflege
dirk.richter@bfh.ch



Dr. Anna Hegedüs
Dozentin, Stiftung Lindenhof Tenure Track
für ambulante psychiatrische Pflege
anna.hegedues@bfh.ch

Seit mehr als 15 Jahren nehmen die angewandte Forschung und Entwicklung Pflege sowie die Weiterbildung Pflege an der Berner Fachhochschule die Anliegen der psychiatrischen Pflege auf und setzen sich für den Ausbau der Forschung sowie die qualifizierte Weiterbildung in diesem wichtigen Setting der Gesundheitsversorgung ein. Im Bachelor-Studiengang Pflege hat die psychosoziale Gesundheit einen hohen Stellenwert, und in der Vertiefung «Psychiatric Mental Health Nurse Practitioner (PMHNP)» im Master-Studiengang in Pflege spezialisieren sich Studierende auf die Versorgung und Begleitung von Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen in unterschiedlichen Versorgungsstrukturen. Aus allen Bereichen (Bachelor, Master, Forschung und Weiterbildung) sind Mitarbeitende in unterschiedlichen Gremien national und international in führenden Rollen aktiv (siehe Kasten) und treiben Vernetzung und Austausch voran. Ziel ist es, einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der evidenzbasierten sowie präferenzorientierten psychiatrischen Pflege, der Versorgungsqualität, der Wirksamkeit und der Kosteneffizienz zu leisten. Immer ist es den Beteiligten auch ein Anliegen, die psychiatrische Versorgung in ihrer vollen Bedeutung für die Gesellschaft zu fördern und zu stärken.

Ein Thinktank für die psychiatrische Pflege soll die im deutschsprachigen Raum einmalige Expertise der Mitarbeiter*innen im Fachbereich Pflege sicht- und nutzbar machen. Ziel ist es, gemeinsam mit Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, Praxispartner*innen und Stakeholdern die Evidenz- und Präferenzorientierung in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung voranzutreiben.

Expertise interdisziplinär bündeln, neue Zusammenarbeitsmodelle entwickeln

Diese Arbeit soll nun gezielt entsprechend dem zukünftigen Bedarf weiterentwickelt werden. Gemeinsam mit Praxispartner*innen und Versorgungsnutzenden sollen zukunftsweisende Themen initiiert, umgesetzt und in die Praxis, Lehre, Forschung und Weiterbildung transferiert werden. Zu diesem Zweck entsteht ein innovativer und kritischer Thinktank. Für den Fachbereich Pflege bedeutet dies, dass Mitarbeitende aus der Lehre (Master- und Bachelor-Studiengänge), der Forschung und der Weiterbildung eng vernetzt an einem Thema arbeiten, um die gemeinsame Expertise über die verschiedenen Arbeitsbereiche hinweg zu bündeln und weiterzuentwickeln.

Der aktuelle Fokus liegt dabei, zusätzlich zur stationären Versorgung, in den ambulanten und rehabilitativen Sektoren. Die psychiatrische Versorgung wird sich generell in den kommenden Jahren weg von Institutionen wie Kliniken und Heimen hin zu häuslichen und anderen ausserstationären Bereichen verlagern. Im Kern geht es dabei um die Umsetzung der im «Übereinkommen der UNO über die Rechte von Menschen mit Behinderungen» (UN-BRK) geforderten Inklusion. Es gilt also sicherzustellen, dass Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen genauso wohnen, arbeiten

und leben können wie Menschen ohne diese Probleme. Das UN-BRK wurde von der Schweiz am 15. Mai 2014 in Kraft gesetzt. Psychosoziale rehabilitative Interventionen wie *Supported Housing* oder *Supported Employment* signalisieren bereits jetzt die Veränderungen. Diese können – das zeigen auch Erfahrungen aus den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern – mit innovativen Versorgungsformen wie *Home Treatment* oder aber mit psychiatrischer spital-externer Pflege sehr gut kombiniert werden. Hier sind neue Modelle der Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen und Institutionen aus den Bereichen Medizin, Pflege und sozialer Arbeit zu erwarten, insbesondere auch im Bereich der neuen Rollen und Aufgaben der Psychiatric Mental Health Nurse Practitioner (PMHNP), welche die Patient*innen umfassend betreuen. Es stellt sich dabei die Herausforderung, nicht nur evidenzbasierte Interventionen zu etablieren, sondern auch den Präferenzen der Nutzenden und anderer Betroffenen gerecht zu werden. Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen werden bis anhin kaum wirksam in die Entwicklung evidenzbasierter Prozesse eingebunden. Dies führt unter anderem dazu, dass formal evidenzbasierte Versorgungsformen wie etwa die pharmakologische Behandlung von vielen Nutzer*innen abgelehnt werden.

Es braucht daher einen neuen Fokus auf die individuellen Präferenzen, Ziele und Lebenswege, da diese unter Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sehr unterschiedlich sind. Dieser Umstand wird aktuell nur unzureichend mit recht abstrakten Konzepten wie *Recovery*, *Empowerment* oder «Inklusion» abgebildet. Von einer verbesserten Präferenzorientierung und einer umgesetzten Individualisierung der Unterstützung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist eine grössere Akzeptanz der Angebote und zugleich weniger direkter oder indirekter Zwang zu erwarten. Letzteren gilt es zu vermindern oder gar zu eliminieren.

Ambulante Pflege stärken

Ein wichtiger, aber in der Forschung bisher wenig beachteter Pfeiler der psychiatrischen Versorgung ist die ambulante Pflege. Ambulante psychiatrische Pflege findet im häuslichen Umfeld der Klient*innen statt und gilt als ein niederschwelliges, personenzentriertes Angebot. Besonders herausfordernd dabei ist das Zusammenspiel zwischen verschiedenen Sektoren und Angebotsformen, die ungenügende bzw. nicht gesicherte Finanzierung und der Mangel an qualifizierten Pflegefachpersonen mit dem nötigen spezifischen Praxiswissen (z. B. Anderl-Doliwa 2018). Dieses Wissen sollte auf wissenschaftlichen Erkenntnissen fassen, um langfristig eine präferenzorientierte, bedarfsgerechte und effiziente Pflege zu gewährleisten. Im Rahmen der Förderstelle «Tenure Track Position» der Stiftung Lindenhof an der Berner Fachhochschule wird der Bereich der ambulanten psychiatrischen Pflege durch forschungsbasiertes Wissen und enge Zusammenarbeit mit der Praxis sowie Betroffenengruppen aufgebaut und verankert. Diese Stelle ist einzigartig in der Schweizer Hochschullandschaft. Zukünftig hier angesiedelte praxisrelevante Forschungsprojekte werden sich mit den Themen der integrierten Versorgung, neuen Modellen der Zusammenarbeit (wie zum Beispiel im niederländischen Buurtzorg-Modell), den Schnittstellen zwischen stationär und ambulant oder auch

der Aktivierung gemeindenaher Ressourcen zur Unterstützung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in ihrer gewohnten Wohnumgebung befassen. Dabei legt das Departement Gesundheit besonderen Wert auf die Partizipation von krankheitserfahrenen Menschen in den Forschungs- und Entwicklungsprozessen und die konsequente Orientierung an den Bedürfnissen und Präferenzen der Nutzenden und ihrer Angehörigen.

Die Thinktank-Best-Practice-Gemeinschaft dient als Motor für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung (v.a. Rehabilitation und ambulante psychiatrische Pflege), sie ist Soundingboard und ermöglicht einen schnellen Transfer der Forschungserkenntnisse in die Lehre und Weiterbildung. Insgesamt kann die Best-Practice-Gemeinschaft einen zentralen Beitrag dazu leisten, dass die psychiatrische Pflege in der Schweiz sowohl für Nutzer*innen als auch für Pflegefachpersonen und andere Professionen zu einem attraktiveren Ort wird.

Literatur:

- Anderl-Doliwa, B. (2018). Exploration von Kompetenzprofilen psychiatrisch Pflegenden. Ein Blick in aufsuchende Settings. *Psychiatrische Pflege*, 3 (6), 35–40.

Wichtige Veranstaltungen und Engagements für die Pflege in der Psychiatrie

Die Berner Fachhochschule engagiert sich für den Wissenstransfer in der psychiatrischen Pflege und die Vernetzung. Sie beteiligt sich an der Organisation des jährlich stattfindenden Dreiländerkongresses Pflege in der Psychiatrie und leitet den wissenschaftlichen Beirat dieser grössten Tagung der psychiatrischen Pflege im deutschsprachigen Raum. Diese findet 2022 am 22./23. September in Wien statt.

→ www.dreilaenderkongress.at

Zudem engagiert sich die BFH im Organisationskomitee der schweizerischen Fachtagung für Ambulante Psychiatrische Pflege und bringt auch hier ihr Wissen ein. Die nächste Tagung findet am 25. März 2022 in den Luzerner Psychiatrischen Diensten in St. Urban statt. Die BFH organisiert viermal jährlich das Spektrum-P, ein Netzwerk, das Themen der ambulanten psychiatrischen Pflege aufgreift und im Kreis von praktisch tätigen Pflegefachpersonen diskutiert.

→ www.fachtagung-app.ch

Weiter engagiert sich die BFH in der Organisation des regionalen Patientenkongresses, der am 20. Mai 2022 in der Privatklinik Wyss in Münchenbuchsee stattfindet.

→ promentesana.ch/patientenkongress

Mitarbeiter*innen bringen sich zum Thema ein in der Akademischen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege Schweiz, in der Europäischen Vereinigung der Psychiatriepflege Horatio, in der European Violence in Psychiatry Research Group und im Management Committee des EU-Cost-Projekts C19133 FOSTREN zur Reduktion von Zwang in der Psychiatrie.

News

Abstracts Master-Thesen 2021 Pflege

Im Sommer 2021 haben 37 Absolvent*innen erfolgreich ihr Studium Master of Science in Pflege abgeschlossen und professionalisieren sich weiter in unterschiedlichen Bereichen. Die Abstracts der Master-Thesen sind online einsehbar unter bfh.ch/master-pflege.

Habilitation von Eva Soom Ammann

Am 25. Oktober 2021 hat Eva Soom Ammann, Leiterin Innovationsfeld Psychosoziale Gesundheit in der aF&E Pflege, ihre Habilitation in Medizinanthropologie vor der Philosophisch-Historischen Fakultät der Universität Bern verteidigt. Die Habilitation, begleitet von Prof. Dr. Heinzpeter Znoj, Professor am Institut für Sozialanthropologie, umfasste eine kumulative Habilitationsschrift mit dem Titel «Die Gestaltung von Care im Alter aus sozialanthropologischer Perspektive». Eva Soom Ammann freut sich darauf, damit zur Stärkung der Beziehungen zwischen der BFH und der Philosophisch-Historischen Fakultät der Universität Bern beizutragen.



Departement Gesundheit repräsentiert die Schweiz in EU-Projekt

Die EU-Action FOSTREN fördert und stärkt Ansätze und Lösungen zur Reduzierung von Zwang und Nötigung in europäischen psychiatrischen Diensten und der Gesundheitsversorgung. Das Departement Gesundheit der BFH engagiert sich aktiv im interdisziplinären Netzwerk. Prof. Dr. Sabine Hahn vertritt im Projekt zur Reduktion von Zwang in der europäischen psychiatrischen Gesundheitsversorgung die Schweiz, ist Mitglied der Kerngruppe und leitet das Arbeitspaket 3 zur Generierung eines einheitlichen Vorgehens, um die Auswirkungen von Zwang für Patient*innen, Angehörige und Personal zu lindern. Mehr Informationen zum Projekt unter <https://bit.ly/3yuDjK6>.

Events

Treffpunkt Gesundheitsforschung Pflege

Die Veranstaltungsreihe Treffpunkt Gesundheitsforschung Pflege findet auch 2022 wieder statt. Die Online-Events informieren Interessierte in 30 Minuten über aktuelle Forschungsprojekte der Berner Fachhochschule im Bereich Pflege. Sie finden jeweils um 16 Uhr statt. Im Folgenden eine Übersicht über die verschiedenen Veranstaltungen 2022:

- **22. Februar:** *Projekt Free-me, Reduktion von Zwang im Akutspital*, Silvia Thomann und Sandra Siegrist-Dreier
- **6. April:** *Projekt Reach Out, Obdachlose und Sans-Papiers in der Gesundheitsversorgung*, Sabrina Laimbacher und Sabrina Gröble
- **9. Juni:** *Projekt Betreuungsgutsprachen – Begleitforschung Alters- und Versicherungsamt (AVA) der Stadt Bern*, Eva Soom Ammann (Pflege), Regula Blaser (Institut Alter) und Evelyn Hunziker (AVA Stadt Bern)
- **6. September:** *Da sein: Präsentismus, ein Problem am Arbeitsplatz?*, Christoph Golz und Karin Peter
- **3. November:** *Technologie und Gesundheit*, Friederike Thilo

Save the Date: Nurse-Practitioner-Symposium

Merken Sie sich bereits jetzt das Datum des Nurse-Practitioner-Symposiums im Jahr 2022 vor.

Wann: 15. Juni 2022

Fachtagung Ambulante Psychiatrische Pflege

Wann: 25. März 2022

Wo: Luzerner Psychiatrie St. Urban

Information & Anmeldung: fachtagung-app.ch

Infoveranstaltungen

Bitte informieren Sie sich auf unserer Webseite, ob die Infoveranstaltung online oder vor Ort stattfindet.

Master of Science in Pflege

Wann: 27. Januar, 10. März, 7. April 17.15 bis 18.15 Uhr, online via MS Teams

Anmeldung: bfh.ch/master-pflege

Bachelor of Science in Pflege – Bern

Vor Ort: 18. Januar und 16. März 2022, 16.30 bis 17.30 Uhr an der BFH, Departement Gesundheit, Schwarztorstrasse 48, Bern

Online: 21. Februar und 27. April 2022, 16.30 bis 17.30 Uhr, online via MS Teams

Anmeldung: bfh.ch/gesundheit/bachelor

Bachelor of Science in Pflege – Basel

Vor Ort: 11. Januar, 15. März und 10. Mai 2022, 18 bis 19.30 Uhr an der BFH, Departement Gesundheit, Klybeckstrasse 147, Basel

Online: 9. Februar und 6. April 2022, 18 bis 19.30 Uhr, online via MS Teams

Anmeldung: bfh.ch/gesundheit/bachelor

Weitere Bachelors of Science

- Teilzeit für FaGe/FaBe
- berufsbegleitend für diplomierte Pflegefachpersonen
- Bachelor-Studium Hebamme – verkürztes Teilzeitstudium für diplomierte Pflegefachpersonen

Anmeldung: bfh.ch/gesundheit/bachelor

Internationaler Fachtitel für muskuloskeletale Physiotherapie



Doris Hirth
Leiterin Geschäftsstelle svomp
doris.hirth@svomp.ch



Felicitas Frank Meier
Präsidentin Vorstand svomp
felicitas.frank@svomp.ch



Marion Schreiner
Delegierte IFOMPT, Vorstand svomp
marion.schreiner@svomp.ch

Im Master-Studium der Berner Fachhochschule können Studierende seit 2018 den Titel für muskuloskeletale Physiotherapie erwerben. Mit dem OMTsvomp®-Zertifikat erhalten sie Zugang zu einem internationalen Netzwerk und verpflichten sich zum lebenslangen evidenzbasierten Lernen.

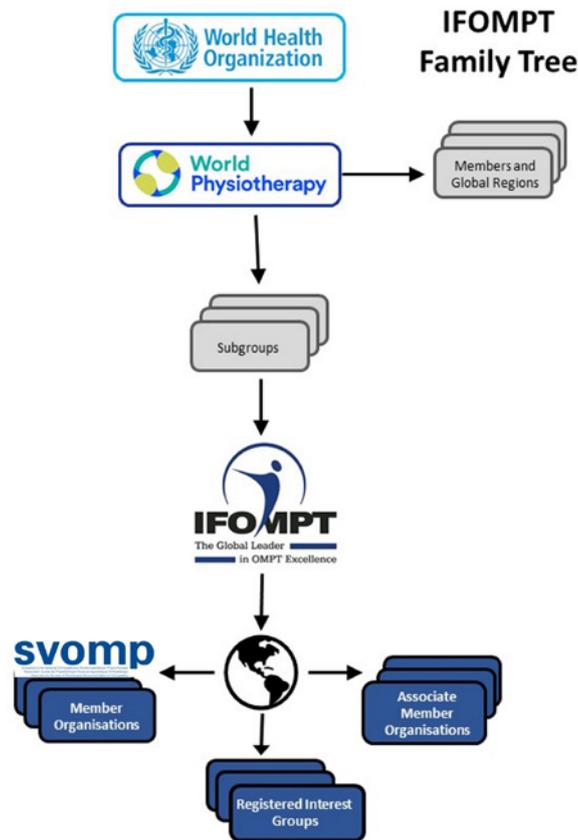
2018 sind sie gestartet, im Herbst 2021 konnten sie ihr Zertifikat entgegennehmen: Erstmals haben Studierende der Berner Fachhochschule den Master of Science (MSc) Physiotherapie mit dem Schwerpunkt Muskuloskeletale abgeschlossen. Studienleiter des Master-Studiengangs Physiotherapie ist Prof. Dr. Amir Tal, die Leitung des Schwerpunkts Muskuloskeletale obliegt Balz Winteler. Die muskuloskeletale Physiotherapie beschäftigt sich primär mit dem Bewegungsapparat. Durch spezifische Diagnostik und Therapie werden akute und chronische Beschwerden wie Schmerzen oder Funktionseinschränkungen behandelt. Grosse Relevanz hat hierbei das umfassende Verständnis der Beeinträchtigung. Die Therapie umfasst daher zusätzlich zur Behandlung der Patient*innen in der Praxis auch Empfehlungen für das Verhalten im Alltag, bei der Arbeit, beim Sport und in der Freizeit.

Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Verband für muskuloskeletale Physiotherapie

Ermöglicht wird diese Vertiefungsrichtung des Master-Studiengangs Physiotherapie durch die Zusammenarbeit der Berner Fachhochschule mit dem Schweizerischen Verband für muskuloskeletale Physiotherapie

(svomp). Der international vernetzte Fachverband setzt sich für qualitativ hochstehende muskuloskeletale Physiotherapie ein. Sehr grosse Relevanz in diesem Fachgebiet haben die manualtherapeutischen Behandlungsformen. Patientenzentrierte Versorgung, manuelle Therapie, Ergonomie, Beratung, Trainingswissen sowie die Aktivitätsförderung spielen zentrale Rollen.

Dank der Beteiligung des svomp an weltweiten Studien und Projekten profitieren die Mitglieder des Verbandes vom Zugang zur internationalen Gemeinschaft und damit von der aktuellen Evidenz in den verschiedenen Fachthemen. Der svomp ist Vertreter der International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists Incorporated (IFOMPT), die weltweit für hohe Qualitätsansprüche, evidenzbasierte Praxis und ein verbessertes Patient*innenmanagement einsteht. Ein durch die IFOMPT festgelegter, umfassender Richtlinienkatalog für Weiterbildungen stellt denn auch sicher, dass die Ländervertreter*innen nach den internationalen Vorgaben prüfen, ob Lehrgänge die Anforderungen erfüllen. Der geschützte Fachtitel OMTsvomp® wird somit ausschliesslich Physiotherapeut*innen verliehen, die einen durch den svomp akkreditierten Lehrgang erfolgreich absolviert haben.



Der Schweizerische Verband für muskuloskeletale Physiotherapie (svomp) ist Mitglied der International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists (IFOMPT) und international vernetzt.

Verpflichtung zur Evidenz und zum lebenslangen Lernen

In der Schweiz hat der svomp eigens zur Prüfung der Curricula ein Gremium etabliert. Das sogenannte Educational Board bewertet anhand der Kriterien der IFOMPT jene Module in den Lehrplänen der Fachhochschule, die zum OMTsvomp®-Titel führen. Die korrekte Umsetzung im Unterricht überprüft der svomp mithilfe von Assessoren (External Assessors). Sie nehmen an Lektionen teil und sind bei der Prüfungsabnahme direkt vor Ort.

Was allenfalls kompliziert klingt, dient direkt dem Gütesiegel, das mit dem OMTsvomp®-Titel einhergeht. Denn der Fachtitel verpflichtet sowohl die Weiterbildungsinstitutionen als auch die Titelträger*innen, sich stets an den neuesten internationalen Erkenntnissen zu orientieren. Die Ausbildungsstätten integrieren gemäss Vorgaben der IFOMPT aktuelle Evidenz in den Unterricht. Die OMTsvomp®-Therapeut*innen sind als anerkannte Fachkräfte in der muskuloskeletalen Physiotherapie verpflichtet, den Titel alle drei Jahre durch den svomp zu reakkreditieren. Hierzu sind unter anderem fachspezifische Weiterbildungen zu besuchen, damit die wissenschaftlichen Erkenntnisse im Praxisalltag und zum Wohl der Patient*innen angewendet werden können. Mit der Zugehörigkeit zur internationalen Gemeinschaft besteht die Möglichkeit, an Schulungen, Tagungen und Kongressen mit nationalen und interna-

tionalen Referenten teilzunehmen. Sollten zukünftig in der Physiotherapie Bestrebungen in Richtung Advanced Practice Provider (APP) auch in der Schweiz Fuss fassen, könnten OMTsvomp®-Therapeut*innen prädestiniert sein, solche Rollen zu übernehmen.

Die Anmeldefrist für den Master-Studiengang Physiotherapie läuft bis Ende April 2022. Weitere Infos unter: bfh.ch/master-physiotherapie

Save the Date: IFOMPT-Konferenz 2024 in der Schweiz (4. bis 6. Juli 2024)

Die IFOMPT-Konferenz ist eine international wichtige Plattform für den Austausch und den Zugang zu wissenschaftlichen Erkenntnissen in der muskuloskeletalen Physiotherapie. Der Anlass findet alle vier Jahre statt und beinhaltet Fachreferate und Podien mit namhaften Spezialist*innen.

Im Jahr 2024 findet die IFOMPT-Konferenz erstmals in der Schweiz statt. Vom 4. bis 6. Juli 2024 treffen sich Physiotherapeut*innen der ganzen Welt in Basel, um sich im Rahmen des übergeordneten Themas «Crossing Bridges» weiterzubilden und auszutauschen. Gleichzeitig wird das 50-jährige Bestehen der IFOMPT gefeiert.

News

Abstracts Master-Thesen 2021 Physiotherapie

2021 schloss der neunte Jahrgang des Master-Studiengangs Physiotherapie der ZHAW und der BFH ab. Es war die letzte Kohorte der Kooperation zwischen der BFH und der ZHAW. Ab 2008 haben die beiden Hochschulen gemeinsam den Master-Studiengang aufgebaut und mit dem Start im Jahr 2010 einen Meilenstein in der Physiotherapie Schweiz gesetzt. 2019 starteten beide Hochschulen je einen eigenständigen Master-Studiengang Physiotherapie. Die Abstracts der Master-Thesen der Kohorte 2018–2021 sind online nachzulesen unter bfh.ch/master-physiotherapie.

Stefan Schmid wird Associate Editor von «Archives of Physiotherapy»

Dr. Stefan Schmid, stv. Leiter Forschung Physiotherapie und Leiter der Spinal Movement Biomechanics Group, ist zum Associate Editor des Open-Access-Journals «Archives of Physiotherapy» ernannt worden, wo er zusammen mit Roberto Gatti, Corrado Cescon und Carlo Frigo für den Bereich «Biomechanics and Movement Analysis» zuständig ist. Herausgeber des Journals ist BioMed Central (BMC), wobei die Open-Access-Kosten von der Società Italiana di Fisioterapia (SIF), der Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI) sowie der Associazione Italiana di Fisioterapia (AIFI) getragen werden.



Erste Master-Thesis unter dem Dach des BFH-Zentrums Health Technology

Mit «A new device to assess knee stability in loaded & unloaded condition – An exploratory cross-sectional pilot study» von Valentin Deiss ist die erste Master-Thesis unter dem Dach des BFH-Zentrums «Health Technology» entstanden. Diese untersuchte die Gütekriterien eines Prototyps, der in Zusammenarbeit zwischen dem Departement Gesundheit und dem Departement Technik und Informatik der BFH zur Erfassung der Tibiatranslation (Verschiebbarkeit von Unter- zu Oberschenkel) entwickelt worden ist. In der Thesis kann bestätigt werden, dass der Einsatz der Apparatur einen Mehrwert in der Diagnostik bringen kann.

Events

Guest Lecture zum Thema Muskelverletzungen

Die Weiterbildung Physiotherapie der BFH organisiert regelmässig kostenlose Guest Lectures mit renommierten Gastdozierenden. An der nächsten Guest Lecture geht es um das Thema Muskelverletzungen – Rehabilitation – Return to sport.

Wann: Dienstag, 22. Februar 2022, 18 bis 19 Uhr

Wo: Online-Veranstaltung

Information & Anmeldung: bfh.ch/physiotherapie-guest-lecture

Infoveranstaltungen

Bitte informieren Sie sich auf unserer Webseite, ob die Infoveranstaltung online oder vor Ort stattfindet.

Master of Science in Physiotherapie

Wann: 18. Januar und 17. März 2022, 19 bis 20 Uhr

Anmeldung: bfh.ch/master-physiotherapie

Bachelor of Science in Physiotherapie

Wann: 27. April und 14. September 2022, 16.30 bis 18.45 Uhr

Anmeldung: bfh.ch/gesundheit/bachelor

Weiterbildungen am Departement Gesundheit

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

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

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

Angebot	Datum
Interprofessionelle Angebote	
CAS Clinical Research Coordinator	September 2022
Fachkurs Basiswissen Statistik und Einführung in die Statistiksoftware R	März 2022
Fachkurs Mindfulness: Achtsamkeit als Selbstmanagementstrategie	Februar 2022
Fachkurs Motivational Interviewing	November 2022
Fachkurs Nikotinberatung und Tabakentwöhnung	Februar 2022
Fachkurs Wissenschaftliches Arbeiten, reflektierte Praxis am Departement Gesundheit	März 2022
Kurs Einbezug durch Dialog	22.–23. September 2022
Kurs Ethische Unterstützung und spirituelle Begleitung	15. + 16. November 2022
Kurs Hoffnung vermitteln	30. November + 6. Dezember 2022
Kurs Kommunikation in herausfordernden Situationen	16.–18. November 2022
Kurs Körperbetonte Techniken der Selbstfürsorge	12. März 2022
Kurs Soul Injury® (Basiskurs) – mit seelischen Verletzungen umgehen	30. August, 6. und 7. September 2022
Kurs Stressreduktion durch Musik	19. Februar 2022
Gesundheitsökonomie, Public Health und Management im Gesundheitswesen	
CAS Changeprozesse in Gesundheitsunternehmen facilitativ begleiten	Fortlaufende Durchführung
CAS Führung und Management für Kader im Gesundheitswesen	August 2022
CAS Gesundheitsökonomie und Public Health	November 2022
CAS Qualität in der Medizin für die patientennahe Arbeitspraxis	Februar 2022
Fachkurs Digitalisierung und Transformation im Gesundheitswesen – Neu	Februar 2022
Fachkurs Facilitation – Veränderungen (mit)gestalten	November 2022
Fachkurs Konzepte und Projekte erfolgreich und nachhaltig in die Praxis implementieren	Januar 2023
Fachkurs Prozessgestaltung in Gesundheitsorganisationen mit Design Thinking – Neu	März 2022
Kurs Budgetierung und finanzielle Führung in Gesundheitsorganisationen – Neu	Februar 2023
Kurs Die eigene Gesundheit als Voraussetzung für Qualität im Gesundheitswesen	12.–14. Oktober 2022
Kurs Die Mitwirkung der Patient*innen zur Verbesserung der Patientenversorgungsqualität	21.–23. Juni 2022
Kurs Grundlagen der Unternehmens- und Betriebsführung in Gesundheitsorganisationen – Neu	März 2023
Kurs Kommunikation in herausfordernden Situationen	16.–18. November 2022
Kurs Massnahmen der Qualitätsverbesserung	29.–31. März 2022
Kurs Patientensicherheit, Beurteilung von Risiken und entsprechende (präventive) Massnahmen	18.–20. Mai 2022
Kurs Personal im Gesundheitswesen führen, fordern und fördern – Neu	Januar 2023
Kurs Qualitätsarbeit ausweisen und Qualitätsentwicklung umsetzen	16.–18. Februar 2022
Kurs Qualitätsprojekte mit «Design Thinking» erarbeiten	29., 30. Juni, 1. Juli und 8. Dezember 2022
Ernährung und Diätetik	
DAS Sporternährung im Spitzensporttraining	2023
CAS Angewandte Ernährungspsychologie	August 2022
CAS Nahrungsmittelallergien und Nahrungsmittelintoleranzen	März 2022
CAS Nutritional Assessment	August 2023
CAS Sporternährung	2023/2024
Fachkurs Praxisausbildung Gesundheit	September 2022

Angebot	Datum
Geburtshilfe	
CAS Perinatale Versorgung	Einstieg laufend möglich
CAS Still- und Laktationsberatung	September 2022
Fachkurs Diversität in der perinatalen Versorgung	März 2022
Fachkurs Ernährungslehre für Gesundheitsfachpersonen 1	Januar 2023
Fachkurs Ernährungslehre für Gesundheitsfachpersonen 2	September 2023
Fachkurs Perinatale Versorgung mit Schwerpunkt Wochenbett – Neu	August 2022
Fachkurs Nikotinberatung und Tabakentwöhnung	Februar 2022
Fachkurs Perinatale psychische Gesundheit	März 2022
Fachkurs Praxisausbildung Gesundheit	September 2022
Fachkurs Salutogenese in komplexen geburtshilflichen Situationen	Oktober 2022
Physiotherapie	
MAS Physiotherapeutische Rehabilitation	Einstieg laufend möglich
CAS Manuelle Therapie Basic	Januar 2023
CAS Manuelle Therapie Advanced	Januar 2024
CAS Manuelle Therapie der Extremitäten – Neu	voraussichtlich 2023
CAS Reha-Training	November 2022
CAS Spezialist*in Lymphologische Physiotherapie – Neu	Februar 2022
CAS Spezialist*in Neurorehabilitation – Neu	Mai 2022
CAS Spezialist*in Physiotherapie auf der Intensivstation – Neu	Juni 2022
Fachkurs Ernährungslehre für Gesundheitsfachpersonen 1	Januar 2023
Fachkurs Ernährungslehre für Gesundheitsfachpersonen 2	September 2023
Fachkurs Lymphologische Physiotherapie Basic – Neu	Februar 2022
Fachkurs Neurorehabilitation Basic	Mai 2022
Fachkurs Physiotherapie auf der Intensivstation Basic	Juni 2022
Fachkurs Physiotherapie bei Cystischer Fibrose – Neu	März 2022
Fachkurs Physiotherapie bei Kopfschmerzen und Schwindel – Neu	September 2022
Fachkurs Physiotherapie in der Palliativ-Medizin – Neu	Mai 2022
Fachkurs Physiotherapie und Mental Health – Neu	Mai 2022
Fachkurs Praxisausbildung Gesundheit	September 2022
P4P-Kurs Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)	Auf Anfrage
P4P-Kurs Arbeitsorientierte Physiotherapie	Auf Anfrage
P4P-Kurs Atemtherapie im akutstationären Setting	5. + 6. September 2022
P4P-Kurs Automobilisation – einfach und evidenzbasiert	2. + 3. September 2022
P4P-Kurs Beckenboden: vernachlässigt und vergessen?	23. Februar 2022
P4P-Kurs Craniomandibuläre Dysfunktionen	22. + 23. August 2022
P4P-Kurs Einführung in die Lungenauskultation – Neu	21. + 22. November 2022
P4P-Kurs Elektrotherapie heute – ein Update	16. November 2022
P4P-Kurs Good Practice bei chronischen Schmerzen	21. + 22. März 2022
P4P-Kurs Good Practice bei Knieverletzungen	7. + 8. November 2022
P4P-Kurs Good Practice bei Nackenschmerzen	9. + 10. Mai 2022
P4P-Kurs Good Practice bei Rückenschmerzen	1. + 2. April 2022
P4P-Kurs Good Practice bei Schulterbeschwerden: Einfach und evidenzbasiert	3.–5. November 2022
P4P-Kurs Kognitive Funktionelle Therapie	Kalenderwoche 2, 2023
P4P-Kurs Kraft Ü65 – Krafttraining mit Senior*innen	4. + 5. April 2022
P4P-Kurs Körperliches Training in der Onkologie	29. + 30. August 2022
P4P-Kurs Mentales Aufbautraining nach Sportverletzungen	11. + 12. Juli 2022
P4P-Kurs Motor imagery (Bewegungsvorstellungen) – Aus dem Sport in die Rehabilitation	24. + 25. Januar 2022; nächste Durchführung 2023
P4P-Kurs Physiotherapie bei Demenz – Neu	1. Februar 2022
P4P-Kurs Physiotherapie bei Frailty – Neu	31. Januar + 2. Februar 2022
P4P-Kurs Physiotherapie bei Post-COVID-Syndrom	voraussichtlich Herbst 2022
P4P-Kurs Physiotherapie und Schlaf	25. August 2022
P4P-Kurs Respiratorische Physiotherapie	24.–26. März 2022
P4P-Kurs Screening in der Physiotherapie	Frühjahr 2024

Angebot	Datum
P4P-Kurs Selbstmanagement bei Patient*innen mit komplexen Beschwerdebildern	Auf Anfrage
P4P-Kurs Supported Employment	Auf Anfrage
P4P-Kurs Training Lungenpatient*innen am Beispiel eines COVID-Patienten	2. Mai 2022
Integrierte Pflege: Mental Health	
MAS Integrierte Pflege: Mental Health	Einstieg möglich mit jedem anrechenbaren Fachkurs oder CAS
DAS Integrierte Pflege: Mental Health	Einstieg möglich mit jedem anrechenbaren Fachkurs oder CAS
CAS Ambulante psychiatrische Pflege	Fortlaufende Durchführung
CAS Psychiatrische Pflege	Fortlaufende Durchführung
CAS Psychosomatik	Fortlaufende Durchführung
CAS Psychosoziales Caring	Fortlaufende Durchführung
CAS Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen	Fortlaufende Durchführung
Fachkurs Adherencetherapie	Januar 2023
Fachkurs Ambulante psychiatrische Pflege	September 2022
Fachkurs Caring	August 2022
Fachkurs Kognitive Verhaltenstherapie	November 2022
Fachkurs Kunst der multimodalen Therapie	Januar 2023
Fachkurs Leben mit der Sucht	September 2022
Fachkurs Motivational Interviewing	November 2022
Fachkurs Menschen mit psychischen Störungen pflegen	Januar 2023
Fachkurs Mind & Body Care	September 2022
Fachkurs Praxisausbildung Gesundheit	September 2022
Fachkurs Psychiatrie	August 2022
Fachkurs Psychische Krisenintervention – Neu	Januar 2023
Fachkurs Psychosoziale Interventionen	November 2022
Fachkurs Somatische Krisenintervention – Neu	November 2022
Fachkurs Systemische Fortbildung in Familien- und Netzwerktherapie «Open Dialogue»	voraussichtlich im September 2023
Kurs Ethische Unterstützung und spirituelle Begleitung	15. + 16. November 2022
Kurs Hoffnung vermitteln	30. November + 6. Dezember 2022
Kurs Körperbetonte Techniken der Selbstfürsorge – Neu	12. März 2022
Kurs Stressreduktion durch Musik – Neu	19. Februar 2022
Integrierte Pflege: Somatic Health	
MAS Integrierte Pflege: Somatic Health	Einstieg möglich mit jedem anrechenbaren Fachkurs oder CAS
DAS Integrierte Pflege: Somatic Health	Einstieg möglich mit jedem anrechenbaren Fachkurs oder CAS
DAS APN Primary Care	September 2022
CAS Akut- und Notfallsituationen	November 2022
CAS Clinical Assessment und Decision Making	Studienstart jeweils mit dem Fachkurs Clinical Assessment
CAS Clinical Research Coordinator	September 2022
CAS Interprofessionelle spezialisierte Palliative Care	Januar 2022
CAS Opfer von Gewalt erkennen und unterstützen	November 2022
Fachkurs Clinical Assessment	Der Fachkurs startet viermal jährlich.
Fachkurs Clinical Decision Making	September 2022
Fachkurs Ernährungslehre für Gesundheitsfachpersonen 1	Januar 2023
Fachkurs Ernährungslehre für Gesundheitsfachpersonen 2	September 2023
Fachkurs Mindfulness: Achtsamkeit als Selbstmanagementstrategie	Februar 2022
Fachkurs Opfer von Gewalt erkennen	November 2022
Fachkurs Opfer von Gewalt unterstützen	Februar 2023
Fachkurs Praxisausbildung Gesundheit	September 2022
Fachkurs Psychische Krisenintervention	Januar 2023
Fachkurs Sedation	Oktober 2022
Fachkurs Somatische Krisenintervention	November 2022
Kurs Pharmakologie	Der Kurs startet zweimal jährlich: Nächste Durchführungen im August 2022 und im Januar 2023.

Berner Fachhochschule

Gesundheit
Murtenstrasse 10
3008 Bern

Telefon +41 31 848 35 00

gesundheit@bfh.ch
bfh.ch/gesundheit