

# frequenz

Das Magazin des Departements Gesundheit

September 2020



## Gesundheitsökonomie

### Fokus

#### Gesundheitsökonomie

Fragen zur Ressourcenverteilung sowie zur Nachfrage, Produktion und Finanzierung von Gesundheitsleistungen beschäftigen das Schweizer Gesundheitswesen. Hier kommt die Gesundheitsökonomie ins Spiel. ▶ 6



#### Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik

Das 2019 gegründete Institut erarbeitet gesundheitsökonomische Evidenz für Entscheidungstragende im Gesundheitswesen. ▶ 11



#### Stärken, fördern, beraten und vernetzen

Im Rahmen ihrer Advanced-Practice-Rolle sollen Hebammen künftig eine wichtige Versorgungslücke im Bereich perinataler psychischer Erkrankungen schliessen. ▶ 25



Berner  
Fachhochschule

### Departement Gesundheit

- 04 1000 Tage auf der Reise
- 05 News und Events

### Fokus Gesundheitsökonomie

- 07 (Gesundheits-)Ökonomie als Wissenschaft: technisch, ästhetisch und entscheidungsrelevant
- 11 Entscheidungsrelevante Evidenz für eine qualitativ hochwertige und effiziente Gesundheitsversorgung
- 13 Ambulante Kaiserschnitte in Zweisimmen: ein innovatives Versorgungsmodell
- 15 Adipositas – Krankheit, Kostenträgerin, Arbeitgeberin
- 17 APN in der Grundversorgung: offene Fragen der Vergütung
- 19 Gesundheitsökonomische Evaluationen im Master-Studium Physiotherapie

### Ernährung und Diätetik

- 22 Wer misst, was es bringt? Ernährungsberatung bei Magen-Darm-Beschwerden
- 24 News und Events

### Geburtshilfe

- 25 Advanced Practice Midwifery im Bereich perinatale psychische Gesundheit
- 28 News und Events

### Pflege

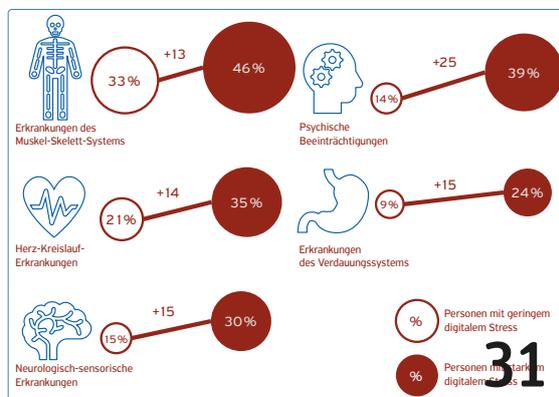
- 29 Wenn digitale Technologien belasten, statt entlasten
- 32 News und Events

### Physiotherapie

- 33 Agilität in der Weiterbildung
- 36 News und Events

### Weiterbildungsangebot

- 37 Weiterbildungen an der Fachhochschule





Prof. Dr. Urs Brügger  
Direktor Departement Gesundheit

### Liebe Leserin, lieber Leser

Zahlen, Tabellen, Kurven – daran denken viele, wenn sie dem Begriff der Ökonomie begegnen. Dabei durchzieht ökonomisches Handeln, mal kalkuliert, ein anderes Mal eher unbewusst, unser aller Alltag. Soll ich heute im Restaurant essen oder zuhause? Make ich Sport oder treffe ich mich mit Freunden? Unsere Ressourcen – beispielsweise Zeit oder Geld – sind nicht unendlich. Wir müssen uns also entscheiden, wie wir diese Ressourcen einsetzen, um den bestmöglichen Nutzen zu erzielen. Nichts anderes macht die Gesundheitsökonomie: Sie beschäftigt sich mit der Verwendung von Ressourcen im Gesundheitswesen, das in der Schweiz auf den Prinzipien der Offenheit und Solidarität beruht. Dabei wendet sie Theorien und Methoden der Ökonomie auf das Gesundheitswesen an. Das schweizerische Gesundheitswesen ist indes bekannt für seine Qualität – aber gleichzeitig auch für seine hohen Kosten. Umso gefragter sind die Instrumente der Gesundheitsökonomie.

Das Departement Gesundheit hat die Relevanz der Gesundheitsökonomie für die Entwicklung des Schweizer Gesundheitswesens erkannt und als Thema verankert. In dieser «frequenz»-Ausgabe zeigen wir Ihnen, wie das Departement mit gesundheitsökonomischer Evidenz zur Entwicklung des Schweizer Gesundheitswesens beiträgt. Sie erfahren, wie gesundheitsökonomische Aspekte in unseren Forschungsprojekten oder in der Aus- und Weiterbildung zum Tragen kommen und auch, welche Rolle die Gesundheitsökonomie bei der Professionalisierung unserer Gesundheitsberufe einnimmt.

Ich wünsche Ihnen eine gewinnbringende Lektüre.

Bleiben Sie weiterhin gesund.



INSTITUTIONELL AKKREDITIERT NACH  
HFKG 2017–2024

**EFQM** Member  
Shares what works.

#### Impressum

**Herausgeberin:** Berner Fachhochschule BFH,  
Departement Gesundheit  
**Erscheinungsweise:** 3-mal jährlich  
**Auflage:** 7 000 Ex.  
**Redaktion:** Bettina Nägeli  
**Fotos:** Yoshiko Kusano, Alexandra Berger, Adobe  
Stock und weitere

**Layout:** BFH Gesundheit, Alexandra Berger  
**Lektorat:** Barbara Suter Ammann  
**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](http://bfh.ch/gesundheit/frequenz)

# 1000 Tage auf der Reise



Prof. Dr. Urs Brügger  
Direktor Departement Gesundheit  
urs.bruegger@bfh.ch

Organisationen sind dynamisch und geprägt von den Menschen, die in ihnen wirken. Entsprechend komplex ist die Aufgabe ihrer Weiterentwicklung. Am 26. September 2020 wird Urs Brügger seit exakt 1000 Tagen das Amt des Direktors des Departements Gesundheit innehaben. Er blickt zurück auf seine bisherige Reise an der Berner Fachhochschule.

Es war Anfang 2017, als mir das Stelleninserat vom Bildschirm entgegenprangte: «Direktor/-in Departement Gesundheit der Berner Fachhochschule BFH». Ich erinnere mich an die Argumente, die ich gedanklich aneinanderreihete: «In der Bundeshauptstadt sind viele relevante Akteure im Gesundheitswesen angesiedelt. Bern ist ein bedeutender Medizinalstandort – dank des grössten Universitätsspitals der Schweiz, der Universität Bern, wo Medizin studiert und an Innovationen geforscht wird, und wegen führender Unternehmen im Bereich der Medizinaltechnik.» Ein förderliches Umfeld, in dem das Departement Gesundheit (damals Fachbereich) der Berner Fachhochschule BFH nicht-ärztliche und aufstrebende Gesundheitsfachpersonen ausbildet. Nach 14 Jahren als Leiter des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) erhielt ich die Möglichkeit für den persönlichen «Change»: das ab 1. Januar 2018 eigenständige Departement Gesundheit der BFH zu leiten.

## Komplexitäten der Organisationsentwicklung

«Weiterentwicklung des Departements Gesundheit» lautete der Auftrag des Schulrats kurz nach meinem Stellenantritt – und er war komplex. Aktuelle Ansätze zur Entwicklung von Organisationen rekurren nicht selten auf den Philosophen Ken Wilber (2001), der Entwicklung gemeinhin als «holonistisch» definiert. So betrachtet bildet das Departement Gesundheit eine Einheit, die in die BFH und weitere grössere Einheiten, etwa das Gesundheitssystem, eingebettet ist. Gleichzeitig durchziehen verschiedene kleinere Organisationseinheiten wie die Fachbereiche Ernährung und Diätetik, Geburtshilfe, Pflege oder Physiotherapie das Departement. Jede der besagten Einheiten hat Ziele, Aufgaben und Zuständigkeiten – in Anlehnung oder Abgrenzung zu anderen Einheiten. Als solche ist jede Einheit dynamisch und entfaltet sich in Spannungsfeldern.

## Quantitative und qualitative Weiterentwicklung

Innerhalb von fast 1000 Tagen konnten wir das Departement Gesundheit quantitativ und qualitativ

weiterentwickeln: Seit 2019 bieten wir dank des neuen Master-Studiengangs Ernährung und Diätetik vier Master-Studiengänge an; in einer internen Kooperation, die darauf abzielt, hochqualifizierte Gesundheitsfachpersonen auszubilden, die beispielsweise Advanced-Practice-Rollen übernehmen können. Auf Bachelor-Ebene kam das Projekt «Curriculum 2020» zum Abschluss: Die Studierenden starten in Kürze ins interprofessionell ausgerichtete Bachelor-Studium. Die Forschungsabteilungen wurden personell gestärkt und haben richtungsweisende Projekte akquiriert. Eine Herzensangelegenheit war mir auch die Gründung des Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik, das seit gut einem Jahr unser Portfolio erweitert.

## Vertrauen als zentraler Wert

«Wir sind gut unterwegs» kann man sagen hinsichtlich des Ziels, das Departement Gesundheit nicht nur als Ausbildungsstätte für Gesundheitsberufe, sondern als kompetenten Akteur für Fragen der Gesundheitsversorgung und des -systems zu positionieren. Für Organisationen ist jedoch bezeichnend, dass sie von miteinander interagierenden Menschen, deren Fähigkeiten, Fertigkeiten, Persönlichkeiten und Erfahrungen mitgestaltet werden. Die menschliche Komponente prägte die Weiterentwicklung des Departements stark und wird das auch weiterhin. Ein bisschen ist es wie bei einer langen Reise: Die Vision ist da – die Reise dorthin mal ruhig, mal eher holprig. Einige bleiben von Beginn an Wegbegleitende, andere steigen auf der Reise aus, wieder andere zu. Vertrauen ist ein Wert, den ich in der Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden oder mit Partnerinnen und Partnern aus Praxis, Wirtschaft und Forschung grossschreibe. Auf ihn setze ich, wenn wir die bislang gesetzten Akzente zur Weiterentwicklung des Departements Gesundheit nachhaltig verankern.

## Literatur:

- Wilber, K. (2001). A Theory of Everything. An Integral Vision of Business, Politics, Science, and Spirituality. Boston, MA: Shambhala Publications.



## News

### Aktionen im «Year of the Nurse and the Midwife»

Die BFH Gesundheit hat für das WHO-Jahr der Pflegefachpersonen und Hebammen eigens die Webseite [bfh.ch/jahr-der-pflege-und-hebammen](http://bfh.ch/jahr-der-pflege-und-hebammen) eingerichtet. Mit monatlichen Beiträgen würdigen wir in Zusammenarbeit mit unseren Studierenden, mit einem Slam-Poeten und mit unseren Praxispartnerinnen und -partnern die beiden Berufsgruppen.

## Events

### Tagung: Vision Gesundheitsversorgung im Kanton Bern

Das Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik organisiert seine erste Tagung: Sie dreht sich um die «Vision Gesundheitsversorgung im Kanton Bern». Pierre Alain Schnegg, Regierungspräsident und Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektor des Kantons Bern, Reto Egloff, CEO KPT Krankenkasse AG, und Prof. Dr. med. Nicolas Rodondi, Direktor Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), diskutieren über die künftige Ausrichtung des Gesundheitssystems im Kanton Bern.

**Wann:** 9. September 2020, 16.00 bis 18.00 Uhr

**Wo:** Kongresszentrum Kreuz, Bern

**Informationen & Anmeldung:** [bfh.ch/gesundheit](http://bfh.ch/gesundheit)

### Fokus Gesundheit: Digital Health

Künstliche Intelligenz ermöglicht hochgenaue Diagnosen, mit Apps lässt sich der Blutdruck messen, die Organpendekarte ist elektronisch abrufbar und Roboter erobern die Gesundheitsversorgung. Digital Health hat viele Gesichter; birgt Chancen, wirft aber auch Fragen

auf. Michael Früh, CFO F&P Robotics, hält ein Inputreferat zu «Robotik in der Pflege» und Dr. Friederike J.S. Thilo, Leiterin Innovationsfeld Technologie und Gesundheit BFH, setzt sich mit der Frage «Was lässt sich (nicht) an Maschinen delegieren?» auseinander. Darauf folgt eine Podiumsdiskussion mit Prof. Dr. Reinhard Riedl, Leiter des Zentrums Digital Society BFH, und Prof. Michael Lehmann, Studiengangsleiter MAS Digital Health BFH.

**Wann:** 22. September 2020, 17.30 bis 19.00 Uhr

**Wo:** Schwarztorstrasse 48, Bern

**Informationen & Anmeldung:** [bfh.ch/gesundheit](http://bfh.ch/gesundheit)

### Akademie-Praxis-Partnerschaft: Forschung im interdisziplinären Umfeld

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

**Wann:** 29. Oktober 2020, 17.30 bis 19.15 Uhr

**Wo:** Murtenstrasse 10, Bern

**Informationen & Anmeldung:** [bfh.ch/gesundheit](http://bfh.ch/gesundheit)

### Fokus Gesundheit: Florence Nightingale und Louyse Bourgeois im Dialog

Zwei Pionierinnen revolutionierten im 16. und 19. Jahrhundert die Pflege und den Hebammenberuf. Am «Fokus Gesundheit» erfahren Sie, wie die beiden aussergewöhnlichen Gäste ihre Professionen prägten. Lassen Sie sich überraschen!

**Wann:** 19. November 2020, 17.30 bis 19.00 Uhr

**Wo:** Schwarztorstrasse 48, Bern

**Informationen & Anmeldung:** [bfh.ch/gesundheit](http://bfh.ch/gesundheit)

# Fokus Gesundheitsökonomie



Qualitativ hochwertig, allen zugänglich und finanzierbar – dadurch soll sich das Schweizer Gesundheitswesen auszeichnen. Gesundheitsökonomische Instrumente und Evidenz tragen dazu bei, dass Gesundheitsleistungen gerecht, effizient und am richtigen Ort eingesetzt werden. Deshalb befassen wir uns am Departement Gesundheit in Forschung, Lehre und Weiterbildung auch mit ökonomischen Aspekten der Gesundheitsversorgung.

# (Gesundheits-)Ökonomie als Wissenschaft: technisch, ästhetisch und entscheidungsrelevant



**Prof. Dr. Urs Brügger** (li) ist Direktor des Departements Gesundheit der Berner Fachhochschule BFH. Vor 30 Jahren kam er erstmals in Berührung mit der Gesundheitsökonomie – seither ist er davon fasziniert. Bevor er 2018 seine Stelle in Bern antrat, leitete er das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie.

**Prof. Dr. Mark Pletscher** (re) hat sich der Gesundheitsökonomie verschrieben – nach Stationen am Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie und bei Roche leitet er heute das Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik an der BFH.

Die Gesundheitsökonomie befasst sich mit der Verwendung von Ressourcen im Gesundheitswesen und der Nachfrage, Produktion und Finanzierung von Gesundheitsleistungen. Urs Brügger und Mark Pletscher geben einen Einblick in die Disziplin und erläutern die Bedeutung gesundheitsökonomischer Instrumente für die Bewältigung der Herausforderungen im Gesundheitswesen.

Interview:  
Bettina Nägeli  
Kommunikation  
bettina.naegeli@bfh.ch

## Urs Brügger, warum wurden Sie Gesundheitsökonom?

Urs Brügger: Das war eher Zufall als Kalkül. Ich war damals Hilfsassistent an der Universität St. Gallen HSG. Der Assistent, der mir gegenüber sass, arbeitete bei einer Forschungs- und Beratungsfirma im Gesundheitsbereich und holte mich dazu. Die Materie der Gesundheitsökonomie, das Gesundheitssystem, ist hochkomplex. Das fasziniert mich bis heute. Es ist wie ein Objekt, das dauernd neue Fragen stellt. Zu keinem Zeitpunkt kann man je sagen: 'Jetzt habe ich das Gesundheitssystem vollständig durchschaut, alle Fragen sind beantwortet und ich kann mit dem Thema aufhören.'

## I: Was macht für Sie die Gesundheitsökonomie als Wissenschaft aus, Mark Pletscher?

Mark Pletscher: Die Ökonomie befasst sich mit der Wohlfahrt in der gesamten Gesellschaft. Sie ist daran beteiligt, gesellschaftliche Probleme zu lösen – manch-

mal auch auf unorthodoxe Art und Weise. Ökonomie als Wissenschaft ist technisch, ästhetisch und entscheidungsrelevant. Das Gesundheitssystem ist ein offensichtlicher Kandidat für die Lösung der gesellschaftlichen Probleme. Die Anwendung der Ökonomie auf das Gesundheitswesen ist extrem schön und wichtig. Ich finde: An jedem Tag, an dem ich arbeite, tue ich etwas Wichtiges.

## I: Die Gesundheit ist ein hohes Gut – neben vielen anderen Gütern – die Ressourcen aber sind begrenzt. Wie begegnen Sie diesem Dilemma?

M. P.: Leider wird die Diskussion, wie viel man sich von was leisten möchte, in der Schweiz zu wenig explizit geführt. Was soll stärker gewichtet werden: Bildung oder Sicherheit? Wirtschaft oder Gesundheit? Lebensqualität oder Lebenslänge? Es ist eine Kernkompetenz der Ökonomie, Abwägungen zwischen verschiedenen Gütern unter Berücksichtigung der Ressourcenbeschränkungen vorzunehmen.



Urs Brügger sagt: «Auch wenn ich ein Freilos hätte, wäre es nicht einfach, das ideale Gesundheitswesen zu konstruieren.»

U. B.: In der Schweiz sind wir in der privilegierten Lage, dass praktisch alle krankenversichert sind und Zugang zum Gesundheitssystem haben. Der Staat hat es sich zu seiner Aufgabe gemacht, dass er die Gesundheitsversorgung zum grössten Teil für alle sicherstellt

#### CAS Gesundheitsökonomie und Public Health

Dieser CAS-Studiengang hat zum Ziel, gesundheitsökonomisches Wissen zu vermitteln, das Verständnis für die komplexen Zusammenhänge des Gesundheitssystems zu verbessern sowie das Spannungsfeld zwischen qualitativ guter medizinischer Versorgung und ökonomischen Rahmenbedingungen aufzuzeigen.

Sie erlangen fundierte Grundlagen über das Schweizer Gesundheitssystem und lernen, wie dieses organisiert, reguliert und finanziert ist. Ausserdem eröffnet der CAS-Studiengang andere relevante Perspektiven auf das Gesundheitssystem in Themen wie Gesundheitspolitik, Recht, Ethik oder Public Health.

**Nächster Start:** November 2020

**Anmeldeschluss:** 24. September 2020

**Weitere Informationen finden Sie unter:**

[bfh.ch/de/weiterbildung/cas/gesundheitsoekonomie-public-health](https://bfh.ch/de/weiterbildung/cas/gesundheitsoekonomie-public-health)

– unabhängig von den ökonomischen Möglichkeiten des Einzelnen. Trotzdem gibt es Knappheiten und es stellt sich die Frage: Wo entzieht man die Ressourcen, die man ins Gesundheitswesen investiert?

**I: Dem Schweizer Gesundheitswesen wird attestiert, ein gutes aber auch ein sehr teures zu sein. Welches sind die grössten Kostentreiber?**

U. B.: Studien zeigen, dass reichere Staaten mehr Geld als ärmere für ihr Gesundheitssystem ausgeben. In der Schweiz machen Gesundheitskosten rund 12 Prozent des BIP aus, in ärmeren vielleicht 2 bis 3 Prozent. Gesundheitskosten sind also gekoppelt an das Einkommen, aber auch an den technologischen Fortschritt und die demografische Entwicklung. In der Schweiz verfolgen wir das Ziel, der ganzen Bevölkerung eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zukommen zu lassen – logisch kostet das. Aber unser System neigt auch dazu, dass in gewissen Bereichen zu viel angeboten und zu viel konsumiert wird. Diese Tendenz zur Überversorgung zeigt sich etwa bei fragwürdigen Untersuchungen oder überflüssigen Operationen. Das schadet letztlich den Patientinnen, Patienten und es bindet Personal, welches woanders besser eingesetzt werden könnte.

M. P.: Ein weiteres Problem ist, dass zwar häufig zusätzliche Mittel in neue Therapien investiert werden, aber bestehende Angebote zu wenig überprüft und allenfalls gestrichen werden. Hinzu kommen zwei Arten von Ineffizienzen: Einerseits werden Gelder oft nicht dort eingesetzt, wo der grösste Gesundheitsnutzen zu erwarten wäre. Andererseits gibt es viele Doppelspurigkeiten durch Mehrfachbehandlungen und eine mangelhafte Koordination.

**I: Welches sind in Ihren Augen geeignete Lösungsansätze?**

M. P.: Im Bereich der ambulanten Leistungen von Ärztinnen und Ärzten ist das Vergütungssystem zu überdenken. Behandlungen sollen gleichzeitig qualitativ hochwertig und wirtschaftlich sein – und auf fachlichen Argumenten beruhen statt auf finanziellen Anreizen.

U. B.: Eine Reform muss immer unter Berücksichtigung der politischen Werthaltung vorstattengehen. In der Schweiz hat man sich dafür entschieden, dass man ein staatlich reguliertes Gesundheitssystem mit Wettbewerbselementen will. Ziel ist eine gute Versorgung für alle, die finanzierbar ist. Die integrierte Versorgung muss gestärkt werden mit einer Koordination über den gesamten Behandlungspfad hinweg sowie integrierten Finanzierungs- und Vergütungsmodellen. Aber auch, wenn ich ein Freilos hätte und das ideale Gesundheitswesen bauen könnte, wäre es nicht so einfach, da es immer Zielkonflikte gibt.

**I: Inwiefern kann die Gesundheitsökonomie zu nachhaltigen Lösungen beitragen?**

M. P.: Ökonomen und Ökonomen überlegen sich immer, wie mit den verfügbaren Ressourcen der maximale Nutzen herausgeholt werden kann. Solche Fragen stellen sich, das haben wir erläutert, gerade im Gesundheitswesen dringend. Die Gesundheitsökonomie liefert zur Beantwortung solcher Fragen wissenschaftliche Grundlagen. Wir forschen und beraten. Wir erarbeiten empirische Evidenz und damit Grundlagen für politische, wirtschaftliche und medizinische Entscheidungen im Schweizer Gesundheitswesen. Wir beraten unsere Auftraggebenden, indem wir ihnen Lösungen aufzeigen, welche ihren Interessen dienen aber auch der ganzen Gesellschaft nützen.

**I: Wie beurteilen Sie die aktuelle Stellung der Gesundheitsökonomie beim Mitwirken in Entscheidungsprozessen?**

M. P.: Die Beteiligung von gesundheitsökonomischen Expertinnen und Experten an Entscheidungsprozessen hat noch Potenzial. Bislang wurde in der Schweiz die Gesundheitsökonomie als Wissenschaft nicht systematisch einbezogen. Das liegt daran, dass Entscheidungen häufig dezentral unter Einbezug aller Anspruchsgruppen getroffen werden und Entscheidungsprozesse wenig strukturiert und standardisiert ablaufen. Dort müssen Gesundheitsökonominnen und -ökonomen aktiver werden, Verantwortung übernehmen und direkt auf die Entscheidungstragenden zugehen.

**I: Wie arbeiten Gesundheitsökonominnen und -ökonomen?**

M. P.: Gesundheitsökonominnen und -ökonomen arbeiten grundsätzlich quantitativ empirisch und befassen sich mit den Kosten und Nutzen von Therapien, dem Verhalten von Gesundheitsfachpersonen und Patientinnen,



«Die Anwendung der Ökonomie auf das Gesundheitswesen ist schön und wichtig», findet Mark Pletscher.

zu Beginn war ich an der Entwicklung eines Leistungserfassungsinstrumentes für die Pflege beteiligt und habe so erfahren, was Pflegendes überhaupt machen. So bin ich in eine ganz neue Welt eingetaucht und habe nach und nach ein Verständnis dafür entwickelt.

## «Eine Reform muss immer unter Berücksichtigung der politischen Werthaltung vonstattengehen.»

Urs Brügger

Patienten sowie der Organisation des Gesundheitssystems. Unser Leistungsangebot umfasst empirische Gesundheitsökonomie, Management im Gesundheitswesen und Health Technology Assessment (siehe S. 11).

U. B.: Gesundheitsökonomische Forschung macht Spass. Über die Jahre habe ich auch viel über die praktische Seite der Gesundheitsversorgung gelernt. Ganz

M. P.: Als angewandter Gesundheitsökonom kann ich nicht einfach im Kämmerchen bleiben. Ich muss verstehen, was in unserem Forschungsfeld konkret abläuft, wie die Leute arbeiten und wie es den Patientinnen, Patienten geht.

**I: Wie ist es denn umgekehrt – inwiefern ist die ökonomische Perspektive am Departement Gesundheit in der Lehre verankert?**

U. B.: Die ökonomische Perspektive fließt einerseits in die interprofessionellen Module der Bachelor-Studiengänge ein. Andererseits bietet der Master-Studiengang Physiotherapie seit Längerem ein Modul «Gesundheitsökonomie» an. Heute ist es ein Wahlmodul für alle Master-Studierenden. In der Weiterbildung bieten wir den CAS Gesundheitsökonomie und Public Health an – gerade hier möchten wir das Angebot künftig ausbauen.

**I: Welche Rolle spielt die Gesundheitsökonomie im Prozess der Professionalisierung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe?**

M. P.: Für unsere nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe ist es eine grosse Chance, dass sie gesundheitsökonomische Aspekte bereits im Zuge des Professionalisierungsprozesses aufnehmen. So werden sie später gerüstet sein für Situationen, in denen scharfe Ressourcendiskussionen geführt werden. Die Medizin hat eine Jahrtausende alte Tradition – und dann kamen in den 1980ern plötzlich diese Ökonominnen und Ökonomen und mischten sich ins Gesundheitswesen ein. Dies führte damals wie heute zu Widerstand. Wichtig ist die gesundheitsökonomische Perspektive auch für die neuen Advanced-Practice-Rollen: Je autonomer die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe über die Leistungserbringung entscheiden können, desto eher sind sie auch finanziellen Anreizen ausgesetzt, unterliegen Regulierungen und werden in Diskussionen über Ressourcen involviert. Deshalb ist es extrem wichtig, dass



Eine zentrale Frage der Gesundheitsökonomie ist, wie mit den verfügbaren Ressourcen der maximale Nutzen erreicht werden kann.

hoffentlich reduziert sein, unsere Berufe haben sich weiter professionalisiert und auch in Advanced-Practice-Rollen etabliert und die integrierte Versorgung ist gestärkt.

---

**«Die Beteiligung von gesundheitsökonomischen Expertinnen und Experten an Entscheidungsprozessen hat noch Potenzial. Gesundheitsökonominnen und -ökonomen müssen aktiver werden, Verantwortung übernehmen und direkt auf die Entscheidungstragenden zugehen.»**

---

Mark Pletscher

die Gesundheitsökonomie in der Ausbildung und auch in der Forschung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe zum Tragen kommt.

**I: Eine letzte Frage: Wie sieht das Gesundheitswesen in zehn Jahren aus? Formulieren Sie die Antwort als Prognose oder Hoffnung.**

U. B.: Angesichts dessen, dass die Veränderungen im Gesundheitssystem langsam vorstättgehen, wage ich zu prognostizieren: Zu 80–90 % wird es nicht anders aussehen als heute. Gewisse Ineffizienzen werden

M. P.: Meine Hoffnung ist, dass sich die Segregation zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen künftig noch mehr auflösen wird, so dass die Gesundheitsberufe als Gegengewicht zu künftigen Regulierungen ein starkes Kollektiv bilden können. Wenn wir in zehn Jahren immer noch sagen können, wir hätten ein gutes, aber teures Gesundheitssystem, dann haben wir vieles richtig gemacht.

# Entscheidungsrelevante Evidenz für eine qualitativ hochwertige und effiziente Gesundheitsversorgung



Prof. Dr. Mark Pletscher  
Leiter Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik  
mark.pletscher@bfh.ch



Prof. Dr. Tobias Müller  
Dozent  
tobias.mueller@bfh.ch



Prof. Dr. Lukas Schönenberger  
Dozent  
lukas.schoenenberger@bfh.ch

Gesundheitsökonomische Evidenz trägt dazu bei, dass das Gesundheitswesen seine Kernaufgabe – eine hochwertige und effiziente Versorgung der Patientinnen und Patienten – erbringen kann. Das Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik der Berner Fachhochschule Gesundheit, gegründet 2019, betreibt gesundheitsökonomische Forschung, die für die Gesundheitsberufe genauso wie für Entscheidungstragende relevant ist.

Das Schweizer Gesundheitswesen ist eines der besten, aber auch teuersten der Welt. Seit Einführung des Krankenversicherungsgesetzes im Jahr 1996 haben sich die Gesundheitskosten mehr als verdoppelt und betragen im Jahr 2017 bereits 12,4 % des Bruttoinlandsprodukts. Vor dem Hintergrund der steigenden Kosten werden Fragen der effizienten Nutzung der verfügbaren Ressourcen immer wichtiger.

Die Gesundheitsökonomie leistet einen wichtigen Beitrag zu einem optimalen Ressourceneinsatz im Gesundheitswesen: Sie untersucht Kosten und Nutzen medizinischer Interventionen, Effizienzsteigerungspotenziale in der Leistungserbringung und die Wirkung institutioneller Rahmenbedingungen auf das Verhalten von Leistungserbringenden und Patientinnen, Patienten. Die Gesundheitsökonomie ist eine interdisziplinäre Wissenschaft, welche Elemente der Gesundheitswissenschaften mit der Volks- und Betriebswirtschaftslehre verbindet; wichtige Denkansätze und Methoden der Ökonomie werden auf das Gesundheitswesen angewandt.

## Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik

Die Verbindung von Ökonomie und Gesundheitswissenschaften birgt für die Gesundheitsberufe grosse

Chancen. So ist es bei Fragen der Vergütung und der Ressourcenverteilung unabdingbar, dass Gesundheitsfachpersonen die Wirkung ihrer Tätigkeit über die klinischen Ergebnisse hinaus empirisch belegen können. Gleichzeitig wird die Wirkung von materiellen und immateriellen Anreizen auf das Verhalten von Gesundheitsfachpersonen verstärkt, wenn die Gesundheitsberufe grössere Entscheidungsbefugnisse erhalten. Ausserdem stellt gesundheitsökonomische Evidenz eine wichtige Grundlage für die Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe dar; etwa bezüglich ihrer Auswirkungen auf die Versorgungsqualität oder die Wirtschaftlichkeit. Diesen Themen widmet sich das 2019 gegründete Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik am Departement Gesundheit der Berner Fachhochschule BFH. Ziel ist es, in den Bereichen Health Technology Assessment, empirische Gesundheitsökonomie sowie Management im Gesundheitswesen entscheidungsrelevante quantitative Evidenz zu aktuellen Fragen im Schweizer Gesundheitswesen zu generieren.

## Health Technology Assessment

Health Technology Assessments sind umfassende Evaluationen von Gesundheitsinterventionen. Sie berücksichtigen neben der Wirksamkeit einer Intervention auch ihre

Kosten, den Nutzen für die Patientinnen, Patienten und die Hürden für ihre Implementierung. Dank Einbezug der genannten Aspekte kann beurteilt werden, ob eine neue Therapie genügend zusätzlichen Patientennutzen bringt, um eine Verschiebung der Ressourcen anderer Verwendungszwecke zur neuen Therapie zu rechtfertigen.

Health Technology Assessments sind deshalb wichtige Grundlagen für Entscheidungen zur Zulassung, Implementierung und Vergütung von Gesundheitsinterventionen. Gerade die Gesundheitsberufe können mit Health Technology Assessments die Kosten und den Nutzen ihrer Leistungen evaluieren und diese Evidenz in die Diskussion über den sinnvollen Ressourceneinsatz im Gesundheitswesen einbringen.

Das Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik entwickelt für diesen Zweck Kosten-Wirksamkeits- und Kostenfolgenmodelle, führt Netzwerk-Meta-Analysen durch und berechnet Behandlungs- und Krankheitskosten. Aktuell arbeitet das Institut an einer Kosten-Wirksamkeitsanalyse eines Medikaments zur Behandlung einer seltenen Krankheit und an einer Netzwerk-Meta-Analyse von Brustkrebstherapien.

### **Empirische Gesundheitsökonomie**

Die empirische Gesundheitsökonomie befasst sich mit dem Entscheidungsverhalten von Gesundheitsfachpersonen und Patientinnen, Patienten. Bezeichnend für das Gesundheitswesen sind zwei grundlegende Informationsprobleme: Einerseits bestehen sogenannte Informationsasymmetrien zwischen Gesundheitsfachpersonen als Expertinnen, Experten und ihren weniger gut informierten Patientinnen, Patienten; andererseits können die Patientinnen, Patienten die Behandlungsqualität von Leistungserbringenden nicht direkt beobachten. Informationsasymmetrien können zu einem Problem werden, wenn das Einkommen der Fachpersonen vom Umfang der erbrachten Leistungen abhängt und somit Anreize zu einer verschwenderischen oder sogar medizinisch schädlichen Überversorgung entstehen. Fehlende Beobachtbarkeit der Behandlungsqualität ist ungünstig, weil der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringenden nicht zu besserer Behandlungsqualität führt, wenn die Patientinnen und Patienten nicht zwischen guter und schlechter Qualität unterscheiden können.

In der Vergangenheit hat sich die Forschung stark auf das Verhalten und die Behandlungsqualität von Ärztinnen, Ärzten konzentriert, da diese traditionellerweise über die Leistungserbringung entschieden haben. Mit der Stärkung der Rolle von Gesundheitsberufen und der steigenden Autonomie müssen in Zukunft aber auch die Wirkungen von monetären und nicht-monetären Anreizen auf das Verhalten von Pflegefachpersonen, Physiotherapeutinnen, Ernährungsberatern und Hebammen ebenso wie der Einfluss der Behandlungsqualität auf die Nachfrage untersucht werden.

An unserem Institut analysieren wir aktuell das Entscheidungsverhalten von Ärztinnen, Ärzten in Feldexperimenten und anhand von Real-World-Daten, wie beispielsweise Krankenkassendaten oder Spitalstatistiken. Zudem planen wir Projekte zur Schätzung des Einflusses von Qualitätsindikatoren auf Entscheidungen von Patientinnen, Patienten im stationären Bereich.

---

Die Gesundheitsökonomie leistet einen wichtigen Beitrag zu einem optimalen Ressourceneinsatz im Gesundheitswesen: Sie untersucht Kosten und Nutzen medizinischer Interventionen, Effizienzsteigerungspotenziale in der Leistungserbringung und die Wirkung institutioneller Rahmenbedingungen auf das Verhalten von Leistungserbringenden und Patientinnen, Patienten.

---

### **Management im Gesundheitswesen**

Organisationen im Gesundheitswesen agieren in einem sich stetig verändernden komplexen System, in welchem viele Elemente miteinander interagieren. Gesundheitsorganisationen sind deshalb täglich mit dynamisch-komplexen strategischen und operativen Fragestellungen konfrontiert, welche jedoch sehr gut mit einem systemwissenschaftlichen Ansatz beantwortet werden können. Die Systemwissenschaft versucht, die Struktur von Systemen zu analysieren, um deren Verhalten zu beschreiben und die zukünftige Entwicklung zu modellieren. Die World Health Organization (WHO) hat systemisches Denken auch als Kernkompetenz im Bereich «Health Systems Strengthening» definiert.

Die sich verändernde Rolle der Gesundheitsberufe hat auch wichtige Implikationen für die Organisation der Leistungserbringung innerhalb der Betriebe und im Gesundheitswesen allgemein. Eine systemische Betrachtung der Folgen von neuen Rollen und Kompetenzen ist eine wesentliche Voraussetzung, um die Erfolgchancen von Anpassungen der klinischen Praxis zu steigern und die Rahmenbedingungen für neue Rollen der Gesundheitsberufe zu verbessern.

Gegenwärtig führt das Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik innerhalb des Nationalen Forschungsprogramms 74 «Smarter Health Care» eine Studie zur Nutzung von Simulationsmodellen für die Evaluation von neuen Modellen zur Versorgung von chronisch erkrankten Menschen in der Schweiz durch. Darüber hinaus arbeitet das Institut zusammen mit Projektbeteiligten aus angewandter Forschung, Beratung und Notfallmedizin an einem von Innosuisse geförderten Projekt zur Entwicklung von Entlastungsstrategien für die Schweizer Notfallversorgung. Anhand eines virtuellen Zwillinges des Universitären Notfallzentrums des Inselspitals Bern und mittels eines systemdynamischen Modells wird in diesem Projekt auch die Notfallversorgung im Kanton Bern evaluiert.

Das Institut für Gesundheitsökonomie vereint Kompetenzen aus verschiedenen Bereichen der Gesundheitsökonomie und verfolgt die Strategie, quantitative Evidenz zur Unterstützung von Entscheidungstragenden im Schweizer Gesundheitswesen zu generieren. Dabei achten wir auf die Verwendung aktueller empirischer Methoden und treiben den Einsatz von Feldexperimenten, Simulationsmodellen und maschinellem Lernen in der Gesundheitsökonomie konsequent voran.

# Ambulante Kaiserschnitte in Zweisimmen: ein innovatives Versorgungsmodell



Luisa Eggenschwiler  
Wissenschaftliche Mitarbeiterin  
Geburtshilfe  
luisa.eggenschwiler@bfh.ch



Prof. Dr. Urs Brügger  
Direktor Departement Gesundheit  
urs.bruegger@bfh.ch



Prof. Dr. Eva Cignacco Müller  
Co-Leiterin Fachbereich Geburtshilfe  
eva.cignacco@bfh.ch

Die Spital Simmental-Thun-Saaneland (STS) AG und das Geburtshaus Maternité Alpine haben ein weitsichtiges Versorgungsmodell entwickelt, das eine lokale Versorgungslücke schliessen soll. Die Berner Fachhochschule Gesundheit evaluiert das Pilotprojekt – auch mit Blick auf gesundheitsökonomische Aspekte.

Im April 2015 wurde die geburtshilfliche Abteilung des Spitals Zweisimmen nach Vorgabe des Kantons aus Kostengründen geschlossen. Seither steht schwangeren Frauen aus Zweisimmen und der nahen Umgebung in der Region Simmental-Saaneland keine unmittelbare geburtshilfliche Grundversorgung mehr zur Verfügung. Hierfür müssen sie den Weg ins Spital Thun auf sich nehmen, was im Sommer eine einstündige Autofahrt bedeutet und im Winter bei schlechten Wetterverhältnissen ein grosses Hindernis darstellen und sich nachteilig auf das Sicherheitsgefühl der Frauen auswirken kann. Auf Eigeninitiative verschiedener Anspruchsgruppen der Region wurde eine Genossenschaft mit gemeinnützigem Selbsthilfedanken gegründet, woraus schliesslich das Geburtshaus Maternité Alpine in Zweisimmen entstand. Die Maternité Alpine konnte per Januar 2017 ihren Betrieb aufnehmen und die geburtshilfliche Grundversorgung für Schwangere, Gebärende, Wöchnerinnen und Neugeborene der Region Simmental-Saaneland lokal gewährleisten. Seit Eröffnung der Maternité Alpine bis Ende Juni 2020 haben 181 Frauen mit unkomplizierten Schwangerschaften im Geburtshaus geboren und 103 Familien nach einer Geburt in den Spitälern Thun oder Frutigen das Wochenbett im Geburtshaus verbracht. Die erfolgreiche und vielversprechende Betriebsaufnahme

der Maternité Alpine veranlasste die Anspruchsgruppen, auch für Frauen mit einem normalen Schwangerschaftsverlauf und geplantem Kaiserschnitt (etwa aufgrund einer Beckenendlage) eine integrierte geburtshilfliche Versorgung in Zweisimmen anzubieten. So trat am 1. Juli 2019 eine Vereinbarung zwischen der Maternité Alpine und der Spital Simmental-Thun-Saaneland (STS) AG in Kraft. Diese ermöglicht die Durchführung eines ambulanten Kaiserschnitts in den Operationsräumen des Spitals Zweisimmen mit anschliessender Verlegung der Frauen in das Wochenbett der Maternité Alpine. Die Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion (GSI) des Kantons Bern genehmigte das innovative Versorgungsmodell im Rahmen eines Pilotprojekts während der Zeitspanne von Juli 2019 bis Juni 2021. Die Projektverantwortung obliegt der Maternité Alpine zusammen mit der Spital STS AG. Ein Konzept regelt den Behandlungsverlauf und die Zuständigkeiten aller involvierten Fachpersonen.

## Evaluationsforschung

Die GSI hat der Forschungsabteilung Geburtshilfe der Berner Fachhochschule BFH das Mandat für die Evaluation dieses Pilotprojekts übergeben. Die Evaluation (Eggenschwiler et al., 2020) soll eine Entscheidungs-

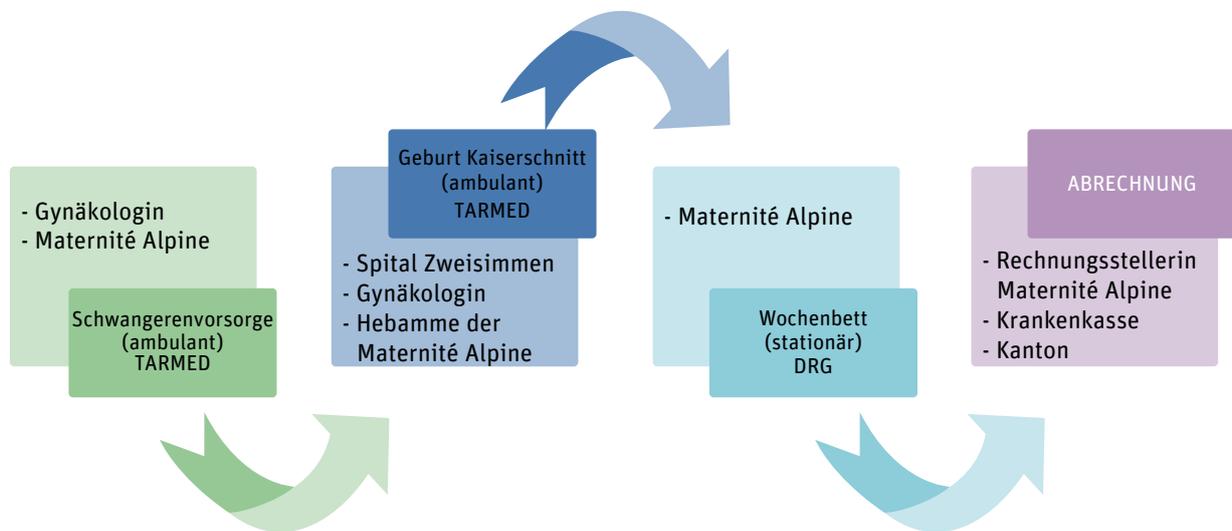


Abbildung 1: Betreuungskontinuum der Frau: Betreuungssetting, Abrechnungsstandard und Kostenträger (eigene Darstellung).

grundlage für die kantonale geburtshilfliche Versorgungsplanung in der Region Simmental-Saanenland bilden.

Für die **Prozessevaluation** stehen folgende Aspekte im Vordergrund:

- die Einhaltung des festgelegten Behandlungsprozesses
- die Einhaltung der verschriftlichten Betreuungsstandards
- der Umgang mit Risiken (Versorgungssicherheit)
- die lückenlose Risikoaufklärung der Eltern

Für die **Ergebnisevaluation** sind folgende Punkte von Belang:

- die Gewährleistung der integrierten perinatalen Versorgung in der Region Simmental-Saanenland
- der gesundheitsökonomische Aspekt, sprich mit dem Modell verbundene Kosten aus einer gesamtgesellschaftlichen Perspektive, aufgeteilt auf verschiedene Finanzierende (Kanton, Krankenkasse, Versicherte)
- die Zufriedenheit der Frauen
- die Zufriedenheit des involvierten Fachpersonals

Das Projektteam arbeitet mit einem Mehrmethodenansatz: Qualitative Daten werden mittels semistrukturierter Interviews erhoben und die Analyse findet gemäss dem qualitativ-thematischen Ansatz von Braun und Clarke (2006) statt. Die quantitativen Daten werden mittels Dokumentenanalyse erhoben und anschliessend mit der Statistiksoftware R untersucht (R Core Team, 2013).

### Kostenvergleichsanalyse

Im Zuge der Ergebnisevaluation werden, wie oben erwähnt, die gesundheitsökonomischen Aspekte, genauer die Kosten, untersucht. In der Kostenvergleichsanalyse werden die direkten medizinischen Kosten der verschiedenen Betreuungsformen verglichen (Drummond et al., 2015). Als Referenzmodell (Standard of Care) wird ein geplanter Kaiserschnitt im Spital Thun mit Wochenbett im Spital Thun verwendet. Eine Alternative dazu ist, das

Wochenbett in der Maternité Alpine anstatt in Thun zu verbringen. Eine dritte Betreuungsform gibt es nun im Rahmen des Pilotprojekts, wobei der Kaiserschnitt ambulant durchgeführt und die Frau für das Wochenbett in die Maternité Alpine verlegt wird. Das Besondere an der dritten Betreuungsform ist, dass der Kaiserschnitt in einem Spital ohne geburtshilflichen Leistungsauftrag durchgeführt wird. Die gesamten Mehr- oder Minderkosten, welche bei der Durchführung der geplanten Kaiserschnitte in diesem neuen Versorgungsmodell entstehen, werden im Vergleich zum Referenz- und Alternativmodell unter Verwendung von Tarifen (etwa DRG, TARMED) und Musterrechnungen bestimmt. Zudem wird berechnet, wie die Aufteilung der gesamten Kosten (= gesellschaftliche Perspektive) auf die verschiedenen Finanzierenden (Krankenkasse, Kanton und Versicherte) in den drei Modellen ausfällt.

Dieses neue Versorgungsmodell soll Frauen aus der Region Simmental-Saanenland auch bei Bedarf eines geplanten Kaiserschnitts eine wohnortsnahe perinatale Betreuung gewährleisten. Seit Beginn des Pilotprojekts im Juli 2019 bis heute konnten 10 Frauen vom Angebot profitieren. Die finalen Resultate der Modellevaluation werden im August 2021 vorliegen.

### Literatur:

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp0630a
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes* (4th and revised ed.). Oxford, United Kingdom; New York, NY, USA: Oxford University Press.
- Eggenschwiler, L., Brügger, U., & Cignacco, E. (2020). Evaluationskonzept – Wissenschaftliche Begleitung für das Pilotprojekt «Geplante ambulante Sectiones im Spital Zweisimmen». Unveröffentlichtes Dokument. Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule. Bern.
- R Core Team. (2013). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing.

# Adipositas – Krankheit, Kostenträgerin, Arbeitgeberin



**Prof. Dr. med. David Fäh** hat am Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich dissertiert und habilitiert. Er ist Dozent in verschiedenen Studienprogrammen auf Bachelor- und Master-Ebene und forscht zu Themen in den Bereichen Non-Communicable Diseases, Public Health und Prävention.

Fettleibigkeit, genannt Adipositas, ist in westlichen Industrieländern stark verbreitet. Die Krankheit belastet die Gesundheit der Betroffenen erheblich. Sie verursacht aber auch enorme volkswirtschaftliche Kosten und ist gleichzeitig ein lohnendes Geschäft.

Interview:  
Bettina Nägeli  
Kommunikation  
bettina.naegeli@bfn.ch

David Fäh, gemäss Bundesamt für Gesundheit ist jede zehnte Person in der Schweiz adipös. Innerhalb von 25 Jahren hat sich der Anteil adipöser Menschen verdoppelt. Welche Erklärungen gibt es dafür?

David Fäh: Diese Daten werden mittels der schweizerischen Gesundheitsbefragung erhoben. Die Teilnehmenden werden nach ihrer Grösse und ihrem Gewicht befragt; es wird jedoch nicht gemessen. Dadurch wird die effektive Verbreitung von Adipositas unterschätzt – man kann also von höheren Werten ausgehen. Die ständige Verfügbarkeit von Lebensmitteln hat einen grossen Einfluss auf das Vorkommen von Adipositas. Zudem konsumiert die Bevölkerung zunehmend stark verarbeitete Produkte und isst häufig auswärts. Für Konsumentinnen, Konsumenten wird es ausserdem immer schwieriger, wirklich gesunde Produkte von nur scheinbar gesunden zu unterscheiden. Psychische Probleme und Stress beeinflussen das Essverhalten ebenfalls negativ. Aber auch soziale Aspekte, wie das Bildungsniveau, sind Einflussfaktoren. Ein tiefes

Bildungsniveau erhöht das Adipositas-Risiko um das Vierfache. All diese Aspekte, kombiniert mit zu wenig Bewegung, führen zu einem Ungleichgewicht bei der täglichen Kalorienzufuhr.

Adipositas hat nicht nur gesundheitliche, sondern auch gesundheitsökonomische Folgen. Wie hängen Adipositas und Gesundheitsökonomie zusammen?

Wir unterscheiden zwischen direkten und indirekten Kosten. Die direkten Kosten resultieren aus der Behandlung von Adipositas und den Folgekrankheiten. Indirekte Kosten sind auf Effizienzverluste bei der Arbeit, Arbeitsausfall oder gar vorzeitigem Tod zurückzuführen. Indirekt verursacht auch die Tatsache enorme Kosten, dass von Adipositas Betroffene aufgrund von Chancenungleichheit nicht das Level an Bildung und beruflicher Entfaltung erreichen, das sie mit Normalgewicht erreichen würden. Dies zeigt eine Studie aus Schweden.

**Konkret: Wie viel kostet Adipositas das schweizerische Gesundheitssystem?**

Eine Studie von Schneider und Venetz (2014) bezifferte die gesamten direkten und indirekten Kosten von Übergewichts- und adipositasbedingten Erkrankungen im Jahr 2012 auf rund 8 Mrd. Franken. Diese Zahl ist aber mit Vorsicht zu geniessen. Denn Adipositas generiert auch Arbeitsplätze und stellt eine lukrative Einnahmequelle dar – die Diätindustrie beispielsweise ist ein bedeutender Markt. Letztlich profitieren auch im Gesundheitswesen Tätige, inklusive der Ernährungsberatung, von Adipositas und den Folgekrankheiten. Man könnte sogar verleitet werden anzunehmen, unsere Gesellschaft habe nur wenig Interesse daran, Adipositas entgegenzuwirken.

**Inwiefern sensibilisieren Sie die Studierenden im Bachelor-Studiengang Ernährung und Diätetik an der Berner Fachhochschule BFH für die Zusammenhänge zwischen Krankheiten und ihren gesundheitsökonomischen Folgen?**

Ich unterrichte im Bereich Gesundheitspolitik und Public Health. Dort sind gerade die strukturellen Ansätze ein wichtiges Thema, wobei ich die Studierenden dafür sensibilisiere, dass strukturelle Massnahmen am nachhaltigsten wirken. Es gibt auch Schnittstellen zur Ökonomie, etwa bei Fragen zur Besteuerung. Behandelt werden auch die Epidemiologie von Krankheiten und ihre Folgen für die Gesellschaft, zum Beispiel sozioökonomische Ungleichheit.

---

**«Die direkten Kosten resultieren aus der Behandlung von Adipositas und ihren Folgekrankheiten. Indirekte Kosten sind auf Effizienzverluste bei der Arbeit, Arbeitsausfall oder gar vorzeitigen Tod zurückzuführen.»**

David Fäh

---

**Wo muss angesetzt werden, um die Verbreitung von Adipositas zu verlangsamen und die damit verbundenen Kosten zu senken?**

Aus meiner Sicht sind strukturelle, regulatorische Massnahmen unumgänglich. Die Lebensmittelherstellenden müssen bei der Rezeptur oder bei der Produktvermarktung eingeschränkt werden. Sinnvoll wäre eine kontinuierliche Senkung des Zuckergehalts, etwa bei Softgetränken. Aber auch im Bereich der gebauten Umwelt haben wir Potenzial: Grünflächen, Gehsteige, Fahrradwege, Gebäudearchitektur – all dies kann dazu einladen, sich vermehrt zu bewegen und auch hierzu braucht es gesetzliche Vorgaben auf nationaler Ebene. Schliesslich muss auch die Stigmatisierung aufhören und damit der Vorwurf, Adipöse seien faul und aus eigenem Verschulden erkrankt.

**Sie sind Präventivmediziner – welchen Anteil kann die Prävention hier leisten, und die Ernährungsberatung?**

Die Ernährungsberaterinnen und -berater können leider meist nur noch Sekundär- oder Tertiär-Prävention leisten. Unsere Berufsgruppe kommt in der sekundären Prävention zum Zuge, wenn die Leute bereits übergewichtig sind. Sie betreuen die Betroffenen bei der schwierigen Aufgabe der Gewichtsreduktion oder im Rahmen einer Magenverkleinerung. Zur tertiären Prävention im Bereich stark Betroffener mit Folgeerkrankungen gehört die Anleitung zu einem besseren Lebensstil, um einen Herzinfarkt oder Hirnschlag zu verhindern.

# APN in der Grundversorgung: offene Fragen der Vergütung



Prof. Dr. Maya Zumstein-Shaha  
Dozentin und stv. Leiterin Master-  
Studiengang Pflege  
maya.zumsteinshaha@bfh.ch

Chronische Krankheiten sind aufgrund von demografischen Veränderungen in der Schweiz stark verbreitet. Personen mit einer chronischen Krankheit bedürfen einer umfassenden Betreuung – etwa durch Advanced Practice Nurses. Allerdings beschränken offene Fragen, vor allem rechtlicher Natur, die Vergütung der von Advanced Practice Nurses erbrachten Leistungen.

Chronische Krankheiten haben bei den über 65-jährigen Personen in der Schweiz eine Prävalenz von 55–89 % und sind für etwa zwei Drittel aller Todesfälle verantwortlich. Fast 80 % der Gesundheitskosten sind chronischen Krankheiten wie Diabetes mellitus oder Herzgefässerkrankungen zuzuschreiben (Moreau-Gruet, 2013). Chronische Krankheiten verursachen lebenslang und oft gleichzeitig mehrere Gesundheitsprobleme in unterschiedlicher Intensität (Raspe, 2011). Neben der medizinischen Behandlung müssen Betroffene in der Umsetzung der Strategien zu Selbstmanagement, Gesundheitsförderung und Prävention unterstützt werden (Prados-Torres et al., 2014).

## APN: gefragt, aber kaum gesetzlich geregelt

Daher etabliert sich in der Schweiz, beispielsweise in der Grundversorgung, zunehmend die Rolle der Advanced Practice Nurse (APN) (Sailer Schramm et al., 2019; Steinbrüchel-Boesch et al., 2017). APN können in ihrem Fachgebiet eigenständig komplexe Situationen von Patientinnen und Patienten betreuen. Sie erfassen die Gesamtsituation einer Person, stützen deren Selbstmanagement, sind in der Prävention tätig und berücksichtigen gesundheitsfördernde Aspekte. Dadurch gibt es weniger notfallmässige Arztkonsultationen oder Hospitalisationen und die Kommunikation sowie Koordination unter Fachpersonen wird erleichtert (Barnes et al., 2018; Naylor & Kurtzman, 2010). Die Rolle der APN in der Schweiz ist noch jung und entsprechend fehlen gesetzliche Grundlagen als Voraussetzung für Abrechnung und Vergütung der von APN erbrachten Leistungen.

## Bestehendes Recht

Seit 1. Januar 2020 reglementiert das Gesundheitsberufegesetz (GesBG) schweizweit die Ausbildung und die Kompetenzen der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe, beispielsweise der Pflege. Pflegefachpersonen erhal-

ten die «Bewilligung für die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung», sofern sie die anerkannte Ausbildung beendet und mindestens zwei Jahre Berufspraxis erworben haben (Art. 12). Art. 24 des Schweizer Krankenversicherungsgesetzes (KVG) definiert die anerkannten Leistungserbringenden und deren zu vergütenden Leistungen. Art. 25–31 beschreiben die zu vergütenden Leistungen, die den Anforderungen an Wirksamkeit oder Wirtschaftlichkeit (Art. 32–34) genügen müssen.

Die zu vergütenden Pflegeleistungen sind in Art. 25a definiert als «Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden». Der Bundesrat legt die Höhe der Beiträge für Pflegeleistungen fest und regelt das Verfahren der Pflegebedarfsermittlung. Pflegeleistungen werden in der Schweiz von der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) vergütet, vorausgesetzt es liegt eine ärztliche Anordnung vor, wie in Art. 8 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) definiert. Gemäss Art. 8, Abs. 1 der KLV können Pflegefachpersonen gemeinsam mit Betroffenen oder deren Angehörigen den Pflegebedarf erheben. Das Ergebnis muss den zuständigen ärztlichen Fachpersonen direkt weitergeleitet werden. Art. 8, Abs. 2, Bst. b hält fest, dass ärztliche Fachpersonen die Aufträge erteilen müssen, sofern die Bedarfsabklärung die Notwendigkeit für ärztlich-medizinische Behandlungen ergibt.

Die Bedarfsermittlung ist im gleichen Art. 8, Abs. 3–5 geregelt (KLV). Diese Abklärung umfasst eine Einschätzung der Gesamtsituation einer erkrankten Person sowie deren Umfeld. Für die Bestimmung des Bedarfs sollen evidenzbasierte Instrumente gemäss Art. 59a, Abs. 1, Bst. f des KVG verwendet werden. Weiter hält die KLV Pflichtleistungen der Pflege fest, die in der Spitex und in Pflegeheimen erbracht werden und die im Rahmen der

OKP vergütet werden müssen (Art. 7, Abs. 2, Bst. a KLV). In der Praxis wird demnach für eine Pflegeleistung ein durch den Bundesrat bestimmter fixer Betrag durch die OKP vergütet. Dazu kommt ein limitierter Beitrag seitens der Betroffenen sowie eine Restfinanzierung durch die öffentliche Hand, also die Kantone (infrass, 2018). Pflegeleistungen, die im Rahmen der Akut- oder Übergangspflege erbracht werden, fallen unter den Bereich der Fallpauschalen. In jedem Fall sind ärztliche Anordnungen unumgänglich.

### Neue Wege?

Gemäss Schweizer Recht können Leistungen von Pflegefachpersonen vergütet werden, jedoch ausschliesslich aufgrund einer ärztlichen Anordnung. Die

- Bundesgesetz zu den nicht-medizinischen Gesundheitsberufen (Gesundheitsberufegesetz; GesBG), 811.21. (2016).
- Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), 832.10. (1994).
- Bundesverordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV), 832.112.31. (1995).
- Gysin, S., Sottas, B., Odermatt, M., & Essig, S. (2019). Advanced practice nurses and «general practitioners» first experiences with introducing the advanced practice nurse role to Swiss primary care. *BMC Fam Pract*, 20(1), 163. doi:10.1186/s12875-019-1055-z
- infrass. (2018). Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Zürich, Glarus: [https://www.infrass.ch/media/filer\\_public/87/20/87205dea-bf36-40c3-a381-728067e975fd/evaluation\\_der\\_neuordnung\\_der\\_pflegefiananzierung\\_schlussbericht.pdf](https://www.infrass.ch/media/filer_public/87/20/87205dea-bf36-40c3-a381-728067e975fd/evaluation_der_neuordnung_der_pflegefiananzierung_schlussbericht.pdf)
- LOI 800.01 modifiant la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique, 800.01. (2017).
- Moreau-Gruet, F. (2013). Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren. Neuchâtel: [https://www.obsan.admin.ch/de/publikatio-](https://www.obsan.admin.ch/de/publikation/multimorbiditat-bei-personen-ab-50-jahren)

---

**APN können in ihrem Fachgebiet eigenständig komplexe Situationen von Patientinnen und Patienten betreuen. Sie erfassen die Gesamtsituation einer Person, stützen deren Selbstmanagement, sind in der Prävention tätig und berücksichtigen gesundheitsfördernde Aspekte. [...] Es braucht neue Wege, um ihre Leistungen angemessen zu vergüten.**

---

Vergütung gestaltet sich je nach Versorgungsbereich unterschiedlich. Diagnosestellung und Behandlungsplanung müssen von ärztlichen Fachpersonen durchgeführt werden, allenfalls mit Delegation an Pflegefachpersonen. Entsprechend schränkt die gesetzliche Grundlage die Vergütung von APN in der Grundversorgung ein und es braucht neue Wege. Im ambulanten Bereich entfällt die Vergütung von Pflegeleistungen nicht nur auf die OKP. Auch die Betroffenen sowie der Kanton sind eingebunden. Da der Kanton also bereits an dieser Vergütung beteiligt ist, könnte der Schritt zu dessen stärkeren Engagement eine mögliche Lösung sein. Der Kanton Uri beispielsweise engagiert sich mit einem höheren Beitrag (Gysin et al., 2019). Die gesetzliche Grundlage für APN des Kantons Waadt aus dem Jahr 2017 erlaubt, dass diese Fachpersonen medizinische Diagnosen stellen, medizinische Tätigkeiten ausüben sowie Medikamente verordnen, überprüfen und Anpassungen der Medikation vornehmen können. Im Rahmen der Kostendämpfung im Gesundheitswesen hat der Bundesrat auch die Idee des Experimentierartikels zur Diskussion gestellt. Mit Hilfe dieses Artikels sollen innovative Ideen projektbasiert umgesetzt und evaluiert werden. Auch eine verstärkte Zusammenarbeit mit der Standesorganisation der ärztlichen Fachpersonen (FMH) könnte Wege aufzeigen.

- nen/multimorbiditat-bei-personen-ab-50-jahren
- Naylor, M. D., & Kurtzman, E. T. (2010). The role of nurse practitioners in reinventing primary care. *Health Aff (Millwood)*, 29(5), 893-899. doi:10.1377/hlthaff.2010.0440
- Prados-Torres, A., Calderon-Larranaga, A., Hancoco-Saavedra, J., Poblador-Plou, B., & van den Akker, M. (2014). Multimorbidity patterns. *J Clin Epidemiol*, 67(3), 254-266. doi:10.1016/j.jclinepi.2013.09.021
- Raspe, H. (2011). [Chronic diseases. Definition and basic concept]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 54(1), 4-8. doi:10.1007/s00103-010-1180-2
- Sailer Schramm, M., Brüngger, B., Wyss, C., Röhrlisberger, A., Kläy, M., Triaca, et al. (2019). Tandembetreuung mit Vorteilen für alle Beteiligten. *Prim Hosp Care Allg Inn Med*, 19(2), 52-56. doi:<https://doi.org/10.4414/phc-d.2019.10021>
- Steinbrüchel-Bösch, C., Rosemann, T., & Spirig, R. (2017). Swiss «general practitioners» view of new models of collaboration involving Advanced Practice Nurses. *Praxis (Bern 1994)*, 106(9), 459-464. doi:<https://doi.org/10.1024/1661-8157/a002658>

### Literatur:

- Barnes, H., Richards, M. R., McHugh, M. D., & Martsof, G. (2018). Rural and nonrural primary care physician practices increasingly rely on nurse practitioners. *Health Aff (Millwood)*, 37(6), 908-914. doi:10.1377/hlthaff.2017.1158

# Gesundheitsökonomische Evaluationen im Master-Studium Physiotherapie



Irène König  
Co-Leiterin Bachelor-Studiengang  
Physiotherapie  
irene.koenig@bfh.ch



Nathanael Lutz  
Dozent  
Physiotherapie  
nathanael.lutz@bfh.ch



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

Gesundheitsökonomisches Wissen unterstützt Physiotherapeutinnen und -therapeuten darin, Behandlungen und deren Kosten-Effektivität (i.e. Effizienz) einzuschätzen. Im Master-Studium Physiotherapie eignen sich die Studierenden die Methodik zur Durchführung gesundheitsökonomischer Evaluationen und die kritische Einschätzung solcher Studien an.

Leistungen im Gesundheitswesen werden von den Krankenkassen zurückerstattet, wenn diese «wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich» sind (Art. 32 KVG). Während die Wirksamkeit typischerweise mittels klinischer Studien evaluiert wird, beurteilen gesundheitsökonomische Evaluationen (GÖE) die Wirtschaftlichkeit. GÖE können Entscheidungstragende bei der Allokation der Ressourcen unterstützen. Die Module «Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie» und «Gesundheitsökonomische Evaluationen von Interventionen» sind bewährte Bestandteile im Master-Studium Physiotherapie. Damit Physiotherapeutinnen und -therapeuten effiziente Behandlungsstrategien identifizieren können, ist ein Verständnis des Gesundheitssystems sowie der Interessen der massgeblichen Akteurinnen, Akteure wichtig. Zudem erlangen Studierende die Kompetenz, Resultate von GÖE kritisch zu interpretieren. Im Rahmen von Master-Thesen führen Studierende selber GÖE durch.

Eine Zusammenarbeit mit Kolleginnen, Kollegen der Vrije Universiteit Brussel und der Universität Antwerpen resultierte bereits in mehreren Publikationen. Diese Erfahrungen aus der eigenen Forschung fliessen laufend in die Lehre ein. Dadurch lernen Studierende die Inhalte nicht nur anhand von Lehrbüchern, sondern auch mittels «real-life-examples».

## Krankheitskosten-Analysen (KKA)

Der Überbegriff «GÖE» fasst verschiedene Studientypen zusammen (Taeymans & Pfeiffer, 2017; Schöffski & Graf, 2012). Eine Krankheitskosten-Analyse (KKA) analysiert ausschliesslich die Kosten einer Krankheit. Solche Studien beschreiben demnach die ökonomische Last einer Krankheit für die Bevölkerung. Eine KKA untersuchte die Kosten von 59 prämenopausalen, übergewichtigen, aber sonst gesunden Frauen in Flandern. Aus der gesellschaftlichen Perspektive analysiert, rapportierten die Teilnehmerinnen im Durchschnitt Kosten von 2 240 € über drei Monate. Die Studie zeigte, dass Arbeitsausfälle (Absentismus) bei dieser Population einen wichtigen Kostentreiber darstellen (Hens et al., 2018). Im Rahmen einer Master-Thesis wurde eine prävalenzbasierte KKA bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Gesundheitsproblemen nach einem Schlaganfall im Raum Basel durchgeführt (Taeymans et al., 2020). Aus der gesellschaftlichen Perspektive betrachtet, generierten die 21 Patientinnen und Patienten im Durchschnitt Kosten von 25 360 CHF während drei Monaten. Eine weitere KKA befasste sich mit 37 Frauen mit Belastungsinkontinenz im Kanton Bern. Die durchschnittlichen Kosten betragen 2 256 CHF über eine Periode von 16 Wochen (Koenig et al., 2020). Die

KKA zeigten, dass Übergewicht, Schlaganfall und Belastungsinkontinenz die Volkswirtschaft belasten und darum Präventionsmassnahmen sowie klinische Behandlungskonzepte wichtig sind. Das Fehlen von validierten Fragebögen kann das Messen der Kosten bei KKA erschweren. Eine weitere Master-Thesis hat darum einen Fragebogen validiert, in dem die ermittelten direkten medizinischen Kosten von Belastungsinkontinenz mit den tatsächlichen Kosten (Daten von Krankenkassen) verglichen wurden (ICC = 0.79) (Mötteli et al., 2020).

### Kosten-Effektivitäts-Analysen (KEA)

Bei Kosten-Effektivitäts-Analysen (KEA) wird die Differenz der Kosten und der Effekte von mindestens zwei Alternativen gleichzeitig ins Verhältnis zueinander gesetzt. Dieses Verhältnis beschreibt die zusätzlichen Kosten pro zusätzlichen Effekt (Drummond et al., 2015). In Zusammenarbeit mit der Universität Antwerpen untersuchte eine randomisierte Studie, ob eine Kombinationstherapie (körperliches Training und Diät) verglichen mit

#### Literatur:

- Drummond, M., Sculpher, M., Glaxton, K., Stoddart, G., & Torrance, G. (2015). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes* (4th ed.). Oxford: OXFORD University Press
- Hens, W., Vissers, D., Annemans, L., Gielen, J., van Gaal, L., & Taeymans, J. (2017). Cost-Effectiveness Analysis of Exercise in Addition to Diet on the Reduction of Ectopic Fat in Women with Overweight – Study Protocol for a Randomised Controlled Trial. *physioscience*. 13, 80-87.
- Hens, W., Vissers, D., Annemans, L., Gielen, J., Van Gaal, L., Taeymans, J., & Verhaeghe, N. (2018). Health-related costs in a sample of premenopausal non-diabetic overweight or obese females in Antwerp region: a cost-of-illness analysis. *Arch Public Health*, 76(42).
- Koenig, I., Moetteli, C., Luginbuehl, H., Radlinger, L., Kuhn, A., & Taeymans, J. (2020). Health status, comorbidities and cost-of-illness in females with stress urinary incontinence living in the Canton of Bern. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 150-152, 73-79.
- Lutz, N., Clarys, P., Koenig, I., Deliens, T., Taeymans, J., & Verhaeghe, N. (2020). Health economic evaluations of interventions to increase physical activity and decrease sedentary behavior at the workplace: a systematic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 46(2), 127-142.

## Damit Physiotherapeutinnen und -therapeuten effiziente Behandlungsstrategien identifizieren können, ist ein Verständnis des Gesundheitssystems sowie der Interessen der massgeblichen Akteurinnen, Akteure wichtig.

einer Standardtherapie (Diät) kosteneffektiv ist, um ektopische Fetteinlagerung bei Frauen mit Übergewicht zu reduzieren (Hens et al., 2017). Die Effekte (ektopische Fetteinlagerung) wurden durch bildgebende Verfahren ermittelt und die Kosten anhand von Tagebüchern erfasst. Das berechnete inkrementelle Kosteneffektivitäts-Verhältnis gibt darüber Auskunft, ob die zusätzlichen Effekte die zusätzlichen Kosten rechtfertigen. Ein anderes Beispiel einer KEA ist die GÖE einer vom Arbeitgebenden gesponserten Grippe-Impfkampagne. Die Studie wies nach, dass durch diese Intervention Kosten gespart werden können. Werden nämlich nicht nur direkte medizinische Kosten, sondern auch Produktivitätsverluste (etwa Arbeitsausfälle) berücksichtigt, ist die Intervention dominant, also günstiger und effektiver im Vergleich zu keiner Prävention (Lutz et al., 2020). Auch bei GÖE braucht es Übersichtsarbeiten, um sich ein umfassendes Bild der Evidenz zu machen. Da ökonomische Aspekte von der Struktur des Gesundheitssystems sowie von nationalen Richtlinien abhängen, erfordert eine Synthese von GÖE besondere Methoden. Um die Resultate mehrerer Studien vergleichen zu können, müssen beispielsweise Kosten für Inflation und Währung korrigiert, in einheitliche Kostenkategorien unterteilt und mit gleichen Methoden neu berechnet werden (Lutz et al., 2020; Lutz et al., 2019). Da Übersichtsarbeiten eine häufige Form von Master-Thesen darstellen, können die Erfahrungen im Kontext solcher Forschungsprojekte laufend in die Lehre integriert werden.

- Lutz, N., Deliens, T., Clarys, P., Verhaeghe, N., & Taeymans, J. (2020). Health Economic Evaluation of an Influenza Vaccination Program to Prevent Sick Leave in Employees: A Prospective Cohort Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*.
- Lutz, N., Taeymans, J., Ballmer, C., Verhaeghe, N., Clarys, P., & Deliens, T. (2019). Cost-effectiveness and cost-benefit of worksite health promotion programs in Europe: a systematic review. *European Journal of Public Health*. 29(3), 540-546.
- Mötteli, C., Koenig, I., & Taeymans, J. (2020). First assessment of a cost questionnaire for its agreement with administrative databases in females with stress urinary incontinence in Switzerland: a validation study. (Manuscript in preparation)
- Schöffski, O., & Graf VD Schulenburg, J. (2012). *Gesundheitsökonomische Evaluationen*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Taeymans, J., Luyckx, E., Rogan, S., Primani, F., & Maguire, C. (2020). The Economic Burden of Chronic Stroke-Related Disorders in the Basle Area in Switzerland - A cost-of-Illness Study. 22nd European Congress of Physical and Rehabilitation Medicine, Belgrade September 2020.
- Taeymans, J., & Pfeiffer, F. (2017). Health Economic Evaluations of Physiotherapeutic Interventions. *physioscience*. 13, 9-16.



# Wer misst, was es bringt?

## Ernährungsberatung bei Magen-Darm-Beschwerden



Eveline Zbären  
Ernährungsberaterin SVDE  
Spital Muri AG  
eveline.zbaeren@bluewin.ch

Ernährung hat einen Einfluss auf Magen-Darm-Beschwerden, davon ist jede Ernährungsberaterin, jeder Ernährungsberater überzeugt. Wie aber wird der durch die Ernährungsberatung erzielte Nutzen bei diesen Klientinnen und Klienten gemessen?

Der Kostendruck im Gesundheitswesen erhöht die Wichtigkeit von transparenten Daten. Diesem Anspruch muss auch die Ernährungsberatung nachkommen, damit die verrechneten Leistungen auch in Zukunft von der Grundversicherung getragen werden. Zusammengefasst gesagt kann die Berufsgruppe durch das Vorliegen transparenter Daten gestärkt werden. Eine Master-Thesis des Master-Studiengangs Life Sciences – Food, Nutrition and Health an der Berner Fachhochschule BFH liefert Daten darüber, wie in der Ernährungsberatung bei Personen mit Magen-Darm-Beschwerden Monitoring und Evaluation (M&E) durchgeführt werden. Dadurch kann die aktuelle Praxis der Ergebnisqualitäts-Messung beurteilt werden. Dies wiederum dient als Vorarbeit von Leitlinien für die Berufspraxis, die im Rahmen des PhD-Projekts von Prof. Sandra Jent, Dozentin im Fachbereich Ernährung und Diätetik an der BFH, entwickelt werden.

### Antworten von Fachpersonen aus 44 Ländern

Im Fokus der Thesis stehen die eingeschätzte Wichtigkeit von M&E, die Implementation von M&E sowie Ressourcen und Hindernisse in der Durchführung von M&E in der Ernährungsberatung von Personen mit Magen-Darm-Beschwerden. Zusätzlich wurden Anforderungen an ein systematisches Outcome-Assessment-Instrument erfasst. Befragt wurden gesetzlich anerkannte Ernährungsberaterinnen und -berater aus der ganzen Welt mittels einer in drei Sprachversionen verfügbaren Online-Befragung (Deutsch, Englisch, Französisch). Insgesamt wurden 740 Antworten von Fachpersonen aus 44 Ländern von allen Kontinenten in die Datenauswertung eingeschlossen.

### Monitoring und Evaluation im Beratungsalltag

Die Befragung verdeutlicht, dass M&E bei Personen mit Magen-Darm-Beschwerden als wichtig eingeschätzt

werden. Die Wichtigkeit wird mit einem Durchschnittswert (SD) von 5.6 (0.7) auf einer sechs Punkte Likert-Skala von 1–6 («völlig unwichtig» bis «sehr wichtig») eingeschätzt. Dabei konnten keine signifikanten Unterschiede ermittelt werden, die auf die Herkunft der Ernährungsberaterinnen und -berater schliessen liesse. Zusätzlich wurde die Entwicklung eines validierten Instruments für das systematische M&E bei Klienten mit Magen-Darm-Beschwerden, mit einem Durchschnittswert von 5.2 als «wichtig» bewertet.

---

Die befragten Ernährungsberaterinnen und -berater erachten Monitoring und Evaluation bei Magen-Darm-Beschwerden als sehr sinnvoll, sind aber bei der Umsetzung oftmals hilflos.

---

Die Antworten zur Frage betreffend der aktuellen Implementierung von M&E weisen eine grosse Streuung auf. Die Implementierung von M&E entsprechend einem Konzept oder Modell wird mit einem Durchschnittswert (SD) von 3.7 (1.8) auf einer sechs Punkte Likert-Skala («nie/sehr selten» bis «sehr oft/immer») angegeben. Rund 300 Personen führen M&E «häufig bis sehr häufig» entsprechend einem Konzept oder Modell durch, während über 150 Personen diese Frage mit «sehr selten bis selten» beantworteten.

Mittels der Online-Befragung wurde auch erfasst, wie M&E bei Personen mit Magen-Darm-Beschwerden

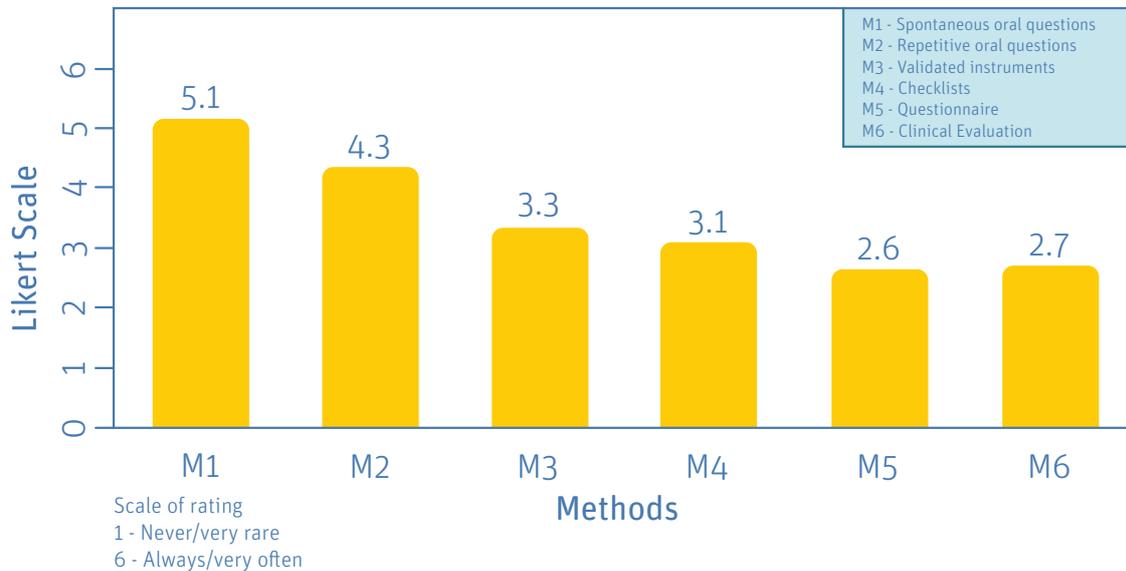


Abbildung 1: Unterschiedliche Methoden wie M&E durchgeführt wird auf einer sechs Punkte Likert-Skala (eigene Darstellung).  
(1=Nie/sehr selten; 2=Selten; 3=Eher selten; 4=Ziemlich häufig; 5=Häufig; 6=Sehr häufig/immer).

durchgeführt wird (Abbildung 1). Das «Stellen von spontanen Fragen» erweist sich mit einem Durchschnittswert (SD) von 5.1 (1.2) als die am häufigsten angewandte M&E-Methode, gefolgt vom «Stellen der immer wieder selben Frage» mit einem Durchschnittswert (SD) von 4.3 (1.5). Während validierte Instrumente (wie die Bristol Stool Chart) mit einem Durchschnittswert (SD) von 3.3 (1.9) eher selten angewandt werden.

Die befragten Ernährungsberaterinnen und -berater empfanden im Durchschnitt (SD) das «Fehlen eines geeigneten M&E-Instrumentes» 4.2 (1.5), die «fehlende Zeit» 3.9 (1.6) und «fehlendes Wissen betreffend Durchführung von M&E» 3.5 (1.4) als die grössten Hindernisse in ihrer Berufspraxis bei der Durchführung von M&E.

Die Quintessenz der Master-Thesis ist, dass die befragten Fachpersonen zwar die Wichtigkeit von M&E im Beratungsalltag erkennen, jedoch eine Hilflosigkeit bei der Umsetzung von M&E besteht. Dies deutet auf die Notwendigkeit einer geeigneten Leitlinie im Bereich der Magen-Darm-Beschwerden hin, um systematisches M&E zu ermöglichen. Übergeordnet würde eine Leitlinie dazu beitragen, dass Ernährungsberaterinnen und -berater den Einfluss von ernährungstherapeutischen Interventionen auf die Veränderungen des Gesundheitszustandes messbar machen könnten. Durch diese optimierte Messbarkeit der Leistung der Ernährungsberatung kann sich die Berufsgruppe trotz des erhöhten Kostendrucks im Gesundheitswesen auch besser behaupten.

### Therapieoptimierung durch Datensammlung

Um eine Verbesserung der Therapie zu erreichen, ist die Ergebnisforschung unerlässlich. Momentan verfolgen einige Ernährungsberaterinnen und -berater die resultierenden Ergebnisse aus eingeleiteten Interventionen von einzelnen Klientinnen und Klienten. Darin besteht aber die Problematik, dass diese Daten nicht für

eine gepoolte Ergebnisstatistik verwendet (Cant, 2008) und daher nur isoliert betrachtet werden können. Somit werden keine neuen Erkenntnisse über die messbare Wirksamkeit innerhalb einer bestimmten Population gewonnen. Kombinierte Ergebnisstatistik ist notwendig, um die Daten sinnvoll zu nutzen und eine Vergleichbarkeit auf nationaler und internationaler Ebene zu ermöglichen und dadurch die Ernährungsforschung zu fördern (Kurmann et al., 2020).

#### Literatur:

- Cant, R. (2008). What outcome measures do Australian dietitians use to evaluate nutrition education interventions with individual patients? *Nutrition & Dietetics*, 65(4), 284–291. <https://doi.org/10.1111/j.1747-0080.2008.00323.x>
- Kurmann, S., Trostler, N., Tiebe, J., Moreira, A. C., & Papoutsakis C. (2020). The importance of Outcomes Management in Dietetics: Policy paper – EFAD Professional Practice Committee – 2020. EFAD.



## News

### «Kids Cooking@Home»: Teilnehmende für Forschungsprojekt gesucht

Was bewegt Kinder dazu, gesunde Lebensmittel zu essen? Wie können Kinder animiert werden, Gerichte zu probieren, die sie nicht so gerne mögen? Ein Forschungsteam der BFH Gesundheit möchte genau dies herausfinden: Möchten Sie als Eltern von Kindern im Alter von sieben bis neun Jahren an der Studie teilnehmen? Oder kennen Sie Eltern, die mitwirken möchten? Dann freuen wir uns über Ihre E-Mail: [kidscooking.gesundheit@bfh.ch](mailto:kidscooking.gesundheit@bfh.ch)

## Events

### Info-Event Master-Studiengänge Gesundheit

Erfahren Sie, welche Perspektiven und Chancen Ihnen unsere vier Master-Studiengänge Ernährung und Diätetik, Geburtshilfe, Pflege sowie Physiotherapie für Ihre weitere Karriere bieten.

**Wann:** 9. November 2020, 17.00 bis 18.30 Uhr

**Wo:** Schwarztorstrasse 48, Bern

**Informationen & Anmeldung:** demnächst unter [bfh.ch/gesundheit](http://bfh.ch/gesundheit)

### Infoveranstaltungen

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

### Bachelor of Science in Ernährung und Diätetik

**Wann:** 21. Oktober und 2. Dezember 2020, 16.00 bis 18.45 Uhr

**Anmeldung:** [bfh.ch/gesundheit/bachelor](http://bfh.ch/gesundheit/bachelor)

### Master of Science in Ernährung und Diätetik

**Wann:** 8. Oktober 2020, 18.30 bis 19.30 Uhr und 8. Dezember 2020, 18.00 bis 19.00 Uhr

**Anmeldung:** [bfh.ch/master-ernaehrung](http://bfh.ch/master-ernaehrung)

# Advanced Practice Midwifery im Bereich perinatale psychische Gesundheit



Lena Sutter  
Wissenschaftliche Mitarbeiterin  
Geburtshilfe  
Hebammenexpertin, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital, Universitätsspital Bern  
lena.sutter@insel.ch



Prof. Dr. Eva Cignacco Müller  
Co-Leiterin Fachbereich Geburtshilfe  
eva.cignacco@bfh.ch

Co-Autorin/Co-Autoren:  
Simone Büchi  
Fachbereichsleiterin Geburtshilfe  
Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital, Universitätsspital Bern

Prof. Dr. med. Daniel Surbek  
Chefarzt Geburtshilfe und Feto-maternale Medizin, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital, Universitätsspital Bern

Prof. Dr. med. Sebastian Walther  
Stv. Direktor und Chefarzt  
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bern, Universität Bern

Perinatale psychische Erkrankungen werden oftmals nicht systematisch erfasst und konsequent behandelt. Im Rahmen einer Master-Thesis wurde ein interprofessionelles Versorgungsmodell entwickelt, das diese wichtige Lücke schliessen soll.

In der Schweiz nimmt jede sechste Frau (16,7 %) im Verlauf der Perinatalzeit professionelle Hilfe infolge psychischer Probleme in Anspruch. Diese Häufigkeit ist mit anderen Industrienationen vergleichbar, jedoch ist hierzulande die Detektionsrate (1–3 %) in der stationären wie ambulanten Gesundheitsversorgung tief (Berger et al., 2017). Die Folgen perinataler psychischer Erkrankungen (PPE) sind weitreichend und betreffen die Gesundheit der Frau und ihres Kindes nachhaltig (Gentile & Fusco, 2017; Surbek, 2012). Zudem gibt es keine na-

tionalen Leitlinien zur Versorgung von Frauen mit PPE (Berger et al., 2017) und nur wenige spezialisierte Versorgungsangebote (Amiel Castro et al., 2015). Weltweit unterscheiden sich Modelle der psychischen Gesundheitsversorgung in der Perinatalzeit. Ein interessantes Modell existiert beispielsweise in Grossbritannien; dort arbeiten Hebammen als «Specialist Maternal Mental Health Midwives». Diese spezialisierten Hebammen koordinieren unter anderem die Unterstützung schwangerer Frauen mit psychischen Problemen, diskutieren Bedürfnisse, zeigen Behandlungsoptionen auf und planen deren Betreuung. Sie fungieren als Kontaktstelle für andere Dienste und unterstützen Kolleginnen mit ihrem Expertenwissen (Crabbe & Hemingway, 2014).

## Advanced Practice Midwifery: Definition

«Advanced Practice Midwifery zeichnet sich durch ein hohes Mass an Hebammenpraxis aus, bei der Hebammen ihr Fachwissen, ihre Management- und klinischen Führungsqualitäten einsetzen, um Frauen und ihren Familien unabhängig und autonom evidenzbasierte, massgeschneiderte Pflege zu bieten. Es werden professionelle Führungs- und Forschungsfähigkeiten eingesetzt, um die Praxis zu bewerten und zu verbessern und die Hebammen als Beruf und Wissenschaft voranzutreiben.» Goemaes et al., 2016

## Erstes interprofessionelles Modell in der Schweiz

Angelehnt an das britische Angebot und inspiriert von den Inhalten des hebammenspezifischen Moduls «Perinatale psychische Gesundheit» im Master-Studium Hebamme an der Berner Fachhochschule BFH, wurde im Rahmen einer Master-Thesis die Entwicklung einer Advanced-Practice-Midwifery-Rolle (APM) (siehe Infobox) im Bereich der perinatalen psychischen Gesundheit (PPG) vorangetrieben (Sutter, 2020). Diese spezialisierte

Hebammenrolle im Bereich PPG ist in der Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital Bern (UFKB) angesiedelt und steht in enger Kooperation mit den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern (UPD).

Wie bereits bei der Entwicklung von Advanced-Practice-Nursing-Rollen im In- und Ausland wurde auf das Modell «Participatory, Evidence-Based, Patient-Focused Process for Advanced Practice Nursing Role Development, Implementation and Evaluation» (PEPPA) von Bryant-Lukosius & DiCenso (2004) zurückgegriffen (Boyko, Carter, & Bryant-Lukosius, 2016; Serena et al., 2015). Um den Bedarf eines neuen Versorgungsmodells aufzuzeigen (PEPPA, Schritte 1 & 3), wurden Interviews mit betroffenen Frauen analysiert und mit Aussagen von Gesundheitsfachpersonen ergänzt (Berger et al., 2020). Die Ergebnisse wurden den Leitungspersonen der UFKB und der UPD präsentiert und mit ihnen diskutiert. Da-

raufhin wurden Schwerpunkte für eine optimierte Versorgung (Schritt 4) benannt sowie die APM-Rolle und das neue Angebot definiert (Schritt 5).

#### Wichtige Koordinationsaufgabe

Gemäss dem neuen Versorgungsmodell ist die APM in den Bereichen «Gesundheitsförderung» und «Prävention» angesiedelt und übernimmt delegierte Aufgaben der psychiatrischen Fachperson (siehe Abbildung 1). Zu ihren Aufgaben zählen die Stärkung der perinatalen psychischen Gesundheit, die Förderung der Früherkennung von Symptomen einer psychischen Erkrankung, die Beratung betroffener Frauen und Familien sowie die Vernetzung der an der Versorgung beteiligten Fachpersonen.

Darüber hinaus wird die APM Berufskolleginnen sowie weiteren nicht-ärztlichen Gesundheitsfachpersonen inner- aber auch ausserhalb der Klinik bei Fragen ihr Expertenwissen vermitteln. Die APM stellt keine psychiatrischen Diagnosen und bietet keine Psychotherapie an. Jedoch ist die Koordination des Behandlungsverlaufs eine besonders wichtige Aufgabe der APM, da während der Perinatalzeit verschiedene Fachpersonen in die Betreuung involviert sind. Gerade bei Menschen mit psychischen Erkrankungen erweist sich die Zusammenarbeit involvierter Gesundheitsfachpersonen an den Schnittstellen als wirksam und hilfreich (Archer et al., 2012). Das neue Modell bietet somit die Möglichkeit, von perinatalen psychischen Erkrankungen betroffene Frauen und deren Familien besser zu versorgen.

---

**Zu den Aufgaben der Advanced Practice Midwife zählen die Stärkung der perinatalen psychischen Gesundheit, die Förderung der Früherkennung von Symptomen einer psychischen Erkrankung, die Beratung betroffener Frauen und Familien sowie die Vernetzung der in der Versorgung beteiligten Fachpersonen.**

---



Psychische Erkrankungen im Verlauf der Perinatalzeit sind verbreitet, werden aber nicht systematisch erfasst und behandelt.

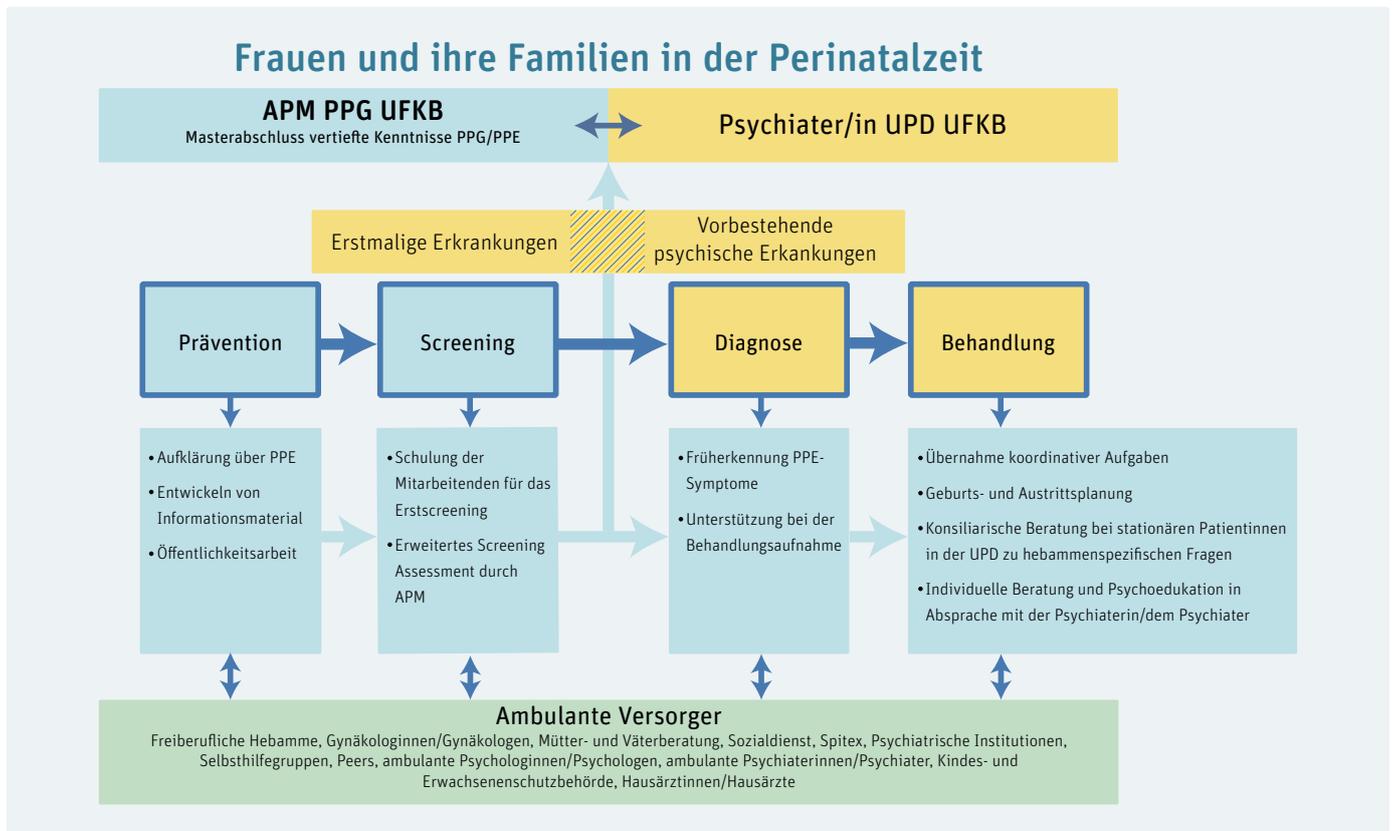


Abbildung 1: Das APM-Modell der UFKB stellt Kernaufgaben der APM (blau) sowie die Schnittstellen und die enge Zusammenarbeit mit der psychiatrischen Fachperson der UPD/UFKB dar (eigene Darstellung).

#### Literatur:

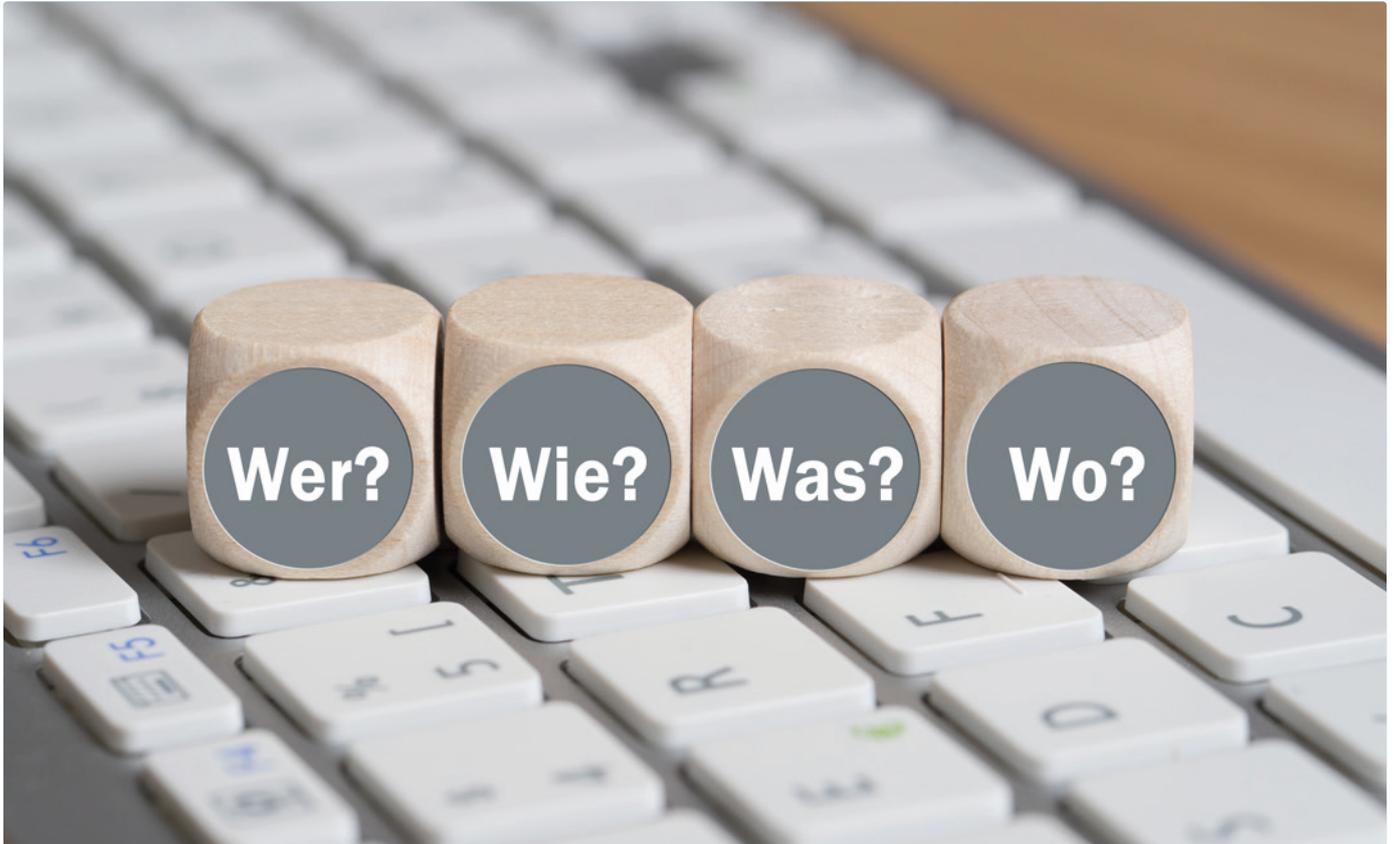
- Amiel Castro, R. T., Schroeder, K., Pinard, C., Blöchlinger, P., Künzli, H., Riecher-Rössler, A., & Kammerer, M. (2015). Perinatal mental health service provision in Switzerland and in the UK. *Swiss Medical Weekly*, 145, w14011.
- Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., et al. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane database of systematic reviews* (10).
- Berger, A., Bachmann, N., Signorell, A., Erdin, R., Oelhafen, S., Reich, O., & Cignacco, E. (2017). Perinatal mental disorders in Switzerland: prevalence estimates and use of mental-health services. *Swiss Medical Weekly*, 147, 1-9. doi:10.4414/sm.w.2017.14417
- Berger, A., Schenk, K., Ging, A. et al. (2020). Perinatal mental health care from the user and provider perspective: protocol for a qualitative study in Switzerland. *Reproductive Health* 17(26). doi.org/10.1186/s12978-020-0882-7
- Boyko, J. A., Carter, N., & Bryant-Lukosius, D. (2016). Assessing the spread and uptake of a framework for introducing and evaluating advanced practice nursing roles. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(4), 277-284. doi.org/10.1111/wvn.12160
- Bryant-Lukosius, D., & DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of advanced nursing*, 48(5), 530-540.
- Crabbe, K., & Hemingway, A. (2014). Public health and wellbeing: A matter for the midwife? *British Journal of Midwifery*, 22(9), 634-640.
- Gentile, S., & Fusco, M. L. (2017). Untreated perinatal paternal depression: effects on offspring. *Psychiatry research*, 252, 325-332.
- Serena, A., Castellani, P., Fucina, N., Griesser, A. C., Jeanmonod, J., Peters, S., & Eicher, M. (2015). The role of advanced nursing in lung cancer: A framework based development. *Eur J Oncol Nurs*, 19(6), 740-746. doi:10.1016/j.ejon.2015.05.009
- Surbek, D. (2012). 3 Pränatalmedizinisch-geburtshilfliche Aspekte bei der Betreuung von psychisch kranken Schwangeren.

In Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit (S. 17-27). Karger Publishers.

- Sutter, L. (2020), unpublizierte Masterthese, Berner Fachhochschule

#### Weitere Literatur zum Thema:

- Gürber, S., Baumeler, L., Grob, A., Surbek, D., & Stadlmayr, W. (2017). Antenatal depressive symptoms and subjective birth experience in association with postpartum depressive symptoms and acute stress reaction in mothers and fathers: A longitudinal path analysis. *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology*, 215, 68-74.
- Stadlmayr, W., Bitzer, J., Amsler, F., Simoni, H., Alder, J., Surbek, D., & Bürgin, D. (2007). Acute stress reactions in the first 3 weeks postpartum: a study of 219 parturients. *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology*, 135(1), 65-72.
- Stadlmayr, W., Cignacco, E., Surbek, D., & Büchi, S. (2009). Screening-Instrumente zur Erfassung von Befindlichkeitsstörungen nach der Geburt. *Die Hebamme*, 22(01), 13-19.



## News

### Erste Kohorte MSc Hebamme: Erfolgreiche Verteidigung der Master-Thesen

Die Studentinnen, die im Herbst 2017 als erste das Master-Studium Hebamme an der BFH Gesundheit starteten, verteidigten erfolgreich ihre Master-Thesen. Die Graduierungsfeier für die ersten Absolventinnen findet am 4. November 2020 statt.

### Master-Thesis im «Midwifery» publiziert

Céline Schick, Wissenschaftliche Mitarbeiterin Geburtshilfe, konnte ihre Master-Thesis «First Assessed Cervical Dilatation: Is it Associated With Oxytocin Augmentation During Labour? A Retrospective Cohort Study in a University Hospital in Switzerland» im renommierten internationalen Journal «Midwifery» publizieren.

## Events

### Info-Event Master-Studiengänge Gesundheit

Erfahren Sie, welche Perspektiven und Chancen Ihnen unsere vier Master-Studiengänge Ernährung und Diätetik, Geburtshilfe, Pflege sowie Physiotherapie für Ihre weitere Karriere bieten.

**Wann:** 9. November 2020, 17.00 bis 18.30 Uhr

**Wo:** Schwarztorstrasse 48, Bern

**Informationen & Anmeldung:** demnächst unter [bfh.ch/gesundheit](http://bfh.ch/gesundheit)

### Fachtagung Geburtshilfe «Ethische Herausforderungen in der Geburtshilfe»

Was ist stärker zu gewichten: die Schutzwürdigkeit des heranwachsenden Embryos oder die Selbstbestimmung der Frau? Klassische ethisch-moralische Fragen wie diese prägen den klinischen Alltag in der geburts-hilflichen Versorgung. Durch die fortschreitende Medizinaltechnologie stellen sie sich zudem immer wieder neu. Ethisch-moralische Debatten tangieren darüber hinaus auch das Verhältnis zwischen der Frau, ihren Angehörigen und den Fachpersonen. Diesen verschiedenen Facetten widmet sich die 5. Fachtagung Geburtshilfe.

**Wann:** 8. Oktober 2021

**Wo:** Bremgartenstrasse 117, Bern

**Informationen & Anmeldung:** [bfh.ch/fachtagung-geburtshilfe](http://bfh.ch/fachtagung-geburtshilfe)

### Infoveranstaltungen

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

### Bachelor of Science Hebamme

**Wann:** 21. Oktober und 2. Dezember 2020, 16.00 bis 18.45 Uhr

**Anmeldung:** [bfh.ch/gesundheit/bachelor](http://bfh.ch/gesundheit/bachelor)

### Master of Science Hebamme

**Wann:** 15. September, 13. Oktober, 17. November und 15. Dezember 2020

**Anmeldung:** [bfh.ch/master-hebamme](http://bfh.ch/master-hebamme)

# Wenn digitale Technologien belasten, statt entlasten



**Christoph Golz** hat einen Master of Science in Nursing und forscht am Departement Gesundheit der Berner Fachhochschule BFH zur Interaktion von Technologie und Gesundheitspersonal. Neben seiner Forschungstätigkeit ist er als Leiter Support der Angewandten Forschung und Entwicklung Pflege für die Optimierung und Zentralisierung von administrativen Prozessen verantwortlich.

Überstunden, fehlende Pausen, mangelnde Bewegung: Stress gehört für viele Gesundheitsfachpersonen zum Alltag. Christoph Golz untersucht mit dem sogenannten Technostress einen ganz speziellen Stressfaktor. Denn auch digitale Technologien – eigentlich eingesetzt, um vieles zu erleichtern – können die Nutzenden belasten.

Interview:  
Bettina Nägeli  
Kommunikation  
bettina.naegeli@bfh.ch

Gesundheitsfachpersonen sind in ihrem Berufsalltag hohen Belastungen ausgesetzt. Welches sind die grössten Stressfaktoren?

Christoph Golz: Zwei abgeschlossene Erhebungen<sup>1</sup> der STRAIN-Studie (durchgeführt von Karin Peter; siehe Infobox) zeigen, dass Gesundheitsfachpersonal häufig unterbesetzt ist, mit einer hohen Arbeitslast zu kämpfen hat und mit Überzeit konfrontiert ist. 63 % der Ärztinnen und Ärzte und 30 % der Pflegenden leisten oft Überstunden. Rund 35 % der Ärztinnen, Ärzte erfassen diese Überstunden

«Technologie ist wie ein Januskopf. Sie kann entlasten oder belasten. [...] Problematisch im Gesundheitswesen ist, dass die Nutzenden kaum in den Entwicklungsprozess eingebunden sind und sie bei der Implementierung häufig zum ersten Mal auf die neue Technologie treffen.»

Christoph Golz

nicht einmal. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Einhaltung der gesetzlich festgelegten Pausen- und Ruhezeiten in Schweizer Akutspitälern. Von den befragten Ärztinnen und Ärzten können 28 % in ihrem Arbeitsalltag die gesetzlich festgelegten Pausenzeiten selten oder nie einhalten. Bei den Pflegenden sind es 13 % der Befragten und bei den medizinisch-technisch-therapeutischen Berufspersonen rund 8 %. Daraus resultiert die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben als eine der grössten Stressquellen im Berufsalltag von Gesundheitsfachpersonen.

Sie untersuchen in Ihrer Dissertation den sogenannten Technostress – eine spezifische Stressquelle im Alltag von Personen, die im Gesundheitswesen tätig sind. Was muss man sich darunter vorstellen?

Die Digitalisierung ist im Schweizer Gesundheitswesen auf dem Vormarsch – auch wenn wir im Vergleich mit anderen EU- und OECD-Staaten punkto Digitalisierung nur Rang 14 belegen.<sup>2</sup> In Kliniken, Spitälern und weiteren Gesundheitsbetrieben werden zunehmend digitale Tools implementiert. Hauptmotivation

### Interventions-Studie zu Arbeitsbelastung in den Gesundheitsberufen

Die STRAIN-Studie «Work-related Stress Among Health Professionals in Switzerland» unter der Leitung von Karin Peter, Leiterin Innovationsfeld Gesundheitsversorgung – Personalkompetenzen und Entwicklung an der BFH, befasst sich mit arbeitsbedingten Belastungen aller Gesundheitsberufe – von der Pflegehilfe bis zur Chefärztin. STRAIN ist ein Teilprojekt der BFH im nationalen Projekt «Strategie gegen den Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen» (CNHW). Ziel ist es, arbeitsbedingte Belastungsfaktoren von Gesundheitsfachpersonen zu erfassen und langfristig zu reduzieren. Die Interventionsstudie wird schweizweit in zufällig ausgewählten Akutspitälern, Rehabilitationskliniken, psychiatrischen Kliniken, Spitex-Organisationen sowie Alters- und Pflegeheimen durchgeführt. Erhoben werden die Daten von Mitarbeitenden aus Pflege, Geburtshilfe, medizinisch-technisch-therapeutischen Berufen sowie von Ärztinnen, Ärzten. Dreimal findet eine Datenerhebung statt: eine Basiserhebung, eine Datenerhebung vor der Intervention (Schulung für Führungspersonal) und eine Datenerhebung nach der Intervention. Die Intervention fokussiert auf Stressoren am Arbeitsplatz, welche die Gesundheit und Zufriedenheit der Mitarbeitenden stark beeinflussen. Die Zielgruppe besteht aus Führungspersonen der Interventionsgruppe aus den oben genannten Berufen. Führungspersonen haben eine zentrale Rolle, wenn es um die Rahmenbedingungen und Anforderungen am Arbeitsplatz geht und können mit ihrem Verhalten den Stresslevel ihrer Mitarbeitenden direkt positiv oder negativ beeinflussen. Für die STRAIN-Intervention wurden folgende sieben Handlungsfelder identifiziert und ausgearbeitet:

- Stressreduktion auf der Führungsebene
- Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben fördern
- Anforderungen bei der Arbeit in Einklang mit Fähigkeiten und Ressourcen bringen
- Führungsverständnis und Strukturen optimieren
- Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz stärken
- Rollenklarheit und kompetenzgerechten Einsatz schaffen
- Kommunikation und Zusammenarbeit fördern

Die Intervention für Führungspersonen umfasst zwei Präsenz-Schulungstage sowie ein anschliessendes Führungscoaching am Arbeitsplatz. Neben Präsentationen zu den aktuellsten Forschungsergebnissen und Massnahmen zur Senkung der Arbeitsbelastung beinhalten die Präsenz-Schulungen viele interaktive Anteile zur Förderung des interprofessionellen und organisationsübergreifenden Austauschs unter den Führungspersonen. Um herauszufinden, ob die Schulung des Führungspersonals wirkt, findet aktuell bis Ende September 2020 die letzte Datenerhebung statt.

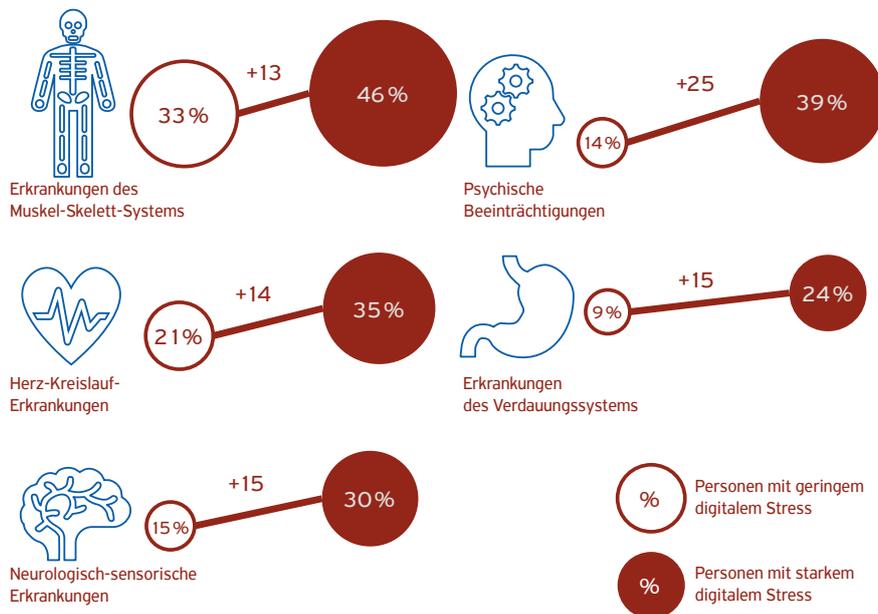
ist, Prozesse zu vereinfachen und den administrativen Aufwand zu vermindern. Es wird dabei also von der Annahme ausgegangen, dass digitale Technologien die Gesundheitsfachpersonen im Alltag entlasten oder belasten. Das hängt unter anderem von den Eigenschaften der Technologie sowie von den begleitenden Massnahmen als Bewältigungsstrategie ab. Problematisch im Gesundheitswesen ist, dass die Nutzenden kaum in den Entwicklungsprozess eingebunden sind und sie bei der Implementierung häufig zum ersten Mal auf die neue Technologie treffen. Dies kann belasten und sogenannten Technostress auslösen: Bei der Integration in den beruflichen Alltag kann es zum Gefühl von Überforderung kommen, zur Befürchtung, der neuen Technologie nicht gewachsen zu sein. Hinzu kommt, dass die Nutzenden potenziell vierundzwanzig Stunden am Tag überwacht werden könnten oder konstant erreichbar sind. Es gibt beispielsweise WhatsApp-Gruppen, mit denen Ausfälle geregelt werden. Das heisst, man erhält dauernd Nachrichten und fühlt sich verpflichtet zu reagieren – auch während der Freizeit.

#### Bei welchen Gesundheitsberufen ist dieser Technostress am ausgeprägtesten?

Studien zeigen, dass gerade Ärztinnen und Ärzte einen sehr hohen administrativen Aufwand haben. Ich würde jetzt eine Brücke schlagen und behaupten, sie haben aufgrund dessen häufiger mit neuen Technologien zu tun als andere Gesundheitsfachpersonen. Resultate aus einer Sekundäranalyse der STRAIN-Daten zeigen den Zusammenhang zwischen Technostress und Ausbildungsstufe: Berufe, die auf einer höheren Ausbildungsstufe angesiedelt sind und deshalb häufiger koordinative Aufgaben oder Managementaufgaben innehaben, sind anfälliger für Technostress. Es ist ausserdem anzunehmen, dass im Akutbereich, etwa auf einer Intensivstation, der Technostress höher ist als beispielsweise bei der Spitex, die weniger digitalisiert scheint und weniger Ärztinnen, Ärzte beschäftigt.



«Digitale Technologien sollen Prozesse vereinfachen und den administrativen Aufwand verkleinern», erläutert Christoph Golz.



Häufigkeit von Krankheitsbildern bei in einer deutschen Studie befragten Personen, die im Beruf geringen bzw. starken digitalen Stress wahrnehmen. Quelle: Gimpel et al., 2019.

### Wie wirken sich die arbeitsbedingten Belastungen auf die Betroffenen aus?

Die Folgen der Belastungen am Arbeitsplatz sind vielseitig: Häufig ist bei den Betroffenen die Arbeitszufriedenheit geringer, die Frustration dagegen hoch. Das Risiko für ein Burnout ist erhöht. Von den Pflegenden, Hebammen und medizinisch-technischen Berufstätigen wechseln über 40 Prozent den Beruf oder sie fallen für eine bestimmte Periode aus. Studien aus dem Ausland zeigen zudem eindrücklich, dass sich Stress – und das ist bei Technostress nicht anders – stark auf Körper und Psyche auswirken kann. Personen, die dauernd Stress ausgesetzt sind, leiden häufiger unter Herz-Kreislauf-Krankheiten oder weisen psychische Beeinträchtigungen auf.

### Welche Folgen haben diese Stressfaktoren auf übergeordneter Ebene – beispielsweise auf die Behandlungsqualität oder auf den Fachkräftemangel?

Belastungen am Arbeitsplatz fördern den Fachkräftemangel und wirken sich negativ auf die Behandlungsqualität und auf die Patientensicherheit aus. Es ist ein Teufelskreis: Belastungen am Arbeitsplatz führen zu Personalmangel, welcher durch diejenigen kompensiert wird, die verblieben sind. Und das wiederum führt bei eben diesen zu einer erhöhten Belastung.

### Welche Massnahmen sind notwendig, um den Technostress zu reduzieren?

Der Einsatz neuer Technologien in der Praxis muss unter Einbezug der Nutzenden geschehen – nur so kann die Digitalisierung im Gesundheitswesen nachhaltig erfolgen. Ganz wichtig ist, dass die Nutzenden bereits in den Entwicklungsprozess neuer Technologien und Tools

einbezogen werden und nicht erst bei der Implementierung im Betrieb. Da ist also die Forschung gefragt. Die Betriebe selbst müssen bei der Einführung und Nutzung der neuen Instrumente und Tools aktiver werden und kontinuierliche inhaltliche sowie technische Unterstützung anbieten. Einzelpersonen sollen ausserdem dazu animiert werden, permanent an ihrer digitalen Kompetenz zu arbeiten – dies ist eine Schlüsselkompetenz der Zukunft und kann einen wesentlichen Beitrag zur eigentlichen Idee der Entlastung leisten.

### Wie stellen Sie sicher, dass Ihre Forschungserkenntnisse in der Praxis etwas bewirken und Belastungen abgebaut werden können?

Sicher sein können wir nicht – mit dem Forschungsdesign können wir die Chance aber erhöhen. Aus diesem Grund erheben wir nicht nur Daten, sondern arbeiten mit Interventionsstudien. Die STRAIN-Studie ist als solche angelegt: wir testen, inwiefern bestimmte Massnahmen die Belastungen im Arbeitsalltag reduzieren. Daraufhin ist die Kommunikation ein wichtiger Aspekt: Unsere Aufgabe in der Angewandten Forschung ist es, dafür zu sorgen, dass die Spitäler, Kliniken und weiteren Gesundheitsbetriebe von den Massnahmen und deren Wirkung erfahren.

<sup>1</sup> Beide Erhebungen wurden vor der Corona-Pandemie durchgeführt.

<sup>2</sup> Die Bertelsmann-Stiftung hat 2018 den Digitalisierungsgrad von 14 EU- und drei OECD-Gesundheitssystemen – darunter die Schweiz – analysiert und miteinander verglichen.

#### Literatur:

Gimpel, H., Lanzl, J., Regal, Ch., Urbach, N., Wischniewski, S., Tegmeier, P. ...Derra, D. (2019). Gesund digital arbeiten?! Eine Studie zu digitalem Stress in Deutschland. Abgerufen von [https://www.fim-rc.de/wp-content/uploads/2020/03/Gimpel\\_et\\_al\\_2019\\_Gesund\\_digital\\_arbeiten-Eine\\_Studie\\_zu\\_digitalem\\_Stress\\_in\\_Deutschland.pdf](https://www.fim-rc.de/wp-content/uploads/2020/03/Gimpel_et_al_2019_Gesund_digital_arbeiten-Eine_Studie_zu_digitalem_Stress_in_Deutschland.pdf)



## News

### Blogs zum Fachkräftemangel und zur Digitalisierung

Das Competence Network for Health Workforce betreibt einen Blog: [blog-cnhw.ch](http://blog-cnhw.ch)

Dr. Friederike J.F. Thilo wirkt am Online-Wissenschaftsmagazin «SocietyByte» des BFH-Zentrums Digital Society mit: [societybyte.swiss](http://societybyte.swiss)

## Events

### Talk about it: Clinical Assessment

Einmal erworbenes Wissen bleibt nicht einfach so bestehen. Vielmehr muss es von Zeit zu Zeit aufgefrischt und auf den neusten Stand gebracht werden. Nutzen Sie die Gelegenheit und reaktivieren Sie Ihr Wissen zum Clinical Assessment an der Veranstaltung «Talk about it: Clinical Assessment». Die Veranstaltung richtet sich an Absolvierende und Anwendende des Clinical Assessments – in Bachelor- und Master-Studiengängen, in der Weiterbildung und in der Praxis.

**Wann:** 14. September 2020, 16.00 bis 18.00 Uhr

**Wo:** Online via Microsoft Teams

**Informationen & Anmeldung:** [bfh.ch/gesundheit](http://bfh.ch/gesundheit)

### Regionaler Patientenkongress: Von der Krise zur Depression – Es kann uns alle treffen!

Der Regionale Patientenkongress richtet sich an Betroffene, Angehörige, Fachpersonen und Interessierte.

**Wann:** 29. Oktober 2020, 9.30 bis 16.30 Uhr

**Wo:** Privatklinik Wyss, Münchenbuchsee

**Informationen & Anmeldung:** [bfh.ch/gesundheit](http://bfh.ch/gesundheit)

### Info-Event Master-Studiengänge Gesundheit

Erfahren Sie, welche Perspektiven und Chancen Ihnen unsere vier Master-Studiengänge Ernährung und Diätetik, Geburtshilfe, Pflege sowie Physiotherapie für Ihre weitere Karriere bieten.

**Wann:** 9. November 2020, 17.00 bis 18.30 Uhr

**Wo:** Schwarztorstrasse 48, Bern

**Informationen & Anmeldung:** demnächst unter [bfh.ch/gesundheit](http://bfh.ch/gesundheit)

### Infoveranstaltungen

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

### Bachelor of Science in Pflege

**Wann:** 21. Oktober, 16.30 bis 18.45 Uhr,

10. November, 16.30 bis 17.30 Uhr und

2. Dezember 2020, 16.30 bis 18.45 Uhr

**Anmeldung:** [bfh.ch/gesundheit/bachelor](http://bfh.ch/gesundheit/bachelor)

### Weitere Bachelor of Science

– Teilzeit für FaGe/FaBe

– berufsbegleitend für diplomierte Pflegefachpersonen

– Bachelor-Studium Hebamme – verkürztes Teilzeitstudium für diplomierte Pflegefachpersonen

**Anmeldung:** [bfh.ch/gesundheit/bachelor](http://bfh.ch/gesundheit/bachelor)

### Master of Science in Pflege

**Wann:** 30. September und 12. November 2020,

17.15 bis 18.15 Uhr

**Anmeldung:** [bfh.ch/master-pflege](http://bfh.ch/master-pflege)

# Agilität in der Weiterbildung



Dajana Michelle Hubacher  
Studienleiterin  
Weiterbildung Physiotherapie  
dajana.hubacher@bfh.ch



Dr. Maurizio Trippolini  
Studienleiter  
Weiterbildung Physiotherapie  
maurizio.trippolini@bfh.ch

Die Weiterbildung Physiotherapie an der Berner Fachhochschule ist praxisorientiert und wissenschaftlich fundiert. In den vergangenen zwei Jahren wurden zudem innovative Formate entwickelt, die dem Zeitgeist und der Dynamik des Gesundheitswesens entsprechen.

Ein wichtiger Pfeiler der Qualitätsinitiative zur Verbesserung der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit in der Schweiz bildet die Weiterbildung (Vincent & Staines, 2019). Physiotherapeutinnen und

Physiotherapeuten sind folglich der steten Weiterbildung verpflichtet, um die Qualität in der Patientenversorgung zu gewährleisten. Gleichzeitig fördert die Weiterbildung die Weiterentwicklung der Physiotherapie zu einer Profession, die der Dynamik des Gesundheitssystems nicht nur Folge leistet, sondern Entwicklungen idealerweise auch antizipiert.

Lebenslanges Lernen – dies ist einer der Grundsätze, der sich die Berner Fachhochschule BFH verschrieben hat. Die Weiterbildung Physiotherapie der BFH orientiert sich an diesem Grundsatz und hat sich seit 2018 mit vielfältigen Formaten zu aktuellen Fachthemen entsprechend ausgerichtet.

## Weiterbildung Physiotherapie BFH in Zahlen

**Anzahl Weiterbildungsangebote 2020:**  
34 (2017 waren es 8)

### Angebotsformate:

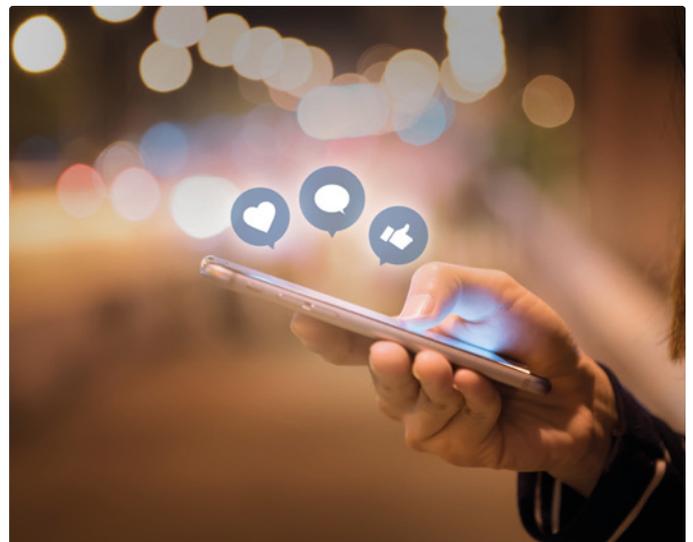
- Master of Advanced Studies (MAS)
- Certificate of Advanced Studies (CAS)
- Fachkurse (FK)
- P4P-Kurse (practionioner for practitioner)
- On-Site-Weiterbildungen
- Guest Lectures mit Livestream

**Anzahl Aufrufe der Webseiten [bfh.ch/weiterbildung/physiotherapie](https://www.bfh.ch/weiterbildung/physiotherapie) (Mai 2019 bis Juni 2020):**  
über 15 000

**Höchste Teilnehmendenzahl an einer Guest Lecture mit Livestream:**  
über 420

### Höchste Anzahl Tweet-Ansichten («impressions») eines Anlasses

8 374 (Referat «Physical Activity and Mental Health: Interventions, Evidence, International Perspective» von Davy Vancampfort, Catholic University Leuven, Belgium am 8. November 2019)



Die Expertise von Physiotherapeutinnen und -therapeuten ist auch in den Sozialen Medien gefragt.

### On-Site-Weiterbildung: Beispiel eines agilen Formats

On-Site-Weiterbildungen gehören zu eben diesen neuen Formaten. Mit der Durchführung von Weiterbildungen «vor Ort» (engl. on-site) reagieren wir auf ein wachsendes Bedürfnis vieler Institutionen und Organisationen im Gesundheitswesen: Nicht die Kundinnen, Kunden kommen an die BFH, sondern die BFH geht zu ihnen. Erkenntnisse aus der Lernforschung zeigen, dass On-Site-Weiterbildung eine effektive Möglichkeit ist, im vertrauten Umfeld zu lernen und den Transfer unmittelbar vor Ort, in der Klinik, im Spital oder in der Praxis umzusetzen. Bei On-Site-Weiterbildungen bestimmt also die auftraggebende Institution, welche Inhalte, in welchem Umfang, welchen Mitarbeitendengruppen vermittelt werden sollen. Mit ihrem Anliegen kontaktiert sie die BFH, welche daraufhin eine geeignete Expertin, einen geeigneten Experten sucht. Je nach Bedarf der Institution eignet sich eine bereits bestehende Weiterbildung. Oder aber die Weiterbildung wird im engen Austausch mit der Expertin, dem Experten und der Institution eigens auf den spezifischen Bedarf der Institution ausgerichtet – also individualisiert oder gar massgeschneidert.

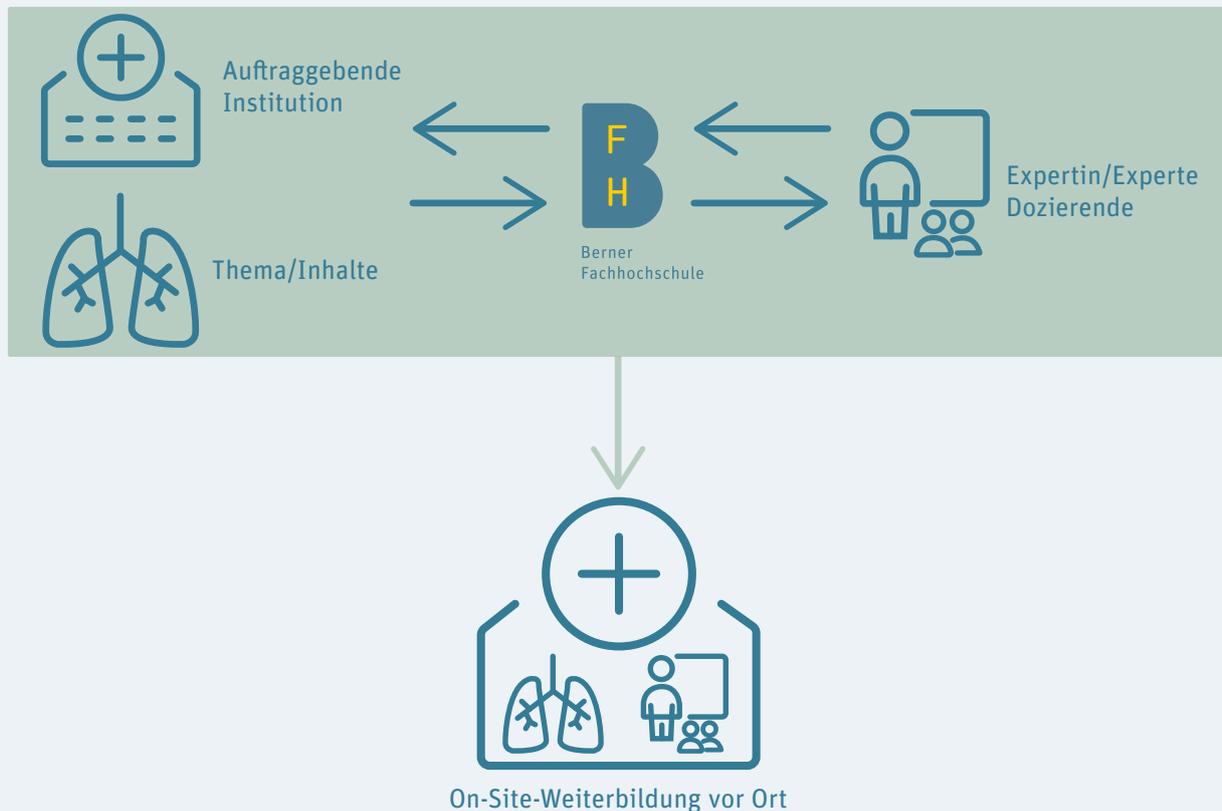
Exemplarisch für eine Weiterbildung im On-Site-Setting lässt sich diese zu «Grundlagen der Atemtherapie im akutstationären Bereich» anbringen. Während des Lockdowns im Zuge der COVID-19-Pandemie schulte

die Weiterbildung Physiotherapie der BFH das Gesundheitspersonal von Regionalspitälern zu eben diesem Thema. Die Reisemöglichkeit war aufgrund der Massnahmen des Bundes eingeschränkt – die On-Site-Weiterbildung erwies sich infolgedessen als ideale Lösung. Die Teilnehmenden eigneten sich das Werkzeug für die Atemtherapie im jeweiligen Betrieb an – ohne zu reisen.

#### Literatur:

– Vincent, Ch., & Staines, A. (2019). Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit des schweizerischen Gesundheitswesens. Nationaler Bericht zur Qualität und Patientensicherheit im schweizerischen Gesundheitswesen, im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Abgerufen von <https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/59013.pdf>

Erkenntnisse aus der Lernforschung zeigen, dass On-Site-Weiterbildung eine effektive Möglichkeit ist, im vertrauten Umfeld zu lernen und den Transfer unmittelbar vor Ort, in der Klinik, im Spital oder in der Praxis umzusetzen.



Agil, eingespielt und aktuell

## Dajana Hubacher blickt zurück

### Wie hat sich die Weiterbildung Physiotherapie an der BFH in den letzten zwei Jahren entwickelt?

Dajana Hubacher: Wir haben regelmässig Spitäler, Kliniken und Praxen besucht und deren Bedürfnisse erörtert. Weiter haben wir uns intensiv mit den gegenwärtigen Entwicklungen im Gesundheitswesen, speziell in der Physiotherapie, auseinandergesetzt. Nicht zuletzt haben uns Gespräche mit Berufskolleginnen und -kollegen inspiriert. Auf diesen Punkten basierend haben wir unser Angebot inhaltlich erweitert und formal diversifiziert. Wir wollten Physiotherapeutinnen und -therapeuten, die bislang kaum Zeit für eine Weiterbildung fanden, bewusst mit neuen Formaten ansprechen. Die Anzahl neuer Kundinnen und Kunden genauso wie deren Rückmeldungen motivieren uns. Wir haben noch viele innovative Ideen.

### Wodurch zeichnet sich die Weiterbildung Physiotherapie an der BFH aus?

Ob ein eintägiger Kurs oder ein Master of Advanced Studies (MAS), vor Ort oder online mit Livestream – unser Weiterbildungsangebot ist vielfältig und holt Physiotherapeutinnen und -therapeuten aus den unterschiedlichsten Settings und Arbeitssituationen ab. Weiter sind unsere Weiterbildungen praxisorientiert und wissenschaftlich fundiert. Sie knüpfen an Herausforderungen der physiotherapeutischen Praxis an und haben dadurch einen grossen Mehrwert für den Berufsalltag der Teilnehmenden. Die Dozierenden verfügen über hochstehendes praktisches Know-how und über fundiertes Wissen. Ihr Unterricht ist enthusiastisch, evidenzbasiert und effektiv. Zudem ist unser Team agil: klein und eingespielt bewegen wir uns am Puls der aktuellen Entwicklungen. Wir evaluieren systematisch unseren Unterricht, die Infrastruktur und die Prozesse und leiten, wenn nötig, Verbesserungen ein.

### Welches waren die Highlights der letzten zwei Jahre?

Das immense Interesse von 420 Institutionen und Fachpersonen an der Guest Lecture mit Livestream vom 5. Mai 2020 zum Thema «Frührehabilitation bei COVID-19» war eines der Highlights (siehe S. 34). Dieses Angebot haben wir innert kürzester Zeit und aus einem akuten Bedürfnis heraus konzipiert. Überhaupt sind wir stolz auf unsere hybriden Guest Lectures, die häufig nicht nur Physiotherapeutinnen und -therapeuten aus der Schweiz, sondern auch solche aus dem Ausland ansprechen. Hervorheben können wir auch die ausgebuchte Tagung vom 8. November 2019 zum wichtigen Thema «Psychisch-somatische Komorbidität: Zu gesund für die Psychiatrie, aber zu krank für die Physiotherapie?».

Digitalisierung – Chancen und Herausforderungen

## Maurizio Trippolini blickt voraus

### Welchen Herausforderungen müssen sich Physiotherapeutinnen und -therapeuten aktuell stellen?

Maurizio Trippolini: Medizinische, technologische und soziale Entwicklungen prägen die Praxis, gleichzeitig müssen Massnahmen wissenschaftlich, zweckmässig und wirksam sein. Um diesen Ansprüchen gerecht zu werden, ist das lebenslange Lernen für Physiotherapeutinnen und -therapeuten enorm wichtig. Hinzu kommt, dass sie neugierig und flexibel sein müssen. Eine zusätzliche Herausforderung ist: Institutionen können nur begrenzt zeitliche und finanzielle Unterstützung für die Weiterbildung der Mitarbeitenden zur Verfügung stellen.

### Welche Trends kommen künftig auf die Physiotherapie zu?

Die älter werdende Gesellschaft, knappe Ressourcen und die Digitalisierung werden die Physiotherapie prägen. Wir gehen davon aus, dass in der Physiotherapie mehr geriatrische und multimorbide Patientinnen, Patienten behandelt werden. Ebenfalls ist zu erwarten, dass physiotherapeutische Behandlungen vermehrt bei den Patientinnen und Patienten zuhause durchgeführt oder Telemedizin-Beratungen stattfinden werden. Mit den erhöhten Kosten und den steigenden Krankenkassenprämien steigt ausserdem der öffentliche Druck auf die Physiotherapie, einen Beitrag zu einem nachhaltig-finanzierbaren Gesundheitswesen zu leisten. Der sich ankündigende Generationenwechsel bei den Physiotherapeutinnen und -therapeuten in freier Praxis könnte hier Impulse bieten. Dank der zunehmenden Bedeutung der Digitalisierung eröffnen sich für Physiotherapeutinnen und -therapeuten neue Plattformen: Bereits heute beobachten wir, wie sie auf Social-Media-Kanälen wie Twitter als gefragte Spezialistinnen und Spezialisten für Rehabilitation auftreten. Die Digitalisierung bedeutet auch, dass die Physiotherapie zunehmend mit Patientinnen und Patienten konfrontiert ist, die sich vornehmlich im Internet informieren.

### Lebenslanges Lernen betrifft auch die Konzipierung der Weiterbildungen. In welche Richtung wird sich die Weiterbildung Physiotherapie bewegen?

Als Weiterbildungsanbieter bewegen wir uns in einem Spannungsfeld zwischen gesellschaftlichen Entwicklungen und begrenzten Ressourcen. Unsere Angebote müssen sich hier einbetten lassen und die diversen Bedarfe abholen. Wichtig sind erstens zeitlich kompakte Angebote, wie unsere P4P-Kurse, in denen sich die Physiotherapeutinnen und -therapeuten einen evidenzbasierten Überblick über ein aktuelles Thema aus der Praxis verschaffen. Mit diesem Format können wir schnell auf neue Entwicklungen reagieren. Zweitens beschäftigt uns das Konzept «Flipped-Classroom» (Umgekehrter Unterricht). Flipped-Classroom-Unterricht besteht beispielsweise aus E-Learning-Sequenzen im Selbststudium zu Hause und aus praktischem Unterricht vor Ort. Drittens bieten wir eine Fachspezialisierung bis hin zum Niveau Master of Advanced Studies (MAS). Die Studierenden lernen umfassende Kompetenzen, um im entsprechenden Fachgebiet eine Führungsrolle einzunehmen oder komplexe Projekte zu leiten. Auch diese grossen Weiterbildungsformate müssen wir flexibel auf die privaten und beruflichen Bedürfnisse der Studierenden zuschneiden.



## News

### Patientinnen und Patienten für Forschungsprojekt gesucht

Für das laufende Nationalfondsprojekt «Development of Valid Diagnostics to Evaluate Sensorimotor Competence in Patients with Anterior Cruciate Ligament (ACL) Injury» suchen wir konservativ behandelte Patientinnen und Patienten mit einer vorderen Kreuzbandruptur. Die Verletzung sollte im März 2020 oder früher (max. 14 Monate) passiert sein; betroffene Interessierte können sich melden und werden für eine rund zweistündige Messung ins Bern Movement Lab aufgeboten. Bei Interesse oder Fragen steht Ihnen [angela.blasimann@bfh.ch](mailto:angela.blasimann@bfh.ch) zur Verfügung. Weitere Informationen finden Sie unter: [bfh.ch/pt-forschung](https://bfh.ch/pt-forschung)

## Events

### Info-Event Master-Studiengänge Gesundheit

Erfahren Sie, welche Perspektiven und Chancen Ihnen unsere vier Master-Studiengänge Ernährung und Diätetik, Geburtshilfe, Pflege sowie Physiotherapie für Ihre weitere Karriere bieten.

**Wann:** 9. November 2020, 17.00 bis 18.30 Uhr

**Wo:** Schwarztörstrasse 48, Bern

**Informationen & Anmeldung:** demnächst unter [bfh.ch/gesundheit](https://bfh.ch/gesundheit)

### Tag der offenen Tür: 10 Jahre Bern Movement Lab

Seit zehn Jahren bietet das Bewegungslabor – heute Bern Movement Lab – die infrastrukturelle Umgebung für innovative Physiotherapie-Forschung und -Lehre an der Berner Fachhochschule BFH. Das möchten wir mit Ihnen feiern!

**Wann:** 1. Dezember 2020, 16.00 bis 19.00 Uhr

**Wo:** Stadtbachstrasse 64, 3012 Bern

**Informationen & Anmeldung:** [bfh.ch/gesundheit](https://bfh.ch/gesundheit)

### Infoveranstaltungen

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

### Bachelor of Science in Physiotherapie

**Wann:** 21. Oktober und 2. Dezember 2020, 16.00 bis 18.45 Uhr

**Anmeldung:** [bfh.ch/gesundheit/bachelor](https://bfh.ch/gesundheit/bachelor)

### Master of Science in Physiotherapie

**Wann:** 13. Oktober, 1. Dezember 2020, 19.00 bis 20.00 Uhr

**Anmeldung:** [bfh.ch/master-physiotherapie](https://bfh.ch/master-physiotherapie)

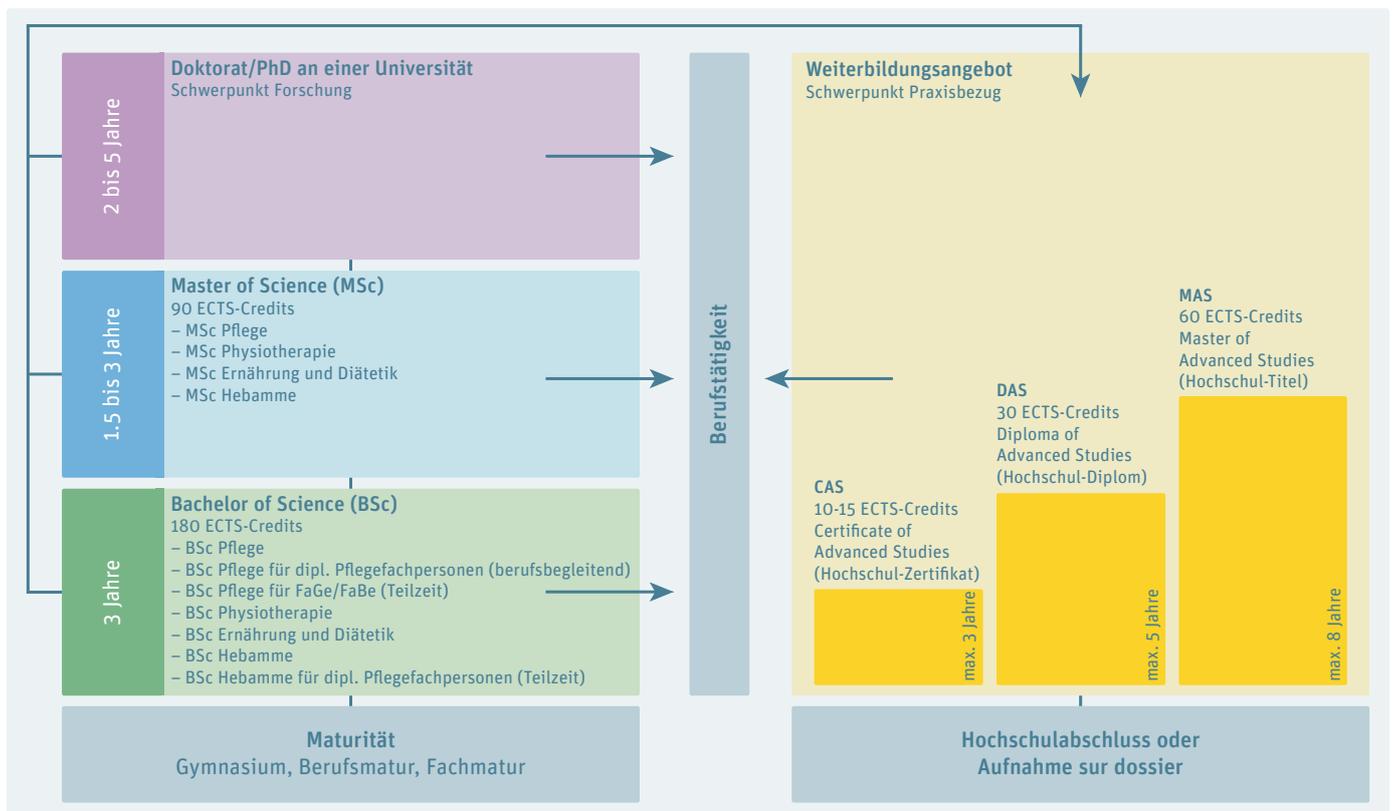
## Weiterbildungen an der Fachhochschule

Die Weiterbildungsstudiengänge des Departements Gesundheit beruhen auf wissenschaftlicher Grundlage. Sie sind praxisorientiert konzipiert 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 Studienleitenden der jeweiligen Abteilungen beraten Sie gerne in der Planung Ihrer persönlichen Weiterbildung.

[weiterbildung.gesundheit@bfh.ch](mailto:weiterbildung.gesundheit@bfh.ch)

Telefon + 41 31 848 45 45



Angebot	Datum	ECTS-Credits
<b>Interprofessionelle Angebote</b>		
CAS Gesundheitsökonomie und Public Health	November 2020	12
CAS Qualität in der Medizin für die patientennahe Arbeitspraxis – <b>Neu</b>	September 2020	12
Fachkurs Achtsamkeit	März 2021	4
Fachkurs Echo der Kunsttherapie	November 2020	4
Fachkurs Facilitation – Veränderungen (mit)gestalten	Januar 2021	4
Fachkurs Praxisausbildung Gesundheit	Januar 2021	5
Fachkurs Statistik leicht gemacht	März 2021	4
Fachkurs Wissenschaftliches Arbeiten – Reflektierte Praxis	Januar 2021	5
Kurs Die eigene Gesundheit als Voraussetzung für Qualität im Gesundheitswesen – <b>Neu</b>	18.–20. Januar 2021	2
Kurs Die Mitwirkung der Patientinnen und Patienten zur Verbesserung der Patientenversorgungsqualität – <b>Neu</b>	14.–16. Dezember 2020	2
Kurs Einbezug durch Dialog – <b>Neu</b>	September 2020	2
Kurs Kommunikation in schwierigen Situationen – <b>Neu</b>	15.–17. März 2021	2
Kurs Massnahmen der Qualitätsverbesserung – <b>Neu</b>	19.–21. Oktober 2020	2

Angebot	Datum	ECTS-Credits
Kurs Patientensicherheit, Beurteilung von Risiken und entsprechende (präventive) Massnahmen – <b>Neu</b>	16.–18. November 2020	2
Kurs Soul Injury® (Basiskurs) – mit seelischen Verletzungen umgehen – <b>Neu</b>	20. + 27. Oktober 2020	2
Kurs Verständnis für Bedeutung und Ausweis von Qualitätsarbeit, stetige Qualitätsverbesserung im Alltag umsetzen – <b>Neu</b>	14.–16. September 2020	2
Kurs Von der Erfassung eines Problems zur Erarbeitung eines Qualitätsprojekts mit Hilfe von «Design Thinking» – <b>Neu</b>	22. + 23. Februar 2021 + 18. Mai 2021	2
<b>Ernährung und Diätetik</b>		
CAS Nahrungsmittelallergien und Nahrungsmittelintoleranzen	Der CAS wird derzeit weiterentwickelt. Nächste Durchführung voraussichtlich im Studienjahr 2022.	10
CAS Nutritional Assessment	nächste Durchführung im 2022	12
CAS Sporternährung	August 2021	15
Kurs Ernährungstherapie bei sekundären Nahrungsmittelallergien – <b>Neu</b>	5. Februar 2021	–
<b>Geburtshilfe</b>		
CAS Still- und Laktationsberatung	September 2021	10
Fachkurs Diversität in der perinatalen Versorgung – <b>Neu</b>	März 2021	5
Fachkurs Nikotinberatung und Tabakentwöhnung – <b>Neu</b>	Oktober 2020	4
Fachkurs Perinatale psychische Gesundheit	nächste Durchführung im 2021	3
Fachkurs Salutogenese in Theorie und Praxis für Gesundheitsfachpersonen – <b>Neu</b>	Januar 2021	4
<b>Physiotherapie</b>		
MAS Physiotherapeutische Rehabilitation	Einstieg möglich mit jedem anrechenbaren P4P-Kurs, Fachkurs oder CAS	60
CAS Manuelle Therapie Basic	Januar 2021	10
CAS Manuelle Therapie Advanced	Der CAS wird derzeit weiterentwickelt. Nächste Durchführung voraussichtlich Start Januar 2022	–
CAS Reha-Training	November 2020	10
CAS Spezialistin, Spezialist Lymphologische Physiotherapie	Juni 2021	10
Fachkurs Physiotherapie auf der Intensivstation Basic	Dezember 2020	5
Fachkurs Physiotherapie auf der Intensivstation Advanced	Der Fachkurs wird derzeit weiterentwickelt. Nächste Durchführung voraussichtlich Start Dezember 2021	–
Fachkurs Neurorehabilitation Basic	Juni 2021	5
Fachkurs Pulmonale Rehabilitation	Nächste Durchführung voraussichtlich Frühling 2022	5
P4P-Kurs Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)	Auf Anfrage	–
P4P-Kurs Atemtherapie im akutstationären Setting	3. + 4. Mai 2021	–
P4P-Kurs Automobilisation – einfach und evidenzbasiert	20. + 21. August 2021	–
P4P-Kurs Beckenboden: vernachlässigt und vergessen?	16. November 2020	–
P4P-Kurs Craniomandibuläre Dysfunktionen	4. + 5. Dezember 2020, nächste Durchführung 5. + 6. November 2021	–
P4P-Kurs Elektrotherapie heute	13. August 2021	–
P4P-Kurs Erfolgreich in der peripheren Grundversorgung	Auf Anfrage	–
P4P-Kurs Good Practice bei chronischen Schmerzen – <b>Neu</b>	1. + 2. Februar 2021	–
P4P-Kurs Good Practice bei Fussbeschwerden – <b>Neu</b>	17.–19. Januar 2021	–
P4P-Kurs Good Practice bei Hand- und Ellbogenbeschwerden – <b>Neu</b>	8.–10. Juli 2021	–
P4P-Kurs Good Practice bei Knie- und Hüftbeschwerden – <b>Neu</b>	7.–9. Februar 2021	–
P4P-Kurs Good Practice bei Nackenschmerzen – <b>Neu</b>	17. + 18. Mai 2021	–
P4P-Kurs Good Practice bei Rückenschmerzen	28. + 29. Mai 2021	–
P4P-Kurs Good Practice bei Schulterbeschwerden	5.–7. September 2021	–
P4P-Kurs Kognitive Funktionelle Therapie	Auf Anfrage	–
P4P-Kurs Kopfschmerzen und Migräne behandeln	20. + 21. November 2020, nächste Durchführung 19. + 20. November 2021	–
P4P-Kurs Kraft Ü65 – Krafttraining für Seniorinnen und Senioren – <b>Neu</b>	15. + 16. März 2021	–
P4P-Kurs Körperliches Training in der Onkologie – <b>Neu</b>	28. + 29. Juni 2021	–
P4P-Kurs Management von Schulterbeschwerden	30. + 31. Oktober 2020	–
P4P-Kurs Manuelle Therapie der Extremitäten (Kursreihe) – <b>Neu</b>	Januar bis September 2021	–

Angebot	Datum	ECTS-Credits
P4P-Kurs Mentales Aufbautraining nach Sportverletzungen – <b>Neu</b>	27. + 28. November 2020, nächste Durchführung 26. + 27. November 2021	–
P4P-Kurs Physiotherapie und Mental Health Basic	30. April + 1. Mai 2021	–
P4P-Kurs Physiotherapie und Mental Health Advanced – <b>Neu</b>	16.–18. September 2021	–
P4P-Kurs Physiotherapie und Schlaf	8. März 2021	–
P4P-Kurs Respiratorische Physiotherapie	25.–27. März 2021	–
P4P-Kurs Screening in der Physiotherapie	12. + 13. März 2021	–
P4P-Kurs Selbstmanagement im Behandlungsprozess bei komplexen Patientinnen und Patienten gezielt fördern	Auf Anfrage	–
P4P-Kurs Supported Employment	Auf Anfrage	–
P4P-Kurs Vom Lab in die Werkstatt: Orthesen in der Physiotherapie	21. Oktober 2020, nächste Durchführung 3. November 2021	–
<b>Integrierte Pflege: Mental Health</b>		
MAS Mental Health	Einstieg möglich mit jedem anrechenbaren Fachkurs	60
DAS Psychische Gesundheit	Einstieg möglich mit jedem anrechenbaren Fachkurs	30
CAS Ambulante psychiatrische Pflege	Studienstart mit jedem anrechenbaren Fachkurs möglich	12
CAS Forensisch psychiatrische Pflege und Betreuung	Studienstart mit jedem anrechenbaren Fachkurs möglich	12
CAS Psychiatrische Pflege	Studienstart mit jedem anrechenbaren Fachkurs möglich	12
CAS Psychosomatik – <b>Neu</b>	Studienstart mit jedem anrechenbaren Fachkurs möglich	12
CAS Psychosoziales Caring	Studienstart mit jedem anrechenbaren Fachkurs möglich	12
CAS Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen	Studienstart mit jedem anrechenbaren Fachkurs möglich	12
Fachkurs Adhärenztherapie	Januar 2021	4
Fachkurs Ambulante psychiatrische Pflege	September 2021	4
Fachkurs Caring	September 2021	4
Fachkurs Forensisch psychiatrische Pflege und Betreuung	Januar 2021	4
Fachkurs Kognitive Verhaltenstherapie	November 2020	4
Fachkurs Krisen- und Kurzzeitinterventionen	November 2021	5
Fachkurs Kunst der Multimodalen Therapie – <b>Neu</b>	Januar 2021	4
Fachkurs Leben mit der Sucht	September 2021	4
Fachkurs Motivational Interviewing	November 2020	4
Fachkurs Menschen mit psychischen Störungen pflegen	Januar 2021	4
Fachkurs Mind & Body Care – <b>Neu</b>	September 2021	4
Fachkurs Psychiatrie	August 2021	4
Fachkurs Psychoedukation	Januar 2021	4
Fachkurs Psychosoziale Interventionen	November 2020	4
Fachkurs Suizidprävention	Januar 2021	4
<b>Integrierte Pflege: Somatic Health</b>		
MAS Spezialisierte Pflege	Einstieg möglich mit jedem anrechenbaren Fachkurs oder CAS	60
DAS APN Primary Care – <b>Neu</b>	September 2021	30
DAS Spezialisierte Pflege	Einstieg möglich mit jedem anrechenbaren Fachkurs oder CAS	30
Passerelle zum DAS Spezialisierte Pflege	Einstieg möglich mit einem Fachkurs aus dem Bereich «Spezialisierte Pflege» und/oder einem Evidence-Based-Practice-Modul	30
CAS Akut- und Notfallsituationen	November 2020	12
CAS Clinical Assessment und Decision Making	August 2021	10
CAS Clinical Research Coordinator	September 2021	10
CAS Interprofessionelle spezialisierte Palliative Care	Januar 2021	16
Fachkurs Akut- und Notfallsituationen – <b>Neu</b>	November 2020	8
Fachkurs Clinical Assessment	August 2021	5
Fachkurs Clinical Decision Making	Januar 2021	5
Fachkurs Forensic Nursing	Januar 2021	4
<b>Workshops für Angehörige</b>		
Soll ich lachen oder weinen? Humortraining und humorvolle Auszeit	12. September 2020	–
Das geht zu weit! Aggressionen in der Familie – wie gehe ich damit um?	24. Oktober 2020	–

## **Berner Fachhochschule**

Gesundheit  
Murtenstrasse 10  
3008 Bern

Telefon +41 31 848 35 00

gesundheit@bfh.ch  
bfh.ch/gesundheit

## **Studium**

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

## **Weiterbildung**

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

## **Dienstleistungen**

- Fachberatung
- Organisationsentwicklung für Gesundheitsinstitutionen
- Qualitätsmanagement
- Kommunikationstraining

## **Angewandte Forschung und Entwicklung**

- Forschungsprojekte mit Praxispartnern
- Evaluationen
- Forschungsunterstützung