



Wie werden wir gesund alt?

Altbekanntes Prinzip, neu aufgelegt

Generationenwohnen in langfristiger Perspektive.

Seite 7

«Alle sollten im Alter Krafttraining machen»

Warum das so ist, erklärt Physiotherapeutin Romina Ghisoni.

Seite 12

Digitale Lebensstil- Intervention im Alter

Ungesunde Gewohnheiten mit einer App durchbrechen?

Seite 20





- Fokus Alter**
- 4 «Healthy up High»: Gesund alt werden im Hochhaus
- 7 Generationenwohnen – altbekanntes Prinzip, neu aufgelegt
- 10 Warum Ernährungsmanagement mehr Aufmerksamkeit braucht
- 12 «Alle Menschen sollten im Alter Krafttraining machen»
- 14 «Mit zunehmender Erfahrung macht die Arbeit als Hebamme mehr Freude»
- 18 Zahlen & Fakten zum Alter
- 20 Digitale Lebensstil-Intervention im Alter

- 22 **News**
- 24 **Arbeitsmodell in der Geburtshilfe**
Im Tandem zur Beleghebamme
- 26 **Für mangelernährte Kinder**
Trinknahrung aus dem 3D-Drucker
- 28 **International Office**
Notfall-Simulationen und Dorfspital:
Ein Auslandpraktikum in Chile
- 30 **Digitale Gesundheit**
Wie Designprinzipien aus der Wirtschaft helfen
- 32 **Weiterbildung MAS Gerontologie**
Anregende Gespräche, neue Ideen und Freude am Studium
- 34 **Events**

Liebe Leser*innen

Wir können mit unserer Lebenserwartung sehr zufrieden sein. Männer im Alter von 65 Jahren können heute noch mit weiteren 19,9 Jahren rechnen und Frauen mit 22,7 Jahren. Wie wir diese Lebensphase erleben bzw. wie wir sie gestalten, ist von zahlreichen Faktoren abhängig. Deren Zusammenspiel zu organisieren kann mitunter sehr komplex und herausfordernd sein – nicht nur für Senior*innen selbst, sondern auch für Angehörige, Pflegende, Gemeinden und weitere Anspruchsgruppen. Die Möglichkeiten für ein Zusammenleben in einer Gesellschaft, die direkt oder indirekt die Gesundheit und die Lebensqualität von Senior*innen fördert, gehen weit über das Individuum hinaus. Sie werden durch familiäre, kommunale, gesellschaftliche und politische Themen stark mitgeprägt und müssen daher auf verschiedenen Ebenen erarbeitet werden.

Dies bedarf einer Forschung, Lehre und Weiterbildung, die sich sowohl professionsspezifisch, als auch interdisziplinär und partizipativ orientiert. Die Vielfalt unserer Handlungsansätze bringen wir Ihnen in dieser Ausgabe näher. Einerseits stellen wir Ihnen professionsspezifische Projekte wie Krafttraining oder Ernährungsmanagement in Alters- und Pflegeheimen vor. Andererseits sehen Sie in interprofessionellen Projekten die Chancen, die digitale Lösungen für Gesundheit und Lebensqualität von Senior*innen bieten. Wir greifen auch die letzte Lebensphase auf. Mit dem Projekt Sterbesettings haben wir die Möglichkeit zu einer breiten gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Thema «Sterben» erarbeitet.

Sie erwartet ein bunter «Strauss» an Beiträgen, der die Heterogenität dieser Lebensphase widerspiegelt. Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre und inspirierende Gedanken.

Impressum

Herausgeberin: Berner Fachhochschule BFH,

Departement Gesundheit, ISSN 2297-1084

Erscheinungsweise: 2-mal jährlich

Auflage: 7000 Ex.

Redaktion: Sandro Nydegger

Fotos: Sandro Nydegger, Adobe Stock und weitere

Layout: Etage Est GmbH, Bern

Druck: Merkur Druck AG, Langenthal

Abonnement: bfh.ch/gesundheit/frequenz



Die Texte dieses Werkes sind lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung-Nicht kommerziell 4.0 International Lizenz. Bilder und Grafiken stehen gemäss Schweizer Urheberrechtsgesetz für nicht kommerzielle Zwecke frei zur Verfügung.



Dr. Karin Haas
Co-Leiterin Institut Alter
BFH Departement Gesundheit

«Healthy up High»

Gesund alt werden im Hochhaus

Hochhaussiedlungen sind beliebte Wohnorte für ältere Menschen in Bern. Viele dieser Häuser sind renovationsbedürftig und entsprechen nicht mehr den heutigen Bedürfnissen. Ein interdisziplinäres Team der BFH hat untersucht, wie die Hochhäuser mit Blick auf ihre älteren Bewohner*innen revitalisiert werden können.

In der Nachkriegszeit führte die Hochkonjunktur in Bern und in der ganzen Schweiz zum Bau von Hochhaussiedlungen. Viele dieser Hochhäuser sind in die Jahre gekommen und benötigen eine Revitalisierung. Neben der Verbesserung der Nachhaltigkeit müssen die Siedlungen auch den heutigen Lebensbedürfnissen der Bewohner*innen angepasst werden. Einige von ihnen sind – wie die Häuser selber – in die Jahre gekommen: Der Anteil pensionierter Personen in den verschiedenen Hochhaussiedlungen in Bern liegt zwischen 29 und 37 Prozent (Statistik Stadt Bern, 2018).

«Ältere Menschen haben spezifische Anforderungen an ihre Wohnsituation», sagt Tannys Helfer, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Berner Fachhochschule. Will eine ältere Person beispielsweise selbständig einkaufen gehen, ist sie auf einen hindernisfreien Einkaufsweg angewiesen. Treppen, unzuverlässig funktionierende Lifte, rutschige Gehwege oder fehlende

Sitzgelegenheiten können dies erschweren oder verunmöglichen. Dabei bedeutet das Einkaufen mehr als nur die persönliche Versorgung mit Lebensmitteln: «Der Einkaufsweg bietet soziale Interaktion und Bewegung», gibt Tannys Helfer zu bedenken, «und das sind wichtige Aspekte der Gesundheit – nicht nur im Alter.»

Wurde bei Neubau-Projekten bereits zu «Ageing in Place» geforscht, so ist das Wissen zur Integration der Bedürfnisse älterer Menschen bei bestehenden Hochhaussiedlungen gering. Genau dieses Themenfeld untersuchte ein interdisziplinäres Team von Forschenden der Berner Fachhochschule anhand zweier Hochhäuser in Bern. «Unser Ziel war es, die wichtigen soziostrukturellen Räume und Begegnungsorte in und um die Hochhäuser zu identifizieren», sagt Projektleiterin Tannys Helfer. Das sind zum Beispiel Waschküche, Treppenhaus oder Eingangsbereich innerhalb der Gebäude oder Lebensmittelgeschäfte, Gehwege, Cafés und medizinische Dienstleistungen in der Umgebung. Ein sekundärer Erhebungsaspekt galt der Perspektive anderer Bewohner*innengruppen und Stakeholdern. Damit sind Bauträger, Dienstleistende im Gesundheitsbereich und Fachpersonen aus Sozialplanung, Gemeinwesen und Altersarbeit gemeint. Die Forschenden aus den Bereichen Gesundheit, Soziale Arbeit und Architektur untersuchten, wie Ernährung, Bewegung, soziale Teilhabe, bauliche Umwelt, sowie Ressourcen und Dienstleistungen in der Nähe miteinander zusammenhängen, welche Synergien vorhanden sind und wo niederschwellige, nachhaltige Optimierungsmöglichkeiten bestehen.

«Age Friendly Cities»

Die Stadt Bern ist Mitglied der «Age Friendly Cities», einem Projekt der Weltgesundheitsorganisation für altersfreundliche Städte. Sie setzt sich für die Konzepte «Caring Community» und «Ageing in place» ein. Dies tut sie, weil die Zahl der Personen über 65 Jahre bis ins Jahr 2050 überproportional ansteigen wird. Dadurch steigt auch der Wohnraumbedarf für diese Altersgruppe, worauf die Stadtentwicklung mit baulicher Verdichtung reagiert. Dieses Vorgehen erlaubt eine höhere Nutzungsdichte und fördert somit den haushälterischen Umgang mit der städtisch knappen Ressource Boden.

Das untersuchte Hochhaus Gäbelbach 31–47, entworfen von den Architekten Eduard Helfer, Hans und Gret Reinhard. Gebaut zwischen 1965 und 1971. (Foto: Nadja Ryffel, 2020, Hochschule Luzern – Technik & Architektur)





Innenräume

- Reaktivierung der Gemeinschaftsräume
- Gemeinschaftsräume als Zwischennutzung
- Mehr Beachtung dem Eingangsbereich
- Waschküchen als niederschwellige Begegnungsorte
- Treppenhäuser als Teil eines Trainingsparcours

Aussenräume

- Barrierefreiheit der Aussenbereiche
- Gleichmässige, gepflegte, rutschfeste Gehwege
- Beschilderung der Wege
- Ausreichende und altersgerechte Sitzgelegenheiten
- Verbesserung der «Green-Spaces» rund um das Hochhaus

Ernährung und Bewegung

- Selbstständigkeit im Alter durch Verbesserung der Ernährungsversorgung fördern (z. B. Mittagstische)
- Mit ausgeschilderten Parcours und Gehwegen zur Bewegung auffordern

Nachbarschaft

- Lebendige und sorgende Nachbarschaft mit Fachpersonen aufbauen

Die Handlungsempfehlungen in Kurzform

Als Datenquellen dienten teilnehmende Beobachtung, halbstrukturierte Interviews, informelle Gespräche sowie die Kartierung von Dienstleistungen und Einkaufsmöglichkeiten in einem geographischen Informationssystem (GIS). In fünf Feldbesuchen von jeweils zwei bis drei Stunden wurden Beobachtungen schriftlich und fotografisch festgehalten. Insgesamt führten die Forscher*innen 45 informelle Gespräche mit Erwachsenen unterschiedlicher Altersstufen durch. Dadurch konnten sie die Perspektiven der Bewohner*innen einholen und ihre soziale Interaktion verstehen. Bei acht Bewohner*innen führten die Forscher*innen Einzelinterviews durch. Dazu kamen Interviews mit Stakeholdern aus der Nachbarschaftshilfe, dem Quartierverein, der Kirche, der Baugenossenschaft, dem Kompetenzzentrum Alter und der Stadtverwaltung.

Erkenntnisse in Handlungsempfehlungen zusammengefasst

Auf der Basis ihrer Analyse haben die Forscher*innen Handlungsempfehlungen erarbeitet. Diese unterteilten sie in Innenräume, Aussenräume, Nachbarschaft sowie Ernährung und Bewegung. Tannys Helfer: «Die Handlungsempfehlungen sollen den Stakeholdern wie Bauträgerschaft oder Verwaltung helfen, das Hochhaus altersgerecht zu revitalisieren.» Die Empfehlungen richten sich aber nicht nur auf die beiden untersuchten Siedlungen, sie könnten auch für ähnliche Überbauungen in der Schweiz relevant sein.

Die Forschenden empfehlen konkrete, praxisnahe Optimierungen: Zum Beispiel die Aufwertung von niederschweligen Begegnungsorten wie Eingangsbereich, unmittelbar vor den Eingängen oder Waschküche. Treppenhäuser können für ältere Menschen und alle anderen Altersgruppen zu einem Teil eines Trainingsparcours gestaltet werden und Sitzgelegenheiten im Aussenbereich erleichtern den Einkaufsweg. «Wir haben bereits sehr positive Rückmeldungen von Bauträgerschaften erhalten», sagt Tannys Helfer, «unsere Optimierungen sind niederschwellig und damit gut umsetzbar bei der Revitalisierung von Hochhaussiedlungen.»



Tannys Helfer
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Fachbereich Pflege
tannys.helfer@bfh.ch

Generationenwohnen – altbekanntes Prinzip, neu aufgelegt

In der Schweiz sind seit den frühen 1970er-Jahren die unterschiedlichsten Generationenwohnprojekte entstanden. Altersdurchmischtes Wohnen gehört in diesen Siedlungen explizit zum Konzept. Eine vergleichende Analyse zeigt das Thema Generationenwohnen in langfristiger Perspektive.

Explizite Generationenwohnprojekte erhalten aktuell viel öffentliche Aufmerksamkeit. Sie machen zwar nur einen kleinen Anteil der Schweizer Wohnsubstanz aus, gelten aber vor dem Hintergrund der alternden Gesellschaft als zukunftsfähiges Wohnmodell. Eine Recherche im Rahmen des Forschungsprojekts «Generationenwohnen in langfristiger Perspektive – von der Intention zur gelebten Umsetzung», an dem die Berner Fachhochschule beteiligt ist (siehe Kasten) ergab die Zahl von 76 Generationenwohnprojekten in der Schweiz, die bis 2017 entstanden sind. Die Recherche macht auch deutlich, dass diese sowohl in urbanen, stadtnahen als auch in ländlichen Gebieten vorkommen. Etwa die Hälfte sind kleinere Projekte mit weniger als 30 Wohnungen.

Wunsch nach generationenübergreifenden Netzwerken

Massgebliche Treiberin vieler Generationenwohnprojekte ist die Förderung des sozialen Zusammenhalts, indem im Wohnumfeld Netzwerke zwischen Menschen unterschiedlichen Alters unterstützt und gestärkt werden. Gerade um zuhause alt zu werden, sind sozialräumliche Netzwerke zur Unterstützung und Teilhabe zentral. Der Grossteil der Menschen über 65 Jahren wünscht sich, in Nachbarschaften mit Menschen unterschiedlicher Generationen zu leben (Höpflinger et al. 2019). Tatsächlich nimmt die Zahl – jedoch nicht die Enge – generationenübergreifender Beziehungen ab, da diese primär im familiären Kontext stattfinden (Age Stiftung 2020). Ausserhalb des familiären Umfelds leben Menschen tendenziell eher in altershomogenen Netzwerken, was auch auf Nachbarschaftskontakte zutrifft. So gaben in einer Studie zu altersübergreifenden Kontakten im nachbarschaftlichen Umfeld rund zwei Drittel der befragten Personen an, dass es sich bei denjenigen Nachbar*innen, zu denen sie ein gutes und enges Verhältnis haben, um Menschen im selben Alter handelt (Seifert 2020).

Zusammenleben zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Im Forschungsprojekt «Generationenwohnen in langfristiger Perspektive – von der Intention zur gelebten Umsetzung» wurde deutlich, wie anspruchsvoll sich intergenerationelles Zusammenleben im Alltag der Wohnprojekte gestaltet. So gibt es unterschiedliche Rhythmen und zeitliche Verfügbarkeiten, welche die Begegnung und das Miteinander der Generationen erschweren oder sogar verunmöglichen. Das Projekt zeigt auch, dass Generationenzugehörigkeit eher als sekundäre Eigenschaft auf die Beziehungsbildung einwirkt: Sympathie, geteilte Werte, ähnliche Lebensumstände oder bestimmte Persönlichkeitsmerkmale sind ent-

Forschungsprojekt «Generationenwohnen in langfristiger Perspektive – von der Intention zur gelebten Umsetzung»

Das angewandte Forschungsprojekt beschäftigt sich mit Potenzialen und Herausforderungen von Generationenwohnprojekten im Zeitverlauf. Eine vergleichende Analyse hat zum Ziel, Handlungsempfehlungen für interessierte Akteur*innen zu entwickeln.

Nach einer umfassenden Bestandesaufnahme in allen Sprachregionen der Schweiz wurden 19 Kurzporträts erstellt und zu einer Dokumentation zusammengefasst. Im Herbst erscheint der Schlussbericht mit Handlungsempfehlungen und sechs vertiefenden Fallstudien.



scheidender für das Entstehen von Beziehung und Gemeinschaft als die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Altersgruppe.

Nicht immer läuft das Zusammenleben in den Projekten harmonisch. In Interviews wurde betont, wie wichtig die Reflexionsfähigkeit und darauf aufbauend die Bereitschaft und Fähigkeit sind, das eigene Verhalten zu verändern. Beim genaueren Blick in die Praxis zeigte sich auch, dass Generationenwohnprojekte mit denselben Problemen kämpfen wie «gewöhnliche» Hausgemeinschaften: Auch hier führen Klassiker wie Party-Lärm, bellende Hunde oder die gemeinsame Waschküchennutzung zu Dissonanzen.

Altern mit nachbarschaftlicher Unterstützung

Obwohl mit Generationenwohnen verbreitet die Vorstellung von gegenseitiger Unterstützung im Alter verbunden wird, thematisieren nur wenige der untersuchten Wohnsiedlungen den Umgang mit altersbedingter Fragilität. Der Entwicklung weiterführender Konzepte zum gemeinsamen Altern steht möglicherweise im Wege, dass Nachbarschaftshilfe erfahrungsgemäss vor allem bei einfachen, nicht allzu intimen Handlungen funktioniert. Zudem ist die Vorstellung von Alltagsunterstützung als privater, innerfamiliärer Aufgabe gesellschaftlich noch immer sehr präsent. (Age Stiftung 2020)

Nachbarschaftliche Alltagsunterstützung lässt sich als Tauschbeziehung fassen, die nach den Kriterien der Gegenseitigkeit, Gleichzeitigkeit und Gleichwertigkeit funktioniert. Ein solcher «Tauschhandel» unter Nachbar*innen gelingt dort, wo die Beteiligten zur selben Zeit eine ähnliche Bedarfs- und Ressourcenlage teilen – was de facto wahrscheinlicher ist, wenn sie sich in derselben Lebensphase befinden (ebd.). Dies mag mit ein Grund sein, weshalb Vorstellungen wie «Die Jüngeren kaufen für die Älteren ein, während diese zu den Kindern schauen» oft wenig realitätsnah sind.

Wandel und Individualität der Wohnprojekte

Alle untersuchten Generationenwohnprojekte verfolgen den Anspruch, eine gewisse Altersverteilung zu sichern. In der Praxis zeigen sich Verschiebungen im Zeitverlauf. So begann man in einem Projekt aufgrund der lokal existierenden Wohnungsnot nach Zufallsprinzip zu belegen. In einem anderen, stark gemeinschaftlich

geprägten Projekt werden Menschen über fünfzig nur noch mit Zurückhaltung aufgenommen, was mit altersabhängig unterschiedlichen Bedürfnissen und Vorstellungen des Zusammenlebens begründet wird.

Das Forschungsprojekt zeigt, dass die konkrete Ausgestaltung der Generationenwohnprojekte stark von den involvierten Individuen und den damit verbundenen Konstellationen abhängt. Dies führt auch zu diversen und sich wandelnden Alltagsmustern, was die Chance zur Replikation bestimmter Wohnkonzepte oder -projekte mindert. Ein- und Auszüge von Mitbewohner*innen können bestehende Gefüge ins Wanken bringen und unterschiedliche Reaktionen hervorrufen, die von Erleichterung und Entlastung über Ermüdung und Rückzug (je nach Projekt unterschiedlich gut möglich – baulich, aber auch konzeptuell) bis hin zum Auszug reichen. Gelebtes Generationenwohnen bedingt also eine kontinuierliche Aushandlung von Gemeinschaftlichkeit und Individualität, von Nähe und Distanz, aber auch das Bewusstsein für die dem Geben und Nehmen zugrundeliegenden Reziprozitätsstrukturen.

Literaturverzeichnis

- Age Stiftung (2020): Generationen-Wohnen heisst Nachbarschaft. Age-Dossier 2.
- Höpflinger, François; Hugentobler, Valérie; Spini, Dario (2019): Wohnen in den späten Lebensjahren. Grundlagen und regionale Unterschiede. Age Report IV. Zürich, Genf: Seismo.
- Seifert, Alexander (2020): Altersübergreifende Nachbarschaftskontakte. Datenauswertung im Auftrag der Age-Stiftung. Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie.

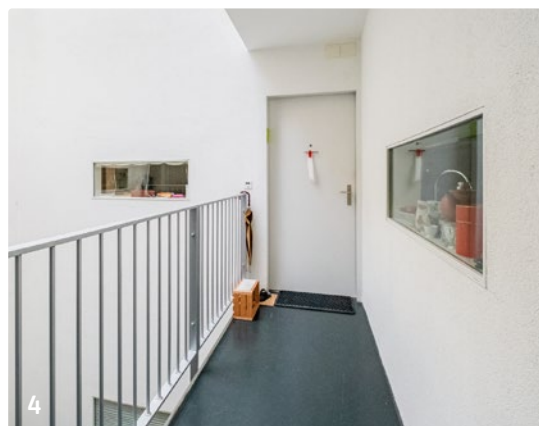


Anita Schürch
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Kompetenzzentrum Partizipative
Gesundheitsversorgung
anita.schuerch@bfh.ch



Beispiel eines Generationen- Wohnprojekts für die 2. Lebenshälfte: Das Haus «Sein» in Bern

- 1 Das Haus «Sein» von aussen, mit der für die Berner Altstadt typischen Sandsteinfassade. (Foto: Louise Wilson)
- 2 Der Gemeinschaftsraum wird auch für Näharbeiten genutzt. (Foto: Louise Wilson)
- 3 «Mini-Bühnen der Selbstdarstellung» schaffen Sichtkontakt unter den Bewohnenden. (Foto: Andrea Könitzer)
- 4 Die Bewohnenden schätzen die gemeinschaftsfördernde Architektur. (Foto: Andrea Könitzer)



Warum Ernährungsmanagement mehr Aufmerksamkeit braucht

Ernährungsmanagement ist in Alters- und Pflegeheimen ein noch weitgehend unbeachtetes Gebiet. Dabei leiden viele ihrer Bewohner*innen an Mangelernährung. Gesundheitsfachpersonen sollten dieses Thema gemeinsam angehen.



Bewohner*innen von Alters- und Pflegeheimen sind besonders vom Risiko einer Mangelernährung betroffen. (Foto: Adobe Stock)

Die vulnerable Bevölkerungsgruppe der Alters- und Pflegeheimbewohner*innen ist durch altersbedingte pathologische und ernährungsbedingte Veränderungen und Beeinträchtigungen besonders vom Risiko einer Mangelernährung betroffen. Im Rahmen des Masters of Science (MSc) Ernährung und Diätetik an der Berner Fachhochschule führte Andrea Zurfluh einen Literaturreview zu dieser Thematik durch. In Europa sind 14 bis 21 Prozent der Bewohner*innen in Alters- und Pflegeheimen (APH) von einer Mangelernährung betroffen, weitere 4 bis 52 Prozent weisen ein Risiko dazu auf (Cereda et al., 2016). Eine Mangelernährung im Alter ist assoziiert mit höheren Inzidenzen von Infektionen, Wundheilungsstörungen, Sarkopenie, Gebrechlichkeit, Sturzereignissen und somit einer verminderten Lebensqualität (Agarwal et al., 2016; Salminen et al., 2020).

Auf nationaler Ebene sind die Pflegeheime seit 2019 gemäss Art. 22a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) und Art. 77 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verpflichtet, Daten zur Messung von medizinischen Qualitätsindikatoren (QI) zu erheben, einer davon ist die Mangelernährung. Es zeigte sich eine Prävalenz der Mangelernährung zwischen 5 bis 34 Prozent (Curaviva Schweiz, 2018a).

Ernährungsinterventionen erhöhen Lebensqualität

Obwohl mit der nationalen Vorgabe zur Erfassung der Mangelernährung ein erster Schritt erfolgt ist, sind in der Schweiz praktisch keine Ernährungsfachpersonen in APH vertreten (Mahlstein & Weishaupt, 2018). Durch fehlende Ressourcen sowohl der Pflege als auch der Ernährungsberatung, einer inkorrekten Anwendung

des Mangelernährungs-Screenings sowie fehlendem Wissen zur Mangelernährung, bleiben individuelle ernährungstherapeutische Interventionen oftmals aus (Fleurke et al., 2020). Ein professionelles Screening, Assessment und daraus abgeleitete Ernährungsinterventionen tragen jedoch massgeblich zur Behandlung und Verbesserung der Mangelernährung und der Lebensqualität von Personen in Pflegeinstitutionen bei (Beck et al., 2016; Keller et al., 2017).

Die Berner Fachhochschule untersuchte unter der Leitung von Franziska Scheidegger-Balmer Chancen und Herausforderungen von Ernährungsmanagement an APH und schlug personalisierte Ansätze zur Verbesserung vor. In zwei APH, eines davon ein Kompetenzzentrum Demenz, wurden anhand eines semistrukturierten Interviewleitfadens qualitative Einzelinterviews sowie ein Fokusgruppeninterview mit Mitgliedern der Geschäftsleitung, Heimarzt und Heimarztin sowie Mitarbeitenden aus den Bereichen Pflege, Hauswirtschaft und Küche durchgeführt.

Weiter wurden Einblicke in den Praxisalltag, bestehende Prozesse und Systeme der beiden APH gewonnen. Dabei zeigte sich eine erste Sensibilisierung hinsichtlich des Themas Mangelernährung. So führen beide APH standardmässig bei neu eintretenden Heimbewohner*innen ein Screening durch, um ein Risiko für eine Mangelernährung festzustellen. Gleichzeitig wurden dabei auch einige Unklarheiten offensichtlich, z.B. bezüglich der Bedeutsamkeit eines solchen Screenings und der Tatsache, dass dieses regelmässig wiederholt werden sollte, um das Risiko für eine Mangelernährung rechtzeitig zu entdecken. Ausserdem, dass im Falle eines solchen Risikos jeweils ein Ernährungs-Assessment folgen sollte, da allein aufgrund eines Screenings nicht entschieden werden kann, ob und welche Ernährungsinterventionen indiziert sind. So beschrieben es Mitarbeitende aus Pflege und Hauswirtschaft beispielsweise als grosse Herausforderung, nächste Schritte einzuleiten, wenn aus einem Screening ein Ernährungsrisiko resultierte.

Weiter wurden in den Interviews immer wieder Bedenken hinsichtlich der Sinnhaftigkeit von Ernährungsinterventionen in APH geäussert. Die Mitarbeitenden sahen den Fokus bei den Heimbewohner*innen vor allem auf der Erhaltung der Lebensqualität und weniger auf einem adäquaten Ernährungszustand, ohne den Zusammenhang zwischen beiden zu erkennen.

Interprofessionelle Zusammenarbeit als Erfolgsfaktor

Durch interprofessionelle Workshops mit Ernährungsfachpersonen konnten die Mitarbeitenden in den beiden Einrichtungen sensibilisiert und geschult werden sowie konkrete Massnahmen und Arbeitspapiere erarbeitet werden, um das Ernährungsmanagement stärker zu verankern.

Ernährungsmanagement ist eine therapeutische Massnahme zur Prävention einer Mangelernährung, Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Lebensqualität. Ernährungsberater*innen können ein APH dabei vielfältig unterstützen. Interprofessionelle Zusammenarbeit mit Geschäftsleitung, Pflegenden, Hotellerie, Küche und Ärzt*innen ist dafür ein wichtiger Erfolgsfaktor.

Eine Herausforderung in der Praxis ist der enge finanzielle Rahmen, der einen Einbezug von Fachpersonen erschwert. Hier müssen weitere Überlegungen ansetzen, um APH beim Ernährungsmanagement zu unterstützen. Möglichkeiten, durch ärztliche Verordnung z.B. freiberufliche Ernährungsberater*innen einzubeziehen und Abrechnung über die Grundversicherung (wie vereinzelt schon erfolgreich etabliert) oder eine Einbeziehung von Ernährungsberater*innen im Angestellten- oder Mandatsverhältnis sollten verstärkt genutzt werden. Dabei sollte auch berücksichtigt werden, dass aus der Mangelernährung im Alter in der Schweiz jährliche Folgekosten von 526 Mio. Franken entstehen (Balmer & Imoberdorf, 2018) und eine erfolgreiche Prävention und Behandlung Kosten einsparen könnte.

Neue Praxisprojekte sollten sich diesem wichtigen Thema annehmen und das Bewusstsein für die Notwendigkeit des Ernährungsmanagement in APH weiter vorantreiben. Die Evidenz zeigt, dass ein qualifiziertes Ernährungsmanagement die Lebensqualität und damit das Wohl der Bewohnenden verbessern kann.

Referenzen

- Agarwal, E., Marshall, S., Miller, M., & Isenring, E. (2016). Optimising nutrition in residential aged care: A narrative review. 70-78.
- Curaviva Schweiz. (2018). Faktenblatt zu Qualitätsindikatoren für die stationäre Langzeitpflege – Mangelernährung.
- Weitere Referenzen können auf Anfrage von den Autorinnen zugesandt werden.



Prof. Dr. Undine Lehmann
Studiengangsleiterin MSc Ernährung
und Diätetik
undine.lehmann@bfh.ch



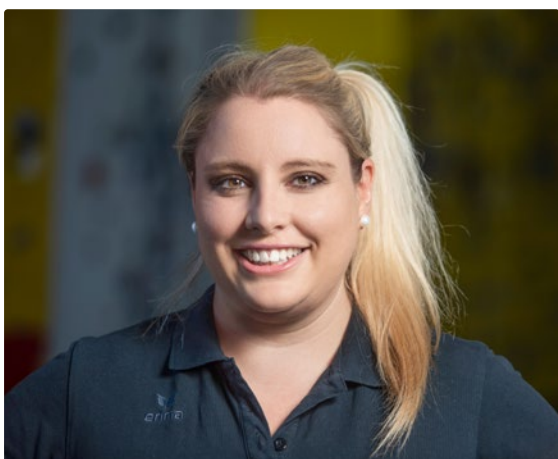
Franziska Scheidegger-Balmer
Wissenschaftliche Assistentin
Fachbereich Ernährung und Diätetik
franziska.scheidegger-balmer@bfh.ch



Andrea Zurfluh
Therapieexpertin Ernährungsberatung
Berner Reha Zentrum Heiligenschwendli
a.zurfluh@rehabern.ch

«Alle Menschen sollten im Alter Krafttraining machen»

Die Sportaktivität der älteren Bevölkerung nimmt in der Schweiz zu. Trotzdem absolviert ab 75 Jahren kaum noch jemand ein Krafttraining. Ein enormes gesundheitliches Potenzial liegt hier brach, sagt Physiotherapeutin Romina Ghisoni.



Romina Ghisoni MSc. in Sports Physiotherapy, Physiotherapeutin, Personal Health Coach. Romina Ghisoni hat langjährige Erfahrung als Sportphysiotherapeutin und Athletiktrainerin. Sie betreut unter anderem erwachsene und jugendliche Spitzensportler des HC Davos.

Fachkurs Ü65

Obwohl erwiesen ist, dass Krafttraining bis ins hohe Alter zahlreiche positive Effekte hat, gibt es seitens Betroffenen und Gesundheitsfachpersonen häufig Vorbehalte gegenüber Kraftübungen. Der Fachkurs «Kraft Ü65» gibt Antworten auf die wichtigsten Fragen und beleuchtet Mythen und Fakten zum Thema Krafttraining bei Menschen im Alter «Ü65».



Bei Untätigkeit nimmt die Muskelmasse ab, die Fasern werden dünner und weniger. Dieser Prozess beschleunigt sich ab etwa 60 Jahren. Das Syndrom der Sarkopenie, wie der übermässige Muskelschwund im Alter genannt wird, betrifft fünf bis 13 Prozent der Menschen zwischen 60 und 70 Jahren und wahrscheinlich jeden zweiten Menschen über 80 Jahren. Mit wenig Skelettmuskelmasse ist nicht nur die funktionelle Leistungsfähigkeit eingeschränkt, auch das Risiko für Stoffwechselerkrankungen steigt. Durch den gleichzeitigen Abbau von Kapillaren im Muskelgewebe erfolgt die Sauerstoff- und Nährstoffversorgung nur noch eingeschränkt. Im Muskelgewebe kommt es unter anderem zu Entzündungsprozessen und hormonellen Veränderungen. Die Muskulatur ist das wichtigste hormonelle Organ. Über 300 Hormone werden von ihr beeinflusst.

Bewegung ist gut, aber nicht gut genug

Es ist allgemein anerkannt, dass regelmässige Bewegung im Alter die geistige und körperliche Leistungsfähigkeit länger erhält. Unterschätzt wird hingegen die Bedeutung von Krafttraining, sagt Sportphysiotherapeutin Romina Ghisoni: «Wenn Sie auf dem Boden liegen und wieder aufstehen wollen, hilft ein gutes Herzkreislaufsystem nur wenig. In dieser Situation müssen Sie für den Schwung, den Sie benötigen, ihr anderthalb bis zweifaches Körpergewicht mit reiner Muskelkraft stemmen.»

Besonders Fast Twitch Fasern, auch schnelle Muskelfasern genannt, sind im Alter wichtig. Sie produzieren die Explosivkraft, die uns hilft, drohende Stürze aufzufangen. Eine Muskelreaktion innert 35 bis 90 Millisekunden sowie die Kraft, die ein Mensch in den ersten 25 Grad Kniebeugung produzieren kann, entscheiden darüber, ob er stürzt oder nicht. Selbst die Folgen eines Sturzes sind mit reduzierter Muskelmasse gravie-



Krafttraining im Alter: Senior*innen sollten von gut geschultem Fachpersonal angewiesen werden. (Foto: Adobe Stock)

render. Der Grund: Die Maximalkraft korreliert mit der Knochendichte, einem wichtigen Parameter für Osteoporose. Je weniger Muskeln, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit, sich bei einem Sturz etwas zu brechen.

Es ist nie zu spät, mit Krafttraining zu beginnen

Mit Wandern und rein bewegungsorientiertem Turnen lassen sich diese Risiken nicht abwenden. Um die Muskelmasse zu erhöhen und sie im Alter auf einem genügenden Niveau zu halten, benötigt es intensive Kraftleistungen. Krafttraining setzt den Muskelstammzellen den richtigen Reiz, damit sie neues Muskelgewebe produzieren. «Im Vorteil ist, wer bereits früher ein strukturiertes Krafttraining absolviert hat und deshalb bereits über mehr Muskelzellen verfügt», sagt Romina Ghisoni. «Es lohnt sich aber in jedem Alter, mit Krafttraining zu beginnen; selbst mit 100 Jahren.»

Das muss nicht zwingend im Fitnesscenter geschehen. Auch zu Hause lässt sich ein effektives Krafttraining durchführen. «Die Hilfsmittel spielen eine untergeordnete Rolle. Viel wichtiger ist, dass den Muskeln ein genügend grosser Reiz gesetzt wird», so Ghisoni. Das bedeute jedoch nicht möglichst hohe Gewichte; auf die richtige Auslastung komme es an. Senior*innen sollten deshalb von gut geschultem Fachpersonal angewiesen werden. Hier braucht es in Zukunft auch mehr interdisziplinäre Arbeit, betont die Physiotherapeutin: «Kraftaufbau folgt nicht nur aus Krafttraining allein, es braucht die richtige Ernährung, Regeneration, eine Berücksichtigung der Medikation und mentale Unterstützung.»

Autor:
Markus Tschannen, atonon.com

5 Tipps für das Krafttraining mit älteren Menschen



1. Patientenpräferenz steht im Mittelpunkt

Orientiere dich bei der Auswahl und Frequenz der Übungen an den Wünschen und Möglichkeiten der Patient*innen.



2. Bilaterale Übungen

Führe mindestens drei komplexe, bilateral ausgeführte Übungen im Training durch. Diese führen bei weniger Zeit zu grösserer Muskelmasse. Idealerweise führst du eine Übung mit den unteren Extremitäten und zwei Übungen mit den oberen Extremitäten durch.



3. Vier Serien pro Muskelgruppe

Baue mindestens vier Serien pro Muskelgruppe in den wöchentlichen Trainingsplan ein.



4. Höhere Intensität

Präferiere höhere Lasten bei 6–12 Repetitionen für Kraft und Hypertrophie. Für die Maxkraftsteigerung sind höhere Intensitäten konsistent erfolgreicher.



5. Leichtere Lasten für das Heimtraining

Methoden mit geringer Intensität und vielen Wiederholungen (15–40) können, wenn bis zur Ermüdung ausgeführt, ähnliche Effekte wie Methoden mit höherer Intensität produzieren. Diese sind besonders für das Heimtraining sehr sinnvoll.

«Mit zunehmender Erfahrung macht die Arbeit als Hebamme mehr Freude»

Viele Hebammen verlassen ihren Beruf nur wenige Jahre nach der Ausbildung wieder. Wir haben mit zwei erfahrenen Spitalhebammen geredet und sie gefragt, was sie über Jahrzehnte im Gebärsaal hielt.

Die offensichtliche Frage zuerst: Wie viele Babys haben Sie entbunden?

Eveline Haas: Ui, keine Ahnung.

Eine Schätzung?

Haas: Ich arbeite seit 25 Jahren ohne Unterbruch als Hebamme. Es sind auf jeden Fall ein paar Tausend.

Brigitta Krattinger: 1981 habe ich die Ausbildung abgeschlossen. Am Anfang zählte ich die Entbindungen. Jetzt bereue ich gerade, dass ich irgendwann damit aufgehört habe. (lacht)

Sie haben eine stattliche Anzahl Berufsjahre angesammelt. Viele bleiben weit weniger lang. Gemäss dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium OBSAN sind zwischen 2016 und 2018 43 Prozent der Hebammen aus dem Beruf ausgestiegen. Wo sehen Sie die Gründe?

Haas: Es ist ein strenger Beruf und er wird zunehmend anspruchsvoller. Die Arbeitszeiten machen es nicht einfacher. Ich höre von vielen, dass die Schichtarbeit den Ausschlag gibt, nicht mehr als Spitalhebamme zu arbeiten.

Krattinger: Geld ist ausserdem ein Thema, auch wenn es sicher nicht nur darum geht. Unsere jungen Hebammen sehen, dass Gleichaltrige in anderen Berufen deutlich mehr verdienen. Mit viel weniger Verantwortung, weniger Druck und geregelten Bürozeiten.

«Es gibt nicht viele Berufe, in denen man ein solches Spektrum an Emotionen erleben darf.»

Eveline Haas

Wo zieht es die Hebammen hin?

Haas: Sie machen eine andere Ausbildung oder gehen reisen und kommen danach nicht wieder. Auch wenn sie eine Familie gründen, kommen einige nicht mehr oder nur zu kleinen Pensen in den Beruf zurück.

Krattinger: Andere gehen in Gynäkologiepraxen und machen dort vorwiegend Kontrolluntersuchungen.

Haas: Oder sie werden selbständig und betreuen Frauen im Wochenbett. So bleiben sie dem Beruf treu, aber bei uns im Spital fehlen sie halt doch. Manchmal frage ich mich schon: Wo sind eigentlich all die Hebammen?

Spüren Sie den Mangel?

Krattinger: So schlimm wie andernorts ist es zum Glück nicht. An Weiterbildungen treffe ich auch Hebammen aus Deutschland. Die haben teilweise mit der gleichen Geburtenzahl nur die Hälfte der Stellenprozente auf der Station. Das ist extrem, die Dienste sind ja bei uns schon sehr anspruchsvoll. Und je weniger Personal, desto medizinischer werden die Geburtsabläufe. Irgendwann ist das nur noch zu bewältigen, wenn jede Gebärende eine PDA – also eine Periduralanästhesie – erhält.

Haas: Unser Stellenplan ist zwar noch ganz gut besetzt, aber wir haben viele Wechsel. Die jungen Hebammen kommen aus der Ausbildung, wir geben unser Wissen und unsere Erfahrung weiter und sobald sie einen gewissen Boden unter den Füßen haben, gehen sie wieder. Dann fangen wir von vorne an; das macht müde.

Sie haben erwähnt, dass viele nach der Familiengründung in kleinen Pensen arbeiten. Lässt sich Teilzeit mit dem Beruf vereinbaren?

Krattinger: Auf jeden Fall. Ich nehme die Hebammen, die bei uns Teilzeit arbeiten als sehr engagiert wahr. Das sind auch die, die am längsten bleiben. Ich habe in der Vergangenheit erlebt, dass es in manchen Spitälern ein Mindestpensum gab und gute Hebammen deswegen aufgehört haben.



Zusammen haben sie über 60 Jahre Berufserfahrung: Die beiden Hebammen Brigitta Krattinger (links) und Eveline Haas (rechts). (Foto: Sandro Nydegger)

Haas: Ich mache mit Teilzeit-Hebammen auch gute Erfahrungen. Sie müssen aber vorher ein paar Jahre voll gearbeitet haben. Sonst kommen sie einfach nie so richtig rein, gewinnen nicht die Routine und Sicherheit, die es auch in einem Teilzeitpensum braucht. Zwei Jahre Vollzeit ist in meinen Augen das Minimum.

Nun gibt es immer mehr Leute, die auch ohne Familie Teilzeit arbeiten, weil ihnen die Freizeit neben dem Beruf wichtig ist. Kommt Ihnen das manchmal seltsam vor?

Haas: 80 Prozent arbeiten ist das neue Vollzeit, sagt man. Wir sind da noch anders aufgewachsen. Die Arbeit galt als Hauptzweck des Lebens, die Freizeit war Beiwerk. Heute ist das nicht mehr so. Ich möchte nicht werten, es ist einfach ein anderer Zeitgeist.

Krattinger: Bei uns war schon während der Ausbildung klar, dass es daneben nichts anderes geben kann, da waren 12 Nächte à 12 Stunden Einsatz normal. Das war schon happig, hat uns aber vor Überraschungen später im Berufsalltag bewahrt.

Böse Zungen sagen der Generation Z nach, im Berufsleben nicht sehr belastbar zu sein. Wie nehmen Sie die Jungen wahr?

Haas: Es ist für die jungen Generationen ja auch nicht alles einfach. Die Welt ist komplizierter und medialer geworden. Wir hatten weniger Ablenkung zur Verfügung. Ich glaube nicht, dass die Jungen weniger belastbar sind, als wir es waren. Wir haben eher gelernt

durchzubeissen, unsere Wünsche zurückzustellen. Wir gingen manchmal nach Hause und haben geweint, weil es in der Ausbildung oder im Beruf so streng war.

Das klingt nicht gerade nach der Selfcare, die heute so hochgehalten wird.

Haas: Ich denke, weder das schnelle Aufgeben, noch das Durchbeissen um jeden Preis sind der richtige Umgang mit beruflicher Belastung.

Krattinger: Man macht besser von Zeit zu Zeit eine Standortanalyse. Du nimmst ein Blatt und schreibst auf, was dir am Beruf gefällt und was nicht. Und unter welchen Bedingungen es für dich passen würde.

Sie haben also Verständnis für eine Hebamme, die dann entscheidet, 80 Prozent statt 100 Prozent zu arbeiten?

Krattinger: Ja, auf jeden Fall.

Haas: Uns ist es doch lieber, sie arbeiten 80 Prozent und bleiben dabei, als dass sie mit 100 Prozent ins Burnout rasseln.

Krattinger: Aber es verstärkt das Lohnproblem. Wenn eine Hebamme auf 80 Prozent reduziert, weil sie sonst die wechselnden Schichten nicht prästiert, verdient sie nochmal weniger.

Haas: Jetzt muss ich aber auch noch etwas sagen, wenn wir schon über die Belastbarkeit der jüngeren Generation reden. Wenn ich die Pläne unserer Vollzeit-Hebammen anschau, die alle Dienste machen, dann denke ich mir: Das würde ich nicht mehr schaffen.



Eveline Haas arbeitet seit 25 Jahren Vollzeit als Hebamme. Nach einer kurzen Zeit in Biel wechselte sie in die Frauenklinik des Inselspitals Bern, wo sie inzwischen seit 20 Jahren tätig ist. (Foto: Sandro Nydegger)

Sie machen beide hauptsächlich Nachtdienste. Warum?

Haas: Das war wohl unsere Erkenntnis aus der Standortanalyse. Ich arbeite seit 15 Jahren nur noch in der Nacht. Das ist für den Körper einfacher als wechselnde Dienste. Aber auch fürs Sozialleben. Meine Freunde wissen, ich bin am Abend erreichbar.

Aber warum wählten Sie die Nacht?

Haas: Dort bin ich vor dem Tagesgeschäft geschützt. Von den Geburten her ist es nicht ruhiger, aber in der Nacht sind nur die Leute da, die da sein müssen. Da kommen nicht noch Hinz und Kunz vorbei, die etwas von einem wollen.

Krattinger: Das kann ich voll und ganz bestätigen. Ich habe mich aus denselben Gründen für den Nachtdienst entschieden.

Das ist für Hebammen mit jungen Kindern schwieriger.

Krattinger: Stimmt. Ihnen kommt aber ebenfalls zugute, dass wir uns inzwischen selber planen, sprich wir handeln die Dienstpläne im Team aus. Ist das bei euch auch so, Eveline?

Haas: Ja, und es funktioniert gut.

Krattinger: So können wir auf die Betreuungssituation von Müttern besser Rücksicht nehmen. Zum Beispiel auf fixe Kita-Tage.

Gab es Momente, in denen Sie den Beruf auch beinahe aufgegeben hätten?

Haas: Ein paar kurze Momente. Aber ich kann mir keinen anderen Beruf vorstellen, den ich so gerne machen würde.

Krattinger: Ich habe zwei Jahre lang einen Ausflug in die Spitex gemacht aber es zog mich ganz klar wieder zurück in den Gebärsaal.

Warum sind sie so lange Hebamme geblieben?

Was ist über all die Jahre so schön an diesem Beruf?

Krattinger: Wie neues Leben auf die Welt kommt. Diese unglaubliche Kraft, die in einer natürlichen Geburt steckt, das fasziniert mich immer noch wie am Anfang. Es ist ein Privileg, die Frauen dabei begleiten zu dürfen.

Haas: Mir gefällt es als Hebamme sogar immer besser, je länger ich dabei bin. Ich komme heute in den Gebärsaal und erfasse sofort, was los ist. Man kann mit der Erfahrung auf immer mehr Ressourcen zugreifen. Mich haut nicht mehr vieles aus den Socken. Ich arbeite im Frauenspital, da passiert vieles sehr schnell; von der problemlosen Geburt bis zur hochpathologischen Situation, Notfälle und dazu Kulturen aus aller Welt. Mich fasziniert dieses breite Spektrum.

Muss man sprichwörtlich das verflixte siebte Jahr überstehen und dann nimmt mit zunehmender Erfahrung die Belastung ab?

Krattinger: Manches wird mit den Jahren tatsächlich einfacher. Ich arbeite in einem Belegarztsystem, da sind die Ärzte etwas älter, haben gewisse Vorstellungen und manchmal einen direkten Umgangston mit jüngeren Hebammen. Mit meiner Erfahrung bin ich in der Position, dass ich Ärzten auch mal widersprechen und mich durchsetzen kann. Das gibt mir eine gewisse Ruhe. Ich kann Hebamme sein und meine Tätigkeit selbstbestimmt ausüben.

Haas: Ich habe leitende Ärzte schon als Assistenzärzte gekannt. Die haben Respekt vor mir. Sie wissen wie ich ticke und ich weiss, wie sie ticken. Sie hören auf mich, vertrauen mir, fragen mich um Rat. Das kann für jüngere Hebammen frustrierend sein. Sie merken, wenn ich etwas sage, dann nützt es, wenn sie dasselbe sagen, werden sie weniger gehört. Das ist auch nicht eine Frage des Selbstvertrauens, sondern dafür braucht es einfach die langjährige Berufserfahrung.

Welche Verantwortung bringt Ihre Erfahrung?

Haas: Unsere Durchsetzungsfähigkeit darf nie einfach Machtausübung sein. Mir ist es sehr wichtig, dass bei allen Diskussionen zwischen Ärztinnen, Ärzten und Hebammen immer das Wohl von Mutter und Kind an erster Stelle steht.

Krattinger: Ich sehe es in meinen letzten Berufsjahren als meine Aufgabe an, mein Wissen – gerade das praktische, historisch gewachsene Hebammenhandwerk – weiterzugeben.

Gib es Erlebnisse, die Sie nie vergessen werden?

Krattinger: (lacht) Oh ja, viele.

Haas: Manche werden mich bis aufs Totenbett begleiten. Vor allem die tragischen Schicksale. Ich war einmal mit einer Frau im Operationsaal, die ihr Kind verloren hat. Da haben wir schwierige Stunden durchgestanden. Sie schickt mir seither jedes Jahr eine Weih-nachtskarte.

Wie gehen Sie mit solchen Schicksalen um?

Haas: Ich betreue viele Verlustfrauen und denke manchmal schon, ich bin etwas gepflastert von all den verlorenen Kindern. Aber es gibt dabei auch schöne Momente. Gegenüber der erwähnten Frau bin ich damals im Operationsaal in einem hektischen Moment laut geworden. Das war mir peinlich. Als ich sie aber einige Zeit später wieder traf, hat sie sich bei mir bedankt und gesagt, sie habe damals dank meinen energischen Anweisungen gemerkt: «Hoppla, die schaut zu mir!» Das war für sie tröstend in dieser schwierigen Situation.

Krattinger: Es ist oft so, dass einem tragische Fälle Kraft geben. Zu sehen, wie die Paare einen Verlust bewältigen und sie auf einem kurzen Teil dieses Wegs zu begleitend, das kann sehr lehrreich und bereichernd sein.

Haas: Es gibt nicht viele Berufe, in denen man ein solches Spektrum an Emotionen erleben darf.

Haben jüngere Hebammen mit solchen Schicksalen Mühe, seien das Verluste bei der Geburt oder Schwangerschaftsabbrüche?

Haas: Manchen geht das schon nahe.

Was kann man da tun?

Haas: Ich musste lernen, dass die Geschichten der Frauen und Paare nicht meine Geschichten sind. Ich bin da, um sie zu begleiten. Möglichst empathisch, ohne ihr Leben zu meinem Leben zu machen.

Krattinger: Wenn das Team das abfangen kann, finde ich es auch ok, wenn sich eine Hebamme mal aus einer Situation herausnimmt.

Haas: Umgekehrt sind wir als erfahrene Hebammen auch für die jüngeren da. Ich habe oft gehört: «Hey, ich möchte dieses Paar betreuen, bist du mir im Rücken?» Da unterstütze ich sehr gerne.



Brigitta Krattinger ist mit kurzen Unterbrüchen seit 41 Jahren Hebamme. Nach Stationen in Murten und dem Engeriedspital arbeitet sie aktuell im Lindenhofspital. (Foto: Sandro Nydegger)

Krattinger: Ich denke aber nicht, dass viele Hebammen wegen der emotionalen Herausforderungen den Beruf verlassen. Damit lernt man umzugehen. Das Problem sind schon eher die organisatorischen Umstände.

Was müsste sich verändern, damit Hebammen länger Freude an ihrem Beruf haben?

Krattinger: Die Wertschätzung durch bessere Löhne würde sicher viel ausmachen. Oder wenn nach anstrengenden, wechselnden Schichten ein Teil der Erholung als Arbeitszeit angerechnet würde.

«Diese unglaubliche Kraft, die in einer natürlichen Geburt steckt, das fasziniert mich immer noch wie am Anfang.»

Brigitta Krattinger

Was muss sich für Hebammen mit Kindern ändern?

Haas: Die Strukturen dürften familienfreundlicher werden. Mit Kitas, die zu Schichtbeginn schon geöffnet haben und die nicht den ganzen Hebammenlohn kosten.

Krattinger: Immerhin tut sich bei den Rollenbildern etwas. Früher blieben die jungen Mütter länger zu Hause, während der Mann weiter voll arbeitete. Manche haben dann nach fünf oder sechs Jahren den Einstieg nicht mehr geschafft.

Zuletzt: Was ist ihr persönliches Erfolgsrezept?

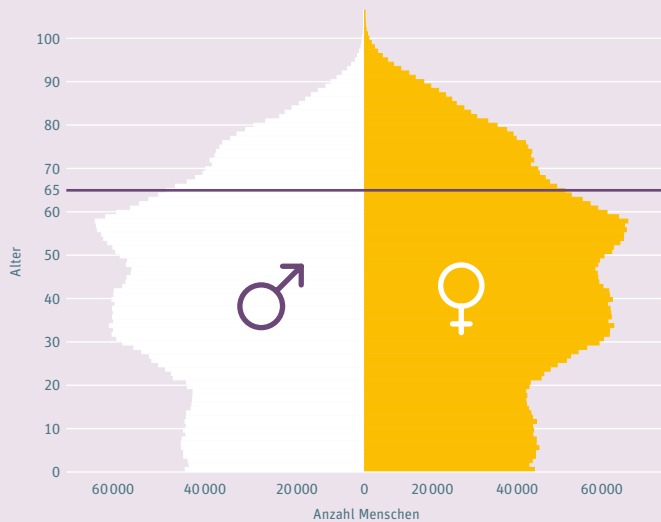
Krattinger: Ich denke, wir haben beide jeweils eine Geburtenabteilung gefunden, die uns zusagt. Wir sind im Nachtdienst glücklich und profitieren inzwischen von unserer Erfahrung. Das haben wir uns über die Jahre auch passend eingerichtet.

Haas: Und wir haben Glück, dass wir tagsüber gut schlafen können. (lacht)

Interview:
Markus Tschannen, atonon.com

Zahlen und Fakten zum Alter

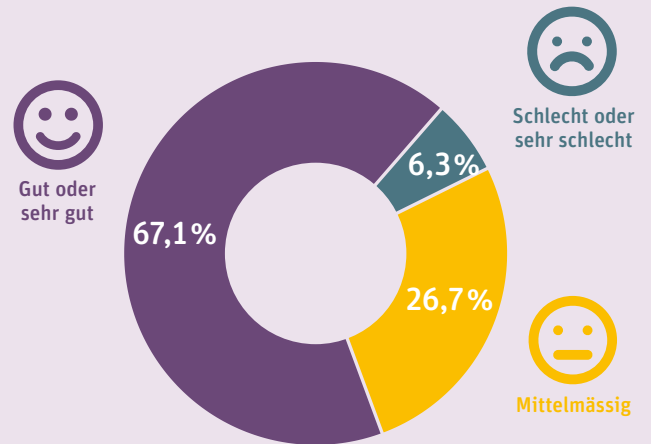
Die Schweiz wird immer älter



19% der Schweizer Bevölkerung ist 65-jährig oder älter. Tendenz steigend. 1971 waren es noch 11,5%.

Quelle: BFS 2023

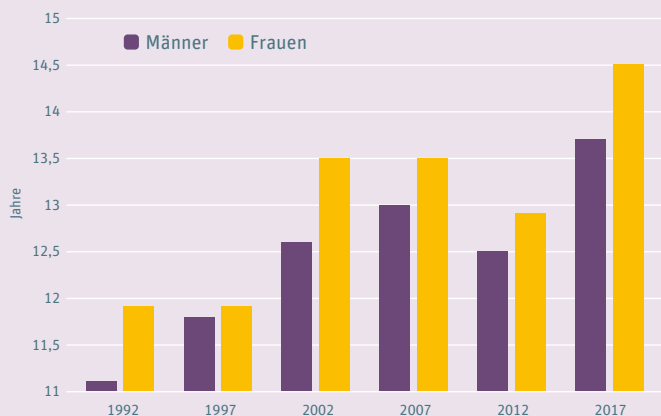
Wie fühlen Sie sich?



Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand von 75-jährigen und älteren Menschen in der Schweiz.

Quelle: BFS, März 2021

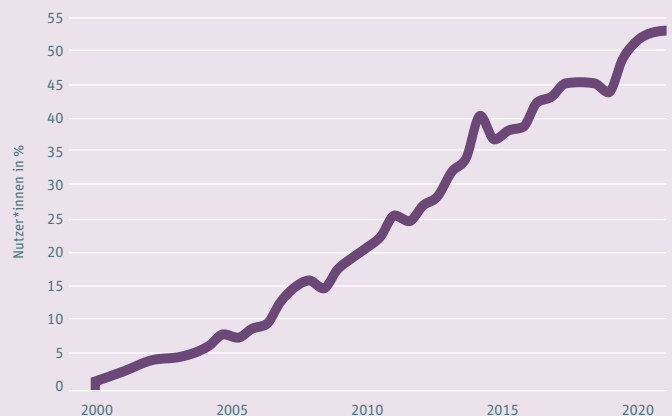
Wir leben länger und gesünder



Die Lebenserwartung in guter Gesundheit ab 65 Jahren.

Quelle: BFH – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) und Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT).

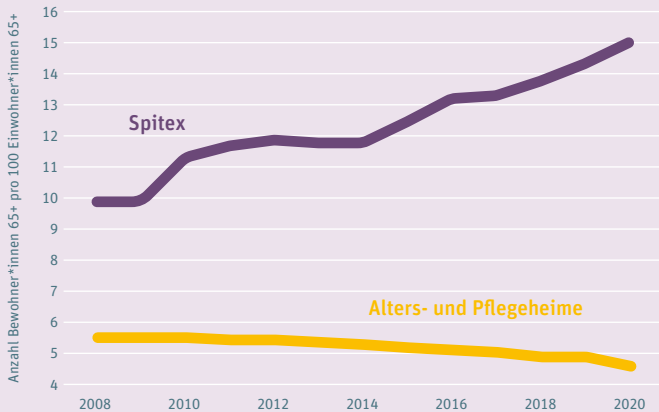
Auch Senior*innen sind online



Anteil der Menschen über 70 Jahre mit einer regelmässigen Nutzung (mehrmals pro Woche) des Internets in der Schweiz.

2012 wurde die Methode der Datenerhebung geändert. Quelle: MA-Net; Net-Matrix-Base

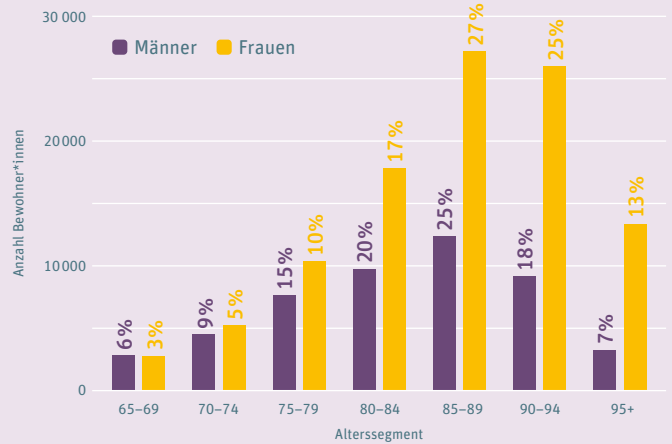
Wo werden wir alt?



Die Pflegeleistungen der Spitex werden immer beliebter. Dagegen nimmt der Anteil der Personen über 65 ab, welche die Langzeitpflege in einem Alters- oder Pflegeheim beanspruchen.

Quelle: BFH – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) und Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT).

Wer wohnt im Alters- und Pflegeheim?



Anzahl Klient*innen in Alters- und Pflegeheimen über 65 nach Alter und Geschlecht. Die Prozentangaben beziehen sich auf den Anteil des Alterssegments im jeweiligen Geschlecht.

Gezeigt wird das Jahr 2021.

Quelle: BFS 2023, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen

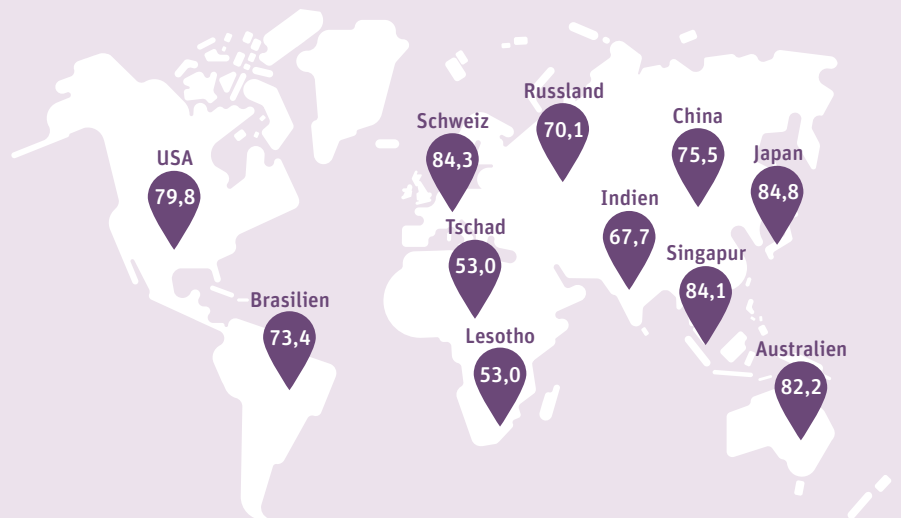


1888

Hundertjährige oder ältere Menschen leben 2021 in der Schweiz. 1950 waren es noch 12 Personen.

Quelle: BFS – VZ, STATPOP; 2022

Weltweite Lebenserwartung

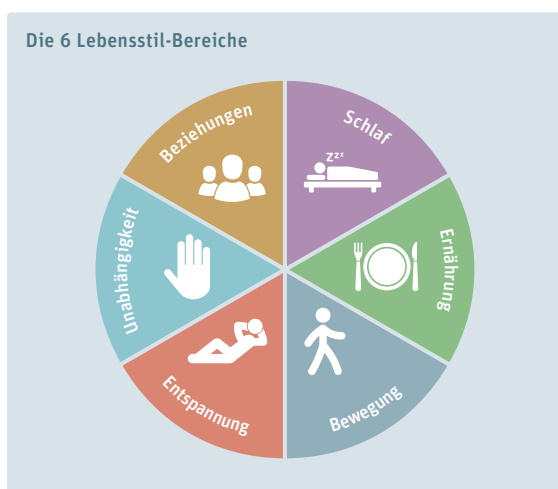


Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt im Vergleich.

Quelle: World Population Prospects der Vereinten Nationen

Digitale Lebensstil-Intervention im Alter

Lebensstil-Interventionen sollen helfen, ungesunde Gewohnheiten zu durchbrechen. Um tatsächlich Verhaltensänderung zu bewirken, sind je nach Zielgruppe jedoch spezifische Ansätze gefragt. In einem neuen Projekt erforschen wir deshalb, wie wir ältere Menschen durch eine digitale Applikation erreichen können.



Die Bevölkerung in der Schweiz wird immer älter und zugleich multimorbider. Um ein gesundes Altern mit einer zufriedenstellenden Lebensqualität zu ermöglichen, ist es nicht selten empfehlenswert, den Lebensstil einer Person zu beeinflussen. Aber wie kann dies gelingen, nachdem sich sehr viele Gewohnheiten über Jahre hinweg etabliert haben? Und: Erreichen wir dadurch wirklich eine Verbesserung des Wohlbefindens?

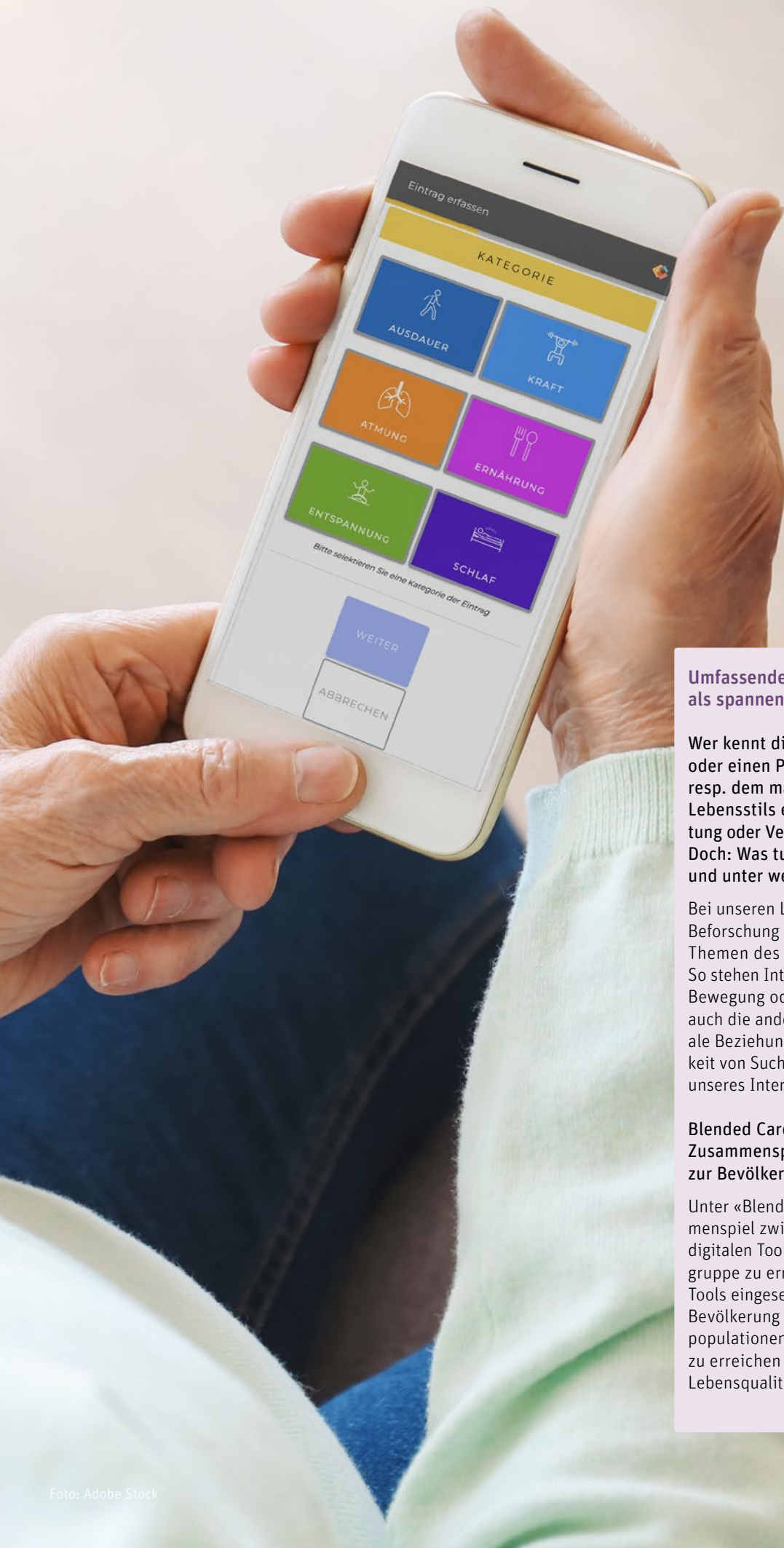
Zu einem gesunden Lebensstil zählen ausreichend Schlaf, ausgewogene Ernährung, genügend körperliche Aktivität, tragende soziale Beziehungen, genügend Entspannung und Unabhängigkeit von Suchtmitteln (siehe Grafik). Lebensstil wird dabei als beeinflussbarer Faktor für die Gesundheit angesehen. Als unbeeinflussbare Faktoren gelten beispielsweise die Gene.

In einem durch die Velux Stiftung finanzierten Forschungsprojekt untersuchen wir, welche Ansprüche die Bevölkerung über 65 Jahre an eine digitale Lebensstil-

Intervention hat, wie wir diese umsetzen können und wie wir eine solche Intervention im Alltag verankern können. Dabei fokussieren wir auf die vier Lebensstil-Bereiche Schlaf, Ernährung, Bewegung und Entspannung. Mithilfe einer Smartphone-Applikation (siehe Bild rechts) werden Inhalte zu den einzelnen Bereichen vermittelt, aber auch übergeordnete Themen und Zusammenhänge nach einem ganzheitlichen Ansatz aufgezeigt.

Für den Bereich Schlaf beispielsweise sind dies Themen wie die Schlafveränderung im Laufe des Lebens, der Umgang mit nächtlichem Erwachen oder die Bedeutung des Tageslichts für die innere Uhr. Übergeordnete Themen sind die gegenseitige Beeinflussung von Schlaf, Ernährung (z. B. Koffein, Alkohol), körperlicher Aktivität, Stress und Abhängigkeit von Suchtmitteln (z. B. Nikotin). Der Fokus der Intervention liegt dabei auf allgemeinen Empfehlungen für die Zielgruppe in Kombination mit spezifischen Aufgaben. Die Applikation wird also physiotherapeutische Leistungen oder Ernährungsberatung auf individueller Ebene bei spezifischen Problemen nicht ersetzen. Sie soll jedoch ein edukatives Angebot schaffen und dabei Wege aufzeigen, wie die Nutzer*innen der Applikation ihre Gewohnheiten durchbrechen und ihren Lebensstil anpassen können.

Autor:
 Dr. Renato Mattli
 Projektleiter «Lifestyle Interventions»
renato.mattli@bfh.ch



Umfassende Lebensstil-Interventionen als spannendes neues Themenfeld der BFH

Wer kennt die Situation nicht, eine Patientin oder einen Patienten vor sich zu haben, bei der resp. dem man durch eine Anpassung des Lebensstils ein grosses Potenzial für die Erhaltung oder Verbesserung der Gesundheit sieht? Doch: Was tun? Welche Interventionen wirken – und unter welchen Voraussetzungen?

Bei unseren Lebensstil-Interventionen und deren Beforschung verknüpfen wir viele bestehende Themen des Departements Gesundheit der BFH. So stehen Interventionen, die nicht «nur» bei der Bewegung oder der Ernährung ansetzen, sondern auch die anderen Lebensstil-Bereiche Schlaf, soziale Beziehungen, Entspannung und Unabhängigkeit von Suchtmitteln berücksichtigen, im Zentrum unseres Interesses.

Blended Care: Gesundheitsfachpersonen im Zusammenspiel mit digitalen Tools als Brücke zur Bevölkerung oder zu den Patient*innen

Unter «Blended Care» verstehen wir das Zusammenspiel zwischen Gesundheitsfachpersonen und digitalen Tools, die darin unterstützen, eine Zielgruppe zu erreichen. Wir untersuchen, wie diese Tools eingesetzt werden können, um die breite Bevölkerung aber auch spezifische Patient*innenpopulationen mit Lebensstil-Interventionen zu erreichen und ob diese zu einer verbesserten Lebensqualität beitragen.



Neue Direktorin am Departement Gesundheit

Seit dem 1. Mai 2023 ist Klazine van der Horst die neue Direktorin des Departements Gesundheit. Damit löst die 44-Jährige Urs Brügger ab, der die BFH verlässt. Klazine van der Horst arbeitet seit 2018 an der Berner Fachhochschule im Departement Gesundheit. Zuerst leitete sie das Team der angewandten Forschung und Entwicklung im Bereich Ernährung und Diätetik, seit 2019 zusätzlich die Forschungsabteilung des Departements. Bevor sie zur Fachhochschule wechselte, war sie rund sieben Jahre in der Privatwirtschaft u. a. im Nestlé-Forschungszentrum in Lausanne tätig.



Den Schmerzen auf den Grund gehen

Am Departement Gesundheit der Berner Fachhochschule entsteht ein neues Schmerzlabor. Im zukünftigen Pain & Stress Labor sollen neben der quantitativ sensorischen Testung (QST) Messungen der Herzratenvariabilität, des Neurobiofeedbacks und weitere klinische sensorische Tests durchgeführt werden. Das Labor soll am Sommer 2023 sowohl intern den Studierenden als auch externen Klient*innen zur Verfügung stehen.



Schwerpunkt Schmerzphysiotherapie:
Master-Studierende während des Unterrichts.



Michelle Lanwer (links)
und Rahel Schmid.
(Foto: BFH)

Merkblatt für Regenbogenfamilien

Die Berner Fachhochschule wurde vom Dachverband Regenbogenfamilien Schweiz beauftragt, ein Merkblatt zum Thema «Hebammen und Regenbogenfamilien» zu erstellen. Weil die Hebammen Michelle Lanwer und Rahel Schmid in ihrer Bachelor-Arbeit über die Erfahrungen von lesbischen Müttern in der perinatalen Versorgung schrieben, wurden sie für eine Projektarbeit angefragt. Das nun veröffentlichte Merkblatt soll Fachpersonen sensibilisieren und gleichzeitig konkrete Handlungsempfehlungen bieten, die für eine kompetente Begleitung in allen Phasen der perinatalen Betreuung notwendig sind.

www.regenbogenfamilien.ch



Erfolgreich promoviert: Silvia Thomann (links) und Christoph Golz (rechts).

Erfolgreiche Promotion

Silvia Thomann und Christoph Golz vom Fachbereich Pflege der Berner Fachhochschule haben ihr PhD-Programm am Forschungsinstitut für Care and Public Health der Universität Maastricht (NL) erfolgreich abgeschlossen. Dr. Silvia Thomann verteidigte erfolgreich ihre Thesis «Restraint use in somatic acute care hospitals: do we need to care?» über freiheitseinschränkende Massnahmen (FEM) im Akutspital. Die These von Dr. Christoph Golz mit dem Titel «Technostress among health professionals: The blame game between health professionals and technology» befasste sich mit digitalem Stress bei Gesundheitsfachpersonen.



Umfrage: Analog oder digital?

Gehören Sie zu den Menschen, die durch ein Magazin blättern oder informieren Sie sich vorwiegend digital? In den letzten Jahren haben sich die Lesegewohnheiten vieler Menschen gewandelt. Daher möchten wir unsere Kommunikationsmittel so gestalten, dass wir Sie auch in Zukunft erreichen.

Bei der Teilnahme an unserer Umfrage haben Sie die Chance, einen Fitbit-Fitnesstracker zu gewinnen.



[Hier geht's zur Umfrage](#)



Vanessa Grand spricht während der Behindertensession 2023. (Foto: Pro Infirmis)

Behindertensession 2023 mit BFH-Beteiligung

Am 24. März fand zum ersten Mal die Behindertensession im Bundeshaus Bern statt. 44 Parlamentarier*innen mit einer Behinderung debattierten dabei über politische und gesellschaftliche Teilhabe von Betroffenen. Eine dieser Parlamentarier*innen war Vanessa Grand, Mitarbeiterin am Kompetenzzentrum Partizipative Gesundheitsversorgung der BFH: «Wir sind da, wir sind bereit, uns einzusetzen und mit und in der Politik mitzuarbeiten». An der ersten Behindertensession ging es in erster Linie um politische und gesellschaftliche Teilhabe. Es ist längst nicht der Fall, dass alle Menschen, die zum Beispiel im Rollstuhl sitzen, nicht gut sehen oder hören können oder kognitiv beeinträchtigt sind, die Möglichkeit haben, abzustimmen oder zu wählen. Ebenfalls fordern die Parlamentarier*innen, dass Menschen mit Behinderungen stärker in der Politik vertreten sind – von der Gemeinde- bis zur Bundesebene.

Im Tandem zur Beleghebamme

Die Spitäler fmi AG ist für ihr innovatives Beleghebammensystem im Spital Frutigen überregional bekannt. In einem Pilotprojekt prüfte sie, wie es gelingen kann, auch frisch diplomierte Hebammen in das System einzuführen. Eines kann vorweg gesagt werden: Das Projekt war ein voller Erfolg.

Die Spitäler fmi AG suchte 2019 für beide Spitalstandorte diplomierte Hebammen. Auf die Ausschreibung bewarben sich ausschliesslich neu diplomierte Hebammen BSc, ohne die zweijährige Berufserfahrung, die es benötigt, um als Beleghebamme tätig zu sein. Im Bewerbungsprozess äusserten die Hebammen Bedenken, gleich nach Studienabschluss die volle Verantwortung als Beleghebamme tragen zu wollen bzw. zu können.

Dies veranlasste die Verantwortlichen der Spitäler fmi AG ein Rotationsmodell zur Einführung von neu diplomierten Hebammen in der Funktion als Beleghebamme zu entwickeln: Das Modell wurde mit den beiden Hebammenteams der Standorte Interlaken und Fruti-

gen, der Pflegedirektorin, den fachärztlichen Diensten und der Geschäftsleitung konkretisiert. Zielsetzung war, den neu diplomierten Hebammen eine Basis zu schaffen, die ihnen die Tätigkeit als Beleghebamme innerhalb eines fachlich und wirtschaftlich abgesicherten Rahmens ermöglicht. So wurde den neu diplomierten Hebammen während der Pilotphase eine Anstellung mit einem fixen Lohn und eine erfahrene Beleghebamme im Pikett-Dienst als Ansprechperson zugesichert. Den Beleghebammen wurde der Pikett-Dienst finanziell vergütet. Schlussendlich liessen sich zwei neu diplomierte Hebammen für dieses Rotationsmodell begeistern.

Was ist der Unterschied zwischen einer Spital- und einer Beleghebamme?

Werdende Eltern können an den fmi-Spitalern Interlaken und Frutigen für die Zeit der Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbettes zwischen zwei Betreuungsmodellen wählen. Während am Spital Interlaken Spitalhebammen sowie Beleghebammen tätig sind, arbeitet im Spital Frutigen ein Team, das ausschliesslich aus Beleghebammen besteht.

Spitalhebammen sind von der Spitäler fmi AG angestellt und arbeiten innerhalb der Geburten- und Wochenbettabteilung in der Regel im Schichtbetrieb.

Beleghebammen sind hingegen selbständig erwerbende Hebammen, die Frauen, Paare und deren Familien während der ganzen Phase der Perinatalzeit betreuen. Die Beleghebamme begleitet die Geburt im Spital und hat hierzu einen entsprechenden Beleghebammenvertrag mit der Spitäler fmi AG. Für die Zeit rund um die Geburt leistet die Beleghebamme Pikett-Dienst.

Ein Rotationsmodell – zwei Hebammen im Tandem

Das Rotationsmodell basiert auf einem wechselnden Einsatz der beiden neu diplomierten Hebammen an beiden Standorten. Die Einarbeitung erfolgte am Standort Interlaken durch die Spitalhebammen und in Frutigen mit den Beleghebammen. Ein Vorteil war, dass eine der neu diplomierten Hebammen schon während ihres Studiums zehn Wochen im Beleghebammenteam Frutigen ausgebildet wurde. Sie startete daher ihre Arbeitstätigkeit in Frutigen. Ein erster Wechsel im Rotationsmodell erfolgte nach sechs Monaten, die nächsten jeweils nach weiteren drei Monaten.

Die werdenden Eltern wurden beim Erstgespräch, bei dem beide neu diplomierten Hebammen anwesend waren, über das Rotationsmodell informiert. Sofern die werdenden Eltern mit dem Modell einverstanden waren, wurden sie – mit einer erfahrenen Beleghebamme im Hintergrund – vom Tandem der beiden jungen Hebammen begleitet. Um Kontinuität zu gewährleisten, betreuten die beiden Hebammen die Familien im Wechsel.

Begeisterung von allen Involvierten

Beide Hebammen haben die Begleitung durch eine erfahrene Beleghebamme als sehr wertvoll erlebt: «In den



Im Tandem zur Beleghebamme: Sarina Ottersberg und Jana Joller arbeiteten im Rotationsmodell. (Foto: Spitäler fmi AG)

ersten Monaten als Beleghebamme hatte ich für alle «meine» Klientinnen eine Beleghebamme im Pikett-Dienst, welche ich jederzeit bei Fragen kontaktieren oder auch für die Geburt hinzuziehen durfte. Dieses Angebot habe ich am Anfang bewusst genutzt, da es mir grosse Sicherheit gab» [...] «Und nach ein paar Monaten habe ich tatsächlich gemerkt, dass ich es nicht mehr brauche.» «Es war enorm hilfreich, dass ich so viele erfahrene Beleghebammen um mich hatte». [...] «Würde ich nochmals als Beleghebamme starten, würde ich dies gerne von Anfang an im Tandem machen. Wenn man zu zweit für die Klientinnen zuständig ist, hat man nebst den regelmässig freien Tagen auch eine weitere Hebamme im Boot, welche die Klientinnen kennt und somit kann man sich auch immer wieder fachlich austauschen und gegenseitig beraten».

Nach Abschluss der Pilotzeit begannen die beiden Hebammen grundsätzlich im Tandem zu arbeiten, um sich gegenseitig abzulösen. Dies ermöglichte ihnen eine bessere «Work-Life-Balance».

Die Beleghebamme, die die beiden frisch diplomierten Hebammen im Pilotprojekt begleitet hatte, sagte dazu: «Ab und zu «richtig frei» zu haben, ohne das Handy in der Nähe und ohne schlechtes Gewissen, will gelernt sein» ... «Rückwirkend war das Modell aus meiner Sicht ein voller Erfolg. Natürlich vor allem dank der Offenheit und der Bereitschaft der beiden jungen Hebammen. Es ist uns gelungen, an einem Strang zu ziehen und ... dieses Projekt als Erfolgsprojekt abschliessen zu können.»

Dank der geschaffenen Rahmenbedingungen, aber auch der Unterstützung von allen Beteiligten, konnte der Hebammennachwuchs bei der Spitäler fmi AG gesichert werden.

Die Pflegedirektorin: «Wir konnten unsere Geburtshilfe an beiden Standorten sichern und [...] weiterentwickeln. Eine Erfolgsgeschichte in jeder Hinsicht».

Beide Hebammen sind mittlerweile seit mehr als zwei Jahren ausschliesslich als Beleghebammen am Spital Frutigen tätig, was in Zeiten des Fachkräftemangels besonders wertvoll ist (Lobsiger und Liechti, 2021). In der Zwischenzeit konnte auch am Standort Interlaken das System «Beleghebammen» gefestigt werden.

Literaturverzeichnis

– Lobsiger, M., & Liechti, D. (2021). Berufsaustritte und Bestand von Gesundheitspersonal in der Schweiz. Neuchâtel Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).

Autorinnen:

Sigrid Kretzschmar
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Fachbereich Geburtshilfe
sigrid.kretzschmar@bfh.ch

Flavia Lüthi-Ferrari
Pflegedirektorin Spitäler fmi AG
flavia.luethi@spitalfmi.ch

Katharina Tritten Schwarz
Ressortverantwortliche Praxisausbildung &
Dozentin Bachelor-Studiengang Hebamme
katharina.tritten@bfh.ch



Trinknahrung aus dem 3D-Drucker

Mangelernährung bei hospitalisierten Kindern ist ein grosses Problem. Darum entwickelt die Berner Fachhochschule zusammen mit der Hochschule für Technik und Architektur Freiburg einen Prozess, bei dem hochkalorische Trinknahrung zu persönlichen und attraktiven Pancakes gedruckt werden können.

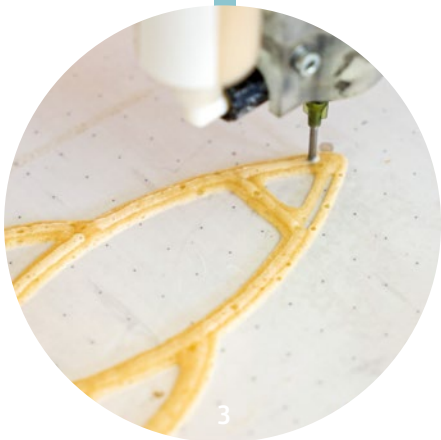
Kabel, Pumpen, Displays: Der Raum sieht nicht aus wie eine Küche. Doch in diesem Labor in Marly werden Pancakes hergestellt. Ein 3D-Drucker presst den zähflüssigen Teig Schicht für Schicht auf eine Heizplatte, wo nach ein paar Minuten ein fertiger Pfannkuchen in Form einer Rakete liegt. Das Besondere an der Pancake-Rakete: Sie enthält Nährstoffe, die eigens für mangelernährte Kinder wichtig sind.

Hospitalisierte Kinder leiden oft unter Mangelernährung

Die Idee der nährstoffreichen Raumschiffe zum Anbeissen hatten die Forschenden des Fachbereichs Ernährung und Diätetik der Berner Fachhochschule (BFH). «Mangelernährung ist bei hospitalisierten Kindern ein Problem», sagt Natalie Bez, wissenschaftliche Assistentin am Departement Gesundheit der BFH. Die medizinischen Umstände wie Therapien und Medikamente oder das ungewohnte Spitalsetting können

zu einer verminderten Nahrungsaufnahme beitragen und den Genesungsprozess erschweren. Darum setzen Spitäler oft hochkalorische Trinknahrung ein. Diese schmecken aber nicht sehr fein und sind besonders für Kinder wenig attraktiv.

«Unser Ziel ist es, eine kindgerechte Zwischenmahlzeit zu kreieren, die den klinischen Ansprüchen eines Spitals gerecht wird», erklärt Natalie Bez. Der 3D-Druck von Lebensmitteln scheint eine vielversprechende Technologie zu sein, um Mahlzeiten in neuen, attraktiven Formen zu gestalten. In verschiedenen Interviews befragten Bez und ihr Team Fachexpert*innen und Eltern zu ihrer Idee. «Die Rückmeldungen waren grundsätzlich sehr positiv», erzählt die Ernährungswissenschaftlerin. Fachpersonen befürchteten einzig, dass Essen zu einem Spiel werden könnte. Ein Bedenken, das die Eltern nicht teilten. Sie unterstrichen hingegen das Potential der attraktiven Zwischenmahlzeiten bei Kindern mit Essschwierigkeiten oder Autismus.



- 1 Auf der Suche nach der besten Lösung: Natalie Bez (links) im Gespräch mit Gioele Balestra (mitte) und Natalia Carrie.
- 2 Natalie Bez mischt die verschiedenen Komponenten für den zähflüssigen Pancake-Teig zusammen.
- 3 Frisch aus dem 3D-Drucker: Der Teig wird in Form einer Rakete auf die Heizplatte gedruckt.
- 4 Das fertige Produkt: Eine hochkalorische Zwischenmahlzeit in Form einer Rakete.

Die richtige Rezeptur finden

Im nächsten Schritt entwickelten die Forscher*innen zusammen mit dem Institut iPrint der Hochschule für Technik und Architektur Freiburg einen Teig, der nicht nur geschmacklich stimmt, sondern auch druckbar ist. Das ist laut dem Leiter Forschung und Ausbildung, Dr. Gioele Balestra, eine Herausforderung: «Damit wir einen Pancake mit der richtigen Textur erhalten, müssen die Konsistenz des Teigs und die Temperatur der Heizplatte passen.»

Die Spezialist*innen von iPrint kombinierten verschiedene Technologien, um ein attraktives Resultat zu erhalten: Die Raketen werden zunächst mithilfe der 3D-Druck-Technologie «Direct Ink Writing» auf eine 160 °C erhitzte Platte aufgetragen. Die kleinen Raumfähren werden dann zu einem weiteren Drucker geführt, der sie mit essbarer Tinte verziert. Der Einsatz dieser Technologien erlaubt es, vollständig personalisierte Pfannkuchen herstellen zu lassen. Die Vision von Balestra: «Die Kinder könnten die Form ihres Snacks auf einem Tablet zeichnen und ihren Namen oder eine Zeichnung auf den Pfannkuchen drucken lassen.»

Ob der Pancake auch wirklich die Nahrungsaufnahme der Kinder erhöht, wollen die Forscher*innen in einem nächsten Schritt untersuchen. Dabei stellt sich auch die Frage, welche Wirkung eine allfällige Personalisierung haben könnte. Die grösste Herausforderung ist jedoch, die ganze Technologie in einem Spitalsetting umzusetzen. Dazu müsste der Prozess verkleinert und verschnellert und zusätzlich den klinischen Anforderungen eines Spitals gerecht werden. Bis die Pancake-Rakete abheben kann, braucht es also noch weitere Forschung und Entwicklung.



Dieses Projekt wurde durch den Innovation Booster Additive Manufacturing (IBAM) finanziert.

Von der Trinknahrung zum bedruckten Pancake

Auf unserer Webseite finden Sie ein Video zum innovativen Prozess.



Notfall-Simulationen und Dorfspital: Ein Auslandpraktikum in Chile

Bachelor-Studentin Chiara Mebert absolvierte einen Teil ihres Abschlusspraktikums in Patagonien. Warum man in Chile gut Handschriften lesen muss und wie Silvester auf der Notfallstation gefeiert wird, erzählt sie in ihrem Bericht.

Coyhaique ist die Hauptstadt der 11. Region Chiles mit ca. 50 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Als ich ankam, erhielt ich zuerst eine Einführung an der lokalen Universität «Universidad de Aysén», die auch meine Praktikumsplätze organisiert hatte. Ich besuchte einige Vorlesungen in familiärer Atmosphäre mit sechs Pflegestudierenden im 8. Semester. Anfangs war ich skeptisch, wie nötig die Einführungszeit ist. Bald wurde mir klar, dass die Pflegeausbildung in Chile breiter gefasst ist als in der Schweiz. Auf einem Prüfungsblatt sah ich mich mit der Frage konfrontiert, was zu tun sei, wenn man einen Patienten bei einer Verlegung per Flugzeug begleitet und auf 3000 Fuss der Kabinendruck sinkt. Darauf hatte mich meine Schweizer Ausbildung beim besten Willen nicht vorbereitet.

Coyhaique: Notfall-Simulationen mit «Apollo»

Während in der Schweiz Notfall- und Intensivpflege Nachdiplomstudiengänge sind, ist dies in Chile Teil der Grundausbildung. Auch die Notfallerstversorgung, für die in der Schweiz Rettungssanitäter*innen zuständig sind, ist in Chile Sache der Pflegefachpersonen. Daher war ich sehr froh über den Notfall-Crashkurs. Dazu gehörten Übungen an «Apollo»: Die Puppe war an einem Überwachungsmonitor angeschlossen, der von den Dozierenden gesteuert wurde. Zudem konnte die Puppe sichtbar atmen und blinzeln. Der arme Apollo erlitt Herzinfarkte, Rhythmusstörungen und musste wegen Hirnschlag und Atemnot behandelt werden.

Als ich dann das Praktikum auf der chirurgischen Abteilung des öffentlichen «Hospital Regional de Coyhaique» begann, war die erste Herausforderung eher technischer als inhaltlicher Natur. Aus der Schweiz war ich mir die elektronische Patientendokumentation gewohnt, in Chile arbeiteten wir mit Papier und Stift. Die Handschrift war leider oft unleserlich und – ganz dem Klischee entsprechend – am schlimmsten bei den Ärzt*innen. Papier war in grosser Anzahl vorhanden

und für eine Papierdokumentation-Anfängerin wie mich sehr unübersichtlich. Abgesehen davon stellte ich aber fest, dass die Pflegefachpersonen in Chile nach ähnlichen Grundtechniken arbeiten wie in der Schweiz, und ich fand mich glücklicherweise schnell zurecht. Neu für mich war die Arbeit in 12-Stunden-Schichten. Obwohl dadurch die Arbeitstage sehr streng waren, genoss ich die zusätzlichen Freitage, die dieses System mit sich bringt, sehr.

Im Dorfspital von Cochrane

Nach zwei Monaten war meine Zeit in Coyhaique vorbei und ich legte die achtstündige Busfahrt ins Dorf Cochrane zurück: Unter weitem Himmel vorbei an endloser Pampa, türkisen Flüssen, Schafen, Kühen und sogar einigen Guanacos, wilden Lama-Verwandten. Cochrane liegt etwa 330 km südlich von Coyhaique und hat etwa 3500 Einwohnerinnen und Einwohner.

Zuerst arbeitete ich auf der Bettenstation mit sieben Betten, die bis Ende der ersten Woche leer blieben. Dann trat eine Patientin für einen sechsstündigen Aufenthalt zwecks Infusionstherapie ein. Am folgenden Montag hatte es zwei Patientinnen, die am Wochenende eingetreten waren, aber im Verlauf des Tages schon wieder nach Hause konnten. Die Zeit auf der Bettenstation nutzte ich daher vor allem für die Lektüre der Handlungsanleitungen und Protokolle sowie dem Lernen von Medikamenten. Ausserdem bekam ich einen Einblick ins Qualitätsmanagement.

Silvester auf dem Notfall

Nach diesen entspannten zwei Wochen musste ich in der Poliklinik einige Gänge zulegen. Der vierwöchige Einsatz bot für mich viel Neues. Zu den Aufgaben gehörten nebst Blutentnahmen, ambulanten Wundversorgungen und Hausbesuchen auch präventive Gesundheitskontrollen von Babys, Kindern, Erwachsenen und Senior*innen sowie Herz-Kreislauf-Sprechstunden. Von

allen Stationen gefiel mir diese am besten. Zum einen wegen der grossen Selbstständigkeit der Pflegefachpersonen, zum anderen, weil durch die wiederkehrenden Kontakte mit den Patient*innen in einem kleinen Dorf schöne Beziehungen entstehen.

Zuletzt war ich während drei Wochen auf dem Notfall. Die an «Apollo» geübten dramatischen Situationen wiederholten sich aber nicht. Durch den Tag hatten wir es primär mit Bauchschmerzen, Covid-19 und kleinen Wunden zu tun. In den Nachtschichten kam es vor, dass kein einziger Patient kam und das Team sogar schlafen konnte. Eine ruhige Nachtschicht hatte ich auch an Silvester. Das ganze Team ass zusammen an einem weiss gedeckten Tisch, das Essen wurde von allen mitgebracht. Ich machte ein Schoggimousse – etwas, das die Chilen*innen nicht kannten. Auch dem hospitalisierten Patienten wurde zu dessen grosser Freude ein Teller gebracht. Dieses unkomplizierte Teilen hätte in der Schweiz wohl so nicht stattfinden können.

Ein Fazit

Ich war sehr froh, dass ich die Landessprache Spanisch bereits bei meinem Eintreffen in Chile fließend sprach. Hätte ich diese noch lernen müssen, hätte ich wohl nicht gleichermassen von den Lernmöglichkeiten profitieren können. Ausserdem waren meine chilenischen Kolleg*innen sehr erleichtert, dass sie ganz leicht mit der Austauschstudentin sprechen konnten. Dadurch öffneten sich mir viele Herzen und Türen und der Kontakt mit den meisten Teammitgliedern blieb nicht nur aufs Professionelle beschränkt. Das Austauschpraktikum verlangte einiges an Organisation, Flexibilität und, vor allem im Umgang mit der chilenischen Bürokratie, eine grosse Portion Geduld und Zuversicht. Dabei sprangen Erfahrungen heraus, die ich in der Schweiz nie hätte machen können und die meinen persönlichen und professionellen Horizont erweitert haben.



1–3 Auf der chirurgischen Abteilung des «Hospital Regional de Coyhaique».

4 In der Poliklinik in Cochrane.

5 Die Freizeit darf nicht fehlen: Mit dem Kajak die wunderschöne Natur Patagoniens erleben.

Wie Designprinzipien aus der Wirtschaft helfen

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens wird stark vorangetrieben – in der Praxis jedoch oft unsorgfältig und planlos. Um den Transformationsprozess erfolgreich zu gestalten, braucht es nicht nur Fachexpertise aus dem Gesundheitswesen, sondern auch Designexpertise aus der Wirtschaft.

Der Fachkräftemangel hat im Gesundheitswesen erwiesenermassen negative Auswirkungen auf die Patientensicherheit (Blegen et al., 2018; Rosenberg, 2019; Scogin, 2022). Die Folgen sind unterlassene Pflege, höhere Mortalitätsraten oder abnehmende Zufriedenheit mit der Versorgungsqualität.

Die digitale Transformation des Gesundheitswesens kann Abhilfe schaffen und den Fachkräftemangel mildern (Kraus et al., 2021), erkennbar an einer höheren Qualität der Versorgung ohne Mehrkosten. Bei konsequenter digitaler Transformation fallen viele zeitaufwändige Aufgaben weg, es bleibt mehr Zeit für die Mensch-zu-Mensch-Interaktion und alle Involvierten können besser informiert handeln.

Argumente gegen die Digitalisierung

Der Austausch mit der Praxis zeigt aber, dass es auch Argumente gegen die digitale Transformation gibt. Es wird befürchtet, dass zwar die Qualität steigt, aber auch die Kosten wachsen. So wird beispielsweise argumentiert, dass der Einbezug von Wund- und Diabetes-spezialist*innen durch eine digitale Plattform doppelt kostensteigernd sei: Der Einbezug der Spezialist*innen koste und die Plattform verursache zusätzliche Ausgaben. Dieses Argument ist jedoch falsch: Wenn Fachexpertise dort fehlt, wo sie benötigt wird, führt dies tatsächlich zu Mehraufwand bei den Versorgungsleistungen und zu mehr Leid für die Patient*innen.

Weiter wird argumentiert, dass «im wirklichen Leben» die Digitalisierung häufig weniger Nutzen bringe als versprochen. Beispiele hierfür sind fehlende Benutzerfreundlichkeit von elektronischen Patientendossiers, ziellos wachsende Datenerfassung ohne zweckmässige Nutzung, fehlende Interoperabilität, mangelhafte Da-

tenqualität, etc. All diese Defizite können in der Praxis beobachtet werden, sind aber stets Folgen eines mangelhaften digitalen Designs.

Digitalisierung ohne Strategie

Die Gründe für das mangelhafte digitale Lösungsdesign im Gesundheitswesen sind vielfältig und oft scheinbar paradox: Es geht um Partikularinteressen, es gibt «Hidden Agendas» oder diffuse Ängste davor, übertriebene Ansprüche lenken von eigentlichen Herausforderungen ab, aus Bequemlichkeit wird ein zu enger Designfokus gewählt, Desinteresse am Kontext und mangelhaftes Prozessverständnis führen zu groben Fehlern, Komplexität wird verleugnet, die zukünftigen Nutzer*innen werden unzureichend involviert, falsche Ressourcenplanung erschwert die Implementierung und adressatengerechte Kommunikation findet nicht statt (Iyanna et al., 2022; PRAEVENIRE, 2022; Ricciardi et al., 2019; Thilo et al., 2022). Die zwei grundsätzlichen Ursachen sind jedoch die fehlende Bereitschaft, genügend zu investieren und die mangelnde Neugier in Bezug auf die Wirkungsmechanismen. Einfach gesagt: Es wird strategielos und unsorgfältig digital transformiert und es wird nicht überprüft, ob die Transformation funktioniert und wirkt.

Um den Transformationsprozess erfolgreich zu gestalten, braucht es nicht nur Fachexpertise aus dem Gesundheitswesen, sondern auch Kenntnisse der digitalen Designprinzipien und Transformationsmuster. Darum beschäftigt sich an der Berner Fachhochschule das Innovationsfeld Digitale Gesundheit des Departements Gesundheit gemeinsam mit dem Institut Digital Technology Management des Departements Wirtschaft mit der Praxis der digitalen Transformation in der Pflege.



Noch immer behindern in der Praxis Medienbrüche das effiziente Arbeiten.

So können sowohl die fachlichen als auch die generischen Designaspekte des Transformationsprozess beleuchtet werden.

Das Forschungsinteresse gilt den Menschen in den digitalen Transformationsprozessen: Welche Vorgehensweisen und Praktiken funktionieren gut, welche kaum oder gar nicht? Wie müssen digitale Lösungen designt werden, damit sie akzeptiert werden und im Alltag Nutzen bringen? Wie können Menschen zur Nutzung der digitalen Werkzeuge befähigt werden? Welche Aufgaben sollen Führungspersonen im digitalen Transformationsprozess übernehmen? Wie können sie sich gut darauf vorbereiten? Wie müssen die digitalen Transformationsprozesse auf Organisationsebene aussehen, damit im Outcome die fachdisziplinären Werthaltungen gestärkt werden? Welche kommunikativen Interventionen braucht es für den Erfolg eines digitalen Transformationsprojekts?

Fach- und Designexpertise zusammenbringen

Die Zusammenarbeit von Fachexpertise bez. Pflegeforschung und digitaler Transformationsexpertise bez. Wirtschaftsforschung ist ein Erfolgsschlüssel digitaler Transformationsprozesse von Gesundheitsinstitutionen und ihren Mitarbeitenden. Die Expert*innen der BFH begleiten die digitale Transformation der Spitex Bern. Dabei zeigt das Beispiel der Datenbewirtschaftung den Vorteil einer Zusammenarbeit: Eine systematische Datenbewirtschaftung erlaubt es Organisationen, ihre Klientel besser zu verstehen und Qualität und Effektivität ihrer Leistungen zu verbessern. Im Fall der Spitex Bern werden Leistungen durch Pflegekräfte unterschiedlicher Ausbildungsgrade mit unterschiedlichen Weiterbildungsprofilen, Sprachkenntnissen und

unterschiedlicher Berufserfahrung erbracht. Für den Pflegeprozess, die interne Koordination, die Kommunikation mit Klient*innen und Angehörigen und die Zusammenarbeit mit den Zuweisern nutzen sie digitale Werkzeuge. Diese unterstützen nicht nur ihre Arbeit, sondern liefern auch Daten. Diese Daten ermöglichen ein vertieftes Verständnis der Merkmale und Bedürfnisse der betreuten Klientel, der erbrachten Leistungen und etwaiger Probleme im Prozess. Damit kann die Versorgung besser ausgerichtet, Ressourcen und Fachexpertise können gezielter eingesetzt werden. Notwendig dafür ist, dass Daten professionell bewirtschaftet werden, d.h. regelmässig erfasst, analysiert, interpretiert und kommuniziert werden, und die Mitarbeitenden über die passenden Tools und Skills verfügen.

Das Vorgehen beim Entwickeln der Datenbewirtschaftung steht praktisch immer vor den gleichen Herausforderungen: Strategie, Führung, Kultur, technische Architektur und Governance. Die Designexpertise aus der Wirtschaftsforschung, das professionsspezifische Fachwissen und die Expertise aus der Pflegeforschung und Digitalisierungserfahrungen aus unterschiedlichen Settings sind dafür gleichermaßen wichtig.

Digitalisierung kann und soll im Gesundheitswesen das professionelle Handeln stärken und seine Qualität erhöhen – mit dem Ziel, beides zu erreichen: Gesundere Patient*innen und leistungsfähige, zufriedene Gesundheitsfachpersonen. Dafür braucht es aber vielseitige Expertise, die nur durch Zusammenarbeit komplementärer Partner bereitgestellt werden kann.



Referenzen
Die Referenzen zu diesem Text können Sie online einsehen.



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



Prof. Dr. Reinhard Riedl
Dozent
reinhard.riedl@bfh.ch

Anregende Gespräche, neue Ideen und Freude am Studium

Die Pflegefachfrau May Pfluger steht kurz vor dem Abschluss ihres MAS Gerontologie – Altern: Lebensgestaltung 50+. Im Interview berichtet sie über ihre Erfahrungen im Studium und was ihr die Weiterbildung im Arbeitsleben bereits gebracht hat.

May Pfluger, Sie kommen aus dem Pflegebereich mit HF-Abschluss. Was hat Sie motiviert, einen MAS in Gerontologie zu absolvieren?

Kurz gesagt, die kulturellen Unterschiede und Ansichten zum Thema Alter. In meinem Geburtsland Thailand haben ältere Menschen einen besonderen Stellenwert und werden sehr respektvoll behandelt. Ihre Lebenserfahrungen und Weisheiten faszinieren mich sehr. Bereits im jungen Alter wurde mir immer wieder gesagt, dass der Alterungsprozess – älter werden, alt sein, sterben – etwas Natürliches und Normales ist. Zudem wird Sterben in meiner Kultur nicht mit Schmerzen und Leid in Verbindung gesetzt, sondern mit Erlösung.

Als ich in die Schweiz kam, erlebte ich auch andere, mit Tabus behaftete Bilder vom Alterungsprozess. Diese verschiedenen Zugänge motivierten mich, die Ausbildung zur Pflegefachfrau HF mit dem Schwerpunkt Langzeitpflege zu machen. Ein MAS in Gerontologie war dann der logische nächste Schritt. Es erlaubt mir, mich noch tiefergründiger mit dem Thema Alter auseinanderzusetzen und dieses Fachwissen in der Praxis umzusetzen.

Sie haben sich bei Ihrer Weiterbildung für das Institut Alter entschieden. Was war Ihnen bei der Wahl wichtig, gab etwas den entscheidenden Ausschlag?

Mich überzeugte schlicht die Infoveranstaltung, die ich vor ein paar Jahren besucht habe. Der Inhalt des Studiums wurde dort gut zusammengefasst und ich konnte einen umfassenden Eindruck über das Studium gewinnen. Die überzeugenden Präsentationen der Dozierenden haben in mir den Eindruck erweckt, dass mir diese Weiterbildung hilft, meine Fragen und Anliegen zum Thema Alter zu beantworten. Ich war von Beginn an überzeugt, den richtigen Weg für meine berufliche Zukunft eingeschlagen zu haben.

Sie haben sich in Ihrem MAS unter anderem mit Demenz und der Beratung älterer Menschen und ihrer Angehörigen beschäftigt. Welchen Nutzen brachte Ihnen die Weiterbildung bis jetzt, kurz vor Ihrem Abschluss?

Durch meinen Fokus auf das Thema Demenz konnte ich mein Verständnis für diese komplexe Erkrankung vertiefen. Ich lernte aktuelle Ansätze und Methoden kennen, die ich direkt im Berufsalltag anwenden konnte, um eine bessere Pflege und Unterstützung zu bieten. Auch mein Umgang mit betroffenen älteren Menschen und ihren Angehörigen hat sich dadurch verändert. In der Beratung kann ich das gewonnene Fachwissen nun in den verschiedenen Praxis-Settings – wie Akutspital, Langzeitpflege oder Spitex – gezielt umsetzen. Eine neu erlernte Fähigkeit, um die ich immer wieder froh bin.

Was hat Ihnen während dem MAS besonders gefallen? Wie haben Sie die Atmosphäre und die Dozierenden erlebt?

Ich fand insbesondere den Austausch mit den anderen Studierenden und den Dozierenden sehr wertvoll. Die Dozierenden brachten viel praktische Erfahrung und Fachwissen ein und die behandelten Themen wurden aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet und diskutiert. Die Atmosphäre war sehr locker und offen. Alle wurden einbezogen und konnten ihre Meinung kundtun. Die Dozierenden haben uns immer ermutigt, aktiv mitzuwirken. Dies eröffnete mir viele neue Ideen und Perspektiven, die ich nachverfolgen konnte.

Haben Sie abschliessend einen Tipp für künftige Studierende am Institut Alter?

Je nach Person gibt es sicherlich ganz unterschiedliche Tipps. Aber ganz allgemein würde ich künftigen Studierenden zwei Dinge nahelegen:



Spezialisiert auf die Themen «Demenz» und «Alter»: Die Pflegefachfrau May Pfluger.

- Vernetze dich: Beteilige dich aktiv an Diskussionen und nutze die Gelegenheit, um Kontakte zu deinen Dozierenden und anderen Studierenden aufzubauen – sie könnten in der Zukunft von Vorteil sein.
- Bleib organisiert: Verwalte deine Zeit effizient. Stell sicher, dass du Lernmaterialien und Notizen gut strukturierst und wichtige Informationen zur Hand hast, wenn du sie brauchst.

Und zu guter Letzt, sollte man Freude haben. Das Studium, das Lernen und Entdecken sind eine unterhaltsame Erfahrung, die du geniessen und schätzen kannst.

Interview:
Martin Alder, Kommunikation



Erfahren Sie mehr
zum MAS Gerontologie

Mehr Informationen zum gesamten Weiterbildungsangebot am Departement Gesundheit:
bfh.ch/gesundheit/weiterbildung

Events



Mai

Schweizerischer Hebammenkongress

Das diesjährige Thema des Schweizerischen Hebammenkongresses lautet «Hebammen in Krisensituationen». Das Departement Gesundheit der BFH ist mit einem Stand (Nr. 39) vor Ort präsent. Kommen Sie vorbei.

📅 24. bis 25. Mai 2023

📍 Forum Fribourg

🌐 www.schweizerischer-hebammenkongress.ch

Juni

5. Nationale Tagung Gesundheit & Armut

Im Fokus der Tagung stehen wissenschaftliche Fakten, gesundheits- und sozialpolitische Zusammenhänge sowie Erfahrungen und Initiativen von Betroffenen und von Fachpersonen aus der Praxis. Im Zentrum der diesjährigen Durchführung steht das Thema «Psychische Gesundheit von Armutsbetroffenen stärken – Barrieren in der Versorgung abbauen».

📅 7. Juni 2023

🕒 9.15 bis 16.30 Uhr

📍 Online oder vor Ort
Hallerstrasse 10, Aula

🌐 bfh.ch/soziale-arbeit/gesundheit

4. Symposium CNS & NP Praxis

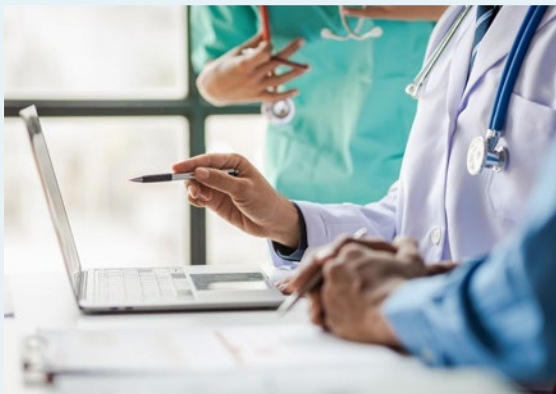
Unter dem thematischen Schwerpunkt «Mensch und Umwelt» beleuchten wir am Symposium Themen der Nachhaltigkeit und Implementierung im Zusammenhang mit Advanced Practice Nursing.

📅 20. Juni 2023

🕒 9 bis 17.15 Uhr

📍 Lindenhospital Bern

🌐 bfh.ch/symposium-cns-np



August

Treffpunkt Gesundheitsforschung Pflege

An der Veranstaltungsreihe «Treffpunkt Gesundheitsforschung» informiert und diskutiert der Fachbereich Pflege der BFH mit Ihnen über Forschungsergebnisse der angewandten Forschung und Entwicklung. Der nächste «Treffpunkt» dreht sich um das Thema «Pflegequalität im Spital national vergleichen: Klinische Routinedaten im Fokus».

- 📅 15. August 2023
- 🕒 16 bis 16.45 Uhr
- 📍 Online
- 🔗 bfh.ch/treffpunkt-gesundheitsforschung

Guest Lecture Physiotherapie

An der hybrid durchgeführten Guest Lecture präsentiert und diskutiert Ima Feurer, Physiotherapeutin und CMD-Therapeutin, weshalb die Physiotherapie bei Kieferbeschwerden eine zentrale Rolle spielt.

- 📅 28. August 2023
- 🕒 18 bis 19 Uhr
- 📍 Online und vor Ort
Schwarztorstrasse 48, Raum 004
- 🔗 bfh.ch/guest-lecture-physiotherapie

Infoveranstaltungen

Master of Science in Ernährung und Diätetik

- 📅 16. Mai 2023
- 🕒 18 bis 19 Uhr
- 📍 Online
- 🔗 bfh.ch/msc-ernaehrung

Master of Science Hebamme

- 📅 25. Mai 2023
- 🕒 17.30 bis 18.30 Uhr
- 📍 Online
- 🔗 bfh.ch/msc-hebamme

Master of Science in Pflege

- 📅 15. Juni 2023
- 🕒 17.15 bis 18.15 Uhr
- 📍 Online
- 🔗 bfh.ch/msc-pflege

Master of Science in Physiotherapie

- 📅 1. Juni 2023
- 🕒 19 bis 20 Uhr
- 📍 Online
- 🔗 bfh.ch/msc-physiotherapie

Berner Fachhochschule

Departement Gesundheit
Murtenstrasse 10
3008 Bern

Haben Sie Anmerkungen zum Magazin frequenz
oder möchten Sie Ihr Abonnement anpassen?

Kontaktieren Sie uns unter:
kommunikation.gesundheit@bfh.ch