

Personzentrierte Versorgung: Notwendigkeit oder Ideal?



Mitreden reicht nicht

Die wichtige Rolle der Patientenorganisationen.

Seite 8

Respektvolle Betreuung

Mit VR gegen Stigmatisierung in der Schwangerschaft.

Seite 10

Alltag unter Fatigue

Wie personzentrierte Ansätze helfen können.

Seite 16



Personzentrierte Gesundheitsversorgung

- 4 «Wir müssen sichere Räume für mutige Gespräche schaffen»
- 6 Person-centred Care in der Schweiz – wo stehen wir?
- 8 Mitreden reicht nicht
- 10 Üben mit VR: Schwangere mit Adipositas respektvoll betreuen
- 12 Personzentrierte Lehre: Auf dem Weg zur Befähigung
- 14 Wechseljahre: Weichen stellen für die zweite Lebenshälfte
- 16 Fatigue bei Herzinsuffizienz: Die unsichtbare Erschöpfung
- 18 Das Potenzial digitaler Hilfen für mehr Autonomie im Alter
- 20 Viszerale Adipositas messen und ganzheitlich behandeln
- 22 Interprofessionell zuweisen: Ein Pilotprojekt in Hausarztpraxen
- 24 Personzentrierte Versorgung – vom Pilotprojekt in die Praxis?
- 26 «Patientenzentriert?» Betroffene selbst sehen das oft anders
- 28 Chronifizierung verhindern: Erste Ergebnisse des Projekts PrePaC
- 30 Frauen im Fokus der Sportphysiotherapie

32 News

Liebe Leser*innen

In der Diskussion um steigende Krankenkassenprämien stehen die Abläufe und Kostenoptimierungen unseres Gesundheitssystems immer wieder im Mittelpunkt.

Dabei können die individuellen Bedürfnisse der Menschen leicht in den Hintergrund geraten. Eine personenzentrierte Versorgung hingegen stellt die Person in den Mittelpunkt und bezieht Betroffene aktiv in Entscheidungen ein. Fachpersonen erarbeiten gemeinsam an Lösungen, die sowohl medizinische Qualität als auch die Bedürfnisse der Menschen berücksichtigen.

In dieser Ausgabe des «frequenz» wird gezeigt, wie der personenzentrierte Ansatz in Forschung, Lehre und Praxis umgesetzt wird. Ein Beitrag beschreibt beispielhaft, wie Patientenorganisationen systematisch in die Versorgung eingebunden werden können, um Angebote noch besser an den Bedürfnissen der Betroffenen auszurichten. Sie erfahren ausserdem, wie Studierende von Beginn an lernen, auf Augenhöhe zu kommunizieren und welche Rolle eine personenzentrierte Lehre dabei spielt.

Forschungsprojekte unserer Fachhochschule verdeutlichen die vielfältigen Möglichkeiten der Umsetzung von Personenzentrierung. Beispiele sind die Erfassung von Fatigue bei Herzinsuffizienz, die Prävention chronischer Schmerzen durch interprofessionelle Behandlungspfade, VR-Trainings zur respektvollen Betreuung schwangerer Frauen, digitale Hilfen für ein selbstbestimmtes Leben älterer Menschen, neue Zuweisungsprozesse in hausärztlichen Praxen sowie personenzentrierte Ernährungsberatung in den Wechseljahren. All dies zeigt, wie sich Versorgung und Betreuung individuell gestalten lassen.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.



Prof. Dr. Klazine van der Horst
Direktorin Departement Gesundheit
Berner Fachhochschule

Impressum

Herausgeberin: Berner Fachhochschule BFH,
Departement Gesundheit, ISSN 2297-1084
Erscheinungsweise: zweimal jährlich
Auflage: 6200 Ex.
Redaktion: Sandro Nydegger, Nicole Schaffner, Katja Wey
Lektorat: Katja Wey
Bilder: BFH, sofern nicht anders vermerkt
Illustrationen: Adobe Stock u. a.
Titelbild: KI-generiert (Adobe Firefly)
Layout: Etage Est GmbH, Bern
Druck: merkur medien 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.

Brendan McCormack:

«Wir müssen sichere Räume für mutige Gespräche schaffen»

Brendan McCormack, führender Experte für personzentrierte Versorgung, erklärt im Interview, warum Personzentrierung mehr ist als ein Schlagwort, wie «Healthful Cultures» entstehen und weshalb nicht der Fachkräftemangel, sondern die fehlenden guten Arbeitsplätze das Kernproblem im Gesundheitswesen sind.

Herr McCormack, was ist personzentrierte Versorgung und warum brauchen wir sie?

Unsere Gesundheitssysteme sind im Allgemeinen nach einem industriellen Modell aufgebaut. Das heisst, sie sollen finanziell möglichst effizient funktionieren. Doch in diesem industriellen Gesundheitssystem können Patient*innen als Personen aus dem Blick geraten. Ein personzentrierter Ansatz stellt daher die Person in den Mittelpunkt der Entscheidungsfindung, ohne die Kosteneffizienz aus den Augen zu lassen.

Was ist das «Person-centred Practice Framework»?

Das «Person-centred Practice Framework» wurde von mir und meiner Kollegin Tanya McCance entwickelt (siehe Seite 7). Es hat sich von einem pflegespezifischen Konzept zu einem multidisziplinären Ansatz für alle Gesundheitsberufe weiterentwickelt. Beim Thema Personenzentriertheit liegt der Fokus häufig auf Patient*innen und ihren Bedürfnissen. Wir betonen, dass Pflegende und andere Gesundheitsfachpersonen diese Werte auch selbst erfahren müssen, um sie weiterzugeben. Darauf aufbauend haben wir ein Rahmenkonzept entworfen, welches das gesamte System der Gesundheitsversorgung berücksichtigt. Es geht darum, «Healthful Cultures» zu entwickeln – in Bezug auf die Patient*innen ebenso wie in der Zusammenarbeit von Fachleuten und Teams.

Was sind «Healthful Cultures»?

«Healthful Cultures» sind Kulturen, die Menschen stärken. Sie respektieren alle als Personen, achten ihre Autonomie und sorgen dafür, dass Zusammenarbeit in einem evidenzbasierten, wirksamen und transformierenden Umfeld stattfindet. So entsteht ein Raum, in dem Menschen wachsen, sich entwickeln und aufblühen können.

Das klingt schön und gut. Aber können wir uns eine solche Kultur in einem chronisch unterfinanzierten Gesundheitssystem überhaupt leisten?

Die grössten Kosten im Gesundheitswesen sind Personalkosten. Wenn wir «Healthful Cultures» schaffen, in denen Mitarbeitende bleiben wollen, ihr Bestes geben und durch ihre Arbeit motiviert sind, sparen wir erhebliche Kosten. Wir müssen weniger auf temporäres Personal zurückgreifen und weniger oft aufwändige Rekrutierungs- und Einarbeitungsprozesse durchlaufen. Ich argumentiere seit vielen Jahren, dass wir nicht nur über einen globalen Fachkräftemangel sprechen sollten, sondern über einen Mangel an attraktiven Arbeitsplätzen im Gesundheitswesen. Diese kulturellen Fragen müssen wir angehen, wenn wir Mitarbeitende halten und die besten Fachpersonen gewinnen wollen.

Was sind die grössten Herausforderungen der personzentrierten Versorgung?

Eine der grössten Herausforderungen ist, dass wir uns als Mitarbeitende im Gesundheitswesen oft angegriffen fühlen, wenn es um unsere eigene Personenzentriertheit geht. Natürlich ist es unsere Absicht, personzentriert zu arbeiten, aber komplexe Systeme ermöglichen das nicht immer.

Wir brauchen Organisationen, Teams und Führungskräfte, die verstehen, dass Personzentrierung ein ständiger Entwicklungsprozess ist. Dafür müssen wir sichere Räume für mutige Gespräche schaffen, in denen Menschen ehrlich über ihre Alltagserfahrungen sprechen können. Unser Modell kann dabei helfen.

Interview:
Sandro Nydegger, Kommunikation
Departement Gesundheit



Zur Person

Prof. Dr. Brendan McCormack ist ein international führender Experte für personenzentrierte Pflege und Versorgung. Er hat massgeblich zur Entwicklung des Person-centred Practice Framework beigetragen und sich über Jahrzehnte hinweg mit Fragen der Pflegepraxis, der Kulturentwicklung im Gesundheitswesen und der Förderung von Personenzentrierung in interprofessionellen Teams beschäftigt. Der gebürtige Ire leitet die Susan Wakil School of Nursing and Midwifery und ist Dekan der Faculty of Medicine and Health an der University of Sydney. Zudem ist er regelmässig Gast am Departement Gesundheit der BFH.



Sehen Sie das ganze Interview als Video auf unserer Webseite.

«Wir brauchen Organisationen, in denen Menschen wachsen, sich entwickeln und aufblühen können.»

Brendan McCormack

Person-centred Care in der Schweiz – wo stehen wir?

Ein grosser Teil der Bevölkerung fühlt sich im Schweizer Gesundheitssystem respektvoll behandelt.

86,3%

schätzen die persönliche Zuwendung von Ärzt*innen.



88,8%

fühlen sich im Spital respektvoll behandelt.

Quelle: OSCE (2021)

Spürbare Ungleichheiten im Gesundheitssystem

nicht angepasste Infrastruktur

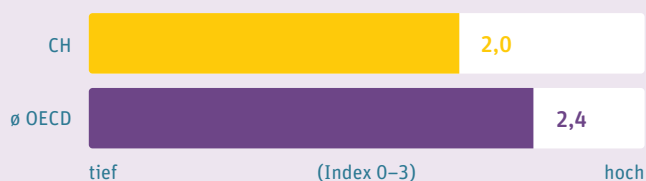
abwertende Kommentare

fehlende Empathie

Missachtung von Erfahrungsexpertise

Besonders Menschen mit speziellen gesundheitlichen Herausforderungen – zum Beispiel mit Adipositas oder mit einer seltenen Krankheit – berichten von weniger guten Erfahrungen.

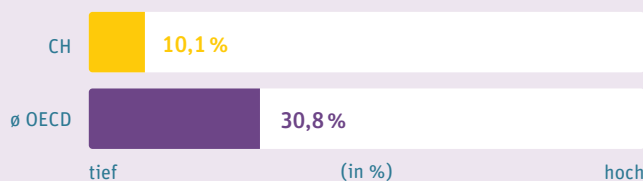
Formale Beteiligung an der Gesundheitspolitik



Verbesserungspotenzial hat die Schweiz bei der politischen Mitsprache.

Quelle: OSCE (2021)

Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Digitalisierung

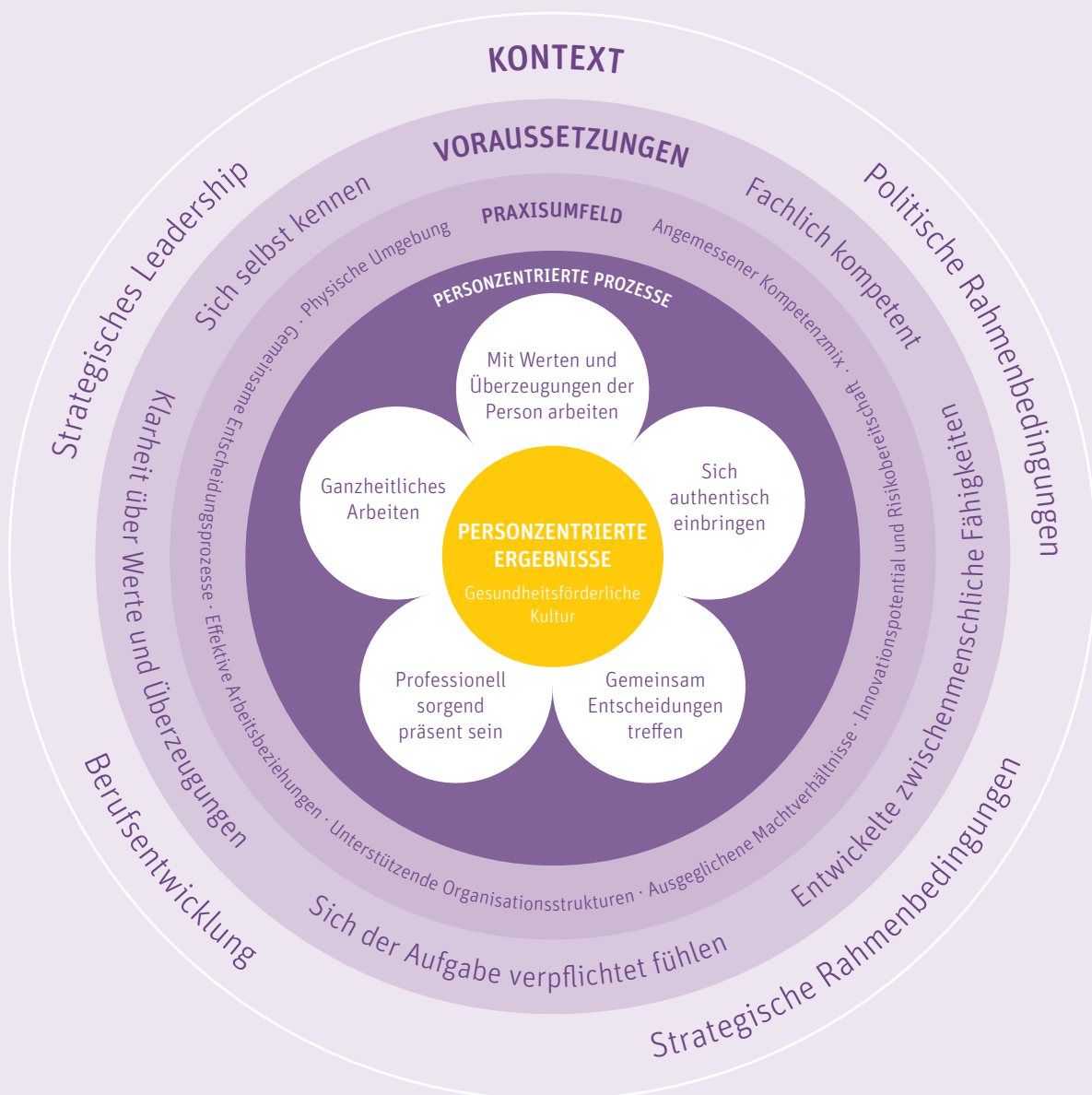


Besonders schlecht schneidet die Schweiz bei der Digitalisierung ab.

Quelle: OSCE (2021)

Das Person-centred Practice Framework

Das Person-centred Practice Framework visualisiert das Verständnis von McCance und McCormack anhand mehrerer Ebenen, die zum Zentrum hin aufeinander aufbauen. So wird sichtbar, welche Rahmenbedingungen vorausgesetzt werden und wie sie sich auf die direkte Interaktion zwischen Fachpersonen und Patient*innen auswirken.



Quelle: McCormack & McCance (2010)
Übersetzung aus: von Dach & Mayer (2024)

Mitreden reicht nicht

Patientenorganisationen leisten einen wichtigen Beitrag im Schweizer Gesundheitssystem. Sie vertreten die Stimmen der Betroffenen, begleiten im Alltag und bringen ihre Expertise ein. Eine neue Untersuchung zeigt: Damit eine personzentrierte Versorgung gelingt, müssen sie gezielt einbezogen und gestärkt werden.

Vanessa Grand lebt mit Osteogenesis imperfecta, der sogenannten Glasknochenkrankheit. In der Schweiz betrifft diese Erkrankung rund vier bis sechs Neugeborene pro Jahr. Bei einer so seltenen Diagnose ist Vernetzung entscheidend. «Über unseren Hausarzt haben meine Eltern früh eine Familie kennengelernt, deren Kind mit derselben Krankheit lebt wie ich», erzählt Vanessa Grand. Über diesen Kontakt erfuhren sie von einer spezialisierten Klinik in Zürich, die schliesslich entscheidende medizinische Versorgung leisten konnte.

Was damals der Initiative des Hausarztes zu verdanken war, findet heute innerhalb von Patientenorganisationen statt. Sie vertreten und vernetzen zehntausende Menschen mit spezifischen Krankheiten oder Behinderungen in der Schweiz. Die Lungenliga, die Rheumaliga oder die Stiftung Pro Mente Sana sind einige bekannte Beispiele. Heute dürfte die Zahl der Patientenorganisationen in der Schweiz im dreistelligen Bereich liegen – eine Gesamtstatistik gibt es nicht.

Von der Selbsthilfegruppe bis zur politischen Mitbestimmung

Die Schweiz hat in den letzten Jahrzehnten bedeutende Fortschritte bei der Involvierung von Patient*innen im Gesundheitssystem erzielt. Im internationalen Vergleich ist die Entwicklung jedoch weniger systematisch verankert. Darum beauftragte die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) ein Forschungsteam unter der Leitung der BFH mit der Frage, wie Patient*innen, Angehörige und die Bevölkerung systematisch in die Versorgung eingebunden werden können. Für das Projekt wurden Patientenorganisationen eingeladen, die im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) tätig sind. Anlässlich von Dialogtagen diskutierten sie Herausforderungen und Lösungsvorschläge und beantworteten eine Online-Umfrage.

Im ersten Schritt analysierte das Forschungsteam die Tätigkeiten von Patientenorganisationen entlang dreier Ebenen des Gesundheitssystems. Auf der Mikroebene geht es um den direkten Kontakt zwischen Patient*in und Fachperson. Patientenorganisationen bieten z. B. Beratung, Peer-Angebote, Selbsthilfegruppen oder Schulungen zum Selbstmanagement an. Ziel ist es, Patient*innen zu befähigen, informierte Entscheidungen zu treffen. Vanessa Grand beispielsweise ist Mitglied der Schweizerischen Vereinigung Osteogenesis imperfecta (SVOI), die unter anderem Stammtische für Betroffene organisiert und eine Liste von spezialisierten Ärzt*innen und Zentren unterhält.

Auf der Mesoebene wirken Patientenvertretungen z. B. in Patientenräten, Qualitätsgremien oder Schulungen für Fachpersonen mit. So bringen sie ihre Perspektive in Spitäler, Heime oder Versicherungen ein und stärken die Patientenzentrierung strukturell. Ein Beispiel ist die Schweizerische Patientenorganisation, in der Vanessa Grand im Patientenbeirat ist.

Auf der gesundheitspolitischen Makroebene engagieren sich Patientenorganisationen in Vernehmlassungen, bei Gesetzesrevisionen oder Kampagnen. Sie fordern gesetzliche Grundlagen für Beteiligung und Mitbestimmung

	Akteur*innen	Tätigkeiten von Patientenorganisationen
Makro-Ebene	<ul style="list-style-type: none"> – Bund – Kantone – Behörden 	<ul style="list-style-type: none"> – Teilnahme an Vernehmlassungen und Gesetzesrevisionen – Nationale Kampagnen
Meso-Ebene	<ul style="list-style-type: none"> – Spitäler – Arztpraxen – Spitex-Dienste – Pflegeheime – Versicherungen 	<ul style="list-style-type: none"> – Komitees und Gesprächsgruppen – Patient*innen- und Betroffenenräte – Ausbildung von Peers
Mikro-Ebene	<ul style="list-style-type: none"> – Gesundheitsfachpersonen – Patient*innen 	<ul style="list-style-type: none"> – Telefonische Beratung – Kontaktstellen – Selbsthilfe- und Dialoggruppen – Peer-Angebote – Kurse und Workshops

Tätigkeiten von Patientenorganisationen im Schweizer Gesundheitswesen.



Partizipation auf politischer Ebene: Vanessa Grand während der Behindertensession 2023. (Foto: Pro Infirmis)

und kämpfen für eine gerechte Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen. Auf dieser Ebene war Vanessa Grand beispielsweise während der Behindertensession 2023 tätig.

Noch nicht auf Augenhöhe

Die Analyse des Forschungsteams zeigt: Patientenorganisationen leisten zwar einen aktiven Beitrag zur Versorgungsqualität, dies jedoch oft ohne strukturelle Verankerung oder finanzielle Entschädigung. Der Einbezug von Patient*innen erfolgt häufig nur auf der Stufe Information oder Konsultation. Die Organisationen fordern, dass Patient*innen als gleichwertige Partner*innen anerkannt und auf allen Ebenen systematisch beteiligt werden. «Gerade in der Politik fehlt meist der Blick der Betroffenen», sagt Vanessa Grand. «Das politische System entscheidet über uns, aber ohne uns.»

Ein zentrales Anliegen ist es, die Anerkennung der Erfahrungsexpertise von Patient*innen im Gesundheitswesen zu verankern. Diese soll nicht nur punktuell, sondern dauerhaft in Entscheidungsprozesse einfließen, sei es bei der Therapieplanung oder bei gesundheitspolitischen Weichenstellungen. Dazu braucht es neue Rollenprofile, etwa professionell ausgebildete Patientenvertreter*innen, sowie klare Beteiligungsstrukturen in Gremien. «Unsere Rolle ist für viele neu», beobachtet Vanessa Grand. «Manche Fachpersonen reagieren darum mit Zurückhaltung – dabei profitieren am Ende alle von echter Zusammenarbeit.»

Die aktuelle Praxis wird oft als symbolisch oder dekorativ kritisiert. Auch die Beziehungsgestaltung zwischen Patient*innen und Fachpersonen steht im Fokus: Eine ausschliesslich ökonomische Orientierung behindert eine echte partnerschaftliche Zusammenarbeit.

Patientenorganisationen fordern faire Rahmenbedingungen, gesetzliche Grundlagen und eine gerechte Ressourcenverteilung, jenseits von marktwirtschaftlichen Kriterien. Ein weiterer Punkt: Die Zusammenarbeit zwischen den vielen Organisationen müsse gestärkt werden. Synergien blieben bislang weitgehend ungenutzt.

In einer weiteren Zusammenarbeit entwickelt die BFH mit Partnerorganisationen Empfehlungen, wie Patient*innen und die Öffentlichkeit systematisch in Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen eingebunden werden können. Dazu werden internationale Modelle geprüft, Workshops durchgeführt und Umsetzungsstrategien für die Schweiz erarbeitet. Ziel ist eine verbindliche und faire Verankerung von Beteiligung als Grundlage für eine echte personenzentrierte Versorgung. Bislang fokussierte diese vor allem auf die Fachpersonen und Organisationen. Patient*innen müssen aber genauso gefördert werden, um eine aktive Rolle in der Behandlung übernehmen zu können. Für Vanessa Grand ist klar: «Wir bringen Erfahrung mit – nicht nur über unsere Erkrankung, sondern auch im Umgang mit dem System. Dieses Potenzial sollten wir gemeinsam nutzen – auf allen Ebenen.»



Zum Schlussbericht für die Eidgenössische Qualitätskommission EQK

Autor*innen:
Dr. Caroline Gurtner-Zürcher, Wissenschaftliche Mitarbeiterin Qualität im Gesundheitswesen
Sandro Nydegger, Kommunikation Departement Gesundheit

Üben mit Virtual Reality:

Schwangere mit Adipositas respektvoll betreuen

Viele schwangere Frauen mit Adipositas erleben im Gesundheitssystem Stigmatisierung. Die BFH entwickelt ein VR-Trainingsprogramm, das Fachpersonen dabei unterstützt, eine personzentrierte Betreuung zu gestalten, die nicht das Gewicht, sondern die individuellen Bedürfnisse, Erfahrungen und Werte der Frau in den Mittelpunkt stellt.



In der Schweiz ist etwa jede zehnte Frau im gebärfähigen Alter von Adipositas betroffen – mit steigender Tendenz (MonAM, BAG, 2024). Damit gewinnt die Frage an Bedeutung, wie Schwangere mit höherem Körpergewicht fachlich fundiert und zugleich stigmabewusst betreut werden können.

Erhöhte Risiken für Komplikationen wie Schwangerschaftsdiabetes oder Bluthochdruck sind nur ein Teil der Herausforderungen während der Perinatalzeit (Aubry et al., 2019). Viel gravierender wirken oft die psychosozialen Belastungen durch gewichtsbezogene Stigmatisierung – insbesondere, wenn sie von Fachpersonen ausgeht.

Stigmatisierung als Barriere für gute Versorgung

Dabei sind mangelnd angepasste Infrastruktur, abwertende Kommentare im klinischen Alltag oder internalisierte Schuldgefühle für viele Frauen mit Adipositas leider Alltag. Sie erleben häufig, dass ihre Beschwerden auf ihr Gewicht reduziert oder gar bagatellisiert werden. Sie berichten von fehlender Empathie, übertriebener Risikokommunikation und dem Gefühl, auf ihren Körper reduziert zu werden (Aubry et al., 2024). Diese Erfahrungen untergraben nicht nur das Vertrauen in das Gesundheitssystem, sondern können auch zu Versorgungslücken führen – etwa, wenn Gesundheitsangebote aus Angst vor Abwertung gemieden werden. Das Erleben von Stigmatisierung geht ebenfalls einher mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für medizinische Interventionen während der Geburt und schlechteren geburtshilflichen Outcomes (Schwenk et al., 2024).

Personzentriert statt gewichtsfixiert

Was bedeutet in diesem Kontext personzentrierte Versorgung? Nicht das Körpergewicht der Frau oder pauschale Risikokategorien sollten in der Betreuung im Vordergrund stehen, sondern ihre individuellen Bedürfnisse, Werte und Erfahrungen. Besonders bei Schwangeren mit Adipositas ist ein solcher Ansatz zentral, um Zuschreibungen zu vermeiden und eine gleichwertige Betreuung zu ermöglichen. Eine solche Betreuung erkennt die vielfach dokumentierten Stigmatisierungserfahrungen dieser Frauen an und begegnet ihnen mit Respekt, Empathie und Offenheit. Sie fördert die aktive Einbeziehung der Frau in Entscheidungen, achtet ihre Autonomie und stärkt ihre Handlungskompetenz. Frauen mit Adipositas fühlen sich dann am besten betreut, wenn sie wie jede andere Schwangere behandelt werden – mit zusätzlicher Sensibilität gegenüber ihren bisherigen Erfahrungen mit Ausgrenzung und Diskriminierung (Aubry et al., 2024).

Erfahrungen aus der Praxis

Eine Umfrage der BFH unter über 1300 Frauen, die in den letzten Jahren in der Schweiz geboren haben, zeigt: Stigmatisierende Erfahrungen in Schweizer Geburtskliniken waren gerade bei Schwangeren mit Adipositas weit verbreitet. In manchen Fällen fehlte es an geeignetem Equipment wie ausreichend grossen Untersuchungsliegen oder geeigneten Waagen, in anderen an sensibilisiertem Personal. Frauen beschrieben, dass sie sich nicht willkommen gefühlt hätten oder von Beginn an in eine Risikokategorie eingeordnet worden seien. Das Erleben von Stigmatisierung während der Geburt konnte mit einer erhöhten Kaiserschnitttrate assoziiert werden (Schwenk et al., 2024).

Stigmabewusste Praxis: Empfehlungen aus Forschung und Versorgung

Eine stigmabewusste, personzentrierte Betreuung beginnt mit der professionellen Selbstreflexion: Welche Vorstellungen habe ich selbst zu Gewicht und Gesundheit? Wie beeinflussen diese meine Kommunikation und mein Verhalten gegenüber Schwangeren mit Adipositas?

Hier setzt das BFH-Forschungsprojekt RESET an. Mithilfe einer virtuellen Realität (VR)-basierten Schulung werden realitätsnahe Beratungssituationen mit KI-gesteuerten Avataren simuliert. Fachpersonen üben darin eine stigmapbewusste Gesprächsführung und reflektieren ihre Haltungen im geschützten Raum. Ziel ist es, personzentrierte Kommunikation zu stärken und im klinischen Alltag zu verankern.

Fachpersonen sollten Empfehlungen zu Lebensstil und Gesundheit konsequent an den Lebensrealitäten der Frauen ausrichten. Alltagsnahe, flexible Ratschläge stärken ihre Autonomie und fördern das Vertrauen in die Betreuung. Statt einer defizitorientierten Risikorhetorik braucht es einen offenen Dialog, der gemeinsame Entscheidungsprozesse ermöglicht. Das BFH-Forschungsprojekt OPTIMAM unterstützt diesen Ansatz, indem es ein Rahmenkonzept für transparente, partizipative geburts-hilfliche Entscheidungsfindung entwickelt – und so die Grundlage für eine qualitativ hochwertige, personzentrierte Versorgung von Frauen mit Adipositas rund um die Geburt schafft (Wyss et al., 2025).

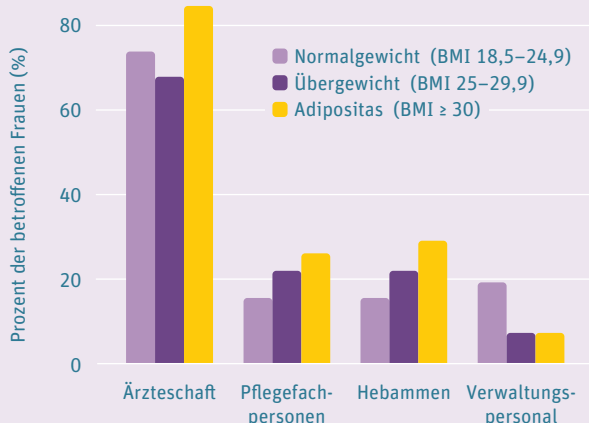
Eine nachhaltige Veränderung gelingt nur, wenn personzentrierte, stigmapfreie Betreuung auch strukturell verankert wird: in Aus- und Weiterbildungen, Leitlinien und Standards. Das interdisziplinäre Netzwerk Adipositas der BFH arbeitet daran, diese Haltung in Forschung, Lehre und Praxis zu fördern. Die gemeinsame Vision: Eine Versorgung, die die Würde jeder Person achtet, ihre individuellen Stärken erkennt und nicht auf das Körpergewicht reduziert.



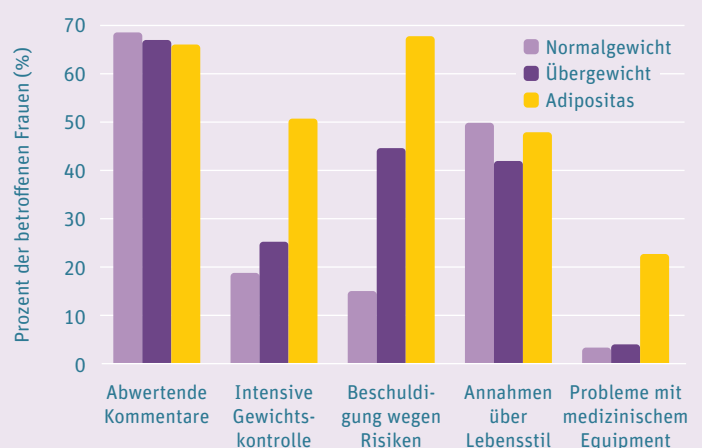
Referenzen:
Die Literatur zu diesem Text können Sie online einsehen.

Autorin:
Dr. Evelyne Aubry, Dozentin
Geburtshilfe

Quellen von Gewichtsstigmatisierung nach BMI-Kategorie



Formen von Gewichtsstigmatisierung nach BMI-Kategorie



Personenzentrierte Lehre: Auf dem Weg zur Befähigung

Personenzentrierte Lehre rückt Studierende und Lehrende als ganze Menschen in den Mittelpunkt. Aufbauend auf der Theorie der personenzentrierten Praxis wird Lernen und Lehren zu einem gemeinsamen Prozess, der fordert, unterstützt und weiterentwickelt – von der Ausbildung bis in die Pflegepraxis.

Die Theorie zur personenzentrierten Praxis beschreibt, wie Menschen im Gesundheitswesen so miteinander umgehen können, dass alle Beteiligten als Personen gesehen und ernst genommen werden – egal, ob Patient*innen, Angehörige oder Fachleute. Sie wurde besonders von den Pflegewissenschaftler*innen Tanya McCance und Brendan McCormack über mehrere Jahre evidenzbasiert entwickelt (Interview dazu auf S. 4). Der Fokus lag dabei auf der klinischen Pflegepraxis in unterschiedlichsten Settings. Dies wurde bereits mehrfach in der Praxis erprobt und integriert. In der Schweiz hat dies vornehmlich in Akutspitälern stattgefunden und fängt jetzt an, auch im Langzeitbereich Fuss zu fassen.



Zum Autor

Prof. Dr. Christoph von Dach ist Dozent im Master-Studiengang Pflege und Forscher im Innovationsfeld Gesundheitsversorgung + Personalentwicklung an der BFH. Er ist Projektleiter und Berater bei der Solothurner Spitäler AG mit den Schwerpunkten Advanced Nursing Practice, personenzentrierte Praxisentwicklung + Qualitätsentwicklung in der Pflege.

Weil eine professionelle Haltung und das Pflegeverständnis schon während der Ausbildung entstehen, ist es naheliegend, die Prinzipien der Personenzentriertheit auch in der Lehre zu verankern. Darum haben McCance und McCormack zusammen mit Kolleg*innen die Basis für ein personenzentriertes Curriculum bei der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen geschaffen (Cook et al., 2022). Eine personenzentrierte Ausbildung vermittelt nicht nur Inhalte zur entsprechenden Praxis, sondern soll diese Haltung auch im Umgang mit den Studierenden leben. Die personenzentrierte Haltung der Lehrperson soll Studierende befähigen, in ihrem individuellen Lernprozess möglichst barrierefrei voranzukommen. Besonders in einer Lehre, die auf dem konstruktivistischen Ansatz basiert – also Lernen als aktiven Prozess durch die Studierenden versteht –, passt die Theorie der personenzentrierten Praxis. Sie unterstützt Lehrende und Studierende dabei, gemeinsam reflexiv und inklusiv zu arbeiten.

Wie zeigt sich personenzentrierte Lehre?

Personenzentrierte Lehre schliesst die Lehrperson mit ein. Damit begibt sie sich auf einen spannenden Weg der kontinuierlichen Weiterentwicklung – sowohl in ihren fachlichen Fähigkeiten als Lehrende als auch in ihren zwischenmenschlichen Kompetenzen. Das bedeutet, die Lehrperson muss ihr Verhalten und ihre Tätigkeit laufend reflektieren, und zwar für sich und auch im Austausch mit ihren Studierenden. Sie muss lernen, auf Augenhöhe zu kommunizieren, befähigend zu vermitteln, authentisch und kompetent zu sein und dabei sich und die Studierenden als ganze Menschen wahrzunehmen. Damit wird sie nahbar, kann als Person wahrgenommen werden und wird zugleich zu einem Vorbild.

Im Unterricht zeigt sich personenzentrierte Lehre in der Art und Weise, wie Inhalte vermittelt werden. Dafür gibt es Methoden und Instrumente (siehe Grafik), die sich

Reflektive Anregungen für eine personzentrierte Lehre



Bezogen auf mich als Lehrperson

1. Kenne ich meine Werte und die Werte der Studierenden?
2. Wo und inwieweit lasse ich selbstbestimmtes Lernen zu?
3. Wie kann ich Studierende in Entscheidungen einbeziehen?
4. Reflektiere ich meine Lehre laufend und wo vermute ich meine blinden Flecken?
5. Wo kann ich authentisch sein und mich als ganzen Menschen einbringen?
6. Wie gelingt es mir inklusiv und empathisch zu sein?

Bezogen auf Studierende

1. Setzen sich Studierende mit ihren eigenen Werten in Bezug auf ihr Lernen auseinander?
2. Wie selbstbestimmt können Studierende lernen?
3. In welchem Ausmass können Studierende sich selbst als Person in ihr Lernen einbringen?
4. Wo und inwieweit können Studierende authentisch sein?
5. Inwieweit können sich Studierende in ihrem Lernen als ganze Menschen wahrnehmen?
6. Fühlen sich die Studierenden in ihren Anliegen und Bedenken genügend ernst genommen?

besonders eignen. Ziel ist es, Studierende in ihrem individuellen Lernen optimal zu fördern – sowohl im Präsenz- als auch im asynchronen Online-Unterricht. Gerade dieser kann so gestaltet sein, dass personzentrierte individuelle Fragestellungen und Aufträge an die Studierenden gestellt werden können. Weiter zeigt sich ein solcher Unterricht in kreativen Elementen, beispielsweise basierend auf «Critical Creativity» (McCormack & Titchen, 2006). Bei diesem Lernansatz werden Kreativität und kritisches Denken miteinander verbunden, um Neues auszuprobieren, das jedoch stets kritisch reflektiert und hinterfragt wird.

High Challenge – High Support

Ein Grundsatz der personzentrierten Praxis und Lehre besteht darin, hohe Anforderungen an die Person zu stellen und gleichzeitig die notwendige Unterstützung bereitzustellen. Ziel ist es nicht, Belastungen zu vermeiden, sondern herauszufordern – und diese Herausforderungen mit einem hohen Mass an Begleitung abzufedern. Studierende wie auch Lehrende benötigen ein gesundes Mass an Herausforderung und damit auch eine ausgewogene Belastung, um im Gleichgewicht zu bleiben und ihre Gesundheit zu erhalten. Dieses Gleichgewicht zwischen Forderung und Unterstützung zu finden, kann als die hohe Schule der personzentrierten Lehre angesehen werden. Dann sind die Voraussetzungen für erfolgreiches Lernen und Lehren gegeben.

Was personzentrierte Lehre benötigt

In einem aktuellen dreijährigen Erasmus+-Forschungsprojekt geht auch die Berner Fachhochschule dieser Frage nach. Zusammen mit anderen Fachhochschulen aus Österreich, Deutschland und Italien wird ein Kompetenzmodell für personzentrierte Lehre entwickelt, mit dem Ziel, personzentrierte Haltung bei Lehrperson und Studierenden gleichermaßen zu entwickeln und zu fördern.

Im Rahmen eines spannenden, qualitativen Designs wird anhand von Pflegegeschichten, Fokusgruppeninterviews und Workshops ein Kompetenzmodell und daraus ein Toolkit mit Methoden und Instrumenten erarbeitet, das Lehrenden in der Praxis zur Verfügung gestellt werden soll. Gleichzeitig wird der Frage nachgegangen, wie personzentrierte Praxisentwicklung in der Lehre aussehen könnte. Denn wie in der klinischen Pflegepraxis ist personzentrierte Lehre ein kontinuierlicher Kulturentwicklungsprozess.



Referenzen:
Die Literatur zu diesem Text können Sie online einsehen.

Autor:
Prof. Dr. Christoph von Dach,
Dozent MSc Pflege

Wechseljahre: Weichen stellen für die zweite Lebenshälfte

Die Wechseljahre sind eine zentrale Lebensphase, die mit bedeutenden gesundheitlichen Veränderungen verbunden ist. Personzentrierte Ernährungsberatung kann wesentlich zur Prävention und zur Stabilisierung der Lebensqualität beitragen.

Die Wechseljahre markieren das Ende der reproduktiven Phase und zugleich den Beginn eines neuen Lebensabschnitts, der heute länger dauert denn je. Frauen in der Schweiz haben mit 50 Jahren eine durchschnittliche Lebenserwartung von weiteren 36,8 Jahren. Rund 40 Prozent ihres Lebens verbringen sie also nach der Menopause. Fast 1,3 Millionen Frauen sind derzeit zwischen 40 und 60 Jahre alt (BFS, 2022), einer Phase, in der körperliche, hormonelle und psychische Veränderungen spürbar werden.

Obwohl diese Phase so prägend ist, wird ihr gesundheitlicher Stellenwert oft unterschätzt, individuell wie gesellschaftlich. Die Menopause ist nicht nur ein biologischer Übergang, sondern ein gesundheitlicher Wendepunkt. Gerade jetzt lassen sich entscheidende Weichen stellen, um chronischen Erkrankungen vorzubeugen und die Lebensqualität langfristig zu sichern.



Ernährung in der Menopause ist ein unterschätzter Hebel für Prävention und Lebensqualität. (Bild: AdobeStock)

Ein komplexer Übergang: Körper, Psyche – und die Rolle der Ernährung

Die Herausforderungen betreffen Körper und Geist zugleich. Hormonelle Umstellungen können sich zum Beispiel in Hitzewallungen, Schlafstörungen, Gelenkschmerzen, Stimmungsschwankungen oder Gedächtnisproblemen zeigen. Gleichzeitig verändert sich der Stoffwechsel: Es kann zu einer Gewichtszunahme kommen, insbesondere durch viszerales Fett, die Insulinempfindlichkeit sinkt und das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen steigt.

Diese Veränderungen gehen oft mit psychosozialen Belastungen einher. Frauen erleben die Phase als biografischen Einschnitt, konfrontiert mit dem Älterwerden, Rollenveränderungen in Familie und Beruf oder Unsicherheiten in der Partnerschaft. Viele stehen zwischen Erwerbs- und Care-Arbeit und finden kaum Zeit für ihr Wohlbefinden. In diesem komplexen Zusammenspiel gewinnt die Ernährung eine besondere Bedeutung. Sie ist physiologisch zentral und eng mit Alltagsstruktur, Selbstfürsorge, Körperbild und sozialen Ressourcen verknüpft. Ernährung in der Menopause ist damit weit mehr als Nährstoffoptimierung.

Studien zeigen, dass Frauen auf die körperlichen und psychischen Veränderungen dieser Lebensphase unzureichend vorbereitet sind und eine negative Einstellung gegenüber den Wechseljahren haben (Tariq et al., 2023). Obwohl das Interesse an Lebensstilinterventionen generell vorhanden ist, berichten viele Betroffene, dass sie sich medizinisch und gesellschaftlich nicht ernst genommen fühlen – auch in Ernährungsfragen. Eine qualitative Master-Arbeit, in der Frauen aus der Deutschschweiz und dem Tessin auch zu ihren Informationsquellen befragt wurden, sowie ergänzende Workshops der Berner Fachhochschule mit Frauen in der Menopause machen deutlich, wie wenig Ernährung im medizinischen Setting thematisiert wird. Eine Teilnehmerin schilderte: «Ich habe das Thema Wechseljahre angesprochen. Die Gynäkologin hat nur gesagt: «Im Wartesaal hat es eine Broschüre». Und in dieser Broschüre stand nichts über Ernährung.» Gerade in diesem Bereich bleiben viele Fragen offen: Welche Ernährungsempfehlungen sind evidenzbasiert? Was muss ich beachten? Wie lässt sich das im Alltag umsetzen? Die bisherige Forschung liefert darauf erst ansatzweise Antworten.

Was Ernährungsberatung leisten kann – und sollte

Eine fundierte, personzentrierte Ernährungsberatung könnte entscheidend unterstützen. In vielen Aus- und Weiterbildungen von Gesundheitsfachpersonen sind die Wechseljahre jedoch kaum ein Thema. Gynäkologische Betreuung fokussiert häufig auf Symptome oder Hormontherapie. Ernährungsberatung und andere Lebensstilinterventionen werden selten angeboten, obwohl hier viel Potenzial besteht.

Dabei gilt eine optimierte Ernährung zunehmend als Schlüsselfaktor für die Gesundheit von Frauen in den Wechseljahren. Besonders eine überwiegend pflanzenbasierte Ernährung kann metabolische Veränderungen

Die Begriffe kurz erklärt

Die **Wechseljahre** bezeichnen die hormonelle Umstellungsphase am Ende der fruchtbaren Lebensphase. Sie umfassen die **Perimenopause** und die **Menopause**. Anschliessend folgt die **Postmenopause**. Die Perimenopause beginnt mit den ersten hormonellen Veränderungen und endet etwa ein Jahr nach der letzten Monatsblutung. Die Menopause bezeichnet die letzte Monatsblutung, die erst rückblickend, das heisst nach mindestens einem Jahr ohne Periode, eindeutig feststellbar ist. Mitteleuropäische Frauen erleben sie im Durchschnitt mit 52 Jahren.

günstig beeinflussen, oxidativen Stress, Entzündungen und Insulinresistenz reduzieren (Silva et al., 2021). Eine systematische Übersichtsarbeit zur Mediterranen Diät zeigt, dass ihre Einhaltung sich in der Menopause positiv auswirken kann – unter anderem auf Körpergewicht, Blutdruck und Blutlipide (Gonçalves et al., 2024).

In dieser Lebensphase kann es – unabhängig von einem gewollten Gewichtsverlust – zu einer Abnahme der Muskelmasse und Proteinzufuhr mehr Beachtung geschenkt werden. Dies auch mit Blick auf Sarkopenie, den Verlust von Muskelmasse, -kraft und -funktion mit zunehmendem Alter. Darüber hinaus sind Frauen über 50 Jahre häufig unzufrieden mit Gewicht und Figur, insbesondere im Vergleich mit ihrem jüngeren Ich oder gesellschaftlichen Altersbildern. Das macht sie anfälliger für die Entwicklung von Essstörungen (Drobnjak et al., 2014).

Interprofessionell und personzentriert denken

Um Frauen in den Wechseljahren wirksam zu unterstützen, braucht es mehr als allgemeine Ernährungstipps. Gefragt sind Ernährungsberater*innen und andere Fachpersonen, die sie kontextsensibel begleiten. Ein personzentrierter Ansatz sollte über rein biologische Aspekte hinausgehen. Es braucht interprofessionelle Angebote, die Ernährung mit anderen gesundheitsfördernden Ansätzen verbinden, wie etwa die Mind-Body-Medizin, ein Gesundheitskonzept, das den Menschen ganzheitlich sieht und Körper und Psyche in Balance bringt. Solche Konzepte ermöglichen es, individuell passende Wege zu stärken.

Ernährung in der Menopause ist kein Lifestyle-Thema, sondern ein unterschätzter Hebel für Prävention und Lebensqualität. Sie verdient mehr Platz in der Beratungspraxis, aber auch in der Forschung und der gesundheitspolitischen Diskussion.



Referenzen:
Die Literatur zu diesem Text können Sie online einsehen.

Autorin:
Dr. Karin Haas, Co-Leiterin Institut Alter
und Dozentin Ernährung und Diätetik

Fatigue bei Herzinsuffizienz: Die unsichtbare Erschöpfung

Fatigue ist bei vielen Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz ein belastendes, aber oft übersehenes Symptom. Sie prägt den Alltag körperlich, psychisch und sozial, bleibt aber in der Versorgung oft im Hintergrund. Personzentrierte Ansätze können helfen, Fatigue sichtbar zu machen.

«Mir sieht man [es] nicht an. Das ist vielfach ein Problem.» So beschreiben Betroffene ihre Fatigue. Rund 200 000 Menschen in der Schweiz leben mit einer chronischen Herzinsuffizienz. Viele von ihnen leiden unter ständiger Erschöpfung und haben Strategien entwickelt, um den Alltag meistern zu können. Dennoch bleibt die Belastung allgegenwärtig.

Eine Ist-Analyse der Akademie-Praxis-Partnerschaft (APP) der BFH und der Insel Gruppe zeigte: Fatigue wird in Konsultationen selten systematisch erfasst und bislang oft nur am Rande berücksichtigt.

Wenn Fatigue untergeht

Zwar zeigen viele Fachpersonen eine Grundsensibilität und kennen einzelne Instrumente, doch sie setzen diese nicht routinemässig im Beratungsprozess ein. Das Thema bleibt im Gespräch zweitrangig. Oft wird Fatigue auf mögliche Ursachen reduziert, ohne dass gezielte Unterstützung erfolgt.

Für Betroffene wirkt das so, als würde ihr Erleben nicht ernst genommen. Erst im Gespräch mit anderen wird ihnen klar, wie verbreitet das Symptom ist: «Im Austausch mit anderen [Betroffenen] habe ich gemerkt, dass die anderen es auch haben.» Eine Person beschrieb, wie stark die Fatigue ihren Alltag bestimmt: «Ich plane meinen Tag um die Erschöpfung herum.»

Personzentrierung – mehr als Symptomkontrolle

Diese Aussagen verdeutlichen, wie sehr Fatigue die Lebensgestaltung, das Selbstbild und soziale Teilhabe beeinflussen. Fatigue ist also mehr als ein medizinisches Symptom. Ein personzentrierter Ansatz fragt unter anderem: Wie beeinflusst Fatigue den Alltag? Welche individuellen Strategien helfen den Betroffenen, um trotz Erschöpfung aktiv zu bleiben?

Studien zeigen, dass nicht-medikamentöse und personzentrierte Interventionen das Symptom Fatigue bei chronischer Herzinsuffizienz wirksam reduzieren können, wenn sie auf die Lebenssituation der Betroffenen zugeschnitten sind.



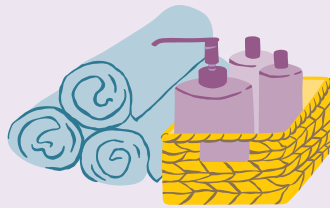
Teamarbeit wirkt

Wenn verschiedene Fachpersonen aus Medizin, Pflege, Physiotherapie oder Psychologie eng zusammenarbeiten, sinkt die Zahl der Spitaleinweisungen. Gleichzeitig steigt die Lebensqualität, und auch das Sterberisiko von Menschen mit Herzinsuffizienz kann reduziert werden – besonders, wenn weitere Erkrankungen vorliegen (Boulet et al., 2019).



Rehabilitation mit Alltagshilfe

Programme, die Energiemanagement und konkrete Problemlösungsstrategien vermitteln, sind in Kliniken, aber auch per Video oder Telefon möglich. Sie helfen, Fatigue und Lebensqualität spürbar zu verbessern. Ergänzend können Methoden wie Entspannung, Bewegung oder auch Massage die Wirkung verstärken (Gede et al., 2023).



Mit Energie haushalten

Beim sogenannten Pacing lernen Betroffene, ihre Kräfte gezielt einzuteilen und Überlastung zu vermeiden (White et al., 2011). Auch moderate Bewegung und Veränderungen im Lebensstil gehören zur bewährten Basisversorgung und haben nachweislich positive Effekte auf Gesundheit und Wohlbefinden (Ashley et al., 2023).



Digitale Unterstützung

Zusätzliche telefonische Betreuung kann gezielt die Motivation steigern, wie Messungen mit dem Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20) zeigen. Aktuell werden auch digitale Plattformen getestet, die mit strukturierter Telefon-Support kombiniert sind. Dieser moderne E-Health-Ansatz soll eine personzentrierte Versorgung erleichtern (Ali et al., 2020).



Potenzial nutzen, Praxis gestalten

Ein nächster Schritt ist, bestehende Angebote – etwa Advanced Practice Nurses oder kardiologische Rehabilitation – um fatiguespezifische Inhalte zu erweitern. Digitale Tools können zusätzlich eingesetzt werden, um sogenannte Blended-Care-Modelle zu entwickeln, die Alltag und Therapie verbinden. Entscheidend sind dabei Personalisierung und Koordination, da Fatigue sehr individuell ist und starre Programme zu kurz greifen. Personzentrierung zeigt sich in der Anpassung der Massnahmen und in einem partizipativen Vorgehen, bei dem Betroffene aktiv mitentscheiden. Darüber hinaus benötigt es strukturelle Unterstützung durch Netzwerke sowie kontinuierliche Weiterbildung, um Fachpersonen zu sensibilisieren und ihre Handlungskompetenzen zu stärken.

Kleine Schritte für nachhaltige Wirkung

Die APP plant derzeit, digitale Fatigue-Module in bestehende Rehabilitationsprogramme zu integrieren und ihre Wirksamkeit zu evaluieren. Ziel ist, Versorgungslücken zu schliessen, Betroffene zu stärken und Fachpersonen im Alltag zu unterstützen. Bei diesem Vorhaben arbeiten Praxis und Forschung eng zusammen. Die BFH bringt wissenschaftliche Expertise und Evidenz ein, das Inselspital die Erfahrung aus der direkten Versorgung. Besonders wichtig ist dabei die Zusammenarbeit von Pflege, Medizin, Psychologie und weiteren Disziplinen. Nur so kann Fatigue nicht allein als Symptom, sondern als komplexes Alltagsphänomen verstanden und behandelt werden.



Referenzen:
Die Literatur zu diesem Text können Sie online einsehen.

Autorin:
Gesche Gleichner, Wissenschaftliche
Mitarbeiterin Akademie-Praxis-Partnerschaft BFH und Insel Gruppe

Das Potenzial digitaler Hilfen für mehr Autonomie im Alter

Apps und Wearables können das selbstbestimmte und gesunde Altern unterstützen – vorausgesetzt, sie sind inhaltlich hochwertig, berücksichtigen die Lebensrealitäten älterer Menschen und schützen vor Fehlinformation sowie Datenschutzverletzungen.

Den Wunsch, möglichst lange in der vertrauten Umgebung unabhängig und sicher zu altern, teilen die meisten Menschen. Hier bieten Apps und Wearables – etwa Smartwatches oder Fitnessarmbänder – viel Potenzial. Sie unterstützen beispielsweise soziale Kontakte oder die tägliche Bewegung und erhöhen durch Alarmfunktionen die Sicherheit. Zudem sind sie kostengünstig, einfach zu bedienen und nicht stigmatisierend. Sie stärken nicht nur die körperliche Gesundheit, sondern auch das Gefühl von Selbstbestimmung und Teilhabe – was zentrale Aspekte einer personzentrierten Versorgung sind.

In der Schweiz fehlen verbindliche Richtlinien für die Entwicklung, Veröffentlichung und Vermarktung solcher Technologien, solange sie nicht als Medizinprodukte gelten. Es gibt keine Vorgaben zur inhaltlichen Qualität, Wirksamkeit oder Nachhaltigkeit. Die Nutzenden entscheiden oft selbst, welche Tools sie für welchen Zweck einsetzen. Angesichts der kaum überschaubaren Vielzahl an Angeboten und der teils unklaren Qualität ist das eine Herausforderung.

Sieben Themenbereiche und unzählige Apps

Das von der BFH und der ZHAW durchgeführte Forschungsprojekt «Digitale Alltagshilfen zur Unterstützung der Autonomie im Alter» hatte zum Ziel, aus Sicht der betroffenen Personen zu verstehen, welche digitalen Hilfen ihren Alltag tatsächlich verbessern. Dabei standen folgende Fragen im Zentrum: Wie können Apps und Wearables ältere Menschen im Alltag unterstützen? Welche Vor- und Nachteile hat der Einsatz? Welche Voraussetzungen sollten sie erfüllen? Wie hoch ist die Qualität von Apps und Wearables in der Schweiz?

Die Forscher*innen führten Interviews und Fokusgruppen mit älteren Menschen, ihren Angehörigen, Gesundheitsfachpersonen und Expert*innen durch, um konkrete Bedürfnisse, Erfahrungen und Erwartungen

systematisch zu erfassen. Dabei identifizierten sie sieben zentrale Themenbereiche, in denen digitale Technologien älteren Menschen Unterstützung bieten können:

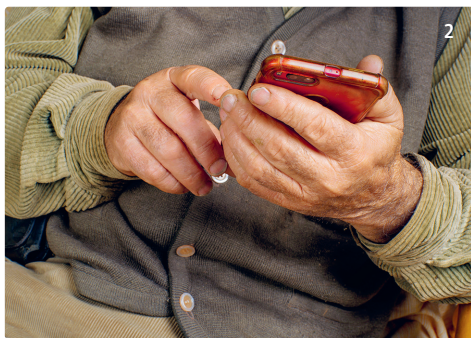
- Alltagsunterstützung
- Soziale Interaktion und Kommunikation
- Aktivität und Mobilität
- Sicherheit und Notfallmanagement
- Gesundheitsinformation
- Gesundheit und Wohlbefinden
- Früherkennung und Diagnostik

Als Hindernisse für die Nutzung dieser Hilfen wurden die niedrige inhaltliche Qualität, die fehlende Nutzerzentrierung und die ungenügende Bedienbarkeit genannt. Auch gibt es verbreitete Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes und der Datensicherheit. Als weitere Spannungsfelder wurden die dynamische Entwicklung der Technologien und der individuelle Alterungsprozess identifiziert.

Die Qualitätsanalyse der in der Schweiz kommerziell verfügbaren Apps und Wearables zeigte auch, dass die App-Stores eine kaum überschaubare Vielzahl an Apps anbieten. Doch nur ein sehr kleiner Teil ist tatsächlich für ein selbstbestimmtes und gesundes Altern relevant. Und es bestehen sehr grosse Unterschiede hinsichtlich der Inhalte, Qualität und Sicherheit dieser Apps und Wearables. Die gute Nachricht: Für jeden der sieben Themenbereiche ist mindestens eine App oder ein Wearable mit hoher Qualität verfügbar.

Geringe Nachhaltigkeit

Während des Projekts wurde deutlich, wie schnell sich der Markt verändert. Bereits innerhalb weniger Monate war ein Teil der analysierten Apps und Wearables nicht mehr verfügbar. Diese Unbeständigkeit und verminderte Nachhaltigkeit stellen eine grosse Hürde für die Nutzung



- 1 Wearables können die Gesundheit fördern und die Sicherheit erhöhen.
- 2 Apps unterstützen ältere Menschen bei Organisation und Kommunikation.
- 3 Damit die Apps und Wearables hilfreich sind, müssen sie zuverlässig funktionieren. (Bilder: Adobe Stock)

dar. Damit Apps und Wearables zur Unterstützung des selbstbestimmten Alterns eingesetzt werden können, müssen sie zuverlässig funktionieren und beständig sein. Auf eine App zur Medikationserinnerung oder ein Wearable zur Sturzerkennung muss man sich verlassen können.

Die fehlenden Richtlinien und die Vielzahl an Angeboten machen es für Nutzende schwierig, passende Apps und Wearables zu erkennen und auszuwählen. Eine der zentralen Handlungsempfehlungen des Projekts ist daher die Einführung verbindlicher Qualitätskriterien. Zudem braucht es unabhängige Stellen, die Inhalte und Nutzbarkeit prüfen und diese Informationen zugänglich machen. Die Inhalte von Apps und Wearables sollten zudem auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen und deren Nutzbarkeit sollte überprüft worden sein.

Qualitätsansprüche älterer Menschen

Älteren Menschen ist es besonders wichtig, dass digitale Hilfen einfach und intuitiv zu bedienen sind. Die im Projekt formulierten Nutzungsempfehlungen zeigen auf, worauf bei der Auswahl geachtet werden sollte – etwa anpassbare Schriftgrößen, eine übersichtliche Darstellung

mit wenig Text, verständliche Datenschutzerklärungen und klare Informationen zur Datenspeicherung. Die Nutzenden müssen darüber entscheiden können, mit wem sie welche Daten teilen.

Da ältere Menschen selbst am besten wissen, wofür sie digitale Hilfen einsetzen möchten, sollten sie von Beginn an in den Entwicklungsprozess eingebunden werden. Dieser personzentrierte Ansatz stärkt die Passgenauigkeit der Apps und stellt sicher, dass Barrierefreiheit, Zugänglichkeit und Alltagstauglichkeit berücksichtigt werden.



Die Handlungsempfehlungen sind auf der Projektseite verlinkt.

Autorin:
Dr. Marina Bruderer, Dozentin Institut Alter
und Leiterin Weiterbildung Physiotherapie

Viszerale Adipositas messen und ganzheitlich behandeln

Die viszerale Adipositas betrifft nicht nur den Stoffwechsel, sondern auch Haltung und Bewegung. Ein Projekt der BFH zeigt, wie funktionelle Beschwerden erkannt und in eine patientenzentrierte Versorgung integriert werden können.



Der Taillenumfang im Verhältnis zur Körpergröße hat sich als verlässlicher Indikator für viszerale Adipositas erwiesen. (Bild: AdobeStock)

Viszerale Adipositas, also eine Fettansammlung im Bauchraum, gilt als bedeutender Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und andere Stoffwechselstörungen. Doch die mechanischen Folgen für Haltung und Bewegung bleiben weitgehend unbeachtet. Dabei berichten betroffene Personen häufig über Haltingsbeschwerden, eingeschränkte Beweglichkeit und muskuläre Schmerzen.

Das Forschungsprojekt Haltung bei zentraler Adipositas der BFH untersucht, wie sich viszerales Fett auf die Körpermechanik auswirkt. Ziel ist es, funktionelle Risiken frühzeitig zu erkennen – als Teil einer patienten-

zentrierten Versorgung, die nicht nur Laborwerte, sondern auch Lebensqualität, Selbstwahrnehmung und individuelle Einschränkungen berücksichtigt.

Warum Haltung wichtig ist

Viele Gesundheitsfachpersonen beobachten bei Patient*innen mit viszeraler Adipositas typische Muster wie einen veränderten Gang oder einen nach vorne verlagerten Körperschwerpunkt. Häufig treten zudem ein Plattfuss oder eine X-Bein-Stellung der Knie auf. All dies führt zu einer unphysiologischen Belastung des Bewegungsapparats und kann chronische Beschwerden begünstigen.

Solche biomechanischen Veränderungen wirken sich nicht nur auf Mobilität und Schmerzempfinden, sondern auch auf Teilhabe und Lebensqualität aus – zentrale Aspekte einer ganzheitlichen Versorgung. Dennoch existieren bislang kaum Studien zu diesen Zusammenhängen. Das Projekt der BFH will diese Lücke schliessen und verfolgt dabei eine Perspektive, die funktionelle Einschränkungen als Teil des Krankheitsbilds versteht.

Ergebnisse und diagnostische Herausforderungen

Die bisherigen Ergebnisse zeigen: Menschen mit viszeraler Adipositas weisen spezifische Haltungs- und Gangrisiken auf. Weitere Forschung in grösseren und vielfältigeren Populationen ist notwendig, um diese Erkenntnisse zu validieren. Zugleich wird deutlich, wie uneinheitlich die Definition von viszeraler Adipositas ist. So empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO), den Taillenumfang in der Mitte zwischen der untersten Rippe und dem Beckenkamm zu messen, während das US-amerikanische National Institutes of Health (NIH) die Höhe des Bauchnabels als Referenz angibt. Dabei gilt der Taillenumfang als zentraler Indikator für viszerale Adipositas in solchen Messungen. Ethnische Unterschiede erschweren eine standardisierte Beurteilung zusätzlich. Obwohl CT und MRT als diagnostische Goldstandards gelten, sind sie für den klinischen Alltag unpraktikabel. Deshalb gewinnen anthropometrische Verfahren an Bedeutung (siehe Tabelle).

Besonders die Waist-to-Height Ratio (WHtR), also das Verhältnis von Taillenumfang zur Körpergrösse, hat sich als verlässlicher Indikator für viszerale Adipositas erwiesen. Werte über 0,5 gelten als kritisch. Im Gegensatz dazu zeigte die verbreitete Bioelektrische Impedanzanalyse (BIA), bei der die elektrische Leitfähigkeit zur Schätzung des Körperfetts verwendet wird, deutliche Schwächen bei der Beurteilung des viszeralen Fettanteils. Ihre Anwendung, vor allem im Heimgebrauch, sollte daher kritisch hinterfragt werden.

Patientenzentrierung praktisch umgesetzt

Das Projekt der BFH orientiert sich an den Picker-Prinzipien der patientenzentrierten Versorgung. Es stellt die individuellen Bedürfnisse, Werte und funktionellen Einschränkungen der betroffenen Person ins Zentrum. Die Forschungsfragen sind direkt aus der Praxis entstanden: Patient*innen berichteten über Haltungsschmerzen, Bewegungseinschränkungen und eine sinkende Lebensqualität. Diese Symptome werden oft als nebensächlich abgetan, spielen für die Betroffenen aber eine zentrale Rolle im Alltag. Indem diese Erfahrungen systematisch aufgenommen und wissenschaftlich untersucht wurden, leistet das Projekt einen Beitrag zu einer Versorgung, die auf Augenhöhe stattfindet und funktionelle Aspekte nicht länger ignoriert.

Versorgung ganzheitlich denken

Was bedeutet das für die Praxis? Gesundheitsfachpersonen sind eingeladen, Haltung und Bewegung systematisch in die Anamnese und Therapieplanung einzubeziehen. Denn eine patientenzentrierte Versorgung endet nicht bei Blutwerten oder BMI. Sie fragt: Wie bewegt sich der Mensch? Was schränkt ihn ein? Und wie kann Therapie helfen, diese Einschränkungen zu überwinden? Wer die biomechanischen Folgen ernst nimmt, erkennt, dass viszerale Adipositas nicht nur eine Stoffwechselstörung ist. Sie ist eine funktionelle Herausforderung – und eine Chance, die Versorgung ganzheitlich und an den Bedürfnissen der Patient*innen ausgerichtet zu gestalten.



Referenzen:
Die Literatur zu diesem Text können Sie online einsehen.

Autorin:
Dr. Anastasiia Nahorna,
Post Doc Physiotherapie

Wann spricht man von viszeraler Adipositas?

Messmethode	Männer	Frauen	Referenz
Taillenumfang (WC)	≥ 94 cm	≥ 80 cm	Internationale Diabetes Föderation (IDF)
Taille-Hüft-Verhältnis (WHR)	≥ 0,95	≥ 0,80	Weltgesundheitsorganisation (WHO)
Taille-Hüft-Verhältnis (WHR)	≥ 0,90	≥ 0,80	National Institutes of Health (NIH)
Taille-Körpergrösse-Verhältnis (WHR)	≥ 0,50	≥ 0,50	Allgemeine Empfehlung (WHO)

Eine Übersicht international anerkannter Grenzwerte bietet Orientierung bei der Diagnose von viszeraler Adipositas.

Interprofessionell zuweisen: Ein Pilotprojekt in Hausarztpraxen

Wie können Patient*innen in hausärztlichen Praxen schneller und gezielter an die passende Fachperson vermittelt werden? Ein Pilotprojekt der BFH hat untersucht, wie ein neuer Zuweisungsprozess die Grundversorgung effizienter und personenzentrierter gestalten kann.

Die Schweizer Grundversorgung steht unter Druck: Immer mehr Menschen leiden an chronischen und Mehrfacherkrankungen, die kontinuierliche pflegerische und medizinische Behandlung benötigen. Gleichzeitig gehen zahlreiche Hausärzt*innen in Pension. Angesichts steigender Gesundheitskosten rücken neue Rollen wie die der Advanced Practice Nurses (APN) in den Fokus. Heute werden Personen direkt den Hausärzt*innen zugewiesen. Andere Fachpersonen kommen nachträglich auf ärztliche Anordnung zum Einsatz. Damit bleibt das Potenzial einer interprofessionellen, personenzentrierten Versorgung ungenutzt.

Fragestellung: Wer ist die richtige erste Anlaufstelle?

Im Projekt «KI-Zuweisungstool in Hausarztpraxen mit neuen Berufsrollen» untersuchte ein Projektteam der BFH, wie ein Triage-Prozess aussehen müsste, damit Patient*innen in neuen Versorgungsmodellen direkt zur passenden Fachperson gelangen. Im Zentrum stand die Frage, wie ein Zuweisungssystem zugleich die individuellen Bedürfnisse der Patient*innen berücksichtigt und die Kompetenzen der APN oder anderer Fachpersonen einbindet.

Die Studie wurde in fünf Hausarztpraxen in der Deutschschweiz durchgeführt, drei in ländlichen und zwei in urbanen Regionen. Mit einem Mixed-Methods-Ansatz flossen verschiedene Perspektiven ein: Online-Befragungen

zur Veränderungsbereitschaft des Personals, Beobachtungen des bestehenden Triage-Prozesses vor Ort sowie zwei Vernehmlassungen mit beteiligten Berufsgruppen (siehe Abb. 1). Da keine Gesundheitsdaten erhoben wurden, war keine formale Ethikbewilligung notwendig.

Ergebnisse: Offenheit für Veränderung

Insgesamt nahmen 26 Mitarbeitende an der Untersuchung teil (davon 23 Frauen; Durchschnittsalter 33,9 Jahre). Während der Beobachtungstage wurden 113 Patient*innenkontakte in den fünf Praxen dokumentiert (69 Patientinnen und 44 Patienten, Durchschnittsalter 53 Jahre). 103 Patient*innen waren der Praxis bereits bekannt. In den meisten Fällen erfolgte die Kontaktaufnahme telefonisch (n=67), mit nachfolgendem Praxisbesuch. Die Gesundheitsprobleme reichten von akuten Beschwerden wie Nasennebenhöhlenentzündungen oder Bauchschmerzen über Nachsorge nach einem Spitalaufenthalt bis hin zu Kontrollen chronischer Erkrankungen (z. B. Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen). Auch Medikamentenanpassungen wurden durchgeführt.

Die Mitarbeitenden bewerteten den neu entwickelten Triage-Prozess (siehe Abb. 2) positiv, mit Respekt vor den Veränderungen. Betont wurde, dass die Gruppe der Patient*innen für den Einsatz von APN präziser definiert werden sollten – etwa Menschen mit chronischen und Mehrfacherkrankungen. Insgesamt wurde der Prozess als interessant und umsetzbar bewertet.



Abb. 1: Verschiedene Perspektiven wurden mit einem Mixed-Methods-Ansatz erfasst: Online-Befragungen des Personals, Beobachtungen des Triage-Prozesses vor Ort und Rückmeldungen der Berufsgruppen zum neu entwickelten Zuweisungsprozess.

Personzentrierung

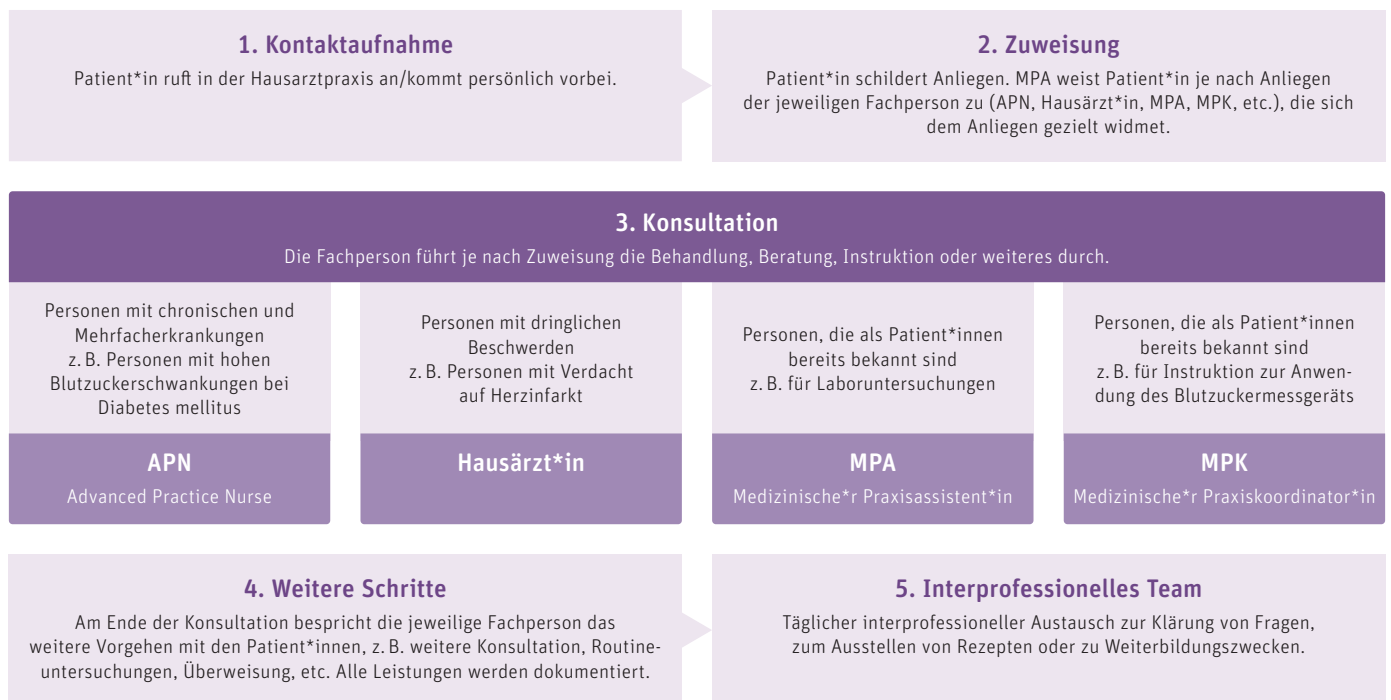


Abb. 2: Der neu entwickelte Zuweisungsprozess für die Grundversorgung: Von der Kontaktaufnahme bis zum interprofessionellen Austausch.

Diskussion: Mehr Nutzen durch interprofessionelle Zusammenarbeit

Der Zuweisungsprozess in hausärztlichen Praxen berücksichtigt sowohl die fachlichen Kompetenzen der Berufsgruppen als auch die Anliegen der Patient*innen. Damit wird die interprofessionelle Zusammenarbeit ausgewiesen und der Stellenwert von Rollen wie APN klar hervorgehoben (Eissler & Zumstein-Shaha, 2022; Gysin et al., 2019; Zumstein-Shaha et al., 2022). Der Prozess gilt als innovativ, erfordert aber eine sorgfältige Umsetzung im Praxisalltag.

Patient*innen profitieren durch den Zuweisungsprozess von den Kompetenzen aller Leistungserbringenden. Wichtig ist, dass ihre Bedürfnisse im Zentrum stehen. Da die Mehrheit der Praxisaufsuchenden an chronischen oder Mehrfacherkrankungen leidet, ist die Integration von APN zentral. Internationale Richtlinien weisen auf die Wirksamkeit interprofessioneller Teams bei Erkrankungen wie Herzinsuffizienz oder Diabetes (Bundesärztekammer (BÄK) et al., 2023a, 2023b, 2023c; Powers et al., 2020). Der neue Zuweisungsprozess ist somit evidenzbasiert und personenzentriert, mit dem Ziel, Betroffene schneller und passgenauer zu versorgen (Teuscher et al., 2023).

Die Studie zeigte, dass die Kontaktaufnahme weiterhin überwiegend telefonisch erfolgt – ein Hinweis auf die begrenzte Digitalisierung in vielen Praxen (ehealthsuisse, 2018; Obsan, 2020). Digitale Lösungen könnten Prozesse vereinfachen und teilweise automatisieren, doch müssen dabei die digitale Gesundheitskompetenz der Patient*innen sowie der Wunsch nach persönlichem Austausch berücksichtigt werden (ehealthsuisse, 2018). Der direkte Dialog bleibt wesentlich: Patient*innen können ihre Bedürfnisse schildern und Fachpersonen gezielt nachhaken (Teuscher et al., 2023).

Digitalisierung und Personzentrierung als Schlüssel

Die Automatisierung der Terminvergabe und der Einsatz digitaler Hilfsmittel können den Zuweisungsprozess effizienter gestalten und den administrativen Aufwand – insbesondere in grösseren Praxen – reduzieren. Aber Mitarbeitende müssen geschult, Patient*innen adäquat informiert und Datenschutzrichtlinien eingehalten werden. Der neue Zuweisungsprozess bietet die Chance, Patient*innen passgenauer zu betreuen und die Hausärzt*innen zu entlasten. Entscheidend bleibt dabei, dass die Bedürfnisse der Patient*innen im Zentrum stehen. Nur so kann die Grundversorgung den steigenden Anforderungen einer älter werdenden Bevölkerung gerecht werden.



Referenzen:
Die Literatur zu diesem Text können Sie online einsehen.

Erstautorin:
Prof. Dr. Maya Zumstein-Shaha,
Dozentin MSc Pflege

Weitere Autorinnen:
Tanja Siegenthaler, Wissenschaftliche
Assistentin Pflege
Sophie Karoline Brandt, Wissenschaftliche
Mitarbeiterin Pflege

Personzentrierte Versorgung

– vom Pilotprojekt in die Praxis?

Personzentrierte Gesundheitsversorgung ist ein Paradigmenwechsel, weg von der Betrachtung einzelner Krankheiten. Bei der Entwicklung stellt sich die Frage: Sind personzentrierte Modelle so skalierbar, dass sie überlebensfähig sind?

Eine zentrale Herausforderung bei der Entwicklung von personzentrierten Modellen besteht darin, dass Interventionen zwar in kontrollierten Umgebungen gut funktionieren und erprobt werden können, ihre Wirkung jedoch verlieren, sobald sie in der breiten Versorgung eingesetzt werden. Die finanziellen Anreize stimmen nicht überein, die Infrastruktur ist anders oder kulturelle Unterschiede führen dazu, dass neue Technologien nicht zur Anwendung kommen. Das wirft die Frage auf: Können personzentrierte Versorgungsmodelle überhaupt langfristig überlebensfähig sein? Der Ökonom John List (2022) hat mit dem sogenannten Voltage-Effekt Prinzipien beschrieben, die entscheidend dafür sind, ob Ideen und Geschäftsmodelle tragfähig sind. Mithilfe dieser Prinzipien können Skalierungsherausforderungen formuliert werden, die für skalierbare personzentrierte Versorgungsmodelle notwendig sind.

1. Wirksamkeit sichern: Statistische Fehler oder die Auswahl der Pilotteilnehmer*innen können dazu führen, dass eine Intervention, die tatsächlich nicht wirksam ist, im Pilotversuch fälschlicherweise als wirksam eingeschätzt wird. Ein Beispiel für einen solchen Irrtum war die Nutzung von Vitamin E nach Herzinfarkt (Marchioli et al., 2006). Wichtig ist, die Pilotteilnehmer*innen genau zu kennen, falsch-positive Ergebnisse nicht auszuschließen und auch erwünschte Ergebnisse kritisch zu hinterfragen.

2. Vielfalt der Bevölkerung berücksichtigen: Menschen haben unterschiedliche kulturelle Hintergründe, Lebenslagen und Gesundheitsbedürfnisse. Ein skalierbares Versorgungsmodell muss breit aufgestellt sein, aber auch Raum für individuelle Anpassung lassen. Ergebnisse der personzentrierten Versorgung sind meist komplexer als rein medizinische Produkte, weshalb passende Richtlinien und neue Wirksamkeitsmessungen benötigt werden.



Skalierungs Herausforderungen	Forschungsbereich	Beispiele konkreter Ansätze
 Wirksamkeit sichern	Experimente, klinische Versuche	Tests an verschiedenen Standorten (Weber et al., 2024), Wirksamkeitsstudien unter realen Bedingungen
 Vielfalt der Bevölkerung berücksichtigen	Adaptive Studiendesigns, Health Technology Assessments	Untersuchung verschiedener Bevölkerungsgruppen, Computer-Simulationen für unterschiedliche Patient*innengruppen (Meier et al., 2024)
 Technik und Prozesse gut integrieren	Implementierungsforschung	Analyse von Hindernissen und Erfolgsfaktoren, Untersuchung auf verschiedenen Organisationsebenen
 Veränderungen im Verhalten mitdenken	Sozialwissenschaften	Studien zu Präferenzen und Anpassungsverhalten von Patient*innen (Renggli et al., 2025), Verhaltensökonomische Studien
 Gutes Zusammenspiel im Team fördern	Organisationsforschung	Analyse benötigter Fähigkeiten, Bewertung von Schulungsmassnahmen

3. Technik und Prozesse gut integrieren: Viele neue personenzentrierte Versorgungsmodelle setzen auf digitale Lösungen, weil sie individualisierte Entscheidungen ermöglichen. Diese müssen in bestehende Systeme eingebunden werden, damit sie im Alltag funktionieren – besonders bei einer grossen Anzahl von Patient*innen. Fragen zu Datenschutz, Qualität und Finanzierung müssen frühzeitig geklärt werden, da der rechtliche Rahmen oft unklar ist.

4. Veränderungen im Verhalten mitdenken: Personenzentrierte Versorgung verändert das individuelle Verhalten und die Rollen. Fachpersonen werden zu Begleitenden, Patient*innen übernehmen mehr Verantwortung. Dafür braucht es neue Kompetenzen auf beiden Seiten.

5. Gutes Zusammenspiel im Team fördern: Personenzentrierte Versorgung ist Teamarbeit. Verschiedene Berufsgruppen, Patient*innen und Angehörige müssen gut zusammenarbeiten, auch wenn sie unterschiedliche Ziele und Werte haben.

6. Kosten und Nutzen im Blick behalten: Neue Versorgungsmodelle sollten nicht nur besser, sondern auch effizienter sein. Digitale Tools und Zusammenarbeit können helfen, die Kosten pro Patient*in zu senken. Allerdings sind Tarifsysteme wie SwissDRG und TARMED auf einzelne Leistungsbereiche (Spital, ambulant, Langzeitpflege) ausgelegt und belohnen keine ganzheitliche Betreuung. Hier braucht es Anpassungen, um langfristig Anreize für Personenzentrierung zu schaffen.

Verbindung von Forschung, Praxis und Unternehmertum im Gesundheitswesen

Die Gesundheitsforschung kann einen wichtigen Beitrag dazu leisten, Skalierungs Herausforderungen zu bewältigen. Sie stellt Methoden zur Verfügung, mit denen neue Ansätze systematisch bewertet werden können und prüft, ob sie auch bei unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen wirken (siehe Tabelle). Die Implementierungsforschung untersucht, welche Faktoren eine erfolgreiche Skalierung fördern oder behindern. Die Gesundheitsökonomie wiederum zeigt auf, ob ein Modell kosteneffizient ist und wie es langfristig finanziert werden kann. Wichtig dabei ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsfachpersonen, Regulierungsbehörden, Kostenträgern und Technologieentwicklern, denn nur so gelingt der Übergang von der Theorie in die Praxis.



Referenzen:
Die Literatur zu diesem Text können Sie online einsehen.

Autorin:
Prof. Dr. Katharina Blankart, Leiterin Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik und Entrepreneurship Facilitator am Departement Gesundheit

Unternehmerische Projekte am Departement Gesundheit

DELIA Digitale Lebensstil-Intervention im Alter

Das Projekt unterstützt Menschen ab 65 Jahren mithilfe einer App bei Lebensstilveränderungen und zeigt, wie solche Interventionen wissenschaftlich fundiert, flexibel und systemübergreifend umgesetzt werden können.



Zur Projektseite

Bee Healthy Mobile App zur Unterstützung ukrainischer Kinder

Die App hilft ukrainischen Kindern, besser mit Stress umzugehen, und verbessert den Zugang zu Unterstützung für besonders verletzte Gruppen durch mehrsprachige, zielgruppenorientierte Inhalte.



Zur Projektseite

«Patientenzentriert?»

Betroffene selbst sehen das oft anders

Obwohl Fachpersonen ihre Arbeit oft als «patientenzentriert» bezeichnen, erleben Betroffene die Realität anders: fehlende Mitsprache und keine Begegnung auf Augenhöhe. Personzentrierung ist keine Einbahnstrasse – sie gelingt nur, wenn Betroffene aktiv beteiligt werden.

Patientenzentrierung ist ein viel verwendeter Begriff, doch in der Praxis klafft eine Lücke zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Gemäss einer kanadischen Studie empfanden Patient*innen die Versorgung als weit weniger ganzheitlich und kooperativ als das Fachpersonal. Betroffene und ihre Angehörigen bemängeln oft, dass echte Personzentrierung häufig nicht gelebt wird und ihnen eine Mitgestaltung der Versorgung verwehrt wird.

Wir, Chantal Britt und Vanessa Grand vom Institut für kollaborative Gesundheitsversorgung und Leadership, wollen uns in diesem Text kritisch-konstruktiv mit dem Versorgungsansatz der Patientenzentrierung auseinandersetzen, und zwar aus Perspektive erfahrener Betroffener: Als Menschen mit einer Behinderung und einer chronischen Erkrankung. Wir diskutieren gängige Begriffe, Definitionen und Konzepte und illustrieren, welche Veränderungen nötig sind, damit unsere Idealvorstellung einer echt personzentrierten Versorgung nicht für, sondern vielmehr gemeinsam mit den Betroffenen erfolgt.

Die Autorinnen



Chantal Britt ist Mitgründerin und Präsidentin von Long Covid Schweiz. 2023 wurde sie mit dem Viktor Award ausgezeichnet.



Vanessa Grand ist Interessensvertreterin von Patient*innen und Menschen mit Behinderungen in diversen Organisationen und auf politischer Ebene.

Der Sonntagsbraten will mitwirken

Bereits bei den Begrifflichkeiten bestehen subtile Diskrepanzen. Fachpersonen und Gesundheitseinrichtungen beschreiben ihre Leistungen gerne als patientenzentriert. Betroffene empfinden diesen Begriff hingegen als unidirektional und passiv. Zum Patienten oder zur Patientin werden wir in der Regel nur in Kontakt mit Fachpersonen in einer konkreten Versorgungssituation. In dieser Rolle werden wir von Fachpersonen ins Zentrum gerückt, wie ein «Sonntagsbraten», um den sich die gesamte Verwandtschaft versammelt. Wir werden begutachtet und versorgt. Dabei steht der Braten zwar im Zentrum, er hat jedoch nur beschränkt Mitgestaltungs- und Mitentscheidungsmacht.

Nutzer*innen von Gesundheitsleistungen definieren sich zudem ungern als Patient*innen, wenn sie seit der Geburt, seit Jahren oder Jahrzehnten in einer komplexen gesundheitlichen Situation leben. Diese Menschen möchten als Person wahrgenommen werden, ganzheitlich, mit all ihren Erfahrungen, Kenntnissen, Eigenheiten, Einschränkungen und Bedürfnissen – und nicht reduziert werden auf den Fall X. Die komplexe Realität ihrer gelebten Erfahrungen weicht zudem oft signifikant ab von dem von den Fachpersonen vorgesehenen theoretischen Versorgungspfad.

Emanzipierte Bürger*innen mit Erfahrungen in der Nutzung der Versorgungsleistungen möchten deshalb aktiver mitwirken, in ihrer eigenen Behandlung mitentscheiden, Verantwortung tragen und Einfluss nehmen in Institutionen und in der Gesundheitspolitik. Als Patient*innenexpertinnen verwenden wir den Begriff Personzentrierung. Dieser rückt alle Menschen ins Zentrum und unterstreicht das gemeinsame, respektvolle, multidirektionale Agieren auf Augenhöhe – egal ob Chefärztin, Hebamme, Reinigungskraft, Therapeutin, Pfleger, Patientin oder Angehöriger. Erfahrungen und Bedürfnisse von allen werden berücksichtigt in der gemeinsamen Gestaltung der Versorgung.

Perspektive der Nutzer*innen bleibt aussen vor

Ein bekanntes Modell ist das Person-centred Practice Framework von McCance und McCormack (2025). Gemäss den Autor*innen sind menschliche Erfahrungen, Mitgefühl, Würde und humanistische Prinzipien die Kernelemente der Pflege, wo Menschen als einzigartige Personen behandelt und vertrauensvolle Beziehungen zueinander aufgebaut werden. Die Umsetzung in der täglichen Praxis hinke jedoch aufgrund von Personal-mangel, Zeitdruck oder hohen Personalfuktuationen hinterher. Für eine ganzheitliche Pflege und verbesserte Pflegeerfahrungen für Patient*innen, Familien und Pflegekräfte sollen gemäss dem Modell Pflegefachkräfte, Umgebung, Prozesse und Outcomes entsprechend angepasst werden. Minutiös beschreiben McCance und McCormack Kompetenzen, Fähigkeiten und Wissen der Fachpersonen, damit diese authentisch mit Patient*innen umgehen und ihre Werte respektieren können.

Die beschriebenen Eigenschaften betreffen dabei ausschliesslich Fachpersonen, als hätten Patient*innen und Angehörigen keinen Einfluss. Vergeblich suchen wir nach Begriffen wie Partizipation, Befähigung und Selbstwirksamkeit der Patient*innen selbst. Zwar wird die Förderung von Autonomie und authentischer Entscheidungsfindung betont und eine Kluft zwischen Rhetorik der personzentrierten Pflege und gelebter Realität in der Praxis eingeräumt. Aber uns fällt auf: Die Perspektive der Nutzer*innen bleibt unerwähnt. Ziel des Modells ist eine Versorgung, die sich an den Bedürfnissen von Patient*innen und Angehörigen orientiert; eine personzentrierte Versorgung für Patient*innen und Familien.

Als Betroffene möchten wir einen Schritt weitergehen: Wir engagieren uns für eine personzentrierte Versorgung, in der der Wert unserer Erfahrungen, unserer Kompetenzen und unseres Wissens anerkannt wird. Eine Versorgung, die gemeinsam und respektvoll mit Patient*innen und Familien gestaltet wird – nicht für sie. Unimed Suisse, der Verband der Universitätsspitäler, zeigt in einem Positionspapier auf, wie sich diese gemeinsame Vision in der Praxis umsetzen liesse.

Partizipation – mitmachen, mitdenken, mitentscheiden, mitwirken – ist eine wichtige Bedingung für ein System, bei dem alle Menschen im Zentrum stehen. Für diesen Paradigmenwechsel, diese Haltungsänderung, werden Logiken und Strukturen hinterfragt und Hierarchien in Bewegung gebracht. Denn ein systematischer Einbezug aller Akteur*innen und eine wertschätzende interprofessionelle und partizipative Zusammenarbeit müssen in einer Institution verankert und von allen – auch von ganz oben – gelebt werden.



Referenzen:
Die Literatur zu diesem Text können Sie online einsehen.

Autorinnen:
Vanessa Grand und Chantal Britt,
Institut für kollaborative Gesundheitsversorgung und Leadership BFH

Empfehlungen für den besseren Einbezug von Patient*innen und Angehörigen

1

Klare Begriffsdefinition und -abgrenzung für den Einbezug von Patient*innen und Angehörigen

2

Überprüfung von Prozessen, Technologieintegration und Zielabstimmung auf allen Ebenen der Organisation

3

Begleitung der Gesundheitsfachpersonen bei der Entwicklung von Initiativen für eine partnerschaftliche Kultur

Quelle: unimed Suisse 2025

4

Förderung der Aufgeschlossenheit der Patient*innen, Angehörigen und der Gesundheitsfachpersonen für eine partnerschaftliche Kultur

5

Integration einer Reflexion über das Partnerschaftskonzept in die Berufspraxis

6

Formalisierung des Einbezugs von Patient*innen und Angehörigen sowie Harmonisierung der partnerschaftsbezogenen Praktiken auf Ebene der Gesundheitseinrichtungen

7

Gesundheitseinrichtungen regeln Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Rollen eines möglichen Patient*innenbeirats

8

Wertschätzung und finanzielle Anerkennung des offiziellen Beitrags der Patient*innen

9

Zulassen konstruktiver Meinungsverschiedenheiten in der Beziehung zwischen Patient*innen, Angehörigen und Fachkräften

10

Gemeinsame Projektdurchführung mit den Patient*innen, Angehörigen gemäss den verschiedenen Ebenen der Partizipation des Montreal-Modells



11

Vervielfachung der Partizipationsformen an verschiedenen Stellen innerhalb der Gesundheitseinrichtungen

12

Unbedingte Berücksichtigung der Partnerschaft bei der Entwicklung und Anwendung elektronischer Gesundheitslösungen

Mehr dazu

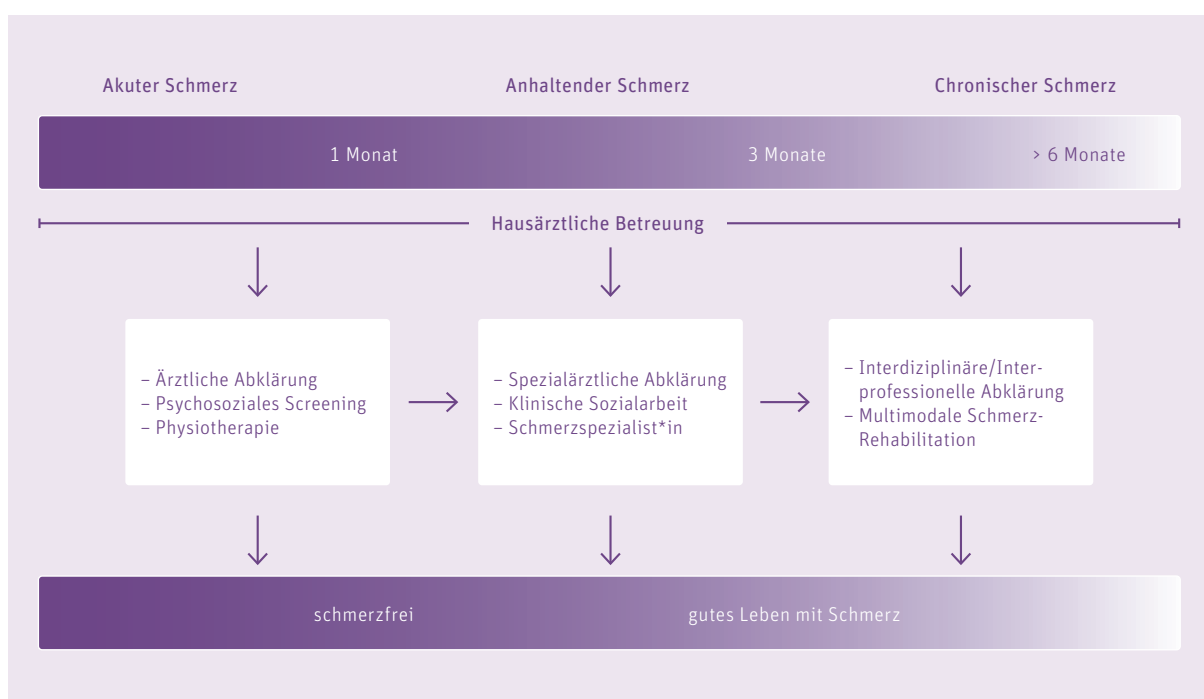


Chronifizierung verhindern: Erste Ergebnisse des Projekts PrePaC

Wie lassen sich Schmerzen behandeln, bevor sie chronisch werden? Das Projekt PrePaC der Insel Gruppe, der Berner Fachhochschule und der Fachhochschule Nordwestschweiz setzt auf einen interprofessionellen Gesundheitspfad. Erste Resultate zeigen: Frühe und personzentrierte Prävention wirkt.

Seit der Einführung des Gesundheitspfads für Patient*innen mit muskuloskelettalen Schmerzen in der Notfallmedizin des Inselspitals zeigt sich ein ermutigender Trend. Insbesondere Patient*innen, die nach einer akuten Schmerzepisode bereits innerhalb des ersten Monats Beratung erhielten und nach drei Monaten nochmals befragt wurden, weisen möglicherweise ein günstigeres Risikoprofil für eine Schmerzchronifizierung auf. Ob sich dieser Trend bestätigt, wird jedoch erst die abschliessende Analyse aller Projektdaten zeigen. Neben den medizinischen Outcomes konnten auch organisatorische Abläufe erfolgreich etabliert werden. Durch standardisierte

Prozesse und klar geregelte Schnittstellen zwischen den Professionen konnte die Zusammenarbeit effizienter gestaltet werden. Ein Kernstück dabei: das auf Wunsch aktive Nachfragen nach dem individuellen Verlauf durch telefonische Kontaktaufnahme zwei bis sechs Wochen nach dem Notfallaufenthalt. «Viele Patient*innen fühlen sich dadurch gehört und ernst genommen», erklärt Balz Winteler, Co-Projektleiter und Schwerpunktleiter Physiotherapie. Dies stellt einen entscheidenden Faktor in der personzentrierten Versorgung dar, wie auch Schmerz Betroffene aus der Begleitgruppe des Projekts bestätigen.



415 Patient*innen im Gesundheitspfad

Seit Projektstart wurden 415 Personen mit akuten muskuloskelettalen Schmerzen aus der Notfallversorgung in den Gesundheitspfad aufgenommen. Sie erhielten eine Frühintervention mit edukativen Inhalten, die das Verständnis für die eigenen Schmerzen fördert und zur Aktivierung persönlicher Ressourcen beiträgt. 50 dieser Patient*innen haben einen Screening-Fragebogen zu psychosozialen Risikofaktoren ausgefüllt und werden über sechs Monate hinweg weiterhin eng begleitet. Je nach Bedarf werden ihnen sozialmedizinische Sprechstunden, psychologische Unterstützung oder spezialisierte Schmerzmedizin vermittelt. Im Vergleich zur herkömmlichen Versorgung bedeutet dies, dass der Kontakt kontinuierlich über verschiedene Zeiträume und Versorgungsstufen hinweg stattfindet und nicht nur punktuell.

Personzentrierte Versorgung als Schlüssel

Ein zentrales Element des PrePaC-Pfades ist die Orientierung an den individuellen Bedürfnissen. Patient*innen erhalten nicht nur Informationen, sondern auch passende Unterstützungsangebote, wenn sie sie brauchen. Interessanterweise nehmen viele Betroffene nur wenige Zusatzangebote in Anspruch. Winteler vermutet, dass dies nicht aus mangelndem Interesse geschieht, sondern weil das frühe personzentrierte Gespräch bereits Wirkung zeigt und eigene Bewältigungsstrategien aktiviert. Bei sozialarbeiterischen Angeboten könnte zudem die Angst vor Stigmatisierung eine Rolle spielen.

Qualitative Interviews zur vertieften Erfassung von Patient*innenerfahrungen mit der Versorgung sind für Anfang 2026 geplant. Bereits jetzt wird ein Fragebogen entwickelt, der Rückmeldungen zu Verständlichkeit, Betreuung und Partizipation systematisch erfassen soll.

Interprofessionelle Zusammenarbeit entlastet Fachpersonen

Am Pfad beteiligt sind Physiotherapeut*innen, Sozialarbeitende, Fach- und Hausärzt*innen, Psycholog*innen, IV-Berater*innen sowie weitere Schmerzspezialist*innen. Der erhöhte Koordinationsbedarf wird aktuell durch eine Sozialarbeiterin im Case Management aufgefangen. Für die anderen Fachpersonen bedeutet dies eine Entlastung, da koordinierende Aufgaben gebündelt und standardisiert werden.

Auch die interprofessionelle Zusammenarbeit selbst wird positiv bewertet. «Die Vernetzung zwischen den verschiedenen Berufsgruppen ist ein grosser Gewinn», so Winteler. «Patient*innen profitieren davon, dass die Versorgung weniger fragmentiert wirkt und Informationen gezielt weitergegeben werden.» Regelmässige Meetings fördern den Austausch zwischen den Disziplinen und sichern die kontinuierliche Weiterentwicklung des Pfades. Zusätzlich ist geplant, Expert*innen aus Erfahrung für die Vertretung der Patient*innen künftig noch stärker in den Prozess einzubinden. «Dies ist ein weiterer Schritt hin zu echter Co-Creation im Gesundheitswesen», so Winteler.

Chancen und Hürden bei der Generalisierung

Das Modell des PrePaC-Pfades ist nicht nur auf Schmerzkrankungen beschränkt. Winteler sieht Potenzial, Elemente wie das frühzeitige Screening, interprofessionelle



Der interprofessionelle Gesundheitspfad PrePaC zeigt erste positive Effekte: Frühzeitige, personzentrierte Beratung kann das Risiko einer Schmerzchronifizierung senken.

Präventionsprechstunden oder das Case Management auch in anderen klinischen Kontexten einzusetzen. Allerdings bleibt die Finanzierung präventiver Strukturen die grösste Hürde. «Unser System ist nach wie vor stark auf akute und kurative Leistungen ausgerichtet und grundsätzlich nicht auf eine Verschränkung zwischen Sozial- und Gesundheitswesen ausgelegt», sagt er. Prävention erfordert deshalb besondere Beharrlichkeit und Überzeugungsarbeit.

Lehren aus PrePaC

Die bisherigen Erfahrungen zeigen: Prävention funktioniert nicht «nebenbei». Sie verlangt eine konsequente personzentrierte Haltung, klare Strukturen und interprofessionelle Zusammenarbeit. Gleichzeitig verdeutlicht PrePaC, dass schon einfache Interventionen, wie das systematische Nachfragen nach dem Befinden, grosse Wirkung entfalten können. Auch wenn endgültige Ergebnisse noch ausstehen, ist das Zwischenfazit positiv. Der Gesundheitspfad bietet Patient*innen mehr Partizipation und Fachpersonen bessere Koordination. Damit setzt PrePaC einen wichtigen Impuls für ein Gesundheitswesen, das weniger auf Reparatur und stärker auf Prävention ausgerichtet ist.

Referenz:
Hutting, N., Caneiro, J. P., Ong'wen, O. M., Miciak, M., & Roberts, L. (2022). Person-centered care for musculoskeletal pain: Putting principles into practice. *Musculoskeletal Science & Practice*, 62, 102663.

Autorin:
Nicole Schaffner, Kommunikation
Departement Gesundheit

Zur Person



Balz Winteler ist Co-Projekt-leiter des Präventionsprojekts PrePaC sowie Schwerpunkt-leiter Physiotherapie am Inselspital Bern.

Frauen im Fokus der Sportphysiotherapie

Immer mehr Frauen sind im Breiten-, Leistungs- und Spitzensport aktiv. Damit wächst der Bedarf an geschlechtsspezifischer physiotherapeutischer Betreuung. Wie können Physiotherapeut*innen das Wissen aus Forschung und Praxis nutzen, um Sportlerinnen individuell zu begleiten?

In den letzten Jahrzehnten nahm die Beteiligung von Mädchen und Frauen im Sport auf lokaler, regionaler, nationaler und internationaler Ebene exponentiell zu. An den Olympischen Spielen in Paris 2024 betrug der Anteil an teilnehmenden Athletinnen zum ersten Mal 50 Prozent. Der Anstieg hat die Forschung dazu bewegt, sich gezielt mit den spezifischen Voraussetzungen des weiblichen Geschlechts auseinanderzusetzen. So sollen optimale Trainingsbedingungen geschaffen werden, um langfristig die Gesundheit und den sportlichen Erfolg von Frauen im Breiten- bis hin zum Spitzensport zu fördern.

Fokus Frau in der Sportphysiotherapie

Trotz des vielversprechenden Trends hin zu mehr geschlechtsspezifischer Forschung im Bereich der Physiotherapie und des Sports, werden die daraus gewonnenen Erkenntnisse bei der Planung und Ausführung der physiotherapeutischen Behandlung weiterhin vernachlässigt. Dieser unspezifische Denkprozess lässt sich einerseits auf den mangelnden Wissenstransfer von der Forschung in die Praxis zurückführen (Brown N. & Knight C.J., 2021) und andererseits auf inkongruente

Forschungsergebnisse (Peterse E. & Bolling C., 2025). Es stellt sich daher die Frage: Sollen Physiotherapeut*innen ihre Behandlung geschlechtsspezifisch anpassen und sich dieses Wissen aneignen?

Personzentrierte Praxis in der Physiotherapie

Ja, denn der weltweit zunehmende Ruf nach personenzentrierter Versorgung verlangt von Therapeut*innen, Menschen als Individuen wahrzunehmen und ihre Bedürfnisse, Werte sowie ihren Lebenskontext in den Mittelpunkt therapeutischer Entscheidungen zu stellen.

Killingback et al. (2022) beschreiben dafür vier zentrale Bausteine. Neben den «Eigenschaften» der Physiotherapeut*innen (Fachwissen, Reflexionsfähigkeit, persönliche Haltung etc.) und den «Interaktionen» zwischen Therapeut*in und Patient*in (Beziehung, Entscheidungsfindung und Förderung von Selbstmanagement) gehören auch die «Umgebung» (Kultur und Praxisbedingungen) sowie die «Individualität» der Patient*innen (Ziele, Werte, Erfahrungen und Voraussetzungen) dazu. In der Grafik wird die individuelle, fortlaufende Reise der Patient*innen dargestellt, die über die Behandlungszeit hinausgeht (siehe Abb. 1). Die Eigenschaften der Physiotherapeut*innen prägen den Weg der Patient*innen, die mit ihnen zusammen den Berg erklimmen. Die kontinuierlichen Interaktionen zwischen den beiden tragen wesentlich zum Therapieerfolg und zu einer vertrauensvollen Beziehung bei.

Förderung des Selbstmanagements in der Sportphysiotherapie

Die Unterschiede des biologischen Geschlechts und die hormonellen Fluktuationen innerhalb des Menstruationszyklus können sich auf viele Aspekte der aktiven Sportlerin auswirken. Dazu zählen die Leistungsfähigkeit, die Trainierbarkeit, die Körperzusammensetzung, die Verletzungsprävention, die Verletzungsmuster und die Rehabilitation nach Krankheit oder Unfall.

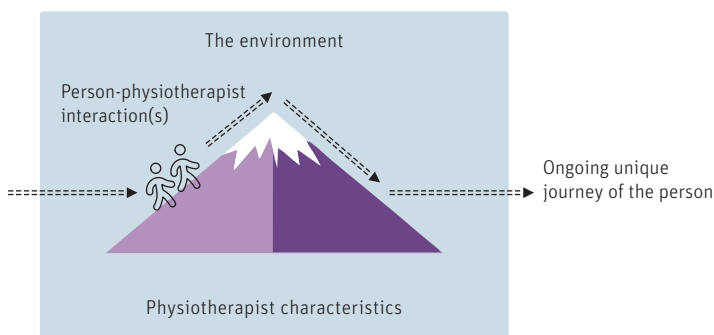


Abb. 1: Person-centred physiotherapy framework (Killingback et al., 2022)



Personzentrierte Praxis heisst, die Ziele und Werte der sportlich aktiven Frau in den Mittelpunkt zu stellen. (Bild: AdobeStock)

Um den individuellen Voraussetzungen der Sportlerinnen gerecht zu werden, sollten Therapeut*innen die verschiedenen Dimensionen eines effektiven Selbstmanagements erfassen und in die Auswahl ihrer therapeutischen Massnahmen einbeziehen (Hutting N. et al., 2022). Mit Selbstmanagement ist die Fähigkeit der Patient*innen gemeint, sich aktiv an ihrer Behandlung und Rehabilitation zu beteiligen und Verantwortung zu übernehmen. Neben den physiologischen Dimensionen, wie beispielsweise das biologische Geschlecht, haben auch kulturelle und psychologische Faktoren einen Einfluss auf die unterschiedliche Ausprägung der einzelnen Dimensionen. Zu den Bereichen des Selbstmanagement gehören unter anderem das Ausdrücken von Bedürfnissen (Expressing Needs), Kognition und Vorstellungen (Cognition and Conceptions), Akzeptanz (Acceptance), der Umgang mit Emotionen (Emotions), der Lebensstil (Lifestyle) sowie der Umgang mit Problemen (Dealing with problems) – neben vielen weiteren.

Fachkurs Fokus Frau in der Sportphysiotherapie

Im Zentrum dieses Fachkurses der BFH steht der weibliche Körper im Sport. Optimieren Sie Ihre sportphysiotherapeutische Behandlung durch fundiertes Wissen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Physiologie und deren Einfluss auf die Rehabilitation und Prävention.



Weitere Informationen
und Anmeldung

Standardisiert versus individuell?

Standardisierte Protokolle, Präventionsprogramme und Best-Practice-Guidelines haben zum Ziel, Therapieprozesse zu vereinheitlichen und eine hohe Behandlungsqualität zu gewährleisten. Viele dieser Konzepte basieren jedoch auf Forschungsstudien mit männlichen Probanden oder berücksichtigen geschlechtsspezifische Merkmale von Frauen nicht ausreichend. Ein Blick auf die verschiedenen Dimensionen zeigt jedoch, dass auch bei Standards ein Bedarf an «Individualisierung» vorhanden ist.

Bedeutung für die Praxis

Es geht nicht darum, Frauen und Männer miteinander zu vergleichen. Vielmehr sollte die Anerkennung des Individuums im Fokus stehen. Es ist wichtig, Physiotherapeut*innen über geschlechtsspezifische Unterschiede und deren Auswirkungen auf sportlich aktive Frauen respektive Mädchen aufzuklären. Dazu gehört auch, aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse gezielt in die Praxis zu transferieren. Auf diese Weise kann der physiotherapeutische Denkprozess geschärft und Interventionen können ganzheitlich sowie bedarfsgerecht angepasst werden. Dies trägt nicht nur zur Sensibilisierung und Professionalisierung des Umfelds von Sportlerinnen bei, sondern hilft auch dabei, das Versäumnis der vergangenen Jahrzehnte – die mangelnde Einbeziehung von Frauen in die Forschung – aktiv aufzuarbeiten.



Referenzen:
Die Literatur zu diesem Text können
Sie online einsehen.

Autorin:
Stefanie Brefin, Studienleiterin
Weiterbildung Physiotherapie



Bild: BFH

531 neue Gesundheits-Talente starten an der BFH

Im Herbst 2025 haben 531 Studierende ihr Studium am Departement Gesundheit der BFH aufgenommen. Das ist ein deutliches Plus gegenüber 2024. Besonders stark wächst die Pflege: 158 neue Bachelor-Studierende bedeuten einen Anstieg von über 13 % gegenüber dem Vorjahr. Am Campus Bildung Gesundheit in Basel steigt die Zahl sogar um fast 30%. Die BFH führt dieses Wachstum auf Massnahmen der Pflegeinitiative, wie Schnuppertage, gezielte Kampagnen und die Weiterentwicklung der Studiengänge, zurück.

bfh.ch/studienstart-g-2025

Kochen lernen für mehr Selbstbestimmung

Im Rahmen des Forschungsprojekts «EssEntial» unterstützt die BFH junge Erwachsene mit kognitiver Beeinträchtigung dabei, gesünder und eigenständiger zu leben. Ein praxisnahes Koch- und Ernährungsprogramm, das gemeinsam mit Betroffenen entwickelt wurde, vermittelt ihnen Wissen und Kompetenzen für den Alltag. In einer Pilotphase in vier Kantonen wird das Programm erprobt und wissenschaftlich evaluiert. Das Ziel besteht darin, das Programm in Institutionen zu verankern und eine langfristige Wirkung zu erzielen.

bfh.ch/gesundheit/essential



Bild: AdobeStock



Bild: BFH

Café «Be-MORE»: Ein geschützter Raum für geflüchtete Frauen

Mit dem Pilotprojekt Café «Be-MORE» schafft der Fachbereich Geburtshilfe der BFH einen Ort, an dem geflüchtete Frauen Zugang zu Informationen und Unterstützung rund um sexuelle und reproduktive Gesundheit erhalten. Im November 2025 öffnete das Café in der Kollektivunterkunft Tiefenau der Stadt Bern und bietet niederschwellige Beratung, Workshops und Austausch. Ziel ist es, Selbstbestimmung zu stärken, Barrieren in der Gesundheitsversorgung abzubauen und ein Modell für andere Regionen zu schaffen.

bfh.ch/Cafe-Be-More



Bild: BFH

BFH erweitert Master Pflege auf 120 ECTS

Ab Herbst 2026 bietet die BFH als erste Fachhochschule der Schweiz den Master of Science in Pflege mit 120 ECTS an. Damit werden klinische Kompetenzen vertieft, internationale Standards integriert und Advanced-Practice-Nursing-Rollen gezielt vorbereitet. Die Studierenden profitieren zum Beispiel von mehr Praxisstunden, erweiterten Modulen wie Advanced Pathophysiology oder Physical Assessment sowie zusätzlichem Raum für Forschung. Anmeldungen sind seit dem 1. Oktober 2025 möglich.

bfh.ch/master-pflege-120

Grundlagenpapier stärkt die ambulante psychiatrische Pflege

Die Expert*innengruppe «Psychiatriespitex» hat ein Grundlagenpapier veröffentlicht, das die Rolle der ambulanten psychiatrischen Pflege (APP) definiert. Das Papier soll ein gemeinsames Verständnis bei Versicherern, Zuweisenden, Behörden und Spitex-Organisationen fördern und eine Grundlage für Qualität, Anerkennung und eine faire Finanzierung schaffen. Die APP begleitet Menschen mit psychischen Erkrankungen in ihrem Zuhause, unterstützt sie unter anderem bei der Stabilisierung und Krisenbewältigung und hilft ihnen, ihre Selbstständigkeit zu erhalten.

bfh.ch/Psychiatriespitex



Bild: Spitex Schweiz, Anja Zurbrugg Photography

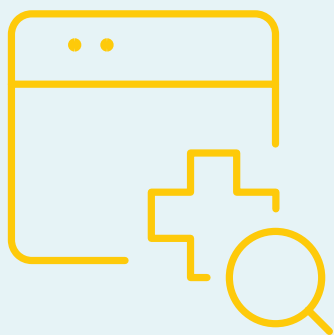


Bild: AdobeStock

Ernährungsberatung ist systemrelevant für Nachhaltigkeit

Ein neues Positionspapier, das im Rahmen eines BFH-Projekts erarbeitet und vom SVDE veröffentlicht wurde, definiert Ernährungsberater*innen als Schlüsselakteur*innen für ein nachhaltiges Ernährungssystem in der Schweiz. Gefordert wird ein erweitertes Berufsverständnis. Neben der individuellen Beratung sollen Fachpersonen auch gesellschaftliche Diskurse mitgestalten. Zentrale Kompetenz dabei ist das systemische Denken, das künftig stärker in der Aus- und Weiterbildung an der BFH verankert werden soll.

bfh.ch/rolle-ernaehrungsberatung



Wie die BFH die Pflegeinitiative umsetzt

Seit Sommer 2024 arbeitet die BFH an der konkreten Umsetzung der Pflegeinitiative. Auf einer neuen Webseite sind kompakte Einblicke in aktuelle Projekte, Partnerschaften und Pläne zur Weiterentwicklung der Pflegeausbildung zu finden. Gezeigt wird zum Beispiel, wie mehr Studienplätze geschaffen, innovative Lehr- und Prüfungsformate entwickelt oder akademische Laufbahnen gestärkt werden. Auch die Forschung zu besseren Arbeitsbedingungen, etwa mit «Strain 2.0», ist Teil der Massnahmen.

bfh.ch/pflegeinitiative

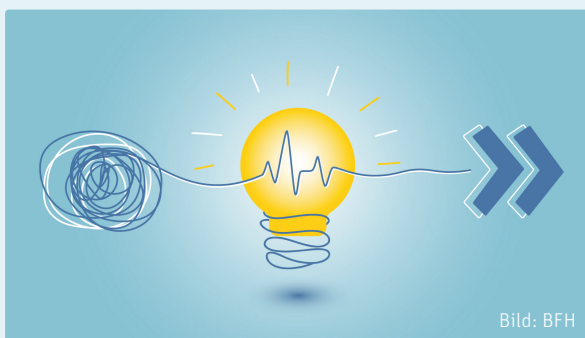


Bild: BFH

Entrepreneurship am Departement Gesundheit

Die BFH unterstützt Fachpersonen und Organisationen dabei, innovative Ideen im Gesundheitswesen zu entwickeln, zu prüfen und umzusetzen. Von Innovations-Workshops über die Evaluation neuer Technologien bis hin zur Nutzung spezialisierter Infrastruktur bietet sie ein breites Spektrum, das praxisnahe Lösungen fördert. Zudem stehen verschiedene Fördergefässe bereit, um den Weg von der Idee zur Umsetzung zu erleichtern.

bfh.ch/entrepreneurship-gesundheit

Studium an der BFH: Infoveranstaltungen

Master of Science in Ernährung und Diätetik

📅 20. Januar, 17. März 2026
 ⌚ 18 bis 19 Uhr
 📍 Online
 📄 bfh.ch/msc-ernaehrung

Master of Science Hebamme

📅 18. Dezember 2025
 ⌚ 18 bis 19 Uhr
 📍 Online

📅 13. Januar 2026
 ⌚ 17 bis 18 Uhr
 📍 Online

📅 10. Februar 2026
 ⌚ 18 bis 19 Uhr

📍 Vor Ort (Schwarztorstrasse 48)
 📄 bfh.ch/msc-hebamme

Master of Science in Pflege

📅 15. Januar, 24. Februar 2026
 ⌚ 17.15 bis 18.15 Uhr
 📍 Online
 📄 bfh.ch/msc-pflege

Master of Science in Physiotherapie

📅 11. Dezember 2025, 29. Januar 2026
 ⌚ 19 bis 20 Uhr
 📍 Online
 📄 bfh.ch/msc-physiotherapie

Master of Science in Healthcare Leadership

📅 10. Dezember 2025, 13. Januar, 4. Februar 2026
 ⌚ 18 bis 19 Uhr
 📍 Online
 📄 bfh.ch/msc-healthcare-leadership

Vernetzen Sie sich mit uns

Instagram



Folgen Sie uns auf Instagram, wo wir regelmässig Impressionen aus dem Studium teilen.

[instagram.com/bfh_gesundheit](https://www.instagram.com/bfh_gesundheit)



Jetzt folgen

Newsletter



Zweimal bis dreimal jährlich: Aktuelle Forschung, neue Weiterbildungen und Fachupdates in Ihrem Postfach.

bfh.ch/gesundheit-newsletter



Jetzt abonnieren

LinkedIn



Bleiben Sie mit dem Departement Gesundheit verbunden und folgen Sie uns auf LinkedIn.

[linkedin.com/showcase/bfh-gesundheit](https://www.linkedin.com/showcase/bfh-gesundheit)



Jetzt folgen

frequenz

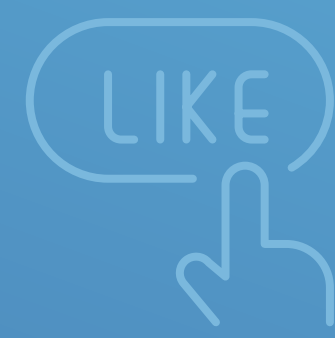


Zweimal jährlich: Fachartikel und Interviews zu aktuellen Themen der Gesundheitsversorgung.

bfh.ch/gesundheit/frequenz



Jetzt abonnieren



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