

Innovative Wege für die Zukunft



Chronischen Schmerzen gezielt vorbeugen

Neue Ansätze für
mehr Lebensqualität.

Seite 12

Mehr Wahlfreiheit bei der Geburt

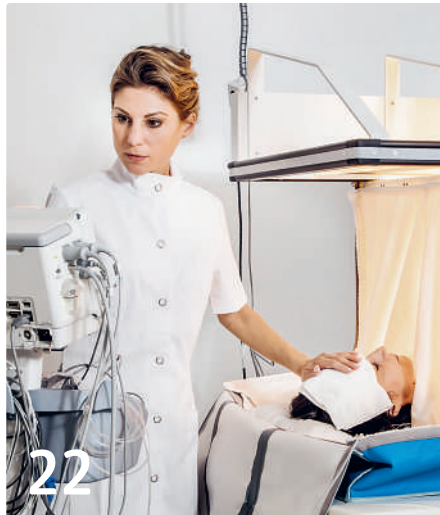
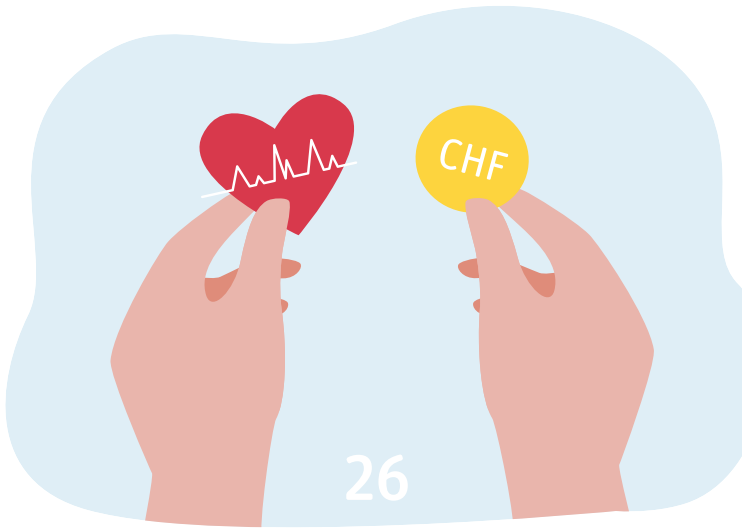
Hebammen stärken,
Versorgung erweitern.

Seite 18

Neue Modelle für die Pflege

Wie Versorgung auf
dem Land gelingt.

Seite 28



Innovative Wege

- 4 Das Gesundheitswesen auf dem OP-Tisch – Visionen und Widersprüche
- 6 7 Fakten, die ein Umdenken erfordern
- 8 Innovation für mehr Selbstständigkeit: Ein Roboterarm im Praxistest
- 10 Technologie fördert Mobilität und Sicherheit in der Langzeitpflege
- 12 Die Chronifizierung von Schmerzen verhindern
- 14 RehaBot: Ein digitaler Begleiter für die Rehabilitation
- 16 Care@home: Zu Gast bei den Patient*innen
- 18 Geburt 3000: Die Geburtshilfe neu denken
- 20 Bedarfsgerechte Pflege im Spital für ältere Menschen
- 22 Hitze, Schmerz und Stress – eine unterschätzte Verbindung im Gehirn
- 24 Psychiatrische Akutstationen gemeinsam neu denken
- 26 Mit mehr Transparenz zu fairen Medikamentenpreisen?
- 28 Innovative Modelle für ländliche Regionen
- 30 Bessere Spitalpflege durch digitale Daten
- 32 Durch interprofessionelles Wissen die Ernährungsmedizin fördern

34 News

Liebe Leser*innen

Gesundheit betrifft uns alle – und doch steht das Gesundheitswesen vor drängenden Fragen: Wer kümmert sich um die Patient*innen, wenn Fachpersonen fehlen? Wie gehen wir mit der zunehmenden Multimorbidität um, die die Behandlung komplexer macht? Und wie können wir steigende Gesundheitskosten und die wachsende Zahl von Konsultationen managen? Oder anders gefragt: Wie sieht eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung aus?

In dieser Ausgabe des «frequenz» präsentieren wir mutige Konzepte, die das Gesundheitswesen gerechter, effizienter und nachhaltiger gestalten können. Wir stellen Forschungsprojekte vor, die neue Wege beschreiten und beleuchten Initiativen, die innovative Versorgungsmodelle erproben. Dazu gehören Advanced-Practice-Rollen, digitale Assistenzsysteme und vernetzte Strukturen für eine bessere Betreuung. Technologie spielt eine entscheidende Rolle: Digitale Daten helfen, die Pflegequalität in Spitälern zu verbessern, und intelligente Lösungen fördern Mobilität und Sicherheit im Alter.

Die Prävention von chronischen Schmerzen zeigt, wie interdisziplinäre Zusammenarbeit frühzeitig eingreifen kann. Und was wäre, wenn Architektur und Design die Genesung in psychiatrischen Akutstationen positiv beeinflussen könnten?

Auch in der Geburtshilfe wird ein neuer Ansatz verfolgt: Ein Modell verbindet klinische und hebammengeleitete Geburten, um Frauen und Familien echte Wahlfreiheit zu bieten. All diese Ideen zeigen: Die Gesundheitsversorgung der Zukunft wird vernetzter, smarter und flexibler. Lassen Sie sich inspirieren von mutigen Ansätzen und frischen Perspektiven.

Viel Freude beim Lesen!

Impressum

Herausgeberin: Berner Fachhochschule BFH,
Departement Gesundheit, ISSN 2297-1084

Erscheinungsweise: zweimal jährlich

Auflage: 6600 Ex.

Redaktion: Sandro Nydegger, Nicole Schaffner, Katja Wey

Lektorat: Katja Wey

Bilder: BFH, sofern nicht anders vermerkt

Illustrationen: Adobe Stock u. a.

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.



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

Das Gesundheitswesen auf dem OP-Tisch – Visionen und Widersprüche

Steigende Kosten, Fachkräftemangel, Bürokratie – das Gesundheitswesen steht vor grossen Herausforderungen. Wie kann die Zukunft aussehen? Nicolas Hermann vom Stapferhaus in Lenzburg spricht über die aktuelle Ausstellung «Hauptsache gesund», die Widersprüche aufzeigt, Visionen vorstellt und zur Diskussion einlädt.



Das Stapferhaus präsentiert neun Visionen zur Zukunft des Gesundheitswesens in einem OP-Saal und lässt die Besucher*innen über die Behandlung abstimmen. (Bilder: Anita Affentranger, Stapferhaus)

«Hauptsache gesund. Eine Ausstellung mit Nebenwirkungen» – warum dieser Titel?

Wir möchten die vielen Widersprüchlichkeiten antönen, die es zu diskutieren, aber auch auszuhalten gilt, wenn wir über Gesundheit sprechen. Gesundheit wird in unserer Gesellschaft ein immer wichtigeres Gut, manche sprechen auch vom einzig unhinterfragt positiven Wert unserer Zeit oder von einem «Megatrend». Das hat sicher

viele positive Auswirkungen, doch bringt es auch Nebenwirkungen mit sich. So nimmt der Druck auf das Individuum zu, gesund sein zu müssen, und es stellt sich die Frage nach der Solidarität mit Menschen, die unter einer Krankheit leiden oder keinen gesunden Lebensstil pflegen wollen oder können. Unsere Ausstellung bietet Raum, über solche Fragen – aber auch über das eigene Gesundheitsverständnis – nachzudenken.

In der Ausstellung zeigen Sie Ideen für neue Wege im Gesundheitswesen. Wieso?

Während unserer Recherchen hörten wir immer wieder, wie festgefahren die Gesundheitspolitik seit Jahren sei, dass es mehr um wirtschaftliche Interessen einzelner Akteur*innen und um Kostendiskussionen gehe und weniger um Werte und Visionen. Uns schien es deshalb sinnvoll, solchen Visionen eine Plattform zu geben und den Besucher*innen zu vermitteln, dass es in der Gesundheitspolitik um Fragen geht, die alle betreffen, zum Beispiel: Wie viel Profit darf mit Gesundheit gemacht werden? Soll unser Gesundheitssystem den Fokus mehr auf Gesundheit statt auf Krankheit legen? Wie viel Zwischenmenschlichkeit braucht es in der Medizin? Über solche Fragen braucht es mehr öffentliche Diskussion.

Sie präsentieren neun Visionen zur Zukunft des Gesundheitswesens in einem OP-Saal und lassen die Besucher*innen über die Behandlung abstimmen. Wie kam die Idee?

Das Gesundheitswesen gehört zu den grössten Sorgen der Bevölkerung. Fachpersonen warnen vor Versorgungsengpässen und Fachkräftemangel, die die Qualität unseres Systems aufs Spiel setzen. Es schien uns deshalb passend, die Zukunft des Gesundheitswesens in einem Notfallraum auf den OP-Tisch zu legen, in dem eine dringliche Atmosphäre herrscht und die Besucher*innen zum aktiven Teil des OP-Teams werden, indem sie abstimmen. Neben den Pro-Argumenten lassen wir auch kritische Stimmen zu Wort kommen. Wir wollen zeigen, dass es zu jeder Idee auch bedenkenswerte Einwände gibt. Das Gesundheitswesen ist komplex. Unser Ziel war es, dass Vision und Gegenstimme ein Spannungsfeld eröffnen, in dem man Stellung beziehen kann.

Gab es Visionen, die Sie nicht aufgenommen haben? Falls ja, warum?

Es gibt noch viele weitere Ideen für das Gesundheitswesen der Zukunft – die Auswahl fiel uns nicht leicht. Ein Kriterium war z. B., dass Menschen ohne Fachkenntnisse leicht Anknüpfungspunkte finden und dass den Vorschlägen spannende Wertefragen zugrunde liegen. Deshalb haben wir uns gegen voraussetzungsreiche «innermedizinische» Vorschläge wie beispielsweise ein neues Tarifsystem entschieden.

Welche Idee hat Sie persönlich am meisten überrascht oder vielleicht sogar inspiriert?

Ich hatte mehrere Aha-Momente: Mir war beispielsweise vorher nicht richtig bewusst, dass die Schweizer Kopfprämien und die hohen Selbstbehalte international einzigartig sind und dass es kaum Staaten gibt, in deren Gesundheitswesen weniger Umverteilung stattfindet. Auch die Gegenargumente haben mich immer wieder überrascht – etwa zur Idee, Bürokratie abzubauen und dem Gesundheitsfachpersonal mehr Vertrauen zu schenken. Auf den ersten Blick spricht wenig dagegen. Doch dann merkten wir, dass sich ein spannender Diskussionsraum öffnet, wenn man aus Sicht der Patient*innen-sicherheit darüber nachdenkt.

Gibt es bereits erste Trends zu den Abstimmungen?

Stand Mitte Mai verzeichnet der Vorschlag, die Bürokratie



Nicolas Hermann, Recherche und Konzeption / Projektleitung im Stapferhaus.

im Gesundheitswesen radikal abzubauen, die höchste Zustimmungsraten, gefolgt von der Forderung, mehr Geld in medizinisches Personal zu investieren. Interessant ist, dass acht von neun Vorschlägen Zustimmungsraten von über 50 Prozent erzielen, nur einer liegt sehr knapp darunter.

Wie soll die Ausstellung die Debatte über die Zukunft des Gesundheitswesens anregen und sind Folgeprojekte geplant?

Indem wir den Besucher*innen vermitteln, was alles mitspielt, wenn wir über Gesundheit diskutieren und sie dazu anregen, sich selbst zu positionieren. Neben der Ausstellung gibt es eine Publikation und ein vielfältiges Veranstaltungsprogramm. Ausserdem prüfen wir, ob Teile der Ausstellung auch an anderen Orten gezeigt werden können. Ebenfalls evaluieren wir zurzeit, was wir mit den Abstimmungsergebnissen machen. Denn auch wenn sie nicht repräsentativ sind, können sie eine spannende Diskussionsgrundlage bieten. Über Inputs freuen wir uns sehr: input@stapferhaus.ch.

Haben Sie durch die Ausstellung neue Perspektiven gewonnen?

Ich muss zugeben: Bevor wir uns entschieden haben, eine Ausstellung zum Thema Gesundheit zu machen, habe ich meist weitergeblättert, wenn es in der Zeitung um Gesundheitspolitik ging. Ich hielt Gesundheitspolitik für eine technokratische Debatte, die mich kaum betrifft. Doch während der Arbeit an der Ausstellung wurde mir klar, dass auch Nicht-Expert*innen eine Meinung dazu haben können. Ich hoffe, dass es unseren Besucher*innen ähnlich geht und die Ausstellung zur öffentlichen Diskussion über Werte im Gesundheitswesen beiträgt.

Die Ausstellung im Stapferhaus läuft noch bis am 26. Oktober 2025.

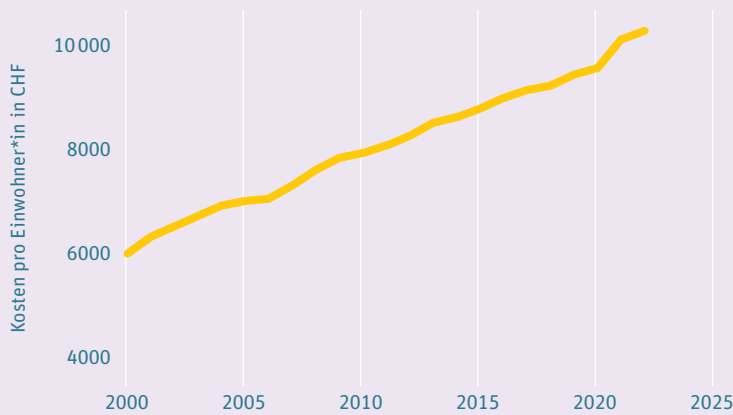


Zu allen neun Zukunftsvisionen für das Gesundheitswesen

Interview:
Nicole Schaffner, Kommunikation
Departement Gesundheit

7 Fakten, die ein Umdenken erfordern

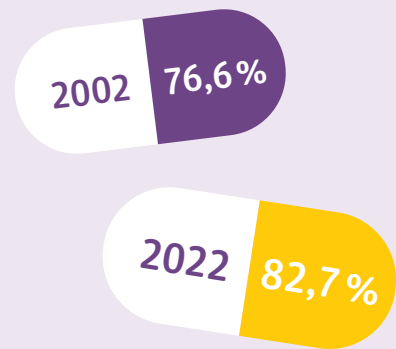
Die steigenden Kosten



Im Jahr 2000 betragen die Gesundheitskosten pro Einwohner*in noch rund 6000 Franken, heute sind sie auf über 10000 Franken gestiegen.

Quelle: BAG

Konsultationen nehmen zu



Prozent der Bevölkerung ab 15 Jahren mit mindestens einer Konsultation bei Ärzt*innen im letzten Jahr.

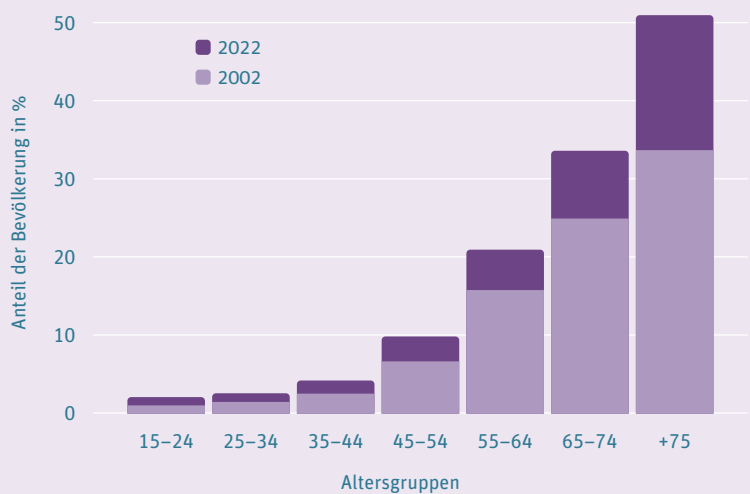
Quelle: BAG



15,3%

der Bevölkerung in der Schweiz leiden an mindestens zwei nicht-übertragbaren Krankheiten.

Multimorbidität erhöht Komplexität



Mit dem demografischen Wandel nimmt die Multimorbidität und damit die Komplexität zu. Dies erfordert besser ausgebildete Fachpersonen.

Quelle: BAG

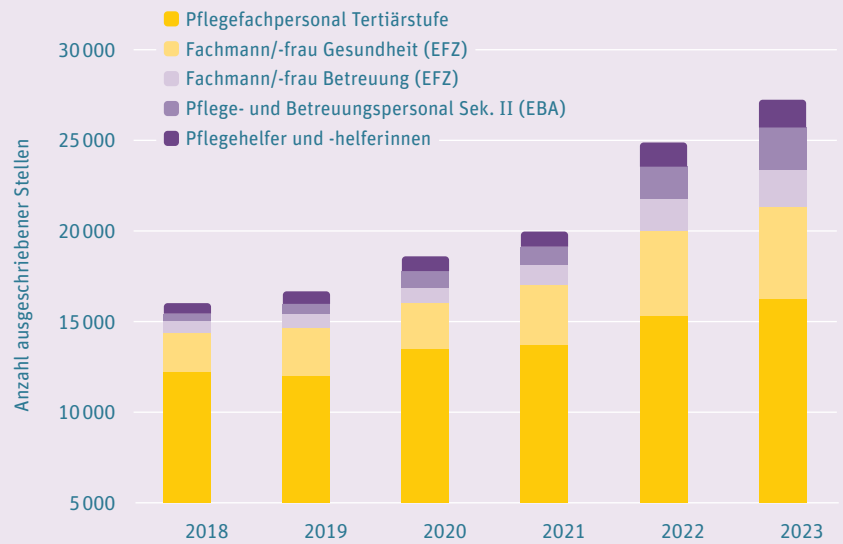
Fachkräftemangel



«Pflegefachperson»

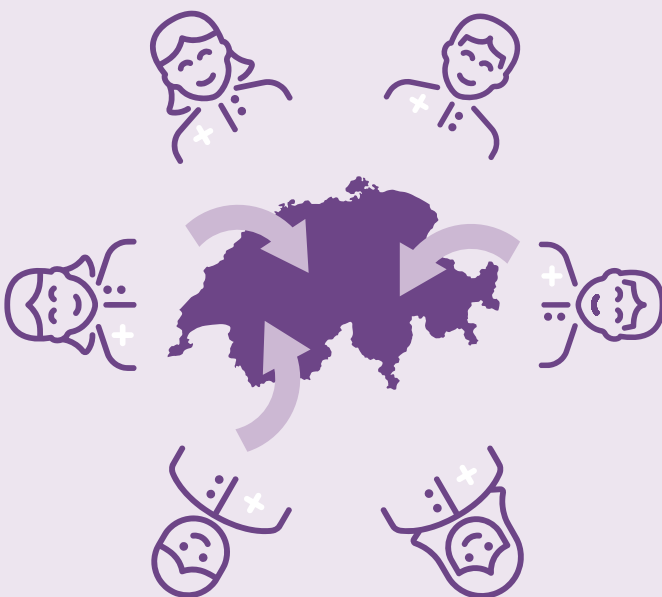
ist die meist ausgeschriebene Berufsgruppe auf Schweizer Jobportalen.

Quelle: x28



Entwicklung der Anzahl ausgeschriebener Stellen im Pflegebereich in der Schweiz von 2018 bis 2023, aufgeschlüsselt nach Berufsgruppen.

Quelle: x28



21,5%

des Pflege- und Betreuungspersonals in der Schweiz haben ihren Abschluss im Ausland erworben.

Quelle: BAG

Innovation für mehr Selbstständigkeit: Ein Roboterarm im Praxistest

Menschen mit Tetraplegie und anderen körperlichen Behinderungen sollen dank einer Assistenztechnologie mehr Autonomie gewinnen. Das interprofessionelle Forschungsteam entwickelt das System iterativ: Die Steuerung des Roboterarms wird schrittweise verbessert – basierend auf direktem Nutzerfeedback.

Die Aufgabe erfordert viel Konzentration: Gabriela Pozzi versucht, eine Flasche vom Boden aufzuheben. Was für die meisten Menschen ein alltäglicher Task ist, ist für Gabriela Pozzi eigentlich unmöglich. Denn seit einem Velounfall ist die 64-Jährige querschnittgelähmt. Damit sie die Flasche trotzdem selbstständig vom Boden aufheben kann, hilft ihr ein Roboterarm, montiert an ihrem Elektrorollstuhl.



Das Projekt

Das Projektteam mit Aline Christen, Dr. Anja Raab, Julian Rösch, Dr. Raphael Rätz, Barbara Wortmann und Iris de Boer (v.l.n.r.).

Das Forschungsprojekt «Entwicklung eines Roboterarms mit und für Menschen mit einer Tetraplegie» wird von den Departementen Gesundheit sowie Technik und Informatik durchgeführt. Die Finanzierung erfolgt über die Schweizer Paraplegiker-Stiftung.

Das Roboterarmsystem ist ein Prototyp, entwickelt von einem interdisziplinären Team der Berner Fachhochschule BFH. Das Ziel: eine Assistenztechnologie zu schaffen, die Menschen mit Tetraplegie und anderen körperlichen Einschränkungen im Alltag unterstützt. Gabriela Pozzi ist eine sogenannte «Pilotin» und hat den Roboterarm im Rahmen des Cybathlons der ETH Zürich im Herbst 2024 unter Wettkampfbedingungen getestet. Und das erfolgreich: Das Team wurde für sein innovatives, benutzerfreundliches und praxisnahes Design mit dem Jury-Award ausgezeichnet.

Testen in der alltäglichen Praxis

Während die «Pilot*innen» am Cybathlon standardisierte Aufgaben unter gleichen Bedingungen bewältigten, steht nun die nächste Herausforderung an: Wie bewährt sich der Roboterarm im häuslichen Umfeld? Das Forschungsteam plant deshalb, den Roboterarm eine Woche lang bei etwa 15 Menschen mit Tetraplegie zu Hause zu testen. Dabei wird genau dokumentiert, wie praktikabel die Technologie im Alltag ist und welche Verbesserungen notwendig sind. Am ersten Tag der Testphase führen die Proband*innen standardisierte Tests durch, beispielsweise das Aufheben einer Flasche vom Boden. Nach sechs Tagen kommt das Forschungsteam zurück, führt die gleichen Tests wieder durch und misst allfällige Verbesserungen bei der Geschwindigkeit und der Handhabung der Aufgaben. Zusätzlich erhebt das Team mit Fragebögen qualitative und quantitative Daten zur Nutzerfreundlichkeit und zur Gesundheitsökonomie.

Für die Koordination dieser Tests ist Aline Christen verantwortlich. Sie studiert Gesundheitswissenschaften und Technologie mit der Vertiefung Medizintechnik an der ETH Zürich und schreibt ihre Masterarbeit an der BFH. Gemeinsam mit ihrem Team aus Ingenieur*innen und Forschenden aus dem Gesundheitsbereich setzt sie



Gabriela Pozzi hebt mit Hilfe des Roboterarms die Flasche vom Boden auf den Tisch. (Bild: ETH)

auf einen besonderen Forschungsansatz: den iterativen Prozess. Im Gegensatz zu ähnlichen Studien, bei denen alle Teilnehmenden dieselbe Technologie testen, wird der Roboterarm hier schrittweise optimiert. Falls nötig macht das Team nach jedem Test kleinere Anpassungen. Nach fünf Proband*innen wird das Feedback genutzt, um grössere Verbesserungen am Design und an der Funktionalität anzubringen. Ein Prozess, der sich über mehrere Runden erstreckt.

Schrittweise zu einem optimalen Produkt

«Bei diesem iterativen Prozess können wir schneller auf Fehler eingehen und das Produkt gezielt verbessern», erklärt Aline Christen. Das ist besonders wichtig, da sich Technologien wie Sprach- und Bilderkennung rasant weiterentwickeln. Während iterative Prozesse in der Informatik weit verbreitet sind, sind sie in der Gesundheitsforschung noch selten. Der Nachteil: Die Testergebnisse sind schwer vergleichbar, da sich das Produkt während der Studie stetig verändert. Eine besondere Herausforderung für Aline Christen, die zwischen den wissenschaftlichen Herangehensweisen des Ingenieurwesens und der Gesundheitsforschung balancieren muss. «Aber genau diese Herausforderung macht das Projekt so spannend», sagt sie.

Aline Christen gefällt der innovative und praxisnahe Ansatz der Forschung: «Wir wollen wirklich ein Produkt für den Alltag entwickeln.» So untersucht das Team parallel zur Testphase, wie sich die Technologie marktfähig

umsetzen lässt. Eine Herausforderung dabei ist, dass die körperlichen Fähigkeiten der Betroffenen sehr unterschiedlich sein können: Während Gabriela Pozzi den Roboterarm mit den Fingerknöcheln über das Tablet steuert, sind andere Betroffene auf die Sprachsteuerung angewiesen. Der Roboterarm muss also unterschiedlichen Ansprüchen gerecht werden, um wirtschaftlich realisierbar zu sein.

Für Aline Christen stellt die Arbeit mit Menschen, die starke körperliche Einschränkungen haben, einen faszinierenden Kontrast zu ihrem eigenen Alltag dar. Neben ihrem Studium ist sie als Sportlehrerin tätig und spielt Fussball beim FC St. Gallen. «Es ist bereichernd zu erleben, wie Menschen ihr Leben aktiver gestalten können, wenn Barrieren abgebaut werden», erzählt sie. Umso mehr freut sie sich auf die nächsten Tests im häuslichen Umfeld – und auf ein Wiedersehen mit Gabriela Pozzi, die den Roboterarm erneut in der Praxis erproben wird.

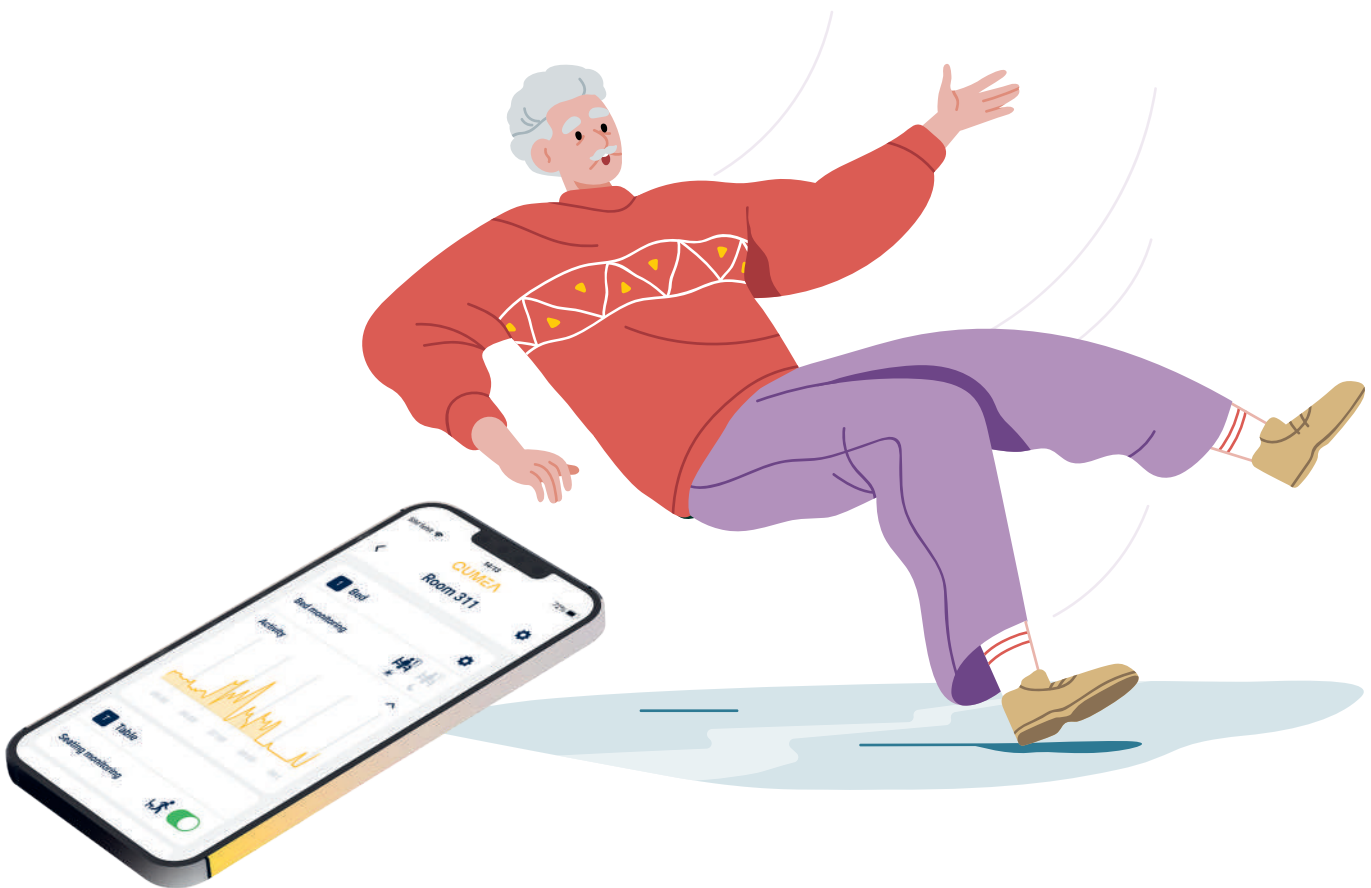


Mehr Informationen
über das Forschungsprojekt

Autor:
Sandro Nydegger, Kommunikation
Departement Gesundheit

Technologie fördert Mobilität und Sicherheit in der Langzeitpflege

Mehr Bewegung stärkt das Wohlbefinden älterer Menschen, erhöht aber auch das Sturzrisiko. Eine neue 3D-Radartechnologie soll helfen, Stürze frühzeitig zu erkennen und die Prävention zu verbessern. Doch welchen Nutzen bringt sie tatsächlich?



Stürze gehören zu den häufigsten und folgenreichsten Ereignissen in der Langzeitpflege. Alterszentren stehen vor dem Spannungsfeld, Sicherheit zu gewährleisten und gleichzeitig die Bewegungsfreiheit zu fördern. Rund ein Viertel der über 65-Jährigen stürzt mindestens einmal pro Jahr, bei den über 80-Jährigen ist es sogar ein Drittel (BFS, 2025). Nach einem Sturz können die meisten Betroffenen nicht mehr selbstständig aufstehen und sind auf Hilfe angewiesen. Besonders in Pflegeheimen kann dies gravierende Folgen haben: Verletzungen, längere Spitalaufenthalte, erhöhter Pflegebedarf und hohe Kosten. In der Schweiz belaufen sich die Gesundheitskosten

durch Stürze älterer Menschen auf 1,8 Milliarden Franken pro Jahr (BFU, 2020). Doch oft ist nicht der Sturz selbst das Hauptproblem, sondern die Zeit, bis Hilfe eintrifft. Je schneller eine gestürzte Person gefunden wird, desto besser sind die Heilungschancen und desto geringer sind die Folgekosten.

Technologie als Lösung: QUMEA-Sensor im Einsatz
Neuere Technologien, insbesondere Radar- und Sensortechnologien, bieten das Potenzial, um Pflegenden bei der Sturzerkennung und -prävention zu unterstützen und gleichzeitig die Bewegungsfreiheit und Sicherheit

der Bewohner*innen zu erhöhen. Im Haslibrunnen, einem Kompetenzzentrum für das Alter in Langenthal, wird mit den QUMEA-Sensoren erstmals eine 3D-Radartechnologie im Langzeitsetting eingesetzt. Die Berner Fachhochschule (BFH) begleitet das Projekt mit der Studie «Safety First» und untersucht den Mehrwert dieser Technologie im Pflegealltag. Ursprünglich wurden die QUMEA-Sensoren für den Einsatz in Akutspitälern entwickelt. Das System ist in den Lampen der Zimmer und in den WCs der Bewohnenden installiert und erfasst Bewegungen im Raum in Echtzeit, ohne visuelle Daten aufzuzeichnen, wodurch die Privatsphäre geschützt bleiben soll. Es erkennt Stürze automatisch und registriert, wenn Bewohner*innen das Bett oder einen festgelegten Bereich verlassen. Das Pflegepersonal wird direkt über eine App und die Rufanlage informiert. Inwiefern die Technologie auch helfen kann, Stürze zu vermeiden, muss sich noch zeigen. Dies ist eine Hoffnung von Hansjörg Lüthi, dem Geschäftsführer des Haslibrunnen: «Wir möchten, dass sich unsere Bewohnenden noch lange und so oft wie möglich frei bewegen können und gleichzeitig ihre Sicherheit gewährleistet ist. Mit der QUMEA-Technologie streben wir gezielte Interventionen für mehr Mobilität an und beabsichtigen in der Sturzprävention einen Schritt weiter zu kommen.» Eine weitere Intention sei es, dass sich die Mitarbeiter*innen von der Technologie unterstützt fühlen.

Wie Pflegefachpersonen die neue Technologie erleben

Die Pflegefachpersonen im Haslibrunnen sehen in der neuen Technologie viele Vorteile gegenüber der bisher genutzten Klingelmatte. Die Matte konnte umgangen werden, war anfällig für Fehlalarme und erhöhte sogar die Sturzgefahr. Die Möglichkeit, Stürze durch den sofortigen Alarm schneller zu erkennen und entsprechend reagieren zu können, wird von vielen begrüsst. Als weitere Pluspunkte nennen sie die erhöhte Sicherheit für Bewohnende, die Modernisierung und Praktikabilität und das unauffällige Design, da der QUMEA-Sensor quasi unsichtbar ist.

Doch die Einführung neuer Technologien bringt nicht nur Chancen, sondern auch Herausforderungen mit sich. Eine der grössten Hürden des Systems war die Anpassung an das Langzeitsetting. Fehlalarme durch Besucher*innen – insbesondere Kleinkinder –, Putzkräfte oder sogar Haustiere stellten anfangs ein Problem dar. Zudem musste sich die Technologie an die sehr langsamen Bewegungen der älteren Menschen gewöhnen. In der Anfangsphase empfanden Pflegefachpersonen das System daher als zusätzliche Belastung und es waren viele Feinjustierungen der Sensoren notwendig.



Skepsis gegenüber der «unsichtbaren» Hilfe

Neben den technischen Herausforderungen gab es auch Vorbehalte gegenüber der Technologie. Pflegefachpersonen äusserten Bedenken hinsichtlich der Strahlenbelastung und der Funktionssicherheit bei Verbindungsproblemen. Einigen fiel es schwer, einem «unsichtbaren» Gerät zu vertrauen. Auch bei den Bewohner*innen gab es Skepsis. Einige befürchteten, überwacht zu werden – insbesondere im Schlaf oder im Badezimmer. Wieder andere sahen die Kosten kritisch. Angehörige zeigten sich weniger um den Datenschutz besorgt, da der QUMEA-Sensor kein Kamerasystem nutzt, und heben hervor, dass das System nur nützlich ist, wenn die Pflegenden bei einem Alarm auch rechtzeitig reagieren.

Von der Mehrbelastung zum Mehrwert

Die Einführung neuer Technologien in der Pflege ist ein komplexer Prozess, der viele Anpassungen erfordert und anfangs oft eine Mehrbelastung für das Personal bedeutet. Inwiefern mithilfe der Erkenntnisse der QUMEA-Sensoren tatsächlich ein Beitrag zur Mobilitätsförderung und Sturzprävention geleistet werden kann oder das Pflegepersonal langfristig entlastet wird, lässt sich noch nicht abschliessend sagen. Die endgültigen Ergebnisse der wissenschaftlichen Studie werden Ende 2025 erwartet. Eines ist jedoch klar: Der Erfolg von technologischen Innovationen in der Langzeitpflege hängt stark von der Akzeptanz durch Pflegefachpersonen, Bewohner*innen und Angehörige ab. Nur wenn alle Beteiligten Vertrauen in das System gewinnen, kann es sein volles Potenzial entfalten.

Referenzen:

- Bundesamt für Statistik (BFS) (3. März 2025). Schweizerische Gesundheitsbefragung. <https://ind.obsan.admin.ch/de/indicator/obsan/stuerze>
- Beratungsstelle für Unfallverhütung BFU. Status 2020: Statistik der Nichtberufsunfälle und des Sicherheitsniveaus in der Schweiz. Strassenverkehr, Sport, Haus und Freizeit. Bern: BFU; 2020. doi: 10.13100/bfu.2.384.01.

Autorinnen:

Dr. Caroline Schneider, Wissenschaftliche Mitarbeiterin Pflege

Nicole Schaffner, Kommunikation
Departement Gesundheit

Die Chronifizierung von Schmerzen verhindern

Chronische Schmerzen werden seit Kurzem als eigenständige Erkrankung anerkannt – ein Paradigmenwechsel, der neue Behandlungsansätze erfordert. Das Projekt PrePaC verfolgt einen innovativen Weg: Es berücksichtigt medizinische und psychosoziale Faktoren und bezieht Betroffene aktiv in die Prävention ein.

Chronische Schmerzen – also Schmerzen, die länger als drei Monate andauern oder wiederkehrend auftreten – betreffen in der Schweiz schätzungsweise 1,5 Millionen Menschen und gehören zu den am weitesten verbreiteten nichtübertragbaren Krankheiten. Die aktuellen jährlichen volkswirtschaftlichen Kosten sind nicht bekannt, werden aber auf 4,3 bis 5,8 Milliarden Franken geschätzt. Alarmierend ist das Vorkommen von chronischen Schmerzen besonders auch bei Kindern und Jugendlichen. Gemäss Obsan-Bericht des BAG litten im Jahr 2022 34,9 Prozent der 11- bis 15-Jährigen in der Schweiz innert sechs Monaten mehrmals pro Woche an Kopf-, Rücken- oder Bauchschmerzen. Im Vergleich zum Jahr 2018 ist diese Zahl um 14,4 Prozent gestiegen. Neben den sozioökonomischen Auswirkungen sind chronische Schmerzen vor allem für die Betroffenen und ihr Umfeld belastend und bedeuten langanhaltendes Leiden und Einschränkungen im Alltag.

Gezielte Prävention als Schlüssel

Internationale Studien zeigen, dass viele Menschen mit akuten Schmerzen später chronische Schmerzsyndrome entwickeln. Erst kürzlich wurden sie von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als eigenständige Diagnose anerkannt, was die Notwendigkeit eines neuen Verständnisses und Umgangs mit dieser Erkrankung unterstreicht. Hier setzt das Forschungsprojekt PrePaC (Prevention of Pain Chronification) an, das vom Universitären Schmerzzentrum des Inselspitals Bern unter Mitwirkung der Berner Fachhochschule (BFH) und der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) geleitet wird. Ziel ist es, Risikopatient*innen besser zu identifizieren und gezielte präventive Massnahmen anzubieten. Prof. Dr. med. Konrad Streitberger, Leiter des Schmerzzentrums und Projektleiter von PrePaC, erklärt: «Chronischer Schmerz entsteht durch Mechanismen im zentralen Nervensystem, die durch Ängste, Stress oder Schlafstörungen verstärkt werden. Der Einbezug sozialer Faktoren in die Prävention wurde bisher vernachlässigt. PrePaC setzt deshalb auch auf die frühzeitige Integration von Sozialarbeitenden.»

Frühzeitige Hilfe – ein Praxisbeispiel

Streitberger betont die Bedeutung der koordinierten und vernetzten Versorgung: «Wenn sich Patient*innen im Gesundheitssystem verloren fühlen und von einer Anlaufstelle zur nächsten geschickt werden, kann das die Chronifizierung der Schmerzen begünstigen.» Im Teilprojekt Gesundheitspfad wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit konkret umgesetzt. Hier werden Patient*innen mit akuten Schmerzen nicht nur medizinisch und physiotherapeutisch betreut, sondern es wird auch nach psychosozialen Belastungsfaktoren gefragt. «Ein Patient kam mit akuten Rückenschmerzen in unsere Notaufnahme», schildert Streitberger. «Nach der Untersuchung war klar, dass keine Operation nötig ist. Bei der Erhebung der psychosozialen Faktoren stellten wir fest, dass ihn seine

Zu den Personen

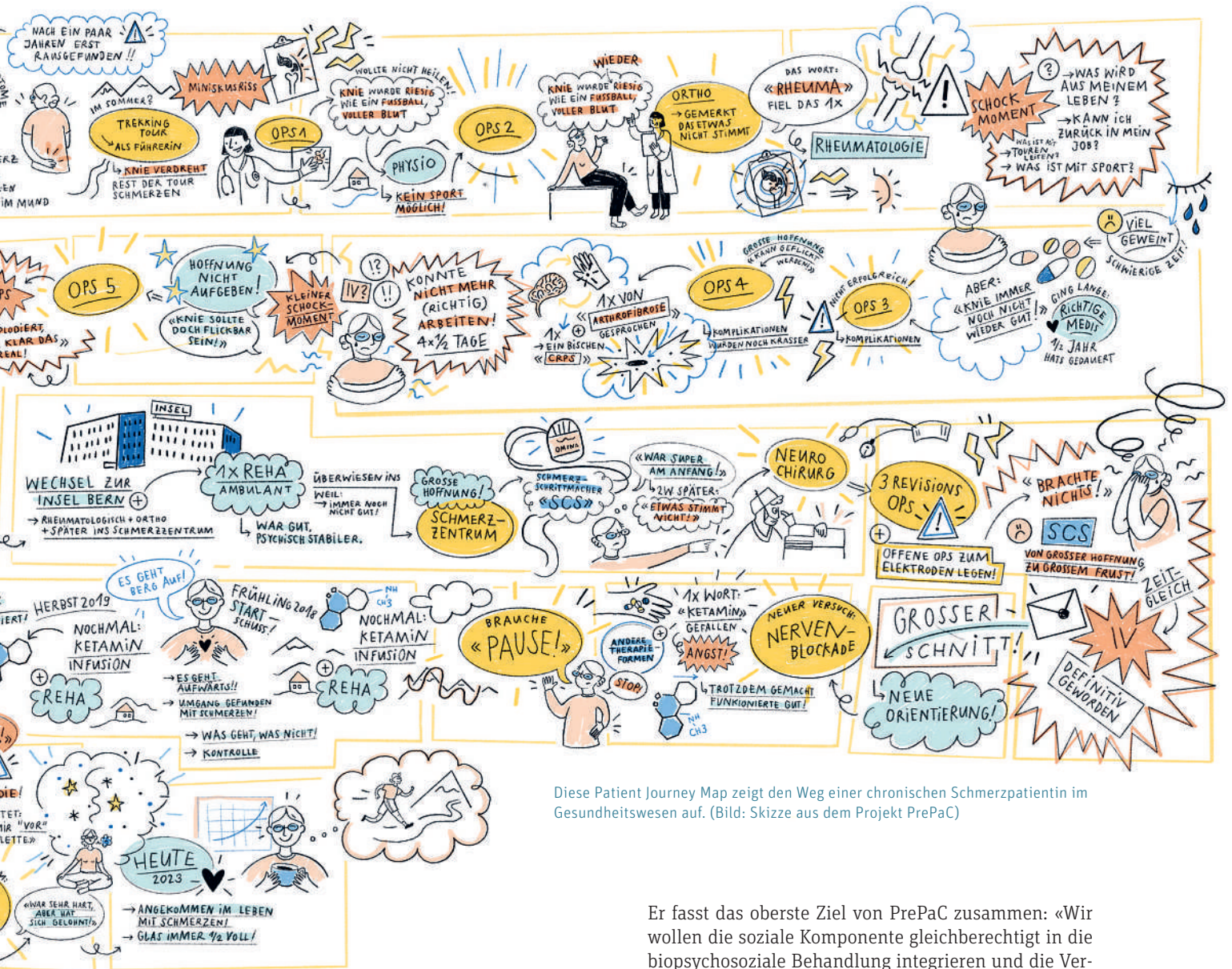


Dr. Prof. Konrad Streitberger
Leiter des Schmerzzentrums
und Projektleiter von PrePaC



Yasmina Weerasekara
Pflegefachperson und
Expertin aus Erfahrung





Diese Patient Journey Map zeigt den Weg einer chronischen Schmerzpatientin im Gesundheitswesen auf. (Bild: Skizze aus dem Projekt PrePaC)

unsichere Arbeitssituation stark belastete. Durch die Einbindung unserer Sozialarbeitenden konnten wir ihn gezielt unterstützen und in den Arbeitsprozess zurückführen.» Auch Ärzt*innen profitieren von der Einbindung sozialer Fackräfte: «Oft müssen wir uns zu fachfremden Themen wie IV-Rente oder Versicherungen äussern. Mit solchen Fragen sind die Patient*innen bei Sozialarbeitenden besser aufgehoben.»

Warum multimodale Schmerztherapie nötig ist

Besonders herausfordernd ist die Behandlung von Patient*innen aus schwierigen sozialen Verhältnissen oder mit Sprachbarrieren, etwa Geflüchtete mit Traumataerfahrungen. «In solchen Fällen kann eine Operation sogar kontraproduktiv sein und ein weiteres Trauma auslösen», warnt Streitberger. «Wir müssen sensibel und interdisziplinär arbeiten, um solche Risiken zu minimieren.» Er kritisiert den häufigen ärztlichen Aktionismus bei chronischen Schmerzen. «Es wird operiert und Opioide werden verschrieben, weil man nicht weiter weiss. Oft kaschieren Opioide psychosoziale Probleme, statt die Ursachen der Schmerzen zu behandeln.» Streitberger sieht in der multimodalen Schmerztherapie einen vielversprechenden Ansatz, warnt aber vor dem Spardruck in der Schweiz. «Wir müssen weg von der isolierten Fachmedizin hin zu integrierten Behandlungswegen.»

Er fasst das oberste Ziel von PrePaC zusammen: «Wir wollen die soziale Komponente gleichberechtigt in die biopsychosoziale Behandlung integrieren und die Versorgung koordinieren. So vermeiden wir, dass Betroffene in eine Abwärtsspirale geraten, ihre Arbeit verlieren und weiter stigmatisiert werden.»

Einbezug von chronischen Schmerzpatient*innen

Massgeblich für die Erreichung dieses Ziel ist die Perspektive von Menschen, die mit chronischen Schmerzen leben. Ein eigenes Teilprojekt bei PrePaC sorgt dafür, dass ihre Erfahrung und ihr Wissen ins Projekt einfließen. Yasmina Weerasekara ist eine von den Expert*innen durch Erfahrung. Ursprünglich als Pflegefachperson tätig und jetzt chronisch krank, kennt sie beide Seiten und betont die Wichtigkeit für den Einbezug von Betroffenen: «Auch wenn die Empathie seitens Gesundheitsfachpersonen gross ist, kann man sich als Aussenstehende nicht vorstellen, wie einschneidend der chronische Schmerz für den Alltag und die Persönlichkeit ist und welche Hürden Betroffene überwinden müssen.»



Erfahren Sie mehr zu den Teilprojekten und zum partizipativen Ansatz des Projekts im ausführlichen Artikel.

Autorin:
Nicole Schaffner, Kommunikation
Departement Gesundheit

Ein digitaler Begleiter für die Rehabilitation

Ein interdisziplinäres Forschungsteam hat einen KI-gestützten ChatBot entwickelt, der Patient*innen unterstützen könnte, das Erlernete aus der stationären Rehabilitation im Alltag zu integrieren. Mit dem Prototyp sollen Potenzial und Herausforderungen dieser Technologie für Care@home erforscht werden.

Fabrizio Mognetti hat ein Problem: Der Physiotherapeut im Reha Zentrum Bern in Heiligenschwendi betreut täglich Patient*innen mit verschiedenen Erkrankungen – von muskuloskeletalen bis hin zu onkologischen – hoch über dem Thunersee. Durch die Bemühungen von Mognetti und seinen Kolleg*innen aus verschiedenen Disziplinen erzielen die meisten Patient*innen gesundheitliche Fortschritte und können nach durchschnittlich drei Wochen wieder nach Hause. Doch genau hier beginnt für den Physiotherapeuten das Problem: Ohne kontinuierliche Unterstützung von Fachpersonen gelingt

es den Patient*innen oft nicht, gesundheitsfördernde Gewohnheiten beizubehalten. Viele kehren wiederholt in die Reha zurück. Dabei fällt auf, dass von den Fortschritten beim letzten Aufenthalt wenig hängen geblieben ist. Ohne die notwendige Unterstützung im häuslichen Umfeld geht das Gelernte aus der Reha verloren.

Eine digitale Schnittstelle

Um den nahtlosen Übergang von der stationären Rehabilitation in den häuslichen Alltag zu unterstützen, haben Forschende der BFH zusammen mit dem Reha Zentrum Bern und der ETH Zürich den «RehaBot» entwickelt. Dieser digitale Assistent soll als Schnittstelle zwischen Fachleuten wie Fabrizio Mognetti und den Patient*innen nach der Reha fungieren. Als solche hätte er Zugriff auf eine persönliche Datenbank und könnte mit Hilfe von Künstlicher Intelligenz auf die Patient*innen zugeschnittene Tutorials bereitstellen, häufige Fragen beantworten und gezielt an Übungen erinnern. Auch die Ernährung könnte der Assistent optimieren, indem er Pläne anpasst und Empfehlungen gibt.

Für Fabrizio Mognetti sind die Vorteile gross: «Wir könnten die Wirkung einer Therapie langfristig nachverfolgen und einschreiten, wenn Anpassungen nötig sind.» Ein interdisziplinäres Team aus Physiotherapeut*innen, Ernährungsberater*innen, Ärzt*innen und Pflegefachkräften aus dem Reha-Zentrum würde den digitalen Assistenten im Hintergrund überwachen und die Patient*innen so auch zu Hause betreuen. Die Forscher*innen gehen davon aus, dass ein solches digitales Angebot die Selbstständigkeit der Patient*innen fördert, indem es ihnen den Zugang zu wichtigen Informationen erleichtert und die Kommunikation mit Fachpersonen über den Assistenten direkt ermöglicht.



Zur Person

Fabrizio Mognetti hat 2024 an der BFH den Master of Science in Physiotherapie mit dem Schwerpunkt Schmerzphysiotherapie abgeschlossen. Er arbeitet als Physiotherapeut im Berner Reha Zentrum in Heiligenschwendi.



Mit Unterstützung des «RehaBots» könnten Patient*innen Therapien aus der Rehabilitation zu Hause fortsetzen. (Bild: Adobe Stock)

Noch geringe Akzeptanz des Assistenten

Erfahrungen aus Querschnittbefragungen und Stichproben bei Patient*innen in Heiligenschwendi zeigen aber die Schwierigkeiten und Grenzen einer solchen Technologie: Während viele die Idee eines digitalen Assistenten spannend finden, wollte ihn anschliessend niemand zu Hause ausprobieren. Die meisten bevorzugen den menschlichen Kontakt, sei es durch Hausärzt*innen oder Familienmitglieder. «Dieser Umstand könnte möglicherweise auf das Alter der Betroffenen sowie auf die damit einhergehende, zum Teil fehlende technologische Affinität der Patient*innen zurückzuführen sein», meint Fabrizio Mognetti. Das Durchschnittsalter der Reha-Patient*innen in Heiligenschwendi liegt bei 72 Jahren. «Bei jüngeren Generationen konnten wir eine grössere Bereitschaft feststellen, mit dieser Technologie zu arbeiten.»

Auch auf technischer Ebene gibt es Hürden. Die aktuelle Version des «RehaBots» ist noch nicht interaktiv genug, um eine langfristige Nutzung attraktiv zu machen. Ein solches System müsste deutlich intelligenter und flexibler sein, um Patient*innen im Alltag wirklich zu unterstützen. Zudem spielt der Datenschutz eine zentrale Rolle. Gesundheitsdaten sind sensibel und ihre sichere Speicherung sowie Verarbeitung müssen gewährleistet sein. Die Bereitschaft, solche Daten mit einer KI zu teilen, variiert stark.

Dr. Google entgegenwirken

Um die Akzeptanz und Effektivität eines solchen digitalen Assistenten zu erhöhen, wäre es laut Mognetti sinnvoll, ihn bereits präventiv in den Alltag der Menschen zu integrieren. Er sieht eine Zukunft, in der der «RehaBot» beispielsweise Bestandteil einer allgemeinen Gesundheits-App ist, die Menschen langfristig begleitet. So wäre er nach einem Klinikaufenthalt keine völlig neue Erfahrung mehr. Wearables könnten Gesundheitsdaten kontinuierlich erfassen und in Echtzeit personalisierte Empfehlungen liefern. «Es ist wichtig, dass wir eine vertrauenswürdige Alternative zu zweifelhaften Gesundheitsinformationen aus dem Internet bieten», betont Mognetti, «ansonsten holen sich die Menschen ihre Informationen von Dr. Google.»

Für Fabrizio Mognetti ist klar: Der RehaBot soll menschliche Fachpersonen nicht ersetzen, sondern ergänzen. Besonders bei der zunehmenden Verlagerung von stationären Behandlungen hin zu Care@home sei es wichtig, eine durchgehende und qualitativ hochwertige Betreuung zu gewährleisten.

Autor:
Sandro Nydegger, Kommunikation
Departement Gesundheit

Care@home:

Zu Gast bei den Patient*innen

Das Gesundheitswesen verlagert sich von stationären Institutionen zur ambulanten Versorgung zu Hause – mit Folgen für die Pflegefachberufe. Die Expertinnen Friederike J.S. Thilo, Kerstin Denecke und Manuela Grieser diskutieren, welchen Wandel sie für Pflegefachpersonen und ihre Patient*innen erwarten.

Was wird sich für Pflegefachpersonen durch Care@home ändern?

Thilo: Der Care@home-Ansatz will Spitaleinweisungen bei akuter Erkrankung vermeiden. Dies erfordert eine neue Flexibilität und Verfügbarkeit für Pflegefachpersonen und Ärzt*innen. Ausserdem erweitern digitale Werkzeuge im Labor, bei der Diagnostik, in der Telekon-

sultation oder beim Monitoring von Vitalzeichen das Handlungsspektrum der Pflegefachpersonen.

Grieser: Eine zentrale Veränderung für Pflegefachpersonen ist die erhöhte Eigenverantwortung: Pflegefachpersonen arbeiten oft selbstständig, müssen komplexe Situationen schnell erfassen, therapeutische Entscheidungen treffen und diese im interprofessionellen Team kompetent kommunizieren. Dies erfordert erweiterte klinische und therapeutische Fähigkeiten, um sicher und selbstbewusst agieren zu können. Sie müssen mit dem Netzwerk rund um die Patient*innen zusammenarbeiten. Das geht weit über pflegerische Tätigkeiten hinaus.

Zu den Personen



Prof. Dr. Kerstin Denecke ist Co-Lead des Institute Patient-centered Digital Health und entwickelt neue Technologien für das Gesundheitswesen.



Prof. Dr. Friederike J.S. Thilo leitet das Swiss Center for Care@home und forscht zur Entwicklung von Gesundheitsberufen in digitalen Care@home-Modellen.



Manuela Grieser, diplomierte Pflegefachperson (RN, MA), leitet den Bereich Pflege an der BFH und entwickelt innovative Bildungsformate für die Pflegepraxis.

Was wird sich für betreute Personen ändern?

Grieser: Für betreute Personen bedeutet der Care@home-Ansatz vor allem, dass sie in ihrer gewohnten Umgebung bleiben und dort versorgt werden können. Dies kann mehr Autonomie und Wohlbefinden bedeuten, bringt aber auch neue Herausforderungen mit sich.

Denecke: Beispielsweise werden betreute Personen sicher noch stärker mit Technologie umgehen müssen, beispielsweise zum Management ihrer Gesundheit. Dafür müssen sie geschult werden.

Grieser: Der Umgang mit Technologien – zum Beispiel mit Datensicherheit und Dokumentation – wird in der Tat eine grössere Rolle spielen, aber ebenso die Fähigkeit, sich selbst und den eigenen Körper gut wahrzunehmen. Patient*innen werden in unsicheren Momenten selbstständig agieren müssen – möglicherweise mit Anleitung, aber oft ohne sofortige professionelle Unterstützung. Auch für Angehörige verändert sich die Situation: Sie geben ihre Liebsten nicht einfach «gesorgt» in ein Spital ab, sondern tragen aktiv Verantwortung für die Betreuung. Dieses Mehr an Verantwortung wird nicht allen entsprechen.

Thilo: Genau, deswegen muss Care@home freiwillig bleiben und von ärztlicher und pflegerischer Seite genehmigt werden. Das Umdenken lohnt sich aber für betreute Personen, denn sie erleiden zu Hause weniger Komplikationen wie Infektionen oder Delir, haben oft besseren Appetit, genesen schneller und bleiben selbstständiger, wie wir aus internationalen Studien wissen.

Wo sehen Sie Schwierigkeiten bei der Entwicklung von Care@home?

Grieser: Schwierig ist Care@home, weil wir mit dem Konzept ein neues Selbstverständnis fördern müssen, in dem sich Menschen wieder als kompetente Wesen wahrnehmen: Menschen müssen in der Lage sein, Herausforderungen eigenständig zu bewältigen, richtige Entscheidungen zu treffen und nur gezielt Unterstützung durch Fachpersonen in Anspruch zu nehmen. Der Umgang mit der eigenen Unsicherheit wird hier eine zentrale Rolle spielen.

Welche (neuen) Skills braucht es für Care@home?

Thilo: Welche Skills Gesundheitsfachpersonen für Care@home benötigen, wissen wir noch nicht abschliessend. Ich gehe aber von neuen Rollen aus, die sich spezialisiert mit interprofessioneller Zusammenarbeit, dem Einsatz von Technik und Daten oder der Versorgung von spezifischen Patient*innengruppen beschäftigen. Sicher ist, dass der Einbezug der Patient*innen sowie deren Zugehörigen intensiver wird. Denn bei Care@home sind die Gesundheitsfachpersonen zu Gast bei den Patient*innen.

Denecke: Wir müssen für Care@home neue Wege finden, um Risiken für die Patient*innensicherheit zu identifizieren und zu managen. Das Krisenmanagement, rechtliche und ethische Fragestellungen werden eine grössere Rolle spielen und entsprechende Fähigkeiten in der Bewertung von Versorgungssituationen erfordern.

Grieser: Pflegefachpersonen im Care@home-Kontext sind auf ein noch breiteres Wissen angewiesen und arbeiten selbstständiger. Sie werden im Umgang mit Patient*innen und mit technologischen Hilfsmitteln weiter geschult werden müssen. Sie müssen Fähigkeiten wie Selbstbewusstsein, Werteorientierung, Prozessverständnis, therapeutisches Denken und Handeln, Achtsamkeitsbasierung, therapeutische Resonanz und Selbstregulierung mitbringen.

Autor:
Hannes Tscherrig, Kommunikation BFH

Was ist Care@home?



Das Konzept

Care@home ist eine für die Schweiz neue Form der Gesundheitsversorgung, bei der die Patient*innen zu Hause anstatt im Spital behandelt werden. Interprofessionelle Teams, bestehend aus Ärzt*innen, Pflegefachpersonen, Therapeut*innen, Sozialarbeiter*innen etc., betreuen die Patient*innen in ihrer gewohnten Wohnumgebung. Leistungserbringer*innen aus der stationären und ambulanten Versorgung arbeiten dafür zusammen.



Das Ziel

Mit diesem innovativen Ansatz sollen teure Spitalaufenthalte verkürzt oder vermieden werden. Studien und Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass damit die Effizienz des Gesundheitssystems gesteigert werden kann, ohne die Qualität der Versorgung zu verschlechtern.



Das Netzwerk

Um solche Modelle zu entwickeln, hat die Berner Fachhochschule (BFH) das Swiss Center for Care@home (SCC) aufgebaut, das am 1. Januar 2025 seine Tätigkeit aufgenommen hat. Das Zentrum vernetzt die Praxis mit Wissenschaft, Forschung, Industrie und Politik, wodurch eine starke Innovationskraft entsteht.

Als Teil der Initiative unterstützt der Kanton Bern Projektideen wie den «RehaBot» (S. 14) mit Anschubfinanzierungen.

Mehr über das Swiss
Center for Care@home



Geburt 3000:

Die Geburtshilfe neu denken

Der Forschungsstand zeigt: Mütter sind mit hebammengeleiteten Geburten zufriedener, doch ausserklinische Geburten stagnieren in der Schweiz. Geburt 3000 will dies ändern – mit neuen Kooperationsformen zwischen klinischer und ausserklinischer Geburtshilfe, die Frauen und Familien echte Wahlfreiheit bieten.

Nur gerade 4 von 100 Frauen in der Schweiz gebären in einem ausserklinisch-hebammengeleiteten Setting. Und das, obwohl Frauen mit einem tiefen Risikoprofil mit einer hebammengeleiteten Geburt zufriedener sind und bessere mütterliche Outcomes haben, wie wissenschaftliche Studien zeigen (Scarf et al. 2018, Sandall et al., 2024). Warum entscheiden sich dennoch rund 95 Prozent der Frauen für das Spital als Geburtsort? Einer der Gründe dürfte im fehlenden Angebot liegen: Oft befinden sich die Geburtshäuser zu weit von den Wohnorten der Frauen entfernt (Rauch et al., 2022). «Die Frauen haben somit nicht wirklich eine Wahlfreiheit. Sie entscheiden sich oft für eine klinische Geburt, auch wenn sie eigentlich ein ausserklinisches Setting bevorzugt hätten», so Dr. Eva Cignacco, Mitglied des Projektteams Geburt 3000

und Dozentin an der BFH. Hinzu kommt, dass gut aufbereitete Informationen zur ausserklinischen Versorgung weitgehend fehlen. Ein weiterer Grund, warum sich Frauen häufig für eine Geburt im Spital entscheiden, ist das Gefühl der Sicherheit. Für viele Frauen ist das Spital der Ort, an dem sie bei Komplikationen die notwendige medizinische Versorgung erhalten.

Ausserklinische und klinische Geburtshilfe Hand in Hand

Für die beiden Initiantinnen des Pilotprojekts Geburt 3000, Renate Ruckstuhl-Meier und Eva Cignacco, ist klar: Um die Wahlfreiheit von Frauen und Familien zu erhöhen, braucht es neue Formen der Zusammenarbeit zwischen inner- und ausserklinischer Geburtshilfe. Kernstück des Projekts sind hebammengeleitete Geburtspavillons, die auf dem Gelände eines Partnerspitals entstehen. Durch die Nähe des Geburtspavillons zum Spital wird zum einen die Erreichbarkeit begünstigt und zum anderen das Sicherheitsbedürfnis der Frauen erfüllt. Das Resultat: echte Wahlfreiheit für Gebärende ohne Angst vor Unterversorgung.

Die Geburtspavillons werden autonom von Hebamenteams betrieben, Geburt 3000 und das Partnerspital gehen jedoch eine strategische Allianz ein und stehen in engem Austausch. Die ausserklinische und die klinische Geburtshilfe stehen somit nicht länger in Konkurrenz, sondern pflegen eine enge Kooperation und lernen voneinander.

Das Gesunde soll im Zentrum stehen

Geburt 3000 will aber noch in einem anderen Bereich neue Wege gehen: Die Salutogenese soll als zentrales Prinzip in die unterschiedlichen Bereiche einfließen. «Mit Geburt 3000 wollen wir den Fokus primär weg vom Kranken hin zum Gesunden legen», erläutert Projektleiterin Renate Ruckstuhl-Meier den Ansatz. «Wir

Die Initiantinnen



Renate Ruckstuhl-Meier ist Hebamme mit MBA in Health Services Management, Gründerin einer Hebammenpraxis und ehemalige CEO des Geburtshauses Terra Alta.



Prof. Dr. Eva Cignacco ist Hebamme und Dozentin an der BFH und die erste Hebamme der Schweiz mit Doktorat und Habilitation.



So könnte ein Geburtspavillon aussehen (Bild: Geburt 3000; bearbeitet mit ChatGPT)

gehen im Grundsatz von gesunden Schwangerschaften und normalem Gebären aus.» Dies soll sich zum einen in der Betreuung der Schwangeren und ihrer Familien widerspiegeln, die nach den Grundsätzen der Salutogenese erfolgen soll. Zum anderen werden die Geburtspavillons nach salutogenetischen Ansätzen geplant und gebaut. Nutzer*innenorientiert und nach den Grundsätzen der «healing architecture» erstellt, sollen die Pavillons Geborgenheit und Sicherheit vermitteln und den Geburtsprozess positiv unterstützen. «Oft wird bei neu gebauten Geburtsräumen im Spitalumfeld kaum auf die Bedürfnisse der Gebärenden eingegangen, mit Geburt 3000 wollen wir das ändern und die Architektur nach den Gebärenden ausrichten, nicht umgekehrt», wie Eva Cignacco erklärt.

Wissenschaftliche Validierung

Das gesamte Projekt wird begleitet von Wissenschaftler*innen der Berner Fachhochschule (BFH), um Erkenntnisse festzuhalten und einen integrativen Lernprozess in Gang zu setzen. Gelerntes soll evaluiert und validiert werden, um es anschliessend wieder in den Betrieb einfließen zu lassen. Zudem ist die BFH beauftragt, ein Konzept zu entwickeln, um die hebammengeleitete Geburtshilfe in der Weiterbildung zu stärken. Der CAS «Hebammengeleitete Geburtshilfe» wird ab September 2026 belegbar sein und verbindet theoretische Ansätze mit Praktika in Einrichtungen der ausserklinischen Geburtshilfe.

Geburtshilfe nachhaltig verändern

Geburt 3000 setzt an unterschiedlichen Ansatzpunkten an, um die Geburtshilfe in der Schweiz nachhaltig zu verändern: von der Betreuung der Gebärenden, über die wissenschaftlich fundierte und validierte Aus- und Fortbildung der Hebammen bis hin zur «healing architecture» der geplanten Geburtspavillons. Die Geburtshilfe soll in ihrer ganzen Vielfalt betrachtet und weiterentwickelt werden mit dem Ziel, das hebammengeleitete ausserklinische Versorgungsangebot für alle zugänglich und leicht erreichbar zu machen. Finanziert wird das Pilotprojekt durch Stiftungen. Mit dem Geburtshaus Zürcher Oberland und dem Spital Uster konnte Geburt 3000 bereits die ersten Partner für die Umsetzung gewinnen. Die drei Parteien haben eine Absichtserklärung unterzeichnet, um gemeinsam eine strategische Allianz einzugehen. Geplant ist, zu Beginn des Jahres 2027 einen ersten Pavillon in unmittelbarem Umkreis des Spitals Uster in Betrieb zu nehmen.

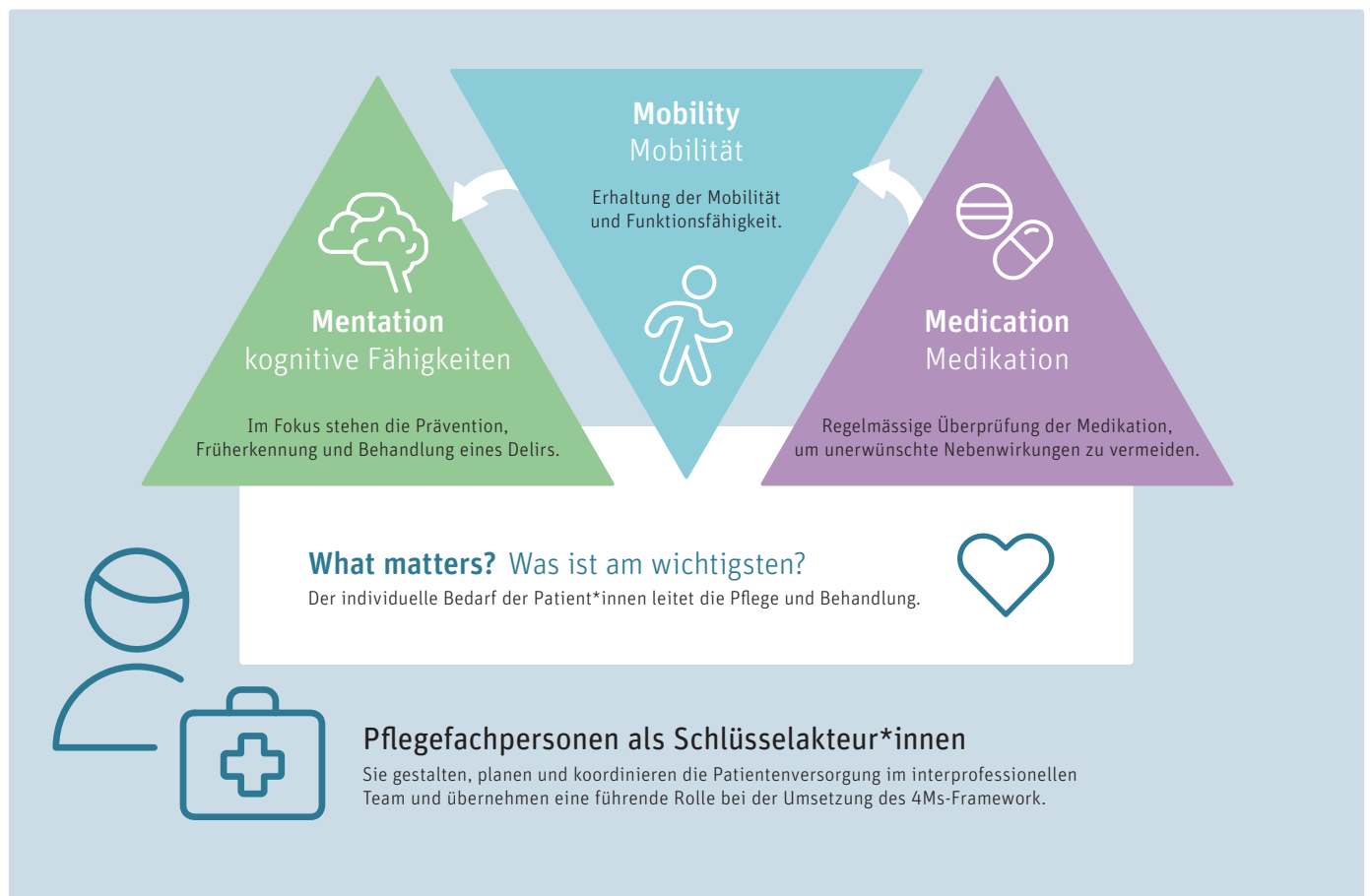


Referenzen:
Die Literatur zu diesem Text können Sie online einsehen.

Autorin:
Sabine Graf, Casalini

Bedarfsgerechte Pflege im Spital für ältere Menschen

Die Anzahl hospitalisierter älterer Menschen steigt stetig. Doch sind Spitäler ausreichend auf ihre komplexen Bedürfnisse vorbereitet? Ein Doktoratsprojekt in Pflegewissenschaft erprobt dazu eine innovative Lösung: das pflegegeleitete 4Ms-Programm.



Mehr als ein Drittel aller Patient*innen, die im Jahr 2023 in ein Spital eingewiesen wurden, waren 65 Jahre alt oder älter (Bundesamt für Statistik BFS, 2024). Dabei stellt diese Patient*innengruppe spezifische Anforderungen an ihren Spitalaufenthalt. Eine angepasste Spitalumgebung und Infrastruktur, verständliche Kommunikation, Empathie und ein optimales Schmerzmanagement sind

ebenso wichtig wie die Aufrechterhaltung ihrer Mobilität, um nach der Entlassung in das gewohnte Umfeld zurückkehren zu können. Dabei bewerten ältere Patient*innen gerade die Beziehung zum Gesundheitsfachpersonal als entscheidend für ein positives Hospitalisationserlebnis, wie eine Untersuchung von Mudge et al. (2021) aufzeigt.



Konzeptionelle Neuausrichtung der Spitäler ist notwendig

Allerdings sind viele Spitäler konzeptionell noch nicht auf ältere Patient*innen mit ihren komplexen körperlichen und sozialen Bedürfnissen ausgerichtet. Das Gesundheitswesen fokussiert primär auf die Pflege und Behandlung von akuten Erkrankungen, während ältere Menschen oft an chronischen Krankheiten und Mehrfacherkrankungen leiden (z. B. Institute for Healthcare Improvement IfHI, 2024). Dies erhöht das Risiko für Komplikationen. Beispielsweise sind ältere Patient*innen anfällig für unerwünschte Arzneimittelereignisse durch die gleichzeitige Einnahme von mehreren oder potenziell ungeeigneten Medikamenten. Eine nicht angepasste Medikation kann wiederum zu Stürzen oder Verwirrtheit führen. Zudem werden ältere Patient*innen häufiger unnötigen Interventionen ausgesetzt, wie der Einlage eines transurethralen Dauerkatheters, aus der eine Harnwegsinfektion resultieren kann. Auch ein Delir tritt bei älteren hospitalisierten Menschen häufig auf – so entwickelt eine*r von vier älteren Patient*innen während des Spitalaufenthalts einen akuten Verwirrheitszustand (Gibb et al., 2020). Ein Delir kann langfristige Folgen haben und das Risiko für eine dauerhafte Pflegeabhängigkeit steigern. Darüber hinaus zeigen Studien, dass bis zu 30 Prozent der Patient*innen ab 65 Jahren während einer Hospitalisation die Fähigkeit verlieren, grundlegende Alltagsaktivitäten selbstständig auszuführen (Lloyd et al., 2019), was wiederum die Dauer der Hospitalisation unnötig verlängern und die Rückkehr in ein unabhängiges Leben erschweren kann.

Das 4Ms-Framework: Ein neuer Ansatz in der Pflege

Eine Antwort auf diese Herausforderung könnte das 4Ms-Framework sein. Die vier Elemente zeigen auf, was in der Behandlung und Pflege von älteren Menschen wichtig ist und bilden eine gute Grundlage, um dieser Patient*innengruppe eine bedarfsgerechte Versorgung im Spital zukommen zu lassen (siehe Abbildung). Im Mittelpunkt steht die Frage, was für die Patient*innen am wichtigsten ist (What Matters). Ihre individuellen Bedürfnisse und Ziele sollen die Pflege und Behandlung leiten. Gleichzeitig wird der Prävention, Früherkennung und Behandlung eines Delirs während einer Hospitalisation ein hoher Stellenwert beigemessen (Mentation). Die gezielte Förderung der Mobilität (Mobility) hilft, Funktionsverluste zu vermeiden und die Selbstständigkeit zu bewahren. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die regelmässige Überprüfung der Medikation (Medication), um sicherzustellen, dass die verabreichten Medikamente

keinen Einfluss auf die Mobilität (Mobility), die kognitiven Aktivitäten (Mentation) und auf das, was für die älteren Patient*innen wichtig ist (What Matters), nehmen (z. B. IfHI, 2024).

Das 4Ms-Framework wird durch ein interprofessionelles Team umgesetzt, wobei Pflegefachpersonen eine Schlüsselrolle einnehmen. Sie gestalten, planen und koordinieren die Patient*innenversorgung im interprofessionellen Team und sind deshalb prädestiniert, eine führende Rolle bei der Umsetzung des 4Ms-Framework zu übernehmen. Dazu bieten sich beispielsweise pflegegeleitete (nurse-led) Modelle an. Diese umfassen die Erbringung und Koordination der Pflege unter der Führung von Pflegefachpersonen in erweiterten Rollen (z. B. Advanced Practice Nurses) (Khair & Chaplin, 2017).

Anpassung an die Schweiz: Das pflegegeleitete 4Ms-Programm

Bevor das 4Ms-Framework in der Schweiz eingeführt werden kann, muss es zuerst an die spezifischen Gegebenheiten des Gesundheitswesens angepasst werden. Im Rahmen eines Doktoratsprojekts mit dem Praxispartner Lindenhofgruppe soll das 4Ms-Framework zuerst in ein pflegegeleitetes Programm adaptiert und anschliessend auf zwei Abteilungen eingeführt und evaluiert werden. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen dabei helfen, eine bedarfsgerechte, evidenzbasierte und koordinierte Versorgung zu etablieren. Das pflegegeleitete 4Ms-Programm bietet dabei einen vielversprechenden Ansatz, um die Gesundheitsversorgung von älteren Menschen im Spital zukunftsfähig zu gestalten – mit Pflegefachpersonen als treibende Kraft.



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

Autorin:
Iris Lipp, Wissenschaftliche
Mitarbeiterin, Doktorandin in
Pflegerwissenschaft

Hitze, Schmerz und Stress – eine unterschätzte Verbindung im Gehirn

Chronische Schmerzen und Depressionen sind schwer behandelbare Erkrankungen. Ein Forschungsprojekt des Fachbereichs Physiotherapie untersucht, wie gezielte Hitzeanwendungen nicht nur die Therapien verbessern, sondern auch den Umgang mit klimabedingten Herausforderungen beeinflussen könnten.

Depressionen und chronische Schmerzen sind weit verbreitet und oft schwer zu behandeln. Besonders herausfordernd ist die Therapie primär chronischer Schmerzkrankungen wie Fibromyalgie, die nicht ausschliesslich auf strukturelle, posturale oder biomechanische Ursachen zurückzuführen sind und als eigenständige Erkrankung gelten. Gängige Behandlungsmethoden zeigen häufig nur begrenzte Wirksamkeit. Ein vielversprechender Ansatz ist die passive Ganzkörperhyperthermie – eine therapeutische Hitzeanwendung. Physiotherapeut und Projektleiter Kay Hanusch sammelte bereits während seiner Ausbildung in Deutschland erste Erfahrungen mit dieser Methode bei Rheumapatient*innen. Sie begleitete sein therapeutisches Handeln weiter in mehreren Kliniken: «Viele Patient*innen berichteten nach der Therapie von einer spürbaren Stimmungsaufhellung, was uns zu weiteren Untersuchungen veranlasste», so Hanusch.

Passive Ganzkörperhyperthermie: Anwendung und Wirkung

Bei der moderaten passiven Ganzkörperhyperthermie wird die Körperkerntemperatur um etwa 1 °C auf bis zu 38,5 °C erhöht. «Die Patient*innen liegen in einem

Hyperthermiezelt, wo Hitzestrahler mit wassergefilterten Infrarot-A-Lampen die Kammer auf etwa 55 °C erwärmen», erklärt Hanusch. Das Schwitzen erhöht die Luftfeuchtigkeit in der Kammer, wodurch die natürliche Kühlung des Körpers eingeschränkt und die Körperkerntemperatur gezielt angehoben wird. «Wir untersuchen, wie sich das Temperaturempfinden gegenüber Hitze auf Schmerz und Stimmung auswirken – sowohl bei gesunden Menschen als auch bei Patient*innen mit Depressionen oder primär chronischen Schmerzen», erklärt Hanusch. Frühere Beobachtungen an einer gesunden Triathletin zeigten, dass Hitzetraining zu deutlichen Veränderungen der Körperkerntemperatur führen kann. Und in einer Fallstudie im Rahmen einer BFH-Masterarbeit mit Schmerzpatient*innen wurde beobachtet, dass sich die sensorische und nozizeptive Wahrnehmung thermischer Reize nach einer passiven Ganzkörperhyperthermie verändert.

Zusammenhang zwischen Körpertemperatur, Depression und chronischen Schmerzen

Untersuchungen zur Hyperthermie haben verschiedene Hypothesen hervorgebracht. Eine besagt, dass durch die Hitzeanwendung bestimmte Rezeptoren wie Kortisol- oder Serotoninrezeptoren gebildet werden. Eine andere nennt die Stimulierung des Immunsystems, insbesondere durch die Aktivierung von Zytokinen. Das sind Botenstoffe, die Entzündungsprozesse steuern und bei der Schmerz- und Stressverarbeitung eine Rolle zu spielen scheinen. «Zudem gibt es Hinweise, dass die passive Ganzkörperhyperthermie auch die Noziplastizität im Gehirn, also die Ausweitung oder Reduktion von Hirnarealen der Schmerzentstehung, beeinflussen könnte, besonders in den überlappenden Hirnzentren, die Stress, Schmerz und Temperatur verarbeiten», so Hanusch.

Zur Person



Dr. Kay Hanusch ist Projektleiter und doziert als Schwerpunktleiter im Master of Science für Schmerzphysiotherapie an der BFH.



Die Patient*innen liegen in einem Ganzkörperhyperthermie-Zelt, das durch Infrarot-A-Strahler auf ca. 55 °C erwärmt wird. (Bild: Heckel Medizintechnik)

Bereits 1997 stellten Forschende fest, dass depressive Patient*innen eine erhöhte zirkadiane Körperkerntemperatur aufwiesen, die sich nach einer Elektrokonvulsions-therapie EKT wieder normalisierte (Szuba et al.). Der Zusammenhang mit primär chronischen Schmerzen wurde kürzlich von der Forschungsgruppe um Langhorst et. al. publiziert (2023). Zudem zeigten Menschen, die in tropischen Klimazonen leben, Anpassungen der Körpertemperatur und eine erhöhte Hitzetoleranz durch eine veränderte Wahrnehmung thermischer Reize (Tochihara et al. 2022). Interessant ist der Zusammenhang zwischen Thermoregulation und psychischen Erkrankungen: Angststörungen sind oft mit schlechterer Kälte-, Depressionen mit verminderter Hitzeanpassung verbunden (Fischer 2024).

Hitze als physiotherapeutischer Ansatz bei stressbedingten Erkrankungen

Hyperthermie könnte gezielt bei Depressionen und primär chronischen Schmerzen eingesetzt werden. Hanusch sieht Potenzial, depressive Patient*innen damit auf Psychotherapie vorzubereiten: «Sie könnte helfen, die mentale Starre zu durchbrechen – ähnlich wie auch Antidepressiva eingesetzt werden». In Studien konnte die depressive Symptomatik durch Hyperthermie deutlich reduziert werden (Knobel 2022). «Bemerkenswert war das sehr rasche Ansprechen – im Gegensatz zu Antidepressiva, die oft Wochen benötigen», berichtet Hanusch. Auch Schmerzpatient*innen könnten profitieren, indem die Hyperthermie als Einstieg in eine Bewegungstherapie genutzt wird, da sie die nozizeptiven Signale von Bewegungsschmerzen reduziert.

Temperaturtraining für eine bessere Anpassung an den Klimawandel

Neben der therapeutischen Anwendung könnte eine adaptierte Hyperthermie auch im Zusammenhang mit dem Klimawandel helfen. «Wenn wir verstehen, wie thermische Anpassung im Körper funktioniert, können wir gezielte Empfehlungen geben, um Menschen in Zeiten des Klimawandels besser zu schützen», so Hanusch. Für die Lebensqualität älterer Menschen kann es sinnvoll sein, ihre Hitzetoleranz durch Exposition von Hitze kontrolliert zu verbessern, statt sie in kühlen Räumen zu isolieren.

Thermotherapien haben in der Physiotherapie eine lange Geschichte – neue Erkenntnisse könnten helfen, sie gezielt in die moderne Schmerz- und Depressionsbehandlung zu integrieren. Ansätze wie die passive Ganzkörperhyperthermie könnten den Zugang zu multimodalen Therapien erleichtern und die Lebensqualität Betroffener nachhaltig verbessern. «Wir stehen erst am Anfang dieser spannenden Forschung, aber die bisherigen Ergebnisse geben Anlass zur Hoffnung».



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

Autorin:
Katja Wey, Kommunikation
Departement Gesundheit

Psychiatrische Akutstationen gemeinsam neu denken

Architektur und Design beeinflussen Gesundheit und Wohlbefinden. Besonders zum Tragen kommt das auf psychiatrischen Akutstationen. Ein interdisziplinäres Forschungsteam der BFH untersucht, wie eine partizipative Planung Räume ermöglicht, die negative Erlebnisse für Patient*innen und Mitarbeitende verringern sollen.

Durch die zunehmende Verlagerung hin zu ambulanten Dienstleistungen in der Psychiatrie können stationäre Aufenthalte, Zwangsmassnahmen und unfreiwillige Aufnahmen nachweislich reduziert werden. Trotzdem gibt es Situationen, in denen Unterstützung nicht zu Hause oder ambulant angeboten werden kann. Wie können Zwangsmassnahmen und andere negative Erlebnisse im stationären Umfeld verhindert werden? Diese Frage wird in der Forschung noch wenig adressiert. Ein Ansatz ist die Anpassung der physischen Umgebung an die Bedürfnisse der Betroffenen. Eine interprofessionelle Forschungsgruppe der Berner Fachhochschule BFH untersucht, wie Architektur und Design von psychiatrischen Akutstationen neu gedacht und optimiert werden können, um ein genesungsförderndes Umfeld zu schaffen.

Wie Architektur die Gesundheit beeinflusst

Der Zusammenhang zwischen Architektur und Gesundheit wird oft unterschätzt. Elke Reitmayer, Expertin für Architekturpsychologie und Neuroarchitektur, betont: «Die Auswirkungen des Raums auf unser Empfinden sind sehr wichtig. Leider ist die Forschung dazu noch immer eine Nische.» Oft haben kleine architektonische Elemente wie eine verschlossene Tür oder ein verriegeltes Fenster besonders im Kontext einer psychiatrischen Akutstation grosse Auswirkungen und können Aggressionen und Panik hervorrufen. Ein durchdachtes Raumkonzept hingegen kann das Wohlbefinden von Patient*innen und Mitarbeitenden erhöhen. Faktoren wie eine selbstständige Lichtsteuerung, Rückzugsorte oder die Möglichkeit, Fenster zu öffnen, fördern die Selbstbestimmtheit und reduzieren das Konfliktpotenzial. Reitmayer unterstreicht: «Es geht um mehr als angenehme Baumaterialien und beruhigende Farben. Wir überdenken den Grundriss von Gebäuden und wie er auf Menschen wirkt.»

Gemeinsame Planung: Die Bedeutung von User Involvement

Die Problemzonen einer psychiatrischen Akutstation werden von den Forschenden nicht nur theoretisch identifiziert. Neben Fachpersonen aus den Bereichen Architektur, Design und Pflege sind von Anfang an Menschen mit psychischen Krankheitserfahrungen in das Projekt involviert. Sie überprüfen, ob die Perspektive der Nutzer*innen in das Projekt einfließt. «Diese Inklusion und Partizipation ist in der Forschung einzigartig», sagt Sabine Rühle Andersson, die das Projekt als wissenschaftliche Mitarbeiterin begleitet.

Peers, Expert*innen aus Erfahrung, Nutzende und Service User

Der partizipative Ansatz des Projekts PSYwithUS bezieht Peers, Expert*innen aus Erfahrung und Service User mit ein. Was ist damit gemeint?

- Peers sind Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung, die eine Weiterbildung absolviert haben, um andere Menschen in ähnlichen Situationen zu unterstützen, teilweise auf Akutstationen oder in anderen Settings.
- Expert*innen aus Erfahrung sind Menschen mit einer psychiatrischen Krankheitserfahrung, die diese in verschiedenen Bereichen und Projekten der Versorgung, Bildung oder Forschung einbringen.
- Service User oder Nutzende sind Menschen mit psychiatrischer Krankheitserfahrung, die in der Vergangenheit Angebote des Gesundheitswesens genutzt haben oder es immer noch tun und diese für die Bewältigung der Krankheit benötigen.



1 Im Swiss Center for Design and Health SCDH soll ein Prototyp entwickelt und erprobt werden. (Bild: Christian Burr)



2 Das Projektteam mit Dr. Christian Burr, Elke Reitmayer, Sabine Rühle Andersson und Claude Spiller (v.l.n.r.). (Bild: Christian Burr)



3 Gesundheitsdesign schafft Räume, die Genesung und Wohlbefinden gezielt fördern. (3D-Visualisierung: Jente Pauwels und Elke Reitmayer)

Das Forschungsteam führt Interviews mit Nutzer*innen und Mitarbeitenden in psychiatrischen Kliniken durch, analysiert bestehende Strukturen und will daraus Konzepte für die Architektur erstellen. In einem ersten Workshop wurde deutlich, wie essenziell eine angenehme Umgebung für die Nutzer*innen ist. Sie äusserten den Wunsch nach hellen, freundlichen Räumen, die Vertrauen schaffen, sowie nach Materialien und Düften, die nicht an ein Krankenhaus erinnern. Zudem wurde klar: Wenn Betroffene wissen, dass Peers an der Gestaltung der Station mitgearbeitet haben oder als Peers auf den Stationen arbeiten, erhöht dies das Vertrauen und somit die Bereitschaft, sich in einer akuten Krise stationär behandeln zu lassen. «Co-Produktion und Partizipation sind essenziell für die Akzeptanz und Wirksamkeit neuer Konzepte», sagt Sabine Rühle Andersson, «der Einbezug von Peers schafft Vertrauen.»

Partizipativer Prozess als Ergebnis

Das Forschungsteam erhofft sich Hinweise auf Chancen und Herausforderungen von Partizipation und User Involvement in der Forschung. Das vorläufige Ziel des Projekts ist nicht die Entwicklung fixfertiger architektonischer Lösungen. «Wir wollen zunächst einen Prozess entwickeln, der eine partizipative Planung einer psychiatrischen Akutstation ermöglicht», erläutert Elke Reitmayer. Das soll Entscheidungsträger*innen helfen, bauliche Veränderungen vorzunehmen, die Patient*innen und Mitarbeitenden effektiv nützen. Dieser Prozess soll exemplarisch in Zusammenarbeit mit dem Swiss Center for Design and Health SCDH in Form eines Prototyps entwickelt und erprobt werden.

Autor:
Sandro Nydegger, Kommunikation
Departement Gesundheit

Mit mehr Transparenz zu fairen Medikamentenpreisen?

Bei immer mehr Arzneimitteln kommen geheime Rabatte zum Einsatz. Das erschwert sowohl die Vergleichbarkeit als auch die Preisverhandlungen. Der eigentliche Nutzen eines Medikaments bleibt dabei unberücksichtigt. Ein neues Berechnungsmodell soll dies ändern.



Medikamente werden in der Schweiz immer teurer und gleichzeitig häufiger eingesetzt. 2023 gaben die Krankenversicherungen in der Schweiz pro Kopf fast 1000 Franken für Arzneimittel aus – mehr als in jedem anderen europäischen Land. Dies belastet nicht nur die Versicherungen, sondern auch die Prämienzahler*innen. Medikamente machen heute 22 Prozent der Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aus.

Die Gründe, warum wir in der Schweiz so viel Geld für Medikamente ausgeben, sind vielfältig. Einer davon ist beispielsweise der nach wie vor geringe Einsatz von Generika oder Biosimilars anstelle von Originalpräparaten,

ein anderer die mengenmässige Zunahme des Medikamentenkonsums in einer alternden Gesellschaft. Ein weiterer Treiber für das Kostenwachstum sind neue, hochpreisige Medikamente. Neu entwickelte Therapien, besonders im Bereich Krebstherapie, Immunsuppressiva und Antidiabetika, werden zunehmend bei mehr Menschen und über eine längere Dauer eingesetzt. Laut dem Arzneimittelreport von Helsana machen Krebs- und Immunsystemmittel rund 30 Prozent der gesamten Medikamentenkosten aus, obwohl sie nur für 2,7 Prozent aller Bezüge verantwortlich sind.



Mit Vergleichen zum Listenpreis

Doch wie kommen die Medikamentenpreise in der Schweiz überhaupt zustande? Der offizielle Prozess ist klar vorgegeben: Nachdem Wirkung und Risiken eines neuen Medikaments durch das Schweizerische Heilmittelinstitut Swissmedic abgeklärt wurden, überprüft das Bundesamt für Gesundheit BAG die sogenannten WZW-Kriterien: Relative Wirksamkeit im Vergleich zu anderen Medikamenten, die Zweckmässigkeit und – für den Preis entscheidend – die Wirtschaftlichkeit. Letztere wird durch zwei Vergleiche erwogen:

- Der Auslandpreisvergleich (APV): Die Preise werden mit jenen in neun europäischen Ländern verglichen. Ziel ist es, überhöhte Preise zu vermeiden.
- Der therapeutische Quervergleich (TQV): Hier wird geprüft, ob der Preis eines neuen Medikaments im Verhältnis zu bestehenden Behandlungen angemessen ist.

Auf dieser Basis verhandeln das BAG oder die Krankenkassen den Preis mit der Herstellerfirma. Der vereinbarte Preis kommt schliesslich auf die sogenannte Spezialitätenliste. Diese Liste umfasst alle Medikamente, die von der obligatorischen Krankenversicherung erstattet werden. Sie dient als Referenz für Ärzt*innen und Apotheken, um sicherzustellen, dass nur wirtschaftliche und medizinisch sinnvolle Arzneimittel entsprechend der WZW-Kriterien erstattet werden.

Mit geheimen Rabatten zu «Schaufensterpreisen»

Soweit der offizielle Prozess. In den letzten Jahren haben sich jedoch geheime Verhandlungen zwischen dem BAG und den Herstellerfirmen etabliert. Um einen möglichst raschen und kostengünstigen Zugang zu neuen und hochpreisigen Arzneimitteln – insbesondere in der Onkologie oder bei seltenen Krankheiten – zu ermöglichen, kommen sogenannte Preismodelle zur Anwendung. Das sind vertrauliche Rückerstattungen oder Rabatte, die vom offiziellen Listenpreis abgezogen werden. Die Folge: Der Preis auf der offiziellen Spezialitätenliste stimmt nicht mit dem realen Nettopreis überein, er ist ein sogenannter «Schaufensterpreis».

Rabatte sind gut – wo liegt das Problem? Das sieht auch der Bundesrat so. Er befürwortet die Etablierung vertraulicher Preismodelle, um die Kosten für teure Medikamente zu senken. Dieses Vorgehen soll im Krankenversicherungsgesetz (KVG) verankert werden. Doch die Situation ist komplizierter: Da viele Länder wie die Schweiz die Medikamentenpreise anhand internationaler Vergleiche festlegen, führt ein hoher Listenpreis in der Schweiz dazu, dass auch andere Staaten höhere Preise akzeptieren – und umgekehrt ebenfalls. Der Auslandpreisvergleich (APV) verliert seine Aussagekraft, da «Schaufensterpreise» miteinander verglichen werden, ohne dass die vertraulichen Rabatte bekannt sind.



Mehr Transparenz durch das Swiss Drug Pricing Modell

Im ganzen Prozess der Preisfindung fällt auf, dass der Nutzen eines neuen Medikaments nur eine untergeordnete Rolle spielt. Dabei könnte genau dieser Zusatznutzen die transparente Basis für eine faire Preisverhandlung sein. So sieht es das Swiss Drug Pricing Modell (SDPM) vor. Entwickelt von Forschenden am Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik der BFH will das Modell mit Evidenz eine effiziente Orientierung für die Verhandlungsparteien bieten. Anhand der Bewertung des Zusatznutzens und der Kosten der bisherigen Standardbehandlung schlägt das Modell eine Preisspanne für neue Therapien vor. Der Zusatznutzen wird dabei anhand des Gesamtüberlebens, der Lebensqualität und der Sicherheit berechnet.

Mit dem SDPM als Verhandlungsgrundlage geht auch die Hoffnung auf faire Medikamentenpreise einher. Mehr Transparenz fördert den Wettbewerb, da Firmen ihre Preise am Nutzen einer Therapie orientieren müssten. Langfristig könnte dies die Gesundheitskosten senken und den Zugang zu bezahlbaren Medikamenten verbessern.

Literatur:

- Helsana (2024). Report Arzneimittel. reports.helsana.ch/medizin/2024
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2024). Faktenblatt: Starkes Kostenwachstum bei Medikamenten.
- Blankart, K. & Meier, N. (2024). Arzneimittelpreise: Das Swiss Drug Pricing Model könnte Klarheit schaffen. In: *Medinside*, 20. August 2024.
- Meier, N. & Pletscher, M. (2024). Swiss Drug Pricing Model (SDPM) - Ein Modell zur Berechnung wirtschaftlicher Preise neuer Therapien in der Schweiz. doi: 10.24451/arbor.22122.

Autor:
Sandro Nydegger, Kommunikation
Departement Gesundheit

Innovative Modelle für ländliche Regionen

In ländlichen Regionen sind die Herausforderungen der Gesundheitsversorgung besonders spürbar. Gleichzeitig gibt es innovative Lösungsansätze, die zeigen, wie eine nachhaltige Versorgung auch in peripheren Regionen gesichert werden kann.

In den Städten gibt es 2,5-mal so viele Grundversorger*innen pro Einwohner*innen wie auf dem Land.

In der Stadt ist fast jede zweite Grundversorgerin weiblich, auf dem Land nur gut jede dritte.

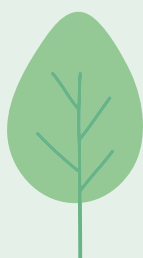
Die Gesundheitsversorgung in der Schweiz steht insbesondere in ländlichen Regionen vor grossen Herausforderungen. Grundversorger*innen spielen eine zentrale Rolle in der medizinischen Erstversorgung und behandeln rund 90 Prozent aller Konsultationen abschliessend, doch gerade in peripheren Gebieten mangelt es an Nachwuchs. Der demografische Wandel verschärft das Problem: Die Hälfte der berufstätigen Ärzt*innen ist über 50 Jahre alt. Viele gehen in den Ruhestand, ohne dass eine Nachfolge gefunden wird. Dadurch weichen Patient*innen immer häufiger auf Spezialist*innen oder Spitäler aus, was zu einer Fragmentierung der Versorgung führt. Die Auswirkungen sind für alle Beteiligten spürbar: längere Wege für Patient*innen, steigende Wartezeiten und eine erschwerte Koordination zwischen den Leistungserbringenden. Informationsverluste und Doppelspurigkeiten sind die Folge, was die Kosten im ohnehin belasteten Gesundheitssystem weiter in die Höhe treibt.

Stadt-Land-Vergleich in der medizinischen Grundversorgung

Schweiz, 2021

Kennzahl	Städtische Gebiete	Ländliche Gebiete
Grundversorgerdichte	1,0 VZÄ/1000 Ew.	0,4 VZÄ/1000 Ew.
Durchschnittliche Wochenarbeitszeit	38,1 h	41,3 h
Ausländische Ausbildungsabschlüsse	28,8 %	32,5 %
Frauenanteil unter Grundversorger*innen	49,4 %	37,1 %

Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS), Medizinische Grundversorgung in der Schweiz 2018–2021



Vernetzung als Schlüssel zur besseren Versorgung

Ein Lösungsansatz ist die stärkere Vernetzung der bestehenden Versorgungsstrukturen. Durch die koordinierte Zusammenarbeit von medizinischen Praxen, Spitex, Spitälern und weiteren Gesundheitsdienstleister*innen kann eine integrierte Versorgung erreicht werden. Ein erfolgreiches Beispiel ist das «Gesundheitsnetz Emmental». Der Verein «Gesund i.E.» arbeitet dort mit Spitexorganisationen, Hausärzt*innen, Langzeitpflegeinstitutionen und dem Spital Emmental zusammen, um die Abstimmung innerhalb der Versorgungskette zu verbessern. Ziel ist es, Doppelspurigkeiten zu vermeiden und eine effizientere Behandlung sicherzustellen – insbesondere für Menschen mit chronischen Erkrankungen.

Patrik Walther, Co-Präsident des Vereins «Gesund i.E.» und Geschäftsführer der Alterszentrum Sumiswald AG, betont die Bedeutung einer integrierten Herangehensweise: «Eine gut abgestimmte Zusammenarbeit entlang der gesamten Versorgungskette ist entscheidend, um die Qualität der Behandlung zu gewährleisten und das Gesundheitssystem nachhaltig zu entlasten.» Die BFH begleitet das Gesundheitsnetz Emmental wissenschaftlich und arbeitet seit 2022 an der Weiterentwicklung des Modells, um praxisnahe Lösungen für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung zu erarbeiten.

Advanced Practice Nurses als Chance

Insbesondere koordinierende Ansprechpersonen, welche die Patient*innen aufsuchen, begleiten, betreuen und behandeln, spielen innerhalb des zukünftigen Versorgungssystems auf dem Land eine entscheidende Rolle. Die BFH bildet hierfür seit 2010 Advanced Practice Nurses (APN) auf Master-Stufe aus. Bereits heute übernehmen diese hoch qualifizierten Pflegefachpersonen Schlüsselaufgaben in Praxen, der Spitex, der Akut- und Langzeitversorgung. Trotz des Potenzials dieser Berufsgruppe ist ihr Einsatz in der Schweiz noch begrenzt. Zwar steigt die Zahl der ausgebildeten APN, doch rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen sind noch nicht abschliessend geklärt. Berufsverbände, wie der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), der Verein für Pflegewissenschaft (VfP) sowie

Leistungserbringende setzen sich daher für eine klare rechtliche Verankerung dieser Rolle ein. So ist derzeit viel in Bewegung, um den Master-Abschluss in der Pflege zu regulieren und die APN in das Schweizer Gesundheitssystem zu integrieren, damit ihr Einsatz wirtschaftlich attraktiver wird.

Systeme zur Unterstützung der Versorgung

Auch die Digitalisierung kann die Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen verbessern, so z. B. durch den Ausbau telemedizinischer Versorgungsstrukturen oder den flächendeckenden Einsatz eines elektronischen Patientendossiers. Der Einsatz von künstlicher Intelligenz könnte die Wegleitung von Patient*innen optimieren, indem sie gezielt an die jeweils passende Versorgungsebene weitergeleitet werden. Programme wie «Care@home» zeigen, dass auch komplexe Behandlungen mit technologischer Unterstützung in der häuslichen Umgebung durchgeführt werden können – eine Alternative zu stationären Aufenthalten. Darüber hinaus gibt es im Kanton Bern unter Federführung der BFH bereits Pilotprojekte zum Einsatz von «School Nurses» in Schulen, die nicht nur Lehrpersonen entlasten, sondern auch die gesundheitliche Betreuung von Kindern und Jugendlichen verbessern sollen.

Damit solche Modelle erfolgreich umgesetzt werden können, braucht es eine bessere Koordination zwischen den Leistungserbringenden, neue Finanzierungsmodelle und den politischen Willen. «Wir möchten agieren statt reagieren», sagt Patrik Walther. Das Gesundheitsnetz Emmental ist ein erster Schritt auf dem Weg zu einer koordinierten Versorgung, die sich an den Bedürfnissen der Bevölkerung orientiert.

Autor*innen:
Christian Eissler, Leiter MSc Pflege

Nicole Schaffner, Kommunikation
Departement Gesundheit

«Gesundheitsversorgung im Emmental stärken»

Lesen Sie online das Interview mit Patrik Walther, Präsident von «Gesund i.E.». Er spricht über die zentrale Aufgabe des Vereins, die Gesundheitsversorgung im Emmental zu sichern. Er erklärt, wie das Gesundheitsnetz Emmental die Zusammenarbeit zwischen den Dienstleister*innen stärkt und welche Lösungen gegen Fachkräftemangel, Komplexität und steigende Kosten angestrebt werden.



Zum Interview

Auf dem Land ist die medizinische Versorgung stärker von ausländischem Personal abhängig.

Grundversorger*innen auf dem Land arbeiten im Schnitt über 8% mehr Stunden pro Woche als ihre Kolleg*innen in der Stadt.



Bessere Spitalpflege durch digitale Daten

Die Erfassung von Stürzen und Dekubitus in Schweizer Spitälern war lange mit hohem Aufwand verbunden. Nun bieten digitale klinische Routinedaten eine vielversprechende Alternative. Die BFH untersucht in einem Pilotprojekt mit 70 Spitälern die Anwendung.

Stellen Sie sich vor, Sie brechen sich ein Bein und müssen ins Spital. Nach der Operation entwickelt sich durch die eingeschränkte Mobilität ein schmerzhafter Dekubitus am Gesäss, der den Spitalaufenthalt verlängert und tägliche Verbandswechsel erfordert. Solche unerwünschten Ereignisse sind vermeidbar – mit optimaler pflegerischer und interdisziplinärer Versorgung. Dieses Beispiel zeigt: Patient*innensicherheit im Spital ist essenziell – sowohl für das Wohl der Patient*innen als auch aus ökonomischer Sicht. Die systematische Erfassung und Analyse von unerwünschten Vorfällen hilft, potenzielle Missstände aufzudecken. Ein national einheitliches Vorgehen ermöglicht es zudem, Verbesserungspotenziale zu identifizieren und Massnahmen abzuleiten.



Digitale Routinedaten erleichtern die nationale Erfassung von Stürzen und Dekubitus. (Bild: Adobe Stock)

Messung führte zu weniger Vorfällen

Die nationale Prävalenzmessung zu Sturz und Dekubitus machte dies möglich. Von 2011 bis 2022 erfasste die BFH im Auftrag des ANQ, dem Kompetenzzentrum für Qualitätsmessungen in Spitälern und Kliniken, schweizweit die Sturz- und Dekubitusfälle. Die jährliche Erhebung verpflichtete Spitäler dazu, bei allen Patient*innen an einem festgelegten Stichtag standardisiert Daten zu Sturz und Dekubitus zu erheben. Sie lieferte wichtige Daten zur Qualitätssicherung und ermöglichte Vergleiche zwischen den Spitälern. Die Öffentlichkeit konnte auf der Website des ANQ sehen, wie die einzelnen Spitäler im Vergleich zum nationalen Durchschnitt abschnitten. Die Einführung dieser Messung war ein bedeutender Fortschritt für die Qualitätsmessung und die unerwünschten Vorfälle nahmen durch die regelmässige Messung ab (Bernet et al., 2024; Thomann & Bernet, 2024; Thomann et al., 2023).

Trotz ihrer Bedeutung geriet die Prävalenzmessung zunehmend in die Kritik. Die Datenerhebung war sehr zeitintensiv und erforderte einen erheblichen personellen Aufwand im Verhältnis zum Nutzen. Zudem konnten schwer betroffene Patient*innen oftmals ihr Einverständnis zur Datenerhebung nicht geben und daher nicht teilnehmen, was zu verzerrten Ergebnissen führte. Durch die Erhebung an einem Stichtag fehlte den Daten die zeitliche Relation beispielsweise im Kontext der Präventionsmassnahmen. Zudem konnten die Ergebnisse bei Spitälern mit wenigen Patient*innen stark schwanken: Ein Dekubitus-Vorfall in einer kleinen Patient*innengruppe wirkt sich stärker auf das Ergebnis aus als ein Dekubitus-Vorfall in einer grossen Gruppe.

Der neue Weg: Nutzung von Routinedaten

Die zunehmende Digitalisierung in den Spitälern eröffnet neue Möglichkeiten. Statt aufwendiger Stichtagsmessungen sollen künftig Daten aus dem Klinikinformationssystem (KIS) genutzt werden. Diese klinischen Routinedaten werden ohnehin während der Behandlung



Herausforderungen der bisherigen Messung



Der personelle Aufwand für die Datenerhebung war sehr hoch.



Schwer erkrankte Patient*innen konnten oft nicht teilnehmen, was zu verzerrten Ergebnissen führte.



Einzelne Erhebungstage boten wenig Kontext zur tatsächlichen Pflegequalität und hatten dadurch nur begrenzte Aussagekraft.



Vorteile der digitalen Messung



Der Erhebungsaufwand kann deutlich reduziert werden, da die Daten bereits vorhanden sind.



Alle Patient*innen können erfasst werden, wodurch Verzerrungen vermieden werden.



Durch die Nutzung von Routinedaten können längere Zeiträume beobachtet werden, was die Aussagekraft stärkt.



Herausforderungen der digitalen Messung



Jedes Spital nutzt unterschiedliche KIS-Systeme, die sich in der Art der Datenerfassung unterscheiden.



Definitionen, Zeitpunkt und Regelmässigkeit der Dokumentation variieren, und nicht alle Daten sind in einem einheitlichen Format exportierbar.



Die Datenqualität hängt stark von der internen Dokumentationspraxis der Spitäler ab, was Unterschiede zwischen den Institutionen mit sich bringt.

Messmethoden: Vorteile und Herausforderungen im Überblick.

erfasst und ermöglichen eine kontinuierliche und genauere Analyse. Eine erste Machbarkeitsanalyse hat vielversprechende Ergebnisse gezeigt. Der Erhebungsaufwand kann deutlich reduziert werden, da die Daten bereits vorhanden sind. Zudem können alle Patient*innen erfasst werden, wodurch Verzerrungen vermieden werden. Die Nutzung von Routinedaten bietet ausserdem einen besseren Kontext, da ein längerer Zeitraum beobachtet werden kann anstelle eines Stichtags (Bernet et al., 2022).

Herausforderungen und Pilotprojekt

Doch es gibt auch hier Hürden. Jedes Spital nutzt unterschiedliche KIS-Systeme, die sich in der Art der Datenerfassung unterscheiden. Definitionen, Zeitpunkt und Regelmässigkeit der Dokumentation variieren und nicht alle Daten sind in einem einheitlichen Format exportierbar. Zudem hängt die Datenqualität stark von der internen Dokumentationspraxis ab.

Um diese Herausforderungen anzugehen, hat die BFH zusammen mit dem ANQ ein nationales Pilotprojekt gestartet. Dabei wurden mit Vertreter*innen aus den Spitälern und dem technischen Umsetzungspartner «w hoch 2 GmbH» Vorgaben zur Nutzung der KIS-Daten formuliert. Aktuell testen rund 70 Spitäler freiwillig die Umsetzbarkeit und Vollständigkeit der Vorgaben. Die Ergebnisse

werden zeigen, ob die Nutzung von KIS-Daten für nationale Qualitätsmessungen tragfähig ist. Falls dies zutrifft, wäre eine Ausweitung auf weitere Qualitätsindikatoren wie Mangelernährung oder freiheitsbeschränkende Massnahmen denkbar.

Bereits heute ist jedoch klar: Eine solide Datengrundlage war und wird auch in Zukunft wichtig sein, um die Patient*innensicherheit im Spital zu verbessern – und so dazu beizutragen, dass die eingangs beschriebene Situation in Zukunft möglichst vermieden werden kann.



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

Autor*innen:
Dr. Niklaus Stefan Bernet
Co-Leitung Innovationsfeld Qualität im Gesundheitswesen

Dr. Silvia Thomann
Co-Leitung Innovationsfeld Qualität im Gesundheitswesen

Durch interprofessionelles Wissen die Ernährungsmedizin fördern

Steigende Kosten, Fachkräftemangel und komplexe Behandlungen erfordern neue Wege in der Ernährung und Diätetik. Der CAS Interprofessionelle Ernährungsmedizin fördert interprofessionelles Wissen, stärkt die Qualität der Ernährungsmedizin und vernetzt Fachkräfte für eine bessere Patientenversorgung.

Im Bereich Ernährung steigt die Zahl der polymorbiden Patient*innen, bei denen z. B. Mangelernährung ein grosses Problem ist. Die Menschen werden immer älter, weil die medizinische Versorgung, gerade auch im Bereich Onkologie, laufend verbessert wird. Dabei geht oft vergessen, dass die Patient*innen auch in ihrer körperlichen Substanz erhalten werden müssen. Begleitende Therapien wie Ernährung, aber auch Bewegung, wurden unter anderem aus ökonomischen Gründen weniger beforscht und anerkannt, da der Fokus bisher auf der medikamentösen Behandlung lag. Es gibt derzeit zu wenig Fachkräfte, gerade auch bei den Ärzt*innen, die die Kompetenzen und das Wissen haben, um dieses Thema gut anpacken zu können. «Hier besteht eindeutig ein Mismatch», meint Philipp Schütz. «Hinzu kommt der Kostendruck in den Spitälern: Alles muss schneller gehen und das Personal effizienter werden. Dies führte dazu,

dass insbesondere bei den Ernährungsberater*innen abgebaut wurde. So stehen wir nun im Bereich Ernährungsmedizin vor einer Versorgungslücke.»

Interprofessionelle Weiterbildung für bessere Ernährungskonzepte

Diese Lücke soll mit einer neuen Weiterbildung geschlossen werden. Traditionell wird die Ernährung im Medizinstudium nur am Rande behandelt. Mit entsprechenden Weiterbildungsprogrammen können nun Ärzt*innen mit Ernährungsfachpersonen ihr Wissen im interprofessionellen Setting theoretisch und praktisch vertiefen. Philipp Schütz sagt: «Das Ziel ist, dass pro Spital mindestens ein Ernährungs-Champion aus der Ärzteschaft den Lead übernimmt und mit einem multiprofessionellen Ernährungsteam gute Konzepte ausarbeitet.» Dabei werden die Strukturen und Prozesse in den Spitälern geprüft und neu organisiert. Zum Ernährungsteam gehören z. B. Fachpersonen der Ernährungsberatung, Pflegefachpersonen, aber auch, Köch*innen, die ebenfalls eine wichtige Rolle in der Verpflegung spielen und die ganze Logistik rundherum. All diese Fachpersonen nehmen Einfluss auf die Behandlungsqualität der Patient*innen. Durch eine gute Zusammenarbeit kann der Erfolg der Behandlung verbessert werden. Deshalb ist es wichtig, dass diese Konzepte – auch in finanzieller Hinsicht – einen Schub bekommen und den angemessenen Stellenwert im Gesundheitswesen erhalten.

Zu den Personen



Dr. med. Philipp Schütz,
Präsident GESKES, Leiter Med.
Uniklinik, Chefarzt Innere
Medizin und Endokrinologie,
Kantonsspital Aarau



Pascal Tribolet, MSc nutr med,
Dozent und Leiter Weiterbildung,
BFH

Behandlung mit Fokus auf Qualität und Patient*innen

Der CAS Interprofessionelle Ernährungsmedizin soll ein übergreifendes Verständnis im Bereich der klinischen Ernährung bilden. Angesprochen werden in erster Linie Mediziner*innen und Ernährungsberater*innen. Interessant könnte die Weiterbildung auch für Ernährungswissenschaftler*innen, Spitalapotheker*innen



Ernährungsmedizin ist Teamarbeit.

und Pflegefachpersonen sein. «Es ist uns sehr wichtig, dass alle Berufsgruppen profitieren und ein klares Rollenverständnis bezüglich Funktionen, Aufgaben und Prozessen entwickeln, damit auf Augenhöhe zusammengearbeitet wird», betont Pascal Tribolet. Zukünftig können somit Schnittstellen besser geklärt und Therapien gemeinsam definiert werden, was die Prozesse effizienter macht und die Qualität der Behandlung mit Fokus auf die Patient*innen optimiert.

Der CAS bietet zudem eine einzigartige Plattform zur Förderung eines spannenden Austauschs, indem verschiedene Professionen bzw. Abschlüsse der Ernährungsberater*innen auf Bachelor- und ein integriertes Modul auf Master-Level sowie der universitäre Abschluss der Mediziner*innen vereint werden. Die interprofessionellen Kontakte, die dabei auch mit Leader*innen im klinischen Ernährungsbereich, mit Fachpersonen der GESKES und der Ernährungsberatung entstehen, sind auch nach der Weiterbildung wichtig für ein sich etablierendes Netzwerk. In diesem Netzwerk finden sich interessante Forschungspartner*innen, die die GESKES für ihre verschiedenen Studien zur Wirkung der Ernährungsmedizin nutzen kann.

Die Zukunft der Ernährungsmedizin sichern

«Unser klares Ziel ist es, schweizweit die Qualität der Ernährungsmedizin zu stärken», betont Philipp Schütz. «Wir erhoffen uns, dass das Interesse und die Freude an diesem Bereich gefördert und die Fachpersonen vernetzt

CAS Interprofessionelle Ernährungsmedizin

Die GESKES steht als interprofessionelle Organisation von Ärzt*innen, Ernährungsberater*innen und der Pflege für Qualität sowie Aus- und Weiterbildung in der Ernährungsmedizin. Für den Zusatztitel «Interdisziplinärer Schwerpunkt Ernährungsmedizin» wurde gemeinsam mit dem SIWF und der FMH ein Weiterbildungsprogramm entwickelt. Es ermöglicht Fachärzt*innen, ihr Wissen zu vertiefen – für eine kompetente Begleitung ihrer Patient*innen.

Zentrales Element ist der CAS Interprofessionelle Ernährungsmedizin, entwickelt mit der Berner Fachhochschule. Er stärkt Ernährungsteams für komplexe Behandlungen. Pascal Tribolet sieht darin auch die Chance, die Rolle der Ernährungsberater*innen im klinischen Bereich zu stärken und Zusammenarbeit zu fördern.



Mehr zum CAS Interprofessionelle Ernährungsmedizin

werden. So können auch wissenschaftliche Projekte entstehen, die eine Weiterentwicklung der Ernährungsmedizin ermöglichen, denn die GESKES ist auch wissenschaftlich aktiv.» Philipp Schütz möchte insbesondere junge Mediziner*innen für dieses Fachgebiet gewinnen, so dass auch die Zukunft der Ernährungsmedizin gesichert ist. Für Pascal Tribolet hat die Weiterbildung das Potenzial, der Ernährung während und nach dem Spitalaufenthalt einen höheren Stellenwert in der Patiententherapie einzuräumen.

Interview:
Isabelle Stupnicki, Kommunikation
Departement Gesundheit



Bild: Eva Cignacco (Hrsg.), Hebammenarbeit, Verlag Hans Huber

Lücke für psychisch belastete Mütter nach der Geburt schliessen

In der Schweiz fehlen Therapieplätze, die Müttern die Betreuung ihrer Kinder ermöglichen. Etwa 20 Prozent der Mütter erleben nach der Geburt psychische Belastungen. Ein Forschungsprojekt der BFH testet ein Modell zur Behandlung von Wochenbettdepressionen direkt im Zuhause der betroffenen Mütter. Das Modell bietet eine flexible, wohnortnahe Betreuung, die die Bedürfnisse von Mutter und Kind berücksichtigt.

bfh.ch/ppe-zuhause-therapieren

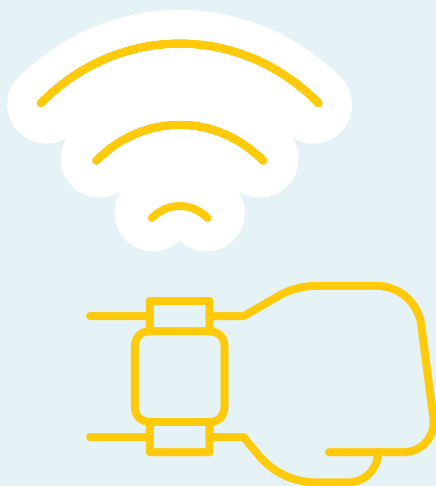
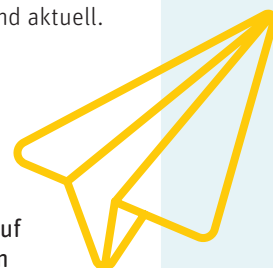
Immer am Puls – mit dem BFH-Newsletter

Neugierig auf neue Forschung, spannende Projekte und Weiterbildungsangebote der BFH? Unser Newsletter bringt die wichtigsten Entwicklungen aus Ihrem Fachbereich direkt in Ihr Postfach – zwei- bis dreimal im Jahr, kompakt und aktuell.

bfh.ch/gesundheit-newsletter



Jetzt abonnieren und auf dem Laufenden bleiben



Wie man Stress stressfrei messen kann

Mit einem neuen Analyseansatz wollen Forschende der BFH arbeitsbedingten Stress messen, ohne zusätzlichen Stress zu verursachen. Durch den Einsatz von tragbaren Sensoren und innovativer Software können Stressoren im Arbeitsalltag erfasst und analysiert werden. Das Ziel ist es, langfristig individuelle Belastungen besser zu verstehen und frühzeitig gegensteuern zu können. Das Verfahren könnte eine wichtige Rolle in der Gesundheitsförderung und Prävention am Arbeitsplatz spielen.

bfh.ch/stress-messen

Mangelernährung und Sarkopenie in der Reha: Studie zeigt Handlungsbedarf

Eine Studie der BFH zeigt, dass viele Patient*innen in der stationären Rehabilitation an Mangelernährung und Sarkopenie leiden, ohne ausreichende Ernährungsberatung zu erhalten. Besonders betroffen sind geriatrische Patient*innen sowie solche mit pulmonalen oder internistisch-onkologischen Erkrankungen. Die Studie fordert die Einführung verbesserter Screening-Programme und eine intensivere Integration von Ernährungsberatung in die Rehabilitation.

bfh.ch/mangelernaehrung-reha



Neues BFH-Institut fördert Kollaboration im Gesundheitswesen

Die BFH hat ein neues Institut für kollaborative Gesundheitsversorgung und Leadership gegründet, um zukunftsweisende Konzepte im Gesundheitswesen zu entwickeln. Es fördert die Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen, Patient*innen und der Öffentlichkeit im Gesundheitswesen und schafft innovative Modelle für eine verbesserte Versorgung. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Ausbildung von Führungspersonen, die Veränderungen im Gesundheitswesen erfolgreich umsetzen können.

bfh.ch/neues-institut-kollaboration

Studium an der BFH: Infoveranstaltungen

Master of Science in Ernährung und Diätetik

📅 16. September, 23. Oktober, 21. November 2025

🕒 18 bis 19 Uhr

📍 Online

📧 bfh.ch/msc-ernaehrung

Master of Science Hebamme

📅 23. September, 10. November 2025

🕒 17 bis 18 Uhr

📍 Online

📅 16. Oktober, 18. Dezember 2025

🕒 18 bis 19 Uhr

📍 Online

📧 bfh.ch/msc-hebamme

Master of Science in Pflege

📅 16. Oktober 2025

🕒 17.15 bis 18.15 Uhr

📍 Online

📅 18. November 2025

🕒 17.15 bis 18.15 Uhr

📍 Vor Ort (Schwarztorstrasse 48)

📧 bfh.ch/msc-pflege

Master of Science in Physiotherapie

📅 15. September, 20. Oktober, 6. November 2025

🕒 19 bis 20 Uhr

📍 Online

📧 bfh.ch/msc-physiotherapie

Master of Science in Healthcare Leadership

📅 1./24. September, 14./29. Oktober 2025

🕒 18 bis 19 Uhr

📍 Online

📧 bfh.ch/msc-healthcare-leadership

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