

BULLETIN

DAS MAGAZIN DES ZHAW-DEPARTEMENTS GESUNDHEIT



Health University

5 **Bildung, Forschung und Versorgung zusammenführen**

8 **Best Practice: Universität Linköping**

Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Ausbildung

10 **Über den Tellerrand des eigenen Berufs blicken**

Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Praxis

13 **Teamwork im Dienste der Patienten**

Angewandtes Lernen in der Versorgungspraxis

16 **Lernen in der Praxis für die Praxis**

Gesundheitsförderung und Prävention

18 **«Ohne Prävention wäre unsere Spezies längst ausgestorben»**

Interdisziplinäre Forschung

22 **Online-Hilfe bei schwierigen Entscheidungen**

Interprofessionelle Weiterbildung

24 **Gemeinsam gegen Schmerz**

25 **Interprofessionelle Weiterbildungsangebote**

Agenda

26 **Veranstaltungen und Publikationen**

–
Titelbild: Umwelteinflüsse, gesellschaftliche Entwicklungen, individuelles Verhalten:
eine Vielzahl von Faktoren strapazieren unsere Gesundheit.

IMPRESSUM

Kontakt

ZHAW Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften
Departement Gesundheit
Technikumstrasse 71
8401 Winterthur
kommunikation.gesundheit@zhaw.ch
www.zhaw.ch/gesundheit

Konzeption und Redaktion

Kommunikationsstelle
Departement Gesundheit

Gestaltung

Driven GmbH, Zürich
www.driven.ch

Druck

Ziegler Druck- und Verlags-AG,
Winterthur
www.zieglerdruck.ch

Lithografie

Mediafabrik AG, Zürich
www.mediafabrik.ch

Korrektorat

Ingrid Essig, Winterthur

Fotos

John Canciani (S. 3), Keiko Saile
(S. 11, 19, 20), Beat Glogger (S. 23),
Urs Siegenthaler (S. 25)

Illustrationen

Nadja Stohler, Dissoid AG

Auflage

5500

Erscheinungsweise

2-mal jährlich
Abonnieren Sie unseren
E-Newsletter mit einem E-Mail an:
kommunikation.gesundheit@zhaw.ch
ISSN 2296-1631



Ein Leitmodell, um Herausforderungen im Gesundheitswesen anzupacken

Fast Food und Alkohol, Reizüberflutung und ständige Verfügbarkeit, Frankenstärke und Immobilienblase, Verkehrsüberlastung und Umweltkatastrophen, Eheprobleme und Sorgenkinder – die Liste liesse sich beliebig erweitern. Die Faktoren, die unsere physische und psychische Gesundheit beeinflussen, sind zahllos. Gleichzeitig machen die demografischen, epidemiologischen, ökonomischen und technologischen Entwicklungen unserer Zeit Versorgungsaufgaben im Gesundheitsbereich zunehmend komplexer.

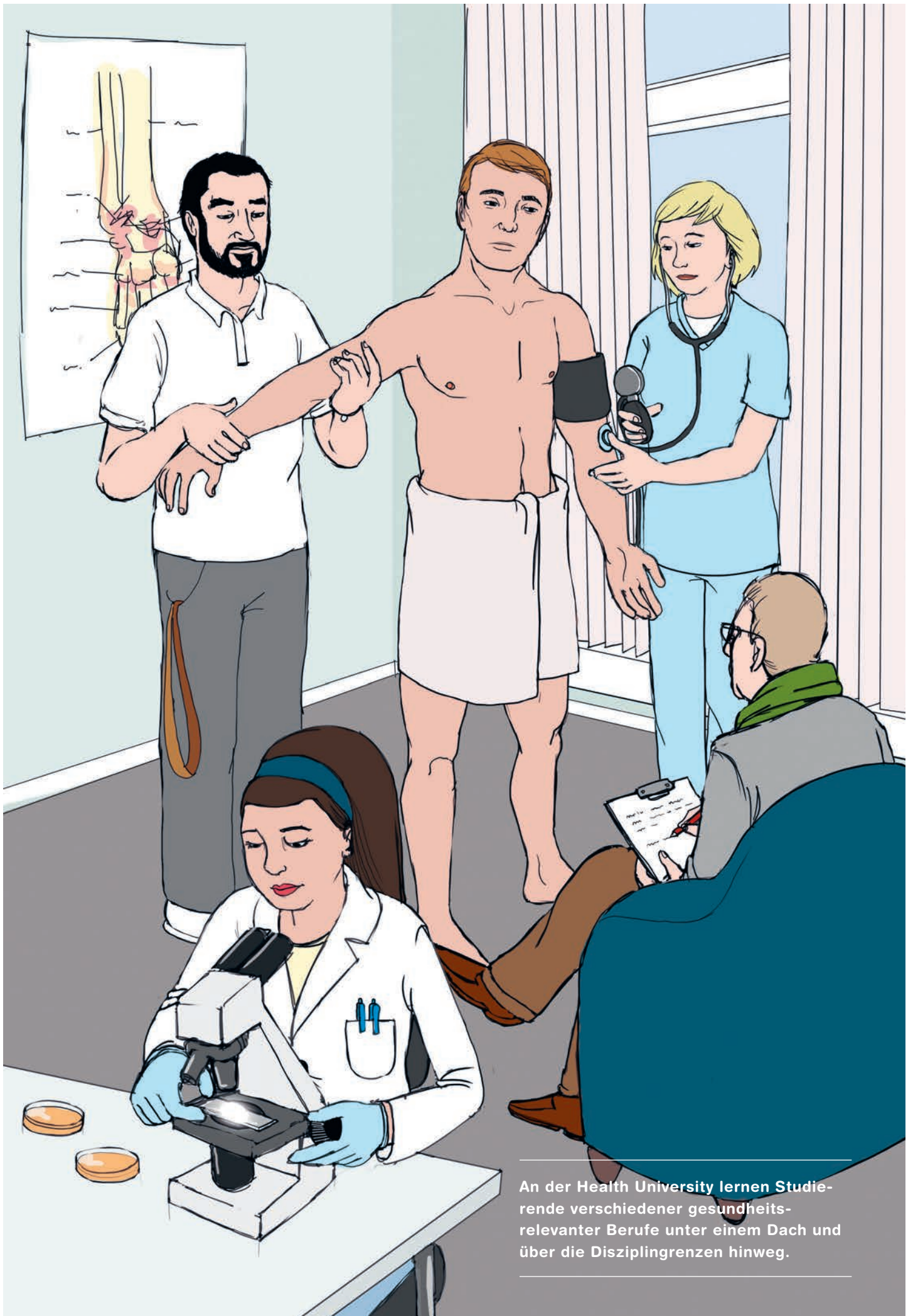
Um diesen multiplen Einflüssen und Anforderungen ganzheitlich zu begegnen, braucht es integrierte Versorgungsmodelle und eine starke Zusammenarbeit zwischen allen Gesundheitsberufen. Nicht bloss in der klinischen Praxis, sondern auch in der Aus- und Weiterbildung, in der Forschung und Entwicklung. Hier sind wir als Fachhochschule gefordert.

Für eine Bildungsinstitution wie die unsrige bietet sich das Modell der Health University als Kompass an. Wir möchten Ihnen die Idee in diesem «Bulletin» näherbringen, auf einzelne typische Merkmale der Hochschulform genauer eingehen und sie mit der aktuellen Praxis an unserem Departement verbinden. Vom 10. bis 11. September 2015 findet in unserem Haus zudem eine Dreiländertagung Deutschland – Österreich – Schweiz zum selben Thema statt. Wir würden uns freuen, Sie bei dieser Gelegenheit bei uns zu begrüßen, um das Modell der Health University im Austausch mit Ihnen zu vertiefen.

Eine kurzweilige Lektüre wünscht

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Peter C. Meyer'.

Peter C. Meyer
Direktor Departement Gesundheit



An der Health University lernen Studierende verschiedener gesundheitsrelevanter Berufe unter einem Dach und über die Disziplingrenzen hinweg.

Bildung, Forschung und Versorgung zusammenführen

Von Claudia Hoffman

Um die Gesundheitsversorgung zu verbessern, müssten die Fachleute verschiedener Richtungen enger als bisher zusammenarbeiten – nicht erst im Beruf, sondern bereits in der Ausbildung. Einen vielversprechenden Ansatz dazu bietet das Modell der Health University, das auch am Departement Gesundheit als Vorbild dient.

Wer sich an der Universität Linköping in Schweden für ein Studium im Bereich Gesundheit einschreibt, lernt anders als an den meisten anderen Hochschulen. Denn in Linköping wird nicht nur im jeweiligen Fach, sondern über die Berufsgrenzen hinweg unterrichtet: Studierende so unterschiedlicher Fachrichtungen wie Medizin, Pflege, Ergo- und Physiotherapie, Logopädie und medizinischer Biologie lernen während der Ausbildung immer wieder miteinander. Sie bearbeiten gemeinsam Fallstudien, kümmern sich als gemischte Gruppe um einen Patienten und lösen Probleme anhand von konkreten Beispielen. Und vor allem lernen sie, mit Fachleuten aus den jeweils anderen Gesundheitsberufen zusammenzuarbeiten.

Gesundheitsförderung statt Reparaturmedizin

Die Universität Linköping gilt als Musterbeispiel einer sogenannten Health University (siehe Grafik Seite 8–9). «Diese verstand sich bei ihrer Gründung als Gegenentwurf zur klassischen Schulmedizin», sagt Beat Sottas, Soziologe und Co-Autor der Publikation «Health Universities – Konzept, Relevanz und Best Practice», welche die ZHAW im Jahr 2013 herausgegeben hat. Der Grundgedanke dieses Typs von Bildungsinstitution ist nicht neu, sondern entwickelte sich bereits in den 1970er-Jahren. «Damals begann sich die Erkenntnis durchzusetzen, dass die Medizin nicht mehr den Bedürfnissen der Menschen entsprach, insbesondere in den Industrienationen», sagt Sottas. Die Lebensgewohnheiten änderten sich. Immer häufiger traten Zivilisationskrankheiten wie Diabetes oder Herz-Kreislauf-Leiden auf. Das belastete nicht nur die Menschen selbst, sondern auch die Wirtschaft – und rief damit die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) auf den Plan. Denn gemäss deren Motto «Health = Wealth» ist eine gesunde Bevölkerung die Grundlage für den Wohlstand eines Landes.

«Es hat sich gezeigt, dass ein Berufsstand allein die Probleme der modernen Gesellschaft nicht lösen kann.»

Die OECD setzte sich dafür ein, anstelle der bisher vorherrschenden «Reparaturmedizin» Gesundheitsförderung und Prävention in den Fokus zu rücken. Ausserdem sollten verschiedene Akteure im Gesundheitssystem wie Ärzte, Physiotherapeuten und Pflegepersonen stärker zusammenarbeiten. Denn: «Es hatte sich gezeigt, dass ein Berufsstand allein die Probleme der modernen Gesellschaft nicht lösen kann», so Sottas. Doch die Umsetzung des neuen Konzepts für das Gesundheitswesen war schwierig. Es fehlte an bedarfsgerecht ausgebildeten Fachleuten.

Eine Lösung sah die OECD in den Health Universities, von denen die ersten Ende der 1960er-Jahre entstanden waren, vor allem in schwach entwickelten Regionen. Dazu gehörten unter anderen die 1968 gegründete Universität Tromsø in Nordnorwegen, die 1969 gegründete Ben-Gurion University in Be'er Sheva in der israelischen Negev-Wüste und die renommierte McMaster University in Kanada. Diese Institutionen wurden mit dem Ziel aufgebaut, Fachleute auszubilden, welche die medizinische Grundversorgung der Menschen sicherstellen und so die wirtschaftliche Entwicklung in der Region fördern. Basierend auf den Erfahrungen dieser Pioniere definierten Experten an einer OECD-Konferenz im Jahr 1975, welche Merkmale eine Health University aufweisen sollte.

Auf die Bedürfnisse ausgerichtet

Zu den Kriterien gehört, dass alle Fachrichtungen zu gesundheitsrelevanten Fragen unter einem Dach vereint sind – und zwar nicht bloss Gesundheitsdisziplinen im engeren Sinne wie Medizin oder Pflege, sondern auch Berufe wie Städte- und Verkehrsplaner, Architektinnen, Soziologinnen oder Ökonomen. Unter dem breit verstandenen Gesundheitsbegriff, der darin zum Ausdruck kommt, tragen auch sie zu Gesundheit und Wohlergehen der Bevölkerung bei. Die Ausbildung an der Health University findet in und mit der Praxis statt, wobei in professionsübergreifenden Lernmodulen Studierende aller Fachrichtungen gemeinsam unterrichtet werden. Die hier vermittelten Lerninhalte orientieren sich stark an den Bedürfnissen der Bevölkerung der jeweiligen Region. «Nicht Spitzenmedizin, sondern die medizinische Grundversorgung hat oberste Priorität»,

«Das Leitbild der Health University ist heute noch genauso aktuell wie vor 30 Jahren.»

erklärt Beat Sottas. Deshalb arbeitet eine Health University eng mit allen im Gesundheitsbereich wichtigen Akteuren der Region zusammen. Gleichzeitig versteht sie sich als Forschungseinrichtung, die praxisrelevante Projekte über Instituts- und Berufsgrenzen hinweg bearbeitet. «Auch wenn diese Leitlinien bereits vor 30 Jahren entwickelt wurden, sind sie heute noch genauso

aktuell wie damals», sagt Beat Sottas. Denn die strukturellen Probleme im Gesundheitswesen bestehen nach wie vor, auch in der Schweiz. Das zeigt unter anderem der vom Bundesrat verabschiedete Bericht «Gesundheit 2020», der die Prioritäten der Schweizer Gesundheitspolitik für die nächsten Jahre festlegt. Der Bericht bemängelt, dass sich die Leistungserbringer untereinander nicht ausreichend abstimmten, was oft zu Doppelspurigkeiten führe. Zudem stehe die Akutbehandlung zu stark im Vordergrund. Zukünftig müsse man sich mehr darauf konzentrieren, Krankheiten vorzubeugen und chronisch kranke und alte Menschen zu begleiten und zu beraten. Für diese Aufgaben brauche es qualifiziertes Fachpersonal – und eine entsprechende Strategie für dessen Ausbildung.

Departement Gesundheit: eine Health University?

Das bestätigt auch Peter C. Meyer, Direktor des Departements Gesundheit der ZHAW. «Nur wenn wir die Gesundheitsberufe besser vernetzen, lässt sich eine optimale Versorgung der Bevölkerung gewährleisten», sagt er. Welche Schritte dafür nötig wären, hat Meyer gemeinsam mit Beat Sottas und Thomas Bucher, dem Leiter der Fachstelle Evaluation am Departement Gesundheit, im «Winterthurer Manifest» formuliert (siehe Box). Unter dem Motto «Gesundheitsversorgung durch Bildung sichern» werden darin Elemente der Health University aufgegriffen, die als Leitlinie für eine zukünftige Gesundheitsausbildung dienen können. Meyers Vision ist es, das Departement Gesundheit stärker in Richtung einer Health University zu entwickeln. «In einigen Bereichen sind wir bereits auf gutem

«Nur wenn wir die Gesundheitsberufe besser vernetzen, können wir eine optimale Versorgung gewährleisten.»

Weg», ist er überzeugt. Um die Ausbildung in der Praxis zu verankern und regional auszurichten, arbeitet das Departement Gesundheit schon heute eng mit dem Kantonsspital Winterthur zusammen. Dort absolvieren die Studierenden Praktika, die im Bachelor-

studium eine wichtige Rolle spielen. Darüber hinaus ist der Aufbau eines Ambulatoriums geplant, das voraussichtlich in fünf Jahren eröffnet wird. Es wird zu Ausbildungszwecken dienen und eng mit der hausärztlichen Versorgung in Winterthur verbunden sein. «Auf diese Weise können unsere Studierenden ihre Ausbildung verstärkt in der Praxis und mit realen Patienten absolvieren», sagt Meyer.

Was die Ausbildung über Berufsgrenzen hinweg betrifft, so findet ein Teil davon bereits heute in gemeinsamen Lerneinheiten statt. Unter anderem besuchen angehende Hebammen sowie Studierende der Ergo- und Physiotherapie sowie der Pflege gemeinsam Module wie Gesundheitsförderung und Prävention, Wissenschaftskommunikation oder Herausfordernde Berufspraxis und Kooperation. «Dadurch werden die Grenzen zwischen den fachlich getrennten Studiengängen ein Stückweit aufgebrochen und die Studierenden lernen, zusammenzuarbeiten», sagt Departementsleiter Peter C. Meyer. Für die Zukunft gibt es ausserdem Pläne, bestimmte Unterrichtseinheiten gemeinsam mit Medizinstudierenden der Universität Zürich durchzuführen.

Public Health im Fokus

Eine stärkere Ausrichtung auf Public Health und Vorsorge strebt das Departement Gesundheit mit dem neuen Bachelorstudiengang «Gesundheitsförderung und Prävention» an, der ab Herbst 2016 erstmals mit 60 Studienplätzen startet. Die Ausbildung wird zusammen mit den ZHAW-Departementen für Angewandte Psychologie und Soziale Arbeit angeboten.

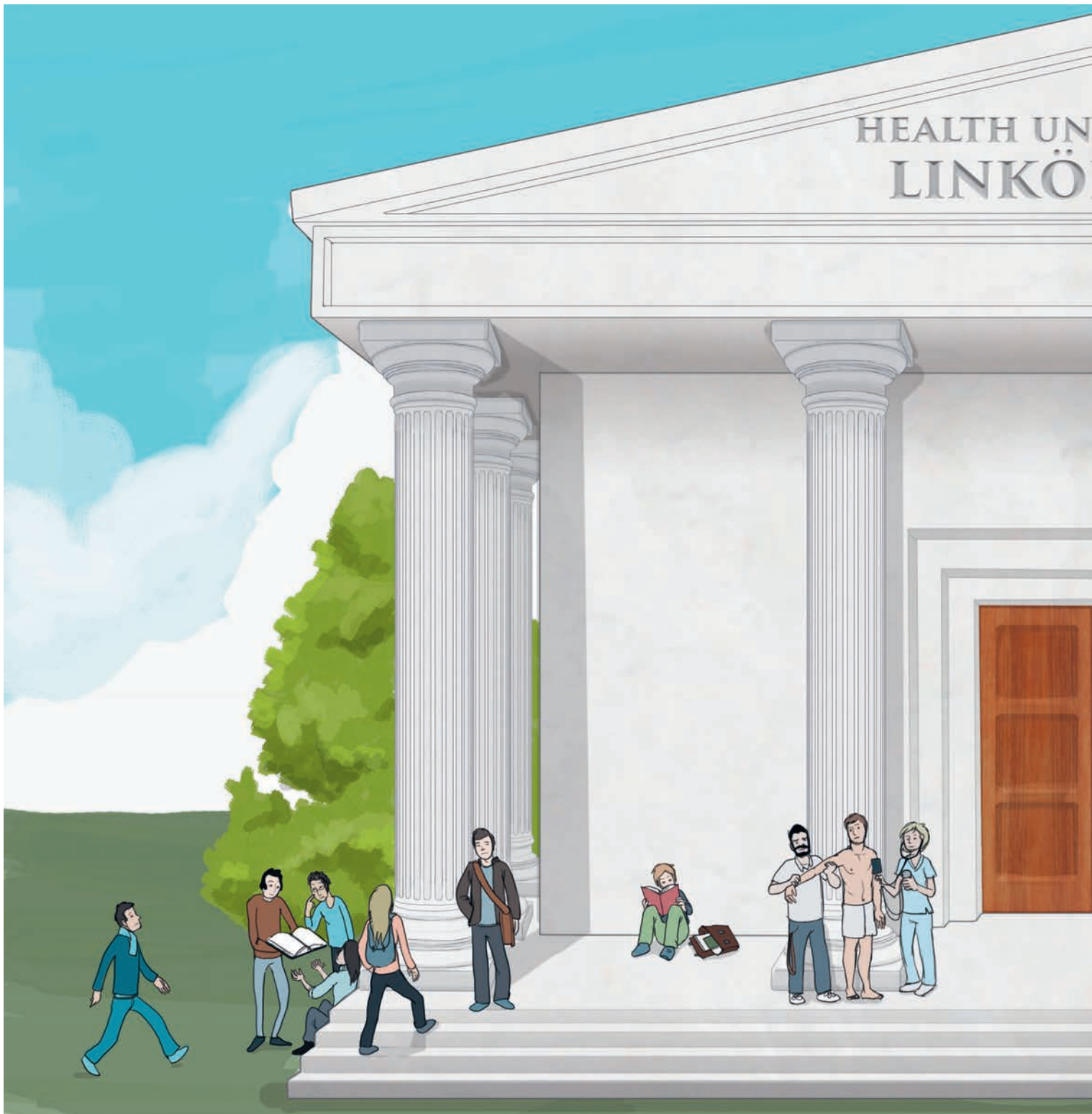
In der Forschung und Entwicklung weist das Departement Gesundheit bereits heute Züge einer Health University auf. Dieser Bereich arbeitet zunehmend interprofessionell und ist eng mit der Praxis verbunden. Eine intensive Kooperation wird nicht nur in gemeinsamen Projekten der fünf Forschungsstellen im Haus gepflegt, sondern darüber hinaus auch mit anderen Departementen der ZHAW. Ein Beispiel dafür ist ein bereits abgeschlossenes Projekt der Forschungsstelle Pflegewissenschaft: Ein Team untersuchte die Sprachbarrieren in der Spitex und kooperierte dazu mit Forschenden des Departements für Angewandte Linguistik. In einem aktuellen Projekt arbeiten die Pflegewissenschaftler mit dem Winterthurer Ärztenetzwerk Wintimed zusammen, um den Einsatz von Advanced Practice Nurses (APN) in der Betreuung chronisch kranker Menschen zu prüfen.

Und dennoch: Die Kriterien einer Health University sind nicht in allen Bereichen erfüllt. Gemäss Definition der OECD müssten alle gesundheitsrelevanten Berufe unter einem Dach vereint sein. Am Departement

Gesundheit werden allerdings keine Mediziner ausgebildet. Für Peter C. Meyer ist eine räumliche Einheit aber keine notwendige Voraussetzung für eine verstärkte Zusammenarbeit. Es gehe auch nicht darum, das Modell der Health University eins zu eins zu übernehmen. Ohnehin erfüllt von den Gesundheitsuniversitäten, welche die ZHAW in ihrer Publikation untersucht hat, keine alle Kriterien gleichzeitig. Dies auch, weil in jeder Region andere Bedürfnisse vorherrschen. Während die ersten Health Universities in den abgelegenen Regionen Norwegens und Israels aus einer Versorgungsnotlage heraus entstanden sind, präsentiert sich die Ausgangslage in der Schweiz völlig anders. «Wir haben eine gute Gesundheitsversorgung», sagt Meyer. Die Idee sei daher nicht, dass das Departement Gesundheit für die gesamte Versorgung zuständig sein sollte. Natürlich müssten Privatpraxen und unabhängige Spitäler auch weiterhin bestehen bleiben. Meyer geht es vor allem um eine stärkere Vernetzung über die Berufsgrenzen hinweg: «Alle müssen an einem Strang ziehen.» Das Modell der Health University biete sich dafür als Leitbild an, da es diese Idee schon in der Ausbildung der künftigen Gesundheitsfachleute kultiviere. Wie wichtig das ist, betont auch Beat Sottas: «Wenn man nicht vom ersten Tag an lernt, miteinander zu reden, kann man es auch später im Beruf nicht.» ◀

«Winterthurer Manifest» und Dreiländertagung

Um die Versorgung der Bevölkerung zu verbessern, ist eine engere Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen im Gesundheitsbereich nötig. Doch wie können Hochschulen ihre Absolventinnen und Absolventen besser auf die ihnen bevorstehende Aufgabe vorbereiten? Mit dieser Frage werden sich Gesundheitsexperten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz an der Dreiländertagung «Health Universities: Bildung und Versorgung zusammenführen» beschäftigen. Diese findet am 10. und 11. September 2015 am Department für Gesundheit der ZHAW in Winterthur statt. Als Diskussionsgrundlage dient das «Winterthurer Manifest», das von den drei Trägervereinen der Tagung ausgearbeitet wurde: dem Verein Hochschulen für Gesundheit, dem Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe und dem Verein zur Förderung der Wissenschaften in den Gesundheitsberufen. Im Manifest sind konkrete Ziele für Hochschulen und Politik festgehalten, unter anderem eine stärkere Verzahnung der Ausbildungsorte, berufsübergreifendes Lernen und eine engere Vernetzung von Forschung und Praxis. Das gesamte Manifest finden Sie unter: www.zhaw.ch/gesundheit/dreilaendertagung



Gesundheitsrelevante Studiengänge vereint

Die Gesundheitsfakultät in Linköping bildet Studierende in folgenden Bereichen aus: Medizin, Pflege, Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, medizinische Biologie, biomedizinische Analytik, Biomedizin, Ergotherapie, Public Health, Hebammenkunde und Medical Education. Zudem bietet sie Weiterbildungen wie Primärvorsorgung durch Pflegende an. In der Idealvorstellung wären an einer Health University viele weitere Disziplinen angesiedelt, die irgendwie das Wohlergehen der Menschen beeinflussen: von den Ernährungswissenschaften bis zur Städte- und Verkehrsplanung.

Interprofessionelles Lernen

In den Grundausbildungen sind zwölf Wochen für das Lernen über die Disziplingrenzen hinweg reserviert – gegliedert in drei Module. Zuerst entwickeln die Studierenden eine gemeinsame Wertebasis. Im zweiten Modul finden sie ihre berufliche Identität und erwerben zugleich komplementäre Kompetenzen, indem sie üben, mit anderen Berufsgruppen zu kommunizieren. Gegen Ende der Ausbildung sind sie zwei Wochen auf einer Bettenstation des Universitätsspitals, wo sie in gemischten Teams Patienten versorgen. Fachpersonen verschiedener Berufsrichtungen leiten sie dabei an.

IVERSITY
PING

Die Idee der Health University basiert auf vier Säulen (siehe unten). Die Gesundheitsfakultät im südschwedischen Linköping wird seit Herbst 1986 nach diesen Prinzipien geführt. Heute sind dort rund 27.000 Studierende eingeschrieben.



Problemorientiertes Lernen

Studierende lernen in Lernkontexten und in Interaktion mit Mitstudierenden des eigenen Fachs und anderer Studienrichtungen. Die Hauptverantwortung für den Lernprozess liegt dabei bei ihnen selbst. Die konkreten Lernmethoden und die Curricula wurden deshalb immer wieder evaluiert, unter Einbezug von Studierenden und Fakultätsmitgliedern kritisch diskutiert und basierend auf den neusten Erkenntnissen kontinuierlich weiterentwickelt. Genauso wie die Ausbildung erfolgt später auch die Forschung problemorientiert und in interprofessionell zusammengesetzten Teams.

In der Praxis für die Region

Dadurch, dass ein beträchtlicher Teil der Ausbildung in Linköping praxisorientiert auf speziellen Abteilungen stattfindet, erhält das Studium schon zu einem frühen Zeitpunkt hohe praktische Bedeutung und bleibt kein theoretischer Vorgang. Umgekehrt wird die Health University das medizinische Versorgungszentrum für die Menschen in der Region. Sie setzt so das Modell der integrierten, interprofessionellen Versorgung in die Praxis um und übernimmt damit die Verantwortung für die Grundversorgung im Gesundheitssystem einer bestimmten Region.

Über den Tellerrand des eigenen Berufs blicken

Von Rita Ziegler

Eine schwierige Patientensituation, eine verzweifelte Ehefrau und unterschiedliche Einschätzungen zu Krankheitsverlauf und Behandlungszielen: In einem interprofessionellen Modul bereiten sich angehende Hebammen, Pflegefachleute, Ergo- und Physiotherapeuten am Departement Gesundheit auf die gemeinsame Arbeit im Praxisalltag vor.

Richard Aschwanden ist ausser sich: «Ich will jetzt endlich diesen Chirurgen sehen, sonst gehe ich an die Medien. Meine Zukunft ist ruiniert.» Vor seinem Spitalbett stehen zwei junge Frauen, eine Pflegefachfrau und eine Physiotherapeutin. Eigentlich sind sie gekommen, um den jungen Spitzensportler, der nach einer schweren Knieverletzung operiert wurde, zu mobilisieren. Stattdessen lassen sie nun seine Schimpftiraden über sich ergehen. «Jetzt werden mir wieder zwei Anfängerinnen geschickt. Haben Sie überhaupt eine Ahnung von dem, was Sie hier machen? Wahrscheinlich verstehen Sie mich gar nicht. Arbeiten ja kaum Schweizer hier im Haus.» Das geduldige Zureden von Seiten der Frauen hilft nichts. Für Herr Aschwanden steht fest: Der Chirurg hat gepfuscht, das Therapieteam ist inkompetent, die Pflege liegt unter dem Standard. Die Physiotherapeutin wirft ihrer Kollegin aus der Pflege einen hilfeschendenden Blick zu und murmelt: «Warst du schon in einer ähnlichen Lage? Wie findet man Zugang zu so jemandem?»

Try and error

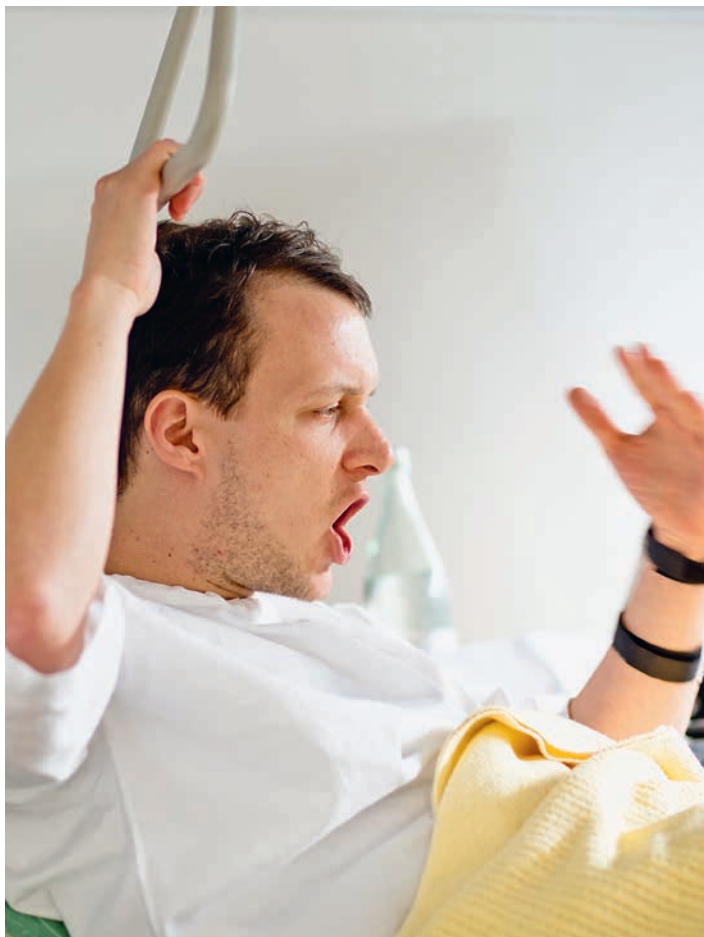
Es ist eine vertrackte Situation, wie sie im klinischen Alltag vorkommt. Einziger Unterschied: Richard Aschwanden heisst im richtigen Leben Urs Humbel

und ist Schauspieler, die beiden jungen Frauen studieren am Departement Gesundheit. Sie haben sich für den Kurs «Krise & Coping» eingeschrieben. In Improvisationsübungen mit Schauspielern reflektieren sie an diesem Nachmittag, wie sie sich in herausfordernden Berufssituationen verhalten, und erproben mögliche Vorgehensweisen. Ihre Mitstudierenden sitzen im Halbkreis um die Szene herum, beobachten, kommentieren, geben Hinweise und bieten Handlungsalternativen an, wenn die beiden Frauen vor dem Patientenbett nicht mehr weiter wissen. «Setz dich doch einmal hin und gib Herrn Aschwanden drei Minuten Zeit, seinen Frust rauszulassen, ohne dass du ihn zu beschwichtigen versuchst oder dich rechtfertigst», schlägt jemand aus der Runde vor. Einatmen, ausatmen. Nächster Versuch.

Zu wissen, dass in den Spitalbetten an diesem Nachmittag bloss Schauspieler liegen, sieht Katharina Rüdüsüli, Studentin im Bachelorstudiengang Pflege, als Chance: «Ich kann verschiedene Handlungen ausprobieren und die Reaktionen darauf beobachten, ohne dass ich dabei etwas riskiere.» Gleichzeitig erfährt die 22-Jährige, wie ihre Kolleginnen und Kollegen aus den Studiengängen Hebamme, Physiotherapie und Ergotherapie die inszenierten Situationen beurteilen und wo sie anders handeln würden.

Diesen Blick über den Tellerrand des eigenen Berufs zu fördern, ist Ziel des vierwöchigen Moduls «Herausfordernde Berufspraxis und Kooperation», das sämtliche Studierenden am Departement Gesundheit im fünften Semester besuchen. Sie können sich wahlweise in drei von vier Themen vertiefen: Beratung, interprofessionelle Zusammenarbeit, Diversity

«Wir möchten bei den Studierenden das Interesse an den anderen Berufsgruppen wecken und sie auf die spätere Zusammenarbeit vorbereiten.»



In Improvisationsübungen mit Schauspielern reflektieren die Studierenden, wie sie sich in herausfordernden Berufssituationen verhalten können.

Management oder eben Krise & Coping. In den Kursen arbeiten die angehenden Ergo- und Physiotherapeuten, Pflegefachleute und Hebammen gemeinsam an Fallbeispielen und Fragestellungen, in die mehrere Berufsgruppen involviert sind. «Damit möchten wir bei den Studierenden das Interesse an den anderen Berufsgruppen wecken und sie auf die spätere Zusammenarbeit vorbereiten», erklärt die Modulverantwortliche Stephanie Rösner. «Sie sollen lernen, berufliche Schnittstellen sinnvoll zu gestalten.»

Die Arbeit mit den praxisnahen Beispielen findet Anklang. «Die Kurswochen sind das Beste, was ich in der interprofessionellen Lehre bisher besucht habe», sagt Physiotherapiestudentin Ramona Schoch. «Es ist spannend zu sehen, wie die anderen Berufsleute an ein Problem herangehen, wer welche Fragen stellt und wessen Prioritäten wo liegen.» Hebammenstudentin Stephanie Sprenger schätzt die Gelegenheiten, um über Berufsklischees nachzudenken: «Denn sie können eine erfolgreiche Zusammenarbeit stark behindern.»

Geschichten, die unter die Haut gehen

In den Fallbeispielen, mit denen sich die Studierenden auseinandersetzen, geht es ans Eingemachte – und die Situationen sind keineswegs immer gespielt. Da ist beispielsweise Franca Weibel, die in einer Podiumsdiskussion von ihrer 36-jährigen Tochter erzählt. Mit 17 erhielt diese die Diagnose Schizophrenie, brachte in den folgenden Jahren zahlreiche Klinikaufenthalte hinter sich und versuchte Ende 2014 zum wiederholten Mal, sich das Leben zu nehmen. Die Mutter schildert ihre Verzweiflung, berichtet von Konflikten mit Ärzten und Therapeuten oder von Missverständnissen mit dem Pflegepersonal. Sie erwähnt aber auch, was ihr in den Krisen geholfen hat, dass sie über all die Jahre robuster geworden sei und gelernt habe, die eigenen Bedürfnisse nicht zu vergessen. Zu Beginn der Veranstaltung tippt da und dort noch jemand auf seinem Handy herum. Nach dreissig Minuten sind die Nebengeräusche verstummt, kaum ein Räuspern ist zu vernehmen. Die Geschichten, die Franca Weibel und ihre Diskussions-

partner erzählen, lassen niemanden im Saal unberührt. Podiumsdiskussionen, Übungen, Workshops mit externen Gästen und Präsentationen: Das Programm und die Unterrichtsformen sind vielseitig, «personell und organisatorisch aber auch sehr aufwändig», betont Stephanie Rösner. Welchen Stellenwert die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Praxis hat, erfahren die Studierenden in Institutionen, die sie in Gruppen besuchen – darunter eine Rehaklinik, ein Wohnhaus, ein Kinderspital und eine Geburtsabteilung.

Die zukünftigen Hebammen, Pflegefachleute, Physio- und Ergotherapeuten entdecken so bereits im Studium Unterschiede und Gemeinsamkeiten der verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Sie können Selbst- und Fremdbilder gegeneinander abwägen und abgleichen. «Dadurch festigen sie einerseits ihre Berufsidealität und erkennen andererseits, was eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit möglich macht», sagt Stephanie Rösner. «Indem sie sich mit anderen Berufsgruppen auseinandersetzen, lernen sie, ihre eigene berufsspezifische Weltsicht genau zu beschreiben, zu reflektieren und sie zu erweitern.»

Nach welchen Regeln spielen wir?

Zwei Wochen später. Montagmorgen. Die Studierenden üben in Vierergruppen ein Kartenspiel ein. Auf die Einwärmphase folgt ein Wettkampf, während dem sich die Gruppen immer wieder neu mischen. Die Zusatzregel: Es darf nicht mehr gesprochen werden. Die ersten Minuten geht alles gut. Dann schüttelt ein junger Mann mitten im Raum plötzlich vehement den Kopf und weist genervt auf die Karte, die er eben gespielt hat. Sein Gegenüber zuckt mit den Schultern und hebt beschwichtigend die Hände. Auch am übernächsten Tisch herrscht Verwirrung. Eine Spielerin nutzt das unsichere Kichern ihres Gegenübers aus, um den Stich selbstgewiss auf ihren Haufen zu legen. Obwohl nach wie vor nicht gesprochen werden darf, schwillt die Geräuschkulisse an. Nach zehn Minuten bricht Dozent Samuel van den Bergh den Wettkampf schmunzelnd ab. Einige Teilnehmerinnen haben inzwischen Verdacht geschöpft. «Wir haben unterschiedliche Spielregeln erhalten», ruft jemand in den Saal. Nun fällt auch bei den Letzten der Groschen: daher die Missverständnisse. In der Diskussion, die nun folgt, sollen die Studierenden das Erlebte auf die Herausforderungen in den Gesundheitsberufen ummünzen. Analogien finden sich schnell: Eine angehende Hebamme erzählt von Missverständnissen, die sie im Kontakt mit Frauen aus anderen Kulturkreisen erlebte. Eine Kollegin ergänzt: «Situationen wie eben hatte ich im letzten Praktikum, etwa in der Zusammenarbeit mit Ärzten. Da stossen manchmal ziemlich verschiedene

Berufskulturen und Charaktere aufeinander.» Die Kurs Teilnehmer sind mitten im Thema: Diversity Management steht auf dem Programm.

Gesundheitsfachleute sind ständig mit Menschen aus anderen Kulturkreisen und mit unterschiedlichen Wertvorstellungen in Kontakt – seien es nun Patienten, Angehörige oder Arbeitskollegen. Sie müssen gemeinsam zur jeweils bestmöglichen Lösung für den Patienten kommen und dies oft blitzschnell – gerade wenn es um Leben und Tod geht. Samuel van den Bergh, Professor für interkulturelles Management, ist es deshalb ein Anliegen, dass die Studierenden während seiner Kurswoche das Bewusstsein für die eigenen Verhaltensmuster und Werte schärfen. Denn dies ist die Voraussetzung, um die Perspektive zu wechseln und sich in die Rolle anderer hineinzuversetzen – zum Beispiel in diejenige von Richard Aschwanden, der seine Zukunftsvision als Spitzensportler zerrinnen sieht und darauf mit Aggressionen reagiert. ◀

Interprofessionelle Lehre

Nebst dem berufsspezifischen Unterricht besuchen die angehenden Hebammen, Pflegefachleute, Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten am Departement Gesundheit interprofessionelle Module, in denen sie von-, mit- und übereinander lernen. Die Studierenden eignen sich einerseits Kompetenzen an, die für die Ausübung aller Gesundheitsberufe gleichermaßen notwendig sind, zum Beispiel mit Forschungsliteratur umzugehen oder situationsgerecht zu kommunizieren. Andererseits lernen sie, über die Berufsgrenzen hinauszudenken und mit den anderen Berufsgruppen zielführend zusammenzuarbeiten.

Winter School am Departement Gesundheit

Die Themenwochen des Moduls «Herausfordernde Berufspraxis und Kooperation» sind Kernstück der Winter School der Departemente Gesundheit und Soziale Arbeit. Bachelorstudierende und Dozierende der ZHAW sowie von Partnerhochschulen aus dem In- und Ausland erhalten die Gelegenheit, gemeinsam über Chancen und Hürden, über Unterschiede und Gemeinsamkeiten in der berufsübergreifenden Zusammenarbeit zu diskutieren. Gleichzeitig üben sie sich darin, mit herausfordernden interprofessionellen Situationen souverän umzugehen. Die Winter School findet jährlich im Januar statt und richtet sich an Studierende und Dozierende der Studienrichtungen Ergotherapie, Hebamme, Pflege, Physiotherapie und Soziale Arbeit. An der ersten Durchführung 2015 nahmen über 75 Studierende und 18 Dozierende aus 11 verschiedenen Ländern teil. www.zhaw.ch/gesundheit/international

Teamwork im Dienste der Patienten

Aufgezeichnet von Rita Ziegler

Das Konzept der Health University sieht vor, dass sich Studierende in unterschiedlichen Gesundheitsberufen bereits während der Ausbildung in der Zusammenarbeit üben. Sie wappnen sich damit für die klinische Praxis. Doch wo liegen die Schnittstellen im praktischen Alltag? Drei Fallbeispiele aus unterschiedlichen Blickwinkeln.

Fall 1: Schritt für Schritt zurück in den Alltag – Behandlungsprozess in der Rehaklinik Bellikon

Spätabends im Mai. Frontalkollision auf der Axenstrasse. Töfffahrer Beat Gerber* ist schwer verletzt und nicht ansprechbar. Minuten später ist die Ambulanz vor Ort und bringt den 22-Jährigen ins Universitätsspital Zürich. Auf der Unfallchirurgie werden seine Verletzungen behandelt. Es folgt ein Aufenthalt auf der Intensiv- und später auf der Bettenstation. Das linke Bein muss amputiert werden, der rechte Arm ist gelähmt. Vom Schädel-Hirn-Trauma erholt er sich nur langsam.

Nach sechs Wochen ist der junge Mann medizinisch so stabil, dass er in die Rehaklinik Bellikon überführt werden kann. Hier liegt er vorerst auf der Intermediate Care Station, wo die medizinische Pflege nahtlos weitergeführt wird. Nach Diagnose und Eintrittsbefund legt ein interdisziplinäres Team aus Ärzten, Therapeuten, Psychosomatikspezialisten und Pflegefachpersonen gemeinsam die Massnahmen für die neurologische Frührehabilitation fest. Anhand international etablierter Instrumente messen sie, ob die definierten Ziele erreicht werden. In der Physiotherapie lernt Beat Gerber, sich wieder selbständig fortzubewegen – vorerst im Rollstuhl.

Parallel dazu steigert er in der medizinischen Trainingstherapie seine körperliche Leistungsfähigkeit. In der Ergotherapie fordert er sein Hirn heraus und trainiert,

Handlungen wieder zu planen, auszuführen und zu kontrollieren. Dabei motivieren ihn alltägliche Arbeitsabläufe – etwa das Ausräumen der Abwaschmaschine –, bei denen er seine Fortschritte beobachten kann. Nach wie vor Mühe bereiten ihm das Rechnen und das Sprechen. Wieder und wieder sucht er in der Logopädie nach dem passenden Wort.

Etwas später beginnt die orthopädische und handchirurgische Rehabilitation. Ein Fachgremium kümmert sich um die Unfallfolgen am Bewegungsapparat. Für Beat Gerber bedeutet dies: raus aus dem Rollstuhl und aufrecht gehen. Ein ambitioniertes Ziel, das eine komplexe Prothese voraussetzt und damit Know-how, Erfahrung und handwerkliches Geschick bei den Orthopädietechnikern. Und trotzdem: Das neue Bein will nicht auf Antrieb passen, gross ist die Enttäuschung. Gesprächs- und Musiktherapie helfen Beat Gerber, innerlich wieder ins Gleichgewicht zu kommen. Und dann kommt irgendwann auch das ersehnte Erfolgserlebnis: Mit einem computergesteuerten Kniegelenk, jeder Menge technischer Feinabstimmung und viel Ausdauer beim Üben kann der junge Mann endlich wieder gehen – und ein gutes Jahr nach seinem Unfall sogar wieder Autofahren.

Inzwischen hat auch die arbeitsorientierte Rehabilitation begonnen, die den jungen Mann mit berufsbezogenem Training fit fürs Erwerbsleben machen soll. In

Gesprächen mit dem Fachmann für berufliche Eingliederung und mithilfe praktischer Tests findet er heraus, welche neuen Stellen für ihn in Frage kommen. Begleitet und beraten wird er in diesem Prozess von einem Case Manager der Unfallversicherung. Beat Gerber gewinnt

mehr und mehr Sicherheit, beginnt nun auch, sich zu bewerben, und wird bald schon für ein erstes Vorstellungsgespräch eingeladen.

Ein Team aus Ärzten, Therapeuten, Psychosomatikspezialisten und Pflegefachpersonen legt die Massnahmen für die neurologische Frührehabilitation fest.

Fall 2: Ressourcen stärken und im Alltag nutzen – Ergotherapie in der Integrierten Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland

Die 70-jährige Mina Suter* leidet an einer schweren Depression. Der Alltag zu Hause überfordert sie, weshalb ihr Hausarzt sie an die Integrierte Psychiatrie Winterthur überweist. Dort analysiert das zuständige Kernteam – die für den Fall verantwortliche Ärztin und die Bezugsperson Pflege – die Situation und legt mit der Patientin übergeordnete Behandlungsziele fest. Die daraus abgeleiteten Ziele und Massnahmen der Pflege, der Psycho-, Bewegungs- und Physiotherapie sowie des Sozialdienstes werden im elektronischen Klinikinformationssystem (KIS) dokumentiert und sind so für alle beteiligten Fachleute zugänglich. Mit einer ärztlichen Verordnung über das KIS beginnt der Fall auch für die Ergotherapeutin. Ihr Auftrag lautet, die Ressourcen der Betroffenen zu stärken. Die Sozialkompetenz zu verbessern und eine Tagesstruktur aufzubauen, sind weitere interdisziplinäre Ziele, die es anzupacken gilt. In einem ersten Schritt führt die Ergotherapeutin mit

Über das Klinikinformationssystem sind Ziele und Massnahmen für alle Fachpersonen zugänglich.

Mina Suter eine Betätigungsanalyse durch, um ihre Hauptschwierigkeiten im Alltag zu erkennen. Ihre Diagnose hält sie wiederum im KIS fest: Die Seniorin zeigt ein eingeschränktes Sozialverhalten und mangelndes Selbstwertgefühl, was sie hindert, ihre Ressourcen zu nutzen. Gemeinsam mit der Patientin ermittelt die Ergotherapeutin deren Interessen und sucht nach Möglichkeiten, diese in einem Gruppensetting auszuleben. So lernt Mina Sutter, ihre Fähigkeiten zu erkennen, zu nutzen und kleine Erfolge zu feiern. Zugleich kann sie an ihrem Sozialverhalten arbeiten. Ihre Beobachtungen

bringt die Ergotherapeutin nach knapp einer Woche in den ersten interdisziplinären Rapport ein, zu dem sich alle beteiligten Fachpersonen treffen. Gemeinsam überprüfen sie den Behandlungsverlauf und passen Massnahmen an. Zwei Wochen nach Eintritt folgt eine ausführliche Fallbesprechung, in der die verschiedenen Disziplinen auch Mina Suters Austritt koordinieren. In der abschliessenden Beurteilung des Falls wird die Behandlung von jeder involvierten Fachperson evaluiert und für den Hausarzt dokumentiert.

Fall 3: Schwieriger Start ins Mutterdasein – Hebammenbetreuung im Wochenbett

Maria Horvat* wird aus dem Spital entlassen. Vier Tage nach der Entbindung und ein Monat, nachdem sie zu ihrem Mann in die Schweiz gezogen ist. Eine Pflegefachfrau kontaktiert die freischaffende Hebamme, die Mutter und Kind zu Hause betreuen soll, und gibt ihren Zweifeln Ausdruck, dass die junge Frau der neuen Rolle gewachsen sei. Sie halte nichts aus, rauche ständig und kümmere sich kaum um das Baby. Bei den ersten Besuchen der Hebamme ist die Schwester des Ehemanns als Übersetzerin anwesend. Das Verhältnis zwischen den Schwägerinnen ist wenig vertraut. Maria Horvat wirkt blockiert, überfordert und einsam. Ihr Mann, der schon länger in der Schweiz lebt, ist kaum zu Hause. Dafür reist die Mutter der 22-Jährigen an – auch sie starke Raucherin – und übernimmt die Versorgung des Enkels. Die Hebamme versucht, Maria Horvat zu überzeugen, mit dem Rauchen aufzuhören. Über die Mütterberatung erfährt sie wenig später, dass bei der Gemeinde eine Gefährdungsmeldung eingegangen ist. Nachbarn haben sich beschwert, dass der Säugling Tag und Nacht schreie.

Von der Mütterberatung erfährt die Hebamme, dass eine Gefährdungsmeldung eingegangen ist.

Um ein aufwändiges Verfahren zu vermeiden, bittet die Fürsorgebehörde die Hebamme, mit der Betreuung über die regulären zehn Tage hinaus fortzufahren und dabei zu prüfen, ob das Baby vernachlässigt werde. Für die Hebamme wird beim nächsten Besuch klar: Die Mutter hat den Zigarettenkonsum drastisch gesenkt, das Neugeborene leidet an Entzugserscheinungen: daher das Weinen. Sicherheitshalber veranlasst sie einen

Termin beim Kinderarzt. Die Schwägerin ist bei den Treffen nun nicht mehr dabei. Maria Horvat taut merklich auf, ist im Umgang mit ihrem Baby aber sehr unsicher. Die Hebamme zeigt ihr die richtigen Handgriffe beim

Wickeln und erklärt ihr, wie sie auf die Weinkrämpfe reagieren kann, ohne dem Säugling stets das Fläschchen zu geben. Sie machen gemeinsam einen Spaziergang, für Maria Horvat eine neue Erfahrung. Schritt für Schritt gewinnt sie Sicherheit, Selbstvertrauen und Freude an ihrer Mutterrolle. Die Hebamme meldet ihre Beobachtungen regelmässig an die Mütterberatung zurück. Im Schlussbericht an die Fürsorgebehörde ein Monat nach der Geburt kann sie eine überaus positive Entwicklung schildern. ◀

* alle Namen geändert



Wie die Ausbildung erfolgt später auch die Forschung an der Health University problemorientiert und in interprofessionell zusammengesetzten Teams.

Lernen in der Praxis für die Praxis

Von Santina Russo

Am ZHAW-Departement Gesundheit müssen sich angehende Physiotherapeutinnen und -therapeuten schon während des Bachelorstudiums in mehrwöchigen Praktika beweisen. So finden sie in die Rolle, die sie später im interprofessionellen Umfeld des Gesundheitswesens übernehmen werden.

Theoretisch wusste sie, was zu tun war. Livia Kunz kannte die medizinischen Grundlagen, die Untersuchungstechniken, die Behandlungsmethoden. Diese hatte sich die angehende Physiotherapeutin während der ersten drei Semester ihres Studiums nicht nur aus Büchern, sondern auch im praktischen Unterricht mit ihren Studienkolleginnen und -kollegen am Departement Gesundheit der ZHAW angeeignet. Paarweise hatte man geübt, das Zusammenspiel von Knochen, Gelenken und Muskeln im menschlichen Körper erkundet. Dennoch war die damals 22-jährige Bachelorstudentin vor ihrem ersten Praktikum in der Universitätsklinik Balgrist «sehr nervös», wie sie sagt. Kein Wunder: Zum ersten Mal sollte sie selbständig Patienten behandeln – eine grosse Verantwortung, mit der die junge Frau erst umzugehen lernen musste. «Das erste Praktikum ist die kritische

Phase in der Ausbildung», sagt auch Barbara Laube, Leiterin der Praktika im Bachelorstudiengang Physiotherapie. Sie und ihr siebenköpfiges Team kümmern sich jährlich um 600 Praktikumsplätze in 80 Akutspitälern, Pflegezentren und Rehabilitationskliniken in der gesamten Deutschschweiz. Dieser Praxisbezug ist am Departement Gesundheit ein essenzieller Bestandteil der Ausbildung. Nach dem Prinzip der Health University sollen die Studierenden dabei nicht nur ihr Fachwissen vertiefen, sondern zugleich ihre Rolle als Physiotherapeuten in einem interprofessionellen Gesundheitsteam finden.

Möglichst rasch in die Selbständigkeit

Dazu stehen im Bachelorstudium während des vierten und fünften Semesters jeweils drei 12-wöchige Praktika in unterschiedlichen Institutionen auf dem Programm. Die Zuteilung der Praktikumsplätze nehmen die Verantwortlichen der ZHAW vor. Gewisse regionale Wünsche werden aber berücksichtigt. «Wir achten darauf, dass die Studierenden möglichst viele klinische Fachbereiche und ein breites Spektrum an Patienten kennenlernen», erklärt Barbara Laube. Dies ist wichtig. Denn: «Erst bei der Untersuchung der Patienten

«Erst bei der Untersuchung der Patienten merkt man, wie es sich anfühlt, wenn etwas nicht in Ordnung ist.»

merkt man, wie es sich anfühlt, wenn etwas nicht in Ordnung ist», erzählt Studentin Livia Kunz. Beispielsweise wenn ein Knie nur beschränkt beweglich ist.» In den Praktika sind die Studierenden zudem psychologisch gefordert – besonders bei Patienten mit chronischen Schmerzen. Die Auszubildenden sehen sich dann Menschen gegenüber, die aufgrund ihrer Schmerzen erschöpft sind – manchmal sogar depressiv; Menschen, die grosse Hoffnungen in ihre Therapeuten setzen und erwarten, dass diese sie heilen. «Dass man manchen aber nicht helfen kann, musste ich zuerst akzeptieren lernen», sagt Livia Kunz.

Realistische Berufsumgebung

Unterstützung erhalten die angehenden Physiotherapeuten während der Praktika von ihren Ausbildnern vor Ort. Sie lernen aber auch sehr schnell, selbständig zu arbeiten. Bereits ab der ersten Woche behandeln die Praktikantinnen und Praktikanten Patienten ohne permanente Begleitung, wie Manuel Bischofberger, Ausbildungsleiter an der Universitätsklinik Balgrist, erzählt. Er selber tauscht sich wie alle Auszubildner regelmässig mit den ZHAW-Dozierenden im Team Praktikum aus und besucht einmal im Jahr einen Weiterbildungsanlass an der Fachhochschule. Rund zehn Prozent seiner Arbeitszeit sind für die Ausbildung der Studierenden reserviert.

Im Praktikum erleben die Studierenden auch, was es bedeutet, unter stetem Zeitdruck zu stehen. «Eine knappe halbe Stunde Zeit haben Physiotherapeuten üblicherweise, um die Ursachen für ein Problem zu finden und eine geeignete Behandlungsstrategie zu entwickeln», sagt Bischofberger. Dies gilt auch für die Praktikanten. Deshalb müssen sie lernen, welche der vielen Untersuchungs- und Behandlungstechniken, die sie im Unterricht kennengelernt haben, in der Praxis am schnellsten zum Ziel führen. «Dieses sogenannte Clinical Reasoning eignen sich die Studentinnen und Studenten am besten in der Praxis an», so Auszubildner Manuel Bischofberger.

Selbstbewusstsein im Beruf

Die grösste Herausforderung aber stelle nicht die Behandlung der Patienten an sich dar, sagt die Studentin Livia Kunz, sondern das «Drumherum». Plötzlich sind da Schläuche, Katheter – viele Patienten haben nicht nur eine Diagnose, sondern mehrere gleichzeitig. Auf alles gilt es zu achten. So auch auf die anderen Fachleute, die

sich in Spitälern und Kliniken ebenfalls um die Patienten kümmern: die Ärzteschaft, Pflegefachpersonen und manchmal auch Ergotherapeuten. In diesem interprofessionellen Umfeld lernen die angehenden Physiotherapeuten bereits während der Ausbildung, mit anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten. Zudem müssen sich die Studierenden an jedem Praktikumsplatz von neuem in ein Team, ein Kommunikationssystem und eine Unter-

nehmenskultur einfügen. Diese Erfahrungen prägen. Das sei sogar sichtbar, sagt Praktikumsleiterin Barbara Laube: «Nach den Praktika kommen die Studierenden reifer und auch ernster an die Hochschule zurück.» Und mit einem Selbstverständnis von sich als Physiotherapeutinnen und -therapeuten, das ihnen zuvor nicht eigen war. Nicht zu unterschätzen ist überdies das Netzwerk, das sich die Studierenden durch die Praktika aufbauen: Nicht wenige finden später eine Arbeitsstelle an einem ihrer früheren Praktikumsplätze. Das erhofft sich auch Livia Kunz – die Uniklinik Balgrist, wo sie bei Manuel Bischofberger ihr erstes Praktikum absolvierte, ist ihr zukünftiger Wunscharbeitsplatz. ◀

«Nach den Praktika kommen die Studierenden reifer und auch ernster an die Hochschule zurück.»

Lernen in der Projektwerkstatt

Der Bachelorstudiengang Ergotherapie führt seit zwei Jahren das Praxismodul «Projektwerkstatt: Betätigung ermöglichen» durch. Studierende im dritten Semester setzen während acht Wochen Projekte mit Klienten um, in denen es um die Betätigung als zentrales Element der Ergotherapie geht. Sie üben zum Beispiel mit Asylantinnen das Fahrradfahren oder führen übergewichtige Kinder und Jugendliche in die elektronische Schatzsuche Geocaching ein. Pro Woche stehen den Studierenden eineinhalb Tage zur Verfügung, um die Projekte zu planen und durchzuführen. Fachleute aus Praxisinstitutionen und Dozierende der ZHAW beraten sie und leiten sie fachlich an. Nebst Kenntnissen im Projektmanagement gewinnen die Studierenden Erfahrungen im direkten Kontakt mit Klienten. Dabei üben sie, ihren Behandlungsansatz und ihre Therapieabsichten zu erklären und zu begründen.

«Ohne Prävention wäre unsere Spezies längst ausgestorben»

Von Rita Ziegler

Health Universities sollen sich nicht nur mit kurativer Medizin befassen, sondern auch der Gesundheitsvorsorge einen hohen Stellenwert einräumen. Darüber war man sich in den Diskussionen zum neuen Leitmodell Health University Mitte der 1970-Jahre einig. Über 40 Jahre später startet in der Schweiz der erste Bachelorstudiengang in Gesundheitsförderung und Prävention.

Tipps zur ergonomischen Arbeitshaltung von der Betriebsphysiotherapeutin – Hinweise zu Kalorien und Nährstoffen auf der Verpackung des Mittagmenüs – Plakatwände, die den Neujahrsvorsatz wieder ins Gedächtnis rufen: Gesundheitsförderung und Prävention sind in unterschiedlichsten Lebenswelten gegenwärtig. Präventionsmediziner Thomas Steffen sieht darin kein grundsätzlich neues Phänomen. «Gesundheitsvorsorge ist ein urmenschliches Verhalten», ist er überzeugt. Verhältnismässig jung sei allerdings die Professionalisierung des Themas.

Thomas Steffen, inwiefern hat der Steinzeitmensch Prävention betrieben?

Thomas Steffen: Schon der Neandertaler hat beim Griff ins Feuer gemerkt, dass es weh tut, und dabei gelernt: Vor dem direkten Kontakt mit Feuer muss ich mich schützen. Über die Sommermonate hat er Vorräte angelegt, um im Winter nicht an Nahrungsengpässen zu leiden. Dieses vorsorgende Verhalten lässt sich auf alle möglichen Lebenssituationen und Epochen übertragen. Ohne Prävention wäre unsere Spezies längst ausgestorben. Das schnelle Lernen aus bedrohlichen Situationen hat uns über die Jahrtausende gerettet. Es ist eines der zeitlosen Grundmuster, das uns als Menschen möglicherweise ausmacht.

Wenn der Vorsorgegedanke so tief in uns verankert ist, sind wir dann nicht fähig, als Individuen eigenverantwortlich für unsere Gesundheit zu sorgen?

Moderne Gesundheitsförderung und Prävention funktionieren in meinen Augen wie Konsumentenschutz: Das Individuum erhält die nötigen Informationen, um eigenverantwortlich Entscheidungen zu treffen. Und es kann in einem Umfeld leben, das ihm hilft, gesund zu bleiben. Sauberes Wasser etwa ist heute selbstverständlich. Mitte des 19. Jahrhunderts war die Frage, ob es in Basel eine Kanalisation braucht, aber umstritten. Genauso verhielt es sich noch vor wenigen Jahren mit dem Rauchen in öffentlichen Räumen. Im Einzelfall müssen wir stets abwägen: Bis wohin reicht die individuelle Freiheit und wo beginnt die gesamtgesellschaftliche Perspektive? Die komplexe Gesellschaft, in der wir leben, fordert eine

gewisse Regulation. Diese sollen wir aber auch kritisch hinterfragen. Dabei scheint mir ein Punkt entscheidend: Gesundheit ist kein Gut, das man per se über alles andere setzen sollte.

Weil etwas gesund ist, ist es nicht zwingend auch gut?

Genau. Gesundheit ist bloss die Grundlage dafür, dass wir Menschen uns entfalten und ein sinnvolles, befriedigendes Leben führen können. Sich zu kasteien, um gesund zu bleiben, ist kontraproduktiv. Ich persönlich treibe zum Beispiel kaum Sport. Ich spaziere gerne und viel, aber sobald dies als Wandern bezeichnet wird, löscht es mir ab. Gesundheitsförderung und Prävention soll uns Gesundheitsressourcen aufzeigen. Die Entscheidung, welche ich davon in meinen Rucksack packe, liegt jedoch bei mir. Wichtig ist, dass mich der Rucksack auf meinem Weg unterstützt. Seine Last darf mich nicht erdrücken.

«Gesundheit ist kein Gut, das man per se über alles andere setzen sollte.»

Und doch geht mit dem Präventionsgedanken auch eine Verpflichtung einher: sich aktiv um Gesundheit zu bemühen. Wie gehen wir in Zukunft mit einem starken Raucher um, der mit Lungenkrebs im Spital liegt?

Eine Entsolidarisierung – zum Beispiel in unserem Krankenkassensystem – wäre aus meiner Sicht der falsche Weg. Wenn ich in meiner Laufbahn als Präventivmediziner etwas gelernt habe, dann dass Freiheit und Selbstbestimmung relativ sind. Manchmal verleiten mich meine Lebensumstände zu einem Verhalten, das ich zwar als selbstbestimmt erlebe, das sich meinem freien Willen aber weitgehend entzieht. Das lässt sich etwa bei Süchtigen oder bei Menschen mit extremem Übergewicht beobachten. Deshalb ist es immens wichtig, dass wir Bilder vermeiden, die zu einer gesellschaftlichen Ausgrenzung führen. Wir können den Bogen auch überspannen. Wir können mit all unseren guten Absichten im schlechtesten Fall sogar neuen Schaden erzeugen.

Wie begegnen Sie dieser Gefahr?

Im Kanton Basel-Stadt sprechen wir mit Jugendlichen heute beispielsweise nicht mehr über Übergewicht, sondern über Körperbilder. Denn Untergewicht kann genauso problematisch sein. Körperbilder können sich im Laufe der Zeit ändern. Wir möchten den Jugendlichen vermitteln, wie sie ihr Selbstvertrauen stärken und mit sich selbst zufrieden sein können. Es bringt nichts, fixe Bilder zu transportieren, die ein Teil von ihnen sowieso nie erreichen wird. Es gibt diese Tendenz, Präventionsthemen mit Wertungen, Normen und Moral zu verknüpfen – davor müssen wir uns in Acht nehmen.

Woher kommt diese Moralisierungstendenz?

Ein Grund liegt vielleicht im 19. Jahrhundert, als die Industriearbeiter kurz nach Zahltag jeweils ihr ganzes Geld vertranken. Das führte zur Verelendung der Familien, hatte aber auch ökonomische Folgen, weil an den darauffolgenden Tagen die Maschinen stillstanden. Die Industriebesitzer wollten dem Treiben ein Ende setzen und griffen dazu auf die einzige etablierte Struktur zurück: die Dorfpfarrer. Diese begannen, am Ende des Gottesdienstes Alkoholprävention zu betreiben, wohl nicht ohne die Moralkeule zu schwingen. Das muss relativ wirksam gewesen sein, führte mitunter aber auch zu dieser Verbindung von Gesundheitsvorsorge und Moral, die tief in unser kollektives Bewusstsein eingedrungen ist. Ich merke das auf Parties: Wenn ich sage, dass ich Präventivmediziner bin, beginnen mir meine Gesprächspartner unaufgefordert zu beteuern, wie wenig sie üblicherweise trinken. Dabei interessiert mich das in jenen Momenten gar nicht.



Thomas Steffen

Thomas Steffen ist Facharzt FMH für Prävention und Gesundheitswesen, Kantonsarzt und Leiter der Abteilung Präventiv- und Sozialmedizin des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt. Er wirkte als Beirat für den neuen Bachelorstudiengang Gesundheitsförderung und Prävention am ZHAW-Departement Gesundheit.

Also gab es bereits im Industriezeitalter Präventionsmassnahmen für ausgewählte Zielgruppen. Dennoch etablierte sich der Ansatz bei uns erst mit der Aids-Problematik der 1980er-Jahre richtig. Weshalb?

Das ist nicht ganz korrekt. Anfang des 20. Jahrhunderts gab es im deutschsprachigen Raum bereits das Konzept der Sozialhygiene, das viele moderne Elemente enthielt. Ziel war es, die sozialen Bedingungen zu verbessern, um damit die Gesundheit zu fördern. Im Zuge der Bewegung entstanden etwa Schulhausküchen und öffentliche Badeanstalten. Leider wurde die Bewegung später von der Nazi-Ideologie instrumentalisiert. Mit Ende des Zweiten Weltkriegs wird die Volksgesundheit zum Tabu, da sie sofort Assoziationen zur Rassenhygiene weckte. Die Santé Public in Frankreich und die Public Health im angelsächsischen Raum haben aus den Ideen der Sozialhygiene gelernt und sich nach dem Krieg Schritt für Schritt weiterentwickelt. Im deutschsprachigen Raum sind wir erst mit der Aids-Prävention wieder in eine lineare Entwicklung eingestiegen. Die Problematik spiegelt sich in den Begrifflichkeiten: Bis heute existiert keine adäquate deutsche Übersetzung für Public Health.

Veränderten sich die Themen über die Jahre?

Es gibt thematische Konstanten, die sich durchziehen: Was essen wir? Wie bewegen wir uns? Wie schützen wir uns vor Unfällen oder Krankheiten? Wie bringen wir unsere Psyche ins Gleichgewicht? Was sich verändert, sind nicht unbedingt die Themen, sondern eher unsere Lebenswelten. In der Suchtprävention spiegelt sich das deutlich: Vor 40 Jahren wurde Ecstasy aufgrund seiner psychodelischen Wirkung eingesetzt, man wollte zu sich selbst kommen. In der Partybewegung der 1990er-Jahre war dieselbe Pille als Aufputzmittel im Umlauf. Oder die Heroinproblematik: Heute gibt es anders als vor 25 Jahren kaum mehr junge Erwachsene, die Heroin konsumieren. Dafür suchen wir Altersheimplätze für heroinsüchtige Senioren.

Wo reihen sich die Bildungsangebote zu Gesundheitsförderung und Prävention in die historische Entwicklung ein?

Im angelsächsischen Raum gibt es schon sehr lange Masterstudiengänge in Public Health (MPH). Die Professionalisierung ist dort bereits fortgeschritten, ebenso in Frankreich. Bei uns kamen die MPH-Studiengänge erst in den 1990er-Jahren auf. Nebst dieser akademischen Schiene entwickelten sich punktuelle Weiterbildungsangebote für Quereinsteiger. Dass es mit dem Bachelorstudiengang in Gesundheitsförderung und Prävention nun eine erste Grundausbildung auf Fachhochschulstufe gibt, ist ein innovativer Schritt. Ich sehe darin aber auch eine logische lineare Entwicklung, die auf ein eigenständiges Berufsbild hinzielt.

Wo werden Absolventen des Studiengangs arbeiten?

Sie können zum Beispiel für eine NGO oder für den Gesundheitsdienst einer grösseren Gemeinde im Einsatz sein. Sie leiten vielleicht ein Ernährungsprojekt mit Kindergärtnern, konzipieren ein spielerisches Sturzprophylaxeprogramm für ältere Menschen oder organisieren eine Veranstaltungsreihe für Arbeitgeber zum Thema Stress am Arbeitsplatz. Auch Projekte mit Migrant*innen sind wichtig, gerade bei uns in Basel, wo jedes zweite Schulkind aus einer nicht deutschsprachigen Familie stammt.

Welche Kompetenzen sollte der Studiengang für diese Aufgaben vermitteln? Wie sähe ihr persönlicher Wunschkandidat aus?

Die Themen, die wir beackern, sind breit gefächert. Die möglichen Settings variieren, ebenso wie die Zielgruppen. Dafür brauchen zukünftige Bachelorabsolvent*innen zum einen ein fundiertes Hintergrundwissen, zum anderen aber auch praktische Fähigkeiten.



«Es gibt diese Tendenz, Präventionsthemen mit Wertungen, Normen und Moral zu verknüpfen.» Thomas Steffen

Gefragt sind Generalisten, die anpacken können. Mein persönlicher Wunschkandidat hätte Qualitäten der eierlegenden Wollmilchsau (lacht).

Können Sie das ausführen?

Ich denke an jemanden, der Fachwissen mitbringt, kritisch denken kann, aber auch etwas von Buchhaltung und Marketing versteht; jemand, der sich mit unterschiedlichsten Personen vernetzen, Projekte anreissen und Konflikte angehen kann. Sie oder er sollte den Spagat zwischen der wissenschaftlichen Welt und dem praktischen Alltag schaffen. Denn in einer Argumentation die richtigen Studien oder Paragraphen zu zitieren, überzeugt ausserhalb des akademischen Systems niemanden. Dem Politiker, der Firmenchefin oder dem Präsidenten des Kulturvereins müssen wir anders begegnen. Sie müssen unsere Botschaften auch emotional verstehen. ◀

Neuer Bachelorstudiengang

Der gesamten Bevölkerung ein gesundes Leben ermöglichen und Krankheitsrisiken mindern: Ab Herbst 2016 startet am ZHAW-Departement Gesundheit der schweizweit erste Bachelorstudiengang in Gesundheitsförderung und Prävention. Er richtet sich an Personen mit Fach-, Berufs- oder gymnasialer Maturität, die an einer interdisziplinären Ausbildung interessiert sind und Projekte oder Programme für die breite Bevölkerung, spezifische Zielgruppen oder Settings realisieren möchten. Aktuelle Informationen unter: www.zhaw.ch/gesundheit/bachelor/gesundheitsförderung



Die Health University ist medizinisches Versorgungszentrum für die Menschen in der Region.

Online-Hilfe bei schwierigen Entscheidungen

Von Santina Russo

Im Kampf gegen Prostatakrebs stehen verschiedene Behandlungen zur Verfügung. Jede davon kann schwerwiegende Nebenwirkungen verursachen. Wie sollen Betroffene die Risiken abwägen und sich entscheiden? Um Patienten zukünftig dabei zu unterstützen, vereint ein Forschungsteam die Blickwinkel von Gesundheits- und Informationswissenschaften in einem interdisziplinären Projekt.

Die Mehrzahl der Tumore in der Prostata bleibt am besten unentdeckt. Was paradox und riskant klingt, ist bei dieser Krebserkrankung tatsächlich der Idealfall. Denn vielfach bleiben Prostatatumore über Jahrzehnte ungefährlich; sie wachsen kaum, bilden keine Ableger und verursachen keinerlei Symptome. «Aus Autopsien weiss man, dass rund 80 Prozent der über 80-jährigen Männer ein Prostatakarzinom haben, das unbemerkt bleibt», sagt Hans-Peter Schmid, Chefarzt der Urologie am Kantonsspital St. Gallen. Zum Problem wird Prostatakrebs jedoch, wenn er stark wächst und sich ausbreitet. Dann droht Lebensgefahr. Zwar ist eine Behandlung mittels Operation oder Bestrahlung möglich und verspricht im Frühstadium gute Heilungschancen. Aber die Patienten müssen mit schwerwiegenden Nebenwirkungen rechnen: Inkontinenz, Erektionsstörungen, Zeugungsunfähigkeit und Darmprobleme, je nach Behandlungsmethode in unterschiedlichem Ausmass (siehe Box). Zudem bewerten Betroffene diese Nebenwirkungen verschieden. Woran

leidet ein Mann stärker: an bleibender Inkontinenz oder an Impotenz? Wie wichtig sind ihm Intimität und ein gutes Sexualleben? Wie wirken sich die Störungen auf seinen Alltag aus, wie auf seine Partnerschaft? Wie also kann Mann wissen, welche Behandlung in welchem Fall die beste Wahl ist?

Gewinn für Patienten und Ärzte

Unterstützung bei dieser schwierigen Entscheidung erhalten Patienten von Forschenden um Peter Rüesch und Andreas Bänziger von der ZHAW-Forschungsstelle Gesundheitswissenschaften. Sie entwickeln in einem durch die Krebsforschung Schweiz finanzierten Projekt eine E-Health-Plattform, die verständlich und anschaulich über die Krebserkrankung und die Behandlungsmethoden informiert. «Wir wollen den Patienten ein Tool anbieten, das ihre Verunsicherung verringert und sie im vielschichtigen Entscheidungsprozess für eine Therapie unterstützt», sagt Peter Rüesch. In einem Vorprojekt hat sich gezeigt, dass die Informationsbedürfnisse von Prostatakrebs-Patienten sehr unterschiedlich

sind – deshalb die Online-Plattform. «Sie ist flexibler als eine Informationsbroschüre», sagt Rüesch. Und sie eigne sich besser, um die Bedürfnisse verschiedener Patienten abzudecken. Doch

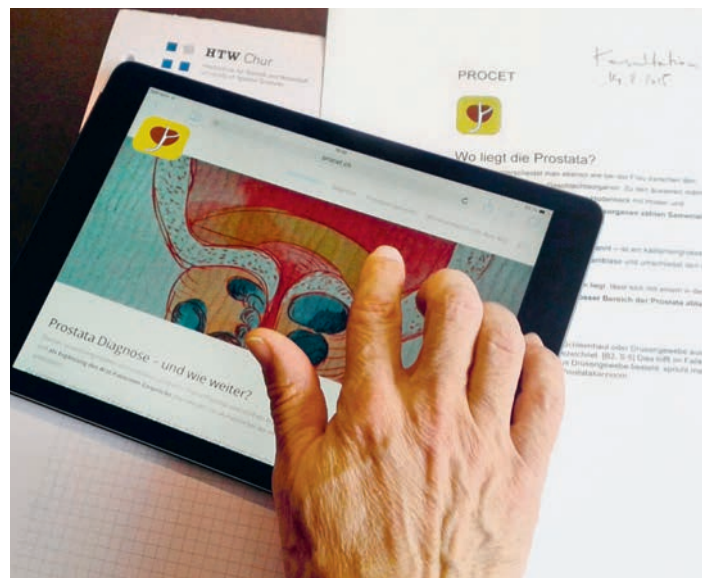
«Eine Online-Plattform ist flexibler als eine Informationsbroschüre.»

keinesfalls gehe es darum, das Gespräch zwischen Arzt und Patient zu ersetzen, betont der Gesundheitswissenschaftler. «Vielmehr möchten wir die Kommunikation zwischen Arzt und Patient unterstützen.»

Damit das gelingt, arbeiten die Forschenden bei der Entwicklung des Tools mit Patienten und Ärzten zusammen. Diese begleiten in Fokusgruppen den Fortschritt der Website, beurteilen die jeweils neuste Version und geben Impulse für deren Weiterentwicklung. Der erste Prototyp wurde ihnen im September 2014 vorgelegt. Zurzeit wird er überarbeitet, bevor im Frühsommer 2015 erneut eine Begutachtung in den Fokusgruppen ansteht. «Dabei finden Ärzte und Patienten gemeinsam einen Konsens darüber, was die Website beinhalten soll und wie sie am besten aufgebaut ist», sagt Hans-Peter Schmid, der die Wissenschaftler als Experte berät.

Schlaues Design und neue Anwendungen

Für das Design und die multimediale Aufbereitung der Website arbeitet das Team der Forschungsstelle Gesundheitswissenschaften mit Informationswissenschaftlern der Hochschule für Technik und Wirtschaft Chur (HTW) zusammen. In erster Linie soll die Plattform auf die Nutzung mit Tablets ausgerichtet sein. Denn viele ältere Menschen sind den Umgang mit Computern nicht gewohnt. «Die Bedienung von Tablets ist intuitiver», sagt Urs Dahinden, Professor für Informationswissenschaft an der HTW. Die Plattform soll in Zukunft aber nicht nur die Patienten informieren, sondern auch ins Gespräch zwischen Arzt und Patient integriert werden. Dafür stellen die Entwickler spezielle Anwendungen zur Verfügung: Hat ein Patient etwa eine Frage zu einem bestimmten Thema, kann er die betreffende Textpassage markieren und in einem separaten Feld Notizen einfügen. Die Zusammenstellung nimmt er später zum Arzt mit. Zudem wird der sogenannte Biodigital Human, ein von Google kreierte 3-D-Modell des menschlichen Körpers, in die Plattform eingebaut. Darauf können sich Patienten mit der Anatomie der Prostata vertraut machen, sagt Kommunikationswissenschaftler Dahinden. «Oder Arzt und Patient studieren das Modell gemeinsam.» Angedacht sind auch Möglichkeiten, den auf der Plattform sichtbaren Inhalt zu personalisieren. Etwa indem durch die Eingabe der Diagnosenummer eines internationalen Klassifizierungssystems nur die Informationen erscheinen, die für den einzelnen Patienten wichtig sind. Welchen Mehrwert das Produkt bietet, erproben die Forschenden ab Juli 2015 in der Praxis. Dazu sollen in vier Deutschschweizer Urologiekliniken Prostatakrebs-Patienten, die vor einer Therapieentscheidung stehen, den Nutzen der Website beurteilen. Zugleich wird getestet, wie hilfreich das neue Tool für die Ärzte ist. Denn nur wenn sie die neue Plattform akzeptieren, werden sie diese ihren Patienten empfehlen – und so deren Verunsicherung verringern. ◀



Eine neue E-Health-Plattform gibt erste Antworten auf die Fragen von Männern mit Prostatakrebs.

Prostatakrebs: Behandlungen mit Nebenwirkungen

Prostatakrebs ist die häufigste Krebsart überhaupt. Pro Jahr erkranken in der Schweiz etwa 6100 Männer, die meisten davon sind über 50 Jahre alt. Die drei gebräuchlichsten Behandlungsmethoden – Operation, Bestrahlung und Brachytherapie – erreichen vergleichbare Heilungsraten: im Frühstadium der Erkrankung 80 bis 85 Prozent. Jedoch unterscheiden sie sich in Art und Stärke der Nebenwirkungen.

Operation: Dabei wird die gesamte Prostata entfernt, inklusive des inneren Schliessmuskels, der zwischen Blase und Prostata liegt. Deshalb kommt es nach der operativen Entfernung vorübergehend oder dauerhaft zu Inkontinenz. Da die Prostata für die Produktion der Samenflüssigkeit verantwortlich ist, führt deren Entfernung zudem zu Zeugungsunfähigkeit. Zusätzlich haben viele Patienten mit Erektionsstörungen zu kämpfen.

Strahlentherapie: Um die Krebszellen abzutöten, wird die Prostata Röntgenstrahlen ausgesetzt. Dabei nimmt auch umliegendes Gewebe, etwa der Enddarm, Schaden. Die mögliche Folge: vorübergehender oder dauerhafter Durchfall. Ausserdem geht wie bei der Operation die Zeugungsfähigkeit verloren. Beeinträchtigt wird auch die Erektionsfähigkeit.

Brachytherapie: Auch bei dieser Methode wird bestrahlt – jedoch nicht von aussen, sondern durch eine kleine Strahlenquelle, die direkt in die Prostata implantiert wird. So wird das umliegende Gewebe weniger geschädigt. Die häufigste Nebenwirkung: Schwierigkeiten beim Wasserlassen. Seltener wird die Potenz eingeschränkt. Die Behandlungsmethode ist hierzulande noch wenig bekannt.

Gemeinsam gegen Schmerz

Von Ursina Hulmann Kehl

Schon als junge Physiotherapeutin zeigte Angie Röder grosses Engagement bei der Behandlung von Schmerzpatienten. Ihr Interesse hat sie in Weiterbildungen vertieft und später in die Programmentwicklung des CAS Schmerz eingebracht. In ihrer Praxis für Schmerztherapie übt sie mit Betroffenen Strategien, um im Alltag trotz Beschwerden aktiv zu sein.

«Schmerz ist ein subjektiv wahrgenommenes, unangenehmes Empfinden. Es kann mit einer körperlichen Verletzung einhergehen, muss aber nicht», erklärt Angie Röder. Die Physiotherapeutin ist überzeugt, dass Fachpersonen aus Ergotherapie, Physiotherapie, Pflege, Medizin und Psychologie bei der Behandlung von komplexen Schmerzen zusammenarbeiten sollten: «Keine Profession kommt hier allein weiter.» Im interprofessionellen CAS Schmerz, den sie am Departement Gesundheit leitet, kommen Pflege, Ergo- und Physiotherapie zusammen. Jede Berufsgruppe arbeitet mit anderen Behandlungsansätzen und hat spezifisches Fachwissen. «Den Bogen zu spannen, ist nicht einfach», sagt Angie Röder. Wichtig sei aber zu sehen, was die anderen Berufe einbringen. Wo kann ich unterstützen, wo kann der andere entlasten? Die gemeinsame Zielsetzung und Sprache bei der Behandlung stehen im Zentrum. In Grossbritannien, Australien und den USA sind Masterabschlüsse in Schmerztherapie bereits etabliert. In der Schweiz befindet sich das Fachgebiet erst im Aufbau. Zurzeit ist ein Masterstudiengang in Planung, der sich auch an Ärzte und Psychologen richten soll.

Den Schmerz beeinflussen

Etwa 16 Prozent der Schweizer Bevölkerung leiden an chronischen Schmerzen. Schätzungen zu den damit verbundenen jährlichen Kosten belaufen sich auf bis zu fünf Milliarden Franken. Einige der Betroffenen kommen in die Praxis von Angie Röder. Sie behandelt Menschen mit Rückenbeschwerden oder Schleudertraumata, mit Kopfweh oder nervenbedingten Schmerzen. Gemeinsam ist den Patientinnen und Patienten, dass sie an komplexen Schmerzen leiden, an Schmerzen also, die schwer beeinflussbar sind und nicht mehr mit

dem normalen Heilungsprozess im Einklang stehen. Damit die Betroffenen ihr Leiden besser verstehen, erklärt Angie Röder ihnen die Diagnose sowie das Phänomen Schmerz und schult sie in ihrer Körperwahrnehmung. «Wir erarbeiten zusammen Strategien, um die Schmerzen zu beeinflussen und bestenfalls zu kontrollieren», so die Therapeutin. «Anschliessend bauen wir die körperliche Belastbarkeit schrittweise auf.» Aus Angst vor den Schmerzen trauen sich viele Patienten nicht mehr, ihre Hobbys zu pflegen: etwa wandern zu gehen. Die Schmerztherapie zielt darauf ab, das Vertrauen in den eigenen Körper wiederzugewinnen und Aktivitäten, die Freude machen, zu fördern. Angie Röder ist es dabei wichtig, ihren Patienten zu zeigen, dass sie den Schmerzen nicht völlig ausgeliefert sind.

Mitfühlen, ohne mizuleiden

Um die Behandlung möglichst wirkungsvoll zu gestalten, spricht sie ihre Schritte mit den zuweisenden Ärzten oder beteiligten Therapeuten ab. In der Regel dauert die Therapie drei bis sechs Monate. Denn das eigene Verhalten zu ändern oder Schmerzen neu zu bewerten, braucht Zeit. «Mitfühlen, ohne mizuleiden, ist entscheidend bei meiner Arbeit. Humor ist dabei durchaus erlaubt», betont Angie Röder. Sie legt Wert darauf, dass ihre Patienten die Therapie aktiv mitgestalten. Denn sie kennen ihren Körper am besten. Gleichzeitig möchte sie verhindern, dass die Betroffenen vom Gesundheitssystem abhängig werden: «Ich will sie dazu motivieren, Verantwortung für ihren Körper zu übernehmen und ihren Schmerzen aktiv zu begegnen.» ◀

CAS Schmerz

Gesundheitsfachleute lernen, komplexe Schmerzsituationen zu analysieren, zu beurteilen und entsprechende Interventionen vorzunehmen. Als Schmerzspezialisten sorgen sie für eine kompetente Behandlung und Schulung von Betroffenen sowie Angehörigen. Das CAS ist eine Kooperation mit der Schweizerischen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (SGSS).



Lehren lernen

CAS Ausbilden in Gesundheitsberufen

Ausbildnerinnen und Ausbilder in Gesundheitsberufen leiten Studierende dabei an, ihr Wissen aus dem Unterricht im Praxisalltag anzuwenden. Sie schaffen dazu geeignete Lernsituationen, vermitteln berufliche Handlungskompetenzen und beurteilen das fachliche Handeln. Das CAS Ausbilden in Gesundheitsberufen vermittelt die für diesen Auftrag erforderlichen Kompetenzen in Methodik und Didaktik, Kommunikation und Führungstheorie. Dabei ist der direkte Praxisbezug ein zentraler Aspekt: Anhand von Beispielen der Teilnehmenden aus ihrer Zusammenarbeit mit Studierenden wird die Theorie vermittelt und individuell weiterbearbeitet. Absolventinnen und Absolventen des CAS haben die Möglichkeit, das SVEB-Zertifikat zu beantragen. Dafür wird ein Nachweis von 150 Unterrichtsstunden – ein Drittel im Einzelsetting, zwei Drittel in Gruppen – über die Dauer von mindestens zwei Jahren benötigt.

Kursdetails

Start: 28. September 2015 (Praxisausbildung 1)

Dauer: 21 Tage

Umfang: 15 ECTS

Kosten: CHF 5950.–

Leitung

Regula Hauser



Chronisch Kranke betreuen

CAS Klinische Expertise in Chronic Care

Um chronisch kranke Menschen und deren persönliches Umfeld fachkompetent zu begleiten, reichen kurative und pathogenetische Ansätze allein heute nicht mehr aus. Das CAS Klinische Expertise in Physiotherapie/ Ergotherapie in Chronic Care befähigt Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten, die für ihren Berufsalltag wichtigsten Konzepte des Chronic und Palliative Care Managements anzuwenden und damit die Handlungsfähigkeit und Autonomie der Klienten zu erhalten oder zu verbessern. Die Absolventinnen und -absolventen verfügen über Kenntnisse in der Patientenedukation, im Empowerment und Enablement. Das CAS besteht aus den Modulen Disease Management, Patient Education & Empowerment sowie Physio-/Ergotherapie in der Palliative Care. Die Module eins und drei können auch einzeln besucht werden.

Kursdetails

Start: 28. August 2015

Dauer: 15 Tage

Umfang: 15 ECTS

Kosten: CHF 5950.–

Leitung

Ursina Schmid

Weiterbildungssekretariat

Montag bis Freitag, telefonische Auskunft

8.15–12.00, 13.30–17.00 Uhr

Ergotherapie und Hebammen: Telefon 058 934 74 40

Pflege: Telefon 058 934 63 88

Physiotherapie: Telefon 058 934 63 79

weiterbildung.gesundheit@zhaw.ch

www.zhaw.ch/gesundheit/weiterbildung

Veranstaltungen

15. Juni 2015, 17.30 Uhr

After Work Lecture

Sangeeta Judith Keller, Gründerin und Leiterin des Kiran Village, eines Bildungs- und Rehabilitationszentrums für Kinder und Jugendliche am Rand von Varanasi, Indien, referiert zum Thema «Kiran, 25 Jahre Abenteuer des Vertrauens».

Institut für Physiotherapie

26. Juni 2015, ab 8.30 Uhr

Präsentationstag Bachelorarbeiten

Studierende der Studiengänge Ergotherapie, Hebamme, Pflege und Physiotherapie präsentieren ihre Bachelorarbeiten in Form von Postern, Referaten, Round Tables und Science Slams.

ZHAW, Departement Gesundheit

8. Juli 2015, 17 Uhr

After Work Lecture

Dr. Alison McFadden, Forscherin und Co-Autorin der Lancet-Serie «Midwifery 1-4», zeigt, wie die Rolle der Hebamme und eine effektive interdisziplinäre Zusammenarbeit die Qualität der Betreuung von Frauen und Neugeborenen beeinflussen.

Institut für Hebammen

31. August – 4. September 2015

Summer Schools Pflege

«Evidence based practice through quantitative research» lautet das Thema der diesjährigen Summer School Pflege. Fachpersonen aller Gesundheitsberufe lernen, Forschungsbeiträge kritisch zu würdigen, und eignen sich das Rüstzeug an, um eigene Projekte zu entwickeln.

Institut für Pflege

31. August – 4. September 2015

Summer School Physiotherapie

In der diesjährigen Summer School befassen sich Physiotherapeutinnen und -therapeuten mit der kritischen Beurteilung von Publikationen und lernen Theorien und Strategien zur Implementierung kennen. Sie erarbeiten ein Implementierungskonzept für den klinischen Alltag.

Institut für Physiotherapie

5. September 2015, 9.30 – 16.00 Uhr

Öffentlichkeitsanlass «60plus – lustvoll mobil»

Als Teil des Programms können Besucherinnen und Besucher ihre Beweglichkeit und Gangsicherheit testen und sich anschliessend individuell beraten lassen. Ein Vortrag informiert über die Bedeutung der physischen Aktivität nach 60. Zeitgleich startet die Kampagne «60plus – lustvoll mobil», die bis Ende Dezember dauert.

Institut für Physiotherapie

10. und 11. September 2015

Dreiländertagung «Health Universities»

Wie lassen sich Bildung und Versorgung in den Gesundheitsberufen zusammenführen? Die Dreiländertagung Deutschland-Schweiz-Österreich widmet sich dem Leitmodell der Health Universities, das sich als Kompass für heutige Bildungsinstitutionen im Gesundheitsbereich anbietet.

ZHAW, Departement Gesundheit

5. November 2015, 17.30 Uhr

Antrittsvorlesung

Von den Forschungsanfängen in der Sportmedizin über die klinische Wirbelsäulenforschung bis zur Evaluationsforschung mit Public-Health-Fokus: Prof. Dr. med. Markus Melloh, Leiter des Zentrums für Gesundheitswissenschaften, referiert in seiner Antrittsvorlesung zum Thema «A Twenty-Year Journey in Health Research: From the Bench to the Bedside and Beyond».

Zentrum für Gesundheitswissenschaft

14. November 2015

8. Pelvisuisse-Symposium

Das diesjährige Pelvisuisse-Symposium thematisiert «Anorektale Dysfunktion».

Institut für Physiotherapie

Publikationen



Mascha Madörin Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Erkundungen aus der Sicht der Pflege.

Die Pflege im Schatten von Standardisierung und Effizienz kalkül

ZHAW, Institut für Pflege, Winterthur 2015
ISBN 978-3-9524121-8-3



Peter Ruesch, Szilvia Altwicker-Hámori, Sibylle Juvalta Diagnose und Behandlung junger Menschen mit psychischen Krankheiten.

Literaturstudie zu evidenzbasierten, internationalen Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung

Bundesamt für Sozialversicherungen,
Bern 2014, ISSN 1663-4659 (eBericht)



Christine Loytved Ausserklinische Geburtshilfe in Deutschland – Qualitätsbericht 2013

Verlag Wissenschaftliche Schriften,
Zwickau 2014, ISBN 978-3-95735-018-3

Weitere Informationen

www.zhaw.ch/gesundheit/veranstaltungen
www.zhaw.ch/gesundheit/publikationen



Gut versorgt und im Einklang mit sich in die Zukunft blicken: dank Gesundheitsförderung und Prävention sowie einer gut organisierten, integrierten Grundversorgung.

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

Gesundheit

Technikumstrasse 71
Postfach
CH-8401 Winterthur

E-Mail info.gesundheit@zhaw.ch
Web www.zhaw.ch/gesundheit