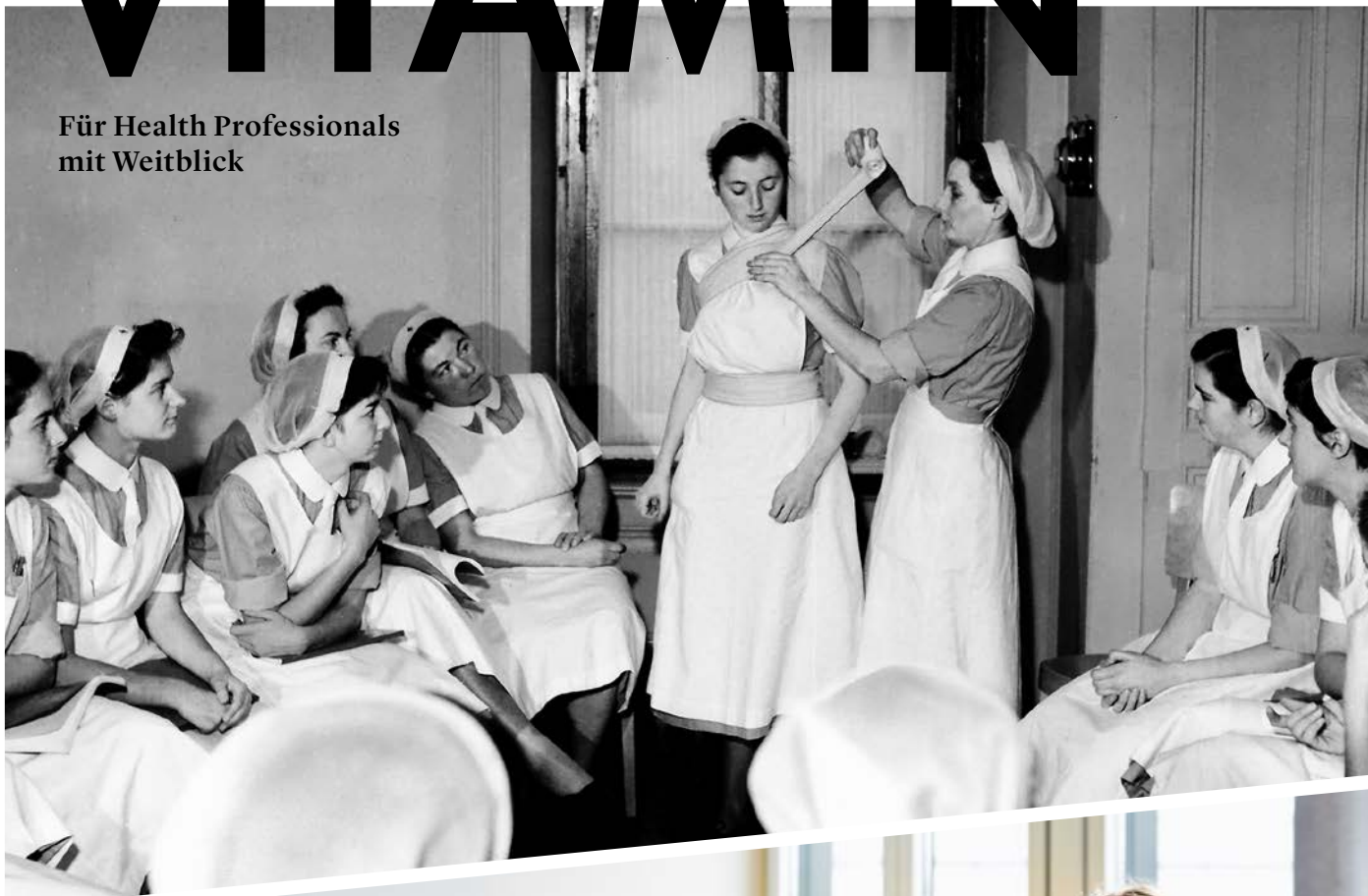


# VITAMIN G

Für Health Professionals  
mit Weitblick



**GESUNDHEITSBERUFE  
IM WANDEL**

Brückenbauerin  
zwischen den Kulturen

Der Einfluss des Unbewussten  
beim Alkoholentzug

# DOSSIER: GESUNDHEITSBERUFE IM WANDEL

Profile entwickeln sich weiter, Rollen passen sich neuen Gegebenheiten an und Berufsgrenzen werden stetig neu ausgelotet. Früher ebenso wie heute.

# 8



Zwei Krankenschwestern der Rotkreuz-Krankenpflegeschule Lindenhof. Vereinigung der Ehemaligen der Lindenhof Schule, Bern

**10 VON DIAKONISSEN, EHRBAREN WEIBERN UND TÜCHTIGEN MASSEUREN**  
Die Entwicklung der Gesundheitsberufe und ihrer Ausbildungen – eine Längsbetrachtung.

**14 NEUE BERUFSPROFILE IM GESUNDHEITSWESEN**  
Wenn sich starre Berufsgrenzen auflösen und neue Funktionen entstehen: Fünf Health Professionals erzählen.

**20 WIE NEUE TECHNOLOGIEN THERAPIE UND PFLEGE VERÄNDERN**  
Roboter im Gesundheitswesen – Chance oder Risiko?

**23 WAS DEN BERUF IM INNERSTEN ZUSAMMENHÄLT**  
Damals und heute: Zwei Ergotherapeutinnen über die Ursprünge, die Entwicklungen und das Herzstück ihres Berufs.

## SPEKTRUM

**4 News aus dem Departement Gesundheit**

## MEINUNG

**5 Physio ohne Umweg**  
Astrid Schämamm zum Direktzugang zur Physiotherapie.

## IM PORTRÄT



**6 Brückenbauerin zwischen den Kulturen**  
Drei Pässe und in diversen Kulturen zu Hause: Susan Schärli liegt die interkulturelle Kommunikation im Blut.

## FORSCHUNG

**28 Wie sich paradoxe Entscheide erklären lassen**  
Weshalb gewisse Menschen übermässig Alkohol konsumieren, auch wenn sie wissen, dass sie sich damit schaden.

## STUDIUM



**30 «Dabei sein, wenn das Baby endlich da ist»**  
Unterstützung im Sexualkundeunterricht: Eine Schulklasse zu Besuch bei den Hebammen.

## WEITEBILDUNG

**32 Digitale Spielformen in der Patientenedukation**  
Neue Medien für Beratung, Information und Schulung nutzen.

**33 Fachlich auf neuem Stand**  
Mehr fachspezifische Vertiefung und Anwendungsmöglichkeiten in den CAS Best Practice in Ergotherapie.

## GEWUSST WIE!



**34 Bei einem Herzstillstand richtig reanimieren**  
Was tun, bevor die Sanität eintrifft?

## 35 AGENDA

## 36 CAMPUS

### TITELSEITE:

Unterricht im Anbringen von Verbänden an der Pflegeschule La Source in Lausanne, 1959. Perrenoud, Archiv Stiftung La Source, Lausanne.

Pflegestudierende in den Skillsräumen des ZHAW-Departements Gesundheit, 2014. Das Bild, Judith Stadler und André Uster.

# WANDEL LOHNT SICH



gung, erforschen Behandlungen und Vorgehensweisen in ihren Bereichen. An unserem Departement wird zum Beispiel eine Studie durchgeführt, die untersucht, welche Form der Physiotherapie Frühgeborenen auf ihrem Weg in ein möglichst normales Leben nützt.

Im Mittelalter waren Arzt und Wundarzt, also Internist und Chirurg, völlig getrennte Ausbildungen und Profile. Ersterer war studiert, Letzterer von seiner Identität als Handwerker geprägt. Noch vor einem halben Jahrhundert wurde darüber

gestritten, ob Zahnärzte überhaupt studieren sollen. Einen vergleichbaren Prozess der Veränderung können wir auch für die an der ZHAW vertretenen Gesundheitsberufe beobachten. Ihre Akademisierung schlägt sich nun in

erweiterten Rollen und zum Teil hochspezialisierten Profilen nieder. Dies ist nicht einfach l'art pour l'art. So zeigen Studien, dass physiotherapeutische Interventionen bei der Volkskrankheit Rückenschmerzen bessere Ergebnisse erzielen als operative Eingriffe und dass hebammengeleitete Geburten die Zufriedenheit der Frauen fördern sowie Kaiserschnittraten senken. Das bedeutet: Wandel lohnt sich.

## Die Fremdbilder hinken der Realität hinterher.

**B**erufsbilder, Profile und ihre Identitäten unterliegen einer steten Entwicklung. Dies wollen wir im Bereich Gesundheit oft nicht wahrhaben. Denn was eine Pflegefachfrau tut, weiss doch jede und jeder: pflegen, ein bisschen Herz für die Patientinnen und Patienten zeigen und ab und zu eine Prise Strenge walten lassen. Solch überkommene Bilder tauchen in Filmen und Romanen nach wie vor auf.

Die Fremdbilder hinken der Realität hinterher. Die Gesundheitsberufe Ergotherapie, Hebamme, Pflege und Physiotherapie haben sich, neben anderen, längst von der dienenden Funktion emanzipiert und sich weiterentwickelt. Sie spezialisieren sich angesichts zunehmender Komplexität in der Gesundheitsversor-

Eine spannende Lektüre wünscht

Andreas Gerber-Grote  
Direktor Departement Gesundheit

Sie haben die Möglichkeit, ausgewählte Beiträge in diesem Heft online zu lesen und zu diskutieren.

[blog.zhaw.ch/vitamin-g](http://blog.zhaw.ch/vitamin-g)



INSTITUT FÜR PFLEGE

## NEUE LEITUNG



Katharina Fierz

Die promovierte Pflegewissenschaftlerin Katharina Fierz übernimmt per 1. April 2018 die Leitung des ZHAW-Instituts für Pflege. Sie stärkt die Fachkompetenz des Instituts

in den Themen Advanced Practice Nursing (APN), neue Betreuungsmodelle und Hochschullehre.

Aktuell ist Katharina Fierz am Institut für Pflegewissenschaften der Universität Basel tätig, wo sie die Verantwortung für das Masterprogramm trägt und die Studienberatung leitet. Als Post-Doktorandin

forschte sie zudem zu neuen Betreuungsmodellen und zu Präventionsmassnahmen gegen Hepatitis C. Vor ihrer akademischen Laufbahn an der Universität Basel arbeitete sie zehn Jahre als Pflegefachfrau an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich. Sie ist sowohl national als auch international in der Pflegeforschung, im Lehrbereich und in den Berufsverbänden bestens vernetzt. Katharina Fierz folgt auf Heidi Longerich, die das Institut für Pflege während zehn Jahren aufgebaut hat und massgeblich für die gelungene Etablierung der Pflegeberufe auf Fachhochschulstufe verantwortlich ist. Heidi Longerich geht Ende März 2018 in Pension.

MASTER OF SCIENCE HEBAMME

## START MIT ELF TEILNEHMERINNEN



Die erste Durchführung des neuen Studiengangs zum Master of Science Hebamme ist im September gestartet. Unter den elf Studentinnen sind Bachelorabsolventinnen der ersten Jahre, die an ihren Studienort zurückgekehrt sind, aber auch Berufskolleginnen, die den Bachelortitel nachträglich erworben haben. Die Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule sowie mit dem Studiengang zum Master of Science in Pflege ist gut angelaufen. Die Verantwortlichen vonseiten der Pflege bezeichnen die Erweiterung ihrer Unterrichtsinhalte mit Hebammen themen als Gewinn für die interprofessionelle Praxis.

[zhaw.ch/gesundheits/master/hebamme](http://zhaw.ch/gesundheits/master/hebamme)

MSC PHYSIOTHERAPIE

## ENPHE-AWARD FÜR ZHAW-ABSOLVENTIN

An der diesjährigen Konferenz des European Network of Physiotherapy in Higher Education (ENPHE) in Reykjavik gewann ZHAW-Absolventin Esther Gamper den ersten Preis für ihre Masterthesis. In ihrer Arbeit mit dem Titel «Outdoor Walking Training in Severe COPD» untersuchte sie, inwiefern Patientinnen und Patienten mit einer schwerwiegenden chronisch obstruktiven Lungenkrankheit (COPD) von einem Intervall Outdoor Walking Training profitieren. Denn Gehen ist eine der wichtigsten Aktivitäten im Alltag der Betroffenen. Den Effekt des Walking-Trainings auf Lebensqualität, Aktivität und die Entwicklung des Gesundheitszustands verglich sie mit der Wirkung von herkömmlichem Ausdauertraining auf einem Fahrradergometer. Die Interventionen liefen über drei Wochen mit einem Follow-up nach drei Monaten. Das Resultat: Die Patienten der Walking-Gruppe waren mit dem Training sehr zufrieden und zeigten gegenüber der Ergometer-Gruppe eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität und des Gesundheitszustands.

[zhaw.ch/gesundheits/enphe-award](http://zhaw.ch/gesundheits/enphe-award)

PFLANZENGESTÜTZTE PFLEGE

## NEUES PRAXIS-HANDBUCH

Alpenveilchen, Begonien oder Orchideen – Pflanzen sind für viele Menschen mit Erinnerungen, Freude oder einer sinnvollen Beschäftigung im Alltag verbunden. Beim Einzug ins Pflegeheim verlieren ältere Menschen jedoch oft die Möglichkeit, sich um den eigenen Garten oder Zimmerpflanzen zu kümmern. Das neu erschienene Praxishandbuch «Pflanzengestützte Pflege» geht deshalb der Frage nach, wie Pflanzen in den Alltag im Heim integriert werden können. Die Autoren informieren über verschiedene Pflanzen, Materialien und Werkzeuge und behandeln auch theoretische Hintergründe der pflanzengestützten Pflege. Sie zeigen auf, welche Pflanzen wie in den Pflegealltag und in die Arbeit mit Heimbewohnern und Angehörigen integriert werden können. Das Praxishandbuch ist aus einem Projekt heraus entstanden, für das Pflegeforschende mit Wissenschaftlerinnen des ZHAW-Instituts für Umwelt und Natürliche Ressourcen zusammenarbeiteten.



## Pflanzengestützte Pflege.

Praxishandbuch für pflanzengestützte Pflegeinterventionen im Heimbereich.

Veronika Waldböth, Susanne Suter-Riederer, Martina Föhn et al. Bern: hogrefe 2017.

WEITERBILDUNG PFLEGE

## ERSTE CHINESINNEN ERHALTEN DIPLOM

Ende September 2017 erhielten die ersten sieben chinesischen Pflegefachfrauen, die an der Universität Qingdao das von der ZHAW konzipierte Programm in Gerontologischer Pflege absolviert hatten, ihr Diplom. Neben Vertretern vonseiten der ZHAW wohnen der Feier Repräsentanten der Stadtregierung, der medizinischen Fakultät sowie des Universitätsspitals von Qingdao bei. Eine nächste Durchführung der Weiterbildung ist derzeit in Planung.

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH PROFESSIONS

## NEUE AUSGABE ONLINE

Interprofessionelles Lernen während des Medizinstudiums, fachliche Unterstützung von Eltern mit einem exzessiv schreienden Kind oder biopsychosoziale Rehabilitation für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen sind Themen in der aktuellen, vierten Ausgabe des International Journal of Health Professions (IJHP). Die Open-Access-Zeitschrift richtet ihren Fokus auf die interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe in Lehre, Forschung und Berufspraxis. Ziel ist die Förderung der Wissenschaft in den Gesundheitsberufen im deutschsprachigen Raum.

[ijhp.info](http://ijhp.info)

BACHELOR ERGOTHERAPIE

## BERUFSPOLITISCH UND INTERNATIONAL ENGAGIERT

An einer Berufsmesse oder in einer Kommission des ErgotherapeutInnen-Verbands Schweiz mitwirken, internationale Studierende in der Schweiz betreuen oder selbst einen Auslandsaufenthalt ins Auge fassen: Für Studierende des Bachelorstudiengangs Ergotherapie werden solche ausserordentliche Aktivitäten künftig noch attraktiver. Sie haben die Möglichkeit, über die regulären Ausbildungsinhalte hinaus ein Profil für internationales oder berufspolitisches Engagement zu wählen. Auf diese Weise können sie persönliche Interessen vertiefen, sich vernetzen und eine Zusatzqualifikation zum Bachelordiplom erlangen. Verlangt werden dafür Leistungen in unterschiedlichen Bereichen des gewählten Profils. Das Departement Gesundheit prüft derzeit, ob das neue internationale Profil nach einer Pilotphase auch in anderen Studiengängen eingeführt werden soll.

[zhaw.ch/gesundheits/ergo-profile](http://zhaw.ch/gesundheits/ergo-profile)



ASTRID SCHÄMÄNN  
Leiterin Institut für Physiotherapie

## PHYSIO OHNE UMWEG

Sollen Patientinnen und Patienten ohne ärztliche Überweisung physiotherapeutische Leistungen beanspruchen können, die von der Grundversicherung bezahlt werden? Was in anderen Ländern längst praktiziert wird, ist in der Schweiz ein heisses politisches Eisen. Die Gegner eines sogenannten Direktzugangs führen vor allem die Kostenfrage ins Feld. Sie argumentieren, bei den ambulanten Gesundheitskosten seien die Ausgaben für Physiotherapie ohnehin schon überproportional gestiegen, und bei einem Direktzugang werde dieser Trend voraussichtlich noch verstärkt – «ohne gesundheitlichen Mehrwert», wie etwa der Bundesrat behauptet. Wir sagen: Irrtum! Nichts spricht gegen einen Direktzugang zur Physiotherapie.

Erstens wird die Kostenfrage oft irreführend dargestellt. Fakt ist: Der Anteil der Physiotherapie an den totalen Gesundheitskosten ist zwischen 1996 und 2014 stabil bei 1,4 Prozent geblieben. Zwar haben sich nach Einführung des Fallpauschalensystems SwissDRG die physiotherapeutischen Leistungen in den ambulanten Bereich verschoben, aber insgesamt hat es keine von der Physiotherapie induzierte Mengenausweitung gegeben.

Zweitens bin ich sehr wohl der Meinung, dass der Direktzugang einen gesundheitlichen Mehrwert hat. Das zeigen die Erfahrungen aus Skandinavien, den Niederlanden und Australien: In diesen Ländern ist es um die muskuloskeletale Gesundheit der Bevölkerung insgesamt besser bestellt als hierzulande. Den Direktzugang zuzulassen, würde bedeuten, die Wahlfreiheit von Patienten und deren Selbstmanagement zu stärken. In der Schweiz wird bei Knie-, Schulter- oder Rückenbeschwerden noch immer zu oft und zu schnell operiert. Dabei gibt es eine hohe Evidenz, dass Physiotherapie häufig besser hilft als ein invasiver Eingriff – und zudem sehr viel kostengünstiger ist.

Drittens ist die ärztliche Verordnung schlicht nicht nötig. Physiotherapeutinnen und -therapeuten verbringen etwa im Masterstudiengang über 1000 Stunden damit, klinische Assessments zu üben. Sie sind also bestens in der Lage, Patienten adäquat zu untersuchen. //

[blog.zhaw.ch/vitamin-g](http://blog.zhaw.ch/vitamin-g)



## BRÜCKENBAUERIN ZWISCHEN DEN KULTUREN

In der Pflege, aber auch in anderen Gesundheitsberufen ist das Verständnis für andere Kulturen extrem wichtig. Am Departement Gesundheit ist Susan Schärli für das Thema zuständig. Bei ihrem persönlichen Hintergrund ist das naheliegend.

VON ANDREA SÖLDI

Wie verhalte ich mich in Konflikten? Explodierte ich oder bleibe ich ruhig? Sage ich klipp und klar meine Meinung oder rede ich durch die Blume? Mit solchen Themen setzten sich im September Studierende an der Summer School der Fachhochschule Bern auseinander. «Wer seinen eigenen Konfliktstil kennt, kann besser auf andere zugehen», erklärt Dozentin Susan Schärli. Die 46-Jährige ist am Institut für Pflege der ZHAW für inter-

ationale Beziehungen verantwortlich. Als Expertin für interkulturelle Kommunikation ist sie zudem auch eine gefragte Referentin in Weiterbildungen und Workshops anderer Institutionen.

### An verschiedenen Orten daheim

Aufgrund ihrer Biografie ist die gelernte Pflegefachfrau geradezu prädestiniert für das Thema. Ihre Mutter stammt aus Holland, der Vater aus China. Kennengelernt haben sich die Eltern in Australien, wo

auch Tochter Susan geboren wurde. Diese ist dann in Holland und Belgien aufgewachsen, kehrte aber für das Pflegestudium nach Australien zurück. Die Liebe zu einem Schweizer führte sie vor 17 Jahren nach Brugg, wo sie heute noch lebt. Schärli spricht sehr gut Deutsch – auch Dialekt –, beides mit einem charmanten englischen Akzent.

«Ich bin an verschiedenen Orten daheim und fühlte mich auch hier schnell wohl», sagt die quirlige Frau. Dennoch sei sie zu Beginn in einige Fettnäpfchen getreten. Sie habe erfahren müssen, dass schwarzer Humor hierzulande nicht überall gut ankommt. Und bei der Arbeit wunderte sie sich anfangs darüber, dass im Pflegeteam so lange diskutiert wird, bis man einen Konsens findet. Von Australien her war sie sich gewohnt, dass die Mehrheit das Sagen hat und man schnell zu Entscheidungen kommt. Endlos scheinende Teamsitzungen strapazierten hier manchmal ihre Geduld. Später erst hat sie erkannt, wie wertvoll es ist, wenn am Ende alle hinter dem Entschluss stehen und ihn mittragen.

Drei Pässe und in diversen Kulturen zu Hause: Susan Schärli lehrt nicht nur interkulturelle Kommunikation, sondern hat sie auch im Blut.

### Verständnis vermeidet Kosten

Die breite Palette an Umgangsformen in verschiedenen Ländern findet Schärli faszinierend. Dennoch warnt sie vor Generalisierungen und Stereotypen. Kultur sei keinesfalls nur von der Ethnie und Nationalität geprägt, sondern ebenso von Kategorien wie dem Geschlecht, dem Bildungsniveau, dem sozioökonomischen Status sowie dem individuellen Temperament. So hatte sie es zum Beispiel auch schon mit einer Japanerin zu tun, die sehr direkt kundtat, was ihr nicht passte – eine ziemlich untypische Art für diese Nationalität. Dagegen kam es bei Kontakten mit der Partnerhochschule in Japan zu Verstimmungen, weil die Schweizer Austauschstudierenden ihr Feedback zum Unterricht in gewohnt offener und deutlicher Manier gaben.

Das Fachgebiet Interkulturelle Kommunikation wurde nach dem Zweiten Weltkrieg erforscht. Ziel war eine bessere Verständigung zwischen den Völkern. Auf Anregung des Berner Bildungszentrums

Pflege hat Schärli vor acht Jahren begonnen, sich intensiv mit dem Thema zu befassen. Gerade in Gesundheitsberufen seien interkulturelle Kompetenzen von grösster Wichtigkeit, betont die Fachfrau. «Es entstehen enorme Kosten, weil wir den Hintergrund der Patientinnen und Patienten oft zu wenig berücksichtigen.» Ein typisches Beispiel hat sie während ihrer Tätigkeit in der Neurorehabilitation erlebt: Eine ältere Asiatin, die gut Englisch sprach, machte nach einem Hirnschlag relativ gute Fortschritte. Sie lernte, wieder selbständig für sich zu sorgen, und konnte nach Hause. Einige Monate später musste sie aber mit starken Kontraktoren erneut hospitalisiert werden. Die Familie hatte die Frau rundum umsorgt und ihr alles abgenommen – ein Ausdruck von Respekt gegenüber Kranken und Älteren in der asiatischen Kultur. Jedoch hatten sich die Muskeln und Sehnen durch die mangelnde Aktivität verkürzt. Mit besserer Kom-

munikation und stärkerem Einbeziehen der Angehörigen hätte man einen Rückschlag möglicherweise vermeiden können, glaubt Schärli.

### Für Migrantinnen und Schweizer

In der Pflegeausbildung sind interkulturelle Kompetenzen nicht nur für den Umgang mit Migrantinnen und Migranten wichtig. Wer sich seiner eigenen Werte und Eigenarten bewusst sei, könne auch Schweizer Patienten besser pflegen, ist sich Schärli sicher. Zum Beispiel sollten Pflegenden eine Ahnung davon haben, welchen Stellenwert Gesundheit für ihre Patienten hat, wie in ihrem Umfeld mit Kranken umgegangen wird und welchen Status Gesundheitsfachleute geniessen. Solche

«Wer seinen eigenen Konfliktstil kennt, kann besser auf andere zugehen.»

Aspekte werden in der sogenannten transkulturellen Anamnese erhoben, einem Verfahren, das im Bachelorstudium Pflege an der ZHAW vermittelt wird.

Dabei müsse man keineswegs alles Fremde gutheissen, betont Schärli.

Sie kann verstehen, wenn Pflegenden die Unterdrückung von Frauen oder eine passive Konsumhaltung ihrer Patienten missbilligen. Wichtig sei, sich mit den Motivationen und Gesellschaftskonzepten dahinter zu befassen. «Dies hilft, Brücken zu bauen.» Doch der Ansatz fasse im Gesundheitswesen erst sehr zögerlich Fuss. Wichtige Player haben den Handlungsbedarf nun erkannt. Das Bundesamt für Gesundheit unterstützt zum Beispiel das Projekt Swiss Equity Hospitals, mit dem es allen Bevölkerungsgruppen eine qualitativ hochstehende Versorgung bieten will.

### Gelerntes weitergeben

Diesen Frühling hat Schärli in den USA ihren Mastertitel in interkulturellen Beziehungen erworben. In ihrer Abschlussarbeit hat sie ein Modul entwickelt, das es Austauschstudierenden am Institut für Pflege ermöglicht, interkulturelle Kompetenzen zu trainieren. «Dank der Praxisnä-



SUSAN SCHÄRLI

BSc in Krankenpflege in Australien  
MA Intercultural Relations in den USA

Dozentin und Verantwortliche International Relations am ZHAW-Institut für Pflege, davor Pflegefachfrau und Berufsschullehrerin

Vizepräsidentin und ab April 2018 Präsidentin des europäischen Pflege- und Hebammennetzwerks Florence Network

he kann ich meine Erkenntnisse daraus direkt umsetzen», freut sich die Dozentin.

In der Summer School in Bern haben sich die Studierenden mittlerweile im Klassenzimmer verteilt. Je nach Konfliktstil stehen sie in verschiedenen Ecken und erläutern die Vor- und Nachteile ihres Verhaltens. Unter der Moderation der Dozentin entwickelt sich eine lebhaft Diskussion zwischen den Gruppen. Eine junge Frau aus der expressiv-direkten Ecke fordert die Leute in der anderen Zimmerhälfte heraus: «Wenn ich deine Emotionen nicht spüre, macht mich das rasend.» Von dort fragt eine andere Frau zurück: «Würde es dir helfen, wenn ich meine Gefühle beschreibe? Wenn ich zum Beispiel sage: Jetzt werde ich wütend?» Genau darum gehe es, freut sich Susan Schärli. «Ich liebe es, wenn wir beginnen, nach Lösungen zu suchen.» //



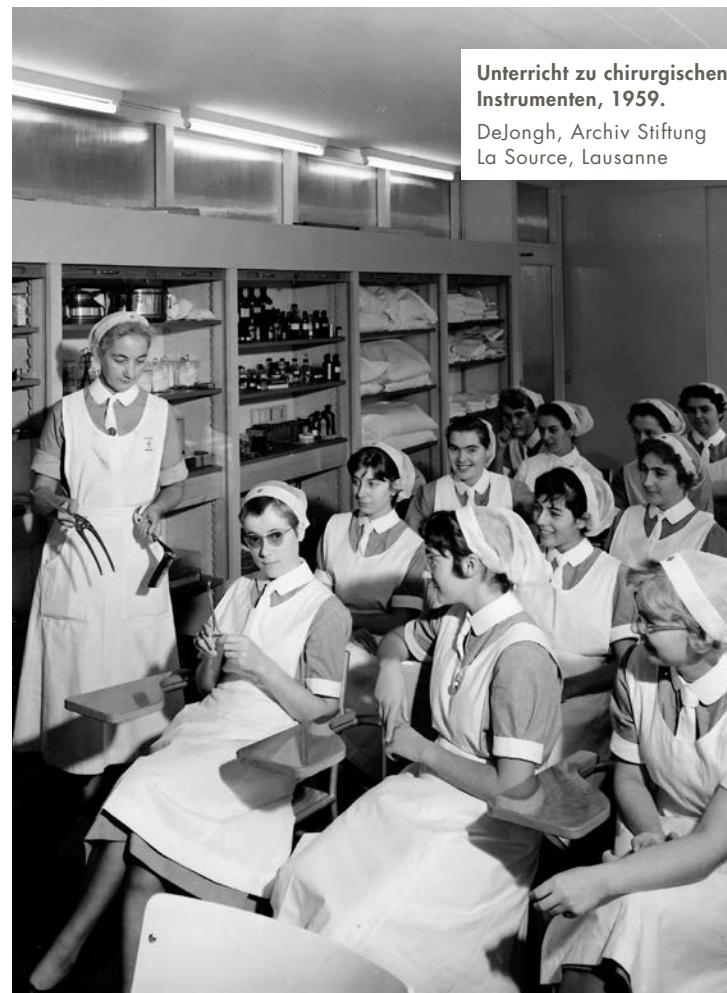
# VOM HANDWERKS- CHIRURGEN ZUM HEALTH PROFESSIONAL



Anatomieunterricht anhand einer Wachspuppe, etwa 1920.  
Archiv Stiftung La Source, Lausanne



Abwägen von  
Medikamenten.  
Gosteli-Archiv,  
SPZ-B/356



Unterricht zu chirurgischen  
Instrumenten, 1959.  
DeJongh, Archiv Stiftung  
La Source, Lausanne

Hätte sich eine Heilgymnastin Anfang 20. Jahrhundert vorstellen können, dass Patienten dereinst mit Robotern trainieren? Seit wann arbeiten Hebammen im Spital? Und wird die Advanced Practice Nurse dem Hausarzt bald den Job streitig machen? Die Rollen im Gesundheitswesen entwickeln sich stetig weiter. Sie passen sich neuen Bedürfnissen, Gesundheitsproblemen, Forschungserkenntnissen und Technologien an – früher genauso wie heute.

# VON DIAKONISSEN, EHRBAREN WEIBERN UND TÜCHTIGEN MASSEUREN

Die Entwicklung der Gesundheitsberufe und ihrer Ausbildungen ist eng verknüpft mit der Sozialgeschichte. Pflegende, Hebammen sowie Physiotherapeutinnen und -therapeuten waren über Jahrzehnte, zum Teil Jahrhunderte, in ihre ureigenen gesellschaftlichen Strukturen eingebettet. Eine Längsbetrachtung.

VON IRÈNE DIETSCHI

Der Beruf der Heilgymnastin, so kann man in einer studentischen Projektarbeit von 2004 nachlesen, liess sich in der Schweiz lange nur privat erlernen. Die Anforderungen in den 1920er-Jahren waren der Besuch einer höheren Töchterschule oder eines Gymnasiums. Zudem empfahl sich ein Abschluss in Kranken- oder Kinderpflege. Die Aspirantinnen mussten 600 Franken Schulgeld pro Jahr hinblättern. Heilgymnastin konnte so nur werden, wer dem gehobenen Milieu entstammte.

Gleichwohl bezeichnete Richard Scherb, von 1918 bis 1950 Direktor der orthopädischen Klinik Balgrist in Zürich, die von Frauen ausgeübte Heilgymnastik abschätzig als «schlüpfrigen Beruf», wie Masseuse oder Coiffeuse. «Heilgymnastinnen finden Beschäftigung in Töchterpensionaten und bei Privaten, aber sie werden nur untergeordnet wie Köchin und Kindermädchen behandelt», schrieb er.

## MIT MASSAGE FING ES AN

Tatsächlich entwickelte sich die Physiotherapie in der Schweiz anders als im übrigen Europa. Sie ging nicht wie in Deutschland aus der Heilgymnastik hervor – die erwähnten privaten Heilgymnastinnen spielten eine marginale Rolle –, sondern aus dem Beruf des Masseurs. Anfang 20. Jahrhundert forder-

### Susanne Klein-Vogelbach (1909–1996)

Nach einer Ausbildung zur Lehrerin für rhythmische Gymnastik und einem Aufenthalt in Japan gründete Susanne Klein-Vogelbach am Kantonsspital Basel eine eigene Schule für Physiotherapie. Von 1955 bis 1975 entwickelte sie die «Funktionelle Bewehrungslehre», die in der Physiotherapie noch heute ihren Stellenwert hat, und erhielt 1979 die Ehrendoktorwürde der Universität Basel.

te ein Teil der Masseure eine einheitliche Ausbildung mit Diplom, um sich von den unseriösen Berufskollegen abzuheben, die unter dem Deckmantel der Massage Kurpfuscherei betrieben und der Prostitution nachgingen.

Mit ihrem Begehren gelang es den Masseuren, sich zu profilieren. 1917 wurde am Physikalischen Institut der Universität

Zürich die erste Massageschule gegründet. Zwei Frauen und sieben Männer besuchten als Erste die einjährige Ausbildung. Als ärztliche Hilfsarbeiter sollten sie Ärzten physikalische Massnahmen abnehmen: Massieren, Turn- und Atemübungen, Anwendungen wie Hydro- oder Thermotherapie und mehr. «Den Ärzten fiel es jedoch schwer, Aufgaben


aus der Hand zu geben», erzählt Astrid Schämman, Leiterin des ZHAW-Instituts für Physiotherapie. Zudem waren die Spitäler zurückhaltend, diplomierte Fachkräfte anzustellen und ihnen höhere Löhne zu bezahlen als unqualifizierten Hilfskräften. Viele Absolventen blieben deshalb arbeitslos.

## NEUSTART NACH DEM KRIEG

In den Kriegsjahren versandete der Betrieb der Zürcher Massageschule, um 1948 neu aufzublühen: Sie hiess jetzt Fachschule für Masseure, Heilgymnasten und Physikal-Therapeuten, die Ausbildung wurde auf drei Jahre erweitert. Das Niveau stieg auf jenes der tonangebenden Heilgymnastikschulen in Schweden. Von 1980 bis 1995 gewann die Physiotherapie in der Schweiz erneut an Dynamik. «Es war die Zeit der Methodenorientierung und -ausdifferenzierung», erzählt Schämman, «inzwischen existierten mehrere Schulen, jede mit einem methodischen Schwerpunkt.» Darauf folgte bis 2006 eine Phase, die den Patienten und sein Problem ins Zentrum rückten. «Ganzheitlichkeit» und «Methode der Wahl» hiessen die Schlagwörter der Lehre, die an Universitätsspitalern und in Rehakliniken starke Stützstellen hatte.

2002 initiierten Karin Niedermann und Omega Huber, heute beide an der ZHAW tätig, einen Masterstudiengang für Physiotherapie, der auf einer Kooperation der Universitäten Zürich und Maastricht beruhte. «Das war einschneidend», so Astrid Schämman. So hätten Physiotherapeutinnen und -therapeuten hierzulande schon früh Weichen gestellt, um die akademische Anschlussfähigkeit des Fachs vier Jahre

später zu bewerkstelligen. 2004 entschied der Bundesrat, Physiotherapie ab 2006 auf Fachhochschulstufe anzusiedeln, zusammen mit anderen Gesundheitsberufen. Drei Viertel der Physiotherapeuten, die ihren Titel im alten System erworben hatten, holten den Fachhochschultitel nach.

 [blog.zhaw.ch/vitamin-g](http://blog.zhaw.ch/vitamin-g)

## STARKES LIEBES- UND GLAUBENSWERK

Die Geschichte des Pflegeberufs beruht, im Unterschied zur Physiotherapie, auf unterschiedlichen Traditionen und Gründungsfiguren. Die Zürcher Historikerin Sabina Roth, die die Schweizerische Gesellschaft für Gesundheits- und Pflegegeschichte präsidiert, spricht von einem «segregierten», also in viele Teilgebiete aufgespaltenen Tätigkeitsfeld.

Die Anfänge der ausserfamiliären Pflege waren vor allem religiös motiviert: 1836 gründete der Pfarrer Theodor Fliedner bei Düsseldorf den Evangelischen Verein für christliche Krankenpflege: die erste Diakonissengemeinschaft. Die diakonische Krankenpflege breitete sich im protestantischen Europa schnell aus. In der Schweiz gründete Sophie von Wurtemberg 1844 die Schwesterngemeinschaft Diakonissenhaus Bern, aus dem 1888 das Salem-Spital hervorging. Dort genossen Diakonissen eine solide Berufsausbildung in Krankenpflege. Vor dem Zweiten Weltkrieg gehörten über 2000 Schwestern zu den Schweizer Diakonissenhäusern.

## GLOBALE UND «FREIE» SCHWESTERN

Nicht minder erfolgreich waren katholische Schwesterngemeinschaften. 1856 baute die Schweizerin Maria Theresia Scherer die Kongregation der Barmherzigen Schwestern vom Heiligen Kreuz Ingenbohl auf. Diese entwickelte sich bis 1940 zu einer weltumspannenden katholischen Institution mit gegen 10 000 Schwestern, wie Sabina Roth schreibt. Auch die Ingenbohler-Schwestern unterhielten Spitäler, etwa das Theodisianum am Zürcher Klusplatz.

Eine nichtreligiöse Tradition der Krankenpflege geht auf die Westschweizer Schriftstellerin Valérie de Gasparin zurück. Sie beteiligte sich am Aufbau des Internationalen Roten Kreuzes durch Henry Dunant, und kämpfte ab 1859 im Namen der «persönlichen Freiheit junger Frauen» gegen das Diakonissenwesen. Mit ihrem Gatten gründete sie in Lausanne die erste nichtkirchliche Schule für «freie» Krankenschwestern, aus der die heutige Klinik und Schule La Source entstanden ist.

Egal ob religiös oder weltlich: «Diese frühen Schwesterngemeinschaften haben Erstaunliches geleistet», sagt Sabina Roth. «Sie schlossen Verträge mit den Gemeinden über die Haus-, Heim- und Armenpflege ab, sie waren für die Pflege in Bezirks- und Kantonsspitalern verantwortlich, und sie führten eigene Spitäler.» Ihre Motive waren unterschiedlich: Während die christlichen Institutionen gemäss Roth «die Berufung zum gemeinschaftlichen Leben in Arbeit, Armut, Ehelosigkeit, Gehorsam und Gebet» betonten, sahen die

### Rosette Poletti (\*1938)

Geboren in Payerne und ursprünglich zur Krankenschwester ausgebildet, erwarb Rosette Poletti einen Master in Pflegewissenschaften und ein Doktorat in Erziehungswissenschaften. Später war sie Leiterin der Genfer Krankenpflegeschule Le Bon Secours und Rektorin der Rotkreuzkaderschule für die Krankenpflege in Lausanne. Bereits Mitte der 1970er-Jahre plädierte Poletti für ein Pflegestudium. Es sollte «gut ausgebildete Menschen anziehen und visionäre Eliten in den Gesundheitsberufen» hervorbringen.

weltlichen Schwesternschulen in der Krankenpflege einen für mittelständische Frauen angemessenen Beruf, der sie überdies auf ihre Rolle als Hausfrau und Mutter vorbereitete.

## EXAKTE SCHULE NACH OBERIN MINNA

Wie der Beruf Mitte der 1950er-Jahre in der Pflegerinnenschule des Spitals Biel aussah, lässt sich im «Liber hospitalis – Bieler Spitalgeschichten» nachlesen: «Die Töchter in den Kursen lernten eine Krankenpflege, in der jedes Detail exakt (nach Schule) gemacht werden musste. Dieses (nach Schule) entwickelte sich unter Oberin Minna zum geflügelten Wort, ob es die Methoden der Wundpflege betraf oder die Art, wie man Spritzen verabreichte oder bei den Patienten die Toilette vornahm: von oben nach unten nämlich, mit (Blätzen) unterschiedlicher Farbe, und zum Schluss die Intimpflege. Schwester Minna war ihren Schülerinnen eine vorbildliche Hausmutter, die ihnen neben dem beruflichen Wissen die Grundlagen christlicher Ethik vermittelte und auch die Freizeit mit ihnen teilte, beim Beeren- und Pilzsammeln, auf Wanderungen oder Ausflügen in die Stadt.»

Eine wichtige Rolle in der Entwicklung des Pflegeberufs spielte das Schweizerische Rote Kreuz (SRK). 1903 wurde es von der Eidgenossenschaft beauftragt, die Ausbildung zu überwachen. Von da an erhielten vom SRK anerkannte Schwesternschulen Bundessubventionen. Bedingung dafür war unter anderem die Bereitschaft, in Kriegszeiten Teile des Personals dem Sanitätsdienst zu unterstellen.

Heute ist die Pflege auch eine Wissenschaft und ein akademischer Beruf. Mit dem historischen Berufsbild wollen und können sich viele Pflegefachpersonen nicht mehr identifizieren. «Man will nichts mehr wissen vom demütigen Liebes- und Glaubenswerk oder von der weiblichen Bestimmung des Dienens, negiert damit aber auch Stärken der alten Schwesternhäuser», sagt die Historikerin Sabina Roth.



**TRADITIONSBEWUSSTE HEBAMMEN**

Anders als Pflegefachpersonen haben Hebammen ein ungebrochenes Verhältnis zu ihrer Geschichte. «Die meisten Hebammen sind stolz auf die lange und kontinuierliche Tradition ihres Berufs», sagt die Hebamme, Dozentin und Historikerin Kristin Hammer von der ZHAW. Bis ins 15. Jahrhundert waren für die Geburtshilfe sogenannte ehrbare Weiber zuständig: erfahrene ältere Frauen, die mit Zustimmung der religiösen Autorität von der Gemeinschaft der Frauen ausgewählt worden waren. Ab dem Spätmittelalter begannen die Städte, Frauen als Hebammen anzustellen.

Sie wurden amtlich vereidigt und erhielten ein kleines Grundgehalt. Das Amt verlieh den Hebammen Ansehen, um die Ausbildung kümmerten sich die Behörden aber kaum. «Das Wissen wurde in einer Art Lehrzeit von einer Hebamme zur anderen weitergegeben», erzählt Kristin Hammer. «Oft verbrachte die jüngere viele Jahre unter den Fittichen der älteren.» In der Stadt Zürich benutzten Hebammen ab 1554 ein Lehrbuch mit dem Titel «Ein schön lustig Trostbüchle von den Empfängnissen und Geburten der Menschen», verfasst vom Chirurgen und Geburtshelfer Jakob Ruf. Ab dann war der Stadtarzt von Zürich verpflichtet, die städtischen Hebammen zu prüfen.

**ÜBEN AM «PHANTOM»**

Im 17. und vor allem im 18. Jahrhundert begann sich das Medizinalwesen unter dem Einfluss der Aufklärung zu verwissenschaftlichen. Im Zuge dessen geriet auch die herkömmliche Domäne der Hebammen samt Wissensvermittlung unter Druck. In Zürich gab es ab 1754 anatomischen Unterricht für Hebammen, ab 1816 eine Hebammenschule unter ärztlicher Leitung. Die erste Schweizer Hebammenschule überhaupt wurde 1778 in Yverdon gegründet. «Hebamme wurde zur Erwerbsarbeit, und der Beruf stand nun auch jün-

**WISSEN UND HANDELN VERKNÜPFEN**

Nach Jahren der Professionalisierung und Ausdifferenzierung heisst das jüngste Kapitel in der Entwicklung der Ausbildungen im Gesundheitsbereich Interprofessionalisierung: Das Wissen in den einzelnen Berufen ist hochspezialisiert – nun geht es darum, es für die integrierte Versorgung zu verknüpfen. Das Departement Gesundheit geht deshalb neue Wege. Im Neubau «Haus Adeline Favre» ist ein interprofessionelles Behandlungs-, Skills- und Trainingszentrum vorgesehen, in dem die Studierenden gemeinsam und im Zusammenspiel ihre Fertigkeiten üben. Am Universitätsspital Zürich beteiligt sich die ZHAW zudem am Aufbau einer interprofessionellen Ausbildungsstation nach skandinavischem Vorbild. Studierende unterschiedlicher Gesundheitsberufe sollen dort unter Supervision zusammen mit angehenden Medizinerinnen echte Patienten betreuen.

geren Frauen offen», erzählt Kristin Hammer. Wer eine Hebammenschule besuchen wollte, musste lesen und schreiben können, «doch die Bildung der meisten Schülerinnen war mager, oft vermochten sie den Ausführungen der Professoren nicht zu folgen.» Das praktische Hebammenwissen übten die Kursteilnehmerinnen oft am Gebärstuhl oder Gebärbett. Mancherorts lehnte man sich an das Konzept von Angélique Marguerite Le Boursier du Coudray an: Diese erteilte zwischen 1758 und 1783 in Frankreich geburtshilfliche Kurse, in denen sogenannte Phantome, Nachbildungen des gebärenden Unterleibs und des Säuglings, als Lehrmittel benutzt wurden.

*«Das Wissen wurde in einer Art Lehrzeit von einer Hebamme zur anderen weitergegeben.»*

Erst Ende des 20. Jahrhunderts erschienen im deutschsprachigen Raum Hebammenlehrbücher, die auch von Hebammen geschrieben waren. Mit der Akademisierung der Hebammenausbildung wurde den immer komplexeren Herausforderungen in der Geburtshilfe und den sich ändernden gesellschaftlichen Erwartungen Rechnung getragen. «Trotzdem spielt die Erfahrung weiterhin eine grosse Rolle», sagt Kristin Hammer. «Und das Kerngeschäft der Hebamme ist noch immer, Frauen durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu begleiten.»

**Adeline Favre (1908–1983)**

Als Ikone der Hebammentradition gilt in der Schweiz die Walliserin Adeline Favre. Während ihres Berufslebens half sie 8000 Kindern auf die Welt, erst in den Häusern der Familien, später im Spital. Ihr kult gewordenes Buch «Ich, Adeline, Hebamme aus dem Val d'Anniviers» erzählt von ihrer fünfzigjährigen Arbeit als Hebamme, die oft über die Geburtshilfe hinausging. Das neue Gebäude des ZHAW-Departements Gesundheit, das 2020 eröffnet wird, ist als «Haus Adeline Favre» der berühmten Walliserin gewidmet.

In ihrer Geschichte haben die Gesundheitsberufe schon viele Hürden überwunden. Auch die jetzt anstehenden werden sie meistern.

**Promotion für Gesundheitsberufe**

Die ZHAW arbeitet mit der Universität Zürich an einem gemeinsamen Doktorandenprogramm für Gesundheitsberufe. «Die Kooperation hat zum Ziel, dass Pflegerinnen, Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Hebammen künftig alle in der Schweiz promovieren können», erklärt Andreas Gerber-Grote, Direktor des ZHAW-Departements Gesundheit. Bislang war dies nur Pflegefachpersonen innerhalb der Schweiz möglich (Universitäten Basel und Lausanne), die übrigen Berufe mussten ins Ausland ausweichen oder auf Einzelfallentscheidungen an Schweizer Universitäten setzen.



Angehende Hebammen in der Frauenklinik des Kantonsspitals St. Gallen, etwa 1962.  
Privatsammlung Luzia Brand



Säuglingsaufnahme Kantonsspital Winterthur, 1968.  
Kantonsspital Winterthur



Hebamme Luzia Brand mit einer Mutter und ihrem Neugeborenen im Spital Wattwil, etwa 1970.  
Privatsammlung Luzia Brand



Hebammenschule, Entbindungsanstalt St. Gallen, 1936.  
Privatsammlung Luzia Brand



# NEUE BERUFSPROFILE IM GESUNDHEITSWESEN

Physiotherapeut, Ärztin, Pflegefachmann, Hebamme: Die Rollen innerhalb des Gesundheitswesens haben sich in der Vergangenheit immer wieder verschoben, vermischt und neuen Gegebenheiten angepasst. An welchem Punkt stehen wir heute? Wo werden starre Berufsbilder aufgelöst und neue Profile entwickelt – etwa um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken und die integrierte Versorgung zu fördern?

AUFGEZEICHNET VON RITA ZIEGLER



Ariane Schwank

**Klinische Spezialistin  
obere Extremität,  
Kantonsspital Winterthur**

*Dipl. Physiotherapeutin, Master in Muskuloskelettaler  
Physiotherapie*

Immer nur auf Schultern- und Ellbogenbeschwerden zu fokussieren – das mag im ersten Moment eintönig klingen. Ist es aber überhaupt nicht. Ich behandle Menschen mit unterschiedlichsten Diagnosen präoperativ, postoperativ und konservativ. Patientinnen und Patienten nach orthopädischen Eingriffen kommen ebenso zu mir wie Brustkrebsbetroffene oder

Personen mit einer chronischen Schmerzsymptomatik. Diese Vielfalt innerhalb meines klaren Schwerpunkts gefällt mir. Zudem hat mich der oberste Teil des Körpers – Kopf, Kiefer, Halswirbelsäule – schon immer fasziniert. Heute bin ich eine richtige Schulterenthusiastin. In diesem Gelenk manifestieren sich so viele Spannungszustände, physische ebenso wie psychische.

*«Die Vielfalt  
innerhalb meines  
klaren Schwer-  
punkts gefällt mir.»*

Als klinische Spezialistin bin ich für die Qualitätssicherung der Behandlungen in unserem Team zuständig. Ich erstelle zum Beispiel Guidelines und recherchiere dazu aktuelle Erkenntnisse in der Forschungsliteratur. Ich muss also selbst à jour bleiben, mein Wissen aber auch dem Team weiterver-

mitteln. Viermal im Jahr findet dazu eine Art Workshop statt. Kleinere Neuerungen greife ich auch in den Teamrapporten auf. Physiotherapeutinnen und -therapeuten im eigenen Team oder in anderen Fachteams buchen mich hie und da für eine Supervision – ein Instrument, das ich umgekehrt auch gerne in Anspruch nehme.

Sich zu vernetzen ist in meiner Funktion generell wichtig. Ich engagiere mich unter anderem als Delegierte der Deutschschweiz in der European Society for Shoulder and Elbow Rehab, in der sich Chirurgen und Physiotherapeuten austauschen. Auch mit den zuweisenden Ärztinnen und Ärzten hier im Haus stehe ich in regelmässigen Kontakt, sei dies auf der wöchentlichen Chefarztvisite, punktuell in ihrer Sprechstunde zur gemeinsamen Begutachtung oder zwischendurch per Telefon. Ich schätze das sehr. Intern, aber auch extern zugewiesene Patienten verteile ich dann in unserem Team. Ich nehme also eine Art Triage vor.

Eine etwas spezielle Aufgabe in meinem Alltag sind die postoperativen Kontrolltermine. In den ersten Wochen nach einem Schultereingriff kommen die Operierten üblicherweise nicht zur Physiotherapie, ihr Arm ist mit einer Schiene ruhiggestellt. Weil diese den Alltag verkompliziert, oft zwickt oder drückt und eine Umstrukturierung des täglichen Lebens erfordert, litten die Patienten am Ende der Tragzeit teil-

weise unter grossen Einschränkungen. Wir haben deshalb einen Nachsorgetermin zwei Wochen nach der Operation eingeführt. In diesem schätze ich anhand eines Kriterienrasters ein, ob die Betroffenen mit der Lagerung des Arms klarkommen oder ob sie eventuell eine Schienenanpassung, eine Reinstruktion oder eine Massage brauchen. Damit möchten wir sicherstellen, dass die Schulter optimal verheilt. Auf Wunsch entferne ich die Fäden und kann so die Wundkontrolle durchführen. Die Wege zu den Orthopäden sind kurz und bei Auffälligkeiten oder Abweichungen kön-

nen sie dazukommen, was bisher zum Glück kaum nötig war. Fragen zum Schmerzmanagement kommen ebenfalls immer zur Sprache. Nebst dem physiotherapeutischen Fachwissen musste ich mir für diese Zusatzaufgabe Know-how zu verschiedenen Nähetechniken, zu Wundverhältnissen und zur Schmerzmedikation aneignen – Themen, die klassischerweise eher zum ärztlichen respektive zum pflegerischen Bereich gehören. In den Kontrollterminen beginnen sich die fixen Grenzen zwischen den Berufsgruppen also ein Stück weit aufzulösen. //



Claudia Meier

**Eingliederungsberaterin,  
SVA Zürich**

*Dipl. Ergotherapeutin, MAS in Arbeitsintegration*

Die meisten Menschen setzen IV mit Rente gleich. Die braucht es manchmal auch. Aber in meiner Tätigkeit geht es darum, Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen zurück an den Arbeitsplatz zu bringen oder besser noch: Sie dort zu halten. Um dies zu erreichen, stehe ich mit allen involvierten Akteuren in Kontakt: mit den Klienten, den Arbeitgebern, den Ärzten, oft auch mit der Krankentaggeldversicherung oder der Sozialhilfe. Gemeinsam schauen wir die Situation an. Wo genau liegt das Problem? Welche Massnahmen könnten helfen? Zu welchen Schritten ist der Arbeitge-

ber bereit? Es gibt auch Klientinnen und Klienten, die ihren Job bereits verloren haben. Dann geht es darum, eine geeignete Stelle zu finden oder gute Voraussetzungen dafür zu schaffen: mit einem Arbeitsversuch etwa, mit einem stufenweisen Wiedereinstieg oder mithilfe einer Weiterbildung.

*«Ich habe ein klar  
vorgegebenes Ziel:  
meine Klienten in den  
ersten Arbeitsmarkt  
zurückzubringen.»*

Die Eingliederungsberaterinnen und -berater der SVA Zürich sind alles Quereinsteiger: Sie kommen aus der Sozialarbeit, aus der Pflege, aus den Human Resources, haben als RAV-Berater oder handwerklich-technisch gearbeitet. Was wir nebst Beratungskompetenzen alle brauchen, ist ein solides Wissen zu

den Sozialversicherungen und zum Arbeitsmarkt. Denn wir müssen nebst den Bedürfnissen der Klienten auch die Perspektive der Arbeitgeber verstehen. Ich selbst arbeitete früher in der berufsorientierten Ergotherapie einer Rehaklinik. Das hat mir gut gefallen. Doch nach einiger Zeit reizte es mich, stärker ins reale Arbeitsetting einzutauchen. Die Möglichkeit, mit meinen Klienten und ihren Arbeitgebern die Bedingungen vor Ort anzuschauen und zu optimieren, schätze ich an meiner jetzigen Tätigkeit sehr. Auch die Schnittstellenfunktion finde ich spannend: Bei einem Round-Table-Gespräch alle Beteiligten ins Boot zu holen, Vorurteile abzubauen – davon gibt es einige – und gemeinsam Lösungen zu suchen: Das liegt mir. Der administrative Teil ist bei der Invalidenversicherung sicherlich nicht klein, aber gehört halt einfach dazu. Bei der SVA Zürich bewege ich mich in einem fixen gesetzlichen Rahmen und habe ein klar vorgegebenes Ziel: meine Klienten in den ersten Arbeitsmarkt zurückzubringen. Die klassische Ergotherapie funktioniert breiter. Sie interessiert sich für jede Art von Tätigkeit, die für die Klienten bedeutungsvoll ist. Das kann ein Beruf sein, aber auch ein Hobby, soziale Kontakte oder Hausarbeit.

Der Wechsel von der Rehabilitation in die Eingliederung gestaltete sich nicht einfach. Die Ergotherapie ist in diesem Feld noch wenig bekannt. Zudem wird die Therapie klassi-



scherweise der Heilungsphase zugeordnet, die Eingliederung dem, was nachher kommt. Dennoch glaube ich, dass Ergotherapeutinnen und -therapeuten prädestiniert sind für diesen Bereich. Viele ergotherapeutische Fähigkeiten brauche ich tagtäglich: das medizinische Know-how, die ganzheitliche Sicht, das systemische Vorgehen oder die adressatengerechte Kommunikation mit diversen Akteuren. Dass ich einen MAS

in Arbeitsintegration absolviert habe, hat mir sicher geholfen. Eine Weiterbildung spezifisch für Ergotherapeuten gab es damals noch nicht, anders als heute. Im CAS «Best Practice in Ergotherapie – Berufliche Integration» engagiere ich mich nun als Fachexpertin. Dass der ErgotherapeutInnen-Verband das Thema als Arbeitsfeld in seine Strategie aufgenommen hat, stärkt das berufliche Selbstverständnis ebenfalls. //



Christine Wyss

## Advanced Practice Nurse APN, Medizentrum Schüpfen

Dipl. Pflegefachfrau, MSc in Nursing

Ein Praktikum während meines Masterstudiums in Pflege verschlug mich 2011 ins Medizentrum Schüpfen. Und hier bin ich geblieben. Seither habe ich meine Rolle als APN gemeinsam mit dem leitenden Arzt immer wieder neu definiert – eine Pionierarbeit, die spannend, aber auch aufreibend ist. Meine Aufgaben reichen in die Tätigkeitsbereiche der Ärzteschaft, der Pflegefachpersonen und der Medizinischen Praxisassistentinnen hinein. Wir müssen unsere Zusammenarbeit also immer wieder neu austarieren.

Wenn ich im Medizentrum bin, verabreiche ich beispielsweise Infusionstherapien, mache Fallbeurteilungen, berate Patienten zu Behandlungen, kontaktiere Angehörige oder externe Fachpersonen, nehme an interdisziplinären Fallbesprechungen teil und organisiere Heim- oder Spitaleintritte. Ich bin aber auch oft in den lokalen Altersheimen unterwegs, untersuche dort Patientinnen und Patienten, passe Medikamente an, mache Impfungen, Verbandswechsel oder Nachkontrollen. Auch Hausbesuche bei Personen, die nicht mehr gut zu

«Nicht nur für die Patienten, auch für die Pflegenden der Spitex und der Altersheime bin ich Ansprechperson und Schnittstelle zu den Ärzten.»

Fuss sind, gehören zu meinem Tagesprogramm. Etwa bei Frau K., die ich alle zwei Wochen besuche. Die 80-Jährige leidet an einer Herzschwäche und hat Wasser auf der Lunge, was zu

Atemproblemen führt. Ihre Arthrose macht ihr zu schaffen, ebenso der hohe Blutdruck und die Krampfadern. Zudem wurde vor einiger Zeit Parkinson diagnostiziert. Es kommt also eine Menge zusammen, was eine ganzheitliche, regelmässige Betreuung fordert. Wenn ich bei ihr bin, messe ich Blutdruck und Puls, höre die Lungen ab, mache, wenn nötig, Blutentnahmen und schaue mir ihre Beine an. Manchmal bringe ich Ersatzmedikamente oder wir besprechen

Laborresultate. Ich kläre mit ihr, wie sie mit den Krankheitssymptomen im Alltag umgehen und Veränderungen bei sich selbst frühzeitig bemerken kann. Meine Besuche schlagen so eine Brücke zwischen den monatlichen Terminen beim Hausarzt im Medizentrum.

Nicht nur für die Patienten, auch für die Pflegenden der Spitex und der Altersheime bin ich Ansprechperson und Schnittstelle zu den Ärzten. Wir besprechen zusammen komplexe Patientensituationen; oft werde ich auch bei Entscheidungen am Lebensende beigezogen, etwa wenn es um die Frage geht, ob Antibiotika verabreicht werden sollen oder nicht. Ziel meiner Funktion ist es letztlich, eine lückenlose medizinisch-pflegerische Versorgung zu garantieren und Spitaleintritte wenn immer möglich zu vermeiden. Mit den Haus- und Heimbisuchen entlaste ich unsere Ärzte und kann ihnen, dank meiner Nähe und dem Vertrauensverhältnis zu den Patienten, wertvolle Informationen zu den jeweiligen Lebensumständen liefern.

Ich arbeite heute selbständiger als zu meinen Zeiten als reguläre Pflegefachperson im Spital, muss für meine Entschiede gradestehen und Verantwortung übernehmen. Das entspricht mir sehr. Die dazu nötigen klinischen Kompetenzen habe ich mir in den vergangenen Jahren Schritt für Schritt angeeignet. Weniger entwickelt haben sich in dieser Zeit leider die finanziellen Rahmenbedingungen. Ich kann meine Leistungen nicht wie ein Arzt über Tarmed abrechnen, sondern werde bei uns im Zentrum gewissermassen quersubventioniert. Die Finanzierung ist wohl auch der Knackpunkt, wenn es darum geht, das neue Berufsbild in anderen medizinischen Zentren zu etablieren. //



«Heute betreue ich Frauen in jedem Alter: Vom 11-jährigen Mädchen, das wegen starken Regelschmerzen zu mir kommt, bis zur 94-jährigen Frau mit Urininkontinenz.»

Svenja Delacour-Isler

## Freipraktizierende Hebamme in der Bretagne

Dipl. Hebamme, Master in Gynäkologie

Dass ich vor fünf Jahren eine Hebammenpraxis übernehmen konnte, ist der grosse Glücksfall meines bisherigen Lebens in Frankreich. Mein Mann ist Franzose. Nach einigen Jahren Fernbeziehung während des Studiums an der ZHAW habe ich mich entschlossen, in die Bretagne zu ziehen und das letzte grosse Praktikum dort zu absolvieren. Es war schrecklich. Die Hebammen im Spital sind schlecht bezahlt, erhalten oft erst nach Jahren eine Festanstellung und stehen weit unten in der Hierarchie. Die Geburtssäle gleichen in Sachen Nüchternheit Operationssälen und der Geburtsprozess ist stark medikalisiert – PDAs sind eine Selbstverständlichkeit. Das war wirklich ein Problem, denn ich wollte unbedingt als Hebamme arbeiten, aber nicht unter diesen Bedingungen.

Nach dem Bachelorabschluss habe ich deshalb sämtlichen freischaffenden Hebammen in der Region geschrieben, dass ich gerne Mutterschafts- oder Ferienvertretungen übernehmen würde. Bei mir gemeldet hat sich unter anderen eine Hebamme, die eine Nachfolgelösung für ihre auf Beckenbodenrehabilitation spezialisierte Praxis suchte. Ich war baff. Gerade fertig ausgebildet, erst ein paar Monate in Frankreich, unvertraut mit den ganzen Krankenkassenfragen: eine Riesenchance und zugleich eine enorme Herausforderung. Ich konnte diese Hebamme dann fast drei Monate lang bei der Arbeit begleiten, alle Klientinnen und den ganzen Papierkram Schritt für Schritt kennenlernen. Gleichzeitig habe ich eine Zusatzausbildung in Beckenbodenrückbildung gemacht. Im Januar 2013 übernahm ich die Praxis und seither ist mein Klientinnenstamm stets gewachsen. Heute betreue

ich Frauen in jedem Alter: vom 11-jährigen Mädchen, das wegen starken Regelschmerzen zu mir kommt, bis zur 94-jährigen Frau mit Urininkontinenz.

Ich decke das ganze Hebammenspektrum ab, mit Ausnahme der Geburten – leider. In der Bretagne existiert das Beleghebammensystem nicht und Hausgeburten gibt es kaum. Sonst mache ich aber alles: von der Schwangerschaftsbetreuung und Geburtsvorbereitung über die Begleitung im Wochenbett, Stillkonsultationen, Gewichtsüberprüfung beim Säugling bis hin zur Rückbildung. Letztere

ist in Frankreich sehr fortschrittlich und nicht wie in der Schweiz im gymnastischen Bereich angesiedelt. Wir trainieren die Beckenbodenmuskulatur mit Elektrostimulation oder manuell.

Daneben biete ich die ganze gynäkologische Palette an. Das ist seit einigen Jahren möglich, weil es in Frankreich zu wenig Gynäkologen gibt. Das heisst, ich mache Unterleibsuntersuchungen, Krebsabstriche und beurteile die Resultate. Ich leite die Frauen bei Selbstuntersuchungen der Brust an, berate zu Verhütungsfragen, setze Spiralen ein oder operiere Hormonstäbchen aus dem Oberarm heraus. Auch Mammografien oder Ultraschalluntersuchungen kann ich anordnen, wenn ich ein verdächtiges Knötchen in der Brust ertaste. Kommen gute Resultate zurück, muss die Frau gar nie zum Arzt. Sonst verweise ich sie weiter. Das gilt grundsätzlich: Ich betreue die Frauen, solange sie gesund sind. Zeigt sich eine pathologische Entwicklung, kommt der Arzt ins Spiel. Ich muss also in der Lage sein, zu erkennen, wenn etwas nicht stimmt. Bei Unsicherheiten hole ich auch mal eine Zweitmeinung ein. Mit entsprechender Ausbildung dürfte ich auch Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft durchführen, allerdings braucht es dafür eine sehr regelmässige Praxis; nicht nur um das teure Gerät zu amortisieren, sondern auch um den Blick zu schulen. Seit Kurzem können wir zudem medikamentöse Abtreibungen vornehmen, wenn dafür ein Vertrag mit einem Spital besteht.

Ja, als freischaffende Hebamme hat man in Frankreich viele Kompetenzen. Das bedeutet aber auch eine grosse Verantwortung. Deshalb habe ich mich 2013 entschlossen, an der Universität in Nantes einen Master in Gynäkologie zu machen: ein Programm konzipiert für Hebammen und Allgemeinmediziner. Das war äusserst wertvoll. Wir Hebammen sind ja stark auf die Geschlechtsorgane fokussiert und suchen Ursachen für Probleme auch oft da. Im Austausch mit meinen ärztlichen Mitstudentinnen habe ich nochmals neu gelernt, darüber hinaus zu denken und die Gesundheit der Frauen ganzheitlicher zu sehen. Was ich als Nächstes in Angriff nehmen möchte? Das IBCLC-Examen. Das ist ein grosses, weltweit anerkanntes Diplom für Still- und Laktationsberaterinnen. So schnell ausgelernt habe ich wohl nicht. //





Caroline Sidler

## Klinische Assistentin Neurochirurgie, Luzerner Kantonsspital

Dipl. Pflegefachfrau, CAS Klinische Fachspezialistin

Als Klinische Assistentin bin ich das Bindeglied zwischen dem Ärzte- und dem Pflorgeteam. Am Morgen nehme ich beim ärztlichen Rapport teil und gehe danach mit einem Assistenzarzt auf Visite. Oft teilen wir die Patientinnen und Patienten unter uns auf. Zum Teil sind wir aber auch zu zweit unterwegs, gerade bei komplexen Fällen. Ich gehe von Zimmer zu Zimmer, bespreche mit der Pflege offene Fragen und das weitere Vorgehen. Dann kontrolliere ich die Wunde beim Patienten, führe die körperliche Untersuchung durch und frage nach, wie es ihm geht. Vielleicht muss ich seine Schmerzmedikation anpassen, eine Röntgenverordnung ausfüllen oder ihn zur Physiotherapie anmelden. Bin ich alleine auf Visite, spreche ich mich für Verordnungen mit dem Assistenzarzt ab. Wir sind daran, Schemen zu entwickeln, die es mir zum Beispiel erlauben, bestimmte Medikamente aus der Richtlinie delegiert zu verordnen. Nach der Visite kontrolliere

ich die Werte zuvor verordneter Blutentnahmen oder Röntgenbilder, dokumentiere den Verlauf im System und bereite Austrittsunterlagen vor. Der relativ grosse Administrationsanteil macht mir nichts aus. Im Gegenteil. Es ist mir aber wichtig, nach wie vor direkten Kontakt zu den Patienten zu haben.

«Es ist spannend, ein neues Berufsprofil mitzuentwickeln und dabei auch Grenzen auszuloten.»

Meine Stelle ist die bisher einzige dieser Art an unserem Spital und Teil eines Pilotprojekts. Für mich ist es spannend, ein neues Berufsprofil mitzuentwickeln und dabei auch Grenzen auszuloten – denn diese gibt es. Die Aufklärung zu grösseren Operationen etwa, Entscheide zum weiteren Therapie-

verlauf oder die Verschreibung bestimmter Medikamente werden auch in Zukunft zum Aufgabengebiet der Ärztinnen und Ärzte gehören. Angehörigengespräche oder Aufklärungen zu kleinen Eingriffen hingegen werde ich übernehmen können.

Das Ärzteteam, aber auch die Pflege erlebe ich als wohlwollend. Die Assistenzärzte sind dankbar, dass ich sie entlaste. So können sie sich auf die Operationen konzentrieren, die sie für ihre Weiterbildung brauchen, und ihre Arbeitszeit optimal nutzen. Die Pflegefachleute schätzen es, dass ich immer auf der Station bin und mich auch kurzfristig um ihre Anliegen kümmern kann – zum Beispiel um eine Anmeldung oder einen Austrittsbericht.

Die Abläufe auf der Station kenne ich in- und auswendig, ich arbeite schon seit vielen Jahren hier: zuerst als diplomierte Pflegefachfrau, später zusätzlich als Case Managerin. Als solche war ich dem Ärzteteam zugeordnet und zuständig für die ambulanten Voruntersuchungen, das Eintrittsmanagement und die Koordination der Operationen. Als ich in meine jetzige Funktion wechselte, kannte ich also schon beide Seiten: die der Pflege und die der Ärzteschaft.

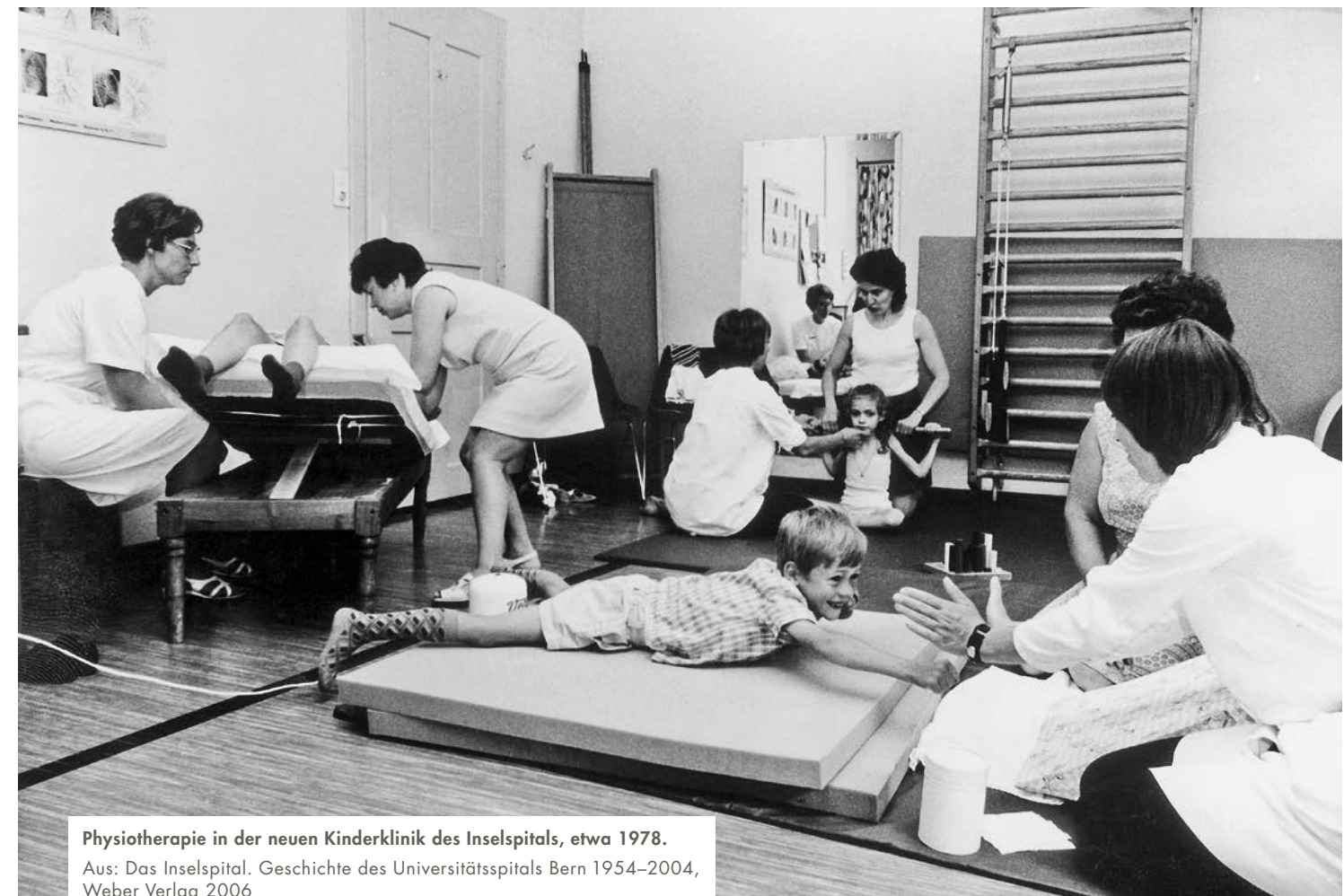
Mein Vorgesetzter, der Chefarzt der Neurologie, hat acht Jahre als Neurochirurg in New York gearbeitet und dort die Konzepte von Physician Assistant respektive Nurse Practitioner kennen- und schätzengelernt. Seine Begeisterung hat mich angesteckt. Ich habe mir sogar überlegt, ein entsprechendes Bachelorstudium in Deutschland zu machen. Dass die ZHAW seit Kurzem eine Weiterbildung zur klinischen Fachspezialistin anbietet und das Luzerner Kantonsspital gleichzeitig ein Projekt dazu lancierte, war für mich eine glückliche Fügung. //

## HISTORISCHE GESUNDHEITSBERUFE

Die Entwicklung im Gesundheitswesen bringt nicht nur neue Funktionen hervor, sondern lässt auch Berufe verschwinden, etwa denjenigen der **Ammen**. Sie stillten gegen Lohn ein fremdes Kind und waren in der europäischen Oberschicht bis ins 20. Jahrhundert, als alternative Säuglingsnahrung verfügbar wurde, fester Bestandteil der Kinderbetreuung. Bereits früher

ausgestorben sind die **Handwerkschirurgen** (Wundärzte, Barbieri, Bader), die sich bis ins 19. Jahrhundert um die Körperpflege und wundärztliche Versorgung der Bevölkerung kümmerten. Im Unterschied zu den gelehrten Ärzten, die sich als Verwalter medizinischer Wissenschaft verstanden, absolvierten sie eine handwerkliche Lehre. In ihr Arbeitsgebiet

fielen einfache Wundversorgungen ebenso wie Zahnextraktionen, das Öffnen von Abszessen, Luftröhrenschnitte, Kropf- und Hernienoperationen, die Behandlung verschiedener Haut- und Geschlechtskrankheiten und sogar Amputationen. Ab dem 18. Jahrhundert übernahmen akademisch ausgebildete Ärzte zunehmend das Fachgebiet der Chirurgie.



Physiotherapie in der neuen Kinderklinik des Inselspitals, etwa 1978.

Aus: Das Inselspital. Geschichte des Universitätsspitals Bern 1954–2004, Weber Verlag 2006



Hydrotherapie am Kantonsspital Winterthur, 1947.

Kantonsspital Winterthur



# WIE NEUE TECHNOLOGIEN THERAPIE UND PFLEGE VERÄNDERN

Sie wecken hohe Erwartungen und lösen Skepsis aus: Roboter gewinnen im Gesundheitswesen an Bedeutung. Bewusst und gezielt eingesetzt, helfen sie Patienten und entlasten das Personal.

VON EVELINE RUTZ

**R**ichtig gehen, schnell vorwärtskommen und mit einem Zauberstab Punkte sammeln. Kinder, die eine Hirnschädigung haben, trainieren im Rehabilitationszentrum des Universitäts-Kinderspitals Zürich in Affoltern am Albis mit modernsten Mitteln. Der Lokomat, ein Gangroboter, unterstützt die jungen Patienten, gibt ihnen Sicherheit und ermöglicht unzählige Wiederholungen. Das Computerspiel «Zauberschloss» weckt ihr Interesse und fordert sie heraus. «Kinder sehen nicht ein, weshalb sie möglichst korrekte Gehbewegungen üben sollen», sagt Forschungsleiter Hubertus van Hedel. «Sie wollen in erster Linie rasch ans Ziel kommen.» Die virtuelle Welt helfe, sie zu motivieren.

Das Rehabilitationszentrum, das als einziges in der Schweiz auf Kinder spezialisiert ist, setzt bereits seit zwölf Jahren moderne Technik ein und erforscht, was diese bewirkt. Praxis und Forschung sind hier eng verknüpft, nur wenige Schritte trennen die Abteilungen.

## NICHT FÜR ALLE GEEIGNET

Auf der Therapiestation stehen nicht nur Gangroboter, sondern auch die neusten Trainingsgeräte für Hände, Arme und Schultern. Ob sie in einem Fall angewendet werden, hängt unter anderem von den sensomotorischen oder kognitiven Beeinträchtigungen ab. Ausschlaggebend ist etwa, ob sich ein Kind darauf einlassen kann. Manchen Kindern sind massige Roboter schlicht nicht geheuer, andere verstehen einzelne Spiele nicht. «Je nach Kind kann man mit einem Gerät unterschiedliche Fähigkeiten trainieren», sagt van Hedel. Entscheidend sei, dass die Therapeuten ihre Patienten genau kennen, individuelle Ziele festlegen und den Trainingsroboter entsprechend einsetzen.

Van Hedel warnt vor zu hohen Erwartungen, wie er sie bei Eltern immer wieder wahrnimmt. «Die Geräte sind keine Wunder-, sondern Therapiemittel.» Sie eignen sich gut, um Körperfunktionen zu trainieren. Um diese dann in alltagsrelevante Handlungen umzusetzen, brauche es daneben nach

wie vor eine klassische Therapie. Zudem bestehe die Gefahr, dass sich der Gesundheitszustand wieder verschlechtere, wenn jemand nicht mehr regelmässig übe.

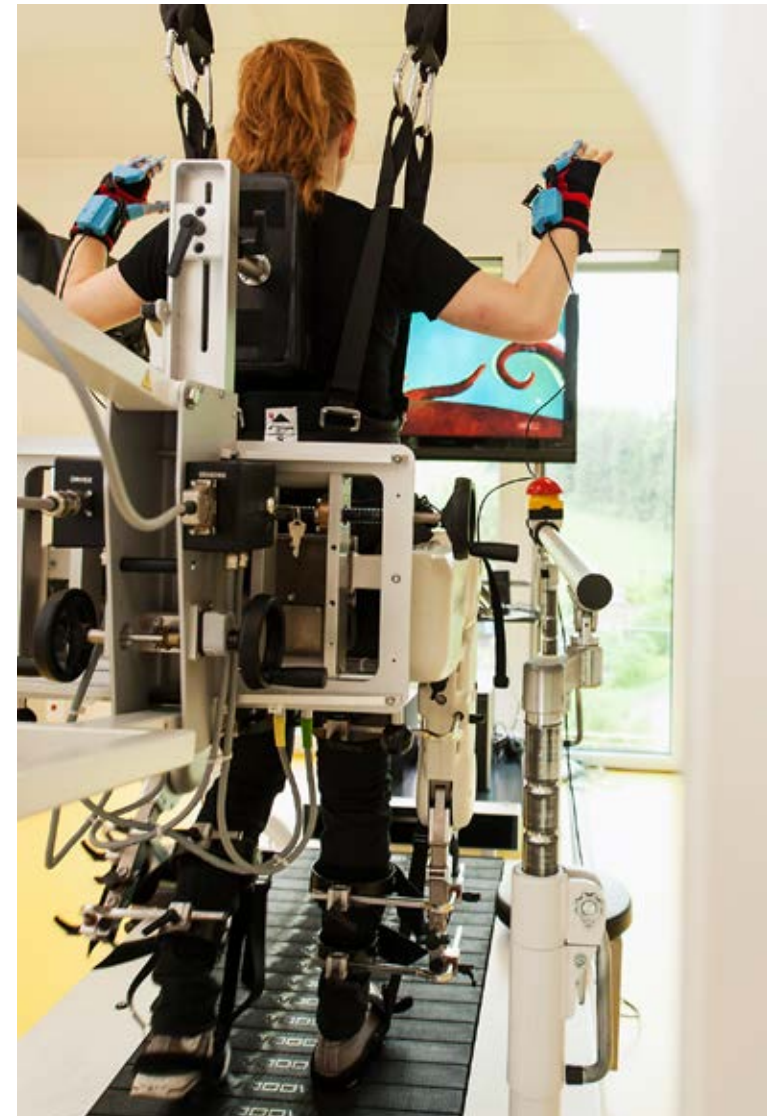
«Heute liegen Patienten zu viel», stellt Eveline Graf, wissenschaftliche Mitarbeiterin am ZHAW-Institut für Physiotherapie, fest. Moderne Hilfsmittel könnten helfen, dem entgegenzuwirken. Sie ermöglichen mehr Wiederholungen als eine klassische Therapie, die von den Therapeuten körperlich einiges abverlangt. Es lassen sich entsprechend grössere Effekte erzielen. Dazu kommt, dass die Hightech-Geräte den Zustand eines Patienten umfassender dokumentieren. Die Technologisierung verändere das Berufsbild, sagt die Bewegungswissenschaftlerin. Sie spricht von einer Ergänzung und Entlastung, die den Fachkräftemangel abzufedern helfe. Eine Physio- oder eine Ergotherapeutin werde künftig nicht

mehr so stark Hand anlegen, sondern vermehrt coachen und überwachen. Dass der einst weniger Therapeuten gefragt sein werden, glaubt sie nicht. Der menschliche Kontakt lasse sich nicht ersetzen. Durch die Überalterung nehme die Zahl potenzieller Patienten zudem zu. «Die Veränderungen finden statt. Wir haben nun die Möglichkeit, unsere Zukunft mitzugestalten.»

## AUSTAUSCH MUSS SICH VERBESSERN

Am Rehabilitationszentrum in Affoltern lässt sich beobachten, wohin die Entwicklung geht. Ergo- und Physiotherapeuten arbeiten nach wie vor konventionell, nehmen in den roboter- und computergestützten Trainings aber neue Aufgaben wahr. Sie stellen die Geräte individuell ein, selektieren die richtige Software und achten darauf, dass die Nutzer die Bewegungen korrekt ausführen. «Die Therapeuten sind nicht ersetzbar», sagt Rehabilitationsexperte van Hedel. In Zukunft bräuchten sie zusätzlich technologisches Wissen. Gerade junge Berufsleute seien dafür offen, wenn sie in der Ausbildung erste Erfahrungen sammeln. Technologisch

*«Wir haben nun die Möglichkeit, unsere Zukunft mitzugestalten.»*



Die virtuelle Welt hilft, zu motivieren: Training am Gangtrainer Lokomat.

versierte Therapeuten könnten Hersteller künftig auch dabei unterstützen, die Geräte benutzerfreundlicher zu machen.

Robert Riener, Professor für Sensomotorische Systeme an der ETH und der Universität Zürich, beurteilt die Zusammenarbeit von Ingenieuren mit Ärzten und Patienten immer noch als enttäuschend. «Viele Entwickler sind zu eitel, um auf die Nutzer zuzugehen.» Als Folge davon scheitere ein Teil der Projekte – nur ein Prozent aller Ideen schaffe es zum Produkt. Um Gegensteuer zu geben, hat der Biomechaniker 2016 den Cybathlon initiiert – ein Wettkampf, an dem Forschende und Menschen mit Beeinträchtigungen gemeinsam ausloten, was robotische Unterstützungsgeräte taugen. In der Schweiz sei genug Geld für Forschung und Entwicklung vorhanden, sagt Riener. Er wünsche sich jedoch mehr Unterstützung von den Versicherungen. Diese finanzierten zwar teure Medikamente für kurzfristige Interventionen mit häufig fragwürdiger Wirkung; gehe es aber darum, nachhaltig mehr Lebensqualität durch Bewegungstherapie zu ermöglichen, seien sie zurückhaltend.

## ALLES UNTER EINEM DACH

Thinktank, Forschungslabor und Therapiestation in einem: Ein solches Kompetenzzentrum soll in den nächsten drei Jahren in Volketswil entstehen. Das Institut für Physiotherapie der ZHAW, die Rehaklinik Zihlschlacht, ihre Trägerorganisation Vamed Schweiz und der Industriebetrieb Hocoma arbeiten an entsprechenden Plänen. «Wir ergänzen uns hervorragend», sagt Eveline Graf, die das Projekt auf Seiten der ZHAW leitet. Die auf Neurorehabilitation spezialisierte Rehaklinik soll dereinst den Betrieb, Vamed die Geschäftsführung übernehmen. Hocoma stellt die Trainingsgeräte und Räumlichkeiten zur Verfügung, während die ZHAW Begleitforschung betreiben und das Zentrum für Ausbildungszwecke nutzen will. «Wir sind daran, die Forschungsagenda zu definieren», so Graf. Zu Beginn möchten die Projektpartner auf neurologische Patientinnen und Patienten fokussieren, um ihr Angebot später auf weitere Zielgruppen auszuweiten.

## «VIELE DENKEN AN TERMINATOR»

Nicht nur als Trainings- und Unterstützungsgeräte gewinnen Roboter im Gesundheitswesen an Bedeutung. Im Hausdienst entlasten sie das Personal etwa, indem sie Wäsche transportieren. «In der Logistik sind sie gross im Kommen», sagt Ursula Meidert, die am ZHAW-Institut für Ergotherapie zu neuen Technologien forscht. Roboter könnten vermehrt physisch strenge Tätigkeiten übernehmen und dazu beitragen, dass Pflegenden weniger gesundheitliche Probleme bekämen. «Das könnte Austritte aus dem Beruf verhindern.» Einen positiven Effekt auf die Verweildauer haben möglicherweise auch Telepräsenz- und Assistenzroboter, wenn sie es Müttern und Vätern erleichtern, von zu Hause zu arbeiten.

Bei allen positiven Effekten: Der Einsatz von Robotik weckt auch Befürchtungen. Es stellen sich Fragen des Datenschutzes und der Ethik – gerade bei vulnerablen Gruppen wie Kindern oder Betagten. Am umstrittensten sind sozial interagierende Roboter. Kritiker befürchten, dass sie genutzt werden, um Personen ruhigzustellen. «Sie schaffen einen Zugang zu Menschen, die man sonst nicht erreicht», entgegnet Meidert und erwähnt autistische Kinder und demente Personen. Das sei eine Chance. Derartige Roboter würden nicht wie Kuscheltiere abgegeben, sondern stets in strukturierten Situationen eingesetzt. «Reagiert jemand ängstlich, greift das Personal sofort ein», so die Forscherin. Die Skepsis weiterer Teile der Bevölkerung habe mit Unwissen zu tun. «In unserer Kultur werden Roboter oft negativ wahrgenommen, viele denken an Terminator.» Entscheidend sei es, medizinisches Personal zu schulen und Konzepte für den Einsatz von Robotik zu entwickeln. «Wenn man konkret aufzeigt, was Roboter bewirken können, nimmt die Ablehnung ab.» //



# WAS DEN BERUF IM INNERSTEN ZUSAMMENHÄLT

Ursula Mosthaf durchlief ab 1957 den allerersten Ausbildungsgang an der damals neu gegründeten Schule für Beschäftigungstherapie in Zürich. Nadia Eugster entschied sich 2012 für denselben Berufsweg und absolvierte dafür ein Bachelorstudium an der Fachhochschule. Dazwischen liegen über 50 Jahre Ergotherapiegeschichte. Zwei Berufskolleginnen über die Ursprünge, die Entwicklungen und das Herzstück ihrer jungen Profession.

VON RITA ZIEGLER



Ergotherapie, angeboten von der regionalen Rotkreuzsektion Genf, 1960er-Jahre.

François Martin, Archiv SRK, Bern



Zwei Berufskolleginnen, die sich viel zu erzählen haben: Nadia Eugster und Ursula Mosthaf.

**E**in sonniger Abend im Spätsommer. Wir treffen uns in Ursula Mosthafs Wohnung in Bern. Nadia Eugster hilft der Gastgeberin mit dem Kaffee in der Küche. Obwohl sich die beiden Frauen vorher noch nie gesehen haben, beginnen sie sofort zu plaudern – herzlich und unkompliziert. Als sie sich für das Gespräch an den Esstisch setzen, deutet Nadia Eugster auf den leicht drehbaren Silikonöffner auf der Mineralwasserflasche und lacht: «Man merkt, dass hier eine Ergotherapeutin wohnt.»

**Die Berufsgruppe der Ergotherapeutinnen und -therapeuten ist klein, der Beruf wenig bekannt. Was hat Sie dazu bewogen, diesen Weg einzuschlagen?**

*Ursula Mosthaf:* Das war ein Vernunftentscheid. Mit 18 Jahren wurde bei mir eine offene Tuberkulose diagnosti-

ziert, aufgrund welcher ich mehrere Jahre im Sanatorium verbrachte. Als ich endlich rauskam, wurde in Zürich gerade die neue Schule für Beschäftigungstherapie gegründet. Das war für mich eine gute Lösung, denn mit diesem Beruf hätte ich auch halbgesund in einer Heilanstalt in den Bergen arbeiten können. Es war damals nicht sicher, ob ich die Krankheit definitiv überwunden hatte.

*Nadia Eugster:* Gab es während Ihrer Zeit im Sanatorium denn bereits Ergotherapie?

*Ursula Mosthaf:* Ich las unglaublich viel, machte etwas Handarbeit und engagierte mich beim hauseigenen Radio. Aber Ergotherapie? Nein, das gab es nicht. Die neue Ausbildung erschien mir auch vor diesem Hintergrund sinnvoll.

*Nadia Eugster:* Ich habe ursprünglich medizinische Praxisassistentin gelernt und nach dem Abschluss gemerkt, dass



ich mich im medizinisch-sozialen Bereich weiterentwickeln möchte. Damals lag mein Fokus eher auf dem Medizinischen, heute stärker auf dem Sozialen. Ich machte berufsbegleitend die Berufsmatur und schnupperte in einer Ergotherapiepraxis. Die Arbeit hat mich auf Anhieb überzeugt, obwohl ich noch in der Ausbildung Mühe hatte, meinen zukünftigen Beruf zu erklären.

**Ursula Mosthaf:** Zu meiner Zeit verstand nicht einmal mein Vater genau, was ich machte. Es war deshalb wichtig, konkrete Beispiele bereitzuhalten. Wir haben in der Anfangszeit viel fotografiert und gefilmt, um zu dokumentieren, was unsere Arbeit umfasste.

#### Wie hat sich Ihre Ausbildung gestaltet? Wo lagen die Schwerpunkte?

**Ursula Mosthaf:** Das Handwerk stand anfangs klar im Vordergrund. Wir besuchten im ersten Jahr vier Tage pro Woche das Werkseminar an der Kunstgewerbeschule. Für mich,

handwerklich nicht speziell begabt, war das eine grossartige Grundlage, auch für räumliches Denken und das bewusste Erfassen von Gegenständen. Fächer wie Anatomie, Pathologie, Psychologie, Psychiatrie und Methodik der Ergotherapie nahmen im Verhältnis dazu weniger Raum ein. Aber wir hatten ein paar hervorragende Lehrer, die den neuen Beruf unterstützen wollten. Unser Anatomielehrer hat alles auf die Wandtafel gezeichnet und wir mussten abzeichnen. Unglaublich, nicht? Heute kann man alles im Internet nachschauen.

**Nadia Eugster:** Ja. Wenn man weiss, wo suchen, findet man fast alles. Wir mussten uns im Studium viele Inhalte selbst aneignen und sie dann anhand eigener Erfahrungen reflektieren. Das war anstrengend, hat aber eine intensive Auseinandersetzung mit der Materie erlaubt. Der Werkunterricht nahm eher wenig Raum ein, dafür befassten wir uns viel mit Alltagsaktivitäten, mit sozialen Prozessen und mit Kommunikation. Wir trainierten immer wieder unsere Beobachtungsfähigkeit und machten Rollenspiele.

## ENTWICKLUNG DER ERGOTHERAPIE-AUSBILDUNG IN DER SCHWEIZ

**Bis 1950** Patientenbeschäftigung und Arbeitstherapie in Tuberkulose-Sanatorien und psychiatrischen Kliniken durch Pflegerinnen, Sozialarbeiter, Handwerker u. a.

#### Pionierphase:

**Aufbau, Engagement, Offenheit**

**1951/1954** Kurse für Beschäftigungstherapie an der Schule für Soziale Arbeit Zürich mit sozialpsychiatrischer Ausrichtung

**1955–1958** Kurse für Beschäftigungstherapie am Bürgerspital Basel mit medizinisch-funktioneller Ausrichtung

**1957** Gründung der Schule für Beschäftigungstherapie: neu konzipierte, dreijährige Grundausbildung auf Basis der bisherigen Kurse in Zürich und Basel

**1965** Gründung der Schule für Ergotherapie Lausanne

**1974** Gründung der Schule für Ergotherapie Biel sowie der Arbeitsgemeinschaft schweizerischer Ergotherapieschulen

#### Organisationsphase:

**Abgrenzung, Strukturierung, Ausbildungsentwicklung**

**1978–1982** Projekt zur Klärung des Berufsbilds

**1983–1986** Arbeitsgruppen zur Entwicklung von Ausbildungszielen, Fort- und Weiterbildung

#### Integrationsphase:

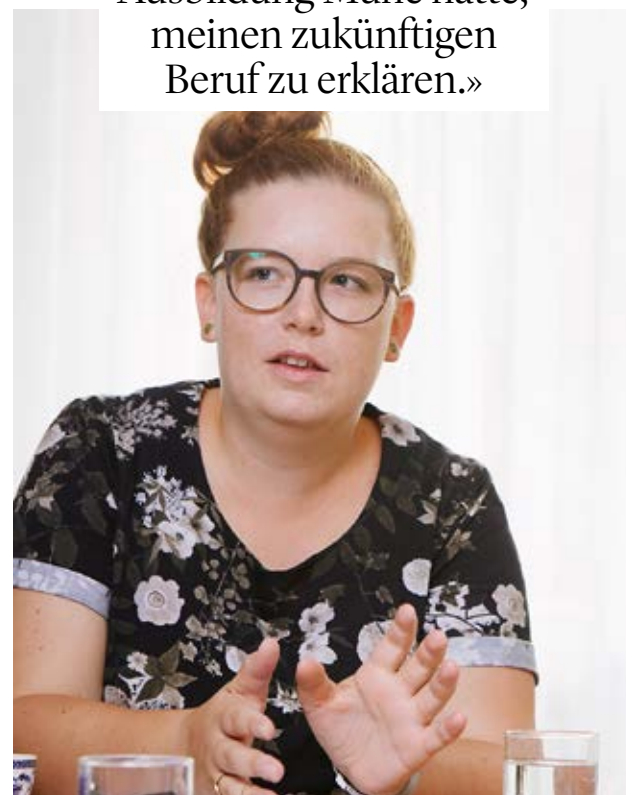
**Weiterentwicklung, Neustrukturierung Ausbildung**

**1988** Einführung eines einheitlichen Ausbildungsmodells für alle drei Schulen

**2001** Gründung der Schule für Ergotherapie in Lugano

**2006** Start der Bachelorstudiengänge auf Fachhochschulstufe

«Ergotherapie hat mich auf Anhieb überzeugt, obwohl ich noch in der Ausbildung Mühe hatte, meinen zukünftigen Beruf zu erklären.»



Nadia Eugster

«Ergotherapie ist an den Alltag und damit automatisch an den gesellschaftlichen Wandel geknüpft.»



Ursula Mosthaf

**Ursula Mosthaf:** Selbsterfahrung und Beobachtung sind enorm wichtig. Wie schneide ich eine Zwiebel? Wie machst du es? Nur so merkt man, dass verschiedene Wege zum Ziel führen. Eine Ergotherapeutin ist keine Hauswirtschaftslehrerin, die weiss, wie man es richtig macht. Sie muss ein breites Spektrum an Verhaltensweisen tolerieren, zugleich aber fähig sein, ein klares Ziel herauszuschälen.

#### Wo lagen die wichtigsten Meilensteine in der Berufs- und Ausbildungsentwicklung der letzten 70 Jahre?

**Ursula Mosthaf:** Nach einer kreativen Pionierphase geriet die Ergotherapie in der Schweiz Mitte der 1970er-Jahre in eine Krise. Das war genau die Zeit, als ich Leiterin der Schule in Biel wurde. Die Vertreterinnen der einzelnen Fachbereiche – Pädiatrie, Psychiatrie, Geriatrie, Neurologie – spezialisierten sich zunehmend, bewegten sich in ihrem Berufsverständnis auseinander und entwickelten eigene Terminologien. Die vielfältigen Anforderungen aus den verschiedenen Praxisbereichen überforderten die dreijährige Ausbildung. Es brauchte deshalb eine Phase der Strukturierung, um das Berufsbild, die gemeinsamen Grundlagen der Ergotherapie und die Ausbildungsziele zu klären. Damals diskutierten wir verschiedenste Szenarien, darunter auch die Möglichkeit, Ergotherapie als Weiterbildung zu etablieren mit jeweils spezifischen Angeboten für Physiotherapeuten, für Sozial- und Heilpädagogen, für Psychiatriepfleger und für Betreuungspersonen in der Geriatrie.

#### So weit kam es dann aber nicht.

**Ursula Mosthaf:** Mit einem gesamtschweizerischen Projekt zur Klärung des Berufsbilds einigten sich der schweizerische Berufsverband und die Schulen darauf, die verschiedenen Bereiche in einem Beruf zusammenzuhalten und sich auf den gemeinsamen Kern zu besinnen. Mit den intensiven Auseinandersetzungen innerhalb der Berufsgruppe schafften wir die Voraussetzungen, um gemeinsam Konzepte weiterzuentwickeln, Ausbildungsziele zu definieren und eine

neue Ausbildungsstruktur zu erarbeiten. Diese Ergebnisse erleichterten dann den Austausch zwischen den Schulen und den vielen unterschiedlichen Praktikumsinstitutionen.

#### Ein wichtiger Punkt. Wie habt ihr den Wechsel von der Ausbildung in die Praxis erlebt?

**Nadia Eugster:** Die Praktika während des Studiums waren für mich sehr wertvoll, um meine Rolle zu finden – vielleicht gerade weil sich Ausbildungsinhalte und Praxiserfahrungen nicht immer deckten. Einige Begriffe, die ich aus dem Studium mitbrachte, waren in der Praxis noch nicht verankert, was bei langjährig etablierten Ergotherapeuten teilweise Skepsis hervorrief. Sich gegenseitig zu verständigen, war auch da wichtig. Ich habe viel von der Ausbildung profitiert und gutes Werkzeug mit auf den Weg bekommen. Dennoch hat es etwas Zeit gebraucht, um voll im Berufsalltag anzukommen. Heute behandle ich am Kantonsspital Olten hauptsächlich ältere Menschen, bewege mich aber in verschiedenen Fachbereichen gleichzeitig: in der Akutgeriatrie, in der Gerontopsychiatrie, zum Teil auch in der Palliative Care und in der Neurologie. Ich muss also einerseits flexibel bleiben, andererseits aber auch ein starkes ergotherapeutisches Rückgrat haben, um mich nicht zu verzetteln.

**Ursula Mosthaf:** Praktikumsplätze gab es am Anfang vor allem in Sanatorien und psychiatrischen Kliniken, wo wir die sogenannte ablenkende und psychiatrische Beschäftigungstherapie kennenlernten. Die Praktika im funktionellen Bereich fanden ausnahmslos in Basel statt. Dort hatte sich die funktionelle Ergotherapie gerade erst etabliert, importiert von zwei amerikanischen Occupational Therapists. In den USA und in England gab es ja viele Kriegsverletzte, junge Männer, die mit orthopädischen oder neurologischen Problemen konfrontiert waren. Die wollten nicht abgelenkt werden, sondern ihre Selbständigkeit wiedererlangen. Da war funktionelles Training wichtig. Nach der Ausbildung habe ich viele Jahre lang mit Kindern und Jugendlichen gearbeitet. Ich profitierte von einem intensiven interdisziplinären Aus-



tausch – mit Pädagogen sowie Physio- und Sprachtherapeutinnen. Wir «Ergos» konnten zeigen und gemeinsam mit anderen herausfinden, wo der Platz der Ergotherapie ist. Bobath-Kurse haben mir damals geholfen, Bewegung und funktionelles Denken besser in meine Arbeit zu integrieren.

**Nadia Eugster:** Während des Studiums war ich in einem Einblickspraktikum in Taiwan, wo sehr funktionell gearbeitet wurde und Patienten in der Neurologie mit verschiedenartigen Arm-Rollbrettern fast wie im Fitnesscenter trainierten. Das wirkte auf mich befremdend. Ich halte mich lieber an den Alltag und putze mit einem Patienten beispielsweise den Tisch, um bestimmte Armbewegungen zu üben.

**Ursula Mosthaf:** Funktionen habe ich auch nicht losgelöst vom Alltag behandelt. Die verschiedenen Ansätze existierten hierzulande nicht so krass nebeneinander – anders in den USA. Dort gab es zum Beispiel Work Simulators, an denen gezielt Handbewegungen trainiert wurden. Ich spielte mit den Kindern am Lavabo mit Wasser und liess sie dabei beiläufig das Auf- und Zudrehen des Wasserhahns üben. In der Schweiz sind die Menschen pragmatisch veranlagt, das passt zur Ergotherapie (lacht).

#### Wo sehen Sie zukünftige Aufgaben für den Beruf? In welche Richtung wird er sich weiterentwickeln?

**Ursula Mosthaf:** Ergotherapie ist an den Alltag und damit automatisch an den gesellschaftlichen Wandel geknüpft. Wir dürfen und müssen uns heute mit Gegenständen wie Handys und Tablets auseinandersetzen. Inzwischen gibt es Erwerbstätige, welche die ständige Erreichbarkeit in ein Burnout treibt; Kinder, die sich kaum mehr konzentrieren können oder vom vielen Tippen Probleme mit den Fingern bekommen. Das sind eindeutig neue Aufgaben für die Ergotherapie. Und wer weiss: Vielleicht erkennt man in unserer schnelllebigen und abstrakten Welt auch den Wert der hand-

werklichen Tätigkeiten wieder mehr. Es gibt nicht nur Jogging und Fitness als Ausgleich zur Computerarbeit im Büro.

**Nadia Eugster:** Ich versuche, das auch privat einzubauen, gerade in stressigen Momenten, in denen ich am liebsten nur noch herumliegen würde. Dann höre ich zum Beispiel Musik und male Mandalas. Das tut mir gut.

**Ursula Mosthaf:** Etwas mit den Händen tun belebt und beruhigt zugleich. Wenn ich mich bewusst darauf einlasse, finde ich es manchmal schön, Gemüse zu rüsten oder ein Bett zu beziehen. Dabei realisiere ich, wie unerhört es ist, dass ich das überhaupt kann. In meinem Alter sowieso.

**Nadia Eugster:** Dieses Potenzial der Ergotherapie liesse sich in meinen Augen auch in der Gesundheitsförderung stärker nutzen. Persönlich fände ich es zudem spannend, wenn wir im sozialen Bereich mehr einbezogen würden, bei Gemeindeprojekten etwa, egal mit welcher Gruppe von Menschen. Ich selbst engagiere mich in der Freiwilligenarbeit mit Asylsuchenden. Wir betreiben unter anderem ein Café, ermöglichen so Begegnungen zwischen Quartierbevölkerung und Asylsuchenden und fördern damit soziale Partizipation – ein klares Anliegen der Ergotherapie.

**Ursula Mosthaf:** Beruf und Ausbildung haben sich von Anfang an stets weiterentwickelt und das ist gut so. Wichtig ist, dass man sich verständigen und auf eine gemeinsame Grundhaltung einigen kann. Autonomie, Teilhabe und bedeutungsvolle Tätigkeiten sind auch in Zukunft zentrale Voraussetzungen dafür, dass Menschen sich kulturell und sozial entfalten können.



Berufsfilm aus den 1950er-Jahren zur damals neuen Ausbildung in Beschäftigungstherapie.

[zhaw.ch/gesundheit/ergotherapie-damals](http://zhaw.ch/gesundheit/ergotherapie-damals)

## DIE GESPRÄCHSTEILNEHMERINNEN

### URSULA MOSTHAF, 84

Absolventin des ersten Kurses der Schule für Beschäftigungstherapie Zürich (1960)

Zwölf Jahre Ergotherapeutin in der Pädiatrie (Internat, Schulheime, Spital, Hausbehandlungen)

Dozentin und Vorstandsmitglied/Ausbildungskommission Schule für Ergotherapie Zürich

Unterrichts- und Vortragstätigkeit im In- und Ausland (interdisziplinäre Kurse)

Leiterin der Schule für Ergotherapie Biel (1975–1995)

Initiantin und Mitautorin des Bieler Modells

Ehrenmitglied des ErgotherapeutInnen-Verbands Schweiz

### NADIA EUGSTER, 26

Absolventin Bachelor of Science in Ergotherapie (2015)

Ergotherapeutin am Kantonsspital Olten in der Akutgeriatrie, Gerontopsychiatrie, Neurologie und Palliative Care

Vorstandsmitglied ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz, Sektion Bern-Solothurn

Vorstandsmitglied des Vereins Ziegler-Freiwillige (Freiwilligenarbeit rund um die Asylunterkünfte auf dem Berner Zieglerareal)



Einführung von Kindergartenkindern ins Zähneputzen, 1958.

Frieda Wolff-Meier, Schweizerisches Sozialarchiv, F 5042-Fc-040



Verkehrserziehung und Schülerpatrouillen: Das zunehmende Verkehrsaufkommen ruft ab Mitte der 1940er-Jahre neue Präventionsmassnahmen hervor.

bfu – Beratungsstelle für Unfallverhütung





## WIE SICH PARADOXE ENTSCHEIDE ERKLÄREN LASSEN

Unser Verhalten wird durch explizite und implizite Prozesse gesteuert. «Beide scheinen unabhängig voneinander Einfluss auszuüben», sagt Motivationsforscher Frank Wieber. Dies erklärt, warum einige Menschen übermässig Alkohol konsumieren, auch wenn sie wissen, dass sie sich damit schaden.

VON EVELINE RUTZ

Wer alkoholabhängig ist, reagiert stärker auf entsprechende Reizwörter und -bilder als gesunde Menschen. «Seine Einstellungen Alkohol gegenüber sind positiver», sagt Frank Wieber von der ZHAW-Forschungsstelle Gesundheitswissenschaften. Mit Wissenschaftlerinnen der Forel Klinik im Kanton Zürich untersuchte er, wie sich Assoziationen und Reaktionen in der Suchttherapie verändern.

Das Team rekrutierte dafür 103 Personen; 55 hat es in die aktuelle Analyse einbezogen. Eine erste Messung führte es jeweils nach der Entgiftung, eine zweite vor

dem Klinikaustritt durch. Es arbeitete dabei mit vier Testverfahren. Explizite Einstellungen, die leicht benannt werden können und bewusst sind, erhob es über Fragebogen (Explicit Association Questionnaire / Alcohol Approach and Avoidance Questionnaire), implizite Einstellungen, die unkontrollierbar und oft unbewusst ablaufen, indem es Reaktionszeiten auf Reize auswertete (Implicit Association Task / Manikin Task). Dabei wird der sogenannte Bahnungseffekt genutzt: Je schneller jemand auf einen bestimmten Stimulus reagiert, desto stärker entspricht dieser seiner impliziten Einstellung.

### Zwei eigenständige Systeme

Die Forschenden stellten fest, dass sich bewusste und unbewusste Prozesse in der Entwöhnung unterschiedlich entwickeln. Auf expliziter Ebene nahmen bei den Probanden die positiven Assoziationen mit Alkohol ab. Auf impliziter Ebene liessen sich hingegen keine signifikanten Veränderungen beobachten. Kurz vor dem Austritt äusserte sich zwar ein Grossteil der Befragten eher negativ über Alkohol, auf unbewusster Ebene zeigte sich aber nach wie vor ein hoher Anreizwert. Dies deutet auf das Risiko hin, rückfällig zu werden. Besonders hoch ist dieses in Situationen, in denen die Betroffenen spontan handeln und unbewusste Prozesse dominieren, etwa wenn sie gestresst oder müde sind.

«Die explizite und die implizite Ebene scheinen unabhängig voneinander zu funktionieren», sagt Motivationsforscher Wieber. Die aktuelle Entwöhnungstherapie spreche vor allem bewusste Konzepte an. Um implizite Einstellungen zu ändern, brauche es wohl andere Ansätze und mehr Zeit als die durchschnittlich zehn Wochen. «Implizite Einstellungen und Tendenzen sind das Resultat jahrelanger Kopplung»,

Wenn-Dann-Pläne helfen dabei, ein Ziel in unerwarteten Situationen nicht aus den Augen zu verlieren.

so Wieber. Da sie unser Verhalten jedoch genauso steuern wie explizite, sollten sie in Therapien stärker gewichtet werden. «Wir müssen vermehrt berücksichtigen, dass wir gerade in schwierigen Situationen nicht immer unseren expliziten Einstellungen folgen», sagt Frank Wieber. Achtsamkeitstraining ist eine Möglichkeit, dem entgegenzutreten. Eine andere besteht darin, Selbstregulierungsstrategien zu nutzen. Massgeschneiderte Wenn-dann-Pläne helfen dabei, ein Ziel in unerwarteten Situationen nicht aus den Augen zu verlieren und die Lücke zwischen Absichten und tatsächlichem Handeln zu überbrücken. Wer abends weniger Alkohol trinken möchte, kann sich beispielsweise vornehmen, am Feierabend zu Hause gleich seinen Lieblingstee zu kochen. Die konkrete Verknüpfung führt zur geplanten Handlung; man gerät gar nicht erst ins Grübeln – und in Versuchung. Wenn-dann-Pläne haben damit ähnliche Vorteile wie Gewohnheiten. Physiologische Mes-

sungen belegen, dass Wenn-dann-Pläne vermehrte Aktivität in denselben Hirnregionen auslösen.

### Hindernisse erkennen und angehen

Gemäss Wieber empfiehlt es sich, die Pläne mit der Strategie des mentalen Kontrastierens (Mental Contrasting with Implementation Intentions, MCII) zu kombinieren.

Dabei wählt man zunächst ein Ziel und malt sich dessen Vorzüge aus. In einem zentralen zweiten Schritt kontrastiert man den gewünschten mit dem aktuellen Zustand, indem man sich fragt: «Was hält mich davon ab, meinen Wunsch zu realisieren?» So werden Hindernisse erkennbar und man kann entsprechende Wenn-dann-Pläne fassen. «Mit der MCII-Strategie gelingt es leichter, passende Ziele zu finden und diese effektiv in die Tat umzusetzen», sagt Psychologe Wieber. Er hat bereits mehrere Untersuchungen zum Thema durchgeführt und unter anderem aufgezeigt, dass es Menschen so besser

«Sich einfach ein Ziel zu setzen, reicht oft nicht aus.»

schaffen, Ziele wie mehr Bewegung oder weniger Fleischkonsum zu erreichen.

Sich einfach ein Ziel zu setzen, reiche oft nicht aus, sagt er. Wenn-dann-Pläne würden eher unterschätzt. Dabei seien sie beim Starten, beim Dranbleiben, beim Haushalten mit den motivationalen Ressourcen und beim Loslassen von unerreichbar gewordenen Zielen nachweislich hilfreich. Ob sie alkoholabhängigen Patienten während einer Entwöhnungstherapie helfen, abstinenz zu leben, soll nun eine weitere Studie der ZHAW und der Forel Klinik klären. //

## MOTIVATION IN DER ALKOHOLENTWÖHNUNG

### Leitung

Prof. Dr. Frank Wieber, Dr. Susanne Rösner

### Team

Smeralda Senn und Clara Franck

### Partner und Finanzierung

Forel Klinik

## WIE JUNGE ELTERN MIT ALKOHOL UMGEHEN

Darf sich eine Schwangere an einem Fest ein Glas Sekt gönnen? Oder schadet sie damit ihrem ungeborenen Kind? Die Wissenschaft hat darauf keine klare Antwort. «Es fehlen uns eindeutige Erkenntnisse darüber, wie sich moderater Alkoholkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit auswirkt», sagt Jessica Pehlke-Milde, Leiterin der ZHAW-Forschungsstelle Hebammenwissenschaft. In dieser unsicheren Situation empfehlen Fachleute in der Regel, ganz auf Alkohol zu verzichten.

Eine Studie soll nun klären, wie werdende Eltern mit dem Thema umgehen, welchen Normen sie folgen, welche Rolle das Umfeld dabei spielt und ob sie gelegentliches Alkoholtrinken als Gesundheitsrisiko einstufen. Das Institut für Hebammen der ZHAW arbeitet dafür mit der Haute Ecole de Santé Vaud Lausanne zusammen. «Wir

haben mit unserem interdisziplinären und mehrsprachigen Ansatz bereits bei anderen Fragestellungen gute Erfahrungen gemacht», sagt Jessica Pehlke-Milde. Das Team, das vom Schweizerischen Nationalfonds finanziert wird, hat die Arbeiten im Juli in Angriff genommen.

Ins Projekt involviert sind rund 40 Paare. Diese werden während der Schwangerschaft jeweils getrennt befragt. Nach der Geburt interviewen die Forschenden die junge Mutter nochmals einzeln. «Wir wollen besser verstehen, wie sich Paare anpassen, wenn sie Eltern werden», sagt die ZHAW-Professorin. Gewohnheiten von einem Moment auf den anderen zu ändern, sei nicht einfach. Manche Frauen fühlten sich stark unter Druck gesetzt. «Um die von der Gesellschaft erwarteten Verhaltensänderungen hinauszuschieben,

verdrängen einige zu Beginn, dass sie schwanger sind», so Pehlke-Milde. Die Erkenntnisse der qualitativen Erhebung, die 2020 zu erwarten sind, sollen in die Beratung einfließen.

### Wahrnehmung von Alkoholkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit

#### Leitung

Prof. Dr. Jessica Pehlke-Milde, Prof. Yvonne Meyer, Prof. Dr. Raphaël Hammer

#### Team

Irina Radu, Solène Gouilhers

#### Partner

Haute Ecole de Santé Vaud

#### Finanzierung

Schweizerischer Nationalfonds





## «DABEI SEIN, WENN DAS BABY ENDLICH DA IST»

Kann das Baby im Mutterbauch etwas sehen? Wozu ist die Nabelschnur gut? Und was macht eigentlich eine Hebamme? In einem Pilotprojekt empfangen Dozentinnen und Studentinnen des Bachelorstudiengangs Hebamme Schulklassen in ihren Unterrichtsräumen und sensibilisieren sie dafür, dass Schwangerschaft, Geburt und Stillen natürliche Prozesse sind.

VON RITA ZIEGLER

Sandra Coldesina, Studentin im sechsten Semester des Bachelorstudiengangs Hebamme, zieht sich die Handschuhe über und spricht mit ruhiger Stimme auf ihre Mitstudentin, Samantha Domenici, ein. Diese krümmt sich auf dem Stuhl vis-à-vis, fasst sich an den runden Bauch, schreit auf, wischt sich den Schweiß von der Stirn. Dann entspannt sich ihr Gesicht – die Wehe ist vorüber. Die beiden Studentinnen simulieren

eine Geburt. Um sie herum sitzen 22 Schülerinnen und Schüler einer sechsten Primarschulklasse aus Winterthur-Hegi und schauen gebannt zu. Einige haben sich auf den Boden gekniet, um die Szene besser zu beobachten. Kein unsicheres Kichern, keine vorpubertären Sprüche unterbrechen das Geschehen.

Die Primarschüler sind heute zusammen mit ihrer Lehrerin in die Skillsräume des Instituts für Hebammen gekommen,

um von Hebammenteamentinnen und -studentinnen in Diskussionen sowie anhand von Modellen zu erfahren, wie neues Leben entsteht. Das übergeordnete Ziel des Angebots sei berufspolitischer und präventiver Natur, sagt Dozentin Sandra Grieder. «Die Kinder sollen den Hebammenberuf kennenlernen und dabei möglichst früh erfahren, dass Schwangerschaft, Geburt und Stillen gesunde und natürliche Prozesse sind.» Und: Sie sollen ihre Fragen loswerden – denn davon gibt es viele. Ob das eigentlich wehtue, fragt ein Mädchen, als Sandra Coldesina nach der Geburtssimulation die Nabelschnur bei der Babypuppe durchtrennt. Die Studentin verneint. «In der Nabelschnur gibt es keine Nerven. Weder Mutter noch Kind spüren etwas.»

### Lehrpersonen unterstützen

Ihre Kollegin Samantha Domenici staunt über den Wissensdurst der Schüler und freut sich, dass sie auf alles antworten kann. «Ich realisiere gerade, wie viel ich während meiner Ausbildung gelernt habe

Fast wie echt. Die Säuglingspuppen in den Hebammen-Skillsräumen haben das Gewicht von richtigen Neugeborenen und fühlen sich auch ein wenig so an.

und nun weitergeben kann.» Allerdings sei es schwierig, nicht zu sehr ins Detail zu gehen und eine einfache Sprache zu benötigen, so die 24-Jährige. Sie hat zusammen mit Sandra Coldesina eine Bachelorarbeit dazu verfasst, wie Hebammen in den Sexualkundeunterricht an Schulen einbezogen werden könnten. «Der Sexualerziehung wird in vielen Kantonen nicht genügend Bedeutung zugeschrieben und Lehrpersonen werden auch nicht spezifisch dafür ausgebildet», sagt Domenici. «Mit ihrem Fach- und Erfahrungswissen könnten Hebammen hier Unterstützung bieten.» Was ihnen dazu fehle, sei die pädagogisch-didaktische Seite. Dafür bräuchte es eine Weiterbildung.

«Mit ihrem Fach- und Erfahrungswissen können Hebammen in der Sexualerziehung Unterstützung bieten.»

### Dorfhebamme auf Schulbesuch

Das Bedürfnis von Lehrpersonen, Fachpersonen einzubeziehen, wenn Themen wie Schwangerschaft und Geburt auf dem Lehrplan stehen, kennt Dozentin Therese Hailer. Sie wirkt ebenfalls beim Projekt mit. An ihrem Wohnort, im appenzelli-

schen Stein, geht sie in sämtliche Klassen, um die Schüler in die Geheimnisse rund um die Geburt einzuweihen – unentgeltlich. «Ich werde nun schon von zwei Generationen als Dorfhebamme wahrgenommen und bin überzeugt, dass die Kinder wissen, was meine Arbeit umfasst», sagt sie. «Das rege Interesse der Schüler freut mich sehr. Und die Themen, die wir im Unterricht aufgreifen, werden zu Hause weiterdiskutiert.»

Auch die Schülerinnen und Schüler aus Winterthur-Hegi haben sich als Vorbereitung mit ihren Eltern über ihre Geburt unterhalten. Im Unterricht an der ZHAW erzählen sie sich gegenseitig davon und zeigen sich Fotos aus den ersten Lebensstagen. Wie das Kind in der Gebärmutter heranwächst, erfahren sie anschliessend von den Fachfrauen. Diese wenden bewusst altersgerechte Lernmethoden an: An lebens echten Simulationspuppen können die Schüler die Lage des Babys im Mutterbauch ertasten und seine Herzöne abhören. Und mit einem umgeschnallten Babybauch erleben sie am eigenen Leib, wie es sich anfühlt, schwanger zu sein.

### Aus Pilot soll festes Angebot werden

Der Besuch der Schulklasse ist Teil des Sexualkundeunterrichts, den Lehrerin Debora Dürst in der sechsten Primarstufe durchführt. Auf die Freimütigkeit ihrer Schützlinge angesprochen, lacht sie: «Wir haben viele Enthemmungsübungen gemacht und oft spiegelt sich im Verhalten der Schüler auch, wie gelassen und natürlich man sich selbst verhält.» Sie empfand den Morgen als spannend und abwechslungsreich, gerade dank der vielen praktischen Anteile. «Ich würde ihn anderen Lehrpersonen sofort weiterempfehlen.»

Am Institut für Hebammen überlegen sich die Verantwortlichen, das Angebot, das bisher zweimal als Pilot durchgeführt wurde, zu institutionalisieren und es in den Lehrplan des Bachelorstudiums zu integrieren. «Für die Studentinnen ist es



Nach der Geburt: Waschen, wickeln, anziehen.

eine gute Übung, ihr Wissen didaktisch aufzubereiten und stufengerecht weiterzugeben», sagt Sandra Grieder. «Zudem haben wir mit den vielen Modellen hier ein ideales Unterrichtsumfeld.»

Die Primarschüler jedenfalls zeigen mit ihrer Neugier und der aktiven Beteiligung am Unterricht, dass das Konzept passt. Während die Knaben – halb ernsthaft, halb zum Spass – den Geburtsprozess nochmals nachstellen, wickeln die Mädchen unter Anleitung Säuglingspuppen und wiegen sie liebevoll in den Schlaf. Sie könne sich gut vorstellen, selbst Hebamme zu werden, sagt Silvana, die vor Kurzem gerade einen kleinen Bruder bekommen hat. Ihre Sitznachbarin zögert: «Kinderbetreuerin wäre auch toll.» Danach gefragt, was ihnen am Hebammenberuf denn besonders gefallen würde, antworten die beiden einhellig: «Dabei sein, wenn das Baby endlich da ist.» //

[blog.zhaw.ch/vitamin-g](http://blog.zhaw.ch/vitamin-g)



Wie es wohl ist, schwanger zu sein?



Mit dem Pinar die Herzöne des Babys abhören.





## DIGITALE SPIELFORMEN IN DER PATIENTENSCHULUNG

Behandlungsschritte selbst zu übernehmen oder das Leben umzustellen, ist weder für die Patienten noch für die Gesundheitsfachleute, die sie dabei betreuen, einfach. Digitale Medien bieten beiden Seiten neue Möglichkeiten.

VON JOSÉ SANTOS

### Allzeit verfügbares Wissen

In der Patientenedukation beraten, informieren, instruieren und stärken Gesundheitsfachleute Patientinnen und Patienten bei lebenswichtigen Verhaltensänderungen. Chronisch Kranke, beispielsweise Diabetiker, Personen mit Herzinsuffizienz oder COPD-Betroffene, müssen eine Reihe von Anpassungs- und Bewältigungsleistungen vollbringen, um belastende Symptome zu reduzieren und sich im Leben zu arrangieren. Eine gelingende Patientenedukation stärkt sie in ihrem Selbstma-

nagement und entlastet damit die Gesundheitsversorgung. Ist das anzuwendende Wissen zudem räumlich und zeitlich unabhängig verfügbar, steigen die Erfolgchancen für eine dauerhafte Verhaltensänderung. Hier kommen die Vorteile von digitalen Medien ins Spiel.

«Digitale Medien bieten neue Spielformen in der Patientenedukation», sagt Sabin Bühler, Psychologin und Leiterin

des MAS in Patienten- und Familienedukation an der ZHAW. «Ein Video zeigt, wie eine Übung für den Rücken korrekt ausgeführt wird, ein Podcast informiert über Prostatakrebs, eine App erinnert an den Insulinbedarf und eine videounterstützte Bedienungsanleitung in Form eines Screencasts erklärt, wie man eine Injektion verabreicht.» Eine weitere Anwendung sind spezifische Chatforen von Spitälern,

Wenn eine Lehrerin einem Schüler zum x-ten Mal die Satzzeichen der direkten Rede erklärt und der Lernerfolg ausbleibt, ist dies zwar ärgerlich, aber nicht lebensbedrohend. Gefährlich wird es hingegen bei einem chronisch kranken Patienten, der nicht lernt, sich selbst eine Injektion zu verabreichen. Ist er zu wenig beharrlich oder wurden ihm die Fertigkeiten dazu nicht adäquat vermittelt? Die richtige Schulung kann Leben retten.

Digitale Medien eignen sich gut zur Vermittlung von in sich geschlossenen Behandlungen oder Routinetätigkeiten.

in denen Betroffene in virtuellen Selbsthilfegruppen Erfahrungen mit ihrer Krankheit und deren Behandlung austauschen.

### Digitale Medien für die Gesundheit

Auch im Weiterbildungskurs von Sabin Bühler entstehen konkrete Anwendungen für die Praxis, etwa Screencasts und Videos, die in den Kliniken der Kursteilnehmenden zum Einsatz kommen. Justine Bouille, Pflegefachperson am Paraplegiker-Zentrum Nottwil, entwickelte beispielsweise eine Videoanleitung zum schonungsvollen Knie-Transfer für die Umlagerung von Patienten. «Mit meinem Video werden Spitex-Mitarbeiterinnen instruiert, welche die Technik nicht kennen», sagt sie. «So verstehen sie, wie ein Knie-Transfer abläuft und welche Bewegungen wichtig sind, um Komplikationen wie Stürze, Hautschädigungen beim Patienten oder Verletzungen beim Pflegepersonal zu vermeiden.»

Digitale Medien eignen sich gut zur Vermittlung von in sich geschlossenen Behandlungen oder Routinetätigkeiten wie Verbandanlegen oder Blutdruckmessen. Justine Bouille merkt, dass digitale Schulseinheiten in der Praxis gut ankommen: «Die Patienten sind in der Regel offen. Es ist aber wichtig, richtig einzuschätzen, welche Medien sich für welche Patienten eignen. Vielen helfen Videos,

sich die Sache besser vorzustellen. Andere hören lieber einen Podcast oder lesen einen Instruktionflyer.»

Auch international eröffnet digital vermitteltes Gesundheitswissen neue Perspektiven. In Entwicklungsländern oder Krisenherden fehlt es oft an medizinischer Versorgung. Ein Handy hat aber auch dort fast jeder. So bringt die Initiative «Medical Aid Films» Gesundheitsexpertinnen und -experten mit Filmemachern zusammen. Sie entwickeln gemeinsam universal verständliche Animationsfilme, die zum Beispiel Laien bei der Geburtshilfe vor Ort unterstützen.

### Wunderwaffe Digitalisierung?

In der Schweiz sollen Spitalaufenthalte verkürzt und damit Kosten gespart werden. Können digitale Medien auch die Effizienz im Gesundheitswesen steigern? Vor dieser Schlussfolgerung warnt Sabin Bühler: «Sicher, der Einsatz von digitalen Medien in der Patientenedukation ist sinnvoll und das Potenzial riesig. Jeder besitzt heute ein Smartphone und kann damit ortsunabhängig lernen und üben. Aber die digitale Patientenedukation ersetzt nicht die persönliche Behandlung, Betreuung oder Beratung durch eine Fachperson.»

Für Sabin Bühler hat sich das Verständnis von Patientenedukation in den

### Interprofessioneller Weiterbildungskurs «Digitale Medien in der Patientenedukation»

**Inhalte:** Gestalterische und technische Grundlagen / Planung mediendidaktischer Angebote / Audio-Podcast, Screencast oder Video produzieren

**Zielgruppe:** Pflegefachpersonen, Ergo- und Physiotherapeuten/-innen, Hebammen

**Umfang:** 8 Tage à 7 Lektionen

**Nächster Start:** 18. Juli 2018

[zhaw.ch/gesundheitsweiterbildung](http://zhaw.ch/gesundheitsweiterbildung)

letzten 15 Jahren stark gewandelt. «Früher wurden den Patienten Informationen und Tipps abgegeben in der Erwartung, dass sie diese umsetzen und sich entsprechend verhalten. Heute geht es vielmehr um Beratung auf Augenhöhe und Shared Decision Making.» //

[Videoprojekt von Justine Bouille: zhaw.ch/gesundheitsweiterbildung/knie-transfer](http://zhaw.ch/gesundheitsweiterbildung/knie-transfer)

[medicalaidfilms.org](http://medicalaidfilms.org)

[blog.zhaw.ch/vitamin-g](http://blog.zhaw.ch/vitamin-g)

## FACHLICH AUF DEM NEUESTEN STAND

Im Februar 2018 starten die neu konzipierten CAS Best Practice in Ergotherapie. Darin setzen sich die Teilnehmenden mit aktuellen Entwicklungen in ihrem Fachbereich auseinander und wählen das Thema an mindestens vier Kurstagen selber aus.

Komplexe Diagnosen, Kosten- und Zeitdruck: Solche Entwicklungen fordern von Ergotherapeutinnen und -therapeuten, dass sie eine Situation rasch einschätzen, gezielt Interventionen wählen und anwenden können. Genau diese Fähigkeiten fördern die CAS Best Practice in Ergotherapie in den Bereichen Berufliche Integration, Geriatrie, Neurologie, Pädiatrie und Psychiatrie. 2017 überarbeiteten die

Verantwortlichen die fünf CAS von Grund auf. Dabei aktualisierten sie Inhalte und bauten fachspezifische Themen sowie Anwendungsmöglichkeiten aus. So reflektieren die Teilnehmenden etwa die Beziehungsgestaltung mit ihren aktuellen Klientinnen und Klienten, planen nach einer Einführung ins Projekt- und Change Management eine Veränderung an ihrem Arbeitsplatz oder konzipieren ein neues therapeutisches Angebot.

### Persönliche Akzente setzen

Neu wählen die Teilnehmenden an mindestens vier Kurstagen das Thema selbst aus – etwa Multimorbidität und Resilienz, neue Technologien oder Depression und

Sucht als Einflussfaktoren in der ergotherapeutischen Behandlung. «Je nach Werdegang und aktueller Arbeitssituation können die Ergotherapeutinnen und -therapeuten so selber Akzente setzen», sagt Brunhilde Matter, Leiterin der fünf CAS und Fachexpertin des CAS Best Practice in Ergotherapie – Psychiatrie. Wie die anderen vier Fachexpertinnen berät sie die Teilnehmenden ihres Bereichs bei der Wahl der Themenschwerpunkte und begleitet sie während des ganzen CAS.

Die CAS starten am 19. Februar 2018.

[zhaw.ch/gesundheitsweiterbildung](http://zhaw.ch/gesundheitsweiterbildung)





## BEI EINEM HERZSTILLSTAND RICHTIG REANIMIEREN

Der Nothelferkurs liegt bei vielen wohl eine Weile zurück, die Strassenverkehrsämter überlegen gar, ihn abzuschaffen. Doch nicht nur im Verkehr lässt sich Leben retten, wenn vor dem Eintreffen der Sanität die richtigen Massnahmen ergriffen werden. Zeit also für einen Mini-Refresher.

In einer Notsituation gilt es, sich zuerst einen Überblick zu verschaffen und sicherzustellen, dass den Beteiligten keine weiteren Gefahren drohen. Erst danach richtet sich der Fokus auf den Verunfallten. Zeigt er keine Reaktion und auch keine normale Atmung, ist schnellstmöglich Hilfe anzufordern: bei anderen Passanten und bei der Sanität über die Nummer 144.

### Von der Herzdruckmassage ...

Damit der Sauerstoffmangel nicht zu Schäden an lebenswichtigen Organen führt, müssen Hilfeleistende sofort mit der Herzdruckmassage beginnen. Dazu legt man einen Handballen auf die Mitte des Brustkorbs (Thorax) des Patienten, die andere darüber. Mit gestreckten Armen wird der Thorax fünf bis sechs Zentimeter komprimiert, in schnellem Tempo, das heisst 100 bis 120 Mal pro Minute. Wichtig ist, dass der Brustkorb vor jeder neuen Kompression vollständig entlastet wird.

Es kann jedem passieren: Die Bürokollegin bricht plötzlich zusammen, man wird Zeuge eines Verkehrsunfalls oder trifft auf eine Person, die regungslos am Boden liegt. Nun ist schnelles Handeln gefragt, sagt Intermediate-Care-Pflegefachmann Stefan Engler\*.


### ... zur Beatmung und zurück

Nach 30 Kompressionen sind zwei Atemstösse fällig (Verhältnis 30:2). Die Beatmung gelingt Laien am effizientesten mit einer Beatmungsmaske, die sich vorsorglich in jedem Sanitätsgeschäft kaufen lässt. Ohne Hilfsmittel kann sie Mund zu Mund oder Mund zu Nase erfolgen. Mit einem Blick in den Mundraum wird sichergestellt, dass die Atemwege frei sind. Sind Fremdkörper wie verschobene Zahnprothesen oder Speisereste sichtbar, müssen diese entfernt werden. Anschliessend wird der Kopf des Betroffenen zurückgelehnt und die Beatmung kann starten. Sobald sich der Brustkorb des Patienten hebt, wird der Atemstoss abgebrochen und so eine passive Ausatmung ermöglicht. Es folgt ein zweiter Beatmungstoss, danach erneut 30 Thoraxkompressionen. Ist die Beatmung nicht erfolgreich oder für die Helfenden unzumutbar, liegt der Fokus auf der korrekten kontinuierlichen Herzdruckmassage. Diese sollte keines-

falls länger als neun Sekunden unterbrochen werden.

### Umgang mit Defibrillatoren

An öffentlichen Orten sind oft AEDs, automatische externe Defibrillatoren, zu finden. Sie können den Erfolg einer Reanimation massgeblich beeinflussen, ersetzen Herzdruckmassage und Beatmung aber nicht. Nach Anbringen der Klebeelektroden auf dem entblösten Oberkörper analysiert ein AED automatisch das Elektrokardiogramm (EKG). Ist aufgrund dieser Auswertung eine Schockabgabe nötig, weist das Gerät die Helfenden via Sprachmeldung darauf hin. Wichtig ist, dass den Anweisungen des AED genau Folge geleistet wird. Zum Beispiel darf bei einer Schockabgabe niemand den Patienten berühren. Sind die Rettungskräfte schliesslich vor Ort, leiten sie weitere Massnahmen ein und bereiten den Patienten für die Verlegung ins Spital vor.

 [blog.zhaw.ch/vitamin-g](http://blog.zhaw.ch/vitamin-g)

\* **Stefan Engler** unterrichtet an der ZHAW zum Thema Pflege von Menschen in akut kritischen Situationen und ist Abteilungsleiter Wachsaal am Institut für Anästhesiologie des Kantonsspitals Winterthur.

Fr, 24. Nov. 2017 // 12.30–18.30 Uhr  
Sa, 25. Nov. 2017 // 08.30–12.30 Uhr

### Neue Technologien – Entwicklung, Validierung, Anwendung

Im zweitägigen GAMMA-Workshop werden praktische Herausforderungen bei der Entwicklung neuer Messgeräte und Hilfsmittel thematisiert sowie Lösungen für den Alltag im Bewegungslabor vorgeschlagen.

Institut für Physiotherapie  
Gesellschaft für die Analyse Menschlicher Motorik in ihrer klinischen Anwendung



Di, 5. Dez. 2017 // 17.30–18.30 Uhr

### Achtsamkeit und Mitgefühl kultivieren

Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen bewusst wahrnehmen: In der After Work Lecture gibt Dr. Nicholas Karayannis einen Einblick in die wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Thema und zeigt praktische Übungen. In Englisch.

ZHAW Gesundheit

Do, 7. Dez. 2017 // 18.00–20.00 Uhr

### Informationsveranstaltung Bachelorstudium

Interessieren Sie sich für einen Gesundheitsberuf? Das Departement Gesundheit stellt seine fünf Studiengänge – Ergotherapie, Gesundheitsförderung und Prävention, Hebamme, Pflege und Physiotherapie – vor.

ZHAW Gesundheit

Di, 19. Dez. 2017 // 18.00–19.00 Uhr

### Group Therapies with Children and Adolescents

After Work Lecture mit Ergotherapeutin Mary Barnes von der Tufts University, Massachusetts (USA). In Englisch.

Institut für Ergotherapie

Fr, 22. Dez. 2017 // 13.00–17.30 Uhr

### Abschlusspräsentationen Projektwerkstatt 2017

In der Projektwerkstatt setzen Ergotherapiestudierende Projekte zusammen mit Klientinnen und Klienten um. Zum Abschluss des Moduls werden die Arbeiten öffentlich präsentiert.

Institut für Ergotherapie

Fr, 19. Jan. 2018 // 08.15–17.00 Uhr

### Akutstationäre Physiotherapie

Das Symposium thematisiert fachliche sowie konzeptionelle Fragen rund um zukünftige Kompetenzen von Physiotherapeutinnen und -therapeuten im Akutspital. Veranstaltungsort: Inselspital Bern.

Institut für Physiotherapie  
Fachbereich Gesundheit BFH  
Inselspital Bern

Fr, 19. Jan. 2018 // 14.00–16.30 Uhr

### APN-Symposium

«APNs: Addressing Future Health Care Needs» wird in Referaten und einer Podiumsdiskussion thematisiert.

Institut für Pflege



Sa, 3. Feb. 2018 // 9.15–16.30 Uhr

### Wie arbeiten wir in Zukunft?

Welchen Aufgaben müssen sich Ergotherapeutinnen und -therapeuten künftig stellen? Um diese Frage dreht sich der 2. Winterthurer Ergo-Gipfel.

Institut für Ergotherapie

Mi, 7. Feb. 2018 // 17.30–18.30 Uhr

### Europäische Forschung zur Palliative Care

After Work Lecture mit Gesundheitspsychologin Prof. Dr. Sheila Payne von der Lancaster University (UK). In Englisch.

Institut für Pflege



Sa, 24. Mär. 2018 // 09.00–17.00 Uhr

### Therapie in der Pädiatrie

Die Arbeitsfelder von Ergotherapie und Physiotherapie treffen und überschneiden sich oft. Im Symposium diskutieren die beiden Hauptreferentinnen Bouwien Smits-Engelsman und A.C. Eliasson über eine optimale, interprofessionell koordinierte Begleitung der kleinen Patienten.

Institut für Physiotherapie  
Physiotherapia Paediatrica

**Veranstaltungsort:** ZHAW Gesundheit, Technikumstrasse 71, Winterthur

 **Nähere Informationen:** [zhaw.ch/gesundheitsveranstaltungen](http://zhaw.ch/gesundheitsveranstaltungen)

## IMPRESSUM

### VITAMIN<sup>G</sup>

Für Health Professionals mit Weitblick  
Nr. 3 / November 2017

### Herausgeber

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften  
Departement Gesundheit  
Kommunikation  
Technikumstrasse 71  
8400 Winterthur  
kommunikation.gesundheit@zhaw.ch  
zhaw.ch/gesundheits

### Redaktion

Rita Ziegler (Leitung), Inge Corti, Annina Dinkel, Bianca Flotiront, Carol Flückiger, Ursina Hulmann, José Santos, Cordula Stegen

### Redaktionelle Mitarbeit

Irène Dietschi, Eveline Rutz, Andrea Söldi

### Art Direction und Layout

Partner & Partner, Winterthur

### Druck

ZT Medien AG, Zofingen

### Korrektorat

Ingrid Essig, Winterthur

### Fotos

Philipp Funk (S. 6), von den Abgebildeten zur Verfügung gestellt (S. 14–18), Valérie Jaquet für Kinderspital Zürich (S. 21), Yoshiko Kusano (S. 23–25), istockphoto (S. 28, 34), Inge Corti (S. 30–31), Das Bild, Judith Stadler und André Uster (S. 32), Gion Pfander (S. 36), Bildarchiv Departement Gesundheit (übrige)

### Auflage

6000

### Erscheinungsweise

2-mal jährlich

Das Magazin kann kostenlos abonniert werden: [zhaw.ch/gesundheitsvitamin-g](http://zhaw.ch/gesundheitsvitamin-g)

ISSN 2504-1835

© Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck von Artikeln mit Genehmigung der Redaktion.

gedruckt in der  
**schweiz**





Weitere  
Impressionen:  
[instagram.com/  
zhaw](https://www.instagram.com/zhaw)



**HURRA, GESCHAFFT!** Insgesamt 285 Hebammen, Pflegefachpersonen, Ergo- sowie Physiotherapeutinnen und -therapeuten haben an der diesjährigen Diplomfeier ihren Bachelorabschluss und ihre Berufsbefähigung erhalten.