

VITAMIN G

Für Health Professionals
mit Weitblick



**DIE QUAL DER WAHL –
ENTSCHEIDUNGEN TREFFEN**

Medizin
oder Lifestyle?

Schlaf-Workshops
im Möbelhaus

DOSSIER: DIE QUAL DER WAHL

Wie treffen wir Entscheidungen und können wir lernen, kluge Entschlüsse zu fassen?

8



- 12 **PHYSIO ZUERST!**
Bei vielen Knieverletzungen ist eine Operation unnötig.
- 14 **WANN, WENN NICHT JETZT?**
Eine Ergotherapeutin sagt Erledigungsblockaden den Kampf an.
- 18 **WENN'S ENG WIRD**
Wie handeln Hebammen in kritischen Geburtssituationen?
- 20 **SCHMERZEN BEIKOMMEN BIS ZUM ENDE**
Wie Pflegende die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz erkennen.
- 21 **ENTSCHEIDUNGEN TRAGBARER MACHEN**
Ein Round-Table-Gespräch zu ethischer Entscheidungsfindung.

SPEKTRUM

- 4 **News aus dem Departement Gesundheit**

MEINUNG

- 5 **Kleiner Pieks – grosse Wirkung**
Heidi Longenrich über das Impfen bei Gesundheitspersonal.

IM PORTRÄT



- 6 **Hebamme und Netzwerkerin aus Leidenschaft**
Andrea Stiefel engagiert sich mit Herzblut in Ausbildung und internationaler Berufspolitik.

FORSCHUNG



- 26 **Medizin oder Lifestyle?**
Eine Studie untersucht die Folgen der Selbstvermessung.

STUDIUM

- 28 **Interkulturelles Training für die Pflege**
Im European Nursing Module erweitern Studierende ihren interkulturellen Horizont.

WEITERBILDUNG

- 29 **Rüstzeug für neue Rolle**
Klinische Fachspezialistinnen übernehmen traditionell ärztliche Aufgaben.

- 31 **Lebensqualität im Alter fördern**

CAS Klinische Expertise in Gerontologischer Physiotherapie.

Neue Betreuungsmodelle
Weiterbildungskurse für APN.



- 32 **Schlaf-Workshops im Möbelhaus**

Weiterbildungsteilnehmerinnen vermitteln die Grundlagen des gesunden Schlafs.

GEWUSST WIE!

- 34 **Dösen Sie noch oder schlafen Sie schon?**

- 35 **AGENDA**

- 36 **CAMPUS**

VITAMINSCHUB FÜR DIE ZUKUNFT



Unser Magazin soll Energie liefern und Health Professionals vernetzen.

Sie haben es sicher bemerkt: Unser «Bulletin» heisst neu «VITAMIN^G». G steht für Gesundheit, aber auch für unser Departement, das wir intern einfach G nennen. Unser Magazin soll Energie liefern und Schub verleihen; es soll Health Professionals vernetzen und sie motivieren, Herausforderungen im Gesundheitswesen gemeinsam anzupacken. Nebst dem Namen haben wir die Gestaltung aufgefrischt und neue redaktionelle Gefässe geschaffen, darunter die Rubrik «Spektrum» mit Neuigkeiten aus unserem Departement sowie eine Meinungskolumne. Unter «Gewusst wie!» bereiten wir neu Fach- und Forschungswissen für den Alltagsgebrauch auf. Den inhaltlichen Kern bildet


nach wie vor das «Dossier» zu einem Schwerpunktthema. Die Entscheidung, unser Magazin neu zu lancieren, fällt zusammen mit unserem Jubiläum: Nach zehn Jahren Departement Gesundheit und meinem Eintritt als Direktor ist es Zeit für eine Neupositionierung.

Treffe ich persönlich eine wichtige Entscheidung – etwa die Stelle als neuen Direktor des Departements Gesundheit anzutreten –, bilde ich im Vorfeld eine Art Entscheidungsnetzwerk. Ich trage Kriterien zusammen, die in meine Überlegungen einfließen sollen. Dazu notiere ich Fakten, aber auch Gedanken und Gefühle, um meine Zusammenstellung dann mit Menschen meines Vertrauens zu diskutieren. Nach und nach reift so ein Entschluss. Obschon ich meine Kriterien zunächst rational gewichte, kommt am Schluss stets eine Prise Bauchgefühl hinzu. Auch in schwierigen medizinischen Situationen würde ich mir immer zuerst Daten aus Studien besorgen, wenn gleich ich nachher möglicherweise anders entscheide. Das Bewusstsein, dass ich das verfügbare Wissen als Grundlage habe, gibt mir Sicherheit und hilft mir, gute Entscheidungen zu treffen.

Eine spannende Lektüre wünscht

Andreas Gerber-Grote
Direktor Departement Gesundheit

Neu haben Sie die Möglichkeit, ausgewählte Beiträge online zu lesen und zu diskutieren:

 blog.zhaw.ch/vitamin-g

MIT BIOGRAFIEARBEIT GEGEN APATHIE



Menschen, die aufgrund ihrer Demenz unter Apathie leiden, zeigen oft keine erkennbare Reaktion, wenn sie angesprochen werden. Für Angehörige und Gesundheitsfachkräfte ist schwer herauszufinden, ob therapeutische oder pflegerische Handlungen von den Betroffenen erwünscht sind. Die Ungewissheit kann Hilflosigkeit und Frustration hervorrufen und dazu führen, dass das Engagement der Betreuungspersonen abnimmt.

In einer Pilotstudie konnten Ergo- und Physiotherapieforschende der ZHAW zeigen, dass sich autobiografisches Material – Fotos von Angehörigen, vertrauten Gegenständen und Orten – gut eignet, um bei den Betroffenen positive emotionale Reaktionen auszulösen. Gemessen wurden diese über somatische Indikatoren wie Hautleitfähigkeit und Herzfrequenz.

Für die Fortsetzung der Studie werden nun Bewohnerinnen und Bewohner von Deutschschweizer Pflegeheimen gesucht, die unter Demenz leiden. Die Teilnahme an der Studie dauert pro Person maximal 15 Minuten. Im Gegenzug erhalten Pflegende sowie Angehörige Stimulus-Material, das auch nach der Studie eingesetzt werden kann.

Kontakt: Dr. Yvonne Treusch, Projektleiterin, Telefon 058 934 65 24, yvonne.treusch@zhaw.ch

PUBLIKATION

KÖRPERLERNEN

Bewegungen und Handlungen lernen oder wieder erlernen – das steht im Mittelpunkt der neurologisch ausgerichteten Ergotherapie und Physiotherapie. In ihrer Publikation «KörperLernen» erläutert Heidrun Becker, Leiterin der Forschungsstelle Ergotherapie, körperbezogene Lernprozesse für unterschiedliche Therapieansätze wie das Bobath-Konzept, das Affolter-Modell, die Konduktive Förderung oder die Konzentrierte Bewegungstherapie. Unter Einbezug wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt sie auf dieser Basis erstmals eine Theorie des Körperlernens. Die Publikation basiert auf Beckers Dissertation und entstand unter Mitwirkung von Gabriele Eckhardt.



KörperLernen.
Therapieansätze und Strategien für motorisches und Handlungslernen.
Heidrun Becker, unter
Mitarbeit von Gabriele
Eckhardt.

München: Elsevier 2016.

NEUES VICON-SYSTEM

BEWEGUNGSLABOR RÜSTET AUF



Im Bewegungslabor des Instituts für Physiotherapie ersetzen zwölf neue Hochgeschwindigkeitskameras für die dreidimensionale Bewegungsanalyse das bisher installierte System. Die neue Technologie ermöglicht es, Bewegungsabläufe und Bewegungsstörungen gezielt zu analysieren. Eingesetzt wird es unter anderem im Projekt XoSoft, in dem ZHAW-Forschende zusammen mit europäischen Partnern ein anpassungsfähiges Soft-Exoskelett für Menschen mit Gehbehinderung entwickeln. Nebst dem fixen Bewegungslabor am Departement Gesundheit verfügt das Institut für Physiotherapie auch über ein mobiles Bewegungslabor.

LEITUNGSWECHSEL BEI FORSCHUNG UND BGM



Julia Dratva

Irene Etzer-Hofer

Am 1. November hat PD Dr. med. Julia Dratva die Leitung der Forschungsstelle Gesundheitswissenschaften übernommen. Zuvor war sie wissenschaftliche Projektleiterin am Departement für Epidemiologie und Public Health des Schweizerischen Tropen- und Public Health-Institut (Swiss TPH). Julia Dratva folgt auf Prof. Dr. Peter Rüesch, der als Dozent zum Bachelorstudiengang Gesundheitsförderung und Prävention wechselte und ein Teilpensum in der Forschungsstelle behält. Im Bachelorstudiengang Gesundheitsförderung und Prävention unterrichtet neu auch Regula Neck-Häberli, die bisher die Fachstelle Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) leitete. In ihre Fussstapfen tritt ab 1. Februar 2017 Irene Etzer-Hofer, die vom Gesundheitsmanagement des Universitäts-Hospitals Zürich an die ZHAW wechselt.

FORSCHUNG UND LEHRE

PROFESSORENTITEL ZFH VERLIEHEN

Im vergangenen Sommer hat der Zürcher Fachhochschulrat drei Mitarbeitenden des Departements Gesundheit den Professorentitel ZFH verliehen: Dr. Daniela Händler-Schuster wurde zur Professorin für gemeindenahere integrierte Pflege ernannt, Dr. Thomas Volken zum Professor für Gesundheitswissenschaften und Dr. Markus Wirtz zum Professor für Forschung in der Physiotherapie. Die Antrittsvorlesungen finden im November und Dezember 2016 statt (vgl. Agenda).

PHYSIOTHERAPIEFORSCHUNG

SPRUNGGELENKS- TRAUMA BEHANDELN

Begünstigt das Tragen eines neuartigen Sprunggelenkschuhs, bei dem sich der Bewegungsradius des Fusses spezifisch einstellen lässt, den Heilungsverlauf nach einer Bandverletzung am Knöchel? Wirkt der Schuh besser oder gleich gut wie die herkömmliche Behandlung mit einer Spezialbandage und abnehmbaren Schiene? In einem neuen Forschungsprojekt in Zusammenarbeit mit der Firma Künzli, Hersteller therapeutischer Sprunggelenkschuhe, und dem Kantonsspital Winterthur geht die Forschungsstelle Physiotherapiewissenschaft diesen Fragen nach. Finanziert wird die Studie vom Forschungsfonds Aargau. Erste Resultate sind ab Herbst 2017 zu erwarten.

BSC GESUNDHEITSFÖRDERUNG
UND PRÄVENTION

START MIT 46 STUDIERENDEN

Unter den 414 Studierenden, die im September ihr Bachelorstudium am Departement Gesundheit starteten, befanden sich erstmals auch 46 angehende Gesundheitsförderinnen und -förderer: 39 Frauen und 7 Männer. Die Studienanfängerinnen und -anfänger sind zwischen 19 und 30 Jahren alt und kommen aus unterschiedlichen Regionen der Deutschschweiz. Die meisten von ihnen haben eine Berufsmaturität und eine kaufmännische Ausbildung oder eine Lehre als Fachperson Gesundheit absolviert. Rund ein Drittel verfügt über eine gymnasiale Maturität oder eine Fachmaturität. Studienleiterin Julie Page freut sich über die motivierte Gruppe, die sich sehr aktiv am Unterricht beteilige: «Die unterschiedlichen Hintergründe und Erfahrungen sind eine grosse Chance. Wir berücksichtigen sie bei der Zusammenstellung der Lerngruppen, so dass die Studierenden optimal voneinander profitieren können. Gleichzeitig sind wir als Dozierende gefordert, ein Unterrichtslevel zu finden, das alle anspricht.»



HEIDI LONGRICH
Leiterin Institut für Pflege

KLEINER PIEKS – GROSSE WIRKUNG

So sicher wie die Blätter im Herbst, fliegen im Winter die Grippeviren. Und alle Jahre wieder prangern Medien die Impfmoral der Spital-, Klinik-, Spitex- oder Heimgestellten an. Zu Recht. In der Schweiz führt die saisonale Grippe jährlich zu gegen 1500 Todesfällen. Dennoch ist die Impfquote beim Gesundheitspersonal fahrlässig tief.

Physio- und Ergotherapeuten, Ärztinnen, Pflegefachpersonen oder Hebammen sind berufsbedingt nahe mit Menschen in Kontakt. Das Risiko, sich dabei mit Krankheitserregern anzustecken, ist gross. Gleichzeitig betreuen und behandeln sie Hochbetagte, Kranke, Schwangere oder Neugeborene; Personengruppen also, die geschwächt oder besonders verletzlich sind. Diese nicht zusätzlich zu gefährden, sollte zum berufsethischen Stolz aller im Gesundheitswesen Tätigen gehören.

Der Einwand, man werde bei ersten Krankheitsanzeichen zu Hause bleiben, ist doppelt unverantwortlich: Erstens ist es dann meist zu spät – ansteckend ist man in den ersten Tagen, zum Teil so-

gar vor den ersten Symptomen. Zweitens ist es unfair gegenüber den Kolleginnen und Kollegen, die sich impfen lassen und zum Dank dann zusätzliche Dienste leisten müssen. Denn im Spital oder Pflegeheim kann die Arbeit nicht einfach ein, zwei Tage warten.

Was für die saisonale Grippeimpfung gilt, gilt noch mehr für die übrigen Impfungen, die das BAG für Gesundheitspersonal empfiehlt: etwa gegen Keuchhusten, Diphtherie, Tetanus, Masern, Mumps, Röteln und Hepatitis B. Um zu den Praktika in unseren Partnerinstitutionen zugelassen zu werden, müssen unsere Hebammen-, Pflege- und Physiotherapiestudierenden daher einen vollständigen Impfschutz aufweisen. Wer sich dagegen wehrt, gefährdet seine Patienten und ist in meinen Augen daher ungeeignet für einen Gesundheitsberuf. //



blog.zhaw.ch/vitamin-g



HEBAMME UND NETZWERKERIN AUS LEIDENSCHAFT

Den ersten Ball erhält Andrea Stiefel als Teenager von der Nachbarin zugeworfen: «Werde doch Hebamme!» Es ist gegen Ende der Schulzeit, sie unterhalten sich über die Zukunft. Andrea Stiefel ist unschlüssig, welcher Beruf zu ihr passt. Etwas mit den Händen sollte es sein und etwas mit Menschen. Die Nachbarin, selbst Hebamme, nimmt die 17-Jährige kurzerhand zu Hausbesuchen mit – und der gefällt es. Nach zwei Jahren Ausbildung an der Frauenklinik der Universität München ist sie selber Hebamme.

Von der Pike auf

Die nächsten zehn Jahre arbeitet Andrea Stiefel im Gebärsaal des Martin-Luther-Krankenhauses Berlin. Inzwischen selbst Mutter einer Tochter, bildet sie sich weiter und wird Lehrerin an der dortigen Hebammenschule. Es folgen Leitungsfunktionen in der Gebär- und später in der Wochenbettabteilung. Hier fällt ihr die Aufgabe zu, die integrierte Versorgung einzuführen. Die Domänen von Kinderkrankenschwestern und regulären Krankenschwestern zu

Ob auf internationaler Mission oder in den Gängen der ZHAW, Andrea Stiefel, stellvertretende Leiterin des Bachelorstudiengangs Hebamme, ist stets mit leichtfüßiger Bodenhaftung und einem freundlich-bestimmten Lächeln unterwegs. Sie mag es, mehrere Bälle gleichzeitig in der Luft zu halten.

VON INGE CORTI

vereinen, ist keine leichte Aufgabe. Denn bisher galt die klare Trennung: Die eine macht Baby und Busen, die andere alles vom Bauch an abwärts. «Die Kolleginnen wollten das nicht ändern, schon gar nicht mit einer Hebamme», erinnert sich Andrea Stiefel. «Doch wir ziehen alle an demselben Strang und betreuen die gleichen Frauen.» Statt sich einschüchtern zu lassen, entwickelt sie mit konstruktiver Hartnäckigkeit neue Arbeitsmodelle und veranstaltet Fortbildungen.

Um sich auf die Lehrtätigkeit zu konzentrieren, wechselt sie als Dozentin an

die Hebammenschule in Berlin-Neukölln, deren Leitung sie später übernimmt. Daneben ist sie berufspolitisch engagiert. Sie vertritt den Deutschen Hebammenverband in der International Confederation of Midwives (ICM) sowie im European Forum of National Nursing and Midwifery Associations der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Berufspolitik auf internationaler Ebene
Nebst dem Deutschen Hebammenverband repräsentiert sie bald auch die Hebammenverbände der Region Zentraleuropa,

Andrea Stiefel liegt es, Festgefahrenes aufzubrechen und über kulturelle Grenzen hinweg den Dialog zu lancieren.

die sie in den ICM-Vorstand wählen. Es ist die Zeit nach dem Mauerfall, Europa öffnet sich gegen Osten. Es gilt, Kolleginnen in Tschechien, Polen, Slowenien oder Bosnien zu unterstützen, Berufsverbände aufzubauen, ihre Ausbildungen auf den Standard der EU-Richtlinien zu bringen und dem Berufsstand Akzeptanz zu verschaffen. In Tschechien etwa ist die Hausgeburt nach wie vor kriminalisiert und vielerorts besteht in der Geburtshilfe eine starke Ärztedominanz. In den Niederlanden sinkt die bisher hohe Hausgeburtsrate von fast 50 Prozent zunehmend ab, in Grossbritannien herrscht ein Mangel an Hebammen und überall steigt die Kaiserschnittquote steil an. Für diese Themen organisiert Andrea Stiefel den Austausch unter den Landesvertreterinnen – über Sprachgrenzen und kulturelle Gräben hinweg. Sie erarbeitet Agenden zu aktuellen Problemen und bringt die verabschiedeten Traktate in die Kommissionen des ICM-Zentralrats und der WHO. Über Delegierte wie sie finden brisante Themen aus allen Weltregionen Eingang in die beratenden und ausführenden Gremien. So entstehen etwa die Global Standards for Midwifery Education – «eine einzigartige Errungenschaft», wie Stiefel betont. Darin ist ein weltweit gültiger Minimalkonsens festgehalten, was eine Hebamme können muss.

Advokatin für Frauen und Kinder

«Es sterben nach wie vor viel zu viele Frauen und Kinder in der Zeit von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Und immer noch werden Frauen marginalisiert», begründet Andrea Stiefel ihr ehrenamtliches Engagement auf internationaler Ebene. «Als Hebammen können wir etwas dagegen tun. Unser Beruf erfüllt keinen Selbstzweck: Wir sind Advokatinnen für Frauen und Kinder.» Stiefel geht es darum, das grosse Ganze zu sehen und zu realisieren, was auf der Welt vor sich geht. Das verändere auch den Blick auf die Dinge des täglichen Lebens.

Ende vierzig tritt sie beim ICM kürzer, als sie sich entschliesst, einen Master of

Science zu machen. Hier trifft sie auf Mona Schwager, die Leiterin des ZHAW-Bachelorstudiengangs Hebamme, und nimmt nach kurzem Zögern deren Angebot an, nach Winterthur wechseln. Als Leiterin der Hebammenschule in Berlin-Neukölln hat sie bereits versucht, zusammen mit Kolleginnen der Charité einen Hebammen-Bachelor zu lancieren. Doch in Deutschland scheint die Zeit dafür noch nicht reif. So packt sie die Chance, das Curriculum des neuen Studiengangs an der ZHAW mitzugestalten.

Standardwerk für Hebammen

Daneben hat Andrea Stiefel seit 1995 ein weiteres Projekt am Laufen: ein deutschsprachiges Standardwerk für die Hebammenausbildung. «Das Lehrbuch sollte nicht wie bis anhin von Ärzten geschrieben sein, sondern von Hebammen für Hebammen», erklärt sie. Zusammen mit zwei Kolleginnen trägt sie bei Hebammendozentinnen Wissen zusammen und vereint dieses als Herausgeberin in der «Hebammenkunde», einem 900

Seiten starken «Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf». Inzwischen ist die fünfte Auflage erschienen, die sie derzeit mit den rund 40 Autorinnen aktualisiert. Wie sie es schafft, die verschiedenen Engagements aneinander vorbeizujonglieren? Die Antwort kommt umgehend: «Mein Beruf war immer auch mein Hobby und meine Leidenschaft.»

Generationenwechsel einleiten

Seit sieben Jahren ist die heute 57-Jährige nun an der ZHAW und wenn sie von ihren Amtszeiten in den Gremien des ICM erzählt, schwingt etwas Wehmut mit: Ab 2017 wird sie «nur» noch normales Mitglied sein. Umso mehr freut sie sich, dass ZHAW-Kollegin Karin Brendel als ihre Nachfolgerin ins Education Standing Committee gewählt wurde: «Mit ihrem Werdegang als Hebamme und Pflegepädagogin und ihrem Spezialgebiet transkulturelle Kompetenzen ist sie die Idealbesetzung, um den anstehenden Generationenwechsel im ICM mitzugestalten.» Für Stiefel



ANDREA STIEFEL

Stellvertretende Studiengangleiterin und Verantwortliche Internationales am Institut für Hebammen

Diplomierte Hebamme und MSc Management im Gesundheitswesen

Dozentin, Stationsleiterin, Schulleiterin

Delegierte und Vorstandsmitglied im internationalen Hebammenverband

Delegierte im European Forum of National Nursing and Midwifery Associations der WHO

Mitherausgeberin des Lehrmittels «Hebammenkunde»

selbst waren die Jahre im Board of Management eine Bereicherung. «Ich habe so viele beeindruckende Frauen kennengelernt.» Mit vielen dieser Pionierinnen verbinden sie jahrelange Freundschaften, die auch im ZHAW-Alltag zum Tragen kommen, etwa wenn es um den internationalen Austausch von Dozierenden oder Auslandpraktika für Studierende geht. In Zukunft möchte Andrea Stiefel ihre Erfahrung in andere Projekte einbringen, zum Beispiel in die Hebammenausbildung in Äthiopien. Daneben versucht sie, einen ihrer Bälle weiterzuspielen und in Workshops junge Studentinnen für das Engagement beim ICM zu gewinnen. «Das kann ich auch ohne offizielle Funktion», sagt sie und lächelt in ihrer freundlichen Art. //

«Während meines Vorpraktikums zum Physiotherapiestudium hatte ich ständig Schmerzen im linken Arm. Die Untersuchung zeigte eine SLAP-Läsion: Die Bizepssehne war ausgerissen. Dass ich eine OP brauchte, war klar. Doch wann? Mit meiner Ärztin entschied ich mich schliesslich für einen sofortigen Eingriff. Bei gutem Verlauf wäre die akute Phase bis zum Semesterstart knapp vorüber. Dennoch bestand ein Risiko, dass ich meine Ausbildung wegen Komplikationen abbrechen müsste – ein Fall, der zum Glück nicht eintraf.»

Marco Forrer

Student Bachelorstudiengang Physiotherapie



«Vor drei Jahren merkte ich, dass ich mich fachlich weiterentwickeln wollte. Die Frage war, welchen Studiengang ich wählen sollte: Den Master of Science in Österreich oder den Master of Advanced Studies an der ZHAW? Ich begann, gedanklich Entscheidungsfaktoren aufzulisten und zu gewichten: Aufwand, Finanzierbarkeit, Vereinbarkeit mit Beruf und Familie, Praxisbezug, Reputation. So gewann ich Schritt für Schritt Klarheit und fand zu einem Entschluss, den ich bisher nicht bereue.»

Annette Kunz

Hebamme und Teilnehmerin
MAS Hebammenkompetenzen^{plus}



DIE QUAL DER WAHL

20000 Entscheidungen treffen wir laut Schätzungen täglich – meist schnell und intuitiv. Aufstehen oder weiterträumen? Kaffee oder Tee? Jacke oder Pullover? Einige Entscheidungen bereiten uns mehr Kopfzerbrechen, etwa wenn es um Beruf, Familie oder Gesundheit geht. Wie fassen wir Entschlüsse? Und können wir lernen, klug zu entscheiden?

VON RITA ZIEGLER

Jonas studiert Wirtschaftsinformatik, Thomas Sozialarbeit. Hanna wählt die Altbauwohnung im Szeneviertel, Theo das Haus auf dem Land. Charlotte heiratet Beat und Mario entscheidet sich, auf eine weitere Chemotherapie zu verzichten. Indem wir Entscheidungen treffen, teilen wir der Welt mit, wer wir sind und worauf wir Wert legen. Wir gestalten unsere Identität. «Viel mehr als unsere Fähigkeiten sind es unsere Entscheidungen, die zeigen, wer wir wirklich sind», sagt Dumbledore in J. K. Rowlings «Harry Potter und die Kammer des Schreckens». Wählen können bedeutet, die Freiheit zu haben, sich selbst zu verwirklichen. Und doch fällt uns dies manchmal schwer. Entscheiden tut weh. Kein Wunder, denn es bedeutet immer auch, sich von bestimmten Möglichkeiten zu verabschieden. Mit Spinoza gesprochen: «Jede Entscheidung ist Verneinung.» Wenn ich in die Berge fahre, kann ich mich nicht zugleich am Strand räkeln. Und wenn die Wanderferien in die Hose gehen, kann ich niemand anderen dafür verantwortlich machen. Schliesslich habe ich mich selbst aus freien Stücken dafür entschieden. Wahlfreiheit bedeutet also auch Verantwortung – und die kann schwer lasten.

WENIGER IST MEHR

Sheena Iyengar, Ökonomin und Psychologin, hat in einer Studie über 600 Menschen aus neun Glaubensrichtungen zu ihrer Religiosität und ihrem Optimismus befragt. Sie teilte die Befragten den Gruppen «fundamentalistisch», «moderat» oder «liberal» zu. Zu ihrer Überraschung waren fundamentalistisch orientierte Menschen optimistischer und hoffnungsvoller als die anderen. Obwohl sie in vielen Fragen einfach den Glaubensregeln folgten, hatten sie das Gefühl, über das eigene Leben zu bestimmen. Die freie Wahl zu haben, folgert die Psychologin, ist also nicht der einzige Weg zu gefühlter Selbstbestimmung und Zufriedenheit.

In einem anderen Experiment von Iyengar wurden Besuchern eines Lebensmittelgeschäfts exotische Marmeladen zum Probieren angeboten. Einmal standen sechs Sorten zur Auswahl, einmal 24. War das Sortiment umfangreicher, traten mehr Kunden an den Stand heran. Doch nur drei Prozent von ihnen kauften tatsächlich ein Produkt. Von dem kleineren Angebot hingegen erwarb jeder Dritte ein Glas. Obwohl die Teilnehmer eine grosse Auswahl intuitiv bevorzugten, erschwerte oder verunmöglichte ihnen die Vielzahl der Optionen eine Entscheidung. In einer Variation des Experiments zeigte sich zudem, dass Teilnehmer ihre Produkte im Nachhinein besser bewerten, wenn sie aus einem kleineren Sortiment ausgewählt wurden. Eine allzu grosse Auswahl scheint uns also zu überfordern und in der Tendenz unzufriedener zu machen. Schliesslich besteht stets die Möglichkeit, dass eine andere Wahl noch besser gewesen wäre und uns noch glücklicher machen würde. Mit der Auswahl steigen auch unsere Erwartungen: Gut ist plötzlich nicht mehr gut genug.

Entscheiden tut weh. Denn es bedeutet, sich von bestimmten Möglichkeiten zu verabschieden.

DER MÜNDIGE PATIENT

Der amerikanische Professor für Sozialtheorie Barry Schwartz beschreibt dieses Phänomen in seinem Buch «The Paradox of Choice» sowie in einer unterhaltsamen TED-Präsentation, die auf Youtube bisher knapp zwei Millionen Mal angeklickt wurde. Auch er erwähnt die Last der Verantwortung und bezieht sich in seinen Beobachtungen unter anderem auf den Gesundheitskontext: In den USA teile einem der Arzt nicht mehr mit, was in einer bestimmten Situation zu tun sei. Stattdessen präsentiere er dem Patienten einen Weg A und einen Weg B mit den jeweiligen Vor- und Nachteilen sowie der Aufforderung, selbst zu wählen. Fragt der Patient den Arzt, was seine Empfehlung sei, wiederhole dieser bloss das bereits Gesagte, ohne Stellung zu beziehen.

Das Beispiel illustriert die Idee des aufgeklärten Patienten, der selbstbestimmt entscheiden soll – und damit unter Umständen überfordert ist. Dennoch: Zur paternalistischen Bevormundung durch den Arzt will wohl niemand zurückkehren. Einen Mittelweg strebt das Modell des Shared Decision Making an, das im Gesundheitswesen der Schweiz zunehmend Beachtung findet. Grundlage ist hier eine partnerschaftliche Beziehung zwischen Arzt und Patient, in der Informationen in beide Richtungen fliessen: Der Arzt stellt die medizinischen Informationen bereit, der Patient berichtet von seinen Präferenzen und Lebensumständen. In einem gemeinsamen Prozess, in den weitere Personengruppen wie Angehörige, Pfleger oder Therapeuten involviert sein können, wird eine für den Patienten passende Massnahme gewählt. Diese partizipative Entscheidungsfindung ist idealerweise Basis für den gesetzlich verankerten Informed Consent, bei dem der Patient nach ausreichender Aufklärung in eine Behandlung einwilligt.

NICHT EVIDENT: DER UMGANG MIT EVIDENZ

Das Shared Decision Making beschreibt das Wie einer guten Entscheidungsfindung – handfeste Gründe für oder gegen eine Behandlung liefert es aber nicht. Eher zu erwarten ist dies von der evidenzbasierten Medizin, die fordert, dass patientenorientierte Entscheidungen auf empirisch nachgewiesener Wirksamkeit beruhen. Dies bedeutet auch: Wer Patienten klug beraten will, muss Studien verstehen und Erkenntnisse daraus richtig kommunizieren. Genau daran hapert es laut Risikoforscher Gerd Gigerenzer. In seiner Publikation «Risiko: Wie man die richtigen Entscheidungen trifft» schreibt er: «Viele Experten sind nicht dazu ausgebildet, der Öffentlichkeit Risiken verständlich zu vermitteln, was höchst schockierend ist.» Dazu liefert er ein Beispiel aus Grossbritannien: Das britische Komitee für Arzneimittelsicherheit informierte flächendeckend darüber, dass Antibabypillen der dritten Generation das Thromboserisiko verdoppeln, also um 100 Prozent erhöhen. In der Folge setzten viele Frauen die Pille ab, was zu ungewollten Schwangerschaften



Indem wir Entscheidungen treffen, teilen wir der Welt mit, wer wir sind und worauf wir Wert legen.

und Abtreibungen führte. Die Studie, auf der die Warnung beruhte, hatte gezeigt, dass von 7000 Frauen, welche die Vorgängerpille der zweiten Generation genommen hatten, eine Frau eine Thrombose bekam. Bei 7000 weiteren Frauen, die Pillen der dritten Generationen nahmen, erhöhte sich die Zahl auf zwei. Während die relative Risikozunahme effektiv bei 100 Prozent lag, betrug die absolute Risikozunahme also bloss eins von 7000.

DER BAUCH DENKT MIT

Dass die Fähigkeit, Daten und Informationen richtig zu bewerten, in unserer aufgeklärten Welt unabdingbar ist, leuchtet ein. Doch was ist mit der Intuition? Gigerenzer zumindest hält von ihr grosse Stücke, denn Logik und statistisches Denken helfen nur, wenn wir sämtliche Risiken inklusive Wahrscheinlichkeiten kennen. Dies ist selten der Fall: Meist leben wir in einer Welt voller Ungewissheiten, in der sich die beste Option auch mithilfe riesiger Datenmengen nicht kalkulieren lässt. Uferlose Berechnungen können, so Gigerenzer, sogar Schaden anrichten, weil wir uns dadurch plötzlich in ungerechtfertigter Gewissheit wähnen. Stattdessen sei in solchen Fällen Intuition gefragt: «die Intelligenz des Unbewussten». Ein guter Entscheider zeichnet sich für Gigerenzer dadurch aus, dass er Erfahrung mit dem Gegenstand hat, also gut informiert ist, aber auch seiner Intuition vertraut.

Ähnlich argumentiert Psychologin Maja Storch, die sich im Buch «Das Geheimnis kluger Entscheidungen» auf Erkenntnisse aus der Hirnforschung stützt. Sie unterscheidet zwischen dem bewusstem Denken und dem emotionalen Erfahrungsgedächtnis im Unbewussten. Letzteres beruht auf persönlichen Lebenserfahrungen und Werten, die es als Gefühle und Körperempfindungen abspeichert. Während Denkprozesse zeitintensiv, dafür detailliert und präzise sind, arbeitet das emotionale Erfahrungsgedächtnis blitzschnell. Die Ergebnisse, die es liefert, sind jedoch diffus und detailarm: ein gutes Bauchgefühl, ein Zittern im Bein, ein Druck auf der Brust. Solche somatischen Marker bieten unter Zeitdruck oder bei Informationsüberfluss eine wertvolle Orientierungshilfe. Den intuitiven Impuls können wir in einem zweiten Schritt auf Verstandesebene prüfen. Klug und zufriedenstellend entscheiden heisst laut Storch: «Inhalte aus dem emotionalen Erfahrungsgedächtnis und bewusste Verstandesfähigkeit miteinander zu koordinieren.» Dafür muss unsere Eigenwahrnehmung allerdings so weit entwickelt sein, dass wir somatische Marker auch erkennen und interpretieren können. Dies könnte sich lohnen, denn in den positiven Körpersignalen liegt eine zusätzliche Verheissung: Haben wir sie identifiziert und entdeckt, in welchen noch so unspektakulären Situationen sie auftreten, können wir unseren Alltag danach ausrichten. Für Storch liegt darin nichts weniger als ein gangbarer Weg zu mehr Lebenszufriedenheit. //

PHYSIO ZUERST!

Ist das Knie verletzt, legen sich viele unters Messer. Das ist nicht zwingend die beste Entscheidung: Studien zeigen, dass Physiotherapie genauso wirksam ist wie operieren. Die Gesundheitskosten wegen unnötiger Eingriffe sind enorm. Einer, der nicht müde wird, dies zu predigen, ist ZHAW-Professor Hannu Luomajoki.

VON IRÈNE DIETSCHI



«Ein grosser Teil der operativen Eingriffe liesse sich vermeiden.» Physiotherapeut Hannu Luomajoki in seiner Praxis.

«Totalschaden», kommentierte der Unfallchirurg lakonisch, als er Stefan Thalmanns Knie untersuchte. Der junge Mann war beim Skifahren gestürzt. «Ich war während eines Schwungs in eine Mulde geraten, leider gab die Bindung nicht nach, und mein rechtes Knie wurde bös verdreht», erzählt der 38-Jährige. Die MRI-Untersuchung zeigte eine Vielzahl von Verletzungen: vorderes Kreuzband gerissen, Meniskus verletzt – zum Glück im durchbluteten Drittel –, angerissenes Innenband, Stauchungsbruch am Unterschenkelknochen und Knorpelriss an der unteren Kniescheibe. Das war im Januar 2015.

THERAPEUTEN ZOGEN ALLE REGISTER

Vor die Wahl gestellt, sein Knie entweder operieren zu lassen oder es zuerst mit Physiotherapie zu versuchen, entschied sich Stefan Thalmann für die konservative Behandlung. In der Praxis von Hannu Luomajoki in Winterthur unterzog er sich einem intensiven Physiotherapie-Regime. «Die Thera-

peuten zogen alle Register», erzählt Thalmann. Zu Beginn überliess er sich ausschliesslich ihren Handgriffen, mit der Zeit trainierte er zusätzlich selbst an den Geräten des grossen Fitnesszentrums, in das die Praxis eingebettet ist. Zehn Monate lang, dreimal wöchentlich. Im Dezember stand Stefan Thalmann wieder auf den Skiern, «und im Januar fuhr ich Ski, fast als wäre nichts gewesen».

Stefan Thalmanns Geschichte zeigt exemplarisch: Ein kaputtes Knie lässt sich auch ohne Operation wiederherstellen. Diese Einsicht ist in der Schweiz nicht selbstverständlich – im Gegensatz zu anderen Ländern: «In Skandinavien ist bei Knie- und anderen Beschwerden des Bewegungsapparats die Physiotherapie erste Wahl, weil der Staat ein Interesse daran hat, die Kosten möglichst tief zu halten», sagt der habilitierte Physiotherapeut Hannu Luomajoki, der neben seiner Praxis das Masterprogramm für muskuloskeletale Physiotherapie an der ZHAW leitet. «In der Schweiz hingegen herrscht die Meinung vor: Was kaputt ist und Schmerzen bereitet, wird am besten chirurgisch repariert.» So erwarten es viele Patienten,

so praktizieren es zahlreiche Ärzte – oft auf Druck der Spitäler, die aufgrund des DRG-Systems auf möglichst viele Fälle angewiesen sind.

EBENBÜRTIGKEIT DURCH STUDIEN BELEGT

Diese Luxushaltung schlägt im Schweizer Gesundheitswesen schwer zu Buche: Mit rund 20 Milliarden Franken sind Beschwerden am Bewegungsapparat der grösste Kostenversacher bei den Krankenkassen, weit vor Herz-Kreislauf- oder Krebserkrankungen. «Knie-, Rücken- und Schulterbeschwerden machen hierzulande elf Prozent der Gesundheitskosten aus», rechnet Luomajoki vor, «sie sind der häufigste Grund, dass Menschen ins Spital gehen und sich operieren lassen.» Ein grosser Teil dieser Eingriffe liesse sich vermeiden, betont der ZHAW-Dozent, denn: «Wissenschaftliche Studien zeigen eindeutig, dass mit ambulanter Physiotherapie ohne eine Operation meist gleich gute oder sogar bessere Resultate erzielt werden.»

Vor allem bei Kniebeschwerden ist die Ebenbürtigkeit der Physiotherapie seit Längerem gut belegt. 2008 zum Beispiel veröffentlichte eine amerikanische Orthopädegruppe eine Studie, die an 178 Kniearthritiden-Patienten durchgeführt worden war. Die eine Hälfte wurde mit einer arthroskopischen Operation plus Physiotherapie, die andere Hälfte nur mit Physiotherapie behandelt. Die Behandlungserfolge in Bezug auf Schmerz und Funktion des Gelenks waren bei beiden Gruppen gleich gut. Zu einem ähnlichen Schluss kam eine gross angelegte Studie aus dem Jahr 2013, welche die Wirkung einer operativen und einer physiotherapeutischen Behandlung bei Meniskusbeschwerden verglich. Resultat: Es gab keine Unterschiede.

Gegenüber früher sind viele Orthopäden beim Griff zum Skalpell zurückhaltender geworden: Dies stellt der Winterthurer Orthopäde Martin Bühler fest, der häufig Patienten in Luomajokis Praxis überweist. «Noch in den späten 1970-er

«In der Schweiz herrscht die Meinung: Was kaputt ist und Schmerzen bereitet, wird am besten chirurgisch repariert.»

Jahren war beispielsweise die arthroskopische Entfernung des Meniskus bei Beschwerden das Mittel der Wahl», erzählt Bühler. «Jedoch erkannte man später, dass dadurch Arthrose entsteht.» Deshalb werde heute nach einer Meniskusverletzung – wenn überhaupt – so wenig wie möglich entfernt. Wichtig sei aus orthopädischer Sicht, dass das Knie nicht blockiert sei und kein Folgeschaden am Knorpel entstehe.

ENORMES SPARPOTENZIAL

Auch bei verletzten Kreuzbändern sind die Orthopäden zur Vorsicht angehalten: Das Swiss Medical Board, das seit 2008 regelmässig medizinische Leistungen überprüft, hat vor einigen Jahren sämtliche Studien zum Kreuzbandriss analysiert.

Das Fazit des Expertengremiums: Patienten mit dieser Verletzung hilft Physiotherapie am besten.

Im klinischen Alltag allerdings scheint die Botschaft noch nicht überall angekommen zu sein. Hannu Luomajoki zählt auf: «8000 Kreuzbandoperationen, 22000 Meniskusoperationen und knapp 4000 Arthroskopien – so viele Operationen werden in der Schweiz jährlich durchgeführt.» Luomajoki präsentiert solche Zahlen gerne in seinen Vorträgen. Dabei

ist er selbst beileibe kein Dogmatiker und einem Eingriff nicht abgeneigt, wenn er den Nutzen als erwiesen sieht. Neulich, erzählt er, habe er einer 78-jährigen Patientin ausdrücklich zu einer Hüftprothese geraten. Und er selbst habe nach dem letztjährigen Greifenseelauf acht Monate lang Schmerzen am linken Knie gehabt, so dass er sich schliesslich zu einer Gelenkspiegelung entschlossen habe. «Aber viele Eingriffe sind unnötig», betont Luomajoki – und rechnet vor: Eine Operation mit Spitalaufenthalt kostet schnell 20000 Franken. Drei Serien Physiotherapie – 27 Sitzungen – kosten 1200 bis 1500 Franken. «Das Sparpotenzial ist enorm.» //



blog.zhaw.ch/vitamin-g

AUCH BEI RÜCKEN- UND SCHULTERBESCHWERDEN

Nicht nur bei Knie-, auch bei Rücken- und Schulterbeschwerden sind viele Eingriffe vermeidbar. Wegen eines Impingements, einer Verengung des Gelenks unterhalb des Schulterdachs, lassen sich in der Schweiz jedes Jahr rund 10000 Patienten an der Schulter operieren. Viele Studien kommen jedoch zum Schluss, dass die physiotherapeutische Behandlung genauso wirksam, aber sehr viel kostengünstiger ist. Auch beim Bandscheibenvorfall steigt die Zahl der Eingriffe, obwohl gemäss europäischen Leitlinien nur bei schweren Symptomen, zum

Beispiel Lähmungserscheinungen, operiert werden soll. In neun von zehn Fällen gilt eine konservative Behandlung mit Physiotherapie und gezielten Rückenübungen als langfristig genauso erfolgreich wie eine Operation. Durch Eingriffe aufgrund muskuloskelettaler Beschwerden entstehen jährliche Untersuchungs- und Behandlungskosten von rund 20 Milliarden Franken. Dagegen belastet Physiotherapie die Krankenkassen mit einem Gesamtbetrag von 700 Millionen Franken pro Jahr.



Hannu Luomajoki

WANN, WENN NICHT JETZT?

Oft wissen sie einfach nicht, wie sie sich entscheiden sollen. Manchmal entscheiden sie sich bewusst, schaffen es aber nicht, die Vorsätze umzusetzen: Menschen mit einer Erledigungsblokade. Ergotherapeutin Ruth Joss unterstützt sie dabei, den Alltag zu bewältigen.

VON RITA ZIEGLER



Vieles hielt mich davon ab, diesen Text zu Papier zu bringen. Dies, obwohl ich mir fest vorgenommen hatte, mich gleich nach den Gesprächen hinter den Computer zu klemmen. Da waren plötzlich E-Mails, die ich noch schreiben wollte, um meinen Kopf frei zu haben, ein unaufgeräumtes Büro, das mich vom Denken abhielt, die Bitte eines Kollegen, sein Manuskript zu lektorieren. Mehrfach steckte ich mir Deadlines, um sie dann wieder zu verpassen.

Was ich im Kleinen erlebte, kennt Daniel seit fünfzehn Jahren. Er versucht, dagegen anzukämpfen – tagtäglich. Bisher meist vergebens. Auslöser war die Trennung seiner Eltern, vermutet er, dann das Ende der eigenen Beziehung, das ihn aus der Bahn warf. Cannabis und später auch Alkohol verstärkten seine Tendenz, sich gegen Konventionen aufzulehnen und alles auf den letzten Drücker zu erledigen. Seinen Lehrabschluss habe er nur geschafft, weil sein Vater

ihm notfallmässig eine Lernquarantäne verordnet habe. Doch um seine Rechnungen und die Steuererklärung, um den Haushalt und die Wäsche musste er sich irgendwann selbst kümmern. Daran scheiterte er. Immer wieder. Obwohl er problemlos dazu fähig gewesen wäre. Kleider versperrten ihm den Weg zum Bett, Pendenzen türmten sich auf dem Schreibtisch. Die Post öffnete er oft gar nicht mehr aus Angst vor noch mehr Problemen, noch mehr Gewissensbissen. Der Schuldenberg wuchs und parallel dazu die Länge des Betreuungsauszugs.

DIESMAL WIRD ALLES ANDERS!

Heute ist Daniel 31 und sitzt – nach längerer Pause – wieder in der Praxis von Ruth Joss. Die Ergotherapeutin hat sich auf die Behandlung von Prokrastinierern spezialisiert; Menschen mit einer Erledigungsblockade, wie sie das Phänomen nennt. Statt nach Ursachen zu forschen, bietet sie das, was zu den Kernanliegen der Ergotherapie zählt: handlungsorientierte, alltagspraktische Hilfe. «Für meine Patienten personifiziere ich Entschlossenheit, Selbstdisziplin und Übersicht», sagt sie und ist sich nicht zu schade, mit ihnen auch mal einen Stapel Post zu sortieren, wenn sich die Belastung dadurch verringert und der Alltag wenigstens vorübergehend wieder funktioniert. Vier Boxen kommen jeweils zum Einsatz, beschriftet mit «dringend», «bald», «hat Zeit» und «Altpapier». Von Hängeregisterkästen hält Joss ebenfalls grosse Stücke: «Darin lassen sich Dokumente rasch vorsortieren. Denn liegt das Papier erst einmal waagrecht, wachsen die Stapel unkontrolliert.»

Längere Unterbrüche zwischen den Therapiestunden sind bei Menschen mit Erledigungsblockade keine Seltenheit. Auch Daniel ist nach einigen Sitzungen jeweils plötzlich abgetaucht. Aus Scham, Resignation – er weiss es selbst nicht genau. Doch die nächste Krise kam und mit ihr die Entscheidung, in die Praxis an der Hodlerstrasse in Bern zurückzukehren: selbstreflektiert, einsichtig und motiviert, sein Leben endlich in die Hand zu nehmen. So auch heute, mit einem Unterschied: Daniel hat einen stationären Entzug gemacht und lebt nun in einer Institution für betreutes Wohnen. Seine Rechnungen zahlt der Sozialdienst, was ihn sichtlich erleichtert. Ruth Joss geht mit ihm einen Fragebogen durch, um seinen Leidensdruck in verschiedenen Lebensbereichen zu erfassen. Damit kann sie herausfiltern, wo der grösste Handlungsbedarf besteht, und zugleich die Fortschritte messen. Tatsächlich sind Daniels Werte überall besser als beim letzten Mal. Er lacht, als er die Höhe seiner Papierstapel angeben soll: «Davon gibt's gerade keine.» Nun will er Schritt für Schritt ins Arbeitsleben zurückzufinden, abstinert bleiben und seinen Schuldenberg abtragen. Er überlegt, ob er einen Beistand suchen soll. Denn noch einmal so tief fallen will er auf keinen Fall.

«Erfolg bedeutet, Vorsätze umzusetzen.»

QUASI EIN DOPPELLEBEN

Erledigungsblockaden sind verbreitet. Rund 20 Prozent der Bevölkerung leiden daran, wobei es unterschiedliche Ausprägungen gibt: von milden Formen, die keine gravierenden Probleme mit sich bringen, bis hin zu Messie-Syndrom oder Verwahrlosung. Ob jemand Hilfe benötigt, hängt vom Leidensdruck ab, aber auch von den Konsequenzen. Dazu gehören Depressionen oder Panikattacken ebenso wie vegetative Symptome oder Herz-Kreislauf-Beschwerden. Auf sozialer Ebene quält der Vertrauensverlust bei Bezugspersonen, im finanziellen Bereich die Schuldenlast oder der Jobverlust. Da ihre Schwierigkeiten so absurd wirken, versuchen die Betroffenen, ihr Problem bestmöglich zu verbergen. Manche führen quasi ein Doppelleben: Im Beruf erfolgreich, fühlen sie sich angesichts der zu Hause anstehenden Aufgaben wie gelähmt. Ersatzhandlungen oder kompensatorisches Verhalten, um dem Problem auszuweichen, sind typisch: Das kann telefonieren, ausgehen oder gamen sein, aber auch putzen oder exzessiver Sport.

Ausweichstrategien kennt auch Natalie. Sie arbeitet als Grafikerin Teilzeit in einem Verlag und hätte daneben Zeit und etliche Ideen für private Projekte. Stattdessen raucht sie Zigarette um Zigarette, starrt Löcher in die Luft und grübelt. «Es ist unerträglich», sagt sie, wippt dabei unablässig mit dem Fuss und krallt die Finger in die verschränkten Unterarme. «Manchmal putze ich die Fenster, um mich etwas aktiv zu fühlen.»

VIELES GEWOLLT, NICHTS GESCHAFFT

Eigentlich bezahlt Natalie einen Arbeitsplatz in einem Gemeinschaftsatelier. Hingegangen ist sie seit Monaten nicht mehr. «Die Geschäftigkeit der anderen gibt mir noch mehr das Gefühl, nichts auf die Reihe zu kriegen.» Natürlich fragen die Kollegen nach, weshalb sie nie auftauche. Dann flüchtet sie sich in Ausreden oder beantwortet die SMS einfach nicht mehr. Vor Kurzem hat sich die 29-jährige entschlossen, eine ADHS-Abklärung zu machen, obwohl sie sich lange dagegen gewehrt hat. Nun hat sie die Diagnose schwarz auf weiss und versucht, mithilfe der Ergotherapeutin herauszufinden, wie sie sich ihr Leben damit am besten einrichtet. Wie lassen sich die negativen Auswirkungen in Schach halten? Wie kann sie ihr Selbstwertgefühl wieder aufbauen nach all den Jahren, die von Misserfolgen und Ablehnung geprägt waren?

Dass Erledigungsblockaden häufig mit ADHS einhergehen, beobachtet Ruth Joss schon länger: «Menschen mit ADHS sind oft kreativ und vielseitig interessiert. Sie haben tausend grossartige Ideen und berücksichtigen in ihren Überlegungen unzählige Aspekte. Doch ihre Entscheidungsschwäche kommt ihnen in die Quere.» Viele sind verunsichert, schaffen es nicht, Prioritäten zu setzen. Denn sich auf



etwas festzulegen, bedeutet auch, gegen etwas anderes zu entscheiden und damit vielleicht Erwartungen zu enttäuschen. So nehmen sich die Betroffenen unrealistisch viel vor und setzen am Schluss nichts um.

Auch bei Natalie ist die Verunsicherung spürbar. Und Angst. Angst, nicht mithalten zu können mit Bekannten, die in verschiedener Hinsicht Erfolg haben; Angst, negative Gefühle auf sich zu ziehen; Angst, zu versagen. Seit Langem hat sie ein Grafikprojekt auf dem Tisch, das sie in zwei Tagen abgeben muss. Bisher hat sie nichts gemacht, jetzt drängt die Zeit. Doch da ist noch die Verabredung mit einer Freundin, die sie lange nicht gesehen hat. Ob sie das Treffen absagen soll, um zu arbeiten? Und wenn sie sich dann trotzdem nicht aufrafft? Ruth Joss schlägt ihr eine kurze Übung vor, um die Gefühle im Inneren besser wahrzunehmen. Denn dort, ist die Therapeutin überzeugt, ist Natalies Entscheidung längst gefällt.

DEN BERG BEZWINGEN

Fünf Minuten später ist klar, dass das Absagen der Verabredung keine Option ist. Ziel ist es folglich, die Arbeit daneben zu erledigen – und zwar rechtzeitig. Den Rest der Therapie-

sitzung nutzen die beiden Frauen, um die Zeit bis zur Projektabgabe zu strukturieren. «Oft steht zwischen meinen Patienten und ihrem Ziel ein riesiger Berg, der zur Blockade führt», erklärt Joss. «In der Therapie geht es darum, die Gefühle darunter zu erkennen und sie zu verändern. Danach gliedern wir das, was es zu erledigen gilt, in Einzelschritte.» Dazu lässt die Ergotherapeutin ihre Patienten bisweilen Post-its beschriften. Diese werden in einer sinnvollen Reihenfolge aufeinandergeklebt und dann eins nach dem anderen abgearbeitet. Was eben unüberwindbar schien, ist plötzlich überschaubar und zu schaffen.

Natalie soll als Erstes einen groben Arbeitsentwurf machen, den sie Ruth Joss noch am selben Abend zuschicken wird. Mit solchen «Kontrollen», aber auch mit Nachfragen oder Erinnerungen per SMS, hat die Therapeutin gute Erfahrungen gemacht. Am Anfang sind sie meist engmaschig nötig, mit der Zeit nur noch hie und da. Wichtig sei es, von Anfang an Erfolgserlebnisse zu schaffen und diese zu feiern. Dafür müsse man sich zuerst klar werden, was man sich vornehmen will, und es dann auch verwirklichen. In Joss' Kurzformel ausgedrückt: «Erfolg bedeutet, Vorsätze umzusetzen.» //



«Ich habe mich im letzten Frühling entschieden, meine Leitungsfunktion abzugeben und das Arbeitspensum zu reduzieren. Zu oft hatte ich mich dabei ertappt, dass ich Aktivitäten auf die Zeit nach der Pensionierung verschob. Es war kein leichtfertiger Entschluss. In Gedanken spielte ich diverse Varianten durch und diskutierte sie mit Familie und Freunden. Dass ich neu in der Lehre tätig sein kann mit einem kleineren Forschungs-pensum, hat mir die Entscheidung vereinfacht.»

Peter Rüesch

Dozent und ehemaliger Forschungsleiter
Institut für Gesundheitswissenschaften

«Im Bachelor Ergotherapie haben wir beschlossen, ein Modul zu den Grundskills umzugestalten: Dozierende aus vier Fachbereichen stützen sich auf dasselbe theoretische Modell, passen den praktischen Unterricht aber auf ihr Gebiet an. Dies forderte klare Entschiede für eine gemeinsame Linie, was nicht nur einfach war. Die Studierenden wählen neu eines von vier echten Patientenbeispielen, um daran praktische Anwendungen zu üben. Die erste Durchführung ist gut gelungen und die Entwicklung freut mich.»

Cornelia Kocher Stalder

Dozentin Bachelorstudiengang Ergotherapie



WENN'S ENG WIRD

Unvorhergesehene Geburtsereignisse zu Hause oder im Geburtshaus fordern beherztes und zugleich feinfühliges Handeln. Forscherinnen der ZHAW und der HESAV untersuchten, wie Hebammen in diesen Situationen auf die Bedürfnisse der Gebärenden eingehen und wie sie im Sinne aller Beteiligten lebenswichtige Entscheidungen treffen.

VON INGE CORTI



Geburtskomplikationen sind Ausnahmesituationen. Zeichnen sich jedoch Probleme ab, definiert die Hebamme einen Spielraum für weitere Entscheidungen.

Für ihre Studie wählten die Hebammenforscherinnen gezielt das Setting einer Hausgeburt beziehungsweise einer Geburt im Geburtshaus. In diesem Rahmen läuft der Entscheidungsprozess bei Komplikationen autonom zwischen der Frau und der sie betreuenden Hebamme ab. Bestimmend sind zum einen die Wünsche und Ressourcen der Gebärenden, zum anderen die Erfahrungen der Hebamme und ihre Kompetenz, die Sicherheit von Mutter und Kind gewährleisten zu können. Im Spital hingegen legen

Richtlinien und Hierarchien das Vorgehen fest, wenn sich ein regelabweichender Geburtsverlauf abzeichnet.

Zum Tragen kommt dies beispielsweise bei einem Geburtsstillstand: Kann die Hebamme im Geburtshaus einschätzen, dass es sowohl der Frau wie auch dem Ungeborenen gut geht, lässt sie dem Geburtsfortgang auch mal seine Zeit. Die Mutter und das Ungeborene erholen sich und schöpfen neue Kraft, während die Hebamme die Situation fortwährend überwacht. Im Spital hingegen werden im Falle

eines Geburtsstillstandes in Absprache mit einer weiteren Fachperson medizinische Massnahmen eingeleitet, damit die Geburt fortschreitet.

EINE ENTSCHEIDUNG, ZWEI BLICKWINKEL

Forscherinnen der ZHAW und der Haute Ecole de Santé Vaud arbeiteten zusammen, um die Dynamik des Entscheidungsprozesses aufzuzeigen: «Wir wollten veranschaulichen, wie die Gebärende und die Hebamme gemeinsam Entscheidungen fällen – auch unter Handlungsdruck», bringt Jessica Pehlke-Milde, Leiterin der ZHAW-Forschungsstelle Hebammenwissenschaft, das Ziel der Studie auf den Punkt. Zwar gebe es verschiedene Modelle, die das Shared Decision Making, die gemeinsame Entscheidungsfindung, beschreiben. Keines davon fokussiere aber auf den Entscheidungsprozess bei einer Geburtskomplikation.

Einzigartig am erarbeiteten Modell ist laut Pehlke-Milde zudem, dass die Sicht der Frau einbezogen wurde. Dies war möglich dank des Engagements der Hebammen, die bei der Studie mitmachten und die Frauen, die sie betreuten, zur Studienteilnahme motivierten. Den Forscherinnen war es so möglich, denselben Prozess aus zwei verschiedenen Perspektiven zu betrachten. Untersucht wurden 20 Entscheidungen für oder gegen eine Verlegung im Rahmen von Haus- oder Geburtshausgeburten. Die Einstiegsfrage der Interviews – sowohl mit den Hebammen als auch mit den Müttern – lautete: «Bitte erzählen Sie Ihr Geburtserlebnis, als die Situation eintrat, dass Sie über eine Verlegung ins Spital entscheiden mussten.» Die nachfolgende Schilderung der Erlebnisse wurde mithilfe gezielter Fragen der Forscherinnen präzisiert.

DEN SPIELRAUM AUSLOTEN

In der Auswertung der Interviews zeigte sich klar, dass bei der gebärenden Frau wie auch bei der Hebamme eine gemeinsame Grundvoraussetzung besteht: der Wille, die anstehende Entscheidung zusammen zu fällen. Die Hebamme schätzt die Situation ein und steckt für die weitere Beurteilung einen Spielraum mit Alternativen ab. Innerhalb dieses Spielraums muss entschieden werden. Der Begriff «Entscheidungsspielraum» stammt aus den Interviews selbst, ist also nicht von den Forscherinnen geprägt, sondern in der Praxis bereits verankert. Jessica Pehlke-Milde betont, dass die Studie einen wichtigen Beitrag zur Theorieentwicklung leisten könne – wohl mit ein Grund, weshalb sie vom Schweizerischen Nationalfonds finanziert wurde. «Dank des Projekts können wir erklären und zu Papier bringen, was in den Köpfen schon vorhanden war.»

Die Reaktionen nach den Kongresspräsentationen, die Pehlke-Milde zum Thema hielt, bekräftigen diese Einschätzung. Diverse Hebammen kamen auf die Forscherin zu und

bestätigten ihr, dass sie das in der Präsentation Beschriebene genauso in ihrem Alltag erlebten. Das Modell führt einen alltäglichen Prozess vor Augen und fördert das Bewusstsein dafür. Es veranschaulicht, wie die Beteiligten sich in ihren Rollen verhalten, welche Faktoren den Entscheidungsprozess beeinflussen und wie sich der Entscheidungsspielraum verändert. Letztlich habe das Shared Decision Making zwischen Hebamme und Gebärender stets den Informed Consent zum Ziel, schliesst Pehlke-Milde den Bogen. Die Frau muss den Entscheid mittragen können und in die Entscheidungsfindung eingebunden werden – und zwar so, wie sie dies selbst möchte. Interventionen erfolgen also nicht ohne die informierte Einwilligung der betreuten Person – ein Prinzip, das nicht nur in der Schweiz, sondern in allen Ländern mit entsprechendem Rechtssystem gilt.

VERTRAUEN ALS BASIS

In den Interviews gaben die meisten Frauen an, dass sie sich auf ihre Hebamme verlassen und wollen, dass diese in heiklen Situationen das Ruder übernimmt: zum Beispiel wenn ihnen selbst oder dem ungeborenen Kind die Kraft ausgeht

«Bei ausserklinischen Geburten agieren zwei starke Partnerinnen, die sich gegenseitig vertrauen.»

oder die Geburt nicht vorangeht. Sie vertrauen auf die Kompetenz der Hebamme, zu entscheiden, wann die ausserklinischen Möglichkeiten an ihre Grenzen stossen. Schliesslich liegt es im Interesse aller Beteiligten, dass Mutter und Kind heil aus der Situation herauskommen. «Keine informierte Frau weigert sich, ins Spital zu gehen, wenn die Hebamme

sagt, dass der Zeitpunkt dafür gekommen sei», weiss Pehlke-Milde, die selbst lange als Hebamme gearbeitet hat. «Bei ausserklinischen Geburten agieren in der Regel zwei starke Partnerinnen», fügt sie an, «zwei Partnerinnen, die sich gegenseitig vertrauen.»

Der Forscherin ist es wichtig festzuhalten, dass nur ein sehr kleiner Anteil der Geburten mit Komplikationen verbunden ist. Sie verweist in diesem Kontext auf die Lancet Series on Midwifery und das darin entwickelte «Framework for Quality Maternal and Newborn Care». Es beschreibt eine auf die Bedürfnisse von gebärenden Müttern und ihren Neugeborenen zugeschnittene Versorgung und zeigt zugleich auf, dass ein Grossteil der Geburten im grünen Bereich verläuft. Nur ein kleiner Teil spielt sich im roten Bereich ab und macht ein interdisziplinäres Management erforderlich. Wie das Framework verdeutlicht das Modell der Schweizer Hebammenforscherinnen zu Entscheidungsprozessen bei ausserklinischen Geburtskomplikationen, mit welchen Kompetenzen, Werten, Philosophien und Ressourcen Hebammen arbeiten. Beide Modelle eignen sich sowohl als Leitlinie für die Praxis als auch für die Aufklärung der Frauen in der Geburtsvorbereitung. //

SCHMERZEN BEIKOMMEN BIS ZUM ENDE

Was brauchen Menschen mit Demenz, damit sie weniger Schmerzen haben? Wie können Pflegende ihre Bedürfnisse erkennen und richtig darauf eingehen? Auf diese Frage fokussieren zwei Studien der Forschungsstelle Pflegewissenschaft unter der Leitung von Andrea Koppitz.

VON IRÈNE DIETSCHI

Tut dement sein weh? Im Endstadium der Krankheit fast immer: Studien zeigen, dass rund vier Fünftel der Menschen mit Demenz in den letzten Lebensmonaten unter Schmerzen leiden und die Schmerzlinderung oft nicht genügt. Um diese Situation verbessern zu helfen, hat die Forschungsstelle Pflegewissenschaft der ZHAW zwei Studien lanciert: «Wir wollen herausfinden, was ein wirksames Schmerzmanagement bei Betroffenen erfordert», sagt Studienleiterin Andrea Koppitz.

VIELE SYMPTOME AM LEBENSENDE

In der bereits abgeschlossenen «Pallhome»-Studie ging es darum, den Fächer zu öffnen und vergleichsweise breit die Symptome zu erfassen, die sterbenden Menschen mit Demenz zu schaffen machen. Denn: «Dazu gab es in der Literatur für die Schweiz bislang keine ausreichenden Daten», sagt Andrea Koppitz. In den Ergebnissen von Pallhome rangierten Schmerzen mit einem Vorkommen von 71 Prozent auf Rang zwei der häufigsten Symptome, übertroffen noch von Mobilitätsproblemen mit 81 Prozent. Häufig sind bei den Betroffenen auch Schlafstörungen (63 Prozent) sowie auffälliges Verhalten und Probleme mit der Ernährung (je 62 Prozent). Als besonders belastend erwiesen sich auffälliges Verhalten, Atemnot und – wenig überraschend – Schmerzen. «Das bedeutet: In diesen Bereichen gibt es Raum, um die Lebensqualität der Betroffenen zu steigern», sagt Andrea Koppitz.

In einem qualitativen Teil mit Interviews eruierte das Forschungsteam, wie Pflegende auf Symptome von Menschen mit Demenz und insbesondere auf Schmerzen eingehen: Wie treffen sie Entscheidungen zum Wohl und im Sinn von Patienten, die sich selbst nicht mehr äussern können? Ein Problem liegt offenbar in der Vielschichtigkeit dieser Aufgabe: «Demenz an sich ist schon sehr komplex», erklärt Andrea Koppitz. «Wenn sich etwas Akutes dazugesellt, ist dies oft schwierig zu erkennen» – sei es, weil Schmerzen und andere Symptome sich überlagern, sei es, weil der vergleichs-

weise monotone Rhythmus von Langzeitpflege das Risiko birgt, dass man ein akutes Ereignis übersieht.

PRINZIP «ERZÄHLEN UND REFLEKTIEREN»

Eine elementare Rolle für die Entscheidungsfindung spielt dabei das Prinzip von «recount and reflect» – Erzählen und Reflektieren. «Das bedeutet: Die Pflegenden tauschen sich laufend untereinander aus, ob ihnen etwas Aussergewöhnliches auffällt», erklärt Andrea Koppitz. «Sie bündeln ihre Beobachtungen und befähigen einander so in einem iterativen Prozess, Schmerzsymptome zu erkennen.» Je nach Situation ziehen die Pflegenden die Angehörigen bei und am Schluss den Arzt. Nach diesem Viel-Augen-Prinzip besteht eine hohe

Chance, den Schmerzen von Menschen mit Demenz adäquat zu begegnen.

Ein gutes Schmerzmanagement ist vielschichtig und kann unterschiedliche Entscheidungen implizieren. Es kann bedeuten, die Schmerzen eines Patienten mit einer Intervention erträglicher zu machen – zum Beispiel medikamentös, mit einem lindernden Hausmittel oder mit Zuwendung –, es kann

aber auch heissen, eine Situation zu belassen, wie sie ist.

Was hilft den Betroffenen nun am meisten? Das soll die Nachfolgeuntersuchung zu Pallhome zeigen: die Studie «Pain Intervention for People with Dementia in Nursing Homes». In dieser kontrollierten Studie werden die Demenzerkrankten erstens systematisch beobachtet. Zweitens wird zu drei verschiedenen Zeitpunkten während der 425 Tage dauernden Studie gemessen, was eine Schmerztherapie durch Pflegende und Ärzte bewirkt: Ob dadurch Schmerzen weniger intensiv sind und weniger lang anhalten und ob sich die schmerzfreen Zeitintervalle strecken lassen. Drittens untersucht die Studie, ob Pflegenden mit unterschiedlichen Qualifikationen Schmerzen auch unterschiedlich einschätzen; ob zum Beispiel die hoch qualifizierte APN – wie man annimmt – tatsächlich besser abschneidet als die Pflegeassistentin. «Dazu ist gute Forschung da», sagt Andrea Koppitz, «um nüchterne, neutrale Daten zu liefern.» //

«Pflegende bündeln ihre Beobachtungen und befähigen einander so, Schmerzsymptome zu erkennen.»

ENTSCHEIDUNGEN TRAGBARER MACHEN

Bei Entscheidungen, die unsere Gesundheit betreffen, geht es um fundamentale Güter wie körperliche Integrität, Selbstbestimmung und Lebensqualität. Es geht um die Verteilung knapper Ressourcen und damit um Gerechtigkeit. Und manchmal geht es um Leben und Tod. Entsprechend hoch sind die ethischen Ansprüche.

VON RITA ZIEGLER

«Wir verdrängen gern, dass wir alle potenzielle Patienten und letztlich sterblich sind.»



Barbara Bleisch

Wenn wir über Entscheidungen im Gesundheitskontext sprechen, fällt «ethisch» als Begleitwort fast inflationär. Wann geht es effektiv um ethische Fragen?

Barbara Bleisch: Im antiken Verständnis betraf Ethik alle Fragen, die mit einem guten Leben zu tun haben. Da gehört tatsächlich vieles dazu. Wenn wir den Begriff heute in der Medizinethik verwenden, geht es meist um Konfliktsituationen, in denen wir verschiedene Güter gegeneinander abwägen müssen. Die zentrale Frage dabei lautet: Welche Handlungsoption soll ich unter den gegebenen Umständen wählen?

Hildegard Huber: Ethik bezeichnet eine Disziplin – eine Art Brille, durch die hindurch Entscheidungen beurteilt werden. Fachleute im Gesundheitssektor müssen dazu nicht bloss Krankheitsbilder und Behandlungsmöglichkeiten ken-

nen, sondern auch die Wertvorstellungen der Patienten und ihre Bedürfnisse in der jeweiligen Situation erfassen. Das hat mit Fürsorge und Respekt zu tun. Wir haben vielleicht die Evidenz, dass ein Medikament bei diesem oder jenem Symptom wirkt. Das heisst aber nicht zwingend, dass wir es auch verabreichen sollen.

Erika Ziltener: Ein Beispiel aus der Patientenstelle: Eine Frau erzählt mir, ihr Bruder liege im Sterben. Seine Patientenverfügung sage klar, dass er nicht mehr ins Spital wolle. Die Ehefrau habe dies stets respektiert, kämpfe nun aber plötzlich dafür, dass er nochmals eine Behandlung erhalte. Sie selbst wolle dem Willen des Bruders gerecht werden. Was tun? Im Gespräch stellte sich heraus, dass der Hausarzt für die ganze Familie eine wichtige Bezugsperson ist. Ich empfahl

deshalb einen Termin mit ihm. Tatsächlich konnte er zwischen den Frauen vermitteln und die Ehefrau dabei unterstützen, loszulassen. Ethik kann uns dabei helfen, schwierige Entscheidungen wie diese etwas tragbarer zu machen.

Was sind die Voraussetzungen dafür, dass ethische Entscheidungen möglich sind?

Bleisch: Eine wichtige Errungenschaft der letzten vierzig Jahre ist das Konzept des Informed Consent: Patienten werden hinreichend aufgeklärt, um sich dann selbstbestimmt für oder gegen eine Behandlung zu entscheiden. Der Faktor Zeit spielt dabei eine wesentliche Rolle. Aufklärung funktioniert nicht, ohne dass sich Behandelnde Zeit nehmen für ein Gespräch.

Huber: Gerade Hochbetagte wollen gar nicht unbedingt selbst entscheiden. Sie wünschen sich vielmehr eine Vertrauensbeziehung zum Arzt, der sie in der Entscheidungsfindung unterstützt unter Berücksichtigung ihres Willens und zu ihrem Wohl. Wichtig ist, dass wir die uns anvertrauten Patienten kennen.

Die neu gewonnene Mündigkeit kann also auch überfordern?

Ziltener: Es gibt tatsächlich Tendenz, die Verantwortung auf den Patienten abzuschieben, ihn in die Rolle des Kunden zu drängen und zu sagen: «Er hat es ja so gewollt.» Natürlich sollen wir Betroffene befähigen, selbst eine Entscheidung zu treffen. Aber es gibt Grenzen. Ein Laie kann keine medizinischen Urteile fällen.

Bleisch: Es geht nicht allein um die Frage des Könnens. Das Konzept des Informed Consent erleben einzelne Patienten auch als eine Zumutung. Einerseits, weil Menschen immer auch in Beziehungen stehen, es anderen recht machen möchten. Es ist dann gar nicht einfach, zu entscheiden, was

man selber will. Andererseits, weil Entscheidungsfreiheit auch als Überforderung erlebt werden kann und man sich wünscht, dass einem jemand einen Rat gibt.

In eine ähnliche Richtung zielt die Idee des Shared Decision Making in der Medizin.

Ziltener: Genau. Partizipativ entscheiden bedeutet, weder über den Kopf der Betroffenen hinweg zu handeln, noch sie bei ihren Überlegungen alleine zu lassen. Das ist anspruchsvoll, und wie gesagt wurde: Das braucht Zeit – ein rares Gut in Zeiten der Rationierung.

Huber: Die partizipative Entscheidungsfindung ist an vorhandene Strukturen gebunden. Unsere Versorgung ist stark fragmentiert. Jede Fachperson vertritt einen Teilbereich. Das macht es schwierig, die Puzzleteile zusammenzubringen. Es gibt durchaus Bemühungen, die integrierte Versorgung zu fördern, etwa von Seiten des Bundesamts für Gesundheit. Hausärzte sagen mir aber, sie bekämen die nötigen Informationen von den Spezialisten nicht. Hier ist ein Kulturwandel nötig.

Stichwort Kulturwandel: Inwiefern sind die ethischen Entscheidungen, die unsere Gesundheit betreffen, kulturell geprägt?

Bleisch: Die Konzepte Gesundheit und Krankheit spiegeln, was wir unter einem guten Leben verstehen, und Konzepte des guten Lebens sind stark kulturell geprägt. Autonomie hat beispielsweise längst nicht überall denselben Stellenwert, auch Fitness oder Langlebigkeit sind nicht für alle gleich wichtig. Gleichzeitig werden die medizinethischen Grundprinzipien – Nichtschädigung, Fürsorge, Gerechtigkeit und Autonomie –, aber auch die Menschenwürde als universelle Prinzipien verstanden. Die kulturelle Varianz betrifft eher die Auslegung dieser Prinzipien.

DIE GESPRÄCHSTEILNEHMERINNEN

BARBARA BLEISCH

Promovierte Philosophin

2004–2009: Aufbau und Leitung der «Advanced Studies in Applied Ethics» an der Universität Zürich, heute Dozentin

Forschungsprojekt zur Ethik der Familienbeziehungen

Moderatorin der «Sternstunde Philosophie» bei Schweizer Radio und Fernsehen SRF

Autorin: «Ethische Entscheidungsfindung. Ein Handbuch für die Praxis»

Referentin am 4. Winterthurer Hebammensymposium der ZHAW vom 21. Januar 2017

HILDEGARD HUBER

Diplomierte Pflegefachfrau, Intensivpflegefachfrau und Pflegeexpertin HöFA II/FH

MAS Ethische Entscheidungsfindung in Organisation und Gesellschaft

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut Dialog Ethik in Bildung, Beratung und Forschung

Leitung von Ethikforen

Dozentin zum Thema Ethik in MAS-Studiengängen in Pflege am ZHAW-Departement Gesundheit

ERIKA ZILTENER

Historikerin und diplomierte Pflegefachfrau

Geschäftsleiterin der Patientenstelle Zürich und Präsidentin des Dachverbandes Schweizerischer Patientenstellen

Mitglied der Kantonalen Ethikkommission und der Eidgenössischen Arzneimittelkommission

Fachbeirätin des ZHAW-Departements Gesundheit

Autorin: «Die Wucht der Diagnose. Aus dem Alltag der Patientenstelle.»

«Richtlinien nehmen es uns nicht ab, uns kritisch mit persönlichen und beruflichen Werten auseinanderzusetzen.»



Hildegard Huber

Was bedeutet dies für den Gesundheitssektor, in dem viele Menschen mit Migrationshintergrund arbeiten und sich behandeln lassen?

Huber: In den Institutionen gibt es Richtlinien und Standards. Diese nehmen es uns aber nicht ab, den Dialog zu führen und uns kritisch mit persönlichen und beruflichen Werten auseinanderzusetzen. Was meinen wir etwa, wenn wir von «Nichtschädigung» sprechen? Die Verständigung darüber gelingt nur, wenn beide Seiten die gleiche Sprache sprechen.

Bleisch: Interkulturelle und interreligiöse Fragestellungen hat es immer gegeben, dafür brauchen wir keine Migration. Denken wir an die Haltung der Zeugen Jehovas in Hinblick auf Bluttransfusionen oder an die Impfdebatte, die ebenfalls weltanschauliche Differenzen offenlegen. Interkulturelle Konflikte nehmen eher zu. Beispiele dafür sind die Beschneidung oder die vegane Ernährung von Kindern. Ethische Dilemmata sind hier vorprogrammiert. Eine Ärztin etwa ist dem Kindeswohl verpflichtet. Handelt sie jedoch gegen den Willen der Eltern, gefährdet sie unter Umständen die Bindung zwischen Eltern und Kind. Das kann für ein Kind schlimm sein.

Wenn wir über Medizinethik sprechen, steht meist die Ärzteschaft im Fokus. Was sind typische Situationen, die von Gesundheitsfachleuten – etwa Pflegefachpersonen – ethische Kompetenz verlangen?

Huber: Ethische Herausforderungen stellen sich im Großen wie im Kleinen. Eine Pflegefachperson fragt sich vielleicht: Soll ich einer sterbenden Patientin den Stress einer Umlagerung zumuten, nur weil ein Arzt dies zur Pneumonie- und Dekubitusprophylaxe vorsieht? In Alters- und Pflegeheimen stellen sich auch Fragen rund um den assistierten Suizid. Zwar müssen Pflegenden hier nicht entscheiden, psychologisch tragen sie die Entscheidung aber mit. Man fordert von ihnen eine Beziehung zu den Heimbewohnern und plötzlich müssen sie sich daraus zurückziehen, weil sie sonst in einen Rollenkonflikt geraten.

Bleisch: Es wäre wünschenswert, Pflegefachpersonen mehr in ethische Debatten einzubeziehen. Sie kennen die Patienten oft besser als die Ärzte, kennen ihre intimsten Bedürfnisse. Die Achtung der Würde spielt in der Pflege eine wichtige Rolle. Wie wasche ich zum Beispiel eine Patientin respektvoll?

Huber: Hochbetagte müssen oft harntreibende Medikamente nehmen. Sie fragen bei der Pflegefachfrau dann vielleicht nach: «Muss ich diese Medikamente wirklich alle nehmen? Ich habe Mühe, die Toilette rechtzeitig zu erreichen.» Das sind Grenzsituationen, in denen eine Pflegefachperson merken muss, was die Auswirkungen der Krankheit für einen Patienten bedeuten und was bestimmte Handlungen bei ihm auslösen. Es geht einerseits um die Würde des Patienten und andererseits um die Haltung der Fachperson. Mit dem Einzug der Evidenz in der Pflege wurde die Frage der Haltung beziehungsweise der Fürsorge leider etwas verdrängt.

Ist es ethisch gerechtfertigt, den Willen urteilsfähiger Patienten zu missachten, um sie vor sich selbst zu schützen?

Bleisch: Wenn eine Person tatsächlich urteilsfähig ist und rechtlich nichts dagegen spricht, ist ihr Wille zu respektieren. Da können Ehepartner oder Kinder noch so dagegen sein. Der eigentliche ethische Knackpunkt ist die Frage, ob jemand wirklich urteilsfähig ist. Denken wir an eine schwer depressive Person, die mehrere Suizidversuche hinter sich hat. Dürfen wir diese mit einer fürsorglichen Unterbringung vor sich selbst schützen? Unsere Gesellschaft ist geneigt, paternalistisch vorzugehen. Ich bezweifle, ob dies stets richtig ist.

Huber: Grundsätzlich dürfen Patienten sich selber Schaden zufügen. Das Gesetz verbietet nur, andere zu schädigen. Jeder Mensch hat das Recht, eigene Entscheidungen zu treffen. Geht es aber beispielsweise darum, ein extrem teures Medikament einzusetzen, bei dem nicht klar ist, ob es über-

haupt wirkt, wird in der Medizin zunehmend auch die Kosten-Nutzen-Frage gestellt. Ökonomie und Ethik schliessen sich nicht aus.

Ziltener: Aus meiner Sicht ist die erste Frage, ob das Medikament der Patientin einen nachgewiesenen Nutzen bringt, und nicht, wie teuer es ist. Wir müssen uns fragen, wie solche Medikamentenpreise zustande kommen, was überhaupt erforscht wird und wie wir darüber kommunizieren. So oft lese ich in den Zeitungen Artikel über neue Medikamente, deren Wirksamkeit gar nicht nachgewiesen ist. Patienten sehen das auch, machen sich Hoffnungen, erhalten das Medikament dann aber nicht, mit der Begründung, es sei zu teuer. Das finde ich unethisch.

Zurück zum Patientenwillen: Ein wichtiges Instrument, diesen festzuhalten, ist die Patientenverfügung.

Bleisch: An sich eine gute Sache. Wir verdrängen gern, dass wir alle potenzielle Patientinnen und Patienten und letztlich sterblich sind. Wir sollten Verantwortung übernehmen für unseren letzten Lebensabschnitt.

Ziltener: Man spricht in der Debatte klar für die Patientenverfügung – ich auch. Dennoch müssen wir mögliche Ge-

«Niemand anderes als ich kann die Verantwortung für mein Gewissen übernehmen.»



Erika Ziltener

fahren im Auge behalten. Die Schuldzuweisungen, die Kranke oder betagte Menschen in unserer Gesellschaft erfahren – sie kosten zu viel, sie nützen zu wenig –, können Druck auslösen und die Betroffenen bei der Formulierung ihres Willens beeinflussen. Deshalb ist es enorm wichtig, dass die Patientenverfügung besprochen wird: mit der behandelnden Ärztin, mit einer qualifizierten Pflegefachperson und vor allem mit den Angehörigen.

Bleisch: Dazu kommen noch andere ethische Fragen: Kann man überhaupt eine Aussage darüber machen, wie man behandelt werden möchte, wenn man in der konkreten Situation vielleicht eine ganz andere Persönlichkeit haben wird? Nehmen wir an, eine Person hält in gesunden Tagen fest, dass sie im Zustand schwerer Demenz keine lebenserhaltenden Massnahmen erhalten möchte. Eines Tages ist sie effektiv schwer demenz und zeigt plötzlich eine völlig neue Form von Lebensfreude. Ist ihr Entscheid, den sie im gesunden Zustand festgehalten hat, zu respektieren?

Wie gehen Ärzte, Pflegefachpersonen oder Hebammen damit um, dass sie in Entscheidungen involviert sind, hinter denen sie selbst nicht stehen?

Bleisch: Wichtig ist: Behandelnde Personen müssen die Entscheide anderer respektieren, nicht mittragen. Man kann den Willen einer Person ausführen, obwohl man ihn nicht gutheisst. Allerdings finde ich das bei uns geltende Prinzip richtig, wonach keine Person gezwungen werden darf, Handlungen zu vollziehen, die gegen ihr Gewissen sind. Wenn eine Hebamme sagt, dass eine Abtreibung für sie unter keinen Umständen vertretbar ist, darf sie nicht gezwungen werden, bei Schwangerschaftsabbrüchen mitzuwirken. In der Praxis ist das leider nicht so einfach umzusetzen. Da gehört das Mithelfen bei der Kürettage möglicherweise einfach zum Dienstplan.

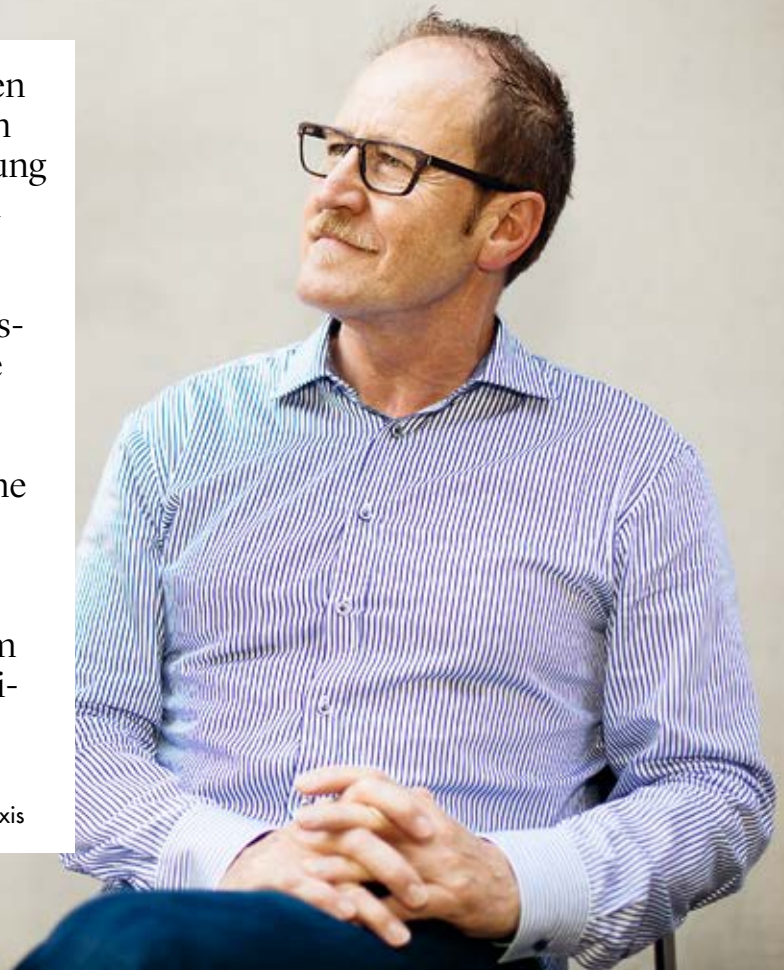
Huber: In den Institutionen ist es nicht realistisch, jedes Mal neu zu verhandeln. Pflegende müssen ethisch nicht hinter jeder Entscheidung stehen können. Aber sie müssen die Verantwortung für ihre Handlungen übernehmen, unabhängig davon, ob sie diese innerlich mittragen oder nicht. Es ist wichtig, dass Führungspersonen ihre Teams in diesen Fragen unterstützen und Gesprächsräume schaffen. Vor Kurzem war ich zum Beispiel an einer Fallbesprechung, in der es um die Frage der terminalen Sedierung ging. Erst im Laufe der Diskussion wurde klar, dass eigentlich das Schmerzmanagement ungenügend war und die terminale Sedierung damit gar nicht zur Debatte stand.

Ziltener: Als wir im Kantonsrat über die Patientenverfügung debattierten, wurde festgehalten, dass weder Ärzte noch andere Fachpersonen gezwungen werden dürfen, gegen ihr Gewissen zu handeln. Natürlich ist dabei relevant, ob es sich um eine Ausnahmesituation handelt oder ob sich das Problem regelmässig stellt. Als Pflegefachperson kann ich mich nicht jeden Morgen weigern, ärztliche Anweisungen zu befolgen. Wenn ich aber eine Handlung vollziehen sollte, die meiner Meinung nach zum Beispiel zum Tod einer Patientin führt – Stichwort passive Sterbehilfe –, dann muss ich dies zur Diskussion stellen. Ich darf nicht gegen mein Gewissen handeln, denn niemand anderes als ich kann die Verantwortung dafür übernehmen. //

«Manchmal muss ich Leistungen von Studierenden mitbeurteilen im Wissen, dass meine Bewertung über ihren weiteren Verbleib im Studium entscheidet. In diesen Situationen greife ich auf das Modell der dynamischen Urteilsbildung zurück. Ich blicke in die Vergangenheit: Was hat zur Problemsituation beigetragen? Und dann in die Zukunft: Welche Ziele verfolge ich? Was sind die Optionen? In einem zirkulären Prozess führe ich so Fakten, Einschätzungen und Gefühle im Hier und Jetzt zu einer Entscheidung zusammen.»

Emanuel Feusi

Leiter Fachstelle Interprofessionelle Lehre und Praxis



«Im Behandlungsalltag habe ich selten Mühe, Entscheidungen zu treffen – vorausgesetzt, ich kann eine saubere Anamnese und Untersuchung machen. Schwieriger ist es, Patienten mit vorgefertigten Meinungen ins Boot zu holen, kürzlich etwa eine ältere Frau, die beim Gehen im Knie einknickte. Obwohl sie keine Schmerzen hatte, wollte sie unbedingt ein MRI und eine OP. Mit einer wertneutralen Aufklärung konnte ich sie dazu motivieren, stattdessen am Aufbau ihrer Muskulatur zu arbeiten, was tatsächlich half.»

Sandra Schneider

Dipl. Physiotherapeutin und Dozentin
Weiterbildung



MEDIZIN ODER LIFESTYLE?

Mit der Selbstvermessung über Sensoren und Apps lassen sich eine Menge gesundheitsrelevanter Daten sammeln. Doch wer interpretiert und nutzt diese? Wer verdient daran? Und werden wir dadurch gesünder? Eine TA-Swiss-Studie unter Leitung des ZHAW-Instituts für Ergotherapie untersucht Chancen und Risiken des Trends.

VON JOSÉ SANTOS



«Quantified Self widerspiegelt unsere Leistungsgesellschaft.»

In Sachen gesundheitliche Selbstvermessung bin ich ein Spätzügler. Gerade mal zwei Monate ist es her, dass ich meinen ersten Selbstversuch startete und eine Schrittzähler-App, auch Pedometer genannt, auf mein Smartphone lud. Kurz darauf kam eine Kalorienzähler-App hinzu. Ob ich seither gesünder lebe? Wohl eher nicht. Auf die von der Krankenkasse CSS geforderten 10 000 Schritte pro Tag für eine Prämienverbilligung komme ich jedenfalls nicht. Allerdings hat sich schon

nach kurzer Zeit mein Verhalten verändert. Ich schaue noch öfter als vorher auf mein Smartphone und ertappe mich plötzlich bei neuen Frust- und Bestätigungsempfinden.

Und Sie? Sind Sie schon Teil der Quantified-Self-Bewegung? Leben Sie dank Apps gesünder und bewusster? Oder bekommen Sie beim Blick auf den Schrittzähler und Kalorienzähler eher Magenkrämpfe? Zahlen Sie bald weniger Krankenkassenprämien? Wissen Sie, wo Ihre Daten überall landen und was beispielsweise Ihre Lebensversicherungsgesellschaft dazu denkt?

Bleiben wir für den Moment auf dem Boden der Tatsachen. Erstens: Der Mensch ist neugierig und will mehr über sich und seine Umwelt erfahren. Zweitens: Bewegung und eine ausgewogene Ernährung sind gesund. Drittens: Die Digitalisierung schreitet voran und erfasst laufend neue Lebensbereiche des Menschen. Daraus resultiert Quantified Self, die Vermessung der eigenen Gesundheit mittels Sensoren und Apps – ein Trend, der sich in den letzten Jahren stark verbreitet hat.

Neugier als Triebfeder

«Quantified Self ist keine Spielerei, sondern widerspiegelt unseren Drang nach Selbstoptimierung und unsere Leistungsgesellschaft», sagt Ursula Meidert. Sie ist wissenschaftliche Mitarbeiterin der Forschungsstelle Ergotherapie an der ZHAW und untersucht den jungen Trend. Laut der Studie «Gesundheitskompetenz in der Schweiz» der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften scheint Quantified Self (QS) das zu schaffen, was bereits viele Präventionskampagnen versucht haben: den Sprung vom «Eigentlich weiss ich das» hin zur Verhaltensänderung. Die eigene Gesundheit in Zahlen, Grafiken und Bildern abzulesen, dürfte dabei ein wichtiger Anreiz sein. «QS kann sehr motivierend wirken, vor allem bei Menschen mit chronischen Krankheiten, denen mehr Bewegung gut täte», sagt Ursula Meidert. Zudem unterstütze es die Betroffenen dabei, ihre Krankheit zu managen. «Sie können zum Beispiel Blutdruck und Puls aufzeichnen, statistisch auswerten und bei Bedarf übermitteln.»

Der eigenverantwortliche Umgang mit der Gesundheit ist nur einer der Vorteile von QS. Daneben entstehen neue Möglichkeiten für Dienstleistungen im Gesund-

heitssystem. Auch Daten für die personalisierte Medizin können mit QS-Technologien gesammelt und mittels Algorithmen, die auf Big Data beruhen, ausgewertet werden.

Vom Potenzial zu den Tücken

Hier beginnen aber auch Grauzonen, die den Einsatz von QS im medizinischen Kontext bedenklich erscheinen lassen. «Der Datenschutz ist ein kritischer Punkt: Die Daten von Trackern werden oft unverschlüsselt über Bluetooth übermittelt. Es besteht die Gefahr, dass sie von Dritten abgefangen werden», sagt Ursula Meidert. Da sie zudem meist nicht auf einem Schweizer Server liegen, ist unklar, ob Schweizer Datenschutzgesetze gelten. Ausserdem ist laut Meidert die Datenqualität von vielen Trackern noch nicht sehr gut. Diverse Geräte sind fehleranfällig oder ungenau.

Gesundheitsdaten sind sensitiv, vor allem wenn sie mit anderen Daten einer Person verknüpft werden. Der Trend birgt zudem das Risiko, dass Krankenkassen, Versicherungen und Arbeitgeber den Druck, solche Tracker zu verwenden, erhöhen. Wer sich gesund verhält, bekommt zum Beispiel Prämienrabatte wie bei der CSS. «Es ist denkbar, dass vermehrt auch Druck auf Personen ausgeübt wird, die nicht in der Lage sind, gewisse Normen zu

erfüllen, oder dies nicht wünschen», gibt Meidert zu bedenken. «Noch ist ungeklärt, wie QS in den medizinischen Alltag integriert werden kann.»

Geld verdienen oder Kosten sparen

Mit QS lässt sich viel Geld verdienen. Das Angebot von Self-Tracking-Geräten und den dazugehörigen Dienstleistungen ist bereits gross und nimmt weiter zu. Die Geräte sind erschwinglich und werden von immer mehr Schweizerinnen und Schweizern genutzt. Der globale Markt an Gesundheits- und Fitness-Apps wurde vom Beratungs- und Marktforschungsunternehmen Research2Guidance für 2017 auf 26 Milliarden US-Dollar prognostiziert. Das Geschäftsmodell ist einfach: Jede entwickelte QS-App kann relativ einfach ins Netz gestellt werden. Ausnahmen gelten für Apps, die als Medizinprodukte bewertet werden: Wenn eine Software der Erkennung, Überwachung oder Behandlung von Krankheiten dient, muss sie gewisse Standards erfüllen.

In der Schweiz werden viele QS-Apps entwickelt und auch die Uhrenindustrie ist auf den Zug aufgesprungen. Die Smartwatch «Connected» von TAG Heuer beispielsweise ist laut Firmenchef Jean-Claude Biver der bisher grösste Erfolg der Firmengeschichte. Bleibt die Frage nach dem Mehrwert: Macht uns QS gesünder und

**PROJEKT
QUANTIFIED SELF**

Projektpartner

Departement Gesundheit, School of Engineering und School of Management and Law der ZHAW

Institut für Zukunftsstudien und Technologiebewertung, Berlin

Projektförderung

TA-Swiss

Projektdauer

April 2016 – August 2017



lassen sich damit Gesundheitskosten sparen? Zusammen mit den zahlreichen ethischen und gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und technischen Fragestellungen, die sich rund um das Thema stellen, liegt ein breites Forschungsfeld vor.

Studie soll Klarheit schaffen

Eine interdisziplinäre Studie im Auftrag von TA-Swiss unter der Leitung des ZHAW-Instituts für Ergotherapie soll nun Licht ins Dunkel bringen und bis Herbst 2017 Grundlagen für Entscheidungsträger aus Politik, Gesundheitswesen, Wirtschaft und Gesellschaft erarbeiten. Ziel des Projekts ist es, möglichst umfassend über die direkten und indirekten Folgen von Quantified Self zu informieren.

Bereits heute ist Forscherin Ursula Meidert überzeugt, dass QS einen Rattenschwanz von Entwicklungen und Veränderungen mit sich bringen wird. «QS-Anwendungen werden uns und das Gesundheitswesen verändern, vor allem, wenn sie mit spielerischen und motivierenden Elementen kombiniert werden», sagt sie und liefert dazu gleich ein Münsterchen: «Pokémon Go hat die Gesellschaft schon heute zu mehr Bewegung motiviert als alle Pedometer und Gesundheitsförderungskampagnen zusammen.» //

Typologie der Parameter, die mit Self-Tracking-Apps erfasst werden können:

Konsum

- Kalorien/Speisen
- Alkohol
- Nikotin
- Kaffee
- Wasser
- Medikamente

Körperfunktionen

- Menstruation/Fruchtbarkeit
- Schwangerschaft
- Stuhlgang

Physiologische Parameter

- Herzfrequenz
- Blutzucker/Glukose
- Temperatur
- Blutdruck
- Gewicht
- Atmung

Krankheitssymptome

- Kopfschmerzen
- Schmerzen
- Asthma-Anfälle
- Allergien

Mobilität

- Lokalisierung
- Höhenlage
- Zeit

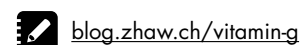
Psychische Parameter

- Stimmung
- Stresslevel
- Wachheit

Physische Aktivität

- Sport
- Schlaf
- Reisen
- Sex
- Zähneputzen

Quelle: Barcena, Wueest & Lau, 2014.



INTERKULTURELLES TRAINING FÜR DIE PFLEGE

Begegnungen mit Menschen aus anderen Kulturen sind Teil des Pflegeberufs. Die dazugehörigen interkulturellen Kompetenzen eignen sich Pflegestudierende im europaweiten Austauschprogramm European Nursing Module an. Von den Theoriemodulen in Winterthur profitieren aber auch bereits diplomierte Pflegefachpersonen.

VON URSINA HULMANN

«Einmalige, nachhaltige Momente» umschreiben zwei ZHAW-Studierende ihren Aufenthalt in Dänemark. Zwei Wochen lang begleiteten sie Pflegefachpersonen in verschiedenen Institutionen bei ihrer Arbeit, besuchten Theoriemodule und tauschten sich mit dänischen Pflegestudierenden aus. Zur selben Zeit weilten 20 internationale Pflegestudierende in Winterthur

und lernten das Gesundheitssystem der Schweiz kennen. Auch sie besuchten Praxisinstitutionen und absolvierten – gemeinsam mit bereits diplomierten Schweizer Pflegefachpersonen – ein interkulturelles Training. Organisiert wurde der Austausch durch das European Nursing Module (ENM) Network. In Zusammenarbeit mit lokalen Praxisinstitutionen führen die Partnerhochschulen des Netzwerks einmal jährlich ein zweiwöchiges englischsprachiges Modul durch, das sich an zuvor vereinbarten interkulturellen Zielen ausrichtet.

Missverständliche Sprechpausen

Susan Schärli, die das Modul an der ZHAW leitet, hat selbst an verschiedenen Orten der Welt gelebt und als Pflegefachfrau gearbeitet: in den Niederlanden, Belgien, Australien und der Schweiz. Sie betont, wie wichtig der Umgang mit anderen Kulturen im Alltag von Gesundheitsfachpersonen ist: «Interkulturelle Kompetenzen sind nicht nur im Kontakt mit den Patientinnen und Patienten wichtig. Oft sind in der Pflege auch die Arbeitsteams multikulturell.» Neben Schärli unterrichten im Winterthurer Modul ein Dozent aus Japan und eine Dozentin aus den Niederlanden. Auch die bunt gemischte Klasse mit Studierenden aus ganz Europa und Pflegefachpersonen aus der Schweiz biete ein spannendes Lernfeld, ist Schärli überzeugt. In ihrem Unterricht vertieft sie die Theorie zur interkul-

turellen Kommunikation immer wieder mit Rollenspielen und Simulationen. Zum Beispiel im Spiel «Chatter», in dem sie die Studierenden in verschiedene Rollen schlüpfen und so eine Diskussion führen lässt. «Kleinigkeiten wie unterschiedlich lange Sprechpausen können Missverständnisse hervorrufen», erklärt sie. «Der eine Gesprächspartner interpretiert die Sprechpause als Zeichen dafür, dass das Gegenüber nichts sagen will. Der andere hat das Gefühl, nicht zu Wort zu kommen.» Schärli ist es wichtig, dass den Studierenden solche Unterschiede bewusst werden. Denn negativ bewertet, verhindern sie einen richtigen Austausch. «Die zwei Wochen sind ein Anstoss zur Entwicklung der interkulturellen Kompetenzen», fasst sie zusammen. Wichtig sei deshalb, dass der Aufenthalt gut vor- und nachbereitet werde.

Respekt vor anderen Kulturen

Karin Boakye, die als Pflegefachfrau bereits in der klinischen Praxis arbeitet, hat das Modul an der ZHAW besucht. «Obwohl wir alle aus Europa kommen, gibt es in der Pflege doch grosse Unterschiede zum Beispiel bei den Arbeitszeiten, bei der Abstufung der Qualifikationen oder bei der Hierarchie zwischen Ärzten und Pflegefachpersonen», sagt sie. Eine andere

Teilnehmerin stellt fest: «Ich habe während des Moduls gemerkt, wie oft ich kategorisiere. Dass es auch Unterschiede innerhalb eines Landes gibt, war mir wenig bewusst.»

Durch das Training sei ihr Respekt gegenüber anderen Kulturen gewachsen.


Freude bereitete der Aufenthalt der internationalen Studierenden auch den Patienten in den besuchten Praxisinstitutionen. «Vielen macht es Spass, mit den Studierenden einige Worte auf Englisch wechseln zu können», so Susan Schärli. //

«Oft sind in der Pflege auch die Arbeitsteams multikulturell.»

DURCHFÜHRUNG 2017

Das nächste European Nursing Module findet vom 6. bis 17. März 2017 statt. Pflegefachpersonen aus der Praxis, die an einer Teilnahme interessiert sind, können sich bei Susan Schärli melden: susan.schaerli@zhaw.ch.

Gesucht werden zudem Praxisinstitutionen, die beim ENM mitwirken, sowie Unterkunftsmöglichkeiten für die Studierenden, die nach Winterthur kommen.

 **Lesen Sie, was ZHAW-Studierende während des ENM im Ausland erlebt haben:**
zhaw.ch/gesundheits/enm



Pionierin: Michaela Schwarzfischer arbeitet als Klinische Fachspezialistin im KSW.

RÜSTZEUG FÜR NEUE ROLLE

Die Sandwichposition zwischen Pflegeteam und Ärzteschaft bedeutet eine Herausforderung. Ein neues CAS vermittelt nun Kompetenzen für Klinische Fachspezialistinnen und -spezialisten.

VON ANDREA SÖLDI

Seit zwei Jahren arbeiten am Kantonsspital Winterthur (KSW) sogenannte Klinische Fachspezialisten. Diese ausgebildeten Pflegefachpersonen sind mit Aufgaben betraut, die traditionell zum ärztlichen Bereich gehören: Sie leiten Visiten, schreiben Austrittsberichte, schätzen den Heilungsverlauf von Wunden ein und verordnen sogar einige Medikamente – bis anhin alles ohne spezielle Ausbildung. Nun bietet das Departement Gesundheit ab nächstem Jahr einen passenden Zertifikatslehrgang (CAS) an. «Wir wollen die Pflegefachleute befähigen, ihre neue Berufsrolle kompetent

wahrzunehmen», sagt Studiengangleiterin Anita Manser.

Problembasiertes Lernen

Im einjährigen Lehrgang werden medizinische Grundlagen wie bildgebende Diagnostik, Endokrinologie, Diabetologie und Schmerzmanagement thematisiert. Zudem vertiefen die Teilnehmenden ihre kommunikativen Kompetenzen und befassen sich mit der korrekten Dokumentation des Krankheitsverlaufs sowie der Koordination vom Eintritt bis zum Austritt der Patienten. Weiter setzen sie sich mit betrieblichen, rechtlichen und finanziel-

len Aspekten auseinander. Die Inhalte würden hauptsächlich durch eigenständige Lernformen vermittelt, erklärt Anita Manser. Ausgehend von einem Problem im Arbeitsalltag erarbeiten die Studierenden selber Lösungen. Unter Anwesenheit von Experten präsentieren sie diese anschliessend im Plenum.

Die interprofessionelle Weiterbildung, die sich auch an Gesundheitsfachleute wie Physio- und Ergotherapeuten sowie Hebammen richtet, wurde in enger Zusammenarbeit mit dem KSW konzipiert. «Das neue Berufsbild wurde nicht am Schreibtisch entworfen, sondern entstand aus ei-

nem Bedarf in der Praxis heraus», betont Stefan Breitenstein. Der Chefarzt des Departements Chirurgie hat als erster Arzt am KSW damit begonnen, Pflegefachleuten mehr Aufgaben zu übertragen. Sein Bestreben ist es, Assistenzärzte von administrativen Arbeiten zu entlasten, damit sie mehr Zeit im Operationssaal verbringen und ihre Ausbildung verbessern können.

Seine Grenzen kennen

Klinische Fachspezialisten arbeiten stets im Tandem mit einer Ärztin oder einem Arzt, der nach wie vor die Verantwortung trägt. Die Definition ihrer Aufgaben und Kompetenzen wird laufend angepasst. «Am Anfang gab es einige Unsicherhei-

ten, was unsere Rolle betrifft», sagt Michaela Schwarzfischer, die seit November 2015 als Klinische Fachspezialistin arbeitet. Nach zehn Jahren Erfahrung hatte die Pflegefachfrau mit Bachelorabschluss Lust auf etwas Neues. Nun ist sie dem Ärzteteam zugeteilt und kümmert sich um die Betreuung auf der Bettenstation. Aufgrund ihrer bisherigen Erfahrungen kenne sie die Abläufe auf einer Pflegeabteilung gut, sagt Schwarzfischer. «Das erweist sich als sehr wertvoll.» Wenn sie sich unsicher fühlt, etwa bei der Verordnung eines Medikaments, schaut sie in der Fachliteratur nach oder konsultiert einen Arzt. «Es ist wichtig, dass ich meine Grenzen kenne und einhalte», sagt sie.

Um der neuen Berufsrolle noch besser gewachsen zu sein, will Schwarzfischer im Februar mit dem CAS an der ZHAW beginnen. Einerseits möchte sie damit ihr medizinisches Fachwissen vertiefen – zum Beispiel für die Interpretation von Laborwerten oder die Auswertung von bildgebenden Verfahren. Andererseits erhofft sie sich mehr Sicherheit bei Aufgaben wie der Leitung von Visiten, der Teilnahme an Ärzterapporten und der Kommunikation mit dem Pflege team. Die motivierte Fachfrau ist überzeugt: «Die Weiterbildung bedeutet für mich eine einmalige Chance, mich beruflich weiterzuentwickeln.» //

«PFLEGEFACHPERSONEN ERÖFFNET SICH EIN SPANNENDES BERUFSFELD»



Markus Wepf, Pflegeleiter
des Departements Chirurgie
am KSW

Markus Wepf, am KSW übernehmen Klinische Fachspezialisten bereits seit zwei Jahren ärztliche Aufgaben. Ist das überhaupt legal?

Als wir damit anfangen haben, sagten viele, das gehe aus gesetzlichen Gründen nicht. Das ist nicht wahr. Es gibt Grenzen zwischen pflegerischen und ärztlichen Kompetenzen, aber auch eine breite Schnittfläche. Hier haben wir grosse Freiheiten, ohne dass das Recht geändert werden muss. Dies hat uns auch ein Jurist bestätigt. Wir haben einen langen Katalog von Aufgaben erstellt, die auch gelernte Pflegefachleute übernehmen können.

Klar ist aber: Es braucht für vieles eine ärztliche Delegation. Die Verantwortung liegt beim Chefarzt.

Die ersten Klinischen Fachspezialisten in Ihrem Spital wurden richtiggehend ins kalte Wasser geworfen. Es gab ja noch keine entsprechende Weiterbildung. Ist das nicht fahrlässig?

Es sind in der ganzen Zeit kaum Fehler passiert, nur einige Bagatellen, welche die Patienten nicht zu spüren bekommen haben. Und man darf nicht vergessen: Auch Ärzte sind nicht unfehlbar – vor allem neue, unerfahrene Assistenten. Es ist aber wichtig, dass sich die Pflegefachleute mit neuer Berufsrolle ihrer Grenzen bewusst sind.

Werden die neuen Fachkräfte auch ihrer Verantwortung entsprechend bezahlt, oder handelt es sich vor allem um eine Sparmassnahme?

In erster Linie ist es eine Investition in die Qualität. Wir haben zusätzliche Stellen für die Klinischen Fachspezialisten geschaffen. Danach konnte die Anzahl Assistenzärzte allmählich leicht heruntergefahren werden. Lohnmässig werden Klinische Fachspezialisten irgendwo zwischen Ärzten und Pflegepersonal eingestuft, wobei auch hier noch keine

festen Kategorien bestehen. Die neue Aufgabe ist also auch finanziell attraktiv.

Die neue Rolle wurde ja in erster Linie geschaffen, um die Ärzte zu entlasten. Einmal mehr werden Pflegefachleute instrumentalisiert. Ist das nicht ein Rückschritt in alte Zeiten?

Nein, das ist ein spannendes, neues Betätigungsfeld für Pflegefachleute. Sie müssen aber bereit sein, unter ärztlicher Delegation zu arbeiten und Gräben zwischen den beiden Berufsgruppen zu überwinden. Wir hoffen, dass viele den Mut aufbringen, die Grenzen zu sprengen.

Das CAS Klinische Fachspezialistin / Klinischer Fachspezialist startet erstmals am 3. Februar 2017. Die interprofessionelle Weiterbildung wendet sich an Gesundheitsfachpersonen mit mindestens zwei Jahren Berufserfahrung. Ein Bachelorabschluss oder eine Zusatzausbildung in einem Spezialgebiet ist von Vorteil; auch Sur-Dossier-Aufnahmen sind möglich.

Das CAS besteht aus drei Modulen, die auch separat besucht werden können. Der Unterricht findet über ein Jahr verteilt an Halbtagen und in Zweitagesblöcken statt. Jedes Modul kostet 2500 Franken, dazu kommt eine Einschreibgebühr von 300 Franken.



Weitere Informationen:

zhaw.ch/gesundheit/weiterbildung

LEBENSQUALITÄT IM ALTER FÖRDERN

Geriatrische Physiotherapie umfasst Interventionen, die je nach Situation präventiv, kurativ, rehabilitativ oder palliativ wirken. Ein neues CAS vermittelt die dazugehörigen Kompetenzen.

Bei einem Sturz im Bad zieht sich die 85-jährige Gerda Kunz einen Oberschenkelhalsbruch zu. Nach einer Operation und einem mehrwöchigen Aufenthalt im Spital wird sie nach Hause entlassen. In der stationären Physiotherapie hat sie geklärt, was ihr im Alltag möglich sein wird und auf welche Hilfsmittel sie zurückgreifen kann. Etwas Sorgen bereiten ihr die Treppenstufen vor der Wohnungstür. Werden ihre Kräfte dafür reichen? Was, wenn sie erneut stürzt? In den Wochen nach dem Spitalaustritt hilft ihr eine Physiotherapeutin vor Ort, wieder Sicherheit im häuslichen Umfeld zu gewinnen und die Sturzangst abzubauen.

Die Zahl betagter Menschen nimmt zu und damit auch die Zahl der Patienten mit Mehrfacherkrankungen und komplexen Problemstellungen. Gleichzeitig eröffnen moderne Technologien neue Möglichkei-

ten, um auch im Alter gezielte Impulse zu setzen. Die Physiotherapie nimmt in der geriatrischen Medizin eine wichtige Stellung ein. Sie umfasst präventive, kurative, rehabilitative und palliative Behandlungsaspekte, wobei diese oft fließend ineinander übergehen. Das CAS Klinische Expertise in Geriatrischer Physiotherapie vermittelt Fachwissen und Lösungsansätze für eine Spezialisierung. Physiotherapeutinnen und -therapeuten lernen, ältere Menschen unter Berücksichtigung der biopsychosozialen Faktoren zu behandeln. Ziel dabei ist es, den Patienten Lebensqualität und grösstmögliche Selbständigkeit zu ermöglichen.

Das CAS gliedert sich in drei Module, die sich in beliebiger Reihenfolge absolvieren lassen. Es kann einzeln besucht oder als fachliches CAS an den MAS Management in Physiotherapie angerechnet werden.



CAS Klinische Expertise in Geriatrischer Physiotherapie

Dauer: 19 Kontakttage in 8 Monaten
Umfang: 15 ECTS-Punkte
Start: 23. März 2017
Kosten: CHF 5950.–
Leitung: Ursina Schmid

NEUE BETREUUNGSMODELLE

Paul Brügger lebt im Altersheim und freut sich auf den Besuch von Monika Huber. Die Pflegeexpertin APN macht im Auftrag des Heimarztes die wöchentliche Visite. Sie überprüft die Laborwerte des 86-jährigen, entscheidet, ob das Medikament zur Blutverdünnung richtig eingestellt ist, hört Herz und Lunge ab, kontrolliert Gewicht und Allgemeinzustand. Nebst den klinischen Untersuchungen versucht sie, im Gespräch zu ergründen, wie der Senior seinen Alltag bewältigt, ob er hie und da spazieren geht und an den Altersheimveranstaltungen teilnimmt. Paul Brügger schätzt den Austausch und die Tatsache,

dass Monika Huber sich Zeit für ihn nimmt. Sie kennt ihn inzwischen genügend gut, um zu wissen, welche ihrer Empfehlungen bei ihm auf offene Ohren stossen. Für den Heimarzt ist die Aufgabenteilung mit der Pflegeexpertin APN ideal. Er hat Vertrauen in ihre Kompetenzen und kann so mehr Zeit für medizinisch komplexe Fälle aufwenden.

Damit fortgeschrittene Pflegefachpersonen für Situationen wie diese noch besser gerüstet sind, bietet die ZHAW ab Herbst 2017 zwei neue Weiterbildungskurse (WBK) für Advanced Practice Nurses (APN) an.

Weiterbildungskurse (WBK) für APN

WBK Pathophysiologie und Diagnostik
WBK Pharmakologie

Dauer: 5 Kontakttage pro WBK
Umfang: 5 ECTS-Punkte pro WBK
Datum: Herbst 2017
Kosten: CHF 2450.– pro WBK
Leitung: Barbara Grädel Messerli



SCHLAF-WORKSHOPS IM MÖBELHAUS

Schlaf ist wichtig für unsere Regeneration, unser Wohlbefinden und unsere Leistungsfähigkeit. Die Absolventinnen des Weiterbildungskurses «Ausgeschlafen!» möchten diese Ressource im Therapiealltag besser nutzen. Ihr Know-how konnten sie bereits unter Beweis stellen: bei der Durchführung von Schlaf-Workshops bei Ikea.

VON RITA ZIEGER

Samstagmorgen, 9.50 Uhr. In der Ikea Dietlikon herrscht Hochbetrieb. Ein Familienvater prüft die Stabilität eines Schrankes. Zwei Freundinnen fläzen sich kichernd auf ein Sofa. Ein Pärchen streitet darüber, ob sie Hochlehner «Hendriksdal» in Beige oder in Schwarz nehmen sollen, während ihr Sohn mit dem Kickboard zwischen den Stühlen herumkurvt.

In der Matratzenabteilung startet Ergotherapeutin Nicole Rüfenacht ihren Laptop. Sie wird heute die Workshops zum Thema «Healthy Sleeping» halten. Alle drei Durchführungen sind ausgebucht,

«aber spontan Entschlossene sind ebenfalls willkommen», versichert sie. Die Stuhlreihe vor der mobilen Leinwand füllt sich langsam. Einige Zuhörer machen es sich auf den Betten dahinter bequem. «Das Thema interessiert mich», sagt eine Mittvierzigerin, nach dem Grund für ihr Kommen gefragt. «Gut schlafen ist für mich leider nicht mehr so selbstverständlich wie früher.»

Volkskrankheit schlechter Schlaf

Die Workshop-Besucherin ist in guter Gesellschaft. Wie die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 zeigen,

leidet etwa jeder Vierte an Schlafstörungen, hat also Probleme beim Ein- oder Durchschlafen oder wacht morgens zu früh auf. Dabei unterstützt Schlaf wichtige Vorgänge im Körper: In der Tiefschlafphase etwa werden Hormone produziert, die das Wachstum und die Reparatur von Muskelzellen unterstützen. Die REM-Phase, auch Traumphase genannt, ist wichtig, um Gefühle und Informationen zu verarbeiten. Schlafstörungen wirken sich so nicht bloss physisch aus, sondern können auch zu psychischen und kognitiven Einschränkungen führen.

Im einstündigen Workshop präsentiert Nicole Rüfenacht der Ikea-Kundschaft das Einmaleins des guten Schlafs. Sie spricht über den Einfluss von Licht auf unseren Hormonhaushalt, über die Auswirkungen von Koffein und Alkohol, über schlafförderndes Verhalten und den Aufbau von Bettsystemen. Auch Schlafpositionen sind Thema: Aus ergonomischer Sicht wird die Seiten- oder die Rückenlage empfohlen. «Allerdings begünstigt die Rückenlage Schnarchen oder Atemaussetzer», warnt die Ergotherapeutin. Die Bauchlage führe aufgrund der Rotation in der Halswirbelsäule oft zu Nackenschmerzen. Eine Zuhörerinnen seufzt bedeutungsvoll.

Ergotherapeutin Nicole Rufenacht demonstriert, wie man das Bettsystem auf Körperform und Gewichtsverteilung abstimmt.

Schlafstörungen und Schmerz

Nicole Rufenacht arbeitet unter der Woche im Zürcher Rehaszentrum Wald. Sie ist eine von 15 Ergo- und Physiotherapeutinnen, die den zweitägigen Weiterbildungskurs «Ausgeschlafen!» an der ZHAW besucht haben. «Wenn ich meine Patienten in der Klinik frage, wie es ihnen geht, antworten 80 Prozent, sie hätten schlecht geschlafen», erzählt sie. Bis vor einigen Monaten sei sie darauf nicht weiter eingegangen, «schliesslich liegen wir alle hie und da wach, gerade in einer fremden Umgebung». Heute fragt sie genauer nach und gibt den Patienten auch mal Lagerungsmaterial mit. «Es ist erstaunlich, dass wir dem Schlaf bisher so wenig Bedeutung beigemessen haben», sagt sie. «Schliesslich beeinflusst er unseren Alltag ganz wesentlich.»

Diese Einschätzung teilt Berufskollegin Barbara Droth, die sich mit ihrer Praxis auf die Behandlung von Schlafstörungen spezialisiert hat. Wegweisend dafür waren Patienten, die an chronischen Schmerzen litten oder postoperativ zur Therapie kamen. «Sie klagten über Beschwerden beim Liegen, konnten nachts kaum schlafen. Tagsüber waren sie unkonzentriert, gereizt und geschwächt, was wiederum die Schmerzen verstärkte – ein Teufelskreis», erzählt sie. Die Ergotherapeutin führt in solchen Fällen eine ausführliche Anamnese durch und untersucht Körperhaltungen, Atmung, Schlafstellungen, Bettausstattung sowie Schlafumge-

bung. Je nach Befund und Zielsetzung stellt sie dann ein Massnahmenpaket zusammen: Sie informiert ihre Patienten zum Beispiel über schlafhemmende Einflüsse, berät sie zu Verhaltensänderungen, instruiert sie bei Atem- und Entspannungstechniken oder nimmt Anpassungen im Schlafzimmer vor. «Verbessert sich der Schlaf, lassen oft auch die körperlichen Beschwerden nach», sagt sie. «Die Betroffenen können den Alltag wieder besser bewältigen – für mich als Ergotherapeutin ein Kernanliegen.»

Wirbelsäule entlasten

In der Ikea Dietlikon ist Nicole Rufenacht inzwischen zum praktischen Teil übergegangen. An zwei Workshop-Teilnehmern demonstriert sie, wie man das Bettsystem, bestehend aus Matratze und Lattenrost, auf Körperform und Gewichtsverteilung abgestimmt. «Die Wirbelsäule sollte beim Liegen entlastet werden. So können sich die Bandscheiben wieder mit Flüssigkeit füllen.» Zur Veranschaulichung markiert sie die Wirbelsäule ihrer Versuchspersonen mit Klebepunkten. Während beim männlichen Probanden alle Punkte auf einer Linie liegen – das Bettsystem passt –, verlaufen sie beim weiblichen Pendant in einer fallenden Linie. «Die Taille braucht eine bessere Unterstützung und die Schulterpartie sinkt im Vergleich zur Hüfte zu wenig in die Matratze», analysiert Rufenacht. «Bei Frauen ist dies leider ein verbreitetes Problem.»

«Verbessert sich der Schlaf, lassen oft auch die körperlichen Beschwerden nach.»

Potenzial des Schlafs bekannt machen

Ihr Wissen aus der Weiterbildung gibt die 33-Jährige nicht nur bei Ikea weiter, sondern auch in ihrem Team in Wald. Gerne würde sie das Potenzial des Schlafs auch interprofessionell besser nutzen: «Das Thema betrifft das ganze Gesundheitspersonal in unserer Klinik, Ärzte ebenso wie Physiotherapeuten, Pflegefachleute oder Psychologen.» Einen Schritt in diese Richtung macht das Netzwerk Sleep, das 2014 von ZHAW-Dozentin Verena Langlotz Kondzic sowie weiteren Ergo- und Physiotherapeutinnen gegründet wurde. Es zielt darauf ab, Fachwissen zum Thema Schlafen und Liegen über verschiedene Berufsgruppen und Institutionen hinweg weiterzuentwickeln und zu verbreiten. An der ZHAW geschah dies mit dem Weiterbildungskurs «Ausgeschlafen!», aber auch mit entsprechenden Lerninhalten im Bachelorstudiengang Ergotherapie. Dass Ikea an der ZHAW zeitgleich nach Fachleuten für ihre fast 100 Workshops in der Deutschschweiz suchte, war ein glücklicher Zufall. Der Unterricht wurde so gewissermassen zum Train-the-Trainer-Programm.

Der Workshop von Nicole Rufenacht ist inzwischen zu Ende. Die Ikea-Kunden schwärmen in alle Richtungen aus. Einige testeten ihre neuen Kenntnisse in der Matratzenabteilung. «Hilfreich fand ich die Beispiele dazu, wie die Wirbelsäule gestützt werden soll», sagt eine Workshop-Teilnehmerin. Das werde sie sich zu Herzen nehmen. «Zwar sind mein Mann und ich auf der Suche nach einem Gästebett» – sie lächelt verschmitzt –, «aber nach so vielen Ehejahren bin ich auch froh um eine Ausweichmöglichkeit.» //



Ikea-Besucher lernen das Einmaleins des guten Schlafs.

Der zweitägige Weiterbildungskurs «Ausgeschlafen! Die Chance des Schlafs für die Therapie» wird im Herbst 2017 ein zweites Mal durchgeführt. Er richtet sich an Gesundheitsfachpersonen, insbesondere Ergo- sowie Physiotherapeutinnen und -therapeuten.



Mehr dazu: zhaw.ch/gesundheits/weiterbildung

Gewusst wie!



DÖSEN SIE NOCH ODER SCHLAFEN SIE SCHON?

Diverse Studien zeigen, dass wir unseren Schlaf bereits mit kleinen Verhaltens- und Verhältnisanpassungen positiv beeinflussen, nicht nur in den Abendstunden, sondern auch tagsüber. Wer sich zum Beispiel täglich 30 bis 90 Minuten bewegt, schläft laut Studien besser und wacht am Morgen erholter auf. Auch Tageslicht unterstützt den körpereigenen Wach-Schlaf-Rhythmus. Wir schlafen nachts tiefer, wenn wir uns untertags über eine Stunde in hellem Licht aufgehalten haben.

Licht, Lärm ...

Licht kann unsere Nachtruhe aber auch negativ beeinflussen, dann nämlich, wenn wir langsam ans Zubettgehen denken. Helligkeit, speziell Blaulichtquellen wie Handys, Computer oder TV-Geräte unterdrücken die Ausschüttung des schlaffördernden Hormons Melatonin. Deshalb: Mobile Geräte aus und Zimmertür zu. Letzteres schützt zugleich vor akustischen Immissionen. Laut Cary Brown, Ergotherapeutin und Professorin für Rehabilitation Medicine in Kanada, leidet unsere Schlafqualität ab Geräuschen von 30 Dezibel. Zum Vergleich: Ein normales Gespräch hat eine Lautstärke von ungefähr 60 Dezibel. Ideal ist nach Brown gerade

Einen Drittel unseres Lebens verbringen wir schlafend. Schlaf beeinflusst unser Schmerzempfinden, unsere Lernfähigkeit und unsere Gefühle.

Kurz: Schlaf ist eine mächtige Ressource für unser Funktionieren im Alltag. Wie sich die Zeit im Bett möglichst erholsam gestalten lässt, verrät Ergotherapeutin Verena Langlotz Kondzic*.

für Kinder mit Schlafproblemen ein konstantes Rauschen im Hintergrund, etwa von einer Lüftung. Damit werden punktuell auftretende Geräusche absorbiert, die den Schlaf sonst unterbrechen könnten.

... und Laster


Die beste Lärmstrategie richtet wenig aus, wenn das Abendessen im Magen drückt oder das Koffein noch in den Fingern kribbelt. Ein, zwei Gläser Wein lassen einen zwar schwer ins Bett sinken, die zweite Nachthälfte wird aber meist ziemlich unruhig. In höheren Dosen behindert Alkohol die Atmung und fördert das Schnarchen, was der Erholung ebenfalls abträglich ist. Eine gesündere Alternative, die bei vielen Menschen schlafanstossend wirkt, ist ein warmes Bad. Steigen wir aus der Wanne, sind wir nicht nur entspannt, sondern unterstützen zugleich einen Prozess, der für das Einschlafen entscheidend ist: Die Körpertemperatur sinkt.


Wie man sich bettet

Natürlich spielt nicht zuletzt das Bett und damit die Ergonomie beim Liegen eine entscheidende Rolle. Matratze und Rost sollten aufeinander abgestimmt sein und die physiologische Form der Wirbelsäule unterstützen. Für Rückenschläfer bedeutet dies:

Ohr, Schulter und Hüftgelenk liegen auf einer Linie. Bei einem bestehenden Bettssystem kann es helfen, einzelne Latten zu entfernen oder die Konturierung unter der Matratze zu verbessern, indem man ein Frottieretuch unterlegt. Steht ein Neukauf an, empfiehlt sich ein individuell adaptierbares System, das sich später an veränderte Umstände anpassen lässt. Zum Schluss noch ein Tipp fürs Portemonnaie: Testmöglichkeiten, Umtausch- und Geld-zurück-Garantien schützen vor Fehlkäufen.

* **Verena Langlotz Kondzic** unterrichtet an der ZHAW zum Thema Liegen und Schlafen. Gemeinsam mit Prof. Cary Brown sowie weiteren Ergotherapeutinnen und -therapeuten gründete sie die Webplattform

 sleepOT.org

 blog.zhaw.ch/vitamin-g

Do, 24. Nov. 2016 // 17.30–19.00 Uhr

Antrittsvorlesungen

von Prof. Dr. Daniela Händler-Schuster und Prof. Dr. Thomas Volken.

ZHAW Gesundheit

Sa, 26. Nov. 2016 // 9.00–16.30 Uhr

Sexualität und Beckenboden

9. Pelvisuisse-Symposium mit Referaten, Workshops und einer Posterausstellung.

Institut für Physiotherapie
in Kooperation mit Pelvisuisse

Mo, 28. Nov. 2016 // 12.00–12.45 Uhr

Lunch Lecture «#NotATarget»

Médecins Sans Frontières (MSF) informiert über die prekäre Situation der weltweiten humanitären Hilfe. Die dazugehörige Ausstellung «#NotATarget» kann vom 28. November bis 2. Dezember jeweils tagsüber am Departement Gesundheit besucht werden.

ZHAW Gesundheit



Mi, 7. Dez. 2016 // 17.30–19.00 Uhr

Antrittsvorlesungen

von Prof. Dr. Markus Wirz und Prof. Dr. Andreas Gerber-Grote.

ZHAW Gesundheit



Fr, 20. Jan. 2017 // 8.30–17.00 Uhr

Nach einem Schlaganfall das Gleichgewicht wiederfinden

Das Symposium thematisiert strukturelle und funktionelle Ursachen für Gleichgewichtsstörungen, Assessments sowie Behandlungsmöglichkeiten.

Institut für Physiotherapie
in Kooperation mit IBITA Swiss

Fr, 20. Jan. 2017 // 14.00–16.30 Uhr

From Politics and Polemic to Collaboration

Das diesjährige APN-Symposium thematisiert die Entwicklung von Beruf und Forschung in der Schweiz.

Institut für Pflege

Sa, 21. Jan. 2017 // 8.30–17.00 Uhr

Gehen verstehen®

Das Symposium greift Fragen rund um die Differenzialdiagnostik in der Gang- und Bewegungsanalyse auf.

Institut für Physiotherapie
in Kooperation mit Physiotherapia Paediatrica

Sa, 21. Jan. 2017 // 9.15–17.00 Uhr

Better Birth – eine Frage der Perspektive?

Welche Erwartungen haben Frauen an sie betreuende Fachpersonen und wie kann man diesen gerecht werden? Das 4. Winterthurer Hebammen-symposium sucht Antworten.

Institut für Hebammen

Do, 26. Jan. 2017 // 18.30–20.00 Uhr

Sturzprävention im Alter

Der öffentliche Anlass ist Teil der Veranstaltungsreihe der Beratungsstelle für Angehörige von älteren Menschen.

Institut für Pflege



Sa, 4. Feb. 2017 // 9.00–17.00 Uhr

Integrierte Versorgung

Wo steht die Ergotherapie in der integrierten Versorgung? Ist sie an den Entwicklungen beteiligt oder riskiert sie, abgehängt zu werden? Um diese Fragen kreist der 1. Winterthurer Ergo-Gipfel.

Institut für Ergotherapie



Sa, 18. Mär. 2017 // 8.30–17.00 Uhr

Wie treffsicher sind wir?

Das Symposium Muskuloskelettale Physiotherapie thematisiert die Zuverlässigkeit von Tests und Algorithmen bei der Diagnose und Behandlung von Schulterschmerzen.

Institut für Physiotherapie

Veranstaltungsort: ZHAW Gesundheit, Technikumstrasse 71, Winterthur



Nähere Informationen: zhaw.ch/gesundheit/veranstaltungen

IMPRESSUM

VITAMIN^G

Für Health Professionals mit Weitblick
Nr. 1 / November 2016

vormals: BULLETIN (2009–2016)
Das Magazin des ZHAW-Departements
Gesundheit

Herausgeber

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

Redaktion

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

Art Direction und Layout

Partner & Partner, Winterthur

Druck

ZT Medien AG, Zofingen

Korrektorat

Ingrid Essig, Winterthur

Fotos

Keiko Saile (Titelbild, S. 8, 17, 21, 23, 24, 25),
Stephanie Kunde (S. 3), Fotalia (S. 4),
John Canciani (S. 6), Liisa Saarikko
(S. 12), istockphoto (S. 11, 18, 26, 31, 34),
Lutz Hartmann (S. 29), Rita Ziegler (S. 32),
Claudio Fuchs (S. 33), Philipp Funk (S. 36),
Bildarchiv Departement Gesundheit (übrige)

Illustrationen

Silvia Kuprecht, Stäfa

Auflage

6000

Erscheinungsweise

2-mal jährlich

Das Magazin kann kostenlos abonniert
werden: zhaw.ch/gesundheit/vitamin-g

ISSN 2504-1835

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

CAMPUS



DER HERBST IST DA und mit ihm ein neues Semester, in dem 414 Bachelorstudierende ihre Ausbildung am Departement begonnen haben.

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

