



## Was stärkt die Professionsentwicklung?

### **Raus aus den Silos**

Was die Zusammenarbeit in der Praxis stärkt.

**Seite 12**

### **Wachsende Bedeutung**

Respiratory Therapists in der Schweiz.

**Seite 18**

### **Üben, bis es sitzt**

Wie Simulation Sicherheit schafft.

**Seite 22**



12



22



18

### Professionsentwicklung

- 4 «Die neuen Berufsrollen werden zunehmend ausserhalb der Spitäler arbeiten»
- 6 Wie haben sich die Gesundheitsberufe entwickelt?
- 8 Lernen in der Praxis sichtbar machen
- 10 Traumatische Geburtserfahrungen besser verstehen
- 12 Interprofessionell ausgebildet – und doch zurück im Silodenken?
- 14 Nachhaltigkeit als Kernkompetenz in der Ernährungsberatung
- 16 Digitalisierung im Gesundheitswesen: Wo es hakt – und wie es klappt
- 18 Respiratory Therapists: Unverzichtbar – doch kaum bekannt
- 20 Leadership als Motor professioneller Identitätsentwicklung
- 22 Mit neuen Lernformen für den Ernstfall üben
- 24 Advanced-Practice-Rollen werden nachhaltig verankert
- 26 Umstieg statt Ausstieg – Mit Matching-Plattform im Pflegeberuf bleiben
- 28 Methoden und Instrumente für eine partizipative Praxis

### 30 News

### Liebe Leser\*innen

Professionsentwicklung ist mehr als Wissensweitergabe oder Anpassung an neue Bedingungen. Sie ist ein Kernprozess im Gesundheitswesen: Wo Fachpersonen lernen, ihre Rollen reflektieren, Verantwortung übernehmen und Neues erproben, entsteht die Versorgung von morgen.

Die «frequenz»-Beiträge zeigen, wie vielfältig das aussehen kann: Studierende entwickeln ihre Kompetenzen gezielt weiter, etwa mit dem «KompetenzKompass». Ernährungsberater\*innen integrieren ökologische Fragen in Beratungssituationen. Digitale Werkzeuge entfalten ihren Nutzen erst, wenn Fachpersonen ihre Einführung aktiv mitgestalten.

Gleichzeitig werden Herausforderungen sichtbar: Interprofessionell ausgebildete Berufseinsteiger\*innen treffen auf Strukturen, die Zusammenarbeit erschweren. Advanced-Practice-Rollen können ohne stabile Verankerung rasch verschwinden. Und viele Pflegendе verlassen den Beruf, obwohl ein Wechsel innerhalb der Pflege möglich wäre. Das Projekt «Umstieg statt Ausstieg» setzt hier an: Eine Matching-Plattform soll Übergänge erleichtern und den Verbleib im Beruf stärken.

Leadership spielt dabei eine zentrale Rolle: Gute Führung schafft Räume für Identitätsentwicklung und Lernkultur. Weiterbildungen wie das CAS «Expert\*in Partizipative Gesundheitsversorgung», Lernen durch Simulation oder spezialisierte Rollen wie Respiratory Therapists zeigen, wie sich Professionen weiterentwickeln.

Dass wir als Departement Gesundheit der BFH diese Entwicklungen seit 20 Jahren mitgestalten dürfen, erfüllt uns mit Stolz. Seit 2006 bilden wir Gesundheitsfachpersonen aus, die Verantwortung übernehmen, kritisch denken, reflektieren und Innovationen in die Versorgung tragen. Wir forschen zu aktuellen Fragen, liefern Evidenz, machen Zusammenhänge sichtbar – und geben Impulse für ein lernendes, zukunftsfähiges Gesundheitswesen.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.



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

### Impressum

**Herausgeberin:** Berner Fachhochschule BFH,  
Departement Gesundheit, ISSN 2297-1084  
**Erscheinungsweise:** zweimal jährlich  
**Auflage:** 6100 Ex.  
**Redaktion:** Sandro Nydegger, Nicole Schaffner, Katja Wey  
**Lektorat:** Katja Wey  
**Bilder:** BFH, sofern nicht anders vermerkt  
**Illustrationen:** Adobe Stock u. a.  
**Titelbild:** Juan Moyano  
**Layout:** Etage Est GmbH, Bern  
**Druck:** merkur medien ag, Langenthal  
**Abonnement:** [bfh.ch/gesundheit/frequenz](http://bfh.ch/gesundheit/frequenz)



Die Texte dieses Werkes sind lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung-Nicht kommerziell 4.0 International Lizenz. Bilder und Grafiken stehen gemäss Schweizer Urheberrechtsgesetz für nicht kommerzielle Zwecke frei zur Verfügung.

# «Die neuen Berufsrollen werden zunehmend ausserhalb der Spitäler arbeiten»

Anja Hermann ist seit rund 40 Jahren im Gesundheitswesen tätig. Nun – kurz vor ihrer Pensionierung – schaut sie zurück auf die Entwicklung ihres Berufsfelds, die grossen Trends und wagt einen Blick in die Zukunft.



Anja Hermann ist Expertin in den Bereichen Leadership, Management und Fachentwicklung im Gesundheitswesen.

**Anja Hermann, wenn Sie zurückschauen auf Ihre Karriere im Gesundheitswesen: Was hat sich am meisten verändert?**

Das Gesundheitswesen war schon immer dynamisch, doch in den letzten 20 Jahren hat sich das Tempo deutlich erhöht. Mit der Einführung der Fallkostenpauschalen ist der finanzielle Druck gestiegen. Patientinnen und Patienten bleiben kürzer im Spital und kehren schneller nach Hause zurück. Dadurch nimmt der Turnover in der Versorgung zu – und damit auch der Arbeitsdruck.

Parallel dazu hat sich der Fokus stärker auf die individuellen Bedürfnisse der Menschen verschoben. Die personenzentrierte Versorgung führt dazu, dass Behandlungen gezielter erfolgen, weil die verfügbare Zeit begrenzt ist. Gleichzeitig hat die Akademisierung der Gesundheitsberufe die Professionalisierung und Autonomie – insbesondere in der Pflege – gestärkt. Neue Rollen wie Advanced Practice Nurses sind Ausdruck dieser Entwicklung und gewinnen angesichts einer älter werdenden, multimorbiden Bevölkerung zunehmend an Bedeutung.

**Welche Rolle spielen Advanced Practitioners (APs) bei dieser Entwicklung?**

Advanced-Practice-Rollen leisten einen wichtigen Beitrag zur Kontinuität der Versorgung – insbesondere im Kontext der integrierten Versorgung, der Ambulantisierung und der Vermeidung unnötiger Spitaleintritte. Es ist zentral, dass diese Menschen in der Versorgung sichtbar und nicht versteckt im Büro sind. Gleichzeitig brauchen wir mehr APs, die Praxis, Bildung und Forschung verbinden und die Brücke zwischen Hochschule und Praxis stärken.

**Gibt es Modelle im Ausland, von denen wir lernen können?**

Im skandinavischen Raum beeindruckt mich die grossen Gesundheitszentren, in denen Pflege, Medizin, Therapien und Sozialdienste unter einem Dach zusammenarbeiten. Sie dienen als zentrale Anlaufstellen für die Bevölkerung. Solche Modelle könnten auch in der Schweiz helfen – insbesondere in Regionen mit Versorgungsengpässen.

### Zur Person

Anja Hermann ist stellvertretende Direktorin Pflege/MTT am Universitätsspital Basel und leitet die Abteilung Praxisentwicklung und Forschung. Nach rund 40 Jahren in unterschiedlichen Funktionen am Universitätsspital Basel geht sie in diesem Jahr in Pension.



Sehen Sie das ganze Interview als Video auf unserer Webseite.

---

**«Das Gesundheitswesen war schon immer dynamisch, doch in den letzten 20 Jahren hat sich das Tempo deutlich erhöht.»** Anja Hermann

---

**Wie werden sich Gesundheitsberufe in Zukunft entwickeln?**

Die neuen Berufsrollen im Gesundheitswesen werden zunehmend ausserhalb der Spitäler arbeiten. Modelle wie «Hospital at Home» zeigen diese Entwicklung bereits. Advanced Practitioners werden dabei eine zentrale Funktion übernehmen.

Ein weiterer Treiber ist die Digitalisierung. Ich hoffe, dass KI-gestützte Systeme administrative Aufgaben reduzieren und so den Gesundheitsfachleuten mehr Zeit für Patientinnen und Patienten geben. Gleichzeitig entstehen neue Rollen an der Schnittstelle zwischen Fachpraxis und IT, etwa Chief Nursing Information Officers, die Innovation, Digitalisierung und klinische Expertise verbinden.

**Was raten Sie jungen Menschen, die zu Beginn ihrer AP-Karriere stehen?**

Advanced-Practice-Rollen sind in der Schweiz noch Pionierrollen. Es braucht deshalb Fachpersonen, die ihre Kompetenzen erklären, sichtbar machen und sich auch politisch engagieren. Gerade in einer Phase, in der gesetzliche Grundlagen entstehen, ist dieses Engagement entscheidend.

**Würden Sie sich wieder für einen Gesundheitsberuf entscheiden?**

Die Pflege ist ein ausserordentlich vielseitiger Beruf mit grossen Entwicklungsmöglichkeiten – fachlich wie persönlich. Und das gilt für alle Gesundheitsberufe. Kaum ein anderes Berufsfeld bleibt über Jahrzehnte hinweg so wandelbar und spannend. Darum ja, ich würde mich wieder für einen Gesundheitsberuf entscheiden.

---

Interview:  
Sandro Nydegger, Kommunikation  
Departement Gesundheit

## Wie haben sich die Gesundheitsberufe entwickelt?

Die Menschen im Gesundheitswesen bewegen sich in einem zunehmend komplexen und hochgetakteten Berufsfeld.



### Kompetenzen in der Ausbildung werden wichtiger



Bestimmte Kompetenzen gewinnen an Bedeutung und rücken in den Fokus der Ausbildung.



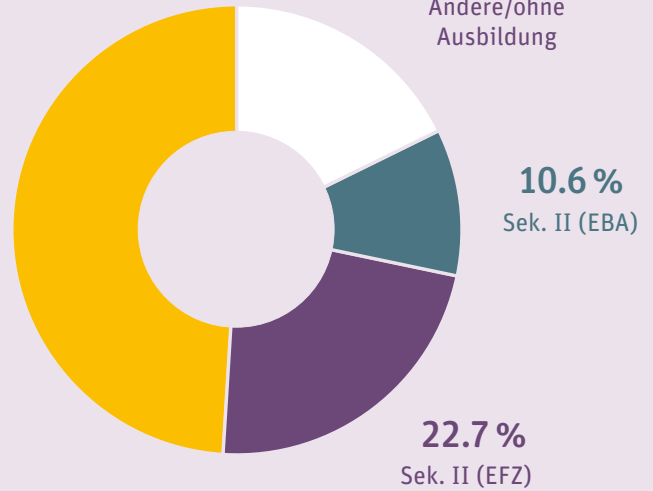
# 20 Jahre

An der BFH Gesundheit bilden wir seit 20 Jahren Fachpersonen für vielfältige und dynamische Berufsfelder im Gesundheitswesen aus.

## Professionalisierung nimmt zu

Heute verfügt etwa die Hälfte des Pflege- und Betreuungspersonals über einen tertiären Abschluss.

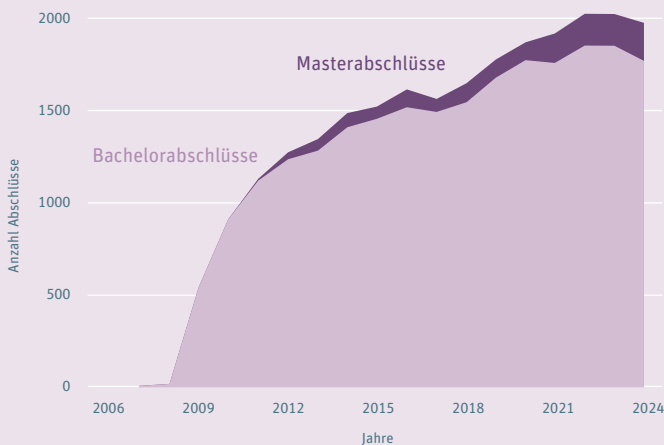
49 %  
Tertiär  
(FH und HF)



Grade-Mix des Pflege- und Betreuungspersonals in der Schweiz 2024.

Quelle: BFS

## Fachhochschulen prägen Entwicklung



Die Grafik zeigt die Abschlüsse in gesundheitlichen Fachrichtungen an den Fachhochschulen in der Schweiz seit 2006 und unterstreicht deren Beitrag zur Entwicklung der Gesundheitsprofessionen.

Quelle: BFS

## Master-Abschlüsse führen zu neuen Rollen



Fachpersonen mit Master-Abschluss übernehmen neue Rollen im Gesundheitswesen. Beispielsweise Advanced-Practice-Rollen.

# Lernen in der Praxis sichtbar machen

Die klinischen Praktika sind ein zentraler Bestandteil des Pflege-Studiums. In verschiedenen Versorgungssettings vertiefen Studierende ihre Kompetenzen. Das Projekt «KompetenzKompass» zeigt, wie sich diese Kompetenzen während der Praktika entwickeln und macht Lernfortschritte sichtbar.

In der Gesundheitsversorgung steigt der Pflegebedarf und gleichzeitig nimmt die Komplexität der Pflegesituationen zu. Um unter diesen Bedingungen eine qualitativ hochwertige Pflege sicherzustellen, ist eine entsprechend anspruchsvolle Ausbildung erforderlich. Angehende Pflegefachpersonen absolvieren als Teil ihres Studiums mehrwöchige bzw. mehrmonatige Praktika in der klinischen Praxis. Die inhaltlichen und formalen Anforderungen an diese Praktika sind definiert, unterscheiden sich jedoch je nach Ausbildungsstand.

Die Evaluation der Praktika erfolgt bislang überwiegend in Form pauschaler Zufriedenheitsbefragungen im Nachgang. Als grosser Ausbildungsbetrieb im Kanton

Bern verfolgt die Insel Gruppe das Ziel, die Qualität der klinischen Ausbildung differenzierter und objektiver zu erfassen. Ein geeignetes Instrument dafür fehlte bisher jedoch.

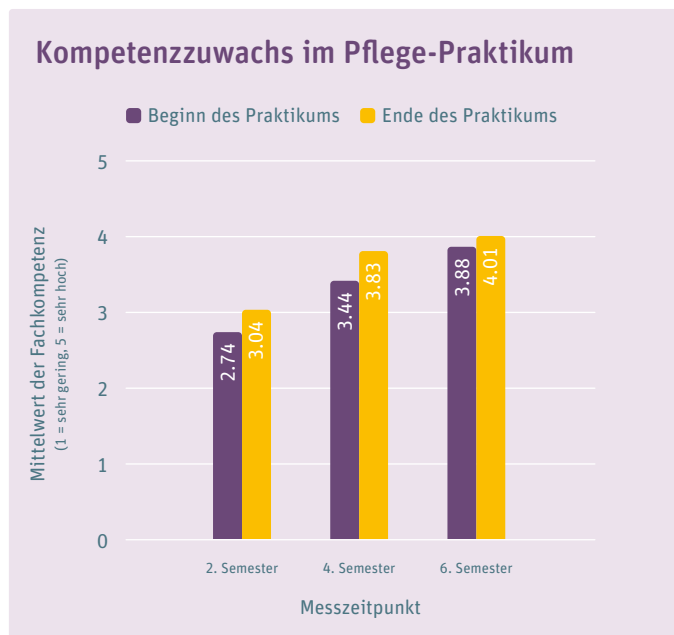
## Das Pilotprojekt «KompetenzKompass»

Im Pilotprojekt «KompetenzKompass», das im Rahmen der Akademie-Praxis-Partnerschaft zwischen der Berner Fachhochschule (BFH) und der Insel Gruppe durchgeführt wurde, wurden ein Konzept, ein Instrument sowie ein Prozess zur Erfassung der im Praktikum erbrachten Ausbildungsleistung entwickelt und erprobt. Ziel war es, mittels eines quantitativ fundierten Verfahrens den Kompetenzzuwachs nach Abschluss der Praktika sichtbar zu machen. Dadurch soll die Ausbildungsqualität systematisch dargestellt und langfristig monitort werden. Zudem lassen sich mithilfe des «KompetenzKompass» gezielte Massnahmen zur Optimierung der Praktika ableiten. So können die Ausbildungsstätten die klinische Ausbildung weiterentwickeln und angehende Pflegefachpersonen auf ihrem Weg zur eigenverantwortlichen Berufsausübung in geeigneter Weise unterstützen.

## Wissenschaftliche Grundlagen zur Kompetenzmessung

Im Zentrum des Projekts steht die Messung der Kompetenz, verstanden als Kombination von Fähigkeiten, Fertigkeiten und persönlichen Eigenschaften zur Bewältigung komplexer Situationen. Als theoretische Grundlage dient das Handlungskompetenzmodell des Staatssekretariats für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) mit den Dimensionen Fach-, Methoden-, Sozial- und Selbstkompetenz.

Die Evaluation basiert auf Situational-Judgement-Tests (SJT), einem Assessment-Instrument, das realitätsnahe Szenarien nutzt, um Kompetenzen zu bewerten.





Das Projekt «KompetenzKompass» misst die Kompetenzerweiterung und hilft, die Ausbildung weiterzuentwickeln.

Die SJT nutzen praxisnahe Fallvignetten mit mehreren Handlungsoptionen. Keine Antwort ist per se falsch, die Optionen unterscheiden sich jedoch hinsichtlich ihrer Komplexität. Die Studierenden wählen jene Option, die ihrem aktuellen Ausbildungsstand am ehesten entspricht. Der Test beruht damit auf einer Selbsteinschätzung des Kompetenzstands. Zur Skalierung wurden das 5-Stufen-Modell von Dreyfus & Dreyfus (1980) sowie die berufspädagogische Adaption von Rauner (2002) herangezogen.

### Umsetzung in der Praxis

Zu Beginn und am Ende des Praktikums erfolgt eine Einschätzung zur Kompetenzentwicklung, anhand des Instruments «SkillsCheck». Die Differenz der Ergebnisse bildet die Entwicklung der Kompetenzen während des Praktikums ab. Das Instrument «SkillsCheck» wurde nach Entwicklung und Validierung der Fallvignetten in den letzten Monaten erstmals am Inselehospital eingesetzt. Über 100 Studierende haben an der Erhebung teilgenommen. Monika Schäfer, Bereichsleiterin Aus- und Weiterbildung Gesundheitsberufe der Direktion Pflege der Insel Gruppe, ist vom Evaluationsansatz überzeugt: «Mit dem KompetenzKompass können wir erstmals systematisch nachvollziehen, wie sich die Kompetenzen der Studierenden während eines Praktikums entwickeln. Diese Transparenz hilft uns bei der Begleitung der Studierenden und der Weiterentwicklung der Ausbildungspraxis.» Zwischen Praktikumsbeginn und -ende zeigen sich in allen Kompetenzdimensionen konsistente Anstiege. Besonders ausgeprägt ist der Kompetenzzuwachs bei niedrigeren Semestern, während in höheren Semestern eine Konsolidierung auf höherem Niveau sichtbar wird (siehe Grafik).

### Mehrwert für Ausbildung und Praxis

Die Vignettenlogik des Instruments «SkillsCheck» wurde von den Studierenden gut akzeptiert. Die Ergebnisse zu Praktikumsbeginn dienten als Grundlage für eine gezielte Planung der Kompetenzentwicklung während des Praktikums. Berufsbildner\*innen und Studierende nutzten sie zudem zur gemeinsamen Reflexion und Ausrichtung individueller Lernziele. Das bestätigt Gesche Gleichner, wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt: «Die Ergebnisse schaffen eine gemeinsame Grundlage für Gespräche über Lernen und Entwicklung. Studierende und Berufsbildner\*innen sprechen damit über dieselben Kompetenzen – das stärkt die Qualität der Ausbildung und die professionelle Zusammenarbeit.»

Die Erhebungen wurden in die betrieblichen Prozesse integriert und ermöglichen eine gezielte Optimierung der klinischen Ausbildung. Das Projekt leistet damit einen Beitrag zur Qualitätsverbesserung und zur Attraktivität der Ausbildung im Sinne der Pflegeinitiative, die in ihrer ersten Phase eine Ausbildungsoffensive ist.

### Anwendung in weiteren Bereichen

Der «KompetenzKompass» soll weiter ausgebaut werden und künftig auch in der Langzeit-, pädiatrischen und psychiatrischen Pflege eingesetzt werden. Gemeinsam mit weiteren Partnern sollen zusätzliche Fallvignetten erarbeitet werden, die praxisnahe Situationen aus den jeweiligen Settings abbilden und die relevanten Kompetenzanforderungen berücksichtigen.

---

Autor:  
Prof. Dr. Kai-Uwe Schmitt,  
Leiter APP Insel Gruppe

# Traumatische Geburtserfahrungen besser verstehen

Was wird unter der Geburt als respektlos oder gewaltvoll erlebt – und warum gehen die Wahrnehmungen von Frauen und Fachpersonen oft auseinander? Die Hebammen Doris Müller und Anja Schlenker forschen zu traumatischen Geburtserfahrungen und sprechen über Verantwortung und Selbstreflexion.



Doris Müller (links) und Anja Schlenker (rechts) forschen zum Thema Traumatische Geburtserfahrungen.

Welche Forschungslücke möchten Sie mit Ihrem Projekt «Traumatische Geburtserfahrungen» schliessen?

**Doris Müller:** Die Begrifflichkeit und die gesellschaftliche Debatte rund um Respektlosigkeit und Gewalt unter der Geburt sind kontrovers. Entsprechend wichtig ist ein Verständnis dafür, was Frauen und Fachpersonen darunter verstehen. Im Schweizer Kontext fehlen bislang systematische Untersuchungen, die die Sicht der Fachpersonen einbeziehen.

**Anja Schlenker:** Zudem untersuchen wir, welche beeinflussbaren Faktoren im geburtshilflichen Kontext zur Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung beitragen, indem wir eine prospektive Längsschnittstudie durchführen und die Teilnehmenden über 16 Monate begleiten. Zu vier Zeitpunkten von der späten Schwangerschaft bis ein Jahr nach der Geburt erfassen wir mit standardisierten Fragebögen, ob erlebte Respektlosigkeit oder Gewalt unter der Geburt zur Entwicklung von posttraumatischen Belastungsstörungen oder postpartalen Depressionen beiträgt. Dabei berücksichtigen wir weitere perinatale Faktoren, um Zusammenhänge zwischen Geburtserleben und psychischer Gesundheit sichtbar zu machen.

Die Definition von Geburtstrauma variiert stark. Wie definieren Sie den Begriff?

**Schlenker:** Geburten werden häufig dann als traumatisch bezeichnet, wenn Frauen sie subjektiv als überwältigend und belastend erlebt haben. Diese rein erfahrungsbasierte Definition ist nachvollziehbar, erschwert es jedoch, die Gründe für diese Geburtstraumata systematisch zu untersuchen. Zudem wird der Begriff des Geburtstraumas auch für Geburten verwendet, in denen Gewalt ausgeübt wurde, ohne dass der Begriff Gewalt

explizit verwendet wird. Deshalb möchten wir untersuchen, welche kurz- und langfristigen negativen Auswirkungen das Geburtserlebnis auf Gesundheit und Wohlbefinden hat und welche Rolle dabei Respektlosigkeit und Gewalt unter der Geburt spielen.

### Wie erklären Sie sich die unterschiedliche Wahrnehmung von Fachpersonen und Gebärenden?

**Schlenker:** Durch Ausbildung, Erfahrung und Fachwissen gibt es ein Machtgefälle zwischen Fachpersonen und Gebärenden. Die Gebärenden befinden sich allein wegen der veränderten Hormone in einer vulnerablen Situation. Es gilt also, anzuerkennen, dass sich die Wahrnehmungen schon aufgrund dieser beiden Tatsachen unterscheiden können.

**Müller:** In dieser vulnerablen Lage fällt es vielen Frauen schwer, Bedürfnisse klar zu formulieren, Entscheidungen aktiv einzufordern oder Grenzen zu setzen. Für Fachpersonen bedeutet das, das Machtgefälle wahrzunehmen und ihr Handeln daran auszurichten. Was für sie Routine ist, ist für Gebärende eine Ausnahmesituation. Sie bewerten die Situation primär aus ihrer körperlichen und emotionalen Erfahrung heraus, Fachpersonen aus ihrer medizinischen Verantwortung.

### Haben Sie Situationen erlebt, in denen sich Wahrnehmungen deutlich unterschieden haben?

**Müller:** Ja, immer mal wieder. Ich habe Geburten erlebt, die ich als «wunderschön» und fachlich gut begleitet empfand, bei denen Frauen im Nachhinein dennoch enttäuscht oder traumatisiert waren. Und umgekehrt Situationen, die aus professioneller Sicht hochproblematisch waren, die Frauen jedoch positiv bewerteten. Dies zeigt, wie individuell Geburt erlebt wird.

### Wie präsent ist das Thema Geburtstrauma im Berufsalltag?

**Schlenker:** Durch die öffentliche Debatte und die Sensibilisierung der Frauen ist das Thema viel präsenter geworden. Ich erlebe im Gebärsaal oft eine gewisse Rat- und Hilflosigkeit bei Fachpersonen, gerade wenn sie nach ihrer Einschätzung alles Mögliche versucht haben und selbst an ihre Belastungsgrenzen stossen. Erfreulicherweise zeigt sich insgesamt ein Wandel: Die besondere Vulnerabilität der Gebärenden wird stärker anerkannt, Automatismen werden hinterfragt und eine respektvolle Kommunikation innerhalb der gegebenen Grenzen gefördert.

### Sie setzen sich mit einem Thema auseinander, das die eigene Profession kritisch beleuchtet. Warum?

**Schlenker:** Ich sehe es als Teil meiner professionellen Integrität, auch schwierige Themen zur Weiterentwicklung der Geburtshilfe aufzugreifen – auch wenn das nicht immer auf Zustimmung stösst.

**Müller:** Es geht nicht um Schuldzuweisungen, sondern um Verantwortung. Professionelles Handeln umfasst auch widersprüchliche und schwierige Aspekte. Diese zu reflektieren, stärkt eine verantwortungsvolle Berufspraxis.

---

«Professionelles Handeln umfasst auch schwierige Aspekte. Wer diese reflektiert, stärkt eine verantwortungsvolle Berufspraxis.» Doris Müller

---

### Welche Veränderungen erhoffen Sie sich für Praxis und Ausbildung?

**Müller:** Bereits in der Vorsorge sollte die Gesundheitskompetenz und das Vertrauen in den eigenen Körper gestärkt werden. Das ermöglicht informierte, weniger angstgeprägte Entscheidungen und fördert das psychische Wohlbefinden. Ergänzend braucht es strukturierte Nachgespräche, mehr Kommunikationsschulungen und eine offene Thematisierung von Macht, Respekt und Gewalt in Ausbildung und Praxis.

**Schlenker:** Eine Weiterentwicklung der Geburtshilfe würde sich in Geburtsräumen zeigen, in denen sich Menschen mit Respekt und auf Augenhöhe begegnen – unabhängig vom Geburtsmodus. Dafür braucht es ein Vergütungssystem, das die Unplanbarkeit von Geburten anerkennt und nicht von Knappheit geprägt ist.



Lesen Sie das vollständige Interview online.

---

Interview:  
Nicole Schaffner, Kommunikation  
Departement Gesundheit

### Zu den Personen

Doris Müller, Wissenschaftliche Mitarbeiterin BFH, Hebamme seit über 20 Jahren, u. a. an den Universitätsspitalern Basel und Zürich, Mutter von zwei Kindern im Teenageralter.

Anja Schlenker, Doktorandin BFH, seit 2019 Hebamme am Universitätsklinikum Leipzig (D) und Traumatherapeutin in eigener Praxis, Mutter von drei Kindern.

# Interprofessionell ausgebildet – und doch zurück im Silodenken?

Viele Studierende starten mit einem starken interprofessionellen Mindset in den Beruf. In der Praxis treffen sie jedoch auf Strukturen, die Zusammenarbeit erschweren. Der Übergang in die klinische Realität zeigt die Lücke zwischen Anspruch und Umsetzung – und wie wichtig praxisnahe Ausbildungsformate sind.

Lara steht kurz vor dem Abschluss des Bachelor of Science in Pflege. Während ihres Studiums hat sie sich systematisch interprofessionelle Kompetenzen erarbeitet: Sie kennt Konzepte geteilter Entscheidungsfindung, reflektiert Rollenbilder und hat in interprofessionellen Modulen erlebt, wie koordinierte Teamarbeit die Patient\*innensicherheit erhöht. Für sie ist klar: So will sie arbeiten. Im Berufsalltag folgt dann die Ernüchterung. Abläufe sind nach Berufsgruppen organisiert, Kommunikation verläuft entlang von Hierarchien, gemeinsame Fallbesprechungen sind selten.

## Lücke zwischen Theorie und Praxis

Was Lara erlebt, ist ein sogenannter Theory-Practice Gap: Während Studierende im Studium interprofessionelle Kompetenzen erwerben, erleben sie im klinischen Alltag professionszentrierte Silos. Interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) hat sich im Kontext des demografischen Wandels, multimorbider Erkrankungen und des zunehmenden Fachkräftemangels als zentrales Konzept verankert. Die koordinierte, zielorientierte Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe soll eine qualitativ hochwertige, sichere und patient\*innenzentrierte Versorgung gewährleisten. Empirische Studien zeigen den Zusammenhang zwischen gelingender IPZ und höherer Patient\*innensicherheit, besserer Teamzufriedenheit sowie effizienterer Ressourcennutzung.

Darum nimmt IPZ in der Ausbildung von Studierenden wie Lara eine zunehmend wichtige Stellung ein. Didaktische Formate wie gemeinsame Fallseminare, Simulationstrainings oder interprofessionelle Praxisprojekte werden ausgebaut. Empirische Studien zeigen, dass IPZ positive Effekte auf die Einstellungen, das Wissen und die Selbstwirksamkeitserwartungen von Studierenden hat. Das Problem: Die Übertragung dieser Kompetenzen in die Praxis ist in vielen Versorgungssettings nur begrenzt möglich.

## Strukturelle Ursachen für die Lücke

In ihrem Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice beschreibt die World Health Organization (WHO) IPZ als Schlüsselfaktor für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung. Gleichzeitig weist sie darauf hin, dass IPZ weder selbstverständlich entsteht noch allein durch strukturelle Vorgaben umgesetzt werden kann. Vielmehr ist sie das Ergebnis komplexer Lern-, Kommunikations- und Organisationsprozesse, die sowohl in der Ausbildung als auch im Berufsalltag gezielt zu gestalten sind.

Der Theory-Practice Gap ist also weniger ein individuelles Kompetenzdefizit als ein systemisches Problem. Hochschulen entwickeln kompetenz- und teamorientierte Curricula. Viele Versorgungsorganisationen sind jedoch weiterhin entlang klassischer Professionslogiken strukturiert. Historisch gewachsene Rollenbilder, informelle Machtstrukturen und fehlende Zeitfenster für gemeinsame Reflexion erschweren kooperative Prozesse. Weiter sind Praxisausbildner\*innen häufig monodisziplinär sozialisiert und verfügen über wenig interprofessionelle Weiterbildung. Hinzu kommen strukturelle Anreiz- und Tarifmechanismen: Wenn Leistungen primär professionsspezifisch und einzeln abgerechnet werden, werden Koordination und gemeinsame Fallarbeit kaum honoriert. Fehlt zudem ein klares Commitment der Führung zur interprofessionellen Zusammenarbeit, bleibt IPZ ein Ausbildungsphänomen ohne nachhaltige organisationale Verankerung.

Interprofessionell geschulte Nachwuchskräfte erleben daher häufig einen Rollenkonflikt zwischen erlernten Kooperationsidealen und den realen Handlungsspielräumen. Die Konsequenzen sind Frustration bei den Studierenden über die interprofessionellen Lehrmodule, da sie die Anwendung in der Praxis nicht erleben. Dies führt zu Vorurteilen gegenüber der interprofessionellen Lehre und schwächt ihre transformative Kraft.



### Verzahnung von Bildung und Organisation nötig

Interprofessionelle Lehre entfaltet nur dann nachhaltige Wirkung, wenn sie mit organisationalen Entwicklungsprozessen in der Lehre sowie Praxis gekoppelt wird. Darum sollten interprofessionelle Lehrformate gemeinsam mit Praxispartnern entwickelt und angeboten werden: Interprofessionelle Simulationen, Living Labs, kooperative Curriculum-Modelle. Dazu interprofessionell ausgerichtete Lehrpraxen, die Weiterbildungen für Praxisanleiter\*innen und Führungskräfte unterstützen.

Interprofessionelle Lehre allein kann bestehende organisationale und kulturelle Barrieren nicht überwinden. Erst im Zusammenspiel von Bildung, Führung, Organisationsentwicklung und Gesundheitspolitik entsteht ein Umfeld, in dem interprofessionelle Kompetenzen tatsächlich gelebt werden können. Angesichts der zunehmenden Komplexität der gesundheitlichen Versorgung ist IPZ kein «Nice-to-have», sondern eine zentrale Voraussetzung für nachhaltige Qualität und Resilienz im Gesundheitssystem. Nur so können Absolvent\*innen wie Lara ihr kooperatives Mindset auch in der Praxis anwenden und weiterentwickeln.



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

Autorin:

Prof. Dr. Mirjam Körner, Leiterin  
Institut für kollaborative Gesundheits-  
versorgung und Leadership

### Interprofessionelle Lehre an der BFH

Am Departement Gesundheit der Berner Fachhochschule entwickeln wir bestehende Lehrformate gezielt weiter. Im Rahmen des neuen Curriculums FLINC werden interprofessionelle Module stärker mit praxisnahen Simulationstrainings verzahnt und gemeinsam mit verschiedenen Berufsgruppen konzipiert. Ziel ist eine realitätsnahe Vorbereitung auf komplexe Versorgungssituationen – getragen von Hochschule und Praxispartnern. Mit dem neuen Curriculum starten die ersten Studierenden ab dem Herbstsemester 2027.



Zu den Bachelor-  
Studiengängen

# Nachhaltigkeit als Kernkompetenz in der Ernährungsberatung

Von der Ernährungsberatung erwarten Klient\*innen fundierte Antworten zur Nachhaltigkeit, während Fachpersonen oft ohne systematische Ausbildung im Spannungsfeld zwischen Therapie, individuellen Bedürfnissen und planetaren Grenzen stehen. Wie können Fachpersonen mit dieser Komplexität umgehen?

Nachhaltige Ernährung war lange kein Thema in der ernährungstherapeutischen Praxis – heute begegnet sie Fachpersonen jedoch häufig. Typisch ist etwa die Beratung einer Klientin mit gastrointestinalen Beschwerden, die aus ökologischen Gründen weniger Fleisch konsumieren möchte. Gleichzeitig erfordert die Therapie zeitweise eine Reduktion bestimmter pflanzlicher Lebensmittel. Die Frage, wie sich medizinische Notwendigkeiten und umweltschonende Ernährung vereinbaren lassen, bleibt dabei oft unbeantwortet. Solche Situationen verdeutlichen: Klient\*innen bringen ein

hohes Informationsniveau und klare Erwartungen mit. Viele Ernährungsfachpersonen sehen sich gleichzeitig mit Unsicherheit konfrontiert, da ihnen eine systematische Ausbildung zu nachhaltiger Ernährung fehlt. Fragen zur Umweltwirkung einzelner Lebensmittel können überfordern und stellen Ernährungsberater\*innen vor fachliche Herausforderungen. Wer die Umweltwirkungen der Ernährung in der Beratung jedoch mitdenkt, stärkt nicht nur die fachliche Qualität, sondern auch die eigene Glaubwürdigkeit.

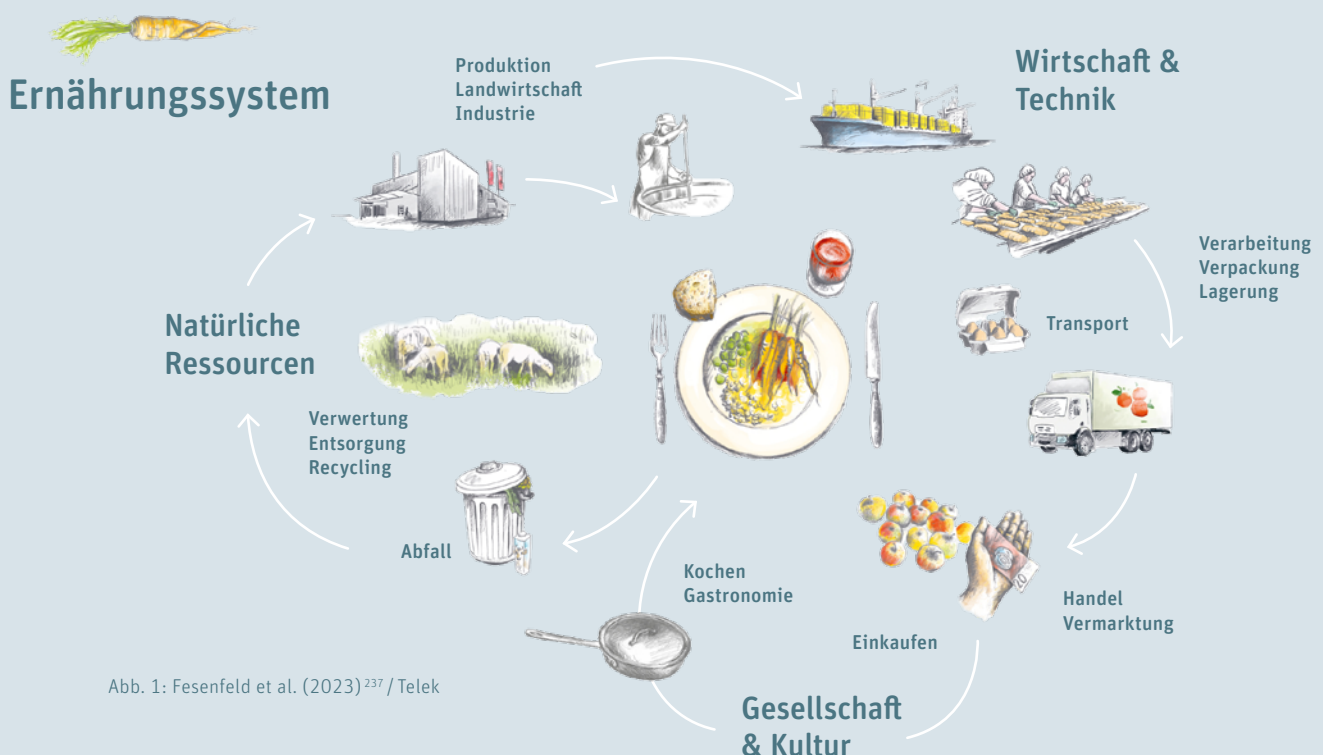


Abb. 1: Fesenfeld et al. (2023)<sup>237</sup> / Telek

### «Soja ist schlecht für die Umwelt.»

Die Nachfrage nach Soja hat sich in den letzten 40 Jahren weltweit vervielfacht – aufgrund der Fleischproduktion. Etwa 77 % des weltweit produzierten Sojas wird als Tierfutter verwendet, nur rund 7 % direkt für die menschliche Ernährung. Der direkte Verzehr von Soja und Sojaprodukten stellt daher kein Umweltproblem dar und ist mit den planetaren Grenzen vereinbar.

### «Fleisch ist unnachhaltig.»

Im Rahmen eines starken Nachhaltigkeitsverständnisses kann Fleisch Teil einer Ernährung innerhalb der planetaren Grenzen sein, sofern sich der Konsum an nationalen Empfehlungen orientiert ( $\leq 360$  g/Woche). Nachhaltige Ernährung berücksichtigt neben ökologischen Aspekten auch den Schutz und die Förderung der menschlichen Gesundheit. Die ernährungsphysiologische Bedeutung von Fleisch ist daher im Kontext der individuellen Klient\*innensituation zu bewerten.

### «Geflügelfleisch ist nachhaltig.»

Poulet gilt gesundheitlich als unbedenklich. Gleichzeitig braucht es für die Geflügelhaltung viel eiweissreiches Pflanzenfutter. Diese Ressourcen könnten auch direkt der menschlichen Ernährung dienen. Zwar ist die Ökoeffizienz pro Kilogramm Pouletfleisch günstiger als beim Rind, unter Berücksichtigung der Flächen- und Nahrungsmittelkonkurrenz zum Menschen hat hingegen Rindfleisch aus graslandbasierter Haltung wesentliche ökologische Vorteile. Zudem ist der Import von Pouletfleisch aus Ländern wie Brasilien aus sozialen Aspekten kritisch. Tierethische Fragen stellen sich bei der Pouletmast in besonderem Mass.

### Was ist wirklich nachhaltig?

Fachliche Antworten auf gängige Aussagen



Weitere Informationen zum Konsum und zur Produktion von Fleisch mit Fokus auf Umwelt und Gesundheit

### Warum Nachhaltigkeit heute zur Ernährungsberatung gehört

Mit der Etablierung des Konzepts «Planetary Health» im Jahr 2017 wurde deutlich, dass menschliche Gesundheit untrennbar mit der Gesundheit der Umwelt verbunden ist. Der Mensch ist kein isoliertes Individuum, sondern Teil eines komplexen ökologischen, sozialen und ökonomischen Systems. Umweltzerstörung wirkt langfristig auf die menschliche Gesundheit zurück. Damit entsteht eine Parallele zum ärztlichen Grundsatz «first, do no harm», der sinngemäss für alle Gesundheitsberufe gilt. Wer ausschliesslich das Individuum betrachtet und systemische Auswirkungen ignoriert, handelt potenziell kontraproduktiv. Der wissenschaftliche Konsens ist eindeutig, dennoch besteht bei der systematischen Schulung zu nachhaltiger Ernährung weiterhin erhebliches Ausbaupotenzial.

### Die Herausforderung: Nachhaltigkeit ist komplex

Nachhaltigkeit umfasst weit mehr als ökologische Aspekte. Neben gesundheitlichen spielen soziale, ökonomische, kulturelle und ethische Dimensionen eine zentrale Rolle. Nachhaltige Ernährung ist kein fixer Zustand, sondern ein dynamischer Prozess, in dem Zielkonflikte ausgehandelt werden müssen. Für Ernährungsfachpersonen bedeutet dies, Empfehlungen sorgfältig zu reflektieren und an individuelle Kontexte anzupassen. Gerade weil nachhaltige Ernährung vielseitig ist, braucht es differenzierte und gut begründete Orientierung. Professionelle Ernährungsberatung bietet hier einen echten Mehrwert: Sie unterstützt Menschen dabei, verlässliche, evidenzbasierte Informationen zu erhalten und diese in ihrem Alltag sinnvoll umzusetzen.

### Handlungsspielräume für Ernährungsfachpersonen

Standardisierte Lösungen gibt es nicht bei der Ernährungsberatung zu nachhaltigen Ernährungsweisen. Medizinische Realität, persönliche Bedürfnisse und Aspekte nachhaltiger Entwicklung müssen gemeinsam betrachtet werden. Dafür sind zwei Kompetenzen zentral: Systemdenken, um Wechselwirkungen zwischen Ernährung, Umwelt und Gesundheit zu verstehen, sowie eine personenzentrierte Beratung, die den Alltag der Klient\*innen berücksichtigt. Die 2024 neu veröffentlichten Schweizer Ernährungsempfehlungen bieten hierfür eine wichtige Grundlage, da sie gesundheitliche und ökologische Aspekte verbinden. Ihre Anwendung verlangt jedoch eine kritische Einordnung und Anpassung an den jeweiligen Beratungskontext.



Lesen Sie den ganzen Artikel online.

Autorin:

Sonja Schönberg, Wissenschaftliche Mitarbeiterin Fachbereich Ernährung und Diätetik

# Digitalisierung im Gesundheitswesen: Wo es hakt – und wie es klappt

Digitale Werkzeuge prägen den Alltag im Gesundheitswesen zunehmend. Doch ihr Nutzen für die Professionsentwicklung bleibt oft schwer messbar. Entscheidend ist, ob die Digitalisierung als Führungsaufgabe verstanden und gemeinsam mit den Fachpersonen gestaltet wird.

«Was bringt uns das digitale Werkzeug?» oder «Am Ende macht es mehr Arbeit, als es nutzt.» Solche Stimmen sind in Gesundheitsberufen oft zu hören. Viele Projekte scheitern oder schaffen es nicht nachhaltig in den Berufsalltag. Friederike Thilo, Leiterin des Innovationsfelds Digitale Gesundheit an der BFH, sieht die Ursache weniger in der Technik als in der Art, wie digitale Werkzeuge entwickelt, eingeführt und genutzt werden.

## Zwischen Entlastung und Evidenzlücke

Elektronische Patient\*innendossiers, klinische Informationssysteme und Telemedizin prägen den Arbeitsalltag vieler Gesundheitsfachpersonen. «Die strukturierte Erfassung von Patient\*innendaten entlang des Versorgungspaths kann dazu beitragen, Prozesse zu verbessern und

Outcomes sichtbar zu machen, etwa bei Aufenthaltsdauer oder Behandlungsverläufen», erklärt Thilo. In der Pflege zeigt sich dies beispielsweise bei der Erhebung von Sturzrisiken oder Pflegeinterventionen. Die Daten können dem Behandlungsteam Hinweise auf kritische Situationen oder Optimierungspotenziale liefern. Auch der erleichterte Zugang zu Fachwissen sowie digitale Anwendungen im Medikamentenmanagement, Vitalparameter-Monitoring oder in der Online-Beratung können punktuell entlasten. Gleichzeitig gibt es bislang – auch für andere Gesundheitsberufe – kaum belastbare Evidenz für einen langfristigen Nutzen. «Es fehlen Interventions- und Langzeitstudien, und vielfach ist unklar, wie digitale Werkzeuge die Professionsentwicklung, Entscheidungsprozesse und die berufliche Identität beeinflussen», so die Expertin.



### Zur Person

Prof. Dr. Friederike J.S. Thilo leitet das Innovationsfeld «Digitale Gesundheit» der angewandten Forschung und Entwicklung Pflege am Department Gesundheit der BFH.

## Weiterbildungen an der BFH



CAS Digital Health und  
Social Care: Zukunft gestalten



SAS Führung neu denken: Wandel  
gestalten in digitalen Zeiten



SAS Digitalisierung und Trans-  
formation im Gesundheitswesen

### Führung entscheidet über Wirkung

«Die digitale Transformation ist mehr als ein technisches Projekt», betont Friederike Thilo. «Sie verändert Routinen, Denkweisen und die Art, wie Gesundheitsfachpersonen zusammenarbeiten». George Westerman beschreibt dies mit einem oft zitierten Bild: Richtig umgesetzt ist die digitale Transformation wie die Verwandlung einer Raupe in einen Schmetterling, falsch umgesetzt bleibt sie «eine wirklich schnelle Raupe». Prozesse müssen grundlegend neu gedacht werden. Daten entstehen nicht zufällig, sondern in konkreten Versorgungssituationen. Sie müssen sinnvoll erfasst, ausgewertet und für Entscheidungen genutzt werden. Das erfordert strategisches Denken, interdisziplinäre Teams und den Mut, Bestehendes zu hinterfragen. «Digitale Transformation ist damit klar ein Führungsthema», so Thilo. «Sie verlangt klare Rahmenbedingungen und eine gewollte Zusammenarbeit mit Expert\*innen. Der heutige Wissens- und Kompetenzbedarf kann nicht mehr von Einzelpersonen abgedeckt werden».

### Mitwirkung als Erfolgsfaktor

Viele digitale Werkzeuge scheitern beim Übergang von der Pilotphase in die Routine. Technisch funktionieren sie oft, im Alltag jedoch nicht. «Ein zentraler Engpass liegt in der Komplexität von realen Versorgungssituationen», erklärt Thilo. «Diese sind interaktionsintensiv, schwer vorhersehbar und nur begrenzt standardisierbar.» Zudem wird Fach- und Prozesswissen bei der Entwicklung digitaler Werkzeuge oft zu spät einbezogen. Erfolgreich ist eine Implementierung erst, wenn ein Werkzeug langfristig genutzt wird, messbaren Nutzen bringt und als Entlastung wahrgenommen wird. «Paradoxerweise wird genau diese Phase der routinemässigen Anwendung oft kaum gefördert, obwohl hier das eigentliche Transformationspotenzial liegt», so Thilo.

«Gesundheitsfachpersonen müssen bei der Auswahl, Testung und Einführung digitaler Werkzeuge stärker mitentscheiden», so Thilo. Bewähren sich Werkzeuge im Alltag nicht, sollten sie konsequent verworfen werden. Gleichzeitig braucht es finanzielle und strukturelle Anreize, damit Gesundheitsfachpersonen auch von der Mitentwicklung profitieren. «Die digitale Transformation bleibt ein offener Prozess. Sie verlangt Strategie, Reflexion und Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen Praxis, Management, Forschung und Industrie – denn alle sind auf einen klaren Nutzen angewiesen.» Gesundheitsfachpersonen sind gefordert, Anforderungen zu formulieren und digitale Werkzeuge zu testen. Letztlich tragen sie die Verantwortung für eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Patient\*innenversorgung.

Autorin:  
Katja Wey, Kommunikation  
Departement Gesundheit

# 5 zentrale Herausforderungen – und was hilft



1

### Komplexität zulassen

Gesundheitsberufe basieren auf Mensch-zu-Mensch-Interaktionen. Digitale Werkzeuge fügen eine Mensch-Maschine-Mensch-Ebene hinzu. Diese Komplexität muss bewusst gestaltet werden.

2

### Vom Problem her denken

Of ist die technische Lösung schon festgelegt, bevor das tatsächliche Versorgungsproblem klar ist. Digitale Werkzeuge sollten von realen Herausforderungen im Alltag ausgehen. Es braucht ausreichend Zeit für ein gründliches Verständnis des Problems.

3

### Nutzen belegen statt versprechen

Häufig treffen hohe Erwartungen auf geringe Evidenz. Entscheidend ist, den Nutzen klar zu definieren, messbar zu machen und zu prüfen, ob er im Alltag wahrnehmbar ist. Gesundheitsfachpersonen sollten diesen Anspruch selbstbewusst einfordern und mitgestalten.

4

### Kompetenzprofil weiterentwickeln

Digitale Kompetenzen werden oft auf den Umgang mit Werkzeugen reduziert. In der Praxis fehlt beispielsweise die systematische Nutzung von Routinedaten entlang des Patient\*innenpfads. Sie ermöglichen fundierte Entscheidungen und evidenzbasierte Weiterentwicklung.

5

### Digitalität als Teil professioneller Identität

Digitalität sollte kein Fremdkörper, sondern integraler Bestandteil professioneller Identität sein. Digitale Werkzeuge ergänzen fachliche Expertise und menschliche Interaktion und unterstützen professionelles Denken und Handeln. Reflektiert im Versorgungsalltag integriert entfalten sie ihr Potenzial.

# Respiratory Therapists:

## Unverzichtbar – doch kaum bekannt

Atmungstherapeut\*innen behandeln Patient\*innen mit Atemfunktions-, Atemwegs- und Lungenerkrankungen und koordinieren das Atemmanagement über Versorgungsgrenzen hinweg. In der Schweiz sind ihre Kompetenzen jedoch weder klar definiert noch standardisiert – mit Folgen für die gesamte Gesundheitsversorgung.

Ein junger Mann mit Tetraplegie liegt nach einem Unfall in der Rehabilitationsklinik. Seine Atemmuskulatur ist geschwächt, Sekret kann er kaum selbstständig mobilisieren. Für viele Pflegefachpersonen oder Physiotherapeut\*innen eine besonders anspruchsvolle Situation. Für Respiratory Therapists hingegen ist genau das der Alltag. Sie beurteilen die Atemfunktion, setzen gezielt Hustenassistenten ein, passen die Beatmung an und schulen das Team und die Angehörigen im Umgang mit der Trachealkanüle.

Respiratory Therapists oder auf Deutsch Atmungstherapeut\*innen sind Spezialist\*innen für respiratorisches Assessment, Sekretmanagement, Beatmung und Weaning-Prozesse. Obwohl diese Rolle in der Schweiz noch wenig bekannt ist, ist sie in verschiedenen Settings zentral: Atmungstherapeut\*innen arbeiten beispielsweise in der Neurorehabilitation, in der Pneumologie, auf Intensivstationen oder im Querschnittsbereich. Gerade

in neurologischen Settings, wo Ateminsuffizienz häufig Teil des Krankheitsbildes ist, übernehmen sie eine Schlüsselrolle.

Angesichts einer älter werdenden Gesellschaft und zunehmender Multimorbidität gewinnt spezialisierte Atmungstherapie an Bedeutung. Chronische neurologische Erkrankungen, lange Rehabilitationsverläufe und verbesserte Überlebenschancen nach schweren Ereignissen führen dazu, dass mehr Menschen mit komplexen respiratorischen Einschränkungen leben. Damit steigt der Bedarf an Fachpersonen, die die Atemfunktion systematisch beurteilen, Komplikationen früh erkennen und Übergänge zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und häuslichem Setting professionell begleiten.

### Fehlendes Kompetenzprofil führt zu Versorgungslücke

Während Respiratory Therapists in den USA eine eigenständige und anerkannte Berufsgruppe mit standardisierter Ausbildung sind, ist die Situation in der Schweiz anders. Die Berufsbezeichnung ist weder geschützt, noch gibt es eine einheitliche Ausbildung. Wer hierzulande als Atmungstherapeut\*in arbeitet, hat meist eine Grundausbildung in Physiotherapie, Logopädie, Pflege oder, in seltenen Fällen, auch Ergotherapie und spezialisiert sich über interne Weiterbildungen, Kurse an Hochschulen oder Ausbildungen im Ausland. Ein einheitliches Kompetenzprofil fehlt.

Das ist ein Problem: Ohne Kompetenzprofil sind Zuständigkeiten nicht geklärt, Institutionen können keine gezielten Stellen schaffen, die Abrechnung ist unklar und es gibt keinen Ausbildungsweg. «Angesichts des steigenden Bedarfs an Atmungstherapeut\*innen läuft die Schweiz in diesem Bereich in eine Versorgungslücke», sagt Flora Stojkaj. Die Physiotherapeutin ist selbst in der Neuropädiatrie tätig. Im Rahmen eines vom Be-

### Respiratory Therapists in der Neurologie

Im Auftrag des Berufsverbands Physioswiss erfasst die Forschungsgruppe unter der Leitung von Prof. Dr. Anja Raab die erweiterten Kompetenzen und Skills von «Respiratory Therapist» bei ihrer Tätigkeit im neurologischen Setting. Zudem definiert die Gruppe das Kompetenzprofil und beschreibt die Schnittstellen zu anderen Berufsgruppen.



Zum Projekt



Atmungstherapeut\*innen arbeiten beispielsweise in der Neurorehabilitation, in der Pneumologie oder auf Intensivstationen. (Bild: Adobe Stock)

rufsverband Physioswiss finanzierten Forschungsprojekts untersucht sie zusammen mit ihrer Kommilitonin Carmen Brun die Rolle von Atmungstherapeut\*innen im neurologischen Setting. Die beiden Master-Studentinnen befragten Respiratory Therapists, Patient\*innen sowie Fachpersonen aus neurologischen Kliniken und Rehabilitationssettings. Untersucht wurden Erwartungen an ein neurologiespezifisches Kompetenzprofil, Erfahrungen in der interprofessionellen Zusammenarbeit auf Neurostationen, die Patient\*innenzufriedenheit gegenüber den Respiratory Therapists und die mögliche Implementierung der Rolle in interprofessionelle Teams.

#### **Fachliche und politische Anerkennung ist nötig**

«Viele Atmungstherapeut\*innen freuten sich ausdrücklich, über ihre Tätigkeit sprechen zu können», erzählt Carmen Brun. Sie wertet dies als einen Hinweis darauf, dass sie sich in ihrem beruflichen Umfeld häufig wenig wahrgenommen und in ihrer Rolle zu wenig sichtbar fühlen. Die Umfragen und Interviews der beiden Forscherinnen zeigen, dass Respiratory Therapists im interprofessionellen Umfeld als wichtige Schnittstelle zwischen Pflege, Physiotherapie und ärztlichem Dienst beschrieben werden. Gleichzeitig berichten viele von unklaren Zuständigkeiten, fehlender struktureller Einbettung, begrenzten Entwicklungsmöglichkeiten und einer Vergütung, die ihre Verantwortung nicht angemessen abbildet.

«Aus unserer Sicht wäre eine Qualitätssicherung der Kompetenzen von Atmungstherapeut\*innen notwendig, damit sich die Rolle auch in der Schweiz etabliert», sagt

Flora Stojkaj. Die Forscherinnen denken an eine Spezialisierung im Rahmen von Advanced-Practice-Studiengängen oder einheitliche Weiterbildungen. Ein klar definiertes und erweitertes Kompetenzprofil würde zudem die Ärzteschaft entlasten: Heute werden Ärzt\*innen aus rechtlichen Gründen oft für respiratorische Entscheidungen beigezogen, obwohl Respiratory Therapists in diesem Bereich über ausgewiesene Expertise verfügen. Eine formale Rollenklärung könnte Verantwortlichkeiten präzisieren und Prozesse effizienter gestalten.

Entscheidend bleibt die Finanzierung. Solange die Funktion von Respiratory Therapists nicht klar definiert, tariflich verankert und abrechenbar sind, bleibt die Rolle strukturell fragil. Ohne adäquate Vergütung lassen sich weder spezialisierte Stellenprofile schaffen noch nachhaltige Karrierewege entwickeln.

Carmen Brun betont, dass die Bedeutung von Respiratory Therapists selbst im neurologischen Setting bislang zu wenig bekannt ist. Neben der fehlenden Sichtbarkeit fehlt auch jegliche politische Vernetzung von Atmungstherapeut\*innen. Mit ihrer Forschung wollen die beiden Master-Studentinnen die wissenschaftliche Basis für eine gesundheitspolitische und fachliche Verankerung liefern.

---

Autor:  
Sandro Nydegger, Kommunikation  
Departement Gesundheit

# Leadership als Motor

## professioneller Identitätsentwicklung

Wer im Gesundheitswesen führt, prägt mehr als Abläufe und Zuständigkeiten. Leadership wirkt tief in das professionelle Selbstverständnis von Gesundheitsberufen hinein und wird damit selbst zu einem entscheidenden Faktor der Professionsentwicklung.



Ärztliche Führung folgt oft hierarchischen Logiken, andere Professionen entwickeln zunehmend kollaborative und partizipative Ansätze. (Bild: AdobeStock)

Das Gesundheitswesen ist ein Arbeitsfeld hoher Komplexität: Interprofessionelle Zusammenarbeit, steigende Qualitätsanforderungen und umfassende Transformationsprozesse gehören längst zum Alltag. In diesem Umfeld gewinnt Leadership eine neue Bedeutung. Sie ist nicht mehr nur Frage formaler Positionen, sondern wirkt als identitätsstiftende Praxis.

### Leadership formt professionelles Selbstverständnis

Professionelle Identität beschreibt, wie sich eine Berufsgruppe selbst versteht – in Bezug auf ihre Rolle, ihre Verantwortung, ihre Werte und ihre Zugehörigkeit. Leadership wirkt in diesem Zusammenhang nicht nur steuernd, sondern auch identitätsstiftend. Es beeinflusst, was als professionell gilt, wie Verantwortung verteilt wird und welche Handlungsspielräume legitim sind. Gleichzeitig prägt die professionelle Identität einer Berufsgruppe, welche Formen von Führung akzeptiert, eingefordert oder abgelehnt werden. Leadership und professionelle Identität stehen somit in einem engen Wechselverhältnis.

### Strukturwandel als Identitätsfrage

Die strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen der letzten Jahrzehnte sind Ausdruck dieses Wechselspiels. Besonders sichtbar wird dies an der zunehmenden Autonomisierung der Pflege. Mit der Etablierung eigener Linienverantwortung ist die Pflege damit organisatorisch nicht mehr der ärztlichen Hierarchie unterstellt, sondern übernimmt eigenständige Führungs-, Steuerungs- und Entscheidungsverantwortung.

Diese Entwicklungen sind mehr als ein organisatorischer Umbau und Ausdruck eines tieferliegenden Wandels im professionellen Selbstverständnis. Sie fordern die Profession dazu auf, ihr Rollenverständnis neu zu definieren. Wo Handlungsspielräume wachsen, wächst auch die Verantwortung, sie aktiv zu gestalten. Leadership wird damit zu einem Bestandteil professioneller Praxis und ist nicht länger eine optionale Zusatzkompetenz.

### Neue Führungsmodelle – neue professionelle Logiken

Führungsmodelle sind eng mit professionsspezifischen Traditionen verknüpft. Während ärztliche Führung historisch häufig hierarchisch, individualisiert und positionsbezogen organisiert ist, entwickeln andere Professionen – insbesondere die Pflege – zunehmend kollaborative und partizipative Modelle.

Ein prominentes Beispiel ist Shared Governance. Dieses Modell geht davon aus, dass Entscheidungen dort getroffen werden sollen, wo die fachliche Expertise liegt. Verantwortung wird geteilt, Führung als kollektiver Prozess verstanden. Damit wird Leadership selbst zum Ausdruck professionsspezifischer Werte wie Partizipation, Transparenz und gemeinsamer Verantwortung. Führung fungiert hier nicht nur als Steuerungsinstrument, sondern ist Ausdruck des professionellen Selbstverständnisses.

### Leadership lernen – Identität entwickeln

Wie stark Leadership zur professionellen Identitätsentwicklung beitragen kann, zeigt sich im Master-Studiengang Healthcare Leadership der Berner Fachhochschule (BFH). Neben der Vermittlung von Führungskompetenzen eröffnet das Studium einen reflexiven Raum, in dem Studierende ihr eigenes professionelles Selbstverständnis weiterentwickeln. Der interprofessionelle Austausch, die Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Leadership-Theorien und die systematische Reflexion der eigenen Führungsbiografie ermöglichen einen Perspektivenwechsel. Eine Studierende bringt diesen Prozess auf den Punkt: «Im Studium habe ich verstanden, dass Führung kein Zusatz zu meiner fachlichen Rolle ist, sondern Teil davon.»

Andere berichten, dass sich ihr Führungsverständnis grundlegend verändert hat: «Leadership war für mich bislang mit Hierarchie verbunden. Im Studium habe ich gelernt, Führung als Beziehung und Prozess zu verstehen – das hat mein professionelles Selbstverständnis nachhaltig geprägt.»

Diese Erfahrungen zeigen, wie Leadership zum integralen Bestandteil der eigenen beruflichen Verantwortung wird. Eine weitere Stimme aus dem Studiengang formuliert es so: «Ich sehe Führung heute als Teil meiner eigenen beruflichen Verantwortung und nicht nur als Aufgabe von Vorgesetzten. Dadurch verstehe ich mich stärker als aktive Mitgestalterin im Berufsalltag.»

Autor\*innen:

Prof. Dr. Mirjam Körner, Leiterin  
Institut für Kollaborative Gesundheitsversorgung und Leadership

Prof. Dr. Kai-Uwe Schmitt, Leiter APP  
Insel Gruppe

### Leadership im Gesundheitswesen studieren und weiterentwickeln

Die BFH bietet Fachpersonen aus unterschiedlichen Professionen und für verschiedene Karrierephasen ein breites Bildungsangebot zur Entwicklung von Leadership-Kompetenzen im Gesundheitswesen.



Master of Science in  
Healthcare Leadership



Weiterbildungsangebote

# Mit neuen Lernformen für den Ernstfall üben

Simulationen sind heute ein zentraler Bestandteil der Ausbildung in den Gesundheitsberufen – und ihre Bedeutung nimmt weiter zu. Vor allem, wenn dabei Teamarbeit, Leadership und situatives Entscheiden gelernt wird.

Eine Frau hat kurz nach der Geburt starke Blutungen. Die Hebamme erkennt sofort die Gefahr und ruft Verstärkung. Eine zweite Hebamme kommt hinzu, kurz darauf eine Ärztin. Das Team verteilt Aufgaben, überprüft Vitalzeichen und bereitet Medikamente vor. Die Situation ist angespannt – jede Minute zählt. Doch niemand ist in Gefahr. Die Szene findet nicht auf einer Geburtsstation statt, sondern in einem Simulationsraum.

Solche Trainings gewinnen in der Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen zunehmend an Bedeutung. «In Simulationen können Studierende in einer sicheren Umgebung lernen, ohne dass Patientinnen oder Patienten gefährdet werden», sagt Pflegeexpertin Rachel Hediger. Die Dozentin beschäftigt sich seit Jahren mit verschiedenen Formen von Simulationen in der Ausbildung von Pflegefachleuten.

## Von Low Fidelity zu High Fidelity

Simulation ist nicht gleich Simulation. In der Ausbildung unterscheidet man verschiedene Stufen der Realitätsnähe – die sogenannte «Fidelity». Bei Low-Fidelity-Simula-

tionen trainieren Studierende einzelne Handgriffe, etwa das Setzen einer Injektion an einem künstlichen Arm. Hier geht es vor allem um grundlegende Fertigkeiten.

Middle-Fidelity-Simulationen arbeiten häufig mit Schauspielpatient\*innen oder realitätsnahen Szenarien. Studierende üben beispielsweise klinisches Assessment oder schwierige Gespräche mit Patient\*innen. Besonders realitätsnah sind High-Fidelity-Simulationen. Hier kommen aufwendige Technologien wie beispielsweise Mannequins mit simulierten Vitalzeichen oder VR-Brillen zum Einsatz. Die erhöhte Immersion soll den Lerneffekt verstärken.

Je realistischer die Simulation, desto stärker rücken andere Kompetenzen in den Vordergrund. Während bei einfachen Übungen vor allem technische Handgriffe trainiert werden («Task Management»), stehen bei realitätsnahen Szenarien Teamarbeit, Entscheidungsfindung, Leadership und Kommunikation im Zentrum. Diese Fähigkeiten orientieren sich am sogenannten Crew Resource Management (CRM) in der Luftfahrt. Dort werden kritische Situationen seit Jahrzehnten im Simulator trainiert.

Realitätsnähe	Technik	Beispiel	Skills
Low Fidelity	Wenig Technik, wenig Realitätsnähe	Blutentnahme an einem künstlichen Arm	Task Management
Middle Fidelity	Wenig Technik, hohe Realitätsnähe	Klinisches Assessment oder Kommunikationstraining mit standardisierten Patient*innen (Schauspieler*innen)	Situation Awareness, Clinical Reasoning, Team & Leadership
High Fidelity	Viel Technik, hohe Realitätsnähe	Simulationstraining mit High-Tech-Mannequins, VR-, AR- oder XR-Brillen	Team & Leadership, Situation Awareness, Clinical Reasoning

Von tiefer Realitätsnähe zu hoher Realitätsnähe: Verschiedene Stufen von Simulationen und die dabei im Vordergrund stehenden Skills.

- 1 Eine Low-Fidelity-Simulation der Blutentnahme an einem künstlichen Arm im Bachelor-Studiengang Pflege.
- 2 Ein Beispiel für eine Middle-Fidelity-Simulation: Bachelor-Studierende der Geburtshilfe simulieren einen Notfall gemeinsam mit der Ärzteschaft.
- 3 Bachelor-Studierende der Geburtshilfe testen eine High-Fidelity-Simulation mit einer VR-Brille.



### Komplexität üben

Den Grund für die wachsende Bedeutung von Simulationen bei der Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen sieht Rachel Hediger bei der zunehmenden Komplexität der Gesundheitsversorgung: «Patient\*innen werden älter und leiden häufiger an mehreren Krankheiten gleichzeitig. Zudem werden medizinische Behandlungen technologisch anspruchsvoller und Abläufe im klinischen Alltag schneller.» In solchen Situationen reicht es nicht mehr, einzelne Handgriffe zu beherrschen. Entscheidend ist, dass Teams gut zusammenarbeiten, Informationen klar kommunizieren und unter Zeitdruck die richtigen Entscheidungen treffen.

Laut WHO kommen rund 10 Prozent der Patient\*innen während der Behandlung im Gesundheitssystem zu Schaden. Mehr als die Hälfte dieser Fälle gilt als vermeidbar. Eine zentrale Rolle spielen dabei menschliche Faktoren wie Kommunikation, Teamkoordination und Entscheidungsfindung – Fähigkeiten, die sich besonders gut in realitätsnahen Simulationen trainieren lassen.

### Teure Technik – unterschiedliche Entwicklung

High-Fidelity-Simulationen haben allerdings auch einen Nachteil: Sie sind aufwendig und teuer. Mannequins, VR-Brillen und Simulationsräume erfordern beträchtliche Investitionen. In der Schweiz sind entsprechende Simulationszentren deshalb unterschiedlich stark entwickelt.

Besonders Hochschulen in der Westschweiz haben Simulation früh systematisch in ihre Ausbildung integriert und interprofessionelle Simulationszentren aufgebaut.

Auch an der Berner Fachhochschule wird das Simulationstraining schrittweise ausgebaut. Ein Beispiel ist ein neues High-Fidelity-Mannequin, mit dem realitätsnahe klinische Szenarien für die Pflege-Ausbildung trainiert werden. In der Ernährungsberatung, Geburtshilfe und Pflege werden Virtual-Reality-Brillen für die Aus- und Weiterbildung getestet. Ein Forschungsprojekt hat das Ziel, neue Lehrformate für immersives Lernen im Gesundheitswesen mit Virtual Reality und Künstlicher Intelligenz in der Ausbildung zu entwickeln.

Diese Entwicklung freut Rachel Hediger: «Die High-Fidelity-Simulationen machen das Studium nicht nur realitätsnaher, sondern auch attraktiver für die Studierenden.» Sie betont aber: «Eine VR-Brille ersetzt klassische Ausbildungsformen wie die Blutentnahme an einem künstlichen Arm nicht, es handelt sich hier um eine Ergänzung.» Die verschiedenen Simulationsarten sollen zu besser vorbereiteten Gesundheitsfachleuten führen – wenn es dann ernst gilt.

---

Autor:  
Sandro Nydegger, Kommunikation  
BFH Gesundheit

# Advanced-Practice-Rollen werden nachhaltig verankert

Advanced-Practice-Rollen gelten als vielversprechend, um komplexe Versorgungsbedarfe, Fachkräftemangel und steigende Qualitätsanforderungen zu bewältigen. Doch oft verschwinden sie nach wenigen Jahren wieder aus dem Organigramm. Was braucht es für einen langfristigen Bestand?

Ein Akutspital in der Schweiz: Über Jahre wurde eine Nurse-Practitioner-Rolle aufgebaut. Die Stelleninhaberin führte Austrittsplanung und komplexe Patient\*innengespräche. Evaluationen zeigten positive Effekte auf Qualität, Liegedauer und Zufriedenheit. Doch nach einem Führungswechsel verlor die Stelle rasch an Rückhalt – und wurde abgeschafft.

Das Verschwinden dieser Stelle wird in einer aktuellen Fallstudie (von Dach et al. 2025) beschrieben und steht stellvertretend für viele gescheiterte Implementationen von Advanced Practice (AP)-Rollen. Diese starten oft mit grosser Motivation und Innovationskraft, verlieren jedoch an Stabilität, wenn organisationale oder politische Rahmenbedingungen sich ändern.

## Langsame Entwicklung in der Schweiz

In der Schweiz haben sich AP-Rollen in den letzten 15 Jahren insbesondere im Akutspital sowie zunehmend ambulant etabliert. Mittlerweile gibt es in der Schweiz mehr als 1000 Pflegefachleute mit Schwerpunkt oder

Fokus auf Advanced Nursing Practice (ANP). Auch in Geburtshilfe, Physiotherapie oder Ernährungsberatung entstanden vergleichbare Rollen. Die Pflege spielt hierbei eine Vorreiterrolle. Viele Spitäler verfügen bereits seit längerem über Abteilungen und Fachpersonen, deren Aufgabengebiete die Professions- und Fachentwicklung beinhalten. So wird auch die Entwicklung von ANP in unterschiedlichen Ausprägungen und Settings kontinuierlich vorangetrieben und evaluiert.

Angesichts einer alternden Bevölkerung, zunehmender Multimorbidität, Fachkräftemangel und wachsender Ambulantisierung gewinnen diese Rollen an Bedeutung: Sie übernehmen komplexe klinische Entscheidungen, sichern Kontinuität in fragmentierten Versorgungssystemen und verbinden direkte Patient\*innenversorgung mit Qualitätsentwicklung und evidenzbasierter Praxis.

## Innovation ohne Langzeitstrategie

Evaluationen zeigen, dass AP-Rollen die Versorgungsqualität verbessern, Kontinuität stärken und interprofes-



Abb. 1: Nachhaltige Verankerung erfordert Interventionen auf drei miteinander verbundenen Ebenen – individuell, organisational und politisch.

sionelle Zusammenarbeit fördern können. Gleichzeitig berichten Fachpersonen von einem typischen Verlauf: Einführung mit hoher Motivation, erfolgreiche Pilotphase, Überführung in den Regelbetrieb – und schliesslich schleichende Marginalisierung oder Auflösung der Rolle.

In aktuellen Implementierungsstrategien scheint zu wenig Schwerpunkt auf ein nachhaltiges Bestehen der neuen Rolle zu liegen. Sie entstehen oft als Einzelrollen innerhalb einer Institution mit schlechter Vernetzung untereinander und in der Institution und fristen damit ein Dasein als Einzelkämpfer\*innen. Internationale Reviews benennen wiederkehrende Barrieren auf verschiedenen Ebenen:

- fehlende Vorbilder
- fehlende Unterstützung durch Expert\*innen
- fehlendes Wissen zu den neuen Rollen
- unklare Kompetenzen und eingeschränkter Handlungsspielraum
- fehlende institutionelle Unterstützung
- hierarchische Spannungen
- mangelnde Finanzierung
- fehlende nationale Regulation

### Nachhaltigkeit ist mehr als Implementierung

Die Literatur zeigt deutlich: Nachhaltige Verankerung erfordert Interventionen auf drei miteinander verbundenen Ebenen (vgl. Abb. 1). Auf individueller Ebene geht es um eine klar definierte Rolle, einen gemeinsam festgelegten «Scope of Practice» sowie kontinuierliche fachliche Weiterentwicklung. Mentoring, Peer-Support und strukturierte Feedbackprozesse stärken die einzelne Fachperson und ihre Position im Team.

Entscheidend ist jedoch die organisationale Ebene. Rollen müssen formell im Organigramm verankert, in Entscheidungsstrukturen eingebunden und in standardisierte Versorgungsprozesse integriert sein. Transparente Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Schnittstellen schaffen Rollenklarheit. Ebenso wichtig sind verlässliche Rahmenbedingungen für Weiterbildung, Forschung, Stellvertretung und Karriereentwicklung. Fehlt diese Absicherung, bleibt die Rolle personenabhängig und fragil.

Auf politisch-struktureller Ebene schaffen rechtliche Kompetenzregelungen, gesicherte Finanzierung und eine nationale oder kantonale Anerkennung Stabilität über einzelne Institutionen hinaus. Fehlen diese Rahmenbedingungen, bleibt selbst eine klinisch erfolgreiche Rolle verletzlich – insbesondere bei Führungswechseln oder strategischen Neuausrichtungen.

### Professionsentwicklung braucht langen Atem

Ein zentraler Erfolgsfaktor ist die interprofessionelle Angliederung. AP-Rollen dürfen nicht isoliert neben bestehenden Professionen stehen, sondern müssen in Versorgungsprozesse integriert werden. Das bedeutet: gemeinsame Definition von Verantwortlichkeiten, transparente Schnittstellen zu Ärzt\*innen und anderen Berufsgruppen und Einbindung in strategische Entwicklung. Nachhaltigkeit entsteht dort, wo die Rolle nicht als Projekt, sondern als Teil des Systems verstanden wird.



Advanced Practitioners starten oft mit grosser Motivation und Innovationskraft, verlieren jedoch an Stabilität, wenn sich organisationale oder politische Rahmenbedingungen ändern. (Bild: Adobe Stock)

Professionsentwicklung ist ein systematischer, evidenzinformierter Prozess. Er verlangt langfristige Perspektiven – und steht damit im Spannungsfeld zunehmend kurzer Führungszyklen im Gesundheitswesen. Wenn AP-Rollen lediglich als Innovationsprojekte gestartet werden, entstehen hohe Kosten ohne nachhaltigen Effekt. Werden sie hingegen strategisch verankert, tragen sie zur Versorgungsqualität, zur Attraktivität der Berufe und zur Stabilisierung interprofessioneller Teams bei.

Im eingangs geschilderten Fall fehlte genau diese mehrdimensionale Absicherung. Die fachliche Leistung war vorhanden – doch ohne klare organisatorische und politische Einbettung blieb die Rolle verletzlich. Nachhaltigkeit entscheidet sich somit nicht im klinischen Alltag allein, sondern in den internen und externen Strukturen, die ihn tragen.



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

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

# Umstieg statt Ausstieg – Mit Matching-Plattform im Pflegeberuf bleiben

Pflegende verlassen häufig nicht nur ihre Organisation, sondern oft gleich den Beruf. Das Projekt «Umstieg statt Ausstieg» entwickelt eine digitale Matching-Plattform, die innerberufliche Wechsel unterstützt, den Berufsverbleib stärkt und zugleich die Professionsentwicklung in der Pflege fördern soll.

Der Personalmangel in der Pflege ist seit Jahren bekannt und Gegenstand gesundheitspolitischer und wissenschaftlicher Debatten. Ebenso bekannt ist, dass gute Arbeitsbedingungen entscheidend dafür sind, ob Pflegende im Beruf bleiben. Studien zeigen, dass hohe Arbeitsbelastung, schlechte Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, begrenzte Entwicklungsperspektiven und unzureichende Unterstützung durch Führung und Organisation oft dazu führen, dass Pflegende kündigen.

In der Praxis zeigt sich: Viele Pflegende verlassen nach einer Kündigung nicht nur ihre Organisation, sondern das gesamte Berufsfeld. Bisher existieren kaum organisationsübergreifende Ansätze. Mit dem Austritt endet häufig auch die Zuständigkeit der bisherigen Arbeitgeber, während mögliche passende Einsatzbereiche innerhalb der Pflege für die Betroffenen wenig sichtbar bleiben.

Vor diesem Hintergrund stellt sich nicht mehr die Frage, warum Pflegende gehen, sondern wie Übergänge innerhalb der Pflege so gestaltet werden können, damit ein Verbleib im Beruf möglich ist.

## Das Projekt: Passung statt Fluktuation

Das Projekt «Umstieg statt Ausstieg» setzt genau hier an. Im Zentrum steht die Entwicklung der digitalen Matching-Plattform «NewMatch», die Pflegende dabei unterstützt, gezielt Arbeitgeber zu finden, deren Rahmenbedingungen zu ihren individuellen Anforderungen, Präferenzen und beruflichen Perspektiven passen. Ziel ist nicht eine erhöhte Fluktuation zwischen Organisationen, sondern eine bessere Passung zwischen Fachperson und Arbeitsumfeld, um vorzeitige Berufsausstiege zu vermeiden.

Gleichzeitig dient die Plattform auch als Sensibilisierungsinstrument für Gesundheitsorganisationen. Durch die strukturierte Erfassung von Erwartungen, Belastungen und Entscheidungsgründen wird sichtbar, welche

Faktoren für attraktive Arbeitsbedingungen und langfristige Bindung besonders relevant sind. Die Plattform ist damit nicht nur ein Instrument zur Stellenvermittlung, sondern eine datengestützte Grundlage für organisationsübergreifende Lern- und Entwicklungsprozesse.

## Die Entwicklung des Matching-Konzepts

Das Projekt verbindet wissenschaftliche Analyse mit praxisnaher Entwicklungsarbeit. Zunächst wurden Studien zu Arbeitsbedingungen, Belastungen und Austrittsabsichten ausgewertet. Ziel dieser Analysen war es, jene Faktoren zu identifizieren, die für eine passgenaue Vermittlung innerhalb der Pflege relevant sind.

Dabei zeigte sich: Das Matching muss über klassische Kriterien von Jobportalen hinausgehen. Neben den üblichen Kriterien wie Arbeitsort, Beschäftigungsgrad oder Lohn spielen arbeitsorganisatorische und kulturelle Aspekte eine zentrale Rolle, wenn es darum geht, im Beruf zu bleiben.

Das Assessment erfasst daher u. a. Erwartungen an Mitbestimmung in der Dienstplanung, individuelle Dienstplanpräferenzen, kurzfristige Anpassungsmöglichkeiten von Arbeitszeiten sowie Unterstützungsangebote durch den Arbeitgeber. Dazu gehören beispielsweise Angebote zur Kinderbetreuung und deren tatsächliche Nutzbarkeit im Alltag. Solche Faktoren sind für viele Pflegende entscheidend, werden in klassischen Rekrutierungsprozessen aber selten berücksichtigt.

Ergänzend wurden qualitative Befragungen mit Pflegenden und Gesundheitsorganisationen durchgeführt. Auf beiden Seiten zeigte sich grosses Interesse an einem Instrument, das Wechsel innerhalb der Pflege strukturiert, niederschwellig und auf Basis von validen Angaben unterstützt. Gleichzeitig wurden die Grenzen dieser Anforderungen an die Plattform deutlich: Faktoren wie Führungsqualität oder Teamkultur sind zwar zentral, lassen sich



jedoch nur begrenzt standardisiert erfassen. Daher muss die Plattform zwischen messbaren Kriterien und schwer operationalisierbaren Kontextfaktoren unterscheiden.

Ein zentrales Anliegen war zudem Transparenz hinsichtlich der Funktionsweise des Matchings. Damit Vertrauen in den Algorithmus entstehen kann, muss nachvollziehbar sein, auf welchen Informationen und Gewichtungen Vorschläge basieren. Gleichzeitig wurde der Wunsch geäußert, Bewerbungsunterlagen direkt über die Plattform hochladen zu können, um den Wechselprozess zu vereinfachen.

Erweiterte Funktionen wie Dokumentenmanagement werden als Perspektive aufgenommen, erfordern aber zusätzliche Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit und werden daher erst in späteren Ausbaustufen geprüft.

### Evaluation und Ausblick

In der nächsten Projektphase wird die Plattform praktisch erprobt und wissenschaftlich evaluiert. Untersucht wird, ob innerberufliche Wechsel die Austrittsabsichten reduzieren, die Arbeitszufriedenheit erhöhen und den Verbleib im Beruf stärken. Perspektivisch soll der Ansatz über einzelne Organisationen hinaus wirken, die Vernetzung im Gesundheitssystem stärken und zur Weiterentwicklung von Pflegeberufen beitragen.

Autor\*innen:  
Prof. Dr. Christoph Golz, Leiter  
Innovationsfeld Gesundheitsversorgung  
und Personalentwicklung

Prof. Dr. Mascha Kurpicz-Briki,  
Co-Leiterin Forschungsgruppe Applied  
Machine Intelligence

Manuela Kocher Hirt, Präsidentin SBK  
Sektion Bern

### An der Matching-Plattform interessiert?

Ab dem 1. Juli 2026 können Gesundheitsorganisationen in der Testphase ihre offenen Stellen kostenlos veröffentlichen. Pflegefachpersonen mit Kündigungsabsicht oder bereits erfolgter Kündigung erhalten ab dem 1. August 2026 Zugang zur Plattform und können diese im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation erproben. Kontaktieren Sie uns für Ihren Zugang: [umstieg-statt-ausstieg.gesundheit@bfh.ch](mailto:umstieg-statt-ausstieg.gesundheit@bfh.ch)



Zum Projekt

# Methoden und Instrumente für eine partizipative Praxis

Wie gelingt Zusammenarbeit auf Augenhöhe? Das neue CAS Expert\*in Partizipation in der Gesundheitsversorgung vermittelt anwendungsorientiertes Know-how und Instrumente für eine wirksame und nachhaltige Umsetzung.



Heidi Kaspar (links) und Karin van Holten sind Fachexpert\*innen für das CAS Expert\*in Partizipation in der Gesundheitsversorgung.

Heidi Kaspar und Karin van Holten, welchen Beitrag kann eine partizipative Gesundheitsversorgung zu einer nachhaltigen Entwicklung im Gesundheitswesen leisten?

«Participation in health care is currently the zeitgeist/spirit of our times» (Palmer, 2020). Die Überzeugung, dass die Beteiligung von Patient\*innen und Angehörigen in Praxis, Forschung und Gesundheitspolitik notwendig und gewinnbringend ist, setzt sich nun auch in der

Schweiz so langsam durch. Im angelsächsischen und skandinavischen Raum existieren seit Jahrzehnten Strukturen, Gremien und Policies zur Stärkung der Partizipation. Deutlicher Ausdruck der erstarkenden partizipativen Bewegung sind beispielsweise die Aufträge der Eidgenössischen Qualitätskommission EQK und die Gründung des Swiss PPIE Networks, bei der das Departement Gesundheit der BFH institutionelles Gründungsmitglied ist.

Ein stärkerer Einbezug in Form von wirksamer Mitsprache von Patient\*innen erhöht die Patient\*innensicherheit und -zufriedenheit, die Selbst-Wirksamkeit, die Qualität der Versorgung und die Lebensqualität von Patient\*innen (Fredriksson et al., 2025) sowie die Arbeitskultur unter Mitarbeitenden und in Institutionen (Bombard et al., 2018). Das steigert nicht nur die Zufriedenheit von Patient\*innen und Fachpersonen, sondern verbessert auch die Ergebnisse, z. B. im Umgang mit chronischen Erkrankungen oder komplexen Versorgungsverläufen (Gruppe Expert\*innen durch Erfahrung der BFH, 2026). Die Versorgung kann dadurch auch besser der wachsenden Komplexität begegnen. Langfristig kann ein solcher multiperspektivischer und co-produktiver Ansatz dazu beitragen, ein Gesundheitswesen zu entwickeln, das lernfähiger, gerechter und nachhaltiger ist.

### Was motivierte euch, dieses CAS zu initiieren?

Noch ist Partizipation kein fester Bestandteil der Ausbildung. Es fehlt an Know-how, Methoden und Strategien für die wirksame Umsetzung. In vielen Bereichen des Gesundheitswesens wächst das Interesse an Partizipation. Zugleich erleben wir, dass oft unklar bleibt, wie eine echte Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen, Patient\*innen und Angehörigen konkret gestaltet werden kann. Häufig wird Partizipation zudem nur punktuell umgesetzt und auf einzelne Projekte, engagierte Personen oder symbolische Beteiligung reduziert. Partizipation entfaltet insbesondere dann Wirkung, wenn sie nicht nur in der direkten Versorgung, sondern auch in Organisationen und auf gesundheitspolitischer Ebene mitgedacht wird. Gleichzeitig wächst der Bedarf an Menschen, die Partizipation wirklich professionell, reflektiert, systematisch und strukturiert ermöglichen können. Unsere Motivation war daher doppelt:

1. Wir wollen jene Schlüsselpersonen stärken, die in ihren Organisationen Partizipation vorantreiben möchten – unabhängig davon, ob sie aus der Pflege, der Therapie, der Medizin, der Sozialen Arbeit, dem Qualitätsmanagement, der Führung, Interessensorganisationen oder der Bildung kommen.

2. Wir wollen den pluriperspektivischen Ansatz fördern, also gemeinsame Lernräume schaffen, in denen Fachpersonen, Patient\*innen und Angehörige miteinander und voneinander lernen. Nicht übereinander, nicht nebeneinander – sondern als gleichwertige Wissensträger\*innen.

Mit dem CAS möchten wir Menschen befähigen, Partizipation professionell in der Gesundheitsversorgung zu verankern – mit Wirkung auf Qualität und Zusammenarbeit. Im Zentrum steht die Entwicklung einer partizipativen Haltung als integraler Teil der Versorgung und eines entsprechenden Kulturwandels. Dazu gehört, unterschiedliche Wissensformen als gleichwertig anzuerkennen und Machtasymmetrien bewusst zu reflektieren. Teilnehmende sollen Partizipation nicht als Checkliste, sondern als kontinuierliche Transformation verstehen.

### Für wen eignet sich diese Weiterbildung?

Das CAS richtet sich an Personen, die an der strategischen und praktischen Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung beteiligt sind und diese mit innovativen Ansätzen voranbringen möchten. Dazu gehören Fachpersonen aus Gesundheits- und Sozialberufen, aus Versorgungsentwicklung, Gesundheitsförderung oder Public Health ebenso wie Patient\*innenvertreter\*innen, Patient Experts und engagierte Angehörige, die ihre Erfahrungs- und Perspektivkompetenz in Entwicklungsprozesse im Gesundheitswesen einbringen und wirksam machen möchten.

Die Weiterbildung lebt davon, dass unterschiedliche Wissensformen zusammenkommen: professionelles Wissen, Erfahrungswissen und organisatorisches Wissen. Wichtig ist deshalb vor allem die Bereitschaft, über die eigene Rolle hinauszudenken und gemeinsam an neuen Formen der Zusammenarbeit zu arbeiten.

### Welches Ziel stand bei der Ausgestaltung des CAS für euch im Mittelpunkt?

Wir möchten einen Lernraum schaffen, in dem Teilnehmende mit unterschiedlichen Perspektiven tatsächlich zusammenarbeiten können. Das CAS verbindet deshalb theoretische Grundlagen zu Partizipation mit praktischen Methoden und bietet viel Raum für Austausch und gemeinsame Reflexion. Ein wichtiger Bestandteil ist auch die Arbeit an konkreten Fragestellungen aus der eigenen Praxis oder aus Projekten der Teilnehmenden. So können die Teilnehmenden nicht nur neue Konzepte kennenlernen, sondern direkt erproben, wie sich partizipative Prozesse in unterschiedlichen Kontexten umsetzen lassen. Dazu lernen sie Methoden und Instrumente kennen, wie sie Hürden identifizieren und co-kreative Lösungen entwickeln können.

### Was möchtet ihr mit dem CAS langfristig bei den Teilnehmenden bewirken?

Wir hoffen, dass die Teilnehmenden nach dem CAS zu wichtigen Impulsgeber\*innen für eine partizipative Praxis im Gesundheitswesen werden.



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

---

Interview:  
Isabelle Stupnicki, Kommunikation  
Departement Gesundheit



CAS Expert\*in Partizipation in der Gesundheitsversorgung



## Das Departement Gesundheit feiert 20 Jahre!

Seit zwei Jahrzehnten bilden wir hochqualifizierte Gesundheitsfachpersonen aus und weiter. Wir forschen zu aktuellen Fragen im Gesundheitswesen, liefern Fakten, belegen Zusammenhänge und geben so Impulse zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Besuchen Sie unsere Jubiläumswebseite und entdecken Sie Meilensteine, Alumni-Geschichten, Forschungsprojekte, Rückblicke und Einblicke aus 20 Jahren Departement Gesundheit.

[bfh.ch/20jahreGesundheit](https://bfh.ch/20jahreGesundheit)



### Studium an der BFH: Infoveranstaltungen

#### Master of Science in Ernährung und Diätetik

📅 22. September 2026 + 22. Oktober 2026  
+ 12. November 2026

🕒 18 bis 19 Uhr

📍 Online

🔗 [bfh.ch/msc-ernaehrung](https://bfh.ch/msc-ernaehrung)

#### Master of Science Hebamme

📅 3. September 2026 + 9. November 2026

🕒 17 bis 18 Uhr

📍 Online

📅 6. Oktober 2026

🕒 18 bis 19 Uhr

📍 Online

🔗 [bfh.ch/msc-hebamme](https://bfh.ch/msc-hebamme)

#### Master of Science in Pflege

📅 21. Januar 2027 + 25. März 2027

🕒 17.15 bis 18.15 Uhr

📍 Vor Ort

🔗 Lounge, Schwarztorstrasse 48

📅 17. September 2026 + 22. Oktober 2026  
+ 26. November 2026 + 23. Februar 2027

🕒 17.15 bis 18.15 Uhr

📍 Online

🔗 [bfh.ch/msc-pflege](https://bfh.ch/msc-pflege)

#### Master of Science in Physiotherapie

📅 14. September 2026 + 19. Oktober 2026  
+ 12. November 2026

🕒 19 bis 20 Uhr

📍 Online

🔗 [bfh.ch/msc-physiotherapie](https://bfh.ch/msc-physiotherapie)

#### Master of Science in Healthcare Leadership

📅 16. September 2026 + 13. Oktober 2026  
+ 3. November 2026

🕒 18 bis 19 Uhr

📍 Online

🔗 [bfh.ch/msc-healthcare-leadership](https://bfh.ch/msc-healthcare-leadership)



### Hebammengeleitete Geburten: Forschung zu Nutzung und Potenzial in der Schweiz

Hebammengeleitete Geburten gelten für gesunde Schwangere als sicheres und qualitativ hochwertiges Versorgungsmodell – werden in der Schweiz jedoch bislang wenig genutzt. In ihrem PhD-Projekt an der Berner Fachhochschule untersucht Fanny Mewes, welche Faktoren die Inanspruchnahme fördern oder hemmen. Ziel ist es, evidenzbasierte Grundlagen zu schaffen, um dieses Versorgungsmodell gezielt weiterzuentwickeln und zu stärken.

Zum Projekt





Bild: BFH

## Neues Weiterbildungsformat: Fachkurse werden zu SAS

Mit den Short Advanced Studies (SAS) führt die BFH ein flexibles Weiterbildungsformat zwischen 1 und 9 ECTS ein. Die kompakten Angebote sind praxisnah und modular aufgebaut, schliessen mit anerkannten Microcredentials ab und entsprechen den Standards von «swissuniversities». Bestehende Fachkurse werden schrittweise in SAS überführt und das Angebot laufend erweitert. SAS lassen sich häufig an CAS-, DAS- oder MAS-Programme anrechnen. Weitere Informationen und FAQs finden Sie auf unserer Website.

[bfh.ch/faq-sas](https://bfh.ch/faq-sas)

## Weiterbildung ist Professionsentwicklung

Der Wandel im Gesundheitswesen erfordert laufend neue Kompetenzen. Entsprechend wird unser Weiterbildungsangebot kontinuierlich weiterentwickelt: praxisnah und wissenschaftlich fundiert.

### Neu im Angebot des Departements Gesundheit (Auswahl):

#### CAS Adipositas

Studienstart mit jedem anrechenbaren SAS möglich | 16 Studientage

#### CAS Digital Health und Social Care: Zukunft gestalten

August 2026 | 29 bis 30 Studientage

#### CAS Essstörungen

Studienstart mit jedem anrechenbaren SAS möglich | 16 Studientage

#### CAS Expert\*in Partizipation in der Gesundheitsversorgung

September 2026 | 18 bis 19 Studientage

#### CAS Hebammengeleitete Geburtshilfe

September 2026 | 16 Studientage

#### CAS Praxisausbildung und Coaching in Gesundheitsberufen

Studienstart mit jedem anrechenbaren SAS möglich | 16 Studientage

#### CAS Reproduktive Gesundheit und evidenzbasierte Praxis

Studienstart mit jedem anrechenbaren SAS möglich | 20 Studientage

#### CAS Screening und Differentialdiagnostik in der Physiotherapie

September 2026 | 14 Studientage

#### CAS Sport und Bewegung in und nach der Schwangerschaft

Studienstart mit jedem anrechenbaren SAS möglich | 23 Studientage

#### SAS Ernährungspsychologisch beraten und begleiten

Oktober 2026 | 8 Studientage

#### SAS HomeCare Therapie im Alter

April 2027 | 3 Studientage

#### SAS Respiratorische Physiotherapie bei Lungenerkrankungen im Säuglings- und Kleinkindalter

September 2026 | 2 Studientage



#### SAS Pädiatrische Gesundheitsversorgung

Februar 2027 | 9 Studientage

#### SAS Psychiatric Clinical Assessment

Mai 2027 | 7 Studientage

#### SAS TeamSTEPPS für eine sichere Patient\*innenversorgung

August 2026 | 7 Studientage



Zum gesamten Weiterbildungsprogramm

**Berner Fachhochschule**

Departement Gesundheit  
Murtenstrasse 10  
3008 Bern

Haben Sie Anmerkungen zum Magazin frequenz  
oder möchten Sie Ihr Abonnement anpassen?

Kontaktieren Sie uns unter:  
[kommunikation.gesundheit@bfh.ch](mailto:kommunikation.gesundheit@bfh.ch)