

Selbstmanagement-Angebote in geförderten Projekten der Prävention in der Gesundheitsversorgung

Schlussbericht

Autorinnen und Autoren

- Judith Trageser, Leroy Ramseier, Caspar Esche, Thomas von Stokar (INFRAS)
- Claudia Kessler (Public Health Services)

Projektleitende der Evaluation

Gesundheitsförderung Schweiz

- Dr. Giovanna Raso (Dr. Beatrice Annaheim)

Evaluation im Auftrag von
Gesundheitsförderung Schweiz

Bern, September 2024

Gesundheitsförderung Schweiz GFCH

Selbstmanagement-Angebote in geförderten Projekten der Prävention in der Gesundheitsversorgung

Erfolgsfaktoren, Wirkungsnachweis und Empfehlungen

Schlussbericht

Zürich, 29. September 2024

Judith Trageser, Leroy Ramseier, Caspar Esche, Thomas von Stokar (INFRAS)

Claudia Kessler (Public Health Services)



Impressum

Selbstmanagement-Angebote in geförderten Projekten der Prävention in der Gesundheitsversorgung

Erfolgsfaktoren, Wirkungsnachweis und Empfehlungen

Schlussbericht

Zürich, 29. September 2024

Auftraggeber:in

Gesundheitsförderung Schweiz GFCH

Projektleitung

Giovanna Raso

Projektdauer und Datenerhebung

Projektdauer: 10. Oktober 2023 – 31. Oktober 2024

Datenerhebungsperiode: 1. November 2023 – 31. August 2024

Autorinnen und Autoren

Judith Trageser, Leroy Ramseier, Caspar Esche, Thomas von Stokar (INFRAS)

Claudia Kessler (Public Health Services) (INFRAS)

Claudia Kessler (PHS Public Health Services)

INFRAS, Binzstrasse 23, 8045 Zürich

Tel. +41 44 205 95 95

info@infras.ch

Inhalt

Zusammenfassung	5
Einleitung	5
Ergebnisse	5
Empfehlungen an Projektträger:innen	7
Empfehlungen an GFCH	8
1. Einleitung	10
1.1. Ziel und Evaluationsfragen	10
1.2. Methodisches Vorgehen	11
1.3. Begriff der Selbstmanagement-Förderung	11
2. Projekte mit Angeboten der Selbstmanagement-Förderung	13
2.1. Kriterien zur Qualifizierung als Angebot der Selbstmanagement-Förderung	13
2.2. Kategorisierung der geförderten Projekte	16
3. Umsetzung von zentralen Prinzipien der Selbstmanagement-Förderung	19
3.1. Berücksichtigung von verschiedenen Dimensionen der Selbstmanagement-Förderung	19
3.2. Partnerschaftliche Zusammenarbeit und Befähigung zur Mitwirkung	21
3.3. Mitwirkung der Angehörigen als Zielgruppe	22
3.4. Partizipation bei der Ausgestaltung des Projektes	23
3.5. Längerfristige Begleitung entlang des Gesundheitspfades	25
3.6. Interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit	26
4. Weitere Aspekte der Umsetzung	28
4.1. Gewinnen von Partner:innen und Multiplikator:innen	28
4.1.1. Herausforderungen und Hindernisse	28
4.1.2. Erfolgsfaktoren und Good Practices	29
4.2. Implementierung des Projektes bei Partnerorganisationen	32
4.2.1. Herausforderungen und Hindernisse	32
4.2.2. Erfolgsfaktoren und Good Practices	33
4.3. Erreichen der Zielgruppen	35
4.3.1. Herausforderungen und Hindernisse	35
4.3.2. Erfolgsfaktoren und Good Practices	36

4.4.	Weitere Verbreitung und nachhaltige Verankerung	38
4.4.1.	Herausforderungen und Hindernisse	38
4.4.2.	Erfolgsfaktoren und Good Practices	40
5.	Wirkungen bei Multiplikator:innen und Betroffenen	42
5.1.	Wirkungen bei den Multiplikator:innen	42
5.1.1.	Messmethoden	42
5.1.2.	Überblick quantitativ gemessene Wirkungen	43
5.1.3.	Erweiterung von Wissen und Kompetenzen zur Selbstmanagement-Förderung	45
5.1.4.	Interprofessionelle Zusammenarbeit	47
5.1.5.	Zuweisung und Vermittlung der Angebote	48
5.2.	Wirkungen bei den Betroffenen und Angehörigen	48
5.2.1.	Messmethoden	49
5.2.2.	Überblick quantitativ gemessene Wirkungen	50
5.2.3.	Selbstmanagement-Kompetenzen	52
5.2.4.	Präventives Verhalten und Veränderungen des Lebensstils	53
5.2.5.	Lebensqualität und gesundheitliche Outcomes	54
6.	Folgerungen und Empfehlungen	56
6.1.	Empfehlungen für die Konzeption und Umsetzung der Projekte	59
6.2.	Empfehlungen für die Steuerung von Selbstmanagement-Projekten durch Gesundheitsförderung Schweiz	63
Annex		65
A1.	Qualitative Interviews: Projekte und Interviewpartner:innen	65
A2.	Ein- und ausgeschlossene Projekte	66
A3.	Indikatoren Wirkungen Multiplikator:innen	68
A4.	Indikatoren Wirkungen Betroffene und Angehörige	70
A5.	Wirkungstabelle Multiplikator:innen	72
A6.	Wirkungstabelle Betroffene und Angehörige	74
Literatur		76

Zusammenfassung

Einleitung

Seit 2018 unterstützt die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) Projekte zur Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV). Diese Projekte sind Teil der nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) und zielen darauf ab, innovative Ansätze zu testen und zu verbreiten. Die Selbstmanagement-Förderung ist ein wichtiger Bestandteil der PGV. Was bedeutet Selbstmanagement-Förderung? Sie umfasst all das, was alle Akteure (Betroffene, Fachpersonen, mitbetroffene Angehörige und Peers) gemeinsam unternehmen, um Menschen mit langandauernden Krankheiten und ihre Angehörigen in ihren Selbstmanagement-Kompetenzen und Ressourcen zu stärken.

Die vorliegende übergeordnete Evaluation der PGV-Projekte mit Selbstmanagement-Förderung zeigt Herausforderungen und Erfolgsfaktoren bei der Umsetzung sowie bereits erreichte Wirkungen auf. Davon leitet sie Empfehlungen (Good Practices) für Akteur:innen ab, welche Angebote der Selbstmanagement-Förderung umsetzen oder planen. Zudem macht sie Empfehlungen an GFCH für die Weiterentwicklung der Projektförderung. Methodisch stützt sich die Evaluation auf die Analyse von Jahres-, Abschluss und Evaluationsberichten von 33 geförderten Projekten, welche Selbstmanagement-Förderung umsetzen. Darüber hinaus wurden qualitative Interviews mit Projektleitenden aus zwölf vertieft analysierten Projekten geführt.

Nachfolgend sind die wichtigsten Ergebnisse zur Umsetzung und den Wirkungen zusammengefasst. Anschliessend sind Empfehlungen in verkürzter Form aufgeführt.

Ergebnisse

Multiplikator:innen zu erreichen und das Angebot zu verankern ist herausfordernd

Die Angebotsverantwortlichen sehen sich bei der Umsetzung mit teils ähnlichen Herausforderungen konfrontiert. Erstens sind die Projekte auf Multiplikator:innen angewiesen, die das Angebot mittragen, in ihren Organisationen umsetzen und /oder im Kontakt mit den Betroffenen und Angehörigen Prinzipien der Selbstmanagement-Förderung umsetzen. Die Multiplikator:innen werden aber unterschiedlich gut erreicht. Die Hindernisse sind dabei struktureller und kultureller Art: Sie betreffen Versorgungsstrukturen, welche die Zusammenarbeit in verschiedenen Settings erschweren, schwerfällige Entscheidungsstrukturen in Spitälern und Kliniken und Vorbehalte von Berufsgruppen gegenüber den Kompetenzen anderer Berufsgruppen oder

gegenüber der Expertise von Betroffenen und Angehörigen. Auch der Zeitmangel, eine fehlende Sensibilisierung und Kostendruck der Leistungserbringenden machen es teils schwierig.

Ein wichtiges Ziel der PGV-Projektförderung ist es, erfolgreiche Angebote nachhaltig im Gesundheitswesen zu verankern und zu verbreiten. Dies stellt sich ebenfalls als eine der Hauptherausforderungen bei vielen Projekten heraus. Schwierigkeiten bereiten u.a. die schwierige Abrechenbarkeit der zeitintensiven Leistungen, Konkurrenzdenken von potenziellen Zuweisenden, personelle Fluktuationen und die teils fehlende Offenheit und starre Strukturen in Organisationen. Auch föderalistische Strukturen und unterschiedliche kantonale Gegebenheiten stehen einer Verbreitung der Angebote teils im Wege.

Prinzipien der Selbstmanagement-Förderung werden bereits weitgehend umgesetzt

Die vorliegende Analyse zeigt insgesamt, dass die Projekte Prinzipien der Selbstmanagement-Förderung weitgehend in ihr Projektdesign integriert haben und umsetzen. Prinzipien wie die Partnerschaftlichkeit und Haltung auf Augenhöhe zwischen Fachpersonen, Betroffenen und/oder Angehörigen sowie die ganzheitliche Berücksichtigung der verschiedenen Lebensdimensionen werden teilweise explizit gelebt. Es bestätigt sich dabei auch, dass diese Kriterien zu Erfolgsfaktoren werden und sich in der Praxis bewähren. Nachholbedarf bei den geförderten Projekten besteht u.a. bei der Integration von Elementen der Dimension Haltung und beim Einbezug der Angehörigen. Der Bericht zeigt für die verschiedenen Prinzipien der Selbstmanagement-Förderung Good Practice-Beispiele auf.

Wissenserweiterungen und bessere Befähigung zur Selbstmanagement-Förderung bei Multiplikator:innen

Trotz der genannten Herausforderungen zeigt sich, dass die geförderten Projekte wirksam sind. Bei den Multiplikator:innen reichen die durch Befragungen gemessenen Wirkungen von Wissenserweiterungen über die subjektiv empfundene Befähigung zur Selbstmanagement-Förderung bis hin zur effektive Umsetzung oder Absicht, das Gelernte bei den Betroffenen anzuwenden. Am deutlichsten zeigt sich, dass viele Multiplikator:innen sich durch die Angebote mehr Wissen und Kompetenzen aneignen konnten. Mehrere Projekte berichten von einer verbesserten Zusammenarbeit der Fachpersonen mit anderen Disziplinen innerhalb und ausserhalb der Institution. Seltener gemessen und verhältnismässig weniger stark bestätigt wird bisher in den Projekten, wie sich das Projekt auf spezifische Kompetenzen der Selbstmanagement-Förderung auswirkt und inwieweit Multiplikator:innen Selbstmanagement-Förderung in ihrem Berufsalltag stärker umsetzen.

Positive Outcomes bei Betroffenen und Angehörigen

Auch in Bezug auf die Wirkungen bei Betroffenen und Angehörigen kann ein positives Gesamtfazit gezogen werden. In vielen Projekten können - u.a. durch standardisierten Wirkungsmessungen - positive Veränderungen beim Wissen und den Fertigkeiten zum Selbstmanagement nachgewiesen werden. Auch weisen einige Projekte positive Wirkungen auf die Selbstwirksamkeit und Motivation zur Veränderung des Lebensstils sowie auf die Einstellung zum Umgang mit der Krankheit nach. Dies übersetzt sich in mehreren Projekten gemäss Wirkungsmessungen auch in entsprechende Verhaltensänderungen, eine bessere (gesundheitsbezogene) Lebensqualität, positivere gesundheitliche Outcomes und weniger Rehospitalisierungen.

Verbesserungspotenzial bei den Wirkungsmessungen

Die Analyse der Methoden und Indikatoren, mit denen die Wirkungen in den Projekten gemessen werden, zeigt noch Potenziale auf. In vielen Fällen schränken zwar noch geringe Nutzerzahlen die Möglichkeiten ein, standardisierte und statistisch auswertbare Wirkungsmessungen vorzunehmen. Dennoch zeigt sich, dass die Messungen systematischer und spezifischer in Bezug auf Selbstmanagement-Kompetenzen und deren Förderung umgesetzt werden könnten. Auch in Bezug auf die Wirkungen bei Angehörigen liegt bisher noch wenig Evidenz vor. Good Practice Beispiele zu den Wirkungsmessungen existieren. Einige Projekte greifen beispielsweise auf validierte Instrumente und Skalen zurück und /oder messen die Wirkungen im Vorher-Nachher-Vergleich.

Empfehlungen an Projektträger:innen

Für Projektträger:innen und Organisationen, die ein Angebot der Selbstmanagement-Förderung umsetzen oder planen, lassen sich Empfehlungen auf drei Ebenen ableiten:

*Multiplikator*innen gewinnen*

- 1. Starke und gut vernetzte Partner:innen in Projekt einbinden, auf bestehenden Angeboten aufbauen:** Diese Strategien helfen, die relevanten Fachpersonen und Zielgruppen zu erreichen, Synergien zu nutzen und mögliches Konkurrenzdenken zu vermeiden.
- 2. Präsenz in Netzwerken der Multiplikator*innen markieren, Nutzen klar kommunizieren und Betroffene und Angehörige einbeziehen:** Die aktive Kommunikation, insbesondere auch unter Einbezug von Betroffenen und Angehörigen, erweist sich als ein Erfolgsfaktor.

Wirksamkeit sicherstellen und nachweisen

3. Prinzipien und Qualitätsstandards der Selbstmanagement-Förderung im Projekt-Design berücksichtigen: Die Wirksamkeit der Interventionen ist umso besser, je konsequenter die Prinzipien und Qualitätsstandards¹ der Selbstmanagement-Förderung eingehalten werden.

4. Evidenz für die Wirksamkeit schaffen: Können Wirkungen nachgewiesen werden, werden sich Multiplikator*innen, Partnerorganisationen und Finanzierungsträger*innen eher am Projekt beteiligen.

Projekte nachhaltig verankern

5. Angebot in Institutionen strukturiert implementieren und Prozess begleiten: Eine strukturierte Begleitung der Organisationen, bei der u.a. Massnahmenpläne und Leitlinien erarbeitet werden, hilft, das Angebot nachhaltig zu verankern – auch bei Personalfluktuationen.

6. Langfristig tragfähige Organisation und Finanzierung mitdenken: Diese Aspekte sind zentral, damit ein Angebot langfristig bestehen kann. Daher sollen sie frühzeitig und mitgedacht und in der Konzeptphase des Projekts berücksichtigt werden.

Empfehlungen an GFCH

GFCH kann die erfolgreiche Umsetzung und Implementierung von Projekten der Selbstmanagement-Förderung durch entsprechende Rahmenbedingungen und Grundlagen für Projektträger:innen unterstützen. Folgende sechs Massnahmen empfehlen wir hierzu:

1. Kriterien für den Interventionsbereich Selbstmanagement spezifizieren: Um sicherzustellen, dass die Prinzipien und Standards der Selbstmanagement-Förderung berücksichtigt und umgesetzt werden, sollte GFCH die Kriterien für die Projektanträge spezifizieren.

2. Umsetzung der Prinzipien der Selbstmanagement-Förderung überprüfen: GFCH sollte durch entsprechende Evaluationsfragen und im Rahmen der Berichterstattung expliziter überprüfen, wie die Prinzipien der Selbstmanagement-Förderung berücksichtigt werden.

3. Messung von spezifischen Outcomes der Selbstmanagement-Förderung in den Selbst- und Fremdevaluationen einfordern: Bei den Evaluationen der Projekte sollte GFCH darauf achten, dass spezifischen Outcomes der Selbstmanagement-Förderung gemessen werden.

¹ vgl. [Qualitätsstandards & -Kriterien für Angebote zur Selbstmanagement-Förderung. Ein Leitfaden für Angebotsverantwortliche und Schüsselfragen](#) und [Checkliste Machen wir Selbstmanagement-Förderung?](#)

4. Bessere Grundlagen für übergeordnete Wirkungsnachweise schaffen: Um die Wirkungen auf übergeordneter Ebene besser erfassen zu können, sollte GFCH klarere Vorgaben machen, wie die Projekte die Ergebnisse ihrer Wirkungsmessungen dokumentieren sollen.

5. Konzepte und Umsetzungsschritte zur nachhaltigen Verankerung der Projekte frühzeitig einfordern: Weil die nachhaltige Verankerung der Projekte sehr anspruchsvoll ist, sollte GFCH die Zweckmässigkeit der in den Konzepten vorgesehenen Strategien konsequent überprüfen.

6. Rahmenbedingungen für die PGV-Projektförderung prüfen und beim Bund für bessere Finanzierungsmöglichkeiten einsetzen: GFCH sollte überprüfen, ob die Rahmenbedingungen der PGV-Projektförderung für eine einfacherer längerfristige Finanzierung angepasst werden können (z.B. längerfristige Ko-Finanzierung mit den Kantonen). Beim BAG sollte sich GFCH dafür einsetzen, dass Selbstmanagement-Förderung in der Grundversicherung besser abrechenbar wird.

1. Einleitung

1.1. Ziel und Evaluationsfragen

Seit dem Jahr 2018 unterstützt die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) Projekte zur Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV). Die Projektförderung PGV ist Teil der nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten 2017-2024 (NCD-Strategie) und stellt ein wichtiges Instrument dar, die PGV in der Schweiz über die gesamte Versorgungskette hinweg zu stärken. Sie will die Einführung von Innovationen mit diesem Ziel ermöglichen, sowie die Verbreitung und Weiterentwicklung von bereits bestehenden innovativen Projekten unterstützen. Die ersten Jahre der PGV-Projektförderung dienten dazu, Ansätze mit gutem Potenzial zu testen, um diese ab 2025 in das Gesundheitssystem zu integrieren. Für die Integration ist es wichtig, die Erfolgsfaktoren und Hindernisse bei der Umsetzung und das Wirkungspotenzial zu kennen. Gesundheitsförderung Schweiz lässt daher die geförderten Projekte evaluieren.

Die Selbstmanagement-Förderung ist ein wichtiges Element der PGV. Im Rahmen der PGV-Projektförderung wurden in den letzten Jahren mehrere Selbstmanagement-Angebote unterstützt. Um die Erfolgsfaktoren und Hindernisse bei der Umsetzung und die Wirkungen bei den Multiplikator:innen und Betroffenen bei diesen Projekten zu identifizieren, lancierte GFCH eine projektübergreifende Evaluation und hat INFRAS das Mandat erteilt. Im vorliegenden Detailkonzept ist das Vorgehen für die Evaluation dargelegt.

Ziel der Evaluation

Ziel der Evaluation ist es, Grundlagen für Empfehlungen zur Umsetzung von Selbstmanagement-Angeboten zu erarbeiten. Die Evaluation richtet sich erstens an Träger:innen von PGV-Projekten und weitere Akteure in der Gesundheitsversorgung, die planen, ein Angebot der Selbstmanagement-Förderung in die Praxis umzusetzen. Zweitens soll die Evaluation der Einheit PGV bei GFCH dienen, die Ausrichtung der Projektförderung PGV weiterzuentwickeln.

Evaluationsfragen

Das Pflichtenheft formuliert folgende vier Evaluationsfragen:

1. Welche Erfolgsfaktoren und Hindernisse werden bei der Umsetzung von Selbstmanagement-Angeboten von Projektträger:innen/Evaluator:innen identifiziert?
2. Welche Wirkungen wurden bei der Umsetzung von Selbstmanagement-Angeboten bei Multiplikator:innen aufgezeigt?
3. Welche Wirkungen wurden bei der Umsetzung von Selbstmanagement-Angeboten bei den Betroffenen aufgezeigt?

4. Welche Empfehlungen (praxisrelevant; praktikabel; Good-Practice Kriterien) können zuhanden von Projektträger:innen, Akteuren der Gesundheitsversorgung und GFCH gemacht werden?

1.2. Methodisches Vorgehen

Die Evaluation stützt sich auf qualitative Forschungsmethoden. Schrittweise wurden die folgenden verschiedenen Forschungsmethoden eingesetzt.:

- **Exploratives Interview mit GFCH:** Zu Beginn erfolgte ein exploratives Gruppeninterview mit GFCH. Dies diente dazu, die Definition der Selbstmanagement-Förderung für den vorliegenden Auftrag zu schärfen und die Forschungsfragen weiter zu konkretisieren.
- **Dokumentenanalyse:** Anhand der Dokumentenanalyse wurde im ersten Schritt eine Ausleageordnung der PGV-Projekte mit Selbstmanagement-Förderung erstellt. In dem Zusammenhang wurden die Projekte daraufhin geprüft, ob sie wichtige Kriterien der Selbstmanagement-Förderung erfüllen und anschliessend typologisiert. Das Vorgehen dazu ist im Kap 2 beschrieben. Im zweiten Schritt erfolgte eine übergreifende Analyse von 33 eingeschlossenen Projekten zu den Erfolgsfaktoren, Hindernissen und Wirkungen. Die Analyse umfasste die Jahresberichte, Abschlussberichte und Evaluationsberichte soweit vorhanden. Diese wurden qualitativ mit Unterstützung der Software MAXQDA ausgewertet.
- **Qualitative Interviews mit Projektträger:innen:** Zur Vertiefung der Erkenntnisse wurden Interviews zu 12 ausgewählten Projekten durchgeführt, mit dem Ziel, Good Practices und Wirkungspotenziale je nach Projekttyp und Kontext zu vertiefen. Die Auswahl der Projekte erfolgte gemeinsam mit GFCH. Auswahlkriterien waren u.a. die Abdeckung der Sprachregionen und der Projekttypen (vgl. Kap. 2.2). Zudem wurden Projekte ausgewählt, bei denen das Element der Selbstmanagement-Förderung stark im Vordergrund steht. Befragt wurden die Projektleitenden. Die Liste der mit Interviews vertieften Projekte findet sich im Anhang A1.

1.3. Begriff der Selbstmanagement-Förderung

Zum gemeinsamen Verständnis sollen die Begriffe Selbstmanagement und Selbstmanagement-Förderung an dieser Stelle klar definiert werden. Nachfolgende Definitionen stammen aus dem Konzept Selbstmanagement-Förderung (Kessler et al. 2022), welches im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG in enger Abstimmung mit einer Vielzahl von Schlüsselakteur:innen entwickelt wurde.

Definition Selbstmanagement

Selbstmanagement bedeutet das, was Menschen mit langandauernden Krankheiten und ihre Angehörigen unternehmen, um ihr Leben mit den täglichen Herausforderungen zu meistern und immer wieder in eine Balance zu finden.

Durch die gemachten Erfahrungen entwickeln die Betroffenen und deren Angehörigen Selbstmanagement-Kompetenzen², stärken ihre Selbstwirksamkeit und ihre Fähigkeit zum Handeln und Annehmen eines gesundheitsfördernden Verhaltens. Sie bringen sich aktiv auf ihrem Gesundheitspfad ein, auf Augenhöhe mit Fachpersonen und den anderen Akteuren der Selbstmanagement-Förderung.

Selbstmanagement trägt so dazu bei, dass die Betroffenen und ihre Angehörigen zu einer besseren Lebensqualität und bestmöglichen Gesundheit finden.

Definition Selbstmanagement-Förderung

Selbstmanagement-Förderung bedeutet das, was alle Akteure (Betroffene, Fachpersonen, mitbetroffene Angehörige und Peers) gemeinsam unternehmen, um Menschen mit langandauernden Krankheiten und ihre Angehörigen in ihren Selbstmanagement-Kompetenzen und Ressourcen zu stärken.

Die Erfahrungen, die Expertise und die Lebenswelten der Betroffenen und ihrer Angehörigen sind in der Selbstmanagement-Förderung ganzheitlich integriert («Ko-Kreation», «Expert/innen aus Erfahrung»).

Die Akteure arbeiten partnerschaftlich auf die gemeinsamen Ziele hin, die Lebensqualität der Betroffenen und deren Angehörigen zu erhöhen und sie auf dem Weg zu einer bestmöglichen Gesundheit zu begleiten

² Zu den wichtigsten Selbstmanagement-Kompetenzen zählen:

Betroffene und Angehörige: 1) Eine partnerschaftliche Haltung annehmen und sich einem gemeinsamen Lernprozess öffnen
 Betroffene: 2) Einen Umgang mit Gesundheitsrisiken, Krankheit(en) und den Behandlungen finden; 3) sich mit den möglichen Auswirkungen der Krankheit(en) und deren Folgen auf das private, soziale und berufliche Leben auseinandersetzen; 4) zu sich selbst Sorge tragen sowie interne und externe Ressourcen mobilisieren (z.B. Umfeld oder Nutzung der Ressourcen im Gesundheitssystem); 5) basierend auf der eigenen Handlungs-Motivation und im Austausch mit den Fachpersonen Entscheide fällen, priorisieren und umsetzen. Angehörige: 2) zu sich selbst Sorge tragen und sein eigenes Leben nicht aufgeben; 3) Akzeptanz und Gelassenheit pflegen; 4) durch proaktive Selbstreflektion handlungsfähig bleiben; 5) Unterstützung suchen und annehmen, finanzielle und rechtliche Möglichkeiten kennen und sich dafür einsetzen.

2. Projekte mit Angeboten der Selbstmanagement-Förderung

Beim ersten Screening der Projekte/Angebote zur Selbstmanagement-Förderung zeigte sich, dass das Element der Selbstmanagement-Förderung unterschiedlich stark in den Projekten adressiert ist. Die Selbstmanagement-Förderung ist einer von sechs Interventionsbereichen bei der PGV-Projektförderung. Es waren zu Beginn der analysierten Projekte jedoch keine Kriterien definiert, die erfüllt sein müssen, damit ein Projekt als Angebot zur Selbstmanagement-Förderung gelten kann (Ende 2023 hat das BAG Kriterien in der «Checkliste: Machen wir Selbstmanagement-Förderung» veröffentlicht). Für die vorliegende Studie wurden daher, in Anlehnung an die erwähnte Checkliste, in einem ersten Schritt Kriterien für diesen Interventionsbereich entwickelt. Diese dienten dazu, nur Projekte für die vorliegende Analyse einzuschliessen, welche sich als Angebot der Selbstmanagement-Förderung qualifizieren. Im Kapitel 2.1 sind die Kriterien zur Qualifizierung der Projekte als Angebote zur Selbstmanagement-Förderung und das Vorgehen für den Ein- und Ausschluss beschrieben.

Kapitel 2.2 gibt einen Überblick über die in die Analyse eingeschlossenen Projekte. Auch wenn alle Projekte Elemente zur Selbstmanagement-Förderung beinhalten, handelt es sich um unterschiedliche Projekte in Bezug auf die Ziele, die Zielgruppen und Settings, in denen sie umgesetzt werden. Die Kategorisierung dient dazu, die Erfolgsfaktoren, Hindernisse und Wirkungen der Selbstmanagement-Förderung differenzierter zu analysieren.

2.1. Kriterien zur Qualifizierung als Angebot der Selbstmanagement-Förderung

Prinzipien und Schlüsselfragen

Als Grundlage zur Definition von Einschlusskriterien diente das Konzept und der Referenzrahmen Selbstmanagement-Förderung (Kessler et al für BAG 2022 und 2018) sowie die Checkliste «Machen wir Selbstmanagement-Förderung?» (Kessler für BAG 2023). Letztere wurde für Anbieter:innen basierend auf dem Konzept Selbstmanagement-Förderung entwickelt. Diese Grundlagen halten wichtige Prinzipien und Merkmale der Selbstmanagement-Förderung fest, darunter beispielsweise die Partnerschaftlichkeit, die Befähigung zur Mitwirkung, die interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit, die längerfristige Begleitung entlang des Gesundheitspfades und die Förderung von drei zentralen Dimensionen «Wissen», «Fertigkeiten» und «Haltung». Die Prinzipien sind in der Checkliste zu drei Schlüsselfragen zusammengefasst, welche mit ja beantwortet werden sollten, um die Definition der Selbstmanagement-Förderung zu erfüllen:

- Stärkt das Angebot die Selbstmanagement-Kompetenzen und Ressourcen von Betroffenen und/oder deren Angehörigen?
- Integriert das Angebot das Erlebte, die Erfahrungen und die Lebenswelten der Betroffenen und/oder deren Angehörigen?
- Arbeiten die Akteure (Fachpersonen, Betroffene, Angehörige und Peers) auf Augenhöhe an gemeinsam erarbeiteten Zielen?

Inwiefern die von GFCH geförderten Projekte mit Interventionsbereich Selbstmanagement-Förderung diese Schlüsselfragen mit «ja» beantworten können, ist ohne detaillierte Kenntnisse des Projektes schwierig zu beurteilen. Für den Einschluss der Projekte in die Analyse wurden deshalb basierend auf Prinzipien und Merkmalen der Selbstmanagement-Förderung Kriterien definiert, die objektivierbarer sind und als Minimalanforderung gelten können.

Einschlusskriterien für Projekte/Angebote zur Selbstmanagement-Förderung

Grundsätzlich können verschiedene Typen von Projekten der Selbstmanagement-Förderung unterschieden werden:

1. *Direkte Intervention zur Selbstmanagement-Förderung*: Diese haben Betroffene (und Angehörige) zur primären Zielgruppe. Die Interventionen der Selbstmanagement-Förderung finden direkt mit diesen Personen statt.
2. *Indirekte Interventionen zur Selbstmanagement-Förderung*: Diese haben Multiplikator:innen, z.B. Peers und Fachpersonen oder Organisationen zur primären Zielgruppe. Bei diesen Projekten geht es darum, die strukturellen Rahmenbedingungen für die Selbstmanagement-Förderung zu verbessern, d.h. z.B. Fachpersonen zu schulen, die Schnittstellen zu Selbstmanagement-Angeboten zu verbessern oder Prozesse für die Selbstmanagement-Förderung in Institutionen zu etablieren.
3. *Ganzheitliche Interventionen zur Selbstmanagement-Förderung*: Diese Projekte haben sowohl Multiplikator:innen als auch Betroffene (und Angehörige) zur Zielgruppe. Sie setzen Selbstmanagement-Förderung direkt um und schaffen hierfür förderliche Rahmenbedingungen, z.B. durch die gezielte Schulung von Multiplikator:innen.

Je nach Projekttyp wurden folgende Kriterien für die Qualifikation als Projekt zur Selbstmanagement-Förderung definiert:

Einschlusskriterien für Typ 1 und 3: Direkte Interventionen und ganzheitliche Interventionen

Bei Projekten von Typ 1 sollten prinzipiell die folgenden beiden Kriterien erfüllt sein.

- Das Angebot beinhaltet nicht nur Ansätze und Tools zum Erwerb von Wissen, sondern mindestens auch zur Stärkung der Selbstwirksamkeit, Lebensstiländerung oder Stärkung von Fertigkeiten.
- Das Angebot ist längerfristig ausgelegt für die Begleitung entlang des Gesundheitspfades.

Für die vorliegende Studie haben wir jedoch auch Projekte eingeschlossen, die nur das erste Kriterium erfüllt haben – dies, wenn das Angebot dieses Kriterium klar erfüllt. Im umgekehrten Fall wurde das Projekt ausgeschlossen.

Einschlusskriterien für Typ 2: Indirekte Interventionen

Wichtige Kriterien für Projekte der Selbstmanagement-Förderung, die sich an Multiplikator:innen und Organisationen richten, sind:

- Bei den Angeboten für Multiplikator:innen/Organisationen ist die Selbstmanagement-Förderung ein explizites Ziel und gehört zu den wichtigsten Themen des Angebots.
- Das Angebot fördert die interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Das Vorgehen für den Ein- und Ausschluss erfolgte analog zum Vorgehen bei Typ 1 und 3.

Eingeschlossene Projekte

Von 48 Projekten, die als Interventionsbereich u.a. Selbstmanagement-Förderung angegeben hatten, erfüllen aus unserer Sicht insgesamt 33 Projekte die wichtigsten Kriterien. Die Projekte sind im Anhang A2 aufgeführt.

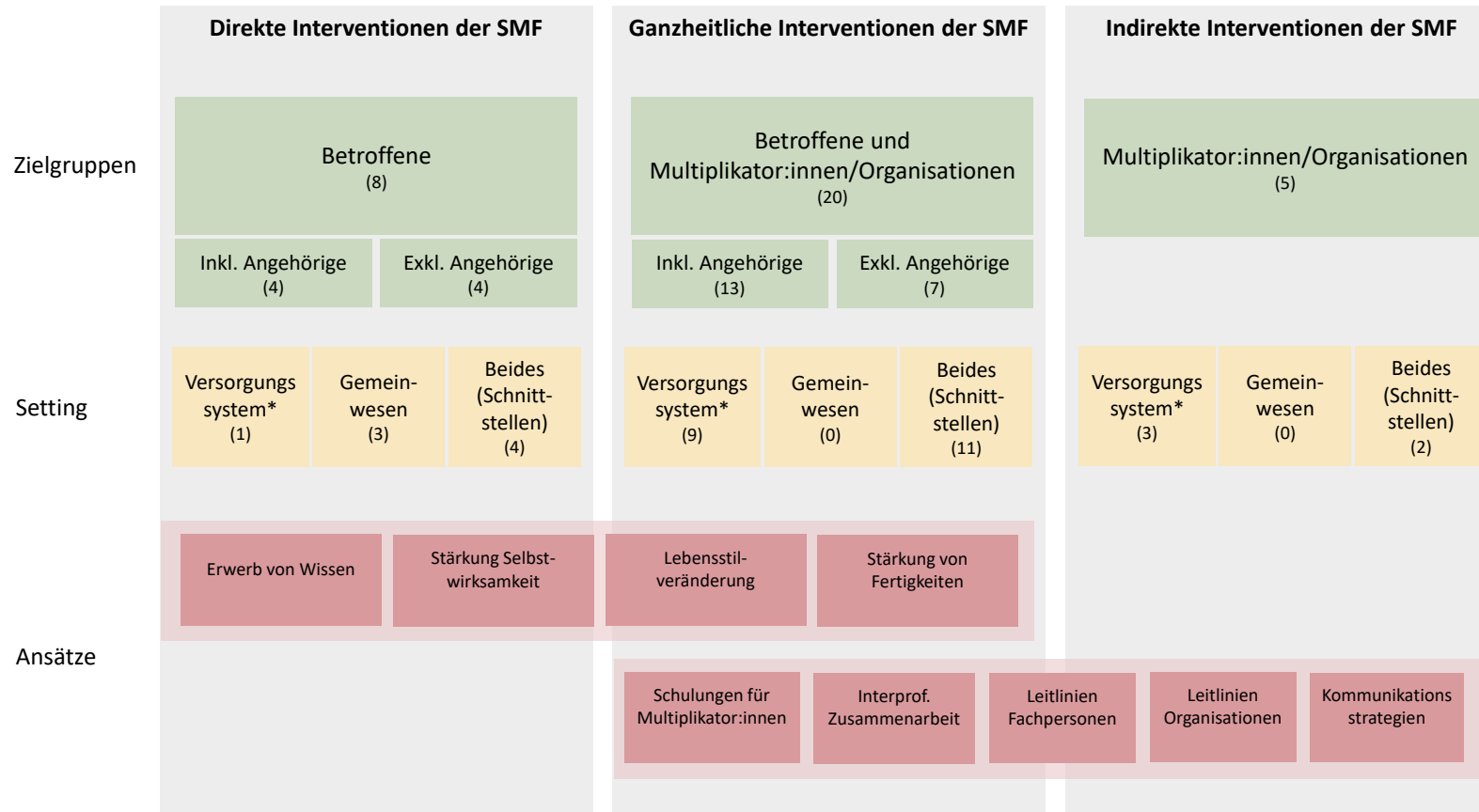
15 Projekte wurden aus unterschiedlichen Gründen ausgeschlossen: Bei mehreren Projekten war das Element der Selbstmanagement-Förderung nur schwach im Konzept vertreten. Beispielsweise fokussiert die Intervention nur auf Verbesserung der Kenntnisse oder es handelt sich um ein Bewegungsangebot ohne Begleitung zur Förderung der Selbstwirksamkeit, der Fertigkeiten und positiven Einstellung zum Umgang mit der Erkrankung. Andere Projekte haben die Verbesserung der Schnittstellen und den Zugang zu Angeboten zum Ziel, wobei die Selbstmanagement-Förderung nicht als eines der wichtigen Themen erkennbar ist.

Es bleibt anzumerken, dass aus Gründen der beschränkten Ressourcen der Ausschluss basierend auf zusammenfassenden Projektbeschreibungen und nicht aufgrund eines vertieften Studiums der Projektinformationen erfolgt ist. Die Einschätzungen wurden mit GFCH abgestimmt.

2.2. Kategorisierung der geförderten Projekte

Um einen Überblick zu geben, welche Art von Projekten zur Selbstmanagement-Förderung durch GFCH unterstützt werden, wurden die eingeschlossenen Projekte nach Zielgruppen, Settings und Ansätzen der Selbstmanagement-Förderung kategorisiert (vgl. folgende Abbildung).

Abbildung 1: Kategorisierung der Projekte



SMF=Selbstmanagement-Förderung

* Unter Versorgungssystem verstehen wir die Versorgung im Gesundheits- und Sozialwesen.

Grafik INFRAS. Quelle: eigene Darstellung

Die Verteilung der Projekte auf die einzelnen Kategorien darf nicht als abschliessend verstanden werden. Insbesondere die Settings und die erfolgten Ansätze waren nicht bei allen Projekten gleichermassen klar ersichtlich. Allerdings lassen sich dennoch generelle Tendenzen aus der Grafik ableiten:

- Unter den geförderten Projekten finden sich mehrheitlich ganzheitliche Interventionen der Selbstmanagement-Förderung. Eine Mehrheit dieser Projekte schliesst auch die Angehörigen als Zielgruppe mit ein.
- Bei den Settings zeigt sich weiter, dass die meisten Projekte an den Schnittstellen zwischen dem Versorgungssystem (Gesundheits- und Sozialwesen) und dem Gemeinwesen ansetzen. So etabliert bspw. das Projekt «selbsthilfefreundliche Spitäler»³ die gemeinschaftliche Selbsthilfe als Nachsorgeangebot an Hospitalisationen und schafft so eine Schnittstelle zwischen Versorgungssystem und Gemeinwesen.
- Schliesslich umfassen die Projekte auch unterschiedliche Ansätze zur Selbstmanagement-Förderung. Auf der Ebene der Betroffenen und Angehörigen ist der Erwerb von Wissen und die Stärkung der Selbstwirksamkeit bei den meisten Projekten zentraler Bestandteil. Zwar in einer geringeren Anzahl aber dennoch in der Mehrheit der Fälle verfolgen die Projekte auch Ansätze zur Lebensstilveränderung und zur Stärkung der Fertigkeiten Betroffener. Bei den Ansätzen im Umgang mit den Multiplikator:innen fällt schliesslich auf, dass zahlreiche Projekte Schulungen für Multiplikator:innen anbieten. Auch die interprofessionelle Zusammenarbeit soll vielfach gestärkt werden. Eher seltener erarbeiten die Projekte hingegen operative Leitlinien für Fachpersonen bzw. für Organisationen.

³ Ganzer Projektname: Gesundheitskompetenz dank selbsthilfefreundlichen Spitälern.

3. Umsetzung von zentralen Prinzipien der Selbstmanagement-Förderung

Dieses Kapitel beinhaltet die Ergebnisse zu den Fragen der Umsetzung der unterstützten Projekte zur Selbstmanagement-Förderung. Bei der Analyse konnten nicht alle eingeschlossenen Projekte berücksichtigt werden: 8 Projekte befinden sich erst in der Anfangsphase⁴ und zum Zeitpunkt der empirischen Arbeiten lagen dazu noch keine Zwischenberichte oder Zwischenevaluationen vor. Die Analyse umfasst daher insgesamt 25 Projekte.

3.1. Berücksichtigung von verschiedenen Dimensionen der Selbstmanagement-Förderung

Wissen, Fertigkeiten und Haltungen sowie die verschiedenen Lebensdimensionen (körperlich, psychisch, sozial) in den Angeboten zu berücksichtigen, ist ein zentrales Prinzip der Selbstmanagement-Förderung (vgl. Kessler et al. 2022 sowie BAG 2023). Zudem sollen das Erlebte und das Erfahrungswissen der Betroffenen und/oder Angehörigen die Ausgestaltung des Angebots bestimmen. Das bedeutet, dass bspw. erarbeitete Copingstrategien oder Krisenpläne auf die körperlichen, psychischen und sozialen Ressourcen sowie die Erfahrungen der jeweiligen Person ausgerichtet werden sollten.

Umsetzung der Dimensionen Wissen, Fertigkeiten und Haltung in den analysierten Projekten

Die Analyse der Dokumente sowie die geführten Interviews zeigen, dass die geförderten Projekte insbesondere die Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten beinhalten. Bei der Dimension Wissen geht es bei den Angeboten darum, den Betroffenen Kenntnisse über ihre Erkrankung, die Risikofaktoren, förderliche Lebensstile sowie Behandlungsmöglichkeiten zu vermitteln. Auf diese Weise werden die Betroffenen befähigt, informierte Entscheidungen zu treffen. Bei den vermittelten Fertigkeiten handelt es sich beispielsweise um das tägliche Management der Krankheit(en), das Medikamentenmanagement, die Überwachung der Symptome, das Erkennen von Warnsignalen, Copingstrategien für Krisensituationen oder Möglichkeiten zur Steigerung der Aktivität, etc.

Weniger offensichtlich ist bei den analysierten Projekten (übergreifende Analyse), inwieweit auch die Dimension Haltungsänderung Ziele der Angebote zur Selbstmanagement-Förderung sind. Dies konnte insbesondere bei den zwölf vertieften Projektanalysen genauer untersucht werden. Dabei zeigt sich, dass diese Projekte weitgehend neben den Dimensionen Wissen und Fertigkeiten auch die Dimension Haltungen konzeptionell berücksichtigen und umsetzen. Die Projekte verfolgen einen ressourcenorientierten Ansatz, um die Selbstwirksamkeit der

⁴ Start: 01.01.2023

Betroffenen zu stärken. Bei den Projekten «GLA:D»⁵ und «Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz»⁶ wird mit den Betroffenen⁷ beispielsweise daran gearbeitet, die intrinsische Motivation zu wecken sowie das Selbstverständnis zu etablieren, den Lebensstil dauerhaft zu adaptieren. Das Projekt «Angehörigen Expert:innen»⁸ zielt darauf ab, psychische Ressourcen von betreuenden Angehörigen zu mobilisieren und eine positivere Haltung nach der Phase eigener Ohnmachtserfahrung aufzubauen. Bei den «ASSIP»-Projekten⁹ werden die Betroffenen¹⁰ aufgefordert, ihre eigene Geschichte zu erzählen und sich so mit ihrer Vergangenheit selbst auseinanderzusetzen. Im Projekt «KOMPASS» schliesslich lernen die Betroffenen¹¹ und deren Angehörigen u.a., was es für die Rollen der Betroffenen und das Umfeld bedeutet, chronisch krank zu sein.

Auch Angebote, die sich u.a. an die *Multiplikator:innen* richten und deren Wissen und Kompetenzen zur Selbstmanagement-Förderung schulen, sollten alle Dimensionen der Selbstmanagement-Förderung in ihre Ansätze integrieren. In den Interviews berichten die Interviewpartner:innen, dass alle drei Dimensionen in den Schulungen Eingang fänden. Im Projekt «Daheim statt Heim»¹² seien Haltungsänderungen der Fachpersonen beispielsweise ein grosser Bestandteil der Schulungen. Die Pflegefachpersonen würden lernen, die traditionelle Rolle der «Comfort Care»-Gebenden abzulegen und ihre Tätigkeit hin zur Aktivierung und Stärkung der Ressourcen zu entwickeln.

Berücksichtigung der verschiedenen Lebensdimensionen in den analysierten Projekten

Erkenntnisse darüber, inwieweit die verschiedenen Lebensdimensionen (körperlich, psychisch, sozial) der Betroffenen und/oder Angehörigen in den geförderten Projekten einbezogen werden, konnten ebenfalls vor allem aus den vertieft analysierten Projekten gezogen werden: Die Projektträger:innen berichten mehrheitlich, dass sie einen ganzheitlichen Ansatz verfolgen und das Angebot individuell nach den Lebensumständen, Ressourcen, Erfahrungen und Vorkenntnissen der Personen ausrichten. Die verschiedenen Lebensdimensionen werden bei der Analyse der Ressourcen und der Gestaltung von individuellen Selbstmanagement-Strategien berücksichtigt. Beispielsweise thematisiert das Projekt «GLA:D» neben den körperlichen und psychischen Ressourcen auch die sozialen Ressourcen (soziale Kontakte, finanzielle Ressourcen). Auch beim Projekt «Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz» ermitteln die Fachpersonen durch aktives Zuhören die Alltagsherausforderungen und den Lebenskontext in seinen

⁵ Ganzer Projektname: GLA:D Schweiz Programm – Mit Arthrose gut leben.

⁶ Ganzer Projektname: Selbstmanagementförderung und Behandlungspfad Herzinsuffizienz.

⁷ GLA:D: Personen mit Arthrose, Selbstmanagementförderung Herzinsuffizienz: Personen mit Herzinsuffizienz.

⁸ Ganzer Projektname: Angehörigen-Expert:innen in der psychiatrischen Versorgung.

⁹ ASSIP Suisse Romande, AdoASSIP, ASSIP Home Treatment (neu: ASSIP Flex).

¹⁰ Suizidgefährdete Personen.

¹¹ Betroffene von muskuloskelettale Erkrankungen (explizit: Arthritis und Osteoporose)

¹² Ganzer Projektname: Daheim statt Heim – Förderung des Selbstmanagements von älteren Menschen in der stationären Kurzzeitpflege.

verschiedenen Dimensionen. Beim Peer-Projekt «Angehörigen Expert:innen» spielt die Analyse des sozialen Umfelds eine zentrale Rolle für das Selbstmanagement – dies, um individuelle Lösungen für die betreuenden Angehörigen zu erarbeiten. Beim Angebot «selbsthilfefreundliche Spitäler» ist die Alltagsnähe automatisch gegeben und alle Lebensdimensionen sind fixer Bestandteil der Gruppendiskussionen. Dazu gehört auch, wie mit der emotionalen Belastung umgegangen werden kann.

3.2. Partnerschaftliche Zusammenarbeit und Befähigung zur Mitwirkung

Ein weiteres zentrales Prinzip der Selbstmanagement-Förderung ist die Befähigung zur Mitwirkung. Betroffene und/oder Angehörige sollen auf Augenhöhe am Prozess mitwirken können. Inwieweit die Projekte dies umsetzen, geht ebenfalls vor allem aus den vertiefenden Interviews hervor.

Die Projektträger:innen bestätigen in den Interviews, dass die Mitwirkung der Betroffenen und gemeinsam erarbeitete Zielsetzungen feste Bestandteile der Projekte sind. Dies erfolgt bei mehreren Projekten dialogisch, d.h. nicht nur im Miteinander der Betroffenen und Fachpersonen, sondern auch unter Einbezug der Angehörigen.¹³ Die Partnerschaftlichkeit und Kommunikation auf Augenhöhe sind in den Angebotskonzepten als Prinzipien festgehalten. Ein positives Beispiel ist das Projekt «Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz», wo bei der Entscheidungsfindung die Bedürfnisse aller Akteure in die Waagschale geworfen werden. Es gilt die offene Kommunikation der Erwartungen und Befürchtungen aller Akteure. Das Projekt hat zudem Instrumente implementiert, um einen stetigen gegenseitigen Lernprozess bei der partnerschaftlichen Zusammenarbeit sicherzustellen und die Qualität der Leistungen zu verbessern.¹⁴ In Projekten mit den Zielgruppen psychisch Erkrankte bzw. Suizidbetroffene («ProPCC»¹⁵, «ASSIP-Projekte», «SERO»¹⁶) erarbeiten die Betroffenen¹⁷ gemeinsam mit Fachpersonen und Angehörigen individualisierte Krisenpläne. In Projekten, welche mit Peers arbeiten, bilden die aktive Mitwirkung und das Erfahrungswissen per se den Kern des Angebots, so bei den Selbsthilfegruppen im Rahmen des Projektes «selbsthilfefreundliche Spitäler» und bei den Beratungen durch Peers im Rahmen des Projektes «Angehörigen Expert:innen».

¹³ Gemäss unseren Informationen: Projekte «Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz», ProPCC (nach Wunsch), «SNP2, «ASSIP»-Projekte.

¹⁴ U.a. arbeitet das Projekt mit der Association Savoir Patient (ASAP) zusammen, welche Nachbefragungen bei Programmteilnehmenden nach 3 Monaten durchführt.

¹⁵ Ganzer Projektname: Promotion et implantation efficiente du Plan de Crise Conjoint (PCC).

¹⁶ Ganzer Projektname: SERO – Suizidprävention: Einheitlich Regional Organisiert.

¹⁷ Psychisch erkrankte Personen.

Die partnerschaftliche Zusammenarbeit ist auch Bestandteil der Schulungen von *Multiplikator:innen*. Beim Projekt «SERO» werden bei Schulungen von Fachpersonen beispielsweise durch Kommunikationstrainings u.a. auch Haltungsänderungen geübt, wobei es um die Begegnung der Betroffenen auf Augenhöhe geht. Auch im Projekt «SNP»¹⁸ werden die Pflegenden darin geschult, die Betroffenen zur Mitwirkung zu befähigen. Die Pflegefachpersonen sollen lernen, dass es bei der Selbstmanagement-Förderung nicht nur um die Weitergabe von Tipps und Tricks gehe, sondern um ein Coaching.

Erfahrungen in der Umsetzung

Die Interviewpartner:innen berichten insgesamt wenig über Erfahrungen in der Umsetzung der Prinzipien. Im Projekt «Daheim statt Heim» hat sich aber gezeigt, dass gemeinsame Zielsetzungen wichtig, aber gleichzeitig auch eine Herausforderung sein können. Das gemeinsame Ziel von Fachpersonen und Betroffenen sei zwar klar (Betroffenen den Austritt nach Hause zu ermöglichen), bei den Herangehensweisen sei man sich jedoch nicht immer einig. Zudem können auch die Zielsetzungen zwischen Angehörigen und Betroffenen nicht übereinstimmen. Während Betroffene in der Regel schnellstmöglich nach Hause möchten, sehen die Angehörigen die Betroffenen teilweise eher im Pflegeheim oder länger im Spital.

3.3. Mitwirkung der Angehörigen als Zielgruppe

Bei der Selbstmanagement-Förderung sollte systematisch geklärt werden, ob Angehörige der Betroffenen eine Zielgruppe im Angebot darstellen und wie sie als Akteure eingebunden werden können. Aus der Dokumentenanalyse geht hervor, dass bei 17 von 28 Projekten Angehörige als zweite Zielgruppe in die Angebote eingebunden werden. Teilweise gehört der Einbezug der Angehörigen fest zum Angebot, zum Teil ist er fakultativ und den Betroffenen überlassen. Zudem unterscheidet sich der Einbezug darin, ob Angehörige als Mitwirkende bei der Selbstmanagement-Förderung und/oder als Mitbetroffene mit eigenen Bedürfnissen betrachtet werden.

Bei den vertieft analysierten Projekten können in allen Projekten die Angehörigen prinzipiell (bei Bedarf) einbezogen werden. Teilweise ist der Einbezug fester Bestandteil des Prozesses, teilweise ist dies nur unscharf definiert. Beim Projekt «AdoASSIP»¹⁹, welches sich an die Zielgruppe Jugendliche nach einem Suizidversuch richtet, nimmt mindestens ein Elternteil beim Vorgespräch teil und beim Projekt «ASSIP Home Treatment»²⁰ findet eine Sitzung mit der ganzen Familie statt. Den Betroffenen wird zudem nahegelegt, die Angehörigen auch darüber

¹⁸ Ganzer Projektname: SNP – Symptom Navi Programm.

¹⁹ Ganzer Projektname: AdoASSIP – Prävention von Suizidversuchen und Suiziden bei Adoleszenten

²⁰ heisst neu: ASSIP Flex

hinaus, bei der Entwicklung des Sicherheitsplans, einzubeziehen. Auch beim Projekt «Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz» ist der Einbezug standardmässig vorgesehen. Nicht oder in weniger strukturierter Form erfolgt der Einbezug bei den Projekten «GLA:D» und «KOMPASS».²¹ Die Projektträger:innen sehen hier auch selbst Ausbaupotenzial. Bei anderen Projekten erhalten die Angehörigen im trialogischen Prozess bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung die Möglichkeit, als Mitbetroffene Einfluss zu nehmen. Inwieweit die Angehörigen in ihrem eigenen Selbstmanagement gestärkt werden, bleibt jedoch unklar. Beim Projekt «selbsthilfefreundliche Spitäler» gelten Angehörigen jedoch klar auch als Mitbetroffene. Es existieren Selbsthilfegruppen für Angehörige, die ihnen von den Fachpersonen im Spital vermittelt werden.

Erfahrungen in der Umsetzung

Die befragten Projektträger:innen berichten in Bezug auf den Einbezug der Angehörigen sowohl von Chancen als auch Herausforderungen. Im Projekt «Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz» werden die Angehörigen als wichtige Erfolgsfaktoren angesehen – dies im Sinne des Supports für die Angehörigen. Der Einbezug fördere das Verstehen der vermittelten Informationen, die emotionale und praktische Unterstützung und das Engagement der Betroffenen. Bei Projekten mit der Zielgruppe psychisch Erkrankte (ASSIP-Projekte, «ProPCC») erwähnen die Projektträger:innen auch die positive, entlastende Wirkung für die Angehörigen. Der Einbezug gebe den Angehörigen Sicherheit und helfe ihnen, ihren Platz zu finden sowie die richtige Strategie in Krisen anzuwenden. Allerdings sei der Einbezug der Angehörigen von den psychisch erkrankten Betroffenen nicht immer gewollt. Deshalb bleibt die Entscheidung über den Einbezug der Angehörigen den Betroffenen überlassen.

3.4. Partizipation bei der Ausgestaltung des Projektes

Der Einbezug der Betroffenen und/oder Angehörigen bei der Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Angebote gehört ebenfalls zu einem zentralen Prinzip der Selbstmanagement-Förderung. Aus der Dokumentenanalyse geht hervor, dass ein Grossteil der Projekte Gefässe (Begleitgruppen, Expert:innengruppen, Sounding Boards etc.) etabliert haben, mit denen sie die Erfahrungen der Betroffenen und Angehörigen in die Gestaltung des Angebots einfliessen lassen können. Einige Projekte haben Betroffene und Angehörige auch in ihre Projektorganisation eingebunden. Zudem konsultieren die Projekte Betroffene in der Konzeptionsphase und bei der Ausgestaltung von Massnahmen/Produkten bspw. in Form von Interviews oder Fokusgruppen.

²¹ Beim Projekt GLA:D bilden Angehörige keine Zielgruppe. Beim Projekt KOMPASS können Angehörige auf Wunsch der Betroffenen und Angehörigen in den Beratungssitzungen teilnehmen. In der Praxis wird diese Möglichkeit aus Sicht der Projektleitenden durch die MPA/MPK nicht systematisch kommuniziert.

Wie die Partizipation bei der Ausgestaltung und Weiterentwicklung konkret umgesetzt wird, geht vor allem aus den vertieften Projektanalysen hervor. Das Projekt «AdoASSIP» konsultierte in der Pilotphase beispielsweise 30 betroffene Familien zum vorgesehenen Konzept. Auch die Projekte «Daheim statt Heim», «Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz» und «KOMPASS» haben für ihre Beratungskonzepte Meinungen von Betroffenen und Angehörigen eingeholt. Die Projekte «SNP», «ProPCC» und «SERO» haben ihre Produkte (Flyer, Krisenplan, App) gemeinsam mit Betroffenen und Angehörigen entwickelt. Das Projekt «SERO» arbeitet dabei nach dem Human-Centered Design, ein Modell mit dem User und Wissenschaft ihre Expertise in ein Produkt einbringen.

Projekte, die Multiplikator:innen zur Zielgruppe haben, setzen die Partizipation auch bei der Weiterbildung und Sensibilisierung ein. Im Projekt «ProPCC» werden die Weiterbildungen für Fachpersonen gemeinsam durch Fachpersonen, Betroffene und Angehörige gehalten. Das Projekt «selbsthilfefreundliche Spitäler» arbeitet mit einem Kooperationsdreieck aus Betroffenen (Teilnehmende in Selbsthilfegruppen), Fachpersonen der regionalen Selbsthilfegruppen und Fachpersonen des Spitals. Sie entwickeln regelmässig Massnahmen für die Zusammenarbeit zwischen Spitälern und Selbsthilfegruppen, damit das Erfahrungswissen aus den Selbsthilfegruppen in den Spitalbetrieb einfließen kann und die Spitäler Betroffene und Angehörige über die Selbsthilfeangebote informieren können. Dazu wirken Betroffene bei Informationsveranstaltungen oder in Qualitätszirkeln der Spitäler mit.

Bei Peer Projekten ist der Einbezug der Betroffenen und Angehörigen per se gegeben. Im Projekt «Angehörigen Expert:innen» sind es betreuende Angehörige, die das Angebot gestalten und ihr Erfahrungswissen als Peers an andere betreuende Angehörige weitergeben.

Schliesslich wird die Partizipation auch in der Projektorganisation gelebt, beispielsweise bei den Projekten «SNP» und «SERO», wo Betroffene und Angehörige Teil der engeren Projektorganisation sind. Der Projektträger von SERO führt dazu aus, dass in Patt-Situationen stets der Meinung der Betroffenen der Vorrang gegeben wird.

Erfahrungen in der Umsetzung

Aus Sicht der Projektträger:innen ist der Einbezug von Betroffenen und Angehörigen ein wichtiger Erfolgsfaktor für ein bedarfsgerechtes Angebot (vgl. Kap 4.3.2). Im Projekt «AdoASSIP» brachten die konsultierten Familien beispielsweise Ideen für die Ausgestaltung der Vorgespräche mit den Familien und die Nutzung des Mobiltelefons für «Hausaufgaben» der Betroffenen hervor. Beim Projekt «SERO» nahmen Betroffene und Angehörige grossen Einfluss auf die

Ausgestaltung der App. Aufgrund der Rückmeldungen von Angehörigen wurde auf vorgesehene Funktionalitäten der App verzichtet und wurden neue hinzugefügt.²²

Partizipative Prozesse bringen gemäss Rückmeldungen von Projektträger:innen auch Herausforderungen mit sich. Der Projektträger von «SERO» berichtet von einem sehr hohen Aufwand, welcher sich jedoch mit einer besseren Qualität auszahlt. Zudem geht aus der Dokumentenanalyse hervor, dass es zum Teil schwierig ist, Betroffene und Angehörige für die Mitwirkung im Projekt zu gewinnen. Dies gilt vor allem für Angehörige, deren Ressourcen bereits stark durch die Betreuung ihrer kranken Angehörigen beansprucht sind.

3.5. Längerfristige Begleitung entlang des Gesundheitspfades

Aus der Analyse der geförderten Projekte geht hervor, dass diese nur teilweise eine längerfristige Begleitung der Betroffenen vorsehen. Teilweise endet das Angebot nach Abschluss des Unterstützungsprogramms. Bei Projekten, die im stationären Setting ansetzen, ist eine Begleitung später zu Hause nur in einigen Fällen vorgesehen.

Viele Projekte bemühen sich jedoch, eine längerfristige Begleitung der Betroffenen sicherzustellen. Mehrere Projekte (z.B. «KOMPASS», «Besser leben mit COPD»²³) sehen nach dem Hauptprogramm Follow-up-Gespräche z.B. nach einem halben Jahr oder einem Jahr vor. Andere Projekte bieten durch Therapeut:innen oder Peers geleitete «Post-Gruppen» an (z.B. «GLA:D»). Positive Beispiele für die längerfristige, settingübergreifende Begleitung entlang des Gesundheitspfades sind die Projekte «Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz» und ASSIP-Projekte. Das Projekt «Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz» stellt den Übergang vom Spital zu den behandelnden Kardiolog:innen mit einem einmonatigen Programm sicher, bei dem an der Stabilisierung des Gesundheitszustands, der Entwicklung von Selbstmanagement-Kompetenzen und Anpassung der Medikation gearbeitet wird. Bei den ASSIP-Projekten sind nach dem Sitzungsprogramm ebenfalls Follow-ups vorgehen (per Brief und WhatsApp). Zudem vernetzen sich die ASSIP-Therapeut:innen mit den Nachbehandelnden, die die Betroffenen nach ihrem Suizidversuch längerfristig begleiten.

Erfahrungen in der Umsetzung

Befragte Projektträger:innen sind der Ansicht, dass die längerfristige Begleitung ein wichtiger Erfolgsfaktor für die angestrebten Gesundheitsziele ist. Was die fehlende Begleitung ausmachen kann, zeigt das Projekt «Daheim statt Heim», bei dem das Angebot nur während der Kurzzeitpflege im Pflegeheim stattfindet und der Übergang nach Hause nicht mehr begleitet wird. Die Nachbefragung im Rahmen der Evaluation ergab, dass von 28 Klient:innen 40% innerhalb

²² Verzichtet: Funktion, dass das Suizideinschätzungsrisiko zwischen Betroffenen und Angehörigen geteilt werden kann, da dies als Gefahr für Überforderung und Agitation wahrgenommen wurde. Hinzugefügt: Sicherheitsplan auch für Angehörige und Plan mit 10 Schritten für die Gesundheit der Angehörigen.

²³ Ganzer Projektname: Selbstmanagement-Coaching – Besser leben mit COPD.

von drei Monaten wieder einen stationären Aufenthalt brauchten. Aus Sicht der Projektträger:innen könnten die Rehospitalisierungen durch übertrittsbegleitende Massnahmen reduziert werden.

In den Interviews berichten die Projektträger:innen auch von Herausforderungen bei der längerfristigen Begleitung. Für Projekte, die Instrumente für Fachpersonen und Betroffene entwickeln und nicht direkt mit Betroffenen arbeiten, ist die längerfristige Begleitung schwer steuerbar (Projekte «SNP», «SERO» oder «ProPCC»). Bei den drei Projekten sollten die Instrumente ein Begleiter für die Betroffenen auf ihrem Behandlungspfad bleiben und von den Fachpersonen in den verschiedenen Settings genutzt werden. Beispielsweise sollte der Krisenplan im Projekt «ProPCC» alle 6 Monate durch die Betroffenen hervorgeholt und mit dem/der behandelnden Ärzt:in besprochen werden. Alle drei Projekte berichten, dass die längerfristige Begleitung weniger gut als gewünscht realisiert wird. Je weiter weg der/die Patient:in von der ursprünglich begleitenden Fachperson gelangt, desto schwieriger wird es, das Instrument «am Leben zu halten».

3.6. Interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit bildet gemäss der Analyse der Dokumente in der Mehrheit der Projekte ein Element des Angebots. Wie dies effektiv umgesetzt wird, geht vor allem aus den mit Interviews vertieften Projektanalysen hervor.

Bei Projekten, die *Instrumente* wie Apps, einen Krisenplan oder Beratungsgespräche entwickelt haben, waren neben Betroffenen und Angehörigen verschiedene Fachpersonen beteiligt (z.B. «ProPCC», «SERO»). Im Projekt SERO waren beispielsweise Psycholog:innen, Psychiater:innen und Sozialarbeiter:innen involviert.

Im *direkten Kontakt mit den Betroffenen* sind in mehreren Projekten ebenfalls verschiedene Fachpersonen beteiligt. Das Projekt «Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz» organisiert jeweils einen interdisziplinären Austausch (inkl. Betroffene). Ziel ist, ein ganzheitliches Verständnis der Situation der Betroffenen zu schaffen, auf die Bedürfnisse angepasste, interdisziplinäre Lösungen zu erarbeiten, den Verlauf zu evaluieren und bei Bedarf den Behandlungsplan anzupassen.

In Projekten mit *Weiterbildungen der Fachpersonen* und *Multiplikator:innen* finden diese in mehreren Projekten interprofessionell und interdisziplinär statt. Im Projekt «ProPCC» sind beispielsweise Mediziner:innen, Psychiater:innen, Sozialarbeiter:innen, Pflegefachpersonen und Ergotherapeut:innen involviert, um die Fachpersonen zum Krisenplan zu schulen. Im Projekt «Daheim statt Heim» werden in den beteiligten Pflegeheimen interprofessionelle Workshops mit den verschiedenen Berufsgruppen und teilweise dem Service durchgeführt. Diese haben zum Ziel, das gemeinsame Verständnis zu fördern, gemeinsame Entscheide zu treffen und eine

gemeinsame Haltung bzgl. der Stärkung der Ressourcen zu entwickeln. Im Projekt «SNP» wird die Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit stark thematisiert. Die Pflegenden werden darauf aufmerksam gemacht, dass sie in ihrem Betrieb einen Weg entwickeln sollten, wie die Betroffenen interprofessionell in ihrem Selbstmanagement begleitet und gefördert werden können.

Schliesslich wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit in mehreren Projekten auch durch Erfahrungsaustausche zwischen am Projekt beteiligten Institutionen und Fachpersonen gefördert. Beispielsweise organisieren die Projekte «selbsthilfefreundliche Spitäler» und «KOM-PASS» (mehrmals) jährlich Vernetzungstreffen, z.B. in Form von Online-Webinaren.

Erfahrungen in der Umsetzung

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zeigte in mehreren Projekten positive Wirkungen auf das Wissen und die Haltungen der Fachpersonen sowie auf die generelle interprofessionelle Zusammenarbeit in Institutionen, die sich an dem Projekt beteiligten (vgl. Kap. 5.1).

Mehrere Projekte berichten in Evaluationen und den Interviews auch von Herausforderungen, die interprofessionellen Zusammenarbeit umzusetzen. In den Institutionen fehlt es anfänglich an einer Kultur der interprofessionellen Zusammenarbeit. Ärzt:innen und andere Gesundheitsfachpersonen haben teilweise Mühe, andere Fachpersonen sowie Peers und Angehörige als Expert:innen anzuerkennen. Im Projekt «Angehörigen Expert:innen» stellt sich diesbezüglich die unklare Rolle der Angehörigen Expert:innen als eine Schwierigkeit heraus, da sie an der Schnittstelle zwischen Betroffenen und der Fachwelt stehen.

4. Weitere Aspekte der Umsetzung

Nachfolgend sind die Erfahrungen aus weiteren Aspekten der Umsetzung der Selbstmanagement-Projekte beschrieben. Dabei sind jeweils zuerst Herausforderungen und Hindernisse und anschliessend Erfolgsfaktoren und Good Practices zusammengefasst, die bei der Umsetzung der verschiedenen Projekte identifiziert werden konnten. Grundlage sind wiederum die Dokumente von Projekten, die sich seit mehr als einem Jahr (Stand Ende 2023) in der Umsetzung befinden sowie die vertiefenden Interviews mit den Projektverantwortlichen.

4.1. Gewinnen von Partner:innen und Multiplikator:innen

PGV-Projekte sind in der Regel auf Multiplikator:innen für die Projektumsetzung angewiesen. In vielen Projekten sind Multiplikator:innen als Partnerorganisationen Teil des Projektkonsortiums - dies insbesondere bei Partner:innen, die das Projekt in ihrer Institution implementieren sollen (z.B. Spitäler, Arztpraxen, Physiotherapie). Weitere Partner:innen oder Multiplikator:innen werden im Projektverlauf «akquiriert». Dazu gehen einige Projekte direkt auf die Institutionen zu. Andere nutzen verschiedene Kanäle zur Gewinnung von Partner:innen und Multiplikator:innen (z.B. Schulungen, Austauschplattformen, Informationsveranstaltungen, Flyer, Podcasts etc.).

4.1.1. Herausforderungen und Hindernisse

Die Gewinnung von Multiplikator:innen ist gemäss den Projektdokumenten und den Interviews mit einigen Herausforderungen verbunden. Diese sind nachfolgend zusammengefasst.

Fehlende Zeit und Abrechnungsmöglichkeiten bei Ärzt:innen

Ärzt:innen sind wichtige Multiplikator:innen, die Betroffene in Angebote zur Selbstmanagement-Förderung überweisen oder diese selbst umsetzen können. Mehrere Projekte berichten, dass sie insbesondere Hausärzt:innen nur schwer erreichen (bspw. «SNP» oder «SERO»). Gründe hierfür sind die fehlende Zeit aufgrund eines hohen Patient:innenaufkommens. Hinzu komme, dass ärztliche Leistungen im Rahmen von Präventionsprojekten über die Tarife der obligatorische Krankenpflegeversicherung schwierig abrechenbar sind.

Konkurrenzdenken

Einige der untersuchten Projekte erwähnen auch Konkurrenzdenken als hinderlichen Faktor. Das Projekt «Besser leben mit COPD» sieht sich beispielweise teils mit einer Haltung seitens der Hausärzt:innen und Pneumolog:innen gegenüber dem Programm konfrontiert, welche die Kooperation nicht fördert. Begründet wird die Beobachtung damit, dass die Ärzteschaft sich in

einer Konkurrenzsituation wähne, der Aufwand für die Teilnahme als zu hoch eingeschätzt werde oder eine Zuständigkeitsdiffusion befürchtet werde. Weitere Projekte berichten von teilweise aktivem Widerstand von niedergelassenen regionalen Ärzt:innen gegen die Implementierung eines Projekts im Spital, da sie Konkurrenz befürchten (bspw. «Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz» oder «GLA:D»). Exemplarisch dafür beschreibt die Evaluation des Projektes «GLA:D», dass Orthopäd:innen sich in ihrem Berufsbild traditionell als Operateure und nicht als Mitwirkende in Präventionsprogrammen verstehen.

Entscheidungsstrukturen in Institutionen

Weiter geht aus der Analyse verschiedener Projekte hervor, dass Spitäler oft nur schwer dafür zu gewinnen sind, Projekte zur Selbstmanagement-Förderung umzusetzen. In den Projekten «ASSIP Suisse Romande» und «SNP» müssen die Spitäler und Kliniken die Kosten für die Durchführung des Projektes selbst tragen. Häufig gelinge es, medizinische und pflegerische Fachpersonen vom Projekt zu überzeugen, nicht aber die Entscheidungsträger:innen für die Finanzen. Hinzu komme die Schwierigkeit, dass viele Spitäler sich zurzeit in einer Umbruchphase befänden, was sich in vielen strukturellen Reorganisationen sowie einer enormen personellen Fluktuation auf der Leitungsebene von Spitälern zeige. Hinzu komme, dass auch die kantonale Politik die Spitallandschaft vermehrt umstrukturiere. Das Projekt «selbsthilfefreundliche Spitäler» macht die Erfahrung, dass Spitäler als komplexe Organisationen schwerfällig funktionieren und der Prozess von der Anfrage bis hin zur Zusammenarbeitsvereinbarung oft lange dauere.

Fehlende Sensibilisierung für die Angehörigenproblematik

In mehreren Projekten mit Zielgruppe betreuende Angehörige zeigte sich als Herausforderung, dass Ärzt:Innen noch wenig auf die Bedürfnisse von betreuenden Angehörigen sensibilisiert sind. Das zeigt sich beispielsweise am Beispiel des Projekts «Angehörigen Expert:innen». Insbesondere im Bereich der Psychiatrie sei - aus Sicht der interviewten Projektverantwortlichen - noch wenig Offenheit für den Einbezug von Angehörigen gegeben. Nur wenige Psycholog:innen und Psychiater:innen liessen sich auf die Angehörigenfragen ein und machten dies zu ihrem Thema. Spezifisch für dieses Projekt komme hinzu, dass das Thema vielfach schambehaftet und schuldbeladen sei. Sie hätten bspw. erlebt, dass einige in der Fachwelt Vorurteile gegenüber Angehörigen gehabt hätten und diese für die psychische Situation der Betroffenen verantwortlich machen würden.

4.1.2. Erfolgsfaktoren und Good Practices

Trotz den geschilderten Herausforderungen gelingt es den evaluierten Projekten Multiplikator:innen und Partnerorganisationen für ihre Projekte zu gewinnen. Nachfolgend sind Erfolgsfaktoren und Good Practices hierzu aufgeführt.

Starke und gut vernetzte Projektpartner:innen als Teil des Projektkonsortiums

Bei einigen Projekten erwies es sich als Erfolgsfaktor, starke und gut vernetzte Partner:innen bereits von Anfang als Teil des Projektkonsortiums in das Projekt aufzunehmen. Im Projekt «selbsthilfefreundliche Spitäler» profitierte die Projektträgerin «Selbsthilfe Schweiz» von einer bereits gut etablierten Zusammenarbeit mit 22 regionalen Selbsthilfezentren. Auch deshalb konnten mehrere Spitäler für die Mitwirkung im Projektkonsortium gewonnen werden. Auch das Projekt «SNP» profitierte von einem starken Projektpartner. Durch die Zusammenarbeit mit dem Interessenverband «Onkologiepflege Schweiz OPS» erhielt das Projekt Zugang zu einer weitreichenden Plattform, um auf das Projekt aufmerksam zu machen.

Dass es viel schwieriger ist, Multiplikator:innen ohne starke und gut vernetzte Projektpartner:innen zu erreichen, verdeutlicht das Projekt «PEPra»²⁴. Aus der Projektevaluation geht hervor, dass starke Projektpartner:innen fehlten, um Medizinische Praxisassistent:innen (MPAs) und Medizinische Praxiskoordinator:innen (MPKs) besser zu erreichen. So seien die Berufsverbände der MPA und MPK im Vergleich zu den Berufsverbänden der Ärzt:innen (FMH) schwach aufgestellt. Auch seien die Trägerorganisationen finanziell nicht an «PEPra» beteiligt, was für deren Commitment abträglich gewesen sei.

Auf Bestehendem aufbauen und Synergien nutzen

Um einem Konkurrenzdenken entgegenzuwirken, bewährt es sich gemäss Erfahrungen des Projektes «SERO», auf bereits Bestehendem aufzubauen, statt neue parallele Angebote aufzubauen. In vielen Fällen könnten Synergien mit bereits bestehenden Angeboten genutzt werden. Das Projekt «SERO» integriert bspw. die Krisenhotlines der Pro Juventute in ihr Angebot. Auch nutzte das Projekt einen bereits bestehenden Ressourcenplan mit 10 Schritten zur psychischen Gesundheit, den es neu aufbereitet und digitalisiert hat.

Starke Präsenz und diversifizierte Kommunikationskanäle

Die Evaluation der Projekte zeigt weiter, dass diversifizierte Kommunikationskanäle ein Erfolgsfaktor sind, um das Projekt bekannt zu machen. Zahlreiche Projekte erreichten Partner:innen und Multiplikator:innen über eine hohe Präsenz und unterschiedliche Informations- und Kommunikationskanäle. Gute Beispiele hierfür sind die Projekte «SERO» und «Besser leben mit COPD». Beide Projekte sind direkt auf die Fachpersonen zugegangen und nutzten bestehende Netzwerke, Tagungen und Newsletter, um das Projekt in der Fachwelt bekannt zu machen. Das Projekt SERO hat zudem regionale Austauschgefässe für die Fachpersonen etabliert. Über die

²⁴ Ganzer Projektname: PEPra – Prävention mit Evidenz in der Praxis.

verschiedenen Kommunikationskanäle sei es insgesamt gelungen, «SERO» zu einem Brand zu entwickeln und das Projekt bei den Fachpersonen in der Region sehr gut bekannt zu machen.

Vorstellung der Projekte unter Einbezug von Betroffenen und Peer-Fachpersonen

Mehrere Beispiele zeigen auch, dass der Einbezug von Betroffenen und Angehörigen zielführend ist, um Multiplikator:innen zu gewinnen. Im Projekt «selbsthilfefreundliche Spitäler» stellen Betroffene den Fachpersonen das Projekt direkt im Spital vor Ort vor und berichten von ihren eigenen Erfahrungen in den Selbsthilfegruppen. Dies überzeuge in der Regel die Fachpersonen von einer Teilnahme am Projekt. Auch gemäss Erfahrungen im «ProPCC» komme das Projekt bei Fachpersonen und Betroffenen besser an, wenn das Projekt in den Institutionen von Peers vorgestellt werde. Das Projekt «Daheim statt Heim» macht die Erfahrung, dass die Vorstellung des Projekts bei Fachpersonen als Peer-Fachperson vorteilhaft ist. Die Projektleitung hatte ihre berufliche Vergangenheit selbst in der Pflege. Dadurch verlief die Kommunikation mit den Pflegeinstitutionen niederschwelliger.

Bekanntmachung in Aus- und Weiterbildungen der Fachpersonen

Mehrere Projekte verfolgten die Strategie, das Angebot in den Aus- und Weiterbildungen der Fachpersonen bekannt zu machen. Das Projekt «GLA:D» bewirbt das Projekt bei Student:innen an einzelnen Fachhochschulen. Zudem plant «GLA:D» ein strukturiertes Vorgehen für Besuche in Qualitätszirkeln der Hausärzt:innen. Dem Projekt «KOMPASS» ist es in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband sowie einer Ausbildungsinstitution gelungen, die Schulungen zu «KOMPASS» in ein Modul²⁵ des offiziellen Lehrgangs zur MPA/MPK zu integrieren. Ein weiteres Beispiel ist das Projekt «SERO», das sich zum Ziel setzte, Projekthinhalte in die Weiterbildung von Ärzt:innen und Pflegenden zu bringen. Bei den Pflegenden habe das sehr gut funktioniert. Schwieriger sei es bei der Ausbildung von Ärzt:innen. Da diese Berufsgruppen an Hochschulen und Universitäten ausgebildet würden und Anpassungen an den Curricula strengen Auflagen unterliegen, seien Einflussmöglichkeiten auf die Curricula kaum vorhanden. In einigen Fällen sei es jedoch gelungen, direkt auf Professor:innen/Dozent:innen zuzugehen, mit dem Resultat, dass diese das Projekt im Rahmen ihres Ausbildungsprogramms vorstellen.

Nutzen für Multiplikator:innen

Weiter zeigen die Projektevaluationen und Interviews, dass ein Nutzen einer Teilnahme für die Partner:innen und Multiplikator:innen vorhanden und erkennbar sein sollte. In mehreren Projekten können Multiplikator:innen mit Zeitgewinnen oder der besseren Behandlungsqualität

²⁵ Modul «Langzeitpflege bei Menschen mit Rheuma» als Teil des MPA/MPK Lehrgangs. Wenn angehende MPA/MPK bei «KOMPASS» teilnehmen möchten, sind die entsprechenden Schulungstage Bestandteil der Ausbildungsleitung, die für einen höher liegenden Abschluss erbracht werden müssen.

überzeugt werden (bspw. «SNP» oder «Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz»). Gemäss den Erfahrungen des Projektes «Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz» ist es zielführend, den Partner:innen die Vorteile einer Beteiligung sowie auch die dafür nötigen Ressourcen klar zu kommunizieren. Weitere Beispiele für mögliche Nutzen für die Multiplikator:innen werden in den Projekten «GLA:D» und «KOMPASS» aufgeführt. Im Projekt erhalten Zuweisende (bspw. Hausärzt:innen, Rheumatolog:innen oder Orthopäd:innen) einen standardisierten Austrittsbericht der Betroffenen im Rahmen des GLA:D-Programms. Dies erhöhe die Nachvollziehbarkeit für die Zuweisenden und werde von diesen sehr geschätzt. Im Projekt KOMPASS hat die Umsetzung des Projektes in den Praxen den positiven Nebeneffekt, dass die Betroffenen eine Beziehung zu den MPAs/MPKs aufbauen, was die längerfristige Anbindung an die Praxis fördere.

4.2. Implementierung des Projektes bei Partnerorganisationen

Bei mehreren Projekten werden die Angebote in Partnerorganisationen umgesetzt, wo sie implementiert werden. Partnerorganisationen sind beispielsweise Spitäler (z.B. «GK dank selbsthilfefreundlicher Spitäler», «Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz»), psychiatrische Kliniken (z.B. «AdoASSIP», «ASSIP Romandie», «ProPCC»), Spitexorganisationen (z.B. «ASSIP Home Treatment»), Arztpraxen (z.B. «KOMPASS») oder therapeutische Praxen wie Physiotherapie (z.B. «GLA:D»).

Die Implementierung der Projekte erfolgt häufig über Schulungen der betreffenden Fachpersonen in den Institutionen (z.B. Schulungen für Pflegefachpersonen, Psychiater:innen, Ärzt:innen). In der Regel werden die Institutionen bei der Implementierung und Umsetzung begleitet. Dazu werden in einigen Projekten auch Leitlinien für die Organisationen erarbeitet, (bspw. «selbsthilfefreundliche Spitäler» oder «gesundheitskompetente Organisation»²⁶).

4.2.1. Herausforderungen und Hindernisse

Bei der Implementation der Projekte in den Partnerorganisationen sind die Projektverantwortlichen mit verschiedenen Herausforderungen und Hindernissen konfrontiert.

Fluktuation von Verantwortlichen in den Partnerorganisationen

In verschiedenen Projekten zeigt sich, dass die Implementierung und die Weiterführung des Angebots durch einzelne verantwortliche Personen in den Partnerorganisationen getragen wird. Diese Personenabhängigkeit birgt bei einem Stellenwechsel das Risiko, dass das Angebot nicht fortgeführt wird. Im Beispiel «KOMPASS» stellt die hohe Fluktuation von MPAs/MPKs, die für die Umsetzung in den Arztpraxen geschult sind, eine Herausforderung dar. In dieser

²⁶ Ganzer Projektname: Selbstcheck Gesundheitskompetente Organisation.

Berufsgruppe gebe es viele personelle Wechsel, da diese Fachpersonen besonders gesucht seien. Andere Projekte berichten von ähnlichen Schwierigkeiten aufgrund von Renteneintritten von Ärzt:innen.

Tradierte Strukturen und fehlende Offenheit in den Institutionen

Als eine weitere Herausforderung erweisen sich teilweise tradierte und starre Strukturen innerhalb der Partnerorganisationen. Das Projekt «KOMPASS» berichtet, dass die Stärkung und Weiterentwicklung der Fachpersonen von den niedergelassenen Ärzt:innen unterschiedlich stark begrüsst und unterstützt wird. Während einige die Entwicklung fördern würden, stünde für andere die berufliche Weiterentwicklung der MPA nicht im Vordergrund. Dies stelle sich teilweise erst nach der Ausbildung der MPA/MPK heraus. Das Projekt «SERO» stellt fest, dass Ärzt:innen vielfach resistent gegen Veränderungen seien und sich gerne auf ihre eigene Berufserfahrung berufen würden. Weiter berichtet auch das Projekt «SNP» von starren und hierarchisch geprägten Strukturen in den Fach- und Pflegeeinrichtungen. Es fehle an der Bereitschaft, Innovationen und Weiterentwicklungen anzugehen. Das Projekt «Angehörigen Expert:innen» führt aus, dass es schwierig sei, die Peer-Arbeit in einer Institution zu integrieren. Dies gelte insbesondere für Angehörigen-Peers, welche von der Fachwelt noch wenig als Expert:innen anerkannt würden.

4.2.2. Erfolgsfaktoren und Good Practices

Der folgende Abschnitt illustriert verschiedene Erfolgsfaktoren und Good Practices, mit denen die Projekte in den Regelstrukturen implementiert werden konnten.

Förderliche Kultur und Strukturen in den Institutionen

In mehreren Projekten war der Erfolg bei der Implementierung von den Strukturen und der Kultur in den Institutionen abhängig. Beim Projekt «KOMPASS» erleichterte es die Implementierung, wenn das «Chronic Care Management»-Modell in einer Praxis etabliert war. Das Projekt «Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz» machte die positive Erfahrung, dass die Spitaldirektion hinter dem Projekt stand. Dadurch erhielt das Projekt ausreichend personelle Ressourcen für die Koordination innerhalb des Spitals. Das Projekt «Daheim statt Heim» hält fest, dass eine offene Lernkultur ein Erfolgsfaktor bei den Institutionen sei. Konkret sei wichtig, dass die Gesundheitsfachpersonen aber auch das Management der Institutionen offen für Veränderungen seien.

Strukturierte Begleitung der Partnerinstitutionen, Leitlinien

Mehrere Projekte konnten das Angebot durch eine strukturierte Begleitung erfolgreich in den Institutionen implementieren. Ein gutes Beispiel ist das Projekt «ProPCC», das mit einer

evidenzbasierten Implementierungsstrategie²⁷ gearbeitet hat. Zu diesem Prozess gehörten Workshops mit den Kliniken, in denen gemeinsam Hindernisse und Erfolgsfaktoren und Massnahmen zur Implementierung ausgearbeitet wurden. So hätten Veränderungen in den Strukturen der Institutionen bewirkt werden können (z.B. Integration des Krisenplans in die Checklisten für den Eintritt der Patient:innen). Im Projekt «selbsthilfefreundliche Spitäler» erarbeiten Spitäler spitalspezifische Massnahmenkataloge im Kooperationsdreieck mit Betroffenen und Selbsthilfezentren, die sie dann umsetzen müssen, um als «selbsthilfefreundlich» zu gelten. Dadurch hätten Schnittstellen zwischen den Akteuren innerhalb und ausserhalb der Gesundheitsversorgung (bspw. zwischen Sozialarbeitenden und Pflegenden) verbessert werden können.

Implementierung des Projektes in der Institution als Teil der Schulungen

Ein grosser Teil der Implementation in den Regelstrukturen umfasst Schulungen und Weiterbildungen von Fachpersonen. Gemäss Aussagen von mehreren Projektträger:innen ist ein Erfolgsfaktor, in den Schulungen auch die individuellen Rahmenbedingungen für die Umsetzung in den Institutionen zu thematisieren – konkret heisst dies, aufzuzeigen, wie Fachpersonen das Gelernte in den Partnerorganisationen einbringen und so die Selbstmanagement-Förderung in den Organisationen der Regelstruktur etablieren können. Ein positives Beispiel dafür sind die Schulungen im Rahmen des Projekts «SNP». Dort wird der Aspekt der Implementierung offen mit den auszubildenden Pflegefachpersonen diskutiert. Ziel ist, die Fachpersonen nach der Ausbildung zu befähigen, das Projekt in den Kontext ihrer Institution einzubetten und entlang diesem anzupassen.

²⁷ iPARIHS-Modell

4.3. Erreichen der Zielgruppen

Eine zentrale Voraussetzung für den Erfolg eines Projektes ist es, die Zielgruppen zu erreichen. Nachfolgend sind die Herausforderungen und erfolgreiche Strategien hierbei zusammengefasst.

4.3.1. Herausforderungen und Hindernisse

Grundsätzlich hängt das Erreichen der Zielgruppen vom Erreichen der Multiplikator:innen ab, welche die Projekte vermitteln sollen. Allerdings gelingt das nicht in jedem Projekt gleichermaßen. Diverse Projekte berichten beispielsweise von Zeitmangel oder Vorbehalten der medizinischen Fachpersonen (siehe Kapitel 4.1). Teilweise halten Projektevaluationen auch fest, dass insgesamt zu wenig Bemühungen in das Anwerben der Multiplikator:innen gesteckt worden sei (bspw. «Besser leben mit COPD» oder «Aider les Proches Aidants»²⁸). Nachfolgend sind weitere Herausforderungen und Hindernisse für das Erreichen der Zielgruppen beschrieben.

Krankheitsbilder der Betroffenen

Die Erfahrungen einiger Projekte zeigen, dass die Schwere der Krankheitsbilder der Betroffenen es erschweren können, die Zielgruppen zu erreichen. Das Projekt «Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz» hält fest, dass aufgrund bestimmter Krankheitsverläufe die Rekrutierung von Patient:innen mit Herzinsuffizienz für das Nachsorgeprogramm schwieriger als erhofft gewesen sei. Vielfach seien die Betroffenen polymorbid und daher oft kognitiv oder körperlich nicht in der Lage, am Nachsorgeprogramm teilzunehmen. Auch das Projekt «KOMPASS» erwähnt, dass die Zielgruppenerreichung teilweise durch die Krankheit der Betroffenen erschwert gewesen sei. Man hätte gewünscht, mehr Betroffene mit Gicht oder Osteoporose zu erreichen. Jedoch seien aufgrund des geringeren Leidendrucks²⁹ nur wenige Betroffene zu erreichen.

Personelle Fluktuationen bei Zuweisenden

In vielen Projekten erweist es sich nicht nur als Herausforderung, Zuweisende für das Projekt zu gewinnen (vgl. Kap. Gewinnen von Partner:innen), sondern dies auch bei diesen präsent zu halten. Das zeigt das Beispiel «Mamamundo». Die Zuweisung über die Spitalambulatorien erfolgten u.a. aufgrund von personellen Fluktuationen auch nach mehrjähriger Laufzeit der Kurse nicht automatisiert, so dass viel Aufklärungsarbeit, Erinnerungen und Informationen nötig sind, um das Angebot im Spitalteam präsent zu halten.

²⁸ Ganzer Projektname: Aider les Proches Aidants (Hilfe für pflegende Angehörige).

²⁹ Gemäss Interviewpartner:innen ist Gicht gut medikamentös behandelbar. Osteoporose mache kaum Symptome, bis etwas gebrochen sei.

Netzwerke der Zuweisenden

Aus den Analysen des Projekts «GLA:D» geht hervor, dass geschlossene Netzwerke von Leistungserbringern ein Hindernis für die Zielgruppenerreichung darstellen können. Konkret ist es ein Hindernis, wenn Ärzt:innen ein Netzwerk mit bestimmten Institutionen haben (z.B. bestimmte Physiopraxen), mit denen sie regelmässig zusammenarbeiten. Folglich würden sie ihre Patient:innen jeweils den Praxen in ihrem Netzwerk zuweisen und nicht den «GLA:D-Praxen». Auch das Projekt «Aktion Diabetes» stellte fest, dass Allgemeinärzt:innen dazu tendierten, Patient:innen mit Diabetes an die Spitäler zu überweisen und nicht an die Diabetesverbände und das Projekt.

Covid-19 und weitere externe Faktoren

Schliesslich berichten die Projekte vereinzelt auch von hinderlichen externen Faktoren. Dabei nennen die Projekte insbesondere die COVID-19 Pandemie (bspw. «KOMPASS», «SNP» oder «Daheim statt Heim»). Während dieser Zeit sei es kaum möglich gewesen, an die Zielgruppe heranzukommen. Das Projekt «Daheim statt Heim» berichtet beispielsweise, dass zu dieser Zeit ältere Menschen nicht mehr als Bewohner:innen in Pflegeheime ziehen wollten. Das Projekt «Aktion Diabetes» erwähnt, dass während dieser Zeit eine enorme Müdigkeit beim Personal spürbar gewesen sei. Ausserdem seien die meisten Akteure im Gesundheitswesen wegen der hohen COVID-bedingten Arbeitslast kaum verfügbar gewesen.

Weitere genannte externe Hindernisse sind beispielsweise Einschränkungen durch den Datenschutz bei einer App («SERO») oder rückläufige Asylgesuche durch Veränderungen im Asylwesen³⁰ («Mamamundo»).

4.3.2. Erfolgsfaktoren und Good Practices

Auch für die Erreichung der Zielgruppen ergeben sich aus den analysierten Projekten einige Erfolgsfaktoren und «Best Practices», wie die Projekte auf Herausforderungen reagieren konnten.

Bedarfsgerechte und benutzerfreundliche Angebote

Mehrfach genannte Erfolgsfaktoren zum Erreichen Zielgruppen sind die Bedarfsgerechtigkeit und Benutzerfreundlichkeit der Angebote. Mehrere Projektevaluationen weisen darauf hin, dass eine sorgfältige Abklärung der Bedürfnisse und der Kapazitäten der Betroffenen entscheidend dafür sind, dass die Angebote in Anspruch genommen werden. Der Einbezug der

³⁰ «Mamamundo»: Fluktuationen von Migrationsströmen und Mitarbeitenden von verschiedenen Partner:innen führten zu grossen Schwankungen der Anmeldezahlen, ebenso wie die Coronapandemie, welche vermehrt zu Unsicherheiten der potenziellen Teilnehmer:innen geführt hatte.

Betroffenen und/oder Angehörigen erweist sich dabei als zentral (vgl. Kap. 3.4). Daneben spielen auch praktische Aspekte eine Rolle, d.h. die Benutzerfreundlichkeit. Das Projekt «ASSIP Home Treatment» bot bspw. zusätzlich zu den Schulungen vor Ort auch Onlinekurse an. Dadurch konnten interessierte Fachpersonen verschiedener Berufsgruppen erreicht werden. Zusätzlich sei ein Vorteil solcher Onlinekurse, dass die Inhalte so noch spezifischer an die entsprechenden Zielgruppen angepasst werden könnten. Das Projekt «Win Back Control» hält bspw. explizit fest, dass Design und Benutzerfreundlichkeit der App mit der Zielpopulation abgestimmt worden seien. Im Projekt «GLA:D» konnten Wartezeiten für interessierte Betroffene minimiert werden, was den Zugang vereinfachte.

Projektpartner:innen mit Betroffenen-Netzwerken

Einige Projekte konnten die Zielgruppen über Projektpartner:innen erreichen (bspw. «Daheim statt Heim», «selbsthilfefreundliche Spitäler» oder «Angehörigen Expert:innen»). Diese halfen, die Sichtbarkeit des Projektes bei der Zielgruppe zu erhöhen (bspw. «selbsthilfefreundliche Spitäler»). Andere Projekte profitierten von einem direkten Zugang zu den Zielgruppen über Netzwerke der Partner:innen. Das Projekt «Angehörigen Expert:innen» erhielt beispielsweise über den «Dachverband der Vereinigungen Angehöriger psychisch Kranker (VASK)» einen sehr guten Zugang zu den Angehörigen. Dadurch hätten sie die Zielgruppe besser als erwartet erreichen können. Auch im Projekt «SERO» konnte man über den Partner Pro Mente Sana von einem grossen Netzwerk (Betroffenen-Community) profitieren.

Einbezug und Engagement der Betroffenen

Ähnlich wie zur Gewinnung der Multiplikator:innen erweist sich der Einbezug der Betroffenen auch als zielführend, um die Zielgruppe direkt zu erreichen. Beim Projekt «ProPCC» beispielsweise stellen Peers den Krisenplan bei Personen mit psychischen Problemen in Institutionen vor, was dazu geführt habe, dass diese sich viel besser mit dem Angebot identifizieren konnten. Auch im Projekt «selbsthilfefreundliche Spitäler» war das Engagement der Betroffenen bei der Organisation der Selbsthilfegruppen ein Erfolgsfaktor. Indem Betroffene selber von der Selbsthilfegruppe profitiert hätten, seien sie intrinsisch äusserst motiviert gewesen, andere Betroffene in die Selbsthilfegruppen zu bringen. Ein positives Beispiel ist auch das Projekt «SERO». Bei der Entwicklung der App wurde eine «Community» bestehend aus Betroffenen aufgebaut, welche aktiv bei der Entwicklung mitwirken konnte. Für die Betroffenen wurde auch eine anonyme Kontaktmöglichkeit geschaffen.

4.4. Weitere Verbreitung und nachhaltige Verankerung

Die nachhaltige Verankerung und weitere Verbreitung der PGV-Projekte ist explizit das Ziel der Projekte im Förderbereich 4.³¹ Aber auch andere Projekte, die in der Umsetzung bereits fortgeschritten sind, haben Massnahmen zur weiteren Verbreitung ihrer Angebote ergriffen. Bei der nachhaltigen Verankerung geht es darum, die Angebote fest in Regelstrukturen zu integrieren und/oder eine nachhaltige Finanzierung sicherzustellen. Bei der weiteren Verbreitung ist es das Ziel, das Angebot regional oder auf andere Settings auszuweiten.

4.4.1. Herausforderungen und Hindernisse

In den Projektevaluationen zeigt sich häufig, dass die nachhaltige Verankerung und Multiplikation des Angebotes eine der Hauptschwierigkeiten ist. Aus mehreren Evaluationen geht hervor, dass dieser Punkt in den Projektkonzepten zu wenig konkretisiert ist und in der Umsetzung zu spät angegangen wird. Im Projekt «Besser leben mit COPD» zeigten bspw. die qualitativen Evaluationsergebnisse, dass Krankenkassen als zentrale Akteure vergessen wurden. Sie hätten nicht nur als Kostenträger:innen, sondern auch als Multiplikator:innen betrachtet werden sollen. Daneben stossen die Projekte auch auf verschiedene vielfältige Herausforderungen und Hindernisse.

Fehlende harmonisierte Strategie und Strukturen für die regionale Verbreitung

Mehrere Projekte haben das Ziel, das Angebot in anderen Regionen zu verbreiten. Teilweise mangelt es den Trägerorganisationen an einem harmonisierten Vorgehen für eine erfolgreiche Multiplikation des Angebots. Beim Projekt «Aktion Diabetes» arbeiten die kantonalen Vereinigungen der Diabetesgesellschaft nicht optimal zusammen. Im Projekt «selbsthilfefreundliche Spitäler» fehlt es der Dachorganisation Selbsthilfe Schweiz an einer Weisungsbefugnis gegenüber den regionalen Selbsthilfezentren. Beim Projekt «Besser leben mit COPD» mangelt es seitens der Dachorganisation an einer klaren Strategie und Vorgaben für die kantonalen Lungenligen, die Multiplikator:innen in den verschiedenen Kantonen zu erreichen. Grund für die Schwierigkeiten sind oft die föderalistischen und historisch gewachsenen Strukturen der Trägerorganisationen.

Unterschiedliche kantonale Gegebenheiten

In anderen Projekten hindern regional oder kantonal unterschiedliche Voraussetzungen eine Ausbreitung. Beim Projekt «Aider les Proches Aidants» zögern andere Kantone, die App für betreuende Angehörige zu übernehmen, weil sie bereits über andere Angebote für Angehörige

³¹ Die Selbstmanagement-Förderung-Projekte im Förderbereich 4 sind die Folgenden: Angehörigen Expert:innen, ASSIP Suisse Romande, BeFit, Besser leben mit COPD, GLA:D, Mamamundo, SNP und ZigZag Plus.

verfügen. Im Projekt «PEPra» stellte es sich als aufwändig heraus, die Fortbildungen zu implementieren, da jeder Pilotkanton unterschiedliche Voraussetzungen mitbrachte.

Engpass Ausbildende und verfügbare Kapazitäten

In mehreren Projekten erwies es sich nicht als Schwierigkeit, Multiplikator:innen als Teilnehmende für Weiterbildungen zu gewinnen, jedoch bildeten sich Engpässe bei den Ausbildenden. In den ASSIP-Projekten gebe es bis jetzt nur eine Person, welche Ausbildende ausbilden könne und beim Projekt «Angehörigen Expert:innen» fehle es ebenfalls an genügend Fachpersonen, welche die Angehörigen zu Expert:innen ausbilden können. Auch beim Projekt «selbsthilfefreundliche Spitäler» sind teilweise nicht genügend personelle Kapazitäten vorhanden, um die durch das Projekt generierte Nachfrage in den Selbsthilfezentren zu decken.

Fehlende Kompetenzen der Multiplikator:innen in Settings ausserhalb des Gesundheitswesens

Einige Projekte haben sich zum Ziel gesetzt, das Projekt in anderen Settings auch ausserhalb des Gesundheitswesens zu verbreiten. Einzelne Projekte haben dabei die Erfahrung gemacht, dass es ein angepasstes Vorgehen braucht oder das Projekt an Grenzen stösst (z.B. Projekt «SNP»). Fachpersonen in der Sozialberatung seien bspw. prinzipiell geeignete Multiplikator:innen, da sie nah an der Zielgruppe seien - insbesondere auch an Personen in vulnerablen Situationen. Gleichzeitig würden diese Fachpersonen jedoch aktuell nicht über ausreichende Kompetenzen für die Selbstmanagement-Förderung verfügen bzw. sie hätten in ihrer Arbeit weniger den Fokus «Coaching» der Betroffenen, sondern «Entlastung und Erledigen».

Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens

Bei der Verankerung der Projekte in den Regelstrukturen (z.B. Spitäler, Praxen) stossen die Projekte auf die bereits in Kap. 4.1 beschriebenen institutionell und kulturell geprägten Herausforderungen. Für die nachhaltige Verankerung kommen weitere Herausforderungen hinzu, welche mit den Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens zusammenhängen. Häufig in den Projektberichten und Interviews genannt wird die Finanzierung (vgl. nächsten Abschnitt). Daneben hindere die föderalistische Organisation des schweizerischen Gesundheitswesens die Einführung der Angebote von zentraler Stelle aus. Die Projektträger:innen von «SNP» führen beispielsweise aus, dass das Angebot theoretisch einfach nachhaltig implementiert werden könnte, wenn es als Qualitätskriterium für Spitälern und Kliniken definiert wäre. Da die Spitalorganisation in der Hand der Kantone liegt, müsse jeweils der Weg über die einzelnen Spitäler und Kantone gegangen werden.

Fehlende Finanzierungsmöglichkeiten

Die meistgenannte Herausforderung bei der nachhaltigen Verankerung und generell der Projektumsetzung ist die nachhaltige Finanzierung des Projektes. Die meisten Projekte finanzieren sich über verschiedene kurzfristige Quellen. Eine Hauptschwierigkeit ist, dass die meisten Leistungen der Selbstmanagement-Förderung nicht oder nur teilweise über die obligatorische Krankenpflegeversicherung bzw. die Invalidenversicherung abgerechnet werden können (z.B. Beratungen durch nicht-ärztliche Fachpersonen wie MPAs, MPKs oder Physiotherapeut:innen).³² Einigen, bereits länger existierenden Projekten ist es gelungen, mittelfristige Teilfinanzierungen z.B. über den Kanton im Rahmen der Spitalfinanzierung (z.B. «ASSIP Suisse Romandie») oder Finanzhilfen des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) im Rahmen der Invalidenversicherung (z.B. «Besser leben mit COPD») zu erhalten.

Eine mehreren Projekten gemeinsame Schwierigkeit sind hohe Projektkosten. Dies akzentuiert sich bei Angeboten, in denen es schwierig ist, genügend Teilnehmende z.B. für eine genügende Gruppengrösse zu rekrutieren (z.B. «Mamamundo»). Mehrere Projekte berichten, dass die Angebote (z.B. Kurse) über Beiträge der Teilnehmenden finanziert werden, um kostendeckend zu sein. Dies widerspreche jedoch dem Anspruch, einen chancengleichen Zugang zu gewährleisten. Einzelne Projekte sind aufgrund ihrer Thematik auch mit besonderen Herausforderungen konfrontiert. Im Projekt «SERO» fiel beispielsweise eine Finanzierung der App über Werbepartner:innen weg, weil das Thema Suizid sich nicht für Werbung eignet.

4.4.2. Erfolgsfaktoren und Good Practices

Starke Partner:innen auf regionaler und nationaler Ebene

Mehr noch als zur Gewinnung von Partner:innen und Multiplikator:innen bei der Implementierung eines Projektes, sind starke Partner:innen und gut vernetzte Akteure zentral für die weitere Verbreitung des Projektes regional und in anderen Settings. Dies geht aus verschiedenen Beispielen hervor. Im Projekt «GLA:D» half die Vernetzung mit medizinischen Fachgesellschaften auf kantonaler und nationaler Ebene, das Angebot stärker unter den Zuweisenden zu verbreiten. Im Projekt «ProPCC» setzt man nach ersten Erfahrungen neu auf einen gut vernetzten Dachverband, um Koordinationsaufgaben zu übernehmen.

Evidenzbasiertes und replizierbares Konzept

Bei mehreren Projekten trug zum Erfolg bei der Verbreitung bei, dass dem Angebot ein evidenzbasiertes Konzept zugrunde liegt und multiplizierbare Modelle erarbeitet wurden (z.B.

³² Zu den Finanzierungsschwierigkeiten bei der Selbstmanagementförderung vgl. auch die Studie «Nachhaltige Finanzierung und Qualität in der Selbstmanagementförderung» (PHS und INFRAS 2020).

ASSIP-Projekte, «GLA:D», «Mamamundo»). Die Evidenzbasierung fördere die Akzeptanz und replizierbare Konzepte würden die Einführung überschaubarer machen und erleichtern. Im Rahmen des Projektes ASSIP Home Treatment wurden beispielsweise Kommunikationskonzept, Schulungskonzepte- und -material, Leistungsverträge etc. erarbeitet. Beim Projekt «Mamamundo» handelt es sich um ein Lizenzmodell, bei dem mit Gebühren Leistungen eingekauft werden, die die Implementierung erleichtern (Erfahrungen, Material, Austauschtreffen etc.).

Dezentrale Verantwortungen und minimale koordinierende Nachsorgeorganisation

Einzelne Projekte sind daran, ihre Projektstruktur in der Weise auszurichten, dass sie nachhaltig tragfähig bleibt. Ein positives Beispiel ist das Projekt «SERO», welches auf eine minimale koordinierende Nachsorgeorganisation hinarbeitet. Dazu werden die Verantwortungen dezentralisiert auf bestehende Psychiatriestandorte, welche sich an dem Projekt beteiligen. Auch im Projekt «Mamamundo» kommt man zum Ergebnis, dass die administrativen Kosten gesenkt und das Angebot stärker an bestehende Strukturen angegliedert werden müssen, um langfristig tragfähig zu werden.

5. Wirkungen bei Multiplikator:innen und Betroffenen

Dieses Kapitel fasst die in den Projektdokumentationen und Evaluationen sowie in den Interviews berichteten Wirkungen bei Multiplikator:innen (Kap. 5.1) und Betroffenen und/oder Angehörigen (Kap. 5.2) zusammen. Eingangs ist ausgeführt, welche Methoden die Projekte zur Erhebung der Wirkungen verwenden.

5.1. Wirkungen bei den Multiplikator:innen

5.1.1. Messmethoden

Zur Messung von Wirkungen bei Multiplikator:innen setzen die Projekte und Evaluationen vor allem qualitative Instrumente (Interviews, Fokusgruppengespräche) und standardisierte Befragungen ein. Die standardisierten Befragungen erfolgen meist im Anschluss an Weiterbildungen der Multiplikatoren, teilweise auch an Informationsveranstaltungen. In einzelnen Projekten werden Multiplikator:innen auch auf breiter Ebene befragt, d.h. Akteure im Gesundheits- und Sozialwesen, die potenziell als Multiplikator:innen fungieren können und ggf. noch nicht mit dem Projekt in Berührung gekommen sind (meist Zuweisende).³³ Bei fünf Projekten wurden die Wirkungen anhand von Vorher/Nachher-Befragungen gemessen. Mehrere Projekte, die standardisierte Befragungen bei Multiplikator:innen durchgeführt haben, haben zusätzlich qualitative Methoden, d.h. Interviews oder Fokusgruppengespräche durchgeführt. In drei Projekten bilden (bis jetzt) qualitative Verfahren die Hauptmethode zur Wirkungsmessung bei Multiplikator:innen. In einzelnen Projekten kamen speziellere qualitative Methoden zum Einsatz, konkret eine teilnehmende Beobachtung und eine qualitative Vorher/Nachher-Befragung.³⁴

Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die eingesetzten Methoden. Die Zahlen zur Anzahl Projekte sind als indikativ zu betrachten, da sie den Stand zum Zeitpunkt der Dokumentenanalyse abbildet. Viele Projekte waren bis dahin noch nicht abgeschlossen und weitere Wirkungsmessung sind ggf. noch vorgesehen.

³³z B. Projekte «AdoASSIP », «Aider les Proches Aidants», «PEPra», «ZigZag Plus»

³⁴ Projekte «Mamamundo» und «Selbst-Assessment gesundheitskompetente Organisation»

Tabelle 1: Messmethoden bei Multiplikator:innen

Messmethoden		Anzahl Projekte (Mehrfachzählungen)
Quantitative Instrumente	Onlinebefragungen nach Intervention (z.B. Weiterbildung)	9
	Vorher/Nachher-Onlinebefragung	5
	Onlinebefragung (einmalig) potenzielle Multiplikator:innen (z.B. Zuweisende)	4
Qualitative Instrumente	Interviews mit Multiplikator:innen	9
	Fokusgruppengespräche mit Multiplikator:innen	2
	Teilnehmende Beobachtung	1
	Qualitative Vorher/Nachher-Befragung	1
(Noch) keine Wirkungsmessung bei Multiplikator:innen		4

Tabelle INFRAS.

5.1.2. Überblick quantitativ gemessene Wirkungen

Die in den standardisierten Befragungen quantitativ gemessenen Wirkungen sind vielfältig:

- Erstens werden Wirkungen auf Ebene Wissen, Kompetenzen und Einstellungen erhoben. Dabei wird dies in den meisten Projekten in genereller Hinsicht abgefragt (generell Wissen verbessert, Kompetenzen erweitert, besser befähigt zur Selbstmanagementförderung etc). Mehrere Projekte erheben jedoch auch spezifischere Wirkungen, beispielsweise Wissen über Selbstmanagementmethoden, Kompetenzen zu spezifischen Prinzipien der Selbstmanagement-Förderung (z.B. Partnerschaftliche Haltung, Kommunikation auf Augenhöhe).
- Zweitens messen die Projekte konkrete Verhaltensänderungen der Multiplikator:innen. So wurde in einzelnen Projekten erhoben, ob die Fachpersonen Informationen zum Projekt an Betroffene weitergeleitet resp. diese in die Angebote vermittelt haben. Über die konkrete Anwendung des Gelernten in der Praxis gehen nur aus einem Projekt Information hervor, mehrere Projekte haben jedoch erhoben, inwieweit sich die Fachpersonen dies vorgenommen haben (Verhaltensabsicht).
- Schliesslich liefern die Evaluationen Informationen über Wirkungen in Bezug auf Verhältnisse, konkret die interprofessionelle Zusammenarbeit. Beispielsweise erheben mehrere Projekte wahrgenommenen Verbesserungen in der Zusammenarbeit und bei den Schnittstellen.

Die verschiedenen gemessenen Wirkungen sind in der folgenden Tabelle zu Kategorien zusammengefasst. Diese werden in den Befragungen mit unterschiedlichen Indikatoren (Items, Fragen) abgefragt. Teilweise sind sie innerhalb der Kategorien jedoch sehr ähnlich. Eine beispielhafte Übersicht über die verwendeten Indikatoren liefert Tabelle 8 im Anhang A3.

Tabelle 2: Überblick über die quantitativen Wirkungsmessungen

Art der Wirkung	Anzahl Projekte mit Wirkungsmessung	Davon mit Vorher/Nachher-Messungen	Anzahl insg. befragte Multiplikator:innen
Wissen			
Genereller Wissenszuwachs	6	-	480
Generelle Kompetenzerweiterung	2	-	246
Wissen über Präventions-/Selbstmanagementmethoden	2	1	59
Einstellung			
Sensibilisierung für Notwendigkeit von SMF	4	2	128
Selbstmanagement-Kompetenzen			
Bessere generelle Befähigung zu SMF	6	-	316
Partnerschaftliche Haltung	2	-	88
Personenzentrierung / Einbezug des Erlebten und pers. Erfahrungen	2	1	49
Verhaltensänderungen/Absichten			
Weiterverbreitung von Information	3	1	416
Vermittlung in Angebote	3	-	360
Absicht, Gelerntes anzuwenden	3	1	86
Anwendung von SMF im Beratungskontext	1	-	53
Interprofessionelle Zusammenarbeit			
Bessere Kenntnis über andere Akteure/Angebote in diesem Bereich	3	1	74
Kompetenzerweiterung integrierte Versorgung	4	1	299
Zusammenarbeit mit anderen Akteuren verbessert (Schnittstellen)	3	-	306
Bewusstsein über Wichtigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit	2	1	272

Tabelle INFRAS. Quelle: Projektberichte

Obige Tabelle zeigt die Anzahl der Multiplikator:innen, bei denen die Wirkungen gemessen wurde. Inwieweit eine Wirkung bei diesen Personen erzielt wurde, geht aus einer differenzierten Tabelle im Anhang A5 hervor. Grundsätzlich weisen die Evaluationen drei Arten von Ergebnissen aus: Mittelwerte zu abgefragten Skalen, Anteil der Personen, die zustimmen (oder nicht zustimmen) und (bei Vorher/Nachher-Messungen) Unterschied des Anteils der Personen die zustimmen zwischen der ersten und der zweiten Erhebung. Deshalb lässt sich nicht zusammenfassend ausweisen, bei wie vielen Personen eine Wirkung erzielt (bzw. nicht erzielt) wurde.

Generell zeigt sich jedoch in der Wirkungstabelle, dass bei fast allen Indikatoren die grosse Mehrheit der befragten Fachpersonen zustimmend antwortet. Dies betrifft vor allem selbst eingeschätzte Wirkungen zu Wissens- und Kompetenzerweiterungen aufgrund des

Angebots/der Weiterbildung. Etwas tiefer (aber immer noch weit über 50%) fällt die Zustimmung teilweise bei Indikatoren zu spezifischen Kompetenzen der Selbstmanagement-Förderung (partnerschaftliche Haltung) oder Kenntnissen über andere Akteure/Angebote im Themenbereich aus. Auch im Bereich der Verhaltensänderungen fallen die Wirkungen teilweise etwas schwächer aus. Beispielsweise geben über 3 Projekte insgesamt 58% der befragten Fachpersonen an, Betroffene in das Angebot der Selbstmanagement-Förderung vermittelt zu haben.

In den nachfolgenden Ausführungen sind die verschiedenen erzielten Wirkungen näher und beispielhaft beschrieben. Dabei fliessen v.a. qualitative Informationen aus den vertieft analysierten Projekten ein.

5.1.3. Erweiterung von Wissen und Kompetenzen zur Selbstmanagement-Förderung

Bessere Kenntnisse über die Erkrankung

Aus mehreren Projektevaluationen geht hervor, dass die Multiplikator:innen durch die Beteiligung an den jeweiligen Projekten von einem Wissenszuwachs profitierten (z.B. «Aktion Diabetes», «Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz», «KOMPASS» oder «ProPCC»). Die Wissensvermittlung passierte primär über Schulungen, aber auch Informationsplattformen wie Webseiten oder Apps (z.B. «Aktion Diabetes»). Gemäss diversen Projektevaluationen wurden diese Schulungen von den meisten Multiplikator:innen sehr geschätzt und als hilfreich wahrgenommen. Bspw. hält «Aktion Diabetes» fest, dass die Schulungen hinsichtlich des Erkenntnisgewinns eine hohe Wertschätzung erfahren würden. Ausserdem seien solche Schulungen auch immer eine Gelegenheit, sich niederschwellig mit anderen Fachpersonen auszutauschen. Auch das Projekt «Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz» beobachtete, dass sich das ausgebildete Spitalpersonal (z.B. Ärzt:innen, Pflegende oder Ernährungstherapeut:innen) durch die Schulungen zusätzliches Wissen zur Pathologie der Herzinsuffizienz und zur Medikation aneignen konnten.

Befähigung zur Selbstmanagement-Förderung

Aus verschiedenen Projekten geht hervor, dass die Fachpersonen besser für die Selbstmanagement-Förderung befähigt werden konnten (z.B. Projekte «gesundheitskompetente Organisation», «Daheim statt Heim», «SNP», «KOMPASS»). Im Projekt «ProPCC» fühlten sich interessanterweise diejenigen Fachpersonen, welche eine schlankere Onlineweiterbildung absolviert hatten, mehr in ihren Kompetenzen gestärkt als solche, die eine intensivere Schulungen vor Ort besucht hatten. Grund ist gemäss der Projektträgerin, dass die Fachpersonen bei der

intensiveren Ausbildung vor Ort stärker wahrnehmen, wie komplex Selbstmanagement-Förderung sein kann.

Gestärktes Rollenverständnis und Motivation

Weiter liefern die Projektevaluationen Hinweise darauf, dass Haltungsänderungen bei den Fachpersonen erzielt werden können. Beim Projekt «KOMPASS» sei spürbar, wie sich das Selbstverständnis und das Selbstbewusstsein bei den MPA positiv verändert habe. Die MPA nähmen ihre Rolle und die damit verbundene Verantwortung bei der Unterstützung der chronisch kranken Personen stärker wahr. Auch sei die Einstellung gestärkt worden, dass es kontinuierliche Weiterbildungen brauche und man sich in einem stetigen Lernprozess befinde. Im Projekt «Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz», ist gemäss den Befragungen die Zufriedenheit und Motivation des medizinischen Fachpersonals gestiegen. Ein Grund hierfür sei, dass diese überzeugt sind, etwas Nützliches für die Patient:innen zu tun. Des Weiteren habe sich auch das persönliche Engagement und die Motivation der Fachpersonen erhöht, die Begleitung/Unterstützung der Betroffenen zu verbessern. Die Evaluation zum Projekt «ProPCC» erwähnt, dass sich die am Krisenplan beteiligten Fachpersonen besser eingebunden fühlen. Damit empfänden sie auch eine höhere Wertschätzung und fühlten sich stärker in ihrer Rolle berücksichtigt.

Partnerschaftliche Haltung und Personenzentrierung

Vereinzelt geht aus Projektevaluationen und Interviews hervor, inwieweit Prinzipien wie die Partnerschaftlichkeit und Haltung auf Augenhöhe sowie die Ausrichtung der Intervention an den individuellen Bedürfnissen, Ressourcen und den Kontext berücksichtigt werden. Gemäss Beobachtungen im Projekt «Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz» haben die Fachpersonen gelernt, die Bedenken und Gefühle von Betroffenen besser zu berücksichtigen. Auch das Projekt «Daheim statt Heim» erwähnt, dass sich die Personenzentrierung im Umgang mit Betroffenen im Zuge des Projektes leicht verbessert habe. Dadurch hätten die Gesundheitsfachpersonen aufgrund des Programms eine «positivere Sprache» und insgesamt eine höhere Beziehungsqualität zu den Betroffenen entwickelt.

Bessere Beratungsqualität

Diverse Projektevaluation zeigen auf, dass sich das verbesserte Wissen der Betroffenen über die Erkrankung und die Selbstmanagement-Förderung in eine höhere Beratungsqualität übersetzt hat. Die Projektträgerin des Projektes «Angehörigen Expert:innen» stellt fest, dass die meisten der geschulten Peers die Selbstmanagement-Themen gut vermitteln können und sie bei anderen Angehörigen gut ankommen. Auch die Evaluation des Projektes «KOMPASS» kommt zum Schluss, dass das Projekt durch die Schulung der MPAs deren Beratungsqualität fördern

konnte. Noch nicht ganz am Ziel angelangt ist man gemäss Aussagen der Projektträgerin des Projektes «ProPCC». Im Rahmen dieses Projektes sollen die Fachpersonen Copingstrategien in den individuellen Krisenplänen festhalten. Derzeit seien die mit den Betroffenen ausgearbeiteten Strategien noch zu stark auf einer allgemeinen Ebene und noch zu wenig krankheitsspezifisch.³⁵

5.1.4. Interprofessionelle Zusammenarbeit

Als weitere Wirkung bei den Multiplikator:innen beschreiben verschiedene Projekte eine Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit.

Stärkere organisationsinterne interdisziplinäre Zusammenarbeit

Einige Projekte förderten gemäss den Evaluationen gezielt die organisationsinterne interdisziplinäre Zusammenarbeit. Durch interdisziplinäre und hierarchieübergreifende Teams wurde bspw. im Projekt «gesundheitskompetente Organisation» der Austausch und die Zusammenarbeit innerhalb der Pilotbetriebe gefördert. Weiter hat auch die Evaluation zum Projekt «KOMPASS» gezeigt, dass sich der Austausch zwischen Ärzt:innen und MPA bzw. MPK durch das Projekt verbesserte. Konkret habe bspw. die Kommunikation innerhalb der Praxis zugenommen, so dass Ärzt:innen besser verstehen würden, was MPAs bzw. MPKs machen. Das Projekt «Daheim statt Heim» konnte die interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Pflegeheimen gemäss den befragten medizinischen Fachpersonen ebenfalls leicht verbessern. Allerdings sei die Zusammenarbeit bereits vor dem Projekt gut gewesen.

Besserer institutionsübergreifender interdisziplinärer Austausch

Daneben zeigen die Evaluationen verschiedener Projekte, dass auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Akteuren aus unterschiedlichen Institutionen und Berufsgruppen gefördert wurde (z.B. «ProPCC», «Aktion Diabetes» oder «Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz»). So beschreibt bspw. die Evaluation des Projekts «Aktion Diabetes», dass durch das Projekt die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der gesamten Diabetesversorgung im Wallis gefördert worden sei. Die Betroffenen würden dadurch vermehrt interprofessionell betreut. Auch entstehe bei den Ärzt:innen allmählich eine Kultur der interprofessionellen Zusammenarbeit. «Aktion Diabetes» habe insbesondere durch interprofessionelle Weiterbildungen und regelmässige Botschaften zur Bedeutung der Interprofessionalität dazu beigetragen. Im Projekt «ProPCC» trägt der Krisenplan dazu bei, dass das gesamte Umfeld der Betroffenen, d.h. Angehörige, Therapeut:innen und andere als Anlaufstelle angegebenen Fachpersonen, enger zusammenarbeitet.

³⁵ Aktuell arbeitet man im Projekt allerdings noch daran, mehr Grundlagen für krankheitsspezifischen Copingstrategien zu erarbeiten.

Verbesserungspotenziale vorhanden

Aus den Evaluationen und Interviews geht allerdings auch hervor, dass sich die interprofessionelle Zusammenarbeit nicht in jedem Fall verbessert hat. Einige Projekte investierten erst spät in die Vernetzung (z.B. «Aider les Proches Aidants»), wodurch noch wenig inter- und multidisziplinäre Zusammenarbeit durch das Projekt stattfindet. Auch die Evaluationen zu den Projekten «GLA:D» oder «Besser leben mit COPD» fanden keine Verbesserung bei der inter- und multidisziplinären Zusammenarbeit. Das Projekt «INTERMED+» hält schliesslich fest, dass sich die Zusammenarbeit zwischen Ärzt:innen und Pflegenden unterschiedlich stark verbesserte, abhängig vom Reifegrad der entsprechenden Arbeitsbeziehung.

5.1.5. Zuweisung und Vermittlung der Angebote

Mehrfach geäusserte positive Wirkungen bei Multiplikator:innen sind auch vermehrte Zuweisungen und Vermittlungen von Betroffenen an Selbstmanagement-Angebote. Diese hängt in erster Linie jedoch stark davon ab, wie gut die Multiplikator:innen erreicht werden konnten (siehe Kapitel 4.1.). Das Projekt «Aktion Diabetes» beobachtet, dass medizinische Fachpersonen seit der Einführung des Projektes Patient:innen vermehrt an Diabetesverbände überweisen. Auch die Projekte «GLA:D» und «Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz» verzeichneten stetig steigende Zuweiserzahlen. Beim Projekt «ZigZag Plus»³⁶ gab etwa die Hälfte der befragten Fachkräfte, die das Projekt kannten, an, Eltern oder Kinder an die Angebote des Projekts verwiesen zu haben. Einige Fachkräfte bemerkten jedoch auch, dass ihr mangelndes Wissen über die bestehenden Angebote oder die Zurückhaltung der Familien ein Hindernis für die Zuweisung darstellten.

5.2. Wirkungen bei den Betroffenen und Angehörigen

Analog zu den Wirkungen bei Multiplikator:innen sind in diesem Kapitel zunächst die Methoden der Wirkungsmessungen bei Betroffenen und Angehörigen und anschliessend die Erkenntnisse zu den Wirkungen über die verschiedenen Projekte summarisch festgehalten. Es gilt zu berücksichtigen, dass in vielen Projekten noch keine Ergebnisse zu den Wirkungen bei Betroffenen und Angehörigen vorliegen. Grund ist, dass diese meist am Ende der Projektlaufzeit erhoben werden und somit bei laufenden Projekten noch nicht vorliegen. Zudem waren die Wirkungen bei Betroffenen und Angehörigen bei Projekten, welche nur auf Multiplikator:innen als Zielgruppe fokussieren, nicht Gegenstand der Evaluation.

³⁶ Ganzer Projektname: ZigZag Plus – Sichtbarkeit und Unterstützung für Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen.

5.2.1. Messmethoden

Zur Messung der Wirkungen bei den Betroffenen und/oder Angehörigen setzen die Projekte oder die Evaluationen verschiedene Methoden ein. In Projekten mit (noch) wenigen oder per standardisierter Befragung schwer erreichbaren Teilnehmenden bilden qualitative Interviews oder Fokusgruppengespräche die Basis für die Erkenntnisse (z.B. «ProPCC», «Mamamundo»). Häufig messen die Projekte die Wirkungen über standardisierte Befragungen vor und nach Eintritt in ein Programm (z.B. Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz, «KOMPASS», «GLA:D», «Daheim statt Heim»). Dabei erfolgen die Nachbefragungen teils zu mehreren Zeitpunkten (bis zu einem Jahr nach Abschluss der Intervention). Mehrere Projekte, die die Wirkungen quantitativ messen, stützen sich zusätzlich auf qualitative Methoden (Interviews, Fokusgruppen) für explorative Zwecke oder zur Vertiefung.

Nur einzelne Projekte haben Erhebungsdesigns verwendet, mit denen sich die Wirkungen kausal auf die Intervention zurückführen lassen (Kontrollgruppendesigns, Projekte «Winback Control» und «NoA-Coach³⁷»). Grund ist, dass diese meist langfristig angelegt werden müssen und aufwändig sind. Beim Projekt «NoA-Coach» wurden zwei Gruppen nach Nutzungshäufigkeit gebildet und die Unterschiede bezüglich des Suchtverhaltens gemessen. Die Ergebnisse bei letzterem Projekt sind jedoch aufgrund von tiefen Fallzahlen in einer Gruppe nur eingeschränkt valide. Auch für das ursprünglichen «ASSIP»-Angebot wurde eine randomisierte Kontrollgruppenstudie durchgeführt.

Vier Projekte greifen auf weitere quantitative Methoden zurück, davon zwei auf die Messung von klinischen Daten bzw. Rehospitalisierungen zu mehreren Messzeitpunkten und zwei auf Auswertungen der Nutzungshäufigkeit des elektronischen Selbstmanagement-Angebots (Webseite, App).

Nachfolgende Tabelle fasst die angewandten Forschungsmethoden zusammen. Auch hier sind die Zahlen zur Anzahl der Projekte nicht abschliessend, da einige Projekte noch am Laufen sind und ggf. weitere Messungen geplant haben.

³⁷ ehemals: «dAS-Tool»

Tabelle 3: Messmethoden bei Betroffenen und Angehörigen

Messmethoden		Anzahl Projekte (Mehrfachzählungen)
Quantitative Methoden	Schriftliche Befragung/Onlinebefragung (ein Zeitpunkt)	3
	Vorher/Nachher- Befragung (zwei Zeitpunkte)	3
	Vorher/Nachher- Befragung (mehrere Befragungszeitpunkte)	4
	Vorher/Nachher-Befragung mit Kontrollgruppenvergleich (mehrere Befragungszeitpunkte)	2
	Auswertung klinische Daten/Rehospitalisierungen	2
	Auswertung Nutzungsdaten (App, Onlineprogramm)	2
Qualitative Methoden	Interviews mit Betroffenen/Angehörigen	6
	Fokusgruppen mit Betroffenen/Angehörigen	4
(Noch) keine Wirkungsmessung		10

Tabelle INFRAS.

5.2.2. Überblick quantitativ gemessene Wirkungen

Auch bei den Betroffenen und Angehörigen sind die gemessenen Wirkungen vielfältig. Sie reichen von Veränderungen auf Wissen, Einstellungen und Selbstmanagement-Kompetenzen bis hin zu Veränderungen im Gesundheitszustand und der Lebensqualität (vgl. folgende Tabelle 4). In den meisten Projekten basieren die gemessenen Indikatoren auf Selbsteinschätzungen der Teilnehmenden. Dabei nutzen die Projekte bzw. die Evaluationen vereinzelt validierte spezifische Skalen, z.B. Selbstwirksamkeitsskala für chronische Krankheiten³⁸ oder zu Selbstmanagement-Kompetenzen³⁹ (z.B. Projekte «KOMPASS», «GLA:D», «SERO»⁴⁰).

Auch zur Erhebung von Gesundheitsoutcomes setzen mehrere Projekte auf validierte Skalen zu den jeweiligen Erkrankungen, zur (gesundheitsbezogenen) Lebensqualität⁴¹ oder zum Wohlbefinden (z.B. «KOMPASS», «Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz», «ProPCC», «NoA-Coach»). Weiter erheben einige Projekte auch die Veränderung von spezifischen Symptomen wie Müdigkeit, Kurzatmigkeit oder Schmerzen anhand von Selbsteinschätzungen oder klinischen Daten sowie die Veränderung der Anzahl Rehospitalisierungen («AdoASSIP»⁴², «Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz»). Eine beispielhafte Übersicht über die verwendeten Indikatoren liefert Tabelle 9 im Anhang A4.

³⁸ 6-Item Scale Self-Efficacy for managing chronic disease

³⁹ heiQ-Questionnaire- Subskalen. Fragebogen zur Bewertung der Wirksamkeit von Patientenschulungen bei chronischen Krankheiten

⁴⁰ in Planung

⁴¹ Gesundheitsbezogene Lebensqualität. EuroQol-5 Dimensionen-5 Levels EQ-5D-5L-Index oder SF12-Fragebogen; Lebensqualität : WHO5-Index zum subjektiven Wohlbefinden

⁴² in Planung

Tabelle 4: Überblick über die quantitative Wirkungsmessungen bei Betroffenen/Angehörigen

Art der Wirkung	Anzahl Projekte mit Wirkungsmessung	Davon mit Vorher/Nachher-Messungen	Anzahl insg. befragte Betroffene/Angehörige
Wissen			
Wissen über die Krankheit	2	1	446
Einstellung , Selbstwirksamkeit			
Wahrgenommene Wichtigkeit der SMF	1	-	15
Selbstwirksamkeit	4	2	2'216
Selbstmanagement-Kompetenzen			
Allgemeine Befähigung zum Umgang mit der Krankheit und Behandlung	2	1	62
Spezifische Selbstmanagement-Kompetenzen (Fertigkeiten und Handlungsstrategien, «Selbstversorgung» «Körperpflege» Frakturvermeidung», «Ernährung», «Bewegung»)	3	2	102
Auseinandersetzung mit den Auswirkungen auf das Leben (Akzeptanz)	1	1	37
Partizipationsmöglichkeiten (partnerschaftliche Haltung)	2	2	58
Verhaltensänderungen			
Lebensstiländerungen (Alkohol, Glücksspiel, gesundheitsförderndes Verhalten, Änderungen Lebensgewohnheiten)	5	3	2'141
Gesundheitliche Verbesserungen, Lebensqualität			
Funktionalität (bei Knieproblemen, Hüftproblemen, An- und Auskleiden)	2	2	2'182
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	3	3	63
Spezifische Symptome Exazerbationen, Gewichtsverlust, Depressivität, Kurzatmigkeit, Schmerzen, Müdigkeit	6	4	2'484
Lebensqualität, Wohlbefinden	2	2	2'263

Tabelle INFRAS. Quelle: Projektberichte

Obige Tabelle zeigt wieder die Anzahl der Betroffenen/Angehörigen, bei denen die Wirkungen gemessen wurde, jedoch nicht, bei wie vielen eine Wirkung gemessen wurde. Dies zeigt Tabelle 11 im Anhang A6. Grundsätzlich handelt es sich bei den gemessenen Wirkungen in den meisten Fällen um Vorher/Nachher-Messungen. Grundsätzlich zeigen auch die Wirkungsmessungen bei Betroffenen, dass in allen Projekten positive Wirkungen erzielt werden.

Nachfolgende Ausführungen gehen vertiefter auf die verschiedenen Wirkungen ein. Dabei fließen neben den Informationen aus den quantitativen Wirkungsmessungen weitere qualitativ berichtete Wirkungen ein.

5.2.3. Selbstmanagement-Kompetenzen

Klar erkennbare Wirkungen auf Ebene Wissen und Fertigkeiten

Bei Erhebungen zu Selbstmanagement-Kompetenzen zeigten sich bei verschiedenen Projekten teils deutliche positive Wirkungen auf Ebene Wissen und Fertigkeiten. In mehreren Projekten konnten Unterschiede vor und nach der Intervention in Bezug auf das Wissen über die eigene Krankheit, Risikofaktoren, Warnsignale oder Therapien festgestellt werden (z.B. Projekte «Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz», «KOMPASS», «INTERMED+»). Verbesserungen zeigten sich auch in Bezug auf die Fertigkeiten, z.B. die Kenntnisse über mögliche präventive Strategien, Handlungsstrategien in Krisen oder die Selbstüberwachung. Auch Projekte, die (noch) keine standardisierten Messungen vorgenommen haben, berichten von anekdotischer Evidenz zu solchen Kompetenzen. Im Projekt «ProPCC» konnten sich Betroffene von psychischen Erkrankungen Strategien aneignen, um einen Klinikaufenthalt zu vermeiden. Im Projekt «Mamamundo» schätzten Schwangere aus der Migrationsbevölkerung ihre Kenntnisse zum Gesundheitssystem und zu Möglichkeiten im Umgang mit Schwangerschaftsbeschwerden nach der Intervention besser ein.

Selbstwirksamkeit und positive Einstellung zum Umgang mit der Krankheit

Aus den Evaluationen geht ebenfalls hervor, dass es bei mehreren Angeboten gelungen ist, eine positive Haltung der Betroffenen zum Management ihrer Krankheit zu entwickeln. Das Projekt «KOMPASS» kann aufzeigen, dass die Selbstwirksamkeit und konstruktive Einstellung von Programmteilnehmenden im Umgang mit Schmerz und generell der chronischen Krankheit gesteigert werden konnten. Auch beim Projekt «ASSIP Home Treatment» zeichnet sich gemäss Auskünften der Projektträger:innen ein signifikanter Anstieg bei der Selbstwirksamkeit nach Abschluss des Programms ab. In den Angeboten «GLA:D», «INTERMED+», «Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz» lassen sich ebenfalls positive Wirkungen auf Ebene der Selbstwirksamkeit und der Einstellungen nachweisen – dies in Bezug auf die Motivation zu Veränderungen des Lebensstils und der Zuversicht, die Herausforderungen im Zusammenhang mit der Krankheit selbstständig bewältigen zu können und der positiveren Einstellung gegenüber der Krankheit. Kaum bzw. keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Zuversicht, das Alkoholkonsumziel erreichen zu können zeigten sich beim Projekt «NoA-Coach» zwischen Personen, die das Angebot stark oder wenig stark nutzten.

Wirkungen auf weitere Aspekte der Selbstmanagement-Kompetenz weniger bekannt

Zu den Selbstmanagement-Kompetenzen gehört auch, Entscheide gemeinsam mit den Fachpersonen fällen zu können, Selbstsorge zu pflegen und sich mit den Auswirkungen auf das Leben auseinander zu setzen. Wirkungen zu diesen Aspekten werden in den Projekten seltener gemessen. Im Projekt «KOMPASS» zeigte sich jedoch, dass die Kompetenz hinsichtlich der Ärzt:in-Patient:in-Beziehung in der Einschätzung der Betroffenen am geringsten zugenommen hat. Bei den Projekten «Daheim statt Heim» und «INTERMED+» wurden die Betroffenen und Angehörigen danach gefragt, wie sie die Unterstützung/das Angebot der Fachpersonen wahrgenommen haben. Daraus geht hervor, dass diese Projekte mehrere Elemente der Selbstmanagement-Förderung konsequent umsetzen und dies von den Betroffenen und Angehörigen als förderlich für ihr Selbstmanagement wahrgenommen wird. Konkret sind dies die wertschätzende und achtsame partnerschaftliche Beziehung zwischen Fachperson, Betroffenen und Angehörigen im Projekt «Daheim statt Heim». Beim Angebot «INTERMED+» fühlten sich die Betroffenen und Angehörigen mit ihren Bedürfnissen und Bedenken gut abgeholt und schätzten es, dass die individuellen und sozialfamiliären Ressourcen identifiziert und gestärkt wurden.

Entlastung bei Angehörigen und Verbesserung der Beziehungen

Bei Angehörigen sollte ihr eigenes Selbstmanagement dazu führen, dass sie Selbstsorge pflegen, ihre Handlungsfähigkeit bewahren, Akzeptanz und Gelassenheit pflegen und Unterstützungsangebote suchen und annehmen. In Projekten, die sich direkt an Angehörige als Betroffene richten, ist die Evidenz bisher noch limitiert und beschränkt sich auf Beobachtungen der Fachpersonen oder anekdotische Berichte. Im Projekt «Angehörigen Expert:innen» berichten die Peer-Expert:innen, dass nur schon die Existenz des Angebots bei den betreuenden Angehörigen psychisch entlastend und beruhigend wirke. In den Projekten «ZigZag Plus» und «ProPCC» wird festgestellt, dass die Beziehung zwischen Angehörigen und Betroffenen stabilisiert und verbessert werden konnte. Ein entscheidender Faktor ist dabei, dass die Interventionen eine klare Kommunikation zwischen den Betroffenen und Angehörigen verlangen. Beispielsweise beuge der Krisenplan im Projekt «ProPCC» einer Verschlechterung der Beziehung nach einer Krise vor, da im Vorhinein klare Abmachungen zum Verhalten im Krisenfall gemacht wurden.

5.2.4. Präventives Verhalten und Veränderungen des Lebensstils

Mehrere Projekte weisen Verhaltensänderungen nach

Teilweise können die Projekte auch Wirkungen auf der Verhaltensebene aufzeigen. Die gemessenen Verhaltensänderungen betreffen das Suchtverhalten («Winback Control», NoACoach»), die körperliche Aktivität («KOMPASS», «GLA:D») oder die Veränderungen der

Lebensgewohnheiten («INTERMED+»). Beim Angebot «Win Back Control» zeigten Nachbefragungen, dass das problematische Glücksspielverhalten reduziert werden konnte. Daneben konnte eine Reduktion von Tabakkonsum bei Rauchenden festgestellt werden. Auch beim Angebot «NoA-Coach» deuten die Wirkungsmessungen darauf hin, dass das Angebot, problematischen Alkoholkonsum reduzieren kann. Verhaltener sind die positiven Wirkungen in Bezug auf die körperliche Aktivität und Änderung der Lebensgewohnheiten.

Andere Projekte können nachweisen, dass das Gelernte effektiv angewendet wird, beispielsweise die Überwachung des Gesundheitszustands mit Tagebuch (z.B. «Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz») und die Anwendung von gelernten Tipps im Umgang mit Schwangerschaftsbeschwerden («Mamamundo»).

Projekte, welche Hilfsmittel wie Apps für das Selbstmanagement anbieten, können aufzeigen, dass sie regelmässige Nutzende gewinnen konnten, welche das Angebot auch weiterempfehlen würden (z.B. «SERO», «AdoASSIP»).

5.2.5. Lebensqualität und gesundheitliche Outcomes

Gesundheitliche Outcomes und Rehospitalisierungen

Projekte, die durch Vorher-Nachher-Befragungen und -Messungen Wirkungen auf gesundheitliche Outcomes erhoben haben, können fast alle positive Wirkungen aufzeigen. Bei den meisten dieser Projekte handelt es sich um somatische Erkrankungen. Die positiven Wirkungen betreffen die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands bei Betroffenen mit Arthritis und Osteoporose («KOMPASS»), die Reduktion von Müdigkeit und Kurzatmigkeit bei Betroffenen mit Herzinsuffizienz («Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz»), die Funktionalität von älteren Menschen nach akut-stationären Aufenthalten («Daheim statt Heim»), Schmerzen und die Funktionalität im Alltag bei Betroffenen von Arthrose («GLA:D») sowie den BMI bei Menschen mit erhöhtem Krankheitsrisiko («INTERMED+»). Im Projekt «Win Back Control» konnte bei Suchtbetroffenen Depressivität und Angstsymptome reduziert werden. Nur vereinzelt weisen die Projekte keine Effekte bei einzelnen gemessenen Outcomes aus. Ein Beispiel ist «INTERMED+», wo sich keine Senkung der Glukose und Cholesterinwerte zeigte.

Wirkungen auf Rehospitalisierungen wurden bisher im Projekt «Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz» gemessen. Das Projekt konnte Wiedereintritte innerhalb von 30 Tagen um 27% und innerhalb von 90 Tagen um 56% reduzieren.

(Gesundheitsbezogene) Lebensqualität verbessert

Projekte, welche die allgemeine oder gesundheitsbezogene Lebensqualität mit validierten Skalen gemessen haben, kommen ebenfalls zu positiven Ergebnissen. Gesundheitsbezogene Lebensqualitätsmerkmale wie Mobilität, Schmerzen, Angst und Niedergeschlagenheit haben sich

jeweils bei der Mehrheit der Befragten in den Projekten «KOMPASS» und «Daheim statt Heim» verbessert. Auch die Projekte «GLA:D» und «NoA-Coach» weisen positive Veränderungen bei der Lebensqualität mit verschiedenen verwendeten Indikatoren aus.

6. **Folgerungen und Empfehlungen**

Die vorliegende Analyse umfasst eine Fülle an dokumentierten Erfahrungen zu Angeboten der Selbstmanagement-Förderung in der PGV. Da nicht alle Projekte gleich weit fortgeschritten sind, konnten die verschiedenen Projekte nicht in der gleichen Tiefe analysiert werden. Dennoch geben die Berichterstattungen und Evaluationen zu den Projekten sowie die Interviews zu den vertieften Projekten bereits gute Einblicke in die Fortschritte und Schwierigkeiten bei der Umsetzung und den Wirkungen.

Prinzipien der Selbstmanagement-Förderung bereits weitgehend umgesetzt

Zur Selbstmanagement-Förderung bestehen für die Schweiz verschiedene nationale Grundlagen. Das nationale «Konzept Selbstmanagement-Förderung» (Kessler et al. 2022) und die Checkliste «Machen wir Selbstmanagement-Förderung» (BAG 2023) halten wichtige Prinzipien und Merkmale für Angebote der Selbstmanagement-Förderung fest. Die vorliegende Analyse zeigt insgesamt, dass die analysierten Projekte die Prinzipien und Merkmale weitgehend in ihr Projektdesign integriert haben und umsetzen. In den vertieft analysierten Projekten werden beispielsweise Prinzipien wie die Partnerschaftlichkeit und Haltung auf Augenhöhe zwischen Fachpersonen, Betroffenen und/oder Angehörigen sowie die ganzheitliche Berücksichtigung der verschiedenen Lebensdimensionen explizit gelebt. Es bestätigt sich dabei auch, dass diese Kriterien zu Erfolgsfaktoren werden und sich in der Praxis bewähren. Nachholbedarf bei den geförderten Projekten besteht u.a. bei der Integration von Elementen der Dimension Haltung und beim Einbezug der Angehörigen. Der Einbezug der Angehörigen als Zielgruppe ist bei den analysierten Projekten nicht immer klar definiert und in wenigen Projekten werden sie explizit auch als Betroffene behandelt.

Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über Good Practice-Beispiele bei der Umsetzung wichtiger Elemente und Prinzipien der Selbstmanagement-Förderung.

Tabelle 5: Good-Practice Beispiele zur Umsetzung wichtiger Prinzipien der Selbstmanagement-Förderung⁴³

Good Practices	Beispielprojekte
1) Berücksichtigung der Dimension «Haltung» (neben Wissen und Fertigkeiten)	
Stärkung Selbstwirksamkeit: Wecken der intrinsischen Motivation zur Adaptation des Lebensstils	GLA:D; Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz
Aufbau positive Haltung von betreuenden Angehörigen nach Phase eigner Ohnmachtserfahrung	Angehörigen Expert:innen

⁴³ Keine abschliessende Liste, da diese Aspekte in den mit Interviews vertieften Projekten genauer erhoben wurden.

Good Practices	Beispielprojekte
Veränderung Rollenverständnis Pflegende als «Care-Ge-bende» hin zur Ressourcenstärkung der Betroffenen	Daheim statt Heim
2) Berücksichtigung der verschiedenen Lebensdimensionen	
Sorgfältige Analyse des sozialen Umfelds. Darauf basie-rend Entwicklung von individuellen Lösungen	Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz
Ermittlung der Alltagsherausforderungen und des Lebens-kontextes durch aktives Zuhören	Angehörigen Expert:innen
3) Mitwirkung der Angehörigen als Zielgruppe	
Angehörige werden als Mitbetroffene berücksichtigt. Ver-mittlung von Selbsthilfegruppen für Angehörige	Selbsthilfefreundliche Spitäler
Standardmässiger Einbezug der Angehörigen beim Assess-ment	AdoASSIP, ASSIP Home Treatment, Selbstmanage-ment-Förderung Herzinsuffizienz
4) Partnerschaftliche Zusammenarbeit und Befähigung zur Mitwirkung	
Gemeinsam erarbeitete Zielsetzungen/Krisenpläne trialo-gisch (Fachperson, Betroffene und Angehörige)	Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz, ProPCC, SNP, ASSIP-Projekte, SERO
Unterstützung des gegenseitigen Lernprozesses der part-nerschaftlichen Zusammenarbeit	Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz
Gezielte Schulung der Fachpersonen in der partnerschaftli-chen Zusammenarbeit (u.a. Kommunikationstrainings)	SNP, SERO
5) Partizipation bei der Ausgestaltung des Projektes	
Konsultation von Betroffenen zum vorgesehenen Konzept	AdoASSIP, Daheim statt Heim, KOMPASS, Selbst-management-Förderung Herzinsuffizienz
Gemeinsame Entwicklung von Produkten (Flyer, Krisen-pläne, Apps)	SNP, ProPCC, SERO (nach dem Human-Centered Design)
Vertretung von Betroffenen und Angehörigen in der enge-ren Projektorganisation	SNP, SERO
Weiterbildung/Sensibilisierung von Multiplikator:innen mit Einbezug von Betroffenen und Angehörigen	ProPCC, Selbsthilfefreundliche Spitäler
6) Längerfristige Begleitung entlang des Gesundheitspfades	
Follow-Up-Gespräche, durch Peers oder Therapeut:innen geleitete «Post-Gruppen»	KOMPASS, Besser leben mit COPD, GLA:D
Vernetzung und Zusammenarbeit mit Nachbehandelnden zur Sicherstellung des Übergangs	Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz, ASSIP-Projekte
7) Interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit	
Beteiligung interdisziplinäre Fachpersonen an Erarbeitung von Instrumenten (App, Krisenplan, Beratungsgespräche)	ProPCC, SERO
Institutionalisierte interdisziplinäre Fallbesprechungen (inkl. Betroffene), um ganzheitliche Lösungen zu suchen	Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz
Interprofessionell gehaltene Weiterbildungen für Multipli-kator:innen; Interprofessionelle Workshops mit Fokus auf die Zusammenarbeit (z.B. inkl. Servicepersonal im Heim)	SNP, ProPCC, Daheim statt Heim

Tabelle INFRAS.

Paradigmenwechsel der Selbstmanagement-Förderung schreitet in kleinen Schritten voran

Die Analysen zeigen, dass verschiedene Multiplikator:innen unterschiedlich gut durch die Projekte erreicht werden. Schwierigkeiten bestehen vor allem bei der Ärzteschaft als Zuweisende oder Nachsorgende und bei den Institutionen der Regelversorgung. Mehrere Projekte stellen auch nur kleine Fortschritte bei der interprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit fest. Die Hindernisse sind struktureller und kultureller Art: Sie betreffen Versorgungsstrukturen, welche die Zusammenarbeit in verschiedenen Settings erschweren, schwerfällige Entscheidungsstrukturen in Spitälern und Kliniken und Vorbehalte von Berufsgruppen gegenüber den Kompetenzen anderer Berufsgruppen oder gegenüber der Expertise von Betroffenen und Angehörigen. Dies bestätigt, dass der von der Selbstmanagement-Förderung geforderte Paradigmenwechsel hin zu Haltungsänderungen Zeit und Hartnäckigkeit benötigt. Trotz dieser Hindernisse konnten die Projekte Fortschritte bei der Verbreitung und Diversifizierung der Angebote erzielen. Dies zeigt, dass die geleisteten Arbeiten dennoch Früchte tragen und der Paradigmenwechsel voranschreitet.

Nachhaltige Verankerung und regionale Verbreitung bereitet Schwierigkeiten

Bei der PGV-Projektförderung ist ein wichtiges Ziel, das Projekt nachhaltig zu verankern und stärker zu verbreiten. Die Analysen zeigen, dass diesbezüglich verschiedene Hindernisse im Weg stehen. Insbesondere die nachhaltige Finanzierung bereitet Schwierigkeiten, wobei fehlende langfristige Finanzierungsmöglichkeiten durch die Grundversicherung zum Tragen kommen. Bei der interregionalen Verbreitung von Angeboten bilden unterschiedliche kantonale Gegebenheiten und Finanzierungsmöglichkeiten eine Herausforderung. Aus mehreren Projektevaluationen geht auch hervor, dass die Projekte die langfristige Verankerung eher spät angehen und sich insbesondere bei den Finanzierungsmöglichkeiten Unterstützung wünschen. Nichtsdestotrotz konnten bei den geförderten Projekten verschiedene Erfolgsfaktoren identifiziert werden, wie es gelingen kann, das Projekt nachhaltig zu verankern (vgl. Kap. 6.1).

Wirkungen auf System- und persönlicher Ebene bei Multiplikator:innen, Wirkungsmessung mit Verbesserungspotenzial

Bei den analysierten Projekten lassen sich verschiedene Wirkungen bei Multiplikator:innen erkennen. Mehrere Projekte berichten von vermehrten Zuweisungen durch Multiplikator:innen und einer verbesserten Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen innerhalb und ausserhalb der Institution. In einzelnen Projekten zeigen sich Fachpersonen auch motivierter und zufriedener durch die gewonnenen Aufgaben und Kompetenzen. Bei Multiplikator:innen, welche spezifische Schulungen zur Umsetzung von Selbstmanagement-Förderung besuchen, konnten die Kenntnisse gemäss Selbsteinschätzung der Teilnehmenden verbessert werden. In mehreren Projekten fühlen sich die Multiplikator:innen auch besser zur Selbstmanagement-Förderung

befähigt. Seltener systematisch erhoben wird in den Projekten, inwieweit Fachpersonen, welche Selbstmanagement-Förderung umsetzen, die Prinzipien der Selbstmanagement-Förderung internalisiert haben. Diesbezüglich weisen die Wirkungsmessungen Schwächen auf.

Gute Ergebnisse zu Wirkungen bei Betroffenen und Angehörigen

Auch in Bezug auf die Wirkungen bei Betroffenen und Angehörigen kann ein positives Gesamtfazit gezogen werden. In vielen Projekten können - u.a. durch standardisierten Wirkungsmessungen - positive Veränderungen beim Wissen und den Fertigkeiten zum Selbstmanagement nachgewiesen werden. Auch weisen einige Projekte positive Wirkungen auf die Selbstwirksamkeit und Motivation zur Veränderung des Lebensstils sowie auf die Einstellung zum Umgang mit der Krankheit nach. Dies übersetzt sich in mehreren Projekten gemäss Wirkungsmessungen auch in entsprechende Verhaltensänderungen, eine bessere (gesundheitsbezogene) Lebensqualität, positivere gesundheitliche Outcomes und weniger Rehospitalisierungen. Bei Angehörigen ist die Evidenz bisher noch schwächer, aber auch hier können gemäss Beobachtungen Entlastungen erzielt werden. Heute liegen kaum Daten zur Wirkung der Angebote auf die Angehörigen vor. Diesbezüglich besteht bei den Wirkungsmessungen Verbesserungspotenzial.

Good Practice Beispiele für Wirkungsmessungen bei Betroffenen vorhanden

Die Analyse zeigt schliesslich, dass die Projekte oder Evaluationen auf unterschiedliche Methoden zur Messung der Wirkungen bei Betroffenen und Angehörigen zurückgreifen. In vielen Fällen schränken noch geringe Nutzerzahlen die Möglichkeiten ein, standardisierte und statistisch auswertbare Wirkungsmessungen vorzunehmen. Daher erfolgt die Wirkungsevaluation in vielen Projekten auf qualitative Art. Es gibt jedoch mehrere Good Practice Beispiele, die auf validierte Instrumente zur Messung der Wirkungen zurückgegriffen haben. So nutzen mehrere Projekte validierte Skalen für die Selbstwirksamkeit bei chronischen Krankheiten und die (gesundheitsbezogene) Lebensqualität.

Ähnlich wie bei den Multiplikator:innen erheben die Projekte neben Kenntnissen und Fertigkeiten zum Umgang mit der Erkrankung selten weitere Selbstmanagement-Kompetenzen, z.B. die gemeinsame Entscheidungsfindung mit den Fachpersonen oder die Auseinandersetzung mit den Auswirkungen auf das Leben. Diesbezüglich besteht auch Verbesserungsbedarf.

6.1. Empfehlungen für die Konzeption und Umsetzung der Projekte

Die Ergebnisse zeigen, dass die Projekte verschiedene Strategien für eine erfolgreiche Umsetzung entwickelt haben. Diese lassen sich auf verschiedenen Ebenen ansiedeln: Sie betreffen die Vernetzung, die Öffentlichkeitsarbeit, die Qualität der Intervention sowie Strategien zur

nachhaltigen und institutionellen Verankerung der Angebote. Aus den identifizierten Erfolgsfaktoren lassen sich Empfehlungen für die Projektträger:innen ableiten. Sie sind nachfolgend entlang von verschiedenen Handlungsfeldern⁴⁴ aufgeführt. Dabei thematisieren wir jene Handlungsfelder, die spezifisch für PGV- Angebote zur Selbstmanagement-Förderung relevant sind.

A) Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit

Die strukturellen und kulturellen Herausforderungen, um Multiplikator:innen und Institutionen für die Umsetzung von Angeboten zur Selbstmanagement-Förderung zu gewinnen, erfordern spezifische Strategien bei der Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit. Folgende Good Practices haben sich bewährt:

E1: Starke, gut vernetzte Partner:innen früh identifizieren und in das Projektkonsortium einbinden

Starke und gut vernetzte Partnerschaften können helfen, die für das Projekt relevanten Fachpersonen und Zielgruppen zu erreichen und Entscheidungsträger:innen in Institutionen zu überzeugen. Starke Partner:innen sind beispielsweise die Berufsverbände mit Netzwerken zu den Fachpersonen, Verbände der Leistungserbringer, Gesundheitsligen, Patient:innenorganisationen mit Kontakten zur Zielgruppe und oder themen- und fachspezifische Netzwerke wie z.B. Suizidpräventionsnetzwerke. Die Projektträger:innen sollten die relevanten Partner in der Konzeptionsphase identifizieren und in das Projektkonsortium einbinden.

E2: Auf bestehenden Angeboten aufbauen und keine neuen Parallelangebote schaffen

Bei mehreren Projekten stellt Konkurrenzdenken von Ärzt:innen oder von Organisationen, die sich ebenfalls für die Zielgruppe einsetzen, ein relevantes Hindernis dar. Die Projekte sollten deshalb in der Konzeptionsphase analysieren, ob auf Bestehendem aufgebaut werden kann. Dies können z.B. bereits erarbeitete Leitlinien oder Krisenpläne sowie Anlaufstellen, Beratungsangebote, Hotlines etc. sein. Diese Strategie hilft gleichzeitig, Synergien zu nutzen und die bestehenden Ressourcen komplementär und kosteneffizienter einzusetzen.

E3: Nutzen für Partnerorganisationen und Multiplikator:innen klar kommunizieren

Mehreren Projekten ist es gelungen, einen klaren und gut kommunizierbaren Nutzen für Multiplikator:innen und Institutionen zu generieren und diese so für eine Beteiligung und ein Engagement zu gewinnen. Zu den Nutzen gehören bspw. Zeitersparnisse, eine klar verbesserte Versorgungsqualität für die eigenen Patient:innen oder eine bessere Patient:innenbindung. Die

⁴⁴ Orientiert an den Handlungsfeldern der „Erfolgsfaktoren für kantonale Programme im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention“ (Balthasar et al. 2018).

Projekträger:innen sollten die Nutzen für Partnerorganisationen und Multiplikator:innen analysieren und bei der Vorstellung der Projekte klar herausstellen und kommunizieren.

E4: Weiterbildungen interprofessionell und interdisziplinär gestalten

Viele Projekte beinhalten Weiterbildungen von Multiplikator:innen und Fachpersonen. Vorliegende Analyse zeigt, dass sich interprofessionell gestaltete Weiterbildungen bewähren, um das zentrale Prinzip der Interprofessionalität zu vermitteln. Dieses Prinzip sollten die Projekträger:innen konsequent umsetzen. Dabei sollten sie nicht nur Fachpersonen aus unterschiedlichen Disziplinen einbinden, sondern auch Betroffene und Angehörige. Dies spiegelt die Prinzipien der Selbstmanagement-Förderung (z.B. partnerschaftliche Haltung auf Augenhöhe, Valorisierung der Erfahrungs-Expertise der Betroffenen, etc.) und kann die Motivation der Schulungsteilnehmenden für die Selbstmanagement-Förderung stärken.

Weiterbildungen für ein interprofessionelles Publikum können zudem helfen, die interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern. Dadurch verbessert sich die ganzheitliche Versorgung der Betroffenen. Durch Rollenaufteilungen unter den Berufsgruppen lässt sich schliesslich die Versorgungseffizienz verbessern.

E5: Angebot unter Einbezug von Betroffenen und Angehörigen direkt vorstellen

Um Entscheidungsträger:innen in Institutionen, Fachpersonen wie auch Betroffene vom Angebot zu überzeugen, bewährte es sich in vielen Projekten, das Angebot direkt bei diesen durch Betroffene und Angehörige vorzustellen. Erfahrungsberichte von Betroffenen und Angehörigen tragen gemäss Aussagen der Projekträger:innen entscheidend dazu bei, Multiplikator:innen für ein Engagement zu überzeugen. Kommunikationsaktivitäten durch die Projekte sollten deshalb wenn immer möglich unter Einbezug von Betroffenen und Angehörigen erfolgen.

E6: Präsenz markieren bei Anlässen, in Netzwerken und Ausbildungen der Multiplikator:innen

Bei verschiedenen Fachpersonen, insbesondere Ärzt:innen, ist die Konkurrenz um Aufmerksamkeit und zeitliche Ressourcen für Präventionsanliegen hoch. Deshalb braucht es möglichst Präsenz in den relevanten Verbänden der Berufsgruppen, in den Newslettern, bei Fachtagungen sowie an öffentlichen Veranstaltungen, z.B. Aktionstage zur Erkrankung (Weltkrebstag), für die Zielgruppe (z.B. Tag der betreuenden Angehörigen) oder auch Messen (z.B. Frühlingsmesse). Falls möglich, sollten die Projekte ihre Angebote auch in den Programmen der Aus- und Weiterbildungen der Fachpersonen verankern oder zumindest bei diesen präsentieren.

B) Qualität der Intervention

E7: Prinzipien und Qualitätsstandards der Selbstmanagement-Förderung im Design des Angebots, bei der Umsetzung sowie beim Monitoring und der Evaluation berücksichtigen

Die bestehenden Prinzipien und Qualitätsstandards der Selbstmanagement-Förderung haben sich bei der vorliegenden Analyse als Erfolgsfaktoren bestätigt. Die Projekte sollten sie deshalb konsequent umsetzen. Praxisorientierte Hilfestellungen bieten, [Leitfaden Qualitätsstandards und -kriterien für Angebote zur Selbstmanagement-Förderung](#), die [Checkliste «Machen wir Selbstmanagement-Förderung?»](#) sowie obige Good-Practice Beispiele zur Umsetzung von Prinzipien der Selbstmanagement-Förderung.

C) Nachhaltige Implementierung und Verbreitung

E8: Angebot in Institutionen strukturiert implementieren und Prozess begleiten

Die Implementierung der Angebote in Institutionen erweist sich in mehreren Projekten als fragil. Sie scheitert teilweise an Personalfluktuationen. Gute Beispiele zeigen, dass diese Risiken mit einer strukturierten Begleitung der Institutionen durch Angebotsverantwortliche aufgefangen werden können. Diese beinhaltet u.a. die Erstellung von Massnahmenplänen und Leitlinien gemeinsam mit den Institutionen, z.B. in Form von Workshops. Die Projekte sollten für die strukturierte Implementierung genügend Ressourcen einplanen.

E9: Langfristig tragfähige Organisation sicherstellen und Finanzierung früh mitdenken

Die Rahmenbedingungen für eine nachhaltige Finanzierung von Angeboten der Selbstmanagement-Förderung bleiben schwierig. Deshalb ist es wichtig, eine finanziell tragfähige Organisation zu gewährleisten. Die Angebotsverantwortlichen sollten die Finanzierungsmöglichkeiten früh, d.h. bei der Ausgestaltung des Konzepts mitdenken und frühzeitig angehen. Hilfestellungen bietet der [Leitfaden Finanzierung für Angebote zur Selbstmanagement-Förderung](#).

D) Wirkungsmessung

E10: Evidenz für die Wirksamkeit schaffen, möglichst durch validierte Instrumente

Können Wirkungen nachgewiesen werden, lassen sich Partnerorganisationen, Multiplikator:innen und Finanzierungsträger:innen besser überzeugen, sich an dem Angebot zu beteiligen. Deshalb sollten die Projektträger:innen die Wirkungsmessung konzeptionell mitdenken und die Ergebnisse regelmässig adressatengerecht kommunizieren. Sofern die Fallzahlen es zulassen,

sollten sie validierte Messinstrumente zugrunde legen und Methoden einsetzen, die einen kausalen Rückschluss auf das Angebot zulassen.

6.2. Empfehlungen für die Steuerung von Selbstmanagement-Projekten durch Gesundheitsförderung Schweiz

Basierend auf den Ergebnissen lassen sich auch Empfehlungen für Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) für die Steuerung der Projekte zur Selbstmanagement-Förderung im Rahmen der PGV-Projektförderung formulieren:

E1 (GFCH): Kriterien für den Interventionsbereich Selbstmanagement spezifizieren

Das Screening der PGV-Projekte, welche als Interventionsbereich die Selbstmanagement-Förderung angegeben hatten zeigte, dass das Element der Selbstmanagement-Förderung in mehreren Projekten nur schwach adressiert ist. GFCH hat keine Kriterien definiert, die erfüllt sein müssen, damit ein Projekt als Selbstmanagement-Förderungsprojekt gelten kann. Um sicherzustellen, dass die Prinzipien und Standards der Selbstmanagement-Förderung berücksichtigt und umgesetzt werden, sollte GFCH die Kriterien für die Projektanträge spezifizieren. Eine gute Grundlage hierfür bietet wiederum die [Checkliste «Machen wir Selbstmanagement-Förderung?»](#). Die Projektträger:innen sollen beim Antrag prüfen und angeben, ob sie die Kriterien erfüllen.

E2 (GFCH): Umsetzung der Prinzipien der Selbstmanagement-Förderung überprüfen

Weiter sollte GFCH überprüfen, ob die Prinzipien der Selbstmanagement-Förderung berücksichtigt und umgesetzt werden. Dies ist bei den Evaluationen einzuplanen, indem GFCH Evaluationsfragen in diese Richtung vorgibt. Weiter sollte GFCH im Rahmen der Jahres- und Schlussberichte von den Projekten einfordern, dies entsprechend darzulegen. In den Meilensteingesprächen sind diese Aspekte zu diskutieren.

E3 (GFCH): Messung von spezifischen Outcomes der Selbstmanagement-Förderung in den Selbst- und Fremdevaluationen einfordern

Bei den Evaluationen der Projekte sollte GFCH darauf achten, dass die Projekte auch die spezifischen Outcomes der Selbstmanagement-Förderung bei Multiplikator:innen, Betroffenen und Angehörigen explizit erheben (z.B. Veränderungen bei der Partnerschaftlichkeit, Veränderungen bei der Mitwirkung durch Betroffenen und Angehörige, etc.).

E4 (GFCH): Bessere Grundlagen für übergeordnete Wirkungsnachweise schaffen

GFCH will zukünftig die Wirkungen der Projekte auf übergeordneter Ebene besser nachweisen bzw. aufzeigen können - beispielsweise in der für diesen Bericht erfolgten Form. Hierfür sollte GFCH in den Projektberichten und -evaluationen eine systematischere Dokumentation der Wirkungen einfordern. Die verwendeten Methoden und Wirkungsindikatoren sowie die Anzahl der Personen, die erreicht wurden und Anzahl Personen, die befragt und bei denen eine konkrete Wirkung erzielt wurde sollten übersichtlich dokumentiert werden. In den bestehenden Dokumentationen sind diese Informationen teils kaum oder nur schwierig herauszulesen. Diese Empfehlung gilt nicht spezifisch für Projekte der Selbstmanagement-Förderung, sondern für die PGV-Projektförderung generell.

E5 (GFCH): Konzepte und Umsetzungsschritte zur nachhaltigen Verankerung der Projekte frühzeitig einfordern

Das Gesundheitswesen ist in seinen Versorgungsstrukturen fragmentiert, während Selbstmanagement-Förderung meist an den Schnittstellen stattfindet. Zudem lassen sich viele Leistungen der Selbstmanagement-Förderung nicht über die obligatorische Krankenpflegeversicherung oder Invalidenversicherung abrechnen. Deshalb ist die nachhaltige Verankerung der Projekte nach zwei bzw. vier Jahren der Umsetzung sehr anspruchsvoll und die Analyse zeigt deutlich, dass die Projekte an Grenzen stossen. Es zeigt sich jedoch auch, dass viele Projekte diese Frage erst spät angehen und zum Beispiel beim Kanton oder anderen Finanzierungsträgern vorseprechen. GFCH sollte daher die Zweckmässigkeit der in den Konzepten vorgesehenen Strategien überprüfen und von den Projekten frühzeitig einen Nachweis konkreter Umsetzungsschritte verlangen. Diese Empfehlung gilt nicht spezifisch für Projekte der Selbstmanagement-Förderung, sondern für die PGV-Projektförderung generell.

E6 (GFCH): Rahmenbedingungen für die PGV-Projektförderung prüfen und beim Bund für bessere Finanzierungsmöglichkeiten einsetzen

Um bessere Finanzierungsmöglichkeiten zu gewährleisten, sollte GFCH überprüfen, ob die Rahmenbedingungen der PGV-Projektförderung angepasst werden können. Beispielsweise könnte eine längerfristige Ko-Finanzierung mit den Kantonen förderlich sein. Zudem sollte sich GFCH beim BAG dafür einsetzen, dass Leistungen der Selbstmanagement-Förderung im Rahmen der Grundversicherung besser abrechenbar werden. Auch diese Empfehlung gilt für die PGV-Projektförderung generell.

Annex

A1. Qualitative Interviews: Projekte und Interviewpartner:innen

Projekt	Interviewpartner:innen
Angehörigen-Expert/innen in der psychiatrischen Versorgung (Link zur Projektseite)	Lisa Bachofen , Vereinigung Angehöriger psychisch Kranker Bern
ASSIP Home Treatment (Link zur Projektseite)	Anja Gysin-Maillart , Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD) Bern
ASSIP Suisse Romande (Link zur Projektseite)	Laurent Michaud , Centre hospitalier universitaire vaudois, CHUV Service de psychiatrie de liaison
AdoASSIP – Prävention von Suizidversuchen und Suiziden bei Adoleszenten (Link zur Projektseite)	Gregor Berger , Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Daheim statt Heim - Förderung des Selbstmanagements von älteren Menschen in der stationären Kurzzeitpflege (Link zur Projektseite)	Heidrun Gatteringer , OST- Ostschweizer Fachhochschule
Gesundheitskompetenz dank selbsthilfefreundlichen Spitälern (Link zur Projektseite)	Elena Konstantinidis , Stiftung Selbsthilfe Schweiz
GLA:D Schweiz Programm- Mit Arthrose gut leben (Link zur Projektseite)	Karin Niedermann , ZHAW Peter Brem , Klinischer Spezialist untere Extremität, Physiotherapeut, Fachteam obere und untere Extremität, Institut für Therapien und Rehabilitation, Kantonsspital Winterthur
KOMPASS (Link zur Projektseite)	Isabelle Steeb , Rheumaliga Schweiz
Promotion et implantation efficiente du Plan de Crise Conjoint (ProPCC) (Link zur Projektseite)	Pascale Ferrari , Institut et Haute Ecole de la Santé La Source
Selbstmanagement-Förderung und Behandlungspfad Herzinsuffizienz (ET IC) (Link zur Projektseite)	Charlotte Piller , Spital Wallis
SERO – Suizidprävention: Einheitlich regional Organisiert (Link zur Projektseite)	Michael Durrer , Luzerner Psychiatrie
SNP - Symptom Navi Programm (Link zur Projektseite)	Ursula Gehbauer , Schweizerischer Verein zur Förderung des Selbstmanagements (VFSM), Geschäftsführerin SNP Bana Marika , Leiterin Bildung SNP

A2. Ein- und ausgeschlossene Projekte

Tabelle 6: Eingeschlossene Projekte

Projekt	Kategorisierung*	Status**	Förderbereich
Interprofessionelle Sturzprävention in der Spitex	3	erstes Jahr	2
Betreuung von Patientinnen und Patienten, die süchtig machende Schmerzmittel einnehmen (DépendAntalgie)	3	erstes Jahr	2
Prevention of Pain Chronification (PrePaC)	3	erstes Jahr	1
Children and Adolescents in Adult Psychiatry (CAPSY)	1	erstes Jahr	1
Rückgang und Remission bei Typ-2-Diabetes (RRDT2)	3	erstes Jahr	2
Sozialberatung direkt in der Arztpraxis (SBDA)	2	erstes Jahr	2
ZigZag Plus – Sichtbarkeit und Unterstützung für Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen	1	letztes Jahr	4
Win Back Control	1	abgeschlossen	2
Selbstcheck Gesundheitskompetente Organisation	2	abgeschlossen	2
Promotion et implantation efficiente du Plan de Crise Conjoint (ProPCC)	3	abgeschlossen	2
Mamamundo	1	letztes Jahr	4
KOMPASS	3	abgeschlossen	2
INTERMED+	3	abgeschlossen	2
GLA:D Schweiz Programm- Mit Arthrose gut leben	3	letztes Jahr	4
dAS-Tool (neu: NoA-Coach)	1	abgeschlossen	2
Daheim statt Heim - Förderung des Selbstmanagements von älteren Menschen in der stationären Kurzzeitpflege	2	abgeschlossen	2
Aktion Diabetes	2	abgeschlossen	1
Aider les Proches Aidants (Hilfe für pflegende Angehörige)	1	drittes Jahr	1
Recovery College Addictions RCA	3	abgeschlossen	2
Selbstmanagement-Förderung und Behandlungspfad Herzinsuffizienz (ET IC)	1	abgeschlossen	2
SERO – Suizidprävention: Einheitlich regional Organisiert	3	drittes Jahr	3
AdoASSIP – Prävention von Suizidversuchen und Suiziden bei Adoleszenten	3	drittes Jahr	3
ASSIP Home Treatment	3	drittes Jahr	3
Gesundheitskompetenz dank selbsthilfefreundlichen Spitälern	3	drittes Jahr	1
Selbstmanagement-Coaching – Besser leben mit COPD	3	abgeschlossen	4
SNP - Symptom Navi Programm	3	letztes Jahr	4

Regionale Anlaufstellen REAS PGV: Unterstützung bei komplexen gesundheitlichen und sozialen Einschränkungen	3	letztes Jahr	Direkte Zusammenarbeit
PEPra – Prävention mit Evidenz in der Praxis»	2	letztes Jahr	Direkte Zusammenarbeit
ASSIP Suisse Romande	3	drittes Jahr	4
BeFit	3	letztes Jahr	4
Angehörigen-Expert/innen in der psychiatrischen Versorgung	3	drittes Jahr	4
Unterstützungsprogramm für Cancer Survivors (CSSP)	1	erstes Jahr	3
Mobiles Team zur Schnittstelle und Artikulation der Versorgung (EMIA)	3	erstes Jahr	1

* Kategorisierung:

1 = Nur Betroffene (und Angehörige) = direkte Intervention zur Selbstmanagement-Förderung

2 = Nur Multiplikator:innen (Peers/Fachpersonen/Organisationen und Institutionen) = indirekte Interventionen zur Selbstmanagement-Förderung

3 = Multiplikator:innen und Betroffene = ganzheitliche Interventionen zur Selbstmanagement-Förderung

** Stand 2023.

Tabelle 7: Ausgeschlossene Projekte

Projekt	Status	Förderbereich
Direkte Zusammenarbeit Sucht	erstes Jahr	Direkte Zusammenarbeit
Ambulanter Patientenbrief zur Stärkung der Gesundheitskompetenz	erstes Jahr	2
PRiMA - Funktion und Kosten der Advanced Practice Nurses in der Primarversorgung	abgeschlossen	2
Opti-Q Multimorbidität - Optimierung der Behandlungsqualität von multimorbiden Patienten	letztes Jahr	1
Koordinierter Patientenpfad ambulant-stationär-ambulant	abgeschlossen	2
Je me bouge pour ma santé	abgeschlossen	2
Collaboration Handicap et Addictions	abgeschlossen	2
CareMENS	letztes Jahr	1
WilaDina – Wir lassen Dich nicht allein	abgeschlossen	3
Brückenbauer*innen für die psychische Gesundheit von Geflüchteten	abgeschlossen	2
SPIRIT – Scaling-up Psychological Interventions in Refugees In Switzerland	drittes Jahr	1
Keine Daheimnisse – erhebe Deine Stimme gegen Körperstrafen und hole Hilfe	abgeschlossen	4
WOPM - Verbreitung der integrierten und sozialraumorientierten Versorgung in der Schweiz basierend auf den Prinzipien des Wohn- und Pflegemodells 2030	letztes Jahr	4

Tabelle INFRAS. Quelle: eigene Darstellung

A3. Indikatoren Wirkungen Multiplikator:innen

Tabelle 8: Indikatoren für die Wirkungsmessung bei Multiplikator:innen

Art der Wirkung	Beispielindikatoren aus den Projekten
Wissen	
Genereller Wissenszuwachs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ «Ich schätze meinen Wissenszuwachs durch diesen Kurs als hoch ein.» ▪ «Ich habe durch die Schulung wichtige Anregungen erhalten.» ▪ «Ich habe Neues gelernt und neue Erfahrungen gemacht.»
Generelle Kompetenzerweiterung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ «Ich schätze meine Kompetenzerweiterung durch diesen Kurs als hoch ein.» ▪ «Die Schulung hat meine beruflichen Kompetenzen erweitert.»
Wissen über Präventions- und Selbstmanagementmethoden	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wissen zu «Gesprächstechniken, die Patient/innen bzw. Klient/innen und ihre Angehörigen helfen, Informationen aus einem Gespräch richtig zu verstehen.» ▪ Wissen zu «Möglichkeiten, um Patient/innen bzw. Klient/innen bei Lebensstilveränderungen zu unterstützen.» ▪ «Dank der Fortbildung kenne ich für die Präventionsarbeit geeignete Tools und Unterlagen.»
Einstellung	
Sensibilisierung für Notwendigkeit von SMF	<ul style="list-style-type: none"> ▪ «Das Angebot ist für das Schweizerische Gesundheitssystem nötig» ▪ «Es ist wichtig Patient/innen bzw. Klient/innen mit konkreten Angeboten und Informationen im Umgang mit ihrer Erkrankung zu unterstützen.» ▪ «Das Selbstvertrauen von Betroffenen im Umgang mit der Krankheit und der Behandlung muss gestärkt werden.»
Spezifische Selbstmanagement Kompetenzen	
Bessere Befähigung zu SMF	<ul style="list-style-type: none"> ▪ «Ich fühle mich in der Lage, das erlernte Wissen anzuwenden.» ▪ «Der Kursinhalt und das erlernte Wissen erlauben mir, Betroffene und Angehörige bei der Suizidprävention in Zukunft besser zu unterstützen.» ▪ «Ich fühle mich in der Lage, mit dem Instrument die Suizidalität zu erfassen.» ▪ «Ich traue mir zu, den vorgeschlagenen Ablauf der Edukationsgespräche im Arbeitsalltag anzuwenden.»
Partnerschaftliche Haltung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ «Die Zusammenarbeit zwischen Betroffenen und Fachpersonen muss partnerschaftlich sein.»
Personenzentrierung / Einbezug des Erlebten und pers. Erfahrungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ «Ich versuche die Perspektiven der Bewohnenden zu verstehen.» ▪ «Die Förderung des SM von Betroffenen muss individuell auf deren Krankheit und Behandlung angepasst sein und persönliche Belastungen und Risiken berücksichtigen.» ▪ «Ich bemühe mich, die Bewohnenden in ihrer Ganzheit wahrzunehmen.» ▪ «Ich höre den Bewohnenden aufmerksam zu, um unerfüllte Bedürfnisse zu identifizieren.» ▪ «Ich beziehe das, was ich über die Bewohnenden weiss, in die Pflege und Betreuung ein.»

Art der Wirkung	Beispielindikatoren aus den Projekten
Verhaltensänderungen	
Weiterverbreitung von Information	<ul style="list-style-type: none"> ▪ «Haben Sie schon Patient:innen empfohlen, am Programm xy teilzunehmen?»
Vermittlung in Angebote	<ul style="list-style-type: none"> ▪ «Avez-vous orienté des enfants/parents vers une prestation du projet ? »
Absicht, Gelerntes anzuwenden	<ul style="list-style-type: none"> ▪ «Ich werde die erworbenen Kompetenzen in der Praxis umsetzen.» ▪ «Werden Sie zukünftig weitere KlientInnen dazu motivieren, beratungsbegleitend das Instrument zu nutzen?» ▪ «Dank der Fortbildung plane ich, die Präventionsarbeit in meinem Alltag zu intensivieren.»
Anwendung von SMF im Beratungskontext	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angabe, das Instrument in die Beratungen integriert zu haben.
Interprofessionelle Zusammenarbeit	
Bessere Kenntnis über andere Akteure/Angebote in diesem Bereich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angabe zu Wissen zu «Angebote für Patient/innen bzw. Klient/innen, die sie in ihrem Umgang mit ihren Erkrankungen unterstützen.» ▪ «Dank der Fortbildung kenne ich die regionalen Angebote»
Kompetenzerweiterung integrierte Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ «Ich konnte mir in diesem Kurs Kompetenzen zur integrierten Versorgung von Suizidbetroffenen und Angehörigen aneignen.» ▪ Angabe zu Wissen zu «Massnahmen, um Patient/innen bzw. Klient/innen beim Übergang zu anderen Leistungserbringern zu unterstützen.»
Zusammenarbeit mit anderen Akteuren verbessert (Schnittstellen)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ «Dank der Fortbildung kenne ich die Ressourcen in meinem Team und weiss, wie ich diese optimal für die Prävention nutzen kann.» ▪ «Selon vous, le projet a-t-il contribué à la création de réseaux et à la collaboration interdisciplinaire sur le sujet ? »
Bewusstsein über Wichtigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ «Ich persönlich bin ein/-e Befürworter/-in der interprofessionellen Zusammenarbeit.» ▪ Leistungserbringer des Gesundheitssystems sollten gemeinsam Angebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Patient/innen bzw. Klient/innen anbieten.»

Tabelle INFRAS.

A4. Indikatoren Wirkungen Betroffene und Angehörige

Tabelle 9: Indikatoren für die Wirkungsmessung (Auswahl)

Art der Wirkung	Beispielindikatoren aus den Projekten
Wissen	
Wissen über Krankheit (Wissensitems)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ «Bei Arthritis handelt es sich um systemische, d.h. den ganzen Körper betreffende Erkrankungen.» ▪ «Die Erkrankungen verlaufen bei vielen Betroffenen schubweise, d.h. es kann entzündungsfreie Intervalle geben.» ▪ «Arthritis-Erkrankungen zeigen sich i.d.R. nur an den Gelenken der unteren Extremitäten (z.B. an Füßen, Knien).»
Einstellung	
Wahrgenommene Wichtigkeit von SMF	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anteil der Patient:innen und Angehörigen, die Selbsthilfe als ergänzendes Angebot zur Hospitalisierung wahrnehmen. ▪ Anteil der Patient:innen und Angehörigen, die Selbsthilfe als Nachsorgeangebot wahrnehmen.
Selbstwirksamkeit	
Selbstwirksamkeit	<p>Validierte Skalen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 6-Item Scale Self-Efficacy for managing chronic disease (SES6G), u.a. <ul style="list-style-type: none"> ▪ «Wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie es derzeit schaffen, mit der Erschöpfung, die Ihre Erkrankung verursacht, umzugehen?» <p>Eigene Indikatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ich erlerne Fähigkeiten, um meine Probleme selbstständig zu bewältigen ▪ «Zuversicht, Alkoholkonsumziel zu erreichen (Range 0-10).» ▪ «Seit Teilnahme beim Angebot traue ich mir im Alltag wieder mehr zu.»
Spezifische Selbstmanagement Kompetenzen	
Allgemeine Befähigung zum Umgang mit der Krankheit und Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ «Hat die Weiterbildung, die Sie hier erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?» ▪ Subjektive Selbsteinschätzung der Selbstmanagement-Kompetenzen: «Umgang mit Krankheit»
Spezifische Selbstmanagement-Kompetenzen	<p>Validierte Skalen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ heiQ-Subskala «Erwerb von Fertigkeiten und Handlungsstrategien» (4 Items) ▪ Fragen aus EQ-5D-3L-Index Gesundheitsbezogene Lebensqualität: Items «Kann für mich selber sorgen» «Körperpflege» <p>Eigene Indikatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Subjektive Selbsteinschätzung der Selbstmanagement-Kompetenzen der Betroffenen: Items «Gelenkschutz/Frakturvermeidung», «Ernährung», «Bewegung»
Auseinandersetzung mit den Auswirkungen auf das Leben (Akzeptanz)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ « Si vous deviez passer le reste de votre vie dans votre état actuel, comment vous sentiriez-vous ? »
Gemeinsame Entscheidungsfindung (partnerschaftliche Haltung)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Subjektive Selbsteinschätzung der Selbstmanagement-Kompetenzen der Betroffenen: «Beziehung Arzt-Patient»

Verhaltensänderungen	
Lebensstilveränderungen	Validierte Skalen: <ul style="list-style-type: none"> ■ heiQ-Subskala «Gesundheitsförderndes Verhalten» (4 Items) Eigene Indikatoren: <ul style="list-style-type: none"> ■ Mittlere Anzahl der Standardgetränke pro Tag ■ Alkoholfreie Tage pro Woche ■ Anzahl Spieltage letzte 30 Tage
Gesundheitliche Verbesserungen	
Funktionalität	Validierte Skalen: <ul style="list-style-type: none"> ■ Funktionalität mittels Barthel-Index: Items (Auswahl) «An- und Auskleiden», «Essen», «Baden», «Treppensteigen»
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	Validierte Skalen: <ul style="list-style-type: none"> ■ EuroQuol-5 Dimensionen-5 Levels (EQ-5D-5L): Probleme mit Beweglichkeit/Mobilität, Selbstversorgung (Körperpflege/Hygiene), Allgemeine Tätigkeiten, Schmerzen/körperliche Beschwerden und Angst/Niedergeschlagenheit ■ SF-12-Fragebogen
Spezifische Symptome <i>Exazerbationen, Gewichtsverlust, Depressivität (PHQ-9-Skala), Kurzatmigkeit, Schmerzen, Müdigkeit</i>	Validierte Skalen: <ul style="list-style-type: none"> ■ Depressivität : PHQ-9 Eigene Indikatoren: <ul style="list-style-type: none"> ■ Seit dem Programm habe ich weniger Schmerzen ■ « Au cours des 2 dernières semaines, en moyenne, combien de fois l'essoufflement a-t-il limité votre capacité de faire ce que vous voulez ? »
Lebensqualität	Validierte Skalen: <ul style="list-style-type: none"> ■ WHO5-Index zum subjektiven Wohlbefinden (Range 0-25) Eigene Indikatoren: <ul style="list-style-type: none"> ■ « Dans quelle mesure votre maladie affecte-t-elle votre mode de vie ? »

Tabelle INFRAS.

A5. Wirkungstabelle Multiplikator:innen

Tabelle 10: Gemessene Wirkungen bei Multiplikatoren (quantitativ)

Art der Wirkung (vgl. Tabelle 8 für konkrete Indikatoren)	Wirkungsmessungen		
	Anzahl/Anteil Personen mit (eher) hoher Zustimmung	Mittelwerte Zustimmung (Skalen von tiefer Zustimmung bis hoher Zustimmung)*	Vorher-Nachher Wirkungsmessung
Wissen			
Genereller Wissenszuwachs	393 von 430 (91%); (2 Projekte: Nr. 8 und 4)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MW > 4 von 5 (n= 40, Projekt Nr. 1) ▪ MW > 4 von 5 (n=unb., Projekt Nr. 2) ▪ MW 4.3 von 5 (n=3, Projekt Nr. 5) ▪ MW 3.1 von 6 (n=7, Projekt Nr. 16) 	
Generelle Kompetenzerweiterung		<ul style="list-style-type: none"> ▪ MW 3.5 von 5 (n=240, Projekt Nr. 15) ▪ MW=2.9 von 6 (n=6, Projekt Nr. 16) 	
Wissen über Präventions- und Selbstmanagementmethoden	55 von 59 (93%); (2 Projekte, Nr. 12 und 14)		+ 6.4 Prozentpunkte (von 83.9% auf 90.3%); (t1 und t2: n=31, Projekt Nr. 14)
Einstellung			
Sensibilisierung für Notwendigkeit von SMF	97 von 121 (80%); (3 Projekte: Nr. 6, 8 und 14)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MW=5.6 von 6; (n=7, Projekt Nr. 16) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ + 19 Prozentpunkte (von 53% zu 72%) (t1: n=324; t2: n= 25, Projekt Nr. 8) ▪ + 6.7 Prozentpunkte (von 93.3% auf 100%) (t1 und t2: n=31, Projekt Nr. 14)
Spezifische Selbstmanagement-Kompetenzen			
Bessere Befähigung zu SMF	26 von 28 (94%); (1 Projekt, Nr. 12)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MW > 4 von 5 (n=40, Projekt Nr. 1) ▪ MW > 4 von 5 (n=unb., Projekt Nr. 2) ▪ MW > 4.3 von 5 (=3, Projekt Nr. 5) ▪ MW > 4.2 von 5 (n=238, Projekt Nr. 15) ▪ MW > 3.4 von 6 (n=7, Projekt Nr. 16) 	
Partnerschaftliche Haltung	62 von 81 (77%); (1 Projekt, Nr. 8)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MW=6 von 6 (n=7, Projekt Nr. 16) 	
Personenzentrierung / Einbezug des Erlebten und pers. Erfahrungen		<ul style="list-style-type: none"> ▪ MW=6 von 6 (n=7, Projekt Nr. 16) 	+ 1 Prozentpunkte (von 99% auf 100%) (t0: n=65; t1: n=42, Projekt Nr. 7)

Verhaltensänderungen		
Weiterverbreitung von Information	71 von 92 (77%) (2 Projekte: Nr. 6 und 11)	+ 16 Prozentpunkte (trifft zu: von 15% auf 32%); + 1 Prozentpunkt (trifft eher zu: von 27% auf 28%) (t1: n=324; t2: n= 25, Projekt Nr. 8)
Vermittlung in Angebote	207 von 360 (58%); (3 Projekte: Nr. 6, 11 und 17)	
Absicht, Gelerntes anzuwenden	75 von 79 (95%); (2 Projekte: Nr. 11 und 12)	▪ MW=3.3 von 6 (n=7, Projekt Nr. 16)
Anwendung von SMF im Beratungs-kontext	41 von 53 (77%); (1 Projekt: Nr. 11)	
Interprofessionelle Zusammenarbeit		
Bessere Kenntnis über andere Akteure/Angebote in diesem Bereich	29 von 43 (67%); (2 Projekte: Nr. 3 und 12)	+ 16.1 Prozentpunkte (von 74.2% auf 90.3%) (t1 und t2: n=31, Projekt Nr. 14)
Kompetenzerweiterung integrierte Versorgung		▪ MW > 4 von 5 (n=40, Projekt Nr. 1) ▪ MW > 4 von 5 (n=unb., Projekt Nr. 2) ▪ MW 3.6 von 5 (n=228, Projekt Nr. 15)
Zusammenarbeit mit anderen Akteuren verbessert (Schnittstellen)	280 von 306 (92%); (3 Projekte: Nr. 4, 12 und 17)	
Bewusstsein über Wichtigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit		▪ MW 4.81 von 5 (n=241, Projekt Nr. 15) + 3.2 Prozentpunkte (von 87.1% auf 90.3%) (t1 und t2: n=31, Projekt Nr. 14)

Projektnummern: 1 AdoASSIP, 2 ASSIP Home Treatment, 3 Aider les Proches Aidants, 4 Aktion Diabetes, 5 ASSIP Suisse Romande, 6 Besser leben mit COPD, 7 Daheim statt Heim, 8 Gesundheitskompetenz dank selbsthilfefreundlichen Spitälern, 9 GLA:D, 10 KOMPASS, 11 NoA-Coach, 12 PEPra, 13 ProPCC, 14 Selbst-Assessment gesundheitskompetente Organisation, 15 SERO Suizidprävention, 16 SNP Symptom Navi, 17 ZigZag Plus

* Bei Ergebnissen mit «>»-Zeichen konnte die Werte nicht genau ermittelt werden, da sie aus Grafiken ohne Angabe der genauen Werte stammen.

A6. Wirkungstabelle Betroffene und Angehörige

Tabelle 11: Gemessene Wirkungen bei Betroffenen (quantitativ)

Art der Wirkung (vgl. Tabelle 9 für konkrete Indikatoren)	Wirkungsmessungen	
	Anzahl/Anteil Personen mit (eher) hoher Zustimmung	Vorher-Nachher Wirkungsmessung (prozentuale Anteile und Mittelwerte Skalen)
Wissen		
Wissen über Krankheit	366 von 411 (89%) (1 Projekt: Nr. 1)	+ 0.3 Skalenpunkte (von MW 4.2 auf MW 4.5 von 5); (t1: n= 52, MW 4.2; t2: n= 48, MW 4.5; t3: n=35, MW 4.5, Projekt Nr. 10)
Einstellung, Selbstwirksamkeit		
Wahrgenommene Wichtigkeit der SMF	14 von 15 (93%) (1 Projekt: Nr. 6)	
Selbstwirksamkeit	1208 von 2086 (57.9%) (2 Projekte: Nr. 7 und 9)	<ul style="list-style-type: none"> + 0.5 Skalenpunkte (von 7.9 auf 8.4 von 10); (t1: n= 52, MW 7.9; t2: n= 48, MW 8.4; t3: n=35, MW 8.4, Projekt Nr. 10) (SES6G-Skala) + 1 Skalenpunkt (MW von 6.6 auf 7.6 von 10); (n=95, Projekt Nr. 5)
Selbstmanagement-Kompetenzen		
Allgemeine Befähigung zum Umgang mit der Krankheit und Behandlung	12 von 12 (100%) (1 Projekt: Nr. 2)	+ 2.2 Skalenpunkte (von 6.2 auf 8.4 von 10); (t1: n= 53, MW 6.2; t2: n= 50, Projekt Nr. 10)
Spezifische Selbstmanagement-Kompetenzen <i>(Fertigkeiten und Handlungsstrategien, «Selbstversorgung» «Körperpflege» Frakturvermeidung», «Ernährung», «Bewegung»)</i>	8 von 17 (47%) (1 Projekt: Nr. 4)	<ul style="list-style-type: none"> + 3.5 Skalenpunkte (von 4.6 auf 8.1 von 10); (t1: n= 53; MW 4.6; t2: n= 50; MW 8.1, Projekt Nr. 10) + 0.7 Skalenpunkte (von MW 2.8 auf MW 3.5 von 4); (t1: n= 52, MW 2.8; t2: n= 48, MW 3.4; t3: n=35, MW 3.5, Projekt Nr. 10) (heiQ-5 Subskala) + 14 Prozentpunkte (von 33% auf 47%); (t0: n=27; t2: n=17, Projekt Nr. 4)
Auseinandersetzung mit den Auswirkungen auf das Leben (Akzeptanz)	23 von 37 (63%) (1 Projekt: Nr. 8)	+ 29 Prozentpunkte (von 34% auf 63%); (n=37, Projekt Nr. 8)
Partizipationsmöglichkeiten (partnerschaftliche Haltung)	5 von 5 (100%) (1 Projekt: Nr. 6)	<ul style="list-style-type: none"> + 9 Prozentpunkte (von 91% auf 100%); (t1: n=22; t2: n=5; Projekt Nr. 6) +0.7 Skalenpunkte (von MW 7.9 auf MW 8.6 von 10); (t1: n= 53, MW 7.9; t2: n= 50, MW 8.6, Projekt Nr. 10)

Verhaltensänderungen		
Lebensstilveränderungen (Alkohol, Glücksspiel, gesundheitsförderndes Verhalten, Änderungen Lebensgewohnheiten)	1198 von 1813 (66%); (2 Projekte: Nr. 1 und 9)	<ul style="list-style-type: none"> +1.2 alkoholfreie Tage / Woche (von 4.4 auf 5.6 Tage / Woche); (n=95, Projekt Nr. 5) +0.1 Skalenpunkte (von MW 3.3 auf MW 3.4 von 4); (t1: n= 52; t2: n= 48, Projekt Nr. 10) - 8.8 Spieltage/30 Tage (von 16 Tagen auf 7 Tage); (n=185, Projekt Nr. 12)
Gesundheitliche Verbesserungen, Lebensqualität		
Funktionalität (bei Alltagsaktivitäten mit Knieproblemen/Hüftproblemen, beim An- und Auskleiden)		<ul style="list-style-type: none"> t2 1 Jahr nach der Intervention: + 14 Prozentpunkte (Knieprobleme) bzw. + 15 Prozentpunkte (Hüftprobleme), (n=2158, Projekt 7) + 2.2 Skalenpunkte (von MW 6.3 auf MW 8.5 von 10); (t0: n=27; t1: n=24, Projekt Nr. 4)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-12 Fragbogen (physische Komponenten) EQ-5D-5L: Beweglichkeit/Mobilität, Selbstversorgung, allgemeine Tätigkeiten, Schmerzen/körperliche Beschwerden, Angst/Niedergeschlagenheit, Mobilität)		<ul style="list-style-type: none"> + 1.1 Skalenpunkte (von MW 44.98 auf MW 45.09; <i>Score orientiert sich an normalverteilten statistischen Werten mit 50 als Mittelwert und 10 als Standardabweichung. Je höher der Wert, desto besser der Gesundheitszustand.</i>); (t0: n=14, MW 44.98; t1: n=12, MW 44.59; t2: n= 10, MW 45.09; Projekt Nr. 2) (SF-12: physische Komponenten) + 6 Skalenpunkte (von MW 69 auf MW 75 von 100); (t1: n= 52, MW 69; t2: n= 48, MW 73 von 100; t3: n=35, MW 75 von 100, Projekt Nr. 10) (EQ-5D-5L) + 35 Prozentpunkte (von 15% auf 50%); (t0: n=27; t2 n=18, Projekt Nr. 4)
Spezifische Symptome Exazerbationen, Gewichtsverlust, Depressivität (PHQ-9-Skala), Kurzatmigkeit, Schmerzen, Müdigkeit	86 von 123 (70%) (2 Projekte: Nr. 3 und 9)	<ul style="list-style-type: none"> - 3.67 Skalenpunkte (von MW 8.73 auf MW 5.06. 5-9 = Verdacht auf leichte Depression, 10-14 = Verdacht auf mittelgradige Depression, 15-27 = Verdacht auf schwere Depression); (n=185, Projekt Nr. 12) - 5 Prozentpunkte (von 22% auf 17%); (t0: n=27; t1: n=25; t2: n=18; Projekt Nr. 4) Kurzatmigkeit t2 1 Jahr nach der Intervention: - 27 Prozentpunkte (Knieprobleme) bzw. – 29 Prozentpunkte (Hüftprobleme), (n=2158, Projekt 7) + 18.5 Prozentpunkte (keine Müdigkeit, von 31.5% auf 50%); (n= n.b, Projekt Nr. 8)
Lebensqualität		<ul style="list-style-type: none"> + 1.25 Skalenpunkte (von 13.5 auf 14.7 von 25, , Range 0-25); (n=105, Projekt Nr. 5) WHO5-Index t2 1 Jahr nach der Intervention: + 32 Prozentpunkte (bei Knieproblemen) bzw. + 25 Prozentpunkte (bei Hüftproblemen), (n=2158, Projekt 7)

Projektnummern: 1 Aktion Diabetes, 2 Angehörigen Expert:innen psychiatrische Versorgung, 3 Besser leben mit COPD, 4 Daheim statt Heim, 5 NoA Coach, 6 Gesundheitskompetenz dank selbsthilfefreundlichen Spitälern, 7 GLA:D, 8 Selbstmanagement-Förderung Herzinsuffizienz, 9 INTERMED +, 10 KOMPASS, 11 ProPCC, 12 Win Back Control, 13 ZigZag Plus

Literatur

BAG 2023: Schlüsselfragen und Checkliste Selbstmanagement-Förderung. «Machen wir Selbstmanagement-Förderung?».

Kessler C. et al. 2022: Konzept Selbstmanagement-Förderung bei nichtübertragbaren Krankheiten, Sucht und psychischen Erkrankungen. BAG, GELIKO, VBGF, KKBS (Hrsg).

Kessler C. et al. 2018: Referenzrahmen Selbstmanagement-Förderung bei chronischen Krankheiten und Sucht. Konzeptionelle Klärung, Umsetzungsbeispiele und strategische Empfehlungen. BAG und GELIKO (Hrsg).

PHS und INFRAS 2020: Nachhaltige Finanzierung und Qualität in der Selbstmanagement-Förderung. Eine Studie mit Beispielen guter Praxis. Studienbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.