

Bundesamt für Gesundheit BAG

Nachhaltige Finanzierung und Qualität in der Selbstmanagement- Förderung

Eine Studie mit Beispielen guter Praxis

Schlussbericht

Bern und Zürich, 28. Januar 2020

Claudia Kessler (Public Health Services, PHS)

Judith Trageser, Vanessa Angst (INFRAS)

Impressum

Nachhaltige Finanzierung und Qualität in der Selbstmanagement-Förderung; eine Studie mit Beispielen guter Praxis

Schlussbericht

Bern und Zürich, 28. Januar 2020

Auftraggeber

Bundesamt für Gesundheit BAG

In Koordination mit der Trägerschaft und dem Kernteam der Plattform SELF

Projektleitung

Claudia Kessler, PHS

Autorinnen

Claudia Kessler (PHS): Hauptverantwortlich für den Aspekt Qualität

Judith Trageser, Vanessa Angst (INFRAS): Hauptverantwortlich für den Aspekt Finanzierung und Kosteneffektivität

PHS, Sulgeneckstrasse 35, 3007 Bern

Tel. +41 31 331 21 22, Mail: info@public-health-services.ch

INFRAS, Binzstrasse 23, 8045 Zürich

Tel. +41 44 205 95 95, Mail: zuerich@infrass.ch

Verdankung: Die Autorinnen danken allen Personen und Institutionen, die vertieften Einblick in Ihre Angebote gegeben und für die Fragestellungen dieses Berichts Expertise zur Verfügung gestellt haben. Die Liste der involvierten Fachpersonen wird im Anhang 1 aufgeführt.

Inhalt

Executive Summary	6
1. Einleitung	10
1.1. Ausgangslage und Ziele der Studie	10
1.2. «Selbstmanagement-Förderung» – Definition und Analysestränge	10
1.3. Methodik	11
1.4. Kurzübersicht der zehn ausgewählten Good-Practice-Beispiele	13
1.5. Aufbau des Berichts	14
2. Finanzierungsmöglichkeiten von Angeboten der Selbstmanagement-Förderung in der Schweiz	15
2.1. Grundlagen und Rahmenbedingungen in der Schweiz	15
2.1.1. Sozialversicherungen	15
2.1.2. Weitere Finanzierungsquellen basierend auf Bundesgesetzen	17
2.1.3. Rollen Bund, Kantone und weitere Akteure	18
2.2. Finanzierungslösungen ausgewählter Fallbeispiele	21
2.2.1. Entwicklung und Aufbau der Angebote	21
2.2.2. Regelbetrieb der Angebote	24
2.2.3. Fazit: Nachhaltigkeit der Finanzierung in den Fallbeispielen	27
2.3. Erkenntnisse zu den einzelnen Finanzierungsquellen	29
2.3.1. Eigenmittel der Trägerorganisationen	29
2.3.2. Obligatorische Krankenpflegeversicherung OKP	30
2.3.3. Finanzhilfen des BSV basierend auf Art. 74 IVG	33
2.3.4. Kantone	35
2.3.5. Weitere Finanzierungsquellen	37
2.4. Regionale Unterschiede und Chancengleichheit	41
2.4.1. Regionale und kantonale Unterschiede	41
2.4.2. Chancengleichheit	42
3. Qualität in Angeboten zur Selbstmanagement-Förderung	44
3.1. Einleitung	44
3.2. Überblick Qualitätsmassnahmen im Bereich Selbstmanagement-Förderung	45
3.3. Good-Practice-Beispiele: QM-Systeme	47

3.3.1.	Strang somatische Krankheiten: am Beispiel Diabetes	47
3.3.2.	Strang psychische Erkrankungen	48
3.3.3.	Strang Sucht	48
3.3.4.	Strang gemeinschaftliche Selbsthilfe	49
3.3.5.	Strang krankheitsübergreifende Angebote: am Beispiel Grundversorgung	49
3.4.	Qualitätsfaktor: Evidenzbasierung	51
3.4.1.	Good-Practice-Beispiele Evidenz	52
3.5.	Qualitätsfaktor: Bildungsmassnahmen	53
3.5.1.	Good Practice Beispiele	53
3.6.	Qualitätsfaktor: Partizipation und Mitwirkung der Betroffenen	54
3.6.1.	Good-Practice-Beispiele Mitbestimmung und Mitwirkung	55
3.7.	Qualitätsfaktor Chancengleichheit (soziokulturelle Faktoren)	56
3.7.1.	Good-Practice-Beispiele Chancengleichheit (Fokus soziokulturelle Faktoren)	56
3.8.	Qualitätsfaktor: Einbezug der Angehörigen	58
3.8.1.	Good-Practice-Beispiele unter den Fallbeispielen	59
3.9.	Übergreifende Qualitätsstandards und -kriterien für Angebote zur Selbstmanagement-Förderung: ein Vorschlag	60
4.	Stand der Forschung zur Wirksamkeit der Selbstmanagement-Förderung	64
4.1.	Auswirkungen auf die Gesundheit (Outcomes)	64
4.2.	Kosteneffektivität und Social Return on Investment	66
5.	Fazit, Handlungsbedarf und Empfehlungen	69
5.1.	Generelles Fazit	69
5.2.	Handlungsbedarf und wichtigste Empfehlungen	70
	Handlungsfeld 1: Nachhaltige Lösungen für die Finanzierung	71
	Handlungsfeld 2: Qualitätssicherung und Befähigung der Akteure	77
	Handlungsfeld 3: Partizipation der Betroffenen/Angehörigen und Chancengleichheit	80
	Handlungsfeld 4: Vernetzung, Koordination und Kommunikation	82
6.	Fallbeispiele Steckbriefe	85
6.1.	Angebot <i>Besser leben mit COPD</i>	86
6.2.	Angebot <i>CARE4CARDIO</i>	90
6.3.	Angebot <i>DIAfit</i>	94
6.4.	Angebot <i>Symptom Navi</i>	98
6.5.	Angebot <i>ASSIP</i>	101

6.6.	Angebot Peer Weiterbildung <i>EX-IN</i>	105
6.7.	Angebot <i>KSM Somnet</i> Online-Schlaftherapie	109
6.8.	Angebot <i>SafeZone.ch</i>	113
6.9.	Angebot: <i>Selbsthilfe- und Austauschgruppen der Krebsliga Zentralschweiz</i>	117
6.10.	Angebot <i>Evivo</i>	120
Anhang		124
A1.	Liste der Befragten	124
A2.	Selektionskriterien und Vorgehen Auswahl Fallbeispiele und vertiefende Experteninterviews	128
A3.	Detailinformationen Rahmenbedingungen OKP	129
A4.	Übersicht Aufwand und Finanzierung der Entwicklung der Good-Practice Beispiele	132
A5.	Angebots-unabhängige Weiterbildungsangebote für Fachleute im Bereich der Selbstmanagementförderung	134
A6.	Übersicht Evidenz zu Auswirkungen auf die Gesundheit	139
Abkürzungsverzeichnis		140
Literatur		142

Executive Summary

Um die Förderung des Selbstmanagements von Personen mit nichtübertragbaren Krankheiten, Suchtproblemen und psychischen Erkrankungen nachhaltig im Gesundheitswesen zu verankern, braucht es nachhaltige Finanzierungslösungen und Angebote von hoher und gesicherter Qualität. Die vorliegende Studie zeigt anhand von zehn ausgewählten Fallbeispielen Lösungswege und «gute Praxis» aus erfolgreichen Angeboten auf. Die Angebote zur Selbstmanagement-Förderung stammen aus den fünf Untersuchungssträngen: somatische und psychische Erkrankungen, Sucht, gemeinschaftliche Selbsthilfe und krankheitsübergreifende Angebote. Zudem sollten wichtige Finanzierungslücken und der Handlungsbedarf in den beiden Hauptfragestellungen nachhaltige Finanzierung und Qualitätsmanagement aufgezeigt werden. Weiter enthält der Bericht ein kurzes Update zur Evidenz über die Auswirkungen auf die Gesundheit und die Frage der Kosteneffektivität. Die von den Studienergebnissen abgeleiteten Empfehlungen beinhalten unter anderem auch einen Vorschlag für zehn Qualitätsstandards für die Selbstmanagement-Förderung in der Schweiz.

Die vorliegende Studie zeigt auf, dass die Selbstmanagement-Förderung in der Schweiz seit der letzten Analyse im Jahr 2017 weiter etabliert werden konnte. Heute existiert in der Schweiz eine Vielzahl von Angeboten der Selbstmanagement-Förderung, die bereits erfolgreich, oder zumindest teilweise nachhaltige Finanzierungslösungen gefunden haben und vielfach hohen Ansprüchen an das Qualitätsmanagement genügen. Die ausgewählten Fallbeispiele zeigen dennoch, dass zum Teil beträchtliche Finanzierungslücken vorhanden sind. Die auf nationaler Ebene vorhandenen Sozialversicherungen und Finanzierungstöcke greifen nicht bei allen Fallbeispielen und wenn sie greifen, dann meist nur teilweise. Dies spiegelt das fragmentierte Finanzierungssystem in der Schweiz wider, welchem die Selbstmanagement-Förderung in besonderem Ausmass «zum Opfer» fällt, da sie zwischen Prävention, Gesundheitsversorgung und Invalidenhilfe verankert ist.

Unter den gegebenen Rahmenbedingungen ist es unrealistisch, eine «one fits all»-Finanzierungslösung zu finden. Es müssen in jedem Strang für jedes Angebot spezifische Lösungen gefunden werden, deren Erarbeitung oft mit enormem Aufwand und Kosten verbunden ist. Allerdings besteht Potenzial, bestehende Finanzierungsquellen konsequenter auszuschöpfen. Im Bereich Qualität ist es einfacher, Standards aufzuzeigen, die für die meisten Angebote eine Leitlinie vorgeben können.

Die drei Aspekte «Evidenz», «nachhaltige Finanzierung» und «Qualität» stehen in enger wechselseitiger Beziehung und bedingen einander. Wo die Finanzierung gesichert ist, ist die Qualitätssicherung und die Begleitforschung leichter zu gewährleisten. Umgekehrt ist es einfacher,

eine nachhaltige Finanzierungsquelle zu erschliessen, wenn die Qualität und Wirkung eines Angebots nachweisbar sind. Die analysierten Fallbeispiele zeigen, dass es kaum realistisch ist, all diesen Ansprüchen bereits bei Angebotsbeginn zu genügen. Über ein iteratives Vorgehen ist es jedoch vielfach gelungen, längerfristig in allen drei Aspekten hohe Standards zu erfüllen.

Insgesamt liegt zu wenig Evidenz vor, um über jeden Strang und verschiedene Angebotstypen erhärtete Aussagen über die Kosteneffektivität und den Social Return on Investment zu machen. Aufgrund der vorhandenen Evidenz kann jedoch generell gesagt werden, dass Investitionen in evidenzbasierte und qualitätsgesicherte Angebote zur Selbstmanagement-Förderung eine kosteneffektive Investition mit potenziell hohem Social Return on Investment sein können. Die Kosteneffektivität scheint höher zu sein, je umfassender das Programm ist.

Grundsätzlich lässt sich zudem folgern, dass aus den beschriebenen Fallbeispielen viel gelernt werden kann. Im Kapitel 6 finden sich Steckbriefe mit ausführlichen Informationen zu jedem der analysierten Angebote. Die Akteure der Plattform SELF bewegen sich gemeinsam auf einem zwar weiterhin steinigem, aber guten Weg hin zu einer Verankerung von qualitativ hochwertigen und in zunehmendem Masse nachhaltig finanzierten Angeboten der Selbstmanagement-Förderung in der Schweiz.

Auf der Basis der Studienergebnisse werden für die Bereiche nachhaltige Finanzierung und Qualität Empfehlungen abgegeben, welche für die Aktivitäten der Akteure der Plattform SELF in den kommenden Jahren richtungsweisend sein könnten. Die Empfehlungen werden unter den im Referenzrahmen identifizierten vier Handlungsfeldern klassifiziert (BAG and GELIKO, 2018).

Empfehlungen Handlungsfeld 1: Nachhaltige Lösungen für die Finanzierung

Ebene Bund - Sozialversicherungen

- E 1.1.** Finanzierungsbedingungen der OKP sichtbar machen und Möglichkeiten besser nutzen
- E 1.2.** Förderkriterien der Finanzhilfen des BSV (Art. 74 IVG) überprüfen
- E 1.3.** Finanzierungsbedingungen der OKP im Übergang stationär – ambulant klären
- E 1.4.** Anreize für Angebote von Disease-Management-Programmen erhöhen
- E 1.5.** Instrument der Subjektfinanzierung einführen oder bestehende Instrumente erweitern

Kantonale Ebene

- E 1.6.** Empfehlungen der GDK und SODK zur Unterstützung von Angeboten der Selbstmanagement-Förderung

Schnittstelle Bund – Kantone

E 1.7. Mittel von Gesundheitsförderung Schweiz stärker für Selbstmanagement-Förderung öffnen

E 1.8. Neue Finanzierungsmodelle und Voraussetzungen für die Umsetzung prüfen

Ebene Privatwirtschaft

E 1.9. Arbeitgeber/Versicherer für die Unterstützung von Selbstmanagement-Förderung motivieren

Weiterer Abklärungsbedarf

E 1.10. Möglichkeiten weiterer Finanzierungsquellen vertiefter prüfen

E 1.11. Finanzierungsmöglichkeiten von Angeboten für Angehörige vertieft prüfen

Empfehlungen Handlungsfeld 2: Qualitätssicherung und Befähigung der Akteure

E 2.1. Spezifische Aspekte des Qualitätsmanagements (QM) in der Selbstmanagement-Förderung definieren und bekannt machen

E 2.2. QM-Systeme integrieren und standardisieren

E 2.3. Qualitätsgesicherte Angebote fördern

E 2.4. Pragmatische Anforderungen an den Evidenzausweis von Angeboten zur Selbstmanagement-Förderung stellen

E 2.5. Selbstmanagement-Förderung stärker in der beruflichen Grundausbildung verankern

E 2.6. Weiter- und Fortbildung zur Selbstmanagement-Förderung für spezifische Berufsgruppen fördern

Empfehlungen Handlungsfeld 3: Partizipation der Betroffenen/Angehörigen und Chancengleichheit

E 3.1. Effektive Mitbestimmung und Mitwirkung von Betroffenen/Angehörigen fördern

E 3.2. Selbstmanagement-Förderung für die Zielgruppe der Angehörigen stärken

E 3.3. Angebote zur Selbstmanagement-Förderung verstärkt für Menschen mit spezifischen Bedürfnissen und Zugangsbarrieren erschliessen

E 3.4. Massnahmen im Handlungsfeld 3 im Rahmen der Plattform SELF stärker gewichten

Empfehlungen Handlungsfeld 4: Vernetzung, Koordination und Kommunikation

E 4.1. Für nachhaltige Finanzierungslösungen und gesicherte Qualität in der Selbstmanagement-Förderung Koordination zwischen Bundesämtern sowie Bund und Kantonen verbessern

E 4.2. Anbieter für die Nutzung von Finanzierungsquellen durch eine Informationsstelle stärker befähigen

E 4.3. Austausch unter den Anbietern zu Finanzierungsmöglichkeiten und Qualitätsmanagement institutionalisieren

E 4.4. Lernerfahrungen zu Qualität und Evidenz über die (Kosten-)Wirksamkeit aus den Angeboten aufarbeiten und anderen zur Verfügung stellen

Die Verantwortlichen und Mitglieder der «Nationalen Plattform SELF» prüfen, priorisieren und bearbeiten diese Empfehlungen in den weiteren Schritten zur Umsetzung.

1. Einleitung

1.1. Ausgangslage und Ziele der Studie

Das Selbstmanagement von Personen mit nichtübertragbaren Krankheiten (NCD), Suchtproblemen und psychischen Erkrankungen hat einen hohen Stellenwert für die Gesundheit. Die Förderung des Selbstmanagements bildet daher eine Massnahme im Rahmen der Nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD Strategie 2017-2014). In einem ersten Schritt wurde ein nationaler Referenzrahmen erarbeitet (BAG und GELIKO 2018). Darin wurde unter anderem empfohlen, die Fragen (1) nachhaltige Finanzierungslösungen und (2) Qualitätsmanagement und Qualitätskriterien weiter zu vertiefen und zu klären – zwei zentrale Aspekte zur nachhaltigen Verankerung der Selbstmanagement-Förderung im Gesundheitswesen. Im Referenzrahmen wird die Ausgangslage und die Problemstellung weiter ausgeführt.

Das Bundesamt für Gesundheit mandatierte Public Health Services (PHS) und INFRAS AG, zu diesen Themen eine Studie durchzuführen. Das Projekt verfolgt vier Hauptziele¹:

- 1. Ausgewählte Angebote der Selbstmanagement-Förderung als Good-Practice-Beispiele beschreiben – hinsichtlich nachhaltiger und chancengerechter Finanzierungslösungen und des Weges, wie man zu diesen Lösungen gekommen ist.
- 2. Bestehende Finanzierungslücken aufzeigen und beschreiben.
- 3. Möglichkeiten darlegen, wie diese Lücken geschlossen werden können, Handlungsempfehlungen darstellen und konkrete nächste Schritte für die Akteursgruppen präsentieren.
- 4. Good-Practice-Beispiele bezüglich der Qualitätskriterien analysieren und einen übergreifenden Vorschlag für Qualitätskriterien bei Selbstmanagement-Förderungsangeboten erstellen.

1.2. «Selbstmanagement-Förderung» – Definition und Analysestränge

Die Studie baut auf dem konzeptionellen Verständnis des Referenzrahmens auf. Dort wird die Selbstmanagement-Förderung wie folgt definiert:

Box 1: Arbeitsdefinition Selbstmanagement-Förderung (BAG und GELIKO 2018)

Die Selbstmanagement-Förderung umfasst patientenzentrierte Ansätze, welche darauf abzielen, Menschen mit chronischen nichtübertragbaren körperlichen und psychischen Krankheiten,

¹ Zielformulierung gemäss Vertrag BAG mit PHS und INFRAS

Suchtbetroffene und Angehörige im Umgang mit den resultierenden Herausforderungen zu unterstützen und sie in ihren Ressourcen und Selbstmanagement-Kompetenzen zu stärken. Die Selbstmanagement-Förderung arbeitet an aktiven Bewältigungs- und Veränderungsprozessen in einem gemeinsamen Prozess zwischen den Betroffenen und dem unterstützenden Umfeld (Fachpersonen, Angehörige und Peers). Die Lebenswelt der Betroffenen wird dabei ganzheitlich berücksichtigt (z.B. Umgang mit psychischen Belastungen und Emotionen, Umgang mit der medizinischen Behandlung, Umgang mit veränderten Familien- und sozialen Konstellationen, Einstellungs- und Verhaltensänderung, Umgang mit Finanzierungshilfen im Sozialwesen etc.).

Zielgruppen der Selbstmanagement-Förderung stellen gemäss diesem Verständnis nicht nur die direkt betroffenen Personen, sondern auch deren Angehörige und Peers dar.

In Absprache mit der Auftraggeberin und der Begleitgruppe wurden fünf Stränge von Angeboten zur Selbstmanagement-Förderung definiert.

- Strang 1: Somatische Krankheiten
- Strang 2: Psychische Erkrankungen
- Strang 3: Sucht
- Strang 4: Gemeinschaftliche Selbsthilfe
- Strang 5: Krankheitsübergreifende Angebote

Im Bericht werden ausgewählte Angebote (Fallbeispiele) der Selbstmanagement-Förderung zu diesen Strängen analysiert.

1.3. Methodik

Allgemeines methodisches Vorgehen

Das Vorgehen für die Analyse wurde gemeinsam mit der Auftraggeberin und der Begleitgruppe entwickelt. Methodisch basiert die Studie auf den folgenden Hauptstrategien:

- Literaturrecherche und Internetrecherche (mit Fokus auf die Schweiz und Ausblick auf internationale Good-Practice-Beispiele)
- Semistrukturierte Interviews mit Verantwortlichen der zehn ausgewählten Fallbeispiele
- Semistrukturierte Interviews mit sechs Expert/innen
- Fokusgruppendiskussion mit 14 Mitarbeitenden aus verschiedenen Sektionen des BAG
- Regelmässiger Austausch mit der Auftraggeberin und Einbezug des Knowhows der Mitglieder des Kernteam SELF (im Folgenden auch Begleitgruppe genannt) – Teilnahme an Sitzungen, elektronischer und telefonischer Austausch
- Zudem flossen Einsichten der Autorinnen aus anderen Aufträgen in die Analyse mit ein (z.B. Entwicklung des Referenzrahmens, Aufträge für Gesundheitsförderung Schweiz im Bereich

Gesundheit und betreuende Angehörige, Auftrag für BAG im Rahmen der Entwicklung eines Portraits zur Selbstmanagement-Förderung von Angehörigen etc.)

Informationen, welche aus den verschiedenen Quellen gewonnen werden konnten, wurden trianguliert.

Vorgehen Fallbeispiele und Interviews mit Expert/innen

Die Auswahl der Fallbeispiele und der Expert/innen für die vertiefenden Interviews erfolgte durch einen Selektions- und Auswahlprozess. Dieser ist im Anhang A2 aufgezeigt. Im Anhang A1 ist die Liste der Befragten präsentiert.

Für die Analyse der Fallbeispiele wurden die mit den Verantwortlichen geführten Interviews, Quellen im Internet und weitere zur Verfügung gestellte interne Dokumente herangezogen. Die Fallbeispiele sind in ausführlichen Steckbriefen dokumentiert. Die Steckbriefe enthalten nicht nur ein Portrait der einzelnen Angebote, sondern auch Ergebnisse zu Fragen der Kosten und Finanzierung der Angebote sowie zu Bemühungen zur Sicherstellung der Qualität.

Grundlagen Themenbereich Finanzierung

Die Ergebnisse aus Kapitel 2 (Finanzierungsmöglichkeiten von Angeboten der Selbstmanagement-Förderung) stützen sich massgeblich auf die zehn durchgeführten Fallstudien sowie fünf Interviews mit ausgewählten Expert/innen zum Themenbereich Finanzierung. Ergänzend wurden Informationen aus einem Treffen mit dem Kernteam SELF und einem Fokusgruppengespräch mit Mitarbeitenden des BAG genutzt. Schliesslich erfolgte eine Analyse von Literatur und Dokumenten. Dabei haben wir Dokumente zu weiteren Angeboten der Selbstmanagement-Förderung in der Schweiz sowie Dokumente und Literatur aus verwandten Themenbereichen analysiert. Literatur aus dem Ausland wurde zu dieser Fragestellung nicht herangezogen, da die Finanzierung sehr länderspezifisch ist und Lösungen in anderen Ländern sich vermutlich schwer auf die Schweiz übertragen lassen.

Die in Kapitel 4 präsentierten Ergebnisse zur Evidenz der Kosteneffektivität und des Social Return on Investment (SROI) von Angeboten der Selbstmanagement-Förderung basieren auf einer Literaturanalyse. Die Analyse stützt sich primär auf systematische Literaturanalysen bzw. Meta-Analysen. Die Suche erfolgte anhand einer Schlagwortsuche in einschlägigen Datenbanken wie PubMed, Cochrane sowie mit Google Scholar.²

² Die Literatursuche fand im Zeitraum vom 22. April – 3. Mai 2019 statt. Verwendete Schlagworte (mit entsprechenden Kombinationen: self-management (program, support), patient-focused interventions, education program, individual coaching, group intervention, chronic disease, diabetes, asthma, pulmonary disease, heart disease, blood pressure, rheumatism, mental illness, addiction, effectiveness, cost-effectiveness, return on investment, social return on investment

Grundlagen Themenbereich Qualität

Die im Kapitel 3 präsentierten Ergebnisse basieren hauptsächlich auf den Ergebnissen der Fallstudien aus der Schweiz. Eine ergänzende hinweisgestützte, nicht systematische Literatursuche fand im Zeitraum von Anfang Juni bis Mitte August 2019 statt. Die Suche erfolgte anhand einer Schlagwortsuche in einschlägigen Datenbanken wie PubMed, Google Scholar und Google³. Zudem flossen Ergebnisse zum Themenbereich aus dem Referenzrahmen 2018 ein. Weitere Informationen konnten in einem Treffen mit der Begleitgruppe (Kernteam SELF) und der Fokusgruppendifkussion mit Mitarbeitenden des BAG gewonnen werden. Ergänzend wurden ausgewählte Expert/innen zu spezifischen Fragestellungen abgeholt. Weitere Details finden sich in Anhang A1.

1.4. Kurzübersicht der zehn ausgewählten Good-Practice-Beispiele

Die zehn untersuchten Fallbeispiele zeigen die Bandbreite der unterschiedlichen Angebote auf.

Tabelle 1: Übersicht der ausgewählten Good-Practice-Beispiele

Strang und Angebot	Kurzbeschreibung
Strang somatische Erkrankungen	
Besser leben mit COPD	▪ Zielgruppe: COPD-Betroffene und Angehörige ▪ Einjähriges Coaching-Gruppenprogramm bestehend aus 6 Modulen, individuelles Assessment, Aktionsplan und telefonischer Follow-Up
CARE4CARDIO	▪ Zielgruppe: Menschen mit Herzschwäche ▪ Telemedizinische Unterstützung und Monitoring
DIAfit	▪ Zielgruppe: Menschen mit Diabetes bzw. Glukoseintoleranz ▪ 12-wöchiges Rehabilitationsprogramm mit individueller Beratung und anschliessendes Langzeitprogramm mit Gruppentrainings
Symptom Navi	▪ Zielgruppe: Krebspatient/innen ▪ Informationsflyer/App für Krebsbetroffene zum Selbstmanagement von Symptomen bei Krebstherapien
Strang psychische Erkrankungen	
ASSIP	▪ Zielgruppe: Patient/innen, die einen Suizidversuch unternommen haben ▪ Kurzintervention (3-4 Sitzungen) mit anhaltendem Briefkontakt (2 Jahre)
EX-IN	▪ Zielgruppe: Menschen aller Altersstufen mit Erfahrung psychischer Erkrankung (ohne Autismus) ▪ 1.5-jähriges Peer-Weiterbildungsprogramm zur Qualifizierung von Betroffenen für den ersten Arbeitsmarkt
KSM SOMNET	▪ Zielgruppe: Menschen mit chronischen Schlafstörungen ▪ 8 bis 12-wöchiges Online-Therapieangebot mit verschiedenen Modulen

³ Die Literatursuche fand im Zeitraum vom 3.6. bis Mitte August 2019 statt. Verwendete Schlagworte (mit entsprechenden Kombinationen: Quality (management) selfmanagement support; Quality-criteria self-management support, Qualität Selbstmanagement (-Förderung) Schweiz/ Qualitätskriterien Selbstmanagement Förderung/Bildungsangebote; gezielte Suche über Google zu spezifischen Fragestellungen

Strang Sucht

SafeZone.ch

- Zielgruppe: Menschen mit Suchterkrankungen und Angehörige
- Online-Plattform mit anonymen Beratungen, Informationen und Selbstmanagement zu Suchtfragen

Strang gemeinschaftliche SelbsthilfeSelbsthilfeangebote Krebsliga
Zentralschweiz

- Zielgruppe: Menschen mit Krebserkrankung und Angehörige
- Unterschiedliche Selbsthilfegruppen, Leitung durch Freiwillige und Selbstorganisation

Strang krankheitsübergreifende Angebote

Evivo

- Zielgruppe: chronisch kranke Menschen und Angehörige
- Programm mit peergeleiteten Gruppentrainings für Betroffene und deren Angehörige

Tabelle PHS/INFRAS.

Details zu den einzelnen Fallbeispielen finden sich im Kapitel 6 in den zehn Steckbriefen.

1.5. Aufbau des Berichts

Der Bericht ist wie folgt aufgebaut:

- Kapitel 2 behandelt das Thema Finanzierung. Es führt die Grundlagen und Rahmenbedingungen für die Selbstmanagement-Förderung in der Schweiz und die Finanzierungslösungen der untersuchten Fallbeispiele auf und beschreibt die Erkenntnisse zu einzelnen Finanzierungsquellen, regionalen Unterschieden und dem Aspekt der Chancengleichheit.
- Kapitel 3 widmet sich dem Thema Qualität. Es enthält einen Überblick über Qualitätsmassnahmen im Bereich Selbstmanagement-Förderung sowie eine Beschreibung von ausgewählten Good-Practice Beispielen aus dem In- und Ausland. Weiter beschreibt es die Erkenntnisse zu fünf Qualitäts-Aspekten im Bereich der Selbstmanagement-Förderung und leitet einen Vorschlag für zehn übergreifende Qualitätsstandards für Angebote zur Selbstmanagement-Förderung ab.
- Kapitel 4 gibt eine kurze Zusammenfassung zum Stand der Forschung der (Kosten-)Wirksamkeit von Angeboten der Selbstmanagement-Förderung.
- In Kapitel 5 erfolgt ein generelles Fazit zu den Ergebnissen. Weiter ist der Handlungsbedarf beschrieben, zu dem Empfehlungen formuliert werden.
- Kapitel 6 enthält ausführliche Steckbriefe zu den zehn untersuchten Fallbeispielen.

2. Finanzierungsmöglichkeiten von Angeboten der Selbstmanagement-Förderung in der Schweiz

2.1. Grundlagen und Rahmenbedingungen in der Schweiz

Dieses Kapitel gibt einen kurzen Überblick über die Grundlagen und Rahmenbedingungen in der Schweiz, welche für die Finanzierung von Angeboten der Selbstmanagement-Förderung relevant sind. Auf die Rahmenbedingungen für die generelle Verankerung bzw. Bereitstellung solcher Angebote wird nicht vertieft eingegangen. Diese sind im Referenzrahmen Selbstmanagement-Förderung bei chronischen Krankheiten und Sucht (BAG und GELIKO 2018) skizziert.

2.1.1. Sozialversicherungen

Eine erste wichtige Finanzierungsquelle für Leistungen im Bereich der Selbstmanagement-Förderungen sind die unterschiedlichen Sozialversicherungen in der Schweiz:

- **Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP):** Die wichtigste Sozialversicherung zur Finanzierung von Gesundheitsleistungen ist die OKP. Sie ist im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und den zugehörigen Verordnungen⁴ geregelt. Für die durch OKP finanzierten Leistungen gilt gemäss Art. 32 KVG die generelle Voraussetzung, dass die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen (WZW-Kriterien). Für ärztliche Leistungen gilt eine Pflichtleistungsvermutung, das sogenannte «Vertrauensprinzip», Ausnahmen sind in Anhang 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) aufgeführt. Die Leistungen der nichtärztlichen Leistungserbringern sind in der KLV abschliessend aufgelistet (Positivlisten). Dies ist für die Selbstmanagement-Förderung relevant, da oftmals nichtärztliche Fachpersonen Leistungen in dem Bereich erbringen. Sind diese nicht bereits auf einer Positivliste erfasst, muss ein Antragsverfahren durchlaufen werden (für Details zu den durch die OKP gedeckten Leistungen und dem Antragsverfahren vgl. Anhang A3). Die durch die OKP gedeckten Leistungen werden durch die Versicherungsprämien und teilweise durch die Kantone (stationärer Bereich und Bereich Langzeitpflege) und die Gemeinden (Bereich Langzeitpflege) mitfinanziert.
- **Experimentierartikel KVG:** Am 21. August 2019 hat der Bundesrat die Botschaft zur KVG-Teilrevision betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung zu Handen der eidgenössischen Räte verabschiedet, wo unter anderem auch die Einführung eines Experimentierartikels enthalten ist. Dieser soll es erlauben, im Rahmen des KVG innovative, kostendämpfende Pilot-

⁴ Wichtige Verordnungen sind die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

projekte durchzuführen, beispielsweise im Bereich der koordinierten und integrierten Versorgung. Die konkreten Anwendungsbereiche und Zulassungsbedingungen sollen durch den Bundesrat geregelt werden. Details hierzu sind jedoch noch nicht bekannt. Prinzipiell ist denkbar, dass der Experimentierartikel auch für die Finanzierung von Selbstmanagement-Leistungen eine Unterstützung bieten könnte, insbesondere bezüglich neuen organisatorischen Formen der Leistungserbringung. Es würde sich aber um eine zeitlich befristete Finanzierung im Sinne einer Finanzierung von Pilotprojekten handeln.

- **Obligatorische Unfallversicherung (UV):** Gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) sind alle Arbeitnehmer/innen in der Schweiz durch den Arbeitgeber gegen Unfälle und Berufskrankheiten versichert. Da Unfälle und Berufskrankheiten zu chronischen Schmerzsymptomen, Behinderungen oder psychischen Folgeerkrankungen führen und Berufskrankheiten chronischer Natur sein können, hat diese Versicherung prinzipiell auch für Leistungen der Selbstmanagement-Förderung eine Relevanz. Bisher spielte diese Sozialversicherung dennoch kaum eine Rolle als Finanzierungsakteur für Angebote zur Selbstmanagement-Förderung. Allerdings bietet die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA), bei der rund die Hälfte aller Arbeitnehmer/innen versichert sind, ein Case-Management-Verfahren an, bei dem sie für die Versicherten eine optimale Betreuung auswählt und koordiniert, um die Zeit bis zur Wiedereingliederung der Versicherten in den Arbeitsmarkt zu minimieren (OECD, WHO 2011).
- **Invalidenversicherung (IV):** Liegt eine Invalidität vor, übernimmt die IV die Kosten für ärztliche, pflegerische und andere Rehabilitationsleistungen. Die Hälfte der Invaliditätsausgaben wird von der öffentlichen Hand finanziert (Bund und Kantone), die andere Hälfte mit Lohnprozenten. Die Zielgruppen von Leistungen der Selbstmanagement-Förderung erfüllen teilweise die Kriterien einer Invalidität. In Bezug auf den Strang Sucht ist zu beachten, dass eine Suchtproblematik bzw. Abhängigkeitserkrankung aus versicherungsrechtlicher Sicht grundsätzlich keine Invalidität begründet. Ein Anspruch auf Leistungen der IV kann für Suchtbetroffene aber im Zusammenhang mit Begleit- oder Folgeerkrankungen entstehen (Künzi et al. 2019, noch unveröffentlicht).
- **Freiwillige Zusatzversicherung:** Gestützt auf das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) können Versicherer Krankenzusatzversicherungen anbieten. Diese finanziert Leistungen oder Beträge, die nicht durch die OKP gedeckt sind. Den Leistungsbereich regeln die Krankenversicherer selbst. Im Gegensatz zur OKP besteht für die Versicherer keine vorbehaltlose Aufnahmepflicht. Üblicherweise nehmen die Versicherungen eine Gesundheitsprüfung vor, die zu einer Aufnahmeverweigerung führen kann.
- **Freiwillige Taggeldversicherungen:** Diese können von Arbeitgebern zu Gunsten ihrer Mitarbeitenden abgeschlossen werden. Sie gewährt die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall oder

bei einem Unfall. Die Taggeldversicherung kann nach dem KVG oder dem VVG angeboten werden, wodurch sich unterschiedliche Ansprüche ergeben.⁵

2.1.2. Weitere Finanzierungsquellen basierend auf Bundesgesetzen

Während die oben ausgeführten Sozialversicherungen leistungsabhängige Subjektfinanzierungen darstellen, existieren in der Schweiz weitere Finanzierungsquellen, mit denen Angebote der Selbstmanagement-Förderung unterstützt werden können. Diese erlauben u.a. auch Finanzierungen, die von den Leistungen oder Betroffenen unabhängig sind, bzw. direkte Finanzierungen der Leistungserbringer (Objektfinanzierung).

Finanzhilfen für Organisationen der privaten Behindertenhilfe des BSV (Art. 74 IVG)

Gestützt auf Artikel 74 IVG gewährt das BSV sprachregional oder national tätigen privaten Organisationen der privaten Behindertenhilfe Finanzhilfen zur Förderung der sozialen Eingliederung Behinderter.⁶ Diese haben das Ziel, Menschen mit Behinderungen eine möglichst selbstbestimmte und selbstverantwortliche Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.⁷ Die Finanzhilfen unterstützen Leistungen in den Bereichen Beratungen, Betreuung, Kurse sowie Grundlagen-, Informations- und Öffentlichkeitsarbeit. Detailliertere Informationen zu den Finanzhilfen finden sich in Kapitel 2.3.3.

PGV-Projektförderung von Gesundheitsförderung Schweiz

Art. 19 des KVG legt fest, dass die Versicherer gemeinsam mit den Kantonen eine Institution betreiben, die Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten anregt, koordiniert und evaluiert. Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (GF-CH) ist seit dem Jahr 1998 dafür zuständig. Die Finanzierung erfolgt durch einen jährlichen Beitrag jeder obligatorisch versicherten Person (heute CHF 4.80). Mit den Mitteln betreibt GF-CH u.a. eine Projektförderung Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV-Projektförderung) in Zusammenarbeit mit dem BAG. Die Selbstmanagement-Förderung kann – auch gemäss der Definition von GF-CH/BAG zur Prävention in der Gesundheitsförderung gezählt werden. Die Beiträge im Rahmen der PGV-Projektförderung sind auf 2-4 Jahre befristet und variieren zwischen CHF

⁵ vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/freiwillige-taggeldversicherung.html>

⁶ Neben der sozialen Eingliederung bezweckt die IV insbesondere auch die berufliche (Wieder-)Eingliederung. Sie unterstützt berufliche Eingliederungsmassnahmen u.a. mit finanziellen Beiträgen an Unternehmen oder Umschulungen. Im Rahmen der 5. IV-Revision wurden spezielle Integrationsmassnahmen für Versicherte eingeführt, die infolge psychisch bedingter Probleme arbeitsunfähig sind. Inwieweit Angebote der Selbstmanagement-Förderung auch als berufliche Eingliederungsmassnahmen unterstützt werden könnten, wurde nicht vertieft abgeklärt.

⁷ <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/finanzhilfen/invalidenhilfe.html>

100'000 und CHF 1.5 Mio. Die Förderbeiträge sind zur Unterstützung der (Weiter-)Entwicklung oder Verbreitung von Angeboten bestimmt.

Zweckgebundene Abgaben und Fonds im Bereich Sucht

In der Schweiz existieren im Bereich Sucht zweckgebundenen Abgaben und Fonds, welche zum Teil für die Finanzierung von Angeboten der Selbstmanagement-Förderung eingesetzt werden können. Im Bereich Alkohol werden Spirituosen beim Kauf mit einer Abgabe besteuert. 10% des Reingewinns fliessen als sogenannter Alkoholzehntel den Kantonen zu. Der **Alkoholzehntel**⁸ kann durch die Kantone nicht nur zur Bekämpfung der Ursachen und Folgen von Alkoholismus, sondern auch von anderen Sucht- und Betäubungsmitteln eingesetzt werden. Auch der Bund finanziert – gestützt auf Art. 43a Alkoholgesetz – mit dem **Alkoholpräventionsfonds**⁹ Alkoholpräventionsprojekte, wobei er u.a. auf die Früherkennung und Frühintervention von problematischem Alkoholkonsum fokussiert. Im Bereich Tabak existiert der **Tabakpräventionsfonds**¹⁰. Er dient dem Zweck, Präventionsmassnahmen zu finanzieren, die effizient und nachhaltig dazu beitragen, den Tabakkonsum zu reduzieren. Schliesslich ist die **Spielsuchtabgabe**¹¹ zu nennen, welche speziell für die Prävention von Spielsucht vorgesehen ist.¹² Gemäss Comlot (2018) setzt gut die Hälfte der Kantone diese Mittel ausschliesslich für die Bekämpfung des exzessiven Geldspiels ein. Zum Teil investieren die Kantone gewisse Beträge aber auch in Strukturbeiträge, wie z.B. die Mitfinanzierung von Suchtberatungsstellen.

2.1.3. Rollen Bund, Kantone und weitere Akteure

Die Zuständigkeiten und Rollen der relevanten Akteure im Bereich Selbstmanagement-Förderung sind im Folgenden kurz skizziert.

Rolle des Bundes

Die Möglichkeiten der direkten Finanzierung von Angeboten der Selbstmanagement-Förderungen durch den Bund sind aufgrund der gegebenen Gesetzesgrundlagen beschränkt. Er hat ge-

⁸ Die Kantone investieren in der Regel über 90% in Prävention, Früherkennung und Behandlung von Alkoholsucht und anderen Suchtformen (vgl. https://www.ezv.admin.ch/ezv/de/home/themen/alkohol/praevention_jugendschutz/alkoholzehntel.html).

⁹ vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesetze-und-bewilligungen/gesuche-bewilligungen/gesuche-bewilligungen-im-bereich-sucht/alkoholpraeventionsgesuche.html>

¹⁰ Gestützt auf das Bundesgesetz über die Tabakbesteuerung müssen die Tabakfabrikanten neben der Tabaksteuer pro Zigarettenspaket 2.6 Rappen in den Tabakpräventionsfond einzahlen. Der Tabakpräventionsfonds wird durch eine Fachstelle verwaltet, die administrativ dem Bundesamt für Gesundheit angegliedert ist.

¹¹ Die Kantone erheben seit 2007 von den Lotteriegesellschaften eine Spielsuchtabgabe von 0.5 % auf den Bruttospielerträgen. Dies entspricht rund 4.5 bis 5.0 Millionen Franken pro Jahr. Geregelt ist dies in der Interkantonalen Vereinbarung über die Aufsicht sowie die Bewilligung und Ertragsverwendung von interkantonal oder gesamtschweizerisch durchgeführten Lotterien und Wetten (IVLW).

¹² Gemäss Empfehlung der Fachdirektorenkonferenz Lotteriemarkt und Lotteriegelsetz (FDKL) sollten unspezifische Investitionen 20% der Einnahmen aus der Spielsuchtabgabe nicht überschreiten.

mäss der Bundesverfassung keinen Auftrag der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung. Gesetzliche Grundlagen, die den Bund zur Finanzierung von Angeboten im Bereich der Prävention und Gesundheitsversorgung befähigt, bestehen nur im Suchtbereich (vgl. Kap. 2.1.2, zweckgebundene Abgaben und Fonds). Die im Jahr 2012 gescheiterte Vorlage für ein Präventionsgesetz sah einen Artikel vor, der eine Grundlage für die Finanzierung der Selbstmanagement-Förderung geschaffen hätte: «Die Finanzhilfen sollen insbesondere für Massnahmen in den Bereichen Information und Sensibilisierung beziehungsweise Beratung und Unterstützung (inkl. Selbsthilfe) gewährt werden» (vgl. Wyss 2018). In verschiedenen Antworten des Bundesrates auf politische Vorstösse wurde die Möglichkeit erwähnt, ein Patienteninformationsgesetz zu schaffen, das als Grundlage für die Subventionierung von Patientenorganisationen dienen könnte. Eine konkrete Vorlage wurde jedoch bisher nicht erarbeitet.

Die Rolle des Bundes im Bereich der Selbstmanagement-Förderung beschränkt sich somit hauptsächlich auf die strategische und koordinative Ebene. Mit seiner Strategie Gesundheit2020, der NCD-Strategie 2017-2024 und der Strategie Sucht 2017-2024 hat der Bund verschiedene Grundlagen für die Förderung des Selbstmanagements geschaffen. Auf dieser Basis hat das Bundesamt für Gesundheit die Plattform Selbstmanagement-Förderung bei nichtübertragbaren Krankheiten, Sucht und psychischen Krankheiten (SELF) ins Leben gerufen (für weitere Informationen zur Plattform SELF (vgl. BAG und GELIKO 2017 und die Webseite des BAG¹³).

Rolle der Kantone

Die Kantone sind in verschiedenen Bereichen für die Finanzierung zuständig, welche Berührungspunkte mit der Selbstmanagement-Förderung haben:

- Stationäre Leistungen in Spitälern und Kliniken und der Langzeitpflege: Wie in Kapitel 2.1.1 erwähnt, beteiligen sich die Kantone an der Finanzierung von OKP-Leistungen im stationären Bereich (Spitäler und Kliniken) und im Bereich der Langzeitpflege. Zudem können sie in diesen beiden Bereichen auch spezifische Angebote über sogenannte gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) finanzieren. Dies können prinzipiell auch Angebote der Selbstmanagement-Förderung sein.
- Suchthilfe: Weiter stehen die Kantone im Suchtbereich, der nicht in den Geltungsbereich der OKP fällt, stark in der Verantwortung. So sind die Kantone seit der Neugestaltung des Finanzierungsausgleichs (NFA, in Kraft seit 2008) für die Finanzierung der Suchthilfe bei nicht KVG-Leistungserbringern (z.B. soziale Einrichtungen) zuständig (vgl. Künzi et al. 2019). Das Betäubungsmittelgesetz (BetmG) legt zudem fest, dass die Kantone für die Behandlung und die

¹³ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/selbstmanagement-foerderung-chronische-krankheiten-und-sucht/plattform-selbstmanagement-foerderung.html>

Wiedereingliederung notwendige Einrichtungen schaffen oder private Institutionen unterstützen. Effektiv haben fast alle Kantone die Suchthilfefinanzierung in ihren Gesundheits- und/oder Sozialgesetzgebungen geregelt (vgl. Übersicht in Künzi et al. 2019). Teilweise delegieren sie die Finanzierung an ihre Gemeinden. Über den Umfang entscheiden die Kantone frei. Die Kantone stellen ambulante Beratungs- und Behandlungsangebote bereit oder delegieren dies an ihre Gemeinden. Für den Bereich der ambulanten Suchtberatung/-behandlung, in dem Selbstmanagement-Förderung wohl am stärksten verankert ist, zeigen Künzi et al. (2019), dass Nicht-KVG-Angebote durch objektbezogene Kantons- und Gemeindebeiträge sowie Beiträge aus dem Alkoholzehntel und der Tabaksteuer finanziert werden.

- Gesundheitsförderung und Prävention: Selbstmanagement-Förderung kann auch als eine Präventionsleistung betrachtet werden – dies im Sinne der Sekundär- und Tertiärprävention. Die Kantone sind gemäss Bundesverfassung u.a. auch für die Bereitstellung der Gesundheitsförderung und Prävention zuständig. Sie bestimmen gemäss Art. 43 BV selbst, welche Aufgaben sie im Rahmen ihrer Zuständigkeiten erfüllen und erlassen dazu kantonale Rechtsgrundlagen. Da die Kantone mit der Bereitstellung und Finanzierung der stationären Gesundheitsleistungen teils stark gefordert sind, fallen die Bemühungen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention unterschiedlich stark aus (vgl. z.B. OECD/WHO 2011).
- Beiträge an Gesundheitsligen und andere Patientenorganisationen: Die Kantone leisten Beiträge an kantonale Gesundheitsligen, welche u.a. Leistungen im Bereich Selbstmanagement-Förderung anbieten (vgl. nächsten Abschnitt).¹⁴

Gesundheitsligen und andere Patientenorganisationen

Zu wichtigen Akteuren im Bereich der Selbstmanagement-Förderung zählen auch die Gesundheitsligen und andere Patientenorganisationen, welche die Interessen der Patient/innen mit chronischen Krankheiten vertreten. Die Angebote der Gesundheitsligen umfassen insbesondere auch die patientenorientierte Information und psychosoziale Betreuung von chronisch Kranken, teils auch gezielte Angebote der Selbstmanagement-Förderung (vgl. INFRAS 2015). Die Gesundheitsligen sind im Dachverband der Schweizerischen Gesundheitsligen-Konferenz (GELIKO) organisiert. Die meisten Gesundheitsligen haben kantonale Organisationen und eine Dachorganisation auf nationaler Ebene.

¹⁴ Gemäss INFRAS (2015) beträgt der Anteil der Finanzierung durch die öffentliche Hand bzw. Kantone bei den Mitgliederorganisationen (kantonalen Ligen) rund 30%.

Private Stiftungen

Die Schweiz weist eine breite Stiftungslandschaft auf. Eine Übersicht gibt die Plattform stiftungschweiz.ch. Im Bereich Gesundheit sind rund 3'500 Stiftungen aufgeführt. Unter den Zielgruppen «Menschen mit körperlicher und geistiger Beeinträchtigung» und «Kranke/Pflegebedürftige» führt die Plattform rund 400 Stiftungen auf.

Privatwirtschaft/Arbeitgeber

Im Bereich der Selbstmanagement-Förderung sind teilweise auch die Privatwirtschaft bzw. die Arbeitgeber aktiv. Wie die Fallbeispiele (vgl. Kapitel 2.3) zeigen, stellen einzelne Arbeitgeber Angebote für ihre Mitarbeitenden bereit, finanzieren die Teilnehmerbeiträge für Angeboten an ihre Arbeitnehmenden oder leisten beispielsweise Beiträge an Begleitforschung oder die Weiterentwicklung von Angeboten.

2.2. Finanzierungslösungen ausgewählter Fallbeispiele

Dieses Kapitel führt die Kosten und Finanzierungslösungen der betrachteten zehn Fallbeispiele auf. Wir unterscheiden dabei zwischen der Entwicklungsphase und dem Regelbetrieb der Angebote. Nicht nur die Kostenarten, sondern auch die Finanzierungsmöglichkeiten für die Entwicklungsphase unterscheiden sich von jenen für den Regelbetrieb.

2.2.1. Entwicklung und Aufbau der Angebote

Aufwand für die Entwicklung und den Aufbau der Angebote

Der Aufwand für die Entwicklung der Angebote besteht in der Regel darin, ein Konzept zu erstellen bzw. ein bewährtes Konzept auf die Schweiz zu übertragen, das Angebot mit einem Pilot zu testen, die Pilotphase zu evaluieren, das Angebot mit Partnern auszurollen und an verschiedenen Standorten zu implementieren. Tabelle 9 im Anhang A5 gibt einen Überblick über die Aufwände für die Entwicklung und den Aufbau der einzelnen Angebote.

Die Hälfte der betrachteten Angebote konnten auf ein bestehendes Konzept im Ausland zurückgreifen. Die Angebote *DIAfit*, *Symptom Navi*, *SafeZone.ch*, *ASSIP* und *KSM Somnet* wurden in der Schweiz entwickelt. Die Konzeptentwicklung nahm bei den Angeboten meist mehrere Jahre in Anspruch. Wie das Beispiel *Evivo* zeigt, kann aber auch die Anpassung bestehender Konzepte auf die Schweiz viel Zeit in Anspruch nehmen (1-2 Jahre in diesem Fall).

Auch der Aufbau eines Pilots und die finale Implementierung sind zum Teil mit viel Aufwand verbunden. Neben personellen Aufwänden für die Projektleitung gehören auch Schulungen mit

teilweise Supervisionen von Gesundheitsfachpersonen oder Laien (bzw. Peers) zu den Aufbaukosten (*DIAfit*, *Besser leben mit COPD*, *Symptom Navi*, *Evivo*, *ASSIP*, *KSM Somnet*). Weiter haben fast alle Angebote – sowohl jene, die in der Schweiz konzipiert wurden als auch als jene, die das Konzept auf die Schweiz übertragen haben – Begleitstudien/Evaluationsstudien in Auftrag gegeben. Die Begleitstudien sind zum Teil sehr aufwändig, da sie u.a. auch wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit schaffen sollen (vgl. Kapitel 3.4).

In den Fallstudien konnten die Befragten den Gesamtaufwand für die Entwicklung und den Aufbau der Angebote meist nicht beziffern, da verschiedene Akteure beteiligt waren, viele verschiedenen Aufwände angefallen sind, die Arbeit zum Teil im Rahmen einer bestehenden Anstellung wie auch in der Freizeit erfolgte oder die Entwicklungsphase bereits lange zurücklag (vgl. Steckbriefe in Kapitel 6). Bei den Angeboten, die den Aufwand schätzen konnten, zeigte sich, dass mit mehreren hunderttausend Franken für die Entwicklung und den Aufbau eines Angebots gerechnet werden muss, wenn diese wissenschaftlich begleitet, Partner eingebunden und auf die Schweiz ausgerollt werden.

Finanzierung

Massgeblich leisteten die Projektträger mit ihren Eigenmitteln die Finanzierung (vgl. Tabelle 9 im Anhang A4). Dabei handelt es sich um verschiedene Akteure. In mehreren Angeboten (*ASSIP*, *KSM Somnet*, *DIAfit* und *Symptom Navi*) sind es Leistungserbringer, wobei *Symptom Navi* von einem Leistungserbringer gemeinsam mit Hochschulen entwickelt und finanziert wurde. Weiter gehören Gesundheitsligen (Selbsthilfeangebote, *Besser leben mit COPD*), eine Stiftung (*Evivo*), ein Krankenversicherer und das BAG zu den Projektträgern, die die Entwicklung und den Aufbau der Angebote massgeblich finanziert haben.

Teilweise gelang es den Angeboten kleinere Finanzierungsbeiträge von Stiftungen und anderen Akteuren zu akquirieren. Meist handelt es sich dabei um projektbezogene Beiträge. Beispielsweise konnten im Fall von *Symptom Navi* kleinere Beiträge von Stiftungen für die Begleitstudie gewonnen werden, wobei diese Beiträge nur 10% der Kosten der Studie decken. Im Fall von *Evivo* beteiligte sich der Verband pharmaSuisse am Pilotprojekt in Apotheken. Daneben leisten zum Teil Bundesstellen eine Anschubfinanzierung für die Angebote. Das Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen beteiligt sich an den Entwicklungskosten des Angebots *EX-IN* und das BAG leistete eine Anschubfinanzierung für die Ausrollung des Angebots *Evivo* in der Romandie. Weiter existiert auch ein Beispiel für eine Anschubfinanzierung durch einen Kanton: Beim Angebot *ASSIP* finanzierte der Kanton Zürich den Aufbau des Angebots an vier Kliniken im Kanton. Darüber hinaus gibt es auch Beispiele, bei denen sich die Privatwirtschaft an der Entwicklung der Angebote beteiligt, beispielsweise im Fall von

CARE4CARDIO. Schliesslich konnte ein Angebot (*Besser leben mit COPD*) eine auf vier Jahre befristete Anschubfinanzierung der nationalen PGV-Projektförderung (vgl. Kapitel 2.1.2) erlangen. Andere Angebote kamen hingegen trotz aufwändiger Eingabe nicht zum Zug und mussten dadurch finanzielle Verluste in Kauf nehmen.

Fazit/Lernerfahrungen:

- Die Entwicklung und der Aufbau der Angebote erweisen sich als sehr aufwändig, auch wenn auf bereits bestehenden Konzepten aufgebaut werden kann. Die Mehrsprachigkeit in der Schweiz stellt eine besondere Herausforderung an Projekte, da dadurch erhebliche Übersetzungskosten entstehen können, was die Entwicklung/Adaption von Programmen kosten-/ressourcenintensiv macht.
- Es braucht den Willen und eine hohe Finanzierungsbereitschaft eines Projektträgers, um ein Angebot erfolgreich auf die Beine zu stellen und auszurollen. Die Bereitschaft für eine Anschubfinanzierung dürfte grösser sein, wenn Klarheit darüber besteht, wie gross die Chancen für eine nachhaltige Finanzierung des Regelbetriebs sind.
- In mehreren Angeboten fehlen Mittel für die bessere Bekanntmachung und das Ausrollen der Angebote (z.B. *KSM Somnet*, *Evivo*). Die Verbreitung des Angebots ist jedoch zentral, um erstens bessere Grundlagen für den Wirksamkeitsnachweis zu haben und zweitens die Aufbaukosten zu amortisieren und die Kosten des Regelbetriebs zu senken.
- Die PGV-Projektförderung stellt eine neue Finanzierungsquelle für Projekte und Pilote im Bereich Selbstmanagement-Förderung dar. Die Akquisition erweist sich aber als aufwändig und die Erfolgchancen für Anbieter waren bisher gering.
- Um die Wirksamkeit nachweisen zu können und somit eine Chance auf eine Finanzierung des Regelbetriebs zu erhalten, braucht es jedoch kostenintensive Langzeitstudien. Es erwies sich für mehrere Angebote als schwierig, eine Finanzierung für Forschungsaktivitäten oder Evaluationen der Pilotphase zu erhalten bzw. die Mittel mussten mit viel Aufwand generiert werden (z.B. *Symptom Navi*, *ASSIP*, *EX-IN*). Die Eingabe bei nationalen Forschungsfonds ist gemäss den gemachten Erfahrungen aufwändig und zum Teil mit relativ geringen Erfolgchancen verbunden.
- Nur in einzelnen Fällen leistete der Bund (EBGB und BAG) Beiträge an den Aufbau der Angebote. Daneben verfügt das BSV über ein gewisses Budget für Beiträge an die Entwicklung von Angeboten im Bereich der Eingliederung von Menschen mit Behinderung (Lufeb). Dieses wird jedoch gemäss Auskünften des BSV mit Zurückhaltung eingesetzt.
- Krankenversicherer können aus ihren Eigenmitteln im Bereich der Zusatzversicherung Angebote der Selbstmanagement-Förderung entwickeln. Dies zeigt das Beispiel *CARE4CARDIO*. Allerdings machen sie die Angebote nur Zusatzversicherten zugänglich (vgl. Kapitel 2.3.5).

- Auch von Seiten der Kantone konnten nur vereinzelt Beiträge für die Entwicklung und den Aufbau der Angebote generiert werden. Gemäss Interviewaussagen haben sich Finanzierungsmöglichkeiten für Pilote bei den Kantonen aber tendenziell verbessert.
- Über die OKP/KVG können keine Kosten für Projektentwicklungen und Durchführung von Pilotprojekte im Bereich der Selbstmanagement-Förderung finanziert werden. Es besteht jedoch die Möglichkeit einer zeitlichen befristeten Leistungspflicht von Selbstmanagementleistungen (jedoch nicht die Projektkosten) während einer Evaluationsphase (Art. 33 Abs. 3 KVG). Auch der im Paket 1 der KVG-Revision mit Massnahmen zur Kostendämpfung enthaltene Experimentierartikel könnte allenfalls eine Unterstützung für die Finanzierung von Selbstmanagementangeboten im Rahmen von Pilotprojekten bieten, insbesondere zur Finanzierung von Leistungen in Organisationsformen, die bisher im KVG nicht vorgesehen sind. Die Ausgestaltung des Experimentierartikels hängt von der laufenden parlamentarischen Beratung ab und die Konkretisierung erfolgt erst nach Verabschiedung durch die eidgenössischen Räte.

2.2.2. Regelbetrieb der Angebote

Eine der Hauptfragestellungen der vorliegenden Studie ist, wie Angebote der Selbstmanagement-Förderung in den verschiedenen Strängen **nachhaltig** finanziert werden können. Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die Kosten und insbesondere die Finanzierungslösungen für den Regelbetrieb der Angebote, d.h. für den regulären Betrieb nach der Entwicklung und dem Aufbau der Angebote. Im nachfolgenden Kapitel 2.3 gehen wir auf die gemachten Erfahrungen mit Finanzierungsquellen im Einzelnen ein.

In der nachfolgenden Tabelle sind die Gesamtkosten pro Nutzer/in des Angebots für den Regelbetrieb (d.h. exkl. Entwicklungskosten etc.) aufgeführt. Zudem ist mit jeweils einem Kreuz markiert, durch welche Finanzierungsquellen das Angebot finanziert wird. Fett markierte Kreuze bezeichnen die wichtigsten Finanzierungsquellen der Angebote.

Angebot	Gesamtkosten pro Nutzer/in	Finanzierungsquellen									
		Eigenmittel Träger	OKP	BSV (IVG 74)	Kantone	Freiwillige Zusatzvers.	Partner (Lei- stungserbr.)	Wirt- schaft	Stiftun- gen	Be- troffene	Weitere
Strang somatische Erkrankungen											
Besser leben mit COPD	CHF 2'000	X	X	X						X	PGV-Projektför- derung
CARE4CARDIO	vertraulich	X				X		X		(X)	
DIAfit	nicht beziffer- bar	X	X		X	X		X		X	Unbezahlte Frei- willigenarbeit
Symptom Navi	nicht beziffer- bar		X (geplant)				X			(X)	
Strang psychische Erkrankungen											
ASSIP	nicht beziffer- bar	X	X		X					(X)	
EX-IN	CHF 11'000	(X)		X			X		X	X	
KSM Somnet	nicht beziffer- bar		X							(X)	
Strang Sucht											
SafeZone.ch	nicht beziffer- bar	X			X						Alkoholzehntel
Strang gemeinschaftliche Selbsthilfe											
Selbsthilfeangebote Krebsliga Zentral-CH	nicht beziffer- bar	X									Unbezahlte Frei- willigenarbeit
Strang krankheitsübergreifende Angebote											
Evivo	vertraulich	X			X	X	X	X	X	X	Krebsliga Schweiz

Tabelle PHS/INFRAS. Quelle: Angaben der Interviewpartner/innen, Dokumente zu den Fallstudien.

Kosten der Angebote

Bei den zehn Fallbeispielen handelt es sich um unterschiedliche Arten von Angeboten (vgl. Übersicht in Kapitel 1.4. und Steckbriefe im Kapitel 6). Somit ist auch der Aufwand für die Bereitstellung der Angebote entsprechend unterschiedlich. Die Gesamtkosten der Angebote pro Person, welche diese in Anspruch nimmt, können bei einem Grossteil der Angebote nicht beziffert werden bzw. sind vertraulich (vgl. obige Tabelle). In den Steckbriefen sind jedoch verschiedene qualitative Detailinformationen zu den Kosten zu finden. Bei den zwei Angeboten, zu denen die Kosten bekannt sind, variieren diese zwischen rund CHF 1'000 und 11'000 pro Person. Im Vergleich zu anderen medizinischen Leistungen oder Innovationen im Gesundheitswesen handelt es sich bei den Angeboten der Selbstmanagement-Förderung somit insgesamt um überschaubare Kosten pro Person. Kosteneffektivitätsanalysen zu einzelnen Angeboten aus den Fallbeispielen (z.B. *ASSIP*, vgl. Park et al. 2018; *Besser leben mit COPD*, vgl. Bourbeau et al. 2006) zeigen, dass sich mit den Angeboten insgesamt auch Gesundheitskosten sparen lassen können.¹⁵

Kostenarten

Alle Angebote verfügen über eine *Projektleitung der Trägerorganisation(en)*. Diese ist je nach Angebot unterschiedlich aufwändig und zum Teil noch durch den Aufbau und die Verbreitung des Angebots geprägt.

Bei allen Angeboten ausser *Symptom Navi* bildet die *Durchführung von Gruppenkursen, Einzeltrainings oder die 1:1-Betreuung von Betroffenen* den Hauptbestandteil der Angebote. Dementsprechend stellen die Personalkosten der Fachpersonen, die diese durchführen einen gewichtigen Kostenblock dar. Eine Ausnahme sind die Selbsthilfeangebote der Krebsliga Zentralschweiz, wo diese grösstenteils durch unbezahlte Freiwilligenarbeit geleistet werden, und das Langzeitprogramm beim Angebot *DIAfit*, bei dem die Gruppentrainings zum Teil auch ehrenamtlich erbracht werden. Wenn betroffene Peers wie in den Angeboten *Evivo* und *EX-IN* eingesetzt werden, führt dies zum Teil zu tieferen Personalkosten. Bemerkenswert ist, dass im Programm *EX-IN* Peers gleich wie Fachpersonen entschädigt werden (vgl. dazu Kapitel 3.6: Partizipation als Qualitätskriterium).

Weiter fallen bei den Angeboten *Overheadkosten*, d.h. Materialkosten, Raumkosten etc. an. Das Material bildet vor allem beim Angebot *Symptom Navi* einen zentralen Bestandteil mit 16 symptomspezifischen Flyern, die durch geschulte Fachpersonen an Patient/innen abgegeben werden.

¹⁵ Zur Kosteneffektivität von Selbstmanagement-Förderung vgl. auch Kap. 4.2.

Finanzierung der Angebote

Wie die vorangehende Tabelle zeigt, sind die Finanzierungslösungen der Angebote vielfältig. Folgende Erkenntnisse lassen sich aus der Übersicht ableiten:

- Die häufigsten Hauptfinanzierungsquellen bilden die Eigenmittel der Trägerorganisationen und die OKP.
- Dass die Trägerorganisationen in vielen Fällen eine Hauptfinanzierungsquelle sind, ist ein Zeichen dafür, dass die Finanzierungslösungen nicht alle nachhaltig sind. Je nach Trägerorganisation kann nicht garantiert werden, dass die Mittel längerfristig bereitgestellt werden können.
- Die OKP greift bei den Fallbeispielen im Strang somatische Erkrankungen und psychische Erkrankungen, aber nicht bei allen Angeboten in diesem Strang.
- Finanzierungen über die Kantone erfolgen nur im Strang Sucht und psychische Erkrankungen zu einem massgeblichen Teil.
- Zusatzversicherungen, Stiftungen, die Wirtschaft/Arbeitgeber und die Invalidenversicherung bilden eher selten eine Finanzierungsquelle bei den betrachteten Angeboten.
- Zwei Angebote finanzieren sich zum Teil über den Verkauf von Leistungen an Leistungserbringer (z.B. Spitäler, Spitex, Ärztenetzwerke, Gesundheitsligen etc.) als Partner. Je nach Partner greifen diese wiederum auf verschiedene Finanzierungsquellen zurück, darunter u.a. die OKP.

2.2.3. Fazit: Nachhaltigkeit der Finanzierung in den Fallbeispielen

Insgesamt kann heute bei sechs von zehn Angeboten von einer dauerhaften Finanzierungslösung gesprochen werden:

Strang somatische Erkrankungen

- *DIAfit*: Der Teil des Angebots mit den Rehabilitationsleistung konnte als OKP-Leistung in der KLV verankert werden. Der Teil in den an die Rehabilitationsprogramme anschliessenden Selbsthilfegruppen wird nicht über die OKP finanziert. Insgesamt sind die Leistungen hauptsächlich durch die OKP finanziert. Beiträge der Wirtschaft für weitere nicht KVG-pflichtige Leistungen können relativ leicht mobilisiert werden.
- *CARE4CARDIO*: Der Krankenversicherer kann die Finanzierung über Eigenmittel aus der Zusatzversicherung dauerhaft sicherstellen. Die Kostenübernahme durch die OKP wurde bisher nicht beantragt. Das Angebot ist somit nur den Zusatzversicherten zugänglich.

Strang psychische Erkrankungen

- *KSM Somnet*: Das Angebot konnte als OKP-Leistung in der KLV verankert werden und wird kostendeckend über die OKP finanziert, da es sich in erster Linie um eine therapeutische Leistung zur Behandlung der Insomnie handelt.
- *EX-IN*: Das Angebot erhält basierend auf Art. 74 IVG (Invalidenversicherung) Beiträge des BSV. Zudem leisten Betroffene einen nicht unbeträchtlichen Beitrag. Trotz des Betroffenenbeitrags besteht eine Übernachfrage nach dem Angebot.

Strang Sucht

- *SafeZone.ch*: Die Finanzierung wird basierend auf dem Betäubungsmittelgesetz durch das BAG (Koordination)¹⁶ und die Kantone (Beratungsangebot) geleistet.

Strang gemeinschaftliche Selbsthilfe

Selbsthilfeangebote Krebsliga Zentralschweiz: Die Selbsthilfegruppen-Angebote können durch unbezahlte Freiwilligenarbeit und Verzicht auf einen professionellen Auftritt/Werbemassnahmen mit relativ wenig Ressourcen bereitgestellt werden. Aus diesem Grund können in diesem Fallbeispiel die geringen Aufwände auf übergeordneter Ebene (z.B. Organisation und Betreuung der Freiwilligen) durch Spenden dauerhaft gedeckt werden. Gemäss Interview existieren jedoch andere Beispiele im Bereich der gemeinschaftlichen Selbsthilfe (z.B. Verein ElleHELP, Gruppe Lymphom Schweiz), bei denen die Finanzierung weniger nachhaltig ist, da sie ambitionierter sind (z.B. eigene Webseite, Marketingmassnahmen und eigene Bildungsangebote). Die befragte Vertreterin von Selbsthilfe Schweiz unterstreicht, dass die Teilnahme und das Wirken innerhalb einer Selbsthilfegruppe kostengünstig oder oft kostenlos sei. Allerdings könne die Selbsthilfeförderung und die Bereitstellung von Strukturen ausserhalb der grossen Ligen nicht durch Spenden (quer)finanziert werden. Es brauche eine Grundfinanzierung, damit die Angebote dauerhaft bereitgestellt werden können.

Bei den anderen vier Angeboten besteht nur **teilweise eine nachhaltige Finanzierung** und des sind mehr oder weniger grosse Finanzierungslücken vorhanden.

¹⁶ Das BAG finanziert im Angebot *SafeZone.ch* die Fachstelle Infodrog, die das Angebot leitet und das das Webportal und Kompetenznetzwerk *SafeZone.ch* betreibt und unterhält. Infodrog ist die Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht, die das BAG bei der Entwicklung und Umsetzung der 4-Säulen-Suchtpolitik gemäss Betäubungsmittelgesetz sowie den 2015 und 2016 durch den Bundesrat verabschiedeten Strategien NCD und Sucht unterstützt.

Strang somatische Erkrankungen

- *Besser leben mit COPD*: Teile des Trainingsprogramms werden über die OKP finanziert, andere jedoch können weder über die OKP noch über die Beiträge des BSV via Art. 74 IVG finanziert werden. Die weiteren Finanzierungsquellen sind nicht dauerhaft (PGV-Projektförderung auf vier Jahre befristet).
- *Symptom Navi*: Eine nachhaltige Finanzierungslösung ist geplant, inwiefern diese umgesetzt werden kann ist noch nicht klar. Geplant ist eine Finanzierung über Partner (v.a. Spitäler), die ein Abonnement zu kostendeckenden Preisen beziehen. Die Partner finanzieren diese wiederum v.a. über die Fallpauschalen (somit OKP) und ggf. über Eigenmittel.

Strang psychische Erkrankungen

- *ASSIP*: Das Angebot kann über die OKP abgerechnet werden. Wird das Angebot ambulant genutzt, wird mit TARMED-Tarifen abgerechnet, welche jedoch nicht kostendeckend sind. Wird das Angebot von stationären PatientInnen als Zusatzangebot zu ihrer Therapie oder im Übergang zur ambulanten Behandlung genutzt, muss es im Rahmen der Fallpauschale abgerechnet werden, welche die Zusatzkosten oft nicht decken können.¹⁷ Aus diesen Gründen muss das Angebot über Leistungsverträge oder gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) der Kantone subventioniert werden.

Strang krankheitsübergreifende Angebote

- *Evivo*: Ähnlich wie bei *Symptom Navi* erfolgt die Finanzierung durch den Verkauf der Lizenz und Leistungen der Trägerorganisation an Partner. Die Mobilisierung von Partnern und Förderern ist ressourcenintensiv und die Partner können die Leistungen nicht über die OKP refinanzieren.

2.3. Erkenntnisse zu den einzelnen Finanzierungsquellen

In diesem Kapitel sind Erkenntnisse aus den Fallstudien sowie relevante Informationen von weiteren befragten Akteuren zu einzelnen Finanzierungsquellen festgehalten.

2.3.1. Eigenmittel der Trägerorganisationen

Von allen zehn Fallbeispielen kommen nur zwei Angebote (je im Strang psychische Erkrankungen) heute ohne Eigenmittel aus. Im Beispiel von *KSM Somnet* deckt die OKP die Kosten und im

¹⁷ Gemäss einem Bericht im Auftrag des BAG (Giger et al. 2018) ist die Rechtsprechung bei der Finanzierung der Nachsorge durch ambulante Leistungserbringer (z.B. Hausärzt/innen) bei Patient/innen, die noch stationär behandelt werden, noch offen. Relevant sei, ob die Nachsorge als Teil der stationären Behandlung zu qualifizieren sei oder nicht.

Fall *EX-IN* ist die Finanzierung über die Finanzhilfen des BSV gemäss Art. 74 IVG und die Beiträge der Betroffenen sichergestellt

Auch bei anderen Angeboten leisten die Trägerorganisation einen teilweise nicht unbeträchtlichen Anteil an den Gesamtkosten. Beim Angebot *Besser leben mit COPD* ist bekannt, dass das Defizit heute fast 50% der Vollkosten des Angebots beträgt, welches von der Lungenliga (national und regional) getragen wird. Auch beim Angebot *Evivo* verbleibt je nach Erfolg bei der Partnersuche ein Defizit von bis zur Hälfte der Aufwände. Dieses finanziert die Careum Stiftung, die das Programm initiiert hat und den Verein *Evivo* unterstützt. Diese zwei Angebote werden gemäss Auskünften der Interviewpartner die Finanzierung mit Eigenmitteln in dieser Höhe vermutlich langfristig nicht aufrechterhalten können. Es brauche andere Finanzierungsquellen.

Weniger verletzlich ist die Finanzierung über Eigenmittel bei den in Kapitel 2.2.3 erwähnten nachhaltig finanzierten Angeboten.

Fazit/Lernerfahrungen Eigenmittel Trägerorganisationen

- Inwiefern die Finanzierung über Eigenmittel nachhaltig ist, hängt von der Höhe der Eigenmittel und von der Finanzkraft der Trägerorganisation ab.
- Bei Trägerorganisationen, die für einen Grossteil der Aufwände mit Eigenmitteln aufkommen müssen und sich über Stiftungsgelder, Spenden, Partnersuche etc. finanzieren, ist die längerfristige Finanzierung gefährdet.
- Angebote, die auf keine oder zu wenig dauerhafte Finanzierungsquellen zurückgreifen können, können mit Eigenmitteln nachhaltig funktionieren, wenn sie schlank gehalten werden.

2.3.2. Obligatorische Krankenpflegeversicherung OKP

Die Praxisbeispiele zeigen, dass die OKP nur bei einem Teil der betrachteten Angebote in den Strängen somatische Erkrankungen und psychische Erkrankungen greift:

- *Strang somatische Erkrankungen:* Nur die Angebote *DIAfit* und *Besser leben mit COPD* können derzeit zum Teil über die OKP finanziert werden. Beim Angebot *Besser leben mit COPD* kann hingegen nur ein Teil der Leistungen des gesamten Coaching-Programms abgerechnet werden. Gruppenmodule, die durch Pflegefachpersonen geleitet werden, fallen nicht unter die KVG-pflichtigen Leistungen. Dazu müsste analog zu *DIAfit* ein entsprechender Antrag gestellt werden. Die beiden anderen Angebote beinhalten keine Leistungen, die gemäss den heutigen gesetzlichen Grundlagen direkt über die OKP vergütet werden. Im Angebot *CARE4CARDIO* wurde eine mögliche Vergütung über die OKP durch die Projektträger (Sanitas Krankenversicherung) geprüft. Nach einem Gespräch mit dem BAG wurde gemeinsam mit den Akteuren Novartis Pharma Schweiz und HCSG entschieden, dass ein «Antrag auf Kostenübernahme durch die OKP» erstellt und eingereicht werden soll.

- *Strang psychische Erkrankungen:* Im Strang psychische Erkrankungen können Leistungen der Angebote ASSIP und KSM Somnet über die OKP abgerechnet werden. Das Angebot KSM Somnet wurde – wie das Angebot DIAfit – via Antrag als Pflichtleistung im Anhang 1 KLV aufgenommen. Während des langwierigen Prozesses wurde die Finanzierung durch den Projektträger mittels einer Defizitgarantie sichergestellt (für Details vgl. Anhang A3). Die Leistungen des Programms ASSIP werden von Psychiater/innen und (delegierten) Psycholog/innen erbracht und gelten als Therapiemassnahmen, die über den Tarif TARMED (für ambulante PatientInnen) oder Fallpauschalen (für stationäre PatientInnen) abgerechnet werden können. Wie in Kapitel 2.2.3 erwähnt, sind die Tarife/Pauschalen jedoch nicht kostendeckend.

Box 2: Zusatzinformationen aus dem Experteninterview mit dem SBK

Pflegefachpersonen spielen bei der Selbstmanagement-Förderung eine wichtige Rolle. Dies zeigen nicht nur die Angebote der Fallbeispiele, wo sie häufig zu den umsetzenden Fachpersonen gehören. Die Finanzierung von Leistungen der Selbstmanagement-Förderung im Rahmen der Regelversorgung ist jedoch gemäss Experteninterview lückenhaft:

- Im Langzeitpflegebereich fallen Leistungen, die der Selbstmanagement-Förderung zugeschrieben werden können (z.B. Förderung der geistigen Fähigkeiten), nicht unter die in Art. 7 KLV festgehaltenen abrechenbaren KVG-Leistungen. Im Bereich Diabetespflege und der psychiatrischen Pflege ist es dem Berufsverband mittels einem als aufwändig wahrgenommenen Antragsverfahren gelungen, spezielle Leistungen, die der Selbstmanagement-Förderung zugeschrieben werden können, als OKP-Leistung zu verankern.
- Im Setting Spital besteht laut Interviewpartnerin im Rahmen der für den stationären Bereich geltenden Fallpauschalen teils etwas Spielraum für Leistungen der Selbstmanagement-Förderung. Ein Beispiel ist das Lindenhof-Spital Bern, welches Case-Nurses bei Brustzentren einsetzt. Eine Problematik sind gemäss Experteninterview geringe finanzielle Anreize für die Spitäler, da sie Gewinn machen, wenn sie die Leistungen mit tieferen Kosten erbringen können. Dadurch entsteht eine Negativspirale: Die Fallpauschalen werden nach unten angepasst, wenn Spitäler die Fälle zu tieferen Kosten abwickeln können. In der Folge verringert sich der Spielraum für Spezialleistungen wie beispielsweise die psychosoziale Pflege.
- Ein grosses Potenzial für die Selbstmanagement-Förderung besteht gemäss Experteninterview mit sogenannten Advanced Practice Nurses (APN). Das Potenzial ist durch wissenschaftliche Evidenz belegt. APN sind auf Masterniveau speziell im Bereich Chronic Care Management ausgebildet und könnten beispielsweise auch im ambulanten Bereich eingesetzt werden. Die Leistungen von APN können jedoch nicht verrechnet werden, weil die Leistungen in

Artikel 7 KLV nicht abgedeckt sind. Die Abrechnung der Leistungen der APN als ärztlich delegierte Leistungen ist nicht kostendeckend. Derzeit laufen Bemühungen, die Finanzierung von Leistungen von APN zu verbessern.¹⁸

Box 3: Disease-Management-Programme von Krankenversicherern

Die Krankenversicherer können im Rahmen alternativer Versicherungsmodelle nach Art.41/4 und 62 KVG Managed Care Verträge abschliessen. Im Rahmen dieser Verträge können an die medizinische Steuerung u.a. von Disease-Management-Programmen Beiträge an Leistungserbringer ausgerichtet werden. Bei Disease-Management-Programmen handelt es sich um strukturierte Betreuungsprogramme für chronisch Erkrankte, bei denen die Selbstmanagement-Förderung oft ein wichtiger Bestandteil ist. Diese Programme werden von den Leistungserbringern für ihre PatientInnen angeboten. Meist handelt es sich bei den Leistungserbringern um Ärztenetzwerke.

Fazit/Lernerfahrungen OKP

- Die Finanzierung über die OKP stellt eine nachhaltige Finanzierungslösung dar, da sie gesetzlich verankert ist. Die Fallbeispiele zeigen jedoch, dass diese Finanzierung bisher nicht immer kostendeckend ist und der Rahmen des KVG oft nur Teile des Angebots abdeckt werden können.
- Sollen neue Leistungen der Selbstmanagement-Förderung in die OKP aufgenommen werden, muss ein Antrag zur Aufnahme der Leistungen gestellt werden. Dazu müssen verschiedene Voraussetzungen erfüllt werden. Eine Hürde für neue Angebote stellt insbesondere der Nachweis der Wirksamkeit dar. Die erforderlichen Studien benötigen eine entsprechende Finanzierung und bedürfen einer gewissen Laufzeit bzw. Fallzahl Betroffener. Jedoch besteht auch die Möglichkeit der befristeten Aufnahme in die Leistungspflicht, wo in einer Evaluationsphase die Lücken im Nachweis der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit zu schliessen sind.
- Der Prozess für die Aufnahme als Pflichtleistung beansprucht rund ein Jahr. Er benötigt eine wissenschaftliche Dokumentation und ein gutes Zusammenspiel der beteiligten Berufsgruppen. Bis zur Leistungspflicht braucht es eine Anschubfinanzierung und/oder eine risikobereite Trägerorganisation, die die Finanzierung sicherstellt.

¹⁸ Voraussetzung für eine Finanzierung ist eine einheitliche Regelung des Titels APN. Diesbezüglich wurde der Versuch unternommen, die Masterausbildung in Pflege (= Berufsrolle der APN) zusammen mit dem Bsc im Gesundheitsberufe-Gesetz zu verankern. Dieser Antrag wurde vom Parlament abgelehnt. Im November 2019 wurde ein Verein zur Reglementierung des APN-Titel gegründet (<https://www.sbk.ch/bildung/karriere-in-pflege/advanced-practice-nurse-apn>). Sobald der Zugang zum Titel einheitlich geregelt ist, soll ein Antrag eingereicht werden.

- Bei den betrachteten Angeboten in den Strängen krankheitsübergreifende Angebote, gemeinschaftliche Selbsthilfe und Sucht können bestimmte Leistungen nicht über die OKP finanziert werden, da sie von Laien bzw. Betroffenen/Angehörigen oder nicht anerkannten Fachpersonen erbracht werden (*Evivo*, Selbsthilfeangebote, *EX-IN*) und/oder nicht in den Leistungsbereich des KVG fallen (Safe Zone).

2.3.3. Finanzhilfen des BSV basierend auf Art. 74 IVG

Zwei Angebote aus den Strängen somatische und psychische Erkrankungen erhalten Beiträge des BSV gemäss Art. 74 IVG (vgl. Kapitel 2.1.2):

- *Strang somatische Erkrankungen:* Beim Angebot *Besser leben mit COPD* können mit den Beiträgen des BSV drei von sechs Gruppenkurse und 8% der Vollkosten finanziert werden. Die weiteren drei Gruppenkurse haben medizinische Inhalte und entsprechen aus diesem Grund nicht den Subventionskriterien. Gemäss Auskünften des Projektträgers konnte das Angebot ansonsten die Subventionskriterien des BSV gut erfüllen und somit als grosse Gesundheitsliga eine Finanzierung erwirken.
- *Strang psychische Erkrankungen:* Im Angebot *EX-IN* bildet diese Finanzierungsquelle die Hauptquelle. Die Stiftung Pro Mente Sana konnte im Jahr 2015 einen Leistungsvertrag mit dem BSV abschliessen, mit dem 65% der Kosten gedeckt werden. Die Interviewpartner stufen diese Quelle als verlässlich ein, wenn der Zugang einmal gegeben ist.

Weiter kann auch die *gemeinschaftliche Selbsthilfe* von den Finanzhilfen des BSV profitieren. Gemäss dem Experteninterview mit Selbsthilfe Schweiz handelt es sich um einen eher bescheidenen Beitrag, da nur 40% der regionalen Selbsthilfegruppen IV-relevant sind.¹⁹ Hingegen finanziert sich die Dachorganisation Selbsthilfeschweiz grösstenteils über die Finanzhilfen des BSV.

Verschiedene Interviewpartner, u.a. aus den Fallstudien, weisen auf das relativ aufwendige Vertragsmanagement des BSV im Rahmen der Finanzhilfen hin. Dies stellt insbesondere für kleinere Organisationen eine Hürde dar. Gemäss BSV wurden bereits Bemühungen unternommen, den Aufwand für das Vertrags- und Reportingverfahren mit dem neuen Kreisschreiben (In Kraft seit Anfang 2020) so weit wie möglich zu reduzieren.

¹⁹ Die Finanzhilfen decken jedoch weniger als 40% der Kosten.

Box 4: Zusatzinformationen aus dem Experteninterview mit dem BSV

Gemäss dem Experteninterview mit dem BSV entspricht die Selbstmanagement-Förderung von chronisch kranken Personen im Grundsatz den Zielen der Finanzhilfen an Organisationen der privaten Invalidenhilfe basierend auf Art. 74 IVG. Das Selbstmanagement der Betroffenen wird als eine von mehreren Grundvoraussetzungen für die soziale Re-/Integration von Personen mit Behinderungen gesehen und unterstützt die Behindertenpolitik des Bundesrates. Im Rahmen der derzeit laufenden Überarbeitung der Gesetzesvorlage der IV (Weiterentwicklung IV) ist angedacht, die Prioritätenordnung von Art. 74 IVG anzupassen und die mit Mitteln der IV subventionierten Leistungen der privaten Behindertenorganisationen verstärkt auf inklusive Angebote und Befähigung der Klienten auszurichten (Empowerment). Gemäss Auskunft des befragten Experten ist beabsichtigt, in Zukunft Angebote für psychisch Erkrankte vergleichsweise höher zu priorisieren. Diese Zielgruppe steht einerseits stark im Fokus der Gesetzesvorlage Weiterentwicklung IV. Andererseits zeigt eine im 2016 durchgeführte Bedarfs- und Angebotsanalyse im Rahmen des Forschungsprogrammes IV, dass bei den durch die Finanzhilfen unterstützten Angeboten bei dieser Zielgruppe ein erhöhter ungedeckter Bedarf bestehe (Bolliger et al. 2016). Die Subventionskriterien für die Finanzhilfen an Organisationen der privaten Invalidenhilfe gemäss Art. 74 IVG sind im Kreisschreiben (KSBOB)^[1] festgehalten. Daraus ergeben sich folgende Rahmenbedingungen:

- Die Angebote richten sich an Personen mit einer oder mehreren IV-Massnahmen.
- Die Organisationen müssen national oder sprachregional tätig sein und in einem wesentlichen Umfang Leistungen für die Zielgruppen erbringen. Die Leistungen werden maximal bis zu 80 % der anrechenbaren Gesamtkosten subventioniert.
- Basierend auf Art. 108quater IVV stehen keine zusätzlichen Mittel für neue oder erweiterte Leistungen zur Verfügung, weshalb derzeit auch keine Verträge mit neuen Organisationen abgeschlossen werden können (Anmerkung: Gemäss BSV ist derzeit in Diskussion, diese Bedingung im Rahmen der Weiterentwicklung der IV aufzulösen).
- Über Finanzhilfen Art. 74 IVG werden keine Therapien im engeren Sinne finanziert. Aufgrund der bei einigen privaten Behindertenorganisationen gegebenen Nähe zu Therapien können derzeit unbewirtschaftete Nahtstellen (potenzielle Überschneidungen) zwischen den subventionierten Leistungen durch Art. 74 IVG und der OKP.^[2] bestehen.

^[1] <https://sozialversicherungen.admin.ch/de/f/5659>

Das Kreisschreiben wurde auf Anfang 2019 in einem partizipativen Prozess zwischen Vertreter/innen der privaten Behindertenhilfe dem BSV voll überarbeitet.

Fazit/Lernerfahrungen Finanzhilfen BSV

- Die Finanzierungsquelle Invalidenversicherung (Art. 74 IVG) kann als relativ nachhaltig eingestuft werden. Es handelt sich um eine Objektfinanzierung, die an Teilnehmerzahlen gebunden ist.
- Die Invalidenversicherung greift zum Teil dort, wo die Finanzierung über die Grundversicherung OKP aufhört (Angebote ohne medizinische Inhalte oder Angebote von nicht im KVG anerkannten Leistungserbringern). Dennoch verbleiben Lücken bzw. Unschärfen zwischen diesen beiden Finanzierungsquellen.
- Der Zugang zu dieser Finanzierungsquelle ist durch ein Gesamtbudget eingeschränkt. Zudem stellen gewisse Subventionskriterien eine Barriere für Anbieter der Selbstmanagement-Förderung dar. Anbieter, die noch keine Finanzierung aus dieser Quelle erhalten haben und/oder nicht national oder sprachregional ausgerichtet sind, erfüllen die Kriterien derzeit nicht.

2.3.4. Kantone

Eine Finanzierung über Kantone kommt bei einzelnen Angeboten in den vier Strängen somatische Erkrankungen, psychische Erkrankungen, Sucht und krankheitsübergreifende Angebote zum Tragen. Massgeblich ist diese Finanzierungsquelle nur im Strang Sucht und im Strang gemeinschaftliche Selbsthilfe – jedoch nicht beim betrachteten Fallbeispiel der Selbsthilfeangebote der Krebsliga Zentralschweiz.

- *Strang Sucht:* Das Angebot *SafeZone.ch* ist mehrheitlich durch die Kantone finanziert. Die Finanzierung erfolgt in den meisten Fällen im Rahmen von Leistungsverträgen und ist somit dauerhafter Natur.²⁰ Nur in einigen Fällen ist gemäss Auskünften des Interviewpartners das Angebot nicht in die Leistungsverträge der kantonalen Suchtberatung integriert, sondern wird über kantonale Fonds oder den Alkoholzehntel finanziert. In diesen Fällen sei die Finanzierung schwieriger, weil jedes Jahr ein Gesuch eingereicht werden muss. Küenzi et al. (2019) haben den Ist-Zustand der Finanzierung der Suchthilfe in einer Studie untersucht. Daraus geht hervor, dass die meisten Kantone eine Finanzierung für Bereiche der Suchthilfe leisten, in die auch die Selbstmanagement-Förderung fällt (Ambulante Suchtberatung/-prävention/-behandlung im Nicht-KVG-Bereich oder Bereich der Mischfinanzierung KVG und Nicht-KVG). Es werden in diesen Bereichen aber auch Schwierigkeiten und Lücken hinsichtlich der Leistungsvergütung und Kostendeckung geortet. Inwieweit dies konkret Angebote der Selbstmanagement-Förderung betrifft, ist nicht bekannt.
- *Strang gemeinschaftliche Selbsthilfe:* Beim betrachteten Fallbeispiel (Selbsthilfeangebote Krebsliga Zentralschweiz) wurde kein Antrag auf eine finanzielle Unterstützung durch die

²⁰ Auch gemäss Auskünften des BAG erhalten Organisationen im Suchtbereich von den Kantonen teilweise grosse Leistungsaufträge für vier Jahre, welche in der Regel verlängert werden.

Kantone gestellt. Bei den meisten Selbsthilfeangeboten in der Schweiz macht die Finanzierung von Kantonen (und Gemeinden) jedoch einen wichtigen Teil aus. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK und die Sozialdirektorenkonferenz (SODK) richteten gemäss einer Studie von Selbsthilfe Schweiz (Wyss 2018) mehrere Empfehlungsschreiben an die Kantone zur Unterstützung von Selbsthilfe Schweiz. Diesen Empfehlungen folgten 20 von 26 Kantonen im Jahr 2017. Die Finanzierung basiert bei den Kantonen auf verschiedenen rechtlichen Grundlagen. Bei den meisten Kantonen muss die Finanzierung jährlich neu beantragt werden (Wyss 2018). Daraus mangelt es laut Selbsthilfe Schweiz an Planungssicherheit für die Anbieter. Zudem seien die regionalen Stellen von Budgetkürzungen betroffen. Gemäss Auskünften von Selbsthilfe Schweiz beträgt der Finanzierungsanteil der Kantone 75% bei den regionalen Selbsthilfezentren. Dies mache einen Gesamtbetrag von CHF 125'000 aus, was nicht ausreichend sei.

- *Stränge somatische Erkrankungen und krankheitsübergreifende Angebote:* Bei den Angeboten *Evivo* und *DIAfit* leisten einzelne Kantone Finanzierungsbeiträge (vgl. Steckbriefe, Kap. 6). Ein positives Beispiel ist der Kanton Waadt, der im Rahmen seines kantonalen Diabetesprogramms²¹ Unterstützungsbeiträge an beide genannten Programme leistet.
- *Strang psychische Erkrankungen:* Beim Programm *ASSIP* beteiligen sich einzelne Kantone an den Kosten von *ASSIP*, da die Finanzierung über die OKP (TARMED-Tarife) nicht kostendeckend ist. Dies erfolgt über die Finanzierung von GWL und/oder Leistungsvereinbarungen mit den anbietenden Kliniken (Fringer Schai und Ruflin 2019). Positiv hervorzuheben ist der Kanton Zürich, der die Kosten als Pilot für 4 Jahre übernimmt.

Box 5: Zusatzinformationen aus dem Experteninterview mit dem Kanton Waadt (VD)

Der Kanton VD gehört im Bereich Selbstmanagement-Förderung zu einem der engagiertesten Kantone. Nach Einschätzung der Interviewpartner/innen steht das Thema generell nicht im Hauptfokus der Kantone, u.a. weil es an der Schnittstelle von Prävention und Versorgung und damit zwischen verschiedenen Finanzierungssystemen verhaftet ist. Die Wahrnehmung für das Potenzial von Selbstmanagement-Förderung habe bei den Kantonen zwar zugenommen. Derzeit seien spezifische Massnahmen in diesem Bereich aber eher noch in der Entwicklungsphase.

Eine Hauptvoraussetzung für ein Engagement der Kantone in der Selbstmanagement-Förderung ist aus Sicht der Befragten der politische Wille. Daneben brauche es finanzielle und personelle Ressourcen, ein entsprechendes Programm zu lancieren bzw. zu unterstützen. Die Kantone müssten vor allem auch kantonseigene Ressourcen mobilisieren. Die verschiedenen zweckgebundenen Fonds, zu denen die Kantone Zugang haben (vgl. Kapitel 2.1.2) sind gemäss

²¹ Programme cantonal Diabète: <https://www.diabetevaudo.ch/qui-sommes-nous/pcd/>.

den Interviewpartner/innen zum Teil nur beschränkt nutzbar für Angebote der Selbstmanagement-Förderung.

Fazit/Lernerfahrungen

- Die Kantone spielen zum Teil eine bedeutende Rolle für die nachhaltige Finanzierung von Leistungen der Selbstmanagement-Förderung, die nicht in den KVG-Bereich fallen. Dies ist vor allem im Strang Sucht der Fall, für den auf übergeordneter Ebene ein Engagement der Kantone vorgegeben ist (vgl. Kapitel 2.1.3). Auf dieser Basis leisten die Kantone mehrheitlich Objektfinanzierungen, wobei es Hinweise gibt, dass die Finanzierung nicht immer kostendeckend ist.
- In der gemeinschaftlich Selbsthilfeförderung ist eine (relativ) dauerhafte – wenn auch als zu gering bezeichnete – Finanzierung dank Empfehlungen der GDK bzw. SODK möglich. Einige Kantone sind zu einem Engagement in diesem Bereich durch kantonale Gesundheitsgesetze oder Verankerung in der kantonalen Verfassung verpflichtet.
- An weiteren Angeboten in anderen Strängen beteiligen sich die Kantone nur punktuell z.B. im Rahmen von kantonalen Programmen im Bereich der Versorgung von chronischen Erkrankungen (z.B. Diabetesprogramm Kanton VD).
- Die Möglichkeit einer Finanzierung von Angeboten im stationären Bereich oder an der Schnittstelle zum ambulanten Bereich (z.B. *ASSIP*), sind von den jeweiligen kantonalen Rechtsgrundlagen abhängig. Gemäss Fringer Schai und Ruflin (2019) werden auf Ebene von Leistungsvereinbarungen und GWL finanzielle Abgeltungen von Modellprojekten und anderen innovativen Angeboten zwischen den Gesundheitsdepartementen und Leistungserbringern verhandelt.
- In Partnerschaft mit anderen Akteuren können die Kantone Anträge an Gesundheitsförderung Schweiz bei der PGV-Projektförderung einreichen. Die Beiträge aus der Projektförderung sind jedoch zeitlich befristet und somit nicht für eine nachhaltige Finanzierung geeignet. Im Rahmen der Kantonalen Aktionsprogramme (KAP) werden keine Angebote zur Selbstmanagement-Förderung von chronisch kranken Personen unterstützt.

2.3.5. Weitere Finanzierungsquellen

Freiwillige Zusatzversicherungen

Zusatzversicherungen bilden bei den zehn Fallbeispielen nur in den Strängen somatische Erkrankungen und krankheitsübergreifende Angebote eine Finanzierungsquelle. Im Angebot *DIA-*

fit erkennen zwei Zusatzversicherer das Langzeitprogramm an und übernehmen teils oder gesamthaft den Teilnehmerbeitrag. Das Angebot *CARE4CARDIO* wird von zwei Krankenversicherern dessen Zusatzversicherten angeboten und voll über die Eigenmittel der Zusatzversicherung finanziert. Voraussetzung ist u.a., dass die Versicherten sowohl in der Grund- als auch in der Zusatzversicherung dem jeweiligen Versicherer angeschlossen sind. Im Angebot *Besser leben mit COPD* wurden Angebote zur Mitfinanzierung von einzelnen Zusatzversicherern aus Sorge um die Chancengleichheit verworfen, da Teilnehmende ohne Zusatzversicherung das Angebot aus der eigenen Tasche hätten bezahlen müssen.²² Beim krankheitsübergreifenden Angebot *Evivo* erhalten Teilnehmende die Teilnehmerbeiträge durch die Zusatzversicherung zurückerstattet. Allerdings konnte das Angebot erst einzelne Zusatzversicherungen gewinnen. Zudem haben viele chronisch Kranke keine Zusatzversicherung, auch weil bei vorbestehender Erkrankung eine solche in der Regel nicht mehr abgeschlossen werden kann.

Box 6: Zusatzinformationen aus dem Experteninterview mit der Krankenversicherung Swica

Gemäss SWICA haben die Krankenversicherer lediglich über die Zusatzversicherungen die direkte Möglichkeit, Angebote der Selbstmanagement-Förderung zu finanzieren, sofern es sich nicht um Pflichtleistungen der OKP handelt. SWICA leistet Beiträge an die Teilnahmekosten von Angeboten der Selbstmanagement-Förderung. Gemäss den Erfahrungen von SWICA nehmen meist gesündere Personen Programme/Angebote zur Förderung der Gesundheit in Anspruch.

Leistungserbringer als Partner

Drei Angebote aus verschiedenen Strängen haben Partnerschaften mit Leistungserbringern geschlossen, die ihnen die Leistungen entweder abkaufen (*Symptom Navi* und *Evivo*) oder gewisse Aufwände übernehmen (*EX-IN*). Bei den Angeboten *Symptom Navi* und *Evivo* müssen die Partner das Angebot wiederum über andere Finanzierungsquellen wie Teilnehmerbeiträge, Eigenmittel oder Fallpauschalen im Rahmen der OKP finanzieren.

Wirtschaft/Arbeitgeber

Finanzierungen über privatwirtschaftliche Unternehmen bzw. Arbeitgeber kommen gemäss den Fallbeispielen nur sehr vereinzelt zum Tragen. Ein Beispiel ist das Angebot *DIAfit* des Strangs somatische Erkrankungen, wo mehrere Pharmaunternehmen zur Finanzierung der Kosten des Trägervereins gewonnen werden konnten. Gemäss der Interviewpartnerin gestaltete es sich als relativ problemlos, die Unternehmen zu gewinnen, da private Kontakte genutzt werden

²² Gemäss einer grossen Krankenversicherung hätte diese es auch nicht akzeptiert, wenn die Lungenliga Schweiz diese Kosten für Personen ohne Zusatzversicherung übernommen hätte.

konnten und mehrere Unternehmen Interesse haben, Projekte im Bereich Diabetes zu unterstützen. Der Verein geht davon aus, dass diese Finanzierung trotz Jahresverträgen relativ nachhaltig ist. Im Beispiel *CARE4CARDIO* erfolgt ein eher indirekter Finanzierungsbeitrag von einem Pharmaunternehmen, das eine koordinierende Rolle zwischen den Krankenversicherern einnimmt. Einen interessanten Ansatz verfolgt das Angebot *Evivo* (Strang krankheitsübergreifende Angebote), das Arbeitgebern, Lebensversicherungsgesellschaften und Pensionskassen Gutscheine verkauft, die diese interessierten Mitarbeitenden resp. Versicherten anbieten. Laut Interviewaussagen ist es bisher gelungen, Gutscheine an einzelne grosse Unternehmen und Pensionskassen zu verkaufen.

Box 7: Weiterführende Informationen aus dem Experteninterviews mit Novartis

Novartis bietet seinen Mitarbeitenden das Programm *Migraine@Work* (vgl. unten) an. Eine Motivation für das Unternehmen war, eine «Caring Culture» zu leben und Produktivitätsbeeinträchtigung abzufangen. Als Pharma-Unternehmen sei man sensibilisiert für das Thema Migräne. Migränefälle verursachten bei Novartis Kosten in der Höhe von 2% der Lohnsumme. Eine weitere Motivation für Novartis war, ein attraktiver Arbeitgeber zu sein. Es sei gut denkbar, dass für Arbeitnehmer in 10-20 Jahren solche Angebote bei der Wahl ihres Arbeitgebers eine Rolle spielen.

Nach Einschätzung des Interviewpartners bestehen folgende Hindernisse für eine (stärkere) Unterstützung von Angeboten der Selbstmanagement-Förderung von Seiten der Unternehmen/Arbeitgeber:

- Das Bewusstsein vor allem für NCD-Themen und Sucht und für die Bedeutung der Selbstmanagement-Förderung ist bei den Arbeitgebern insgesamt noch wenig ausgeprägt.
- Wenn die Kosten-Effizienz der Angebote fraglich oder nicht erwiesen ist, greifen Unternehmen lieber zu günstigen Flyern, als teure Selbstmanagementprogramme zu unterstützen.
- Kurzfristige Budgetierungsprozesse für Personalausgaben stellen bei den Unternehmen ein weiteres Problem dar. Bei Novartis, z.B., müssen die Ressourcen für das Angebot *Migraine@Work* jedes Jahr neu beantragt und bewilligt werden.

Angebot *Migraine@Work*²³:

Das Programm *Migraine@Work* wurde von Novartis zusammen mit dem Leistungserbringer Medgate und mit Neurologen entwickelt. Die Mitarbeitenden wurden mittels Awareness-Kampagnen auf das Programm aufmerksam gemacht. Sie können sich anonym anmelden und gratis

²³ Dieses Angebot wurde in der vorliegenden Studie nicht vertiefter als Fallbeispiel analysiert, da es noch zu wenig etabliert ist und dadurch nicht den Selektionskriterien entsprach. Es ist aber das einzige Angebot eines Arbeitgebers, das uns bekannt ist. Für weitere Informationen zu dem Angebot, siehe: https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/6-ueber-uns/agenda/fruehstueckstreffen/2019-05-09/02_Novartis_Migraine_Care_Program_Promotion_Sante_2019-05.pdf.

teilnehmen. Teilnehmende werden sechs Monate lang durch einen Coach und die App «Migraine Buddy» begleitet. Die Coaches sind speziell durch Medgate ausgebildet. Das Programm besteht aus einer Anamnese, einem ersten Coaching-Telefonat und Teledoktor-Telefonat, fortlaufenden Coaching-Einheiten, die individuell zusammengestellt werden, und einem Schluss-Telefonat. In einer noch unveröffentlichten Studie kommt Novartis bezüglich der Kosteneffizienz zu positiven Ergebnissen.

Private Stiftungen

Während verschiedene Angebote für die Entwicklungsphase Finanzierungen von privaten Stiftungen erschliessen konnten (vgl. Kapitel 2.2.1), kommt eine Finanzierung des Regelbetriebs durch Stiftungen sehr selten vor. Bei mehreren Angeboten wurde versucht, Stiftungen für Beiträge an die Angebote zu gewinnen. Dies gestaltete sich bei zwei Angeboten als schwierig:

- Beim Angebot *Besser leben mit COPD* wurde die Suche als «harzig» beschrieben, obwohl es auf eine professionelle Abteilung «Fundraising» der Lungenliga zurückgreifen konnte.²⁴
- Im krankheitsübergreifenden Angebot *EVIVO* resultierte aus intensiven Bemühungen, Stiftungsgelder zu akquirieren ein negatives Aufwand-Ertrags-Verhältnis.

Beiträge Betroffene/Angehörige

Bei fast allen betrachteten Fallbeispielen leisten die Betroffenen/Angehörigen einen Eigenbeitrag. Zwei Ausnahmen bilden die *Selbsthilfeangebote der Krebsliga Zentralschweiz* und das Angebot *SAfeZone.ch*. Bei den vier Angeboten, die sich u.a. über die OKP finanzieren (je zwei in den Strängen somatische Erkrankungen und psychische Erkrankungen), besteht der Eigenbeitrag aus dem Selbstbehalt und der Franchise. Im Angebot *CARE4CARDIO* besteht der Eigenbeitrag aus den Prämien der Zusatzversicherung.

Bei den Angeboten *DIAfit*, *Besser leben mit COPD* und *Evivo* zahlen die Teilnehmenden einen Beitrag an die Programme (CHF 50 resp. CHF 120 und CHF 100). Der Interviewpartner des Angebots *Besser leben mit COPD* berichtet, dass der Beitrag aufgrund von Rückmeldungen der Durchführenden und sogar der Betroffenen von ursprünglich CHF 50 mehr als verdoppelt worden sei. Von mehreren Interviewpartnern wird darauf hingewiesen, dass ein gewisser Eigenbeitrag die Wertschätzung und Compliance der Teilnehmenden erhöht. Den höchsten Eigenbeitrag leisten Teilnehmende des Weiterbildungsprogramms *EX-IN* (CHF 5'000 resp. 3'500 reduzierter Tarif).

²⁴ Allerdings erhält das Angebot substanzielle Finanzierung aus der PGV-Projektförderung, welche von der Stiftung GF-CH zusammen mit dem BAG geleitet wird. Die finanziellen Mittel von GF-CH werden jedoch nicht wie bei anderen Stiftungen aus privaten Quellen akquiriert (vgl. Kapitel 2.1.2)

Fazit/Lernerfahrungen zu den weiteren Finanzierungsquellen

- Bei der *Zusatzversicherung* handelt es sich zwar prinzipiell um eine dauerhafte Finanzierungslösung. Da die Beiträge aber subjektbezogen sind, ist der Zugang zum Angebot nur für Zusatzversicherte gegeben und die Chancengleichheit somit eingeschränkt. Eine Problematik ist, dass viele chronisch Kranke keine Zusatzversicherung besitzen und ihnen der Zugang hierzu verwehrt werden kann. Um Finanzierungsbeiträge von Zusatzversicherungen zu erhalten, müssen die Projektträger ihre Angebote bei den Versicherungen einzeln anerkennen lassen.
- Bei den Angeboten, die auf *Partner* zur Finanzierung zurückgreifen, handelt es sich um eine gemischte Finanzierung, da die Partner wiederum verschiedene Finanzierungsquellen mobilisieren. Da mit den Partnern meist befristete Verträge eingegangen werden, ist die Nachhaltigkeit dieser Finanzierungslösung je nach Partner und dessen Finanzierungsmöglichkeiten eingeschränkt. Zudem gestaltet sich die Partnersuche gemäss Erfahrungen als aufwändig. Erschwerend ist auch der Föderalismus, bzw. dass häufig auf die kantonalen Organisationen als Partner zugegangen werden muss.
- *Unternehmen bzw. Arbeitgeber* spielen (noch) eine untergeordnete Rolle bei der Finanzierung von Angeboten der Selbstmanagement-Förderung. Sie werden als mögliche Finanzierungsquellen selten in Betracht gezogen. Potenzial scheint generell vorhanden zu sein, insbesondere wenn das Gesundheitsproblem in relevantem Ausmass zu krankheitsbedingten Abwesenheiten führt und die Wirksamkeit des Angebots nachgewiesen ist.
- Die Finanzierungsquelle *private Stiftungen* ist wenig vielversprechend für die generelle Objektfinanzierung des Regelbetriebs, sondern eher für Beiträge zur Entwicklung und Aufbau von Angeboten oder kleinen Teilprojekten im Rahmen des Angebots.

2.4. Regionale Unterschiede und Chancengleichheit

2.4.1. Regionale und kantonale Unterschiede

Aus den durchgeführten Fallstudien und weiteren Interviews lassen sich keine auffälligen Unterschiede der Finanzierung von Angeboten zur Selbstmanagement-Förderung zwischen den Sprachregionen der Schweiz feststellen. Die Fallstudien und Informationen von weiteren Befragten geben jedoch Hinweise auf gewisse kantonale Unterschiede in der Finanzierung der Selbstmanagement-Förderung in der Schweiz.

Ausgeschlossen sind regionale Unterschiede bei den zwei wichtigen Finanzierungsquellen OKP und Finanzhilfen nach Art. 74 IVG, da diese national geregelt sind. Ein Subventionskriterium der Finanzhilfen über Art. 74 IVG ist, dass die Angebote national oder sprachregional verbreitet sein müssen (vgl. Kapitel 2.3.3). In Fällen, wo die kantonale Finanzierung eine grössere Rolle

spielt, können sich jedoch regionale Unterschiede ergeben. Dies betrifft insbesondere die Angebote in den Strängen Sucht, gemeinschaftliche Selbsthilfe und zum Teil den Strang somatische Erkrankungen (vgl. auch Ausführungen in Kapitel 2.3.4):

- *Strang Sucht*: Hier ist die Finanzierung stark kantonal geprägt und somit von Kanton zu Kanton unterschiedlich. Gemäss Expertenaussage arbeiten die Kantone in diesem Bereich auch wenig überregional zusammen. Kleine Kantone mit wenig Einwohner/innen würden sich daher mit einem finanziellen Engagement im Suchtbereich stärker zurückhalten. Die Ist-Analyse zur Finanzierung der Suchthilfe (Künzi et al. 2019) zeigt, dass im Nicht-KVG-Bereich der Suchthilfe die Finanzierung seitens Kantone (und Gemeinden) unterschiedlich und zum Teil nicht kostendeckend ist.
- *Strang gemeinschaftliche Selbsthilfe*: Die gemeinschaftliche Selbsthilfe wird nicht von allen Kantonen (20 von 26) mitfinanziert. Aufgrund der Empfehlungen der GDK und der SODK, die Beiträge nach einem Einwohnerschlüssel zu bemessen, dürfte die Höhe der Finanzierung pro Einwohner nicht sehr stark variieren.
- *Stränge somatische und psychische Erkrankungen*: In diesen Strängen spielt die kantonale Finanzierung eine untergeordnete Rolle und nur einzelne Kantone leisten punktuelle Beiträge. Allerdings leisten die Kantone auch Beiträge an die regionalen Gesundheitsligen und ihre Dachorganisationen (vgl. Kapitel 2.1.3), welche wiederum Angebote der Selbstmanagement-Förderung bereitstellen. Inwieweit diese Beiträge bei den verschiedenen Gesundheitsligen variieren, konnte nicht untersucht werden.

Weitere kantonale Unterschiede könnten sich bei der Finanzierung von Angeboten der Selbstmanagement-Förderung im Spital-/Klinikbereich ergeben. Hier finanzieren die Kantone im Rahmen von Leistungsvereinbarungen oder GWL teils spezielle Angebote mit Bezug zu Selbstmanagement-Förderung (z.B. Angebot *ASSIP*). Nicht vertieft untersucht werden konnte, inwieweit solche Leistungsvereinbarungen verbreitet sind.

2.4.2. Chancengleichheit²⁵

Personen, die in finanzieller Unsicherheit leben, sind überdurchschnittlich häufig chronisch oder psychisch krank oder haben ein Suchtproblem (vgl. z.B. Schnyder-Walser et al. 2017). Eigenbeiträge an Angebote der Selbstmanagement-Förderung können daher für Betroffene/Angehörige eine Zugangsbarriere darstellen. Teilweise werden Eigenbeiträge von Zusatzversicherungen übernommen, zu denen allerdings nicht alle Personen Zugang haben.

²⁵ In der Praxis wird auch synonym von «Chancengerechtigkeit» gesprochen. Für diesen Bericht lehnen wir uns an den Sprachgebrauch des BAGs an und verwenden den Begriff «Chancengleichheit», welcher die Zielsetzung vorgibt.

Good-Practice-Beispiele

In fast allen betrachteten Fallbeispielen wird von den Betroffenen/Angehörigen ein Eigenbeitrag verlangt (vgl. Kapitel 3.3.9). Die meisten Anbieter haben aber explizite Ausnahmeregelungen bzw. finanzielle Lösungen vorgesehen für Betroffene/Angehörige, die sich den Eigenbeitrag nicht leisten können. Good-Practice-Beispiele sind:

- *SafeZone.ch*, gemeinschaftliche Selbsthilfe generell und Selbsthilfegruppen der Krebsliga Zentralschweiz: Diese Angebote sind für die Betroffenen/ Angehörigen kostenlos.
- *DIAfit*: Niederschwelliger Härtefallfonds von Diabetesschweiz.
- *EX-IN*: Das Angebot ist sehr niederschwellig (gestaffelte Kostenbeteiligung und Unterstützungsangebot für Personen, welche auch die reduzierten Gebühren nicht bezahlen können).
- *Besser leben mit COPD*: Fonds der kantonalen Lungenligen, allerdings nicht in jedem Kanton. Betroffene/Angehörige in Kantonen ohne Fonds werden an die öffentlichen Institutionen, z.B. die kommunale Sozialberatung verwiesen.
- *Evivo*: Einzelne durchführende Partnerorganisationen bieten Gutscheine, mit denen die Teilnahmegebühren reduziert sind. Auch werden Gutscheine über Unternehmen und Pensionskassen gekauft und an Betroffene abgegeben.

Zu erwähnen im Zusammenhang mit der Chancengleichheit sind auch die bestehenden bedarfsabhängigen Leistungen (Ergänzungsleistungen zur IV und zur AHV sowie die individuelle Sozialhilfe), welche Krankheitskosten übernehmen, wenn die eigenen finanziellen Ressourcen nicht mehr ausreichen.

Schwierigkeiten

- Eine Schwierigkeit in Bezug auf die Chancengleichheit stellen Angebot dar, die über die Zusatzversicherung (mit-)finanziert werden. Im Fallbeispiel *CARE4CARDIO* können nur Betroffene mit Zusatzversicherung von dem Angebot profitieren. Die Bedingung einer Zusatzversicherung stellt speziell für ältere Menschen und Menschen mit chronischen Krankheiten und Suchtproblemen eine wichtige Zugangsbarriere dar, da diese aufgrund ihrer erhöhten Krankheitsrisiken von den Zusatzversicherern abgelehnt werden können (vgl. Kapitel 2.1.1).
- In Bezug auf die erwähnten bedarfsabhängigen Leistungen zeigen Künzi et al. (2019), dass einige Kantone oder Gemeinden von (ehemaligen) Sozialhilfebeziehenden und IV-EL-Beziehenden für bei der Suchthilfe entstandene Kosten zurückfordern.
- Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich durch die oben erwähnten Ausnahmeregelungen und gestaffelten Teilnehmerbeiträge. Diese können im Konflikt stehen mit der nachhaltigen Finanzierung der Angebote.

Weitere Aspekte in Bezug auf Chancengleichheit werden im Kapitel 3.7. diskutiert.

3. Qualität in Angeboten zur Selbstmanagement-Förderung

Box 8: Arbeitsdefinitionen für die wichtigsten im Kapitel verwendeten Begriffe²⁶:

Qualitätsmanagement: Qualitätsmanagement ist ein systematischer Ansatz zur Herstellung von Qualität. Das Qualitätsmanagement bezeichnet sämtliche Maßnahmen organisatorischer Art, die zum Ziel haben, die Qualität von Angeboten, Prozessen und Produkten zu verbessern. Ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem hilft außerdem dabei, Verbesserungspotenziale zu identifizieren und im Zuge dessen die Produkt- und Dienstleistungsqualität zu erhöhen.

Qualitätssicherung: Die Qualitätssicherung gewährleistet, dass die Vorgaben des Qualitätsmanagements eingehalten und korrekt umgesetzt werden (identifiziert und beseitigt potenziell negative Einflüsse auf die Qualität). Im Gegensatz zur Qualitätskontrolle, bei der die Qualität des Produkts im Mittelpunkt steht, werden bei der Qualitätssicherung *alle Tätigkeiten und Abläufe* in den Blick genommen und dahingehend geprüft, inwiefern sie den selbstgesetzten Qualitätszielen entsprechen. Die produktbezogene Qualitätskontrolle und die prozessorientierte Qualitätssicherung sind Unter Aspekte des Qualitätsmanagements.

Qualitätsstandards: Bei der Qualitätsplanung werden Qualitätsstandards durch die Verantwortlichen definiert. Es wird festgelegt, welche Kriterien und Anforderungen das Angebot/Produkt erfüllen soll. Qualität wird an Hand von Kriterien gemessen.

Qualitätskriterien: sind Eigenschaften für die Bewertung der Qualität der Leistungserbringung bei einzelnen Versorgungsaspekten, deren Erfüllung typischerweise bei einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung erwartet wird.

Qualitätsindikatoren: sind Masse, deren Ausprägung eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität von Strukturen, Prozessen und/oder Ergebnissen der Versorgung ermöglichen sollen. Qualitätsindikatoren sind Hilfsgrößen, die die Qualität einer Einheit durch Zahlen bzw. Zahlenverhältnisse indirekt abbilden. Man könnte sie auch als auf Qualität bezogene Kennzahlen bezeichnen.

3.1. Einleitung

Die Literaturanalyse zum Themenbereich Qualität ergab, dass zu den Themen Qualitätsmanagement (QM) und Qualitätssicherung von Angeboten zur Selbstmanagement-Förderung bisher wenig publiziert wurde. Dies gilt international, vor allem aber auch für die Schweiz. Dies bedeutet aber nicht, dass Qualitätsmanagement im Bereich der Selbstmanagement-Förderung in der Schweiz kein Thema wäre. In der Praxis laufen intensive Bemühungen, die Qualität der

²⁶ Quelle Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung: angepasst aus [Link](#) ; Qualitätsstandards: angepasst aus [Link](#); Qualitätskriterien und -indikatoren: angepasst aus [Link](#); weitere Begriffe werden im Kapitel bei ihrer erstmaligen Verwendung in Fussnoten definiert.

Angebote zur Selbstmanagement-Förderung zu optimieren. In vielen der analysierten Fallbeispielen existieren solide QM-Systeme. Allerdings lässt dieses Resultat keine verallgemeinernden Schlüsse auf *alle* Angebote zur Selbstmanagement-Förderung in der Schweiz zu. Es handelt sich um einen Verzerrungseffekt, da neben einer nachhaltigen Finanzierung ein etabliertes QM zu den Selektionskriterien für die Fallbeispiele gehörte.

Die Stärkung der Qualität hat im schweizerischen Gesundheitswesen seit einigen Jahren einen hohen Stellenwert. Auf Ebene des Bundes²⁷ und der Kantone, der Fachgesellschaften²⁸ und der Leistungserbringer laufen intensive Bestrebungen, entsprechende Lücken und Schwächen im System mit geeigneten Massnahmen anzugehen. Dennoch zeigt der im November 2019 publizierte Nationale Qualitätsbericht²⁹ auch weiterhin grosses Verbesserungspotential im schweizerischen Gesundheitswesen. Die im Folgenden präsentierten Ergebnisse sind im Kontext von Entwicklungen im Versorgungswesen zu verstehen, die weit über den Bereich der Selbstmanagement-Förderung hinausgehen.

3.2. Überblick Qualitätsmassnahmen im Bereich Selbstmanagement-Förderung

In den analysierten Fallbeispielen und in der Literatur wird eine breite Palette von Elementen zum Qualitätsmanagement der Angebote zur Selbstmanagement-Förderung beschrieben.

Wichtigste QM-Elemente für Angebote zur Selbstmanagement-Förderung:

- Aus-, Weiter- und Fortbildung
- Guidelines/Leitfäden
- Supervision³⁰
- Kollegiale Aktivitäten (Qualitätszirkel³¹, Intervision, Coaching, kollegiale Beratung etc.)
- Feedback-Befragungen (Nutzer/innen und Personal)
- Definiertes QM-System, Q-Standards und Kriterien
- Q-Label/Zertifikat

²⁷ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/netzwerk-qualitaet-gesundheitsversorgung.html>; Änderung KVG vom 21.6.2019; <https://www.parlament.ch/centers/e-parl/curia/2015/20150083/Schlussabstimmungstext%201%20SN%20D.pdf>.

²⁸ Siehe z.B. Artikel MEDINSIDE vom 22.8.2019 «[Ärzte in der Schweiz engagieren sich mehr und mehr für Qualität](#)», gestützt auf aktuelle Erhebung der SAQM.

²⁹ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/news/news-08-11-2019.html>

³⁰ Supervision bietet Unterstützung an bei der Bewältigung beruflicher Aufgaben, der Reflexion beruflichen Handelns und der Weiterentwicklung der fachlichen und psychosozialen Kompetenzen. [bso.ch](https://www.bso.ch).

³¹ Qualitätszirkel sind Kleingruppen, die auf freiwilliger Basis selbst gewählte Themen auf der Grundlage der Erfahrungen der Teilnehmer analysieren und mit Hilfe verschiedener Verfahren Lösungsvorschläge erarbeiten sowie deren Umsetzung erneut evaluieren und reflektieren. Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in [Link](#).

Die Fallbeschriebe im Kapitel 6 zeigen auf, welche Elemente in den jeweiligen Fallbeispielen bereits zur Anwendung kommen. Tabelle 1 präsentiert eine Übersicht für die zehn analysierten Good-Practice-Fallbeispiele. Neben den klassischen Qualitätsaktivitäten werden weitere für den Bereich Selbstmanagement-Förderung zentrale Qualitätsfaktoren aufgezeigt. Ausführungen zu diesen Faktoren finden sich in den Kapiteln 3.4 bis 3.7. Die Einstufung der Fallbeispiele wurde durch die Autorinnen aufgrund der zu den jeweiligen Angeboten vorliegenden Informationen vorgenommen.

Tabelle 1: QM-Aktivitäten und Qualitätsfaktoren in den analysierten Good-Practice-Fallbeispielen

Element QM ³²	Verteilung Fallbeispiele, Stand 2019 ^{33, 34} (in %)			
	Nicht existent bis +	++	+++	Informationen liegen nicht vor
Allgemeine, klassische QM-Aktivitäten				
Aus-, Weiter- und Fortbildung (spezifisch zum Angebot ³⁵)	10%	20%	70%	
Guidelines/Leitfäden/Curricula	10%	10%	50%	30%
Supervision (inkl. interne Audits)	30%	10%	60%	
Kollegiale Aktivitäten	10%		80%	10%
Befragung	10%		70%	20%
Qualitätsmanagementsystem	20%	30%	30%	20%
Q-Standards/Q-Kriterien	20%	10%	70%	
Q-Label/Zertifikat	30%		50%	20%
Qualitätsfaktoren mit spezieller Relevanz für die Selbstmanagement-Förderung				
Evidenzbasierung (nationale und internationale Studien und Evaluationen)	10%	20%	70%	
Partizipation und Mitwirkung Betroffene	40%	30%	30%	
Einbezug des Umfelds (Angehörige)	60%	10%	30%	
Chancengleichheit durch niederschwellige Finanzierung	10%	20%	70%	
Soziokulturelle Chancengleichheit ³⁶	60%	30%	10%	

³² Angepasst von Liste Qualitätsaktivitäten SAQM: <https://saez.ch/de/article/doi/saez.2019.18058/>

³³ Legende: + schwach; ++ mittel; +++ stark.

³⁴ Die Einschätzung basiert auf dem in den Interviews erhobenen Status quo; in Planung befindliche Prozesse sind nicht mitberücksichtigt, werden teilweise jedoch in den Fallbeschrieben aufgezeigt.

³⁵ Die involvierten Fachpersonen erfüllen die Ansprüche an Aus-, Weiter- und Fortbildungen ihrer Berufsgruppen. In die Bewertung flossen nur spezifische Bildungsmassnahmen zum Themenbereich Selbstmanagement-Förderung und dem jeweiligen Angebot ein.

³⁶ Insbesondere vulnerable Personen mit Migrationshintergrund oder niedrigem Bildungsstand.

Fazit/Lernerfahrungen

- In den meisten analysierten Fallbeispielen sind viele der konventionellen Aktivitäten des Qualitätsmanagements bereits gut etabliert. Einzelne Programme haben umfassende QM-Systeme mit allen wesentlichen QM-Aktivitäten.
- Klare Schwächen bestehen bei den Good-Practice-Beispielen vor allem in drei Bereichen, welche für die Qualität der Angebote zur Selbstmanagement-Förderung besonders wichtig sind: Partizipation und Mitwirkung der Betroffenen; Einbezug von Angehörigen, Chancengleichheit für vulnerable Personengruppen (insbesondere vulnerable Personen mit Migrationshintergrund).

3.3. Good-Practice-Beispiele: QM-Systeme

In diesem Kapitel werden ausgewählte internationale Beispiele und Beispiele aus der Schweiz mit umfassenderen QM-Systemen und etablierten Q-Standards exemplarisch vorgestellt und kurz beschrieben. Bei der Auswahl wurde weniger auf Vollständigkeit als auf die Bandbreite der möglichen Ansätze geachtet³⁷.

Es werden keine Beispiele der erwähnten Qualitätsstandards aufgeführt. Einzelheiten finden sich in den angegebenen Quellen. Die internationalen Good Practices flossen in den Vorschlag für schweizerische Qualitätsstandards zur Selbstmanagement-Förderung ein (siehe Kapitel 3.9.).

3.3.1. Strang somatische Krankheiten: am Beispiel Diabetes**QISMET/UK**

QISMET steht für das «Quality Institute for Self Management Education and Training» in Grossbritannien. 2016 entwickelte das Institut umfassende Qualitätsstandards für den Bereich Diabetes mit Q-Kriterien unter fünf übergeordneten Standards. Dazu kommt ein Zertifizierungssystem. (QISMET, 2016)³⁸

Nationale Standards für die Diabetes-Selbstmanagement-Förderung/USA

2017 wurden in den USA zehn nationale Qualitätsstandards zur Selbstmanagement-Förderung von Diabetesbetroffenen überarbeitet und publiziert (Beck *et al.*, 2017)³⁹.

³⁷ Demnach lässt die Auswahl keinen Umkehrschluss zu, dass Fallbeispiele, die hier nicht präsentiert werden, keine soliden QM-Standards haben.

³⁸ <http://www.qismet.org.uk/>

³⁹ <https://care.diabetesjournals.org/content/40/10/1409>

Qualitätsstandards im Bereich Diabetes-Schulungen/Schweiz

Bereits im Referenzrahmen Selbstmanagement-Förderung (BAG und GELIKO 2018)⁴⁰ wurde auf die Qualitätsstandards mit Empfehlungen für Schulungen für Personen mit Diabetes Mellitus Typ II⁴¹ des Vereins QualiCCare und der SGED hingewiesen.

3.3.2. Strang psychische Erkrankungen

Qualitätsstandards und Zertifizierung im EX-IN Programm/D und Schweiz

EX-IN, das Schulungsprogramm «Experten durch Erfahrung in der Psychiatrie», arbeitet mit Qualitätsstandards und Kriterien, einem Label und einem Zertifizierungsverfahren für die Trainer/innen. Das Schweizer Angebot EX-IN und alle darin eingesetzten Trainer/innen sind nach diesen Vorgaben zertifiziert und arbeiten nach den Richtlinien des Labels. Details werden auf der Webseite von EX-IN Deutschland⁴² und für die Schweiz im Steckbrief EX-IN (Kapitel 6) beschrieben.

3.3.3. Strang Sucht

Qualitätsmanagement System von SafeZone.ch/Schweiz

Das QM-System von SafeZone.ch umfasst sechs Säulen der Qualitätssicherung (siehe **Fehler!** **Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** und weitere Ausführungen im Steckbrief SafeZone.ch, Kapitel 6). Im Interview mit den Verantwortlichen wurde die Wichtigkeit der 6. Säule, des Aspekts Datenschutz in der Kommunikation mit Suchtbetroffenen und deren Angehörigen, hervorgehoben.

Qualitätsnorm QuaTheDA⁴³/Schweiz

QuaTheDA steht für «Qualität Therapie Drogen Alkohol» und ist die Qualitätsnorm des BAG für die Suchthilfe. Die Anforderungen der Norm sind im QuaTheDA-Referenzsystem definiert. Mit der Erfüllung der Qualitätsanforderungen kann eine QuaTheDA-Zertifizierung erlangt werden.

Das modular aufgebaute Referenzsystem deckt sämtliche Tätigkeitsfelder der ambulanten und stationären Suchthilfe sowie der Prävention und Gesundheitsförderung ab, beinhaltet jedoch in der bisherigen Version noch keine Normen für Angebote zur Selbstmanagement-Förderung

⁴⁰ Siehe Referenzrahmen, Seite 80 ff <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/selbstmanagement-foerderung-chronische-krankheiten-und-sucht/referenzrahmen-selbstmanagement-foerderung.html>

⁴¹ https://www.sgedssed.ch/fileadmin/user_upload/6_Diabetologie/62_Empfehlungen_Hausarzt/Diabetes-Schulungen_bei_DM2_DE_2014_1_.pdf

⁴² <https://ex-in-deutschland.info/qualifizierung/qualitaetstandards>

⁴³ <https://www.quatheda.ch/de>

von Suchtbetroffenen. Infodrog ist seit 2017 für die Verwaltung und Überwachung der QuaTheDA-Norm und für die Anerkennung der Zertifizierungsstellen zuständig.

Die Revision QuaTheDA 2020 ist bereits abgeschlossen. Das modulare QuaTheDA-Referenzsystem wird anfangs 2020 publiziert. Neu wird es zusätzlich einen dynamischen Leitfaden QuaTheDA⁴⁴ geben, welcher benutzerfreundlich in elektronischer Form entwickelt wird und der bei Bedarf kontinuierlich angepasst werden kann. Der Leitfaden wird unverbindliche Empfehlungen für verschiedene Themen enthalten - die Selbstmanagement-Förderung kann eines dieser Themen sein. Die Arbeiten am Leitfaden beginnen Anfang 2020. Eine Beteiligung der Gremien SELF an der Ausarbeitung des Themas Selbstmanagement-Förderung ist geplant. Die Publikation des Leitfadens ist für September 2020 vorgesehen.

3.3.4. Strang gemeinschaftliche Selbsthilfe

Qualitätsinstrumente von Selbsthilfe Schweiz

Die eigentlichen Selbsthilfegruppen laufen weitgehend selbstorganisiert mit einem hohen Grad an Autonomie. Wie das Fallbeispiel «Selbsthilfe- und Austauschgruppen der Krebsliga Zentralschweiz» illustriert, stellt ein formales Qualitätsmanagement auf der Ebene der Gruppen kein angestrebtes Ziel dar. Die nationale Dachorganisation, Selbsthilfe Schweiz, verfügt jedoch über ein breites Instrumentarium zu Aspekten des QM, welches für die Ebene der regionalen Selbsthilfezentren entwickelt wurde. Neben den 2018 veröffentlichten «Qualitätsstandards für die regionalen Selbsthilfezentren» existieren neun national geltende Leitfäden mit Relevanz für das QM (Instrumente auf Anfrage erhältlich bei Selbsthilfe Schweiz, info@selbsthilfe-schweiz.ch).

3.3.5. Strang krankheitsübergreifende Angebote: am Beispiel Grundversorgung

Ein QM-Tool für die Selbstmanagement-Förderung in der Grundversorgung/USA

Brownson et al. beschreiben in ihrer Publikation ein evidenzbasiertes Tool, welches in den USA zum Assessment der Qualität der Selbstmanagement-Förderung in verschiedenen Settings der medizinischen Grundversorgung entwickelt wurde. Das Tool wurde ursprünglich für den Bereich Diabetes entwickelt, später aber krankheitsübergreifend angepasst und evaluiert. Der Pilot wurde landesweit von 20 verschiedenen Versorgungsteams getestet. Mithilfe des Tools soll

die Selbstevaluation der Versorgungsteams unterstützt und Verbesserungspotential identifiziert werden. Das Tool wurde basierend auf dem Chronic-Care-Modell entwickelt und enthielt 2007 bei der Publikation des Artikels 16 Qualitätskriterien in den zwei Hauptrubriken: «organisational support» und «patient support». (Brownson *et al.*, 2007)⁴⁵

Indikationsübergreifende Qualitätskriterien für Patientenschulungen/D

Das Deutsche Zentrum für Patientenschulung veröffentlichte 2014 indikationsübergreifende Qualitätskriterien zur Beschreibung und Bewertung von Patientenschulungen. Die Kriterien wurden mithilfe eines Delphi-Verfahrens entwickelt (Zentrum Patientenschulung, 2014)⁴⁶.

Schwierigkeiten

In den Interviews mit Angebotsverantwortlichen wurde von folgenden Hauptschwierigkeiten berichtet:

- Speziell bei grösseren, etablierten und landesweit umgesetzten Angeboten zur Selbstmanagement-Förderung müssen die verantwortlichen Trägerorganisationen oft mehreren Geldgebern mit zum Teil unterschiedlichen Anforderungen an das QM und Reporting Rechenschaft ablegen (siehe z.B. Angaben dazu im Steckbrief KSM-SOMNET, Kapitel 6). Es fehlt an Koordination unter diesen Instanzen. Oft erfolgen keine Rückmeldungen an die Trägerorganisationen und es fehlt an Einblick, was mit den gelieferten Daten passiert.
- Mehrere Befragte machen darauf aufmerksam, dass sich die Ansprüche an die Evidenzgrundlage und die Auflagen, welche oft mit nachhaltigen Finanzierungslösungen verbunden sind, negativ auf eine flexible Weiterentwicklung von Angeboten auswirken können. Die bedürfnis- und bedarfsgerechte Anpassung eines Angebots kann dadurch eingeschränkt werden. Dies ist bei Zertifizierungen der Fall, besonders, wenn die Lizenz von Institutionen im Ausland vergeben wird. Als Beispiel kann das Angebot *Evivo* angeführt werden, welches von der Lizenzhalterin in Stanford akkreditiert wird. Auch eine Finanzierung über die Grundversicherung kann zu ähnlichen Folgen führen, da das Angebot im KVG klar definiert wird (z.B. *DI-Afit*).
- Ein umfassendes QM-System bedingt erhebliche Mittel und eine starke Koordinationsinstanz mit den entsprechenden Kompetenzen. Der Aufbau eines QM-Systems braucht Zeit. Befragte berichten, dass der personelle Aufwand mit zunehmender Qualität des Angebots deutlich stieg. Die Umsetzungskosten nahmen dadurch über die Dauer eher zu statt ab. Oft werden die Mittel für das QM nicht von den Geldgebern zur Verfügung gestellt, sondern müssen von den Trägerinstitutionen selbst aufgebracht werden.

⁴⁵ <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S155372500733047X>

⁴⁶ <http://www.zentrum-patientenschulung.de/theorie/schulungskonzept/>

Fazit/Lernerfahrungen

- Viele Good-Practice-Beispiele mit umfassenden QM-Systemen im Bereich der Selbstmanagement-Förderung kommen aus dem anglophonen Raum. Dies spiegelt die Vorreiterrolle dieser Länder sowohl in den Bereichen QM als auch Selbstmanagement-Förderung wider.
- Im Strang der somatischen Erkrankungen nimmt der Bereich Diabetes eine Vorreiterrolle ein, wie bereits 2018 im Referenzrahmen angemerkt (BAG und GELIKO 2018). Aber auch in der Schweiz besteht über alle Stränge hinweg ein Erfahrungsschatz, von dem man viel lernen kann. Dies zeigen auch die hier nicht erwähnten Fallbeispiele (siehe Kapitel 6 mit den Steckbriefen).
- Der Aufbau eines QM-Systems braucht viel Zeit und Ressourcen. In Ermangelung vorhandener externer Finanzierung bauten viele der Trägerorganisationen entsprechende Systeme mit Eigenmitteln auf. Während grosse Organisationen und Kliniken diesen Aufwand eher erbringen können, diskriminieren allzu hohe Anforderungen an das QM kleinere und weniger finanzkräftige Anbieter.
- Die extern von verschiedenen Geldgebern auferlegten Anforderungen an das QM sind vielfach nicht aufeinander abgestimmt und noch zu wenig darauf angelegt, Trägerorganisationen in ihren Bestrebungen, die Qualität ihrer Angebote zu verbessern, zu unterstützen. Zertifizierungen und eine Finanzierung über die Grundversicherung haben viele Vorteile, können aber die Flexibilität und sinnvolle bedarfsgerechte Anpassungen der Angebote im Verlauf der Umsetzungserfahrungen erschweren.

Im Folgenden werden fünf Qualitäts-Aspekte im Bereich der Selbstmanagement-Förderung weiter ausgeführt, für welche 2018 bei den Arbeiten zum Referenzrahmen spezieller Handlungsbedarf identifiziert wurde (BAG und GELIKO 2018). Die vorliegende Studie zeigt den Handlungsbedarf mit Stand 2019 auf (siehe auch Fazit Kapitel 3.2).

3.4. Qualitätsfaktor: Evidenzbasierung

Gelegentlich wird bis heute bemängelt, dass es «noch wenig Evidenz für die Selbstmanagement-Förderung in der Schweiz gäbe» – ein Urteil, welches sich hartnäckig hält. Dass dies für die analysierten Good-Practice-Angebote in den meisten Fällen nicht gilt, wird aus den Fallbeschrieben deutlich (siehe Kapitel 6, Steckbriefe). Viele der Angebote sind evidenzbasiert und stützen sich auf internationale oder nationale Studienergebnisse ab. Einige Angebote wurden basierend auf der international vorliegenden Evidenzgrundlage entwickelt. In anderen Angeboten wurde die Evidenz im Laufe der Pilotierung und Umsetzung geschaffen.

Alle über die Grundversicherung finanzierten Angebote müssen als Auflage die sogenannten WZW-Kriterien erfüllen und somit neben der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit auch ihre Wirksamkeit belegen (vgl. Kapitel 2.1.1 und 2.3.2).

Während Evaluationsaktivitäten noch eher auf der Umsetzungs- oder Prozessebene laufen (z.B. Kursevaluationen oder Erhebung von Teilnehmerfeedback), finden sich auch vereinzelte komplexe Programmevaluationen mit Wirkungsanalysen (auf der Outcome-Ebene).

3.4.1. Good-Practice-Beispiele Evidenz

Vor allem folgende Angebote sind im Bereich Evidenz als Good-Practice-Beispiele hervorzuheben:

- *ASSIP*
- *Besser leben mit COPD*
- *CARE4CARDIO*
- *Evivo*
- *KSM SOMNET*
- *SafeZone.ch*

Für weitere Informationen zu Studien und Evaluationen wird auf die Steckbriefe der Fallbeispiele verwiesen (siehe Kapitel 6, Rubriken Evidenz/Evaluationen und weiterführende Informationen).

Schwierigkeiten:

- Schwierigkeiten zum Thema Wirkungsnachweis zur Erfüllung der WZW Kriterien für die in der Grundversicherung gedeckten Leistungen werden im Kapitel 2.3.2 ausgeführt.

Fazit/Lernerfahrungen

- Die Evidenzgrundlage der etablierten Angebote zur Selbstmanagement-Förderung konnte in den vergangenen Jahren weiter gestärkt werden. Angebote, welche über eine nachhaltige Finanzierung und ein etabliertes QM verfügen, sind in der Regel evidenzbasiert. Dabei dient vielfach auch Evidenz aus internationalen Studien als valable Evidenzgrundlage.
- Für die Schaffung von Evidenz auf nationaler Ebene fehlt den Akteuren oft eine ausreichende Finanzierung.
- Der Qualitätsanspruch bezüglich Evidenzbasierung steht in einem Spannungsfeld zur Forderung nach bedürfnis- und bedarfsgerechten Angeboten, welche Flexibilität und periodische Anpassungen bedingen.
- Kleinere und neuere Angebote verfügen oft nicht über ähnliche Möglichkeiten wie grosse Anbieter mit etablierten Angeboten. Zum Teil fehlt ihnen eine starke Evidenzbasierung.

3.5. Qualitätsfaktor: Bildungsmassnahmen

Fachpersonen, welche in den Angeboten arbeiten, verfügen über die nötigen beruflichen Anforderungen ihrer Professionen und Disziplinen und bilden sich gemäss den Vorgaben ihrer Fachgesellschaften weiter. Verschiedene der analysierten Angebote beinhalten angebotsspezifische Aus-, Weiter- oder Fortbildungsmassnahmen, welche die für das jeweilige Angebot nötigen Kompetenzen zur Selbstmanagement-Förderung von Fachleuten und Peers stärken.

3.5.1. Good Practice Beispiele

Angebotsspezifische Bildungsangebote

- **EX-IN:** Nach dem Ausbildungsgang erhalten die geschulten Peers ein Zertifikat, welches sie für eine Anstellung in einer psychiatrischen Versorgungsinstitution und als Anwarter/innen für den Dozent/innen-Pool qualifiziert. Die *EX-IN* Schulung fördert somit die berufliche Integration der Betroffenen. In vier Modulen der *EX-IN* Ausbildung wird zudem ein halber Tag für interessierte Mitarbeitende der jeweiligen Klinik geöffnet. Dadurch soll deren Verständnis für den Einsatz von Peers in der Versorgung gestärkt werden.
- **Evivo:** Peers müssen das 4-tägige Training absolvieren, um als Kursleitende aktiv sein zu können. Deren Schulung erfolgt durch Mastertrainer/innen, welche an der Universität Stanford⁴⁷ ausgebildet wurden.
- **Besser leben mit COPD:** Die Schulung der Coaches über 2 Tage ist als Train-the-Trainer-Prinzip seit 2019 im Regelbetrieb der Lungenliga aufgenommen. Die Schulung gehört zu einem der Minimalstandards für den Aufbau des Angebots durch kantonale Lungenligen.
- **ASSIP:** Therapeut/innen, die *ASSIP* anbieten, müssen eine 2.5- bis 3-tägige Schulung durchlaufen und werden anschliessend zertifiziert. Teilnahmebedingungen, persönliche und institutionelle Anforderungen sind in einem Weiterbildungskonzept festgehalten.

Weitere Angaben zu Bildungsmassnahmen in diesen und den anderen Fallbeispielen finden sich in den Steckbriefen/Rubrik «Ansätze QM» (siehe Kapitel 6).

⁴⁷ Die Entwickler (Lorig et al.) sind mittlerweile nicht mehr Teil der Stanford Universität, sondern haben ein Spin-Off gemacht: [Self-Management Ressource Center](#)

Angebotsübergreifende Bildungsangebote für Fachleute

Die Tabelle in Anhang A5 zeigt einen Überblick über bestehende Weiter- und Fortbildungsmassnahmen im Bereich der Selbstmanagement-Förderung für die Zielgruppe der Fachpersonen. Es sollte beachtet werden, dass in der Romandie für Patientenschulungen zur Selbstmanagement-Förderung oft synonym der Begriff «éducation thérapeutique» verwendet wird. Aus Ressourcengründen konnte im Rahmen dieser Studie keine Analyse der Curricula der beruflichen Grundausbildung der verschiedenen Berufsgruppen vorgenommen werden.

Fazit/Lernerfahrungen

- Heute bestehen nicht nur im Rahmen der spezifischen Angebote für die Selbstmanagement-Förderung relevante Bildungsangebote. Es gibt auch eine zunehmende Anzahl Weiter- und Fortbildungsmassnahmen, welche Fachpersonen nötige grundsätzliche und angebotsübergreifende Fähigkeiten für die Selbstmanagement-Förderung vermitteln.
- Auffallend ist, dass viele dieser Angebote sich an die Zielgruppe der Pflegefachpersonen richten. Daneben gibt es Angebote für interdisziplinäre Zielgruppen und einzelne, die sich an Medizinische Praxisassistent/innen (MPA) oder Ärzt/innen richten.
- Die Praxiserfahrung zeigt, dass Absolvent/innen von nicht-angebotsspezifischen Bildungsangeboten ihre neuen Fähigkeiten teils nur beschränkt anwenden können, da die entsprechenden Leistungen oft nicht über TARMED entschädigt werden.

3.6. Qualitätsfaktor: Partizipation und Mitwirkung der Betroffenen

«Eine aktive Rolle und Beteiligung der Betroffenen und ein partnerschaftliches Rollenverständnis zwischen Fachleuten und Betroffenen im Sinne der Ko-Produktion von Gesundheit» stellt laut Referenzrahmen eines der Kriterien dar, die Angebote zur Selbstmanagement-Förderung erfüllen sollten⁴⁸.

Es existieren diverse Pyramidenmodelle zum Thema Partizipation. Beteiligungsstufen werden in der Literatur oft wie folgt bezeichnet (von niedrig bis hoch): Information – Mitsprache – Mitbestimmung – Mitwirkung – Selbstorganisation⁴⁹. Die Analyse der zehn Fallbeispiele zeigt, dass in vielen der analysierten Angebote die Beteiligung der Betroffenen noch auf einer eher tiefen Partizipationsstufe irgendwo zwischen Information und Mitsprache liegt. Die Partizipation der Betroffenen erfolgt zumeist über die Einholung von Feedback und über Teilnehmerbefragungen.

⁴⁸ Siehe Referenzrahmen, Seite 19 (BAG und GELIKO 2018)

⁴⁹ [https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/arbeitspa-piere/Document de travail 048 PSCH 2019-04 - La participation en matiere de promotion de la sante.pdf](https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/arbeitspa-piere/Document%20de%20travail%20048%20PSCH%202019-04%20-%20La%20participation%20en%20matiere%20de%20promotion%20de%20la%20sante.pdf)

3.6.1. Good-Practice-Beispiele Mitbestimmung und Mitwirkung

Dennoch gibt es auch in diesem Bereich nennenswerte Good-Practice-Beispiele. Hervorzuheben sind vor allem:

- **EX-IN:** geschulte Betroffene (qualifizierte Peers) werden als Dozent/innen eingesetzt; Betroffene/Peers finden sich unter den Mitarbeitenden von Pro Mente Sana und sind Mitglieder im Stiftungsrat; zudem wird Feedback der Betroffenen über Mechanismen der Teilnehmerevaluation eingeholt.
- **Evivo:** Kursmodule werden optimalerweise durch Peers geleitet, teils aber auch ko-modert von einer Fachperson und geschulten Betroffenen/Peers; Einholen von Feedback (von geschulten Peers und teilnehmenden Betroffenen und Angehörigen).
- **Selbsthilfe Krebs:** Gemeinschaftliche Selbsthilfegruppen werden selbstorganisiert durch die Teilnehmenden geführt; die Angebote können nur dank einer sehr hohen Partizipation/Beteiligung von Betroffenen/Angehörigen und viel Freiwilligenarbeit umgesetzt werden.
- **Betroffenen- und Angehörigenrat SELF:** Die Plattform SELF ist das Gefäss für die Umsetzung der Handlungsempfehlungen des Referenzrahmens. 2019 berief das BAG neu einen Betroffenen-Angehörigen-Rat ein. Der Rat berät das BAG und die Steuergremien der Plattform und übernimmt eine Begleitfunktion im Rahmen der Massnahme SELF. Die Ratsmitglieder decken die drei Themenfelder NCD, Sucht und psychische Erkrankungen mit je einer Betroffenen- und Angehörigensicht ab.

Schwierigkeiten:

- Befragte bestätigen Studienergebnisse (Jakub, Thalmann and Müller, 2018), wonach es tendenziell schwieriger wird, Freiwillige zu finden, die über punktuelle Engagements hinaus Verantwortung in der Gestaltung von Angeboten übernehmen.
- Betroffene sind Menschen, die oft eine Familie, einen Beruf und teils wenig Kraft haben für zusätzliche Aufgaben in Projekten. Bei vielen wirkt sich die chronische Erkrankung/Suchtproblematik negativ auf ihre finanzielle Situation aus. Wenn diese Faktoren von den Angebotsverantwortlichen nicht berücksichtigt und mit entsprechenden Massnahmen antizipiert werden, ist eine effektive Mitwirkung der Betroffenen/Angehörigen oft erschwert.
- Alibipartizipation, die Betroffene/Angehörige möglichst überall einbezieht ohne ihnen eine effektive Mitsprache und Mitwirkung zu ermöglichen, wirkt sich negativ auf die Betroffenen/Angehörigen aus.

- Weitere Schwierigkeiten und Empfehlungen werden in den Ergebnisberichten des Forums SELF 2018 und 2019⁵⁰ beschrieben (siehe die jeweiligen Workshops zum Thema Betroffenen-einbezug, sowie das Kapitel zur Podiumsdiskussion mit dem Betroffenen-Angehörigen-Rat im Rahmen des Forums SELF 2019).

Fazit/Lernerfahrungen

- Unter den analysierten Fallbeispielen gibt es einige, welche durch einen hohen Grad an Mitwirkung der Betroffenen charakterisiert sind. In gewissen Angeboten wirken Betroffene/Angehörige als Akteure auf Augenhöhe mit den Fachpersonen mit. Zum Teil werden Angebote auch selbstorganisiert durch Betroffene/Angehörige umgesetzt.
- Generell bleibt jedoch die Verbesserung der Partizipation und Beteiligung der Betroffenen/Angehörigen in den Angeboten zur Selbstmanagement-Förderung ein prioritäres Ziel.

3.7. Qualitätsfaktor Chancengleichheit (soziokulturelle Faktoren)

Die Gesundheitliche Chancengleichheit wird durch viele Faktoren beeinflusst. Es lassen sich mehrere Problemfelder identifizieren (Gasser and Houmard, 2018). In der Broschüre «Chancengleichheit und Gesundheit – Zahlen und Fakten für die Schweiz⁵¹» zeigt das BAG die Zusammenhänge zwischen der Chancenungleichheit und der Gesundheit der Bevölkerung auf.

In der vorliegenden Studie fokussieren wir unsere Analyse zum Aspekt der Chancengleichheit speziell auf Einflussfaktoren, die im Hinblick auf die gesundheitliche Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung relevant sind (sozioökonomische Aspekte und sprachliche Barrieren). Finanzielle Zugangsbarrieren werden im Kapitel 2.4.2. beleuchtet.

Trotz allgemein schwacher Einstufung der analysierten Fallbeispiele in Bezug auf die soziokulturelle Chancengleichheit (siehe Übersichtstabelle in Kapitel 3.2.) existieren einige nennenswerte Bestrebungen.

3.7.1. Good-Practice-Beispiele Chancengleichheit (Fokus soziokulturelle Faktoren)

- **Evivo:** Mit Unterstützung des BAG wurde ein Pilotprojekt durchgeführt, um *Evivo* für Menschen mit Migrationshintergrund zu adaptieren (Schwind and Haselbeck, 2019). In einem partizipativen Prozess unter Einbezug von Betroffenen und Expert/innen wurde eine angepasste Kursversion in zwei Pilotprojekten umgesetzt und in einer Begleitstudie evaluiert. In

⁵⁰ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/selbstmanagement-foerderung-chronische-krankheiten-und-sucht/plattform-selbstmanagement-foerderung.html>

⁵¹ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitliche-chancengleichheit/aktivitaeten-zur-foerderung-der-chancengleichheit.html>

den Kursen wird eine einfache Sprache und ausschliesslich Hochdeutsch gesprochen, um die Angebote zugänglicher zu machen. *Evivo* achtet zudem darauf, dass die Kurse barrierefrei zugänglich sind.

- **EFFICHRONIC:** Die Schweiz und fünf europäische Länder beteiligen sich an einem Forschungsprogramm der EU (EFFICHRONIC). Dabei wird das CDSMP-Programm, auf welchem *Evivo* basiert, Menschen mit chronischen Erkrankungen und tiefem sozioökonomischem Status und deren Angehörigen angeboten. Das Programm wird wissenschaftlich begleitet (Tan *et al.*, 2019).
- **EX-IN und Symptom Navi:** Neben *Evivo* wird auch in anderen Angeboten, z.B. *EX-IN* und *Symptom Navi*, der Ansatz «einfache Sprache⁵²» verwendet, um Menschen mit geringen Kenntnissen der Landessprache oder mit tiefem Bildungsstand den Zugang zu den Angeboten und Informationen zu erleichtern.
- **Selbsthilfe Schweiz:** Die Dachorganisation hat verschiedene Massnahmen ergriffen, um Menschen mit Migrationshintergrund den Zugang zu Angeboten der Selbsthilfe zu erleichtern (für weitere Informationen, siehe Webseite Selbsthilfe Schweiz/Unterseite Selbsthilfe und Migration⁵³).

Schwierigkeiten

- Da Angebote der Selbstmanagement-Förderung stark mit Kommunikation zur Vermittlung von Kompetenzen zusammenhängen, können sich Zugangsbarrieren für Personen mit Migrationshintergrund ergeben (z.B. Zugangsbarrieren sprachlicher Art oder weil Angebote nicht an die Lebenswelten/Lebensrealitäten von Personen mit Migrationshintergrund angepasst sind). Dies ist insbesondere auch bei Gruppenangeboten der Fall. Beispielsweise konnten beim Angebot *Besser leben mit COPD* mangels genügend Teilnehmerzahlen keine fremdsprachigen Gruppen angeboten werden. Auch bei den Angeboten *CARE4CARDIO*, *ASSIP*, *Safe-Zone.ch* und *KSM Somnet* existieren noch keine speziell für Personen mit Migrationshintergrund zugänglichen Angebote.
- Viele Befragte berichten über diese Herausforderung und vergebliche Bemühungen, ihr Angebot auch auf Personen mit Migrationshintergrund auszurichten. Die meisten der Angebote können bisher nur auf Deutsch, einzelne zudem auf Französisch und Italienisch angeboten werden. Gründe dafür sind u.a.: mangelnde Finanzierung für Anpassungen der Angebote an Personengruppen mit spezifischen Bedürfnissen, respektive an die Lebensrealitäten der Migrationsbevölkerung; zu wenige Betroffene oder Interessenten für ein Angebot in einer der Migrationssprachen; sozio-kulturelle Barrieren.

⁵² Siehe z.B. <https://blog.careum.ch/einfach-texten-lernen/>

⁵³ <https://www.selbsthilfeschweiz.ch/shch/de/aktuell/SH-und-Migration.html>

- Manchmal reicht auch eine Sprachkompetenz in Hochdeutsch nicht aus. Es wird berichtet, dass Teilnehmende von Gruppenangeboten teilweise eine geringe Akzeptanz für Teilnehmende haben, die sich nicht auf Schweizerdeutsch austauschen können. Auch wird von grossen Unterschieden bei den Bedürfnissen und im Informationsstand (z.B. zu Themen der Sozialversicherungen) bei Menschen mit Migrationshintergrund berichtet.
- Beim sogenannten «blended counseling⁵⁴», wie es z.B. bei *SafeZone.ch* zur Anwendung kommt, sind technische Grundkenntnisse und eine schriftliche Ausdrucksfähigkeit nötig. Für die Verantwortlichen stellt es eine Herausforderung dar, digital benachteiligten Gruppen einen gleichwertigen Zugang zu sichern.
- Weitere Schwierigkeiten und Empfehlungen werden im Ergebnisbericht⁵⁵ des Forums SELF 2018 beschrieben.

Fazit/Lernerfahrungen

- Für den Aspekt Chancengleichheit gilt das gleiche wie für das Kriterium Partizipation: Es gibt einige Good-Practice-Beispiele, von welchen man lernen kann, gleichzeitig besteht noch viel Handlungsbedarf.
- Dies liegt nicht am fehlenden guten Willen der Verantwortlichen, sondern an den oben beschriebenen Herausforderungen, die nicht spezifisch für das Thema der Selbstmanagement-Förderung sind.
- Die Erfahrung zeigt auch, dass es wenig Sinn macht, Angebote in den Migrationssprachen zu bewerben, solange diese dann nicht auf die jeweilige Zielgruppe ausgerichtet werden können.
- Vielversprechend ist der Ansatz der «einfachen Sprache», der mit relativ bescheidenen Mitteln zu einer besseren Inklusion von benachteiligten Menschen beitragen kann.

3.8. Qualitätsfaktor: Einbezug der Angehörigen

Angebote, welche sich spezifisch an Angehörige von Menschen mit NCDs, psychischen Krankheiten und Sucht richten, gibt es, wie bereits im Referenzrahmen 2018 beschrieben (BAG und GELIKO 2018), weiterhin vor allem in der Psychiatrie und im Bereich Sucht sowie in den Angeboten der gemeinschaftlichen Selbsthilfe.

⁵⁴ Blended Counseling umfasst die systematische, konzeptionell fundierte, passgenaue Kombination verschiedener digitaler und analoger Kommunikationskanäle in der Beratung.

⁵⁵ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/selbstmanagement-foerderung-chronische-krankheiten-und-sucht/plattform-selbstmanagement-foerderung/forum-self-2018.html>; siehe Workshop 3 zum Thema Chancengleichheit, Seite 8-9

3.8.1. Good-Practice-Beispiele unter den Fallbeispielen

Während mehrere der analysierten Fallbeispiele nur die Betroffenen selbst als Zielgruppe nennen, stehen andere auch deren Angehörigen offen⁵⁶:

- **Besser leben mit COPD:** Bei 20-30% der Teilnehmenden kommen Angehörige mit.
- **SafeZone.ch:** Angehörige machen ca. 45% der Nutzer aus.
- **Evivo:** Ca. 10% der Teilnehmenden sind Angehörige.
- **Selbsthilfegruppen:** In der gemeinschaftlichen Selbsthilfe werden spezifische Gruppen für Angehörige geführt; einige Selbsthilfe-Gruppen sind gemischt (Betroffene und Angehörige). Auf der nationalen Ebene wird die Tendenz beobachtet, dass die Zahl der Angehörigengruppen tendenziell stärker wächst als diejenige der Betroffenenengruppen⁵⁷.

Auf den **Angehörigen-Betroffenen-Rat SELF** wurde bereits im vorhergehenden Kapitel hingewiesen.

Viele Kantone und Organisationen sind bestrebt, sogenannte Entlastungsangebote für betreuende Angehörige zu fördern. Im Forschungsteil des **nationalen Förderprogramms des Bundes**⁵⁸ «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige» wurden im Herbst 2019 zu neun Forschungsmandaten Schlussberichte mit jeweils einer Kurzfassung veröffentlicht. Während viele der Forschungsarbeiten auch für die Selbstmanagement-Förderung relevant sind, sei an dieser Stelle speziell auf die Mandate G 01 zu den Bedürfnissen betreuender Angehöriger und G 07 zum Thema Koordination aus Sicht der betreuenden Angehörigen hingewiesen. Sämtliche Berichte finden sich auf der Webseite des Förderprogramms⁵⁹. Zudem wird das BAG im Rahmen des Förderprogramms Anfang 2020 ein Portrait zum Thema «Selbstmanagement-Förderung bei betreuenden Angehörigen» veröffentlichen.

Schwierigkeiten:

In vielen Kantonen sind unterschiedliche Departemente für die Bereiche «Gesundheit» und «betreuende Angehörige» zuständig (z.B. in den Kantonen VD und GR). Das Thema «betreuende Angehörige» ist oft im Departement Soziales angesiedelt. Dies erschwert die Entwicklung von Angeboten zur Selbstmanagement-Förderung und Gesundheitsförderung, die sich an die Zielgruppe Angehörige von Menschen mit Unterstützungsbedarf richten.

⁵⁶ Angaben zu den absoluten Nutzerzahlen finden sich in den jeweiligen Steckbriefen der Fallbeispiele

⁵⁷ Quelle: Feedback Sarah Wyss, Selbsthilfe Schweiz, vom 20.11.2019

⁵⁸ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fach-kraefteinitiative-plus/foerderprogramme-entlastung-angehoerige.html>

⁵⁹ https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fach-kraefteinitiative-plus/foerderprogramme-entlastung-angehoerige/programmteil_1_wissensgrundlagen1.html

Fazit/Lernerfahrungen

- Weiterhin stehen nur wenige der Angebote zur Selbstmanagement-Förderung den Angehörigen der Betroffenen offen.
- Es besteht eine Angebotslücke im Bereich der Selbstmanagement-Förderung für die Zielgruppe der betreuenden Angehörigen.
- Die Erfahrung zeigt, dass integrierte Angebote bei Angehörigen besser ankommen als eigens für sie geschaffene Angebote.
- Im Bereich der gemeinschaftlichen Selbsthilfe ist schweizweit die Nachfrage nach Angehörigengruppen stark.
- Der Handlungsbedarf bezüglich bedarfsgerechter Angebote der Selbstmanagement-Förderung für die Zielgruppe der Angehörigen bleibt im Vergleich zu 2018 und den im Referenzrahmen damals abgegebenen Empfehlungen (BAG und GELIKO 2018) unverändert hoch.

3.9. Übergreifende Qualitätsstandards und -kriterien für Angebote zur Selbstmanagement-Förderung: ein Vorschlag

Ausgehend von den Ergebnissen unserer Analysen leiten wir zehn Qualitätsstandards für Angebote zur Selbstmanagement-Förderung bei nichtübertragbaren Krankheiten, Sucht und psychischen Erkrankungen in der Schweiz ab. Unser Vorschlag basiert auf der Synthese der Good Practice zum QM in folgenden Quellen:

- internationale Good-Practice-Modelle (QISMET, 2016), (Beck *et al.*, 2017), (Brownson *et al.*, 2007) (Mills *et al.*, 2016) (de Longh *et al.*, 2015),
- zehn Fallstudien zu Good-Practice-Angeboten in der Schweiz (siehe Kapitel 6, Steckbriefe),
- geführte Interviews mit Expert/innen in der Schweiz und Fokusgruppendifkussion mit Mitarbeitenden des BAG (siehe Anhang A1),
- zentrale Kriterien eines Angebots zur Selbstmanagement-Förderung gemäss Referenzrahmen (BAG und GELIKO 2018).

Zudem wurde das Feedback des Kernteams und der Workshop-Teilnehmenden, sowie Erfolgsfaktoren aus der Präsentation von Frau Prof. Marie-Luise Dierks am Forum SELF 2019 in der Finalisierung des Vorschlags berücksichtigt.

Die Qualitätsstandards richten sich primär an die Angebotsverantwortlichen und sollen Hilfestellung für den Aufbau von QM-Systemen in der Selbstmanagement-Förderung geben. Daneben werden für jeden Standard Aspekte für mögliche Qualitätskriterien aufgezeigt. Diese sind

an das jeweilige Angebot anzupassen und sollten bei Bedarf ergänzt werden. Nicht alle Kriterien passen auf alle Angebote (siehe dazu auch die Empfehlung 2.1. im Kapitel 5). Die Reihenfolge der Standards und Kriterien widerspiegelt keine Gewichtung nach Priorität.

Tabelle 2: Übergreifende Qualitätsstandards und Aspekte für mögliche Qualitätskriterien für Angebote der Selbstmanagement-Förderung

10 Top Qualitätsstandards der Selbstmanagement-Förderung		Aspekte für mögliche Qualitätskriterien
1	Evidenzbasierung sowie Bedarfs- und Bedürfnisorientierung Betroffene/Angehörige ⁶⁰	▪ Geprüfte Zweckmässigkeit: Bedarfsanalyse vor oder als Teil der Angebotsentwicklung; regelmässige Befragungen von Nutzenden und Akteuren/Zuweisenden ▪ Evidenzbasiertes Modell/Ansatz liegt vor (basierend auf bestehender wissenschaftlicher Evidenz und Empirie) ▪ Weiterentwicklung unter Berücksichtigung der Aspekte Bedarf und Bedürfnisse der Betroffenen/Angehörigen ▪ Beirat/Steuergruppe (Mitglieder aus Wissenschaft, Fachleute aus verschiedenen Professionen und Disziplinen, Vertreter/innen von Betroffenen und Angehörigen)
2	Mitwirkung der Betroffenen als Akteure auf Augenhöhe	▪ Einbezug der Betroffenen von Beginn an (z.B. in den Prozessphasen: Bedarfsanalyse, Entwicklung/Prätest und Pilotierung Angebot und Informationsprodukte, partnerschaftliche Entwicklung von Indikatoren, Evaluation, Weiterentwicklung, evtl. Peerschulungen, etc.) ▪ Vertretung von Betroffenen in Steuergremien/Expertenbeirat, wo relevant ▪ Feedback-Befragungen
3	Einbezug der Angehörigen	▪ Einbezug von Angehörigen-Vertreter/innen von Beginn an; Mitwirkung bei Bedarfsanalyse und Angebotsgestaltung und wo relevant in anderen Prozessphasen (<i>siehe unter Qualitätsstandard 2</i>) ▪ Peer-Schulungen für Angehörige ▪ Ebene Angebote: Öffnung der Angebote für Angehörige; spezifische Angebote für Angehörige ▪ Vertretung von Angehörigen in Beirat/Steuergremium, wo relevant

⁶⁰ Unter «Betroffene» sind immer die Menschen mit nichtübertragbaren Krankheiten, Sucht und psychischen Erkrankungen, **sowie** deren Angehörige gemeint

4	Ganzheitliches Angebot, Betroffene stehen im Mittelpunkt (nicht deren Krankheit)	▪ Einbezug der drei Dimensionen Wissen, Motivation und Handlungskompetenz ▪ Angebotsmix (Kombination von mehreren Ansätzen, siehe Abbildung 3 in der Einleitung zu Kapitel 6) ▪ Angebot berücksichtigt psychosoziale Dimensionen für Betroffene und Angehörige ▪ Vernetzung zu Angeboten der sozialen Unterstützung ▪ Qualitativ hochwertige Informationen (faktisch korrekt, ausgewogen, verständlich, unter Einbezug der Zielgruppe erarbeitet) für Angebots-Nutzer/innen, Angehörige und Mittler/Fachleute ▪ Niederschwelligkeit und Regionalisierung
5	Chancengleichheit	▪ Verwendung «einfache Sprache» in Informations- und Schulungsmaterialien ▪ Einbindung von Fachpersonen und Peers mit Migrationshintergrund ▪ Berücksichtigung von genderspezifischen Aspekten in der Angebotsgestaltung und Bewerbung ▪ Analyse zu den Möglichkeiten, Personen mit geringer Sprachkompetenz in den Landessprachen (Migrationshintergrund) den Zugang zu erleichtern ▪ Barrierefreier Zugang zu den Angeboten ▪ Chancengerechter finanzieller Zugang und geringe Kosten für Nutzer/innen
6	Nachhaltigkeit	▪ Verankerung in den Trägerorganisationen ▪ Verankerung im Gesundheitssystem ▪ Integration in bestehende Dienste ▪ Suche nach nachhaltigen Finanzierungslösungen ▪ kein einmaliges, punktuell Angebot; Unterstützung in verschiedenen Etappen des Patientenpfads ▪ Vernetzung mit der Regelversorgung und Verbindung / Rückkoppelung zu den Primärversorgern (Hausarzt/innen, Advance Practice Nurses/APN, Case Manager/innen, Care Koordinator/innen, etc.)
7	Standardisierte Qualität	▪ Q-Strategie (Definition Prozesse und Rollen) ▪ Q-Standards, -Kriterien und -Indikatoren (nicht nur auf der Ebene von Prozessen und Qualifikationen, sondern auch auf der Ebene der Angebots-Nutzer/innen) ▪ Curriculum, Guidelines und Leitfäden (Manualisierung) ▪ Qualifizierte Fachpersonen und Kursleitende (Aus-, Weiter- und Fortbildung) ▪ Supervision für Fachpersonen/Kursleitende ▪ kollegiale Aktivitäten (z.B. Q-Zirkel, Intervention, Coaching, kollegiale Beratung etc.) ▪ Einhaltung der Q-Auflagen und Standards der Fachgesellschaften der involvierten Akteure ▪ Zertifizierung (optional)

8	Organisation	▪ Verantwortlichkeiten und Rollen der Akteure geklärt; Steuerung, Führung, Management, Reporting, Beschwerdewesen, Konformität mit Auflagen (z.B. Zertifizierung, Auflagen der Geldgeber, Qualitätskommission etc.), interne Organisationsstruktur und übliche Aspekte der Organisationsentwicklung ▪ Kooperation und Koordination der Akteure (zwischen/unter den Professionen und Disziplinen, sowie zwischen Fachpersonen und Betroffenen/Angehörigen-Akteuren)
9	Wirkungsorientierung und Transparenz	▪ Monitoring ▪ geprüfte Wirksamkeit durch Evaluationen und Begleitforschung (Prozess-, Outcome- und Impact-Indikatoren, welche auch die Sicht der Betroffenen/Angehörigen berücksichtigen (PROMs⁶¹), etc.) ▪ Feedbackkultur, Selbstevaluation, Audits (optional) ▪ nach Möglichkeit: geprüfte Kosteneffektivität, Social Return on Investment SROI
10	Datenschutz und Informationssicherheit	▪ Einhaltung nationaler und kantonaler Vorgaben zum Datenschutz, wo relevant (<i>insbesondere auch bei elektronischen Tools</i>) ▪ Umgang mit Personendaten gemäss den Standards im Gesundheits- und Sozialwesen, wo relevant

Tabelle PHS.

Zusätzlich zu den zehn für die Selbstmanagement-Förderung vorgeschlagenen spezifischen Standards kommen, je nach Angebot, weitere Qualitätsauflagen der Geldgeber dazu (z.B. BSV⁶², OKP⁶³, Tarifverträge, Auflagen der Kantone an Kliniken und andere Leistungserbringer in der Versorgung, PGV etc.).

Die Qualitätsstandards gelten primär für Angebote zur Selbstmanagement-Förderung, auf die sich diese Studie bezog. Elektronische Tools standen auftragsgemäss als Angebotskategorie nicht im Fokus (siehe weitere Ausführungen im Kapitel 1).

⁶¹ <https://www.medinside.ch/de/post/proms-den-patienten-eine-stimme-geben>

⁶² <https://sozialversicherungen.admin.ch/de/f/5632>, Anhang 3: Qualitative Bedingungen

⁶³ Siehe Kapitel 3; Wirtschaftlichkeitsgebot gemäss Art 56 KVG; gemäss Artikel 77 KVV Verpflichtung zur Teilnahme an Massnahmen zur Q'Sicherung; Art. 10 - Wirtschaftlichkeit und Q'Sicherung; Art 11: Erfahrungsaustausch zur Q' Sicherung

4. Stand der Forschung zur Wirksamkeit der Selbstmanagement-Förderung

Dieses Kapitel zeigt den Stand der Forschung zur Wirksamkeit der Selbstmanagement-Förderung auf die Gesundheit und die Kosten. Dabei wurden lediglich Meta-Studien (d.h. keine Einzelstudien) ausgewertet. Zudem wurden lediglich Studien berücksichtigt, die explizit unter dem Schlagwort «Selbstmanagement» zu finden waren.⁶⁴ Die ausgewertete Literatur umfasst 20 Meta-Studien. Davon sind sechs Studien Meta-Reviews, welche die Wirkungen von verschiedenen Strängen und Ansätzen der Selbstmanagement-Förderung zusammenfassen. Bei den weiteren Studien handelt es sich um Reviews, welche sich auf einzelne Stränge oder Ansätze konzentrieren.

Von den fünf Strängen gehören somatische Erkrankungen, krankheitsübergreifende Angebote und die gemeinschaftliche Selbsthilfe zu den meist analysierten Strängen. Zum Thema Sucht ergab die Suche lediglich vereinzelte Studien. In Bezug auf verschiedene Ansätze der Selbstmanagement-Förderung konzentriert sich die Literatur vor allem auf die Vermittlung von Informationen mittels Schulungs- oder Bildungsprogrammen. Da es sich bei den Studien um (Meta-)Reviews handelt, ist nicht beurteilbar, ob die vier Kriterien für Angebote zur Selbstmanagement-Förderung gemäss Referenzrahmen (BAG und GELIKO 2018, S. 19 erfüllt) sind.

4.1. Auswirkungen auf die Gesundheit (Outcomes)

Bei der vorliegenden Analyse wurde auf klinische Outcomes (inkl. psychische Belastungen), die subjektiv empfundene Lebensqualität und Patientenzufriedenheit konzentriert. Die Studien finden daneben noch Effekte auf weitere Outcomes wie die Selbstwirksamkeit, Fähigkeit des Selbstmanagements, Bewegung, Compliance bei der Medikamenteneinnahme etc.

Im Hinblick auf diese Gesundheitsoutcomes liefert die Literaturanalyse vor allem Ergebnisse zu den Strängen somatische Erkrankungen, krankheitsübergreifende Angebote und Sucht. Die verschiedenen Reviews kommen zu dem Ergebnis, dass aufgrund der Literatur nicht auf eine besondere Wirksamkeit von Selbstmanagement-Förderung in bestimmten Strängen oder von bestimmten Ansätzen geschlossen kann bzw. die Studienergebnisse ein komplexes Bild hinterlassen (z.B. Strammielo et al. 2018, HSE 2012, de Silva et al. 2011 oder Coulter und Ellins 2006). Grund hierfür ist, dass die untersuchten Angebote der Selbstmanagement-Förderung in ihrer Ausgestaltung sehr variieren, verschiedene Ziele haben und verschiedene Outcomes messen.

⁶⁴ Auf diese Weise wurden beispielsweise keine Studien zu sozial- oder psychotherapeutischen Angeboten berücksichtigt, die zwar eng mit der Selbstmanagement-Förderung verbunden sind, aber häufig darüber hinaus gehen.

Auch wenn das Bild komplex ist, zeigt die Literatur insgesamt, dass Selbstmanagement-Förderung zu positiven Gesundheitseffekten führen kann. Tabelle 10 im Anhang A6 gibt einen Überblick über die in den (Meta-)Reviews gefundene positive Evidenz für Gesundheitseffekte von Selbstmanagement-Förderung nach einzelnen NCDs und nach verschiedenen Ansätzen. Die Tabelle kann keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Vielmehr zeigt sie in exemplarischer Hinsicht, in welchen Bereichen vermehrt Evidenz vorhanden ist und positive Effekte durch Evidenz erhärtet sind.

In Bezug auf verschiedene NCDs findet sich vermehrte positive Evidenz in Bezug auf (klinische) Outcomes:

- Diabetes: tiefere Blutzuckerwerte (HSE 2012, Strammiello et al. 2018, Coulter und Ellins, Malanda et al. 2012), weniger Komplikationen (Coulter und Ellins 2006), tieferes Körpergewicht, höhere Lebensqualität und Patientenzufriedenheit (Strammiello et al. 2018).
- Asthma: bessere Kontrolle der Krankheit (Pinnock et al. 2011), höhere Lebensqualität (Coulter und Ellins 2006, Strammiello et al. 2018), weniger Asthmanfälle (de Silva 2011), weniger Asthma-Symptome (Strammiello et al. 2018).
- COPD: weniger COPD Symptome, besseres psychisches Wohlbefinden, tieferes Körpergewicht, bessere Lungenfunktion und besseres psychisches Wohlbefinden (Strammiello et al. 2018).
- Arthritis: weniger Funktionseinschränkungen (kleiner und kurzfristiger Effekt, HSE 2012 und Coulter und Ellins 2006).⁶⁵
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen: bessere Kontrolle des Blutdrucks, weniger körperliche Einschränkungen (Strammiello et al. 2018).
- Sucht: Teilnehmende hören auf zu rauchen (Regmi et al. 2017).
- Psychische Erkrankungen: gemäss einem älteren Review (Bower et al. 2001) insgesamt limitierte Evidenz für Verbesserungen bezüglich Angstzuständen und Depressionen.

Nach Ansätzen der Selbstmanagement-Förderung lassen sich kaum pauschale Aussagen über die Wirksamkeit machen. Dazu sind die untersuchten Ansätze wie erwähnt zu heterogen. Betrachtet man Tabelle 10 im Anhang A6 so deuten diese darauf hin, dass sich umfassendere Schulungsprogramme zum Selbstmanagement bei somatischen Krankheiten gut bewähren. Auch HIQA (2012) und Coulter und Ellins (2006) kommen zu diesem Schluss. Hingegen sind gemäss diesen beiden Studien reine Informationsmassnahmen wenig effektiv. Coulter und Ellins folgern, dass folgende Ausgestaltungsmerkmale mit einer besseren Effektivität von Angeboten der Selbstmanagement-Förderung verbunden sind: Länge der Intervention (länger als zwölf

⁶⁵ Die Metastudien von de Silva (2011) und Nolte und Osborne (2013) finden hingegen keine signifikanten Effekte auf relevante Outcomes bei Arthritis.

Wochen), hohe Intensität des Programms, regelmässige Reviews durch Gesundheitsfachpersonen, Fokus auf spezifische Aspekte bei der Schulung, partizipative Trainingsmethoden, Kombination mehrerer Ansätze, Einbezug von Angehörigen.

4.2. Kosteneffektivität und Social Return on Investment

Zu den Auswirkungen von Angeboten zur Selbstmanagement-Förderung auf die Gesundheitskosten existieren unterschiedliche Arten von Studien. Eine erste Art von Studien analysiert die Auswirkungen auf die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens, d.h. die vermiedenen Kosten durch Selbstmanagement-Förderung. Diese Studien stellen die vermiedenen Kosten jedoch nicht den Kosten für die Durchführung der Massnahmen sowie den Gesundheitseffekten gegenüber. Eine umfassende Kosten-/Nutzen-Betrachtung machen sogenannte Kosteneffektivitätsstudien und Studien zum SROI (vgl. folgende Box). In diesem Kapitel wird lediglich auf Studien zur Kosteneffektivität und zum SROI fokussiert.

Box 9: Arbeitsdefinitionen für die Begriffe Kosteneffektivität und SROI:

- **Kosteneffektivität:** Die Kosteneffektivitäts-Analyse vergleicht die Kosten mit der Wirksamkeit bestimmter Interventionen, ohne die Wirksamkeit monetär zu bewerten (Metz 2006). Der Nutzen wird meist in qualitätsbereinigten Lebensjahren (QALY) gemessen. Für die Kosten werden sowohl die Kosten für die Durchführung der Massnahme als auch die vermiedenen Kosten durch die Massnahme berücksichtigt. Massnahmen werden in gewissen Ländern als kosteneffizient definiert, wenn sie eine Kosteneffektivität von einem Schwellenwert kleiner als USD 50'000-100'000 (Kontext USA) resp. kleiner als GBP 20'000-30'000 (Kontext Grossbritannien) pro QALY ausweisen (vgl. Gutzwiller et al. 2012). Eine international anerkannte monetäre Kosteneffektivitätsschwelle existiert nicht. Auch die erwähnten Länder setzten verschiedene Schwellen je nach Leistungsart ein.
- **Social Return on Investment (SROI):** Der SROI ist wie die Kosteneffektivität ein Mass für das Kosten/Nutzen-Verhältnis. Er vergleicht die monetären Kosten einer Intervention mit den verhinderten gesellschaftlichen Kosten, die der Intervention zugeschrieben werden können (vgl. Wieser et al. 2010). Ist der SROI > 0, lohnt sich die Intervention aus gesellschaftlicher Sicht. Im Unterschied zur Kosteneffektivitäts-Analyse berücksichtigt der SROI nicht die Gesundheitseffekte in Form von qualitätsbereinigten Lebensjahren.

Kosteneffektivität

Gleich mehrere Studien weisen darauf hin, dass in der Literatur wenig Evidenz von Meta-Studien bzw. systematischen Reviews zur Kosteneffektivität der Selbstmanagement-Förderung

vorhanden ist (Strammiello et al. 2018, Coulter und Ellins 2006, Bower et al. 2001, Kaltenthaler et al. 2002, Barlow et al. 2002). Ein Hauptgrund hierfür ist, dass die verschiedenen Massnahmen im Bereich der Selbstmanagement-Förderung nur schwer vergleichbar sind (Coulter und Ellins 2006). Zudem ist in vielen Studien die Follow-up Periode zu kurz und die Effekte sind deshalb schwierig zu messen (HIQA 2015, Battersby et al. 2010).

Auch wenn wenig Evidenz aus Meta-Studien existiert, sei darauf hingewiesen, dass zu den betrachteten Fallbeispielen teilweise Kosteneffektivitäts-Studien durchgeführt wurden, die einen kostensparenden Effekt der Angebote nachweisen (beispielsweise zu *ASSIP und Besser leben mit COPD*, vgl. Kap. 2.2.2 sowie die Steckbriefe in Kap. 6).

Auf Meta-Ebene existieren drei neuere Literaturreviews, welche die Resultate zur Kosteneffektivität systematisch analysieren. Diese unterscheiden zwischen verschiedenen NCDs und Ansätzen der Selbstmanagement-Förderung (Schulungsprogramme, Telefonmonitoring). Eine umfassende und gut dokumentierte Studie ist die Studie von HIQA (2015). Das Review von Pinnock et al. (2011) ist ebenfalls gut dokumentiert, konzentriert sich aber nur auf Selbstmanagement-Förderung im Bereich Asthma. Dem Review von Strammiello et al. (2018) liegen vergleichsweise weniger Einzelstudien zugrunde. Zudem sind die Ergebnisse weniger gut nachvollziehbar und daher mit Vorsicht zu behandeln. Die Ergebnisse sind aus den Reviews in der folgenden Übersichtstabelle zusammengefasst. Gemäss den Reviews sind Schulungsprogramme für fast alle aufgeführten NCDs kostenneutral bis kosteneinsparend (vgl. Tabelle 3). Für Telemonitoring ist die Evidenz etwas weniger klar oder nicht ausreichend für verlässliche Aussagen entlang der verschiedenen NCDs. Strammiello et al. (2018) folgern so auch aus ihren Ergebnissen, dass Massnahmen der Selbstmanagement-Förderung, die rein auf Informations- und Kommunikationstechnologien abstützen weniger kosteneffektiv sind als Massnahmen mit persönlichem «face-to-face»-Kontakt zu Betroffenen/Angehörigen und insbesondere mit einer Kombination aus beidem.

Tabelle 3: Evidenz zur Kosteneffektivität

Ansatz NCDs	Schulungsprogramme*	Telemonitoring	Verschiedene Ansätze
Asthma	▪ mindestens kosten-neutral [1] ▪ kosteneffektiv [2]	▪ gemischte Evidenz [1]	▪ mehrheitlich kosteneffektiv
COPD	▪ kostensparend [1]	▪ mehrheitlich nicht kosteneffektiv [1]	▪ mehrheitlich kosteneffektiv [3]
Diabetes	▪ kosteneffektiv [1]	▪ zu wenig Evidenz [1]	▪ mehrheitlich kosteneffektiv [3]
Herzversagen	▪ kosteneffektiv [1]	▪ kostensparend [1]	▪ mehrheitlich kosteneffektiv [3]
Ischämische Herzkrankheiten	▪ keine Evidenz	▪ zu wenig Evidenz [1]	▪ mehrheitlich kosteneffektiv [3]

* Darunter gefasst sind: education programs und supported self-management

Die Zahlen in den eckigen Klammern verweisen auf die Quelle der Information: [1] HIQA (2015), [2] Pinnock et al. (2011), [3] Strammiello et al. (2018).

Definitionen: Kostenneutral: Die Kosten der Intervention und die vermiedenen Kosten durch verbessertes Selbstmanagement heben sich in etwa auf; Kostensparend: Die vermiedenen Kosten durch verbessertes Selbstmanagement überwiegen die Kosten der Intervention. Kosteneffektiv: Die Kosten (Kosten der Intervention abzüglich vermiedene Kosten) pro gewonnenes QALY unterschreiten einen bestimmten Grenzwert. Der Grenzwert ist unterschiedlich festgelegt und wird nicht immer ausgewiesen.

Tabelle INFRAS.

Für weitere Stränge (psychische Erkrankungen, Sucht, krankheitsübergreifende Angebote und gemeinschaftliche Selbsthilfe liegt aus den systematischen Reviews keine oder nur ungenügende Evidenz vor.

Social Return on Investment (SROI)

Die vorhandene Evidenz zum SROI ist ungenügend. Die Literatursuche ergab keine Meta-Studien oder systematische Reviews zum SROI von Massnahmen der Selbstmanagement-Förderung, sondern lediglich Einzelstudien zum SROI vom sogenannten Expert Patient Programm in Grossbritannien, das - ähnlich wie das Angebot *EVIVO* - auf dem Konzept des «Chronic Disease Self-Management Program CDSMP» der Universität Stanford basieren. Die Einzelstudien zeigen folgende Resultate:

- Eine Studie untersucht die Auswirkungen vom Expert Patient Programm (EPP) in Grossbritannien (Phillips 2010). Mittels Befragungen von Teilnehmenden von EPP berechnen sie, dass aus einem investierten Pfund ein SROI von GBP 16.53 resultiert.
- Eine weitere Studie analysiert drei Expert Patient Programme, welche sich u.a. an Personen mit Suchtproblemen richten (Phillips et al. 2011, Kennedy und Philipps 2011). Für diese drei Programme ermittelt die Studie mittels Befragung der Teilnehmenden einen SROI zwischen GBP 0.5 und GBP 6.09. Die Studie findet keine Gründe für diese grossen Unterschiede.

5. Fazit, Handlungsbedarf und Empfehlungen

5.1. Generelles Fazit

Das Fazit zu den einzelnen Fragestellungen des Berichts findet sich zusammen mit den Lernerfahrungen in den Kapiteln 2-4 des Berichts. Im Folgenden werden einige übergeordnete Erkenntnisse aufgeführt:

Die Studie hat gezeigt, dass seit der letzten Analyse im Jahr 2017 (BAG und GELIKO 2018) die Selbstmanagement-Förderung in den Bereichen nichtübertragbare Krankheiten, Sucht und psychische Erkrankungen in der Schweiz weiter etabliert werden konnte. Mehrere Angebote sind auf gutem Weg hin zum Ziel der Verankerung im Regelsystem, einige haben das Ziel bereits erreicht.

- Heute existiert in der Schweiz eine Vielzahl von Angeboten der Selbstmanagement-Förderung, die zumindest teilweise nachhaltige Finanzierungslösungen gefunden haben und vielfach hohen Ansprüchen an das Qualitätsmanagement genügen. Bei der Sondierung nach Fallbeispielen, die den hochgesteckten Selektionskriterien (vgl. Anhang A2) entsprechen, waren die Studienverantwortlichen überrascht von der Anzahl Angebote, welche in die engere Auswahl für Fallbeispiele kamen. Einzig im Strang Sucht gibt es erst eine geringere Anzahl Angebote zur Selbstmanagement-Förderung, welche die Kriterien erfüllen.
- Die ausgewählten Fallbeispiele zeigen dennoch, dass zum Teil beträchtliche Finanzierungslücken vorhanden sind. Die auf nationaler Ebene vorhandenen Sozialversicherungen und Finanzierungstöcke greifen nicht bei allen Fallbeispielen und wenn sie greifen, dann meist nur teilweise. Die Fallbeispiele spiegeln das fragmentierte Finanzierungssystem in der Schweiz wider, welchem die Selbstmanagement-Förderung in besonderem Ausmass «zum Opfer» fällt, da sie zwischen Prävention, Gesundheitsversorgung und Invalidenhilfe verankert ist.
- Eine «one fits all»-Finanzierungslösung zu finden, ist unter den gegebenen Rahmenbedingungen unrealistisch. Dies zeigt auch das gescheiterte Präventionsgesetz sowie die geringe politische Akzeptanz für den Vorschlag eines Patienteninformationsgesetzes (vgl. Kap. 2.1). Es müssen in jedem Strang für jedes Angebot spezifische Lösungen gefunden werden, deren Erarbeitung oft mit enormem Aufwand und Kosten verbunden ist. Es geht dazu aus den Fallbeispielen ein Potenzial hervor, bestehende Finanzierungsquellen konsequenter auszuschöpfen.
- Im Bereich Qualität hingegen ist es einfacher, Standards aufzuzeigen, die für die meisten Angebote eine Leitlinie vorgeben könnten.

- Klar wird, dass die drei Aspekte «Evidenz», «nachhaltige Finanzierung» und «Qualität» in enger wechselseitiger Beziehung zueinanderstehen und einander auch bedingen. Wo die Finanzierung gesichert ist, ist die Qualitätssicherung und die Begleitforschung leichter zu gewährleisten. Umgekehrt ist es einfacher, eine nachhaltige Finanzierungsquelle zu erschliessen, wenn die Qualität und Wirkung eines Angebots nachweisbar sind. Die analysierten Fallbeispiele zeigen, dass es kaum realistisch ist, all diese Ansprüche bei Angebotsbeginn zu erfüllen. Hier beisst sich die Katze in den Schwanz. Die Fallbeispiele zeigen jedoch auch, dass es gelingen kann, über einen iterativen Weg und den Einstieg über einen oder zwei dieser Aspekte längerfristig die hohen Ansprüche in allen drei Aspekten zu erfüllen.
- Insgesamt liegt zu wenig Evidenz vor, um über jeden Strang und verschiedene Angebotstypen erhärtete Aussagen über die Kosteneffektivität und den Social Return on Investment zu machen. Aufgrund der vorhandenen Evidenz kann jedoch generell gesagt werden, dass Investitionen in evidenzbasierte und qualitätsgesicherte Angebote zur Selbstmanagement-Förderung eine kosteneffektive Investition mit potenziell hohem Social Return on Investment sein können. Die Kosteneffektivität scheint höher zu sein, je umfassender das Programm ist.
- Die in Kapitel 3.1. beschriebenen Entwicklungen und intensiven Bestrebungen, die Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung generell zu stärken, stellen günstige Rahmenbedingungen für die Qualität in der Selbstmanagement-Förderung dar. Allerdings gibt es in der Schweiz im Vergleich zu anderen Ländern in diesem Bereich noch grossen Aufholbedarf. Verglichen mit dem traditionellen Kerngeschäft der medizinischen Versorgung spielt die Selbstmanagement-Förderung und deren Qualitätsmanagement im Versorgungswesen noch eine untergeordnete Rolle. Dies drückt sich auch auf der Ebene der dafür bereitgestellten Mittel aus.
- Grundsätzlich lässt sich abschliessend folgern, dass aus den beschriebenen Fallbeispielen viel gelernt werden kann. Die Akteure der Plattform SELF bewegen sich gemeinsam auf einem zwar weiterhin steinigem, aber guten Weg hin zu einer Verankerung von qualitativ hochwertigen und in zunehmendem Masse nachhaltig finanzierten Angeboten der Selbstmanagement-Förderung in der Schweiz.

5.2. Handlungsbedarf und wichtigste Empfehlungen

Auf der Basis unserer Analysen haben wir Bereiche identifiziert, wo aktuell in den Themen nachhaltige Finanzierung und Qualität der höchste Handlungsbedarf geortet wird. Dazu werden Empfehlungen abgegeben, welche für die Aktivitäten der Akteure der Plattform SELF in den kommenden Jahren richtungsweisend sein könnten. Die Empfehlungen werden unter den im Referenzrahmen identifizierten vier Handlungsfeldern klassifiziert (BAG and GELIKO, 2018).

Gewisse Empfehlungen betreffen mehrere Handlungsfelder. Die Zuordnung wurde sinngemäss zum stärksten Bezug vorgenommen.

In Klammer wird hinter den Empfehlungen jeweils angegeben, ob sich die Empfehlung voraussichtlich kurz-, mittel- oder langfristig (K, M, L) umsetzen lässt.

Handlungsfeld 1: Nachhaltige Lösungen für die Finanzierung

Die folgenden Empfehlungen zum Handlungsfeld 1 sind nach den Akteuren gegliedert, welche die Empfehlung betrifft. Innerhalb der Akteursbereiche sind jeweils zunächst die Empfehlungen aufgeführt, die sich aus unserer Sicht kurz- bis mittelfristig basierend auf den heute gegebenen Rahmenbedingungen realisieren lassen und am Ende solche, die eher langfristiger Natur sind und eines längeren Prozesses bedürfen.

A) Ebene Bund - Sozialversicherungen

E 1.1. – Finanzierungsbedingungen der OKP sichtbarer machen und Möglichkeiten besser nutzen (K-M)

Selbstmanagement-Förderung umfasst oftmals Leistungen, die dem KVG-Bereich zugeschrieben werden können. Häufig leisten nichtärztliche Fachpersonen einen Grossteil der Leistungen, welche teilweise nicht als OKP-Leistungen gelistet sind, sondern mittels eines Antragsprozesses aufgenommen werden müssen. Die Fallbeispiele haben gezeigt, dass der Antragsprozess teils eine grosse Hürde für die Anbieter darstellt und Unklarheit darüber herrscht, ob er erfolgreich sein kann. Die Möglichkeit einer diesbezüglichen frühzeitigen Diskussion mit dem BAG wurde in Vergangenheit gemäss BAG erst wenig in Anspruch genommen.

Aus Sicht der AutorInnen besteht Potenzial, diese Finanzierungsquelle stärker für Leistungen der Selbstmanagement-Förderung zu nutzen:

- Von Seiten BAG sollte erstens mehr Klarheit über die Voraussetzungen zur Kostenübernahme durch die OKP geschaffen werden. Dies betrifft zum einen den Nachweis über die Wirksamkeit der Angebote. Derzeit ist das BAG daran, ein Arbeitspapier zur Operationalisierung der WZW-Kriterien zu überarbeiten. Spezifische Weiterentwicklungen für unterschiedliche Leistungsbereiche würden die Anbieter in ihren Überlegungen unterstützen. Zum anderen betrifft dies die Möglichkeit einer befristeten Kostenvergütung unter Evaluation von Leistungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befindet. Aus den Fallstudien geht jedoch hervor, dass den Anbietern diese Möglichkeit kaum bekannt ist. Zweitens sollte das BAG prüfen, ob der Antragsprozess niederschwelliger gestaltet werden kann.

- Die Anbieter sind auf der anderen Seite gefordert, die Finanzierungsmöglichkeit über die OKP vermehrt aktiv zu prüfen und dazu frühzeitig das Gespräch mit dem BAG zu suchen.

E 1.2. – Förderkriterien der Finanzhilfen des BSV (Art. 74 IVG) überprüfen (K-M)

Im Bereich der Nicht-KVG-Leistungen greifen teilweise die Finanzhilfen des BSV. Angebote der Selbstmanagement-Förderung entsprechen den Zielsetzungen dieser Finanzierungsquelle und die Finanzhilfen erweisen sich in den Fallbeispielen als nachhaltige Finanzierungsquelle. Gleichzeitig ist das Budget beschränkt und neue Anbieter sind ausgeschlossen. Letzteres beschränkt insbesondere die Finanzierungsmöglichkeit für krankheitsübergreifende Angebote. Das BSV sollte daher die Förderkriterien dahingehend prüfen und anpassen, dass insbesondere auch krankheitsübergreifende Angebote die gleichen Zugangschancen zu dieser Finanzierungsquelle erhalten.

E 1.3. – Finanzierungsbedingungen der OKP im Übergang stationär – ambulant klären (M)

Selbstmanagement-Förderung findet häufig auch am Übergang vom stationären zum ambulanten Setting statt. Wie einzelne Fallbeispiele und andere Untersuchungen zur Finanzierung von Leistungen an der Schnittstelle zeigen (Giger et al. 2019 und Fringer Schai und Ruflin 2019), beinhalten die Regelungen zur Finanzierung von Leistungen im Übergang viel Interpretationsspielraum und die Praxis ist diesbezüglich unterschiedlich. Das BAG sollte gemeinsam mit den Tarifpartnern (Krankenversicherer und Kantone) die Zuständigkeiten klären.

E 1.4. – Anreize für Angebote von Disease-Management-Programmen erhöhen (M-L)

Ein fester Bestandteil von sogenannten Disease-Management-Programmen ist die Selbstmanagement-Förderung. Die finanziellen Anreize für Leistungserbringer, diese Programme im Rahmen von Managed-Care-Verträgen anzubieten, sind jedoch eher gering. Gewinne durch Disease-Management-Programme erwirtschaften können lediglich Ärztenetzwerke mit Budgetverantwortung. Diese erhalten im Unterschied zu anderen frei praktizierenden Ärzt/innen eine Kopfpauschale bzw. ein Budget für ihre Patient/innen. Die meisten frei praktizierenden Ärzt/innen und Ärztenetzwerke erhalten jedoch eine Einzelleistungsvergütung. Das BAG sollte gemeinsam mit den Tarifpartnern prüfen, inwiefern basierend auf den bestehenden Gesetzessgrundlagen der OKP, die finanziellen Anreize für die Leistungserbringer verbessert werden können, Disease-Management-Programme anzubieten.⁶⁶ Eine Möglichkeit wäre ggf., den Sockelbeitrag zu erhöhen (vgl. Kapitel 2.3.2).

⁶⁶ Es sei darauf hingewiesen, dass die Förderung von koordinierten Versorgungsnetzen und Disease-Management-Programmen Teil des zweiten KVG-Revisionspakets zu den Kostendämpfungsmassnahmen ist. Die Eröffnung der Vernehmlassung wird im Jahr 2020 stattfinden.

E 1.5. – Instrument der Subjektfinanzierung einführen oder bestehende Instrumente erweitern (L)

Ein Finanzierungsmodell, welches einerseits chancengleichen Zugang zu Angeboten der Selbstmanagement-Förderung und andererseits eine nachhaltige Finanzierungsquelle für Anbieter darstellen würde, wäre eine pauschale Subjektfinanzierung, mit der die Betroffenen selbst ein passendes Angebot der Selbstmanagement-Förderung einkaufen können. Ein entsprechendes Instrument existiert im Rahmen der Invalidenversicherung mit dem Assistenzbeitrag. Das BAG und das BSV sollten prüfen, ob ein ähnliches Instrument für Leistungen der Selbstmanagement-Förderung geschaffen oder der Assistenzbeitrag dahingehend angepasst werden kann, dass er für Angebote der Selbstmanagement-Förderung genutzt werden kann.

B) Kantonale Ebene

E 1.6. – Empfehlungen der GDK und SODK zur Unterstützung von Angeboten der Selbstmanagement-Förderung (K)

Die Fallbeispiele haben gezeigt, dass die Kantone ihre Rolle und Aufgaben in der Prävention von NCD, psychischen Erkrankungen und Sucht teils unterschiedlich wahrnehmen. Dies betrifft konkret auch die Selbstmanagement-Förderung, für die die Kantone teils wenig sensibilisiert sind. Dies drückt sich darin aus, dass sie sich – mit Ausnahme der Stränge Sucht und gemeinschaftliche Selbsthilfe – nur punktuell im Bereich der Selbstmanagement-Förderung finanziell engagieren. Sie sollten daher – wie im Bereich der gemeinschaftlichen Selbsthilfe geschehen – durch ein Empfehlungsschreiben der GDK und der SODK für eine Unterstützung von Angeboten der Selbstmanagement-Förderung sensibilisiert und motiviert werden. Dabei könnten die GDK und die SODK Good-Practice-Beispiele (Angebote und kantonale Unterstützungen) sowie die möglichen Instrumente aufzeigen, u.a.:

- Leistungsaufträge oder GWL für Angebote der Selbstmanagement-Förderung von Spitälern/Kliniken (Bsp. *ASSIP*, psychische Erkrankungen)
- Berücksichtigung von Selbstmanagement-Förderung bei kantonalen Strategien und Programmen im Bereich Prävention, NCD, Sucht, psychische Erkrankungen (z.B. kantonale Aktionsprogramme, Programme psychische Gesundheit, Sucht etc.)
- Konsequente Ausschöpfung der zweckgebundenen Finanztöpfe (Spielsuchtabgabe, Alkoholzehntel) auch für Angebote der Selbstmanagement-Förderung.

C) Schnittstelle Bund - Kantone

E 1.7. – Mittel von Gesundheitsförderung Schweiz stärker für Selbstmanagement-Förderung öffnen (M)

Die durch Gesundheitsförderung Schweiz – bzw. die Prämien der Grundversicherung – finanzierten kantonalen Aktionsprogramme haben sich als Instrument bewährt, die Kantone zur Umsetzung und Mitfinanzierung von Massnahmen der Gesundheitsförderung zu motivieren. Für die Selbstmanagement-Förderung ist dieses Instrument jedoch nicht zugänglich, da es auf Gesundheitsförderung fokussiert. Zwar stehen mit der PGV-Projektförderung Mittel auch für die Selbstmanagement-Förderung offen. Dieser ist jedoch zeitlich befristet und nicht für eine nachhaltige Finanzierung geeignet. Vor diesem Hintergrund sollten das BAG, die Kantone und Gesundheitsförderung Schweiz prüfen, ob die Mittel von Gesundheitsförderung Schweiz stärker für die längerfristige Finanzierung von Angeboten der Selbstmanagement-Förderung geöffnet werden können. Beispielsweise könnten - analog zu den kantonalen Aktionsprogrammen - standardisierte Angebote der Selbstmanagement-Förderung durch Gesundheitsförderung Schweiz mitfinanziert werden unter der Bedingung, dass die Kantone eine Teilfinanzierung leisten.

E 1.8. – Neue Finanzierungsmodelle und Voraussetzungen für die Umsetzung prüfen (L)

Als langfristige Vision wäre es wünschenswert, dass wirksame und wirtschaftliche Leistungen im Bereich Selbstmanagement-Förderung – im Sinne des Chronic Care Modells – fester und integraler Bestandteil des Behandlungspfades werden. Der vorliegende Bericht zeigt, dass die verschiedenen Tarifsysteme und die verschiedenen Zuständigkeiten in der Finanzierung Hindernisse hierfür bilden. Es sollte daher geprüft werden, welche Finanzierungsmodelle die Selbstmanagement-Förderung als Bestandteil des Behandlungspfades unterstützen könnten. Dies könnten beispielsweise Pauschalen für definierte Leistungen der Selbstmanagement-Förderung sein, die für einen definierten Kreis an Fachpersonen gelten und bei denen sich die Finanzierungsträger auf eine Mischfinanzierung einigen. Dabei sollten auch Fachpersonen berücksichtigt werden, die heute entsprechende Weiter- und Fortbildungsangebote in Anspruch nehmen, aber aufgrund von Tarifbeschränkungen nicht anwenden können. Ein anderes Beispiel sind Modelle, die den ganzen Behandlungspfad einer Krankheitsepisode mit einer Pauschale abgelden (sogenannte Komplexpauschalen). Solche Modelle werden zum Teil im Ausland angewendet (vgl. z.B. INFRAS 2014). Sie könnten an die Bedingung geknüpft werden, dass die Versorgung sich auf das Chronic Care Modell stützt, von dem die Selbstmanagement-Förderung ein Bestandteil ist. Zu den möglichen Finanzierungsmodellen sollten gleichzeitig die Voraussetzungen für eine längerfristige Umsetzung geprüft und aufgezeigt werden.

D) Ebene Privatwirtschaft

E 1.9. – Arbeitgeber/Versicherer für die Unterstützung von Selbstmanagement-Förderung motivieren (M)

Arbeitgeber sind bis jetzt noch wenig für die Wirksamkeit von Angeboten der Selbstmanagement-Förderung – auch hinsichtlich der Vermeidung von Arbeitsausfällen – sensibilisiert. Bis jetzt konzentriert sich das klassische betriebliche Gesundheitsmanagement vor allem auf Bereiche der Gesundheitsförderung und Primärprävention. Die Arbeitgeber sollten daher vermehrt für die Unterstützung von Angeboten der Selbstmanagement-Förderung (durch Subjekt- oder Objektbeiträge) sowohl für die direkt Betroffenen als auch für arbeitstätige betreuende Angehörige («work and care») sensibilisiert werden. Daneben haben auch Versicherer wie Pensionskassen oder Taggeldversicherer ein ähnliches Interesse wie die Arbeitgeber. Auch diese gilt es zu sensibilisieren und auf das Potenzial der Angebote der Selbstmanagement-Förderung aufmerksam zu machen: Dazu bieten sich für den Bund folgende Pisten an:

- Mehr Arbeitgeber/Versicherer bei der Plattform SELF einbinden. Für die Arbeitgeber könnte das Kontaktnetz von Gesundheitsförderung Schweiz im Rahmen der Aktivitäten des betrieblichen Gesundheitsmanagements genutzt werden.
- Bei Kommunikationsaktivitäten im Rahmen der NCD-Strategie gezielt Arbeitgeber und Versicherer anvisieren und Selbstmanagement-Förderung als Fokus mitziehen. Dabei sollte auf Problematiken aufmerksam gemacht werden, bei der die Betroffenheit in Unternehmen gross sein könnte und welche grosse Arbeitsausfälle nach sich ziehen können (z.B. chronische Erkrankungen des Bewegungsapparates, Migräne, Sucht).
- Institutionelle Plattform Betriebliches Gesundheitsmanagement BGM des BAG, SECO, BSV, Gesundheitsförderung Schweiz, GDK, SUVA und dem VSAA (Verband der Schweiz. Arbeitsmarktbahörden), IVA (Interkantonaler Verband für Arbeitnehmerschutz) nutzen für die Sensibilisierung.

E) Weiterer Abklärungsbedarf

E 1.10. – Möglichkeiten weiterer Finanzierungsquellen vertiefter prüfen (K-M)

Aus den verschiedenen Gesprächen und Recherchen im Rahmen der vorliegenden Studie sind verschiedene Hinweise auf mögliche weitere Finanzierungsquellen aufgekommen, welche vertiefter geprüft werden könnten:

- **Obligatorische Unfallversicherung:** Unfälle können häufig auch zu chronischen Situationen und (psychischen) Folgebelastungen führen. Die Unfallversicherung könnte daher ggf. subjektbezogen genutzt werden. Möglicherweise leisten Versicherungseinrichtungen auch objektbezogene Beiträge.
- **Taggeldversicherung:** Taggeldversicherungen von Arbeitgebern bieten erkrankten Personen teils ein Case-Management an. Ggf. könnten sich auch Angebote der Selbstmanagement-Förderung für ein Case-Management qualifizieren und für subjektbezogene oder objektbezogene Finanzierungen in Frage kommen.
- **Lotteriefonds:** Der Reingewinn von Swisslos und der Lotterie Romande fliesst über kantonale Fonds in gemeinnützige Projekte vor allem in den Bereichen Sport und Kultur. Teilweise werden auch Projekte im Bereich Soziales und Gesundheit unterstützt.
- **Innosuisse:** Die schweizerische Agentur für Innovationsförderung unterstützt im Rahmen der Projektförderung u.a. auch soziale Innovationen. Eine Bedingung ist, dass das Projekt gemeinsam von der Wirtschaft und Forschung getragen wird.

E 1.11 Finanzierungsmöglichkeiten von Angeboten für Angehörige vertieft prüfen (K-M)

Unter den analysierten Fallbeispielen finden sich keine Angehörigenspezifische Angebote der Selbstmanagement-Förderung. Die Sondierung nach Good-Practice Angeboten (vgl. Angang A2) ergab, dass heute in der Schweiz kaum Angebote bestehen, die alleine auf das Selbstmanagement bzw. den Umgang mit Belastung von betreuenden Angehörigen abzielen. Die Finanzierungsmöglichkeiten dieser Angebote dürften sehr eingeschränkt sein: Im Rahmen der OKP kann der Einbezug von Angehörigen im stationären und ambulanten Setting nur teilweise abgegolten werden (vgl. dazu Fringer Schai und Ruflin 2019). In den analysierten Fallbeispielen, bei denen auch Angehörige teilnehmen können, besteht keine «Regelfinanzierung» für die Leistungen für Angehörige. Für die Finanzhilfen des BSV in der Invalidenhilfe erfüllen Angebote für Angehörige nicht das Kriterium des IV-Anspruchs. Inwiefern die Kantone sich diesbezüglich engagieren, ist nicht bekannt. Ein Potenzial ergibt sich im Rahmen der Förderung der kantonalen Aktionsprogramme psychische Gesundheit von Gesundheitsförderung Schweiz. Betreuende Angehörige sind eine Zielgruppe für Gesundheitsförderung Schweiz, allerdings bisher fokussiert auf den Bereich psychische Gesundheit/ältere Menschen.⁶⁷

Die Lücken und Möglichkeiten der Finanzierung von Angeboten der Selbstmanagement-Förderung für Angehörige sollten noch vertiefter analysiert werden.

⁶⁷ vgl. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit/Broschuere_GFCH_2019-02_-_Psychische_Gesundheit_von_Betreuenden_Angehoerigen.pdf

Handlungsfeld 2: Qualitätssicherung und Befähigung der Akteure

E 2.1. – Spezifische Aspekte des Qualitätsmanagements (QM) in der Selbstmanagement-Förderung definieren und bekannt machen (K)

Unter dem Lead des BAG sollten die Akteure SELF (vertreten durch das Kernteam) den Vorschlag der zehn Qualitätsstandards gemeinsam verabschieden. Es ist sicherzustellen, dass das resultierende QM-System offen genug ist, um es an den spezifischen Bedarf und die Möglichkeiten der verschiedenen Angebote und Trägerschaften anzupassen.

Die vorgeschlagenen Aspekte für Qualitäts-Kriterien sind optionale Vorschläge zu den jeweiligen Qualitätsstandards. Auf dieser Basis können Angebotsverantwortliche passend für ihr Angebot spezifische Qualitätskriterien zusammenstellen.

Die festgehaltenen Standards mit den vorgeschlagenen Kriterien sollten danach unter den Akteuren SELF, bei weiteren Anbietern und vor allem bei den Geldgebern der Selbstmanagement-Förderung breit bekannt gemacht werden.

Im Hinblick auf die Umsetzung in den Angeboten könnte ein Leitfaden zur Operationalisierung in allgemeinverständlicher Sprache geschaffen werden. Darin könnten Empfehlungen zur Klassifizierung der Qualitätskriterien nach Phase (Pilotphase, Beginn der Umsetzungsphase und Regelbetrieb) abgegeben werden.

Für elektronische Tools/Gesundheits-Apps zur Selbstmanagement-Förderung wird empfohlen, die kürzlich publizierten 9 Qualitätsprinzipien⁶⁸ von e-health Schweiz für gute Gesundheits-Apps mit den hier vorgeschlagenen zehn Qualitätsstandards abzugleichen, und wo relevant zu ergänzen.

E 2.2. – QM-Systeme integrieren und standardisieren (K-M)

Ein vorbestehendes anschlussfähiges QM-System in Trägerorganisationen und in Themenbereichen, wie z.B. im Strang Sucht das System QuaTheDA, stellt ein Erfolgsfaktor für die Qualitätssicherung dar. Die Angebotsverantwortlichen sollten möglichst nach integrierten Lösungen streben und dafür sorgen, dass die für die Selbstmanagement-Förderung spezifischen Standards in anderen QM-Systemen abgebildet sind. Separate Qualitäts-Instrumente und -Prozesse sind aus Gründen der Ressourceneffizienz wenn möglich zu vermeiden.

Die Revision 2020 des QuaTheDA Systems (Basismodul) mit dem geplanten Leitfaden (siehe Ausführungen dazu im Kapitel 3.3.3) kann BAG-intern, aber auch für andere Organisationen

⁶⁸ Factsheet : Was ist eine gute Gesundheits-App? https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/D/factsheet-kriterienkatalog-gesundheitsapps.pdf

und Anbieter als Good Practice Modell gelten, wie das Thema der Selbstmanagement-Förderung in umfassendere Qualitätssysteme integriert werden kann. Innerhalb des BAG sollten sektionsübergreifend weitere Schnittstellenopportunitäten eruiert und ausgeschöpft werden. Kleinere Anbieter könnten prüfen, ob sie durch Standardisierung und Kooperationen mit anderen Anbietern ausreichend Grösse und Ressourcen für ein QM-System schaffen, Synergien stärken und Effizienzgewinne fördern könnten. Für Angebote, die an mehreren Standorten angeboten werden, sollte sich eine zentrale Koordinationsstelle dem QM annehmen. Dachverbände sind die logische Instanz bei Angeboten, welche von Ligen und ähnlichen Trägern angeboten werden.

E 2.3. – Qualitätsgesicherte Angebote fördern (K-M)

Da die Schaffung einer Kontrollinstanz für die Qualitätssicherung der 10 Standards wenig realistisch sein wird, kann die Qualitätssicherung auch über eine gezielte Förderung von Angeboten erfolgen, welche explizit die Standards verfolgen. Zukünftig sollten gezielt Angebote gefördert werden, welche sich den festgehaltenen Qualitäts-Standards verpflichten.

Generell sollte aber darauf geachtet werden, dass die Vorgaben an das Qualitätsmanagement für Angebote der Selbstmanagement-Förderung nicht zu hochgesteckt werden. Bisher konnten sich vor allem Angebote ein solides QM «leisten», die etabliert sind und eine gesicherte Finanzierung und starke, zumeist finanzkräftige Trägerorganisationen im Rücken haben. Zukünftig sollten Geldgeber Antragssteller dazu ermutigen, Budgets für das QM einzuplanen und dafür die entsprechende Anschubfinanzierung beisteuern. Dies wäre in der Entwicklungsphase auch für die Geldgeber nutzbringend, da die Analyse der Fallbeispiele klar zeigt, dass qualitätsgesicherte Angebote leichter Zugang zu nachhaltiger Finanzierung finden können. Das BAG und die Mitglieder des Kernteams könnten bei gewissen Instanzen, z.B. PGV, entsprechende Sensibilisierungsarbeit leisten.

E 2.4. – Pragmatische Anforderungen an den Evidenzausweis von Angeboten zur Selbstmanagement-Förderung stellen (K-M)

Der Bericht zeigt auf, dass für viele der analysierten Good Practice Angebote die Evidenz hinsichtlich Wirkung belegt ist. Da jedoch nur etablierte, in der Regel nachhaltig finanzierte Angebote näher angeschaut werden konnten, kann nicht davon ausgegangen werden, dass dieses Ergebnis für *alle* bestehenden Angebote der Selbstmanagement-Förderung in der Schweiz gilt. Grundsätzlich für alle Angebote gilt jedoch die Erkenntnis, dass es zum Thema des Social Return on Investment (sozialer Nutzen) noch kaum Evidenz gibt. Hier besteht zukünftig in der Schweiz Handlungsbedarf.

Der Qualitätsanspruch bezüglich Evidenzbasierung steht in einem Spannungsfeld zur Forderung nach patientenzentrierten, bedürfnis- und bedarfsgerechten Angeboten. Flexibilität und periodische Anpassungen von Angeboten sind wichtig für deren Qualität. Dies ist ein Spezifikum der Angebote zur Selbstmanagement-Förderung, in welchen mit den Betroffenen/Angehörigen auf Augenhöhe gearbeitet werden soll. Zudem muss ein Zweiklassensystem auf der Akteurs-Ebene vermieden werden, in welchem nur noch die «Grossen und Starken» mitspielen könnten. In der Praxis muss ein pragmatischer Ansatz zwischen den beiden Qualitätsansprüchen Evidenzbasierung und Bedürfnis-/Bedarfsgerechtigkeit gefunden werden.

E 2.5. – Selbstmanagement-Förderung stärker in der beruflichen Grundausbildung verankern (K-L)

Bisher ist wenig bekannt zur Frage, wo überall Elemente zur Selbstmanagement-Förderung bereits in die Curricula der verschiedenen involvierten Berufsgruppen eingeflossen sind (insbesondere Pflegefachpersonen, MPA, Ärzt/innen, Psycholog/innen, Physiotherapeut/innen, Ernährungsberater/innen, Sozialarbeitende etc.).

Es wird empfohlen, dass das BAG in Zusammenarbeit mit den verschiedenen Berufsverbänden eine Analyse zum Stand und Potenzial der Selbstmanagement-Förderung in den Ausbildungs-Curricula im Gesundheits- und Sozialwesen in Auftrag gibt. Eine solche Analyse muss die Spezifitäten in den verschiedenen Sprachregionen berücksichtigen. Zu Beginn sollte mit Schlüsselakteuren in der Deutschschweiz und der Romandie geklärt werden, welche minimalen Elemente⁶⁹ eine Schulung für Fachleute enthalten sollte, um sich als Bildungsangebot im Bereich der Selbstmanagement-Förderung zu qualifizieren.

E 2.6. – Weiter- und Fortbildung zur Selbstmanagement-Förderung für spezifische Berufsgruppen fördern (K-L)

In der Schweiz gibt es heute bereits Gesundheitsberufe, welche in ihrer Grundausbildung auf den Bedarf chronisch kranker Menschen vorbereitet werden (z.B. Advanced Practice Nurses). Ihre Ressourcen gilt es zu nutzen. Um auf eine ganzheitliche, interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit in der Selbstmanagement-Förderung hinzuwirken, sollten Lücken bezüglich Weiter- und Fortbildung in anderen Berufsgruppen identifiziert werden. Die Mitglieder des Kernteams könnten gemeinsam mit dem BAG ausgewählte Fachverbände gewisser Berufsgruppen identifizieren und diese sensibilisieren (z.B. Fachverbände von Physiotherapeut/innen

⁶⁹ Bestehende Schulungen greifen Ansätze, wie z.B. Motivational Interviewing oder Shared Decision Making auf, gehen jedoch inhaltlich darüber hinaus.

Ernährungsberater/innen, etc.⁷⁰). Ziel müsste sein, für bisher «unterversorgte» Berufsgruppen analoge Bildungsmassnahmen zu entwickeln, wie sie heute bereits für die Berufsgruppen der Pflegefachpersonen und MPA /MPK bestehen (siehe Tabelle in Anhang A5). In der Ärzteschaft sollten vor allem das Verständnis der Definition und Kriterien der Selbstmanagement-Förderung und das Wissen um deren Nutzen gefördert werden. Sie sind wichtige Zuweiser und Entscheidungsträger im Versorgungswesen.

Handlungsfeld 3: Partizipation der Betroffenen/Angehörigen und Chancengleichheit

E 3.1. – Effektive Mitbestimmung und Mitwirkung von Betroffenen/Angehörigen fördern (K-L)

Um den im Referenzrahmen festgelegten Kriterien für Angebote zur Selbstmanagement-Förderung gerecht werden zu können, müssen die meisten Anbieter und Akteure ihre Bestrebungen bezüglich der effektiven Partizipation von Betroffenen/Angehörigen noch intensivieren. Die Partizipationsmöglichkeiten müssen über die Erhebung von Teilnehmer-Feedback hinausgehen. Für eine Selbstmanagement-Förderung auf Augenhöhe braucht es Möglichkeiten zur effektiven Mitbestimmung und Mitwirkung, speziell auch auf der strukturellen Ebene (z.B. in Begleitgruppen, Steuergremien und bei der Entwicklung der Angebote). Es sollten Anreize (inklusive bei Bedarf finanzielle Anreize) geschaffen werden, die den Betroffenen/Angehörigen eine Mitwirkung ermöglichen. Anregungen können die im Kapitel 3.6.1. aufgeführten Good-Practice-Beispiele geben, welche in den Steckbriefen im Kapitel 6 weiter ausgeführt sind.

Viele der Fallbeispiele mit hoher Beteiligung von Betroffenen/Angehörigen oder Freiwilligen können mit bescheidenen finanziellen Budgets umgesetzt werden. Allerdings darf dies nicht zu deren Lasten passieren. Betroffene/Angehörige und Freiwillige müssen in ihrer Eigeninitiative bei Bedarf professionell unterstützt werden (struktureller Support). Dies bedingt entsprechende finanzielle und personelle Ressourcen mit entsprechenden Kompetenzen.

E 3.2. – Selbstmanagement-Förderung für die Zielgruppe der Angehörigen stärken (K-L)

Seit 2017 hat sich für die Zielgruppe der Angehörigen im Bereich der Selbstmanagement-Förderung wenig getan. Die Empfehlungen, welche damals im Referenzrahmen abgegeben wurden, müssen erneuert werden. Deshalb wird empfohlen, einen eigenen Qualitätsstandard für die

⁷⁰ Für andere Berufsgruppen, wie z.B. Psycholog/innen oder Sozialarbeitende müsste geprüft werden, inwiefern sie durch ihre Ausbildung bereits ausreichend Kompetenzen zur Selbstmanagement-Förderung mitbringen und demnach keinen speziellen Bedarf für entsprechende Weiterbildungen haben.

Zielgruppe Angehörige zu setzen. Zudem ist die aktuelle Definition des Begriffs Selbstmanagement gemäss Referenzrahmen nicht auf die Zielgruppe der Angehörigen anwendbar. Es braucht eine Definition, was Selbstmanagement und Selbstmanagement-Förderung für Angehörige bedeutet.

Zwar kann eine Teilnahme von Angehörigen an gemischten Gruppen nur mit dem Einverständnis der Betroffenen erfolgen. Fachpersonen und Anbieter sollten jedoch vermehrt beachten, dass Angehörige nicht nur Unterstützung für Betroffene leisten, sondern eigene Bedürfnisse im Kontext derer Erkrankung oder Suchtproblematik haben. Angebote zur Selbstmanagement-Förderung sollten systematischer auch für Angehörige der Betroffenen geöffnet werden (z.B. Angehörige als spezifische Unterzielgruppe eines bestehenden Angebots; spezifische Module in einem Angebot für die Bedürfnisse von Angehörigen schaffen; ergänzende Beratungs- und Coaching Angebote spezifisch für Angehörige etc.). Anregungen können die im Kapitel 3.8.1. aufgeführten Good-Practice-Beispiele geben, welche in den Steckbriefen im Kapitel 6 weiter ausgeführt sind. Spezifische Angebote für Angehörige sollten basierend auf einer Bedürfnisanalyse der Zielgruppe und in Kooperation mit Angehörigen-Vertreter/innen entwickelt werden, um sicherzustellen, dass sie auch genutzt werden.

Die Ergebnisse der verschiedenen Forschungsstudien des **nationalen Förderprogramms des Bundes**⁷¹ « Entlastungsangebote für betreuende Angehörige » sollten in Bezug auf ihre Relevanz für die Selbstmanagement-Förderung der Angehörigen von Menschen mit nichtübertragbaren Krankheiten, psychischen Erkrankungen und Suchtproblemen ausgewertet werden.

Eine Angehörigen-Einbindung (wo relevant) als Qualitätsstandard sichert eine systematischere Herangehensweise in allen Angeboten. Um diese Angebotslücken zu füllen, sollten Geldgeber spezifische «Calls» für Angebote zur Selbstmanagement-Förderung für die Zielgruppe Angehörige lancieren.

E 3.3. – Angebote zur Selbstmanagement-Förderung verstärkt für Menschen mit spezifischen Bedürfnissen und Zugangsbarrieren erschliessen (K)

Die in der Studie dokumentierten Bemühungen, Angebote auch finanziell schlechter gestellten Personen zugänglich zu machen, sind zu würdigen und weiterzuführen (siehe Kapitel 2.4.2). Die Angebots-Verantwortlichen könnten zudem vermehrt darauf achten, in der Angebotsentwicklung, Umsetzung und Bewerbung systematisch einen geschlechtsspezifischen Ansatz⁷² anzuwenden. Schwieriger wird es sein, in allen Angebote Menschen mit speziellen sozio-kulturellen

⁷¹ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-entlastung-angehoerige.html>

⁷² Der Leitfaden: «Wie erreichen wir Männer 65+ für die Gesundheitsförderung im Alter» von Gesundheitsförderung Schweiz könnte hier hilfreiche und übertragbare Anhaltspunkte geben. (Kessler und Bürgi, 2019).

Bedürfnissen, wie z.B. Menschen mit Migrationshintergrund, einen chancengleichen Zugang zu ermöglichen. Die Good-Practice-Beispiele im Kapitel 3.7.1. können diesbezüglich gute Impulse geben. Wir empfehlen, als Aktivität der Plattform SELF die Kompetenz der Anbieter und Akteure in der Technik «einfache Sprache» gezielt zu fördern (z.B. über einen Workshop oder eine Präsentation zum Thema anlässlich des nächsten Forums SELF). Über einfache Sprache können nicht nur Personen mit schwacher Sprachkompetenz in Deutsch, sondern auch Personen mit tiefem Bildungsniveau und anderen Einschränkungen besser erreicht werden. Der neue Praxisleitfaden «Gesundheitskompetenz – verständlich informieren und beraten»⁷³ der Allianz Gesundheitskompetenz kann als Grundlage zu diesen Bestrebungen beitragen.

E 3.4. – Massnahmen im Handlungsfeld 3 im Rahmen der Plattform SELF stärker gewichten (K-L)

Massnahmen, welche im Rahmen der Workshops des Forum SELF 2018 identifiziert (BAG and GELIKO, 2018) und seither teilweise umgesetzt wurden, sollten basierend auf den Ergebnissen dieser Studie und mit den Ergebnissen aus dem Forum SELF 2019 ergänzt und weiterverfolgt werden. Der jährliche Massnahmenplan der Plattform SELF bietet dazu im Handlungsfeld 3 den entsprechenden Rahmen. Der Einbezug des Betroffenen-Angehörigen-Rat SELF sollte weiter gestärkt und seine Mitwirkung wo relevant systematisiert werden. Zudem wird eine Ergänzung um ein bis zwei Mitglieder von Betroffenen/Angehörigen mit Migrationshintergrund empfohlen.

Handlungsfeld 4: Vernetzung, Koordination und Kommunikation

E 4.1. Für nachhaltige Finanzierungslösungen und gesicherte Qualität in der Selbstmanagement-Förderung Koordination zwischen Bundesämtern sowie Bund und Kantonen verbessern (K-M)

Zwischen den nachhaltigen Finanzierungsquellen OKP, der Invalidenhilfe des BSV und den Kantonen zeigen sich in den Fallbeispielen immer wieder Unschärfen und Lücken an den Schnittstellen. Besonders deutlich wird dies einerseits bei der Abgrenzung zwischen durch die OKP finanzierten therapeutischen Leistungen (Zuständigkeit OKP) und Leistungen der sozialen Integration (Zuständigkeitsbereich Invalidenhilfe). Da die Abgrenzung nicht immer klar ist, kann dies dazu führen, dass die Zuständigkeiten für Angebote der Selbstmanagement-Förderung gegenseitig abgeschoben werden. Koordinationsbedarf besteht auch zwischen Bund und Kantonen, beispielsweise bei Angeboten im stationären Kontext (Koordination zwischen OKP und

⁷³ http://www.allianz-gesundheitskompetenz.ch/logicio/client/allianz/file/Literatur/P181132_Praxisleitfaden_Gesundheitskompetenz_DE_Web.pdf

Kantonen) oder Angeboten im Bereich der Suchthilfe (Koordination zwischen Kantonen und Invalidenversicherung).

Weiter sollten sich die verschiedenen Geldgeber in Bezug auf ihre Anforderungen an das QM von Angeboten zur Selbstmanagement-Förderung besser untereinander abstimmen, um den Aufwand für die Träger auf machbarem Niveau zu halten. Je komplexer die Finanzierungslösungen, desto mehr Instanzen verlangen Monitoring-Daten von den Anbietern. Damit die Anbieter aus dem Monitoring einen Lerneffekt ziehen und bei Bedarf ihre Angebote anpassen können, sollten die Geldgeber den Anbietern die Ergebnisse konsequent zurückspielen und offenlegen. Dies ermöglicht einen zusätzlichen Qualitäts-Loop. Wir empfehlen, die Koordination zwischen dem BAG, dem BSV, den Kantonen und weiteren Geldgebern, wie z.B. Gesundheitsförderung Schweiz hinsichtlich der Abgrenzungsfragen zu verbessern.

Um die Koordination unter den geldgebenden Akteuren zu den Finanzierungsfragen und der Qualitätssicherung zu fördern, könnte ein spezifisches Austauschgefäss zwischen diesen Akteuren eingerichtet werden (z.B. in Form einer Arbeitsgruppe «Geldgeber»). In einem ersten Schritt sollte das BSV in das Kernteam oder die Steuergruppe der Plattform SELF eingebunden werden (die Kantone sind bereits mit VertreterInnen der Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung VBGF und der Konferenz der kantonalen Beauftragten für Suchtfragen KKBS vertreten - gegebenenfalls könnten zusätzlich die GDK und SODK eingebunden werden).

E 4.2. – Anbieter für die Nutzung von Finanzierungsquellen durch eine Informationsstelle stärker befähigen (M)

Für die Anbieter ist es anspruchsvoll, eine Finanzierung zu erwirken, sowohl aus den Finanzierungstöpfen der «Regelfinanzierung» als auch aus anderen (privaten) Finanzierungstöpfen. Es braucht Erfahrungen und Erfolgsrezepte, um in der Konkurrenzsituation um Finanzierungen zu bestehen. Dies betrifft auch Finanzierungsquellen im Bereich der Versorgungsforschung. Den Anbietern könnte eine Informationsstelle angeboten werden, die sie stärker befähigt, die Finanzierungsmöglichkeiten für Begleitforschung, Pilotprojekte und den langfristigen Regelbetrieb von Angeboten auszuschöpfen. Das BAG sollte prüfen, ob eine entsprechende Informationsstelle im Rahmen der Präventionsstrategien des Bundes implementiert werden kann.

E 4.3. – Austausch unter den Anbietern zu Finanzierungsmöglichkeiten und Qualitätsmanagement institutionalisieren (K-M)

Die vorliegende Studie zeigt bereits verschiedene Best-Practice-Erfahrungen zu Finanzierungsmöglichkeiten und Qualitätsmanagement auf. Sie konnte sich jedoch nur auf eine beschränkte

Auswahl an Angeboten stützen. Um die gemachten Erfahrungen mit Finanzierungsquellen und Qualitätsthemen im Bereich Selbstmanagement-Förderung besser zu nutzen, sollte im Rahmen der Plattform SELF ein spezifischer Austausch institutionalisiert werden. Das Wissen kann den Anbietern beispielsweise auch in Verhandlungen mit Kantonen und Versicherern nützlich sein.

E 4.4. – Lernerfahrungen zu Qualität und Evidenz über die (Kosten-)Wirksamkeit aus den Angeboten aufarbeiten und anderen zur Verfügung stellen

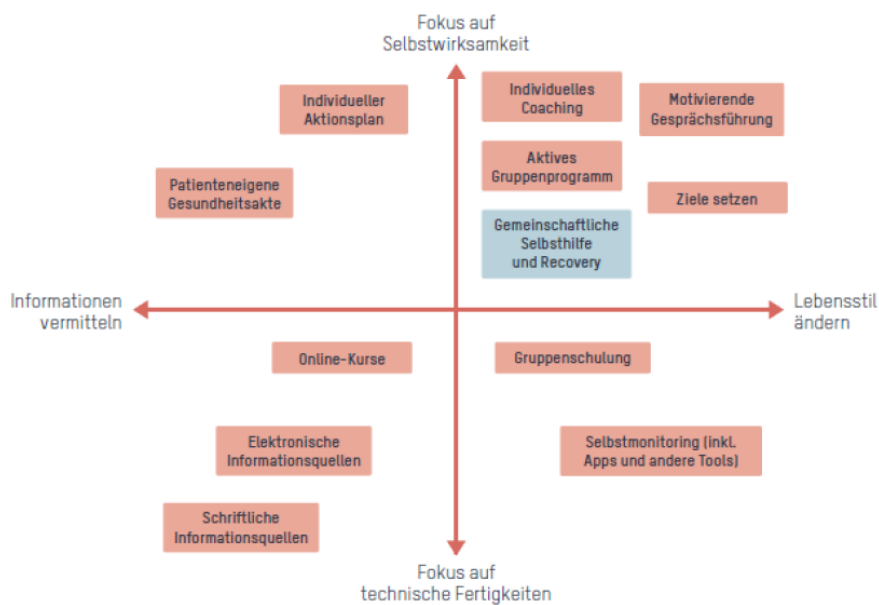
(K-M)

Zukünftig gilt es, erweiterte Stakeholder-Kreise für die Themenbereiche Selbstmanagement-Förderung, sowie deren Qualität und nachhaltige Finanzierung zu erreichen und zu sensibilisieren (siehe dazu auch Empfehlung 4.1). Diese Studie hat gezeigt, dass in der Schweiz generell zum Thema Selbstmanagement-Förderung noch wenig und kaum etwas zum Thema Qualität entsprechender Angebote publiziert wurde. Angebotsverantwortliche und Träger stehen in der Pflicht, zukünftig vermehrt über verschiedene Kanäle, inklusive in Fachpublikationen, Konferenzen etc. aufbereitete Informationen, Ergebnisse und Lernerfahrungen zu publizieren und anderweitig zu veröffentlichen. Dadurch könnte der Bereich Selbstmanagement-Förderung als evidenzbasierter, wirkungsvoller und qualitativ hochwertiger Ansatz im Gesundheits- und Sozialwesen stärker positioniert werden.

6. Fallbeispiele Steckbriefe

Im Folgenden sind die Steckbriefe zu den zehn Fallbeispielen aufgeführt. Die Angebote basieren auf verschiedenen und oftmals mehreren Ansätzen zur Selbstmanagement-Förderung, gemäss dem Schema nach da Silva (vgl. folgende Abbildung sowie BAG und GELIKO (2018)). In den Steckbriefen ist jeweils festgehalten, auf welche Ansätze sich das Angebot stützt.

Abbildung 1: Ansätze der Selbstmanagement-Förderung, basierend auf dem Schema von da Silva 2011, ergänzt



Quelle: da Silva 2011, ergänzt durch Autorin / Übersetzung ins Deutsche basiert auf Haslbeck und Klein (2014)

Quelle: BAG und GELIKO 2018

6.1. Angebot *Besser leben mit COPD*

Beim Angebot «*Besser leben mit COPD*⁷⁴» handelt es sich um ein Selbstmanagement-Coaching-Programm für Menschen mit einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung. Betroffene und deren Angehörige nehmen in kleinen Gruppen am Selbstmanagement-Coaching mit sechs Modulen teil (wöchentliche Module à 2 Stunden). Anschliessend werden die Teilnehmenden während eines Jahres telefonisch durch Coaches begleitet. Bei Ein- und Austritt erfolgt ein Assessment der gesundheitlichen Situation (Lebensqualität, physische Leistungsfähigkeit und Bezug von Gesundheitsdienstleistungen) der Betroffenen. Weiter enthält das Angebot einen individuellen Aktionsplan, der im Rahmen des Coachings erarbeitet wird und helfen soll, kritische Situationen besser zu meistern. Das Coaching wird von qualifizierten medizinischen Fachkräften der Lungenliga in Zusammenarbeit mit einem Programm-Pneumologen durchgeführt (überwiegend Pflegefachpersonen, zu einem kleinen Teil Physiotherapeut/innen). Die Hausärzt/innen und Pneumolog/innen der Teilnehmenden werden durch Verlaufsberichte über den Verlauf informiert. Das Programm steht auch Angehörigen offen. Es wurde ursprünglich in Kanada entwickelt und basiert auf dem Chronic Care Model zur besseren Versorgung von chronisch kranken Personen. Ziele sind neben der Steigerung der Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung die bessere Selbstwahrnehmung und Erkennung von Symptomen, rechtzeitiges Reagieren und die Steigerung der Lebensqualität. Auf der Ebene des Gesundheitswesens ist das Ziel eine Senkung der Gesundheitskosten durch die Reduktion von Hospitalisationen und Notfallaufnahmen.

1) Hintergrundinformation zum Angebot

Träger-Organisation	Seit 2018: Lungenliga Schweiz und kantonale Lungenligen in nationalem Pilotprojekt. Vorher (seit 2007) wurde das Programm bereits punktuell in der Schweiz umgesetzt (mediX-Gruppenpraxen im Kanton ZH, VS mit zwei Standorten im Rahmen eines kantonalen Programms). Die Standorte in ZH und VS sind heute bei der Lungenliga integriert.
Weitere beteiligte Akteure	▪ Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie (Steuergruppe, Mitwirkung in Arbeitsgruppe, Unterstützung bei Multiplikation des Angebots) ▪ Gesundheitsförderung Schweiz und BAG (Finanzierung über Fonds PGV) ▪ Universität Zürich/Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention und Universität Lausanne (Evaluation) ▪ Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (wissenschaftliche Begleitung aufgrund von Projektförderung PGV)
Ansätze nach da Silva	▪ Individuelles Coaching, motivierende Gesprächsführung, aktives Gruppenprogramm, Gruppenschulung, Ziele setzen, individueller Aktionsplan, Selbstmonitoring (inkl. Apps und andere Tools).
Verfügbarkeit	▪ Stand 2019: Angebote an 18 Standorten bei 9 kantonalen Lungenligen (BE, BS/BL, NE, SO, SG, TG, VD, VS, ZH).

⁷⁴ Die Abkürzung COPD steht für die englische Bezeichnung «chronic obstructive pulmonary disease». Auf Deutsch wird die Krankheit als chronische obstruktive Lungenerkrankung bezeichnet.

	▪ Ziel 2020: 25 Standorte in 12 Kantonen
Zielgruppe	▪ COPD-Betroffene und Angehörige
Anzahl Nutzer/in- nen	▪ 122 COPD-Betroffene bei 13 Durchführungen des Programms im Jahr 2018 ▪ In rund 30% der Fälle nehmen auch Angehörige am Programm teil.

2) Finanzierung

Benötigte Ressourcen	Finanzierungsquellen
Aufbau- und Entwicklungskosten	
▪ Vorarbeiten Projektleiter ▪ Schulungen von Coaches (2-tägige Schulung im Pilotjahr) ▪ Überarbeitung und Neuauflage der Arbeitsinstrumente für die Betroffenen/Angehörigen (DE/FR/IT) ▪ Gesamtprojektleitung Lungenliga Schweiz (ca. 70% 2017 und 2018) ▪ Teilprojektleitung der kantonalen Ligen (ca. 10% durchschnittlich pro Liga)	▪ Lungenliga Schweiz ▪ Kantonale Lungenligen (BE, BS/BL, SO, TG, VD, VS, ZH)
Laufende Betriebskosten	
▪ Personalkosten: Gesamtprojektleitung (ca. 50%, langfristig weniger), Teilprojektleitung kantonale Ligen, Arbeit im Kontakt mit Patient/innen (Kursdurchführung, Assessments, individuelle Sitzungen, telefonische Follow-Ups). ▪ Materielle Kosten: Miete, Infrastruktur, schriftliche Unterlagen dreisprachig. ▪ Gesamtkosten pro Patient/in: durchschnittlich rund CHF 2'000. Die laufenden Betriebskosten werden in den Folgejahren analysiert und können durch die Effizienzsteigerung und Skalierung eventuell reduziert werden.	▪ Grundversicherung OKP (rund 22%) ▪ 1:1-Betreuungsarbeiten von Pflegefachpersonen, Einzelleistungstarife gemäss Art. KLV 7 ▪ Sitzungspauschale für Gruppentherapie und Tarife für Einzelleistungen gemäss Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen ▪ BSV Subventionen über Art. 74 IVG (Finanzierung 3 von 6 Gruppencoachings) (8%) ▪ PGV-Projektförderung Gesundheitsförderung Schweiz (18%) ▪ Patient/innen (6%) ▪ Eigenmittel Lungenliga Schweiz/kantonale Lungenligen (46%)

Kosten für Betroffene/Angehörige

Kosten/Anteil Betroffene/Angehörige	▪ Kursbeitrag von CHF 120 pro Patient/in. Im Jahr 2018 betrug der Beitrag noch CHF 50. Aufgrund von Rückmeldungen von Patient/innen und der kantonalen Lungenligen wurde der Beitrag erhöht.
Dauer Nutzung Angebot	▪ Das Programm dauert 14 Monate bis Abschluss (inkl. telefonischer Follow-Ups durch Coaches sowie Ein- und Austrittsassessments). ▪ Die Betroffenen und Angehörigen können nach oder während des Programms in weitere Gruppenkurse oder Erfahrungsaustauschtreffen der Lungenliga integriert werden.
Exemption-Policy	▪ Einzelne kantonale Ligen haben einen Fonds der Sozialberatung, welcher die Kursgebühren übernimmt. Hierfür kann ein Antrag gestellt werden. ▪ In Kantonen ohne Fonds werden die Patient/innen an öffentliche Institutionen, z.B. die Sozialberatung verwiesen.

Lücken und Schwierigkeiten bei der Finanzierung

Finanzierungs-lücken	▪ Rund die Hälfte der momentanen durchschnittlichen Kosten des Programms können nicht über externe Finanzierungsquellen gedeckt werden (vgl. Tabelle zur Finanzierung) ▪ Dauerhafte Finanzierungsquellen (Grundversicherung, BSV, Patientenbeiträge) decken nur rund ein Drittel (36%) der momentanen durchschnittlichen Kosten eines Programms.
Schwierigkeiten	▪ Leitung von Gruppenkursen mit medizinischen Inhalten durch Pflegefachpersonen können nicht über die Grundversicherung abgerechnet werden (Art. 7 KLV beinhaltet nur Einzelleistungstarife). ▪ Gruppenkurse mit medizinischen Inhalten können nicht durch das BSV gemäss Art. 74 IVG subventioniert werden, da dies nicht den Subventionskriterien entspricht. Dies entspricht drei von sechs Gruppenkursen. ▪ Finanzierung über PGV-Projektförderung ist auf 4 Jahre befristet. ▪ Krankenversicherungen wären zum Teil bereit, über die Zusatzversicherung einen finanziellen Beitrag zu leisten, dies unter der Bedingung, dass Betroffene ohne Zusatzversicherung den Beitrag selbst zahlen. Aus Gründen der Chancengleichheit hat die Lungenliga diese Finanzierungsquelle momentan verworfen.

3) Qualität

Evidenz/ Evaluation	▪ Die Wirksamkeit wurde in mehreren internationalen und zwei schweizerischen Studien untersucht und nachgewiesen. Für eine Übersicht der wissenschaftlichen Evidenz vgl. Informationsbroschüre für Fachpersonen (Referenzen siehe unten). ▪ Das Programm der Lungenliga wird begleitend durch die Universitäten Zürich und Lausanne evaluiert mit Hauptfokus auf Qualität und Wiedergabetreue der Programmdurchführung (Frei et al. 2019). Eine weitere Evaluation erfolgt durch die ZHAW im Rahmen der Finanzierung durch die PGV-Projektförderung. ▪ Selbstevaluation durch die Coaches anhand von Checklisten. ▪ Erhebung der Patientenzufriedenheit nach dem 6. Modul und bei Austritt. Assessment der Lebensqualität mit einem standardisierten Fragebogen (SRQ), der physischen Leistungsfähigkeit (1 min. «Sit to Stand») und Gesundheitsdienstleistungen vor und zu Abschluss des Programms.
Ansätze Qualitäts-mangement	▪ Prozesse und Checklisten: Prozessdefinition auf Ebene Coaching (Plan-Do-Check-Act-Kreislauf), in dem Verantwortlichkeiten und Zeitpunkte definiert sind. Die Prozesse werden laufend evaluiert und angepasst. Der Prozess beim Eintritt wurde durch eine RedCAP-Datenbank verschlankt. Die Coaches erhalten Checklisten für die Umsetzung des Programms. ▪ Bildungsmassnahmen: Im Pilotjahr fand eine ausserordentliche Schulung der Coaches über 2 Tage statt in Zusammenarbeit mit der SGP. Durchführung durch die erfahrenen Coaches der Vorreiter des Programms in ZH und VS. Schulung ist als Train-the-Trainer-Prinzip seit 2019 im Regelbetrieb der Lungenliga aufgenommen. Die Schulung gehört zu einem der Minimalstandards für den Aufbau eines Angebots bei einer kantonalen Lungenliga. Jährlich treffen sich die Coaches und Projektleiter der Kantone zu einem Austauschtreffen, organisiert durch die Lungenliga Schweiz, mit Inputreferaten und Workshops. ▪ Audits: Erfahrende Coaches besuchen im Sinne eines Audits Module bei neuen Standorten und prüfen, ob die geforderte Gesprächskultur eingehalten wird und die im Protokoll vorgegebenen Inhalte behandelt wurden ▪ Qualitätszirkel: Austausch auf Ebene Steuergruppe zusammengesetzt aus Verantwortlichen der SGP und der Lungenliga.

Partizipation der Betroffenen	▪ Bei der Entwicklung des Programms in Kanada waren Patient/innen involviert. ▪ Im Regelbetrieb über Evaluationen durch Patient/innen (vgl. oben) sichergestellt.
Chancen-gerechtigkeit	▪ Momentan keine spezifischen Bemühungen. ▪ Das Finanzierungsmodell über die Zusatzversicherungen der Krankenversicherer wurde momentan verworfen (s.o.).
Hauptschwierigkeiten	▪ Thema Migrationshintergrund: Momentan schwierig aufgrund des Gruppencoachings. Dies setzt gewisse sprachliche Fähigkeiten voraus. Momentan nicht genügend Teilnehmerzahlen, um fremdsprachigen Kurs zu füllen. ▪ Rekrutierung Teilnehmende: Es bedarf viel Werbemassnahmen und Sensibilisierung der Ärzt/innen, um das Programm im Gesundheitswesen präsent zu machen.

4) Links und weitere Quellen, Kontaktangaben

Websites und Links:

- Website *Besser leben mit COPD* der Lungenliga: <https://www.lungenliga.ch/copdcoaching>
- [Informationsbroschüre für Fachpersonen](#) (inkl. relevante Literaturquellen):

Quellen:

- Frei A., Strassman A., Carron T. et al. 2019: Evaluation der Implementierung des Selbstmanagement Coaching Programms *Besser leben mit COPD*. Zwischenbericht im Auftrag der Lungenliga Schweiz.

Kontakt: Mathias Guler (Projektleiter Lungenliga Schweiz), m.guler@lung.ch, 031 378 20 56

6.2. Angebot CARE4CARDIO

Das telemedizinische Gesundheitsprogramm *Care4Cardio* ist ein Angebot zur Selbstmanagement-Förderung für Menschen mit Herzschwäche. Im Auftrag des Krankenversicherers Sanitas erstellen qualifizierte Gesundheitscoaches (geschulte Pflegefachpersonen) der Firma Health Care Systems (HCSG) gemeinsam mit den Teilnehmenden ein individuelles Programm zur Stärkung der Selbstkompetenz im Umgang mit der Krankheit. Das Angebot beinhaltet auch ein Monitoring von klinischen Daten. Die Daten werden täglich über eine elektronische Waage und ein interaktives Monitoring-Gerät erfasst und an die Gesundheitscoaches weitergeleitet. Bei Auffälligkeiten und Frühwarnzeichen erfolgt eine telefonische Kontaktaufnahme und Beratung mit der betroffenen Person.

Seit kurzem bietet auch die CSS Versicherung CARE4CARDIO ihren Kunden an⁷⁵.

1) Hintergrundinformation zum Angebot

Träger-Organisation	▪ Sanitas Krankenversicherung
Weitere beteiligte Akteure	▪ Novartis: International hat Novartis geholfen, Partner (Krankenversicherer) zu finden und Studien zur Wirksamkeit durchzuführen. In der Schweiz nimmt Novartis eine koordinierende Rolle zwischen den Krankenversicherungen ein. ▪ Health Care Systems GmbH (HCSG https://www.hcsg.de/home/): Sitz in Deutschland, Expertise im Bereich der digitalen Medizin mit langjähriger Erfahrung der Durchführung von Gesundheitsprogrammen ▪ CSS Versicherung bietet CARE4CARDIO ebenfalls an⁷⁶https://www.css.ch/de/home/gesundheit/mit_krankheit_leben/diabetes_bluthochdruck/herzschwaeche.html
Ansätze der Selbstmanagement-Förderung nach da Silva	▪ Individuelles Coaching, Selbstmonitoring mit elektronischen Tools, individueller Aktionsplan, Ziele setzen, schriftliche Informationen, Motivierende Gesprächsführung
Verfügbarkeit	▪ Deutschland ▪ Schweiz: HCSG hat 2018 für die Schweiz einen Standort in Basel mit Schweizer Mitarbeitenden eröffnet; profitieren können alle Kunden von Sanitas mit CH-Wohnsitz, die die Voraussetzungen erfüllen und Deutsch sprechen
Zielgruppe	▪ Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz ▪ Das Angebot richtet sich nur an die direkt betroffenen Patienten, nicht an Angehörige
Anzahl Nutzer/in-nen	▪ Seit 2005 wurden über 40'000 Patienten in Deutschland, der Schweiz und Frankreich mit diesem Ansatz betreut. Die Zusammenarbeit mit Sanitas gilt nur für das Gebiet der Schweiz

⁷⁵ Alle in diesem Fallbeschrieb gemachten Angaben beziehen sich auf das Angebot der Sanitas. Von der CSS wurden keine weiteren Informationen eingeholt.

⁷⁶ https://www.css.ch/de/home/gesundheit/mit_krankheit_leben/diabetes_bluthochdruck/herzschwaeche.html

2) Finanzierung des Angebots

Benötigte Ressourcen	Finanzierungsquellen
Aufbau- und Entwicklungskosten	
Das Programm wurde vom deutschen Umsetzungspartner, HCSG, entwickelt und in der Schweiz eingeführt. In der Entwicklungsphase für den Schweizer Markt wurde HCSG mit einer Pauschale pro Teilnehmer und Jahr bezahlt. Zudem fielen Kosten im Bereich Pharmakovigilanz und wissenschaftliche Begleitung an. Die genauen Zahlen sind vertraulich.	▪ Sanitas Krankenversicherung ▪ Novartis
Laufende Betriebskosten	
▪ Gesamtkosten: vertraulich ▪ Vollkosten pro Teilnehmer/in: ▪ Personell: personelle Ressourcen bei Sanitas und Novartis; Gesundheitscoaches von HCSG werden pro Teilnehmer/in und Monat mit einer Fallpauschale entschädigt ▪ Materiell: telemedizinische und IT-Hardware; Anmeldeunterlagen, Werbung und Marketing etc.	▪ Sanitas Zusatzversicherung (aus Eigenmitteln, nicht aus Grundversicherungscarrier) ▪ Dauerhafte Finanzierung ▪ 100% der Betriebskosten werden durch die Sanitas über Eigenmittel gedeckt; aktuell gibt es keine weiteren Kostenträger

Kosten für Betroffene

Kosten/Anteil Betroffene	▪ Die Teilnahme ist für die Betroffenen kostenlos; 0% Kostenanteil Betroffene
Dauer Nutzung Angebot	▪ Keine zeitliche Beschränkung, solange die Kundin/der Kunde bei Sanitas zusatz- und grundversichert ist und die Einschlusskriterien erfüllt (z.B. keine Demenz, keine Einweisung in stationäre Pflege, aktive Mitarbeit und freiwillige Teilnahme).
Exemption-Policy	▪ Nicht relevant, da auf Ebene der berechtigten Betroffenen keine Kosten für die Nutzung anfallen.

Lücken und Schwierigkeiten bei der Finanzierung

Finanzierungslücken	▪ Im aktuellen Rahmen der Grundversicherung ist eine Vergütung der Leistung von CARE4CARDIO nur möglich, wenn das Programm unter ärztliche Leitung gestellt wird. Dabei bedarf es neben einer Verschreibung auch regelmässigen und klar definierten Feedback-Schleifen. Dies würde folglich eine entsprechende Anpassung im Programm bedingen.
----------------------------	--

3) Qualität

Evidenz/Evaluation	▪ Der Ansatz, den HCSG seit 2005 entwickelte, richtet sich nach evidenz-basierten wissenschaftlichen Leitlinien (insbesondere der Leitlinien der European Society of Cardiology). Die Ergebnisse der Begleitforschung wurden bisher in diversen internationalen Publikationen veröffentlicht (<i>siehe ausgewählte Beispiele in Rubrik weitere Quellen</i>). Die Wirkung des Programms konnte wiederholt belegt werden. Wichtigste Outcomes und Impacts sind die Reduktion der Hospitalisierung, der Gesamtkosten und eine deutlich höhere Überlebensrate. 2019 wertet HCSG die Teilnehmerdaten von ca. 1'500 Betroffenen aus. Erste
---------------------------	--

Zwischenergebnisse bestätigen/übertreffen die bisherigen Erkenntnisse. Finale Ergebnisse werden voraussichtlich 2020 veröffentlicht. Das Wirkungsmonitoring im Schweizer Programm stützt sich aktuell auf eine jährliche qualitative Evaluation, bei der u.a. das gesundheitsbezogene Selbstmanagement (mittels Selbstmanagementscore EHFScBS-9) und die Lebensqualität der Patient/innen (mittels Lebensqualitätscore EQ-5D-5L) gemessen wird.

Ansätze Qualitätsmanagement

Ansätze zum Qualitätsmanagement/Qualitätssicherung:

- Jährliche qualitative Evaluation
- Monatliche Auswertung von Austritten/Todesfällen und Neueintritten
- Der Anbieter HCSG ist nach ISO 9001:2015 zertifiziert. Das integrierte Qualitätsmanagementsystem wird von einem nach ISO 27001:2016 zertifizierten Informationssicherheitsmanagement-System ergänzt. Die von HCSG im Rahmen der Patientenbetreuung eingesetzte Software wurde nach ISO 13485 entwickelt und als Medizinprodukt zugelassen.

Bildungsmassnahmen: Aus-, Weiter und Fortbildung findet hauptsächlich innerhalb des Anbieters HCSG statt. Der Fortbildungsplan umfasst derzeit annähernd 25 Module und wird fortlaufend aktualisiert. Die Sanitas-Service-Mitarbeitenden wurden allgemein zum Programm und Ablauf geschult um Kunden entsprechend Auskunft geben zu können.

Instrumente zur Standardisierung der Qualität auf der Ebene des Anbieters HCSG:

- **Mitarbeiterauswahl:** Einstellungsgespräche nach festgelegten Kriterien und mit umfassender Eignungsprüfung im Hinblick auf telefonisches Coaching
- Umfassendes **Curriculum** zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter (Themen: medizinische Fachkenntnisse, Grundlagen der Kommunikation und Gesprächsführung, Gesundheitspsychologie, Qualitätsmanagement, Softwareschulungen etc.). Kontinuierliches Update des Curriculums basierend auf den neuesten ärztlichen Leitlinien.
- **Mentoring:** Durchführung der Patientengespräche in der Einarbeitungsphase mit Mentoring durch erfahrene Kolleg/innen.
- **Supervision:** Teamleiter und externe Coaches bewerten regelmäßig die mit Einverständnis des Patienten aufgezeichneten Patientengespräche anhand der in den Qualitätszielen definierten Standards. Bei diesen Supervisions-Gesprächen bewerten die Pflegefachkräfte die von ihnen geführten Gespräche zunächst selbst und diskutieren ihre Selbsteinschätzung dann mit ihrem Coach, der/die zuvor unabhängig davon selbst das Gespräch analysiert und beurteilt hat.
- **Qualitätszirkel:** Im Rahmen von regelmässigen Teamgesprächen werden Fälle besprochen, bei denen es zu Auffälligkeiten kam. Die Pflegefachkräfte der HCSG betreuen die Patienten in Teams und vermeiden exklusive 1:1-Beziehungen. Diese geteilte Betreuung im Team trägt zur Qualitätssicherung bei.
- **Nutzerfeedback:** HCSG setzt folgende Instrumente zur Bewertung des Programms durch Patienten ein:
 - EHFScB-9 (int. Standard-Fragebogen im Bereich Herzinsuffizienz)
 - EQ-5D-5L (int. Standard-Fragebogen im Bereich Herzinsuffizienz)
 - NPS (Kundenzufriedenheit)

Qualitätskriterien/Qualitätssicherung: HCSG überprüft fortlaufend die Erfüllung seiner Qualitätsziele, bewertet diese jährlich im Rahmen eines Management-Audits neu und definiert die Ziele für das Folgejahr. Die Qualitätsziele umfassen unter anderem die Bereiche:

- Einhaltung der Gesprächsintervalle und Gesprächszeiten sowie Durchführung der vier wichtigsten Schulungsthemen bei allen Teilnehmern. Die Key Performance Indicators (KPI's) in der Patientenbetreuung werden durch automatisiertes Reporting kontinuierlich ausgewertet.
- Die Datenschutzverordnung und Informationssicherheitsrelevante Themen sind wichtiger Bestandteil der Qualitätssicherung.
- Der Standort Basel wurde 2019 erstmals erfolgreich einer Zertifizierung durch den TÜV Rheinland unterzogen.

Partizipation der Betroffenen	▪ Jährliche Evaluation mit Teilnehmerfeedback per Fragebogen ▪ Individuelles Feedback während 1:1-Coaching
Chancen-gerechtigkeit	▪ Während das Angebot allen Kunden mit einer Grund- und Zusatzversicherung bei Sanitas offensteht, stellt die Bedingung einer Zusatzversicherung speziell für ältere Menschen und Menschen mit chronischen Krankheiten und Suchtproblemen eine wichtige Zugangsbarriere dar. Sanitas evaluiert laufend Alternativen, um möglichst vielen Personen unabhängig von ihrer Versicherungsdeckung Zugang zum Angebot zu ermöglichen. Bisher scheiterten entsprechende Bemühungen wie in der Rubrik Finanzierung beschrieben daran, dass CARE4CARDIO nicht über die Grundversicherung entschädigt werden kann. ▪ Das Angebot steht nur Personen mit ausreichender Sprachkompetenz in Deutsch zur Verfügung. Bisher kann es noch nicht in anderen Sprachen angeboten werden.
Hauptschwierigkeiten	▪ Die Entwicklung des heute von HCSG umgesetzten und kontinuierlich verbesserten Qualitätsmanagementsystems stellte anfänglich eine grosse Herausforderung dar (Definition aller Ziele, Leitlinien und Verfahrensanweisungen). Heute sind diese Herausforderungen bewältigt. ▪ Es besteht im Bereich der Angebote zur Selbstmanagement-Förderung Bedarf nach einheitlichen Bestimmungen und Klärung der Voraussetzungen, welche ein Programm erfüllen muss, um über die Grundversicherung oder den Experimentierartikel finanziert werden zu können. ▪ Um die WZW-Kriterien zu belegen, braucht es Studien mit vielen Teilnehmenden. Das braucht grosse Mittel und viel Zeit. Ergebnisse liegen erst nach einigen Jahren der Pilotierung/Umsetzung vor.

4) Links und weitere Quellen, Kontaktangaben

Webseite und Links CARE4CARDIO:

- Sanitas: <https://www.sanitas.com/de/privatkunden/lebenssituationen/unterstuetzung-im-alltag/leben-mit-herzschwaechte.html>; Download [Broschüre CARE4CARDIO](#)
- CSS: https://www.css.ch/de/home/gesundheit/mit_krankheit_leben/diabetes_bluthochdruck/herzschwaechte.html

Weitere Quellen/wissenschaftliche Publikationen:

- Herold R, van den Berg N, Dörr M, Hoffmann W. (2017): Telemedical Care and Monitoring for Patients with Chronic Heart Failure Has a Positive Effect on Survival. In: Health services research. DOI: 10.1111/1475-6773.12661.
- Herold R, Hoffmann W, van den Berg N (2018): Telemedical monitoring of patients with chronic heart failure has a positive effect on total health costs. In: BMC health services research 18 (1), S. 271. DOI: 10.1186/s12913-018-3070-5.

Kontakt: Sanitas Case Management, 8021 Zürich, marlen.huber@sanitas.com

6.3. Angebot *DIAfit*

Das Angebot *DIAfit* richtet sich an Patienten und Patientinnen mit Glukoseintoleranz⁷⁷. Es umfasst ein Diabetes-Rehabilitationsprogramm und *DIAfit*-Gruppen. Das Rehabilitationsprogramm dauert zwölf Wochen und umfasst Bewegungstherapie, Ernährungsberatung, Diabetesberatung und ärztliche Beratung. Anschliessend können Betroffene ein Langzeitprogramm in *DIAfit*-Gruppen in Anspruch nehmen. Das Rehabilitationsprogramm beinhaltet körperliche Bewegung in der Gruppe (dreimal wöchentlich) und Informationsanlässe. Das Langzeitprogramm umfasst die gleichen Leistungen nur weniger häufig. Ziel von *DIAfit* ist eine Lebensstilmodifikation. Alle Leistungen werden in zertifizierten *DIAfit*-Zentren angeboten.

Das Projekt – heute in Form eines Trägervereins - wurde von namhaften Diabetologen am Inselspital Bern ins Leben gerufen und mit Unterstützung von weiteren Diabetes Expert/innen, Krankenkassen, Sponsorfirmen und dem SVGS Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie aufgebaut.

Eine MotivationalAPP ist in der Entwicklung und die Einführung auf 2020 geplant. Diese soll das Bewegungsmuster nach der Intervention aufzeichnen und die Teilnehmer zu mehr Bewegung motivieren.

1) Hintergrundinformation zum Angebot

Träger-Organisation	Verein <i>DIAfit</i>
Weitere beteiligte Akteure	▪ Roche Diabetes Care (Schweiz) AG ▪ MSD Merck Sharp & Dohme AG ▪ Novo Nordisk Pharma AG ▪ AstraZeneca AG ▪ Abbott AG ▪ <i>DIAfit</i>-Zentren
Ansätze der Selbstmanagement-Förderung nach da Silva	▪ Individuelles Coaching, aktives Gruppenprogramm, Ziele setzen
Verfügbarkeit	▪ Angebote in den Kantonen Aargau, Basel-Stadt, Bern, Freiburg, Genf, Jura, Nidwalden, Solothurn, St. Gallen, Tessin, Waadt, Zürich.
Zielgruppe	▪ Bei Personen mit Glukoseintoleranz soll Diabetes Mellitus Typ 2 verhindert, das Auftreten hinausgezögert und Spätfolgen/Komplikationen vermieden werden.
Anzahl Nutzer/innen	▪ 35 Zentren in der ganzen Schweiz mit durchschnittlich 10-15 Personen pro Programm (keine weiteren Angaben verfügbar)

⁷⁷ Glukoseintoleranz bedeutet, dass Blutzuckerwerte nach einer Zuckeraufnahme nach einer bestimmten Zeit nicht ausreichend sinken.

2) Finanzierung

Benötigte Ressourcen	Finanzierungsquellen
Aufbau- und Entwicklungskosten	
Das Angebot ist bereits länger etabliert und deshalb sind keine Informationen zu den Entwicklungskosten vorhanden.	
Laufende Betriebskosten	
Die Kosten für das Angebot setzen sich aus den Kosten für den Verein <i>DIAfit</i> , dem Rehabilitationsprogramm und dem Langzeitprogramm zusammen.	▪ Verein: Das Inselspital Bern hat zu Beginn die Kosten finanziert. Heute wird der Verein von verschiedenen Unternehmen getragen mittels jährlicher Verträge. <i>DIAfit</i> geht davon aus, dass die Finanzierung dauerhaft und nachhaltig ist. ▪ Rehabilitationsprogramm: Das Programm ist in der KLV Anhang 1, 11 verankert. ▪ Langzeitprogramm: Die Trainings werden entweder ehrenamtlich durchgeführt von den tragenden Organisationen⁷⁸, durch Jahresbeiträge der Teilnehmenden oder Beiträge der Zusatzversicherung finanziert.
Kosten Verein pro Jahr: ▪ Gesamtkosten: CHF 75'000 ▪ Personell: CHF 20'000 (20%) ▪ Materiell: CHF 55'000	
Kosten Rehabilitationsprogramm: Können nicht beziffert werden.	
Kosten Langzeitprogramm bestehend aus wöchentlichen Gruppentrainings (<i>DIAfit</i> -Gruppen) und halbjährige Informationsanlässen: Können nicht beziffert werden (Gruppentrainings werden teils ehrenamtlich durchgeführt).	
Vollkosten pro betroffene Person: Können nicht beziffert werden.	
Kosten für Betroffene	
Kosten/Anteil Betroffene	▪ Rehabilitationsprogramm: Selbstbehalt der Krankenversicherung und Franchise. ▪ <i>DIAfit</i>-Gruppe: Der Jahresbeitrag beträgt ca. CHF 50, unterscheidet sich jedoch zwischen den unterschiedlichen Organisationen. Welcher Anteil der Vollkosten damit gedeckt wird, kann nicht beurteilt werden, weil die Vollkosten nicht bekannt sind. Die Beiträge der Zusatzversicherung sind teils mit einem fixen Beitrag pro Jahr beschränkt.
Dauer Nutzung Angebot	▪ Rehabilitationsprogramm: Betroffene können das Diabetes Rehabilitationsprogramm alle 3 Jahre wiederholen. Ein Zyklus dauert 12 Wochen. ▪ <i>DIAfit</i>-Gruppen: Die Nutzung ist zeitlich unbeschränkt.
Exemption-Policy	▪ Falls Betroffene den Jahresbeitrag für die <i>DIAfit</i>-Gruppe nicht begleichen können, gibt es einen Härtefallfonds von Diabetesschweiz, welcher den Jahresbeitrag übernimmt.

⁷⁸ Organisationen sind meist *DIAfit*-Zentren oder regionale Diabetesgesellschaften.

Lücken und Schwierigkeiten bei der Finanzierung

Finanzierungs-lücken	▪ Momentan keine Finanzierungslücken.
Schwierigkeiten	▪ Die Finanzierung des Rehabilitationsprogramm ist zwar langfristig über die OKP gesichert, dafür sind die Vorgaben an das Programm sehr streng und der Handlungsspielraum für Anpassungen des Angebots klein.

3) Qualität

Evidenz/ Evaluation	▪ Der Verein führt interne Evaluationen durch, weil die Verankerung im KVG die Erhebung gewisser Kennzahlen voraussetzt. Die Betriebskosten für den Verein enthalten die laufenden Kosten für die Evaluation (vgl. oben). Externe Evaluationen wurden bislang nicht durchgeführt. ▪ Für die Verankerung im KVG müssen die WZW-Kriterien erfüllt sein (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit). Das Rehabilitationsprogramm ist deshalb evidenzbasiert. Ein Politprojekt mit 200 Patient/innen, die ein ähnliches Diabetes Rehabilitationsprogramm besucht haben, zeigt z.B. eine signifikante Verbesserung der Gesundheit (Saner 2012). ▪ Die <i>DIAfit</i>-Gruppe ist nicht evidenzbasiert.
Ansätze Qualitäts-mangement	▪ Qualitätskriterien/Qualitätssicherung: Die Rehabilitationsprogramme finden in zertifizierten <i>DIAfit</i>-Zentren statt. Die Zertifizierung umfasst Vorgaben zur Ausbildung der Leiter/innen von <i>DIAfit</i>-Zentren. Weitere im Zentrum tätige Personen müssen dem Verein jedes Jahr ihre Ausbildung bestätigen. Zertifizierte Therapeut/innen führen meist die <i>DIAfit</i>-Gruppen durch. ▪ Bildungsmassnahmen: Für die Ausbildung der Leiter/innen von <i>DIAfit</i>-Zentren gibt es ein Certificate of Advanced Studies (CAS) an der Universität Bern. Weitere im Zentrum tätigen Personen müssen diplomierte Ernährungsberater/innen, Diabetesberater/innen oder Physiotherapeut/innen sein. Der Verein führt zudem regelmässig Weiterbildungen durch. Im Rahmen der Weiterbildung treffen sich die Therapeut/innen und tauschen sich gegenseitig aus. ▪ Supervision: Der Verein führt Audits durch. Er besucht und prüft einzelne Zentren und nimmt dabei auch Rückmeldungen entgegen. ▪ Instrumente zur Standardisierung der Qualität: Zur Aufnahme des Rehabilitationsprogramms in das KVG muss es den WZW-Kriterien entsprechen. Der Aufbau des Programms ist damit klar definiert.
Partizipation der Betroffenen	▪ Das Rehabilitationsprogramm ist im KVG/KLV definiert und kann deshalb nicht flexibel angepasst werden. ▪ Anpassungen der <i>DIAfit</i>-Gruppen auf die Bedürfnisse der Betroffenen sind grundsätzlich möglich.
Chancen-gerechtigkeit	▪ Der Zugang zu Migrant/innen stellt eine Herausforderung dar. Sie haben versucht mit Ausschreibungen und Ermunterungen (z.B. von Berater/innen mit Migrationshintergrund) zu erreichen. Die Sprach- und kulturelle Barriere war bis anhin jedoch zu gross.
Hauptschwierigkeiten	▪ Krankenversicherer versuchen eigene, scheinbar günstigere Programme zu lancieren. Dies war bisher erfolglos, weil sie nicht genügend Personen für das Angebot mobilisieren können. Damit gibt es keine Möglichkeit, dass die Krankenkassen <i>DIAfit</i> intensiver unterstützen.

4) Links und weitere Quellen, Kontaktangaben

Websites und Links:

- Website *DIAfit*: <http://www.DIAfit.ch/>

Quellen:

- Saner, H. 2012: *DIAfit*. Ein Schweizer Projekt für Patienten mit DM Typ 2. Leading Opinions Diabetes & Stoffwechsel 2, 2012.

Kontakt: Ulrike Iten, iten@sgedssed.ch, 056 200 17 50

6.4. Angebot *Symptom Navi*

Das Angebot *Symptom Navi* fördert das Selbstmanagement von Nebenwirkungen von Krebstherapien. Es besteht aus 16 symptomspezifischen Flyern, wie z.B. Angst, Appetitlosigkeit oder Atemnot. Die Flyer sollen Betroffene dabei unterstützen, ihre Symptome besser einzuschätzen, entsprechend zu handeln und ein für sie passendes Angebot in Anspruch zu nehmen. Neben den Flyern umfasst das Angebot ein Schulungskonzept für Pflegefachpersonen zur Abgabe der Flyer. Künftig sollen die Informationen auch mittels App abrufbar sein.

Das Projekt befindet sich momentan in einer frühen Implementierungsphase, welche den Einsatz der Flyer in vier Onkologiezentren in der Deutschschweiz umfasst. Eine flächendeckendere Lancierung des Projekts ist geplant.

1) Hintergrundinformation zum Angebot

Träger-Organisation	Fachhochschule für Gesundheit Fribourg (HES-SO), Universität Lausanne, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lindenhofgruppe Bern; Krebsliga Schweiz
Weitere beteiligte Akteure	▪ Onkologiepflege Schweiz ▪ Krebsliga Schweiz (KLS) ▪ Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaften ▪ Solothurner Spitäler
Ansätze der Selbstmanagement-Förderung nach da Silva	▪ Elektronische und schriftliche Informationsquelle, Selbstmonitoring, individuelles Coaching
Verfügbarkeit	▪ In der ersten Implementierungsphase ist der Flyer in der Deutschschweiz zum Einsatz gekommen. Im Rahmen der flächendeckenderen Umsetzung sollen die Flyer aber künftig in der ganzen Schweiz zum Einsatz kommen.
Zielgruppe	▪ Krebspatient/innen ▪ In Zukunft sollen auch spezifische Flyer für Angehörige entwickelt werden.
Anzahl Nutzer/innen	▪ Mehrere Tausend Krebspatient/innen in 4 Onkologiezentren

2) Finanzierung

Benötigte Ressourcen	Finanzierungsquellen
Aufbau- und Entwicklungskosten	
Geschätzt total mehrere CHF 100'000 von 2011 bis 2014	▪ Ehrenamtliche Arbeit der Initiant/innen ▪ Beiträge von HES-SO, Universität Lausanne, CHUV, Lindenhofgruppe Bern

Laufende Betriebskosten

- Gesamtkosten: sind noch nicht bekannt, weil sich das Projekt noch in einer frühen Implementierungsphase befindet.
- Personell: geplant ist eine 60% Stelle.
- Materiell: nicht bekannt.
- Vollkosten pro betroffene Person: nicht bekannt.
- Aktive Zusammenarbeit mit der KLS. Angedacht ist eine Finanzierung des Angebots über Organisationen, die ein Abonnement für die Flyer und Schulungen bei *Symptom Navi* kaufen.
- Die Einnahmen durch die Abonnemente sollten die vollen Kosten der 60%-Stelle für die Organisation, Koordination und Schulungen und weitere Kosten des Betriebs und Weiterentwicklung von *Symptom Navi* decken.
- Es handelt sich um eine Objektfinanzierung, welche dauerhaft ist, wenn die Organisationen ihr Abonnement jeweils verlängern. Bezieht eine Organisation das Abonnement nur für ein Jahr, ist es eine einmalige Finanzierung.

Kosten für Betroffene

- | | |
|---------------------------------|--|
| Kosten/Anteil Betroffene | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Krebspatient/innen können die Flyer kostenlos verwenden. ▪ Der Anteil der Betroffenen an den Kosten beträgt 0%. |
| Dauer Nutzung Angebot | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Angebot kann grundsätzlich zeitlich unbeschränkt genutzt werden. Die Flyer sind jedoch bisher für die Akutphase konzipiert. |
| Exemption-Policy | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht relevant; geplant ist, dass der Flyer künftig gratis über die Webseite der KLS heruntergeladen werden kann (mit einem Hinweis, dass Beratung zum Flyer notwendig ist). Für die Organisationen sind je nach Grösse unterschiedliche Preissysteme geplant. |

Lücken und Schwierigkeiten bei der Finanzierung

- | | |
|-----------------------------|--|
| Finanzierungs-Lücken | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sofern das Modell mit den Abonnements der Organisationen funktioniert, sind die Träger optimistisch, dass eine nachhaltige, langfristige Finanzierung gesichert ist. |
| Schwierigkeiten | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anträge für Forschungsfinanzierungen sind sehr aufwändig und es dauert sehr lange, bis die Finanzierung gesprochen wird. |

3) Qualität

- | | |
|---------------------------|---|
| Evidenz/Evaluation | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Kosten für die Evaluation der Implementierungsphase beliefen sich auf ca. CHF 400'000. CHF 40'000 konnten von verschiedenen kleineren Organisationen/Institutionen akquiriert werden. Die Differenz hat die Universität Lausanne, die HES-SO und Mitglieder der Steuergruppe getragen. Die Evaluation wurde von Bana et al. (2019) veröffentlicht. ▪ Das Angebot orientiert sich an bestehender Evidenz für elektronische Angebote, konsequentem Einbezug von Patient/innen und den Basic Principles von Selbstmanagement. ▪ Der Inhalt der Flyer basiert auf Best-Practice-Guidelines und wurde von Expert/innen evaluiert (z.B. Kropf-Staub et al. 2017). |
|---------------------------|---|

Ansätze Qualitätsmanagement	- Die Qualität der Beratung wird momentan nur in der Pilot-Studie überprüft, weil sich das Projekt noch nicht in der flächendeckenden Umsetzung befindet. Geplant sind folgende Ansätze zum Qualitätsmanagement: Bildungsmassnahmen: Die Pflegefachpersonen werden geschult. Für diese Schulung existiert ein Manual mit Richtlinien. Kompetenzen sind darin nicht definiert. - Instrumente zur Standardisierung der Qualität: Manual, welches den genauen Ablauf der Abgabe der Flyer definiert. Qualitätskriterien/Qualitätssicherung: Qualitätskriterien, z.B. Dokumentation der Abgabe, Outcome Minimierung Symptom Burden etc.
Partizipation der Betroffenen	<i>Symptom Navi</i> hat die Krebspatient/innen in die Evaluation der Flyer und der semistrukturierten Konsultation (Abgabe der Flyer) miteinbezogen.
Chancengerechtigkeit	Bisher sind die Flyer auf Deutsch und Französisch – einfaches sprachliches Niveau der 6. Primarschule – vorhanden. Geplant ist die Übersetzung in weitere Sprachen, welche durch die Zusammenarbeit mit der KLS möglich werden. Gleichzeitig bestehen kulturelle Herausforderungen, weil die Symptome in anderen Kulturen anders gewertet und behandelt werden.
Hauptschwierigkeiten	Momentan noch keine Schwierigkeiten bzgl. Qualitätsmanagement. Das Projekt wurde noch nicht flächendeckend lanciert.

Links und weitere Quellen, Kontaktangaben

Websites und Links:

- Website *Symptom Navi*: <http://www.Symptom Navi.ch/>

Quellen:

- Bana, M., Ribl, K., Kropf-Straub, S., Zürcher-Florin, S., Näf, E., Manser, T., Bütikofer, L., Rintelen, F., Peters, S. und M. Eicher 2019: Implementation of the *Symptom Navi* © Programme for cancer patients in the Swiss outpatient setting: a study protocol for a cluster randomised pilot study (*Symptom Navi*© Pilot Study), *BMJ Open*, 9, 2019.
- Kopf-Straub, S., Eicher, M., Haslbeck, J. und P. Metzenthin 2019: Selbstmanagement bei Krebstherapien fördern: Das Symptom-Navi-Programm, *Pflege*, S.1-10, 2019.
- Kopf-Straub, S., Sailer Schramm, M., Preusse-Bleuer, B., Eicher, M. und S. Zürcher 2017: Flyer *Symptom Navi* zur Unterstützung des Selbstmanagements von Symptomen bei Krebs – Evaluation von Anwendbarkeit und Verständlichkeit, *Pflege*, S. 151-160.

Kontakt: Manuela Eicher, manuela.eicher@chuv.ch, 021 314 87 60

6.5. Angebot ASSIP

ASSIP steht für **Attempted Suicide Short Intervention Program**. Das Angebot richtet sich an Patient/innen, die einen Suizidversuch unternommen haben und hat zum Ziel, das Risiko für weitere suizidale Handlungen zu reduzieren. Es handelt sich um eine Kurzintervention bestehend aus 3-4 Sitzungen in einem Zeitraum von ein bis vier Wochen und einem anhaltenden Briefkontakt während zwei Jahren. Mittels eines narrativen Interviews, welches auf Video aufgezeichnet wird, und dessen Video-Playbacks werden die Muster und Abläufe, die einer suizidalen Krise vorausgehen, geklärt und individuelle Warnsignale, präventive Verhaltensmassnahmen, wie auch Langzeitziele erarbeitet. Patient/innen erhalten eine Notfallkarte und eine persönliche Liste (Leporello) mit Strategien im Falle einer zukünftigen suizidalen Krise. Die Kurzintervention ist kein Ersatz für eine längere Psychotherapie, sondern soll diese ergänzen. ASSIP wurde in der Schweiz im Rahmen des klinischen Angebots der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) entwickelt. ASSIP kann ambulant, teilstationär oder stationär angeboten werden. Neben den UPD haben verschiedene psychiatrische Kliniken in der Schweiz ASSIP in ihr Behandlungsangebot aufgenommen. Auch in anderen Ländern wird das Programm nun umgesetzt.

1) Hintergrundinformation zum Angebot

Träger-Organisation	Die Universitären Psychiatrische Dienste Bern (UPD) haben das Angebot entwickelt. Anja Gysin-Maillart und Konrad Michel schulen die ASSIP-Therapeut/innen und stellen die Zertifikate aus.
Weitere beteiligte Akteure	▪ Standorte, die das Angebot umsetzen (s.u.)
Ansätze der Selbstmanagement-Förderung nach da Silva	▪ Individuelles Coaching, individueller Aktionsplan, Ziele setzen
Verfügbarkeit	▪ Angebote in den Kantonen Bern (2 Standorte) Zürich (4 Standorte), Solothurn (1 Standort). Im Aufbau in Neuchâtel und Lausanne und 2 weiteren Berner Standorten (Münsingen, Thun und Meiringen) und 1 Standort in Zürich. ▪ Andere Länder: USA, Schweden, Finnland, Litauen, Belgien, Deutschland und Australien etc.
Zielgruppe	▪ Patient/innen, die einen Suizidversuch unternommen haben
Anzahl Nutzer/innen	▪ Keine Angaben

2) Finanzierung

Benötigte Ressourcen	Finanzierungsquellen
Aufbau- und Entwicklungskosten	
- Entwicklung über mehrere Jahre. 2-jährige Pilotphase, Pilotstudie, Evaluationsstudie. Gesamtkosten unbekannt. - Kosten der Schulung pro Therapeut/in: rund CHF 11'500 inkl. monetarisiertem Zeitaufwand.	- UPD - Standorte (Kliniken)
Laufende Betriebskosten	
- Personalkosten der Therapeut/innen pro Patient/in: 3-4 Sitzung à 1 Stunde plus 30 Minuten Dokumentation (insgesamt). - Materielle Kosten: Nutzung Raum und installierte Kamera und Videoanlage. - Gesamtkosten pro Patient/in: Nicht bezifferbar - Gemäss einer Kosteneffektivitätsstudie zu <i>ASSIP</i> (Park et al. 2018) liegen die Interventionskosten eines alternativen Angebots (Strukturiertes Interview zur Einschätzung der Suizidalität, 1 Sitzung) rund CHF 900 tiefer. Die Studie zeigt aber, dass aufgrund von weniger Suizidversuchen und folglich weniger Spitalkosten 24 Monate nach Suizidversuch <i>ASSIP</i> kostensparend wirkt.	Das Angebot zur Selbstmanagement-Förderung läuft massgeblich über den Finanzierungsmechanismus der therapeutischen Grundversorgung: - OKP: Therapiesitzungen von ambulanten Patient/innen können beim UPD über den TARMED abgerechnet werden. - Kliniken: Bei stationären Patient/innen, die die Kurzintervention <i>ASSIP</i> erhalten, fallen die Kosten unter den Aufwand der Kliniken im Rahmen der Fallpauschalen. - Da die Finanzierung über die OKP nicht kostendeckend ist, werden sie entweder durch die Kantone via GWL und/oder Leistungsvereinbarungen oder eine private Finanzierung subventioniert (vgl. auch Fringer Schai und Ruflin 2019).

Kosten für Betroffene

Kosten/Anteil Betroffene	Selbstbehalt und Franchise im Rahmen der Grundversicherung
Dauer Nutzung Angebot	Abgeschlossenes Programm nach 3-4 Sitzungen mit anschliessend 2 Jahre regelmässigen Follow-Up-Briefkontakten.
Exemption-Policy	Nicht relevant, da prinzipiell (bis auf Selbstbehalt und Franchise) kostenfrei.

Lücken und Schwierigkeiten bei der Finanzierung

Finanzierungslücken	- Nicht kostendeckende TARMED-Tarife. - Inwieweit die Finanzierungslücken eine Barriere für Standorte sein können, <i>ASSIP</i> anzubieten, ist unklar. Die Kliniken wenden sich erst an <i>ASSIP</i>, wenn die Finanzierung geregelt ist.
----------------------------	---

Schwierigkeiten	▪ Personelle Ressourcen: Eine Barriere das <i>ASSIP</i>-Angebot durchzuführen bildet gemäss Interviewangaben teilweise die Ressourcensituation. Die Kliniken müssen für <i>ASSIP</i> personelle Ressourcen bereitstellen, die entweder aufgebaut oder von anderen Angeboten abgezweigt werden müssen. Wenn personelle Ressourcen eingestellt werden, bedeutet dies für die Kliniken eine Investition, da die Finanzierung nicht kostendeckend ist. ▪ Fluktuationen: In der Regel werden bis maximal 6 Therapeut/innen pro Standort für <i>ASSIP</i> geschult. Bei Abgängen dieser Therapeut/innen kann das Angebot nicht weiter durchgeführt werden bzw. es müssten Therapeut/innen neu geschult werden. ▪ Finanzierung von Forschungsaktivitäten und Übersetzungen: relativ aufwändig, Finanzierung für Forschung zu <i>ASSIP</i> zu erhalten (Anträge bei Stiftungen, Forschungsfonds etc.). Finanzierung des Lehrbuchs zu <i>ASSIP</i> auf Französisch über das BAG gescheitert, weil bei einer Finanzierung über das BAG die Rechte beim BAG sein müssen. Auflage konnte nicht erfüllt werden, da der Verlag die Rechte am Buch hat.
------------------------	--

3) Qualität

Evidenz/ Evaluation	▪ Die UPD hat eine Begleitevaluation zum Programm durchgeführt (Gysin-Maillart et al. (2015). Die randomisierte kontrollierte Studie belegte klar die Wirksamkeit von <i>ASSIP</i> und erhielt internationale Aufmerksamkeit. Derzeit wird das Programm in verschiedenen Ländern mit wissenschaftlichen Begleitstudien repliziert. ▪ Weiter wurde eine Kosteneffektivitätsstudie durchgeführt, die zeigt, dass <i>ASSIP</i> kostensparend wirkt (Park et al. 2017, vgl. Tabelle zur Finanzierung).
Ansätze Qualitäts- management	▪ Qualitätskriterien/Qualitätssicherung: Therapeut/innen, die <i>ASSIP</i> anbieten, müssen eine Schulung durchlaufen und werden anschliessend zertifiziert. Die Qualifikation der Therapeut/innen wird über eine Supervision bei 5 Patient/innen anhand von <i>ASSIP</i>-Kriterien überprüft. Derzeit werden die Kriterien standardisiert, das Resultat wird eine <i>ASSIP</i> Adherence und Competence-Skala sein. Teilnahmebedingungen sind in einem Weiterbildungskonzept festgehalten. Das Weiterbildungskonzept enthält zudem persönliche und institutionelle Anforderungen (Verfügbar auf: www.ASSIP.ch). ▪ Bildungsmassnahmen: Die Schulung dauert ca. 2.5-3 Tage. Die Teilnehmenden müssen das <i>ASSIP</i>-Therapiemanual und Basisliteratur gelesen haben und ein Pilotvideo als Übungsgrundlage mitbringen. ▪ Austausch-Symposien: An internationalen Suizidpräventionskongressen tauschen <i>ASSIP</i>-Forscher im Rahmen von gemeinsamen Symposien u.a. Erfahrungen aus. ▪ Supervision: Die Supervision von 5 <i>ASSIP</i>-Fällen erfolgt während der Schulung der Therapeut/innen und wird in der Folge meist zur Qualitätssicherung fortgeführt.
Partizipation der Betroffenen	▪ Von den Patient/innen wurde regelmässig Feedback zum Programm eingeholt. Dieses ist auch in den Hausaufgabentext eingeflossen, den die Patient/innen im Rahmen des Programms erhalten.
Chancen- gerechtigkeit	▪ Bis jetzt keine speziellen Massnahmen, um das Angebot vulnerablen Zielgruppen (Personen mit Migrationshintergrund) zugänglich zu machen.
Hauptschwierig- keiten	▪ Keine

4) Links und weitere Quellen, Kontaktangaben

Websites und Links:

- Website ASSIP: <https://www.ASSIP.ch/>
- Angebot ASSIP UPD:
 - www.upd.unibe.ch/ASSIP
 - www.upd.ch/de/angebot/erwachsenenpsychiatrie/ambulant-sprechstunden.php#anchor_c4ecb080_Accordion-ASSIP---Sprechstunde-fuer-Patientinnen-und-Patienten-nach-einem-Suizid-versuch
 - www.hogrefe.ch/shop/kurztherapie-nach-suizidversuch-71169.html
 - <https://us.hogrefe.com/shop/ASSIP-attempted-suicide-short-intervention-program-67660.html>

Quellen:

- Gysin-Maillart A, Schwab S, Soravia L, Megert M, Michel K (2016) A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP) PLoS Med 13(3).
- Park A, Gysin-Maillart A, Müller T, Exadaktylos A, Michel K (2018) Cost-effectiveness of a Brief Structured Intervention Program Aimed at Preventing Repeat Suicide Attempts Among Those Who Previously Attempted Suicide A Secondary Analysis of the ASSIP Randomized Clinical Trial. JAMA Network Open. 2018;1(6).
- BAG und Projektgruppe Suizidprävention bei Klinikaustritten (2019): Suizidprävention bei Klinikaustritten. Empfehlungen für Gesundheitsfachpersonen.
- Fringer Schai und Ruflin (2019) Suizidprävention bei Klinikaustritten – Finanzierungsaspekte. Erarbeitet im Auftrag des BAG im Rahmen des nationalen Aktionsplans Suizidprävention.

Kontakt: Anja Gysin-Maillart, anja.gysin@upd.unibe.ch, 031 632 88 11

6.6. Angebot Peer Weiterbildung *EX-IN*

EX-IN steht für «Experienced Involvement». Es handelt sich dabei um eine Peer Weiterbildung, welche ursprünglich im Rahmen eines EU-Projekts entwickelt wurde. Sie wird in der Schweiz seit 2010 (initial DAS der Fachhochschule Bern) und seit 2014 in Kooperation von zwei Anbietern angeboten: von Pro Mente Sana und dem Verein *EX-IN* Bern. Die modular aufgebaute Weiterbildung dauert inklusive Praktika ca. eineinhalb Jahre. Sie wird in jährlicher Alternanz von den beiden Anbietern mit einem gemeinsamen Dozenten-Pool umgesetzt.

Über die Weiterbildung sollen von psychischen Erkrankungen betroffene Menschen mit Erfahrungen ihres individuellen Gesundungsweges (Recovery⁷⁹) unterstützt und qualifiziert werden, um Erfahrungswissen für die psychiatrische Gesundheitsversorgung im ersten Arbeitsmarkt nutzbar zu machen.

Dieser Fallbeschrieb bezieht sich vorwiegend auf das *EX-IN* Angebot von Pro Mente Sana.

1) Hintergrundinformation zum Angebot

Träger-Organisation	▪ Stiftung Pro Mente Sana
Weitere beteiligte Akteure	▪ Sozialpsychiatrische Institutionen ▪ Psychiatrische Kliniken ▪ Betroffene/Peers als Dozenten ▪ Arbeitgeber nach Kursabgang: Psychiatrische Kliniken, sozialpsychiatrische Institutionen u.a. ▪ Association Pro Mente Sana Romande: eigenständige Organisation, die mit Pro Mente Sana eine Kooperationsvereinbarung hat und an welche ein Teil der Finanzierungsgelder des BSV überwiesen werden
Ansätze der Selbstmanagement-Förderung nach da Silva	▪ Gemeinschaftliche Selbsthilfe und Recovery, aktives Gruppenprogramm, individueller Aktionsplan, Ziele setzen
Verfügbarkeit	▪ <i>EX-IN</i> wurde bisher in Kooperation mit Partnerinstitutionen in den Kantonen GR, BS, AG, SG, ZH, LU, BE umgesetzt; Bewerber kommen aus der ganzen Deutschschweiz. Die Association Pro Mente Sana Romande setzt in der französischen Schweiz einen andersgearteten <i>EX-IN</i> Ansatz um
Zielgruppe	▪ Menschen aller Altersstufen mit Erfahrung psychischer Erkrankung (ohne Autismus) ▪ Angehörige von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind keine Zielgruppe des bisherigen <i>EX-IN</i> Angebots (entsprechende Bemühungen laufen, haben aber bisher keine Finanzierung gefunden)
Anzahl NutzerInnen-Nutzer/innen	▪ Bisher haben in der Deutschschweiz ca. 180 Personen die Weiterbildung abgeschlossen

⁷⁹ Siehe Fallbeispiel Recovery-Wege entdecken im Referenzrahmen «Selbstmanagementförderung bei chronischen Krankheiten und Sucht», Seite 65 ff (BAG und GELIKO 2018)

2) Finanzierung

Benötigte Ressourcen	Finanzierungsquellen
Aufbau- und Entwicklungskosten	
keine Angaben zu den Entwicklungskosten möglich wegen bisher fehlender detaillierter Kostenaufstellung	- Eigenkapital der Stiftung Pro Mente Sana - Ko-Finanzierung Entwicklung Studiengang durch das eidgenössische Büro für die Gleichstellung Behinderter
Laufende Betriebskosten	
Gesamtkosten pro Weiterbildungszyklus ca. CHF 220'000.– - Vollkosten pro Teilnehmer/in: ca. CHF 11'000.– - Materielle Kosten: Räumlichkeiten, Verpflegung etc. - Plus zusätzliche personelle Overheadkosten auf Ebene Pro Mente Sana (aktuell nicht bezifferbar; detaillierte Kostenaufstellung in Erarbeitung)	- Leistungsvertrag zwischen Pro Mente Sana und dem BSV (Bundesamt für Sozialversicherung) seit 2015 nach Art. 74 IVG - Teilnehmergebühren - Stiftungen - Partnerinstitutionen (Spitäler) übernehmen die materiellen Kosten - Kostenanteil: ca. 65% BSV, ca. 30% Teilnehmerbeiträge, ca. 5% Stiftungen - Es handelt sich um eine dauerhafte gemischte Subjekt-/Objektfinanzierung

Kosten für Betroffene

Kosten und Anteil Betroffene	Kostenbeitrag Teilnehmende: CHF 5'000/CHF 3'500 (reduzierter Tarif, <i>siehe unter Rubrik Chancengleichheit</i>); die Teilnehmerbeiträge decken ca. 30% der Kosten, wobei die Kursteilnehmenden Kostenbeiträge in unterschiedlicher Höhe bezahlen
Dauer Nutzung Angebot	Der Kurs umfasst 12 dreitägige Module, welche (inkl. Praktika) innert 17-18 Monaten absolviert werden
Exemption-Policy	- Wer den reduzierten Selbstzahler Beitrag von CHF 3'500 nicht aufbringen kann, wird an Stiftungen verwiesen - In Einzelfällen haben auch Sozialämter die Teilnehmerkosten übernommen

Lücken und Schwierigkeiten bei der Finanzierung

Finanzierungslücken	Pro Mente Sana und der Verein EX-IN Bern können mit den verfügbaren Ressourcen bei weitem nicht den gesamten Bedarf abdecken. Einige Anwärter absolvieren deshalb die Weiterbildung in Deutschland
Schwierigkeiten	- Die Finanzierung des Angebots bei Pro Mente Sana und dem Verein EX-IN in Bern ist unterschiedlich - Dem Verein EX-IN Bern ist es nicht gelungen mit dem BSV einen Leistungsvertrag abzuschließen. Der Verein finanziert sich über Stiftungsakquise und Teilnehmergebühren, ein wesentlich verletzlicheres Finanzierungssystem. Aktuell kann der Verein wegen Finanzierungsengpässen den geplanten Kursdurchgang 2020 nicht durchführen

3) Qualität

Evidenz/ Evaluation	▪ Das Europäische Curriculum der Weiterbildung wurde evaluiert, wobei verschiedene Angebote aus sechs Ländern zusammengeführt wurden. Die Schweiz übernahm den evidenzbasierten Ansatz. ▪ Jeder Weiterbildungsdurchgang wird durch Careum Forschung evaluiert (individuelle Teilnehmerbefragung (prä und post) und Fokusgruppeninterview nach 18 Monaten; Fokus auf Teilnehmer-Komposition, Zufriedenheit etc.) ▪ Bisher keine längerfristigen Wirkungsstudien oder Programmevaluationen wegen fehlender Ressourcen
Ansätze Qualitätsmanagement	▪ Prozessbeschrieb/-steckbrief und Prozessablauf definiert, Zuständigkeiten geklärt (2015) ▪ Kursevaluationen (individueller Fragebogen nach jedem Modul, Fokusgruppendiskussion am Kursende) ▪ Bildungsmassnahmen: in vier Modulen wird ein halber Tag kostenlos für interessierte Mitarbeitende der jeweiligen Klinik geöffnet (stärkt Verständnis für Einsatz von Peers in der Versorgung) ▪ Instrumente zur Standardisierung der Qualität: ▪ Curriculum: Deutsches Curriculum und Logo von <i>EX-IN</i> sind geschützt (Anwendung bedingt Einhaltung der Qualitätsstandards) ▪ Jeder Kurs wird von zwei qualifizierten Dozent/innen geleitet (Voraussetzung: Peers oder Fachpersonen (meist Pflege- oder Sozialarbeiter, selten Ärzte) mit einer <i>EX-IN</i> Trainer/innen-Ausbildung) ▪ Leitfaden für Aufnahmegespräche in die Weiterbildungsgruppe ▪ Evaluationsfragebogen ▪ Kursunterlagen/Handreichungen ▪ Supervision: alle Teilnehmenden erhalten zweimal eine Gruppensupervision während Ausbildung; anschliessend Supervision durch anstellende Kliniken ▪ Qualitätszirkel: Regionale Interventionsgruppen der Kursabsolvent/innen; Zusammenschluss im Berufsverband Peer+ (https://www.peerplus.ch/joomla/); Gemeinsame Weiterbildungen und Tagungen der Vereine <i>EX-IN</i> der Schweiz, Deutschland und Österreich ▪ Qualitätskriterien/Qualitätssicherung: Weiterbildungsstandards
Partizipation der Betroffenen	▪ Betroffene (qualifizierte Peers) können als Dozent/innen in anderen Projekten und Dienstleistungen eingesetzt werden bspw. Schul- oder Arbeitgeberprojekt (einige Trainer/innen sind Peers mit <i>EX-IN</i>-Trainer/innen-Weiterbildung) ▪ Peers als Mitarbeitende bei Pro Mente Sana und Mitglieder auf Ebene des Stiftungsrates und Stiftungsversammlung ▪ Feedback der Betroffenen über Mechanismen der Teilnehmer-Evaluation
Chancengerechtigkeit	▪ Das Angebot ist niederschwellig, setzt aber Erfahrung von Gesundheit voraus: ▪ Finanziell: gestaffelte Kostenbeteiligung und Unterstützungsangebot für Personen, welche auch die reduzierten Gebühren nicht bezahlen können. ▪ Die Teilnehmergruppen umfassen ein breites Spektrum: von Analphabeten bis zu Akademikern; die Teilnahme für Menschen mit tiefem Bildungsgrad ist möglich, da vieles über mündliche Kommunikation und einfache Sprache läuft. ▪ Pro Kurs nehmen im Schnitt ca. 15-20% Personen mit Migrationshintergrund teil. ABER: die Kurse werden nur auf Deutsch angeboten, nicht in Migrationssprachen. Es laufen Bemühungen, die Zielgruppen Menschen mit Migrationshintergrund und ältere Menschen stärker einzubinden.

Hauptschwierigkeiten

- Fehlende Finanzierung für Wirkungsstudien und wissenschaftliche Begleitforschung
- Wenn über die Weiterbildung eine Qualifikation geschaffen wird, müsste auch das Umfeld stärker bewirtschaftet werden können (Sensibilisierung medizinischer Entscheidungsträger im Hinblick auf Anstellung, Schulung Personal im Umgang mit Peers etc.).

4) Links und weitere Quellen, Kontaktangaben:**Websites und Links:**

- Website Pro Mente Sana <https://www.promentesana.ch/de/startseite.html>
- Website Peer Weiterbildung EX-IN <https://www.promentesana.ch/de/angebote/recovery-und-peer/peer-weiterbildung-EX-IN.html>
- Website Verein EX-IN Bern <https://www.EX-IN-bern.ch>

Kontakt: Uwe Bening, u.bening@promentesana.ch

6.7. Angebot *KSM Somnet* Online-Schlaftherapie

Das Angebot *KSM Somnet* ist ein Online-Therapie- und Beratungsangebot für Menschen mit chronischer Schlaflosigkeit. Es wird seit 2010 von der KSM-Klinik für Schlafmedizin angeboten. Ziel ist eine für die Betroffenen zeit- und ortsunabhängige Therapie und Beratung anzubieten. *KSM SOMNET* ist eine internet-basierte, modular aufgebaute, kognitive Verhaltenstherapie für den deutschsprachigen Raum. Dabei begleiten Schlafexpert/innen der KSM die Betroffenen online durch eine kognitive Verhaltenstherapie, welche in den verschiedenen Modulen auch diverse Ansätze zur Selbstmanagementförderung enthält. Das Angebot dauert in der Regel zwischen acht und zwölf Wochen, wird durch persönlich zugewiesene Therapeuten betreut und kann zeit- und ortsunabhängig genutzt werden.

Per 1.1.2017 wurde die Leistung «Internet-basierte kognitiv-verhaltens-therapeutische Behandlung der Insomnie» in die KLV aufgenommen. Dabei wurde das Angebot weiter ausgebaut (Erweiterung Therapeutenteam, Software-Relaunch, Publikation eigener Informations-Webseite www.ksm-somnet, Eintragung der Marke *KSM SOMNET* in Schweizer Markenregister).

1) Hintergrundinformation zum Angebot

Träger-Organisation	KSM Klinik für Schlafmedizin mit den Standorten Bad Zurzach, Luzern und Airport Zürich; die KSM ist ein Tochterunternehmen der RehaClinic-Gruppe.
Weitere beteiligte Akteure	- Entwickelt wurde das Angebot von der KSM Klinik für Schlafmedizin gemeinsam mit den holländischen Pionieren der Online-Psychotherapie Interapy (www.interapy.ch) und der Universität Amsterdam, massgeschneidert angepasst auf den Bedarf der KSM. Interapy entwickelte das elektronische Tool und leistet auch weiterhin den technischen Support der Webseite. <i>KSM SOMNET</i> ist Träger der Kampagne «Wie geht's Dir?» (https://www.wie-gehts-dir.ch/de/)
Ansätze der Selbstmanagement-Förderung nach da Silva	Individuelles Coaching, Motivational Interviewing, Online-Tool, individueller Aktionsplan, Ziele setzen, elektronische und schriftliche Informationen
Verfügbarkeit	Mit der Aufnahme der Online-Schlaftherapie in die OKP ist das Angebot seit Januar 2017 für alle Schweizerinnen und Schweizer verfügbar bzw. wird von allen Krankenkassen übernommen. Das Online-Angebot ist vorläufig auf die Deutschschweiz ausgerichtet, steht aber grundsätzlich bei entsprechender Indikation allen Versicherten in der Schweiz mit ausreichenden Deutschkenntnissen zur Verfügung.
Zielgruppe	Personen mit chronischer Schlaflosigkeit, für welche nach der Beurteilung in der Erstabklärung das Angebot indiziert ist
Anzahl Nutzer/innen	Bisher nutzten pro Jahr zwischen 20 und 40 Personen die Behandlung; nach der Kostenübernahme durch die OKP wird eine deutliche Zunahme der Nutzer/innen erwartet.

2) Finanzierung

Benötigte Ressourcen	Finanzierungsquellen
Aufbau- und Entwicklungskosten	
geschätzt ca. CHF 150'000 bis 200'000	▪ KSM Klinik für Schlafklinik
Laufende Betriebskosten	
▪ Personell: Leiter Psychologie (aktuell ca. 10%-Pensum, initial und während OKP-Zulassungsprozess deutlich mehr) und 3-4 Online-Therapeut/innen (i.d.R. qualifizierte Psycholog/innen, im Teilzeitpensum) ▪ Materiell: die Auslagen für das Angebot laufen über das Gesamtbudget der KSM Klinik für Schlafmedizin und werden nicht in einem separaten Budget ausgewiesen. ▪ Genaue Betriebskosten können nicht beziffert werden.	▪ Initial-Finanzierung durch Patient/innen ▪ Feb 2013-Dez 2016: Leistungsvertrag mit der CSS-Versicherung/Kostenübernahme für Versicherte mit Zusatzversicherung ▪ Defizitgarantie durch KSM Klinik für Schlafmedizin bis zum Vorliegen des Tarifvertrags; der Antrag und die Verhandlungen liefen über mehrere Jahre und waren sehr aufwendig. ▪ Ab 1.1.2017: Aufnahme in OKP/Anhang 1 KLV⁸⁰; 2019 wurde rückwirkend auf den 1.1.2017 ein Tarifvertrag genehmigt. Dieser gilt national für die Versicherer, welche unter Tarifsuisse zusammengeschlossen sind. Verhandlungen mit den anderen Versicherern laufen aktuell. ▪ Die Kosten für die Online-Schlaftherapie werden von der Grundversicherung abgegolten (abzüglich Selbstbehalt und Franchise). Maximal können über die OKP CHF 2570.– 2'570 pro Patient/in erstattet werden. Dieser Betrag deckt die laufenden Kosten, nicht aber die Entwicklungskosten. ▪ Es handelt sich um eine dauerhafte Subjektfinanzierung.

Kosten für Betroffene

Kosten Betroffene	▪ Zu Beginn konnten nur Selbstzahler/innen in das Angebot aufgenommen werden. ▪ Heute tragen die Patient/innen den Selbstbehalt von 10%, plus allfällige Franchise.
Deckung der Kosten	▪ Anteil der Betriebskosten: ca. 10% Betroffene, Rest OKP.
Dauer Nutzung Angebot	▪ Betroffene können das Angebot i.d.R. einmalig nutzen, maximal 16 Wochen über OKP; das Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 16 Wochen richtet sich analog zu Artikel 3b KLV.
Exemption-Policy	▪ Nicht relevant seit OKP-Zulassung

⁸⁰ Siehe Massnahme 8/Psychiatrie/Internet-basierte kognitiv-verhaltens-therapeutische Behandlung der Insomnie in Anhang 1.KLV: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950275/index.html>

Lücken und Schwierigkeiten bei der Finanzierung

Finanzierungs-lücken	▪ Ausgaben für Entwicklung und Bekanntmachung können nicht über die OKP gedeckt werden.
Schwierigkeiten	▪ Aus Sicht der Verantwortlichen konnte die nachhaltige Finanzierung dank eines langen Atems⁸¹ und einer finanzkräftigen, risikobereiten Trägerschaft, die in Vorleistung treten konnte, gesichert werden; vor der OKP-Zulassung und der Genehmigung Tarifvertrag bestand eine lange Phase von grosser Unsicherheit.

3) Qualität

Evidenz/Evaluation	▪ Das Angebot ist evidenzbasiert gemäss aktuellstem Stand der Insomnie-Forschung; belegt durch KSM-Studien (Pilotphase) und Wirksamkeitsnachweis (Experimental- und Kontrollgruppe). Weitere Informationen, siehe unter Fachinformationen https://www.ksm-som-net.ch/de/fachinformationen.
Ansätze Qualitätsmanagement	Die Qualität der Behandlung wird laufend überprüft mittels: ▪ Supervision der Therapeut/innen ▪ Qualitätskontrolle mittels differenzierter Einstiegs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik ▪ Erhebung der Patienten-Zufriedenheit ▪ Periodische wissenschaftliche Studien (siehe Rubrik Evidenz) ▪ Einhalten der Leitlinien der SGSSC (Schweizerische Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie) und der Vorgaben zu Wirtschaftlichkeit (WZW) und Qualität im Tarifvertrag. Diese beinhalten auch den Erfahrungsaustausch und das Monitoring. Die KSM ist auf der Spitalliste des Kantons Aargau und erfüllt die verpflichtenden Anforderungen des Kantons an das QM einer Klinik. ▪ Im Sinne von Qualitätszirkeln finden regelmässige interdisziplinäre Teamsitzungen an drei Standorten und wöchentliche standortübergreifende Online-Fortbildungen des Fachteams statt. Die Fachpersonen pflegen den in ihren Disziplinen üblichen wissenschaftlichen Fachaustausch. ▪ Bildungsmassnahmen: Die Behandlung wird von qualifizierten und trainierten Psycholog/innen (viele mit Zusatzqualifikation «Somnologie») unter geschäftsinterner Supervision durch erfahrene und eidgenössisch anerkannte Psychotherapeut/innen durchgeführt. Diese arbeiten in einem delegierten Verhältnis unter medizinischer und psychiatrischer Leitung und nehmen an wöchentlichen Weiterbildungen mit den Chefärzt/innen teil. ▪ Instrumente zur Standardisierung der Qualität: ▪ Leitlinien Fachgesellschaft SGSSC – Somnologie ▪ Manual ▪ Supervision ▪ Qualitätskriterien/Qualitätssicherung: werden durch die Fachgesellschaften und die Vorgaben im Tarifvertrag vorgegeben (siehe oben)
Partizipation der Betroffenen	▪ Beschränkt auf das gemeinsame Gestalten der individuellen Behandlung und das Erheben von Patientenfeedback, welches zur Weiterentwicklung des Angebots genutzt wird
Chancengerechtigkeit	▪ Bisher steht das Angebot nur Personen mit ausreichender Kompetenz in deutscher Sprache und Internetnutzung offen.

⁸¹ Gemäss Auskunft von Stefan Otto, KUV BAG, wurde das Angebot als therapeutische Leistung im KUV anerkannt. Der Anerkennungsprozess verlängerte sich zusätzlich, da für den internetbasierten Ansatz spezielle rechtliche Abklärungen notwendig waren.

- Aktuell keine Pläne bezgl. Zugangsverbesserung für Zielgruppen mit spezifischen Bedürfnissen. Priorität hat die weitere Etablierung des Regelangebots.

Hauptschwierigkeiten

- Die hohen Anforderungen bezgl. Qualitätsnachweisen von verschiedenen Stellen (KLV, Kanton, Fachgesellschaften etc.), welche nicht aufeinander abgestimmt sind. Dies wird durch die drei Standorte in verschiedenen Kantonen noch weiter erschwert. Jede Stelle verlangt andere Kennzahlen. Für die Leistungserbringer ist z.T. nicht klar, was mit den erhobenen Daten passiert.

4) Kontaktangaben, Quellen und weitere Links

Websites und Links:

- Webseite *KSM SOMNET*: <https://www.ksm-somnet.ch/de/online-schlaftherapie>
- Infos für Fachpersonen/Studie zur Wirksamkeit: <https://www.ksm-somnet.ch/de/fachinformationen>

Kontakt: Dr. Bettina Huber, b.huber@ksm.ch

6.8. Angebot *SafeZone.ch*

SafeZone.ch ist eine Online-Plattform⁸², welche als Hauptangebot anonyme Beratungen, Information und Selbstmanagement zu Suchtfragen anbietet. Die Plattform umfasst sichere Mailberatung, Selbsttests, Selbstmanagement-Tools, Fragen und Antworten, Gruppenchat (moderierte Selbsthilfe), Hinweise auf andere Tools, Informationen zu Substanzen und ein Hilfeverzeichnis (suchtindex.ch). Die Onlineberatung und Selbsthilfeangebote werden von derzeit 40 Fachpersonen ausgeübt. Zusätzlich umfasst die Plattform ein Extranet, welches von den Suchtberater/innen zum Austausch genutzt werden kann und fachliche Standards und Best-Practice-Beispiele enthält. 2014 ging die Webseite in Deutsch und Italienisch online. Seit 2017 ist die Webseite auch auf Französisch verfügbar.

SafeZone.ch ist eine Dienstleistung des Bundesamts für Gesundheit (BAG) in Zusammenarbeit mit 16 Kantonen und Suchtfachstellen. Das Beratungsportal wurde von Infodrog⁸³ in Kooperation mit Beraterinnen und Beratern von Suchtfachstellen aus verschiedenen Kantonen entwickelt. Die Zuständigkeiten des Angebots sind wie folgt geregelt: Die lokalen Suchtfachstellen führen auf der operativen Ebene die eigentliche Beratung durch⁸⁴. Infodrog hat die operative Leitung inne. Sie sind für den Betrieb, den Inhalt, die Weiterentwicklung und die Qualitätssicherung der Plattform zuständig. Das BAG ist für die strategische Leitung verantwortlich, in Zusammenarbeit mit den Kantonen. Weitere Zuständigkeiten sind beim fachlichen Beirat (konsultativ) und dem BAG mit der strategischen Leitung angesiedelt.

1) Hintergrundinformation zum Angebot

Träger-Organisation	▪ BAG in Zusammenarbeit mit 16 Kantonen und Suchtfachstellen
Weitere beteiligte Akteure	▪ Fachbeirat ⁸⁵
Ansatz der Selbstmanagement-Förderung nach da Silva	▪ Individuelles Coaching, Ziele setzen, elektronische Informationsquellen, Selbstmonitoring, Gemeinschaftliche Selbsthilfe
Verfügbarkeit	▪ Da die Plattform online verfügbar ist, kann jede/r auf die Leistungen zugreifen.
Zielgruppen	▪ Betroffene mit Suchtproblemen, Angehörige, Nahestehende, Fachpersonen, Interessierte

⁸² www.SafeZone.ch

⁸³ Infodrog ist eine Fachstelle vom BAG und bewirtschaftet die Plattform im Auftrag vom BAG.

⁸⁴ In gewissen Regionen der Schweiz existieren auch Verbundmodelle. So erbringen Zug und Luzern z.B. Leistungen für den Verbund Zentralschweiz; Schwyz, Nidwalden, Obwalden und Uri leisten hierfür finanzielle Beiträge.

⁸⁵ vgl. dazu <https://www.SafeZone.ch/ueber-safe-zone.html>

- Anzahl Nutzer/innen**
- Das Portal wurde 2018 93'500-mal besucht, davon 68'600 unterschiedliche Nutzer. 26'500 Personen haben mehr als nur die Startseite besucht und 2'000 Personen haben sich auf der Webseite registriert. 900 Personen eine Beratung (Mail, Chat, FAQ) in Anspruch genommen. Davon fanden 729 Beratungen per Mail statt. Fachpersonen standen 2'444 Mal in Kontakt mit der Zielgruppe per Mail.
 - 45% der Nutzenden sind Angehörige, 45% Betroffene, 10% sind Lehrer und andere.

2) Finanzierung

Benötigte Ressourcen	Finanzierungsquellen
Aufbau- und Entwicklungskosten	
2012-2016: geschätzt Total CHF 564'000 ⁸⁶	▪ BAG
Laufende Betriebskosten	
▪ Gesamtkosten: CHF 830'000 ⁸⁷ ▪ Personell: CHF 730'000 ▪ Materiell: CHF 100'000 ⁸⁸ ▪ Vollkosten pro Nutzer/in: nicht bezifferbar	▪ Die laufenden Betriebskosten für die operative Leitung (Infodrog) und materielle Kosten werden vom BAG finanziert (CHF 340'000). Die Objektfinanzierung ist dauerhaft. ▪ Die laufenden Betriebskosten für die operative Ebene (Beratung) wird von den Kantonen finanziert (CHF 490'000). Die Finanzierung erfolgt mehrheitlich im Rahmen bestehender Leistungsverträge zwischen Suchtfachstellen und dem Kanton. Die Kompetenz für Suchtberatung und Therapie liegt gemäss Betäubungsmittelgesetz bei den Kantonen. In einzelnen Fällen werden die Beratungsleistungen von <i>SafeZone.ch</i> über kantonale Fonds/Alkoholzehntel finanziert. Es handelt sich somit mehrheitlich um eine dauerhafte Objektfinanzierung.

Kosten für Betroffene/Angehörige

Kosten/Anteil Betroffene/Angehörige	▪ Betroffene/Angehörige können das Angebot gratis nutzen und decken somit 0% der Kosten.
Dauer Nutzung Angebot	▪ Das Angebot kann zeitlich unbeschränkt genutzt werden.
Exemption-Policy	▪ Nicht relevant, weil das Angebot gratis verfügbar ist.

⁸⁶ In den Entwicklungskosten sind Kosten für die Entwicklung und den Betrieb der Beratungsplattform in der Pilotphase, Aufbau Qualitätssicherung und Datenschutz, Fortbildungen in drei Sprachen, Webdesign, Corporate Identity, Promotionsmassnahmen sowie Übersetzungen enthalten.

⁸⁷ Die Gesamtkosten teilen sich auf in CHF 340'000 für Infodrog (operative Leitung) und CHF 490'000 für die lokalen Suchtfachstellen (operative Ebene). Die Kosten für die lokalen Suchtfachstellen ergeben sich durch 3'770 effektiv geleistete Stunden mal einen durchschnittlichen Stundensatz von CHF 130. Die Leistungen von Infodrog umfassen den Betrieb und Unterhalt des Webportals (www.SafeZone.ch), Betrieb und Unterhalt des Extranets für Fachleute, Koordination des Kompetenznetzwerks, Verantwortung Qualitätssicherung, Weiterbildung, Tagungen, Reporting und Verantwortung Weiterentwicklung.

⁸⁸ Es gibt noch weitere Sachkosten von Promotionsmassnahmen (z.B. Medienarbeiten, Printmaterial), die nicht quantifiziert werden können. Diese Sachkosten wurden vom BAG finanziert.

Lücken und Schwierigkeiten bei der Finanzierung

Finanzierungs-lücken	▪ Mehrheitlich bestehen keine Finanzierungslücken. Einzig wenn die Beratungsleistungen über den Alkoholzehntel finanziert werden, kann es zu Finanzierungslücken kommen.
Schwierigkeiten	▪ Die Finanzierung auf nationaler und kantonaler Ebene war von Beginn des Projektes gesichert. Deshalb haben sich bisher keine Schwierigkeiten ergeben.

3) Qualität

Evidenz/ Evaluation	▪ Das Angebot ist evidenzbasiert. ▪ Eine Studie zu Qualitätsstandards in der eBeratung (Wenger und Schaub 2013) ist in die Gesamtkonzeption der Webseite und Art der Umsetzung der Beratung eingeflossen. ▪ Erkenntnisse aus einer Studie zu den Wirkfaktoren der E-Mail-Beratung (Spiess und Ruflin 2018) sind in die Konzeption der Schulungen eingeflossen. ▪ Evaluation für die Pilotphase von <i>SafeZone.ch</i> (Meier und Schaub 2016). ▪ Die Schulungen für die Berater/innen basieren auf den therapeutischen Wirkfaktoren nach Grawe (1998), auf dem transtheoretischen Modell nach Prochaska (z.B. Prochaska und DiClemente 1984), auf dem 4-Folien-Konzept nach Knatz und Dodier (2003) und auf der erweiterten Reflexionsbasis nach Eidenbenz (z.B. 2009)/Lang (z.B. 2003).
Ansätze Qualitätsmanagement	▪ Qualitätszirkel: Die Berater/innen tauschen sich in Gruppen von 4 bis 5 Berater/innen alle 2 Monate im Gruppenchat aus. ▪ Bildungsmassnahmen: <i>SafeZone.ch</i> bietet eine mehrtägige Schulung an, welche für die Berater/innen obligatorisch ist. Interne Qualitätsbeauftragte führen Schulungen und Mentorate aus und haben eine fachliche Aufsichtsfunktion. Die Beratung wird von Fachpersonen ausgeführt, welche langjährige Erfahrung in der Beratung und Begleitung von Suchtmittel-Konsumierenden und deren Angehörigen sowie Zusatzqualifikationen im Bereich internetbasierter Beratung verfügen. ▪ Supervision: Im Rahmen der Ausbildung beginnen die Fachpersonen die Beratung unter Anleitung und Aufsicht eines Mentors/einer Mentorin. ▪ Instrumente zur Standardisierung der Qualität: ▪ Notfallkonzept für das Verhalten in Krisensituationen ▪ Best-Practice-Beispiele für die Beratung im Extranet ▪ Qualitätskriterien/Qualitätssicherung: <i>SafeZone.ch</i> hat 6 Säulen zur Qualitätssicherung definiert: Weiterbildung in Online-Beratung, Intervention online in Gruppenchats, Coaching durch erfahrene Online-Berater/innen, Notfallkonzept für Krisensituationen, Evaluation der Zielerreichung und Angebotsnutzung, hohe Standards bei Datenschutz und Sicherheit. (siehe Grafik 1) ▪ Datenschutz: Der Datenschutz spielt eine zentrale Rolle für das Angebot und dessen Weiterentwicklung. Zentrale Aspekte sind, dass sich der Server in der Schweiz befindet, die ISO-Normen erfüllt sind, die Kommunikation hoch verschlüsselt wird und die Fachpersonen geschult sind. ▪ Technologieentwicklung: Es braucht strenge Anforderungen an das Tool selbst, weil es um die Gesundheit geht. Dazu orientiert sich <i>SafeZone.ch</i> zukünftig an Richtlinien von eHealth Suisse.
Partizipation der Betroffenen	▪ In der Pilotphase wurden die Betroffenen nicht miteinbezogen. Für die Weiterentwicklung ist der Einbezug der Betroffenen geplant.
Chancengerechtigkeit	▪ Für die Übersetzung der Webseite in weitere Sprachen fehlen momentan die Ressourcen.
Hauptschwierigkeiten	▪ Bisher ergaben sich keine Schwierigkeiten in Bezug auf die Qualität.



Abbildung 2: 6 Säulen der Qualitätssicherung; Quelle: Infografik SafeZone.ch 2018

Links und weitere Quellen, Kontaktangaben:

Websites und Links:

- Website *SafeZone.ch*: <https://www.SafeZone.ch/beratung.html>

Quellen:

- Eidenbenz, F. 2009: Standards in der Online-Beratung. In Kühne, S. & Hintenberger, G. (Hrsg.). Handbuch Online-Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG. S. 213-227.
- Grawe, K. 1998: Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe
- Gysin-Maillart A., Schwab S., Soravia L., Megert M., Michel K. 2016: A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP) PLoS Med 13(3).
- Knatz, B. und B. Dodier 2003: Hilfe aus dem Netz – Theorie und Praxis der Beratung per E-Mail, Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart.
- Lang, J. 2003: Onlineberatung zeigt Wirkung. Forschung zu Beratungsangeboten im Internet. In Psychoskope. Zeitschrift der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen FSP, 8/2003 vol. 24. S. 10-12
- Park A., Gysin-Maillart A., Müller T., Exadaktylos A., Michel K. 2018 : Cost-effectiveness of a Brief Structured Intervention Program Aimed at Preventing Repeat Suicide Attempts Among Those Who Previously Attempted Suicide A Secondary Analysis of the ASSIP Randomized Clinical Trial. JAMA Network Open. 2018;1(6).
- Prochaska, J. O. und C.C. DiClemente 1984: The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy. Homewood: Dow Jones/Irwin.
- Schlapbach, M., Ettlin, R., Spiess, M. und R. Rufin 2018: Anwendung von Wirkfaktoren in der Emailberatung von *SafeZone.ch*, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Sektion Prävention in der Gesundheitsversorgung, Bern und Lausanne.
- Wenger, A. und M.P. Schaub 2013: Qualitätsstandards in der eBeratung – Internetumfrage zu Qualitätsstandards und detaillierte Beurteilung von Websites, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Zürich.

Kontakt: Alwin Bachmann, a.bachmann@infodrog.ch, 031 376 04 01

6.9. Angebot: *Selbsthilfe- und Austauschgruppen der Krebsliga Zentralschweiz*

Die Krebsliga Zentralschweiz begleitet seit über 30 Jahren unterschiedliche Selbsthilfegruppen in den verschiedenen Regionen ihres Einzugsgebiets. Durch die Begegnungen in solchen Gruppen haben Krebsbetroffene und Angehörige die Möglichkeit des Erfahrungs- und Meinungsaustausches mit Menschen, die das gleiche Schicksal teilen.

In den Selbsthilfegruppen sind Betroffene mit unterschiedlichen Krebskrankheiten⁸⁹ und Anliegen zusammengeschlossen. Die Gruppen gestalten ein Programm mit Raum für Erfahrungsaustausch, Gespräche, Fachvorträge und mit Ausflügen nach ihren Bedürfnissen. Die Teilnehmer/innen der einzelnen Gruppen organisieren sich selbst und definieren ihre Angebote.

1) Hintergrundinformation zum Angebot

Träger-Organisation	▪ Krebsliga Zentralschweiz: ist für die Selbsthilfeangebote zum Thema Krebs in den Kantonen LU/NW/OW/SZ/UR/ZG zuständig
Weitere beteiligte Akteure	▪ Primäre Akteure sind Einzelpersonen: ▪ Betroffene ▪ Angehörige ▪ Fachpersonen ▪ Daneben Kooperation mit dem regionalen Selbsthilfezentrum (verweist interessierte Anfragen an die Krebsliga Zentralschweiz und stellt den Gruppenleitendem Informationen zur Verfügung); ▪ Für Kinder und Jugendliche: Kooperation mit Kinderkrebshilfe Zentralschweiz, Kinderspital LU, Elternvereinigungen ▪ Krebsliga Schweiz
Ansatz der Selbstmanagement-Förderung nach da Silva	▪ Gemeinschaftliche Selbsthilfe
Verfügbarkeit	▪ Angebote in den Kantonen LU/NW/OW/SZ/UR/ZG, wobei nicht alle Angebote in allen Kantonen verfügbar sind. ▪ Manche Angebote bestehen schon seit über 30 Jahren, die jüngsten sind 2 Jahre alt.
Zielgruppe	▪ Primäre Zielgruppe sind erwachsene Menschen mit Krebs (Betroffene Kinder und Jugendliche werden eher über andere Akteure abgedeckt). ▪ Viele Gruppen stehen auch Angehörigen offen. Es gibt Gruppen, die sich spezifisch an Angehörige richten/gerichtet haben. ▪ Spezifische Angebote für Angehörige mussten eingestellt werden, da sie wenig genutzt wurden, trotz intensiver Bewerbung. Angehörige werden im Bereich Krebs heute besser über die psychoonkologischen Angebote an den Kliniken unterstützt und fühlen sich dort oft besser aufgehoben.
Anzahl Nutzer/innen	▪ Keine genauen Angaben möglich

⁸⁹ <https://zentralschweiz.krebsliga.ch/beratung-unterstuetzung/selbsthilfe-und-austauschgruppen/>

2) Finanzierung

Benötigte Ressourcen	Finanzierungsquellen
Aufbau- und Entwicklungskosten	
- Keine genauen Angaben zu Entwicklungskosten (generell und pro Angebot) auf Ebene Krebsliga Zentralschweiz erhältlich - Neue Gruppen erhalten ein Startkapital von CHF 500.-	- Krebsliga Zentralschweiz - Viel unbezahlte Freiwilligenarbeit durch Betroffene/Angehörige
Laufende Betriebskosten	
- Es wird keine separate Buchhaltung oder Zeiterfassung für die Betreuung der Selbsthilfeangebote geführt; keine Angaben zu Gesamtkosten oder Kosten pro Nutzer/in möglich - Betriebskosten fallen vor allem für die Betreuung und Koordination auf der Ebene der Krebsliga Zentralschweiz an (nicht bezifferbar); auf der Ebene der Gruppen sind sie dank der vielen Freiwilligenarbeit monetär vernachlässigbar (einige tausend Franken pro Jahr; Startkapital und anschließend ca. CH 50.- pro Person/Gruppe und Jahr) - Personelle Kosten: externe Experten werden entschädigt; Gruppenleiter/innen arbeiten kostenlos - Materielle Kosten: Räumlichkeiten werden den Gruppen kostenlos zur Verfügung gestellt; einmal jährlich werden die leitenden Personen zum Essen eingeladen	- Spendenfinanzierung der Krebsliga Zentralschweiz - Viel unbezahlte Freiwilligenarbeit durch Betroffene/Angehörige - Dauerhafte Objektfinanzierung

Kosten für Betroffene/Angehörige

Kosten/Anteil Betroffene/Angehörige	- Die Teilnahme an den Selbsthilfegruppen ist für Betroffene/Angehörige kostenlos - Viel nicht entschädigte Freiwilligenarbeit für Gruppenleitende (nicht bezifferbarer Anteil der Kosten)
Dauer Nutzung Angebot	Betroffene/Angehörige können die Angebote zeitlich unbeschränkt nutzen
Exemption-Policy	Nicht relevant, Angebote kostenlos

Lücken und Schwierigkeiten bei der Finanzierung

Finanzierungslücken	- Die Gruppenbetreuung auf der Ebene der Krebsliga Zentralschweiz ist finanziell aufwendig. Diese Leistungen können nicht über Subventionen oder Leistungsvertrag mit BSV abgerechnet werden - Wegen beschränkten Ressourcen ist die Krebsliga Zentralschweiz in diesem Bereich nur reaktiv, nicht pro-aktiv tätig.
Schwierigkeiten	- Es wird immer schwieriger, Freiwillige für Gruppenleitung zu finden (deshalb entstanden in den letzten beiden Jahren keine neuen Gruppen mehr) - Schwierigkeiten bereitet eine gesetzliche Bestimmung, wonach Gruppen, die keine Vereine mit Statuten sind, kein eigenes Konto bei der Post/Bank eröffnen dürfen. Dies erschwert Überweisungen an Selbsthilfegruppen.

3) Qualität

Evidenz/ Evaluation	▪ Krebsliga Zentralschweiz stützt sich auf entsprechende Grundlagen von Selbsthilfe Schweiz, keine eigenen Studien oder Evaluationen
Ansätze Qualitätsmanagement	▪ Angebote wurden vor längerer Zeit auf den damaligen Qualitätsvorgaben aufgebaut (es existiert noch ein älteres kleines Konzept für Selbsthilfegruppen); die heutigen Qualitätsinstrumente von Selbsthilfeschweiz kommen nicht zur Anwendung (kein Bedarf, «es läuft seit langem gut») ▪ Selbsthilfegruppen laufen selbstorganisiert; es gibt keine eigentliche Qualitätskontrolle (z.B. Supervision). Wenn aus der Gruppe Probleme rückgemeldet werden (z.B. Konflikt), wird diesen nachgegangen. ▪ Jährliche Austauschtreffen mit allen Gruppenleitenden (in diesem Rahmen finden auch Schulungsaktivitäten statt)
Partizipation der Betroffenen	▪ Die Angebote können nur dank einer sehr hohen Partizipation/Beteiligung von Betroffenen/Angehörigen (Freiwilligenarbeit) umgesetzt werden
Chancen-gerechtigkeit	▪ Aktuell laufen keine Bemühungen, die Chancengleichheit des Angebots zu erhöhen ▪ Die Öffnung für Menschen mit Migrationshintergrund ist eine Herausforderung: ▪ In den Selbsthilfegruppen wird ungern Hochdeutsch gesprochen, weil das zum Kollabieren einer Gruppe führen kann. Die Toleranz für Mitglieder, welche nicht Schweizerdeutsch sprechen, ist oft gering. Menschen mit Migrationshintergrund ohne die entsprechenden Sprachkenntnisse haben deshalb kaum Zugang zu den Gruppen; ▪ Ein Flyer zur Bewerbung in den Migrationssprachen wurde deswegen wieder aus dem Sortiment genommen; ▪ Für spezifische Gruppen in den Migrationssprachen gibt es zu wenige Interessenten; ▪ Viele Menschen mit Migrationshintergrund sind schlecht über das Sozialversicherungssystem informiert und erfahrungsgemäss in der Einzelberatung besser aufgehoben;
Hauptschwierigkeiten	▪ Es werden keine Schwierigkeiten im Bereich Qualitätsmanagement vermeldet. ▪ Um der Schwierigkeit, Freiwillige für eine Gruppenleitung zu finden, zu begegnen, wird alternativ die Möglichkeit geprüft, Peers auszubilden und für die Leitungsrolle zu schulen.

4) Links und weitere Quellen, Kontaktangaben

Webseite und Links Angebot:

- Selbsthilfe und Austauschgruppen der Krebsliga Zentralschweiz: <https://zentralschweiz.krebsliga.ch/beratung-unterstuetzung/selbsthilfe-und-austauschgruppen/>
- Krebsliga Zentralschweiz: <https://zentralschweiz.krebsliga.ch>

Kontakt: Yasmina Petermann, Yasmina.Petermann@krebsliga.info, 041 210 25 50

6.10. Angebot *Evivo*

Evivo ist ein Gruppentraining, welches Teilnehmende befähigt, im täglichen Leben besser mit chronischen Krankheiten umzugehen. Betroffene «Peers» leiten das Training. Es umfasst 15 Trainingsstunden à 2.5 Stunden. Diese werden innerhalb von sechs Wochen absolviert. Das Konzept für *Evivo* wurde von der Stanford Universität in Kalifornien entwickelt und wird auch in mehreren europäischen Ländern – u.a. Österreich, Deutschland – angewendet. Die Careum Stiftung hat 2010 das Konzept für die Schweiz lizenziert und angepasst. Seit 2012 ist *Evivo* in der Schweiz verfügbar.

Für die schweizweite Koordination und Administration ist seit 2014 der Verein *Evivo* Netzwerk zuständig. Die eigentliche Durchführung der Trainings findet aber mehrheitlich bei verschiedenen Mitgliederorganisationen statt. 2018 wurde das neue Geschäftsmodell umgesetzt (finanzierte Gutscheine mit kleinem Selbstbehalt für die Teilnehmenden, zusätzlicher Support durch den Verein zur Entlastung der Mitglieder). 2019/2020 ist *Evivo* u.a. an der Umsetzung eines Pilotprojektes in Apotheken im Kanton Zürich. Ziel ist die Verbreitung des *Evivo*-Trainings über Apotheken. Die Apotheken sollen dadurch ein Instrument erhalten, um ihre Beratung von chronisch kranken Personen zu optimieren.

1) Hintergrundinformation zum Angebot

Träger-Organisation	Verein <i>Evivo</i> Netzwerk
Weitere beteiligte Akteure (Stand 9/19)	▪ Förderer: Careum Stiftung und Careum Weiterbildung, Armin & Jeanine Kurz Stiftung, Ebnet-Stiftung, Krebsliga Schweiz, Lisa Mühlhaupt Stiftung, Migros Kulturprozent, pharmaSuisse, Robert Bosch Stiftung ▪ Partner: Swica, CSS, PKRück ▪ Mitglieder: Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) Lausanne und Policlinique médicale universitaire de Lausanne (PMU), diabètevaud und Réseau Santé Haut-Léman und Réseau Santé Région Lausanne, dialog-gesundheit Schweiz und SaluTo-Med Zollikofen, Kantonsspital Aarau und Psychiatrische Dienste Aargau PDAG Windisch, Kantonsspital Nidwalden und Spitex Nidwalden, Krebsliga Schweiz, mediX bern und mediX zürich, Rajovita Rapperswil-Jona SG, Solothurner Spitäler AG, Spitex Zürich Limmat und Stiftung Diakoniewerk Neumünster Zollikerberg, Vitafutura Volketswil ZH.
Ansatz der Selbstmanagement-Förderung nach da Silva	▪ Aktives Gruppenprogramm, Ziele setzen, Begleitbuch als schriftliche Informationsquelle.
Verfügbarkeit	▪ Das Angebot ist an verschiedenen Standorten in der Deutsch- und Westschweiz verfügbar.
Zielgruppe	▪ Betroffene Personen mit chronischen Krankheiten und Angehörige. ▪ 10% der Teilnehmenden sind Angehörige.
Anzahl Nutzer/innen	▪ Von 2012 bis 2018 haben in der Schweiz rund 1'000 Personen das Angebot von <i>Evivo</i> genutzt.

2) Finanzierung

Benötigte Ressourcen	Finanzierungsquellen
Aufbau- und Entwicklungskosten	
Keine Angaben vorhanden.	Careum Stiftung, weitere Förderer und Mitgliederorganisationen
Laufende Betriebskosten	
Keine Angaben vorhanden Die jährlichen Betriebskosten für <i>Evivo</i> setzen sich zum einen aus den Kosten des Vereins <i>Evivo</i> Netzwerk und zum anderen aus den Kosten der Mitgliederorganisationen zusammen.	▪ Careum Stiftung und weitere Förderer ▪ Mitgliederorganisationen. ▪ private Gönner, Passivbeiträge und ▪ Einnahmen aus durchgeführten Schulungen durch den Verein.
Kosten für Betroffene/Angehörige	
Kosten/Anteil Betroffene/Angehörige	▪ Das Training kostet pro Teilnehmer/in CHF 480. Momentan können Personen mit Gutscheine für CHF 100 teilnehmen. ▪ Bei 1'000 Teilnehmenden mit voll bezahlten Teilnahmegebühren ist das Geschäftsmodell kostendeckend. ▪ Gewisse Zusatzversicherungen übernehmen einen Teil der Kosten (bspw. Swica bis max. 95%, CSS bis max. 50%). ▪ Gewisse Unternehmen und Pensionskassen kaufen Gutscheine für ihre Mitarbeitenden. ▪ Unternehmen können Trainings einkaufen. Das HEKS Aargau bietet 2016 und 2019 gratis Trainings an für Migrant/innen an (finanziert durch den Kanton Aargau).
Dauer Nutzung Angebot	▪ Das Training kann einmal absolviert werden (Dauer: 15 Trainingseinheiten à 2.5 Stunden während 6 Wochen).
Exemption-Policy	▪ Momentan existieren keine Ausnahmeregelungen.

Lücken und Schwierigkeiten bei der Finanzierung

Finanzierungslücken	▪ Alle Fördermittel von <i>Evivo</i> sind befristet. Systemverankerte Finanzierungsmöglichkeiten werden dringend benötigt. ▪ Die Finanzierung einer grossangelegten und nachhaltigen Kommunikationsoffensive ist mit den zur Verfügung stehenden Mittel nicht möglich. Um <i>Evivo</i> bekannter zu machen, benötigt der Verein zusätzliche Kommunikationspartner. ▪ Keine Unterstützung durch Gelder vom Bund (BAG, BSV)
Schwierigkeiten	▪ Der Verein <i>Evivo</i> hat 2018 erstmals Mittel ins Fundraising investiert (v.a. Anfragen bei Stiftungen). Das Resultat war unbefriedigend. ▪ Eine Finanzierung über die Krankenkassen (Zusatzversicherung) geht schrittweise voran. Die Finanzierung über die OKP erscheint politisch unmöglich. 2018 hat der Verein <i>Evivo</i> Netzwerk ein Gesuch bei Gesundheitsförderung Schweiz (PGV) eingereicht, leider ohne Erfolg.

3) Qualität

Evidenz/ Evaluation	▪ Das Angebot von <i>Evivo</i> wurde evaluiert (Haslbeck 2015, Haslbeck 2016a, b, Zaroni et al. 2017). Zudem existieren Rückmeldungen aus den Kursen, welche der Verein regelmässig auswertet. ▪ Der Ansatz von <i>Evivo</i> stützt sich auf das Konzept «Chronic Disease Self-Management Program CDSMP» (Universität Stanford), dessen Wirkungen wissenschaftlich nachgewiesen sind.
Ansätze Qualitätsmanagement	▪ Qualitätszirkel: ▪ Die Leitenden der Trainings treffen sich einmal im Jahr und tauschen sich aus. ▪ Die Leitenden der Trainings erhalten direkt von den Teilnehmenden Rückmeldung zum Kurs. ▪ Die Rückmeldungen der Teilnehmenden werden regelmässig schweizweit ausgewertet. ▪ Bildungsmassnahmen: ▪ 4-tägiges Training der Leitenden durch Mastertrainer/innen (Kriterien zum Bestehen dieser Ausbildung sind definiert). Mastertrainer/innen werden an der Universität in Stanford ausgebildet. ▪ Wenn Leitende länger als 1 Jahr kein Training leiten, müssen sie ein Rezertifizierungstraining bzw. einen Refresher absolvieren. ▪ Instrumente zur Standardisierung der Qualität: <i>Evivo</i> verfügt über ein Manual, in welchem die Qualitätskriterien festgehalten sind: Zuständigkeiten und Prozessabläufe sind definiert, Kriterien für die Ausbildung und Rekrutierung der Leitenden der Trainings, Ablauf der Trainings. Trainingsbuch. ▪ Supervisionen: <i>Evivo</i> hat 2019 kollegiale Hospitationen eingeführt.
Partizipation der Betroffenen	▪ Das Programm wurde an der Universität Stanford mit Betroffenen zusammen entwickelt. Auch die Adaption für die Schweiz lief in enger Zusammenarbeit mit Betroffenen und Fachgesellschaften. ▪ Die Lizenz der Universität Stanford sichert ein evidenzbasiertes Programm, das weltweit erfolgreich im Einsatz steht und weiterentwickelt wird. ▪ Wenn durch Rückmeldungen aus den Trainings Handlungsbedarf angezeigt ist, kann <i>Evivo</i> bei der Universität Stanford Weiterentwicklungsanträge einbringen.
Chancengerechtigkeit	▪ Alle Menschen mit chronischen Beschwerden und Angehörige können das <i>Evivo</i>-Training besuchen ▪ <i>Evivo</i> achtet darauf, dass die Kursräume barrierefrei zugänglich sind. ▪ Die Teilnahme ist mit CHF 100 (mit Gutschein) günstig. ▪ <i>Evivo</i> hat mit Unterstützung des BAG ein Pilotprojekt durchgeführt, um <i>Evivo</i> für Menschen mit Migrationshintergrund zu adaptieren. U.a. HEKS Aargau bietet Trainings gratis an für Personen mit Migrationshintergrund, finanziert durch den Kanton Aarau. Weitere kantonale Projekte sind in Vorbereitung.
Hauptschwierigkeiten	▪ Das <i>Evivo</i>-Programm ist evidenzbasiert, daher muss es verbindlichen Standards entsprechen. Damit ist sichergestellt, dass das Programm in der gesamten Schweiz in einheitlicher Qualität durchgeführt wird. Die Flexibilität für individuelle und schnelle Änderungen ist dadurch eingeschränkt.

4) Links und weitere Quellen, Kontaktangaben

Websites und Links:

- Website *Evivo*: <https://www.Evivo.ch/>

Quellen:

- Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz (GELIKO) 2018. Referenzrahmen Selbstmanagement-Förderung bei chronischen Krankheiten und Sucht. Konzeptionelle Klärung, Umsetzungsbeispiele und strategische Empfehlungen, S. 62-64.
- *Evivo* und PharmaSuisse 2019: Pilotprojekt «Verbreitung von *Evivo*-Trainings über Apotheken» im Kanton Zürich, Faktenblatt.
- Haslbeck, J. (2016a). Experten aus Erfahrung. Peers, chronische Krankheit und Selbstmanagementförderung. *Padua*, 11(1), 65–71. <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000295>.
- Haslbeck, J. (2016b). Empowerment-Evidence: Stanford model in Europa. *Careum Blog*: <http://blog.careum.ch/koproduktion-16/> (Zugriff: 17.07.2017).
- Haslbeck, J., Zandoni, S., Hartung, U., Klein, M., Gabriel, E., Eicher, M., & Schulz, P. (2015). Introducing the Chronic Disease Self-Management Program in Switzerland and German-speaking countries: findings from a multiple methods study. *BMC Health Serv Res*, 15, 576. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1251-z>.
- Zandoni, S., Gabriel, E., Salis Gross, C., Deppeler, M., & Haslbeck, J. (2017). Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit für Menschen mit Migrationshintergrund – ein Gruppenkurs mit Peer-Ansatz als Beitrag zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit. *Das Gesundheitswesen*, eFirst. <https://doi.org/10.1055/s-0042-108580>.

Kontakt: Priska Bretscher, priska.bretscher@Evivo.ch, 062 555 56 71

Anhang

A1. Liste der Befragten

Fallstudien

Tabelle 4: Interviewpartner/innen Fallstudien

Name	Vorname	Organisation/ Institution	Funktion/Titel	Interviewtermin/-Art Kontakt- angaben
Fallstudie CARE4CARDIO				
Meier	Senta	Sanitas Krankversi- cherung	Leiterin Gesundheitspro- gramme	telefonischer Austausch und selbstadministrierter Fragebo- gen, 29.7.2019 senta.meier@sanitas.com
Fallstudie DIAfit				
Fischer	Doris	Diabetes Schweiz	Mitglied wissenschaftli- cher Beirat <i>DIAfit</i>	26.06.2019 (telefonisch) fischer@diabetesschweiz.ch
Fallstudie EX-IN				
Bening	Uwe	Pro Mente Sana	Projektleiter Gruppen- programm <i>EX-IN</i>	4.6.2019 (f2f)
Stoll	Stefanie	Pro Mente Sana	Leiterin Zentrale Dienste/stv. Geschäfts- leiterin	u.bening@promentesana.ch
Fallstudie KSM SOMNET				
Huber	Bettina	Klinik Bad Zurzach	Geschäftsführerin	12.6.2019 (telefonisch) b.huber@ksm.ch
Fallstudie Evivo				
Bretscher	Priska	Evivo Netzwerk	Projektleiterin	11.6.2019 (telefonisch) priska.bretscher@Evivo.ch
Fallstudie Living well with COPD				
Guler	Mathias	Lungenliga Schweiz	Projektleiter	4.6.2019 (telefonisch) m.guler@lung.ch
Fallstudie SafeZone.ch				
Bachmann	Alwin	Infodrog	Projektleiter	27.0.2019 (telefonisch) a.bachmann@infodrog.ch
Fallstudie Selbsthilfe- und Austauschgruppen der Krebsliga Zentralschweiz				
Petermann	Yasmina	Krebsliga Zentralschweiz	Geschäftsleiterin	25.6.2019 (telefonisch) Yasmina.Petermann@krebs- liga.info
Fallstudie Symptom Navi				
Eicher	Manuela	Universität Lausanne	Mitglied der Steuer- gruppe <i>Symptom Navi</i>	16.5.2019 (telefonisch) manuela.eicher@chuv.ch

Experteninterviews, Fokusgruppengespräch

Tabelle 5: Befragte vertiefende Interviews mit Expert/innen

Name	Vorname	Organisation/Institution, Funktion/Titel	Bezug zum Thema	Kontaktangaben
Bhend	Thomas	BSV, Leiter Bereich Controlling, Ressourcen, Subventionen	Führungsverantwortlich für den Bereich, in dem Finanzhilfen an Institutionen nach Art. 74 IVG abgewickelt werden (Bewirtschaftung Subventionskriterien, Anträge, Abrechnungen).	thomas.bhend@bsv.ch
Giger	Aurélie	Canton de Vaud, Service de la santé publique, collaboratrice chargée de missions Réseaux de santé et Diabète	Mitarbeiterin im Programm Diabetes des Kantons Waadt.	tania.larequi@vd.ch
Koch	Roswitha	SBK-ASI Schweiz, Leiterin Bereich Pflegeentwicklung und Internationales	Vertreterin der Berufsgruppe Pflegefachpersonen, welche häufig wichtige Umsetzungsakteure bei der Selbstmanagement-Förderung sind. Erfahrungen mit dem Prozess zur Anerkennung von Leistungen in Bezug zur Selbstmanagementförderung beim BAG (Diabetespflege).	roswitha.koch@sbk-asi.ch
Larequi	Tania	Canton de Vaud, Service de la santé publique. Médecin Responsable dossiers Promotion et Prévention	Vertreterin Programm Diabetes des Kantons Waadt, Mitglied Konferenz der kantonalen Beauftragten für Suchtfragen, Mitglied im Kernteam SELF.	tania.larequi@vd.ch
Liechti	Heidi	SWICA, Projektleiterin integrierte Versorgung	Fachspezialistin Public Health, Kenntnisse der Aktivitäten und Finanzierungsmöglichkeiten der SWICA im Bereich Selbstmanagement-Förderung.	heidi.liechti@swica.ch
Rhomberg	Birgitta	SWICA, Teammitglied integrierte Versorgung.	Kenntnisse der Aktivitäten und Finanzierungsmöglichkeiten der SWICA im Bereich Selbstmanagement-Förderung.	birgitta.rhomberg@swica.ch
Schätz	Leonhard	Novartis Schweiz, Global Access Director	Zuständig für das Selbstmanagement-Angebot	Leonhard.Schaetz@Novartis.com

Name	Vorname	Organisation/Institution, Funktion/Titel	Bezug zum Thema	Kontaktangaben
			Migraine@work bei der Novartis	
Willi	Roberto	SWICA, Leiter Fachbereich Managed Care	Vertiefte Kenntnisse zu den Finanzierungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen, speziell im Bereich Managed Care.	roberto.willi@swica.ch
Wyss	Sarah	Selbsthilfe Schweiz/Geschäftsführerin	Gemeinschaftliche Selbsthilfe	17.6.2019 (telefonisch), s.wyss@selbsthilfe-schweiz.ch

Tabelle PHS/INFRAS.

Tabelle 6: Teilnehmende Fokusgruppendifkussion mit Mitarbeitenden des BAG vom 1.7.2019

Name	Vorname	Funktion
Berger	Julia	PGV, Dossier Finanzierung und Aus-Weiterbildung
Bonvin	Antoine	PGV, Experte PGV und PGV-Projektförderung
Christen	Barbara	Alkoholprojektförderung
Gasser	Karin	Gesundheitskompetenz, Chancengleichheit
Gurtner	Felix	Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Sektion Medizinische Leistungen, Kranken- und Unfallversicherung
Kibora	Corine	PGV, Dossier <i>SafeZone.ch</i> und Sucht-Themen allg., Studie Finanzierung Suchthilfen
Marcacci	Alberto	PGV, Sektionsleiter Prävention in der Gesundheitsversorgung
Raemy	Marc	Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Sektion Wissenschaftliche Grundlagen
Siegrist	Thomas	PGV, Dossier Nationale Sucht-Stelle, Experte Qualität Suchthilfe Quatheda
Stoffel-Kurt	Nadine	Projektleiterin, Sektion Prävention in der Gesundheitsversorgung
von Gunten	Elisabeth	Kranken- und Unfallversicherungsbereich, medizinische Leistungen
Walter	Esther	Vertretung von gesamter Sektion Nat. Gesundheitsstrategie mit Koordinierter Versorgung, Suizidprävention, Palliativ Care, PSY
Weber	Mirjam	Stellvertretende Leiterin Sektion Präventionsstrategien, Leiterin Sucht-Strategie
Zeltner	Cinzia	Förderprogramm Interprofessionalität

Tabelle PHS/INFRAS.

Schriftliche Anfragen und Auskünfte

Tabelle 7: Übersicht weitere angeschriebene Personen

Name	Vorname	Organisation/Institution, Funktion	Fragestellung zum Thema Selbstmanagement-Förderung: Finanzierung und Qualität	Anfrage Datum, Kontakt
Bengoa	Rafael	Co-director of the Institute for Health and Strategy (SI-Health) in Bilbao, Spanien Internationaler Experte Health Systems Reform and Self Care/Selfmanagement-Support	Empfehlungen international Studien/Veröffentlichungen Best Practice Finanzierung und Qualität	Mailaustausch April 2019, rafa.bengoa@sihealth.es
Dalla Lana	Kaba	Master Trainer Chronic care management, speziell COPD, Netzwerk für Bewegung Begegnung, NfBB/Mitglied Geschäftsleitung	Bildungsangebote für Fachpersonen im Bereich Selbstmanagement-Förderung	4.6.2019 (per Mail), kaba@dallalana.ch
Lörvall	Karin	Ex-Projektleiterin <i>Besser leben mit COPD</i> Wallis (Mieux vivre avec une BPCO) und <i>Evivo</i> Master Trainerin	Bildungsangebote für Fachpersonen im Bereich Selbstmanagement-Förderung	4.6.2019 (per Mail), Karin.Loervall@promotionsante.ch
Suñol	Rosa	COMPAR-EU Avedis Donabedian Research Institute-UAB	Coordinator	28.5.2019, 5.6.2019 (telefonisch), rsuñol@fadq.org

Tabelle PHS/INFRAS.

Treffen mit Mitgliedern des Kernteam SELF 13.6.2019

Tabelle 8: Übersicht Teilnehmer/innen Treffen Kernteam SELF

Name	Vorname	Organisation/Institution
Guler	Mathias	Lungenliga Schweiz
Haslbeck	Jörg	Krebsliga Schweiz
Inauen	Luzia	Klinik im Hasel
Leimgruber	Christine	DiabetesSchweiz
Roffler	Martina	Rheumaliga Schweiz
Schmid-Mohler	Gabriela	SBK
Stoffel-Kurt	Nadine	BAG
Tarnutzer	Joos	KKBS, BL
Walter	Esther	BAG, Nationale Gesundheitspolitik

Tabelle PHS/INFRAS.

A2. Selektionskriterien und Vorgehen Auswahl Fallbeispiele und vertiefende Experteninterviews

Fallbeispiele

Die Angebote zur Selbstmanagement-Förderung sollten möglichst viele der folgenden Kriterien erfüllen, um als Fallbeispiel zu qualifizieren:

- ☐ kein Pilotprojekt, allenfalls am Ende Pilotphase/Übergang zu Implementierungsphase
- ☐ etabliertes Angebot mit belegter Qualität und Evidenz (Multiplikation/überkantonale Reichweite, Evaluation, Studien etc.),
- ☐ zumindest teilweise nachhaltige Finanzierungslösung(en) gefunden
- ☐ Angebot aus einem der 5 Stränge
- ☐ Präferenz aktives Gruppenprogramm/Gruppenschulung/individuelles Coaching (elektronische Tools standen auftragsgemäss nicht im Fokus der Analyse)
- ☐ Angebot beinhaltet Kombination von mehreren Ansätzen gemäss Schema S 20 in Referenzrahmen

Bei der Auswahl der 10 Fallbeispiele wurde zudem auf weitere Aspekte geachtet:

- ☐ Mix von Angeboten aus allen Strängen und im Strang Somatik verschiedene Krankheiten
- ☐ Priorisierung von nationalen/überkantonalen Angeboten, Abdeckung möglichst viele Sprachregionen
- ☐ Mix von verschiedenen Akteuren (Anbieter/Professionen und Disziplinen/Betroffene und Angehörige als Akteure) und Finanzierungsquellen

In die Suche nach Good-Practice-Beispielen flossen neben der Erfahrung der Studienverantwortlichen und den Vorarbeiten für den Referenzrahmen auch die Vorschläge von Mitarbeitenden des BAG und Mitgliedern des Kernteam SELF ein, welche als Begleitgruppe für diese Studie mitwirkten. Über diesen Scoping-Prozess gingen über vierzig Vorschläge für Good-Practice-Angebote ein. Die Auswahl wurde basierend auf den Selektionskriterien gemeinsam mit der Auftraggeberin getroffen.

Vertiefende Experteninterviews

Selektionskriterien für Auswahl Expert/innen für Vertiefungsinterviews mit Fokus auf Finanzierung:

- ☐ überblickt auf nationaler Ebene das Finanzierungssystem im schweizerischen Gesundheitswesen (Muss-Kriterium), idealerweise auch das System weiterer Sozialversicherungen (IV, EL etc.), unabhängig von einem spezifischen Angebot
- ☐ überblickt Unterschiede in den Finanzierungssystemen zw. den Sprachregionen
- ☐ überblickt Aspekt Qualitätsmanagement
- ☐ vertritt eine der folgenden Stakeholdergruppen:
 - Kantone
 - Krankenversicherer und Sozialversicherungen: IV, BSV
 - andere Stakeholdergruppen: z.B. GELIKO, NGOs, Ligen, Berufsverbände der Leistungserbringer, Stiftungen, Bildungsinstitutionen, Privatindustrie und Arbeitgeber
 - *das BAG wurde über die Fokusgruppen-Diskussion abgeholt*

In die Auswahl der befragten Expertinnen und Experten flossen neben den Vorschlägen der Autorinnen auch Hinweise der Auftraggeberin, der Begleitgruppe und der Teilnehmenden an der Fokusgruppendifkussion mit Mitarbeitenden des BAG ein.

A3. Detailinformationen Rahmenbedingungen OKP

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Die wichtigste Sozialversicherung zur Finanzierung von Gesundheitsleistungen ist die obligatorische Krankenpflegeversicherung OKP. Sie ist im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und den zugehörigen Verordnungen⁹⁰ geregelt. Gemäss KVG werden die Kosten für medizinische und pflegerische Leistungen nach dem sogenannten Kostenerstattungsprinzip vergütet. Das KVG bezeichnet die Fachpersonen und Institutionen (Leistungserbringer), welche Leistungen zu Lasten der OKP erbringen dürfen.⁹¹ Wichtige Regelungen des KVG in Bezug auf die Finanzierung von Angeboten der Selbstmanagement-Förderung sind folgende:

- Die anerkannten Leistungserbringer, welche zu Lasten der OKP abrechnen dürfen sind in Art. 35 Abs. 2 KVG geregelt. Dazu gehören u.a. Ärztinnen und Ärzte, Apotheker/innen, Hebammen/Entbindungshelfer, Spitäler, Pflegeheime, Spitexorganisationen oder Fachpersonen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes/einer Ärztin Leistungen erbringen (z.B. Pflegefachpersonen, therapeutische Berufe). Detaillierte Anforderungen und fachliche Voraussetzungen sind in dazugehörigen Verordnungen, Berufsbildungsgesetzen und in kantonalen Gesundheitsgesetzen geregelt.
- Für die durch die OKP finanzierten Leistungen gilt gemäss Art. 32 KVG die generelle Voraussetzung, dass die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen (WZW-Kriterien). Ein eigentlicher abschliessender «Leistungskatalog» existiert nicht. Es gelten
 - für ärztliche und chiropraktische Leistungen die Pflichtleistungsvermutung, das sogenannte Vertrauensprinzip (Art. 33 Abs. 1 KVG), d.h. die ärztlichen und chiropraktischen Leistungen werden vergütet, wenn nichts Anderes in Anhang 1 KLV, einer offenen und beschränkten «Ausschluss- und Voraussetzungsliste» geführt.
 - für Leistungen von nichtärztlichen Leistungserbringern abschliessende Listen (sogenannte Positivlisten, Art. 33 Abs. 2 KVG).
 - Präventive Massnahmen werden gemäss Art. 26 KVG nur eingeschränkt für Versicherte, die in erhöhtem Masse gefährdet sind, von der OKP übernommen. Sie sind abschliessend in Art. 12ff KLV gelistet.
 - Für neue nicht-ärztliche oder präventive Leistungen, die nicht bereits auf einer Positivliste erfasst sind, muss ein Antragsverfahren durchlaufen werden. Das BAG prüft die Vollständigkeit des Antrags und Vereinbarkeit der Leistung mit dem KVG. Für die WZW-Prü-

⁹⁰ Wichtige Verordnungen sind die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

⁹¹ Die durch die OKP erstatten Leistungen werden im Bereich der stationären Versorgung durch die Kantone mitfinanziert und im Bereich der Langzeitpflege durch die Kantone und Gemeinden.

fung zieht das Eidg. Departement des Innern (EDI) die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK) zur Beratung bei. Die ELGK gibt dem EDI eine Empfehlung für oder gegen eine Aufnahme ab. Das EDI entscheidet dann über die Leistungspflicht.

- Das KVG sieht in Artikel 33 Absatz 3 die Möglichkeit vor, dass auf Leistungen von der OKP übernommen werden können, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befindet. Dies kann zur Anwendung kommen, wenn erste wissenschaftliche Hinweise auf deren Wirksamkeit vorhanden sind und man davon ausgehen kann, dass die Lücken im WZW-Nachweise im Rahmen einer gewissen Zeit geschlossen werden können. Wenn diese die Kriterien erfüllen, werden sie befristet unter der Auflage der Evaluation in die Leistungspflicht aufgenommen.

Informationen zum Antragsprozess neuer Leistungen

Im Rahmen der Experteninterviews wurden weiterführende Informationen beim BAG eingeholt zu den Voraussetzungen und den Antragsprozess für die Aufnahme von neuen Leistungen, die nicht unter KVG-Pflichtleistungen fallen (vgl. Kapitel 2.3.2).⁹² Gemäss den Auskünften wird vor der eigentlichen WZW-Prüfung die «Vereinbarkeit» einer Leistung mit dem KVG geprüft (vgl. folgende Box).

Box 10: Prüfpunkte für die Vereinbarkeit mit dem KVG

- Betrifft die Leistung ein Problem, das dem «Krankheitsbegriff» nach Artikel 3 des «Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts» entspricht?
- Dient die Leistung der Prävention, Diagnose, Behandlung, Pflege und/oder Rehabilitation einer versicherten Person?
- Wird die Leistung durch einen Leistungserbringer gemäss KVG und Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) erbracht?
- Die Leistungen der Apothekerinnen/Apotheker sind nach Artikel 25 Abs. 2 Bst. h KVG beschränkt auf die Leistungen bei der Abgabe von ärztlich bzw. von chiropraktisch angeordneten Arzneimitteln. Die Erbringung von präventiven Leistungen ist im KVG nicht vorgesehen.
 - Nicht-ärztliche Leistungserbringer wie Physio- und Ergotherapeuten, Pflegefachpersonen, Logopäden, Ernährungsberater, Neuropsychologen und von Organisationen derselben (z.B. Organisationen der Pflege) können Leistungen zu Lasten der OKP nur auf ärztliche

⁹² Informationen zur Antragsstellung und das Antragsformular sind auf folgender Webseite zu finden: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-bezeichnung-der-leistungen/antragsprozesse/Antragsprozesse-Allgemeine-Leistungen.html>

Anordnung hin erbringen. Ausnahme davon sind bestimmte Leistungen von Hebammen, die ohne ärztliche Anordnung OKP-pflichtig sind.

- In der Praxis werden bisher auch Leistungen von weiteren Berufsgruppen im Rahmen von ärztlich geleiteten ambulanten Programmen übernommen. Voraussetzung ist, dass diese Leistungen nur einen kleinen Teil ausmachen und weder am Anfang noch am Schluss des Behandlungspfades stehen, und dass das Programm mit einer Programmpauschale vergütet wird (dies ist nicht in einer Verordnung festgelegt, sondern basiert auf der Praxis und Rechtsprechung zum Beispiel zum Begriff «Behandlungskomplex»).
- Die Aufnahme von weiteren Leistungserbringern, die direkt oder auf ärztliche Anordnung OKP-pflichtige Leistungen erbringen können, bedingt eine Änderung der Verordnungen. Dies erfordert eine öffentliche Vernehmlassung.

Bei der WZW-Prüfung stützen sich die ELGK und das EDI auf ein Arbeitspapier⁹³, in dem die Begriffe Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit operationalisiert sind. Gemäss BAG befindet sich das Arbeitspapier derzeit in Überarbeitung. Aus dem Arbeitspapier geht u.a. hervor, dass folgende Voraussetzungen zu den drei Kriterien geprüft werden:

- Wirksamkeit: Nachweis des Nutzens und Schadens in klinischen Studien (Studiendesign, Qualität der Studien, Effektgrösse, Konsistenz der Ergebnisse und Relevanz); Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf Schweizer Anwendungsbedingungen.
- Zweckmässigkeit: Eignung der Leistungen unter Berücksichtigung von Nutzen und Schaden, Erforderlichkeit, Zumutbarkeit und Verhältnismässigkeit des Mitteleinsatzes (unter Berücksichtigung von Alternativen).
- Wirtschaftlichkeit: Wirtschaftlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Kosten und Preise, Kosten-Nutzenprofil der neuen Leistungen im Vergleich zum bisherigen Vorgehen, Kostenfolgen.

Das Dokument führt Beispiele für die Anwendung von verschiedenen Arten von neuen Leistungen auf, darunter auch Behandlungsprogramme (z.B. im Bereich pulmonale Rehabilitation).

⁹³ <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/bezeichnung-der-leistungen/Antragsprozesse%20Allgemeine%20Leistungen/operationalisierung-der-begriffe-wzw-arbeitspapier-vom-21-07-2011.pdf.download.pdf/Operationalisierung%20der%20Begriffe%20WZW%20Arbeitspapier%20vom%2021.07.2011.pdf>

A4. Übersicht Aufwand und Finanzierung der Entwicklung der Good-Practice Beispiele

Tabelle 9: Aufwand und Finanzierung für die Entwicklung und Aufbau der Angebote

Angebot	Aufwände Entwicklung und Aufbau	Finanzierungsquellen
Strang somatische Erkrankungen		
<i>DIAfit</i>	Keine Angabe	▪ Inselspital Bern (Ehemaliger Projektträger)
<i>Besser leben mit COPD</i>	▪ Adaption Konzept auf Schweiz ▪ Ausrollung und Koordination kantonale Lungenligen ▪ Schulungen Coaches ▪ Evaluation, Wirksamkeitsnachweis ▪ Gesamtkosten unbekannt	▪ Eigenmittel Projektträger (Lungenliga Schweiz) ▪ PGV-Projektförderung Gesundheitsförderung Schweiz
<i>Symptom Navi</i>	▪ Konzeptentwicklung ▪ Ausrollung/Partnersuche ▪ Evaluation Implementierungsphase ▪ Gesamtkosten geschätzt: mehrere Hunderttausend	▪ Eigenmittel Projektträger (Lindenhofgruppe mit Hochschulen) ▪ Ehrenamtliche Arbeit ▪ Beiträge Stiftungen
<i>CARE4CARDIO</i>	▪ Kauf Programmlizenz ▪ Wissenschaftliche Begleitung ▪ Gesamtkosten vertraulich	▪ Eigenmittel Projektträger (Sanitas Krankenversicherung) ▪ Novartis
Strang psychische Erkrankungen		
<i>ASSIP</i>	▪ Konzeptentwicklung ▪ Pilot mit Begleitstudie ▪ Ausrollung ▪ Evaluationsstudien, Wirksamkeitsnachweis ▪ Ausbildung/Supervision Programmleitende ▪ Gesamtkosten unbekannt	▪ Eigenmittel Projektträger (Universitäre Psychiatrische Dienste Bern) ▪ Aufbau im Kanton Zürich: Kanton im Rahmen Schwerpunktprogramm Suizidprävention.
<i>KSM Somnet</i>	▪ Konzeptentwicklung ▪ Pilot mit Begleitstudie ▪ Evaluationsstudien, Wirksamkeitsnachweis ▪ Gesamtkosten unbekannt	▪ Eigenmittel Projektträger (KSM/Bad Zurzach Rehagruppe)
<i>EX-IN</i>	▪ Adaption Konzept auf die Schweiz ▪ Gesamtkosten unbekannt	▪ Eigenmittel Stiftung Pro Mente Sana ▪ Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung Behinderter.
Strang Sucht		
<i>SafeZone.ch</i>	▪ Konzeptentwicklung (Machbarkeitsstudie) ▪ Entwicklung Webseite ▪ Pilot mit Begleitstudie ▪ Ausrollung ▪ Gesamtkosten: CHF 564'000	▪ Eigenmittel Projektträger (Infodrog Fachstelle BAG)

Strang gemeinschaftliche Selbsthilfe

Selbsthilfeangebote Krebsliga Zentralschweiz	▪ Ausrollung ▪ Startkapital für Selbsthilfegruppen (CHF 500) ▪ Gesamtkosten unbekannt	▪ Eigenmittel Projektträger (Krebsliga Zentralschweiz) ▪ Unbezahlte Freiwilligenarbeit Betroffene/Angehörige
--	---	---

Strang krankheitsübergreifende Angebote

<i>Evivo</i>	▪ Lizenz und Adaption Konzept auf Schweiz ▪ Ausrollung/Partnersuche, Kommunikation ▪ Ausbildung Trainer ▪ Evaluationsstudien ▪ Gesamtkosten unbekannt	▪ Careum Stiftung (Initiant) ▪ Weitere Förderer und Mitgliederorganisationen
--------------	---	---

Tabelle PHS/INFRAS. Quelle: Angaben der Interviewpartner/innen, Dokumente zu den Fallstudien.

A5. Angebots-unabhängige Weiterbildungsangebote für Fachleute im Bereich der Selbstmanagementförderung

Stand August 2019;

nota bene: diese Tabelle hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie zeigt die Ergebnisse einer hinweisgestützten Internetsuche auf. Angebote für Betroffene/Angehörige und Angebotsspezifische Bildungsangebote werden nicht aufgezeigt. Letztere werden in den Fallbeschrieben aufgezeigt.

Name des Angebots	Anbieter	Kurzbeschreibung <i>(Zusammenfassung mit Fokus auf relevante Inhalte für die Selbstmanagement-Förderung)</i>	Zielgruppe	Bemerkungen zur Zielgruppe	Link zum Angebot
Angebote für Pflegefachpersonen					
Selbstmanagement fördern bei chronischen Erkrankungen	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW)	Verständnis für die unterschiedlichen Herausforderungen von chronisch kranken Menschen und deren Angehörigen; Anforderungen und Unterstützungsmöglichkeiten des Selbsthilfe- und Familienmanagements; Fach- und Methodenkompetenzen bezüglich Symptommanagement und abgeleiteten Interventionen	Pflegefachpersonen	Diplomierte Pflegefachpersonen im Akut- und Langzeitbereich, im stationären oder ambulanten Bereich	Link
Selbstmanagement fördern in onkologischer Pflege	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW)	Teilnehmende setzen sich mit Ihrer Rolle als Fachexpert/in in Selbstmanagement-Förderung auseinander; Analyse von Patientensituationen anhand von Modellen und Theorien zu Chronic Care, Transition und Symptommanagement	Pflegefachpersonen	Diplomierte Pflegefachpersonen Onkologie (Akut- und Langzeitbereich, im stationären oder ambulanten Bereich)	Link
Selbstmanagement fördern in pädiatrischer Pflege	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW)	Verständnis für die vielschichtigen Herausforderungen chronisch kranker Kinder und Jugendliche erweitern; Wissen zu chronischen Erkrankungen im pädiatrischen Setting und deren Auswirkungen auf den Alltag; Anforderungen und Unterstützungsmöglichkeiten hinsichtlich des Selbst- und Familienmanagements, wirksame pflegerische Interventionen	Pflegefachpersonen	Diplomierte Pflegefachpersonen Pädiatrie (Akut- und Langzeitbereich, im stationären oder ambulanten Bereich)	Link
Modul Steuerung strukturierter Edukationsprozesse zur Förderung des Selbstmanagements	Berner Bildungszentrum Pflege, Fachbereich Weiterbildung	Unterstützung der Selbstmanagement-Förderung von Betroffenen und deren Angehörigen im Zusammenhang mit den unterschiedlichsten Herausforderungen durch Erkrankungen, Behinderungen oder Unfällen. Steuerung von Beratungs- und Edukationsprozessen anhand geeigneter Methoden und Hilfsmittel und unter Berücksichtigung von Familiensystemen und Ressourcen	Pflegefachpersonen	Abschluss auf Tertiärstufe als Dipl. Pflegefachfrau/Dipl. Pflegefachmann; Bachelor of Science Pflege FH	Link

Entwicklung & Qualifizierung von Demenz-Coaches	Zentrum Schönberg	Coaching-orientierte Weiterbildungsprogramm zu Befähigung der Fachpersonen, Menschen mit Demenz, deren Angehörige und weitere Kontaktpersonen so zu beraten, anzuleiten und zu begleiten, dass diese die typischen Begleitprobleme und Herausforderungen einer Demenzerkrankung gut bewältigen können	Pflegefachpersonen	Spitex-Pflegefachpersonen mit einem Tertiärabschluss und Erfahrung im Bereich der Demenz Care	Link
Nachdiplomkurs Schulung und Beratung	Careum Weiterbildung	Schulung und Beratung von Patienten/innen; systematische Erfassung des Beratungs-, Informations- und Schulungsbedarfs von Patient/innen; Grundlagen des systemischen Denkens, der lösungsorientierten Beratung und der pädagogischen Prozesse	Pflegefachpersonen	Diplomierte Pflegefachpersonen aus diversen Institutionen des Gesundheitswesens	Link
Angebote für Medizinische Praxisassistent/innen (MPA)					
Medizinische Praxiskoordinator/in klinischer Richtung - Vorbereitung eidg. Berufsprüfung	Careum Weiterbildung	Befähigung von angehenden MPAs für klar umschriebene Aufgaben in der Begleitung von chronisch kranken Patienten/innen und den Angehörigen; systematische Erfassung der Patientensituation und Planung einer auf evidenzbasierten Vorgaben gestützten Betreuung	MPA	MPA, offen auch für andere Berufsangehörige im Gesundheitswesen	Link
Urologie für medizinische Praxisassistentinnen/-assistenten	Careum Weiterbildung	Neben den urologischen Inhalten: Unterstützung des Selbstmanagement der betroffenen Menschen und Förderung der Pflegekompetenz der Angehörigen	MPA	MPA mit Tätigkeit in einer Spezialarztpraxis/ Ambulatorium mit urologisch erkrankten Patienten/innen	Link

Angebote für Ärzt/innen					
DocCom.Deutsch	Universität Bern, Institut für Medizinische Lehre in Kooperation mit diversen Partnerinstitutionen	DocCom.Deutsch ist eine Serie von medienunterstützten Online Modulen für die Aus- und Weiterbildung in Kommunikation im Gesundheitswesen, entwickelt von Ärzt/innen und Fachspezialisten aus der Schweiz, Deutschland und Österreich. Die Lernplattform umfasst aktuell über 40 Module, viele davon mit hoher Relevanz für die Förderung des Selbstmanagements	Ärzt/innen	Medizinstudent/innen	Link
Gesundheitscoaching	Kollegiums für Hausarztmedizin (GC KHM)	Beratungskonzept, welches auf eine partnerschaftliche, kooperative Beziehung zwischen Arzt und Patient basiert. Vier Schritte: (1) Sensibilisieren (Reflexion gesundheitsrelevantes Verhalten), (2) Motivieren, (3) Planen (Zielsetzungen) und Umsetzen und (4) Abschliessen.	Ärzt/innen		Link
Interprofessionelle und -disziplinäre Angebote					
CAS Schmerz Basic	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW)	Analyse komplexer Schmerzsituationen, Beurteilung, Einleitung von Interventionen unter Einbezug aktueller Evidenz; Schmerzmanagement; Förderung des Selbstmanagements von Betroffenen und Angehörigen	Mehrere	Pflegefachpersonen, Ärzte, Ergo- und Physiotherapeuten, Psychologen	Link
CAS Angehörigenunterstützung	Berner Fachhochschule	Identifikation von Entwicklungs- und Förderpotential von betreuenden Angehörigen, Identifikation von Handlungsprozessen unter Einbezug des. Befähigung zur Begleitung von Angehörigen in komplexen Situationen am Lebensende.	Mehrere	Fachpersonen, welche sich mit der Beratung, Begleitung, Vernetzung und Schulung von Angehörigen beschäftigen	Link

Zertifikatslehrgang I in Motivierender Gesprächsführung	Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)	Motivational Interviewing (MI) bzw. Motivierende Gesprächsführung ist eine Gesprächsmethode, bei der sich Patient und Berater/Therapeut auf Augenhöhe begegnen. Ziel des Lehrgangs ist, Patient/innen mit psychischen Problemen zu erleichtern, in ambivalenten Situationen Entscheidungen für eine aktive und erfolgreiche Veränderung problematischen Verhaltens zu treffen.	Mehrere	Fachleute verschiedenster Berufsgruppen im Sozial- und Gesundheitswesen	Link
Programme Education Thérapeutique Du Patient	Hôpitaux universitaires de Genève, HUG	Aufklärung und Unterstützung von Menschen, die unter einer oder mehreren chronischen Krankheiten leiden, ausgehend von der individuellen Patientenerfahrung; Identifizierung des Lernbedarfs auf Patientenseite; das Angebot umfasst eine Vielzahl von pädagogischen Modalitäten zur Förderung des Selbstmanagements	Mehrere	Insbesondere Ärzt/innen, Pflegefachkräfte, Physiotherapeut/innen und Ernährungsberater/innen u.a.	Link
Awareness- therapeutische Ausbildung	diabètevaud	Angebot im Kanton Waadt mit Fokus auf Diabetes; Angehörige der Gesundheitsberufe werden befähigt, die Selbstmanagement-Kompetenzen von Patient/innen zu stärken. Fokus: therapeutische Beziehung und Vernetzung.	Mehrere	Ärzt/innen, Pflegefachkräfte, Physiotherapeut/innen Ernährungsberater/innen Apotheker/innen, Podolog/innen MPA u.a	Link
Zürcher Ressourcen Modell «ZRM®»	Dr. Frank Krause und Dr. Maja Storch/Universität Zürich	Training zur gezielten Förderung von individuellen Handlungspotentialen; durch systemische Analysen, Coaching, theoretische Impulsreferaten und interaktive Selbsthilfetechniken eignen sich Teilnehmenden grundlegende Kompetenzen des ressourcenorientierten Selbstmanagements an.	Mehrere	Fachleute und Allgemeinbevölkerung	Link

Tabelle PHS.

A6. Übersicht Evidenz zu Auswirkungen auf die Gesundheit

Tabelle 10: Positive Auswirkungen Outcome nach NCDs und Ansätzen

Diabetes	Arthritis	Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Sucht	Krankheits- übergreifend
Selbstmanagement-Programme mit breitem Fokus					
▪ Körpergewicht ▪ Weitere klinische Outcomes ▪ Selbstwirksamkeit ▪ Patientenzufriedenheit ▪ Wohlbefinden [7]		▪ Körpergewicht (COPD) ▪ COPD Symptome ▪ Asthma Symptome ▪ Lungenfunktion (COPD) ▪ Müdigkeit (COPD) ▪ Bewegung (COPD) ▪ Psychisches Wohlbefinden (COPD) [7] ▪ Krankheitskontrolle [5]	▪ Kontrolle Blutdruck ▪ Körperliche Einschränkung [7]		
Gruppenschulung					
▪ Blutzuckerspiegel [2, 4]					
Schulungsprogramme					
▪ Blutzuckerspiegel [1, 2, 4, 7] ▪ Anzahl Komplikationen [2] ▪ Lebensqualität [7]	▪ Lebensqualität [4] ▪ Funktionseinschränkungen [2]	▪ Lebensqualität [7], in Kombination mit regelmässigem Besuch bei Arzt [2] (Asthma) ▪ Anzahl Asthmaanfälle [3]	▪ Kontrolle Blutdruck [7]		
Selbsthilfegruppen					
					▪ Zufriedenheit ▪ Verarbeitung der Situation [2]
Elektronische Informationsquellen					
▪ Patientenzufriedenheit ▪ Zwischenfälle [7]			▪ Blutdruck [7]	▪ Tabakkonsum [6]	

Die Zahlen in den eckigen Klammern verweisen auf die Quelle der Information: [1] Malanda et al. (2012), [2] Coulter und Ellins (2006), [3] De Silva (2011), [4] HIQA (2012), [5] Pinnock et al. (2011), [6] Regmi et al. (2017), [7] Strammiello et al. (2018).

Abkürzungsverzeichnis

APN	Advanced Practice Nurses
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BetmG	Betäubungsmittelgesetz
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
CDSMP	Chronic Disease Self-Management
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
COPD	Chronische obstruktive Lungenerkrankung
D	Deutschland
FDKL	Fachdirektorenkonferenz Lotteriemarkt und Lotteriegesezt
GBP	Britische Währung Pfund Sterling
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GELIKO	Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz
GF-CH	Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz
GWL	Gemeinwirtschaftliche Leistungen
HES-SO	Fachhochschule für Gesundheit Fribourg
IV	Invalidenversicherung
IVG	Invalidenversicherungsgesetz
IVV	Verordnung über die Invalidenversicherung
K	Kurzfristig
KKBS	Konferenz der kantonalen Beauftragten für Suchtfragen
KLS	Krebsliga Schweiz
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
L	Langfristig
Lufeb	Leistungen zur Unterstützung und Förderung der Eingliederung Behinderter
M	Mittelfristig
MPA	Medizinische Praxisassistent/innen
NCD	Nichtübertragbare Krankheiten
NFA	Neugestaltung des Finanzausgleichs
NGO	Nichtregierungsorganisation
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PGV	Prävention in der Gesundheitsversorgung
PHS	Public Health Services

PROMs	Patient Reported Outcome Measures
Q	Qualität
QM	Qualitätsmanagement
QuaTheDA	Qualität Therapie Drogen Alkohol
RedCAP	Research Electronic Data Capture
SAQM	Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin
SGED	Schweizerische Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie
SGP	Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie
SODK	Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren
UK	Grossbritannien
VBGF	Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung
WZW	Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit

Literatur

- BAG 2007:** Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Bericht in Erfüllung der Postulate Humbel Näf (05.3161) und SGK-SR (05.3230).
- BAG und GELIKO 2018:** Selbstmanagement-Förderung bei chronischen Krankheiten und Sucht. Referenzrahmen. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit und der Schweizerischen Gesundheitsligen-Konferenz (GELIKO).
- Battersby, M., Von Korff, M., Schaefer, J., Davis, C., Ludman, E., Greene, S.M., Parkerton, M. und E.H. Wagner 2010:** Twelve Evidence-Based Principles for Implementing Self-Management Support in Primary Care, *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 36 (12), pp. 561-570.
- Beck, J. et al. 2017:** National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support, *Diabetes Care*, 40, pp. 1409–1419. doi: 10.1177/0145721718820941.
- Bolliger, C., Rüefli, C. und D. Berner 2016:** Bedarfs- und Angebotsanalyse der Dienstleistungen nach Art. 74 IVG. Bericht im Rahmen des zweiten mehrjährigen Forschungsprogramms Invalidität und Behinderung (FoP2-IV), Forschungsbericht Nr. 15/16.
- Bourbeau, J., Collet, JP., Schwartzmann, K., Ducruet, T., Nault, D., Bradley, C. 2006:** Economic benefits of self-management education in COPD. *Chest*, 2006 Dec; 130(6).
- Bower, P., Richards, D. und K. Lovell 2001:** The clinical and cost-effectiveness of selfhelp treatments for anxiety and depressive disorders in primary care: a systematic review, *British Journal of General Practice*, 51, pp. 838-845.
- Brownson, C. et al. 2007:** A quality improvement tool to assess selfmanagement support in primary care, *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33(7).
- Comlot 2018:** Verwendung der Spielsuchtabgabe durch die Kantone im Beitragsjahr 2017. Bericht der Comlot zuhanden der Fachdirektorenkonferenz Lotteriemarkt und Lotteriegesezt. Bern, 6. September 2018.
- Coulter, A. und J. Ellins 2006:** Patient-focused interventions. A review of the evidence, Picker Institute Europe, The Health Foundation, London.
- de Longh, A. et al. 2015:** A practical guide to support Key components for successful implementation.
- de Silva, D. 2011:** Helping people help themselves, The Health Foundation, London.
- Fringer Schai, U. und Ruflin, R. 2019:** Suizidprävention bei Klinikaustritten – Finanzierungsaspekte. Studie erarbeitet im Auftrag des BAG im Rahmen des Nationalen Aktionsplans Suizidprävention.
- Gasser, K. und Houmard, S. 2018:** Chancengleichheit: Ungleiche Gesundheitschancen bekämpfen, *spectra*, 119, pp. 2–12.

- Gesundheitsamt Graubünden 2019:** Mitmischen, bitte! Wegweiser für die partizipative Dorf-, Stadt- und Quartierentwicklung zur Stärkung der Gesundheit und Lebensqualität’.
- Giger, M., Häusler, E., Sander, M. und D. Staffelbach 2018:** Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung. Bericht im Rahmen des Projektes «Koordinierte Versorgung» des BAG.
- Gutzwiller, F. Biller-Andorno, N. Harnacke, C. et al. 2012:** Methoden zur Bestimmung von Nutzen bzw. Wert medizinischer Leistungen und deren Anwendung in der Schweiz und ausgewählten Ländern.
- Health Information and Quality Authority (HIQA) 2015:** Health technology assessment of chronic disease self-management support interventions, executive summary and main report, Dublin.
- Health Service Executive (HSE) 2012:** Framework for self-management support, long-term health conditions, Public Health Ireland.
- INFRAS 2014:** Mehr Effizienz im Gesundheitswesen. Ausgewählte Lösungsansätze.
- INFRAS 2015:** Gesundheitsligen in der Schweiz: Aufgaben, Rolle und Perspektiven. Schlussbericht im Auftrag der Schweizerischen Gesundheitsligen-Konferenz GELIKO.
- Jakub, S., Thalmann, L. und Müller, A. 2018:** Die neuen Freiwilligen - Die Zukunft zivilgesellschaftlicher Partizipation.
- Kalthenthaler, E., Shackley, P., Stevens, K., Beverly, C., Parry, G. und J. Chilcott 2002:** A systematic review and economic evaluation of computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety, Health Technology Assessment, 6 (22).
- Kennedy, R. und J. Phillips 2011:** Social Return on Investment (SROI): A Case Study with an Expert Patient Programme, SelfCare, 2(1), pp. 10-20.
- Kessler, C. and Boss, V. 2019:** Förderung der psychischen Gesundheit von betreuenden Angehörigen älterer Menschen - eine Orientierungshilfe für die Gesundheitsförderung im Alter.
- Künzi, K. Liesch, R und J. Jäggi (noch unveröffentlicht):** Analyse «Ist-Zustand» Finanzierung Suchthilfe: Identifikation primärer Finanzierungsschwierigkeiten/-lücken im Bereich Sucht in der Schweiz.
- Malanda, U.L., Welschen, L.M., Riphagen, I.I., Dekker, J.M., Nijpels, G. und S.D. Bot 2012:** Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus who are not using insulin, Cochrane Database Systematic Review, 18 (1), Art. No. CD005060.
- Metz, S. 2006:** Gesundheitsökonomische Evaluationsmethoden, Biometrie und Medizin, Nr. 5, 2006.
- Mills, S. L. et al. 2016:** Toward consensus on self-management support: the international chronic condition self-management support framework, Health Promotion International, (May), p. daw030. doi: 10.1093/heapro/daw030.

- OECD/WHO 2011:** OECD-Berichte über Gesundheitssysteme. Schweiz.
- Park A, Gysin-Maillart A, Müller T, Exadaktylos A, Michel K 2018:** Cost-effectiveness of a Brief Structured Intervention Program Aimed at Preventing Repeat Suicide Attempts Among Those Who Previously Attempted Suicide A Secondary Analysis of the ASSIP Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*. 2018;1(6).
- Phillips, J. 2010:** Self care reduces costs and improves health - the evidence, Expert Patients Programme, Community Interest Company, London, 2010.
- Phillips, J., Holmes, P., Francis, S., Want, J., Brown, V., und R. Kennedy 2011:** Healthy lives equal healthy communities – the social impact of self-management, Expert Patients Programme, Community Interest Company, London, 2011.
- Pinnock, H. et al. 2017:** Systematic meta-review of supported selfmanagement for asthma: a healthcare perspective, *BMC Medicine*, 15:64.
- QISMET 2016:** Q. I. for S. M. E. & Training 2016: THE SELF-MANAGEMENT EDUCATION QUALITY STANDARD 2016.
- Regmi, K., Kassim, N., Ahmad, N. und N.A. Tuah 2017:** Effectiveness of Mobile Apps for Smoking Cessation: A Review, *Tobacco Prevention & Cessation*, 3 (12).
- Schnyder-Walser, K., Ruflin, R., Grunder, M und P. Widmer 2017:** Literaturanalyse «Gesundheitliche Ungleichheit: Ursachen, Problemfelder und mögliche Massnahmen ausserhalb des Migrationskontexts». Schlussbericht im Auftrag des Bundesamt für Gesundheit.
- Schwind, B., und Haslbeck, J. 2019:** Selbstmanagementförderung bei Migrantinnen und Migranten in der Schweiz: “Es ist alles neu - Land, Kultur, Sprache und hinzukommt noch die chronische Krankheit.” In G. Seidel, R. Meierjürgen, S. Melin, J. Krug, & M.-L. Dierks (Eds.), *Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen* (1st ed., pp. 231–250). Baden-Baden: Nomos.
- SGED 2009:** Anforderungsprofil für von der Schweizerischen Gesellschaft für Endikronologie und Diabetologie SGED offiziell anerkannte Rehabilitations-Kliniken/Institutionen: https://www.sgedssed.ch/fileadmin/user_upload/6_Diabetologie/66_Qualitaetssicherung/Anforderungsprofil_fuer_Diabetes_2009.pdf
- Strammiello, V. et al. 2018:** PRO-STEP project Promoting Self-management for chronic diseases in Europe. Pilot Project on the Promotion of Self-Care in Chronic Diseases in the European Union, Final Report D7, European Union.
- Tan, S. S. et al. 2019:** Evaluation Design of EFFICHRONIC: The Chronic Disease Self-Management Programme (CDSMP) Intervention for Citizens with a Low Socioeconomic Position.
- Wieser, S., Kauer, L., Schmidhauser, S. et al. 2010:** Synthesebericht – Ökonomische Evaluation von Präventionsmassnahmen in der Schweiz. Bericht im Auftrag des Schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit.

Wyss, S. 2018: Die Finanzierung der Selbsthilfeförderung auf nationaler Ebene.

Zanoni, S. et al. 2016: Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit für Menschen mit Migrationshintergrund - ein Gruppenkurs mit Peer-Ansatz als Beitrag zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit', Gesundheitswesen.

Zentrum Patientenschulung 2014: Indikationsübergreifende Beschreibungs- und Bewertungskriterien für Patientenschulungen.