

Evaluation des Pilotprojekts Girasole im  
Kanton Tessin: Synthesebericht

Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG)

Luzern, den 22. Januar 2019

IMPRESSUM

---

Autorinnen und Autoren

Manuela Oetterli, Dipl. Natw. ETH und MPH (Projektleitung)

Anina Hanimann, MA Politikwissenschaft

Andreas Balthasar, Prof. Dr. (Qualitätssicherung)

INTERFACE

Politikstudien Forschung Beratung

Seidenhofstrasse 12

CH-6003 Luzern

T +41 41 226 04 26

luzern@interface-pol.ch

www.interface-pol.ch

Auftraggeber

Bundesamt für Gesundheit (BAG), Eidgenössisches Departement des Innern

Laufzeit

Februar 2016 bis Januar 2019

Datenerhebungsperiode

September 2016 bis April 2018

Leitung Evaluationsprojekt beim Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Christine Heuer

Begleitgruppe

Marcacci Alberto, BAG, Bern; Bouvier Gallacchi Martine, SPVS, Bellinzona; Auer Reto, BIHAM, Bern; Heuer, Christine, BAG, Bern

Meta-Evaluation

Der vorliegende Bericht wurde vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) extern in Auftrag gegeben, um eine unabhängige und wissenschaftlich fundierte Antwort auf zentrale Fragen zu erhalten. Die Interpretation der Ergebnisse, die Schlussfolgerungen und allfällige Empfehlungen an das BAG und andere Akteure können somit von der Meinung respektive dem Standpunkt des BAG abweichen.

Der Entwurf des Berichts war Gegenstand einer Meta-Evaluation durch die Fachstelle Evaluation und Forschung des Bundesamts für Gesundheit (BAG) sowie durch die Begleitgruppe der Evaluation (siehe oben). Die Meta-Evaluation (wissenschaftliche und ethische Qualitätskontrolle einer Evaluation) stützt sich auf die Qualitätsstandards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL-Standards). Das Ergebnis der Meta-Evaluation wurde dem Evaluationsteam mitgeteilt und fand Berücksichtigung im vorliegenden Bericht.

Bezug

Bundesamt für Gesundheit, Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F), 3003 Bern,  
[www.bag.admin.ch/evaluationsberichte](http://www.bag.admin.ch/evaluationsberichte)

Zitiervorschlag

Oetterli, Manuela; Hanimann, Anina; Balthasar, Andreas (2019): Evaluation des Pilotprojekts Girasole im Kanton Tessin: Synthesebericht. Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern.

Projektreferenz

Projektnummer: P16-08

INHALTSVERZEICHNIS

---

IMPRESSUM	2
1 EINLEITUNG	5
1.1 Das Pilotprojekt Girasole	5
1.2 Evaluationsdesign	9
2 RESULTATE	15
2.1 Reach: Erreichbarkeit	15
2.2 Effectiveness: Wirksamkeit	18
2.3 Adoption: Akzeptanz und Verankerung	19
2.4 Implementation: Umsetzung	23
2.5 Maintenance: Nachhaltigkeit	25
3 FAZIT UND EMPFEHLUNGEN	26
3.1 Fazit zur Umsetzung und Wirkung von Girasole	26
3.2 Empfehlungen	28

## I EINLEITUNG

---

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat die Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI) in Lugano mit der *Evaluation der Umsetzung* und Interface Politikstudien Forschung Beratung in Luzern mit der *Evaluation der Wirkungen* des Pilotprojekts Girasole im Kanton Tessin beauftragt.<sup>1</sup> Der vorliegende Bericht bildet die Synthese dieser zwei Evaluationen und formuliert Empfehlungen zuhanden der kantonalen und nationalen Entscheidungsträger.

### 1.1 DAS PILOTPROJEKT GIRASOLE

---

Das Pilotprojekt Girasole wurde zwischen 2014 und 2018 vom Servizio di promozione e di valutazione sanitaria (SPVS) des Dipartimento della sanità e della socialità (DSS) im Kanton Tessin konzipiert und durchgeführt. Es war Bestandteil der Massnahmen der Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie), wurde vom BAG konzeptionell unterstützt sowie gemeinsam mit dem DSS finanziert. Es reiht sich ein in eine Reihe ähnlicher Projekte und Programme, die in den letzten Jahren zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Hausarztpraxis durchgeführt worden sind. Dazu gehören beispielsweise die Programme PAPRICA<sup>2</sup> und Pas à Pas<sup>3</sup> in der Romandie oder Gesundheitscoaching<sup>4</sup> in der Deutschschweiz.

#### 1.1.1 ZIELE UND ZIELGRUPPEN

Ziel des Pilotprojekts war die versuchsweise Einführung eines Interventionsansatzes im Kanton Tessin, der methodische Ansätze und Inhalte der Programme Gesundheitscoaching und PAPRICA integriert. Erstens sollte getestet werden, ob die Umsetzung in Tessiner Hausarztpraxen machbar ist. Zweitens sollte getestet werden, ob der Interventionsansatz funktioniert. Drittens sollte untersucht werden, welchen Einfluss die Intervention auf das Gesundheitsverhalten der Patienten<sup>5</sup> und insbesondere auf ihre körperliche Aktivität hat.<sup>6</sup> Die Intervention sollte einen Beitrag dazu leisten, Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten zu reduzieren. Ein spezieller Fokus lag dabei auf der Förderung der physischen Aktivität.

<sup>1</sup> Oetterli, Manuela; Hanimann, Anina; Gianola, Giada (2018): Externe Evaluation des Pilotprojekts Girasole im Tessin: Wirksamkeit des Pilotprojekts. Teil II der Evaluation. Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern sowie Caiata-Zufferey, Maria; De Pietro, Carlo. (2018): Evaluation du projet-pilote Girasole : Le processus de mise en oeuvre. Rapport à l'attention de l'OFSP. SUPSI/DEASS: Lugano-Manno.

<sup>2</sup> Koutaissoff, Daria; Jeannin, André; Dubois-Arber, Françoise (2012): Evaluation de la Formation PAPRICA (Physical Activity promotion in Primary Care), Lausanne.

<sup>3</sup> Locicero, Stéphanie; Samitca, Sanda; Bize, Raphaël (2018): Evaluation formative du projet „Pas à Pas“ avec délégation médicale du conseil en activité physique auprès de spécialistes en activités physiques adaptées. Lausanne.

<sup>4</sup> Grüninger, Ueli; Schmid, Margareta; Hösl, Ruedi; Egli, Fabian; Neuner-Jehle, Stefan (2012): Gesundheitscoaching. Schlussbericht Projekt Gesundheitscoaching KHM. Gesundheitscoaching: Förderung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen in der Arztpraxis, Bern.

<sup>5</sup> Im Sinne einer besseren Lesbarkeit wird nachfolgend von den Patienten sowie den Hausärzten gesprochen. Die weibliche Form ist dabei selbstverständlich mitgemeint.

<sup>6</sup> Bundesamt für Gesundheit BAG (2016): Entscheid-Protokoll – Evaluation des Pilotprojekts Girasole im Tessin. Konzeptentwurf vom 10. Juni 2016, BAG, Bern.

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) aus dem Jahr 2012 hat nämlich aufgezeigt, dass der Bewegungsmangel im Tessin besonders ausgeprägt ist.<sup>7</sup> Zu diesem Zweck sollten die Tessiner Hausärzte (direkte Zielgruppe des Pilotprojekts Girasole bzw. Mittler) ihre Patienten (indirekte Zielgruppe) zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen beraten und sie motivieren, gemeinsam mit ihnen ein eigenes Gesundheitsvorhaben zu entwickeln. Dieses Vorhaben sollten die Patienten alleine oder mit der Unterstützung eines Repertoires von Bewegungsvorschlägen durchführen. Bei jedem sechsten der rekrutierten Patienten sollte es dank der Verwendung des neuen Interventionsansatzes durch den Hausarzt zu einer gesundheitlichen Verbesserung kommen.<sup>8</sup> Zudem sollte die Beratungs- und Coaching-Kompetenz gemäss dem Interventionsansatz der beteiligten Hausärzte verbessert werden. Schliesslich sollte das Pilotprojekt auch zur Vernetzung der Akteure aus der Gesundheitsversorgung und dem Gemeinwesen beitragen.

### 1.1.2 KONZEPTIONELLE GRUNDLAGEN

Zu den konzeptionellen Grundlagen des Pilotprojekts Girasole gehörten ein Grobkonzept des SPVS<sup>9</sup>, Protokolle der Steuergruppe des Pilotprojekts<sup>10</sup> sowie ein Wirkungsmodell, das von einem externen Mandatsnehmer im Auftrag des BAG erstellt worden ist.<sup>11</sup> In Zusammenarbeit mit den beiden Evaluationsteams wurden diese fragmentarischen Grundlagen 2016 im Rahmen eines Evaluationskonzepts konsolidiert und konkretisiert. Insbesondere wurde das Wirkungsmodell vom Evaluationsteam unter Einbezug des SPVS sowie der Fachstelle Evaluation und Forschung des BAG an den aktuellen Projektstand angepasst.<sup>12</sup>

### 1.1.3 INTERVENTIONSANSATZ

Der Interventionsansatz des Pilotprojekts Girasole orientierte sich methodisch und inhaltlich an bereits bestehenden Projekten. Es wurden Elemente dieser Projekte übernommen, zusammengeführt und an die Bedürfnisse des Kantons Tessin angepasst. Dem Programm Gesundheitscoaching des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM) wurde die Methode der motivierenden Gesprächsführung inklusive seiner Arbeitsblätter sowie das Konzept der geteilten Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient entnommen. Das Programm PAPRICA der Policlinique médicale universitaire de Lausanne diente dem Pilotprojekt Girasole als Modell für die Konzeption der Fortbildung der Hausärzte.

<sup>7</sup> Bundesamt für Statistik (2014): Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. Medienmitteilung, Neuenburg (<[www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/medienmitteilungen.html?pressID=9761](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/medienmitteilungen.html?pressID=9761)>, Zugriff am 5. Juli 2018). Lediglich 60,8 Prozent der befragten Personen im Kanton Tessin gaben an, körperlich aktiv zu sein – dies im Gegensatz zum schweizerischen Durchschnitt von 72,5 Prozent.

<sup>8</sup> Präsentation Martine Bouvier Gallacchi „Progetto Girasole. Empowerment e coaching nello studio medico. Formazione Coaching salute e Paprica Centro sportivo nazionale di Tenero 16–17 settembre 2016“.

<sup>9</sup> Kanton Tessin (2014): Projet Girasole. Projet visant à intégrer des concepts de promotion de l'activité physique et de prévention des facteurs de risques liés à la sédentarité dans le système de soins, en particulier dans la pratique de la médecine de premier recours, Kanton Tessin, Bellinzona.

<sup>10</sup> Bundesamt für Gesundheit BAG (2015): Règles de communication projet-pilote Girasole. BAG, Bern sowie Bundesamt für Gesundheit BAG (2014): Procès-verbal: 1ère Rencontre GL (Gruppo di lavoro) Girasole, BAG, Bern.

<sup>11</sup> Simonson, Thomas; Bize, Raphaël (2015): Actualisation de la théorie d'action du projet Girasole et proposition d'indicateurs en vue de l'évaluation, Lausanne.

<sup>12</sup> Oetterli/Hanimann/Gianola (2018) sowie Caiata-Zufferey/de Pietro (2018).

#### 1.1.4 HANDLUNGSFELDER UND MASSNAHMEN

Das Pilotprojekt Girasole kann entlang von drei Handlungsfeldern beschrieben werden: die Fortbildung der Hausärzte, die Intervention in der Hausarztpraxis sowie die Unterstützung der Hausärzte.

##### Fortbildung der Hausärzte

Der SPVS hat mit dem KHM, basierend auf dem Programm PAPERICA und unter Einbezug von vier ausgewählten Hausärzten (sog. Instruktoren), eine Fortbildung zur Vermittlung des Interventionsansatzes konzipiert. Im September 2016 wurde die Fortbildung vom SPVS und den vier Instruktoren im Centro sportivo nazionale di Tenero durchgeführt. Die Fortbildung sollte die methodischen und inhaltlichen Kenntnisse der Hausärzte ausbauen und sie mit der neuen Rolle als Coach vertraut machen. Zudem wurden sie über ihre Aufgaben im Rahmen der Evaluation des Pilotprojekts Girasole informiert.<sup>13</sup>

Die Rekrutierung der Hausärzte für die Teilnahme am Pilotprojekt bzw. für die Fortbildung erfolgte über das Netzwerk des SPVS. Eine Voraussetzung war, dass die Ärzte Interesse an der motivierenden Gesprächsführung mitbrachten. Zudem sollten die Hausärzte alle Regionen des Kantons Tessin abdecken.

##### Intervention in der Hausarztpraxis

Die Interventionsphase in den Hausarztpraxen startete im Oktober 2016 mit der Rekrutierung von „geeigneten“ Patienten durch die Hausärzte. Als geeignet wurden Patienten definiert, die zwischen 40 und 75 Jahre alt waren, regelmässig eine Hausarztpraxis aufsuchten, einen oder mehrere Risikofaktor(en) für nichtübertragbare Krankheiten (wie Bewegungsmangel) aufwiesen und gemäss Einschätzung des behandelnden Hausarztes grundsätzlich für eine Verhaltensänderung motiviert waren.

Nach der Rekrutierung der Patienten startete die eigentliche Interventionsphase.<sup>14</sup> Das Coaching durch den Hausarzt umfasste vier Schritte, verteilt über mehrere Konsultationen:<sup>15</sup> Im ersten Schritt hat der Arzt den Patienten für eine Verhaltensänderung sensibilisiert. Im zweiten Schritt hat der Patient gemeinsam mit dem Arzt einen oder mehrere Bereiche für eine Verhaltensänderung ausgewählt und über seine Motivation gesprochen. Im dritten Schritt erfolgte die gemeinsame Planung eines eigenen Gesundheitsprojekts mit Hilfe konkreter Ziele und Massnahmen. Im vierten Schritt haben Arzt und Patient die Umsetzung

<sup>13</sup> Für die Wirkungsevaluation mussten die Hausärzte erstens eine Patientenliste der teilnehmenden Patienten führen. In dieser Liste wurden einmalig 9 Variablen zum Hintergrund des Patienten (z.B. Alter, Geschlecht, Risikofaktoren) erfasst sowie pro Konsultation zu weiteren 4 Variablen eine Angabe gemacht (z.B. Dauer der Konsultation). Zweitens mussten die Hausärzte den teilnehmenden Patienten zu Beginn und zum Ende der Intervention jeweils einen Fragebogen mit ihrem persönlichen Patientencode aushändigen. Drittens sollten sie die Arbeitsblätter der Intervention mit dem jeweiligen Patientencode versehen. Viertens mussten sie selbst zwei kurze Fragebögen ausfüllen (nach der Fortbildung und zum Abschluss des Pilotprojekts). Für die Umsetzungsevaluation mussten die Hausärzte zweimal an einem (Gruppen-)Interview teilnehmen.

<sup>14</sup> Wie im Wirkungsmodell von Simonson/Bize (2015) zum Pilotprojekt wird der Begriff „Coaching“ synonym mit dem Begriff „Intervention“ verwendet und bezieht sich auf die Beratung, die der Hausarzt mit dem Patienten gemäss dem methodischen Ansatz der motivierenden Gesprächsführung sowie der geteilten Entscheidungsfindung durchführt.

<sup>15</sup> Die Zahl der Konsultationen orientierte sich an den Bedürfnissen der Patienten.

und die Zielerreichung des Gesundheitsprojekts überprüft. Die gemeinsamen Abmachungen zu den vier Schritten wurden in drei Arbeitsblättern festgehalten.<sup>16</sup>

Das Pilotprojekt fand im Dezember 2017 seinen Abschluss mit dem offiziellen Schlussanlass, an dem das BAG, der SPVS, die beteiligten Hausärzte sowie die beiden Evaluationsteams teilgenommen haben. Die Interventionsphase lief noch bis im März 2018 weiter und die Erkenntnisse dieser Phase flossen in die vorliegende Evaluation ein.

#### Unterstützung der Hausärzte

Dieses Handlungsfeld umfasst die Unterstützungsleistungen des SPVS für die Hausärzte. Dazu gehörte erstens ein Verzeichnis mit Angeboten für die physische Aktivität im Kanton Tessin, welches die Hausärzte bei der Ausarbeitung des Gesundheitsvorhabens der Patienten nutzen konnten.<sup>17</sup> Zweitens organisierte der SPVS drei Treffen zwischen den teilnehmenden Hausärzten, um den Erfahrungsaustausch zu fördern. Drittens wurden den Hausärzten ein Plakat und ein Flyer zur Verfügung gestellt, um in der Praxis auf ihr Coaching-Angebot aufmerksam zu machen.<sup>18</sup> Viertens stellte der SPVS mit dem Ordine dei medici del Canton Ticino (OMCT) sicher, dass die teilnehmenden Hausärzte ihre Coaching-Leistungen im Rahmen des Pilotprojekts über die Krankenkassen abrechnen konnten.<sup>19</sup> Fünftens wurden die Hausärzte vom SPVS mit einem Beitrag von 500 Franken für ihre Teilnahme am Pilotprojekt Girasole entschädigt und konnten kostenlos an der Fortbildung teilnehmen.<sup>20</sup> Schliesslich hat der SPVS den Hausärzten verschiedene Vorschläge für weitere Unterstützungsleistungen gemacht (z.B. Workshops für weiterführendes Training in Bezug auf die motivationale Gesprächsführung). Auf Basis der Rückmeldungen der Hausärzte hat der SPVS deshalb im Verlauf des Projekts entschieden, gemeinsam mit einem Experten eine zweite Fortbildung zum Umgang mit Stress im Praxisalltag zu organisieren. Diese sollte den Hausärzten helfen, die Intervention in die täglichen Konsultationen zu integrieren. Diese Fortbildung war jedoch nicht Teil der Evaluation.

#### 1.1.5 ORGANISATION UND AUFGABEN

Die Organisation des Pilotprojekts gliederte sich in eine strategische und eine operative Ebene.<sup>21</sup>

<sup>16</sup> Diese Arbeitsblätter wurden vom Programm Gesundheitscoaching übernommen, übersetzt und für den Tessiner Kontext leicht adaptiert.

<sup>17</sup> Dieses Verzeichnis wurde den Hausärzten zunächst in Papierform und später elektronisch zur Verfügung gestellt. Die Hausärzte bevorzugten für die Interaktion mit den Patienten allerdings die Papierversion. Dieses Verzeichnis diente als Ersatz für die ins Italienische übersetzten Materialien von PAPRICA, die von den Instruktoren nicht als nützlich erachtet worden sind.

<sup>18</sup> Diese Materialien können auf der Website des SPVS heruntergeladen werden: <<https://www4.ti.ch/dss/dsp/spvs/progetti/alimentazione-movimento/girasole/>>, Zugriff am 8. Juni 2018.

<sup>19</sup> Die Hausärzte konnten ihre erbrachten Beratungsleistungen über den TARMED-Code 00.0510 abrechnen. Selbstverständlich stand es jedem Hausarzt frei, diesen Code zu nutzen oder nicht.

<sup>20</sup> Von Seiten der Projektleitung wurde eine Entschädigung der Hausärzte pro teilnehmenden Patienten wie beispielsweise im Programm Gesundheitscoaching ausgeschlossen, da diese nicht relevant gewesen sei für die teilnehmenden Hausärzte. Zudem hätte diese zu einem Selektionsbias durch die Hausärzte geführt, da nicht primär fachliche Motive, sondern finanzielle Anreize für die Rekrutierung der Patienten ausschlaggebend gewesen wären.

<sup>21</sup> Die Auftraggeber (BAG, Abteilung NCD sowie SPVS/DSS) haben sich erst nach Ende der Pilotphase im Oktober 2018 auf ein definitives Organigramm geeinigt.



### Strategische Ebene

*Auftraggeber* des Pilotprojekts waren das BAG, vertreten durch die Abteilung Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD), sowie das Dipartimento della sanità e della socialità (DSS), vertreten durch den SPVS. Die Abteilung NCD hat das Projekt zusammen mit dem DSS co-finanziert.<sup>22</sup> Die Fachstelle Evaluation und Forschung des BAG stellte zudem die personellen und finanziellen Ressourcen für die Leitung und Durchführung des externen Evaluationsprojektes zur Verfügung. Die *Steuergruppe* bestand aus Vertretenden des BAG und des SPVS und wurde vom BAG präsiert. Sie kam insbesondere bei den konzeptionellen Vorarbeiten zum Einsatz.

### Operative Ebene

Die *Projektleitung* des Pilotprojekts oblag dem SPVS. Dazu gehörte die Rekrutierung der Hausärzte, die Vorbereitung der notwendigen Materialien und Instrumente für das Pilotprojekt, die Organisation und Durchführung der Hausärzte-Fortbildung sowie die Unterstützung der Hausärzte während der Interventionsphase. Zudem hat der SPVS bei der Organisation der Evaluation mitgewirkt (z.B. Zusammenstellung und Verteilung der Materialien für die Hausarztpraxen) und den Kontakt zwischen dem Evaluationsteam und den Hausärzten sichergestellt. Der OMCT als externer Partner unterstützte die Projektleitung bei der Abgeltung der Leistungen, die Associazione ticinesi medici di famiglia (ATIMEF) unterstützte punktuell bei der Bewerbung des Pilotprojekts bei der Tessiner Hausärzteschaft. Die *Begleitgruppe*, bestehend aus dem Kollegium für Hausarztmedizin (KHM) sowie den Instruktoren, stand dem SPVS bei diesen Aufgaben mit seinen Kompetenzen zur Verfügung.<sup>23</sup>

## 1.2 EVALUATIONSDESIGN

---

### 1.2.1 ZIELSETZUNG UND FRAGESTELLUNGEN

Ziel der Evaluation war es, die Umsetzung und Wirkung des Pilotprojekts Girasole im Kanton Tessin im Hinblick auf eine Optimierung des Pilotprojekts sowie auf eine mögliche nationale Ausweitung zu prüfen.<sup>24</sup> Gegenstand der Evaluation waren die drei Handlungsfelder des Pilotprojekts Girasole (hausärztliche Fortbildung, Umsetzung der Intervention in der Praxis, Unterstützung der Hausärzte) mit der direkten Zielgruppe der Hausärzte und der indirekten Zielgruppe der Patienten sowie den zentralen Tessiner Akteuren (insbesondere dem SPVS).

<sup>22</sup> Der Anteil der Abteilung NCD betrug CHF 177'330.- für die Jahre 2014–2017, der Anteil des DSS lag bei 59'900.-. Das Ufficio del medico cantonale hat das Gesamtbudget des Projektes 2015 formell bewilligt.

<sup>23</sup> Das KHM wurde dazu vom BAG beauftragt; siehe Bundesamt für Gesundheit BAG (2014): Décision (N°14.017101). Compte/crédit 3119502050/N° de tâches 60105/Ernährung und Bewegung du 11.11.2014, BAG, Bern.

<sup>24</sup> Bundesamt für Gesundheit BAG (2016): Entscheid-Protokoll – Evaluation des Pilotprojekts Girasole im Tessin. Konzeptentwurf vom 10. Juni 2016, BAG, Bern.

Die von den Zielsetzungen der Evaluation abgeleiteten Fragestellungen wurden für die Synthese entlang dem RE-AIM Framework strukturiert (vgl. Darstellung D 1.1).<sup>25</sup> RE-AIM ist ein Konzept mit fünf Dimensionen der Wirkungsentfaltung von Interventionen: Erreichbarkeit (Reach) der Zielgruppe, Wirksamkeit (Effectiveness), Akzeptanz und Verankerung (Adoption) bei der Zielgruppe sowie Umsetzung (Implementation) und Nachhaltigkeit (Maintenance) der Intervention. Im vorliegenden Fall dient RE-AIM vor allem als Gliederungshilfe für die Ergebnisse, da die beiden Teilevaluationen unterschiedliche Evaluationsgerüste verwendet haben.<sup>26</sup>

#### D 1.1: Evaluationsfragen nach Zielgruppe und entlang von RE-AIM

Evaluationsfragen	R	E	A	I	M
<b>Hausärzte</b>					
Anzahl Teilnehmende, Charakterisierung, Rekrutierung Hausärzte, Motivation?	I/II				
Veränderung der Beratungs- und Coaching-Kompetenz?		II			
Zufriedenheit mit Fortbildung/Umsetzung/Unterstützung/Interventionsansatz?			I/II		
Stellenwert Gesundheitsförderung und Prävention?			I/II		
Umsetzung der Intervention?				I	
Anzahl Hausärzte, die Girasole weiterführen?					I
<b>Patienten</b>					
Anzahl Teilnehmende, Charakterisierung, Grund für Ablehnung/Abbruch?	II				
Persönliche Zielerreichung?		II			
Veränderung von Gesundheitszustand, -verhalten, -kompetenz?		II			
Zufriedenheit mit Coaching?			II		
Zuversicht bzgl. Aufrechterhaltung Gesundheitsverhalten?					II
<b>Akteure</b>					
Verankerung im Kanton?			I/II		
Umsetzung Pilotprojekt durch Projektleitung?				I	
Weiterführung Girasole durch Projektleitung?					I/II

Legende: I = Umsetzung (Bestandteil der Teilevaluation I), II = Wirkungen (Bestandteil der Teilevaluation II).  
Quelle: Eigene Darstellung Interface.

#### 1.2.2 VERGLEICHSEBENEN

Zur Beantwortung der Evaluationsfragestellungen kamen drei Vergleichsdimensionen zum Einsatz: Mittels Soll-Ist-Vergleichen wurde überprüft, ob die gesteckten Projektziele von Girasole erreicht worden sind. Um Wirkungen bei den Patienten und den Hausärzten feststellen zu können, wurden Vorher-Nachher-Vergleiche durchgeführt. Die Messungen zum Start und zum Ende der Intervention ermöglichen es, Veränderungen in Bezug auf die Aus-

<sup>25</sup> Glasgow, Russell E.; Klesges, Lisa M., Dzewaltowski, David A.; Estabrooks, Paul A.; Vogt, Thomas M. (2006): Evaluating the impact of health promotion programs. Using the RE-AIM framework to form summary measures for decision making involving complex issues, in: Health Education Research 21(5), p. 688–694.

<sup>26</sup> Allerdings lassen sich die Aspekte von RE-AIM auch im Wirkungsmodell wiederfinden, das als Evaluationsgerüst für die Wirkungsevaluation gedient hat; siehe Oetterli/Hanimann/Gianola (2018).

gangssituation zu messen. Zusätzlich wurden soweit möglich Vergleiche zwischen den teilnehmenden Hausärzten und Patienten angestellt und die Ergebnisse zu den Wirkungen bei den Patienten mit verfügbaren Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012<sup>27</sup> sowie den Programmen Gesundheitscoaching, PAPRICA und dem Projekt Pas à Pas verglichen.<sup>28</sup>

### 1.2.3 DATENERHEBUNG

Die nachfolgende Darstellung gibt eine Übersicht über die eingesetzten qualitativen und quantitativen Erhebungsmethoden. Die *Umsetzungsevaluation* stützte sich dabei auf die Theorie von Dearing<sup>29</sup> zur Diffusion von Innovationen und beinhaltete eine Dokumentenanalyse, teilnehmende Beobachtungen der Fortbildung und zweier Follow Up-Treffen mit den Hausärzten, Gruppeninterviews sowie individuelle Interviews.

Die *Wirkungsevaluation* stützte sich insbesondere auf je zwei schriftliche Vorher-Nachher-Befragungen bei den Hausärzten und den Patienten.<sup>30</sup> Die Fragen wurden soweit möglich mit den Fragen der SGB sowie der Evaluation des Programms Gesundheitscoaching abgestimmt, um eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Zusätzlich wurden patientenspezifische Daten durch die Hausärzte in einer separaten Patientenliste erhoben und ausgewertet. Schliesslich wurden auch ausgewählte Angaben aus den Arbeitsblättern 1 bis 3, welche die Hausärzte gemeinsam mit ihren Patienten im Rahmen des Coachings einsetzten, analysiert.<sup>31</sup> Die Daten aus den quantitativen Befragungen wurden ausschliesslich deskriptiv analysiert. Für die Patienten wurden zudem Gruppenunterschiede zwischen Abbrechnern und Finishern mit dem Chi-Quadrat-Test untersucht. Bei der Entwicklung des Designs für die Wirkungsevaluation konnte das Evaluationsteam auf die Beratung und Erfahrungen einer Person zurückgreifen, die im Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich für das Programm Gesundheitscoaching zuständig war.

<sup>27</sup> Die Daten der neusten SGB-Erhebung lagen zum Zeitpunkt des Teilberichts 2 noch nicht vor.

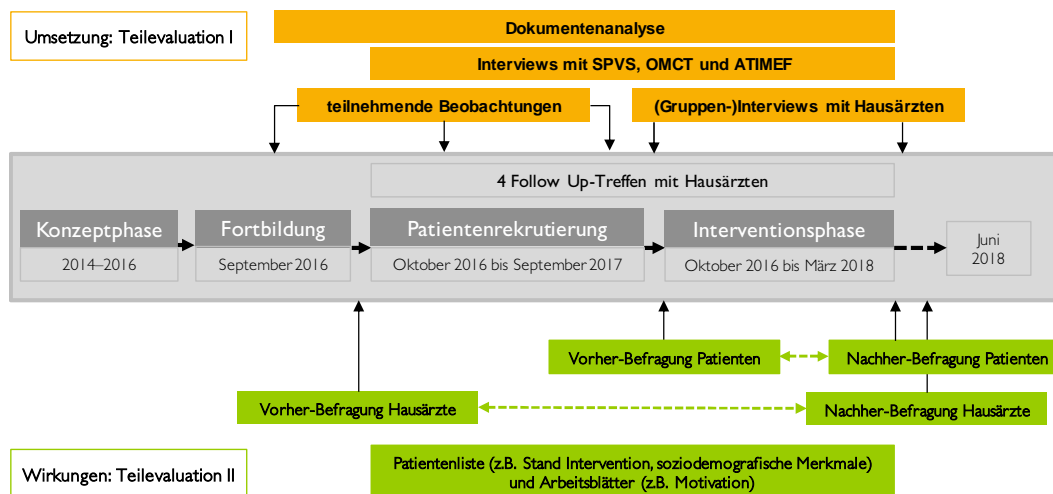
<sup>28</sup> Nebst den drei erwähnten Programmen bzw. Projekten wurden in der Schweiz in den letzten Jahren weitere Präventionsmassnahmen in der Hausarztpraxis umgesetzt. Dazu gehören unter anderem das Projekt „Frei von Tabak – ärztliche Beratung zum Rauchstopp“, der Leitfaden „Kurzinterventionen bei Patienten mit risikoreichem Alkoholkonsum“, das Programm „EviPrev“ oder das Basisdokument „Krise und Suizid“. Der offene Ansatz von Girasole erlaubte es grundsätzlich, die hausärztliche Intervention mit Instrumenten aus anderen Programmen und Projekten zu kombinieren (z.B. Kurzinterventionen bei risikoreichem Alkoholkonsum, sofern der Patient ein Ziel im Bereich Alkohol hatte). Da das Pilotprojekt Girasole aber primär auf die körperliche Aktivität fokussierte, wurde in der Evaluation nicht näher untersucht, inwiefern die teilnehmenden Hausärzte solche weiteren Instrumente in die Intervention einbezogen.

<sup>29</sup> Dearing, James W. (2009): Applying Diffusion of Innovation Theory to Intervention Development. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 503-518.

<sup>30</sup> Teilevaluation II stützte sich für die Erarbeitung der Erhebungsinstrumente sowie für die Auswertung ebenfalls auf eine Dokumentenanalyse. Details zum Aufbau der Fragebögen sind im Teilbericht 2 in den Kapiteln 3.4 und 3.5 zu finden. Die vollständigen Fragebögen befinden sich in Anhang A2 (Patienten) und A3 (Hausärzte) desselben Berichts; siehe Oetterli/Hanimann/Gianola (2018).

<sup>31</sup> Die Arbeitsblätter sind in Anhang I des Teilberichts 2 zu finden; siehe Oetterli/Hanimann/Gianola (2018).

## D 1.2: Projektablauf von Girasole und Datenerhebungen der Evaluation



Legende: Für die Umsetzungevaluation fanden insgesamt 9 Gruppeninterviews (5 zu Beginn der Interventionsphase, 4 zum Ende der Interventionsphase) sowie 7 individuelle Interviews (3 zu Beginn der Interventionsphase, 4 zum Ende der Interventionsphase) mit den Hausärzten statt. Quelle: Eigene Darstellung Interface.

### 1.2.4 CHANCEN UND GRENZEN DER EVALUATION

Bei der Interpretation der Evaluationsergebnisse ist Folgendes zu beachten:

- Erstens stellte das fragmentarische Konzept von Girasole für das Evaluationsteam eine grosse Herausforderung dar. Es musste zu Beginn konkretisiert und an den tatsächlichen Projektstand angepasst werden, bevor ein Evaluationskonzept erarbeitet werden konnte. Dieser Prozess hat einen beachtlichen Teil der verfügbaren Ressourcen für die Evaluation benötigt; gleichzeitig hat dieser Prozess aus Sicht der Projektleitung einen wichtigen Beitrag zur Optimierung des Pilotprojekts geleistet.
- Zweitens war das Konzept von Girasole bewusst offen gestaltet, um den Hausärzten einen grossen Spielraum bei der Art und Weise der Umsetzung der Intervention zu lassen. Dieses Vorgehen bot einerseits die Chance, das Projekt unter „realen“ Rahmenbedingungen einer Hausarztpraxis umzusetzen und zu analysieren. Andererseits führten diese Rahmenbedingungen dazu, dass die Intervention zu wenig systematisch umgesetzt wurde, um eine Aussage über deren Wirksamkeit machen zu können.
- Drittens wurden auf Wunsch der Leitung des Pilotprojekts eine enge Begleitung der beteiligten Hausärzte<sup>32</sup> aufgrund deren mangelnden Akzeptanz und eine Entschädigung<sup>33</sup> für Leistungen im Rahmen der Evaluation aufgrund des Selektionsbias ausgeschlossen. Auf den Einsatz einer Kontrollgruppe (um Einflussfaktoren der Evaluation

<sup>32</sup> Die Qualität der Datenerhebung durch die Hausärzte sowie der Rücklauf der Patientenfragebögen hingen massgeblich vom Engagement der Hausärzte ab. Es war dem Evaluationsteam jedoch nicht erlaubt, direkt mit dieser Zielgruppe in Kontakt zu treten.

<sup>33</sup> Im Projekt Gesundheitscoaching wurde den teilnehmenden Hausärzten für ihre Leistungen im Rahmen der Evaluation pro teilnehmenden Patient zwischen CHF 30.- (Abbruch nach dem ersten Schritt) und CHF 250.- (Absolvierung aller Interventionschritte) bezahlt.

und Einflussfaktoren ausserhalb der Intervention zu kontrollieren) wurde aus organisatorischen Gründen verzichtet.<sup>34</sup>

Diese Hürden hat das Evaluationsteam dem BAG wie auch dem SPVS im Rahmen der Offert-Diskussion im Detail offengelegt.<sup>35</sup> Basierend auf der Abwägung der Vor- und Nachteile haben die Verantwortlichen gewünscht, trotz der damit verbundenen Risiken eine quantitative Wirkungsevaluation unter Einbezug von Fragen zum Gesundheitszustand und -verhalten aus der SGB durchzuführen. Insbesondere auch, weil es ein Wunsch der Steuergruppe war, Gesundheitszustand und -verhalten der teilnehmenden Patienten mit den Daten aus der SGB für den Kanton Tessin zu vergleichen. Zudem konnte die Projektleitung des SPVS glaubwürdig darlegen, dass die ausgewählten Hausärzte sehr motiviert und entsprechend bereit waren, unter den vorgegebenen Rahmenbedingungen mitzuwirken, und dass sie bei der Umsetzung eng vom SPVS begleitet werden würden. Der Fokus der Evaluation sollt aus Sicht des SPVS primär auf die Machbarkeit des Pilotprojekts und nicht auf dessen Wirksamkeit gelegt werden. Schliesslich wurde auch der Aufwand der Patienten für das Ausfüllen eines relativ kurzen Evaluationsfragebogens zu Beginn (drei Seiten) und am Schluss der Intervention (vier Seiten) sowie für die im Rahmen der Wirkungsevaluation anfallenden Aufgaben für die Hausärzte als vertretbar erachtet.<sup>36</sup>

- Viertens blieb die Zahl der rekrutierten Patienten – als Folge der oben beschriebenen Rahmenbedingungen – klar unter den Erwartungen, obwohl der SPVS die Hausärzte diesbezüglich mehrmals kontaktiert hat und auch die Dauer der Interventionsphase verlängert worden war. Zudem zeigte sich, dass insbesondere zwei Hausärzte hoch motiviert mitgewirkt haben und die so generierten Daten somit nicht repräsentativ für die teilnehmenden Hausärzte sind. In der Folge konnten keine Vergleiche in Bezug auf die Wirksamkeit der Intervention zwischen den Praxen gemacht werden. Als Folge des dritten und vierten Punktes konnte die Evaluation auf der erzielten Datenbasis keine validen Aussage darüber machen, wie die Wirkung des Coachings auf das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand der Patienten zu beurteilen war.<sup>37</sup> Zudem basierte die Wirkungsevaluation auf der Selbstauskunft der Patienten und beinhaltete keine objektiv beobachtbaren Veränderungen. Um sozial erwünschtes Antwortverhalten zu reduzieren, haben die Patienten die Fragebögen nicht im Beisein des Arztes ausgefüllt. Trotz dieser Einschränkungen konnten auf der verfügbaren Datenbasis wertvolle Hinweise zu den Charakteristika von teilnehmenden und nicht teilnehmenden Patienten sowie zur Motivation, Zufriedenheit und Akzeptanz der teilnehmenden Patienten gemacht werden.

<sup>34</sup> Zur Zusammenarbeit mit Hausärzten im Rahmen von Forschungsprojekten siehe auch Jungo, Katharina T.; Löwe, Axel; Mantelli, Sophie; Meier, Rahel; Rodondi, Nicolas; Streit, Sven (2018): Die OPTICA-Studie. In: PRIMARY AND HOSPITAL CARE – ALLGEMEINE INNERE MEDIZIN 2018;18(6):100–102.

<sup>35</sup> Oetterli, Manuela; Hanimann, Anina; Balthasar, Andreas (2016): Evaluation des Pilotprojekts Girasole: Teil Wirkungen und Synthese der Ergebnisse. Konzept und Offerte zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG): Abschnitt 5.1.4.

<sup>36</sup> Vgl. Fussnote 13.

<sup>37</sup> Dazu läuft allerdings am Institut für Hausarztmedizin Zürich ein vom Tabakpräventionsfonds finanziertes Forschungsprojekt (Projekt „COSMOS“), das entsprechende Aussagen ermöglichen sollte: <<http://www.hausarztmedizin.uzh.ch/de/forschung/projekte/laufende-projekte.html>>, Zugriff am 30. Mai 2018.

- Fünftens lässt sich der Schluss ziehen, dass sowohl die Umsetzungs- wie auch Teile der Wirkungsevaluation eine wichtige Basis gelegt haben, um das Pilotprojekt Girasole weiterzuentwickeln und Schlussfolgerungen im Hinblick auf die Verbreitung dieses Ansatzes über das Pilotprojekt hinaus zu ziehen. An dieser Stelle bedankt sich das Evaluationsteam der SUPSI und von Interface für das grosse Engagement der beteiligten Ärzte und Patienten von Girasole sowie für die ausgezeichnete Zusammenarbeit mit dem SPVS, dem BAG und der Evaluationsbegleitgruppe.

In diesem Kapitel wird die Synthese der Ergebnisse der Umsetzungs- und Wirkungsevaluation des Pilotprojekts Girasole entlang der Struktur von RE-AIM präsentiert. Sie fokussiert auf die drei Handlungsfelder Fortbildung, Intervention und Unterstützung sowie auf die Zielgruppen der Hausärzte und Patienten sowie die Projektleitung SPVS als Hauptakteur. An dieser Stelle sei noch einmal explizit auf die im vorangehenden Abschnitt erläuterten Chancen und Grenzen insbesondere in Bezug auf die Wirkungsevaluation hingewiesen.

## 2.1 REACH: ERREICHBARKEIT

---

Nachfolgend wird erläutert, wie gut Girasole die Hausärzte und Patienten erreicht hat.

### 2.1.1 HAUSÄRZTE

Wie viele Hausärzte haben an der Fortbildung teilgenommen bzw. die Intervention in der Praxis umgesetzt?

Von den 25 angefragten Hausärzten haben insgesamt 19 Hausärzte die Fortbildung besucht. Für 17 Hausärzte liegen quantitative Daten zur Bewertung der Fortbildung vor.<sup>38</sup> Geht man davon aus, dass im Kanton Tessin 2017 insgesamt 310 Ärzte mit den Hauptfachgebieten Allgemeinmedizin, Allgemeine Innere Medizin, Innere Medizin oder als praktische Ärzte ambulant praktizierten, so entspricht dies einer Teilnahmequote von 5,5 Prozent.<sup>39</sup> 17 Hausärzte haben nach der Fortbildung die Intervention (d.h. das Coaching) in der Praxis umgesetzt.

Wie können diese Hausärzte charakterisiert werden?

Rund zwei Drittel der teilnehmenden Hausärzte waren weiblich und somit klar übervertreten (in der oben genannten Gesamtpopulation von 310 Hausärzten im Kanton Tessin beträgt der Anteil weiblicher Ärzte nur 30%). Tendenziell nahmen eher jüngere Hausärzte, die in Zweier- oder Gruppenpraxen tätig sind, am Pilotprojekt Girasole teil. Alle Bezirke waren abgedeckt und das Sample enthielt sowohl Praxen aus urbanen wie auch ländlichen Regionen. Die Abdeckung aller Regionen und unterschiedlicher Praxistypen war explizit ein Ziel des Pilotprojekts und konnte damit erreicht werden. Die vier Hausärzte, die mehr als die Hälfte der Patienten rekrutierten, verfügten alle bereits über Vorwissen im Bereich Coaching und gaben an, bereits vor der Umsetzung der Intervention in der Praxis die motivierende Gesprächsführung angewandt zu haben. Zwei dieser vier bezogen ihre medizinische Praxisassistenz (MPA) in die Umsetzung mit ein.

Wie erfolgte die Rekrutierung der Hausärzte?

Die Auswahl der teilnehmenden Hausärzte erfolgte massgeblich gestützt auf das persönliche Netzwerk der Projektleitung im SPVS. Es wurden insbesondere Hausärzte angefragt, die sich für den Interventionsansatz interessierten und zeitlich verfügbar waren. Entsprechend gaben rund zwei Drittel der Hausärzte an, bereits Erfahrung mit der motivierenden Gesprächsführung zu haben und für praktisch alle hatte Prävention und Gesundheitsförderung

<sup>38</sup> Für die qualitativen Erhebungen liegen für alle Hausärzte Daten aus den ersten (Gruppen-)Interviews vor.

<sup>39</sup> <<http://aerztestatistik.myfmh2.fmh.ch/>>, Zugriff am 2. Juli 2018.

in der Hausarztpraxis bereits vor Girasole einen wichtigen Stellenwert. Somit handelte es sich bei diesen Ärzten um eine selektive Teilnehmergruppe. Zudem wurde bei der Rekrutierung darauf geachtet, dass die Heterogenität der Hausärzteschaft bezüglich Region und Praxistyp abgebildet wird (vgl. oben).

Welches waren ihre Beweggründe für die Teilnahme?

Die beteiligten Hausärzte gaben drei zentrale Beweggründe für ihre Teilnahme an. Erstens bestand der Wunsch, in der Gesundheitsförderung und Prävention mit den Patienten effektiver zu werden. Zweitens wurde die Stärkung der Rolle des Hausarztes im Gesundheitssystem und die Valorisierung seiner Tätigkeit als wichtiger Faktor für die Teilnahme genannt. Als dritten Grund erwähnten die Hausärzte die Aufrechterhaltung einer guten Beziehung mit dem SPVS, da die Rekrutierung der Hausärzte über persönliche Kontaktaufnahme durch den SPVS erfolgte.

#### 2.1.2 PATIENTEN

Wie viele Patienten wurden für eine Teilnahme angefragt? Wie können sie charakterisiert werden?

Insgesamt haben die Hausärzte 206 Patienten für eine Teilnahme an der Interventionsphase angefragt. Die Geschlechterverteilung der Studienpopulation entsprach derjenigen der Gesamtbevölkerung des Kantons Tessin. Die Altersgruppe der 50- bis 65-Jährigen war hingegen überproportional häufig vertreten. Zudem wies der Grossteil der angefragten Patienten den Risikofaktor Übergewicht (70%) beziehungsweise Bewegungsmangel (50%) auf. Diese Verteilung entsprach somit den Vorgaben der Projektleitung für die Patientenrekrutierung.<sup>40</sup>

Wie viele Patienten haben eine Teilnahme abgelehnt? Welches waren die Gründe?

Von den 206 Patienten haben 25 Patienten (12%) eine Teilnahme abgelehnt. Als häufigste Gründe wurden genannt: Zeitpunkt ungeeignet, andere Prioritäten, andere Gesundheitsvorhaben, kein Bedarf beziehungsweise keine Motivation. Im Vergleich zum Programm Gesundheitscoaching (Ablehnungsrate von 9%) war diese Quote etwas höher.<sup>41</sup>

Wie viele Patienten haben bei Girasole teilgenommen?

181 Patienten (88%) der 206 angefragten Patienten haben gemeinsam mit den 17 Hausärzten mindestens den ersten Schritt des Coachings durchlaufen. Somit betrug die Zahl der teilnehmenden Patienten im Schnitt knapp 11 Patienten pro Hausarzt. Je nach Hausarzt bewegte sie sich zwischen 2 und 42 Patienten. Vier Hausärzte haben zusammen mehr als die Hälfte der teilnehmenden Patienten rekrutiert. Die Mehrheit der Hausärzte hat demnach eher wenige Patienten überhaupt auf das Projekt angesprochen. Die Zahl der rekrutierten Patienten lag damit deutlich tiefer als im Programm Gesundheitscoaching, in dem die 20 teilnehmenden Hausärzte in derselben Zeit 1'000 Patienten rekrutiert haben. Zu den möglichen Gründen zählen die zeitlich gestaffelte Fortbildung im Programm Gesundheitscoaching, in deren Rahmen die Hausärzte ihre gemachten Erfahrungen diskutieren

<sup>40</sup> Detaillierte Angaben zu den rekrutierten Patienten befinden sich in Teilberichtbericht 2 der Evaluation; siehe Oetterli/Hanemann/Gianola (2018).

<sup>41</sup> Grüninger et al. (2012).



konnten sowie die Durchführung von individuellen Praxisbesuchen durch die Programmleitung.<sup>42</sup>

Wie können sie charakterisiert werden?

Knapp die Hälfte der 181 teilnehmenden Patienten beurteilte ihren allgemeinen Gesundheitszustand zu Beginn des Coachings als mittelmässig und 3 Prozent als schlecht – deutlich schlechter im Vergleich zum Gesundheitszustand der Tessiner Bevölkerung insgesamt. Die Teilnehmer waren zudem häufiger adipös, hatten eine höhere psychische Belastung und ein tieferes Kontrollniveau im eigenen Leben, waren seltener körperlich aktiv, konsumierten seltener Früchte und Gemüse und wiesen häufiger einen risikoreichen Alkohol- und einen höheren Tabakkonsum als die Bevölkerung in der italienischen Schweiz<sup>43</sup> auf – alles Risikofaktoren für NCD. Die Mehrheit der Teilnehmer beurteilte eine Veränderung ihres Gesundheitsverhaltens als wichtig und schätzte ihre Bereitschaft als hoch ein. Gleichzeitig war weniger als die Hälfte der Teilnehmenden zuversichtlich, dass die Verhaltensänderung gelingt.

Wie viele Patienten haben das Coaching abgebrochen?

45 Prozent (81 Patienten) der 181 Patienten haben das Coaching vorzeitig abgebrochen („Abbrecher“). Die Quote liegt knapp 10 Prozent tiefer als im Programm Gesundheitscoaching.<sup>44</sup> Tendenziell haben überproportional viele weibliche Patienten mit Sekundarstufe-II-Abschluss sowie mit nicht italienischer Muttersprache das Coaching abgebrochen. Die Abbrecher schätzten zudem ihren Gesundheitszustand zu Beginn des Coachings signifikant besser ein als diejenigen Patienten, die alle Schritte des Coachings durchgeführt haben („Finisher“). Auch beurteilten sie das Kontrollniveau über das eigene Leben signifikant höher als die Finisher, bezeichneten sich häufiger als aktiv und gaben häufiger an, sich gesund zu ernähren. Gleichzeitig hatten sie jedoch einen tendenziell risikoreicheren Alkoholkonsum und waren häufiger Raucher als die Finisher. Diese Daten deuten darauf hin, dass die Abbrecher im Vergleich zu den Finishern einen geringeren Leidensdruck beziehungsweise eine geringere Motivation für eine ärztlich begleitete Verhaltensänderung aufwiesen.

Mit welcher Begründung?

Bei der Mehrheit der Patienten konnte der Grund des Abbruchs nicht eruiert werden, da die Patienten nicht mehr in der Praxis erschienen waren und somit kein zweites Mal befragt werden konnten. Nur 6 der 81 Abbrecher haben einen zweiten, sogenannten Abbrecher-Fragebogen ausgefüllt. Von diesen sechs haben zwei Patienten angegeben, ihr Gesundheitsverhalten zu einem späteren Zeitpunkt ändern zu wollen. Für 52 Patienten hatten die Hausärzte zudem die Gründe für die Nichtteilnahme beziehungsweise den Abbruch notiert. Diese betrafen primär den schlechten Gesundheitszustand beziehungsweise die fehlende Zeit der Patienten. Zudem haben gemäss Aussage der Hausärzte Patienten Girasole-Konsultationen oft abgesagt, weil sie diese zu teuer fanden oder aus Scham, weil sie ihre Ziele nicht erreicht haben.

<sup>42</sup> Aufgrund der tiefen Rekrutierungsquote wurde entschieden, die Rekrutierungsphase von 6 auf 12 Monate zu verlängern. Die Verlängerung hat allerdings nicht zur erhofften Steigerung in der Rekrutierung geführt.

<sup>43</sup> Für die Risikofaktoren liegen keine Angaben nur zum Tessin vor, sondern lediglich für die italienischsprachige Bevölkerung der Schweiz insgesamt; siehe SGB (2012).

<sup>44</sup> Grüninger et al. (2012).

Wie viele Patienten haben das Coaching abgeschlossen? Wie können sie charakterisiert werden?

100 Patienten (55%) der 181 Patienten haben das Coaching abgeschlossen (Finisher) und den Finisher-Fragebogen ausgefüllt. Die Abschlussquote bewegte sich je nach Praxis aber zwischen 0 und 90 Prozent. Die Finisher waren tendenziell häufiger männlich, älter als die Abbrecher und hatten häufiger einen Tertiärabschluss (alle Unterschiede nicht signifikant). Zudem beurteilten sie ihren Gesundheitszustand signifikant schlechter als die Gruppe der Abbrecher.

## 2.2 EFFECTIVENESS: WIRKSAMKEIT

---

Dieser Abschnitt beschreibt die Wirkungen von Girasole bei den Hausärzten und Patienten.

### 2.2.1 HAUSÄRZTE

Hat sich das Wissen und die Coaching-Kompetenz der Hausärzte verändert?

Insgesamt lagen für den Vorher-Nachher-Vergleich der Wirkungen bei den Hausärzten Angaben zu 16 Hausärzten vor.<sup>45</sup> Direkt im Anschluss an die Fortbildung schätzte die überwiegende Mehrheit der Hausärzte ihre in der Fortbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten positiv ein. Diese Selbsteinschätzung blieb nach Abschluss der Interventionsphase mehrheitlich gleich.

### 2.2.2 PATIENTEN

Wie in Abschnitt 1.2.4 erwähnt, können im Hinblick auf die Wirkungen bei den Patienten, basierend auf den vorliegenden Daten, nur beschränkt Aussagen gemacht werden. Die Gründe dafür sind erstens das Fehlen einer Kontrollgruppe, die notwendig wäre, um zu prüfen, ob allfällige Veränderungen tatsächlich aufgrund der Intervention zustande gekommen sind<sup>46</sup>, zweitens die geringe Zahl der rekrutierten Patienten und die tiefe Rücklaufquote bei den Abbrechern, drittens die Nutzung von mehrheitlich subjektiven Einschätzungen der Patienten für die Wirkungsmessung und viertens die Tatsache, dass die Mehrheit der Patienten lediglich von vier der 17 Hausärzte rekrutiert worden sind.

Konnten die Patienten ihre persönlichen Ziele erreichen?

Für den Vorher-Nachher-Vergleich bei den Patienten lagen Daten zu 90 Patienten vor. Die Mehrheit der Patienten hatte sich ein persönliches Ziel in Bezug auf die Bewegung, Ernährung und/oder das Gewicht gesetzt. Nur vereinzelt haben Patienten ein Ziel in den Bereichen Stress, Tabak oder Alkohol gewählt. Es gab diesbezüglich keine Unterschiede zwischen Finishern und Abbrechern. Mehr als zwei Drittel der Finisher gaben nach Abschluss der Interventionsphase an, ihr persönliches Ziel erreicht zu haben.

<sup>45</sup> Ein Hausarzt hat nicht beide Fragebögen ausgefüllt.

<sup>46</sup> Gemäss dem sogenannten Hawthorne-Effekt kann etwa das Bewusstsein der Teilnahme an einer Intervention bereits zu Verhaltensveränderungen führen. Das kann in der Folge zu einer falschen Einschätzung der Wirksamkeit einer Intervention führen. Zudem ist es auch möglich, dass nur besonders motivierte Patienten an der Intervention teilgenommen haben; siehe McCambridge, Jim; Witton, John; Elbourne, Diana R. (2014): Systematic Review of the Hawthorne effect: New concepts are needed to study research participation effects, in: *Journal of Clinical Epidemiology* 67 (3), S. 267-277.

Hat sich der subjektive Gesundheitszustand der Patienten verändert?

28 Prozent der befragten Patienten gaben eine Verbesserung ihres allgemeinen Gesundheitszustands an. Zudem gaben 18 Prozent der Befragten an, dass sie sich gesundheitlich weniger eingeschränkt fühlten, und 52 Prozent, dass sich der BMI verbessert habe. Weiter gaben 74 Prozent an, dass sich ihre psychische Belastung verbessert hat und weitere 48 Prozent konnten ihr Kontrollniveau über das eigene Leben steigern. Insgesamt kam es bei all diesen Variablen öfter zu Verbesserungen als zu Verschlechterungen. Zudem waren die Verbesserungen auch deutlicher (relevanter) als die Verschlechterungen.<sup>47</sup> All diese Ergebnisse wiesen, analog zu den Ergebnissen des Programms Gesundheitscoaching und des Projekts Pas à Pas<sup>48</sup>, auf mögliche Wirkungen des Coachings auf die selbst wahrgenommene physische und psychische Gesundheit hin.

Haben die Patienten ihr Gesundheitsverhalten verändert?

34 Prozent der Patienten bewegten sich nach der Intervention mehr und 54 Prozent der Patienten konnten ihre Sitzdauer reduzieren. Rund 40 Prozent gaben zudem nach der Intervention an, mehr Gemüse und Früchte zu konsumieren. 23 Prozent haben ihren gewohnheitsmäßigen und 11 Prozent ihren risikoreicheren Alkoholkonsum verbessert. Weitere sechs Patienten sind Nichtraucher geworden. Bei allen Verhaltensbereichen kam es öfter zu Verbesserungen als zu Verschlechterungen und die individuellen Verbesserungen waren auch häufiger relevant als die Verschlechterungen. Besonders häufig gab es relevante Verbesserungen in Bezug auf die körperliche Aktivität (d.h. es kam zu Aktivierungen von vorher inaktiven Patienten). Bei denjenigen Patienten, die sich im betroffenen Bereich ein eigenes Gesundheitsziel gesetzt hatten, waren die Verbesserungen noch deutlicher sichtbar.

Hat sich die Gesundheitskompetenz der Patienten verändert?

Zwar lag der Anteil Patienten mit Verbesserungen in Bezug auf die einzelnen Aspekte der Gesundheitskompetenz zwischen 8 und 29 Prozent, doch gleichzeitig waren bei ebenso vielen oder sogar mehr Patienten Verschlechterungen sichtbar. Auf dieser Datenbasis lassen sich keine Wirkungen des Coachings auf die Gesundheitskompetenzen erkennen. Allerdings kann nicht ausgeschlossen werden, dass dies auch an der verwendeten Messung lag, da aus forschungspraktischen Gründen nur eine reduzierte Zahl von Items zur Messung der Gesundheitskompetenz eingesetzt wurde.

## 2.3 ADOPTION: AKZEPTANZ UND VERANKERUNG

---

Dieser Abschnitt ist der Akzeptanz und Verankerung von Girasole bei den Hausärzten, den Patienten und den beteiligten Akteuren gewidmet.

### 2.3.1 HAUSÄRZTE

Wie zufrieden waren die Hausärzte mit der Fortbildung und wie beurteilten sie deren Nutzen?

Alle Hausärzte waren direkt im Anschluss an die Fortbildung sehr zufrieden mit den verschiedenen Aspekten und beurteilten deren Nutzen als sehr hoch, unabhängig von allfälligen

<sup>47</sup> Als relevante Verbesserungen werden wesentliche Skalenveränderungen bezeichnet (z.B. der BMI ändert sich von übergewichtig zu normalgewichtig und nicht nur um ein paar Punkte auf der Skala).

<sup>48</sup> Locicero et al. (2018), S. 34 sowie Grüninger et al. (2012), S. 5.

Vorkenntnissen bezüglich Beratung und Coaching. Nach Anwendung des Erlernten in der Praxis gab jedoch die Hälfte der Hausärzte an, dass es weitere Fortbildungen brauche, insbesondere mehr Training in der motivationalen Gesprächsführung. Allerdings ist hier festzuhalten, dass zwei Hausärzte den Fragebogen nicht ausgefüllt haben. Diese waren Girasole gegenüber grundsätzlich negativ eingestellt und sind nach der Fortbildung aus dem Pilotprojekt ausgestiegen (vgl. auch folgende Ausführungen).

Wie zufrieden waren sie mit der Umsetzung der Intervention in der Praxis?

Mit der Interventionsphase waren die befragten Hausärzte insgesamt zufrieden. Bis auf zwei Ausnahmen waren sie der Meinung, dass die ärztliche Sprechstunde für das Coaching grundsätzlich geeignet ist. Gleichzeitig gab rund die Hälfte der Hausärzte nach der Interventionsphase an, dass die Intervention zeitlich (eher) nicht innerhalb der Sprechstunde umgesetzt werden konnte. Dies insbesondere aufgrund des offenen Charakters der Intervention, der die Planbarkeit bezüglich Zeit und Inhalt der Sprechstunde erschwerte.

82 Prozent der Hausärzte waren nach der Interventionsphase der Ansicht, dass die tariflichen Voraussetzungen für die Gesundheitsförderung und Prävention unzureichend waren (vorher: 64,7%). Dies kann auch damit zusammenhängen, dass sich die Bedingungen für die Abrechnung der Girasole-Leistungen im Projektverlauf aufgrund der TARMED-Anpassungen tatsächlich verschlechtert haben.<sup>49</sup> Zudem hat nur ein Viertel der Hausärzte die MPA aktiv in die Umsetzung der Intervention einbezogen. Als Gründe für den Nichteinbezug wurde angegeben, dass die MPA nicht entsprechend ausgebildet seien, dass sie keine Zeit dafür hätten, dass sie sich nicht für diese Aufgabe eignen würden und dass ihre Aufwendungen nicht abgerechnet werden könnten. In den vier Fällen, wo die MPA einbezogen wurde, hat sie inhaltliche wie auch administrative Aufgaben übernommen.

Wie zufrieden waren sie mit den Unterstützungsleistungen des SPVS?

Die überwiegende Mehrheit der Hausärzte beurteilte das zur Verfügung gestellte Material (Arbeitsblätter, Vorschläge für Bewegungsaktivitäten, Flyer, Plakat) als nützlich und mehr als die Hälfte der Hausärzte hat auch damit gearbeitet. Die methodischen Ansätze sowie die Materialien haben den Hausärzten geholfen, Sprechstunden zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention zu strukturieren. Gleichzeitig aber wurde das Arbeiten mit den Arbeitsblättern teilweise als zu künstlich für die Sprechstundensituation wahrgenommen.

Weiter haben die Hausärzte die Austauschtreffen als nützlich empfunden, da gemeinsam über eine bestimmte berufliche Aktivität diskutiert werden konnte. Trotz der Unterstützung durch den SPVS während des gesamten Pilotprojekts empfanden die teilnehmenden Ärzte die Arbeitsbelastung aber als sehr hoch. Ein wichtiger Grund war die begleitende externe Evaluation des Projekts durch Interface und das SUPSI, für die sie Daten erfassen und an Interviews teilnehmen mussten (vgl. Fussnote 13). Trotz allem wurde das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Evaluation insgesamt positiv bewertet.

<sup>49</sup> Dazu gehören einerseits die Abrechnungslimitationen für diverse Tarife, darunter auch die Tarife 00.0510, 00.0515, 00.0516 und 00.0520, sowie andererseits die Einschränkungen bei der Abrechnung von Leistungen in Abwesenheit des Patienten.

Wie beurteilten die Hausärzte den Interventionsansatz von Girasole?

Gemäss Umsetzungsevaluation schrieben die teilnehmenden Hausärzte dem Interventionsansatz sechs positive Attribute zu. Erstens wurde der Ansatz als *umsetzbar* beschrieben. Die Hausärzte gaben mehrheitlich an, dass die Umsetzung des neuen Rollenverständnisses für sie einfach war und von den Patienten gut akzeptiert wurde. Nur vereinzelt haben sich Hausärzte diesbezüglich negativ geäussert. Zweitens schätzten die Hausärzte den *strukturierenden* Charakter des Ansatzes. Der Interventionsansatz ermöglichte den Hausärzten, die Prävention und Gesundheitsförderung in der Praxis systematischer anzugehen und die Hausärzte begrüsst die zugehörigen Instrumente und Materialien. Drittens wurde die *Flexibilität* des Interventionsansatzes als Vorteil erachtet: Die Hausärzte konnten die Intervention gemäss ihrer eigenen Arbeitsweise gestalten und haben diesbezüglich wenig Vorgaben von der Projektleitung erhalten. Viertens hat das Pilotprojekt als Ganzes der Gesundheitsförderung und Prävention in der Hausarztpraxis eine gewisse *Legitimität* verliehen. Fünftens haben die Hausärzte den Ansatz als *erfüllend* empfunden, da durch die horizontale Rollenverteilung zwischen Arzt und Patient der Patient mehr Verantwortung übernommen hat und sich in der Konsultation stärker einbrachte. Schliesslich bezeichneten die Hausärzte den Ansatz als *fruchtbar*, da durch die offene Art der Gesprächsführung ganz unterschiedliche Aspekte der Gesundheit des Patienten angesprochen werden konnten und die Hausärzte dadurch einen besseren Einblick in den allgemeinen Gesundheitszustand erhalten haben.

Allerdings wurden dem Ansatz auch negative Eigenschaften zugeschrieben: Erstens wurde der Ansatz von einigen Hausärzten als wenig spontan, teilweise unnatürlich und damit als *einschränkend* empfunden. Zweitens hat die Intervention auch ein gewisses *Risiko* in der zeitlichen und inhaltlichen Planung der Konsultationen mit sich gebracht, da die Kontrolle diesbezüglich nicht mehr alleine bei den Hausärzten lag. Schliesslich waren zwei Hausärzte seit Beginn dem Pilotprojekt gegenüber sehr negativ eingestellt. Diese Einstellung kann insbesondere durch zwei Argumente erklärt werden: Erstens erachteten sie den Ansatz als *unvereinbar mit ihrer beruflichen Identität*, da sie ihren Arbeitsschwerpunkt insbesondere im kurativen Bereich sahen. Zudem war ihrer Ansicht nach der Ansatz *utopisch* und sie standen der geteilten Entscheidungsfindung sehr kritisch gegenüber. Sie bezweifelten, dass die Intervention tatsächlich zu einer Veränderung bei den Patienten führen konnte. Diese zwei Hausärzte zogen sich in der Folge auch aus dem Projekt zurück.

Insgesamt konnten im Rahmen der Evaluation vier Typen von teilnehmenden Hausärzten unterschieden werden, die in unterschiedlichem Masse hinter dem Pilotprojekt standen.<sup>50</sup> Der erste Typ, der *Widerspenstige*, hatte ein Verständnis von Prävention, das demjenigen des Pilotprojekts zuwiderlief. Er war der Ansicht, dass der Lebensstil der Patienten nicht vom Hausarzt beeinflusst werden kann und hat deshalb den Interventionsansatz abgelehnt. Diese Hausärzte sind früh aus dem Pilotprojekt ausgestiegen. Der zweite Typ, der *Kritische*, teilte zwar das Verständnis für Gesundheitsförderung und Prävention des Pilotprojekts und empfand den Interventionsansatz als nützlich, erachtete ihn aber als zu rigid. Die Hausärzte dieses Typs haben die Intervention nach ihrem Gutdünken umgesetzt und an ihre Bedürfnisse angepasst. Der dritte Typ, der *Interessierte*, teilte das Verständnis für Gesundheitsförderung und Prävention und bewertete den Interventionsansatz sehr positiv. Allerdings taten sich diese Hausärzte in der Umsetzung schwer und haben vor allem Patienten rekrutiert, bei

<sup>50</sup> Caiata-Zufferey/de Pietro (2018).

denen sie sich eines Erfolgs sicher waren. Der vierte Typ, der *Überzeugte*, teilte das Verständnis für Gesundheitsförderung und Prävention, setzte den Interventionsansatz in der Praxis gekonnt um und stand voll und ganz dahinter. Da gezielt Hausärzte rekrutiert wurden, bei denen davon ausgegangen werden konnte, dass sie sich für einen solchen Interventionsansatz interessierten, waren der Interessierte und der Überzeugte im Pilotprojekt im Vergleich zur gesamten Tessiner Hausarztpopulation vermutlich übervertreten.

Die Hausärzte, die bis zum Schluss beim Pilotprojekt dabei waren, zogen insgesamt eine positive Schlussbilanz: Die überwiegende Mehrheit war der Ansicht, dass aufgrund des Coachings die Eigeninitiative der Patienten gefördert wurde, dass sie ihre eigenen Coaching-Kompetenzen verbessern konnten und ihr Lerngewinn insgesamt hoch war.

Wie beurteilten die Hausärzte den Stellenwert und die Rahmenbedingungen von Gesundheitsförderung und Prävention in der Praxis?

Am Stellenwert der Gesundheitsförderung und Prävention in der Praxis insgesamt hat sich über den Zeitraum der Interventionsphase nicht viel verändert, da er bereits vor Beginn der Intervention von den Hausärzten als hoch beurteilt worden war. Allerdings haben die obestehenden Ausführungen zu den Typen gezeigt, dass sich die teilnehmenden Hausärzte hinsichtlich der Definition von Prävention unterscheiden.

### 2.3.2 PATIENTEN

Wie zufrieden waren die Patienten mit dem Coaching?

Sowohl die Abbrecher wie auch die Finisher äusserten sich vor der Intervention sehr positiv zum Coaching durch den Hausarzt.<sup>51</sup> Sie fühlten sich von ihrem Arzt verstanden und unterstützt und waren der Ansicht, dass Prävention in die Arztpraxis gehört. Diese hohen Zustimmungswerte blieben bei den Finishern auch nach der Intervention bestehen. Praktisch alle würden sich wieder an ihren Arzt wenden, wenn sie in Zukunft etwas an ihrem Gesundheitsverhalten ändern möchten. Die sechs Abbrecher, die einen entsprechenden Fragebogen ausgefüllt hatten, zeigten sich nach der Interventionsphase jedoch deutlich kritischer als zuvor und waren insgesamt unzufrieden mit dem Coaching.

In Bezug auf den Nutzen war die überwiegende Mehrheit der Finisher der Ansicht, dass sich ihr Wohlbefinden dank der Teilnahme am Pilotprojekt Girasole verbessert hat, dass es ihnen gelungen ist, mehr Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen und dass die Besprechungen mit dem Arzt nützlich waren. Von den sechs Abbrechern beurteilten rund die Hälfte diese Aspekte ebenfalls positiv, was aufzeigt, dass sie trotz grosser Unzufriedenheit mit dem Pilotprojekt Girasole einen gewissen Nutzen des Coachings erkannt haben. Aufgrund der geringen Anzahl Antworten ist es jedoch nicht möglich, weitergehende Aussagen über die Zufriedenheit und den Nutzen dieser Gruppe zu machen.

<sup>51</sup> Im Patientenfragebogen wurde nach der Zufriedenheit mit dem „Projekt Girasole“ gefragt, weil der SPVS in den Kommunikationsmaterialien, mit denen die Hausärzte ihre Patienten auf das Angebot aufmerksam gemacht haben, immer vom „progetto Girasole“ gesprochen hat. Gemeint ist damit aber natürlich spezifisch die Intervention, die der Hausarzt mit den Patienten durchführte.

### 2.3.3 SPVS

Wie gut gelang die Vernetzung mit Akteuren über die am Pilotprojekt beteiligten Hausärzte und Patienten hinaus?

Der SPVS hat die Zusammenarbeit mit dem OMCT (insbesondere für die Abrechnung der ärztlichen Leistungen) und der ATIMEF (insbesondere für die Anerkennung von Credits für die Weiterbildung) gesucht und auch realisiert. Eine weitergehende Zusammenarbeit und Vernetzung war aus Sicht des SPVS im Rahmen des Pilotprojekts nicht geplant, wird jedoch im Hinblick auf die Weiterführung von Girasole geprüft. Somit kann die Vernetzung mit anderen relevanten Akteuren in Zusammenhang mit dem Pilotprojekt Girasole insgesamt als eher gering bezeichnet werden.

Aus Sicht der Evaluation stellt sich zudem die Frage, wie gut die Erwartungen des BAG und des SPVS an das Projekt Girasole und seine Bedeutung übereinstimmen. Während der SPVS die Machbarkeit des Coaching-Ansatzes primär mit seinem persönlichen Netzwerk von Hausärzten testen wollte, erachtete das BAG Girasole als zentrale Massnahme der NCD-Strategie und verfolgte das Ziel, die Wirksamkeit zu überprüfen und den Ansatz auf weitere Kantone auszuweiten.

## 2.4 IMPLEMENTATION: UMSETZUNG

---

Nachfolgend werden verschiedene Aspekte der Umsetzung von Girasole bei den Hausärzten, Patienten und den beteiligten Akteuren beschrieben.

### 2.4.1 HAUSÄRZTE

Wie haben die Hausärzte Girasole in der Praxis umgesetzt?

Die meisten Hausärzte haben die Intervention in der Praxis im Alleingang umgesetzt. Nur rund ein Viertel der Hausärzte hat die MPA (punktuell) in die Umsetzung der Intervention einbezogen. Zudem fand auch kein Einbezug von Fachpersonen ausserhalb der Praxis statt.

Wie haben die Hausärzte die Patienten rekrutiert?

Die erste und grösste Gruppe der Hausärzte hat bei der Rekrutierung auf die Maximierung der Erfolgchance (d.h. Abschluss der Intervention) geachtet. Wichtige Faktoren waren dabei eine hohe Ausgangsmotivation der Patienten, eine hohe Chance auf Veränderung sowie die Angemessenheit der Sprechstundensituation (z.B. Check-Up). Zudem rekrutierten sie Patienten dann, wenn es der Zeitdruck zulies und wenn sie für eine enge Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Patienten motiviert waren. Die relativ hohe Erfolgsquote der Finisher zeigt, dass diese Strategie offensichtlich erfolgreich war. Eine zweite Gruppe von Hausärzten war weniger selektiv und hat mehr oder weniger alle Patienten für eine Teilnahme angesprochen. Zudem haben sich die Hausärzte auch unterschiedlich auf die Rekrutierung vorbereitet. Gewisse Hausärzte haben sich vorgängig notiert, welche Patienten in Frage kamen und für diese eine längere erste Konsultation vorgesehen. Andere haben die Intervention relativ spontan angeboten. Schliesslich gab es auch Hausärzte, die zuerst das Angebot erläuterten und dann einen separaten Termin für das weitere Vorgehen vereinbarten. Letzteres war insbesondere dann der Fall, wenn die Patienten für ganz bestimmte Probleme beim Hausarzt waren (z.B. wegen einer Fraktur).

Wie wurden die Konsultationen für Girasole vereinbart?

Gemäss dem Interventionsansatz sollten die Hausärzte ihre Patienten ungefähr zwei- bis viermal nach der Rekrutierung treffen und das Coaching durchführen. Gemäss Angaben aus der Patientenliste der Hausärzte fanden durchschnittlich 3,6 Konsultationen statt. Bei den Finishern wurden im Schnitt 4,3 Konsultationen durchgeführt und bei den Abbrechern 2,5 Konsultationen. Die durchschnittliche Dauer der Konsultation pro Praxis bewegte sich zwischen 10 und 35 Minuten. Über alle Praxen hinweg war die durchschnittliche Dauer der Konsultation praktisch identisch wie im Programm Gesundheitscoaching (16 bzw. 15 Minuten) und dauerte nur ganz selten länger als 30 Minuten (2,3% der Fälle).<sup>52</sup> Die Vereinbarung dieser Konsultationen nach der Rekrutierung lief ebenfalls unterschiedlich. Einige Hausärzte vereinbarten spezifische Girasole-Konsultationen. Andere bauten die Girasole-Konsultationen in ihre bestehenden Konsultationen ein. Schliesslich gab es auch Hausärzte, die die Vereinbarung der Girasole-Konsultation den Patienten überliessen – mit der Konsequenz, dass die Patienten ihr Gesundheitsprojekt oft nicht fortsetzten.

Wie haben die Hausärzte ihre Coaching-Rolle umgesetzt?

Auch die Art, wie die Hausärzte die Rolle als Coach umgesetzt haben, war sehr unterschiedlich. Eine kleine Minderheit mit sehr viel Erfahrung in der motivationalen Gesprächsführung hatte keine Mühe bei der Umsetzung und führte das Coaching gemäss Lehrbuch durch („Coaching-Experten“). Eine grössere Zahl der Hausärzte hingegen stand zwar hinter dem Interventionsansatz, bekundete aber noch Mühe bei der Anwendung dieser Gesprächstechnik. Sie hatten insbesondere auch Angst vor einem Kontrollverlust, z.B. bezüglich der zeitlichen Planung („Coaching-Einsteiger“). Die letzte Gruppe hat sich schliesslich nur sehr punktuell auf den Interventionsansatz gestützt („personalisiertes Coaching“).

Wie wurden die Coaching-Leistungen abgerechnet?

Auch in Bezug auf die Abrechnung machten sich die Hausärzte unterschiedliche Überlegungen. Einige Hausärzte erachteten sich nicht als berechtigt, Leistungen für die Intervention abzurechnen. Das traf insbesondere auf Hausärzte zu, die sich mit der Rolle als Coach nur wenig identifizieren konnten. Zudem haben auch nicht alle Hausärzte über die von der Projektleitung vorgeschlagene Position 00.0510 des TARMED abgerechnet: Einige nutzten den Tarif 00.0520, der für psychotherapeutische und psychosoziale Konsultationen durch den Facharzt für Grundversorgung vorgesehen ist. Allerdings erwähnten die Hausärzte diesbezüglich auch, dass die Verwendung dieses Tarifs zu einer Stigmatisierung der Patienten führen könne.

#### 2.4.2 SPVS

Wie hat der SPVS das Pilotprojekt umgesetzt?

Die Befragung der Leitung des Pilotprojekts hat gezeigt, dass die Konzipierung des Pilotprojekts sehr zeitintensiv war und die Einhaltung des Budgets erschwerte. Auch die Anpassung der Materialien und das Zusammenführen der Interventionsansätze aus den Programmen Gesundheitscoaching und PAPRICA war aus Sicht des SPVS eine herausfordernde Aufgabe. Der SPVS betonte, dass der Kommunikationsaufwand mit den beteiligten Hausärzten nicht unterschätzt werden darf und dass es sich lohnt, im Hinblick auf eine erfolgreiche Projektumsetzung genügend Ressourcen zu investieren. Als erfolgreich konnte die Zusammenarbeit zwischen dem SPVS und dem OMCT bezeichnet werden. Diese führte zu einer

<sup>52</sup> Grüninger et al. (2012), Kapitel 7, S. 19.



Lösung für die Abrechnung der ärztlichen Leistungen. Zudem hat der OMCT auch die Räumlichkeiten für die qualitativen Interviews der Teilevaluation I zur Verfügung gestellt. Allerdings hat sich die Zusammenarbeit über den Projektverlauf hinweg abgeschwächt und wurde schliesslich ganz beendet.

## 2.5 MAINTENANCE: NACHHALTIGKEIT

---

Mangels einer Nachbefragung der involvierten Hausärzte und Patienten konnten keine Aussagen zur Verankerung bzw. Nachhaltigkeit von Girasole bei Hausärzten und Patienten gemacht werden. Dennoch können aufgrund der Resultate einige Hinweise diesbezüglich gewonnen werden.

### 2.5.1 HAUSÄRZTE

Werden die Hausärzte das Coaching weiterführen?

Die Hausärzte waren nach Abschluss der Interventionsphase grundsätzlich motiviert, das Coaching auch weiterhin in der Praxis anzuwenden.

### 2.5.2 PATIENTEN

Werden die Patienten weiterhin an ihrem Gesundheitsverhalten arbeiten?

Die überwiegende Mehrheit der Finisher zeigte sich überzeugt, ihr Verhalten längerfristig beibehalten zu können. Die Mehrheit der Patienten gab überdies an, auch in Zukunft weitere Gesundheitsprojekte (mit oder ohne hausärztliche Unterstützung) durchführen zu wollen.

### 2.5.3 SPVS

Wird Girasole im Kanton Tessin weitergeführt?

Gemäss Auskunft des SPVS hat sich das DSS dazu entschieden, das Pilotprojekt über die Pilotphase hinaus zu unterstützen. Aufgrund der Erfahrungen aus dem Pilotprojekt ist ein weiteres Ausbildungsmodul sowohl für Hausärzte aus dem Pilotprojekt als auch für neue interessierte Hausärzte vorgesehen. Der SPVS plant auch eine Überarbeitung der eingesetzten Instrumente. Gemäss Angaben des SPVS ist zudem geplant, die Zusammenarbeit mit den Tessiner Ärztevereinigungen und insbesondere mit der Tessiner Hausärzteschaft zu suchen. Dieses Vorgehen könnte die Sichtbarkeit und die Verankerung von Girasole fördern.

### 3.1 FAZIT ZUR UMSETZUNG UND WIRKUNG VON GIRASOLE

Die Ergebnisse der vorliegenden Evaluation zeigen, dass es gelungen ist, das Pilotprojekt Girasole mit seinem spezifischen Interventionsansatz zur Förderung von Prävention und Gesundheitsförderung in 17 Tessinern Hausarztpraxen umzusetzen. Nachfolgend werden die zentralen Ergebnisse entlang von RE-AIM nochmals zusammenfassend dargelegt.

Hausärzte selektiv, aber Patienten gemäss Kriterien erreicht (Reach)

Die Hausärzte konnten planmässig rekrutiert werden. Zu den Erfolgsfaktoren zählten das persönliche Netzwerk der Projektleitung und deren hausärztlicher Hintergrund, was eine wichtige Voraussetzung für die Akzeptanz bei der Zielgruppe war. Bei den teilnehmenden Hausärzten handelte es sich zudem um eine besonders motivierte Gruppe. Es ist deshalb fraglich, wie gross das Potenzial zur Erreichung von Hausärzten in einem anderen Kontext ist, insbesondere da der Aufwand für die Entwicklung der Grundlagen sowie für die Ausbildung und Begleitung der Hausärzte beträchtlich war. Der Projektleitung ist es aber gelungen, mit den teilnehmenden Hausärzten alle Regionen des Kantons Tessin abzudecken und damit die Machbarkeit in unterschiedlichen Kontexten zu prüfen. Der Hausarzt spielte eine Schlüsselrolle bei der Rekrutierung der Patienten und der Erfolg hing massgeblich von seinem Engagement ab. Entsprechend gab es zwischen den Hausärzten grosse Unterschiede in Bezug auf die Zahl der rekrutierten Patienten. Die überwiegende Mehrheit der angefragten Patienten hat das Coaching in Anspruch genommen, was auf eine hohe Akzeptanz der Hausärzte in dieser Rolle hindeutet. Diese Patienten erfüllten die Kriterien von Girasole in Bezug auf das Alter, auf Risikofaktoren für chronische Krankheiten sowie auf die Bereitschaft für eine Verhaltensänderung. Dies äusserte sich unter anderem darin, dass mehr als die Hälfte der Patienten das Coaching planmässig abgeschlossen hat. Besteht eine gute Arzt-Patienten-Beziehung, so scheint Girasole ein erfolgsversprechender Ansatz zur Initiierung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen in der Hausarztpraxis zu sein.

(Noch) wenig Belege für Wirksamkeit vorhanden (Effectiveness)

Die Wirkungen von Girasole auf die Coaching- und Beratungskompetenz der Hausärzte waren eher gering, da die Selbsteinschätzung dieser Gruppe schon vorher hoch war. Dennoch braucht es aus ihrer Sicht weitergehendes Training in der Anwendung der motivierenden Gesprächsführung. Weiter zeigten die Selbsteinschätzungen der Patienten, dass die Mehrheit ihr persönliches Gesundheitsziel erreicht hat. Zudem waren Anzeichen für positive Wirkungen auf das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand der Patienten vorhanden, was mit den bisherigen Forschungserkenntnissen zur motivierenden Gesprächsführung in der Hausarztpraxis übereinstimmt.<sup>53</sup> Diese konnten jedoch aufgrund der zu geringen Zahl der durch die Ärzte rekrutierten Patienten, der lückenhaften Datenbasis (v.a.

<sup>53</sup> Orrow, Gillian; Kinmonth, Ann-Louise; Sanderson, Simon; Sutton, Stephen (2012): Effectiveness of physical activity promotion based in primary care. Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials, in: BMJ 344: e1389 sowie Arkowitz, Hal; Westra, Henny A.; Miller, William R.; Rollnick, Stephan (2010): Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung psychischer Störungen. Beltz Verlag, Weinheim/Basel.

bei den Abrechnern), der Nutzung von subjektiven Patienteneinschätzungen und mangels Vergleich mit einer Kontrollgruppe nicht belegt werden (vgl. dazu die Ausführungen zu den Chancen und Grenzen der Wirkungsevaluation in Abschnitt 1.2.4). Für eine generelle Empfehlung zur nationalen Verbreitung braucht es somit eine solidere Datengrundlage.<sup>54</sup>

#### Akzeptanz bei Ärzten und Patienten grundsätzlich gegeben (Adoption)

Der Interventionsansatz stiess bei den teilnehmenden Hausärzten auf grosse Akzeptanz. Sie konnten die Intervention relativ einfach umsetzen, schätzten die Flexibilität des Ansatzes sowie die strukturierende Wirkung für die Sprechstunde und die legitimierende Wirkung für die hausärztliche Tätigkeit insgesamt. Sie empfanden den Ansatz grundsätzlich als fruchtbar für die Sprechstunde und erfüllend für die ärztliche Tätigkeit. Die Akzeptanz war jedoch stark abhängig vom beruflichen Selbstverständnis der Hausärzte und es zeigten sich grosse Unterschiede hinsichtlich des Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention. Da besonders engagierte Ärzte bei Girasole mitmachten, die Präventionsmassnahmen in der Arztpraxis explizit befürworteten, stellt sich die Frage, wie gross die Akzeptanz und somit das Potenzial zur Verbreitung von Girasole in der breiten Ärzteschaft wäre. Zudem wurde der Ansatz von den Hausärzten teilweise auch als Risiko für die Planbarkeit der Intervention und als unnatürlich für die Sprechstundensituation wahrgenommen. Insgesamt war die Akzeptanz aber sehr hoch. Auch bei den teilnehmenden Patienten zeigte sich eine hohe Akzeptanz der von ihrem Hausarzt durchgeführten Intervention. Dies könnte damit zusammenhängen, dass die Patienten von den Hausärzten sorgfältig ausgewählt worden sind und diese bei den Patienten eine hohe Akzeptanz und Legitimität genossen.

#### Optimierungsbedarf bzgl. Organisation und Abrechnung (Implementation)

Wie oben erwähnt, war die Flexibilität des Ansatzes für die Hausärzte ein wichtiger Bestandteil der Akzeptanz der Intervention insgesamt. Gleichzeitig war diese heterogene Umsetzungspraxis der Grund, dass generalisierbare Aussagen zur Umsetzung und Wirkung von Girasole schwierig zu machen sind. Es zeigt sich zudem, dass die Hausärzte Mühe hatten, das Coaching zeitlich in den Praxisablauf zu integrieren und selten ihre MPA einbezogen. Sie erachteten die Intervention zudem als Risiko für die inhaltliche und zeitliche Planung der Konsultation. Hier braucht es klare Hilfestellungen für den einzelnen Hausarzt, damit dieser keinen Kontrollverlust über die Planung der Konsultation empfindet. Ebenfalls wurde die Abrechnung der Leistungen unterschiedlich gehandhabt, obwohl vom SPVS eine entsprechende Lösung zur Verfügung gestellt worden ist. Einzelne Hausärzte trauten sich zudem nicht, diese Coaching-Leistungen dem Patienten in Rechnung zu stellen. Schliesslich beurteilten die Hausärzte die Abrechnungsmöglichkeiten nach der Intervention deutlich schlechter, was auch im Zusammenhang mit den TARMED-Anpassungen von 2018 zu sehen ist. Im Hinblick auf eine Verbreitung von Girasole braucht es standardisierte Lösungen, um Präventionsleistungen in der Hausarztpraxis mit den Krankenkassen abrechnen zu können

<sup>54</sup> Die Ergebnisse des Projekts COSMOS des IHAM Zürich könnten eine weitere Grundlage für Aussagen zur Wirksamkeit entsprechender Interventionen in der Schweiz ermöglichen.

### Grundlage für Verankerung von Girasole im Tessin geschaffen (Maintenance)

Die beteiligten Hausärzte waren motiviert, das Coaching in ihrer Praxis weiterzuführen. Diese bilden eine wertvolle Basis, die begonnenen Arbeiten im Kanton Tessin weiterzuführen und das Projekt zu optimieren. Entsprechende Massnahmen vom SPVS sind bereits initiiert.

## 3.2 EMPFEHLUNGEN

Im Hinblick auf die Optimierung des Pilotprojekts und die nationale Ausbreitung werden nachfolgend Empfehlungen zuhanden des SPVS und des BAG formuliert.

### 3.2.1 EMPFEHLUNGEN ZUHANDEN DES SPVS

#### Empfehlung 1: Girasole weiterführen und verbreiten

Auf kantonaler Ebene empfehlen wir dem SPVS, das Projekt Girasole weiterzuführen und das entstandene Netzwerk von interessierten und engagierten Hausärzten im Bereich der Prävention und Versorgung weiter zu pflegen und auszubauen. Die beteiligten Ärzte sollten ermuntert werden, Girasole weiterhin in ihrer Praxis umzusetzen. Neue Ärzte sollten für die Umsetzung von Girasole rekrutiert werden, indem die beteiligten Hausärzte als Multiplikatoren fungieren und über ihre eigenen Netzwerke weitere Hausärzte für eine Teilnahme gewinnen. Auf nationaler Ebene empfehlen wir dem SPVS, in seinen verschiedenen Netzwerken der Kantone und (Haus-)Ärzeschaft die Erfahrungen aus dem Pilotprojekt Girasole zu verbreiten.

#### Empfehlung 2: Projekt optimieren

Im Hinblick auf die Weiterführung und Ausweitung des Projekts Girasole empfehlen wir dem SPVS (sowie weiteren interessierten Akteuren), das Projekt in Bezug auf die folgenden Punkte zu optimieren:

- Das Konzept von Girasole sollte basierend auf dem aktuellen Stand des Projekts und den Evaluationsergebnissen weiterentwickelt werden.
- Es sollten Umsetzungshilfen für die Hausärzte bereitgestellt werden, die auf die heterogenen Bedürfnisse dieser Zielgruppe angepasst sind. Dabei könnte die in der vorliegenden Evaluation entwickelte Typologie zu Hilfe gezogen werden. Insbesondere die folgenden Elemente könnten im Rahmen einer Fortbildung bzw. eines Austauschs oder in schriftlicher Form thematisiert werden:
  - Möglichkeiten zur Integration von Girasole in den Praxisablauf (ggf. unter verstärktem Einbezug der MPA).
  - Möglichkeiten für die Abrechnung von Leistungen in Zusammenhang mit Girasole. Dabei geht es sowohl um formale Fragen (z.B. welcher Tarifpunkt kann benutzt werden) wie auch um Fragen zur Legitimität (z.B. wann kann/soll ich dem Patienten eine Leistung verrechnen?).
  - Möglichkeiten zur besseren Rekrutierung von Patienten.
  - Vertiefen und Üben der Methodik der motivierenden Gesprächsführung.

- Aufzeigen, wie bestehende Instrumente aus anderen Präventionsprojekten und -programmen (z.B. „Frei von Tabak“) in Girasole integriert werden könnten.
- Das Angebot für den Erfahrungsaustausch zwischen den Hausärzten sollte ausgebaut werden, da er von den Hausärzten sehr geschätzt wurde und für das Erlernen und Weiterentwickeln der Kompetenzen zur motivierenden Gesprächsführung zentral erschien. Zudem gewährleistet der Erfahrungsaustausch auch den direkten Zugang der Projektleitung zu den Hausärzten, was für die Weiterentwicklung des Projekts zentral ist. Um den Austausch zu verstärken, könnte beispielsweise die Fortbildung zeitlich anders organisiert werden (z.B. in zwei Teilen analog Gesundheitscoaching).
- Es sollte sichergestellt werden, dass das Verzeichnis mit Bewegungsangeboten laufend aktuell gehalten wird, da die Informationen sonst rasch veralten.

#### Empfehlung 3: Begleitende Evaluation nach Möglichkeit weiterführen

Wir empfehlen dem SPVS – trotz des damit verbundenen Aufwandes – die begleitende Evaluation weiterzuführen, um Grundlagen für die laufende Verbesserung des Projekts zu schaffen, insbesondere was die Umsetzung des Projekts in der Hausarztpraxis anbelangt. Folgende Methoden könnten eingesetzt werden:

- Im Minimum sollte der SPVS bzw. die Projektleitung von Girasole die Aktivitäten und Erkenntnisse aus dem Austausch mit den teilnehmenden Hausärzten und ggf. Patienten dokumentieren. Dieses Vorgehen ist mit dem geringsten Aufwand verbunden, aber kann trotzdem wertvolle Hinweise zur laufenden Verbesserung von Girasole liefern.
- Weiter empfehlen wir dem SPVS, in einigen Monaten die Fokusgruppen mit den Hausärzten zu wiederholen, um insbesondere Hinweise auf die Verankerung und nachhaltige Umsetzung in den Praxen zu erhalten. Auch wäre es wünschenswert, wenn auf Ebene der Patienten eine qualitative Untersuchung durchgeführt werden könnte, um die Sichtweise der Patienten besser zu verstehen und um zu erfahren, wie die Intervention optimiert werden könnte.
- Der SPVS sollte zudem prüfen, ob die ursprünglich vorgesehene Erhebung der Kosten der Intervention von Girasole in Zusammenarbeit mit dem OMCT durchgeführt werden könnte. Eine entsprechende Studie gäbe wertvolle Hinweise darauf, wie gross die Spannbreite der Kosten dieser hausärztlichen Intervention ist.

#### 3.2.2 EMPFEHLUNGEN ZUHANDEN DES BAG

##### Empfehlung 4: Erarbeitung Übersicht über die verschiedenen Interventionstypen und Umsetzungsempfehlungen

Wir empfehlen dem BAG, zusammen mit den zentralen Akteuren (Projekträgerchaften, Gesundheitsförderung Schweiz, Ärzteorganisationen, weitere Berufsorganisationen) eine Übersicht über die verschiedenen Typen von Interventionen zu erstellen, die bisher in der Schweiz und ggf. im Ausland umgesetzt und evaluiert worden sind. Es sollten Empfehlungen erarbeitet werden, wie diese verschiedenen Typen erfolgreich eingesetzt und kombiniert werden können. Diese Informationen sollten die Akteure im Rahmen des Wissenstransfers bei ihren potenziellen Zielgruppen verbreiten.

Auch wenn sich die Hausärzte für die Durchführung von Präventionsmassnahmen grundsätzlich eignen, so sind nicht alle Hausärzte gleichermassen für die Übernahme dieser neuen

Rolle bereit. Zudem stehen sie im Arbeitsalltag unter hohem Zeitdruck, sind nicht spezifisch für diese Aufgabe ausgebildet und die Kosten für ihre Leistungen sind relativ hoch. Aus diesem Grund sollten insbesondere auch solche Interventionen einbezogen werden, die im Rahmen einer interprofessionellen Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern (z.B. Physiotherapeuten, Experten für *Activité Physique Adapté*, MPA) umgesetzt werden.

**Empfehlung 5: Datenbasis im Hinblick auf Nachweis der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit schaffen**

Bisherige Projektevaluationen konnten basierend auf ihrer Datenbasis nur begrenzte Informationen dazu liefern, wie die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung in der Hausarztpraxis zu beurteilen ist. Gegebenenfalls könnte das vom Tabakpräventionsfonds finanzierte Forschungsprojekt COSMOS des Instituts für Hausarztmedizin der Universität Zürich hierzu Hinweise geben. Das BAG sollte mit den relevanten Akteuren deshalb weiter darauf hinarbeiten, Aussagen zu diesen Punkten zu ermöglichen, um entsprechende Interventionen in Zukunft nachhaltig im Leistungskatalog der Grundversorgung verankern zu können. Um dies zu erreichen, sollten die folgenden Aspekte berücksichtigt werden:

- Der zu untersuchende Interventionsansatz muss in einem grösseren Projekt umgesetzt werden. Das heisst, es müssen ausreichend Patienten rekrutiert werden können. Nur bei ausreichender Stichprobengrösse können zuverlässige Resultate zu Wirkungen erwartet werden. Zudem muss eine solche Evaluation im Rahmen einer kontrollierten Studie erfolgen, um die Kausalität zwischen Intervention und Wirkung zweifelsfrei darzulegen. Um Aussagen zum Kosten-Nutzen-Verhältnis der Intervention zu ermöglichen, sollten zudem die Kosten der erbrachten Präventionsleistungen erhoben werden.
- Der zu untersuchende Interventionsansatz sollte bestmöglich standardisiert werden. Um diese Standardisierung zu erreichen, bietet es sich an, eine Kooperation mit Ärztenetzwerken, mit regionalen (interprofessionellen) Qualitätszirkeln bzw. mit grossen Anbietern von Gesundheitszentren oder Krankenkassen zu suchen. Eine Herausforderung wird es sein, trotz der Standardisierung ausreichend Spielraum für die Versorger (Hausärzte und weitere Berufsgruppen) bei der Fortbildung und bei der Umsetzung der Intervention zu bewahren. Nur so können die heterogenen Bedürfnisse der Versorger angemessen berücksichtigt werden. Schliesslich ist es zentral, das Interventionskonzept und das Evaluationsdesign parallel zu entwickeln, um optimale Voraussetzungen für die Datengenerierung zu schaffen.
- Für das Projekt und die Evaluation müssen ausreichend Ressourcen zur Verfügung stehen. Die Versorger sollten in jedem Fall eng begleitet und angemessen entschädigt werden, um eine repräsentative Patientenrekrutierung, eine hohe Qualität der erhobenen Patientendaten und somit eine aussagekräftige Datenbasis zu gewährleisten.

**Empfehlung 6: Rahmenbedingungen für Prävention in der Versorgung verbessern**

Wir empfehlen dem BAG, sich für bessere Rahmenbedingungen zur Umsetzung von Präventionsmassnahmen in der Gesundheitsversorgung einzusetzen:

- Erstens sollte geprüft werden, was die 2018 erfolgten Änderungen bei den Abrechnungslimitationen für diverse Tarife im TARMED sowie die Einschränkungen bei der

Abrechnung von Leistungen in Abwesenheit des Patienten<sup>55</sup> auf die Erbringung von Leistungen zu Gesundheitsförderung und Prävention bedeuten und welche Massnahmen für die Finanzierung dieser Leistungen notwendig sind.

- Zweitens sollte geprüft werden, ob die Thematik der Gesundheitsförderung und Prävention und die Rolle der Hausärzte in diesem Bereich in der Grundausbildung der Hausärzte ausreichend verankert ist.

<sup>55</sup> Vgl. Fussnote 49.