

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

(Hrsg.)

Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen

Nationaler Gesundheitsbericht 2015



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

 hogrefe

In der «Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums» publiziert der Hogrefe Verlag herausragende Ergebnisse der Arbeiten des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums.

Das **Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)** ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Gesundheitsobservatorium analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind zu finden unter www.obsan.ch.

Weitere Informationen über unsere Neuerscheinungen finden Sie im Internet unter www.hogrefe.ch

Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen

Nationaler Gesundheitsbericht 2015

Herausgegeben durch: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel
Monika Diebold, Ilona Kickbusch, Fred Paccaud, Thomas Zeltner

Autorinnen und Autoren: Nicole Bachmann, Laila Burla, Dimitri Kohler

Herausgeber: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel

Monika Diebold, Ilona Kickbusch, Fred Paccaud, Thomas Zeltner

Autor/innen: Nicole Bachmann, Laila Burla, Dimitri Kohler

Lektorat: Evelyne Roth

Grafik/Layout: Sektion DIAM, Prepress / Print

Übersetzung: Sprachdienste BFS

Umschlag: Hogrefe Verlag

Druckvorstufe: Bundesamt für Statistik, DIAM PP, Neuchâtel

Druck und buchbinderische Verarbeitung: AZ Druck und Datentechnik, Kempten: Printed in Germany

Zitierweise: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



Dieses Werk, einschliesslich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ausserhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen oder Warenbezeichnungen in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen-Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe Verlag

Lektorat Medizin/Gesundheit

Länggass-Strasse 76

CH-3000 Bern 9

Tel. +41 31 300 45 00

Fax +41 31 300 45 93

verlag@hogrefe.com

www.hogrefe.com

1. Auflage 2015

© 2015 by Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-456-95566-7)

ISBN 978-3-456-85566-0

Geleitwort

Die Bevölkerung eines hochindustrialisierten Landes wie der Schweiz hat den Wunsch, bei hoher Lebensqualität und guter Gesundheit alt zu werden. Die Realität sieht aber für viele Menschen anders aus: Älterwerden ist häufig damit verbunden, krank zu werden, chronisch krank zu sein und sogar an mehreren Krankheiten gleichzeitig zu leiden. Chronische Erkrankungen sind eine grosse Herausforderung für die betroffene Person und für ihre Angehörigen. Ziel der Erkrankten ist es, die Krankheit in das alltägliche Leben zu integrieren und ihre Tage möglichst autonom zu gestalten.

Vor allem der wachsende Anteil an alten Menschen führt zu einer steten Zunahme an chronischen Erkrankungen in der Bevölkerung. Kommt hinzu, dass der moderne Lebensstil die Entstehung solcher Leiden begünstigen kann, etwa durch das Rauchen, den Mangel an Bewegung oder das Ernährungsverhalten. Chronische körperliche Krankheiten stehen daher zunehmend im Fokus der Gesundheitspolitik. Sie stellen zusammen mit den folgenreichen chronisch-psychischen Erkrankungen eine der grössten Herausforderungen für das Gesundheitssystem und die öffentliche Gesundheit dar.

Die Anforderungen an die Koordination im Gesundheitssystem sind im Zusammenhang mit chronischen Krankheiten gross. Für diese Koordination setzen sich Bund und Kantone aktiv ein. Sie engagieren sich etwa in Hinblick auf das Gesundheitspersonal oder die Organisation der notwendigen Versorgungsstrukturen. Darüber hinaus tragen Bund und Kantone dazu bei, dass chronische psychische und physische Erkrankungen weniger häufig auftreten oder bereits frühzeitig behandelt werden können. Prävention und Gesundheitsförderung verfolgen genau diese Ziele und werden daher in Zukunft noch an Bedeutung gewinnen.

Der Nationale Gesundheitsbericht vermittelt einerseits einen aktuellen Überblick über die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung; andererseits beleuchtet er zentrale Aspekte zu den chronischen Erkrankungen. Wir hoffen, dass der Gesundheitsbericht neue Impulse gibt und einen Beitrag leistet, damit die Akteure im Schweizer Gesundheitswesen die Herausforderung durch chronische Krankheiten gemeinsam meistern können.

Bundesrat Alain Berset
Vorsteher Eidgenössisches
Department des Innern

Regierungsrat Philippe Perrenoud
Präsident Schweizerische Konferenz der kantonalen
Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

Inhalt

Geleitwort	3
Inhalt	5
Vorwort	11
Management Summary	15
Teil A: Zum Stand der Gesundheit der Schweizer Bevölkerung	15
Teil B: Chronische Erkrankungen – Eine zentrale Herausforderung für das Gesundheitssystem	19
1 Einleitung	29
Teil A: Indikatoren	29
Teil B: Chronische Erkrankungen	30
Teil A	
2 Demografische und sozio-ökonomische Determinanten	38
2.1 Ökonomische Lebensbedingungen	39
2.2 Bildung	40
2.3 Migrationshintergrund	41
2.4 Arbeitssituation	42
2.5 Haushaltstruktur	43

3	Kinder	44
3.1	Lebenserwartung/gesunde Lebensjahre	45
3.2	Psychische Gesundheit	46
3.3	Todesursachen	47
3.4	Infektionskrankheiten	48
	<i>Masern</i>	48
3.5	Nicht-übertragbare Krankheiten	49
	<i>Diabetes mellitus</i>	49
	<i>Krebserkrankungen</i>	50
3.6	Unfälle	51
3.7	Behinderungen	52
3.8	Ernährung	53
3.9	Körpergewicht	54
3.10	Bewegung	55
4	Jugendliche und junge Erwachsene	56
4.1	Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand	57
4.2	Psychische Gesundheit	58
	<i>Psychische Beschwerden</i>	58
	<i>Positive psychische Gesundheit</i>	59
4.3	Todesursachen	60
4.4	Infektionskrankheiten	61
	<i>HIV/Aids</i>	61
4.5	Nicht-übertragbare Krankheiten	62
	<i>Krebserkrankungen</i>	62
	<i>Diabetes mellitus</i>	63
4.6	Schmerzen	64
4.7	Unfälle	65
4.8	Ernährung	66
4.9	Körpergewicht	67
4.10	Bewegung	68
4.11	Rauchen	69
4.12	Alkohol	70
4.13	Medikamente	71
4.14	Sexualverhalten	72
4.15	Soziale Unterstützung	73
4.16	Lärmstörungen im Wohnumfeld	74

5	Erwachsene im mittleren Alter	75
5.1	Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand	76
5.2	Psychische Gesundheit	77
	<i>Depressionen</i>	77
	<i>Energie und Vitalität</i>	78
5.3	Todesursachen	79
5.4	Infektionskrankheiten	80
	<i>HIV/Aids</i>	80
5.5	Nicht-übertragbare Krankheiten	81
	<i>Krebserkrankungen</i>	81
	<i>Diabetes mellitus</i>	82
	<i>Herzinfarkt</i>	83
	<i>COPD/chronische Bronchitis/Emphysem</i>	84
5.6	Schmerzen	85
5.7	Unfälle	86
5.8	Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens	87
5.9	Ernährung	88
5.10	Körpergewicht	89
5.11	Bewegung	90
5.12	Rauchen	91
5.13	Alkohol	92
5.14	Medikamente	93
5.15	Sexualverhalten	94
5.16	Soziale Unterstützung	95
5.17	Lärmstörungen im Wohnumfeld	96
6	Ältere Menschen	97
6.1	Lebenserwartung/gesunde Lebensjahre im Alter von 65 Jahren	98
6.2	Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand	99
6.3	Psychische Gesundheit	100
	<i>Depressionen</i>	100
	<i>Lebensqualität</i>	101
6.4	Todesursachen	102
6.5	Infektionskrankheiten	103
	<i>Saisonale Grippe</i>	103

6.6	Nicht-übertragbare Krankheiten	104
	<i>Krebserkrankungen</i>	104
	<i>Diabetes mellitus</i>	105
	<i>Herz-Kreislauf-Krankheiten</i>	106
	<i>COPD/chronische Bronchitis/Emphysem</i>	107
	<i>Osteoporose</i>	108
	<i>Demenz</i>	109
6.7	Schmerzen	110
6.8	Unfälle	111
	<i>Stürze</i>	111
6.9	Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens	112
6.10	Multimorbidität	113
6.11	Ernährung	114
6.12	Körpergewicht	115
6.13	Bewegung	116
6.14	Rauchen	117
6.15	Alkohol	118
6.16	Medikamente	119
6.17	Soziale Unterstützung	120
6.18	Lärmstörungen im Wohnumfeld	121

Teil B

7	Chronische Krankheiten im Überblick	125
	Kernaussagen	125
7.1	Verbreitung von chronischen Krankheiten und Multimorbidität	126
7.2	Finanzielle Folgen für die Gesellschaft	132
7.3	Gemeinsame Risikofaktoren – gemeinsame Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien	137
7.4	Zusammenfassung	146
8	Leben mit chronischen Krankheiten	149
	Kernaussagen	149
8.1	Einleitung	150
8.2	Die besonderen Eigenschaften von chronischen Krankheiten aus Sicht der Betroffenen	154

8.3	Zentrale Herausforderungen für chronisch kranke Personen und deren Angehörige	156
8.4	Das Gesundheitsversorgungssystem aus der Perspektive der Betroffenen	168
8.5	Gelingende Bewältigung chronischer Krankheiten	171
8.6	Die Bedeutung von sozialer Unterstützung	173
8.7	Informelle Pflege in der Schweiz	180
8.8	Zusammenfassung	185
9	Neue Versorgungsmodelle	190
	Kernaussagen	190
9.1	Neue Versorgungsmodelle für chronisch kranke und multimorbide Personen	191
9.2	Bestandesaufnahme der spezifischen strukturierten Programme für chronisch kranke und multimorbide Personen	200
9.3	Die Rahmenbedingungen zur Einführung von integrierten Versorgungsmodellen in der Schweiz	207
9.4	Schlussfolgerungen	216
9.5	Zusammenfassung	220
10	Aktive Mobilität und Gesundheit	224
	Kernaussagen	224
10.1	Einleitung	225
10.2	Die Wirkung von körperlicher Aktivität und von aktiver Mobilität auf die Gesundheit	228
10.3	Verbreitung von aktiver Mobilität in der Schweiz	239
10.4	Determinanten des zu Fuss Gehens und des Velofahrens	248
10.5	Förderung der aktiven Mobilität	252
10.6	Projektbeispiele zur Förderung der aktiven Mobilität aus der Schweiz	258
10.7	Zusammenfassung	263
	Ausblick	266
	Abkürzungsverzeichnis	268

Vorwort

Von einem Gesundheitsbericht wird erwartet, dass er eine Bestandesaufnahme aus der Vogelperspektive vermittelt, empirische Fakten zur Gesundheit der Bevölkerung liefert und als Diskussionsgrundlage für Verantwortliche dient. Wer sich daher auf den Weg macht, einen Gesundheitsbericht zu erstellen, steht vor hohen Anforderungen: Einerseits ist eine enorme Reduktion der Informationsmenge vorzunehmen; andererseits sollen aktuelle Herausforderungen zu Gesundheit und Versorgung breit beleuchtet werden.

Der Nationale Gesundheitsbericht gibt viele Antworten auf die Frage nach der Gesundheit der Bevölkerung: Anhand von Kernindikatoren wird die gesundheitliche Lage der Bevölkerung der Schweiz über die ganze Lebensspanne dargestellt. Mittels direkter Verlinkung auf die Webseite (www.obsan.ch) können zudem weitere Informationen abgerufen werden – zum Beispiel Unterschiede nach Bildungsgrad, Einkommen und Vergleiche zwischen städtischen und ländlichen Gegenden bzw. nach Sprachregionen. Inzwischen ermöglichen die etablierten Indikatorensysteme, sich in kurzer Zeit einen Überblick über die Entwicklung eines Gebiets zu verschaffen und die Menge der gewünschten Informationen zu steuern und einzuschränken. Zugleich muss akzeptiert werden, dass damit notwendigerweise Lücken hinterlassen werden, die auch zu Fehlinterpretationen verleiten können.

Das Thema für den zweiten Berichtsteil lag auf der Hand. Dieses sollte sich vertieft mit einer aktuellen Herausforderung für die Gesundheit der Bevölkerung und für das Versorgungssystem befassen. Die Wahl fiel mit den «chronischen Krankheiten» auf ein Thema, das uns noch lange beschäftigen wird. Autorenkollektive erstellten auf Einladung Fachberichte zu den Aspekten «Leben mit chronischer Krankheit», «Neue Versorgungsmodelle für chronisch Kranke» und «Aktive Mobilität und Gesundheit». Die Fachberichte sind Grundlage für den zweiten Teil des Gesundheitsberichts und werden ebenfalls auf der Webseite des Obsan veröffentlicht. Durch die Kombination Gesundheitsbericht mit Fachberichten können die Informationen parallel in komprimierter Form zugänglich gemacht werden, und Interessierte erhalten Einblick in detaillierte Fachinformationen.

Der Nationale Gesundheitsbericht 2015 wurde unter Mithilfe einer grossen Zahl engagierter Beteiligter erstellt:

Ein grosser Dank gebührt den Autorinnen Nicole Bachmann (aktuell Fachhochschule Nordwestschweiz) und Laila Burla (Obsan), die den Bericht massgeblich mitgestaltet haben und dafür besorgt waren, die relevanten Fachinformationen zu suchen, aufzubereiten und zu verifizieren, Texte zu redigieren, dabei den «roten Faden» im Blick zu behalten und die Inhalte möglichst einladend zu präsentieren. Dimitri Kohler (Obsan) danken wir für die Berechnung und Aufbereitung zahlreicher Indikatoren.

Dank gilt ebenfalls Jürgen Pelikan (emeritierter Professor für Soziologie an der Universität Wien), der den Text sorgfältig gegengelesen und mit wertvollen Kommentaren versehen hat. Verschiedene weitere Reviewer im Bundesamt für Gesundheit, bei der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren sowie im Bundesamt für Statistik kontrollierten den Entwurf ebenfalls. Ihnen allen danken wir für die nützlichen Hinweise.

Als Autorinnen und Autoren von Fachberichten haben Jörg Haslbeck, Margot Klein, Iren Bischofberger und Beat Sottas (Careum Stiftung) für den Bericht «Leben mit chronischer Krankheit» ihre Expertise eingebracht. Sima Djalali und Thomas Rosemann (Institut für Hausarztmedizin, Zürich) präsentierten Erkenntnisse im Bericht «Neue Versorgungsmodelle für chronisch kranke Patienten – Hintergründe und Schlüsselemente». Der Fachbericht «Rapport sur les programmes de prise en charge des maladies chroniques et de la multi-morbidité en Suisse» von Isabelle Peytremann, Sonia Ebert und Nicolas Senn (Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne und Policlinique médicale universitaire de Lausanne) bietet eine ergänzende, praktische Studie. Ein Projektteam mit Thomas Götschi, Sonja Kahlmeier, Eva Martin-Diener und Brian Martin (Arbeitsbereich Bewegung & Gesundheit, Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention, Universität Zürich) zusammen mit Raphael Bize, Thomas Simonson sowie Anita Rathod (Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Université de Lausanne) nahm sich des Themas «Aktive Mobilität und Gesundheit» an. Unser aufrichtiger Dank geht an alle diese Expertinnen und Experten.

Ganz besonders hervorzuheben sind die vielen unsichtbaren Helferinnen und Helfer, die im Lektorat, Layout, Übersetzung etc. den Bericht erst möglich gemacht haben. Sie haben ein ganz herzliches Dankeschön verdient. Es ist immer wieder beeindruckend, wie viele helfende Hände sich eines Werks annehmen, bis es bereit ist, dem Publikum übergeben zu werden.

Die Herausgeber

Monika Diebold

Leiterin Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Ilona Kickbusch

Mitglied des leitenden Ausschusses der Careum Stiftung und Direktorin des Global Health Programme, Graduate Institute for International and Development Studies, Genf

Fred Paccaud

Professor für Epidemiologie und Public Health, Medizinische Fakultät der Universität Lausanne und Direktor des Institutes für Sozial- und Präventivmedizin, CHUV, Lausanne

Thomas Zeltner

Honorarprofessor für öffentliches Gesundheitswesen an der Universität Bern und Visiting Scientist an der Harvard Universität Boston, ehemaliger Direktor des Bundesamtes für Gesundheit

Management Summary

Gesundheitsberichterstattung hat zwei Funktionen: Sie soll zum einen jene epidemiologischen Informationen zur Verfügung stellen, die für die Planung und Steuerung des Gesundheitssystems notwendig sind; zum andern soll Gesundheitsberichterstattung aktuelle Themen aufgreifen und damit eine wissenschaftlich fundierte Grundlage für die politische Diskussion und Meinungsbildung bieten.

Während im ersten Teil des Berichts (Teil A) die aktuellen epidemiologischen Informationen anhand von Indikatoren beschrieben werden, setzt der Nationale Gesundheitsbericht 2015 im zweiten Teil den Fokus auf chronische Krankheiten (Teil B). Ein grosser Teil der Schweizer Bevölkerung ist von psychischen Krankheiten betroffen. Wegen der vergleichsweise frühen Entstehung im Lebensverlauf beeinträchtigen diese Krankheiten in besonderem Masse die Bildungsfähigkeit und Erwerbstätigkeit der erkrankten Personen. Herz-Kreislaufleiden, Krebs, Diabetes oder chronische Lungenleiden sind ebenfalls weit verbreitet und werden in unserer alternden Bevölkerung weiter zunehmen. Die Auseinandersetzung und Bewältigung der mit diesen Krankheiten verbundenen Probleme beschäftigen Betroffene, Fachpersonen und Gesundheitsbehörden gleichermassen und erfordern Strategieänderungen auf verschiedenen Ebenen. Chronische Krankheiten stellen damit nicht nur eine Herausforderung für die Medizin dar, sondern für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft insgesamt.

Teil A: Zum Stand der Gesundheit der Schweizer Bevölkerung

Der erste Teil des Gesundheitsberichts vermittelt einen aktuellen Überblick über die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und deren Bedingungen. Dabei interessieren vor allem die gesundheitlichen Unterschiede der Bevölkerungsgruppen. Die rund 80 Indikatoren des Berichts beschreiben und vergleichen knapp und verständlich die Gesundheit der Bevölkerung über die Lebensspanne.

Zu Beginn werden verschiedene demografische und sozio-ökonomische Faktoren beschrieben, die für die Gesundheit über das ganze Leben von Bedeutung sind. Anschliessend werden Indikatoren zu vier Altersabschnitten dargestellt: Kinder von 0 bis 10 Jahren, Jugendliche und junge Erwachsene von 11 bis 24 Jahren, mittleres Lebensalter von 25 bis 64 Jahren und das höhere Alter ab 65 Jahren. Die Ergebnisse,

die hier in Buchform vorliegen, werden auf der Webseite www.obsan.ch ergänzt durch weitere Auswertungen der Indikatoren wie Zeittrends, Urbanisierungsgrad, Bildung etc. Für dieses Management Summary werden ausgewählte Resultate aus dem Indikatorenteil herausgegriffen.

Gesundheit und soziale Determinanten im Überblick

Im Allgemeinen verbessert sich die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung weiterhin: Schon seit Jahrhunderten steigt die Lebenserwartung. Sie liegt inzwischen bei 85 Jahren für Frauen, für Männer bei 81 Jahren. Damit weist die Schweiz nach Japan den weltweit zweithöchsten Wert auf (WHO, 2012). Besonders positiv zu werten ist die Entwicklung der gesunden Lebensjahre, die in den letzten Jahren schneller zugenommen haben als die allgemeine Lebenserwartung. Wir werden also nicht nur älter, sondern bleiben auch länger gesund. Zudem lässt sich erkennen, dass Männer in den letzten Jahren in Bezug auf Lebenserwartung und gesunde Lebensjahre gegenüber Frauen aufholen: Die Unterschiede verkleinern sich.

Im letzten Jahrhundert haben wegweisende Untersuchungen gezeigt, dass sich sozio-ökonomische Unterschiede auf die Gesundheit auswirken. Dies lässt sich auch für die Schweiz abbilden: je geringer die Bildung, je tiefer das Einkommen, umso schlechter sind der Gesundheitszustand und umso tiefer die Lebenserwartung. Gesundheitlich gefährdet sind speziell auch Alleinerziehende. In dieselbe Richtung zeigen Indikatoren zum Erwerbsstatus: Nicht-Erwerbstätige und Arbeitslose fühlen sich weniger gesund als Erwerbstätige, sowohl physisch als auch psychisch.

Bereits im Kindesalter ist Übergewicht ein Thema

Gesundheitliche Risiken und Chancen zeigen sich bereits früh im Kindesalter. Im ersten Lebensjahr hat die Sterblichkeit abgenommen von 15,2 Todesfällen pro 1000 Lebendgeburten im Jahr 1969 auf 3,6 im Jahr 2012. Dies ist ein erfreuliches Zeichen.

Die Datenlage zur Gesundheit von Kindern ist allerdings in vielen Bereichen spärlich, so dass in diesem Bericht nicht alle Aspekte für die ganze Schweiz gut belegt werden können. So müssen wir annehmen, dass dem Übergewicht bereits im Kindesalter in der gesamten Schweiz besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden muss. Neuere vergleichbare Daten liegen indessen nur für die Städte Bern, Zürich und Basel vor. Sie zeigen, dass in höheren Schulstufen zunehmend mehr Kinder übergewichtig sind: Auf Kindergartenstufe sind etwa 13% der Kinder zu schwer, im Primarschulalter sind es bereits 22%. Im Vergleich zu den Vorjahren ist der Anteil übergewichtiger Kinder in diesen Städten etwa stabil geblieben.

Nicht zu unterschätzen sind Unfälle bei Kindern: Im Jahr 2011 haben sich in der Schweiz insgesamt gegen 290'000 Kinder Verletzungen zugezogen, davon ca. 10'000 im Strassenverkehr, etwas weniger als 130'000 beim Sport und knapp 150'000 in Haus und Freizeit. 38 Kinder starben bei einem Unfall. Verkehrsunfälle verlaufen am ehesten tödlich. Trotz zunehmendem motorisiertem Verkehr sind die Zahlen der Verkehrsunfälle mit Kindern gemäss Beratungsstelle für Unfallverhütung bfu seit einigen Jahren stabil.

Häufige psychische Symptome bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Jugendliche und junge Erwachsene fühlen sich überwiegend gesundheitlich gut oder sehr gut. Psychische Beschwerden sind – insbesondere bei weiblichen Jugendlichen – trotzdem häufig: Zum Beispiel geben 15% der jungen Frauen sowie 8% der jungen Männer mittlere bis schwere depressive Symptome an; ein Anteil, der im späteren Lebensverlauf abnimmt. Oft wird in diesem Zusammenhang von Suizidalität und Suiziden in jungen Jahren gesprochen. Die Zahlen zeigen denn auch, dass Suizide mit 32% der Todesfälle nach Unfällen/Gewalteinwirkungen die zweithäufigste Todesursache bei jungen Männern sind, bei Frauen sind sie mit 13% die dritthäufigste Todesursache nach Unfällen/Gewalteinwirkungen und Krebserkrankungen.

Aussagen zu Beeinträchtigungen der Gesundheit stammen in diesem Bericht häufig aus einer Befragung und geben somit die Selbstbeurteilung der Befragten wieder. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist in diesem Zusammenhang besonders die Angabe von Rückenschmerzen zu erwähnen. Sie können auf physische und auf psychische Ursachen zurückgeführt werden, weiss man doch, dass Rückenschmerzen sehr oft mit Depressionen einhergehen. Jede sechste 14- bis 15-jährige junge Frau gibt an, mindestens einmal wöchentlich unter Rückenschmerzen zu leiden, bei den jungen Männern ist es jeder zehnte.

Werden gesundheitsgefährdende Faktoren betrachtet, so ist wie bei den Kindern das Übergewicht hervorzuheben, das bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen weit verbreitet ist. 24% der Männer und 15% der Frauen zwischen 16 und 24 Jahren sind übergewichtig – das sind doppelt so viele wie vor 20 Jahren. Weitere ungünstige Verhaltensweisen sind Rauchen und übermässiger Alkoholkonsum. So rauchen bereits im Alter von 15 Jahren 13% der Jungen und 10% der Mädchen täglich – diese Anteile steigen bis ins Erwachsenenalter weiter stark an. Zudem geben 41% der männlichen und 19% der weiblichen 20- bis 24-Jährigen an, sie seien mindestens einmal pro Monat betrunken.

Starke Zunahme chronischer Krankheiten im mittleren Erwachsenenalter

Grössere Veränderungen im selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand zeigen sich im Verlauf des Erwachsenenalters. Bis zum Pensionierungsalter sinkt der Anteil Personen, die sich gesund oder sehr gesund fühlen, von über 90% auf ca. drei Viertel ab. Zunehmend treten chronische Erkrankungen in den Vordergrund. Dies macht sich auch bei den Todesursachen bemerkbar: Während bei jungen Erwachsenen Unfälle, Gewalttaten und Suizide die häufigsten Todesursachen sind, werden sie in den mittleren Lebensjahren abgelöst durch Krebserkrankungen und im höheren Alter durch Herz-Kreislaufkrankheiten.

Diabetes ist eine typische chronische Krankheit, die mit steigendem Alter deutlich häufiger vorkommt: Sind bei den Kindern nur rund 0,1% von Diabetes betroffen, leben bereits 9% der Männer und 6% der Frauen im Alter von 55 bis 64 Jahren mit dieser Erkrankung. Bei den 75-jährigen und älteren sind es sogar 18% der Männer und 9% der Frauen. Der Anteil der Erwachsenen mit Diabetes nimmt weltweit und auch in der Schweiz seit Jahren zu.

Der Anstieg von Diabetes und anderen chronischen Krankheiten ist einerseits auf die alternde Bevölkerung zurückzuführen, andererseits auf Veränderungen des Lebensstils, die unter anderem zu vermehrtem Übergewicht führen: Von der Jugend bis ins hohe Alter zeigt sich über die letzten 20 Jahre bei beiden Geschlechtern eine Zunahme von Übergewicht und Adipositas. Der Anteil ist in der Gesamtbevölkerung zwischen 1992 und 2012 von 30% auf 41% gestiegen. Im Gegensatz dazu hat sich die Situation bei der körperlichen Aktivität verbessert. Der Anteil der Gesamtbevölkerung, der körperlich aktiv ist, ist in den letzten 10 Jahren von 63% auf 73% gestiegen. Dies ist erfreulich, da körperliche Bewegung – unabhängig vom Körpergewicht – einer der wichtigsten Faktoren ist, welcher die Verbreitung von chronischen Krankheiten in der Bevölkerung zu beeinflussen vermag. Auch beim Rauchen und beim risikoreichen Alkoholkonsum zeigt sich eine leichte Verbesserung in den letzten 10 bis 20 Jahren.

Gute subjektive Gesundheit im hohen Alter, aber riskanter Umgang mit Medikamenten

Aufgrund der verfügbaren Informationen kann man davon ausgehen, dass ungefähr zwei Drittel der Personen um 80 Jahre, die in einem Privathaushalt, also «zu Hause» leben, und ein Drittel, die im Alters- und Pflegeheim wohnen, sich gesund oder sogar sehr gesund fühlen. Die Datenlage zur Gesundheit von Personen, die zu Hause wohnen, ist jedoch nicht zu vergleichen mit derjenigen von Menschen, die in ein Alters- und Pflegeheim eingetreten sind. Die vorliegenden Resultate können deshalb nur mit Vorsicht verglichen werden. Wo möglich wird im Bericht eine Gegenüberstellung gemacht.

2008 wurde bei 35% der 75- bis 84-jährigen Personen in Alters- und Pflegeheimen eine Depression diagnostiziert. Das ist eineinhalb bis zweimal so häufig wie bei Personen, die zu Hause leben.

Zudem sind Demenzerkrankungen eine der grössten Herausforderungen des Alters. Es gibt Schätzungen, welche davon ausgehen, dass die Anzahl an Demenz erkrankter Personen bis ins Jahr 2030 von 110'000 auf 190'000 steigen wird, was für Betroffene, Betreuende und das Gemeinwesen eine gewaltige Herausforderung darstellt. Personen in höherem Alter leiden zudem immer öfter an mehr als einer Krankheit: Bei den über 85-Jährigen im Privathaushalt sind über 44% multimorbid, bei Personen, die in Alters- und Pflegeheimen leben, sind es sogar 86%. Auch dies bringt grosse Herausforderungen mit sich, was in Teil B des Gesundheitsberichts ausführlich erörtert wird.

Ein Punkt, der besondere Beachtung verdient, ist der Medikamentenkonsum: Multiple Krankheiten werden oft mit mehreren Medikamenten behandelt, was das Risiko von unerwünschten Wirkungen stark vergrössert. Hinzu kommt, dass der Konsum von Medikamenten, die sehr zurückhaltend eingesetzt werden sollten, im Alter weit verbreitet ist: Beinahe jede 8. Person im Alter von 75 Jahren und älter nimmt fast täglich Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein. Dieses Resultat ist unter anderem aufgrund der Erhöhung des Sturzrisikos bedenklich.

Teil B: Chronische Erkrankungen – Eine zentrale Herausforderung für das Gesundheitssystem

Der zweite Teil des Nationalen Gesundheitsberichts widmet sich einer zentralen Herausforderung des Gesundheitssystems: den nicht-übertragbaren chronischen Krankheiten, also langdauernden Krankheiten, die nicht durch Infektionen verursacht werden. Dabei werden nicht nur Verbreitung, Krankheitsformen, Risikofaktoren sowie Präventions- und Versorgungsstrategien dargestellt, der Bericht geht auch auf die volkswirtschaftlichen Folgen ein. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Sicht, den Bedürfnissen und Strategien der chronisch kranken Personen. Abschliessend wird exemplarisch eine geeignete Strategie zur Prävention von chronischen Krankheiten und zur Gesundheitsförderung vorgestellt: die Förderung der aktiven Mobilität.

Weltweit hat sich der Lebensstil der Menschen in den letzten Jahrzehnten stark verändert. Dies hat einerseits mit veränderten Konsumgewohnheiten und -angeboten, andererseits mit veränderten Lebensumständen zu tun. Erstmals in der menschlichen Geschichte leben mehr Personen in urbanen als in ländlichen Umgebungen und sind mehr Menschen über- als untergewichtig. Unter anderem als Folge veränderter Lebensstile leiden und sterben auch in den Entwicklungs- und Schwellenländern immer mehr Menschen an Herzkrankheiten und Hirnschlag, Krebs, Diabetes und chronischen Lungenkrankheiten.

Weshalb stellen chronische Krankheiten auch für die Schweiz ein zentrales Gesundheitsproblem dar? Die Schweiz weist international eine der höchsten Lebenserwartungen aus. Eine weitere Senkung der Sterblichkeit steht aus Sicht der öffentlichen Gesundheit nicht im Vordergrund. Im Fokus steht vielmehr die Erhöhung der Lebensjahre, die bei guter Gesundheit verbracht werden, aber auch die Förderung der Gesundheitsressourcen von bereits erkrankten Personen. Chronische, nicht-übertragbare Krankheiten stellen für die Schweiz ein zentrales Problem dar, da sie bereits heute knapp 90% der Krankheitslast verursachen (WHO, 2008) und für die Zukunft eine weitere Zunahme prognostiziert wird. Dieser individuellen und kollektiven Belastung steht ein Gesundheitssystem gegenüber, das noch nicht auf diese Herausforderung ausgerichtet ist. Der Bericht der OECD & WHO (2011) zum schweizerischen Gesundheitssystem bezeichnet die chronischen Krankheiten als das wichtigste Problem der zukünftigen Gesundheitsversorgung in der Schweiz.

«Für das schweizerische Gesundheitssystem besteht die grundlegende Herausforderung darin, wirksam auf die Verlagerung hin zu chronischen Krankheiten und Multimorbidität reagieren zu können.»

(OECD & WHO, 2011, S. 21, deutsche Version).

Die OECD begründet dies u. a. mit den bereits heute sehr hohen Gesundheitskosten, mit einem Gesundheitssystem, das bisher noch zu wenig auf die Betreuung und Behandlung von chronisch Kranken ausgerichtet sei und mit dem sich abzeichnenden Mangel an Gesundheitsfachpersonen in der Grundversorgung, der sich in Zukunft zu verschärfen droht.

Aus der wissenschaftlichen Literatur geht hervor, dass eine effektive und effiziente Behandlung von chronischen Krankheiten nur als «Ko-Produktion» unter aktiver Beteiligung der erkrankten Person und unter Berücksichtigung ihrer Sichtweise und ihres Lebensalltags möglich ist. Das Gesundheitssystem kann Strategien und Anstrengungen zur Selbstheilung, zur Rückeroberung von Lebensfreude und Wohlbefinden, zur Übernahme von Selbstverantwortung für das eigene Wohlergehen sowie zur Integration der Krankheit in den Alltag unterstützen oder aber auch hemmen. In Hinblick auf die Herausforderungen durch chronische Erkrankungen gilt es daher, Personen, die bereits an einer Krankheit leiden, zu stärken und sie zu befähigen, sich für ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden einsetzen zu können.

Präventionsmassnahmen, welche die Entstehung von chronischen Krankheiten in der Bevölkerung nachweislich zu verringern vermögen, sind bekannt. Gemäss WHO sollten künftig vermehrt Anstrengungen zur Verbesserung der Chancengleichheit in der Gesundheit und für intersektorale Umsetzungsstrategien unternommen werden.

Dank Präventionsmassnahmen in verschiedenen Politikbereichen (z. B. Gesundheit, Bildung, Arbeit, Verkehr) können strukturelle Faktoren der Gesundheit positiv beeinflusst werden mit dem Ziel, gesundheitliche Ungleichheit zu vermindern.

Verbreitung, Risikofaktoren und Kostenfolgen

In der Schweiz leiden derzeit 2,2 Millionen Menschen an einer chronischen Krankheit, und ein Fünftel der über 50-Jährigen leidet gleichzeitig an mehreren chronischen Krankheiten (Multimorbidität). Es sind vor allem, aber nicht nur, ältere Personen betroffen. Dabei zeigt sich: Je geringer die Bildung und die finanziellen Ressourcen und je tiefer der berufliche Status, umso höher ist das Risiko, an chronischen Krankheiten zu erkranken.

Die materiellen Kosten der nicht-übertragbaren Krankheiten sind sehr hoch. Sie machten im Jahr 2011 80% der gesamten direkten Gesundheitskosten der Schweiz und damit insgesamt über 51 Milliarden Franken aus. Die indirekten Kosten können noch nicht genau beziffert werden; die bisherigen Erkenntnisse weisen auf eine Grössenordnung von 30 bis 40 Milliarden Franken pro Jahr hin, die hauptsächlich durch Erwerbsunterbrüche, Frühpensionierungen und informelle Pflege entstehen. Besonders hohe indirekte Kosten entstehen durch psychische Krankheiten, da diese verglichen mit den meisten körperlichen Krankheiten oft deutlich früher im Lebensverlauf auftreten und sowohl die Ausbildung wie auch die Erwerbsfähigkeit stark einschränken können.

Aufgrund der hohen Verbreitung und der damit verbundenen Krankheitslast stehen in der Schweiz die folgenden chronischen Krankheiten im Fokus: Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen, muskuloskelettale Erkrankungen, Depressionen und Demenzerkrankungen. Viele dieser Krankheiten werden durch das Verhalten der betroffenen Personen mitverursacht. Im Vordergrund stehen Rauchen, exzessiver Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung und zu wenig Bewegung. Die ersten schädlichen Wirkungen dieser Verhaltensweisen äussern sich körperlich unter anderem in erhöhtem Blutdruck, erhöhtem Blutzucker, ungünstiger Blutfettverteilung, Übergewicht oder mangelnder Muskelkraft.

Die Konzentration auf die verhaltensbezogenen Risikofaktoren vieler chronischer Krankheiten allein birgt jedoch das Risiko, dass die soziale und die psychische Dimension der Gesundheit vernachlässigt werden. Insbesondere die starke Verbreitung von psychischen Problemen gerade auch in Kombination mit körperlichen Krankheiten, wie auch deren aussergewöhnlich hohe Krankheitslast machen es notwendig, psychischen Krankheiten und psychischer Gesundheit stärkere Beachtung zu schenken.

Ausserdem werden Risikoverhaltensweisen wie Rauchen oder ungesunde Ernährung von der psychischen Befindlichkeit (Depressivität, Stress, Angst, etc.) wie auch von sozialen Faktoren beeinflusst.

Die Sicht der Betroffenen

Patientinnen und Patienten sind handelnde Subjekte. Sie wurden bisher vom Gesundheitssystem noch zu oft als «zu versorgende Objekte» betrachtet. Chronisch kranke Personen haben jedoch ihre eigenen Zielsetzungen, bauen im Verlauf der Zeit ihr eigenes Expertenwissen zu ihrer Gesundheit und Krankheit auf und entwickeln komplexe Strategien, um mit ihren gesundheitlichen Problemen umgehen und ihren Alltag bewältigen zu können. Viele chronisch erkrankte Personen führen ein Leben, das von ihrer Krankheit kaum eingeschränkt wird. Dies hängt u. a. von der Krankheitsform, den Behandlungsmöglichkeiten sowie den Ressourcen der betroffenen Personen und ihres sozialen Umfelds ab. Aus Sicht der kranken Personen bedeutet eine gelingende Bewältigung, dass die Krankheit in den Hintergrund der Aufmerksamkeit rückt und die Gesundheit respektive das «normale» Leben im Vordergrund stehen. Die Krankheit wird in das Leben integriert, was Verarbeitungsprozesse und Adaptionen auf verschiedenen Ebenen notwendig macht. Dabei sind emotionale und spirituelle Fragen ebenso wichtig wie krankheitsbezogene Aspekte. Ein wichtiger Teil dieses Integrationsprozesses besteht im Selbstmanagement respektive in der Fähigkeit, eigene Strategien zur Bewältigung der Krankheit und der alltäglichen Aufgaben und Anforderungen zu entwickeln und diese immer wieder von Neuem dem Verlauf der Krankheit anzupassen.

Chronisch kranke und multimorbide Personen müssen oft mit Unsicherheit, Mehrdeutigkeit und Widersprüchlichkeit leben lernen. Daraus erwächst ein hohes Bedürfnis nach verlässlichen, verständlichen und praktisch relevanten Informationen. Die Suche nach Informationen kann je nach Krankheitsphase sehr viel Zeit in Anspruch nehmen. Patientinnen und Patienten beklagen sich oft über unverständliche Fachinformationen. Der Umgang mit Medikamenten wird insbesondere von mehrfach erkrankten Personen als grosses Problem wahrgenommen. Es ist für viele Personen schwierig, die Einnahme der Medikamente in ihren Alltag einzubauen. Diese Problematik, aber auch die Angst vor schädlichen Nebenwirkungen, verstärkt sich mit der Anzahl der Medikamente, die eingenommen werden müssen.

Häufig sind chronisch kranke Menschen auch von chronischen Schmerzen betroffen. Diese beeinträchtigen die Lebensqualität, das soziale Leben, die Mobilität wie auch die Erwerbsfähigkeit. Betroffene schildern das Leben mit Schmerzen als ein «Gefühl des Gefangenseins». Ist kein organischer Schaden als Ursache der Schmerzen erkennbar, leiden die Betroffenen zusätzlich unter negativen Reaktionen des

Umfelds. Sie sind zudem einem erhöhten Armutsrisiko ausgesetzt, da sie unter Umständen keinen Anspruch auf eine Rente haben. Nicht nur bei schmerzkranken Personen stellt sich das Problem des Erhalts der Erwerbstätigkeit. Um möglichst lange erwerbstätig sein zu können, sind Offenheit und Anpassungen auf Seiten der kranken Person, der Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen, aber auch auf Seiten des Arbeitgebers respektive der Vorgesetzten hilfreich. Chronisch kranke Personen empfinden es oft als schwierig, über ihre Diagnose am Arbeitsplatz zu informieren und fürchten sich davor, auf Ablehnung zu stossen und ihre Stelle zu verlieren. Besonders schwierig ist dies für Personen mit stigmatisierenden Krankheiten wie etwa psychischen Erkrankungen.

Die Bewältigung der vielfältigen Anforderungen durch eine chronische Erkrankung kann gelingen, wenn die Betroffenen sich selbst aktiv beteiligen. Dies setzt voraus, dass sie ihre Sicht und ihre individuellen Bedürfnisse einbringen können und von den Gesundheitsfachleuten ernst genommen werden. Aus Sicht der Patientinnen und Patienten ist dies in der heutigen Praxis noch zu wenig der Fall. Sie kritisieren insbesondere die mangelnde Zeit wie auch die mangelnde Bereitschaft der Ärztinnen und Ärzte, auf ihre individuelle Situation einzugehen. Die Betroffenen wünschen sich eine Bezugsperson, die als eine Art «Lotse» und «Begleiter» dient und die weniger auf die Krankheit alleine fokussiert, sondern die gesamten Lebensumstände der kranken Person berücksichtigt. Die meisten Menschen, die von einer chronischen Krankheit betroffen sind, wünschen sich zudem möglichst grosse Autonomie und damit auch ein Selbstmanagement ihrer Krankheit. Unterstützend wirken dabei verschiedene Formen der Selbsthilfe von Betroffenen, unter anderem Selbsthilfegruppen.

Eine wichtige Quelle zur Bewältigung des Alltags mit einer chronischen Erkrankung und zum Erhalt des Wohlbefindens stellen soziale Ressourcen dar, also die Teilhabe an einem Netz sozialer Beziehungen. Die gesundheitsförderliche Wirkung sozialer Integration und sozialer Unterstützung auf gesunde wie kranke Personen ist empirisch gut belegt. Zuwendung, Trost, das Wissen, nicht alleine gelassen zu werden, aber auch praktische Hilfestellungen und Pflege sind wichtige Unterstützungsarten für chronisch Kranke. Soziale Ressourcen sind in der Gesellschaft jedoch ungleich verteilt. Insbesondere betagte Frauen, Armutsbetroffene und psychisch kranke Personen leiden oft an sozialer Isolation und erhalten nicht genügend Unterstützung.

In der Gesundheitsversorgung von chronisch kranken Personen spielt die informelle Pflege durch Angehörige und Freunde eine wichtige Rolle. Die Belastung von pflegenden Angehörigen ist teils sehr hoch und kann für diese negative gesundheitliche Auswirkungen haben. Schwierigkeiten bereitet oft die Kombination von Erwerbstätigkeit und Pflege von Angehörigen. Rund 330'000 arbeitstätige Personen übernehmen in der Schweiz regelmässig Pflege- und Betreuungsaufgaben. In der Schweiz leisten vor allem ältere Frauen informelle Pflege. Ein beträchtlicher Teil der pflegenden Frauen reduziert die Erwerbsarbeit oder gibt sie ganz auf. Zur Entlastung leisten einige

Kantone finanzielle Unterstützung, die aber eher als Anerkennungsbeitrag denn als Abgeltung konzipiert sind. Als wichtigste Entlastungsmassnahme wird von pflegenden Angehörigen allerdings die Möglichkeit genannt, eine Auszeit von der Pflege nehmen zu können.

Aus der Literatur zur Sicht der Patientinnen und Patienten lässt sich ableiten, dass das Leben mit einer chronischen Krankheit für einige Bevölkerungsgruppen besonders belastend ist. Zu diesen Gruppen gehören Personen mit einer stigmatisierenden Krankheit (z. B. psychische Erkrankungen), mehrfach erkrankte Personen, betagte alleinstehende Personen (meist Frauen), sozial isolierte Personen, armutsbetroffene und bildungsferne Personengruppen sowie Personen aus anderen Kulturkreisen, deren Gesundheitsverständnis sich von dem hier gängigen medizinischen Konzept und Wissen stark unterscheidet.

Die Antwort des Gesundheitssystems auf chronische Erkrankungen

Neue Ansätze für die medizinische Versorgung chronisch kranker und multimorbider Patientinnen und Patienten haben zum Ziel, die bisherigen Defizite zu beheben: Einerseits sollen Versorgungslücken geschlossen und andererseits Doppelspurigkeiten und damit unnötige Interventionen vermieden werden. Die Wege, die zu diesem Ziel führen sollen, sind allerdings recht unterschiedlich und definieren sich je nachdem über Fragen der Finanzierung, dem Vorhandensein einer zentralen Bezugs- und Koordinationsperson, der Rolle der Patientinnen und Patienten im Therapieprozess oder der Durchsetzung von Behandlungsprotokollen für bestimmte Krankheiten. Die gemeinsame Leitidee dieser Ansätze ist das Konzept der integrierten Versorgung. Diese Leitidee beinhaltet folgende zentralen Elemente: multidisziplinär zusammengesetzte Behandlungsteams; Existenz einer definierten Bezugsperson; klinische Entscheidungsfindung nach definierten Regeln; aktive Beteiligung der Patientinnen und Patienten und niederschwelliger Zugang zum System. Zentrale Bedeutung für die neuen Versorgungsmodelle hat das «Chronic Care Model (CCM)» sowie dessen Weiterentwicklungen, welche geschaffen wurden, um die Versorgung von chronisch kranken Personen optimal zu gestalten.

2013 wurden in einer Bestandsaufnahme strukturierte Programme für erwachsene Personen mit chronischen Krankheiten und Multimorbidität in der Schweiz erhoben. Die 44 identifizierten strukturierten Versorgungsprogramme entsprechen in unterschiedlich hohem Ausmass den Vorgaben gemäss «Chronic Care Model». Obwohl ein starker Zuwachs an solchen Programmen gegenüber 2007 festgestellt werden darf, ist die Schweiz noch sehr weit von einem bedarfsgerechten Angebot entfernt.

Bund und Kantone sowie weitere wichtige Akteure im Gesundheitswesen sind sich einig, dass die Prioritäten im Gesundheitsversorgungssystem der Schweiz künftig verschoben werden müssen, von der heute im Fokus stehenden Akutversorgung zu einer patientenzentrierten, wirksamen und nachhaltigen Betreuung von chronisch und multimorbid erkrankten Personen, oder anders gesagt: «from cure to care». Dies bedingt eine neue Zusammensetzung, neue Zusammenarbeitsformen und eine neue Arbeitsteilung unter den Gesundheitsfachleuten. In diesem Zusammenhang wurden auf Bundesebene wie auch in den Kantonen verschiedene Reformen im Bereich der Gesundheitsberufe und der Grundversorgung angegangen und teilweise bereits umgesetzt. Gleichzeitig existieren nach wie vor Barrieren, die einer flächendeckenden Einführung einer adäquaten Betreuung und Behandlung von chronisch kranken Personen entgegenstehen. Eine der Wichtigsten ist die heutige Ausgestaltung des Finanzierungssystems, welche in diesem Zusammenhang die falschen Anreize setzt. Eine Reform des Gesundheitswesens ist deshalb kaum denkbar ohne entsprechende Anpassungen im Finanzierungssystem.

Sollen Patientinnen und Patienten partnerschaftlich im Krankheitsprozess behandelt werden, braucht es zukünftig auch ein Überdenken der gängigen medizinischen Begrifflichkeiten. So sollte beispielsweise nicht mehr von «Versorgung» und im Zusammenhang mit der Medikamenteneinnahme auch nicht mehr von «Adhärenz», d. h. (fehlendem) Gehorsam gesprochen werden. In den heutigen Zeiten des Spardrucks im Gesundheits- und Sozialwesen ist es zudem besonders wichtig, vulnerable Gruppen in ihrer problematischen Situation nicht alleine zu lassen. Es braucht eine entsprechende Ausbildung und Sensibilisierung der Gesundheits- und Sozialberufe sowie eine Sozial- und Gesundheitspolitik, welche der Ausgrenzung von mehrfach belasteten Personengruppen entgegenwirkt.

Aktive Mobilität und Gesundheit

Um die Herausforderung durch chronische Erkrankungen bewältigen zu können, gilt es nicht nur, die Betreuung von chronisch erkrankten Personen zu verbessern, sondern auch die Prävention dieser Erkrankungen zu fördern. Eine konkrete Interventionsform stellt die Förderung der aktiven Mobilität dar. Sie wird im Nationalen Gesundheitsbericht vertieft untersucht: «Aktive Mobilität» umfasst alle Formen der Fortbewegung durch menschliche Muskelkraft. In erster Linie zählen dazu das zu Fuss Gehen und das Velofahren.

Die Förderung der aktiven Mobilität ist ein Ansatz zur Prävention von chronischen Krankheiten, der verschiedene Politikbereiche involviert (intersektoral), der die Chancengleichheit in der Gesundheit der Bevölkerung berücksichtigt und sich schliesslich in doppelter Weise positiv auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirken kann: indem

er die Bewegung fördert und gleichzeitig einen Beitrag zur Verminderung der Umweltbelastung leistet. Transportwesen und Raumplanung sind daher auch Politikbereiche, in denen sich mit grossem Erfolg ein Nutzen («Co-Benefit») für die Gesundheit der Bevölkerung erzielen lassen.

Der gesundheitliche Nutzen regelmässiger körperlicher Aktivität ist gut belegt: Körperlich aktive Menschen haben nachweislich ein geringeres Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes Typ 2, verschiedene Krebsarten, Osteoporose, gewisse psychische Beschwerden und frühzeitige Sterblichkeit. Ebenso konnte eine Verbesserung von gesundheitsschützenden Faktoren nachgewiesen werden. Ein körperlich aktiver Lebensstil fördert u. a. die Balance zwischen Energieaufnahme und Energieverbrauch und senkt damit die Wahrscheinlichkeit von Übergewicht. Zu Fuss Gehen und Velofahren zeigen ebenfalls breite Wirkungen auf Krankheitsrisiken und Sterblichkeit: Wenn eine Bevölkerung regelmässig zu Fuss geht, reduziert sich die Gesamtsterblichkeit durchschnittlich um 10 bis 20%; regelmässiges Velofahren vermindert die Gesamtsterblichkeit im Schnitt um 10 bis 30%. Insgesamt ist Bewegung einer der wichtigsten Faktoren, welcher die Verbreitung von chronischen Krankheiten in der Bevölkerung zu beeinflussen vermag.

Bereits heute sind viele Menschen in der Schweiz regelmässig zu Fuss oder mit dem Velo unterwegs: Im Jahr 2012 bewältigten insgesamt 22,6% der Bevölkerung die täglichen Wegstrecken ausschliesslich zu Fuss oder mit dem Velo. Dieser Anteil ist etwas geringer als zehn Jahre zuvor (25%).

Die Voraussetzungen für die Förderung der aktiven Mobilität sind gut: Gerade in der Schweiz besteht aufgrund des hohen Urbanisierungsgrades die Chance, dass Personen auf den motorisierten Privatverkehr verzichten und öfter zu Fuss gehen oder mit dem Velo fahren könnten: 13% der Autofahrten enden nach weniger als einem Kilometer, ein Drittel ist kürzer als drei Kilometer. Das sind Distanzen, die auch untrainierte Personen zu Fuss oder mit dem Velo zurücklegen können. 70% aller Autofahrten in der Schweiz sind kürzer als 10 km.

Bereits heute existieren zahlreiche Strategien und Programme zur Förderung der aktiven Mobilität auf allen gesellschaftlichen Ebenen. Um den Anteil der aktiv mobilen Personen in der Schweiz zu erhöhen, sollten diese Strategien und Programme aber eine deutlich höhere Priorität bei der Planung von urbanen Räumen (unter Berücksichtigung der Agglomerationsgürtel) erhalten, der Ausbau von schnellen und sicheren Verkehrswegen vorangetrieben werden, die Anbindung an den öffentlichen Verkehr gefördert und eine Erhöhung der gesellschaftlichen Akzeptanz des zu Fuss Gehens und insbesondere des Velofahrens erreicht werden.

Konkret sollten in den kommenden Jahren folgende Massnahmen zur Förderung der aktiven Mobilität im Vordergrund stehen: Erhöhung der wahrgenommenen Sicherheit; Unterstützung der aktiven Mobilität auf den Schulwegen; Investitionen in schnelle, komfortable und zusammenhängende Veloinfrastrukturen insbesondere auf Strecken

mit hohen Verkehrsaufkommen; Weiterführung und Ausbau des Einbezugs von intersektoralen Arbeitsgruppen auf Ebene von Bund, Kantonen und Gemeinden bei der Raum- und Verkehrsplanung.

Anhand des Beispiels der aktiven Mobilität lässt sich nachweisen, wie Formen des Lebensstils und des Alltagslebens einen positiven Beitrag zur Gesundheit von Individuen und der Bevölkerung leisten können. Um diese nachhaltig zu fördern und zu verankern, sind aufeinander abgestimmte Anstrengungen in verschiedenen Politikbereichen notwendig. Eine gute Gesundheit der Bevölkerung ist daher nicht nur eine Aufgabe des Gesundheitssystems, sondern eine gemeinsame Aufgabe vieler Sektoren wie der Bildung, der Wirtschaft, des Sozialwesens, der Raumplanung oder des Verkehrs.

1 Einleitung

Nicole Bachmann, Monika Diebold

Der dritte Nationale Gesundheitsbericht der Schweiz will einerseits Fakten zugänglich machen, andererseits Anstösse zur Diskussion von übergreifenden Fragen geben, die für die Zukunft des Gesundheitssystems der Schweiz von immanenter Bedeutung sind. Nach den nationalen Gesundheitsberichten von 1993 (Weiss, 1993) und 2008 (Meyer, 2009) ist der vorliegende Bericht erstmals in zwei Teile aufgeteilt: einen ersten, der in Form einer Indikatorensammlung zentrale und aktuelle Informationen zur Gesundheit der Bevölkerung der Schweiz enthält und einen zweiten, der sich dem Schwerpunktthema «chronische Erkrankungen» widmet.

Teil A: Indikatoren

In *Teil A des Gesundheitsberichts «Indikatoren»* finden sich schnell zugängliche Informationen, Zahlen und Erläuterungen zu Gesundheitsdeterminanten, Gesundheitszustand und Wohlbefinden wie auch zu Verhaltensweisen der Bevölkerung geordnet nach den Lebensphasen Kindheit (bis 10 J.), Jugend und junges Erwachsenenalter (11–24 J.), Erwachsene (25–64 J.) und höheres Alter (ab 65 J.). Dieser Teil des Berichts ist als Nachschlagewerk aufgebaut mit einer Grafik pro Seite, die ergänzt wird durch knappe Erklärungen. Im vorliegenden Buch ist indessen nur ein kleiner Teil der im Rahmen des Gesundheitsberichts erstellten Informationen sichtbar. Die Webseite des Obsan (www.obsan.ch) stellt zusätzliche Auswertungen der Indikatoren nach verschiedenen Dimensionen, Literaturangaben und Links zu weiterführenden Webseiten zur Verfügung.

Der Prozess zur Auswahl der Indikatoren war iterativ angelegt. Ausgehend von vier bestehenden Indikatorensystemen erarbeitet von OECD, Eurostat, Health Canada¹ und Bundesamt für Gesundheit (unveröffentlicht) wurde in einem ersten Schritt ein Set von Indikatoren ausgewählt, die (a) aus Sicht Public Health besonders relevant sind und (b) für die repräsentative Daten der Schweizer Bevölkerung in zeitlich regelmässigen Abständen vorliegen. Aus theoretischer Sicht flossen verschiedene Modelle

¹ Eurostat: ECHIM www.echim.org; OECD: www.oecd.org/health/; Health Canada: www.hc-sc.gc.ca/Health_Care_System/Reports_and_Publications/Reports_and_Publications/Health_Care_System → [Health Care System](#) → [Reports & Publications](#) → [Reports and Publications](#) → [Health Care System](#) (Zugriff am 24.2.2015)

von Gesundheit in die Auswahl der Indikatoren ein (z. B. Dahlgren & Whitehead, 1991 oder Solar & Irwin, 2010). Neben sozialen Determinanten der Gesundheit wurden auch Belastungen und Ressourcen, welche die Gesundheit beeinflussen, einbezogen. Ausserdem wurden – wo immer möglich – auch Indikatoren integriert, die ein mehr oder weniger an Gesundheit und nicht nur an Krankheit ausdrücken (z. B. Wohlbefinden, Energie, Vitalität).

Mittels der Bewertung jedes Indikators durch die Mitherausgeber des Gesundheitsberichts und die Mitarbeitenden des Obsan wurde die Liste eingegrenzt. Parallel wurden anhand der Rückmeldungen zusätzliche Indikatoren aufgenommen und die Auswahl konsolidiert. Die so entstandene Indikatorenliste weist in bestimmten Bereichen aus Gründen der Datenverfügbarkeit Lücken auf. So sind in der Schweiz bisher keine nationalen Informationen über die Ernährung oder über die psychische Gesundheit von Kindern erhältlich oder es fehlen Schweizer Zahlen zur Anzahl Demenzkranke. Wo sinnvoll wurden in solchen Fällen Schätzungen anhand ausländischer Studien vorgenommen. Je nach Lebensalter wurden deshalb unterschiedlich viele Indikatoren beschrieben. Dieses pragmatische Vorgehen hat es ermöglicht, möglichst viel des in der Schweiz aktuell vorhandenen Wissens darzustellen.

Dieser erste Teil des Nationalen Gesundheitsberichts ist in folgende Kapitel gegliedert: In [Kapitel 2](#) werden verschiedene sozio-ökonomische und demografische Faktoren gezeigt, die für die Gesundheit über das ganze Leben von Bedeutung sind. Anschliessend werden Indikatoren zur Gesundheit im Kindesalter bis 10 Jahre dargestellt ([Kapitel 3](#)), gefolgt von Informationen von der Jugend bis zum jungen Erwachsenenalter, von 11 bis 24 Jahren ([Kapitel 4](#)). Es folgt das Alter von 25 bis 64 Jahren in [Kapitel 5](#) und schliesslich das höhere Alter ab 65 Jahren in [Kapitel 6](#).

Teil B: Chronische Erkrankungen

Der zweite Teil des Gesundheitsberichts ist dem Schwerpunkt «*Leben mit chronischen Krankheiten*» gewidmet, wobei besonderes Augenmerk auf die Wahrnehmungen, Bedürfnisse und Strategien der chronisch kranken Personen selbst gelegt wird.

Weltweit betrachtet sehen sich die Menschen zur Zeit mit einer massiven Veränderung der Gesundheit konfrontiert: Erstmals in der Geschichte leben mehr Personen in einer urbanen als in einer ländlichen Umgebung. Mehr Menschen sind über- als untergewichtig und immer mehr Menschen leiden und sterben heute an Herzkrankheiten und Hirnschlag, Krebs, Diabetes und chronischen Lungenkrankheiten. Dies sind alles sogenannte «nicht-übertragbare Krankheiten» (engl. «*non communicable diseases*», *NCD*), also Krankheiten, die nicht durch Infektionen verursacht werden und oft chronisch verlaufen.

Begriff «chronische Krankheiten»

Aus medizinischer und epidemiologischer Sicht ist der Begriff «nicht-übertragbare Krankheiten» präziser abgrenzbar als «chronische Krankheiten» und wurde deshalb z. B. für die Kostenberechnungen im [Kapitel 7](#) verwendet. Dennoch wurde in diesem Bericht meist der Begriff der chronischen Krankheiten verwendet, da er das Erleben der Erkrankten besser widerspiegelt, die sich u. U. auf eine jahrelange Krankheit einstellen müssen. Im Rahmen dieses Berichts sind mit diesem Begriff immer die chronischen nicht-übertragbaren Krankheiten gemeint unter Ausschluss von chronischen übertragbaren Krankheiten wie z. B. HIV/AIDS.

Wie sieht die Lage in der Schweiz aus? Chronische Krankheiten sind in unserem Land nicht erst in neuer Zeit ein wichtiges Gesundheitsproblem. Demografische Veränderungen wie auch der Wandel von Arbeit, Mobilität, Ess- und Konsumgewohnheiten beeinflussen die Risiken für chronische Krankheiten entscheidend. Dieser Wandel hat aber schon vor langer Zeit eingesetzt. Die gemeinsamen verhaltensbezogenen Risikofaktoren der chronischen Krankheiten (Rauchen, übermässiger Alkoholkonsum, Ernährung und Bewegung) stehen denn auch seit Jahren auf der Agenda der Organisationen für Gesundheitsförderung und Prävention und sind im Bewusstsein der Bevölkerung verankert.

Dennoch gibt es gute Gründe, die chronischen Krankheiten heute als eines der wichtigsten Gesundheitsprobleme der Schweiz zu thematisieren:

- *Hohe Krankheitslast:* In der Schweiz verursachten die chronischen Krankheiten bereits im Jahr 2004 knapp 90% der Krankheitslast gemessen am Verlust von gesunden Lebensjahren (WHO, 2008). Chronische Krankheiten sind die Hauptursache von Krankheit, Behinderung und Tod in der Schweiz. Gemäss Wieser et al. (2014) wird der Anteil der Gesundheitskosten, der auf nicht-übertragbare Krankheiten in der Schweiz zurückgeführt werden kann, auf 80% geschätzt.
- *Weitere Zunahme prognostiziert:* WHO, OECD und das Bundesamt für Gesundheit gehen davon aus, dass die Anzahl der chronisch kranken Menschen in der Schweiz zunehmen wird. Sie begründen dies hauptsächlich mit demografischen Veränderungen (weitere Zunahme der betagten und hochbetagten Bevölkerung), mit dem medizinisch-technischen Fortschritt und mit veränderten Lebens- und Arbeitsbedingungen, die einen negativen Effekt auf wichtige Risikofaktoren haben.
- *Der Einfluss von sozio-ökonomischen Determinanten auf die Gesundheit wird unterschätzt:* Ein weiterer Grund dafür, dass chronische Krankheiten heute zum Thema gemacht werden sollen, liegt darin, dass der Einfluss der sozio-ökonomischen Determinanten, von gesellschaftlichen und privatwirtschaftlichen Entwicklungen auf das Gesundheitsverhalten und damit die Krankheitsrisiken der Bevölkerung noch immer stark unterschätzt wird.

- *Das schweizerische Gesundheitssystem ist noch immer zu stark auf die Akutversorgung ausgerichtet:* Die schweizerische Gesundheitsversorgung ist traditionell auf die Behandlung akuter Krankheiten ausgerichtet. Die Betreuung und jahrelange Begleitung von chronisch und mehrfach erkrankten Personen erfordert eine Umstellung, einen Paradigmenwechsel, im Versorgungssystem.
- *Patientenzentrierung als Selbstverständlichkeit in der Diskussion, aber nicht im Handeln:* Wohl alle relevanten Akteure und Organisationen des Gesundheitssystems befürworten die Forderung, dass der betroffene Mensch im Zentrum von Medizin und Pflege stehen soll. Diese Forderung wird aber im alltäglichen Handeln bisher zu wenig umgesetzt.

Verschiedene internationale und nationale Akteure des öffentlichen Gesundheitswesens fordern denn auch eine Reform des Schweizer Gesundheitswesens, um besser auf die Anforderungen durch chronische und multiple Krankheiten antworten zu können (z. B. OECD & WHO, 2011; GDK & BAG, 2012)

Als Teil dieser Reform des Gesundheitswesens muss auch darüber diskutiert werden, was zukünftig unter Gesundheit verstanden werden soll. Ist Gesundheit ein Zustand des perfekten Funktionierens von Körper und Geist von der Geburt bis ins hohe Alter mit dem impliziten Anspruch, dass jede Abweichung von dieser Norm eine Sache der Medizin ist? Oder ist Gesundheit das, was jeder Mensch für sich darunter versteht, und ist damit die subjektive Wahrnehmung von Wohlbefinden, Lebensqualität und die Bewältigung der tagtäglichen Anforderungen entscheidend? Die Definition von Gesundheit – eine scheinbar theoretische Angelegenheit – betrifft den Kern und auch die Zukunft unseres Gesundheitssystems auf sehr praktische Art. «Gesund» und «krank» sind keine Zustände, die sich als natürliche Tatsachen biologisch ableiten oder bestimmen lassen. Die Definitionen von Gesundheit und Krankheit werden gesellschaftlich, historisch und kulturell bestimmt und sind nicht zuletzt auch wirtschaftlichen Interessen unterworfen. In diesem Zusammenhang soll auch auf die aktuelle Diskussion zur zunehmenden Pathologisierung und Medikalisierung der Bevölkerung hingewiesen werden.

Für die Frage, welches Gesundheitsverständnis in welchem Kontext zielführend ist, wie auch für die Bestimmung dessen, was als gesund und als krank zu gelten hat, ist deshalb nicht nur ein medizinischer, sondern auch ein gesellschaftlicher und politischer Diskurs notwendig. Ein solcher wurde von der Schweizerischen Akademie für medizinische Wissenschaften (SAMW) in ihrem Projekt zur nachhaltigen Medizin angestossen. Im Positionspapier wird darauf hingewiesen, dass der westliche Fortschrittsglaube an die Medizin zur Vorstellung führe, dass der Verbesserung der Gesundheit keine Grenzen gesetzt seien und dass diese Vorstellung eines der Hauptprobleme der heutigen Medizin darstelle.

« Entsprechend brauche es eine endliche Sichtweise in der Medizin, eine, die nicht versucht, das Altern, den Tod und überhaupt die Krankheit zu überwinden, sondern nur, jedem zu helfen, einen vorzeitigen Tod zu vermeiden und ein anständiges, nicht ein perfektes Leben zu führen »

(Callahan, 2004, nach SAMW, 2012a, S. 16).

Die Schweiz weist international eine der höchsten Lebenserwartungen aus. Eine weitere Senkung der Sterblichkeit ist deshalb aus Sicht der öffentlichen Gesundheit nicht das primäre Ziel. Im Fokus steht vielmehr die Erhöhung der Lebensjahre, die bei guter Gesundheit verbracht werden, und damit auch die Förderung der Gesundheit von gesunden wie bereits erkrankten Personen. Der Verlauf von vielen Krankheiten hängt in relevantem Ausmass von den Ressourcen, der Motivation und dem Verhalten der erkrankten Personen ab. Das Gesundheitssystem kann Strategien und Anstrengungen der Betroffenen zur Selbstheilung, zur Rückeroberung von Lebensfreude und Wohlbefinden, zur Übernahme von Selbstverantwortung für das eigene Wohlergehen sowie zur Integration der Krankheit in den Alltag unterstützen oder aber auch hemmen. Ein wichtiges Ziel einer Reform des Gesundheitswesens muss denn auch darin bestehen, Personen, die bereits an einer Krankheit leiden, zu stärken und zu befähigen, sich für ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden einzusetzen.

Auch im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung sollen Strategien implementiert werden, die besonders geeignet sind, die hohe Krankheitslast durch chronische Krankheiten zu verringern. Da weltweit grosse soziale Unterschiede existieren, was das Risiko betrifft, chronisch zu erkranken, fordert die WHO (2011), dass diese Strategien immer auch zur Verbesserung der Chancengleichheit in der Gesundheit beitragen sollen. Sie empfiehlt deshalb vermehrt inter- oder multisektorales Denken und Handeln zur Förderung der Gesundheit. Verantwortung für das Wohlergehen, die Leistungsfähigkeit und die Gesundheit der Bevölkerung hat nicht nur der Gesundheitssektor. In mindestens gleichem Ausmass sind die bildungs-, arbeitsmarkt-, umwelt- und sozialpolitischen Bedingungen von Bedeutung. Für eine ausführliche Einführung in die Thematik der Gesundheitsdeterminanten wird auf den Nationalen Gesundheitsbericht 2008 (Kickbusch & Engelhardt, 2009, 19ff.) verwiesen. Auf ausgezeichnete Weise umgesetzt wird dieses inter- oder multisektorale Denken und Handeln im Bereich Transport: Um die Metropolräume der Schweiz von Staus, Verkehrslärm und Schadstoffen zu entlasten, wird die aktive Mobilität (Velofahren und zu Fuss gehen) gefördert. Ein wichtiger «Co-Benefit» dieser primär verkehrspolitischen Strategie stellt der nachweislich gesundheitsförderliche Effekt der aktiven Mobilität dar (vgl. dazu [Kapitel 10](#)).

Zur Bearbeitung des Schwerpunktthemas «Leben mit chronischen Krankheiten» wurden vier Hintergrundberichte in Auftrag gegeben: Jörg Haslbeck, Margot Klein, Iren Bischofberger und Beat Sottas (Careum Stiftung, Zürich) verfassten einen Bericht zum Leben mit chronischen Krankheiten aus Sicht der Kranken. Sima Djalali und Thomas Rosemann (Institut für Hausarztmedizin, Zürich) erstellten eine Übersicht zu Modellen zur Behandlung chronischer Krankheiten. Sonja Ebert und Nicolas Senn von der Policlinique médicale universitaire de Lausanne sowie Isabelle Peytremann-Bridevaux vom Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne, erhoben die Zahl der Programme in der Schweiz, die spezifisch auf die Behandlung chronischer Krankheiten ausgerichtet sind. Und Thomas Götschi, Eva Martin-Diener, Sonja Kahlmeier und Brian Martin (Arbeitsbereich Bewegung & Gesundheit, Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention, Zürich) sowie Raphael Bize, Thomas Simonson und Anita Rathod (Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne) stellten das vorhandene Wissen zur aktiven Mobilität als Mittel zur Gesundheitsförderung zusammen. Diese Fachberichte flossen in zusammengefasster Form und ergänzt durch weitere Informationen zum Thema in den zweiten Teil des Gesundheitsberichts ein.

Innerhalb des thematischen Schwerpunkts werden u. a. folgende Fragen thematisiert:

- Wie verbreitet sind chronische Krankheiten in der Schweiz und welche Personengruppen sind besonders davon betroffen? Was sind die wichtigsten Risikofaktoren? Wie hoch sind die mit diesen Krankheiten verbundenen Kosten?
- Wie lebt es sich heute in der Schweiz mit einer oder mehreren chronischen Krankheiten? Welche Strategien entwickeln die Betroffenen, um möglichst gut mit der Krankheit leben zu können? Wie kann man diese Personen unterstützen?
- Was sollte sich aus Sicht der Betroffenen im Gesundheitssystem ändern?
- Welche speziellen Versorgungsprogramme für chronisch Kranke gibt es bereits in der Schweiz? Genügt das Angebot in Bezug auf Menge und Qualität?
- Wo soll die Reise des Gesundheitssystems der Schweiz hinführen?
- Welche Strategien sind heute zur Verhinderung der Entstehung von chronischen Krankheiten besonders empfehlenswert und warum? Warum spielt gerade das Transportsystem in diesem Zusammenhang eine besondere Rolle?

Teil B des Gesundheitsberichts ist in vier Kapitel gegliedert: [Kapitel 7](#) mit Informationen zur Verbreitung von chronischen Krankheiten und ihrer Bedeutung für die Gesellschaft; [Kapitel 8](#) zum Thema «Leben mit chronischen Krankheiten», dargestellt aus Sicht der betroffenen Personen und ergänzt mit Informationen zur Bedeutung von sozialer Unterstützung und informeller Pflege; [Kapitel 9](#) zum Stand und zur zukünftigen Entwicklung des Gesundheitssystems Schweiz bezüglich der Pflege und Betreuung von

chronisch Kranken und *Kapitel 10* zur Förderung der aktiven Mobilität als Beispiel der Förderung von Gesundheit und Bekämpfung der Krankheitslast aufgrund von chronischen Krankheiten.

Ein Ausblick in die Zukunft schliesst den Bericht ab. Hier wird ein optimiertes Gesundheitswesen skizziert, das Herausforderungen chronischer Krankheiten gemeistert hat. Die Ausarbeitung eines konkreten Massnahmenplans ist hingegen nicht Teil dieses Gesundheitsberichts. Dieser Bericht soll dazu dienen, die Priorisierung und Planung solcher Massnahmen durch die Akteure in der Politik, in der Verwaltung und nicht zuletzt in der Zivilgesellschaft auf der Basis von wissenschaftlichen Informationen zu unterstützen.

Was finden Sie wo?

Der Nationale Gesundheitsbericht 2015 liegt in drei medialen Produkten vor, die den unterschiedlichen Bedürfnissen der Adressaten entsprechend einen möglichst passenden Zugang zum Inhalt ermöglichen sollen:

- *Als elektronische Version (pdf) zum kostenlosen Download*
 - *Als gedrucktes Buch*
 - *Mit weiterführenden und vertiefenden Informationen, die unter www.obsan.ch abrufbar sind (zusätzliche Auswertungen der Indikatoren des Teils A, oben erwähnte Fachberichte, weiterführende Links, Literaturliste und mehr).*
-

Teil A: Indikatoren

Laila Burla, Dimitri Kohler

2 Demografische und sozio-ökonomische Determinanten

Spricht man von der Gesundheit einer Bevölkerung, so sind gesundheitliche Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen von zentraler Bedeutung. Neben Unterschieden zwischen Frauen und Männern sowie Altersgruppen sind v. a. Unterschiede nach sozialem Status (z. B. Bildung, Einkommen, beruflicher Status) zu nennen, die als gesundheitliche Ungleichheit bezeichnet werden. Diese Unterschiede lassen sich zu einem grossen Teil auf unterschiedliche Lebensumstände und Verhaltensweisen zurückführen.

Das folgende Kapitel umfasst eine Auswahl von Indikatoren zu Lebenssituation und Lebensbedingungen, welche einen grossen Einfluss auf die Gesundheit haben.

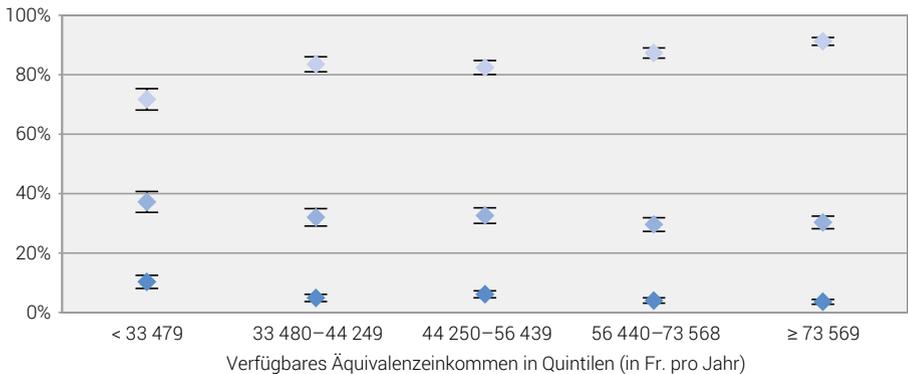
Einige ausgewählte Ergebnisse der nachfolgenden Indikatoren sind:

- Tieferes Einkommen und tiefere Bildung gehen mit erhöhter Morbidität und Mortalität einher.
- Personen mit Migrationshintergrund haben im Mittel einen schlechteren Gesundheitszustand, was sich u. a. durch ihren durchschnittlich tieferen sozio-ökonomischen Status erklären lässt. Nicht zu vergessen ist, dass die Unterschiede vor allem nach Herkunftsland beträchtlich sind.
- Erwerbsarbeit stellt sowohl eine Ressource wie auch ein Risikofaktor für Gesundheit dar.

2.1 Ökonomische Lebensbedingungen

Gesundheitsindikatoren nach Einkommen, 2012

25- bis 64-Jährige



Anteil Personen...

- ◆ ...die ihre Gesundheit als (sehr) gut einschätzen
 - ◆ ...mit einem lang andauernden Gesundheitsproblem
 - ◆ ...die in Alltagsaktivitäten stark eingeschränkt sind
- ┃ 95%-Konfidenzintervall

Einschränkungen in Alltagsaktivitäten seit mindestens 6 Monaten

Quelle: BFS – SILC

© Obsan 2015

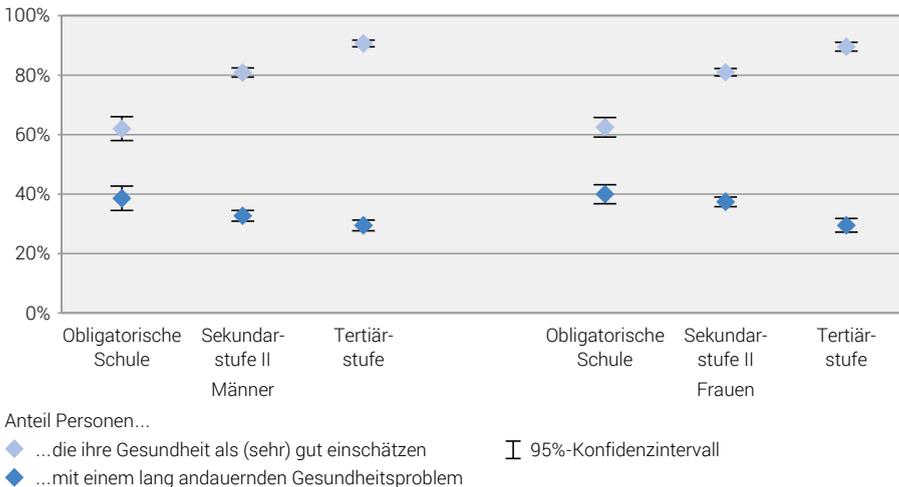
Sozio-ökonomische Unterschiede erklären einen grossen Teil der gesundheitlichen Ungleichheit innerhalb einer Bevölkerung (Bachmann, 2000; Lampert & Kroll, 2014; Marmot, 2005; Mielck, 2005; Stamm & Lamprecht, 2009b). Deshalb sind Kenntnisse darüber, welche Bevölkerungsgruppen von ungünstigen materiellen Lebensbedingungen besonders betroffen sind, von zentraler Bedeutung. Zahlen zur Schweiz zeigen etwa, dass u. a. Alleinerziehende, alleinlebende Personen, Personen mit geringer Bildung, Nichterwerbstätige, Personen in Haushalten mit geringer Arbeitsmarktpartizipation und auch ausländische Staatsangehörige überdurchschnittlich hohe Armutsquoten aufweisen (BFS, 2014b).

Der Einfluss der finanziellen Situation auf die Gesundheit zeigt sich exemplarisch bei den oben abgebildeten Gesundheitsindikatoren nach Einkommensklassen: Das Fünftel der Bevölkerung zwischen 25 und 64 Jahren mit dem niedrigsten Einkommen (unterstes Quintil) hat deutlich niedrigere Werte bei der selbst wahrgenommenen Gesundheit, leidet häufiger an einem chronischen Gesundheitsproblem und ist auch häufiger aufgrund von Gesundheitsproblemen stark eingeschränkt in den alltäglichen Aktivitäten als Personen, die ein höheres Einkommen aufweisen.

2.2 Bildung

Gesundheitsindikatoren nach Bildung, 2012

25-jährige und ältere Personen



Quelle: BFS – SGB

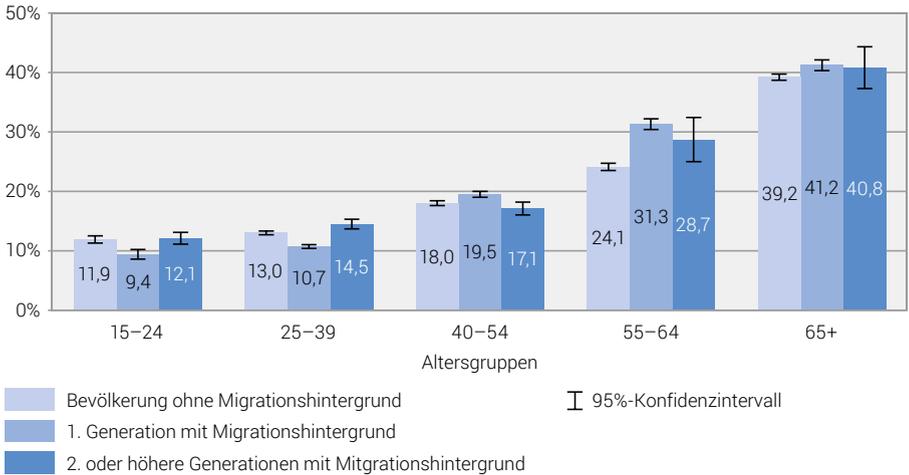
© Obsan 2015

Bildung wirkt sich vielfältig auf die Gesundheit aus. So beeinflusst Bildung die allgemeinen Lebensbedingungen, welche wiederum gesundheitsrelevant sind. Eine höhere Bildung ermöglicht bessere Perspektiven in der Berufswelt u. a. mit besseren Einkommenschancen (vgl. [Indikator 2.1](#)) oder mit einer befriedigenderen und weniger gefährlichen Tätigkeit (Stamm & Lamprecht, 2009a). Andererseits beeinflusst Bildung das Wissen rund um Gesundheit und somit das Gesundheitsverhalten sowie die Kompetenz, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden (Stamm & Lamprecht, 2009b). Entsprechend weisen Personen mit höherer Bildung einen besseren Gesundheitszustand, eine höhere Lebenserwartung und gesundheitsförderlicheres Verhalten auf (BFS, 2014d; Mielck, 2005; Wanner & Lerch, 2012).

Die abgebildeten Daten der SGB 2012 zeigen, dass ca. 63% der Personen ohne nachobligatorischen Schulabschluss ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut bezeichnen, bei Personen mit einem Tertiärabschluss sind es um die 90%. Unter einem dauerhaften Gesundheitsproblem leiden 38,6% der Männer und 40,0% der Frauen ohne nachobligatorische Schulbildung, bei Personen mit Tertiärabschluss sind es rund 10 Prozentpunkte weniger (29,5% bei beiden Geschlechtern).

2.3 Migrationshintergrund

Einschränkungen in Alltagsaktivitäten nach Migrationsstatus, 2013



Einschränkungen seit mindestens 6 Monaten

Quelle: BFS – SAKE

© Obsan 2015

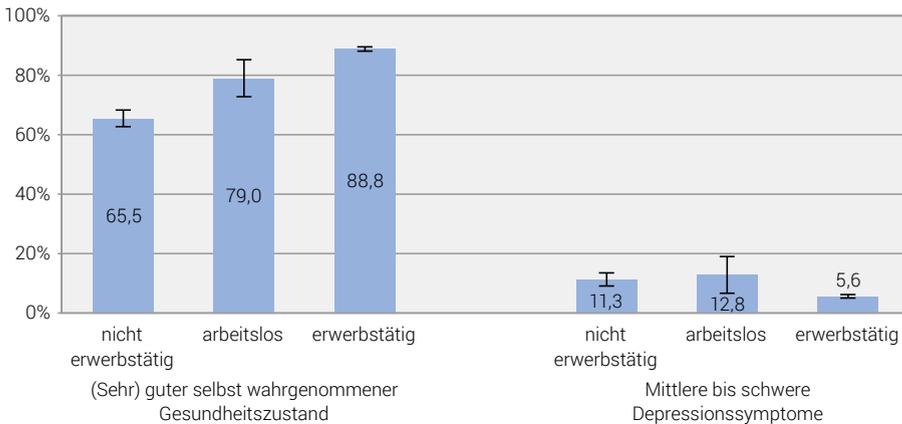
Aufgrund der Heterogenität der Migrationsbevölkerung sind Aussagen zu ihrer gesundheitlichen Situation problematisch. Dennoch zeigt sich, dass Migrantinnen und Migranten in der Schweiz im Allgemeinen einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als die einheimische Bevölkerung (BAG, 2011, 2013b). Migrationsspezifische Einflussfaktoren, welche sich negativ auf die Gesundheit auswirken können, sind u. a. die Migrationsumstände, der Aufenthaltsstatus sowie mangelnde Integration: So verfügt beispielsweise ein grosser Teil der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz über ein unterdurchschnittliches Bildungs- und Einkommensniveau und ist auch öfter von Armut und Arbeitslosigkeit betroffen (BFS, 2014e; BAG, 2013b).

Wie die abgebildeten Zahlen zu Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten aufgrund von Gesundheitsproblemen zeigen, berichten jüngere Migrantinnen und Migranten der 1. Generation weniger oft von solchen Einschränkungen als Personen ohne Migrationshintergrund und solche der 2. oder höheren Generation. Man spricht in diesem Zusammenhang vom «Healthy Worker Effekt», da vor allem gesunde Personen migrieren, sofern sie eine Wahl haben. Ab 40 Jahren zeigen die Migrantinnen und Migranten der 1. Generation indessen öfter gesundheitliche Einschränkungen im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Wer schon in 2. Generation in der Schweiz lebt, hat sich stärker der einheimischen Bevölkerung angeglichen.

2.4 Arbeitssituation

Gesundheitsindikatoren nach Erwerbsstatus, 2012

25-jährige und ältere Personen



┆ 95%-Konfidenzintervall

Symptome in den letzten zwei Wochen

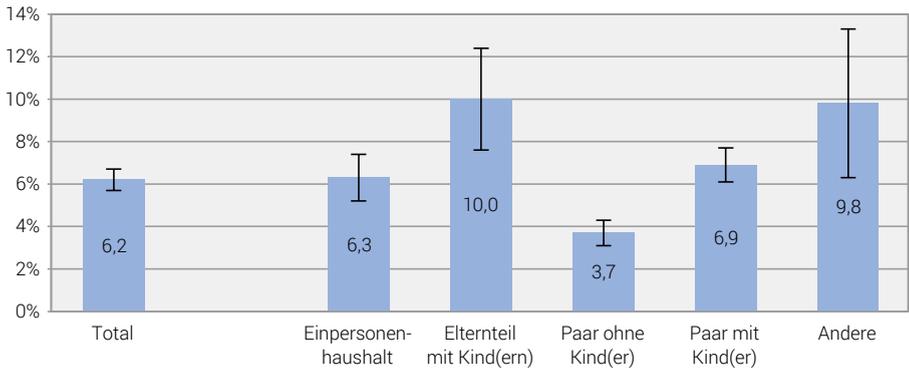
Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Erwerbstätigkeit und Gesundheit beeinflussen sich viel- und wechselseitig (Kroll & Lampert, 2012). Erwerbstätige sind allgemein bei besserer Gesundheit als Nichterwerbstätige oder Arbeitslose (BFS, 2014d; Gesundheitsförderung Schweiz, 2013; Schuler & Burla, 2012). Wie die abgebildeten Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 zeigen, beurteilen 88,8% der 25- bis 64-jährigen Erwerbstätigen ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut, während dieser Anteil bei den Arbeitslosen 79,0% und bei den Nichterwerbstätigen 65,5% beträgt. Arbeitslose und Nichterwerbstätige berichten auch häufiger von Depressionssymptomen. Dies lässt sich einerseits dadurch erklären, dass Personen mit Gesundheitsproblemen eher Schwierigkeiten haben, sich im Arbeitsmarkt zu behaupten («Healthy Worker Effect»). Andererseits trägt Erwerbsarbeit zu einer guten Gesundheit bei, indem sie nebst der Sicherung der Existenz u.a. auch das Selbstwertgefühl, die Selbstwirksamkeit und die soziale Integration fördert. Entsprechend wirkt sich eine länger dauernde Arbeitslosigkeit negativ auf die Gesundheit aus (Lätsch et al., 2011, Baer et al., 2013). Erwerbsarbeit kann jedoch bei schlechten Arbeitsbedingungen auch einen Risikofaktor darstellen (BFS, 2014a). So sind Erwerbstätige am Arbeitsplatz nicht selten physischen (Unfälle, Schicht- und Nachtarbeit, schwere körperliche Arbeit etc.) und psychischen Belastungen (Unter-/Überforderung, mangelnde Anerkennung, Mobbing etc.) ausgesetzt.

2.5 Haushaltstruktur

Mittlere bis schwere Depressionssymptome nach Haushaltstyp, 2012



┆ 95%-Konfidenzintervall

Symptome in den letzten zwei Wochen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Die unterschiedlichen Lebenssituationen von Menschen widerspiegeln sich z. T. auch in den Haushaltstrukturen, in denen sie leben. Entsprechend sind die Gesundheitsvoraussetzungen ungleich über die Haushaltstypen verteilt. Dies zeigt sich u. a. in den Analysen zu Depressionssymptomen: Alleinerziehende Personen (10,0%) berichten deutlich häufiger von depressiven Symptomen als der Durchschnitt (6,2%). Paare ohne Kinder sind dagegen deutlich weniger häufig davon betroffen (3,7%). Bei der Erklärung dieser gesundheitlichen Unterschiede nach Haushaltstyp sind Faktoren wie das Alter, die finanziellen Ressourcen, die Arbeitsbelastung (z. B. Doppelbelastung bei Alleinerziehenden), die soziale Integration etc., von Bedeutung. Anzumerken ist, dass Personen, die in einer Institution leben, bei den oben genannten Ergebnissen nicht eingeschlossen sind.

3 Kinder

Das folgende Kapitel widmet sich der gesundheitlichen Situation von Kindern im Alter von ca. 0 bis 10 Jahren. Es umfasst zentrale Indikatoren zum Gesundheitszustand und zu gesundheitsrelevanten Einflussfaktoren mit jeweiligem Fokus auf Themen, die bei Kindern besonders relevant sind. Ein Teil dieser Indikatoren (z. B. Todesursachen, Diabetes, Körpergewicht) ist in den folgenden Kapiteln auch für die anderen Lebensabschnitte (Jugendliche und junge Erwachsene, Erwachsene im mittleren Alter, ältere Menschen) beschrieben, was ein Gesamtbild über das Alter hinweg vermittelt. Zu beachten ist dabei, dass die Zahlen z. T. auf unterschiedlichen Datenquellen beruhen und deshalb nur beschränkt vergleichbar sind. Andere Indikatoren, wie z. B. zu Masern und Behinderung, finden sich nur in diesem Kapitel zu den Kindern. Ein Spezialfall stellt der erste Indikator zu Lebenserwartung und den gesunden Lebensjahren bei Geburt dar, der ein theoretisches Merkmal des Alters 0 Jahre eines bestimmten Geburtsjahrgangs ist und nicht die Gesundheit der Kinder beschreibt.

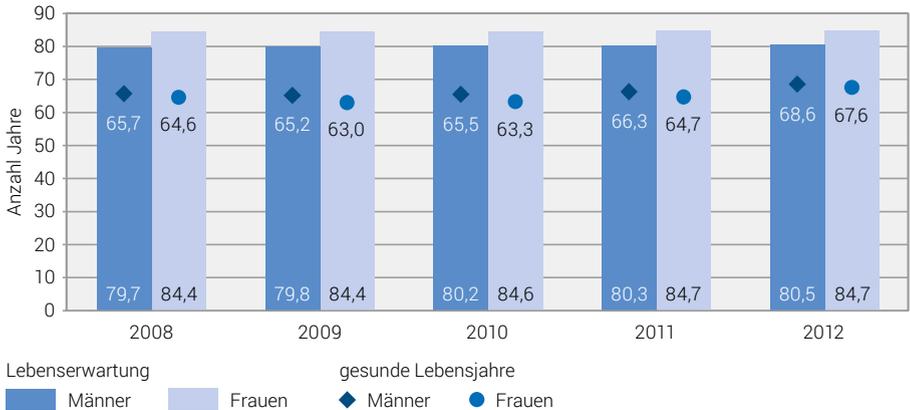
Die Auswahl der Indikatoren wurde massgeblich durch die Datenlage mitbestimmt. Während für einige Indikatoren (Todesursachen, Masern, Krebserkrankungen und Unfälle) eine gute Datenbasis besteht, ist die Datenlage – gerade für die Altersgruppe der Kinder – in wichtigen Themenbereichen ungenügend. So mussten bei den Ausführungen etwa zu psychischer Gesundheit, zu Diabetes aber auch zu Körpergewicht und zu Bewegung bei Kindern auf Ergebnisse von einzelnen Studien zurückgegriffen werden, welche von ihrer Aussagekraft beschränkt sind. Zu anderen Themen, wie Ernährung, liegen keine bzw. nur internationale Daten vor.

Einige ausgewählte Ergebnisse der nachfolgenden Indikatoren sind:

- Die gesunden Lebensjahre nehmen schneller zu als die allgemeine Lebenserwartung.
- Gemäss Schätzungen haben bis zu 20% der Kinder psychische Auffälligkeiten.
- Die häufigsten Todesursachen von Kindern im ersten Lebensjahr sind perinatale Ursachen und Missbildungen, später dann Unfälle und Krebserkrankungen.
- Etwa 22% der Kinder im Primarschulalter sind übergewichtig – dieser Anteil ist in den letzten Jahren stabil geblieben.

3.1 Lebenserwartung/gesunde Lebensjahre

Lebenserwartung und gesunde Lebensjahre bei Geburt, 2008 – 2012



Quelle: BFS – ESPOP, BEVNAT, STATPOP und Eurostat

© Obsan 2015

Im Jahr 2012 betrug die *Lebenserwartung* in der Schweiz 84,7 Jahre für Frauen und 80,5 Jahre für Männer. Im 20. Jahrhundert hat sich die Lebenserwartung praktisch verdoppelt. Während um 1900 vor allem die Abnahme der Kindersterblichkeit dazu beitrug, ist es heute das Älterwerden der Bevölkerung. Der Geschlechterunterschied hat sich in den letzten Jahren abgeschwächt. Im internationalen Vergleich liegt die Schweiz auf dem zweiten Rang nach Japan (WHO, 2014).

Die *gesunden Lebensjahre* («Healthy Life Years») messen die Lebenszeit, die ein Mensch voraussichtlich ohne funktionale Einschränkungen/Behinderungen leben kann. Im Jahr 2012 geborene Jungen konnten durchschnittlich 68,6 Lebensjahre ohne Funktionseinschränkung erwarten, bei den Mädchen waren es 67,6 Jahre. Die gesunde Lebenserwartung nahm zwischen 2008 und 2012 schneller zu als die allgemeine Lebenserwartung.

Die Schweiz ist eines der wenigen Länder in Europa, in denen Frauen tendenziell eine niedrigere gesunde Lebenserwartung bei Geburt haben als Männer. Zusammen mit der höheren allgemeinen Lebenserwartung wirkt sich das auf die Anzahl der Lebensjahre aus, die mit Funktionseinschränkungen gelebt werden müssen.

3.2 Psychische Gesundheit

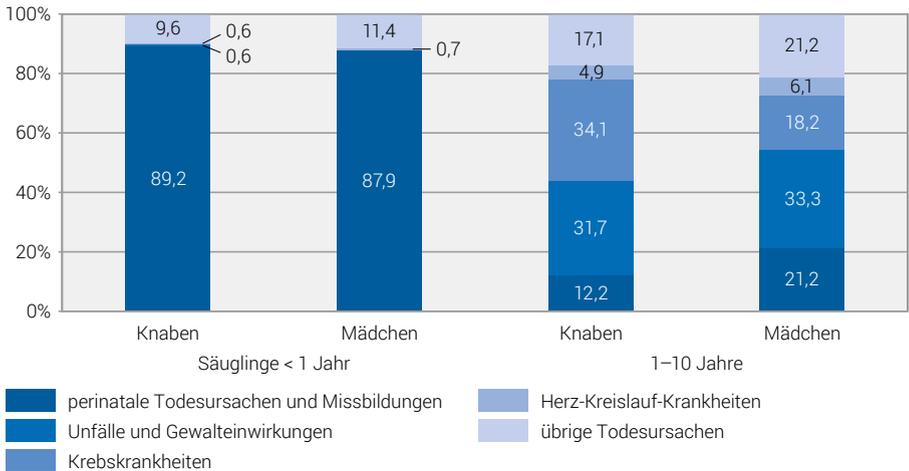
Schweizer Studien, welche Aspekte der psychischen Gesundheit von Kindern untersuchen, liegen nur wenige vor. Die einzige repräsentative Erhebung in der Schweiz, welche Prävalenzzahlen zu psychischen Störungen bei Kindern liefert, ist die Zürcher Studie ZAPPS (Zurich Adolescent Psychology and Psychopathology Study) aus dem Jahr 1994 (Steinhausen et al., 1998). Gemäss den Ergebnissen der Studie beträgt die Gesamtprävalenz von psychischen Erkrankungen bei 7- bis 17-Jährigen 22,5%, wobei Kinder zwischen 7 und 9 Jahren besonders häufig betroffen sind mit einer Prävalenz von 31,3% (10- bis 13-Jährige: 25,4%; 14- bis 17-Jährige: 12,8%). Die Studie zeigt weiter, dass Knaben häufiger psychische Erkrankungen aufweisen als Mädchen.

Die Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern wird in der Schweiz meist auf der Grundlage internationaler Studien geschätzt, so u. a. auch von Rüesch & Mäder (2010). Wie auch in vielen anderen Übersichtsarbeiten sind in dieser Studie jedoch nicht nur Kinder, sondern auch Jugendliche bis ca. 17 Jahre eingeschlossen. Es zeigt sich, dass Kinder und Jugendliche am häufigsten von Angststörungen und der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ADHS betroffen sind. Eine Schweizer Studie zur Verschreibung von Ritalin® (Methylphenidat) wurde im Jahr 2002 im Kanton Waadt durchgeführt: Sie zeigt, dass im Alter von 5 bis 14 Jahren etwa 1,2% der Knaben und 0,2% der Mädchen des Kantons Waadt mit Ritalin® behandelt werden (Huissoud et al., 2005).

Umfassende Ergebnisse – auch zu Kindern – liefert die Deutsche Langzeitstudie zur gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen KiGGS. Die beiden bisherigen Erhebungen in den Jahren 2003–2006 und 2009–2012 ergaben, dass etwa 20% der Kinder zwischen 3 und 10 Jahren psychische Auffälligkeiten aufweisen (Hölling et al., 2007; Hölling et al., 2014; Schlack et al., 2007). Es handelt sich dabei häufig um Hyperaktivitäts- und Verhaltensprobleme, wobei Knaben häufiger betroffen sind als Mädchen.

3.3 Todesursachen

Todesursachen bei Kindern, 2012



Quelle: BFS – Todesursachenstatistik

© Obsan 2015

Todesfälle bei Kindern sind selten. Dennoch können Zahlen zu den Todesursachen und ihrer Häufigkeit wichtige Hinweise für mögliche Präventionsmassnahmen geben. In der Schweiz ist die Sterblichkeit im ersten Lebensjahr in den letzten Jahrzehnten sehr stark zurückgegangen, von 15,2 Todesfällen pro 1000 Lebendgeburten im Jahr 1969 auf 3,6 im Jahr 2012 (nicht dargestellt). Die starke Abnahme des plötzlichen Kindstods seit Beginn der 1990er Jahren spielt dabei eine wichtige Rolle (BFS, 2012b). Früher starben deutlich mehr männliche als weibliche Säuglinge – dieser Geschlechterunterschied ist praktisch verschwunden.

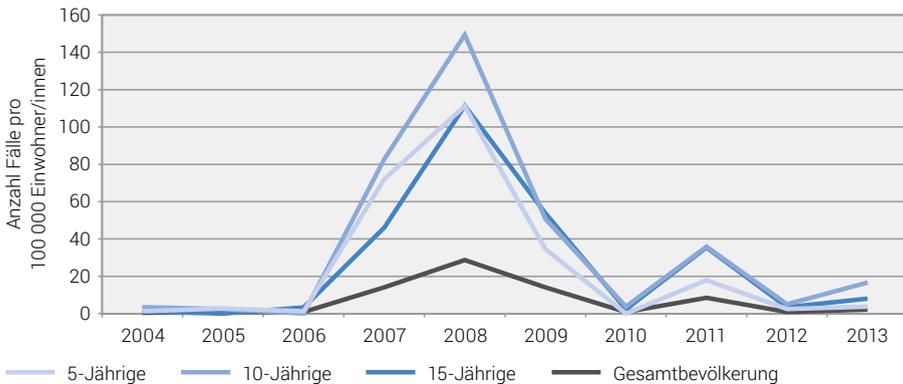
Trotz dieser Verbesserungen ist für Kinder bis 10 Jahre das erste Lebensjahr immer noch das riskanteste: Von den 370 Todesfällen zwischen 0 und 10 Jahren im Jahr 2012 starben 158 (42,7%) der Kinder am ersten Lebenstag, 296 (79,9%) im ersten Lebensjahr.

Wie die Abbildung zeigt, führen bei Säuglingen Umstände rund um Schwangerschaft und Geburt sowie angeborene Missbildungen in 89,2% bei Knaben und in 87,9% bei Mädchen zum Tod, wobei vor allem sehr frühe Frühgeburten und Mehrlingskinder betroffen sind (BFS, 2012b). In den darauffolgenden Lebensjahren sind Unfälle und Gewalteinwirkungen sowie Krebskrankheiten die häufigsten Todesursachen. Ein Überblick zu den Todesursachen über alle Altersgruppen hinweg findet sich beim [Indikator 5.3](#).

3.4 Infektionskrankheiten

Masern

Inzidenz von Masern nach Alter, 2004 – 2013



Quelle: BAG – Statistik der meldepflichtigen Krankheiten

© Obsan 2015

Masern ist eine Infektionskrankheit, die – insbesondere bei Erwachsenen und bestimmten Risikogruppen (Schwangere, Säuglinge, Menschen mit einer Immunschwäche) – zu schweren Komplikationen führen kann. Die Sterblichkeit beträgt in den Industrieländern etwa 1 bis 3 Personen auf 10'000 Erkrankte (BAG, 2012a).

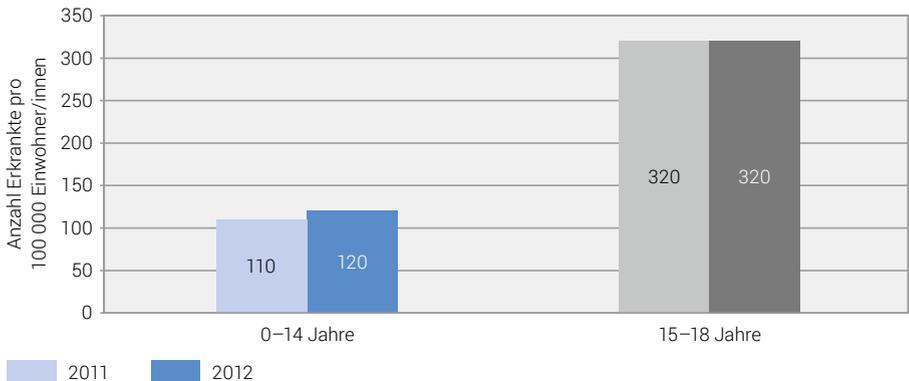
In der Schweiz gab es in den letzten 10 Jahren eine grössere Masernepidemie, die 2008 ihren Höhepunkt erreichte mit insgesamt 2220 Fällen bzw. einer Inzidenzrate von 29 Fällen pro 100'000 Einwohner/innen. Dazu kamen mehrere kleinere Ausbrüche. Kinder und nicht geimpfte Personen sind jeweils am stärksten betroffen. Im Jahr 2013 wurden insgesamt 180 Masernfälle gemeldet: 67% davon betrafen die Altersklasse zwischen 5 und 19 Jahren, 23% waren 20 Jahre alt oder älter.

Masern können durch Impfung verhindert werden. Im Allgemeinen kann bei einer Durchimpfungsrate der Bevölkerung von 95% davon ausgegangen werden, dass auch ungeimpfte Personen vor der entsprechenden Krankheit geschützt sind (Herdenimmunität) und die Krankheit eliminiert werden kann (BAG, 2003). Die Durchimpfungsraten (zwei Dosen) der zweijährigen Kinder gegen Masern sind zwar in den letzten Jahren gestiegen, sie liegen aber mit 85% immer noch weit unter der angestrebten Rate von 95%. Zahlen von 2012 zeigen zudem, dass die Durchimpfungsrate bei Erwachsenen unter 80% liegt (BAG, 2012b, 2014a).

3.5 Nicht-übertragbare Krankheiten

Diabetes mellitus

Diabetes bei Kindern und Jugendlichen (Prävalenz), 2011/2012



Quelle: Helsana Versicherungen/Auswertung für das Obsan

© Obsan 2015

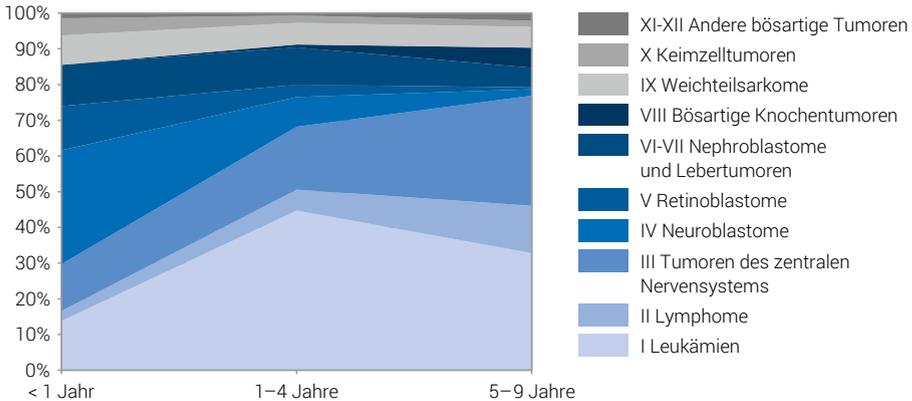
Diabetes mellitus ist eine chronische Stoffwechselkrankheit, deren Rate der Neuerkrankungen in den letzten Jahrzehnten weltweit gestiegen ist (International Diabetes Federation, 2013a). Im Vordergrund stehen zwei Typen: Typ 2 ist stark lebensstilbedingt und mit Übergewicht assoziiert. Er tritt vermehrt im Erwachsenenalter auf. Typ 1 ist eine Autoimmunkrankheit, deren Auftreten bereits im Kindes- und Jugendlichenalter typisch ist. Seit einiger Zeit nimmt jedoch die Erkrankungsrate bei beiden Diabetestypen im Kindesalter zu.

Die abgebildete Schätzung zu Kindern und Jugendlichen basiert auf den Daten einer grossen Krankenversicherung, wobei auf der Basis der Behandlungen auf die Zahl der insgesamt an Diabetes Erkrankten (Typ 1 und 2; Unterscheidung nicht möglich) geschlossen wird. Die Berechnungen ergeben für die Jahre 2011 und 2012 eine Rate von 110–120 Erkrankten/100'000 Kinder oder insgesamt um die 2400 erkrankte Kinder zwischen 0 und 14 Jahren in der Schweiz.

Aktuelle Daten zu Neuerkrankungen (Inzidenz) von Diabetes bei Kindern in der Schweiz gibt es nicht. Die International Diabetes Federation IDF (2013b), deren Zahlen für die Schweiz auf einer Studie von 2001 (Schoenle et al., 2001) beruhen, schätzt die jährliche Anzahl Neuerkrankungen an Typ 1-Diabetes in der Schweiz auf 13,1 pro 100'000 Kinder bis 14 Jahre.

Krebserkrankungen

Verteilung der Krebsdiagnosen bei Kindern, 1987–2011



Anteile basierend auf allen Neuerkrankungen über den Zeitraum 1987–2011
Diagnosegruppen basierend auf der internationalen Klassifikation der Tumoren im Kindesalter

Quelle: SKKR

© Obsan 2015

Krebskrankheiten bei Kindern können mittlerweile zu ca. 80% geheilt werden – sie sind aber nach den Unfällen die zweithäufigste Todesursache (BFS, 2011). Im Zeitraum von 2007 bis 2011 wurden im Durchschnitt pro Jahr rund 181 Neuerkrankungen und etwas weniger als 26 Todesfälle verzeichnet. Krebserkrankungen nehmen ab dem 4. Lebensjahr ab und steigen dann in der Adoleszenz wieder an (BFS, 2011).

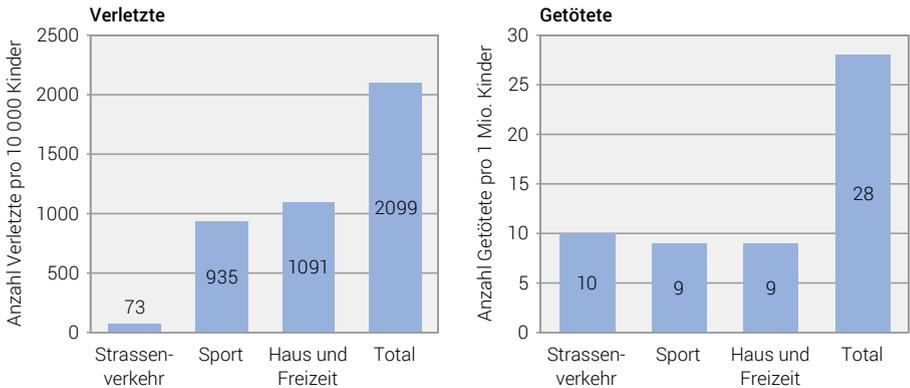
Wie aus der Abbildung ersichtlich handelt es sich bei Kindern oftmals um andere Tumorgewebe als bei Erwachsenen (Übersichtsgrafik nach Alter findet sich im Kapitel 5 beim [Indikator Krebserkrankungen](#)). Bei Säuglingen unter einem Jahr treten am häufigsten Tumoren des Embryonalgewebes auf (z. B. Neuro-, Retino- und Nephroblastome oder Keimzelltumoren). Bei den 1- bis 10-Jährigen sind Leukämien, Tumoren des zentralen Nervensystems sowie Lymphome am stärksten verbreitet.

Da Kinder ihre Krebserkrankung heute zum grössten Teil überleben, sind Spätfolgen der Erkrankung oder der Therapien besonders wichtig geworden. Auch können Zweitumoren auftreten. Verschiedene Untersuchungen zur Lebensqualität dieser Kinder finden sich beim Schweizer Kinderkrebsregister.

3.6 Unfälle

Verletzungs- und Sterberate von Kindern bei Unfällen, 2011

0- bis 16-jährige Personen



Quelle: bfu – Statistik der Nichtberufsunfälle, BFS – Todesursachenstatistik

© Obsan 2015

Unfälle sind ein bedeutender Grund für Hospitalisierungen und Mortalität bei Kindern (vgl. [Indikator zu Todesursachen 3.3](#); BFS, 2014f). Da sie grundsätzlich vermeidbar sind, kommt der Präventionsarbeit eine zentrale Rolle zu.

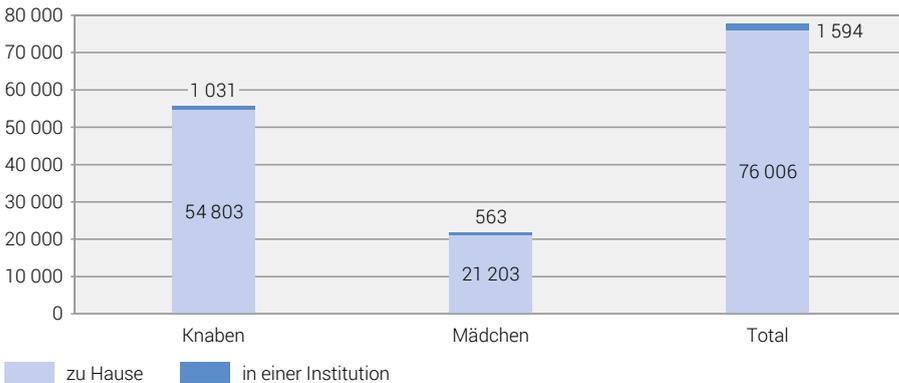
Im Jahr 2011 haben sich in der Schweiz insgesamt 286'430 Kinder Verletzungen zugezogen, davon 9960 im Strassenverkehr, 127'580 beim Sport und 148'890 in Haus und Freizeit. Dies entspricht einer Rate von 2099 Kindern pro 10'000 Einwohner/innen. 38 Kinder zwischen 0 und 16 Jahren starben an Unfällen, davon 14 im Strassenverkehr und je 12 bei Sportunfällen und in Haus und Freizeit (bfu, 2014). Dies entspricht 28 Todesfällen pro Mio. Einwohner/innen (vgl. Grafik). Knaben (23 Todesfälle) sind häufiger davon betroffen als Mädchen (15 Todesfälle). Eine Überblicksgrafik zu den Unfällen über alle Altersgruppen hinweg findet sich im [Indikator 4.7](#).

Die langjährigen Daten zu den Verkehrsunfällen zeigen, dass die Anzahl Verletzte sowie Todesfälle bei Kindern (0–14 Jahre) trotz jährlichen Schwankungen seit den 80er Jahren stark und stetig zurück gegangen ist (bfu, 2014).

3.7 Behinderungen

Anzahl Kinder mit Behinderung, 2012

0- bis 10-jährige Kinder



Quelle: BFS – SGB, Somed

© Obsan 2015

Behinderung ist nicht ein Gesundheitsproblem an sich. Mit dem Begriff werden die Auswirkungen bezeichnet, welche ein Gesundheitsproblem auf das alltägliche Leben der betroffenen Person hat.

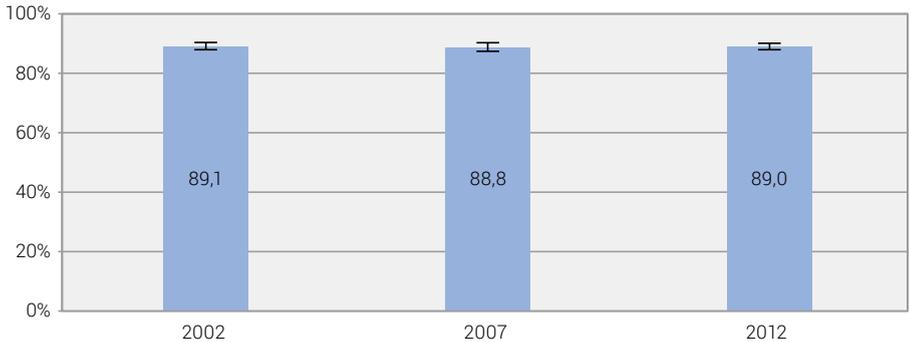
Die Analyse der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 (Eltern wurden gefragt, ob ihr Kind irgendwelche Behinderungen hat und wie sehr diese die Schule oder sonstige Alltagstätigkeiten beeinflusst) und der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen Somed 2012 ergeben, dass in der Schweiz 77'600 Kinder (55'834 Knaben/21'766 Mädchen) zwischen 0 und 10 Jahren mit einer Behinderung leben – dies entspricht 8,7% aller Kinder in diesem Alter (siehe Abbildung). 1594 (2,1%) davon leben in einer Institution – bei diesen Kindern kann von einer schwerwiegenden Beeinträchtigung ausgegangen werden.

Weitere Analysen der SGB 2007 ergaben, dass in 122'100 Schweizer Haushalten mindestens ein Kind zwischen 0 und 14 Jahren mit einer Behinderung lebt – dies entspricht 8,4% der Haushalte mit 0- bis 14-jährigen Kindern. Von diesen Kindern haben etwa 24% eine Behinderung mit starken Auswirkungen auf das Leben des Kindes (BFS, 2010).

Knaben sind häufiger von Behinderungen betroffen als Mädchen. So sind zwei Drittel der behinderten Kinder Knaben. Gründe sind nicht einfach zu finden, folgende Faktoren könnten jedoch eine Teilerklärung liefern: Männer sind von bestimmten Erbkrankheiten (z. B. Trisomie 21), von gewissen Verhaltensstörungen sowie von Unfällen häufiger betroffen als Frauen (BFS, 2012a).

3.8 Ernährung

Anteil Mütter, die ihr jüngstes Kind gestillt haben, 2002 – 2012



┆ 95%-Konfidenzintervall

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Bereits im Säuglingsalter ist die Ernährung von zentraler Bedeutung. Die WHO empfiehlt, ein Neugeborenes während sechs Monaten ausschliesslich zu stillen. In einer Metaanalyse konnte festgestellt werden, dass Stillen vermutlich zur Vermeidung von Übergewicht (Kleiner et al., 2013) beiträgt und eine Verbesserung der Intelligenz bewirkt (Horta & Victora, 2013). Zudem vermutet man, dass eine längere Ernährung nur mit Muttermilch zur Verminderung von Allergien beiträgt (Foisy et al., 2011).

Gemäss einer Analyse der Daten der SGB haben knapp 90% der Mütter in der Schweiz ihr letztgeborenes Kind gestillt (vgl. Abbildung). Die Anteile haben sich in den letzten 10 Jahren nicht verändert. Etwa ein Viertel (26%) der befragten Mütter hat ihr Kind 1–4 Monate und ein weiteres Viertel (25%) 4–6 Monate gestillt. Ein Fünftel (21%) der Kinder wurde 6–12 Monate gestillt, fast jedes Zehnte (9%) über ein Jahr lang.²

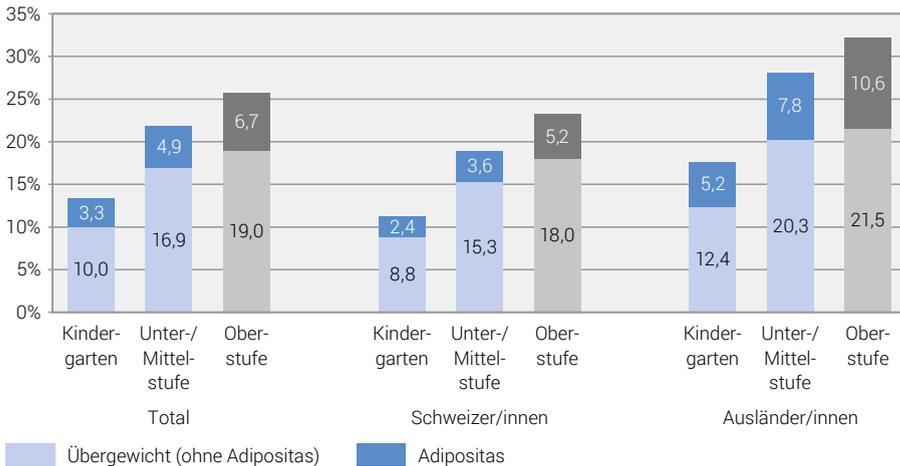
Weitere Schweizer Daten zur Ernährung und zum Essverhalten von Schweizer Kindern existieren nicht. Daten aus Deutschland für die Jahre 2003–2006 zeigen, dass zwei Drittel der Kinder von 3 bis 6 Jahren täglich Obst essen. Zwei Drittel der 3- bis 6-jährigen Mädchen essen täglich Gemüse, bei den Knaben ist es etwa die Hälfte (Mensink et al., 2007).

² Vgl. Indikator zum Stillen des BAG: www.bag.admin.ch → Themen → Ernährung und Bewegung → Monitoring-System → Indikatorenammlung → Indikator 2.7

3.9 Körpergewicht

Übergewicht bei Kindern, 2012/2013

Städte Basel, Bern und Zürich



Quelle: Stamm, H., Ceschi, M., Gebert, A. et al., 2014

© Obsan 2015

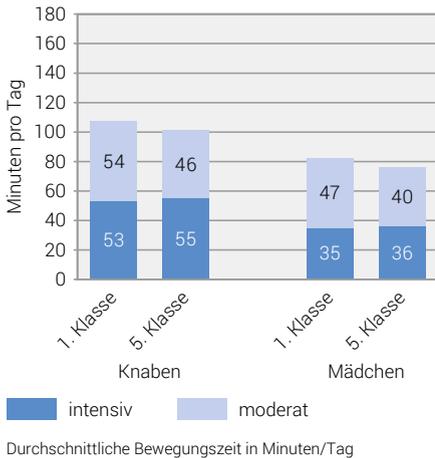
Übergewicht ist ein wichtiger Risikofaktor im Hinblick auf zahlreiche nicht-übertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2 und einige Krebsarten. Massnahmen im Hinblick auf ein gesundes Körpergewicht bei Kindern und Jugendlichen sind u. a. deshalb von zentraler Bedeutung, weil übergewichtige Kinder und Jugendliche häufig bis ins Erwachsenenalter übergewichtig bleiben mit entsprechenden mittel- und langfristigen Gesundheitsfolgen.

Gesamtschweizerische Gewichtsdaten von Kindern und Jugendlichen existieren nicht. Für die drei Städte Bern, Zürich und Basel liegen jedoch seit 2005/2006 Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste vor (Stamm et al., 2014). Der Anteil übergewichtiger und adipöser – d. h. stark übergewichtiger – Kinder steigt deutlich mit zunehmendem Alter: Im Kindergarten (Durchschnittsalter: 5,4 Jahre) sind 13,3% der Kinder übergewichtig oder adipös, in der Unter-/Mittelstufe (Durchschnittsalter: 9,7 Jahre) sind es mit 21,8% deutlich mehr. Der Anteil steigt in der Oberstufe (Durchschnittsalter 14,6 Jahre) noch weiter an (vgl. [Indikator 4.9](#)).

Ausländische Kinder sind häufiger übergewichtig als Schweizer Kinder, von Adipositas sind sie doppelt so häufig betroffen – dies gilt für alle Schulstufen. Der Vergleich mit den Vorjahren zeigt, dass sich der Anteil der übergewichtigen Kinder in den letzten Jahren kaum verändert hat (Stamm et al., 2014).

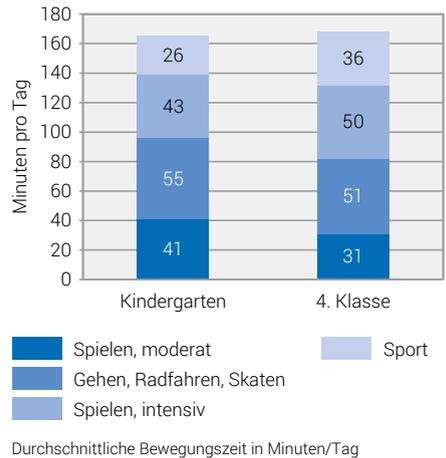
3.10 Bewegung

**Körperliche Aktivität von Kindern:
KISS-Studie, 2006**



Quelle: Observatorium Sport und Bewegung Schweiz, 2013 © Obsan 2015

**Körperliche Aktivität von Kindern:
SCARPOL-Studie, 2004/05**



Quelle: Observatorium Sport und Bewegung Schweiz, 2013 © Obsan 2015

Genügend Bewegung ist für die körperliche, psychische und soziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen von zentraler Bedeutung. Regelmässige körperliche Aktivität ist zusammen mit einer gesunden Ernährung ein wichtiger Schutzfaktor in Bezug auf viele nicht-übertragbare Krankheiten (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, Krebs). Für Kinder und Jugendliche wird täglich mindestens eine Stunde sportliche Betätigung oder Bewegung pro Tag empfohlen (BASPO et al., 2013).

Die KISS-Studie (Kantone Aargau und Basel-Landschaft) aus dem Jahr 2006 sowie die SCARPOL-Studie (Gemeinden Bern, Biel und Payerne) aus dem Jahr 2004/2005 sind zwei der wenigen Untersuchungen in der Schweiz, welche die körperliche Aktivität von Kindern erhoben haben. In den beiden Abbildungen ist das durchschnittliche Bewegungsverhalten pro Tag in Minuten (Messungen mit einem Akzelerometer) nach Schulniveau dargestellt.

Gemäss der KISS-Studie (Abbildung links) bewegen sich Knaben mit ca. 100 Minuten/Tag mehr als Mädchen (ca. 80 Min./Tag). Das Bewegungsverhalten verändert sich zwischen der 1. und der 5. Primarschulklasse kaum. Etwas höhere Werte zeigt die SCARPOL-Studie: Dort ergaben die Messungen bei Kindern im Kindergarten und in der 4. Primarschulklasse eine durchschnittliche Bewegungsdauer von rund 2,5 Stunden pro Tag, wobei ein grosser Teil dieser körperlichen Aktivität durch Spielen erfolgt.

4 Jugendliche und junge Erwachsene

Das folgende Kapitel befasst sich mit der gesundheitlichen Situation von Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von ca. 11 bis 24 Jahren. Es umfasst zentrale Indikatoren zum Gesundheitszustand und zu gesundheitsrelevanten Einflussfaktoren mit jeweiligem Fokus auf Themen, die bei dieser Altersgruppe relevant sind. Einige dieser Indikatoren (z. B. Todesursachen, Diabetes, Körpergewicht) sind auch für die anderen Lebensabschnitte (Kinder, Erwachsene im mittleren Alter, ältere Menschen) – oder zumindest einen Teil davon – beschrieben, was ein Gesamtbild über das Alter hinweg ergibt. Zu beachten ist dabei, dass die Zahlen z. T. auf unterschiedlichen Datenquellen beruhen und deshalb nur beschränkt vergleichbar sind.

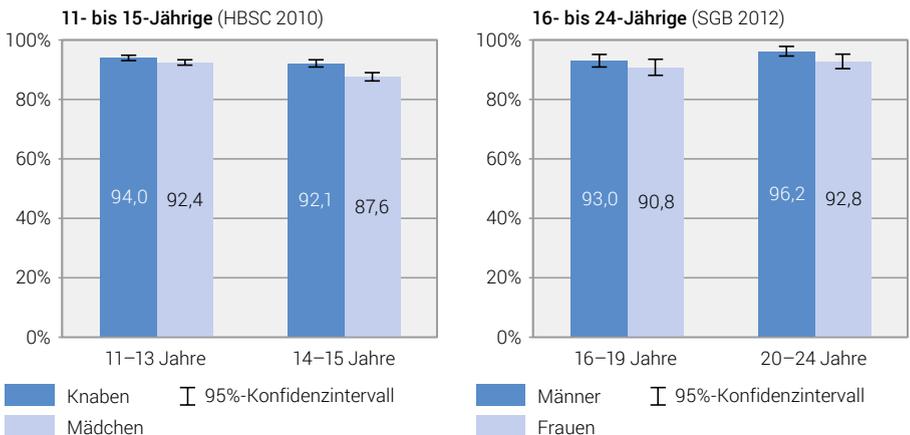
Die Auswahl der Indikatoren wurde durch die Datenlage mitbestimmt. Neben einigen spezifischen Datenbanken (Todesursachenstatistik, Krebsepidemiologie, Statistik der Nichtberufsunfälle) wurde für viele der folgenden Indikatoren auf zwei Befragungen zurückgegriffen: einerseits auf die *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*, eine internationale Untersuchung von Schülerinnen und Schülern der 5. bis 9. Klasse (grössenteils 11- bis 15-Jährige) zu verschiedenen Aspekten des Gesundheitsverhaltens und der Lebensstile, welche alle 4 Jahre durchgeführt wird; andererseits auf die *Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)* des Bundesamtes für Statistik, welche eine Befragung alle fünf Jahre der ständigen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren zu Gesundheitsthemen (Gesundheitszustand und seine Einflussfaktoren, Inanspruchnahme des Gesundheitswesens etc.) darstellt. Bei vielen Indikatoren in diesem Kapitel zu den Jugendlichen und jungen Erwachsenen (z. B. psychische Gesundheit, Schmerzen, Rauchen, Bewegung) werden die Ergebnisse beider Erhebungen nebeneinander dargestellt. Bei der Interpretation ist zu beachten, dass die Ergebnisse auf unterschiedlichen Datenquellen und meist auch anderen Fragen basieren und daher nicht oder nur begrenzt vergleichbar sind.

Einige ausgewählte Ergebnisse der nachfolgenden Indikatoren sind:

- Ein Drittel der Männer und über die Hälfte der Frauen zwischen 16 und 19 Jahren berichten von Depressionssymptomen.
- Suizid ist bei jungen Männern die zweithäufigste, bei jungen Frauen die dritthäufigste Todesursache.
- Der Anteil übergewichtiger Männer und Frauen zwischen 16 und 24 Jahren hat sich in den letzten 20 Jahren verdoppelt.
- 13% der Jungen und 10% der Mädchen im Alter von 15 Jahren rauchen täglich.

4.1 Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand

(Sehr) guter selbst wahrgenommener Gesundheitszustand von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, 2010 und 2012



© Obsan 2015

Der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand, auch subjektiver Gesundheitszustand genannt, gibt an, wie gesund sich jemand fühlt. Die Antwort auf die Frage nach dem subjektiven Gesundheitszustand eignet sich für die Prognostizierung verschiedener messbarer Werte wie Morbidität (Krankheitsgeschehen), Mortalität (Sterblichkeit) und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (Idler & Benyamini, 1997; Jylhä, 2009; Manor et al., 2001).

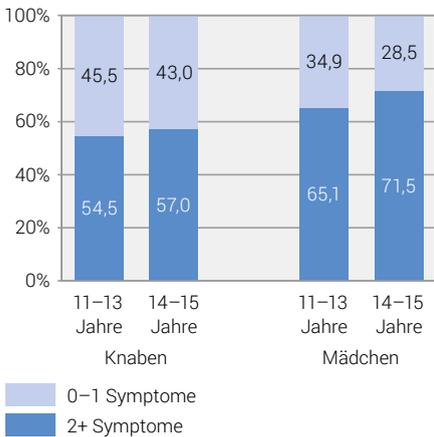
Die grosse Mehrheit der Jugendlichen und jungen Erwachsenen fühlt sich gesundheitlich gut bis sehr gut: Die Anteile liegen alle über 90% ausser bei den 14- bis 15-jährigen Mädchen, die mit 87,6% ihren Gesundheitszustand weniger oft als gut bis sehr gut bezeichnen als die gleichaltrigen Knaben (signifikanter Unterschied). Zu beachten ist, dass es sich bei den 11- bis 15-Jährigen um Ergebnisse der HBSC-Studie handelt, bei den 16- bis 24-Jährigen sind es Daten der SGB. Wie der Überblick über alle Altersgruppen (vgl. [Indikator 5.1](#)) hinweg zeigt, nimmt der Anteil derjenigen, die ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut beurteilen, mit zunehmendem Alter ab.

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → [Indikatoren](#) → [Selbst wahrgenommene Gesundheit \(NGB\)](#)

4.2 Psychische Gesundheit

Psychische Beschwerden

Psychoaffektive Symptome bei 11- bis 15-Jährigen, 2010

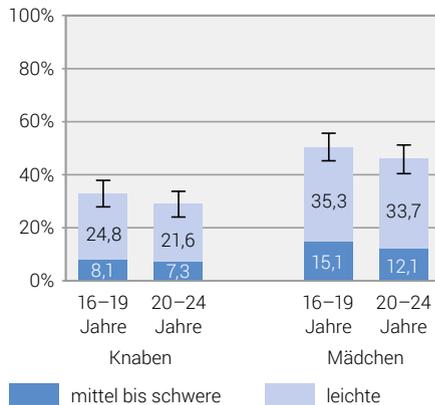


Symptome in den letzten zwei Wochen

Quelle: HBSC

© Obsan 2015

Depressionssymptome bei 16- bis 24-Jährigen, 2012



I 95%-Konfidenzintervall. Die Konfidenzintervalle beziehen sich auf das Total der Depressionssymptome (leichte bis schwere Symptome).

Symptome in den letzten zwei Wochen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

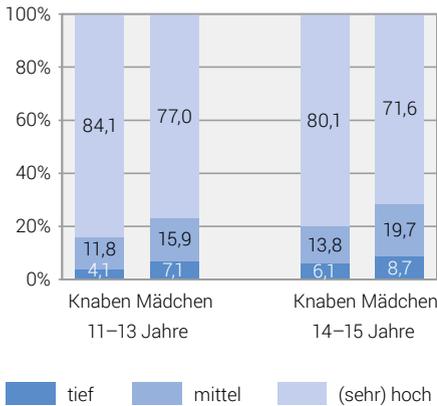
Für die Jugendlichen zwischen 11 und 15 Jahren sind die Ergebnisse der HBSC-Studie zu *psychoaffektiven Symptomen* (z. B. Traurigkeit, Einschlafschwierigkeiten, Angst/Unruhe) abgebildet. 54,5% der Jungen und 65,1% der Mädchen zwischen 11 und 13 Jahren sind von zwei oder mehreren solchen Symptomen betroffen. Bei den 14- bis 15-Jährigen erhöht sich dieser Anteil auf 57,0% bei den Jungen und auf 71,5% bei den Mädchen.

Bei den jungen Erwachsenen zwischen 16 und 24 Jahren handelt es sich um Ergebnisse zu *Depressionssymptomen* aus der SGB. Ein Drittel (32,9%) der 16- bis 19-jährigen jungen Männer und über die Hälfte (50,4%) der gleichaltrigen Frauen berichten von solchen Symptomen. Bei 8,1% (Männer) bzw. 15,1% (Frauen) handelt es sich dabei um eine mittlere bis schwere Symptomatik. Bei den 20- bis 24-Jährigen sind die Anteile tendenziell etwas tiefer. Eine Überblicksgrafik zu Depressivität über alle Altersgruppen hinweg findet sich im [Kapitel 5.2](#) im [Indikator Depressionen](#).

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → [Indikatoren](#) → [Depressionssymptome \(NGB\)](#)

Positive psychische Gesundheit

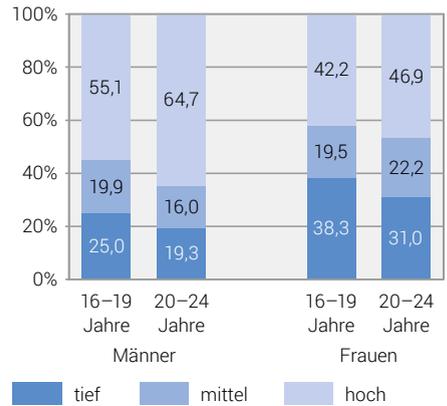
Lebenszufriedenheit von 11- bis 15-Jährigen, 2010



Quelle: HBSC

© Obsan 2015

Energie- und Vitalitätsniveau von 16- bis 24-Jährigen, 2012



Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit können vorhandene psychische Belastungen und Störungen (defizitorientierter Ansatz) oder aber positive Aspekte wie Energie, Optimismus oder Zufriedenheit (ressourcenorientierter Ansatz) untersucht werden.

Für die Jugendlichen zwischen 11 und 15 Jahren ist die *Zufriedenheit mit dem Leben* abgebildet, welche auf den Daten der HBSC-Studie basiert. Lebenszufriedenheit ist einerseits eine wichtige gesundheitliche Ressource, andererseits trägt Gesundheit auch massgeblich zur Zufriedenheit mit dem Leben bei (Smith et al., 1999). Mädchen weisen eine niedrigere Lebenszufriedenheit auf als Knaben und 14- bis 15-Jährige beider Geschlechter sind weniger zufrieden mit ihrem Leben als 11- bis 13-Jährige.

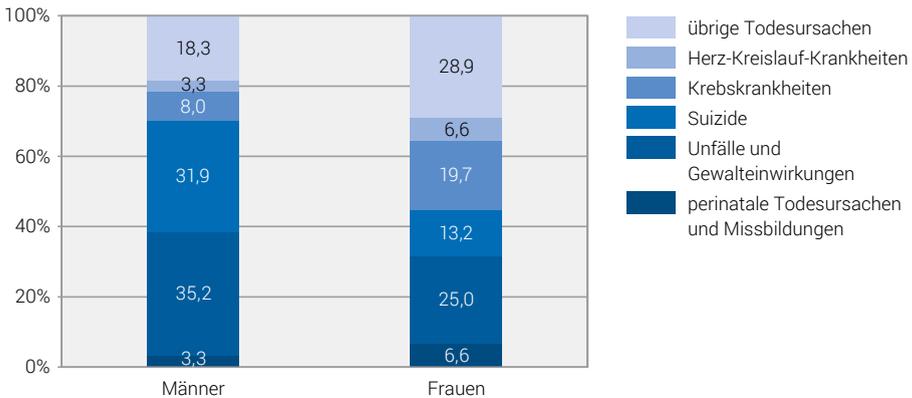
Für die jungen Erwachsenen zwischen 16 und 24 Jahren sind die Ergebnisse der SGB zum *Energie- und Vitalitätsniveau* dargestellt. 55,1% der Männer und 42,2% der Frauen zwischen 16 und 19 Jahren zeigen eine hohe Vitalität, bei den 20- bis 24-Jährigen sind es 64,7% der Männer und 46,9% der Frauen. Der Unterschied nach Geschlecht ist signifikant, derjenige zwischen den beiden Altersgruppen nur bei den Männern.

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → Indikatoren → Energie- und Vitalitätsniveau (NGB)

4.3 Todesursachen

Todesursachen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, 2012

11- bis 24-jährige Personen



Quelle: BFS – Todesursachenstatistik

© Obsan 2015

Todesfälle bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind – wie bei den Kindern – selten. Zahlen zu den Todesursachen und ihrer Häufigkeit können dennoch wichtige Hinweise für mögliche Präventionsmassnahmen geben.

Im Jahr 2012 sind in der Schweiz insgesamt 213 Männer und 76 Frauen zwischen 11 und 24 Jahren gestorben, das macht 2,3 Todesfälle pro 10'000 Einwohner/innen. Wie die Abbildung zeigt, sind Unfälle, Gewalteinwirkungen sowie Suizide bei jungen Männern für über zwei Drittel (67,1%) der Todesfälle verantwortlich (Frauen: 38,2%). Allein die Suizide machen bei den jungen Männern 31,9% der Todesfälle aus, bei den Frauen sind es 13,2%.

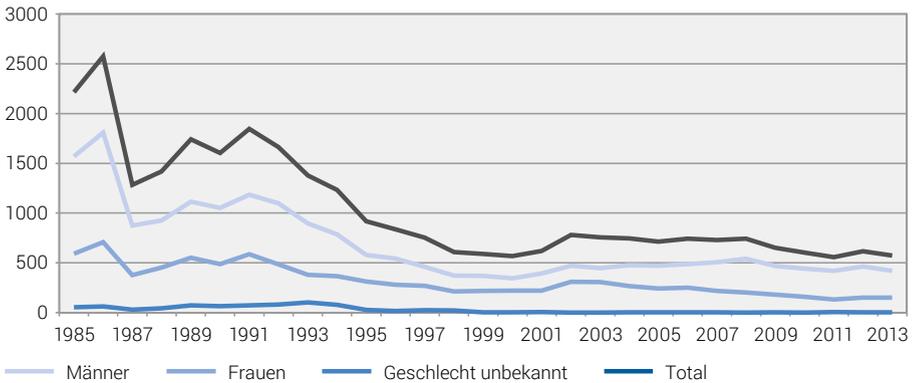
Der wichtigste Risikofaktor für einen vollendeten Suizid ist ein Suizidversuch, weshalb Kenntnisse darüber für die Prävention von zentraler Bedeutung sind (BAG, 2005). In einer früheren Untersuchung bei Jugendlichen im Alter von 16–20 Jahren gaben 8,2% der Frauen und 3,2% der Männer an, schon einmal im Leben einen Suizidversuch unternommen zu haben (Narring et al., 2004).

Weibliche Jugendliche sterben schliesslich häufiger (19,7% der Todesfälle) als männliche (8,0% der Todesfälle) an Krebserkrankungen, und Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind in dieser Altersgruppe noch selten. Eine Überblicksgrafik zu den Todesursachen über alle Altersgruppen hinweg findet sich beim [Indikator 5.3](#).

4.4 Infektionskrankheiten

HIV/Aids

Anzahl HIV-Diagnosen nach Geschlecht, 1985 – 2013



Quelle: BAG

© Obsan 2015

Die Zahl der Neuansteckungen mit HIV hat – wie die Abbildung deutlich zeigt – seit den 1990er-Jahren stark abgenommen. Die HIV-Inzidenz in der Schweiz ist jedoch im Vergleich mit anderen mitteleuropäischen Ländern immer noch hoch (BAG, 2014b; BFS, 2014g). Gemäss Schätzungen leben zur Zeit in der Schweiz 22'000–29'000 Menschen mit einer HIV-Infektion (BAG, 2014c).

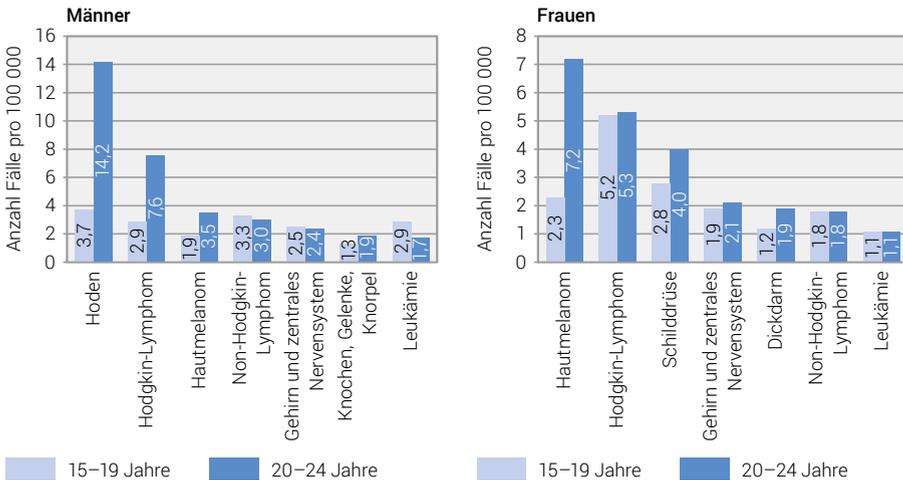
Im Jahr 2013 wurden 574 HIV-Diagnosen gemeldet. Die durchschnittliche Zahl der registrierten Neuansteckungen in den Jahren 2009 bis 2013 beläuft sich auf 460 wobei etwa drei Viertel der Diagnosen auf Männer fallen. Um die 9% der Diagnosen betreffen Jugendliche zwischen 15 und 24 Jahren. Die meisten Diagnosen (ca. 80%) werden bei Personen zwischen 25 und 55 Jahren gestellt. Zahlen zum Ansteckungsweg finden sich im [Indikator 5.4](#).

4.5 Nicht-übertragbare Krankheiten

Krebserkrankungen

Krebsinzidenz bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, 2007–2011

Häufigste Krebslokalisationen



Jährlicher Durchschnitt über die Jahre 2007–2011

Quelle: BFS, NICER und KKR – KE

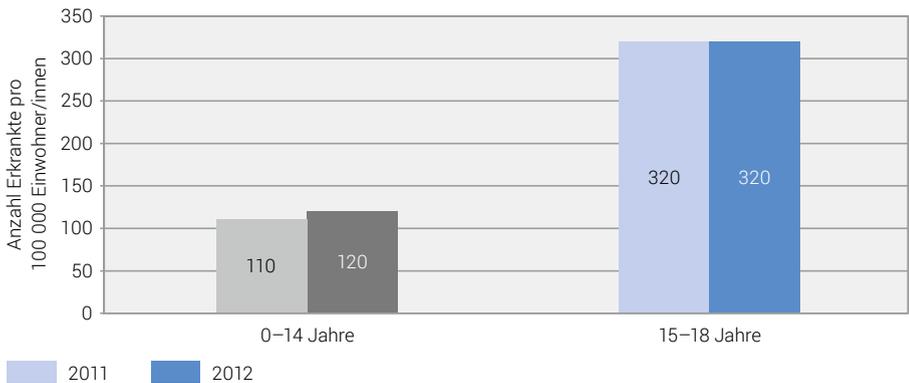
© Obsan 2015

Krebserkrankungen können bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen häufig geheilt werden. Sie haben für die Betroffenen jedoch oft eine lebenslange Bedeutung aufgrund möglicher Spätschäden von Erkrankung oder Therapie.

Wie aus der Abbildung ersichtlich, ist bei männlichen Jugendlichen Hodenkrebs am häufigsten mit einer Inzidenz bei den 15- bis 19-Jährigen von 3,7 Fällen pro 100'000 Einwohner pro Jahr. Bei den 20- bis 24-jährigen sind es 14,2 Erkrankte pro 100'000 Einwohner pro Jahr, womit Hodenkrebs in diesem Alter die häufigste Krebsart überhaupt ist. Bei den Frauen zwischen 15 und 19 Jahren ist das Hodgkin-Lymphom das häufigste Malignom (5,2 Betroffene/100'000 Einwohnerinnen), bei den 20- bis 24-Jährigen ist es das Hautmelanom mit 7,2 Erkrankten pro 100'000 Einwohnerinnen pro Jahr. Im Gegensatz zum Hodentumor, welcher im höheren Alter seltener wird, nimmt die Erkrankungsrate beim Hautmelanom mit zunehmendem Alter zu. Eine Übersichtsgrafik zu der Inzidenz von Krebserkrankungen findet sich im [Kapitel 5.5](#) im [Indikator Krebserkrankungen](#).

Diabetes mellitus

Diabetes bei Kindern und Jugendlichen (Prävalenz), 2011/2012



Quelle: Helsana Versicherungen/Auswertung für das Obsan

© Obsan 2015

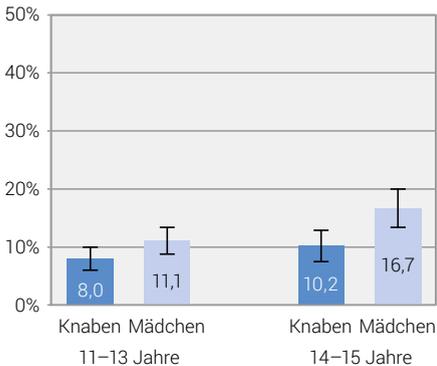
Diabetes mellitus ist eine chronische Stoffwechselerkrankung, deren Rate der Neuerkrankungen in den letzten Jahrzehnten weltweit gestiegen ist (International Diabetes Federation, 2013). Im Vordergrund stehen zwei Typen: Typ 2 ist stark lebensstilbedingt und mit Übergewicht assoziiert. Er tritt vermehrt im Erwachsenenalter auf. Typ 1 ist eine Autoimmunerkrankung, deren Auftreten bereits im Kindes- und Jugendalter typisch ist. Während Kinder vor allem vom Typ 1 betroffen sind, erkranken Jugendliche in den letzten Jahrzehnten vermehrt auch an Typ 2.

Die abgebildete Schätzung zu Kindern und Jugendlichen, die mit der Erkrankung leben, basiert auf den Daten einer grossen Krankenversicherung, wobei auf der Basis der Behandlungen auf die Zahl der insgesamt an Diabetes Erkrankten (Typ 1 und 2 – Unterscheidung ist nicht möglich) geschlossen wird. Die Berechnungen ergeben für die Jahre 2011 und 2012 eine Rate von 320 Erkrankten/100'000 Personen oder insgesamt 1120 erkrankte Jugendliche zwischen 15 und 18 Jahren.

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → Indikatoren → Diabetes mellitus (NGB)

4.6 Schmerzen

Rückenschmerzen bei 11- bis 15-Jährigen, 2010



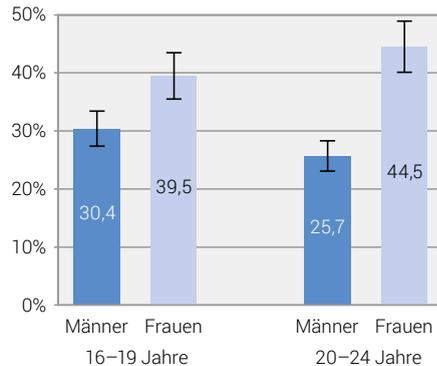
┆ 95%-Konfidenzintervall

Schmerzen mehrmals pro Woche in den letzten 6 Monaten

Quelle: HBSC

© Obsan 2015

Rücken-/Kreuzschmerzen bei 16- bis 24-Jährigen, 2012



┆ 95%-Konfidenzintervall

Etwas bis starke Schmerzen in den letzten 4 Wochen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Eine internationale Studie zeigt, dass etwa 16% der Schweizer Bevölkerung unter chronischen Schmerzen leiden, wobei Rückenschmerzen und Kopfschmerzen zu den häufigsten Schmerzen gehören (Breivik et al., 2006). Bereits bei Jugendlichen sind Rückenschmerzen relativ häufig und können zu einer Verminderung von Aktivitäten, Absentismus in der Schule und zu einer Reduktion von körperlicher Aktivität bis zu deren Abwesenheit führen (Calvo-Muñoz et al., 2013).

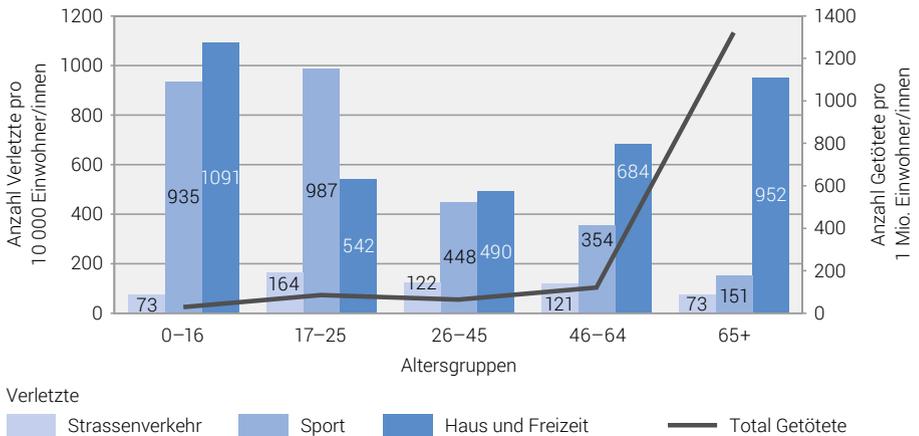
Den Jugendlichen zwischen 11 und 15 Jahren wurden in der HBSC-Studie Fragen zu *Schmerzen im Laufe der letzten 6 Monate* gestellt. 8,0% der Knaben und 11,1% der Mädchen im Alter von 11 bis 13 geben an, mehrmals pro Woche unter Rückenschmerzen zu leiden. Bei den 14- bis 15-Jährigen sind die Anteile höher (Knaben 10,2%, Mädchen 16,7%, signifikanter Unterschied).

Für die Jugendlichen zwischen 16 und 24 Jahren sind die Ergebnisse der SGB zu *Schmerzen/Beschwerden in den vergangenen 4 Wochen* dargestellt. Die Zahlen sind somit nicht vergleichbar mit denjenigen für die 11- bis 15-Jährigen. 30,4% der 16- bis 19-jährigen und 25,7% der 20- bis 24-jährigen Männer berichten von wenig bis starken Rücken- oder Kreuzschmerzen. Bei den jungen Frauen sind die Anteile höher mit 39,5% (16- bis 19-Jährige) bzw. 44,5% (20- bis 24-Jährige).

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → Indikatoren → Schmerzen (NGB)

4.7 Unfälle

Verletzungs- und Sterberate bei Nichtberufsunfällen, 2011



Quelle: bfu – Statistik der Nichtberufsunfälle; BFS – Todesursachenstatistik

© Obsan 2015

Unfälle sind im Jugendalter die wichtigste Todesursache. Bei den männlichen Adoleszenten ist ein Drittel aller Todesfälle auf Unfälle zurückzuführen, bei den weiblichen ein Viertel.

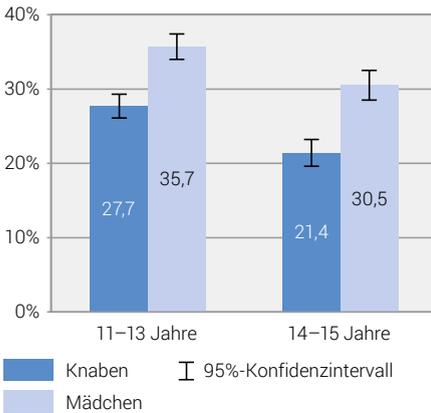
Im Jahr 2011 haben sich insgesamt 146'100 junge Erwachsene (17 bis 25 Jahre) bei einem Nichtberufsunfall verletzt, was einer Rate von 1693 Verletzten pro 10'000 Einwohner/innen entspricht (vgl. Abbildung: Total der drei Säulen bei den 17- bis 25-Jährigen). Am häufigsten erleidet diese Altersgruppe bei sportlichen Aktivitäten Verletzungen (987 Fälle pro 10'000 Einwohner/innen), allen voran beim Fussball.

73 Todesfälle von Personen zwischen 17 und 25 Jahren sind unfallbedingt. Damit weisen junge Erwachsene in diesem Alter mit 85 Fällen pro Mio. Einwohner/innen eine deutlich höhere Rate von unfallbedingten Todesfällen auf als Kinder (0 bis 16 Jahre: 28 Fälle pro Mio. Einwohner/innen). Verkehrsunfälle haben den höchsten Anteil an den tödlichen Unfällen im jungen Erwachsenenalter (53 Fälle pro Mio. Einwohner/innen), am häufigsten bei der Fahrt in Personenwagen (nicht dargestellt).

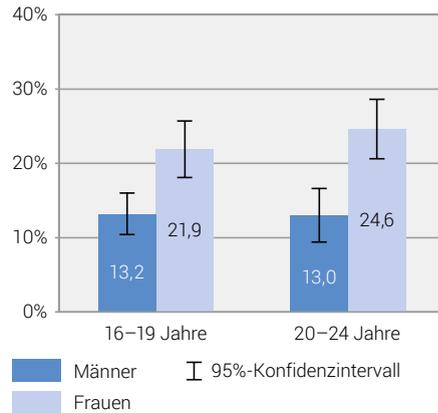
Die langjährigen Daten zu den Verkehrsunfällen zeigen, dass die Anzahl Verletzte sowie Todesfälle bei jungen Erwachsenen (18–24 Jahre) trotz jährlichen Schwankungen seit den 80er Jahren stark und stetig zurück gegangen ist (bfu, 2014).

4.8 Ernährung

Täglicher Gemüsekonsum von 11- bis 15-Jährigen, 2010



Einhaltung der Empfehlung «5 am Tag» durch 16- bis 24-Jährige, 2012



Personen, die an mindestens fünf Tagen pro Woche fünf oder mehr Portionen Gemüse/Früchte essen

Die Ernährung hat neben dem Bewegungsverhalten einen zentralen Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf verschiedener Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes mellitus Typ 2 und einige Krebserkrankungen. Das Ernährungsverhalten wird primär im Kindesalter erlernt, die gesundheitlichen Auswirkungen zeigen sich aber meist erst im Erwachsenenalter (Currie, 2012). Im Adoleszentenalter findet oft eine Umorientierung bezüglich der Werte statt, die auch auf die Ernährungsgewohnheiten einen Einfluss haben kann.

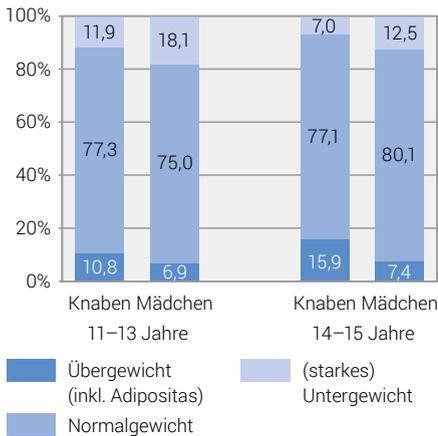
Für die 11- bis 15-Jährigen sind die Ergebnisse der HBSC-Studie abgebildet. In der Abbildung ist der Anteil Jugendlicher wiedergegeben, der *mindestens einmal pro Tag Gemüse isst*. Frauen essen mehr Gemüse als Männer. 14- bis 15-Jährige essen weniger Gemüse als die 11- bis 13-Jährigen – dies gilt für beide Geschlechter.

Die Ergebnisse für die 16- bis 24-Jährigen basieren auf den Daten der SGB. Abgebildet ist der Anteil, welcher angibt, *an mindestens 5 Tagen pro Woche 5 Portionen Gemüse oder Früchte zu essen*. Frauen essen wiederum in beiden betrachteten Altersgruppen häufiger Früchte und Gemüse. Der Anteil bleibt bei beiden Geschlechtern über die beiden Altersgruppen hinweg mehr oder weniger stabil.

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → Indikatoren → Ernährung (NGB)

4.9 Körpergewicht

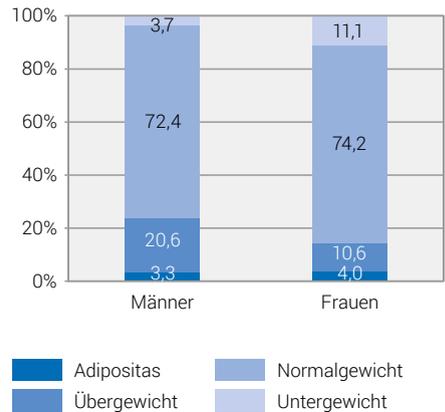
**Körpergewicht
von 11- bis 15-Jährigen, 2010**



Quelle: HBSC

© Obsan 2015

**Körpergewicht
von 16- bis 24-Jährigen, 2012**



Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Übergewicht ist ein wichtiger Risikofaktor im Hinblick auf zahlreiche nicht-übertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2 und einige Krebsarten. Gesundheitsförderliche Massnahmen bei übergewichtigen Kindern und Jugendlichen sind u. a. deshalb von zentraler Bedeutung, weil sie häufig bis ins Erwachsenenalter übergewichtig bleiben mit entsprechenden mittel- und langfristigen Gesundheitsfolgen.

Die Ergebnisse für die 11- bis 15-Jährigen auf der Basis der HBSC-Studie zeigen, dass 10,8% der Knaben zwischen 11 und 13 Jahren übergewichtig (inkl. adipös) sind, bei den 14- bis 15-Jährigen steigt dieser Anteil auf 15,9%. Die Anteile bei den Mädchen sind mit etwa 7% bei beiden Altersgruppen tiefer. Auffallend ist der hohe Anteil von untergewichtigen Mädchen und Knaben von bis zu 18%.

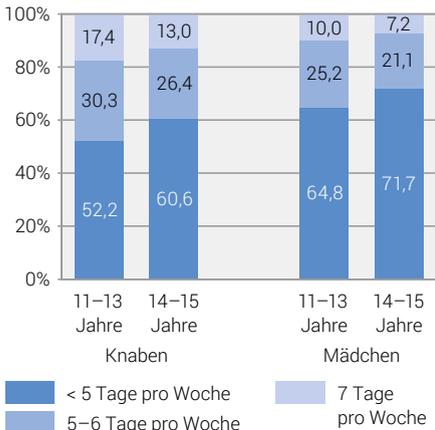
Die Zahlen der SGB zu den Jugendlichen zwischen 16 und 24 Jahren zeigen, dass 23,9% der Männer und 14,6% der Frauen übergewichtig sind. 3,3% (Männer) bzw. 4,0% (Frauen) davon sind adipös. Untergewichtig sind 3,7% der Männer und etwa jede neunte jugendliche Frau (11,1%). Eine vergleichende Darstellung der Ergebnisse zum Körpergewicht über alle Altersgruppen hinweg findet sich beim [Indikator 5.10](#).

Der Anteil übergewichtiger Jugendlicher zwischen 16 und 24 Jahren hat sich in den letzten 20 Jahren (1992–2012) verdoppelt: von 11% auf 24% bei den Männern und von 8% auf 14% bei den Frauen.

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → [Indikatoren](#) → [Body Mass Index \(NGB\)](#)

4.10 Bewegung

Körperliche Aktivität von 11- bis 15-Jährigen, 2010

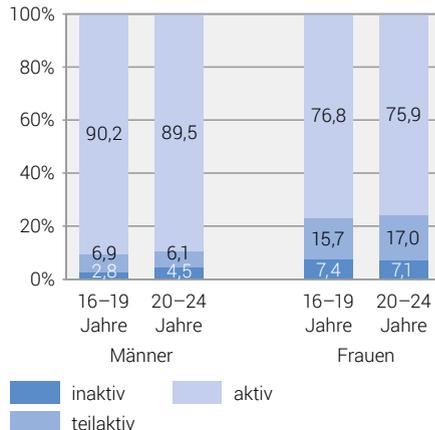


Anzahl Tage mit mindestens 60 Min. körperlicher Aktivität

Quelle: HBSC

© Obsan 2015

Körperliche Aktivität von 16- bis 24-Jährigen, 2012



Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Regelmässige körperliche Aktivität ist zusammen mit einer gesunden Ernährung ein wichtiger Schutzfaktor in Bezug auf viele nicht-übertragbare Krankheiten (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2). Für Kinder und Jugendliche wird täglich mindestens eine Stunde sportliche Betätigung oder Bewegung pro Tag empfohlen (BASPO et al., 2013).

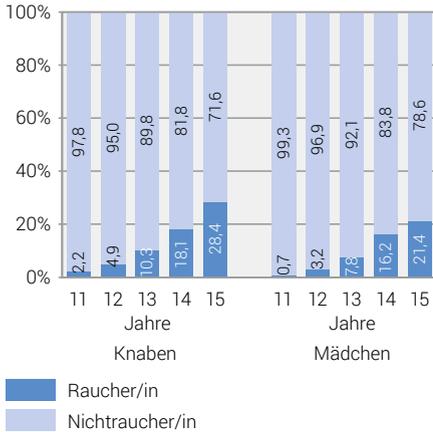
Die Abbildung für die 11- bis 15-Jährigen zeigt die Ergebnisse der HBSC-Studie: Knaben bewegen sich deutlich mehr als Mädchen. Knapp die Hälfte (47,7%) der 11- bis 13-jährigen und 39,4% der 14- bis 15-jährigen Knaben geben an, an *mindestens 5 Tagen pro Woche während mindestens einer Stunde täglich körperliche aktiv* zu sein. Bei den Mädchen zwischen 11 und 13 Jahren sind es 35,2%, der Anteil sinkt in der Altersgruppe der 14- bis 15-jährigen auf 28,3%.

Die Resultate der SGB für die 16- bis 24-jährigen Jugendlichen zeigen ebenfalls einen Geschlechterunterschied, jedoch keine Veränderung nach Alter: Bei den Männern sind in beiden betrachteten Altersgruppen etwa 90% *aktiv*, bei den gleichaltrigen Frauen sind es etwa drei Viertel. Bei der Interpretation der Daten ist zu berücksichtigen, dass die gebildeten Kategorien auf der Empfehlung für Erwachsene basieren. Die körperliche Aktivität über alle Altersgruppen hinweg ist im [Indikator 5.11](#) abgebildet.

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → [Indikatoren](#) → [Körperliche Aktivität \(NGB\)](#)

4.11 Rauchen

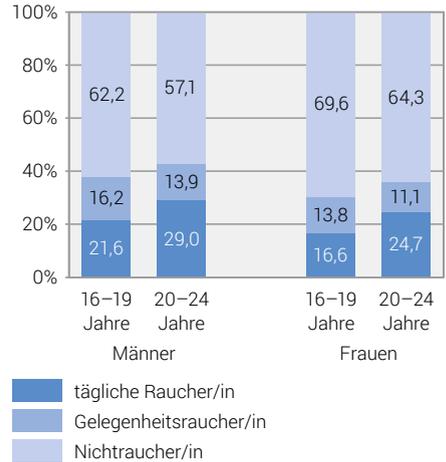
Tabakkonsum bei 11- bis 15-Jährigen, 2010



Quelle: HBSC

© Obsan 2015

Tabakkonsum bei 16- bis 24-Jährigen, 2012



Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Informationen zum Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen sind aus Präventionssicht wichtig, denn die gesundheitlichen Folgen des Rauchens wirken sich zeitlich sehr verzögert aus. Zudem haben viele Erwachsene schon im Jugendalter mit dem Rauchen begonnen.

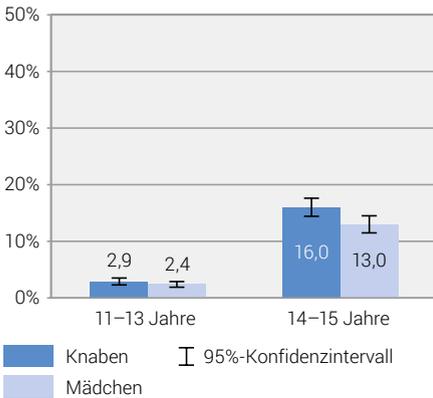
Die Ergebnisse der HBSC-Studie für die 11- bis 15-Jährigen zeigen, dass sich in diesem Alter der Tabakkonsum stark verändert: Nur ein kleiner Teil der 11-Jährigen (2,2% der Knaben, 0,7% der Mädchen) raucht. Bis ins Alter von 15 Jahren steigt dieser Anteil auf 28,4% (Jungen) bzw. 21,4% (Mädchen). In diesem Alter rauchen 13,2% der Jungen und 10,4% der Mädchen bereits täglich.

Für die Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 16 und 24 Jahren sind die Ergebnisse der SGB abgebildet. Im Jahr 2012 haben 16,6% der jungen Frauen und 21,6% der Männer zwischen 16 und 19 Jahren angegeben, täglich zu rauchen. Im Alter von 20 bis 24 Jahren erhöhen sich diese Anteile auf 29,0% bei den Männern und 24,7% bei den Frauen. Ergebnisse zum Rauchen über sämtlichen Altersgruppen hinweg finden sich im [Indikator 5.12](#).

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → [Indikatoren](#) → [Tabakkonsum \(NGB\)](#)

4.12 Alkohol

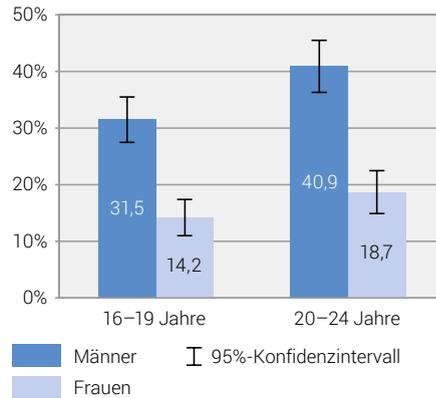
**Anteil 11- bis 15-Jähriger,
der im letzten Monat mind.
1x betrunken war, 2010**



Quelle: HBSC

© Obsan 2015

**Anteil 16- bis 24-Jähriger,
der im Monat mind.
1x betrunken ist, 2012**



Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Übermässiger Konsum von Alkohol hat nebst gesundheitlichen vielfach auch einschneidende soziale Auswirkungen – auch für das Umfeld. Zudem sind direkte und indirekte Folgen des Alkoholkonsums zusammengenommen einer der Hauptklärungs-faktoren für die Todesfälle bei 15- bis 29-Jährigen in Europa (Marmet et al., 2014; Rehm et al., 2003). Bei Jugendlichen äussert sich risikoreicher Alkoholkonsum häufig durch sogenanntes episodisches Rauschtrinken (Gmel et al., 2013).

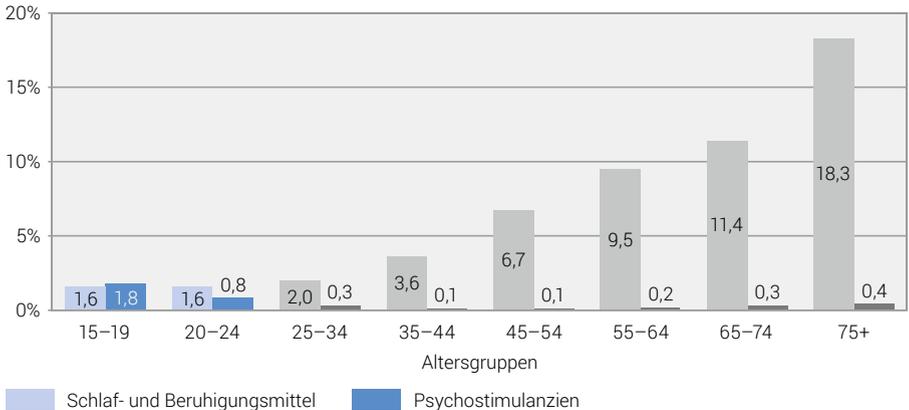
Die Ergebnisse der HBSC-Studie für die 11- bis 15-Jährigen zeigen einen grossen Unterschied nach Alter: Während weniger als 3% der 11- bis 13-jährigen Mädchen und Jungen *im Vormonat mindestens 1x betrunken* waren, sind es bei den 14- bis 15-Jährigen deutlich mehr (Mädchen: 13%; Jungen: 16%). Der Geschlechterunterschied ist statistisch nicht signifikant.

Für die Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 16 und 24 Jahren sind die Ergebnisse der SGB dargestellt. Abgebildet ist der Anteil der Jugendlichen, die *im letzten Jahr mindestens 1x pro Monat betrunken* gewesen waren (d. h. 6 oder mehr alkoholische Getränke eingenommen haben). Männliche Jugendliche bejahen diese Frage zu 31,5% bzw. 40,9% und damit in beiden Altersgruppen rund doppelt so häufig wie weibliche.

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → Indikatoren → Alkoholkonsum (NGB)

4.13 Medikamente

Konsum von Schlaf-/Beruhigungsmitteln und Stimulanzien nach Alter, 2011



Einnahme in den letzten 30 Tagen

Quelle: Suchtmonitoring Schweiz

© Obsan 2015

Medikamentenmissbrauch liegt vor, wenn ein Medikament ohne klare medizinische Indikation oder in unnötigen Mengen eingenommen wird. In der Praxis kommt dabei folgenden Medikamentengruppen eine besondere Bedeutung zu: Schlafmittel, Schmerzmittel und Beruhigungsmittel sowie Anregungsmittel und Appetitzügler. Schlaf- und Beruhigungsmittel sollten nur in Ausnahmefällen täglich eingenommen werden u. a. wegen ihres Abhängigkeitspotenzials.

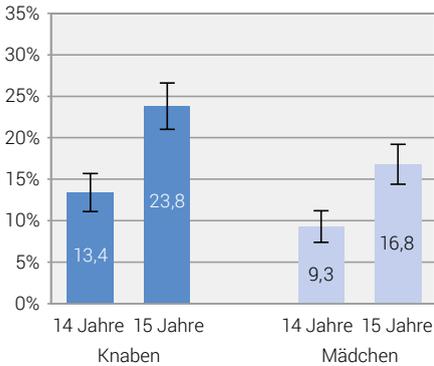
Die Abbildung zeigt den Anteil der Personen, die in den letzten 30 Tagen Schlaf- oder Beruhigungsmittel bzw. Psychostimulanzien eingenommen haben (30-Tageprävalenz). Knapp 2% der 15- bis 24-Jährigen haben in diesem Zeitraum ein Schlaf- oder Beruhigungsmittel eingenommen. Davon haben 7,3% der 15- bis 19-Jährigen und über ein Viertel (26,2%) der 20- bis 24-Jährigen solche Medikamente täglich oder fast täglich eingenommen (vgl. [Indikator 5.14](#)).

Die Einnahme von Psychostimulanzien (z. B. Ritalin) wurde von 1,8% der Jugendlichen zwischen 15 und 19 Jahren und 0,8% der 20- bis 24-Jährigen angegeben.

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → [Indikatoren](#) → [Medikamentenkonsum \(NGB\)](#)

4.14 Sexualverhalten

Anteil 14- bis 15-Jähriger, der bereits Sexualkontakte gehabt hat, 2010

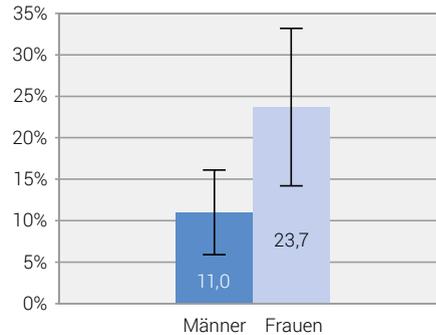


┆ 95%-Konfidenzintervall

Quelle: HBSC

© Obsan 2015

Geschlechtsverkehr ohne Kondom mit Gelegenheitspartner/in bei 16- bis 24-Jährigen, 2012



┆ 95%-Konfidenzintervall

Letzter Geschlechtsverkehr mit Gelegenheitspartner/in in den letzten 12 Monaten

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Riskantes Sexualverhalten ist insbesondere im Hinblick auf sexuell übertragbare Krankheiten (z. B. HIV, Gonorrhöe) und ungewollte Schwangerschaften relevant. Aus Präventionssicht sind Kenntnisse über Risiken bei sexuellen Aktivitäten und insbesondere die Einhaltung von «safer sex»-Regeln von Bedeutung.

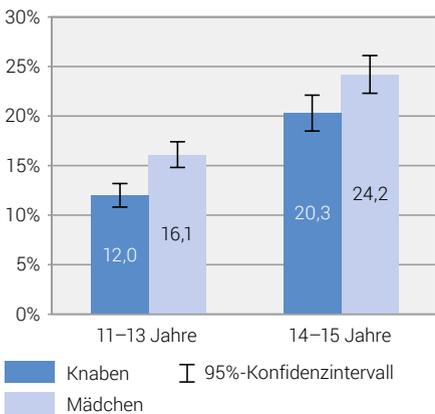
Die erste Abbildung zeigt den Anteil der 14- und 15-Jährigen, die *bereits Sexualkontakte* gehabt haben (Daten der HBSC-Studie). Im Alter von 14 Jahren berichten 13,4% der Männer und 9,3% der Frauen, schon sexuelle Kontakte gehabt zu haben, bei den 15-Jährigen sind es 23,8% (Männer) bzw. 16,8% (Frauen).

Die Abbildung für die 16- bis 24-Jährigen zeigt den Anteil, der beim letzten Kontakt mit einem Gelegenheitspartner bzw. einer Gelegenheitspartnerin kein Kondom verwendet hat. 11,0% der Männer und 23,7% der Frauen haben sich nicht geschützt – der Geschlechterunterschied ist jedoch nicht signifikant. Eine vergleichende Darstellung der Ergebnisse über alle Altersgruppen hinweg findet sich beim [Indikator 5.15](#).

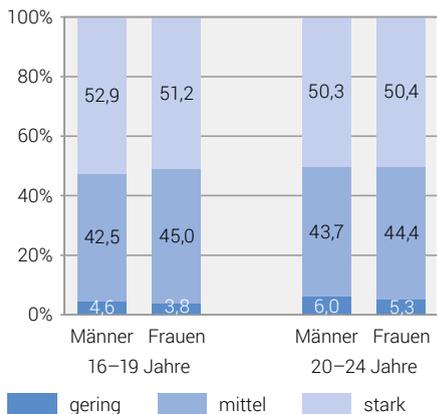
Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → [Indikatoren](#) → [Sexualverhalten \(NGB\)](#)

4.15 Soziale Unterstützung

Schwierigkeiten sich den Eltern anzuvertrauen von 11- bis 15-Jährigen, 2010



Soziale Unterstützung bei 16- bis 24-Jährigen, 2012



Anteil, der es eher bis sehr schwierig findet, sich mindestens einem Elternteil anzuvertrauen

Soziale Unterstützung gemäss Oslo-Skala

Soziale Ressourcen haben einen Einfluss auf das Wohlbefinden, die Lebenserwartung, das Erkrankungsrisiko für bestimmte Krankheiten, die Genesungschancen und -dauer sowie das Gesundheitsverhalten (Bachmann, 2014).

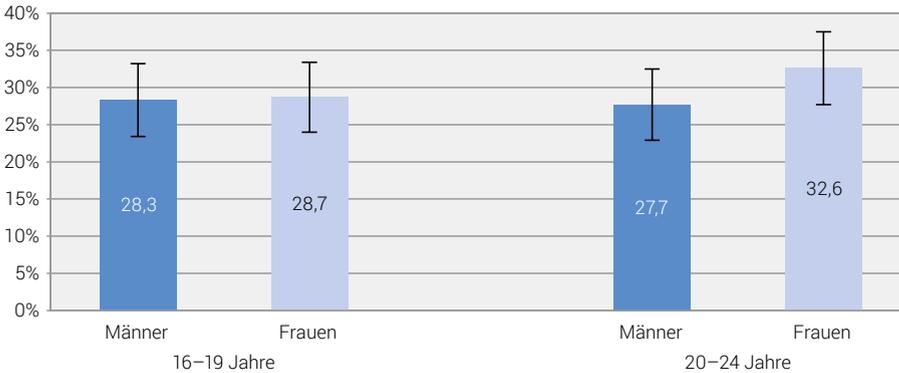
In der Abbildung links für die 11- bis 15-Jährigen (Daten der HBSC-Studie) ist der Anteil derjenigen dargestellt, die es als *(eher) schwierig einschätzen, Dinge, die sie wirklich beschäftigen, mit mindestens einem Elternteil zu besprechen*: Mädchen finden dies schwieriger als Knaben und 14- bis 15-Jährige schwieriger als 11- bis 13-Jährige.

Die Ergebnisse für die Jugendlichen und jungen Erwachsenen ab 16 Jahren basieren auf den Daten der SGB. Für die Analyse wurde aus folgenden Fragen ein *Index zur sozialen Unterstützung* gebildet: Anzahl Personen, auf die man sich verlassen kann; Ausmass der Anteilnahme anderer Personen am eigenen Leben; bei Bedarf verfügbare Nachbarschaftshilfe. Es zeigt sich, dass etwa die Hälfte von einer starken und 5% von einer schwachen sozialen Unterstützung profitieren können, dies unabhängig von der Altersgruppe und vom Geschlecht. Eine vergleichende Darstellung der Ergebnisse über alle Altersgruppen hinweg findet sich beim [Indikator 5.16](#).

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → [Indikatoren](#) → [Soziale Unterstützung \(NGB\)](#)

4.16 Lärmstörungen im Wohnumfeld

Lärmstörungen im Wohnumfeld bei 16- bis 24-Jährigen, 2012



┆ 95%-Konfidenzintervall

Anteil, der sich durch Lärm gestört fühlt

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Im Zusammenhang mit gesundheitsrelevanten Einflussfaktoren im Wohnumfeld kommt Lärmbelastungen (z. B. durch Verkehr, Industrie/Gewerbe, andere Personen etc.) eine zentrale Bedeutung zu. Sind die Lärmpegel nicht allzu hoch, führen sie zwar nicht zu Gehörschäden, sie können sich aber auf das psychische und körperliche Wohlbefinden auswirken (WHO, 2009, 2011b).

Zur Lärmbelastung liegen nur Ergebnisse für die Jugendlichen ab 16 Jahren vor (Daten der SGB). Die Abbildung zeigt, welcher Anteil der Jugendlichen von Lärmbelastungen betroffen ist. Etwa 30% der jugendlichen Männer und Frauen zwischen 16 und 24 Jahren geben an, von Lärm aus der Wohnumgebung gestört zu sein. Die Unterschiede nach Geschlecht und Alter sind statistisch nicht signifikant. Eine vergleichende Darstellung der Ergebnisse über alle Altersgruppen hinweg findet sich beim [Indikator 5.17](#).

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → [Indikatoren](#) → [Störungen durch Lärm \(NGB\)](#)

5 Erwachsene im mittleren Alter

Das folgende Kapitel befasst sich mit der gesundheitlichen Situation von Erwachsenen im Alter von ca. 25 bis 64 Jahren. Es umfasst zentrale Indikatoren zum Gesundheitszustand und zu gesundheitsrelevanten Einflussfaktoren mit jeweiligem Fokus auf Themen, die bei dieser Altersgruppe relevant sind. Bei den meisten Indikatoren in diesem Kapitel werden die Ergebnisse über das ganze Altersspektrum gezeigt, was ein Gesamtbild über das Alter hinweg vermittelt. In den Abbildungen sind die in diesem Kapitel behandelten Altersgruppen des mittleren Alters (25–64 Jahre) blau gefärbt, die anderen grau. Zum Teil finden sich zu bestimmten Indikatoren noch weitere Ergebnisse in den Kapiteln für die anderen Lebensabschnitte (z. B. Diabetes bei Kindern, Depression bei älteren Menschen). Dabei ist zu beachten, dass die entsprechenden Zahlen z. T. auf unterschiedlichen Datenquellen beruhen und deshalb nur beschränkt vergleichbar sind.

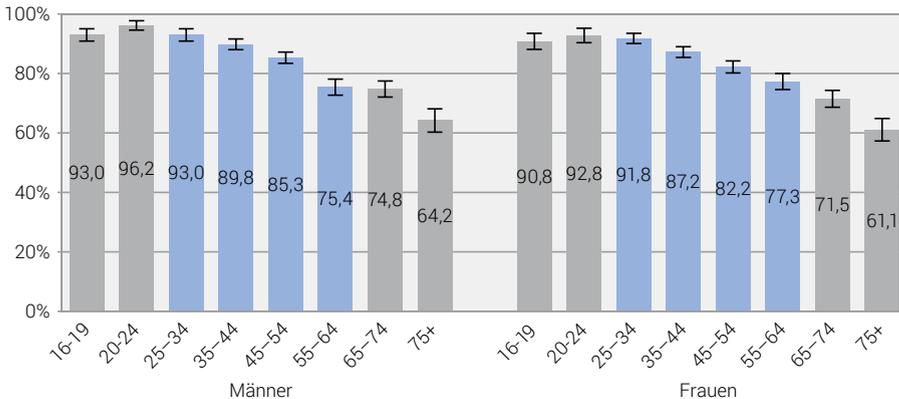
Die Auswahl der Indikatoren wurde durch die Datenlage mitbestimmt. Nebst einigen spezifischen Datenbanken (Todesursachenstatistik, Krebsepidemiologie, Statistik der Nichtberufsunfälle) wurde für einen Grossteil der Indikatoren auf die *Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)* des Bundesamtes für Statistik zurückgegriffen. Die SGB ist eine Befragung der ständigen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren zu Gesundheitsthemen (Gesundheitszustand und seine Einflussfaktoren, Inanspruchnahme des Gesundheitswesens etc.), welche alle 5 Jahre durchgeführt wird. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass in der SGB lediglich in Privathaushalten lebende Personen befragt werden. Auch sind Personen mit Migrationshintergrund, die keine der drei Amtssprachen beherrschen, de facto von der Erhebung ausgeschlossen.

Einige ausgewählte Ergebnisse der nachfolgenden Indikatoren sind:

- Im späteren Erwerbsalter lösen Krebserkrankungen Unfälle, Gewalttaten und Suizide als häufigste Todesursache ab.
- HIV-Infektionen sind in der Schweiz im mitteleuropäischen Vergleich immer noch relativ häufig.
- 63% der Männer und 42% der Frauen zwischen 55 und 64 Jahren sind übergewichtig.
- Etwa 70% der Erwachsenen im mittleren Alter sind körperlich aktiv, ca. 11% gelten als inaktiv.

5.1 Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand

(Sehr) guter selbst wahrgenommener Gesundheitszustand nach Alter, 2012



┆ 95%-Konfidenzintervall

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand, auch subjektiver Gesundheitszustand genannt, gibt an, wie gesund sich jemand fühlt. Die Antwort auf die Frage nach dem subjektiven Gesundheitszustand eignet sich für die Prognostizierung verschiedener messbarer Werte wie Morbidität (Krankheitsgeschehen), Sterblichkeit und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (Idler & Benyamini, 1997; Jylhä, 2009; Manor et al., 2001).

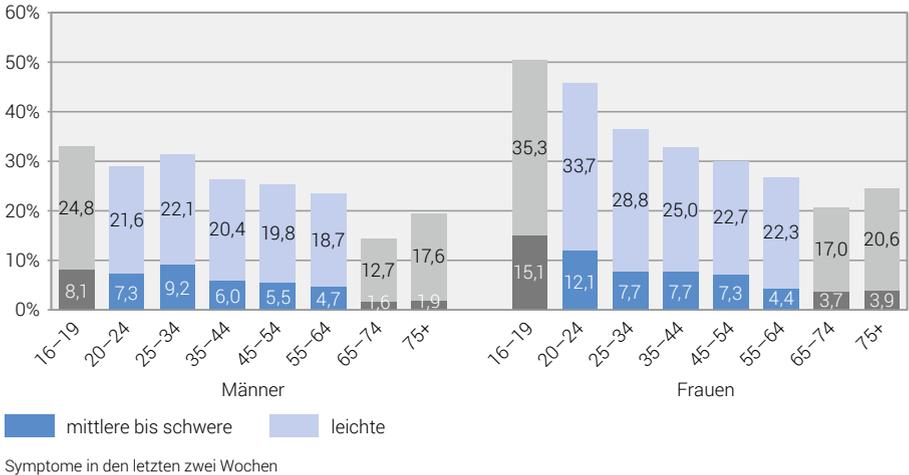
Wie die Abbildung zeigt, unterscheidet sich die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes von Erwachsenen zwischen 25 und 34 Jahren nicht von derjenigen von Jugendlichen. Ab der Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen stuft bei beiden Geschlechtern ein abnehmender Anteil Personen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein. Ein Geschlechterunterschied zeigt sich im erwerbsfähigen Alter nur bei den 55- bis 64-Jährigen (nicht dargestellt): In dieser Altersklasse schätzen Männer ihren Gesundheitszustand häufiger als (sehr) schlecht ein als Frauen (7,8% vs. 4,8%).

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → [Indikatoren](#) → [Selbst wahrgenommene Gesundheit \(NGB\)](#)

5.2 Psychische Gesundheit

Depressionen

Depressionssymptome nach Alter, 2012



Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Etwa eine von fünf Personen erkrankt im Verlaufe ihres Lebens an einer Depression. Depressionen verlaufen häufig wiederkehrend oder chronisch und weisen eine hohe Komorbidität mit anderen psychischen und körperlichen Erkrankungen auf (Baer et al., 2013).

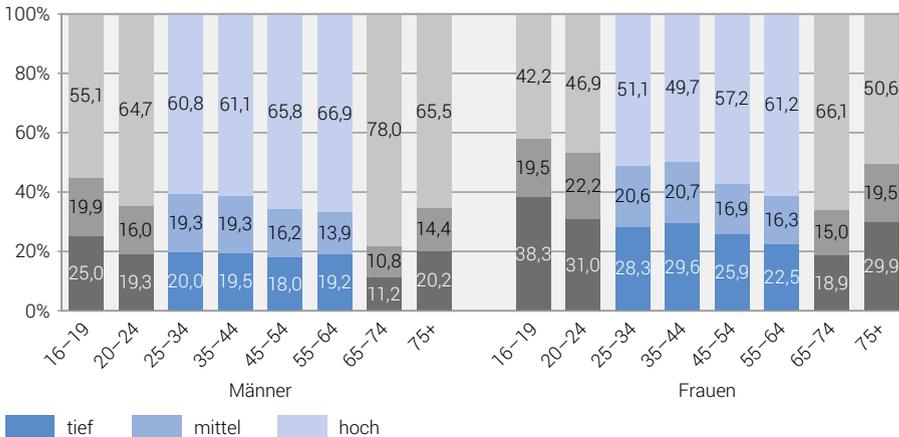
Die Ergebnisse der SGB zeigen, dass – in den hier betrachteten Altersgruppen (25 bis 64 Jahre) – die Depressionssymptome bei den Frauen mit dem Alter abnehmen. Bei den Männern ist der Unterschied statistisch nicht signifikant. Frauen sind häufiger von Depressionssymptomen betroffen als Männer, der Unterschied ist jedoch nur in den jüngeren Altersgruppen statistisch signifikant.

Da die Erfassung der Depressionssymptome in der SGB im Jahr 2012 angepasst wurde, ist ein Vergleich mit den Vorjahren nicht möglich. Zahlen zur psychischen Belastung zeigen, dass der Anteil der Personen, die mittel bis stark psychisch belastet sind, zwischen 2007 und 2012 tendenziell zugenommen hat, der Unterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant.

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → Indikatoren → Depressionssymptome (NGB)

Energie und Vitalität

Energie- und Vitalitätsniveau nach Alter, 2012



Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit können vorhandene psychische Belastungen und Störungen (defizitorientierter Ansatz) oder aber auch positive Aspekte wie Energie, Optimismus oder Zufriedenheit (ressourcenorientierter Ansatz) untersucht werden.

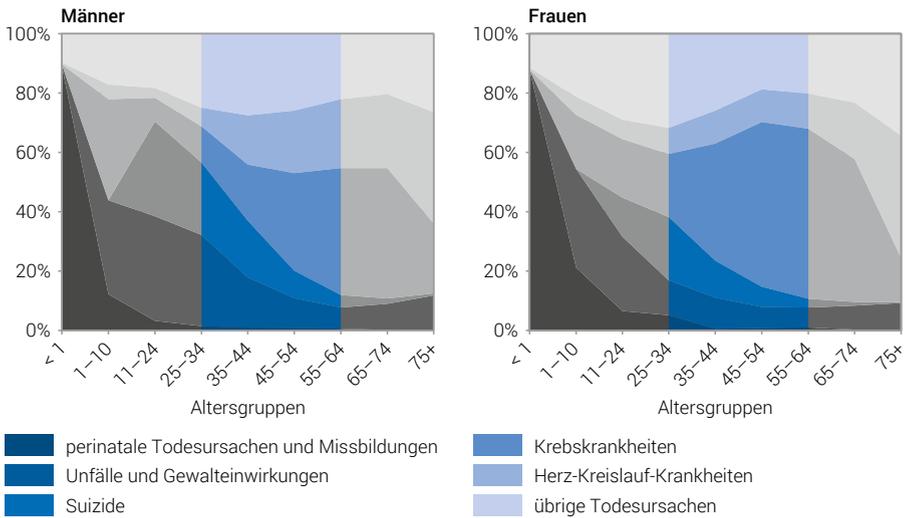
Wie die Zahlen der SGB zeigen, haben etwa zwei Drittel der Männer ein hohes Energie- und Vitalitätsniveau – dieser Anteil bleibt über die Jahre der Erwerbstätigkeit mehr oder weniger stabil. Bei den Frauen wirken sich die Lebensphasen deutlicher aus: In der Altersgruppe zwischen 25 und 34 Jahren geben gut die Hälfte (51,1%) der Frauen ein hohes und 28,3% ein tiefes Energieniveau an. Bis zu den 55- bis 64-Jährigen steigt der Anteil Frauen mit einem hohen Energieniveau auf 61,2% an, der Anteil Frauen mit wenig Vitalität sinkt auf 22,5%. Männer weisen somit ein höheres Niveau an Vitalität und Energie auf als Frauen – erst in der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen gleichen sich die Werte an.

Ein Zeitvergleich ist mit den Daten der SGB noch nicht möglich. Die Ergebnisse des Schweizer Haushalt Panels (SHP) ermöglichen einen Vergleich über die zwei Jahre 2009 und 2012 (nicht dargestellt). Es zeigt sich einerseits ein leichter Rückgang (von 17,7% im 2009 auf 15,3% im 2012) beim Anteil jener Personen, die sich sehr häufig und andererseits ein leichter Anstieg (von 55,7% im 2009 auf 57,9% im 2012) des Anteils jener Personen, die sich manchmal optimistisch, kraft- und energievoll fühlen.

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → Indikatoren → Energie- und Vitalitätsniveau (NGB)

5.3 Todesursachen

Todesursachen nach Alter, 2012



Quelle: BFS – Todesursachenstatistik

© Obsan 2015

Ca. 15% aller Todesfälle betreffen Menschen im Alter von 25 bis 64 Jahren, wobei Männer etwas häufiger betroffen sind als Frauen.

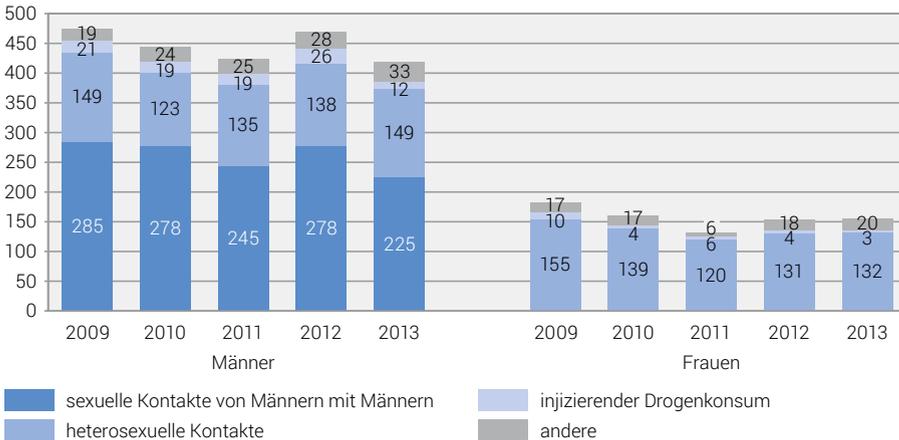
Wie schon im Jugendalter zeigen sich auch bei jüngeren Erwachsenen deutliche Unterschiede nach Geschlecht was die Todesursachen betrifft. In den beiden Abbildungen ist die Verteilung der Todesursachen nach Geschlecht und Alter dargestellt. Männer zwischen 25 und 34 Jahren kommen am häufigsten durch Unfälle und Gewalttaten ums Leben (30,7%), am zweithäufigsten durch Suizid (24,4%). Bei Frauen im gleichen Alter sind Suizide und Krebserkrankungen (je 21,3%) die Haupttodesursachen. Unfälle und Gewalttaten machen 11,8% der Todesfälle aus.

Im späteren Erwerbsalter sind Krebserkrankungen bei beiden Geschlechtern die häufigste Todesursache: Im Alter von 55 bis 64 Jahren sind bei den Männern 42,7% der Todesfälle darauf zurückzuführen, bei den Frauen sind es 57,3%. Herz-Kreislauf-Erkrankungen kommen ebenfalls eine zunehmende Bedeutung zu, der grosse Anstieg erfolgt aber im höheren Alter.

5.4 Infektionskrankheiten

HIV/Aids

Anzahl HIV-Diagnosen nach Ansteckungsweg, 2009 – 2013



Quelle: BAG

© Obsan 2015

Die Zahl der Neuansteckungen mit HIV hat seit den 1990er-Jahren stetig abgenommen (vgl. Abbildung im [Indikator 4.4](#)), dennoch ist die HIV-Inzidenz in der Schweiz im Vergleich mit anderen mitteleuropäischen Ländern immer noch hoch. Auch die Todesfälle konnten mit der Einführung der antiretroviralen Therapien 1995 stark reduziert werden. Dies bedeutet, dass die Zahl derjenigen Personen gestiegen ist, die über lange Zeit mit der Erkrankung leben (BAG, 2014b; BFS, 2014g).

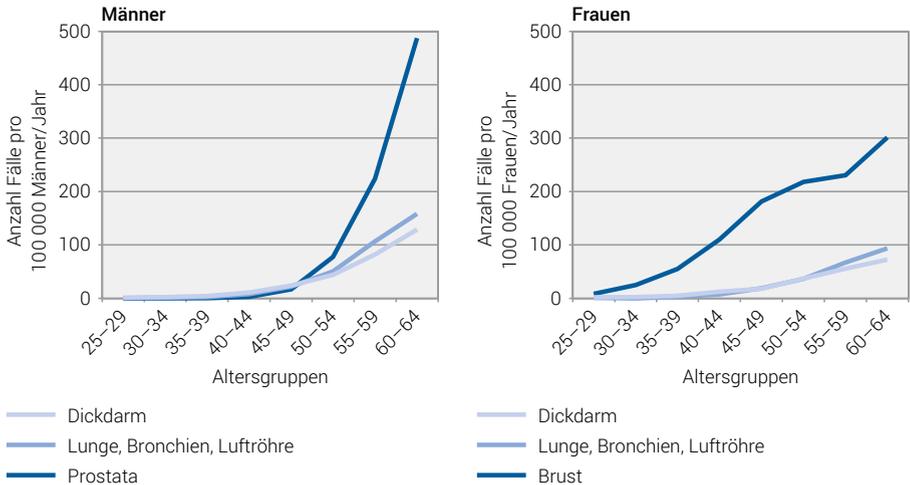
Die durchschnittliche Anzahl registrierter Neuansteckungen in den Jahren 2009 bis 2013 beläuft sich auf 460, wobei etwa drei Viertel der Diagnosen auf Männer entfallen (vgl. [Indikator 4.4](#)). Die meisten Diagnosen (ca. 80%) werden bei Personen zwischen 25 und 55 Jahren gestellt, 7% bei Personen zwischen 55 und 65 Jahren. Die Abbildung zeigt die Anzahl HIV-Diagnosen nach Ansteckungsweg (alle Altersgruppen): Über die Hälfte der Männer (je nach Jahr 54–63%) steckt sich durch sexuelle Kontakte mit Männern an, rund ein Drittel über heterosexuelle Kontakte. Zwischen 3 und 6% haben sich beim injizierenden Drogenkonsum infiziert. Rund 9 von 10 Frauen (85–91%) stecken sich bei heterosexuellen Kontakten an, 2–5% beim injizierenden Drogenkonsum. Bei 4–13% der Männer und Frauen erfolgte die Ansteckung über einen anderen Weg oder der Ansteckungsweg ist unbekannt.

5.5 Nicht-übertragbare Krankheiten

Krebserkrankungen

Krebs-Neuerkrankungen nach Alter, 2007–2011

Drei häufigste Lokalisationen



Die Raten wurden über einen Fünfjahresdurchschnitt berechnet

Quelle: BFS, NICER

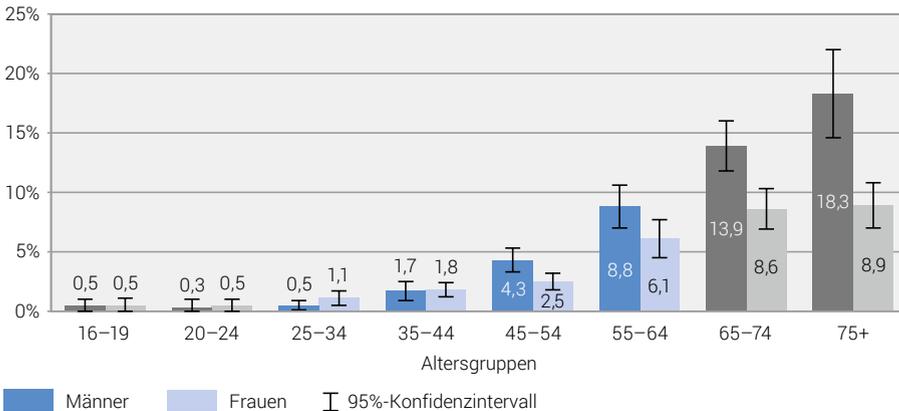
© Obsan 2015

Krebserkrankungen nehmen im mittleren Alter stark zu. Die Inzidenz (Neuerkrankungen im jährlichen Durchschnitt der Jahre 2007–2011) der drei häufigsten Krebsarten bei Männern steigt zwischen dem 25. und dem 64. Lebensjahr an: bei Dickdarmkrebs von 1,0 auf 141,0, beim Lungenkrebs von 0,3 auf 197,1 und beim Prostatakrebs sogar von 0,1 auf 357,1 Erkrankte pro 100'000 Einwohner. Bei den Frauen ist Brustkrebs am häufigsten, die Inzidenz steigt zwischen dem 25. und dem 64. Lebensjahr von 6,1 auf 324,5 Erkrankte pro 100'000 Einwohnerinnen. Dickdarm- und Lungenkrebs sind seltener als bei Männern, die Raten nehmen von 1,6 auf 81,6 bzw. von 0,5 auf 67,3 Erkrankte pro 100'000 Einwohnerinnen pro Jahr zu.

Betrachtet man die Mortalitätsraten (nicht dargestellt), so nimmt bei den Männern im Erwerbsalter der Lungenkrebs den ersten Platz ein, gefolgt von Dickdarmkrebs und Prostatakrebs. Bei den Frauen steht in den jüngeren Jahren Brustkrebs zuvorderst, später holt der Lungenkrebs auf. Die Mortalitätsrate bei Dickdarmkrebs ist etwas tiefer als bei den Männern.

Diabetes mellitus

Diabetes nach Alter, 2012



Personen, bei denen schon einmal im Leben Diabetes ärztlich diagnostiziert wurde

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Diabetes mellitus ist eine chronische Stoffwechselkrankheit, deren Rate der Neuerkrankungen in den letzten Jahrzehnten weltweit gestiegen ist (International Diabetes Federation, 2013). Im Vordergrund stehen zwei Typen: Typ 2 ist stark lebensstilbedingt und mit Übergewicht assoziiert. Er tritt vermehrt im Erwachsenenalter auf. Typ 1 ist eine Autoimmunkrankheit, deren Auftreten bereits im Kindes- und Jugendlichenalter typisch ist. Bei Erwachsenen ist Typ 2 der vorherrschende Diabetestyp.

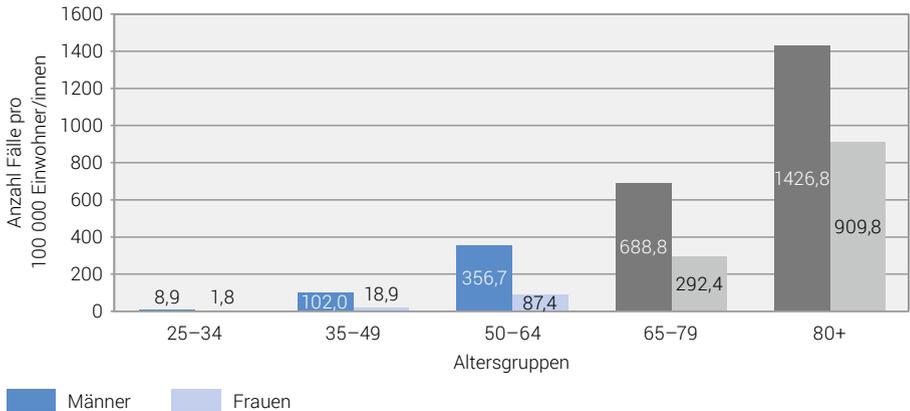
Der Anteil der Personen mit Diabetes steigt mit dem Alter stark an. In der SGB 2012 berichten 0,5% der Männer und 1,1% der Frauen zwischen 25 und 34 Jahren, dass sie an Diabetes mellitus erkrankt sind. Bei den 55- bis 64-Jährigen sind es bereits 8,8% der Männer und 6,1% der Frauen.

Verschiedene Daten zeigen für die Schweiz in den letzten Jahren einen Trend der Zunahme von Diabetes – insbesondere auch bei älteren Personen ab 55 Jahren und bei Männern (BFS, 2014c; Bopp et al., 2011).

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → Indikatoren → Diabetes mellitus (NGB)

Herzinfarkt

Akuter Myokardinfarkt nach Alter, 2008 – 2012



Die Raten wurden über einen 5-Jahresdurchschnitt berechnet

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Todesursachenstatistik

© Obsan 2015

Der Herzinfarkt (akuter Myokardinfarkt) beruht auf einer Mangel durchblutung des Herzmuskels, wobei ein Teil des Herzmuskelgewebes abstirbt. Die Abbildung zeigt das Vorkommen (Prävalenz) von akutem Myokardinfarkt, welches auf der Grundlage der Hospitalisierungen (Medizinische Statistik der Krankenhäuser) und Todesfälle (Todesursachenstatistik) in der Schweiz berechnet wurde. Da ein Herzinfarkt meist zu einer Einlieferung ins Spital führt, wenn der Tod nicht vorher eintritt, ermöglichen Zahlen zu Hospitalisierungen sowie zur Mortalität gute Aussagen zur Prävalenz dieser kardiovaskulären Erkrankung.

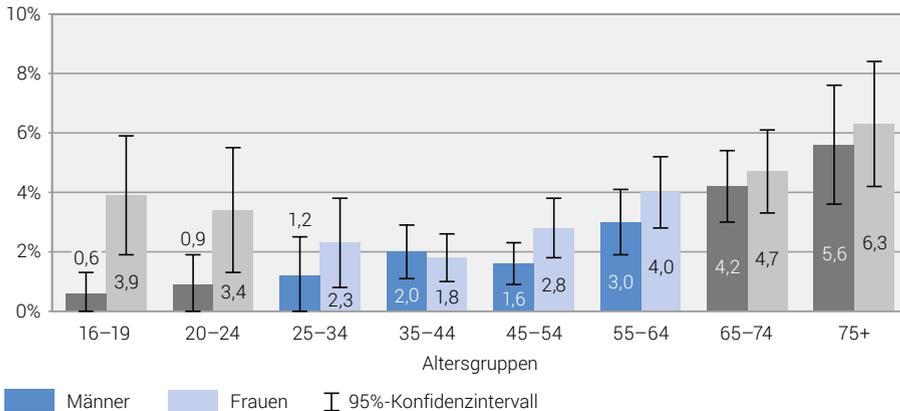
Die Häufigkeit der akuten Myokardinfarkte nimmt sowohl bei Männern wie auch bei Frauen mit steigendem Alter deutlich zu (vgl. Abbildung). Bei Männern treten Infarkte indessen früher auf: Bereits im Alter zwischen 25 und 34 Jahren werden bei ihnen durchschnittlich 8,9 Infarkte pro 100'000 Einwohner gezählt, bei Frauen sind es lediglich 1,9 (Durchschnittswerte der Jahre 2008–2012). Bei den 50- bis 64-Jährigen betragen die Raten 356,7 Fälle (Männer) bzw. 87,4 Fälle (Frauen) pro 100'000 Einwohner/innen.

Die alters- und geschlechtsstandardisierte Prävalenz ist seit 2000 gestiegen von 149,9 Fällen/100'000 Einwohner/innen im Jahr 2000 auf 177,9 Fälle/100'000 Einwohner/innen im Jahr 2012, wenngleich es jährliche Schwankungen gibt (nicht dargestellt).

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → [Indikatoren](#) → [Herz-Kreislauf-Krankheiten](#) (NGB)

COPD/chronische Bronchitis/Emphysem

Chronische Bronchitis/Emphysem nach Alter, 2012



Personen, die in den letzten 12 Monaten von chronischer Bronchitis/Emphysem betroffen waren

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung COPD ist ein übergeordneter Begriff für Atemwegserkrankungen, bei denen die Atmung behindert ist, wobei vor allem die chronische Bronchitis und das obstruktive Emphysem zu nennen sind. Betroffen sind insbesondere Personen, die über längere Zeit geraucht haben.

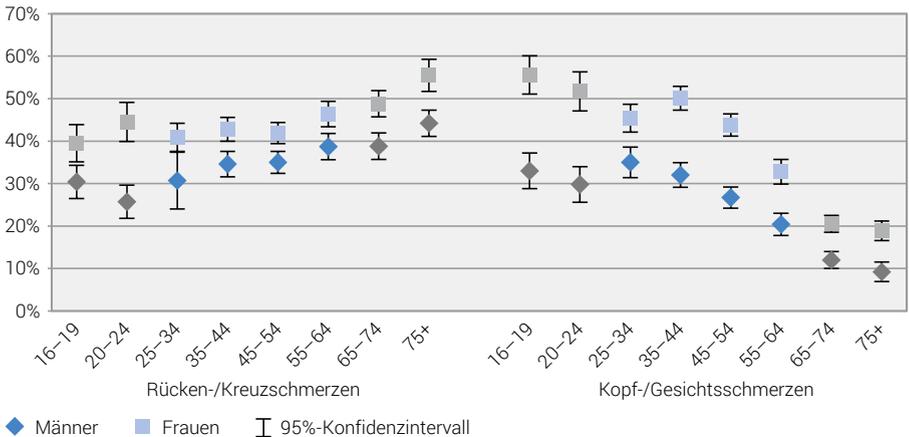
Hinweise zum Vorkommen dieser Erkrankungen liefert die SGB, in der nach chronischer Bronchitis oder Emphysem in den letzten 12 Monaten gefragt wird. Wie aus der Abbildung ersichtlich, nimmt der Anteil der Personen, die an einer entsprechenden Atemwegserkrankung leiden, generell mit dem Alter zu (bei Männern nicht signifikanter Unterschied). In der Altersklasse der 25- bis 34-Jährigen sind 1,2% der Männer und 2,3% der Frauen betroffen, bei 55- bis 64-Jährigen sind es 3,0% der Männer und 4,0% der Frauen.

Die Sapaldia-Kohortenstudie (Bridevaux et al., 2008) stellte 1992 mittels Messungen eine COPD-Prävalenz von 9,1% bei 18- bis 60-Jährigen fest. Der Unterschied zu den Angaben in der Gesundheitsbefragung 2012 lässt sich neben der Zeitdifferenz durch die unterschiedlichen methodischen Ansätze erklären.

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → [Indikatoren](#) → [Chronische Bronchitis/Emphysem \(NGB\)](#)

5.6 Schmerzen

Rücken-/Kreuzschmerzen und Kopf-/Gesichtsschmerzen nach Alter, 2012



Etwas bis starke Schmerzen in den letzten 4 Wochen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

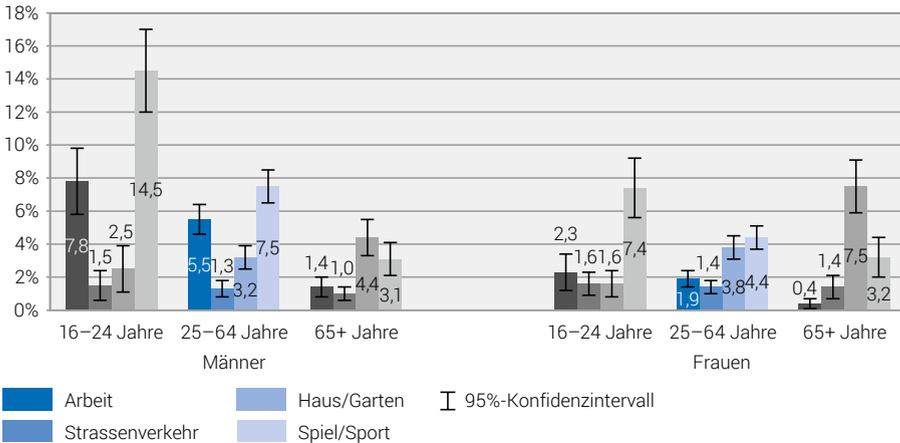
Rückenschmerzen und Kopfschmerzen gehören zu den verbreitetsten Schmerzen (BFS, 2014d; Breivik et al., 2006). Rückenschmerzen sind bei Erwachsenen ein häufiger Grund für einen Arztbesuch sowie für Arbeitsunfähigkeit bis hin zu Invalidisierung und verursachen somit auch enorme volkswirtschaftliche Kosten (Rheumaliga Schweiz, 2011; Robert Koch-Institut, 2012; SNF, 2011; Wieser et al., 2014).

Frauen leiden im Durchschnitt deutlich häufiger unter Rücken- oder Kreuzschmerzen als Männer (vgl. Abbildung): Im erwerbsfähigen Alter ist der Unterschied am grössten bei den 25- bis 34-Jährigen, wo der Anteil der betroffenen Männer 10 Prozentpunkte unter dem Anteil der Frauen liegt. Der Anteil Personen mit Rücken- oder Kreuzschmerzen steigt tendenziell mit dem Alter auch über die hier besprochenen Altersgruppen hinaus. Auch von Kopfschmerzen sind Frauen häufiger betroffen als Männer: Der Unterschied beträgt bis zu 18 Prozentpunkte. Die Anteile sinken bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter, wobei Frauen auch im höheren Alter häufiger unter Kopfschmerzen leiden.

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → Indikatoren → Schmerzen (NGB)

5.7 Unfälle

Unfälle nach Unfallart und Alter, 2012



Unfälle in den letzten 12 Monaten, welche eine ambulante oder stationäre Behandlung nach sich zogen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Unfälle sind ein bedeutender Grund für vorzeitige Mortalität und Hospitalisierungen (BFS, 2014d). Da sie grundsätzlich vermeidbar sind, kommt der Präventionsarbeit eine zentrale Rolle zu.

Bei den abgebildeten Resultaten der SGB handelt es sich um den Anteil Personen, welche sich in den letzten 12 Monaten bei einem Unfall Verletzungen zugezogen haben, die ambulant oder stationär behandelt werden mussten.

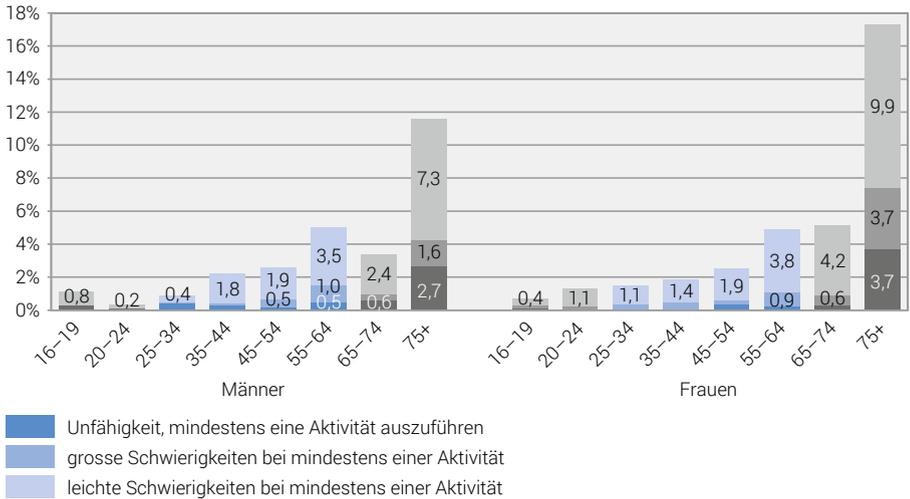
Bei den 25- bis 64-jährigen Männern geben 7,5% an, sich in den letzten 12 Monaten vor der Befragung bei Sport und Spiel verletzt zu haben; 5,5% haben sich bei einem Arbeitsunfall Verletzungen zu gezogen, die behandelt werden mussten. Im Haus oder Garten haben sich 3,2% und bei Verkehrsunfällen 1,3% verletzt. Frauen zwischen 25 und 64 Jahren haben sich am häufigsten bei Sport und Spiel (4,4%) sowie im Haus und Garten (3,8%) verletzt. Bei Arbeitsunfällen haben sich fast 2% und bei Verkehrsunfällen 1,4% verletzt. Daten zu den Nichtberufsunfällen der Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu) finden sich im [Indikator 4.7](#).

Die Rate der Arbeitsunfälle bezogen auf die erwerbstätige Bevölkerung ist in den letzten 10 Jahren gesunken (nicht dargestellt), was auf den Rückgang der Beschäftigung im sekundären Sektor und auf Präventionsmassnahmen zurückzuführen ist (BFS, 2014d).

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → [Indikatoren](#) → [Unfälle \(NGB\)](#)

5.8 Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens

Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens nach Alter, 2012



Aktivitäten wie z.B. sich an und ausziehen, aus dem Bett steigen, essen, zur Toilette gehen, sich waschen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

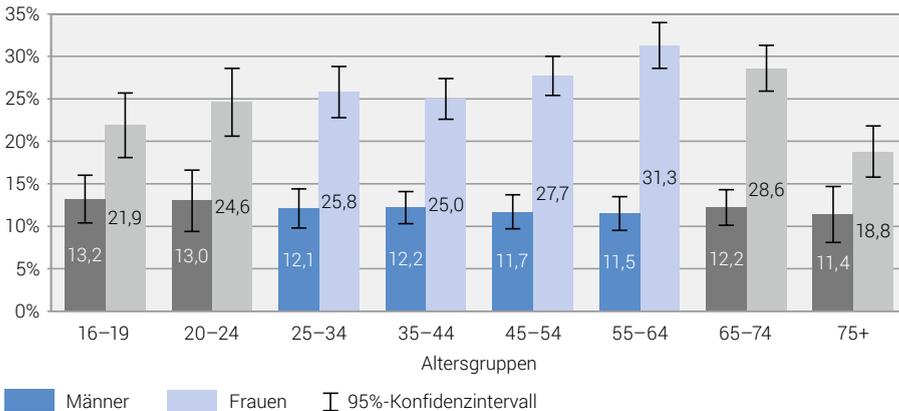
Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten wie waschen, sich anziehen, essen, aber auch selbstständig einkaufen, kochen oder Verkehrsmittel benutzen gehen mit einem Autonomieverlust einher. Sie machen – je nach Schweregrad – abhängig von externer Unterstützung. Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens haben häufig auch Auswirkungen auf die berufliche Tätigkeit, die sozialen Beziehungen und die Lebensqualität.

Im erwerbsfähigen Alter sind Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten noch relativ selten: Bei den 25- bis 34-Jährigen sind 1,0% der Männer und 1,6% der Frauen betroffen. Am Ende des Erwerbslebens (55 bis 64 Jahre) sind es bei beiden Geschlechtern 5%. Grösstenteils handelt es sich dabei um leichte Einschränkungen. Die grossen Veränderungen im höheren Alter werden im [Indikator 6.9](#) dargestellt.

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → [Indikatoren](#) → [Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens \(NGB\)](#)

5.9 Ernährung

Einhaltung der Ernährungsempfehlung «5 am Tag» nach Alter, 2012



Personen, die an mindestens fünf Tagen pro Woche fünf oder mehr Portionen Gemüse/Früchte essen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

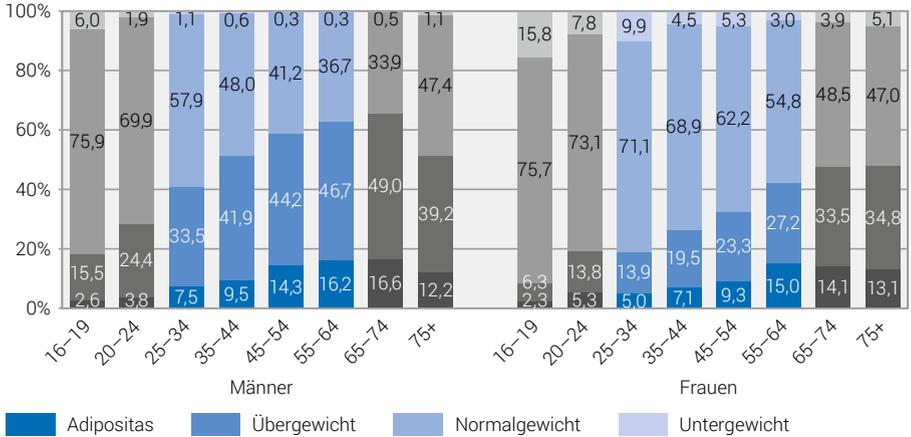
Die Ernährung hat nebst dem Bewegungsverhalten einen zentralen Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf verschiedener Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes mellitus Typ 2 und einige Krebserkrankungen. Laut aktuellen Ernährungsempfehlungen sollten täglich mindestens 5 Portionen Früchte und Gemüse konsumiert werden («5 am Tag»-Empfehlung).

Die dargestellten Zahlen zu den Erwachsenen zwischen 25 und 64 Jahren zeigen einen deutlichen Geschlechterunterschied: Während über alle betrachteten Altersgruppen hinweg nur etwa 12% der Männer täglich mindestens 5 Portionen Früchte und Gemüse konsumieren, sind es bei den Frauen bedeutend mehr, nämlich zwischen einem Viertel und einem Drittel.

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → Indikatoren → Ernährung (NGB)

5.10 Körpergewicht

Körpergewicht nach Alter, 2012



Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Übergewicht ist ein wichtiger Risikofaktor im Hinblick auf zahlreiche nicht-übertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2 und einige Krebsarten. Die Definition von Adipositas (= schweres Übergewicht), Übergewicht, Normalgewicht und Untergewicht erfolgt hier über den Body-Mass-Index (BMI), ein Mass, das Körpergewicht und Körpergrösse kombiniert.

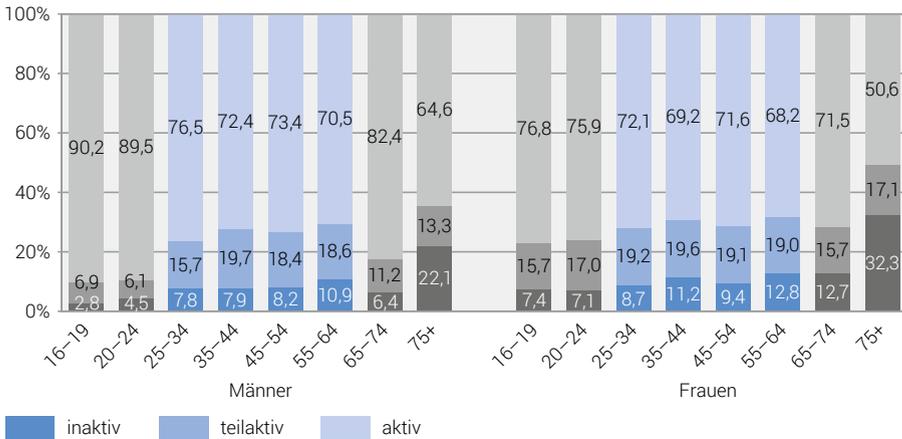
Bei den Erwachsenen zwischen 25 und 64 Jahren zeigt sich folgendes Bild: Männer sind deutlich häufiger übergewichtig als Frauen, in jungen Jahren ist der Anteil mehr als doppelt so hoch. Bei beiden Geschlechtern nimmt der Anteil der Übergewichtigen und Adipösen mit dem Alter zu: Sind bei den 25- bis 34-Jährigen 41,0% der Männer und 18,9% der Frauen übergewichtig oder adipös, so sind es bei den 55- bis 64-Jährigen 63,0% (Männer) bzw. 42,1% (Frauen). In der Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen ist zudem jede 10. Frau (9,9%) untergewichtig, bei den Männern liegt dieser Wert bei rund 1%.

Der Anteil der Personen mit Übergewicht oder Adipositas ist in der Gesamtbevölkerung zwischen 1992 und 2012 von 30,1% auf 41,1% gestiegen (nicht dargestellt). Dieser Anstieg zeigt sich bei beiden Geschlechtern und in allen Altersklassen.

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → Indikatoren → Body Mass Index (NGB)

5.11 Bewegung

Körperliche Aktivität nach Alter, 2012



Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Regelmässige körperliche Aktivität ist zusammen mit einer gesunden Ernährung ein wichtiger Schutzfaktor in Bezug auf viele nicht-übertragbare Krankheiten (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2). Für Erwachsene im erwerbsfähigen Alter gilt folgende Empfehlung (BASPO et al., 2013): Zweieinhalb Stunden Bewegung pro Woche in Form von Alltagsaktivitäten oder Sport mittlerer Intensität oder 75 Minuten Sport oder Bewegung mit hoher Intensität. Es können auch Kombinationen verschiedener Intensitäten ausgeführt werden.

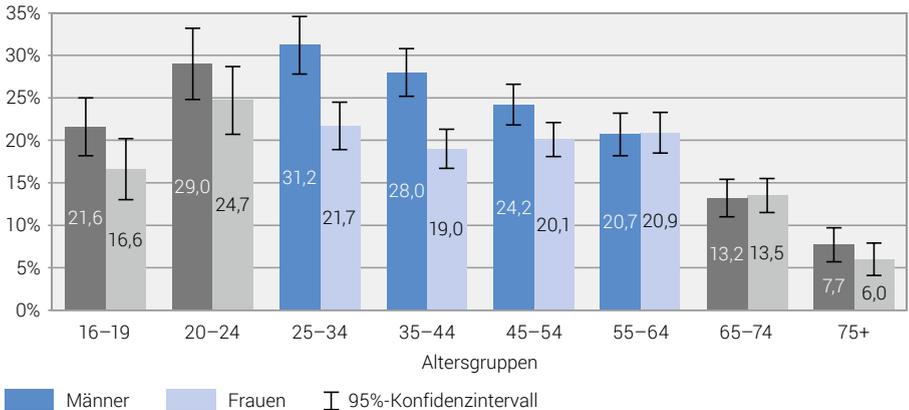
Wie die Abbildung zeigt, verändert sich der Anteil Personen, die gemäss dieser Definition als aktiv gelten, im Alter zwischen 25 und 64 Jahren nicht wesentlich: Bei den Männern sind 71–77% aktiv, bei den Frauen sind es zwischen 68 und 72%. Der Anteil der inaktiven Personen beträgt bei den Männern 8–11% und 9–13% bei den Frauen.

Der Anteil der Gesamtbevölkerung, der körperlich aktiv ist, ist in den letzten 10 Jahren von 62,5% auf 72,5% gestiegen (nicht dargestellt).

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → Indikatoren → Körperliche Aktivität (NGB)

5.12 Rauchen

Täglicher Tabakkonsum nach Alter, 2012



Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Rauchen ist der wichtigste Risikofaktor für nicht-übertragbare Krankheiten wie Lungenkrebs, Herz-Kreislauf-Krankheiten, weitere Krebsarten (z. B. Zungen- oder Kehlkopfkrebs) sowie Atemwegserkrankungen. Aus Sicht der Prävention ist das Rauchverhalten über das ganze Leben entscheidend, so wirkt sich ein Rauchstopp auch bei langjährigen Raucherinnen und Rauchern positiv auf die Gesundheit aus.

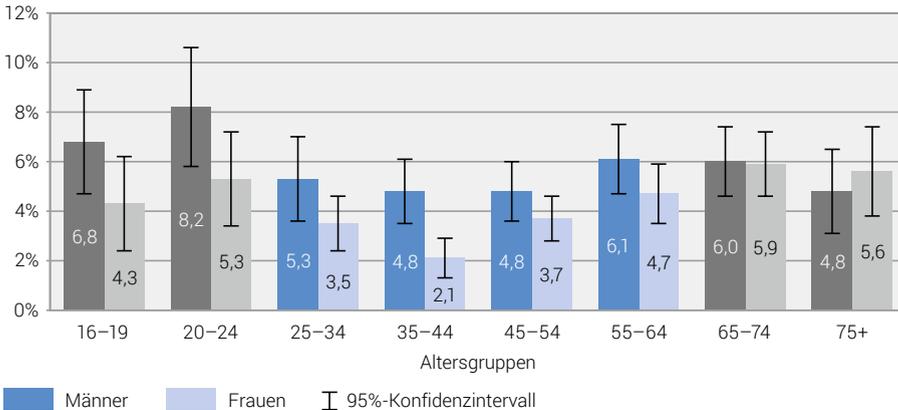
Bei den 25- bis 44-Jährigen rauchen deutlich mehr Männer als Frauen täglich. Mit dem Alter gleichen sich die Anteile der Männer und Frauen an: Ab der Altersgruppe der 45- bis 54-Jährigen ist der Unterschied statistisch nicht mehr signifikant. Zu beobachten ist dabei, dass der Anteil der täglich rauchenden Frauen über die vier Altersgruppen hinweg mehr oder weniger stabil bleibt. Bei den Männern sinkt der Anteil täglicher Raucher von 31,2% bei den 25- bis 34-jährigen auf 20,7% bei den 55- bis 64-jährigen.

Weitere Analysen für die Schweizer Gesamtbevölkerung ergeben, dass der Anteil der Raucherinnen und Raucher in den letzten 20 Jahren leicht zurückgegangen ist von 30,7% im Jahr 1992 auf 28,2% im Jahr 2012.

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → Indikatoren → Tabakkonsum (NGB)

5.13 Alkohol

Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum nach Alter, 2012



Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Übermässiger Konsum von Alkohol hat nebst gesundheitlichen, vielfach auch einschneidende soziale Auswirkungen für die Betroffenen wie auch für das soziale Umfeld. Bei Erwachsenen im mittleren Alter steht v. a. der chronische übermässige Alkoholkonsum im Vordergrund, bei den jüngeren bis 34 Jahre ist auch Rauschtrinken häufig (BFS, 2014d; Gmel et al., 2013). Als chronisch risikoreicher Alkoholkonsum gilt ein durchschnittlicher täglicher Konsum von mehr als 20 Gramm für Frauen und von mehr als 40 Gramm für Männer. Dabei gelten 20–40 Gramm für Frauen und 40–60 Gramm für Männer als mittleres Risiko, darüber besteht gemäss WHO ein hohes Risiko (Gmel et al., 2013).

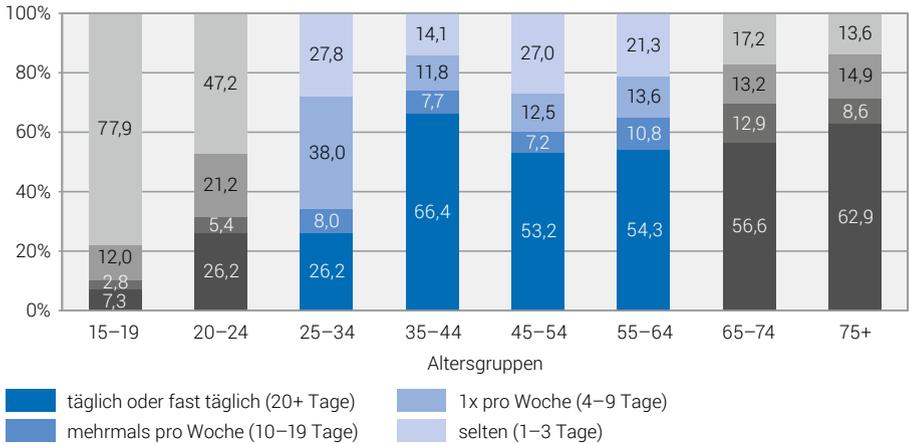
In der Abbildung ist der Anteil Personen dargestellt mit einem mittleren bis hohen Risiko bezüglich ihres Alkoholkonsums. Männer im erwerbsfähigen Alter weisen tendenziell in allen Altersgruppen häufiger einen chronisch risikoreichen Alkoholkonsum auf als Frauen, die Unterschiede sind aber statistisch meist nicht signifikant. Bei den Frauen zeigt sich die Tendenz, dass der chronisch risikoreiche Konsum der 35- bis 44-Jährigen geringer ist als der übrigen Altersgruppen

Der Zeitvergleich zeigt, dass der chronisch risikoreiche Alkoholkonsum in der Gesamtbevölkerung in den letzten 10 Jahren gesunken ist: 2002 wiesen 5,7% einen täglichen Alkoholkonsum mit mittlerem/hohem Risiko auf, 2012 waren es 4,8%.

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → Indikatoren → Alkoholkonsum (NGB)

5.14 Medikamente

Häufigkeit der Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, 2011



Nur Personen, die in den letzten 30 Tagen solche Medikamente eingenommen haben

Quelle: Suchtmonitoring Schweiz

© Obsan 2015

Medikamentenmissbrauch liegt vor, wenn ein Medikament ohne klare medizinische Indikation oder in unnötigen Mengen eingenommen wird. In der Praxis kommt dabei folgenden Medikamentengruppen eine besondere Bedeutung zu: Schlafmittel, Schmerzmittel und Beruhigungsmittel sowie Anregungsmittel und Appetitzügler. Schlaf- und Beruhigungsmittel sollten nur in Ausnahmefällen regelmässig eingenommen werden.

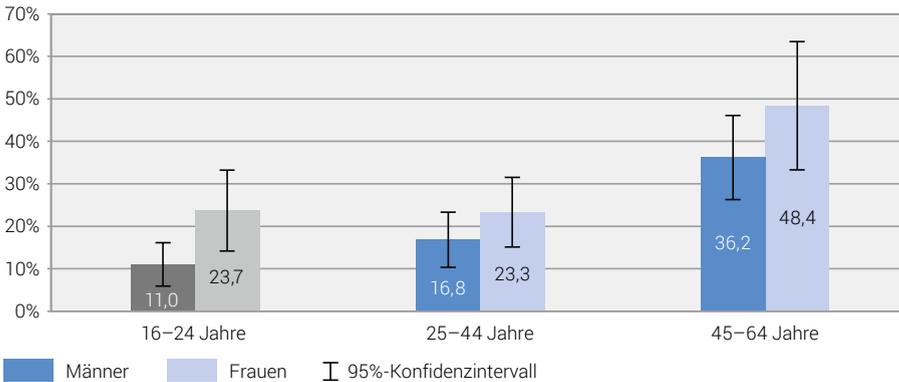
Der Anteil der Personen, die Schlaf- oder Beruhigungsmittel verwenden, steigt mit dem Alter stark an. Sind es 2,0% der 25- bis 34-Jährigen, die in den vergangenen 30 Tagen solche Medikamente eingenommen haben, so sind es 9,5% – also fast fünfmal mehr – der 55- bis 64-Jährigen (vgl. Abbildung bei Jugendlichen im [Indikator 4.13](#)). Neben der Verwendung an sich ist vor allem die Häufigkeit entscheidend für gesundheitliche Gefahren. Der Anteil Personen, die täglich oder fast täglich Schlaf- und Beruhigungsmittel einnehmen (an denjenigen, die in den letzten 30 Tagen Schlaf- und Beruhigungsmittel eingenommen haben), steigt mit dem Alter stark an (vgl. Abbildung oben): Bei den 25- bis 34-Jährigen ist es gut ein Viertel (26,2%), bei den 55- bis 64-Jährigen über die Hälfte (54,3%).

Die grosse Mehrheit der Personen, die im Rahmen des Suchtmonitorings befragt wurden und die täglich Schlaf- und Beruhigungsmittel einnehmen, nimmt diese Medikamente schon über ein Jahr ein (Gmel et al., 2012).

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → [Indikatoren](#) → [Medikamentenkonsum \(NGB\)](#)

5.15 Sexualverhalten

Geschlechtsverkehr ohne Kondom mit Gelegenheitspartner/in, 2012



Letzter Geschlechtsverkehr mit Gelegenheitspartner/in in den letzten 12 Monaten

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

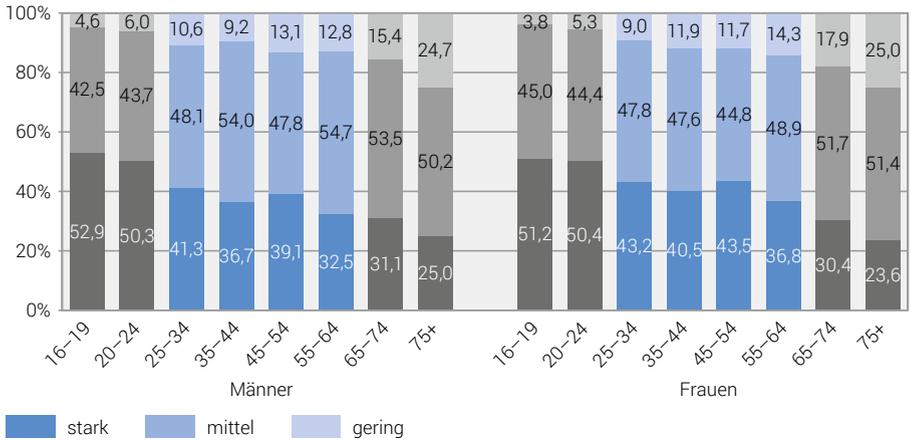
Riskantes Sexualverhalten ist insbesondere im Hinblick auf sexuell übertragbare Krankheiten (HIV, Gonorrhöe, Chlamydiose, Syphilis etc.) und ggf. ungewollte Schwangerschaften relevant. Aus Präventionssicht sind Kenntnisse über Risiken bei sexuellen Aktivitäten und insbesondere die Einhaltung von «safer sex»-Regeln von Bedeutung.

Die Abbildung zeigt den Anteil derjenigen, die beim sexuellen Kontakt mit einem Gelegenheitspartner bzw. einer Gelegenheitspartnerin kein Präservativ verwendet haben. Bei den 25- bis 44-Jährigen geben 16,8% der Männer und fast ein Viertel (23,3%) der Frauen an, sich bei sexuellen Kontakten mit Gelegenheitsbetroffenen nicht geschützt zu haben. Dieser Anteil ist bei den 45- bis 64-Jährigen deutlich höher mit über einem Drittel (36,2%) der Männer bzw. fast der Hälfte (48,4%) der Frauen.

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → Indikatoren → Sexualverhalten (NGB)

5.16 Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung nach Alter, 2012



Soziale Unterstützung gemäss Oslo-Skala

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Soziale Ressourcen haben einen Einfluss auf das Wohlbefinden, die Lebenserwartung, das Erkrankungsrisiko für bestimmte Krankheiten, die Genesungschancen und -dauer sowie das Gesundheitsverhalten (Bachmann, 2014).

Die Ergebnisse dieser Abbildung basieren auf einem Index zur sozialen Unterstützung, der aus folgenden Fragen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) gebildet wurde: Anzahl Personen, auf die man sich verlassen kann; Ausmass der Anteilnahme anderer Personen am eigenen Leben; bei Bedarf verfügbare Nachbarschaftshilfe.

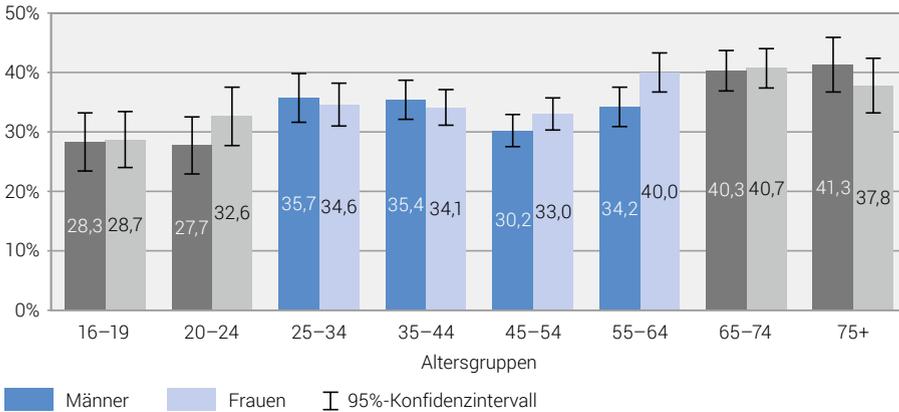
Im erwerbsfähigen Alter geben 33–41% der Männer und 37–44% der Frauen eine starke soziale Unterstützung an. Von einer schwachen sozialen Unterstützung berichten 9–13% der Männer und 9–14% der Frauen. Die soziale Unterstützung ist in der ältesten Altersgruppe (55–64 Jahre) bei beiden Geschlechtern tiefer als in den jüngeren.

Der Index zur sozialen Unterstützung auf der Basis der SGB lässt sich nur für das Jahr 2012 analysieren. Andere Indikatoren der sozialen Unterstützung zeigen folgende zeitliche Entwicklungen für die Gesamtbevölkerung: Der Anteil Personen mit Einsamkeitsgefühlen hat in den letzten 10 Jahren zugenommen von 29,8% im Jahr 2002 auf 36,1% im Jahr 2012. Der Anteil Personen mit einer oder mehreren Vertrauenspersonen ist in den letzten 10 Jahren stabil geblieben und beläuft sich auf 95%.

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → Indikatoren → Soziale Unterstützung (NGB)

5.17 Lärmstörungen im Wohnumfeld

Lärmstörungen im Wohnumfeld nach Alter, 2012



Im Zusammenhang mit gesundheitsrelevanten Einflussfaktoren im Wohnumfeld kommt Lärmbelastungen (z. B. durch Verkehr, Industrie/Gewerbe, andere Personen etc.) eine zentrale Bedeutung zu. Sind die Lärmpegel nicht allzu hoch, führen sie zwar nicht zu Gehörschäden, sie können sich aber auf das psychische und körperliche Wohlbefinden auswirken (WHO, 2009, 2011b).

Jede dritte Person im erwerbsfähigen Alter gibt an, durch Lärm im Wohnumfeld gestört zu sein. Dieser Anteil bleibt bei den Männern zwischen dem 25. und dem 64. Lebensjahr mehr oder weniger stabil. Bei den Frauen zeigt sich ein vergleichbares Bild. Nur in der Gruppe der 55- bis 64-Jährigen wird eine Zunahme des Anteils der Personen, die sich gestört fühlen, auf 40% beobachtet.

Der Vergleich mit den Ergebnissen des Jahres 2002 zeigt eine deutliche Abnahme von bis zu 10 Prozentpunkten der wahrgenommenen Lärmbelastungen (Resultate für die Gesamtbevölkerung).

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → Indikatoren → Störungen durch Lärm (NGB)

6 Ältere Menschen

Das folgende Kapitel befasst sich mit der gesundheitlichen Situation von älteren Menschen ab 65 Jahren. Es umfasst zentrale Indikatoren zum Gesundheitszustand und zu gesundheitsrelevanten Einflussfaktoren mit jeweiligem Fokus auf Themen, die bei dieser Altersgruppe relevant sind (z. B. Osteoporose, Demenz, Stürze, Multimorbidität). Einige dieser Indikatoren (z. B. Todesursachen, Körpergewicht) sind z. T. auch für die anderen Lebensabschnitte beschrieben, was ein Gesamtbild über das Alter hinweg vermittelt. Zu beachten ist dabei, dass die Zahlen z. T. auf unterschiedlichen Datenquellen beruhen und deshalb nur beschränkt vergleichbar sind. In Abbildungen, in den das ganze Altersspektrum gezeigt wird, sind die in diesem Kapitel behandelten Altersgruppen der 65-Jährigen und Älteren blau gefärbt, die anderen grau.

Die Auswahl der Indikatoren wurde massgeblich durch die Datenlage mitbestimmt. Nebst einigen spezifischen Datenbanken (z. B. Todesursachenstatistik, Krebsepidemiologie) wurde für viele der Indikatoren auf zwei Befragungen zurückgegriffen: die *Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)* und die *Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (EGBI)*. Die SGB ist eine Befragung der ständigen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren zu Gesundheitsthemen (Gesundheitszustand und seine Einflussfaktoren, Inanspruchnahme des Gesundheitswesens etc.), welche alle 5 Jahre durchgeführt wird. Bei der Interpretation der SGB-Ergebnisse (z. B. Osteoporose, Diabetes, Bewegung) ist zu beachten, dass in der SGB lediglich in Privathaushalten lebende Personen befragt werden – d. h. dass ältere Menschen, die in Alters- und Pflegeheimen leben, nicht eingeschlossen sind. Die EGBI von 2008/2009 stellt die bisher einzige umfassende und schweizweite Erhebung im Bereich Gesundheit zu Personen in Alters- und Pflegeheimen dar.

Einige ausgewählte Ergebnisse der nachfolgenden Indikatoren sind:

- Rund ein Drittel der Personen in Alters- und Pflegeheimen sind von einer Depression betroffen.
- 18% der Männer und 9% der Frauen ab 75 Jahren haben Diabetes – Tendenz steigend.
- Gemäss Schätzungen wird die Anzahl an Demenz erkrankter Personen bis ins Jahr 2030 von 110'000 auf 190'000 steigen.
- 44% der Personen ab 85 Jahren im Privathaushalten sind multimorbid, bei Personen in Alters- und Pflegeheimen sind es 86%.

6.1 Lebenserwartung/gesunde Lebensjahre im Alter von 65 Jahren

Lebenserwartung und gesunde Lebensjahre im Alter von 65 Jahren, 2008 – 2012



Quelle: BFS – ESPOP, BEVNAT, STATPOP und Eurostat

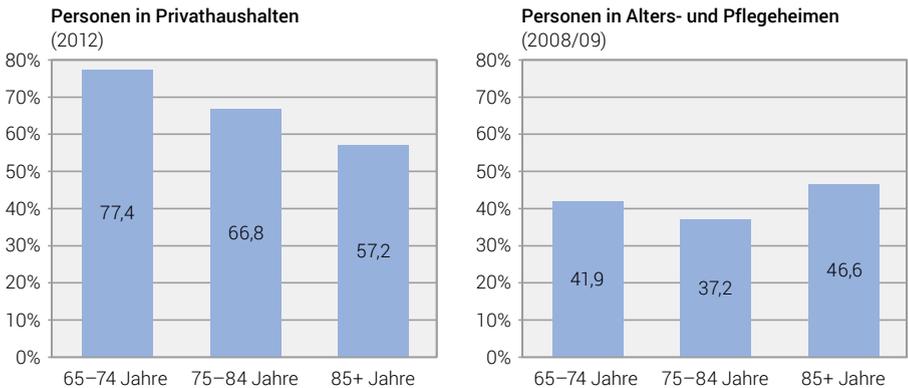
© Obsan 2015

Im Jahr 2012 betrug die *Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren* zusätzliche 19,1 Jahre bei den Männern und 22,1 Jahre bei den Frauen. Diese Lebenserwartung ist zwischen 2008 und 2012 leicht gestiegen – bei den Männern stärker als bei den Frauen.

Die *gesunden Lebensjahre* («Healthy Life Years») messen die Lebenszeit, die ein Mensch voraussichtlich ohne funktionale Einschränkungen/Behinderungen leben kann. Personen im Alter von 65 Jahren konnten 2012 noch 14,2 (Frauen) bzw. 13,6 (Männer) gesunde Jahre erwarten. Bei beiden Geschlechtern ist ein Anstieg der gesunden Lebensjahre zu verzeichnen, was nicht nur für das Wohlbefinden der Bevölkerung im Alter, sondern auch für die Planung der Versorgung von zentraler Bedeutung ist.

6.2 Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand

(Sehr) guter selbst wahrgenommener Gesundheitszustand von 65-Jährigen und Älteren, 2012 und 2008/09



Quelle: BFS – SGB und EGBI

© Obsan 2015

Der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand, auch subjektiver Gesundheitszustand genannt, gibt an, wie gesund sich jemand fühlt. Die Antwort auf die Frage nach dem subjektiven Gesundheitszustand eignet sich für die Prognostizierung verschiedener messbarer Werte wie Morbidität (Krankheitsgeschehen), Mortalität (Sterblichkeit) und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (Idler & Benyamini, 1997; Jylhä, 2009; Manor et al., 2001).

Die abgebildeten Ergebnisse der zu Hause lebenden Menschen ab 65 Jahren (Daten der SGB) zeigen, dass der Anteil derjenigen, die ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut bezeichnen, im Alter kontinuierlich sinkt. Berichten bei den 65- bis 74-Jährigen noch 77% von einem (sehr) guten Gesundheitszustand, so fällt dieser Wert bei den 85-Jährigen und Älteren auf 57%.

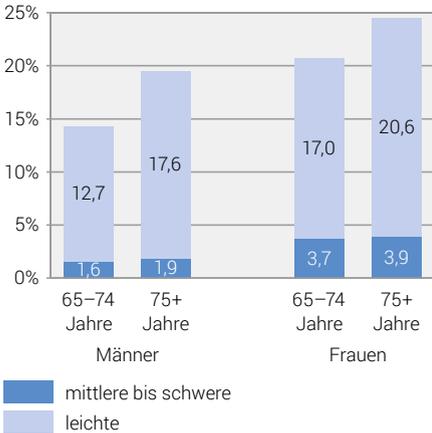
Personen, die in Alters- und Pflegeheimen leben, stufen ihren Gesundheitszustand erwartungsgemäss deutlich weniger häufig als gut oder sehr gut ein (vgl. Abbildung rechts; Daten der EGBI): In allen betrachteten Altersgruppen ist es weniger als die Hälfte.

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → Indikatoren → Selbst wahrgenommene Gesundheit (NGB)

6.3 Psychische Gesundheit

Depressionen

Depressionssymptome bei Personen in Privathaushalten, 2012

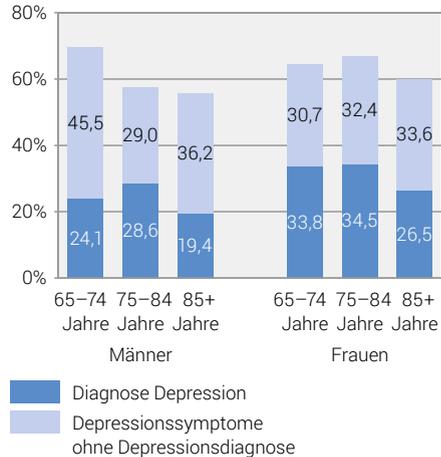


Symptome in den letzten zwei Wochen

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Depressionsdiagnosen und -symptome bei Personen in Alters- und Pflegeheimen, 2008/09



Symptome in den letzten vier Wochen

Quelle: BFS – EGBI

© Obsan 2015

Etwa eine von fünf Personen erkrankt im Verlaufe ihres Lebens an einer Depression (Baer et al., 2013). Gerade bei älteren Menschen werden Depressionen häufig nicht erkannt (Hell & Böker, 2005; Stoppe, 2008).

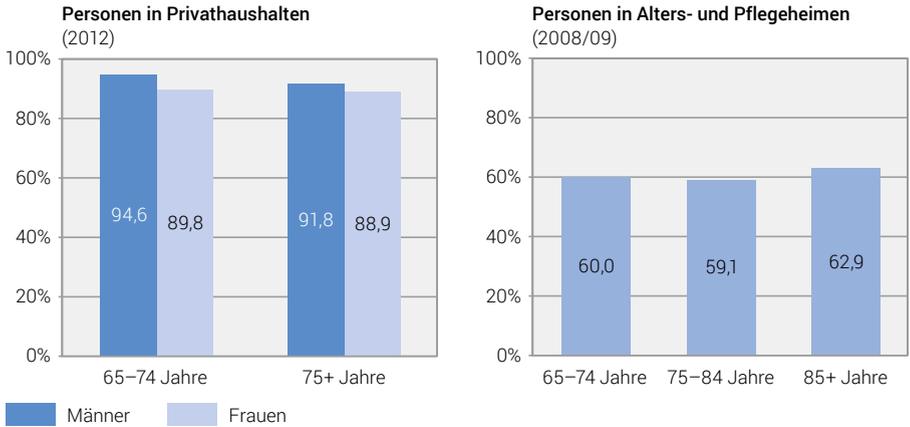
Die Ergebnisse der SGB für in Privathaushalten lebende Personen zeigen, dass auch im höheren Alter Frauen tendenziell häufiger als Männer *Depressionssymptome* aufweisen (statistisch nicht signifikant). 21–25% der 65-jährigen und älteren Frauen berichten von Depressionssymptomen, bei den Männern sind es 14–20%. Dabei handelt es sich bei rund 4% (Frauen) bzw. 2% (Männer) um mittlere bis starke Symptome.

Die Ergebnisse der EGBI für Personen, die in Alters- und Pflegeheimen leben, zeigen, dass je nach Alter und Geschlecht 20–35% der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner eine *Depressionsdiagnose* haben (Angaben der betreuenden Pflegefachpersonen), bei weiteren 29–46% weisen die Selbstangaben der Bewohnerinnen und Bewohner auf depressive Symptome hin.

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → Indikatoren → Depressionssymptome (NGB)

Lebensqualität

(Sehr) gute Lebensqualität von 65-Jährigen und Älteren, 2012 und 2008/09



Im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit können vorhandene psychische Belastungen und Störungen (defizitorientierter Ansatz) oder positive Aspekte wie Energie und Optimismus (ressourcenorientierter Ansatz) untersucht werden. Als Indikator für positive psychische Gesundheit werden hier die Ergebnisse zur allgemeinen Lebensqualität präsentiert.

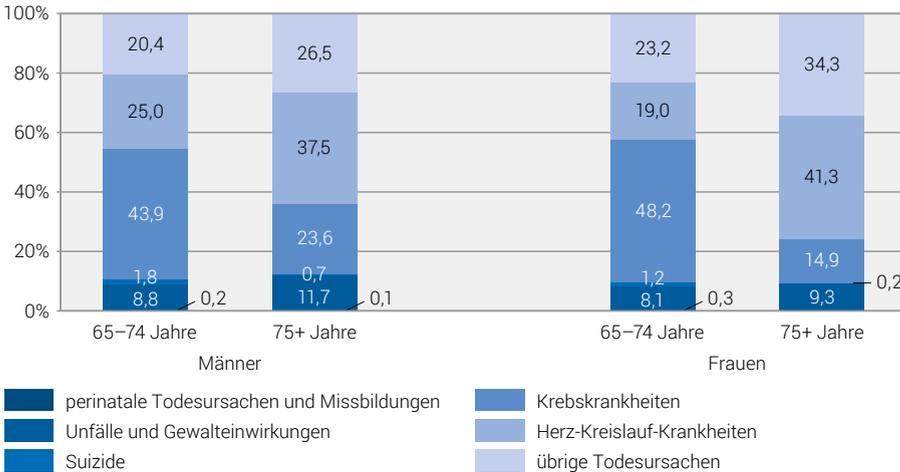
Die Mehrheit der zu Hause lebenden Personen ab 65 Jahren verfügt über eine hohe Lebensqualität wie die dargestellten Daten der SGB zeigen: 94,6% der Männer und 89,8% der Frauen zwischen 65 und 74 Jahren stufen ihre Lebensqualität als gut oder sehr gut ein. Diese Anteile sind in der Altersgruppe der 75-Jährigen und Älteren tendenziell etwas tiefer (nicht signifikante Unterschiede). Resultate zu einem weiteren Indikator der positiven psychischen Gesundheit (Energie- und Vitalitätsniveau) finden sich beim [Indikator 5.2](#).

Die Ergebnisse zur allgemeinen Lebensqualität für in Alters- und Pflegeheimen lebenden Personen zeigen deutlich tiefere Werte (Daten der EGBI): Um 60% der Bewohnerinnen und Bewohner stufen ihre Lebensqualität als gut bis sehr gut ein. Dieser Anteil bleibt über die betrachteten Altersgruppen hinweg mehr oder weniger stabil.

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → [Indikatoren](#) → [Lebensqualität \(NGB\)](#)

6.4 Todesursachen

Todesursachen von 65-Jährigen und Älteren, 2012



Quelle: BFS – Todesursachenstatistik

© Obsan 2015

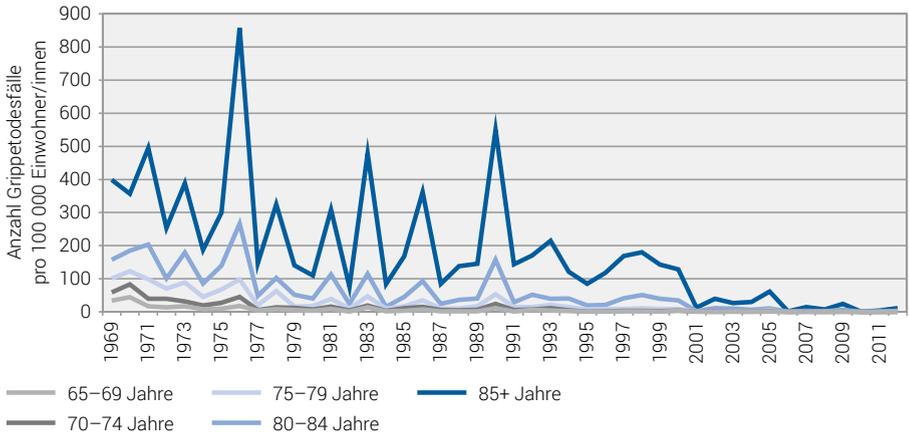
Der Anteil der Todesfälle der 65-Jährigen und Älteren steigt mit der zunehmenden Langlebigkeit und liegt 2012 bei 85%. In der Altersklasse der über 84-Jährigen ist die Zunahme besonders markant: 43% der 2012 Verstorbenen waren 85-jährig oder älter (BFS, 2014h; nicht abgebildet).

Wie die Abbildung zeigt, gewinnen Herz-Kreislauf-Krankheiten mit dem Alter als Todesursache zunehmend an Bedeutung. Bei den 75-Jährigen und Älteren sind sie für 37,5% der Todesfälle verantwortlich, bei den gleichaltrigen Frauen sind es 41,3%. Im Gegenzug dazu nimmt die Bedeutung der Krebstodesfälle ab. Nachdem die tödlichen Unfälle bei den Jungen eine grosse Bedeutung hatten und anschliessend im mittleren Alter abgenommen hatten, zeigt sich im höheren Alter wieder ein leichter Anstieg. 11,7 Männer pro 100'000 Einwohner und 9,3 Frauen pro 100'000 Einwohnerinnen sterben an den Folgen eines Unfalls oder einer Gewalttat. Eine Überblickgrafik zu den Todesursachen über alle Altersgruppen hinweg findet sich beim [Indikator 5.3](#).

6.5 Infektionskrankheiten

Saisonale Grippe

Saisonale Grippe: Sterberate nach Alter, 1969 – 2012



Quelle: BAG – Statistik der meldepflichtigen Krankheiten

© Obsan 2015

Eine reduzierte Immunabwehr macht ältere Menschen besonders anfällig für Infektionen, wobei in diesem Alter Atemwegserkrankungen die häufigsten Infektionskrankheiten sind. Darunter kommt der saisonalen Grippe eine besondere Bedeutung zu. Sie kann zu schweren Komplikationen (z. B. Lungenentzündung) führen. So ist das Risiko, an einer Lungenentzündung zu sterben, bei älteren Menschen achtmal höher als bei jüngeren (Wollscheid-Lengeling & Kerksiek, 2009).

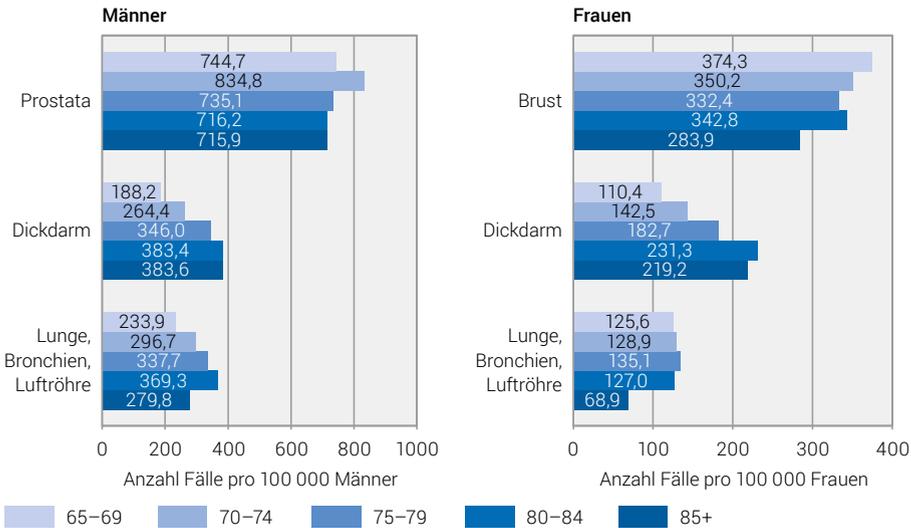
Wenn auch die Zahlen mit Vorsicht zu interpretieren sind (eine Laborbestätigung für die Diagnose wird erst seit 2010 verlangt), so zeigt sich, dass die Rate der Grippe-todesfälle im Alter eindeutig höher ist als bei jüngeren Personen. Die Aussage gilt auch unter Einbezug der Altersklassen unter 65 Jahren, die hier nicht gezeigt werden. Die Mortalitätsrate schwankt von Jahr zu Jahr, dennoch ist sie in den letzten Jahrzehnten stark zurückgegangen, was auf die Wirkung von Behandlungs- und Präventionsmassnahmen (v. a. Grippeimpfung für Risikogruppen) zurückzuführen ist.

6.6 Nicht-übertragbare Krankheiten

Krebserkrankungen

Krebs-Neuerkrankungen bei 65-Jährigen und Älteren, 2007–2011

Drei häufigste Lokalisationen



Die Raten wurden über einen Fünfjahresdurchschnitt berechnet

Quelle: BFS, NICER

© Obsan 2015

Krebs ist im Alter von 65 bis 74 Jahren die häufigste, ab 75 Jahren die zweithäufigste Todesursache hinter den Herz-Kreislauf-Krankheiten.

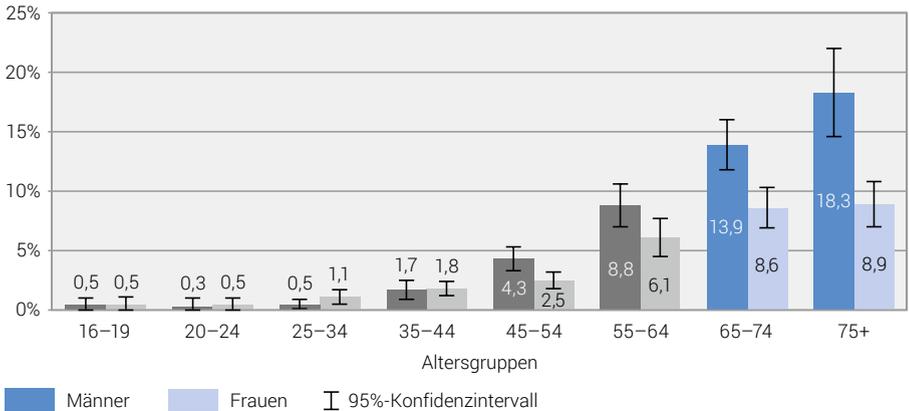
Bei Männern ab 65 Jahren ist das Prostatakarzinom mit über 700 Fällen pro 100'000 Einwohner am häufigsten, gefolgt vom Dickdarmkrebs, dessen Inzidenz mit dem Alter zunimmt und mit 384 Fällen pro 100'000 Männer das Maximum in der höchsten Altersklasse erreicht. Lungenkrebs weist die dritthöchste Inzidenz auf, danach folgen Harnblasenkrebs und das Hautmelanom.

Bei Frauen ab 65 Jahren wird am häufigsten Brustkrebs diagnostiziert. Die 374 neuen Diagnosen pro 100'000 Frauen im Alter zwischen 65 und 69 Jahren stellen indessen nur die Hälfte der Prostatainzidenz bei gleichaltrigen Männern dar. Dickdarmkrebs steht bei den Frauen wie bei den Männern an zweiter Stelle, wird aber mit durchschnittlich 231 Fällen pro 100'000 Einwohnerinnen in geringerem Ausmass diagnostiziert als bei den Männern. Die Häufigkeit von Lungenkrebs sinkt dagegen deutlich in der höchsten Altersgruppe.

Diabetes mellitus

Diabetes nach Alter, 2012

Personen in Privathaushalten



Personen, bei denen schon einmal im Leben Diabetes ärztlich diagnostiziert wurde

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Diabetes mellitus ist eine chronische Stoffwechselkrankheit, deren Rate der Neuerkrankungen in den letzten Jahrzehnten weltweit gestiegen ist, wobei insbesondere Typ 1 und Typ 2 zu unterscheiden sind (International Diabetes Federation, 2013): Letzterer ist stark lebensstilbedingt und u. a. mit Übergewicht assoziiert. Gerade im späteren Alter ist Typ 2 der vorherrschende Diabetestyp.

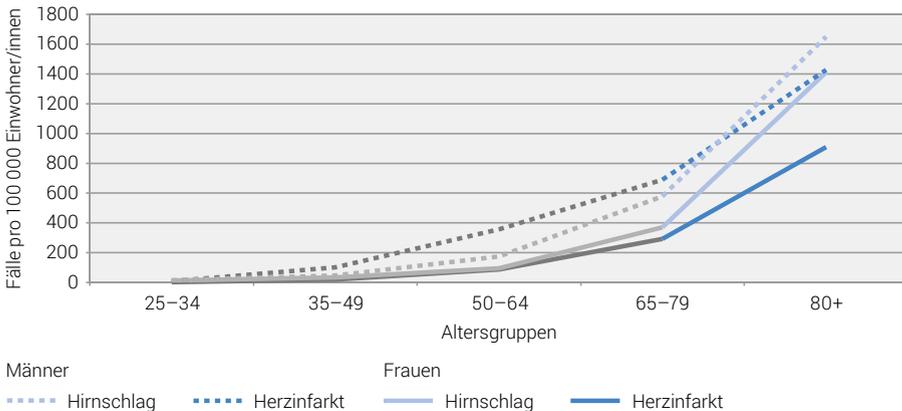
Die SGB liefert Angaben zu Personen, die zu Hause leben: Der Anteil Personen, welche angeben, an Diabetes mellitus zu leiden, steigt auch im höheren Alter an, die Unterschiede zwischen den beiden letzten Altersgruppen sind jedoch nicht signifikant. Männer leiden gerade im hohen Alter deutlich häufiger an Diabetes als Frauen: 13,9% der 65- bis 74-jährigen und 18,3% der 75-jährigen und älteren Männer sind davon betroffen gegenüber rund 9% der Frauen.

Verschiedene Daten zeigen für die Schweiz in den letzten Jahren einen Trend der Zunahme von Diabetes – insbesondere auch bei älteren Personen ab 55 Jahren und bei Männern (BFS, 2014c; Bopp et al., 2011).

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → Indikatoren → Diabetes mellitus (NGB)

Herz-Kreislauf-Krankheiten

Akuter Myokardinfarkt und Hirnschlag nach Alter, 2008 – 2012



Die Raten wurden über einen 5-Jahresdurchschnitt berechnet

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Todesursachenstatistik

© Obsan 2015

Herz-Kreislauf-Krankheiten wie akuter Myokardinfarkt (Herzinfarkt) und Schlaganfall treten im höheren Alter nicht nur häufiger auf, sie sind auch die häufigste Todesursache.

Die Abbildung zeigt das Vorkommen (Prävalenz) von Herzinfarkt (akuter Myokardinfarkt) und Schlaganfall, welche auf der Grundlage der Hospitalisierungen (Medizinische Statistik der Krankenhäuser) und Todesfälle (Todesursachenstatistik) berechnet wurde.

Männer sind auch im hohen Alter (80 Jahre und älter) mit einer Rate von 1427 Fälle pro 100'000 Einwohner stärker von Herzinfarkt betroffen als Frauen (910 Fälle pro 100'000 Einwohnerinnen): Der Geschlechterunterschied ist beim Hirnschlag weniger ausgeprägt: Bei den 80-jährigen und älteren Personen sind es 1650 Männer bzw. 1411 Frauen pro 100'000 Einwohner/innen.

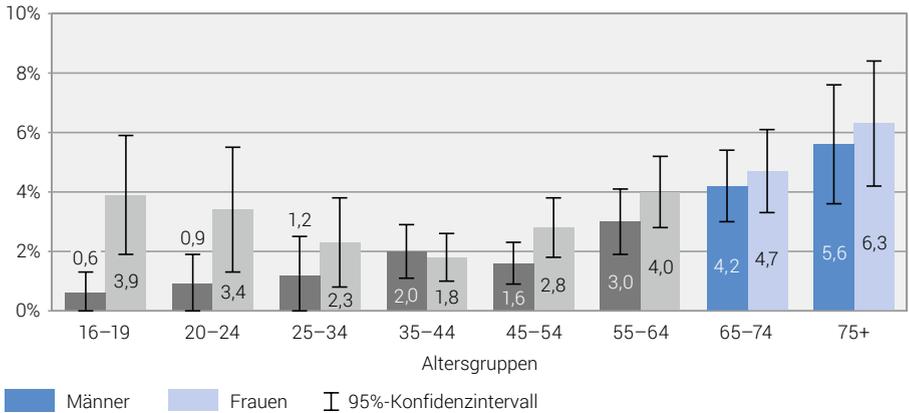
Die alters- und geschlechtsstandardisierte Prävalenz des Herzinfarkts ist zwischen 2000 und 2012 stetig gestiegen (von 149,9 auf 177,9 Fälle/100'000 Einwohner/innen), diejenige des Hirnschlags dagegen stetig gesunken von 184,4 auf 176,6 Fälle/100'000 Einwohner/innen). Differenzierte Analysen zeigen, dass bei beiden Erkrankungen die Sterberate stark gesunken, die Hospitalisierungsrate dagegen gestiegen ist (BFS, 2014d).

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → Indikatoren → Herz-Kreislauf-Krankheiten (NGB)

COPD/chronische Bronchitis/Emphysem

Chronische Bronchitis/Emphysem nach Alter, 2012

Personen in Privathaushalten



Personen, die in den letzten 12 Monaten von chronischer Bronchitis/Emphysem betroffen waren

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung COPD ist ein übergeordneter Begriff für Atemwegserkrankungen, bei denen die Atmung behindert ist, wobei vor allem die chronische Bronchitis und das obstruktive Emphysem zu nennen sind. Betroffen sind insbesondere Personen, die über längere Zeit geraucht haben.

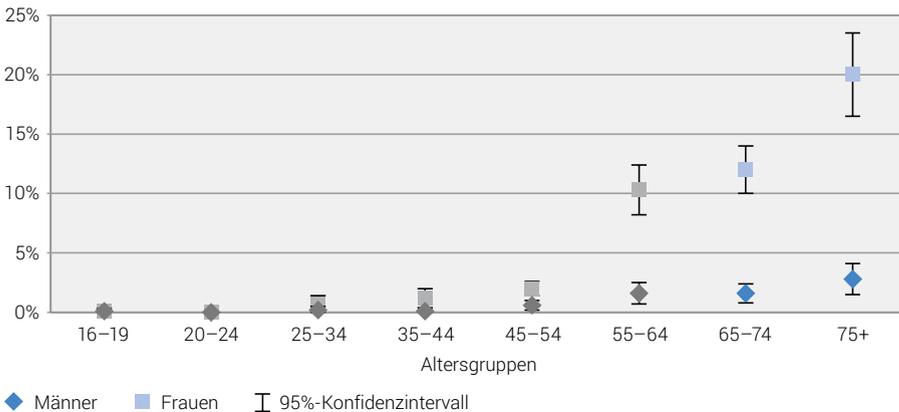
Hinweise zur Häufigkeit dieser Erkrankungen liefert die SGB, in der nach chronischer Bronchitis oder Emphysem in den letzten 12 Monaten gefragt wird. 4,0% der Männer von 65 bis 74 Jahren und 6,0% im Alter von 75 Jahren und darüber leiden gemäss eigenen Angaben an chronischer Bronchitis oder Emphysem. Bei den Frauen sind es 5,0% in der jüngeren (65–74 Jahre) und ebenfalls 6,0% in der älteren (75 Jahre und älter) Altersgruppe. Die Unterschiede sind statistisch nicht signifikant.

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → [Indikatoren](#) → [Chronische Bronchitis/Emphysem \(NGB\)](#)

Osteoporose

Osteoporose nach Alter, 2012

Personen in Privathaushalten



Anteil, der schon einmal wegen Osteoporose in ärztlicher Behandlung war

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Osteoporose ist durch einen Abbau der Knochensubstanz und -struktur gekennzeichnet. Die Krankheit, von der v. a. Frauen im Alter betroffen sind, geht mit einem erhöhten Risiko für Knochenbrüche einher, insbesondere für Schenkelhalsfrakturen und das Zusammenbrechen der Wirbelkörper. Neben Geschlecht und Alter stellen Immobilität, Untergewicht, Rauchen, Alkohol und gewisse Medikamente Risikofaktoren für eine Osteoporose dar (DVO, 2009; Hadji et al., 2013).

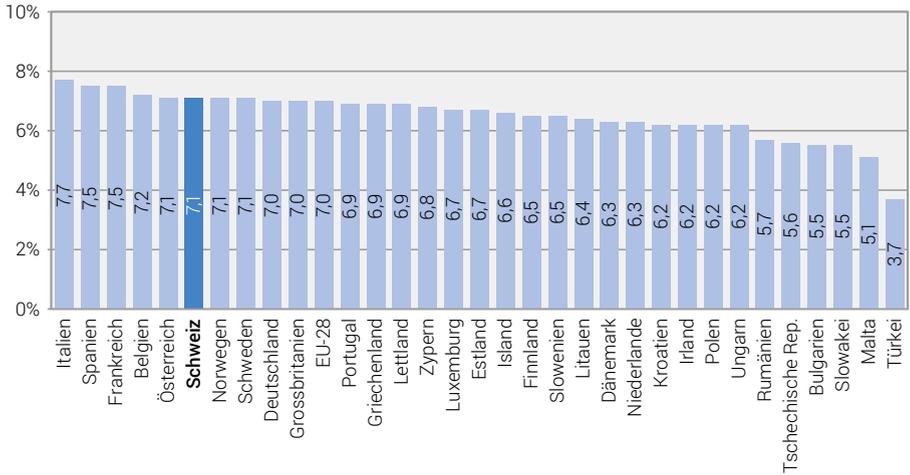
Die Abbildung zeigt den Anteil der in Privathaushalten lebenden Personen, die schon einmal wegen Osteoporose in ärztlicher Behandlung waren (Lebenszeitprävalenz). Während der Anteil bei den Männern mit dem Alter nur leicht ansteigt, nimmt er bei den Frauen im späteren Alter sehr stark zu: 12,0% der 65- bis 74-jährigen Frauen geben an, wegen Osteoporose in Behandlung (gewesen) zu sein, bei den 75-Jährigen und Älteren sind es 20,0%.

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → Indikatoren → Osteoporose (NGB)

Demenz

Prävalenz von Demenz im europäischen Vergleich, 2012

60-jährige und ältere Personen



Quelle: OECD (2014), Health at a Glance: Europe 2014

© Obsan 2015

Demenz ist ein Oberbegriff für eine Reihe von Erkrankungen, die mit einem Gedächtnisverlust kombiniert mit der Störung von mindestens einer geistigen Funktion wie Sprache, Bewegung, Erkennen oder Planung und Handeln einhergehen (Cassetti et al., 2011; Monsch et al., 2012). Diese Defizite führen dazu, dass alltägliche Aktivitäten nicht mehr eigenständig durchgeführt werden können. Die häufigste Demenzerkrankung ist mit etwa zwei Dritteln aller Fälle die Alzheimer-Krankheit.

Repräsentative Untersuchungen zur Häufigkeit von Demenzerkrankungen in der Schweiz existieren keine. Nach Schätzungen, u. a. auf der Basis internationaler Studien, leben in der Schweiz rund 110'000 Menschen mit Demenz (BAG & GDK, 2013a; Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, 2011). In der Abbildung ist die Prävalenz von Demenz in europäischen Ländern dargestellt (aus: OECD, 2014 basierend auf Schätzung von Alzheimer Europe). Die Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken, steigt nach dem 65. Lebensjahr stark an: Während in der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen etwa jede fünfzigste Person betroffen ist, ist es in der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen etwa jede achte (BAG & GDK, 2013a). Frauen erkranken häufiger an Demenz, was sich in erster Linie dadurch erklären lässt, dass sie häufiger ein hohes Alter erreichen als Männer. Prognosen gehen davon aus, dass die Anzahl demenzkranker Personen bis 2030 auf 190'000 und bis 2060 auf rund 300'00 Personen steigen wird (BAG & GDK, 2013a).

6.7 Schmerzen

Schmerzen bei Personen in Alters- und Pflegeheimen, 2008/09



Schmerzen in den letzten 7 Tagen

Quelle: BFS – EGBI

© Obsan 2015

Körperliche Beschwerden und somit auch chronische Schmerzen nehmen im höheren Lebensalter zu. Sie werden jedoch häufig nicht adäquat behandelt, unter anderem deshalb, weil Schmerzen als normale Alterserscheinung betrachtet werden und die Erkennung sowie Behandlung erschwert ist (Bruckenthal et al., 2009; Lukas et al., 2013; Mitchell, 2001). Eine fehlende oder ungenügende Schmerztherapie kann sich vielseitig auswirken (z. B. eingeschränkte Mobilität, verminderte Lebensqualität, Depression, Institutionalisierung).

Ergebnisse zu *Rücken- und Kopfschmerzen* von Personen, die zu Hause leben, sind im [Indikator 5.6](#) abgebildet (Ergebnisse der SGB). Tendenziell nimmt der Anteil der Personen, die unter Rückenschmerzen leiden, mit dem Alter zu. Kopf- und Gesichtsschmerzen nehmen dagegen mit dem Alter ab. Da körperliche Beschwerden generell mit dem Alter zunehmen, kann davon ausgegangen werden, dass auch bei älteren Personen, die zu Hause leben, die Schmerzen allgemein zunehmen.

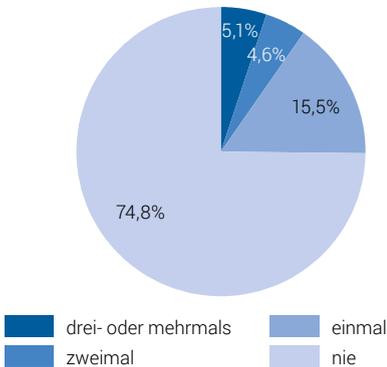
In der Abbildung oben sind Ergebnisse zu *Schmerzen allgemein und Schmerzintensität* von Personen, die in Alters- und Pflegeheimen leben, präsentiert (Ergebnisse der EGBI). Je nach Altersgruppe geben 27,2–35,4% an, in den letzten 7 Tagen vor der Befragung unter mittleren bis (sehr) starken Schmerzen gelitten zu haben.

6.8 Unfälle

Stürze

Sturzepisoden bei Personen in Privathaushalten, 2012

65-jährige und ältere Personen

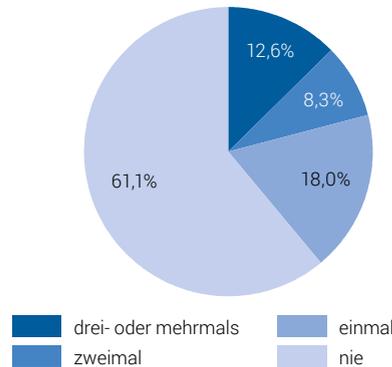


In den letzten 12 Monaten

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Sturzepisoden bei Personen in Alters- und Pflegeheimen, 2008/09



In den letzten 12 Monaten

Quelle: BFS – EGBI

© Obsan 2015

Die häufigste Unfallart im Alter sind Stürze. Ein Sturz kann zu einem Spitalaufenthalt und möglicherweise zu einem Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim führen. Sturzpräventionsmassnahmen zielen einerseits auf Bewegung und Training (v. a. Kraft und Gleichgewicht), andererseits aber auch auf Hilfsmittel (Gehhilfen, Anti-Rutschsocken) und Anpassungen im häuslichen Wohnumfeld (Entfernen von Stolperfallen, Anbringen von Handgriffen etc.).

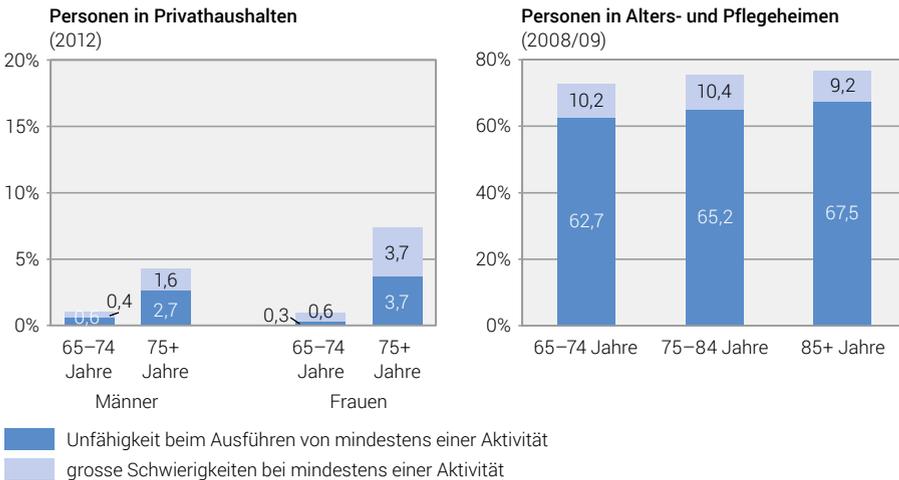
Gemäss Aussagen von Personen ab 65 Jahren in Privathaushalten (Daten der SGB) ist ein Viertel von ihnen im letzten Jahr gestürzt, davon 9,7% mehrfach. Der Zeitvergleich zeigt eine Zunahme der Anzahl Personen, die gestürzt sind: 2002 betrug der Anteil 20,9%, im Jahr 2012 25,2% (nicht dargestellt).

Von den Personen, die im Alters- und Pflegeheim wohnen (Daten der EGBI), sind 38,9% gestürzt, davon 20,9% mehrfach.

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → Indikatoren → Stürze (NGB)

6.9 Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens

Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens bei 65-Jährigen und Älteren, 2012 und 2008/09



Quelle: BFS – SGB und EGBI

© Obsan 2015

Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten wie waschen, sich anziehen, essen, aber auch selbstständig einkaufen, kochen oder Verkehrsmittel benutzen gehen mit einem Autonomieverlust einher und machen – je nach Schweregrad – abhängig von externer Unterstützung. Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens haben häufig Auswirkungen auf die sozialen Beziehungen und die Lebensqualität.

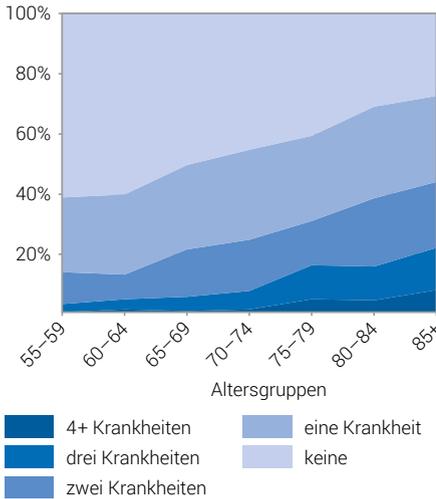
Bei den Personen, die in einem Privathaushalt leben, haben rund 1% der 65- bis 74-Jährigen grosse Schwierigkeiten, mindestens eine der alltäglichen Aktivitäten auszuführen (Daten der SGB). Im Alter von 75 Jahren und mehr sind es 4,3% der Männer und 7,4% der Frauen. Davon ist in beiden Altersgruppen (gut) die Hälfte gar nicht mehr dazu fähig, diese Aktivität(en) auszuführen.

Erwartungsgemäss ist der Anteil der Personen, die bei alltäglichen Aktivitäten eingeschränkt sind, bei Personen in Heimen deutlich höher (Daten der EGBI): Etwa drei Viertel der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner haben grosse Schwierigkeiten bei mindestens einer alltäglichen Aktivität, 10% davon können mindestens eine Aktivität gar nicht mehr selber ausführen.

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → Indikatoren → Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens (NGB)

6.10 Multimorbidität

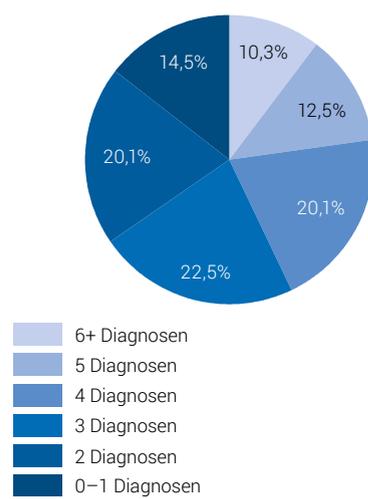
Anzahl chronischer Krankheiten von Personen in Privathaushalten, 2010/11



Quelle: SHARE

© Obsan 2015

Anzahl Diagnosen bei Personen in Alters- und Pflegeheimen, 2008/09



Quelle: BFS – EGBI

© Obsan 2015

Multimorbidität wird häufig als das gleichzeitige Auftreten von zwei oder mehreren chronischen Krankheiten definiert (Bopp & Holzer, 2012). Die Krankheiten beeinflussen sich oft gegenseitig und führen häufig zu Einbußen der Funktionsfähigkeit und der Autonomie. Die Behandlung von multimorbiden Patientinnen und Patienten ist insofern schwierig, als es kaum Guidelines gibt und die medikamentösen Therapien häufig unerwünschte Wechselwirkungen zeigen (Barnett et al., 2012; Boyd et al., 2005). Mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung ist damit zu rechnen, dass Multimorbidität stark zunehmen wird (Moreau-Gruet, 2013).

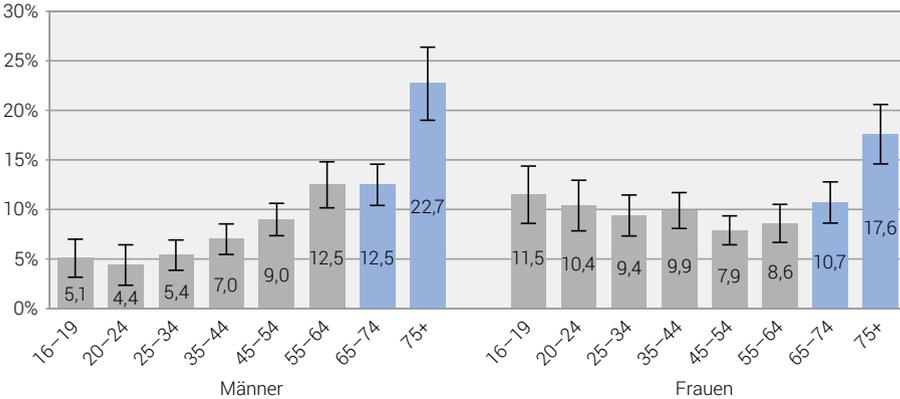
Die dargestellten Ergebnisse des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) aus dem Jahr 2010/2011 für in Privathaushalten lebende Personen zeigen, dass 22% der 50-jährigen und älteren Personen von *mehr als einer Krankheit betroffen* sind. Bei den 50- bis 54-Jährigen beläuft sich diese Prävalenz auf 11,0%, bei den 65- bis 69-Jährigen auf 21,7% und bei den Personen ab 85 Jahren auf 44,1%.

In Alters- und Pflegeheimen ist Multimorbidität noch deutlich ausgeprägter als bei Personen, die in Privathaushalten leben (Daten der EGBI): 85,5% der Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen haben *mindestens zwei Diagnosen*, fast ein Viertel davon (22,8%) hat 5 oder mehr Diagnosen.

6.11 Ernährung

Flüssigkeitskonsum von weniger als einem Liter pro Tag nach Alter, 2012

Personen in Privathaushalten



┆ 95%-Konfidenzintervall

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

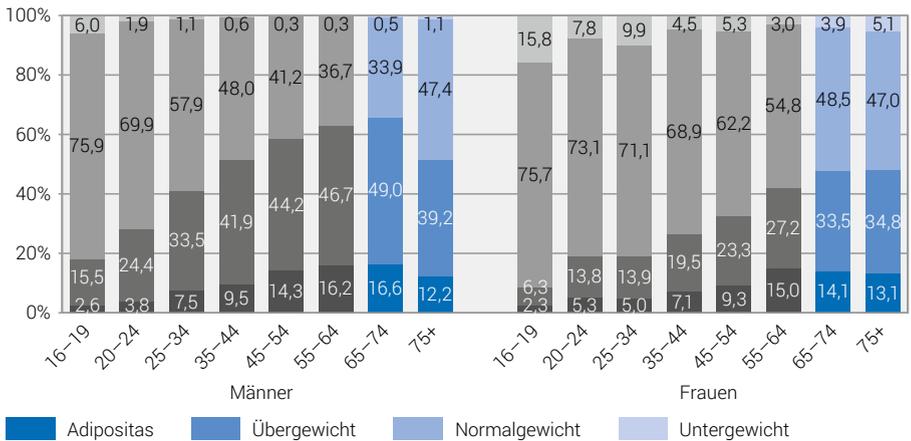
Ein Flüssigkeitsmangel (Dehydration) kann nebst der Abnahme der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit u. a. Schwindel, Verwirrheitszustände, Apathie oder einen Kreislaufkollaps auslösen. Insbesondere ältere Menschen sind von Dehydration häufig betroffen, u. a. weil das Durstgefühl im Alter deutlich abnimmt und die Flüssigkeitsausscheidung oft erhöht ist. Die Angst vor Toilettengängen (Sturzgefahr), Inkontinenz und Prostataleiden hemmen zudem häufig das Trinkverhalten. Dazu kommt, dass die Symptome bei älteren Menschen häufig nicht mit einem Flüssigkeitsmangel in Verbindung gebracht werden. Gemäss Empfehlungen sollten 1–2 Liter der täglichen Flüssigkeitszufuhr über Getränke (vorzugsweise Wasser, ungesüsster Tee oder verdünnte Fruchtsäfte) erfolgen.

Wie die Daten der SGB zeigen, sinkt die durchschnittliche Trinkmenge mit dem Alter. Im höheren Alter (75 Jahre und älter) trinken 22,7% der Männer und 17,6% der Frauen weniger als einen Liter pro Tag. Dies ist ein Hinweis dafür, dass ein beträchtlicher Anteil der älteren Personen nicht genügend Flüssigkeit zu sich nimmt.

6.12 Körpergewicht

Körpergewicht nach Alter, 2012

Personen in Privathaushalten



Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Übergewicht ist ein wichtiger Risikofaktor im Hinblick auf zahlreiche nicht-übertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2 und einige Krebsarten. Die Definition von Adipositas, Übergewicht, Normalgewicht und Untergewicht erfolgt hier über den Body-Mass-Index (BMI), ein Mass, das Körpergewicht und Körpergrösse kombiniert.

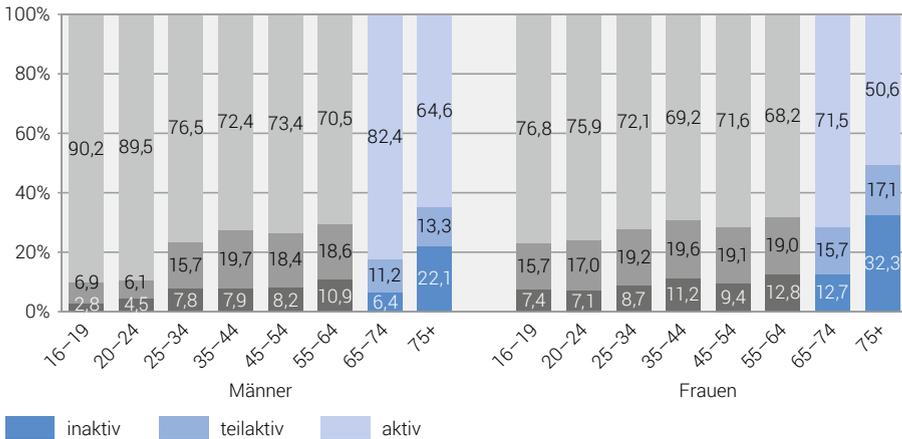
Bei beiden Geschlechtern nimmt im Allgemeinen mit zunehmendem Alter der Anteil übergewichtiger und adipöser Menschen zu. Bei den Männern dreht sich der Trend im Alter ab 75 Jahren. Der Anteil der Übergewichtigen (inkl. Adipöse) ist in der Altersklasse zwischen 65 und 74 Jahren am höchsten mit 65,6% und sinkt danach auf 51,4% bei den 75-Jährigen und Älteren. Bei den Frauen bleibt der Anteil der Übergewichtigen dagegen ab der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen stabil bei rund 48%.

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → Indikatoren → Body Mass Index (NGB)

6.13 Bewegung

Körperliche Aktivität nach Alter, 2012

Personen in Privathaushalten



Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Regelmässige Bewegung im Alter trägt zur Erhaltung der Mobilität und Autonomie bei und kann damit Hilfsbedürftigkeit verhindern oder zumindest verzögern. Da sich der Gesundheitszustand im Alter von Individuum zu Individuum sehr stark unterscheidet, müssen die Bewegungsempfehlungen jeweils individuell angepasst werden. Für sogenannte «robuste» ältere Erwachsene gilt die gleiche Empfehlung wie für die übrigen Erwachsenen (BASPO et al., 2013): Zweieinhalb Stunden Bewegung pro Woche in Form von Alltagsaktivitäten oder Sport mittlerer Intensität oder 75 Minuten Sport oder Bewegung mit hoher Intensität. Es können auch Kombinationen verschiedener Intensitäten ausgeführt werden. Empfohlen wird auch ein Kraft- und Gleichgewichtstraining, um u. a. Stürze zu verhindern.

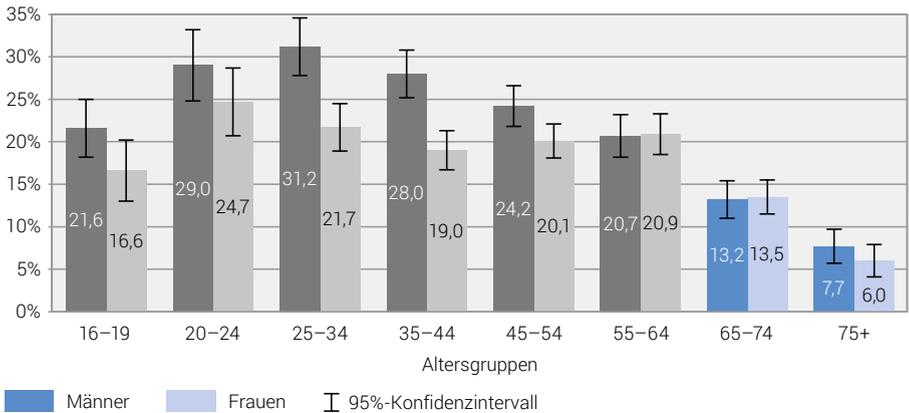
Die Ergebnisse der SGB zeigen, dass zwar ein beachtlicher Anteil der älteren Personen – auch noch im höheren Alter – als «aktiv» bezeichnet werden kann, der Anteil der Inaktiven steigt jedoch gleichzeitig mit dem Alter stark an: Über 80% der Männer und fast drei Viertel (71,5%) der Frauen zwischen 65 und 74 Jahren sind körperlich aktiv. Im Alter von 75 Jahren und mehr sind es noch 64,6% (Männer) bzw. 50,6% (Frauen). Der Anteil der Inaktiven steigt in diesen Altersgruppen von 6,4% auf 22,1% bei den Männern und von 12,7% auf 32,3% bei den Frauen.

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → Indikatoren → Körperliche Aktivität (NGB)

6.14 Rauchen

Täglicher Tabakkonsum nach Alter, 2012

Personen in Privathaushalten



Rauchen ist der wichtigste Risikofaktor für nicht-übertragbare Krankheiten wie Lungenkrebs, Herz-Kreislauf-Krankheiten, weitere Krebsarten (z. B. Zungen- oder Kehlkopfkrebs) sowie Atemwegserkrankungen. Aus Sicht der Prävention ist das Rauchverhalten über das ganze Leben entscheidend, so wirkt sich ein Rauchstopp auch bei langjährigen Raucherinnen und Rauchern positiv auf die Gesundheit aus.

Bei Menschen ab 65 Jahren in der Schweiz ist der Anteil der Raucherinnen und Raucher deutlich geringer als bei jüngeren Personen: Gut 13% der 65- bis 74-Jährigen rauchen täglich, bei den 75-Jährigen und Älteren sinkt dieser Anteil auf 7,7% bei den Männern und auf 6,0% bei den Frauen.

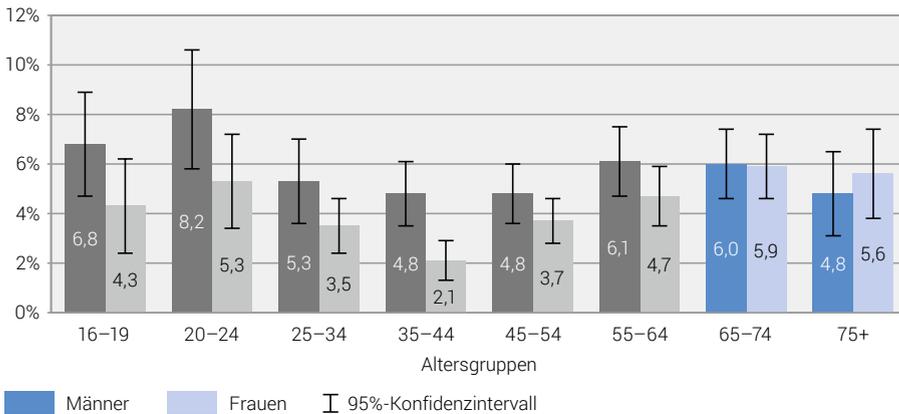
Zahlen des Suchtmonitorings (nicht dargestellt) zeigen, dass der Anteil Personen, die täglich rauchen, im höheren Alter zwar abnimmt, der Anteil Personen, die täglich mindestens 20 Zigaretten (ein Päckchen) rauchen, ist jedoch in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen mit 38,7% am höchsten (Gmel et al., 2013). Es könnte sich dabei aber auch eher um einen Generationen- denn um einen Alterseffekt handeln.

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → Indikatoren → Tabakkonsum (NGB)

6.15 Alkohol

Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum nach Alter, 2012

Personen in Privathaushalten



Alkoholkonsum mit einem mittleren bis hohen Gesundheitsrisiko

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Problematischer Alkoholkonsum im Alter wird häufig nicht erkannt (Loukissa, 2007). Bei älteren Menschen stellen vor allem die negativen Wechselwirkungen zwischen Medikamenten und Alkohol ein zentrales Problem dar. Als chronisch risikoreicher Alkoholkonsum gilt ein durchschnittlicher täglicher Konsum von mehr als 20 Gramm für Frauen und von mehr als 40 Gramm für Männer. Dabei gelten 20–40 Gramm für Frauen und 40–60 Gramm für Männer als mittleres Risiko, darüber besteht gemäss WHO ein hohes Risiko (Gmel et al., 2013).

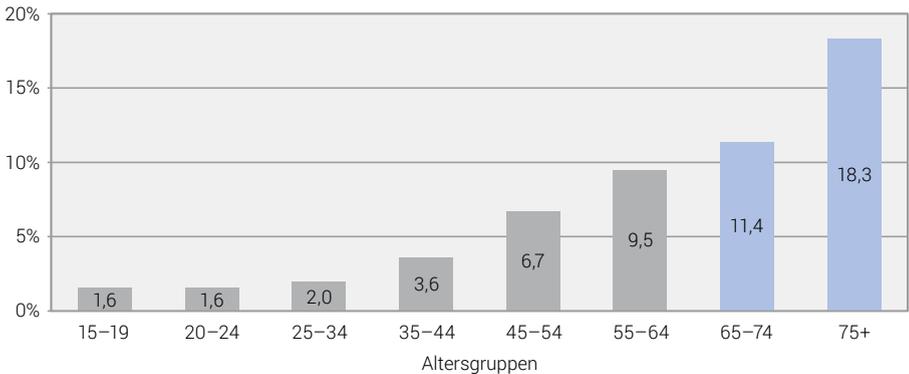
Aus der SGB geht hervor, dass 6% der Männer und Frauen in der Altersklasse von 65 bis 74 Jahren einen chronisch risikoreichen Alkoholkonsum angeben. Bei den 75-Jährigen und Älteren ist dieser Anteil bei beiden Geschlechtern tendenziell etwas tiefer, der Unterschied ist aber statistisch nicht signifikant.

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → Indikatoren → Alkoholkonsum (NGB)

6.16 Medikamente

Konsum von Schlaf-/Beruhigungsmitteln nach Alter, 2011

Personen in Privathaushalten



Einnahme in den letzten 30 Tagen

Quelle: Suchtmonitoring Schweiz

© Obsan 2015

Medikamentenmissbrauch liegt vor, wenn ein Medikament ohne klare medizinische Indikation oder in unnötigen Mengen eingenommen wird. In der Praxis kommt dabei folgenden Medikamentengruppen eine besondere Bedeutung zu: Schlafmittel, Schmerzmittel und Beruhigungsmittel sowie Anregungsmittel und Appetitzügler. Schlaf- und Beruhigungsmittel sollten nur in Ausnahmefällen regelmässig eingenommen werden.

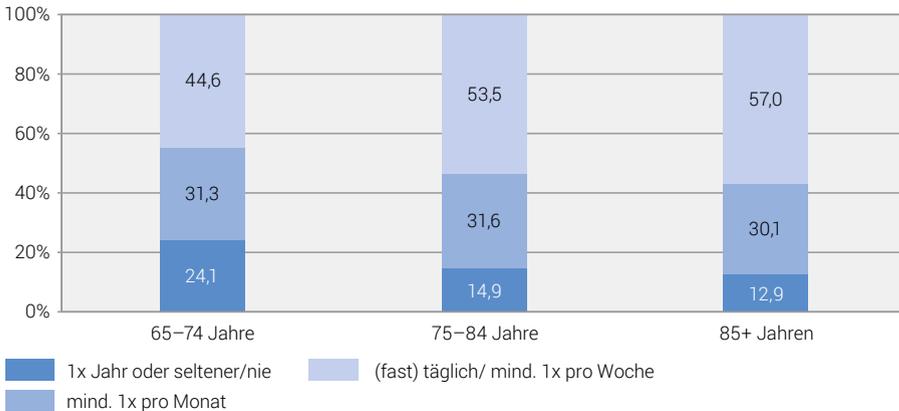
Die Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln nimmt im höheren Alter zu: In den 30 Tagen vor der Befragung haben 11,4% der 65- bis 74-Jährigen und 18,3% der 75-Jährigen und Älteren ein solches Medikament eingenommen. Der Anteil Personen, die täglich oder fast täglich Schlaf- und Beruhigungsmittel einnehmen, steigt ebenfalls an im höheren Alter (vgl. [Indikator 5.14](#)): Bei den 65- bis 74-Jährigen sind es 56,6%, bei den 75-Jährigen und Älteren 62,9%

Wie weitere Analysen des Suchtmonitorings zeigen (nicht dargestellt), nehmen von denjenigen Personen über 65 Jahren, die täglich Schlaf- und Beruhigungsmittel einnehmen, 80% diese Medikamente schon seit einem Jahr oder länger ein (Gmel et al., 2012).

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → [Indikatoren](#) → [Medikamentenkonsum \(NGB\)](#)

6.17 Soziale Unterstützung

Erhaltene Besuche von Personen in Alters- und Pflegeheimen, 2008/09



Quelle: BFS – EGBI

© Obsan 2015

Soziale Ressourcen haben einen Einfluss auf das Wohlbefinden, die Lebenserwartung, das Erkrankungsrisiko für bestimmte Krankheiten, die Genesungschancen und -dauer sowie das Gesundheitsverhalten (Bachmann, 2014). Besonders im höheren Alter ist die Frage nach dem sozialen Umfeld wichtig, da Viele wichtige Bezugspersonen verloren haben.

Den in Privathaushalten lebenden Personen wurden in der SGB drei Fragen gestellt, die zu einem *Index der sozialen Unterstützung* kombiniert wurden (Oslo-Skala) – die Abbildung befindet sich beim [Indikator 5.16](#): Anzahl nahestehender Personen, auf die man sich verlassen kann; Anteilnahme anderer Personen am eigenen Leben; verfügbare Nachbarschaftshilfe bei Bedarf. Bei den Personen von 65 bis 74 Jahren erhalten 15,4% der Männer und 17,9% der Frauen nur eine schwache soziale Unterstützung, bei den 75-Jährigen und Älteren sind es 24,7% der Männer und 25,0% der Frauen.

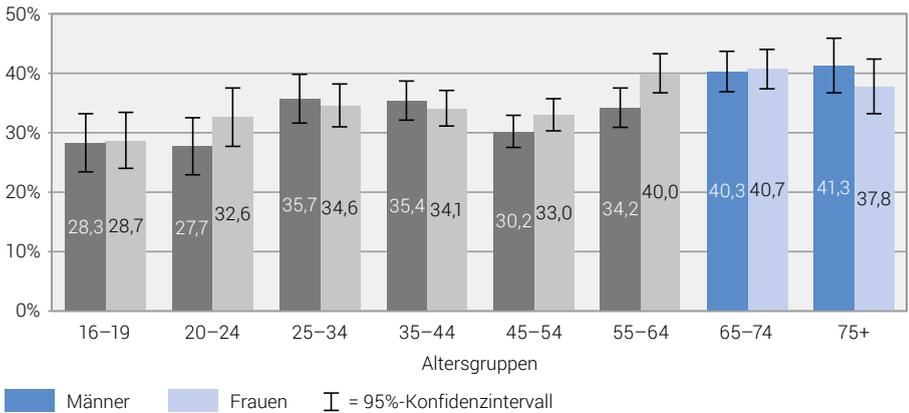
Für Personen, die in Alters- und Pflegeheimen leben, sind hier die Ergebnisse zur *Anzahl erhaltener Besuche* abgebildet. Der Anteil Bewohnerinnen und Bewohner, die sehr selten (weniger als 1x pro Monat) Besuch erhaltenen, nimmt erstaunlicherweise mit dem Alter von 24% auf 13% ab. Mindestens einmal pro Woche Besuch erhalten zwischen 45% und 57% der Bewohnerinnen und Bewohner. Interessant ist, dass ältere Bewohnerinnen und Bewohner häufiger Besuche erhalten als die 65- bis 74-Jährigen.

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → [Indikatoren](#) → [Soziale Unterstützung \(NGB\)](#)

6.18 Lärmstörungen im Wohnumfeld

Lärmstörungen im Wohnumfeld nach Alter, 2012

Personen in Privathaushalten



Im Zusammenhang mit gesundheitsrelevanten Einflussfaktoren im Wohnumfeld kommt Lärmbelästigungen (z. B. durch Verkehr, Industrie/Gewerbe, andere Personen etc.) eine zentrale Bedeutung zu. Sind die Lärmpegel nicht allzu hoch, führen sie zwar nicht zu Gehörschäden, sie können sich aber auf das psychische und körperliche Wohlbefinden auswirken (WHO, 2009, 2011a).

Etwa 40% der Personen im Alter von 65 Jahren und älter gibt an, durch Lärm gestört zu sein. Dieser Anteil bleibt über die Altersgruppen hinweg mehr oder weniger stabil. Es zeigen sich auch keine Geschlechterunterschiede.

Weitere Ergebnisse finden Sie unter www.obsan.ch → Indikatoren → Störungen durch Lärm (NGB)

Teil B: Chronische Erkrankungen

Nicole Bachmann

Im folgenden zweiten Teil des Nationalen Gesundheitsberichts geht es nun um das Thema der chronischen nicht-übertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Die Gründe, welche zur Auswahl dieses Schwerpunktes geführt haben, sind im [Kapitel 1](#) dieses Berichts ausführlich dargelegt.

Im folgenden [Kapitel 7](#) finden sich Informationen zur Verbreitung chronischer Krankheiten in der gesamten Schweizer Wohnbevölkerung wie auch in verschiedenen Bevölkerungsgruppen, zu den mit den chronischen Krankheiten verbundenen finanziellen Folgen in Form von Behandlungskosten aber auch beispielsweise in Form von informell geleisteter Pflege, zu den Risikofaktoren für die Entstehung von chronischen Krankheiten und schliesslich zu bewährten Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien.

Im [Kapitel 8](#) wird ausgehend von einem Fachbericht von *Jörg Haslbeck, Margot Klein, Iren Bischofberger und Beat Sottas (Careum Stiftung)* das Leben mit chronischen Krankheiten aus Sicht der kranken Personen und ihrer Angehörigen beschrieben. Dabei geht es u. a. um gelingende Strategien mit dem Ziel der Integration der Krankheit in das alltägliche Leben, die dazu notwendigen Ressourcen, die Art der Probleme, die sich stellen, die Bedeutung der in der Schweiz informell geleisteten Pflege. Besonderes Augenmerk wird auch auf die Wahrnehmung und Beurteilung der heutigen Gesundheitsversorgung aus Sicht der betroffenen Personen gelegt.

Im Anschluss daran ([Kapitel 9](#)) geht es um dieses Gesundheitsversorgungssystem selbst. Abgestützt auf den Fachbericht von *Sima Djalali und Thomas Rosemann (Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich)* werden die wichtigsten Elemente der neuen Versorgungsmodelle, die auf die Bedürfnisse von chronisch Kranke abgestimmt sind, vorgestellt. Dann folgt eine Bestandesaufnahme und Beschreibung des heute existierenden Angebots an solchen Programmen (Fachbericht von *Sonja Ebert und Nicolas Senn von der Polyclinique médicale universitaire de Lausanne* sowie *Isabelle Peytre-mann-Bridevaux vom Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne*). Das Kapitel schliesst mit Überlegungen zu förderlichen und hemmenden Rahmenbedingungen für die Einführung eines bedarfsgerechten Angebots in der Schweiz.

Im letzten Kapitel dieses Gesundheitsberichts wird noch einmal ein Bogen zum Anfang der Diskussion dieses thematischen Schwerpunkts gemacht: Ausgehend von der hohen Krankheitslast durch chronische Krankheiten in der Schweiz stellt sich nicht nur die Frage der Betreuung und Pflege der bereits erkrankten Personen, sondern auch die Frage, wie die Risiken zur Entstehung dieser Krankheiten stabil gehalten oder sogar verringert werden können. Dabei soll exemplarisch eine mögliche Strategie zur Prävention und Gesundheitsförderung vorgestellt werden: Die Förderung der aktiven Mobilität. Das [Kapitel 10](#) stützt sich auf den Fachbericht von *Thomas Götschi, Eva Martin-Diener, Sonja Kahlmeier und Brian Martin (Arbeitsbereich Bewegung & Gesundheit, Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention, Universität Zürich)* sowie von *Raphael Bize, Thomas Simonson und Anita Rathod (Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne)*.

7 Chronische Krankheiten im Überblick

Kernaussagen

In der Schweiz leiden aktuell 2,2 Mio. Menschen an einer chronischen Krankheit und ein Fünftel der über 50-Jährigen an Multimorbidität. Es sind vor allem, aber nicht nur, ältere Personen betroffen. Die Risiken, an einer oder mehreren chronischen Krankheiten von Psyche und Körper zu leiden, sind sozial ungleich verteilt. Je geringer die Bildung und die finanziellen Ressourcen und je tiefer der berufliche Status, umso höher ist das Risiko zu erkranken.

Die materiellen Kosten der nicht-übertragbaren Krankheiten sind sehr hoch. Sie machten im Jahr 2011 80% der gesamten direkten Gesundheitskosten der Schweiz und damit insgesamt über 51 Mrd. Franken aus. Die indirekten Kosten können noch nicht vollständig geschätzt werden, die bisherigen Erkenntnisse weisen auf eine Grössenordnung von 30 bis 40 Mrd. Franken pro Jahr hin, die hauptsächlich durch Erwerbsunterbrüche, Frühpensionierungen und informelle Pflege entstehen.

Besonders hohe indirekte Kosten entstehen durch psychische Krankheiten, da diese verglichen mit den meisten körperlichen Krankheiten deutlich früher im Lebensverlauf auftreten und damit sowohl die Ausbildung wie auch die Erwerbsfähigkeit stark einschränken können.

Es existieren wirksame Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen zur Verringerung der Risiken für chronische Krankheiten. Diese werden heute noch zu wenig umgesetzt, teils aus Güterabwägungen, teils aus Unkenntnis über wichtige Determinanten der Gesundheit. Eine bessere Gesundheit der Bevölkerung kann erreicht werden, wenn vermehrt strukturelle Faktoren der Gesundheit beeinflusst, soziale Ungleichheiten angegangen und Strategien gefunden werden, welche einen «Co-Benefit» von mehreren Politikbereichen erlauben.

Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit. Diese Kernaussage trifft sowohl für mehr oder weniger gesunde Personen zu wie auch für Personen, die an einer chronischen Krankheit leiden. In die Praxis übersetzt heisst dies beispielsweise, Prävention und Gesundheitsförderung dürfen sich nicht darauf beschränken, verhaltensbezogene Risikofaktoren wie Rauchen zu bekämpfen, ohne die emotionale Ebene (Stress, Emotionsregulierung) zu berücksichtigen. Oder dass bei allen Personen, die an einer körperlichen chronischen Krankheit leiden, auch die psychische Dimension als integrale Komponente ihrer Gesundheit Beachtung erhalten sollte.

Im ersten Teil des [Kapitels 7](#) wird auf die Verbreitung von *chronischen Krankheiten* und von *Multimorbidität* in der Schweiz eingegangen. Im zweiten Teil werden die direkten Gesundheitskosten, die durch nicht-übertragbare Krankheiten in der Schweiz entstehen, dargestellt. Im dritten Teil werden Faktoren beschrieben, welche die Verbreitung wichtiger chronischer Krankheiten in einer Population beeinflussen. Gemeinsame Strategien zur Verringerung der Belastung durch chronische Krankheiten ergänzen das Bild.

Folgende Fragestellungen sollen in diesem Kapitel beantwortet werden:

- Wie verbreitet sind nicht-übertragbare chronische Krankheiten insgesamt in der Schweizer Bevölkerung?
- Wie verbreitet ist Multimorbidität?
- Welche materiellen Kosten sind mit den nicht-übertragbaren Krankheiten in der Schweiz verbunden?
- Wie kann die Verbreitung von chronischen Krankheiten beeinflusst werden? Welche Risikofaktoren sind zentral für das Auftreten von chronischen Krankheiten? Welche gemeinsamen Strategien und Massnahmen sind empfehlenswert?

7.1 Verbreitung von chronischen Krankheiten und Multimorbidität

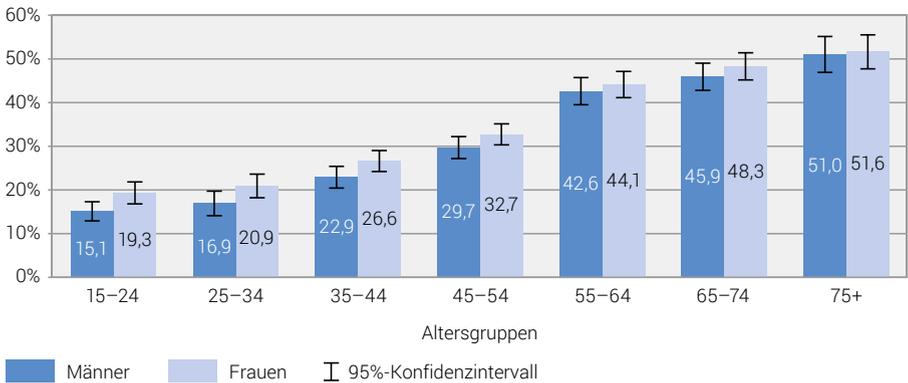
Auswertungen von Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) zeigen, dass ein beträchtlicher Teil der Schweizer Bevölkerung von chronischen Krankheiten betroffen ist. Im Jahr 2012 gaben insgesamt 31,9% der Bevölkerung ab 15 Jahren an, dass sie an einer chronischen (körperlichen oder psychischen) Krankheit oder einem langdauernden Gesundheitsproblem leiden würden (Daten der SGB)³. Das sind hochgerechnet auf die entsprechende Bevölkerung der Schweiz 2,18 Mio. Menschen. Da in dieser Erhebung Personen, die in einer Institution wie einem Pflegeheim wohnen, nicht erfasst werden, handelt es sich um eine konservative Schätzung des tatsächlichen Werts.

Der Anteil der betroffenen Personen nimmt mit dem Alter deutlich zu (Abbildung 7.1). Es bleibt aber festzuhalten, dass auch bei der Altersgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen (15 bis 24 Jahre) 15% der Männer und 19% der Frauen nach eigenen Angaben an einer chronischen Krankheit oder einem chronischen Gesundheitsproblem von Körper oder Psyche leiden. Bei den über 75-Jährigen ist die Hälfte der Bevölkerung von einem solchen Problem betroffen.

³ Die Frage lautete: «Haben Sie eine Krankheit oder ein gesundheitliches Problem, welche(s) chronisch oder andauernd ist? Damit sind Krankheiten oder gesundheitliche Probleme gemeint, die schon seit mindestens 6 Monaten andauern oder schätzungsweise noch während mindestens 6 Monaten andauern werden.»

Lang andauerndes Gesundheitsproblem nach Alter, 2012

Abb. 7.1



In einer telefonischen Befragung zur sozialen, gesundheitlichen und wirtschaftlichen Lage der europäischen Bevölkerung ab 50 Jahren in Europa inklusive Schweiz («Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe», SHARE) wurde die Verbreitung von chronischen Krankheiten ebenfalls erhoben. In dieser Altersgruppe ab 50 Jahren gaben 49,9% der Schweizer Bevölkerung an, dass sie unter mindestens einer ärztlich diagnostizierten chronischen Krankheit leiden würden. 20,1% der Schweizer Bevölkerung ab 50 Jahren leiden gemäss der Untersuchung SHARE an Arthrose und Rheuma, 19,2% an Depression, 9,6% an grauem Star, 7,0% an einer Herzkrankheit und 6,8% an Diabetes oder hohen Blutzuckerwerten, um die am stärksten verbreiteten Krankheiten aufzuzählen. Eine kurze Beschreibung der wichtigsten Krankheitsbilder findet sich im vorliegenden Kapitel weiter unten.

22% der Bevölkerung ab 50 Jahren leiden an mehreren chronischen Krankheiten gleichzeitig

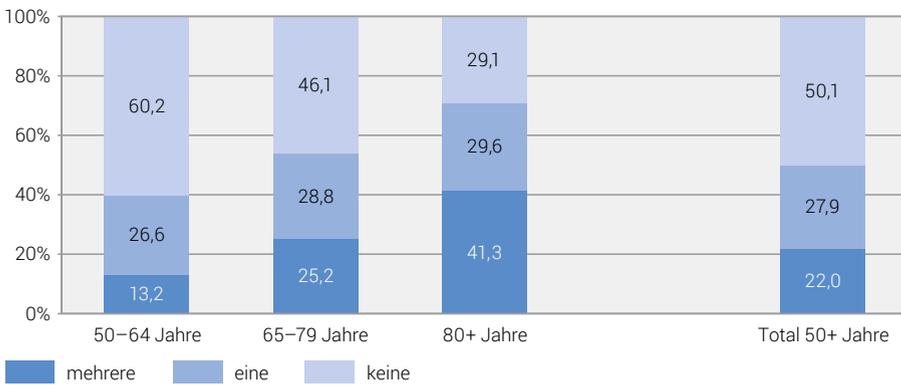
Immer häufiger leiden Menschen in der Schweiz aber nicht nur an einer einzigen chronischen Krankheit, sondern an mehreren gleichzeitig. Dies wird als *Multimorbidität* bezeichnet. Multimorbidität hat oft schwerwiegende Folgen für die Betroffenen (vgl. dazu [Kapitel 8](#)) und stellt Behandelnde und Betreuende vor komplexe Probleme. Das gleichzeitige Auftreten von zwei oder noch mehr chronischen Krankheiten körperlicher oder psychischer Art löst Probleme aus, die über die Summe der Herausforderungen der einzelnen Krankheitsbilder hinausgeht. So kann es sein, dass die Behandlung der einen Krankheit Massnahmen erfordert, welche im Widerspruch zur Behandlung einer zweiten Krankheit stehen.

Die Daten von SHARE wurden ebenfalls hinsichtlich der Verbreitung und der Determinanten von Multimorbidität in der Schweizer Bevölkerung ab 50 Jahren analysiert (Moreau-Gruet, 2013).

Wie man der Abbildung 7.2 entnehmen kann, sind 22% der Schweizer Bevölkerung ab 50 Jahren von Multimorbidität betroffen (nur in Privathaushalten lebende Personen). Dieser Anteil nimmt mit dem Alter stark zu: Bei den 50- bis 64-Jährigen beträgt er 13,2%, bei den 65- bis 79-Jährigen 25,2% und bei den 80-Jährigen und Älteren schliesslich 41,3%.

Gemäss den Auswertungen von Moreau-Gruet (2013) stellen Arthrose und Depression die wichtigsten Krankheitsbilder der Multimorbidität dar. 30,3% aller Personen mit Multimorbidität und 6,7% aller Personen ab 50 Jahren leiden an einer Kombination von Arthrose und Depression. Die weiteren häufigsten Kombinationen sind: Arthrose mit grauem Star, Arthrose mit Osteoporose, Depression mit einer Herzkrankheit, Depression mit Diabetes und Depression mit grauem Star.

Anzahl chronischer Krankheiten bei 50-Jährigen und Älteren, 2010/11 **Abb. 7.2**



Chronische Krankheiten, die ärztlich diagnostiziert wurden

Quelle: SHARE

© Obsan 2015

88% des Verlusts an gesunden Lebensjahren aufgrund von chronischen nicht-übertragbaren Krankheiten

Weltweit sterben heute 63% der Menschen an chronischen Krankheiten (WHO, 2013b), was eine starke Verschiebung der Todesursachen weg von ansteckenden Krankheiten hin zu chronischen Gesundheitsproblemen bedeutet. In der Schweiz sind drei Viertel der Todesfälle (Männer: 74,6%; Frauen: 75,9%) auf die folgenden vier chronischen Krankheiten zurückzuführen: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Krankheiten der Atmungsorgane und Demenz (BFS, 2014h).

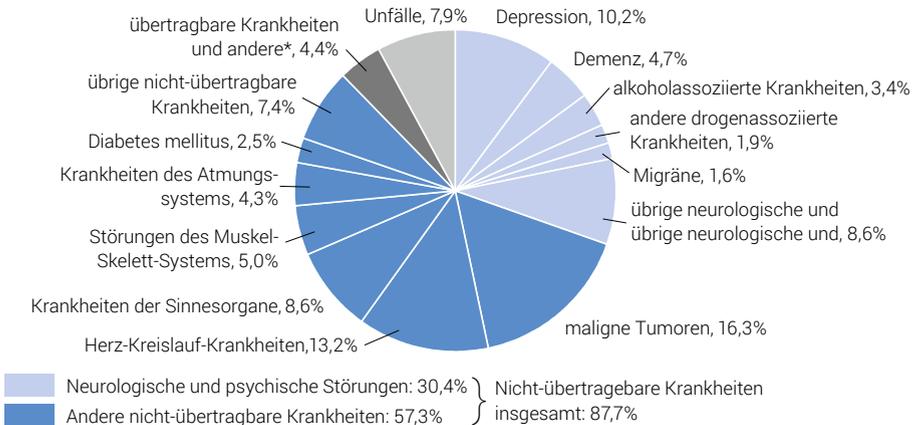
Geht man von dem Fakt aus, dass die Schweiz eines der Länder mit der höchsten Lebenserwartung weltweit ist, dann ist nicht der Verlust an Lebensjahren per se das primäre Problem, sondern der Verlust an gesunden Lebensjahren. Entsprechend wird heute vor allem die sogenannte «*Compression of Morbidity*» als Ziel der öffentlichen Gesundheit definiert. Das bedeutet, dass eine Verdichtung oder Verkürzung der Zeit angestrebt wird, die gegen Ende des Lebens mit Krankheit verbracht wird. Diesem Konzept entsprechend lässt sich nach einer langen Phase gesunden Lebens die oft von chronischen Krankheiten und Pflegeabhängigkeit geprägte Zeit auf die letzte Lebensphase komprimieren (Fries, 1980). Entsprechend verliert die Sterblichkeit als zentrale Kennzahl der Gesundheit einer Population an Bedeutung.

Die Belastung der Gesellschaft durch die Lebensjahre, die mit Krankheit verbracht werden, wird mit dem Konstrukt des «*Burden of Disease*» (Murray et al., 2012) gemessen. Ziel dieses Ansatzes ist es, den «Verlust von Gesundheit» verglichen mit dem theoretischen Idealzustand, in welchem alle Personen bis ins hohe Alter gesund leben, in einer bestimmten Bevölkerung zu quantifizieren. Dabei werden einerseits die verlorenen Lebensjahre aufgrund von vorzeitigen Todesfällen und andererseits die Jahre, die mit einer gesundheitlichen Einschränkung oder Behinderung gelebt werden, berechnet und dann summiert. Das globale Mass des Verlusts an Gesundheit sind die DALYs, die «*Disability Adjusted Life Years*», die Anzahl der verlorenen Lebensjahre durch vorzeitigen Tod, summiert mit dem Verlust an gesunder Lebenszeit durch gesundheitliche Beschwerden und Behinderungen. Mit diesem Konzept ist es nun möglich zu schätzen, welche Bedeutung eine spezifische Krankheit oder Verletzung für die Gesundheit einer Bevölkerung hat respektive welchen Anteil an Verlust von Gesundheit sie in einer bestimmten Population verursacht. Den aktuellen Stand des Forschungsprojekts der WHO zu diesem Thema und die entsprechenden Daten der Schweiz sind hier dargestellt: www.who.int → [Programmes](#) → [Health statistics and information systems](#) → [Statistics](#) → [Global Health Estimates \(GHE\)](#)

Eine der wichtigsten Erkenntnisse dieser Sichtweise besteht darin, dass die nicht-übertragbaren (chronischen) Krankheiten verglichen mit den übertragbaren Krankheiten sowohl in den reichen wie auch in den armen Ländern deutlich an Bedeutung gewinnen. 88% des Verlusts an gesunden Lebensjahren ist in der Schweiz insgesamt auf chronische nicht-übertragbare Krankheiten zurückzuführen (vgl. Abbildung 7.3). Ganz besonders trifft dieser Bedeutungsgewinn für psychische Krankheiten zu. Diese treten verglichen mit den häufigsten chronischen körperlichen Krankheiten eher früh im Lebensverlauf auf und verursachen somit bei den Betroffenen über viele Jahre oder gar Jahrzehnte Leiden und Einschränkungen in ihrer Leistungsfähigkeit sowie hohe volkswirtschaftliche Kosten für die Gesellschaft. Depression stellt ausserdem eine der zentralen Krankheiten im Bereich der Multimorbidität dar. Sie «begleitet» in hohem Ausmass körperliche Krankheiten wie Arthrose, Herzkrankheiten oder Diabetes (vgl. dazu Baer et al., 2013).

Prozentualer Anteil von Krankheiten an der Krankheitslast in der Schweiz, 2004

Abb. 7.3



* Andere: mütterliche/perinatale Krankheiten

Quelle: WHO

© Obsan 2015

Wichtige chronische nicht-übertragbare Krankheiten

Die WHO (2013b) definiert im Rahmen ihrer NCD-Strategie Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen als die vier wichtigsten nicht-übertragbaren Erkrankungen. Unter anderem aufgrund der Krankheitslast in der Schweiz konzentriert sich die NCD-Strategie des Bundes zusätzlich auf muskuloskelettale Erkrankungen (u. a. Rückenschmerzen und Arthrose). Aufgrund ihrer starken Verbreitung und den damit verbundenen hohen Belastungen soll hier auch auf Depressionen und Demenzerkrankungen eingegangen werden.

Diese Krankheitsgruppen sollen im Folgenden ganz kurz beschrieben werden. Zur Verbreitung dieser Krankheiten nach Altersgruppen sei auf den ersten Teil dieses Berichts mit den Indikatoren verwiesen.

Unter *Tumoren (oder Neoplasien)* versteht man allgemein Gewebeerkrankungen respektive eine Zunahme des Volumens eines Gewebes. Neoplasien können jegliche Art von Gewebe oder Organen betreffen, sie können gutartig (benigne) oder bösartig (maligne) sein. Die maligne Variante wird umgangssprachlich auch als Krebs bezeichnet. Je nach Ort des Tumors und der Funktion des durch ihn geschädigten Gewebes kann es zu einer Zerstörung von Organen mit Beeinträchtigung des Gesamtorganismus bis hin zum Tod kommen. Beim Mann sind in Europa der Prostata-, der Lungen- und der Darmkrebs am stärksten verbreitet. Bei der Frau ist der Brustkrebs am häufigsten, gefolgt von Darm- und Lungenkrebs (Zwahlen & Egger, 2012).

Beim *Diabetes mellitus* handelt es sich um eine Stoffwechselerkrankung, die durch erhöhte Blutzuckerwerte gekennzeichnet ist. Im Zentrum der gesundheitlichen Störung steht dabei das in der Bauchspeicheldrüse (Pankreas) gebildete Hormon Insulin, das den Zuckertransport in die Zellen regelt und auf diese Weise den Blutzuckerspiegel senkt. Man unterscheidet zwei Formen: Diabetes mellitus Typ 1 mit einem absoluten Insulinmangel und Diabetes mellitus Typ 2 mit einer Insulinresistenz verschiedener Organe wie Leber oder Muskeln. Wird Diabetes nicht frühzeitig erkannt und erfolgreich behandelt, können schwerwiegende Folgekrankheiten auftreten wie Schädigungen an der Niere bis hin zum Nierenversagen, an der Netzhaut des Auges bis hin zum Erblinden und an den peripheren Nerven, koronare Herzkrankheiten oder das diabetische Fussesyndrom (Kühn & Stettler, 2012).

Der Begriff *Herz-Kreislauf-Krankheiten* ist nicht einheitlich definiert. Im weitesten Sinne kann er sämtliche Krankheiten des Herzens und des Blutkreislaufs umfassen. Zwei wichtige Formen dieser Krankheitsgruppe sind die ischämischen Herzkrankheiten (z. B. koronare Herzkrankheit und Herzinfarkt) und die zerebrovaskulären Krankheiten (z. B. Hirnblutung und Hirninfarkt). Die koronare (ischämische) Herzkrankheit ist eine chronische Erkrankung der Herzkranzgefäße, bei der es durch Verengung oder Verschluss eines oder mehrerer Gefäße zu einer Mangeldurchblutung des Herzens kommen kann. Dies kann zu Brustschmerzen, zu einem akuten Herzinfarkt oder zu einer Herzinsuffizienz führen. Bei den zerebrovaskulären Krankheiten handelt es sich um eine Durchblutungsstörung im Gehirn. Unter dem Begriff «Hirnschlag» versteht man eine plötzliche Durchblutungsstörung durch Verschluss eines hirnversorgenden Gefäßes (Hirninfarkt) oder eine Blutung im Gehirn (Hirnblutung). Leitsymptome des Hirnschlags sind am häufigsten rasch auftretende Lähmungen, Gefühlsstörungen, Sehstörungen oder Sprachstörungen (Meyer, 2009).

Als *chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD)* wird eine Gruppe von Erkrankungen der Atemwege bezeichnet, die durch eine fortschreitende Behinderung der Atmung gekennzeichnet sind. Sie gehen einher mit Husten, Auswurf und Atemnot. COPD stellt eine meist unterdiagnostizierte Lungenkrankheit dar, die progressiv zum Tod führen kann. Mit Fortschreiten der Krankheit wird es für die Betroffenen schwierig, tägliche Aktivitäten, die auch nur geringe Anstrengung verlangen, auszuführen (Kuehni & Latzin, 2012).

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems oder des Bewegungsapparats sind stark verbreitet. Wichtige Krankheitsformen sind chronische Rückenschmerzen, Arthrose und Osteoporose. Unter chronischen Rückenschmerzen versteht man in der Regel länger andauernde Schmerzzustände, die häufig im unteren Rücken auftreten («Low Back Pain»). Arthrose ist ein progressives Gelenkversagen aufgrund eines chronischen Ab- und Umbauprozesses, welcher alle Strukturen eines Gelenkes betreffen kann. Arthrose kann ohne erkennbare Ursache auftreten (primäre Form) oder Folge beispielsweise eines Traumas sein (sekundäre Form). Die Osteoporose ist eine

Erkrankung der Knochen, die durch eine niedrige Knochenmasse und eine beeinträchtigte Mikroarchitektur charakterisiert ist, was zu einer erhöhten Knochenbrüchigkeit und damit zu einem höheren Frakturrisiko führt (Reichenbach, 2012; SNF, 2009).

Depressionen sind weit verbreitete psychische Erkrankungen, die typischerweise durch Symptome wie Freudlosigkeit (Traurigkeit), Antriebslosigkeit, Interesselosigkeit, Schuldgefühle, geringes Selbstwertgefühl, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Müdigkeit und Konzentrationsschwächen gekennzeichnet sind. Sie können über längere Zeit oder wiederkehrend auftreten und die Fähigkeit einer Person zu arbeiten, zu lernen oder einfach zu leben beeinträchtigen. Im schlimmsten Fall kann eine Depression zum Suizid führen. Man unterscheidet mehrere Formen und Schweregrade von Depressionen. Die unipolare Depression («Major Depressive Disorder») verläuft in einzelnen Phasen, wobei die typischen Beschwerden der Depression nur in diesen depressiven Episoden auftreten. Unter einer Dysthymie versteht man eine mehrjährige, anhaltende depressive Verstimmung mit geringerem Schweregrad als bei einer «Major Depression». Bei einer bipolar affektiven Störung treten depressive und manische Episoden alternierend auf. Letztere sind – im Gegensatz zu depressiven Phasen – geprägt von einem Zustand schier unerschöpflicher Hochstimmung oder rastloser Energie, Erregtheit und übermässigem Tatendrang (Baer et al., 2013; DIMDI, 2014).

Demenzen umfassen ein breites Spektrum von Hirnleistungsstörungen mit unterschiedlichen Ursachen wie Alzheimer-Demenz oder vaskuläre Demenz. Eine Demenz ist mit gravierenden kognitiven und das Gedächtnis betreffenden Einbussen sowie einer Veränderung der emotionalen Kontrolle und des Sozialverhaltens verbunden. Diese Einbussen führen zu deutlichen Einschränkungen der Alltagsfunktionen der betroffenen Menschen bis hin zu einer vollständigen Unselbstständigkeit. Der Schweregrad der Erkrankung wird am Ausmass der Betreuungsbedürftigkeit gemessen (Monsch et al., 2012). Eine Alzheimer-Demenz ist mit dem Absterben von Nervenzellen in bestimmten Abschnitten des Gehirns verbunden, die durch die Ablagerung von Eiweissstoffen im Gehirn ausgelöst werden. Bei einer vaskulären Demenz ist das Sterben von Hirnzellen durch Durchblutungsstörungen bedingt. Eine Kombination von Ursachen ist möglich und kommt häufig vor (Bassetti et al., 2011; DIMDI, 2014).

7.2 Finanzielle Folgen für die Gesellschaft

Wieser et al. (2014) haben in ihrem Bericht, den sie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit erstellt haben, erstmals die Kosten aller nicht-übertragbaren Krankheiten in der Schweiz geschätzt. Dabei wurden sowohl die direkten Kosten (Behandlungskosten im stationären und ambulanten Bereich) wie auch die indirekten Kosten (krankheitsbedingte Ausfälle bei der Arbeit, vorzeitige Pensionierung, Kosten aus vorzeitigem Tod, informelle Pflege) berechnet. Ziel dieser Studie war es, einen allgemeinen Rahmen

für die gesundheitsökonomischen Analysen einzelner Krankheiten und Risikofaktoren in der Schweiz zu erarbeiten. Mit der gewählten Methode wurde erstmals eine Lösung für das Problem der Schätzung der Kosten der Multimorbidität gefunden. Bis anhin wurde jeweils ausschliesslich auf die Kosten von je einzelnen Krankheiten abgestellt, was zu einer Überschätzung der Kosten bei Personen mit Multimorbidität führte. Ausserdem schafft die Studie auch einen Kostenrahmen zur Berechnung des Anteils der Gesundheitskosten, welcher prinzipiell mittels Prävention und Gesundheitsförderung beeinflussbar respektive vermeidbar wäre.

Die Studie orientierte sich bei der Definition und Abgrenzung der Krankheiten an dem eng mit der WHO verbundenen Projekt «*Global Burden of Disease 2010*» (z. B. Murray et al., 2010), wobei folgende Gesundheitskosten ausgeschlossen wurden:

- Kosten aufgrund von Unfällen
- Kosten von übertragbaren Krankheiten
- Kosten von Erkrankungen bei Mutterschaft
- Kosten von Erkrankungen aufgrund von Mangelernährung
- Kosten von Nicht-Krankheiten (gesunde Schwangerschaft und Geburt, ästhetische Chirurgie und Wellness)
- Kosten von Leistungen für Primärprävention und Verwaltung des öffentlichen Gesundheitswesens

Entsprechend den Vorgaben des BAG wurde versucht, für folgende sieben Krankheitsgruppen die Kosten auch getrennt auszuweisen: Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Atemwegserkrankungen, psychische Erkrankungen, Demenz, Diabetes, muskuloskeletale Erkrankungen. Die Studie untersuchte die direkten Kosten der nicht-übertragbaren Krankheiten mittels zwei verschiedenen Methoden: einem Top-down-Ansatz ausgehend von den Gesamtgesundheitskosten der Schweiz im Jahr 2011 von insgesamt 64,6 Milliarden Franken (Daten der Statistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, BFS) und einem Bottom-up-Ansatz gestützt auf einen Literaturreview zu den Kosten einzelner Krankheiten, wobei möglichst Studien aus der Schweiz und aus Nachbarländern wie Deutschland verwendet wurden. Für den Top-down-Ansatz wurden alle relevanten Schweizer Datenquellen zur Erfassung von stationären und ambulanten Leistungen (inkl. Spitex, Alternativmedizin, etc.) und weiteren Gesundheitsgütern wie Medikamente, Laboranalysen, etc. berücksichtigt. Die indirekten Kosten werden ebenfalls aus dem Literaturreview zu den Kosten einzelner Krankheiten geschätzt. Da nicht in jeder Studie alle Kostenarten (Morbidität: krankheitsbedingte Absenzen von der Arbeit und frühzeitige Pensionierung; Mortalität: Kosten aufgrund vorzeitigem Tod; informelle Pflege) berücksichtigt wurden, sind die Schätzungen zu den indirekten Kosten weniger vollständig und zuverlässig als diejenigen zu den direkten Kosten.

Die direkten Kosten aller nicht-übertragbaren Krankheiten betragen 2011 51 Milliarden Franken

Gemäss den Schätzungen von Wieser et al. (2014) betragen die Gesamtkosten aller nicht-übertragbaren Krankheiten in der Schweiz gemäss der Abgrenzung des «Global Burden of Disease-Projekts» 51,686 Milliarden Franken im Jahr 2011. In der Tabelle 7.1 findet sich eine Zusammenstellung der Gesamtkosten nach Ursachen und der Art der Inanspruchnahme.

Gemäss diesen Schätzungen, die von den Gesundheitsgesamtkosten der Schweiz ausgehen, beträgt der Anteil der Krankheitskosten der NCD insgesamt 80% der gesamten Kosten. Der prozentuale Anteil an den Gesamtkosten ist höher bei den ambulanten (87%) als den stationären Leistungen (78%). Es scheint plausibel, dass der Anteil besonders tief bei Transport und Rettung ausfällt, einer Leistungsart, die ja vor allem bei akuten Krisen notwendig ist. Besonders hoch ist der Anteil der NCD erwartungsgemäss bei den Spitex-Leistungen (95%) und der Psychotherapie (100%).

Tab. 7.1 Direkte Krankheitskosten nicht-übertragbarer Krankheiten in Mio. Fr., 2011

Leistungen	Kosten nicht-übertragbarer Krankheiten	Total Gesundheitsausgaben	Anteil Kosten nicht-übertragbarer Krankheiten in %
Total	51 686	64 633	80,0
Stationäre Behandlung	22 876	29 188	78,4
Akutbehandlung	12 917	16 847	76,7
Rehabilitation	630	1 030	61,2
Langzeit	6 623	8 604	77,0
Andere	2 707	2 707	100,0
Ambulante Behandlung	18 741	21 501	87,2
in Arztpraxen	7 685	9 277	82,8
in Krankenhäusern	4 557	5 380	84,7
Zahnbehandlung	3 830	3 873	98,9
Physiotherapie	618	811	76,2
Psychotherapie	220	220	100,0
Spitex	1 652	1 734	95,3
Andere	179	208	86,1
Andere Leistungen	1 498	2 102	71,3
Laboruntersuchungen	873	996	87,7
Radiologie	158	187	84,5
Transport und Rettung	467	918	50,9
Verkauf Gesundheitsgüter	5 974	7 360	81,2
Arzneimittel	4 828	6 079	79,4
Therapeutische Apparate	1 146	1 281	89,5
Verwaltung	892	3 048	29,3

Quelle: Wieser et al., 2014

© Obsan 2015

In der nächsten Tabelle findet sich eine Zusammenstellung der direkten Krankheitskosten aufgeteilt auf die sieben gemäss BAG besonders relevanten Krankheitsgruppen. Die höchsten Kosten werden durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursacht (insgesamt 10,3 Mrd. Fr.), gefolgt von muskuloskelettalen Erkrankungen (insgesamt 8,7 Mrd. Fr.) und psychischen Erkrankungen (6,3 Mrd. Fr.). Auffällig ist der vergleichsweise hohe Anteil der stationären Kosten im Vergleich zu den ambulanten Leistungen bei den psychischen Krankheiten.

Tab. 7.2 Direkte Krankheitskosten nicht-übertragbarer Krankheiten nach Leistungsart in Mio. Fr., 2011

	stationär	ambulant	anderes	Gesundheitsgüter	Verwaltung
Herz-Kreislauf-Krankheiten	4 398	3 851	436	1 081	542
muskuloskelettale Erkrankungen	3 694	3 724	219	581	480
psychische Erkrankungen	3 411	1 534	95	1 000	310
Krebs	2 481	642	80	606	196
Atemwegserkrankungen	535	538	67	423	72
Demenz	715	186	13	49	56
Diabetes	219	467	68	193	48

Quelle: Wieser et al., 2014

© Obsan 2015

Die indirekten Kosten sind insbesondere bei den muskuloskelettalen und den psychischen Erkrankungen sehr hoch

Wie bereits erwähnt, beruht die Schätzung der indirekten Kosten der NCD für die Schweiz nicht auf vollständigen Grundlagen. So fehlen beispielsweise zu Diabetes, COPD und muskuloskelettalen Krankheiten Informationen zu den Kosten der informellen Pflege. In der folgenden Tabelle finden sich die Kostenanteile der indirekten Kosten, zu denen heute Informationen vorliegen. Ebenfalls dargestellt sind die gesamten direkten Kosten, so dass diese beiden Kostenarten miteinander verglichen werden können.

Auffallend sind bei diesem Vergleich die hohen indirekten Kosten im Bereich der Morbidität bei den muskuloskelettalen Erkrankungen (12,2 Mrd. Fr.) und bei den psychischen Erkrankungen (8,6 Mrd. Fr.)⁴, welche durch Ausfälle in der Erwerbstätigkeit bedingt sind (krankheitsbedingte Absenzen und frühzeitige Pensionierungen). Dies erklärt sich hauptsächlich durch den vergleichsweise früh im Lebensverlauf auftretenden Krankheitsbeginn dieser beiden Krankheitsgruppen. Die übrigen Krankheiten wie zum Beispiel Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen und insbesondere

⁴ Es ist zu beachten, dass Suizide als tödliche Folge von Depressionen in dieser Studie bei den indirekten Kosten der psychischen Krankheiten nicht berücksichtigt wurden.

Demenz treten meist erst nach dem Erwerbsalter auf. Auffallend ist ebenfalls der hohe Anteil der direkten Kosten bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Bei den Demenzerkrankungen zeigt sich hingegen ein besonders hoher Kostenanteil in der informellen Pflege (3,2 Mrd. Fr.).

Wieser et al. (2014) schätzen die indirekten Kosten aller NCD auf einen Wert von mindestens 29 Milliarden Franken bis maximal 44 Milliarden Franken. Diese grosse Spannweite der Schätzung verweist nochmals auf die bisher noch zu wenig präzise und vollständige Datengrundlage. Für eine detaillierte Darstellung der vorhandenen Informationen zu den indirekten Kosten wird auf den Bericht von Wieser et al. (2014) verwiesen.

Tab. 7.3 Direkte und indirekte Krankheitskosten nicht-übertragbarer Krankheiten nach Leistungsart in Mio. Fr., 2011

	Herz-Kreislauf-Krankheiten	muskuloskelettale Erkrankungen	Psychische Erkrankungen	Krebs	Atemwegserkrankungen	Demenz	Diabetes
direkte Kosten	10 309	8 697	6 349	4 005	1 634	1 020	994
indirekte Kosten: Morbidität	2 102	12 194	8 662	1 406	1 094	–	877
indirekte Kosten: Mortalität	2 002	–	–	2 861	–	–	432
indirekte Kosten: informelle Pflege	2 325	–	1 976	1 581	–	3 168	–

Die Schätzung der indirekten Krankheitskosten beruht auf unvollständigen Datengrundlagen, weshalb von einer Unterschätzung auszugehen ist. Fehlende Werte: es bestehen keine Schätzungen der indirekten Krankheitskosten.

Quelle: Wieser et al., 2014

© Obsan 2015

7.3 Gemeinsame Risikofaktoren – gemeinsame Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien

Knapp 60% der in «*Disability adjusted Life Years*» (DALYs) gemessenen Krankheitslast, also des Verlusts an gesunden Lebensjahren in der europäischen Region entfallen gemäss einem Bericht der WHO auf sieben Risikofaktoren: übermässiger Tabakkonsum; übermässiger Alkoholkonsum; Bluthochdruck; hohes Blutcholesterin; Übergewicht; niedriger Obst- und Gemüsekonsum sowie Bewegungsmangel. Zudem gilt Diabetes als ein wesentlicher Risikofaktor und Auslöser für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Gemäss heutigem Wissensstand gelten für die meisten Länder Europas dieselben führenden Risikofaktoren, wenn auch ihre Rangfolge jeweils verschieden sein mag (WHO Europa, 2006).

Dies bedeutet gleichzeitig, dass viele der chronischen nicht-übertragbaren Krankheiten gemeinsame Risikofaktoren aufweisen und deshalb in einer gemeinsamen Strategie angegangen werden können. Eine wichtige Ausnahme stellen die psychischen Erkrankungen dar. Diese weisen je nach Krankheitsbild (z. B. Depressionen, Psychosen, Angststörungen) unterschiedliche schützende oder krankheitsfördernde Faktoren auf. Die Prävention von psychischen Erkrankungen muss deshalb spezifisch geplant und durchgeführt werden. Dabei muss aber berücksichtigt werden, dass sich psychische Gesundheit und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wie körperliche Aktivität oder Suchtmittelkonsum wechselseitig beeinflussen, respektive voneinander abhängig sein können.

«Alte Bekannte»: Rauchen und exzessiver Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung und zu wenig Bewegung

Die wichtigsten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes, bösartige Tumoren und COPD sind die gleichen für Männer und Frauen in allen Ländern der Welt:

- Rauchen
- exzessiver Alkoholkonsum
- ungesunde Ernährung
- zu wenig Bewegung⁵

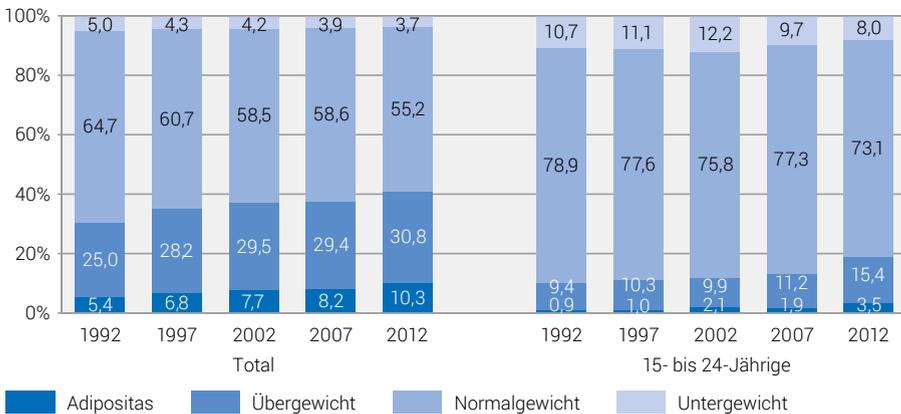
⁵ Bewegung ist dabei nicht alleine in ihrem Einfluss auf ein gesundes Körpergewicht von Bedeutung, sondern weist auch unabhängig davon eine gesundheitsförderliche und präventive Wirkung auf (vgl. dazu [Kapitel 10](#)).

Die ersten schädlichen Wirkungen dieser Verhaltensweisen äussern sich körperlich unter anderem in erhöhtem Blutdruck, erhöhter Glukosekonzentration im Blut, abnormer Konzentration von Lipiden im Blut, Übergewicht und mangelnder Muskelkraft. Für die Modifikation der oben aufgeführten sieben Risikofaktoren und damit die Prävention der Entstehung der wichtigsten nicht-übertragbaren chronischen Krankheitsgruppen in der Bevölkerung existieren effektive Interventionen. Wir verweisen in diesem Zusammenhang u. a. auf die Informationsportale der Gesundheitsförderung Schweiz (www.gesundheitsfoerderung.ch) und die Nationalen Programme des Bundesamtes für Gesundheit⁶, wo Informationen über die Interventionen und deren Evaluationen zu finden sind.

Neben der Gesundheitsförderung und der Primärprävention, welche sich darauf konzentrieren, die Gesundheit zu stärken und das Auftreten einer Krankheit zu verhüten, existieren auch wirksame Interventionen, die das Fortschreiten einer bestehenden Krankheit oder das Auftreten von Behinderungen abwenden können. Das Wohlbefinden und der gesundheitliche Zustand von chronisch kranken Personen kann durch Früherkennung, geeignete Behandlungsmethoden und effektive Rehabilitationsmassnahmen deutlich verbessert werden. Ergänzend sind Interventionen zu erwähnen, die bei unheilbar kranken Menschen Schmerzen vermindern und ihnen Lebensqualität bis zum Tode verschaffen.

Körpergewicht der Gesamtbevölkerung und der 15- bis 24-Jährigen, 1992–2012

Abb. 7.4



Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

⁶ www.bag.admin.ch → Themen

Bei einigen der oben genannten Risikofaktoren zeichnen sich in der Schweiz in der neuesten Zeit positive Trends ab: So hat der Nikotinkonsum wie auch der riskante Alkoholkonsum bei den Männern abgenommen. Auch bezüglich der körperlichen Aktivität zeigt sich in der neuesten Erhebung bei der Schweizer Bevölkerung erstmals ein positiver Trend (vgl. dazu den ersten Teil dieses Berichts mit den Indikatoren sowie Kapitel 10). Bei anderen Risikofaktoren zeigt sich hingegen eher eine Verschlechterung oder eine unklare Entwicklung. Der Anteil der übergewichtigen und adipösen Kinder blieb in den letzten Jahren stabil. Bei allen anderen Altersgruppen ist nach wie vor eine Zunahme dieses Risikofaktors zu verzeichnen. Der Anteil übergewichtiger Jugendlicher hat sich in den letzten 20 Jahren verdoppelt und beträgt heute 24% bei den Männern und 14% bei den Frauen. Der Anteil der übergewichtigen Erwachsenen ist in diesem Zeitraum ebenfalls stark angestiegen; der Anteil der adipösen Erwachsenen hat sich verdoppelt (vgl. Abbildung 7.4).

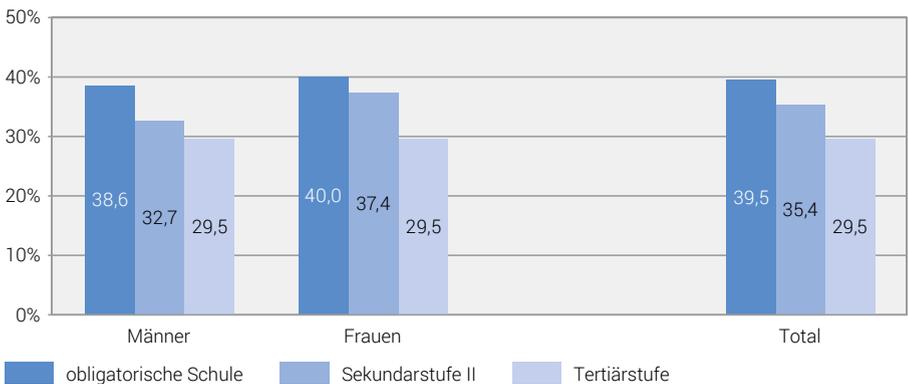
Soziale Determinanten beeinflussen das Risiko für chronische Krankheiten ebenfalls erheblich

Neben den oben aufgeführten Risikofaktoren zeigt sich aber auch ein deutlicher Zusammenhang von chronischen Krankheiten mit sozialen Determinanten wie der Bildung oder dem Einkommen (Abbildung 7.5).

Lang andauerndes Gesundheitsproblem nach Bildung, 2012

25-jährige und ältere Personen

Abb. 7.5



Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Wer lediglich einen obligatorischen Schulabschluss hat, dessen Risiko an einer chronischen Krankheit zu leiden, ist in der Schweiz deutlich höher als bei Personen mit Tertiärabschluss. Dieser Zusammenhang zeigt sich nahezu identisch für Frauen und Männer. Bei den Männern zeigt sich ein besonders stark ausgeprägter sozialer Gradient in Bezug auf die Krankheit Diabetes. Männer mit lediglich obligatorischem Schulabschluss haben ein besonders hohes Risiko an Diabetes zu erkranken (vgl. Abbildung 7.6).⁷

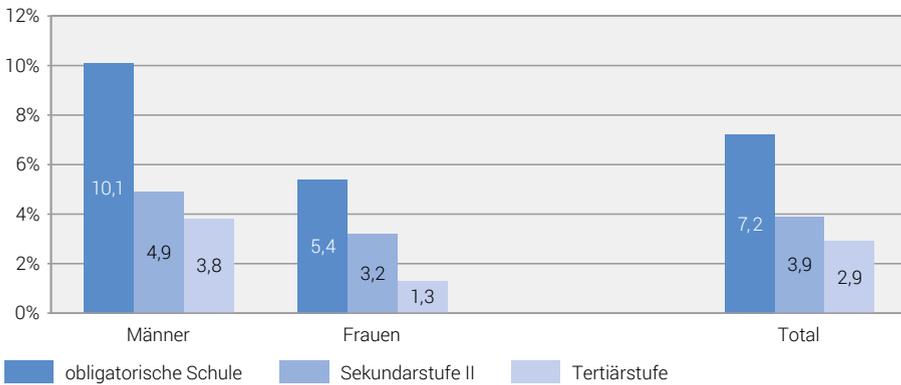
In der Schweiz beobachtet man insbesondere beim Rauchen, in der körperlichen Bewegung und bei der Ernährung sowie beim Übergewicht einen deutlichen Zusammenhang zuungunsten von Personen mit tiefem sozialem Status (Huwiler et al., 2002; Bachmann & Neuhaus, 2010; Stamm et al., 2013; vgl. dazu auch die Indikatoren im ersten Teil des Berichts). Auf den riskanten Alkoholkonsum trifft dies hingegen nicht zu. Eine Übersicht über die Erklärungsansätze für soziale Ungleichheit im Gesundheitsverhalten wie auch in der Gesundheit findet sich bei Bachmann & Neuhaus (2010).

Bei der Multimorbidität zeigt sich erwartungsgemäss ein ähnliches Bild in Bezug auf die sozialen Determinanten (vgl. Moreau-Gruet, 2013): Wer erwerbslos ist, ein niedriges Einkommen hat, nie verheiratet war oder geschieden ist und wer eine ausländische Nationalität besitzt, hat ein höheres Multimorbiditätsrisiko.

Diabetes nach Bildung, 2012

25-jährige und ältere Personen

Abb. 7.6



Personen, die in den letzten 12 Monaten wegen Diabetes in ärztlicher Behandlung waren

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

⁷ Die Frage lautete: «Sind Sie zurzeit oder waren Sie früher einmal in ärztlicher Behandlung wegen Diabetes (Zuckerkrankheit)?» «Ja, in den letzten 12 Monaten.»

Gefahr der Vernachlässigung der psychischen Dimension

Die Konzentration auf die gemeinsamen verhaltensbezogenen Risikofaktoren der wichtigsten somatischen Krankheiten, sprich Nikotin- und Alkoholkonsum, Ernährung und Bewegung, stellt auch einen Versuch dar, genügend Kraft und Ressourcen zu mobilisieren, um bei der Prävention der chronischen Krankheiten etwas bewirken zu können. In einer Zeit der knappen Mittel der öffentlichen Hand und in der Schweiz mit traditionell eher geringem Budget für Gesundheitsförderung und Prävention, ist dies eine nachvollziehbare und sinnvolle Strategie. Diese Konzentration birgt aber u. E. auch zwei Gefahren in sich: die Vernachlässigung der engen Verflechtung des Gesundheitsverhaltens mit der psychischen Befindlichkeit und die Vernachlässigung der psychischen Gesundheit als solche.

Die verhaltensbezogenen Risikofaktoren (Rauchen, Alkoholkonsum, hochkalorische Ernährung) sind eng verbunden mit der psychischen Befindlichkeit oder anders gesagt, haben einen Einfluss auf dieselbe. Sie werden sowohl dazu eingesetzt, um positive Gefühle zu erzeugen oder zu steigern (Glück, Freude, sinnlicher Genuss), wie auch um negative Gefühle zu dämpfen oder vorübergehend nicht mehr zu empfinden (Angst, Sorge, Anspannung, Einsamkeit, Gefühl der Leere). Die *Regulierung der Emotionen* ist ein Grundbedürfnis des Menschen, findet tagtäglich meist unbemerkt statt und ist Teil des gesundheitlichen Geschehens (Skinner et al., 2003; Carver & Scheier, 1998). Ein Glas Bier oder Wein nach einem anstrengenden Tag oder in geselliger Runde, der Genuss eines besonders feinen Essens sind u. E. Teil unserer Kultur und gleichzeitig – aus einem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis heraus betrachtet – durchaus auch positiv zu sehen. Wird aber Alkohol, genauso wie der Konsum von anderen psychoaktiven Substanzen (Medikamente, illegale Drogen) oder der Konsum von besonders fettreichen oder zuckerhaltigen Nahrungsmitteln auf Dauer dazu eingesetzt, um psychische Probleme wie Ängste, chronischen Stress oder Depressionen zu behandeln respektive nicht wahrnehmen zu müssen, dann wachsen auch die Risiken zur Entstehung der erwähnten körperlichen Krankheiten (Tice et al., 2001; Carmody et al., 2007).

Die Erkenntnisse zum Zusammenhang der Regulierung von negativen Affekten mit Risikoverhaltensweisen sind ebenfalls geeignet, einen Beitrag zur *Erklärung der sozialen Ungleichheit in der Gesundheit* zu leisten. Das psychosoziale Modell der sozialen Ungleichheit in der Gesundheit verweist auf die hohe psychische Belastung und den chronischen Stress aufgrund der prekären Lebenslage von sozial benachteiligten Personengruppen (z. B. Harwood et al. 2007). Der häufigere Konsum von Nikotin oder fettreichen Nahrungsmitteln in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen kann auch als Strategie zur Dämpfung und Vermeidung dieser dauerhaften negativen Affekte verstanden werden. Benötigt wird in diesem Zusammenhang einerseits eine Reduktion der Belastungen, die mit der prekären Lebenslage verbunden sind (z. B. Massnahmen im Bereich der Sozialpolitik oder des Arbeitsmarktes) und andererseits

scheint es eine zentrale Gesundheitskompetenz zu sein, andere Strategien oder Lebensinhalte zu finden, welche geeignet sind, Ängste, Stress und Anspannung zu verringern oder auch positive Gefühle wie Glück oder Freude zu erzeugen.

Sowohl die epidemiologischen Daten wie auch die oben dargestellte Studie zu den Krankheitskosten zeigen, dass psychische Krankheiten einerseits stark verbreitet sind und andererseits mit besonders hohen Kosten für die Betroffenen, ihre Angehörigen und die gesamte Gesellschaft verbunden sind. Dies hat u. a. damit zu tun, dass sich psychische Krankheiten insgesamt gesehen meist viel früher im Lebenslauf manifestieren, als dies bei der grossen Mehrheit der chronischen körperlichen Krankheiten der Fall ist. Will man also die Belastung, die durch chronische Krankheiten in der Schweiz verursacht wird, reduzieren, dann muss die psychische Gesundheit unbedingt berücksichtigt werden. Gleichzeitig weisen die Ergebnisse zur Phänomenologie und zur Verbreitung der Multimorbidität auf die *enge Verflechtung von chronischen körperlichen und psychischen Problemen* hin. Wie oben aufgeführt, handelt es sich bei muskuloskelettalen Problemen, den damit verbundenen chronischen Schmerzen einerseits und Depressionen andererseits um die häufigste Kombination im Bereich der Multimorbidität in der Schweiz. Und diese Kombination scheint auch mit besonders hohen Krankheitskosten verbunden zu sein, da sie oft zur Aufgabe der Erwerbstätigkeit führt (Baer et al., 2013). Reviewstudien kommen ausserdem zum Schluss, dass Personen mit psychischen Erkrankungen verglichen mit Personen ohne psychische Erkrankung ein deutlich erhöhtes Risiko haben, zusätzlich an einer körperlichen Krankheit zu leiden (z. B. Herz-Kreislauf-Krankheiten oder Diabetes) und dass sie in Bezug auf die körperliche Krankheit deutlich erhöhte Sterblichkeitsrisiken und weniger gute Heilungschancen aufweisen. Eine psychische Komorbidität hemmt die Suche nach Hilfe und erschwert die Diagnosestellung wie auch die Therapie (vgl. Prince et al., 2007).

« Abgesehen vom spezifischen forscherschen Zugang zeigt sich jedenfalls mit grosser Übereinstimmung, dass komorbide psychische und somatische Probleme im Vergleich mit nicht-komorbiden Störungen zu einer erhöhten Morbidität und auch Mortalität führen, mit erhöhten sozialen Behinderungen verbunden sind, den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen und trotz stark erhöhter Inanspruchnahme mit einem schlechteren Behandlungsergebnis verbunden sind. Psychiatrische und somatische Komorbidität erschwert zudem das Hilfesuchverhalten, die adäquate Diagnosestellung und die Qualität der Versorgung. »
(Fasel et al., 2010, S. 23)

Man kann festhalten, dass die psychische Befindlichkeit und das Risikoverhalten eng miteinander verbunden sind, genauso wie die körperliche und die psychische Gesundheit respektive Krankheit sich wechselseitig beeinflussen. Diese Erkenntnis sollte bei der Entwicklung von NCD-Strategien mitberücksichtigt werden. Dazu gehört u. E. auch die Perspektive, dass Geniessen oder die Suche nach Glück und Wohlbefinden als Teil eines ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses zu verstehen sind und deshalb nicht nur die Verringerung von Risiken und gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen im Zentrum der Überlegungen stehen dürfen. Gleichzeitig ist es unabdingbar, dass innerhalb der öffentlichen Gesundheit die psychische Gesundheit als ein zentrales Thema behandelt wird und keinesfalls vernachlässigt werden darf. In diesem Bereich engagieren sich Bund und Kantone insbesondere in der Vernetzung der verschiedenen Akteure (vgl. dazu [Kapitel 9.3](#) in diesem Bericht). Ein weiterer Schritt für die integrale Beachtung der psychischen Dimensionen von Gesundheit auf individueller und gesellschaftlicher Ebene in der Schweiz wurde kürzlich mit der Verabschiedung und Veröffentlichung des *Schweizer Manifest für Public Mental Health* von Public Health Schweiz gemacht. Diese Publikation setzt sich zum Ziel, aufzuklären, zu sensibilisieren, und Entscheidungshilfen für das praktische Handeln zu bieten. Der Kernsatz des Manifests «Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit» ([Public Health Schweiz, 2014](#), S. 2) hat gerade im Zusammenhang mit chronischen Krankheiten eine zentrale Bedeutung.

Neue Stossrichtung für die Prävention und Gesundheitsförderung

Im September 2011 hat das Regionalbüro für Europa der WHO einen Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nicht-übertragbarer Krankheiten (2012–2016) verabschiedet. In diesem Aktionsplan ist festgehalten, dass wirksame Präventions- und Behandlungsmassnahmen in allen Ländern vorhanden sind, dass aber die Herausforderung der nächsten Jahre und Jahrzehnte vor allem darin liegt, für eine bessere und gerechtere Anwendung des vorhandenen Wissens im Bereich der Prävention zu sorgen, damit alle davon profitieren können.

« Gleichzeitig sind nichtübertragbare Krankheiten für viele der grösser werdenden Ungleichheiten im Gesundheitsbereich verantwortlich, die in vielen Ländern beobachtet werden und die Ausdruck eines starken sozialen Gefälles sowie wichtiger geschlechtsspezifischer Unterschiede sind. » (WHO, 2011a, S. 2)

Zentrale Aussagen des Aktionsplans WHO/Europa (2012)

1. *Lebenslange Prävention ist wirksam und muss als Investition in Gesundheit und Entwicklung angesehen werden.*
 2. *Die Gesellschaft sollte gesundheitsförderliche Umfeldler schaffen und so der Gesundheit zuträgliche Entscheidungen erleichtern.*
 3. *Die gesundheitliche und ärztliche Versorgung sollte leistungsfähig sein und der gegenwärtigen Krankheitslast und den zunehmenden Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung entsprechen.*
 4. *Die Menschen sollten in die Lage versetzt werden, etwas für ihre eigene Gesundheit zu tun, wirksam mit den Gesundheitsdiensten zusammenzuarbeiten und zu aktiven Partnern bei der Bewältigung von Krankheiten zu werden.*
 5. *Ein allgemeiner Zugang zu Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung ist für die Verwirklichung der Chancengleichheit im Gesundheitsbereich von zentraler Bedeutung.*
 6. *Der Staat trägt auf allen Ebenen die Verantwortung für die Entwicklung gesundheitsförderlicher Konzepte und die Veranlassung von Massnahmen in allen betroffenen Sektoren.*
-

Die vorrangigen im Aktionsplan vorgeschlagenen Interventionen konzentrieren sich auf die Reduktion von gesundheitsschädlichen Lebensmitteln durch Fiskal- und Marktpolitik, den Ausbau der ärztlichen Früherkennung, die Förderung aktiver Mobilität und die Gesundheitsförderung in Settings (Wohnen, Arbeiten, Schule, Freizeit) (WHO, 2011a). Diese Interventionsstrategien konzentrieren sich demnach stärker als in der Vergangenheit auf *strukturelle Präventionsmassnahmen*. Das bedeutet, dass man sich nicht alleine auf das Individuum und sein Verhalten konzentriert und versucht, durch Aufklärung, Motivation oder Training dieses Verhalten zu ändern, sondern ebenso auch auf das Umfeld, den Kontext, in dem sich diese Personen aufhalten. Ausschlaggebend ist dabei die Erkenntnis, dass die rechtlichen und gesellschaftlichen Strukturen wie auch die Umwelt das Verhalten beeinflussen und gesundheitsförderliche Verhaltensweisen fördern oder hemmen können.

Die Zielsetzungen des Aktionsplans konzentrieren sich auf folgende Punkte:

- *Schwerpunkt auf gesundheitlicher Chancengleichheit:* Es soll besondere Aufmerksamkeit auf die Frage gerichtet werden, ob soziale Determinanten wie Geschlecht, Bildungsstand, Einkommen oder Migrationsstatus einen Einfluss auf die Möglichkeiten der Bevölkerung haben, gesundheitsförderliche Entscheidungen zu treffen und aufrechtzuerhalten.
- *Stärkung der Gesundheitssysteme:* Die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung hat hohe Priorität, um Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung und integrierte Versorgung zu verbessern.

- *Gesundheit in allen Politikbereichen*: Viele Determinanten der Entstehung von nicht-übertragbaren chronischen Krankheiten liegen ausserhalb des Einflussbereichs des Gesundheitssektors. Die Berücksichtigung von gesundheitlichen Aspekten in anderen Sektoren (z. B. Bildung, Handel, Raumplanung) ist deshalb wichtig.
- *Ein Lebensverlaufansatz*: Viele nicht-übertragbare Krankheiten entstehen über eine lange Zeit. Das Risiko dazu akkumuliert sich über Jahre und Jahrzehnte. Gesundheitsförderung und Prävention sollte deshalb sinnvollerweise über das ganze Leben angelegt sein.
- *Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln*: Alle Aktivitäten des Gesundheitssystems sollen darauf abzielen, gemeinschaftliches Handeln zu stärken und nicht etwa zu ersetzen sowie die Gesundheitskompetenzen der Personen zu stärken und zu respektieren.
- *Bevölkerungsbezogene und auf Einzelpersonen bezogene Ansätze sollten im Gleichgewicht sein*: Die meisten Krankheitsfälle betreffen gering bis mässig gefährdete Personen. Man darf sich deshalb nicht ausschliesslich auf stark gefährdete Personengruppen konzentrieren.
- *Integrierte Programme mit mehreren Interventionen*: Strategien mit mehreren Interventionen erzielen beträchtlich grössere Effekte als punktuelle isolierte Interventionen. Sie sind häufig auch günstiger in Bezug auf Kosten und Nutzen.
- *Gesamtgesellschaftlicher Ansatz*: Gesundheit sollte möglichst in einer «Koproduktion», das heisst in Zusammenarbeit und im Austausch zwischen öffentlichen Gesundheitsdiensten, nichtstaatlichen Akteuren, aktiver Zivilgesellschaft, Unternehmen und Individuen hergestellt werden.

Im [Kapitel 10](#) dieses Berichts wird exemplarisch eine Strategie zur Gesundheitsförderung und Prävention von chronischen Krankheiten vorgestellt, welche mehrere der von der WHO vorgeschlagenen Forderungen erfüllt: die Förderung der aktiven Mobilität. Aktive Mobilität, also zu Fuss oder mit dem Velo mobil zu sein, kann lebenslang betrieben werden und damit auch über alle Lebensphasen einen positiven Einfluss auf die Gesundheit nehmen. Durch die Schaffung einer Umgebung, die aktive Mobilität sicher und attraktiv macht, wird gesundheitsförderliches Verhalten ermöglicht. Damit erhalten Individuen und soziale Gruppen mehr Handlungsspielraum, um Verantwortung für ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit zu übernehmen. Die Gestaltung eines bewegungsfreundlichen Umfelds und die Verringerung von motorisiertem Individualverkehr sind zudem Massnahmen, welche die Chancengleichheit in der Gesundheit der Bevölkerung verbessern.

Im nun folgenden [Kapitel 8](#) geht es aber zunächst um die Frage, wie die 2,2 Mio. Menschen in der Schweiz, die an einer oder mehreren chronischen Krankheiten leiden, ihre Krankheit und ihr Leben insgesamt zu meistern vermögen, mit welchen Schwierigkeiten sie und ihre Angehörigen konfrontiert sind und welche Unterstützungsformen besonders wichtig sind.

7.4 Zusammenfassung

- A** Wie verbreitet sind nicht-übertragbare chronische Krankheiten insgesamt in der Schweizer Bevölkerung?
- B** Wie verbreitet ist Multimorbidität?
- C** Wie hoch müssen die Gesundheitskosten der nicht-übertragbaren Krankheiten veranschlagt werden?
- D** Welche spezifischen chronischen Krankheiten oder Krankheitsgruppen werden als besonders relevant bezeichnet?
- E** Welche Risikofaktoren sind zentral für das Auftreten von chronischen Krankheiten?
- F** Welche gemeinsamen Strategien und Massnahmen zur Prävention von chronischen Krankheiten sind empfehlenswert?

- A** **Wie verbreitet sind nicht-übertragbare chronische Krankheiten insgesamt in der Schweizer Bevölkerung?** Chronische Krankheiten sind weit verbreitet: 32% der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren, die zu Hause wohnen, waren im Jahr 2012 von einer chronischen Krankheit betroffen. Das sind rund 2,2 Mio. Personen. Frauen sind insbesondere in den jüngeren Altersgruppen häufiger betroffen als Männer. Mit dem Alter nimmt die Krankheitsrate stark zu. Die Hälfte der Schweizer Bevölkerung ab 50 Jahren leidet unter mindestens einer ärztlich diagnostizierten chronischen Krankheit.
- B** **Wie verbreitet ist Multimorbidität?** 22% der Schweizer Bevölkerung ab 50 Jahren wiesen im Jahr 2012 mehrere chronische Krankheiten gleichzeitig auf. Das Risiko der Multimorbidität nimmt mit dem Alter exponentiell zu. In der Altersgruppe ab 80 Jahren liegt der Anteil der Personen mit mehreren chronischen Krankheiten bei 41%. Knapp ein Drittel dieser mehrfach Erkrankten leidet an einer Kombination von Arthrose und Depression.
- C** **Wie hoch müssen die Gesundheitskosten der nicht-übertragbaren Krankheiten veranschlagt werden?** Die direkten Kosten (Behandlungskosten im stationären und ambulanten Bereich) der nicht-übertragbaren Krankheiten betragen in der Schweiz im Jahr 2011 51,686 Milliarden Franken, was einem Anteil von 80% der gesamten Gesundheitskosten der Schweiz entspricht. Die indirekten Kosten bestehend aus den Kosten aufgrund von Arbeitsausfällen, frühzeitiger Pensionierung, vorzeitigem Tod und informeller Pflege, können zur Zeit noch nicht vollständig geschätzt werden. Eine vorläufige Schätzung geht von einem Minimum von 29 Milliarden Franken und einem Maximum von 44 Milliarden Franken aus.
- D** **Welche spezifischen chronischen Krankheiten oder Krankheitsgruppen werden als besonders relevant bezeichnet?** Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen sowie muskuloskelettale Erkrankungen, Depressionen und Demenzerkrankungen werden aufgrund ihrer starken Verbreitung und hohen Krankheitslast für die Schweiz als besonders relevant bezeichnet.
- E** **Welche Risikofaktoren sind zentral für das Auftreten von chronischen Krankheiten?** Die wichtigsten verhaltensbezogenen Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes, bösartige Tumoren und COPD sind: Rauchen und exzessiver Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung und zu wenig Bewegung. Die ersten schädlichen Wirkungen dieser Verhaltensweisen äussern sich körperlich unter anderem in erhöhtem Blutdruck, erhöhter

Glukosekonzentration im Blut, abnormer Konzentration von Lipiden im Blut, Übergewicht und mangelnder Muskelkraft. Soziale Determinanten haben einen beträchtlichen Einfluss auf diese Verhaltensweisen und damit auch auf das Risiko, chronisch krank zu sein.

Die Konzentration auf die verhaltensbezogenen Risikofaktoren chronischer Krankheiten birgt das Risiko in sich, dass die psychische Dimension der Gesundheit vernachlässigt wird. Die starke Verbreitung von psychischen Problemen, die enge Verflechtung von körperlichen und psychischen Prozessen wie auch die aussergewöhnlich hohe Krankheitslast, die damit verbunden ist, weisen auf die Notwendigkeit hin, dass psychische Gesundheit und Krankheit zentrale Themen der öffentlichen Gesundheit darstellen müssen.

F **Welche gemeinsamen Strategien und Massnahmen zur Prävention von chronischen Krankheiten sind empfehlenswert?** In ihrem Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nicht-übertragbarer Krankheiten (2012–2016) definiert die WHO Europa u.a. folgende Schwerpunkte, die bei der Entwicklung von länderspezifischen Strategien massgebend sein sollen: Schwerpunkt auf gesundheitliche Chancengleichheit; Stärkung der Gesundheitssysteme insbesondere im Bereich der Grundversorgung und inklusive Prävention und Gesundheitsförderung; Gesundheit in allen Politikbereichen respektive ein intersektoraler Ansatz zur Förderung der Gesundheit; ein Lebensverlaufansatz und die Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln. Ausserdem empfiehlt sie integrierte Programme mit mehreren Interventionen, da diese beträchtlich grössere und oft auch kostengünstigere Effekte als punktuelle isolierte Interventionen liefern können.

8 Leben mit chronischen Krankheiten

Kernaussagen

Viele chronisch kranke Personen leben ein zufriedenes und erfüllendes Leben mit wenig Einschränkungen. Chronische Krankheiten wie auch die davon betroffenen Menschen sind sehr unterschiedlich. Die adäquate Behandlung und Betreuung muss an die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen, ihre Ressourcen und ihre Lebenslage angepasst werden. Chronisch kranke Personen haben eigene Ziele, entwickeln eigene Strategien und bilden Expertenwissen.

Das Leben mit einer chronischen Krankheit ist mit Herausforderungen in therapeutisch-medizinischen Belangen verbunden; aber genau so sehr auch mit Problemen in Bezug auf die Erwerbstätigkeit, die familiäre Situation, die Mobilität oder die finanzielle Sicherheit. Angehörige sind in all diesen Bereichen ebenfalls betroffen und allenfalls stark belastet.

Die Integration einer chronischen Krankheit in das alltägliche Leben ist nur möglich, wenn die Betroffenen selbst sich aktiv beteiligen, wenn sie ihre Sicht, ihr Expertenwissen und ihre individuellen Bedürfnisse einbringen können und von den Gesundheitsfachleuten damit auch ernst genommen werden. Patientinnen und Patienten kritisieren insbesondere mangelnde Zeit wie auch mangelnde Bereitschaft von Ärztinnen und Ärzten, auf ihre individuelle Situation einzugehen. Sie wünschen sich eine Bezugsperson, die als eine Art Lotse fungiert, und die weniger die Krankheit im Fokus hat, als das Leben der kranken Personen.

Die meisten Menschen, die von einer chronischen Krankheit betroffen sind, wünschen sich möglichst grosse Autonomie und damit auch ein Selbstmanagement ihrer Krankheit. Dafür benötigen sie teilweise Unterstützung von Fachpersonen wie auch vom sozialen Umfeld. Es existieren verschiedene Formen des Empowerments von Kranken und Angehörigen (u. a. Selbsthilfegruppen), die vom Gesundheitssystem respektiert und gefördert werden sollten.

Soziale Unterstützung ist für chronisch Kranke eine besonders wichtige Quelle des Wohlbefindens und der Bewältigung des Alltags. Die Förderung der sozialen Integration kann deshalb eine wichtige gesundheitsförderliche Massnahme darstellen.

Informelle Pflege wird vor allem von Frauen in der zweiten Lebenshälfte geleistet. Frauen sind jedoch heute viel stärker in die Erwerbsarbeit eingebunden als früher und sie werden tendenziell später Mütter, was das Risiko verstärkt, dass sie gleichzeitig Kinder und Eltern betreuen müssen. Soll diese wichtige Stütze des Gesundheitssystems erhalten bleiben, sind Entlastungsmassnahmen notwendig.

8.1 Einleitung

2,2 Mio. Menschen leben in der Schweiz mit einer oder mehreren chronischen Krankheiten. Was ist aus ihrer Sicht wichtig, damit sie ein möglichst gesundes, zufriedenes und erfüllendes Leben führen können? Um diese Frage beantworten zu können, wird im folgenden Kapitel der Fokus auf die Bedürfnisse und die Sicht der kranken Personen selbst gelegt, sodass ihre Ziele, Strategien, Bedürfnisse sowie ihre Sicht auf das Gesundheitsversorgungssystem beschrieben werden können. Ausserdem wird auf das Thema der Bedeutung von sozialen Ressourcen für chronisch kranke Personen sowie die informelle Pflege in der Schweiz eingegangen.

Die folgenden Fragen werden diskutiert und nach Möglichkeit beantwortet:

- Weshalb ist der Perspektivenwechsel von der Patientin bzw. vom Patienten als zu versorgendem Objekt zum Menschen als handelndem Subjekt notwendig?
- Welche besonderen Eigenschaften zeichnen chronische Krankheiten aus der Sicht der Betroffenen aus?
- Mit welchen Problemen sehen sich chronisch kranke Menschen und ihre Angehörigen konfrontiert?
- Wie nehmen die Betroffenen das heutige Gesundheitsversorgungssystem wahr?
- Was beinhaltet eine gelingende Krankheitsbewältigung aus Sicht der kranken Personen?
- Weshalb haben soziale Ressourcen eine wichtige salutogenetische Bedeutung für chronisch Kranke?
- Wie verbreitet ist informelle Pflege in der Schweiz? Welchen Schwierigkeiten sehen sich pflegende Angehörige ausgesetzt?
- Welche Personengruppen unter den chronisch kranken Menschen müssen aufgrund ihrer Vulnerabilität besondere Aufmerksamkeit und Unterstützung erhalten?

Perspektivenwechsel vom zu versorgenden Objekt zum handelnden Subjekt

Warum ist der Fokus auf das subjektive Erleben von chronischen Krankheiten gerade heute von grosser Bedeutung? Zum einen setzt sich in der Wissenschaft, im Gesundheitssystem und auch in der Öffentlichkeit immer mehr die Erkenntnis durch, dass es sich bei kranken Menschen um *handelnde Subjekte* mit eigenen Zielen, Bedürfnissen und Strategien handelt. Dies im Gegensatz zu der Vorstellungweise, dass Patientinnen und Patienten primär als «erleidende» und «zu versorgende» Objekte innerhalb des medizinischen Systems zu betrachten sind. Diese Perspektive nimmt eine Forderung auf, die bereits in der Medizinkritik der 1970er Jahre formuliert wurde (Illich, 1995, McKeown, 1976): Der Sichtweise der Patientinnen und Patienten sowie ihrer

Angehörigen soll mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden und es sollen diejenigen Probleme mehr Beachtung erhalten, die sich ihnen bei der Bewältigung ihres Alltags stellen, was von Strauss (1990) treffend folgendermassen formuliert wurde:

« Wenn es stimmt, dass das grösste Drama des Krankheitsmanagements zuhause stattfindet, dann ist der Hauptdarsteller mit Sicherheit die kranke Person. » (Strauss, 1990, S. 224; Übersetzung aus dem Englischen)

Chronisch kranke Personen haben einen grossen Einfluss auf ihre Gesundheit und den Verlauf ihrer Krankheit. Ihre eigene subjektive Sichtweise und ihr Verständnis des Krankheitsgeschehens, ihre Strategien im Umgang mit der Krankheit und zur Bewältigung des Alltags wie auch ihre personalen und sozialen Ressourcen beeinflussen massgeblich, wie sich die Krankheit entwickelt. Eine patientenzentrierte und damit auch wirksame Ausgestaltung der Behandlung und Gesundheitsförderung ist deshalb nur möglich, wenn der Sichtweise der Betroffenen Aufmerksamkeit geschenkt wird. Diese Erkenntnis wird heute in der wissenschaftlichen Literatur teilweise mit dem Begriff der «Ko-Produktion» von Gesundheit umschrieben (Badura et al., 1999). Damit verbunden ist eine Abkehr von der traditionellen Patientenrolle als passive Empfängerin oder passiven Empfänger von medizinischen Leistungen, welche die Gesundheit wiederherstellen sollen. Gesundheit wird gemäss der neuen Sichtweise in einer gemeinsamen, von Kranken und Gesundheitsfachleuten zu erbringenden Leistung wiederhergestellt oder gefördert. Noch weiter geht beispielsweise Berwick (2009), der fordert, dass die Verantwortung bei der kranken Person alleine liegen soll und Ärztinnen oder Ärzte lediglich als temporäre Gäste im Leben der kranken Personen zu betrachten seien.

« Manche meinen, Arzt und Patient sollten Partner sein. Ich sehe dies anders. Meiner Ansicht nach sind wir Ärzte nicht die Partner unserer Patienten. Wir sind Gäste im Leben unserer Patienten. Wir sind nicht Gastgeber. Wir sind nicht Priester in einer Kathedrale der Technologie. »
(Berwick, 2009, S. 128; Übersetzung aus dem Englischen)

Gleichzeitig werden heute Fragen zur Versorgungssicherheit und zur Behandlungsqualität von chronisch kranken Menschen in der Schweiz immer wichtiger (GDK & BAG, 2012). Die Stärkung und Befähigung der Betroffenen und eine bedarfsgerechte Betreuung unter Berücksichtigung der persönlichen wie auch sozialen Ressourcen werden zunehmend als bedeutsame Strategien erachtet, damit chronisch kranke Personen ihr

Leben möglichst selbstständig bewältigen können. Möglichst lange selbstständig leben und wohnen zu können, ist einerseits eines der zentralsten Bedürfnisse von chronisch kranken und multimorbiden Personen und andererseits eine wichtige Zielsetzung der öffentlichen Gesundheit, damit die wachsende Krankheitslast der Schweizer Bevölkerung auch in Zukunft getragen werden kann. Vor diesem Hintergrund werden beispielsweise mehr *Partizipationsmöglichkeiten für chronisch kranke Menschen* sowie deren Angehörigen innerhalb des Gesundheitssystems gefordert. Gleichzeitig sollen die Eigenverantwortung, die Autonomie sowie die Kompetenzen zum Selbstmanagement gefördert werden (BAG, 2013a; Kickbusch & Hartung, 2014). In diesem Zusammenhang stellt sich aber auch die Frage nach den Voraussetzungen, die die Erkrankten mitbringen, um an dieser neuen Patientenrolle teilzuhaben. Für vulnerable Bevölkerungsgruppen mit geringen Ressourcen wird es schwieriger sein, im Fall einer chronischen Krankheit die geforderte aktive, selbstbestimmte und gesundheitsförderliche Patientenrolle zu übernehmen.

Mit der Forderung nach mehr Partizipation der chronisch kranken Personen sind auch verschiedene Formen des *Empowerments* angesprochen, die vom Gesundheitssystem oder der öffentlichen Hand mehr oder weniger respektiert oder gefördert werden können. Als wichtige Formen der Selbsthilfe oder des Empowerments gelten in der Schweiz Selbsthilfegruppen oder -organisationen. Von zunehmender Bedeutung ist auch die spontane Vernetzung zwischen Personen, die von der gleichen Krankheit betroffen sind («Peer-to-Peer»), die Informationen und Ratschläge austauschen oder sich Trost und Aufmunterung geben. Die Begegnungen können über Online-Foren, in Arztpraxen, im Spital oder auch im Bekanntenkreis stattfinden (vgl. dazu auch [Kapitel 8.6](#)).

Gelingende Bewältigung von chronischen Krankheiten. Vielen chronisch kranken Personen gelingt es weitgehend, die mit der Krankheit verbundenen Herausforderungen zu meistern, den beruflichen Anforderungen gerecht zu werden, ihre sozialen Kontakte zu pflegen und ein nur minimal eingeschränktes Leben zu führen. Je nach Art und Phase der Krankheit leben diese Personen ein erfülltes, weitgehend «normales» Leben, in dem die Krankheit in den Hintergrund rückt. Eine aktive Auseinandersetzung mit der Krankheit und den damit verbundenen Konsequenzen führt unter Umständen auch zur Gründung einer Selbsthilfegruppe, zur Mitarbeit in einer bestehenden Selbsthilfegruppen oder zur gegenseitigen Unterstützung unter Betroffenen. Die Schweiz ist reich an solchen Selbsthilfegruppen, die vom Engagement von kranken Menschen für sich selbst, aber auch für andere zeugen. Aus einer salutogenetischen Perspektive ist es von grosser Bedeutung, solche Strategien in den Fokus zu rücken und sich zu fragen, wie und unter welchen Bedingungen diese erfolgreich gelingen können (vgl. dazu [Kapitel 8.5](#)).

Auf der anderen Seite sehen sich chronisch kranke und insbesondere multimorbide Personen immer wieder Problemen gegenüber, die sie nicht alleine bewältigen können. Es existieren Personengruppen, denen nur sehr geringe Ressourcen oder Unterstützung zu einer gelungenen Bewältigung zur Verfügung stehen (vgl. dazu

[Kapitel 8.3](#)). Ferner ist es auch wichtig, auf die heutige Versorgung chronisch kranker Personen, auf neue patientenzentrierte Modelle und schliesslich auf Schwierigkeiten, die sich aus Sicht der Patientinnen und Patienten in der medizinischen Betreuung zeigen, einzugehen (vgl. dazu [Kapitel 8.4](#)).

Heterogenität der Krankheiten wie auch der betroffenen Menschen

Die Auseinandersetzung mit einer Krankheit, von der man betroffen ist, beinhaltet nicht nur eine Anpassung an die Krankheit, im Sinne einer Änderung der gewohnten Verhaltensweisen, sondern es bedeutet, auch die Krankheit verstehen zu lernen und sie als Bestandteil des eigenen Lebens zu akzeptieren. Im Prozess dieser Auseinandersetzung formulieren die kranken Personen Hypothesen und Theorien über ihre Krankheit. Sie stellen sich Fragen nach der Ursache («warum?») und insbesondere bei unheilbaren Krankheitsformen auch nach dem Sinn («wozu?») ihrer Erkrankung. Sie bauen krankheitsbezogenes Wissen auf, sogenannte *subjektive Krankheitstheorien*, das verschiedene Facetten beinhaltet. Diese subjektiven Krankheitstheorien beschäftigen sich mit Fragen wie dem Schweregrad oder der Bedrohlichkeit der Krankheit, der persönlichen Verantwortlichkeit für die Entstehung der Krankheit, der Kontrollierbarkeit der Symptome, der Konsequenzen für die Betroffenen und der Frage, ob der Gesundheitszustand noch veränderbar ist respektive ob es sich um ein chronisches Leiden handelt (Turk et al., 1986; French & Weinman, 2008). Je nach Krankheitsart fallen die Ausprägungen dieser Dimensionen sehr unterschiedlich aus. Damit sind diese subjektiven Krankheitstheorien auch geeignet, die *Heterogenität von verschiedenen chronischen Krankheitsformen* aus Sicht der Betroffenen aufzuzeigen. So macht es beispielsweise für die Betroffenen einen grossen Unterschied, ob die Krankheit an der sie leiden zwar chronisch, aber gut kontrollierbar ist (z. B. Diabetes) oder ob sie kaum beeinflusst werden kann. Besonders bedeutsam für das Wohlbefinden der erkrankten Personen ist die Frage, ob sie davon überzeugt sind, den weiteren Verlauf der Krankheit selbst beeinflussen zu können. Für die Erkrankten ist es ebenso entscheidend, welche Konsequenzen die Krankheit für ihren Alltag haben wird und wie stark sie bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und sozialen Rollen eingeschränkt werden. Die Frage der Ursache einer Krankheit hat ebenfalls eine grosse, auch soziale Bedeutung. In verschiedenen Studien zeigt sich, dass kranke Personen mehr Unterstützung und Zuwendung erhalten, die von ihrem sozialen Umfeld als «nicht verantwortlich» für ihre Erkrankung beurteilt werden (Hornung & Gutscher, 1994).

Schmid (2004) stellt die These auf, dass eine eigentliche Rangordnung der Krankheiten existiert. Zuoberst in dieser Rangordnung stehen aus seiner Sicht sportbedingte Krankheiten (z. B. «Tennisellenbogen»), die weder das Sozialprestige noch das Selbstwertgefühl einer Person beeinträchtigen. Zuerst findet man hingegen die

psychischen Krankheiten. Die davon betroffenen Personen leiden gesellschaftlich gesehen nicht nur an einer minderwertigen Gesundheit, sondern auch an einer minderwertigen Krankheit. Die mit diesen Krankheiten verbundene *Stigmatisierung* ist manchmal für die Betroffenen ebenso belastend wie die Krankheit selbst. Menschen mit schweren psychischen Krankheiten sind ausserdem einem besonders hohen Armutsrisiko ausgesetzt (Bachmann & Neuhaus, 2010).

Mit dem Hinweis auf die Notwendigkeit der Bewältigung von chronischen Krankheiten im Sinne eines kritischen Lebensereignisses ist auf eine weitere Dimension der Heterogenität im Erleben von chronischen Krankheiten verwiesen: die *Ressourcen* der Betroffenen und ihres Umfelds. Personen, die über grosse ökonomische, kulturelle und soziale Ressourcen verfügen, fällt es leichter, eine Krankheit so in ihren Alltag zu integrieren, dass ihr Wohlbefinden möglichst erhalten bleibt und sie einen positiven Verlauf der Krankheit erreichen können. *Soziale Determinanten* zeigen sowohl einen Einfluss auf die Entstehung von Krankheiten wie auch auf die Chancen einer gelungenen Bewältigung. Armutsbetroffene, bildungsferne oder sozial isolierte Menschen sind demnach in besonderer Weise von chronischen Krankheiten betroffen und benötigen mehr Unterstützung auch ausserhalb des Gesundheitssystems.

8.2 Die besonderen Eigenschaften von chronischen Krankheiten aus Sicht der Betroffenen

Die folgenden Kapitel 8.2 bis 8.4 mit den Ausführungen zur Sicht der Betroffenen stützen sich hauptsächlich auf den Bericht von Dr. med. Jörg Haslbeck, MScN, Margot Klein, MScN, Prof. Dr. Iren Bischofberger und Dr. Beat Sottas (2015) mit dem Titel «Leben mit chronischer Krankheit», der im Auftrag des Obsan erstellt wurde. Um einen Überblick über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis zum Thema zu gewinnen, hat die Autorengruppe aufbauend auf ihren eigenen Arbeiten (z.B. Haslbeck & Schaeffer, 2011; Haslbeck et al., 2012) eine systematische Literaturstudie durchgeführt. Bei den einbezogenen 71 Studien mit Publikationsjahr 2010 bis 2012 wurden zur Mehrzahl qualitative Verfahren angewendet, einige der Studien basieren auf quantitativen Methoden oder aus einer Mischung von qualitativen und quantitativen Analysen («mixed method»). Details zur Methodik finden Sie im Hintergrundbericht Haslbeck et al., 2015. Die Autorinnen und Autoren sind bzw. waren bei der Careum Stiftung, Zürich tätig.

Bei einer akuten Erkrankung handelt es sich per Definitionem um eine zeitlich befristete Einschränkung der Gesundheit, die typischerweise plötzlich einsetzt und spezifische Symptome aufweist. Nach relativ kurzer Zeit erholen sich die Betroffenen wieder vollständig – es sei denn, die Erkrankung verlaufe tödlich – und können nach einem vorübergehenden Verlust an Autonomie, Handlungssouveränität oder sozialer Teilhabe ihren gewohnten Alltagsaktivitäten wieder nachgehen (Schaeffer & Moers, 2011).

Die folgenden Ausführungen stützen sich auf die Sichtweise und das Erleben von chronisch kranken Personen. Es fällt auf, dass viele der Aussagen sich vornehmlich auf somatische Erkrankungen und damit verbundene Konsequenzen konzentrieren. Das hängt möglicherweise damit zusammen, dass es schwieriger ist, Personen mit psychischen Krankheiten zu finden, die bereit sind, über ihre Erfahrungen und Probleme zu sprechen.

Bei einer chronischen Krankheit wird der Gesundheitszustand und der Alltag der Betroffenen auf Dauer verändert und mündet oft in einen vagen Zustand des «Auf und Ab» zwischen mehr oder weniger Gesundheit. Ein Teil der chronisch kranken Personen kann seine krankheitsbedingte Leidens- und Lebenssituation nicht autonom lösen und ist unter Umständen dauerhaft auf Unterstützung von Fachpersonen und Hilfe aus seinem sozialen Netz angewiesen. Aus Sicht der Betroffenen steht dabei nicht eine abstrakt medizinisch definierte Erkrankung im Sinne einer Diagnose im Vordergrund, sondern die real erlebte Krankheit mit all ihren Facetten und Konsequenzen für das Wohlbefinden, die Lebensqualität und die Bewältigung der alltäglichen Anforderungen. So kann beispielsweise eine durch die Krankheit oder auch die Therapie ausgelöste chronische Müdigkeit für die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten absolut zentral sein, wird aber aus medizinischer Sicht oft als irrelevante Begleiterscheinung betrachtet.

Typischerweise werden chronische Krankheiten mit folgenden Eigenschaften in Verbindung gebracht (u. a. Schaeffer & Moers, 2011):

- Die zeitliche Dauer der Krankheit ist unbeschränkt.
- Es besteht lediglich begrenzte Aussicht auf Heilung.
- Die Ursachen von chronischen Krankheiten sind oft komplex und nicht eindeutig.
- Der Verlauf der Krankheit wird als Abfolge von Auf- und Abwärtsbewegungen zwischen mehr und weniger Gesundheit respektive Krankheit erlebt.
- Die Krankheit ist vielschichtig und komplex. Oft stehen verschiedene körperliche Symptome neben psychischen Beeinträchtigungen.
- Die Folgen der Krankheit sind ebenfalls mehrschichtig und manchmal weitreichend. Neben der gesundheitlichen Beeinträchtigung können soziale, berufliche und ökonomische Probleme entstehen, sodass die Betroffenen mit einem «Knäuel an Problemen» konfrontiert sind.
- Phasenweise und vor allem in Spätstadien chronischer Krankheitsverläufe kann Pflegebedürftigkeit entstehen.

8.3 Zentrale Herausforderungen für chronisch kranke Personen und deren Angehörige

In diesem Kapitel wird vorgestellt, welche Probleme und Belastungen chronisch kranke Personen erleben. Es handelt sich um Phänomene, die oft einem chronologischen Ablauf folgen. Da, wie bereits erwähnt, viele der chronischen Krankheiten einer komplexen Dynamik folgen, erleben die Betroffenen aber auch immer wieder Rückschläge oder beispielsweise eine abrupte Verschlimmerung ihres Zustands, sodass der Zyklus von Schock, Trauer, Versuch der Bewältigung etc. wieder beginnt. Es geht aber auch um die Konsequenzen des Gesundheitszustands für die Bewältigung des Alltags, also beispielsweise um die Frage, ob und wie die Erwerbsarbeit weiter geführt werden kann.

Phasen

Vom Schockzustand zur «Normalität»: Viele Menschen erleben gemäss eigenen Aussagen den Beginn einer schweren chronischen Krankheit als plötzlichen «Absturz aus dem normalen Leben», der einer biografischen Zäsur gleicht. Ein Bündel von negativen Krankheitsfolgen wie Schmerzen, Kontrollverlust, Todesangst oder existenzielle Sorgen erschüttert die Betroffenen. In dieser ersten Phase, die oft auch noch durch die Suche nach einer Diagnose und der damit verbundenen Unklarheit belastet ist, sind viele Patientinnen und Patienten praktisch handlungsunfähig.

«Man stürzt so tief ab, weil man sich eine andere Lebensplanung zurechtgelegt hat. Ich will das und das tun in meinem Leben und dann geht das auf einmal nicht mehr.» (Zitat Patientin/Patient, Haslbeck, 2010, S. 93)

Erst wenn der Gesundheitszustand durch therapeutische Massnahmen stabilisiert werden kann und allenfalls durch die Diagnose auch die Ungewissheit über den weiteren Krankheitsverlauf verringert wird, können die betroffenen Personen wieder zu einem Alltagsleben zurückkehren.

Bewusstwerden der Chronizität und Erleben von potenziellem Verlust: Oft wird den Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen erst mit der Zeit bewusst, dass die gesundheitlichen Einschränkungen dauerhaft sein werden. Sie sind gezwungen sich damit auseinanderzusetzen, dass die Krankheit ihren Alltag auf Dauer verändern wird. Das bedeutet auch, dass sie ihre individuelle Lebensperspektive reflektieren und allenfalls mehr oder weniger einschneidend anpassen müssen, um das aus der Balance geratene Leben wieder ins Lot zu bringen. Je nach Krankheit und damit

verbundenen Einschränkungen gilt es den Verlust von Kompetenzen, sozialen Rollen und Zukunftsplänen zu akzeptieren. Patientinnen und Patienten erwähnen schmerzhafteste Verlusterfahrungen in folgenden Bereichen: Körperfunktionen (Kraft, Ausdauer, Sprechen, Sehen, Mobilität), Beziehungen (Partnerschaften, Freundeskreis, Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen), Autonomie (Unabhängigkeit, Kontrolle), Lebensplanung («normales Leben führen», Gesundheit, Familie gründen, Wohnsituation, berufliche Karriere), soziale Rollen (Elternschaft, Erwerbstätigkeit, Grosskinder betreuen), Identität (Selbstvertrauen, Selbstbild, Attraktivität, Würde) und positive Emotionen (Freude, Hoffnung, Spontaneität, Motivation, Lebensfreude).

Verlaufsdynamik, das «Auf und Ab» chronischer Krankheiten: Wie bereits oben erwähnt ist für viele chronische Krankheiten ein «Auf und Ab» des Gesundheitszustands charakteristisch. Die Dynamik besteht dabei in einer wechselnden Abfolge von akuten Phasen, Krisen, Phasen der Rekonvaleszenz, Phasen relativer Stabilität und Normalität, die dann wieder von Phasen der Verschlechterung und akuten Krisen durchbrochen werden. Je nach Krankheitsart, ihrer Bedrohlichkeit und den damit verbundenen Beschwerden gehen akute Phasen und Krisen mit starken Einschränkungen im Alltag einher bis hin zu Zuständen von Schock und Desorientierung. In den stabilen Phasen kann bestenfalls eine Form der Normalität hergestellt werden, die aber immer wieder von Neuem infrage gestellt wird.

Integration der Krankheit in den Alltag

Eines der wichtigsten Bedürfnisse von chronisch kranken Personen ist ihr Wunsch, ein möglichst normales Leben führen zu können. Sie wollen möglichst unabhängig sein, ihren sozialen und beruflichen Verpflichtungen nachkommen und ihr soziales Leben weiterhin pflegen. Diese Zielsetzung kann mit den aus medizinischer Sicht notwendigen therapeutischen Massnahmen kollidieren.

Aus der Befragung von chronisch kranken Personen zeigt sich, dass diese Situation als moralisches Dilemma erlebt wird. Einerseits fühlen sie sich zu einem möglichst gesundheitsbewussten Umgang mit ihrer Krankheit verpflichtet, andererseits möchten und müssen sie auch sozialen Ansprüchen möglichst gut entsprechen (Gregory, 2005; Townsend et al., 2006; Hurd Clarke & Bennett, 2013). Ist dies aufgrund von Einschränkungen durch die Krankheit nicht mehr möglich, führt dies unter Umständen dazu, dass sich die kranken Personen von ihrem sozialen Netz zurückziehen und vereinsamen (Aldred et al., 2005; Ellison et al., 2012; siehe auch Haslbeck et al., 2012; Victor et al., 2000).

Das Leben mit einer oder mehreren chronischen Krankheiten erfordert je nach Schweregrad und Konsequenzen der gesundheitlichen Störungen auch eine Auseinandersetzung mit den eigenen sozialen Rollen. Dies stellt oft einen bedeutsamen

Verlust für die Betroffenen dar, wenn beispielsweise eine erwerbstätige Person aus dem Erwerbsleben ausscheiden muss oder eine ältere Frau nicht mehr ihre Enkelkinder betreuen kann. Der notwendige Veränderungsprozess ist komplex und kontextabhängig. Keine (oder keine klare) Diagnose zu erhalten (wie z. B. im Fall von chronischen Schmerzen ohne klaren organischen Befund), erweist sich aus Sicht der Kranken als erschwerend für die Integration in den Alltag und hat auch negative Folgen für die Existenzsicherung, da eine Diagnose für einen IV-Rentenanspruch wichtig ist (siehe dazu weiter unten). Auf der anderen Seite ist es für Personen, die an einer stigmatisierenden Krankheit (z. B. Psychose) leiden unter Umständen sehr belastend, ihrem sozialen Umfeld diese Diagnose mitzuteilen.

Ein wichtiger Teil der Integration in den Alltag besteht im *Selbstmanagement*, das die kranken Personen mit der Zeit erlernen. Sie entwickeln eigene Strategien, wie sie die verschiedenen Anforderungen (z. B. Medikamentenregime, Wahrnehmung und korrekte Interpretation von Symptomen, Vereinbarkeit von Beruf und therapeutischen Massnahmen) bewältigen können, wobei das Ziel darin besteht, die Normalität und Funktionsfähigkeit im Alltag wiederzuerlangen oder so lange wie möglich aufrecht zu erhalten zu können. Zu den von kranken Personen angewandten Strategien zur Wiederherstellung des Wohlbefindens gehört es zum Beispiel, schlechte Zeiten als Bestandteil des Lebens zu akzeptieren, sich als wertvolles Individuum zu verstehen, das fähig ist sich zu verändern, an Selbstmanagement-Angeboten oder Selbsthilfe-Gruppen teilzunehmen, Hilfe von Familie, Freundinnen und Freunden oder der Nachbarschaft zu suchen oder zu akzeptieren. Ein Grossteil der Patientinnen und Patienten wünscht sich möglichst grosse Autonomie und damit auch Selbstmanagement. Gleichzeitig äussern aber auch viel Betroffene den Bedarf nach Unterstützung in diesem Prozess durch Förderung ihrer Fähigkeit zum Selbstmanagement und durch Hilfestellung bei auftretenden Motivationsproblemen. Vor allem im Lebensalltag der Betroffenen, respektive im häuslichen Kontext, fehlen entsprechende Angebote zur Anleitung und Beratung mit dem Ziel der Förderung von Selbstmanagementkompetenzen (Müller-Mundt & Schaeffer, 2011). Der Verlust und das Wiedergewinnen von Kontrolle stellen wichtige Elemente der Bewältigungsanstrengungen dar. Eine chronische Erkrankung bedeutet für viele Personen zunächst einmal, dass sie einen Verlust an Kontrolle über ihr Leben hinnehmen müssen. Der Verlust an Kontrolle und an Autonomie kann depressive Verstimmungen auslösen. Wie in der Einleitung zum Schwerpunktthema chronische Krankheiten dargestellt, gehen viele chronische körperliche Erkrankungen mit depressiven Verstimmungen einher.

Werden Personen unerwartet («wie aus heiterem Himmel») mit einer Diagnose konfrontiert, erleben sie oft einen starken Verlust ihrer subjektiven Selbstkontrolle und ihrer Handlungsfähigkeit. So schildern beispielsweise Menschen mit bipolaren Störungen einen abrupten Krankheitsbeginn. Sie fühlen sich von einem Tag auf den anderen von den Krankheitssymptomen überwältigt und ausser Gefecht gesetzt.

In der Therapie und im Alltag besteht die Herausforderung darin, in möglichst vielen Bereichen wieder Kontrolle zurückzugewinnen. Je nach Krankheitsart sind dabei auch neue Technologien von grosser Bedeutung, wie beispielsweise Geräte zur mobilen Messung des Blutzuckers oder interaktive Medikamentendosen. Diese Technologien werden heute unter dem Begriffe «Mobile Health» oder kurz mHealth zusammengefasst. Sie funktionieren auf Basis von Biosensor-, Mobilfunk- und Internettechnologien und erheben, speichern, verarbeiten und verbreiten Gesundheitsdaten. Sie können beispielsweise in Form von Apps Vitaldaten registrieren und bei erhöhten Werten automatisierte Warnmeldungen geben.

Das Entwickeln von Strategien im Umgang mit der Krankheit kann auch als Lernen im Ausnahmezustand bezeichnet werden. Von Betroffenen wird dieser Lernprozess als «harte Arbeit» bezeichnet und gleicht in gewissem Sinne einem «training on the job». Die Patientinnen und Patienten werden mit der Zeit zu *Expertinnen bzw. Experten in eigener Sache*. Dieses Wissen über die eigene Krankheit aus einer «Insider»-Sicht, das persönliche Erfahrungswissen über die Krankheitsprozesse, die Reaktion auf die Medikationen und Therapien oder die Interaktion der Gesundheit mit anderen persönlichen Lebensereignissen sind für die Therapie wertvoll und bedeutsam und sollten von den medizinischen Fachpersonen berücksichtigt werden. Diese «Innensicht» zum Leben mit chronischer Krankheit ist für das Gelingen einer Behandlung und die Integration der Krankheit in das Leben der Betroffenen von zentraler Bedeutung (Conrad, 1990).

Mit Unsicherheit und Mehrdeutigkeit leben

Viele Personen mit chronischer Krankheit bezeichnen die Mehrdeutigkeit ihrer Symptome und die Unsicherheit in Bezug auf ihre Gesundheit und damit auf ihre Lebenslage als eines der grossen Probleme. So ist manchmal bereits der Weg zu einer eindeutigen Diagnose langwierig und mühsam. Die Suche der Patientinnen, Patienten und deren Angehörigen nach einer Diagnose wird immer wieder mit einer «Odyssee» verglichen, die Jahre dauern kann. Im Zusammenhang mit dieser Unsicherheit und Ambiguität ihres Zustands sehen sich die Betroffenen u. a. mit folgenden Anforderungen konfrontiert:

- Deuten von diffusen Beschwerden
- Bewerten von grossen Mengen kontroverser Untersuchungsbefunde und Expertenmeinungen
- Entschlüsseln unverständlicher Fachinformationen
- Identifizieren und Ansprechen von Unterstützungsmöglichkeiten im System
- Abschätzen der Krankheitsprognose und des Therapieerfolgs
- Abschätzen der Konsequenzen für die Organisation und Bewältigung des Alltags

Die mit einer chronischen Krankheit verbundenen unsicheren Prognosen lösen bei vielen Patientinnen und Patienten Zukunftsängste aus. Diese sind mit der Angst vor einem Fortschreiten der Krankheit verbunden, aber auch mit existenziellen Fragen zu den zukünftigen finanziellen Konsequenzen, die mit der Krankheit verbunden sind.

Suche nach Informationen

Die meisten chronisch kranken Personen haben ein starkes Bedürfnis nach verlässlichen Informationen zu ihrer Erkrankung. Sie möchten das Krankheitsgeschehen selbst verstehen, wünschen aber auch Informationen zu verschiedenen Therapiemöglichkeiten oder zu den Medikamenten (Haverhals et al., 2011; Rankin et al., 2011). Je nach Phase der Krankheit schwankt das Informationsbedürfnis: In akuten Phasen und Krisensituationen wächst der Bedarf nach Informationen und kann in stabilen Phasen der Krankheit fast vollständig wegfallen. Auch der Übergang von der Kindheit zum Erwachsenenalter einer erkrankten Person kann Grund dafür sein, dass die Suche nach Informationen wieder notwendig wird, da sich beispielsweise die Organisation der Versorgung ändert (Rankin et al., 2011).

Diese Suche nach Informationen stellt für die Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen aus verschiedenen Gründen eine Herausforderung dar. Die von Fachpersonen erhaltenen Gesundheitsinformationen sind oft schwer zu verstehen (Rankin et al., 2011) oder widersprüchlich.

«Die Ärzte hatten ja nur KHK [Koronare Herzkrankheit, Anmerkung der Autorin] gesagt und ich konnte mir nix darunter vorstellen.»

(Patientenzitat; Haslbeck, 2010, S. 117)

Dieses Problem stellt sich insbesondere bei multimorbiden Personen, wenn ihre Behandlung auf verschiedene Experten verteilt und nicht koordiniert ist. Kritische Stimmen weisen auch in der Schweiz auf die teilweise vorhandenen Wissensdefizite bei Grundversorgern und anderen Fachleuten des Gesundheitswesens hin (Lauvergeon et al., 2012; Peytremann-Bridevaux et al., 2012; Senn et al., 2013). Je nach Quelle sei es schwierig, die Zuverlässigkeit der Information zu beurteilen. Eine besondere Problematik besteht auch darin, zwischen schul- und komplementärmedizinischen Konzepten der Krankheit und der Therapiemöglichkeiten abzuwägen (Rankin et al., 2011).

Als Quelle für Gesundheitsinformationen stehen heute die Neuen Medien (v.a. das Internet) im Zentrum der Aufmerksamkeit und auch der wissenschaftlichen Diskussion. Aktuelle Studien zeigen aber, dass die klassischen Informationswege für die Patientinnen, Patienten und deren Angehörige noch immer die grössere Bedeutung haben (Marstedt, 2010; Katz et al., 2011). Dazu zählen zum einen die Printmedien (v.a. kostenlose Apotheken- und Krankenkassenpublikationen, Tageszeitungen), aber auch Radio und Fernsehen. Eine weitere bedeutende Quelle für Informationen stellt die Hausarztpraxis dar. Die Vielfalt der genutzten Quellen sowie die Häufigkeit der Informationssuche hängt auch mit der sozio-ökonomischen Lage der Personen zusammen: Gemäss einer Studie von Horch & Wirz (2005) nutzen sozial schwache Bevölkerungsgruppen weniger unterschiedliche Quellen und suchen seltener nach Informationen.

Insbesondere die Informationen, die *Ärztinnen und Ärzte* im Spital oder in der Praxis vermitteln, werden manchmal nicht verstanden. Dies wird einerseits damit erklärt, dass wichtige Informationen über die Krankheit, die Therapie und beispielsweise den Umgang mit Medikamenten zu einem Zeitpunkt kommuniziert werden, in dem sich die Betroffenen noch in dem bei der Diagnose eintretenden Schockzustand befinden und deshalb kaum fähig sind, diese komplexen Informationen zu verstehen oder zu verarbeiten (Haslbeck, 2010; Schaeffer & Moers, 2009). Andererseits beurteilen viele chronisch kranke Personen das Kommunikationsverhalten der behandelnden Ärztinnen und Ärzte kritisch (Haslbeck, 2010). Vor allem die von Fachpersonen benutzten Fachtermini sind schwer decodierbar oder gänzlich unverständlich. Dies führt neben Informationsdefiziten auch zu Unsicherheiten und Ängsten.

« Der Doktor hat mir da gleich welche verschrieben und im Krankenhaus haben die mich mit Medikamenten versorgt, aber was das jetzt im Einzelnen ist, weiss ich bis heute nicht. » (Zitat Patientin/Patient, Haslbeck, 2010, S. 117)

Eine ähnliche Problematik wird bei den *Beipackzetteln von Medikamenten* gesehen. Diese werden von den Patientinnen und Patienten als Informationsquelle genutzt, obwohl sie von den Herstellern eher mit dem Ziel der rechtlichen Absicherung denn als Gebrauchsinformation verfasst werden (Nink & Schröder, 2005). Die Komplexität des Textes, der Umfang und die unverständlichen Formulierungen überfordern die meisten Personen. Ausserdem ist es schwierig, die aufgelisteten Risiken und Nebenwirkungen einzuschätzen, was Ängste auslösen kann und die Therapiemotivation negativ beeinflusst. Die Beipackzettel stehen symbolisch für viele Informationen im Gesundheitswesen, die aus Sicht der Betroffenen zu kompliziert und nicht adressatengerecht geschrieben sind.

Neben den klassischen Medien hat insbesondere das *Internet* als Gesundheitsinformationsquelle eine grosse Bedeutung erlangt. Es wird geschätzt, da es rund um die Uhr niederschwellig zugänglich ist, da die Privatsphäre gewahrt scheint und auch da den Betroffenen «beschämende Momente» erspart bleiben, die bei Begegnungen mit Fachpersonen auftreten können (Nordfeldt et al., 2010). Das Internet wird nicht nur für die Recherche nach Informationen genutzt, sondern auch um sich mit anderen Betroffenen auszutauschen, online Hilfe zu erhalten oder Hilfe zu geben (Fox, 2011). Das Internet stellt den Nutzern ein gigantisches Evidenz- und Erfahrungswissen zu chronischen Krankheiten zur Verfügung, was gerade dann bedeutsam wird, wenn die von den behandelnden Fachpersonen erhaltenen Informationen unverständlich oder widersprüchlich sind, wenn die Patientinnen und Patienten eine Zweitmeinung einholen wollen oder auch, wenn sie vom konkreten Erfahrungsschatz anderer Erkrankter lernen wollen. *Online-Gruppen von Betroffenen* spielen eine wichtige Rolle, wenn es um Fragen geht, wie man mit Stress, emotionaler Belastung und sozialer Isolation aufgrund der Krankheit umgehen kann. Dieses Erfahrungswissen von anderen Betroffenen ist im Vergleich zu Informationen von Fachpersonen leichter verständlich und zugänglich (Sallinen et al., 2011). Gleichzeitig fühlen sich aber viele Patientinnen, Patienten und ihre Angehörigen wegen der Vielfalt und der heterogenen Qualität der online verfügbaren Informationen überwältigt und überfordert (Haverhals et al., 2011) oder stellen ihre Zuverlässigkeit und Unabhängigkeit je nach Quelle infrage. Wichtig ist aus Sicht der Betroffenen, dass transparent gemacht wird, wer die Online-Informationen zur Verfügung stellt, ob eine Verbindung zu einem Pharmazieunternehmen besteht und ob die Urheber über die notwendige Expertise verfügen (Sillence et al., 2007).

Die subjektive Beurteilung des eigenen Wissensstandes respektive der Wissenslücken scheint je nach Krankheit und Bevölkerungsgruppe sehr unterschiedlich zu sein. So geben beispielsweise Personen mit Multipler Sklerose in der Schweiz an, dass sie kein zusätzliches Informationsbedürfnis zu ihrer Erkrankung haben (Egger et al., 2012). In anderen Schweizer Studien äussern Personen mit Diabetes und ihre Angehörigen Informationsdefizite (Lauvergeon et al., 2012; Peytremann-Bridevaux et al., 2012). Generell besteht ein Zusammenhang zwischen Schulbildung und der subjektiven Einschätzung der eigenen Gesundheitskompetenz: Personen mit geringer Schulbildung fühlen sich weniger kompetent im Zusammenhang mit Fragen zur Gesundheit und Krankheit (Bachmann & Neuhaus, 2010). Im Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz zeigen sich je nach Herkunft der Migrantinnen und Migranten Unterschiede in der subjektiven Beurteilung ihrer Gesundheitskompetenz (z. B. beim Verstehen von Informationen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte), aber auch bezüglich objektiver Kriterien wie Kenntnis der Notfallnummer der Ambulanz (Guggisberg et al., 2011).

Umgang mit Medikamenten

Eine weitere Problematik und Herausforderung für viele chronisch kranke Personen besteht darin, eine gesundheitsbewusste Strategie im Umgang mit Medikamenten zu finden, die innerhalb der alltäglichen Rahmenbedingungen bewältigt werden kann. Das Medikamentenmanagement kann mit zahlreichen Problematiken verbunden sein, wie beispielsweise speziellen Einnahmezeiten, die mit beruflichen oder familiären Verpflichtungen kollidieren. Ein andauerndes Risiko besteht darin, die Einnahme des Arzneimittels zu vergessen, insbesondere wenn der reguläre Tagesablauf unterbrochen wird (Bissell et al., 2004; Haslbeck, 2010). Medikamente sind gemäss Literatur ein zentraler Aspekt im Umgang mit Symptomen und im Leben mit chronischer Krankheit (Berg et al., 2006; WHO, 2003). Die Wahrnehmung der Medikamente ist oft von Ambivalenz geprägt: Sie werden als «Ticket in die Normalität» oder als Heil- und Hilfsmittel angesehen, aber zugleich auch als Symbol der Abhängigkeit, des Krankseins und Alterns (Conrad, 1985; Haslbeck, 2010; Benson & Britten, 2006). Patientinnen und Patienten fürchten sich (zu Recht) vor unerwünschten Wirkungen und vor der Entwicklung einer Medikamentenabhängigkeit.

«Bei neun Tabletten, wenn da irgendwas nicht passt, da weiss ich nicht, welche schlecht davon ist.» (Patientenzitat, Haslbeck, 2010, S. 154)

Sie beurteilen auf Basis ihres Wissens und ihrer Erfahrungen Vor- und Nachteile eines Medikamentenregimes und entscheiden dann, ob und wie sie die Vorgaben der Fachpersonen umsetzen wollen. Dabei spielen neben dem ärztlichen Rat auch Erfahrungen von Mitpatientinnen und -patienten eine Rolle (u. a. Klein et al., 2013). Die im Verlauf der Zeit entwickelten subjektiven Theorien zur Wirkung von Medikamenten führen oft dazu, dass die Medikamenteneinnahme eigeninitiativ angepasst wird. So schildert zum Beispiel ein Patient, dass er aus Furcht vor Nebenwirkungen von all den Medikamenten, die er verschrieben erhielt, immer genau die Hälfte der Dosis einnimmt. Solche Anpassungen werden oft nicht mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten besprochen, was damit begründet wird, dass man sich vor negativen Reaktionen und mangelndem Respekt fürchtet (Mishra et al., 2011).

Gerade im Umgang mit Medikamenten ist aus Sicht der chronisch kranken Personen die *Beziehung zu den behandelnden Fachpersonen* im Gesundheitssystem zugleich bedeutsam und problematisch. Patientinnen und Patienten fühlen sich gut unterstützt, wenn sie zur Meinung kommen, dass die Fachpersonen für ihre Krankheit fachlich kompetent sind und wenn eine vertrauensvolle und kooperative Beziehung entsteht.

Zugleich erleben aber viele Patientinnen und Patienten, dass ihre eigene Sichtweise, die Alltagsprobleme, Bedürfnisse und Strategien im Umgang mit Medikamenten auf wenig Resonanz stossen und sie sich unzureichend informiert fühlen.

«Trotz der verstärkten emanzipatorischen Strömungen im Gesundheitswesen zeigen Studienergebnisse, dass Patientinnen und Patienten wie auch Angehörige im Umgang mit Medikamenten nach wie vor Druck, Zwängen und Kritik von professionellen Akteurinnen bzw. Akteuren ausgesetzt sind, was zu Gefühlen von Machtlosigkeit und Diffamierung führt. Dabei wird auch ein Zusammenhang mit dem vorherrschenden Zeitdruck bei Arztkonsultationen hergestellt.» (Haslbeck, et al., 2015, S. 49)

Die Komplexität des Umgangs mit Medikamenten steigt sprunghaft an, wenn bei chronisch kranken Personen im Verlauf der Jahre zusätzliche Krankheiten auftreten und sie mit *Multimorbidität* konfrontiert sind. In diesem Fall verändert sich sowohl die Anzahl der Medikamente wie auch die Art der Einnahme und stellt die Betroffenen vor teilweise kaum lösbare Probleme. Die Schwierigkeit besteht insbesondere darin, Wirkung und Nebenwirkungen einer Vielzahl von Medikamenten, die zusätzlich auch noch interagieren können, von den Symptomen der Krankheiten unterscheiden zu können. Patientinnen und Patienten berichten von Deutungsschwierigkeiten, weil die Nebenwirkungen diffus sein können, den Krankheitssymptomen ähneln oder eventuell als «normale» Alterungsprozesse angesehen werden können (Lindsay, 2009). Viele Patientinnen bzw. Patienten und deren Angehörige sehen sich bei einer Multimorbidität einer zunehmenden Medikalisierung ausgesetzt, die sie emotional belastet, die Furcht vor Nebenwirkungen verstärkt und einen Widerwillen gegenüber Medikamenten insgesamt auslöst (Hurd Clarke & Bennett, 2012). Oft müssen zusätzliche Medikamente eingenommen werden, um die unerwünschten Nebenwirkungen der übrigen Medikamente zu kontrollieren.

Umgang mit Schmerzen

Schmerz wird heute in der wissenschaftlichen Literatur als eine sehr persönliche, subjektive Erfahrung umschrieben, die von persönlichen Einstellungen, bisherigen Schmerzerfahrungen, den vorhandenen Ressourcen sowie kulturellen Normen mitbestimmt wird (Jeffrey, 2006). Akute Schmerzen stellen ein wichtiges Warnsignal dar. Chronische Schmerzen hingegen haben oft multiple, unklare Ursachen und können sich zu einem eigenen Krankheitsbild entwickeln. Anhaltende wie auch periodisch wiederkehrende Schmerzen können die Handlungskapazität von Menschen, ihre Mobilität und die Lebensqualität der Betroffenen stark einschränken und wirken sich ebenfalls stark auf die

psychische Gesundheit aus. Chronische Schmerzen (insbesondere Rückenschmerzen) und Depressionen treten bei einem so hohen Anteil von Personen gleichzeitig auf, dass heute die These aufgestellt wird, dass es sich um das gleiche gesundheitliche Phänomen handeln könnte (Baer et al., 2013). Für viele Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen existieren heute erfolgreiche Schmerztherapien, sodass ihr Leben durch diese Problematik wenig beeinträchtigt wird.

Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen, die eine unklare Ursache haben und die nicht erfolgreich gelindert oder kontrolliert werden können, schildern indessen vielfältige negative Wirkungen ihres Leidens auf ihre Lebens- und Familienplanung, auf ihre Fähigkeit am Erwerbsleben teilzunehmen und beschreiben eine zunehmende soziale Isolation (Dow et al., 2012).

Soziale Sicherheit bei nicht objektivierbaren Beeinträchtigungen

Als Reaktion auf die in den letzten Jahrzehnten zunehmende finanzielle Belastung der IV wurden mehrere Revisionen beschlossen und umgesetzt. Seit dem Inkrafttreten der 5. IV-Revision gilt: «Eine Erwerbsunfähigkeit liegt ...nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.» (ATSG Artikel 7, Abs. 2). Die Frage der «objektiven Sicht» polarisiert seither die Meinungen. Ein Krankheitsverständnis, das das Erleben der Betroffenen in den Vordergrund rückt, trifft dabei auf ein Verständnis, das einerseits messbare Grössen, andererseits die Verantwortung gegenüber der Gesellschaft im Blick hat. Chronische Schmerzen ohne organisch erkennbare Ursachen sind schwer von aussen zu verifizieren. Sie sind oft mit depressiven Zuständen verbunden (Baer et al., 2013), die unter Umständen nicht als solche erkannt werden. Aus Sicht der Gesundheitswissenschaften wird kritisiert, dass die Überprüfung der Echtheit des Schmerzerlebens mittels bildgebenden Verfahren nicht dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand zum Phänomen Schmerz entspricht.

Eine Rente wird bei Betroffenen heute viel seltener ausgesprochen als früher. Welche Auswirkung diese Änderung der IV-Praxis auf Personen mit chronischen Schmerzen hat, kann momentan nicht beurteilt werden. Insbesondere wäre eine Untersuchung wünschenswert, die das Armutsrisiko der Personen, denen keine Rente zugesprochen wurde, beurteilt.

Das Leben mit Schmerzen wird als «Gefühl des Gefangenseins» beschrieben (Müller-Mundt, 2005, S. 111). Für diese Patientinnen und Patienten erweist sich der Weg zu einer Diagnose und zu einer hilfreichen Therapie als eine lange «Odyssee» durch das Gesundheitssystem. Schmerzsymptome können einen diffusen Charakter aufweisen und mehrere Ursachen haben, die miteinander interagieren. Manchmal suchen die Betroffenen jahrelang nach Hilfe für ihr Leiden und wechseln dabei zwischen verschiedenen Fachdisziplinen innerhalb und ausserhalb des schulmedizinischen Systems. Gerade im komplementärmedizinischen Bereich sind viele Leistungen aber nicht durch die obligatorische Krankenversicherung gedeckt, was zu einer hohen finanziellen Belastung führen kann.

« In der Summe spiegeln sich in den Erfahrungen von schmerzkranken Menschen die Grenzen der Gesundheitsversorgung und medizinischen Heilkunst wider, etwa wenn (lange) keine hinreichende Erklärung für Schmerzzustände gefunden werden kann, sie eine eher unspezifische Diagnose erhalten und ihre Hoffnung auf Heilung enttäuscht wird. » (Haslbeck et al., 2015, S. 39)

Zusätzlich belastend sind solche chronische Schmerzen durch den Umstand, dass in vielen Fällen objektiv messbare Krankheitszeichen fehlen. Dies kann zu Misstrauen und einem «*blaming the victim*»-Effekt bei Arbeitgebern, dem sozialen Umfeld sowie den medizinischen Expertinnen und Experten führen (Glenton, 2003). Patientinnen und Patienten schildern, dass sie als «psychisch», «faul» und «verrückt» bezeichnet werden. Nicht zu vergessen ist dabei, dass eine gesicherte Diagnose und seit den neuesten Revisionen der Invalidenversicherung ein organisch erkennbarer Schaden entscheidend dafür sind, dass beim Verlust der Erwerbsfähigkeit aufgrund von chronischen Schmerzen eine IV-Rente gesprochen werden kann (siehe dazu Kasten).

Menschen mit chronischen Schmerzen weisen vielfach *hohes Expertenwissen* zu ihrem Gesundheitsproblem auf. Sie wenden gleichzeitig verschiedene Strategien an, die sie miteinander kombinieren, um die Schmerzen möglichst kontrollieren und ihren Alltag bewältigen zu können. Zu diesen Strategien gehört u. a. die Kombination von ärztlich verschriebenen Medikamenten und Physiotherapie mit der Selbstmedikation mittels Schmerzmitteln, Wärmepflastern, körperlicher Bewegung, Massage und Weiterem. Das Jonglieren mit all diesen Massnahmen erfordert ein beachtliches Wissen, das auf Selbstbeobachtung und Alltagserfahrungen beruht. Eine aktive und selbstbestimmte Auseinandersetzung mit den Symptomen ist hilfreich, um Lebensmut zu schöpfen und um eine positive Lebenseinstellung zu behalten oder zurückzugewinnen. Gesundheitskompetenz, Motivation und Selbstwirksamkeit sind zentrale Elemente, um chronische Schmerzen kontrollieren und möglichst gut damit leben zu können.

Erhalt der Erwerbstätigkeit

Der Erhalt der Erwerbstätigkeit ist für viele chronisch kranke Menschen von zentraler Bedeutung, und zwar aus finanziellen Gründen wie auch im Hinblick darauf, dass Erwerbsarbeit eine wichtige Ressource für die psychische Gesundheit und die soziale Integration darstellen kann. Sie strukturiert den Alltag, ermöglicht soziale Kontakte, verkörpert Normalität, stärkt den Selbstwert und sichert die Existenz der erwerbstätigen Person und der von ihr finanziell abhängigen Personen. Auf der anderen Seite kann Erwerbstätigkeit auch Ursache von somatischen und psychischen Krankheiten

sein. Je nach Krankheitsart und Alter der betroffenen Personen ist das Risiko, aufgrund einer chronischen Krankheit aus dem Erwerbsleben auszuschneiden, mehr oder weniger hoch. Die Notwendigkeit, eine Stelle aufzugeben oder sich endgültig aus dem Erwerbsleben zurückzuziehen, hängt auch mit der Motivation der erkrankten Person, ihrer Fähigkeit zur Anpassung und entscheidend mit dem Entgegenkommen und der Flexibilität des Arbeitgebers respektive der Vorgesetzten sowie der Kolleginnen und Kollegen zusammen (de Vries et al., 2011).

Viele chronisch Kranke berichten über Schwierigkeiten und Ängste, wenn sie vor der Herausforderung stehen, am Arbeitsplatz über ihre Diagnose zu sprechen. Diese Problematik ist bei stigmatisierenden Krankheiten besonders gross, wie zwei neue Schweizer Studien zu Frauen mit einem Vulva-Karzinom (Senn et al., 2013) oder Personen mit Blasenextrophie (Seliner et al., 2010) zeigen. Am Arbeitsplatz über eine chronische Krankheit zu sprechen, ist auch mit der Angst verbunden, die Arbeitsstelle wegen Fehlzeiten oder reduzierter Leistungsfähigkeit zu verlieren (Müller-Mundt, 2005). Andererseits ist die Aufklärung des Arbeitgebers, das Verständnis der Vorgesetzten und damit verbunden eine *Anpassung der Aufgaben, der Arbeitsorganisation oder des Arbeitsplatzes* (z. B. ergonomischer Arbeitsplatz, flexible Arbeitszeiten und Karriereplanung) je nach Krankheit wichtig, damit chronisch kranke Personen weiterhin leistungsfähig sein können.

Die erkrankten Personen stehen damit – wie auch in Bezug auf familiäre Verpflichtungen und ihre soziale Rolle – im Dilemma, dass sie auf der einen Seite möglichst «normal» funktionieren und voll leistungsfähig sein möchten und auf der anderen Seite durch ihre Beschwerden eingeschränkt sind und Rücksicht auf gesundheitliche Belange nehmen sollten. Um möglichst lange leistungsfähig sein zu können, sind idealerweise auf Seiten der Arbeitgeber wie auch der kranken Angestellten Anpassungen und das Ermöglichen eines gesundheitsförderlichen Verhaltens am Arbeitsplatz notwendig. Aus den Erkenntnissen der wissenschaftlichen Literatur wird deshalb gefordert, dass Angebote betrieblicher Gesundheitsförderung etabliert werden, die chronisch kranke Menschen darin unterstützen, im Erwerbsleben zu bleiben oder wieder dahin zurückkehren zu können. Dabei ist es wichtig, zu berücksichtigen, dass diese Angebote auf die individuellen Bedürfnisse ausgerichtet werden und dass nicht alle betroffenen Personen die gleichen Anpassungen aus eigener Kraft leisten können (Costa-Black et al., 2010; de Vries et al., 2011).

In einer anderen Hinsicht problematisch und krisenanfällig ist die Situation von erwerbstätigen Personen, die chronisch kranke Angehörige pflegen. Diese Thematik, die unter dem Stichwort «work & care» diskutiert wird, gewinnt immer mehr an Bedeutung. Die in der Schweiz beobachtete Tendenz, dass Frauen wegen der Übernahme von privaten Pflegeaufgaben ihre Erwerbstätigkeit einschränken oder gar aufgeben, weist auf eine soziale und auch volkswirtschaftliche Problematik hin, die bisher noch wenig Aufmerksamkeit erhielt (vgl. dazu [Kapitel 8.7](#)).

8.4 Das Gesundheitsversorgungssystem aus der Perspektive der Betroffenen

Internationale Studien (OECD & WHO, 2011) stellen dem schweizerischen Gesundheitsversorgungssystem im Ländervergleich ein gutes Zeugnis aus. Auch die Bevölkerung insgesamt äussert sich in hohem Ausmass zufrieden mit dem heutigen System. In der Befragung «International Health Policy Survey 2010» bei erwachsenen Schweizerinnen und Schweizern, die an einer Krankheit leiden oder gelitten haben, zeigt sich auch, dass ein hoher Anteil der Befragten mit der Beziehung zur Hausärztin oder zum Hausarzt zufrieden ist (Sturny & Camenzind, 2011). Fast alle geben an, dass ihre Ärztinnen und Ärzte über wichtige Daten informiert sind (96%); dass sie sich genügend Zeit für ihre Patientinnen, Patienten nehmen (88%); dass sie diese zu Fragen ermuntern würden (79%) und dass sie verständliche Erklärungen abgeben (93%). Auf der anderen Seite wird beispielsweise von der OECD darauf hingewiesen, dass das schweizerische Gesundheitssystem noch wenig vorbereitet ist für eine gute Betreuung von betagten chronisch kranken und insbesondere von multimorbiden Personen (OECD & WHO, 2011).

Aus Sicht von chronisch kranken und multimorbiden Patientinnen und Patienten, die in qualitativen Studien nach ihren Bedürfnissen und Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung befragt wurden, zeigen sich einerseits zentrale Merkmale einer aus ihrer Sicht guten Betreuung und andererseits kritische Punkte in der Beurteilung der heutigen Situation. Im folgenden Abschnitt soll auf diese Inhalte eingegangen werden.

Wichtige Merkmale einer guten Betreuung aus Sicht der Patientinnen und Patienten

Die wissenschaftliche Literatur zur Sicht der Patientinnen und Patienten auf das Gesundheitssystem zeigt folgende zentralen Bedürfnisse:

- Die Fachpersonen sollen sich der Leidenssituation der kranken Person annehmen.
- Sie sollen der kranken Person und ihren Angehörigen authentisch begegnen.
- Sie sollen auf ihre Befindlichkeit, Gesundheitsprobleme, Ängste und Präferenzen eingehen.
- Sie sollen mit den kranken Personen und ihren Angehörigen zusammen gangbare Wege suchen, ihr Leiden und die damit verbundenen Einschränkungen der Lebensqualität zu lindern (Müller-Mundt, 2005; Snelgrove & Liossi, 2013).

Daraus lassen sich verschiedene Indikatoren für die Versorgungsqualität aus Sicht der Patientinnen und Patienten ableiten. Für die Patientinnen und Patienten ist es wichtig, *als Person und nicht als «Krankheit» wahrgenommen* zu werden. Sie benötigen ein ärztliches Gegenüber, welches die Gesamtheit ihrer Leiden und ihres Gesundheitszustands

sowie ihr Alltagsleben im Auge hat und nicht nur auf einzelne Krankheiten spezialisiert ist. Von grösster Bedeutung ist aus Sicht von chronisch kranken Personen die Beziehung zur behandelnden Ärztin oder zum Arzt. Neben der fachlichen Kompetenz und Expertise wünschen sich die Betroffenen eine vertrauensvolle Beziehung. Das Fachpersonal soll den kranken Personen offen, sympathisch, zugewandt und wertschätzend «als Person» begegnen und nicht als Fall oder Nummer.

Die Entwicklung von *Vertrauen und wahrgenommene Wertschätzung* sind Voraussetzungen dafür, dass Patientinnen und Patienten sich eingeladen fühlen, Fragen zu stellen, ihre Bedürfnisse einzubringen und am Entscheidungsprozess aktiv teilzunehmen. Patientinnen und Patienten, die sich respektvoll behandelt fühlen und die Beziehung zu ihrer Ärztin oder ihrem Arzt als gut beurteilen, nehmen häufiger eine aktive Rolle in der Therapie und Bewältigung ihrer Krankheit ein (Dager et al., 2012; Alexander et al., 2012). Von ärztlicher Seite her verlangt dies Aufmerksamkeit, Empathie und die Offenheit, sich mit der kranken Person und ihrem Alltag auseinanderzusetzen.

Die Patientinnen und Patienten sehen sich vor der Schwierigkeit, ihre Krankheit mit allen damit verbundenen Konsequenzen *in ihren Alltag integrieren* zu können. Sie erwarten und sind darauf angewiesen, dass die behandelnden Fachpersonen ihren Alltag und ihre Lebenslage bei der Planung der Behandlung berücksichtigen und sie dabei unterstützen, diese Herausforderung bestmöglich zu meistern.

Kritische Punkte aus Sicht der Patientinnen und Patienten

Folgende kritische Punkte werden in Interviews aus Sicht der Patientinnen und Patienten hauptsächlich geäussert:

- Zeitmangel
- Fehlende emotionale Zuwendung und Offenheit für individuelle Bedürfnisse
- Undurchsichtige, komplexe Strukturen des Versorgungssystems
- Kommunikationsprobleme, unverständliche Informationen

Viele chronisch kranke Patientinnen und Patienten nehmen *Zeitdruck und Zeitmangel* in den ärztlichen Konsultationen wahr. Das löst das Gefühl aus, durch das Gespräch «gehetzt» zu werden (Haslbeck, 2010; Jerant et al., 2005). Viele Patientinnen und Patienten kritisieren den Zeitmangel als ein grundlegendes Problem in der Versorgung (u. a. Chase et al., 2012). Nehmen sich die behandelnden Expertinnen, Experten nicht ausreichend Zeit für das Gespräch, werden Entscheidungen oft nicht ausdiskutiert.

« *Manchmal hat man das Gefühl, ich bin jetzt die Nummer 395 wie am Käsestand und manchmal gibt es aber auch noch Ärzte, wo man das Gefühl hat, da bin ich gut aufgehoben.* » (Patientenzitat; Haslbeck, 2010, S. 128)

Der Wunsch nach Partizipation ist aus Sicht der Patientinnen und Patienten stark, stellt für die Fachleute aufgrund der heterogenen Bedürfnisse aber eine grosse Herausforderung dar (Chase et al., 2012; De las Cuevas et al., 2011). Aus Patientensicht wird kritisiert, dass zu wenig Zeit vorhanden sei, um eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen und insbesondere, um eine Anpassung an individuelle Bedürfnisse zu besprechen. In einer europäischen Vergleichsstudie, die allerdings bereits über zehn Jahre alt ist, betrug die durchschnittliche Dauer einer primärärztlichen Konsultation zwischen 10 und 15 Minuten (Deveugele et al., 2002).

« *Werden individuelle Bedürfnisse geäussert, kann das in arbeitsintensiven Phasen zu Störungen im Versorgungsalltag führen. Daraus resultiert eine spannungsgeladene Atmosphäre und Konfliktpotenzial, vor allem wenn Fachpersonen auf eine hohe Taktrate von Konsultationen drängen und an organisationalen Abläufen festhalten anstatt auf individuelle Anliegen einzugehen.* » (vgl. Haslbeck et al., 2015, S. 57)

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten wird ihr Bedürfnis nach einfachen alltagsbezogenen Informationen sowie Unterstützung bei Entscheidungen oft nur unzureichend erfüllt.

Mangelnde emotionale Zuwendung und Offenheit für individuelle Bedürfnisse:

Aus Sicht der kranken Personen und ihrer Angehörigen besteht ein weiterer kritischer Punkt darin, dass Gesundheitsfachpersonen wenig offen sind für Probleme, die sich im Zusammenhang mit der Integration der Therapie in den Alltag stellen, sei es im Zusammenhang mit dem Medikamentenregime, dem Umgang mit Schmerzen oder weiteren Alltagsproblemen. Sie erleben, dass ihre Anliegen auf Unverständnis stossen, deren Legitimität angezweifelt wird oder sie marginalisiert werden (Haslbeck, 2010; Müller-Mundt, 2005). Patientinnen und Patienten beklagen auch, dass sie zu wenig Zuwendung erhalten, dass ihre aus ihrer Sicht existenziell wichtigen Fragen rund um die Krankheit und deren Bewältigung in der Anonymität eines Dienstleistungsbetriebs untergehen.

Insbesondere bei Personen aus anderen Kulturkreisen zeigt sich die Problematik, dass sich das Krankheitsverständnis respektive die subjektiven Theorien der Patientin oder des Patienten zur Entstehung, Bedeutung und Behandlung der Krankheit stark von dem Krankheitsverständnis der Gesundheitsfachpersonen unterscheiden können.

In einer Befragung von Grundversorgern in Deutschland zu den Assoziationen, die sie in Bezug auf muslimische Patientinnen und Patienten haben, werden Unterschiede im Krankheitsverständnis als eine der zentralen Schwierigkeiten in der Behandlung aufgeführt (Kronenthaler et al., 2014). Die Auseinandersetzung mit diesen verschiedenen Krankheitsverständnissen und das Finden einer gemeinsamen Linie in der Behandlung sind eine grosse Herausforderung und benötigen Zeit und Offenheit im Gespräch.

Komplexität und Fragmentierung des Versorgungssystems: Ein Teil der chronisch kranken Personen und insbesondere bildungsferne Patientinnen und Patienten nehmen das Versorgungssystem als einen Irrgarten wahr, der ein frustrierendes und zeitaufwendiges Suchen nach dem richtigen Zugang notwendig macht. Oft wissen sie nicht, an welche Fachpersonen oder -disziplinen sie sich mit ihren Fragen wenden sollen. Viele chronisch kranke Personen nehmen die Fragmentierung, die Perspektivenverengung von Fachpersonen und eine mangelhafte Koordination innerhalb des Gesundheitsversorgungssystems als problematisch wahr. Bei der Bewältigung ihres Alltags stehen Fragen zur Gesundheit oder zum Medikamentenregime gleichberechtigt neben Fragen und Schwierigkeiten beim Erhalt ihrer Erwerbsfähigkeit, ihrer Mobilität, der Alltagsbewältigung mit Kinderbetreuung und Haushalt oder der Frage, ob und wie sie ihre Existenz sichern können. Der Austausch unter den spezialisierten Fachleuten wird oft als ungenügend wahrgenommen, was die Partizipation und gemeinsame Entscheidungsfindung aus Sicht der kranken Personen stark erschwert (Mishra et al., 2011). Eine mangelnde Kontinuität in der Betreuung führt ebenfalls dazu, dass die Patientinnen und Patienten ihre eigene Situation und Befindlichkeit immer wieder erklären müssen, was auch psychisch belastend ist (Chase et al., 2012).

8.5 Gelingende Bewältigung chronischer Krankheiten

Aus einer salutogenetischen Perspektive ist es von grosser Bedeutung, nicht nur darauf zu fokussieren, welche Probleme und Belastungen im Zusammenhang mit einer chronischen Krankheit entstehen, sondern auch welche Strategien die Betroffenen kennen, die es ihnen erlauben trotz einer chronischen Krankheit ein hohes Mass an Lebensqualität, Zufriedenheit und Glück zu erleben. Es stellt sich auch die Frage, welche Bedingungen oder Ressourcen einen gelingenden Umgang mit einer chronischen Krankheit ermöglichen oder fördern.

Verschiedene Autorinnen und Autoren haben sich mit gelingenden Bewältigungsprozessen im Umgang mit chronischen Krankheiten auseinandergesetzt (Strauss et al., 1984; Wagner et al., 2001; Westra & Rodgers, 1991). Diese Prozesse werden als aktive Auseinandersetzung zwischen der Person, ihrer Krankheit und ihrer Umwelt

betrachtet, wobei je nach theoretischem Hintergrund der Schwerpunkt stärker auf dem Selbstmanagement, der täglichen Stressbewältigung oder auch auf der Herstellung eines neuen Gleichgewichts liegt, das erlaubt, ein erfülltes und sinnhaftes Leben zu führen.

In seinem Review über *gelingendes Altern* fragt sich Sullivan (1997), warum der Alterungsprozess zwar oft mit einem Abbau der körperlichen Leistungsfähigkeit und einer zunehmenden sozialen Isolierung einhergeht, aber dennoch viele betagte Personen sich subjektiv gesund fühlen und eine hohe Lebenszufriedenheit aufweisen. Gemäss den von ihm gesichteten Studien vergleichen sich alte Menschen bezüglich ihres Gesundheitszustands mit Gleichaltrigen und relativieren so ihre Erwartungen. Wichtige Aspekte für ein gelingendes Altern sind gemäss Sullivan u. a.: Die Akzeptanz des Rückgangs der Lebensmöglichkeiten und der Lebensenergie als normalen Prozess, das Erhalten, aber auch das Geben von sozialer Unterstützung, die Anpassung der Bewältigungsstrategien in Richtung von mehr emotionszentrierten und weniger problemlösezentrierten Strategien, die Aufrechterhaltung der Mobilität und das Pflegen eines spirituellen oder religiösen Lebens.

So beschreiben Whittemore & Dixon (2008) eine gelungene Bewältigung von chronischer Krankheit als *Integration der Krankheit in das Leben*. Sie verstehen Integration als Prozess der emotionalen Aussöhnung mit der Krankheit, der Schaffung einer neuen Alltagsstruktur, der Suche nach Zufriedenheit, der Erforschung der dabei entstehenden Konflikte und des eigenen Selbst und des Findens einer neuen Balance und eines neuen Lebensrhythmus. Gestützt auf Interviews mit chronisch kranken Personen kommen sie zum Schluss, dass eine gelungene Integration der Krankheit davon abhängt, ob die Betroffenen bereit sind, kontinuierlich zu lernen und zu experimentieren, ob sie sich als Expertin oder als Experten in eigener Sache verstehen und ob sie lernen, sowohl internale wie externale Ressourcen zu nutzen. Für viele Personen sind nicht nur die krankheitsspezifischen Belange wichtig, den emotionalen und spirituellen Fragen kommt ebenso viel Bedeutung zu. Spiritualität, Humor, sich auf das Positive zu konzentrieren, der Kontakt mit Freundinnen und Freunden, das Pflegen von Hobbys, das Halten eines Haustiers und kreative Beschäftigungen werden von chronisch kranken Personen als wichtige positive Strategien bezeichnet. Besonders wichtige Quellen zur Bewältigung von Krisen wie auch zum Führen eines erfüllten Lebens sind nahe Verwandte, die praktische und emotionale Unterstützung leisten; Freundinnen und Freunde, mit denen man seine Freizeit verbringen kann; ein wohlwollendes Arbeitsumfeld; Selbsthilfegruppen und Gesundheitsfachpersonen, die auf die individuellen Bedürfnisse der Kranken eingehen. Im Zentrum steht dabei die Zielsetzung «living a life» anstelle des «living an illness». Dieser Prozess gleicht je nach Krankheit einem stetigen «Auf und Ab», mit Phasen von mehr oder weniger Gesundheit und Krankheit respektive mehr oder weniger Beeinträchtigung des alltäglichen Lebens.

« Erwachsene mit einer chronischen Krankheit waren ausgesprochen kreativ beim Entwickeln von Haltungen und Strategien, die ihnen halfen, im alltäglichen Leben mit ihrer Krankheit umzugehen. »

(Whittemore & Dixon, 2008, S. 11; Übersetzung aus dem Englischen)

Viele Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten und oft auch deren Angehörige entwickeln im Verlauf der Zeit ein hohes Expertenwissen zu ihrer Krankheit und ihrer Gesundheit, das den Vergleich mit dem Fachwissen von Gesundheitsfachleuten nicht zu scheuen braucht (Stimson & Webb, 1975; Seliner et al., 2010; vgl. dazu auch [Kapitel 8.3](#)).

8.6 Die Bedeutung von sozialer Unterstützung

In dieses Kapitel fließen unter anderem auch Informationen aus dem [Bericht von Nicole Bachmann](#) mit dem Titel « Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa », der im Auftrag des Obsan im Jahr 2014 publiziert wurde.

Soziale Integration als wichtige salutogenetische Quelle für chronisch kranke Personen

Soziale Integration ist für chronisch kranke Menschen eine essenzielle Quelle für ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit. Sie sind mit zunehmender Pflegebedürftigkeit und bei Einschränkungen ihrer Handlungsfähigkeit nicht nur auf praktische Hilfe im Alltag angewiesen, sondern brauchen in den immer wieder auftretenden Krisen besonders Zuwendung, Trost, Aufmunterung und Wertschätzung durch Angehörige und ihr soziales Netz. Das Aufrechterhalten von Freundschaften und die Pflege des alltäglichen Kontakts zu Bekannten, Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen sowie zur Nachbarschaft unterstützen ihr Bedürfnis nach Normalität und das Gefühl, mit einer schwierigen Situation nicht alleine gelassen zu sein.

Generell gilt: Menschen, die gut vernetzt sind, ausreichend Unterstützung erhalten und sich eingebunden fühlen in ein ausgeglichenes System von Geben und Nehmen, leben länger und sind sowohl körperlich wie psychisch gesünder als Menschen, die sozial isoliert sind (Bachmann, 2014). Die Wirkung sozialer Ressourcen auf die Gesundheit ist empirisch gut belegt. Man weiss heute, dass soziale Unterstützung und Integration sowohl eine direkte Wirkung auf physiologische Prozesse wie den Hormonspiegel, die Immunabwehr oder Entzündungsprozesse haben wie auch eine

indirekte, indem sie Emotionen und Verhalten beeinflussen, die sich wiederum auf die Gesundheit auswirken (Übersicht bei Bachmann, 2014; Uchino et al., 2012). Diese Wirkungspfade gelten nicht nur für Menschen ohne gesundheitliche Beeinträchtigung, sondern auch für akut oder chronisch erkrankte Personen.

Neben dem gesundheitsförderlichen Effekt können Beziehungen auch Ursache von zusätzlichem Leiden sein, wenn beispielsweise Angehörige und Freunde inadäquat auf die Krankheit reagieren oder aufgrund der Belastung selbst krank werden, wenn sie den Kontakt zu der kranken Person abbrechen oder wenn die kranke Person selbst sich zurückzieht und eine immer stärkere Isolation entsteht. Die Einstellung und das Verhalten von Angehörigen wie auch vom weiteren sozialen Netz von chronisch kranken Personen sind deshalb von grosser Bedeutung für die Gesundheit und den Verlauf der Erkrankung. Können sie auf adäquate Art in die Therapie und die Bewältigung des Alltags der Betroffenen eingebunden werden, erleben die Patientinnen und Patienten eine Unterstützung, die das professionelle Versorgungssystem nicht oder nur mangelhaft ersetzen kann. Voraussetzung dafür ist – in Absprache mit den kranken Personen – dass die Gesundheitsfachleute die Angehörigen oder das soziale Netz in die Planung und Entscheidungsfindung der Therapie miteinbeziehen, sie in ihren Kompetenzen und in ihrem Engagement unterstützen.

Insbesondere die emotionale Unterstützung in Form von Trost und Wertschätzung, die Patientinnen und Patienten durch Angehörige, Freundinnen und Freunde oder Bekannte erhalten, ist von grosser Relevanz für ihr Wohlbefinden.

«Das kollektive Wissen um eine existenzielle Bedrohung vermittelt Patientinnen und Patienten das Gefühl, nicht «alleine zu sein». Dadurch wird das soziale Umfeld zum primären Ort von Verständnis und emotionalem Beistand.»

(Haslbeck et al., 2015, S. 34; siehe auch Aldred et al., 2005; Gallant et al., 2007)

Aber auch ganz praktische Unterstützung ist für viele chronisch kranke Personen von hoher Relevanz. Angehörige, Freundinnen und Freunde sowie Bekannte engagieren sich in der Suche nach krankheitsbezogenen Informationen, sind einbezogen in Entscheidungsprozesse, machen Fahrdienste, helfen allenfalls bei Änderungen des Lebensstils, erinnern an die Medikamenteneinnahme bis hin zur Applikation von Medikamenten. Solche alltagspraktischen Unterstützungsleistungen sind für viele Patientinnen und Patienten essenziell, damit sie ihre Unabhängigkeit bewahren und ihren Alltag bewältigen können (Haslbeck et al., 2012; Mahrer-Imhof et al., 2007).

Angehörige sind von Beginn an existenziell involviert

Angehörige sind in der Regel von Beginn einer Krankheit an in das Geschehen involviert. Sie vereinbaren zum Beispiel erste Arzttermine, veranlassen Spitaleinweisungen, organisieren den Alltag in einer Phase, in der die Betroffenen oft von Angst und Schock gelähmt und handlungsunfähig sind. Bei akuten oder sich rapid zuspitzenden krisenhaften Krankheitsereignissen haben sie häufig die Rolle von «Lebensrettern» inne, wenn sie Notfallmassnahmen einleiten.

« Meine Frau und ich wussten beide, dass das [der Krankheitsbeginn, Anmerkung der Autoren] eigentlich somit das Bedrohlichste war, was wir zusammen erlebt haben. » (Zitat eines Patienten; Haslbeck, 2010, S. 138)

Damit erleben die Angehörigen auch die Bedrohlichkeit der Situation und teilen mit den Betroffenen Angst, Unsicherheit und teilweise Handlungsunfähigkeit. Da wie bereits oben geschildert wurde, die Bewältigung einer chronischen Krankheit im Alltag der betroffenen Personen stattfindet, sind die Angehörigen und das soziale Netz auch an diesem Prozess beteiligt und davon betroffen. Soziale Unterstützung bis hin zu aufwendiger Pflege durch Angehörige ist weit verbreitet. So leisten gemäss einer Studie aus der Schweiz rund zwei Drittel aller Angehörigen von Menschen mit Multipler Sklerose Unterstützungsarbeit (Egger et al., 2012).

Chronisch kranke Personen sehen sich vor der Herausforderung oder Schwierigkeit, dass sich aufgrund von zunehmender Pflegebedürftigkeit oder anderen Einschränkungen die Balance von Geben und Nehmen in Beziehungen dauerhaft in einen Negativbereich verschiebt, was das Selbstwertgefühl der in der Schuld stehenden Person beeinträchtigen, die Beziehung gefährden und das Gefüge der sozialen Rollen innerhalb eines sozialen Systems verändern kann. So kann es geschehen, dass unmündige Kinder verantwortungsvolle Aufgaben ihrer Eltern übernehmen müssen (Metzing, 2007). Wenn bei Pflegebedürftigkeit von betagten Personen deren erwachsene Kinder eine zunehmend autoritäre Rolle übernehmen, kann dies ebenfalls zu Spannungen führen (Brügger et al., 2013). Chronisch kranke Personen äussern im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit auch Angst, ihren Angehörigen zur Last zu fallen. Als Ausweg sehen sie oft nur den Aufenthalt in einem Pflegeheim (Haslbeck et al., 2012).

Selbsthilfe und Austausch unter «Peers»

Als eine spezielle Form der sozialen Unterstützung und gleichzeitig als zentrale Form des Empowerments können *Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen* betrachtet werden. Eine Selbsthilfeorganisation kann als Patientenorganisation, Dachorganisation oder Lobby-Gruppe verstanden werden, welche überregional tätig ist, während in einer Selbsthilfegruppe tatsächlich ein «face-to-face» Austausch zwischen Betroffenen stattfindet und diese Gruppe deshalb normalerweise lokal verankert ist (Kofahl et al., 2014; Forster et al., 2013).

Gemäss der Dachorganisation der Selbsthilfe-Organisationen der Schweiz «Selbsthilfe Schweiz» (www.selbsthilfeschweiz.ch) erleben Betroffene in der Selbsthilfe nicht nur Hilfe und Solidarität, sondern übernehmen durch die aktive Teilnahme auch Selbstverantwortung. Auf diese Weise erreichen sie einen höheren Grad an Selbstbestimmung und eine Stärkung ihres Selbstwertgefühls.

«Als Erfahrungsexpertinnen und -experten können Betroffene die Folgen einer Belastung mildern sowie das 'Funktionieren' im Alltag und im Beruf verbessern. Sie schaffen für sich und über den engen familiären Kreis hinaus gesundheitsfördernde respektive -erhaltende Lebensbedingungen und leisten damit einen Beitrag zum besseren Umgang mit Krankheiten und Problemen.» (Selbsthilfe Schweiz, 2013, S. 3)

In der Schweiz existierten im Jahr 2013 2695 Selbsthilfeorganisationen, davon 41% zu somatischen Themen und 30% zu psychischen Themen. Drei Viertel (73%) dieser Gruppen funktionierten eigenständig und ohne Leitung (Selbsthilfe Schweiz, 2013).

Das Gesundheitsversorgungssystem nutzt die Kompetenzen und die Arbeit von Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfegruppen bisher noch zu wenig oder zu wenig systematisch. Gemäss Kofahl et al. (2014) wäre die Förderung und Kooperation mit Selbsthilfeorganisationen oder -gruppen ein ideales Mittel, um die Leistungen des Versorgungssystems (z. B. von Spitälern oder spezialisierten Abteilungen) patientengerechter auszugestalten und zu erbringen. Die Autoren halten fest, dass auf der Makroebene beispielsweise in Deutschland in den vergangenen Jahrzehnten ein institutionalisierter Austausch zwischen Gesundheitsbereich und nationalen Selbsthilfeorganisationen etabliert wurde und damit ein wichtiger Meilenstein zur Partizipation von Betroffenen erreicht wurde. Bisher scheint eine solche Kooperation auf der Mikroebene (Gemeinden, Spitäler) aber meist sehr vulnerabel, da abhängig von der Haltung und der Motivation einzelner Stakeholder in den Spitälern oder Kliniken.

Wenn sich das professionelle Betreuungssystem (z. B. Spitäler) für die Selbsthilfe engagiert, indem es beispielsweise Patientinnen und Patienten routinemässig auf deren Angebote aufmerksam macht, kann dies für alle Beteiligten Vorteile bringen. Kofahl et al. (2014) bezeichnen diese Haltung als *«self-help friendliness» des professionellen Gesundheitssystems*.

«Spitäler bieten gute Gelegenheiten für den ersten Kontakt zwischen «neuen» Patientinnen und Patienten und den Mitgliedern einer Selbsthilfegruppe sowie für den Austausch von Informationen über relevante Indikationen, Selbstmanagement und Selbsthilfe unter den Patientinnen und Patienten, dem Gesundheitspersonal und den Mitgliedern der Selbsthilfegruppe.»
(Kofahl et al., 2014, S. 4; Übersetzung aus dem Englischen)

Eine andere Form von Austausch und gegenseitiger Unterstützung findet unter sogenannten *Peers*, also von derselben Krankheit betroffenen Personen, statt. Dieser Austausch kann reell oder virtuell stattfinden, in einem zufällig sich ergebenden Gespräch in der Arztpraxis, während eines Spitalaufenthalts, in einem Online-Forum oder im Kreis von Familien oder Freundinnen und Freunden. Erstkontakte mit Peers können als bedeutsame Wendepunkte im Verlauf einer Krankheit wahrgenommen und geschätzt werden (Sallinen et al., 2011).

Im Zentrum steht die persönliche, praktische, alltagsnahe Erfahrung von Personen, die sich in einer ähnlichen Situation befinden. Die so vermittelten Informationen bekommen «ein Gesicht» und werden konkret greifbar im Gegensatz zu den Statistiken, Fachbegriffen, Risiken und Nebenwirkungen, welche vom professionellen System kommuniziert werden. Der Austausch von Informationen und Hilfe findet unter Gleichgestellten statt, es ist ein gleichberechtigtes Geben und Nehmen, was gerade für Personen, die aufgrund ihrer Krankheit unter einem gewissen Kontrollverlust leiden, auch psychisch sehr wertvoll ist. Peers bieten unter Umständen auch emotionale Unterstützung, tragfähige Beziehungen und «Kameradschaft» bei der Bewältigung der Krankheit. Sie dienen oft als Vorbilder im Umgang mit Problemen, helfen bei schwierigen Entscheidungen und erlauben je nach Art der Krankheit auch einen Ausblick auf die Zukunft (Haslbeck, 2010). Negative Entwicklungsprozesse von Peers können aber auch zu einer zusätzlichen Belastung werden und Angst vor der Zukunft auslösen (Entwistle et al., 2011). Viele Betroffene möchten nicht dauernd über ihre Krankheit sprechen, sondern schätzen es beispielsweise, einen Freundeskreis zu haben, in dem Gesundheit kein zentrales Thema ist.

Soziale Ressourcen sind ungleich verteilt

Soziale Ressourcen in Form eines sozialen Netzes oder von sozialer Unterstützung sind weder eine Eigenschaft der Umwelt noch der Person selbst, sondern sie entstehen in einem dynamischen Prozess über die Zeit (Transaktion) zwischen der Person und ihrer Umwelt. Soziale Kontakte und soziale Unterstützung können deshalb nicht einfach vorausgesetzt werden, sondern müssen aktiv aufgebaut und gepflegt werden. Dies gelingt Menschen besser, die beispielsweise über einen hohen Selbstwert und Empathie verfügen und sozio-ökonomisch gut ausgestattet sind (gute Schulbildung, hoher beruflicher Status, hohe finanzielle Ressourcen). Viele armutsbetroffene Personen in der Schweiz leben sozial isoliert, teils, weil die finanziellen Ressourcen ein soziales Leben nicht erlauben, teils, weil sie aus Schamgefühl Beziehungen abbrechen (Bachmann, 2014; Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, 2008).

Die Grösse des sozialen Netzes und die Menge und Qualität der erhaltenen Unterstützung sind auch stark vom Alter abhängig. Während die Schweizer Wohnbevölkerung als Gesamtes im internationalen Vergleich über gute soziale Ressourcen verfügt, zeigt sich bei bestimmten Bevölkerungsgruppen ein klarer Mangel an dieser wichtigen Gesundheitsressource. Sozial isolierte Personen pflegen nur wenige Kontakte, kennen keine Vertrauensperson, mit der sie über ganz persönliche Dinge sprechen können und verfügen über keine Person, die beispielsweise im Fall einer Bettlägerigkeit Hilfe leisten würde. Diese Personen fühlen sich sowohl praktisch wie auch emotional wenig unterstützt und leiden oft unter Einsamkeit. Das Risiko sozial isoliert zu sein, ist besonders hoch bei betagten Menschen, insbesondere bei allein wohnenden betagten Frauen sowie bei psychisch kranken Personen. Über geringere soziale Ressourcen verfügen ausserdem Personen (mit und ohne Migrationserfahrung), die nur eine geringe Schulbildung absolviert haben und über geringe finanzielle Mittel verfügen. Ebenfalls oft zu wenig unterstützt und eingebunden fühlen sich Alleinerziehende, junge Männer und Männer in Einpersonenhaushalten (Bachmann, 2014).

Das Auftreten einer Krankheit kann auch dazu führen, dass sich das soziale Netz der betroffenen Person verringert und Beziehungen abgebrochen werden. In der Schweizer Wohnbevölkerung zeigt sich dieses Phänomen insbesondere bei Personen mit einer psychischen Krankheit (vgl. Bachmann, 2014). Im Schweizer Haushalts-Panel werden die teilnehmenden Personen jedes Jahr gefragt, ob verschiedene kritische Lebensereignisse wie Erkrankung, Todesfall im nahen Umfeld, Verlust der Arbeitsstelle und Ähnliches eingetreten sind.⁸ Da es sich um eine Längsschnittstudie handelt, kann mit diesen Daten untersucht werden, wie sich das soziale Netz von Personen, die von einem solchen Ereignis betroffen sind, im Vergleich «vor dem Er-

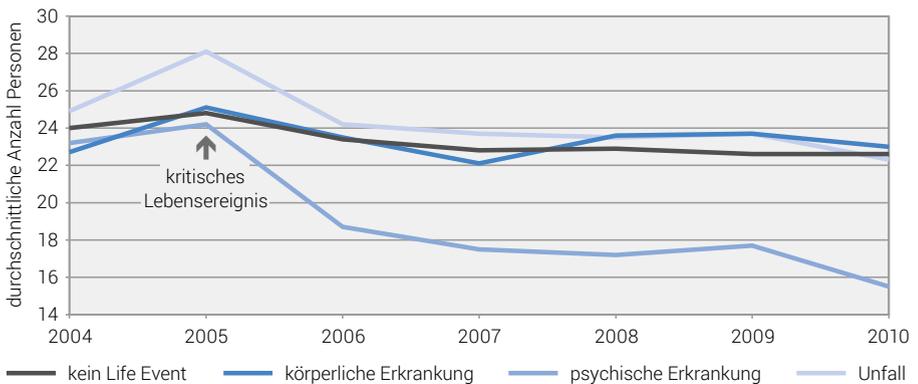
⁸ Die Frage lautete: «Haben Sie seit (Monat/Jahr) eine Krankheit, einen Unfall oder ein anderes schwerwiegendes gesundheitliches Problem gehabt?»

ignis» zu «nach dem Ereignis» entwickelt hat. In der dargestellten Analyse (siehe Abbildung 8.1) wurden Personen verglichen, die (a) einen Unfall erlitten hatten, bei denen (b) eine schwerwiegende körperliche oder bei denen (c) eine schwerwiegende psychische Krankheit aufgetreten ist.

Die Ergebnisse zeigen, dass kritische Lebensereignisse gesundheitlicher Art einen mobilisierenden Charakter aufweisen (Jahr des Ereignisses 2005) und zwar unabhängig von der Art des Leidens oder deren Ursache. Kurzfristig steigt die Anzahl der Personen, zu denen die Betroffenen eine gute Beziehung haben und die bereit sind, sie in dieser Krise zu unterstützen. Dieser Effekt ist besonders stark ausgeprägt bei Personen, die einen Unfall erlitten haben oder körperlich erkrankt sind. Im Folgejahr (2006) stellt sich dann bei den verunfallten oder körperlich erkrankten Personen wieder der «Courant normal» her. Bei den psychisch Erkrankten hingegen beginnt zu diesem Zeitpunkt ein deutlicher sozialer Rückzug respektive eine zunehmende Isolation. Ihr soziales Netz schrumpft in den folgenden fünf Jahren von einem Mittelwert von 23,2 Personen (Jahr vor der Erkrankung) auf einen Wert von 15,5 Personen.

Entwicklung des sozialen Netzes nach kritischem Lebensereignis, 2004–2010

Abb. 8.1



Soziales Netz: durchschnittliche Anzahl Personen, zu denen die Befragten eine gute Beziehung haben

Quelle: FORS – SHP

© Obsan 2015

Unsichtbarer Unterstützungsbedarf: Alleinwohnende, betagte Personen mit chronischer Krankheit

Aus Sicht von betagten Patientinnen und Patienten zeigt sich, dass zu Hause Leben eine grosse, auch symbolische, Bedeutung hat. Es bedeutet Unabhängigkeit und Selbstbestimmung, bietet Privatsphäre und ein Gefühl der Sicherheit und ermöglicht

es, die sozialen Kontakte in der gewohnten Umgebung zu pflegen (Aoun et al., 2008; Harris, 2006). Unabhängigkeit und die selbstständige Bewältigung des Alltags ist auch in hohem Alter ein wichtiges Ziel von vielen chronisch kranken Personen und erfüllt die Betroffenen mit Stolz (Eshbaugh, 2008). Im Verlauf der meisten chronischen Krankheiten und insbesondere bei der in diesem Alter weit verbreiteten Multimorbidität nimmt aber die Hilfsbedürftigkeit mit den Jahren stark zu, sei es wegen eingeschränkter Mobilität, der Unfähigkeit den Haushalt selbst zu führen, Unterstützungsbedarf bei der täglichen Pflege oder in Bezug auf die kognitiven Fähigkeiten. Gleichzeitig nimmt im hohen Alter bei vielen Personen die Grösse des sozialen Netzes stark ab, da die Lebenspartnerin oder der Lebenspartner, Verwandte, Freundinnen und Freunde sowie Bekannte selbst pflegebedürftig werden oder sterben. Insbesondere betagte Frauen sind von sozialer Isolation und dem Gefühl der Einsamkeit betroffen. Die in dieser Hinsicht besonders vulnerable Situation von betagten Frauen zeigt folgendes Resultat aus dem Schweizer Haushaltspanel: Im Jahr 2010 lebten in der Schweiz 62,5% aller Frauen über 75 Jahren alleine (das heisst ohne einen Lebenspartner und in einem Einpersonenhaushalt). Bei den gleichaltrigen Männern betrug dieser Anteil lediglich 16,1% (Bachmann, 2014).

Ältere Personen, die im Verlauf ihrer Krankheit damit konfrontiert sind, dass sie immer mehr gesundheitliche Einschränkungen erfahren und gleichzeitig ohne genügend soziale Unterstützung auskommen müssen, befürchten oft ihre Selbstständigkeit zu verlieren und nicht mehr zu Hause bleiben zu können. Um ihre Notlage zu verbergen, ziehen sie sich zurück und nehmen auch kaum mehr Versorgungsleistungen in Anspruch. Von aussen können Gesundheitsprobleme, prekäre Wohnsituationen und kognitive Einschränkungen oft nicht adäquat eingeschätzt werden oder werden verdrängt (Harris, 2006). Das Ringen um Unabhängigkeit lässt diese Bevölkerungsgruppe und ihre Probleme «unsichtbar» werden. Manchmal werden erst durch Krisensituationen, Unfälle oder sogar Todesfälle der eigentliche Unterstützungsbedarf und die soziale Isolation von betagten, chronisch kranken Menschen ersichtlich (Gurley et al., 1996).

8.7 Informelle Pflege in der Schweiz

Wie bereits erwähnt, leisten Angehörige einen wichtigen Teil der Unterstützung und auch der Pflege chronisch Kranker. Da dies zumeist unentgeltlich oder gegen einen symbolischen Betrag erfolgt, bedeutet es eine grosse Entlastung des formalen Gesundheitssystems. Doch stellt sich beim Pflegebedarf von chronisch kranken Personen die Frage, inwieweit die Angehörigen die Zusatzbelastung auf die Dauer bewältigen können bzw. inwieweit sie selbst Entlastung brauchen.

Hoher zeitlicher Einsatz von Angehörigen, insbesondere von älteren Frauen

Im schweizerischen Durchschnitt betreuen Frauen häufiger und mit einem grösseren Zeitaufwand pflegebedürftige Angehörige als Männer (Schmid, 2014). In der Swiss-Age-Care-Studie 2010 wurden 311 Pflegetandems in der Deutschschweiz bestehend aus Spitex-Mitarbeitenden und pflegenden Angehörigen einer Patientin oder eines Patienten unter anderem zur psychosozialen Belastung befragt. Die Ergebnisse zeigen, dass die zeitliche Belastung sehr hoch sein kann. So gibt es Personen, die ihren Angehörigen praktisch rund um die Uhr zur Verfügung stehen müssen. Innerhalb der Partnerschaft wenden die Angehörigen im Mittel über 64 Stunden pro Woche für die Pflege auf (Hutchinson et al., 2012). Die Patientinnen und Patienten waren im Rahmen dieser Studie im Durchschnitt 88 Jahre alt, die pflegenden Angehörigen im Mittel 66 Jahre.

Die Unterstützung von nahestehenden Personen und Angehörigen mit Hilfe- und Pflegeleistungen ist nicht selbstverständlich. Den Motiven wurde daher sowohl theoretisch als auch in verschiedenen empirischen Untersuchungen nachgegangen. Immer wieder werden gesellschaftliche Erwartungen genannt, die vor allem bei den Frauen zu einer höheren Unterstützungsleistung führen (z. B. Perrig-Chiello & Höpflinger, 2012; Schmid, 2014), wobei es in den letzten Jahren in der Schweiz eher zu einer Stärkung als zu einer Abschwächung familialer Hilfeerwartungen gekommen ist. In der Swiss-Age-Care-Studie 2010 geben pflegende Frauen älterer Menschen Liebe und Zuneigung als wichtigstes und eine persönlich-moralische Verpflichtung als zweitwichtigstes Motiv an. Für pflegende und unterstützende Partner oder Söhne ist die moralische Verpflichtung gleich wichtig bzw. wichtiger als die Gefühle der Liebe und Zuneigung. Nicht zu unterschätzen sind die Wahrnehmung von fehlenden Alternativen und finanzielle Überlegungen als Motiv für die Pflege (älterer) Angehöriger. Im europäischen Vergleich fällt auf, dass in der Schweiz Gefühle der Verpflichtung und das Fehlen von Alternativen sehr häufig genannt werden (Perrig-Chiello & Höpflinger, 2012).

Belastungen der Angehörigen durch Pflegesituationen haben oft gesundheitliche Auswirkungen (z. B. Pinquart & Sörensen, 2007). So ist auch in der Swiss-Age-Care-Studie 2010 die Gesundheit der Pflegenden im Mittel eingeschränkt (Gelenkbeschwerden/Rheuma, Bluthochdruck, Kopfschmerzen/Migräne), der Schlaf- und Beruhigungsmittelkonsum durchschnittlich erhöht und die psychische Befindlichkeit je nach Pflegesetting reduziert (Perrig-Chiello & Höpflinger, 2012). Die körperliche Belastung hängt gemäss Höpflinger et al. (2011) vor allem vom Alter der pflegenden Person sowie von den Rahmenbedingungen der Pflege ab – wie Dauer des Pflegeverhältnisses, Höhe des Zeitaufwands, Ausmass der sozialen Isolation und Überlastung. Eine hohe psychische Belastung scheint dann aufzutreten, wenn die individuellen Ressourcen der pflegenden Personen gering sind, wenn das Zeitinvestment in die Pflege als

zu hoch erachtet wird und wenn die Pflegesituation nicht zufriedenstellend ist. Aus den Tiefeninterviews, die im Rahmen der Swiss-Age-Care-Studie 2010 durchgeführt wurden, gibt es Hinweise darauf, dass sich die Belastung durch die Pflege von Angehörigen geschlechtsspezifisch unterschiedlich auswirkt.

«Männer (Ehemänner und Söhne) geben an, sich regelmässig zurückzuziehen und Ferien zu machen. Zudem zeigt sich, dass Pflege- und Betreuungsleistungen von Männern in der Familie und im Freundeskreis oft anders wahrgenommen werden. Sie erhalten beispielsweise sehr viel öfter Unterstützung im Haushalt. Weibliche Angehörige können (wollen) sich nur in Ausnahmefällen zurückziehen und Aufgaben in der Pflege delegieren.» (Perrig-Chiello et al., 2010, S. 16)

Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und informelle Pflege

Die Kombination von Erwerbstätigkeit und informeller Pflege wird wahrscheinlich in Zukunft immer mehr zur Regel werden. Gründe dafür sind einerseits die Zunahme von chronisch kranken Personen mit Pflegebedarf und andererseits die starke Zunahme von erwerbstätigen Frauen in der Schweizer Wohnbevölkerung (BFS, 2015). Für Personen im erwerbstätigen Alter ist das Leisten von informeller Hilfe aufgrund der Doppelbelastung («work and care»; vgl. Bischofberger et al., 2013) oft besonders schwierig. Pflegende und unterstützende Angehörige müssen mit der Aussicht leben, dass die Erkrankung unabhängig vom Lebensalter in Phasen verlaufen oder sich ständig verschlechtern kann. Die Tendenz der Gesundheitsversorgung «ambulant vor stationär» erschwert zudem die organisatorischen Anforderungen zeitweise (Haslbeck et al., 2015, S. 32). Bei aufwändigen Pflegebedürfnissen der Angehörigen stehen die erwerbstätigen Personen vor der Frage, ob sie ihre Anstellung aufgeben oder den Anstellungsgrad reduzieren müssen, was beides mit finanziellen Einbussen verbunden ist.

So wird die Frage in den letzten Jahren verstärkt diskutiert, inwieweit Angehörigenhilfe «entlohnt» werden soll. In der Schweiz übernehmen 6,1% der Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren regelmässig Betreuungsaufgaben (inkl. Pflege) für Erwachsene, nicht nur für chronisch Kranke. Wer selber älter ist, erbringt eher diese Art informeller Hilfeleistungen: 3,0% der 25- bis 39-Jährigen und 12,7% der 55- bis 64-Jährigen übernehmen eine solche Aufgabe (Daten der SAKE 2012). Die Angaben in der Arbeitskräfteerhebung geben auch Aufschluss über die Erwerbssituation der Unterstützungspersonen. Ein höherer Anteil der Nichterwerbstätigen und der Teilzeitarbeitenden (je rund 8%) als der Vollzeit-Erwerbstätigen (4,7%) übernimmt Betreuungsaufgaben. Dies ist wohl auf vergleichsweise mehr verfügbare Zeit zurückzuführen. Es lässt sich anhand dieser Untersuchung indessen nicht feststellen, ob sich

darunter Personen befinden, die ihr Arbeitspensum reduziert oder die Erwerbstätigkeit aufgegeben haben, um ihre Angehörigen zu unterstützen. Im Rahmen der Swiss-Age-Care-Studie konnte festgestellt werden, dass pflegende Töchter aufgrund ihrer Pflegetätigkeit in ihrer Berufsausübung eingeschränkt werden. Zwei Drittel der pflegenden Töchter gaben an, ihr Arbeitspensum reduziert zu haben, 16% gab die Erwerbstätigkeit ganz auf. Diese Reduktion oder Aufgabe der Erwerbstätigkeit als Folge der informellen Pflegetätigkeit konnte bei den Söhnen nicht festgestellt werden (Perrig-Chiello & Höpflinger, 2012).

In den 1990er Jahren wurden in einigen europäischen Ländern Zahlungen an pflegende Angehörige eingeführt («Cash-for-Care»), da die zunehmende Alterung der Bevölkerung Reformen erforderte. Diese Beiträge sind aber meistens tief angesetzt und die Bedingungen wenig attraktiv, sodass die Motivation oder auch Möglichkeit, eine besser bezahlte Erwerbsarbeit deshalb aufzugeben, eher gering ist (Schmid, 2014). In der Schweiz gab es 2013 in fünf Kantonen (Basel-Stadt, Freiburg, Tessin, Waadt und Wallis) und mindestens 11 Gemeinden finanzielle Beiträge für pflegende Angehörige. Auch sie waren vorwiegend als Anerkennungsbeitrag und nicht als Ersatz für entgangenes Einkommen konzipiert. Die Beiträge lagen in der Regel zwischen 20 und 30 Franken pro Tag, in der Mehrheit als Pauschalentschädigung ausbezahlt. Es bestehen Ausnahmen, namentlich der Kanton Tessin und die Stadt Opfikon, welche durchschnittlich höhere Beiträge auszahlen, die als «Entlohnung» angesehen werden können. In allen Modellen war die Zahl der Personen, die im Jahr 2012 Anspruch auf einen Beitrag erhoben hatten, relativ gering, im Maximum wurden im Kanton Freiburg 42 Personen pro 10'000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner Beiträge entrichtet. Die Zahl der theoretisch Anspruchsberechtigten ist indessen nicht bekannt. Neben diesen Betreuungszulagen besteht in einem Grossteil der Kantone die Möglichkeit, Erwerbseinbussen über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten (der kranken Person) im Rahmen von Ergänzungsleistungen geltend zu machen. Hier differieren die Anspruchsvoraussetzungen deutlich je nach Kanton (Bischofberger et al., 2014).

Unterstützungsmöglichkeiten durch das professionelle Gesundheitssystem

Das grösste Bedürfnis der Angehörigen ist jedoch nicht finanzieller Art, sondern Entlastung, «eine Auszeit von der Pflege» (Hutchinson et al., 2012). Eine Auszeit kann durch Ablösung unter den Angehörigen oder durch professionelle Hilfe entstehen (Verwandte, Besuchsdienste, Spitex) oder durch die vorübergehende Betreuung der kranken Person in einer Institution.

Gemäss einer Befragung aller Kantone, Gemeinden, der NGO mit Angebot für pflegende Angehörige und der Spitex im Jahr 2013 wurden in zwei Dritteln der Schweizer Gemeinden Freiwilligen- oder Besuchsdienste (als Entlastungsangebote für pflegende Angehörige) angeboten und in knapp 30% eine 24-h-Präsenz im Privathaushalt.⁹ In rund 40% der Gemeinden waren Kurzzeitaufenthalte, auch Tagesaufenthalte in einer Institution möglich. Reine Nachtaufenthalte wurden in knapp 30% der Gemeinden angeboten. Die teilnehmenden kantonalen Vertreterinnen und Vertreter schätzen in 18 Kantonen das Angebot als eher ausreichend und in 8 Kantonen als eher ungenügend ein (Bischofberger et al., 2014). Daneben sind weitere Hilfsangebote für pflegende Angehörige wichtig, beispielsweise Informationen und Beratung, Unterstützung bei koordinativen und organisatorischen Aufgaben, und nicht zuletzt wird auch ein Austausch mit anderen betroffenen Personen und eine Begleitung in schwierigen Phasen gewünscht (Bischofberger, 2014).

Auch die *Spitex* kann wesentlich zur Unterstützung pflegender Angehöriger beitragen. Sie gehört zwar zur formalen Gesundheitsversorgung, steht jedoch direkt an der Schnittstelle zur informellen Hilfe und hat einen grossen Einfluss auf die Situation der Angehörigen. Neben dem Aspekt der Haushalthilfe oder der Pflege ist ein Spitexbesuch oft auch eine Möglichkeit, sich auszutauschen. Dies kann wesentlich zur Entlastung einer pflegenden Person beitragen. Das wiederum kann gemäss Perrig-Chiello & Höpflinger (2012) zentral sein, damit ein Verbleib der erkrankten Person zuhause möglich ist. Zudem können Spitex-Angestellte Angehörige mit Informationen versehen und ihnen helfen, emotionale Kompetenzen aufzubauen. Dabei zeigt sich anhand der Erfahrung einiger Spitex-Organisationen, dass es wichtig ist, den Angehörigen Wertschätzung für ihre Leistungen entgegen zu bringen, insbesondere wenn die gepflegten Angehörigen schwierig im Umgang sind (Hutchinson et al., 2012).

Nach diesem auf die Sichtweise und die Bedürfnisse der chronisch kranken Personen konzentrierten Kapitel folgt nun ein Wechsel in der Perspektive: Im folgenden [Kapitel 9](#) wird beschrieben, wie das Gesundheitssystem auf diese Herausforderung reagiert, welche neuen Modelle in der Betreuung und Versorgung bisher entwickelt wurden und wie bedarfsgerecht das entsprechende Angebot in der Schweiz heute ist.

⁹ Im Rahmen dieser breit angelegten Studie wurden alle 26 Kantone (Gesundheits- und Sozialdepartemente), alle 2355 Gemeinden, 191 ausgewählte nichtstaatliche Organisationen, die explizit pflegende Angehörige unterstützen, bzw. falls vorhanden deren regionale Stellen (NGO10), 161 erwerbswirtschaftliche Spitex-Organisationen in Absprache mit dem Dachverband Spitex sowie die 26 Spitex-Kantonalverbände befragt.

8.8 Zusammenfassung

- Ⓐ Weshalb ist ein Perspektivenwechsel von der Patientin, dem Patienten als zu versorgendem Objekt zum Menschen als handelndem Subjekt notwendig?
- Ⓑ Welche besonderen Eigenschaften zeichnen chronische Krankheiten aus der Sicht der Betroffenen aus?
- Ⓒ Mit welchen Problemen sehen sich chronisch kranke Menschen und ihre Angehörigen konfrontiert?
- Ⓓ Wie nehmen die Betroffenen das heutige Gesundheitsversorgungssystem wahr?
- Ⓔ Was beinhaltet eine gelingende Krankheitsbewältigung aus Sicht der kranken Personen?
- Ⓕ Welche Bedeutung haben soziale Integration und soziale Unterstützung für die kranken Personen?
- Ⓖ Wie verbreitet ist informelle Pflege in der Schweiz? Welchen Schwierigkeiten sehen sich pflegende Angehörige ausgesetzt?
- Ⓗ Welche Personengruppen unter den chronisch kranken Menschen müssen aufgrund ihrer Vulnerabilität besondere Aufmerksamkeit und Unterstützung erhalten?

A **Weshalb ist ein Perspektivenwechsel von der Patientin, dem Patienten als zu versorgendem Objekt zum Menschen als handelndem Subjekt notwendig?** Patientinnen und Patienten sind handelnde Subjekte, wurden und werden auch heute noch zu oft als «zu versorgende Objekte» betrachtet. Diese handelnden Subjekte haben ihre eigenen Zielsetzungen, bauen im Verlauf der Zeit ihr eigenes Expertenwissen zu ihrer Gesundheit und Krankheit auf und entwickeln komplexe Strategien, um mit ihren gesundheitlichen Problemen umgehen und ihren Alltag bewältigen zu können. Aus der wissenschaftlichen Literatur weiss man heute auch, dass eine wirksame Behandlung von chronischen Krankheiten nur als «Ko-Produktion» unter aktiver Beteiligung der Betroffenen und unter Berücksichtigung ihrer Sichtweise und ihres Lebensalltags möglich ist.

B **Welche besonderen Eigenschaften zeichnen chronische Krankheiten aus der Sicht der Betroffenen aus?** Chronische Krankheiten unterscheiden sich von akuten Gesundheitsproblemen im Erleben der Betroffenen durch folgende Eigenschaften: unbeschränkte zeitliche Dauer; lediglich begrenzte Aussicht auf Heilung; die Ursachen sind oft komplex und nicht eindeutig; der Verlauf ist oft dynamisch und instabil; die gesundheitlichen Probleme wie auch die daraus entstehenden Konsequenzen für den Alltag sind komplex und vielschichtig; im Verlauf der Krankheit können neben den gesundheitlichen Problemen ganze «Knäuel» an weiteren negativen Konsequenzen entstehen.

Je nach Krankheitsart können Ausmass und Art der Belastung und die Konsequenzen für das alltägliche Leben und die Zukunft jedoch sehr unterschiedlich sein. Wichtige Einflussfaktoren darauf sind die Tödlichkeit der Krankheit, deren Kontrollierbarkeit, Art und Ausmass der mit der Krankheit verbundenen Beeinträchtigungen und die wahrgenommene Ursache der Krankheit. Stigmatisierende Krankheiten wirken sich für die Betroffenen auf mehreren Ebenen besonders belastend aus.

C **Mit welchen Problemen sehen sich chronisch kranke Menschen und ihre Angehörigen konfrontiert?** Die meisten betroffenen Personen erleben eine chronische Krankheit als einen dynamischen Ablauf von Phasen, die sich immer wieder von Neuem wiederholen. Typischerweise werden chronische Krankheiten als ein stetiges «Auf und Ab» wahrgenommen, was die Lebensplanung stark erschwert.

Die grösste Herausforderung besteht für chronisch kranke Personen darin, die Krankheit mit all ihren Konsequenzen in ihren Alltag zu integrieren. Ein wichtiger Teil dieses Integrationsprozesses besteht im Selbstmanagement respektive in der Fähigkeit, eigene Strategien zur Bewältigung der Krankheit und der alltäglichen Aufgaben und Anforderungen zu entwickeln und diese immer wieder von Neuem dem Verlauf der Krankheit anzupassen.

Chronisch kranke und multimorbide Personen müssen oft mit Unsicherheit, Mehrdeutigkeit und Widersprüchlichkeit leben lernen. Die Suche nach verlässlichen und verständlichen Informationen kann je nach Krankheitsphase sehr viel Zeit in Anspruch nehmen. Patientinnen und Patienten beklagen sich oft über unverständliche Fachinformationen. Der Umgang mit den Medikamenten wird (insbesondere von mehrfach erkrankten Personen) ebenfalls als grosses Problem wahrgenommen. Die Angst vor schädlichen Nebenwirkungen verstärkt sich mit der Anzahl der Medikamente, die eingenommen werden müssen. Chronische Schmerzen haben eine negative Wirkung auf die Lebensqualität, das soziale Leben, die Mobilität wie auch die Erwerbsfähigkeit. Betroffene schildern das Leben mit Schmerzen als ein «Gefühl des Gefangenseins». Ist kein organischer Schaden als Ursache der Schmerzen erkennbar, leiden die Betroffenen zusätzlich unter negativen Reaktionen des Umfelds und sind einem erhöhten Armutsrisiko ausgesetzt, da sie unter Umständen keinen Anspruch auf eine IV-Rente haben.

Ein weiteres zentrales Problem, das sich vielen chronisch kranken Personen stellt, ist der Erhalt der Erwerbstätigkeit. Um möglichst lange erwerbstätig sein zu können, sind Offenheit und Anpassungen auf Seiten der kranken Person, der Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen, aber auch auf Seiten des Arbeitgebers respektive der Vorgesetzten hilfreich. Chronisch kranke Personen empfinden es oft als schwierig, über ihre Diagnose am Arbeitsplatz zu informieren und fürchten sich davor, ihre Stelle zu verlieren. Besonders schwierig ist dies für Personen mit stigmatisierenden Krankheiten.



Wie nehmen die Betroffenen das heutige Gesundheitsversorgungssystem wahr? Chronisch kranke und multimorbide Personen kritisieren die mangelnde Zeit während der ärztlichen Konsultation. Sie fühlen sich aufgrund des wahrgenommenen Zeitdrucks gehetzt, wagen es nicht ihre Bedürfnisse einzubringen oder auf Probleme im Zusammenhang mit der Behandlung aufmerksam zu machen. Sie nehmen einen Mangel an Zuwendung und Offenheit für ihre individuellen Bedürfnisse wahr. Insbesondere bei Personen aus anderen Kulturkreisen zeigt sich auch die Problematik, dass die Konzepte von Gesundheit und Krankheit stark differieren können. Ebenfalls negativ beurteilt werden die undurchsichtigen Strukturen des Versorgungssystems. Das Gesundheitssystem wird als «Irrgarten» beschrieben, die Suche nach Informationen, dem richtigen Behandlungsort und einer wirksamen Therapie als «Odyssee». Die Fragmentierung, mangelnde Koordination und Kontinuität in der Behandlung von mehrfach erkrankten Personen wird als starke Belastung wahrgenommen.

- E Was beinhaltet eine gelingende Krankheitsbewältigung aus Sicht der kranken Personen?** Aus Sicht der kranken Personen bedeutet eine gelingende Bewältigung, dass die Krankheit in den Hintergrund der Aufmerksamkeit rückt und die Gesundheit respektive das «normale» Leben im Vordergrund stehen. In diesem Prozess sind emotionale und spirituelle Fragen ebenso wichtig wie krankheitsbezogene Aspekte. Wichtige Quellen sind soziale Unterstützung von nahestehenden Personen wie auch von Freundinnen und Freunden, Entgegenkommen am Arbeitsplatz, Selbsthilfegruppen und eine patientenzentrierte medizinische Betreuung.
- F Welche Bedeutung haben soziale Integration und soziale Unterstützung für die kranken Personen?** Eine wichtige Ressource zur Krankheitsbewältigung und zum Erhalt des Wohlbefindens stellen soziale Ressourcen dar. Zuwendung, Trost, das Wissen nicht alleine gelassen zu werden, aber auch praktische Hilfestellungen sind wichtige Unterstützungsarten für chronisch Kranke. Soziale Ressourcen sind in der Gesellschaft ungleich verteilt. Insbesondere betagte Frauen, Armutsbetroffene und psychisch kranke Personen leiden an sozialer Isolation und erhalten nicht genügend Unterstützung. Angehörige von chronisch kranken Personen sind stark in das Krankheitsgeschehen involviert und unter Umständen ebenfalls grossen Belastungen, Trauer und Angst ausgesetzt.
- G Wie verbreitet ist informelle Pflege in der Schweiz? Welchen Schwierigkeiten sehen sich pflegende Angehörige ausgesetzt?** Informelle Pflege ist in der Schweiz weit verbreitet und spielt damit auch eine substantielle Rolle in der Gesundheitsversorgung von chronisch kranken Personen. Im schweizerischen Durchschnitt betreuen Frauen pflegebedürftige Angehörige im eigenen Haushalt während 11,4 Stunden pro Woche, Männer tun dies während 4,5 Stunden. Die Belastung der Angehörigen ist teils sehr hoch und kann negative gesundheitliche Auswirkungen haben. Das Ausmass der Belastung hängt u.a. auch von den vorhandenen personalen und sozialen Ressourcen der Angehörigen ab. Schwierigkeiten bereitet oft auch die Kombination von Erwerbstätigkeit und Pflege von Angehörigen. Zur Entlastung leisten einige Kantone finanzielle Beiträge, die aber eher als Anerkennungsbeitrag denn als Abgeltung konzipiert sind. Als wichtigste Entlastungsmassnahme wird die Möglichkeit genannt, eine Auszeit von der Pflege machen zu können. Spitex-Angebote spielen eine wichtige Rolle als Schnittpunkt zwischen professionellem und informellem Pflegesystem und als Unterstützungsquelle für die Angehörigen.

Die Thematik der sozialen Unterstützung und der informellen Pflege von chronisch kranken Angehörigen weist eine starke gendertypische Komponente auf. Ein deutlich höherer Anteil der Frauen leistet informelle Pflege und dies auch zeitlich in einem höheren Ausmass. Frauen reduzieren aufgrund der Pflegebedürftigkeit von Angehörigen eher ihre Erwerbsarbeit mit allen damit verbundenen finanziellen Nachteilen. Pflegende Frauen haben auch mehr Mühe, Entlastung zu erhalten oder zu erbeten als pflegende Männer. Schliesslich ist der Anteil der alleine wohnenden betagten Frauen ohne Lebenspartner mit 62% deutlich höher als bei den gleichaltrigen Männern mit 16%. Deutlich mehr betagte Frauen als Männer erleben denn auch einen Mangel an Unterstützung und fühlen sich einsam.



Welche Personengruppen unter den chronisch kranken Menschen müssen aufgrund ihrer Vulnerabilität besondere Aufmerksamkeit und Unterstützung erhalten? Aus der Literatur zur Sicht der Patientinnen und Patienten lässt sich ableiten, dass sich das Leben mit einer chronischen Krankheit für folgende Bevölkerungsgruppen als eine besonders hohe Belastung erweist: Personen mit einer stigmatisierenden Krankheit (z.B. psychische Erkrankungen), mehrfach erkrankte Personen, betagte alleinstehende Personen (in dieser Lage befinden sich hauptsächlich betagte Frauen), sozial isolierte Personen, armutsbetroffene und bildungsferne Personengruppen, Personen aus anderen Kulturkreisen, deren Gesundheitsverständnis sich von dem hier gängigen medizinischen Konzept und Wissen stark unterscheidet.

9 Neue Versorgungsmodelle

Kernaussagen

Das heutige spezialisierte Angebot für chronisch Kranke in der Schweiz genügt den Bedürfnissen bei Weitem nicht. Dies sowohl quantitativ wie auch qualitativ. So kann beispielsweise der Anspruch der Patientenzentrierung mit dem alleinigen Angebot einer Patientenedukation nicht eingelöst werden.

Bund und Kantone sowie weitere zentrale Akteure des Gesundheitswesens sind sich einig, dass die Prioritäten im Gesundheitsversorgungssystem der Schweiz zukünftig verschoben werden müssen: von der heute im Fokus stehenden Akutversorgung weg und hin zu einer patientenzentrierten und nachhaltigen Betreuung von chronisch Kranken. Deshalb wurden auf Bundes- wie auch kantonaler Ebene verschiedene Reformen im Bereich der Gesundheitsberufe und der Grundversorgung angegangen und teilweise auch bereits umgesetzt. Gleichzeitig existieren nach wie vor Barrieren, die einer flächendeckenden Einführung einer adäquaten Betreuung und Behandlung von chronisch kranken Personen entgegenstehen. Wichtig ist dabei u. a. die heutige Ausgestaltung des Finanzierungssystems, welches in diesem Zusammenhang die falschen Anreize setzt. Eine echte Reform des Gesundheitswesens ist deshalb nicht denkbar ohne Anpassungen im Finanzierungssystem. Einfach gesagt, sollte zukünftig mehr in Gesprächszeit und weniger in Technologien oder Spitalbauten investiert werden. Die patientenzentrierte integrierte Versorgung respektive Betreuung stellt insgesamt hohe Anforderungen an alle beteiligten Personen.

Es braucht zukünftig auch ein Überdenken der gängigen medizinischen Begrifflichkeiten. Sollen Patientinnen und Patienten als Partner im Krankheitsprozess behandelt werden, dann darf beispielsweise nicht mehr von «Versorgung» und im Zusammenhang mit der Medikamenteneinnahme auch nicht mehr von «Adhärenz» (fehlendem Gehorsam) gesprochen werden.

In den heutigen Zeiten des Spardrucks im Gesundheits- und Sozialwesen ist es besonders wichtig, vulnerable Gruppen (wie mehrfach Erkrankte, sozial isolierte oder armutsbetroffene kranke Personen) in ihrer problematischen Situation nicht alleine zu lassen. Es braucht eine entsprechende Ausbildung und Sensibilisierung der Gesundheits- und Sozialberufe sowie eine Sozial- und Gesundheitspolitik, welche der Ausgrenzung von mehrfach belasteten Personengruppen entgegenwirkt.

Das **Kapitel 9** widmet sich den neuen Versorgungsmodellen, die als Antwort des Gesundheitssystems auf die speziellen Bedürfnisse von chronisch kranken Menschen verstanden werden können. Diese Modelle wurden teils völlig neu entwickelt, teils handelt es sich um Anpassungen und Weiterentwicklungen von bereits bestehenden Modellen der Versorgungspraxis.

In diesem Kapitel sollen die folgenden Fragen behandelt werden:

- Welche speziellen Eigenschaften weisen die Modelle zur integrierten Versorgung von chronisch kranken Personen auf?
- Welche Modelle wurden bisher weltweit entwickelt?
- Welche Programme existieren in der Schweiz und wie verbreitet sind sie? Gibt es Versorgungslücken?
- Welche Eigenschaften haben die existierenden Programme?
- In welchen Politikbereichen werden Massnahmen getroffen, um neue Versorgungsprogramme in der Schweiz flächendeckend einführen zu können? Welche Barrieren stehen einer flächendeckenden Einführung solcher Programme im Wege?
- In welche Richtung sollte sich das Gesundheitssystem der Schweiz entwickeln, um chronisch kranke Personen besser betreuen und unterstützen zu können? Welche Massnahmen sind hilfreich, um eine Stärkung von chronisch kranken Personen zu erreichen?

9.1 Neue Versorgungsmodelle für chronisch kranke und multimorbide Personen

*Die folgenden Ausführungen im Kapitel 9.1 basieren auf einem Fachbericht, der im Auftrag des Obsan für den Nationalen Gesundheitsbericht 2015 erstellt wurde. Dieser **Hintergrundbericht** stammt von Dr. med. Sima Djalali und Prof. Dr. med. Thomas Rosemann und trägt den Titel «Neue Versorgungsmodelle für chronisch Kranke – Hintergründe und Schlüsselemente.» Die beiden Autoren arbeiten am Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich.*

Chronisch kranke Menschen und insbesondere Personen, die von mehreren Krankheiten gleichzeitig betroffen sind, haben Versorgungsbedürfnisse, die in unterschiedlichen medizinischen Disziplinen und weiteren Berufsfeldern angesiedelt sind. Da es an einer Koordinierung der Behandlung über die verschiedenen Fachbereiche hinweg mangelt, führt dies häufig zu Unter-, Über- oder Fehlversorgung bei dieser Patientengruppe. Die betroffenen Personen stehen nicht selten vor dem Problem, dass sich die verschiedenen therapeutischen Anweisungen der Spezialistinnen und Spezialisten im Alltag schlecht vereinbaren lassen oder sich sogar widersprechen. Ausserdem hat sich in den vergangenen Jahrzehnten die Erkenntnis durchgesetzt, dass eine optimale,

wirksame und effiziente Betreuung dieser Patientengruppe nur möglich ist, wenn den Betroffenen eine aktive, mitbestimmende Rolle gewährt wird und sie diese auch wahrnehmen. Dies setzt eine tragfähige Beziehung zwischen Expertinnen bzw. Experten einerseits und Patientinnen respektive Patienten und deren Angehörigen andererseits voraus. Die Entstehung einer solchen Beziehung wird durch ein stark fragmentiertes und hoch spezialisiertes Versorgungssystem erschwert respektive verunmöglicht. Aus Sicht der Betroffenen selbst ist die Integration der Krankheit in den Alltag zu leisten sowie die Bewältigung der mit der Erkrankung verbundenen Gefühle und alltäglichen Belastungen. Die Patientinnen und Patienten müssen den Krankheitsprozess und die therapeutischen Interventionen verstehen. Erst dadurch wird es möglich, die eigene Gesundheit in einem umfassenden Sinn (körperlich, psychisch und auch sozial) zu erhalten oder zu fördern.

Neue Ansätze für die medizinische Versorgung chronisch kranker und multimorbider Patientinnen und Patienten haben zum Ziel, dieses Defizit zu beheben: Einerseits sollen Versorgungslücken geschlossen und andererseits auch Doppelspurigkeiten und damit unnötige Interventionen vermieden werden. Die gemeinsame Leitidee all dieser modernen Modelle ist das Konzept der «integrierten Versorgung». Die Wege, die zu diesem Ziel führen sollen, sind allerdings recht unterschiedlich und definieren sich je nachdem vornehmlich über Fragen der Finanzierung, dem Vorhandensein einer Bezugsperson und einer Koordinatorin bzw. eines Koordinators der Behandlung, der Rolle der Patientinnen und Patienten im Therapieprozess und der Existenz von Behandlungsprotokollen für bestimmte Krankheiten.

Zentrale Elemente neuer Versorgungsmodelle

Gemäss Djalali & Rosemann (2015) werden die neuen Versorgungsmodelle für chronisch kranke Personen durch sechs Elemente charakterisiert, die in allen Modellen gegeben sind, allerdings in unterschiedlicher Ausgestaltung und auch mit unterschiedlich starken Gewichtungen der einzelnen Elemente. Im Zentrum steht die integrierte Versorgung als Leitidee (siehe Abbildung 9.1).

Unter der integrierten Versorgung wird eine pluridisziplinäre (das heisst gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Disziplinen) und sektorübergreifende Gesundheitsversorgung verstanden. Durch eine stärkere Vernetzung der verschiedenen Expertinnen und Experten soll eine kohärente und effiziente Betreuung gewährleistet werden. Dazu gehören netzinterne Kooperationsprotokolle und ein Qualitätsmanagement der Zusammenarbeit.

Zentrale Elemente neuer Versorgungsmodelle für chronisch kranke Personen

Abb. 9.1



Quelle: in Anlehnung an Djalali & Rosemann, 2015

© Obsan 2015

Diese Vernetzung kann unterschiedlich geregelt und strukturiert werden: durch eine Fusion von Institutionen, durch die Gründung einer Kooperationsgesellschaft oder durch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen. Man spricht von einer horizontalen Integration, wenn sich Organisationen innerhalb desselben Sektors vernetzen (z. B. verschiedene Spitäler) und von einer vertikalen Integration, wenn sich Organisationen aus verschiedenen Sektoren vernetzen (z. B. Akutspital, Rehabilitationsklinik, Spitex und Hausärztinnen und Hausärzte).

Damit die Vernetzung von verschiedenen Leistungserbringern optimal funktionieren kann, müssen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer folgende Anforderungen erfüllen:

1. Sie müssen die Ressourcen innerhalb ihres Verbundes kennen;
2. eine definierte Rolle innerhalb des Netzes einnehmen;
3. ein gemeinsames Verständnis einer optimalen Behandlung haben;
4. die Schnittstellen zu den vor- und nachgelagerten Leistungserbringern kennen und
5. innerhalb des Netzes standardisiert miteinander kommunizieren.

Die dazu notwendigen Informationen, Konzepte und Regeln werden in einem sogenannten integrierten Behandlungspfad definiert. Es handelt sich dabei um eine Art Protokoll, das den optimalen Weg eines bestimmten Patiententyps durch das Versorgungsnetz beschreibt. Dieses Protokoll sollte kontinuierlich evaluiert und verbessert

werden (Qualitätsmanagement). Insbesondere bei multimorbiden Patientinnen und Patienten sind in der Regel Anpassungen dieses Pfades an die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen notwendig.

Neue Modelle?

Die im Folgenden vorgestellten Modelle werden als neue Versorgungsmodelle bezeichnet, obwohl sie teilweise bereits vor Jahrzehnten ausgearbeitet und seither angewendet werden. Der Begriff «neu» bezieht sich hier darauf, dass sich die Leitidee der integrierten Versorgung in der Schweiz bisher nicht gegen die traditionelle Ausrichtung des Gesundheitswesens durchsetzen konnte. Die heute existierenden Programme sind deshalb meistens nicht in die reguläre Gesundheitsversorgung integriert und ihnen haftet noch immer der Status von experimentellen und aussergewöhnlichen Projekten an.

Die Leitidee der integrierten Versorgung verlangt eine *Bezugsperson* oder Bezugspersonengruppe, die als Behandlungskordinatorin und erste Ansprechpartnerin der Patientinnen und Patienten dient. Historisch gesehen stammt dieses Konzept aus dem US-amerikanischen «Managed-Care»-System, weshalb in vielen Modellen der «Gatekeeper»-Begriff als Bezeichnung dieser Funktion verwendet wird. Mit dieser Bezeichnung ist aber auch eine negative Bedeutung verbunden im Sinne der Restriktion von Gesundheitsleistungen. Der «Gatekeeper» dient auch als Barriere im Zugang zum Gesundheitssystem. Deshalb bevorzugen heute einige Modelle den Begriff des «Gateopener». In diesem Gesundheitsbericht werden wir von einer Bezugsperson oder Bezugspersonengruppe sprechen, um damit die aus Sicht der Patientinnen und Patienten bedeutsame Beziehung zu dieser Ansprechperson zu unterstreichen. Es kann sich bei dieser Bezugsperson um die Hausärztin, den Hausarzt, ein multidisziplinäres Hausarztpraxis-Team oder speziell geschulte Gesundheitsfachpersonen handeln. Charakteristisch für die neuen Versorgungsmodelle ist, dass diese Fachperson aus der Grundversorgung stammt und nicht aus einem spezialisierten Fachbereich. Die Bezugsperson hat die Aufgabe abzuklären, ob eine spezialisierte Behandlung notwendig ist, und falls ja, diese Behandlung zu planen und zu koordinieren, die Abklärungen von verschiedenen Spezialistinnen und Spezialisten zu sammeln, zu evaluieren, mit der Patientin oder dem Patienten in einer Gesamtschau zu besprechen und gemeinsam mit den Betroffenen die weitere Behandlung zu planen. Die Bezugsperson bleibt idealerweise während der gesamten Behandlungszeit und Behandlungskette die primäre Ansprechperson und gewährleistet damit die Kontinuität der Betreuung.

Ein *niederschwelliger Zugang zur medizinischen Versorgung* soll garantieren, dass die Patientinnen und Patienten den kürzesten und effizientesten Pfad durch das Versorgungsnetz nehmen. Deshalb machen viele Modelle konkrete Vorschläge, wie die

Patientenströme bereits vor Eintritt in das Gesundheitswesen so beeinflusst werden können, dass die Patientinnen und Patienten ohne Umwege zur primären Bezugsperson gelangen. Wichtig ist dabei, dass dies möglichst durch positive Anreize erreicht wird und nicht durch die «Bestrafung von unerwünschtem Verhalten» (beispielsweise durch den Verlust der Versicherungsdeckung). Positive Anreize in diesem Sinn sind: ein guter Service in Bezug auf die Öffnungszeiten, kurze Wartezeiten, Notfalldienste, telemedizinische Beratung und multimediale Kommunikationsmöglichkeiten (E-Mail, Online-Portale, etc.).

Der Prozess vieler chronischer Krankheiten ist nicht umkehrbar; mit anderen Worten: Die dazu zählenden Krankheiten sind nicht heilbar. Sie «begleiten» in diesem Sinne die Patientinnen und Patienten ab dem Zeitpunkt ihrer Manifestation ein Leben lang. Wie aber die Krankheit verläuft, hängt unter anderem auch von den Betroffenen selbst ab. Aus dieser Erkenntnis heraus wird heute die Bedeutung der *aktiven Beteiligung der Patientinnen und Patienten* stark betont.

Aus medizinischer Sicht sind dabei zwei Prozesse von besonderer Bedeutung:

- Befähigung zum Selbstmanagement
- Gleichberechtigte Entscheidungsfindung («Shared Decision Making»)

Bei vielen Personen wird durch das Auftreten einer chronischen Krankheit eine Anpassung des Lebensstils notwendig respektive wird diese Anpassung im Sinne einer Sekundärprävention sinnvoll. Um eine Verschlechterung des Gesundheitszustands aufzuhalten oder zumindest zu verlangsamen, ist deshalb eine aktive Beteiligung der Patientinnen und Patienten notwendig. Diese soll durch die Befähigung und Motivation zum Selbstmanagement erreicht werden. Damit ist in diesem Kontext die Kompetenz der Patientinnen und Patienten gemeint, den Verlauf ihrer Krankheit möglichst positiv zu beeinflussen (vgl. Djalali & Rosemann, 2015, S. 7). Dazu gehört es auch, Veränderungen im Gesundheitszustand (Symptome, Beschwerden) korrekt und zuverlässig einschätzen und damit auch frühzeitig auf diese reagieren zu können. Ein Aspekt des Selbstmanagements betrifft die Fähigkeit und Motivation, die eigenen Ressourcen effektiv zu nutzen sowie das soziale Netz mobilisieren und sich Unterstützung zu organisieren. Ein weiteres Element betrifft den Umgang mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustands. Die Patientinnen und Patienten sollten befähigt werden, solche Phasen zu bewältigen und sich möglichst wieder zu stabilisieren.

Diese Fähigkeit zum Selbstmanagement ist stark beeinflusst von der Selbstwirksamkeitserwartung der Betroffenen. Selbstwirksamkeitserwartung (engl. «self-efficacy») gilt als wichtige personale Ressource, gerade auch im Hinblick auf gesundheitsbezogene Veränderungen des Lebensstils. Sie drückt aus, wie stark eine Person erwartet, mit ihrem eigenen Verhalten eine Wirkung erzielen zu können und damit einen Einfluss auf ihr Leben und ihre Umwelt ausüben zu können (vgl. Bandura, 1977,

1990). Wer sich angesichts einer chronischen Erkrankung hilflos und ohnmächtig fühlt, sieht keine Möglichkeit und auch keinen Sinn darin, aktiv zu werden und Verantwortung für das eigene Wohlergehen zu übernehmen. Gefühle der Ohnmacht und der Hilflosigkeit fördern auch depressive Verstimmungen als Begleiterkrankung von anderen chronischen Krankheiten (siehe dazu auch [Kapitel 7](#) und [8](#)). Die Wahrnehmung der Beeinflussbarkeit und Kontrollierbarkeit des eigenen Lebensstils oder des Krankheitsverlaufes kann mit zwei Konstrukten beschrieben werden: der Verhaltenswirksamkeit als Einschätzung der generellen Beeinflussbarkeit eines Umstands («Diabetes kann beeinflusst und kontrolliert werden») und der Selbstwirksamkeit («Ich kann meinen Diabetes beeinflussen und kontrollieren»). Die Förderung der Verhaltenswirksamkeit und der Selbstwirksamkeitserwartung sollten denn auch zentrale Elemente im Behandlungskonzept von chronischen Krankheiten darstellen.

Im Verlauf der Erkrankung müssen immer wieder neue Entscheidungen darüber getroffen werden, wie die Behandlung zukünftig verlaufen soll. Diese Entscheidungen sollen nicht nur gestützt auf den neuesten Stand evidenzbasierter Medizin getroffen werden, sondern müssen mit dem Alltag und der Lebenssituation der Patientinnen und Patienten kompatibel sein sowie ihren persönlichen Bedürfnissen möglichst entsprechen. In einigen neuen Versorgungsmodellen wird daher das «Shared decision making» (SDM) als Grundhaltung in der Behandlungsbeziehung vorausgesetzt. Dabei handelt es sich um das Prinzip, dass Patientinnen und Patienten gleichberechtigt mit den Fachpersonen in einem gemeinsamen Prozess zu einer Entscheidung über die Behandlung gelangen sollen.

In den neuen Modellen der Versorgung wird unter dem Begriff «*Skillmix*» eine Durchmischung unterschiedlicher Professionen der Gesundheitsversorgung verstanden sowie die Arbeits- und Kompetenzverteilung zwischen den verschiedenen Berufsgruppen. Der «*Grademix*» bezieht sich hingegen auf die unterschiedlichen Ausbildungsabschlüsse innerhalb einer Berufsgruppe.

Zum «*Skillmix*» existieren zwei Konzepte mit je unterschiedlichen Zielsetzungen:

- Die Delegation von traditionell ärztlichen Aufgaben an entsprechend geschultes Pflegefachpersonal mit dem primären Ziel, das ärztliche Personal zu entlasten und dessen Ressourcen dort einzusetzen, wo seine Qualifikation unabdingbar ist.
- Die routinemässige Erweiterung der ärztlichen Leistungen durch ergänzende nicht-ärztliche Expertinnen bzw. Experten des Gesundheitswesens (z. B. aus dem Bereich der Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Pflege) mit dem Ziel einer umfassenden Betreuung (siehe dazu auch Kasten zu «*Advanced Nurse Practice*» unter 9.3).

Insbesondere der «*Skillmix*» im Sinne der Delegation von ärztlichen Aufgaben an Pflegepersonal wird als Teil eines grundlegenden Paradigmenwechsels im Gesundheitssystem verstanden.

«Die Fachliteratur und die Erfahrung aus zahlreichen Bemühungen, die Versorgung chronisch Kranker zu verbessern, zeigen, dass bei der Umsetzung des «Chronic Care Model» in einem patientenzentrierten Pflorgeteam dem Pflegepersonal – und nicht der Ärzteschaft – eine Schlüsselrolle zukommt.»

(Bodenheimer et al., 2005, S. 330; Übersetzung aus dem Englischen)

In den neuen Versorgungsmodellen wird dem *Prozess der klinischen Entscheidungsfindung* ein grosses Augenmerk geschenkt. Im Verlauf der langfristigen Betreuung von chronisch kranken und multimorbiden Patientinnen und Patienten müssen notwendigerweise immer wieder Entscheidungen getroffen werden, wie die weitere Behandlung verlaufen soll. Als Teil der neuen Versorgungsmodelle wurden standardisierte Protokolle und Behandlungspfade entwickelt, welche eine gewisse Struktur für die Entscheidungsfindung liefern sollen. Die rationale Grundlage für die Entwicklung dieser Protokolle und deren praktische Anwendung ist die evidenzbasierte Medizin.

Damit sich die klinischen Entscheidungen auf den neuesten Stand der evidenzbasierten Medizin stützen können, sind moderne Informationstechnologien notwendig. Neben dem Zugriff auf den aktuellen Stand der evidenzbasierten Medizin gehört dazu auch die Dokumentation der Daten der Patientinnen und Patienten in einer elektronischen Krankengeschichte, die von allen Leistungserbringern des Netzes gepflegt und genutzt wird. Eine weitere Möglichkeit ist der Einsatz von «Clinical Decision Support» (CDS) Tools, welche die Verarbeitung und Verknüpfung individueller Patientendaten mit evidenzbasiertem klinischem Wissen unterstützen und auf diese Art die Entscheidungsfindung und das klinische Handeln erleichtern.

Im Folgenden wird ein Modell vorgestellt, welches exemplarisch die Zielsetzungen und die Ausgestaltung der integrierten Versorgung verdeutlichen soll: das «Chronic Care Model» (CCM).

Typ organisationales Modell: «Chronic Care Model» (CCM)

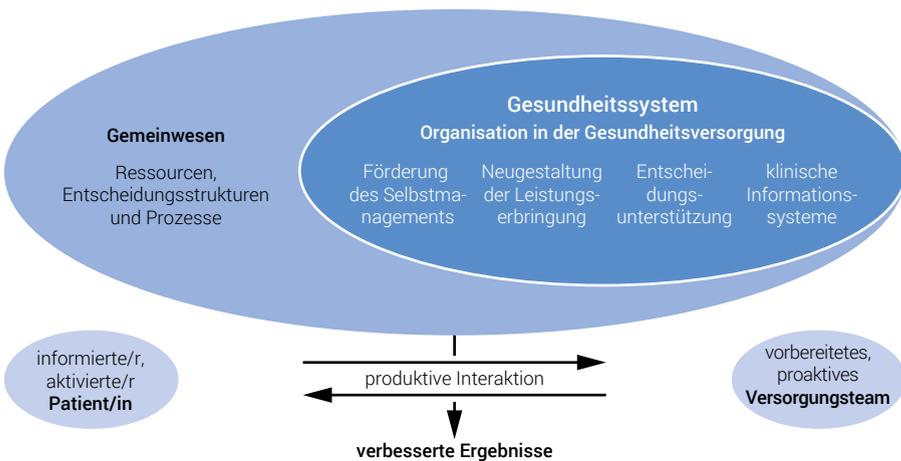
Beim CCM handelt es sich um ein Konzept für die Versorgung von chronisch kranken Menschen in der Grundversorgung. Im Mittelpunkt steht die Interaktion zwischen einer gut informierten und aktiven Patientin respektive einem Patienten und einem vorbereiteten proaktiven Praxisteam. Eines der Ziele besteht darin, innerhalb des Krankheitsverlaufs nicht lediglich auf Veränderungen zu reagieren, sondern proaktiv zu handeln, um Verschlechterungen des Gesundheitszustands möglichst zu verhindern oder zu verlangsamen. Das aus verschiedenen Gesundheitsprofessionen zusammengestellte Praxisteam soll die Kranken kontinuierlich und koordinierend begleiten. Unabdingbar ist eine aktive Mitarbeit der Patientinnen bzw. Patienten selbst.

Zusammen mit ihnen soll das Praxisteam individuelle Behandlungsziele erarbeiten. Unter Nutzung der Ressourcen der Kranken wie auch ihres Umfelds (z. B. Gemeinwesen) soll das Selbstmanagement und das gesundheitsförderliche Verhalten der Betroffenen gestärkt werden. Die Leistungserbringer stützen sich auf evidenzbasierte Richtlinien und Behandlungspfade. Diese Behandlungspfade sind definiert (formalisierte Algorithmen der Behandlung). Schulungen für eine optimale Aufgabenteilung innerhalb des Praxisteam, Koordination mit externen Spezialistinnen und Spezialisten und der Einsatz klinischer Informationssysteme sind wichtige Bestandteile dieses Konzepts.

Im Jahr 2002 wurde das CCM von der WHO zur Basis ihres Rahmenkonzepts für die innovative Versorgung chronischer Erkrankungen ernannt. Das CCM wurde insbesondere deshalb als innovativ bezeichnet, weil es prägnanter als andere Modelle die Patientinnen oder Patienten und deren Ressourcen (inklusive soziales Netz) in den Mittelpunkt stellt. Weitere wichtige Aspekte des Konzepts sind das Vorhandensein einer Bezugsgruppe («Gatekeeper»/«Gateopener») und der «Skillmix». Eine erfolgreiche und flächendeckende Implementation dieses Modells erfordert allerdings Anpassungen auf politischer Ebene. Diese werden im «Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC) Framework» der WHO definiert. Das CCM sticht deshalb aus der Menge der übrigen integrierten Versorgungsmodelle heraus. Es wird auch als Basis zur Beurteilung der in der Schweiz heute bestehenden Programme zur Versorgung von chronisch kranken und multimorbiden Personen verwendet (vgl. Kapitel 9.2). Die folgende Abbildung zeigt nochmals die Prinzipien und wichtigsten Elemente des CCM.

Das Chronic Care Modell

Abb. 9.2



Quelle: in Anlehnung an Bodenheimer et al., 2002

© Obsan 2015

Eine interessante Weiterentwicklung des CCM stellt das «*Guided Care*»-Konzept dar, das speziell auf die Betreuung von multimorbiden hochbetagten Patientinnen und Patienten ausgerichtet ist. In diesem Modell ist nicht das Praxisteam erste Ansprechperson, sondern eine speziell geschulte Pflegefachperson als hauptverantwortliche Betreuungskordinatorin. Diese Betreuungskordinatorin beginnt die Betreuung mit einem Hausbesuch, in welchem der Gesundheitszustand, die Lebensbedingungen und das soziale Umfeld der Betagten eruiert und evaluiert werden. Darauf gestützt wird ein umfassender Betreuungsplan entworfen, der die internen und externen Ressourcen der Patientinnen und Patienten berücksichtigt.

Ebenfalls grosse Parallelen mit dem CCM zeigt das «*Patient Centered Medical Home*» (PCMH), welches in den USA von der grossen HMO «Kaiser Permanente» adaptiert wurde. Das PCMH wurde für die Versorgung der gesamten Population entwickelt und beschränkt sich nicht auf chronisch kranke Menschen. Im Mittelpunkt dieses «medizinischen Zuhauses» stehen die Patientinnen und Patienten mit ihrer individuellen Lebenslage und ihrem sozialen Umfeld. Sie sehen sich im PCMH einer persönlichen Ärztin bzw. einem persönlichen Arzt gegenüber, die oder der sie über viele Jahre begleiten soll und ihre individuelle Lage, ihre Bedürfnisse, ihr soziales Umfeld und ihre gesundheitliche Situation bestens kennt. Das PCMH richtet sich an gesunde wie kranke Personen und bietet u. a. präventivmedizinische Leistungen, Schulungen zur Förderung der Kompetenz sowie akut, chronisch und palliativ ausgerichtete Versorgung an. Das interdisziplinär arbeitende Team unter Leitung der persönlichen Ärztin bzw. des persönlichen Arztes umfasst einen weiten Kreis von Gesundheitsfachleuten, aber auch von Sozialarbeitenden und Fachpersonen aus dem Versicherungsbereich. Charakteristisch für das PCMH ist der starke Fokus auf die Begleitung der Patientinnen und Patienten mit aufsuchenden Elementen. Als Teil des PCMH wird ein «Panel Management» installiert, welches die systematische, proaktive Kontaktaufnahme per Telefon oder E-Mail mit den Patientinnen und Patienten ermöglichen soll mit dem Ziel einer Stärkung der Beziehung zu ihrem medizinischen Zuhause und der Förderung ihrer Therapietreue. So werden die Patientinnen und Patienten regelmässig kontaktiert und gefragt, wie sie mit dem aktuellen Behandlungsplan zurechtkommen, sie werden an die vereinbarten Zielsetzungen und an Termine erinnert und im Selbstmanagement unterstützt.

Für weitere Informationen zu den international existierenden Modellen integrierter Versorgung, einen Vergleich dieser Modelle im Hinblick auf die Abdeckung von Schlüsselementen sowie weiterführende Überlegungen zur Zukunft der integrierten Versorgung in der Schweiz wird auf den Hintergrundbericht von Djalali & Rosemann (2015) verwiesen.

9.2 Bestandesaufnahme der spezifischen strukturierten Programme für chronisch kranke und multimorbide Personen

Der zweite Hintergrundbericht, der im folgenden Kapitel 9.2 vorgestellt wird, behandelt die aktuelle Situation bezüglich spezifischer strukturierter Versorgungsprogramme für chronische Krankheiten und Multimorbidität in der Schweiz. Er stammt von Dr. med. Sonja Ebert, MAS, Prof. Dr. med. Isabelle Peytremann-Bridevaux, MPH, DSc und PD Dr. med. Nicolas Senn, PhD. Drs. Ebert und Senn arbeiten an der Policlinique médicale universitaire (PMU) de Lausanne, Prof. Peytremann-Bridevaux am Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP). Der Bericht trägt den Titel «Rapport sur les programmes de prise en charge des maladies chroniques et de la multi-morbidité en Suisse».

In diesem Kapitel wird der Status quo des Schweizer Gesundheitssystems in Bezug auf die Existenz und Verbreitung von strukturierten Programmen, die für die Zielgruppen chronisch kranker und multimorbider Personen entwickelt wurden, beschrieben. Ebert, Peytremann-Bridevaux und Senn (2015) haben im Auftrag des Obsan im Jahr 2013 eine telefonische Befragung durchgeführt, die zum Ziel hatte, eine Bestandesaufnahme über die zurzeit in der Schweiz existierenden Programme zu bekommen.

Welche Programme wurden in dieser Studie berücksichtigt?

Die Kombination der im Folgenden aufgeführten sechs Kriterien gestattet es, Programme, die sich auf die Behandlung von chronisch kranken und multimorbiden Personen spezialisiert haben, von der Regelversorgung oder von anderen Angeboten für diese Zielgruppe abzugrenzen:

1. Das Programm fokussiert auf eine Zielgruppe mit einer spezifischen chronischen Krankheit (z. B. Diabetes oder geriatrische Syndrome) oder auf eine Zielgruppe mit mehrfachen chronischen Erkrankungen (Multimorbidität).
2. Das Programm richtet sich an Erwachsene (18-Jährige und Ältere).
3. Das Programm beinhaltet eine oder mehrere klar definierte Interventionen (z. B. Physiotherapie, Besuch einer spezialisierten Pflegefachkraft).
4. Das Programm bezieht die Patientinnen bzw. die Patienten aktiv in den Prozess mit ein.
5. Das Programm ist strukturiert und klar beschrieben (formalisierter Algorithmus).
6. Das Programm war im Jahr 2013 aktiv.

Programme, die alle diese sechs Kriterien erfüllen, wurden in der vorliegenden Bestandesaufnahme erfasst. Nicht berücksichtigt sind also u. a. Programme, die sich spezifisch an chronisch kranke Kinder und Jugendliche richten; alle Angebote, die nicht nach einem klar definierten Prozess arbeiten (ohne formalisierten Algorithmus) oder welche die Patientinnen und Patienten nicht in irgendeiner Form als aktive

Partnerinnen respektive Partner in den Behandlungsprozess miteinbeziehen. Ebenfalls ausgeschlossen sind Programme und Angebote, deren Zielgruppen nicht über eine bestimmte chronische Krankheit definiert werden, sondern über Symptome oder Beschwerden (z. B. Zentrum für Personen mit chronischen Schmerzen).

Um die Programme zur Behandlung chronisch kranker Personen in der Schweiz möglichst vollständig erfassen zu können, hat das Forschungsteam in einem aufwendigen Suchprozess alle Organisationen kontaktiert, die in der Tabelle 9.1 dargestellt sind. In einer zweiten Erhebungswelle wurden die identifizierten Schlüsselpersonen in diesem Tätigkeitsfeld zu einem Telefoninterview eingeladen. Als dritter Schritt wurde nach dem Schneeballsystem jede kontaktierte Person danach gefragt, ob sie weitere Programme oder Personen kenne, die im Rahmen dieser Bestandsaufnahme von Interesse seien und kontaktiert werden sollten. Dieser vom 15. Juni bis 1. November 2013 dauernde intensive Suchprozess führte zum erwünschten Effekt der Sättigung. Nach ca. 600 initialen Telefon- und Mailkontakten wurden insgesamt N=383 Personen kontaktiert. Davon haben N=217 Personen schriftlich, per E-Mail oder telefonisch geantwortet. Von den 92 genannten Programmen entsprachen 44 den bereits erläuterten Einschlusskriterien. Es kann davon ausgegangen werden, dass mit dieser Vorgehensweise die in der Schweiz existierenden Programme, die den Selektionskriterien entsprechen, zu einem hohen Anteil erfasst werden konnten.

Nachdem die gesuchten Programme identifiziert waren, wurde die Umfrage anhand eines standardisierten Fragebogens durchgeführt, der die wichtigsten Eigenschaften des jeweiligen Angebots erfasste.

Tab. 9.1 Art der kontaktierten Organisationen nach regionalem Niveau (Erhebungswelle I)

Art der Institution	Beispiele	Regionales Niveau	
		National	Kantonal
Verwaltung im Bereich öffentliche Gesundheit	Gesundheitsdirektionen, Kantonsärzte/-ärztinnen, Bundesamt für Gesundheit	x	x
Leistungserbringer und Verbände allgemein	Universitätsspitäler und in Kantonen ohne Universitätsspital das entsprechende Kantonsspital, Spitex, Ärzteverbände		x
Leistungserbringer in Netzwerken	Ärztetzwerke, Forum Managed Care, telemedizinische Zentren (z. B. Medgate)	x	x
Universitäten, Fachhochschulen	Institute für Hausarzt-, Sozial- und Präventivmedizin, Hochschulen für Gesundheit		x
Versicherer	CSS, Helsana, Groupe Mutuel	x	
Pharmazie	MSD, Zeneca, Pfizer, Sanofi	x	
Fachverbände und Organisationen im Bereich öffentliche Gesundheit	FMH, SBK, Public Health Schweiz, Gesundheitsligen	x	x

Quelle: Ebert et al., 2015

© Obsan 2015

Ergebnisse der Umfrage

Die Studie von Ebert et al. (2015) identifizierte im Jahr 2013 in der Schweiz *insgesamt 44 spezialisierte strukturierte Behandlungsprogramme* für Erwachsene mit chronischen Krankheiten.¹⁰ Sie deckten folgendes Krankheitsspektrum ab: Diabetes, Lungenkrankheiten, Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebs, HIV/AIDS, psychische und neuropsychiatrische Krankheiten (z. B. Depression oder Alzheimer), geriatrische Syndrome, rheumatische Krankheiten, Erkrankungen der Niere, Multimorbidität und schliesslich verschiedene chronische Krankheiten. Eine ähnliche Studie im Jahr 2007 identifizierte erst sieben solche Programme zur Behandlung von chronisch Kranken in der Schweiz (Peytremann-Bridevaux & Burnand, 2009).

Tab. 9.2 Anzahl Behandlungsprogramme für bestimmte chronische Krankheiten nach Region/Kanton, 2013

Zielgruppe	Genfersee-Region			Espace Mittelland				Nordwestschweiz		ZH	Ostschweiz		Zentral-schweiz		Interkanton	Total
	GE	VD	VS	BE	FR	NE	SO	BL	BS	ZH	SG	TG	NW	ZG		
Diabetes	1	1		1	2			1	1	1	1				2	11
Lungenkrankheiten				1					1		1				1	4
Herz-Kreislauf-Krankheiten (inkl. zerebrovasculäre Erkrankungen)		1									1	1	1			4
Krebs		1			1	1										3
Psychische und neurologische Krankheiten	1	3							1		1			1		7
Geriatrische Syndrome	1	1				1				1						4
Rheumatische Krankheiten									1							1
Erkrankungen der Niere				1	1	1										3
Multimorbidität	1						1		1	1		1			1	6
Verschiedene Krankheiten															1	1
Total	4	7	2	2	4	2	1	1	5	3	4	2	1	1	5	44

nur Programme für Erwachsene

Aus den Kantonen Aargau, Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus, Graubünden, Jura, Luzern, Obwalden, Schaffhausen, Schwyz, Tessin und Uri wurden keine Programme gemeldet.

Quelle: Ebert et al., 2015

© Obsan 2015

¹⁰ Im Unterschied zum Schwerpunktthema dieses Gesundheitsberichts (nicht-übertragbare chronische Krankheiten) wurden in der Studie von Ebert et al. (2015) alle chronischen Krankheiten (inklusive übertragbare) berücksichtigt. Eines der 44 Programme schliesst auch die Behandlung einer übertragbaren chronischen Krankheit (HIV/AIDS) mit ein.

Eine der Fragestellungen der Studie betraf die regionale Verteilung dieser Programme für chronisch kranke und multimorbide Personen in der Schweiz. In der Tabelle 9.2 finden Sie eine Zusammenstellung der existierenden Programme, aufgeschlüsselt nach Kanton und Zielgruppe. Am meisten Programme werden zu Diabetes und zu psychischen und neuropsychiatrischen Krankheiten angeboten. Spezifische Programme für Patientinnen und Patienten mit mehreren chronischen Krankheiten (Multimorbidität) existieren lediglich in den Kantonen Genf, Solothurn, Basel-Stadt, Zürich und Thurgau. Aus den Kantonen Jura, Aargau, Appenzell A.-Rh., Appenzell I.-Rh., Glarus, Graubünden, Schaffhausen, Luzern, Obwalden, Schwyz, Uri und Tessin wurde kein spezifisches Behandlungsprogramm für chronisch kranke Personen gemeldet.

Die Existenz eines Programms alleine sagt aber nicht viel über den Abdeckungsgrad der betroffenen Zielgruppe in einem Kanton aus, da diese Angebote von etwa 10 Patientinnen und Patienten bis zu 20'000 Patientinnen und Patienten einschliessen können. Um die Reichweite der existierenden Angebote ganz grob abschätzen zu können, mag die Information dienlich sein, dass die Hälfte der Programme (zu denen diesbezüglich Informationen vorlagen)¹¹ 100 Patientinnen bzw. Patienten oder weniger betreut. Betrachtet man die Verteilung der Programme auf die Regionen, dann scheint das Angebot eher punktuell und zufällig entstanden zu sein als auf der Grundlage einer kantonalen oder gemeindeorientierten Planung zur Versorgung der Bevölkerung. Viele dieser Angebote sind denn auch von Spitälern oder auf persönliche Initiative von einzelnen Fachpersonen aufgebaut worden.

« Diese in der Schweiz einmalige Studie erlaubte es, 44 Programme zu erfassen. Im Vergleich: 2007 wurden 7 Programme identifiziert. Dennoch reichen Anzahl und Verbreitung dieser Programme bei weitem nicht aus, um einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit und die Versorgung aller chronisch kranken Patientinnen und Patienten in der Schweiz zu ermöglichen. »

(Ebert et al., 2015, S. 40; Übersetzung aus dem Französischen)

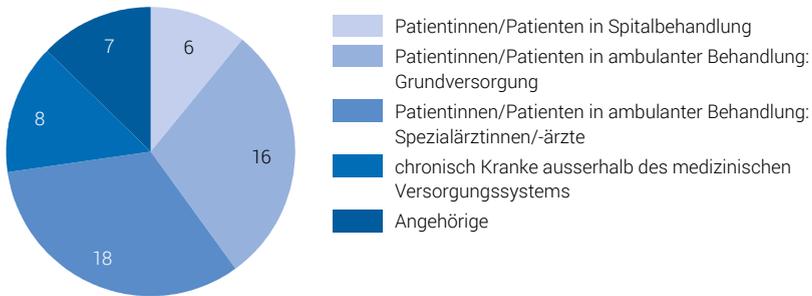
Von diesen 44 Programmen, die sich per Selektionskriterium an Erwachsene richten, sind 9% auf Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren spezialisiert. Ein kleiner Teil der Programme betreut neben der Altersgruppe der Erwachsenen auch Kinder und Jugendliche (5%) oder alle Personen ab 16 Jahren (2%).

¹¹ Zur Frage der Anzahl betreuten Patientinnen und Patienten liegen lediglich für 27 der 44 Programme Informationen vor.

Wie man der Abbildung 9.3 entnehmen kann, sprechen die meisten Programme Patientinnen und Patienten in einer ambulanten Behandlung an. Insgesamt 43 Angebote richten sich u. a. an Personen in ambulanter Behandlung (16 bei Hausärztinnen und Hausärzten; 18 bei Spezialärztinnen und Spezialärzten).¹² Sechs der Programme betreuen Personen in Spitalbehandlung; 8 richten sich an die Allgemeinbevölkerung und 7 beziehen auch die Angehörigen der erkrankten Personen mit ein. Entsprechend finden die meisten Interventionen und Kontakte in einer ambulanten Praxis statt (32 Programme), 20 innerhalb von Spitälern, 12 bei Patientinnen und Patienten zu Hause, 11 in gemeindenahen Strukturen und bei zwei Programmen werden auch telefonische Kontakte angeboten.

Anzahl Programme zur Versorgung chronisch kranker Erwachsener nach Zielgruppe, 2013

Abb. 9.3



Mehrfachantworten sind möglich

Quelle: Ebert et al., 2015

© Obsan 2015

Welche Elemente des CCM sind in den Schweizer Programmen umgesetzt?

In der folgenden Tabelle 9.3 wird dargestellt, in welchem Ausmass die 44 erfassten Versorgungsprogramme, die Kriterien des CCM erfüllen. Die entsprechenden Details je Programm finden Sie im Hintergrundbericht von Ebert et al. (2015).

Ein Grossteil der Programme (91%) unterstützt mittels verschiedener Elemente die Kompetenzen und die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten, ihre aktive Beteiligung an der Entscheidungsfindung und an der Ausgestaltung der Behandlung. Bei der Organisation ihrer Leistungen weisen alle 44 Programme einzelne Elemente des CCM auf. Es sind aber weniger als die Hälfte, die eine multidisziplinäre Zusammenarbeit pflegen (43%). Was die klinische Entscheidungsfindung betrifft, stützt sich gut die Hälfte

¹² Mehrfachantworten pro Programm möglich; es gibt Programme mit mehreren Zielgruppen und Programme, bei denen Interventionen und Kontakte an mehreren Orten stattfinden können.

aller Programme (57%) auf definierte Instrumente gemäss CCM. Schliesslich zeigt sich eine sehr breite Anwendung von klinischen Informationssystemen innerhalb der Programme: 91% haben einzelne Elemente eines solchen Informationssystems realisiert. Am meisten verbreitet ist die Rückmeldung medizinischer Informationen an die Behandelnden. Ein gemeinsames Informationssystem weisen hingegen lediglich 39% der Programme auf. Die Mehrheit der Programme erhielt eine spezifische Abgeltung für ihr Angebot. Diese war aber in der Regel bescheiden und deckte die Kosten nur partiell.

Tab. 9.3 Zentrale Elemente des Chronic Care Modells in den Programmen zur Versorgung chronisch Kranker, 2013

	Anzahl	in %
Zielsetzung des Programms		
Existenz einer spezifischen Zielsetzung des Programms	44	100
Unterstützung zum «Selbstmanagement»	40	90,9
Patientenedukation	33	75,0
Evaluation und Dokumentation der Aktivitäten und der Anforderungen des Selbstmanagements	24	54,5
Bereitstellung von Materialien/Hilfsmitteln für die Patientinnen und Patienten	25	56,8
Aktiver Einbezug der Patientinnen und Patienten in die Erstellung des Behandlungsplans und die Formulierung der Behandlungsziele	29	65,9
Organisation der Leistungen	44	100,0
Multidisziplinarität der Mitarbeitenden	19	43,2
Definition der Rollen- und Aufgabenteilung der Mitarbeitenden	39	88,6
Regelmässige, formelle Treffen des Behandlungsteams	24	54,5
Geplantes Follow-up, Nachfassen der Patientinnen und Patienten	24	54,5
Unterstützung der klinischen Entscheidungsfindung	25	56,8
Nutzung von Guidelines	10	22,7
Weiterbildung des medizinischen Personals/Pflegepersonals	19	43,2
Zugang zu spezialisierten Fachärztinnen und Fachärzten	11	25,0
Klinisches Informationssystem	40	90,9
Erinnerungssystem	5	11,4
Patientenregister	2	4,5
Monitoring der Leistungen («Teamperformance»)	1	2,3
Feedback an das betreuende/verantwortliche Personal im Gesundheitswesen	31	70,5
Gemeinsames Informationssystem (z.B. elektronische Patientenakte)	17	38,6
Andere Elemente klinischer Informationssysteme	5	11,4

Quelle: Ebert et al., 2015

© Obsan 2015

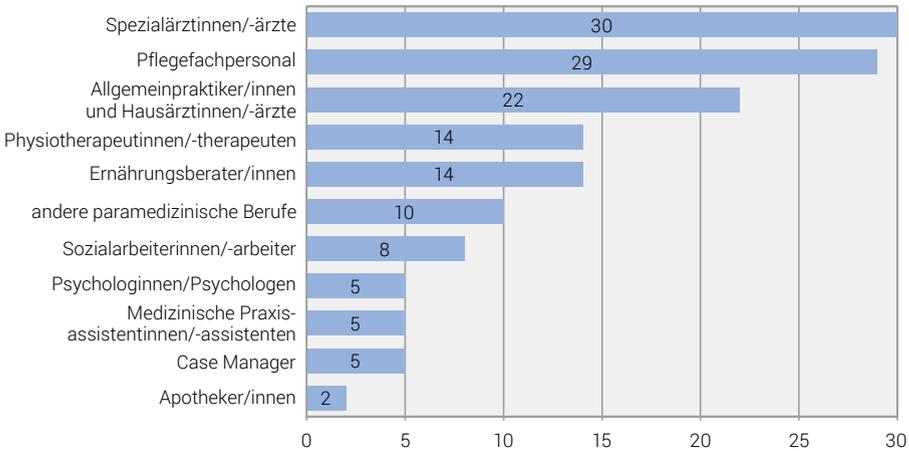
Wichtig zur Beschreibung der existierenden Programme ist sicherlich auch die professionelle Zusammensetzung der Behandlungsteams. In den 44 Programmen sind die Behandlungsteams aus einer bis maximal acht verschiedenen Gesundheitsberufsgruppen zusammengesetzt (Mittelwert: 3,3 Berufsgruppen; Median:

3 Berufsgruppen). Es mag erstaunen, dass lediglich 43,2% der Programme angeben, multidisziplinär zu arbeiten (vgl. Tabelle 9.3), aber diese Diskrepanz ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass eine multidisziplinäre Zusammensetzung eines Teams noch lange keine multidisziplinäre Art der Zusammenarbeit im Sinne einer Aufgaben- und Kompetenzteilung «auf Augenhöhe» bedeutet.

In der Abbildung 9.4 sind nun alle Berufsgruppen aufgeführt, die in den spezifischen Versorgungsprogrammen für chronisch Kranke tätig waren. Am häufigsten vertreten sind die Spezialärztinnen und Spezialärzte (in 30 der 44 Programme). Ebenfalls in sehr vielen Programmen arbeiten Pflegefachpersonen. Erstaunlicherweise sind lediglich in der Hälfte der Programme Hausärztinnen oder Hausärzte vertreten, obwohl diese als ideal für einen kontinuierlichen Bezug und die Koordination der Behandlung bezeichnet werden. Ebenfalls recht häufig sind Personen mit Abschlüssen aus den Bereichen Physiotherapie, Ernährung und Sozialarbeit in den Teams vertreten. In lediglich fünf Programmen arbeiten Fachleute in Psychologie, Case Management oder Medizinischer Praxisassistenten mit. In zwei Programmen sind Apothekerinnen bzw. Apotheker vertreten. Die meisten Behandlungsteams bestehen aus der folgenden Kombination: Spezialärztinnen bzw. Spezialärzte zusammen mit Pflegepersonal (15 Programme). Lediglich in 9 Programmen existiert eine Zusammenarbeit aus der obigen Zusammensetzung und medizinischen Grundversorgerinnen bzw. Grundversorgern.

Anzahl Behandlungsprogramme, in denen verschiedene Berufsgruppen vertreten sind, 2013

Abb. 9.4



Quelle: Ebert et al., 2015

© Obsan 2015

9.3 Die Rahmenbedingungen zur Einführung von integrierten Versorgungsmodellen in der Schweiz

Trotz dem fachlichen und politischen Konsens, dass eine Reform der Gesundheitsversorgung notwendig ist, um dem bereits heute bestehenden und zukünftig noch wachsenden Mangel in der Betreuung von chronisch kranken und multimorbiden Personen zu begegnen, hat sich bisher noch zu wenig verändert. Der Widerspruch zwischen der breit getragenen Erkenntnis, dass eine Änderung notwendig ist, und der mangelnden Einführung von neuen Versorgungsmodellen erklärt sich dadurch, dass neben den Kräften, die einen Wandel fordern und vorantreiben, auch Barrieren existieren, die diesem Wandel entgegenstehen. Ausserdem ist der optimale Weg der Reform umstritten und geht von der Forderung nach kleinen Schritten beispielsweise bei der Abgeltung von Zusatzleistungen (wie z. B. im Bereich der Koordination von verschiedenen Berufsgruppen) bis hin zu einer vollständigen Umgestaltung des Finanzierungssystems, der Gesundheitsberufsordnung und der gesetzlichen Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung.

Im Folgenden werden die wichtigsten förderlichen wie auch hemmenden Faktoren bei der Umsetzung von integrierten Versorgungsmodellen in der Schweiz kurz vorgestellt.

Förderliche Faktoren

Im Januar 2013 wurden die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrats für die folgenden acht Jahre veröffentlicht. Die Reformstrategie mit dem Titel «*Gesundheit2020*» wird als Gesamtschau der nationalen öffentlichen Gesundheit bezeichnet, welche Handlungsfelder, Ziele und Massnahmen definiert. Der notwendige Wandel in der Gesundheitsversorgung mit einer Verlagerung vom akuten auf den chronischen Bereich wird in dieser Strategie als prioritäre Herausforderung für die kommenden Jahren bezeichnet.

Folgende Veränderungen und Entwicklungen werden in diesem Zusammenhang vom Bundesrat aufgezeigt:

- Eine stärkere Orientierung an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ist notwendig.
- Die Kompetenzen der Patientinnen und Patienten zum Selbstmanagement sollen gestärkt werden.
- Die Bevölkerung soll in ihrer Rolle als Akteur im Gesundheitssystem gestärkt und ihre Kompetenzen zur Betreuung von Angehörigen sollen genutzt werden.

- Die Leistungserbringer sollen sich besser koordinieren und differenzierter auf die Bedürfnisse der Betroffenen eingehen, ausserdem sollen sie die neuen Technologien besser nutzen.
- Eine Verlagerung von Ressourcen in der Gesundheitsversorgung weg vom akuten und stationären Bereich hin zum chronischen und ambulanten Bereich ist notwendig.
- Die Leistungen sollen zukünftig stärker auf die Prävention von Krankheiten, die Langzeitversorgung von chronisch kranken Menschen und den letzten Lebensabschnitt ausgerichtet sein.
- Die Finanzierungsmechanismen via Krankenversicherungsgesetz müssen entsprechend angepasst werden.
- Es braucht eine neue Bildungsstrategie für die Gesundheitsberufe, wobei Quantität und Qualität der Fachleuchte im Gesundheitswesen entsprechend den zukünftigen Bedürfnissen berücksichtigt werden.

Aus diesen Forderungen leitet der Bundesrat Handlungsfelder und Ziele ab, von denen einige die Gesundheitsversorgung von chronisch kranken und multimorbiden Personen in besonderem Ausmass betreffen. Das Ziel 1.1 «Zeitgemässe Versorgungsangebote fördern» fordert als eine der Massnahmen explizit die Verbesserung der integrierten Versorgung bei chronischen Krankheiten. Im Ziel 2.3 «Versicherte und Patientinnen/Patienten stärken» wird u. a. eine Förderung der Selbstkompetenz der Patientinnen und Patienten gefordert. Im Ziel 3.3 «Mehr und gut qualifiziertes Gesundheitspersonal» schliesslich wird verlangt, dass die Lerninhalte der universitären und nicht-universitären Ausbildung und Weiterbildung an die Anforderungen einer integrierten Versorgung angepasst werden sollen. Abschliessend kann festgehalten werden, dass die Reform der Gesundheitsversorgung hin zu einer patientenzentrierten integrierten Versorgung in der Strategie des Bundesrates eine hohe Priorität hat.

Weitere Strategien, die von Bund und Kantonen gemeinsam getragen werden und in diesem Zusammenhang Bedeutung haben, sind die Nationale Strategie gegen Krebs 2014–2017, welche vom Dialog Nationale Gesundheitspolitik gutgeheissen und am 3. Juli 2013 vom Bundesrat verabschiedet wurde. Sie konzentriert sich auf die Bereiche: Vorsorge, Betreuung und Forschung; die Nationale Demenzstrategie 2014–2017, welche sich zum Ziel setzt, die Belastungen von Demenzkranken und ihren Bezugspersonen zu verringern und die Lebensqualität der Betroffenen zu erhöhen. Erste Projekte wurden in den Bereichen Sensibilisierung, Diagnostik, Finanzierung, Ethik, Empfehlungen für die Grundversorgung und Verbesserung der Datenlage lanciert; die Strategie Palliative Care, welche sich mit Versorgungskonzepten und -strukturen, mit Finanzierungssystemen, Sensibilisierung, Freiwilligenarbeit und Fachkompetenzen befasst. Die nationale Strategie Prävention nicht-übertragbarer Krankheiten soll die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung verbessern sowie

Rahmenbedingungen schaffen, die ein gesünderes Verhalten vereinfachen. Sie wurde am 21. November 2013 vom Dialog Nationale Gesundheitspolitik gestartet und befasst sich im Teilprojekt 1 mit Risikofaktoren, nationalen Präventionsaktivitäten und möglichen Synergien zu krankheitsspezifischen Strategien; im Teilprojekt 2 mit der Stärkung der Prävention in der Gesundheitsversorgung. Die zwei entsprechenden Arbeitsgruppen haben Ende März 2014 ihre Arbeit begonnen. Seit Anfang 2015 liegen ihre Berichte vor, die als Grundlage für die Strategie- und Massnahmenplanung in den Jahren 2015 und 2016 dienen sollen. Im Bereich der psychischen Gesundheit wurde bisher keine eigentliche Strategie erarbeitet, sondern die Anstrengungen von Bund und Kantonen konzentrieren sich auf einen kontinuierlichen Dialog zum Thema, eine bessere Vernetzung und Koordination unter den Akteuren durch die Schaffung des «Netzwerks psychische Gesundheit» sowie auf konkrete Massnahmen im Bereich Depressionen mit dem Aktionsprogramm zur Früherkennung und Behandlungsoptimierung «Bündnis gegen Depression». Schliesslich wird im Rahmen der Programme zur Ernährung und Bewegung ein neues Projekt realisiert, welches innerhalb der Grundversorgung neue Modelle testet, die Gesundheitscoaching für Patientinnen und Patienten anbieten. Dabei wird besonderes Augenmerk auf die Vernetzung von chronisch Kranken mit vorhandenen gemeindenahen Ressourcen gelegt. Weiterführende Informationen zu diesen Strategien finden sich unter: www.bag.admin.ch → Themen → Krankheiten und Medizin → Nicht-übertragbare Krankheiten

Wandel in der medizinischen Grundversorgung: Sowohl der Bund wie auch die Kantone äussern sich seit einigen Jahren davon überzeugt, dass die gesamte medizinische Grundversorgung in der Schweiz einem tiefgreifenden Wandel unterzogen werden muss, um den zukünftigen Herausforderungen gewachsen zu sein (BAG, 2013a; GDK & BAG, 2012). Unter diesen Herausforderungen verstehen sie insbesondere die demografische Alterung, eine Zunahme von chronischen Erkrankungen und den bereits bestehenden und sich zukünftig verschärfenden Mangel an Personal in den beiden zentralen Berufsgruppen der medizinischen Grundversorgung (Hausärztinnen/ Hausärzte sowie Pflegefachpersonen).

Ausgangspunkt für die Forderungen nach einem Wandel in der Grundversorgung war also nicht primär die Optimierung der Behandlung von chronisch kranken Menschen, sondern die Sorge um die Versorgungssicherheit in der Schweiz, insbesondere in ländlichen Regionen. Diese Überlegungen führten zur Entwicklung von neuen Modellen der Grundversorgung, die in vielen Aspekten den Leitideen der integrierten Versorgung entsprechen (GDK & BAG, 2012, S. 10). Vorgeschlagen wurde u. a. der Zusammenschluss von mehreren Leistungserbringern zu Gesundheitszentren, eine neue Kompetenz- und Arbeitsteilung zwischen Fachleuten der Medizin und der Pflege (Stichwort: Advanced Nurse Practitioner, ANP; siehe Kasten), die pluridisziplinäre Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Gesundheitsfachberufen mit

Tertiärabschluss («auf Augenhöhe») und insbesondere die integrierte Versorgung von chronisch kranken und multimorbiden Personen. Primäre Ansprechpartnerin bzw. primärer Ansprechpartner und in diesem Sinne Bezugsperson wäre in den meisten Fällen die Hausärztin bzw. der Hausarzt oder bei chronisch kranken Personen je nach Bedarf eine ANP. Dieselben Überlegungen und Forderungen wurden auch von Berufsverbänden der Medizin und der Pflege formuliert (z. B. SAMW, 2011; DeGeest, 2011). Teilweise werden auch weitere Gesundheitsberufe in diese Überlegungen mit einbezogen, wie z. B. Medizinische Praxisassistentinnen (Ebert et al., 2015).

Advanced Nurse Practice (ANP)

Unter «Advanced Nurse Practice (ANP)» werden in der internationalen Literatur die Fähigkeiten und Fertigkeiten von akademisch ausgebildeten und praxiserfahrenen Pflegefachpersonen auf Master- oder Doktorsniveau verstanden. Sie arbeiten fachlich selbständig mit Patientinnen und Patienten in den verschiedenen Versorgungsbereichen wie Spitälern, Pflegeheimen, Spitex oder gemeindenahe Praxen. Advanced Practice Nurses (APN) sind in verschiedenen Ländern wie USA, Kanada oder den skandinavischen Ländern seit längerem etabliert, wobei sowohl eine Delegation von ärztlichen Aufgaben (die Verantwortung verbleibt bei der Ärztin bzw. dem Arzt), wie auch eine Substitution der Aufgaben (die Verantwortung ist bei der APN) möglich ist.

Eine Cochrane Review (Laurant et al., 2004) zur Substitution von ärztlichen Aufgaben an APN kommt zum Schluss, dass adäquat ausgebildete Pflegefachpersonen in spezifischen ambulanten Situationen die gleiche Qualität der Versorgung und der Behandlungsergebnisse erzielen wie Ärztinnen und Ärzte. Eine neue Review (Martínez-González et al., 2014) zur selben Thematik bestätigt diesen Befund: Die Meta-Analysen zeigen, dass die Behandlung durch Pflegefachpersonen in der Grundversorgung entweder die gleiche oder teilweise auch eine bessere Wirksamkeit aufweist. Beide Reviews verweisen aber auch auf die bisher mangelhafte Datengrundlage, welche definitive Rückschlüsse auf die Vergleichbarkeit der Qualität der Versorgung noch nicht möglich macht.

Der Begriff «neues Versorgungsmodell» wird innerhalb dieser Diskussion um die Grundversorgung nicht deckungsgleich mit den Konzepten von integrierten Versorgungsmodellen für chronisch Kranke verwendet, wie sie bisher in diesem Kapitel diskutiert wurden. Zum einen zählen Bund und Kantone auch den akuten Versorgungsbereich dazu; zum anderen orientieren sich diese neuen Versorgungsmodelle der Grundversorgung zwar in vielen Zielsetzungen an dem «Chronic Care Model», gehen aber in zentralen Anforderungen weniger weit als die integrierten Versorgungsmodelle. Trotzdem sind die Überlegungen und Massnahmen zu diesem Wandel in der Grundversorgung von grosser Bedeutung für die Einführung von integrierten Versorgungsmodellen, da sie in die gleiche Richtung zielen und damit förderliche

Rahmenbedingungen für diese schaffen. Am 18. Mai 2014 hat die Bevölkerung der Schweiz dem *neuen Verfassungsartikel über die medizinische Grundversorgung* deutlich zugestimmt. Mit diesem Bundesbeschluss über die medizinische Grundversorgung (direkter Gegenentwurf zur Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin») wurden die rechtlichen Voraussetzungen für eine neue Ausgestaltung der Grundversorgung geschaffen. Darin enthalten sind Bestimmungen über die Zielsetzung, die Leistungserbringer, deren Zusammenarbeit, die Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsfachpersonen sowie die Finanzierung der Hausarztmedizin. In Zukunft soll das Gesundheitswesen von integrierten und interprofessionellen Versorgungsformen geprägt werden. Die Leistungen der Grundversorgung sollen nicht durch eine einzelne Berufsgruppe, sondern von verschiedenen Fachpersonen und Institutionen erbracht werden. Die Hausarztmedizin wird als «Rückgrat» der Grundversorgung bezeichnet, aber gleichzeitig wird auch betont, dass nur durch eine Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen eine qualitativ hochstehende, integrierte Versorgung möglich wird. Der Bundesbeschluss gibt dem Bund die Kompetenz, die Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsfachberufe umfassend zu regeln.

Ein weiterer Politikbereich, der einem starken Wandel unterzogen ist, der sich förderlich auf die Einführung der integrierten Modelle auswirken wird, ist die *Gesundheitsbildung* (vgl. dazu auch den Lancet Report: Bhutta et al., 2010). Die Vorgaben, welche Fähigkeiten und Fertigkeiten die verschiedenen Gesundheitsberufsgruppen in der Ausbildung erwerben müssen, wurden und werden zurzeit überarbeitet. In der Ausbildung der universitären Medizinalberufe wie auch der Gesundheitsberufe auf Fachhochschulniveau werden neue Zusammenarbeitsformen erlernt, indem interprofessionelle Module in der Ausbildung der Gesundheitsberufe erarbeitet und eingeführt werden. Neue Berufsabschlüsse werden erarbeitet und teilweise bereits heute angeboten (z. B. APN an der Universität Basel seit dem Jahr 2000). Im Jahr 2007 trat das Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe in Kraft. Damit wurde eine normative Grundlage geschaffen, die im Interesse der öffentlichen Gesundheit die Qualität der Aus- und Weiterbildung sowie der Berufsausübung fördert und dazu auch Kompetenzen betreffend die Zusammenarbeit unter den Berufen avisiert. Ziel ist, dass die neu ausgebildeten Medizinalpersonen in der Lage sind, sich den zahlreichen künftigen Herausforderungen im Gesundheitsbereich (u. a. Behandlung von chronisch und mehrfach erkrankten Personen) zu stellen. Kürzlich wurde die Vernehmlassung zum Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe abgeschlossen. Dieses neue Gesetz soll die Qualität der Ausbildung und der Berufsausübung in den Gesundheitsberufen fördern, die auf Bachelorstufe an den Fachhochschulen vermittelt werden. Unter anderem geht es auch um die Abstimmung der Kompetenzen und die zukünftige praktische Zusammenarbeit zwischen den universitären Medizinalberufen und der Berufe auf Fachhochschulniveau. Noch offen ist, ob auch Gesundheitsberufe mit Masterabschluss, namentlich der Beruf der Pflegeexpertin bzw. des Pflegeexperten APN, in

diesem Gesetz gefördert und geregelt werden sollen. Damit wäre die Möglichkeit gegeben, dass Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN in spezifischen Versorgungsbereichen Kompetenzen und Aufgaben von Hausärztinnen und Hausärzten übernehmen würden.

Demografischer Wandel im Arztberuf: Entsprechend dem hohen Durchschnittsalter der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte ist eine grosse Pensionierungswelle im Arztberuf absehbar (Jaccard Ruedin et al., 2007). Die Problematik des hohen Durchschnittsalters respektive des tiefen Anteils an jungen Ärztinnen und Ärzten ist im Grundversorgungsbereich am stärksten ausgeprägt: Fast die Hälfte der Grundversorgerinnen und Grundversorger wird bis 2022 das Pensionsalter erreicht haben (Stand per 2011: Durchschnittsalter: 53,3 Jahre; Burla & Widmer, 2012). Die neu ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung sind zu einem wachsenden Anteil Frauen, die öfter als ihre männlichen Kollegen Teilzeit arbeiten wollen. Aber auch die gleichaltrigen männlichen Berufskollegen streben heute mehrheitlich eine Mitarbeit in Gruppenpraxen an, um Berufs-, Familien- und Freizeitleben vereinbar zu machen. Aufgrund dieses Wandels erhöht sich quasi natürlicherweise die Wahrscheinlichkeit, dass in Zukunft mehr Gruppenpraxen entstehen und in einem Team gearbeitet wird.

Neue Berufsbilder: Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat im Jahr 2007 ein Papier veröffentlicht und 2011 mit neuen Kommentaren ergänzt, das als Diskussionsgrundlage für die zukünftige Entwicklung der Berufsbilder von Ärztinnen, Ärzten und Pflegefachpersonen gedacht ist (SAMW, 2011). Die darin vorgestellten neuen Berufsbilder entsprechen im Bereich der Grundversorgung sowohl für den medizinischen wie den pflegerischen Beruf weitgehend den Forderungen des CCM. In dem Papier wird aber auch auf Konflikte hingewiesen, die der Umsetzung der neuen Berufsbilder hinderlich sind (insbesondere Besitzstandwahrung und Konflikte um Schnittstellen zwischen Generalistinnen bzw. Generalisten und Spezialistinnen bzw. Spezialisten; Ärzteschaft und Pflegefachpersonen).

Hemmende Faktoren

Im Folgenden werden die wichtigsten Faktoren aufgeführt, die sich bisher hemmend auf die Einführung von integrierten Modellen für chronisch kranke Menschen auswirken. In einer Studie von Lauvergeon et al. (2012) wurde eine breite Palette von Stakeholdern zu ihrer Wahrnehmung von möglichen Barrieren, unterstützenden Faktoren («Facilitators») und finanziellen Anreizen zur Teilnahme («Incentives») an solchen Modellen befragt. Es wurden fünf Fokusgruppen¹³ und 33 persönliche Interviews

¹³ Eine Fokusgruppe (FG) mit Diabetespatientinnen und -patienten; zwei FG mit Allgemeinpraktikerinnen, -praktikern; eine FG mit Fachärztinnen, -fachärzten; eine FG mit Pflegepersonal.

durchgeführt. Für die Interviews wurden kantonale Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren angefragt sowie Mitglieder von öffentlichen Behörden, Fachleute in der Versorgung von chronisch Kranken, Ärztenetze, Versicherungen, Verbände und Patientenorganisationen. Schliesslich wurden 25 Interviews in französischer Sprache und 8 Interviews in deutscher Sprache durchgeführt.

Auf der politischen Ebene wurde von allen Fokusgruppen mit Ausnahme der Patientinnen bzw. den Patienten das *föderale System* als wichtige Barriere erwähnt. Begründet wurde dies damit, dass eine gesamtschweizerische Einführung von integrierten Versorgungsprogrammen durch die kantonale Autonomie in der Organisation der Gesundheitsversorgung erschwert werde. Es brauche ein Rahmengesetz auf nationaler Ebene, um diese Schwierigkeit zu überwinden. Auf der politischen Ebene wurde zudem erwähnt, dass die Einschätzung der befragten Personen über die Notwendigkeit der Einführung solcher Programme in der Schweiz divergiere. Während die einen überzeugt von deren Notwendigkeit waren, gaben andere zu bedenken, dass die meisten Forderungen solcher Programme in der Schweiz in der Regelversorgung bereits erfüllt seien.

Auf der finanziellen Ebene wurde von allen Befragten das *Finanzierungssystem* als wichtige Barriere erwähnt, weil wichtige Elemente der integrierten Versorgung (Prävention, Förderung des Selbstmanagements, Koordinationsleistungen im Team) im heutigen Abgeltungssystem nicht vergütet werden könnten. Befürchtungen über eine *Zunahme der Kosten* bei Einführung dieser Programme wurden ebenfalls als Barriere erwähnt. Weiter wurden Probleme bei der Motivation der Versicherer zur Einführung dieser Programme erwähnt. Die Versicherer hätten wenig Anreiz, Programme für chronisch kranke Personen einzuführen, da sie damit schlechte Risiken anziehen würden.

Auf der organisationalen Ebene wurde von den Pflegefachpersonen und den Mitgliedern der öffentlichen Verwaltung im Bereich öffentliche Gesundheit die *Furcht vor Transparenz* der Leistungsdaten als weitere Barriere erwähnt. Die Leistungserbringer hätten eine tiefgreifende Furcht davor, dass Daten zur Wirksamkeit ihrer Behandlung öffentlich einsehbar und vergleichbar gemacht würden. In diesem Zusammenhang wurde von Ärztinnen und Ärzten sowie den Mitgliedern der öffentlichen Verwaltung auch erwähnt, dass bisher wichtige statistische Daten zu chronisch kranken Personen fehlen würden.

Auf der Ebene der Berufe wurden folgende Barrieren erwähnt: *die Rigidität* der Programme, welche die heutige Autonomie und Freiheit sowie bewährte Zusammenarbeitsmodelle der Praxis einschränken würden; der *Mangel an ärztlichem Personal* und das Ungleichgewicht zwischen Grundversorgern und Spezialistinnen bzw. Spezialisten; die mangelnde Motivation der Grundversorger zur Teilnahme an den Programmen, da vor allem die älteren Ärztinnen und Ärzte gewohnt sind, alleine und selbstbestimmt zu arbeiten.

Gestützt auf diese Studie kommen Lauvergeon et al. (2012) zum Schluss, dass die wichtigsten Barrieren im föderalen System, in der heutigen Ausgestaltung des Finanzierungssystems, in der Unklarheit der Kostenfolgen (Kosteneinsparung aufgrund der Verhinderung von Doppelspurigkeiten versus Verteuerung der Kosten aufgrund der Ausweitung des Leistungskatalogs) und schliesslich in der mangelnden Motivation zur Teilnahme an solchen Programmen sowohl bei den Patientinnen und Patienten wie auch den Ärztinnen und Ärzten liegen.

Als weitere Barrieren, welche die Einführung der integrierten Versorgungsmodelle und -programme in der Schweiz behindern, werden erwähnt (GDK & BAG, 2012; Ebert et al., 2015): Das gültige Tarifsystem mit der Vergütung von Einzelleistungen führt zu falschen Anreizen und erschwert eine patientenzentrierte Betreuung. Dies gilt nicht nur für ärztliche Leistungen, sondern beispielsweise auch für die Leistungsabgeltung in der Spitex. Die freie Arztwahl erschwert eine optimale Lenkung von Patientenwegen, wird aber von einer grossen Mehrheit der Bevölkerung gewünscht. Besitzstandwahrung und damit verbundene Konflikte um neue Aufgabenteilungen zwischen Generalistinnen bzw. Generalisten und Spezialistinnen bzw. Spezialisten, zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten, Pflegefachpersonen und anderen Berufen im Gesundheitswesen blockieren den Wandel. Die starke Verbreitung von ärztlichen Einzelpraxen oder sehr kleinen Praxen in der Schweiz hat sich bisher als hemmender Umstand erwiesen. Dieser Faktor sollte sich aber durch den Generationenwechsel im Arztberuf mittelfristig abschwächen. Kompetenzen und Programme zur Patientenbefähigung sind in der Schweiz noch zu wenig ausgebildet. Es existieren bisher nur wenige Akteure, die entsprechende Programme anbieten und Kompetenzen vermitteln können. In der Schweiz besteht ein Mangel an Versorgungsforschung und damit an wissenschaftlich abgestütztem Wissen zu neuen Versorgungsmodellen und -programmen. Die Ausgestaltung der Sozialversicherungen mit der historisch bedingten Trennung von Sozial- und Krankenversicherung wird den komplexen Bedürfnissen von chronisch kranken und multimorbiden Personen oft nicht gerecht.

Ebert et al. (2015) schlagen vor, dass der nächste kurz- und mittelfristig umsetzbare Schritt in Richtung einer bedarfsgerechten Ausgestaltung von spezifischen Programmen für chronisch Kranke darin besteht, von den bisher realisierten exemplarischen Projekten zu einer grösseren Verbreitung zu gelangen. Als Beispiel für einen ersten Schritt in diese Richtung kann QualiCCare dienen, ein Projekt, das 2011 als nationale Initiative gegründet wurde (siehe Kasten).

Projekt QualiCCare

Bei diesem Projekt, das mit Unterstützung des Eidgenössisches Departement des Innern (EDI) im Jahr 2011 gestartet wurde, soll anhand von zwei ausgewählten Krankheiten (COPD und Diabetes Typ 2) aufgezeigt werden, welche Verbesserungen in der Versorgung mit einigen wichtigen Massnahmen erzielt werden können. Gestützt auf internationale Richtlinien wurden zentrale Behandlungselemente identifiziert, bei denen in der Schweiz im Vergleich zu «Best Practice»-Beispielen Verbesserungspotenzial besteht. Das Projekt baut auf der Prämisse auf, dass die Erhöhung der Behandlungsqualität kostenneutral erfolgt, da damit beispielsweise teure Spitalaufenthalte vermieden werden können. Zur Realisierung von QualiCCare wurde im Juli 2013 ein Verein gegründet. Unter den 23 Mitgliedern (Stand April 2014) sind u. a. das Bundesamt für Gesundheit, die Kantone Waadt und Zürich, die Lungenliga, die Universitäten Zürich und Lausanne, Verbände der Leistungserbringer (u. a. FMH), verschiedene Krankenversicherer und Pharmaunternehmen.

Die Massnahmen fokussieren im Bereich Diabetes und COPD auf die Patientenbefähigung und die Förderung des Selbstmanagements, spezifische Änderungen des Finanzierungssystems, um die Abgeltung von wichtigen Zusatzleistungen möglich zu machen, die Fortbildung der Gesundheitsfachpersonen sowie die Ausarbeitung von Behandlungsrichtlinien. Hinsichtlich der COPD soll auch die Gesundheitskompetenz der breiten Bevölkerung verbessert werden.

Bei der Behandlung von COPD sind im Rahmen von QualiCCare beispielsweise folgende Behandlungselemente vorgesehen: Verbesserung der Diagnostik; Rauchstopp-Behandlung; medikamentöse Therapie; Grippeimpfung; Selbstmanagement-Schulung und pulmonale Rehabilitation. Um eine Verbesserung der Behandlungsergebnisse in der Schweiz zu erreichen, sollen spezifische Massnahmen umgesetzt werden, welche die COPD-Patienten motivieren sollen, das Rauchen aufzugeben (z. B. Kostenerstattung bei lückenloser Absolvierung einer ärztlich verordneten Rauchstopp-Behandlung) oder sich gegen Grippe zu impfen (Erinnerungsschreiben durch Versicherer). Als zweites soll die Finanzierung von COPD-Selbstmanagement-Schulungen ermöglicht und geregelt werden. Andere Massnahmen betreffen die Erarbeitung und Etablierung von Behandlungsempfehlungen und eine Fortbildungsreihe für die Ärzteschaft in der Grundversorgung, Spezialistinnen bzw. Spezialisten sowie Pflegefachpersonen, um die Kompetenzen zur Diagnose und Behandlung von COPD zu verbessern. Schliesslich soll die Bevölkerung durch Informationskampagnen für das Thema COPD sensibilisiert werden.

Stand des Projekts: Gemäss Verein QualiCCare wurden im Herbst 2014 Pilotschulungen für Grundversorgerinnen und Grundversorger zur Behandlung der Diabetes durchgeführt. Die Pilotschulungen für COPD sind bereits abgeschlossen und werden evaluiert. Bereits veröffentlicht sind COPD Behandlungsempfehlungen für die Grundversorgung. 9 von 15 geplanten Behandlungsempfehlungen für Diabetes sind per Stand April 2014 verabschiedet, aber noch nicht publiziert.

Weiterführende Informationen: www.qualiccare.ch

QualiCCare stellt kein Versorgungsmodell als solches dar, sondern zeigt den Handlungsbedarf auf, falls mit einigen wenigen Massnahmen die Versorgung und Behandlungsqualität von möglichst der gesamten Patientengruppe, die von einer spezifischen Krankheit betroffen ist, verbessert werden soll. QualiCCare umfasst einige wichtige Elemente des «Chronic Care Model» wie zum Beispiel die Schulung und die Verbesserung des Selbstmanagements von Patientinnen und Patienten oder die Erarbeitung von Behandlungsrichtlinien. Andere Elemente, die insbesondere die Organisation oder die Arbeitsweise des Gesundheitsversorgungssystems betreffen wie Interdisziplinarität des Behandlungsteams, Definition einer Bezugsperson oder gemeinsame Entscheidungsfindungsprozesse «Shared decision making» sind hingegen nicht enthalten.

9.4 Schlussfolgerungen

Wichtige Akteure der öffentlichen Gesundheit sind sich einig, dass die Prioritäten im Gesundheitsversorgungssystem der Schweiz zukünftig verschoben werden müssen: von der heute im Fokus stehenden Akutversorgung weg und hin zu einer patientenzentrierten, wirksamen und nachhaltigen Betreuung von chronisch kranken und multimorbiden Personen. Damit einher – und darüber besteht offensichtlich auch Einigkeit – geht eine neue Auslegeordnung zu den Gesundheitsberufen. Der neue Schwerpunkt im Bereich der chronischen Krankheiten verlangt eine andere Zusammensetzung, neue Zusammenarbeitsformen und eine neue Arbeitsteilung unter den Fachleuten im Gesundheitswesen. Die SAMW (2011) umschreibt diese grundlegende Änderung mit den Worten: es brauche heute wieder mehr «care» und weniger «cure». Die bisherigen Ausführungen zeigen auch, dass die Reform des Gesundheitsversorgungssystems einen hohen Stellenwert in der Strategie des Bundesrats hat. Die angestrebte neue Ausrichtung der Grundversorgung richtet sich in vielen Punkten nach den Zielsetzungen der integrierten Versorgungsmodelle, wie sie im [Kapitel 9.1](#) beschrieben wurden. Im Bereich der Bildungspolitik wie auch in der Ausgestaltung der medizinischen Grundversorgung sind bereits heute Entwicklungen im Gang, welche gute Voraussetzungen für die Einführung von integrierten Versorgungsmodellen schaffen.

Auf der anderen Seite stehen aber auch Faktoren, welche sich nach wie vor klar hemmend auf eine Reform auswirken, insbesondere erwähnt werden das föderale System der Gesundheitsversorgung, die aktuelle Ausgestaltung des Finanzierungssystems, die Angst vor Mehrkosten, mangelnde Motivation zur Teilnahme von Ärztinnen und Ärzten oder von Patientinnen und Patienten sowie das Lobbying von Berufsgruppen, die sich gegen eine Veränderung zur Wehr setzen.

« Vorerst aber werden einzelne Gruppen die traditionellen Rollen und Muster hartnäckig verteidigen, weil sie befürchten, dass gerade sie zu den Verlierern der Veränderungen gehören. » (SAMW, 2011, S. 18)

Auf Basis der Studie von Ebert et al. (2015) muss ebenfalls festgehalten werden, dass das heutige Angebot an integrierten Programmen (respektive an spezifischen strukturierten Programmen) für chronisch Kranke in der Schweiz – verglichen mit der Population von Personen mit chronischer Krankheit und Multimorbidität – stark defizitär ausgestaltet ist. Das betrifft nicht nur die Menge der Programme, sondern auch deren Abdeckungsgrad. Ausserdem scheint die regionale Verteilung der Programme wie auch die Wahl von spezifischen Krankheiten eher zufällig zustande zu kommen. Die bisherigen Initiativen für spezifische Programme sind zudem stark auf einzelne Krankheiten fokussiert. Im Rahmen dieser Studie konnten in der Schweiz aktuell lediglich sechs integrierte Programme für mehrfach erkrankte Patientinnen und Patienten gefunden werden, obwohl gerade diese Patientengruppe auf diese Versorgungsart angewiesen wäre.

« Allerdings beschäftigten sich nur sechs von 44 Programmen (ausschliesslich oder teilweise) mit Multimorbidität. Zudem waren mehrere dieser Programme von Krankenversicherern organisiert, für welche die Kostenreduktion komplexer Fälle eine wichtige Rolle spielt. »

(Ebert et al., 2015, S. 38; Übersetzung aus dem Französischen)

Dieser Mangel spiegelt sich auch darin, dass sich ein Grossteil der Behandlungsteams in den integrierten Versorgungsprogrammen aus Spezialärztinnen und Spezialärzten in Kombination mit Pflegefachpersonen zusammensetzt. Spezialärztinnen und Spezialärzte haben ihrer Ausbildung und Kompetenz entsprechend eher eine auf bestimmte Krankheiten beschränkte Ausrichtung, während Grundversorgerinnen und Grundversorger eher das gesamte Spektrum der Krankheiten abdecken. Es scheint aber nicht einfach, Hausärztinnen und Hausärzte für diese Programme zu gewinnen, da es an finanziellen Anreizen fehlt.

Vergleicht man schliesslich die Bedürfnisse und Zielsetzungen der Patientinnen und Patienten mit dem heutigen Versorgungssystem – und dies gilt teilweise auch für die neuen spezifisch ausgerichteten Versorgungsprogramme – dann fallen neben dem quantitativ mangelnden Angebot auch weitere kritische Punkte auf. Wie aus der Analyse der Sicht der chronisch kranken und multimorbiden Personen ersichtlich wurde, können ihre zentralen Bedürfnisse in Bezug auf die medizinische Behandlung und Betreuung folgendermassen zusammengefasst werden:

- Die Fachpersonen sollen sich genügend Zeit für das Gespräch mit den Patientinnen und Patienten nehmen. Es soll eine vertrauensvolle und tragfähige Beziehung entstehen, die von Offenheit und gegenseitigem Respekt geprägt ist.
- Die Fachpersonen sollen die Leidens- und Lebenssituation der kranken Menschen als Ganzes berücksichtigen. Der Mensch soll im Mittelpunkt stehen, nicht seine Krankheit.
- Die Gesundheitsfachleute sollen die kranken Personen darin unterstützen, ihre Krankheit in den Alltag zu integrieren. Die gesundheitlichen Beschwerden sind nicht das einzige Problem von chronisch kranken Menschen.
- Eine gemeinsame Entscheidungsfindung ist wichtig. Die individuellen Ziele, Bedürfnisse, Alltagsanforderungen und das soziale Umfeld sollen bei der Behandlungsplanung berücksichtigt werden.
- Unsicherheit und Ängste, welche durch chronische Erkrankungen ausgelöst werden, sollen nicht noch zusätzlich verstärkt werden durch unverständliche und widersprüchliche, schlecht koordinierte Informationen und Behandlungen.
- Neue wie auch traditionelle medizinische Versorgungsmodelle sollen die Angehörigen und das weitere soziale Netz der erkrankten Personen bei der Planung von Betreuung und Behandlung unbedingt berücksichtigen.
- Angehörige, die informelle Pflege leisten, sollen als Elemente eines umfassenden Betreuungssystems betrachtet und angehört werden. Sie sollen in ihrer eigenen Verletzlichkeit wahrgenommen werden und falls nötig, Unterstützung erhalten.

Diese grundlegenden Bedürfnisse werden im heutigen Gesundheitsversorgungssystem zu wenig berücksichtigt, sind aber von zentraler Bedeutung für die Wirksamkeit der Behandlung, das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten sowie eine gelungene Krankheitsbewältigung. Auch in den von Bund und Kantonen angedachten integrierten Versorgungsmodellen und -programmen stehen teilweise andere Zielsetzungen im Vordergrund, beispielsweise die Versorgungssicherheit, die Verminderung von Doppelspurigkeiten in der Behandlung oder die Standardisierung von Abläufen.

Nimmt man die Bedürfnisse und Kritik aus Sicht der Patientinnen und Patienten ernst, dann muss eine ganze Reihe von Änderungen vorgenommen werden. So kann beispielsweise der Anspruch einer Patientenzentrierung mit dem alleinigen Angebot einer Patientenedukation nicht eingelöst werden. Chronisch kranke Personen benötigen eine Bezugsperson, die fähig ist, als «Lotse» durch das System zu führen und als Übersetzerin oder Übersetzer zu dienen. Diese Gesundheitsfachperson muss genügend Zeit haben, um mit den Patientinnen und Patienten zusammen praktische und an die individuelle Situation angepasste Lösungen zur Bewältigung des Lebens mit einer chronischen Krankheit zu finden. Die Bezugsperson soll in einem pluridisziplinären Team arbeiten, in dem neben medizinischem und pflegerischem Wissen und entsprechenden Kompetenzen auch Fachwissen aus den anderen Bereichen wie

Sozialarbeit, Versicherungsrecht, betriebliche Gesundheitsförderung oder Arbeitsmedizin, Ergonomie, etc. vertreten sind oder zugezogen werden können. Das Ziel sollte es sein, dem chronisch kranken Menschen Sorge zu tragen und nicht eine Krankheit zu kurieren.

Sollen die Patientinnen und Patienten als gleichberechtigte Partner im Krankheitsprozess behandelt werden, braucht es ebenfalls ein Überdenken der gängigen Begrifflichkeiten. Während Selbstbestimmung und gemeinsame medizinische Entscheidungsfindung auf Augenhöhe gefordert wird, spricht die gängige Terminologie eine andere Sprache. Patientinnen und Patienten sollten nicht erzogen («Patientenedukation») werden, sie sollten nicht als Fall behandelt werden («Case-Manager»), ihre eigene Strategie im Umgang mit Medikamenten sollte nicht als fehlender Gehorsam bezeichnet werden («Adhärenz») und sie sollten u. E. auch nicht versorgt, sondern beraten und betreut werden. Auch das Bild eines kranken Menschen als Einzelpersonen-Unternehmen, der sich selbst und seine Krankheit «managed», ist in bestimmten Phasen einer Krankheit (zum Beispiel bei Konfrontation mit Tod, Verlust, Trauer, starken Ängsten, Machtlosigkeit) nicht stimmig und wenig hilfreich.

Schliesslich braucht es auch Strategien für die im Bericht erwähnten besonders vulnerablen Gruppen von chronisch kranken Personen. Gerade in einer Zeit, in welcher der Kostendruck im Gesundheitswesen und in den Sozialversicherungen spürbar wird, dürfen sie nicht vergessen gehen und mit ihrer problematischen Situation alleine gelassen werden.

Nach diesen Überlegungen zur zukünftig besseren Betreuung von bereits erkrankten Personen in der Schweiz folgt nun schliesslich noch ein Kapitel, in dem es um die Frage geht, wie der Entstehung von chronischen Krankheiten besser begegnet werden kann. Dabei wird ein ganz konkretes Beispiel aufgegriffen, eine Strategie im Schnittpunkt von Transportwesen, Stadtplanung und Gesundheitsförderung der Bevölkerung: die Förderung der aktiven Mobilität.

9.5 Zusammenfassung

- A Welche speziellen Eigenschaften weisen die Modelle zur integrierten Versorgung von chronisch kranken Personen auf?
- B Welche Arten von Modellen existieren weltweit?
- C Welche spezifischen Programme existieren in der Schweiz und wie verbreitet sind sie?
- D Welche Eigenschaften haben die existierenden Programme? Erfüllen sie die Anforderungen des «Chronic Care Model»?
- E Welche förderlichen Entwicklungen lassen sich beobachten und welche Barrieren stehen einer flächendeckenden Einführung von integrierten Versorgungsmodellen im Wege?
- F Welche Schlussfolgerungen können aus den vorliegenden Ergebnissen und Überlegungen gezogen werden?

A **Welche speziellen Eigenschaften weisen die Modelle zur integrierten Versorgung von chronisch kranken Personen auf?** Die integrierte Versorgung als Leitidee beinhaltet folgende zentralen Elemente: «Skillmix» im Behandlungsteam, Existenz einer definierten Bezugsperson, klinische Entscheidungsfindung nach definierten Regeln, aktive Rolle der Patientinnen und Patienten auf gleichberechtigter Ebene und niederschwelliger Zugang zum System.

B **Welche Arten von Modellen existieren weltweit?** Die bisher weltweit entwickelten Modelle der integrierten Versorgung sind sehr unterschiedlich ausgestaltet, je nach Zielsetzung und Art der Entwicklung. Das «Chronic Care Model», CCM wurde als einziger Modelltyp von Grund auf neu entwickelt, um die Versorgung von chronisch kranken Personen optimal zu gestalten.

Die Modelle, welche aus einer Weiterentwicklung der Praxis entstanden sind, gehen deutlich weniger weit in ihren Zielsetzungen und decken viel weniger Schlüsselmomente einer optimalen integrierten Versorgung ab. Diese können andererseits aber mit weniger Aufwand in traditionell ausgerichteten Gesundheitsversorgungssystemen implementiert werden und stossen auf weniger Widerstand bei den beteiligten ärztlichen Berufsgruppen.

C **Welche spezifischen Programme existieren in der Schweiz und wie verbreitet sind sie?** In einer telefonischen Befragung wurde im Jahr 2013 nach den in der Schweiz bisher existierenden spezifischen strukturierten Programmen für erwachsene Personen mit chronischen Krankheiten und Multimorbidität gesucht. Die Bestandesaufnahme identifizierte insgesamt 44 solche Programme, wobei lediglich 6 davon für Multimorbidität konzipiert sind. Die Programme richten sich hauptsächlich an ambulant behandelte Patientinnen und Patienten und sind auf folgende Krankheiten spezialisiert: Diabetes (11), Lungenkrankheiten (4), Herz-Kreislauf-Krankheiten (4), geriatrische Syndrome (4), Krebs (3), psychische und neuropsychiatrische Krankheiten (7), Erkrankungen der Niere (3), Multimorbidität (6), rheumatische Krankheiten (1) und verschiedene Krankheiten (1).

Diese 44 Programme haben sich fast ausschliesslich auf einem lokalen Niveau und unabhängig voneinander entwickelt. Es existieren kaum ein Austausch und keine Koordination unter den Programmen. Obwohl ein starker Zuwachs an solchen Programmen gegenüber 2007 festgestellt werden darf, ist man in der Schweiz noch sehr weit von einem bedarfsgerechten Angebot entfernt.

D **Welche Eigenschaften haben die existierenden Programme? Erfüllen sie die Anforderungen des «Chronic Care Model»?** Die bisher existierenden spezifischen strukturierten Versorgungsprogramme für chronisch kranke erwachsene Personen entsprechen in unterschiedlich hohem Ausmass den Vorgaben gemäss CCM. Alle Programme haben eine spezifische Zielsetzung des Programms definiert. 91% beinhalten Elemente der Förderung des Selbstmanagements der Patientinnen und Patienten, insbesondere im Bereich Patientenedukation und Einbezug in den Entscheidungsprozess. Wiederum alle Programme haben die Organisation ihrer Leistungen entsprechend einzelnen Vorgaben des CCM konzipiert, wobei aber lediglich 43% der Programmverantwortlichen angeben, dass das Behandlungsteam multidisziplinär zusammenarbeitet. Instrumente zur Unterstützung der klinischen Entscheidungsfindung sind bei 57% der Programme installiert, aber nur in zehn Programmen werden Guidelines genutzt. Elemente eines klinischen Informationssystems sind in 91% der Programme vorhanden.

E **Welche förderlichen Entwicklungen lassen sich beobachten und welche Barrieren stehen einer flächendeckenden Einführung von integrierten Versorgungsmodellen im Wege?** Sowohl Bund wie Kantone wollen die medizinische Grundversorgung (akuter und chronischer Bereich) in der Schweiz reformieren. Die dabei angedachten neuen Versorgungsmodelle entsprechen in vielen Zielsetzungen den integrierten Versorgungsmodellen für chronisch Kranke. Ein wichtiger Aspekt dieser Reformbestrebungen besteht auch in der Frage, ob zukünftig speziell ausgebildete Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten («Advanced Practice Nurses») Aufgaben der medizinischen Grundversorgung selbstverantwortlich übernehmen sollen, wie dies in anderen Ländern seit längerem praktiziert wird. Am 18. Mai 2014 hat die Bevölkerung der Schweiz dem neuen Verfassungsartikel über die medizinische Grundversorgung deutlich zugestimmt. Darin wird gefordert, dass in Zukunft das Gesundheitswesen von integrierten und interprofessionellen Versorgungsformen geprägt werden soll. Die Leistungen der Grundversorgung sollen nicht durch eine einzelne Berufsgruppe, sondern von verschiedenen Fachpersonen und Institutionen erbracht werden.

In der Gesundheitsbildungspolitik sind seit Jahren Bestrebungen im Gange oder bereits umgesetzt, um die Ausbildungsgänge zu den Gesundheitsberufen neu auszurichten. Im Zentrum stehen dabei die Entwicklung von Kompetenzen in der pluridisziplinären Zusammenarbeit sowie ein neues Selbstverständnis in der Berufsausübung. Wichtige Elemente des CCM wurden in die verschiedenen Lehrpläne übernommen. In der Vernehmlassung zum Vorentwurf des Bundesgesetzes über die Gesundheitsberufe wird die Möglichkeit der Förderung und Regelung des Berufsabschlusses als Pflegeexpertin bzw. Pflegeexperte APN geprüft. Der anstehende Generationenwechsel in der Hausarztmedizin unterstützt die Bildung von Gruppenpraxen, in denen Teilzeit gearbeitet werden kann. Neue Berufsbilder für Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachpersonen werden auch von den Berufsverbänden seit Jahren diskutiert und entsprechende Konzepte publiziert.

Als wichtige Barrieren auf dem Weg zu einem bedarfsgerechten Angebot von integrierten Versorgungsmodellen für chronisch kranke Personen werden die Ausgestaltung des Finanzierungssystems, der föderale Aufbau des Gesundheitssystems, der Widerstand von bestimmten medizinischen Disziplinen, die einen ökonomischen Nachteil befürchten sowie Konflikte um die Arbeitsteilung zwischen verschiedenen Fach- und Berufsgruppen genannt. Ebenfalls erwähnt wird ein Mangel der Angebote im Bereich der Befähigung von Patientinnen und Patienten.

F **Welche Schlussfolgerungen können aus den vorliegenden Ergebnissen und Überlegungen gezogen werden?** Es herrscht breite Einigkeit darüber, dass die Prioritäten im Gesundheitsversorgungssystem der Schweiz zukünftig verschoben werden müssen, von der heute im Fokus stehenden Akutversorgung zu einer patientenzentrierten, wirksamen und nachhaltigen Betreuung von chronisch und mehrfach erkrankten Personen. Dies bedingt eine neue Zusammensetzung, neue Zusammenarbeitsformen und eine neue Arbeitsteilung unter den Gesundheitsfachleuten. Die SAMW umschreibt diese Änderung mit der Forderung nach mehr «care» und weniger «cure».

Das bisherige Angebot an neuen Versorgungsmodellen ist sowohl von der Menge, vom Abdeckungsgrad wie auch von der Spezialisierung her ungenügend, um auf den bestehenden Bedarf antworten zu können. Es fehlen insbesondere Angebote für mehrfach erkrankte Personen.

Auch aus der Sicht der Kranken muss das heutige Angebot in der Schweiz als ungenügend bezeichnet werden. Die medizinische Betreuung wird insbesondere wegen folgenden Punkten kritisch beurteilt: die Fachpersonen nehmen sich oft zu wenig Zeit für das Gespräch, was u. a. die gemeinsame Entscheidungsfindung behindert oder verunmöglicht; die Krankheit steht noch zu sehr im Mittelpunkt und nicht der Mensch mit seinen Bedürfnissen, Fähigkeiten und Schwächen; die Art der Informationsvermittlung löst oft Unsicherheit und Ängste aus; das soziale Umfeld der kranken Personen wird zu wenig in den Überlegungen berücksichtigt und in die Planung einbezogen.

10 Aktive Mobilität und Gesundheit

Kernaussagen

Transportwesen und Raumplanung sind Bereiche, in denen sich mit grossem Erfolg ein «Co-Benefit» für die Gesundheit der Bevölkerung erzielen lassen.

Alltägliche körperliche Aktivität zeigt nachweislich einen positiven Effekt auf das Wohlbefinden, auf das Risiko chronisch krank zu werden oder frühzeitig zu sterben. Aktive Mobilität leistet so bereits heute einen wichtigen Beitrag zur Förderung der Gesundheit der Schweizer Bevölkerung. Dieser Effekt könnte aber wesentlich grösser sein, wenn zu Fuss Gehen und insbesondere Velofahren einen höheren Stellenwert bei der Planung von Metropolen (unter Berücksichtigung der Agglomerationsgürtel) erhielten, wenn der Ausbau von schnellen und sicheren Verkehrswegen vorangetrieben, die Anbindung an den öffentlichen Verkehr gefördert und eine Erhöhung der gesellschaftlichen Akzeptanz erreicht würde. Aus den Daten zur Mobilität im Alltag wird ersichtlich, dass ein beträchtlicher Teil der heute per Auto zurückgelegten Distanzen kurz genug ist, um aus eigener Kraft bewältigt zu werden.

Legen mehr Personen ihre täglichen Wegstrecken zu Fuss oder mit dem Velo zurück, profitieren alle davon.

Folgende Massnahmen zur Förderung der aktiven Mobilität sind in naher Zukunft aus Gesundheitssicht vorrangig:

- Massnahmen zur Erhöhung der objektiven und wahrgenommenen Sicherheit;
- Konsequente Förderung und Unterstützung der aktiven Mobilität auf den Schulwegen;
- Weitere Investitionen in schnelle, komfortable und zusammenhängende Veloinfrastrukturen, insbesondere auf Strecken mit hohem Verkehrsaufkommen;
- Weiterführung und Ausbau der inter- und multisektoralen Zusammenarbeit auf Ebene von Bund, Kantonen und Gemeinden bei der Raum- und Verkehrsplanung.

10.1 Einleitung

Die folgenden Ausführungen stützen sich grösstenteils auf die Arbeit von Thomas Götschi, PhD, Eva Martin-Diener, MSc MPH, Sonja Kahlmeier, PhD und PD Dr. med. Brian Martin, vom Arbeitsbereich Bewegung & Gesundheit, Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention, Universität Zürich sowie von Dr. med. Raphael Bize, MPH, Dr. med. Thomas Simonson, MSc und Anita Rathod vom Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne. Der ausführliche Bericht trägt den Titel «Aktive Mobilität und Gesundheit». [Hintergrundbericht](#) für den Nationalen Gesundheitsbericht 2015, geschrieben im Auftrag des Obsan und publiziert im Obsan.

Angesichts der hohen Belastung, die chronische Krankheiten für die Betroffenen selbst, ihre Angehörigen, das Gesundheitssystem und die Volkswirtschaft einer Gesellschaft mit sich bringen, stellt sich die Frage, mit welchen Strategien und Massnahmen man erreichen kann, dass zukünftig weniger Menschen in der Schweiz eine chronische Krankheit entwickeln. Wie im [Kapitel 7](#) bereits dargelegt, wird ein Grossteil dieser Krankheiten durch einige wenige Faktoren beeinflusst. Zu diesen Faktoren gehört auch die körperliche Aktivität oder Bewegung. In diesem Kapitel soll nun anhand der Förderung der aktiven Mobilität exemplarisch ein Ansatz zur Prävention von chronischen Krankheiten vorgestellt werden, der den aktuellen Empfehlungen der WHO (2012) entspricht, der intersektoral aufgebaut ist, der die Chancengleichheit in der Gesundheit der Bevölkerung berücksichtigt und schliesslich eine zweifache Wirkung auf die Gesundheit der Bevölkerung ausüben kann, indem die Bewegung gefördert und gleichzeitig schädliche Effekte durch Umweltbelastung reduziert werden können.

Im September 2011 hat das Regionalbüro für Europa der WHO einen [Aktionsplan](#) zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nicht-übertragbarer Krankheiten (2012–2016) verabschiedet.

Die fünf vorrangigen im Aktionsplan vorgeschlagenen Interventionen konzentrieren sich auf folgende Ziele (WHO, 2011):

- Die Reduktion von gesundheitsschädlichen Lebensmitteln durch Fiskal- und Marktpolitik
- Den Ausbau der ärztlichen Früherkennung
- Die Förderung der aktiven Mobilität
- Die Gesundheitsförderung in Settings (Wohnen, Arbeiten, Schule, Freizeit)

Mit diesen Interventionsstrategien zur Verringerung von chronischen Krankheiten konzentriert sich die WHO stärker als in der Vergangenheit auf strukturelle Präventionsmassnahmen (vgl. auch WHO, 2013b). Die strukturell ausgerichtete Prävention und Gesundheitsförderung zielt darauf ab, das Umfeld, den Kontext, in dem sich die Personen aufhalten, zu verändern. Ausschlaggebend ist dabei die Erkenntnis, dass

die rechtlichen und gesellschaftlichen Strukturen wie auch die dingliche Umwelt das Verhalten entscheidend beeinflussen und gesundheitsförderliche Verhaltensweisen fördern oder hemmen können.

Der Aktionsplan der WHO Europa schlägt als eine der zentralen Interventionen die Förderung der aktiven Mobilität vor. Darunter wird in erster Linie der sogenannte Langsamverkehr verstanden, also das zu Fuss Gehen oder Velofahren. Man kann aktive Mobilität aber auch weiter fassen und nicht nur den Verkehr auf der Strasse berücksichtigen, sondern die gesamte Fortbewegung aus eigener Muskelkraft im Alltag.

Aktive Mobilität

«Aktive Mobilität» umfasst alle Formen der Fortbewegung durch menschliche Muskelkraft. In erster Linie zählen das zu Fuss Gehen und das Velofahren dazu. Im Transportsektor wird üblicherweise der Begriff «Langsamverkehr» für diese Arten der Fortbewegung verwendet. In der angelsächsischen Literatur spricht man von «active transport» oder «active travel».

Es sind vor allem drei Entwicklungen in der Schweiz und auch weltweit, die dazu geführt haben, dass aktive Mobilitätsformen als wichtiges Entwicklungspotenzial für die Gesundheit der Bevölkerung in den Fokus gerückt sind:

1. Durch Veränderungen in der Ausgestaltung der Erwerbs- und Hausarbeit wie auch durch die Zunahme von Mobilitätsformen, die kaum körperliche Anstrengungen mehr erfordern, ist ein bewegungsarmer Lebensstil weit verbreitet.
2. Erstmals in der menschlichen Geschichte leben mehr Menschen in einer urbanen als in einer ländlichen Umgebung. Bei einer entsprechenden Raum- und Stadtplanung kann die Lebenswelt, in der sich ein Grossteil der Bevölkerung bewegt, kleinräumig strukturiert werden. Damit rücken viele Ziele (Arbeit, Schule, Einkaufen) in eine Nähe, die mit aktiven Mobilitätsformen erreichbar ist.
3. Die motorisierte Mobilität insgesamt nahm in den letzten Jahrzehnten global, aber auch regional stark zu. Für die Bevölkerung sind damit auch verschiedene negative Auswirkungen verbunden. Aus gesundheitlicher Sicht sind vor allem Luftschadstoffe, Lärmbelästigung und Verkehrsunfälle zu nennen.

Gerade in der Schweiz besteht aufgrund des hohen Urbanisierungsgrades die Chance, dass Personen auf den motorisierten Privatverkehr verzichten und öfter zu Fuss gehen oder mit dem Velo fahren. Potenzial zur Förderung der aktiven Mobilität ist in der Schweiz offensichtlich vorhanden, wenn man sich folgende Zahlen vor Augen führt: Gemäss Mikrozensus Verkehr des Jahres 2000 (BFS & ARE, 2001) findet ein Grossteil der Autofahrten in kurzen bis sehr kurzen Distanzen statt: 13% der Fahrten enden

nach weniger als 1 Kilometer, ein Drittel ist kürzer als 3 Kilometer. Das sind Distanzen, die auch untrainierte Personen zu Fuss oder mit dem Velo zurücklegen können. 70% aller Autofahrten in der Schweiz sind kürzer als 10 km (Grotrian, 2007).

Bewegungsmangel gilt heute weltweit als einer der wichtigsten Risikofaktoren für Beschwerden und Krankheiten der Bevölkerung. Ausreichend körperliche Aktivität wirkt direkt auf viele körperliche und psychische Prozesse wie die Herzleistung, die Kraft der Muskulatur, aber auch die emotionale Befindlichkeit. Eine indirekt schützende Wirkung hat körperliche Aktivität, indem sie die Balance von Kalorienzufuhr und Kalorienverbrauch mitbestimmt und damit das Gewicht beeinflusst. Übergewicht wiederum erhöht das Risiko zur Entstehung von vielen chronischen Krankheiten. Nachdem lange Zeit intensive Bewegungsformen wie Ausdauersport im Fokus des Interesses standen, wächst die Erkenntnis, dass es vor allem Bewegungsformen sind, die in den Alltag integrierbar sind, die eine besonders bedeutsame Wirkung für die Gesundheit der gesamten Bevölkerung haben. Die wichtigste dieser Bewegungsformen – und bis vor wenigen Jahrzehnten auch die selbstverständlichste – ist die aktive Mobilität.

Bewegung ist – wie die meisten Gesundheitsverhaltensweisen – einem sozialen Gradienten unterworfen (Stamm et al., 2013; Bachmann & Neuhaus, 2010). Das bedeutet, dass sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen sich seltener gesundheitswirksam bewegen und deshalb auch einem höheren gesundheitlichen Risiko ausgesetzt sind, das mit dieser körperlichen Inaktivität einhergeht. Gerade die aktive Mobilität scheint geeignet, die Chancengleichheit in der Gesundheit bezüglich der körperlichen Aktivität zu verbessern, da aktive Mobilität auch in einen ressourcenarmen Alltag integriert werden kann und keine oder vergleichsweise geringe finanzielle Investitionen voraussetzt.

Keine neue Erkenntnis – aber eine neue Betrachtungsweise

Die generelle Erkenntnis, dass Bewegung gesundheitsförderlich wirkt, ist nicht gerade neu. Das Thema ist aus mehreren Gründen dennoch wichtig und aktuell: Erstens ist es mit der Erkenntnis oder dem Wissen alleine nicht getan und zweitens gehen die heute diskutierten Massnahmen in eine neue Richtung: Die Bevölkerung soll nicht primär dazu motiviert werden, in der Freizeit mehr Sport zu treiben, sondern die *Bewegung in den Alltag* einzubauen.

Die neuen Massnahmen sollen daher einen Schwerpunkt auf die strukturellen Determinanten der aktiven Mobilität legen: Die Interventionen zielen darauf ab, die Umwelt der Bevölkerung insbesondere in der Stadt und in den Agglomerationen so zu gestalten, dass sich mehr Personen als bisher sicher und motiviert fühlen, möglichst viele Alltagswege aus eigener Muskelkraft zu bewältigen. Schliesslich wird die

Förderung der aktiven Mobilität heute als wichtiges Element der Entwicklung und Gestaltung von Städten und Metropolregionen diskutiert. Eine Verlagerung des motorisierten Verkehrs zugunsten von aktiver Mobilität alleine oder in Kombination mit öffentlichem Verkehr wird heute als wichtiges Element zur *Steigerung der Lebensqualität der urbanen Bevölkerung* und der Entlastung des Verkehrssystems betrachtet. Von der damit verbundenen Reduktion der Belastung mit Schadstoffen und Lärm würden alle gesundheitlich profitieren, aber insbesondere Personen, die an stark verkehrsbelasteten Standorten wohnen. Dabei handelt es sich in aller Regel um Personen mit tiefem Einkommen. In diesem Sinne leistet eine solche Strategie – neben der Förderung der Bewegung – einen zusätzlichen Beitrag zur Verbesserung der Chancengleichheit in der Gesundheit. Ein Ziel des europäischen Aktionsplans zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nicht-übertragbarer Krankheiten ist es deshalb, ein bewegungsfreundliches Umfeld im Alltag zu schaffen, das alle Bevölkerungsgruppen dazu anregen soll, sich mehr zu bewegen. Im vorliegenden Nationalen Gesundheitsbericht 2015 gehen wir auf die Ausgangslage zur Förderung der aktiven Mobilität in der Schweiz ein.

Folgende Fragestellungen sollen in diesem Kapitel beantwortet werden:

- Was weiss man heute über die Wirkung von körperlicher Bewegung und von aktiver Mobilität auf die Gesundheit der Bevölkerung?
- Wie verbreitet ist die aktive Mobilität in der Schweiz?
- Welche Faktoren fördern aktive Mobilität und welche Faktoren hemmen sie?
- Welche Ansätze bestehen in der Schweiz, um die aktive Mobilität zu fördern?
- Welche Schlussfolgerungen lassen sich daraus ableiten?

10.2 Die Wirkung von körperlicher Aktivität und von aktiver Mobilität auf die Gesundheit

Vielschichtige salutogenetische Wirkungen körperlicher Aktivität

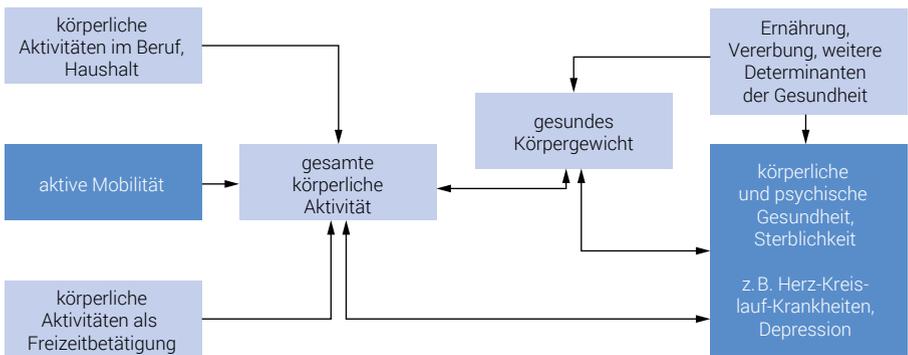
Die positiven gesundheitlichen Auswirkungen von ausreichend körperlicher Aktivität – sei es in Form von sportlichen Betätigungen in der Freizeit oder von Aktivitäten im Alltag – sind in der wissenschaftlichen Literatur umfassend nachgewiesen. Es existieren zahlreiche Übersichtsstudien zu diesem Thema, die den Stand der Evidenz in diesem Bereich zusammenfassen (Physical Activity Guidelines Advisory Committee, 2008; WHO, 2010; für die Schweiz: Wanner et al., 2011; Götschi et al., 2015; Lamprecht & Stamm, 2006).

Das Modell der Wirkungszusammenhänge (Abbildung 10.1) zeigt, die gemäss der wissenschaftlichen Erkenntnis postulierten Faktoren und Wirkungsrichtungen zwischen Bewegung und Gesundheit. Aktive Mobilität als eine der möglichen Formen von körperlicher Aktivität wirkt zum einen direkt auf körperliche und psychische Aspekte der Gesundheit ein, fördert das Wohlbefinden, die Leistungsfähigkeit und schützt vor der Entstehung von chronischen Krankheiten. Dann lässt sich auch ein indirekter Effekt nachweisen über die Beeinflussung der Balance von Kalorieneinnahme und Kalorienverbrauch auf das Körpergewicht. Ein gesundes Körpergewicht erweist sich wiederum als Schutzfaktor bezüglich der Entwicklung von verschiedenen chronischen Krankheiten (Wanner et al., 2011).

Gemäss der wissenschaftlichen Literatur muss eine «minimale Dosis» der körperlichen Bewegung vorhanden sein, um einen primärpräventiven Effekt für die Gesundheit zu erzielen. Nach dem aktuellen Stand der Erkenntnis beträgt die minimale Dauer, Intensität und Häufigkeit der Bewegung 2 ½ Stunden Bewegung pro Woche mit mindestens mittlerer Intensität (BASPO et al., 2013; vgl. dazu Kasten).

Modell der Wirkungszusammenhänge von körperlicher Aktivität auf die Gesundheit

Abb. 10.1



Quelle: nach Wanner et al., 2011

© Obsan 2015

Bewegungsempfehlungen

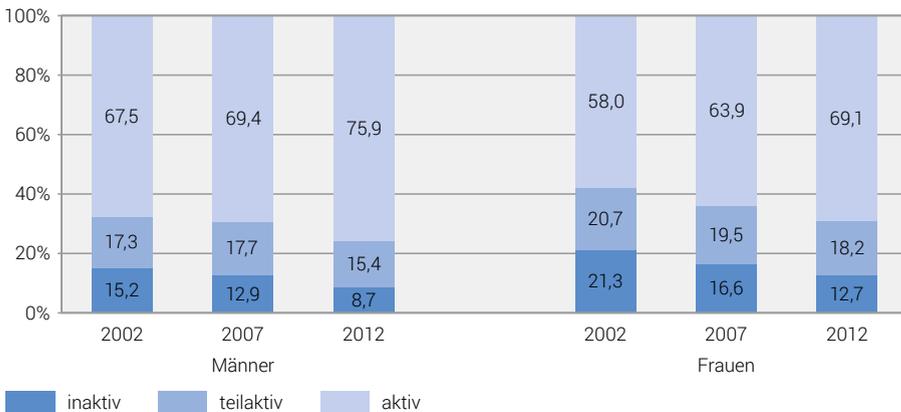
Als ausreichende Bewegung für Erwachsene gilt: Mindestens 2 ½ Stunden Bewegung pro Woche in Form von Alltagsaktivitäten oder Sport mit mindestens mittlerer Intensität. Oder: Mindestens 1 ¼ Stunden Sport oder Bewegung mit hoher Intensität. Diese Aktivitäten sollten möglichst auf mehrere Tage pro Woche verteilt sein und jede Bewegungsepisode ab ca. 10 Minuten Dauer kann über den Tag zusammengezählt werden (BASPO et al., 2013).

In der Abbildung 10.2 wird nun dargestellt, wie hoch die prozentualen Anteile von Frauen und Männern in der Schweizer Wohnbevölkerung in den Jahren 2002, 2007 und 2012 waren, die sich gemäss den heute gültigen Schweizer Bewegungsempfehlungen¹⁴ für Erwachsene ausreichend körperlich bewegten, zu wenig aktiv oder gänzlich inaktiv waren.

Es zeigt sich, dass der Anteil der aktiven Bevölkerung bei den Männern wie bei den Frauen in der Schweiz in den letzten zehn Jahren gestiegen ist (vgl. dazu auch den ersten Teil des Berichts mit den Indikatoren). Der Anteil der Inaktiven wie auch der Anteil der Personen, die sich nicht ausreichend bewegten, ist etwas geringer geworden. Im Jahr 2002 bewegten sich 68% der Männer aus gesundheitlicher Sicht ausreichend, im Jahr 2012 betrug dieser Anteil bereits 76%. Bei den Frauen ist die Zunahme um 11 Prozentpunkte von 58% auf 69% noch etwas grösser. Diese Entwicklung ist sicherlich positiv. Trotzdem ist der Anteil der aus gesundheitlicher Sicht zu wenig aktiven Bevölkerung mit insgesamt 24% der Männer und 31% der Frauen auch im Jahr 2012 noch immer hoch.

Körperliche Aktivität im zeitlichen Vergleich, 2002–2012

Abb. 10.2



Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

In den letzten Jahren wurden vermehrt Studien publiziert, die zeigen, dass auch mit einer geringen Dosis an körperlicher Aktivität ein *gesundheitsförderlicher Effekt bei erkrankten Personen* erzielt werden kann (z. B. bei betagten Personen: Johnsen et al., 2013; Xue, Q.–L. et al., 2012; bei Personen mit COPD: Thorpe et al., 2014). Dieses Erkenntnis ist für die Gesundheitsförderung von chronisch kranken Personen von grosser Relevanz.

¹⁴ www.hepa.ch → Dokumentation → Bewegungsempfehlungen

Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis zur Wirkung körperlicher Aktivität auf die Gesundheit

Die wissenschaftliche Evidenz der Wirkung von Bewegung auf Gesundheit basiert zum einen auf experimentellen Forschungsdesigns, zum anderen auf prospektiven Längsschnittstudien. Diese vergleichsweise aufwändigen Studiendesigns sind notwendig, um den folgenden methodischen Herausforderungen gerecht zu werden: 1) Die Richtung der kausalen Zusammenhänge ist komplex. 2) Bewegung stärkt und schützt die Gesundheit, aber gleichzeitig kann auch das Umgekehrte beobachtet werden: Gesundheitliche Beeinträchtigungen schränken die körperliche Aktivität ein. 3) Die Art und das Ausmass der körperlichen Bewegung ist ein inhärenter Teil eines bestimmten Lebensstils. Die übrigen Komponenten dieses Lebensstils wie z. B. Ernährung, Rauchen oder Alkoholkonsum beeinflussen die Gesundheit ebenfalls. 4) Die Bewegung im Alltag ist ebenfalls verbunden mit und abhängig von der Lebenslage der Personen. Menschen in prekären finanziellen Lagen und beispielsweise Alleinerziehende werden seltener Zeit und die finanziellen Möglichkeiten haben, um sich in der Freizeit sportlich zu betätigen. Gleichzeitig beeinflusst die soziale Lage die Gesundheit auch unabhängig von der Bewegung.

Mittels experimentellen Forschungsdesigns konnte beispielsweise nachgewiesen werden, dass Ausdauertraining die Herzleistung verbessert, den Blutdruck senkt, den Blutfettspiegel positiv beeinflusst und blutstillende Funktionen verbessert (Lee & Paffenberger, 2000). Bei dieser Studie von Lee & Paffenberger (2000) wurde bei einer von zwei Gruppen Bewegung unter kontrollierten Bedingungen als Intervention eingesetzt. Mittels dieses experimentellen Designs konnten verzerrende Effekte des Lebensstils und der Lebenslage ausgeschlossen werden. Somit sind die Resultate vergleichsweise einfach zu interpretieren. Der Nachteil dieses Studientyps ist jedoch eine fehlende Übertragbarkeit auf echte Lebenssituationen. Die Untersuchung der Wirkung körperlicher Aktivität unter natürlichen Bedingungen ist schwieriger, weil Personen, die körperlich sehr aktiv sind, sich auch in anderen Aspekten von Personen unterscheiden, die sich kaum bewegen. Dabei spielen Alterseffekte, der gesundheitliche Zustand, die soziale Lage, die Lebenssituation und Ähnliches eine Rolle. Verschiedene gross angelegte Prospektivstudien lieferten wichtige Erkenntnisse zu der Wirkung körperlicher Aktivität unter natürlichen Bedingungen. Es existieren mehrere Metaanalysen, welche die Ergebnisse dieser Studien bezüglich ihrer Aussagekraft evaluieren und zusammenfassen. In der folgenden Tabelle 10.1 sind diejenigen Effekte dargestellt, die sich auf Basis solcher Metaanalysen als gesichert erwiesen haben. Details zu den Metaanalysen finden sich im Hintergrundbericht von Götschi et al. (2015).

Tab. 10.1 Zusammenfassung der Evidenz für Gesundheitseffekte von Bewegung

Lebensphase	Gesundheitlicher Aspekt	Evidenz
Kinder und Jugendliche	Verbesserung von Herz- und Kreislauffunktionen sowie Ausdauerleistung	stark
	Stärkung der Muskelkraft	stark
	Gesundes Körpergewicht	stark
	Verbesserung der Knochengesundheit	stark
	Verminderung von Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen	stark
	Verminderung von Risikofaktoren für Stoffwechselkrankheiten (z.B. Diabetes II)	stark
	Verminderung von Ängsten	stark
	Verminderung von depressiven Verstimmungen	stark
Erwachsene	Erhöhung der Lebenserwartung	stark
	Verbesserung der Fitness	stark
	Gesundes Körpergewicht	stark
	Verbesserung der Knochengesundheit	stark
	Erhöhung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität	mittel
	Senkung des Blutdruckes	stark
	Verminderung des Risikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Hirnschlag	stark
	Verminderung des Risikos für Diabetes Typ II	stark
	Verminderung des Risikos für Dickdarm- und Brustkrebs	stark
	Verminderung des Risikos von depressiven Verstimmungen	stark
	Stärkung des psychischen Wohlbefindens	stark
Verbesserung der Schlafqualität	mittel	
Betagte Menschen	Förderung der Selbstständigkeit	stark
	Förderung der kognitiven Fähigkeit	stark
	Verminderung des Sturzrisikos	stark

Quelle: nach Götschi et al., 2015

© Obsan 2015

Wie man der Tabelle 10.1 entnehmen kann, besteht starke Evidenz dafür, dass ausreichend körperliche Aktivität Schutz vor vielen und äusserst verschiedenartigen Krankheitsrisiken bietet und gleichzeitig das Wohlbefinden fördert. Diese Wirkung findet man sowohl auf der psychischen als auch auf der physischen Ebene. Schliesslich erhöht Bewegung auch die allgemeine Lebenserwartung im Erwachsenenalter.

Was weiss man über die gesundheitliche Wirkung von aktiver Mobilität als spezifische Form körperlicher Aktivität?

Körperliche Aktivität in Form von aktiver Mobilität ist aus wissenschaftlicher Sicht grundsätzlich anderen Bewegungsformen wie z. B. sportlichen Betätigungen gleichzusetzen. Auch in der aktiven Mobilität kann die Häufigkeit, die Dauer und die

Intensität der Bewegung beschrieben und deren Wirkung auf die Gesundheit untersucht werden. In den letzten Jahren wurden vermehrt Studien durchgeführt, welche den Einfluss alltäglicher körperlicher Bewegung und insbesondere von aktiver Mobilität auf die Gesundheit untersuchen. Mehrere Metaanalysen zu diesem Thema fassen den Stand der Erkenntnis zusammen (vgl. dazu Götschi et al., 2015). Im Folgenden werden die wichtigsten Befunde aus dieser Forschung zusammenfassend dargestellt (vgl. Tabelle 10.2).

Tab. 10.2 Zusammenfassung der Evidenz für Gesundheitseffekte von aktiver Mobilität

Lebensphase	Aktivität	Gesundheitlicher Aspekt	Evidenz
Erwachsene	zu Fuss gehen oder Velo fahren	Reduktion der Gesamtsterblichkeit	stark
		Risikoreduktion für Herz-Kreislauf-Erkrankungen	stark
		Risikoreduktion für Diabetes II	stark
		gesundes Körpergewicht	stark
	Velo fahren	Verbesserung der Fitness	stark
		Senkung des Blutdrucks	stark
Betagte Menschen	zu Fuss gehen	Verbesserung von Blutfettwerten	stark
		Stärkung der muskuloskelettalen Fitness	mittel
		Stärkung der funktionalen Selbstständigkeit und Mobilität	mittel
		Steigerung der Lebensqualität	mittel
		Risikoreduktion für Osteoporose	mittel
		Risikoreduktion für Hüft- und Knie-Arthrose	mittel

Quelle: nach Götschi et al., 2015

© Obsan 2015

Der *Stand der wissenschaftlichen Forschung* in Bezug auf die Wirkung von aktiver Mobilität auf die Gesundheit zeigt bei den Erwachsenen starke Evidenz einer Reduktion der Sterblichkeit insgesamt sowie der Reduktion von bestimmten chronischen Krankheiten und deren Risikofaktoren (Tabelle 10.2). Bei der Altersgruppe der betagten Personen wurde mit mittlerer Evidenz gefunden, dass regelmässiges zu Fuss Gehen einen positiven Effekt auf die muskuloskelettale Gesundheit und die Lebensqualität insgesamt hat. Gerade die muskuloskelettale Gesundheit ist von entscheidender Bedeutung für die Frage, ob betagte Menschen selbstständig zu Hause leben können oder pflegebedürftig werden. Im Kindesalter ist im Zusammenhang mit der aktiven Mobilität vor allem der Schulweg von Interesse. Obwohl man sehr viel weiss über die Wirkung von Bewegung allgemein auf die Gesundheit von Kindern, gibt es bisher kaum Studien, welche diese Fragestellung im Zusammenhang mit dem Zurücklegen des Schulwegs untersucht haben. Dies hängt unter anderem mit methodischen

Schwierigkeiten zusammen. Saunders et al. (2013) kommen in einem Reviewartikel zum Schluss, dass bisher noch zu wenig Studien zu diesem Thema existieren und dass die bisherigen Studien zu uneinheitlich konzipiert sind.

Als Ergänzung zu den zusammengefassten Evidenzen soll nun noch eine neue Studie aus Europa vorgestellt werden, die sich mit diesem Thema befasst hat und exemplarisch für die methodische Vorgehensweise in diesem Bereich steht. Bei der «*Danish Diet, Cancer and Health Cohort*» (Johnsen et al., 2013) handelt es sich um eine Prospektivstudie mit 29'129 Frauen und 26'576 Männern zwischen 50 und 64 Jahren aus Kopenhagen, Aarhus und umliegenden Regionen. Die Teilnehmenden wurden zwischen 1993 und 1997 für die Studie gewonnen, welche bis März 2010 dauerte. In diesen 13 bis maximal 17 Jahren Beobachtungszeit starben 2696 Frauen und 4044 Männer aus dieser Kohorte. Zu Beginn der Studie wurde mittels Fragebogen unter anderem der Gesundheitszustand, vorbestehende Krankheiten, das Ausmass der körperlichen Aktivität im Beruf und in der Freizeit sowie der Bildungsgrad erhoben. Gleichzeitig wurden in der Studienklinik verschiedene körperliche Parameter wie Blutdruck, Gesamtcholesterinspiegel, Gewicht und Grösse gemessen.

Die Resultate dieser Studie mit Personen im mittleren Erwachsenenalter zeigen: Wer nur schon eine Stunde pro Woche Sport treibt, Velo fährt oder Gartenarbeiten verrichtet, weist eine geringere Sterblichkeit auf, als Personen, die sich gar nicht körperlich betätigen. Die gefundenen Effekte von körperlicher Bewegung auf die Sterblichkeit waren unabhängig von dem ursprünglichen Gesundheitszustand, Risikofaktoren wie Blutdruck oder Übergewicht, Verhaltensweisen wie Rauchen sowie dem Bildungsgrad der Personen. Eine Stunde zu Fuss gehen pro Woche zeigte bei dieser Bevölkerungsgruppe hingegen keinen signifikanten Effekt auf das Sterblichkeitsrisiko (vgl. Tabelle 10.3). Möglicherweise liegt dies an dem definierten Schwellenwert von 1 Stunde Aktivität pro Woche, was angesichts der im Vergleich niedrigen Intensität des zu Fuss Gehens eine zu geringe «Dosis» an körperlicher Bewegung sein könnte.

Interessant war, dass dieser Schutz vor frühzeitigem Sterben sich bereits *ab einer geringen Dauer von körperlicher Bewegung* zeigt. In der vorgestellten Studie mit Erwachsenen zwischen 50 und 64 Jahren ergab sich der grösste Unterschied im Sterberisiko zwischen denjenigen Personen, die sich überhaupt nicht körperlich betätigen und denjenigen Personen, die mindestens eine Stunde pro Woche körperlich aktiv sind. Wertvoll ist diese Studie insbesondere durch die umfassende Erhebung des Gesundheitszustands und der Risikofaktoren unter Einbezug von objektiven Parametern wie Cholesterin oder Blutdruck, deren Wert den Teilnehmenden nicht in jedem Fall bewusst ist. Zusammenfassend: In dieser Gruppe Erwachsener mittleren Alters bewirkte eine von der Zeitdauer her geringe, aber regelmässige körperliche Aktivität im Alltag bereits einen deutlichen gesundheitlichen Schutz.

Tab. 10.3 Mortalitätsrisiko abhängig von verschiedenen körperlichen Bewegungsformen

Aktivitätsformen (mind. 1 Stunde/Woche)	Männer		Frauen	
	Mortalitätsrisiko	Konfidenzintervall 95%	Mortalitätsrisiko	Konfidenzintervall 95%
Sport	0,8	0,77–0,88	0,8	0,71–0,83
Velofahren	0,9	0,85–0,97	0,8	0,73–0,85
zu Fuss gehen	1,0	0,91–1,13	0,9	0,80–1,06
Gartenarbeiten	0,8	0,70–0,81	0,9	0,78–0,92

Mortalitätsrate statistisch kontrolliert für die Effekte von Alter, Beobachtungszeit, Bildungsgrad, körperlicher Aktivität im Beruf, Rauchen, selbstberichtetem Gesundheitszustand, BMI, Blutdruck und Blutholesterin-Wert.

Lesebeispiel: Die Mortality Rate Ratio bei den velofahrenden Frauen von 0,79 liegt unter dem Wert der Referenzgruppe (Wert=1), die keine dieser Aktivitäten betreibt. Das entsprechende Konfidenzintervall (das heisst der Wertebereich, in dem sich der wahre Wert mit 95% Wahrscheinlichkeit befindet) schneidet den Wert von 1 nicht. Das bedeutet, die Differenz in der Sterblichkeitsrate ist statistisch signifikant.

Quelle: Johnsen et al., 2013

© Obsan 2015

Aktive Mobilität ist nicht nur wichtig für Gesunde, sondern auch für chronisch Kranke

Bewegung und aktive Mobilität haben nicht nur eine schützende Wirkung im Sinne der Verhütung der Entstehung von Krankheiten, sondern sie können auch einen Beitrag in der Therapie von bereits bestehenden Gesundheitsproblemen und zur Steigerung der Lebensqualität und dem Wohlbefinden von chronisch Kranken leisten. Im Folgenden seien einige Beispiele aus der Vielzahl der Befunde zu diesem Themenbereich aufgeführt.

Eine der negativen Nebenwirkungen von Krebstherapien ist starke Müdigkeit, was für die Betroffenen eine deutliche Einbusse an Lebensqualität mit sich bringt. Eine grosse systematische Review von Cramp & Byron-Daniel (2012) kommt zum Schluss, dass körperliche Aktivitäten höherer Intensität (aerobes Training) diese Müdigkeit signifikant senken können. Eine andere Review von Markes et al. (2006), die ausschliesslich Frauen mit einer Brustkrebstherapie berücksichtigt, stellt fest, dass körperliche Aktivität die körperliche Fitness steigert, was die Fähigkeit der betroffenen Frauen verbessert, den Alltag zu meistern. In Bezug auf die Verminderung der erlebten Müdigkeit ergaben die Resultate dieser Studie hingegen uneinheitliche Ergebnisse. Chronische Nierenerkrankungen führen bei den Betroffenen zu einer starken Einschränkung ihrer körperlichen Fitness und damit ihrer Mobilität und ihres Handlungsspielraums. Die internationalen Richtlinien zur Behandlung chronischer Nierenerkrankungen führen körperliche Aktivitäten als zentralen Teil der Behandlung auf. In einer systematischen Review gestützt auf 45 Studien mit 1863 Teilnehmenden kommen Heiwe & Jacobson (2011) zur Schlussfolgerung, dass regelmässige Bewegung bei

den Erkrankten zu einer Verbesserung der körperlichen Fitness, der kardiovaskulären Leistung und des Stoffwechsels führt, sowie die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität steigert.

Regelmässige körperliche Aktivitäten in niedriger Intensität (z. B. zu Fuss einkaufen gehen, leichte Kraftübungen) führen auch bei Patientinnen und Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenkrankheit (COPD) zu einer Verbesserung der Lebensqualität und gleichzeitig zu einer Verminderung des Wiederaufnahmerisikos nach einer Hospitalisierung (Thorpe et al., 2014). Allerdings zeigt sich gerade bei dieser Patientengruppe in einer qualitativen Befragung auch, wie gross und vielfältig die Barrieren sein können, die eine Änderung des Verhaltens hin zu mehr Bewegung erschweren. Die Patientinnen und Patienten erwähnen als Schwierigkeiten insbesondere die Schwere der Krankheit selbst, ungünstige Umgebungsbedingungen, Transportprobleme und finanzielle Schwierigkeiten sowie mangelnde Zeit.

Hilfreich sind hingegen die Unterstützung durch Angehörige und Bekannte, der Einbau der Bewegung in die Alltagsroutine und die Unterstützung durch die Fachleute des Gesundheitswesens, welche bereit sind, ihre Empfehlungen an die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen anzupassen und alltagstauglich zu gestalten.

«Die Ergebnisse dieser Studie zeigen auch, dass es kein Einheitskonzept gibt. Dies ist ein wichtiger Aspekt, denn er unterstreicht die Bedeutung eines individualisierten und gezielten Ansatzes.»

(Thorpe et al., 2014, S. 125; Übersetzung aus dem Englischen)

Gefahren und Risiken im Zusammenhang mit der aktiven Mobilität

Will man aktive Mobilität zur Förderung der Gesundheit empfehlen, muss man sich auch mit den damit verbundenen Gefahren und Risiken auseinandersetzen. Im Zusammenhang mit Velofahren und zu Fuss Gehen werden oft Bedenken geäussert, dass diese Art der Bewegung der Gesundheit schade, da man vermehrt Luftverschmutzung und Unfallrisiken ausgesetzt sei. Verschiedene Studien haben untersucht, ob Personen, die zu Fuss gehen oder mit dem Velo fahren, mehr oder weniger *Luftverschmutzung* ausgesetzt sind als andere Verkehrsteilnehmerinnen und Verkehrsteilnehmer. Die bisherigen Studien kommen konsistent zum Schluss, dass die Belastung durch Luftverschmutzung, die beim zu Fuss Gehen und Velofahren erfolgt, nur geringe Auswirkungen auf die Gesundheit hat und vom Gesundheitsnutzen durch körperliche Aktivität mehr als kompensiert wird (z. B. de Hartog et al. 2010; Holm et al., 2012).

«Safety in numbers»-Effekt

Wo mehr Menschen zu Fuss oder mit dem Velo unterwegs sind, ist das Risiko, Opfer eines Verkehrsunfalls zu werden, geringer.

Eine andere Bedeutung haben hingegen *Verkehrsunfälle*, insbesondere für Personen, die mit dem Velo unterwegs sind. Gemäss Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu) verunfallten in der Schweiz im Jahr 2010 31'780 Personen mit dem Velo (37% aller Verkehrsunfallopfer) und 6760 Fussgängerinnen respektive Fussgänger (7,7%). Im Verkehr getötet wurden im Jahr 2012 104 Automobilistinnen respektive Automobilisten inklusive Begleitpersonen, 28 Velofahrerinnen respektive Velofahrer und 75 Fussgängerinnen respektive Fussgänger (bfu, 2013). Je nach Betrachtungsart verschieben sich die relativen Risiken zwischen den Mobilitätsformen stark: So ist, bezogen auf die gefahrenen Kilometer, das Auto deutlich sicherer als das zu Fuss Gehen, bezogen auf die Fahrtzeit aber deutlich gefährlicher. Fussgängerinnen und Fussgänger erleiden durchschnittlich alle 150'000 Stunden einen Unfall, Personen, die mit dem Auto unterwegs sind, alle 47'000 Stunden und Velofahrerinnen und Velofahrer alle 4400 Stunden (Götschi et al., 2015).

Aus internationalen Studien weiss man, dass die Risiken eines Verkehrsunfalls für Personen, die mit dem Velo fahren oder zu Fuss gehen, damit zusammenhängen, wie verbreitet aktive Mobilität ist. Dieses Phänomen wird als «safety in numbers»-Effekt bezeichnet. Man geht heute davon aus, dass diesem Effekt eine Kombination von mehreren Faktoren ist: bessere Infrastruktur und anderen Sicherheitsvorkehrungen zugunsten des Langsamverkehrs, erhöhte Rücksichtnahme und Akzeptanz unter den Verkehrsteilnehmerinnen und Verkehrsteilnehmern sowie eine bessere Wahrnehmung von Personen, die zu Fuss gehen oder mit dem Velo fahren durch die Automobilistinnen und Automobilisten.

Aus gesundheitlicher Sicht stellt sich ebenfalls die Frage, ob sich Personen, die aus eigener Kraft mobil sind, *insgesamt mehr bewegen* als andere oder ob Personen, die mit dem Velo fahren oder zu Fuss gehen, in ihrer Freizeit bzw. bei der Arbeit weniger aktiv sind. Eine systematische Literaturanalyse (Wanner et al., 2011) hat gezeigt, dass Kinder, die ihren Schulweg aus eigener Kraft bewältigen, insgesamt körperlich aktiver sind als Kinder, die mit dem Auto zur Schule gefahren werden. Wanner et al. (2011) haben dieselbe Frage für die schweizerische Bevölkerung ab 15 Jahren anhand der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung untersucht: Personen, welche mehrheitlich zu Fuss, mit dem Velo oder einer Kombination aus öffentlichem Verkehr (ÖV) und aktiver Mobilität unterwegs sind, bewegen sich insgesamt deutlich mehr als Personen, die das Auto oder den ÖV benutzen. Dieser Unterschied ist besonders gross bei den Velofahrerinnen und Velofahrern.

Fazit der gesundheitlichen Wirkungen

Der Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis zur Wirkung von körperlicher Bewegung auf die Gesundheit und auf Krankheitsrisiken kann demnach folgendermassen zusammengefasst werden: Körperlich aktive Menschen haben nachweislich ein geringeres Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes Typ II, verschiedene Krebsarten, Osteoporose und gewisse psychische Beschwerden sowie ein insgesamt tieferes Risiko, frühzeitig zu sterben. Ein körperlich aktiver Lebensstil fördert auch die Balance zwischen Energieaufnahme und Energieverbrauch und senkt damit die Wahrscheinlichkeit von Übergewicht. Damit ist Bewegung einer der wichtigsten Faktoren, welcher die Verbreitung von chronischen Krankheiten in der Bevölkerung zu beeinflussen vermag. In Bezug auf die spezifische Wirkung aktiver Mobilität liegen bis heute insbesondere Befunde zur Wirkung auf die Sterblichkeit vor: Es zeigt sich starke Evidenz einer Reduktion der Gesamtsterblichkeit bei regelmässigem zu Fuss Gehen im Bereich von 10 bis 20% und bei regelmässigem Velofahren von 10 bis 30%. Aber auch die Evidenz für eine Reduktion des Risikos für wichtige chronische Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes II ist stark. Ebenso konnte eine Stärkung von gesundheitsschützenden Faktoren nachgewiesen werden (gesundes Körpergewicht, Fitness, Blutdruck und Blutfettwerte). Dabei scheint das Velofahren einen etwas stärkeren oder breiteren Effekt auf die Gesundheit zu haben als das zu Fuss Gehen. Als negative gesundheitliche Wirkung muss beim Velofahren die erhöhte Unfallgefahr bezeichnet werden. Gesamthaft überwiegen die positiven gesundheitlichen Wirkungen beim zu Fuss Gehen wie beim Velofahren die gesundheitlichen Risiken bei Weitem.

10.3 Verbreitung von aktiver Mobilität in der Schweiz

Im folgenden Abschnitt geht es um die Verbreitung des zu Fuss Gehens und des Velofahrens in der Schweiz. Als Einleitung zu diesem Thema werden zunächst zwei Trends beschrieben, welche die Entwicklung der aktiven Mobilität in der Schweizer Bevölkerung langfristig (mit)bestimmen:

- Urbanisierung und Metropolisierung
- Entwicklung des motorisierten Individualverkehrs

Im Jahr 2000 bestand das gesamte städtische Gebiet der Schweiz aus 979 Gemeinden mit insgesamt 5'345'452 Einwohnerinnen und Einwohnern. Der Grad der *Urbanisierung der Schweiz* ist von 8,7% im Jahr 1850 auf 73,3% im Jahr 2000 gestiegen. Knapp die Hälfte der Bevölkerung der Schweiz verteilte sich im Jahr 2000 auf nur sechs Gemeinden (Da Cunha & Both, 2004). Dieser Prozess der Raumentwicklung in der Schweiz wird heute am treffendsten mit dem Begriff der Metropolisierung umschrieben. Dabei haben sich zunächst die ländlichen Gebiete der Schweiz entvölkert und die Städte sind stark gewachsen. Seit einigen Jahrzehnten wachsen vor allem die Randgebiete der Städte, die damit grossflächige Metropolregionen über mehrere Gemeinden bilden. Diese Raumentwicklung verlief parallel mit einem starken Anwachsen der Pendlerbewegungen vom Wohn- zum Arbeits- oder Ausbildungsort.

« Offensichtlich leben und arbeiten die Bewohner der Metropolitanräume, die ja bereits einen beträchtlichen Teil der Bevölkerung auf sich vereinen, immer weniger auf der Ebene ihres Quartiers, ihrer Gemeinde oder ihrer Agglomeration, sondern vielmehr auf der Ebene eines regionalen Stadtgebiets, das eine steigende Anzahl von ihnen aus den verschiedensten beruflichen, aber auch nicht beruflichen Gründen durchquert.»

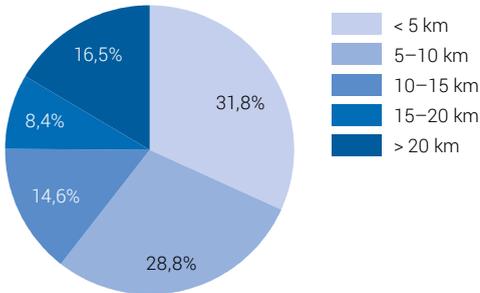
(Da Cunha & Borth, 2004, S. 53)

Die dabei zurückgelegten Distanzen sind zu einem beträchtlichen Anteil relativ kurz. In der Abbildung 10.3 werden die per Luftweg berechneten Distanzen der Pendelstrecken bei demjenigen Teil der Bevölkerung dargestellt, der zum Erreichen des Arbeits- oder Schulortes seine Wohngemeinde verlassen muss. Eine Distanz unter fünf Kilometern kann von den meisten Personen im Ausbildungs- oder Erwerbsalter unabhängig vom Trainingszustand aus eigener Kraft zurückgelegt werden. Gemäss den Daten der Volkszählung 2000 haben unter diesen Wegpendlern, das

heisst von den Personen, die zur Arbeit oder zur Schule in eine andere Gemeinde pendeln, weniger als 4% ihren täglichen Weg mittels aktiven Mobilitätsformen bewältigt.¹⁵

Distanz zwischen Wohn- und Arbeitsort von Pendler/innen (Luftweg), 2000

Abb. 10.3



Pendler/innen: Personen, deren Wohn- und Arbeitsort nicht in derselben Gemeinde liegen

Quelle: Da Cunha & Both, 2004

© Obsan 2015

Seit Mitte des letzten Jahrhunderts sind die Distanzen, welche die Schweizer Bevölkerung alltäglich zurücklegt, gewaltig gestiegen. Neben dem Bevölkerungswachstum hat dies – wie bereits oben erwähnt – mit der *zunehmenden Mobilität für Pendlerwege, aber auch für Reisen und Freizeitaktivitäten* zu tun. Ein Grossteil der Mobilität entfällt auf den motorisierten Privatverkehr. Seit 1970 haben sich die mittels Auto zurückgelegten Kilometer beinahe verdoppelt und betragen heute 90 Mrd. Personenkilometer pro Jahr (BFS, 2013). In der Schweiz waren im Jahr 2012 insgesamt 5,8 Mio. Motorfahrzeuge immatrikuliert, davon 4,3 Mio. Personenwagen (BFS, 2013). Mit dieser starken Zunahme des motorisierten Individualverkehrs (MIV) wurden aktive Mobilitätsformen aus Komfort- und Sicherheitsgründen zunehmend abgelöst oder verdrängt. Die Kehrseiten dieser stark verbreiteten Mobilität mittels MIV in Bezug auf die Gesundheit sind die Zerstörung von Lebensräumen, die Umweltbelastungen in Form von Lärm und Luftverschmutzung sowie Unfälle. So bezeichnen 57% der Zürcher Wohnbevölkerung den motorisierten Verkehr als das wichtigste Problem ihrer Stadt (Stadtentwicklung Zürich, 2013).

¹⁵ Genau gesagt waren es 3,3% der Personen, die den Weg per Fahrrad oder Mofa zurückgelegt hatten und 0,9% zu Fuss. In den insgesamt 4,2% enthalten waren gemäss der Erhebungsmethodik also auch die Mofafahrerinnen und Mofafahrer, so dass der Anteil der Bevölkerung, der mittels aktiver Mobilität zur Arbeit oder zur Schule in eine andere Gemeinde pendelte, wahrscheinlich unter 4% lag.

Der neueste Bericht des Bundesamts für Umwelt (BAFU) zur *Lärmbelastung der Bevölkerung* zeigt, dass jede fünfte Person in der Schweiz an ihrem Wohnort übermässigem Strassenverkehrslärm ausgesetzt ist. Am Tag betrifft dies ca. 1,6 Mio. Menschen, in der Nacht 1,4 Mio. Menschen (BAFU, 2014, S. 9). Am häufigsten betroffen sind die Bewohnerinnen und Bewohner der Kerngemeinden, das heisst den urbanen Zentren der Agglomerationen, am seltensten die Bewohnerinnen und Bewohner von ländlichen Regionen. Die Bekämpfung des Strassenlärms wird vom BAFU als wichtiges Anliegen der öffentlichen Gesundheit bezeichnet, da ständige übermässige Lärmbelastung den Körper in dauerhafte Alarmbereitschaft versetzt, was nachweislich einen negativen Effekt auf die psychische und physische Gesundheit hat.

Wie verbreitet ist aktive Mobilität in der Schweiz?

In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB), einer repräsentativen Erhebung der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten, wurden zwei Fragen zur aktiven Mobilität gestellt: Eine Frage betraf die wichtigsten Mittel für die täglichen Transportwege, wobei pro Person maximal drei Verkehrsmittel angegeben werden konnten¹⁶, die zweite Frage bezog sich auf die Dauer, die man durchschnittlich pro Tag zu Fuss oder mit dem Velo unterwegs ist.¹⁷

Im Jahr 2012 gaben 14,0% der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren an, dass sie die täglichen Wegstrecken zur Arbeit, zum Einkaufen etc. ausschliesslich zu Fuss bewältigen, 5,4% benützen dafür das Velo, 3,2% sind zu Fuss oder mit dem Velo unterwegs und 14,2% benützen eine Kombination von aktiver Mobilität zusammen mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Auf der anderen Seite bewegen sich 5,9% einzig mittels öffentlichen Verkehrsmitteln, 37,4% einzig mittels MIV (v. a. Auto oder Motorrad) und schliesslich noch 19,8% mittels MIV in Kombination mit anderen Verkehrsmitteln.

Zusammengefasst waren im Jahr 2012 insgesamt 22,6% der Bevölkerung einzig mittels eigener Muskelkraft unterwegs. Dieser Anteil ist damit etwas tiefer als zehn Jahre zuvor. Im Jahr 2002 waren es noch 25,0% der Bevölkerung, die sich ausschliesslich mit eigener Muskelkraft fortbewegten. Wichtig zu wissen ist auch, dass ein grosser Teil der Bevölkerung aktive Mobilität mit ÖV kombiniert, was bei der Förderung und Planung von aktiver Mobilität wie auch der öffentlichen Verkehrsmittel zu berücksichtigen ist.

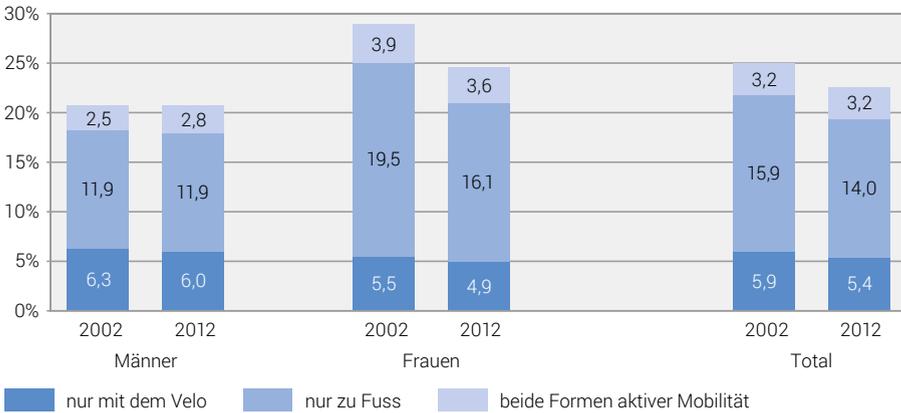
¹⁶ «Und die täglichen Wegstrecken, z. B. zur Arbeit, zum Einkaufen, zum Ausgehen, machen Sie die gewöhnlich ... zu Fuss/mit dem Velo/mit öffentlichen Verkehrsmitteln/motorisiert/k. A.»

¹⁷ «Wie lange sind Sie täglich etwa unterwegs zu Fuss oder mit dem Velo, im Durchschnitt?»

Frauen und Männer unterscheiden sich in der Schweiz in der Wahl ihrer Transportmittel. Der Anteil der Frauen, die im Jahr 2012 einzig mittels aktiver Mobilität (24,6%) oder in der Kombination aktive Mobilität und ÖV (16,8%) unterwegs waren, ist deutlich höher als bei den Männern. Ausschliesslich aktiv unterwegs waren bei den Männern 17,7% und in der Kombination von aktiver Mobilität mit ÖV 11,5%. Der Anteil der Frauen, die in irgendeiner Form aktiv mobil sind, ist in den letzten zehn Jahren etwas gesunken (von 28,9% auf 24,6%; vgl. Abbildung 10.4). Dies liegt hauptsächlich daran, dass weniger Frauen ausschliesslich zu Fuss unterwegs sind. Der grösste Unterschied zwischen Frauen und Männern zeigt sich beim zu Fuss Gehen und beim motorisierten Privatverkehr (vgl. Abbildung 10.5). Hingegen benützen etwa gleich viele Frauen wie Männer das Velo oder den ÖV.

Aktive Mobilität für tägliche Wegstrecken nach Fortbewegungsart, 2002/2012

Abb. 10.4



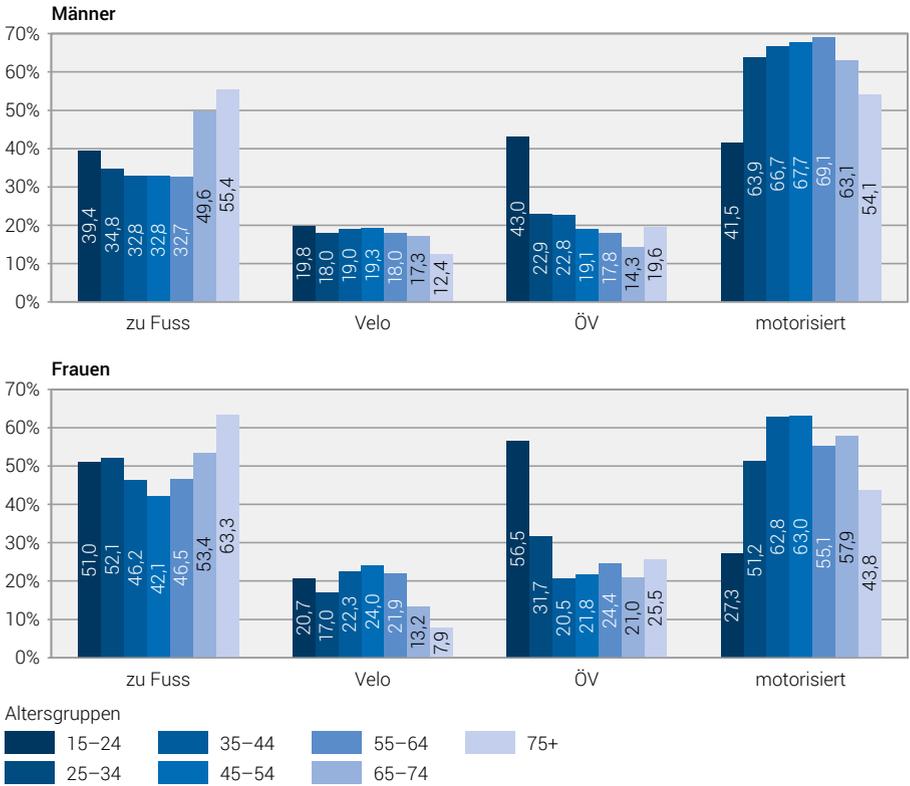
Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Personen, die regelmässig zu Fuss oder mit dem Velo unterwegs sind, verbringen im Schnitt etwa eine Stunde pro Tag mit dieser aktiven Bewegungsform (Männer ab 15 J., 2002: 68 Minuten; 2012: 71 Minuten; Frauen ab 15 J., 2002: 62 Minuten; 2012: 62 Minuten; Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung). Dieser Wert übersteigt die aus gesundheitlicher Sicht empfohlene Dauer von einer halben Stunde körperlicher Bewegung pro Tag an mindestens fünf Tagen pro Woche (WHO, 2010) respektive die Empfehlungen des BASPO von mindestens 2 ½ Stunden Bewegung mittlerer Intensität pro Woche.

Fortbewegungsart für die täglichen Wegstrecken nach Alter, 2012

Abb. 10.5



Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Im Folgenden geht es um die Frage, wie sich *Alters- oder Generationenunterschiede*¹⁸ auf die Wahl des Transportmittels auswirken. Wie man der Abbildung 10.5 entnehmen kann, sind ältere Männer und Frauen deutlich häufiger zu Fuss unterwegs als die jüngeren Bevölkerungsgruppen, umgekehrt nimmt der motorisierte Individualverkehr bei ersteren ab.

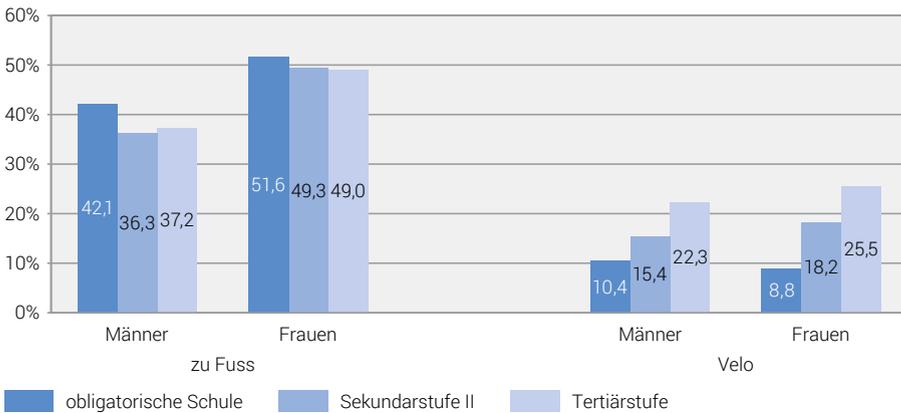
Man kann vermuten, dass ein Teil der Bevölkerung ab einem gewissen Alter für die alltäglichen Strecken nicht mehr Auto fährt und stattdessen zu Fuss geht. Bei den älteren Männern ab 65 Jahren nimmt der Anteil der zu Fuss Gehenden sprunghaft zu, was vermutlich auch mit der Pensionierung zusammenhängt. Auffallend bei der jüngsten Altersgruppe von 15 bis 24 Jahren ist der hohe Anteil an Personen, die ÖV

¹⁸ Die analysierten Querschnittsdaten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung erlauben es nicht, Alters- und Kohorteneffekte (Generationenunterschiede) zu unterscheiden.

benutzen. Ob es sich dabei um einen Alterseffekt handelt – ein Teil dieser Personen darf noch kein Auto lenken – und diese Bevölkerungsgruppe später auf andere Transportmittel wechseln wird oder ob es sich um einen Generationeneffekt handelt, wird sich erst in der Zukunft zeigen. Frauen sind über alle Altersgruppen häufiger zu Fuss unterwegs als die gleichaltrigen Männer und über fast alle Altersgruppen auch häufiger mit dem Velo. Allerdings zeigt sich bei den Frauen eine starke Abnahme des Anteils an Velofahrerinnen ab 65 Jahren.

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, beeinflusst auch der *sozio-ökonomische Status* respektive die soziale Lage die körperliche Aktivität. Verschiedene Analysen bestätigen, dass in der erwachsenen Schweizer Bevölkerung ein sozialer Gradient im allgemeinen Bewegungsverhalten zu beobachten ist (Stamm et al., 2013; Schad et al., 2008; Bachmann & Neuhaus, 2010). Auch Personen mit Migrationshintergrund sind insgesamt gesehen körperlich weniger aktiv als die Bevölkerung, die bereits bei Geburt über das Schweizer Bürgerrecht verfügte. Es stellt sich die Frage, ob dieser Zusammenhang zwischen dem sozio-ökonomischen Status respektive der Lebenslage und dem Ausmass der Bewegung auch für die aktive Mobilität zutrifft.

Fortbewegungsart für die täglichen Wegstrecken nach Bildung, 2012 **Abb. 10.6**



Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

In der Abbildung 10.6 wird der Zusammenhang zwischen dem Schulabschluss und der Wahl einer aktiven Mobilitätsform für die täglichen Wegstrecken dargestellt. Was das zu Fuss Gehen betrifft, widersprechen die Ergebnisse auf Basis der SGB dem erwarteten Zusammenhang: Der höchste Anteil an Personen, die regelmässig zu Fuss gehen, kann bei den Personen mit nur obligatorischer Schulbildung beobachtet werden. Beim Velofahren hingegen zeigt sich ein klarer sozialer Gradient in Bezug auf diese sozio-ökonomische Determinante: je höher die Schulbildung, umso höher

ist der Anteil an Personen, welche die täglichen Wegstrecken regelmässig per Velo zurücklegen. Es ist zu beachten, dass dieser Zusammenhang lediglich deskriptiv analysiert wurde. Für weiterführende Analysen wäre es wichtig, beispielsweise das Alter als konfundierende Variable zu kontrollieren.

Eine andere Betrachtungsweise zur Verbreitung von aktiver Mobilität in der Schweiz ergibt sich aus der Analyse der Daten des Mikrozensus (BFS, 2010). Die folgenden Werte zur durchschnittlichen Wegstrecke nach Verkehrsmitteln und zur durchschnittlichen Unterwegszeit pro Person und Tag beziehen sich auf die gesamte Schweizer Bevölkerung ab 6 Jahren, unabhängig davon, wie verbreitet die Nutzung der einzelnen Transportmittel ist. Im Jahr 2010 wurden pro Person und Tag im Schnitt 2,0 Kilometer zu Fuss, 0,8 km per Velo und 23,8 km mit dem Auto zurückgelegt.

Wie man Tabelle 10.4 entnehmen kann, haben sich die Tagesdistanzen pro Kopf der Bevölkerung, die zu Fuss, mit dem Auto und mit der Bahn zurückgelegt werden, im dargestellten Zeitraum erhöht, bei der Bahn sogar markant. Pro Kopf der Bevölkerung ist heute auch die durchschnittliche Unterwegszeit pro Tag zu Fuss und mit der Bahn angestiegen. Sowohl bei der Distanz wie auch bei der Dauer zeigt sich bei den Velos eine leichte bis deutliche Abnahme von 1994 bis 2010. Dies kann mehrere Gründe haben: die Analysen der SGB, die weiter oben dargestellt sind, zeigen eine leichte Abnahme bei dem Anteil der Bevölkerung, der die täglichen Wegstrecken regelmässig per Velo zurücklegt (vgl. Abbildung 10.4). Eine andere Erklärung liegt darin, dass die Velofahrerinnen und Velofahrer heute weniger lange Distanzen zurücklegen oder die Wegstrecken in höherem Tempo bewältigen.

Festhalten kann man aber, dass die von der Schweizer Bevölkerung insgesamt per Velo zurückgelegten Wegstrecken im Verlauf der letzten zwei Jahrzehnte leicht abgenommen haben, während die zu Fuss zurückgelegten Wegstrecken deutlich zugenommen haben.

Tab. 10.4 Entwicklung des Mobilität: Tagesdistanz und Unterwegszeit nach Fortbewegungsart, 1994–2010
ständige Wohnbevölkerung ab 6 Jahren

		Tagesdistanz pro Person und Tag (in km)				Unterwegszeit pro Person und Tag (in Min.)			
		1994	2000	2005	2010	1994	2000	2005	2010
Total		31,3	35,0	35,2	36,7	77,5	84,5	88,4	83,4
nach	zu Fuss	1,5	1,7	2,1	2,0	26,1	28,9	35,1	31,4
Verkehrsmittel	Velo	0,9	0,9	0,8	0,8	4,4	4,7	4,2	3,8
	Auto	21,3	23,6	23,7	23,8	32	35,3	34,6	33,2
	Bus /Tram	1,2	1,2	1,3	1,4	4,2	4,4	4,3	4,8
	Bahn	4,2	4,7	5,6	7,1	4,6	4,9	5,2	6,4

Unterwegszeit: ohne Warte- und Umsteigezeit

Quelle: BFS – Mikrozensus Verkehr

© Obsan 2015

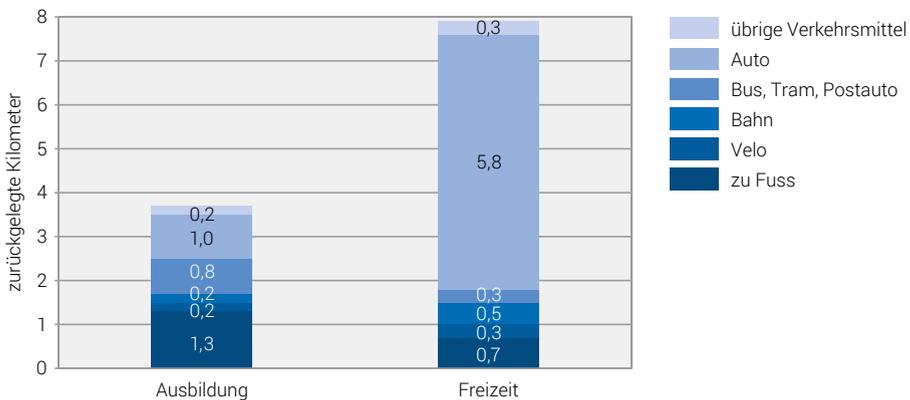
Kinder legen den Schulweg hauptsächlich zu Fuss zurück; in der Freizeit werden sie oft mit dem Auto transportiert

Im Rahmen des Mikrozensus Verkehr des Jahres 2010 wurden detaillierte Angaben zum Zweck der zurückgelegten Wegstrecken der Schweizer Bevölkerung ab 6 Jahren erfasst. In Abbildung 10.7 sind die durchschnittlich zurückgelegten Wegstrecken in Kilometern nach Verkehrsmittel und Zweck (Ausbildung oder Freizeit) für Kinder von 6 bis 10 Jahren dargestellt. Sie legen entsprechend diesen Ergebnissen den Schulweg hauptsächlich zu Fuss zurück, wobei die pro Kind und Tag durchschnittliche Distanz hin und zurück 1,3 Kilometer beträgt. Deutlich geringer, nämlich 0,2 Kilometer, ist die Distanz, die im Mittel ein Kind mit dem Velo zur Schule fährt. Die per Auto zurückgelegten Schulwege betragen 1,0 Kilometer pro Kind und Werktag, per ÖV (Bus, Tram, Postauto und Bahn) sind es ebenfalls genau 1,0 Kilometer.

Ganz anders sieht dieses Bild bei den zurückgelegten Distanzen zu Freizeit Zwecken aus. Da überwiegen die per Auto gefahrenen Distanzen bei Weitem. Insgesamt 5,8 Kilometer wird ein Kind pro Werktag mit dem Auto geführt, um Hobbies und anderen Freizeitbeschäftigungen nachzugehen. Kinder sind in ihrer Freizeit deutlich weniger zu Fuss oder mit dem Velo unterwegs als bei der Bewältigung des Schulwegs.

Durchschnittlich zurückgelegte Kilometer pro Werktag von 6- bis 10-jährigen Kindern, 2010

Abb. 10.7



Werktage: Montag–Freitag

Quelle: BFS & Bundesamt für Raumentwicklung

© Obsan 2015

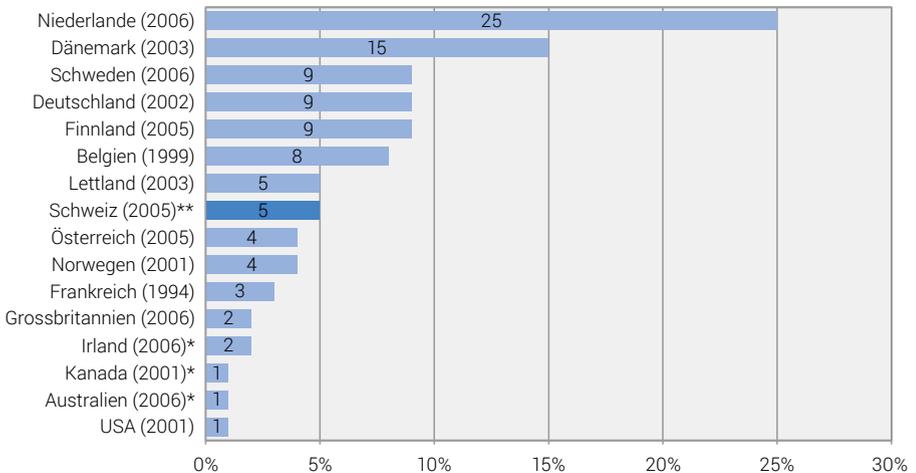
Velofahren ist in vielen Ländern Europas stärker verbreitet als in der Schweiz

Im internationalen Vergleich werden in der Schweiz vergleichsweise viele Wegstrecken zu Fuss zurückgelegt. Es existieren aber diverse europäische Länder, in denen das Velofahren deutlich stärker verbreitet ist als in der Schweiz (vgl. Abbildung 10.8).

Wie kommen hohe Anteile an Velofahrerinnen und Velofahrern wie in den Niederlanden oder in Dänemark zustande? Ein gutes Beispiel für eine wirksame Förderung des Veloverkehrs ist Kopenhagen, Hauptstadt Dänemarks mit knapp 750'000 Einwohnern. Kopenhagen setzte sich das Ziel, die beste Velostadt der Welt zu werden. Dafür investiert die Gemeinde seit 1980 in velofördernde Infrastrukturen, Kampagnen und politische Rahmenbedingungen. Die Erfolge dieser Strategie sind aussergewöhnlich gross. So zeigen Verkehrszählungen in der Stadt seit Beginn der Veloförderung eine Zunahme der an einem Punkt passierenden Velos von 8200 Velos im Jahr 1978 auf rund 36'000 Velos pro Werktag im Jahr 2012. Seit dem Jahr 1996 hat sich die Anzahl der Kilometer, die per Velo innerhalb der Stadt zurückgelegt werden, um 36% erhöht und lag im Jahr 2012 bei 1,27 Mio. Kilometern pro Tag (City of Copenhagen, 2013). In der gleichen Zeit sind die Velounfälle stark zurückgegangen. Im Jahr 2012 ereignete sich alle 4,1 Mio. gefahrene Kilometer ein ernsthafter Unfall. Im Jahr 1995 war das Unfallrisiko noch drei Mal höher.

Anteil der Wegstrecken, die mit dem Velo zurückgelegt werden im internationalen Vergleich

Abb. 10.8



* nur Arbeitsweg

** in den Schweizer Daten werden auch sehr kurze Wegstrecken von mindestens 25m berücksichtigt

«Die verbesserte Sicherheit ist teilweise darauf zurückzuführen, dass mehr Menschen Velo fahren, was wiederum zu einer generell sichereren Verkehrsumgebung führt. Eine weitere Erklärung sind die ernsthaften Bestrebungen, die Infrastruktur sicherer zu gestalten, beispielsweise durch die Umgestaltung von Kreuzungen, breitere Velowege und Haltestelleninseln. Und schliesslich helfen auch Kampagnen, das Verkehrsverhalten und -bewusstsein zu verbessern.»
(Copenhagen, City of Cyclists, Bicycle Account, 2013, S. 8; Übersetzung aus dem Englischen)

Bewohnerinnen und Bewohner der Stadt Kopenhagen legten 2012 52% der Wegstrecken zum Ausbildungs- oder Arbeitsort per Velo, 23% mit den öffentlichen Verkehrsmitteln, 14% mit dem Auto und 11% zu Fuss zurück. Mehr als die Hälfte der Wohnbevölkerung von Kopenhagen legte damit die täglichen Wegstrecken mit dem Velo zurück. Dies führte auch zu einer klaren Entlastung der Verkehrswege innerhalb der Stadt.

Im Zentrum der Strategie von Kopenhagen zur Förderung des Veloverkehrs stehen die vollständig von anderen Verkehrsmitteln getrennten «Cycle tracks», die entlang möglichst direkter Routen durch die Stadt führen und eine hohe Geschwindigkeit ermöglichen. Sie sind bis zu 3 Meter breit, was eine hohe Nutzungskapazität sowie gefahrloses Überholen bei unterschiedlichen Geschwindigkeiten erlaubt und den Velofahrerinnen und Velofahrern ein hohes Sicherheitsgefühl vermittelt. Zum System gehören auch Brücken, die speziell für jene Personen vorgesehen sind, die zu Fuss gehen oder mit dem Velo fahren. Im Jahr 2012 wurde erstmals ein «Cycle Super Highway» eröffnet, der mehrere Agglomerationsgemeinden mit Kopenhagen verbindet. Es ist geplant, ein Netzwerk von insgesamt 28 solcher «Cycle Super Highways» zu bauen. Hohe Geschwindigkeit ist denn auch die wichtigste Motivation der Bevölkerung von Kopenhagen, das Velo als bevorzugtes Transportmittel auszuwählen (City of Copenhagen, 2013).

10.4 Determinanten des zu Fuss Gehens und des Velofahrens

Zahlreiche und vielfältige Faktoren beeinflussen die Entscheidungen und Gewohnheiten einer Person in Bezug darauf, wie sie sich im Alltag fortbewegt. So einfach es zu erkennen ist, ob einer dieser Faktoren sich grundsätzlich fördernd oder hemmend auf die aktiven Bewegungsformen auswirkt, so schwierig ist es zu bestimmen, mit welcher Stärke dieser Effekt wirkt. Dies liegt am komplexen Zusammenspiel der verschiedenen Determinanten, aber vor allem auch daran, dass bisher kaum wissenschaftliche Studien zur Klärung dieser Fragen existieren.

Der Entscheidungsprozess zur Wahl eines bestimmten Fortbewegungsmittels bezieht grundsätzlich folgende Dimensionen mit ein:

- Zur Verfügung stehende Alternativen wie Anbindung an ÖV, Besitz eines Fahrrads oder Autos
- Vergleich von Verkehrsmiteigenschaften wie Geschwindigkeit, Sicherheit, Wetterschutz und Etappeneigenschaften wie Distanz und Topografie
- Individuelle Faktoren wie Fitness, Ängstlichkeit, Einstellung zur Umwelt, Freude an der Bewegung
- Soziale Faktoren wie gesellschaftliche und kulturelle Normen, Modetrends
- Strukturelle Faktoren wie natürliche Umwelt, Infrastruktur und Wegnetze, Verkehrsführung, Verkehrsaufkommen, Sicherheit, Gesetzgebung

Wie stark diese Dimensionen interagieren und sich in dynamischen Prozessen über die Zeit gegenseitig zu beeinflussen vermögen, zeigt sehr schön das erwähnte Phänomen des «safety in numbers». Persönliche Einstellungen aller Verkehrsteilnehmerinnen und Verkehrsteilnehmer, Zahl der aktiv mobilen Personen, Verkehrspolitik, Verkehrsinfrastruktur und -sicherheit, Unfallrisiken und damit wiederum die Sicherheitswahrnehmung der Bevölkerung beeinflussen sich in einem dynamischen Prozess.

Zentral für die Wahl des Transportmittels ist der *Abgleich zwischen Verkehrsmiteigenschaften und Etappeneigenschaften*. Dabei werden beispielsweise Verfügbarkeit des Verkehrsmittels, Erreichbarkeit, Geschwindigkeit, Kosten, Komfort, Gesundheitsnutzen und Parkbedingungen am Zielort in den Entscheidungsprozess mit einbezogen. Diese Eigenschaften des Transportmittels werden verglichen mit den Eigenschaften der Etappe, die zurückgelegt werden muss. Dabei stehen vor allem die Distanz, die Topografie und die Wetterbedingungen im Vordergrund. Aber auch Rahmenbedingungen wie die Frage, ob Kinder dabei sind, ein Grosseinkauf transportiert werden muss oder ob am Zielort bestimmte Kleidungsnormen gegeben sind, spielen eine wichtige Rolle. Bei der Wahl aktiver Mobilitätsformen wird auch der Gesundheitsnutzen in den Entscheidungsprozess mit einbezogen, und zwar sowohl für Transportwege wie auch für aktive Mobilität im Rahmen von Freizeitaktivitäten (Borjesson & Eliasson, 2012).

Individuelle und soziale Determinanten

Zu den *individuellen Eigenschaften*, welche den Entscheidungsprozess zu Gunsten oder Ungunsten von aktiver Mobilität nachweislich beeinflussen, gehört das *Alter*. So nimmt das Velofahren in der Schweiz in höherem Alter ab. Interessant ist, dass dieser altersbedingte Rückgang des Velofahrens in Ländern mit gut ausgebauter

Veloinfrastruktur deutlich weniger ausgeprägt ist (Pucher & Buehler, 2007). Beim zu Fuss Gehen zeigt sich in der Schweiz eine gegensätzliche Tendenz, insbesondere bei den Männern: Ältere Männer gehen häufiger zu Fuss, was mit gesundheitlichen Motiven, dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben, aber auch mit altersbedingten Einschränkungen, ein Auto lenken zu dürfen, zu tun haben könnte. Die *individuelle Risikowahrnehmung und -toleranz* spielt ebenfalls eine grosse Rolle bei der Wahl des Verkehrsmittels. Dies betrifft im besonderen Ausmass das Velofahren. Im Kindesalter bestimmt die elterliche Wahrnehmung der Verkehrssicherheit im Quartier sowie die Einstellung der Eltern zur aktiven Mobilität respektive zum Auto als Transportmittel der Wahl wesentlich, wie oft und wohin Kinder zu Fuss gehen oder das Velo benützen (dürfen) (Lorenc et al., 2008). Die eigene Fitness, allfällige Krankheiten oder körperliche Einschränkungen werden bei der Entscheidung für ein Verkehrsmittel ebenfalls berücksichtigt. Weitere individuelle Faktoren mit Einfluss auf die Art der Mobilität sind Einstellungen und Wahrnehmungen (u. a. auch das *Gesundheitsbewusstsein und das Umweltbewusstsein*), Gewohnheiten und persönliche Erfahrungen. Zu den *sozialen Faktoren*, welche diesen Entscheidungsprozess beeinflussen, gehören beispielsweise die Normen im *Arbeitsumfeld* (Pronk & Kottke, 2009). Arbeitgeber können die aktive Mobilität ihrer Mitarbeitenden massgeblich fördern oder hemmen. Dasselbe gilt auch für *Schulen*. Diese können sich beispielsweise «velofreundlich» verhalten, indem sie genügend Veloabstellplätze zur Verfügung stellen, sich für sichere Velowege rund um das Schulhaus einsetzen und Kindern zugestehen, den Schulweg mit dem Velo zurückzulegen.

Während die körperliche Aktivität insgesamt einen deutlichen *sozialen Gradienten* aufweist, ist dies bei der aktiven Mobilität als Teilform der körperlichen Aktivität nicht oder nur bezüglich des Velofahrens der Fall (siehe Abbildung 10.6, Schad et al., 2011). Wie und wie stark sich die Herkunft von Personen mit Migrationserfahrung auf ihre Teilnahme an der aktiven Mobilität auswirkt, ist eine komplexe Frage, da die Migrantinnen und Migranten keine homogene Bevölkerungsgruppe darstellen und der stark mit der spezifischen Art der Migration verbundene sozio-ökonomische Status respektive die Lebenslage die Art der Mobilität ebenfalls beeinflusst. Die Wahl des Transportmittels als *Teil eines Lebensstils* unterliegt auch den Normen der sozialen Bezugsgruppe («Peers») einer Person: Je nach Epoche und Ort gilt ein 14-jähriger Mofa- oder Rollerfahrer als besonders «in» oder als völlig «out». Die *Vorbildfunktion der Eltern* spielt – wie bereits erwähnt – bei Kindern eine wichtige Rolle. Akzeptanz von aktiven Mobilitätsformen, Respekt, Modetrends, soziale und kulturelle Normen werden in der Literatur als Determinanten erwähnt, ihre Bedeutung und Effekte sind aber bisher wissenschaftlich kaum untersucht.

Strukturelle Determinanten: Verkehrsinfrastruktur, Sicherheit, Raumplanung

Unter den strukturellen Determinanten der aktiven Mobilität spielt die *gebaut* Umwelt eine besondere Rolle. Dabei steht die *Verkehrsinfrastruktur* im Zentrum des Interesses. Zu erwähnen sind Eigenschaften des Verkehrsnetzes wie die direkte Verbindung, die Qualität der Strecken bezüglich geeigneter und sicherer Infrastruktur für Velofahrerinnen und Velofahrer und die Abgrenzung zu Fussgängerinnen und Fussgängern. Aber auch das *Parkplatzangebot* im öffentlichen Raum oder am Arbeitsplatz können Abwägungen zwischen der Nutzung des Autos oder Velos stark beeinflussen. Je höher das *Verkehrsaufkommen* und die *Geschwindigkeit des motorisierten Verkehrs*, umso weniger aktive Mobilität ist zu beobachten (vgl. dazu auch «safety in numbers» weiter oben). Die subjektive Risikowahrnehmung der Personen, die zu Fuss gehen oder mit dem Velo fahren, wird stark durch diese zwei Faktoren beeinflusst. Daneben spielt die räumliche Trennung zum motorisierten Verkehr eine grosse Rolle. Als Faustregel gilt, je höher die Geschwindigkeitsunterschiede zwischen den verschiedenen Verkehrsmitteln sind und je höher das Volumen der schnelleren ist, desto markanter sollte die physische Trennung zwischen den verschiedenen Nutzerinnen und Nutzern sein. Strecken mit geringem Motorfahrzeugaufkommen und tieferen Geschwindigkeiten fördern die Nutzung aktiver Mobilitätsformen. Wichtig für die Verkehrsmittelwahl ist zudem das *Angebot des öffentlichen Verkehrs*. Gerade in der Schweiz sind viele Personen kombiniert mittels ÖV und zu Fuss unterwegs. Attraktive Zugangswege zum ÖV fördern sowohl die aktive Mobilität wie auch die Nutzung des öffentlichen Verkehrs. In der Schweiz hat die Nutzung des ÖV insbesondere einen Einfluss auf das zu Fuss Gehen (Schad et al., 2008). Analog dazu sind die *Bedingungen für den motorisierten Individualverkehr* von Bedeutung. Faktoren wie Kosten, Geschwindigkeit, Staus und insbesondere das Parkplatzangebot beeinflussen die Entscheidung für und wider aktive Mobilitätsformen stark. Wer einen Privatwagen zur Verfügung hat, ist seltener aktiv mobil (Schad et al., 2008). Der Erkenntnisstand zum Zusammenhang der *Raumnutzung* (engl. «land use mix») und der aktiven Mobilität ist relativ gut. Eine gute Durchmischung von Wohnquartieren, Einkaufsmöglichkeiten, Gewerbe, Arbeits-, Schul- und Wirtschaftszonen geht einher mit kürzeren Distanzen, die zurückgelegt werden müssen, und dies wiederum führt dazu, dass aktive Mobilität attraktiver wird (u. a. Schad et al., 2008). Deshalb zeichnen sich urbane Siedlungsräume tendenziell durch einen höheren Anteil an aktiv mobilen Personen aus. Dies zeigt auch die Bedeutung auf, die langfristig der Raumplanung bei der Förderung der aktiven Mobilität zukommt. In diesem Zusammenhang wird zunehmend der *Begriff der «Walkability»* verwendet, ein Konzept, das die Frage der «Begehbarkeit» von Quartieren und Stadtteilen in den Vordergrund rückt (Leslie et al., 2005; Frank et al., 2005). Das *Sicherheitsgefühl im öffentlichen Raum* beeinflusst die Wahl des Verkehrsmittels ebenfalls. Angst vor Raub, Anpöbeleien, körperlicher und sexueller Gewalt schränkt die Aneignung des

öffentlichen Raums und damit auch die aktive Mobilität von Personen aller Altersgruppen ein (Präsidialdepartement Kanton Basel-Stadt, 2012; Walker Späh, 2002). Besonders oft fühlen sich Frauen und ältere Personen bedroht (Clerici & Kiliyas, 1999). Die Vermeidung von Risiken kann zu einer Einschränkung der eigenen Mobilität und der körperlichen Aktivität führen (Bennett et al., 2007; Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009).

Die *natürliche Umwelt* spielt bei der Wahl des Verkehrsmittels ebenfalls eine Rolle, wobei vor allem die Topografie und das Wetter von Bedeutung ist. Das allgemeine Klima hingegen scheint zumindest in den gemässigten Klimazonen weniger bedeutsam zu sein, sind es doch gerade Städte wie Kopenhagen, Portland oder Minneapolis, die mit aussergewöhnlich hoher Nutzung aktiver Mobilität auffallen, obwohl sie nicht das velofreundlichste Klima aufweisen.

Zur Erläuterung weiterer Determinanten auf der strukturellen Ebene wie Gesetzgebung, Verkehrspolitik, Evaluation und Forschung verweisen wir auf den Hintergrundbericht von Götschi et al. (2015).

10.5 Förderung der aktiven Mobilität

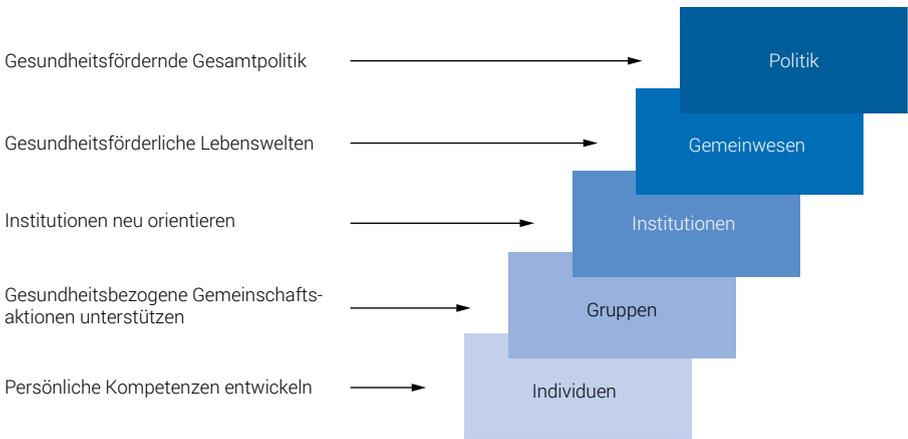
Im folgenden Abschnitt geht es darum, den Rahmen zur Förderung der aktiven Mobilität abzustecken, die wichtigsten Massnahmen vorzustellen und in einem Übersichtsmodell zu verorten. Im Abschnitt 10.6 werden als Ergänzung dazu konkrete Projekte vorgestellt, die aufzeigen, welche Massnahmen mit Erfolg umgesetzt werden können.

Seit Verabschiedung der Ottawa-Charta im Jahr 1986 steht neben der traditionell geprägten Ausrichtung von Public Health mit einem Blick auf das Krankmachende (Pathogene) gleichberechtigt ein zweiter Ansatz. Anstelle der Konzentration auf die Reduktion von Risikofaktoren stehen bei dieser Stossrichtung, die auch als «salutogen» bezeichnet wird, die Fragen im Vordergrund, wie Gesundheit entsteht und wie Ressourcen zur Stärkung der Gesundheit gefördert werden können. Damit verbunden sind zwei zentrale Prinzipien: die intersektorale Ausrichtung und der sogenannte Setting-Ansatz (oder lebensweltbezogene Ansatz) zur Förderung der Gesundheit, der in der Schweiz in Lebenswelten oder Settings wie der Schule, dem Betrieb, in Sportvereinen, etc. angewendet wird (z. B. BAG, 2007). Gerade im Bereich der aktiven Mobilität als Mittel zur Gesundheitsförderung lässt sich die Bedeutung dieser beiden Prinzipien gut nachvollziehen.

Die wichtigsten Massnahmen zur Förderung der aktiven Mobilität finden gemäss Götschi et al. (2015) auf unterschiedlichen Ebenen der Gesellschaft statt, wobei sich Interventionen zur Veränderung von Strukturen unterscheiden lassen von Entwicklungen auf der sozialen und individuellen Ebene. Die verschiedenen Handlungsfelder lassen sich sinnvollerweise dem Mehrebenenmodell der Gesundheitsförderung zuordnen (Kaba-Schönstein, 2011; Abb. 10.9).

Mehrebenenmodell der Gesundheitsförderung

Abb. 10.9



Quelle: nach Kaba-Schönstein, 2011

© Obsan 2015

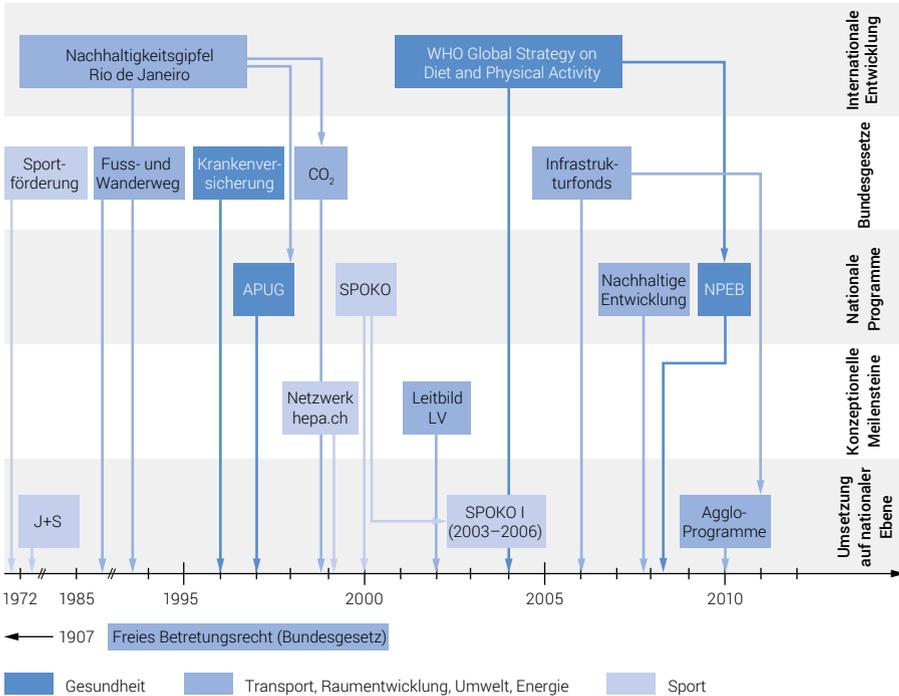
Massnahmen auf der Ebene der Politik

Gemäss Mehrebenenmodell ist das Ziel auf der politischen Ebene, dass das politische System eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik realisiert. Die Förderung der aktiven Mobilität liegt traditionell in der Verantwortung der Verkehrspolitik. Spätestens seit dem Erdgipfel zur nachhaltigen Entwicklung in Rio de Janeiro (1992) wurde die Bedeutung der aktiven Mobilität auch im Zusammenhang mit ökologischen Zielsetzungen anerkannt und diskutiert: die Attraktivität von Stadtzentren, die Förderung der Lebensqualität im urbanen Raum, soziale Anliegen, Umweltschutz und nicht zuletzt die Gesundheit der Bevölkerung. Auf der Ebene der Politik kann die aktive Mobilität einerseits durch gesetzliche Grundlagen gefördert werden, welche Investitionen in Infrastrukturmassnahmen und andere förderliche Programme erlauben, und andererseits durch die Verankerung einer inter- respektive multisektoralen Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Politikbereichen.

In der folgenden Abbildung (10.10) werden die bisherigen Meilensteine der *inter- und multisektoralen Zusammenarbeit* zwischen den verschiedenen Politikbereichen Sport, Transport, Raumentwicklung, Umwelt, Energie und Gesundheit in der Schweiz von 1970 bis heute dargestellt.

Meilensteine der intersektoralen Zusammenarbeit zur Förderung der aktiven Mobilität in der Schweiz

Abb. 10.10



APUG: Aktionsplan Umwelt und Gesundheit; SPOKO: Sportpolitisches Konzept; NPEB: Nationales Programm Ernährung und Bewegung; Netzwerk hepa.ch: Nationales Netzwerk Gesundheit und Bewegung; Leitbild LV: Leitbild Langsamverkehr J+S: Jugend und Sport; SPOKO I: 1. Massnahmenpaket zum sportpolitischen Konzept

Quelle: Götschi et al., 2015

© Obsan 2015

Eines der Austauschgefässe auf nationaler Ebene ist die Arbeitsgruppe Bundeskoordination Langsamverkehr. Das federführende Bundesamt für Strasse (ASTRA) etablierte ein Koordinationsgremium, dem neben dem Transportsektor auch die Bundesämter für Raumentwicklung, Umwelt, Energie, Gesundheit, Sport und Wirtschaft angehören. Das Bundesamt für Raumentwicklung ARE hat Strategien für den Freizeitverkehr und einen Leitfaden für die suburbane Freiraumentwicklung ausgearbeitet, der in öffentlichen Veranstaltungen vorgestellt wird. Das Bundesamt

für Gesundheit arbeitet seit 2009 mit den Bundesämtern für Raumplanung, Verkehr, Strassen, Energie und Umwelt zusammen, mit dem Ziel, optimale Rahmenbedingungen für die Bewegungsförderung zu schaffen.

Die Zusammenarbeit konzentriert sich momentan hauptsächlich auf drei Massnahmen:

- Die Förderung von Langsamverkehrs-Projekten via Dienstleistungszentrum für innovative und nachhaltige Mobilität (DZM). Involviert sind die Bundesämter für Energie (BFE), Raumentwicklung (ARE), Strassen (ASTRA), Umwelt (BAFU), Verkehr (BAV) und Gesundheit (BAG). Bei der jährlichen Ausschreibung stehen für innovative Projekte 500'000 Franken zur Verfügung. Siehe: www.aren.admin.ch → [Verkehr & Infrastruktur](#) → [Programme und Projekte](#) → [Dienstleistungszentrum für innovative Mobilität](#)
- Die Förderung von bewegungsfreundlichen Pilotprojekten in der Freiraumentwicklung via «Modellvorhaben Nachhaltige Raumentwicklung». Involviert sind das Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) sowie die Bundesämter für Landwirtschaft (BLW), Sport (BASPO), Wohnungswesen (BWO), Raumentwicklung (ARE), Strassen (ASTRA), Umwelt (BAFU) und Gesundheit (BAG). Siehe: www.modellvorhaben.ch
- Die Förderung der Bewegung anhand eines Leitfadens «Freiraumentwicklung in den Agglomerationen», welcher zusammen mit sieben Bundesämtern (ARE, BWO, ASTRA, BAFU, BAG, BASPO und BLW) entwickelt wurde, um Gemeinden, Kantonen und Agglomerationen praktische Handlungsansätze in der Aufwertung von Freiräumen zu vermitteln. Siehe: www.aren.admin.ch → [Städte & Agglomerationen](#) → [Spezialthemen](#) → [Freiraumentwicklung in Agglomerationen](#)

Massnahmen auf der Ebene von Gemeinwesen

Im Rahmen der *Raum- und Städteplanung* werden langfristig wichtige Rahmenbedingungen für die aktive Mobilität geschaffen. Wie bereits erwähnt sind Siedlungsdichte, Zonendurchmischung sowie Distanz zwischen Wohnort, Einkaufsmöglichkeiten, Arbeits- und Schulort wichtige Einflussfaktoren für die Nutzung aktiver Mobilität. Die Gestaltung des öffentlichen Raums im Rahmen der Städteplanung bestimmt auch das Gefühl der Sicherheit im öffentlichen Raum und damit die Aneignung des öffentlichen Raums durch alle Bevölkerungsgruppen.

Wichtige Massnahmen dabei sind:

- Gender- und altersgerechte Gestaltung des öffentlichen Raums mit Fokus auf die Erhöhung der Attraktivität der Fuss- und Velowege und des Sicherheitsgefühls.
- Nachhaltige Konzepte der Städte- und Siedlungsplanung mit dem Ziel, gute Rahmenbedingungen für aktive Mobilität zu gewähren.

Infrastrukturmassnahmen werden von Götschi et al. (2015) als die wichtigste Stossrichtung zur Förderung der aktiven Mobilität bezeichnet. Die Infrastruktur dient dabei drei Zielen: Sie soll die aktive Mobilität (Langsamverkehr) zweckmässig, sicher und angenehm machen. Nicht nur die Bereitstellung der Infrastruktur ist dabei bedeutsam, sondern auch deren Unterhalt (z. B. Schneeräumung, Freihalten von Hindernissen).

Im Folgenden werden wichtige Massnahmen in diesem Bereich vorgestellt:

- Verkehrsberuhigungsmassnahmen mit dem Ziel der Verlangsamung des motorisierten Verkehrs
- Schaffung von autofreien Zonen, z. B. in Form von autofreien Wohnquartieren oder von Mischverkehrszonen, in denen alle Verkehrsteilnehmerinnen und Verkehrsteilnehmer die gleichen Rechte haben (üblicherweise in Form von Begegnungszonen mit Höchstgeschwindigkeit 20 km/h realisiert)
- Verbesserung und Ergänzungen des Fusswegnetzes mit besonderem Fokus auf die Sicherheit von Strassenüberquerungen, Attraktivität und subjektive Sicherheit der Wege auch in der Nacht
- Spezifische Infrastrukturen für den Veloverkehr (insbesondere zusammenhängende Wegnetze und Separierung vom motorisierten Verkehr oder Beruhigung des motorisierten Verkehrs)
- Veloinfrastruktur an Kreuzungen zur Erhöhung der Sicherheit: «bike boxes», welche die Sichtbarkeit der Velofahrerinnen und Velofahrer erhöhen, indem diese vor den Automobilistinnen und Automobilisten warten; eigene «grüne Welle» für Velos; eigene Grünphasen und Ähnliches

Spezifische Infrastrukturen für den Veloverkehr sind im Gegensatz zu den Trottoirs für die Fussgängerinnen und Fussgänger ein relativ neues Phänomen. Mit Ausnahme weniger Länder wie den Niederlanden und Dänemark existieren an den meisten Orten keine zusammenhängenden Netzwerke aus separaten Veloinfrastrukturen. In der Schweiz konzentriert man sich auf die Beruhigung des motorisierten Verkehrs oder auf die Separierung von Velolinien und motorisiertem Verkehr. Da bei der Verkehrsplanung in aller Regel keine separate Linienführung für den Veloverkehr einberechnet wurde und wird, entscheidet sich die Frage, ob ein geschützter Bereich für die Velos (Radstreifen, Radweg) geschaffen wird, nicht primär anhand der Gefährlichkeit oder der Menge der Velofahrerinnen und Velofahrer, sondern anhand der Breite der gebauten Strasse.

Massnahmen auf der Ebene von Institutionen und Gemeinwesen

Für Velofahrerinnen und Velofahrer ist am *Ausgangs- und Zielort* eine geeignete Infrastruktur notwendig, um Velos vor Wetter und Diebstahl sicher abstellen zu können. Gut platzierte Veloparkplätze und Abstellanlagen bei Einkaufszentren, Bahnhöfen oder am Schul- und Arbeitsplatz sind wichtige Fördermassnahmen zugunsten der aktiven Mobilität. In der Verantwortung von Arbeitgebern liegt das Angebot an Duschen und Umkleieräumen am Arbeitsplatz, um auch längere Arbeitswege mit dem Velo bewältigen zu können.

Ein wichtiger Förderbereich liegt auch in den *Normen und dem Regelwerk von Betrieben und Schulen*. Es existieren beispielsweise immer noch viele Schulen, die es den Schülern untersagen, den Schulweg mit dem Velo zurückzulegen (vgl. dazu Kanton Zürich, 2014). Weitere Massnahmen, die zu diesem Bereich gehören, sind beispielsweise die Propagierung von aktiver Mobilität mittels *Kampagnen* wie «Bike to work», «Bike to school» oder «Slow Up». Das Gesundheitssystem kann aktive Mobilität als *Mittel zur Gesundheitsförderung, Prävention und als Teil einer Therapie* empfehlen und fördern. Ein Beispiel dafür ist das Projekt PAPRICA zur Bewegungsförderung über die Arztpraxis (vgl. dazu das Projektbeispiel im [Kapitel 10.6](#)).

Massnahmen auf der Ebene von Gruppen

Es existieren bereits heute verschiedene Gruppen von Personen und Organisationen, die sich für aktive Mobilitätsformen engagieren. Gemäss Mehrebenenmodell sollten diese in ihren Aktivitäten unterstützt und im Sinne eines Empowerment-Prozesses gefördert werden. Dies kann beispielsweise durch die partizipative Ausgestaltung von politischen Entscheidungen geschehen, durch die Bereitstellung von Materialien und Informationen oder durch finanzielle Unterstützung:

- Unterstützung der Aktivitäten von Organisationen wie Pro Velo und [fussverkehr.ch](#), die sich für die aktive Mobilität einsetzen, wie dies beispielsweise bereits heute durch die Sektion Langsamverkehr des ASTRA geschieht;
- Unterstützung von Aktivitäten von Bürgerinnen und Bürgern zur Erhöhung der Sicherheit im Verkehr oder des subjektiven Sicherheitsgefühls im öffentlichen Raum (z. B. Quartierbegehungen, Partizipation in der Raum- und Verkehrsplanung);
- Förderung von ehrenamtlichen Aktivitäten von Eltern wie Pedibus und Velobus zur sicheren Bewältigung des Wegs zum Kindergarten oder zur Schule aus eigener Kraft (siehe dazu Projektbeispiele [Kapitel 10.6](#)).

Massnahmen auf der Ebene von Individuen

Die Zielsetzung gemäss Mehrebenenmodell liegt hier darin, dass persönliche Kompetenzen entwickelt und gesteigert werden. Beispiele für Massnahmen zur Förderung der Kompetenzen im Bereich aktive Mobilität sind:

- Lernen, wie man sich sicher zu Fuss und mit dem Velo im Verkehr bewegt (Verkehrserziehung durch Eltern und an der Schule, Kurse von Pro Senectute)
- Velofahrkurse von Pro Velo für Kinder, Eltern und Migrantinnen oder Migranten
- Förderung der Gesundheitskompetenz im Bereich der Bewegung mit dem Ziel der Steigerung von Wissen, Motivation und Handlungskompetenz zur Integration der Bewegung in den Alltag

10.6 Projektbeispiele zur Förderung der aktiven Mobilität aus der Schweiz

Im Folgenden werden einige bereits bestehende Programme kurz vorgestellt. Sie finden bei jedem Programm immer auch weiterführende Links, falls Sie mehr Informationen benötigen sollten. Die vorgestellten Projekte sollen die Breite des bestehenden Angebots exemplarisch aufzeigen. Weitere Projektbeispiele und mehr Details zu den hier vorgestellten Programmen finden Sie im Hintergrundbericht von Götschi et al. (2015).

Raum- und Städteplanung

«*Métamorphose*» ist ein städtischer Gestaltungsplan, der seit 2006 in Lausanne umgesetzt wird. Er beinhaltet Sportstätten, zwei auf Nachhaltigkeit ausgerichtete Quartiere, die Arbeitsplätze und Wohnraum für 13'500 neue Bewohnerinnen und Bewohner bieten, öffentliche Verkehrsverbindungen zwischen den fünf Standorten sowie Bemühungen, den motorisierten Individualverkehr auf ein Minimum zu begrenzen. Die Ziele des Teilprojekts «*Métasanté*» sind folgende: (1) Den Anteil der körperlich genügend aktiven Bevölkerung zu erhöhen; (2) Gleichen Zugang zu Möglichkeiten und Angeboten für die körperliche Betätigung für alle sicher zu stellen, unabhängig vom Einkommen; (3) Integration der Ziele der Gesundheitsförderung in die Bereiche Städte- und Verkehrsplanung. Weitere Informationen: www.lausanne.ch → [Lausanne en bref](#) → [Lausanne demain](#) → [Métamorphose](#)

Mit dem *Masterplan Velo (MPV)* verfolgt die Stadt Zürich bis 2025 drei Hauptziele: den Anteil des Veloverkehrs zu erhöhen, das Velofahren sicherer zu gestalten und das Velofahren einem breiteren Anteil der Bevölkerung zugänglich zu machen.

Der Masterplan zeichnet sich aus durch eine Mischung zahlreicher Massnahmen in den Handlungsfeldern Infrastruktur, Verkehrsklima, Zielgruppen, Verankerung in der Verwaltung und Marketing von Dienstleistungen. Grundbaustein für die Veloförderung in Zürich ist ein zusammenhängendes Netz aus schnellen Direkttrouten für geübte Velofahrerinnen und Velofahrer und ein paralleles Netz für weniger routinierte, explizit auch ganz junge und ältere Velofahrerinnen und Velofahrer aus sogenannten Komforttrouten möglichst abseits der vom motorisierten Verkehr am stärksten frequentierten Strecken. Weitere Informationen: www.stadt-zuerich.ch/ted → [Tiefbauamt](#) → [Mobilität](#) → [Strategie](#) → [Strategische Planungen](#) → [Masterplan Velo](#)

Bike Sharing

Automatische Veloverleihsysteme – oder englisch «Bike Sharing Programs» – erleben einen weltweiten Boom (vgl. www.bikesharingmap.com). In der Schweiz fassen «Bike Sharing» Programme erst langsam Fuss. Die Stadt Genf beispielsweise unterstützt das Projekt Genf rollt (Genève Roule) mit einem Betrag von 300'000 Franken pro Jahr für das Betreiben eines Gratis-Verleihs von Elektrovelos zwischen Mai und Oktober. Genève Roule ist ein registrierter Verein und ging 2001 aus einem Projekt des Roten Kreuzes hervor. An sieben Standorten werden 150 Velos zum Verleih angeboten. Die Fahrräder können für bis zu vier Stunden ausgeliehen werden. Seit 2011 wurde das Angebot um ein automatisches Verleihsystem erweitert, welches durch die schweizweit operierende Publibike betrieben wird. Derzeit betreibt Publibike etwas mehr als 100 Stationen mit über 1000 Velos. Ein weiteres System wird von Velospot in Biel betrieben mit 40 Stationen und 250 Velos und Ablegern in weiteren Westschweizer Städten. Nextbike betreibt ein System in Luzern mit 60 Verleihstationen. Ob automatische Veloverleihsysteme in der Schweiz einen ähnlichen Erfolg haben werden wie im Ausland, wird sich in den nächsten Jahren erweisen. Die Zweckmässigkeit von «Bike Sharing» hängt ganz direkt mit der Grösse und Dichte des Netzwerks zusammen. Bis anhin sind die bestehenden Systeme eher klein. Weitere Informationen: www.bikesharing.ch

Hauslieferdienst

Die Stiftung intact mit Standorten in Burgdorf, Langnau und Kirchberg fördert gleichzeitig die aktive Mobilität in der Region Emmental wie auch die berufliche und soziale Integration von langzeitarbeitslosen und teilleistungsfähigen Menschen. Neben Velostation, Veloverleih und Velokurier wird u. a. auch ein Hauslieferdienst angeboten. Kundinnen und Kunden dieser Dienstleistung sind Personen, die selbständig

einkaufen gehen möchten, aber ihre Einkaufstasche nach Hause transportieren lassen wollen. Nach ihrem Einkauf deponieren sie ihren Einkauf beim Ausgang der verschiedenen beteiligten Detailhändler. Dort wird die Tasche von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Programms mittels E-Bike und Anhänger nach Hause zur Kundin bzw. zum Kunden transportiert und bei Bedarf auch in die Wohnung hoch getragen. Dieses Angebot fördert einerseits die berufliche und soziale Integration und damit auch die gesundheitliche Lage der teilleistungsfähigen oder langzeitarbeitslosen Fahrerinnen und Fahrer und andererseits leistet es einen Beitrag zur Autonomie und Bewegungsförderung (zu Fuss einkaufen gehen) von älteren und in ihrer Mobilität eingeschränkten Personen in der Region. Diese Form des Hauslieferdienstes wurde in der Zwischenzeit auch in weiteren Regionen und Städten eingeführt. Weitere Informationen: www.wir-bringens.ch

Pedibus und Velobus

Das Konzept des laufenden Schulbusses (*Pedibus*) besteht darin, Vorschul- und Schulkinder in Gruppen zu organisieren, welche gemeinsam in Begleitung von ein bis zwei Eltern zu Fuss zur Schule gehen. Der Pedibus folgt einer vordefinierten Route mit «Haltestellen» und einem fixen «Fahrplan». Das Konzept wurde 1992 in Australien entwickelt und erfreut sich seither in zahlreichen Ländern rund um die Welt grosser Beliebtheit. In der Schweiz wurde es zum ersten Mal 1998 in Lausanne umgesetzt, wo eine Gruppe von Eltern auch den Begriff Pedibus prägte, der mittlerweile im französischsprachigen Raum weltweit verwendet wird. Das Pedibus-Konzept wird von Eltern getragen, welche sich freiwillig als Busbegleiterinnen und Busbegleiter abwechseln. Organisationen wie der VCS unterstützen die Pedibus-Projekte mit Druckmaterialien und Beratung sowie durch Werbung unter ihren Mitgliedern. Seit 2004 bietet die Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu) eine kostenlose Unfall- und Haftpflichtversicherung für Begleitpersonen des Pedibus an. Mit dem Pedibus erlernen die Kinder fortlaufend die notwendigen Fähigkeiten, um später selbstständig zur Schule zu gehen. Ältere Kinder können die Erwachsenen auch bei der Begleitung des Pedibus unterstützen. Für längere Schulwegdistanzen lässt sich dasselbe Konzept auch als *Velobus* umsetzen. Pro Velo hat dazu eigens ein Velo-Trainingsprogramm entwickelt, welches sowohl Kinder als auch die erwachsenen Begleitpersonen auf den Velobus vorbereitet. Der Velobus ist allerdings weniger verbreitet, was sicherlich auch mit der elterlichen Furcht vor Unfällen zu tun hat. Weitere Informationen: www.pedibus.ch, www.velobus.ch, www.bfu.ch

Persönliche Kompetenzen entwickeln: Verkehrssicherheitskampagnen

In der Schweiz gibt es zahlreiche Beispiele für Verkehrssicherheitskampagnen rund um die aktive Mobilität. Eine Auswahl wird im Folgenden kurz präsentiert.

«*Dummies in Danger*» ist ein Projekt von Fussverkehr Schweiz (Fachverband der Fussgängerinnen und Fussgänger) gemeinsam mit dem Schweizerischen Fahrlehrerverband SFV. Es richtet sich in erster Linie an junge Verkehrsteilnehmerinnen und Verkehrsteilnehmer, welche über ihre Fahrlehrerinnen und Fahrlehrer erreicht werden. Die Kampagne thematisiert die gemeinsamen Verantwortlichkeiten derer, die mit dem Auto, zu Fuss oder mit dem Velo unterwegs sind, hinsichtlich Aufmerksamkeit, Sichttechnik und Sichtbarkeit sowie Rücksichtnahme.

Die Suva engagiert sich seit Jahren mit Kampagnen und Fernsehspots für das *Velohelmtragen*. Die Schweizerische Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu) offeriert seit einigen Jahren mit Unterstützung des Fonds für Verkehrssicherheit (FVS) Rabatt auf die ersten 30'000 im Fachhandel verkauften Velohelme. Weitere Informationen: www.suva.ch → [Prävention](#) → [Freizeit](#) → [Kampagnen](#) → [Velo-Kampagne](#)

Die Arbeitsgruppe «*Sicherheit durch Sichtbarkeit*» wurde 1984 gegründet. Durch Information und mit gezielten Aktionen in Schulen und im öffentlichen Raum propagiert sie Massnahmen zur Erhöhung der eigenen Sichtbarkeit der schwächsten Verkehrsteilnehmerinnen und Verkehrsteilnehmer. In der Arbeitsgruppe vertreten sind neben anderen die bfu und die Arbeitsgruppe der Chefs der Verkehrspolizeien der Schweiz und des Fürstentums Lichtenstein ACVS. Weitere Informationen: www.tagdeslichts.ch

Der Automobilclub der Schweiz (ACS), RoadCross Switzerland und der Schweizerische Verkehrssicherheitsrat propagieren mit ihrer Kampagne «*Sichtkontakt*» eine bessere Kommunikation zwischen Fussgängerinnen respektive Fussgängern und Automobilistinnen respektive Automobilisten beim Überqueren der Strasse. Finanziert wurde die Kampagne vom Fonds für Verkehrssicherheit. Weitere Informationen: www.such-blickkontakt.ch

Fussverkehr Schweiz hat – zusammen mit dem Kabarettisten Emil Steinberger – die Kampagne «*Sicher zu Fuss – auch im hohen Alter*» lanciert. Erhältlich sind eine Broschüre für Fachpersonen im Pflegebereich und ein Faltblatt für betagte Menschen. Zudem werden für Gruppen von Senioren Veranstaltungen durchgeführt. Weitere Informationen: www.fussverkehr.ch → [Unsere Themen](#) → [Zu Fuss im Alter](#) → [Veranstaltungen](#)

Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen

«Bike-to-work» ist ein international weit verbreiteter Anlass, bei dem Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer an einem bestimmten Tag («bike-to-work day») oder während einer Woche im Mai oder Juni mit dem Velo zur Arbeit fahren und ihre Kolleginnen und Kollegen ermutigen, es ihnen gleich zu tun. «Bike-to-work» Schweiz hat sich in den vergangenen Jahren zu einem erfolgreichen Anlass entwickelt, bei dem jeweils im Juni knapp 50'000 Personen aus mittlerweile über 1500 Betrieben mitmachen. In einer Umfrage im Monat nach der Aktion gaben über 44% der Befragten an, dass sie nun häufiger Velo fahren als vor der Aktion. Im Jahr 2005 gaben 38% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an, vor der Aktion noch nie mit dem Velo zur Arbeit gefahren zu sein (Surbeck et al., 2009). Ob «bike-to-work» tatsächlich zu einer nachhaltigen Änderung des individuellen Mobilitätsverhaltens beiträgt, wurde allerdings noch nicht untersucht. Die Aktion wird von ProVelo Schweiz organisiert. Weitere Informationen: www.biketowork.ch

Bewegungsförderung in der Grundversorgung

Das Projekt PAPRICA («Physical Activity Promotion in Primary Care») geht davon aus, dass der medizinischen Grundversorgung bei der Bewegungsförderung eine besondere Rolle zukommt, da sie einen besonders guten Zugang zur inaktiven Bevölkerung hat. Hausärztinnen und Hausärzte werden ausgebildet, ihre zu wenig aktiven Patientinnen und Patienten zu motivieren, sich mehr zu bewegen und möglichst viele Bewegungsepisoden in ihren Alltag zu integrieren. Inzwischen wurden gegen 250 Ärztinnen und Ärzte in der Romandie sowie gegen 50 in der Deutschschweiz ausgebildet. PAPRICA bietet u. a. folgende Elemente an: eine Fortbildung, ein Handbuch als Leitfaden und Nachschlagwerk, Patientenbroschüren zum Abgeben und Kontakt zu regionalen Organisationen für Bewegungsangebote.

Bei der Fortbildung stehen Hintergrundwissen, Selbsterfahrung sowie die praktische Beratungssituation im Vordergrund, wobei das «Motivational Interviewing» zur Anwendung gelangt, eine Technik der motivierenden Gesprächsführung, die klientenzentriert und direktiv vorgeht mit dem Ziel, Motivation zur Verhaltensänderung aufzubauen. Bewegungsberatung ist erfolgreicher, wenn nicht nur allgemeine Hinweise und Strategien zur Verhaltensänderung vermittelt werden. Deshalb werden in der Fortbildung auch Informationen und Kontakte zu regionalen Bewegungsmöglichkeiten und -angeboten vermittelt. Weitere Informationen: www.paprica.ch

Breites Angebot an bereits bestehenden Programmen

Diese Projektbeispiele zeigen exemplarisch die Breite der bereits heute in der Schweiz bestehenden Programme auf, die – um auf das Mehrebenenmodell von Kaba-Schönstein (2011) zurückzukommen – auf allen Ebenen der Gesundheitsförderung aktiv sind. Allerdings ist das Ergebnis, das mit diesen Massnahmen erzielt werden kann und das sich im Anteil der Bevölkerung, die effektiv im Alltag aktiv mobil ist, ausdrücken muss, davon abhängig, mit welcher Intensität und Dauerhaftigkeit diese Programme und Massnahmen umgesetzt werden können und welche Barrieren und gegenläufigen Entwicklungen gleichzeitig existieren.

10.7 Zusammenfassung

- A** Was weiss man heute über die Wirkung von körperlicher Bewegung allgemein und von aktiver Mobilität im Besonderen auf die Gesundheit der Bevölkerung?
- B** Wie verbreitet ist die aktive Mobilität in der Schweiz?
- C** Welche Faktoren fördern aktive Mobilität und welche Faktoren hemmen sie?
- D** Welche Ansätze bestehen in der Schweiz, um die aktive Mobilität zu fördern?

A **Was weiss man heute über die Wirkung von körperlicher Bewegung allgemein und von aktiver Mobilität im Besonderen auf die Gesundheit der Bevölkerung?** Körperlich aktive Menschen haben nachweislich ein geringeres Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes Typ II, verschiedene Krebsarten, Osteoporose und gewisse psychische Beschwerden sowie ein insgesamt tieferes Risiko, frühzeitig zu sterben. Ein körperlich aktiver Lebensstil fördert ebenfalls die Balance zwischen Energieaufnahme und Energieverbrauch und senkt damit die Wahrscheinlichkeit von Übergewicht. Damit ist Bewegung einer der wichtigsten Faktoren, welche die Verbreitung von chronischen Krankheiten in der Bevölkerung zu beeinflussen vermögen.

In Bezug auf die spezifische Wirkung aktiver Mobilität liegen bis heute insbesondere Befunde zur Wirkung auf die Sterblichkeit vor: Es zeigt sich starke Evidenz einer Reduktion der Gesamtsterblichkeit bei regelmässigem zu Fuss Gehen im Bereich von 10 bis 20% und bei regelmässigem Velofahren von 10 bis 30%. Aber auch die Evidenz für eine Reduktion des Risikos für wichtige chronische Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes II ist stark. Ebenso konnte eine Verbesserung von gesundheitsschützenden Faktoren nachgewiesen werden (gesundes Körpergewicht, Fitness, Blutdruck und Blutfettwerte).

Insgesamt scheint das Velofahren einen etwas stärkeren oder breiteren Effekt auf die Gesundheit zu haben als das zu Fuss Gehen.

Als negative gesundheitliche Wirkung muss beim Velofahren die erhöhte Unfallgefahr bezeichnet werden. Gesamthaft überwiegen die positiven gesundheitlichen Wirkungen beim zu Fuss Gehen wie beim Velofahren die gesundheitlichen Risiken bei Weitem.

Es mehren sich die Hinweise darauf, dass bei der inaktiven Bevölkerung bereits eine geringe Zunahme der körperlichen Aktivität im Alltag einen Effekt auf die Gesundheit und das Wohlbefinden hat.

B **Wie verbreitet ist die aktive Mobilität in der Schweiz?** Im Jahr 2012 bewältigten insgesamt 22,6% der Bevölkerung die täglichen Wegstrecken ausschliesslich zu Fuss oder mit dem Velo. Dieser Anteil ist etwas geringer als zehn Jahre zuvor (25%). Der Anteil der aktiv mobilen Personen war im Jahr 2012 bei den Frauen mit 24,6% deutlich höher als bei den Männern mit 17,7%.

Die von der Schweizer Bevölkerung insgesamt per Velo zurückgelegten Wegstrecken haben im Verlauf der letzten zwei Jahrzehnte leicht abgenommen, während die zu Fuss zurückgelegten Wegstrecken deutlich zugenommen haben.

In der Schweiz ist im internationalen Vergleich das zu Fuss Gehen weit verbreitet. Personen, die für ihre täglichen Wegstrecken regelmässig Velo fahren, sind hingegen seltener. Männer sind in allen Altersgruppen häufiger per motorisiertem Individualverkehr unterwegs als Frauen. Junge Erwachsene benutzen sehr häufig den ÖV; ältere Erwachsene sind besonders häufig zu Fuss unterwegs.

Personen, die ihre täglichen Wegstrecken regelmässig zu Fuss oder mit dem Velo bewältigen, sind im Schnitt mehr als eine Stunde pro Tag körperlich aktiv, um sich fortzubewegen.

Kinder von 6 bis 10 Jahren legen den Schulweg hauptsächlich zu Fuss zurück, wobei die durchschnittliche Distanz hin und zurück 1,3 Kilometer beträgt. In der Freizeit werden Kinder hingegen oft im Auto transportiert.

- C** **Welche Faktoren fördern aktive Mobilität und welche Faktoren hemmen sie?** Aktive Mobilität ist dann verbreitet in der Bevölkerung, wenn die zu bewältigenden Distanzen nicht zu lange, die wahrgenommene Sicherheit und die gesellschaftliche Akzeptanz hoch ist sowie die notwendigen Infrastrukturen gegeben sind. Aktive Mobilität sollte verglichen mit anderen Verkehrsmitteln schnell, komfortabel (z.B. in Bezug auf Parkangebot), sicher und gesundheitsförderlich zum Ziel führen.
- D** **Welche Ansätze bestehen in der Schweiz, um die aktive Mobilität zu fördern?** In der Schweiz bestehen bereits heute Strategien und Programme auf allen gesellschaftlichen Ebenen. Auf der Ebene der Politik werden inter- und multisektorale Arbeitsgruppen gepflegt. Auf der Ebene der Gemeinden bestehen teilweise Raumplanungsprojekte und Gesamtplanungsprojekte (z.B. Richtpläne) zur Förderung der aktiven Mobilität. Viele Kantone und Gemeinden investieren ebenfalls in ein mehr oder weniger ausgebautes Verkehrsinfrastrukturnetz für den Veloverkehr, erstellen Veloparkanlagen, Konzepte zur Erhöhung der Sicherheit im öffentlichen Raum und Ähnliches. Institutionen wie Arbeitgeber oder Schulen beteiligen sich teilweise an Projekten zur Förderung der aktiven Mobilität. Es existieren Organisationen, die sich für die Bedürfnisse der Personen, die zu Fuss gehen oder mit dem Velo fahren, einsetzen. Elterngruppen bilden sich, um Schulkinder sicher zu Fuss oder mit dem Velo zur Schule zu begleiten. Insbesondere Kinder und ältere Personen besuchen Verkehrserziehungskurse.

Ausblick

In der Schweiz leiden zurzeit 2,2 Millionen Menschen an einer oder mehreren chronischen Krankheiten. Die Behandlung aller nicht-übertragbaren Krankheiten bindet 80% der gesamten direkten Gesundheitskosten in der Schweiz. Dazu kommen hohe indirekte Gesundheitskosten, die aufgrund des Verlusts der Erwerbsfähigkeit, von frühzeitigen Pensionierungen und auch durch die Notwendigkeit informeller Pflege entstehen. Die Alterung der Gesellschaft lässt erwarten, dass die Zahl der Erkrankten und damit auch die Kosten nochmals deutlich steigen werden.

Wie könnte ein Gesundheitssystem aussehen, das diesen Herausforderungen optimal begegnet? Dieser Ausblick zeigt skizzenhaft einige Punkte eines bedarfsgerecht umgestalteten Systems auf:

- Chronische Krankheiten wie auch die davon betroffenen Menschen sind sehr unterschiedlich. Die adäquate Behandlung und Betreuung ist im optimalen Gesundheitssystem an die *individuellen Bedürfnisse* dieser Menschen und ihrer Angehörigen, an ihre Ressourcen und ihre Lebenslage angepasst. Insbesondere werden in diesem System alle Massnahmen unterstützt, die zur selbstbestimmten Bewältigung der mit der Krankheit verbundenen Probleme führen.
- *Koordination der Versorgung* ist ein zentrales Thema für chronisch Kranke. Besonders wichtig ist eine gute Koordination beim gleichzeitigen Vorliegen verschiedener Krankheiten. Sektorübergreifende Koordinationsansätze sind in einem optimierten System als Selbstverständlichkeit anzusehen: So wird die Patientin mit Diabetes, Rückenschmerzen und Depression individuell, nach den Regeln der Kunst und gleichzeitig koordiniert von den geeigneten Gesundheitsfachleuten betreut und behandelt genauso wie der Patient mit einem Karzinom im Endstadium, der eine gut abgestimmte palliative Pflege benötigt.
- Insbesondere betagten und mehrfach erkrankten Personen stehen Bezugspersonen zur Seite, die ihnen als eine Art «Lotse» im komplexen Gesundheitssystem dienen. Gesundheitsfachpersonen sind dank einer *entsprechend ausgerichteten Ausbildung* imstande, die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten ins Zentrum zu stellen. Die Ausbildung hat alle Gesundheitsberufe auch darauf vorbereitet, sich in ihrer Berufsrolle als Teil eines multidisziplinären Teams zu verstehen.

- *Eine adäquate Finanzierung der Koordinationsangebote* – im Sinne einer Verschiebung der Anreize – führt im Gesundheitssystem zu Nachhaltigkeit und trägt zum Verbleib der Gesundheitsfachkräfte im Beruf bei.
- Das optimale Gesundheitssystem bietet bedarfsgerechte Angebote für Angehörige an. Unter anderem werden genügend *Entlastungsangebote für Angehörige* bereit gestellt, ergänzt durch die notwendige finanzielle Unterstützung. Daraus folgt, dass viele pflegebedürftige Patientinnen und Patienten gemäss ihrem Wunsch über lange Strecken zuhause betreut werden und nach Wunsch auch zuhause sterben können.
- *Angehörige vulnerabler Gruppen* wie armutsbetroffene und bildungsferne Menschen oder Personen mit psychischer Zusatzerkrankung sind wohl immer besonders gefährdet, inadäquat betreut und behandelt zu werden. Bund und Kantone verstärken daher im optimierten Gesundheitssystem die bisherigen Anstrengungen, deren Bedarf an Unterstützung im Gesundheitsbereich zu erkennen und zusammen mit den Leistungserbringern möglichst massgeschneiderte Lösungen zu finden.
- *Über das Gesundheitssystem hinaus* werden gesunderhaltende und krankheitsvermindernde Ansätze koordiniert, mit Sozialversicherungen genauso wie mit Arbeitgebern, Schulen oder Betreuungsstellen für Kinder.
- Gegen die Vergrösserung der Krankheitslast werden im zukünftigen System neben den bisherigen Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen auch vermehrt *Rahmenbedingungen geschaffen, die ein gesundheitsförderliches Verhalten* begünstigen. Strukturelle Massnahmen werden besonders da entwickelt, wo sich ein «Co-Benefit» zwischen verschiedenen Politikbereichen ergibt, wie zum Beispiel bei der Förderung der aktiven Mobilität und der Raumplanung. Die Gesundheitsförderung leistet u. a. einen Beitrag bei der Förderung und Unterstützung der aktiven Mobilität auf Schulwegen, bei der Schaffung von sicheren Fusswegen auch für betagte Personen und bei der Planung von schnellen, komfortablen und zusammenhängenden Veloinfrastrukturen.

Dieser Ausblick beleuchtet einige wenige Punkte eines potenziellen Schweizer Gesundheitssystems, das den Herausforderungen chronischer Krankheiten gewachsen ist. Der Bericht verzichtet bewusst auf einen konkreten Massnahmenplan oder auf Forderungen an Politik oder Verwaltung. Es gibt bereits viele positive Ansätze, zum Beispiel im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik oder von «Gesundheit2020». Der Bericht soll dazu dienen, die Priorisierung und Planung solcher Projekte durch die Akteure in der Politik, in der Verwaltung und nicht zuletzt in der Zivilgesellschaft auf der Basis von wissenschaftlichen Informationen zu unterstützen.

Abkürzungsverzeichnis

APN	Advanced Practice Nurses
BAFU	Bundesamts für Umwelt
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BASPO	Bundesamt für Sport
BFS	Bundesamt für Statistik
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
CCM	Chronic Care Model
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EGBI	Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen
FG	Fokusgruppe
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK	Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
HIV	Human immunodeficiency virus
ICD	International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation der Krankheiten)
IV	Invalidenversicherung
KE	Krebsepidemiologie
MIV	motorisierter Individualverkehr
NCD	non communicable diseases
NGO	non-governmental organization (Nichtregierungsorganisation)
NICER	National Institute for Cancer Epidemiology and Registration
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖV	Öffentlicher Verkehr
PCMH	Patient Centered Medical Home
SAKE	Schweizerische Arbeitskräfteerhebung
SAMW	Schweizerischen Akademie für medizinische Wissenschaften
Seco	Staatssekretariat für Wirtschaft
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
SHP	Schweizer Haushalt-Panel
Somed	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
SPITEX	Spitalexterne Hilfe, Gesundheits- und Krankenpflege
suva	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
WHO	World Health Organization

Der Nationale Gesundheitsbericht 2015 gibt im ersten Teil einen Überblick über das aktuelle Gesundheitsgeschehen in der Schweiz. Knapp und verständlich werden die demografische und sozio-ökonomische Situation der Bevölkerung sowie die Gesundheit über die Lebensspanne anhand von rund 80 Indikatoren dargestellt.

Der zweite Teil befasst sich mit dem Thema «Chronische Krankheiten», wobei ein besonderes Augenmerk auf Wahrnehmungen, Bedürfnissen und Strategien chronisch kranker Personen liegt.

Die Grundlagen für den zweiten Teil lieferten Fachberichte zu den Aspekten «Leben mit chronischer Krankheit», «Neue Versorgungsmodelle für chronisch Kranke» und «Aktive Mobilität und Gesundheit». Diese Fachberichte sowie weiterführende Informationen ergänzen die Buchausgabe. Sie finden sich auf der Webseite des Obsan:

www.obsan.ch.

Hogrefe Publishing Group

Göttingen · Berne · Vienna · Oxford
Boston · Paris · Amsterdam · Prague
Florence · Copenhagen · Stockholm
Helsinki · São Paulo

www.hogrefe.com

ISBN 978-3-456-85566-0

