

Gute Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderung in der Schweiz? Wer nutzt was, wie und wo?

In den meisten westlichen Ländern ist heute eine Zunahme von chronischen Erkrankungen und Behinderungen zu beobachten. Aber über die Gesundheitsversorgung von erwachsenen Menschen mit einer Behinderung in der Schweiz ist wenig bekannt. Im vorliegenden Beitrag werden Ergebnisse einer Sekundäranalyse der Schweizer Gesundheitsbefragung 2002 präsentiert. Menschen mit Behinderung nutzen das Angebot der Gesundheitsversorgung intensiv und breit gefächert, besonders aber Hausarztkonsultationen, Behandlungen im paramedizinischen Bereich und bei Spezialärzten. Hinweise auf eine Unterversorgung sind nicht erkennbar. Besonderer Aufmerksamkeit bedürfen Menschen mit psychischen Behinderungen, die ein besonders intensives Nutzungsmuster gekoppelt mit prekärer sozialer Lage zeigen.

Ausgangslage

Zunahme chronischer Krankheiten und Behinderungen

In den meisten westlichen Dienstleistungs- und Industriegesellschaften ist heute eine Zunahme von chronischen Erkrankungen, Behinderungen und Multimorbidität zu beobachten (Fujura & Yamaki, 2000; AIHW, 2003). Die zehn Erkrankungen mit den grössten Behinderungsfolgen sind in Westeuropa – nach einer Studie der WHO (Mathers et al., 2002) – Herz- und Kreislauferkrankungen, die (unipolare) Depression, Alzheimer- und andere Demenzerkrankungen, Alkoholmissbrauch, Verlust des Gehörs, chronische Lungenerkrankungen, Verkehrsunfälle, Arthritis, Selbstverletzungen (in der Reihenfolge ihrer Bedeutung). Besonders zu beachten sind psychische Erkrankungen, die insgesamt einen erheblichen Behinderungsgrad aufweisen: Rund 20% aller durch Behinderung verlorenen Lebensjahre entfallen auf psychische Störungen (WHO, 2001; vgl. auch Rüesch & Manzoni, 2003).

Hintergrund der Zunahme an chronischen Erkrankungen und Behinderung sind die demografische Entwicklung bzw. «Überalterung» der Gesellschaft sowie der medizinische Fortschritt, welcher die Heilung oder zumindest Stabilisierung bisher lebensbedrohlicher Erkrankungen erlaubt. Für die Zukunft ist zu erwarten, dass der Anteil behinderter, gesundheitlich beeinträchtigter sowie pflegebedürftiger älterer Menschen weiter zunehmen wird. Belege für diese Sichtweise fanden in der Schweiz unlängst Höpflinger und Hugentobler (2003). Es gibt somit einen wachsenden Bedarf an Wissen über die spezifischen gesundheitlichen Bedürfnisse von erwachsenen Menschen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen.

Komorbidität/Multimorbidität

Wissenschaftliche Untersuchungen belegen, dass chronische Erkrankungen einhergehen mit weiteren Gesundheitsstörungen und Behinderungen (Komorbidität, Multimorbidität) (Seekins, Clay & Ravesloot, 1994; Walkup, 2000). Relativ breit untersucht sind die gesundheitlichen Bedürfnisse von erwachsenen Personen mit Lernbehinderungen oder geistiger Behinderung (Turner & Moss, 1996; Hatton, Elliott & Emerson, 2003). Dabei ergibt sich eine höhere Mortalität und Morbidität der Behinderten. Unterschiede zur Normalbevölkerung zeigen sich besonders in einem erhöhten Risiko für Atemwegserkrankungen, Krebs, Seh- und Hörbehinderungen, Zahnproblemen, Epilepsie. Auch die Prävalenz von schweren psychischen Erkrankungen ist unter Lernbehinderten erhöht (Doody et al., 1998). Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die spezifischen Gesundheitsbedürfnisse Behinderter besonders folgende Aspekte betreffen (Walkup, 2000):

- (1) zusätzlicher Verlust der Funktionsfähigkeit aufgrund chronischer Erkrankungsbilder;
- (2) früherer Beginn (weiterer) chronischer Erkrankungen als Folge funktioneller Einschränkungen;
- (3) ein komplexerer und länger andauernder Behandlungs- und/oder Pflegebedarf;
- (4) spezifische Gesundheitsbedürfnisse von Behinderten werden durch Fachpersonen nicht erkannt und dementsprechend nicht behandelt.

Gesundheitsversorgung und -bedürfnisse von behinderten Menschen

Über die Gesundheitsversorgung und die Gesundheitsbedürfnisse von Menschen mit einer Behinderung in der Schweiz ist bislang wenig bekannt. Zugleich besteht aber in der Praxis der Bedarf nach Koordination und Verbesserung der medizinischen Behandlung und Betreuung behinderter Menschen. In letzter Zeit wurden/werden einzelne Studien zur *sozialen Lage* von behinderten Menschen auf der Basis der Schweizer Gesundheitsbefragung durchgeführt (Abelin, 2000; BfS, Pro Infirmis & Gerheuser, 2001; Deringer et al., 2002; Zwicky, 2003; Gredig et al., 2004). Aspekte der medizinischen Versorgung wurden jedoch bislang nicht untersucht. Die erwähnten Studien weisen aber auf eine Kumulation sozialer Risikofaktoren bei behinderten Menschen hin (vgl. v.a. Zwicky, 2003), von denen negative Auswirkungen auf die Gesundheit zu erwarten sind.

Fragestellungen

Im Einzelnen sollen folgende zentrale Fragestellungen untersucht werden:

- Wie häufig nehmen Schweizerinnen und Schweizer (20-65-Jährige) Leistungen der Gesundheitsversorgung innerhalb eines Jahres in Anspruch? Welcher Art sind diese Leistungen?
- Inwieweit unterscheiden sich Menschen mit einer Behinderung von Personen ohne Behinderung bei der Nutzung von Gesundheitsdiensten?
- Lassen sich Hinweise für eine medizinische Unterversorgung von Menschen mit Behinderungen finden?
- Liegen regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung von behinderten Menschen vor?

Methode

Datengrundlage, Stichprobe

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine Sekundäranalyse der Daten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 (SGB) (BfS, 2003). Die Stichprobe umfasst Angaben von insgesamt 19'706 Personen im Rahmen eines Telefon-Interviews; davon haben 18'745 Personen zudem an einer ergänzenden schriftlichen Befragung teilgenommen. Die Stichprobe ist repräsentativ für die Schweizer Bevölkerung.

Operationalisierung Behinderung

In der SGB werden nur Personen erfasst, die in der Gemeinde bzw. ausserhalb von Institutionen oder stationärer Versorgung leben. Es lassen sich zwei Teilgruppen von Behinderten identifizieren (vgl. auch Dehringer et al., 2003; Zwicky, 2003):

- (1) Personen die angeben, ein körperliches oder psychisches Problem zu haben, das schon länger als ein Jahr andauert und im Alltagsleben als hindernd empfunden wird;
- (2) Personen mit schweren Beeinträchtigungen von Aktivitäten des Alltagslebens («Activities of Daily Living», ADL); dazu zählen Sehen, Hören, Gehen, Sprechen, Erinnern, weiteren Aktivitäten (Bekleiden, Essen, Sitzen, Aufstehen, Toilette aufsuchen etc.). Als «schwere» Beeinträchtigung definiert wurde z. B. beim Sehen: Zeitung höchstens mit grossen Schwierigkeiten lesen können oder gar nicht; beim Gehen: nur einige Schritte mit Hilfe gehen können oder gar nicht (vgl. Rüesch, in Vorbereitung).

Nutzung von Gesundheitsdiensten

In der vorliegenden Untersuchung wurde die Inanspruchnahme verschiedener Leistungen im Bereich der Gesundheitsversorgung untersucht. Dabei wurden die folgenden in der SGB 2002 erfassten Bereiche berücksichtigt:

- (a) Behandlungen in privaten Praxen: Hausarzt, Spezialarzt, weitere komplementärmedizinische Angebote (z.B. Akupunktur), paramedizinische bzw. nicht-ärztliche Angebote (z.B. Physiotherapie);
- (b) Behandlungen im Spital: ambulante Angebote, stationäre Aufenthalte;
- (c) Vorsorgeuntersuchungen.

Ergebnisse

Chronische Erkrankungen und Behinderung in der Bevölkerung

Insgesamt sind rund 16% der zu Hause lebenden Schweizer Männer und 18% der Frauen von einer Behinderung oder chronischen Erkrankung betroffen (vgl. Tabelle 1, S. 41). Im Einzelnen berichten rund 10% der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (20-65 Jahre) über ein chronisches Gesundheitsproblem körperlicher Art, das sie zwar als hindernd empfinden, aber nicht mit schwerwiegenden Einschränkungen des täglichen Lebens (ADL) verbunden ist. Weitere 4% berichten von einem Gesundheitsproblem psychischer (oder

psychischer und körperlicher) Art ohne ADL. Schliesslich geben rund 3% der Bevölkerung an, an einem Gesundheitsproblem zu leiden, das zu schwerwiegenden Einschränkungen des Alltagslebens geführt hat.

Tab. 1: Behinderungen in der Schweizer Bevölkerung (SGB 2002, 20-65-Jährige, N = 13'715; Prozentangaben nach gewichteter Hochrechnung)

Behinderungsart	Männer	Frauen	Gesamt
Keine Behinderung	84.1	81.8	83.0
Chron. Gesundheitsproblem: körperlich, ohne ADL	8.7	10.0	9.3
Chron. Gesundheitsproblem: psychisch, ohne ADL	3.2	4.3	3.7
Chron. Gesundheitsproblem: körperlich, mit ADL	3.5	3.4	3.4
Chron. Gesundheitsproblem: psychisch, mit ADL	0.5	0.5	0.5
Gesamt	100.0	100.0	100.0

ADL: Funktionsstörungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens (Hören, Sehen, Gehen, Essen, Sprechen, Erinnern, Bett steigen)

Eine genauere Betrachtung der ADL-Beeinträchtigungen (Befunde nicht dargestellt) zeigt ausserdem, dass etwas mehr als ein Drittel der Personen mit einem körperlichen Gesundheitsproblem und ein Fünftel der Personen mit einem psychischen Gesundheitsproblem davon betroffen sind. Die am meisten genannten ADL-Beeinträchtigungen betreffen das Gedächtnis, das Gehen, und das Sprechen. Eher selten wird über Behinderungen beim Essen oder beim Aus-dem-Bett-Steigen berichtet.

Für die weiteren Analysen soll innerhalb der Gruppe der behinderten Personen differenziert werden zwischen Personen mit

- (1) chronischem körperlichen Gesundheitsproblem ohne schwere ADL-Beeinträchtigungen, oder
- (2) chronischem körperlichen Gesundheitsproblem mit schweren ADL-Beeinträchtigungen oder
- (3) chronischem psychischen Gesundheitsproblem ohne schwere ADL-Beeinträchtigungen.

Soziale Lage

Es zeigen sich deutliche Zusammenhänge zwischen Behinderung und sozialer Lage (vgl. Tabelle 2, S. 42). So weisen Personen, die von einer Behinderung betroffen sind, ein tieferes Bildungsniveau auf (ein Fünftel bis ein Drittel höchstens mit Volksschulbildung), sie sind häufiger nicht erwerbstätig und leben von einem tieferen Haushaltseinkommen. Insbesondere die soziale Lage von Personen mit schweren ADL-Beeinträchtigungen ist vergleichsweise prekär.

Tab. 2: Ausgewählte Aspekte der sozialen Lage nach Behinderung (SGB 2002, 20-65-Jährige, N = 13'715; Prozentangaben nach gewichteter Hochrechnung)

	keine Behinderung	Körperl. Behind. ohne ADL	Körperl. Behind. mit ADL	Psych. Behind. ohne ADL
Höchste abgeschl. Ausbildung				
- obligatorische Schule	14.2	19.3	36.6	21.9
- Berufsausbildg. (Sek. II)	63.8	63.8	52.2	63.2
- Tertiärstufe	22.0	16.9	11.2	15.0
Erwerbstätigkeit				
- nicht erwerbstätig	20.7	31.2	54.2	37.8
- teilz erwerbstätig	24.1	25.9	14.6	28.3
- vollz erwerbstätig	55.2	42.9	31.3	33.8
Haushaltseinkommen pro Monat				
- <2400 sFr	30.3	33.2	44.2	34.9
- 2400-5000 sFr	44.1	44.9	42.0	48.8
- >5000 sFr	25.7	21.9	13.8	16.3
IV-Rente	0.0	13.3	23.9	30.3

ADL: Funktionsstörungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens (Hören, Sehen, Gehen, Essen, Sprechen, Erinnern, Bett steigen)

Nur eine Minderheit der Behinderten bezieht eine IV-Rente, wobei dies am häufigsten bei Personen mit psychischen Behinderungen der Fall ist (30%), am wenigsten bei Menschen, die an einem chronischen körperlichen Gesundheitsproblem ohne schwere ADL-Beeinträchtigung leiden (13%).

Gesundheitsversorgung

Auf der Grundlage der SGB-Daten lassen sich primär zwei Aspekte der Gesundheitsversorgung anführen, die Hinweise geben für einen allfälligen beschränkten Zugang zu Gesundheitsdiensten für behinderte Menschen oder ungünstige Voraussetzungen auf dem Gesundheitsmarkt. Dabei handelt es sich um die Art der Krankenversicherung und um die Verfügbarkeit eines eigenen Hausarztes. Es zeigen sich bei der Krankenversicherung kaum Unterschiede zwischen Personen mit oder ohne Behinderung (vgl. Tabelle 3, S. 43); allerdings beziehen Personen mit schweren ADL-Beeinträchtigungen oder mit psychischer Behinderung häufiger Prämienverbilligungen. Dies war zu erwarten aufgrund der schlechteren ökonomischen Lage dieser Personengruppen (vgl. Tabelle 2, oben).

Tab. 3: Ausgewählte Gesundheitsversorgungsmerkmale nach Behinderung (SGB 2002, 20-65-Jährige, N = 13'715; Prozentangaben nach gewichteter Hochrechnung)

	keine Behinderung	Körperl. Behind. ohne ADL	Körperl. Behind. mit ADL	Psych. Behind. ohne ADL
Krankenversicherung				
- allgemeine Abteilung	67.6	67.1	68.0	70.2
- halbprivate Abteilung	23.1	23.7	22.1	21.1
- private Abteilung	9.4	9.1	9.9	8.7
Bezug Prämienverbilligung	20.3	20.4	27.4	31.1
Persönlicher Hausarzt Behandlg. bei Hausarzt	87.5	94.4	94.1	93.5
letzte 12 Mte.	54.2	76.3	76.9	77.6
Vorsorgeuntersuchg. letzte 12 Mte.	61.9	78.6	75.8	77.5

ADL: Funktionsstörungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens (Hören, Sehen, Gehen, Essen, Sprechen, Erinnern, Bett steigen). Vorsorgeuntersuchungen: Blutdruck, Blutzucker, Cholesterin, Krebsvorsorge, Genet. Tests, HIV-Test

Behinderte haben ausserdem nahezu in allen Fällen einen Hausarzt und suchen diesen wesentlich häufiger auf als Nicht-Behinderte. Schliesslich unterziehen sich Personen mit einer Behinderung auch häufiger Vorsorgeuntersuchungen als Personen ohne Behinderung.

Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten

In der vorliegenden Studie wurde die Nutzung verschiedener Gesundheitsdienste untersucht. Dabei handelt es sich um Behandlungen in Arztpraxen (Hausarzt, Spezialarzt, komplementärmedizinische Angebote), bei nicht-ärztlichen Fachpersonen (Paramedizin) sowie im Spitalbereich (ambulant oder stationär). Erfasst wurde die Zahl der Behandlungen im Zeitraum der letzten 12 Monate. In einem ersten Schritt wurden nicht behinderte mit behinderten Personen in Bezug auf die Gesamtnutzung (Summe aller Behandlungen) verglichen. Die Analyse (vgl. Tabelle 4, S. 44) zeigt, dass behinderte Personen deutlich mehr Gesundheitsdienste pro Jahr nutzen als Nicht-Behinderte, nämlich zwischen 11 bis 14 Behandlungen (Median) gegenüber 4 Behandlungen pro Jahr. Die statistische Analyse ergibt ausserdem, dass auch innerhalb der Gruppe der behinderten Personen Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten bestehen: Personen mit chronischen psychischen Beschwerden nutzen am meisten Gesundheitsdienste, Personen mit schweren ADL-Beeinträchtigungen vergleichsweise wenige.

Tab. 4: Gesamtnutzung von Gesundheitsdiensten nach Behinderung (SGB 2002, schriftliche Befragung, 20-65-Jährige, N=11'284): Behandlungen innerhalb von 12 Monaten

Behinderung	Behandlungen letzte 12 Monate		
	M	SD	Md
A keine Behinderung	7.6	12.4	4
B Körp. Behind. ohne ADL	20.0	25.6	11
C Körp. Behind. mit ADL	19.8	24.9	11
D Psych. Behind. ohne ADL	23.9	27.6	14
Behinderungsart: Einzelvergleiche	ES	p (Scheffé)	
B-A	0.78	<.001	
C-A	0.62	<.001	
D-A	0.98	<.001	
C-B	-0.16	.035	
C-D	-0.36	<.001	
D-B	0.20	.002	

Gesamtnutzung Gesundheitsdienste=Behandlungen letzte 12 Monate bei Hausarzt, Spezialarzt, komplementärmedizin., paramedizin. Fachpersonen, ambulante Spitalangebote, stationärer Spitalaufenthalt.
M=Mittelwert,SD=Standardabweichung, Md=Median; ANOVA: F=411.6, df=3, p<0.001, Eta²=0.10; ES=standardisierte Effektstärke nach Cohen (1988); p=Signifikanz.
ADL: Funktionsstörungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens (Hören, Sehen, Gehen, Essen, Sprechen, Erinnern, Bett steigen)

Die Differenzierung nach verschiedenen Arten von Gesundheitsdiensten (vgl. Abbildung 1, S. 45) zeigt, dass die grössten Unterschiede (gemessen an der standardisierten Effektstärke ES) zwischen behinderten und nicht behinderten Personen in drei Bereichen vorliegen: Behandlungen beim Hausarzt (ES=0.67), bei nicht-ärztlichen Fachpersonen (ES=0.61) und Behandlungen bei Spezialärzten (ES=0.50). Geringer sind die Unterschiede bei der Nutzung komplementärmedizinischer Angebote (ES=0.36) und bei spitalgebundenen Behandlungen (ambulante: ES=0.35, stationäre: ES=0.28).

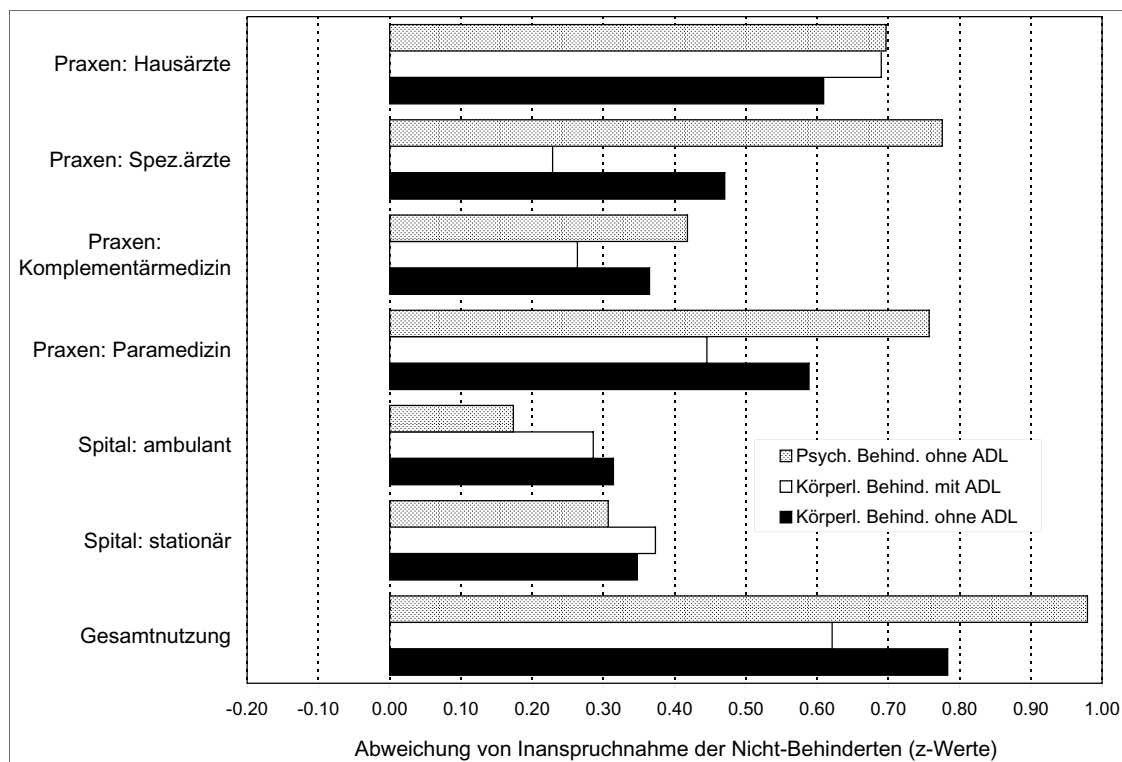


Abb. 1: Nutzung von Gesundheitsdiensten durch Personen mit Behinderung im Vergleich zu Personen ohne Behinderung

Deutlich wird auch, dass die grössere Inanspruchnahme von Personen mit psychischen Behinderungen vorwiegend auf die häufigeren Behandlungen bei Spezialärzten und bei nichtärztlichen Fachpersonen zurückzuführen ist, wobei es sich insbesondere um psychiatrische oder psychologische Konsultationen handelt. Schliesslich ergeben weitere Analysen, dass Personen mit Behinderungen auch ein breiteres Spektrum von Gesundheitsdiensten nutzen: Unabhängig von der Art der Behinderung nehmen Behinderte innerhalb eines Jahres im Durchschnitt 3 (Median) von 6 verschiedenen Gesundheitsdiensten in Anspruch, während Nicht-Behinderte 2 verschiedene Gesundheitsdienste nutzen.

Es zeigen sich nur geringe regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten, und dies auch nur bei Personen ohne Behinderung: Diese nutzen in Grosszentren etwas mehr Gesundheitsdienste als in Kleinzentren und peripheren Regionen (vgl. Tabelle 5, S. 46).

Tab. 5: Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten (letzte 12 Monate) nach Behinderung und Region bei Kontrolle von Drittvariablen (SGB 2002, schriftliche Befragung, 20-65-Jährige, N=11'284)

Region	keine Behinderung	mit Behinderung
Grosszentren	0.74 (0.72-0.76)	1.12 (1.08-1.16)
Mittelzentren	0.71 (0.70-0.73)	1.11 (1.07-1.14)
Kleinzentren	0.69 (0.67-0.71)	1.09 (1.05-1.13)
Periphere Regionen	0.68 (0.66-0.71)	1.09 (1.04-1.13)

Mittelwerte (95%-Vertrauensintervall) der Gesamtnutzung von Gesundheitsdiensten. Gesamtnutzung=Summe Behandlungen der letzten 12 Monate bei Hausarzt, Spezialarzt, komplementärmedizin., paramedizin. Fachpersonen, ambulante Spitalangebote, stationärer Spitalaufenthalt; logarithmierte Skala.

Diskussion

Die vorliegende Untersuchung befasst sich mit der Gesundheitsversorgung erwachsener Schweizerinnen und Schweizer, die von einer Behinderung betroffen sind. Die Studie beschränkte sich auf Personen, die sich im erwerbsfähigen Alter befinden und ausserhalb von Institutionen (Heimen oder Spitäler) leben. Auf der Grundlage der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung des Jahres 2002 wurde Behinderung definiert als: (1) das Vorliegen eines chronischen Gesundheitsproblems, das von der befragten Person subjektiv als behindernd wahrgenommen wird, und/oder (2) das Vorliegen von schwerwiegenden Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) wie z.B. Sehen, Gehen, Hören usw..

Gemäss dieser Definition sind rund 16% der Schweizer Männer und 18% der Frauen im erwerbsfähigen Alter von einer Behinderung betroffen. Der grössere Teil (9%) dieser Personengruppe berichtet über chronische körperliche Gesundheitsprobleme, die aber (noch) nicht mit massiven ADL-Einschränkungen verbunden sind. Rund 4% berichten von schweren ADL-Beeinträchtigungen und 3% von chronischen psychischen Gesundheitsproblemen. Behinderung und/oder chronische Erkrankungen sind somit nicht das Problem einer marginalen Bevölkerungsgruppe.

Die vorliegenden Schweizer Zahlen liegen im internationalen Trend bei den westlichen Ländern; so sind etwa in den USA rund 19% der ausserhalb von Institutionen lebenden Personen von einer Behinderung betroffen (Kraus, Stoddard & Gilmartin, 1996). Für die Zukunft ist zu erwarten, dass der Bedarf an spezifischen Angeboten im Gesundheitssystem für Menschen mit chronischen Krankheiten oder Behinderungen stark zunehmen wird. Zum einen spricht für dieses Szenario der demografische Wandel (vgl. Höpflinger & Hugentobler, 2003). Zum andern sind Personen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen schon heute eine zentrale Gruppe der «Konsumentinnen und Konsumenten» von Gesundheitsdienstleistungen, weil sie diese weit mehr in Anspruch nehmen als andere Bevölkerungsgruppen.

Die Befunde der vorliegenden Studie zeigen denn auch, dass Personen mit einer Behinderung in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung mehr Leistungen in Anspruch nehmen. Besonders deutliche Unterschiede sind aber bei Hausarztkonsultationen, Behandlungen im paramedizinischen Bereich sowie bei Spezialärzten festzustellen. Die stärkere In-

anspruchnahme von Gesundheitsdiensten zeigt sich ausserdem darin, dass Behinderte ein breiteres Spektrum verschiedener Arten von Gesundheitsdiensten innerhalb eines Jahres nutzen. Auch innerhalb der Gruppe der behinderten Personen finden wir – wenn auch in geringerem Ausmass – Unterschiede der Inanspruchnahme. Dabei fällt besonders die starke Nutzung von Gesundheitsdiensten durch Personen mit psychischen Behinderungen auf; dagegen nutzen Personen mit schweren ADL-Beeinträchtigungen vergleichsweise wenig Gesundheitsdienste. Die Gruppe der psychisch Behinderten fällt nicht nur bei der Nutzung von Gesundheitsdiensten sondern auch in anderen Bereichen auf: eine vergleichsweise hohe Quote der IV-Berentungen, eher prekäre soziale Lage. Der Befund erhält seine Relevanz auf dem Hintergrund aktueller Forschungsbefunde zum Phänomen der so genannten «High Utilizers» oder «Heavy Users» unter chronisch psychisch kranken Menschen (Roick et al., 2002; Hiller & Fichter, 2004). Dabei stellt sich die Frage einer «Fehlversorgung» oder inadäquaten Versorgung, welche die betroffenen Personen dazu treibt, immer weitere Behandlungen aufzusuchen und doch nicht zu erhalten, was sie benötigen.

Die verfügbaren Daten in der SGB 2002 liefern keine Hinweise auf eine Unterversorgung behinderter Menschen im Schweizer Gesundheitssystem, obwohl ihre soziale Lage als kritisch zu bewerten ist (vgl. Zwicky, 2003, und vorliegende Studie). Der Versicherungsstatus von Behinderten und Nicht-Behinderten ist nahezu gleich. Behinderte berichten häufiger (und nicht etwa weniger) über einen eigenen Hausarzt und nehmen dessen Leistungen auch wesentlich öfter in Anspruch. Ausserdem nutzen Behinderte auch deutlich mehr Angebote im Bereich der Prävention. Und schliesslich liegen kaum regionale Unterschiede der Nutzung von Gesundheitsdiensten zwischen Behinderten und Nicht-Behinderten vor. Trotzdem belegen diese Ergebnisse noch nicht, dass die Behandlung, die behinderte Menschen im Schweizer Gesundheitssystem erhalten, angemessen und bedarfsgerecht ist. Dazu fehlen in der SGB 2002 insbesondere Daten zu Erwartungen an und zur Zufriedenheit mit der erfahrenen Behandlung.

Angesichts der starken und v.a. breit gefächerten Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten durch Behinderte, welche sich zudem praktisch in allen untersuchten Bereichen (medizinische, komplementärmedizinische, paramedizinische usw.) zeigt, scheint eher die Frage nach einer möglichen «Fehlversorgung» oder «Fehlnutzung» des Angebots angebracht: Werden die Gesundheitsbedürfnisse von Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen im bestehenden Gesundheitssystem genügend abgedeckt? Ist die starke und breit gefächerte Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten durch Behinderte Ausdruck einer mangelnden Passung, eines «Mismatch» von Nachfrage und Angebot auf dem Gesundheitsmarkt?

Dr. phil. Peter Rüesch
Departement Weiterbildung, Forschung und Dienstleistungen
Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik
Schaffhauserstr. 239, 8057 Zürich
peter.rueesch@hfh.ch

Literatur

- Abelin, Th. (2000). Gesundheit, soziale Situation und Hilfsbedarf der Betagten. In R. Calmonte, Th. Spuhler & W. Weiss (Hrsg.), *Schweizerische Gesundheitsbefragung: Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997* (S. 83-89). Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- Australian Institute of Health and Welfare AIHW. (2003). *Disability prevalence and trends*. Canberra: AIHW.
- Bundesamt für Statistik. (2003). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002: Erste Ergebnisse*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik, Pro Infirmis & Gerheuser, F. W. (2001). *Indikatoren zur Gleichstellung behinderter Menschen in der Schweiz*. Zürich: Pro Infirmis.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis* (2nd ed.). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum
- Deringer, S. et al. (2002). *Lebenslage und Lebensbewältigung von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz. Kurzbericht zum Stand der Forschungsarbeit zuhanden der Programmtagung des NFP 45 vom 29.11.2002*. Brugg: Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz. Departement Soziale Arbeit.
- Doody, G.A. et al. (1998). «Pffropfschizophrenie» revisited: Schizophrenia in people with mild learning disability. *British Journal of Psychiatry*, Nr. 173, S. 145-153.
- Fujiura, G.T. & Yamaki, K. (2000). Trends in Demography of Childhood Poverty and Disability. *Exceptional Children*, Jg. 66 (Nr. 2), S. 187-199.
- Gredig, D. et al. (2004). *Menschen mit Behinderungen in der Schweiz: Die Lebenslage von Bezügerinnen und Bezüger von Leistungen der Invalidenversicherung*. Bern: SNF, NFP 45.
- Hatton, C., Elliott, J. & Emerson, E. (2003). «Key highlights» of research evidence on the health of people with learning disabilities. Institute for Health Research, Lancaster University (UK): internet publication: <http://www.valuingpeople.gov.uk/documents/HealthKeyHighlights.pdf> [Stand: Februar 2005].
- Hiller, W. & Fichter, M. M. (2004). High utilizers of medical care: A crucial subgroup among somatizing patients. *Journal of Psychosomatic Research*, Jg. 56 (Nr. 4), S. 437-443.
- Höpflinger, F. & Hugentobler, V. (2003). *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz – Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert*. Bern: Verlag Hans Huber (Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums).
- Kraus, L., Stoddard, S. & Gilmartin, D. (1996). *Chartbook on Disability in the United States, 1996. An InfoUse Report*. Washington, DC: U.S. National Institute on Disability and Rehabilitation Research.
- Mathers, C.D. et al. (2002). *Global burden of disease 2000. Version 2: Methods and results*. Geneva: WHO (Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No. 50).
- Roick, C. et al. (2002). «Heavy User» psychiatrischer Versorgungsdienste: Ein Überblick über den Stand der Forschung. *Psychiatrische Praxis*, Jg. 29 (Nr. 07), S. 334-342.
- Rüesch, P. (in Vorbereitung). *Gesundheitsversorgung erwachsener Menschen mit Behinderung in der Schweiz*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Arbeitsdokumente).
- Rüesch, P. & Manzoni, P. (2003). *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Monitoring*. Neuchâtel: Edition Obsan.
- Seekins, T., Clay, J. & Ravesloot, C. (1994). A descriptive study of secondary conditions reported by a population of adults with physical disabilities served by three independent living centers in a rural state. *Journal of Rehabilitation*, Nr. 60, S. 47-51.
- Turner, S. & Moss, S. (1996). The health needs of adults with learning disabilities and the Health of the Nation Strategy. *Journal of Intellectual Disability Research*, Jg. 40 (Nr. 5), S. 438-450.
- Walkup, J. (2000). Disability, health care and public policy. *Rehabilitation Psychology*, Jg. 45 (Nr. 4), S. 409-422.
- WHO (2001). *World health report 2001. Mental health: New understanding, new hope*. Geneva: WHO.
- Zwicky, H. (2003). Zur sozialen Lage von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz. *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie*, Jg. 29 (Nr. 1), S. 159-188.