

Selbstbestimmt leben? Zugang zur Gesundheitsversorgung sichern!

Institut für Professionalisierung und Systementwicklung

Monika Wicki, Prof. Dr.

19. März 2021

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	3
Tabellenverzeichnis	3
1 Zusammenfassung	4
2 Ausgangslage und Ziel	4
3 Forschungsmethode	6
4 Ergebnisse	9
4.1 Gesundheitszustand	10
4.2 Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens	12
4.3 Krankheitssymptome	16
4.4 Psychische Gesundheit	18
4.5 Soziale Netzwerke	20
4.6 Lebenszufriedenheit	21
4.7 Gesundheitsversorgung	21
5 Diskussion	24
5.1 Limitationen	26
5.2 Empfehlungen	26
6 Literatur	27

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand	11
Abbildung 2 Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)	16
Abbildung 3 Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL).....	16
Abbildung 4 Beschwerden.....	17
Abbildung 5 Energie und Vitalität	18
Abbildung 6 Psychische Belastung	19
Abbildung 7 Körperliche Beschwerden, nach psychischer Belastung (n = 111).....	20
Abbildung 8 Lebenszufriedenheit	21

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Stichprobe: Personen mit Beeinträchtigungen im Alter von 50-65 Jahren, die selbstständig leben (n = 134)	10
Tabelle 2 Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand	11
Tabelle 3 Selbsteingeschätzte Einschränkungen.....	12
Tabelle 4 Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL und IADL)	13
Tabelle 5 ADL und IADL zusammengefasst	15
Tabelle 6 Beschwerden	17
Tabelle 7 Art der Beschwerden	18
Tabelle 8 Energie und Vitalität.....	19
Tabelle 9 Psychische Belastung.....	20
Tabelle 10 Nutzung von Diensten der Gesundheitsversorgung.....	22
Tabelle 11 Personen mit hoher psychischer Belastung in psychologischer Behandlung.....	22
Tabelle 12 Medikamente	23

Selbstbestimmt leben? Zugang zur Gesundheitsversorgung sichern!

1 Zusammenfassung

Studien aus verschiedenen Ländern zeigen deutliche Differenzen zwischen der Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Menschen mit und ohne Beeinträchtigung und Behinderung (Emerson & Hatton, 2014; Gulley & Altman, 2008). Alterungsprozess und die damit verbundenen Veränderungen wirken sich bei Menschen mit Beeinträchtigungen früher und evtl. stärker aus. Die Datenlage in der Schweiz bezüglich des Gesundheitszustandes und der Gesundheitsversorgung von älter werdenden Menschen mit Beeinträchtigungen, die selbstständig leben, ist jedoch dürftig.

Im Rahmen der Studie „Gesundheitsversorgung von Menschen mit Beeinträchtigungen“ wurden 134 Personen die eine Rente der Invalidenversicherung beziehen und im Alter zwischen 50 und 65 Jahren waren, bezüglich ihres Gesundheitszustandes und der Gesundheitsversorgung befragt.

Die Ergebnisse der Studie zeigen die hohe Bedeutung des Gesundheitszustandes für Menschen mit Beeinträchtigungen, die selbstständig leben. Sie nutzen die Dienstleistungen des Gesundheitswesens intensiv. Um den Zugang zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung für diese Personengruppe zu gewährleisten, müssen vermehrt Barrieren abgebaut werden.

2 Ausgangslage und Ziel

Im Rahmen der Gesundheitsforschung wurde Behinderung lange Zeit als ein negativer Gesundheitszustand oder als Folge des Alterns betrachtet. Diese Sicht ist eine rein medizinische Sicht. Soziale Modelle von Behinderung, wie die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 2005), die Definition des Behindertengleichstellungsgesetzes (BehiG) und das Übereinkommen der Vereinten Nationen zum Schutz der Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK, 2008) sehen Behinderung als Folge von komplexen Interaktionen zwischen gesundheitlichen Faktoren und je unterschiedlichen, physischen, psychischen und sozialen Aspekten, welche die Teilhabe in der Gesellschaft einschränken. In diesem Sinne wird Behinderung als mehrdimensionales Phänomen betrachtet: die Beeinträchtigung eines Menschen wird erst im Zusammenhang mit sozialen Faktoren zu einer Behinderung, nämlich dann, wenn die Teilhabe an der Gesellschaft eingeschränkt wird.

Auch Gesundheit ist mehrdimensional zu verstehen. Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1986) wird Gesundheit als ein Zustand kompletten physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens gefasst und nicht als Absenz von Krankheit und Gebrechen betrachtet. Auch im Ansatz der WHO zum gesunden Altern (Healthy Ageing) wird Gesundheit als dynamischer Prozess, als Ressource für das tägliche Leben und als Weg zu einer höheren Lebensqualität im Alter betrachtet. So werden Gesundheit und Wohlbefinden in Relation zu individuellen Zielen gesetzt. Je nach dem, was eine Person erreichen will und welchen Massstab sie ansetzt, ist es auch beim Vorhandensein von Beeinträchtigungen oder Behinderungen möglich, eine gute Gesundheit zu haben.

Studien aus verschiedenen Ländern zeigen deutliche Differenzen zwischen der Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Menschen mit und ohne Beeinträchtigung und Behinderung (Emerson &

Hatton, 2014; Gulley & Altman, 2008). Menschen mit Beeinträchtigungen schätzen ihren Gesundheitszustand bis zu acht Mal häufiger als mittelmässig oder schlecht ein (BfS, 2009), haben öfter ein Übergewicht und wenig körperliche Aktivitäten, haben höhere Raten an Diabetes, und die Häufigkeit, an Herz-kreislaufstörungen zu erkranken, ist ebenfalls drei bis viermal höher als bei Personen ohne eine Behinderung (Reichard et al., 2011; Reichard & Stolze, 2011). Frauen mit Beeinträchtigungen erhalten seltener eine Untersuchung wegen Brustkrebs als Frauen ohne Beeinträchtigungen (Armour et al., 2009).

Die in der Schweiz vorliegenden Datenquellen zur Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen beruhen einerseits auf unterschiedlichen Definitionen von Behinderung, andererseits werden Personen, die in Wohneinrichtungen für Erwachsene mit Beeinträchtigungen leben, nicht erfasst. So gibt es zum Beispiel keine klare Antwort auf die Frage, wie viele Menschen mit Behinderungen in der Schweiz tatsächlich leben (BfS, 2009).

Mit der Einführung des Gesetzes über die Beseitigung der Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen (BehiG) wurde eine Statistik der Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (Gleichstellungstatistik) eingeführt. Die Gleichstellungstatistik vergleicht die Lebensbedingungen von Menschen, die als behindert gelten, mit denjenigen von Menschen, die als nicht behindert gelten (Rest der Bevölkerung). Dabei wird von einer medizinisch-sozialen Definition der Behinderung ausgegangen: Als behindert betrachtet werden diejenigen Personen, die angeben, ein dauerhaftes gesundheitliches Problem zu haben (medizinische Dimension) und (stark oder etwas) bei den Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt zu sein (soziale Dimension).

Bezüglich des Wohlbefindens einer Person liefert die Gleichstellungstatistik Angaben zur Lebenszufriedenheit, Gesundheit, Autonomie, zum Familienleben, zu den sozialen Kontakten, zu Wohnen, Freizeit und persönliche Sicherheit. Dabei werden die Daten aus unterschiedlichen Datensätzen der Bevölkerungsstatistik zusammengetragen. Die Gleichstellungstatistik zeigt bezüglich dem Aspekt Gesundheit basierend auf Daten der Statistics on Income and Living Conditions (SILC) aus dem Jahre 2010: „Während die meisten Menschen ohne Behinderungen (93%) ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut einstufen, ist dies bei den Personen mit Behinderungen nur bei knapp der Hälfte (44%) der Fall. Vielmehr bezeichnen bei Letzteren 16% ihre Gesundheit als (sehr) schlecht, bei den stark eingeschränkten Menschen mit Behinderungen liegt die-ser Wert sogar bei 37%.“ (BfS, 2009).

Die wohl umfassendste Datenquelle zur Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz bietet die Schweizer Gesundheitsbefragung (SGB). Hier werden Personen ab 15 Jahren berücksichtigt, die in einem Privathaushalt leben. Die Gesundheitsbefragung wird alle fünf Jahre durchgeführt und erfasst Behinderung nach verschiedenen Ansätzen (medizinisch, sozial, administrativ und bezogen auf den Hilfebedarf). Rüesch (2006) untersuchte die Daten der schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung von Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen oder Behinderung in der Schweiz. Dabei stellte er fest, dass Personen mit einer Behinderung in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung mehr Leistungen in Anspruch nehmen und zudem die Angebote auch ausgesprochen intensiv nutzen. Besonders Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigungen nutzen die Angebote häufig und vielfältig, sie haben viele Beschwerden und fühlen sich stark eingeschränkt bei täglichen Aktivitäten (Rüesch & Gesundheitsobservatorium, 2006). Die Daten der Gesundheitsbefragung wurden 2009 ein weiteres Mal systematisch im Hinblick auf die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung ausgewertet (BfS, 2009). Unklar ist die Situation von Personen, die auf Grund einer längerdauernden Beeinträchtigung eine Rente der Invalidenversicherung beziehen und älter werden.

Das vorliegende Forschungsprojekt verfolgte das Ziel, den Gesundheitszustand und die Gesundheitsversorgung von Personen, die zwischen 50 und 65 Jahre alt sind und mit einer langdauernden Beeinträchtigung in der Schweiz selbstständig oder bei Angehörigen leben, erfasst werden. Dabei sollen Vergleiche mit Personen der allgemeinen Bevölkerung gemacht werden können. Die Ergebnisse sollten Antworten geben im Hinblick auf die mögliche Diskriminierung von Personen mit langdauernden Beeinträchtigungen im Bereich der Gesundheitsversorgung in der Schweiz.

3 Forschungsmethode

Aus der IV-Statistik sollte eine repräsentative Anzahl Namen von IV-Rentnerinnen und Rentnerinnen über 50 Jahre, davon die Hälfte mit einem Geburtsgebrechen, gezogen werden. Es wurde davon ausgegangen, dass mit einer Stichprobe von 2000 Namen rund 1000 Interviews möglich sein würden. Auf Grund des Datenschutzes und des fehlenden parlamentarischen Auftrages war es aber nicht möglich, die ausgewählten Personen über das Bundesamt für Sozialversicherungen anzuschreiben. Es musste darum ein alternativer Zugang zur Stichprobe gesucht werden. Nach Rücksprache mit dem Beirat und den Geldgebern wurden darum Adressen von 10'000 Personen im Alter von 50-65 Jahren in sechs Kantonen angerufen und nach Personen gesucht, die eine längerdauernde chronische Erkrankung haben sowie eine IV-Rente beziehen. Mit diesen wurden dann eine telefonische oder schriftliche Befragung durchgeführt.

Personen wurden mit einem Fragebogen bezüglich ihrer Gesundheit und Gesundheitsversorgung befragt. Die Befragungen wurden mit telefonischen oder persönlichen Interviews mit den betroffenen Personen (oder wenn es aufgrund der Schwere der Beeinträchtigung nicht möglich war, die Person zu befragen, mit der Bezugsperson oder dem Beistand) zwischen Juli 2017 und Dezember 2017 durchgeführt.

Um Personen mit langdauernden Beeinträchtigungen im Alter von 50 bis 65 Jahren, die selbstständig leben, befragen zu können, wurden 10'000 Adressen inklusive Telefonnummer bei der Firma AZ Direct AG in Rotkreuz eingekauft. Es handelte sich um Adressen von Männern und Frauen im Alter zwischen 50 und 65 Jahren aus den sechs ausgewählten Kantonen. Die Personen wurden durch Studierende maximal drei Mal angerufen. Die erreichten Personen wurden gefragt, ob sie bereit wären, im Rahmen der Gesundheitsbefragung der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik kurz zwei Fragen zu beantworten. Falls sie zusagten, wurde gefragt, ob die Person eine längerdauernde (mehr als 6 Monate dauernde) gesundheitliche Einschränkung habe und ob sie eine IV-Rente beziehe. Wenn beide Fragen mit ja beantwortet waren, wurden angefragt, ob die Person bereit sei, den Fragebogen am Telefon zu beantworten. War dies der Fall konnte der Fragebogen sofort ausgefüllt werden. Ansonsten wurde versucht, den Fragebogen den Personen per Mail oder per Post zu senden. Um den Rücklauf auch hier zu erhöhen wurde der Fragebogen im Januar 2017 denjenigen Personen, die schriftlich antworten wollten, aber noch nicht geantwortet hatten, ein zweites Mal zugestellt.

Die Befragung richtete sich nach der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (Bundesamt für Statistik (BfS), 2018). Der schweizerischen Gesundheitsbefragung liegt ein umfassendes Gesundheitskonzept zu Grunde. Es werden Angaben erhoben zum Gesundheitszustand, zu Krankheiten, zu gesundheitlichen Kompetenzen und Ressourcen, zur Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste und zur Krankenversicherungssituation sowie zu Lebensbedingungen und Lebensstilmerkmalen, die sich auf die Gesundheit auswirken können. Da sich die SGB auch an internationalen Erhebungen wie dem „European Health Interview System (EHIS)“ orientiert, sind die Daten auch teil-weise international vergleichbar. Auch der Fragebogen der Gesundheitsbefragung von Migrantinnen und Migranten in der Schweiz diente als Grundlage (BAG, 2010). Die Gesundheitsbefragung von Migrantinnen und Migranten ist eine praktikable Kurzbefragung (rund 30 Minuten) die den Vergleich mit den Daten der schweizerischen Gesundheitsbefragung ermöglicht.

Zur Erfassung des Gesundheitszustandes wurden die Fragen zu folgenden Faktoren übernommen:

Minimum European Health Module (Eurostat, 2017)

Chronische Krankheiten: Die Personen wurden gefragt, ob sie eine längerdauernde (mehr als 6 Monate dauernde) gesundheitliche Einschränkung haben (dies war eine der Grundfragen, um überhaupt an der vorliegenden Befragung teilnehmen zu können. Das heisst, sämtliche befragten Personen haben diese Frage mit «ja» beantwortet.

Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand: Die Personen wurden gefragt: "Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen". Folgende Antworten konnten ausgewählt werden: «sehr gut» (1), «gut» (2), «moderat» (3), «schlecht» (4) oder «sehr schlecht» (5). Der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand wurde anschliessend also dichotome Variable für eine schlechte Gesundheit wie folgt gefasst: «sehr gut», «gut» oder «moderat» wurden mit «0» codiert, und «schlecht» oder «sehr schlecht» mit «1».

Selbsteingeschätzte Einschränkungen im Alltag: Die Personen wurden gefragt, wie sehr sie sich in den letzten 6 Monaten durch ein gesundheitliches Problem in alltäglichen Aktivitäten eingeschränkt gefühlt hatten. Folgende Antwortoptionen konnten markiert werden: «stark eingeschränkt (1)», «etwas eingeschränkt (2)» oder «nicht eingeschränkt (3)».

Schwierigkeiten bei Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) sowie bei instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) (BFS, 2014; Eurostat, 2013): Die Personen beantworteten Fragen nach den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) (selbständig essen, selbständig aufstehen, anziehen oder baden), sowie den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) (selbstständig kochen, Haushaltstätigkeiten ausführen, oder sich um die Finanzen kümmern etc.) auf einer vierstufigen Skala: ja, ohne Schwierigkeiten (codiert mit 1); ja, mit leichten Schwierigkeiten (2); ja, mit grossen Schwierigkeiten (3) und nein (4). Die Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) wie auch die instrumentellen Aktivitäten wurden gemäss Angaben der schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 bearbeitet. Die Variablen wurden in vier Gruppen aufgeteilt: Hatte eine Person bei allen Aktivitäten eine 1 angegeben, so wurde sie der Gruppe 1 «Keine Schwierigkeiten diese Aktivitäten auszuführen» zugeteilt. Hatte eine Person bei mindestens einer Aktivität eine 2 angegeben, so wurde sie der Gruppe 2 «Leichte Schwierigkeiten mindestens eine dieser Aktivitäten auszuführen» zugeteilt. Wurde bei mindestens einer Aktivität eine 3 angegeben, so wurde sie der Gruppe 3 «Grosse Schwierigkeiten mindestens eine dieser Aktivitäten auszuführen» zugeteilt und hatte eine Person bei mindestens einer Aktivität eine 4 angegeben, so wurde sie der Gruppe 4 «Kann mindestens eine dieser Aktivitäten nicht ausführen» zugeteilt.

Krankheitssymptome (BfS, 2014): Die zweite Welle der Europäischen Gesundheitsbefragung (EHIS), die zwischen 2013 und 2015 durchgeführt wurde und auch die schweizerische Gesundheitsbefragung erfassen die Intensität körperlicher Beschwerden, welche die Person durchschnittlich empfunden hatte während rund vier Wochen vor der Befragung. Rückenschmerzen, Müdigkeit, Bauchschmerzen, Durchfall oder Verstopfung, Schlafstörungen, Kopf-schmerzen, Herz-Rhythmus-Störungen, Brustschmerzen, Fieber sowie Schmerzen in Schultern und Armen. Die Antwortmöglichkeiten lauteten: «kein bisschen», «ein wenig» sowie «stark».

Die unterschiedlichen Beschwerden wurden für alle Personen, bei denen es in dieser Frage keine fehlenden Angaben gab und die kein Fieber angegeben hatten, zusammengezählt. Aus der Summe wurden, wie auch bei der schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012, drei Klassen gebildet: von 8 bis 10 Punkten: keine oder kaum Beschwerden; 10-12 Punkte: leichte Beschwerden; mehr als 12 Punkte: starke Beschwerden.

Psychische Belastung, Energie und Vitalität, Depressionen: Das Mental Health Inventory (MHI) ist eine Methode zur Erfassung psychischer Aspekte wie Angst, Depressionen und Anspannung (distress). Das Instrument dient auch der Erfassung des emotionalen Zustandes (Veit & Ware, 1983). Den Personen wurden neun Fragen gestellt: «Während der letzten 4 Wochen, wie oft haben Sie sich so gefühlt: 1) Voller Leben gefühlt? 2) Sehr nervös gefühlt? 3) So niedergeschlagen oder verstimmt gefühlt, dass Sie nichts hat aufmuntern können? 4) Ruhig, ausgeglichen und gelassen gefühlt? 5) Voller Energie gefühlt? 6) Entmutigt und deprimiert gefühlt? 7) Erschöpft gefühlt? 8) Glücklich gefühlt? oder 9) Müde gefühlt?» Die Teilnehmenden beantworteten die Fragen auf eine fünf-stufigen Likert-Skala: Immer (1), Meistens (2), Manchmal (3), selten (4), Nie (5).

Mit den Antworten zu diesen neun Fragen kann die psychische Belastung (MHI-5-Score) und der Energy and Vitality Score (EVI) gebildet werden (BFS, 2014).

Psychische Belastung: Die Fragen für den Mental Health Inventory-5 (MHI-5) Score stammen aus EHIS (European Health Interview Survey). Die Antworten wurden analog zur schweizerischen Gesundheitsbefragung umkodiert. So erhält der Score eine Spannweite von 5 bis 30 Punkten für die einzelnen Individuen. Diese Punkte wurden mit einer linearen Transformation in eine Variable überführt, die von 0-100 geht. Ein Score von 100 zeigt eine optimal psychische Gesundheit. Je tiefer der Score auf diesen Items ausfällt, desto höher ist die psychische Belastung. Dieser Indikator zeigt eine erhöhte Wahrscheinlichkeit an, eine Angststörung oder depressive Störung zu haben. Er entspricht jedoch keiner Diagnosestellung. Es wurden folgende Kategorien gebildet: Hohe psychische Belastung (MHI-5 Score tiefer als 52), moderate psychische Belastung (MHI-5 > 52 und < 72) sowie tiefe psychische Belastung (MHI-5 > 72).

Energie und Vitalität: Der EVI-Score wurde wie folgt gebildet: die Fragen 1, 5, 7 und 9 wurden genutzt. Die Fragen 1 und 5 wurden umkodiert: 1=6, 2=5, 3=3.5, 4=2, 5=1; die Fragen 7 und 9 wurden ebenfalls umkodiert 1=1, 2=2, 3=3.5, 4=5, 5=6. Die Resultate der vier Fragen wurden zusammengezählt und danach durch 20 geteilt und mit 100 multipliziert, wie es bei den Leitlinien zu den Indizes der schweizerischen Gesundheitsbefragung beschrieben wurde. Die vier Items messen das Energieniveau und die Müdigkeit einer Person; je höher der Score ausfällt, desto höher die Vitalität. Diese Skala ist auch Teil des europäischen Fragebogens EHIS (European Health Interview Survey). Sie erlaubt es, die positive Seite psychischer Gesundheit zu erfassen.

Bezüglich des sozialen Netzwerkes wurden folgende Faktoren erhoben:

Soziales Netzwerk: Partnerschaft: die Personen wurden gefragt, ob sie einen festen Lebenspartner, eine feste Lebenspartnerin hätten (ja/nein).

Anzahl Unterstützungspersonen in der Nachbarschaft: Die Personen wurden gefragt, ob es in Ihrer Familie oder in Ihrer Nachbarschaft Personen gibt, die jederzeit um Unterstützung oder Hilfe bei alltäglichen Belangen angefragt werden können? Personen, welche den Fragenbogen in leichter Sprache nutzten wurde die Frage wie folgt gestellt: «Können Sie eine Person in Ihrem Umfeld um Unterstützung bitten, zum Beispiel jemanden in Ihrer Familie, Ihren Partner oder Ihre Partnerin oder einen Nachbarn oder eine Nachbarin?» Die Antwortoptionen waren bei beiden Fragebögen: «Ja, eine Person»; «Ja, mehrere Personen»; «Nein» oder «Weiss nicht».

Zur Erfassung der Gesundheitsversorgung wurden folgende Faktoren erfasst:

Arztbesuche, Zahnarztbesuche, Besuche bei Psychologinnen und Psychologen, Spitalaufenthalte: Einerseits wurde erfasst ob eine Behandlung bei einem Arzt / einer Ärztin im letzten Jahr vor der Befragung stattgefunden hatte (Ja/Nein; danach wurde erfasst, aufgrund welcher Krankheit die Person einen Arzt / eine Ärztin aufgesucht hatte. Es wurde gefragt, ob die Person im letzten Jahr vor der Befragung einen Zahnarzt / eine Zahnärztin aufgesucht hatte und es wurde gefragt, ob die Person ambulant in einem Spital behandelt worden war im letzten Jahr, stationär oder auf eine Notfallstation überwiesen worden war. Bei den verschiedenen Angeboten wurde auch erfasst, wie viele Tage die Person dort war.

Krebsvorsorge: Es wurde gefragt, ob die Person bereits einmal zur Krebsvorsorge ihren Stuhl untersuchen liess oder eine Darmspiegelung gemacht hatte. Bei Männern wurde erfasst, ob sie eine Prostatauntersuchung gemacht hätten, bei Frauen, ob sie jemals eine Mammographie machen liessen.

In einer weiteren Frage wurde der Medikamentenkonsum in den letzten 7 Tagen (Ja / Nein) erhoben, die verschiedenen Medikamente wurden zur Auswahl angegeben, da bei konnte auch die Kategorie „andere“

markiert werden und es wurde erfasst, ob die Person weniger als 5 Medikamente pro Tag, 5-9 Medikament oder mehr als 10 verschiedene Medikamente am Tag einnahm.

Allgemeine Fragen zur Lebenssituation: Erfasst wurden der Ausbildungsstand, Nationalität / Herkunft, Alter und das Geschlecht. Der Ausbildungsstand wurde in zwei Gruppen gefasst: Gruppe 1: PrA/EBA-Ausbildung oder tiefer, Gruppe 2: Höher als eine EBA-Ausbildung.

Die Studie war als Längsschnittstudie angelegt, um den Verlauf des Gesundheitszustandes über ein Jahr hinweg zu erfassen. Die zweite Befragung ist nicht Teil dieses Beitrags, ausgenommen einer Reihe von Fragen, mit der die allgemeine Lebenszufriedenheit der befragten Personen erfasst wurde. Um genauer zu wissen, mit welchen Aspekten im Leben die Personen am meisten zufrieden oder auch unzufrieden waren, wurde mit dem um zwei Fragen gekürzten Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ-M) (Henrich & Herschbach, 2000) relevante Aspekte der Lebenszufriedenheit in 8 Lebensbereichen (Gesundheit, Arbeit und Beruf, Finanzielle Lage, Wohnsituation, Ehe und Partnerschaft, Sexualität, Freunde, Bekannte/Verwandte) erfasst. Die Items waren auf Skalenstufen von 1 (sehr unwichtig; sehr unzufrieden) bis 5 (extrem wichtig; sehr zufrieden) zu beantworten. Personen mit einem hohen Skalenwert sind in vielen Lebensbereichen überdurchschnittlich zufrieden.

Datenanalyse: Die Auswertung der Daten erfolgt mittels deskriptiver und inferenzstatistischer Verfahren (SPSS 22.0 bis SPSS 26.0). Im Rahmen der deskriptiven Statistik werden Häufigkeiten, Mittelwerte und Standardabweichungen genannt. Vereinzelt fehlende Werte wurden fallweise ausgeschlossen.

In der schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) werden Person ab 15 Jahren befragt, die in einem Privathaushalt leben. Die Befragung wird alle fünf Jahre durchgeführt. Vom Bundesamt für Statistik wurden die Daten aus dem Jahr 2012 angefragt, um die Daten der Personen, welche im Alter von 50-65 Jahren waren, zu selektionieren. So konnte der Gesundheitszustand und die Gesundheitsversorgung von Personen im Alter von 50-65 Jahren, die mit einer chronischen Erkrankung und einer IV-Rente selbstständig leben mit der allgemeinen Bevölkerung derselben Altersgruppe verglichen werden. Die Daten umfassen so insgesamt 5739 Personen im Alter von 50-65 Jahren, die in einem Privathaushalt leben.

Aus den Daten der schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 lassen sich zudem Personen extrahieren, welche angeben, eine längerdauernde chronische Erkrankung zu haben. In der entsprechenden Altersgruppe (50-65 Jahre) sind dies 2261 Personen. In dieser Gruppe sind auch Personen eingeschlossen, welche eine IV-Rente beziehen.

Um die Gruppenvergleiche zwischen unabhängigen Stichproben durchzuführen wurde bei metrisch skalierten und normalverteilten Variablen der t-Test verwendet. Der Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben wurde bei ordinalskalierten Variablen verwendet, bei kategorialen Variablen erfolgt die Signifikanzprüfung mit einem Chi-Quadrat-Test nach Pearson. Post-Hoc Mehrfachvergleiche erfolgen mithilfe der korrigierten standardisierten Residuen.

4 Ergebnisse

Insgesamt wurden in den 6 Kantonen 8018 Telefonnummern von Männern und Frau-en im Alter zwischen 50 und 65 Jahren angerufen. 3492 Personen wurden in der gegebenen Zeit nicht erreicht, 4562 Personen wurden erreicht. 1873 Personen (41% aller erreichten Personen) wollten die beiden Einstiegsfragen nach Erkrankung und Rente nicht beantworten. Die restlichen Personen (2653 Personen) beantworteten diese bei-den Fragen.

2137 Personen hatten keine chronische oder längerdauernde Krankheit oder ein gesundheitliches Problem und auch keine IV-Rente, 358 Personen hatten eine länger-dauernde Krankheit, aber noch keine IV-Rente. Diese beiden Gruppen gehörten nicht zur gesuchten Zielgruppe. 158 Personen hatten eine chronische Krankheit oder ein längerdauerndes gesundheitliches Problem und bezogen zugleich eine IV-Rente. Ihnen allen, ausser vier Personen, die nicht teilnehmen wollten, konnte ein Fragebogen zugestellt werden. 83 Personen mit einer Beeinträchtigung und einer IV-Rente (52.5% der angeschriebenen Personen) beantworteten den Fragebogen.

Nebst den Personen mit Beeinträchtigungen, die selbstständig lebten und über die Telefonate erreicht wurden, konnten zudem über die Werkstätten von Wohneinrichtungen weitere 51 Personen befragt werden, die selbstständig oder bei Angehörigen leben. Insgesamt wurden 134 Personen im Alter zwischen 50 und 65 Jahren mit Beeinträchtigung und einer IV-Rente befragt, die selbstständig oder bei Angehörigen leben.

Die Charakteristiken der befragten Personen sind in Tabelle 1 dargestellt. Es handelt sich um 58 Männer und 76 Frauen. 17 Personen (12.7%) haben eine kognitive Beeinträchtigung und 70 Personen (52.6%) eine körperliche und 49 Personen eine psychische Beeinträchtigung (Mehrfachantworten waren möglich). 37 Personen (27.6%) hatten beim Beantworten des Fragebogens Unterstützung durch eine andere Person (Tab. 1).

Tabelle 1 Stichprobe: Personen mit Beeinträchtigungen im Alter von 50-65 Jahren, die selbstständig leben (n = 134)

		n	%
Region	Deutschsprachige Schweiz	110	82.10%
	Romandie/Tessin	24	17.90%
Alter	M	56.68	Jahre
	SD	4.16	Jahre
Geschlecht	Männlich	58	43.40%
	Weiblich	76	56.70%
Ausbildung	< 2-jährige Praxisausbildung	67	50.00%
	> 2-jährige Praxisausbildung	67	50.00%
Beeinträchtigung (Mehrfachantworten)	Körperlich	70	52.20%
	Psychisch	49	36.60%
	Kognitiv	17	12.70%
Unterstützung bei der Beantwortung des Fragebogens	Ja	37	27.60%
IV-Rente seit:	M	15.68	Jahren
	(SD)	13.373	Jahren

4.1 Gesundheitszustand

84.1% der befragten Personen (111 Personen) schätzen Ihren Gesundheitszustand als sehr gut, gut oder mittelmässig ein und 15.9% als schlecht oder sehr schlecht. Im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung derselben Altersgruppe schätzen Personen mit Beeinträchtigungen, die selbstständig leben, im Alter von 50-65 Jahren ihren Gesundheitszustand signifikant schlechter ein ($\chi^2(1, N = 5739) = 21.740, p = 0.000$). Gemäss der schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2012 schätzen 94% aller Personen im Alter von 50-65 Jahren ihren Gesundheitszustand als sehr gut, gut oder mittelmässig ein (Abb. 1, Tab. 2).

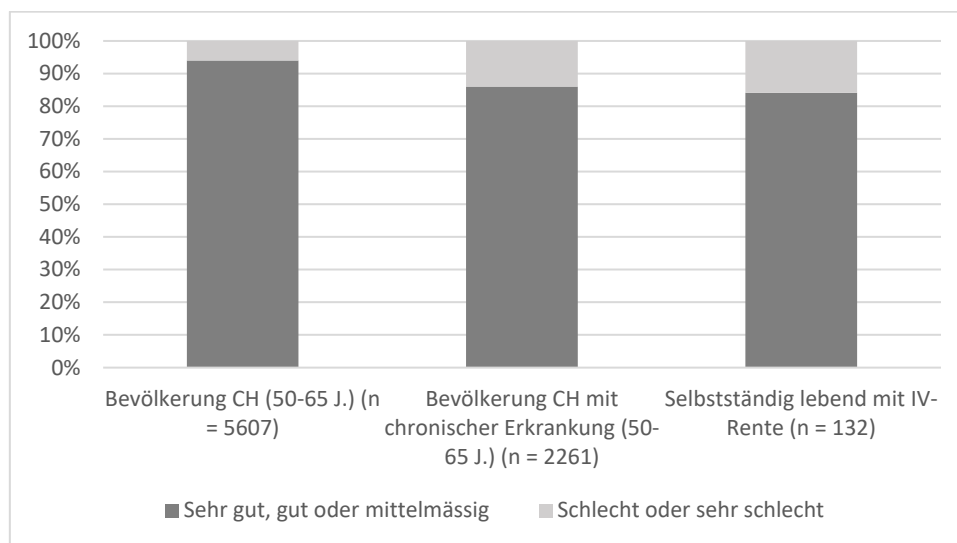


Abbildung 1 Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand

Werden die Personen mit Beeinträchtigungen, die eine IV-Rente beziehen mit Personen derselben Altersgruppe verglichen, die bei der schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 angegeben hatten, dass sie eine chronische Erkrankung haben, so zeigen sich keine signifikanten Unterschiede. Personen mit einer IV-Rente und Personen mit einer chronischen Erkrankung (mit oder ohne IV-Rente), die in der schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 befragt wurden, schätzen ihren Gesundheitszustand ähnlich gut (oder schlecht) ein ($\chi^2 (1, N = 2393) = 0.385, p = .535$).

Tabelle 2 Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand

	Sehr gut, gut oder mittelmässig	Schlecht oder sehr schlecht
Selbstständig lebend mit IV-Rente (n = 132)	111 (84.1%)	21 (15.9%)
Bevölkerung CH (50-65 J.) (n = 5607)	5271 (94.0%)	336 (6.0%)**
Bevölkerung CH mit chronischer Erkrankung (50-65 J.) (n = 2261)	1945 (86.0%)	316 (14.0%)

** p < .001

Der häufig negativen Einschätzung des Gesundheitszustandes folgen subjektiv erlebte starke Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten. Knapp ein Drittel der befragten Personen (29.1%) fühlt sich stark eingeschränkt. Dies ist ein deutlich höherer Anteil an Personen, die sich stark eingeschränkt fühlen als in der gleichaltrigen allgemeinen Bevölkerung, in der sich nur 8% der Personen stark eingeschränkt fühlen ($\chi^2 (2, N = 5734) = 189.512, p = 0.000$). Auch die gleichaltrigen Personen mit chronischer Erkrankung, die der schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 geantwortet hatten, fühlten sich weniger stark eingeschränkt als die in der vorliegenden Studie befragten Personen ($\chi^2 (2, N = 2391) = 37.995, p = 0.000$) (Tab. 3).

Tabelle 3 Selbsteingeschätzte Einschränkungen

	stark eingeschränkt	etwas eingeschränkt	nicht eingeschränkt
Selbständig lebend mit IV-Rente (n = 127)	37 (29.1%)	67 (52.8%)	23 (18.1%)
Bevölkerung CH (50-65 J.) (n = 5607)	388 (6.9%)	1192 (21.3%)	4027 (71.8%)**
Bevölkerung CH mit chronischer Erkrankung (n = 2264)	347 (15.3%)	914 (40.4%)	1003 (44.3%)**

** p < .001

4.2 Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens

Nebst den allgemein erlebten Einschränkungen wurde die Einschränkungen bei spezifischen Aktivitäten erfasst. Viele der befragten Personen haben bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) und den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (I-ADL) Schwierigkeiten. Im Vergleich mit der allgemeinen Bevölkerung haben Personen mit einer IV-Rente signifikant grössere Schwierigkeiten in allen ADL und IADL (Tab. 4). Dies ist nicht verwunderlich, erhalten sie ja oft gerade wegen der Einschränkungen eine Rente.

Tabelle 4 Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL und IADL)

		Ohne Schwierigkeiten	Mit wenig Schwierigkeiten	Mit grossen Schwierigkeiten	Kann mindestens eine Aktivität nicht selbstständig ausführen	<i>p</i>
Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)	Essen (Allgemeine Bevölkerung, <i>n</i> = 2151)	2106 (97.9%)	31 (1.4%)	11 (0.5%)	3 (0.1%)	
	Essen (Personen mit Beeinträchtigungen, <i>n</i> = 133)	129 (90.2%)	9 (6.8%)	1 (0.8%)	3 (2.3%)	0.000
	Aufstehen (Allgemeine Bevölkerung, <i>n</i> = 2149)	1997 (92.9%)	123 (5.7%)	21 (1%)	8 (0.4%)	
	Aufstehen (Personen mit Beeinträchtigungen, <i>n</i> = 133)	107 (80.5%)	19 (14.3%)	2 (1.5%)	5 (3.8%)	0.000
	Sich ankleiden (Allgemeine Bevölkerung, <i>n</i> = 2151)	2039 (94.8%)	87 (4.0%)	14 (0.7%)	11 (0.5%)	
	Sich ankleiden (Personen mit Beeinträchtigungen, <i>n</i> = 133)	105 (78.9%)	20 (15.0%)	2 (1.5%)	6 (4.5%)	0.000
	Toilette (Allgemeine Bevölkerung, <i>n</i> = 2150)	2111 (98.2%)	23 (1.1%)	8 (0.4%)	8 (0.4%)	
	Toilette (Personen mit Beeinträchtigungen, <i>n</i> = 133)	119 (89.5%)	10 (7.5%)	0 (0%)	4 (3%)	0.000
Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL)	Baden (Allgemeine Bevölkerung, <i>n</i> = 2151)	2054 (95.5%)	63 (2.9%)	17 (0.8%)	17 (0.8%)	
	Baden (Personen mit Beeinträchtigungen, <i>n</i> = 133)	108 (81.2%)	16 (12.0%)	5 (3.8%)	4 (3.0%)	0.000
	Kochen (Allgemeine Bevölkerung, <i>n</i> = 2149)	1974 (91.9%)	123 (5.7%)	22 (1.0%)	30 (1.4%)	
	Kochen (Personen mit Beeinträchtigungen, <i>n</i> = 132)	93 (70.5%)	24 (18.2%)	7 (5.3%)	8 (6.1%)	0.000
	Telefonieren (Allgemeine Bevölkerung, <i>n</i> = 2149)	2102 (97.8%)	30 (1.4%)	13 (0.6%)	4 (0.2%)	
	Telefonieren (Personen mit Beeinträchtigungen, <i>n</i> = 132)	115 (87.1%)	9 (6.8%)	3 (2.3%)	5 (3.8%)	0.000
	Einkaufen (Allgemeine Bevölkerung, <i>n</i> = 2145)	1927 (89.8%)	135 (6.3%)	50 (2.3%)	33 (1.5%)	
	Einkaufen (Personen mit Beeinträchtigungen, <i>n</i> = 131)	84 (64.1%)	31 (23.7%)	7 (5.3%)	9 (6.9%)	0.000
	Wäsche waschen (Allgemeine Bevölkerung, <i>n</i> = 2138)	1894 (88.6%)	124 (5.8%)	34 (1.6%)	86 (4.0%)	
	Wäsche waschen (Personen mit Beeinträchtigungen, <i>n</i> = 129)	77 (59.7%)	24 (18.6%)	17 (13.2%)	11 (8.5%)	0.000
	Einfache Hausarbeiten (Allgemeine Bevölkerung, <i>n</i> = 2148)	1932 (90.0%)	135 (6.3%)	43 (2.0%)	37 (1.7%)	
	Einfache Hausarbeiten (Personen mit Beeinträchtigungen, <i>n</i> = 130)	83 (63.8%)	30 (23.1%)	7 (5.4%)	10 (7.7%)	0.000
	Schwere Hausarbeiten (Allgemeine Bevölkerung, <i>n</i> = 2142)	1432 (66.9%)	335 (15.6%)	178 (8.3%)	197 (9.2%)	
	Schwere Hausarbeiten (Personen mit Beeinträchtigungen, <i>n</i> = 130)	42 (32.3%)	39 (30.0%)	23 (17.7%)	26 (20.0%)	0.000

Finanzen (Allgemeine Bevölkerung, n = 2138)	1938 (90.6%)	104 (4.9%)	32 (1.5%)	64 (3.0%)	
Finanzen (Personen mit Beeinträchtigungen, n = 131)	70 (53.4%)	28 (21.4%)	13 (9.9%)	20 (15.3%)	0.000
Öffentlichen Verkehr nutzen (Allgemeine Bevölkerung, n = 2139)	1951 (91.2%)	83 (3.9%)	49 (2.3%)	56 (2.6%)	
Öffentlichen Verkehr nutzen (Personen mit Beeinträchtigungen, n = 132)	87 (65.9%)	26 (19.7%)	6 (4.5%)	13 (9.8%)	0.000

Beinahe 30% der befragten Personen haben Schwierigkeiten bei ADL Aktivitäten und 30.5% der befragten Personen können mindestens eine der IADL-Aktivitäten nicht selbstständig ausführen (40 Personen). Nur 16% der befragten Personen mit einer IV-Rente haben keine Schwierigkeiten bei den IADL-Aktivitäten. Der Mann-Whitney-U Test zeigt, die Personen mit einer IV-Rente unterscheiden sich bezüglich der Einschränkungen bei den ADL als auch bei den IADL signifikant von der allgemeinen Bevölkerung sowie von den Personen derselben Altersgruppe mit chronischer Erkrankung (Tab. 5).

Tabelle 5 ADL und IADL zusammengefasst

		Keine Schwierigkeiten diese Aktivitäten auszuführen	Leichte Schwierigkeiten mindestens dieser Aktivitäten auszuführen	Grosse Schwierigkeiten mindestens eine dieser Aktivitäten auszuführen	Kann mindestens eine dieser Aktivitäten nicht ausführen	
ADL	Selbständig lebend mit IV-Rente (n = 94 (70.7%) 133)		28 (21.1%)	4 (3.0%)	7 (5.3%)	
	Allgemeine Bevölkerung (n = 2149)	1924 (89.5%)	169 (7.9%)	39 (1.8%)	7 (0.3%)	**
	Bevölkerung mit chronischer Erkrankung (n = 1420)	1220 (85.9%)	150 (10.6%)	35 (2.5%)	15 (1.1%)	**
IADL	Selbständig lebend mit IV-Rente (n = 21 (16.0%) 131)		45 (34.4%)	25 (19.1%)	40 (30.5%)	
	Allgemeine Bevölkerung (n = 2136)	1324 (62.0%)	369 (17.3%)	179 (8.4%)	264 (12.4%)	**
	Bevölkerung mit chronischer Erkrankung (n = 1412)	739 (52.4%)	293 (20.8%)	161 (11.4%)	219 (15.5%)	**

** p < .001

* p < .05

Personen mit Beeinträchtigungen, die selbstständig leben und eine IV-Rente beziehen haben signifikant häufiger grosse Schwierigkeiten, die ADL- und IADL-Aktivitäten auszuführen (Median ADL = 1; Median IADL = 2) als Personen derselben Altersgruppe in der allgemeinen Bevölkerung (Median ADL = 1; Median IADL = 1) (ADL: Mann-Whitney-U-Test: z = -6.646, p ≤ .001; IADL: z = -10.357, p ≤ .001). Personen mit Beeinträchtigungen, die selbstständig leben und eine IV-Rente beziehen haben ebenfalls signifikant häufiger grosse Schwierigkeiten, die ADL- und IADL-Aktivitäten auszuführen (Median ADL = 1; Median IADL = 2) als Personen mit einer chronischen Erkrankung derselben Altersgruppe in der allgemeinen Bevölkerung, die bei der schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 teilgenommen haben (Median ADL = 1; Median IADL = 1) (ADL: Mann-Whitney-U-Test: z = -4.713, p ≤ .001; IADL: z = -7.728, p ≤ .001).

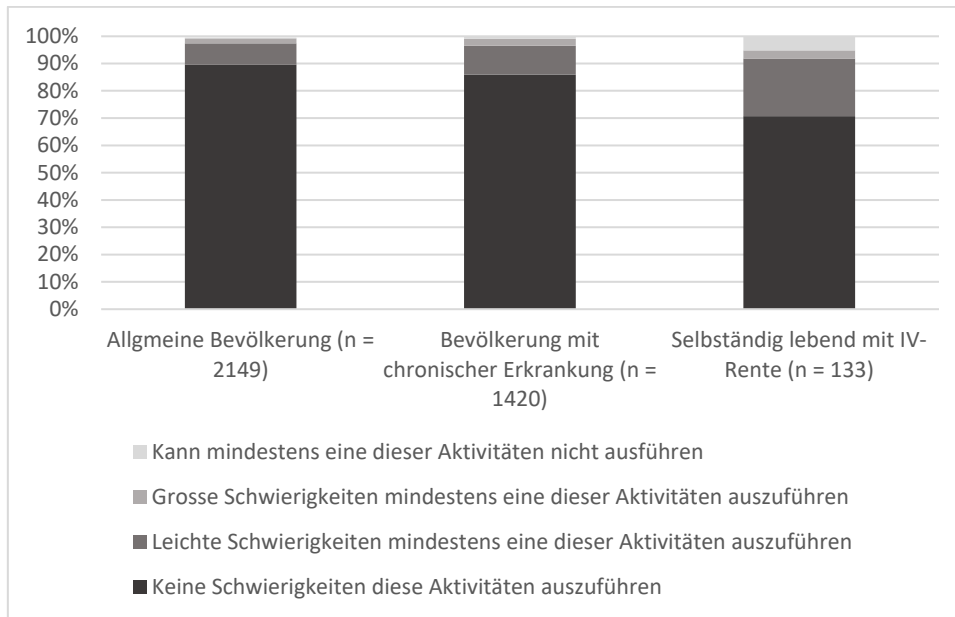


Abbildung 2 Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)

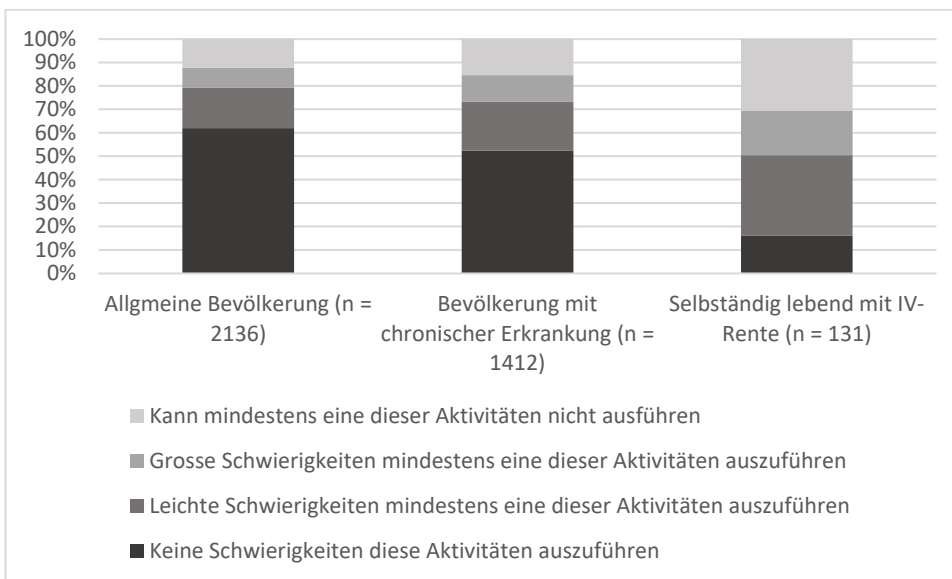


Abbildung 3 Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL)

4.3 Krankheitssymptome

In der allgemeinen Bevölkerung haben rund 22% der Personen zwischen 50 und 65 Jahren starke Beschwerden (Median = 2). Bei den Personen mit chronischen Erkrankungen ist dieser Anteil etwas höher. Hier geben 37.8% aller Personen an, starke Beschwerden zu haben. Personen, die selbständig leben und eine IV-Rente beziehen haben die stärksten Beschwerden. 68.8% der befragten Personen geben an, starke Beschwerden zu haben (Median = 3) (Abb. 3, Tab. 6).

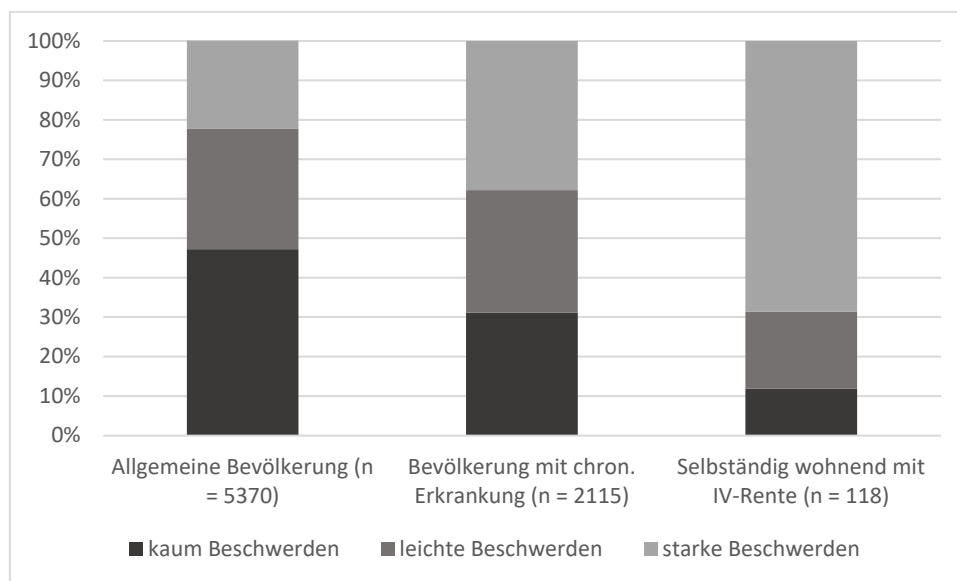


Abbildung 4 Beschwerden

Der Mann-Whitney-U-Test zeigt, dass die Unterschiede zwischen den Gruppen signifikant sind (Personen mit IV-Rente vs. Allgemeine Bevölkerung: $z = -10.462$, $p \leq .001$; Personen mit IV-Rente vs. Personen mit chronischer Erkrankung: $z = -6.475$, $p \leq .001$).

Tabelle 6 Beschwerden

	Kaum Beschwerden	Leichte Beschwerden	Starke Beschwerden	
Selbständig wohnend mit IV-Rente (n = 118)	14 (11.9%)	23 (19.5%)	81 (68,6%)	
Allgemeine Bevölkerung (n = 5370)	2533 (47.2%)	1641 (30.6%)	1196 (22.3%)	**
Bevölkerung mit chron. Erkrankung (n = 2115)	658 (31.1%)	658 (31.1%)	799 (37.8%)	**

** $p < .001$

* $p < .05$

Tabelle 7 Art der Beschwerden

	n
Fieber	122
Schmerzen im Brustbereich	88
Herzklopfen/-rasen	83
Schmerzen im Bauch	79
Durchfall/Verstopfung	76
Kopfschmerzen	71
Einschlaf-/Durchschlafstörungen	41
Rücken-/Kreuzschmerzen	39
Schwächegefühl	22

4.4 Psychische Gesundheit

Rund 65% der befragten Personen weisen eine tiefe Vitalität aus (Abb. 5, Tab. 8).

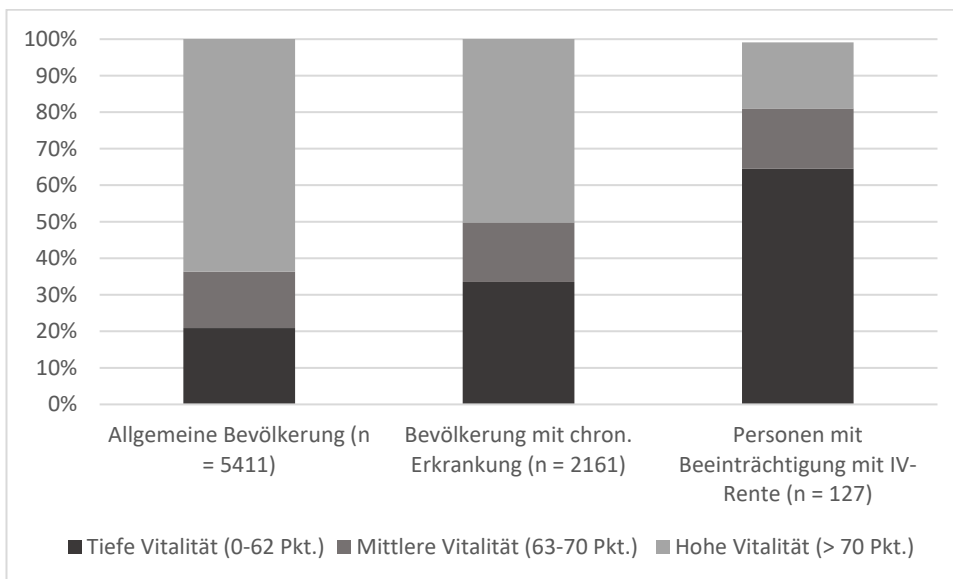


Abbildung 5 Energie und Vitalität

Die Energie und Vitalität von Personen mit einer IV-Rente ist signifikant tiefer (Median = 1) als diejenige von gleichaltrigen Personen in der allgemeinen Bevölkerung, die 2012 bei der schweizerischen Gesundheitsbefragung befragt worden war (Median = 3) (Mann-Whitney-U-Test: $z = -11.727$, $p \leq .001$). Auch Personen derselben Altersgruppe mit einer chronischen Erkrankung haben eine signifikant höhere Energie und Vitalität (Median = 3) als die befragten Personen (Mann-Whitney-U-Test: $z = -7.701$, $p \leq .001$) (Tab. 8).

Tabelle 8 Energie und Vitalität

	Tiefe Vitalität (0-62 Pkt.)	Mittlere Vitalität (63-70 Pkt.)	Hohe Vitalität (> 70 Pkt.)
Personen mit Beeinträchtigung mit IV-Rente (n = 127)	83 (64.5%)	21 (16.5%)	23 (18.1%)
Allgemeine Bevölkerung (n = 5411)	1129 (20.9%)	831 (15.4%)	3451 (63.8%)**
Bevölkerung mit chron. Erkrankung (n = 2161)	724 (33.5%)	353 (16.3%)	1084 (50.3%)**

** p < .001

In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung wird psychische Belastung mittels Fragen nach der Häufigkeit von drei negativen Gemütszuständen (Nervosität; Niedergeschlagenheit oder Verstimmung; Entmutigung oder Deprimiertheit) und von zwei positiven Gemütszuständen (Ruhe, Ausgeglichenheit oder Gelassenheit; Glückgefühle) in den vergangenen vier Wochen geschätzt (Mental Health Inventory MHI-5; Veit & Ware, 1983). Die Kategorisierung des Indikators in keine/geringe, in mittlere und in starke psychische Belastung kann nicht mit einer medizinischen Diagnosestellung gleichgesetzt werden. Sie erlaubt jedoch eine Identifikation von Personengruppen in der Bevölkerung, die von schwerwiegenderen psychischen Problemen betroffen sind. So weist eine mittlere psychische Belastung auf eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine psychische Erkrankung hin und bei einer starken Belastung ist das Vorliegen einer psychischen Störung aus klinischer Sicht sehr wahrscheinlich (OFS, 2019).

Ein Drittel der befragten Personen hat eine hohe psychische Belastung (33.9%) (Abb. 6, Tab. 9)

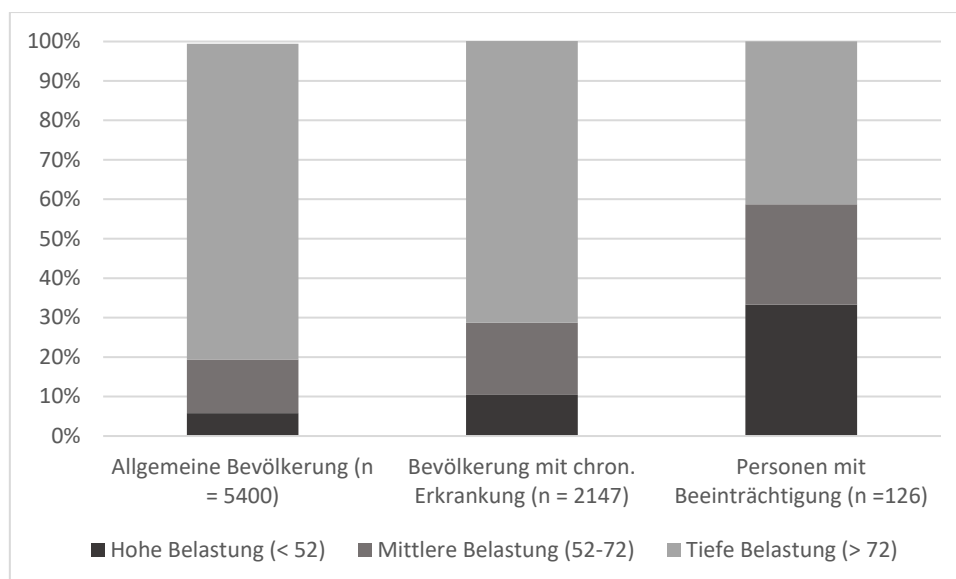


Abbildung 6 Psychische Belastung

Dies ist eine signifikant höhere Belastung (Median = 2) als die, welche Personen in derselben Altersgruppe in der allgemeinen Bevölkerung aufweisen (Median = 3) (ein tiefer Score beim MHI-5 zeigt eine hohe psychische Belastung an). In der allgemeinen Bevölkerung zwischen 50 und 65 Jahren haben nur 5.8% der Personen eine hohe psychische Belastung (Mann-Whitney-U-Test: z = -11.644, p ≤ .001) (Tab. 9). Auch Personen derselben Altersgruppe, die eine chronische Erkrankung haben und an der schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 teilnahmen, haben eine tiefere psychische Belastung

(Median = 3) als die durch die HfH befragten Personen mit einer IV-Rente (Mann-Whitney-U-Test: $z = -7.841$, $p \leq .001$) (Tab. 9).

Tabelle 9 Psychische Belastung

	Hohe Belastung (< 52)	Mittlere Belastung (52-72)	Tiefe Belastung (> 72)
Personen mit Beeinträchtigung (n = 126)	42 (33.3%)	32 (25.4%)	52 (41.3%)
Allgemeine Bevölkerung (n = 5400)	312 (5.8%)	734 (13.6%)	4354 (80%)**
Bevölkerung mit chron. Erkrankung (n = 2147)	224 (10.4%)	390 (18.3%)	1533 (71.4%)**

** $p < .001$

Bei den befragten Personen gehen keine oder geringe psychische Belastung mehrheitlich mit kaum oder leichten körperlichen Beschwerden einher. Dagegen finden sich bei über 90% der Personen mit starker psychischer Belastung auch starke körperliche Beschwerden.

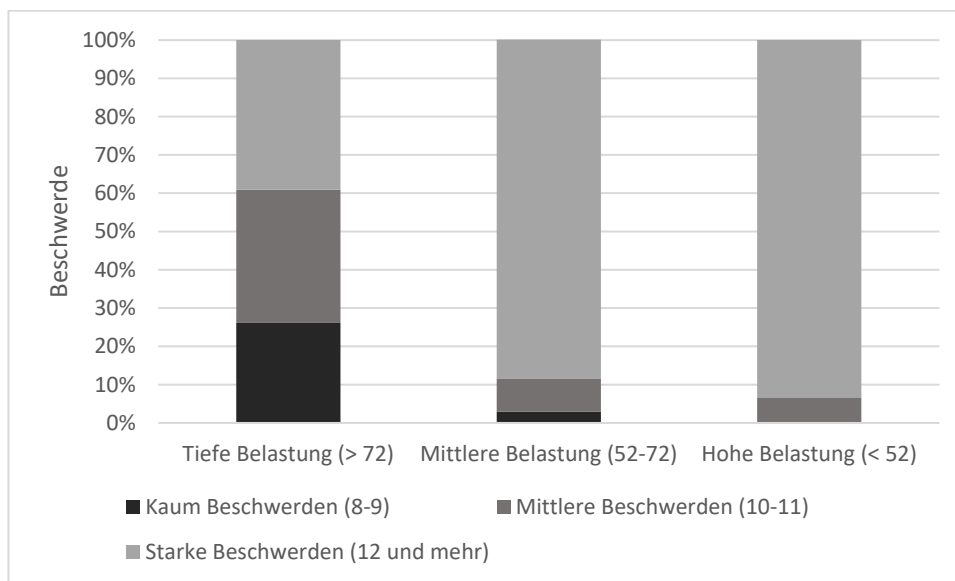


Abbildung 7 Körperliche Beschwerden, nach psychischer Belastung (n = 111)

4.5 Soziale Netzwerke

Gut zwei Fünftel der befragten Personen (42.5%) hat einen Lebenspartner oder eine Lebenspartnerin. Fragt man nach der Art der Personen, welche die Person mit Beeinträchtigung im Alltag unterstützen, «Jemand von der IV, Assistenz», «Angehörige oder Partner/Partnerin», «Pflegeperson, Betreuung oder Spitex» sowie «Andere Person» oder «Niemand» so zeigt, sich, dass etwa die Hälfte der Personen (51.7%) durch Familienangehörige, 21.5% durch Betreuungs- oder Pflegefachpersonen und 4.3% durch Assistentinnen und Assistenten unterstützt werden. Rund 37% der Befragten geben jedoch an, dass sie

durch niemanden im Alltag Unterstützung erhalten. 16.9% geben an, auch in der Familie oder Nachbarschaft niemanden zu haben, den sie je-derzeit um Unterstützung oder Hilfe anfragen könnten.

4.6 Lebenszufriedenheit

Die grösste Wichtigkeit messen die befragten Personen der Gesundheit zu (M = 4.24). Die höchste Zufriedenheit zeigt sich bezüglich der Wohnsituation (M = 4.24). Insgesamt lässt sich feststellen, dass die befragten Personen in allen Bereichen über eine höhere Zufriedenheit berichten, als dass sie deren Wichtigkeit eingestuft hatten. Nur in den Bereichen Gesundheit und Einkommen / finanzielle Sicherheit ist die Zufriedenheit geringer (Abb. 8). Insbesondere die Gesundheit scheint den befragten Personen Anlass zur Sorge zu geben. Der Gesundheit messen die befragten Personen eine hohe Bedeutung zu. Gleichzeitig ist ihre Zufriedenheit in diesem Bereich am geringsten.

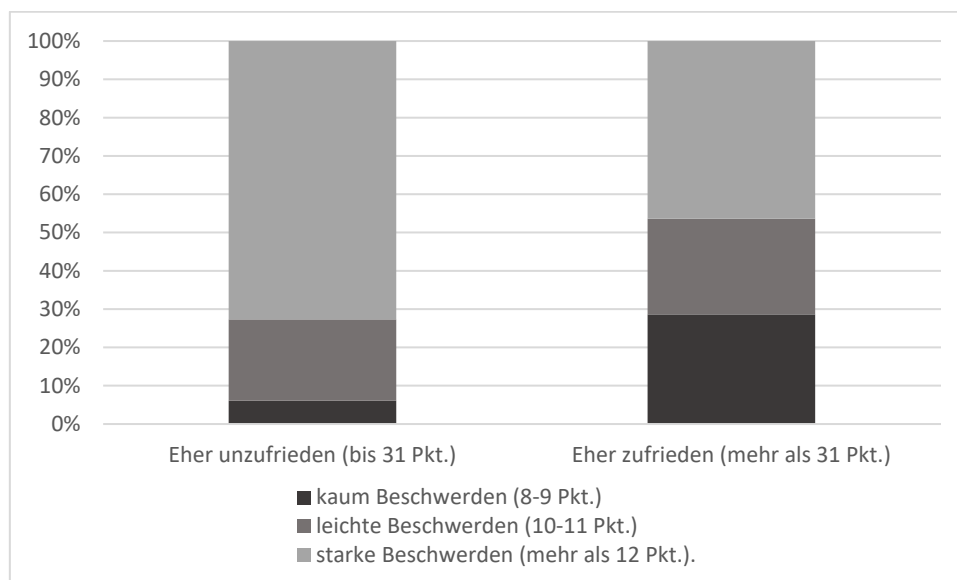


Abbildung 8 Lebenszufriedenheit

Beschwerden und somit auch die psychische Belastung spielen eine grosse Rolle im Hinblick auf die Lebenszufriedenheit. Personen mit starken Beschwerden haben eine tiefe Lebenszufriedenheit, Personen, die kaum Beschwerden haben, haben höhere Werte bei der Lebenszufriedenheit.

4.7 Gesundheitsversorgung

Fast alle befragten Personen (94.7%) waren in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung bei einem Arzt, einer Ärztin gewesen, 65.7% waren zudem bei einem Zahn-arzt, einer Zahnärztin und 35.4% waren in einer psychologischen Behandlung. Die häufigsten Gründe für die getätigten Arztbesuche waren Migräne (47.3%), Bluthoch-druck (35.1%), Depressionen (39.3%) und Arthrose (29.7%).

Ebenso hatten beinahe alle befragten Personen (93.3%) in den letzten sieben Tagen vor der Befragung ein Medikament eingenommen. Rund ein Viertel aller Personen (26.2%) gab an, im letzten Jahr vor der Befragung im Spital gewesen zu und dort übernachtet zu haben. Stuhluntersuchungen hatten rund zwei Fünftel (39.3%) und Darmspiegelungen zur Krebsvorsorge fast die Hälfte der befragten Personen im Alter von 50-65 Jahren (45.9%) bereits einmal durchgeführt. Knapp drei Fünftel der Frauen (58%) war im letzten Jahr vor der Befragung bei einem Gynäkologen oder eine Gynäkologin gewesen. Rund der Viertel aller befragten Frauen hatte auch schon einmal eine Mammographie machen lassen (74.3%) (Tab. 10).

Tabelle 10 Nutzung von Diensten der Gesundheitsversorgung

	Personen mit IV-Rente (n = 134)	Allgemeine Bevölkerung (n = 5620)	Bevölkerung, chron. Erkrankung (n = 2268)
Arztbesuch	126 (94.7%)	4474 (79.7%)**	2091 (92.2%)
Zahnarztbesuch	46 (65.7%)	n.a.	na.
Psychologische Behandlung	45 (35.4%)	n.a.	n.a.
Frauenarztbesuch (nur Frauen)	40 (58.0%)	1629 (66.6%)	720 (64.0%)
Spitalaufenthalt mit Übernachtung	34 (26.2%)	n.a.	n.a.
Spitalaufenthalt ohne Übernachtung	31 (23.7%)	328 (6.0%)**	200 (9.2%)**
Notfallaufenthalt	35 (26.7%)	698 (12.4%)**	409 (18.0%)*
Medikamente in den letzten 7 Tagen	125 (93.3%)	3026 (53.9%)**	1817 (80.1%)**
Jemals eine Stuhluntersuchung	48 (39.3%)	1566 (29.1%)*	737 (34.4%)
Jemals eine Darmspiegelung	56 (45.9%)	1931 (35.4%)*	918 (42.1%)
Jemals eine Untersuchung der Prostata (nur Männer)	28 (58.3%)	1591 (62.3%)	676 (68.5%)
Jemals eine Mammographie (nur Frauen)	55 (74.3%)	2294 (79.4%)	977 (82.1%)

** p < .001

* p < .05

Alle Personen, die eine hohe psychische Belastung aufweisen, haben auch eine tiefe Vitalität. 57.5% der Personen, die eine hohe psychische Belastung aufweisen, waren in den letzten 12 Monaten vor der Befragung in Behandlung wegen eines psychischen Problems. 42.4% der Personen mit einer hohen psychischen Belastung waren nicht in einer solchen Behandlung. Von denjenigen Personen, die eine mittlere psychische Belastung aufweisen, waren 47.2% innerhalb der letzten 12 Monate in Behandlung (Tab. 11).

Tabelle 11 Personen mit hoher psychischer Belastung in psychologischer Behandlung

		MHI5 - Psychische Belastung		
		Hoch (<52)	Mittel (52-72)	Tief (mehr als 72)
In Behandlung wegen eines psychischen Problems	Ja	19 (57.5%)	17 (47.2%)	8 (15.7%)
	Nein	14 (42.4%)	19 (52.8%)	43 (84.3%)

Tabelle 12 Medikamente

	Personen mit IV-Rente (n = 125)		Allgemeine Bevölkerung (n = 3026)		Personen mit chronischer Erkrankung (n = 1814)	
	n	%	n	%	n	%
Mittel gegen Depression	51	41.8%	353	11.7%	282	15.5%**
Schmerzmittel	58	47.2%	1333	44.1%	842	46.60%
Beruhigungsmittel	31	24.5%	335	11.1%**	262	14.5%*
Bluthochdruck	43	35.8%	1195	39.5%	777	42.80%
Schlafmittel	39	32.0%	355	11.8%**	266	14.7%**
Mittel gegen Verstopfung	14	11.5%	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Medikament gegen Epilepsie	10	8.2%	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Herzmedikament	25	20.7%	380	12.6%*	278	15.30%
Mittel gegen Diabetes	22	18.0%	257	8.2%	208	11.4%*
Mittel gegen Cholesterin	28	23.0%	640	21.2%	417	23%
Mittel gegen Osteoporose	10	8.1%	202	6.7%	139	7.70%
Asthamedikament	5	4.1%	144	4.8%	127	7%

** p < .001

* p < .05

Die in dieser Untersuchung befragten Personen mit einer IV-Rente nehmen deutlich häufiger Medikamente gegen Depressionen, Beruhigungsmittel und Schlafmittel sowie gegen Diabetes ein als die gleichaltrigen Personen mit einer chronischen Erkrankung. 34.7% der befragten Personen nimmt täglich zwischen fünf bis zehn verschiedener Medikamente ein, 11.6% der Personen sogar mehr als zehn verschiedene Medikamente.

5 Diskussion

Die vorliegende Befragung richtete sich an Personen im Alter zwischen 50 und 65 Jahren mit einer längerdauernden chronischen Erkrankung, die eine IV-Rente beziehen. Befragt wurden im Jahr 2017 rund 130 Personen, die selbstständig oder bei Angehörigen leben. Die Hälfte der befragten Personen gab eine körperliche Beeinträchtigung an, gut ein Drittel eine psychische Beeinträchtigung und rund 13% eine kognitive Beeinträchtigung. Die Ergebnisse der Studie müssen aufgrund dieser Beeinträchtigungen interpretiert werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass der Gesundheitszustand für die befragten Personen von grosser Wichtigkeit ist, dass dieser jedoch von rund 16% der befragten Personen als schlecht oder sehr schlecht beurteilt wird. Personen, die eine längerdauernde chronische Erkrankung haben, eine IV-Rente beziehen und selbstständig leben ihren Gesundheitszustand signifikant schlechter ein, als Personen mit einer längerdauernden chronischen Erkrankung, die in der schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 befragt worden waren. In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung werden die Personen nicht danach gefragt, ob sie eine IV-Rente beziehen oder nicht.

Beinahe 30% der befragten Personen fühlen sich im Alltag stark eingeschränkt und sie sind auch bei den ADL- und IADL-Aktivitäten stark eingeschränkt und auf Unterstützung angewiesen. Aber beinahe 17% der befragten Personen gibt an, niemanden in der Familie oder Nachbarschaft zu haben, den sie spontan um Unterstützung fragen könnten.

Fast 69% der befragten Personen hat starke Beschwerden. Nebst Fieber sind Schmerzen im Brustbereich oder Bauch und Kopfschmerzen ein grosses Problem. So sind auch die häufigsten Arztbesuche aufgrund von Migräne (47.3%) genannt. Bluthochdruck, Depressionen und Arthrose sind weitere häufige Gründe für Arztbesuche. Starke Einschränkungen, eine hohe psychische Belastung prägen die Lebenssituation der befragten Personen. Der Gesundheitszustand von Personen mit einer IV-Rente ist deutlich schlechter als derjenige von Personen, die mit einer chronischen Erkrankung leben und 2012 an der Schweizerischen Gesundheitsbefragung teilgenommen haben.

Der Gesundheitszustand der befragten Personen ist, trotz weniger Einschränkungen bei den ADL- und IADL-Aktivitäten, schlechter, als bei gleichaltrigen Personen mit Beeinträchtigungen, die in Wohnrichtungen der Behindertenhilfe leben (Wicki, 2021). Die gesundheitliche Situation scheint für die betroffenen Menschen eine grosse Herausforderung darzustellen. Sie leben selbstständig oder bei Angehörigen, vielleicht mit einem Partner, einer Partnerin zusammen, sie sind auf tägliche Unterstützung und Hilfe angewiesen. Verschlechtert sich der Gesundheitszustand, ist das selbstständig leben in Frage gestellt, droht vielleicht ein Umzug in eine stationäre Wohnform. Der Gesundheitszustand ist daher wichtig aber nicht zufriedenstellend, dies zeigt die Einschätzung der Lebenszufriedenheit.

Um den Gesundheitszustand zu erhalten, werden Arztpraxen und Kliniken gegenüber der allgemeinen Bevölkerung signifikant häufiger in Anspruch genommen. Dies wird auch durch internationale Forschungsergebnisse bestätigt und unter anderem mit einem höheren Versorgungsbedarf der Bevölkerungsgruppe begründet (McCarron et al., 2017). Die befragten Personen nehmen zudem viele Medikamente ein. Auffallend ist dabei der hohe Anteil Schlafmittel (32%), Beruhigungsmittel (24%) und Medikamenten gegen Depressionen (40%). Personen mit einer IV-Rente nehmen diese Medikamente signifikant häufiger ein als die allgemeine Bevölkerung, aber auch häufiger, als diejenigen Personen mit einer chronischen Erkrankung, die 2012 an der Gesundheitsbefragung teilgenommen haben.

Die häufige Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch Menschen mit Beeinträchtigung verdeutlicht die Wichtigkeit der Zugänglichkeit des Gesundheitswesens für diese spezifische Gruppe. Verdeutlicht wird aber auch der Bedarf an zielgruppenspezifischen Massnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung dieser Bevölkerungsgruppe. Diese Massnahmen können dazu beitragen, dass das Auftreten von

Krankheiten und deren Verbreitung bei Menschen mit Behinderung reduziert werden (Wetzel & Rathmann, 2020).

Der Alterungsprozesse beginnt bei einigen Gruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen früher als bei der allgemeinen Bevölkerung. Darauf weist auch das frühe Sterbealter in Wohneinrichtungen für Erwachsene in der Schweiz hin (Wicki, 2015) sowie die hohe Prävalenz an dementiellen Erkrankungen (Wicki & Riese, 2016) und möglicherweise leiden sie häufiger unter altersbezogenen Gesundheitsproblemen. Der

Alterungsprozess und die damit verbundenen Veränderungen (Altersschwerhörigkeit, Dekonditionierung, schwindende (Muskel-)Kraft, Gleichgewichtsstörungen, Osteoporose) wirken sich bei Menschen mit Beeinträchtigungen evtl. stärker aus. Beispielsweise können Menschen mit bestehenden Beeinträchtigungen in der Mobilität mit zunehmendem Alter einen Verlust der Funktionsfähigkeit erfahren (WHO, 2011).

Der Gesundheitszustand und eine adäquate Gesundheitsversorgung ist für alle Menschen von grosser Bedeutung. Für Menschen mit Beeinträchtigungen, die selbstständig leben und eine Rente der Invalidenversicherung beziehen sind diese Faktoren zentral, um weiterhin selbstständig leben zu können. Dieser Druck kann negative Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit der Personen haben. Polypharmazie, die tägliche Einnahme von mehr als fünf verschiedenen Medikamenten, ist weit verbreitet. Negative Wechselwirkungen der Medikamente können Beschwerden und weitere Krankheiten verursachen (Mallet et al., 2007). Ein Drittel der Personen weist eine hohe psychische Belastung auf, 65% der Personen hat tiefe Werte bei Energie und Vitalität. Rund zwei Fünftel der befragten Personen leiden an Depressionen. «Menschen mit einer Behinderung sind im Vergleich zur übrigen Bevölkerung im Durchschnitt anfälliger für somatische und psychische Erkrankungen bei gleichzeitig verminderten Bewältigungsmöglichkeiten. Somatische, psychische und psychosoziale Krisensituationen treten deshalb bei ihnen häufiger auf» (Brem, 2020).

Trotz der starken Inanspruchnahme des Gesundheitswesens waren nur etwas mehr als die Hälfte der Personen mit einer hohen psychischen Belastung und einer tiefen Energie und Vitalität in den letzten zwölf Monaten der Befragung in Behandlung wegen eines psychischen Problems. Auch der Bericht «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz» (BAG, 2016) bringt einen aktuellen Überblick zur nationalen Situation im Bereich der psychiatrischen Versorgung weist darauf hin, dass nur ein Drittel der Personen, die im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2021 antworteten, dass sie sich mittel bis stark psychisch belastet fühlten, also aus klinischer Sicht mehrheitlich an einer behandlungsbedürftigen psychischen Krankheit leiden dürften wegen psychischer Probleme behandeln liessen. Eine Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen sowie die Stärkung der Zugänglichkeit ist nach wie vor notwendig.

Im Mai 2015 wurde der Bericht «Psychische Gesundheit in der Schweiz – Bestandsaufnahme und Handlungsfelder», der im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik vom Bundesamt für Gesundheit (BAG), der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz verfasst worden war, publiziert (BAG, 2015). Der Bericht gab einen Überblick über die gesundheitspolitischen Massnahmen im Bereich der psychischen Gesundheit und stellte Lücken sowie einen Handlungsbedarf in verschiedenen Bereichen fest.

5.1 Limitationen

Im ursprünglichen Forschungsplan war vorgesehen gewesen, eine repräsentative Stichprobe von Personen mit einer IV-Rente über das Bundesamt für Sozialversicherungen und die kantonalen Stellen anzuschreiben und so mit über 500 befragten Personen, die selbstständig leben, eine ausreichend grosse Stichprobe zu erhalten. Leider ergaben sich diesbezüglich unüberbrückbare Schwierigkeiten und der Zugang zur Stichprobe musste anders erfolgen. In der Folge wurde in sechs Kantonen telefonisch Personen im Alter von 50-65 Jahren angefragt, ob sie an der Befragung teilnehmen wollten. Dies führte dazu, dass nur eine kleine, nicht repräsentative Stichprobe, hauptsächlich aus der deutschsprachigen Schweiz, vorliegt, und sich über die Daten aus den Kantonen Waadt und Tessin kaum Aussagen machen lassen. Die vorliegende Stichprobe bietet also lediglich einen Einblick in den Gesundheitszustand und die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Beeinträchtigungen, die in sechs Kantonen selbstständig leben und im Alter zwischen 50 und 65 Jahre alt sind. Dennoch bietet die Befragung einen Einblick in die Situation der Personen mit Beeinträchtigungen und einer IV-Rente, die selbstständig leben sowie Hinweise auf weitere durchzuführende Forschungsarbeiten.

5.2 Empfehlungen

Aufgrund der vorliegenden Daten sowie der internationalen Fachliteratur kann davon ausgegangen werden, dass der Zugang zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung in der Schweiz für die Personengruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen, die selbstständig leben und älter werden, verbessert werden soll.

Es gibt eine Vielzahl an Praktiken, um Gesundheitsversorgung inklusiv für Menschen mit Behinderungen zu gestalten. Diesbezüglich sind an die Akteure des Gesundheits- und Sozialwesens in der Schweiz verschiedene Forderungen zu stellen, die bereits bekannt (bspw. Brem, 2020; Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2017), aber nach wie vor nicht umgesetzt sind: So ist die Sicherstellung barrierefreier Gesundheitsinformation und Kommunikation zentral. Informationen sind in verständlichen und diversen Formaten für unterschiedliche Bedarfe bereitzustellen (Light for the World International, 2020; Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2017). Barrieren bei Gesundheitseinrichtungen, unzugängliche Parkplätze, ein unebener Zugang zu Gebäuden, schlechte Ausschilderung, enge Eingänge, Stufen im Inneren sowie ungeeignete Toiletten, sind zu vermeiden oder zu eliminieren. Und neben den allgemeingültigen medizinischen Grundlagen hilft ein Wissen um einige Besonderheiten der verschiedenen Personengruppen mit Beeinträchtigungen bei der Diagnostik von Beschwerden; dazu gehören unter anderem Erkenntnisse über gehäuft vorhandene Risiken und die Beachtung vermehrt auftretender medizinischer Probleme, die einer Versorgung bedürfen (Brem, 2020).

6 Literatur

- Armour, B. S., Thierry, J. M., & Wolf, L. A. (2009). State-level differences in breast and cervical cancer screening by disability status: United States, 2008. *Women's Health Issues: Official Publication Of The Jacobs Institute Of Women's Health*, 19(6), 406–414.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2010). *Die Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz: Wichtigste Ergebnisse des zweiten Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung in der Schweiz*. Bundesamt für Gesundheit.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz – Bestandesaufnahme und Handlungsfelder. Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2016). *Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz: Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BfS, Bundesamt für Statistik (2009). *Behinderung hat viele Gesichter: Definitionen und Statistiken zum Thema Menschen mit Behinderungen*. Bundesamt für Statistik.
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/.../20/.../publ.Document.127563.pdf>
- BFS, Bundesamt für Statistik (2014). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. Dokumentation Indizes SGB12 v1.3*. Bundesamt für Statistik.
- Brem, F. (2020). Medizinische Betreuung Erwachsener mit geistiger Behinderung – Teil 1. *Swiss Medical Forum*, 20(4142), 566–569.
- BfS, Bundesamt für Statistik (2018). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Übersicht (Nr. 213–1701; Statistik der Schweiz)*. Bundesamt für Statistik,
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/sgb.assetdetail.6426300.html>
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.). (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. WHO.
- Emerson, E., & Hatton, C. (2014). *Health inequalities and people with intellectual disabilities*. Cambridge University Press.
- Eurostat (2013). *European Health Interview Survey (EHIS wave 2). Methodological manual*. Publications Office of the European Union.
- Eurostat (2017). *Glossary: Minimum European Health Module (MEHM)*.
[https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Minimum_European_Health_Module_\(MEHM\)](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Minimum_European_Health_Module_(MEHM))
- Gulley, S. P., & Altman, B. M. (2008). Disability in two health care systems: Access, quality, satisfaction, and physician contacts among working-age Canadians and Americans with disabilities. *Disability And Health Journal*, 1(4), 196–208.
- Henrich, G., & Herschbach, P. (2000). Questions on Life Satisfaction (FLZ). A short questionnaire for assessing subjective quality of life. *European Journal of Psychological Assessment*, 16, 150–159.
- Light for the World International. (2020). *Erwägungen zum Thema Behinderung während des COVID-19-Ausbruchs*.

- Mallet, L., Spinewine, A., & Huang, A. (2007). The challenge of managing drug inter-actions in elderly people. *Lancet*, 370(9582), 185–191. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61042-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61042-2).
- McCarron, M., Cleary, E., & McCallion, P. (2017). Health and health-care utilization of the older population of Ireland: Comparing the intellectual disability population and the general population. *Research on Aging*, 39(6), 693–718. <https://doi.org/10.1177/0164027516684172>.
- Reichard, A., & Stolzle, H. (2011). Diabetes among Adults with Cognitive Limitations Compared to Individuals with No Cognitive Disabilities. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 49(3), 141–154.
- Reichard, A., Stolzle, H., & Fox, M. H. (2011). Health disparities among adults with physical disabilities or cognitive limitations compared to individuals with no disabilities in the United States. *Disability And Health Journal*, 4(2), 59–67.
- Rüesch, P., & Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2006). *Gesundheitsversorgung von Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen oder Behinderung in der Schweiz. Eine Analyse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002*. Bundesamt für Statistik, Arbeitsdokument 14. http://www.cg-empowerment.ch/_file/Versorgung_chronisch-Kranker_Ruesch.pdf [08.03.2019]
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. (2017). *Medizinische Betreuung und Behandlung von Menschen mit Behinderung*. Online
- Veit, C. T., & Ware, J. (1983). The Structure of Psychological Distress and Well-Being in General Populations. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51, 730–742.
- Wetzel, L. D., & Rathmann, K. (2020). Inanspruchnahme und wahrgenommene Barrieren des Gesundheitswesens bei Menschen mit Behinderung in Deutschland: Ergebnisse des GEDA 2014/2015-EHIS-Survey. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 15, 332–339.
- WHO. (1986). *Ottawa-Charter for Health Promotion. Charter adopted at an International Conference on Health Promotion. The Move towards a New Public Health*. Ot-tawa, 7-21 November 1986. WHO/HPR/HEP/95.1. Online: <http://www.fgoe.org/hidden/broschueren/ottawacharta.pdf>
- WHO. (2011). *Weltbericht Behinderung* (ISBN 978 92 4 156418 2).
- Wicki, M. T. (2015). *Palliative Care für Menschen mit einer intellektuellen Behinderung Handlungsbedarf und Massnahmenvorschläge*. Bericht im Auftrag des Bundes-amts für Gesundheit BAG. Unter Mitarbeit von Simon Meier, Judith Adler und Georg Franken. Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik. <http://www.bag.admin.ch/the-men/gesundheitspolitik/13764/13777/15317/?lang=de>
- Wicki, M. T., & Riese, F. (2016). Dementia prevalence and organisation of dementia care in residential care facilities in Switzerland. *Disability and Health Journal*, 9, 719–723. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.0>
- Wicki, M. T. (2021). Physical health of aging people with intellectual disability in residential homes in Switzerland. *Sage open Medicine*, 9(1), 1-11. <https://doi.org/10.1177/20503121211000530>