



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

Gesundheitsversorgung von Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen oder Behinderung in der Schweiz

Eine Analyse der Schweizerischen
Gesundheitsbefragung 2002

Peter Rüesch

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine Organisationseinheit des Bundesamtes für Statistik, die im Rahmen des Projektes Nationale Gesundheitspolitik entstanden ist und von Bund und Kantonen einen Leistungsauftrag erhält. 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 auf www.obsan.ch und auf www.nationalegesundheits.ch.

Die Arbeitsdokumente des Obsan sind Fachberichte, welche vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium bei externen Experten in Auftrag gegeben oder von eigenen Mitarbeitern erarbeitet wurden. Sie sollen Fachleuten im Gesundheitswesen als Arbeitsgrundlage dienen. Der Inhalt der Arbeitsdokumente unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autoren und Autorinnen.

Peter Rüesch
Gesundheitsversorgung von Menschen mit chronischen
Gesundheitsproblemen oder Behinderung in der Schweiz

Arbeitsdokument des Obsan 14
Februar 2006

Bestellung:
obsan.versand@gewa.ch oder
Obsan-Versand, c/o GEWA
Tannholzstrasse 14, CH-3052 Zollikofen
CHF 15.– plus Versandkosten
ISBN-13 978-3-907872-26-0
ISBN-10 3-907872-26-6

© Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.obsan.ch

Projektleitung Obsan:
Paul Camenzind / Peter C. Meyer

Anschrift der AutorInnen:
Peter Rüesch
Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich
Bereichforschung
Schaffhauserstrasse 239
8057 Zürich



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

Gesundheitsversorgung von Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen oder Behinderung in der Schweiz

Eine Analyse der Schweizerischen
Gesundheitsbefragung 2002

Arbeitsdokument 14

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Peter Rüesch
Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich

Neuchâtel, Februar 2006

HfH

Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich

Inhalt

Executive Summary	5
Résumé	11
1 Behinderte Menschen im Gesundheitssystem	17
1.1 Problemstellung	17
1.2 Allgemeine Zielsetzung und Fragestellungen	18
2 Methodische Grundlagen	21
2.1 Datengrundlage, Stichprobe	21
2.2 Behinderungsbegriff: Definition, Operationalisierung	21
2.3 Untersuchungsleitendes Modell	23
2.4 Weitere Operationalisierung zentraler Variablen	24
2.5 Analyse	26
2.6 Zielpopulation	26
3 Wer nutzt was? Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten	31
3.1 Medizinische Behandlungen	31
3.2 Nicht-ärztliche und komplementärmedizinische Behandlungen	32
3.3 Behandlungsanlass, Prävention	34
3.4 Medikamenteneinnahme, Operationen	36
3.5 Gesamtnutzung von Gesundheitsdiensten	38
3.6 Behandlungszufriedenheit im Spital	42
3.7 Krankenversicherung	43
4 Worauf kommt es an? Einflussfaktoren der Inanspruchnahme	45
4.1 Ausgewählte Faktoren und Behinderung	45
4.2 Bedeutung ausgewählter Merkmale für die Nutzung von Gesundheitsdiensten	48
5 Regionale Unterschiede	51
6 Zusammenfassung, Diskussion	55
6.1 Die Befunde im Überblick	55
6.2 Fazit	58
6.3 Schlussfolgerungen, Empfehlungen	60
7 Literatur	61
Anhang	63

Executive Summary

Ausgangslage, Zielsetzungen

In den meisten westlichen Dienstleistungs- und Industriegesellschaften ist heute eine Zunahme von chronischen Erkrankungen und Behinderungen zu beobachten. Hintergrund dieses Phänomens sind die demografische Entwicklung ("Überalterung") der Gesellschaft sowie der medizinische Fortschritt, welcher die Heilung oder zumindest Stabilisierung bisher lebensbedrohlicher Erkrankungen erlaubt. Über die Gesundheitsversorgung und die spezifischen Gesundheitsbedürfnisse von erwachsenen 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 dieser Menschen.

Im Zentrum der vorliegenden Untersuchung stehen die folgenden Fragenkomplexe:

- (1) Wie häufig nehmen Menschen mit Behinderung 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?
- (2) Welche Faktoren beeinflussen die Inanspruchnahme?
- (3) Lassen sich Hinweise für eine medizinische Unterversorgung von Menschen mit Behinderungen finden? Liegen regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung von behinderten Menschen vor?

Methodisches Vorgehen

Die vorliegende Studie entstand im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan); sie wurde mitfinanziert von der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik Zürich (HfH). Es handelt sich um eine Sekundäranalyse von Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) des Jahres 2002. Die für die Schweizer Bevölkerung repräsentative Stichprobe umfasst Angaben von 19'706 Personen. Die Datenlage erlaubt insbesondere auch Vergleiche zwischen Personen mit und ohne Behinderung.

Als 'behindert' definiert wurden Personen, die betroffen sind von:

- einem *chronischen, subjektiv als behindernd erlebten Gesundheitsproblem*, und/oder
- *schweren Funktionseinschränkungen* (Gehen, Hören, Sehen, Erinnern), und/oder
- *schweren Beeinträchtigungen bei täglichen Verrichtungen* (ADL; z.B. sich selber anziehen, aufstehen etc.).

Für die weiteren Analysen wurde zwischen folgenden Gruppen differenziert: (1) Personen ohne Behinderung vs. Personen mit Behinderung; (2) Personen mit körperlicher Behinderung vs. Personen mit psychischer Behinderung; (3) behinderte Personen mit schweren Funktionseinschränkungen oder ADL-Beeinträchtigungen vs. behinderte Personen ohne solche Beeinträchtigungen.

Aufgrund der Zielpopulation der SGB 2002 sind in der vorliegenden Untersuchung nur Personen mit Behinderung berücksichtigt, die ausserhalb von Heimen in der Gemeinde bzw. Privathaushalten leben. Ausserdem beschränkt sich die Untersuchung auf Personen im erwerbsfähigen Alter (20-65 Jährige).

Behinderung: Kein marginales Problem

Gemäss der in dieser Studie verwendeten Definition sind rund 15% der in der Schweiz wohnhaften Männer und 18% der Frauen von einer chronischen Erkrankung oder Behinderung betroffen. Der grössere Teil (9% Männer, 10% Frauen) dieser Personengruppe berichtet über chronische körperliche Gesundheitsprobleme, die aber (noch) nicht mit massiven Funktionseinschränkungen oder ADL-Beeinträchtigungen verbunden sind.

Weiter berichten rund 3% von schweren Funktionseinschränkungen und 1% von ADL-Beeinträchtigungen. Schliesslich geben 4% der Befragten an, unter einem chronischen psychischen Gesundheitsproblem zu leiden.

Behinderung und/oder chronische Erkrankungen betreffen somit nicht nur eine marginale Bevölkerungsgruppe. Die Schweiz liegt mit diesen Zahlen durchaus im Trend bei den westlichen Ländern, wobei allerdings internationale Vergleiche nur bedingt möglich sind.

Intensive Nutzung von Gesundheitsdiensten durch Behinderte

Die Befunde der vorliegenden Studie zeigen, dass Personen mit einer Behinderung in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung mehr Leistungen in Anspruch nehmen und zudem die Angebote auch ausgesprochen intensiv nutzen. Besonders deutliche Unterschiede sind aber bei Hausarztkonsultationen, Behandlungen im nicht ärztlichen Bereich sowie bei Spezialärzten festzustellen. Was die intensive Nutzung von Gesundheitsdiensten betrifft, so nehmen ein Drittel (36%) der Behinderten – gegenüber 10% der Nicht-Behinderten – pro Jahr mehr als 18 Behandlungen in Anspruch; psychisch Behinderte nutzen gar noch mehr Gesundheitsdienste (über 40% mit mehr als 18 Behandlungen/Jahr).

Die stärkere Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten zeigt sich ausserdem darin, dass Behinderte ein breiteres Spektrum verschiedener Arten von Gesundheitsdiensten innerhalb eines Jahres nutzen. Dagegen ist die Bedeutung der einzelnen Bereiche bei Behinderten und Nicht-Behinderten sehr ähnlich: Die beiden zentralen Bereiche sind bei allen Personen – unabhängig vom Vorliegen einer Behinderung – die Nutzung nicht ärztlicher Behandlungen und Hausarztbesuche, indem rund zwei Drittel aller beanspruchten Leistungen in diese beiden Bereiche fallen.

Chronisch psychisch Behinderte als auffällige Gruppe

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 Funktionseinschränkungen oder 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 aus

anderen Studien zum Phänomen der so genannten "High Utilizers" oder "Heavy Users" unter chronisch psychisch kranken Menschen.

Behinderung und prekäre Lebenslage

Die Befunde zeigen, dass die markantesten Unterschiede zwischen Behinderten und Nicht-Behinderten bei Variablen des subjektiven Erlebens zu verzeichnen sind. Behinderte – und besonders psychisch Behinderte – berichten über:

- ein deutlich geringeres Kompetenzerleben,
- mehr körperliche Beschwerden,
- ein stark beeinträchtigttes gesundheitliches Befinden.

Ausserdem fällt eine relativ prekäre soziale Lage von Personen mit Funktionseinschränkungen oder ADL-Beeinträchtigungen und von psychisch Behinderten auf:

- bei Betroffenen von Funktionseinschränkungen oder ADL-Beeinträchtigungen ist insbesondere die sozioökonomische Situation als kritisch zu bewerten durch einen hohen Anteil von Personen mit tiefem Einkommen und tiefem Bildungsstand;
- bei psychisch Behinderten ist die soziale Integration umfassender beeinträchtigt durch vergleichsweise wenig unterstützende Sozialbeziehungen, vielen Personen ohne Partnerschaft, reduziertes Repertoire sozialer Rollen.

Faktoren der Inanspruchnahme für alle gleich

Grundsätzlich gilt, dass bei Personen mit einer Behinderung kein anderes Muster von Einflussfaktoren der Nutzung von Gesundheitsdiensten vorliegt als bei Nicht-Behinderten. Sowohl bei Behinderten als auch Nicht-Behinderten lassen sich drei zentrale Bereiche von Einflussfaktoren der Inanspruchnahme identifizieren:

- subjektiver Gesundheitszustand: Wahrnehmung körperlicher Beschwerden, Wohlbefinden;
- soziale Lage: Bildungsstand, Einkommen, IV-Rente;
- Geschlecht (nur bei Nicht-Behinderten).

Beachtenswert bei diesen Befunden ist die grössere Bedeutung der sozioökonomischen Lage (Einkommen, Bildungsstand) für die Nutzung von Gesundheitsdiensten bei Behinderten im Vergleich zu Nicht-Behinderten. Ausserdem hat der Bezug einer IV-Rente, zusätzlich zum Vorliegen einer Behinderung, einen signifikanten Einfluss auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten.

Auch unter Berücksichtigung dieser Merkmale – bzw. der je spezifischen Lebenslage von Behinderten und Nicht-Behinderten – zeigen sich deutliche Unterschiede v. a. in Bezug auf die intensive Nutzung von Gesundheitsdiensten (mehr als 18 Behandlungen pro Jahr). So erhöht das Vorliegen einer Behinderung die Wahrscheinlichkeit für eine intensive Nutzung von Gesundheitsdiensten um den Faktor 2 bis 6.

Kaum regionale Unterschiede in Nutzung von Gesundheitsdiensten

Gesamthaft zeigen sich keine signifikanten regionalen Unterschiede der Nutzung von Gesundheitsdiensten, und zwar weder bei einer Differenzierung nach Zentrums- und peripheren Regionen noch beim Vergleich der 7 BfS-Grossregionen. Dementsprechend variiert auch die Differenz der Nutzung von Gesundheitsdiensten zwischen Behinderten und Nicht-Behinderten kaum regional.

Es können jedoch Zusammenhänge mit der regionalen Gesundheitsversorgung identifiziert werden. So zeigt sich bei Personen ohne Behinderung ein positiver Zusammenhang zwischen der Zahl der Allgemeinpraktiker (pro 1'000 Einwohner) und der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten. Bei behinderten Personen besteht eine negative Beziehung zwischen der Spitalversorgung und der Inanspruchnahme: Je grösser die Spitalbettendichte, desto weniger Gesundheitsdienste werden von Behinderten genutzt.

Eher Fehlversorgung als Unterversorgung

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. 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 (s. u.).

Angesichts der starken und v.a. breit gefächerten Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten durch Behinderte, welche sich zudem praktisch in allen untersuchten Bereichen (medizinische, komplementärmedizinische, nicht ärztliche usw.) zeigt, scheint eher die Frage nach einer möglichen *"Fehlversorgung"* und/oder *"Fehlnutzung"* des Angebots angebracht. So ist zum einen zu fragen, ob die Gesundheitsbedürfnisse von Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen im bestehenden akutmedizinisch geprägten Gesundheitssystem genügend abgedeckt werden. Oder ist die starke und breit gefächerte Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten durch chronisch Kranke und Behinderte Ausdruck einer mangelnden Passung, eines "Mismatch" von Nachfrage und Angebot auf dem Gesundheitsmarkt? Zum andern müssen wir aber auch klären, ob die intensive Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten – besonders durch Personen mit chronischen Gesundheitsproblemen – Folge eines inadäquaten Krankheitsverhaltens (Stichwort: "chronisches Krankheitsverhalten") der Betroffenen ist, und wie diesen Menschen am besten geholfen werden kann.

Begrenzte Informationen zu Behandlungsqualität und Behinderung

Die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) erlauben nur einen relativ unscharfen Blick auf die spezifische Lage von Behinderten im Gesundheitssystem. Beispielsweise sind kaum Variablen erfasst zu Erwartungen an medizinische Behandlungen, zur Zufriedenheit mit der erfahrenen Behandlung usw. Es lässt sich deshalb kaum etwas aussagen über die konkreten Erfahrungen, die Behinderte und Nicht-Behinderte mit dem Gesundheitssystem machen. Hinzu kommt, dass das

Merkmal Behinderung in der SGB nur rudimentär erfasst ist. Insbesondere lassen sich zwei grosse Gruppen von Behinderungen nicht identifizieren, nämlich geistige Behinderungen und Lernbehinderungen. Eine differenziertere Erfassung dieser Aspekte wäre wünschbar.

Schlussfolgerungen, Empfehlungen

- Im Schweizer Gesundheitssystem dürfte für behinderte und chronisch kranke Menschen weniger das Problem des ausreichenden Zugangs zu Gesundheitsdiensten bestehen als der adäquaten, bedarfsgerechten Behandlung. Es stellt sich besonders die Frage, ob die intensive und breit gefächerte Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten durch Behinderte Ausdruck einer Fehlversorgung und/oder Fehlnutzung ist.
- Zu prüfen ist, inwieweit auch in der Schweiz die Gesundheitsversorgung zu einseitig durch eine akutmedizinische Ausrichtung dominiert ist, die den Bedürfnissen von chronisch Kranken und Behinderten zu wenig Rechnung trägt. Eine solche akutmedizinische Dominanz wurde unlängst vom Sachverständigenrat der Bundesregierung für das Deutsche Gesundheitssystem festgestellt (SVR, 2002).
- Behinderung ist oft gekoppelt mit einer prekären sozialen Lage. Dies impliziert für die Behandlung und Betreuung eine ganzheitliche Sicht der Lebenslage von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen, die sich nicht auf medizinische Aspekte im engeren Sinne beschränkt, sondern insbesondere die soziale und berufliche Integration berücksichtigt. Dementsprechend ist eine Koordination der verschiedenen Betreuungsinstanzen bzw. ein Case-Management (Medizinische Behandlung, soziale Dienste usw.) zu empfehlen (vgl. Lawthers et al., 2003). Dies bedeutet auch, dass die Ergebnisse ('Outcomes') der Behandlung nicht nur im gesundheitlichen sondern auch im sozialen und beruflichen Bereich beachtet werden sollten.
- Menschen mit psychischer Behinderung bedürfen besonderer Aufmerksamkeit. Sie zählen zu den intensivsten Nutzerinnen und Nutzern von Gesundheitsdiensten. Zugleich aber ist bekannt, dass viele Personen mit chronischen psychischen Problemen sich nicht an darauf spezialisierte Fachpersonen wenden (vgl. Rüesch & Manzoni, 2003; Sturny et al, 2004). Dies deutet auf eine erhebliche Fehlversorgung hin. Informationen über psychische Erkrankungen und Bemühungen zu deren Entstigmatisierung sollten sich nicht nur an ein Laienpublikum sondern insbesondere auch an Fachpersonen richten mit dem Ziel der besseren Früherkennung.
- Zu empfehlen ist schliesslich eine Befragung von Expertinnen und Experten sowie von Betroffenen (Behinderte, Angehörige) im Rahmen einer weiterführenden und die Thematik vertiefenden Studie zur Frage der adäquaten Behandlung von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderung im Schweizer Gesundheitssystem. Diese Befragung könnte den mehr qualitativen Aspekten der Beziehung zwischen Patienten/innen und Behandlern Rechnung tragen, die in den verfügbaren Datenbanken sowie in der Gesundheitsbefragung zu wenig erfasst sind.

Résumé

Situation initiale, objectifs

Dans la plupart des sociétés industrielles et de services occidentales, on observe actuellement une progression des maladies chroniques et des handicaps. Ce phénomène a pour toile de fond l'évolution démographique (« vieillissement ») de la société et les progrès de la médecine, qui permettent de guérir ou du moins stabiliser des maladies qui pouvaient jusqu'ici entraîner la mort. On dispose de peu d'informations en Suisse sur les prestations de santé fournies aux personnes souffrant d'un handicap et sur leurs besoins spécifiques en matière de santé. De plus, la nécessité est exprimée dans la pratique de coordonner et d'améliorer le traitement et l'encadrement médicaux de ces personnes.

Les groupes de questions suivants sont au centre de la présente analyse:

- (1) À quelle fréquence les personnes souffrant d'un handicap utilisent-elles des prestations de santé dans une année? Quel est le type de ces prestations? Dans quelle mesure les personnes ayant un handicap se distinguent-elles de celles qui n'en ont pas sur le plan de l'utilisation des services de santé?
- (2) Quels sont les facteurs influençant l'utilisation des prestations de santé?
- (3) Peut-on identifier l'existence d'une offre insuffisante de prestations de santé aux personnes souffrant d'un handicap? Y a-t-il des disparités régionales dans la fourniture de prestations de santé à ces personnes?

Méthodologie

La présente étude a été effectuée sur mandat de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan); elle a été réalisée par l'aide financière de la Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik' à Zurich. Il s'agit d'une analyse secondaire de données de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) de 2002. Cet échantillon représentatif de la population suisse comporte des indications fournies par 19'706 personnes et permet notamment d'établir des comparaisons entre personnes souffrant d'un handicap et personnes sans handicap.

La définition des personnes handicapées repose sur la présence des éléments suivants :

- un problème de santé *chronique, subjectivement ressenti comme handicapant* et/ou
- de *lourdes incapacités* fonctionnelles (mobilité, ouïe, vue, mémoire) et/ou
- de graves déficiences dans les *activités de la vie quotidienne* (AVQ, par ex. s'habiller, se lever sans l'aide de tiers).

Les analyses ont porté sur les distinctions suivantes : (1) personnes sans handicap – personnes avec un handicap ; (2) personnes avec handicap physique - personnes avec handicap psychique ; (3) personnes handicapées présentant de lourdes incapacités ou déficiences dans les AVQ – personnes handicapées sans de telles déficiences.

La population de l'étude étant tirée de celle de l'ESS 2002, elle ne concerne que les personnes handicapées vivant dans la communauté. En outre, seules les personnes en âge de travailler (20- 65 ans) ont été retenues.

Les handicaps ne sont pas un problème marginal

Selon les définitions utilisées dans cette étude, environ 15% des hommes et 18% des femmes domiciliés en Suisse sont touchés par une maladie chronique ou un handicap. La majeure partie de ces personnes (9% des hommes, 10% des femmes) fait état de problèmes de santé physique chroniques mais non (encore) assortis d'incapacités fonctionnelles ou de déficiences dans les AVQ importantes.

Parmi les personnes affectées par un handicap ou une maladie chronique, 3% se disent atteintes de graves incapacités fonctionnelles et 1% de déficiences dans les AVQ. Enfin, 4% des personnes interrogées affirment souffrir d'un problème chronique de santé psychique.

Le pourcentage de personnes concernées par un handicap ou une maladie chronique n'est donc pas négligeable. La Suisse se situe ici dans la moyenne des pays occidentaux, mais il faut préciser que des comparaisons internationales sur ce plan ne sont possibles qu'à certaines conditions.

Utilisation intensive des services de santé par les personnes handicapées

Les résultats de la présente étude montrent que les personnes avec un handicap sollicitent davantage de prestations dans tous les domaines du système de santé et qu'elles y recourent aussi de manière plus intensive que les personnes sans handicap. On observe notamment de différences particulièrement marquées entre ces deux groupes de population par rapport aux consultations chez le médecin de famille et chez le médecin spécialiste ainsi que par rapport aux traitements paramédicaux. Sur le plan de l'intensité de l'utilisation de services de santé, on remarque qu'un tiers (36%) des personnes handicapées (contre 10% des personnes sans handicap) sollicitent plus de 18 traitements par année et que cette proportion est encore plus importante (plus de 40%) pour les personnes souffrant d'un handicap psychique.

Par ailleurs, les personnes handicapées recourent plus souvent à des services de santé, c'est aussi parce qu'elles utilisent une gamme plus large de tels services au cours de l'année. L'importance des différents secteurs du système de santé est cependant comparable pour les deux groupes : Dans les deux groupes de population, les traitements paramédicaux et les consultations chez le médecin de famille représentent deux tiers de l'ensemble des prestations fournies.

Les personnes souffrant d'un handicap psychique chronique : un groupe en évidence

On observe des disparités, un peu moins marquées, à l'intérieur même du groupe des personnes handicapées quant à l'utilisation des prestations de santé. Les personnes psychiquement handicapées sollicitent fortement les services de santé, alors que les personnes présentant des incapacités fonctionnelles ou des déficiences dans les AVQ y ont comparativement peu recours. Les personnes psychiquement handicapées ne se distinguent pas seulement par l'intensité de leur utilisation de services de santé : elles présentent un taux relativement élevé de bénéficiaires d'une rente AI et sont dans une situation sociale plutôt précaire. Cette observation est à mettre en rapport avec les résultats d'autres études récentes sur le phénomène des "High Utilizers" ou "Heavy Users" parmi les personnes souffrant d'un handicap psychique chronique.

Handicap et situation de vie précaire

Les résultats de notre étude montrent que les différences les plus marquées entre personnes handicapées et personnes sans handicap concernent des variables du vécu subjectif. Les personnes handicapées – notamment celles qui le sont sur le plan psychique – :

- se sentent nettement moins compétentes,
- se plaignent plus de troubles corporels,
- se trouvent fortement diminuées dans leur santé.

En outre, les personnes handicapées de même que les personnes présentant des incapacités ou des déficiences AVQ se distinguent par une situation sociale relativement précaire:

- chez les personnes ayant des incapacités fonctionnelles ou des déficiences AVQ, la situation socio-économique en particulier peut être considérée comme critique: ce groupe compte une forte part de personnes à bas revenus et ayant un faible niveau de formation;
- chez les personnes psychologiquement handicapées, l'intégration sociale est entravée plus globalement : peu de soutien social, nombreuses personnes sans partenaire, éventail réduit de rôles sociaux.

Les facteurs influant le recours aux prestations sont les mêmes pour tous

Personnes handicapées et personnes sans handicap présentent fondamentalement le même modèle de facteurs d'influence sur l'utilisation des services de santé. Pour les deux groupes de population, on identifie trois domaines de facteurs d'influence :

- état de santé auto évalué: perception de troubles physiques, bien-être;
- situation sociale: niveau de formation, revenus, rente AI;
- sexe (uniquement pour les personnes non handicapées).

Il faut relever que chez les personnes handicapées la situation socio-économique (revenus, niveau de formation) a une influence plus importante sur le recours aux services de santé. De plus, le fait de toucher une rente AI, en plus de l'existence d'un handicap, joue un rôle significatif dans l'utilisation des services de santé.

Même en tenant compte de ces caractéristiques, soit de la situation de vie spécifique des personnes handicapées et des personnes sans handicap, on observe de nettes différences entre ces deux groupes de population notamment sur le plan de l'intensité de l'utilisation des services de santé (plus de 18 traitements par année). La présence d'un handicap fait passer la probabilité d'une utilisation intensive des services de santé d'un facteur 2 à un facteur 6.

Pas de disparités régionales notables dans l'utilisation de services de santé

Dans l'ensemble, on ne trouve pas de différences régionales significatives dans le recours aux services de santé, que ce soit entre les espaces urbains et les régions périphériques ou au niveau des sept grandes régions définies par l'OFS. En conséquence, la différence entre personnes handicapées et

personnes non handicapées dans l'utilisation des services de santé ne varie elle aussi que peu sur le plan régional.

On peut cependant identifier des liens avec l'offre régionale de prestations de santé. Ainsi, il y a chez les personnes sans handicap un lien positif entre le nombre de médecins de famille (pour 1000 habitants) et le recours aux services de santé. Chez les personnes souffrant d'un handicap, on observe un lien négatif entre l'offre hospitalière et le recours aux services de santé : plus la densité en lits d'hôpitaux est importante, moins les personnes handicapées utilisent les services de santé.

Plutôt une offre inadaptée qu'insuffisante

Les données disponibles dans l'ESS 2002 ne fournissent pas d'indications selon lesquelles il y aurait une offre insuffisante de prestations de santé pour les personnes handicapées, même si la situation sociale de ces personnes peut être considérée comme critique. Par rapport à la couverture de l'assurance-maladie, les statuts des personnes handicapées et non handicapées sont comparables. Les personnes handicapées mentionnent plus souvent avoir un médecin de famille et sollicitent ses services nettement plus fréquemment que les personnes sans handicap. De plus, elles utilisent davantage de prestations relevant du domaine de la prévention. Enfin, il n'existe pas de disparités régionales notables concernant l'utilisation des services de santé par les personnes handicapées et non handicapées. Ces résultats ne disent cependant pas si les traitements proposés aux personnes handicapées dans le système suisse de santé répondent à leurs besoins. En particulier, l'ESS 2002 ne comporte pas de données sur les attentes des usagers et leur satisfaction quant au traitement reçu.

Etant donné que les personnes handicapées sollicitent fortement les services de santé et notamment qu'elles recourent à une plus grande diversité de prestations de santé, relevant de tous les domaines étudiés (médical, non médical, médecine complémentaire, etc.), il paraît opportun de se demander s'il n'y aurait pas ici une *inadéquation de l'offre et de l'utilisation* des prestations de santé. Il s'agit de s'interroger si les besoins de santé des personnes souffrant de handicaps ou de maladies chroniques sont suffisamment couverts dans le système de santé actuel axé sur la médecine aiguë, et si la forte et large utilisation des services de santé par des personnes handicapées ou souffrant de maladies chroniques ne serait pas l'expression d'un mauvais ajustement entre la demande et l'offre existant sur le marché de la santé. D'autre part, il faudrait également examiner si le recours particulièrement intensif aux services de santé par les personnes connaissant des problèmes de santé chroniques ne serait pas la conséquence d'un comportement inadéquat des personnes concernées face à la maladie et comment aider ces dernières au mieux.

Information limitée sur la qualité des traitements et les handicaps

Les données de l'enquête suisse sur la santé (ESS) ne permettent de se faire une image que relativement floue de la situation spécifique des personnes handicapées dans le système de santé. Ainsi cette enquête ne dit presque rien sur les attentes de ces personnes et leur satisfaction quant aux traitements médicaux reçus, etc. Il est ainsi difficile de faire état des expériences vécues par les personnes handicapées ou non par rapport au système de santé. De plus, l'ESS ne mesure la présence d'un « handicap » que de manière rudimentaire. Elle ne permet notamment pas de distinguer deux groupes importants de handicaps, le retard mental et les difficultés d'apprentissage. Il serait souhaitable de saisir ces aspects de manière plus différenciée.

Conclusions, recommandations

- Dans le système de santé suisse, le problème qui se pose aux personnes handicapées et atteintes de maladies chroniques réside moins dans l'accès aux services de santé, que dans l'adéquation des traitements que ces personnes reçoivent. On peut en particulier se demander si le fait que les personnes handicapées utilisent beaucoup les services de santé et qu'elles recourent à un éventail plus large de prestations dans tous les domaines de la santé ne résulterait pas d'une inadéquation de l'offre et de l'utilisation des prestations de santé.
- Il faut examiner si l'offre de prestations de santé en Suisse n'est pas trop unilatéralement orientée sur une médecine aiguë ne tenant pas assez compte des besoins de personnes souffrant de handicaps ou de maladies chroniques. Une telle prédominance de la médecine aiguë a été constatée récemment par le Conseil d'experts du gouvernement fédéral pour l'évaluation du système de santé allemand.
- Le handicap est souvent couplé avec une situation sociale précaire. Pour le traitement et l'assistance, cela implique qu'il faut considérer la situation de vie des personnes souffrant de maladies et handicaps chroniques de manière globale, sans se limiter aux aspects médicaux au sens strict mais en tenant compte en particulier de l'intégration sociale et professionnelle. Il est donc recommandé d'instituer une coordination entre les diverses instances d'assistance c'est-à-dire un Case management (traitement médical, services sociaux, etc.) (voir Lawthers et al. 2003). Cela veut également dire que lors de l'évaluation d'un traitement (« outcomes »), il ne faut pas tenir compte uniquement des aspects médicaux mais aussi des questions sociales et professionnelles.
- Il faut accorder une attention particulière aux personnes souffrant d'un handicap psychique. Elles comptent parmi les grands utilisateurs des services de santé. Mais on sait aussi que de nombreuses personnes connaissant des problèmes psychiques chroniques ne consultent pas les spécialistes qui conviendraient dans leur cas spécifique. On est ici en présence d'une inadéquation considérable de l'offre. Les informations sur les maladies psychiques et les efforts pour déstigmatiser ces dernières ne devraient pas être destinés uniquement au grand public mais aussi aux spécialistes en vue d'améliorer leur détection précoce.
- Enfin, il serait judicieux d'interviewer des experts et des personnes concernées (handicapés, proches) dans le cadre d'une étude complémentaire destinée à approfondir la question de l'adéquation des traitements offerts aux personnes souffrant de maladies chroniques et de handicap, dans le système de santé suisse. Cette enquête pourrait considérer des aspects plus qualitatifs de la relation entre patients et personnes donnant le traitement, aspects qui ne sont pas suffisamment pris en compte dans les banques de données disponibles et dans l'enquête suisse sur la santé.

1 Behinderte Menschen im Gesundheitssystem

1.1 Problemstellung

In den meisten westlichen Dienstleistungs- und Industriegesellschaften ist heute eine Zunahme von progredienten chronischen Erkrankungen, Behinderungen und Multimorbidität zu beobachten (Fujura & Yamaki, 2000; AIHW, 2003). Hintergrund dieses Phänomens sind die demografische Entwicklung bzw. "Überalterung" der Gesellschaft und der medizinische Fortschritt, welcher die Heilung oder zumindest Stabilisierung bisher lebensbedrohlicher Erkrankungen erlaubt. Für die Zukunft ist zu erwarten, dass sich der Gesundheitszustand der nachkommenden Generationen zwar verbessert, gleichzeitig aber auch der Anteil behinderter, gesundheitlich beeinträchtigter und pflegebedürftiger älterer Menschen weiter zunehmen wird (sog. bi-modale These). 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.

Internationale Befunde

Die zehn Erkrankungen mit den grössten Behinderungsfolgen sind in Westeuropa – nach einer Studie der WHO (Mathers, Stein, Fat 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, welche insgesamt einen erheblichen Behinderungsgrad aufweisen: Rund 20% aller durch Behinderung verlorenen Lebensjahre entfallen auf psychische Störungen (WHO, 2001; vgl. auch Rüesch & Manzoni, 2003).

Wissenschaftliche Untersuchungen belegen, dass chronische Erkrankungen einhergehen mit weiteren Gesundheitsstörungen und Behinderungen (Komorbidität, Multimorbidität) (Walkup, 2000). Für Menschen mit schweren Körperbehinderungen sind sekundäre Erkrankungen gar die Regel (Seekins, Clay, & Ravesloot, 1994). Zu beachten ist insbesondere die Komorbidität von psychischen und körperlichen Erkrankungen, wobei die Entstehung eher im psychischen (\approx psychosomatische Störungen), eher im körperlichen (\approx somatopsychische Störungen), oder in beiden Bereichen mit ähnlichem Gewicht liegen kann (\approx somatoforme Störungen) (Freyberger, Stieglitz, 1996).

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, und zwar insbesondere jene der Schizophrenie (Doody et al, 1998) und der Angststörungen. Menschen mit Lernbehinderungen sind auch mehr gesundheitlichen Risikofaktoren ausgesetzt. Sie zeigen ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten als Personen ohne Behinderung, indem Lernbehinderte häufiger über- oder untergewichtig sind, schlechtere Ernährungsgewohnheiten haben und körperlich weniger aktiv sind (Robertson, 2000).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die spezifischen Gesundheitsbedürfnisse Behinderter besonders folgende Aspekte betreffen (Walkup, 2002):

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

Befundlage in der Schweiz

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 Schweizerischen Gesundheitsbefragung durchgeführt (Abelin, 2000; BfS, Pro Infirmis, Gerheuser, 2001; Deringer, et al., 2002; Zwicky, 2003; Gredig et al., 2005). Die erwähnten Studien weisen auf eine Kumulation sozialer Risikofaktoren bei behinderten Menschen hin (vgl. v. a. Zwicky, 2003), von denen negative Auswirkungen auf die Gesundheit zu erwarten ist.

Aspekte der medizinischen Versorgung wurden primär in einer Studie von Gredig et. al (2005) zur Lebenslage von Bezügerinnen und Bezüger von IV-Leistungen beleuchtet. Diese Untersuchung bestätigt den schlechten Gesundheitszustand insbesondere von Bezüger/innen einer IV-Rente: So ist beispielsweise die Hälfte dieser Personengruppe auf Medikamente angewiesen, um Alltagsaufgaben bewältigen zu können. Ausserdem belegt die Studie eine grosse Abhängigkeit der IV-Rentner/innen von ärztlichen und anderen therapeutischen Behandlungen.

1.2 Allgemeine Zielsetzung und Fragestellungen

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine quantitative Analyse der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten durch Menschen mit Behinderungen. Diese erlaubt genauere Informationen über den Versorgungsbedarf aus der Perspektive der Behinderten selbst. Die Untersuchung soll folgenden Aspekten Rechnung tragen:

- der Perspektive der Behinderten
- der Berücksichtigung insbesondere von Menschen mit Behinderungen, die ausserhalb von Institutionen, in der Gemeinde leben
- dem Vergleich mit Menschen ohne Behinderungen
- der Repräsentativität der Befunde sowohl für den Kanton Zürich als auch überregional für die ganze Schweiz
- der wissenschaftlichen Absicherung (Validität) der Ergebnisse
- der Vergleichbarkeit mit anderen, internationalen Studien mit gleicher oder ähnlicher Zielsetzung

Fragestellungen

Im Einzelnen sollen folgende zentrale Fragestellungen untersucht werden:

- (1) Wie häufig nehmen Menschen mit Behinderung Leistungen der Gesundheitsversorgung innerhalb eines Jahres in Anspruch? Welcher Art sind diese Leistungen (ambulante Behandlung, stationäre Behandlung, Spitex-Dienste)?
- (2) Welches ist der unmittelbare Anlass (Krankheit/Unfall, Kontrolle, Beratung) für die Inanspruchnahme?
- (3) Welche Faktoren beeinflussen die Inanspruchnahme (Alter, Geschlecht, Behinderungsart, gesundheitliches Wohlbefinden, Gesundheitsverhalten, soziales Netzwerk)?
- (4) Inwieweit unterscheiden sich Menschen mit einer Behinderung von Personen ohne Behinderung bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen?
- (5) Lassen sich Hinweise für eine medizinische Unterversorgung von Menschen mit Behinderungen finden?
- (6) Inwiefern unterscheiden sich Menschen mit (vorwiegend) körperlichen Behinderungen von Menschen mit (vorwiegend) psychischen Behinderungen bei den Fragen (1) bis (5)?
- (7) Lassen sich regionale (BfS-Grossregionen) Unterschiede in der Gesundheitsversorgung von behinderten Menschen identifizieren?

2 Methodische Grundlagen

2.1 Datengrundlage, Stichprobe

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine Sekundäranalyse der Daten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 (SGB_02). 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 (vgl. Tabelle 1). Die Stichprobe ist repräsentativ für die Schweizer Bevölkerung.

Tabelle 1: Stichproben der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002

<i>Befragungen</i>	<i>Sprachregion</i>			<i>Gesamt</i>
	<i>Deutsch</i>	<i>Französisch</i>	<i>Italienisch</i>	
Telefonische Befragung	13'249	4'950	1'507	19'706
Telefonische und schriftliche Befragung	12'617	4'732	1'396	18'745

2.2 Behinderungsbegriff: Definition, Operationalisierung

Biopsychosoziales Modell der Behinderung

In der Fachwelt besteht heute ein breiter Konsens darüber, dass "Behinderung" als Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels von körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren zu verstehen ist. Diese Betrachtungsweise wird als so genanntes *biopsychosoziales Modell von Behinderung und Krankheit* bezeichnet (Bickenbach et al., 1999). Zentraler Gedanke dieser Sichtweise ist, dass der "Phänotyp" von Behinderung nicht allein die Folge körperlicher/psychischer Schädigungen ist, sondern wesentlich durch den sozialen Kontext und die Lebenswelt behinderter Menschen beeinflusst und ausgestaltet wird.

Diese Betrachtungsweise findet ihren Ausdruck in der *Internationalen Klassifikation von Behinderungen ICF* der WHO (DIMDI/WHO, 2004) (vgl. Abbildung 1).

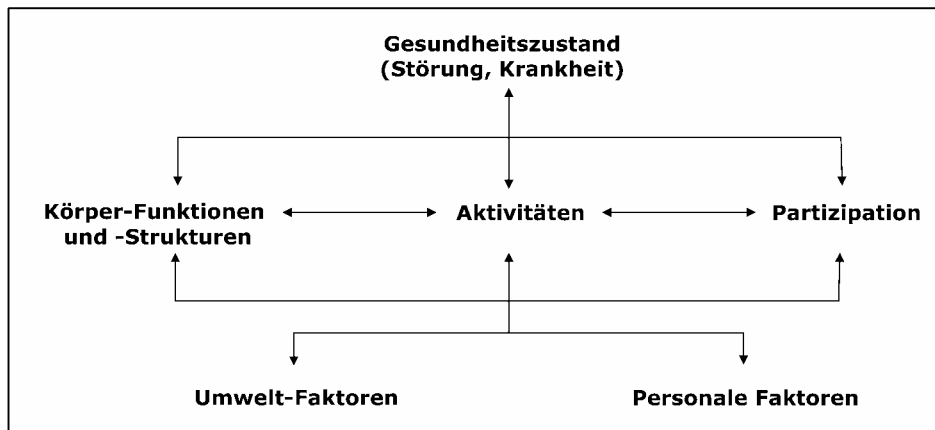


Abbildung 1: Behinderung als Interaktion von körperlichen (biologischen), psychischen und sozialen Faktoren, Sicht der WHO/ICF

In der vorliegenden Studie fokussieren wir den Begriff der Behinderung auf den Bereich der *Körper-funktionen und -strukturen* (vgl. Abbildung 1, links).

- Körperfunktionen umfassen physiologische und psychologische Funktionen von Körpersystemen;
- Körperstrukturen betreffen anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile.

Behinderung in diesem engeren Sinne meint eine *Schädigung bzw. Beeinträchtigung mindestens einer Körperfunktion oder -struktur* (vgl. DIMDI/WHO, 2004, S. 16).

Grund für die Fokussierung des Behinderungsbegriffes besteht in der Absicht einer einfach operationalisierbaren und alltagsnahen Definition von Behinderung, welche gut abgestimmt ist auf die Datengrundlage der Schweizerischen Gesundheitsbefragung. An dieser Stelle ist aber nochmals zu betonen, dass Behinderung im umfassenderen Sinne eben nicht nur die Beeinträchtigung von Körperfunktionen und -strukturen betrifft, sondern beispielsweise auch eingeschränkte Partizipationsmöglichkeiten usw., welche ihrerseits das körperliche und psychische Funktionieren beeinflussen.

Operationalisierung von Behinderung im Rahmen der Gesundheitsbefragung

Zu beachten ist, dass in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung *nur Personen erfasst werden, die in der Gemeinde bzw. ausserhalb von Institutionen oder stationärer Versorgung leben*. Behinderung im engeren Sinne (s.o.) wird durch drei Variablenkomplexe erfasst.

- 1) Vorliegen eines *chronischen Gesundheitsproblems*: Diese Gruppe umfasst alle Personen die angeben, ein *körperliches oder psychisches Problem zu haben, das schon länger als ein Jahr dauert und im Alltagsleben als behindernd empfunden wird*¹.
- 2) Schwere *Beeinträchtigung von spezifischen Funktionen*, nämlich des:

¹ SGB_02, telefonische Befragung, Items TKRAN01=1 (ja), TKRAN02=1-4 (Art des Gesundheitsproblems: körperlich, psychisch, beides, weder noch)

- Sehens²,
- Hörens³,
- Gehens⁴,
- Sprechens⁵,
- Erinnerns⁶,

3) Schwere *Beeinträchtigung bei täglichen Verrichtungen (Activities of Daily Living bzw. ADL)*:

- Bekleiden,
- Essen,
- Aufstehen,
- Toilette aufsuchen,
- sich selber waschen^{7 8 9 10 11}.

Es ist zu erwarten, dass sich die hier aufgeführten Gruppen mehr oder weniger stark überlappen werden. Eine Differenzierung nach verschiedenen Behinderungsarten ist aufgrund der Heterogenität der Gesamtgruppe notwendig. In der geplanten Untersuchung soll insbesondere unterschieden werden zwischen Personen mit überwiegend körperlichen Behinderungen, überwiegend psychischen Behinderungen, mit körperlich-psychischer Komorbidität¹².

2.3 Untersuchungsleitendes Modell

Die Fragestellungen des Projekts implizieren den Einbezug verschiedener Analysebereiche und Variablenkomplexe, die neben dem Vorliegen einer Behinderung ebenfalls in Bezug zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten stehen (s. u., Abbildung 2).

-
- 2 SGB_02, telefonische Befragung, Item TSBHD03 \geq 3 (Zeitung lesen können mit starken Schwierigkeiten oder gar nicht)
 - 3 SGB_02, telefonische Befragung, Item THBHD02 \geq 3 (Gespräch mit starken Schwierigkeiten oder gar nicht folgen können)
 - 4 SGB_02, telefonische Befragung, Item TBBHD03 \geq 3 (nur einige Schritte oder gar nicht ohne Hilfe gehen können)
 - 5 SGB_02, telefonische Befragung, Item TRBHD01=2 (nicht ohne Schwierigkeiten sprechen können)
 - 6 SGB_02, telefonische Befragung, Item TEBHD01=2 (an die meisten Dinge erinnern können=nein) und TEBHD02=2 (Vergessen=häufig)
 - 7 SGB_02, telefonische Befragung, Item TPBHD02 \geq 3 (selbständig an-/ausziehen mit starken Schwierigkeiten oder gar nicht können)
 - 8 SGB_02, telefonische Befragung, Item TPBHD03 \geq 3 (selbständig essen mit starken Schwierigkeiten oder gar nicht können)
 - 9 SGB_02, telefonische Befragung, Item TBBHD01 \geq 3 (selbständig aus dem Bett steigen mit starken Schwierigkeiten oder gar nicht können)
 - 10 SGB_02, telefonische Befragung, Item TPBHD06 \geq 3 (alleine zur Toilette gehen mit starken Schwierigkeiten oder gar nicht können)
 - 11 SGB_02, telefonische Befragung, Item TPBHD05 \geq 3 (alleine Hände und Gesicht waschen mit starken Schwierigkeiten oder gar nicht können)
 - 12 SGB_02, telefonische Befragung, Item TKRAN02

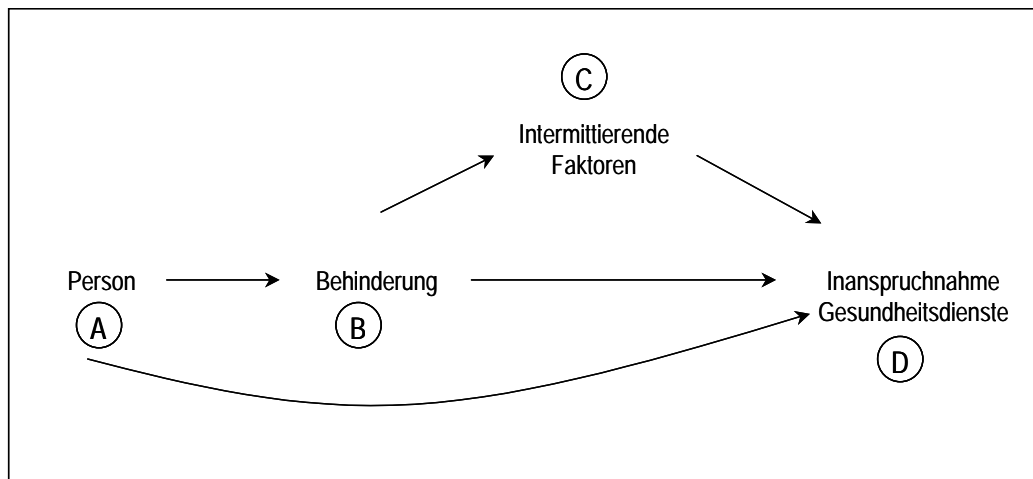


Abbildung 2: Untersuchungsleitendes Modell und zentrale Analysebereiche

Im Einzelnen handelt es sich um folgende Aspekte (vgl. auch Bisig & Gutzwiller, 2004):

- A: Alter, Geschlecht der Person
- B: Vorliegen von Behinderung(en), Art der Behinderung
- C: sozioökonomischer Status (Bildungsstand, Einkommen, Krankenversicherung: Klasse), soziale Integration (soziale Unterstützung, soziale Rollenkonfiguration), Gesundheitliches Befinden (subjektiver Gesundheitszustand, körperliche Beschwerden, psychische Ausgeglichenheit, Wohlbefinden)
- D: Medizinische und nicht-ärztliche Behandlungen, Vorsorgeuntersuchungen

Dieses Modell dient als Analyseraster. Auf dem Hintergrund des biopsychosozialen Modells der Behinderung (s.o., Abbildung 1) ist zu beachten, dass hier eine vereinfachte Darstellung der Wirkungszusammenhänge wiedergegeben ist. So muss bedacht werden, dass die aufgeführten intermittierenden Faktoren wie z.B. soziale Integration, aber auch die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten auch zurückwirken können auf das Vorliegen von Behinderungen.

2.4 Weitere Operationalisierung zentraler Variablen

Gesundheitsversorgung

Nutzung von Gesundheitsdiensten

Im Rahmen der SGB werden verschieden Aspekte der Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung erfasst, die für das vorliegende Projekt relevant sind. Dazu zählen:

- a) *Medizinische Behandlungen* in engerem Sinne (erbracht durch Ärzte/innen) im ambulanten oder stationären Kontext¹³. Im ambulanten Bereich kann ausserdem differenziert werden zwischen Be-

13 SGB_02, telefonische Befragung, Items TINAN15 (Anz. Hausarztbesuche), TINAN14 (Anz. Besuche b. Arzt), TINAN16 (Männer: Anz. Besuche bei Spezialist), TINAN17+TINAN18 (Frauen Anz. Besuche b. Frauenarzt und anderen Spezialisten), TPSYG08=1 (Behandlg. psych. Probleme=ja) und TPSYG09a-c=2-4 (Behandlung bei Mediziner)

handlungen, die (i) an eine Klinik gebunden¹⁴, (ii) in der Praxis einer Gesundheitsfachperson¹⁵ oder (iii) zu Hause durch die Spitex¹⁶ durchgeführt werden;

- b) *Nicht-ärztliche Behandlungen* (erbracht durch nicht-ärztliche Fachpersonen, z. B. Physiotherapeut/in, Psychologe/in)¹⁷;
- c) *Prävention* bzw. Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen¹⁸.

Nicht erfasst werden in der SGB der Umfang bzw. die Kosten der Inanspruchnahme einer Leistung der Gesundheitsversorgung. Die vorliegende Analyse muss von diesem Aspekt deshalb abstrahieren. Ein komplizierter und sehr kostenintensiver Eingriff im Spital wird genau gleich gewichtet – als eine Inanspruchnahme - wie (z.B.) eine kleine Vorsorgeuntersuchung in einer ambulanten Arztpraxis.

Weiter soll auch der *Anlass der Inanspruchnahme* (neben Vorsorgeuntersuchungen, vgl. c)) in die Analyse einbezogen werden¹⁹.

Zufriedenheit mit Spitalbehandlung

Personen, die sich im Spital behandeln liessen, wurden nach der Zufriedenheit mit der pflegerischen und ärztlichen Betreuung gefragt²⁰. Aufgrund der Relevanz dieses Aspektes für den Vergleich von Menschen mit und ohne Behinderungen sollen diese Angaben mitberücksichtigt werden.

Intermittierende Faktoren (Determinanten)

Insbesondere auf dem Hintergrund der Frage 3 (Kapitel 1, Fragestellungen) sind einige Variablen/Konstrukte zu berücksichtigen, die sowohl mit Behinderung als auch der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zusammenhängen dürften (vgl. auch Abb. 1, oben). Dabei handelt es sich um:

- **Gesundheitliches Befinden:** subjektiver Gesundheitszustand, körperliche Beschwerden, Wohlbefinden, psychische Ausgeglichenheit²¹
- **Soziale Integration:** soziale Unterstützung, informelle Hilfesysteme, soziale Rollenkonfiguration (Erwerbs-, Partner-, Elternrolle) (nach Meyer, 2000)²²

14 SGB_02, telefonische Befragung, Item TINAN20 (Anz. ambulante Behandlungen in Spital letzte 12 Monate)

15 SGB_02, telefonische Befragung, Items vgl. Fussnoten 11, 12

16 SGB_02, telefonische Befragung, Item TINAN24=1 (Spitexleistungen letzte 12 Monate=ja)

17 SGB_02, schriftliche Befragung, Items SINAN02-SINAN09 (Physiotherapeut, Chiropraktiker, Optiker, Psychologe, Fusspfleger, Heilpraktiker, Dentalhygieniker – jeweils Anz. Besuche), TPSYG08=1 (Behandlg. psych. Probleme=ja) und TPSYG09a-c=1/>4 (Behandlung bei Nicht-Medizinern)

18 SGB_02, telefonische Befragung, TINAN21=5 (Grund Arztbesuch=Vorsorgeuntersuchung)

19 SGB_02, telefonische Befragung, TINAN21

20 SGB_02, telefonische Befragung: Items TINAZ01 (Zufriedenheit mit Pflege), TINAZ02 (Zufriedenheit mit ärztlicher Behandlung)

21 SGB_02, telefonische Befragung: SANPSY-Skala (Psychische Ausgeglichenheit), OPTIMISM-Skala (Psychisches Wohlbefinden), TKRSY01-TKRSY08, TKRSY24 bzw. Skala SYMPTOMa (gesundheitliche Beschwerden, z. B. Rückenschmerzen, Schlafstörungen, Schwäche/Müdigkeit etc.), TSUBG01 (selbst wahrgenommener Gesundheitszustand)

22 SGB_02, telefonische Befragung: Items TSOUN05 (Verfügbarkeit von Vertrauensperson); SGB_02, schriftliche Befragung: Items SSOUN03a-3d (Hilfe/Unterstützung b. verschiedenen Problemen), SHIBE01=1 (Hilfe aus gesundheitl. Gründen erhalten=ja); Skala ERWERB3 (Arbeit gegen Entlohnung – Erwerbsrolle); TSOE06, TSOUN07, TSOUN08 (Kinder – Elternrolle); TSOE03 (Zivilstand – Partnerrolle), TSOE18a-18q=1 (Haushaltsmitglieder=Partner – Partnerrolle)

- Sozioökonomischer Status: Bildungsstand, Einkommen, Krankenversicherung (Versicherungsklasse)²³.
- Versorgungsangebot (Ärztedichte, Anzahl Spitalbetten pro Einwohner etc.) einer Region.

2.5 Analyse

Die Darstellung und Präsentation der Datenauswertung erfolgt in Tabellen und Grafiken. Es überwiegen deskriptive Analysen. Insbesondere bei Frage 3 (Einflussfaktoren der Inanspruchnahme) soll aber auch hypothesenprüfende Statistik eingesetzt werden.

2.6 Zielpopulation

Zielpopulation dieser Untersuchung sind Personen im erwerbsfähigen Alter, d.h. zwischen 20 und 65 Jahren. Diese Einschränkung wurde zum Zweck der besseren Interpretierbarkeit der Befunde gewählt. Sowohl in Kindheit und Jugend als auch insbesondere im Alter 'bedeuten' Behinderungen etwas anderes, haben andere Ursachen und v.a. auch Konsequenzen für die betroffene Person und ihre Angehörigen.

Rund 15% der in der Schweiz wohnhaften Männer und 18% der Frauen sind von einer chronischen Erkrankung oder Behinderung betroffen (vgl. Tabelle 2)²⁴. Der grössere Teil (9% Männer, 10% Frauen) dieser Personengruppe berichtet über chronische körperliche Gesundheitsprobleme, die aber (noch) nicht mit massiven Funktionseinschränkungen oder ADL-Beeinträchtigungen verbunden sind.

Weiter berichten rund 4% von schweren Funktionseinschränkungen (z.B. beim Hören, Sehen etc.) oder ADL-Beeinträchtigungen (z.B. beim Sich-Selber-Anziehen, Essen etc.). Ebenfalls 4% der Befragten geben an, unter einem chronischen psychischen Gesundheitsproblem zu leiden.

23 SGB_02, telefonische Befragung: Items TSOE27, TSOE28, TSOE30, TSOE31a-e; Skala BILDUN6; Skala INCOME97 (Einkommen); TSOSI05 (Krankenversicherungsklasse)

24 Die Prozentangaben wurden mit einem Gewichtungsfaktor berechnet, um die tatsächlichen Verhältnisse in der Grundgesamtheit (CH-Bevölkerung) abzubilden. Die ungewichteten Stichprobengrössen lauten: Keine Behinderung (N=11'228); Chron. Gesundheitsproblem: körperlich, ohne Funktionseinschr./ADL (N=1'351); Chron. Gesundheitsproblem: psychisch, ohne Funktionseinschr./ADL (N=502); Chron. Gesundheitsproblem: körperlich, mit Funktionseinschr./ADL (N=521); Chron. Gesundheitsproblem: psychisch, mit Funktionseinschr./ADL (N=82).

Tabelle 2: Behinderungen in der Schweizer Bevölkerung (20-65-Jährige)

Behinderungsart	Männer	Frauen	Gesamt
Keine Behinderung	85.0%	82.3%	83.7%
Chron. Gesundheitsproblem: körperlich, ohne Funktionseinschr./ADL	8.6%	9.9%	9.3%
Chron. Gesundheitsproblem: psychisch, ohne Funktionseinschr./ADL	2.3%	3.8%	3.1%
Chron. Gesundheitsproblem: körperlich, mit Funktionseinschr./ADL	3.6%	3.4%	3.5%
Chron. Gesundheitsproblem: psychisch, mit Funktionseinschr./ADL	0.5%	0.5%	0.5%
Gesamt	100.0%	100.0%	100.0%

Daten: SGB02, telefonische Befragung, N=13'684 (20-65-Jährige); Prozentangaben basieren auf gewichteter Hochrechnung
 schwere Funktionseinschränkungen/ADL: Beeinträchtigung von Funktionen (Sehen, Hören etc.) oder bei täglichen Verrichtungen (z.B. Anziehen, Essen etc.)

Insgesamt sind rund 3% der befragten Personen von einer Funktionseinschränkung sowie 1.4% von einer Beeinträchtigung bei alltäglichen Verrichtungen betroffen (vgl. Tabelle 3). Die genauere Analyse zeigt am häufigsten Behinderungen beim Gedächtnis, Sprechen, Sehen und bei An-/Ausziehen.

Tabelle 3: Beeinträchtigung von Funktionen und bei täglichen Verrichtungen (20-65-Jährige)

	Männer	Frauen	Gesamt
Funktionseinschränkungen			
• Erinnern	1.1%	1.3%	1.2%
• Sprechen	0.8%	0.8%	0.8%
• Sehen	0.6%	0.5%	0.5%
• Hören	0.4%	(0.2%)	0.3%
• Gehen	(0.2%)	(0.1%)	0.2%
Gesamt (mind. 1 Einschränkung)	3.0%	3.0%	3.0%
Beeinträcht. täglicher Verrichtungen (ADL)			
• An- /Ausziehen	(0.4%)	(0.2%)	0.4%
• Essen	(0.2%)	(0.1%)	0.2%
• Aus dem Bett steigen	(0.3%)	(0.2%)	0.2%
• Alleine zur Toilette gehen	(0.2%)	(0.1%)	0.2%
• Hände, Gesicht waschen	(0.2%)	(0.1%)	0.1%
Gesamt (mind. 1 Einschränkung)	1.5%	1.3%	1.4%

Daten: SGB02, telefonische Befragung, N=13'684 (20-65-Jährige); Prozentangaben basieren auf gewichteter Hochrechnung; Zahlen in Klammern: Stichprobengrösse N<30
 ADL: "Activities of Daily Living"

Nur eine Minderheit der Personen im erwerbsfähigen Alter und mit einer Behinderung bezieht eine IV-Rente (Tabelle 4). Am höchsten ist der Anteil der Rentenbeziehenden bei Personen mit chronischen psychischen Gesundheitsproblemen in Kombination mit schweren Funktionseinschränkungen oder ADL-Beeinträchtigungen (44%). Ausserdem nimmt der Anteil der IV-Renter/innen mit dem Alter stark zu, insbesondere bei chronisch psychisch kranken Personen, wo dieser bei den 55-65 Jährigen auf gegen 50% steigt.

Tabelle 4: Behinderungen und Bezug einer IV-Rente (Anteil in Prozent; 20-65 Jährige)

	keine Be- hinderung	körperl. Be- hind. ohne Funktions- einschr./ADL	körperl. Be- hind. mit Funktions- einschr./ADL	psych. Be- hind. ohne Funktions- einschr./ADL	psych. Be- hind. mit Funktions- einschr./ADL	Gesamt
IV-Rente	0.8 ²⁵	13.0	24.7	14.6	44.4	3.4

Angaben in Prozent pro Behinderungsart

Daten: SGB02, telefonische Befragung, N=13'684 (20-65 Jährige); Prozentangaben basieren auf gewichteter Hochrechnung

Schwere Funktionseinschränkungen/ADL: Beeinträchtigung von Funktionen (Sehen, Hören etc.) oder bei täglichen Verrichtungen (z.B. Anziehen, Essen etc.)

Betrachtet man die Gesamtbevölkerung, d.h. also auch Personen ausserhalb des erwerbsfähigen Alters so zeigt sich folgendes: Der Anteil an Personen, die von einer der hier berücksichtigten Behinderungen (Tabellen 2 und 3) betroffen sind, nimmt von 8% bei den 15-19 Jährigen auf 30% bei den 60-65 Jährigen zu und beträgt bei den über 65-Jährigen schliesslich 40%. (Abbildung 3). Während die Zunahme des Behindertenanteils bis zum vierzigsten Altersjahr vergleichsweise moderat ist, steigt er danach deutlich an.

25 Eine kleine Zahl von Personen, ohne Behinderung gemäss der Definition in dieser Studie bezieht nach eigenen Angaben ebenfalls eine IV-Rente.

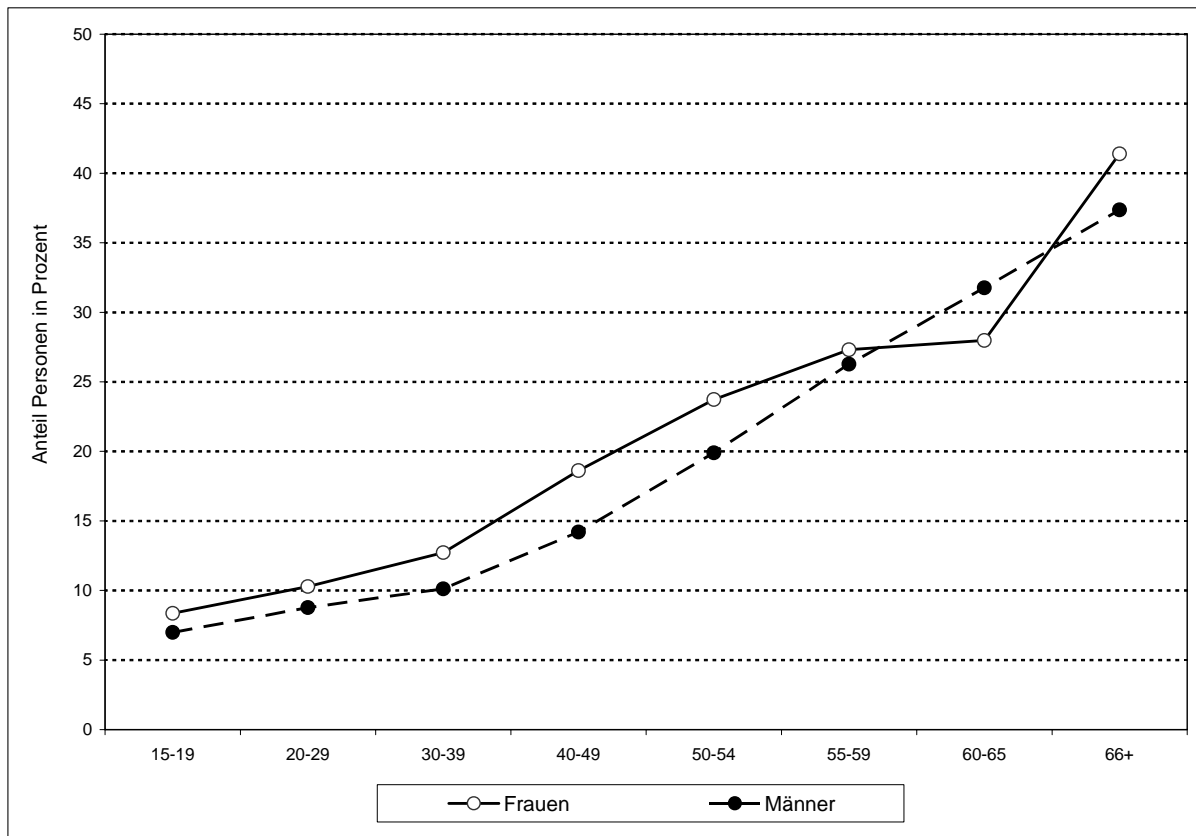


Abbildung 3: Behinderung nach Alter und Geschlecht, Schweizer Bevölkerung 2002

Die Analysen in den folgenden Kapiteln beschränken sich auf *Erwachsene im erwerbsfähigen Alter*, d. h. Frauen und Männer zwischen 20 und 65 Jahren. Dabei wird innerhalb der Behinderten differenziert zwischen den Subgruppen:

- körperlich Behinderte ohne schwere Funktionseinschränkungen/ADL-Beeinträchtigungen,
- körperlich Behinderte mit schweren Funktionseinschränkungen/ADL-Beeinträchtigungen,
- psychisch Behinderte ohne schwere Funktionseinschränkungen/ADL-Beeinträchtigungen.

Die zahlenmässig sehr kleine Gruppe der psychisch Behinderten mit Funktionseinschränkungen wird im Interesse der besseren Interpretierbarkeit der Befunde in den Auswertungen nicht berücksichtigt.

3 Wer nutzt was? Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten

3.1 Medizinische Behandlungen

Personen mit einer Behinderung nehmen im Laufe eines Jahres medizinische Behandlungen häufiger und auch intensiver in Anspruch als Personen ohne Behinderung (Tabelle 5). So geben rund 30% der Nicht-Behinderten an, im letzten Jahr keinen (in ambulanter Praxis tätigen) Arzt aufgesucht zu haben, aber nur rund 11-15% der Behinderten.

Tabelle 5: Inanspruchnahme medizinischer Behandlungen nach Art der Behinderung in Prozent (20-65-Jährige)

Behandlungen letzte 12 Monate	keine Behinderung	körperl. Behind. ohne Funktions-einschr./ADL	körperl. Behind. mit Funktions-einschr./ADL	psych. Behind. ohne Funktions-einschr./ADL
Arztbesuche (ambulante Praxen)				
0	29.8	11.2	14.7	11.0
1-2	34.4	21.6	22.2	14.7
3-5	21.6	26.3	23.7	22.1
>5	14.1	41.0	39.4	52.2
Spital: ambulante Behandlungen				
0	89.6	79.5	75.0	79.7
1	8.7	12.5	13.3	12.8
>1	1.7	8.0	11.7	7.5
Spital: stationäre Behandlungen				
0	91.0	81.7	75.4	78.3
1	8.0	13.6	20.2	16.9
>1	1.0	4.7	(4.4)	(4.7)
Spitex-Betreuung				
ja	0.9	3.9	7.0	(2.0)
Gesamt	100.0	100.0	100.0	100.0

Angaben in Prozent pro Behinderungsart, Werte in Klammern: Stichprobengrösse N<30
 Daten: SGB02, telefonische Befragung, N=13'684 (20-65 Jährige), davon 992 Missings (7%); Prozent-Angaben basieren auf gewichteter Hochrechnung
 Schwere Funktionseinschränkungen/ADL: Beeinträchtigung von Funktionen (Sehen, Hören etc.) oder bei täglichen Verrichtungen (z.B. Anziehen, Essen etc.)

Wenn Personen mit einer Behinderung den Arzt aufsuchen, so tun sie dies auch häufiger mehrmals: Zwischen rund 40% bis 50% der Behinderten berichten über mehr als 5 Arztbesuche pro Jahr (Nicht-behinderte: 14%).

Tabelle 6: Inanspruchnahme medizinische Behandlungen in privaten Praxen nach Behinderungsart (20-65-Jährige)

Behandlungen letzte 12 Monate	keine Behinderung	körperl. Behind. ohne Funktions- einschr./ADL	körperl. Behind. mit Funktions- einschr./ADL	psych. Behind. ohne Funktions- einschr./ADL.
Persönlicher Hausarzt	87.6	94.4	94.2	92.8
Besuche Hausarzt				
0	45.6	23.8	22.8	22.4
1-2	35.8	31.6	30.3	26.4
>2	18.7	44.5	46.9	51.2
Besuche Spezialarzt				
0	57.8	39.3	49.7	35.6
1	22.4	19.9	21.1	17.4
>1	19.8	40.8	29.2	47.0
Besuch Psychiater				
ja	0.7	1.9	(1.8)	21.4
Gesamt	100.0	100.0	100.0	100.0

Angaben in Prozent pro Behinderungsart, Werte in Klammern: Stichprobengrösse N<30
 Daten: SGB02, telefonische Befragung, N=13'684 (20-65 Jährige), davon 631 Missings (5%); Prozent-Angaben basieren auf gewichteter Hochrechnung
 Schwere Funktionseinschränkungen/ADL: Beeinträchtigung von Funktionen (Sehen, Hören etc.) oder bei täglichen Verrichtungen (z.B. Anziehen, Essen etc.)

Die genauere Betrachtung der Behandlungen in privaten Arztpraxen (Tabelle 6) zeigt, dass viele Behandlungen auf Hausärzte/innen entfallen. Personen mit einer Behinderung geben an, häufiger als Nicht-Behinderte über einen persönlichen Hausarzt zu verfügen, und sie suchen den Hausarzt insbesondere wesentlich öfter auf. Von Spezialärzten lassen sich vergleichsweise häufig Personen mit einem chronischen körperlichen oder psychischen Gesundheitsproblem aber ohne schwere Funktionseinschränkungen oder ADL-Beeinträchtigungen behandeln.

3.2 Nicht-ärztliche und komplementärmedizinische Behandlungen

Auch bei der Inanspruchnahme von nicht-ärztlichen Behandlungen zeigen sich markante Unterschiede zwischen Personen ohne oder mit Behinderung (Tabelle 7). Innerhalb der Gruppe der Behinderten fallen die Unterschiede geringer aus. Rund ein Drittel der Nicht-Behinderten nehmen im Laufe eines Jahres *keine* nicht-ärztlichen Leistungen in Anspruch, bei den Behinderten ist es rund ein Viertel bis ein Fünftel. Differenziert man nach Art der nicht-ärztlichen Behandlung so fallen Unterschiede besonders bei physiotherapeutischen, psychologisch-psychotherapeutischen sowie naturheilpraktischen Behandlungen auf: diese werden deutlich häufiger von Behinderten genutzt. Psychologisch-psychotherapeutische und naturheilpraktische Behandlungen werden primär von Personen mit einer psychischen Behinderung häufig genutzt.

Tabelle 7: Nicht-ärztliche Behandlungen nach Behinderungsart (20-65-Jährige)

Nicht-ärztliche Behandlungen letzte 12 Monate	keine Behinderung	körperl. Behind. ohne Funktionseinschr./ADL	körperl. Behind. mit Funktionseinschr./ADL	psych. Behind. ohne Funktionseinschr./ADL
Physiotherapeut				
0	87.9	68.9	71.6	75.5
1	2.2	3.2	(1.9)	(1.9)
>1	9.9	27.8	26.5	22.6
Chiropraktiker				
0	95.4	91.0	95.9	91.3
1	1.4	1.9	(0.9)	(1.9)
>1	3.3	7.2	3.2	6.8
Optiker				
0	76.0	69.3	70.2	73.9
1	20.6	25.9	23.3	23.6
>1	3.5	4.8	6.5	(2.5)
Psychologin				
0	96.4	94.1	94.2	68.3
1	0.6	(0.9)	(0.7)	(4.6)
>1	3.0	5.0	5.1	27.1
Podologin				
0	91.7	86.5	86.1	90.6
1	3.7	5.0	4.3	(3.8)
>1	4.6	8.4	9.6	(5.6)
Naturheilpraktiker				
0	92.8	88.4	92.5	80.9
1	2.3	2.8	(1.7)	(4.1)
>1	4.9	8.7	5.8	15.0
Dentalhygieniker				
0	59.7	57.2	67.3	58.1
1	33.0	33.2	24.7	30.6
>1	7.3	9.6	8.0	11.3
Summe nicht-ärztl. Behandlungen				
0	35.7	22.9	25.0	21.2
1	27.2	18.3	21.9	12.6
2-3	17.3	15.8	12.1	12.0
>3	19.9	42.9	41.0	54.2
Gesamt	100.0	100.0	100.0	100.0

Angaben in Prozent pro Behinderungsart, Werte in Klammern: Stichprobengrösse N<30
 Daten: SGB02, schriftliche Befragung, N=11'353 (20-65-Jährige), davon 77 Missings (0.7%); Prozentangaben basieren auf gewichteter Hochrechnung
 Schwere Funktionseinschränkungen/ADL: Beeinträchtigung von Funktionen (Sehen, Hören etc.) oder bei täglichen Verrichtungen (z.B. Anziehen, Essen etc.)

Rund ein Fünftel der Nicht-Behinderten, aber zwischen rund 30% (Funktionseinschränkungen/ADL-Beeinträchtigungen) und 40% (psychische Behinderung) der Behinderten nehmen im Laufe eines Jahres komplementärmedizinische Behandlungen in Anspruch (Tabelle 8). Spitzenreiter sind bei allen Gruppen die "manuelle Therapie", "Homöopathie" und "Akupunktur".

Tabelle 8: Komplementärmedizinische Behandlungen nach Behinderung (20-65-Jährige)

Behandlung letzte 12 Monate	keine Behinderung	körperl. Behind. ohne Funktions- einschr./ADL	körperl. Behind. mit Funktions- einschr./ADL	psych. Behind. ohne Funktions- einschr./ADL
Akupunktur	3.3	5.4	(6.8)	11.6
Homöopathie	6.1	9.6	(5.0)	15.3
Naturheilende	2.4	4.4	(3.7)	(8.5)
Manuelle Therapie	6.6	14.4	12.5	(12.3)
Shiatsu, Fussreflexzonen	3.8	5.7	(3.3)	(9.2)
Autog. Training, Hypnose	0.8	(1.4)	(0.0)	(4.6)
Neuraltherapie	0.3	(1.3)	(1.0)	(2.5)
Trad. Chines. Medizin	1.6	3.4	(1.6)	(2.7)
Anthroposoph. Medizin	0.9	(1.5)	(1.4)	(2.3)
Anzahl komplementärmed. Behandlungen				
0	81.3	68.6	71.6	59.1
1-7	12.4	15.6	15.0	20.6
>7	6.3	15.7	13.4	20.3
Gesamt	100.0	100.0	100.0	100.0

Angaben in Prozent pro Behinderungsart, Werte in Klammern: Stichprobengrösse N<30
 Daten: SGB02, schriftliche Befragung, N=11'353 (20-65 Jährige), davon 72 Missings (0.6%); Prozent-Angaben basieren auf gewichteter Hochrechnung
 Schwere Funktionseinschränkungen/ADL: Beeinträchtigung von Funktionen (Sehen, Hören etc.) oder bei täglichen Verrichtungen (z.B. Anziehen, Essen etc.)

3.3 Behandlungsanlass, Prävention

Der häufigste Anlass für das Aufsuchen eines Arztes (Tabelle 9) sind bei allen Personen Beschwerden, Krankheit oder Unfall. Bei Personen mit einer Behinderung hat dieser Anlass aber einen deutlich grösseren Stellenwert. Dagegen spielen Vorsorgeuntersuchungen anteilmässig bei Behinderten eine geringere Rolle (14%-20% vs. 22%).

Tabelle 9: Anlass des letzten Arztbesuchs nach Behinderung (20-65-Jährige)

Anlass der ärztlichen Konsultation	keine Behinderung	körperl. Behind. ohne Funktions-einschr./ADL	körperl. Behind. mit Funktions-einschr./ADL	psych. Behind. ohne Funktions-einschr./ADL
Beschwerden, Krankh., Unfall	48.9	75.5	68.7	75.6
Vorsorge, Impfung	22.1	15.2	19.8	13.9
Beratung, Zeugnis	2.0	1.7	(1.1)	(2.9)
Schwangerschaftsabklärungen	2.0	(0.3)	0.0	(0.5)
keine Konsultation letzte 12 Mte.	25.0	7.4	10.5	7.1
Gesamt	100.0	100.0	100.0	100.0

Angaben in Prozent pro Behinderungsart, Werte in Klammern: Stichprobengrösse $N < 30$
 Daten: SGB02, telefonische Befragung, $N=13'684$ (20-65 Jährige), davon 3'738 Missings (27%); Prozentangaben basieren auf gewichteter Hochrechnung
 Schwere Funktionseinschränkungen/ADL: Beeinträchtigung von Funktionen (Sehen, Hören etc.) oder bei täglichen Verrichtungen (z.B. Anziehen, Essen etc.)

Vorsorgeuntersuchungen haben insbesondere bei Behinderten ohne schwere Funktionseinschränkungen einen vergleichsweise geringen Stellenwert. Dies ist aber im Wesentlichen auf das grosse Gewicht von Behandlungen wegen Krankheit oder Unfall zurückzuführen.

Absolut betrachtet unterziehen sich Menschen mit einer Behinderung oder chronischen Krankheit jedoch deutlich häufiger Vorsorgeuntersuchungen als Personen ohne Behinderung (Tabelle 10).

Tabelle 10: Vorsorgeuntersuchungen nach Behinderung (20-65-Jährige)

Vorsorgeuntersuchungen letzte 12 Mte	keine Behinderung	körperl. Behind. ohne Funktions-einschr./ADL	körperl. Behind. mit Funktions-einschr./ADL	psych. Behind. ohne Funktions-einschr./ADL
Blutdruck	57.8	74.4	72.2	73.9
Blutzucker	32.0	46.1	46.3	51.2
Cholesterin	29.4	45.0	49.7	48.1
Krebsvorsorge	3.7	7.6	(5.9)	(6.1)
HIV-Test	4.4	4.0	(3.6)	10.6
Gentest	1.1	(1.4)	(1.6)	(0.7)
Anzahl verschiedene Vorsorgeuntersuchungen				
• 0	38.0	21.6	23.8	22.1
• 1	25.5	24.6	23.2	20.0
• 2-3	32.3	46.8	47.3	48.2
• 4-6	4.2	7.1	(5.7)	9.7
Gesamt	100.0	100.0	100.0	100.0

Angaben in Prozent pro Behinderungsart, Werte in Klammern: Stichprobengrösse N<30
 Daten: SGB02, telefonische Befragung, N=13'684 (20-65 Jährige), davon 1'442 Missings (11%); Prozentangaben basieren auf gewichteter Hochrechnung
 Schwere Funktionseinschränkungen/ADL: Beeinträchtigung von Funktionen (Sehen, Hören etc.) oder bei täglichen Verrichtungen (z.B. Anziehen, Essen etc.)

Die Analyse der spezifischen Vorsorgeuntersuchungen zeigt folgendes:

- Beinahe 80% der Behinderten gegenüber rund 60% der Nicht-Behinderten unterziehen sich innerhalb eines Jahres mindestens einer Vorsorgeuntersuchung.
- Über die Hälfte (53-58%) der Behinderten gegenüber etwas mehr als einem Drittel (36%) der Nicht-Behinderten nehmen innerhalb eines Jahres mehrere (2-6), verschiedene Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch.
- Die häufigere Nutzung durch Behinderte betrifft alle erfassten Arten von Vorsorgeuntersuchungen mit Ausnahme der HIV- und Gen-Tests. Bei den HIV-Abklärungen zeigen lediglich Personen mit einer psychischen Behinderung eine erhöhte Nachfrage.

3.4 Medikamenteneinnahme, Operationen

Personen mit einer Behinderung konsumieren deutlich mehr Medikamente als Nicht-Behinderte (Tabelle 11): So haben rund zwei Drittel der Behinderten gegenüber einem Drittel der Nicht-Behinderten in den letzten sieben Tagen ein Medikament eingenommen. Bei Personen mit einer psychischen Behinderung sind es gar annähernd drei Viertel mit Medikamentenkonsum in den letzten sieben Tagen.

Tabelle 11: Einnahme von Medikamenten in letzter Woche nach Behinderung (20-65-Jährige)

Medikamente letzte 7 Tage	keine Behinderung	körperl. Behind. ohne Funktions- einschr./ADL	körperl. Behind. mit Funktions- einschr./ADL	psych. Behind. ohne Funktions- einschr./ADL.
Irgendein Medikament	32.5	62.4	62.1	73.2
Aufgeführte Medikamente (Mehrfachantworten)	23.5	51.2	53.7	61.5
• Blutdruck	5.6	13.2	20.4	14.9
• Herz	1.5	6.6	10.0	6.6
• Schlafmittel	1.2	5.1	7.8	17.0
• Rheumamittel	1.8	14.2	13.0	9.3
• Schmerzmittel	11.2	31.1	24.9	25.8
• Beruhigungsmittel	1.6	6.9	8.5	27.6
• Abführmittel	0.7	3.0	(3.1)	(3.8)
• Asthmamittel	0.8	3.4	(2.0)	(2.1)
• Cholesterinmittel	2.2	6.5	11.0	6.8
• Hormonersatzbeh. aktuell	5.9	10.5	14.1	11.1

Angaben in Prozent pro Behinderungsart, Werte in Klammern: Stichprobengrösse N<30
 Daten: SGB02, telefonische Befragung, N=13'684 (20-65 Jährige), davon 1'059 Missings (8%); Prozentangaben basieren auf gewichteter Hochrechnung
 Schwere Funktionseinschränkungen/ADL: Beeinträchtigung von Funktionen (Sehen, Hören etc.) oder bei täglichen Verrichtungen (z.B. Anziehen, Essen etc.)

Die am häufigsten eingenommen Medikamente sind – unabhängig vom Vorliegen einer Behinderung – Schmerzmittel. Daneben dominieren je nach Behinderungsart unterschiedliche Medikamente: Bei psychisch Behinderten etwa spielen Beruhigungs- und Schlafmittel eine grosse Rolle; bei Personen mit schweren Funktionseinschränkungen oder ADL-Beeinträchtigungen sind neben den Schmerzmedikamenten besonders Blutdruck- und Rheumamittel wichtig.

Tabelle 12: Operationen (Lebenszeitprävalenz) nach Behinderung (20-65-Jährige)

Operationen Lebenszeit	keine Behinderung	körperl. Behind. ohne Funktions- einschr./ADL	körperl. Behind. mit Funktions- einschr./ADL	psych. Behind. ohne Funktions- einschr./ADL
Entfernung der Mandeln	29.9	37.4	31.9	33.4
Blinddarmoperation	18.0	22.8	30.2	19.9
Knieoperation	10.8	17.9	16.7	12.5
Fussgelenkoperation	5.5	8.9	6.5	(5.2)
Hüftgelenkoperation	0.8	2.4	(3.2)	(0.6)
Operation grauer Star	0.6	(1.7)	(2.8)	(1.0)
Gesamtzahl Operationen Lebenszeit				
0	51.0	38.4	41.6	47.0
1	34.8	37.9	33.1	36.6
2	12.3	18.7	18.9	13.1
>2	2.0	5.1	6.4	(3.2)
Gesamt	100.0	100.0	100.0	100.0

Angaben in Prozent pro Behinderungsart, Werte in Klammern: Stichprobengrösse $N < 30$
 Daten: SGB02, telefonische Befragung, $N=13'684$ (20-65 Jährige), davon 113 Missings (0.8%); Prozentangaben basieren auf gewichteter Hochrechnung
 Schwere Funktionseinschränkungen/ADL: Beeinträchtigung von Funktionen (Sehen, Hören etc.) oder bei täglichen Verrichtungen (z.B. Anziehen, Essen etc.)

Personen mit einer körperlichen Behinderung und mit schweren Funktionseinschränkungen/ADL-Beeinträchtigungen berichten über mehr Operationen (Lebenszeitprävalenz) als Nicht-Behinderte (Tabelle 12), aber auch als psychisch Behinderte. Betrachtet man ausgewählte Operationen, so zeigen sich die markantesten Unterschiede bei Blinddarm- und Knieoperationen.

3.5 Gesamtnutzung von Gesundheitsdiensten

Betrachtet man die verschiedenen Bereiche von Gesundheitsdiensten im Überblick (Tabelle 13) so zeigt sich, dass Personen mit Behinderung:

- in allen Behandlungssektoren mehr Leistungen in Anspruch nehmen,
- und zudem in allen Bereichen die spezifischen Angebote intensiver bzw. mit grösserer Frequenz nutzen.

Tabelle 13: Inanspruchnahme verschiedener Gesundheitsdienste nach Behinderung (20-65-Jährige)

Anzahl Behandlungen letzte 12 Monate	keine Behinderung	körperl. Behind. ohne Funktions- einschr./ADL	körperl. Behind. mit Funktions- einschr./ADL	psych. Behind. ohne Funktions- einschr./ADL
Ambulante Praxen: Hausarzt				
0	45.1	23.1	24.4	22.5
1-2	35.9	31.7	28.1	26.5
>2	19.0	45.2	47.5	51.0
Ambulante Praxen: Spezialarzt				
0	54.6	35.2	42.7	34.6
1	23.7	21.6	21.4	15.8
>1	21.6	43.2	35.9	49.5
Ambulante Praxen: Komplementärmedizin				
0	81.3	68.6	71.6	59.1
1-7	12.4	15.6	15.0	20.6
>7	6.3	15.7	13.4	20.3
Ambulante Praxen: Nicht-ärztliche Angebote				
0	35.7	22.9	25.0	21.2
1	27.2	18.3	21.9	12.6
2-3	17.3	15.8	12.1	12.0
>3	19.9	42.9	41.0	54.2
Spital: ambulante Behandlungen				
0	89.3	78.8	75.6	80.2
1	8.9	12.4	12.4	12.6
>1	1.8	8.8	12.0	(7.2)
Spital: stationäre Behandlungen				
0	90.8	81.3	76.5	80.6
1	8.1	14.0	18.5	14.5
>1	1.1	(4.7)	5.0	(4.8)

Angaben in Prozent pro Behinderungsart, Werte in Klammern: Stichprobengrösse N<30

Daten: SGB02, schriftliche Befragung, N=11'353 (20-65-Jährige), davon 136 Missings (1.2%); Prozentangaben basieren auf gewichteter Hochrechnung

Die Ergebnisse weichen teilweise leicht ab zu den Befunden der Tabellen 5 und 6. Dies hat mit den unterschiedlichen Missings zu tun.

Schwere Funktionseinschränkungen/ADL: Beeinträchtigung von Funktionen (Sehen, Hören etc.) oder bei täglichen Verrichtungen (z.B. Anziehen, Essen etc.)

Dementsprechend ist auch das Gesamt der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten bei Behinderten deutlich erhöht (Abbildung 4): Behinderte konsumieren pro Jahr durchschnittlich 12 Gesundheitsdienstleistungen/Behandlungen, Nicht-Behinderte im Durchschnitt 4 Behandlungen pro Jahr. Auch

hier zeigt sich, dass besonders eine intensive Nutzung (mehr als 18 Behandlungen pro Jahr) von Gesundheitsdiensten bei Behinderten häufiger vorkommt:

- rund ein Drittel (36%) der Behinderten – gegenüber 10% der Nicht-Behinderten – nehmen pro Jahr mehr als 18 Behandlungen in Anspruch;
- bei psychisch Behinderten beträgt dieser Anteil gar 46%.

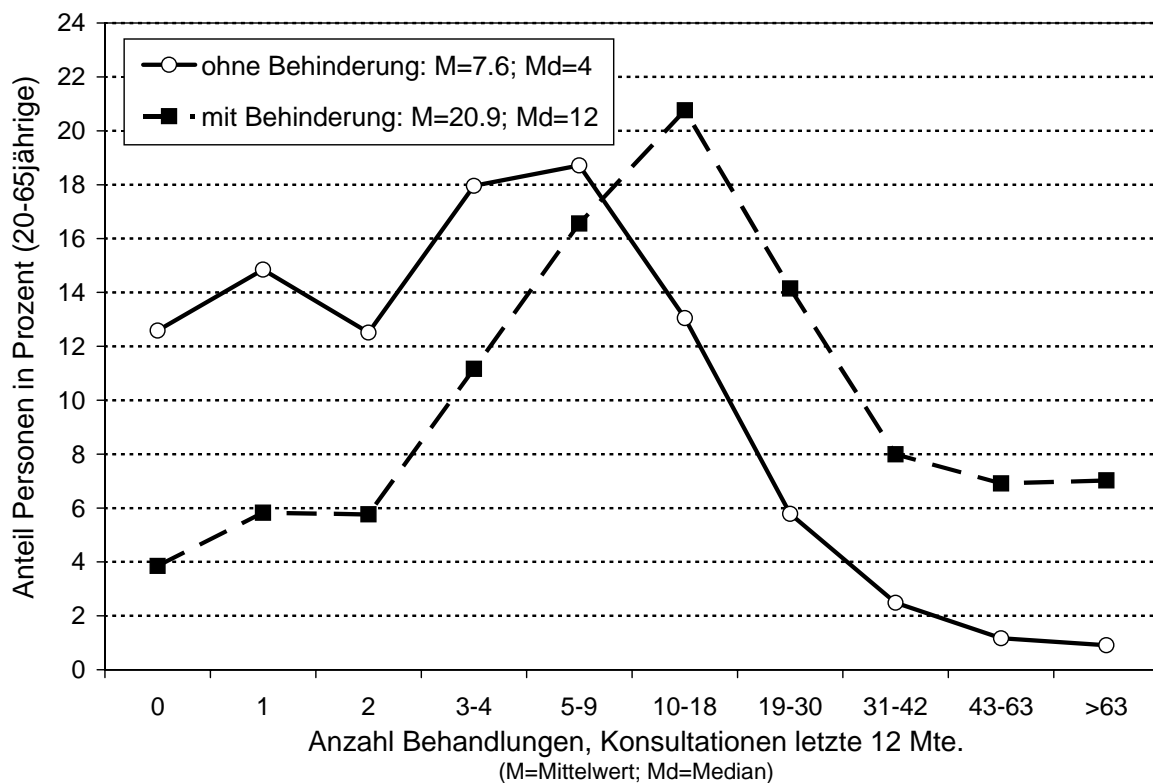


Abbildung 4: Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten letzte 12 Monate von Personen mit oder ohne Behinderung (20-65-Jährige)

Behinderte verzeichnen also in allen erfassten Bereichen von Gesundheitsdiensten eine grössere Menge beanspruchter Leistungen. Dies zeigt sich auch beim *Spektrum* der genutzten Gesundheitsdienste bzw. der Zahl verschiedener Arten von (erfassten) Gesundheitsdienste (Tabelle 14). Personen mit einer Behinderung nutzen durchschnittlich 3 verschiedene Dienste pro Jahr (bzw. die mittleren 50% der Behinderten nutzen 2-4 verschiedene Dienste) und Nicht-Behinderte 2 Dienste (1-3 Dienste) pro Jahr. Zwischen verschiedenen Gruppen von Behinderten liegen jedoch keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Breite des Spektrums genutzter Gesundheitsdienste vor.

Tabelle 14: Zahl verschiedener Arten von beanspruchten Gesundheitsdiensten pro Jahr nach Behinderung (20-65-Jährige)

Anzahl verschiedene Bereiche genutzter Gesundheitsdienste letzte 12 Mte.	keine Behinderung	körperl. Behind. ohne Funktions-einschr./ADL	Behind. mit Funktions-einschr./ADL	psych. Behind. ohne Funktions-einschr./ADL	Behind. mit Funktions-einschr./ADL
• 0 (=keine Nutzung)	11.0	3.1	5.8	(3.4)	
• 1	24.2	12.5	16.4	10.7	
• 2	27.2	23.5	24.3	18.3	
• 3	22.3	29.4	26.5	30.6	
• 4-6	15.2	31.5	27.0	37.1	
Median: 25.-75. Perzentil	2: 1-3	3: 2-4	3: 2-4	3: 2-4	

Angaben in Prozent pro Behinderungsart, Werte in Klammern: Stichprobengrösse N<30
 Daten: SGB02, schriftliche Befragung, N=11'353 (20-65-Jährige), davon 136 Missings (1.2%); Prozentangaben basieren auf gewichteter Hochrechnung
 Bereiche von Gesundheitsdiensten: Hausarzt, Spezialarzt, Komplementärmedizin. Angebote, nicht-ärztliche Angebote, spitalgebundene ambulante Behandlungen, spitalgebundene stationäre Behandlungen
 Schwere Funktionseinschränkungen/ADL: Beeinträchtigung von Funktionen (Sehen, Hören etc.) oder bei täglichen Verrichtungen (z.B. Anziehen, Essen etc.)

Untersucht man schliesslich die Leistungsarten nach ihrem Anteil am Gesamtkonsum, so zeigen sich gesamthaft geringfügige Unterschiede sowohl zwischen Behinderten und Nicht-Behinderten als auch innerhalb der Behinderten (Abbildung 5)²⁶.

Die beiden zentralen Bereiche (vgl. Abbildung 5) sind – unabhängig vom Vorliegen einer Behinderung – der Konsum nicht-ärztlicher Leistungen und Hausarztbesuche; rund zwei Drittel aller beanspruchter Leistungen fallen in diese beide Bereiche. An dritter Stelle folgen schliesslich spezialärztliche Behandlungen.

Auffallend ist jedoch zum einen das grössere Gewicht komplementärmedizinischer Behandlungen bei Personen mit psychischer Behinderung im Vergleich zu den anderen Gruppen. Zudem scheint der Hausarzt oder die Hausärztin bei Nicht-Behinderten eine etwas wichtigere "Anlaufstelle" für Gesundheitsdienste zu sein.

Zusammenfassend lässt sich somit festhalten:

- Personen mit einer Behinderung nutzen sowohl *mehr* als auch ein *breiteres Spektrum* von Gesundheitsdiensten als Nicht-Behinderte;
- Für *alle* Personen, unabhängig vom Vorliegen einer Behinderung, sind jedoch die *drei am häufigsten genutzten Bereiche* von Gesundheitsdiensten gleich, nämlich der nicht-ärztliche Bereich, der Hausarzt und Spezialärzte.
- Bei *psychisch Behinderten* haben *komplementärmedizinische Angebote* einen vergleichsweise grossen Stellenwert innerhalb der genutzten Gesundheitsdienste.

26 Dies sagt allerdings noch nichts über die beanspruchten Kosten aus (vgl. Abschnitt 2.4).

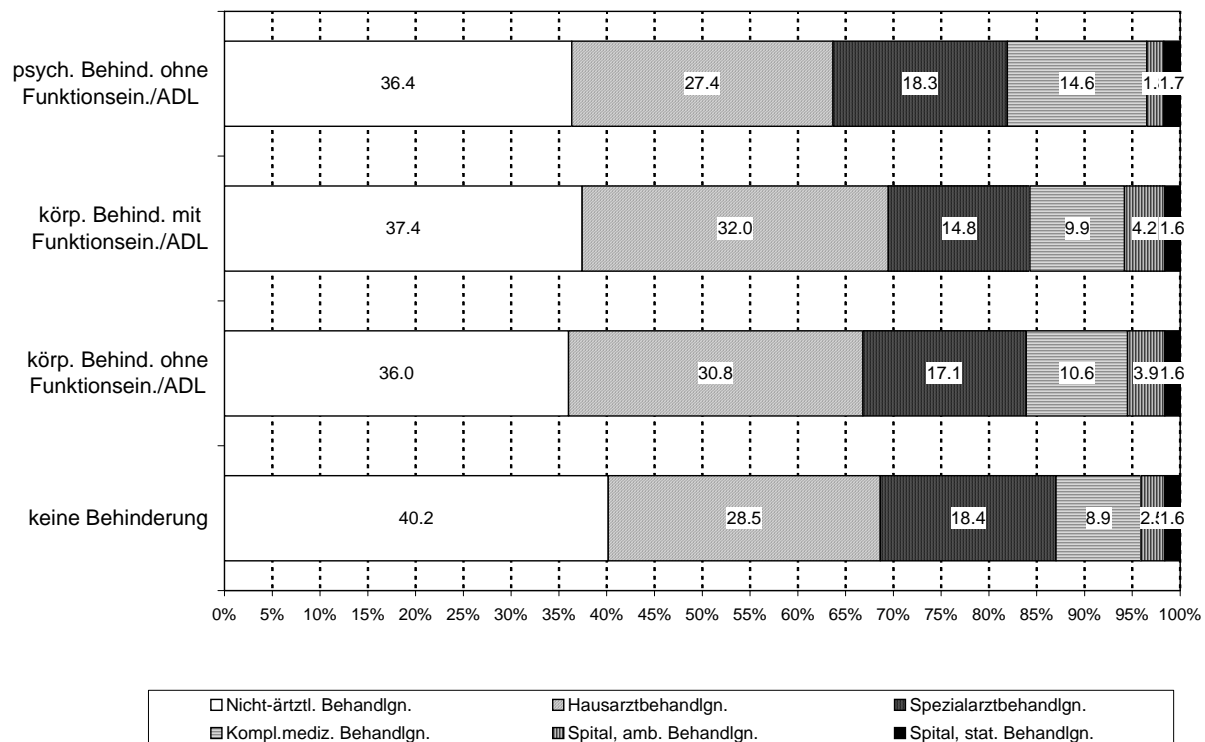


Abbildung 5: Anteile verschiedener Leistungserbringer am Total beanspruchter Behandlungen pro Jahr nach Behinderung (20-65-Jährige)

3.6 Behandlungszufriedenheit im Spital

Personen, die eine Spitalbehandlung in Anspruch nehmen mussten, sind gesamthaft mit dieser Behandlung sehr zufrieden (Abbildung 6). Es zeigen sich kaum Unterschiede weder in Bezug auf die Behandler (Pflege oder Ärzte/innen), noch in Bezug auf das Vorliegen einer Behinderung.

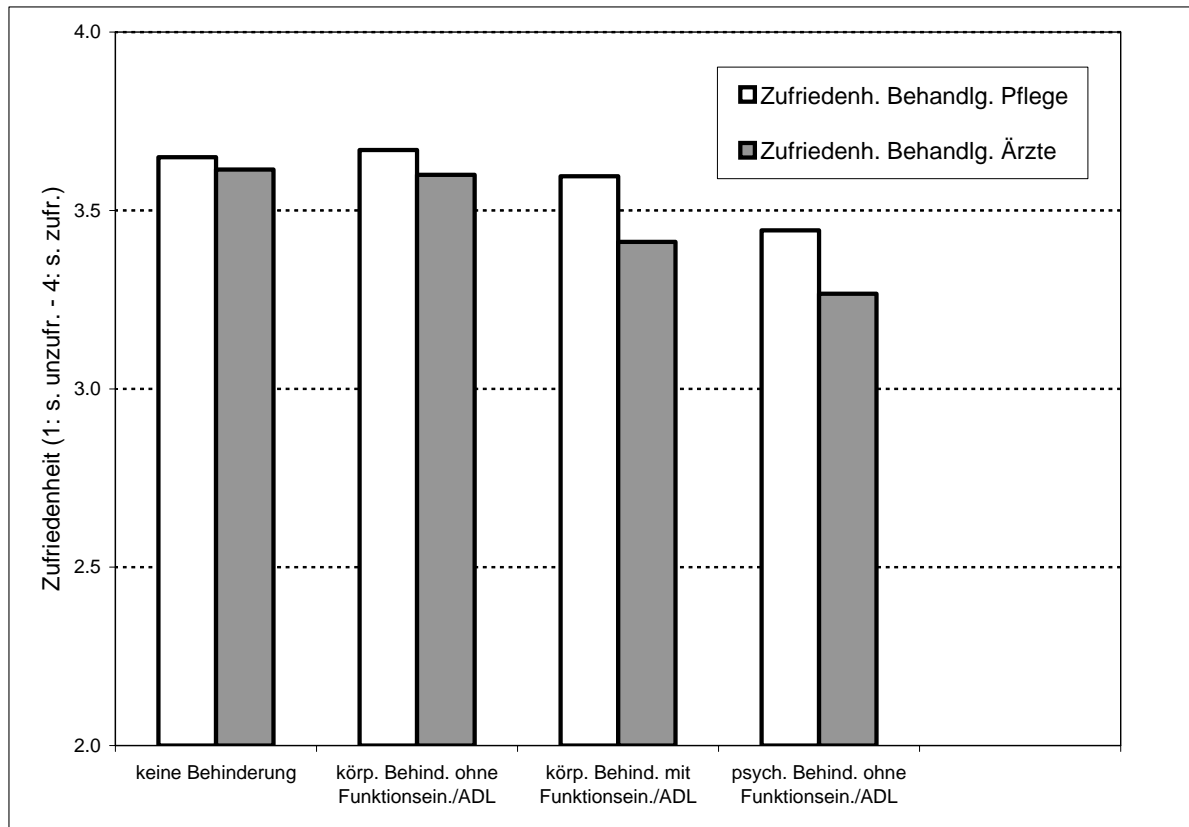


Abbildung 6: Zufriedenheit mit stationärer Behandlung im Spital nach Behinderung, Schweizer Bevölkerung 2002

Einzig Personen mit einer psychischen Behinderung berichten über eine (statistisch) signifikant geringere Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung als Personen ohne Behinderung²⁷. Allerdings ist auch dieser Unterschied gering, und er "verschwindet" grösstenteils, wenn als Kontrollvariablen Alter und Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand mitberücksichtigt werden.

3.7 Krankenversicherung

In Bezug auf die gewählte Art der Krankenversicherung finden wir kaum Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Behinderung (Tabelle 15). Für alle vier Gruppen gilt, dass etwa zwei Drittel allgemein, rund ein Viertel halbprivat und knapp 10% privat versichert sind.

Auffallend ist der leicht erhöhte Anteil von Personen unter psychisch Behinderten sowie unter Personen mit schweren Funktionseinschränkungen oder ADL-Beeinträchtigungen, welche eine Prämienverbilligung erhalten.

Schliesslich bewerten alle Befragten – unabhängig vom Vorliegen einer Behinderung – die freie Arztwahl als hohes Gut bzw. als sehr wichtig.

27 ANOVA, $F=4.20$, $df=2$; $p=.006$; $\eta^2=.02$; ES (Differenz Nicht-Behinderte vs. Psychisch Behinderte)=0.49 bzw. schwache Effektstärke nach Cohen (1988)

Tabelle 15 Krankenversicherung nach Behinderungsart

	keine Behinderung	körperl. Behind. ohne Funktions- einschr./ADL	körperl. Behind. mit Funktions- einschr./ADL	psych. Behind. ohne Funktions- einschr./ADL.
Krankenversicherung (%)				
• allgemeine Abteilung	67.6	67.1	68.4	69.7
• halbprivate Abteilung	23.0	23.8	21.8	21.3
• private Abteilung	9.4	9.2	9.8	9.0
Bezug Prämienverbilligung (%)	20.4	20.1	28.1	30.6
Wichtigkeit Selbstwahl (M) ¹⁾	3.1	3.2	3.2	3.3

Angaben in Prozent pro Behinderungsart

Daten: SGB02, telefonische Befragung, N=13'684 (20-65 Jährige), davon 1'872 Missings (14%); Prozentangaben basieren auf gewichteter Hochrechnung

Schwere Funktionseinschränkungen/ADL: Beeinträchtigung von Funktionen (Sehen, Hören etc.) oder bei täglichen Verrichtungen (z.B. Anziehen, Essen etc.)

1) M=Mittelwert; Skala: 1 (sehr unwichtig) – 4 (sehr wichtig)

4 Worauf kommt es an? Einflussfaktoren der Inanspruchnahme

4.1 Ausgewählte Faktoren und Behinderung

Die markantesten Unterschiede zwischen Behinderten und Nicht-Behinderten sind bei Variablen des subjektiven Erlebens zu verzeichnen, nämlich beim Kompetenzerleben (Kontrollüberzeugung), bei körperlichen Beschwerden und beim gesundheitlichen Wohlbefinden (Tabelle 16).

Behinderte – und besonders psychisch Behinderte – berichten über:

- ein deutlich geringeres Kompetenzerleben,
- mehr körperliche Beschwerden,
- ein stark beeinträchtigtes gesundheitliches Befinden.

Ausserdem fällt eine relativ prekäre soziale Lage von Personen mit schweren Funktionseinschränkungen und/oder ADL-Beeinträchtigungen sowie psychisch Behinderten auf:

- bei Betroffenen von schweren Funktionseinschränkungen/ADL-Beeinträchtigungen ist insbesondere die sozioökonomische Situation als kritisch zu bewerten durch einen hohen Anteil von Personen ohne Erwerbstätigkeit, mit tiefem Einkommen und tiefem Bildungsstand;
- unter den psychisch Behinderten leben vergleichsweise viele ohne Partnerschaft; das Repertoire sozialer Rollen ist reduziert; soziale Beziehung werden seltener als unterstützend erlebt.

Tabelle 16: Potenzielle Einflussfaktoren der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten nach Behinderung (20-65-Jährige)

	keine Behinderung	körperl. Behinderung ohne Funktionseinschr./ADL	körperl. Behinderung mit Funktionseinschr./ADL	psych. Behinderung ohne Funktionseinschr./ADL
20-33 J	29.2	15.3	(6.3)	19.3
34-53 J	48.8	48.9	32.9	54.1
53-65 J	22.0	35.9	60.8	26.6
Frau	50.0	52.5	47.6	61.7
höchste Ausbildg.: Volksschule	13.8	16.9	35.2	19.5
höchste Ausbildg.: Berufslehre	63.8	65.3	53.9	64.2
höchste Ausbildg.: Tertiäre Bildung	22.4	17.8	10.8	16.3
nicht erwerbstätig	21.2	30.9	54.9	33.1
teilz. erwerbstätig	25.1	24.9	15.4	32.4
vollz. erwerbstätig	53.7	44.2	29.6	34.5
Einkommen: <2'400 sFr	30.1	31.2	41.9	32.6
Einkommen: 2'400-5'000 sFr	44.1	45.1	42.4	49.4
Einkommen: >5'000 sFr	25.8	23.7	15.6	18.0
IV-Rente	0.8	13.2	22.6	13.6
kein Partner/nicht zus. lebend	25.8	23.9	23.0	33.5
Partner, zus. lebend	74.2	76.1	77.0	66.5
soziale Unterstützung: wenig	13.5	14.3	21.0	16.4
soziale Unterstützung: mittel	49.4	53.2	57.7	58.9
soziale Unterstützung: viel	37.1	32.5	21.3	24.7
Anzahl soz. Rollen (0-3): 0-1	30.1	32.6	42.1	41.8
Anzahl soz. Rollen (0-3): 2	39.7	45.3	46.4	39.7
Anzahl soz. Rollen (0-3): 3	30.2	22.1	11.5	18.5
Kontrollüberzeug.: tief	18.6	27.6	35.9	61.5
Kontrollüberzeug.: mittel	41.5	41.6	35.6	31.0
Kontrollüberzeug.: hoch	39.9	30.8	28.5	(7.5)
körperl. Beschwerden: keine/kaum	45.0	20.0	19.2	9.7
körperl. Beschwerden: einige	37.0	37.0	31.1	29.5
körperl. Beschwerden: starke	18.0	43.0	49.6	60.9
gesundheitl. Befinden: mittelm.-s.schlecht	6.6	37.9	45.2	48.1
gesundheitl. Befinden: gut	65.4	52.6	43.7	43.6
gesundheitl. Befinden: sehr gut	27.9	9.4	11.1	(8.2)

Angaben in Prozent pro Behinderungsart, Werte in Klammern: Stichprobengrösse N<30
 Daten: SGB02, schriftliche Befragung, N=11'353 (20-65 Jährige), davon 2'743 Missings (24%); Prozentangaben basieren auf gewichteter Hochrechnung
 Schwere Funktionseinschränkungen/ADL: Beeinträchtigung von Funktionen (Sehen, Hören etc.) oder bei täglichen Verrichtungen (z.B. Anziehen, Essen etc.)
 Einkommen: Äquivalenz-Haushaltseinkommen

Werden die zuvor besprochenen Einflussfaktoren der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen berücksichtigt (im Rahmen eines statistischen Modells²⁸), so fallen die Unterschiede zwischen Behinderten und Nicht-Behinderten geringer aus; sie bleiben aber in Bezug auf eine intensive Nutzung von Gesundheitsdiensten (mehr als 18 Behandlungen pro Jahr) bestehen (vgl. Tabelle 17). Demnach erhöht das Vorliegen einer Behinderung die intensive Nutzung von Gesundheitsdiensten etwa um den Faktor 2-6.

Tabelle 17: Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten nach Behinderung (20-65-Jährige)

Behinderung	Inanspruchnahme Gesamt	
	wenig-mittel vs. keine	viel vs. keine
<i>Ohne statistische Kontrolle</i>		
• keine Behinderung	–	–
• körperl. Behind. ohne Funktionseinschr./ADL	2.82 (1.90-4.19)	12.44 (8.30-18.65)
• körperl. Behind. mit Funktionseinschr./ADL	1.63 (0.96-2.78)	5.92 (3.39-10.36)
• psych. Behind. ohne Funktionseinschr./ADL	2.22 (1.12-4.37)	16.13 (8.16-31.90)
<i>Mit statistischer Kontrolle¹</i>		
• keine Behinderung	–	–
• körperl. Behind. ohne Funktionseinschr./ADL	2.09 (1.39-3.12)	5.60 (3.66-8.57)
• körperl. Behind. mit Funktionseinschr./ADL	1.20 (0.69-2.09)	2.40 (1.31-4.40)
• psych. Behind. ohne Funktionseinschr./ADL	1.27 (0.63-2.56)	4.19 (2.04-8.60)

Odds Ratios (95%-Vertrauensintervall); R² (Nagelkerke)=0.17, $\chi^2=6620.68$ (p=0.28)
 Daten: SGB02, Personen mit gültigen Daten in telefonischer und schriftlicher Befragung, N=11'353, Missings=2908 (26%); statistische Berechnung ohne Gewichtung
 Inanspruchnahme Gesamt=Gesamtnutzung Gesundheitsdienste letzte 12 Monate; wenig-mittel: 1-18 Behandlungen pro Jahr; viel: 19 und mehr Behandlungen pro Jahr
 1) Statistische Kontrolle von: Alter, Geschlecht, Erwerbstätigkeit, Partnerschaft, Soziale Unterstützung, körperliche Beschwerden, gesundheitliches Wohlbefinden, etc.

Die Befunde zeigen auch, dass Personen mit einem körperlichen Gesundheitsproblem und schweren Funktionseinschränkungen/ADL-Beeinträchtigungen tendenziell weniger intensiv Gesundheitsdienste nutzen als die anderen Gruppen von Behinderten.

28 Vgl. Anhang, Tabelle A2

4.2 Bedeutung ausgewählter Merkmale für die Nutzung von Gesundheitsdiensten

In einem weiteren Auswertungsschritt wurde untersucht, welche Bedeutung die zuvor ausgewählten Einflussfaktoren für die Gesamtnutzung von Gesundheitsdiensten haben (Tabelle 18). Da viele dieser Einflussfaktoren untereinander korreliert sind, wurde eine multivariates statistisches Verfahren²⁹ für diese Analyse gewählt. Ausserdem wurde die Auswertung für Behinderte und Nicht-Behinderte separat durchgeführt; dies erlaubt die Überprüfung der Frage, ob je nach Vorliegen einer Behinderung unterschiedliche Faktoren die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten beeinflussen.

29 Multinomiale logistische Regression

Tabelle 18: Übersicht Analyse der Einflussfaktoren der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten (letzte 12 Monate) bei Personen ohne und mit Behinderung

Einflussfaktoren	A Personen ohne Behinderung		B Personen mit Behinderung	
	Nutzung Gesundheitsdienste wenig-mittel vs. keine	viel vs. keine	Nutzung Gesundheitsdienste wenig-mittel vs. keine	viel vs. keine
Frau	+	+	n.s.	n.s.
Mann	.	.	.	.
20-33 Jahre	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
34-53 Jahre	.	.	.	.
54-65 Jahre	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
höchste Ausbildg.: Volksschule	(-)	n.s.	-	-
höchste Ausbildg.: Berufslehre	.	.	.	.
höchste Ausbildg.: Tertiäre Bildung	n.s.	(+)	n.s.	n.s.
nicht erwerbstätig	(+)	n.s.	n.s.	+
teilzeitl. erwerbstätig	(+)	(+)	n.s.	n.s.
vollzeitl. erwerbstätig	.	.	.	.
Einkommen: <2'400 sFr	(-)	-	n.s.	-
Einkommen: 2'400-5'000 sFr	.	.	.	.
Einkommen: > 5'000 sFr	(+)	+	+	++
IV-Rente	-----	-----	n.s.	n.s.
keine IV-Rente	-----	-----	.	.
keine Partnerschaft	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Partnerschaft	.	.	.	.
soziale Unterstützung: wenig	n.s.	-	n.s.	n.s.
soziale Unterstützung: mittel	.	.	.	.
soziale Unterstützung: viel	n.s.	(+)	n.s.	n.s.
Anzahl Rollen (0-3): 0-1	(-)	(-)	n.s.	n.s.
Anzahl Rollen (0-3): 2	.	.	.	.
Anzahl Rollen (0-3): 3	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Kontrollüberzeugung: tief	n.s.	n.s.	n.s.	+
Kontrollüberzeugung: mittel	.	.	.	.
Kontrollüberzeugung: hoch	(-)	(-)	n.s.	n.s.
Körperl. Beschwerden: gering	.	.	.	.
Körperl. Beschwerden: mittel	(+)	+	n.s.	n.s.
Körperl. Beschwerden: stark	+	++	n.s.	++
Gesundheitl. Befinden: mittelmäss.-schlecht	+	++	+	++
Gesundheitl. Befinden: gut	.	.	.	.
Gesundheitl. Befinden: sehr gut	(-)	-	n.s.	n.s.

(+) geringer positiver Effekt (Odds Ratio OR>1.1-1.4); + schwacher positiver Effekt (OR=1.5-3.4); ++ moderater positiver Effekt (OR=3.5-9.0); ns. nicht signifikant; . Referenzgruppe
 Daten: SGB02, Personen mit gültigen Daten in telefonischer und schriftlicher Befragung, N=11'353, Missings=2908 (26%); statistische Berechnung ohne Gewichtung
 Inanspruchnahme Gesamt=Gesamtnutzung Gesundheitsdienste letzte 12 Monate; wenig-mittel: 1-18 Behandlungen, viel: 19 und mehr Behandlungen

In Tabelle 18 sind die Befunde dieser Analyse zusammenfassend dargestellt; die genauen Zahlen können im Anhang, der Tabelle A2 entnommen werden. Zunächst ist festzustellen, dass bei Personen mit

einer Behinderung *kein grundsätzlich anderes Muster von Einflussfaktoren* der Nutzung von Gesundheitsdiensten vorliegt als bei Nicht-Behinderten. Eine Ausnahme stellt bis zu einem gewissen Grad die Bedeutung der sozioökonomischen Lage und das Repertoire sozialer Rollen dar (s. u.). Die Effekte einer Reihe von Variablen erreichen bei Behinderten zwar keine statistische Signifikanz. Dies ist aber v. a. auf die relativ kleine Stichprobengrösse zurückzuführen, die Befunde gehen nicht in eine andere Richtung.

Sowohl bei Behinderten als auch Nicht-Behinderten lassen sich drei zentrale Bereiche von Einflussfaktoren der Inanspruchnahme identifizieren:

- (1) *subjektiver Gesundheitszustand*: Wahrnehmung körperlicher Beschwerden, Wohlbefinden;
- (2) *soziale Lage*: Bildungsstand, Einkommen, berufliche Integration
- (3) *Geschlecht*³⁰ (nur bei Nicht-Behinderten).

Im Einzelnen zeigen sich die folgenden Befunde:

- *Schlechtes gesundheitliches Befinden* und *körperliche Beschwerden* gehen einher mit einer *stärkeren Inanspruchnahme* von Gesundheitsdiensten.
- *Je höher das Haushaltseinkommen, desto mehr Gesundheitsdienste* werden genutzt, wobei dieser Zusammenhang bei Behinderten stärker ausgeprägt ist als bei Personen ohne Behinderung.
- *Tiefe Schulbildung* (höchstens obligatorische Schulzeit absolviert) resultiert insbesondere bei behinderten Personen in einer *geringeren Nutzung* von Gesundheitsdiensten.
- Eine *eingeschränkte berufliche Integration* (keine oder höchstens teilzeitliche Erwerbstätigkeit) geht einher mit einer *häufigeren Nutzung* von Gesundheitsdiensten.
- Bei Personen ohne Behinderung *nutzen Frauen deutlich mehr Gesundheitsdienste* als Männer; bei Behinderten fallen die Unterschiede zwischen den Geschlechtern geringer aus.

Ausserdem steht auch das *Kompetenzerleben* (Kontrollüberzeugung) in einer Beziehung zur Nutzung von Gesundheitsdiensten. Bei Personen ohne Behinderung zeigt sich, dass ein hohes Kompetenzerleben (im Vergleich zu durchschnittlichem Kompetenzerleben) mit einer geringeren Inanspruchnahme einhergeht. Bei Personen mit Behinderung zeigt sich hingegen, dass primär ein geringes Kompetenzerleben in einer intensiven Nutzung von Gesundheitsdiensten resultiert.

Beachtenswert ist die grössere Bedeutung der *sozioökonomischen Lage* (Einkommen, Bildungsstand) für die Nutzung von Gesundheitsdiensten bei Behinderten im Vergleich zu Nicht-Behinderten. Ausserdem fällt das *soziale Rollenrepertoire* auf: Bei Nicht-Behinderten resultiert eine geringe (0-1) Zahl sozialer Rollen in einer selteneren Nutzung von Gesundheitsdiensten. Bei Behinderten aber steht ein reduziertes Rollenrepertoire gerade umgekehrt mit einer – zwar nicht-signifikanten, aber – häufigeren Nutzung von Gesundheitsdiensten in Zusammenhang (vgl. Anhang Tabelle A2).

30 Vgl. dazu auch Camenzind & Meier (2004)

5 Regionale Unterschiede

Es zeigen sich keine signifikanten regionalen Unterschiede der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten weder bei einer Differenzierung nach Zentrums- und peripheren Regionen (Tabelle 19) noch beim Vergleich der 7 Grossregionen (nicht dargestellt). Dementsprechend variiert auch die Differenz der Nutzung von Gesundheitsdiensten zwischen Behinderten und Nicht-Behinderten kaum regional. Für alle Regionen zeigt sich, dass Menschen mit einer Behinderung wesentlich häufiger Gesundheitsdienste intensiv nutzen als Nicht-Behinderte. Im Bereich der geringen Nutzung fallen die Unterschiede zwischen Behinderten und Nicht-Behinderten dagegen gering aus und sind in einigen Regionen (Mittel- und Kleinzentren) nicht signifikant.

Tabelle 19: Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten (letzte 12 Monate) von Menschen mit Behinderungen im Vergleich zu Nicht-Behinderten nach Region bei Kontrolle von Drittvariablen (20-65-Jährige)

Regionen	Inanspruchnahme Gesamt	
	wenig-mittel vs. keine	viel vs. keine
Grosszentren	1.95 (1.11-3.45)	4.80 (2.62-8.78)
Mittelzentren	1.37 (0.85-2.22)	3.83 (2.29-6.40)
Kleinzentren	1.68 (0.95-2.96)	5.04 (2.70-9.38)
Periphere Regionen	2.16 (1.19-3.90)	5.30 (2.78-10.12)

Odds Ratios (95%-Vertrauensintervall) der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten durch Behinderte bei Kontrolle von Alter, Geschlecht, Erwerbstätigkeit, Partnerschaft, Soziale Unterstützung, körperliche Beschwerden, gesundheitliches Wohlbefinden

Daten: SGB02, Personen mit gültigen Daten in telefonischer und schriftlicher Befragung, N=11'353, Missings=2908 (26%); statistische Berechnung ohne Gewichtung

Inanspruchnahme Gesamt=Gesamtnutzung Gesundheitsdienste letzte 12 Monate; wenig-mittel: 1-18 Behandlungen, viel: 19 und mehr Behandlungen

Auch bei der separaten Analyse für Nicht-Behinderte und Behinderte zeigen sich kaum regionale Unterschiede mit einer Ausnahme: Die Nutzung von Gesundheitsdiensten durch Nicht-Behinderte ist in der Region Ostschweiz signifikant tiefer als in der Region Genfersee (Befunde nicht dargestellt). Dagegen scheinen die regionalen Unterschiede bei den Behinderten geringer.

Obwohl die regionalen Mittelwerte der Inanspruchnahme nicht signifikant variieren, können jedoch Zusammenhänge mit der regionalen Gesundheitsversorgung identifiziert werden (Tabelle 20. Dabei gilt:

- je grösser die *Ärztedichte* (Zahl niedergelassener Allgemeinpraktiker und Spezialärzte) desto grösser der Konsum von Gesundheitsdiensten von Nicht-Behinderten..
- Bei Behinderten lässt sich dagegen kein Zusammenhang zwischen *Ärztedichte* und Inanspruchnahme feststellen.

Auffallend bei Behinderten ist jedoch – obwohl der Befund nicht signifikant ausfällt –, dass die *stationäre Versorgung* (bzw. das Angebot an Spitalbetten) in einem negativen Zusammenhang zur Nutzung

von Gesundheitsdiensten steht; bei Nicht-Behinderten liegt dagegen auch hier, ein positiver Zusammenhang vor³¹.

Tabelle 20: Zusammenhang (einfache Korrelationen) zwischen kantonaler Gesundheitsversorgung und Nutzung von Gesundheitsdiensten durch Nicht-Behinderte und Behinderte

Durchschnittliche Nutzung Gesundheitsdienste 1)	Gesundheitsversorgung auf kantonaler Ebene		
	KH Betten pro 1000 Einw.	Allg.ärzte pro 1000 Einw.	Spez.ärzte pro 1000 Einw.
unkorrigierte Werte 2)			
• Nicht-Behinderte (M=0.70, SD=0.04)	.568**	.499*	.575**
• Behinderte (M=1.09, SD=0.09)	-.173	.382*	.244
korrigierte Werte 3)			
• Nicht-Behinderte (M=0.70, SD<0.01)	.354	.467*	.505**
• Behinderte (M=1.08, SD=0.01)	-.271	.193	.041

Pearson-Korrelationen; N=26 (Kantone), aggregierte Daten;
M=Mittelwert, SD=Standardabweichung; ** p≤0.01, * p≤0.05
1) Nutzung Gesamt der erfassten Gesundheitsdienste (logarithmiert)
2) Ohne Korrektur des Einflusses von Drittvariablen (Alter, Geschlecht, soz. Unterstützung etc)
3) Mit Korrektur des Einflusses von Drittvariablen (Residuen)

Die in Tabelle 20 präsentierte Analyse basiert auf aggregierten Kantonsdaten. D. h.: Der durchschnittliche kantonale Konsum von Gesundheitsdiensten (durch Behinderte und Nicht-Behinderte) wurde in Bezug zu kantonalen Versorgungsdaten³² gesetzt. Von diesen aggregierten Daten kann jedoch nur mit Vorbehalt (Problem des ökologischen Fehlschlusses)³³ auf mögliche Zusammenhänge auf der Ebene der einzelnen Personen – Zusammenhang der individuellen Inanspruchnahme mit der regionalen Gesundheitsversorgung – geschlossen werden. Diese Beziehungen wurden deshalb mit einem dafür geeigneten spezifischen statistischen Verfahren, der Mehrebenenanalyse³⁴ überprüft.

Diese Berechnungen stützen jedoch die auf regionaler Ebene beobachteten Zusammenhänge zwischen individueller Nutzung von Gesundheitsdiensten und regionaler Gesundheitsversorgung. Die Abbildungen 7 und 8 veranschaulichen die Befunde (die detaillierten Zahlen der Mehrebenenanalyse sind im Anhang, Tabelle A3 wiedergegeben).

Es zeigt sich ein *positiver Zusammenhang zwischen der Zahl der Allgemeinpraktiker pro 1'000 Einwohner und der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten durch Nicht-Behinderte* (Abbildung 7). Dagegen besteht keine Beziehung zwischen Allgemeinpraktiker-Dichte und Inanspruchnahme bei Behinderten.

31 Der Befund ist schwierig zu interpretieren. Denkbar wäre ein 'Verlagerungseffekt': Bei mehr stationären Angeboten werden die Behandlungsbedürfnisse von Personen mit Behinderung vermehrt im stationären Bereich abgedeckt.

32 Datengrundlage: FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, Ärztestatistik 2004 (vgl. <http://www.obsan.ch/monitoring/statistiken/d/index.htm>; Stand Oktober 2004)

33 Vgl. Bryk & Raudenbush (1992)

34 Vgl. Bryk & Raudenbush (1992)

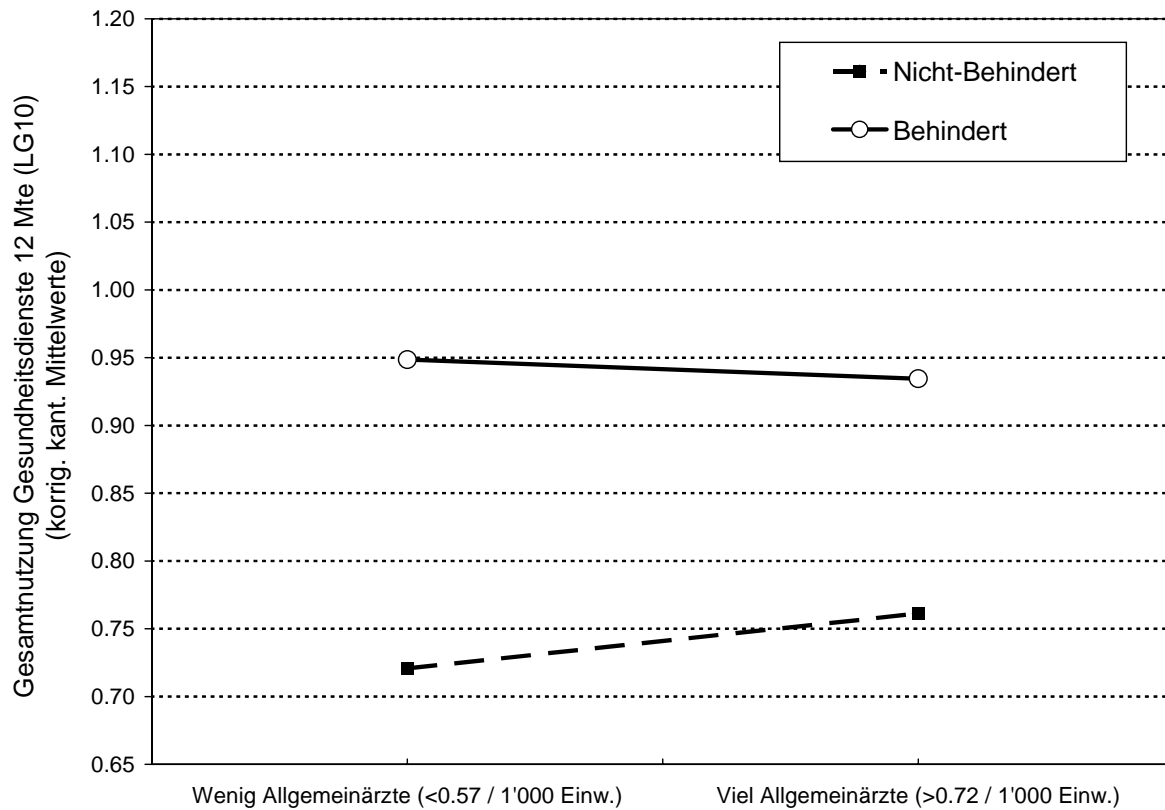


Abbildung 7: Beziehung zwischen Inanspruchnahme und Allgemeinärzte-Dichte nach Behinderung (Mehrebenenanalyse)

Weiter belegt die Mehrebenenanalyse die *negative Beziehung zwischen Spitalbettendichte und Inanspruchnahme von Behinderten* (Abbildung 8): Je grösser die Spitalbettendichte in einem Kanton, desto weniger nutzen Behinderte Gesundheitsdienste insgesamt³⁵.

35 Vgl. Fussnote 31

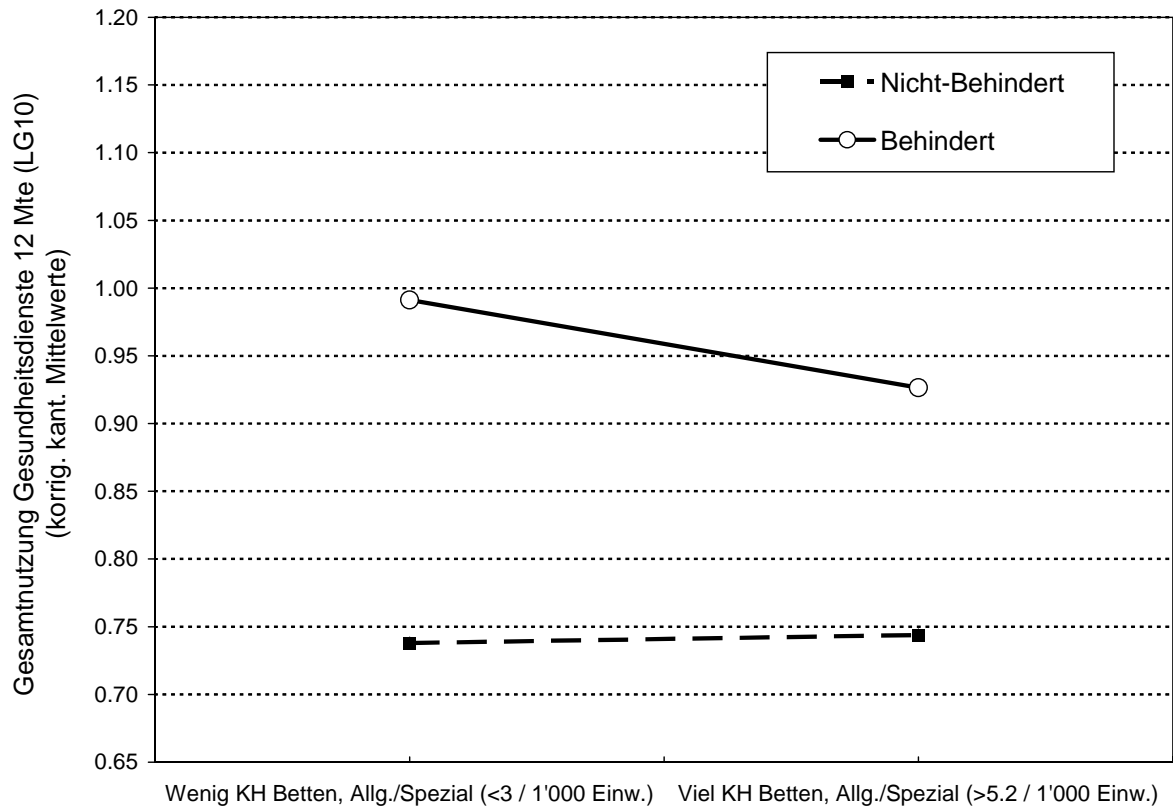


Abbildung 8: Beziehung zwischen Inanspruchnahme und Krankenhausbetten-Dichte nach Behinderung (Mehrebenenanalyse)

6 Zusammenfassung, Diskussion

6.1 Die Befunde im Überblick

Behinderung und chronische Erkrankung in der Bevölkerung

Als 'behindert' definiert wurden in der vorliegenden Untersuchung Personen, die betroffen sind von:

- einem *chronischen, subjektiv als behindernd erlebten Gesundheitsproblem*, und/oder
- *schweren Funktionseinschränkungen* (Gehen, Hören, Sehen, Erinnern), und/oder
- *schweren Beeinträchtigungen bei täglichen Verrichtungen* (ADL; z.B. sich selber anziehen, aufstehen etc.).

Nach dieser Definition sind gesamthaft rund 15% der der zu Hause lebenden und in der Schweiz wohnhaften Männer und 18% der Frauen im Alter zwischen 20 bis 65 Jahren von einer chronischen Erkrankung oder Behinderung betroffen. Im Einzelnen gilt:

- Der grössere Teil (9% Männer, 10% Frauen) dieser Personengruppe berichtet über chronische körperliche Gesundheitsprobleme, die aber (noch) nicht mit massiven Funktionseinschränkungen oder ADL-Beeinträchtigungen verbunden sind.
- Weitere 4% der Schweizer Bevölkerung (3% Männer, 4% Frauen) berichten über chronische psychische Probleme.
- Schliesslich geben 3% der Bevölkerung an, von schweren Funktionseinschränkungen (z.B. Sehen, Hören) betroffen zu sein, und 1% (2% Männer, 1% Frauen) kann wichtige Alltagsaktivitäten (z.B. sich selber Ankleiden, Aufstehen) nicht mehr selbständig verrichten.

Ausserdem nehmen im Alter die Behinderungen stark zu. Bei den über 65-Jährigen sind rund 40% der Personen von einer der erwähnten Behinderungen – chronische Erkrankung und/oder schwere Funktionseinschränkung/ADL-Beeinträchtigung – betroffen.

Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten

In der vorliegenden Untersuchung wurden 4 Bereiche von Gesundheitsdiensten berücksichtigt:

- (1) medizinische Behandlungen im engeren Sinne erbracht durch einen Arzt oder eine Ärztin,
- (2) komplementärmedizinische Behandlungen und
- (3) nicht-ärztliche Behandlungen durch nicht-ärztliche Fachpersonen;
- (4) ausserdem wurden der Konsum von Medikamenten und die Lebenszeitprävalenz von Operationen berücksichtigt.

Gesamthaft zeigt sich, dass *Personen mit einer Behinderung in allen Behandlungssektoren mehr Leistungen in Anspruch nehmen, und zudem die Angebote auch intensiver nutzen*. Behinderte konsumieren durchschnittlich 12 Gesundheitsdienstleistungen/Behandlungen pro Jahr, Nicht-Behinderte im Durchschnitt 4 Behandlungen. Was die *intensive Nutzung von Gesundheitsdiensten* betrifft, so nehmen ein Drittel (36%) der Behinderten – gegenüber 10% der Nicht-Behinderten – pro Jahr mehr als 18 Behandlungen in Anspruch; bei psychisch Behinderten beträgt dieser Anteil gar 46%.

Besonders ausgeprägt sind die Unterschiede zwischen Personen mit oder ohne Behinderung in den folgenden Behandlungsbereichen:

- Hausarztbesuche,
- Spezialarztbesuche,
- nicht-ärztliche Behandlungen.

In diesen drei Bereichen nehmen Behinderte wesentlich mehr Behandlungen in Anspruch als Nicht-Behinderte; und unter den Behinderten zeichnen sich *besonders Personen mit chronischen-psychischen Gesundheitsproblemen* durch intensive Nutzung aus. In anderen Bereichen sind die Unterschiede dagegen geringer, so bei komplementärmedizinischen Behandlungen und bei spitalgebundenen Angeboten (stationär oder ambulant).

Die stärkere Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten zeigt sich auch darin, dass Behinderte ein *breiteres Spektrum* verschiedener Arten von Gesundheitsdiensten innerhalb eines Jahres nutzen. Dagegen ist die Bedeutung der einzelnen Bereiche bei Behinderten und Nicht-Behinderten sehr ähnlich: Die beiden zentralen Bereiche sind bei allen Personen – unabhängig vom Vorliegen einer Behinderung – Besuche beim Hausarzt und der Konsum nicht-ärztlicher Behandlungen, indem rund zwei Drittel aller beanspruchten Leistungen in diese beiden Bereiche fallen.

Weiter wird deutlich, dass sich Personen mit einer Behinderung oder chronischen Erkrankung auch häufiger Vorsorgeuntersuchungen unterziehen als Nicht-Behinderte.

Lebenslage und Behinderung

Als potenzielle Einflussfaktoren der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten wurden Merkmale aus vier Bereichen der Lebenslage der befragten Personen ausgewählt: (a) personenbezogene Variablen (Alter, Geschlecht), (b) sozioökonomischer Status (Bildungsstand, Einkommen, Erwerbstätigkeit), (c) soziale Integration (soziale Unterstützung, soziale Rollen), (d) gesundheitliches Wohlbefinden (subjektiver Gesundheitszustand, körperliche Beschwerden).

Die Befunde zeigen, dass die markantesten Unterschiede zwischen Behinderten und Nicht-Behinderten bei Variablen des *subjektiven Erlebens* zu verzeichnen sind. Behinderte – und besonders psychisch Behinderte – berichten über:

- ein deutlich geringeres Kompetenzerleben,
- mehr körperliche Beschwerden,
- ein stark beeinträchtigtes gesundheitliches Befinden.

Ausserdem fällt eine relativ *prekäre soziale Lage* von Personen mit schweren Funktionseinschränkungen und/oder ADL-Beeinträchtigungen sowie psychisch Behinderten auf:

- bei Betroffenen von schweren Funktionseinschränkungen/ADL-Beeinträchtigungen ist insbesondere die sozioökonomische Situation als kritisch zu bewerten durch einen hohen Anteil von Personen ohne Erwerbstätigkeit, mit tiefem Einkommen und tiefem Bildungsstand;
- unter den psychisch Behinderten leben vergleichsweise viele ohne Partnerschaft; das Repertoire sozialer Rollen ist reduziert; soziale Beziehung werden seltener als unterstützend erlebt.

Auch unter Berücksichtigung dieser Merkmale bleiben jedoch die Unterschiede zwischen Behinderten und Nicht-Behinderten v. a. in Bezug auf die intensive Nutzung von Gesundheitsdiensten (mehr als 18 Behandlungen pro Jahr) bestehen: Das Vorliegen einer Behinderung erhöht die intensive Nutzung von Gesundheitsdiensten etwa um den Faktor 2 bis 6. Hingegen liegen keine statistisch signifikante Unterschiede der Inanspruchnahme nach Art der Behinderung vor.

Faktoren der Inanspruchnahme

Grundsätzlich gilt, dass bei Personen mit einer Behinderung *kein anderes Muster von Einflussfaktoren* der Nutzung von Gesundheitsdiensten vorliegt als bei Nicht-Behinderten. Sowohl bei Behinderten als auch Nicht-Behinderten lassen sich drei zentrale Bereiche von Einflussfaktoren der Inanspruchnahme identifizieren:

- (1) *subjektiver Gesundheitszustand*: Wahrnehmung körperlicher Beschwerden, Wohlbefinden;
- (2) *soziale Lage*: Bildungsstand, Einkommen, berufliche Integration;
- (3) *Geschlecht* (nur bei Nicht-Behinderten).

Beachtenswert bei diesen Befunden ist die grössere Bedeutung der soziökonomischen Lage (Einkommen, Bildungsstand, berufliche Integration) für die Nutzung von Gesundheitsdiensten bei Behinderten im Vergleich zu Nicht-Behinderten.

Im Einzelnen gilt: *Schlechtes gesundheitliches Befinden* und *körperliche Beschwerden* gehen einher mit einer stärkeren Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten. Je *höher das Haushaltseinkommen, desto mehr Gesundheitsdienste* werden genutzt, wobei dieser Zusammenhang bei Behinderten stärker ausgeprägt ist als bei Personen ohne Behinderung. Dasselbe gilt auch für eine *geringe berufliche Integration*, die ebenfalls mit der verstärkten Nutzung von Gesundheitsdiensten einhergeht. Hingegen resultiert eine *tiefe Schulbildung* (höchstens obligatorische Schulzeit) insbesondere bei behinderten Personen in einer *geringeren Nutzung* von Gesundheitsdiensten. Schliesslich nutzen bei Personen ohne Behinderung *Frauen deutlich mehr Gesundheitsdienste* als Männer; bei Behinderten hingegen fallen die Unterschiede zwischen den Geschlechtern geringer aus.

Ausserdem steht auch das *Kompetenzerleben* (Kontrollüberzeugung) in einer Beziehung zur Nutzung von Gesundheitsdiensten, indem v.a. das Erleben eingeschränkter Selbstkompetenz mit einer intensiven Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten einhergeht.

Regionale Unterschiede

Gesamthaft zeigen sich *keine signifikanten regionalen Unterschiede* der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten, und zwar weder bei einer Differenzierung nach Zentrums- und peripheren Regionen noch beim Vergleich der 7 BfS-Grossregionen. Dementsprechend variiert auch die Differenz der Nutzung von Gesundheitsdiensten zwischen Behinderten und Nicht-Behinderten kaum regional. Vielmehr gilt für alle Regionen, dass Menschen mit einer Behinderung wesentlich häufiger Gesundheitsdienste intensiv nutzen als Nicht-Behinderte. Auch bei der separaten Analyse nach Behinderung fallen kaum regionale Unterschiede auf, allerdings mit einer Ausnahme: Die Nutzung von Gesundheitsdiensten durch Nicht-Behinderte ist in der Region Ostschweiz signifikant tiefer als in der Region Genfersee. Dagegen scheinen die regionalen Unterschiede bei den Behinderten geringer.

Es können jedoch *Zusammenhänge mit der regionalen Gesundheitsversorgung* identifiziert werden. So zeigt sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Zahl der Allgemeinpraktiker (pro 1'000 Einwohner) und der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten durch Nicht-Behinderte. Dagegen besteht bei behinderten Personen keine Beziehung zwischen Allgemeinpraktiker-Dichte und Inanspruchnahme. Dagegen gilt: Je grösser die Spitalbettendichte, desto weniger Gesundheitsdienste insgesamt werden von Behinderten genutzt.

6.2 Fazit

Behinderung: Kein marginales Problem

Behinderung und/oder chronische Erkrankungen sind schon heute nicht das Problem einer marginalen Bevölkerungsgruppe. In der Schweiz berichten 16% der Bevölkerung von einer Behinderung oder chronischen Erkrankung. Ausserdem steigen diese Zahlen mit zunehmendem Alter stark an. Damit liegt die Schweiz durchaus im internationalen Trend bei den westlichen Ländern, wenn auch internationale Vergleiche aufgrund unterschiedlicher Behinderungsdefinition in den nationalen Statistiken nur mit Vorbehalten möglich sind (in den USA sind beispielsweise 19% der ausserhalb von Heimen und Spitälern lebenden Personen von einer Behinderung betroffen; Kraus et al. (1996)).

Für die Gesundheitsversorgung ist zu erwarten, dass der *Bedarf nach spezifischen Angeboten für Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen stark zunehmen* wird. Zum einen spricht für dieses Szenario der demografische Wandel (vgl. Höpflinger & Hugentobler, 2003). Zum andern dürften Personen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen schon heute eine zentrale Gruppe der "Konsumenten/innen" von Gesundheitsdienstleistungen sein, weil sie diese weit mehr in Anspruch nehmen als andere Bevölkerungsgruppen (vgl. vorliegende Studie).

Chronisch psychisch Behinderte als auffällige Gruppe

Die Befunde der vorliegenden Untersuchung zeigen:

- grosse Unterschiede der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten zwischen Nicht-Behinderten und Behinderten, aber
- relativ geringe Unterschiede der Inanspruchnahme zwischen verschiedenen Subgruppen von Behinderten.

Tendenziell gilt innerhalb der Behinderten, dass Personen mit schweren Funktionseinschränkungen oder Beeinträchtigungen bei Alltagsverrichtungen (ADL), vergleichsweise wenig Gesundheitsdienste nutzen. Dagegen beanspruchen von chronischen Erkrankungen Betroffene – insbesondere chronischen psychischen Leiden – mehr Gesundheitsdienste. *Es sind deshalb Personen mit chronischen psychischen Gesundheitsproblemen, die besonderer Aufmerksamkeit bedürfen.*

Diese Gruppe fällt nicht nur bei der Nutzung von Gesundheitsdiensten, sondern auch in anderen Bereichen auf: eine vergleichsweise hohe Quote der IV-Berentungen, schlechtes körperliches und psychisches Wohlbefinden, ungünstige soziale Integration in Bezug auf Partnerschaft, soziale Unterstützung und Wahrnehmung sozialer Rollen. Ausserdem erhält dieser Befund seine Relevanz auch auf dem Hintergrund aktueller Forschungsbefunde zum Phänomen der so genannten "*High Utilizers*" oder "*Heavy Users*" unter chronisch psychisch kranken Menschen (Hiller & Fichter, 2004; Roick, et al., 2002). Hier stellt sich weniger die Frage einer Unter- als einer *Fehl- oder inadäquaten Versorgung*,

welche die betroffenen Personen dazu treibt immer weitere Behandlungen aufzusuchen und doch nicht zu erhalten, was sie benötigen.

Eher Fehlversorgung als Unterversorgung

Generell gibt es kaum Hinweise aufgrund der vorliegenden Daten für eine *Unterversorgung* von Behinderten oder von Barrieren des Zugangs zu Gesundheitsdiensten für Menschen mit Behinderungen in der Schweiz:

- 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.
- Behinderte nehmen auch deutlich mehr Angebote im Bereich der Prävention in Anspruch.
- Regionale Unterschiede der Nutzung von Gesundheitsdiensten zwischen Behinderten und Nicht-Behinderten liegen trotz unterschiedlichem Versorgungsangebot kaum vor.

Allerdings 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 (s.u.).

Fehlversorgung vs. Fehlnutzung

Aber angesichts der starken und v. a. breit gefächerten Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten durch Behinderte scheint die Frage nach einer möglichen *"Fehlversorgung"* und/oder *"Fehlnutzung"* des Angebots doch angebracht. Zum einen zu ist fragen, ob die *Gesundheitsbedürfnisse von Menschen mit Behinderungen* oder chronischen Erkrankungen im bestehenden akutmedizinisch geprägten Gesundheitssystem genügend abgedeckt werden. Oder ist die starke und breit gefächerte Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten durch chronisch Kranke und Behinderte Ausdruck einer *mangelnden Passung, eines "Mismatch" von Nachfrage und Angebot* auf dem Gesundheitsmarkt (vgl. SVR, 2002)?

Zum andern müssen wir aber auch klären, ob die intensive Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten – besonders durch Personen mit chronischen Gesundheitsproblemen – Folge eines *inadäquaten Krankheitsverhaltens* der Betroffenen ist, und wie diesen Menschen am besten geholfen werden kann. Dabei ist das Konzept des so genannten *"chronischen Krankheitsverhaltens"* (vgl. Brähler & Schuhmacher, 2002) zu beachten. Dieses ist definiert durch ein Missverhältnis zwischen subjektivem Krankheitserleben sowie -verhalten und medizinischem Befund. Wichtige Aspekte des chronischen Krankheitsverhaltens sind, dass die Betroffenen meist bereits eine längere Patientenkarriere hinter sich haben und die gesundheitlichen Probleme sich zunehmend chronifizieren. Bei dieser Chronifizierung greifen v.a. zwei Prozesse ineinander und verstärken sich möglicherweise gegenseitig: Auf der Seite des Patienten oder der Patientin kann oft eine beeinträchtigte Körperwahrnehmung festgestellt werden. Auf der Seite des "Gesundheitssystems" eine vielleicht oft allzu schnelle Bereitschaft, den Behandlungswünschen des Patienten möglichst vollumfänglich zu entsprechen.

Begrenzte Informationen zu Behandlungsqualität und Behinderung

Schliesslich muss betont werden, dass die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) nur einen *relativ unscharfen Blick auf die spezifische Lage von Behinderten* im Gesundheitssystem erlauben. Beispielsweise sind kaum Variablen erfasst zu Erwartungen an medizinische Behandlungen, zur Zufriedenheit mit der erfahrenen Behandlung usw. Es lässt sich deshalb kaum etwas aussagen über die konkreten Erfahrungen, die Behinderte und Nicht-Behinderte mit dem Gesundheitssystem machen.

Hinzu kommt, dass das *Merkmal Behinderung in der SGB nur rudimentär erfasst* ist. Insbesondere lassen sich zwei grosse Gruppen von Behinderungen nicht identifizieren, nämlich geistige Behinderungen und Lernbehinderungen. Eine differenziertere Erfassung dieser Aspekte wäre wünschbar.

6.3 Schlussfolgerungen, Empfehlungen

- Im Schweizer Gesundheitssystem dürfte für behinderte und chronisch kranke Menschen weniger das Problem des ausreichenden Zugangs zu Gesundheitsdiensten bestehen als der adäquaten, bedarfsgerechten Behandlung. Es stellt sich besonders die Frage, ob die intensive und breit gefächerte Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten durch Behinderte Ausdruck einer Fehlversorgung und/oder Fehlnutzung ist.
- Zu prüfen ist, inwieweit auch in der Schweiz die Gesundheitsversorgung zu einseitig durch eine akutmedizinische Ausrichtung dominiert ist, die den Bedürfnissen von chronisch Kranken und Behinderten zu wenig Rechnung trägt. Eine solche akutmedizinische Dominanz wurde unlängst vom Sachverständigenrat der Bundesregierung für das Deutsche Gesundheitssystem festgestellt (SVR, 2002).
- Behinderung ist oft gekoppelt mit einer prekären sozialen Lage. Dies impliziert für die Behandlung und Betreuung eine ganzheitliche Sicht der Lebenslage von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen, die sich nicht auf medizinische Aspekte im engeren Sinne beschränkt, sondern insbesondere die soziale und berufliche Integration berücksichtigt. Dementsprechend ist eine Koordination der verschiedenen Betreuungsinstanzen bzw. ein Case Management (Medizinische Behandlung, soziale Dienste usw.) zu empfehlen (vgl. Lawthers et al., 2003). Dies bedeutet auch, dass die Ergebnisse ('Outcomes') der Behandlung nicht nur im gesundheitlichen sondern auch im sozialen und beruflichen Bereich beachtet werden sollten.
- Menschen mit psychischer Behinderung bedürfen besonderer Aufmerksamkeit. Sie zählen zu den intensivsten Nutzerinnen und Nutzern von Gesundheitsdiensten. Zugleich aber ist bekannt, dass viele Personen mit chronischen psychischen Problemen sich nicht an darauf spezialisierte Fachpersonen wenden (vgl. Rüesch & Manzoni, 2003; Sturny et al, 2004). Dies deutet auf eine erhebliche Fehlversorgung hin. Informationen über psychische Erkrankungen und Bemühungen zu deren Entstigmatisierung sollten sich nicht nur an ein Laienpublikum sondern insbesondere auch an Fachpersonen richten mit dem Ziel der besseren Früherkennung.
- Zu empfehlen ist schliesslich eine Befragung von Expertinnen und Experten sowie von Betroffenen (Behinderte, Angehörige) im Rahmen einer weiterführenden und die Thematik vertiefenden Studie zur Frage der adäquaten Behandlung von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderung im Schweizer Gesundheitssystem. Diese Befragung könnte den mehr qualitativen Aspekten der Beziehung zwischen Patienten/innen und Behandlern Rechnung tragen, die in den verfügbaren Datenbanken sowie in der Gesundheitsbefragung zu wenig erfasst sind.

7 Literatur

- Abelin, Th. (2000). Gesundheit, soziale Situation und Hilfsbedarf der Betagten. In: Calmonte, R.; Spuhler, Th; Weiss, W. (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.
- Barr, O.; Gilgunn, J.; Kane, T. & Moore, G. (1999). Health screening for people with learning disabilities by a community learning disability service in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 1482-1491.
- Bickenbach, J.E.; Chatterji, S.; Badley, E.M.; Üstün, T.B. (1999). Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Social Science Medicine*, 48 (9), 1173-1187.
- Bisig, B.; Gutzwiller, F. (2004) (Hrsg.). Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es eine Unter- oder Überversorgung? Band 1: Gesamtübersicht. Zürich: Verlag Rüegger.
- Bryk, A. S. & Raudenbush, St. W. (1992). Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods. London: Sage Publications.
- Brähler, E. & Schuhmacher, J. (2002). Befund und Befinden: Psychologische Aspekte körperlicher Beschwerden. In: Brähler, E.; Strauss, B. (Hrsg.). Handlungsfelder der psychosozialen Medizin, S. 208-241. Göttingen: Hogrefe.
- Bundesamt für Statistik, Pro Infirmis, Gerheuser, F. W. (2001). Indikatoren zur Gleichstellung behinderter Menschen in der Schweiz. Zürich: Pro Infirmis.
- Camenzind P. & Meier, C. (2004) (Hrsg.). Gesundheitskosten und Geschlecht. Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Bern: Verlag Hans Huber.
- Deringer, S; Zwicky, H.; Hirtz, M.; Gredig, D. (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.
- DIMDI/WHO (2004). ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, (DIMDI).
- Doody, G.A.; Johnstone, E.C.; Sanderson, T.L.; Cunningham-Owens, D.G. & Muir, W.J. (1998). 'Pfropfschizophrenie' revisited: Schizophrenia in people with mild learning disability. *British Journal of Psychiatry*, 173, 145-153.
- Freyberger, H. J.; Stieglitz, R.-D. (1996). Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie. Basel: Karger.
- Fujiura, G. T.; Yamaki, K. (2000). Trends in demography of childhood poverty and disability. *Exceptional Children*, 66(2),187-199.
- Gredig, D.; Deringer, S.; Hirtz, M.; Page, R.; Zwicky, H. (2005). Menschen mit Behinderungen in der Schweiz: Die Lebenslage der Bezügerinnen und Bezüger von Leistungen der Invalidenversicherung. Chur: Rüegger (NFP 45 Sozialstaat).
- 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*, 56(4), 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.
- Lawthers, A. G.; Pransky, G. S.; Peterson, L. E.; Himmelstein, J. H. (2003). Rethinking quality in the context of persons with disability. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(4), 287-299.
- Mathers, C. D.; Stein, C.; Fat D. M.; Rao, C.; Inoue, M.; Tomijima, N.; Bernard, C.; Lopez, A.D.; Murray, C.J.L. (2002). Global burden of disease 2000. Version 2: Methods and results. Geneva: WHO (Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No. 50).
- Meyer, P. C. (2000). Rollenkonfigurationen, Rollenfunktionen und Gesundheit. Zusammenhänge zwischen sozialen Rollen, sozialem Stress, Unterstützung und Gesundheit. Opladen: Leske + Budrich.
- Robertson, J.; Emerson, E.; Gregory, N.; Hatton, C.; Turner, S.; Kessissoglou, S. & Hallam, A. (2000). Lifestyle related risk factors for poor health in residential settings for people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 21, 469-486.
- Roick, C.; Gärtner, A.; Heider, D.; Angermeyer, M. C. (2002). "Heavy User" psychiatrischer Versorgungsdienste: Ein Überblick über den Stand der Forschung. *Psychiatrische Praxis*, 29(07), 334-342.
- Rüesch, P.; Manzoni, P. (2003). Psychische Gesundheit in der Schweiz: Monitoring. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Edition Obsan.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2002). Gutachten 2000/2001 – Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Baden-Baden: Nomos Verlag.
- 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*, 60, 47-51.
- Sturny, I.; Cerboni, S.; Christen, St.; Meyer, P. C. (2004). Daten zur Versorgung psychisch Kranker in der Schweiz. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Arbeitsdokument 4.
- 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*, 40(5), 438-450.
- Walkup, J. (2000). Disability, health care and public policy. *Rehabilitation Psychology*, 45(4), 409-422.
- Whitfield, M.L.; Langan, J. & Russell, O. (1996). Assessing general practitioners' care of adult patients with learning disability: case control study. *Quality in Health Care*, 5, 31-35.
- 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*, 29(1), 159-188.

Anhang

Tabelle A.1: Übersicht Analysebereiche, Konstrukte/Variablen, Operationalisierung in der SGB 2002

Analysebereich	Merkmal, Definition	Variablenbezeichnung SGB	SGB-Stichprobe
<i>Person</i>			
Geschlecht	–	SEX	T, S
Alter	–	ALTER	T, S
<i>Behinderung</i>			
Gesamtgruppe der Behinderten	Vorliegen eines Gesundheitsproblems mit Dauer > 1 Jahr und behindernd Art des Problems (psychisch, körperlich, psychisch und körperlich)	TKRAN01 TKRAN02	T T
Personen mit spezifischen Funktionseinschränkungen	Beeinträchtigung des Sehens, Hörens, Gehens, Sprechens, Erinnerns, bei Alltagsaktivitäten	TSBHD03, THBHD02, TBBHD03, TRBHD01, TEBHD01, TPBHD02, TPBHD03, TBBHD01	alle T
Personen mit IV-Rente	–	TIFUN03 → TIFUN04a-04d	T
<i>Gesundheitsversorgung</i>			
Inanspruchnahme medizinischer Behandlung ambulant	Anzahl Behandlungen bei Allgemeinpraktiker (letzte 12 Mte.) Anzahl Behandlungen bei Hausarzt (letzte 12 Mte.) Anzahl Behandlungen bei Spezialarzt (letzte 12 Mte.) Behandlung aufgrund psych. Probleme bei ärztl. Fachperson Anzahl spitalgebundene ambulante Behandlungen Betreuung durch SPITEX	TINAN14 TINAN15 TINAN16-TINAN18 TPSYG08 → TPSYG09a-c TINAN20 TINAN24	alle T
Inanspruchnahme medizinischer Behandlung stationär	Tage im Spital (letzte 12 Mte.) Anzahl Behandlungen im Spital (letzte 12 Mte.)	TINAN10 TINAN23	T T
Inanspruchnahme nicht-ärztlicher Behandlung	Anzahl Behandlungen bei Physiotherapeut, Chiropraktiker, Optiker, Psychologe, Fusspfleger, Heilpraktiker, Dentalhygieniker (letzte 12 Mte.) Behandlung aufgrund psych. Probleme bei nicht-ärztl. Fachperson	SINAN02 bis SINAN09 TPSYG08 → TPSYG09a-c	S T
Prävention	Grund Arztbesuch= Vorsorgeuntersuchung	TINAN21	T
Zufriedenheit mit Spitalbehandlung	Zufriedenheit mit Betreuung durch Pflege Zufriedenheit mit ärztlicher Behandlung	TINAZ01 TINAZ02	T T

Tabelle A.1: Übersicht Analysebereiche, Konstrukte/Variablen, Operationalisierung in der SGB 2002 (Forts.)

Analysebereich	Merkmale, Indikatoren	Variablenbezeichnung SGB	SGB-Stichprobe
<i>Gesundheitsversorgung</i>			
Anlass, Behandlungsbedürfnis	Grund für Inanspruchnahme einer Behandlung	TINAN21	T
<i>Intermittierende Faktoren</i>			
Sozioökonomischer Status	Bildungsstand	Skala BILDUN6	T
	Äquivalenz-Einkommen Haushalt	Skala INCOME97	
	Krankenversicherungsklasse	TSOSI05	
Gesundheitliches Befinden	Subjektiver Gesundheitszustand	TSUBG01	T
	Körperliche Beschwerden	Skala SYMPTOMa	
	Psychische Ausgeglichenheit	Skala SANPSY	
	Psychisches Wohlbefinden	Skala OPTIMISM	
Soziale Integration	Soziale Unterstützung: Verfügbarkeit Vertrauensperson	TSOUN05	T
	Soziale Unterstützung: Funktion/Quellen der Unterstützung. Hilfe bei: Krankheit, Aussprechen wollen, Krisensituation, Bedürfnis nach Wertschätzung, Bedürfnis nach Nähe	SSOUN03a-d	S
	Soziale Unterstützung: Hilfe bei gesundheitlichen Problemen	SHIBE01	S
	Soziale Rollenkonfiguration: Erwerbsrolle	Skala ERWERB3	T
	Soziale Rollenkonfiguration: Partnerrolle	TSODE03, TSODE18a-18q	T
	Soziale Rollenkonfiguration: Elternrolle	TSODE06, TSOUN07, TSOUN08	T
T: SGB-Stichprobe telefonische Befragung (N=19'706) S: SGB-Stichprobe schriftliche Befragung (N=18'745)			

Tabelle A2: Einflussfaktoren der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten (letzte 12 Monate) bei Personen ohne und mit Behinderung

Einflussfaktoren	A Personen ohne Behinderung		B Personen mit Behinderung	
	Inanspruchnahme wenig-mittel vs. keine	Gesamt viel vs. keine	Inanspruchnahme wenig-mittel vs. keine	Gesamt viel vs. keine
Frau	2.15 (2.13-2.18)	2.94 (2.90-2.99)	1.30 (0.60-2.83)	1.78 (0.80-3.97)
Mann	-	-	-	-
20-33 Jahre	1.12 (1.11-1.14)	0.86 (0.85-0.87)	1.72 (0.60-4.91)	1.84 (0.63-5.43)
34-53 Jahre	-	-	-	-
54-65 Jahre	1.07 (1.05-1.08)	1.06 (1.04-1.07)	0.76 (0.38-1.50)	0.61 (0.30-1.25)
höchste Ausbildg.: Volksschule	0.72 (0.71-0.73)	0.91 (0.90-0.93)	0.43 (0.20-0.90)	0.30 (0.13-0.66)
höchste Ausbildg.: Berufslehre	-	-	-	-
höchste Ausbildg.: Tertiäre Bildung	1.12 (1.11-1.13)	1.29 (1.27-1.31)	0.90 (0.40-2.06)	0.83 (0.35-1.95)
nicht erwerbstätig	1.12 (1.10-1.13)	1.04 (1.02-1.06)	1.93 (0.75-4.98)	2.71 (1.02-7.22)
teilzeitl. erwerbstätig	1.23 (1.22-1.25)	1.37 (1.35-1.39)	1.79 (0.72-4.48)	2.22 (0.86-5.73)
vollzeitl. erwerbstätig	-	-	-	-
Einkommen: <2'400 sFr	0.76 (0.75-0.77)	0.67 (0.66-0.68)	0.69 (0.33-1.41)	0.47 (0.22-1.00)
Einkommen: 2'400-5'000 sFr	-	-	-	-
Einkommen: > 5'000 sFr	1.29 (1.28-1.30)	1.59 (1.57-1.61)	2.50 (1.01-6.19)	3.62 (1.43-9.18)
IV-Rente	-----	-----	2.20 (0.49-9.82)	3.42 (0.76-15.46)
keine IV-Rente	-	-	-	-
keine Partnerschaft	0.69 (0.68-0.70)	0.81 (0.80-0.82)	0.47 (0.15-1.52)	0.52 (0.16-1.75)
Partnerschaft	-	-	-	-
soziale Unterstützung: wenig	0.92 (0.91-0.93)	0.71 (0.70-0.72)	1.48 (0.61-3.55)	1.27 (0.51-3.15)
soziale Unterstützung: mittel	-	-	-	-
soziale Unterstützung: viel	1.37 (1.36-1.38)	1.50 (1.49-1.52)	1.10 (0.56-2.17)	1.21 (0.59-2.45)
Anzahl Rollen (0-3): 0-1	0.62 (0.44-0.87)	0.64 (0.42-0.98)	1.43 (0.45-4.58)	1.46 (0.44-4.80)
Anzahl Rollen (0-3): 2	-	-	-	-
Anzahl Rollen (0-3): 3	0.86 (0.70-1.06)	0.83 (0.62-1.11)	0.64 (0.28-1.45)	0.56 (0.24-1.33)
Kontrollüberzeugung: tief	0.99 (0.98-1.00)	1.37 (1.35-1.39)	1.70 (0.75-3.84)	2.46 (1.06-5.67)
Kontrollüberzeugung: mittel	-	-	-	-
Kontrollüberzeugung: hoch	0.76 (0.75-0.76)	0.76 (0.75-0.77)	1.02 (0.52-1.99)	0.79 (0.39-1.61)
Körperl. Beschwerden: gering	-	-	-	-
Körperl. Beschwerden: mittel	1.38 (1.37-1.39)	2.33 (2.30-2.36)	1.57 (0.79-3.13)	1.74 (0.83-3.67)
Körperl. Beschwerden: stark	1.71 (1.69-1.74)	4.17 (4.10-4.24)	1.98 (0.86-4.55)	3.51 (1.47-8.40)
Gesundheitl. Befinden: mittelmäss.-schlecht	2.57 (2.50-2.65)	7.67 (7.44-7.90)	2.95 (1.09-7.95)	6.72 (2.47-18.30)
Gesundheitl. Befinden: gut	-	-	-	-
Gesundheitl. Befinden: sehr gut	0.78 (0.78-0.79)	0.77 (0.76-0.78)	0.97 (0.43-2.15)	0.64 (0.26-1.54)

Odds Ratios (95%-Vertrauensintervall); Modell A (multinom. logist. Regression): R^2 , Nagelkerke=0.115, $\chi^2=8484.28$ ($p=0.09$), $N=7'088$; Modell B (multinom. logist. Regression): R^2 , Nagelkerke=0.203, $\chi^2=2173.18$ ($p=0.97$), $N=1'384$; Daten: SGB02, Personen mit gültigen Daten in telefonischer und schriftlicher Befragung, $N=11'353$, Missings=2908 (26%); statistische Berechnung ohne Gewichtung. Inanspruchnahme Gesamt=Gesamtnutzung Gesundheitsdienste letzte 12 Monate; wenig-mittel: 1-18 Behandlungen, viel: 19 und mehr Behandlungen

Tabelle A3: HLM-Mehrebenenregression Gesamtnutzung Gesundheitsdienste auf Person- und Versorgungsmerkmale der Kantone

Merkmale	Γ	SE	γ	t	d.f.	p
<i>Gesamtnutzung Gesundheitsdienste</i>						
<i>Nicht-Behinderte (β_0)</i>						
Basiswert (γ_{00})	0.741	0.004	–	194.95	23	<0.001
KH Betten (γ_{01})	0.003	0.005	0.006	0.64	23	0.529
Allg.ärzte (γ_{02})	0.020	0.005	0.043	4.41	23	<0.001
<i>Alter (β_1)</i>						
Basiswert (γ_{10})	-0.006	0.004	-0.011	-1.56	11182	0.119
<i>Geschlecht=Mann (β_2)</i>						
Basiswert (γ_{20})	-0.135	0.010	-0.144	-14.15	11182	<0.001
<i>Behinderung (β_3)</i>						
Basiswert (γ_{30})	0.221	0.011	0.188	19.57	23	<0.001
KH Betten (γ_{31})	-0.032	0.014	-0.069	-2.38	23	0.026
Allg.ärzte (γ_{32})	-0.007	0.013	-0.015	-0.55	23	0.588
<i>Erwerbstätigkeit (β_4)</i>						
Basiswert (γ_{40})	-0.040	0.006	-0.075	-7.23	11182	<0.001
<i>Soz. Unterstützg. (β_5)</i>						
Basiswert (γ_{50})	0.021	0.007	0.031	2.92	11182	0.004
<i>Partnerschaft (β_6)</i>						
Basiswert (γ_{60})	-0.009	0.007	-0.009	-1.24	11182	0.217
<i>Einkommen (β_7)</i>						
Basiswert (γ_{70})	0.056	0.006	0.088	10.06	11182	<0.001
<i>Körperbeschwerden (β_8)</i>						
Basiswert (γ_{80})	0.100	0.004	0.165	23.00	11182	<0.001
<i>Gesund. Wohlbef. (β_9)</i>						
Basiswert (γ_{90})	-0.125	0.007	-0.157	-16.76	11182	<0.001

Daten: SGB02, Personen mit gültigen Daten in telefonischer und schriftlicher Befragung, N=11'353, Missings=2908 (26%); statistische Berechnung ohne Gewichtung

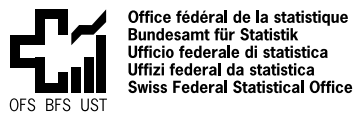
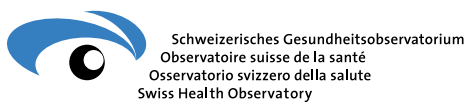
Gesamtnutzung Gesundheitsdienste: logarithmierte Skala

Γ : Unstandardisierter HLM-Regressionskoeffizient

SE: Standardfehler des Regressionskoeffizienten

γ : Standardisierter HLM-Regressionskoeffizient

p: Signifikanz



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine Organisationseinheit des Bundesamtes für Statistik.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une unité organisationnelle de l'Office fédéral de la statistique.