



Bewegung als Therapie

Schlussbericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG)

Winterthur, den 21.01.2021

Eine Studie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW)

Institut für Physiotherapie

Fachstelle für Gesundheitswissenschaften

Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie

Irina Nast & Karin Niedermann (Co-Projektleitung); Maria Carlander, Renato Mattli, Anne-Kathrin Rausch-Osthoff, Bettina Sommer, Frank Wieber, Markus Wirz

Impressum

Projekt im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit

Vertragsnummer: 19.020723

Projektlaufzeit: 09.01.-30.11.2020

Projektleiterinnen/ Prof. Dr. Irina Nast;¹ irina.nast@zhaw.ch

Hauptautorinnen: Prof. Dr. Karin Niedermann;¹ karin.niedermann@zhaw.ch

Ko-Autorinnen und -autoren: Maria Carlander, MPH;² Renato Mattli, MSc,² Anne-Kathrin Rausch-Osthoff,¹ MSc, Bettina Sommer,¹ MSc, Prof. Dr. Frank Wieber;³ Prof. Dr. Markus Wirz¹

¹ Institut für Physiotherapie, Departement Gesundheit, ZHAW

² Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, School of Management and Law, ZHAW

³ Fachstelle für Gesundheitswissenschaften, Departement Gesundheit, ZHAW

Beratende Expertinnen und Experten Edo Carrasco, Léonie Chinet, Dr. phil. Ilaria Croci, Kaba Dalla Lana, Dr. med. Boris Gojanovic, Prof. Dr. Omega Huber, Prof. Dr. med. et phil. Bengt Kayser, Dr. med. Sajiv Khanna, Prof. Dr. med. Susi Kriemler, Prof. Dr. med. Arno Schmidt-Trucksäss, PD Dr. Florian Strasser, Prof. Dr. Matthias Wilhelm

Projektkoordinatorin und Auftraggeber im BAG Andrea Poffet, Antoine Bonvin, Alberto Marcacci
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung NCD
Sektionen «Prävention in der Gesundheitsversorgung» und «Wissenschaftliche Grundlagen»

Zitiervorschlag Nast, I., Carlander, M., Mattli, R., Rausch-Osthoff, A.-K., Sommer, B., Wieber, F., Wirz, M. & Niedermann, K., (2020). Bewegung als Therapie. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	8
Résumé	11
Riassunto	15
Summary	18
1 Einleitung	21
1.1 Hintergrund	21
1.2 Projektziele	23
1.3 Abgrenzung des Projekts	23
2 Fragestellungen	25
3 Methodisches Vorgehen	26
3.1 Situationsanalyse Schweiz	26
3.2 Analyse der Erfahrungen anderer Länder	27
3.3 Handlungsempfehlungen für die Schweiz	30
4 Bewegungsangebote in der Schweiz	32
4.1 Muskuloskelettale Erkrankungen	32
4.2 Herz-Kreislauf-Erkrankungen	34
4.3 Krebserkrankungen	37
4.4 Diabetes	39
4.5 Adipositas	40
4.6 Chronische Erkrankungen der Atemwege	41
4.7 Psychische Erkrankungen	42
4.8 Suchtproblematiken	43
4.9 Weitere diagnosespezifische und -unspezifische Angebote	45
5 Situationsanalyse Schweiz	46
5.1 Zusammenfassung entlang der Fragestellungen	46
5.2 Fazit	51
5.3 Limitationen	54
6 Bewegungsangebote in ausgewählten Ländern	55
6.1 Australien	56
6.2 Dänemark	57
6.3 Deutschland	58
6.4 Finnland	59
6.5 Frankreich	60
6.6 Kanada	61
6.7 Niederlande	62
6.8 Norwegen	63
6.9 Schweden	64

6.10	Vereinigtes Königreich	65
7	Erfahrungen der ausgewählten Länder	66
7.1	Zusammenfassung entlang der Fragestellungen	66
7.2	Limitationen	79
8	Handlungsfelder und Empfehlungen	80
8.1	Grundlagen für die Handlungsempfehlungen.....	80
8.2	Expertenworkshop.....	82
8.3	Rückmeldungen zum ersten Entwurf der Handlungsempfehlungen	82
8.4	Finale Handlungsempfehlungen.....	84
9	Fazit und Ausblick	94
	Literaturverzeichnis	95
	ANHANG 1: Interviewleitfaden	108
	ANHANG 2: Am Angebot von Bewegungsinterventionen beteiligte Akteure und ihre Funktion.....	111
	ANHANG 3: Rückmeldungen der Expertinnen und Experten zum Entwurf der Handlungsempfehlungen.....	114

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Training (Exercise) als Subkategorie körperlicher Aktivität (physical activity, PA)	22
Abbildung 2: Aufbau des Expertenworkshops.....	30
Abbildung 3: Dienstleistungskette der Verordnung von physischer Aktivität als Therapie in den Gesundheitszentren Dänemarks (eigene Darstellung)	57
Abbildung 4: Dienstleistungskette der Bewegungsempfehlung in Finnland; Angepasste und übersetzte Version vom „Fit for Life“ Programm www.kkiiohjelm.fi	60
Abbildung 5: Dienstleistungskette Verordnung von körperlicher Aktivität als Therapie in Healthy Life Centers in Norwegen (eigene Darstellung)	63
Abbildung 6: Beispiel Bewegungsempfehlung bei Hypertonie	64
Abbildung 7: Dienstleistungskette Verordnung von körperlicher Aktivität als Therapie (Physical Activity on Prescription) in Schweden (eigene Darstellung)	65
Abbildung 8: Elemente zur Stärkung von Bewegung als Therapie entlang des Gesundheitspfads	81

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fragestellungen, die im vorliegenden Projekt beantwortet werden	25
Tabelle 2: Übersicht über die auf Basis der BAG-Befragung und der Literatur- und Internetrecherche ausgewählten (blau) und ausgeschlossenen (grau) Länder	28
Tabelle 3: Im Rahmen der Situationsanalyse 'andere Länder' einbezogene Expertinnen und Experten	29
Tabelle 4: An der Entwicklung der Handlungsempfehlungen (HE) beteiligte Expertinnen und Experten	31
Tabelle 5: Akteure und ihre Funktion in der aktuellen Integration von körperlicher Aktivität als Therapie in die Schweizer Gesundheitsversorgung	53
Tabelle 6: Beschreibung der Gesundheitssysteme der einbezogenen Länder	55
Tabelle 7: körperliche Aktivität auf Verschreibung: Informationen zu Versorgungsmodellen, Vorgaben und involvierten Professionen nach Land	74
Tabelle 8: körperliche Aktivität auf Verschreibung: Informationen zu Vergütung und Umfang sowie involvierte Akteure nach Land	75
Tabelle 9: körperliche Aktivität auf Verschreibung: Informationen zu Erfahrungen, Barrieren und Förderfaktoren nach Land	76
Tabelle 10: Finale übergeordnete Handlungsempfehlungen: Fokus für die Umsetzung und verantwortliche Akteure	85
Tabelle 11: Finale spezifische Handlungsempfehlungen: Fokus für die Umsetzung und verantwortliche Akteure	89

Abkürzungsverzeichnis

ACSM	American College für Sports Medicine
ADA	American Diabetes Association
AKJ	Fachverband Adipositas im Kindes- und Jugendalter
APA	activité physique adaptée
APEASE (criteria)	Affordability, Practicability, Effectiveness and cost-effectiveness, Acceptability, Side-effects/safety and Equity considerations
axSpA	axiale Spondylarthropathie
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BAT	Bewegung als Therapie
BFH	Berner Fachhochschule
CKA	Canadian Kinesiology Alliance
COPD	chronisch obstruktive Lungenerkrankung
CoRoLAR	Continuous Rolling Survey of Addictive Behaviours and Related Risks
CSEP	Canadian Society for Exercise Physiology
DGSP	Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention- Deutscher Sportärztebund
DOSB	Deutscher Olympische Sportbund
EACPR	European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation
EAPC	European Association of Preventive Cardiology
EASD	European Association for the Study of Diabetes
EIM	Exercise is Medicine
ESC	European Society of Cardiology
ESSA	Exercise and Sports Science Australia
EULAR	European League Against Rheumatism
EUPAP	European Physical Activity on Prescription
GesBG	Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe
GLA:D	Good Life with Osteoarthritis in Denmark
HEPA	Health-Enhancing Physical Activity
HES-SO	Fachhochschule Westschweiz
HKL	HerzKreislauf
HLC	Healthy Life Center
IGPTR	Interessengruppe für Physiotherapie in der Rehabilitation
IGPTR-P	Interessengruppe für Physiotherapie in der Rehabilitation – Pneumologie
IHME	Health Metrics and Evaluation
IRENA	Programm für intensivisierte Rehabilitationsnachsorge der Deut- schen Rentenversicherung

KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
MGP	multiprofessionelles Gruppenprogramm
MI	Motivational Interview / Motivierendes Gespräch
MSIT	multiprofessionelle strukturierte Individualtherapie
NCDs	Noncommunicable diseases / Nichtübertragbare Krankheiten
NCD-Strategie	Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten
NICE	National Institute for Health and Care Excellence (UK)
Obsan	Das schweizerische Gesundheitsobservatorium
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PA	Physical Activity / physische Aktivität
PAP+	Pas à Pas+
PAVK	Periphere Arterielle Verschluss Krankheit
PR	Pulmonale Rehabilitation
RA	Rheumatoide Arthritis
RfB	Rezept für Bewegung
SGA/SSA	Schweizerische Gesellschaft für Angiologie
SGB	Sozialgesetzbuch (Deutschland)
SGED	Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie
SGIM	Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin
SGP	Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie
SGP/SSP	Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie
SGR	Schweizer Gesellschaft für Rheumatologie
SHS	Schweizer Herzstiftung
SNF	Schweizerischer Nationalfonds
SpG	Sport pro Gesundheit
SUPSI	Fachhochschule Südschweiz
Unibs	Universität Basel
Unil	Universität Lausanne
VVG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag
WHO	World Health Organisation
WZW	Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Zusammenfassung

Projektauftrag

Die Evidenz zur Wirksamkeit von körperlicher Aktivität in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit nichtübertragbaren Krankheiten (engl. noncommunicable diseases, kurz NCDs), psychischen Erkrankungen und Suchtproblematiken ist umfangreich und stark. Vor diesem Hintergrund beabsichtigt das Bundesamt für Gesundheit (BAG), körperliche Aktivität als therapeutische Intervention in die Gesundheitsversorgung von Personen mit NCDs, psychischen Erkrankungen und Suchtproblematiken zu verankern. Ein Projektteam der ZHAW (Institut für Physiotherapie, Fachstelle Gesundheitswissenschaften und Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie) hat untersucht, inwiefern bei den genannten Zielgruppen körperliche Aktivität aktuell als therapeutische Intervention in den Gesundheitssystemen der Schweiz und ausgewählter Länder integriert ist. Die zusammengetragenen Erkenntnisse sowie ein Workshop mit Expertinnen und Experten aus verschiedenen medizinischen und therapeutischen Disziplinen, der Bewegungs- und Sportwissenschaft sowie Patientenvertretungen in der Schweiz bildeten die Grundlage für die Ausarbeitung von Handlungsempfehlungen.

Zielgruppe des Berichts

Der Bericht ist an den Auftraggeber BAG gerichtet und dient als Informationsgrundlage für die Implementierung von Bewegung als Therapie in der Gesundheitsversorgung in der Schweiz.

Projektziel

Das Projekt verfolgte drei Ziele: 1) Situationsanalyse Schweiz über den aktuellen Einbezug körperlicher Aktivität als therapeutische Intervention bei NCDs (konkret bei den Diagnosegruppen muskuloskelettale Erkrankungen, Herz-Kreislauf-erkrankungen, Krebserkrankungen, Diabetes, Adipositas und chronische Erkrankungen der Atemwege), psychischen Erkrankungen und Suchtverhalten in der Gesundheitsversorgung; 2) Analyse der Erfahrungen von ausgewählten Ländern mit dem Einbezug körperlicher Aktivität als therapeutische Intervention bei NCDs, psychischen Erkrankungen und Suchtverhalten in der Gesundheitsversorgung. Fokussiert wurden insbesondere die Rahmenbedingungen, gesetzlichen Grundlagen, Barrieren und Förderfaktoren sowie die involvierten Professionen; 3) Ableitung von Handlungsempfehlungen für die Schweiz.

Methodik

Informationen zur Situation in der Schweiz wurden anhand einer Literatur- und Internet-recherche gesammelt. Für die Analyse der Erfahrungen anderer Länder wurden semi-strukturierte Experteninterviews mit Fachpersonen aus dem Bereich «Exercise is Medicine» (EIM), von therapeutischen und medizinischen Vereinigungen sowie lokalen Gesundheitsbehörden folgender Länder geführt: Australien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Kanada, Niederlande, Norwegen, Schweden und Vereinigtes Königreich. In einem anschließenden Workshop mit Expertinnen und Experten in der Schweiz wurden die bisherigen Projektergebnisse diskutiert und darauf basierend Handlungsempfehlungen abgeleitet. Diese wurden den Expertinnen und Experten sowie den Auftraggebern zur Vernehmlassung vorgelegt und entsprechend ihren Rückmeldungen angepasst.

Zentrale Ergebnisse

In der Schweiz können für Patientinnen und Patienten mit NCDs, psychischen Erkrankungen oder Suchtproblematiken strukturierte Rehabilitationsprogramme ärztlich verordnet werden. In diesen Rehabilitationsprogrammen sind Bewegungsinterventionen oft enthalten. Die Programme sind dann von der Grundversicherung gedeckt. Bei fast allen NCDs können im Anschluss an die strukturierten Rehabilitationsprogramme krankheitsspezifische strukturierte

Langzeit-Angebote oder Sportgruppen verordnet werden, die nicht von der Grundversicherung, aber teilweise durch Zusatzversicherungen finanziert werden. Die Bewegungsinterventionen werden hauptsächlich von Fachpersonen aus den Bereichen Physiotherapie, Sportpädagogik sowie Bewegungs- und Sportwissenschaft angeboten. Handlungsbedarf betreffend die Integration von körperlicher Aktivität als therapeutische Intervention wurde in folgenden Bereichen identifiziert:

- Erhöhung der Anzahl von Bewegungsprogrammen in der *stationären* Rehabilitation für Betroffene mit NCDs, psychischen Erkrankungen und Suchtproblematiken
- Erweiterung, Bekanntmachung und Koordination des Angebots von strukturierten Bewegungsprogrammen für die *ambulante* Langzeitrehabilitation und die Prävention von Folgeerkrankungen bei Betroffenen mit NCDs, psychischen Erkrankungen und Suchtproblematiken
- Etablierung von Finanzierungsmöglichkeiten von langfristigen Bewegungsprogrammen in der Gesundheitsversorgung unabhängig vom Versicherungsstatus
- Entwickeln von Bewegungsempfehlungen für spezifische Diagnosegruppen (inkl. Angaben zur adäquaten Dosierung und Anpassung an individuelle Bedürfnisse und Präferenzen)
- Gewährleistung der Transparenz in Bezug auf die Rollen, Kompetenzen und wahrzunehmenden Aufgaben der involvierten Fachpersonen
- Aus- und Weiterbildung der Fachpersonen, die Bewegungsinterventionen verschreiben, koordinieren oder anbieten resp. durchführen
- Reduktion von strukturellen Barrieren für körperliche Aktivität als therapeutische Intervention (z.B. Infrastruktur für Betroffene mit NCDs in Fitnessstudios)

Die Analyse der anderen Länder zeigte, dass im Rahmen der Grundversorgung körperliche Aktivität als therapeutische Intervention nicht nur als Rehabilitationsprogramme und Langzeit-Angebote, sondern basierend auf einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage bei Vorhandensein einer entsprechenden Diagnose auch in Form eines Bewegungsrezepts verschrieben werden kann, wie z.B. in Schweden. Bewegungsrezepte können von Hausärztinnen und -ärzten verschrieben werden; in einigen Ländern darüber hinaus auch von anderen Gesundheitsfachpersonen. Diese Bewegungsrezepte dienen zur Verschreibung von spezifischen Bewegungsprogrammen oder der Beratung der Betroffenen zu den möglichen Bewegungsangeboten. In Australien wird Betroffenen mit NCDs jährlich eine begrenzte Anzahl Sitzungen vergütet, die sie für ein Coaching in verschiedenen Bereichen des Krankheitsmanagements, wie z.B. Bewegung und Ernährung, einsetzen können.

In die Umsetzung der Bewegungsrezepte sind Fachpersonen aus der Physiotherapie, Sport- und Bewegungswissenschaften und Sportpädagogik, sowie der sozialen Arbeit involviert. Einige Länder kennen spezifisch ausgebildete Fachpersonen (z.B. «Exercise Physiologists», Therapeutinnen und Therapeuten für Adapted Physical Activity). Handlungsbedarf in den inkludierten Ländern betreffend die verbesserte Integration von körperlicher Aktivität als therapeutische Intervention wurde in folgenden Bereichen identifiziert:

- Stärken der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten im Bereich «Exercise is Medicine»
- Erhöhung der Anzahl verschriebener Bewegungsrezepte
- Etablierung von Finanzierungsmöglichkeiten für Bewegungsrezepte im Rahmen der medizinischen Grundversorgung
- Definition der Ausbildungserfordernisse der verordnenden und ausführenden Fachpersonen
- Fördern der Inanspruchnahme der Bewegungsangebote
- Verbessern der Adhärenz an Bewegungsinterventionen

In der Analyse der Gesundheitssysteme anderer Länder wurden Modell-Elemente identifiziert, die für eine Anwendung in der Schweiz geeignet sein könnten. Entlang dieser Elemente wurden die Handlungsempfehlungen formuliert.

Handlungsempfehlungen

Das Gremium der Expertinnen und Experten formulierte zwei zentrale übergeordnete Handlungsempfehlungen, um körperliche Aktivität als Therapie in der Gesundheitsversorgung besser zu integrieren:

1. Unter Einbezug therapeutischer und ärztlicher Fachgesellschaften, der Bildungsinstitutionen der involvierten Professionen sowie des BAG soll die Dachorganisation «Exercise is Medicine Schweiz» (EIM-CH) gegründet werden.
2. Koordiniert durch EIM-CH und in Zusammenarbeit mit Betroffenenorganisationen soll ein Konzept erarbeitet werden, das folgende Bereiche umfasst:
 - a) die Entwicklung der Indikationsliste für körperliche Aktivität als Therapie,
 - b) die Entwicklung bzw. Verschreibung des Bewegungsrezepts,
 - c) die Entwicklung, Verbreitung, Durchführung und Evaluation von Bewegungsangeboten,
 - d) die Identifikation der involvierten Leistungserbringer, die Definition ihrer Verantwortlichkeiten und die Organisation ihrer Zusammenarbeit,
 - e) die Definition von Aufgaben, Rollen und Kompetenzen der in die Koordination und in die Umsetzung von Bewegungsinterventionen involvierten Leistungserbringer,
 - f) die Individualisierung der Bewegungsinterventionen und
 - g) die Ausgestaltung und Begleitung der Bewegungsintervention.

Die spezifischen Handlungsempfehlungen vertiefen die einzelnen Elemente des Konzepts. Zudem beziehen sie sich auf folgende Rahmenbedingungen zu dessen Umsetzung:

- die Exploration von Finanzierungsmöglichkeiten und die Implementierung von Finanzierungsmodalitäten,
- die Adaptation der Aus- und Weiterbildungscurricula der involvierten Fachpersonen sowie von diagnosespezifischen Guidelines zur Kompetenzentwicklung,
- die Kommunikation, spezifisch für die Information und Verbreitung der Bewegungsinterventionen sowie für den internationalen Austausch im Bereich EIM und
- die Entwicklung thematischer Forschungsschwerpunkte zur Implementierung und Weiterentwicklung neuer Angebote sowie für die Begleitforschung.

Impact des Mandats

Die vorliegende Arbeit inkludierte die Diagnosebereiche gemäss der nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) sowie psychische Erkrankungen und Suchtverhalten. In die Situationsanalyse Schweiz wurden Bewegungsprogramme der Sekundär- und Tertiärprävention einbezogen. Diese Studie hat gezeigt, dass körperliche Aktivität in Programme zur Behandlung von NCDs, psychischen Erkrankungen und Suchtproblemen innerhalb unseres Schweizer Gesundheitssystems integriert ist. Für die Umsetzung von körperlicher Aktivität als therapeutisches Mittel sind jedoch noch spezifische konzeptionelle und politische Massnahmen notwendig. Basierend auf den Erfahrungen anderer Länder und einem Workshop mit Expertinnen und Experten konnten Handlungsempfehlungen für die Schweiz formuliert werden. In der Vernehmlassung erhielten die Handlungsempfehlungen eine hohe Zustimmung, wurden als sehr wichtig eingeschätzt und um wertvolle Hinweise für die konkrete Umsetzung ergänzt. Die konsequente Umsetzung der Handlungsempfehlungen für eine erfolgreiche Implementierung von Bewegung als Therapie in der Gesundheitsversorgung hat das Potential, die Gesundheit und Lebensqualität von Betroffenen mit NCD, psychischen Erkrankungen oder Suchtverhalten zu verbessern und langfristig Gesundheitskosten zu senken.

Résumé

Mandat du projet

Les bénéfices de l'activité physique dans le traitement des patients atteints de maladies chroniques non transmissibles (MNT), de maladies psychiques et de problèmes d'addiction ont été largement démontrés. Dans ce contexte, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) entend ancrer l'activité physique en tant que moyen thérapeutique dans la prise en charge des personnes souffrant de MNT, de maladies psychiques et de problèmes d'addiction. Pour ce projet, une équipe de la ZHAW (Institut de physiothérapie, Unité des sciences de la santé et Institut d'économie de la santé de Winterthur) a étudié la place qu'occupe actuellement l'activité physique en tant que moyen thérapeutique dans les systèmes de santé de la Suisse et à l'international pour les groupes cibles mentionnés ci-dessus. La compilation des résultats et la conduite d'un atelier réunissant des experts de diverses disciplines médicales et thérapeutiques, des spécialistes des sciences du mouvement et du sport, ainsi que des représentants de patients en Suisse ont servi de base à l'élaboration de recommandations concernant les mesures à prendre.

Groupe cible du rapport

Mandaté par l'OFSP, ce rapport lui est directement adressé. Il sert de base pour l'implémentation de l'activité physique en tant que moyen thérapeutique dans le domaine des soins en Suisse.

Objectifs du projet

Le projet poursuivait trois objectifs : 1) Analyse de la situation en Suisse concernant la place actuelle de l'activité physique en tant que moyen thérapeutique dans la prise en charge des maladies non transmissibles (en particulier les maladies musculo-squelettiques, les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète, l'obésité et les maladies respiratoires chroniques), des maladies psychiques et les problèmes d'addiction ; 2) Analyse des expériences à l'international concernant l'intégration de l'activité physique en tant que moyen thérapeutique dans la prise en charge des MNT, des maladies psychiques et les problèmes d'addiction. L'accent a été mis en particulier sur les conditions-cadres, les bases juridiques, les obstacles et les facteurs de soutien ainsi que les professions impliquées ; 3) Élaboration de recommandations de mesures à prendre pour la Suisse.

Méthodologie

Des informations sur la situation en Suisse ont été recueillies par le biais d'une recherche documentaire et sur Internet. Afin d'analyser les expériences d'autres pays, des entretiens d'experts semi-structurés ont été menés avec des spécialistes du domaine « Exercice is Medicine » (EIM), des associations thérapeutiques et médicales ainsi qu'avec les autorités de santé des pays suivants : Australie, Danemark, Allemagne, Finlande, France, Canada, Pays-Bas, Norvège, Suède et Royaume-Uni. Les résultats obtenus ont ensuite été discutés lors d'un atelier avec des experts suisses. Ces discussions ont permis l'élaboration de recommandations concernant les actions à mener, lesquelles ont été soumises aux experts et aux mandants pour consultation puis adaptées en fonction de leurs feedbacks.

Principaux résultats

En Suisse, un médecin peut prescrire des programmes de réadaptation structurés, remboursés par l'assurance de base, pour les patients concernés par une MNT, une maladie psychique ou un problème d'addiction. L'activité physique est bien souvent incluse dans le cadre de ces programmes. Pour presque toutes les MNT, il est possible, à la suite de ces programmes de réadaptation structurés, de prescrire de l'activité physique sous forme de groupes de sport ou de programmes structurés de longue durée, spécifiques à la maladie, qui ne sont pas financés par l'assurance de base, mais qui peuvent, en partie, être pris en

charge par les assurances complémentaires. Les interventions en matière d'activité physique sont principalement proposées par des spécialistes dans les domaines de la physiothérapie, de l'éducation et des sciences du mouvement et du sport (professionnels en activité physique adaptée, professeurs de sport, ...). Les mesures identifiées comme nécessaires pour intégrer l'activité physique dans la prise en charge en tant que moyen thérapeutique sont les suivantes :

- Augmentation du nombre de programmes d'activité physique en milieu stationnaire pour les personnes souffrant de MNT, de maladies psychiques et de problèmes d'addiction
- Développement, diffusion et coordination de l'éventail des programmes structurés d'activité physique pour favoriser une réadaptation ambulatoire à long terme et prévenir les complications pour les personnes souffrant de MNT, de maladies psychiques et de problèmes d'addiction
- Etablir des possibilités de financement des programmes d'activité physique à long terme dans le domaine des soins, indépendamment du statut d'assuré
- Élaboration de recommandations en termes d'activité physique pour les différents groupes de diagnostics spécifiques (y compris des informations sur la quantité adéquate et l'adaptation aux besoins et préférences individuels)
- Garantie de la transparence en ce qui concerne les rôles, les compétences et les tâches à accomplir par les professionnels concernés
- Formation et perfectionnement des professionnels qui prescrivent, coordonnent, proposent ou réalisent des interventions en matière d'activité physique
- Réduction des obstacles structurels à l'activité physique en tant que moyen thérapeutique (par exemple, infrastructure pour les personnes atteintes de MNT dans les studios de fitness)

L'analyse internationale a montré que, dans le cadre des soins primaires, l'activité physique en tant qu'moyen thérapeutique n'est pas uniquement prescrite sous forme de programmes de réadaptation et d'offres à long terme, mais aussi, en fonction du diagnostic, sous la forme d'une prescription d'activité physique, comme en Suède, par exemple. L'activité physique peut être prescrite par les médecins de famille et, dans certains pays, par d'autres professionnels de la santé également. Ces ordonnances sont utilisées pour prescrire des programmes d'activité physique spécifiques ou pour conseiller les personnes concernées sur les options possibles en matière d'activité physique. En Australie, les personnes atteintes de MNT ont le droit au remboursement d'un nombre limité de séances par année pour un coaching dans les domaines de prise en charge de leur choix, comme par exemple l'activité physique ou la nutrition.

Des spécialistes dans les domaines de la physiothérapie, de l'éducation et des sciences du mouvement et du sport, ainsi que du travail social sont impliqués dans la prescription d'activité physique. Certains pays disposent de professionnels spécialement formés (par exemple, des « physiologistes de l'exercice », des thérapeutes en Adapted Physical Activity). Sur la base des expériences des pays inclus dans l'étude, les actions identifiées comme nécessaires pour une meilleure intégration de l'activité physique en tant que moyen thérapeutique sont les suivantes :

- Renforcer la formation des médecins dans le domaine « Exercice is Medicine »
- Augmenter le nombre de prescriptions d'activité physique
- Etablir des possibilités de financement pour les prescriptions d'activité physique dans le cadre des soins médicaux de base
- Définir les exigences de formation à la fois des spécialistes chargés de la prescription et des intervenants en matière d'activité physique
- Encourager l'utilisation des programmes d'activité physique

- Améliorer l'adhésion aux interventions en matière d'activité physique

L'analyse des systèmes de santé des pays pris en compte dans le cadre de ce mandat a permis d'identifier des éléments-modèles qui pourraient être appliqués en Suisse. Des recommandations ont été formulées sur la base de ces éléments.

Actions recommandées

Le groupe d'experts a formulé deux recommandations générales centrales concernant les mesures à prendre pour mieux intégrer l'activité physique en tant que moyen thérapeutique dans le domaine des soins :

1. Création d'une organisation faîtière « Exercice is Medicine Suisse » (EIM-CH) avec la participation des sociétés médicales, des associations professionnelles et des institutions de formation concernées ainsi que de l'OFSP.
2. Élaboration d'un concept couvrant les domaines ci-dessous, coordonnée par EIM-CH en collaboration avec les organisations des patients :
 - a) l'élaboration d'une liste d'indications pour l'utilisation de l'activité physique en tant que moyen thérapeutique,
 - b) le développement de la prescription d'activité physique sous forme d'ordonnance,
 - c) le développement, la diffusion, la mise en œuvre et l'évaluation des prestations d'activité physique,
 - d) l'identification des prestataires de services concernés, la définition de leurs responsabilités et le fonctionnement de leur collaboration,
 - e) la définition des tâches, des rôles et des compétences des prestataires de services impliqués dans la coordination et la mise en œuvre des interventions en matière d'activité physique,
 - f) l'individualisation des interventions en matière d'activité physique, et
 - g) l'organisation et le suivi de l'intervention en matière d'activité physique.

Les recommandations spécifiques approfondissent les différents éléments du concept. De plus, elles se réfèrent aux conditions-cadres suivantes pour la mise en œuvre :

- la recherche des possibilités de financement et mise en œuvre des différentes modalités de financement,
- l'adaptation des programmes de formation de base et postgrade des professionnels concernés et élaboration de lignes directrices spécifiques aux différents diagnostics pour le développement des compétences,
- la communication, en particulier pour l'information et la diffusion des interventions en matière d'activité physique et pour l'échange international dans le domaine EIM, et
- le développement des thématiques prioritaires de recherche pour la mise en œuvre et le développement de nouvelles offres tout comme pour suivi scientifique.

Impact du mandat

La présente étude s'est orientée sur les principales MNT définies dans la stratégie nationale « Prévention des MNT », ainsi que les maladies psychiques et les problèmes d'addiction. Des programmes d'activité physique de prévention secondaire et tertiaire ont été inclus dans l'analyse de la situation suisse. Avec cette étude, il a été démontré que l'activité physique est intégrée dans des programmes de prise en charge des MNT, maladies psychiques et des problèmes d'addictions au sein de notre système sanitaire suisse. Toutefois, pour la mise en œuvre de l'activité physique en tant que moyen thérapeutique des mesures conceptuelles et politiques spécifiques sont encore nécessaires. Sur la base des expériences internationales et d'un atelier avec des experts, des recommandations sur les actions à mener ont pu être formulées pour la Suisse. Au cours du processus de consultation, les recommandations émises

ont reçu une forte approbation, ont été considérées comme très importantes et ont été complétées par de précieuses suggestions de mise en œuvre concrète. L'implémentation cohérente des mesures recommandées pour une intégration réussie de l'activité physique en tant que moyen thérapeutique dans le domaine des soins a le potentiel d'améliorer la santé et la qualité de vie des personnes souffrant de MNT, de maladies psychiques ou de problèmes d'addiction et de réduire les coûts de santé à long terme.

Riassunto

Incarico di progetto

L'evidenza concernente l'efficacia dell'attività fisica nel trattamento di pazienti con malattie non trasmissibili (MNT), malattie psichiche e dipendenza è ampia e consolidata. In questo contesto, l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) intende ancorare l'attività fisica come misura terapeutica nella presa in carico di persone affette da MNT, malattie mentali e problemi di dipendenza. Un team di progetto dello ZHAW (Istituto di Fisioterapia, Unità di scienze della salute e Istituto di economia della salute di Winterthur) ha valutato fino a che punto l'attività fisica sia attualmente integrata nel sistema sanitario della Svizzera e di una serie di altri Paesi come misura terapeutica per i gruppi target menzionati. I risultati raccolti, la condotta di un workshop con esperti di varie discipline mediche e terapeutiche e di scienze motorie e sportive, nonché con rappresentanti dei pazienti in Svizzera hanno costituito la base per l'elaborazione di raccomandazioni di intervento.

Gruppo target del rapporto

Il rapporto è rivolto al committente UFSP e funge da base informativa per l'implementazione dell'attività fisica come terapia per la presa a carico di MNT.

Obiettivo del progetto

Il progetto persegue tre obiettivi: 1) analisi della situazione svizzera riguardante l'attuale inclusione dell'attività fisica come misura terapeutica nella presa a carico in caso di MNT (in particolare nei gruppi di diagnosi concernenti malattie muscoloscheletriche, malattie cardiovascolari, malattie oncologiche, diabete, obesità e malattie croniche delle vie respiratorie), malattie psichiche e dipendenze; 2) analisi delle esperienze di Paesi selezionati che hanno integrato l'attività fisica come misura terapeutica nella presa a carico in caso di MNT, malattie psichiche e dipendenze; l'attenzione si è concentrata in particolare su condizioni quadro, basi giuridiche, barriere e fattori favorevoli, nonché sulle professioni coinvolte; 3) derivazione di raccomandazioni di intervento concrete per la Svizzera.

Metodi

Le informazioni sulla situazione in Svizzera sono state raccolte sulla base di una ricerca bibliografica e su Internet. Per l'analisi delle esperienze di altri Paesi sono state condotte interviste semi-strutturate di esperti ed esperte dell'iniziativa «Exercise is Medicine» (EIM), di associazioni terapeutiche e mediche e di autorità sanitarie nazionali dei seguenti Paesi: Australia, Canada, Danimarca, Germania, Finlandia, Francia, Norvegia, Paesi Bassi, Regno Unito e Svezia. In un successivo workshop con esperti tenutosi in Svizzera sono stati discussi i primi risultati del progetto, che sono stati usati da fondamento per l'elaborazione di raccomandazioni di intervento concrete. Le raccomandazioni sono state sottoposte, in una procedura di consultazione, agli esperti nonché alla committenza, per essere poi adattate sulla base dei feedback ricevuti.

Risultati principali

In Svizzera, un medico può prescrivere dei programmi di riabilitazione, rimborsati dall'assicurazione di base, per i gruppi diagnostici MNT esaminati, per le malattie psichiche e per le dipendenze. Alle volte questi programmi includono anche l'attività fisica. A seguito dei programmi di riabilitazione strutturati possono essere prescritte per quasi tutte le MNT misure strutturate a lungo termine o gruppi sportivi con specificità di patologia, che non sono finanziati dall'assicurazione di base, ma in parte coperti dalle assicurazioni complementari. Le misure terapeutiche con attività fisica sono principalmente offerte da specialisti dei settori della fisioterapia, della pedagogia dello sport nonché delle scienze motorie e sportive. La necessità di intervento finalizzata all'integrazione dell'attività fisica nello spettro delle opzioni terapeutiche è stata individuata nelle seguenti aree:

- ampliamento, diffusione e coordinamento dell'offerta di programmi di attività fisica strutturati per la riabilitazione a lungo termine e la prevenzione delle complicanze;
- aumento del numero di programmi di attività fisica stazionari e ambulatoriali per le persone affette da MNT, malattie psichiche e dipendenze;
- istituzione di opportunità di finanziamento per programmi di attività fisica a lungo termine nelle cure medico-sanitarie, indipendentemente dallo status assicurativo;
- sviluppo di raccomandazioni in tema di attività fisica per gruppi diagnostici specifici (incl. istruzioni sull'appropriata intensità e sull'adeguamento alle esigenze e preferenze individuali);
- garanzia di trasparenza in merito a ruoli, competenze e compiti attribuiti al personale specializzato coinvolto;
- formazione di base e perfezionamento professionale del personale specializzato che prescrive, coordina e offre o esegue misure terapeutiche con attività fisica;
- riduzione di barriere strutturali all'attività fisica come misura terapeutica (ad es. infrastrutture per pazienti con MNT in centri di fitness).

L'analisi degli altri Paesi ha dimostrato che nell'ambito delle cure mediche di base l'attività fisica può essere prescritta come misura terapeutica non solo sotto forma di programmi di riabilitazione e offerte a lungo termine, ma in linea di principio anche mediante una ricetta di attività fisica in presenza di una diagnosi corrispondente, come ad es. succede in Svezia. Le ricette di attività fisica possono essere prescritte dai medici di base e, in alcuni Paesi, anche da altre persone qualificate del sistema sanitario. Queste ricette di attività fisica sono utilizzate per prescrivere specifici programmi di attività fisica o per consigliare alle persone interessate le possibili offerte in materia di attività fisica. In Australia viene rimborsato alle persone affette da MNT un limitato numero di sedute all'anno, che possono essere utilizzate per il coaching in vari ambiti della gestione della malattia, come ad es. l'esercizio fisico e la nutrizione.

Nell'applicazione delle ricette di attività fisica sono coinvolte persone qualificate di settori quali la fisioterapia, le scienze motorie e sportive nonché la pedagogia dello sport e il lavoro sociale. Alcuni Paesi dispongono di personale qualificato appositamente formato (ad es. «exercise physiologists», terapisti per la cosiddetta «adapted physical activity»). Nei Paesi analizzati, la necessità di intervento finalizzata al miglioramento dell'integrazione dell'attività fisica nello spettro delle opzioni terapeutiche è stata individuata nelle seguenti aree:

- approfondimento della formazione dei medici nel settore «exercise is medicine»;
- aumento del numero di ricette di attività fisica prescritte;
- creazione di possibilità di finanziamento per le ricette di attività fisica nel quadro delle cure medico-sanitarie di base;
- definizione dei requisiti formativi del personale qualificato prescrittore e attuatore;
- promozione del ricorso alle offerte di attività fisica;
- miglioramento dell'aderenza nei confronti delle misure terapeutiche con attività fisica.

Nell'analisi dei sistemi sanitari di altri Paesi sono stati identificati elementi che potrebbero fungere da modelli implementabili in Svizzera. Sulla base di questi elementi sono state formulate le raccomandazioni di intervento.

Raccomandazioni di intervento

Il gruppo di esperti ed esperte ha formulato due raccomandazioni di intervento principali, volte a integrare meglio l'attività fisica in qualità di terapia nell'assistenza sanitaria.

1. Con la partecipazione delle società specialistiche terapeutiche e mediche, delle istituzioni di formazione delle professioni coinvolte e dell'UFSP sarà istituita l'organizzazione mantello «Exercise is Medicine Schweiz» (EIM-CH).

2. Sotto il coordinamento della EIM-CH e in collaborazione con le organizzazioni delle persone interessate sarà delineato un concetto che abbraccerà i seguenti aspetti:

- a) elaborazione di un elenco di indicazioni per l'attività fisica come terapia;
- b) sviluppo e modalità di prescrizione della ricetta di attività fisica;
- c) sviluppo, diffusione, attuazione e valutazione delle offerte di attività fisica;
- d) identificazione dei fornitori di prestazioni coinvolti, definizione delle loro responsabilità e organizzazione della loro collaborazione;
- e) definizione di compiti, ruoli e competenze dei fornitori di prestazioni coinvolti nel coordinamento e nell'attuazione degli interventi basati sull'attività fisica;
- f) individualizzazione delle misure terapeutiche con attività fisica;
- g) progettazione e monitoraggio delle misure terapeutiche con attività fisica.

Le raccomandazioni di intervento specifiche approfondiscono i singoli elementi del concetto. Esse riguardano inoltre le seguenti condizioni quadro per la sua attuazione:

- esplorazione delle possibilità di finanziamento e implementazione di modalità di finanziamento;
- adeguamento dei curricula di formazione e perfezionamento professionale del personale qualificato coinvolto, nonché delle linee guida specifiche per gruppi di diagnosi al fine di sviluppare appropriate competenze;
- comunicazione specifica finalizzata all'informazione e alla pubblicizzazione dell'attività fisica come misura terapeutica, nonché agli scambi internazionali in materia di EIM;
- sviluppo di priorità tematiche di ricerca per l'implementazione e l'ulteriore sviluppo di nuove offerte, nonché per la ricerca concomitante.

Impatto del mandato

Il presente lavoro ha compreso le aree diagnostiche delle MNT secondo la strategia nazionale per le MNT e per le malattie psichiche e le dipendenze. Nell'analisi della situazione svizzera sono stati inclusi i programmi di attività fisica per la prevenzione secondaria e terziaria. Questo studio ha dimostrato che l'attività fisica è integrata in alcuni programmi di presa a carico delle MNT, delle malattie psichiche e dei problemi di dipendenza all'interno del nostro sistema sanitario svizzero. Tuttavia, per l'attuazione dell'attività fisica come mezzo terapeutico, sono ancora necessari misure concettuali e politiche specifiche. Sulla base delle esperienze di altri Paesi e di un workshop con esperti ed esperte del settore è stato possibile formulare raccomandazioni di intervento per la Svizzera. Nel corso della procedura di consultazione, le raccomandazioni di intervento hanno goduto di un consenso elevato, sono state giudicate di grande importanza e sono state integrate da preziose indicazioni per l'attuazione concreta. La coerente attuazione delle raccomandazioni di intervento per una corretta implementazione dell'attività fisica come misura terapeutica nelle cure medico-sanitarie di base ha il potenziale di migliorare la salute e la qualità della vita delle persone affette da MNT, malattie psichiche o dipendenze e ridurre a lungo termine i costi sanitari.

Summary

Project mission

The evidence for the effectiveness of physical activity in the treatment of patients with non-communicable diseases (NCDs), mental illness and addiction problems is extensive and strong. In the light of this the Federal Office of Public Health (FOPH) plans to ensure that physical activity is anchored as a therapeutic intervention in the healthcare of people with NCDs, mental illness and addiction problems. A project team from the Zurich University of Applied Sciences (Institute of Physiotherapy, Specialist Centre for Health Sciences and Wintertthur Institute of Health Economics) has investigated to what extent with the target groups mentioned physical activity is currently integrated as a therapeutic intervention in the healthcare systems of Switzerland and selected countries. The knowledge collected, as well as a workshop with experts from different medical and therapeutic disciplines, from human movement and sports science, as well as patient representatives in Switzerland, formed the basis for the development of recommendations for action.

Target group of the report

The report is targeted at the commissioning authority FOPH and serves as the basis for information for the implementation of exercise as medicine in the case of NCDs in healthcare.

Project objective

The project followed three objectives: 1) Switzerland situation analysis regarding the current inclusion of physical activity as a therapeutic intervention with NCDs (in concrete terms with the diagnosis groups musculoskeletal disorders, cardiovascular diseases, cancers, diabetes, obesity and chronic respiratory diseases), mental illness and addictive behaviour in healthcare; 2) Analysis of the experiences from selected countries with the inclusion of physical activity as a therapeutic intervention in the case of NCDs, mental illness and addictive behaviour in healthcare. A particular focus was placed on the framework conditions, legal foundations, barriers and supportive factors, as well as the professions involved; 3) Formulation of recommendations for action for Switzerland.

Methodology

Information on the situation in Switzerland was collected based on a literature and internet search. For the analysis of the experiences of other countries semi-structured expert interviews were conducted with specialists from the field «Exercise is Medicine» (EIM), from therapeutic and medical associations, as well as local health authorities of the following countries: Australia, Canada, Denmark, Germany, Finland, France, the Netherlands, Norway, Sweden and the United Kingdom. In a subsequent workshop with experts in Switzerland the results to date were discussed and recommendations for action were formulated on the basis of them. These were submitted to experts and the commissioning authorities for a consultation procedure and adjusted in accordance with their responses.

Central results

In Switzerland, structured rehabilitation programs can be prescribed by physicians for patients with NCDs, mental illnesses or addictive behaviours. These rehabilitation programs often include physical activity interventions. The programmes are then covered by basic health insurance. In the case of almost all NCDs, following the structured rehabilitation programmes, disease-specific structured long-term packages or sports groups can be prescribed, which are not funded by basic health insurance, but they are partially funded by top-up insurance. The exercise interventions are mainly offered by specialists from the fields of physiotherapy, sports education, as well as human movement and sports science. With regard to integrating physical activity as a therapeutic intervention, it was identified that action is required in the following areas:

- Increase in the number of *inpatient* exercise programmes for people affected by NCDs, mental illnesses and addictive behaviours
- Expansion, publication and co-ordination of the package of structured exercise programmes for *outpatient* long-term rehabilitation and the prevention of secondary diseases in people affected by NCDs, mental illnesses and addictive behaviours
- Establishment of funding options for long-term exercise programmes in healthcare provision irrespective of insurance status
- Development of exercise recommendations for specific diagnosis groups (including information on adequate dosage and adjustment to individual needs and preferences)
- Ensuring transparency with regard to the roles, competences and duties to be performed by the specialists involved
- Training and continuing training of the specialists, who prescribe, co-ordinate or offer/implement the exercise interventions
- Reduction of structural barriers for physical activity as a therapeutic intervention (e.g. infrastructure for people affected by NCDs in fitness centres)

The analysis of the other countries showed that in the context of primary healthcare physical activity as a therapeutic intervention can be prescribed not only as rehabilitation programmes and long-term packages, but in principle if there is an appropriate diagnosis, can also be issued in the form of an exercise prescription on the basis of a corresponding act, as in Sweden for example. Exercise prescriptions can be issued by general practitioners; moreover, in some countries they can also be issued by other healthcare professionals. These exercise prescriptions serve to prescribe specific exercise programmes or advise people affected about the possible exercise packages on offer. In Australia people affected by NCDs are compensated annually with a limited number of sessions, which they can use for coaching in different areas of disease managements, such as exercise and diet for example.

Specialists from physiotherapy, sports and human movement sciences and sports education, as well as social work are involved in the application of exercise prescriptions. Some countries recognise specifically trained specialists (e.g. «exercise physiologists», therapists for adapted physical activity). With regard to improved integration of physical activity as a therapeutic intervention in the countries included, it was identified that action is required in the following areas:

- Strengthening of the training of physicians in the field of «Exercise is Medicine»
- Increase in the number of exercise prescriptions issued
- Establishment of funding options for exercise prescriptions in the context of public primary healthcare
- Definition of the training requirements of the specialists prescribing and implementing the programme
- Boosting utilisation of the exercise packages offered
- Improving adherence to exercise interventions

In the analysis of healthcare systems of other countries model elements were identified that could be suitable for use in Switzerland. It was along these elements that the recommendations for action were formulated.

Recommendations for action

The panel of experts formulated two central overarching recommendations for action in order to better integrate physical activity as therapy in healthcare:

1. Incorporating specialist therapeutic and medical associations, the educational institutions of the professions involved, as well as the FOPH, the umbrella organisation «Exercise is Medicine Switzerland» (EIM-CH) will be established.
2. Co-ordinated by EIM-CH and in collaboration with organisations concerned, a concept will be developed, consisting of the following areas:
 - a) development of the list of indications for physical activity as therapy,
 - b) development or issuing of the exercise prescription,
 - c) development, dissemination, implementation and evaluation of exercise packages offered,
 - d) identification of the service providers involved, definition of their responsibilities and organisation of their teamwork,
 - e) definition of duties, roles and competences of the specialists involved in the coordination and delivery of exercise interventions,
 - f) individualisation of the exercise interventions and
 - g) design and support of the exercise intervention.

The specific recommendations for action consolidate the individual elements of the concept. In addition, they refer to the following framework conditions for their application:

- exploration of funding options and implementation of funding arrangements,
- adaptation of training and continuing training curricula of the specialists involved, as well as diagnosis-specific guidelines for competence development,
- communication, specifically for the dissemination and promotion of the exercise interventions, as well as for international exchange in the field of EIM and
- development of thematic research focal points for the implementation and further development of new packages to offer and for accompanying research.

Impact of the directive

The present study includes the NCDs diagnosis areas in accordance with the national NCD strategy, as well as mental illness and addictive behaviour. Secondary and tertiary prevention were included in the Switzerland situation analysis. With this study it has been demonstrated that physical activity is integrated into programs for the treatment of NCDs, mental illnesses and addiction problems within our Swiss health system. However, for the implementation of physical activity as a therapeutic means, specific conceptual and policy measures are still necessary. Based on the experiences of other countries and a workshop with experts, recommendations for action for Switzerland could be formulated. In the consultation procedure the recommendations for action received a high level of approval, were considered very important and were supplemented with valuable advice on the actual implementation. The consistent application of the recommendations for action for a successful implementation of exercise as medicine in healthcare provision has the potential to improve the health and quality of life of people affected by NCD, mental illness or addictive behaviour and in the long-term reduce healthcare costs.

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Nichtübertragbare Krankheiten (engl. noncommunicable diseases, kurz NCDs) nehmen in der Schweiz aufgrund des steigenden Lebensalters und unseres mehrheitlich sitzenden Lebensstils stetig zu.¹ Sie sind aufgrund der meistens langen Dauer mit einer hohen Krankheitslast im Sinne einer verminderten Lebensqualität, Leistungseinschränkungen sowie hohen direkten und indirekten Kosten verbunden. So wurde von Wieser et al. (2014) im Rahmen einer Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) berechnet, dass 80 % der schweizerischen Gesundheitskosten durch NCDs inkl. psychische Erkrankungen verursacht werden.² Aus diesem Grund hat der Bundesrat die «Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten» entwickelt, welche die Aktivitäten rund um die Prävention und die Behandlung folgender Gruppen von NCDs koordiniert: Krebs- und Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes, chronische Erkrankungen der Atemwege sowie des Bewegungsapparates.¹ Ebenfalls mit einer hohen Krankheitslast verbunden sind Suchtverhaltensweisen, indem sie das Risiko für die Entwicklung von NCDs erhöhen, aber auch unabhängig davon gesundheitliche und soziale Folgen nach sich ziehen.¹ Um mit Suchtverhalten assoziierte Risiken zu verringern, verabschiedete der Bundesrat im Rahmen der bundesrätlichen Strategie die nationale Strategie «Sucht».³

Bewegungsförderung ist in allen drei Handlungsfeldern der nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) – Bevölkerungsbezogene Gesundheitsförderung und Prävention, Prävention in der Gesundheitsversorgung, Prävention in Wirtschaft und Arbeitswelt – eine wichtige und wirksame Massnahme.

Auch bei der Prävention und Therapie von Suchtproblematik und psychischer Erkrankungen spielt körperliche Bewegung eine wichtige Rolle.⁴ Im Rahmen der NCD-Strategie soll Bewegung als Therapieform deshalb künftig in der Gesundheitsversorgung verankert werden.

Körperliche Aktivität hat sich als eine modifizierbare Verhaltensweise erwiesen, mit der sich einerseits das Risiko für die Entwicklung von NCDs vermindern lässt.¹ Andererseits können aber auch das Management von NCDs sowie die sekundäre und tertiäre Prävention der Folgen von NCDs positiv beeinflusst werden. Dabei steht den positiven Wirkungen regelmässiger körperlicher Aktivitäten ein nur geringes Risiko für unerwünschte Ereignisse gegenüber. Gezeigt wurde dies für muskuloskelettale Erkrankungen,^{5,6} Herz-Kreislaufkrankungen,^{7,8} Krebs,^{9,10} Diabetes,¹¹ chronische Atemwegserkrankungen,¹² psychische Erkrankungen^{13–15} und insbesondere auch für Suchtverhaltensweisen.^{16,17}

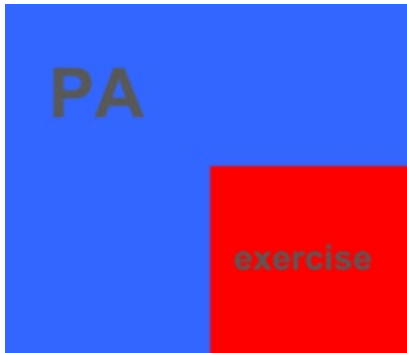


Abbildung 1: Training (Exercise) als Subkategorie körperlicher Aktivität (physical activity, PA)

Körperliche Aktivität ist definiert als jegliche physische Bewegung des Menschen durch die Skelettmuskulatur, die einen Verbrauch von Energie zur Folge hat.

Training ist eine Subkategorie von körperlicher Aktivität, die geplant, strukturiert und repetitiv ist und zum Ziel hat, eine oder mehrere Domänen von körperlicher Leistungsfähigkeit (HerzKreislauf, Muskelkraft, Beweglichkeit, Neuromotorik) zu verbessern oder zu erhalten.^{18–20}

Der vorliegende Bericht verwendet die Bezeichnungen «Bewegung als Therapie» und «körperliche Aktivität als therapeutische Intervention» synonym. Training ist, wo immer anwendbar, darin enthalten (vgl. Abbildung 1).

Das Netzwerk «Gesundheit und Bewegung Schweiz» (hepa.ch) als Teil des europäischen WHO Netzwerks «Health-Enhancing Physical Activity» (HEPA) empfiehlt, basierend auf den Empfehlungen des American College für Sports Medicine ACSM¹⁹ und der WHO für gesunde Erwachsene²¹ körperliche Aktivität während mindestens 150 Minuten wöchentlich in Form von Alltagsaktivität oder Sport mit mindestens mittlerer Intensität oder 75 Minuten Sport oder Bewegung mit hoher Intensität oder eine Kombination von beiden. Das ACSM beschreibt weiterhin die Wichtigkeit körperlicher Aktivität in der Prävention und Behandlung von NCD, bietet einen Überblick über geeignete Bewegungsprogramme sowie Anleitung für die evidenzbasierte Entwicklung von individuellen Bewegungsprogrammen.²²

Richtig dosierte körperliche Aktivität hat positive Effekte auf die körperliche und psychische Gesundheit und die soziale Partizipation.²² Es gibt eine Dosis-Wirkungsbeziehung zwischen dem Volumen (Intensität, Dauer und Häufigkeit) körperlicher Aktivität und den physischen Gesundheitseffekten. Insbesondere die HerzKreislauf-Fitness als kardiovaskulärer Schutzfaktor hängt primär von der Intensität der körperlichen Aktivität ab.^{23,24} Klinische Studien belegen das inzwischen auch für verschiedene Patientengruppen mit NCDs.^{5,6} Über das HerzKreislauftraining hinaus werden zusätzlich zwei- bis dreimal wöchentlich Trainings der weiteren Fitnessdimensionen Kraft, Beweglichkeit und Neuromotorik empfohlen.^{19,25} In diesem Sinne ist körperliche Aktivität eine nicht-pharmakologische, therapeutische Intervention, die aber wie ein Medikament auch richtig gewählt hinsichtlich der Fitnessdimension (HerzKreislauffitness, Kraft, Beweglichkeit und Neuromotorik) und in der korrekten Dosierung (in ausreichender Häufigkeit, Dauer und Intensität) durchgeführt werden muss resp. verordnet werden sollte. Darüber hinaus ist immer eine Individualisierung nötig, welche die Bedürfnisse und Präferenzen der Betroffenen berücksichtigt, um ein Training zu initiieren und auch langfristig zu erhalten resp. nach einer Phase von Inaktivität wieder aufzunehmen. Initiiert vom ACSM hat die Initiative «Exercise is Medicine» sich zum Ziel gesetzt, körperliche Aktivität und Training als einen Standard in der medizinischen Grundversorgung zu verankern. Mittlerweile ist eine globale Initiative entstanden, die auch in Europa aktiv ist (exerciseismedicine.org).

Auch in der Schweiz ist das Thema hochaktuell. Bewegungsförderung ist in allen drei Handlungsfeldern der NCD-Strategie (Bevölkerungsbezogene Gesundheitsförderung und Prävention, Prävention in der Gesundheitsversorgung, Prävention in Wirtschaft und Arbeitswelt) eine wichtige Massnahme. Auch bei der Prävention und Therapie von Suchtproblematik und psychischen Erkrankungen spielt körperliche Bewegung eine wichtige Rolle.

Im Rahmen der NCD-Strategie soll Bewegung als Therapieform deshalb künftig in der Gesundheitsversorgung verankert werden.¹ Denn obschon der Nutzen körperlicher Aktivität bei

den genannten NCDs hinreichend belegt ist, ist körperliche Aktivität als nicht-pharmakologische therapeutische Intervention noch nicht ausreichend in der Routine der klinischen Praxis implementiert.

1.2 Projektziele

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat im September 2019 zu diesem Zweck ein Projekt ausgeschrieben, in welchem die Grundlagen für eine erfolgreiche Implementierung von Bewegung als Therapie in die Grundversorgung von Betroffenen mit NCD, psychischer Erkrankung oder Suchtverhalten erarbeitet werden sollen. Das Projekt hat die folgenden drei Ziele:

I. Situationsanalyse Schweiz: Es wird ein Überblick erstellt über die aktuelle Einbindung körperlicher Aktivität als therapeutische Intervention in die schweizerische Gesundheitsversorgung.

II. Analyse der Erfahrungen anderer Länder: Die aktuelle Praxis der Einbindung körperlicher Aktivität als therapeutische Intervention in maximal 14 Referenzländern wird beschrieben. Die damit verbundenen Erfahrungen und Best-Practice Beispiele werden analysiert.

III: Ableitung von Handlungsempfehlungen für die Schweiz: Auf Basis der Situationsanalyse Schweiz und der Analyse der Erfahrungen anderer Länder werden schliesslich Handlungsempfehlungen für die kosteneffiziente Implementierung körperlicher Aktivität als therapeutische Intervention in die Gesundheitsversorgung von Patientinnen und Patienten mit NCD, Suchverhalten und psychischen Erkrankungen ausgearbeitet.

Der vorliegende Schlussbericht umfasst die Ergebnisse aus der Situationsanalyse Schweiz, die Analyse der Erfahrungen anderer Länder sowie die daraus abgeleiteten Handlungsempfehlungen, um Bewegung als Therapieform auf der Ebene Sekundärprävention künftig in der Gesundheitsversorgung in der Schweiz zu verankern.

1.3 Abgrenzung des Projekts

Abgeleitet von den Projektzielen fokussiert der vorliegende Bericht auf die NCDs gemäss der 'Nationalen Strategie zur Prävention nicht-übertragbarer Krankheiten,¹ inklusive Suchtproblematiken und psychischen Erkrankungen und zusätzlich erweitert um «Adipositas» als eigenständige Erkrankung. Weitere NCDs wurden nicht berücksichtigt, auch wenn dort Bewegung für Prävention und Therapie eine wichtige Rolle spielt. Ebenfalls nicht eingeschlossen wurden Bewegungsangebote für die allgemeine Bevölkerung, für Gesunde oder für Kinder/Jugendliche und ältere Menschen als spezielle Zielgruppen, also auch gemeindebasierte Angebote oder solche von Vereinen und Dienstleistungsorganisationen wie pro Senectute, die in der Primärprävention anzusiedeln sind.

Die Ergebnisse der Situationsanalyse Schweiz bieten einen Überblick über die aktuell bestehenden Angebote körperlicher Aktivität im Rahmen der Gesundheitsversorgung sowie Hinweise auf Versorgungslücken. Sie basieren auf einer Internetrecherche und Hinweisen von Expertinnen und Experten und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Der Bericht zeigt exemplarisch auf, wo und wie Bewegungsangebote bereits etabliert sind und wie sie in der Gesundheitsversorgung (nicht) verankert sind. Fehlende Angebote für die genannten NCDs könnten Hinweise auf Versorgungslücken sein.

Die Situationsanalyse «ausgewählte Länder» bietet einen Überblick über die aktuelle Praxis der Verschreibung von körperlicher Aktivität als therapeutische Intervention, fokussiert auf die in diesem Bericht genannten Diagnosegruppen in ausgewählten Ländern. Sie beschreibt exemplarisch einzelne Bewegungsangebote der eingeschlossenen Länder und weist auf Best-Practice-Angebote hin, mit welchen die befragten Expertinnen und Experten in den Ländern gute Erfahrungen gemacht haben. Sie zeigt aber auch auf, wo die Expertinnen und Experten in ihren Ländern ihrerseits Handlungsbedarf verorten resp. wo die Grenzen des jeweiligen Systems zur Verschreibung körperlicher Aktivität als therapeutische Intervention sind.

Die Situationsanalysen «Schweiz» und «ausgewählte Länder» sowie ein Expertenworkshop bildeten die Grundlage für die Ausarbeitung von Handlungsempfehlungen. Sie werden in Kapitel 8 des Berichts präsentiert und diskutiert hinsichtlich ihrer Zustimmung und ihrer Realisierbarkeit aus Sicht der einbezogenen Expertinnen und Experten.

2 Fragestellungen

Die Fragestellungen, die im Projekt beantwortet werden, sind in Tabelle 1 dargestellt. Sie beziehen sich auf die Situationsanalyse in der Schweiz (Projektziel I) und die Analyse der Erfahrungen anderer Länder (Projektziel II).

Tabelle 1: Fragestellungen, die im vorliegenden Projekt beantwortet werden

Fragestellungen zu: <u>I. Situationsanalyse Schweiz</u> und <u>II. Analyse der Erfahrungen anderer Länder</u>
Bei welchen Diagnosen im Bereich der NCDs, des Suchtverhaltens und der psychischen Erkrankungen wird körperliche Aktivität als therapeutische Intervention* verschrieben?
Werden hierbei Vorgaben gemacht, z.B. zu Interventionsmodalität, Dauer und Dosierung?
Erfolgt die Intervention auf Anordnung oder in Delegation ?
Welche Akteure ordnen die Intervention an bzw. delegieren sie?
Welche Professionen bieten die Intervention an?
Wie und durch welche Träger wird die Intervention vergütet ?
Welche weiteren Akteure und Schnittstellen sind in die Umsetzung von Bewegung als Therapie involviert und wie werden sie koordiniert?
Welche gesetzlichen Grundlagen für die Intervention bestehen?
Welche Erfahrungen bezüglich des weiteren Nutzens der Intervention (z.B. Kosteneffizienz) werden berichtet?
Welche strukturellen Barrieren und Förderfaktoren für die Implementierung der Intervention werden berichtet?
Welche Programme eignen sich als Best Practice Projekte für die Schweiz?
Welche weiteren Rahmenbedingungen müssen berücksichtigt werden?

* In allen nachfolgenden Fragen, wo anwendbar, als Intervention bezeichnet.

3 Methodisches Vorgehen

Im Folgenden wird das methodische Vorgehen zur Erarbeitung der Situationsanalysen «Schweiz» (Arbeitspaket 1) und «andere Länder» (Arbeitspaket 2) sowie zur Entwicklung von Handlungsempfehlungen im Rahmen eines Expertenworkshops (Arbeitspaket 3) ausgeführt.

Die Projektgruppe wurde durch eine Begleitgruppe von Expertinnen und Experten aus den Bereichen der Sport- und Bewegungsmedizin, der Sportwissenschaft und Trainingsphysiologie, Public Health, der Kardiologie und der Physiotherapie unterstützt. Die Mitglieder der Begleitgruppe begutachteten und ergänzten die Ergebnisse aus den Arbeitspaketen 1 bis 3 sowie den Schlussbericht. Für den Expertenworkshop wurden weitere Expertinnen und Experten aus der Onkologie, der Psychiatrie sowie aus Betroffenenorganisationen beigezogen.

3.1 Situationsanalyse Schweiz

Die Situationsanalyse Schweiz erfolgte auf Basis einer **Literatur- und Internetrecherche**. Im ersten Teil der Recherche wurde für jede Diagnosegruppe nach den häufigsten Krankheitsbildern und deren Prävalenz recherchiert. Zudem wurden bei den jeweiligen Fachgesellschaften die Guidelines für die Behandlung der Behandlungsbilder gesucht. Weiter wurden unter Berücksichtigung der Positionspapiere der ACSM sowie derjenigen auf den Seiten der Exercise and Sports Science Australia (ESSA) nach spezifischen Guidelines für den Einsatz von Exercise as Medicine gesucht.

Im zweiten Teil der Recherche wurde nach Bewegungsprogrammen im Rahmen therapeutischer Interventionen in der Schweiz gesucht. Die Interventionsprogramme sollten folgende Einschlusskriterien erfüllen:

- Sie richten sich an Betroffene der vom BAG festgelegten Diagnosegruppen: muskuloskelettale Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes, chronische Atemwegserkrankungen, Psychische Erkrankungen, Suchtverhaltensweisen und Adipositas.
- Sie können im Bereich der sekundären Prävention verortet werden: Sie richten sich an Patientinnen und Patienten der oben genannten Diagnosegruppen und sollen Rezidive und Folgeschäden der Erkrankungen verhindern.
- Falls sie nach einem gesundheitlichen Ereignis im Rahmen einer Rehabilitation erfolgen, handelt es sich um die Phase der langfristigen Nachsorge.
- Es handelt sich um Programme im ambulanten Versorgungsbereich.
- Es handelt sich möglichst nicht um einzelne regionale Kurse, sondern um schweizweit implementierte Programme. Dieses Kriterium gilt insbesondere für den Bereich der muskuloskelettalen Erkrankungen, für welchen die Rheumaliga auf ihrer Webseite eine Vielzahl an Bewegungsinterventionen listet, aber auch für die Kardiologie und Programme der ambulanten Rehabilitation in den übrigen Fachbereichen.

Um Programme zu finden, welche diese Einschlusskriterien erfüllen, wurden drei verschiedene Suchstrategien bezüglich der genannten NCDs, psychischen Erkrankungen oder Suchtverhaltensweisen verfolgt:

- Es wurden die Webseiten der für die genannten NCDs, psychischen Erkrankungen und Suchtverhaltensweisen relevanten medizinischen Fachgesellschaften nach Angeboten und Behandlungsleitlinien durchsucht.
- Auf den Webseiten von Betroffenenorganisationen wurde nach Bewegungsangeboten für die betroffenen Patientengruppen recherchiert.
- Parallel dazu wurden die Webseiten der drei grössten Krankenversicherungen in der Schweiz (CSS, Groupe Mutuel und Helsana) nach Bewegungsangeboten für Versicherte mit NCD, psychischen Erkrankungen oder Suchtverhaltensweisen gescreent.

Die Informationen zu den Rahmenbedingungen in der Schweizerischen Gesundheitsversorgung (z.B. obligatorische und private Leistungen) wurden auf Basis der Webseiten des Bundesamts für Gesundheit (BAG) sowie des Bundes zum Krankenversicherungsgesetz zusammengetragen.

Die Situationsanalyse wurde durch die Expertinnen und Experten der Begleitgruppe ergänzt.

3.2 Analyse der Erfahrungen anderer Länder

Das BAG verfügt über eine Liste von insgesamt 14 Ländern, in welchen eine Befragung von Botschaftsangehörigen zur aktuellen Praxis in Bezug auf die Verschreibung körperlicher Aktivität als therapeutische Intervention durchgeführt wurde.

Alle Länder, die gemäss Aussage der Botschaftsangehörigen Bewegung als Therapie im Gesundheitswesen verankert haben, wurden für eine Literatur- und Internetrecherche ausgewählt. Als Informationsquellen dienten beispielsweise OECD-Berichte, die Gesundheitsämter der interessierenden Länder und Fachgesellschaften.

In einem ersten Schritt wurden die Gesundheitssysteme der betreffenden Länder beschrieben hinsichtlich ihrer Finanzierung (über Sozialversicherungen und/oder durch Steuereinnahmen) und ihrer Organisation der Leistungserbringung und -vergütung. In einem zweiten Schritt wurde nach strukturierten Bewegungsangeboten recherchiert, die auf Verschreibung hin bei NCDs, psychischen Erkrankungen oder Suchtverhaltensweisen über die öffentliche Gesundheitsversorgung vergütet werden. Mit Hilfe eines Datenerhebungsrasters wurden die Informationen über die Gesundheitswesen sowie über die ermittelten strukturierten Bewegungsangebote dokumentiert.

Auf der Basis der in der Recherche gesammelten Informationen wurden schliesslich zehn Länder ausgewählt und durch die Begleitgruppe validiert, über deren Praxis und Erfahrungen mit körperlicher Aktivität als therapeutische Intervention im Rahmen von Experteninterviews weitere Informationen eingeholt werden sollten. Ausschlaggebend für die Auswahl der Länder war erstens, inwiefern in dem jeweiligen Land Programme für Betroffene mit NCD, psychischen Erkrankungen oder Suchtverhaltensweisen existieren und zweitens, wie gut vergleichbar das Gesundheitssystem ist mit dem Schweizerischen hinsichtlich Finanzierung und Organisation der Leistungserbringung. Das Ziel der Interviews war es, offen gebliebene Fragen aus der Literaturrecherche zu klären und die Erfahrungen der Interviewteilnehmenden mit der körperlichen Aktivität als therapeutische Intervention, eingebettet in das jeweilige Gesundheitssystem, einzuholen. Ein besonderes Augenmerk wurde dabei auf Barrieren und Erfolgsfaktoren sowie Best-Practice-Modelle aus Sicht der teilnehmenden Expertinnen und Experten gelegt.

Für die Experteninterviews wurden aus den vierzehn Ländern jene Länder ausgewählt, die a) gemäss BAG-Befragung über ärztlich verschriebene Bewegungsangebote verfügen und für die sich b) in der Literatur- und Internetrecherche Bewegungsangebote für Patientinnen und Patienten mit NCD, psychischen Erkrankungen oder Suchtverhaltensweisen finden liessen. Tabelle 2 bietet eine Übersicht über die eingeschlossenen und ausgeschlossenen Länder.

Tabelle 2: Übersicht über die auf Basis der BAG-Befragung und der Literatur- und Internetrecherche ausgewählten (blau) und ausgeschlossenen (grau) Länder

Land	Bestätigung in der Befragung des BAG	Dokumentierte Programme in der Recherche
Australien	Ja	Ja
Belgien	Ja	Keine Recherche durchgeführt ^a
Dänemark	Ja	Ja
Deutschland	Ja	Ja
Finnland	Ja	Ja
Frankreich	Ja	Ja
Griechenland	Nein	keine Recherche durchgeführt
Italien	Ja	Nein ^b
Kanada	Ja	Ja
Mexiko	Ja	keine Recherche durchgeführt ^c
Neuseeland	Keine Angabe	Ja ^d
Niederlande	Nein	Ja
Norwegen	Ja	Ja
Österreich	Nein	keine Recherche durchgeführt
Schweden	Ja	Ja
Spanien	Nein	Keine Recherche durchgeführt
Vereinigtes Königreich	Ja	Ja

Erläuterungen zur Tabelle: ^a Gemäss Information der Botschaftsangehörigen in Belgien steht das Land ganz zu Beginn des Prozesses der Implementierung von Bewegung als Therapie in der Gesundheitsversorgung. Evaluationen stehen noch aus. ^b Wenn in Italien Bewegung verschrieben wird, erfolgt dies in der Regel über eine Verordnung für Physiotherapie. In der Recherche wurden keine strukturierten Bewegungsprogramme ermittelt, die auf ärztliche Verordnung hin über die öffentliche Gesundheitsversorgung finanziert werden. ^c Auf eine ausführlichere Recherche zu Mexiko wurde ebenfalls verzichtet. Die Gesundheitsversorgung Mexikos kann zwar in den letzten Jahrzehnten grosse Fortschritte verbuchen. Dennoch weisen die Bürgerinnen und Bürger Mexikos im Vergleich zum Mittel der OECD-Länder eine geringere Lebenserwartung (75.4 vs. 80.7 Jahre) auf, einen deutlich höheren Anteil an übergewichtigen Personen (72.5 % vs. 55.6 %), eine doppelt so hohe Diabetes-Prävalenz (13.1 % vs. 6.4 %), und weniger Personen haben Zugang zum Gesundheitswesen (89 % vs. 98 %).²⁶ Damit wird die Ausgangslage im Gesundheitswesen Mexikos als weniger gut vergleichbar mit jenen der übrigen Länder in Tabelle 1 eingeschätzt. ^d In Neuseeland kann Bewegung über eine sogenannte «Green Prescription» verschrieben werden.²⁷ Sie dient dazu, Patientinnen und Patienten mit NCDs oder mit Übergewicht zu einem gesünderen, aktiven Lebensstil zu bewegen. Da das australische und das neuseeländische System einander sehr ähnlich sind und dieser Bericht einen Einblick in möglichst unterschiedliche Systeme anstrebt, beschränkt er sich auf den Einschluss von Australien.

Die durch das BAG befragten Botschaftsangehörigen nannten eine Auswahl an Expertinnen und Experten, die für ein Interview zur Thematik geeignet wären. Dabei handelt es sich um Angehörige der nationalen Gesundheitsbehörden, von denen im Zuge der Corona-Pandemie aktuell nur wenige für ein Interview erreichbar waren. Basierend auf Empfehlungen der Begleitgruppe wurden darum Expertinnen und Experten im Bereich «Exercise is Medicine» der jeweiligen Länder befragt.

Tabelle 3 bietet einen Überblick über die im Rahmen der Situationsanalyse «andere Länder» befragten Expertinnen und Experten.

Tabelle 3: Im Rahmen der Situationsanalyse 'andere Länder' einbezogene Expertinnen und Experten

Land	Expertin/Experte
Australien	Anita Hobson Powell CEO Exercise and Sport Science Australia
Dänemark	Tue Kristensen Danish Health Authority Mette Mærsk Clausen Project leader EUPAP model for mentally vulnerable people in Regionshospitalet Randers (central Denmark) Line Lykke Thøgersen Regionshospitalet Randers
Deutschland	Jürgen Steinacker President EIM Europe, Universitätsklinik Ulm
Finnland	Urho Kujala University of Jyväskylä, Leader Sports and Exercise Medicine MSc; Collaborator in the Faculty of Physical Activity, Exercise, Fitness and Health Research Network
Frankreich	Anne Vuillemin Université Nice, HEPA Research
Kanada	Jonathon Fowles National Center Director of EIM Canada
Niederlande	Willem van Mechelen Vice president EIM Europe, Amsterdam UMC
Norwegen	Terje M. Halvorsen Norwegian Association of Sports Medicine and Physical Activity
Schweden	Mats Börjesson University of Gothenburg, Board member of the Professional Associations for Physical Activity in Sweden
Vereinigtes Königreich	Michael Brannan National Lead for Physical Activity, Public Health England

EUPAP: European Physical Activity on Prescription; EIM: Exercise is Medicine; HEPA: Health Enhancing Physical Activity; UMC: University Medical Centre

3.3 Handlungsempfehlungen für die Schweiz

Auf der Grundlage der «Analyse Schweiz» sowie der «Analyse der Erfahrungen anderer Länder» wurden: a) die Versorgungslücken in der Schweiz definiert; b) Elemente in der Gesundheitsversorgung anderer Länder (Best-Practice-Elemente) beschrieben, welche diese Versorgungslücken adressieren können und c) Bereiche definiert, innerhalb derer Handlungsempfehlungen für die Schweiz formuliert werden konnten.

In einem **Expertenworkshop** mit der Begleitgruppe des Projekts, weiteren Expertinnen und Experten sowie den Auftraggebern des BAG wurden mögliche Handlungsansätze eruiert und diskutiert. Der Workshop (vgl. Abbildung 2) startete mit der Ausführung der Ziele des Mandats durch einen Vertreter des BAG. Anschliessend wurden in zwei Sessions die Ergebnisse aus den Arbeitspaketen 1 und 2 präsentiert und diskutiert. In einem letzten Abschnitt wurden in Kleingruppen Handlungsoptionen und mögliche Implementierungsschritte besprochen.

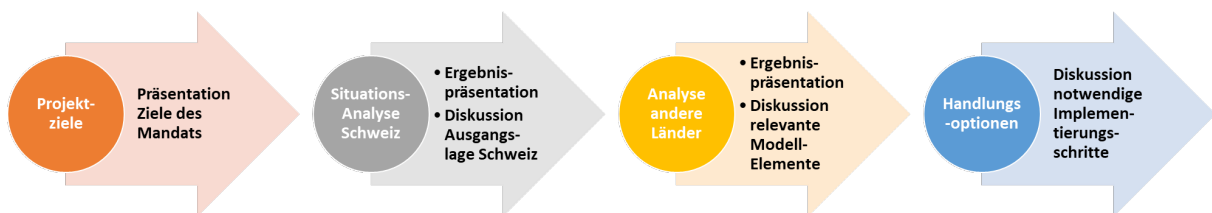


Abbildung 2: Aufbau des Expertenworkshops

Anschliessend an den Expertenworkshop entwickelte das Projektteam auf der Grundlage der bisherigen Arbeitsschritte Vorschläge für Handlungsempfehlungen. Diese wurden allen Expertinnen und Experten (auch jenen, die am Workshop verhindert waren) für ein Feedback zur Verfügung gestellt. Das **Feedbackformular zu den Handlungsempfehlungen** listete jede der formulierten Handlungsoptionen. Die Expertinnen und Experten wurden gebeten, für jede Handlungsoption einzuschätzen, inwiefern sie ihr zustimmten auf einer Skala von 1 (stimme gar nicht zu) bis 4 (stimme voll und ganz zu) und für wie wichtig sie sie erachteten auf einer Skala von 0 (gar nicht wichtig) bis 10 (äusserst wichtig). Zudem wurden sie gebeten, in offenen Textfeldern ihre Einschätzungen zu kommentieren und die Handlungsempfehlungen bei Bedarf zu ergänzen.

Tabelle 4 bietet eine Übersicht der Expertinnen und Experten, die am Workshop teilnahmen und ein Feedback zu den Handlungsempfehlungen gaben.

Tabelle 4: An der Entwicklung der Handlungsempfehlungen (HE) beteiligte Expertinnen und Experten

Expertin/Experte
Medizinische Versorgung und universitäre Strukturen
Dr. phil. Ilaria Croci Postdoctoral Research Fellow at the Department für Sport, Bewegung und Gesundheit, Universität Basel. Also affiliated to Cardiac Research Exercise Group (CERG; NTNU, Norway), and School of Human Movement and Nutrition Sciences (University of Queensland, Australia)
Dr. med. Boris Gojanovic Arzt in der La Tour Medical Group, Switzerland ; Präsident der Réseau Romand de Médecine de l'Exercice et du Sport (RRMES)
Prof. Dr. med. et phil. Bengt Kayser Direktor des Institut Sciences du Sport, Université Lausanne
Dr. med. Sajiv Khanna Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Vorstandsmitglied ZGKJPP (Zürcher Ges. für Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie)
Prof. Dr. med. Susi Kriemler Pädiaterin am Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention, Universität Zürich
Prof. Dr. med. Arno Schmidt-Trucksäss Stv. Direktor Departement für Sport, Bewegung und Gesundheit, Universität Basel
PD Dr. Florian Strasser Spitalfacharzt Kantonsspital St. Gallen, Integrierte Onkologische Rehabilitation & Cancer Fatigue Clinic, Klinik Gais AG
Prof. Dr. Matthias Wilhelm Leiter Zentrum für Präventive Kardiologie, Sportmedizin, Inselspital Bern
Therapeutische Versorgung
Kaba Dalla Lana Expertin Pulmonale Rehabilitation, Gründerin Netzwerk für Bewegung und Begegnung GmbH
Prof. Dr. Omega Huber Leiterin Weiterbildung und Dienstleistung Physiotherapie der ZHAW; Projektmanagerin GLA:D Schweiz
Betroffenenorganisationen
Edo Carrasco Vorstandsmitglied von Sucht Schweiz, Direktor der Fondazione Il Gabbiano, Lugano
Léonie Chinet Vorstandsmitglied Diabetes Schweiz, Secrétaire générale de diabèteVaud

4 Bewegungsangebote in der Schweiz

Nachfolgend wird für jede der sechs in die Recherche einbezogenen NCDs sowie für psychische Erkrankungen und Suchtverhaltensweisen ein Überblick über die häufigsten Diagnosen gegeben. Anschliessend werden jeweils die recherchierten, aktuell existierenden strukturierten Bewegungsangebote beschrieben im Hinblick auf die Zielgruppe, die anordnenden und ausführenden Akteure und die Vergütung des Angebots. Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern soll Einblick geben, in welchen Bereichen heute Programme angeboten werden.

Weitere Details zu den strukturierten Bewegungsangeboten sind der diesem Dokument zugehörigen Excel-Datei «Bewegung als Therapie_Bewegungsangebote.xls» zu entnehmen.

4.1 Muskuloskelettale Erkrankungen

4.1.1 Einführung

Muskuloskelettale Erkrankungen, insbesondere Rückenschmerzen und (Hüft- und Knie-) Arthrose kommen in den westlichen Ländern häufig vor. In der Schweiz gehören sie zu den fünf häufigsten NCDs.²⁸ Erkrankungen des Bewegungsapparats gehen mit Schmerzen und Funktionseinschränkungen einher, die auch die Lebensqualität beeinträchtigen. Häufig sind sie auch mit Arbeitsunfähigkeit, Arztbesuchen, Spitaleinweisungen und aufwändigen Rehabilitationen verbunden, was zu hohen Gesundheitskosten führt.²⁹ Die direkten Kosten für die Behandlung von muskuloskelettalen Erkrankungen werden auf rund CHF 8.7 Mrd. (13.5 % der Gesundheitskosten) geschätzt.²

In der Schweiz leiden 43% der erwachsenen Bevölkerung an Rücken- oder Kreuzschmerzen. Zusammen mit allgemeiner Schwäche sind sie die am häufigsten auftretenden körperlichen Beschwerden.³⁰ Fast jede Person hat einmal im Leben Rückenschmerzen, 37% haben aktuell oder in den letzten 12 Monaten Rückenschmerzen gehabt.³¹ Rückenschmerzen sind denn auch weltweit der leitende Verursacher von Funktionseinschränkungen.³² Total 16% der erwachsenen Schweizer Bevölkerung leiden an chronischen Schmerzen, welche einen grossen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit im Alltag haben.^{33,34}

Arthrose gehört zu den degenerativen, progressiv fortschreitenden NCDs und ist weltweit eine der wichtigsten Ursachen für das Leben mit einer Einschränkung bei Personen über 50 Jahren.³⁵ In der Schweiz beträgt die Prävalenz von Arthrose (alle Arten von Arthrose inkl. [rheumatoide] Arthritis) 10.2 % bei Männern und 18.6 % bei Frauen. In der Altersgruppe über 50 Jahren beträgt die Prävalenz 15.7 %, in der Altersgruppe über 70 Jahren 31.9 %.³⁶ In diesen Zahlen enthalten, aber mit ca. je 1 % relativ selten, ist die Arthritis. Sie bezeichnet eine entzündlich rheumatische Erkrankung und umfasst die rheumatoide Arthritis (RA) und die axiale Spondylarthropathie (axSpA).³⁷ Gemäss Bundesamt für Statistik gehört die Arthrose zu den drei häufigsten Spitaldiagnosen bei Männern und Frauen im Alter ab 40 Jahren.³⁸ Es ist anzunehmen, dass die stationäre Arthrosebehandlung zumeist mit einer Operation verbunden ist und es gibt Evidenz, dass die Anzahl Totalprothese-Operationen weltweit stetig zunimmt. Die Schweiz stand in den Jahren 2013 bis 2017 unter ausgewählten OECD-Ländern in Bezug auf die Häufigkeit von Hüft- und Knieprothesen an zweiter bzw. an erster Stelle.^{39,40}

Zu den Risikofaktoren vieler muskuloskelettaler Erkrankungen zählen Übergewicht, Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung, inadäquates ergonomisches Verhalten sowie psychosoziale Risikofaktoren und Stress.¹

Die Evidenz für die Wirksamkeit von Bewegungsinterventionen ist für alle genannten muskuloskelettalen Erkrankungen stark. Für Kniearthrose formulierte das Cochrane Netzwerk schon 2015 folgende Konklusion: "... further research in this area is unlikely to change the findings of our review".⁴¹ Durch Bewegungsinterventionen können bei Arthrose Schmerzen um bis zu 27 % gesenkt, die Gehgeschwindigkeit um 7 % gesteigert, die Lebensqualität um 12 % verbessert und die Arbeitsunfähigkeit um bis zu 42 % reduziert werden.^{5,6,42} Alle internationalen klinischen Behandlungsleitlinien empfehlen entsprechend Bewegung und Training als Intervention der ersten Wahl bei Hüft- und Kniearthrose^{5,43,44} sowie bei chronischen Rückenschmerzen.⁴⁵

Entzündlich-rheumatische Erkrankungen wie RA und axSpA können seit knapp zwei Jahrzehnten mit sehr effektiven, aber teuren Medikamenten (disease-modifying drugs, Biologika) oft erfolgreich behandelt werden. Aber auch Bewegung, insbesondere intensives oder hochintensives Herz-Kreislauf-Training führt zu positiven Effekten bei Entzündung und Krankheitsaktivität, Gelenkschäden und Funktionseinschränkungen.⁶ Die Herz-Kreislauf-Fitness wirkt zudem protektiv bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen.⁴⁶

Das Nationale Forschungsprogramm NFP 53 schlussfolgerte, dass Bewegung nicht nur einen bedeutenden Beitrag zu Prävention und Therapie der muskuloskelettalen Erkrankungen leistet, sondern darüber hinaus auch einen direkten und indirekten Beitrag zu Prävention und Therapie der kardiovaskulären Krankheiten. Dies deshalb, weil der Bewegung eine zentrale Rolle bei der Vorbeugung und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Krankheiten zukommt.²⁹

4.1.2 Strukturierte Bewegungsangebote

Rückentraining

Die meisten Fitnesscenter werben mit der Rückengesundheit. Sie richten sich an Personen mit oder ohne Diagnosen im Zusammenhang mit ihrem Rücken. Die Rheumaliga Schweiz bietet die *Active Backademy* Kurse an.⁴⁷ Die Teilnehmenden sind Betroffene mit subakuten, chronischen Rückenschmerzen. Sie kommen ohne ärztliche Verordnung und nehmen als Selbstzahlende aus Eigeninitiative oder auf Empfehlung einer Fachperson teil. Die *Active Backademies* werden von Physiotherapeutinnen und -therapeuten geleitet.

Training bei Hüft- und Kniearthrose

GLA:D (Good Living with osteoArthritis in Denmark) setzt die in den internationalen klinischen Guidelines bei Hüft- und Knie-Arthrose (HK-OA) als erste Wahl empfohlenen Elemente «Übungen und Edukation», und wenn nötig «Gewichtskontrolle», mittels eines strukturierten Programms um.⁴⁸ Es wird bereits in verschiedenen Kontinenten und Ländern angeboten (Dänemark [original] seit 2013; Canada seit 2015; Australien seit 2016; China seit 2017; Neuseeland [seit 2019]; in Vorbereitung 2020/21 sind die Niederlande und Österreich). Seit 2019 wird GLA:D auch in der Schweiz erfolgreich implementiert und seit 2020 wird das Programm auch im Rahmen von «Prävention in der Gesundheitsversorgung» von der Gesundheitsförderung Schweiz gefördert.⁴⁹ Es richtet sich an Personen mit anamnestischer Hüft- oder Kniearthrose. GLA:D®Schweiz wird von GLA:D zertifizierten Physiotherapeutinnen und -therapeuten durchgeführt. Das Programm dauert ca. neun Wochen und umfasst drei Einzelsitzungen, 14 Gruppensitzungen (zweimal Edukation, zwölfmal Übungsprogramm) und eine Abschlusssitzung.⁵⁰ Es wird von den Krankenversicherungen bezahlt.

Training bei axSpA

Die Schweizerische Vereinigung M. Bechterew bietet schweizweit rund 70 Bewegungsgruppen (*BeFit*) an für axSpA Betroffene. Die Gruppen finden wöchentlich statt und werden von Physiotherapeutinnen und -therapeuten geleitet.⁵¹ Das Konzept *BeFit* setzt die «2018 Bewegungsempfehlungen für körperliche Aktivität bei Betroffenen mit entzündlichen oder degenerativen rheumatischen Erkrankungen» der European League Against Rheumatism EULAR um. Es besteht aus jährlichen Fitness-Assessments, wöchentlichen Gruppentrainings (Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit, Koordination) und einer Bewegungs-Beratung zweimal/Jahr zur Unterstützung des notwendigen zusätzlichen selbständigen Trainings basierend auf den Testergebnissen. Mit einer ärztlichen Verordnung wird die Teilnahme am BeFit Programm für 36 Sitzungen / Jahr von den Krankenversicherungen bezahlt.

Training bei weiteren muskuloskelettalen Erkrankungen

Die Rheumaliga Schweiz RLS bietet eine Reihe von weiteren Kursen an, so z.B. *OsteoGym* bei Osteoporose, Wasserkurse bei unspezifischen rheumatischen Erkrankungen oder Kraft- und Gleichgewichtstraining für Seniorinnen und Senioren ab 70 Jahren.⁴⁷ Alle RLS-Kurse werden von Physiotherapeutinnen und -therapeuten geleitet. Die Teilnehmenden kommen nicht auf ärztliche Verordnung hin, sondern sie nehmen als Selbstzahlende aus Eigeninitiative oder auf Empfehlung einer Fachperson teil.

4.2 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

4.2.1 Einführung

Gemäss Angaben des Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME) lag die Prävalenz für Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Schweiz im Jahr 2017 bei ca. 10%.⁵² Im Jahr 2017 erlitten 14'764 Personen in der Schweiz einen Myokardinfarkt und 15'378 Personen einen Schlaganfall.⁵³ Zudem waren 2017 gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 17.6 % der Schweizer Bevölkerung über 15 Jahren (19.2 % der Männer und 16% der Frauen) von Bluthochdruck betroffen.⁵³ Eine weitere häufige Erkrankung ist die Periphere Arterielle Verschluss Krankheit (PAVK). Die PAVK ist eine häufige Manifestation der Arteriosklerose mit einer Inzidenz von 5 bis 11 Erkrankungen auf 1000 Personen pro Jahr und einer mit dem Alter zunehmenden Prävalenz. Die PAVK kann als Marker einer generalisierten Arteriosklerose und als Indikator einer erhöhten Wahrscheinlichkeit eines frühzeitigen Todes angesehen werden. Mindestens 10% aller PAVK-Patienten haben eine zerebrovaskuläre Erkrankung und 28% leiden an einer koronaren Herzkrankheit. Etwa zwei Drittel der Patienten mit PAVK versterben an Komplikationen der koronaren Herzkrankheit.⁵⁴

Rund 114'000 Personen wurden in der Schweiz im Jahr 2016 aufgrund einer Herz-Kreislauf-Erkrankung hospitalisiert.⁵⁵ Die direkten Kosten für die Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden auf rund CHF 10.3 Mrd. (15.9 % der Gesundheitskosten) geschätzt.²

Zu den Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören Tabakkonsum, Bewegungsmangel, unausgewogene Ernährung, zu viel Alkohol, Bluthochdruck, zu hoher Cholesterinwert, zu hoher Blutzuckerspiegel, Diabetes und Übergewicht.¹ Rauchen und Diabetes mellitus sind als Risikofaktoren der PAVK wesentlich besser belegt, als dies für die arterielle Hypertonie und Hypercholesterinämie der Fall ist.

Bewegungsinterventionen zeigen bei verschiedenen Krankheitsbildern grosse Effekte. Bei Bluthochdruck beispielsweise führte laut einer Meta-Analyse von Fagard (2001) ein regelmässiges aerobes Training zu einer Reduktion des Blutdrucks von 7 mmHg (SBP) und 6 mmHg (DBP).⁵⁶ Es wird geschätzt, dass eine Reduktion des Blutdrucks um mehr als 5 mmHg populationsbezogen assoziiert ist mit einer Reduktion der Gesamtmortalität um 7 %, der durch Schlaganfall verursachten Mortalität um 14 % und der durch koronare Herzkrankheit verursachten Mortalität um 9 %.⁵⁷

Die grossen Fachgesellschaften wie die European Association of Preventive Cardiology (EAPC),⁵⁸ die European Society of Cardiology (ESC)⁵⁹ und die American Heart Association⁶⁰ empfehlen in ihren Richtlinien körperliche Aktivität für die Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Bereits 2012 hatte die European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR) Empfehlungen publiziert für Häufigkeit, Intensität, Dauer und Typ der körperlichen Aktivität sowie für Sicherheitsaspekte während des Trainings für Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen.^{61,62} Im Sommer 2020 hat die ESC Leitlinien erlassen für Herz-Kreislauf-Training und Sport bei Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen.⁶³ Die American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation formulierte Leitlinien für die Erfassung körperlicher Aktivität im Rahmen der kardialen Rehabilitation.⁶⁴ Ebenso gibt es von ärztlichen Fachgesellschaften sowie dem American College of Sports Medicine (ACSM) und der Exercise & Sports Science Australia (ESSA) veröffentlichte Positionspapiere für die Integration von körperlicher Aktivität in die Behandlung von Bluthochdruck,^{65–67} koronarer Herzkrankheiten,⁶⁸ chronischer Herzinsuffizienz⁶⁹ und der PAVK.^{60,70}

Die kardiovaskuläre Prävention zur Vermeidung von kardiovaskulären Erkrankungen ist unbestritten. Konsequenterweise sollte eine kardiovaskuläre Sekundärprophylaxe auch bei Patienten mit PAVK durchgeführt werden. Durch ein strukturiertes Training kann ausserdem bei etlichen Patienten die Gehfähigkeit signifikant verbessert werden.

4.2.2 Strukturierte Bewegungsangebote

Stationäre oder ambulante kardiale Rehabilitation

Nach kardiovaskulären Ereignissen wird üblicherweise ein ambulantes oder stationäres Herz-Rehabilitationsprogramm ärztlich angeordnet. Das kardiovaskuläre Aufbau- und Ausdauertraining ist hierbei ein zentrales Element. Mittels herzspezifischer Gymnastik, dosiertem Kraftausdauertraining und Ausdauertraining erfolgt eine kontrollierte Belastungssteigerung. Das Aufbau- und Ausdauertraining findet an kardiologischen Kliniken von Spitälern oder speziellen Herz-Rehabilitationskliniken statt, wird durch speziell ausgebildete Physio- und Sporttherapeutinnen und -therapeuten durchgeführt und über die Grundversicherung finanziert.⁷¹ Alle Institutionen (ambulant/stationär) finden sich unter https://www.scprs.ch/public/institutionen/uebersicht_deutsch.html.

Herzgruppen bei Herzgefässerkrankungen

Das langfristige Herz-Kreislauf-Training zur Etablierung und Unterstützung eines (herz)gesunden Lebensstils⁷² ist in schweizweit aktuell mehr als 150 Herzgruppen organisiert.⁷¹ Sie werden von sogenannten Herztherapeutinnen und -therapeuten durchgeführt. Dabei handelt es sich um spezifisch weitergebildete Fachpersonen aus den Bereichen Physiotherapie, Sporttherapie, Sportpädagogik, Bewegungs- und Sportwissenschaften. Die Herzgruppen werden ärztlich angeordnet und können teilweise über die Zusatzversicherung vergütet werden.

Auch Patientinnen und Patienten mit Koronaren Herzkrankheiten können an einem Herz-Rehabilitationsprogramm resp. einem weiterführenden Langzeitprogramm teilnehmen als Sekundärprävention zur Vermeidung von Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen oder Herzinsuffizienz.⁵⁸

PAVK-Gruppen bei Peripheren Gefässerkrankungen

Die PAVK-Gruppen werden durch die Schweizerische Gesellschaft für Angiologie SGA/SSA zertifiziert und finden in der ganzen Schweiz statt. Das sekundärpräventive Programm richtet sich an Patientinnen und Patienten mit Claudicatio-Symptomen und soll die Beschwerden durch ein spezifisches Bewegungstraining mit Schwerpunkt Gehtraining stabilisieren oder verbessern. Des Weiteren soll es der Patientin und dem Patienten helfen, einen gesunden Lebensstil zu finden, das Fortschreiten der Krankheit und das Auftreten von Komplikationen zu verhindern sowie die Lebensqualität zu verbessern. Das PAVK-Programm setzt sich aus einem 12-wöchigen PAVK-Rehabilitationsprogramm und einem anschliessenden Angebot von Langzeit-Trainingsgruppen zur Erhaltung der erzielten Verbesserungen zusammen. Allerdings gibt es gemäss Webseite der SGA/SSA zurzeit nur zwei Langzeitgruppen (je eine im Inselspital Bern und im CHUV Lausanne).

Die PAVK-Gruppen werden von sogenannten PAVK-Therapeutinnen und -Therapeuten durchgeführt. Dabei handelt es sich um spezifisch weitergebildete Fachpersonen aus den Bereichen Physiotherapie, Sporttherapie, Sportpädagogik, Bewegungs- und Sportwissenschaften.

Das PAVK-Rehabilitationsprogramm wird ärztlich angeordnet und für Patientinnen und Patienten mit einer symptomatischen PAVK ab Stadium II A nach Fontaine über die Grundversicherung vergütet.

Neuro-Rehabilitation und Herzgruppen bei Hirngefäss-Erkrankungen

Die Folgen eines Hirnschlags (Schlaganfall) sind bei jedem Patienten, jeder Patientin sehr unterschiedlich. Deshalb wird in der Akutrehabilitation im Spital und in der allenfalls nachfolgenden Phase 2 in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik oder einem (Universitäts-)Spital mit einer Neurorehabilitation ein individueller Therapieplan zusammengestellt, der ganz auf die Bedürfnisse der Patientin bzw. des Patienten ausgerichtet ist.

Nicht-beeinträchtigten Hirnschlag-Patientinnen und -Patienten werden für die Phase 3 Rehabilitation die oben genannten Herzgruppen empfohlen.

Ein weiteres Angebot zur Bewegungsförderung wird von der schweizerischen Patientenorganisation für Menschen mit Hirnverletzungen FRAGILE Suisse angeboten und dient dem Training motorischer Fähigkeiten und des Gleichgewichts.⁷³ Geleitet werden die Kurse von Kletterinstructorinnen und -instructoren, z.T. sind auch Physiotherapeutinnen und -therapeuten in die Kurse involviert. Die Kletterkurse müssen die Patientinnen und Patienten selbst bezahlen, allenfalls ist eine Vergütung über eine Zusatzversicherung möglich.⁷⁴

4.3 Krebserkrankungen

4.3.1 Einführung

In der Schweiz zählen Krebserkrankungen zu den fünf bedeutendsten NCD¹, es erkrankten von 2012 bis 2014 jährlich rund 40'260 Personen an Krebs, oder 467 pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner.⁷⁵ Im Zeitraum von 2011-2015 traten am häufigsten Brustkrebs bei der Frau (ca. 6'000 Neuerkrankungen pro Jahr resp. 32% aller Krebserkrankungen) und Prostatakrebs beim Mann (6'100 Fälle pro Jahr, 28% aller Krebserkrankungen) auf. Dahinter folgten Lungen- und Dickdarmkrebs.⁷⁶

Das Brustkrebsrisiko steigt mit dem Lebensalter deutlich an. Rund 80% der Fälle betreffen Frauen, die älter als 50 Jahre alt sind. Als ein weiterer Risikofaktor gilt körperliche Inaktivität.⁷⁷ In Anbetracht des demografischen Wandels ist deshalb mit einer Zunahme der Fälle zu rechnen. Während die Anzahl neuer Fälle von Brustkrebs ansteigt, nimmt die Anzahl der jährlichen Todesfälle ab. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate nach Zeitpunkt der Diagnose Brustkrebs ist in den vergangenen Jahren angestiegen und beträgt aktuell rund 85%. Es leben in der Schweiz aktuell mehr als 76'000 Frauen mit einer Brustkrebsdiagnose.⁷⁶

Wie beim Brustkrebs, ist das Risiko für Prostatakrebs ebenfalls stark altersabhängig. Ungefähr 50 % der betroffenen Männer sind bei der Diagnosestellung 70-jährig oder älter. Ebenfalls analog zum Brustkrebs steigt die Anzahl Neuerkrankungen und sinkt die Anzahl Sterbefälle. Die 5-Jahres-Überlebensrate beträgt 88%. In der Schweiz leben ca. 60'000 Männer mit einer Prostatakrebs-Diagnose.⁷⁶ Auch diese Zahl verdeutlicht, dass Prostatakrebs eine relevante Erkrankung ist.

Die direkten Kosten für die Behandlung von Krebserkrankungen werden auf rund CHF 4 Mrd. (6 % der Gesundheitskosten) geschätzt.²

Unabhängig von der Lokalisation und Art des Tumors sind im Rahmen der Krebsbehandlung resp. in der Phase der Nachbehandlung körperliche Aktivität, Sport und Bewegungstherapie empfohlen. Vor der Aufnahme einer dieser Aktivitäten sollte mit der behandelnden Ärztin Rücksprache gehalten werden.⁷⁸ Eine Krebserkrankung selbst und die Behandlung des Krebses führen oft zu typischen Begleiterecheinungen, welche die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Betroffenen deutlich beeinträchtigen. Diese können sehr spezifisch, wie z.B. Einschränkungen der Gelenkbeweglichkeit, aber auch eher allgemeiner Natur sein. Zur letzteren zählen beispielsweise die Fatigue, eine Erschöpfung und Müdigkeit, Schmerzen, psychische Niedergeschlagenheit, soziale Isolation oder der Verlust des Vertrauens in die Leistungs- und Belastungsfähigkeit des eigenen Körpers. Patientinnen und Patienten mit Krebsleiden haben aber auch ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, einerseits als Folge der Krebsbehandlung, andererseits als Folge oftmals kumulierter Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Gewichtszunahme, Rauchen oder dem allgemeinen Verlust kardiovaskulärer Fitness.⁷⁹ Gemäss den Leitlinien und Ratgebern helfen folgende Trainingsempfehlungen, diese unerwünschten Krankheits- oder Behandlungsfolgen zu behandeln: ein mehrmals wöchentliches *Ausdauertraining* (z.B. Wandern, Schwimmen, Velofahren, Walking, Tanz, an Geräten), ein mehrmals wöchentliches *Krafttraining* (für den ganzen Körper) sowie Übungen für *Koordination*, *Beweglichkeit* und *Entspannung*. Die Art und Dosierung der empfohlenen körperlichen Aktivität, Sport oder Bewegungstherapie hängen dabei sehr stark vom Krankheitsstadium, der Krankheitsschwere (z.B. Frakturgefährdung durch Knochenmetastasen), der aktuellen Behandlung (z.B. Chemo- oder Strahlentherapie) von Begleiterkrankungen

(z.B. Begleitinfektionen) und vom Allgemeinzustand der Betroffenen (z.B. Fieber oder Übelkeit) ab.^{80–82}

Bei einigen Krebsarten konnte gezeigt werden, dass Bewegung das Rückfallrisiko senkt, für viele andere Krebsarten lässt sich dies jedoch noch nicht abschliessend beurteilen.⁸² Insbesondere bei Brustkrebs vermag eine erhöhte körperliche Aktivität das Rückfallrisiko zu senken und wird daher in den Leitlinien mit starkem Konsens empfohlen.^{77,80,83} Neben Brustkrebs hat sich auch bei Darmkrebs gezeigt, dass körperliche Aktivität die Überlebensrate positiv beeinflussen kann.⁸⁴ Bei Prostatakrebs hingegen sind die stärksten Risikofaktoren das Alter und die familiäre Disposition – der Lebensstil wie beispielsweise mangelnde körperliche Aktivität scheint das Risiko kaum zu beeinflussen. Der hohe Stellenwert von körperlicher Aktivität, Sport und Bewegungstherapie zeigt sich hier aber in der Behandlung der Nebenwirkungen der Prostatakrebstherapie.^{85–87}

Die Clinical Oncology Society of Australia empfiehlt in ihrem Positionspapier, körperliche Aktivität als Standard-Praxis in die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankungen zu integrieren, um einerseits der Erkrankung aber auch den Nebenwirkungen ihrer Behandlung entgegenzuwirken.⁸⁸ Die ESSM trägt in ihren Positionspapieren die Evidenz zum Nutzen körperlicher Aktivität bei Krebserkrankungen zusammen und bietet Grundlagen für die Verschreibung von körperlicher Aktivität bei Krebserkrankungen unter Berücksichtigung von Aspekten der Individualisierung, Spezifizierung, Sicherheit, Machbarkeit und Entwicklung von Bewegungsprogrammen.^{89,90}

4.3.2 Strukturierte Bewegungsangebote

Ambulante onkologische Rehabilitation

In der Schweiz wird an 22 Standorten eine ambulante onkologische Rehabilitation angeboten.⁹¹ Die Rehabilitationsprogramme unterscheiden sich inhaltlich und bezüglich Dauer je nach Standort leicht, kennzeichnend ist ein breit gefächertes, interdisziplinäres und koordiniertes Angebot aus mehreren Modulen, das fachärztlich geführt und überwacht ist. Bewegungs- und Sporttherapie, wie auch Physiotherapie, sind Bestandteile aller in der Schweiz angebotenen onkologischen Rehabilitationen.⁹² Swiss Reha, ein Verband, der 24 Rehabilitationskliniken der Schweiz vereint, hat in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGIM) und dem Verein Oncoreha.ch 2015 Qualitäts- und Leistungskriterien für die internistisch-onkologische Rehabilitation definiert.⁹³ Eine weitere Harmonisierung und Etablierung der onkologischen Rehabilitation in der Schweiz findet im Rahmen der Nationalen Strategie gegen Krebs statt.⁹⁴

Ambulante onkologische Rehabilitationsmassnahmen können mit einer ärztlichen Verordnung über die Grund- oder die Zusatzversicherung der Krankenkassen mit dem üblichen Selbstbehalt bei ambulanten Leistungen abgerechnet werden.⁹²

Krebssportgruppen

Krebssportgruppen bieten individualisierte Programme für das Training der Ausdauer, Koordination, Beweglichkeit, Kraft und Entspannung, mittels Gymnastik, Nordic Walking, Aqua Gym oder anderen Trainingsformen. Ein grosser Wert stellt der Austausch mit anderen Betroffenen dar. Krebssportgruppen werden von Turn- und Sportlehrern und -lehrerinnen sowie dipl. Physiotherapeuten und -therapeutinnen geleitet, die eine Zusatzqualifikation (Zertifikat oder Diplom) in «Bewegungs- und Sporttherapie in der Onkologie» haben. Die Bezahlung wird teilweise durch die Krankenkasse übernommen, sofern eine Zusatzversicherung im Be-

reich "Alternativ-/Komplementärmedizin, Prävention, Gesundheitsförderung" besteht. Es bestehen unterschiedliche Angebote. Einen Überblick über die verschiedenen Krebsportgruppen bieten die 18 regionalen Krebsligen.

4.4 Diabetes

4.4.1 Einführung

Gemäss der Schweizerischen Diabetesgesellschaft *diabetesschweiz* leiden in der Schweiz 500'000 Personen an Diabetes (davon 40'000 Typ 1), welches einer Prävalenz von ca. 6% entspricht.⁹⁵ In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017 gaben 4% der Schweizer Bevölkerung an, dass sie Diabetes haben.⁹⁶ Zu den Risikofaktoren gehören Bewegungsmangel, unausgewogene Ernährung, Tabakkonsum und Übergewicht.¹

Die direkten Kosten für die Behandlung von Diabetes werden auf rund CHF 0.9 Mrd. (1.5 % der Gesundheitskosten) geschätzt.²

Für die Behandlung dieser Patientinnen und Patienten haben die American Diabetes Association (ADA), die European Association for the Study of Diabetes (EASD) sowie die European Association of Preventive Cardiology (EAPC) Richtlinien publiziert.^{97–101} Diese Richtlinien enthalten Empfehlungen zur medizinischen Diagnostik, zum interprofessionellen Management und zum sicheren Training in Abhängigkeit von Diagnose und Komorbidität. Die Empfehlungen zur Bewegung beinhalten für Erwachsene allgemein ein aerobes Training von 150 Minuten pro Woche sowie zweimal pro Woche Krafttraining. Das Management dient dazu, die Blutglukosekontrolle zu verbessern, kardiovaskuläre Risikofaktoren (z.B. Körpergewicht) zu reduzieren und das Wohlbefinden zu verbessern.⁹⁷ Auch *diabetesschweiz* hat Bewegungsempfehlungen herausgegeben, welche sich mit den ADA Richtlinien decken. Es wird ein Training von 150 Minuten pro Woche bei mittlerer Intensität empfohlen.¹⁰²

4.4.2 Strukturierte Bewegungsangebote

In der Schweiz dient das *DIAfit* Programm u.a. der Bewegungsförderung bei Diabetes. Es handelt sich um ein Programm, welches in ein Rehabilitationsprogramm und ein Langzeitprogramm unterteilt wird.¹⁰³ Beaufsichtigt wird das Programm von DIAfit-Gruppenleiterinnen und -Gruppenleiter, welche eine Ärzteausbildung mit Weiterbildung zur Gruppenleitung absolvierten. Die Aufsicht beinhaltet neben dem Training auch die Diabetes- und Ernährungsberatung. Durchgeführt wird das Training von DIAfit-Therapeutinnen und -Therapeuten. Dabei handelt es sich um spezifisch weitergebildete Fachpersonen aus den Bereichen Physiotherapie, Sporttherapie, Sportpädagogik, Bewegungs-, Sport- und Gesundheitswissenschaften.

Das *DIAfit Rehabilitationsprogramm* dauert drei Monate, wird ärztlich angeordnet und durch die Grundversicherung vergütet. Durchgeführt wird es durch DIAfit-Therapeutinnen und -Therapeuten. Anschliessend an das Rehabilitationsprogramm wechseln die Patientinnen und Patienten in das Langzeitprogramm *DIAfit Gruppe*. Schweizweit gibt es über 20 DIAfit Gruppen. Auch die DIAfit Gruppen werden ärztlich verordnet und je nach Versicherungsmodell durch die Zusatzversicherung vergütet. Sie erfolgen unter Aufsicht von geschulten DIAfit-Gruppenleiterinnen und -leitern und werden von einer DIAfit-Therapeutin resp. -Therapeuten betreut.¹⁰⁴

4.5 Adipositas

4.5.1 Einführung

In der Schweiz sind 41,9% (2017) der Bevölkerung übergewichtig, davon 11% adipös. Betroffen sind zu 55% Männer und 33% Frauen.¹⁰⁵ Die Anzahl erkrankter Personen hat sich in den letzten 20 Jahren in vielen Ländern verdreifacht.¹⁰⁶ Mangelnde Bewegung und unausgewogene Ernährung zählen zu den Hauptrisikofaktoren für Adipositas. Gemäss WHO gilt eine erwachsene Person ab einem Körpermassindex (BMI) von 25 kg/m² als übergewichtig, und ab einem BMI ≥ 30 kg/m² spricht man von Adipositas. Bei den 6-12-Jährigen beläuft sich der Anteil Übergewichtiger auf 11.7% (Adipöse 3.3%). Eine frühzeitige Behandlung ist hierbei notwendig, damit das Risiko einer Fortbestehung bis ins erwachsene Alter reduziert wird. Die Krankheit zählt zu den Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten, hauptsächlich für Typ-2-Diabetes sowie ischämischer und hypertensiven Herzerkrankungen.¹⁰⁶

Diese rasante Zunahme von an Übergewicht und Adipositas und deren Folgekrankheiten erkrankten Personen ist eine grosse Herausforderung für die Gesundheitspolitik. Die direkten und indirekten Krankheitskosten haben sich von 2002 mit 2.7 Mrd. Franken auf 8 Mrd. im Jahr 2012 erhöht.¹⁰⁷

Zur Behandlung von Adipositas gibt es keine einheitlichen Behandlungsrichtlinien. An oberster Stelle steht gleichwohl die Gewichtsreduktion durch Interventionen, welche auf eine nachhaltige Veränderung der Lebensweise abzielen. Gemäss WHO beinhalten die Interventionsansätze für Erwachsene unter anderem diätetische Behandlungen, körperliche Aktivität, Verhaltensanpassungen sowie chirurgische Eingriffe bei stark adipösen Patienten, um eine langfristige Gewichtsreduktion zu bewirken.¹⁰⁶ Auch die Schweizerische Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie sieht in ihrem Praxisleitfaden zu Adipositas vor, dass Bewegungsangebote zur Behandlung dazu gehören.¹⁰⁸

4.5.2 Strukturierte Bewegungsangebote

Angebote für Kinder

Für die Behandlung von Adipositas gibt es für Kinder und Jugendliche in der Schweiz ein Bewegungsprogramm, welches an verschiedenen Standorten angeboten wird, und von der Krankenkasse anerkannt ist^{109,110}. Es wird dabei unterteilt in das multiprofessionelle Gruppenprogramm (MGP) und die multiprofessionelle strukturierte Individualtherapie (MSIT). Die MSIT wird von Ärztinnen und Ärzten angeboten, es können dabei während einem halben Jahr max. 6 Ernährungsberatungen und zwei Physiotherapie-Termine abgerechnet werden. Zeigt sich nach diesen sechs Monaten keine Verbesserung, wird an ein MGP überwiesen. Das MGP beinhaltet die Bereiche Bewegung, Ernährung, Medizin und Psychologie/Verhalten. Es wird angeleitet und findet die ersten sechs Monate intensiv statt, gefolgt von einer Nachbetreuung von bis zu zwei Jahren. Die Eltern werden in das Programm miteinbezogen.

Angebote für Erwachsene

Bei den Erwachsenen gibt es kein vergleichbares Angebot. Jedoch sieht der Praxisleitfaden Adipositas der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED) bei der Behandlung neben Ernährungs- und Diabetesberatung und psychologischer Unterstützung auch Bewegungsangebote vor.¹⁰⁸ Es bestehen Programme in unterschiedlichen Institutionen, welche ebenfalls über die Krankenkasse vergütet werden.

BASEL: Behandlungsprogramm bei Adipositas mit den Schwerpunkten Ernährungsverhalten und Lebensstiländerung

Bei Adipositas sowie Diabetes in Kombination mit Adipositas gibt es das Programm BASEL, das Behandlungsprogramm bei Adipositas mit den Schwerpunkten Ernährungsverhalten und Lebensstiländerung des Universitätsspitals Basel.^{111,112} Das Programm beinhaltet während 5 Monaten 8x Bewegung. Es wird ärztlich angeordnet über die Grundversicherung finanziert. Geleitet wird es von Fachpersonen aus den Bereichen Ernährungsberatung, Sport und Physiotherapie.

Adipositas Programm Inselspital

Dieses Programm richtet sich an Personen mit einem BMI > 30 kg/m² oder >28 kg/m² mit Komorbidität. Dabei wird ein interdisziplinärer Ansatz gewählt, bestehend aus Medizin, Chirurgie, Psychiatrie, Psychologie, Ernährungsberatung, Physiotherapie und Körperwahrnehmungstherapie. Das Programm dauert 3 Jahre, beginnt mit einer 12-wöchigen Intensivphase und besteht sowohl aus Einzeltherapie als auch aus Gruppentherapien. Beide Therapieformen werden über die Krankenkasse vergütet. Die Verordnung erfolgt über den Hausarzt oder den Fachspezialisten.

4.6 Chronische Erkrankungen der Atemwege

4.6.1 Einführung

Zu den häufigsten chronischen Erkrankungen der Atemwege zählen die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Asthma und respiratorische Allergien sowie die pulmonale Hypertension.¹¹³ Als Ursachen für diese Erkrankungen sind Rauchen (aktiv oder passiv), Luftverschmutzung (draussen (z.B. durch Feinstaub), drinnen (z.B. durch Kochen am offenen Feuer)) oder berufliche Expositionen und häufige respiratorische Infektionen in der frühen Kindheit¹¹³ belegt worden. Gemeinsame Symptome sind u.a. Atemnot und progrediente, reduzierte Leistungsfähigkeit. Die direkten Kosten für die Behandlung von Atemwegserkrankungen werden auf rund CHF 1.6 Mrd. (2.5 % der Gesundheitskosten) geschätzt.²

Es wird erwartet, dass COPD im Jahr 2030 die dritthäufigste Todesursache weltweit sein wird.¹¹⁴ Im Jahr 2012 starben 6 % der Weltbevölkerung (3 Mio. Menschen) an COPD. In der Schweiz variieren die Prävalenzangaben abhängig von Alter und Geschlecht zwischen 2 und 15%.¹¹⁵ Es gibt internationale^{116–118} und nationale^{119,120} Behandlungsleitlinien für COPD, die körperliche Aktivität als therapeutische Intervention empfehlen und die eine pulmonale Rehabilitation einschliessen.

Von Asthma sind weltweit 235 Millionen Menschen betroffen,¹²¹ in der Schweiz geht man, abhängig vom Alter, von einer Prävalenz von 2.3 bis 7 % aus.¹²² Als Ursache für die chronische Entzündung und Hyperreaktivität auf Stimuli der Atemwege vermutet man eine genetische Disposition in Kombination mit den oben genannten Umgebungsfaktoren (z.B. Feinstaub).¹²¹ Es gibt internationale¹²³ und nationale¹²² Behandlungsleitlinien für Asthma, die die körperliche Aktivität als therapeutische Intervention empfehlen und die eine pulmonale Rehabilitation einschliessen.

4.6.2 Strukturierte Bewegungsangebote

Pulmonale Rehabilitation

Die pulmonale Rehabilitation (PR) ist in der Schweiz seit 2005 als ärztlich angeordnete Leistung der Grundversicherung etabliert.¹²⁴ Ziel ist die Verbesserung der Atemfunktion, der körperlichen Leistungsfähigkeit und des Selbstmanagements, sowie eine längerfristige Therapieplanung unter Vermeidung von Exazerbationen.^{124,125} Die PR darf mindestens einmal jährlich, insbesondere nach Exazerbationen, ambulant oder stationär in einer akkreditierten Einrichtung in Anspruch genommen werden.¹²⁶ Sie beinhaltet u.a. Bewegungstherapie mit einem Kraft- und Ausdauertraining, ggf. mit Sauerstoffsubstitution. Die Bewegungstherapie erfolgt unter Leitung von speziell ausgebildeten Physiotherapeutinnen und -therapeuten oder Personen mit analoger Ausbildung.¹²⁷

Lungensportgruppen

Eine Weiterführung des in der PR erfolgten Trainings im Rahmen von sogenannten Lungensportgruppen wird empfohlen. Diese Anschlusstrainings werden durch speziell ausgebildete Instruktorinnen und Instruktorinnen in Spitälern, Physiotherapiepraxen und Fitnesscentern angeboten. Die Teilnahme an einer Lungensportgruppe wird nicht ärztlich angeordnet und muss durch die Patientinnen und Patienten ggf. mit finanzieller Unterstützung im Rahmen einer Zusatzversicherung bezahlt werden.

Weitere Kurse werden auf Selbstzahlerbasis durch die kantonalen Lungenligen angeboten wie z.B. «easy Dance», «Chi Gong», «Nordic Walking» oder «Powerlungs» für Jugendliche mit Asthma.

4.7 Psychische Erkrankungen

4.7.1 Einführung

Laut dem Obsan Monitoring-Bericht «Psychische Gesundheit in der Schweiz»¹²⁸ erkrankt rund jede zweite Person in der Schweiz irgendwann im Leben an einer psychischen Störung. So liegt laut der Zürcher Kohortenstudie¹²⁹ die Lebenszeitprävalenz für Depressionen bei 32.5 %, für spezifische Phobien bei 26.9 % und für generalisierte Angststörungen bei 20.8 %. Die Punktprävalenz für mittelschwere bis schwere Depressionssymptome liegt bei 8.6 %.¹³⁰ Persönlichkeitsstörungen in den westlichen Industrienationen weisen mit rund 10 % eine hohe Punktprävalenz auf¹³¹ und die Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenzraten von allen Essstörungenformen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge Eating Störung) in der Bevölkerung liegt bei 3.5 % und 1.1 %.¹³²

Die direkten Kosten für die Behandlung von psychischen Erkrankungen werden auf rund CHF 6.3 Mrd. (9.8 % der Gesundheitskosten) geschätzt.²

Es liegen S3-Leitlinien für Patientinnen und Patienten mit Angststörungen, affektiven Störungen, Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen vor, die von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.¹³³ zertifiziert wurden. Sport- und Bewegungstherapie werden in allen Leitlinien empfohlen. Bei den Diagnosen Panikstörung/Agoraphobie und Depression wird körperliche Aktivität als therapeutische Intervention explizit zur Verschreibung empfohlen, aber ohne Angabe von Art und Dosierung. In Meta-Analysen wurde gezeigt, dass mit Bewegungsinterventionen die Symptomatik bei Depressio-

nen in ähnlichem Ausmass wie mit Unterstützung von pharmakologischer und Psychotherapie reduziert werden kann.⁴ Die körper- und bewegungsorientierten Verfahren in der Psychiatrie lassen sich dabei auf einem Kontinuum von psychotherapeutischen (z.B. Konzentrative Bewegungstherapie) bis physiotherapeutischen Interventionsschwerpunkten (z.B. Krankengymnastik) verorten. Zurzeit ist es schwierig, zu konkludieren, welche Arten von Bewegungsprogrammen für Menschen mit Depressionen am nützlichsten sind und welche Anzahl und Dauer der Einheiten den grössten Nutzen versprechen, weil es nicht genügend wissenschaftliche Studien zum Thema gibt.¹³⁴

4.7.2 Strukturierte Bewegungsangebote

Während es bei stationären Therapieangeboten psychiatrischer Kliniken zumeist strukturierte und supervidierte Sport- und Bewegungsangebote gibt, sind im ambulanten Bereich nur wenige Sport- und Bewegungsangebote für Personen mit psychischen Erkrankungen zu finden.^{132–135}

PluSport Behindertensport Schweiz

Eine Ausnahme bilden die Angebote von *PluSport* Behindertensport Schweiz, die neben Camps, Clubs, und Schnuppertagen auch regelmässige Trainings für Personen mit psychischen Erkrankungen anbieten. Als Dachverband listen sie aktuell zwölf strukturierte und supervidierte Bewegungsangebote in den Bereichen Ballsport, Walking, Klettern und Polysportive auf, die einmal wöchentlich für 60 bis 180 Minuten durchgeführt werden. Kursleitende sind Fachpersonen mit Hochschulabschluss aus den Bereichen Sportpädagogik, Sport- und Bewegungswissenschaften und Physiotherapie, ggf. mit einem Certificate of Advanced Studies «Bewegungs- und Sporttherapie bei psychischen Erkrankungen».¹³⁶ Die Intervention wird nicht ärztlich verordnet und erfolgt in Eigeninitiative der Betroffenen. Entsprechend sind die Kosten für die Mitgliedschaft im Verein von den Betroffenen selbst zu tragen.

4.8 Suchtproblematiken

4.8.1 Einführung

Gemäss der nationalen Strategie Sucht können im Suchtbereich risikoreicher Konsum und Abhängigkeit von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen, Medikamenten sowie Verhaltenssüchte (z.B. Spielsucht und Kaufsucht) unterschieden werden.³

Von der Alkoholabhängigkeit sind laut dem Bericht *Nationale Strategie Sucht* (S. 80) ca. 250'000 Personen ab 15 Jahren in der Schweiz betroffen.³ Laut der fortlaufenden telefonischen Befragung *Continuous Rolling Survey of Addictive Behaviours and Related Risks* (CoRoIAR) wiesen im Jahr 2015 in der Schweiz 3% (AUDIT Instrument) bis 6% (CAGE Instrument) vermutlich einen abhängigen Gebrauch und 9 bis 11% einen problematischen Alkoholkonsum auf.¹³⁷ In Bezug auf den Tabakkonsum rauchten laut dem Suchtmonitoring Schweiz 2017¹³⁸ im Jahr 2016 25,3% der Personen über 15 Jahre in der Schweiz, was ungefähr 1,72 Millionen Betroffenen entspricht.

Cannabis ist die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Substanz in der Schweiz. Gemäss der im Rahmen der CoRoIAR-Befragung 2016 durchgeführten Schätzungen¹³⁸ weisen etwa 1.1 % der Schweizer Bevölkerung einen problematischen Gebrauch von Cannabis

auf. Laut dem Suchtmonitoring Schweiz¹³⁹ bewegt sich die Lebenszeitprävalenz des Kokaingebrauchs bei 15-jährigen Schülerinnen und Schülern je nach Geschlecht und Jahr zwischen 1% und 3%. Für den Heroingebrauch ergaben die Ergebnisse der CoRoIAR-Befragung 2016 eine Lebenszeitprävalenz von 0.7%.

Als Verhaltenssüchte zeigten laut dem Bericht *Nationale Strategie Sucht* im Jahr 2012 0,4 % der Schweizer Bevölkerung (28'000) ein pathologisches und 0,7 % (49'000) ein problematisches Spielverhalten. Eine problematische Internetnutzung wiesen 0.9% (63'000) der Bevölkerung auf.

Aufgrund der bislang wenig ergiebigen Studienlage können zum aktuellen Zeitpunkt allerdings keine evidenzbasierten Empfehlungen zum Thema Sport- und Bewegungstherapie bei Verhaltenssüchten gegeben werden. Im Folgenden liegt der Fokus daher auf dem Zusammenhang von Sport mit alkoholbezogenen Störungen und Tabakkonsum als stoffgebundene Störungen, für die S3-Leitlinien vorliegen. In der Leitlinie «Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen» werden psychosoziale Interventionen zur Förderung der Änderungsbereitschaft, der Änderungskompetenz und der Abstinenz bei der Entgiftung wie auch beim qualifizierten Entzug empfohlen. Sie werden aber nicht weiter in Richtung von Bewegung als Therapie ausgeführt.

In Bezug auf die S3-Leitlinie «Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums» werden zwar verhaltenstherapeutische Entwicklungsprogramme bzw. medikamentöse Entwöhnungsbehandlungen diskutiert. Aufgrund fehlender Evidenz werden keine Empfehlungen für sporttherapeutische Interventionen in der Tabakentwöhnung ausgesprochen.

4.8.2 Strukturierte Bewegungsangebote

Im Bereich der Suchterkrankungen (Alkohol, Tabak und illegalen Drogen, Medikamente und Verhaltenssüchten (z.B. Spielsucht und Kaufsucht)) werden in den meisten Therapieprogrammen Sport- und Bewegungstherapie angeboten. Allerdings hat die Recherche keine *good practice* Angebote im Sinne von Bewegung als Therapie ergeben. Eine schriftliche Anfrage an Sucht Schweiz vom 18.01.2020 hat gezeigt, dass auch ihnen keine entsprechenden Angebote bekannt sind. Die gefundenen strukturierten und supervidierten Sport- und Bewegungsangebote im stationären Setting beziehen zum Teil körperliche Aktivität als therapeutische Intervention mit ein (z.B. Laufgruppen), sind aber oft eher aktivierend ausgerichtet mit einem Schwerpunkt im Bereich psychotherapeutische Interventionen. Beispiele sind hier autogenes Training, progressive Muskelrelaxation oder Tai-Chi. Weiterhin bestehen, ähnlich wie bei den psychischen Erkrankungen, im ambulanten Behandlungssetting nur wenige Sport- und Bewegungsangebote für Personen mit Suchterkrankungen im Sinne von Bewegung als Therapie.

4.9 Weitere diagnosespezifische und -unspezifische Angebote

Nebst den spezifischen Angeboten zur Therapie oder Prävention von NCDs im Sekundärbereich, die zum Teil von Zusatzversicherungen übernommen werden (z.B. die an die Rehabilitationsprogramme anschliessenden Langzeitprogramme), konnten weitere Angebote identifiziert werden wie Bewegung und Sport bei Krebs, Rheumaschwimmen/-turnen, Aqua-Fit bei Rheuma, Herzturnen/Herzschwimmen, Osteogym, Osteoporosegymnastik. Auch sie werden zum Teil von Zusatzversicherungen übernommen. Weiter sind über Zusatzversicherungen auch diagnose-unspezifische, allgemeine Angebote wie Fitnessabonnemente (inkl. Yoga), Fitnesskurse (inkl. Wasserfitness und Wassergymnastik), Mitgliederbeiträge bei Sportvereinen oder auch Saisonabonnemente (z.B. Frei-/Hallenbad) zu nennen. Diese Angebote können auch im Sinne von körperlicher Aktivität als Therapie von Betroffenen mit NCDs genutzt werden, allerdings ist dies nicht notwendigerweise ein integraler Bestandteil der Angebote.

Speziell zu erwähnen in diesem Zusammenhang ist das Projekt Pas à Pas+ (PAP+). Dieses Pilotprojekt wird im Rahmen von «Prävention in der Gesundheitsversorgung» von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz unterstützt. PAP+ ist ein Service zur Delegation individuell angepasster körperlicher Aktivität, der sich an Menschen richtet, die sich nicht in ausreichendem Masse bewegen, und die an nicht übertragbaren Krankheiten (NCD) leiden oder bei denen das Risiko besteht, solche zu entwickeln. Ziel von PAP+ ist es, die systematische Integration von körperlicher Aktivität als Massnahme zur Prävention nicht übertragbarer Krankheiten zu fördern. Dabei soll die Delegation körperlicher Aktivität in den Alltag von Hausärzten und anderen Fachpersonen im Gesundheits- und Sozialwesen integriert werden.¹⁴⁰

5 Situationsanalyse Schweiz

5.1 Zusammenfassung entlang der Fragestellungen

1) Bei welchen Diagnosen im Bereich der NCDs, des Suchtverhaltens und der psychischen Erkrankungen wird körperliche Aktivität als therapeutische Intervention* verschrieben?

Bei Muskuloskelettalen Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Erkrankungen in den Gefässregionen Herz, PAVK und Hirn umfassend), Diabetes, chronischen Atemwegserkrankungen und Krebserkrankungen sind Bewegungsinterventionen meist Teil der strukturierten Rehabilitationsprogramme und die Programme sind von der Grundversicherung gedeckt. Für fast alle NCDs können im Anschluss an die strukturierten Rehabilitationsprogramme auch krankheitsspezifische strukturierte Langzeit-Angebote oder Sportgruppen verordnet werden. Diese sind allerdings meistens nur über Zusatzversicherungen (teilweise) gedeckt.

In den Projekten PAP+ und GLA:D®Schweiz löst die Diagnose eine Bewegungsintervention aus. Bei PAP+ grundsätzlich bei einem NCD, bei GLA:D®Schweiz bei einer Hüft- und Kniearthrose.

Für die Behandlung von Adipositas gibt es für Kinder und Jugendliche ein Bewegungsprogramm in Form einer multiprofessionellen strukturierten Individualtherapie (MSIT) und eines bei Bedarf fortführenden multiprofessionellen Gruppenprogramms (MGP). Für Erwachsene gibt es kein vergleichbares Angebot, es gibt aber in verschiedenen Institutionen Programme für Adipositas sowie Diabetes in Kombination mit Adipositas. Diese haben einen interdisziplinären Ansatz mit Fokus auf Ernährungsverhalten und Lebensstiländerung, Bewegung ist enthalten, aber nicht zentral.

Bei psychischen und Sucht-Erkrankungen wird in den Leitlinien Bewegung empfohlen, explizite Empfehlungen von Bewegung als Intervention gibt es jedoch nur bei wenigen Störungsbildern. Es gibt Angebote im Rahmen stationärer Therapien, aber ambulante Anschlussstrainings werden nicht verordnet.

2) Werden hierbei Vorgaben gemacht, z.B. zu Interventionsmodalität, Dauer und Dosierung?

Für alle genannten NCDs, inkl. Adipositas, sowie psychischen und Sucht-Erkrankungen gibt es internationale und oft auch nationale Leitlinien zum Management, die immer auch Bewegungsempfehlungen enthalten. Die Rehabilitationsprogramme finden 2-3x/Woche während 3 Monaten statt, die weiterführenden Angebote dann noch 1x/Woche über Monate oder Jahre. Die Programme sind strukturierte Programme, meistens mit Fokus auf Training von Herz-Kreislauf und muskulärer Kraft, sowie Anleitung von Alltagsbewegung (150 Minuten/Woche) mit moderater Herz-Kreislaufbelastung. GLA:D®Schweiz beschreibt ein strukturiertes Programm basierend auf den Guidelines zum Management von Hüft- und Kniearthrose mit dem Ziel Selbstmanagement.

Genaue Angaben zur Intensität sind aber nicht zu finden, oft wird mittlere Intensität angegeben oder «individuell an Ziele angepasst». Es ist aufgrund der verfügbaren Informationen unklar, ob die Angebote in der Ausführung den Guidelines entsprechen und ob die Dosierung von Bewegung (=Häufigkeit / Woche, Dauer und Intensität) tatsächlich den Bewegungsemp-

fehlungen entspricht - und damit genauso ernst genommen wird wie die Dosierung eines Medikaments. Es ist auch unklar, ob und wie in den weiterführenden langfristigen Angeboten die Betroffenen im eigenständigen Training und im Selbstmanagement unterstützt werden.

Die langfristige Bewegungsverhaltensänderung und die Adhärenz an Bewegung(sangebote) sind bekannte Herausforderungen. Umso wichtiger sind nebst dem Anstreben einer adäquaten Dosierung eine Individualisierung in Bezug auf die Bedürfnisse und Präferenzen von Betroffenen mit NCD, psychischen Erkrankungen oder Suchtverhalten.

3) Erfolgt die Intervention auf Anordnung oder in Delegation?

Die Rehabilitationsprogramme werden alle ärztlich angeordnet. Es gibt keine Interventionen in Delegation. Die langfristigen Angebote werden teilweise angeordnet/verordnet (z.B. Diafit, Herzgruppen), teilweise nicht (z.B. Anschlussstraining an Pulmonale Rehabilitation). Dann sind möglicherweise die Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen zentral für die Nutzung dieser Angebote.

4) Welche Akteure ordnen die Intervention an bzw. delegieren sie?

Bewegungsinterventionen werden von Haus- oder Fachärztinnen und -ärzten des entsprechenden Fachgebiets angeordnet.

5) Welche Professionen bieten die Intervention an?

Hauptsächlich werden die Bewegungsinterventionen von Fachpersonen aus Physiotherapie, Sportpädagogik und Sportwissenschaft angeboten.

Die Fachhochschulen BFH, HES-SO, SUPSI und ZHAW bieten Bachelor- und Masterstudiengänge in Physiotherapie an. Die Kompetenzen von Physiotherapeutinnen und -therapeuten in Bewegung und Bewegungsförderung insbesondere bei Menschen mit körperlichen Funktionsstörungen und Schmerzen kommen in der Rehabilitation/Tertiärprävention und in der Sekundärprävention zur Anwendung.

Die Universität Basel bietet einen Bachelor- und Masterstudiengang in «Prävention und Gesundheitsförderung» mit den Schwerpunkten «Sport, Bewegung und Gesundheit» (BSc) sowie «Sport in Prävention und Rehabilitation» (MSc) an. An der Universität Lausanne können Studierende einen Bachelor- und Masterstudiengang in «Sciences du mouvement et du sport» mit Schwerpunkt «Activités physiques adaptées et santé» auf Masterebene belegen.

Der Schweizerische Verband für Gesundheitssport & Sporttherapie (SVGS) sowie die Association Suisse des Professionnels en Activité Physiques Adaptées (ASP-APA) haben gemeinsam ein Berufsleitbild für den/die «Fachspezialist/-in für körperliche Aktivität und sportliche Bewegung» entwickelt sowie ein Basiscurriculum definiert.

Die meisten Rehabilitationsprogramme und weiterführenden langfristigen Angebote für Betroffene mit NCDs können von Physiotherapeutinnen und -therapeuten und weiteren Fachpersonen angeboten werden; oft aber sind spezifische Weiterbildungen nötig (z.B. Herztherapeut/-in; PAVK-Therapeut/-in, Diafit-Therapeut/-in, Pulmonale Rehabilitation Therapeut/-in), die von Fachpersonen aus den Bereichen Physiotherapie, Bewegungs- und Sportwissenschaft und Sportpädagogik absolviert werden können.

Eine Ausnahme ist das GLA:D Programm, das international nur von zertifizierten Physiotherapeutinnen und -therapeuten angeboten werden kann.

6) Wie und durch welche Träger wird die Intervention vergütet?

Für alle NCDs inkl. Adipositas werden kurzzeitige strukturierte Rehabilitationsprogramme (teils mit Bewegungselementen) angeboten, die von der Grundversicherung vergütet werden. Diese sind aber zeitlich begrenzt auf maximal 3 Monate (2-3x wöchentlich). Weiterführende längerfristige Angebote, auch wenn sie ärztlich verordnet werden, sind meistens nur über Zusatzversicherungen vergütet. Je nach Zusatzversicherung ist der Anteil an Selbstzahlung durch die Patientinnen und Patienten höher oder niedriger.

Das Bewegungsprogramm für die Behandlung von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (MSIT, MGP) ist von den Krankenversicherern anerkannt (=entschädigt).

Bei psychischen und Sucht-Erkrankungen sind Bewegungsinterventionen teilweise Bestandteil von stationären Therapien, welche über die Grundversicherung vergütet werden. Ambulante Anschlusstrainings werden weder verordnet noch vergütet.

Bei den weiterführenden ambulanten und längerfristigen Angeboten ist die Eigeninitiative der Betroffenen und deren Selbstzahlungs-Anteil, abhängig von der (Art der) Zusatzversicherung wahrscheinlich relativ gross.

7) Welche weiteren Akteure und Schnittstellen sind in die Umsetzung von Bewegung als Therapie involviert und wie werden sie koordiniert?

Einige Angebote sind interprofessionell ausgerichtet und Fachpersonen zusätzlich zu den Physio-/Sporttherapeuten/-innen und den Fachärzten/-ärztinnen sind involviert: bei **Adipositas**: Fachpersonen aus den Bereichen Medizin, Chirurgie, Psychiatrie, Psychologie, Ernährungsberatung, Physiotherapie, Körperwahrnehmungstherapie; bei **pulmonaler Rehabilitation**: Fachpersonen aus den Bereichen Medizin, Psychologie und Ernährung, Sozialdienste; bei **Diabetes**: Diabetes- und Ernährungsberatung; bei **Onkologie**: Fachpersonen aus der Psychoonkologie. Die Fachärzte/-ärztinnen übernehmen oft Koordinationsfunktion. Patientenorganisationen (besonders Lungenliga und Rheumaliga) spielen ebenfalls eine wichtige Rolle für die Koordination (und Angebote).

8) Welche gesetzlichen Grundlagen für die Intervention bestehen?

Für die Interventionen, die von der Grundversicherung finanziert werden, gilt das KVG; Das sind insbesondere kurzdauernde (bis 3 Monate) rehabilitative Angebote, die als Pflichtleistungen definiert sind. Für die Interventionen, die nicht von der Grundversicherung finanziert werden, gilt das VVG, auf dessen Basis die Krankenversicherungen Zusatzleistungen im Rahmen privater Versicherungsverträge (Zusatzversicherungen) leisten können.

9) Welche Erfahrungen bezüglich des weiteren Nutzens der Intervention (z.B. Kosteneffizienz) werden berichtet?

Es konnten keine zusätzlichen Erkenntnisse zu weiterem Nutzen, wie z.B. Kosteneffektivität, gewonnen werden.

10) Welche strukturellen Barrieren und Förderfaktoren für die Implementierung der Intervention werden berichtet?

Als mögliche strukturelle Barrieren konnten identifiziert werden:

- Finanzierung der weiterführenden langfristigen Bewegungsprogramme abhängig vom Versicherungsstatus (HKL, Diabetes)
- wenig/keine finanzielle Mittel für Raum und Material
- Unklare Anforderungen an die Therapeutinnen und Therapeuten resp. Trainerinnen und Trainer (bes. bei Angeboten der Patientenorganisationen)
- zu wenige stationäre Programme (bei psychischen und Sucht-Erkrankungen)
- zu wenige gesundheitsorientierte Fitnessstudios mit Angeboten für Personen mit NCDs (z.B. mit Sauerstoff für selbstständiges Training von Personen mit Atemwegserkrankungen) (Lungensport)
- Standortunterschiede (Onkologische Rehabilitation)

Als Förderfaktoren sind zu nennen:

- gesetzliche Grundlagen, die die Finanzierung klären (z.B. Übernahme durch die Grundversicherung)
- vorliegende Guidelines, nationale Definition von Qualitäts- und Leistungskriterien, die unter Einbezug der relevanten Fachgesellschaften entwickelt wurden
- klar zugeordnete und flächendeckend verfügbare Ausbildungen für die Interventionsaufsicht und -durchführung
- bestehende organisationale Strukturen, um Angebote flächendeckend verfügbar und bekannt zu machen.

11) Welche Programme eignen sich als Best Practice Projekte für die Schweiz?

Für Herzgefässerkrankungen, PAVK, onkologische Erkrankungen, Diabetes und chronische Atemwegserkrankungen sind Rehabilitations-Programme von 3 Monaten Dauer (bis 36 Sitzungen) akzeptiert und schweizweit etabliert und von der Grundversicherung gedeckt. Auch die weiterführenden Langzeitprogramme, welche die in der Rehabilitation erzielten Verbesserungen langfristig erhalten sollen, sind sinnvoll und etabliert.

Das ist zwar vorbildlich, es muss aber bezweifelt werden, ob auch schon bei der Neu-Diagnose von NCDs die Patientinnen und Patienten auf die Wichtigkeit und die Wirksamkeit von Bewegung als Therapie zur Verbesserung der assoziierten Symptome sowie als Prävention vor Verschlechterung dieser Symptome hingewiesen und auf Bewegungsangebote aufmerksam gemacht werden. In der Situationsanalyse Schweiz konnten keine Hinweise dafür gefunden werden.

Einzig die beiden im Rahmen von «Prävention in der Gesundheitsversorgung» von der Gesundheitsförderung Schweiz geförderten Projekte «PAP+ und 'GLA:D®Schweiz» könnten in der Schweiz Best Practice Projekte für die Etablierung von «Bewegung als Therapie» sein. Das PAP+ Projekt, weil es ein Modell ist für (haus)ärztliche Verschreibung von körperlicher Aktivität bei NCDs und das GLA:D®Schweiz Programm, weil es möglichst rasch nach der Diagnosestellung ein spezifisches Übungsprogramm als Therapie und Sekundärprävention für Betroffene von Hüft- und Kniearthrose anbietet.

12) Welche weiteren Rahmenbedingungen müssen berücksichtigt werden?

Bei jeder dieser funktionalen und politischen Rahmenbedingungen ist anhand der APEASE Kriterien abzuwägen, inwieweit die Massnahmen finanzierbar, praktisch umsetzbar, effektiv und kosten-effizient, akzeptabel und sicher sind und Chancengleichheit gewährt wird.

Gemäss dem Behaviour Change Wheel Rahmenmodell von Michie et al.¹⁴¹ sind je nachdem, welche individuellen Ursachen dem mangelnden Bewegungsverhalten zugrunde liegen (z.B. mangelnde Fähigkeit, Motivation oder Gelegenheiten) unterschiedliche Interventionsfunktionen (z.B. Bildung, Training, Umweltveränderungen) zu unterscheiden. Schliesslich ist das Verhalten von Individuen auch von politischen Rahmenbedingungen in Bezug auf fiskalische Massnahmen, Leitlinien, Umwelt und soziale Planung, Kommunikation und Marketing, Gesetzgebung, Bereitstellung von Angeboten und die Regulierung beeinflusst.

In Bezug auf die Bereitstellung von Angeboten und Regulierung können die spezifischen Weiterbildungen/Zertifizierungen der durchführenden Fachpersonen, Akkreditierung der Programme oder Datenregister genannt werden, die alle einen Beitrag zur Qualitätssicherung leisten. Im Bereich Umwelt und soziale Planung fällt die Kooperation zwischen Fachgesellschaften, Patientenorganisationen und weiteren Interessensgruppen (z.B. IG-PTR) positiv auf. Schliesslich sind im Bereich der Leitlinien und Gesetzgebung die Qualitäts- und Leistungskriterien sowie die Nationale Strategie gegen Krebs positiv hervorzuheben.

Beispiele Spezifische Weiterbildungen / Zertifizierungen

- Herztherapeuten/-innen, PAVK-Therapeuten/-innen, Diafit-Therapeuten/-innen und Pulmonale Rehabilitations-Therapeuten/-innen unter dem Patronat der jeweiligen Fachgesellschaften (Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie SGK/SCPRS; Schweizerische Gesellschaft für Angiologie SGA/SSA; Schweizerische Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED); Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie SGP. Mitgetragen werden die Programme auch von Patientenorganisationen (z.B. Schweizer Herzstiftung SHS, Verein DIAfit) und weiteren Interessengruppen. Die Qualität der Zusatzausbildung PR ist z.B. über die IGPTR-P (Interessengruppe für Physiotherapie in der Rehabilitation – Pneumologie) und SGP gesichert.
- GLA:D®-Therapeut/innen: von GLAD-Schweiz zertifizierte Physiotherapeuten/-innen (Schulung in der Schweiz getragen von einem Konsortium aus Fachhochschulen aller Sprachregionen – Fachverbänden - Rheumaliga Schweiz und unterstützt von den ärztlichen Fachgesellschaften SGAIM (Hausarztmedizin); Orthopädie (swiss orthopaedics) und Rheumatologie (SGR).

Beispiele Akkreditierung von Programmen

- Das Bewegungsprogramm bei Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (MSIT, MGP) muss durch die Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP/SSP) und AKJ zertifiziert sein.
- Die Akkreditierung eines PR-Programms muss seitens der Schweizerischen Fachgesellschaft für Pneumologie SGP erfolgen.
- Die jeweiligen Fachgesellschaften (Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie SGK/SCPRS; Schweizerische Gesellschaft für Angiologie SGA/SSA; Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie SGED; Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie SGP) erstellen die Kriterien und zertifizieren die Rehabilitations- und die Langzeitprogramme und stellen damit Implementierung, Qualität und Qualitätskontrolle sicher.

Beispiel Datenregister

- GLA:D® sichert Qualität durch die Datenerfassung in einem nationalen Register.

Im Bereich der Kommunikation und des Marketings muss gewährleistet sein, dass die spezifischen Angebote bekannt sind und bei Bedarf auf den Webseiten gut aufgefunden werden können.

5.2 Fazit

Für alle NCDs wird die in Leitlinien empfohlene körperliche Aktivität als therapeutische Intervention verschrieben. Für Muskuloskelettale Erkrankungen, Erkrankungen des Herzens, der peripheren Gefässe und der Perfusion des Gehirns, Diabetes, chronischen Atemwegserkrankungen und Krebserkrankungen gibt es zahlreiche Rehabilitationsprogramme, die nach der Diagnosestellung oder nach einem akuten Ereignis verordnet werden können. In diesem Fall ist körperliche Aktivität als Teil einer Physiotherapie, Rehabilitation oder Tertiärprävention etabliert und im Rahmen der Grundversicherung gedeckt. Sie beruhen alle auf ausreichender Evidenz für die Wirksamkeit körperlicher Aktivität/Training und erfüllen die WZW Kriterien des KLV Artikel 32. Auch weiterführende langfristige Bewegungsangebote, als Sekundärprävention bei NCDs sind vorhanden, aber meistens nur im Rahmen von Zusatzversicherungen gedeckt. Sie werden den Betroffenen empfohlen, um die in der Rehabilitation erzielten Verbesserungen langfristig zu erhalten, aber die Teilnahme hängt stark von der Eigeninitiative und den persönlichen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen der Betroffenen ab.

Ausser im Modell PAP+ scheint es keine Beispiele zu geben, bei denen das Thema Bewegung und Lebensstil im Zusammenhang mit diagnostizierten NCDs systematisch und strukturiert angegangen wird.

Wenige Angebote und damit Handlungsbedarf bestehen insbesondere in den Bereichen Adipositas-Programme für Erwachsene sowie bei psychischen und Sucht-Erkrankungen. Bei Adipositas ist das mit Blick auf die Prävalenz etwas überraschend. Bei psychischen und Sucht-Erkrankungen wird in den Leitlinien Bewegung zwar empfohlen, explizite Empfehlungen für Bewegung als Intervention gibt es jedoch nur bei wenigen Störungsbildern. Es gibt Angebote im Rahmen stationärer Therapien, aber ambulante Anschlusstrainings werden nicht verordnet und sind der Eigeninitiative der Betroffenen überlassen.

Die Abhängigkeit der Finanzierung der weiterführenden langfristigen Angebote vom Versicherungsstatus kann problematisch sein, weil damit soziale Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung geschaffen wird. Als Ziele scheinen hier die Schaffung von Standards und Harmonisierung bei den Versicherungsangeboten im Bereich «Bewegung als therapeutische Intervention» der Zusatzversicherungen als Minimalziel und die Übernahme der weiterführenden langfristigen Angebote durch die Grundversicherung als Maximalziel sinnvoll.

Es gibt möglicherweise auch bei der Häufigkeit der Verschreibung v.a. der langfristigen Angebote noch Verbesserungsbedarf. Hier scheinen Bestrebungen zum Ausarbeiten und Standardisieren der Empfehlungen, zum Schaffen gezielter Weiterbildungsangebote für Fachpersonen und zum Ausweiten und Bewerben der Angebote als sinnvolle nächste Schritte notwendig, um Bewegung als therapeutische Intervention auch im Bereich der Sekundärprävention weiter zu etablieren. Unklar ist, inwieweit Inhalte und Dosierung gemäss den Bewegungsempfehlungen umgesetzt werden. Dies konnte durch den gewählten methodischen Ansatz bei der Situationsanalyse nicht verifiziert werden. Eine individuelle Anpassung von

Inhalt und Dosierung an das aktuelle Fitnessniveau und an Komorbiditäten sowie an die Bedürfnisse und Präferenzen der Betroffenen ist allerdings wichtig für ein sicheres und adhärentes Bewegen und Trainieren.

Die Qualität der rehabilitativen und der weiterführenden langfristigen Angebote ist hoch, da sie meistens von Fachpersonen aus Physiotherapie, Sportpädagogik und Sportwissenschaften, die sich zusätzlich im Bereich spezifischer NCDs weitergebildet haben, durchgeführt werden. Viele der analysierten Programme sind patroniert oder akkreditiert von den entsprechenden ärztlichen Fachgesellschaften.

In die aktuelle Integration von körperlicher Aktivität als Therapie ist eine Vielzahl von Akteuren mit unterschiedlichen Aufgaben eingebunden. Sie sind in der nachfolgenden Tabelle 5 aufgezeigt und im Anhang 2 im Detail aufgelistet, ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Die spezifischen Kompetenzen und Rollen der verschiedenen Akteure und wie sie optimal zusammenarbeiten und sich ergänzen könn(t)en, sollten in interprofessionellen Initiativen geklärt und wenn nötig verbessert werden. Eigeninitiative und Adhärenz an regelmässiges Bewegen und Trainieren ist schon für Gesunde schwierig genug, aber noch mehr für Personen mit NCDs und ganz besonders für Personen mit psychischen und Sucht-Erkrankungen. Exemplarisch seien die pulmonale Rehabilitation oder Diafit zu nennen: trotz zahlreichen COPD- resp. Diabetes-Betroffenen (Prävalenzen) und klarer Evidenz für die Wirksamkeit der pulmonalen resp. Diabetes-Rehabilitation nutzen relativ wenige Betroffene das Angebot. Es ist deshalb ebenso wichtig, nebst dem Erkennen von individuellen Barrieren und entsprechender Problemlösung, strukturelle Barrieren zu erkennen und anzugehen, um die Bewegungsangebote im Gesundheitssystem zu implementieren.

Eine weitere grosse Barriere für die langfristige Nutzung von (allen) Bewegungsangeboten, verorten wir in der Transparenz und Koordination der Angebote sowie in der Beratung der Betroffenen, um individuell passende Bewegungsangebote finden, ausprobieren und wählen zu können. Haus- und Fachärztinnen und -ärzte, Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen spielen für diese Koordination und Unterstützung eine wichtige Rolle, sie alle haben aber den Fokus meistens nicht (nur) auf Bewegungsförderung und Bewegungsangeboten.

Tabelle 5: Akteure und ihre Funktion in der aktuellen Integration von körperlicher Aktivität als Therapie in die Schweizer Gesundheitsversorgung

Akteure	Funktion
Hausärzte/-innen	- Anordnung von stationären und ambulanten Bewegungsinterventionen
Fachärzte/-innen	
Patienten-Fachorganisationen und Gesundheitsligen	- Koordination von Bewegungsinterventionen - Unterstützung bei der Finanzierung von Bewegungsinterventionen
Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen	
Physiotherapeuten/-innen	- Durchführung von Bewegungsinterventionen
Sportpädagogen/-innen	
Sportwissenschaftler/-innen	
Fachspezialist/-in für körperliche Aktivität und sportliche Bewegung	
Fachgesellschaften	- Weiterbildung und Zertifizierung der Fachpersonen, die Bewegungsinterventionen durchführen - Akkreditierung von Bewegungsinterventionen - Implementierung und Qualitätskontrolle von Bewegungsinterventionen
Krankenkassen	- Vergütung von Bewegungsinterventionen im Rahmen der Grund- oder Zusatzversicherung(en)
Sozialdienste, Gemeinden	- Vermittlung und ggf. Mitfinanzierung von Bewegungsinterventionen
Weitere Akteure im Gesundheitsbereich	- Mitarbeit im interprofessionellen Behandlungsteam
Universitäten und Fachhochschulen	- Ausbildung der Fachpersonen, die Bewegungsinterventionen anordnen oder durchführen - Forschung zu «Exercise is Medicine»
Bund, Kantone	- Integration von Bewegung als Therapie in die strategische Ausrichtung der Gesundheitsversorgung - Koordination der Implementierungsschritte von «Bewegung als Therapie»

5.3 Limitationen

In der Situationsanalyse Schweiz wurden insgesamt 16 bestehende Bewegungsprogramme für die NCDs muskuloskelettale Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes, chronische Atemwegserkrankungen, psychische Erkrankungen und insbesondere auch für Suchtverhaltensweisen beschrieben, die über die Webseiten der Fachgesellschaften und Patientenorganisationen der entsprechenden NCDs gefunden wurden. Weitere Programme wurden von Expertinnen und Experten aus Medizin, Sportwissenschaft und Physiotherapie ergänzt. Es ist aber wahrscheinlich, dass damit nicht alle Bewegungsangebote für diese NCDs in der Schweiz erfasst wurden.

Wie in der Einleitung erläutert, wurden Bewegungsangebote für die allgemeine Bevölkerung/Gesunde oder für Kinder/Jugendliche und ältere Menschen als spezielle Zielgruppen nicht eingeschlossen, also auch gemeindebasierte Angebote oder solche von Vereinen und Dienstleistungsorganisationen wie Pro Senectute, die alle eher in der Primärprävention anzusiedeln sind. Ebenfalls nicht aufgenommen sind weitere Krankheitsbilder, bei denen körperliche Aktivität effektiv sein kann wie z. B. Metabolisches Syndrom, oder Demenz/milde kognitive Einschränkung. Allerdings zeigt die Forschung zu Demenz zwar, dass Bewegung einen Beitrag zur Prävention von Demenz leisten kann,¹⁴² aber die Befunde zu den Effekten moderater oder hochintensiver Bewegung auf die Verlangsamung der kognitiven Beeinträchtigungen sind widersprüchlich.¹⁴³

6 Bewegungsangebote in ausgewählten Ländern

Die nachfolgende Tabelle 6 charakterisiert die Gesundheitssysteme der einbezogenen Länder hinsichtlich des Typs von Gesundheitssystemen, der Finanzierung und der Leistungserbringung. Anschliessend werden die Bewegungsangebote für Personen mit NCD, Psychischen Erkrankungen und Suchtverhaltensweisen in Australien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Kanada, Niederlande, Norwegen, Schweden und dem Vereinigten Königreich beschrieben. Dabei wird der Fokus auf Angebote ausserhalb des medizinischen Rehabilitationsbereichs gelegt. In der zweiten diesem Dokument zugehörigen Excel-Datei «Bewegung als Therapie_andere Länder.xls» sind die Aussagen der befragten Expertinnen und Experten zur Organisation der Angebote in den einzelnen Ländern beschrieben (im Arbeitsblatt «Erfahrungen anderer Länder») und konkrete Bewegungsprogramme detaillierter dargestellt (im Arbeitsblatt «Bewegungsprogramme», ohne Anspruch auf Vollständigkeit).

Tabelle 6: Beschreibung der Gesundheitssysteme der einbezogenen Länder

	Beschreibung des Gesundheitssystems				
	Typ Gesundheitssystem	Private Versicherungen als Ergänzung	Vorrangige Finanzierungsquelle	Selbst-Zahlung	Leistungs-Erbringung
Australien	Nationaler Gesundheitsdienst	ja	Steuern	ja	etwa gleichermassen staatlich - privat
Dänemark	Nationaler Gesundheitsdienst	ja	Steuern	ja	mehrheitlich staatlich
Deutschland	Sozialversicherungsmodell	ja	Krankenversicherung	ja	etwa gleichermassen staatlich - privat
Finnland	Nationaler Gesundheitsdienst	ja	Steuern	ja	mehrheitlich staatlich
Frankreich	Sozialversicherungsmodell	ja	Krankenversicherung	ja	mehrheitlich privat
Kanada	Nationaler Gesundheitsdienst	ja	Steuern	ja	mehrheitlich staatlich
Niederlande	Sozialversicherungsmodell	ja	Krankenversicherung	ja	mehrheitlich privat
Norwegen	Nationaler Gesundheitsdienst	ja	Steuern	ja	mehrheitlich staatlich
Schweden	Nationaler Gesundheitsdienst	ja	Steuern	ja	mehrheitlich staatlich
UK	Nationaler Gesundheitsdienst	ja	Steuern	ja	mehrheitlich staatlich

6.1 Australien

Australien verfügt über einen nationalen Gesundheitsdienst (Medicare), welcher über die Steuern finanziert wird. Zusätzlich gibt es Privatversicherungen. Die Leistungserbringung erfolgt sowohl staatlich wie auch privat.

In der nicht-medikamentösen Therapie wird körperliche Aktivität sowohl bei NCDs als auch bei Suchtverhalten und psychischen Erkrankungen eingesetzt. Die über Medicare vergüteten Programme müssen Vorgaben entsprechen, welche z.B. Angaben zu Dauer und Gruppengrösse beinhalten. Die körperliche Aktivität wird hausärztlich verordnet. Ausgeführt wird die Therapie sowohl von Physiotherapeutinnen und -therapeuten wie auch von «exercise physiologists», welche durch ihren Universitätsabschluss als Gesundheitsfachpersonen anerkannt sind. Eine Vergütung über Medicare ist möglich, sofern eine chronische Erkrankung seit mindestens sechs Monaten vorliegt. Zudem gibt es ein vergleichbares Vergütungsmodell bei Diabetes Typ 2. Strukturierte Rehabilitationsprogramme werden über die Privatversicherung vergütet. Weitere Finanzierungsmodelle erfolgen über Patientenorganisationen, Gemeinden, oder Departemente wie das «Department of Veterans Affairs». Medicare deckt bei chronischen Krankheiten jährlich fünf, bei Diabetes Typ 2 acht Sessionen ab. Diese maximale Anzahl erlaubter Therapiesitzungen wird in Bereiche wie Ernährungsberatung und körperliche Aktivität aufgeteilt. Dabei erfolgt ein patienten-zentrierter Ansatz, wobei die Patientinnen und Patienten mit Unterstützung des Hausarztes bzw. der Hausärztin entscheiden, welche Therapie sie wahrnehmen möchten. Die gesetzliche Grundlage zur Abrechnung von körperlicher Aktivität ist durch die Item-Liste von Medicare (Liste abrechenbarer Leistungen) gegeben.

Die Anzahl tätiger exercise physiologists steigt in Australien stetig an, und damit auch die Anzahl Patientinnen und Patienten, welche zur Bewegungsfachperson überwiesen werden. Trotzdem bleibt die Gesamtzahl der Bewegungsrezepte klein.¹⁴⁴ Die Leistungen des «Chronic Disease Management Service» und des «Type 2 Diabetes Service» wurden in den Jahren 2006-2012 evaluiert. Daraus ging hervor, dass knapp 1% der Population mit chronischer Erkrankung die Leistungen wahrnahm, bei Diabetes Typ 2 waren es knapp 4%.¹⁴⁵

Die Implementierung wurde durch die bereits bestehende Item-Liste begünstigt. So waren die Rahmenbedingungen gegeben und es konnte lediglich ein neues Item hinzugefügt werden. Bei der Implementierung des Diabetes Typ 2 Programms wurden anschliessend die einbezogenen Berufsgruppen ausgebildet. Sie lernten dabei, wie das Programm durchgeführt wird und der Patientenbericht an den verordnenden Hausarzt erstellt wird. Dieser Bericht enthält Angaben zu den vorgenommenen Untersuchungen sowie zum durchgeführten Angebot und dem erreichten Erfolg.

Als Best-Practice Modell in Australien kann gemäss der befragten Expertin die Krebstherapie angesehen werden. Dabei wird das Training in Kombination mit weiteren medizinischen Behandlungen durchgeführt. Kommt ein Patient oder eine Patientin in ein Spital, z.B. für die Chemotherapie, wird ein Besuch beim exercise physiologist zeitgleich geplant. Noch weiter geht dieser Kombinationsgedanke bei der Dialyse, wo die Patientinnen und Patienten während der Dialyse auf dem Ergometer trainieren. Durch diese Modelle kann die Adhärenz der Betroffenen erhöht werden, da sie nicht zusätzlich anreisen müssen.

6.2 Dänemark

Dänemark hat ein staatliches durch Steuern finanziertes Gesundheitssystem.

Aktuell können 32-Diagnosegruppen im Handbuch für die nationalen Empfehlungen für Bewegung als Therapie gefunden werden.¹⁴⁶ Es gibt Vorgaben für die Dosierung der Bewegungsinterventionen, jedoch werden die Angebote individuell angepasst. Die Verordnung erfolgt vor allem von den Hausärztinnen und Hausärzten in der Primärversorgung. Dabei wird zusammen mit den Betroffenen ein passendes Bewegungsprogramm gesucht. Es gibt verschiedene nationale Programme und Vereine, welche Gesundheits-Sport anbieten. Eines dieser Angebote ist der Fussballverein «FC Prostata», welcher Mitglieder mit Prostatakrebs aufnimmt. Abbildung 3 veranschaulicht die Dienstleistungskette von der Verordnung von physischer Aktivität bis hin zum Follow-Up.

Als Best Practice Angebot kann das EUPAP-Projekt (European Physical Activity on Prescription) in Dänemark genannt werden. Das Projekt will Bewegung als Therapie für mental vulnerable Patientinnen und Patienten, die in die Notaufnahme kommen, anbieten. Es handelt sich dabei nicht um psychisch kranke Personen, sondern um Personen, die z.B. chronisch krank, arm, oder obdachlos sind. Sie werden von Mitarbeitenden des EUPAP-Projekts kontaktiert und bei der Umsetzung der Bewegungsziele unterstützt. Das Follow-Up erfolgt regelmässig telefonisch. Der Vorteil des Programms liegt darin, dass durch Pflegende in Notaufnahmen Personen erreicht werden, die nicht zur Hausärztin bzw. zum Hausarzt gehen. Die Interventionen sind sehr leicht in den Alltag integrierbar, wie zum Beispiel «einmal pro Tag in den Garten gehen».

Ein anderes Beispiel ist das Erhaltungsprogramm der Patientenorganisation für Herzkrankte. Es dauert 32 Wochen und schliesst an die aktive Rehabilitation nach dem Spitalaufenthalt an. Das Ziel des Programms ist es, Betroffene in der Gestaltung eines aktiveren Alltags zu unterstützen. Die Intervention beinhaltet 90 Minuten gemeinsame Bewegung pro Woche was gegenseitige Unterstützung ermöglicht (Peer Support). Das Angebot wird durch die lokalen Patientenorganisationen organisiert und von ausgebildeten Fachpersonen geleitet.



Abbildung 3: Dienstleistungskette der Verordnung von physischer Aktivität als Therapie in den Gesundheitszentren Dänemarks (eigene Darstellung)

6.3 Deutschland

Das deutsche Gesundheitssystem basiert auf dem Sozialversicherungsmodell (gesetzliche Krankenversicherung, ca. 10% der Bevölkerung in privater Krankenversicherung). Die Krankenversicherungsbeiträge werden paritätisch von Arbeitnehmenden und Arbeitgebenden aufgebracht. Die Leistungserbringung ist in den ambulanten und stationären Sektor unterteilt, es gibt wenig strukturelle Überschneidungen. Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im ambulanten Sektor sind mehrheitlich privat (z.B. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte). Spitäler werden über Landesmittel mit Beteiligung der Krankenkassen in gemeinnütziger oder privater Trägerschaft finanziert. Es gibt 36 Hochschulkliniken, welche einen Sonderstatus haben. Jedes Bundesland agiert selbstständig.

Die Regelungen des Präventionsgesetzes (PrävG) verpflichten die Krankenkassen zu einer Leistungserbringung im Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung.

Das «Rezept für Bewegung (RfB)» gibt es seit 2011 und ist eine gemeinsame Initiative der DGSP (Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention-Deutscher Sportärztebund), des DOSB (Deutscher Olympische Sportbund) und der Bundesärztekammer.¹⁴⁷ Das RfB ist eine Empfehlung des Arztes bzw. der Ärztin, eine Abrechnungsmöglichkeit ist hiermit nicht verbunden. Für das RfB gibt es keine qualifizierende Diagnoseliste und es werden keine Trainingsmodalitäten definiert. Es gibt die Möglichkeit der telefonischen und webbasierten Beratung, um das passende Sportangebot zu finden, welches zielorientiert in Gruppen mindestens einmal wöchentlich für die Dauer von 8-12 Wochen durchgeführt wird. Leitende Personen sind ausgebildete Übungsleiter/-innen, Sportlehrer/-innen, Physiotherapeuten/-innen.¹⁴⁸ Diese Angebote können das Qualitätssiegel «Sport pro Gesundheit (SpG)» erwerben. Eine systematische, bundesweite Evaluation gab es bisher nicht. Eine Evaluation für den Zeitraum von 2011-2014 in Hamburg zeigte, dass die befragten Ärztinnen und Ärzte im Schnitt 62 RfB pro Jahr ausstellten.¹⁴⁹ Sie werteten das RfB als mittlere bis grosse Unterstützung für ihre ärztliche Tätigkeit. Gründe hierfür waren die patientenseitige Dankbarkeit, erhöhte Motivation und damit einhergehende gesteigerte Selbstwirksamkeit. Als Barrieren führten die befragten Personen fehlendes Interesse Seitens der Patientinnen und Patienten, fehlende Transparenz bei der Kostenübernahme von SpG-Kursen und eine zu geringe Anzahl an SpG-Bewegungsangeboten an.

Die medizinische Rehabilitation ist durch das Sozialgesetzbuch (SGB) VI und SGB IX geregelt. Sie kann stationär oder ambulant erfolgen. Die Indikation für eine Rehabilitation ist klar definiert und umfasst alle NCDs. Die Bewegungsprogramme sind diagnosespezifisch und strukturiert. So sind Trainingsmodalitäten vorgegeben. Rehasport umfasst Gruppen- und Individualsportarten. Die Rehabilitationsmassnahme muss ärztlich verordnet werden. Ausführende Berufsgruppen sind spezifisch weitergebildete Physiotherapeuten/-innen, Diplom-Sportlehrer/-innen, Bewegungswissenschaftler/-innen oder Übungsleiter/-innen. Anschliessend an eine Rehabilitation kann das Programm für intensivisierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA) der Deutschen Rentenversicherung in Anspruch genommen werden, welches zur Stabilisation der Erwerbsfähigkeit dient.¹⁵⁰ IRENA hat drei Therapiefelder: a) Sport, Bewegung und Physiotherapie, b) Klinische Psychologie, Arbeitstherapie und klinische Sozialarbeit, c) Information, Motivation, Schulung und Ernährung. IRENA wird in gruppenbasierten, 24 wöchentlichen Behandlungsterminen durchgeführt, welche jeweils 90 Minuten dauern.

Rehabilitationsmedizinerinnen und -mediziner können im Anschluss an die Rehabilitation auch den Rehasport verordnen. Hierfür ist die Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationsport und das Funktionstraining massgeblich.¹⁵¹ Dieses Programm kann während 24 Monaten in Anspruch genommen werden. Anbietende für Rehasport müssen sich zertifizieren,

z.B. Physiotherapieeinrichtungen oder Sportvereine. Rehasport kann anschliessend mit geringen Kosten, die selbst bezahlt werden müssen, fortgesetzt werden.

6.4 Finnland

Finnland hat ein staatliches mit Steuern finanziertes Gesundheitssystem. Privatversicherungen können auch abgeschlossen werden, diese werden jedoch vor allem von Personen mit besonderen Ansprüchen an die medizinische Versorgung z.B. Spitzensportlern benutzt. Occupational Health (betriebliches Gesundheitsmanagement) ist eine halbprivate Versicherung, die von Arbeitgebern und der Sozialversicherung abgedeckt wird.

Körperliche Aktivität kann für alle Personen, die ungenügend physisch aktiv sind, verordnet werden (vgl. Abbildung 4). Am häufigsten wird sie zur Gewichtsreduktion für Patientinnen und Patienten mit einer oder mehreren NCDs und Übergewicht verschrieben. Die Dosierung, Planung und Zielsetzung der Bewegungsinterventionen werden individuell festgelegt, wobei persönliche Ressourcen berücksichtigt werden. Ein Handbuch (Käypähoito) für physische Aktivität als Therapie sowie eine Internetseite dienen Fachpersonen in der Grundversorgung als Informationsressource für Bewegungsempfehlungen.¹⁵²

Körperliche Aktivität als Therapie kann von jeder Berufsgruppe in der Primärversorgung verordnet werden. Pflegefachpersonen, Public Health Nurses, Hausärzte/-innen und Physiotherapeuten/-innen, die in Gesundheitszentren arbeiten, sind die am meisten verordnenden Berufsgruppen. Mit dem sogenannten Bewegungsrezept (Liikuntaresepti) können Patienten und Patientinnen zu einer Fachperson für Sport (liikuntaneuvoja) und mit ihr ein passendes Angebot suchen. Diese werden in den meisten Fällen von Physiotherapeuten/-innen und Sportinstruktoren/-innen (liikunnanohjaaja) angeboten.

Die Angebote sind entweder kostenlos oder haben einen kleinen Eigenanteil. Sie werden von Gemeinden oder Patientenvereinen angeboten. Es gibt keine definierten Programme für bestimmte Diagnosegruppen. Betroffene wählen die Sport- oder Bewegungsart, die ihnen am besten entspricht und welche sie motiviert sich im Alltag zu bewegen.

Das Gesundheitsministerium setzt die gesetzlichen Vorgaben für Prävention um. Die Gemeinden erhalten Mittel und sind verantwortlich für die Implementierung und Umsetzung von Bewegungsprogrammen. Das Verordnen von Bewegung als Therapie wird nicht speziell vergütet.

Gemäss dem befragten Experten ist eine Herausforderung für die Verordnung von Bewegung als Therapie fehlendes Interesse und zu wenig Zeit seitens der Fachpersonen in der Primärversorgung. Eine mögliche Lösung wären Weiterbildungsangebote zum Nutzen körperlicher Aktivität und Sport. Im Moment wird die Verordnung zu wenig benutzt.

Ein Best Practice Beispiel aus Finnland ist «Fast-Track» in der Primärversorgung für Betroffene mit Rückenschmerzen. Sie bekommen direkt einen Termin bei der Physiotherapie und werden mit Übungen und Bewegung behandelt.

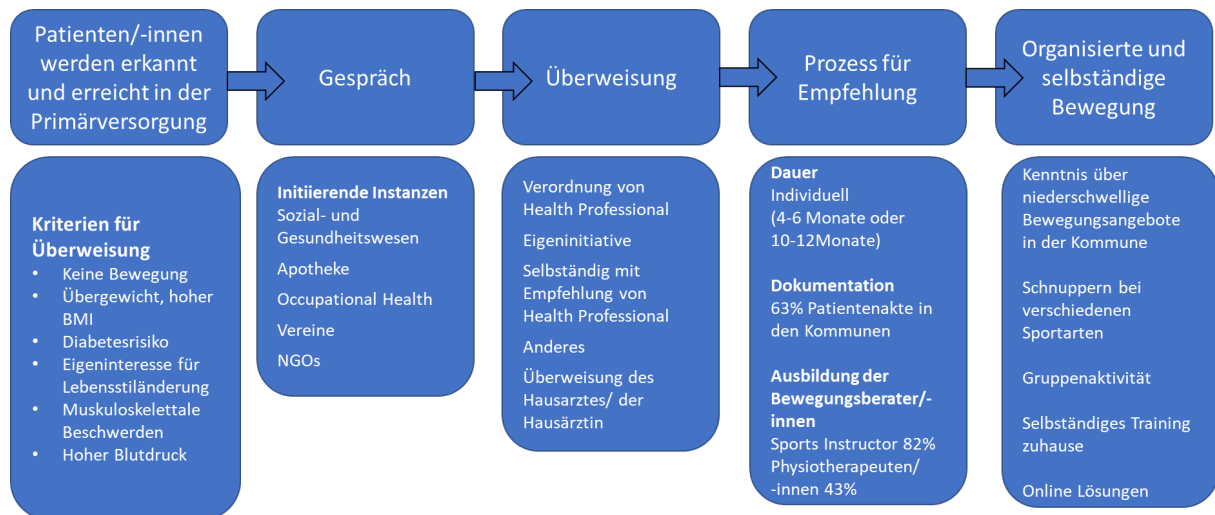


Abbildung 4: Dienstleistungskette der Bewegungsempfehlung in Finnland; Angepasste und übersetzte Version vom „Fit for Life“ Programm www.kkiohjelm.fi

6.5 Frankreich

Die staatliche Krankenversicherung ist in Frankreich obligatorisch und wird in der Regel über den Arbeitgeber abgeschlossen. Für Selbständige bestehen separate Lösungen. Auffallend sind die hohen Selbstbehalte, weshalb sehr viele Personen über eine private Zusatzversicherung verfügen. Zu den Leistungen zählen neben der grundlegenden Gesundheitsversorgung und Zahnbehandlungen auch gesetzliche Präventionsmassnahmen, wie z.B. Impfungen oder Früherkennungsuntersuchungen für bestimmte Bevölkerungsgruppen.

Seit 2016 besteht in ganz Frankreich die gesetzliche Grundlage für die Verschreibung körperlicher Aktivität durch Hausärzte und Hausärztinnen. Die Leistung heisst «prescription médicale d'activité physique et sportive». Dazu müssen die Patientinnen und Patienten eine von 30 aufgelisteten chronischen Erkrankungen haben (liste des affections de longue durée-ALD) zu der auch viele NCDs gehören.¹⁵³ Verschrieben werden nicht definierte Programme, sondern die Art der körperlichen Aktivität, die Dauer und die umsetzende Profession. Diese unterstützt die Betroffenen beratend und begleitend dabei, im Alltag mehr körperlich aktiv zu sein. Dabei spielen die individuellen Präferenzen eine wichtige Rolle. Je nach Schweregrad der Erkrankung übernehmen diese Rolle Fachpersonen der Physiotherapie, Ergotherapie, Psychomotorik, activité physique adaptée (APA) oder Leitende von Sportgruppen mit entsprechender Qualifikation. Es bestehen Einrichtungen, die auf die Umsetzung der Verschreibungen spezialisiert und entsprechend zertifiziert sind (maison sport santé). Die Kostenübernahme ist nicht einheitlich geregelt. Sie hängt z.B. ab vom Modell der privaten Krankenzusatzversicherung. Lokale Programme ermöglichen befristete kostenlose Teilnahme an Programmen zur Förderung der körperlichen Aktivitäten. Entschädigungen sind auch im Rahmen von Projekten möglich.

In Anlehnung an ähnliche Angebote aus anderen Europäischen Ländern, v.a. Schweden startete 2012 in Frankreich die Verschreibung von körperlicher Aktivität mit lokalen Projekten, meist in Städten (z.B. Strassbourg).¹⁵⁴ Diese haben 2016 zur Anpassung des nationalen Gesundheitsgesetzes geführt. Der Implementierungsprozess wird durch die Ministerien für Gesundheit sowie für Sport koordiniert und ist noch nicht abgeschlossen. Die Evaluation der ersten Phase wird in Kürze erwartet. Als Hindernis für die Implementierung wurde durch die

interviewte Expertin einerseits die unklare Kostenübernahme und andererseits fehlendes Bewusstsein bei den verschreibenden Ärzten angegeben. Als Förderfaktoren nannte sie die nationale Gesetzgebung, Plattformen, die eine Übersicht über die lokalen Angebote und Fachpersonen bieten sowie die Priorisierung körperlicher Aktivität in regionalen Gesundheits- und Sportplänen.

6.6 Kanada

Die Gesundheitsversorgung in Kanada basiert auf einer nationalen Gesetzgebung (Canada Health Act). Die Umsetzung erfolgt jedoch in den 13 Provinzen individuell. Unterschiede bestehen selbst zwischen Regionen innerhalb einer Provinz. Grundlegende Gesundheitsleistungen werden durch öffentliche Gelder finanziert. Zusatzversicherungen für ergänzende Leistungen gehören meist zu den Angeboten von Arbeitgebern. Einige Leistungen müssen durch die Patientinnen und Patienten selbst finanziert werden (fee for service).

In den meisten Provinzen werden strukturierte Bewegungsangebote bei Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems oder der Lungen im Sinne einer Rehabilitation im Rahmen der Universal Health Care angeboten und bezahlt. Seltener sind solche Angebote für Patientinnen und Patienten mit Diabetes Typ II. Angebote für weiterführende Bewegungsprogramme nach einer Rehabilitation (maintenance program) werden in der Regel durch die Teilnehmenden selbst bezahlt. Angebote für andere NCDs existieren in kleinerer Anzahl und in unterschiedlichen Formen. Sie werden z.B. im Rahmen einer regionalen Prioritätensetzung durch die öffentliche Gesundheitsversorgung angeboten und finanziell unterstützt oder durch Fund-Raising Kampagnen getragen (z.B. Grand Défi Pierre Lavoie, eine Organisation in der Provinz Quebec, welche die Bevölkerung zu einer gesunden Lebensweise ermutigt).

Dort, wo es Bewegungsförderungsprogramme gibt, werden sie durch Fachpersonen der Hausarzt-, Sportmedizin, advanced practice nursing, Physiotherapie, Chiropraktik oder Ernährungsberatung verordnet. Ausführende Professionen sind die Kinesiologists (Bewegungstherapeutinnen und -therapeuten) und clinical exercise physiologists (klinische Trainings-Physiologinnen und -physiologen) sowie verwandte Berufe. Standards für die Kompetenzen der Angehörigen dieser Berufe werden mittels Zertifizierung durch die Canadian Society for Exercise Physiology (CSEP) oder Exercise is Medicine Canada sichergestellt. Ausbildungs- und Berufsstandards werden durch die Canadian Kinesiology Alliance (CKA) und ihre Partnerorganisationen festgelegt. Die CKA ist diesbezüglich die treibende Organisation. Mit der Erweiterung des Health Professions Act 2007 wurde Kinesiology in Ontario gesetzlich reguliert. Nach längerer Vorarbeit verschiedener Stakeholder und unter der Federführung durch die CKA wurde 2013 das College of Kinesiologists of Ontario gegründet, das Ausbildung und Registrierung umsetzt. Das College ist aktuell das einzige seiner Art in Kanada. Vergleichbare Organisationen werden in den Provinzen British Columbia und Manitoba aufgebaut. Die Promotion der Bewegungsförderung ist in Kanada stark an die Kinesiologists gebunden. Sie haben ihren Hintergrund in der Sportwissenschaft und können als analog zum/r «Fachspezialist für körperliche Aktivität und sportliche Bewegung» in der Schweiz gesehen werden. Als jüngere Profession in der Gesundheitsversorgung haben die Kinesiologists ihre Position noch nicht eindeutig gefunden hat. Die im Interview genannten Barrieren stehen damit in Zusammenhang. So ist es beispielsweise für Studierende der Kinesiology wegen fehlender Stellen noch schwierig, die geforderte klinische Erfahrung zu sammeln. Eine weitere Barriere wird in der noch nicht klar ausgehandelten Abgrenzung zu den Therapieberufen (Physiotherapie, Ergotherapie) gesehen.

6.7 Niederlande

Das Gesundheitssystem der Niederlande basiert auf dem Sozialversicherungsmodell. Per Gesetz müssen sich alle Bewohnerinnen und Bewohner krankenversichern und haben den gleichen Zugang zum Gesundheitssystem. Der Zugang zu Spezialisten kann durch das gewählte Versicherungspaket beeinflusst werden. Rund 84 % der Bevölkerung hat eine Zusatzversicherung, die z.B. Kosten der zahnärztlichen und physiotherapeutischen Leistungen sowie der Medikamente übernimmt. Es besteht ein jährlicher Selbstbehalt von 385€ (ausgenommen Hausarztbesuche), erst nachdem dieser Betrag selbst bezahlt wurde, übernimmt die Basisversicherung weitere aufkommende Kosten. Dienstleistungsbetriebe sind mehrheitlich privat organisiert. Krankenversicherungen werden durch den Gesetzgeber kontrolliert. In den Niederlanden gibt es für alle Bürgerinnen und Bürger ein elektronisches Patientendossier «health record», das mit der «Burgerservicenummer» (ID) verknüpft ist.

«Exercise» ist in den medizinischen Leitlinien als Intervention anerkannt. Im Falle einer chronischen Erkrankung oder eines akuten Ereignisses (z.B. Exazerbation bei COPD, Herzinfarkt) können Hausärzte/-innen und Spezialisten/-innen ein strukturiertes und diagnosespezifisches Rehabilitationsprogramm verordnen. Stationäre und ambulante Rehabilitationsprogramme übernehmen die Krankenkassen anteilig. Lange dauernde ambulante Programme, wie z.B. «Bewegen mit Rheuma» werden nicht übernommen. Ausführend, auf Basis der ärztlichen Delegation, sind Physio- oder Bewegungstherapeuten und -therapeutinnen.

In den Niederlanden gibt es kein «Rezept für Bewegung/green prescription» als präventive Massnahme. Der niederländische Experte erläuterte, dass die Hausärzteschaft «lifestyle-Medizin» nicht als ihren Aufgabenbereich betrachtet und es bisher grossen Widerstand (keine Zeit und zu geringe Kenntnis) diesbezüglich gab. «Lifestyle» ist deshalb noch nicht im Ausbildungscurriculum der acht medizinischen Fakultäten verankert. Die Universitäten Nijmegen und Groningen entwickeln derzeit Curricula für eine neue Profession, den Lifestyle Counselor.

Es gibt nationale Bewegungsempfehlungen und es werden regelmässige Evaluationen des Bewegungsverhaltens der Bevölkerung^{155,156} durchgeführt. Derzeit laufen erste Forschungs- und Implementierungsprojekte, die «Bewegung als Therapie» im Spital- und Hausärzte-Setting untersuchen.^{157,158} Ein «Leuchttumprojekt» ist «BeweegKuur» für Personen mit Adipositas (und oft auch Diabetes).¹⁵⁹ Dieses Programm ist aber limitiert auf 5 Mio. Menschen und die Dauer von fünf Jahren. Teilnehmende tragen einen Selbstbehalt von 15€/ Monat. Der Hausarzt oder die Hausärztin überweist Betroffene zu einem «Lifestyle-Advisor» (meist «practice nurse»), der/die speziell ausgebildet wurde, um Menschen bei der Initiierung und Erhaltung von Lebensstilveränderungen zu begleiten. Der/die Lifestyle-Advisor verweist Teilnehmende auch an die Ernährungsberatung und/oder die Physiotherapie.

Der niederländische Experte empfiehlt für die Implementierung von «Bewegung als Therapie» und für die Förderung von Bewegung im Alltag allgemein einen «top-down»-Ansatz. Dabei sollen die gesellschaftlichen Kontextfaktoren so reguliert werden, dass materielle oder physische Anreize eine langfristige Veränderung des Lebensstils begünstigen.

6.8 Norwegen

Norwegen hat ein staatliches mit Steuern finanziertes Gesundheitssystem. Über 80% der Bevölkerung geht mehr als einmal im Jahr zum Hausarzt bzw. zur Hausärztin, was eine gute Basis darstellt, Betroffene zeitgerecht in die Gesundheitsversorgung aufzunehmen. Bis auf einen Selbstbehalt von ca. CHF 300 im Jahr ist die medizinische Versorgung (inkl. Medikamente) vom Staat gedeckt.

So wie Schweden hat Norwegen auch ein Handbuch für körperliche Aktivität als Therapie (basierend auf FYSS) entwickelt.¹⁶⁰ Das Buch beschreibt evidenzbasierte Bewegungsempfehlungen für 33 verschiedene Diagnosegruppen. Das sogenannte «grüne Rezept» oder «Healthy Life Rezept» (grønn resept, frisklivsresept), ist eine Verordnung für physische Aktivität als Therapie und wird von Hausärztinnen und -ärzten in der Primärversorgung ausgestellt. Es gibt eine Tarifposition für die Verrechnung von Primärprävention (z.B. Lebensstilberatung), die jedoch nur für Patientinnen und Patienten ohne gleichzeitige medikamentöse Therapie gewählt werden kann. Das grüne Rezept kann maximal dreimal im Jahr bezogen werden.

Mit der Verordnung können Patientinnen und Patienten das «Healthy Life Center» (HLC, Frisklivssentral) aufsuchen (vgl. Abbildung 5), welches auch als Best Practice Beispiel genannt wurde. Die HLCs sind kommunal finanzierte Zentren mit einem interprofessionellen Team, das Patientinnen und Patienten bei Lebensstilveränderungen unterstützt. Dazu zählen beispielsweise Erhöhung der körperlichen Aktivität, ausgewogenere Ernährung, Schlafverbesserung oder Suchtentwöhnung. Im HLC wird ein individuelles Trainingsprogramm für die Personen erstellt. Die Intervention dauert 12 Wochen und kann beliebig oft wiederholt werden. Physiotherapeuten/-innen und Bewegungswissenschaftler/-innen (B.Sc. oder M.Sc.) begleiten die Betroffenen.

Ein weiteres Best Practice Beispiel sind krebsspezifische Fitnessstudios («Atemraum», Pusterom) im Spital, in denen Patientinnen und Patienten während und nach einer Krebsbehandlung mit Begleitung durch ausgebildetes Personal trainieren können.

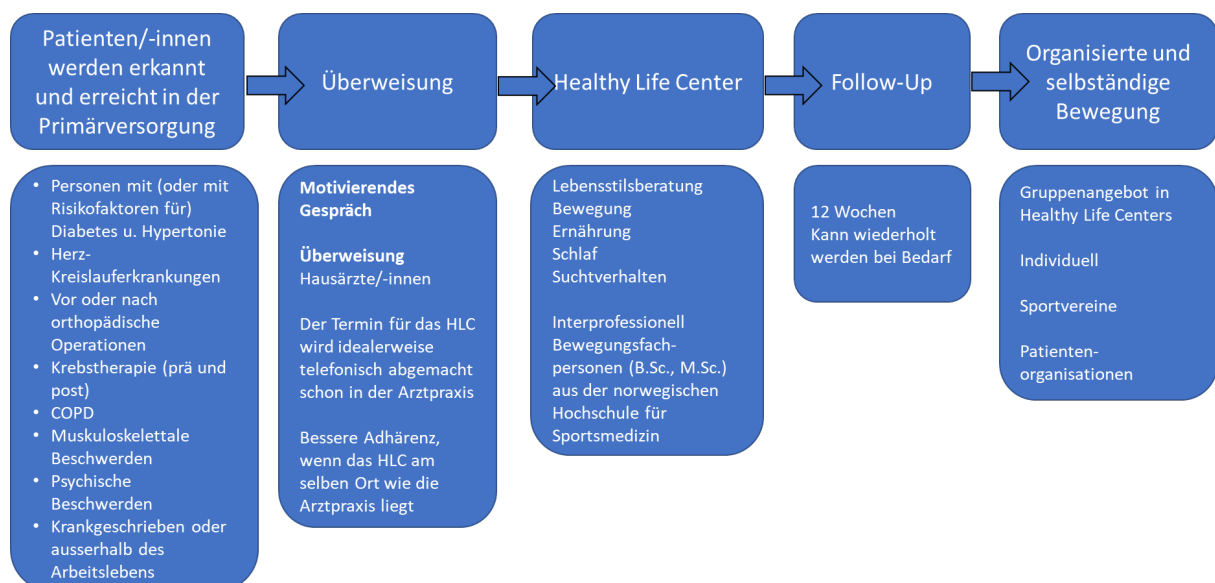


Abbildung 5: Dienstleistungskette Verordnung von körperlicher Aktivität als Therapie in Healthy Life Centers in Norwegen (eigene Darstellung)

6.9 Schweden

Schweden hat ein staatliches, durch Steuern finanziertes Gesundheitssystem. Ein Teil der Primärversorgung wird jedoch auch von privaten Leistungserbringern abgedeckt.

Das vor etwa 20 Jahren entwickelte Handbuch FYSS (Physische Aktivität in der Prävention und Behandlung von Erkrankungen)¹⁶¹ dient als Grundlage für die Verordnung von Bewegung als Therapie und beinhaltet aktuell 33 Diagnosen inkl. NCDs, psychische Erkrankungen und Suchtverhaltensweisen. Das Buch ist zweiteilig. Im ersten allgemeinen Teil werden die Empfehlungen für die Bevölkerung behandelt (gemäß internationalen Richtlinien; vgl. Abbildung 6¹⁶²), der zweite, diagnosespezifische Teil enthält Bewegungsempfehlungen für alle 33 Diagnosegruppen.

Type of exercise training	Prescription
Aerobic fitness training	40–70 per cent of individual maximal oxygen uptake capacity 5–7 days/week, a minimum of 30 minutes per training session
Strength training	many repetitions and low resistance

Abbildung 6: Beispiel Bewegungsempfehlung bei Hypertonie

Das Ziel ist, dass die Verordnung von physischer Aktivität als Therapie (FaR, fysisk aktivitet på recept, Bewegung auf Rezept) so selbstverständlich wird wie die Verordnung von Medikamenten. FYSS ist teilweise in die elektronische Patientenmanagementsysteme integriert und die verordnenden Fachpersonen aus der Primärversorgung (Hausärzte/-innen, Pflegende, Physiotherapeuten/-innen) erhalten bei der Verordnung von Medikamenten durch das System eine Erinnerung, physische Aktivität als Therapie bei der Interventionsplanung zu berücksichtigen. Die Bewegungsintervention wird in der Primärversorgung so vergütet, dass das Gesundheitszentrum (z.B. eine Gruppenpraxis) für die Verordnung eine Entschädigung erhält.

Es gibt keine Vorgaben für die Gestaltung der Bewegungsprogramme und die Patientinnen und Patienten bezahlen für das Bewegungsangebot selbst. Koordinatorinnen und Koordinatoren (Physiotherapeuten/-innen, Bewegungswissenschaftler/-innen o.ä.) suchen zusammen mit den Betroffenen ein passendes Angebot. Das Follow-Up wird von der Koordinatorin bzw. dem Koordinator oder der Fachperson aus der Primärversorgung übernommen. Die Dokumentation in die Patientenakte erfolgt bei jedem Besuch. Abbildung 7 veranschaulicht die Dienstleistungskette von der Verordnung von physischer Aktivität bis hin zur organisierten und selbständigen Bewegung.

Basierend auf dem schwedischen Modell für Verordnung von körperlicher Aktivität als Therapie, welches auch als das Europäische Best Practice Programm gilt, wurde das EU-Projekt «European Physical Activity on Prescription (EUPAP)» lanciert.¹⁶³ Das Projekt soll das schwedische Modell in neun weiteren europäischen Ländern implementieren. Im Juni 2020 soll die erste Feasibility Study publiziert werden.

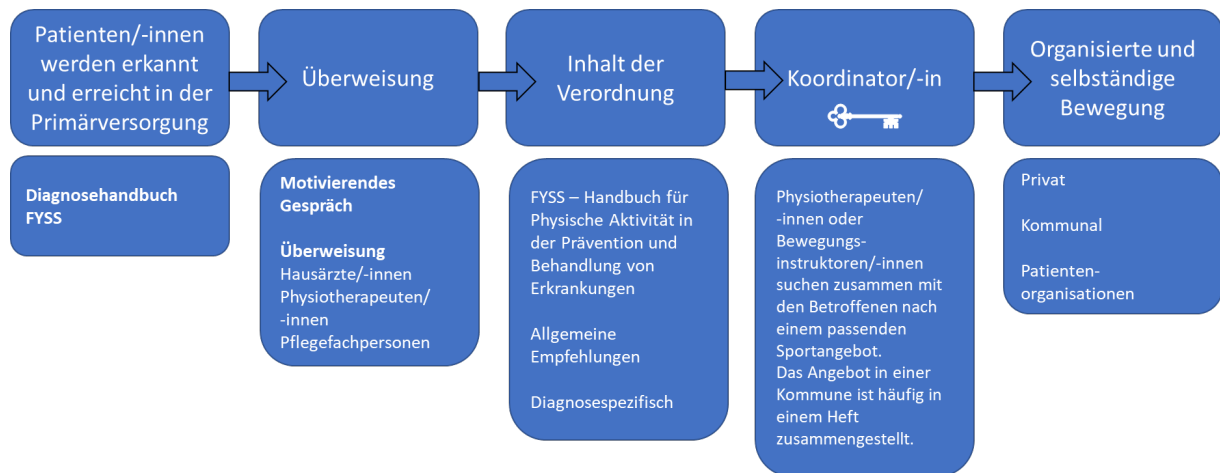


Abbildung 7: Dienstleistungskette Verordnung von körperlicher Aktivität als Therapie (Physical Activity on Prescription) in Schweden (eigene Darstellung)

6.10 Vereinigtes Königreich

Das Vereinigte Königreich verfügt über einen nationalen Gesundheitsdienst (National Health Service, NHS), welcher über die Steuern finanziert wird. Die Leistungserbringung ist hauptsächlich staatlich. Zusätzliche private Versicherungen bestehen, sind aber sehr selten.

Die vorhandenen Programme können in nationale und lokale Angebote unterteilt werden. Rehabilitationsprogramme, u.a. für Atemwegserkrankungen und Herz-Kreislauferkrankungen, werden ärztlich verordnet und von Fachpersonen der Physiotherapie, Ergotherapie, Pflege sowie von exercise physiologists durchgeführt. Weiter gibt es nationale Präventionsprogramme, wie der «NHS health check» für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und für Diabetes. Zudem wird aktuell national das «social prescribing» in die Primärversorgung eingebettet. Als Teil der Primärversorgung gibt es «social prescribing link workers», welche die Patientinnen und Patienten motivieren, sich mehr zu bewegen und zusammen mit ihnen nach geeigneten Angeboten suchen. Weitere Angebote finden sich auf lokaler Ebene und unterscheiden sich landesweit. Auf dieser Ebene gibt es auch Bewegungsrezepte (exercise referral), welche den Richtlinien des National Institute for Health and Care Excellence (NICE guidelines) folgen. Bewegungsrezepte können bei nicht-übertragbaren Krankheiten von medizinischem Personal verordnet werden, und sie werden meist in einem Freizeitzentrum während 12 Wochen unter Aufsicht eingelöst. Die Dauer von Bewegungsprogrammen wurde in einem Review untersucht, wobei länger dauernde Programme bessere Resultate erzielten hinsichtlich der körperlichen Aktivität und Adhärenz.¹⁶⁴

Im Vereinigten Königreich wurde 2014 ein nationales Programm namens «Moving healthcare professionals» ins Leben gerufen, welches das Ziel verfolgt, das Wissen und die Fähigkeiten von Gesundheitsfachpersonen zu erhöhen, damit körperliche Aktivität in ihre Arbeit integriert wird.¹⁶⁵ Das Programm möchte die Wissenslücke der Primärversorger zu körperlicher Aktivität schliessen. Dazu gibt es Weiterbildungen sowie e-Learning-Module, welche frei zugänglich sind. In medizinischen und gesundheitlichen Schulen wird zudem körperliche Aktivität in die Ausbildung integriert. Für die praktizierenden Personen gibt es die Moving medicine Plattform, wo evidenzbasierte Informationen zur diagnosespezifischen Gesprächsführung zur Erhöhung der körperlichen Aktivität zu finden sind.

Als wichtige Rahmenbedingung für die erfolgreiche Umsetzung wird die Koordinationsperson angesehen, welche zwischen der verordnenden Ärzteschaft und den Anbietenden von Sportprogrammen steht. Zudem sollten die Ärztinnen und Ärzte geschult werden, u.a. in Grundlagen und Techniken zur Verhaltensänderung. Weiterbildungsangebote unterstützen bei der Integration der Förderung körperlicher Aktivität in die Praxis.

7 Erfahrungen der ausgewählten Länder

7.1 Zusammenfassung entlang der Fragestellungen

Im Folgenden werden die Leitfragen dieser Arbeit aufgegriffen und zusammenfassend für die einbezogenen Länder beantwortet. Detailliertere Informationen zu den einzelnen Ländern sind in den Tabellen 6 bis 8 dargestellt.

1) Bei welchen Diagnosen im Bereich der NCDs, des Suchtverhaltens und der psychischen Erkrankungen wird körperliche Aktivität als therapeutische Intervention verschrieben?

In allen in die Analyse einbezogenen Ländern kann körperliche Aktivität als therapeutische Intervention für Patientinnen und Patienten mit NCD, psychischen Erkrankungen und Suchtverhaltensweisen verschrieben werden. Gemäss aktuellem Stand der Recherche lassen sich drei Bereiche der Verschreibung körperlicher Aktivität als therapeutische Intervention unterscheiden (wobei die jeweiligen Abrechnungsmöglichkeiten erst in der Antwort auf Frage 6) aufgegriffen werden):

Rehabilitationsprogramme

In allen Ländern werden strukturierte Rehabilitationsprogramme für Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Erkrankung nach einem akuten Ereignis angeboten. In den meisten Ländern gut etabliert bei NCDs sind insbesondere kardiale (z.B. nach einem Herzinfarkt) und pulmonale Rehabilitationsprogramme (z.B. nach Exazerbation einer COPD).

Rehabilitationssport

Über die oben genannten Rehabilitationsprogramme hinaus wird häufig von Patientenorganisationen ein sogenannter Rehabilitationssport organisiert und koordiniert. Dabei handelt es sich um Angebote, die Betroffene darin unterstützen, Rehabilitationsziele zu erreichen oder zu sichern.

Bewegungsrezept

In beinahe allen eingeschlossenen Ländern (ausser den Niederlanden) kann körperliche Aktivität auch unabhängig von Rehabilitationsprogrammen oder Rehabilitationssport als therapeutische Intervention verschrieben werden. In den nordischen Ländern und in Frankreich sind die Diagnosen, bei welchen ein solches Bewegungsrezept ausgestellt werden kann, in Handbüchern festgehalten. Sie orientieren sich am schwedischen Vorbild des FYSS-Handbuchs,¹⁶¹ in welchem die Evidenz zur Wirksamkeit von Bewegung als Therapie bei 30 verschiedenen Diagnosen beschrieben wird. Die hier eingeschlossenen sechs NCD, Psychische Erkrankungen sowie Suchtverhaltensweisen sind durch die 30 Diagnosen alle zumindest teilweise repräsentiert. Auf der Grundlage der in den Handbüchern dokumentierten Evi-

denz wird die Wirksamkeit von Bewegung bei diesen Diagnosen als hinreichend belegt erachtet. Daher liegt der Fokus der Gesundheitsservices in diesen Ländern vor allem darauf, individualisiert ein passendes Angebot für jeden Patienten und jede Patientin zu finden. Auch in UK können Bewegungsrezepte ausgestellt werden, diese befolgen die Richtlinien des National Institute for Health and Care Excellence (NICE guidelines).

Auch in Kanada und in Australien kann körperliche Aktivität bei NCDs zur langfristigen Steigerung des auf den Umgang mit der chronischen Erkrankung angepassten Bewegungsverhaltens verschrieben werden, in Australien allerdings erst nach sechs Monaten der Erkrankung. Für die Teilhabe am australischen Chronic Disease Management gibt es keine abschliessende Liste von dafür qualifizierenden Diagnosen. Die Leistungen sind angedacht für Patientinnen und Patienten, die eines strukturierten Ansatzes bedürfen und ggf. auch einer kontinuierlichen Versorgung durch ein multidisziplinäres Team.¹⁶⁶ Patientinnen und Patienten mit Diabetes Typ 2 kann körperliche Aktivität im Rahmen der Diabetes Type 2 Services verschrieben werden.

Unabhängig von einer Diagnosestellung kann Bewegung als Therapie in Deutschland verschrieben werden.

2) Werden hierbei Vorgaben gemacht, z.B. zu Interventionsmodalität, Dauer und Dosierung?

Orientiert am Vorreiter Schweden haben in Europa insbesondere die nordischen Länder, Handbücher mit diagnosespezifischen Empfehlungen für eine angepasste körperliche Aktivität ausgearbeitet oder wie in Frankreich bestehende Diagnoselisten einbezogen. Auch die Exercise & Sports Science Australia (ESSA) hat diagnosespezifische Leitlinien für körperliche Aktivität als therapeutische Intervention ausgearbeitet. Darin sind nicht nur Angaben zu Trainingsdauer und -intensität aufgeführt, sondern auch Hinweise zum Setting (z.B. Einzel- oder Gruppensetting, digital oder Präsenz).

Allgemein muss unterschieden werden zwischen medizinischen Rehabilitationsprogrammen und dem Rezept für Bewegung. Beispielsweise in Deutschland sind die Trainingsmodalitäten in den Rehabilitationsprogrammen vorgegeben, das Rezept für Bewegung verzichtet aber auf entsprechende Vorgaben. Bewegungsangebote, welche während acht bis zwölf Wochen mindestens einmal wöchentlich stattfinden, können sich jedoch mit dem Qualitätssiegel «Sport pro Gesundheit» zertifizieren lassen.

3) Erfolgt die Intervention auf Anordnung oder in Delegation?

In allen untersuchten Ländern werden die Bewegungsinterventionen angeordnet. Eine Anordnung ist aber nicht überall zwingend notwendig. In Deutschland ist das Rezept für Bewegung beispielsweise nicht mit einer Abrechnungsmöglichkeit verbunden. Auch in Finnland ist eine Anordnung nicht zwingend notwendig; Patientinnen und Patienten können sich auch ohne Anordnung von einer Fachperson über für sie geeignete Sportangebote beraten lassen.

4) Welche Akteure ordnen die Intervention an bzw. delegieren sie?

In allen Ländern wird Bewegung von den Hausärztinnen und Hausärzten verordnet – in manchen Ländern aber nicht ausschliesslich. Fachpersonen folgender Professionen verfügen in einigen Ländern über die Kompetenz, entsprechende Interventionen anzuordnen: Sportmediziner/-innen (Kanada) und andere Fachspezialisten/-innen der Ärzteschaft (Finnland, Niederlande), Pflegende (insbesondere Public Health Nurses oder Advanced Practice Nurses) und

Physiotherapeuten/-innen (in Finnland, Kanada und Schweden), Apotheker/-innen (in Finnland), Chiropraktiker/-innen und Ernährungsberater/-innen (Kanada).

5) Welche Professionen bieten die Intervention an?

Die Interventionen werden in den verschiedenen Ländern meist nicht ausschliesslich durch eine Profession angeboten. In der Regel sind es Professionen, die in Studiengängen an Universitäten oder Fachhochschulen auf BSc-, MSc- und PhD-Niveau gelehrt werden, wie beispielsweise die Physiotherapie.

Im Rahmen der Interventionsangebote werden von den involvierten Professionen unterschiedliche Rollen eingenommen. Einerseits eine (zuweilen ausschliesslich) beratende oder koordinierende Rolle, andererseits eine trainingsinstruierende und -begleitende Rolle.

Ausschliesslich beratende Rolle haben die «Lifestyle Advisors» in den Niederlanden (meistens spezialisierte Fachpersonen aus dem Pflegebereich), die «Fachpersonen für Sport» in Finnland und die «Koordinatoren/-innen» in Schweden und UK, die sich darauf konzentrieren, die Patientinnen und Patienten den passenden Sportangeboten zuzuführen. In UK gibt es zudem in den Primärpraxen ein «social prescribing link worker». Diese Gesundheitsfachperson sucht zusammen mit den Patientinnen und Patienten nach einem geeigneten Angebot.

In der instruierenden und begleitenden Rolle ist die Physiotherapie jene Profession, welche in allen Ländern Bewegungsangebote für Patientinnen und Patienten mit NCD, psychischen Erkrankungen oder Suchtverhaltensweisen übernimmt. Andere Berufsbilder, die sich als Anbieter der Interventionen etabliert haben, sind Bewegungswissenschaftler/-innen, Sportinstruktoren/-innen, -lehrer/-innen und -leiter/-innen, Aktivitätsleiter/-innen sowie Ergo- und Psychomotoriktherapeuten/-innen. Sie alle verfügen meistens über Weiterbildungen im Bereich der Rehabilitation spezifischer NCDs.

In einigen Ländern existieren eigens für die instruierende und begleitende Funktion ausgebildete Professionen: Australien hat im Zuge der Integration von körperlicher Aktivität als therapeutische Intervention ins Gesundheitssystem ein neues Berufsbild entwickelt, den/die Exercise physiologist, mit einem Hintergrund in Bewegungs- und Sportwissenschaft. Sie sind seit 2006 von Medicare als Leistungsanbieter zugelassen und bieten meistens individualisierte Sessions in einem 1:1 Setting an. Auch diese Gesundheitsfachpersonen werden auf Bachelorniveau ausgebildet. Das Berufsbild erfährt gemäss Aussagen der befragten Expertin in Australien zurzeit einige Beliebtheit, indem China, Schweden und UK erwägen, das Berufsbild im jeweiligen Gesundheitssystem zu etablieren. Die entsprechende Ausbildung kann in UK als Mastertiefung absolviert werden.

Ähnliche Berufsbilder haben sich in Kanada etabliert mit den Kinesiologists und den Clinical exercise physiologists. In Frankreich existiert ein dreijähriger BSc-Studiengang APA et Santé, der mit der Licence STAPS (Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives) APA Santé abgeschlossen wird.

In der Schweiz werden die Berufsbilder der Exercise Physiologists und der Kinesiologists von den einbezogenen Expertinnen und Experten als analog zum Berufsbild «Fachspezialist/-in für körperliche Aktivität und Bewegung» bezeichnet.

Die Kompetenzen und der Fokus der unterschiedlichen Professionen können die Ausgestaltung der genannten Bewegungsangebote beeinflussen. Der Experte aus Deutschland beispielsweise äusserte, dass Physiotherapeutinnen und -therapeuten sich häufig eher auf

Funktionsdefizite konzentrierten, während Sportlehrer/-innen ihr Augenmerk eher auf die funktionellen Fähigkeiten legten.

6) Wie und durch welche Träger wird die Intervention vergütet?

Rehabilitationsprogramme

Bewegungsprogramme im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation werden in allen Ländern zumindest anteilig von den obligatorischen oder privaten Krankenversicherungen oder durch den staatlichen Gesundheitsdienst vergütet.

Beratung und Koordination

Die skandinavischen Länder vergüten konsequent Beratungstermine bei Koordinatoren/-innen, die von den Gemeinden angestellt sind und nicht speziell vergütet werden. Sie beraten im Rahmen ihres Pflichtenhefts Personen, die ihre körperliche Aktivität steigern wollen. Auch in Australien kommt das Gesundheitssystem für eine begrenzte Anzahl jährlicher Beratungstermine auf. In UK erhalten die Gemeinden den Auftrag und dadurch die steuerliche Finanzierung für «Health Check-ups», im deren Rahmen Bewegung verschrieben werden kann.

Kurz- und längerfristige Bewegungsangebote ausserhalb der Rehabilitation

In den Gesundheitszentren der skandinavischen Länder können Bewegungsangebote konkret in Anspruch genommen werden. Sie sind in Finnland, Norwegen und Dänemark für die Bevölkerung kostenlos oder nur mit tiefen Selbstanteilen verbunden. In Schweden tragen die Patientinnen und Patienten die Kosten für konkrete Bewegungsangebote häufig selbst, wie z.B. für Abonnemente in Fitnesszentren.

In Deutschland und den Niederlanden werden Bewegungsangebote ausserhalb von Rehabilitationsprogrammen nicht vergütet.

In Frankreich und Kanada gibt es keine einheitlichen Regelungen über die Vergütung von Bewegungsprogrammen, sie unterscheiden sich nach Bewegungsprogrammen und privater Zusatzversicherung (Frankreich) und je nach Provinz (in Kanada). Ebenfalls lokal angesiedelt ist das Bewegungsrezept in UK. In Australien werden über Medicare maximal fünf Einzeltermine (NCD) bzw. acht Gruppentermine (Diabetes) bezahlt.

Angebote, die nicht durch die obligatorische Krankenversicherung bzw. den staatlichen Gesundheitsdienst vergütet sind, werden entweder durch staatliche Zusatzversicherungen, durch Zuschüsse von Arbeitgebern und Gemeinden, aber auch durch die Patientinnen und Patienten out-of-the-pocket bezahlt.

7) Welche weiteren Akteure und Schnittstellen sind in die Umsetzung von Bewegung als Therapie involviert und wie werden sie koordiniert?

Die Implementierung von Bewegungsinterventionen in das jeweilige Gesundheitssystem erfolgte in den eingeschlossenen Ländern grösstenteils in Zusammenarbeit der Gesundheitsministerien mit den ärztlichen Fachgesellschaften, den Berufsverbänden der in die Bewegungsangebote involvierten Therapeuten/-innen und Berater/-innen aus den Bereichen Ernährung, Diabetes, Physio- und Ergotherapie, und zuweilen auch unter Einbezug von Sportgesellschaften, Universitäten, Patientenorganisationen sowie anderen NGOs. Die globale Initiative «Exercise is Medicine» unterstützt die involvierten Berufsgruppen bei der Verschreibung und Ausgestaltung von Bewegungsangeboten.

In Australien treibende Kraft war die Exercise and Sport Science Australia, dem Berufsverband von Fachpersonen mit einem Hintergrund in Bewegungs- und Sportwissenschaft, indem sie die Evidenzgrundlagen aufarbeitete und auch heute noch in regelmässigen Abständen aktualisiert.

In den nordischen Ländern werden die Bewegungsangebote durch die Gemeinden organisiert, weshalb sie eine wichtige Rolle im Umsetzungsprozess einnehmen.

In Kanada sind die Canadian Kinesiology Alliance sowie die Canadian Society for Exercise Physiology die treibenden Organisationen in der Entwicklung.

8) Welche gesetzlichen Grundlagen für die Intervention bestehen?

Die nordischen Länder und seit 2015 auch Deutschland verfügen über ein Präventionsgesetz, wobei die Aufgaben der nationalen Gesundheitssysteme im Rahmen der Primär- und Sekundärprävention geregelt sind.

In Frankreich wurde 2016 das nationale Gesundheitsgesetz um die Möglichkeit der Verschreibung von körperlicher Aktivität für Patienten mit chronischen Erkrankungen erweitert.

In Kanada wird die Implementierung stärker über die Reglementierung der Ausbildung (z.B. Kinesiology Act Ontario), Anpassung der medizinischen Curricula und über das Netzwerk «Exercise is Medicine Canada» mit seinen Richtlinien gefördert.

In Australien und den Niederlanden sind die Grundlagen für die Behandlung, nicht aber für Prävention gesetzlich geregelt.

9) Welche Erfahrungen bezüglich des weiteren Nutzens der Intervention (z.B. Kosteneffizienz) werden berichtet?

Gemäss unserer Recherche und auch den Aussagen der befragten Expertinnen und Experten hat keines der Länder ein regelmässiges, systematisches Monitoring der Bewegungsinterventionen etabliert.

In Australien wurden die Leistungen der «Chronic Disease Management Services» sowie der «Type 2 Diabetes Services» für den Zeitraum von 2006-2012 evaluiert. In Deutschland existiert eine Befragung in Hamburg und eine Auszählung für die ausgestellten Bewegungsrezepte. In Kanada wurde weiterhin das Programm des Centers of Lifestyle Studies der Acadia-University untersucht. Zudem haben sich die befragten Expertinnen und Experten zu ihren Erfahrungen mit den Programmen geäussert. Sie lassen sich wie folgt zusammenfassen: Die Angebote werden insgesamt eher wenig genutzt. Eine Schwierigkeit besteht insbesondere darin, Zielgruppen mit tieferem sozioökonomischem Hintergrund zu erreichen. In Deutschland bezeichnen jedoch die an der Befragung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte das neue Bewegungsrezept als eine mittlere bis grosse Unterstützung für die ärztliche Tätigkeit.

Eine zufriedenstellende Compliance und Adhärenz werden in Kanada und Schweden berichtet. Und auch in den übrigen Ländern wird durch die Expertinnen und Experten in den Bewegungsinterventionen für die genannten Zielgruppen ein grosses Potenzial für die Gesundheitsversorgung gesehen. Der schwedische Experte schlussfolgert aus seinen Erfahrungen, dass der Nutzen körperlicher Aktivität wissenschaftlich hinreichend belegt ist. Als wichtig erachtet er, zu untersuchen, welche Programme tatsächlich die körperliche Aktivität der Teilnehmenden zu steigern und zu erhalten vermögen.

10) Welche strukturellen Barrieren und Förderfaktoren für die Implementierung der Intervention werden berichtet?

Als strukturelle Barrieren sind folgende Faktoren zu werten:

In vielen der einbezogenen Länder muss die Verschreibung durch die Hausärzteschaft erfolgen. Deren Verschreibungsaktivität erweist sich in vielen Ländern als zu gering, was einerseits ihren knappen Zeitressourcen, aber teilweise auch einer ungenügenden Gewichtung von «Exercise is Medicine» in den Curricula der Hausärzteschaft zugeschrieben wird. Die Wichtigkeit von körperlicher Aktivität werde von der Hausärzteschaft nicht ausreichend anerkannt, daher werde Bewegung auch zu selten verordnet. In UK wird dem entgegengewirkt, indem körperliche Aktivität in die medizinische Ausbildung integriert wird, und für die Verordnenden eine Plattform besteht mit evidenzbasierten Informationen zur Motivierung der körperlichen Aktivität.

In Australien ist Adipositas bislang nicht als chronisches Krankheitsbild anerkannt. Bei Bedarf müssen die Verschreibenden Bewegung unter einer anderen Diagnose verordnen.

Weitere strukturelle Barrieren werden in folgenden Faktoren gesehen:

- fehlende Abrechnungsmöglichkeiten
- ungenügende finanzielle oder personelle Ressourcen
- fehlende Transparenz (für die Patienten/-innen) betreffend Kostenübernahme
- sektorales Denken (ambulant/stationär)
- ungenügende Kommunikation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen
- Protektionismus einzelner Gesundheitsberufe
- Distanz zwischen Gesundheitszentrum und Bewegungsangebot
- System erfordert von den Patienten/-innen die Übernahme einer hohen Eigenverantwortung

Strukturelle Förderfaktoren werden wie folgt beschrieben:

- Bestehende Listen abrechenbarer Leistungen, die einfach ergänzt werden können
- Unterstützung seitens Politik
- eine nationale Gesetzgebung
- permanente Implementierung von Bewegungsrezepten im Gesundheitssystem, kein Verharren auf Projektebene
- Die Entwicklung spezifischer Ausbildungsprogramme für die Professionen, welche Interventionen anbieten
- Weiterbildungsprogramme zum Nutzen von EIM
- Höhere Gewichtung von EIM im Rahmen der medizinischen Curricula
- Vernetzung mit universitären Strukturen
- Koordinatoren/-innen zwischen Gesundheitsdienst, Patient/-in und Bewegungsangebot
- Beratungsangebote für Patienten/-innen
- Niederschwellige und kostengünstige Angebote
- Programme mit aufbauenden Stufen und Follow-ups
- Integration von Bewegungsrezepten ins elektronische Patientendossier

11) Welche Angebote eignen sich als Best Practice Projekte für die Schweiz?

Grundsätzlich lässt sich kein einzelnes Best-Practice-Modell für die Schweiz definieren. Jedoch weisen die untersuchten Länder Modell-Elemente auf, welche für die Schweiz interessant sind und im Folgenden diskutiert werden.

Als Grundlage für die optimale Gestaltung konkreter Bewegungsprogramme sei an dieser Stelle auf die in den vorhergehenden Kapiteln genannten Handbücher und Leitlinien verwiesen. Im Zuge der Recherche wurde offensichtlich, dass sich die Länder insbesondere durch den Versorgungspfad unterscheiden, auf welchem die Patientinnen und Patienten von der Verschreibung einer körperlichen Aktivität zu ihrem Bewegungsangebot gelangen. Die nordischen Länder beschreiben ausführlich, wie Patientinnen und Patienten zu ihrem individuellen Bewegungsangebot gelangen, und der Fokus wird auf die Beratung durch eine Fachperson für Sport oder durch eine Koordinatorin bzw. einen Koordinator, die über die Kenntnis über die Bewegungsangebote in der Region verfügen, gelegt. Als Best Practice Modell gilt das European Physical Activity on Prescription (EUPAP) Modell. Ausgehend von Schweden wird das Modell in neun weiteren Ländern etabliert: Portugal, Rumänien, Litauen, Spanien, Deutschland, Dänemark, Belgien, Italien und Malta.

In Schweden bietet EUPAP Kurse an, in welchem die Kompetenzen für die Verschreibung von körperlicher Aktivität in der Prävention und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit NCDs erworben und trainiert werden können. In Dänemark bietet EUPAP insbesondere ein niederschwelliges Angebot für schwer erreichbare Zielgruppen. In den EUPAP-Modellen werden Patientinnen und Patienten in der Wahl und Ausgestaltung ihrer körperlichen Aktivität beraten. Häufig verfügen kommunale Gesundheitszentren über öffentliche Bewegungsangebote. Beispielhaft sind die «Healthy Life Center» in Norwegen zu nennen, welche z.B. über spezifische Fitnessstudios für Patienten/-innen mit Krebserkrankungen verfügen.

Das australische Modell des «Chronic Disease Management» sieht fünf bezahlte Sessionen vor für NCD, das «Type 2 Diabetes Programm» acht Sessionen. Die befragte Expertin betont, dass das Modell die Patientinnen und Patienten vor allem initial durch die Beratung verschiedener Fachpersonen unterstützt. Gute Erfahrungen wurden mit dem Vorgehen verzeichnet, Patienten/-innen während der ersten zwei Wochen intensiv zu unterstützen und in ihrem Selbstmanagement zu stärken. Die bezahlten acht Sessionen bei Diabetes Type 2 würden idealerweise wie folgt aufgeteilt: zwei wöchentliche Sessionen während zwei Wochen, anschliessende eine wöchentliche Session während vier Wochen. Im Rahmen des Chronic Disease Management Modells wurde weiterhin als die Adhärenz steigend erfahren, wenn die medizinische Behandlung mit der Bewegungsintervention verknüpft wird. Als weiteres Best-Practice Element aus Australien kann das Berufsbild des Exercise Physiologist dienen.

In der Behandlung von Betroffenen mit COPD kann der Rehasport in Deutschland als ein Modell zur Orientierung gesehen werden. Rehabilitations-Medizinerinnen und -Mediziner können im Anschluss an eine Rehabilitation den Rehasport verordnen, hierfür massgeblich ist die Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und Funktionstraining vom 1.1. 2011. Dabei ist die Indikation für eine Rehabilitation klar definiert (NCDs alle inkludiert) und das Bewegungsprogramm erfolgt diagnosespezifisch und strukturiert (die Trainingsmodalitäten sind vorgegeben, der Rehasport umfasst Gruppen- und Individualsportarten). Die Rehabilitationsmassnahme muss durch einen Arzt bzw. eine Ärztin verordnet werden. Ausgeführt werden die Bewegungsprogramme (nach Anordnung) durch qualifizierte (spezifisch weitergebildete) Fachpersonen aus den Bereichen Physiotherapie, Sportpädagogik und Bewegungswissenschaft sowie durch ausgebildete Übungsleiterinnen und -leiter. Das Programm

kann bis zu 24 Monate in Anspruch genommen werden, eine Verlängerung ist aber auch darüber hinaus noch möglich. Anbieter für Rehasport, z.B. Physiotherapieeinrichtungen oder Sportvereine, müssen sich zertifizieren lassen. Im Falle einer Fortsetzung des Rehasports auf Selbstkostenbasis fallen für die Patientinnen und Patienten nur geringe Kosten an.

In Finnland bietet der «Fast-Track» Patientinnen und Patienten mit Rückenschmerzen einen direkten Zugang zu Physiotherapeuten/-innen mit einer Spezialisierung in Low Back Pain. Die Erfahrungen mit dem Modell zeigen, dass es kostengünstig ist und ärztliche Ressourcen einspart. In UK gibt es das «Moving healthcare professionals» Programm, welches eine evidenzbasierte Plattform für die Gesprächsführung zu Bewegung als Therapie beinhaltet.

12) Welche weiteren Rahmenbedingungen müssen berücksichtigt werden?

Im Verlauf der bisherigen Arbeit wurden keine weiteren Rahmenbedingungen genannt, welche keinen Eingang in die Beantwortung der vorhergehenden Fragestellungen gefunden haben.

Tabelle 7: körperliche Aktivität auf Verschreibung: Informationen zu Versorgungsmodellen, Vorgaben und involvierten Professionen nach Land

	Versorgungsmodell ^a	Vorgaben zu Interventions-modalität, Dauer, Dosierung	Anordnende Instanzen	Intervention ausführende Profession (Ausbildungsniveau)
AUS	Chronic Disease Management Diabetes Type 2 – Allied Health	Bewegungsprogramme basieren auf den Empfehlungen der ESSA ^b	Hausärzte/-innen	Physiotherapeuten/-innen, Exercise physiologists (min. BSc)
DEN	Motion på resept (Bewegung auf Rezept)	Empfehlungen im Handbuch für physische Aktivität als Therapie	Primär Hausärzte/-innen Physiotherapeuten/-innen EUPAP: Pflegende	Physiotherapeuten/-innen, Sportinstruktoren/-innen (min. BSc)
DE	Rezept für Bewegung	Angebote mindestens 1x/Woche während 8-12 Wochen	Hausärzte/-innen	Übungsleiter/-innen, Sportlehrer/-innen, Physiotherapeuten/-innen (Ausbildung oder BSc-Studium)
FIN	Liikuntaresepti (Bewegungsrezept)	Empfehlungen im Handbuch für physische Aktivität als Therapie	Haus- und andere Fachärzte/-innen, weitere Gesundheitsfachpersonen	Beratung und Ausführung: Fachpersonen für Sport (Physiotherapeuten/-innen, Sport-, Aktivitätsleiter/-innen, Trainer/-innen) (alle BSc)
FR	Prescription médicale d'activité physique et sportive	Vorgaben zu Art und Dauer der körperlichen Aktivität	Hausärzte/-innen	Fachpersonen der Physiotherapie, Ergotherapie, Psychomotorik, activité physique adaptée (APA) oder mit entsprechender Qualifikation
CAN	Maintenance Programms ^c / Exercise Prescription and Referral	Vorgaben zu Art, Dauer, Intensität und Frequenz der körperlichen Aktivität	Fachpersonen der Hausarzt- und Sportmedizin, weitere Gesundheitsfachpersonen	Kinesiologists, Clinical exercise physiologists (min. BSc)
NL	Rehabilitationsprogramme	Diagnosespezifische Vorgaben	Haus- und andere Fachärzte/-innen	Physio- und Bewegungstherapeuten/-innen, Lifestyle-Advisor (meist spezialisierte nurse) (min. BSc)
NO	Grønn resept / Frilivsresept (green- / healthy life-prescription)	Empfehlungen im Handbuch für physische Aktivität als Therapie	Hausärzte/-innen	Physiotherapeuten/-innen, Bewegungswissenschaftler/-innen
SE	Bewegungsrezept (fysisk aktivitet på recept)	Empfehlungen im Handbuch für physische Aktivität als Therapie	Hausärzte/-innen, weitere Gesundheitsfachpersonen	Koordinator/-in (Physiotherapeut/-in oder Bewegungswissenschaftler/-in)
UK	Bewegungsrezept (exercise referral)	Ausführung gemäss NICE Guideline (National institute for health and care excellence). Meist. 12 Wochen unter Aufsicht	Hausärzte/-innen, Pflegefachperson, Fachpersonen aus Physiotherapie, Exercise Physiology, Ernährungsberatung, Gesundheitsassistenten)	Trainingsleitende, welche in gemeindebasierten Freizeitzentren arbeiten und eine Schnittstelle zwischen klinischem und gemeindebasiertem Training bilden.

Notizen zur Tabelle: ^a Modell, in welchem körperliche Aktivität als therapeutische Intervention eingebettet ist bzw. Bezeichnung der Verschreibung von körperlicher Aktivität ^b Exercise and Sport Science Australia ^c Maintenance Programms: weiterführende Bewegungsprogramme nach Rehabilitation

Tabelle 8: körperliche Aktivität auf Verschreibung: Informationen zu Vergütung und Umfang sowie involvierte Akteure nach Land

	Vergütung und Umfang	Involvierte Akteure und Schnittstellen, Koordination
AUS	Über Medicare (Kreditkartensystem): 5 (NCD) bzw. 8 Sessionen (Diabetes) Edukation, Physiotherapie, etc. Rehabilitationsprogramme und weitere Bewegungsangebote: Privatversicherung und spezifische Finanzierungssysteme, Selbstzahlung	Exercise and Sport Science Australia (ESSA); Berufsverbände Ernährungs- und Diabetesberater/-innen; Ärzteschaft → Implementierung Gesundheitssystem, Aktualisierung Evidenzgrundlagen
DEN	Vergütung durch Nationalen Gesundheitsdienst: Begleitetes Training im Gesundheitszentrum während max. 4 Monaten (kann wiederholt werden), kostenloses Angebot.	Gesundheitsministerium, Kommune, Patientenorganisationen, private und öffentliche Anbieter von Gesundheitsdiensten, Vereine, NGOs
DE	Keine Vergütung	Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention-Deutscher Sportärztebund, Deutsche Olympische Sportbund, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung, Therapeuten/-innen
FIN	Kommune (Steuern oder Zuschüsse der Regierung); Dienstleistungs-Gutscheine zur Verwendung in einem Fitnessstudio, Sozialversicherung (KELA), Patienten/-innen (geringe oder keine Gebühren für die Bewegungsangebote)	Organisation/Koordination: Gemeinden, öffentliche Gesundheitsämter, Leistungserbringer im Gesundheitswesen, Patientenorganisationen für verschiedene NCDs, Evidenz: Universitäten und Fachärzte/-innen für Sportmedizin
FR	Keine einheitliche Regelung, abhängig von der privaten Krankenzusatz-versicherung. Lokale, befristete Programme z.T. kostenlos	Ministerien für Gesundheit sowie für Sport, auf die Umsetzung der Verschreibungen spezialisierte Gesundheitszentren (maison sport santé)
CAN	staatliche Gesundheitsversorgung, Zusatzversicherungen, out-of-pocket	Canadian Kinesiology Alliance, Canadian Society for Exercise Physiology, Ministry of Health, Universities (kinesiology programs), Health Care Professionals
NL	Rehabilitationsprogramme: anteilige Übernahme durch die Krankenkassen Längerfristige ambulante Programme (z.B. «Bewegen mit Rheuma») werden nicht, befristete Projekte (z.B. «BeweegKuur») werden teilweise übernommen.	Leistungserbringende Institutionen, Ärztesgesellschaften, Patientenorganisationen
NO	Die Kommune finanziert ein Gesundheitszentrum (Healthy Life Center), in welchem Patienten/-innen mit einer green prescription sich max. 3x pro Jahr beraten lassen können. Kostenloses Angebot.	Gesundheitsministerium, Public Health Institut, Kommune, Patientenorganisationen, NGOs
SE	Die Beratung durch ein Gesundheitszentrum bzw. eine/n Primärversorger/-in wird vergütet, für das Bewegungsangebot kommen die Patienten/-innen selbst auf.	Sportsmedizinischer Verein (verknüpft mit der Universität Gothenburg), Gesundheitsministerium, Public Health Institut, Kommunen
UK	Unbekannt; es entstehen Kosten für die Patienten/-innen	Lokal basiertes Angebot, welches nur in Teilen der UK besteht. Verordnet wird die Bewegung von medizinischem Personal.

Tabelle 9: körperliche Aktivität auf Verschreibung: Informationen zu Erfahrungen, Barrieren und Förderfaktoren nach Land

	Erfahrungen, Nutzen	Barrieren	Förderfaktoren
AUS	- Geringe Inanspruchnahme: - Chronic Disease Management Service: 1 % der Betroffenen - Type 2 Diabetes Service: 4 % der Betroffenen - Vorwiegend Patienten/-innen mit respiratorischen und kardiovaskulären Erkrankungen sowie Diabetes - steigender Patientenanteil mit Krebserkrankungen - steigender Patientenanteil mit psychischen Erkrankungen (aber nicht vergütet durch Medicare)	- Zu geringe Verschreibungsaktivität der Hausärzte/-innen - Adipositas ist nicht anerkannt, wird aber immer häufiger verordnet unter einer anderen Diagnose	- bereits bestehende Item-Liste erlaubte einfache Ergänzung durch ein weiteres Item - spezifische Ausbildung der Professionen im Rahmen des Type 2 Diabetes Programms (z.B. ist Mental Health in Arbeit)
DEN	Keine Angaben	- Schwierigkeiten, die richtigen Patienten zu rekrutieren - Adhärenz an das Bewegungsverhalten	- Kommunal grosses Interesse - Viel(seitiges) Angebot - innovative Strategien
DE	2019 in Baden-Württemberg: 5 Rezepte für Bewegung (RfB) ausgestellt Evaluation in Hamburg: - Von 306 Ärzten/-innen antworteten 42 - Pro Jahr wurden 62 RfB ausgestellt - das RfB wurde als mittlere bis grosse Unterstützung für die ärztliche Tätigkeit bezeichnet.	- Fehlendes Interesse Seitens Patienten/-innen - Fehlende Transparenz bzgl. Kostenübernahme - Geringe Anzahl an SpG-Bewegungsangeboten Für die Implementierung: - Sektorales Denken (ambulant/stationär) - Ungenügende Kommunikation zw. Parteien - Unzureichende Berücksichtigung der Evidenz - Keine Abrechnungsmöglichkeit - fehlende Verbindlichkeit - SpG-Zertifizierung zu erhalten ist aufwendig (RfB-Beratung sollte sich daher nicht nur auf SPG-Kurse beschränken)	- Ärztenschaft zentral für die Initiierung von Bewegung als Therapie insbesondere bei Patienten/-innen mit niedrigerer Bildung Für die Implementierung: - politische Willenserklärung

	Erfahrungen, Nutzen	Barrieren	Förderfaktoren
FIN	- Die Verordnung wird allgemein eher zu wenig genutzt. - Die Erfahrung hat gezeigt, dass vor allem folgende Faktoren wichtig sind: (Weiter-)bildung der Gesundheitsfachkräfte im Bereich EIM - Koordination der Versorgung in und zwischen den Gemeinden - Austausch zwischen den Fachkräften - Mehr Zeitressourcen in der Praxis	- Fehlendes Interesse und Zeit Seitens Primärversorger/-innen - Ungenügende Kommunikation und Koordination zwischen den Berufsgruppen - Begrenzte Zeitressourcen in der Praxis - Ausbildung der Leistungserbringer zu wenig fokussiert auf Grundlagen und Anwendung von EIM (z.B. auch: wo findet man die Fachpersonen in Leistungserbringung und Beratung) - Ressourcen der öffentlichen Bewegungsgruppen z.T. ausgeschöpft, überfüllt - Schwierigkeiten, die richtige Zielgruppe zu erreichen.	- Weiterbildungsangebote zum Nutzen körperlicher Aktivität und Sport - Universitäre Fakultät für Sportmedizin - Forschungsergebnisse - Niederschwellige und kostengünstige Angebote - Motivierende Diskussion/Interview (Motivational Interview) mit Patienten/-innen zu ihren individuellen Trainingszielen
FR	Bislang keine offiziellen Berichte, aber eine erste Evaluation wird demnächst veröffentlicht.	- Unklare Kostenübernahme - Fehlendes Bewusstsein der verschreibenden Ärzte/-innen	- Nationale Gesetzgebung - Plattformen mit Übersicht zu lokalen Angeboten und Fachpersonen - Priorisierung körperlicher Aktivität in regionalen Gesundheits- und Sportplänen
CAN	Programm des Centres of Lifestyle Studies der Acadia-University: 20 Überweisungen pro Monat von 20 Ärzten (wovon 4 besonders aktiv sind). - Show-rate: 60-70% (Programm kostet die Pat nichts), davon nehmen 50% eine Beratung in Anspruch (1-3 Sitzungen) - Typischer Nutzer/-innen: 55-75-jährig, übergewichtig, mind. 1 NCD, oft mit Herzinsuffizienz	- Kinesiologists verfügen teilweise über wenig klinische Erfahrung; es fehlt an Praktikumsplätzen im Rahmen der Ausbildung. - Protektionismus anderer Gesundheitsberufe, wie Physio- und Ergotherapie	Für die Implementierung: - Starke Berufsvereinigung der Kinesiologen/-innen - Einbezug und Förderung der Gesundheitsfachpersonen Für die Programme - Paare ansprechen - Positive Rollenvorbilder - Eine Therapieperson in für Beratung und Training - Programme mit aufbauenden Stufen/ Phasen (Reha-Erhalt)

	Erfahrungen, Nutzen	Barrieren	Förderfaktoren
NL	Keine Angaben	Keine Angaben	Der Experte empfiehlt «top-down»-Ansätze, in denen gesellschaftliche Kontextfaktoren so reguliert werden, dass materielle oder physische Anreize eine langfristige Veränderung des Lebensstils begünstigen.
NO	Die physical activity prescription (PAP) wird bislang noch nicht häufig benutzt, da ohne Finanzierung. Finanziert werden die Beratungen durch das HCL. Die Patienten/-innen müssen daraufhin ihr Trainingsprogramm z.B. in einem Fitnesscenter zum Normalpreis selbst finanzieren.	• Fehlendes Interesse seitens Patienten/-innen • Patienten/-innen tragen eine hohe Selbstverantwortung • Geringe Verschreibungsaktivität der Ärzte/-innen • Wenig personelle Ressourcen in kleineren Kommunen • Die HCL befinden sich nicht am selben Standort wie die Arztpraxen • Ungenügende Kommunikation zwischen HCL und Hausarzt/-ärztin	• 12 Wochen follow-up, das Programm kann wiederholt werden, Patienten/-innen gewinnen Vertrauen in die Health Professionals • Patienten/-innen nutzen das Angebot besser, wenn HCL und Arztpraxis am selben Standort.
SE	• Ca. 2/3 der Patienten/-innen benutzt PAP noch nach 6 Monaten (vergleichbar mit Adhärenz an Medikamenteneinnahme) • Follow-up der Patienten/-innen hat sich als wichtig und wirksam erwiesen. Auch Patienten/-innen, die sich nicht von Beginn weg adhärent verhalten, können so noch motiviert werden. • Das Angebot wird stärker genutzt von Personen mit höherem sozio-ökonomischem Status.	• Ausbildung und Motivation der Primärversorger • Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen (Personen mit tieferem sozioökonomischem Status)	• Individuelles Angebot (Patient-Centered Care) • Follow up, in kleinen Schritten zur Lebensstilveränderung • Koordinator: wichtige Rolle • Ausbildung der Primärversorger in EIM • Integration von FYSS ins EPD (elektronische Patientendossier) • Permanente Integration ins Gesundheitssystem, keine Beschränkung auf Projekte • Integration von Beratung über physische Aktivität in die Praxis
UK	Es konnte gezeigt werden, dass eine längere Intervention die körperliche Aktivität und Adhärenz stärker beeinflusste.	Das Angebot ist lokal verankert, und steht nicht flächendeckend für die Bevölkerung zur Verfügung.	Keine bekannt

7.2 Limitationen

Folgende besonderen Umstände sollten bei der Interpretation der gefundenen Ergebnisse beachtet werden. In einigen Ländern ist die Umsetzung der Versorgungsleistungen regional oder provinziell geregelt. Beispielsweise der Experte in Kanada hat klar darauf hingewiesen, dass es in der Versorgung zwischen den kanadischen Provinzen teilweise grosse Unterschiede gibt. Es galt darum, festzustellen, was national geregelt ist und bei welchen Angeboten es sich um regionale Praxis handelt. Dasselbe gilt für die UK.

In der Planung war zudem vorgesehen, auch Expertinnen und Experten der Gesundheitsministerien zu befragen, was aufgrund der Corona-Pandemie ausschliesslich in Dänemark möglich war. Die in den anderen Ländern einbezogenen Expertinnen und Experten verfügen jedoch über eine grosse Expertise im Bereich der Verschreibung körperlicher Aktivität für Patientinnen und Patienten mit NCD; Dennoch sind ihre Erfahrungen und Einschätzungen womöglich unterschiedlich von Personen aus den Gesundheitsministerien.

Ein Aspekt, welcher eines eingehenderen Studiums bedarf, ist der Ausbildungshintergrund der Professionen, welche zu Bewegungsangeboten beraten, sie koordinieren und anbieten. Physiotherapeutinnen und -therapeuten werden hierfür in allen Ländern eingesetzt, aber nicht nur. In Frankreich bestimmt der Schweregrad der gesundheitlichen Einschränkung, welche Profession diese Aufgabe übernimmt. Australien und Kanada haben mit den (Clinical) Exercise Physiologists und den Kinesiologists neue Berufsbilder etabliert, deren Abgrenzung in Bezug auf die erworbenen Kompetenzen oder deren Schwerpunkte in ihrer Praxis aktuell noch nicht klar ist.

8 Handlungsfelder und Empfehlungen

8.1 Grundlagen für die Handlungsempfehlungen

In der **Situationsanalyse Schweiz** wurde aufgezeigt, dass strukturierte Bewegungsprogramme im Rahmen der Rehabilitation bei Diagnosestellung oder akuter Exazerbation von NCDs etabliert sind und durch die Grundversicherung finanziert werden. Dies gilt zumindest für die in diesem Bericht untersuchten NCDs.

Ein längerfristiges, bewegungsbezogenes Management der Erkrankung hingegen obliegt der Eigenverantwortung der Betroffenen und wird nur teilweise im Rahmen von Zusatzversicherungen finanziell unterstützt. Damit sind insbesondere Personen mit tieferem sozioökonomischem Status benachteiligt, da sie über weniger finanzielle sowie Bildungsressourcen verfügen. Längerfristig unterstützte Angebote für Betroffene mit psychischen Erkrankungen und Suchtverhaltensweisen bestehen kaum. Im Rahmen der Projektförderung «Prävention in der Gesundheitsversorgung» adressieren einzelne Projekte diese Versorgungslücke, wie zum Beispiel Pas à Pas+ (PAP+), das von Unisanté, Département Promotion de la santé et préventions durchgeführt wird.

Die Bewegungsanbieter sind aktuell meist Fachpersonen aus der Physiotherapie, Sportpädagogik und der Sportwissenschaft mit Weiterbildung im Bereich spezifischer NCDs und damit gut ausgebildet. Hingegen mangelt es an Transparenz über die spezifischen Kompetenzen und Rollen der verschiedenen Akteure sowie an einer optimalen Koordination ihrer Angebote.

Aus der Situationsanalyse Schweiz wird damit ein Bedarf an Standardisierung und Harmonisierung von Versicherungsleistungen im Bereich «Bewegung als therapeutische Intervention» abgeleitet.

Die **Erfahrungen anderer Länder** zeigen, dass verschiedene Instrumente eine stärkere Verankerung von Bewegung als therapeutische Intervention in der Gesundheitsversorgung begünstigen können. Zum Beispiel werden in einigen Ländern die diagnosespezifischen Voraussetzungen, Indikationen und Kontraindikationen für Bewegung in Handbüchern definiert. Einige Länder kennen zudem das Angebot eines «Bewegungsrezepts», mittels dessen körperliche Aktivität als therapeutische Intervention, einzeln und/oder in der Gruppe, verordnet werden kann. Dieses Bewegungsrezept kann entweder durch die Patientinnen und Patienten in Form eines standardisierten Bewegungsangebotes eingelöst werden oder aber sie erhalten eine Beratung bzw. ein Coaching, z.B. für die eigenständige Planung und Ausgestaltung einer regelmässigen körperlichen Aktivität oder für die Suche nach einem geeigneten gruppenbasierten Bewegungsangebot. Insbesondere die skandinavischen Länder kennen eine solche beratende, koordinierende Funktion. Die für die Umsetzung eines Bewegungsrezepts genutzten Bewegungsinterventionen unterscheiden sich stark hinsichtlich ihrer Strukturierung und Spezifikation auf eine Diagnose und reichen von niederschweligen, gemeindebasierten Aktivitäten bis hin zu strukturierten, gezielt dosierten und zeitlich begrenzten Bewegungsprogrammen.

Basierend auf den Erkenntnissen aus anderen Ländern wurde ein mögliches Modell für das Angebot von Bewegung als Therapie für die Schweiz ausgearbeitet. Es ist in Abbildung 8 entlang des Gesundheitspfades abgebildet und diente im Expertenworkshop als Grundlage für die Diskussion von Handlungsoptionen für die Schweiz.

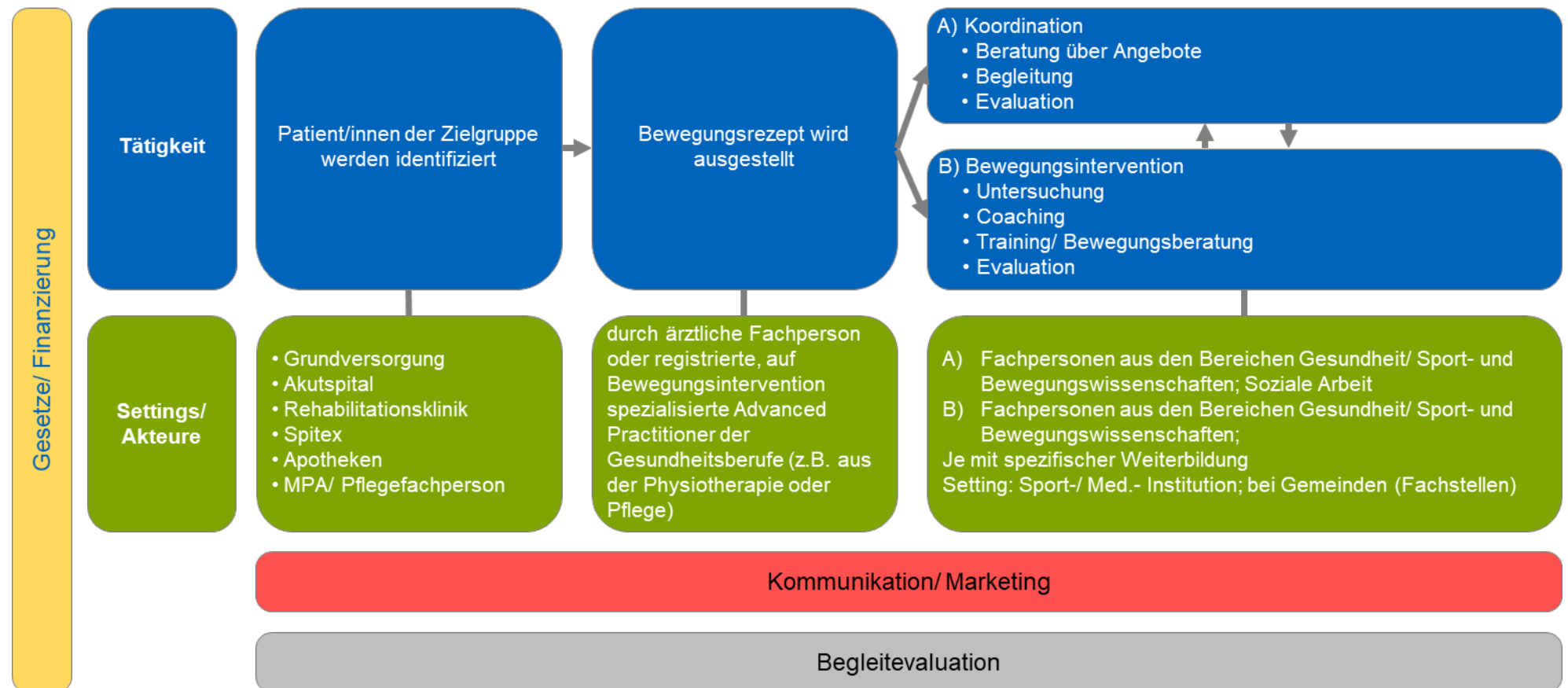


Abbildung 8: Elemente zur Stärkung von Bewegung als Therapie entlang des Gesundheitspfads

8.2 Expertenworkshop

Im Workshop mit den Expertinnen und Experten aus den Bereichen der medizinischen und therapeutischen Versorgung sowie aus Betroffenenorganisationen (vgl. Kap. 3.3) wurde der Handlungsbedarf in der Schweiz konsolidiert. Folgendes Fazit aus der Situationsanalyse Schweiz sowie den Erfahrungen anderer Länder wurde anerkannt: *Körperliche Aktivität ist eine effektive Therapie für Personen mit einer chronischen nichtübertragbaren Krankheit (NCD), psychischen Erkrankungen oder Suchtverhaltensweisen und soll daher analog pharmakologischer Interventionen in die Standardversorgung dieser Personen integriert werden.*

Basierend auf den Erfahrungen anderer Länder wurden dazu Handlungsoptionen diskutiert. Auf der Grundlage dieser Diskussion wurden durch das Projektteam im Nachgang des Workshops Handlungsempfehlungen ausgearbeitet und den Expertinnen und Experten zur Beurteilung vorgelegt (vgl. Anhang 3).

8.3 Rückmeldungen zum ersten Entwurf der Handlungsempfehlungen

Zehn von zwölf Expertinnen und Experten schätzten in einer ersten Runde für jede der Handlungsempfehlungen die Stärke ihrer Zustimmung ein. Dies machten sie auf einer 4-stufigen Skala von «stimme gar nicht zu» bis «stimme voll und ganz zu». Die Wichtigkeit der Empfehlungen beurteilten sie auf einer Skala von 0 (gar nicht wichtig) bis 10 (äusserst wichtig). Wenn sie einer Empfehlung nur eingeschränkt zustimmten, erläuterten sie ihre Kritik oder gewünschten Ergänzungen. Die konsolidierten Rückmeldungen zu den übergeordneten und spezifischen Handlungsempfehlungen sind Anhang 3 zu entnehmen.

Zu den übergeordneten Handlungsempfehlungen: Die übergeordneten Handlungsempfehlungen erhielten insgesamt hohe Zustimmungswerte von den Expertinnen und Experten der erweiterten Begleitgruppe, und sie wurden darüber hinaus als sehr bis äusserst wichtig eingeschätzt (Median: 9-10).

Potential zur Optimierung haben die Expertinnen und Experten insbesondere in folgenden Aspekten gesehen:

Die Zielgruppe sollte aus Sicht einiger Expertinnen und Experten zumindest auf alle chronischen, wenn nicht sogar auf weitere Erkrankungen ausgeweitet werden, da die richtig dosierte körperliche Aktivität und Massnahmen zur Steigerung der körperlichen Fitness in den meisten Krankheitsverläufen starke positive Einflussfaktoren sind.

Die Unterstützung der körperlichen Aktivität durch ein Bewegungsrezept wird als ein weiteres Angebot an die Betroffenen verstanden. Zeitgleich sollen weiterhin alle in das Krankheitsmanagement von Betroffenen involvierten Fachpersonen körperliche Aktivität als zentralen Einflussfaktor thematisieren und Betroffene zu körperlicher Aktivität ermutigen.

Die Zusammenarbeit von Berufs- und Fachverbänden sowie Patientenorganisationen wird als wichtig erachtet, nicht nur für die Ausgestaltung, sondern auch in der Verbreitung und Evaluation von Bewegungsangeboten. Die gemeinsame Konzeptionierung wird jedoch auch als Herausforderung verstanden, während derer die Qualitätsanforderungen an Bewegungsprogramme im Zentrum stehen sollen.

Am meisten Diskussionsbedarf gab es in Zusammenhang mit dem Coaching durch eine Koordinationsperson: Konkretere Angaben zu Inhalt und Rolle des Coachings werden hier benötigt, insbesondere auch zu dessen Abgrenzung zur klassischen Bewegungstherapie. Die Expertinnen und Experten waren sich auch nicht geschlossen einig über die Notwendigkeit einer weiteren Schnittstelle in der Person einer Koordinatorin bzw. eines Coachs.

Die *spezifischen Handlungsempfehlungen* wurden von den Expertinnen und Experten wie folgt kommentiert:

Die meisten Expertinnen und Experten zeigten sich einig darin, dass körperliche Aktivität als ergänzende oder eigenständige Therapieoption zur Behandlung von Personen der genannten Zielgruppen in die Grundversicherung integriert werden muss. Eine Person wies jedoch auch darauf hin, dass es bereits heute die Möglichkeit gibt, bei Diagnosestellung und akuten Episoden ein spezifisches Bewegungsprogramm im Rahmen einer Physiotherapie zu verschreiben. Das werde aber zu selten oder zu wenig konsequent genutzt. Grosse Einigkeit bestand in Bezug auf die Empfehlung, dass die Tarifierung sowohl verschreibende als auch beratende/koordinierende und ausführende Leistungen vergüten soll. Pauschalen hielten einige Expertinnen und Experten für ein potentes Instrument, um Leistungen von Professionen zu vergüten, deren Leistungen bisher nicht über die Krankenkassen abgerechnet werden können. Diskussionsbedarf wurde jedoch geäussert in Bezug auf die Frage, welche Qualifikation resp. welchen Aus- und Weiterbildungshintergrund die involvierten Personen mitbringen müssen.

Vielfach hinterfragt wurden die für die Verschreibung, Beratung/Koordination und Ausführung der Bewegungsangebote definierten Professionen. Während einige Expertinnen und Experten den Vorschlag begrüsst, dass neben der Ärzteschaft auch andere Professionen ein Bewegungsrezept ausstellen dürfen, um dessen Reichweite zu vergrössern, wollten andere diese Kompetenz auf die Ärzteschaft beschränkt wissen. Auch in Bezug auf die Frage, welche Professionen qualifiziert sind für die Umsetzung der Bewegungsrezepte, waren sich die Expertinnen und Experten nicht ganz einig. Einige konnten es sich vorstellen, neben den genannten noch weitere Professionen einzubeziehen. Andere wiesen darauf hin, dass für die Arbeit mit Betroffenen der genannten Zielgruppen mit dem/r Fachspezialisten/-in für körperliche Aktivität und sportliche Bewegung aktuell ein neues Berufsbild etabliert wird, welches spezifisch für die Beratung, Koordination und Ausführung von Bewegungsangeboten ausgebildet wird. Sie schlugen vor, die Umsetzung der Bewegungsrezepte in erster Linie durch die Fachspezialistinnen und Fachspezialisten sowie durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten vorzusehen.

Vollständig einig waren sich die Expertinnen und Experten, dass die Bedeutung von körperlicher Aktivität für die Behandlung von Betroffenen mit NCDs in den Curricula der Gesundheitsberufe noch stärker als bis anhin gewichtet werden soll. Zudem sollen die Curricula verstärkt Elemente für den Kompetenzerwerb in Bewegungsförderung beinhalten (bspw. Grundlagen zur Verhaltensänderung, zu Trainingsmodalitäten und -dosierungen). Den involvierten Fachpersonen müssen darüber hinaus Guidelines und Materialien zur Verfügung gestellt werden für a) die Identifikation der Personen der genannten Zielgruppen (z.B. Indikationslisten), b) das Screening zur aktuellen körperlichen Aktivität und Fitness von Betroffenen, c) Vorabklärungen (z.B. Herz-Kreislauf-Belastungstests) und die Identifikation von Kontraindikationen sowie d) die Ausstellung eines Bewegungsrezepts.

Zudem wurde von einer Person vorgeschlagen, die Handlungsempfehlungen zur Kompetenzentwicklung zu ergänzen: Die Voraussetzungen zur Umsetzung der Bewegungsrezepte sollen definiert werden. Die Qualifikation der aktuell involvierten Fachpersonen soll in Hinblick auf die erforderlichen Kompetenzen überprüft und ggf. optimiert werden.

Die Empfehlung eines Bewegungsrezepts wurde allgemein befürwortet. Nicht allen Expertinnen und Experten war jedoch ausreichend klar, welche Aspekte ein Bewegungsrezept beinhalten soll, ob beispielsweise ein Rezept zur Teilnahme an einem Bewegungsprogramm auch eine Einzelsitzung bei einer spezialisierten Fachperson beinhalten kann. Dies müsste in einem entsprechend auszuarbeitenden Konzept definiert werden.

Informationen über den Verlauf während und nach der Umsetzung des Bewegungsrezepts an die verschreibende Instanz wurde von einigen Expertinnen und Experten als für beide Seiten sehr aufwendig und nicht zwingend notwendig erachtet. Vielmehr befürworteten sie die regelmässige Erfassung der Herz-Kreislauf-Fitness und anderer patienten-relevanter Indikatoren in der Grundversorgung sowie die Dokumentation ausgewählter Verlaufszeichen durch die Betroffenen selbst.

8.4 Finale Handlungsempfehlungen

Der Entwurf der Handlungsempfehlungen wurde unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Expertinnen und Experten sowie der Auftraggeber überarbeitet und um zwei übergeordnete Handlungsempfehlungen erweitert. Für jede Handlungsempfehlung wurden Akteure benannt, die für ihre Umsetzung verantwortlich zeichnen könnten. Die Begleitgruppe wurde daraufhin gebeten, einzuschätzen, ob die richtigen Akteure identifiziert worden sind bzw. welche weiteren Akteure für die Umsetzung der Handlungsempfehlungen berücksichtigt werden sollten. Tabelle 10 und Tabelle 11 zeigen die finalen Handlungsempfehlungen, ihren jeweiligen Fokus der Umsetzung und die zu involvierenden Akteure.

Tabelle 10: Finale übergeordnete Handlungsempfehlungen: Fokus für die Umsetzung und verantwortliche Akteure

	Handlungsempfehlungen	Fokus für die Umsetzung	Verantwortliche Akteure
Gründung von Exercise is Medicine (EIM) Schweiz			
1.	Um körperliche Aktivität als Therapie in der Gesundheitsversorgung in der Schweiz zu etablieren, soll die Initiative EIM Schweiz gegründet werden.	• Den Lead für die Gründung von EIM-Schweiz und die Koordination der darin involvierten Fachgesellschaften und Institutionen bestimmen.	• BAG • Therapeutische Fachgesellschaften¹ • Ärztliche Fachgesellschaften • Bildungsinstitutionen der involvierten Professionsangehörigen (Universitäten, Fachhochschulen) • Weitere (z.B. Bundesamt für Sport, HEPA Schweiz)
Konzeptentwicklung für Bewegung als Therapie			
2.	Um körperliche Aktivität als Therapie in der Gesundheitsversorgung in der Schweiz zu etablieren, soll ein umfassendes Konzept ausgearbeitet werden.	• Den Lead für die Konzeptausarbeitung und die Koordination der darin involvierten Fachgesellschaften und Institutionen bestimmen.	• BAG • EIM Schweiz • Therapeutische Fachgesellschaften^{1,2} • Ärztliche Fachgesellschaften² • Bildungsinstitutionen der involvierten Professionsangehörigen (Universitäten, Fachhochschulen) • Weitere (z.B. Bundesamt für Sport, HEPA Schweiz)

¹ Therapeutische Fachgesellschaften umfassen jene der Physiotherapie, APA-Bewegungstherapie, Sporttherapie.

² Die einzubeziehenden therapeutischen und ärztlichen Fachgesellschaften sind jeweils für spezifische NCDs zu definieren.

	Handlungsempfehlungen	Fokus für die Umsetzung	Verantwortliche Akteure
Fortsetzung: Konzeptentwicklung für Bewegung als Therapie			
2a.	Körperliche Aktivität ist eine effektive Therapie für Personen mit chronischen nichtübertragbaren Krankheiten (NCDs), psychischen Erkrankungen oder Suchtverhaltensweisen und soll daher analog pharmakologischer Interventionen in die Standardversorgung dieser Personen integriert werden. Die Diagnosebereiche und ihre spezifischen Indikationen sollen aufgrund der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz festgelegt werden.	• Indikationsliste erstellen	• EIM-Schweiz • Therapeutische Fachgesellschaften • Ärztliche Fachgesellschaften • Bildungsinstitutionen der involvierten Professionsangehörigen (Universitäten, Fachhochschulen) Mit Unterstützung durch: • BAG • Patientenorganisationen und Expert-Patienten/-innen • Weitere (z.B. Bundesamt für Sport, HEPA Schweiz)
2b.	Bei der genannten Zielgruppe soll körperliche Aktivität als Therapie im Rahmen der Sekundär- und Tertiärprävention als alleinige oder ergänzende nicht-pharmakologische Intervention in Form eines Bewegungsrezepts in allen Phasen des Krankheitsverlaufs verschrieben werden: bei der Diagnosestellung, während stabilen Phasen, aber auch bei Veränderungen bzw. Rezidiven. Das Bewegungsrezept soll eine Verschreibung für die Koordination und/oder für eine Bewegungsintervention sein.	• Konzept für Bewegung als Therapie, <i>spezifisch für die Entwicklung bzw. Verschreibung des Bewegungsrezepts</i>	• EIM-Schweiz • Therapeutische Fachgesellschaften • Ärztliche Fachgesellschaften • Bildungsinstitutionen der involvierten Professionsangehörigen (Universitäten, Fachhochschulen) Mit Unterstützung durch: • BAG • Patientenorganisationen und Expert-Patienten/-innen • Weitere (z.B. Bundesamt für Sport, HEPA Schweiz)

	Handlungsempfehlungen	Fokus für die Umsetzung	Verantwortliche Akteure
Fortsetzung: Konzeptentwicklung für Bewegung als Therapie			
2c.	Die jeweiligen Berufs- und Fachverbände sowie Patientenorganisationen und Betroffene sollen in die Entwicklung, Verbreitung, Durchführung und Evaluation der Bewegungsangebote einbezogen werden.	Konzept für Bewegung als Therapie, <i>spezifisch für die Entwicklung, Verbreitung, Durchführung und Evaluation der Bewegungsangebote</i>	- EIM-Schweiz - Therapeutische Fachgesellschaften - Ärztliche Fachgesellschaften Mit Unterstützung durch: - BAG - Patientenorganisationen und Expert-Patienten/-innen - Weitere (z.B. Bundesamt für Sport, HEPA Schweiz)
2d.	Alle in der Gesundheitsversorgung von Personen der genannten Zielgruppe beteiligten Leistungserbringer sollen Verantwortung für die Förderung von körperlicher Aktivität übernehmen. Sie sollen zusammenarbeiten und notwendige Überweisungen an Fachpersonen vornehmen, um sicherzustellen, dass angemessene Interventionen zur Förderung von regelmässiger körperlicher Aktivität erfolgen.	Konzept für Bewegung als Therapie, <i>spezifisch zur Identifikation der Leistungserbringer, der Definition ihrer Verantwortlichkeiten und der Organisation ihrer Zusammenarbeit</i>	- EIM-Schweiz - Therapeutische Fachgesellschaften - Ärztliche Fachgesellschaften - Bildungsinstitutionen der involvierten Professionsangehörigen (Universitäten, Fachhochschulen) Mit Unterstützung durch: - BAG - Patientenorganisationen und Expert-Patienten/-innen - Weitere (z.B. Bundesamt für Sport, HEPA Schweiz)
2e.	Koordinierende Leistungserbringende sollen niederschwellige Beratungen über bestehende Angebote durchführen; Bewegungsfachpersonen sollen Bewegungsinterventionen durchführen.	Konzept für Bewegung als Therapie, <i>spezifisch für die Definition von Aufgaben, Rollen und Kompetenzen der Koordinations- und Bewegungsfachpersonen</i>	- EIM-Schweiz - Therapeutische Fachgesellschaften - Ärztliche Fachgesellschaften - Bildungsinstitutionen der involvierten Professionsangehörigen (Universitäten, Fachhochschulen) Mit Unterstützung durch: - BAG - Patientenorganisationen und Expert-Patienten/-innen - Weitere (z.B. Bundesamt für Sport, HEPA Schweiz)

	Handlungsempfehlungen	Fokus für die Umsetzung	Verantwortliche Akteure
Fortsetzung: Konzeptentwicklung für Bewegung als Therapie			
2f.	Die Personen der genannten Zielgruppen sollen bei der Wahl der Bewegungsintervention aktiv einbezogen werden. Neben dem Schweregrad der Erkrankung sollen die subjektiv wahrgenommenen Einschränkungen, Bedürfnisse und Ressourcen leitend sein für: - die Verschreibung des Bewegungsrezepts - die Beratung und Koordination zur Wahl des Bewegungsangebots - die Betreuung während der Bewegungsintervention - die Rollen, Aufgaben (z.B. Überwachung während körperlicher Aktivität) und erforderlichen Kompetenzen der involvierten Fachpersonen.	Konzept für Bewegung als Therapie, <i>spezifisch für die Definition und Inhalte der Elemente a-d</i>	- EIM-Schweiz - Therapeutische Fachgesellschaften - Ärztliche Fachgesellschaften - Bildungsinstitutionen der involvierten Professionsangehörigen (Universitäten, Fachhochschulen) Mit Unterstützung durch: - BAG - Patientenorganisationen und Expert-Patienten/-innen - Weitere (z.B. Bundesamt für Sport, HEPA Schweiz)
2g.	Der Gesundheitszustand der Betroffenen soll auch während des Trainingsverlaufs beobachtet und Veränderungen sollen angemessen berücksichtigt werden (z.B. indem die Trainingsintensität während eines akuten Schubs bei einer rheumatischen Erkrankung reduziert wird). Betroffene sollen gleichzeitig in ihrem Selbstmanagement unterstützt werden, um Veränderungen/Exazerbationen frühzeitig zu erkennen und rechtzeitig richtig reagieren zu können.	Konzept für Bewegung als Therapie, <i>spezifisch für die Ausgestaltung und Begleitung der Bewegungsintervention</i>	- EIM-Schweiz - Therapeutische Fachgesellschaften - Ärztliche Fachgesellschaften - Bildungsinstitutionen der involvierten Professionsangehörigen (Universitäten, Fachhochschulen) Mit Unterstützung durch: - BAG - Patientenorganisationen und Expert-Patienten/-innen - Weitere (z.B. Bundesamt für Sport, HEPA Schweiz)

Tabelle 11: Finale spezifische Handlungsempfehlungen: Fokus für die Umsetzung und verantwortliche Akteure

	Handlungsempfehlungen	Fokus für die Umsetzung	Verantwortliche Akteure
Finanzierung			
1.	Für die Vergütung körperlicher Aktivität als Therapie sollen geeignete Finanzierungsmodalitäten im Rahmen der Grundversicherung und anderweitig exploriert und ausgearbeitet werden.	• Modellprojekte, um in der Übergangsphase weitere Möglichkeiten zur Finanzierung zu explorieren • Grundlagen für die Integration in den Leistungskatalog des KVG schaffen	• EIM-Schweiz • Berufsverbände der involvierten Fachpersonen Unter Einbezug von • Therapeutische Fachgesellschaften • Ärztliche Fachgesellschaften
2.	Die Finanzierungsmodalitäten sollen die direkt und digital erbrachten Leistungen von verschreibenden sowie von koordinierenden und die Bewegungsintervention durchführenden Leistungserbringern vergüten.	• Möglichkeiten zur Finanzierung von Blended Care explorieren • Grundlagen für die Integration in den Leistungskatalog des KVG schaffen	• EIM-Schweiz • Berufsverbände der involvierten Fachpersonen Unter Einbezug von • Therapeutische Fachgesellschaften • Ärztliche Fachgesellschaften
3.	Mittels Pauschalen sollten auch Leistungen von qualifizierten involvierten Personen integriert werden, die ihre Leistungen aktuell nicht über die Krankenkassen abrechnen können.	• Modellprojekte, um in der Übergangsphase weitere Möglichkeiten zur Finanzierung zu explorieren • Grundlagen für die Integration in den Leistungskatalog des KVG schaffen	• EIM-Schweiz • Berufsverbände der involvierten Fachpersonen Unter Einbezug von • Therapeutische Fachgesellschaften • Ärztliche Fachgesellschaften

	Handlungsempfehlungen	Fokus für die Umsetzung	Verantwortliche Akteure
Involvierte Fachpersonen			
4.	<u>Verschreibende Leistungserbringende:</u> Bewegung als Therapie soll von ärztlichen Fachpersonen verschrieben werden. Längerfristig soll die Verschreibung durch registrierte, auf Bewegungsinterventionen spezialisierte Advanced Practitioner der Gesundheitsberufe (z.B. aus Physiotherapie oder Pflege) mit den entsprechenden diagnosespezifischen Fachkompetenzen evaluiert werden.	• Konzept für Bewegung als Therapie, <i>spezifisch für die Definition der erforderlichen Kompetenzen für die Verschreibung</i>	• BAG • EIM-Schweiz • Berufsverbände der involvierten Fachpersonen Unter Einbezug von: • Therapeutische Fachgesellschaften • Ärztliche Fachgesellschaften • Patientenorganisationen und Expert-Patienten/-innen • Ggf. weitere Fachgesellschaften (z.B. soziale Arbeit)
5.	<u>Koordinierende Leistungserbringende:</u> Bewegung als Therapie soll von Fachpersonen aus den Berufsgruppen der Physiotherapie, Sport- und Bewegungswissenschaft, APA-Bewegungstherapie und Sportpädagogik sowie auch von anderen Gesundheitsberufen (z.B. MPA) und von Angehörigen von Nicht-Gesundheitsberufen (z.B. soziale Arbeit) koordiniert werden. Für die Koordination bei Betroffenen mit psychischen Erkrankungen oder Suchtverhalten sollen auch Fachpersonen aus der Psychologie, Psychotherapie und Sozialpädagogik einbezogen werden.	• Konzept für Bewegung als Therapie, <i>spezifisch für die Definition der erforderlichen Kompetenzen für die Koordination inklusive Abgleich mit bestehenden Ausbildungscurricula der involvierten Fachpersonen</i>	• BAG • EIM-Schweiz • Berufsverbände der involvierten Fachpersonen Unter Einbezug von: • EIM-Schweiz • Therapeutische Fachgesellschaften • Ärztliche Fachgesellschaften • Patientenorganisationen und Expert-Patienten/-innen • Ggf. weitere Fachgesellschaften (z.B. soziale Arbeit)
6.	<u>Ausführende Leistungserbringende</u> Die Bewegungsinterventionen inkl. die Bewegungsberatungen sollen durch spezifisch qualifizierte Fachpersonen aus den Berufsgruppen der Physiotherapie, Sport- und Bewegungswissenschaften, APA-Bewegungstherapie, Sportpädagogik sowie weiteren, im Diagnosebereich relevanten Fachpersonen (z.B. Psychomotoriktherapeuten/-innen) durchgeführt werden.	• Konzept für Bewegung als Therapie, <i>spezifisch für die Definition der erforderlichen Kompetenzen für die Durchführung der Bewegungsinterventionen inklusive Abgleich mit bestehenden Ausbildungscurricula der involvierten Fachpersonen</i>	• BAG • EIM-Schweiz • Berufsverbände der involvierten Fachpersonen Unter Einbezug von: • EIM-Schweiz • Therapeutische Fachgesellschaften • Ärztliche Fachgesellschaften • Patientenorganisationen und Expert-Patienten/-innen • Ggf. weitere Fachgesellschaften (z.B. soziale Arbeit)

	Handlungsempfehlungen	Fokus für die Umsetzung	Verantwortliche Akteure
Kompetenzentwicklung			
7.	Wissen in Bezug auf die Evidenz zur Wirksamkeit von körperlicher Aktivität in der Behandlung von NCDs oder ihrer Risikofaktoren und Fertigkeiten zur Bewegungsförderung (Kommunikationsskills wie z.B. die motivierende Gesprächsführung) sollen als fester Bestandteil in die Aus- und Weiterbildungs-Curricula der ärztlichen Berufe sowie Gesundheits- und ggf. Sozialberufe integriert werden.	Konzept für Bewegung als Therapie, <i>spezifisch für die Definition der Erfordernisse an Aus- und Weiterbildungscurricula der involvierten Berufsgruppen</i>	- EIM-Schweiz - Therapeutische Fachgesellschaften - Ärztliche Fachgesellschaften - Bildungsinstitutionen der involvierten Professionsangehörigen (Universitäten, Fachhochschulen) Unter Einbezug von: - BAG - Patientenorganisationen und Expert-Patienten/-innen - Ggf. weitere Fachgesellschaften (z.B. soziale Arbeit)
8.	Es sollen diagnosespezifische Guidelines zu Bewegung als Therapie entwickelt oder bestehende Guidelines¹ an die schweizerischen Bedingungen adaptiert und zur Verfügung gestellt werden für: - die Identifikation der Personen der genannten Zielgruppen (z.B. Indikationslisten) - das Screening zur aktuellen körperlichen Aktivität der Personen - Vorabklärungen (z.B. Herzkreislauf-Belastungstests) und die Identifikation von Kontraindikationen - die Ausstellung des Bewegungsrezepts	Konzept für Bewegung als Therapie, <i>spezifisch für die Entwicklung von Guidelines für die Elemente a-d</i>	- EIM-Schweiz - Therapeutische Fachgesellschaften - Ärztliche Fachgesellschaften Unter Einbezug von: - BAG - Patientenorganisationen und Expert-Patienten/-innen - Bildungsinstitutionen der involvierten Professionsangehörigen (Universitäten und Fachhochschulen) - Ggf. weitere Fachgesellschaften (z.B. soziale Arbeit)

¹ Wie z.B. der "Health Care Providers Action Guide" der Initiative "Exercise is Medicine" (EIM), das schwedische Handbuch "Physical Activity in the Prevention of Treatment and Disease (FYSS)" oder die «2020 ESC (European Society of Cardiology) Guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease».

	Handlungsempfehlungen	Fokus für die Umsetzung	Verantwortliche Akteure
Bewegungsrezept			
9.	Die verschreibende Fachperson soll – die Einwilligung der betroffenen Person vorausgesetzt – von den involvierten Fachpersonen über Massnahmen und Zielerreichung informiert werden.	Konzept für Bewegung als Therapie, <i>spezifisch für die Durchführung und Evaluation der Koordination und/oder der Bewegungsintervention</i>	- EIM-Schweiz - Therapeutische Fachgesellschaften - Ärztliche Fachgesellschaften Unter Einbezug von: - BAG - Patientenorganisationen und Expert-Patienten/-innen - Bildungsinstitutionen der involvierten Professionsangehörigen (Universitäten und Fachhochschulen)
Umsetzung (Koordination und Bewegungsangebote)			
10.	Koordination: ¹ Koordinierende Leistungserbringende sollen in einer Beratung auf die Optionen zur konsequenten Umsetzung des Bewegungsrezepts hinweisen, insbesondere auf die Auswahl krankheitsspezifischer Bewegungsprogramme, aber auch auf krankheitsunspezifische, niederschwellige Angebote. Auch Möglichkeiten zur selbständigen körperlichen Aktivität sollen angesprochen werden.	Konzept für Bewegung als Therapie, <i>spezifisch für die Durchführung und Evaluation der Koordination</i>	- EIM-Schweiz - Therapeutische Fachgesellschaften - Ärztliche Fachgesellschaften Unter Einbezug von: - BAG - Patientenorganisationen und Expert-Patienten/-innen - Bildungsinstitutionen der involvierten Professionsangehörigen (Universitäten und Fachhochschulen)
11.	Bewegungsinterventionen: Fachverbände und Patientenorganisationen sollen aktiv in die Entwicklung und das Qualitätsmanagement inkl. die Akkreditierung/Zertifizierung involviert sein.	Konzept für Bewegung als Therapie, <i>spezifisch für die Entwicklung, Verbreitung, Durchführung und Evaluation der Bewegungsinterventionen</i>	- EIM-Schweiz - Therapeutische Fachgesellschaften - Ärztliche Fachgesellschaften Unter Einbezug von: - BAG - Patientenorganisationen und Expert-Patienten/-innen - Bildungsinstitutionen der involvierten Professionsangehörigen (Universitäten und Fachhochschulen)

¹ Die Koordination kann vor oder nach einer spezifischen Bewegungsintervention indiziert sein.

	Handlungsempfehlungen	Fokus für die Umsetzung	Verantwortliche Akteure
Kommunikation			
12.	Es soll unter Einbezug der Berufs- und Fachverbände eine Plattform etabliert werden, die auch über zielgruppenspezifische Kanäle relevante Informationen zur Verfügung stellt über Bewegungsangebote, welche Qualitäts-Anforderungen erfüllen, und optional über weitere Angebote zur Förderung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils, wie z.B. Tabakentwöhnung oder gesunde Ernährung. Dabei sollen Verlinkungen mit bestehenden Plattformen in Betracht gezogen werden.	Konzept für Bewegung als Therapie, <i>spezifisch für die Information und Verbreitung der Bewegungsinterventionen</i>	- EIM-Schweiz - Therapeutische Fachgesellschaften - Ärztliche Fachgesellschaften - Berufsverbände der involvierten Fachpersonen Unter Einbezug von: - Patientenorganisationen und Expert-Patienten/-innen - BAG
13.	Die internationale Zusammenarbeit im Bereich EIM soll gestärkt werden, z.B. zu den Themen Implementierung von EIM oder die Professionalisierung der Trainingsphysiologie.	Internationaler Austausch und Kooperation	- EIM-Schweiz - Therapeutische Fachgesellschaften - Ärztliche Fachgesellschaften - Berufsverbände der involvierten Fachpersonen - Patientenorganisationen und Expert-Patienten/-innen - Hochschulen/Universitäten
Forschung			
14.	Es sollen thematische Schwerpunktprogramme entwickelt und umgesetzt werden: - zur Implementierung und Weiterentwicklung von neuen Angeboten sowie - zur Begleitforschung von etablierten Angeboten (z.B. Monitoring der Inanspruchnahme, Akzeptanz, Motivation, Langzeitadhärenz, Non-Response, Outcomes, Kosteneffizienz).	- Konzept für EIM als Nationales Forschungsprogramm zur Einreichung beim Schweizerischen Nationalfonds (SNF) - Internationaler Austausch und Kooperation - Doktoranden- und postdoc-Stellen zur Förderung von EIM	- Ärztliche und therapeutische Fachgesellschaften (EIM-Initiative) - Patientenorganisationen und Expert-Patienten/-innen - Hochschulen/Universitäten - SNF

9 Fazit und Ausblick

Körperliche Aktivität ist eine effektive Therapie für Personen mit NCDs, psychischen Erkrankungen oder Suchtverhaltensweisen. In der richtigen Dosierung ist sie für alle Betroffenen effektiv. Damit Bewegung als Therapie jedoch adäquat, speziell in der richtigen Trainingsmodalität und -dosierung, angewendet wird, bedarf es der Untersuchung, Indikationsstellung und Beratung durch hierfür spezialisierte Expertinnen und Experten. Das Initiieren einer nachhaltigen Verhaltensänderung ist zudem eine Herausforderung. Dies gilt für gesunde Menschen und umso mehr für Betroffene von chronischen Erkrankungen, da diese teilweise einhergehen mit Barrieren für körperliche Aktivität (z.B. Fatigue, Schmerzen oder Befürchtungen in Bezug auf die Leistungsfähigkeit des Herzens). Umso wichtiger ist für diese Personen die Beratung und Unterstützung durch kompetente Fachpersonen. Bewegungsprogramme von hoher Qualität können hier ebenfalls einen grossen Nutzen zeigen.

Die Analysen dieses Berichts (die «Situationsanalyse Schweiz» sowie die «Analyse der Erfahrungen anderer Länder») zeigen einen grossen Handlungsbedarf und verschiedene Ansatzmöglichkeiten für die Integration von «Bewegung als Therapie» in die Standardversorgung bei chronischen Erkrankungen auf. Damit körperliche Aktivität analog pharmakologischer Interventionen in die Standardversorgung von Betroffenen mit NCD, psychischen Erkrankungen oder Suchtverhaltensweisen integriert werden kann, sind primär zwei Ziele umzusetzen: Die Gründung der Initiative «Exercise is Medicine» (EIM) Schweiz sowie die Konzeptentwicklung für «Bewegung als Therapie». Der vorliegende Bericht bietet hierfür Informationsgrundlagen sowie spezifische Handlungsempfehlungen.

Für die konkrete Umsetzung der Handlungsempfehlungen sind thematische Projekte zu aufgezeigten Aspekten der Handlungsempfehlungen nötig (s. Abb. 8 und Tabelle 10). Gewisse Elemente der Implementierung von Bewegung als Therapie, z.B. die Definition der Indikationsstellungen, sind schneller realisierbar als andere, wie z.B. rechtliche und tarifliche Anpassungen. Die Aufgabe der Initiative EIM Schweiz ist es, in einer übergeordneten Projektkoordination die erforderlichen Teilprojekte zu integrieren, zeitlich zu priorisieren sowie die Stakeholder zu vernetzen.

Literaturverzeichnis

Einleitung - Grundlagen

1. BAG, GDK, GFCH. *Nationale Strategie Prävention Nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024*. BAG; 2016. Accessed December 20, 2019. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/ncd-strategie/ncd-strategie.pdf.download.pdf/ncd-strategie.pdf>
2. Wieser S, Tomonaga Y, Riguzzi M, et al. Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Schlussbericht. Published online 2014. doi:<https://doi.org/10.5167/uzh-103453>
3. Bundesamt für Gesundheit (BAG). *Nationale Strategie "Sucht" 2017-2024*. BAG; 2015.
4. Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports*. 2015;25 Suppl 3:1-72. doi:10.1111/sms.12581
5. Rausch Osthoff AK, Niedermann K, Braun J, et al. 2018 EULAR recommendations for physical activity in people with inflammatory arthritis and osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2018;77(9):1251-1260. doi:10.1136/annrheumdis-2018-213585
6. Sveaas SH, Smedslund G, Hagen KB, Dagfinrud H. Effect of cardiorespiratory and strength exercises on disease activity in patients with inflammatory rheumatic diseases: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*. 2017;51(14):1065-1072. doi:10.1136/bjsports-2016-097149
7. Ozemek C, Laddu DR, Lavie CJ, et al. An Update on the Role of Cardiorespiratory Fitness, Structured Exercise and Lifestyle Physical Activity in Preventing Cardiovascular Disease and Health Risk. *Prog Cardiovasc Dis*. 2018;61(5-6):484-490. doi:10.1016/j.pcad.2018.11.005
8. Thomas RJ, Huang HH. Cardiac Rehabilitation for Secondary Prevention of Cardiovascular Disease: 2019 Update. *Curr Treat Options Cardiovasc Med*. 2019;21(10):56. doi:10.1007/s11936-019-0759-7
9. Chan DSM, Abar L, Cariolou M, et al. World Cancer Research Fund International: Continuous Update Project-systematic literature review and meta-analysis of observational cohort studies on physical activity, sedentary behavior, adiposity, and weight change and breast cancer risk. *Cancer Causes Control*. 2019;30(11):1183-1200. doi:10.1007/s10552-019-01223-w
10. Coughlin SS, Caplan LS, Williams V. Home-based physical activity interventions for breast cancer patients receiving primary therapy: a systematic review. *Breast Cancer Res Treat*. Published online September 6, 2019. doi:10.1007/s10549-019-05424-4
11. Aune D, Norat T, Leitzmann M, Tonstad S, Vatten LJ. Physical activity and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Eur J Epidemiol*. 2015;30(7):529-542. doi:10.1007/s10654-015-0056-z
12. Lewthwaite H, Effing TW, Olds T, Williams MT. Physical activity, sedentary behaviour and sleep in COPD guidelines: A systematic review. *Chron Respir Dis*. 2017;14(3):231-244. doi:10.1177/1479972316687224

13. Gorczynski P, Faulkner G. Exercise therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(5):CD004412. doi:10.1002/14651858.CD004412.pub2
14. Rebar AL, Stanton R, Geard D, Short C, Duncan MJ, Vandelanotte C. A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations. *Health Psychol Rev*. 2015;9(3):366-378. doi:10.1080/17437199.2015.1022901
15. Rosenbaum S, Tiedemann A, Sherrington C, Curtis J, Ward PB. Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2014;75(9):964-974. doi:10.4088/JCP.13r08765
16. Haasova M, Warren FC, Ussher M, et al. The acute effects of physical activity on cigarette cravings: systematic review and meta-analysis with individual participant data. *Addiction*. 2013;108(1):26-37. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.04034.x
17. Wang D, Wang Y, Wang Y, Li R, Zhou C. Impact of Physical Exercise on Substance Use Disorders: A Meta-Analysis. *PLOS ONE*. 2014;9(10):e110728. doi:10.1371/journal.pone.0110728
18. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*. 1985;100(2):126-131.
19. Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, et al. American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Med Sci Sports Exerc*. 2011;43(7):1334-1359. doi:10.1249/MSS.0b013e318213f6fb
20. Physical Activity Guidelines Advisory Committee. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report. https://health.gov/sites/default/files/2019-09/PAG_Advisory_Committee_Report.pdf
21. Weltgesundheitsorganisation WHO. Global Recommendations on Physical Activity for Health.
22. American College of Sports Medicine, Moore G, Durstine JL, Painter P. *ACSM's Exercise Management for Persons With Chronic Diseases and Disabilities-4th Edition*. Human Kinetics; 2016.
23. Sabia S, Dugravot A, Kivimaki M, Brunner E, Shipley MJ, Singh-Manoux A. Effect of Intensity and Type of Physical Activity on Mortality: Results From the Whitehall II Cohort Study. *Am J Public Health*. 2012;102(4):698-704. doi:10.2105/Ajph.2011.300257
24. Sassen B, Cornelissen VA, Kiers H, Wittink H, Kok G, Vanhees L. Physical fitness matters more than physical activity in controlling cardiovascular disease risk factors. *Eur J Cardiovasc Prev R*. 2009;16(6):677-683. doi:10.1097/HJR.0b013e3283312e94
25. Bundesamt für Sport. hepa.ch: Bewegungsempfehlungen. Accessed January 23, 2020. <https://www.hepa.ch/de/bewegungsempfehlungen.html>
26. OECD. Health at a glance: Mexico. <https://www.oecd.org/mexico/health-at-a-glance-mexico-ES.pdf>

27. Ministry of Health. Green Prescriptions. Ministry of Health NZ. Accessed May 29, 2020. <https://www.health.govt.nz/our-work/preventative-health-wellness/physical-activity/green-prescriptions>

Muskuloskelettale Erkrankungen

28. BAG B für G. Zahlen und Fakten zu nichtübertragbaren Krankheiten. Accessed May 31, 2020. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-nichtuebertragbare-krankheiten.html>
29. Nationales Forschungsprogramm Muskuloskelettale Gesundheit - Chronische Schmerzen. Muskuloskelettale Gesundheit - Chronische Schmerzen. Published online 2009. http://www.snf.ch/SiteCollectionDocuments/nfp/nfp53/nfp53_synthesebericht_d.pdf
30. Bundesamt für Statistik BFS. Gesundheitsstatistik 2019. Published 2020. Accessed January 31, 2020. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.gnpdetail.2019-0201.html>
31. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet*. 2018;391(10137):2356-2367. doi:10.1016/S0140-6736(18)30480-X
32. Hoy D, March L, Brooks P, et al. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*. 2014;73(6):968-974. doi:10.1136/annrheumdis-2013-204428
33. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment - Breivik - 2006 - European Journal of Pain - Wiley Online Library. Accessed January 31, 2020. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
34. Wieser S, Horisberger B, Schmidhauser S, et al. Cost of low back pain in Switzerland in 2005. *Eur J Health Econ*. 2011;12(5):455-467. doi:10.1007/s10198-010-0258-y
35. Börsch-Supan A, Brandt M, Hunkler C, et al. Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology*. 2013;42(4):992-1001. doi:10.1093/ije/dyt088
36. OBSAN. Arthrose, Arthritis und Osteoporose (Alter: 15+) |. Accessed November 17, 2020. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/MonAM/arthrose-arthritis-und-osteoporose-alter-15>
37. Sakellariou G, Conaghan PG, Zhang W, et al. EULAR recommendations for the use of imaging in the clinical management of peripheral joint osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(9):1484-1494. doi:10.1136/annrheumdis-2016-210815
38. BFS, Bundesamt für Statistik. Die häufigsten Diagnosen bei Hospitalisierungen, nach Spitaltyp. Published online 2019. Accessed January 31, 2020. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/spitaeler/patienten-hospitalisierungen.assetdetail.10767991.html>
39. Statista. Statistik zu Hüftoperationen nach Ländern. Statista. Accessed January 31, 2020. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/182669/umfrage/hueftgelenksoperationen-in-ausgewaehlten-oecd-laendern/>

40. Statista. Endoprothetik - Anzahl der Implantationen künstlicher Kniegelenke in ausgewählten OECD-Ländern bis 2017. Statista. Accessed January 31, 2020. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/182672/umfrage/kniegelenksoperationen-anzahl-in-ausgewaehlten-oecd-laendern/>
41. Fransen M, McConnell S, Harmer AR, Van der Esch M, Simic M, Bennell KL. Exercise for osteoarthritis of the knee: a Cochrane systematic review. *Br J Sports Med*. 2015;49(24):1554-1557. doi:10.1136/bjsports-2015-095424
42. McAlindon TE, Bannuru RR, Sullivan MC, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2014;22(3):363-388. doi:10.1016/j.joca.2014.01.003
43. Bannuru RR, Osani MC, Vaysbrot EE, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2019;27(11):1578-1589. doi:10.1016/j.joca.2019.06.011
44. Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JWJ, et al. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2013;72(7):1125-1135. doi:10.1136/annrheumdis-2012-202745
45. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *The Lancet*. 2018;391(10137):2368-2383. doi:10.1016/S0140-6736(18)30489-6
46. Sveaas SH, Bilberg A, Berg IJ, et al. High intensity exercise for 3 months reduces disease activity in axial spondyloarthritis (axSpA): a multicentre randomised trial of 100 patients. *Br J Sports Med*. Published online February 11, 2019. doi:10.1136/bjsports-2018-099943
47. RLS. Rheumaliga Schweiz: Kurse. Published 2020. Accessed January 23, 2020. <https://www.rheumaliga.ch/angebote/kurse>
48. GLA:D. Årsrapport 2018 eng_f.pdf. Published 2018. Accessed January 23, 2020. https://www.glaiddk/pdf/%C3%85rsrapport%202018%20eng_f.pdf
49. Projektförderung Prävention in der Gesundheitsversorgung. GLA:D Schweiz Programm - Gesundheitsförderung Schweiz. Accessed June 3, 2020. <https://gesundheitsfoerderung.ch/pgv/geoerderte-projekte/glad-ch.html>
50. GLA:D. GLA:D Switzerland. Published 2020. Accessed January 31, 2020. <https://gladschweiz.ch/>
51. SVMB. Bechterew-Gruppentherapie. Published 2020. Accessed January 31, 2020. <https://www.bechterew.ch/therapiegruppen/https://gladschweiz.ch/>

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

52. Institute for Health Metrics and Evaluation IHME. Cardiovascular disease. Accessed January 31, 2020. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
53. Bundesamt für Statistik BFS. Herz- und Kreislauferkrankungen. Published 2020. Accessed January 31, 2020. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankheiten/herz-kreislauf-erkrankungen.html>

54. Cetin C, Baumgartner I. Die periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK). *Schweiz Med Forum*. 2004;4:216–223.
55. Bundesamt für Statistik. Herz- und Kreislauf-Erkrankungen. Accessed January 23, 2020. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankheiten/herz-kreislauf-erkrankungen.html>
56. Fagard R. Exercise characteristics and the blood pressure response to dynamic physical training. *Med Sci Sports Exerc*. 2001;33(6 Suppl):S484-92; discussion S493. doi:10.1097/00005768-200106001-00018
57. Whelton PK, He J, Appel LJ, et al. Primary Prevention of Hypertension: Clinical and Public Health Advisory From the National High Blood Pressure Education Program. *JAMA*. 2002;288(15):1882-1888. doi:10.1001/jama.288.15.1882
58. Ambrosetti M, Abreu A, Corrà U, et al. Secondary prevention through comprehensive cardiovascular rehabilitation: From knowledge to implementation. 2020 update. A position paper from the Secondary Prevention and Rehabilitation Section of the European Association of Preventive Cardiology. *Eur J Prev Cardiol*. Published online March 30, 2020:2047487320913379. doi:10.1177/2047487320913379
59. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure*. 2016;18(8):891-975. doi:10.1002/ejhf.592
60. Treat-Jacobson D, McDermott MM, Bronas UG, et al. Optimal Exercise Programs for Patients With Peripheral Artery Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2019;139(4):e10-e33. doi:10.1161/CIR.0000000000000623
61. Vanhees L, Geladas N, Hansen D, et al. Importance of characteristics and modalities of physical activity and exercise in the management of cardiovascular health in individuals with cardiovascular risk factors: recommendations from the EACPR. Part II. *Eur J Prev Cardiol*. 2012;19(5):1005-1033. doi:10.1177/1741826711430926
62. Vanhees L, Rauch B, Piepoli M, et al. Importance of characteristics and modalities of physical activity and exercise in the management of cardiovascular health in individuals with cardiovascular disease (Part III). *Eur J Prev Cardiol*. 2012;19(6):1333-1356. doi:10.1177/2047487312437063
63. Pelliccia A, Sharma S, Gati S, et al. 2020 ESC Guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease. *Eur Heart J*. Published online August 29, 2020. doi:10.1093/eurheartj/ehaa605
64. Kaminsky LA, Brubaker PH, Guazzi M, et al. Assessing Physical Activity as a Core Component in Cardiac Rehabilitation: A POSITION STATEMENT OF THE AMERICAN ASSOCIATION OF CARDIOVASCULAR AND PULMONARY REHABILITATION. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2016;36(4):217-229. doi:10.1097/HCR.0000000000000191
65. Sharman JE, Smart NA, Coombes JS, Stowasser M. Exercise and sport science australia position stand update on exercise and hypertension. *J Hum Hypertens*. 2019;33(12):837-843. doi:10.1038/s41371-019-0266-z
66. Sharman JE, Stowasser M. Australian association for exercise and sports science position statement on exercise and hypertension. *J Sci Med Sport*. 2009;12(2):252-257. doi:10.1016/j.jsams.2008.10.009

67. Pescatello LS, Franklin BA, Fagard R, et al. Exercise and Hypertension. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 2004;36(3):533–553. doi:10.1249/01.MSS.0000115224.88514.3A
68. Exercise for Patients with Coronary Artery Disease. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 1994;26(3):400.
69. Selig SE, Levinger I, Williams AD, et al. Exercise & Sports Science Australia Position Statement on exercise training and chronic heart failure. *J Sci Med Sport*. 2010;13(3):288-294. doi:10.1016/j.jsams.2010.01.004
70. Askew CD, Parmenter B, Leicht AS, Walker PJ, Golledge J. Exercise & Sports Science Australia (ESSA) position statement on exercise prescription for patients with peripheral arterial disease and intermittent claudication. *J Sci Med Sport*. 2014;17(6):623-629. doi:10.1016/j.jsams.2013.10.251
71. Schweizerische Herzstiftung. Herzgruppen. Accessed January 23, 2020. <https://www.swissheartgroups.ch/de/startseite.html>
72. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J*. 2016;37(29):2315-2381. doi:10.1093/eurheartj/ehw106
73. FRAGILE Suisse. Kurse für Betroffene und Angehörige. Accessed January 31, 2020. <https://www.fragile.ch/kurse/>
74. FRAGILE Suisse. Kletterkurs für Menschen mit Hirnverletzung. Accessed January 23, 2020. <https://www.fragile.ch/kurse/kletterkurs/>

Krebserkrankungen

75. Obsan. Krebs (Alter: 15+) | OBSAN. Accessed May 29, 2020. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/MonAM/krebs-alter-15>
76. *Schweizerischer Krebsbericht 2015: Stand und Entwicklungen*. Office Federal de la Statistique (OFS); 2016.
77. Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie. *Diagnostik Und Therapie Früher Und Fortgeschrittener Mammakarzinome*. W. Zuckschwerdt Verlag GmbH; 2019. Accessed December 11, 2019. https://www.ago-online.de/fileadmin/downloads/leitlinien/mamma/2019-03/DE/Alle_aktuellen_Empfehlungen_2019.pdf
78. Krebsliga Schweiz. *Körperliche Aktivität Bei Krebs. Dem Körper Wieder Vertrauen*. Krebsliga Schweiz; 2015. <https://shop.krebsliga.ch/files/kls/webshop/PDFs/deutsch/korperliche-aktivitaet-bei-krebs-011027013111.pdf>
79. Gilchrist SC, Barac A, Ades PA, et al. Cardio-Oncology Rehabilitation to Manage Cardiovascular Outcomes in Cancer Patients and Survivors: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2019;139(21):e997-e1012. doi:10.1161/CIR.0000000000000679

80. AWMF. *S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie Und Nachsorge Des Mammakarzinoms*. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-045OLI_S3_Mammakarzinom_2019-08.pdf
81. Thill M, Jackisch C, Janni W, et al. AGO Recommendations for the Diagnosis and Treatment of Patients with Locally Advanced and Metastatic Breast Cancer: Update 2019. *BRC*. 2019;14(4):247-255. doi:10.1159/000500999
82. Deutsches Krebsinformationszentrum. Sport und Bewegung bei Krebs: Tipps für Patienten. Published online 2018. <https://www.krebsinformationsdienst.de/service/iblatt/iblatt-bewegung-bei-nach-krebs.pdf?m=1573033513&>
83. Krebsliga Schweiz. Bewegung tut gut, Übungen nach einer Brustoperation. Published online 2014. <https://shop.krebsliga.ch/files/kls/webshop/PDFs/deutsch/bewegung-tut-gut-uebungen-nach-einer-brustoperation-011415032111.pdf>
84. Patel AV, Friedenreich CM, Moore SC, et al. American College of Sports Medicine Roundtable Report on Physical Activity, Sedentary Behavior, and Cancer Prevention and Control. *Med Sci Sports Exerc*. 2019;51(11):2391-2402. doi:10.1249/MSS.0000000000002117
85. *Interdisziplinäre Leitlinie Der Qualität S3 Zur Früherkennung, Diagnose Und Therapie Der Verschiedenen Stadien Des Prostatakarzinoms*. AWMF; 2019. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/043-022OLI_S3_Prostatakarzinom_2019-06.pdf
86. Prostatakrebs, Prostatakarzinom, eine Information für Betroffene und Angehörige. Published online 2015. Accessed December 11, 2019. <https://shop.krebsliga.ch/files/kls/webshop/PDFs/deutsch/prostatakrebs-011074012111.pdf>
87. Deutsch Krebshilfe. Prostata Krebs. Antworten. Hilfen. Perspektiven. Published online 2016. https://www.krebshilfe.de/infomaterial/Blaue_Ratgeber/Prostatakrebs_BlaueRatgeber_DeutscheKrebshilfe.pdf
88. Cormie P, Atkinson M, Bucci L, et al. Clinical Oncology Society of Australia position statement on exercise in cancer care. *Med J Aust*. 2018;209(4):184-187.
89. Hayes SC, Spence RR, Galvão DA, Newton RU. Australian Association for Exercise and Sport Science position stand: optimising cancer outcomes through exercise. *J Sci Med Sport*. 2009;12(4):428-434. doi:10.1016/j.jsams.2009.03.002
90. Hayes SC, Newton RU, Spence RR, Galvão DA. The Exercise and Sports Science Australia position statement: Exercise medicine in cancer management. *Journal of Science and Medicine in Sport*. 2019;22(11):1175-1199. doi:10.1016/j.jsams.2019.05.003
91. Rehabilitation. Accessed January 24, 2020. <https://www.krebsliga.ch/ueber-krebs/rehabilitation/>
92. Krebsliga Schweiz. Onkologische Rehabilitation. Published online 2018.
93. Swiss Reha. Qualitäts- und Leistungskriterien für die ambulante internistische und onkologische Rehabilitation. Published online November 17, 2015. Accessed January 24, 2020. <http://www.swiss-reha.com/downloads/swiss-reha-amb.-internistische-u-onkologische-.pdf>
94. *Nationale Strategie Gegen Krebs*. Accessed January 24, 2020. <https://www.nsk-krebs-strategie.ch/>

Diabetes

95. diabetesschweiz. Über Diabetes - Schweizerische Diabetesgesellschaft. Accessed January 23, 2020. <https://www.diabetesschweiz.ch/ueber-diabetes.html>
96. Bundesamt für Statistik. *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017*. Bundesamt für Statistik; 2018.
97. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes--2014. *Diabetes Care*. 2014;37(Supplement_1):S14-S80. doi:10.2337/dc14-S014
98. Buse JB, Wexler DJ, Tsapas A, et al. 2019 update to: Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetologia*. 2020;63(2):221-228. doi:10.1007/s00125-019-05039-w
99. Colberg SR, Sigal RJ, Yardley JE, et al. Physical Activity/Exercise and Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2016;39(11):2065-2079. doi:10.2337/dc16-1728
100. Exercise and Type 2 Diabetes: American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association Joint Position Statement. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 2010;42(12):2282–2303. doi:10.1249/MSS.0b013e3181eeb61c
101. Kemps H, Kränkel N, Dörr M, et al. Exercise training for patients with type 2 diabetes and cardiovascular disease: What to pursue and how to do it. A Position Paper of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). *Eur J Prev Cardiol*. 2019;26(7):709-727. doi:10.1177/2047487318820420
102. diabetesschweiz, ed. Sport und Bewegung - Was Sie zu körperlicher Aktivität wissen sollten und wie Sie einfach zu Hause trainieren. Published online 2019. Accessed December 11, 2019. <https://www.sdgshop.ch/media/pdf/687-de.pdf>
103. Saner H. Ein Schweizer Projekt für Patienten mit DM Typ 2. *Diabetes & Stoffwechsel*. 2012;2:4-5.
104. DIAfit. DIAfit Gruppen. Accessed January 23, 2020. http://www.diafit.ch/de/40_diafit_gruppen/00_diafitgruppen.htm
105. Übergewicht und Adipositas (Alter: 15+) | OBSAN. Accessed May 13, 2020. <https://www.obsan.admin.ch//de/indikatoren/MonAM/uebergewicht-und-adipositas-alter-15>

Adipositas

106. Branca F, Weltgesundheitsorganisation, eds. *Die Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO: Zusammenfassung*. WHO Regionalbüro für Europa; 2007.
107. BAG B für G. Kosten von Übergewicht und Adipositas. Accessed May 13, 2020. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/koerpergewicht/uebergewicht-und-adipositas/kosten-uebergewicht-und-adipositas.html>
108. SGED SSED, ed. Praxisleitfaden Adipositas.

109. Hôpitaux Universitaires de Genève. Obésité - Programme Contrepoids à Genève aux HUG | HUG - Hôpitaux Universitaires de Genève. Accessed May 20, 2020. <https://www.hug-ge.ch/contrepoids/obesite>
110. Swiss Society of Paediatrics. Adipositas. Accessed May 20, 2020. <https://www.swiss-paediatrics.org/de/fachliches>
111. Kantonsspital Aarau, ed. Behandlungsprogramm bei Adipositas (erheblichem Übergewicht) mit den Schwerpunkten Ernährungsverhalten und Lebensstiländerung. Accessed December 17, 2019. https://www.ksa.ch/sites/default/files/cms/edm/pocketguide/appendix/15_basel_unterlagen_u_bestellformulare.pdf
112. Universitätsspital Basel, ed. Behandlungsprogramm bei Adipositas im Diabetes- und Adipositaszentrum. Accessed December 17, 2019. https://www.unispital-basel.ch/fileadmin/unispitalbaselch/Bereiche/Medizin/Ern%C3%A4hrungsberatung/BASEL_Kurs-beschrieb.pdf

Chronische Erkrankungen der Atemwege

113. WHO. WHO. Chronic Respiratory Diseases. Accessed January 23, 2020. https://www.who.int/health-topics/chronic-respiratory-diseases#tab=tab_3
114. Mathers CD, Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. Samet J, ed. *PLoS Med.* 2006;3(11):e442. doi:10.1371/journal.pmed.0030442
115. Bridevaux P-O, Probst-Hensch NM, Schindler C, et al. Prevalence of airflow obstruction in smokers and never-smokers in Switzerland. *European Respiratory Journal.* 2010;36(6):1259-1269. doi:10.1183/09031936.00004110
116. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. GOLD COPD. Accessed January 23, 2020. https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2018/11/GOLD-2019-POCKET-GUIDE-FINAL_WMS.pdf
117. Rochester CL, Vogiatzis I, Holland AE, et al. An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Policy Statement: Enhancing Implementation, Use, and Delivery of Pulmonary Rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med.* 2015;192(11):1373-1386. doi:10.1164/rccm.201510-1966ST
118. McCarthy B, Casey D, Devane D, Murphy K, Murphy E, Lacasse Y. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Airways Group, ed. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* Published online February 24, 2015. doi:10.1002/14651858.CD003793.pub3
119. Russi EW, Karrer W, Brutsche M, et al. Diagnosis and Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: The Swiss Guidelines. *Respiration.* 2013;85(2):160-174. doi:10.1159/000346025
120. Schultz K, Buhr-Schinner H, Vonbank K, et al. *Pneumologische Rehabilitation: ein Lehr- und Lernbuch für das Reha-Team.*; 2019.
121. WHO. WHO. Asthma. Accessed January 23, 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma>
122. Rothe T, Spagnolo P, Bridevaux P-O, et al. Diagnosis and Management of Asthma – The Swiss Guidelines. *Respiration.* 2018;95(5):364-380. doi:10.1159/000486797

123. GINA. GINA Asthma. Accessed January 17, 2020. <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/04/GINA-2019-main-Pocket-Guide-wms.pdf> am 17.1.2020
124. Karrer W. Pulmonale Rehabilitation in der Schweiz: Pflichtleistung der Krankenversicherer in der Grundversicherung (KLV) ab 1. Januar 2005. *Schweizerische Ärztezeitung*. Published online 2005:4.
125. FMH. Infrastrukturelles und personelles Referenzdokument zu CHOP-Kode BA3. Pulmonale Rehabilitation. Published online 2015.
126. Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie. Pulmonale Rehabilitation. Accessed January 31, 2020. <http://www.pneumo.ch/de/pulmonale-rehabilitation.html>
127. Akkreditierungsanforderungen. Pulmonale Rehabilitationsprogramme der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie. Accessed January 23, 2020. http://www.pneumo.ch/files/pneumo/pdf/fachpersonen/fortbildung/pulmonale_rehabilitation/Anforderung_Pulm_Rehabilitation_D_NEU.pdf am 17.1.2020

Psychische Erkrankungen

128. Schuler D, Tuch A, Buscher N, Camenzind P. Psychische Gesundheit in der Schweiz. *Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel: Monitoring*. Published online 2016.
129. Hengartner MP. Lebenszeitprävalenzen psychischer Erkrankungen. Published online 2017.
130. Obsan. Depressionssymptome. Accessed November 17, 2020. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/depressionssymptome>
131. Lenzenweger MF. Epidemiology of personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America*. 2008;31(3):395-403.
132. Schnyder U, Milos G, Mohler-Kuo M, Dermota P. *Prävalenz von Essstörungen in Der Schweiz*. Schlussbericht zu Händen des BAG.; 2010.
133. AWMF. Leitlinien Suche. Leitlinien Suche. Published January 18, 2020. <https://www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html>
134. Cooney A, O'Shea E, Casey D, et al. The cost-effectiveness of a structured education pulmonary rehabilitation programme for chronic obstructive pulmonary disease in primary care: the PRINCE cluster randomised trial. *BMJ Open*. 2013;3(11):e003479. doi:10.1136/bmjopen-2013-003479
135. Kiselev N, Kloimstein H, Lichtsteiner H. Psychische Störungen und Sportbedarf in der Schweiz – eine Situationsanalyse. *Ars Medici*. 2015;20(15):969-971.
136. Schweizerischer Verband für Gesundheitssport & Sporttherapie. CAS Bewegungs- und Sporttherapie bei psychischen Erkrankungen. Published January 18, 2020. Accessed January 16, 2020. <https://svgs.ch/fort-und-weiterbildung/weiterbildung/cas-psychische-erkrankungen/>

Suchproblematiken

137. Suchtmonitoring Schweiz. Alkohol-Prävalenz. Published January 18, 2020. <https://www.suchtmonitoring.ch/de/2/1-9.html?alkohol-pravalenz-risikokonsum-alkohol-bedingte-probleme-und-alkoholabhangigkeit>
138. Gmel G, Kuendig H, Notari L, Gmel C. *Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Alkohol, Tabak Und Illegalen Drogen in Der Schweiz Im Jahr 2016*. Sucht Schweiz; 2017.
139. Suchtmonitoring Schweiz. Kokain-Prävalenz. Published January 18, 2020. <https://www.monitorage-addictions.ch/de/5/1.html?kokain-pravalenz>

Weitere diagnosespezifische und -unspezifische Angebote

140. Projektförderung Prävention in der Gesundheitsversorgung. Pas à Pas+ - Gesundheitsförderung Schweiz. Accessed June 2, 2020. <https://gesundheitsfoerderung.ch/pgv/gefoerderte-projekte/pas-a-pas-plus.html>

Situationsanalyse Schweiz

141. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci*. 2011;6:42. doi:10.1186/1748-5908-6-42
142. Müllers P, Taubert M, Müller NG. Physical Exercise as Personalized Medicine for Dementia Prevention? *Front Physiol*. 2019;10. doi:10.3389/fphys.2019.00672
143. Lamb SE, Sheehan B, Atherton N, et al. Dementia And Physical Activity (DAPA) trial of moderate to high intensity exercise training for people with dementia: randomised controlled trial. *BMJ*. 2018;361. doi:10.1136/bmj.k1675
144. Craike M, Britt H, Parker A, Harrison C. General practitioner referrals to exercise physiologists during routine practice: A prospective study. *Journal of Science and Medicine in Sport*. 2019;22(4):478-483. doi:10.1016/j.jsams.2018.10.005

Bewegungsangebote in ausgewählten Ländern

145. Cheema BS, Robergs RA, Askew CD. Exercise Physiologists Emerge as Allied Healthcare Professionals in the Era of Non-Communicable Disease Pandemics: A Report from Australia, 2006–2012. *Sports Med*. 2014;44(7):869-877. doi:10.1007/s40279-014-0173-y
146. Sundhedsstyrelsen. *Fysisk aktivitet. Håndbog om forebyggende behandling*. Sundhedsstyrelsen; 2018. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/Fysisk-aktivitet-h%C3%A5nbog-og-tr%C3%A6ning/Fysisk-aktivitet-%E2%80%93-h%C3%A5nbog-om-forebyggelse-og-behandling.ashx>
147. Bundesärztekammer. Rezept für Bewegung. Accessed May 28, 2020. <https://www.bun-desaerztekammer.de/aerzte/versorgung/praevention/sport-und-praevention/rezept-fuer-bewegung/>
148. SPORT PRO GESUNDHEIT. Die Qualitätskriterien. Accessed May 28, 2020. <https://service-sportprogesundheit.de/149/qualittskriterien>

149. Hamburger Sportbund. Rezept für Bewegung. Published June 8, 2016. Accessed May 28, 2020. <https://www.hamburger-sportbund.de/artikel/85/rezept-f%C3%BCr-bewegung>
150. Deutsche Rentenversicherung. IRENA – Intensivierte Rehabilitationsnachsorge. Published June 26, 2019. Accessed May 28, 2020. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Reha-Nachsorge/IRENA/irena_node.html
151. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining. :28.
152. Liikunta on lääkettä (Liikunta-suositus). Accessed June 3, 2020. <https://www.kaypa-hoito.fi/khp00077>
153. L'Assurance Maladie. ameli.fr - Affection de longue durée (ALD). Accessed May 30, 2020. <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/index.php>
154. Charles M, Larras B, Bigot J, Praznocy C. L'ACTIVITÉ PHYSIQUE SUR PRESCRIPTION EN FRANCE : ÉTAT DES LIEUX EN 2019. :84.
155. Ministerie van Volksgezondheid W en S. Beweegrichtlijnen 2017 - Advies - Gezondheidsraad. Published August 22, 2017. Accessed May 28, 2020. <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2017/08/22/beweegrichtlijnen-2017>
156. Volksgezondheidszorg.info. Bewegen. Accessed May 28, 2020. <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/bewegen>
157. ZonMw. Preventieprogramma 2019 - 2022. Accessed May 28, 2020. <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/preventie/gender-en-preventie/programmas/programma-detail/preventieprogramma-2019-2022/>
158. ZonMw. Leefstijlgeneeskunde. Accessed May 28, 2020. <https://www.zonmw.nl/nl/subsidies/subsidieoproepen-op-uitnodiging/detail/item/leefstijlgeneeskunde/>
159. Huis voor Beweging. BeweegKuur GLI. Accessed May 28, 2020. <https://www.huisvoorbeweging.nl/zorg-welzijn/interventies/beweegkuur-gli/>
160. Helsedirektoratet. *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling.*; 2008. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf/_/attachment/inline/e7710401-9ac5-4619-916d-ff15a9edb3d4:380162e0f16eef64d00906fc472987340fbcc711/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf
161. YRKESFÖRENINGAR FYSISK AKTIVITET (YFA). Chapters in FYSS | Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Accessed May 28, 2020. <http://www.fyss.se/in-english/chapters-in-fyss/>
162. Börjesson M, Kjeldsen S, Dahlöf B. Hypertension. <http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2018/01/31.-Hypertension.pdf>
163. EUPAP. Accessed May 30, 2020. <https://www.eupap.org/en/>

164. Rowley N, Mann S, Steele J, Horton E, Jimenez A. The effects of exercise referral schemes in the United Kingdom in those with cardiovascular, mental health, and musculoskeletal disorders: a preliminary systematic review. *BMC Public Health*. 2018;18(1):949. doi:10.1186/s12889-018-5868-9
165. Brannan M, Bernardotto M, Clarke N, Varney J. Moving healthcare professionals – a whole system approach to embed physical activity in clinical practice. *BMC Med Educ*. 2019;19(1):84. doi:10.1186/s12909-019-1517-y
166. Department of Health. Chronic Disease Management (formerly Enhanced Primary Care or EPC) — GP services. Accessed June 2, 2020. <https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/mbsprimarycare-chronicdiseasemanagement>

ANHANG 1: Interviewleitfaden

Thema	Haupt- und Nachfragen
Validierung der bisherigen Erkenntnisse	1. Zusammenfassung der bisherigen Erkenntnisse über das Gesundheitssystem des Landes hinsichtlich: a. Typ des Gesundheitssystems (Nationaler Gesundheitsdienst oder Sozialversicherungsmodell) b. Vorrangige Finanzierungsquelle (Versicherungsbeiträge oder Steuern) c. Leistungserbringung (mehrheitlich staatlich oder privat) Wurde die Organisationsweise des betreffenden Gesundheitssystems korrekt erfasst?
	2. Zusammenfassung der bisherigen Erkenntnisse über die Verschreibung körperlicher Aktivität als therapeutische Intervention hinsichtlich: a. Diagnosegruppen, für die Bewegung als Therapie verordnet werden kann. b. Spezifität der Programme (diagnosespezifisch oder allgemein) c. Verordnende Berufsgruppen: wer entscheidet und wie, ob eine Person Bewegung auf Verschreibung erhält? d. Bewegungsangebote ausführende Berufsgruppen Wurde die Praxis der Verschreibung von körperlicher Aktivität als therapeutische Intervention korrekt erfasst?
Integration von Bewegung als Therapie in das Gesundheitssystem	3. Bitte beschreiben Sie, wie die Verschreibung körperlicher Aktivität als therapeutische Intervention in Ihrem Land in das Gesundheitssystem implementiert wurde. a. Wann erfolgte die Implementierung? b. Welche Entwicklungen führten zur Implementierung? c. Von wem wurde der Prozess angestossen? d. Von wem wurde der Prozess koordiniert? e. Welche Stakeholder mussten einbezogen werden in den Prozess? f. Welche Strukturen mussten neu geschaffen werden (z.B. Tarifpositionen)? g. Durch wen wird die Intervention vergütet? h. Wie ist die Tarifierung geregelt? i. Welche Schwierigkeiten stellten sich bei der Implementierung? j. Welche Umstände erwiesen sich als hilfreich bei der Implementierung? k. Gibt es eine abschliessende Liste von Diagnosen, bei denen körperliche Aktivität als therapeutische Intervention verordnet werden kann?

Fortsetzung Interviewleitfaden

Thema	Haupt- und Nachfragen
Entwicklung der Bewegungsprogramme	4. Nach welchen Prinzipien wurden die Bewegungsprogramme entwickelt? a. Auf welchen Grundlagen wurden sie entwickelt (Leitlinien, HEPA/ WHO, Empfehlungen)? b. Welche Organisationen sind für die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung der Angebote zuständig (Fachgesellschaften, Gesundheitsbehörden, unabhängige Institute oder Hochschulen im Auftrag) c. Welche Anforderungen müssen die Programme erfüllen? - Ist die Kosteneffizienz eine Anforderung an die Programme? 5. Sind neben Bewegung weitere Dimensionen in den Angeboten enthalten (Ernährung, Lebensstil)?
Monitoring	6. Werden die Bewegungsprogramme durch ein Monitoring überwacht? a. Wird die Qualität der Programme regelmässig kontrolliert? - Falls ja, durch wen? b. Wird die Nutzung der Programme dokumentiert? - Falls ja, durch wen? c. Wird die Wirkung der Bewegungsprogramme untersucht? - Falls ja, wie und durch wen?
Erfahrungen	7. Welche Erfahrungen haben Sie bislang mit der Verschreibung körperlicher Aktivität als therapeutische Intervention gemacht? a. Wie gut akzeptiert sind die Bewegungsprogramme? b. Wie gut werden sie genutzt? c. Von wem (Patienten mit welchen Diagnosen) werden sie besonders rege genutzt? d. Von wem werden sie weniger genutzt (Patienten mit welchen Eigenschaften)? e. Wo erkennen Sie Schwierigkeiten oder Verbesserungspotenzial in Bezug auf die Verschreibung körperlicher Aktivität als therapeutische Intervention? f. Wie lassen sich Ihre Erfahrungen mit gruppenbasierten, diagnose-übergreifenden Bewegungsprogrammen beschreiben?

Fortsetzung Interviewleitfaden

Best-Practice-Angebote	8. Können Sie mir ein Beispiel für ein Best-Practice-Angebot nennen in Ihrem Land? a. Was macht es aus, dass Sie das Angebot als «Best-Practice» bezeichnen? b. Welche Professionen sind besonders geeignet, entsprechende Bewegungsprogramme anzubieten? c. Wie sollten diese Professionen aus- und weitergebildet werden?
	9. Mit welchen Programmen lässt sich insbesondere die Adhärenz von Patienten an die Bewegungsempfehlungen verbessern? a. Z.B. Bei Herz-Kreislauf-erkrankungen? b. Und bei anderen NCDs?
	10. <i>Falls sich im Rahmen der Internetrecherche ein Programm in einem bestimmten Land als besonders attraktiv erwiesen hat (vgl. dazu auch die Rückmeldungen der Mitglieder der Begleitgruppe): Können Sie uns mehr über Ihre Erfahrungen mit dem Programm XY berichten?</i>
Abschluss	11. Was sind abschliessend Ihre Lessons Learned in Bezug auf die Implementierung von körperlicher Aktivität als therapeutische Intervention in der Gesundheitsversorgung?
	12. Welche Ratschläge geben Sie einem Land wie der Schweiz für die Implementierung?
	13. Gibt es Ergänzungen?

ANHANG 2: Am Angebot von Bewegungsinterventionen beteiligte Akteure und ihre Funktion

Akteure	Funktion
Hausärzte/-innen Fachärzte/-innen, insbesondere aus den folgenden Bereichen: <i>Angiologie</i> <i>Diabetologie</i> <i>Endokrinologie</i> <i>Kardiologie</i> <i>Neurologie</i> <i>Onkologie</i> <i>Orthopädie</i> <i>Physikalische Medizin und Rehabilitation</i> <i>Psychiatrie</i> <i>Pulmologie</i> <i>Rheumatologie</i>	- Anordnung von stationären und ambulanten Bewegungsinterventionen
Patienten-Fachorganisationen und Gesundheitsligen, insbesondere: <i>Diabetesschweiz</i> <i>Krebsliga Schweiz</i> <i>Lungenliga Schweiz</i> <i>pro mente sana</i> <i>Rheumaliga Schweiz</i> <i>Schweizerische Adipositas-Stiftung SAPS</i> <i>Schweizerische Herzstiftung</i> <i>Schweizerische Muskelgesellschaft</i> <i>Sucht Schweiz</i>	
Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen	- Koordination von Bewegungsinterventionen - Unterstützung bei der Finanzierung von Bewegungsinterventionen
Physiotherapeuten/-innen	
Sportpädagogen/-innen	
Sportwissenschaftler/-innen	
Fachspezialist/-in für körperliche Aktivität und sportliche Bewegung	

Fortsetzung: Am Angebot von Bewegungsinterventionen beteiligte Akteure und ihre Funktion

Akteure	Funktion
Fachgesellschaften, insbesondere: <i>Fachverband Adipositas im Kindes- und Jugendalter (FAKJ)</i> <i>Interessengemeinschaft für Physiotherapie in der Rehabilitation:</i> - <i>Neurorehabilitation (IGPTR-N)</i> - <i>Rehabilitation in der Pneumologie (IGPTR-P)</i> - <i>Rehabilitation Bewegungsapparat (IGPTR-B)</i> - <i>Rehabilitation Akutspital (IGPTR-A)</i> <i>Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)</i> <i>Schweizerische Gesellschaft für Angiologie SGA/SSA</i> <i>Schweizerische Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED)</i> <i>Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie SGK/SCPRS</i> <i>Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP/SSP)</i> <i>Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie SGP</i> <i>Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie SGR</i> <i>swiss orthopaedics</i>	- Weiterbildung und Zertifizierung der Fachpersonen, die Bewegungsinterventionen durchführen - Akkreditierung von Bewegungsinterventionen - Implementierung und Qualitätskontrolle von Bewegungsinterventionen
Krankenkassen	- Vergütung von Bewegungsinterventionen im Rahmen der Grund- oder Zusatzversicherung(en)
Sozialdienste, Gemeinden	- Vermittlung und ggf. Mitfinanzierung von Bewegungsinterventionen
Weitere Akteure im Gesundheitsbereich, insbesondere: <i>Erährungsberater/-innen</i> <i>Ernährungswissenschaftler/-innen</i> <i>Diabetesberater/-innen</i> <i>Psychologen/-innen</i> <i>Spitex</i>	- Mitarbeit im interprofessionellen Behandlungsteam

Fortsetzung: Am Angebot von Bewegungsinterventionen beteiligte Akteure und ihre Funktion

Akteure	Funktion
Universitäten und Fachhochschulen (Bildungsinstitutionen der involvierten Institutionen)	- Ausbildung der Fachpersonen, die Bewegungsinterventionen anordnen oder durchführen - Forschung zu «Exercise is Medicine»
Bund (Bundesamt für Gesundheit) Kantone (Gesundheitsdirektionen)	- Integration von Bewegung als Therapie in die strategische Ausrichtung der Gesundheitsversorgung - Koordination der Implementierungsschritte von «Bewegung als Therapie»

ANHANG 3: Rückmeldungen der Expertinnen und Experten zum Entwurf der Handlungsempfehlungen

Beurteilung der Expertinnen und Experten der übergeordneten Handlungsempfehlungen

	Handlungsempfehlungen	Zustimmung (in %)				Wichtigkeit (0-10) Median (Range)	Ergänzende Kommentare (zusammengefasst) bei nicht vollständiger Zustimmung
		--	-	+	++		
1.	Körperliche Aktivität ist eine effektive Therapie für Personen mit einer chronischen nichtübertragbaren Krankheit (NCD), psychischen Erkrankungen oder Suchtverhalten und soll daher analog pharmakologischer Interventionen in die Standardversorgung dieser Personen integriert werden. Zur Zielgruppe der Handlungsempfehlungen gehören Personen mit einer oder mehreren Diagnosen in den folgenden Bereichen: • Muskuloskelettale Erkrankungen • Herz-Kreislauf-Erkrankungen • Krebserkrankungen • Diabetes • Adipositas • Atemwegserkrankungen • Psychische Erkrankungen • Suchtproblematiken	0	0	20	80	10 (8 - 10)	• Die Zielgruppe ist nicht vollständig abgedeckt: - Die allgemeine Fitness einer Person ist immer ein wichtiger Einflussfaktor für den Krankheitsverlauf. - Die Liste der Diagnosebereiche und ihre spezifischen Indikationen sollte aufgrund der wissenschaftlichen Evidenz erweitert werden. - Konkrete Vorschläge: ○ Ersatz von Diabetes durch «Stoffwechselerkrankungen» oder spezifischer durch Typ 1, Typ 2, Metabolisches Syndrom, Dyslipoproteinämie ○ Einbezug von Nierenerkrankungen, Niereninsuffizienz ○ Formulierung so anpassen, dass zumindest alle chronischen Krankheiten miteinbezogen werden (durch die Ergänzung «insbesondere»). • Körperliche Aktivität als Therapie ist nicht für alle gleichermassen effektiv; Limitationen: Non-Response, Langzeitadhärenz. Formulierungsvorschlag: «...eine effektive Therapie für viele (die meisten?) Patienten mit einer chronischen nicht-übertragbaren...»

	Handlungsempfehlungen	Zustimmung (in %)				Wichtigkeit (0-10) Median (Range)	Ergänzende Kommentare (zusammengefasst) bei nicht vollständiger Zustimmung
		--	-	+	++		
2.	Bei der genannten Zielgruppe soll körperliche Aktivität als Therapie im Rahmen der Sekundär- und Tertiärprävention als alleinige oder ergänzende nicht-pharmakologische Intervention in Form eines Bewegungsrezepts in allen Phasen des Krankheitsverlaufs verschrieben werden: bei der Diagnosestellung, während stabilen Phasen, aber auch bei Veränderungen bzw. Rezidiven.	0	0	30	70	10 (8 - 10)	- Die Zielgruppe soll zumindest alle Personen mit einer chronischen Erkrankung inkludieren. - Formulierung ergänzen: [...] Krankheitsverlaufs angepasst an die Indikation und das Funktionsdefizit verschrieben [...] - Insbesondere bei Herz-Kreislauf-erkrankungen, Krebs und Diabetes ist die körperliche Aktivität eher als Ergänzung zu evidenzbasierter Pharmakotherapie zu verstehen. Formulierungsvorschlag: «alleinige» streichen. - Bei der Verschreibung soll es sich nicht um ein Instrument zur Weiterreichung der Betroffenen bzw. zur Delegation der Umsetzungsverantwortung handeln, sondern vielmehr um ein Angebot, im Rahmen dessen das Potenzial einer regelmässigen körperlichen Aktivität ausgelotet werden.
3.	Alle in der Gesundheitsversorgung von Personen der genannten Zielgruppe beteiligten Leistungserbringer sollen Verantwortung für die Förderung von körperlicher Aktivität übernehmen. Sie sollen zusammenarbeiten und notwendige Überweisungen an Fachpersonen vornehmen, um sicherzustellen, dass angemessene Interventionen zur Förderung von körperlicher Aktivität erfolgen.	0	0	0	100	10 (8 - 10)	- Interventionen sollen in erster Linie «angeboten» werden und nach Möglichkeit erfolgen. Formulierungsvorschlag: «...dass angemessene Interventionen zur Förderung von körperlicher Aktivität <u>angeboten werden und wenn immer möglich</u> erfolgen. - Voraussetzung: gemeinsame Sprache und Klarheit in Bezug auf Ziele und Erwartungen

	Handlungsempfehlungen	Zustimmung (in %)				Wichtigkeit (0-10) Median (Range)	Ergänzende Kommentare (zusammengefasst) bei nicht vollständiger Zustimmung
		--	-	+	++		
4.	Die jeweiligen Berufs- und Fachverbände sowie Patientenorganisationen sollen in die Gestaltung der Bewegungsangebote einbezogen werden.	0	0	20	80	10 (7 - 10)	• In der Berücksichtigung der Inputs verschiedener Quellen muss ein gutes Gleichgewicht gefunden werden. Dabei dürfen die EIM-Prinzipien nicht verletzt werden, die Qualität des Programms ist zentral. • Verschiedene Fachverbände haben bereits zusammengearbeitet in der Ausgestaltung der Kerncurricula und der Berufsbilder der Bewegungstherapeutinnen und -therapeuten. • Vorschlag zur Ergänzung: «... Gestaltung <u>und</u> <u>Evaluation</u> der Bewegungsangebote...» • Vorschlag zur Ergänzung: «... Gestaltung <u>und</u> <u>Verbreitung</u> der Bewegungsangebote...» • Zudem integrieren: Diagnoseübergreifende Therapiegruppen, niederschwellige, in der Zivilbevölkerung verankerte Angebote. • In dem Einbezug muss auch ein gemeinsames Konzept zwecks Qualitätssicherung entwickelt werden. • Nicht nur Patientenorganisationen, sondern auch Patienten sollen einbezogen werden. • In der Empfehlung soll ergänzt werden: die einzubeziehenden Berufs- und Fachverbände sowie Patientenorganisationen sollen identifiziert und mit ihren jeweiligen Kompetenzen definiert werden.

	Handlungsempfehlungen	Zustimmung (in %)				Wichtigkeit (0-10) Median (Range)	Ergänzende Kommentare (zusammengefasst) bei nicht vollständiger Zustimmung
		--	-	+	++		
5.	Die Personen der genannten Zielgruppen sollen bei der Wahl der Bewegungsintervention aktiv einbezogen werden. Nach Möglichkeit soll ein Coaching mit einer Koordinationsperson (vgl. «Umsetzung») erfolgen, im Rahmen dessen ihre Bedürfnisse und Präferenzen eruiert werden, sie ausreichend Information über die Angebote erhalten und eine bestmögliche individuelle Passung der Intervention zu ihrer Diagnose und ihren gesundheitlichen Bedingungen angestrebt wird.	0	20	30	50	9 (4 - 10)	- Die vorgeschlagene Koordination soll nicht nur ein Gespräch beinhalten, sondern auch eine praktische Komponente, wie z.B. physiologische Tests. Auf dieser Basis kann weiter entschieden werden, ob die körperliche Aktivität in einem 1:1-Setting erfolgen soll oder ob die betroffene Person sich an einem existierenden Angebot beteiligen möchte. - Das Coaching mit einer Koordinationsperson ist ein wichtiges, aber nicht unbedingt essentielles Bestreben. - Die Koordinationsperson könnte eine Expertin für angepasste körperliche Aktivität (APA) sein. - Sehr aufwendiges, evtl. schwer realisierbares Unterfangen. Gruppenbasierte Programme, in denen Betroffene auch sozial profitieren können, motivieren eher zu einer längerfristigen Beteiligung. - Das Coaching soll «angeboten» werden, nicht zwingend «erfolgen», da nicht unbedingt alle das entsprechende Bedürfnis haben. - Der aktive Einbezug ist absolut wichtig. Dabei braucht es aber keine weitere Schnittstelle bzw. Koordinationsperson. Wichtig ist, dass: - alle Personen im Care-Netzwerk kommunikativ geschult sind (z.B. in motivational interviewing) und die körperliche Aktivität regelmässig wertschätzend thematisieren und dokumentieren.

	Handlungsempfehlungen	Zustimmung (in %)				Wichtigkeit (0-10) Median (Range)	Ergänzende Kommentare (zusammengefasst) bei nicht vollständiger Zustimmung
		--	-	+	++		
							- alle regionalen Angebote laufend aktualisiert und kommuniziert werden. - eine Vernetzung mit der Wohngemeinde, dem natürlichen und gebauten Umfeld der Betroffenen vorliegt.
6.	Der Gesundheitszustand der Betroffenen soll auch während des Trainingsverlaufs beobachtet und Veränderungen sollen angemessen berücksichtigt werden (z.B. indem die Trainingsintensität während eines akuten Schubs bei einer rheumatischen Erkrankung reduziert wird).	0	0	20	80	10 (8 - 10)	• Ein Ziel muss sein, dass Betroffene Veränderungen/Exazerbationen erkennen und lernen, rechtzeitig angemessen zu reagieren. Das Selbstmanagement kann unterstützt werden durch individualisierte und verschriftliche Aktionspläne sowie durch Training der Selbstwahrnehmung. • Nicht bei allen Betroffenen muss das Training vor Ort entsprechend überwacht werden. z.B. kann eine Fachärztin/ein Facharzt bei Problemen unterstützen und ein/e APA das Training begleiten. • Die Art des Monitorings soll definiert werden.

	Handlungsempfehlungen	Zustimmung (in %)				Wichtigkeit (0-10) Median (Range)	Ergänzende Kommentare (zusammengefasst) bei nicht vollständiger Zustimmung
		--	-	+	++		
7.	Der Schweregrad der Erkrankung soll (unter Berücksichtigung der persönlichen Ressourcen der Betroffenen) leitend sein für: e. die Verschreibung des Bewegungsrezepts f. die Beratung und Koordination zur Wahl des Bewegungsangebots g. die Betreuung während des Bewegungsangebots h. die Rollen, Aufgaben (z.B. Überwachung während körperlicher Aktivität) und erforderlichen Kompetenzen der involvierten Fachpersonen.	0	0	20	80	10 (8 - 10)	• Das subjektive Empfinden sowie die individuellen Ressourcen stehen über dem Schweregrad, respektive der Klassifikation nach ICD. Formulierungsvorschlag: "Der Schweregrad der Erkrankung soll (unter Berücksichtigung der persönlichen Ressourcen <u>und Ziele</u> der Betroffenen) ..." • Formulierungsvorschlag: «...unter Berücksichtigung der persönlichen Ressourcen und Präferenzen der Betroffenen...» • Die Empfehlungen 6 und 7 können möglicherweise zusammengefasst werden.

Beurteilung der Expertinnen und Experten der spezifischen Handlungsempfehlungen

	Handlungsempfehlungen	Zustimmung (in %)				Wichtigkeit (0-10) Median (Range)	Ergänzende Kommentare (zusammengefasst) bei nicht vollständiger Zustimmung
		--	-	+	++		
Finanzierung							
1.	Körperliche Aktivität soll als ergänzende oder eigenständige Therapieoption zur Behandlung von Personen der genannten Zielgruppen in die Grundversicherung integriert werden.	10	0	30	60	10 (0 - 10)	• Evtl. ist «körperliche Aktivität» eine etwas vage Formulierung für den aktuellen Kontext. • Siehe übergeordnete Handlungsempfehlung1: es müssen pro Indikation (Krankheit) und innerhalb der Indikation spezifische Indikationen ausgearbeitet werden (Kritik Giesskanne, Verwässerung). • Zielgruppe sollte alle Betroffenen mit chronischen Erkrankungen inkludieren. • Vorschlag zur stärkeren Formulierung: «...soll <u>verpflichtend</u> als ergänzende...» • Körperliche Aktivität ist eher eine «ergänzende» als «eigenständige» Therapieoption, weil im Kontext der Grunderkrankung und Therapie zu sehen. • Es gibt heute schon die Möglichkeit, bei Erstdiagnosen und akuten Episoden die klassische Bewegungstherapie oder Reha zu verordnen. Auf diesem Weg kann früh sensibilisiert werden für die Chancen von körperlicher Aktivität. Dabei braucht es eine konstante Beziehungspflege mit den Betroffenen. Häufig wird zu früh über zu hohe Ziele diskutiert. • Eine Übernahme durch die Grundversicherung ist das Endziel, in der Übergangsphase sollten weitere Möglichkeiten zur Finanzierung exploriert werden.

	Handlungsempfehlungen	Zustimmung (in %)				Wichtigkeit (0-10) Median (Range)	Ergänzende Kommentare (zusammengefasst) bei nicht vollständiger Zustimmung
		--	-	+	++		
							Körperliche Aktivität soll als Standard und eine weitere Behandlungsoption wie Medikamente durch die Grundversicherung gedeckt werden.
2.	Die Tarifierung soll die Leistungen von verschreibenden sowie von koordinierenden/beratenden und ausführenden Leistungserbringern vergüten.	0	0	10	90	10 (7 - 10)	- Vorschlag zur stärkeren Formulierung: «...soll verpflichtend als ergänzende...» - Das wertschätzende, motivierende Gespräch mit einer kompetenten Person ist wirksam und soll entsprechend vergütet werden. Dienstleister und Versicherer können gemeinsam Leistungsindikatoren und Anreize ausarbeiten für das Umsetzen von Best-Practice im frühen Life-Style Coaching (vgl. SGED Score in der Diabetologie). - Telerehabilitation hat während der Covid-19 an Gewicht gewonnen und soll weiterhin als niederschwelliges Angebot einen Stellenwert haben. Aktuell werden aber Telefon- oder Videokonsultationen der Physiotherapeuten/-innen und Sportwissenschaftler/-innen nicht vergütet, obwohl dort eine qualitativ hochwertige und individuelle Beratung erfolgt. Die Möglichkeit einer (abrechenbaren) Beratung über Telefon- oder Videokonsultation sollte auch im Rahmen dieses Projekts geprüft werden.

	Handlungsempfehlungen	Zustimmung (in %)				Wichtigkeit (0-10) Median (Range)	Ergänzende Kommentare (zusammengefasst) bei nicht vollständiger Zustimmung
		--	-	+	++		
3.	Mittels Pauschalen könnten auch Leistungen von involvierten Personen integriert werden, die ihre Leistungen aktuell nicht über die Krankenkassen abrechnen können.	0	10	40	50	10 (7 - 10)	• Es müsste definiert werden, welche involvierten Personen diese Leistungen als pauschal abrechnen könnten. • Formulierungsvorschlag: «...Leistungen von <u>qualifizierten</u> involvierten Personen...». Es muss definiert werden, welche Form der Ausbildung zur Leistungserbringung qualifiziert. • Diese involvierten Personen sind zu definieren. Anschliessend sollte die Empfehlung als «Soll» formuliert werden und nicht im Konjunktiv. • Auch wenn es aktuell keine Berufsbezeichnung «Sporttherapeut» gibt, sollen sporttherapeutisch ausgebildete Sportwissenschaftler mit qualifizierendem Abschluss berücksichtigt werden. • Ein Schlüssel-Knotenpunkt ist die Vergütung von APA-Bewegungstherapeuten. Sie sollten wie in anderen Ländern dazu berechtigt werden, 1:1-Sessions anzubieten, die durch die Krankenversicherung vergütet werden.

	Handlungsempfehlungen	Zustimmung (in %)				Wichtigkeit (0-10) Median (Range)	Ergänzende Kommentare (zusammengefasst) bei nicht vollständiger Zustimmung
		--	-	+	++		
Involvierte Fachpersonen							
4.	<u>Verschreibende Leistungserbringende</u> sollen ärztliche Fachpersonen oder registrierte Advanced Practitioner der Gesundheitsberufe, wie z.B. aus der Pflege oder der Physiotherapie, sein.	10	10	40	40	8 (0 - 10)	- Die Verschreibung ist im aktuellen System der Ärzteschaft vorbehalten. - Wenn eine Erweiterung der verschreibenden Professionen: - Ggf. auch Personen mit Masterabschluss in Bewegungswissenschaften und Sport - Für die verschreibenden Fachpersonen werden die entsprechenden diagnosespezifische Fachkompetenzen vorausgesetzt. - Eine Definition von registrierten Advanced Practitioner der Gesundheitsberufe fehlt aktuell noch. - Zweifel an der Notwendigkeit von zusätzlichen Schnittstellen und Instrumenten. Notwendige Strukturen und Erkenntnisse sind vorhanden, was fehlt, ist die Begeisterung zur Umsetzung. Es braucht keine neuen Massnahmen, sondern Personen, die Betroffenen mit bedingungsloser Wertschätzung und dem Zugeständnis der Autonomie begegnen. Ggf. sinnvoll ist ein interaktives Bewegungsrezept. - Es scheint sinnvoll, die Zahl der Verschreibenden zu erweitern, aber evtl. nicht durch Berufsgruppen, die wie die Physiotherapie gleichzeitig auch Leistungserbringer sind. - Im Herzkreislaufbereich wäre eine Risikostratifizierung durch eine/-n qualifizierte/-n Kardiolo-

	Handlungsempfehlungen	Zustimmung (in %)				Wichtigkeit (0-10) Median (Range)	Ergänzende Kommentare (zusammengefasst) bei nicht vollständiger Zustimmung
		--	-	+	++		
							gen/-in sinnvoll. Darauf basierend sollte die körperliche Aktivität verschrieben werden (ein entsprechendes Curriculum wird aktuell auf Europäischer Ebene erstellt). • ANPs und Physiotherapeuten können auf der Ebene Koordination und Ausführung tätig sein.
5.	<u>Koordinierende/beratende Leistungserbringende</u> können neben Fachpersonen aus den Berufsgruppen Physiotherapie, Sport- und Bewegungswissenschaften, Sportpädagogik auch andere Gesundheitsberufe, z.B. MPA, sowie Angehörige von Nicht-Gesundheitsberufen, wie z.B. soziale Arbeit, sein.	0	10	30	60	10 (4 - 10)	• Das Modell inkludiert verschiedene Professionen, wodurch seine Reichweite vergrößert werden kann. • Inhalte der Koordination und Beratung müssen definiert werden. Beratung muss unterschieden werden in Beratung zu Angeboten und Bewegungsberatung. • Für Betroffene mit psychischen Erkrankungen oder Suchtverhalten ist auch die Beratung bzw. Koordination durch Psychologen/-innen, Psychotherapeuten/-innen und Sozialpädagogen/-innen zu inkludieren. • Auch die Hausärzte/-innen sollten beratende, koordinierende Funktionen übernehmen. • Noch wichtiger als die Definition der Professionen ist die Definition der erforderlichen Kompetenzen, wie z.B. Techniken zur Sensibilisierung, wirksamer Motivation und Unterstützung von Verhaltensänderungen. • Aber haben Fachpersonen, die nicht auf Bewegung spezialisiert sind, die notwendigen Kompetenzen?

	Handlungsempfehlungen	Zustimmung (in %)				Wichtigkeit (0-10) Median (Range)	Ergänzende Kommentare (zusammengefasst) bei nicht vollständiger Zustimmung
		--	-	+	++		
							Auf dieser Frage basierende Anpassungsvorschläge: - Um dem Risiko einer suboptimalen Beratung und Koordination vorzubeugen (welche Drop-Offs oder auch Verletzungen der Betroffenen zur Folge haben könnten), sollten Betroffene eher möglichst früh mit spezialisierten Personen aus den Bereichen APA Bewegungstherapie oder Physiotherapie in Kontakt kommen und deren Einzelberatung so lange beanspruchen, bis sie bereit sind, ein (gruppenbasiertes) Bewegungsangebot aufzunehmen. MPA oder Fachpersonen aus der sozialen Arbeit könnten jedoch vergütet werden, wenn sie Patientinnen und Patienten der Zielgruppe ansprechen und eine Überweisung an APA-Bewegungstherapeuten oder Physiotherapeuten anregen. - Formulierungsvorschlag: «...Angehörige von Nicht-Gesundheitsberufen, wie z.B. soziale Arbeit mit entsprechender Qualifikation, sein.
6.	<u>Ausführende Leistungserbringende</u> in krankheitsspezifischen Bewegungsangeboten sollen Fachpersonen aus den Berufsgruppen der Physiotherapie, Sport- und Bewegungswissenschaften sowie Sportpädagogik sein.	10	0	40	50	10 (0 - 10)	- Die Fachpersonen müssen einen Nachweis ihrer Qualifikation durch Aus- und Weiterbildung erbringen. - Die Fachpersonen sollen auch betreffend der Grunderkrankung kompetent sein. - Weitere relevante Professionen: Ergotherapie und Psychomotoriktherapie (insb. für die Kinder- und Jugendpsychiatrie), Pflege, weitere abhängig vom Kompetenzprofil.

	Handlungsempfehlungen	Zustimmung (in %)				Wichtigkeit (0-10) Median (Range)	Ergänzende Kommentare (zusammengefasst) bei nicht vollständiger Zustimmung
		--	-	+	++		
							- Haben Fachpersonen aus der Sportpädagogik die notwendigen Kompetenzen, Betroffene der genannten Zielgruppen zu begleiten und zu beurteilen? - Die Angehörigen der verschiedenen Professionen verfügen über unterschiedliche Kompetenzen. Die Ausbildung in APA-Bewegungstherapie qualifiziert exakt zu den hier genannten Tätigkeiten. Zur Formulierung «krankheitsspezifische Bewegungsangebote» - Im stabilen Stadium favorisiert werden sollten krankheitsübergreifende/-unspezifische Angebote (ressourcenorientiert, ohne Krankheitsstigma, Diversität der Angebote hinsichtlich Bedürfnisse der Betroffenen (z.B. Tageszeit, Ort) und nicht nach Krankheit; Wichtig sind Zugänglichkeit, Willkommenskultur, Regelmässigkeit und motivierende Atmosphäre. - Betroffene wünschen sich oft unspezifische Bewegungsprogramme für Personen mit NCDs mit einem ähnlichen Niveau der körperlichen Fitness. - Es braucht eine Analyse der verschiedenen Berufe, die für die Leistungserbringung in Frage kommen, ihren Kompetenzen und Unterscheidungsmerkmalen.

	Handlungsempfehlungen	Zustimmung (in %)				Wichtigkeit (0-10) Median (Range)	Ergänzende Kommentare (zusammengefasst) bei nicht vollständiger Zustimmung
		--	-	+	++		
Kompetenzentwicklung							
7.	Wissen in Bezug auf die Evidenz zur Wirksamkeit von körperlicher Aktivität in der Behandlung von NCDs oder ihrer Risikofaktoren und Fertigkeiten zur Bewegungsförderung (Kommunikationsskills wie z.B. die motivierende Gesprächsführung) sollen als fester Bestandteil in die Aus- und Weiterbildungs-Curricula der ärztlichen Berufe sowie Gesundheits- und ggf. Sozialberufe integriert werden.	0	0	0	100	10 (7 - 10)	• Diese Handlungsempfehlung ist insofern zu präzisieren, als sie für Allgemeinmediziner wie auch für Fachärztinnen und -ärzte gilt. • Sie sollte zudem ergänzt werden mit einer Handlungsempfehlung, die sich auf die Optimierung der Curricula in der Aus- und Weiterbildung der an der Umsetzung der Bewegungsrezepte beteiligten Professionen bezieht. Eine hohe Qualifikation dieser Professionen in theoretischer als auch praktischer Hinsicht ist essenziell für den Erfolg von «Bewegung als Therapie». • Fitness sollte als Vitalzeichen behandelt werden wie Blutdruck und Gewicht.
8.	Es sollen Guidelines entwickelt oder bestehende Guidelines ¹ an die schweizerischen Bedingungen adaptiert und zur Verfügung gestellt werden für: a. die Identifikation der Personen der genannten Zielgruppen (z.B. Indikationslisten) b. das Screening zur aktuellen körperlichen Aktivität der Personen c. Vorabklärungen (z.B. Herzkreislauf-Belastungstests) und die Identifikation von Kontraindikationen d. die Ausstellung des Bewegungsrezepts	0	0	10	90	10 (8 - 10)	• Im Bereich Herzkreislauf werden von der SGK Europäische Leitlinien übernommen (die ersten ESC-Guidelines erscheinen im August 2020). Für körperliche Aktivität besteht eher kein Handlungsbedarf einer Adaptation. • Ergänzen: e) angepasst an Behandlungspfade der Grundkrankheit.

¹ Wie z.B. der "Health Care Providers Action Guide" der Initiative "Exercise is Medicine" (EIM) oder das schwedische Handbuch "Physical Activity in the Prevention of Treatment and Disease (FYSS)"

	Handlungsempfehlungen	Zustimmung (in %)				Wichtigkeit (0-10) Median (Range)	Ergänzende Kommentare (zusammengefasst) bei nicht vollständiger Zustimmung
		--	-	+	++		
Bewegungsrezept							
9.	Ein Bewegungsrezept soll unter Einbezug von Indikationskriterien eine Verschreibung für die Beratung und Koordination und/oder für spezifische Bewegungsprogramme sein.	0	10	30	60	10 (6 – 10)	• Unklar ist, ob die Spezifischen Bewegungsprogrammen auch eine Einzelberatung mit spezialisierten Therapeuten beinhaltet oder nur die Teilnahme an einem bestehenden Programm. Einzelberatungen sollten ermöglicht werden, wann immer der Bedarf besteht. • Ok, wenn das Dokument zur Unterstützung der Motivation wirklich hilfreich ist. Die Betroffenen müssen über strikte Cave informiert sein. • Die Leistungserbringer sollten in einem zu definierenden Rahmen die Möglichkeit haben, dass Bewegungsrezept selbständig oder nach Rücksprache zu verlängern. • Das Bewegungsrezept sollte mit anderen Angeboten und koordiniert werden z.B. ambulante Rehabilitation. • 'Bewegungsprogramme' ersetzen durch 'Bewegungsangebote' • Es muss klar unterschieden werden zwischen Beratung/ Koordination und Umsetzen der Bewegungsangebote.

	Handlungsempfehlungen	Zustimmung (in %)				Wichtigkeit (0-10) Median (Range)	Ergänzende Kommentare (zusammengefasst) bei nicht vollständiger Zustimmung
		--	-	+	++		
10.	Die verschreibende Fachperson soll – die Einwilligung der betroffenen Person vorausgesetzt – regelmässig durch die koordinierenden/beratenden und/oder die ausführenden Leistungserbringenden über den Therapieverlauf informiert werden.	10	10	40	40	8 (2 - 10)	• Aufwendige Bürokratie. Finden Verlaufskontrollen durch den Arzt/die Ärztin statt, ist dies ausreichend (vor allem, wenn HerzKreislauf-Fitness als Vitalzeichen erfasst und andere patienten-relevante Assessments regelmässig in der Grundversorgung durchgeführt würden). • In Übereinstimmung mit der Praxis in anderen Bereichen wird diese Empfehlung als nicht sehr essenziell erachtet. • Die Informationen sollten quantifizierbar sein (z.B. durch Tagebuch, Accelerometer, Leistungstests). • Sinnvoll für die Motivation wäre die Dokumentation von 2-3 Verlaufszeichen durch die Betroffenen selbst. • Da die Programme häufig nicht sehr lange dauern, reicht eine Information am Ende des Programms aus.

	Handlungsempfehlungen	Zustimmung (in %)				Wichtigkeit (0-10) Median (Range)	Ergänzende Kommentare (zusammengefasst) bei nicht vollständiger Zustimmung
		--	-	+	++		
Umsetzung (Koordination/Beratung und Bewegungsangebote)							
11.	Koordination/Beratung: Koordinationspersonen sollen in einer Beratung auf die Optionen zur konsequenten Umsetzung des Bewegungsrezepts hinweisen, insbesondere auf die Auswahl krankheitsspezifischer Bewegungsprogramme, aber auch auf unspezifische, niederschwellige Angebote. Auch Möglichkeiten zur selbständigen körperlichen Aktivität sollen angesprochen werden.	0	10	20	70	9 (6 - 10)	• Eine direkte Überweisung zu einer spezialisierten Fachperson (APA Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten) wäre das best-case-Szenario, da die Beratung auch Assessments beinhalten sollte und diese Fachpersonen über die dazu erforderlichen Kompetenzen verfügen. • Auch krankheitsunspezifische Bewegungsprogramme sollten berücksichtigt werden. • Die individuelle Anpassung der körperlichen Aktivität an die jeweilige Person ist ein Schlüsselaspekt in der Umsetzung der Bewegungsrezepte. • 'Bewegungsprogramme' ersetzen durch 'Bewegungsangebote', die z.B. auch Einzelsitzungen beinhalten können. • Die Professionen mit den geeigneten Kompetenzen müssen definiert werden.
12.	Bewegungsangebote: Fachverbände und Patientenorganisationen sollen aktiv in die Entwicklung und das Qualitätsmanagement inkl. die Akkreditierung von Bewegungsangeboten involviert sein.	0	0	10	90	10 (7 - 10)	• Der Input aus verschiedenen Quellen ist erwünscht. Es müssen aber bestimmte Qualitätskriterien berücksichtigt werden, die Kompetenzen hierfür liegen bei den EIM-Expertinnen und Experten. • Vorschlag zur Ergänzung: «sowie die Umsetzung und Verbreitung von Bewegungsangeboten.»

	Handlungsempfehlungen	Zustimmung (in %)				Wichtigkeit (0-10) Median (Range)	Ergänzende Kommentare (zusammengefasst) bei nicht vollständiger Zustimmung
		--	-	+	++		
							- Die Regelung der Akkreditierung ist sehr wichtig, es muss geregelt werden, wer zur Umsetzung berechtigt ist. Ein zu hoher bürokratischer Aufwand ist aber zu vermeiden. - Die Zertifizierung der Bewegungsangebote soll in die Handlungsempfehlungen aufgenommen werden.
13.	Es soll unter Einbezug der Berufs- und Fachverbände eine Plattform etabliert werden, die Informationen zur Verfügung stellt über Bewegungsangebote, welche Qualitäts-Anforderungen erfüllen, und optional über weitere Angebote zur Förderung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils, wie z.B. Tabakentwöhnung oder gesunde Ernährung. Dabei sollen Verlinkungen mit bestehenden Plattformen in Betracht gezogen werden.	0	0	30	70	8 (1 - 10)	- Eine solche Plattform scheint für die Behandlung der betroffenen Zielgruppe nicht prioritär. - Die Plattform soll flächendeckend für Zielgruppen und Fachpersonen gestaltet werden. - Auch innovative home-based-Angebote sollten berücksichtigt werden. Vorschlag zur Ergänzung: «...die Informationen zur Verfügung stellt über <u>regionale und online</u> Bewegungsangebote» - Die Rollen und Verantwortlichkeiten der Interessenvertreter sollten klar definiert werden. - Vorschlag zur Ergänzung: <u>«unter Einbezug der Berufs- und Fachverbände»</u> - Statt einer neuen Plattform, sollen bestehende Organisationen (z.B. für Krebs: Krebsliga, oncoreha.ch) vernetzt und genutzt werden.

	Handlungsempfehlungen	Zustimmung (in %)				Wichtigkeit (0-10) Median (Range)	Ergänzende Kommentare (zusammengefasst) bei nicht vollständiger Zustimmung
		--	-	+	++		
Forschung							
14.	Es sollen thematische Schwerpunktprogramme entwickelt und umgesetzt werden: a. zur Implementierung und Entwicklung von nutzerge- rechten Angeboten (temporäre Forschungspro- gramme) sowie b. für die Begleitforschung von etablierten Angeboten (permanente Forschungsprogramme, z.B. Monitoring der Inanspruchnahme, Kosteneffizienz, Evaluation der längerfristigen Adhärenz).	0	0	11	89	10 (8 - 10)	• Ebenfalls evaluiert werden sollten die Akzep- tanz und Angemessenheit der Angebote, ob sie die Bedürfnisse abdecken. • Exercise is Medicine soll als Nationales For- schungsprogramm beim Schweizerischen Nati- onalfonds vorgeschlagen werden. • Weitere wichtige Forschungsbereiche: Verbes- serung der Langzeitadhärenz, Motivation, Per- sonalisierung von Bewegungsinterventionen, Ursachen für Non-response (insbesondere bei Adipositas/Diabetes) und Inanspruchnahme (auch nicht-Inanspruchnahme), Körperliche Ak- tivität zur Reduktion der Kardiotoxizität bei Che- motherapie. • Wie unterscheiden sich a) und b), und warum haben sie unterschiedliche Zeithorizonte (tem- porär vs. Permanent)? Projekte zur Implemen- tierung neuer Ansätze sind wichtig, nicht nur die Evaluation existierender Programme. • Die Outcome-Forschung sollte ergänzt werden. • Zudem sollte es sinnvoll aufgebaute, vertrau- enswürdige Datenbanken geben, die z.B. ein kontinuierliches (Selbst-)Monitoring mit Wearables auf breiter Ebene ermöglichen. • Ergänzt werden sollte eine Empfehlung zur Stärkung der internationalen Zusammenarbeit und des internationalen Austauschs bspw. über

	Handlungsempfehlungen	Zustimmung (in %)				Wichtigkeit (0-10) Median (Range)	Ergänzende Kommentare (zusammengefasst) bei nicht vollständiger Zustimmung
		--	-	+	++		
							die Implementierung von EIM oder die Professionalisierung der Trainingsphysiologie. • Wünschenswert wären zudem Strategien, um: - Forschende aus EIM-Spitzenländern wie Kanada oder Australien in die Schweiz zu holen. - Schweizer EIM-Experten zu Sabbaticals in EIM-Spitzenländern zu motivieren. - Ausländische EIM-Experten zu Sabbaticals in der Schweiz zu motivieren, um zur Implementierung von EIM beizutragen. • Kurz- und mittelfristig werden postdoc- und Doktorandenstellen zur Durchführung von Umsetzungsprojekten durch APA-Bewegungstherapeuten oder Physiotherapeuten benötigt. Mit entsprechenden Rollen können viele Ziele erreicht werden, wie z.B. eine Erleichterung der interprofessionellen Zusammenarbeit und der Kommunikation mit Interessenvertretern, Öffentlichkeit und Berufskollegen. • Geschützte Zeit für eine ausgewählte Gruppe von Akademikern und EIM-fokussierten Praktikern würde gewährleisten, dass das Thema konsequent verfolgt wird (vgl. auch EIM-Kompetenzzentrum in Norwegen). • Die Zusammenarbeit in der Forschung zwischen verschiedenen Disziplinen wie Medizin, Sport-, Sozial- und Umweltwissenschaft, Physiotherapie und Stadtplanung ist wichtig, ebenso die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen

	Handlungsempfehlungen	Zustimmung (in %)				Wichtigkeit (0-10) Median (Range)	Ergänzende Kommentare (zusammengefasst) bei nicht vollständiger Zustimmung
		- -	-	+	+ +		
							bei der Outcome-Forschung, um Krankheits- tage, Verordnung von Medikamenten/techni- schen Hilfsmitteln mit den Schwerpunktpro- grammen zu verlinken.