



Schlussbericht – Juni 2025

Exercise is Medicine (EIM)

Referenzrahmen für die Schweiz

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG

Impressum

Empfohlene Zitierweise des Berichts

Autor: Ecoplan
Titel: Exercise is Medicine (EIM)
Untertitel: Referenzrahmen für die Schweiz
Auftraggeber: Bundesamt für Gesundheit BAG
Ort: Bern
Datum: 10.01.2025

Das Bundesamt für Gesundheit BAG dankt allen Personen und Institutionen, die mit ihrer Expertise an der Erarbeitung dieses Referenzrahmens mitgewirkt haben, insbesondere gilt dies für alle Beteiligten der Begleit- und Steuerungsgruppe (s.u.) sowie die Teilnehmenden der Workshops an der hepa.ch-Tagung 2024.

Hinweis

Dieser Referenzrahmen beschreibt die Situation vor den im Februar 2025 vom Bundesrat und Parlament beschlossenen Sparmassnahmen, die zu direkten Kürzungen im Budget des BAG führen. Infolge dieser Entscheide ist das BAG gezwungen, ab 2026 bestimmte Aktivitäten aufzugeben – insbesondere im Bereich der Prävention in der Gesundheitsversorgung – und sich aus der Initiative EIM CH zurückzuziehen. Obwohl das BAG massgeblich an der Erarbeitung dieses Dokuments beteiligt war, ist es nicht für dessen Umsetzung verantwortlich. Die Fortführung der Initiative hängt von der Mobilisierung anderer institutioneller Träger und externen Partnerschaften ab.

Begleitgruppe

Raphaël Bize, Unisanté Lausanne
Antoine Bonvin, Bundesamt für Gesundheit BAG (Auftraggeber)
Justin Carrard, Universität Basel & CHUV Lausanne
Ilaria Croci, Universität Basel
Sandra Fuhrer, Schweizerischen Herzstiftung & Vertretung Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz (Geliko)
Christian Imboden, Universität Bern, Privatklinik Wyss, Münchenbuchsee
Bengt Kayser, Université de Lausanne
Susi Kriemler, Universität Zürich
Alberto Marcacci, Bundesamt für Gesundheit BAG (Auftraggeber)
Renato Mattli, Berner Fachhochschule
Matthias Willhelm, Inselspital und Universität Bern

Steuerungsgruppe

Antonios Liolios, Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz (VKS)
Alberto Marcacci, Bundesamt für Gesundheit BAG
Arno Schmidt-Trucksäss, Universität Basel & Exercise Medicine Switzerland (SEMS)
Erich Tschirky, Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz (Geliko)

Projektteam Ecoplan

Simon Endes, Projektleiter
Renata Josi
Eliane Kraft

ECOPLAN AG

Forschung und Beratung
in Wirtschaft und Politik

www.ecoplan.ch
Monbijoustrasse 14
CH - 3011 Bern
Tel +41 31 356 61 61
berna@ecoplan.ch
Dätwylerstrasse 25
CH - 6460 Altdorf
Tel +41 41 870 90 60
altdorf@ecoplan.ch

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary	5
1 Einleitung	13
1.1 Hintergrund und Kontext	13
1.2 Ziele des Referenzrahmens	14
1.3 Träger, Kooperationspartner und Prozess der Erarbeitung	14
Teil A: Grundlagen	15
2 Was wird unter <i>Exercise is Medicine</i> verstanden?	15
3 Warum ist <i>Exercise is Medicine</i> wichtig?	16
3.1 Ausgangslage und Problemstellung	16
3.2 Evidenz zum gesundheitlichen Nutzen von körperlicher Aktivität.....	16
3.3 Evidenz zum gesundheitlichen Nutzen von Bewegungsprogrammen.....	19
3.4 Gesundheitsökonomischer Nutzen von körperlicher Aktivität ¹⁵	19
4 Wie wird <i>Exercise is Medicine</i> in anderen Ländern umgesetzt?	20
Teil B: Umsetzung in der Schweiz	23
5 Welche Zielgruppen können von <i>Exercise is Medicine</i> profitieren?	23
5.1 Personen nach einem akuten gesundheitlichen Ereignis, vor oder nach einer medizinischen Behandlung/Operation	23
5.2 Chronisch kranke Personen.....	24
5.3 Gefährdete Personen.....	25
6 Welche Outcome-Ziele verfolgt <i>Exercise is Medicine</i>?.....	26
7 Wie wird <i>Exercise is Medicine</i> in der Schweiz bislang umgesetzt?	26
8 Wodurch soll sich die Umsetzung von <i>Exercise is Medicine</i> in der Schweiz künftig auszeichnen?.....	30
8.1 Verschreibung als Herzstück	30
8.2 <i>Exercise is Medicine</i> -Kernprozess	31
8.3 Rollen und Akteure.....	33

9	Was braucht es, um <i>Exercise is Medicine</i> in der Schweiz zu stärken (Handlungsbedarf)?	35
9.1	Handlungsfeld 1: Information und Sensibilisierung	35
9.2	Handlungsfeld 2: Fachkompetenz und Qualität	36
9.3	Handlungsfeld 3: Umsetzungsunterstützung und Angebotsentwicklung	36
9.4	Handlungsfeld 4: Finanzierung	37
9.5	Handlungsfeld 5: Forschung und Wissenstransfer	37
	Literaturverzeichnis	39
	Anhang 1: Begriffe	46
	Anhang 2: Übersicht zur Evidenz des Gesundheitsnutzens körperlicher Aktivität	47
	Anhang 3: Inhalte der Verschreibung	49

Executive Summary (deutsch)

a) Was wird unter Exercise is Medicine verstanden?

In Anlehnung an die globale Gesundheitsinitiative Exercise is Medicine®, die vom American College of Sports Medicine geleitet wird, kann der Begriff wie folgt definiert werden:

Exercise is Medicine verfolgt das Ziel, **körperliche Aktivität als Teil einer multimodalen Behandlung** in der Gesundheitsversorgung zu verankern. Körperliche Aktivität als Therapie soll genauso selbstverständlich werden wie die Einnahme von Medikamenten.

Ärztinnen und Ärzte sowie andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen sollen bei der partnerschaftlichen Ausarbeitung von Behandlungsplänen für die **Prävention, Kuration und Rehabilitation** von Krankheiten körperliche Aktivität und evidenzbasierte Bewegungsprogramme als Behandlungsoptionen standardmäßig mitberücksichtigen.

Das Konzept *Exercise is Medicine* (EIM) kommt aus der **Gesundheitsversorgung** und hier soll auch in der Schweiz – zumindest in einer ersten Phase – der **Schwerpunkt** liegen. In der Umsetzung von EIM spielen aber auch Akteure ausserhalb der Gesundheitsversorgung (z.B. Akteure der Sport- und Bewegungsbranche sowie Vereine) eine Rolle.

b) Warum ist EIM wichtig?

In der wissenschaftlichen Literatur ist der positive Effekt von körperlicher Aktivität im Zusammenhang mit nichtübertragbaren, chronischen Krankheiten, sogenannten NCDs, sowie psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen klar belegt. Diese Krankheiten sind in der Schweiz weit verbreitet bzw. nehmen aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der demografischen Alterung stetig zu.

Körperliche Aktivität trägt nicht nur dazu bei, das Risiko für die Entwicklung von NCDs zu verringern, sondern hat auch einen positiven Einfluss auf das Management und die Behandlung dieser Krankheiten sowie auf die Entwicklung von Komorbiditäten. Gleichzeitig wirkt sich körperliche Aktivität förderlich auf die kardiovaskuläre, metabolische, muskuläre und psychische Gesundheit sowie die Lebensqualität aus.

Körperliche Aktivität hat zudem einen grossen volkswirtschaftlichen Nutzen und strukturierte Bewegungsprogramme verbessern nachweislich die Arbeitsfähigkeit von Arbeitnehmenden mit hohem Risiko für kardiovaskuläre und metabolische Erkrankungen.

c) Welche Zielgruppen können von EIM profitieren?

Folgende Zielgruppen profitieren nachweislich von EIM:

1. Personen nach einem **akuten gesundheitlichen Ereignis** (z.B. Exazerbation bei COPD, Herzinfarkt, Schlaganfall, Dekompensation einer chronischen Herzinsuffizienz), nach einer

- medizinischen Behandlung (z.B. Chemotherapie) oder vor oder nach einer Operation im Zusammenhang mit NCDs
2. **Chronisch kranke Personen:** Personen mit einer **diagnostizierten NCD, psychischen Erkrankungen oder Suchterkrankungen**
 3. **Gefährdete Personen:** Personen mit **unzureichendem Bewegungsumfang** und weiteren **Risikofaktoren** für die Entwicklung von NCDs, psychische Erkrankungen oder Suchterkrankungen sowie Frauen während und nach der **Schwangerschaft**.

d) Wie wird EIM in der Schweiz bislang umgesetzt und welche Defizite bestehen?

Im Wesentlichen gibt es drei Optionen, wie körperliche Aktivität/Bewegung als Behandlung umgesetzt werden kann:

- Bewegung ist in der Schweiz ein etablierter Bestandteil von verschiedenen strukturierten stationären und ambulanten **Rehabilitationsprogrammen**. Bewegungsangebote sind in der Regel auch integraler Bestandteil von stationären und ambulanten Therapien in der Psychiatrie. Sofern im Einzelfall die Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllt sind und durch KVG-anerkannte Leistungserbringer (z.B. Physiotherapeutinnen) durchgeführt werden, werden die Bewegungsangebote durch die obligatorische Krankenfleversicherung (OKP; Grundversicherung) vergütet.
- Für eine grosse Anzahl **NCDs** wird körperliche Aktivität heute in den medizinischen Leitlinien der Fachgesellschaften als therapeutische Intervention empfohlen und es bestehen eine Reihe krankheitsspezifischer, strukturierter **Bewegungsprogramme** (z.B. Herz- oder Krebssportgruppen). Diese Bewegungsangebote werden zwar teilweise ärztlich angeordnet, ihre Kosten werden aber i.d.R. nicht durch die Grundversicherung übernommen, teilweise jedoch durch Zusatzversicherungen.
- Eine Möglichkeit, die es bislang in der Schweiz nur auf Projektbasis gibt, ist das Ausstellen einer **individuellen Verschreibung von Bewegung**. Eine Kostenübernahme durch die Grund- oder Zusatzversicherung ist damit aktuell nicht verbunden.

Aus Expertensicht wird das **Potenzial von EIM** heute in der Schweiz aus folgenden Gründen **nicht ausgeschöpft**:

- Ärztinnen und Ärzte weisen heute in der Regel nicht bereits bei der Diagnosestellung von NCDs, psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen systematisch auf die Wichtigkeit und die Wirksamkeit von Bewegung als Teil einer multimodalen Behandlung hin. Sie machen auch nur in Ausnahmefällen aktiv auf individuell geeignete Bewegungsprogramme aufmerksam.
- Es ist heute nicht gewährleistet, dass Personen nach Abschluss von Rehabilitationsprogrammen/Therapien ausreichend befähigt sind, körperliche Aktivität und Bewegung als Prävention für weitere akute Ereignisse resp. zur nachhaltigen Förderung ihrer Gesundheit und Lebensqualität in ihren Alltag zu integrieren.
- Für psychische Erkrankungen bestehen heute nur einzelne, für Suchterkrankungen kaum weiterführende strukturierte Bewegungsangebote.

- Es fehlt bislang die Implementierung eines wirksamen Instruments: die Verschreibung von körperlicher Aktivität/Bewegung.

e) Was ist zu tun, um das Potenzial von EIM besser auszuschöpfen?

Für die erfolgreiche Implementierung von EIM schlagen die Expert/-innen vor, folgenden **EIM-Kernprozess** zu implementieren und die Möglichkeit der **Verschreibung** einzuführen:

Abbildung:

Kernprozess von *Exercise is Medicine* in der Schweiz

Aus Expertensicht ist klar das Ziel, dass künftig in der Schweiz **bei definierten Indikationen** die Verschreibung einer evidenzbasierten Bewegungsintervention mit der **Kostenübernahme** durch die **Grundversicherung** einhergehen soll. Die Voraussetzung dafür ist, dass der Gelungsbereich sowie die Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung erfüllt sind. Die Einführung der Verschreibung soll aber zeitnah erfolgen, unabhängig davon, ob sich diese Forderung realisieren lässt.

f) Welche weiteren Inhalte finden sich im vorliegenden Referenzrahmen?

Der Teil A enthält Grundlagen zur Evidenz von körperlicher Aktivität und zur Umsetzung von EIM in anderen Ländern.

Der Teil B beschreibt die Zielgruppen von EIM präziser und führt aus, welche Anforderungen die neu zu schaffende Verschreibung zu berücksichtigen hat, was die weiteren Schritte des EIM-Kernprozesses beinhalten und welche Akteure hierbei welche Rolle spielen sollen. Im letzten Kapitel sind schliesslich Ziele in fünf Handlungsfeldern definiert, die aufzeigen sollen, welche Schritte es braucht, um EIM in der Schweiz zu stärken. Die fünf Handlungsfelder sind:

- Handlungsfeld 1: Information und Sensibilisierung
- Handlungsfeld 2: Fachkompetenz und Qualität
- Handlungsfeld 3: Umsetzungsunterstützung und Angebotsentwicklung
- Handlungsfeld 4: Finanzierung
- Handlungsfeld 5: Forschung und Wissenstransfer

g) Wie ist der vorliegende Referenzrahmen zustande gekommen?

Die wesentlichen Inhalte wurden gestützt auf Literatur sowie im Austausch mit den im Impressum aufgeführten Expertinnen und Experten erarbeitet, die der Begleit- und Steuergruppe von EIM Schweiz angehören. Ebenfalls eingeflossen sind Inputs von Fachleuten, die an verschiedenen Workshops im Rahmen der hepa.ch-Netzwerktagung 2024 teilgenommen haben.

Executive Summary (français)

a) Qu'entend-on par « Exercise is Medicine » ?

En référence à l'initiative mondiale Exercise is Medicine®, menée par l'American College of Sports Medicine, ce terme peut être défini comme suit :

Exercise is Medicine a pour objectif d'ancrer l'activité physique dans les soins de santé en tant que partie intégrante d'un traitement multimodal. L'activité physique en tant que thérapie doit devenir aussi évidente que la prise de médicaments.

Les médecins et autres prestataires de soins de santé doivent systématiquement prendre en compte l'activité physique et les programmes d'exercice physique fondés sur des données probantes comme options thérapeutiques lors de l'élaboration de plans de traitement pour **la prévention, la guérison et la réadaptation des maladies.**

Le concept Exercise is Medicine (EIM) trouve son origine dans le domaine des soins de santé, et c'est là que doit se situer son axe principal en Suisse, du moins dans un premier temps. Cependant, des acteurs extérieurs au domaine des soins de santé (p. ex. des acteurs du secteur du sport et de l'activité physique, ainsi que des associations) jouent également un rôle dans la mise en œuvre d'EIM.

b) Pourquoi le concept EIM est-il important ?

La littérature scientifique démontre clairement les effets positifs de l'activité physique sur les maladies non transmissibles (MNT), les maladies chroniques, les troubles psychiques et les addictions. Ces maladies sont très répandues en Suisse et leur incidence ne cesse d'augmenter en raison de l'allongement de l'espérance de vie et du vieillissement démographique.

L'activité physique contribue non seulement à réduire le risque de développer des MNT, mais elle influence aussi positivement la gestion et le traitement de ces maladies, ainsi que le développement de comorbidités. Parallèlement, l'activité physique a un effet bénéfique sur la santé cardiovasculaire, métabolique, musculaire et mentale, ainsi que sur la qualité de vie.

L'activité physique présente également un intérêt économique majeur, et il est prouvé que les programmes d'activité physique structurés améliorent la capacité de travail des employés présentant un risque élevé de maladies cardiovasculaires et métaboliques.

c) Quels groupes cibles peuvent bénéficier d'EIM ?

Les groupes cibles suivants bénéficient manifestement d'EIM :

1. Personnes ayant subi un **problème de santé aigu** (p. ex. exacerbation de la BPCO, crise cardiaque, accident vasculaire cérébral, décompensation d'une insuffisance cardiaque chronique), après un traitement médical (p. ex. chimiothérapie) ou avant ou après une opération en lien avec des MNT.

2. **Personnes souffrant d'une maladie chronique** : personnes chez lesquelles ont été **diagnostiquées une MNT, des troubles psychiques ou personnes concernées par les addictions**.
3. **Personnes à risque** : personnes ayant une **activité physique insuffisante** et présentant d'autres **facteurs de risque** de développer des MNT, des troubles psychiques ou concernée par les addictions, ainsi que les femmes pendant et après la **grossesse**.

d) Comment le concept EIM est-il mis en œuvre en Suisse à ce jour et quelles sont les lacunes existantes ?

Il existe principalement trois options pour encourager la mise en œuvre l'activité physique/l'exercice comme traitement :

- En Suisse, l'activité physique fait partie intégrante de divers **programmes de réadaptation** structurés. Dans le domaine de la psychiatrie, l'activité physique fait généralement partie intégrante des thérapies en milieu hospitalier et ambulatoires. Si les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité sont remplis dans chaque cas particulier et si elles sont réalisées par des prestataires reconnus par la LAMal (p. ex. des physiothérapeutes), les activités physiques sont remboursées par l'assurance obligatoire des soins (AOS ; assurance de base).
- Pour un grand nombre de **maladies non transmissibles**, l'activité physique est aujourd'hui recommandée comme intervention thérapeutique dans les directives médicales des associations professionnelles, et il existe toute une série de **programmes d'activité physique** structurés et spécifiques à certaines maladies (p. ex. les groupes de sport pour les personnes atteintes de cancer ou de maladies cardiaques). Ces programmes d'activité physique sont parfois prescrits par un médecin, mais leurs coûts ne sont généralement pas pris en charge par l'assurance de base, parfois par des assurances complémentaires.
- Une possibilité qui n'existe jusqu'à présent en Suisse que dans le cadre de certains projets est la **prescription individuelle d'activité physique**. À l'heure actuelle, les frais ne sont pas pris en charge par l'assurance de base ou complémentaire.

Selon les experts, le **potentiel d'EIM** n'est aujourd'hui **pas pleinement exploité** en Suisse pour les raisons suivantes :

- Aujourd'hui, les médecins ne soulignent généralement pas systématiquement l'importance et l'efficacité de l'activité physique dans le cadre d'un traitement multimodal dès le diagnostic des MNT, des maladies psychiques et des addictions. Ils ne recommandent activement des programmes d'activité physique adaptés à chaque individu que dans de rares cas.
- Il n'est aujourd'hui pas garanti que les personnes ayant suivi des programmes de réadaptation/thérapies soient suffisamment aptes à intégrer l'activité physique et l'exercice dans leur quotidien à titre préventif contre d'autres événements aigus, ou pour promouvoir durablement leur santé et leur qualité de vie.
- Il n'existe aujourd'hui que quelques rares offres structurées d'activité physique en cas de maladies psychiques, et pratiquement aucune pour les addictions.

- La mise en œuvre d'un instrument efficace fait encore défaut : la prescription d'activité physique.

e) Que faut-il faire pour mieux exploiter le potentiel de l'EIM ?

Pour une mise en œuvre réussie d'EIM, les experts proposent d'implémenter le **processus clé EIM** suivant et d'introduire la possibilité de **prescription** :

Illustration: **Processus clé du concept *Exercise is Medicine* en Suisse**



(Phases : Identification ; Assessment & prescription ; Conseil et accompagnement ; Mise en œuvre de l'activité physique ; Suivi)

Du point de vue des experts, l'objectif est clair : à l'avenir, en Suisse, la prescription d'une intervention d'activité physique fondée sur des preuves **pour des indications définies** doit s'accompagner de la **prise en charge des coûts** par l'**assurance de base**. Ceci à condition que le champ d'application et les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie soient respectés. Cependant, l'introduction de la prescription doit avoir lieu rapidement, indépendamment de la possibilité de réaliser cette exigence.

f) Quels autres éléments figurent dans le présent cadre de référence ?

La partie A contient les principes fondamentaux relatifs aux données scientifiques concernant l'activité physique et à la mise en œuvre d'EIM dans d'autres pays.

La partie B décrit plus précisément les groupes cibles de l'EIM et précise les exigences à prendre en compte dans la future prescription, les étapes suivantes du processus clé d'EIM et les rôles respectifs des différents acteurs. Le dernier chapitre définit les objectifs dans cinq domaine d'action qui visent à montrer les mesures nécessaires pour renforcer le concept EIM en Suisse. Les cinq champs d'action sont les suivants :

- Champ d'action 1 : Information et sensibilisation
- Champ d'action 2 : Compétence professionnelle et qualité
- Champ d'action 3 : Soutien à la mise en œuvre et développement de l'offre
- Champ d'action 4 : Financement
- Champ d'action 5 : Recherche et transfert de connaissances

g) Comment le présent cadre de référence a-t-il été élaboré ?

Les principaux contenus ont été élaborés sur la base de la littérature spécialisée et en collaboration avec les experts mentionnés dans l'impressum, qui font partie du groupe d'accompagnement et de pilotage d'EIM Suisse. Les contributions des spécialistes ayant participé à différents ateliers dans le cadre de la réunion du réseau hepa.ch 2024 ont également été prises en compte.

1 Einleitung

1.1 Hintergrund und Kontext

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat in ihrem Globalen Aktionsplan für körperliche Aktivität 2018-2030 (GAPPA)^{1,2} vier strategische Ziele und 20 konkrete Massnahmen definiert, um die Rolle der körperlichen Aktivität bei der Verbesserung der individuellen und öffentlichen Gesundheit zu stärken. Konkret sollen für Menschen aller Altersgruppen und in allen Lebensbereichen Möglichkeiten geschaffen werden, regelmässig körperlich aktiv zu sein (Strategisches Ziel 3: «create active people»). Massnahme 3.2 formuliert dazu folgende Handlungsempfehlung zur Förderung körperlicher Aktivität:

«Beurteilung und Beratung von Patienten zwecks Steigerung der körperlichen Aktivität und Reduktion sitzender Lebensweisen durch professionelles Personal (inkl. Sozialhilfe) in der primären und sekundären Gesundheitsversorgung.»

Eine 2021 durchgeführte Analyse des **Umsetzungsstandes der im GAPPA** definierten Ziele in der Schweiz hat ergeben, dass die Ansätze in den Bereichen «Bewegungsförderung in der primären und sekundären Gesundheitsversorgung» und «Bewegung als Therapie» gegenwärtig noch wenig koordiniert sind und erst von einzelnen Akteuren angegangen werden (Bundesamt für Gesundheit BAG und Gesundheitsförderung Schweiz).² Expertinnen und Experten bewerteten den Fortschritt bei der Umsetzung der Massnahme 3.2 des GAPPA in der Schweiz als ungenügend bis mittelmässig. Das **Wirkungspotential** dieser Massnahme hingegen wurde als **sehr gross** beurteilt.

Im Zusammenhang mit dem WHO GAPPA-Plan wurde für die Schweiz im Massnahmenplan 2025-2028 zur NCD-Strategie 2017-2024, mit Verlängerung bis 2028,³ eine **spezifische Aktivität zu Exercise is Medicine (EIM)** definiert (Aktivität 2.2.2):

«Das BAG bietet den nationalen Akteuren der EIM eine Plattform. Dort werden die Rahmenbedingungen der EIM definiert. Die Arbeit der Plattform trägt dazu bei, dass das Wirkungspotenzial der körperlichen Aktivität bei der Behandlung von Personen mit erhöhtem Risiko und/oder erkrankten Personen angemessen berücksichtigt wird – unabhängig vom sozialen Status der Betroffenen.»

Vor diesem Hintergrund hat das BAG die Erarbeitung des vorliegenden Referenzrahmens für «Exercise is Medicine (EIM)» in der Schweiz in Auftrag gegeben.

Das Zielpublikum des vorliegenden Referenzrahmens ist:

- Relevante Fachpersonen mit Bezug zu *Exercise is Medicine*, die als Multiplikator/-innen und Umsetzungsakteure wirken (vgl. Kap. 8.3);
- Politikerinnen und Politiker mit Bezug zu gesundheitspolitischen Themen.

1.2 Ziele des Referenzrahmens

Fokus des Referenzrahmens:

- Abgrenzung des Begriffs *Exercise is Medicine* in der Schweiz.
- Definition der relevanten Akteure, ihrer Qualifikation und der Settings für *Exercise is Medicine*.
- Darstellung der konzeptionellen Grundlagen für die Beratung und Empfehlung körperlicher Aktivität entlang des Gesundheitspfades.ⁱ
- Schaffung eines gemeinsamen nationalen Verständnisses von *Exercise is Medicine*.
- Identifizierung von Bedürfnissen und Lücken sowie Festlegung der notwendigen Handlungsfelder, um eine nachhaltige Implementierung und Finanzierung von *Exercise is Medicine* auf nationaler Ebene zu fördern.

1.3 Träger, Kooperationspartner und Prozess der Erarbeitung

Das Bundesamt für Gesundheit BAG ist verantwortlich für die Umsetzung der spezifischen Aktivität im Bereich EIM (Aktivität 2.2.2) des Massnahmenplans NCD 2025-2028. Die Erarbeitung des vorliegenden Referenzrahmens ist Teil der neuen Plattform *Exercise is Medicine Schweiz* (EIM CH)ⁱⁱ, die vom BAG in Partnerschaft mit der Schweizerischen Gesundheitsligen-Konferenz (Geliko), der Vereinigung der Kantonsärzte der Schweiz (VKS) und der Sport & Exercise Medicine Switzerland (SEMS) geleitet wird. Die Ausarbeitung erfolgte daher in enger Koordination mit der Steuerungsgruppe dieser Plattform sowie einer breit besetzten Begleitgruppe von Fachpersonen, insbesondere bei der Validierung der (Zwischen-)Produkte. Die Mitglieder der Steuer- und Begleitgruppe sind im Impressum aufgelistet.

Im September 2024 wurden an der hepa.ch-Tagung rund 140 Organisationsvertreter/-innen und Fachpersonen relevanter, angrenzender Disziplinen in 10 Stakeholder-Workshops in den Entwicklungsprozess einbezogen. Ein Entwurf des vorliegenden Referenzrahmens wurde dort diskutiert. Dabei erhaltene Rückmeldungen und Empfehlungen flossen in die Finalisierung des Referenzrahmens ein.

ⁱ Mit der NCD-Strategie verknüpfte Umsetzungsmassnahmen im Bereich der **Prävention in der Gesundheitsversorgung** (PGV) stützen sich auf das Konzept des **Gesundheitspfads**, um die Implementierung von Präventions- und Behandlungsangeboten (inkl. Koordination) entlang der gesamten Behandlungskette der Patienten und Patientinnen zu fördern. Im Rahmen des Gesundheitspfads werden die Betroffenen frühzeitig mit den für sie geeigneten Fachpersonen aus dem Gesundheits- und ggf. dem Sozialbereich zusammengeführt. Dadurch wird eine systematische Integration von Präventionsaktivitäten in die Behandlungs- und Beratungsleistungen der verschiedenen Fachpersonen gewährleistet.

ⁱⁱ Die Plattform EIM ist eine nationale Struktur, die die wichtigsten Akteure im Bereich EIM (u.a. medizinische Fachgesellschaften, Berufsverbände, relevante Bildungseinrichtungen, Patientenorganisationen, NGOs) zusammenbringt, um den Stellenwert von EIM in der Schweiz zu stärken.

Teil A: Grundlagen

2 Was wird unter *Exercise is Medicine* verstanden?

Gemäss der globalen Gesundheitsinitiative *Exercise is Medicine*®, die vom American College of Sports Medicine (ACSM) geleitet wird, bedeutet der Begriff *Exercise is Medicine* Folgendes:

Definition *Exercise is Medicine* für die Schweiz

Exercise is Medicine verfolgt das Ziel, **körperliche Aktivität als Teil einer multimodalen Behandlung** in der Gesundheitsversorgung zu verankern. Körperliche Aktivität als Therapie soll genauso selbstverständlich werden wie die Einnahme von Medikamenten.

Ärztinnen und Ärzte sowie andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen sollen bei der partnerschaftlichen Ausarbeitung von Behandlungsplänen für die **Prävention, Kuration und Rehabilitation** von Krankheiten körperliche Aktivität und evidenzbasierte Bewegungsprogramme als Behandlungsoptionen standardmässig mitberücksichtigen.

Das Konzept *Exercise is Medicine* (EIM) kommt aus der **Gesundheitsversorgung** und hier soll auch in der Schweiz – zumindest in einer ersten Phase – der **Schwerpunkt** liegen. Mit dieser Fokussierung soll sichergestellt werden, dass mit den vorhandenen beschränkten Ressourcen gleichwohl zeitnah erste Erfolge erzielt werden können. In der Umsetzung von EIM spielen aber auch Akteure ausserhalb der Gesundheitsversorgung (z.B. Akteure der Sport- und Bewegungsbranche sowie Vereine) eine Rolle, wie aus Kap. 8.3 hervorgeht.

Ein Grundprinzip von EIM ist auch die Befähigung der Betroffenen, Bewegung in ihren Alltag zu integrieren und ihren Lebensstil nachhaltig anzupassen. Das Selbstmanagement der Betroffenen soll daher von Beginn weg im EIM-Prozess gefördert werden.

Weitere für diesen Referenzrahmen relevante Begrifflichkeiten sind in Anhang 1 erläutert.

3 Warum ist *Exercise is Medicine* wichtig?

3.1 Ausgangslage und Problemstellung

In der Schweiz nimmt die Zahl der Menschen mit einer oder mehreren **nichtübertragbaren, chronischen Krankheiten (NCD)** inklusive psychischen Erkrankungen aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der demografischen Alterung stetig zu. Ab einem Alter von 65 Jahren sind mindestens die Hälfte von einer chronischen Krankheit betroffen.⁴ Heute leiden rund 12 % der Schweizer Bevölkerung an mindestens zwei chronischen Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, muskuloskelettale Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Diabetes, Krebs oder Depression.⁵

NCDs sind aufgrund ihres chronischen Charakters mit einer hohen Krankheitslast verbunden: Sie führen zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität⁶, zu Einschränkungen der funktionellen Leistungsfähigkeit, der körperlichen Selbständigkeit⁷ und der sozialen Teilhabe. Damit verbunden sind hohe direkte und indirekte Kosten.⁸ NCDs, einschliesslich der psychischen Krankheiten, verursachen heute 80 % der Gesundheitskosten in der Schweiz.⁹ Zudem sind NCDs für über 80 % der Todesfälle in der Schweiz verantwortlich.⁴

Auch **Sucht und Risikoverhalten**ⁱⁱⁱ sind in der Schweiz weit verbreitet und verursachen frühzeitige Todesfälle^{10,11} sowie hohe volkswirtschaftliche Kosten.¹² Acht von zehn Personen trinken Alkohol^{iv}, rund 250'000 Menschen in der Schweiz sind alkoholabhängig, jede vierte Person raucht, und mehr als 200'000 Personen im Erwerbsalter haben im vergangenen Monat mindestens einmal Cannabis konsumiert.¹³ Etwa 2 % der Bevölkerung (ca. 170'000 Personen) nehmen fast täglich Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein.¹³

3.2 Evidenz zum gesundheitlichen Nutzen von körperlicher Aktivität

Die wissenschaftliche Literatur belegt die positiven Effekte von körperlicher Aktivität im Zusammenhang mit zahlreichen Krankheiten, u.a. NCDs, psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen.

Regelmässige körperliche Aktivität, insbesondere ausdauerorientierte Bewegung wie Gehen, Wandern oder Velofahren¹⁴ aber auch Aktivitäten mit Fokus auf Kraft, Gleichgewicht und Beweglichkeit, sowie die Reduktion des «sitzenden oder ruhenden Lebensstils» (langandauerndes Sitzen kombiniert mit wenig Bewegung) wird für die **Prävention, Kuration und Rehabilitation** zahlreicher **NCDs** empfohlen (vgl. Übersicht in Anhang 2).¹⁵⁻¹⁸ Dazu gehören z.B. Herz-Kreislauf- (Bluthochdruck, koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Hirnschlag und Claudicatio intermittens)¹⁹, Stoffwechsel- (Fettleibigkeit, Hyperlipidämie, metabolisches Syndrom, Typ-2-Diabetes, Typ-1-Diabetes)²⁰, muskuloskelettale (Osteoarthritis, Osteoporose, chronische

ⁱⁱⁱ Die [Nationale Strategie Sucht](#) unterscheidet Konsum- und Verhaltensweisen nach ihrer Intensität und den damit verbundenen Risiken für das Individuum und die Gesellschaft in risikoarmes Verhalten, Risikoverhalten und Sucht.

^{iv} Dazu gehören alle, die im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung beim Alkoholkonsum «weniger als 1 Mal pro Monat» und mehr angegeben haben.

Rücken- und Nackenschmerzen, rheumatoide Arthritis, Tendinopathien), neurodegenerative Erkrankungen (Demenz, Parkinson-Krankheit, Multiple Sklerose)²¹ sowie bestimmte Krebsarten (u.a. Brust-, Darm- oder Prostatakrebs).²² Körperliche Aktivität spielt auch eine wichtige Rolle bei der Prävention und Behandlung von **psychischen Erkrankungen** (Depressionen, Angststörungen, Schizophrenie) sowie **Suchterkrankungen**.^{23,24} Körperlich-geistige Aktivitäten und Bewegungs- und Sportprogramme zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit (im Sinne der Fitness) können bei Personen mit Substanzabhängigkeit zu einer Verbesserung der psychischen Gesundheit im Zusammenhang mit depressiven Symptomen, Depressionen, Angstzuständen, aber auch zu einem reduzierten Verlangen nach Substanzen («Craving»), und zu mehr Lebensqualität führen.²⁵⁻²⁸

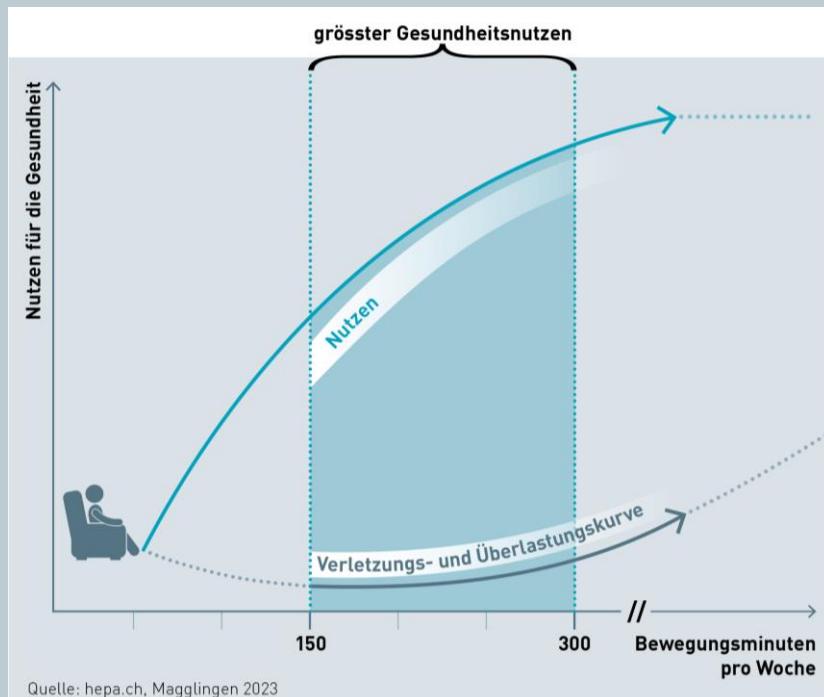
Körperliche Aktivität trägt nicht nur dazu bei, das Risiko für die Entwicklung von NCDs zu verringern, sondern hat auch einen positiven Einfluss auf das Management und die Behandlung von Krankheiten sowie auf die Entwicklung von Komorbiditäten.²⁹ Gleichzeitig wirkt sich körperliche Aktivität förderlich auf die kardiovaskuläre, metabolische, muskuläre und psychische Gesundheit und die Lebensqualität aus. Sie reduziert damit körperliche und geistige Funktionseinschränkungen und fördert die gesellschaftliche Partizipation gemäss der «International Classification of Functioning, Disability and Health» (ICF) der Weltgesundheitsorganisation WHO.³⁰ Zugleich ist davon auszugehen, dass der gesundheitliche Nutzen von körperlicher Aktivität die Risiken, z.B. durch berufsbedingte, belastende körperliche Aktivität oder Unfälle, aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive überwiegt.^{15,31} Schliesslich haben körperlich aktive Menschen nicht nur eine bessere gesundheitsbezogene Lebensqualität, sie leben auch länger, da Bewegung die Sterblichkeit reduziert. Im Alter sind körperlich Aktive autonomer, mobiler, weniger pflegebedürftig und auch geistig fitter als Menschen, die sich kaum bewegen.¹⁵

Nichtsdestotrotz bewegen sich in der Schweiz fast ein Viertel der Bevölkerung gemessen an den Bewegungsempfehlungen zu wenig – auf stagnierendem Niveau seit 2017.³² 8 % der Bevölkerung bewegen sich weniger als 30 Minuten pro Woche und gelten somit als inaktiv.

EXKURS: Zur Bedeutung des Bewegungsumfangs¹⁵

Grundsätzlich besteht ein direkter Zusammenhang zwischen dem Bewegungsumfang und dem Ausmass der Gesundheitseffekte (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Dosis-Wirkungs-Beziehung von körperlicher Aktivität



Gemäss der Forschung ergibt sich für Erwachsene der grösste Gesundheitsnutzen im Bereich von 150–300 Bewegungsminuten pro Woche bei ausdauerorientierter Bewegung mit mittlerer Intensität oder im Bereich von 75–150 Bewegungsminuten pro Woche bei Bewegung mit hoher Intensität.^{29,33,34} Der Zusatznutzen für die Gesundheit nimmt bei einem höheren Bewegungsumfang ab und die Wahrscheinlichkeit für Verletzungen und Überlastungen nimmt zu. Für Kinder und Jugendliche (5-17 Jahre) werden im Durchschnitt über die Woche mindestens 60 Minuten (1 Stunde) pro Tag mit mittlerer bis hoher Intensität ausdauerorientierte Bewegung empfohlen, für Kinder unter 5 Jahren 180 Minuten Bewegung täglich sowie für Säuglinge entsprechend dem Entwicklungsstand 30 Minuten Bewegung täglich. Ergänzend wird ab dem Kindesalter empfohlen, abwechslungsreiche Bewegungen auszuführen, welche die Muskeln kräftigen. Bei Erwachsenen umfasst dies muskelkräftigende Bewegung an mindestens zwei Tagen pro Woche, die alle Hauptmuskelgruppen einbezieht. Bei älteren Erwachsenen werden zusätzlich körperliche Aktivitäten empfohlen, die das Gleichgewicht und die Koordination fördern. Dies trägt zur Vermeidung von Stürzen bei und fördert die Gesundheit und langfristige Selbstständigkeit im Alter.^v

^v Weitere Informationen zu den zielgruppenspezifischen Bewegungsempfehlungen finden sich unter <https://www.hepa.admin.ch/de/bewegungsempfehlungen>

3.3 Evidenz zum gesundheitlichen Nutzen von Bewegungsprogrammen

Strukturierte Bewegungsprogramme, die Variationen in der Art der Bewegung, Intensität, Häufigkeit und Dauer beinhalten, haben viele positive gesundheitliche Effekte, nicht nur für die körperliche, sondern auch für die psychosoziale Funktion³⁵, das Wohlbefinden und die Lebensqualität.³⁶ Wird die körperliche Aktivität in der Gruppe durchgeführt, steigert dies die soziale Integration, was sich zusätzlich positiv auf das Wohlbefinden auswirkt. Bewegungsprogramme können bei verschiedenen Gesundheitszuständen ähnliche oder sogar breitere therapeutische Ergebnisse erzielen als andere medizinische Standardbehandlungen.³⁷ Noch wirksamer als Standardprogramme sind die Effekte individualisierter Bewegungsprogramme, inklusive Programme mit Anteilen höherer Belastungsintensität oder hochintensivem Intervalltraining.³⁸⁻⁴¹

Bewegungs- und Sportprogramme sind auch in der Rehabilitation sehr effektiv, z.B. in der kardialen Rehabilitation bei Herzinsuffizienz⁴², koronarer Herzerkrankung⁴³ oder Transplantationen⁴⁴, bei pulmonaler Hypertonie⁴⁵ und nach muskuloskelettalen Ereignissen (z.B. Kreuzbandruptur⁴⁶, Rotatorenmanschetten-Tendinopathie⁴⁷). Bei den genannten Erkrankungen gehört Bewegung mittlerweile zum Standardprogramm in der Rehabilitation. Es ist erwiesen, dass die gesundheitlichen Outcomes bei Patientinnen und Patienten nach einem Rehabilitationsprogramme besser sind im Vergleich zu Personen, die kein Rehabilitationsprogramm durchführen (z.B. ein Jahr nach akutem Myokardinfarkt⁴⁸).

3.4 Gesundheitsökonomischer Nutzen von körperlicher Aktivität¹⁵

Die Gesamtkosten des Bewegungsmangels in der Schweiz wurden für das Jahr 2011 auf rund 2.5 Milliarden Franken geschätzt.⁴⁹ Bei knapp der Hälfte dieser Kosten handelt es sich um direkte medizinische Kosten von Behandlungen, während der Rest sogenannte indirekte volkswirtschaftliche Kosten betrifft, z. B. aufgrund von Krankheitstagen oder vorzeitigen Todesfällen. Für die Schweiz wurde berechnet, dass Bewegungsmangel im Jahr 2013 für 2 % der gesamten verlorenen gesunden Lebensjahre und für 1.2 % der gesamten medizinischen Kosten verantwortlich war.⁵⁰ Die beiden Krankheiten, welche die höchste volkswirtschaftliche Belastung verursachten, waren Rückenschmerzen und Depressionen in Folge von Bewegungsmangel. Eine neue Studie der WHO zeigt auf, dass in der Schweiz zwischen 2020 und 2030 insgesamt jährlich rund 1.7 Milliarden USD direkte öffentliche Gesundheitskosten durch die sieben wichtigsten durch Bewegungsmangel verursachten Krankheiten entstehen, wenn die Bewegungsempfehlungen in der Bevölkerung weiterhin nicht vollumfänglich erreicht werden.⁵¹

Zugleich haben strukturierte Bewegungsprogramme erhebliches Potenzial zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit und produktivitätsbezogenen Ergebnisse für Arbeitnehmende mit hohem Risiko für kardiovaskuläre und metabolische Erkrankungen.⁵²

Die aufgezeigte wissenschaftliche Evidenz und der gesundheitsökonomische Nutzen zeigen, dass es keine andere gesundheitliche Massnahme oder Therapie gibt, die einen so vielfältigen, gesamtgesellschaftlichen und evidenzbasierten Nutzen hat wie körperliche Aktivität.

4 Wie wird *Exercise is Medicine* in anderen Ländern umgesetzt?

Eine aktuelle [Studie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften](#) (ZHAW) hat im Auftrag des BAG untersucht, wie in einer Reihe anderer Länder (Australien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Kanada, Niederlande, Norwegen, Schweden und UK) körperliche Aktivität resp. Bewegung als Behandlungsoption eingesetzt wird.⁵³

In allen diesen Ländern kann körperliche Aktivität resp. Bewegung als Therapie für Patientinnen und Patienten mit NCD, psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen angeordnet resp. verschrieben werden (wobei damit nicht in allen Ländern eine Kostenübernahme durch die Krankenversicherung oder den nationalen Gesundheitsdienst einhergeht). Dabei können im Wesentlichen folgende **drei Behandlungsoptionen** unterschieden werden, wie Bewegung in diesen Ländern angeordnet wird:

- **Rehabilitationsprogramme:** In allen Ländern werden strukturierte Rehabilitationsprogramme für Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen, nach einem akuten Ereignis, einer Intervention oder Operation oder funktioneller Verschlechterung bei chronischer Erkrankung angeboten. Bei NCDs sind insbesondere kardiovaskuläre (z.B. nach einem Herzinfarkt, Schlaganfall, Dekompensation bei chronischer Herzinsuffizienz) und pulmonale Rehabilitationsprogramme (z.B. nach einer Exazerbation einer COPD) und Rehabilitationsprogramme bei Krebserkrankungen gut etabliert.
- **Rehabilitationssport und weiterführende Langzeit-Angebote:** Im Anschluss an die Rehabilitationsprogramme organisieren und koordinieren häufig Patientenorganisationen den sogenannten Rehabilitationssport. Dabei handelt es sich in der Regel um strukturiertere (Gruppen-)Bewegungsangebote, die Betroffene dabei unterstützen, ihre Rehabilitationsziele zu erreichen oder weiterzuverfolgen und aufrecht zu erhalten.
- **Individuelle Bewegungsempfehlung («Bewegungsrezept»):** In beinahe allen eingeschlossenen Ländern (ausser den Niederlanden) kann körperliche Aktivität auch unabhängig von Rehabilitationsprogrammen oder Rehabilitationssport als therapeutische Intervention empfohlen resp. verschrieben werden. Die Voraussetzungen und Vorgaben, die für die Ausstellung eines Bewegungsrezepts gelten, variieren je nach Land:
 - In einigen Ländern (nordische Länder und Frankreich) sind die Diagnosen, bei welchen ein Bewegungsrezept ausgestellt werden kann, abschliessend in Handbüchern definiert (was teilweise darauf zurückzuführen ist, dass ein Rezept mit einer kostenlosen Inanspruchnahme von Bewegungsangeboten einhergeht). In Deutschland hingegen kann ein Bewegungsrezept unabhängig von einer Diagnosestellung ausgestellt werden (mit dem deutschen «Rezept für Bewegung» ist jedoch keine Kostenübernahme verbunden).
 - Vornehmlich in jenen Ländern mit definierten Diagnoselisten gibt es auch (mehr oder weniger präzise) diagnosespezifische Empfehlungen / Vorgaben zu den Interventionsmodalitäten, also z.B. Angaben zu Trainingsdauer und -intensität sowie zum Setting (z.B. Einzel- oder Gruppensetting, digital oder Präsenz).

In vielen Ländern erfolgt bei der Ausstellung eines Bewegungsrezepts ein **Beratungsgespräch** (mit einer Fachperson für Bewegung / Sport oder mit einer Koordinatorin bzw. einem Koordinator, die / der die Bewegungsangebote in der Region gut kennt).

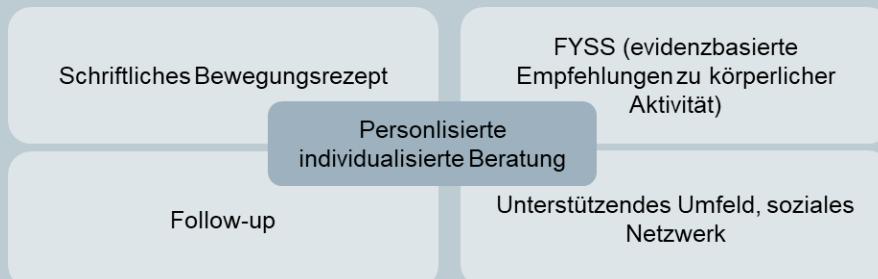
Als «**Best Practice-Modell**» gilt die schwedische Methode der «Physical Activity on Prescription (PAP-S)» (vgl. dazu den Exkurs auf der nächsten Seite). Aktuell nehmen Organisationen aus 10 EU-Mitgliedstaaten am dreijährigen EU-Projekt [EUPAP – a European Physical Activity on Prescription Model](#) teil und überlegen, wie sich das schwedische Modell auf ihr Land transferieren lässt.

Studien, welche verschiedene Modelle der Verschreibung von körperlicher Aktivität untersucht haben, zeigen, dass die Verschreibung von körperlicher Aktivität in Bezug auf die längerfristige Reduzierung von Bewegungsmangel und die Verbesserung gesundheitlicher Outcomes wirksam und kosteneffizient sein kann.^{54–58}

EXKURS: Die schwedische Methode «Physical Activity on Prescription (PAP)»

Schweden hat vor rund 20 Jahren das Programm «Physical Activity on Prescription (PAP-S)» lanciert.⁵⁹ Das PAP-S-Modell besteht aus fünf Komponenten (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Komponenten des PAP-S-Modells (adaptiert von Mas-Alos (2020)⁶⁰)



1. Die **personalisierte, individualisierte Beratung** ist zentral im PAP-S-Modell. Das übergeordnete Ziel besteht darin, körperliche Aktivität in den **Alltag** zu integrieren und **Verhaltensänderungen** zu unterstützen. Die Beratung bezieht die Gesundheit des Patienten/der Patientin, Symptome, Diagnosen, potenzielle Risikofaktoren, Motivation, frühere Erfahrungen, Vorlieben und Unterstützungsbedarf mit ein. Die Beratung schliesst mit einem schriftlichen Rezeptformular ab.
2. Das **schriftliche Bewegungsrezept^{vi}** muss die **Bestandteile der körperlichen Aktivität** (Art, Dosisierung, spezifische Aktivitäten), mögliche **Kontraindikationen** und einen **Plan für die Nachbetreuung** beinhalten. Es umfasst oft einen Teil der Anamnese, wie aktuelle körperliche Aktivitätsniveaus, Indikationen für das Rezept und Motivationen der Patientin oder des Patienten. Ein körperliches Aktivitätstagebuch oder ein Schrittzähler kann ebenfalls beigefügt werden.
3. **Evidenzbasierte Bewegungsempfehlungen:** Das FYSS-Handbuch⁴⁰ und die darauf basierende Online-Plattform [fyss.se](https://www.fyss.se) fassen das Wissen darüber zusammen, wie verschiedene Krankheiten mithilfe von körperlicher Aktivität verhindert oder behandelt werden können. Es wird verwendet, um evidenzbasierte Verschreibungen sicherzustellen.
4. Das **Follow-up** dient der Anpassung des Bewegungsrezeptes und bei Bedarf der Förderung der Motivation der Patientin bzw. des Patienten. Der Arzt/die Ärztin ist dafür verantwortlich, dass das Follow-up sowohl für die Gesundheitsoutcomes als auch für die körperliche Aktivität durchgeführt wird. Der Kontakt kann über erneute Konsultationen, Telefon, E-Mail, SMS erfolgen und von derselben Ärztin oder demselben Arzt oder anderen Gesundheitsfachpersonen durchgeführt werden.
5. **Unterstützendes Umfeld / soziales Netzwerk:** Die Zusammenarbeit mit Aktivitätscoaches (PAP-Trainern) ist wichtig, da das Bewegungsrezept strukturierte Übungen enthalten kann. Aktivitätscoaches können Personen von Nichtregierungsorganisationen wie Sport-, Rentner- oder Patientenverbänden, öffentlichen Einrichtungen oder privaten Unternehmen wie Fitnessstudios und Fitnesszentren sein, die nicht zwingend medizinische Fachpersonen sind. Ziel ist es, dass durch die Unterstützung durch Aktivitätscoaches im sozialen Umfeld die Aufrechterhaltung der körperlichen Aktivität unterstützt wird.

Die Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen in der Verschreibung und Beratung von körperlicher Aktivität ist ein zentrales Anliegen, damit dieses Modell funktioniert. Die Wirksamkeit des PAP-S-Modells in Bezug auf die Erhöhung körperlicher Aktivität sowie der Verbesserung von kardiovaskulären Risikofaktoren und der Lebensqualität konnte in verschiedenen Studien gezeigt werden.⁶⁰⁻⁶²

^{vi} Eine Vorlage des schwedischen Bewegungsrezepts findet sich unter <https://www.fyss.se/wp-content/uploads/2020/11/ordination-fysisk-aktivitet.pdf>

Teil B: Umsetzung in der Schweiz

5 Welche Zielgruppen können von *Exercise is Medicine* profitieren?

Im Grundsatz können drei Zielgruppen identifiziert werden, die von Präventions- und Behandlungsmassnahmen gemäss *Exercise is Medicine* profitieren können:

- Personen nach einem **akuten gesundheitlichen Ereignis** (z.B. Exazerbation bei COPD, Herzinfarkt, Schlaganfall, Dekompensation einer chronischen Herzinsuffizienz), nach einer **medizinischen Behandlung** (z.B. Chemotherapie) oder vor oder nach einer **Operation** im Zusammenhang mit NCDs (vgl. Kap. 5.1);
- **Chronisch kranke Personen:** Personen mit einer **diagnostizierten NCD, psychischen Erkrankungen oder Suchterkrankungen** (vgl. Kap. 5.2), wobei sich diese Krankheiten wechselseitig beeinflussen und die Betroffenen an Erkrankungen in mehreren Bereichen leiden können;
- **Gefährdete Personen:** Personen mit **unzureichendem Bewegungsumfang** (Bewegungsmangel entsprechend Nicht-Erfüllen der Schweizer Bewegungsempfehlungen) und **weiteren Risikofaktoren** für die Entwicklung von NCDs, psychischen Erkrankungen oder Suchterkrankungen («gefährdete Personen») sowie **Frauen während und nach der Schwangerschaft** (vgl. Kap. 5.3).

Mit der Festlegung dieser Zielgruppen hebt sich EIM von der **Primärprävention** ab: Die Bewegungsförderung bei gesunden Personen ohne Risikofaktoren gehört klar nicht zum Scope von EIM.

Nachfolgend sind alle drei Zielgruppen näher beschrieben. Innerhalb dieser Zielgruppen sind sozial benachteiligte Gruppen aufgrund ihrer Vulnerabilität und ihres ungleichen Zugangs zu Leistungen und Angeboten besonders zu beachten. Dies gilt insbesondere in Bezug auf die Früherkennung von Betroffenen und den Zugang zu den Leistungen, um die gesundheitliche Chancengerechtigkeit zu fördern.

5.1 Personen nach einem akuten gesundheitlichen Ereignis, vor oder nach einer medizinischen Behandlung/Operation

Diese Zielgruppe umfasst alle Personen nach einem akuten gesundheitlichen Ereignis, bzw. vor oder nach einer medizinischen Intervention oder Operation mit folgenden Indikationen:

- Herzinfarkt, Vorhofflimmern, chronische Herzinsuffizienz, kardiovaskuläre Intervention oder Operation, Implantation von elektrischen Geräten oder ventrikulären Unterstützungssystemen
- Krebserkrankungen nach Radio- und/oder Chemotherapie, Stammzelltransplantation, Tumorchirurgie

- Schwere Verletzungen und Traumata (z.B. Knochenbrüche, Rückenmarksverletzungen wie Querschnittslähmung, Schädel-Hirn-Traumata, Verbrennungen)
- Schwere Infektionen (Sepsis mit Organversagen, Meningitis, Enzephalitis)
- Schwere akute Atemwegserkrankungen, wie z.B. schwere Lungenentzündung oder ARDS (Akutes Lungenversagen)
- Orthopädische Operationen (bspw. Hüft- oder Kniegelenkersatz)
- Organtransplantationen
- Patientinnen und Patienten nach Langzeit-Intensivpflege
- Akute psychische Erkrankungen

5.2 Chronisch kranke Personen

Diese Zielgruppe umfasst alle Personen mit mindestens einer diagnostizierten nicht-übertragbaren chronischen Krankheit, für welche der Nutzen von körperlicher Aktivität erwiesen ist.^{16,29,31} Folgende Tabelle 1 zeigt die Kategorien chronischer Krankheiten nach ICD-11 und eine beispielhafte Auswahl häufiger chronischer Erkrankungen mit hoher Evidenz für körperliche Aktivität zur Definition dieser Zielgruppe. Für die Umsetzung und Finanzierung von Massnahmen im Zusammenhang mit *Exercise is Medicine* sind die einzelnen chronischen Krankheiten im Einzelfall zu prüfen.

Tabelle 1: Nicht-abschliessende Übersicht chronischer Erkrankungen mit hoher Evidenz für körperliche Aktivität^{vii}

ICD-11- Nr.	ICD-11-Kategorie	Beispiele für Krankheitsbilder
02	Neubildungen	– Krebserkrankungen wie Blasen-, Brust-, Dickdarm-, Endometrium-, Magen-, Nieren-, Prostata-, Lungen- und Speiseröhrenkrebs
04	Krankheiten des Immunsystems	– Inflammatorische Erkrankungen wie systemischer Lupus erythematos
05	Endokrine, Ernährungs- oder Stoffwechselkrankheiten	– Typ-1- und Typ-2-Diabetes – Übergewicht und Adipositas – Störungen des Lipoproteinstoffwechsels – Metabolisches Syndrom
06	Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuronale Entwicklungsstörungen	– Depression – Angststörungen – Schizophrenie – Demenz – Störungen durch Substanzgebrauch oder Verhaltenssüchte (insbes. Alkoholabhängigkeit und schädlicher Konsum)
07	Schlaf-Wach-Störungen	– Schlaflosigkeit (Insomnien)

^{vii} Beispiele orientiert am schwedischen PAP-S-Modell, vgl. Plattform <https://efyss.se/> und FYSS-Handbuch⁴⁰

ICD-11- Nr.	ICD-11-Kategorie	Beispiele für Krankheitsbilder
08	Krankheiten des Nervensystems	<ul style="list-style-type: none"> – Schlaganfall – Migräne – Morbus Parkinson – Multiple Sklerose
11	Krankheiten des Kreislaufsystems	<ul style="list-style-type: none"> – Bluthochdruck – Herzinsuffizienz – Koronare Herzkrankheit – Angina pectoris – Periphere arterielle Verschlusskrankheit – Vorhofflimmern – Herzklappenerkrankungen
12	Krankheiten des Atmungssystems	<ul style="list-style-type: none"> – Chronisch obstruktive Lungenkrankheit – Asthma – Lungenfibrose
13	Krankheiten des Verdauungssystems	<ul style="list-style-type: none"> – Metabolismus-assoziierte steatotische Lebererkrankung (MASLD) – Metabolismus-assoziierte Steatohepatitis (MASH)
15	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems oder des Bindegewebes	<ul style="list-style-type: none"> – (Hüft- und Knie-)Arthrose – Rheumatoide Arthritis – Myositis (Muskelentzündung) – Osteoporose – Sarkopenie
21	Symptome oder klinische Befunde, anderenorts nicht klassifiziert	<ul style="list-style-type: none"> – Chronische Schmerzen

5.3 Gefährdete Personen

Diese Zielgruppe umfasst alle Personen mit **unzureichendem Bewegungsumfang** (d.h. mit einem Bewegungsumfang, der die Schweizer Bewegungsempfehlungen nicht erfüllt) **und weiteren Risikofaktoren** für nicht-übertragbare, chronische Krankheiten, aber (noch) ohne Diagnose einer derartigen Erkrankung. Die hier eingeschlossenen Risikofaktoren sind:⁶³

- Langandauerndes Sitzen (sitzender Lebensstil)
- Weitere verhaltensbezogene Faktoren: Rauchen, übermässiger Alkoholkonsum und unausgewogene Ernährung (entsprechend der Schweizer Ernährungsempfehlungen)^{viii}
- Psychosoziale Risikofaktoren wie chronischer Stress, Schlafprobleme, soziale Isolation und mangelnde soziale Unterstützung
- Weitere Risikofaktoren wie genetische Prädisposition, Alter, Geschlecht, Umwelt- und Berufsexposition sowie sozioökonomische Faktoren, die zu sozialer Benachteiligung und sozial bedingter Vulnerabilität führen können (z.B. Personen mit schwierigem

^{viii} Körperliche Aktivität ist oft Teil eines gesundheitsbewussten Lebensstils: Körperlich aktive Personen rauchen weniger, ernähren sich gesünder, haben weniger Übergewicht und umgekehrt.⁶⁴

Migrationshintergrund, Armutsbetroffenheit, Arbeitslosigkeit, tiefem sozioökonomischem Status, wenigen Sozialkontakten, strukturellen Risikofaktoren)

- Schwangerschaft

Personen mit einem oder mehreren dieser Risikofaktoren haben ein deutlich erhöhtes Risiko eine chronische nicht-übertragbare Krankheit (bspw. kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes, Krebs oder chronische respiratorische Erkrankungen wie COPD) und/oder psychische Erkrankung (z.B. Depression) zu entwickeln.

6 Welche Outcome-Ziele verfolgt *Exercise is Medicine*?

Das übergeordnete Ziel von *Exercise is Medicine* in der Schweiz ist **vorzubeugen** und zu **behandeln**. *Exercise is Medicine* zielt bei den oben genannten Zielgruppen darauf ab:

- weitere Krankheiten vorzubeugen,
- eine Krankheit zu heilen bzw. einen Krankheitszustand/-verlauf zu stabilisieren resp. zu verbessern und Symptome zu lindern,
- Komorbidität zu reduzieren,
- Funktionseinschränkungen zu reduzieren, die Progression einer Erkrankung, eines (Krankheits-) Zustands oder einer Funktionseinschränkung zu reduzieren, und damit Partizipation in Familie, Gesellschaft und Beruf zu verbessern,
- gesundheitsbezogene Lebensqualität und Autonomie zu verbessern,
- Selbstmanagement- und Gesundheitskompetenzen zu fördern und dadurch den Umgang mit der Krankheit und deren Herausforderungen zu verbessern,
- einen Rückfall zu verhindern.

7 Wie wird *Exercise is Medicine* in der Schweiz bislang umgesetzt?

Mit Blick auf die in Kapitel 4 eingeführten **Optionen**, wie **Bewegung** für die Prävention, Kuration und Rehabilitation von Krankheiten **angeordnet** werden kann, kann die Ausgangslage in der Schweiz wie folgt zusammengefasst werden:⁵³

a) Rehabilitationsprogramme

Nach der **Diagnosestellung einer NCD** oder einem **akuten Ereignis** (z.B. Herzinfarkt) können Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz strukturierte stationäre und ambulante Rehabilitationsprogramme verordnen. Körperliche Aktivität ist dabei ein etablierter Bestandteil von Physiotherapie und Rehabilitation. Für Herzkreislauferkrankungen, für die periphere arterielle

Verschlusskrankheit (PAVK), für internistisch-onkologische Erkrankungen, musculoskelettale Erkrankungen, Diabetes und chronische Atemwegserkrankungen sind stationäre Rehabilitations-Programme von drei bis vier Wochen Dauer oder ambulante Programme von vier bis zwölf Wochen Dauer (bis 36 Sitzungen) akzeptiert und schweizweit etabliert (im Einzelfall kann die Dauer auch verlängert werden). Die Entscheidung für ein stationäres oder ambulantes Programm richtet sich nach dem Schweregrad der Erkrankung, durchgeführten Interventionen oder Operationen und Komorbiditäten.

Finanzierung: Rehabilitationsprogramme werden von der **Grundversicherung** vergütet, wenn im Einzelfall die gesetzlich vorgeschriebenen Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit und zusätzlich folgende Voraussetzungen erfüllt sind: a) Spitalbedürftigkeit (nur im Fall einer stationären Rehabilitation eine Voraussetzung), b) ärztliche Verordnung, c) Kostengutsprache des Versicherers, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt und d) anerkanntes Spital (d.h. Rehabilitationsklinik ist auf der Spitalliste des jeweiligen Kantons).

Bei **psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen** gibt es in allen psychiatrischen Kliniken in der Deutschschweiz⁶⁵ Bewegungsangebote im Rahmen stationärer und ambulanter Therapien.^{ix}

Finanzierung: Diese Bewegungsangebote sind integraler Bestandteil der Behandlung, d.h. sie werden nicht separat angeordnet und auch nicht spezifisch vergütet. Sie erreichen aber nur einen Teil der Patientinnen und Patienten und können nach Klinikaustritt in den meisten Fällen kaum weitergeführt werden.

b) Rehabilitationssport und weiterführende Langzeit-Angebote

Auch weiterführende krankheitsspezifische, strukturierte Langzeit-Angebote resp. Sport-/Trainingsgruppen, welche helfen, die in der Rehabilitation erzielten Verbesserungen langfristig zu erhalten, sind in der Schweiz etabliert und können von Ärztinnen und Ärzten angeordnet werden. Dazu gehören bspw. Programme für Herz- und Krebspatientinnen und -patienten oder das Programm DIAfit für Diabetespatientinnen und -patienten. Neben Angeboten von Spitälern und Kliniken sind in diesem Bereich auch niedergelassene (Sport-)Therapeutinnen und Therapeuten sowie verschiedene Gesundheitsligen aktiv. Die Gesundheitsligen beraten Betroffene hinsichtlich körperlicher Aktivität und bieten häufig auch selbst krankheitsspezifische Bewegungs- und Sportangebote an (z.B. Kletter- und Yogakurse für Betroffene nach einer Hirnverletzung von fragile.ch, Krebssportgruppen der Krebsliga, Outdoor- und Wassersportangebote für Rheumabetroffene der Rheumaliga oder Herzgruppen der Herzliga).

Für **psychische Erkrankungen** gibt es nur einzelne weiterführende Bewegungsangebote von PluSport Behindertensport Schweiz. Für **Suchterkrankungen** bestehen kaum weiterführende Sport- und Bewegungsangebote.

^{ix} Es wird angenommen, dass dies auch für die psychiatrischen Kliniken in der Romandie zutrifft. Hierzu liegen jedoch aktuell keine expliziten Daten für die Romandie vor.

Finanzierung: Die Kosten von Langzeit-Angeboten werden in der Schweiz in den allermeisten Fällen **nicht** von der **Grundversicherung** übernommen – auch wenn sie angeordnet sind. Daher wird die Teilnahme an solchen Angeboten in der Regel auch nicht ärztlich angeordnet, sondern hängt stark von der Eigeninitiative und den persönlichen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen der Betroffenen ab. Als Ausnahme ist hier die medizinische Trainingstherapie durch Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen anzuführen, die (im Anschluss an eine physiotherapeutische Einzelbehandlung) während längstens drei Monaten durch die Grundversicherung vergütet wird. **Zusatzversicherungen** finanzieren Langzeit-Angebote teilweise (mit). Je nach Zusatzversicherung ist der Anteil an Selbstzahlung durch die Patientinnen und Patienten dann höher oder niedriger. Eine ärztliche Anordnung ist für die Übernahme durch die Zusatzversicherung nicht in jedem Fall erforderlich (z.B. leisten viele Zusatzversicherungen ohne ärztliche Anordnung einen Beitrag an ein Fitness-Abo).

c) Individuelle Verschreibung von Bewegung («Bewegungsrezept»)

Die Möglichkeit, körperliche Aktivität zu verschreiben resp. ein Bewegungsrezept auszustellen, ist bislang in der Schweiz nicht systematisch etabliert. Im Rahmen des Programms **PAPRICA** (Physical Acitivity Promotion in Primary Care)⁶⁶ oder im Projekt **Pas à Pas+** (PAP+)⁶² werden aber – ähnlich wie in anderen Ländern – auf Basis von Interviews resp. Beratungsgesprächen individuelle Bewegungspläne für Personen mit chronischen Erkrankungen resp. mit Risikofaktoren in Form von Verschreibungen erstellt.

Finanzierung: Eine Kostenübernahme der verschriebenen Bewegungsangebote durch die Grund- oder Zusatzversicherung ist damit aktuell nicht verbunden.

EXKURS: PAPRICA und Projekt Pas à Pas+ (PAP+)

PAPRICA: Das Programm PAPRICA beruht auf einer spezifischen Fortbildung für Hausärztinnen und Hausärzte, die jene befähigen soll, auf Basis einer Interviewtechnik und unterstützt durch ein Handbuch Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten hinsichtlich ihres Bewegungsverhaltens zu beraten. Zu den Hilfsmitteln, die PAPRICA für Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stellt, gehört auch eine [Vorlage für ein Bewegungsrezept](#). Die Tools, die im Rahmen von PAPRICA entwickelt wurden, stehen heute auch auf der Informationsplattform für Prävention im Praxisalltag [pepra.ch](#) zur Verfügung.

Pas à Pas+ (PAP+): Das Projekt PAP+ hat zum Ziel, die Wiederaufnahme körperlicher Aktivität bei Personen im Kanton Waadt zu fördern, die Bewegungsmangel aufzeigen und/oder ein Risiko für nicht übertragbare Krankheiten haben. Bei PAP+ können Ärztinnen und Ärzte sowie andere Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen Personen der Zielgruppe triagieren und sie an Spezialistinnen und Spezialisten für angepasste körperliche Aktivität (Adapted Physical Activity, APA) überweisen. Diese beraten die Teilnehmenden, vermitteln sie an lokale Bewegungsangebote und betreuen sie über einen Zeitraum von ca. sechs Monaten. Auf der Ebene der Fachpersonen zielt PAP+ darauf ab, für die Bedeutung körperlicher Aktivität zu sensibilisieren und so deren Kompetenzen zu erweitern. Um eine kontinuierliche Betreuung zu gewährleisten, ist die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den APA-Spezialistinnen und -Spezialisten von PAP+ und den Fachkräften des Gesundheits- und Sozialwesens ebenfalls ein zentrales Element der Projektumsetzung.

Über die oben erwähnten Angebote hinaus, die im engeren Sinne der Gesundheitsversorgung zuzurechnen sind, gibt es in der Schweiz ein breites Angebot an **Fitness-, Bewegungs- und**

Sportaktivitäten von kommerziellen Anbietern (z.B. Fitnesszentren, Kursanbietern) und **Vereinen**, die der Prävention von Krankheiten resp. der Gesundheitsförderung dienen. Auch mit Blick auf die definierten Zielgruppen von EIM spielen diese Angebote eine Rolle, wie in Kap. 8.3 weiter ausgeführt wird.

d) Beurteilung der Ist-Situation

Mit Blick auf die vorhandenen Behandlungsoptionen und die oben genannten **Zielgruppen** kann die heutige Situation wie folgt beurteilt werden:

- **Personen nach einem akuten gesundheitlichen Ereignis, vor oder nach einer medizinischen Behandlung/ Operation** können in der Schweiz von zahlreichen Rehabilitationsprogrammen profitieren, die im Grundsatz von der Grundversicherung vergütet werden. Die Qualität der bestehenden rehabilitativen und weiterführenden langfristigen Angebote in der Schweiz ist gemäss einer aktuellen Studie hoch, wenn sie von dafür qualifizierten Fachpersonen aus Physiotherapie, Sportpädagogik und Bewegungs- und Sportwissenschaften durchgeführt werden und alle Bestandteile der Bewegungsempfehlungen der jeweiligen Personengruppen berücksichtigen.⁵³ Viele der in der Schweiz bestehenden Programme, die in der genannten Studie analysiert wurden, werden von den entsprechenden ärztlichen Fachgesellschaften verantwortet oder akkreditiert. Nicht zwingend gewährleistet ist hingegen, dass Personen aus dieser Zielgruppe nach Abschluss derartiger Programme befähigt sind, körperliche Aktivität und Bewegung in ihren Alltag als Prävention für weitere akute Ereignisse resp. zur nachhaltigen Förderung ihrer Gesundheit und Lebensqualität zu integrieren.
- Für **chronisch kranke Personen** bestehen ebenfalls eine Reihe evidenzbasierter strukturierter Bewegungsangebote verschiedener Leistungserbringer und Gesundheitsligen. Nicht alle Langzeit-Angebote sind jedoch gemäss der Einschätzung von Expertinnen und Experten ausreichend evidenzbasiert und teils würde die Orientierung an der FITT-VP-Systematik fehlen. Es sei auch nicht gewährleistet, dass das Bewegungsprogramm individuell abgestimmt bzw. massgeschneidert sei. Langzeit-Angebote werden zudem nur in Ausnahmefällen von der Grundversicherung übernommen.

In der Schweiz wird für eine Reihe NCDs körperliche Aktivität in den medizinischen Leitlinien der Fachgesellschaften als therapeutische Intervention empfohlen. Dies gilt für musculoskelettale Erkrankungen, Herzkreislauf-Erkrankungen, Diabetes, chronische Atemwegserkrankungen und Krebserkrankungen (wenn auch wenig umgesetzt). Bei psychischen und Suchterkrankungen gibt es hingegen nur bei wenigen Störungsbildern (z.B. für die Depression) explizite Empfehlungen von Bewegung als Intervention.

Insgesamt wird das Potenzial, das *Exercise is Medicine* für die Behandlung von chronischen Krankheiten, psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen bietet, in der Schweiz bislang nicht ausgeschöpft: Ärztinnen und Ärzte weisen heute in der Regel nicht bereits bei der Diagnosestellung dieser Erkrankungen systematisch auf die Wichtigkeit und die Wirksamkeit von Bewegung als Therapie zur Verbesserung der Erkrankung und assoziierten Symptome sowie als Prävention vor Verschlechterung dieser Erkrankung bzw. der

assoziierten Symptome hin. Sie machen auch nur in Ausnahmefällen aktiv auf individuell geeignete Bewegungsangebote aufmerksam.

- Für **gefährdete Personen resp. Personen mit Risikofaktoren** stehen zwar im Grundsatz geeignete Fitness-, Bewegungs- und Sportaktivitäten zur Verfügung. Es kann heute in der Schweiz aber nicht davon ausgegangen werden, dass gefährdete Personen für die Bedeutung von Bewegung für den Erhalt ihrer Gesundheit systematisch sensibilisiert sind und dabei unterstützt werden, die für sie am besten geeignete Form der körperlichen Aktivität zu finden. Bewegungsangebote sind zudem selbst zu finanzieren.

8 Wodurch soll sich die Umsetzung von *Exercise is Medicine* in der Schweiz künftig auszeichnen?

8.1 Verschreibung als Herzstück

Internationale Evidenz wie auch die Ergebnisse aus der Anwendung des Konzepts PAPRICA und dem oben erwähnten Schweizer Projekt Pas à Pas+ zeigen auf, dass die **Verschreibung** von körperlicher Aktivität resp. die Ausstellung eines Bewegungsrezepts ein wirksames Instrument ist, um die Ziele von *Exercise is Medicine* zu erreichen.

Wie in vielen anderen Ländern soll es künftig auch in der Schweiz **eine offizielle Vorlage** für die Verschreibung von körperlicher Aktivität geben. Als Grundlage dafür können die Beispiele aus PAPRICA und Pas à Pas oder auch aus anderen Ländern dienen.

In Anhang 3 sind mögliche Inhalte einer Verschreibung skizziert.¹⁵ Zentral ist, dass die Verschreibung

- **diagnosespezifisch**^x ist;
- **individuell adaptiert** ist, d.h. an den Alltag der Menschen sowie deren individuelle Voraussetzungen (u.a. Bedürfnisse, Vorlieben, Fitness, Einschränkungen, finanzielle und zeitliche Ressourcen) angepasst ist;
- schriftliche Anweisungen zu Häufigkeit, Intensität, Dauer, Art und Umfang der verschreibenden Aktivitäten sowie zur allmählichen Steigerung entsprechend der **FITT-VP-Systematik** (F-Frequency, I-Intensity, T-Time/Duration, T-Type of Exercise, V-Volume, P-Progression) enthält.⁶⁷ Dabei sind im Gespräch mit der/dem Betroffenen individuelle realistische Ziele zu setzen, die akzeptiert sind.

Aus Expertensicht ist klar das Ziel, dass künftig in der Schweiz **bei definierten Indikationen** die Verschreibung einer evidenzbasierten Bewegungsintervention mit der **Kostenübernahme** durch die **Grundversicherung** einhergehen soll, sofern der Geltungsbereich des KVG erfüllt ist.

^x Vgl. dazu bspw.: <https://www.exerciseismedicine.org/eim-in-action/health-care/resources/rx-for-health-series/>

Die Einführung des Instruments der Verschreibung soll aber auch dann unverzüglich an die Hand genommen werden, wenn sich diese Forderung nicht unmittelbar umsetzen lässt. Denn wie Beispiele aus dem Ausland zeigen, dürfte die Verschreibung auch ohne Kostenübernahme gesundheitliche Nutzen bringen. Eine Verschreibung ohne Kostenübernahme durch die Grundversicherung wäre in der Schweiz auch keine Anomalie: Es werden heute von der Ärzteschaft ebenfalls Rezepte für nicht-kassenpflichtige Medikamente ausgestellt.

8.2 **Exercise is Medicine-Kernprozess**

Abbildung 3 zeigt, welche Prozessschritte für die erfolgreiche Implementierung von *Exercise is Medicine* relevant sind. Dieser Prozess ist angelehnt an das allgemeine Ablaufschema zur Patientenbetreuung in der Hausarztpraxis aus dem PAPRICA-Konzept.

Abbildung 3: Kernprozess von *Exercise is Medicine* in der Schweiz



Zu den einzelnen **Prozessschritten** (die Akteure werden in Kap. 8.3 aufgezeigt):

- Die **Identifikation** der Zielgruppen erfolgt auf Basis der Beschreibung in Kap. 5.
- Anschliessend folgen **Assessment** und **Verschreibung/Empfehlung**:
 - Das **Assessment** resp. die **Beurteilung der Indikation und möglicher Kontraindikationen** beruht auf einem **personenzentrierten Gespräch** (im Sinne einer Kurz-Beratung) gemeinsam mit den Betroffenen^{xi} im Sinne der Selbstmanagement-Förderung und umfasst im Wesentlichen:
 - Beurteilung der körperlichen Aktivität im Vergleich zu den Schweizer Bewegungsempfehlungen mittels Kurz-Fragebogen «Physical Activity As A Vital Sign (PAVS)»^{xii} oder dem International Physical Activity Questionnaire Short Form (IPAQsf)
 - Beurteilung der Motivationslage und Bereitschaft zur Veränderung des Bewegungsverhaltens
 - Identifikation und Beachtung von Kontraindikationen (Risikoassessment; vgl. dazu den nachstehenden Exkurs)

^{xi} Zur Bedeutung des Einbezug der Patientinnen und Patienten: vgl. fmc Symposium 2023 zur Thematik «[Erfolgreiche Integration mit den Patient:innen](#)»

^{xii} Vgl. PAPRICA Manual, S. 24

- Je nach Setting und Voraussetzungen (so oft wie möglich): Funktionsdiagnostik zur Bestimmung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Dazu gehören Erhebungen mittels Selbstauskunft und Messungen der körperlichen Aktivität, körperlichen Leistungsfähigkeit und bewegungsinduzierte Symptome, diagnose-spezifischer Marker und gesundheitsbezogener Lebensqualität.
- **Verschreibung/ Empfehlung:** vgl. dazu die Ausführungen in Kap. 8.1

EXKURS: Risikoassessment

Im Allgemeinen sind die Vorteile körperlicher Aktivität erheblich grösser als die Risiken. Obwohl das absolute Risiko äusserst gering ist, besteht bei körperlicher Anstrengung ein gewisses Risiko, z.B. für Herz-Kreislauf-Komplikationen, Frakturen bei Osteoporose oder Komplikationen bei Knochenmetastasen. Im Zusammenhang mit der Beratung zu körperlicher Aktivität ist es daher wichtig, im Rahmen einer individuellen Risikoeinschätzung durch ein Screening mittels PAR-Q-Fragebogen oder durch eine ärztliche Beurteilung mögliche Faktoren zu identifizieren, die ein Risiko darstellen können (u.a. Vorliegen oder Anzeichen einer NCD in Ruhe oder bei körperlicher Belastung, erhöhter Blutdruck, erhöhte Blutfettwerte oder andere kardiovaskuläre Risikofaktoren, vgl. PAPRICA Manual).

Zur Risikoeinschätzung gehört auch die Berücksichtigung etwaiger Kontraindikationen wie z.B. aktuelle signifikante Veränderung im EKG, instabile Angina pectoris, unkontrollierte Herzrhythmusstörungen. Bei vorliegenden Vorerkrankungen oder bei Verdacht auf eine unbehandelte oder nicht optimal behandelte Erkrankung sollte eine Ärztin oder ein Arzt mit entsprechender Expertise konsultiert werden.

• Beratung zur und Begleitung während der Durchführung:

- Nach erfolgter Verschreibung erfolgt eine auf die einzelnen Personen zugeschnittene und auf motivierender Gesprächsführung⁶⁸ beruhende **Beratung** zur Unterstützung der selbständigen körperlichen Aktivität oder zur Auswahl eines individuell geeigneten, krankheitsspezifischen oder -unspezifischen Bewegungsprogramms, das in der Region verfügbar ist. Dabei ist auch auf die Wichtigkeit der konsequenten Umsetzung hinzuweisen.
- Anschliessend sollen die teilnehmenden Personen über einen bestimmten Zeitraum (im Fall von Pas à Pas sind es ca. sechs Monate) **Begleitung** während der Durchführung erhalten. Diese Betreuung umfasst regelmässige Beratungsgespräche, motivationales Coaching, die Bereitstellung von Ressourcen und Hilfsmitteln (z.B. Informationsbroschüren, Aktivitätstagebücher, technische Hilfsmittel, vgl. PAPRICA-Manual, S. 26 und S. 37 ff.) und/oder auch eine Begleitung bei der Ausübung körperlicher Aktivitäten. Diese Begleitung soll den Personen helfen, ihre Ziele zu erreichen und aufrechtzuerhalten und sie im Sinne der **Selbstmanagement-Förderung**^{xiii} dabei unterstützen, eine dauerhafte Lebensstiländerung anzustreben, um ihre Gesundheit langfristig zu erhalten und zu verbessern.

^{xiii} Für weiterführende Informationen: vgl. [Plattform Selbstmanagement-Förderung bei nichtübertragbaren Krankheiten, Sucht und psychischen Erkrankungen \(SELF\)](#)

- **Durchführung der Bewegung:** Unter Durchführung der Bewegung wird die selbstständige oder angeleitete Durchführung (=Umsetzung) der körperlichen Aktivität oder des Bewegungsprogramms über einen längeren Zeitraum hinweg verstanden. Angeleitete Programme erfolgen durch qualifizierte Fachpersonen entsprechend ihrem Kompetenz- und Aufgabenprofil. Das Bewegungsprogramm wird basierend auf dem individuellen Assessment und der Verschreibung systematisch, effektiv und patientenzentriert geplant und durchgeführt, was zu besseren gesundheitlichen Ergebnissen und einer höheren Lebensqualität der Betroffenen führt. Dabei werden kurz- und langfristige Ziele gesetzt, die spezifisch, messbar, erreichbar, relevant und zeitgebunden (SMART) sind. Eine professionelle Leitung, regelmässige Überwachung (Supervision) und systematische Erfassung der Fortschritte und auftretende Probleme dient je nach Organisationsform (angeleitete oder nicht-angeleitete Umsetzung) zur Qualitätssicherung. Feedbackmechanismen durch die Anleitenden tragen zur Motivation und Adhärenz bei und stellen die Nachhaltigkeit der Intervention sicher, indem Patientinnen und Patienten bei der langfristigen Integration von Bewegung in ihren Alltag unterstützt werden.
- **Verlaufskontrolle (Follow-up):** Im Verlauf der Behandlung und Beratung wird die Umsetzung der Bewegungs-Verschreibung/-Empfehlung und der Outcomes der Bewegungsintervention bewertet. Damit wird die Zielerreichung überprüft und Anpassungen bei der Verschreibung/Empfehlung bzw. den konkreten Interventionsmodalitäten vorgenommen. Dafür eignen sich Instrumente, die auch im initialen Assessment angewendet werden oder Instrumente der Selbstkontrolle (Bewegungstagebuch, Schrittzähler, digitale Technologien wie Smartwatches, Apps).

8.3 Rollen und Akteure

Für die Umsetzung von EIM ist zu klären, welche Rolle die verschiedenen Akteure und Berufsgruppen, die es im Kontext Gesundheit und Bewegung gibt, im idealtypischen EIM-Prozess spielen sollen. Dazu dienen die nachfolgenden Ausführungen.

8.3.1 Identifikation

Der Fokus für die Umsetzung von EIM liegt in einer ersten Phase bei der **Gesundheitsversorgung**. Entsprechend sind für die Identifikation der genannten Zielgruppen in erster Linie die **Akteure des Gesundheitssystems** zuständig. Möglichst viele Berufe im Gesundheitswesen sollten für die Bedeutung von EIM sensibilisiert sein und die betreffenden Zielgruppen aktiv darauf hinweisen, eine diagnosespezifische, individuell adaptierte Verschreibung von körperlicher Aktivität / Bewegung einzuholen.

In einer späteren Phase sollen für die Identifikation auch Akteure ausserhalb der Gesundheitsversorgung sensibilisiert werden, z.B. auch Akteure aus dem Sozialbereich oder der Arbeitswelt.

8.3.2 Assessment & Verschreibung

Das Assessment und die Verschreibung von körperlicher Aktivität sollte aus Expertensicht vorherhanden bei der **Ärzteschaft** konzentriert sein. Mit dem beabsichtigten Ziel, dass die Bewegungsverschreibung bei definierten Indikationen künftig auch zu kassenpflichtigen Leistungen berechtigen soll, wird hier eine Gatekeeper-Funktion der Ärzteschaft für notwendig erachtet.

Auch die Ärzteschaft benötigt für die Verschreibung von Bewegungsmassnahmen jedoch spezifisches Fachwissen, über das sie aufgrund ihrer Aus- oder Weiterbildung nicht automatisch verfügt. Entsprechend braucht es hierfür spezifische Qualifizierungsmassnahmen und Fortbildungsmodule (vgl. dazu Handlungsfeld 2 in Kap. 9.2).

Sofern das spezifische Fachwissen für eine Verschreibung entsprechend den Anforderungen gemäss Kap. 8.1 nicht vorhanden ist, ist in der Praxis auch vorstellbar, dass die Ärzteschaft eine Überweisung an durchführende Akteure mit spezifischer Expertise (vgl. Kap. 8.3.4) vornimmt und diese dann in einem ersten Schritt die Details der Verschreibung präzisieren.

8.3.3 Beratung & Begleitung

Die Beratung und Begleitung kann im Grundsatz von verschiedenen Berufsgruppen innerhalb der Gesundheitsversorgung, aber auch von Berufsgruppen aus der Sport- und Bewegungsbranche (Anforderungsprofile werden noch definiert, siehe Kap. 9.2) wahrgenommen werden. Die Beratung und Begleitung setzt aber ebenfalls spezifische Kompetenzen (bspw. Techniken der motivierenden Gesprächsführung) sowie gute Kenntnisse der in der Region vorhandenen Bewegungsangebote voraus.

Eine Abrechnung der Leistungen für Beratung und Begleitung zulasten der Grundversicherung ist für nach dem KVG zugelassene Leistungserbringer teilweise möglich, z.B.:

- Die Ärzteschaft kann solche Leistungen als Konsultation abrechnen.
- Physiotherapeut/-innen haben im Rahmen der KVG-anerkannten physiotherapeutischen Leistungen unter der Berücksichtigung der ärztlichen Verordnung und der WZW-Kriterien ggf. die Möglichkeit, Leistungen der Beratung abzurechnen.

Die Ärzteschaft sollte für die Rolle der Beratung & Begleitung aus zwei Gründen nicht im Vordergrund stehen: Diese Berufsgruppe verfügt ohne spezifische Schulung (auch) nicht zwingend über die erforderlichen Kompetenzen und ihre knappen Ressourcen sollten angesichts der teils bereits bestehenden und sich künftig voraussichtlich verstärkenden Versorgungsgängen (insbesondere in der Grundversorgung) nicht unbedingt hierfür genutzt werden.

Aus Expertensicht braucht es für die Beratung & Begleitung deshalb Finanzierungslösungen, die innerhalb oder auch ausserhalb der Grundversicherung liegen können.

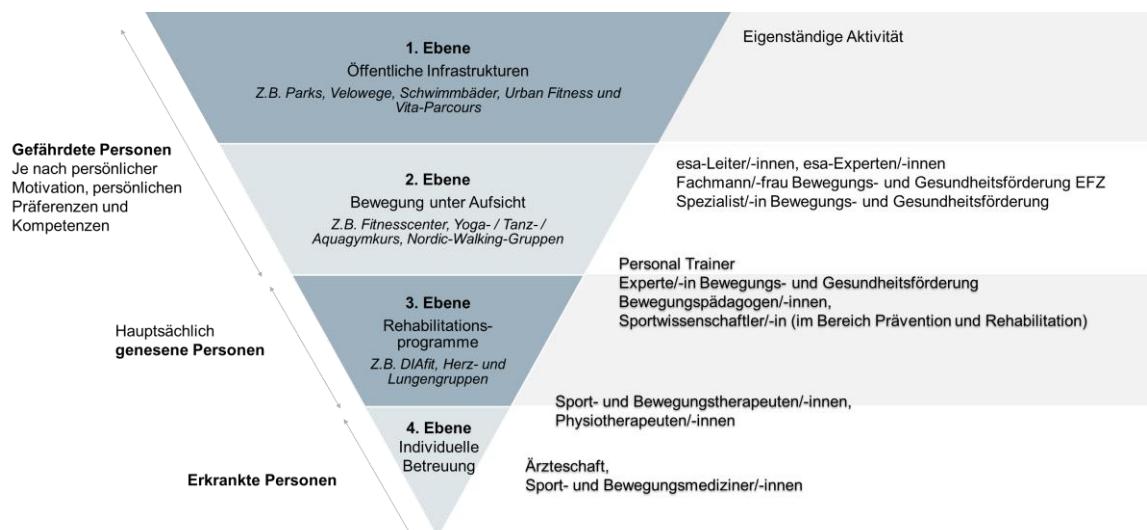
8.3.4 Durchführung der Bewegung

Für die Durchführung der Bewegung eignen sich, wie die Analyse der Kompetenzprofile von Interface⁶⁹ gezeigt hat, je nach Zielgruppe und Bedürfnis der Betroffenen (in der nachfolgenden

Abbildung durch die verschiedenen Ebenen illustriert ganz unterschiedliche Akteure und Berufsgruppen aus der Gesundheitsversorgung, der Sport- und Bewegungsbranche sowie auch Vereine.

Entsprechend dem Grundprinzip der Selbstmanagement-Förderung sind die Betroffenen so zu unterstützen und zu befähigen, dass sie schrittweise von einer angeleiteten zur selbstständigen Durchführung der Bewegung übergehen können (und sich entsprechend der untenstehenden Abbildung von den Ebenen 4 und 3 zu den tieferliegenden Ebenen 2 und 1 bewegen).

Abbildung 4: Ebenen der Durchführung von Bewegung und beteiligte Fachpersonen in Anlehnung an Bericht Interface⁶⁹



9 Was braucht es, um *Exercise is Medicine* in der Schweiz zu stärken (Handlungsbedarf)?

Der nachfolgend skizzierte Handlungsbedarf beruht auf den Empfehlungen der Studien von ZHAW und Interface sowie auf Inputs der Begleit- und Steuerungsgruppe und den Workshops, die im Rahmen der hepa.ch-Netzwerktagung 2024 durchgeführt wurden. Eine Umsetzung dieser Massnahmen kann ressourcenbedingt nur etappiert erfolgen. Dazu sind die vorgeschlagenen Massnahmen in einem nächsten Schritt zu priorisieren.

9.1 Handlungsfeld 1: Information und Sensibilisierung

- Ziel 1.1: Die im Kontext von *Exercise is Medicine* relevanten Berufsverbände **sensibilisieren** ihre **Mitglieder** im Rahmen ihrer Aktivitäten (u.a. Tagungen und Kongresse) für die

Bedeutung von körperlicher Aktivität für die Prävention, Kuration und Rehabilitation von Krankheiten und **informieren** sie über die Inhalte des Referenzrahmens *Exercise is Medicine*.

- Ziel 1.2: Die *Anbieter von Aus-, Weiter-, und Fortbildungen* für die im Kontext von *Exercise is Medicine* relevanten Berufsgruppen stellen sicher, dass ihre **Curricula** die Evidenz von körperlicher Aktivität für die Prävention, Kuration und Rehabilitation von Krankheiten ausreichend berücksichtigen und vermitteln, dass körperliche Aktivität für die in diesem Konzept definierten Zielgruppen ein fester Bestandteil der Behandlung sein soll.
- Ziel 1.3: Die für EIM zuständigen *staatlichen und nicht-staatlichen nationalen Akteure* (u.a. BAG, Fachgesellschaften und Gesundheitsligen) stärken mittels **Kommunikationsmassnahmen** und **Austauschmöglichkeiten** bei den **Zielgruppen von EIM** und bei den im Kontext von EIM relevanten **Berufsgruppen** das Bewusstsein für die Wichtigkeit und die Wirksamkeit von Bewegung zur Prävention, Kuration und Rehabilitation von Krankheiten.
- Ziel 1.4: Die *Plattform EIM CH* übernimmt für das Konzept *Exercise is Medicine* die Themenführerschaft und setzt sich aktiv für dessen **Bekanntmachung in Verwaltung und Politik** auf Bundes- und Kantonsebene ein.

9.2 Handlungsfeld 2: Fachkompetenz und Qualität

- Ziel 2.1: Die *Plattform EIM CH* koordiniert mit den relevanten *Fachgesellschaften* und *Berufsverbänden* die Erarbeitung von zielgruppen- und ggf. diagnosespezifischen **Anforderungsprofilen** für Fachpersonen, welche die Prozessschritte Assessment & Verschreibung sowie Beratung & Begleitung ausüben.
- Ziel 2.2: Die *Plattform EIM CH* stellt didaktische Materialien bereit, damit *Anbieter von Weiter- und Fortbildungen* für die beiden Prozessschritte Assessment & Verschreibung sowie Beratung & Begleitung konkrete **Weiterbildungs- und Fortbildungsmodule** anbieten und sich die relevanten Akteure und Berufsgruppen qualifizieren können.
- Ziel 2.3: Die *Plattform EIM CH* unterstützt die Verbreitung und Bekanntmachung von **evidenzbasierten, diagnosebezogenen Empfehlungen zu Bewegungsmassnahmen**, die in Zusammenarbeit mit den relevanten *Fachgesellschaften* und *Berufsverbänden* von vorhandenen Beispielen aus dem In- und Ausland übernommen oder erarbeitet werden.^{xiv}

9.3 Handlungsfeld 3: Umsetzungsunterstützung und Angebotsentwicklung

- Ziel 3.1: Die *Plattform EIM CH* erarbeitet unter Einbezug der relevanten *Fachgesellschaften* und *Berufsverbände* erforderliche Grundlagen und stellt **Instrumente/Hilfsmittel zur Umsetzung** von *Exercise is Medicine* in der Praxis auf einer Web-Plattform zur Verfügung. Dazu gehören

^{xiv} Vgl. dazu bspw. <https://www.exerciseismedicine.org/eim-in-action/health-care/resources/rx-for-health-series/>.

- eine offizielle nationale **Vorlage für die Verschreibung** von körperlicher Aktivität (hierfür dienen die Beispiele aus PAPRICA und Pas à Pas oder auch aus anderen Ländern als Grundlage)
- ein **Leitfaden für das Assessment**, inkl. Definition relevanter objektiver und subjektiver Zielvariablen/Kriterien
- eine **Empfehlung**, die aufzeigt, welche inhaltlichen und methodischen Aspekte in der **Beratung & Begleitung** zentral sind
- Ziel 3.2: Die *Leistungserbringer* (ins. im Bereich Rehabilitation, Akutsomatik, Psychiatrie, Physio- und Medizinische Trainingstherapie sowie Sport- und Bewegungstherapie) ergänzen bei **Austritt** bzw. **Therapieende** einer Person aus den EIM-Zielgruppen ein **Beratungsgespräch** zur Integration von körperlicher Aktivität und Bewegung in ihren Alltag.
- Ziel 3.3: Die zuständigen *Berufsverbände* schaffen die Voraussetzungen, dass der Beruf **Sport- und Bewegungstherapeut/-in** ins Bundesgesetz über die **Gesundheitsberufe** aufgenommen werden kann.
- Ziel 3.4: Die *Kantone* stellen sicher, dass für ihr Zuständigkeitsgebiet eine aktuelle **Übersicht über die vorhandenen Bewegungsangebote** besteht, die nach Zielgruppen und Diagnosen differenziert resp. gefiltert werden kann. Diese Übersicht dient nicht nur dem Finden passender Angebote, sondern dient auch dazu, allfällige Angebotslücken zu identifizieren. Sie berücksichtigen und integrieren dabei bestehende Plattformen.
- Ziel 3.5: Die *Kantone* unterstützen im Fall von Angebotslücken und -defiziten die **Schaffung fehlender evidenzbasierter Bewegungsangebote** resp. den Ausbau bestehender Angebote.

9.4 Handlungsfeld 4: Finanzierung

- Ziel 4.1: Die Leistungserbringer prüfen, inwiefern bestehende Beratungs- und Begleitungsangebote sowie strukturierte Bewegungsprogramme im Geltungsbereich des KVG liegen und stellen ggf. beim Bundesamt für Gesundheit BAG einen **Antrag auf Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)** zuhanden der Eidgenössischen Kommission für Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK).^{xv}

9.5 Handlungsfeld 5: Forschung und Wissenstransfer

- Ziel 5.1: Die *Plattform EIM CH* unterstützt die **Koordination von Forschungsvorhaben** zur Implementierung von neuen Bewegungsangeboten/-programmen sowie zur Evaluation von etablierten Angeboten (z.B. Monitoring der Inanspruchnahme, Akzeptanz, Motivation, Langzeitadhärenz, Non-Response, Outcomes, Kosteneffizienz). Ebenfalls Gegenstand von

^{xv} Weitere Informationen sind abrufbar unter [Krankenversicherung: Bezeichnung der Leistungen](#)

Begleitforschung und Evaluation soll die wirksame Umsetzung des definierten Prozesses von *Exercise is Medicine* sein (z.B. Erfolgsfaktoren eines wirksamen Beratungsgesprächs).

- Ziel 5.2: Die *Plattform EIM CH* unterstützt die Umsetzung von *Exercise is Medicine*, indem bestehende Projekte und **Umsetzungsbeispiele mit Vorbildcharakter** verbreitet werden.

Literaturverzeichnis

1. World Health Organization (WHO). Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241514187> (2018).
2. Stamm, H. & Fischer, A. *Global action plan on physical activity 2018-2030 (GAPPA) Standortbestimmung und Stakeholderanalyse Schweiz. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG.* (2021).
3. Bundesamt für Gesundheit BAG. Massnahmenplan zur Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2025-2028. (2024).
4. OBSAN und BAG. Mortalität durch NCD | MonAM | BAG. <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/monam/mortalitaet-durch-ncd> (2022).
5. OBSAN und BAG. Multimorbidität NCD (Alter: 15+) | MonAM | BAG. <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/monam/multimorbiditaet-ncd-alter-15> (2023).
6. OBSAN und BAG. NCD und Lebensqualität (Alter: 15+) | MonAM | BAG. <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/monam/ncd-und-lebensqualitaet-alter-15> (2021).
7. OBSAN und BAG. NCD und körperliche Selbständigkeit (Alter: 15+) | MonAM | BAG. <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/monam/ncd-und-koerperliche-selbststaendigkeit-alter-15> (2017).
8. Wieser, S. *et al.* Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. (2014).
9. Wieser, S. *et al.* How much does the treatment of each major disease cost? A decomposition of Swiss National Health Accounts. *Eur. J. Health Econ.* **19**, 1149–1161 (2018).
10. Mattli, R., Farcher, R., Dettling, M., Syleouni, M.-E. & Wieser, S. *Die Krankheitslast des Tabakkonsums in der Schweiz: Schätzung für 2015 und Prognose bis 2050.* (2019).
11. Gmel, G. *Alkoholbedingte Sterblichkeit in der Schweiz im Jahr 2017.* (2020).
12. OBSAN und BAG. Volkswirtschaftliche Kosten von Sucht | MonAM | BAG. <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/monam/volkswirtschaftliche-kosten-von-sucht> (2021).

13. Bundesamt für Gesundheit BAG. Zahlen und Fakten Sucht. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-sucht.html>.
14. Anderson, E. & Durstine, J. L. Physical activity, exercise, and chronic diseases: A brief review. *Sports Med. Health Sci.* **1**, 3–10 (2019).
15. Bundesamt für Sport BASPO, Bundesamt für Gesundheit BAG, Gesundheitsförderung Schweiz, Beratungsstelle für Unfallverhütung BFU, & Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz hepa.ch. *Bewegungsempfehlungen Schweiz. Grundlagen.* (2022).
16. Powell, K. E. *et al.* The Scientific Foundation for the Physical Activity Guidelines for Americans, 2nd Edition. (2018) doi:10.1123/jpah.2018-0618.
17. Steinacker, J. M. *et al.* Global Alliance for the Promotion of Physical Activity: the Hamburg Declaration. *BMJ Open Sport Exerc. Med.* **9**, e001626 (2023).
18. World Health Organization. *WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour.* (2020).
19. Piepoli, M. F. *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.* **37**, 2315–2381 (2016).
20. Lancaster, G. I. & Febbraio, M. A. The immunomodulating role of exercise in metabolic disease. *Trends Immunol.* **35**, 262–269 (2014).
21. Kramer, A. F. *et al.* Ageing, fitness and neurocognitive function. *Nature* **400**, 418–419 (1999).
22. Buffart, L. M. *et al.* Effects and moderators of exercise on quality of life and physical function in patients with cancer: An individual patient data meta-analysis of 34 RCTs. *Cancer Treat. Rev.* **52**, 91–104 (2017).
23. Patterson, M. S. *et al.* Exercise in the Treatment of Addiction: A Systematic Literature Review. *Health Educ. Behav.* **49**, 801–819 (2022).
24. Tison, G. H. *et al.* Worldwide physical activity trends since COVID-19 onset. *Lancet Glob. Health* **10**, e1381–e1382 (2022).

25. Giménez-Meseguer, J., Tortosa-Martínez, J. & Cortell-Tormo, J. M. The Benefits of Physical Exercise on Mental Disorders and Quality of Life in Substance Use Disorders Patients. Systematic Review and Meta-Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public. Health* **17**, 3680 (2020).
26. Piché, F., Daneau, C., Plourde, C., Girard, S. & Romain, A. J. Characteristics and impact of physical activity interventions during substance use disorder treatment excluding tobacco: A systematic review. *PLOS ONE* **18**, e0283861 (2023).
27. Song, L. *et al.* Effectiveness of short-term exercise on drug rehabilitation effect for drug abusers: a systematic review and meta-analysis. *Int. J. Sport Exerc. Psychol.* **0**, 1–26 (2023).
28. Wang, D., Wang, Y., Wang, Y., Li, R. & Zhou, C. Impact of Physical Exercise on Substance Use Disorders: A Meta-Analysis. *PLoS ONE* **9**, e110728 (2014).
29. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. *2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report*. (2018).
30. *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. (World Health Organization, Geneva, 2001).
31. World Health Organization. *WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour: Web Annex. Evidence Profiles*. (2020).
32. Bundesamt für Statistik BFS. *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2022. Übersicht*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/sgb.assetdetail.28625352.html> (2023).
33. Ekelund, U. *et al.* Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet Lond. Engl.* **388**, 1302–1310 (2016).
34. Blond, K., Brinkløv, C. F., Ried-Larsen, M., Crippa, A. & Grøntved, A. Association of high amounts of physical activity with mortality risk: a systematic review and meta-analysis. *Br. J. Sports Med.* **54**, 1195–1201 (2020).
35. Mandolesi, L. *et al.* Effects of Physical Exercise on Cognitive Functioning and Wellbeing: Biological and Psychological Benefits. *Front. Psychol.* **9**, (2018).

36. Bize, R., Johnson, J. A. & Plotnikoff, R. C. Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review. *Prev. Med.* **45**, 401–415 (2007).
37. Naci, H. *et al.* How does exercise treatment compare with antihypertensive medications? A network meta-analysis of 391 randomised controlled trials assessing exercise and medication effects on systolic blood pressure. *Br. J. Sports Med.* **53**, 859–869 (2019).
38. Onerup, A. *et al.* Physical activity on prescription in accordance with the Swedish model increases physical activity: a systematic review. *Br. J. Sports Med.* **53**, 383–388 (2019).
39. Pedersen, B. K. & Saltin, B. Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand. J. Med. Sci. Sports* **25**, 1–72 (2015).
40. Public Health Agency of Sweden. FYSS- short: Physical Activity in the Prevention and Treatment of Disease. https://www.fyss.se/wp-content/uploads/2023/05/FYSS-short-English-and-translated-versions_EUPAP.pdf (2017).
41. Poon, E. T.-C., Li, H.-Y., Gibala, M. J., Wong, S. H.-S. & Ho, R. S.-T. High-intensity interval training and cardiorespiratory fitness in adults: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Scand. J. Med. Sci. Sports* **34**, e14652 (2024).
42. Molloy, C. D. *et al.* Exercise-based cardiac rehabilitation for adults with heart failure - 2023 Cochrane systematic review and meta-analysis. *Eur. J. Heart Fail.* **25**, 2263–2273 (2023).
43. Dibben, G. O. *et al.* Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease: a meta-analysis. *Eur. Heart J.* **44**, 452–469 (2023).
44. Janaudis-Ferreira, T. *et al.* Exercise for Solid Organ Transplant Candidates and Recipients: A Joint Position Statement of the Canadian Society of Transplantation and CAN-RESTORE. *Transplantation* **103**, e220 (2019).
45. Morris, N. R., Kermeen, F. D., Jones, A. W., Lee, J. Y. & Holland, A. E. Exercise-based rehabilitation programmes for pulmonary hypertension. *Cochrane Database Syst. Rev.* **3**, CD011285 (2023).
46. van Melick, N. *et al.* Evidence-based clinical practice update: practice guidelines for anterior cruciate ligament rehabilitation based on a systematic review and multidisciplinary consensus. *Br. J. Sports Med.* **50**, 1506–1515 (2016).

47. Littlewood, C., Ashton, J., Chance-Larsen, K., May, S. & Sturrock, B. Exercise for rotator cuff tendinopathy: a systematic review. *Physiotherapy* **98**, 101–109 (2012).
48. Hermann, M., Witassek, F., Erne, P., Rickli, H. & Radovanovic, D. Impact of cardiac rehabilitation referral on one-year outcome after discharge of patients with acute myocardial infarction. *Eur. J. Prev. Cardiol.* **26**, 138–144 (2019).
49. Mattli, R. *et al.* Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz. (2014).
50. Mattli, R., Wieser, S., Probst-Hensch, N., Schmidt-Trucksäss, A. & Schwenkglenks, M. Physical inactivity caused economic burden depends on regional cultural differences. *Scand. J. Med. Sci. Sports* **29**, 95–104 (2019).
51. Santos, A. C., Willumsen, J., Meheus, F., Ilbawi, A. & Bull, F. C. The cost of inaction on physical inactivity to public health-care systems: a population-attributable fraction analysis. *Lancet Glob. Health* **11**, e32–e39 (2023).
52. Haufe, S. *et al.* Telemonitoring-supported exercise training, metabolic syndrome severity, and work ability in company employees: a randomised controlled trial. *Lancet Public Health* **4**, e343–e352 (2019).
53. Nast, I. *et al.* Bewegung als Therapie : Schlussbericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). (2020) doi:10.21256/zhaw-22129.
54. Werbrouck, A. *et al.* Cost-effectiveness of exercise referral schemes: a systematic review of health economic studies. *Eur. J. Public Health* **32**, 87–94 (2022).
55. Campbell, F. *et al.* A systematic review and economic evaluation of exercise referral schemes in primary care: A short report. *Health Technol. Assess.* **19**, 1–110 (2015).
56. Pavey, T. G. *et al.* The clinical effectiveness and cost-effectiveness of exercise referral schemes: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol. Assess.* **15**, 1–254 (2011).
57. Williams, N., Hendry, M., France, B., Lewis, R. & Wilkinson, C. Effectiveness of exercise-referral schemes to promote physical activity in adults: systematic review. *Database Abstr. Rev. Eff. DARE Qual.-Assess. Rev. Internet* (2007).
58. Deloitte Australia. Value of accredited exercise physiologists in Australia. <https://www.deloitte.com/au/en/services/economics/perspectives/value-exercise-physiologists-australia.html> (2016).

59. Public health agency of Sweden. EUPAP – A European model for Physical Activity on Prescription - The Public Health Agency of Sweden. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/the-public-health-agency-of-sweden/living-conditions-and-lifestyle/physical-activity/eupap-a-european-model-for-physical-activity-on-prescription/> (2024).
60. Mas-Alos, S. EUPAP Feasibility Study Final Report. (2020).
61. Rödjer, L., H. Jónsdóttir, I. & Börjesson, M. Physical activity on prescription (PAP): self-reported physical activity and quality of life in a Swedish primary care population, 2-year follow-up. *Scand. J. Prim. Health Care* **34**, 443–452 (2016).
62. Spring, J., Saubade, M., Bize, R., Pasche, M. & Nanchen, D. Physical activity counseling Referring to an adapted physical activity specialist : example of the Step by Step+ project. *Rev. Med. Suisse* **16**, 444–447 (2020).
63. Bundesamt für Gesundheit BAG. Zahlen und Fakten zu nichtübertragbaren Krankheiten. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-nichtuebertragbare-krankheiten.html>.
64. Bundesamt für Statistik BFS. *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Körperliche Aktivität Und Gesundheit*. (2019).
65. Brand, S. *et al.* The current state of physical activity and exercise programs in German-speaking, Swiss psychiatric hospitals: results from a brief online survey. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* **12**, 1309–1317 (2016).
66. Bize, R. *et al.* Promotion de l'activité physique au cabinet médical. Bilan quinze ans après le lancement de la formation PAPRICA. *Rev Med Suisse* **849**, 2114–2117 (2023).
67. O'Regan, A., Pollock, M., D'Sa, S. & Niranjan, V. ABC of prescribing exercise as medicine: a narrative review of the experiences of general practitioners and patients. *BMJ Open Sport Exerc. Med.* **7**, e001050 (2021).
68. Miller, W. R. & Rollnick, S. *Motivierende Gesprächsführung: Motivational Interviewing*. (Lambertus, Breisgau, 2015).
69. Grosjean, N., Stehlin, C., Gut, V. & Feller, R. Élaboration de profils de compétences dans le domaine de l'activité physique comme moyen thérapeutique (APMT) en Suisse. (2022).

70. Imboden, C., Claussen, M., Seifritz, E. & Gerber, M. Physical activity for the treatment and prevention of depression: a rapid review of meta-analyses. *Dtsch. Z. Für Sportmed. J. Sports Med.* **72**, 280–287 (2021).
71. EUPAP. FYSS - Kurzleitfaden Körperliche Aktivität in der Prävention und Therapie chronischer Erkrankungen. https://cdn.dosb.de/user_upload/Sport_pro_Gesundheit/Rezept_fuer_Bewegung/FYSS-Kurzleitfaden-EUPAP.pdf (2019).

Anhang 1: Begriffe

Im Folgenden werden die relevantesten Begrifflichkeiten im Kontext dieses Referenzrahmens definiert bzw. eingegrenzt. Ein ausführliches Glossar zu Begrifflichkeiten rund um körperliche Aktivität und Bewegung findet sich in den Schweizer Bewegungsempfehlungen¹⁵ und im PAP-RICA-Manual.

Tabelle 2: Begrifflichkeiten im Kontext von *Exercise is Medicine*

Begriff	Begriffsdefinition
Körperliche Aktivität, Bewegung	Körperliche Aktivität umfasst jede von der Skelettmuskulatur ausgeübte Bewegung, die zu einer Steigerung des Energieverbrauchs über den Ruheumsatz hinausführt. Beispiele sind zu Fuss gehen, Jogging, Treppensteigen, Tanzen.
Sitzendes Verhalten	Jede Verhaltensweise im Wach- bzw. Ruhezustand, die durch einen Energieverbrauch von 1.5 METs oder weniger gekennzeichnet ist, während man sitzt, sich anlehnt oder liegt. Die meisten Büroarbeiten am Schreibtisch, Autofahren und Fernsehen sind Beispiele für sitzende Verhaltensweisen; dies gilt auch für Personen, die nicht stehen können, wie z.B. Rollstuhlfahrende.
Bewegungsmangel	Bewegungsmangel ist definiert als das Nichteinhalten der Bewegungsempfehlungen von mindestens 150 Minuten Bewegung mit mittlerer Intensität oder mindestens 75 Minuten Bewegung mit hoher Intensität pro Woche. Dazu gehören entsprechend der Auswertung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung die Aktivitätsniveaus «inaktiv» und «teilaktiv».
Bewegungsart	Ausprägungsform bzw. Typ der Bewegung und körperlicher Aktivität. Es wird unterschieden zwischen ausdauerorientierter Bewegung / Ausdauertraining, muskelkräftigender Bewegung, knochenstärkender Bewegung, Koordinations-/Gleichgewichtsübungen/-training sowie Beweglichkeitsübungen/-training.
Sportliches Training	Eine Unterkategorie der körperlichen Aktivität, die geplant, strukturiert, wiederholt und zielgerichtet in dem Sinne ist, dass die Verbesserung oder Erhaltung einer oder mehrerer Komponenten der körperlichen Fitness, der körperlichen Leistungsfähigkeit (Herzkreislauf, Muskelkraft, Beweglichkeit, Neuromotorik) oder der Gesundheit das Ziel ist.

Anhang 2: Übersicht zur Evidenz des Gesundheitsnutzens körperlicher Aktivität

Tabelle 3: Wissenschaftlich belegter Nutzen von regelmässiger Bewegung in der Prävention von Erkrankungen und in der Behandlung von chronischen Krankheiten mit mittlerer bis starker Evidenz (ältere Erwachsene in Ergänzung zu Erwachsenen)^{xvi}

Prävention von Erkrankungen bei spezifischen Altersgruppen	
Kinder	
3 bis <6 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> – Verbesserung der Knochengesundheit und des Gewichtsstatus
6 bis 17 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> – Verbesserte Kognition – Verbesserte kardiorespiratorische und muskuläre Fitness – Verbesserte Knochengesundheit – Verringerung der kardiovaskulären Risikofaktoren – Verbesserter Gewichtsstatus, Verringerung Adipositas – Weniger Symptome von Depressionen
Erwachsene, alle Altersgruppen	
Gesamtmortalität	<ul style="list-style-type: none"> – Geringeres Risiko
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> – Geringere kardiovaskuläre Inzidenz und Mortalität (einschliesslich Herzerkrankungen und Schlaganfall) – Geringere Inzidenz von Bluthochdruck – Geringere Inzidenz von Typ-2-Diabetes
Krebs	<ul style="list-style-type: none"> – Geringere Inzidenz von Blasen-, Brust-, Dickdarm-, Endometrium-, Speiseröhren-, Nieren-, Magen- und Lungenkrebs
Hirngesundheit	<ul style="list-style-type: none"> – Verringerung des Risikos für degenerative Hirnerkrankungen (z.B. Demenz, M. Parkinson) – Verringerung des Risikos für Depressionen – Verbesserung der Kognition – Verbesserung der kognitiven Funktionen im Anschluss an ausdauerorientierte Bewegung – Verbesserung der Lebensqualität – Reduktion der Stressreakтивität – Verbesserung des Schlafs – Verringerung von Angst und depressiven Symptomen und Depressionen bei gesunden Menschen und bei Menschen mit bestehenden Erkrankungen und bei Menschen ohne psychiatrische Diagnose – Verringerung des Auftretens von Depressionen
Gewichtsstatus	<ul style="list-style-type: none"> – Geringeres Risiko einer übermässigen Gewichtszunahme – Gewichtsabnahme und Prävention einer erneuten Gewichtszunahme nach einer anfänglichen Gewichtsabnahme, wenn eine ausreichende Menge an mässiger bis intensiver körperlicher Aktivität erreicht wird – Zusätzlicher Effekt auf die Gewichtsabnahme in Kombination mit einer mässigen Diät
Ältere Erwachsene	
Stürze	<ul style="list-style-type: none"> – Verringerung des Risikos von Stürzen – Verringerung des Risikos sturzbedingter Verletzungen

^{xvi} Adaptiert von American College of Sports Medicine (ACSM) (2018). The Power of Physical Activity. Physical Activity: A Prescription for Health unter <https://www.exerciseismedicine.org/eim-research0/physical-activity-health-impact/> basierend auf ^{16,29,31} mit Ergänzung durch Suchterkrankungen.

Körperliche Funktion/Leistungsfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> – Verbesserte körperliche Funktion bei älteren Erwachsenen mit oder ohne Einschränkungen – Verbesserung der Lebensqualität
---	---

Frauen während und nach der Schwangerschaft

Körperliche Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> Verringertes Risiko von <ul style="list-style-type: none"> – Schwangerschaftsbluthochdruck und Präeklampsie – Schwangerschaftsdiabetes – Übermäßige Gewichtszunahme während der Schwangerschaft – Komplikationen bei der Geburt – Komplikationen beim Neugeborenen – Keinerlei Risiko für das Ungeborene durch körperliche Aktivität mit mittlerer Intensität
------------------------	--

Psychische und kognitive Gesundheit	Verringertes Risiko von Depressionen nach der Geburt
-------------------------------------	--

Personen mit vorbestehenden Erkrankungen

Brustkrebs	<ul style="list-style-type: none"> – Geringere Gesamtmortalität und geringere Brustkrebsmortalität
Darmkrebs	<ul style="list-style-type: none"> – Geringere Gesamtmortalität und geringere Darmkrebsmortalität
Prostatakrebs	<ul style="list-style-type: none"> – Geringere Prostatakrebsmortalität
Osteoarthritis	<ul style="list-style-type: none"> – Verminderte Schmerzen – Funktionelle Verbesserung und bessere Lebensqualität
Bluthochdruck	<ul style="list-style-type: none"> – Geringeres Risiko des Fortschreitens von Herz-Kreislauf-Erkrankungen – Verringerung des Risikos eines erhöhten Blutdrucks im Laufe der Zeit
Typ-2-Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> – Geringere kardiovaskuläre Sterblichkeit – Vermindertes Fortschreiten der Verschlechterung von relevanten Indikatoren: Hämoglobin A1c, Blutdruck, Blutfette und Body-Mass-Index
Multiple Sklerose	<ul style="list-style-type: none"> – Verbessertes Gehen – Verbesserte körperliche Fitness
Demenz	<ul style="list-style-type: none"> – Verbesserte Kognition
Einige Erkrankungen mit exekutiver Dysfunktion	<ul style="list-style-type: none"> – Verbesserte Kognition
Depression (und weitere psychische Krankheiten)	<ul style="list-style-type: none"> – Antidepressiver Effekt – Besserer Schlaf – Verbesserte Kognition – Verringerung der Mortalität (v.a. kardiovaskulär)
Suchterkrankungen ^{25–28}	<ul style="list-style-type: none"> – Verbesserung depressiver Symptome und Angstzustände – Verbesserung der Lebensqualität – Verringerung des Verlangens nach Substanzen (Craving)
Bei den meisten chronischen Krankheiten	<ul style="list-style-type: none"> – Verringerung von depressiven Symptomen^{xvii}

^{xvii} Evidenz vorhanden für Krebserkrankungen, Diabetes, Arthritis, St. n. Schlaganfall, St. n. Myokardinfarkt, Multiple Sklerose.⁷⁰

Anhang 3: Inhalte der Verschreibung

Tabelle 4: Orientierung über die Inhalte der Verschreibung von *Exercise is Medicine* basierend auf den Schweizer Bewegungsempfehlungen für Erwachsene und ältere Erwachsene (gilt auch für chronisch Kranke entsprechend der WHO Guidelines, vgl. Hinweise in Kap. 8.1 in Bezug auf die individuelle Adaptation nach FITT-VP-Systematik)^{15,71}

Dimensionen	Definitionen und Beispiele
Art der körperlichen Aktivität: Ausdauerorientierte körperliche Aktivität	
Mittlere Intensität, Dauer (Minuten/Woche)	<ul style="list-style-type: none"> – Mindestens 150 min/Woche – z.B. zügiges zu Fuss gehen, Velofahren, Schneeschaufeln oder Gartenarbeiten
Hohe Intensität, Dauer (Minuten/Woche)	<ul style="list-style-type: none"> – Mindestens 75 min/Woche – z.B. Jogging, zügiges Velofahren, zügiges Schwimmen oder Skilanglaufen, aber auch ein Herz-Kreislauf-Training an Fitnessgeräten oder Einkäufe/Möbel die Treppe hochtragen
Oder eine entsprechende Kombination aus ausdauerorientierter Bewegung mit mittlerer und hoher Intensität	<p>Dabei zählt Bewegung mit hoher Intensität doppelt.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Beispiel: 30 Minuten ($\frac{1}{2}$ Stunde) Velofahren mit mittlerer Intensität an 3 Tagen plus 30 Minuten (1 Stunde) Skilanglaufen mit hoher Intensität an 1 Tag pro Woche = 3×30 Min. = 90 Min. und 2×30 Min. = 60 Min. Total = 150 Minuten
Muskelkräftigende körperliche Aktivität (Beispiel Erwachsene)	
Anzahl an Übungen	8 bis 10 verschiedene Übungen
Wiederholungen	8 bis 12 Wiederholungen
Sets	1 bis 3 Sets
Häufigkeit (Tage/Woche)	2 bis 3x pro Woche
Intensität	Mittlere bis hohe Intensität
Art der Aktivitäten (Beispiele)	<p>Aktivitäten, die alle Hauptmuskelgruppen einbezieht: z.B. Liegestützen, Kniebeuge oder Bauchmuskeltraining, ergänzend Alltagsaktivitäten wie Treppensteigen oder das Bewegen von höheren Gewichten bei der Gartenarbeit oder im Haushalt</p>
Ergänzend	
Aktivitäten zur Förderung von Gleichgewicht und Beweglichkeit (insbesondere für Erwachsene ab 65 Jahren zur Sturzprävention)	<p>Zur Erhaltung der Selbstständigkeit bis ins hohe Alter und zum Vorbeugen von Stürzen ist es notwendig, folgende Elemente in individuell genügender Dauer und Intensität in den Alltag oder ins sportliche Training zu integrieren:^{xviii}</p> <ul style="list-style-type: none"> – Statische und dynamische Gleichgewichtsübungen (z.B. Einbeinstand mit Variationen) – Spezifische Kräftigung der Fuss-, Bein- und Rumpfmuskulatur (z.B. Knie beugen evtl. mit Haltehilfe) – Kognitiv-motorische Übungen (z.B. Eine Acht gehen und eine Denkaufgabe lösen)
Langandauerndes Sitzen begrenzen beziehungsweise immer wieder durch Bewegung jeglicher Intensität, einschliesslich geringer Intensität, unterbrechen (z.B. auch durch Aufstehen zum Telefonieren)	

Anmerkungen: Mittlere Intensität: 40-59 % VO2R, RPE 12-13. Hohe Intensität: 60-89 % VO2R, RPE 14-17. VO2R = VO2max -VO2 in Ruhe. 8-12 Wiederholungen = das schwerste Gewicht, das 8-12-mal durch das volle Bewegungsummass (range of motion) bewegt werden kann (8-12 RM).

^{xviii} Informationen und Übungsprogramme finden sich unter www.bfu.ch und www.sichergehen.ch

Weiterführende Informationen zu den Bewegungsempfehlungen und Umsetzungshinweise für Kleinkinder, Kinder und Jugendliche, Erwachsene und ältere Erwachsene sowie Frauen vor und nach der Geburt finden sich beim Netzwerk Bewegung und Gesundheit hepa.ch unter <https://www.hepa.admin.ch/de/bewegungsempfehlungen>. Weitere Hinweise zu Bewegungsempfehlungen für chronische kranke Personen und Menschen mit Behinderungen finden sich in den WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour.¹⁸