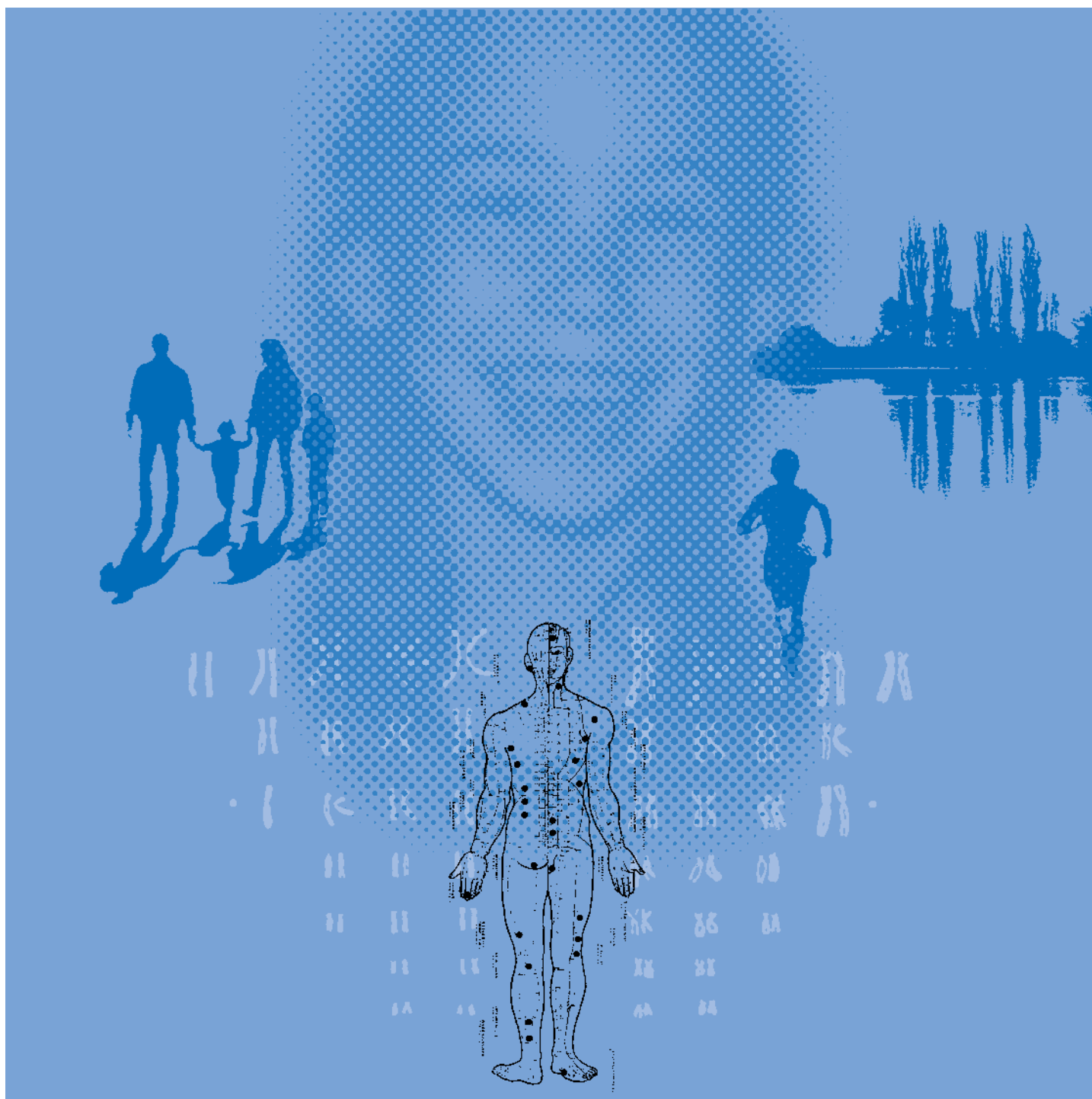


Schweizerische Gesundheitsbefragung

# Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz



Die vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebene Reihe «Statistik der Schweiz» gliedert sich in folgende Fachbereiche:

---

- |    |   |    |  |
|----|---|----|--|
| 0  | Statistische Grundlagen und Übersichten | 11 | Verkehr und Nachrichtenwesen                       |
| 1  | Bevölkerung                             | 12 | Geld, Banken, Versicherungen                       |
| 2  | Raum und Umwelt                         | 13 | Soziale Sicherheit                                 |
| 3  | Arbeit und Erwerb                       | 14 | Gesundheit   |
| 4  | Volkswirtschaft                         | 15 | Bildung und Wissenschaft                           |
| 5  | Preise                                  | 16 | Kultur, Medien, Zeitverwendung                     |
| 6  | Industrie und Dienstleistungen          | 17 | Politik  |
| 7  | Land- und Forstwirtschaft               | 18 | Öffentliche Verwaltung und Finanzen                |
| 8  | Energie                                 | 19 | Rechtspflege                                       |
| 9  | Bau- und Wohnungswesen                  | 20 | Einkommen und Lebensqualität der Bevölkerung       |
| 10 | Tourismus                               | 21 | Nachhaltige Entwicklung und regionale Disparitäten |
-

BFS Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz 1997

# Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz

Eine Spezialauswertung der Gesundheitsbefragung 1997

*Autorinnen und Autoren*

**Karin Huwiler, Manuel Bichsel, Christoph Junker, Christoph E. Minder**  
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern

**Roland Calmonte**  
Bundesamt für Statistik

*Herausgeber*

**Bundesamt für Statistik**

---

**Auskunft:** Roland Calmonte Tel. 032 713 65 62  
**Vertrieb:** Bundesamt für Statistik  
CH-2010 Neuchâtel  
Tel. 032 713 60 60 / Fax 032 713 60 61  
**Bestellnummer:** 213-9707  
**Preis:** Fr. 16.–  
**Reihe:** Statistik der Schweiz  
**Fachbereich:** 14 Gesundheit  
**Originaltext:** Deutsch  
**Übersetzung:** Sprachdienste BFS  
**Grafik/Layout:** BFS  
**Copyright:** BFS, Neuchâtel 2002  
Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung –  
unter Angabe der Quelle gestattet.  
**ISBN:** 3-303-14062-6

---

# Inhaltsverzeichnis

<b>Für eilige Leserinnen und Leser</b> .....	5
<b>Glossar</b> .....	7
<b>Résumé</b> .....	9
<b>1 Einleitung</b> .....	15
1.1 Ziel .....	15
1.2 Struktur des Berichtes und der einzelnen Kapitel .....	15
<b>2 Hintergrund</b> .....	17
2.1 Historischer Hintergrund .....	17
2.2 Bisherige Untersuchungen zu sozialer Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz .....	18
2.3 Bisherige Befragungen zum Gesundheitszustand in der Schweiz .....	18
<b>3 Methodik</b> .....	19
3.1 Datenerhebung .....	19
3.2 Inhalte der Befragung .....	19
3.3 Indikatoren des sozio-ökonomischen Status .....	20
3.3.1 Bildung .....	20
3.3.2 Beruf .....	21
3.3.3 Einkommen .....	21
3.4 Beurteilung der sozio-ökonomischen Ungleichheit in der Gesundheit: der slope index of inequality (SII) und der relative index of inequality (RII) .....	22
3.5 Unterteilungen nach Geschlecht und Alter .....	23
3.6 Altersstandardisierung .....	24
3.7 Erläuterung zu den Grafiken .....	24
<b>4 Soziodemographische Charakteristika der SGB 97-Stichprobe</b> .....	27
4.1 Geschlecht und Alter .....	27
4.2 Bildungsstand .....	27
4.3 Berufliche und Erwerbssituation .....	29
4.4 Wirtschaftliche Situation .....	29
<b>5 Ergebnisse zur Gesundheit nach sozio-ökonomischer Gruppe</b> .....	31
5.1 Einleitung .....	31
5.2 Selbst beurteilte Gesundheit, körperliches und psychisches Befinden .....	32
5.2.1 Selbst beurteilte Gesundheit .....	32
5.2.2 Körperliches Befinden .....	34
5.2.2.1 Starke körperliche Beschwerden .....	34
5.2.2.2 Starke Rücken- oder Kreuzschmerzen .....	36
5.2.2.3 Behinderungen und Einschränkungen im Alter .....	38
5.2.3 Psychisches Befinden .....	40
5.2.3.1 Momentane Stimmungslage .....	40
5.2.3.2 Kontrolle über das eigene Leben .....	42
5.2.3.3 Fehlen einer Vertrauensperson .....	44
5.2.3.4 Schlafstörungen .....	46
5.3 Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen .....	48
5.3.1 Arztbesuche .....	48

5.3.2	Spitalaufenthalte . . . . .	50
5.3.3	Einnahme ärztlich verordneter Medikamente . . . . .	52
5.3.4	Ausgewählte Vorsorgeuntersuchungen bei der Frau . . . . .	54
5.3.4.1	Gebärmutterhals-Abstrich. . . . .	54
5.3.4.2	Mammografie . . . . .	56
5.3.5	Ausgewählte Operationen . . . . .	58
5.3.5.1	Entfernung der Mandeln . . . . .	58
5.3.5.2	Entfernung des Blinddarms. . . . .	60
5.4	Inanspruchnahme von Betreuungs- und Hilfeleistungen aus gesundheitlichen Gründen . . . . .	62
5.4.1	Leistungen der Spitex . . . . .	62
5.4.2	Hilfe von Verwandten und Bekannten . . . . .	64
5.4.3	Hilfe der Spitex oder von Verwandten und Bekannten . . . . .	66
5.5	Gesundheitsverhalten . . . . .	68
5.5.1	Rauchen . . . . .	68
5.5.2	Starkes Rauchen . . . . .	70
5.5.3	Gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum. . . . .	72
5.5.4	Einnahme von Medikamenten mit Suchtpotential . . . . .	74
5.5.5	Körperliche Inaktivität in der Freizeit . . . . .	76
5.5.6	Körperliche Inaktivität bei der Arbeit . . . . .	78
5.5.7	Körperliche Inaktivität insgesamt. . . . .	80
5.5.8	Übergewicht . . . . .	82
5.6	Weitere ausgewählte Bereiche von öffentlichem Interesse . . . . .	84
5.6.1	Versicherungsklasse . . . . .	84
5.6.2	Arbeitsunfähigkeit . . . . .	86
5.6.3	Lärmexposition am Wohnort. . . . .	88
<b>6</b>	<b>Diskussion</b> . . . . .	91
6.1	Hauptergebnisse . . . . .	91
6.1.1	Selbst beurteilte Gesundheit . . . . .	91
6.1.2	Körperliches Befinden . . . . .	91
6.1.3	Psychisches Befinden . . . . .	92
6.1.4	Inanspruchnahme von medizinischen und von Hilfeleistungen . . . . .	92
6.1.5	Gesundheitsverhalten . . . . .	92
6.1.6	Einige auffällige Gruppen von Befragten . . . . .	92
6.1.7	Resultate nach Geschlecht und Alter . . . . .	93
6.2	Limitationen . . . . .	94
6.2.1	Daten . . . . .	94
6.2.2	Indikatoren für den sozio-ökonomischen Status . . . . .	94
6.2.3	Mass für die Ungleichheit in der Gesundheit . . . . .	95
6.3	Einbettung der Befunde in die Literatur . . . . .	95
6.4	Umsetzung, Konsequenzen . . . . .	96
6.5	Abschliessende Bemerkungen . . . . .	97
<b>7</b>	<b>Verdankungen</b> . . . . .	99
	<b>Literaturliste</b> . . . . .	101
	<b>Tabellenanhang</b> . . . . .	105

# Für eilige Leserinnen und Leser

Der vorliegende Bericht basiert auf Daten der zweiten Schweizerischen Gesundheitsbefragung des Bundesamtes für Statistik aus dem Jahre 1997. Befragt wurde eine repräsentative Stichprobe der in Privathaushalten wohnenden, über 15-jährigen Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz. Für diesen Bericht wurden die Angaben der mindestens 25-jährigen Befragten analysiert. Ihre Angaben zu ihrem Befinden, zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und zu gesundheitsrelevantem Verhalten wurden in Bezug gesetzt zu Bildung, Beruf und Einkommen.

Sie finden rasch, was Sie suchen, wenn Sie folgendermassen vorgehen:

1. Im Inhaltsverzeichnis finden Sie die untersuchten Aspekte der Gesundheit (Gesundheits-Dimensionen).
2. In Abschnitt 3.4 finden Sie eine Erklärung zur Bestimmung und Messung der Unterschiede zwischen den verschiedenen sozio-ökonomischen Gruppen
3. In Abschnitt 3.7 finden Sie eine Anleitung zur Interpretation der Grafiken.
4. Schlagen Sie den Sie interessierenden Abschnitt auf und studieren Sie den Text und die dazugehörige Grafik.

In Kapitel 3 werden die methodologischen Aspekte beschrieben, welche eine Hilfe zum Verständnis und zur Interpretation der Resultate bieten. Übersichts-Tabellen finden sich im Kapitel 4 und am Ende des Berichts im Anhang.



# Glossar

**Äquivalenz-Einkommen:** Masszahl, bei der nicht nur das gesamte monatliche Einkommen, sondern auch die Anzahl und das Alter der Mitglieder eines Haushaltes berücksichtigt werden. Der Einfachheit halber wird im Bericht anstelle von Äquivalenz-Einkommen auch von Einkommen gesprochen. Für weitergehende Erklärungen siehe auch Abschnitt 3.3.3.

**Dimension:** Bezeichnet hier einen Aspekt der Gesundheit, der in der Gesundheitsbefragung durch eine oder mehrere Fragen angesprochen wurde (siehe auch unter «Gesundheits-Dimension»).

**Gesundheits-Dimension:** Bezeichnung für die einzelnen untersuchten Fragen beziehungsweise Fragenkomplexe aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, beispielsweise «Selbst beurteilte Gesundheit» oder «Fehlen einer Vertrauensperson». Genaue Definitionen der einzelnen Gesundheits-Dimensionen finden sich in jeder Rubrik des Ergebnis-Teils in Kapitel 5.

**Gradient:** Bezieht sich auf den relative index of inequality (RII). Je grösser der RII, unabhängig von der Richtung, desto grösser der Gradient, d.h. die Unterschiede zwischen den verschiedenen sozio-ökonomischen Gruppen (für Details siehe auch unter «Profil»).

**Indikatoren des sozio-ökonomischen Status:** Hier wurden die klassischen Indikatoren Bildung, Beruf und Einkommen verwendet (für Definitionen siehe auch Abschnitt 3.3). In den Grafiken sind auf der x-Achse (waagrecht) stets die Prozent-Anteile der Befragten in den einzelnen Bildungs-, Berufs-, bzw. Einkommens-Klassen aufgetragen.

**Monoton:** siehe unter «Profil»

**Prävalenz:** Gibt die Häufigkeit einer Erkrankung, eines Symptoms oder einer Verhaltensweise in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe an. In diesem Bericht wird sie in Prozent ausgedrückt und in den Grafiken auf der y-Achse (senkrecht) dargestellt. In der vorliegenden Studie wurde in der Regel die Häufigkeit von Beeinträchtigungen, Benachteiligungen bzw. von gesundheitsschädigendem Verhalten dargestellt und analysiert; eine hohe Prävalenz ist also nachteiliger als eine tiefe.

**Profil:** Mit dem Ausdruck «das Profil nach (Bildung, Beruf, Einkommen) war ...» wird beschrieben, welche Beschaffenheit die zur diskutierten Gesundheits-Dimension gehörige Grafik aufweist. Zeigt diese Grafik einen steten Anstieg/Abfall der Prävalenz mit abnehmendem Sozialstatus, so reden wir von «monotonem Profil», ist der Verlauf ein U-förmiger, von «U-förmigem Profil», usw.

**Relative index of inequality (RII), slope index of inequality (SII):** Mass für den Gradienten einer gesundheitlichen Dimension zwischen Personen mit hohem und solchen mit niedrigem sozio-ökonomischem Status. Der SII ist ein absolutes Mass. Er schätzt anhand einer Regression die Differenz zwischen den Prävalenzen der sozio-ökonomisch am höchsten und der am niedrigsten stehenden Personen. Bei einer Prävalenz von 20% unter den (rang-)höchsten und einer Prävalenz von 30% unter den (rang-)niedrigsten Personen ergibt sich ein SII von 10%. Mit dem RII wird dieselbe Differenz als Anteil der Gesamt-Prävalenz dargestellt. Bei einer Gesamt-Prävalenz von 20% ergibt ein SII von 10% einen RII von  $(10\%/20\%) \times 100\% = 50\%$  (siehe auch Abschnitt 3.4).

**Sozio-ökonomische Gruppe:** Mit dem Begriffen «sozio-ökonomische Gruppe» und »Sozialschicht« (in dieser Studie synonym verwendet) werden die durch die drei Indikatoren des sozio-ökonomischen Status (Bildung, Beruf und Einkommen) bestimmten Bevölkerungs-Gruppen bezeichnet.

# Les inégalités sociales et la santé en Suisse 1997

## Résumé

### Contexte

Le but du présent rapport est de montrer les variations de l'état de santé de la population d'un niveau de formation, d'une catégorie professionnelle et d'une classe de revenus à l'autre au moyen d'une sélection d'indicateurs. La deuxième Enquête suisse sur la santé réalisée par l'Office fédéral de la statistique en 1997 auprès de 13'004 personnes domiciliées en Suisse sert de base au présent rapport. Celui-ci se fonde plus précisément sur les données des 11'592 personnes interrogées, âgées d'au moins 25 ans, et sur leur comparaison avec les résultats de la première Enquête suisse sur la santé de 1992/93.

Ce rapport a été établi dans le cadre de la politique «Santé 21» pour la Région européenne de l'OMS, dont le 2<sup>e</sup> but est le suivant: «D'ici à 2020, l'écart de santé entre groupes socio-économiques dans les pays devrait être réduit d'au moins un quart dans tous les Etats membres en améliorant nettement le niveau de santé des groupes défavorisés» (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999). Le programme précédent de l'OMS «La santé pour tous en l'an 2000» (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1985) accordait également une place importante au thème des inégalités sociales.

Il était ainsi tout naturel d'analyser les informations tirées de la deuxième Enquête suisse sur la santé en s'intéressant aux différents indicateurs du statut socio-économique. Notre principal souci était ce faisant d'élaborer des données fiables sur la fréquence des troubles de la santé, des symptômes, sur le recours aux services de santé et sur le comportement de la population en matière de santé par rapport aux indicateurs classiques que sont la formation, la profession et le revenu.

Pourquoi ces données sont-elles importantes? Les différences socio-économiques et donc les inégalités sociales dans le domaine de la santé sont connues depuis longtemps et tendent à augmenter (Ch. Suter, 2000/D. Acheson, 1999). Le fait de connaître les risques qu'encourent les différents groupes socio-économiques pour leur santé permet de prendre des mesures ciblées pour améliorer le niveau de santé des plus défavorisés: les campagnes de prévention peuvent être élaborées de manière plus spécifique, des améliorations financières et structurelles en faveur des plus défavorisés deviennent possibles, etc. En résumé, les résultats de ce rapport doivent permettre d'arrêter des mesures de politique sanitaire et sociale en faveur des personnes socialement défavorisées sur des bases solides.

### Résultats

Le présent travail montre une nouvelle fois que l'état de santé de la population varie considérablement d'une couche sociale à l'autre et ce, même en Suisse, où l'espérance de vie de la population est parmi les plus hautes au monde et où le système de santé est bien développé et accessible à tous les habitants (B. Bisig, M. Bopp, Ch. E. Minder, 2001). Bien que l'état de santé de la population suisse se soit considérablement amélioré au 20<sup>e</sup> siècle – l'espérance de vie des femmes a augmenté durant ce siècle de plus de 30 ans, celle des hommes de presque 30 ans –, des écarts persistent entre les différentes couches sociales de la population, qui sont liés au niveau de formation, à la profession et au revenu.

Les personnes d'un statut socio-économique inférieur sont défavorisées dans la majorité des domaines de la santé considérés (santé en général, bien-être physique et psychique, recours aux prestations médicales et à l'entraide pour des raisons de santé, comportement en matière de santé). Ce n'est que dans le cas de l'ablation des amygdales et de l'appendice et dans celui de l'inactivité physique au travail, que nous avons observé une prévalence plus forte dans les couches sociales supérieures selon les trois indicateurs du statut socio-économique. On observe par ailleurs un gradient inverse chez les femmes pour la consommation abusive d'alcool.

Nous résumons ci-après les résultats de l'enquête de 1997 pour les différents indicateurs de la santé:

Sur l'ensemble des variables considérées, la corrélation entre l'état de santé subjectif et le statut socio-économique est la plus forte chez les hommes; elle arrive en troisième position chez les femmes. Quel que soit le sexe, les différences les plus marquées concernent le niveau de formation. Les personnes d'un faible statut socio-économique déclarent nettement plus souvent avoir un mauvais état de santé que celle d'un statut plus élevé. Au moins deux fois plus de personnes interrogées jugent leur état de santé mauvais dans les couches sociales inférieures que dans les autres catégories socio-économiques, quel que soit leur sexe. Les taux de prévalence de 15% chez les hommes et de 20% chez les femmes signalent qu'il s'agit là d'un gradient important (cf. point 3.4).

L'analyse révèle également un lien important entre le bien-être physique et le statut socio-économique. Les troubles physiques graves, les douleurs dorsales, les incapacités et les diminutions fonctionnelles induites par l'âge sont nettement plus fréquentes chez les personnes issues des classes socio-économiques inférieures que chez celles d'un statut plus élevé. C'est entre les niveaux de formation qu'apparaissent les différences les plus marquées, quel que soit le sexe.

Le rapport entre le statut socio-économique et le bien-être psychique n'est pas aussi clair chez les hommes que chez les femmes. Les femmes des couches sociales inférieures déclarent plus souvent se sentir déprimées, n'avoir pas assez de contrôle sur leur existence, manquer d'une personne de confiance et souffrir de troubles du sommeil. Sur l'ensemble des variables observées dans ce rapport, l'absence d'une personne de confiance représente, chez les femmes, le deuxième gradient le plus important. Cependant, les femmes universitaires déclarent aussi souffrir d'abattement ou de troubles du sommeil dans des proportions supérieures à la moyenne et celles qui ont des fonctions dirigeantes manquer d'une personne de confiance. Chez les hommes, le rapport entre le bien-être psychique et le statut socio-économique est plus ou moins prononcé selon les variables observées. Dans l'ensemble, le mal-être psychique affecte également davantage les hommes des couches sociales inférieures. Ce mal-être apparaît aussi très souvent, comme chez les femmes, chez les hommes des couches sociales inférieure et supérieure pour chacun des indicateurs du statut socio-économique considérés (formation, revenu, profession).

Le rapport entre le recours aux prestations médicales ou à l'entraide et le statut socio-économique varie en fonction de la prestation. Dans la population masculine comme dans la population féminine, les visites médicales et les hospitalisations, la prise de médicaments sur ordonnance médicale et le recours aux soins sont plus fréquents dans les couches sociales inférieures, où les problèmes de santé sont également plus nombreux. A quelques exceptions près (aide des proches et de connaissances, entraide générale chez les femmes et soins à domicile chez les hommes), tous les gradients sont faibles à modérés. L'ablation des amygdales et celle de l'appendice reviennent souvent dans les réponses de la population masculine et féminine d'un haut statut socio-économique. Les femmes des couches sociales supérieures recourent par ailleurs davantage aux mesures préventives telles que le frottis vaginal et la mammographie.

Le rapport entre le comportement en matière de santé et le statut socio-économique diffère selon le sexe. Par rapport au tabagisme, le comportement des femmes varie en fonction du revenu, mais pas en fonction du niveau de formation et de la position dans la profession: les femmes au revenu élevé ont tendance à fumer plus que celles aux revenus inférieurs. Chez les hommes, on observe la même

tendance, bien que le rapport entre ces deux variables soit faible. En revanche, la part des fumeurs est d'autant plus importante que l'on descend dans l'échelle des niveaux de formation ou des positions dans la profession. Les gradients du statut socio-économique sont opposés chez les hommes et chez les femmes en ce qui concerne la consommation excessive d'alcool: alors que les femmes d'un niveau de formation, d'une position professionnelle et d'un revenu supérieurs indiquent plus souvent consommer de l'alcool de manière excessive, ce problème est cité avant tout par des hommes d'un bas statut socio-économique. L'analyse révèle également des gradients opposés entre les deux sexes pour l'activité physique: celle-ci est la moins pratiquée chez les femmes des couches sociales inférieures et chez les hommes des couches sociales supérieures. L'excès pondéral concerne avant tout les personnes d'un bas statut socio-économique, quel que soit le sexe.

Certains groupes sociaux, notamment certains groupes de professions, sortent du lot si l'on analyse les gradients du statut socio-économique séparément.

Il est étonnant de constater que les femmes qui ont suivi une formation tertiaire se distinguent par leur propension à souffrir de troubles de la santé et à recourir aux soins. Elles souffrent notamment de troubles physiques graves, de mal-être psychique, de troubles du sommeil, de problèmes de dépendance aux médicaments; elles sont plus souvent hospitalisées et consomment davantage de médicaments sur ordonnance médicale. Le frottis vaginal est en revanche relativement peu cité par cette tranche de la population. A ce même niveau de formation, les hommes déclarent également souffrir d'un mal-être psychique. Ils ont étonnamment souvent le sentiment de perdre le contrôle de leur existence, de manquer d'une personne de confiance; ils indiquent consulter fréquemment un médecin, demander régulièrement de l'aide à leurs proches ou connaissances, fumer et consommer de l'alcool de manière excessive.

Pour une partie des variables observées, les agricultrices et les agriculteurs se démarquent par une prévalence étonnamment forte ou faible pour leur statut socio-économique. Par ailleurs, les résultats obtenus pour un sexe et pour l'autre sont souvent opposés: ainsi, les troubles physiques graves et les douleurs dorsales sont étonnamment fréquents chez les hommes et rares chez les femmes. Par rapport aux autres professions, les agriculteurs souffrent le plus de la diminution de leurs fonctions corporelles due à l'âge. Leur bien-être psychique semble en revanche meilleur que leur statut social ne l'aurait laissé supposer. Les agriculteurs et les agricultrices déclarent aller plutôt rarement chez les médecins; les hommes recourent toutefois souvent à l'aide de proches ou de connaissances. Les mammographies sont par ailleurs particulièrement peu fréquentes chez les agricultrices. Le tabagisme est peu répandue tant chez les agriculteurs que chez les agricultrices. En ce qui concerne la consommation excessive d'alcool, sa prévalence atteint un niveau moyen chez les hommes et particulièrement bas chez les femmes. Dans l'ensemble, cette population se distingue des autres groupes de professions par son comportement face à la santé et à la maladie.

Le groupe des petits entrepreneurs avec ou sans employés se démarque des autres groupes par la prévalence étonnamment forte ou faible de diverses variables. Il ne forme pas un groupe homogène: la fréquence des symptômes varie entre les sexes et entre les catégories avec ou sans employés. Les hommes de ce groupe sont peu nombreux à juger mauvais leur état de santé, mais disent souvent souffrir avec l'âge de douleurs ou de fonctions corporelles diminuées. Ils recourent étonnamment peu aux prestations médicales. Les douleurs et la diminution des fonctions corporelles liées à l'âge concernent moins les femmes. En revanche, la prévalence des comportements néfastes pour la santé est plus élevée chez ces dernières qu'on ne pourrait s'y attendre. Les petits entrepreneurs ayant des employés sont rarement absents de leur lieu de travail pour cause de maladie, quel que soit leur sexe. Ce groupe se distingue également par sa manière unique de se comporter par rapport à la santé et à la maladie.

La prévalence varie clairement d'un sexe à l'autre pour les variables observées: celle des problèmes de santé (mauvais état de santé subjectif, douleurs dorsales, troubles physiques forts et mal-être psychique), par exemple, est nettement plus élevée chez les femmes que chez les hommes. De même,

les femmes ont davantage recours à des prestations médicales ou à d'autres soins que les hommes. En revanche, les comportements néfastes pour la santé tels que la fumée, la consommation excessive d'alcool et les surcharges pondérales sont plus fréquents dans la population masculine que féminine.

Selon la variable observée, les réponses obtenues montrent des écarts parfois importants entre les différentes classes d'âges. Les troubles physiques et psychiques (à l'exception du mal-être psychique) sont plus fréquents chez les personnes plus âgées. Celles-ci ont davantage recours aux prestations médicales et à d'autres types d'aide. La prévalence des hospitalisations et du recours à l'aide de proches est toutefois très élevée également chez les femmes de 25 à 34 ans.

### *Commentaire*

Les résultats présentés ici montrent que le but de l'OMS, à savoir améliorer considérablement l'état de santé des groupes défavorisés, s'applique également à la Suisse. Si tout le monde n'aura vraisemblablement jamais les mêmes chances par rapport à la santé, notre société doit donner à chacun de ses membres suffisamment de moyens pour préserver ou améliorer sa santé. La politique de la santé ne pourra l'aider dans ce sens que dans une mesure restreinte. Il faudrait agir dans certains cas en parallèle avec d'autres projets sociaux visant, par exemple, à favoriser l'intégration des étrangers, à soutenir les parents d'enfants dans le besoin, à faciliter l'accès à une formation de haute qualité et à obtenir une rémunération adéquate.

Si l'on part du principe que la profession, et donc le revenu d'une personne, dépendent largement de la formation qu'elle a suivie et que ces facteurs sont liés à la santé, on ne peut que souligner la nécessité de donner à chacun les meilleures chances possibles de suivre une bonne formation. A long terme, il serait donc judicieux de promouvoir la formation dans les couches socialement défavorisées de la population. Mais il ne suffit pas de faciliter l'accès à une bonne formation. Des mesures novatrices s'imposent pour promouvoir la participation des enfants issus d'un environnement culturel défavorable, étant donné notamment que notre analyse révèle pour plusieurs variables observées un rapport particulièrement fort entre le niveau de formation et l'état de santé de la population. Par ailleurs, il faut mettre en œuvre une politique financière, qui soutienne et décharge les familles et en particulier les personnes élevant seules leurs enfants. Ces dernières années, la structure familiale s'est fondamentalement modifiée. Les familles monoparentales, par exemple, sont nettement plus nombreuses aujourd'hui. La politique sociale doit tenir compte de cette évolution, en soutenant les mères seules d'un point de vue pratique, par exemple, en leur fournissant des places pour leurs enfants dans des crèches et en leur octroyant une aide financière adéquate.

L'introduction de la nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) en 1996, destinée notamment à renforcer la solidarité, a constitué une étape importante vers l'élimination des inégalités sociales dans le domaine de la santé. L'assurance de base est aujourd'hui obligatoire. Elle est accessible à toute la population, c'est-à-dire également aux personnes disposant d'un bas revenu. Désormais, les assureurs ne peuvent plus refuser d'assurer quelqu'un, comme c'était le cas avant l'entrée en vigueur de la LAMal (European Observatory on Health Care Systems, 2000). Cela ne signifie pas pour autant que les personnes socialement défavorisées bénéficient des mêmes prestations médicales du point de vue quantitatif et qualitatif que le reste de la population.

Autre cheval de bataille de la LAMal, la maîtrise des coûts du système de santé suisse n'est pas encore atteinte, d'où le débat lancé à différents niveaux sur la réforme de ce système. En considérant les modifications proposées, il faudra tenir compte de leurs répercussions sur les inégalités sociales.

L'étude d'Acheson (D. Acheson, 1999) présente d'autres mesures pour réduire les écarts liés aux inégalités sociales dans le domaine de la santé. Les propositions formulées dans cette étude concernent avant tout la dimension structurelle. Elles donnent la priorité à la promotion de la santé et visent à réduire les désavantages sur le plan de la santé qu'ont les femmes en âge de procréer d'un

statut socio-économique bas lorsqu'elles sont enceintes ou qu'elles élèvent des enfants en bas âge. L'étude d'Acheson propose des mesures touchant à divers domaines de la vie. Certaines de ces mesures visent à réduire les différences de revenu, d'autres à améliorer la formation des enfants issus de milieux défavorisés et d'autres encore concernent le domaine de l'emploi. L'auteur de cette étude estime que les décisions politiques, qui peuvent avoir une influence sur la santé, doivent faire l'objet d'une analyse quant à leur impact sur les inégalités sociales par rapport à la santé. Le but premier des mesures proposées est de mettre un terme au cercle vicieux des désavantages liés à l'origine socio-économique et aux problèmes de santé induits par l'appartenance aux couches sociales inférieures.

Pour réduire les importantes inégalités sociales existantes dans le domaine de la santé, il s'agit d'améliorer l'état de santé des personnes au bas statut social à l'aide de mesures appropriées. Cela n'est possible que moyennant les dépenses nécessaires. Par ailleurs, en améliorant l'état de santé des groupes les moins bien lotis, on favorisera leur productivité et on fera ainsi des économies dans les domaines sanitaire et social.

L'espérance de vie a largement augmenté au 20<sup>e</sup> siècle grâce avant tout aux améliorations structurelles concernant l'alimentation, l'hygiène et les conditions de logement. Cette évolution permet de croire qu'au 21<sup>e</sup> siècle, l'état de santé des personnes socialement défavorisées et leur taux de mortalité rejoindront le niveau de ceux des personnes d'un statut socio-économique plus élevé.

# 1 Einleitung

## 1.1 Ziel

Ziel dieses Berichtes ist es, das Ausmass der gesundheitlichen Unterschiede zwischen den verschiedenen Bildungs-, Berufs- und Einkommensklassen an wichtigen, ausgewählten Gesundheitsdimensionen aufzuzeigen. Die Grundlage dafür ist die zweite Schweizerische Gesundheitsbefragung des Bundesamtes für Statistik, welche 1997 mit 13'004 in der Schweiz wohnhaften Personen durchgeführt wurde. Der vorliegende Bericht basiert auf den Angaben der 11'592 mindestens 25-jährigen Befragten. Die neuen Resultate werden mit den Ergebnissen der ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung der Jahre 1992/93 verglichen (A. Witschi, Ch. Junker, Ch. E. Minder, 2000).

Der vorliegende Bericht steht im Zusammenhang mit der gesamteuropäischen Strategie der Weltgesundheitsorganisation WHO «Gesundheit 21». Ziel 2 der erwähnten Strategie lautet: «Bis zum Jahr 2020 sollte das Gesundheitsgefälle zwischen den sozio-ökonomischen Gruppen in den einzelnen Ländern durch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit von benachteiligten Gruppen in allen Mitgliedstaaten um mindestens ein Viertel verringert werden» (WHO Regionalbüro für Europa, 1999). Soziale Ungleichheiten in der Gesundheit waren auch im vorhergehenden Programm der WHO, «Gesundheit für alle im Jahr 2000» (WHO Regionalbüro für Europa, 1985), ein überaus wichtiges Thema.

Somit drängt es sich auf, die Informationen aus der zweiten Schweizerischen Gesundheitsbefragung nach Indikatoren des sozio-ökonomischen Status zu untersuchen. Unser Hauptanliegen war dabei, möglichst valide Angaben zur Häufigkeit von Befindlichkeitsstörungen, Beschwerden, Symptomen, Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und gesundheitsrelevantem Verhalten in Bezug auf die klassischen Indikatoren Bildung, Beruf und Einkommen zu erarbeiten.

Warum sind diese Angaben wichtig? Sozio-ökonomische Unterschiede und damit auch soziale Ungleichheit in der Gesundheit sind seit langem bekannt, und sie scheinen zuzunehmen (Ch. Suter, 2000/ D. Acheson, 1999). Die Kenntnis der Unterschiede gesundheitlicher Risiken nach sozio-ökonomischer Gruppe führt zu zielgerichteten Aktionen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sozial Benachteiligter: Präventionskampagnen können gezielter ausgearbeitet werden, finanzielle und strukturelle Änderungen zur gezielten Entlastung sozial Benachteiligter werden möglich usw. Kurz, die Ergebnisse dieses Berichtes sollen als «Strassen-Karte» für künftige Aktivitäten in der Gesundheits- und Sozialpolitik zur Verbesserung der Situation sozio-ökonomisch benachteiligter Personen dienen.

## 1.2 Struktur des Berichtes und der einzelnen Kapitel

Das erste Kapitel stellt die Ziele und die Struktur des Berichts dar. Kapitel 2 enthält Hintergrundinformationen zum Thema «Krankheit und sozio-ökonomische Faktoren» und seiner historischen Entwicklung sowohl international als auch in der Schweiz. Kapitel 3 befasst sich mit den Methoden der Datenerhebung und den Inhalten der Befragung. Hier finden sich auch die Definitionen der sozio-ökonomischen Indikatoren Bildung, Beruf und Einkommen. Weiter finden sich technische Angaben zu den Massen der sozio-ökonomischen Ungleichheit (slope index of inequality, SII/relative index of inequality, RII) und zu weiterführenden Analysen, zur Altersstandardisierung und zur Konstruktion der Grafiken. In Kapitel 4 wird die Stichprobe in Bezug auf Geschlecht, Alter, Bildung, Beruf und Einkommen beschrieben.

In Kapitel 5 werden die Resultate zur Gesundheit nach sozio-ökonomischen Gruppen präsentiert. Nach einer allgemeinen Einleitung stellt Abschnitt 5.2 die Ergebnisse bezüglich selbst

beurteilter Gesundheit sowie körperlichem und psychischem Befinden dar, Abschnitt 5.3 die Resultate in Bezug auf die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen, Abschnitt 5.4 bezüglich Inanspruchnahme von Betreuungs- und Hilfeleistungen aus gesundheitlichen Gründen, Abschnitt 5.5 bezüglich dem Gesundheitsverhalten, und Abschnitt 5.6 schliesslich präsentiert die Ergebnisse zu weiteren ausgewählten Bereichen von öffentlichem Interesse.

Die einzelnen Abschnitte in Kapitel 5 sind folgendermassen aufgebaut:

- Kopfzeile (Header): Zusammenfassung der wichtigsten Resultate zu der in diesem Abschnitt betrachteten Gesundheits-Dimension
- Erläuterungen zum Inhalt der Fragen, die dieser Gesundheits-Dimension zu Grunde liegen
- Hintergrundinformation aus der Literatur
- Prävalenz der Gesundheits-Dimension für die beiden Geschlechter und die verschiedenen Altersklassen
- Resultate: Unterschiede in der Prävalenz der betrachteten Gesundheits-Dimension zwischen den sozio-ökonomischen Gruppen
- Vergleich mit der Prävalenz derselben Gesundheits-Dimension in der ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung
- Vergleich mit den in der ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung beobachteten Gradienten
- Definitionen und Bemerkungen zur jeweiligen Gesundheits-Dimension
- Graphische Darstellung der Prävalenzen bezüglich der sozio-ökonomischen Gruppen, getrennt nach Geschlecht

Abgeschlossen wird der Bericht von einer Diskussion der Ergebnisse im Lichte der Literatur in Kapitel 6.



# 2 Hintergrund

## 2.1 Historischer Hintergrund

Es ist hinlänglich bekannt, dass Morbidität und Mortalität von soziodemographischen Faktoren mitbeeinflusst werden. So hat z.B. eine Untersuchung von Grabsteinen in und um Rom ergeben, dass Personen aus niedrigeren sozialen Schichten schon in der Zeit um Christi Geburt in bedeutend jüngerem Alter starben als Personen aus höheren sozialen Schichten (G. Y. Acsadi, J. Nemeskeri, 1970).

Nachdem die Mitbeteiligung der sozialen Umstände an der Entstehung von Krankheiten im 18. Jahrhundert erkannt wurde, machte Salomon Neumann, ein Arzt, im Jahre 1847 die Aussage, die Medizin sei eine soziale Wissenschaft. Der Begriff «Soziale Medizin» stammt aus dem Jahre 1848 und wurde erstmals von Rudolf Virchow verwendet. Beide Mediziner forderten damals staatliche Massnahmen wie Verbesserungen der Wohnbedingungen zum Schutz der Gesundheit der sozial weniger gut Gestellten. Mit den Fortschritten der Naturwissenschaften in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts – unter anderem wurden verschiedene Bakterien entdeckt und als Krankheitserreger identifiziert – traten die sozialen Ursachen von Erkrankungen für einige Zeit in den Hintergrund. Erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts zogen die sozialen Bedingungen wieder mehr Aufmerksamkeit auf sich. Als wichtigste soziale Aspekte wurden damals die Arbeits- und Wohnbedingungen sowie die Ernährung untersucht. Aus dem Jahre 1912 stammt eines der wichtigsten Werke jener Zeit, Grotjahn's «Soziale Pathologie» (A. Grotjahn, 1912), das sich auf etwa 700 Seiten mit rund 60 Morbiditäts- und Mortalitätsgruppen unter dem Gesichtspunkt der sozialen Ursachen befasst. Dieses Werk enthält jedoch problematische Passagen, in denen von «körperlich minderwertigen Individuen der menschlichen Gesellschaft», die mit der «Vererbung ihrer Minderwertigkeit zur allgemeinen Degeneration beitragen», die Rede ist. Ein weiteres, erwähnenswertes Werk ist der Sammelband «Krankheit und soziale Lage» von Mosse und Tugendreich, der 1913 erstmals publiziert wurde (M. Mosse, G. Tugendreich, 1913). Die Zusammensetzung der Autorenschaft zeigt, dass damals auch etablierte Mediziner soziale Ursachen von Krankheiten als wichtig erachteten (A. Mielck, 1994 (a)). Da die Nationalsozialisten soziale Aspekte als ethische Legitimierung der Rassenhygiene heranzogen, war die Sozialmedizin in den Nachkriegsjahren in Deutschland anrühlich geworden, und wurde entsprechend vernachlässigt. Infolgedessen wurden die sozialen Ursachen von Krankheiten bis in die siebziger Jahre hinein praktisch nicht mehr beachtet.

Dies im Gegensatz zu England, und in geringerer Masse zu Frankreich, wo seit den 1920-er Jahren regelmässig Studien zu den sozialen Ursachen der Sterblichkeit durchgeführt und publiziert wurden. Erneute breite Aufmerksamkeit erhielt die Problematik der sozialen Ungleichheit in der Gesundheit durch den Black-Report Anfang der 1980-er Jahre (D. Black, J. N. Morris, C. Smith, P. Townsend, 1992). Darin wurde unter anderem gezeigt, dass die Mortalität in den niedrigeren sozialen Schichten höher geblieben war als in den oberen. Diese Erkenntnis war umso bedeutender, als in England ein nationales Gesundheitssystem (NHS, National Health Service) existierte, welches die Bevölkerung unabhängig von der sozialen Schicht versorgte.

Seither konnten in vielen Ländern, darunter auch der Schweiz (Ch. E. Minder, 1993/P. Lehmann, C. Mamboury, Ch.E. Minder, 1990), ähnliche Beobachtungen gemacht werden. Unterschiede zwischen den sozio-ökonomischen Gruppen fanden sich nicht nur für die Mortalität und die Morbidität, sondern auch für Belastungen am Arbeitsplatz, welche mit abnehmendem Sozialstatus zunehmen (A. Mielck, 1994 (b)), für psychosoziale Ressourcen (H. Bosma, H. Dike van de Mheen, J. P. Mackenbach, 1999), das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens.

Trotz der enormen Fortschritte in der Medizin und der positiven Folgen für die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt, finden sich immer noch bedeutende Unterschiede im gesundheitlichen Befinden, sowohl zwischen einzelnen Ländern als auch zwischen sozialen Gruppen innerhalb einzelner Länder. Geändert hat sich hingegen das Spektrum der ungleich verteilten Krankheiten. Waren früher vor allem Infektionskrankheiten wie beispielsweise die Tuberkulose ursächlich beteiligt an den bedeutenden sozialen Unterschieden der Mortalität, so sind es heute vorwiegend chronisch-degenerative Krankheiten. Die Epidemiologie der koronaren Herzkrankheit und des Herzinfarkts beispielsweise hat eine Evolution durchgemacht: von der «Manager-Krankheit», die eher die oberen sozio-ökonomischen Gruppen betraf, hin zu einer Krankheit der niedrigeren sozio-ökonomischen Gruppen (M. G. Marmot, A. M. Adelstein, N. Robinson, G. A. Rose, 1978/H. Hemingway, M. Shipley, P. Macfarlane, M. Marmot, 2000).

Dass soziale Faktoren einen Einfluss auf die Gesundheit haben, wird heute nicht mehr bestritten. Die Diskussion dreht sich heute hauptsächlich um mögliche Strategien zur Verkleinerung der sozialen Ungleichheit in der Gesundheit. Die Bedeutung des Problems zeigt sich nicht nur in den WHO-Zielen und in zahlreichen Tagungen und Publikationen, sondern unterdessen in konkreten politischen Programmen zur Bekämpfung der gesundheitlichen Benachteiligung von Kindern aus benachteiligten Verhältnissen, u.a. in Grossbritannien und im Kanton Tessin.

## 2.2 Bisherige Untersuchungen zu sozialer Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz

In mehreren Studien in der Schweiz konnte nachgewiesen werden, dass die Häufigkeit von Erkrankungen (H. Bucher, F. Gutzwiller et al., 1987/H. Bucher, 1985/P. Lehmann, C. Mamboury, Ch. E. Minder, 1990), Behinderungen (Th. Abelin, V. Beer, F. Gurtner, 1998), selbst berichteten Symptomen und Beschwerden (A. Witschi, Ch. Junker, Ch. E. Minder, 2000) sowie die Mortalität (Ch. E. Minder, 1993) in den verschiedenen sozio-ökonomischen Schichten unterschiedlich sind. Dies konnte nicht nur für Erwachsene gezeigt werden, sondern auch für Kinder, und zwar sowohl für die Mortalität (A. Bodenmann, U. Ackermann-Liebrich, F. Paccaud, T. Spuhler, 1990) als auch für die Morbidität (B. Schär, J.-C. Vuille, R. Westkämper, 1999). Eine unveröffentlichte Analyse der Mortalitätsraten in den Schweizer Gemeinden zeigte zudem, dass mit zunehmendem durchschnittlichem steuerpflichtigem Einkommen die Mortalität in der Gemeindebevölkerung abnimmt (Analyse des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern, 1993).

## 2.3 Bisherige Befragungen zum Gesundheitszustand in der Schweiz

Vor der ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung wurden drei grössere Bevölkerungsbefragungen zum Gesundheitszustand gemacht. In den Jahren 1981/82 wurde die SOMIPOPS-Studie (**S**ozio-**M**edizinisches **I**ndikatoren**S**ystem der **P**opulation der **S**chweiz), ein Projekt des Nationalen Forschungsprogrammes Nr. 8, durchgeführt, die erste gesamtschweizerische, repräsentative Befragung von Personen zu ihrem Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten (F. Gutzwiller, R.E. Leu, H.R. Schulz, R. Schroter, E. Zemp, 1985/H. Bucher, F. Gutzwiller et al., 1987). Die zweite Untersuchung wurde im Rahmen des MONICA-Projektes (**M**onitoring **T**rends and **D**eterminants **I**n **C**ardiovascular **D**isease) in den Jahren 1985/86 durchgeführt, einem internationalen, von der WHO initiierten Projekt mit dem Ziel, den Verlauf der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität und ihrer Risikofaktoren während zehn Jahren zu beobachten. Im Jahre 1989 folgte eine weitere Befragung, die IGIP-Studie (**I**nterkantonales **G**esundheits-**I**ndikatoren-**P**rojekt), die jedoch in nur fünf Kantonen - Bern, Zürich, Tessin, Waadt und Genf - durchgeführt wurde. Institutionalisiert wurden Gesundheitsbefragungen durch das Bundesamt für Statistik im Jahre 1992: Die erste Schweizerische Gesundheitsbefragung (Bundesamt für Statistik, 1998 (b)) fand 1992/93 statt, gefolgt von der zweiten im Jahre 1997. Solche Gesundheitsbefragungen sollen in Zukunft alle 5 Jahre stattfinden.

## 3 Methodik

In der vorliegenden Arbeit wurde die Prävalenz von 29 Gesundheits-Dimensionen in den verschiedenen sozio-ökonomischen Gruppen bestimmt. Als Indikatoren sozio-ökonomischer Gruppen dienten Bildung, Beruf und Einkommen. Basierend auf diesen Prävalenzen wurde das Ausmass der sozialen Ungleichheit in der Gesundheit abgeschätzt.

### 3.1 Datenerhebung

Bei der zweiten Schweizerischen Gesundheitsbefragung handelt es sich um die Befragung einer repräsentativen Stichprobe der über 15-jährigen Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz über deren Gesundheitszustand. Die Befragung schliesst nur Personen ein, die in einem Privathaushalt wohnen und über einen Telefonanschluss verfügen. 15- bis 74-jährige Personen wurden telefonisch befragt und erhielten anschliessend zusätzlich einen schriftlichen Fragebogen. 75-jährige und ältere Personen wurden in einem persönlichen Interview befragt, der schriftliche Fragebogen wurde auch diesen Personen zugesandt.

Die Befragung wurde in vier Wellen durchgeführt, um einen allfälligen Effekt der Jahreszeiten auszugleichen. Die Stichprobe wurde nach Kantonen geschichtet aus dem PTT-Telefonregister gezogen. Innerhalb der einzelnen Kantone wurden mittels eines Zufalls-Verfahrens in einem ersten Schritt Privathaushalte bestimmt, in einem zweiten Schritt ebenfalls zufällig die zu befragende Person innerhalb des Haushalts. Pro Haushalt wurde nur eine Person befragt. Ausgewählt wurden 20'178 Haushalte, nach Adressbereinigung verblieben 18'894 Privathaushalte. Aus diesen 18'894 Haushalten waren 12'387 Personen bereit, am Telefoninterview teilzunehmen. Weitere 617 Personen über 75 Jahren nahmen an einem persönlichen Interview teil. Befragt wurden also 13'004 mindestens 15-jährige Personen, wobei bei 234 Personen kein persönliches, sondern nur ein Proxy-Interview durchgeführt werden konnte.

Damit haben 31% der Personen die Teilnahme verweigert, waren nicht erreichbar oder aus anderen Gründen nicht befragbar. Von den 12'770 Personen, die die Fragen selbst beantwortet hatten, füllten 10'792 (85%) auch den schriftlichen Fragebogen aus.

Um die Gesamtprävalenz der Gesundheits-Dimensionen in der Schweizer Bevölkerung schätzen zu können, wurde die Stichprobe der gesamtschweizerischen Bevölkerung für die Merkmale Geschlecht, Alter, Region und Nationalität angepasst (Gewichtung).

Für die vorliegende Arbeit wurden die 15- bis 24-jährigen ausgeschlossen, da ein grosser Teil dieser Altersgruppe noch in Ausbildung ist und sich ihre sozio-ökonomische Situation nicht mit den hier vorliegenden Indikatoren erfassen lässt.

### 3.2 Inhalte der Befragung

Wir haben für diesen Bericht fünf gesundheitlich relevante Themenbereiche ausgewählt. Dabei war in jedem Themenbereich eine Beschränkung auf die wichtigsten der in der zweiten Schweizerischen Gesundheitsbefragung gestellten Fragen notwendig.

Die gewählten Themenbereiche sind:

- Selbst beurteilter Gesundheitszustand, körperliches Befinden (drei Dimensionen) und psychisches Befinden (vier Dimensionen)

- Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen (sieben Dimensionen)
- Inanspruchnahme von Betreuungs- und Hilfeleistungen aus gesundheitlichen Gründen (drei Dimensionen)
- Gesundheitsverhalten (acht Dimensionen)
- Weitere ausgewählte Bereiche von öffentlichem Interesse (drei Dimensionen)

Die Kriterien bei der Auswahl der Fragen waren für die verschiedenen Themenbereiche unterschiedlich. In den Bereichen Gesundheitszustand, körperliches und psychisches Befinden waren die Kriterien die Häufigkeit der erfragten Symptome, ihre Bedeutung (z.B. einer als schlecht beurteilten eigenen Gesundheit für die Mortalität), der Einfluss der Symptome auf die Lebensqualität der Betroffenen und die Verlässlichkeit der Angaben. In den beiden Abschnitten zur Inanspruchnahme wurden Fragen zu Eckdaten der Versorgung (Arztkonsultationen, Spitalaufenthalte und Medikamentenkonsum), zum Hilfebedarf und, nur beispielhaft, zu Vorsorgeuntersuchungen und Operationen eingeschlossen. Im Bereich Gesundheitsverhalten wurden Fragen zu gesundheitlich relevanten Verhaltensweisen berücksichtigt. Weiter haben wir drei zusätzliche Fragen zu Bereichen von öffentlichem Interesse (Versicherungsklasse, Arbeitsunfähigkeit und Lärmbelästigung) in unseren Bericht aufgenommen.

Die genauen Definitionen der Gesundheits-Dimensionen sind jeweils in einem Kasten im entsprechenden Abschnitt gegeben, z.B.:

#### **Definitionen und Bemerkungen**

Die «selbst beurteilte Gesundheit» wurde folgendermassen erfasst:  
«Wie geht es Ihnen zur Zeit gesundheitlich?»

Die Frage konnte mit «sehr gut», «gut», «mittelmässig», «schlecht» oder «sehr schlecht» beantwortet werden.

Die im Text und in den Tabellen angegebenen Prozent-Anteile bezeichnen diejenigen Personen, die ihre Gesundheit als mittelmässig, schlecht oder sehr schlecht beurteilten (im Text oft als «schlecht» bezeichnet).

### **3.3 Indikatoren des sozio-ökonomischen Status**

Zur Bestimmung des sozio-ökonomischen Status einer Person wählten wir die klassischen Indikatoren Bildung, Beruf und Einkommen. Im Folgenden beschreiben wir detailliert, wie diese Indikatoren erhoben wurden. Die Verteilung der Stichprobe auf die unterschiedlichen Gruppen finden Sie in den Abschnitten 4.2 bis 4.4.

#### **3.3.1 Bildung**

Die Messgrösse für die Bildung einer Person ist die höchste abgeschlossene Ausbildung. Wir haben uns an die Klassierung des Bundesamtes für Statistik in der zweiten Schweizerischen Gesundheitsbefragung gehalten (Bundesamt für Statistik, 2000 (a)).

Die Bildung wurde folgendermassen klassiert:

Kategorie Nr.	1 Hochschule
(in Grafiken)	2 Höhere Berufsausbildung
	3 Berufslehre
	4 Maturität o. Ähnliches
	5 Obligatorische Schule
	6 Ohne Ausbildung, unbestimmt

Bei 16 Befragten (0.14 % der Stichprobe) fehlten Angaben zur Bildung. Diese Personen wurden in die Klasse «Ohne Ausbildung, unbestimmt» integriert.

### 3.3.2 Beruf

Der Beruf bestimmt sowohl die soziale Position eines Menschen in der Gesellschaft als auch die Exposition gegenüber berufsspezifischen Noxen, wie beispielsweise Staub und Wetterelementen bei Bauberufen.

Es existieren verschiedene Modelle, soziale Ungleichheit über den Beruf zu messen. Wir haben uns auf das sogenannte EGP-Modell gestützt. Dieses System wurde Anfangs der Neunziger Jahre von Erikson, Goldthorpe und Portocarero entwickelt, um den internationalen Vergleich von Studien zu sozialer Ungleichheit zu ermöglichen. Notwendig für dieses Klassifikationssystem sind Angaben zur Berufsbezeichnung, zur Selbständigkeit bzw. einem Angestelltenverhältnis, und zum Vorgesetztenstatus (A. E. Kunst, J. P. Mackenbach, 1996).

Gewisse Berufsgruppen bleiben jedoch bei diesem Klassifikationssystem problematisch. Bauern bzw. Kleinunternehmer beispielsweise sind schwierig einzuordnen, weil sie eine sehr heterogene Gruppe darstellen. Sie wurden deshalb etwa in der Mitte der sozialen Hierarchie platziert. Auf diese Weise werden die Gradienten von diesen Gruppen nicht zu sehr beeinflusst. Die selbständig Erwerbenden allgemein sind eine sehr heterogene Gruppe, auch bezüglich des Einkommens, das bei selbständig Erwerbenden sehr viel stärker schwankt als bei unselbständig Erwerbenden (Y. Flückiger, 2000).

Bei der Schweizerischen Gesundheitsbefragung wurden alle Befragten nach ihrem eigenen, zuletzt ausgeübten Erwerbs-Beruf in die folgenden Gruppen eingeteilt:

Kat. Nr. (in Grafiken)	Berufsgruppe
1	Höhere Führungskräfte, freie Berufe
2	Höhere nichtmanuelle Berufe
3	Büroangestellte
4	Kleinunternehmer mit Angestellten
5	Kleinunternehmer ohne Angestellte
6	Bauern
7	Qualifizierte manuelle Berufe, Vorarbeiter
8	Unqualifizierte manuelle Berufe, Landarbeiter
9	Keine Angabe

Bei 3.9% der Männer und 9.0% der Frauen fehlten Angaben zum Beruf. Der höhere Anteil bei den Frauen dürfte darauf zurückzuführen sein, dass die Berufslaufbahn von Frauen bei einer Familienbildung nicht kontinuierlich verläuft.

In den Grafiken wird diese Gruppe (Gruppe 9) nicht dargestellt.

### 3.3.3 Einkommen

Das Einkommen wird als ein Indikator für den Zugang zu knappen Ressourcen verwendet (A. E. Kunst, J. P. Mackenbach, 1996). In der vorliegenden Untersuchung wurde das Äquivalenz-Einkommen eines Haushaltes benutzt. Bei der Berechnung des Äquivalenz-Einkommens wird das gesamte, monatliche Haushaltseinkommen durch die gewichtete Summe der Haushaltsmitglieder geteilt. Die Gewichtungsfaktoren sind dabei 1.0 für das erste mindestens 15-jährige Mitglied, 0.5 für die weiteren mindestens 15-jährigen Mitglieder und 0.3 für die weniger als 15-jährigen Personen im Haushalt.

Wir bildeten vier Einkommensklassen, welche durch die gerundeten Werte der Quartile (Q1, Median, Q3) des Äquivalenz-Einkommens begrenzt werden. Diese Quartile konnten nur näherungsweise bestimmt werden, da das Einkommen oft als gerundete Zahl angegeben wurde. Die tiefste Einkommens-

klasse umfasst also etwa das Viertel der Befragten mit den tiefsten Äquivalenz-Einkommen. Für die Gesundheits-Dimension «Behinderungen und Einschränkungen im Alter» (Abschnitt 5.2.2.3), welche nur die mindestens 65-jährigen Personen betrifft, haben wir die Einkommensquartile der mindestens 65-Jährigen verwendet, da deren mittleres Einkommen sich deutlich vom mittleren Einkommen der ganzen Stichprobe unterscheidet.

Aufgrund der Quartilsgrenzen ergaben sich für die gesamte Stichprobe folgende Einkommensklassen:

Kat. Nr.	Einkommens-Kategorie (in Grafiken)
1	> 4 670 sFr.
2	3 331–4 670 sFr.
3	2 501–3 330 sFr.
4	< 2 501 sFr.

Für die mindestens 65-Jährigen ergaben sich folgende Einkommensklassen:

Kat. Nr.	Einkommens-Kategorie (in Grafiken)
1	> 4 000 sFr.
2	3 001–4 000 sFr.
3	2 001–3 000 sFr.
4	< 2 001 sFr.

Bei 4.3% der Männer und 9.4% der Frauen fehlten Angaben zum Einkommen. In den Grafiken wird diese Klasse nicht dargestellt.

### **3.4 Beurteilung der sozio-ökonomischen Ungleichheit in der Gesundheit: der slope index of inequality (SII) und der relative index of inequality (RII)**

Bei der Beurteilung der sozio-ökonomischen Ungleichheit in der Gesundheit interessieren vor allem systematische Effekte wie stetig höhere Prävalenzen eines gesundheitlichen Nachteils bei absteigender Sozialschicht. Es sind diese systematischen Erscheinungen, die die Existenz eines generellen gesundheitlichen Sozialschicht-Effekts nahe legen. Abweichungen einzelner sozialer Gruppen (z.B. der Bauern) vom Trend interessieren weniger. Basierend auf diesem Denkansatz gibt es verschiedene Methoden, das Ausmass sozialer Ungleichheit zu quantifizieren (A. Wagstaff, P. Paci, E. van Doorslaer, 1991), man wird jedoch immer an Gradienten interessiert sein. Die im Text erwähnten Gradienten beziehen sich auf den «relative index of inequality» (RII), welcher aus dem «slope index of inequality» (SII) abgeleitet wird.

Der slope index of inequality (SII) schätzt die absolute Differenz der Prävalenz einer Gesundheits-Dimension (z.B. starke körperliche Beschwerden) zwischen den sozial am höchsten und am tiefsten gestellten Personen mittels einer Regression. Seine Berechnung lässt sich am einfachsten verstehen, wenn man sich die Grafik in Abschnitt 3.7 vor Augen hält. Auf der x-Achse sind die sozio-ökonomischen Gruppen aufgetragen, von der höchsten (Gruppe 1) zur tiefsten (Gruppe 8) absteigend geordnet. Der Bereich der x-Achse umfasst 0% bis 100%. Der Anteil, den eine bestimmte Gruppe an der untersuchten Stichprobe ausmacht (z.B. Büroangestellte: 12.3% bei den Männern) bestimmt die Breite des einzelnen Rechtecks. Auf der y-Achse wird die Prävalenz der betrachteten Gesundheits-Dimension für die entsprechende sozio-ökonomische Gruppe, ebenfalls in Prozent, dargestellt. Zur Berechnung des slope index of inequality führt man anhand dieser Grafik eine gewichtete Regression durch, in welcher die abhängige Variable durch die Prävalenz und die unabhängige Variable durch die x-Werte in der Mitte der Basis jedes Rechtecks gegeben sind. Die Breite jedes Rechtecks entspricht dem Gewicht der jeweiligen Gruppe in der Regression. Durch die Gewichtung erhalten grosse sozio-ökonomische Gruppen bei der Berechnung des SII mehr Gewicht als

kleine. Bei der Berechnung des slope index of inequality werden also alle sozio-ökonomischen Gruppen gemäss ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung berücksichtigt.

Der slope index of inequality entspricht der geschätzten Differenz zwischen der Prävalenz der Gesundheits-Dimension bei den sozio-ökonomisch am besten und am schlechtesten gestellten Personen. Da die Regressionsgerade als Grundlage für die Berechnung des SII dient, können leichte Abweichungen zu den anhand der Gruppen gemessenen Prävalenzen entstehen. Ein positiver Wert beschreibt eine Zunahme der Prävalenz der ungünstigen Ausprägung einer Gesundheits-Dimension mit abnehmender sozialer Schicht, ein negativer Wert eine Abnahme.

Der relative index of inequality (RII) berechnet sich als Quotient aus dem slope index of inequality und der Prävalenz (in %) der Gesundheits-Dimension in der Gesamtbevölkerung und setzt damit den slope index of inequality in Relation zur Prävalenz der jeweiligen Gesundheits-Dimension in der Gesamtbevölkerung. Eine Veränderung der Prävalenz der Gesundheits-Dimension (z.B. zwischen der ersten und der zweiten Schweizerischen Gesundheitsbefragung) verändert also den RII, auch wenn der SII gleich hoch bleibt. Eine sinkende Prävalenz führt bei gleichbleibendem SII zu einem grösseren RII und umgekehrt. Insbesondere bei Vergleichen zwischen verschiedenen Gesundheits-Dimensionen, bzw. derselben Gesundheits-Dimension über die Zeit, müssen die RII's daher immer im Zusammenhang mit den Gesamt-Prävalenzen beurteilt werden. Dasselbe gilt für den Vergleich zwischen den beiden Geschlechtern.

Der RII ist ein Mass für den Schweregrad allenfalls bestehender systematischer sozialer Ungleichheit in der Gesundheit. Im Text klassierten wir die Unterschiede zwischen den sozio-ökonomischen Gruppen anhand des RII-Werts auf die folgende Weise:

RII $\leq$ 10%	geringer Gradient
10% < RII $\leq$ 50%	mässiger Gradient
RII > 50%	starker Gradient

Diese Definitionen gelten analog für negative RII's.

SII und RII werden als Mass für Ungleichheit zwar häufig verwendet, sie haben jedoch auch einige Nachteile. So berücksichtigen diese Masse nur die lineare Komponente eines Zusammenhangs von sozio-ökonomischer Gruppe und Prävalenz einer Gesundheits-Dimension. Die lineare Komponente ist jedoch nicht immer die bestimmende eines Zusammenhangs. SII und RII können solche abweichenden Situationen nicht korrekt berücksichtigen. Daher müssen bei der Beurteilung der Unterschiede immer auch die Grafiken beigezogen werden, in denen ein nicht-linearer Zusammenhang ersichtlich wird.

Im Resultate-Teil (Kapitel 5) präsentieren wir Vergleiche der Gradienten von 1997 und 1992/93. Ein Unterschied zwischen den RII's der beiden Befragungen wird dann als bedeutend betrachtet, wenn er bei gleich hoher Prävalenz 20% oder mehr beträgt. Unterschiedlich hohe Prävalenzen der Gesundheits-Dimensionen in den beiden Befragungen werden jeweils erwähnt.

Selbst bei gleicher Prävalenz ist die Interpretation von unterschiedlichen RII's in den beiden Gesundheitsbefragungen schwierig. Der Unterschied kann einen wirklichen Unterschied zwischen den beiden Befragungen darstellen, er kann aber auch durch Zufall bedingt sein. Bei unterschiedlichen Befragungen können unterschiedliche RII's auf methodische Unterschiede zurückzuführen sein, wie beispielsweise eine unterschiedliche Reihenfolge der Fragen in der Befragung. Wir haben uns deshalb darauf beschränkt, nur grössere Unterschiede in den RII's zu kommentieren.

### 3.5 Unterteilungen nach Geschlecht und Alter

Die Prävalenz der Gesundheits-Dimensionen wird für Männer und Frauen getrennt beschrieben. Für jedes Geschlecht haben wir zudem 10-Jahres-Altersklassen gebildet. Dies führt zu folgenden Gruppen: 25-34 Jahre/35-44 Jahre/45-54 Jahre/55-64 Jahre/65-74 Jahre/ 75 Jahre und älter. Diese Altersklassen wurden auch für die Altersstandardisierung der Prävalenzen verwendet (vgl. auch Abschnitt 3.6).

### 3.6 Altersstandardisierung

Die Werte in den Tabellen, welche auch den Grafiken zugrunde liegen, sind altersstandardisiert. Allfällige Unterschiede in der Altersverteilung zwischen den sozio-ökonomischen Gruppen spielen deshalb keine Rolle. Standardisiert wurde für Frauen und Männer separat, jeweils nach der gewichteten Altersverteilung in der gesamten Stichprobe der mindestens 25-Jährigen. Diese entspricht der Altersverteilung der Schweizer Wohnbevölkerung Mitte 1997 (Bundesamt für Statistik, 2000 (b)).

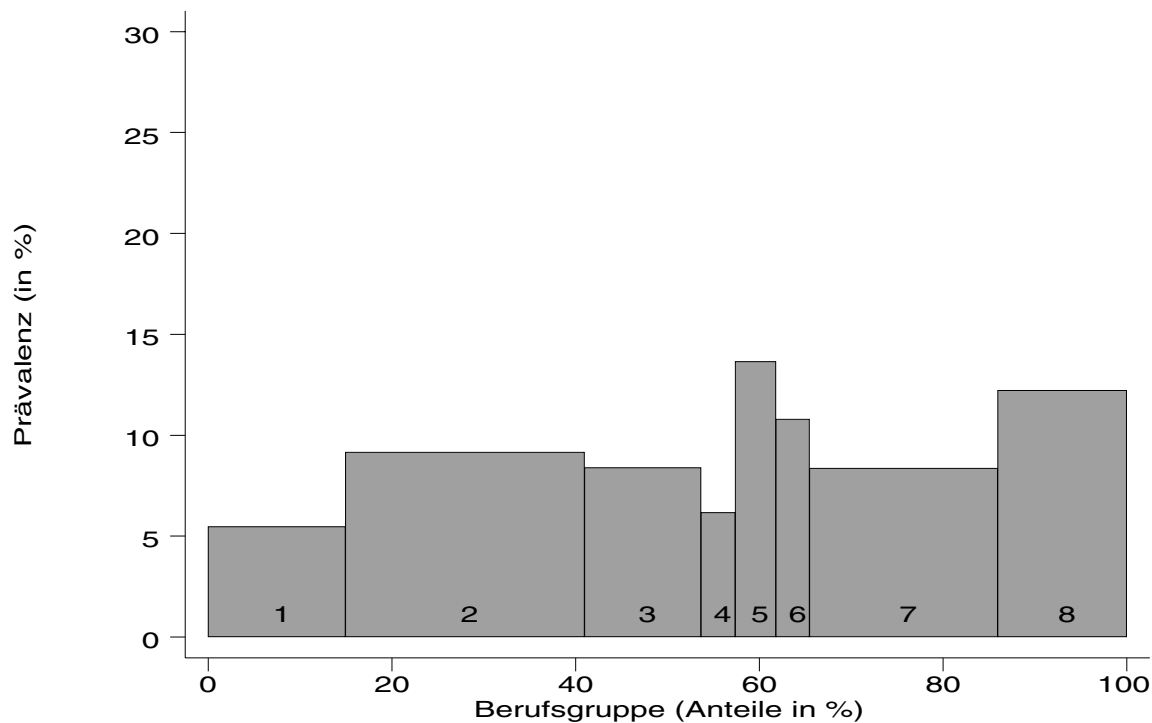
Für Gesundheits-Dimensionen aus dem telefonischen Fragebogen wurden die über 74-jährigen, für solche aus dem schriftlichen Fragebogen (Kontrolle über das eigene Leben, Lärmbelastung am Wohnort) der kleineren Anzahlen wegen alle über 64-jährigen Personen jeweils zu einer Gruppe zusammengefasst.

Dank der Alters-Standardisierung lassen sich Prävalenz-Vergleiche sowohl zwischen Männern und Frauen derselben sozio-ökonomischen Gruppe als auch innerhalb desselben Geschlechts zwischen den verschiedenen sozio-ökonomischen Gruppen anstellen.

### 3.7 Erläuterung zu den Grafiken

Die Grafiken vermitteln einen optischen Eindruck der Prävalenzen aus den Tabellen im Anhang. Pro Seite werden sechs Grafiken dargestellt. Die Zeilen entsprechen den Indikatoren des sozio-ökonomischen Status Ausbildung, Beruf und Äquivalenzeinkommen, die Spalten entsprechen den beiden Geschlechtern (links Männer, rechts Frauen). Im Folgenden wird eine einzelne Grafik am Beispiel der starken Beschwerden bei den Männern, unterteilt nach Berufsgruppen, erläutert.

Figur: Beispiel zur Erläuterung



- Berufsgruppe:**
- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| 1 Höhere Führungskräfte, freie Berufe | 5 Kleinunternehmer ohne Angestellte             |
| 2 Höhere nichtmanuelle Berufe         | 6 Bauern  |
| 3 Büroangestellte                     | 7 Vorarbeiter, qualifizierte manuelle Berufe    |
| 4 Kleinunternehmer mit Angestellten   | 8 Unqualifizierte manuelle Berufe, Landarbeiter |



Auf der x-Achse sind die Bevölkerungs-Anteile der verschiedenen Berufsgruppen dargestellt. Auf der y-Achse wird die Prävalenz starker Beschwerden, also der Anteil der Männer, der mindestens zwei starke Beschwerden aus einer Liste von neun Beschwerden angibt, dargestellt.

Ein Beispiel: Etwa 14% der Männer gehören zur Gruppe der höheren Führungskräfte bzw. Freiberufler (Gruppe 1), und ca. 6% von ihnen klagen über starke Beschwerden. In die Gruppe der Kleinunternehmer ohne Angestellte (Gruppe 5) gehören nur etwas mehr als 4% der Männer, und in dieser Gruppe geben etwa 14% starke Beschwerden an.

Die Grafik zeigt verschiedene Zusammenhänge:

Zum Ersten zeigt sie das Prävalenz-Profil nach dem auf der x-Achse dargestellten sozio-ökonomischen Indikator, in diesem Fall dem Beruf. Man sieht in diesem Beispiel eine Zunahme der Beschwerden mit abnehmender beruflicher Qualifikation. Zur Beschreibung der Abfolge der Prävalenzen über die verschiedenen Bildungs- bzw. Berufsgruppen brauchen wir die Bezeichnung Bildungs-Profil beziehungsweise Berufs-Profil. Beim Einkommen wird auch der Ausdruck Trend gebraucht.

Zweitens kann über die Grösse der Rechtecke die Krankheits-Last abgeschätzt werden, die auf die entsprechende sozio-ökonomische Gruppe entfällt. Eine hohe Krankheits-Last liegt dann vor, wenn die Gruppe gross und / oder die Prävalenz in der Gruppe hoch ist.

Der Anteil jedes einzelnen Rechteckes an der Gesamtfläche aller Rechtecke ist gleich dem Anteil, den die entsprechende sozio-ökonomische Gruppe an allen Personen mit starken Beschwerden hat. Beispielsweise tragen die höheren Führungskräfte resp. Freiberufler wegen ihres grösseren Bevölkerungs-Anteils mehr zum Problem der starken Beschwerden bei als die Kleinunternehmer ohne Angestellte, obwohl die Kleinunternehmer eine deutlich höhere Prävalenz haben.

Drittens lässt sich aus der Grafik die mittlere Prävalenz der untersuchten Gesundheits-Dimension – hier der starken Beschwerden – über alle sozio-ökonomischen Gruppen als (gewichtete) mittlere Höhe aller Rechtecke abschätzen. In diesem Beispiel beträgt sie etwa 9%.

## 4 Soziodemographische Charakteristika der SGB 97-Stichprobe

In den folgenden Abschnitten wird die untersuchte Stichprobe bezüglich Geschlecht und Alter und bezüglich der drei Indikatoren zum sozio-ökonomischen Status – Bildung, Beruf und Einkommen – beschrieben.

### 4.1 Geschlecht und Alter

Der Anteil der Frauen in der untersuchten Stichprobe beträgt 52,3%, der Männer-Anteil 47,7%. Dies entspricht etwa dem Anteil der beiden Geschlechter in der Gesamtbevölkerung für das Jahr 1997 mit 51,2% Frauen und 48,8% Männern (Bundesamt für Statistik, 1998 (a)).

Wie die folgende Tabelle zeigt, entsprechen die für diese Arbeit analysierten, mindestens 25-jährigen Befragten in ihrer Altersverteilung etwa der entsprechenden Gesamtschweizer Bevölkerung (Bundesamt für Statistik, 1998 (a)).

**Gewichtete SGB-Daten und Schweizer Bevölkerung 1997 nach Geschlecht und Alter**

1997 Alter	SGB		Schweiz	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
25-34 J.	21,5%	23,2%	21,6%	23,2%
35-44 J.	20,8%	23,3%	20,9%	23,4%
45-54 J.	18,9%	20,4%	18,6%	20,6%
55-64 J.	14,1%	15,2%	14,4%	15,0%
65-74 J.	13,6%	11,1%	12,2%	10,5%
75 J. +	11,1%	6,9%	12,1%	7,3%

### 4.2 Bildungsstand

In der Schweiz wiesen im Jahre 1997 23% der 25- bis 64-Jährigen einen tertiären Abschluss auf, 58% einen Abschluss auf Sekundarstufe und 20% nur die obligatorische Schulbildung (Bundesamt für Statistik, 1998 (a)). Die Frauen haben gegenüber den Männern einen Bildungs-Rückstand. Über einen Abschluss auf Tertiärstufe verfügen 16% der Frauen, im Vergleich zu 33% der Männer, nur eine obligatorische Schulbildung weisen hingegen 17% der Frauen und 10% der Männer auf. Der Bildungsstand der Schweizer Bevölkerung hat sich in den letzten Jahrzehnten stetig verbessert. Während von den im Jahre 1997 55- bis 64-jährigen 16% einen Abschluss auf der Tertiärstufe aufwiesen, waren es bei den 25- bis 34-jährigen schon 25%. Parallel dazu sank der Anteil der Personen mit nur obligatorischer Schulbildung von 29% in der älteren Gruppe auf 14% in der jüngeren Gruppe. Diese Veränderungen sind bei beiden Geschlechtern nachweisbar. Die folgende Tabelle zeigt den Bildungsstand der Befragten der zweiten Schweizerischen Gesundheitsbefragung im Vergleich zur Schweizer Bevölkerung des Jahres 1997 (Bundesamt für Statistik, 1998 (a)):

## Gewichtete SGB-Daten und Schweizer Bevölkerung 1997 nach Bildung

Bildung 1997	SGB	Schweiz
Tertiärer Abschluss, universitär	7,3%	10,0%
Tertiärer Abschluss, nicht-universitär	11,6%	13,0%
Sekundarniveau, Beruf	54,3%	51,0%
Sekundarniveau, allgemein	4,8%	7,0%
Obligatorische Schule	21,0%	20,0%
Keine Ausbildung	1,1%	...

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass ein Abschluss auf Tertiärstufe bei den Teilnehmern der zweiten Schweizerischen Gesundheitsbefragung weniger häufig ist als in der Gesamtbevölkerung, während Abschlüsse auf dem Sekundärniveau etwas häufiger sind. Dies gilt unabhängig vom Alter.

In der folgenden Tabelle wird die Bildung der Befragten für die beiden Geschlechter und die verschiedenen Altersgruppen dargestellt:

Die Tabelle zeigt, dass die Frauen in der Stichprobe ein tieferes Bildungsniveau aufweisen als die Männer. Die Verteilung auf die verschiedenen Altersklassen zeigt den höheren Bildungsstand der jüngeren Befragten im Vergleich zu den älteren.

### Ausbildung nach Geschlecht und Alter (in Prozenten)

	Hochschule	Höhere Berufs- ausbildung	Berufslehre	Maturität oder ähnliches	Obligatorische Schule	Ohne Ausbildung, unbestimmt
<b>Geschlecht</b>						
Männer	10,2	19,1	51,2	4,0	14,8	0,6
Frauen	4,6	4,7	57,1	5,5	26,6	1,6
Gesamt	7,3	11,6	54,3	4,8	21,0	1,1
<b>Altersklassen</b>						
25-34 J. Männer	10,6	17,9	56,2	5,5	9,3	0,6
35-44 J.	11,4	20,7	50,5	4,6	12,6	0,3
45-54 J.	11,7	23,5	48,2	2,4	13,7	0,5
55-64 J.	7,0	19,0	50,9	3,1	19,6	0,4
65-74 J.	9,8	16,2	50,2	3,2	19,7	0,9
75 J. +	9,3	13,4	49,2	4,5	22,0	1,7
25-34 J. Frauen	7,6	6,7	64,6	6,6	13,1	1,4
35-44 J.	7,2	5,6	60,0	6,3	19,9	1,0
45-54 J.	3,5	4,9	61,2	5,0	24,2	1,3
55-64 J.	1,9	3,7	50,3	4,5	36,3	3,3
65-74 J.	2,0	2,1	46,0	4,6	44,3	1,0
75 J. +	1,5	2,0	48,6	4,7	40,9	2,3

### 4.3 Berufliche und Erwerbssituation

In den letzten Jahren nahm in der Schweiz die Vollzeit-Erwerbstätigkeit ab, die Teilzeit-Erwerbstätigkeit zu (Bundesamt für Statistik, 1998 (a)). Während die Erwerbstätigkeit der Frauen eher zunahm, war sie bei den Männern eher abnehmend (Bundesamt für Statistik, 1996). Die Zunahme der Erwerbsquote der Frauen und die Zunahme von Teilzeit-Erwerbstätigkeit geht einher mit dem Zuwachs im Dienstleistungssektor. Kaderpositionen oder leitende Stellungen sind auch heute noch vor allem von Männern besetzt. Im Vergleich zu früher sind heute Stellen- und auch Berufswechsel häufiger. Leider konnten wir keine gesamtschweizerischen Zahlen zu den in diesem Bericht verwendeten Berufsklassierungen finden, weshalb ein Vergleich mit der gesamten Schweizer Bevölkerung nicht möglich ist. In der folgenden Tabelle wird die Verteilung der Befragten auf die verschiedenen Berufsgruppen für die beiden Geschlechter und die verschiedenen Altersgruppen dargestellt.

**Berufsgruppen nach Geschlecht und Alter (in Prozenten)**

	Höhere Führungskräfte, freie Berufe	Höhere nicht-manuelle Berufe	Büroangestellte	Kleinunternehmer mit Angestellten	Kleinunternehmer ohne Angestellte	Bauern	Qualifizierte manuelle Berufe, Vorarbeiter	Unqualifizierte manuelle Berufe, Landarbeiter	MISSING
<b>Geschlecht</b>									
Männer	14,3	25,1	12,4	3,5	4,2	3,6	19,9	13,6	3,5
Frauen	2,9	24,8	35,6	1,6	3,0	1,6	9,0	13,5	8,1
Gesamt	8,3	25,0	24,5	2,5	3,6	2,6	14,2	13,5	5,9
<b>Altersklassen</b>									
25-34 J. Männer	11,9	25,4	14,7	2,6	2,6	2,6	24,3	13,2	2,7
35-44 J.	16,2	26,3	10,5	3,9	5,1	2,6	19,4	13,0	3,0
45-54 J.	18,7	24,5	9,4	5,2	6,5	3,8	17,3	11,4	3,3
55-64 J.	13,5	21,6	12,2	5,5	4,9	5,0	18,4	15,6	3,2
65-74 J.	10,9	27,6	13,9	1,5	3,5	3,6	16,9	16,6	5,6
75 J. +	11,3	25,0	15,9	0,2	0,9	6,3	22,3	13,7	4,5
25-34 J. Frauen	3,9	28,1	40,2	0,7	3,4	0,5	8,2	10,7	4,4
35-44 J.	4,0	30,3	31,3	2,5	4,6	0,6	8,5	13,6	4,5
45-54 J.	3,3	27,1	39,5	2,5	3,2	0,7	7,8	11,9	3,9
55-64 J.	2,1	20,3	37,2	2,0	3,2	2,1	9,0	15,9	8,1
65-74 J.	0,8	17,5	32,8	0,7	0,8	5,0	11,0	15,9	15,6
75 J. +	0,7	15,9	26,9	0,1	0,3	3,7	11,7	16,2	24,6

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass bei beiden Geschlechtern die jüngeren Befragten überdurchschnittlich häufig Führungspositionen innehaben, während die älteren Befragten eher in den tiefer klassierten Berufen überdurchschnittlich häufig vertreten sind. Der Anteil der Frauen in Führungspositionen ist fast fünf Mal kleiner als der Anteil der Männer, bei den Büroangestellten ist er rund drei Mal höher als derjenige der Männer.

### 4.4 Wirtschaftliche Situation

Die Reallöhne in der Schweiz sanken zwischen 1986 und 1990, seither sind sie praktisch stabil geblieben (Bundesamt für Statistik, 1998 (a)). Der Median des monatlichen Bruttolohnes wurde in der Schweiz 1996 auf 5000 sFr. geschätzt, wobei zwischen Männern und Frauen deutliche Unterschiede vorhanden sind.

Seit dem zweiten Weltkrieg haben in der Schweiz die Einkommensunterschiede zugenommen. Im Jahre 1991 verdienten die 20% der Einwohner der Schweiz mit den höchsten Einkommen sieben

mal mehr als die 20% mit den tiefsten Einkommen (Ch. Suter, 2000). 1949 betrug dieser Faktor noch vier. Dabei haben sich die Einkommens-Ungleichheiten in den Perioden des wirtschaftlichen Wachstums eher vergrössert, in den Perioden wirtschaftlicher Stagnation eher vermindert. Diese Tatsache steht im Widerspruch zu den Beobachtungen in anderen Ländern. Sie dürfte vor allem auf die schweizerische Ausländerpolitik zurückzuführen sein. In wirtschaftlich schwierigen Zeiten wurden vorwiegend schlecht verdienende Ausländer ohne dauerhafte Aufenthaltsbewilligung in ihr Heimatland zurückgeschickt, in Phasen einer florierenden Wirtschaft war der Zustrom wieder grösser (Y. Flückiger, 2000). Neuere Studien zum Thema Armut zeigen, dass heute Familien mit mehreren Kindern, Ausländer und alleinerziehende Mütter relativ häufig wirtschaftlich schlecht gestellt sind, um nur einige Gruppen zu nennen (R. Leu, St. Burri, T. Priester, 1997).

In der folgenden Tabelle wird das Einkommen der Befragten für die beiden Geschlechter und die verschiedenen Altersgruppen dargestellt.

#### Äquivalenzeinkommen nach Geschlecht und Alter (in Prozenten)

	4 671+	3 331-4 670	2 501-3 330	0-2 500	MISSING
<b>Geschlecht</b>					
Männer	27,2	30,6	15,7	21,6	4,9
Frauen	16,3	27,5	16,7	28,8	10,7
Gesamt	21,5	29,0	16,3	25,4	8,0
<b>Altersklassen</b>					
25-34 J. Männer	28,7	31,0	15,9	21,6	2,8
35-44 J.	28,3	25,6	20,2	23,5	2,4
45-54 J.	31,5	29,8	15,7	20,0	3,1
55-64 J.	29,9	37,6	13,0	12,3	7,2
65-74 J.	20,7	33,5	14,0	25,0	6,7
75 J. +	16,0	28,1	11,4	30,8	13,6
25-34 J. Frauen	20,9	28,5	18,2	27,8	4,7
35-44 J.	14,9	26,6	20,2	30,9	7,3
45-54 J.	21,6	30,4	15,6	21,2	11,2
55-64 J.	14,9	33,6	15,5	22,2	13,8
65-74 J.	8,7	24,4	14,5	38,1	14,3
75 J. +	9,1	15,2	12,4	40,4	22,9

Die Tabelle zeigt das höhere Einkommen der befragten Männer im Vergleich zu den Frauen. Bezüglich Einkommen und Alter lässt sich etwas vereinfacht sagen, dass bei beiden Geschlechtern sehr tiefe Einkommen vor allem von den ältesten Befragten und den 35- bis 44-jährigen angegeben werden, während jüngere Befragte überdurchschnittlich häufig höhere Einkommen angeben.

# 5 Ergebnisse zur Gesundheit nach sozio-ökonomischer Gruppe

## 5.1 Einleitung

Es folgen Darstellungen zu 29 ausgewählten Gesundheits-Dimensionen aus der zweiten Schweizerischen Gesundheitsbefragung des Jahres 1997 (Bundesamt für Statistik/Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997). Die Gesundheits-Dimensionen sind so konstruiert, dass die Tabellen und Grafiken jeweils die Prävalenz eines gesundheitlichen «Problems», beispielsweise des Übergewichts, darstellen. Die altersstandardisierte Prävalenz (vgl. Abschnitt 3.6) jeder Gesundheits-Dimension wurde in den verschiedenen sozio-ökonomischen Gruppen bestimmt. Die sozio-ökonomischen Gruppen wurden anhand der drei klassischen Indikatoren des sozio-ökonomischen Status – Bildung, Beruf und Einkommen – gebildet (vgl. Abschnitt 3.3). Unterschiede zwischen den sozio-ökonomischen Gruppen, getrennt nach Geschlecht, werden für die drei Indikatoren beschrieben. Zudem werden Vergleiche zwischen den Geschlechtern und zwischen den verschiedenen Altersgruppen gemacht. Ausserdem werden die neuen Ergebnisse mit den Resultaten der ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung aus den Jahren 1992/93 (A. Witschi, Ch. Junker, Ch. E. Minder, 2000) verglichen.

Für jede Gesundheits-Dimension wurde eine Grafik erstellt, die im entsprechenden Abschnitt nach dem Text platziert ist.

Die tabellarisch dargestellten Resultate finden sich im Anhang. In der Tabelle S. 106 f. sind die Prävalenzen der untersuchten Gesundheits-Dimensionen nach Geschlecht und Altersklassen dargestellt. In den Tabellen S. 108 f. und S. 110 f. finden sich, getrennt nach Geschlecht, die altersstandardisierten Prävalenzen der Gesundheits-Dimensionen für die drei sozio-ökonomischen Indikatoren Bildung, Berufsgruppe und Äquivalenzeinkommen, sowie die SII's und RII's. In den Tabellen S. 112 f. und S. 114 f. finden sich die entsprechenden Resultate der ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung.

## 5.2 Selbst beurteilte Gesundheit, körperliches und psychisches Befinden

### 5.2.1 Selbst beurteilte Gesundheit

**Im Vergleich zu Personen aus den höheren sozio-ökonomischen Gruppen beurteilten Personen aus den tieferen Gruppen ihre Gesundheit häufiger als mittelmässig bis sehr schlecht. Bei beiden Geschlechtern fanden sich starke Gradienten.**

Die selbst beurteilte Gesundheit der Personen zum Zeitpunkt des Interviews wurde mit der Frage «Wie geht es Ihnen zur Zeit gesundheitlich?» erfasst.

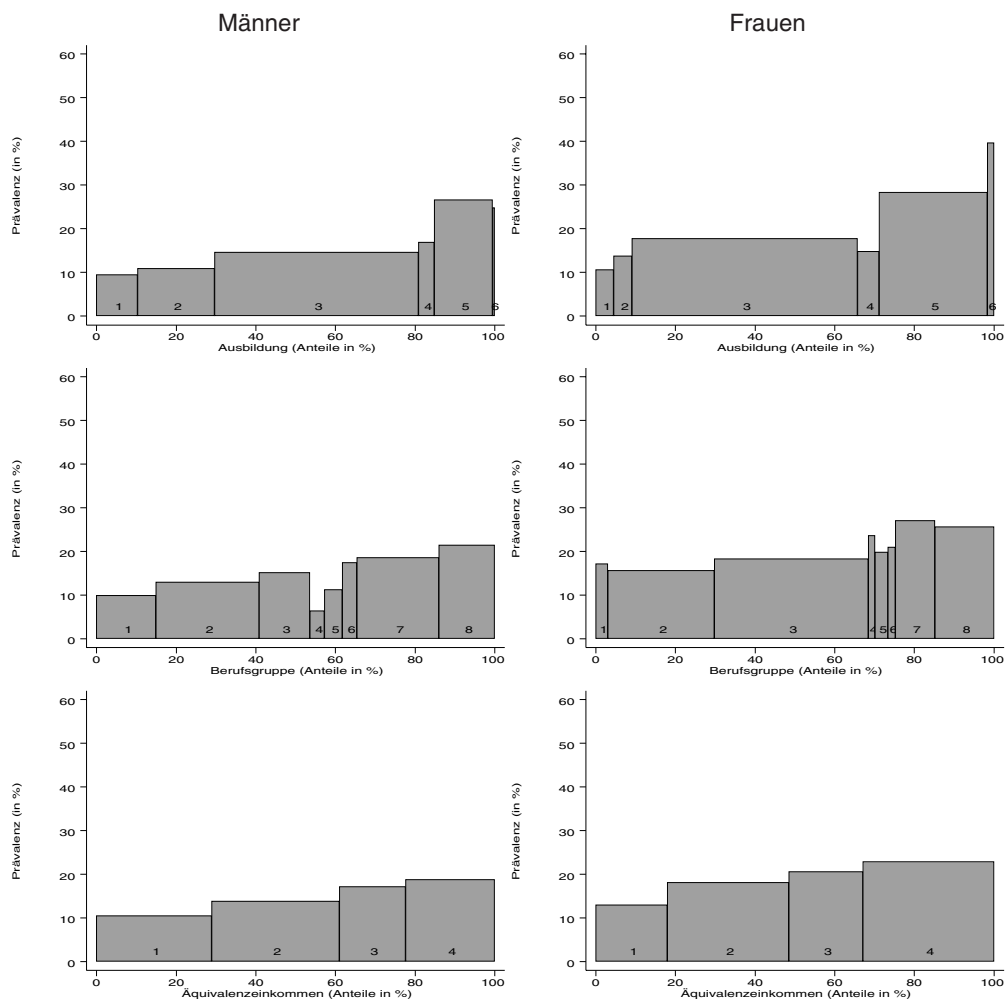
In zahlreichen Untersuchungen, vor allem bei älteren Leuten, konnte ein konsistenter Zusammenhang zwischen der selbst beurteilten Gesundheit (engl. self rated health) und dem Sterberisiko gezeigt werden. In der Folge wurde auch der Zusammenhang mit späteren Erkrankungen beziehungsweise Behinderungen als Folgen von Erkrankungen untersucht. Aus diesen Studien ist bekannt, dass die selbst beurteilte Gesundheit eine starke Voraussagekraft auch für spätere Erkrankungen oder Einschränkungen aufweist (V. L. Wilcox, S. V. Kasl, E. L. Idler, 1996/E. L. Idler, Y. Benyamini, 1997), selbst unter Berücksichtigung der Einflüsse von Alter, Geschlecht, sozio-ökonomischem Status und vorbestehenden Erkrankungen: Personen, die ihre eigene Gesundheit als schlecht beurteilen, weisen im Verlauf häufiger Einschränkungen in ihren täglichen Aktivitäten auf und haben eine höhere Mortalität. Auch nach Ereignissen wie Herzinfarkt, Hirnschlag oder Oberschenkelfraktur ist die Prognose bei den Personen, die ihre Gesundheit 6 Wochen nach dem Ereignis als gut beurteilen, besser als bei den Personen, die ihre Gesundheit zu diesem Zeitpunkt als schlecht beurteilen (V. L. Wilcox, S. V. Kasl, E. L. Idler, 1996).

20,4% der Frauen und 15,3% der Männer beurteilten ihre Gesundheit als mittelmässig bis sehr schlecht. Mit dem Alter nahm der Anteil Personen mit mittelmässiger bis sehr schlechter selbst beurteilter Gesundheit bei beiden Geschlechtern kontinuierlich zu, bei den Frauen stärker als bei den Männern. Bei den über 75-jährigen Männern beurteilten 27,9% ihre Gesundheit als mittelmässig bis sehr schlecht, bei den Frauen in dieser Altersgruppe waren es 37,7%.

Personen aus den tieferen sozio-ökonomischen Gruppen schätzten ihre Gesundheit häufiger als schlecht ein als Personen aus den höheren Gruppen. Die Gradienten zwischen den verschiedenen Bildungs-, Berufs- und Einkommensgruppen waren alle stark (siehe Abschnitt 3.4). Am deutlichsten waren die Unterschiede zwischen den **Bildungsgruppen**. Personen mit hoher Schulbildung schätzten ihre Gesundheit wesentlich seltener als schlecht ein als Personen mit weniger guter Bildung. Der Gradient war bei beiden Geschlechtern nachzuweisen, wobei ausser bei den Personen mit Mittelschulabschluss in allen Schichten mehr Frauen als Männer ihre Gesundheit als schlecht beurteilten. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern war bei den Personen ohne Ausbildung am höchsten. Von den Frauen ohne Ausbildung beurteilten fast 40% ihre Gesundheit als schlecht. Der Trend war bei den Frauen mit Ausnahme der Gruppe mit einer Ausbildung auf Sekundarstufe monoton, bei den Männern mit Ausnahme der Personen ohne Ausbildung ebenfalls. Auch zwischen den **Berufsgruppen** fand sich bei beiden Geschlechtern ein starker Gradient. Personen in unqualifizierten manuellen Berufen beurteilten ihre Gesundheit häufiger als höhere Führungskräfte als schlecht. Das Profil war bei beiden Geschlechtern nicht monoton. Mit sinkendem **Einkommen** stieg der Anteil der Personen mit schlechtem selbst beurteiltem Gesundheitszustand bei beiden Geschlechtern kontinuierlich an. Wiederum berichteten in jeder Einkommens-Gruppe mehr Frauen als Männer über einen schlechten Gesundheitszustand.

1997 beurteilten deutlich mehr Befragte ihren Gesundheitszustand als mittelmässig bis sehr schlecht als in der **ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung** in den Jahren 1992/93. Damals betrug die entsprechenden Anteile 16,9% bei den Frauen und 13,7% bei den Männern, wobei diese Anteile mit zunehmendem Alter ebenfalls stiegen.

## Selbst beurteilte Gesundheit schlecht



### Ausbildung:

- 1 Hochschule
- 2 Höhere Berufsausbildung
- 3 Berufslehre
- 4 Maturität o. ähnliches
- 5 Obligatorische Schule
- 6 Ohne Ausbildung, unbestimmt

### Berufsgruppe:

- 1 höh. Führungskräfte, freie Berufe
- 2 höh. nichtmanuelle Berufe
- 3 Büroangestellte
- 4 Kleinunternehmer mit Angestellten
- 5 Kleinunternehmer ohne Angestellte
- 6 Bauern
- 7 Vorarbeiter, qual. manuelle Berufe
- 8 unqual. manuelle Berufe, Landarb.

### Äquivalenzeinkommen:

- 1 4671 Fr. oder mehr
- 2 3331-4670 Fr.
- 3 2501-3330 Fr.
- 4 0 -2500 Fr.

Gradienten zwischen den sozio-ökonomischen Gruppen waren ebenfalls nachweisbar. Bei den Männern fand sich der grösste Gradient zwischen den Bildungsgruppen, bei den Frauen zwischen den Einkommensklassen. Die Gradienten zwischen den Bildungs- und den Berufsgruppen bei den Frauen und der Gradient zwischen den Bildungsgruppen bei den Männern waren in der ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung deutlich kleiner als in der zweiten.

### Definitionen und Bemerkungen

Die «selbst beurteilte Gesundheit» wurde folgendermassen erfasst:

«Wie geht es Ihnen zur Zeit gesundheitlich?»

Die Frage konnte mit «sehr gut», «gut», «mittelmässig», «schlecht» oder «sehr schlecht» beantwortet werden.

Die im Text und in den Tabellen angegebenen Prozent-Anteile bezeichnen diejenigen Personen, die ihre Gesundheit als mittelmässig, schlecht oder sehr schlecht beurteilten (im Text oft als «schlecht» bezeichnet).



## 5.2.2 Körperliches Befinden

### 5.2.2.1 Starke körperliche Beschwerden

**Starke körperliche Beschwerden kamen in den tieferen sozio-ökonomischen Gruppen häufiger vor als in den höheren. Die Gradienten waren mässig bis stark. Den stärksten Gradienten fanden wir bei beiden Geschlechtern zwischen den Bildungsgruppen. Die Prävalenz von starken körperlichen Beschwerden war bei den Frauen rund doppelt so hoch wie bei den Männern.**

Das Vorhandensein starker körperlicher Beschwerden wurde angenommen, wenn mindestens zwei Symptome aus einer Auswahl von neun (vgl. Kasten unten) in den vier Wochen vor der Befragung in einem starken Ausmass vorhanden waren. Die erfragten Beschwerden haben Symptomcharakter. Es wurde nicht unterschieden zwischen körperlich bedingten und psychosomatischen Beschwerden.

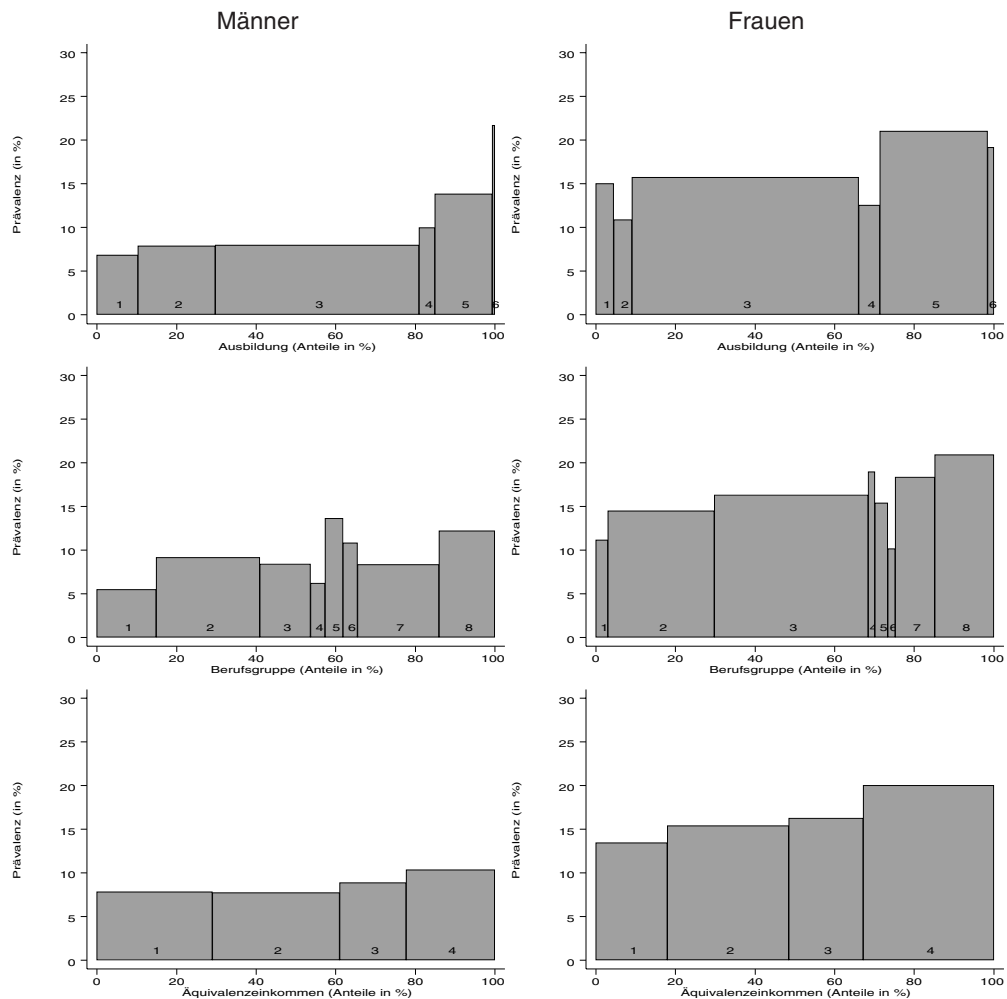
16,8% der Frauen und 8,8% der Männer gaben starke körperliche Beschwerden in den vier Wochen vor der Befragung an. Die Prävalenz von starken körperlichen Beschwerden stieg mit zunehmendem Alter; bei den über 74-jährigen Frauen gab jede vierte starke körperliche Beschwerden an, bei den Männern in dieser Altersgruppe jeder zehnte. In der Gruppe der jüngsten Frauen war die Prävalenz von starken körperlichen Beschwerden gleich hoch wie in der Gruppe der über 74-jährigen Männer.

Personen aus tieferen sozio-ökonomischen Gruppen berichteten häufiger über starke körperliche Beschwerden als Personen aus höheren Gruppen. Die Gradienten zwischen höheren und tieferen sozio-ökonomischen Gruppen waren mässig bis stark (siehe Abschnitt 3.4). Zwischen den **Bildungsgruppen** waren die Unterschiede am deutlichsten. Bei beiden Geschlechtern gaben vor allem Befragte mit nur obligatorischer Schulbildung oder solche ohne Ausbildung häufig starke körperliche Beschwerden an. Ausser bei den Personen ohne Ausbildung war die Prävalenz in allen Gruppen bei den Frauen höher als bei den Männern. Den grössten Geschlechtsunterschied fanden wir bei den Personen mit Hochschulbildung; 15% der Frauen aus dieser Schicht gaben starke körperliche Beschwerden an, im Vergleich zu 6,8% der Männer. Das Bildungs-Profil war bei den Frauen nicht monoton, bei den Männern monoton. Auch zwischen den **Berufsgruppen** konnten Unterschiede beobachtet werden. Personen in tieferen beruflicher Position hatten häufiger starke körperliche Beschwerden als Personen in höheren Positionen. Auffallend waren die Kleinunternehmerinnen mit Angestellten, die eine überdurchschnittlich hohe Prävalenz starker körperlicher Beschwerden aufwiesen. Ebenso berichteten Kleinunternehmer ohne Angestellte und Bauern eine (für Männer) überdurchschnittlich hohe Prävalenz. Im Gegensatz zu den Bauern gaben die Bäuerinnen unterdurchschnittlich häufig starke körperliche Beschwerden an. Den grössten Geschlechtsunterschied fanden wir bei den KleinunternehmerInnen mit Angestellten; die Prävalenz war bei den Frauen rund dreimal so hoch wie bei den Männern dieser Gruppe. Das Profil war bei beiden Geschlechtern nicht-monoton. Mit sinkendem **Einkommen** stieg bei beiden Geschlechtern die Prävalenz von starken körperlichen Beschwerden, wobei die Prävalenz bei den Frauen in jeder Einkommensklasse höher war als bei den Männern. Die niedrigste Prävalenz der Frauen der obersten Einkommensklasse war noch höher als die höchste Prävalenz der Männer aus der tiefsten Einkommensklasse. Der Trend war bei beiden Geschlechtern monoton.

In der **ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung** berichteten 20,2% der Frauen und 12,8% der Männer über mindestens zwei starke körperliche Symptome. Im Vergleich zu 1997 war die geschätzte Prävalenz in den Jahren 1992/93 bei beiden Geschlechtern höher. Die Zunahme der Beschwerden mit dem Alter war auch 1992/93 vorhanden.

Gradienten nach sozio-ökonomischen Indikatoren wurden ebenfalls festgestellt. Bei den Frauen war der Gradient zwischen den Berufsgruppen am grössten, bei den Männern derjenige zwischen den Bildungsklassen. Bei den Frauen waren die Gradienten bei allen Indikatoren in der ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung deutlich kleiner, bei den Männern nur derjenige zwischen den Bildungsklassen. Die grösseren relativen Unterschiede im Jahr 1997 könnten auch auf die tiefere Prävalenz von starken körperlichen Beschwerden in der zweiten Befragung zurückzuführen sein.

## Starke körperliche Beschwerden



### Ausbildung:

- 1 Hochschule
- 2 Höhere Berufsausbildung
- 3 Berufslehre
- 4 Maturität o. ähnliches
- 5 Obligatorische Schule
- 6 Ohne Ausbildung, unbestimmt

### Berufsgruppe:

- 1 höh. Führungskräfte, freie Berufe
- 2 höh. nichtmanuelle Berufe
- 3 Büroangestellte
- 4 Kleinunternehmer mit Angestellten
- 5 Kleinunternehmer ohne Angestellte
- 6 Bauern
- 7 Vorarbeiter, qual. manuelle Berufe
- 8 unqual. manuelle Berufe, Landarb.

### Äquivalenzeinkommen:

- 1 4671 Fr. oder mehr
- 2 3331 - 4670 Fr.
- 3 2501 - 3330 Fr.
- 4 0 - 2500 Fr.

### Definitionen und Bemerkungen

Das Vorhandensein starker körperlicher Beschwerden wurde in Form eines Index bestimmt. Folgende neun Fragen waren darin enthalten:

- «Haben Sie in den letzten vier Wochen...  
 ...Rücken- oder Kreuzschmerzen...  
 ...allgemeine Schwäche, Müdigkeit, Energielosigkeit...  
 ...Schmerzen oder Druckgefühl im Bauch...  
 ...Durchfall, Verstopfung oder beides...  
 ...Einschlaf- oder Durchschlafstörungen...  
 ...Kopfschmerzen, Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen...  
 ...Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern...  
 ...Schmerzen oder Druck im Brustbereich...  
 ...Gelenk- oder Gliederschmerzen...»

...gehabt?»

Jede Frage konnte mit «überhaupt nicht», «ein bisschen» oder «stark» beantwortet werden.

Wer mindestens zwei Fragen mit «stark» beantwortete, wurde als Person mit starken körperlichen Beschwerden eingestuft.

### 5.2.2.2 Starke Rücken- oder Kreuzschmerzen

**Rücken- und Kreuzschmerzen waren bei beiden Geschlechtern in den tieferen sozio-ökonomischen Gruppen häufiger als in den höheren. Bei beiden Geschlechtern war der Gradient zwischen den Bildungsgruppen am grössten. Ausser bei den Bauern und Bäuerinnen waren Rückenschmerzen in allen übrigen Gruppen bei den Frauen häufiger als bei den Männern; der Anteil der Frauen mit Rücken- oder Kreuzschmerzen war etwa doppelt so hoch wie derjenige der Männer.**

In der Befragung wurde das Auftreten von Rücken- oder Kreuzschmerzen in den vier Wochen vor der Befragung erhoben. Nach der Ursache der Rückenschmerzen wurde nicht gefragt, akute und chronische Rückenschmerzen wurden nicht unterschieden. Mit der Frage wurden deshalb alle Formen von akuten oder chronischen Rückenschmerzen bei somatischen Störungen erfasst (degenerativer Art, bei entzündlichen Erkrankungen, Missbildungen oder Haltungstörungen, bei Tumoren, nach Trauma, bei gynäkologischen oder urologischen Erkrankungen), aber auch Rückenschmerzen als psychosomatisches Symptom. Die Frage nach Rücken- oder Kreuzschmerzen ist auch im Index «starke körperliche Beschwerden» enthalten.

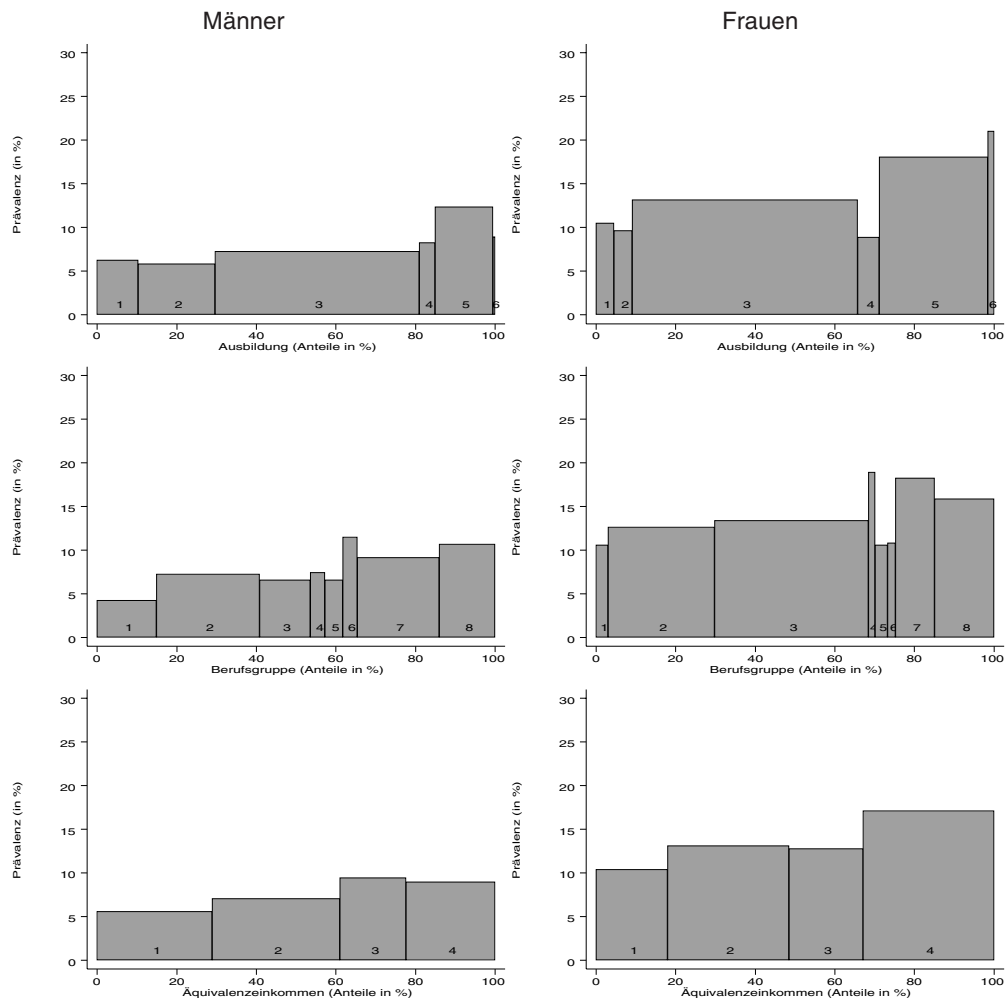
Die Risikofaktoren für Rückenschmerzen können in verschiedene Gruppen eingeteilt werden. Aus der Literatur sind sozio-demographische Einflussfaktoren wie Alter, Geschlecht und Ausbildung, verhaltensbedingte Risikofaktoren wie Übergewicht und Tabakkonsum, aber auch körperlich belastende Berufe bekannt (D. Winkler, 1998). Zudem scheint auch eine schlechte psychische Verfassung ein begünstigender Faktor zu sein. Rückenschmerzen sind ein häufiges Problem und ein wichtiger Grund für Arztbesuche. In der SOMIPOPS-Untersuchung waren Rückenschmerzen für 12% der letzten Arztbesuche der Befragten verantwortlich (H. Bucher, 1985).

In der zweiten Schweizerischen Gesundheitsbefragung berichteten 14,0% der Frauen und 7,7% der Männer über starke Rücken- oder Kreuzschmerzen in den vier Wochen vor der Befragung. In allen Altersgruppen gaben mehr Frauen als Männer Rückenschmerzen an. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass Frauen generell mehr Symptome angeben als Männer (I. Foppa, H. Noack, Ch.E. Minder, 1995), aber auch mit frauenspezifischen Belastungen wie Schwangerschaften, den Rücken belastenden Tätigkeiten bei der Betreuung von Kleinkindern und bei der Hausarbeit sowie Menstruations-Beschwerden. Bei den Frauen nahmen Rückenschmerzen mit zunehmendem Alter kontinuierlich zu. Jede fünfte der über 74-jährigen Frauen gab in der Befragung Rücken- oder Kreuzschmerzen an. Diese dürften teilweise auf die bei älteren Frauen häufigere Osteoporose zurückzuführen sein. Bei den Männern waren die Altersklassen zwischen 35 und 74 Jahren am häufigsten betroffen, am seltensten, im Gegensatz zu den Frauen, die über 74-Jährigen, von denen nur knapp vier Prozent Rücken- oder Kreuzschmerzen angaben.

Personen aus den unteren sozio-ökonomischen Gruppen gaben häufiger starke Rückenschmerzen an als Personen aus den höheren Gruppen. Die Gradienten waren mässig bis stark (siehe Abschnitt 3.4). Am deutlichsten waren die Unterschiede bei beiden Geschlechtern zwischen den **Bildungsgruppen**. Den höchsten Anteil bei den Frauen wies die Gruppe ohne Ausbildung/unbestimmt auf, während bei den Männern die Personen mit nur obligatorischer Schulbildung am stärksten betroffen waren. In dieser Gruppe berichteten jedoch immer noch weniger Männer über Rückenschmerzen als die Frauen gesamt. Das Bildungs-Profil war bei beiden Geschlechtern nicht monoton. Der Gradient zwischen den **Berufsgruppen** war bei den Männern annähernd so gross wie bezüglich Bildung, bei den Frauen deutlich kleiner. Die Bauern waren die einzige Gruppe, in der Männer häufiger Rückenschmerzen angaben als Frauen. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass die auf einem landwirtschaftlichen Betrieb anfallenden Arbeiten mit starker körperlicher Belastung eher von den Männern ausgeübt werden. Auch bei den höheren Berufen gaben deutlich mehr Frauen Rückenschmerzen an als Männer. Das Profil nach Berufsgruppen war nicht monoton. Ein Gradient fand sich auch zwischen den **Einkommensgruppen**. Personen mit tieferem Einkommen berichteten häufiger über Rückenschmerzen als Personen mit höherem Einkommen. Mit Ausnahme der zweituntersten Einkommensklasse bei den Frauen und der untersten bei den Männern war der Trend bei beiden Geschlechtern monoton.

1992/93 gaben 12,4% der Frauen und 8,5% der Männer starke Rückenschmerzen an. Vor allem bei den über 60-jährigen Frauen fand sich eine starke Zunahme.

## Starke Rücken- oder Kreuzschmerzen



### Ausbildung:

- 1 Hochschule
- 2 Höhere Berufsausbildung
- 3 Berufslehre
- 4 Maturität o. ähnliches
- 5 Obligatorische Schule
- 6 Ohne Ausbildung, unbestimmt

### Berufsgruppe:

- 1 höh. Führungskräfte, freie Berufe
- 2 höh. nichtmanuelle Berufe
- 3 Büroangestellte
- 4 Kleinunternehmer mit Angestellten
- 5 Kleinunternehmer ohne Angestellte
- 6 Bauern
- 7 Vorarbeiter, qual. manuelle Berufe
- 8 unqual. manuelle Berufe, Landarb.

### Äquivalenzeinkommen:

- 1 4671 Fr. oder mehr
- 2 3331-4670 Fr.
- 3 2501-3330 Fr.
- 4 0 -2500 Fr.

In der **ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung** wurden Rückenschmerzen von Personen aus tieferen sozio-ökonomischen Gruppen häufiger angegeben. Bei den Frauen waren die Gradienten zwischen den Berufs- und den Einkommensklassen in der ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung deutlich kleiner als in der zweiten, bei den Männern die Gradienten zwischen den Bildungs- und den Berufsgruppen.

### Definitionen und Bemerkungen

Folgende Frage wurde gestellt:

«Haben Sie in den letzten vier Wochen Rücken- oder Kreuzschmerzen gehabt?»

Die möglichen Antworten waren «überhaupt nicht», «ein bisschen» oder «stark».

Wer die Frage mit «stark» beantwortete, wurde als Person mit Rücken- oder Kreuzschmerzen betrachtet.

### 5.2.2.3 Behinderungen und Einschränkungen im Alter

**Personen aus den tieferen sozio-ökonomischen Gruppen waren im Alter häufiger von Behinderungen und Einschränkungen betroffen als Personen aus den höheren Gruppen. Diese Unterschiede waren zwischen den Bildungs-, den Berufs- und den Einkommensklassen nachweisbar. Die grössten Unterschiede fanden wir bei beiden Geschlechtern zwischen den verschiedenen Bildungsklassen.**

Die Auswertungen der Angaben zu Behinderungen einzelner Funktionen (impairments) und zu Einschränkungen in täglichen Aktivitäten (disabilities in activities of daily living) wurden auf die Gruppe der 65-jährigen und älteren Personen beschränkt, da die erhobenen Probleme vor allem in dieser Altersgruppe vorkommen. Es wurde nach Behinderungen beim Gehen, Lesen und Hören sowie nach Einschränkungen beim Aufstehen, Ankleiden und Essen gefragt. Bei den folgenden Resultaten ist zu berücksichtigen, dass institutionalisierte Personen in der Befragung nicht eingeschlossen waren. Die Angaben zu Behinderungen und Einschränkungen im Alter sind demnach vor allem zur Planung der spitalexternen Pflege nützlich.

Im 20. Jahrhundert ist die Lebenserwartung in der Schweiz und in vielen anderen industrialisierten Ländern stark gestiegen. Mit zunehmendem Alter steigt jedoch das Risiko von Erkrankungen und Behinderungen. Diese können zu einem Verlust von Autonomie führen (Th. Abelin, V. Beer, F. Gurtner, 1998). Sensorische Behinderungen können eine Folge von Erkrankungen oder äusseren Einwirkungen wie Lärm sein, treten aber auch als Folge des physiologischen Alterungsprozesses auf. Behinderungen begründen zu einem beträchtlichen Teil den Bedarf Betagter an ambulanten und stationären Dienstleistungen (Th. Abelin, V. Beer, F. Gurtner, 1998).

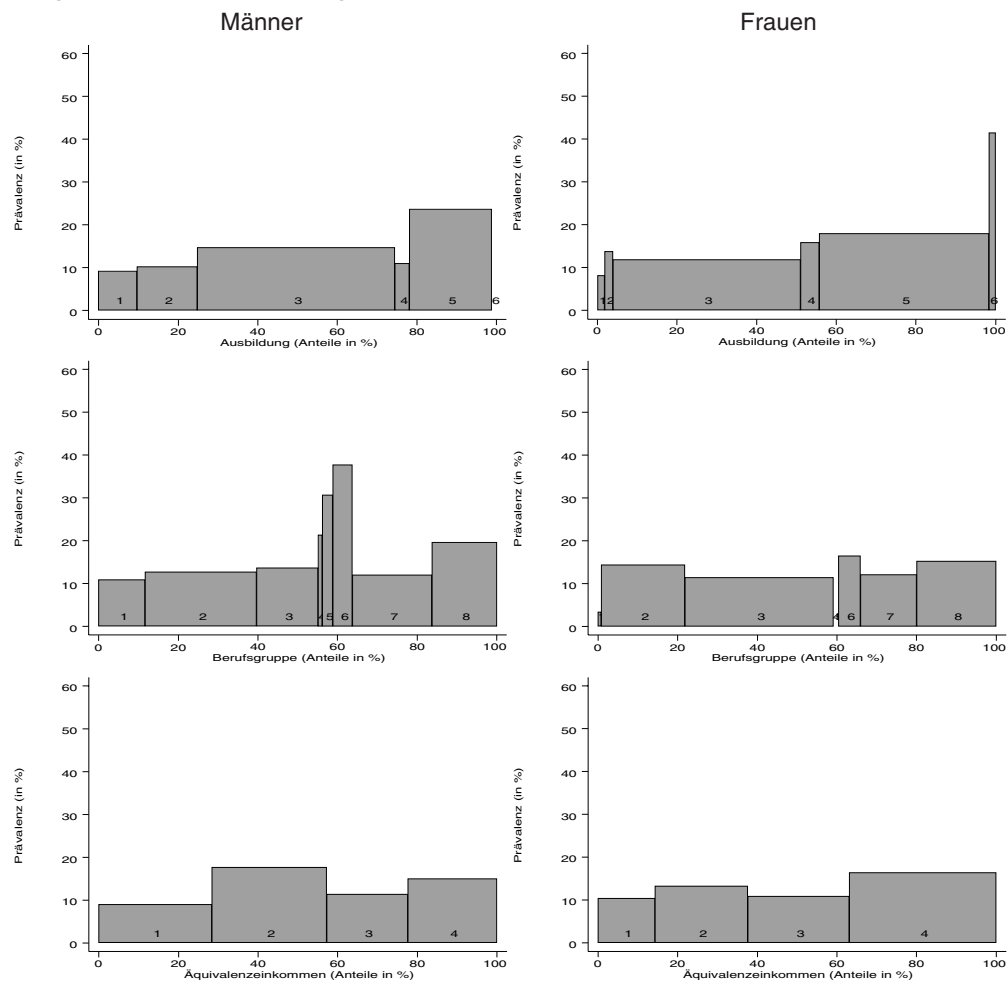
15,1% der 65-jährigen und älteren Befragten beider Geschlechter gaben an, in mindestens einer täglichen Aktivität eingeschränkt oder in einer Funktion behindert zu sein. Bei beiden Geschlechtern waren die über 74-Jährigen deutlich häufiger betroffen als die 65- bis 74-jährigen Befragten. Bei den Frauen der älteren Gruppe war jede vierte von einer Einschränkung oder Behinderung betroffen, bei den Männern jeder fünfte.

Personen aus tieferen sozio-ökonomischen Gruppen waren in ihren täglichen Aktivitäten häufiger eingeschränkt bzw. behindert als Personen aus den höheren Gruppen. Diese Unterschiede fanden wir zwischen den Bildungs-, den Berufs- und den Einkommensgruppen. Die Gradienten (siehe Abschnitt 3.4) waren bei den Frauen gering bis stark, bei den Männern mässig bis stark. Am stärksten waren bei beiden Geschlechtern die Unterschiede zwischen den **Bildungsklassen**. Bei den Frauen war der Trend mit Ausnahme der Gruppe mit tertiärer, nichtuniversitärer Ausbildung monoton, bei den Männern ebenfalls monoton, mit Ausnahme der Gruppe mit allgemeiner Ausbildung auf Sekundärstufe. Der Gradient zwischen den **Berufsgruppen** war bei den Männern ebenfalls stark, bei den Frauen mässig. Bei den Männern war zwischen den höheren Führungskräften und den Bauern ein monotoner Trend festzustellen, bei den Frauen war der Trend nicht monoton. Die Unterschiede zwischen den **Einkommensklassen** waren bei den Frauen stärker ausgeprägt als bei den Männern. Bei beiden Geschlechtern war kein monotoner Trend vorhanden.

In der **ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung** gaben 22,0% der Frauen und 26,1% der Männer mindestens eine Einschränkung in ihren täglichen Aktivitäten oder eine Behinderung in einer Funktion an, deutlich mehr als 1997.

Die Gradienten waren ebenfalls nachweisbar. Die stärksten Unterschiede fanden sich bei den Frauen zwischen den Einkommensklassen, bei den Männern zwischen den Berufsgruppen. Im Vergleich zu 1997 waren die relativen Unterschiede zwischen den Bildungsklassen 1992/93 bei beiden Geschlechtern deutlich geringer. Dieser Effekt könnte durch die höhere Prävalenz-Schätzung 1992 bedingt sein. Die Gradienten zwischen den Berufs- und Einkommensklassen waren in den beiden Gesundheitsbefragungen nicht wesentlich verschieden.

## Behinderungen und Einschränkungen im Alter



### Ausbildung:

- 1 Hochschule
- 2 Höhere Berufsausbildung
- 3 Berufslehre
- 4 Maturität o. ähnliches
- 5 Obligatorische Schule
- 6 Ohne Ausbildung, unbestimmt

### Berufsgruppe:

- 1 höh. Führungskräfte, freie Berufe
- 2 höh. nichtmanuelle Berufe
- 3 Büroangestellte
- 4 Kleinunternehmer mit Angestellten
- 5 Kleinunternehmer ohne Angestellte
- 6 Bauern
- 7 Vorarbeiter, qual. manuelle Berufe

### Äquivalenzeinkommen:

- 1 4001 Fr. oder mehr
- 2 3001 - 4000 Fr.
- 3 2001 - 3000 Fr.
- 4 0 - 2000 Fr.

### Definitionen und Bemerkungen

Die folgenden Fragen wurden nur den 65-jährigen und älteren Personen gestellt:

«Können Sie sich alleine, dh. ohne Hilfe und ohne jede Schwierigkeit an- und ausziehen, alleine aus dem Bett steigen und ohne jede Hilfe essen?»

Die möglichen Antworten waren «ja, kann alles alleine ohne Schwierigkeiten» oder «nein, kann nicht alles alleine ohne Schwierigkeiten».

«Sehen Sie genug, um ein Buch oder eine Zeitung zu lesen?» (Mit Brille oder Kontaktlinsen, wenn Sie normalerweise solche tragen)

«Können Sie einem gewöhnlichen Gespräch, an dem zwei weitere Personen teilnehmen, folgen?» (allenfalls mit Hörgerät)

Diese zwei Fragen konnten mit «ja, ohne Schwierigkeiten», «ja, mit leichten Schwierigkeiten», «ja, aber mit starken Schwierigkeiten» oder mit «nein» beantwortet werden.

«Wie weit können Sie alleine dh. ohne Hilfe gehen, ohne dass Sie anhalten müssen und ohne dass Sie starke Beschwerden haben?»

Die möglichen Antworten waren «200 Meter oder mehr», «mehr als einige Schritte, aber weniger als 200 Meter», «nur einige Schritte» und «kann überhaupt nicht gehen».

Als in ihrer täglichen Aktivität eingeschränkt oder in einer Funktion behindert wurden diejenigen Personen bezeichnet, welche mindestens eine der folgenden Antworten gaben: wer die erste Frage mit «nein», die zweite oder dritte Frage mit «ja, aber mit starken Schwierigkeiten» oder mit «nein», oder wer die vierte Frage mit den letzten drei Antwortmöglichkeiten beantwortete.

## 5.2.3 Psychisches Befinden

### 5.2.3.1 Momentane Stimmungslage

**Der Zusammenhang zwischen dem sozio-ökonomischen Status und der Stimmungslage war unterschiedlich für die beiden Geschlechter. Bei Frauen in den unteren sozio-ökonomischen Gruppen wurde die Stimmungslage tendenziell häufiger als schlecht beurteilt als bei Frauen mit höherem Status, und zwar bei allen drei Indikatoren. Bei den Männern hingegen war eine schlechte Stimmungslage in höheren Berufsgruppen häufiger als in tieferen, während zwischen den Bildungsguppen kein Gradient und zwischen den Einkommensklassen ein entgegengesetzt gerichteter Gradient vorhanden war, die Stimmungslage bei tieferem Einkommen also schlechter war als bei höherem Einkommen.**

Mit diesem Fragenkomplex wurde die Stimmungslage der Befragten erhoben. Im Unterschied zur selbst beurteilten Gesundheit wurde die psychische Befindlichkeit aus den Antworten zu vier Fragen bestimmt, ist also nicht direkt selbst beurteilt. Zwei Fragen erfassten negative (depressive Stimmung, Nervosität), zwei Fragen positive Gefühle (Heiterkeit, Optimismus). Personen, die oft bis fast täglich niedergeschlagen, angespannt und gereizt, und selten ruhig und ausgeglichen, bzw. voller Energie und Optimismus waren, wurden als Personen in schlechter Stimmungslage definiert. Es wurde nicht nach psychischen Erkrankungen gefragt. Aus diesen Angaben kann daher nicht auf die Prävalenz von psychischen Erkrankungen geschlossen werden.

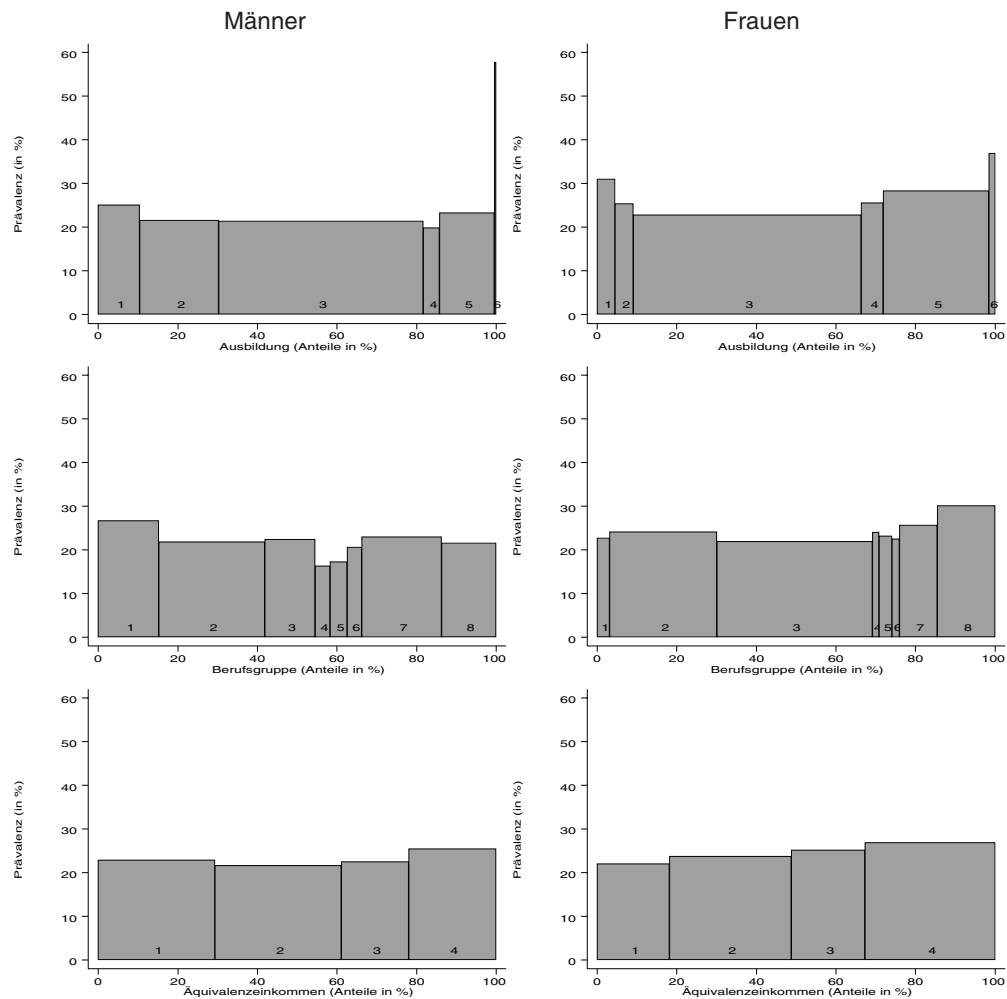
24,7% der Frauen und 22,3% der Männer zeichneten sich durch eine schlechte Stimmungslage aus. Von einer schlechten Stimmungslage waren die jüngeren Altersgruppen stärker betroffen als die älteren. Bei den 25- bis 34-jährigen fanden wir eine solche bei beiden Geschlechtern bei je rund 30% der Befragten, bei den 75-Jährigen und älteren bei weniger als 20%.

Der Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischer Gruppe und Stimmungslage variierte. Von einer schlechten Stimmungslage waren Frauen aus den tieferen sozio-ökonomischen Gruppen stärker betroffen als solche aus den höheren Gruppen. Bei den Männern war das Bild nicht einheitlich. Zwischen den **Bildungsklassen** fand sich bei den Männern kein Gradient (siehe Abschnitt 3.4); bei Akademikern und Männern mit nur obligatorischer Schulbildung oder ohne Ausbildung fanden wir überdurchschnittlich häufig eine schlechte Stimmungslage. Bei den Frauen war ein mässiger Gradient zwischen höheren und tieferen Bildungsklassen nachweisbar, jedoch waren auch hier die obersten, aber vor allem die untersten Klassen, überdurchschnittlich stark betroffen. Mit 36,9% bei den Frauen und 57,8% bei den Männern waren die Personen ohne Ausbildung bei beiden Geschlechtern die am stärksten von einer schlechten Stimmungslage betroffene Gruppe. Das Bildungs-Profil war bei beiden Geschlechtern U-förmig. Die Gradienten zwischen den **Berufsgruppen** waren bei den beiden Geschlechtern gegenläufig. Während bei den Frauen untere Berufsgruppen stärker betroffen waren, befanden sich bei den Männern vor allem die höheren Führungskräfte in einer schlechten Stimmung. Bei den männlichen höheren Führungskräften fanden wir häufiger eine schlechte Stimmungslage als bei den Frauen insgesamt. Das Berufs-Profil war bei beiden Geschlechtern nicht monoton. Bei beiden Geschlechtern hatten Personen mit niedrigem **Einkommen** häufiger eine schlechte Stimmungslage als Personen mit höherem Einkommen. Der Gradient war bei den Frauen stärker als bei den Männern, der Trend war bei den Frauen monoton, bei den Männern mit Ausnahme der Gruppe mit dem höchsten Einkommen ebenfalls.

Im Vergleich zur **ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung**, bei der bei 32,8% der Frauen und 27,9% der Männer eine schlechte Stimmungslage vorlag, waren diese Anteile 1997 deutlich kleiner.

1992/93 waren von schlechter Stimmungslage durchwegs die tieferen sozio-ökonomischen Gruppen stärker betroffen. Eine schlechte Stimmungslage war bei Männern in den tieferen Berufsgruppen häufiger, der Gradient zeigte also in die entgegengesetzte Richtung als 1997. Die tiefere Prävalenz im Jahre 1997 muss bei diesem Vergleich jedoch berücksichtigt werden.

## Momentane Stimmungslage schlecht



### Ausbildung:

- 1 Hochschule
- 2 Höhere Berufsausbildung
- 3 Berufslehre
- 4 Maturität o. ähnliches
- 5 Obligatorische Schule
- 6 Ohne Ausbildung, unbestimmt

### Berufsgruppe:

- 1 höh. Führungskräfte, freie Berufe
- 2 höh. nichtmanuelle Berufe
- 3 Büroangestellte
- 4 Kleinunternehmer mit Angestellten
- 5 Kleinunternehmer ohne Angestellte
- 6 Bauern
- 7 Vorarbeiter, qual. manuelle Berufe
- 8 unqual. manuelle Berufe, Landarb.

### Äquivalenzeinkommen:

- 1 4671 Fr. oder mehr
- 2 3331-4670 Fr.
- 3 2501-3330 Fr.
- 4 0 -2500 Fr.

### Definitionen und Bemerkungen

Die Stimmungslage wurde in Form eines Index erhoben. Folgende vier Fragen waren darin enthalten:

«An wie vielen Tagen der letzten Woche waren Sie...

- ...niedergeschlagen oder verstimmt?»
- ...ruhig, ausgeglichen und gelassen?»
- ...angespannt, gereizt oder nervös?»
- ...voll Kraft, Energie und Optimismus?»

Jede Frage konnte mit «praktisch jeden Tag», «an 3-4 Tagen», «an 1-2 Tagen» oder «nie» beantwortet werden. Die Fragen wurden mit 1, 2, 3 oder 4 Punkten bewertet, je nach Polung der Frage in unterschiedlicher Reihenfolge. Die Fragen 1 und 3 wurden in der angegebenen Reihenfolge der Antworten mit 1, 2, 3 oder 4 Punkten bewertet, die Fragen 2 und 4 mit 4, 3, 2 oder einem Punkt.

Eine schlechte Stimmungslage wurde bei einer Summe von 12 oder weniger Punkten angenommen.



### 5.2.3.2 Kontrolle über das eigene Leben

**Personen mit tieferem sozio-ökonomischem Status hatten häufiger das Gefühl, wenig Kontrolle über das eigene Leben zu haben. Die Gradienten waren bei beiden Geschlechtern mässig. Den stärksten Zusammenhang mit einem geringen Kontrollgefühl fanden wir bei den Frauen zur Bildung, bei den Männern zum Einkommen.**

Die Gesundheits-Dimension «Kontrolle über das eigene Leben» wurde anhand von vier Fragen beurteilt (s. unten). Die Fragen stammten aus dem schriftlichen Fragebogen. Bei den Frauen fehlten die Angaben zu dieser Frage in nahezu 10% der Fragebögen. Dabei waren es vor allem Frauen aus tieferen sozio-ökonomischen Gruppen, welche die Fragen nicht beantworteten. Man kann annehmen, dass dadurch die Unterschiede zwischen höheren und tieferen sozio-ökonomischen Gruppen eher reduziert wurden. Ausserdem werden Hochrechnungen dadurch fragwürdiger.

Eine Person mit einem geringen Kontrollgefühl glaubt nicht daran, gewünschte Ereignisse durch eigenes Handeln herbeiführen zu können. Je stärker dieses Gefühl ist, desto bedrohlicher erscheint eine schwierige Situation. Das Gefühl, Kontrolle über das eigene Leben zu haben, wird deshalb heute als entscheidender Aspekt bei der Bewältigung von sozialem Distress betrachtet (J. Siegrist, 1995).

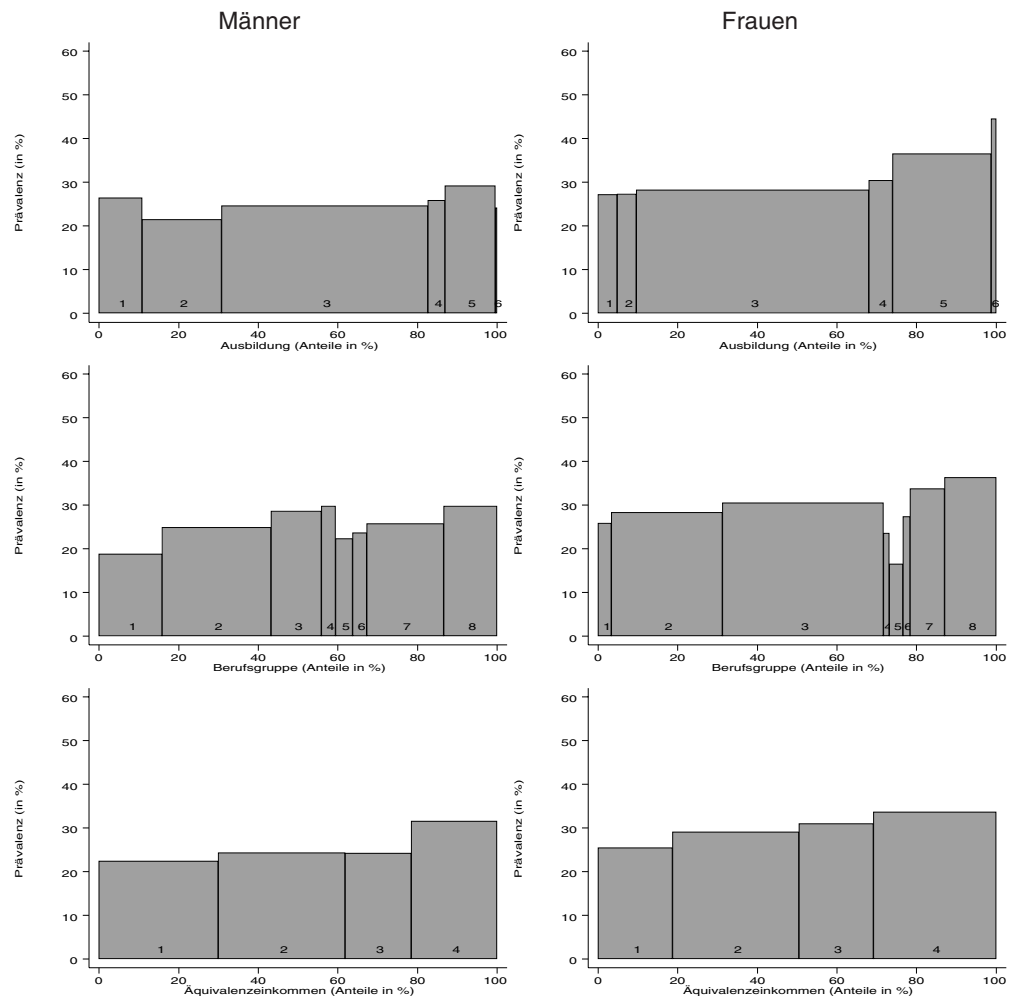
Bei 30,7% der Frauen und 24,9% der Männer wurde die Kontrolle über das eigene Leben als gering eingestuft. In den verschiedenen Altersklassen kam das Gefühl geringer Kontrolle unterschiedlich häufig vor. Während bei den Frauen dieses Gefühl am häufigsten bei den 55-jährigen und älteren vorkam, trat es unter Männern am häufigsten bei den 35- bis 64-jährigen auf.

Personen aus den tieferen sozio-ökonomischen Gruppen hatten häufiger das Gefühl, nur wenig Kontrolle über ihr eigenes Leben zu haben. Bei beiden Geschlechtern zeigten sich für alle drei Sozialschicht-Indikatoren mässige Gradienten (siehe Abschnitt 3.4). Die grössten Unterschiede waren bei den Frauen bezüglich **Bildung** festzustellen. Auffällig war, dass bei den Personen ohne Ausbildung fast doppelt so viele Frauen wie Männer ein Gefühl geringer Kontrolle über das eigene Leben hatten. Das Profil nach Bildungsklassen war bei den Frauen monoton, bei den Männern nicht monoton. Der Zusammenhang zwischen **Beruf** und Kontrollgefühl war bei den Männern stärker als bei den Frauen. Bei beiden Geschlechtern war das Profil nicht monoton. Dabei war bei den Männern unter den vier höheren und den vier tieferen Klassen je ein monotoner Trend sichtbar, bei den Frauen zwischen den drei höheren und den vier tieferen. Zwischen den **Einkommens**klassen waren die Unterschiede bei den Männern ebenfalls grösser als bei den Frauen. Bei beiden Geschlechtern hatten mit abnehmendem Einkommen zunehmend mehr Befragte das Gefühl, eine geringe Kontrolle über ihr eigenes Leben zu haben; der Trend war monoton.

Mit 23,3% bei den Frauen und 19,5% bei den Männern fand sich das Gefühl geringer Kontrolle in der **ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung** weniger häufig. 1992/93 war das Gefühl geringer Kontrolle bei den jüngeren Befragten häufiger als bei den über 64-Jährigen.

Es waren ebenfalls Gradienten zwischen den sozio-ökonomischen Gruppen nachweisbar. Personen aus den unteren sozio-ökonomischen Gruppen hatten häufiger ein Gefühl fehlender Kontrolle über das eigene Leben. Den deutlichsten Zusammenhang mit diesem Gefühl geringer Kontrolle konnte man beim Einkommen nachweisen. Die relativen Unterschiede waren 1992/93 bei den Frauen bezüglich Bildung und Beruf deutlich kleiner als 1997. Bezüglich Einkommen und bei den Männern haben sich die Gradienten in diesem Zeitraum nicht wesentlich verändert. Zu berücksichtigen ist, dass die Prävalenz des Gefühls fehlender Kontrolle 1997 ebenfalls höher war als 1992/93.

## Geringe Kontrolle über das eigene Leben



### Ausbildung:

- 1 Hochschule
- 2 Höhere Berufsausbildung
- 3 Berufslehre
- 4 Maturität o. ähnliches
- 5 Obligatorische Schule
- 6 Ohne Ausbildung, unbestimmt

### Berufsgruppe:

- 1 höh. Führungskräfte, freie Berufe
- 2 höh. nichtmanuelle Berufe
- 3 Büroangestellte
- 4 Kleinunternehmer mit Angestellten
- 5 Kleinunternehmer ohne Angestellte
- 6 Bauern
- 7 Vorarbeiter, qual. manuelle Berufe
- 8 unqual. manuelle Berufe, Landarb.

### Äquivalenzeinkommen:

- 1 4671 Fr. oder mehr
- 2 3331 - 4670 Fr.
- 3 2501 - 3330 Fr.
- 4 0 - 2500 Fr.

### Definitionen und Bemerkungen:

Die folgenden Fragen aus dem schriftlichen Fragebogen wurden zusammengefasst:

«Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu:

- «Ich werde mit einigen meiner Probleme nicht fertig.»
- «Ich fühle mich im Leben gelegentlich hin und her geworfen.»
- «Ich habe wenig Kontrolle über die Dinge, die ich erlebe.»
- «Oft fühle ich mich meinen Problemen ausgeliefert.»

Die möglichen Antworten waren «stimme voll und ganz zu», «stimme eher zu», «stimme eher nicht zu» und «stimme überhaupt nicht zu».

Die Antworten wurden in obiger Reihenfolge mit einem, zwei, drei oder vier Punkten versehen. Eine Summe <12 aus diesen Antworten wurde als geringe Kontrolle über das eigene Leben betrachtet.

### 5.2.3.3 Fehlen einer Vertrauensperson

**Zwischen dem sozio-ökonomischen Status und dem Fehlen einer Vertrauensperson fanden wir einen Zusammenhang. Bei den Männern zeigte sich bei Bildung und Berufsgruppe, nicht jedoch beim Einkommen, eine Zunahme des Anteils Befragter ohne Vertrauensperson mit abnehmender sozio-ökonomischer Position. Bei den Frauen waren die Gradienten zwischen den sozio-ökonomischen Gruppen deutlich stärker ausgeprägt als bei den Männern. Mit abnehmendem sozio-ökonomischem Status gaben deutlich mehr Frauen das Fehlen einer Vertrauensperson an. Die grössten Unterschiede fanden wir bei beiden Geschlechtern zwischen den Ausbildungsgruppen.**

Mit dieser Frage wurde erfasst, ob die Befragten eine Vertrauensperson hatten, mit der sie jederzeit über persönliche Probleme reden konnten.

Fehlt eine Vertrauensperson, mit der über persönliche Probleme gesprochen werden kann, so können die Konflikt-Verarbeitung und das psychische Wohlbefinden gestört sein. Es wird postuliert, dass ein soziales Netz aus Vertrauenspersonen sowohl einen direkten Effekt auf die Gesundheit als auch einen indirekten, sogenannten Puffer-Effekt, hat. Ein soziales Netz begünstigt insbesondere die Befindlichkeit bei der Bewältigung von sozialen Belastungen (P. C. Meyer, Ch. Suter, 1993).

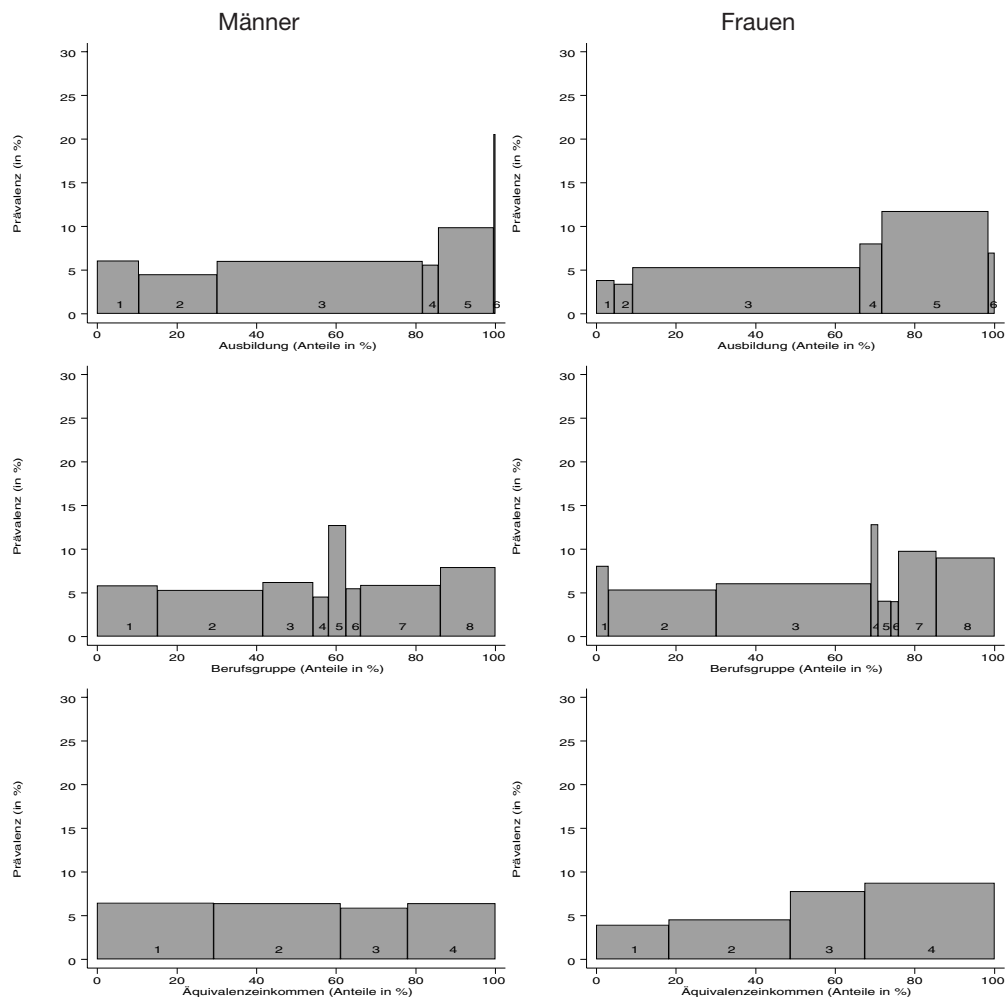
6,3% der Frauen und 6,9% der Männer gaben an, keine Vertrauensperson zu haben. Mit zunehmendem Alter gaben mehr Personen an, keine Vertrauensperson zu haben, wobei bei den Frauen die über 74-jährigen, bei den Männern die 55- bis 64-jährigen am stärksten betroffen waren.

Der stärkste Gradient (siehe Abschnitt 3.4) fand sich bei beiden Geschlechtern zwischen den **Bildungsklassen**; er war zudem bei den Frauen deutlich stärker als bei den Männern. Auffallend war die Gruppe der Männer ohne Ausbildung, in der 20% der Befragten angaben, keine Vertrauensperson zu haben. Auch in den höheren Bildungsgruppen gaben mehr Männer als Frauen an, keine Vertrauensperson zu haben. Das Profil war bei beiden Geschlechtern nicht monoton. Der Gradient zwischen den **Berufsgruppen** war bei beiden Geschlechtern deutlich geringer als der Gradient zwischen den Bildungsklassen. Bei den Frauen waren die Kleinunternehmerinnen mit Angestellten, bei den Männern die Kleinunternehmer ohne Angestellte am stärksten betroffen. Das Berufs-Profil war bei beiden Geschlechtern nicht monoton. Die Gradienten zwischen den **Einkommensgruppen** waren bei den beiden Geschlechtern unterschiedlich. Während der Gradient bei den Frauen stark war, so dass Frauen mit niedrigem Einkommen etwa doppelt so häufig das Fehlen einer Vertrauensperson angaben als solche mit hohem Einkommen, war er bei den Männern nur schwach und entgegengesetzt gerichtet. Der Trend bei den Frauen war monoton.

In der **ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung** gaben etwas weniger Befragte an, keine Vertrauensperson zu haben, als in der zweiten Befragung. Neu war die Zunahme der Anzahl Befragter ohne Vertrauensperson mit dem Alter; 1992/93 hatte sich diese Abhängigkeit nicht gezeigt.

Auch in der ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung hatten Personen aus den unteren sozio-ökonomischen Gruppen häufiger keine Vertrauensperson. Der Gradient zwischen den Bildungsklassen bei den Frauen war 1992 deutlich kleiner, bei den Männern waren alle drei Gradienten 1992 deutlich grösser als 1997, dies bei etwa gleichgebliebener Prävalenz bei beiden Geschlechtern.

## Fehlen einer Vertrauensperson



### Ausbildung:

- 1 Hochschule
- 2 Höhere Berufsausbildung
- 3 Berufslehre
- 4 Maturität o. ähnliches
- 5 Obligatorische Schule
- 6 Ohne Ausbildung, unbestimmt

### Berufsgruppe:

- 1 höh. Führungskräfte, freie Berufe
- 2 höh. nichtmanuelle Berufe
- 3 Büroangestellte
- 4 Kleinunternehmer mit Angestellten
- 5 Kleinunternehmer ohne Angestellte
- 6 Bauern
- 7 Vorarbeiter, qual. manuelle Berufe
- 8 unqual. manuelle Berufe, Landarb.

### Äquivalenzeinkommen:

- 1 4671 Fr. oder mehr
- 2 3331-4670 Fr.
- 3 2501-3330 Fr.
- 4 0 -2500 Fr.

### Definitionen und Bemerkungen

Die Frage lautete:

«Gibt es unter den Personen, die Ihnen nahestehen, jemanden, mit dem Sie jederzeit über wirklich ganz persönliche Probleme reden können?»

Die möglichen Antworten waren «ja, mehrere Personen», «ja, eine Person», «nein» und «weiss nicht».

Als Befragte ohne Vertrauensperson gelten diejenigen, die die Frage mit «nein» beantworteten.

#### 5.2.3.4 Schlafstörungen

**Bei Frauen wie bei Männern berichteten in den unteren sozio-ökonomischen Gruppen tendenziell mehr Befragte über Schlafstörungen als in den oberen. Bei den Männern fanden wir kaum Unterschiede zwischen den Einkommensklassen. Die grössten Unterschiede fanden wir bei den Frauen zwischen den Berufs-, bei den Männern zwischen den Bildungsgruppen. Der Zusammenhang mit Beruf und Einkommen war bei den Frauen stärker als bei den Männern, der Zusammenhang mit der Ausbildung hingegen war stärker bei den Männern.**

Mit dieser Frage wurden subjektiv empfundene Ein- und Durchschlafstörungen erfasst. Die möglichen Ursachen für Schlafstörungen wie psychische Belastungen oder unregelmässige Arbeitszeiten wurden nicht untersucht. Auch wurde kein Unterschied zwischen akuten und chronischen Schlafstörungen gemacht. Diese Gesundheitsvariable ist auch Teil der Gesundheits-Dimension «starke körperliche Beschwerden».

Es ist bekannt, dass Schlafstörungen längerfristig zu gesundheitlichen Problemen führen können. Nervosität, Ermüdung, Reizbarkeit und eine verminderte Leistungsfähigkeit können die Folgen sein (H.-U. Wanner, 1993). Auch kurz dauernde Schlafstörungen führen zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität.

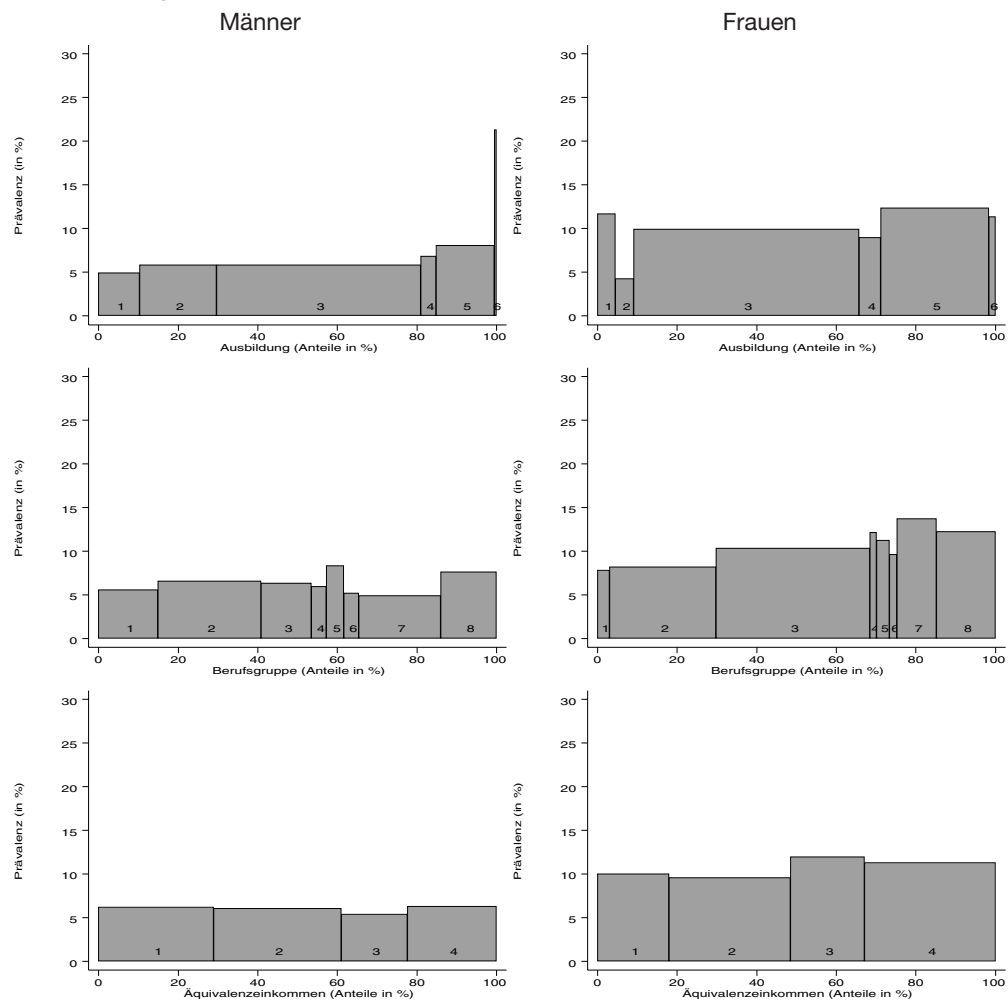
10,4% der Frauen und 6,1% der Männer gaben an, in den vier Wochen vor der Befragung starke Ein- oder Durchschlafstörungen gehabt zu haben. Bei beiden Geschlechtern wurden Ein- und Durchschlafstörungen mit zunehmendem Alter häufiger angegeben.

Schlafstörungen waren bei beiden Geschlechtern bei Personen mit geringerer **Bildung** häufiger, wobei bei den Frauen auch Akademikerinnen überdurchschnittlich häufig an Schlafstörungen litten. Mit 21,3% den höchsten Anteil Personen mit Schlafstörungen fanden wir unter den Männern ohne Ausbildung. Bei den Frauen war das Bildungs-Profil nicht monoton, bei den Männern monoton. Der Gradient (siehe Abschnitt 3.4) zwischen den **Berufsgruppen** war bei beiden Geschlechtern gleich gerichtet; Personen in tieferen Berufsgruppen waren von Schlafstörungen häufiger betroffen als Personen in höheren Berufsgruppen. Der Gradient war bei den Männern gering, bei den Frauen stark. Bei beiden Geschlechtern war das Profil nicht monoton. Der Zusammenhang zwischen **Einkommen** und Schlafstörungen war für die beiden Geschlechter unterschiedlich. Männer aus der höchsten und tiefsten Einkommensklasse waren überdurchschnittlich häufig betroffen, was einen schwachen Gradienten mit negativem Vorzeichen ergab. Bei den Frauen waren Schlafstörungen bei tieferem Einkommen häufiger. Das Profil war bei den Frauen nicht monoton, bei den Männern U-förmig.

In der **ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung** war der Anteil Männer mit Schlafstörungen etwas tiefer als in der zweiten, bei den Frauen war der Unterschied nur gering. Bei den über 50-Jährigen waren Schlafstörungen deutlich häufiger.

Auch 1992/93 wurden Schlafstörungen von Personen aus den unteren sozio-ökonomischen Gruppen häufiger angegeben. Bei beiden Geschlechtern war der Zusammenhang mit der Bildung am stärksten. Bei den Frauen war der Gradient zwischen den Berufsgruppen 1992 deutlich kleiner, derjenige zwischen den Einkommensklassen deutlich grösser als 1997. Bei den Männern zeigten sich 1992 zwischen den Berufsgruppen deutlich grössere Unterschiede als 1997.

## Starke Schlafstörungen



### Ausbildung:

- 1 Hochschule
- 2 Höhere Berufsausbildung
- 3 Berufslehre
- 4 Maturität o. ähnliches
- 5 Obligatorische Schule
- 6 Ohne Ausbildung, unbestimmt

### Berufsgruppe:

- 1 höh. Führungskräfte, freie Berufe
- 2 höh. nichtmanuelle Berufe
- 3 Büroangestellte
- 4 Kleinunternehmer mit Angestellten
- 5 Kleinunternehmer ohne Angestellte
- 6 Bauern
- 7 Vorarbeiter, qual. manuelle Berufe
- 8 unqual. manuelle Berufe, Landarb.

### Äquivalenzeinkommen:

- 1 4671 Fr. oder mehr
- 2 3331-4670 Fr.
- 3 2501-3330 Fr.
- 4 0 -2500 Fr.

### Definitionen und Bemerkungen

Schlafstörungen wurden mit folgender Frage erfasst:

«Haben Sie in den letzten vier Wochen Einschlaf- oder Durchschlafstörungen gehabt?»

Die möglichen Antworten waren «überhaupt nicht», «ein bisschen» und «stark».

Als Schlafstörung wurde die Antwort «stark» gewertet.

## 5.3 Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen

### 5.3.1 Arztbesuche

**Der Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischem Status und Arztbesuchen in den drei Monaten vor der Befragung war bei beiden Geschlechtern gering bis mässig. Tendenziell gaben Befragte mit tiefem sozio-ökonomischem Status häufiger Arztbesuche an als Personen mit höherem Status. Den stärksten Gradienten konnten wir zwischen den Bildungsgruppen nachweisen. Zwischen Einkommen und Arztbesuchen in den letzten drei Monaten fanden wir nur einen schwachen Zusammenhang.**

Mit dieser Frage wurde erhoben, wieviele der Befragten innerhalb der letzten drei Monate einen Arzt konsultiert hatten. Da etwa 8% der Befragten nicht mehr genau wussten, in welchem Monat dieser Arztbesuch stattgefunden hatte, wird die Häufigkeit von Konsultationen eher unterschätzt.

Im Jahre 1998 fanden in der Schweiz 52.3 Millionen Konsultationen in der Arztpraxis statt. Im Jahr 1996 verursachten die ambulanten Behandlungen 33,6% der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen (Pharma Information, 1999).

Die Häufigkeit von Arztbesuchen wird beeinflusst von bestehenden Erkrankungen und Symptomen, aber auch von persönlichen Eigenschaften und dem Zugang zum Gesundheitswesen. Unterschiede zwischen den sozio-ökonomischen Schichten können durch alle erwähnten Faktoren zustande kommen.

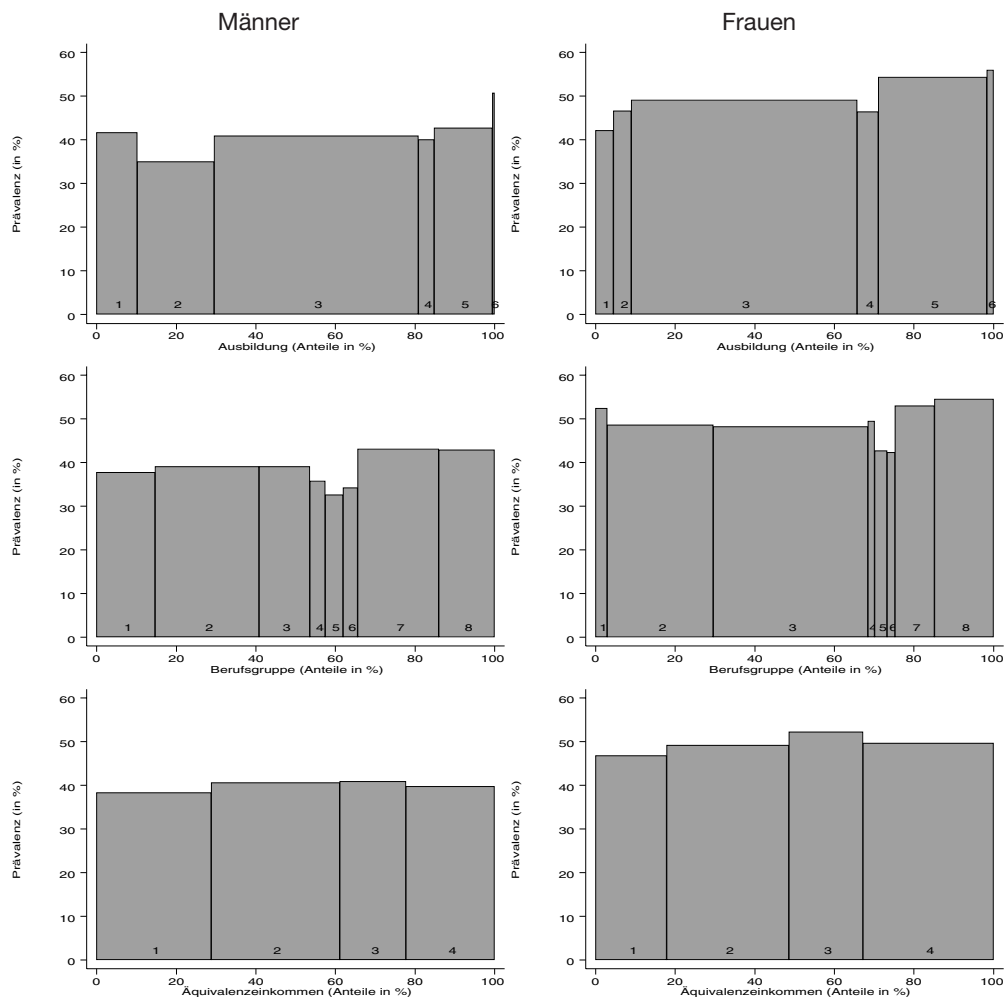
49,9% der Frauen und 40,0% der Männer gaben an, in den drei Monaten vor der Befragung einen Arzt besucht zu haben. Mit zunehmendem Alter zeigte sich eine Zunahme der Arztbesuche. Bei den 75-jährigen und älteren Frauen gaben 65% einen Arztbesuch in den letzten drei Monaten an. Während bei den Frauen diese Altersgruppe am häufigsten einen Arzt konsultiert hatte, waren es bei den Männern die 65- bis 74-Jährigen. Den grössten Unterschied zwischen den Geschlechtern fanden wir bei den 25- bis 34-jährigen Befragten. Während 30% der Männer dieser Altersgruppe in den letzten drei Monaten beim Arzt waren, waren es bei den Frauen 47%. Da auch Konsultationen beim Frauenarzt in der Frage eingeschlossen waren, dürfte dieser Unterschied zum Teil auf Konsultationen im Zusammenhang mit Verhütung, Schwangerschaft und Vorsorgeuntersuchungen zurückzuführen sein.

Personen aus den tieferen sozio-ökonomischen Gruppen gaben tendenziell mehr Arztbesuche an als Personen aus den höheren Gruppen. Den stärksten, wenn auch nur mässig starken Gradienten (siehe Abschnitt 3.4) fanden wir zwischen den **Bildungsgruppen**. Männer und Frauen mit tieferer Bildung suchten häufiger einen Arzt auf als Befragte mit besserer Bildung. Allerdings suchten auch die Akademiker überdurchschnittlich häufig einen Arzt auf. Das Profil war bei den Männern nicht monoton, bei den Frauen nahezu monoton. Der Gradient zwischen den **Berufsgruppen** war bei beiden Geschlechtern mässig. Bei den Männern haben Befragte mit manuellen Berufen am häufigsten Arztbesuche angegeben, bei den Frauen zusätzlich die höheren Führungskräfte. Das Profil war auch bei den Berufsgruppen nicht monoton. Die Gradienten zwischen den **Einkommensgruppen** waren gering. Der Trend war bei beiden Geschlechtern nicht monoton.

In der **ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung** gaben 55,3% der Frauen und 44,1% der Männer einen Arztbesuch in den drei Monaten vor der Befragung an. Die Zunahme mit dem Alter und die häufigeren Arztbesuche der Frauen konnten auch damals gezeigt werden.

Bei den Frauen waren die Gradienten 1992/93 gering. Tendenziell berichteten Frauen aus höheren sozio-ökonomischen Gruppen häufiger über einen Arztbesuch als die anderen Frauen. Bei den Männern waren die Gradienten mässig. Männer mit tieferem sozio-ökonomischem Status gaben häufiger einen Arztbesuch in den letzten drei Monaten an als solche mit einem höherem Status. Im Vergleich zur ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung war 1997 einzig der Gradient zwischen den Bildungsklassen der Frauen deutlich grösser.

## Arztbesuche



### Ausbildung:

- 1 Hochschule
- 2 Höhere Berufsausbildung
- 3 Berufslehre
- 4 Maturität o. ähnliches
- 5 Obligatorische Schule
- 6 Ohne Ausbildung, unbestimmt

### Berufsgruppe:

- 1 höh. Führungskräfte, freie Berufe
- 2 höh. nichtmanuelle Berufe
- 3 Büroangestellte
- 4 Kleinunternehmer mit Angestellten
- 5 Kleinunternehmer ohne Angestellte
- 6 Bauern
- 7 Vorarbeiter, qual. manuelle Berufe
- 8 unqual. manuelle Berufe, Landarb.

### Äquivalenzeinkommen:

- 1 4671 Fr. oder mehr
- 2 3331-4670 Fr.
- 3 2501-3330 Fr.
- 4 0 -2500 Fr.

### Definitionen und Bemerkungen

Die Frage lautete:

«Wann haben Sie zum letzten Mal einen Arzt besucht?»

Wenn möglich, wurde das Jahr und der Monat des letzten Arztbesuches angegeben. War nur mehr das Jahr bekannt (bei 864 Personen der Fall), wurde der Monat nach folgender Regel festgelegt: fand der Arztbesuch nicht im Jahr des Interviews statt, wurde der 30.6. des entsprechenden Jahres als Datum des letzten Arztbesuches festgelegt. Fand der Arztbesuch im gleichen Jahr wie das Interview statt, so wurde der «Mittelwert» zwischen dem Interviewdatum und dem 1. Januar des entsprechenden Jahres gewählt.

Wer einen Arztbesuch in den 3 Monaten vor der Befragung angab, wurde als Person mit Arztbesuch gezählt.



### 5.3.2 Spitalaufenthalte

**Personen mit tieferem sozio-ökonomischem Status waren in den zwölf Monaten vor der Befragung tendenziell häufiger hospitalisiert als Personen mit höherem Status. Die Unterschiede liessen sich für Bildung, Beruf und Einkommen nachweisen. Der stärkste Zusammenhang zu Spitalaufenthalten zeigte sich bei den Frauen beim Beruf, bei den Männern beim Einkommen.**

Mit dieser Frage wurden Spitalaufenthalte in den 12 Monaten vor der Befragung erhoben. Kurzaufenthalte waren ausgeschlossen.

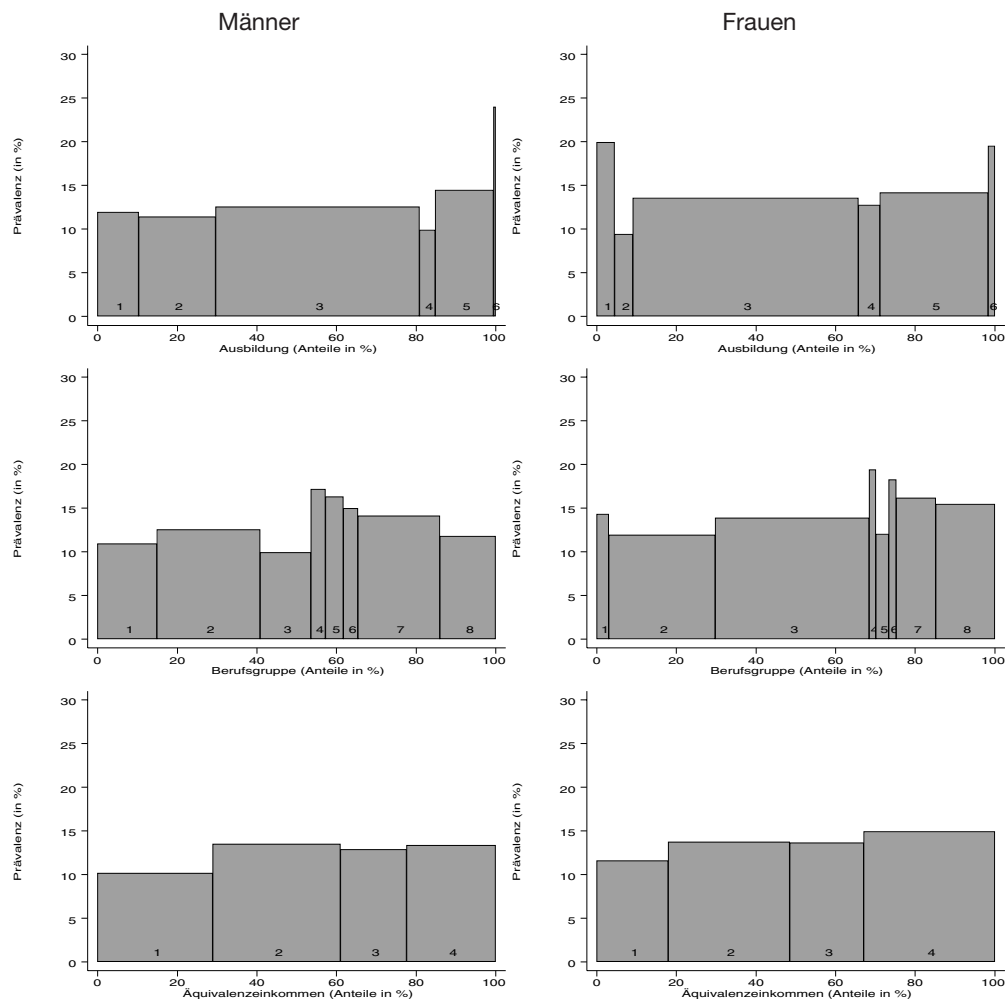
13,7% der Frauen und 12,5% der Männer gaben eine Hospitalisation von mindestens einem Tag in den 12 Monaten vor der Befragung an. Bei beiden Geschlechtern fand sich eine kontinuierliche Zunahme der Hospitalisationen mit zunehmendem Alter, wobei bei den Frauen die 25- bis 34-Jährigen häufiger hospitalisiert waren als die 35- bis 44-Jährigen. Dabei waren die Hospitalisationsraten bei den 25- bis 34-jährigen und den über 74-jährigen Frauen mit 17,0% resp. 17,9% etwa gleich hoch. Die hohe Hospitalisationsrate bei den 25- bis 34-jährigen ist zum Teil auf Schwangerschaft und Mutterschaft zurückzuführen. Während bis zum Alter um 44 Jahre mehr Frauen als Männer hospitalisiert waren, gaben in den höheren Altersklassen mehr Männer eine Hospitalisation an. Bei den über 74-jährigen Männern waren es 22%.

Der Gradient (siehe Abschnitt 3.4) zwischen den **Bildungsgruppen** war bei den Frauen gering, bei den Männern mässig. Während Männer mit nur obligatorischer Schulbildung, und vor allem solche ohne Ausbildung, deutlich häufiger hospitalisiert worden waren als der Durchschnitt der Männer, wurden bei den Frauen zusätzlich auch die Akademikerinnen deutlich überdurchschnittlich häufig hospitalisiert. Das Bildungs-Profil war bei den Frauen U-förmig, bei den Männern nahezu monoton. Der stärkste Gradient fand sich bei den Frauen zwischen den **Berufsgruppen**, bei den Männern war dieser gering. Während bei den Frauen nicht nur die Befragten aus den tieferen Berufsgruppen häufiger hospitalisiert wurden, sondern auch die höheren Führungskräfte, waren bei den Männern die unteren und mittleren Berufsgruppen übervertreten. Am häufigsten hospitalisiert waren Kleinunternehmerinnen und Kleinunternehmer mit Angestellten, gefolgt von den Bäuerinnen und Bauern. Bei den Berufsgruppen war das Profil bei beiden Geschlechtern nicht monoton. Bei den Männern zeigte das **Einkommen** den stärksten Zusammenhang mit der Häufigkeit von Hospitalisationen. Personen mit tieferem Einkommen waren tendenziell häufiger hospitalisiert als Personen aus den oberen Einkommensklassen. Die Gradienten waren bei beiden Geschlechtern mässig, das Profil war nahezu monoton.

In der **ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung** gaben 12,7% der Frauen und 10,2% der Männer eine Hospitalisation in den 12 Monaten vor der Befragung an. Die über 70-jährigen waren häufiger hospitalisiert als die jüngeren Befragten.

Auch in der ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung gaben Personen mit tieferem sozio-ökonomischem Status häufiger Hospitalisationen in den 12 Monaten vor der Befragung an. Damals waren die Unterschiede bei den Frauen zwischen den Berufsgruppen deutlich kleiner als 1997, bei den Männern zwischen den Bildungs- und Berufsgruppen jedoch deutlich grösser, dies bei etwa gleich hoher Prävalenz der Hospitalisationen.

## Spitelaufenthalte



### Ausbildung:

- 1 Hochschule
- 2 Höhere Berufsausbildung
- 3 Berufslehre
- 4 Maturität o. ähnliches
- 5 Obligatorische Schule
- 6 Ohne Ausbildung, unbestimmt

### Berufsgruppe:

- 1 höh. Führungskräfte, freie Berufe
- 2 höh. nichtmanuelle Berufe
- 3 Büroangestellte
- 4 Kleinunternehmer mit Angestellten
- 5 Kleinunternehmer ohne Angestellte
- 6 Bauern
- 7 Vorarbeiter, qual. manuelle Berufe
- 8 unqual. manuelle Berufe, Landarb.

### Äquivalenzeinkommen:

- 1 14671 Fr. oder mehr
- 2 3331-4670 Fr.
- 3 2501-3330 Fr.
- 4 0 -2500 Fr.

### Definitionen und Bemerkungen

Die Frage zu den Spitalaufenthalten lautete folgendermassen:

«Wieviele Tage sind Sie in den letzten 12 Monaten im Spital oder in einer Spezialklinik gewesen, Kuraufenthalte nicht mitgerechnet?»

Die möglichen Antworten waren «nie» oder eine Angabe der Anzahl Tage. Gezeigt wird der Anteil der Personen, welche in den letzten 12 Monaten mindestens einen Tag in einem Spital oder in einer Spezialklinik verbracht haben. Die Dauer der Hospitalisation und mehrmalige Hospitalisationen werden nicht unterschieden.

### 5.3.3 Einnahme ärztlich verordneter Medikamente

**Der Konsum von ärztlich verordneten Medikamenten war bei Frauen mit tiefem sozio-ökonomischem Status häufiger, bei den Männern waren nur geringe Gradienten nachweisbar. Bei den Frauen waren die Gradienten mässig. Den schwächsten Gradienten fanden wir bei beiden Geschlechtern zwischen den Einkommensklassen.**

Im Jahre 1998 waren bei der Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel (IKS) rund 7400 Human-Arzneimittel registriert (Pharma Information, 1999). Rund 52% davon waren rezeptpflichtig. Die Ausgaben für Medikamente beliefen sich im selben Jahr auf rund 4 Mia. SFr.

32,6% der Frauen und 24,9% der Männer gaben an, in den sieben Tagen vor der Befragung mindestens ein ärztlich verordnetes Medikament eingenommen zu haben. Der Medikamentenkonsum nahm bei beiden Geschlechtern mit dem Alter kontinuierlich zu. Bei den über 74-Jährigen gaben 72,5% der Frauen und 63,8% der Männer an, in den sieben Tagen vor der Befragung mindestens ein ärztlich verordnetes Medikament eingenommen zu haben, im Vergleich zu 15,1% resp. 8,0% bei den 25- bis 34-Jährigen.

Zwischen der **Bildung** und der Häufigkeit des Konsums von ärztlich verordneten Medikamenten fanden wir bei den Frauen einen mässigen, bei den Männern einen geringen Zusammenhang. Tendenziell nahmen Personen mit tieferer Bildung häufiger ärztlich verschriebene Medikamente ein. Auffällig war weiter, dass Akademikerinnen ebenfalls überdurchschnittlich häufig ärztlich verordnete Medikamente einnahmen. Bei beiden Geschlechtern war das Profil nicht monoton. Auch zwischen **Beruf** und Konsum von ärztlich verordneten Medikamenten fanden wir bei den Frauen einen mässigen, bei den Männern einen geringen Zusammenhang. Tendenziell nahmen Personen mit tieferer beruflicher Stellung mehr ärztlich verordnete Medikamente ein. Auffallend waren wiederum die Frauen in höheren Führungspositionen sowie die Klein-Unternehmerinnen, die überdurchschnittlich häufig ärztlich verordnete Medikamente einnahmen. Das Profil war weder bei Frauen noch bei Männern monoton. Unterschiede zwischen den **Einkommensklassen** waren bei den Frauen mässig, bei den Männern fehlten sie. Der Trend bei den Frauen war monoton.

In der **ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung** gaben 24,8% der Frauen und 20,3% der Männer an, in der Woche vor der Befragung mindestens ein ärztlich verordnetes Medikament eingenommen zu haben. Für die Frauen lag der Anteil deutlich tiefer als in der hier untersuchten Stichprobe. Ob der Konsum von ärztlich verordneten Medikamenten in diesen fünf Jahren wirklich so stark zugenommen hat, oder ob die Zunahme auf einen unterschiedlichen Befragungsablauf zurückzuführen ist, ist nicht klar.

1992/93 konnten die Gradienten (siehe Abschnitt 3.4) ebenfalls beobachtet werden. Die Unterschiede zwischen den Gradienten in den beiden Gesundheitsbefragungen sind bei den Frauen nicht bedeutsam. Dabei müssen jedoch die Unterschiede in der Prävalenz berücksichtigt werden. Bei den Männern waren die Gradienten 1997 bei vergleichbarer Prävalenz deutlich kleiner als 1992/93.

#### Definitionen und Bemerkungen

Wer die Frage «Haben Sie in den letzten 7 Tagen irgendein Medikament genommen?» mit «ja» beantwortete, wurde nach der Art des eingenommenen Medikamentes gefragt:

«Haben Sie in den letzten 7 Tagen.....

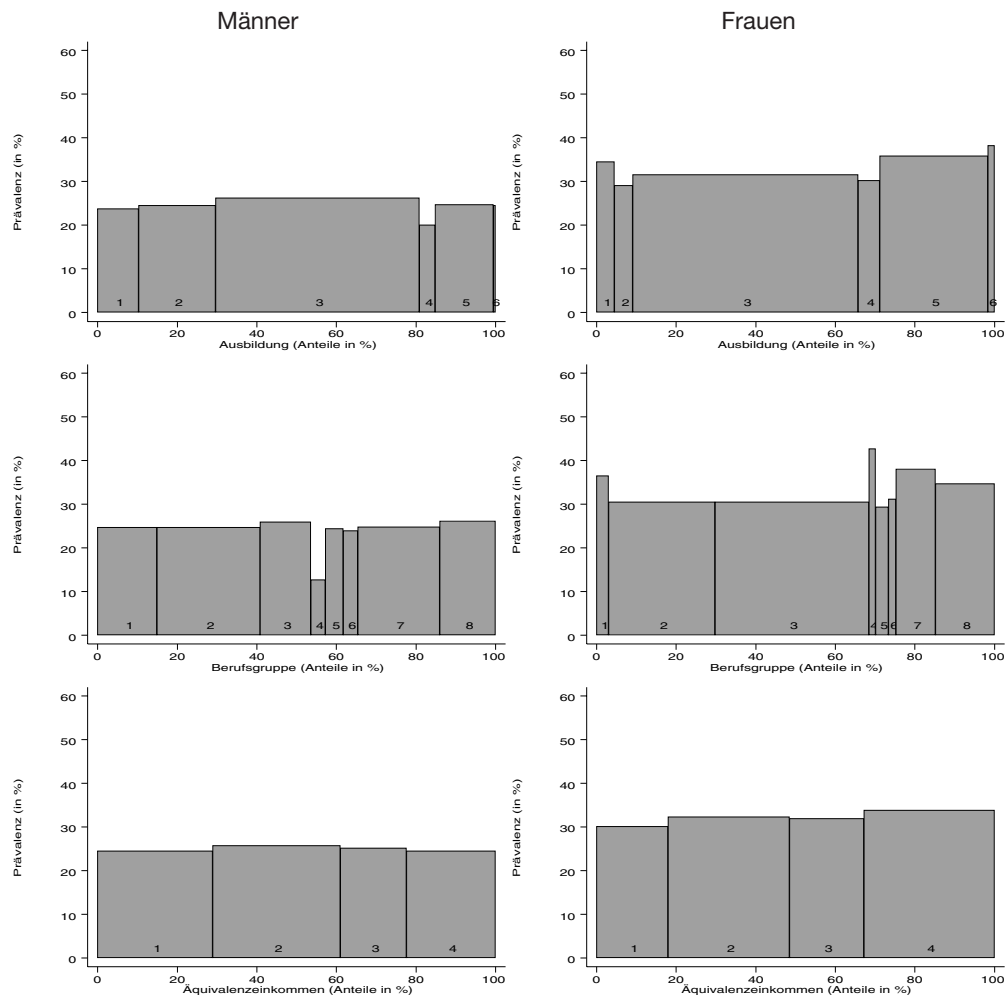
.....Mittel gegen Bluthochdruck.....

.....Herzmedikamente.....

.....Schlafmittel.....

.....Medikamente gegen Rheuma (Rücken-, Gelenk- oder Muskelschmerzen).....

## Einnahme ärztlich verordneter Medikamente



### Ausbildung:

- 1 Hochschule
- 2 Höhere Berufsausbildung
- 3 Berufslehre
- 4 Maturität o. ähnliches
- 5 Obligatorische Schule
- 6 Ohne Ausbildung, unbestimmt

### Berufsgruppe:

- 1 höh. Führungskräfte, freie Berufe
- 2 höh. nichtmanuelle Berufe
- 3 Büroangestellte
- 4 Kleinunternehmer mit Angestellten
- 5 Kleinunternehmer ohne Angestellte
- 6 Bauern
- 7 Vorarbeiter, qual. manuelle Berufe
- 8 unqual. manuelle Berufe, Landarb.

### Äquivalenzeinkommen:

- 1 4671 Fr. oder mehr
- 2 3331-4670 Fr.
- 3 2501-3330 Fr.
- 4 0 -2500 Fr.

.....Mittel gegen Schmerzen.....  
 .....Mittel zur Beruhigung.....  
 .....Mittel gegen Verstopfung.....  
 .....Mittel gegen Asthma.....  
 .....Vitaminpräparate.....  
 .....Stärkungs- und Aufbaumittel.....

.....genommen?»

Bei jedem angegebenen Medikament wurde gefragt, ob dieses vom Arzt verordnet worden war oder ob es selber gekauft wurde. Hier wurden nur die ärztlich verordneten Medikamente berücksichtigt.

### 5.3.4 Ausgewählte Vorsorgeuntersuchungen bei der Frau

Wir haben stellvertretend zwei Vorsorgeuntersuchungen ausgewählt, nämlich den Gebärmutterhalsabstrich und die Mammographie. Beide werden allgemein als sinnvolle Screening-Massnahmen betrachtet, die Mammographie jedoch nur in der Altersgruppe der 50- bis 69-Jährigen.

#### 5.3.4.1 Gebärmutterhals-Abstrich

**Frauen mit höherem sozio-ökonomischem Status liessen häufiger einen Gebärmutterhalsabstrich durchführen als Frauen mit tieferem Status. Dieser Zusammenhang liess sich für Bildung, Beruf und Einkommen nachweisen. Zwischen den Bildungsklassen fanden wir die deutlichsten Unterschiede, der Gradient war mässig.**

Mit dieser Frage wurde erhoben, wie viele Frauen schon einmal einen Gebärmutterhals-Abstrich hatten durchführen lassen. Es wurde nicht unterschieden zwischen einem Abstrich zur Früherkennung eines Gebärmutterhals-Krebses und einem Abstrich bei bereits vorhandenen Symptomen. Der überwiegende Teil der Gebärmutterhals-Abstriche dürfte jedoch im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt worden sein. Ob eine Vorsorgeuntersuchung wie der Gebärmutterhals-Abstrich vorgenommen wird, hängt vom Gesundheitsverhalten einer Person ab, aber auch von deren Zugang zum Gesundheitswesen. Die Interpretation der Antworten auf diese Frage wird durch 17% fehlende Werte erschwert. In einzelnen sozio-ökonomischen Gruppen wurde diese Frage von 30% der Frauen nicht beantwortet. Bei Frauen mit tieferem sozio-ökonomischem Status fehlten die Angaben tendenziell häufiger.

Der Gebärmutterhals-Krebs kann mittels des Gebärmutterhals-Abstriches (Papanicolaou-Abstrich) in einem frühen, heilbaren Stadium erkannt werden. In den letzten Jahrzehnten ist die Mortalität an Krebs des Gebärmutterhalses deutlich zurückgegangen, was auf diese Vorsorgeuntersuchungen sowie auf verbesserte Hygiene zurückzuführen ist (Vereinigung Schweizerischer Krebsregister, 1998). Die Empfehlung lautet heute, in einem Abstand von maximal drei Jahren einen Abstrich vornehmen zu lassen (U.S. Preventive Services Task Force, 1996). Da der Gebärmutterhals-Krebs auch bei jungen Frauen nicht selten vorkommt, ist ein Screening dieser Altersgruppe ebenso wichtig wie bei älteren Frauen. Risikofaktoren für die Entwicklung eines Gebärmutterhals-Krebses sind häufig wechselnde Partner, sehr junges Alter beim ersten Geschlechtsverkehr und niedrige soziale Schicht. Gewisse virale Infekte des Gebärmutterhalses (Papillomaviren) begünstigen das Auftreten eines Gebärmutterhals-Krebses.

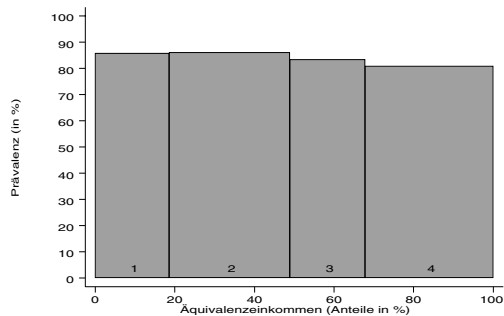
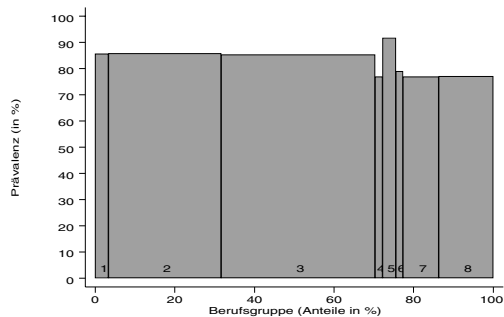
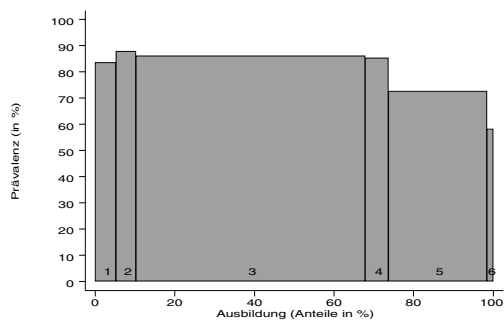
82,5% der Frauen gaben an, sie hätten schon einmal einen Gebärmutterhals-Abstrich machen lassen. Ab der Altersklasse 35 - 44 Jahre, in der Gebärmutterhals-Abstriche am häufigsten durchgeführt wurden, sank die Häufigkeit mit zunehmendem Alter kontinuierlich, bei den über 74-Jährigen sprunghaft. Von den über 74-jährigen Frauen gaben nur noch 45% an, ein Gebärmutterhals-Abstrich sei schon einmal vorgenommen worden.

Frauen mit höherem sozio-ökonomischem Status gaben häufiger an, sie hätten schon einmal einen Gebärmutterhals-Abstrich machen lassen. Die Gradienten (siehe Abschnitt 3.4) zeigten bei allen drei Indikatoren des sozio-ökonomischen Status in die gleiche Richtung. Zwischen der **Bildung** und der Häufigkeit des Gebärmutterhals-Abstriches zeigte sich der stärkste Zusammenhang. Mit zunehmender Bildung stieg der Anteil Frauen, bei denen schon einmal ein Abstrich durchgeführt worden war. Der Trend war mit Ausnahme der Frauen mit einer universitären Ausbildung monoton. Auch Frauen in den höheren **Berufsgruppen** gaben häufiger an, schon einmal einen Abstrich durchgeführt zu haben; der Trend war nahezu monoton. Den schwächsten Zusammenhang zur Durchführung eines Abstrichs hatte das **Einkommen**. Auch hier gaben Frauen aus den höheren Einkommensklassen häufiger einen Gebärmutterhals-Abstrich an, der Trend war monoton.

In der **ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung** gaben 76,5% der Frauen an, schon einmal einen Gebärmutterhals-Abstrich gehabt zu haben. Der Anteil war damit im Jahre 1997 höher als zuvor. Schon 1992/93 gaben ältere Frauen seltener einen Gebärmutterhals-Abstrich an.

## Gebärmutterhals-Abstrich

### Frauen



#### Ausbildung:

- 1 Hochschule
- 2 Höhere Berufsausbildung
- 3 Berufslehre
- 4 Maturität o. ähnliches
- 5 Obligatorische Schule
- 6 Ohne Ausbildung, unbestimmt

#### Berufsgruppe:

- 1 höh. Führungskräfte, freie Berufe
- 2 höh. nichtmanuelle Berufe
- 3 Büroangestellte
- 4 Kleinunternehmer mit Angestellten
- 5 Kleinunternehmer ohne Angestellte
- 6 Bauern
- 7 Vorarbeiter, qual. manuelle Berufe
- 8 unqual. manuelle Berufe, Landarb.

#### Äquivalenzeinkommen:

- 1 4671 Fr. oder mehr
- 2 3331-4670 Fr.
- 3 2501-3330 Fr.
- 4 0 -2500 Fr.

Die Gradienten zeigten 1992/93 in die gleiche Richtung wie 1997 und waren in der Grösse vergleichbar. Der Gradient zwischen den Einkommensklassen war damals im Unterschied zu 1997 der stärkste.

#### Definitionen und Bemerkungen

Die Frage lautete folgendermassen:

«Haben Sie schon einmal einen Krebsabstrich vom Gebärmutterhals machen lassen?»

Die möglichen Antworten waren «ja», «nein» und «weiss nicht».

Frauen, die mit «ja» geantwortet hatten, wurden gezählt.

#### 5.3.4.2 Mammografie

**Frauen mit höherem sozio-ökonomischem Status gaben tendenziell häufiger Mammografien an als Frauen mit tieferem Status. Die Gradienten waren schwach bis mässig.**

Mit dieser Frage wurde erhoben, wie viele Frauen in ihrem Leben schon einmal eine Mammografie gehabt hatten. Auch hier wurde nicht unterschieden zwischen einer Screening-Mammografie und einer Untersuchung bei vorhandenen Symptomen. Der Anteil der gezielt vorgenommenen Mammografien, das heisst bei vorhandenen Symptomen, dürfte jedoch höher liegen als beim Gebärmutterhals-Abstrich, da sich das Mammografie-Screening noch nicht im selben Ausmass etabliert hat wie das Screening des Gebärmutterhals-Krebses. Auch für die Mammografie gilt, dass die Häufigkeit der Durchführung vom Gesundheitsverhalten und vom Zugang zum Gesundheitswesen beeinflusst wird.

Der Brustkrebs ist bei den Frauen in der Schweiz die häufigste Krebserkrankung. Pro Jahr werden rund 4000 neue Fälle diagnostiziert, rund 1600 Frauen sterben jedes Jahr an Brustkrebs. Auch bezüglich durch Krebs verlorener Lebensjahre steht der Brustkrebs bei den Frauen an der Spitze. Risikofaktoren für die Entwicklung von Brustkrebs sind frühe Menarche und späte Menopause, familiäres Vorkommen, späte Geburt des ersten Kindes, Übergewicht nach der Menopause und – im Unterschied zum Gebärmutterhals-Krebs – höherer sozio-ökonomischer Status (Vereinigung Schweizerischer Krebsregister, 1998). Ob eine hormonelle Substitution nach der Menopause das Risiko erhöht, ist umstritten. Heute wird allgemein anerkannt, dass durch ein systematisches Mammografie-Screening von hoher Qualität bei 50- bis 69-jährigen Frauen die Brustkrebs-Mortalität gesenkt werden kann. Bei dieser Altersgruppe wird daher eine Mammografie in zweijährlichem Abstand empfohlen (U.S. Preventive Services Task Force, 1996).

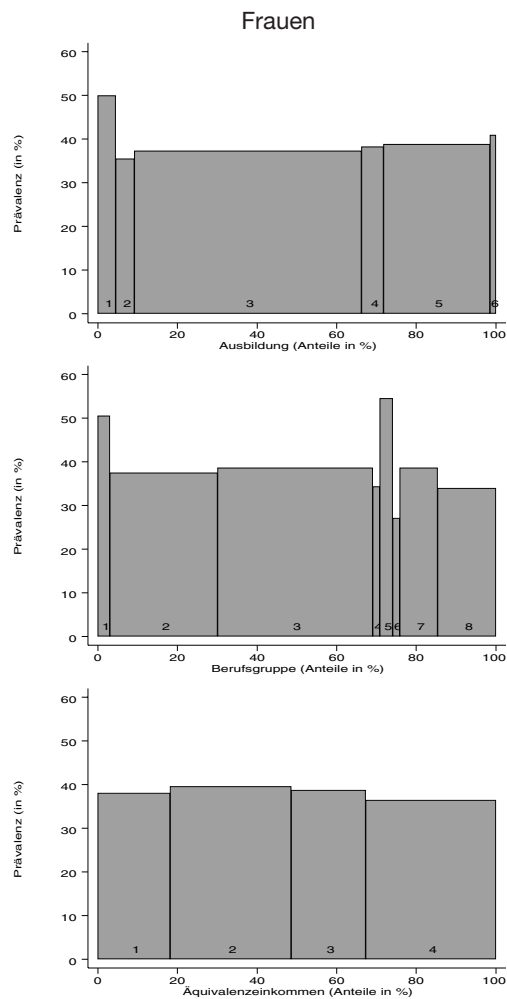
37,5% der befragten Frauen gaben an, schon einmal eine Mammografie gehabt zu haben. Befragte aus der Gruppe der 45- bis 64-Jährigen gaben am häufigsten eine je durchgeführte Mammografie an. Die Anteile lagen aber auch in diesen Altersklassen bei nur rund 57%. In den unteren und den oberen Altersgruppen lagen die Anteile deutlich tiefer.

Bei Frauen mit höherem sozio-ökonomischem Status wurde häufiger eine Mammografie durchgeführt als bei Frauen mit tieferem Status. Die Gradienten (siehe Abschnitt 3.4) waren schwach bis mässig. Zwischen den **Bildungsklassen** gab es praktisch keine Unterschiede in der Häufigkeit der Durchführung von Mammografien, mit Ausnahme der Akademikerinnen, die deutlich häufiger eine Mammografie hatten. Der Gradient war schwach. Den stärksten Zusammenhang mit Mammografien hatte der **Beruf**. Während die Hälfte der Frauen in höheren Führungspositionen schon einmal eine Mammografie hatten, waren es bei den Frauen in unqualifizierten manuellen Berufen nur rund ein Drittel. Die Bäuerinnen fielen durch den tiefsten Anteil Frauen mit je durchgeführter Mammografie auf. Am meisten Mammografien gaben die Kleinunternehmerinnen ohne Angestellte an. Auch zwischen den **Einkommensklassen** fanden sich nur geringe Unterschiede bei fast monotonem Trend. Tendenziell wurden Mammografien häufiger von Frauen mit höherem Einkommen angegeben.

In der **ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung** gaben 29,1% der Frauen an, je eine Mammografie durchgeführt zu haben. Damit gaben 1997 deutlich mehr befragte Frauen eine je durchgeführte Mammografie an. Auch damals war die Mammografie am häufigsten in der Gruppe der 45- bis 70-jährigen Frauen.

Die Gradienten waren von ähnlichem Ausmass.

## Mammografie



### Ausbildung:

- 1 Hochschule
- 2 Höhere Berufsausbildung
- 3 Berufslehre
- 4 Maturität o. ähnliches
- 5 Obligatorische Schule
- 6 Ohne Ausbildung, unbestimmt

### Berufsgruppe:

- 1 höh. Führungskräfte, freie Berufe
- 2 höh. nichtmanuelle Berufe
- 3 Büroangestellte
- 4 Kleinunternehmer mit Angestellten
- 5 Kleinunternehmer ohne Angestellte
- 6 Bauern
- 7 Vorarbeiter, qual. manuelle Berufe
- 8 unqual. manuelle Berufe, Landarb.

### Äquivalenzeinkommen:

- 1 4671 Fr. oder mehr
- 2 3331-4670 Fr.
- 3 2501-3330 Fr.
- 4 0 -2500 Fr.

### Definitionen und Bemerkungen

Die Frage lautete folgendermassen:

«Haben Sie schon einmal eine Mammografie machen lassen?»

Die möglichen Antworten waren «ja», «nein» und «weiss nicht».

Frauen, die mit «ja» geantwortet hatten, wurden gezählt.



### 5.3.5 Ausgewählte Operationen

Wir haben zwei Operationen ausgewählt, die Mandelentfernung und die Blinddarmentfernung. Die Mandelentfernung ist in der Regel eine geplante Operation, die vor allem bei Kindern durchgeführt wird, während es sich bei der Blinddarmentfernung eher um eine Notfalloperation handelt.

#### 5.3.5.1. Entfernung der Mandeln

**Personen mit höherem sozio-ökonomischem Status gaben häufiger eine Mandel-Entfernung an als Personen mit tieferem Status. Gradienten liessen sich bei beiden Geschlechtern für Bildung, Beruf und Einkommen nachweisen.**

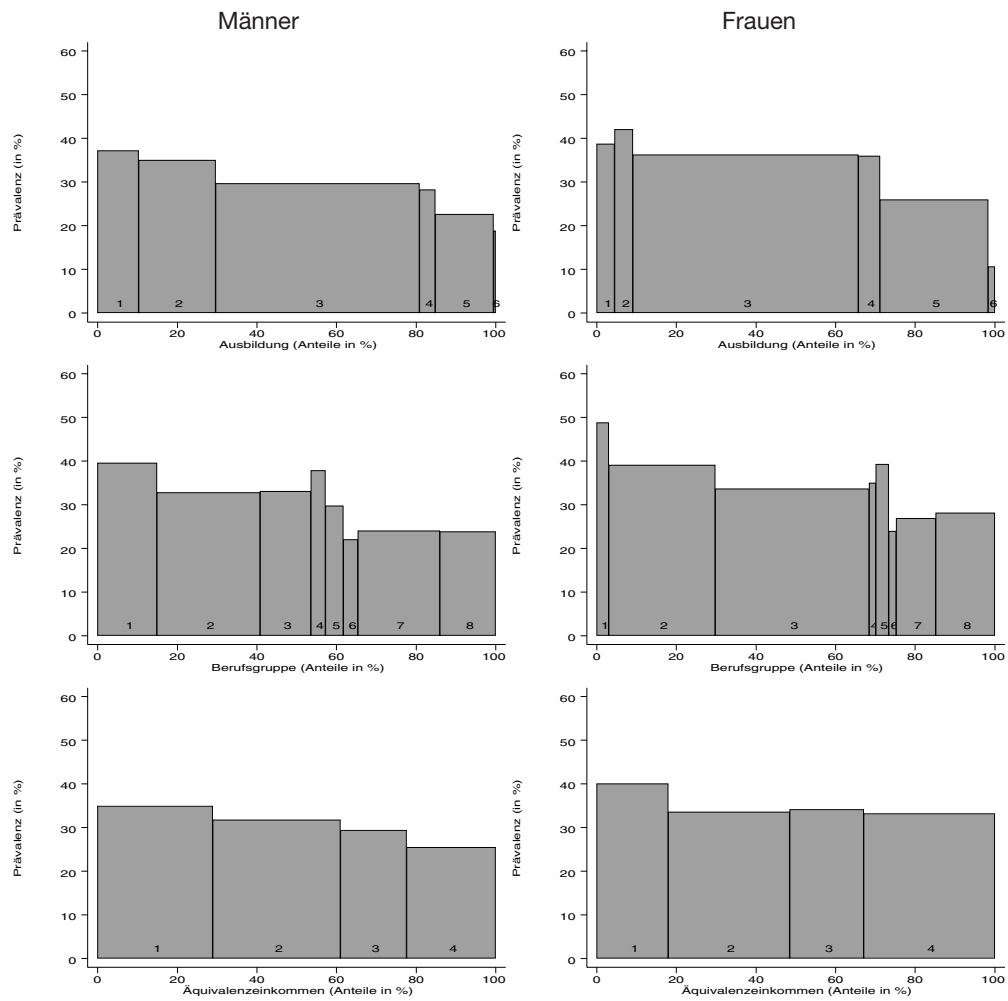
Mit dieser Frage wurde die Lebenszeitprävalenz von Mandel-Entfernungen geschätzt. Bei vielen Befragten, vor allem aus den höheren Altersklassen, dürfte die Operation Jahre bis Jahrzehnte zurückgelegen haben: Die Resultate widerspiegeln eine lange Zeitspanne, in der sich die Operationspraxis geändert hat. Die Mandeln werden vor allem bei Kindern mit häufigen Infekten der oberen Luftwege entfernt. Die Durchführung der Operation wird von persönlichen Faktoren beeinflusst.

33,2% der Frauen und 30,3% der Männer gaben an, sie hätten ihre Mandeln entfernen lassen. In den verschiedenen Altersklassen wurden Mandel-Entfernungen unterschiedlich häufig angegeben. Am häufigsten wurden Mandel-Entfernungen bei beiden Geschlechtern in der Altersgruppe der 45- bis 54-Jährigen angegeben. In den höheren Altersgruppen lagen diese Anteile tiefer, was auf eine unterschiedliche Operationsindikation über die Jahrzehnte schliessen lässt.

Bei beiden Geschlechtern wurden Mandel-Entfernungen häufiger bei Personen mit höherem sozio-ökonomischem Status durchgeführt. Bei jedem der drei untersuchten Indikatoren zum sozio-ökonomischen Status war dieser Gradient (siehe Abschnitt 3.4) nachweisbar. Zwischen den **Bildungsgruppen** war der Gradient bei beiden Geschlechtern stark, bei den Frauen waren hier die grössten Unterschiede festzustellen. Mit Ausnahme der Akademikerinnen war der Trend bei beiden Geschlechtern monoton. Bei den Männern war der Gradient zwischen den **Berufsgruppen** am stärksten. Der Trend war bei beiden Geschlechtern nicht monoton. Die Unterschiede zwischen den verschiedenen **Einkommensklassen** waren bei beiden Geschlechtern mässig. Während bei den Frauen die drei unteren Einkommensklassen etwa gleich hohe Anteile aufwiesen, unterschieden sie sich klar von der obersten mit einer deutlich höheren Prävalenz. Bei den Männern war der Trend monoton.

Aus der **ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung** liegen keine vergleichbaren Auswertungen vor.

## Entfernung der Mandeln



### Ausbildung:

- 1 Hochschule
- 2 Höhere Berufsausbildung
- 3 Berufslehre
- 4 Maturität o. ähnliches
- 5 Obligatorische Schule
- 6 Ohne Ausbildung, unbestimmt

### Berufsgruppe:

- 1 höh. Führungskräfte, freie Berufe
- 2 höh. nichtmanuelle Berufe
- 3 Büroangestellte
- 4 Kleinunternehmer mit Angestellten
- 5 Kleinunternehmer ohne Angestellte
- 6 Bauern
- 7 Vorarbeiter, qual. manuelle Berufe
- 8 unqual. manuelle Berufe, Landarb.

### Äquivalenzeinkommen:

- 1 4671 Fr. oder mehr
- 2 3331-4670 Fr.
- 3 2501-3330 Fr.
- 4 0 -2500 Fr.

### Definitionen und Bemerkungen

Die Frage lautete folgendermassen:

«Haben Sie eine der folgenden Operationen gehabt, die ich Ihnen jetzt aufzähle, und, wenn ja, in welchem Alter?»

Entfernung der Mandeln

Es wurden noch weitere Operationen aufgeführt, die jedoch in diesem Bericht nicht berücksichtigt wurden.

### 5.3.5.2 Entfernung des Blinddarms

**Personen beider Geschlechter gaben mit höherem sozio-ökonomischem Status häufiger eine Blinddarmoperation an als Personen mit tieferem Status. Die Gradienten waren gering bis mässig.**

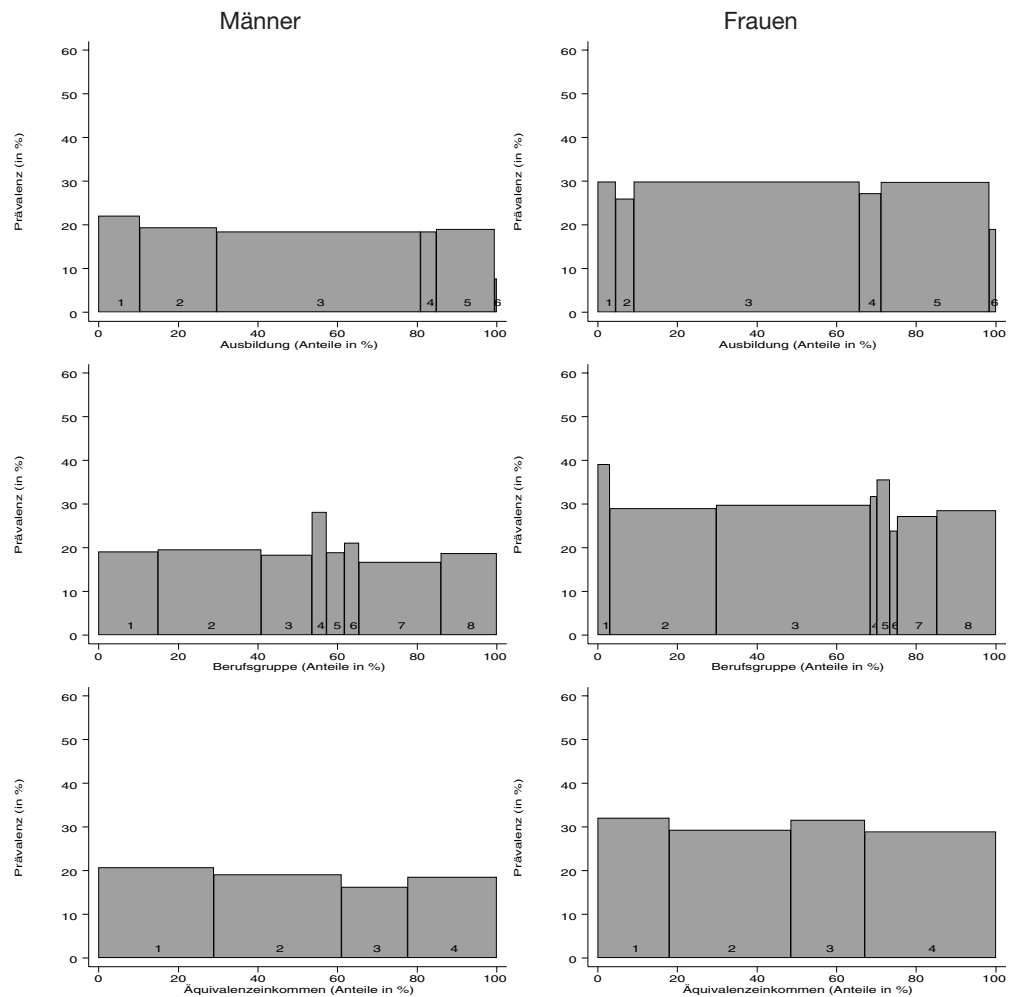
Bei vielen Befragten, vor allem aus den höheren Altersgruppen, dürfte die Operation Jahre bis Jahrzehnte zurückliegen. Im Gegensatz zur Mandel-Entfernung ist die Blinddarmoperation eine Notfalloperation. Dabei spielen persönliche Faktoren wahrscheinlich eine weniger starke Rolle als bei der Mandel-Operation. Die Blinddarmoperationen widerspiegeln daher eher den medizinischen Bedarf als die Mandel-Entfernungen.

29,1% der Frauen und 19,0% der Männer gaben an, ihr Blinddarm sei entfernt worden. Mit zunehmendem Alter stieg der Anteil der Personen mit Blinddarm-Entfernung bis 74-jährig kontinuierlich an, um bei den Frauen danach leicht zu sinken und bei den Männern stabil zu bleiben. Aufgrund der Altersverteilung kann man schliessen, dass die Häufigkeit von Blinddarm-Entfernungen im Vergleich zu den Mandel-Entfernungen weniger starken zeitlichen Schwankungen unterworfen war.

Blinddarm-Entfernungen waren bei Personen mit höherem sozio-ökonomischem Status häufiger als bei tieferem Status. Der Zusammenhang war bei den Frauen schwach, bei den Männern je nach Indikator schwach bis mässig. Zwischen den verschiedenen **Bildungsklassen** war bei den Frauen kein Gradient (siehe Abschnitt 3.4) nachzuweisen, bei den Männern ein mässiger. Der Trend war, mit Ausnahme der Gruppe mit der tiefsten Bildung, monoton. Die Unterschiede zwischen den **Berufsgruppen** waren bei beiden Geschlechtern mässig, das Profil war nicht monoton. Der Gradient zwischen den **Einkommensklassen** war bei den Männern mässig, bei den Frauen schwach, das Profil war nahezu monoton.

Vergleichbare Analysen aus der **ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung** liegen nicht vor.

## Entfernung des Blinddarms



### Ausbildung:

- 1 Hochschule
- 2 Höhere Berufsausbildung
- 3 Berufslehre
- 4 Maturität o. ähnliches
- 5 Obligatorische Schule
- 6 Ohne Ausbildung, unbestimmt

### Berufsgruppe:

- 1 höh. Führungskräfte, freie Berufe
- 2 höh. nichtmanuelle Berufe
- 3 Büroangestellte
- 4 Kleinunternehmer mit Angestellten
- 5 Kleinunternehmer ohne Angestellte
- 6 Bauern
- 7 Vorarbeiter, qual. manuelle Berufe
- 8 unqual. manuelle Berufe, Landarb.

### Äquivalenzeinkommen:

- 1 4671 Fr. oder mehr
- 2 3331-4670 Fr.
- 3 2501-3330 Fr.
- 4 0 -2500 Fr.

### Definitionen und Bemerkungen

Die Frage lautete folgendermassen:

«Haben Sie eine der folgenden Operationen gehabt, die ich Ihnen jetzt aufzähle, und, wenn ja, in welchem Alter?»

Blinddarmoperation

Es wurden noch weitere Operationen aufgeführt, die jedoch in diesem Bericht nicht berücksichtigt wurden.

## 5.4 Inanspruchnahme von Betreuungs- und Hilfeleistungen aus gesundheitlichen Gründen

### 5.4.1 Leistungen der Spitex

**Tendenziell wurden Spitex-Leistungen von Personen mit tieferem sozio-ökonomischem Status häufiger in Anspruch genommen als von Personen mit höherem Status. Während zwischen der Bildung und der Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen bei den Frauen kein nennenswerter Zusammenhang bestand, war dieser bei den Männern stark. Beruf und Spitex-Nutzung zeigten bei beiden Geschlechtern einen mässigen Zusammenhang, das Einkommen bei den Männern fast keinen, bei den Frauen einen mässigen Zusammenhang.**

Mit dieser Frage wurde erhoben, ob die Befragten in den 12 Monaten vor der Befragung Spitex-Hilfe in Anspruch genommen hatten.

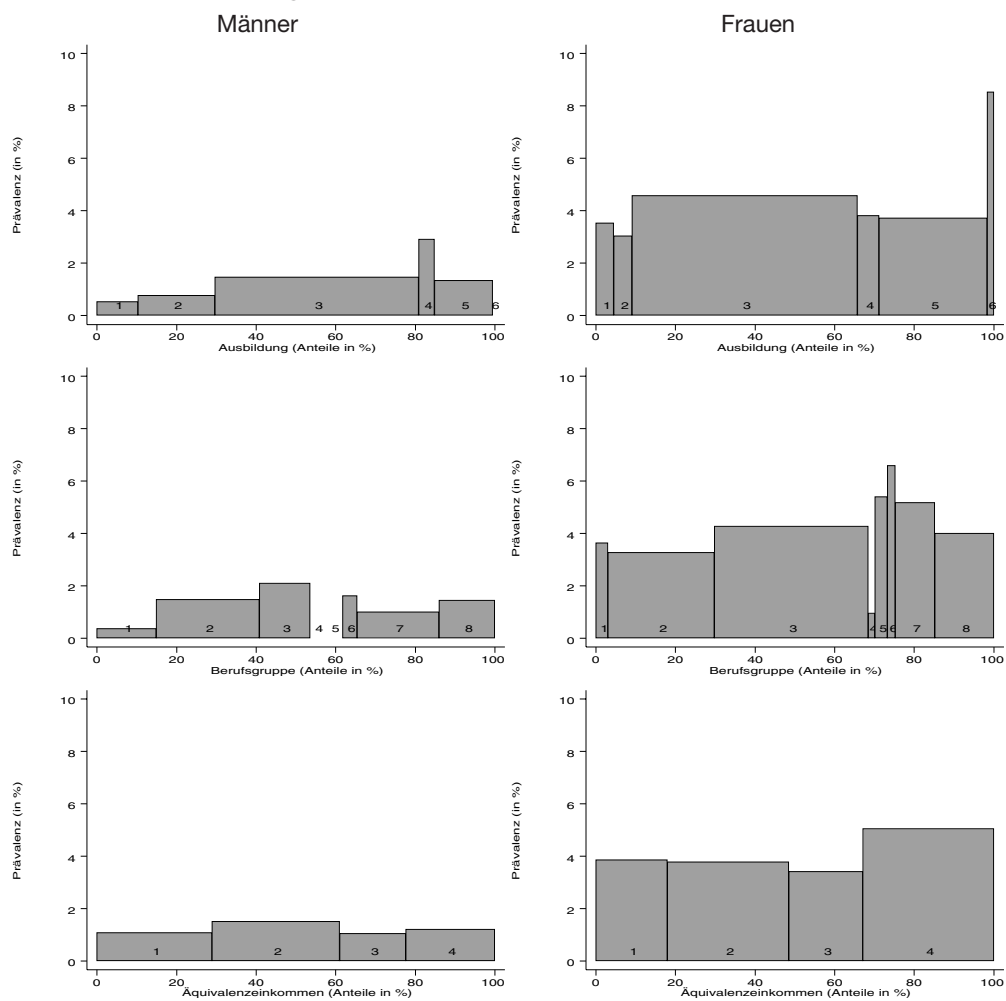
Die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten hängt von verschiedenen Faktoren ab, beispielsweise vom Gesundheitszustand, dem Alter, der sozialen Lage, der familiären Situation, von persönlichen Faktoren (Bereitschaft, Hilfe anzunehmen), aber auch vom Zugang, den eine Person zu Institutionen hat. Unterschiedliche Inanspruchnahme in verschiedenen Gruppen kann daher einen unterschiedlichen Bedarf widerspiegeln, kann aber auch ein Zeichen für Unterschiede im Zugang sein.

4,3% der Frauen und 1,3% der Männer gaben an, in den 12 Monaten vor der Befragung die Unterstützung der Spitex in Anspruch genommen zu haben. Männer unter 65 Jahren beanspruchten diese Hilfe nur sehr selten, mit höherem Alter stieg jedoch die Inanspruchnahme. Von den über 74-Jährigen hatten 10,3% in den 12 Monaten vor der Befragung Hilfe der Spitex in Anspruch genommen. Die 25- bis 44-jährigen Frauen nutzten Spitex häufiger als die 45- bis 54-jährigen, was teilweise auf Schwangerschaft und Mutterschaft zurückzuführen sein dürfte. Nach 54 Jahren stieg die Inanspruchnahme mit dem Alter an, bis auf 15,7% bei den über 74-jährigen Frauen.

Die Gradienten (siehe Abschnitt 3.4) waren je nach Indikator unterschiedlich stark. Zwischen der **Bildung** und der Inanspruchnahme von Spitex-Angeboten zeigte sich bei den Frauen kein stetiger Zusammenhang, die Inanspruchnahme war jedoch überdurchschnittlich hoch bei den Frauen ohne Ausbildung. Bei den Männern zeigte die Bildung den stärksten Zusammenhang zur Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen. Mit abnehmender Bildung wurden Spitex-Leistungen eher in Anspruch genommen. Das Bildungs-Profil war nicht monoton. Der Zusammenhang zwischen **Berufsgruppe** und Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen war bei beiden Geschlechtern mässig, bei nicht monotonem Profil. Spitex-Angebote wurden von Personen in tieferer beruflicher Stellung tendenziell häufiger in Anspruch genommen als bei höherer Stellung. Die Unterschiede zwischen den **Einkommensklassen** waren bei den Frauen mässig, bei den Männern gering. Bei tieferem Einkommen wurden die Angebote tendenziell häufiger in Anspruch genommen. Das Einkommens-Profil war bei den Frauen U-förmig, bei den Männern nicht monoton.

Ein Vergleich mit der **ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung** konnte nicht gemacht werden, da diese Frage damals in anderer Form gestellt worden war.

## Inanspruchnahme von Leistungen der Spitex



### Ausbildung:

- 1 Hochschule
- 2 Höhere Berufsausbildung
- 3 Berufslehre
- 4 Maturität o. ähnliches
- 5 Obligatorische Schule
- 6 Ohne Ausbildung, unbestimmt

### Berufsgruppe:

- 1 höh. Führungskräfte, freie Berufe
- 2 höh. nichtmanuelle Berufe
- 3 Büroangestellte
- 4 Kleinunternehmer mit Angestellten
- 5 Kleinunternehmer ohne Angestellte
- 6 Bauern
- 7 Vorarbeiter, qual. manuelle Berufe
- 8 unqual. manuelle Berufe, Landarb.

### Äquivalenzeinkommen:

- 1 4671 Fr. oder mehr
- 2 3331-4670 Fr.
- 3 2501-3330 Fr.
- 4 0 -2500 Fr.

### Definitionen und Bemerkungen

Die Frage lautete:

«Haben Sie in den letzten 12 Monaten für sich selber einen Spitex-Dienst gebraucht, d.h. eine Gemeindegemeinschaft, eine Mütterberatungsschwester, eine Hauspflegerin, eine Haushalt- oder Betagtenhilfe oder den Mahlzeiten- oder Fahrdienst?»

Die möglichen Antworten waren «ja», «nein», «weiss nicht» und «keine Antwort». Wer die Antwort «ja» gab, wurde zu den Benutzern der Spitex-Dienste gezählt.

#### 5.4.2 Hilfe von Verwandten und Bekannten

**Personen mit tieferem sozio-ökonomischem Status hatten in den 12 Monaten vor der Befragung aus gesundheitlichen Gründen häufiger Hilfe von Bekannten oder Verwandten erhalten als Personen mit höherem Status. Während sich bei den Frauen der stärkste Zusammenhang zum Einkommen zeigte, war bei den Männern der Gradient zwischen den Bildungsklassen der stärkste. Die Inanspruchnahme von Hilfe von Bekannten oder Verwandten hing bei den Frauen stärker mit dem sozio-ökonomischen Status zusammen als bei den Männern.**

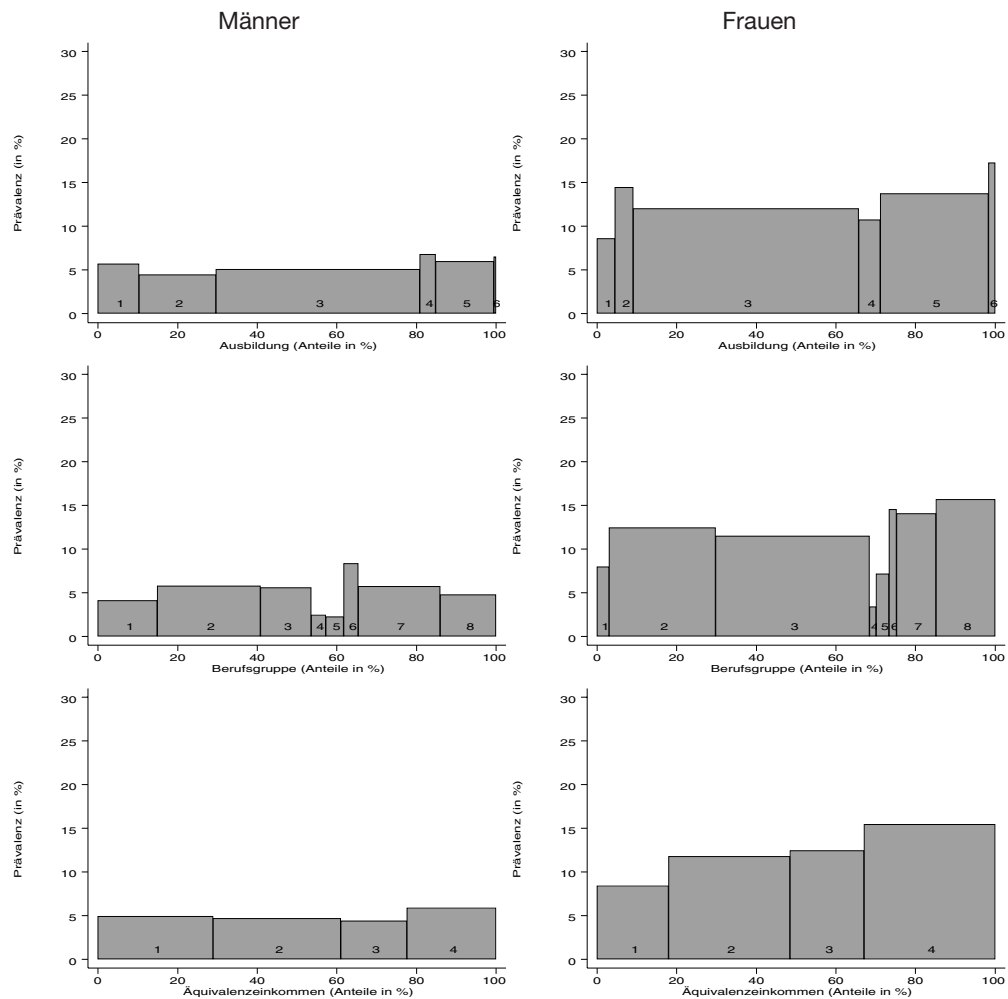
Mit dieser Frage wurde erhoben, ob die Befragten in den letzten 12 Monaten vor der Befragung Hilfe von Bekannten oder Verwandten, sogenannte informelle Hilfe, in Anspruch genommen hatten. Bei der Beurteilung der Resultate gilt wie bei den Spitex-Leistungen, dass die in Anspruch genommene Hilfe sowohl vom Hilfebedarf wie auch dem Zugang zu Hilfeleistungen beeinflusst wird.

Informelle Hilfe wurde häufiger in Anspruch genommen als Hilfe durch die Spitex: 12,6% der Frauen und 5,3% der Männer hatten in den 12 Monaten vor der Befragung Hilfe von Verwandten oder Bekannten bekommen. Männer ab 65 Jahren bekamen überdurchschnittlich häufig Hilfe von Bekannten oder Verwandten. Bei den Frauen waren es sowohl die 25- bis 34-jährigen als auch die über 74-jährigen, die häufiger Hilfe erhalten hatten. Bei den jüngeren Frauen dürfte die Inanspruchnahme informeller Hilfe teilweise auf Schwangerschaft und Mutterschaft zurückzuführen sein.

Zwischen den **Bildungsklassen** fanden sich bei beiden Geschlechtern mässig starke Unterschiede in der Inanspruchnahme von informeller Hilfe. Personen mit schlechterer Bildung erhielten tendenziell häufiger Hilfe von Verwandten oder Bekannten als solche mit besserer Bildung. Am häufigsten hatten Frauen ohne Ausbildung Verwandtenhilfe erhalten. Das Bildungs-Profil war bei beiden Geschlechtern nicht monoton. Auch zwischen **Beruf** und informellen Hilfeleistungen fand sich bei den Männern ein mässig starker, bei den Frauen ein schwacher Zusammenhang. Bei beiden Geschlechtern gaben die selbständig Erwerbenden seltener den Erhalt informeller Hilfe an. Bei den Männern fielen vor allem die Bauern durch häufige Verwandtenhilfe auf, bei den Frauen diejenigen in unqualifizierten manuellen Berufen. Das Berufs-Profil war bei beiden Geschlechtern nicht monoton. Das **Einkommen** hatte bei den Frauen einen starken, bei den Männern einen mässigen Zusammenhang zur Nutzung informeller Hilfe. Personen mit tieferem Einkommen gaben häufiger an, Verwandten- oder Bekanntenhilfe in Anspruch genommen zu haben als Personen mit höherem Einkommen. Das Profil war bei den Frauen monoton, bei den Männern U-förmig.

Ein Vergleich mit der **ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung** konnte nicht gemacht werden, da diese Frage damals in anderer Form gestellt worden war.

## Hilfe von Verwandten und Bekannten



### Ausbildung:

- 1 Hochschule
- 2 Höhere Berufsausbildung
- 3 Berufslehre
- 4 Maturität o. ähnliches
- 5 Obligatorische Schule
- 6 Ohne Ausbildung, unbestimmt

### Berufsgruppe:

- 1 höh. Führungskräfte, freie Berufe
- 2 höh. nichtmanuelle Berufe
- 3 Büroangestellte
- 4 Kleinunternehmer mit Angestellten
- 5 Kleinunternehmer ohne Angestellte
- 6 Bauern
- 7 Vorarbeiter, qual. manuelle Berufe
- 8 unqual. manuelle Berufe, Landarb.

### Äquivalenzeinkommen:

- 1 4671 Fr. oder mehr
- 2 3331-4670 Fr.
- 3 2501-3330 Fr.
- 4 0 -2500 Fr.

### Definitionen und Bemerkungen

Die Frage lautete:

«Haben Sie in den letzten 12 Monaten aus gesundheitlichen Gründen Hilfe von Verwandten, Bekannten oder Nachbarn bekommen, z.B. Hilfe wie Einkaufen, Pflegen, Essen bringen?»

Die möglichen Antworten waren «ja», «nein» und «keine Antwort».

Personen, die mit «ja» antworteten, wurden zu den Nutzern der Verwandten- und Bekanntenhilfe gezählt.



### 5.4.3 Hilfe der Spitex oder von Verwandten und Bekannten

**Personen mit tieferem sozio-ökonomischem Status nahmen aus gesundheitlichen Gründen häufiger Hilfe in Anspruch als Personen mit höherem Status. Die sozio-ökonomischen Unterschiede waren bei den Frauen stärker ausgeprägt als bei den Männern. Bei den Frauen fanden sich die grössten Unterschiede zwischen den Einkommensklassen, bei den Männern zwischen den Bildungsklassen.**

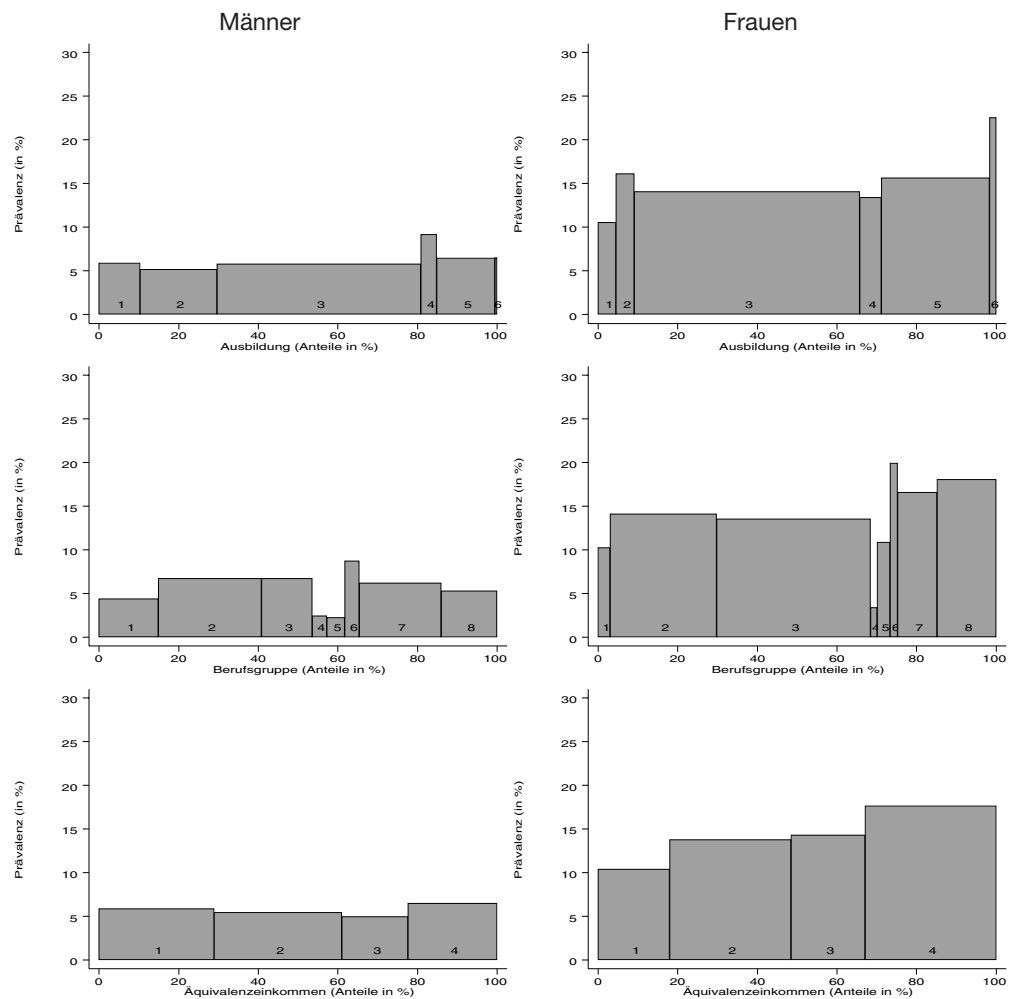
Um eine Vorstellung von allen beanspruchten Hilfeleistungen zu erhalten, kombinierten wir die Fragen nach Spitex-Hilfe und informeller Hilfe.

14,7% der Frauen und 6,0% der Männer hatten in den 12 Monaten vor der Befragung aus gesundheitlichen Gründen Hilfe erhalten. In den höheren Altersgruppen hatten mehr Befragte Hilfe erhalten als bei den jüngeren Personen, bei den über 74-jährigen Frauen jede dritte.

Die **Bildung** zeigt bei beiden Geschlechtern einen mässigen Zusammenhang zur beanspruchten Hilfe. Personen mit schlechterer Bildung hatten aus gesundheitlichen Gründen häufiger Hilfe in Anspruch genommen als diejenigen mit guter Bildung. Von den Frauen ohne Ausbildung hatte jede fünfte in den 12 Monaten vor der Befragung Hilfe in Anspruch genommen. Das Profil war bei beiden Geschlechtern nicht monoton. Zwischen den **Berufsgruppen** fanden sich bei den Frauen mässige, bei den Männern schwache Unterschiede. Frauen aus tieferen Berufsschichten hatten häufiger Hilfe in Anspruch genommen als solche aus höheren Schichten. Bauern und Bäuerinnen fielen wiederum als diejenige Berufsgruppe auf, die am häufigsten Hilfe erhalten hatte. Das Profil war bei beiden Geschlechtern nicht monoton. Zwischen den **Einkommensklassen** fand sich bei den Frauen ein starker, bei den Männern ein schwacher Gradient (siehe Abschnitt 3.4). Personen mit niedrigem Einkommen hatten häufiger Hilfe in Anspruch genommen als solche mit hohem Einkommen. Das Profil war bei den Frauen monoton, bei den Männern U-förmig.

Ein Vergleich mit der **ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung** konnte nicht gemacht werden, da diese Fragen damals in anderer Form gestellt worden waren.

## Hilfe der Spitex oder von Verwandten und Bekannten



### Ausbildung:

- 1 Hochschule
- 2 Höhere Berufsausbildung
- 3 Berufslehre
- 4 Maturität o. ähnliches
- 5 Obligatorische Schule
- 6 Ohne Ausbildung, unbestimmt

### Berufsgruppe:

- 1 höh. Führungskräfte, freie Berufe
- 2 höh. nichtmanuelle Berufe
- 3 Büroangestellte
- 4 Kleinunternehmer mit Angestellten
- 5 Kleinunternehmer ohne Angestellte
- 6 Bauern
- 7 Vorarbeiter, qual. manuelle Berufe
- 8 unqual. manuelle Berufe, Landarb.

### Äquivalenzeinkommen:

- 1 4671 Fr. oder mehr
- 2 3331-4670 Fr.
- 3 2501-3330 Fr.
- 4 0 -2500 Fr.

### Definitionen und Bemerkungen

siehe: 5.4.1 und 5.4.2; wer eine oder beide Fragen mit «ja» beantwortete, wurde als Hilfe-Empfänger gezählt.

## 5.5 Gesundheitsverhalten

### 5.5.1 Rauchen

**Zwischen dem sozio-ökonomischen Status und dem Tabakkonsum zeigten sich für die verschiedenen Indikatoren unterschiedliche Zusammenhänge. Während mit abnehmender Bildung und (bei den Männern) abnehmender beruflicher Stellung tendenziell mehr Personen rauchten, ging ein tieferes Einkommen mit einem tieferen Anteil an Rauchenden einher. Bei den Männern zeigte sich der stärkste Zusammenhang zur Bildung, bei den Frauen zum Einkommen.**

Mit dieser Frage wurde erhoben, ob jemand rauchte oder nicht. Das Ausmass des Rauchens, beispielsweise anhand der pro Tag gerauchten Zigaretten, wurde hier noch nicht in Betracht gezogen (vergleiche auch Abschnitt 5.5.2). Personen, die mindestens eine Zigarette pro Woche rauchten, wurden hier als Raucher gezählt.

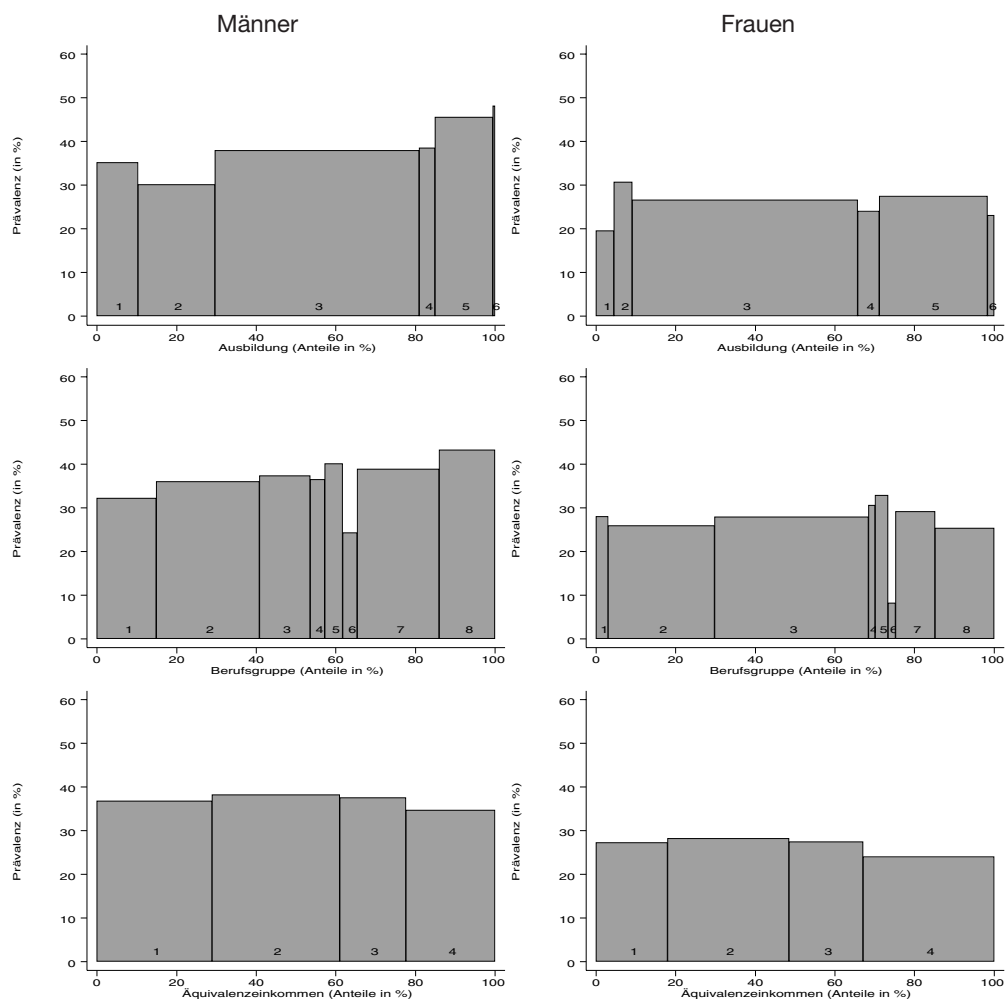
Rauchen ist ein Risikofaktor für viele Erkrankungen: Herzinfarkt, Lungenerkrankungen und Lungenkrebs, Hirnschlag und «Raucherbein», um nur einige zu nennen. Rauchen wirkt sich deshalb auch auf die Sterblichkeit aus. Schätzungen für die Jahre 1994-1996 belaufen sich für die Schweiz auf rund 9000 vorzeitige Todesfälle pro Jahr (Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, 1999). Das entspricht etwa einem Siebtel der jährlichen Todesfälle in der Schweiz. Damit ist Tabak heute in der Schweiz der wichtigste vermeidbare Risikofaktor für vorzeitige Todesfälle. In der «Global Burden of Disease Study» wurde geschätzt, dass Tabakkonsum in der gesamten industrialisierten Welt die wichtigste Ursache für vorzeitige Todesfälle und Behinderungen ist (C. J. Murray, A. D. Lopez, 1997).

26,6% der Frauen und 37,1% der Männer gaben an zu rauchen. Am häufigsten rauchten bei beiden Geschlechtern die 25- bis 44-Jährigen. Bei den über 45-Jährigen nahm mit zunehmendem Alter der Anteil der Rauchenden bei beiden Geschlechtern ab. In allen Altersgruppen, vor allem aber bei den über 65-Jährigen, rauchten Männer bedeutend häufiger als Frauen.

Für die verschiedenen sozio-ökonomischen Indikatoren fanden sich unterschiedliche Zusammenhänge zum Rauchen. Mit abnehmender **Bildung** stieg der Anteil der Rauchenden bei beiden Geschlechtern. Der Gradient (siehe Abschnitt 3.4) war bei den Frauen gering, bei den Männern mässig. Unter den Akademikerinnen fanden sich am wenigsten Raucherinnen. Überdurchschnittlich häufig rauchten hingegen Frauen mit einer tertiären, nichtuniversitären Bildung und Frauen mit nur obligatorischer Schulbildung. Die Bildung zeigte unter den hier untersuchten Indikatoren bei den Männern den stärksten Zusammenhang zum Rauchen. Das Bildungs-Profil war bei den Frauen annähernd umgekehrt U-förmig, bei den Männern eher U-förmig. Bezüglich **Beruf** war bei den Frauen kein Gradient nachzuweisen. Sowohl Frauen in höheren Führungspositionen als auch Kleinunternehmerinnen und Frauen in qualifizierten manuellen Berufen rauchten überdurchschnittlich häufig. Auffällig waren die Bäuerinnen, von denen nur 8,1% rauchten. Bei den Männern war ein mässiger Gradient vorhanden. Mit zunehmender beruflicher Position sank der Anteil der Rauchenden. Eine Ausnahme bildeten die Bauern, die auch bei den Männern den tiefsten Raucheranteil aufwiesen. Das Berufs-Profil war bei den Männern nahezu monoton. Im Gegensatz zu Bildung und Beruf stieg der Anteil Rauchender mit zunehmendem **Einkommen** bei beiden Geschlechtern an. Die Befragten mit dem geringsten Einkommen rauchten am seltensten. Der Gradient war bei den Frauen mässig, bei den Männern gering. Bei den Frauen waren die Unterschiede zwischen den Einkommensklassen grösser als zwischen den Bildungs- bzw. Berufsgruppen. Das Profil war bei beiden Geschlechtern umgekehrt U-förmig.

In der **ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung** gaben 24,2% der Frauen und 36,1% der Männer an zu rauchen. Damit sind die Anteile der Rauchenden bei beiden Geschlechtern zwischen 1992 und 1997 leicht gestiegen. Betrachtet man nur die 15- bis 24-Jährigen (die wir in dieser Untersuchung nicht berücksichtigt haben), so ist ein starker Anstieg der Rauchenden in diesen fünf Jahren festzustellen. Rauchten 1992 31% in dieser Altersgruppe, waren es 1997 43% (Bundesamt für Statistik, 1998 (c)).

## Rauchen



### Ausbildung:

- 1 Hochschule
- 2 Höhere Berufsausbildung
- 3 Berufslehre
- 4 Maturität o. ähnliches
- 5 Obligatorische Schule
- 6 Ohne Ausbildung, unbestimmt

### Berufsgruppe:

- 1 höh. Führungskräfte, freie Berufe
- 2 höh. nichtmanuelle Berufe
- 3 Büroangestellte
- 4 Kleinunternehmer mit Angestellten
- 5 Kleinunternehmer ohne Angestellte
- 6 Bauern
- 7 Vorarbeiter, qual. manuelle Berufe
- 8 unqual. manuelle Berufe, Landarb.

### Äquivalenzeinkommen:

- 1 4671 Fr. oder mehr
- 2 3331-4670 Fr.
- 3 2501-3330 Fr.
- 4 0 -2500 Fr.

1992/93 war bei den Männern für alle untersuchten Indikatoren eine Abnahme des Raucheranteils mit zunehmendem sozio-ökonomischem Status festzustellen, während bei den Frauen mit besserer beruflicher Stellung und höherem Einkommen die Häufigkeit des Rauchens tendenziell zunahm. Der Gradient zwischen den Bildungsklassen bei den Frauen war 1992/93 bei etwa gleich hoher Prävalenz deutlich grösser als 1997.

### Definitionen und Bemerkungen

Die Frage lautete:

«Rauchen Sie, wenn auch nur selten?»

Die Frage konnte mit «ja», «nein» oder mit «keine Antwort» beantwortet werden.

Personen, die mit «ja» antworteten, wurden zu den Rauchern gezählt.

## 5.5.2 Starkes Rauchen

**Während mit zunehmender Bildung und zunehmender beruflicher Stellung bei beiden Geschlechtern die Anteile starker Raucher (täglich 20 Zigaretten oder mehr) abnahmen, stieg der Anteil der starken RaucherInnen mit zunehmendem Einkommen. Bei den Frauen war die Häufigkeit starken Rauchens am stärksten mit der Berufsgruppe verknüpft, bei den Männern mit der Bildung. Mit Ausnahme des Einkommens bei den Frauen waren die Zusammenhänge zwischen sozio-ökonomischem Status und starkem Rauchen stärker als beim Rauchen insgesamt (Abschnitt 5.5.1).**

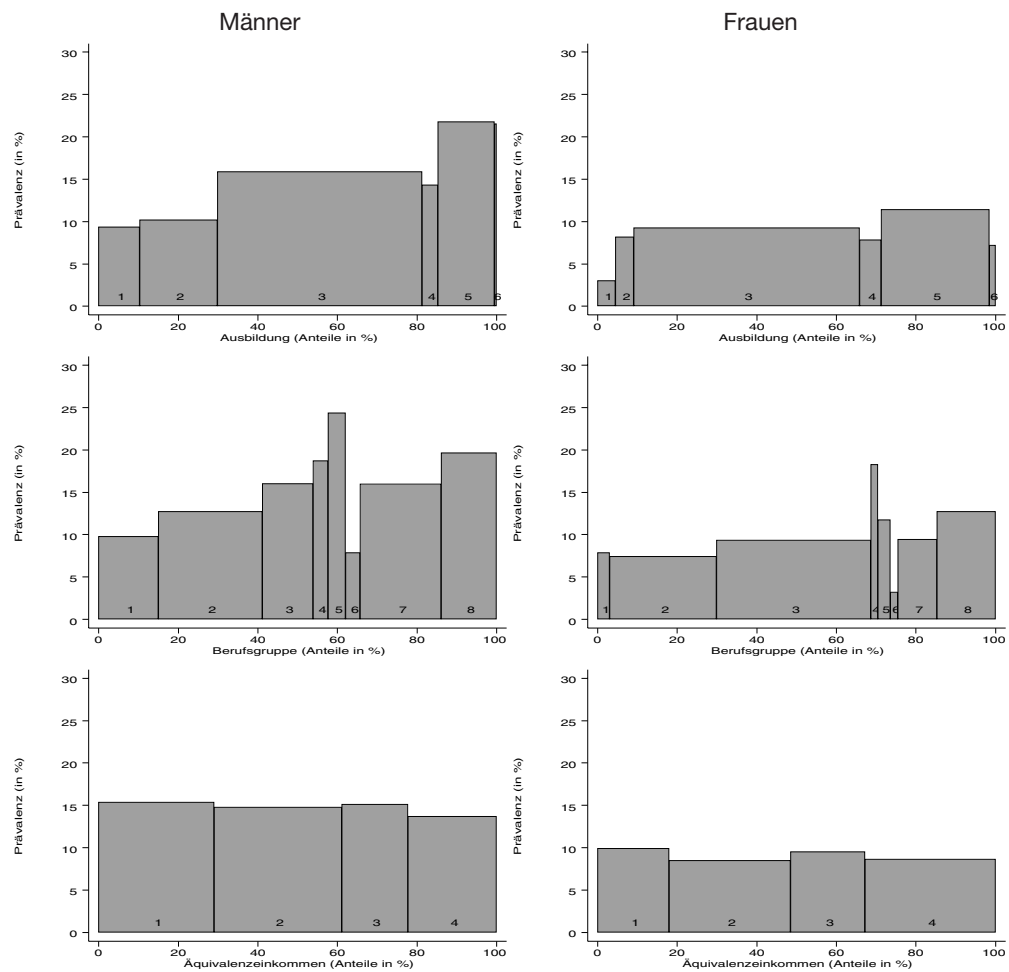
Hier wurden diejenigen Raucher berücksichtigt, die einen täglichen Konsum von 20 oder mehr Zigaretten angegeben hatten. Es wurden nur Zigaretten-Raucher berücksichtigt. Diese machten jedoch in der zweiten Schweizerischen Gesundheitsbefragung rund 90% aller Raucher aus. 43% aller befragten Zigaretten-Raucher waren starke Raucher.

9,2% der befragten Frauen und 14,7% der befragten Männer gaben an, täglich 20 oder mehr Zigaretten zu rauchen. Bei beiden Geschlechtern fanden sich in den Altersklassen zwischen 25 und 54 Jahren am meisten starke Raucher.

Mit zunehmender **Bildung** sank bei beiden Geschlechtern der Anteil starker Raucher. Von den Männern mit nur obligatorischer oder ohne Ausbildung rauchte jeder fünfte mindestens 20 Zigaretten pro Tag, bei den Frauen mit nur obligatorischer Ausbildung war es jede zehnte. Das Profil war bei den Männern und den Frauen nicht monoton. Auch eine höhere **berufliche** Position ging mit einem tieferen Anteil starker Raucher einher. Eine Ausnahme bildeten auch hier die Bäuerinnen und Bauern, welche eher selten stark rauchten. Am meisten starke Raucher fanden sich bei den Kleinunternehmern ohne Angestellte und bei den Kleinunternehmerinnen mit Angestellten. Das Berufsprofil war bei den Männern und den Frauen nicht monoton. Mit zunehmendem **Einkommen** hingegen fanden sich tendenziell mehr stark rauchende Personen. Die Gradienten (siehe Abschnitt 3.4) waren bei beiden Geschlechtern mässig. Das Profil war bei beiden Geschlechtern nicht-monoton.

Eine entsprechende Analyse war mit den Daten der **ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung** nicht durchgeführt worden.

## Starkes Rauchen



### Ausbildung:

- 1 Hochschule
- 2 Höhere Berufsausbildung
- 3 Berufslehre
- 4 Maturität o. ähnliches
- 5 Obligatorische Schule
- 6 Ohne Ausbildung, unbestimmt

### Berufsgruppe:

- 1 höh. Führungskräfte, freie Berufe
- 2 höh. nichtmanuelle Berufe
- 3 Büroangestellte
- 4 Kleinunternehmer mit Angestellten
- 5 Kleinunternehmer ohne Angestellte
- 6 Bauern
- 7 Vorarbeiter, qual. manuelle Berufe
- 8 unqual. manuelle Berufe, Landarb.

### Äquivalenzeinkommen:

- 1 4671 Fr. oder mehr
- 2 3331-4670 Fr.
- 3 2501-3330 Fr.
- 4 0 -2500 Fr.

### Definitionen und Bemerkungen

Den Personen, die angaben, Zigaretten zu rauchen, wurde folgende Frage gestellt:  
«Wieviele Zigaretten rauchen Sie im Durchschnitt pro Tag?»

Es konnte mit «weniger als 1 pro Tag» oder mit der genauen Zahl geantwortet werden.

Als starke Raucher wurden diejenigen gezählt, die 20 oder mehr Zigaretten angaben.

### 5.5.3 Gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum

**Der Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischem Status und Alkoholkonsum war bei den beiden Geschlechtern unterschiedlich. Während bei den Frauen mit höherem sozio-ökonomischem Status häufiger gesundheitsgefährdende Mengen Alkohol konsumiert wurden, waren bei den Männern diejenigen mit tieferem sozio-ökonomischem Status stärker betroffen. Dies galt für alle drei Indikatoren des sozio-ökonomischen Status. Bei den Frauen zeigte das Einkommen den stärksten Zusammenhang zu gesundheitsgefährdendem Alkoholkonsum, bei den Männern die Bildung.**

Diese Gesundheits-Dimension basiert auf den Angaben der Befragten zu konsumierten Mengen an Wein, Bier, Most und Spirituosen. Aus diesen Angaben wurde die konsumierte Menge reinen Alkohols pro Tag geschätzt. Als gesundheitsgefährdende Menge wurden 20g reiner Alkohol oder mehr pro Tag bei den Frauen und 40g oder mehr bei den Männern definiert.

Bei Befragungen zum Konsum von Suchtmitteln werden die konsumierten Mengen häufig zu tief angegeben. Die angegebenen Prävalenzen dürften daher das Problem eher unterschätzen. In der Annahme, dass diese Unterschätzung gleichmässig in allen Sozialschichten vorkommt, kann der Vergleich der Sozialschichten gleichwohl vorgenommen werden.

Personen mit hohem Alkoholkonsum weisen eine höhere Morbidität und Mortalität auf als Personen, die keinen oder wenig Alkohol trinken (C. L. Hart, G. D. Smith, D. J. Hole, V. M Hawthorne, 1999). Dazu tragen sowohl Erkrankungen wie Leberzirrhose, andere Lebererkrankungen, gastrointestinale Blutungen und Hirnschlag, als auch Unfälle und Suizide bei. Mässiger Alkoholkonsum dagegen scheint bezüglich koronarer Herzkrankheit protektiv zu wirken (E. B. Rimm, A. Klatsky, D. Grobbee, M. J. Stampfer, 1996). Zudem rauchen Personen, die viel Alkohol konsumieren, häufiger und eher stärker als Personen mit moderatem Alkoholkonsum und weisen allgemein mehr Risikofaktoren auf. In der industrialisierten Welt wird Alkohol für rund 10% der durch frühzeitige Todesfälle verlorenen Lebensjahre oder der mit Behinderungen verbrachten Lebensjahre verantwortlich gemacht, (C. J. Murray, A. D. Lopez, 1997), unter Berücksichtigung der günstigen Wirkung von moderaten Alkoholkonsum.

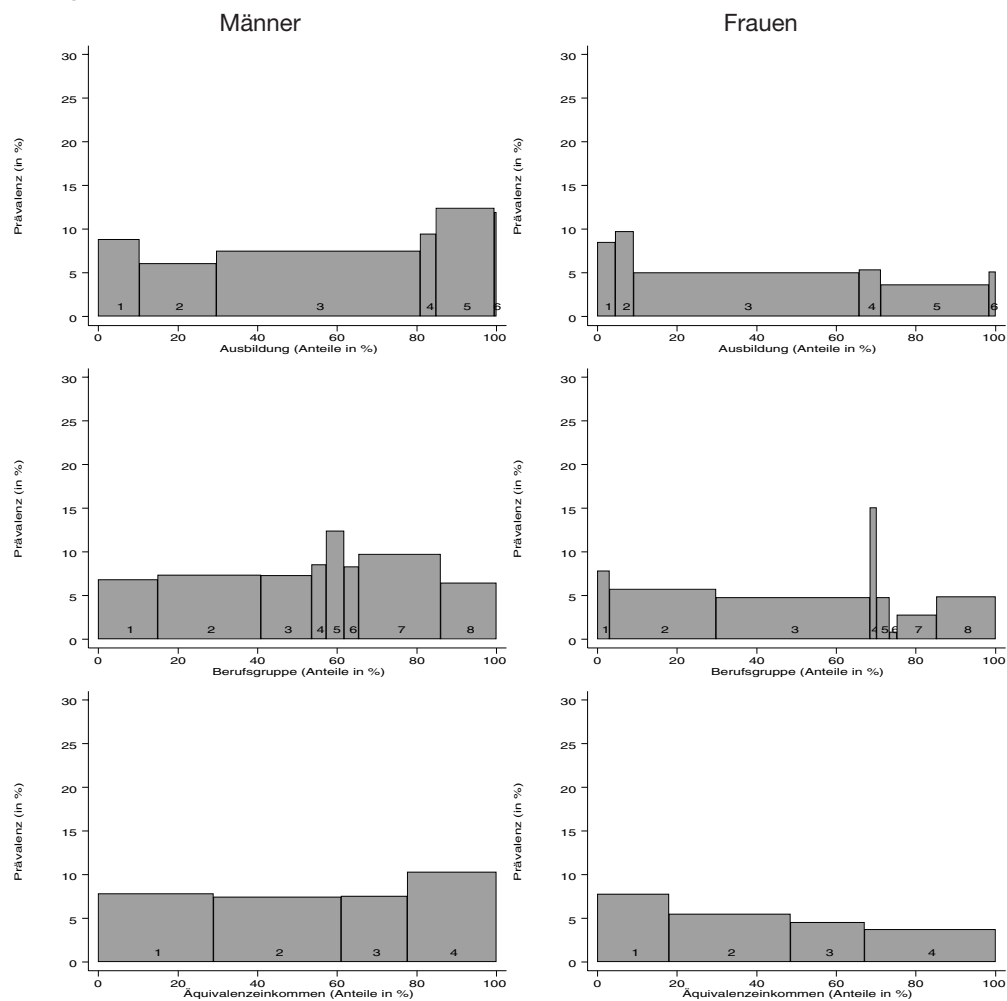
Bei 5,0% der Frauen und 8,0% der Männer wurde die berichtete Menge konsumierten Alkohols als gesundheitsgefährdend beurteilt. Zwischen 25 und 54 Jahren wurde von beiden Geschlechtern am häufigsten Alkohol in einem gesundheitsgefährdenden Ausmass konsumiert.

Zwischen der **Bildung** und übermässigem Konsum von Alkohol zeigte sich bei beiden Geschlechtern ein starker, jedoch entgegengesetzt gerichteter Zusammenhang. Während Männer, mit Ausnahme der Hochschulabsolventen, mit abnehmender Bildung häufiger übermässig Alkohol konsumierten, waren es bei den Frauen diejenigen mit besserer Ausbildung. Das Bildungs-Profil war bei den Frauen nahezu monoton, bei den Männern U-förmig. Der Zusammenhang zum **Beruf** war bei beiden Geschlechtern weniger stark, und es zeigte sich auch hier ein entgegengesetzt gerichteter Gradient (siehe Abschnitt 3.4) zwischen den Geschlechtern. Frauen mit höherer beruflicher Position tranken häufiger übermässig viel Alkohol, während bei den Männern diejenigen mit tieferer beruflicher Position häufiger übermässige Mengen konsumierten. Bei den Frauen waren die Kleinunternehmerinnen mit Angestellten mit 15,1% sehr stark betroffen, bei den Männern die Kleinunternehmer ohne Angestellte. Auffallend waren wiederum die Bäuerinnen: gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum war in dieser Gruppe sehr selten (0,8%). Das Berufs-Profil war bei den Männern umgekehrt U-förmig, bei den Frauen nahezu monoton. Das **Einkommen** hatte bei den Frauen einen starken, bei den Männern einen mässigen, wiederum entgegengesetzt gerichteten Zusammenhang. Frauen mit höherem Einkommen konsumierten häufiger übermässig Alkohol als Frauen mit tieferem Einkommen, bei den Männern war es umgekehrt. Das Profil war bei den Frauen monoton, bei den Männern U-förmig.

Dasselbe Bild, mit noch deutlicheren Gradienten, zeigt sich bei Männern bezüglich des gesundheitsschädigenden Alkoholkonsums (s. Tabelle im Anhang, S. 109).

In der **ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung** wurde die Einnahme von mindestens fünf aufeinanderfolgenden Gläsern irgendeines alkoholischen Getränkes mindestens einmal pro Monat als «Alkoholkonsum in gesundheitsgefährdendem Ausmass» definiert. Diese Zahlen sind also mit den hier rapportierten nicht direkt vergleichbar.

## Gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum



### Ausbildung:

- 1 Hochschule
- 2 Höhere Berufsausbildung
- 3 Berufslehre
- 4 Maturität o. ähnliches
- 5 Obligatorische Schule
- 6 Ohne Ausbildung, unbestimmt

### Berufsgruppe:

- 1 höh. Führungskräfte, freie Berufe
- 2 höh. nichtmanuelle Berufe
- 3 Büroangestellte
- 4 Kleinunternehmer mit Angestellten
- 5 Kleinunternehmer ohne Angestellte
- 6 Bauern
- 7 Vorarbeiter, qual. manuelle Berufe
- 8 unqual. manuelle Berufe, Landarb.

### Äquivalenzeinkommen:

- 1 4671 Fr. oder mehr
- 2 3331-4670 Fr.
- 3 2501-3330 Fr.
- 4 0 -2500 Fr.

Trotzdem wurden auch 1992/93 sowohl die entgegengesetzt gerichteten Gradienten bei Männern und Frauen als auch der starke Zusammenhang mit dem Einkommen bei den Frauen und der Bildung bei den Männern festgestellt. Bei beiden Geschlechtern waren die Gradienten zwischen den Bildungs- und den Einkommensklassen deutlich kleiner als 1997.

### Definitionen und Bemerkungen

Die Menge des pro Tag konsumierten reinen Alkohols wurde geschätzt aus der konsumierten Menge Bier, Wein, Most und Spirituosen, die die Befragten angaben.

Die Fragen für die erwähnten Getränkearten lauteten (hier am Beispiel Wein für die letzten sieben Tage dargestellt): «Wie häufig haben Sie Wein getrunken?» «Und wieviel pro Mal?»

Als «gesundheitsgefährdend» wurde bei den Frauen der Konsum von 20g reinen Alkohols oder mehr, bei den Männern der Konsum von 40g reinen Alkohols oder mehr pro Tag definiert. Als «gesundheits-schädigend» wurden bei den Frauen 40g reinen Alkohols oder mehr pro Tag definiert, bei den Männer 60g reinen Alkohols oder mehr pro Tag.



#### 5.5.4 Einnahme von Medikamenten mit Suchtpotential

**Personen aus den unteren sozio-ökonomischen Gruppen konsumierten tendenziell mehr Medikamente mit Suchtpotential als Personen aus den höheren Gruppen. Die Gradienten waren bei beiden Geschlechtern nachweisbar. Während bei den Frauen die Unterschiede zwischen den Bildungsklassen am stärksten waren, waren sie bei den Männern zwischen den Einkommensklassen am stärksten ausgeprägt.**

Als Medikamente mit Suchtpotential wurden Schlaf-, Schmerz-, Beruhigungsmittel und Mittel gegen Verstopfung betrachtet. Mit diesen Fragen wurde erhoben, welcher Anteil der Befragten mindestens ein Medikament aus diesen Gruppen täglich konsumierte. Ärztlich verordneter Konsum und Selbstmedikation sowie missbräuchlicher und nicht missbräuchlicher Konsum wurden hier nicht unterschieden. Da die präsentierten Zahlen auf selbst berichteten Angaben beruhen, ist eine Unterschätzung der Prävalenz des Konsums von Medikamenten mit Suchtpotential möglich.

Eine Befragung in der Schweiz Ende der 80-er Jahre ergab, dass an einem Stichtag jede vierte Frau und jeder fünfte Mann irgendein Medikament eingenommen hatten (R. Hornung, 1993). Am häufigsten wurden Schlaf-, Schmerz-, Beruhigungs- und Anregungsmittel konsumiert. Alle diese Medikamentengruppen sind potentiell suchterzeugend und können bei Absetzen körperliche und psychische Symptome auslösen. Zudem sind Schlaf- und Beruhigungsmittel vor allem bei älteren Menschen problematisch, indem sie zu Stürzen mit schwerwiegenden Folgen führen können (L. Z. Rubenstein, K. R. Josephson, A. S. Robbins, 1994).

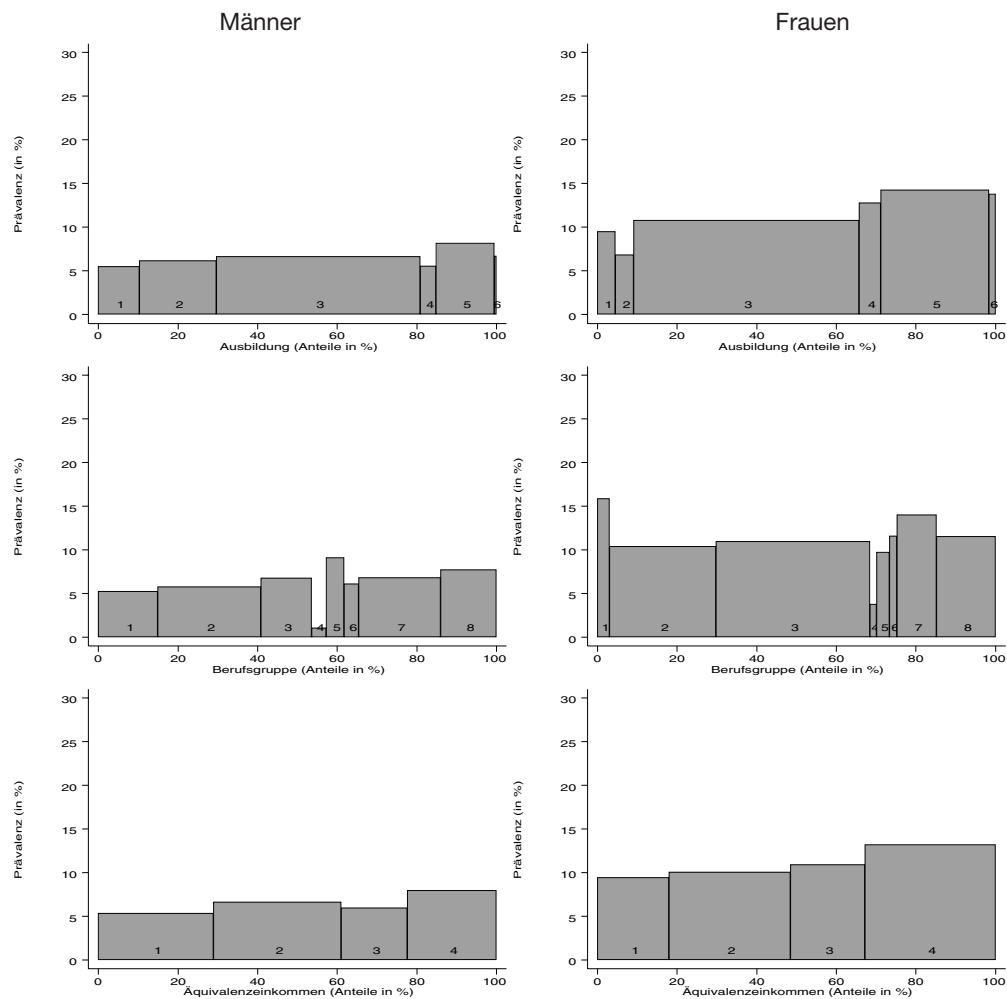
11,5% der Frauen und 6,4% der Männer gaben an, in der Woche vor der Befragung täglich ein oder mehrere Schlaf-, Schmerz-, Beruhigungsmittel oder Mittel gegen Verstopfung eingenommen zu haben. In allen Altersgruppen waren die Anteile bei den Frauen höher als bei den Männern. Mit zunehmendem Alter nahm die Einnahme von Medikamenten mit Suchtpotential bei beiden Geschlechtern zu. Bei den 75-jährigen und älteren Frauen gaben rund 32% an, täglich eines oder mehrere dieser Medikamente einzunehmen.

Der Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischem Status und Konsum von Medikamenten mit Suchtpotential war bei allen drei Indikatoren gleich gerichtet; mit abnehmendem sozio-ökonomischem Status stieg der Konsum bei beiden Geschlechtern. Der Zusammenhang zwischen **Bildung** und Konsum von Medikamenten mit Suchtpotential war bei den Frauen stark, bei den Männern mässig. Bei beiden Geschlechtern nahmen Befragte mit nur obligatorischer Schulbildung am häufigsten Medikamente mit Suchtpotential ein. Der Trend war bei beiden Geschlechtern nicht monoton. Die Unterschiede zwischen den **Berufsgruppen** waren bei den Männern stärker als bei den Frauen. Der Gradient (siehe Abschnitt 3.4) war bei den Frauen gering, was teilweise darauf zurückgeführt werden kann, dass Frauen in Führungspositionen und freien Berufen am häufigsten einen Konsum der erfragten Medikamente angaben. Männer dieser Berufsgruppe gaben unterdurchschnittlich häufig einen Konsum an. Auffallend bei den Männern waren die Kleinunternehmer. Während bei den Kleinunternehmern mit Angestellten nur 1% einen Konsum angaben, waren es bei den Kleinunternehmern ohne Angestellte 9%. Auch Kleinunternehmerinnen mit Angestellten gaben selten einen Konsum von Medikamenten mit Suchtpotential an. Bei beiden Geschlechtern war das Berufsprofil nicht monoton. Zwischen den **Einkommensklassen** waren die Gradienten bei beiden Geschlechtern mässig. In der niedrigsten Einkommensklasse gaben die Befragten am häufigsten an, Medikamente mit Suchtpotential zu konsumieren. Bei den Frauen war der Trend monoton, bei den Männern mit Ausnahme der mittleren Einkommensklassen ebenfalls.

In der **ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung** gaben 16,5% der Frauen und 10,3% der Männer an, in den sieben Tagen vor der Befragung täglich eines oder mehrere der erfragten Medikamente konsumiert zu haben. Diese Anteile sind jedoch nicht direkt vergleichbar, da der Befragungsablauf geändert wurde.

1992/93 waren ebenfalls Unterschiede zwischen den sozio-ökonomischen Gruppen nachweisbar. Personen aus den unteren sozio-ökonomischen Gruppen konsumierten tendenziell häufiger Medikamente mit Suchtpotential. Damals war der Zusammenhang mit dem Einkommen am stärksten. Bei den Frauen waren 1992 die Gradienten zwischen den Bildungs- und den Einkommensklassen deutlich geringer als 1997, wobei auch die damals höher geschätzte Prävalenz des Konsums von Medikamenten mit Suchtpotential berücksichtigt werden muss.

## Einnahme von Medikamenten mit Suchtpotential



### Ausbildung:

- 1 Hochschule
- 2 Höhere Berufsausbildung
- 3 Berufslehre
- 4 Maturität o. ähnliches
- 5 Obligatorische Schule
- 6 Ohne Ausbildung, unbestimmt

### Berufsgruppe:

- 1 höh. Führungskräfte, freie Berufe
- 2 höh. nichtmanuelle Berufe
- 3 Büroangestellte
- 4 Kleinunternehmer mit Angestellten
- 5 Kleinunternehmer ohne Angestellte
- 6 Bauern
- 7 Vorarbeiter, qual. manuelle Berufe
- 8 unqual. manuelle Berufe, Landarb.

### Äquivalenzeinkommen:

- 1 4671 Fr. oder mehr
- 2 3331-4670 Fr.
- 3 2501-3330 Fr.
- 4 0 -2500 Fr.

### Definitionen und Bemerkungen

Diese Gesundheits-Dimension bestand aus den vier folgenden Fragen:

«Haben Sie.....  
 ..... Schlafmittel.....  
 ..... Mittel gegen Schmerzen.....  
 ..... Mittel zur Beruhigung.....  
 ..... Mittel gegen Verstopfung...  
 .....in den letzten 7 Tagen genommen?»

Die Fragen konnten mit «täglich», «mehrmals pro Woche», «etwa 1mal pro Woche» oder mit «nie» beantwortet werden.

Wer die tägliche Einnahme eines oder mehrerer dieser Medikamente angab, wurde als Person mit Konsum von Medikamenten mit Suchtpotential bezeichnet.

### 5.5.5 Körperliche Inaktivität in der Freizeit

**Personen mit höherem sozio-ökonomischem Status waren in ihrer Freizeit tendenziell weniger häufig körperlich inaktiv. Die Gradienten waren mässig bis stark. Bei den Frauen waren zwischen den Bildungsklassen die grössten Unterschiede festzustellen, bei den Männern waren sie bezüglich Einkommen und Bildung etwa gleich gross.**

Bei der Beurteilung der Antworten auf die Frage bezüglich körperlicher Aktivität in der Freizeit muss beachtet werden, dass jemand, der sich als in der Freizeit körperlich inaktiv bezeichnet, sehr wohl während der Arbeit körperlich aktiv sein kann. Die zwei folgenden Gesundheits-Dimensionen «Körperliche Inaktivität bei der Arbeit» und «Körperliche Inaktivität insgesamt» (Abschnitte 5.5.6 und 5.5.7) sollten deshalb immer mit berücksichtigt werden.

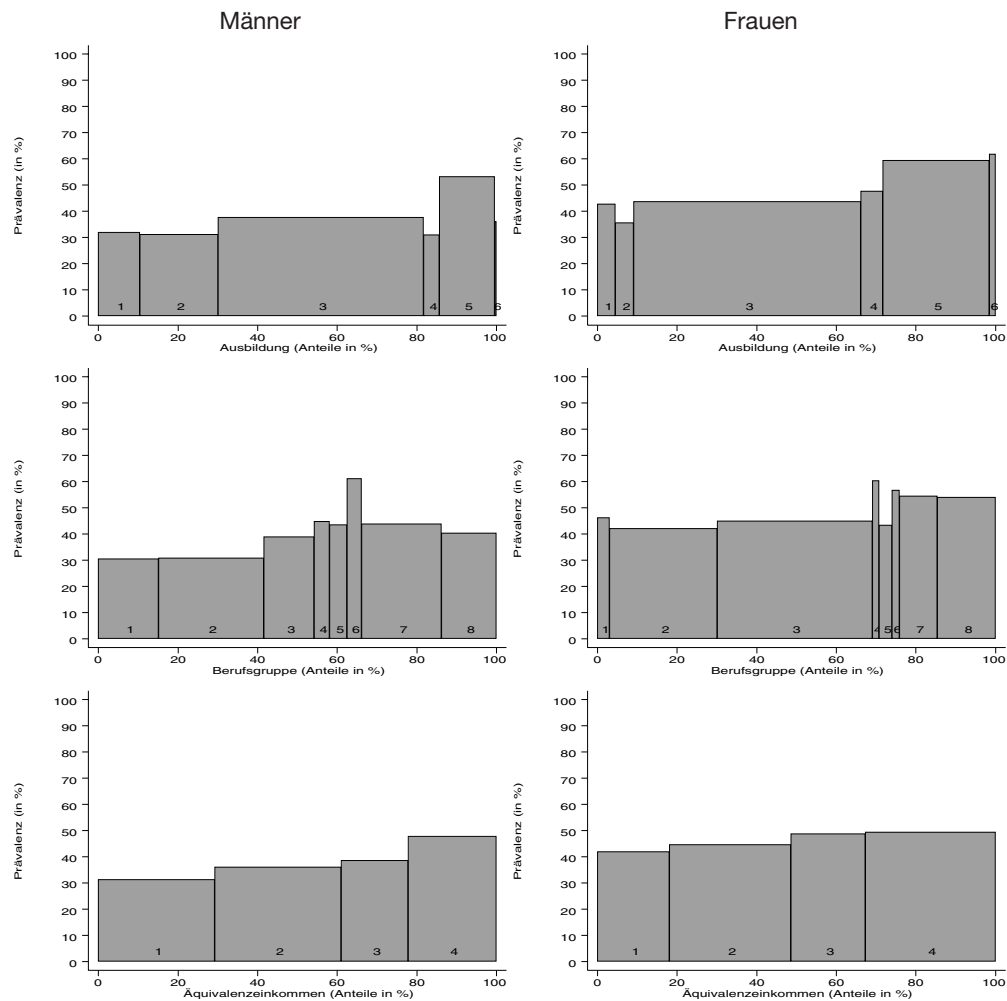
47,3% der Frauen und 37,7% der Männer gaben an, in ihrer Freizeit weniger als einmal pro Woche ins Schwitzen zu kommen. Wir fanden bei beiden Geschlechtern eine kontinuierliche Zunahme dieser Anteile mit dem Alter, die sich bei den 75-jährigen und älteren Frauen noch akzentuierte.

Personen mit tieferem sozio-ökonomischem Status waren in ihrer Freizeit häufiger körperlich inaktiv als Personen mit höherem Status. Bei allen drei Indikatoren zum sozio-ökonomischen Status war dieser Gradient (siehe Abschnitt 3.4) nachweisbar. Dabei zeigte die **Bildung** einen starken Zusammenhang zu körperlicher Inaktivität in der Freizeit: mit abnehmender Bildung waren zunehmend mehr Personen in ihrer Freizeit körperlich inaktiv. Die Gradienten waren bei den beiden Geschlechtern etwa gleich stark. Das Bildungs-Profil war bei beiden Geschlechtern nahezu monoton. Der Gradient zwischen den **Berufsgruppen** war bei beiden Geschlechtern etwas weniger stark als bei der Bildung, zeigt aber in die gleiche Richtung. In den unteren Berufsgruppen waren tendenziell mehr Personen in ihrer Freizeit körperlich inaktiv. Auffallend bei den Frauen waren die Kleinunternehmerinnen mit Angestellten, von denen 60% in ihrer Freizeit körperlich inaktiv waren. Bei den Männern waren die Bauern diejenige Gruppe mit dem höchsten Anteil an in der Freizeit körperlich Inaktiven. Das Berufs-Profil war bei beiden Geschlechtern nicht monoton. Mit sinkendem **Einkommen** nimmt der Anteil der in ihrer Freizeit körperlich inaktiven Befragten bei beiden Geschlechtern zu. Der Trend war bei beiden Geschlechtern monoton.

In der **ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung** gaben weniger Befragte (39,1% Frauen und 32,6% Männer) an, in ihrer Freizeit inaktiv zu sein.

Die Gradienten waren ebenfalls nachweisbar. Personen mit tieferem sozio-ökonomischem Status waren in ihrer Freizeit häufiger körperlich inaktiv. Die Bildung zeigte bei beiden Geschlechtern den stärksten Zusammenhang zu körperlicher Inaktivität in der Freizeit.

## Körperliche Inaktivität in der Freizeit



### Ausbildung:

- 1 Hochschule
- 2 Höhere Berufsausbildung
- 3 Berufslehre
- 4 Maturität o. ähnliches
- 5 Obligatorische Schule
- 6 Ohne Ausbildung, unbestimmt

### Berufsgruppe:

- 1 höh. Führungskräfte, freie Berufe
- 2 höh. nichtmanuelle Berufe
- 3 Büroangestellte
- 4 Kleinunternehmer mit Angestellten
- 5 Kleinunternehmer ohne Angestellte
- 6 Bauern
- 7 Vorarbeiter, qual. manuelle Berufe
- 8 unqual. manuelle Berufe, Landarb.

### Äquivalenzeinkommen:

- 1 4671 Fr. oder mehr
- 2 3331-4670 Fr.
- 3 2501-3330 Fr.
- 4 0 -2500 Fr.

### Definitionen und Bemerkungen

Die Frage lautete:

«Kommen Sie in Ihrer Freizeit mindestens einmal pro Woche durch körperliche Betätigung zum Schwitzen?»

Die möglichen Antworten waren «ja» und «nein» sowie «keine Antwort».

Personen, die mit «nein» antworteten, wurden als körperlich inaktiv gezählt.

### 5.5.6 Körperliche Inaktivität bei der Arbeit

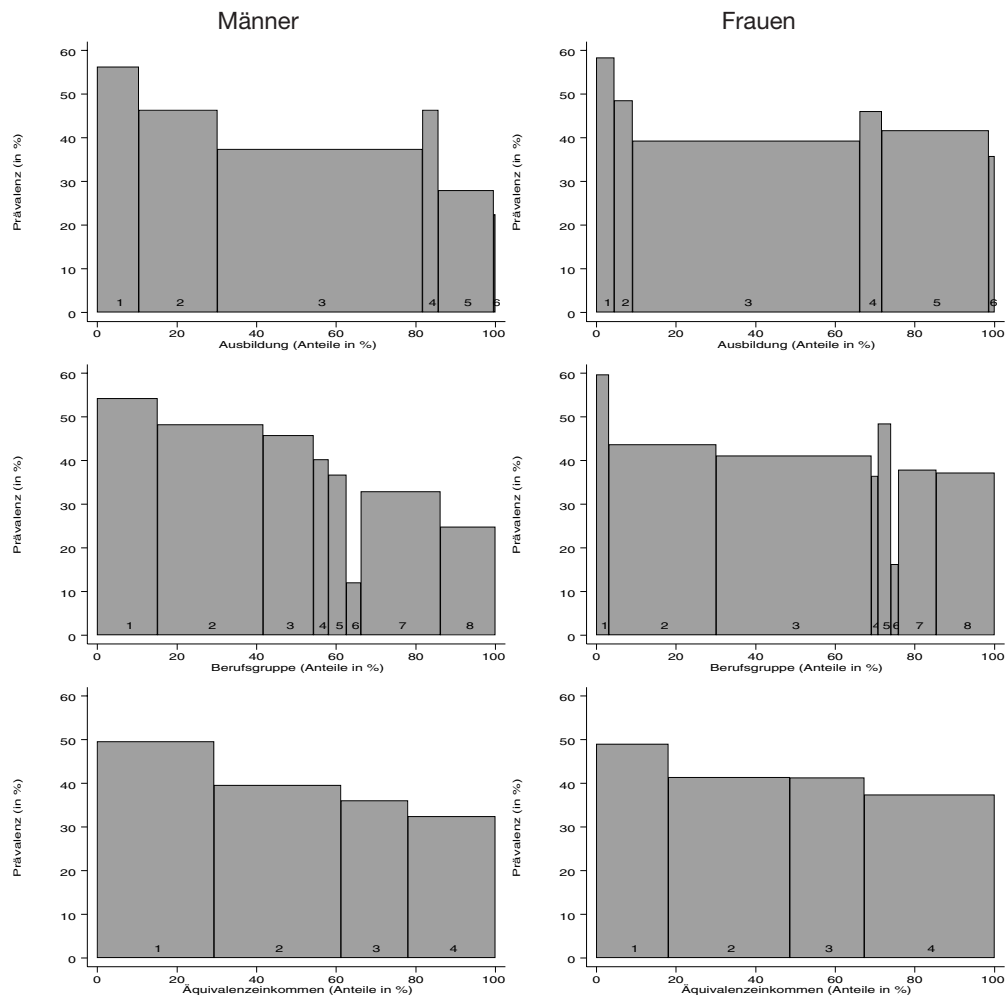
**Während sich Befragte mit höherem sozio-ökonomischem Status in ihrer Freizeit häufiger körperlich betätigten, waren sie unabhängig vom Geschlecht bei der Arbeit häufiger körperlich inaktiv. Der stärkste Zusammenhang fand sich bei den Frauen zum Einkommen, bei den Männern zum Beruf.**

41,5% der Frauen und 40,2% der Männer bezeichneten sich als bei der Ausübung ihrer Arbeit körperlich inaktiv. Bei beiden Geschlechtern waren bei den 65-Jährigen und älteren deutlich mehr Befragte körperlich inaktiv.

Unabhängig vom sozio-ökonomischen Indikator waren Personen in den höheren sozio-ökonomischen Gruppen bei ihrer Arbeit häufiger körperlich inaktiv als die Personen aus tieferen Gruppen. Zwischen der **Bildung** und körperlicher Inaktivität bei der Arbeit fanden wir bei den Männern einen starken, bei den Frauen einen mässigen Zusammenhang. Tendenziell waren Personen mit schlechterer Bildung bei der Ausübung ihrer Arbeit weniger häufig körperlich inaktiv. Das Bildungs-Profil war bei den Frauen nicht monoton, bei den Männern mit Ausnahme der Gruppe mit allgemeiner Ausbildung auf Sekundarstufe monoton. Stärker war der Gradient (siehe Abschnitt 3.4) zwischen den **Berufsgruppen** bei beiden Geschlechtern. Befragte aus höheren Berufsgruppen waren bei ihrer Arbeit tendenziell häufiger körperlich inaktiv als Befragte aus tieferen Berufsgruppen. Auffallend waren die Bäuerinnen und Bauern, die am häufigsten körperlich aktiv waren, und die Kleinunternehmerinnen ohne Angestellte, die häufiger körperlich inaktiv waren als aufgrund ihres sozio-ökonomischen Status zu erwarten wäre. Das Berufs-Profil war bei den Frauen mit Ausnahme dieser beiden Gruppen, bei den Männern mit Ausnahme der Bauern monoton. Mit steigendem **Einkommen** stieg der Anteil der bei der Arbeit körperlich Inaktiven bei beiden Geschlechtern kontinuierlich an. Der Trend war bei beiden Geschlechtern monoton.

Aus der **ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung** liegen keine entsprechenden Angaben vor.

## Körperliche Inaktivität bei der Arbeit



### Ausbildung:

- 1 Hochschule
- 2 Höhere Berufsausbildung
- 3 Berufslehre
- 4 Maturität o. ähnliches
- 5 Obligatorische Schule
- 6 Ohne Ausbildung, unbestimmt

### Berufsgruppe:

- 1 höh. Führungskräfte, freie Berufe
- 2 höh. nichtmanuelle Berufe
- 3 Büroangestellte
- 4 Kleinunternehmer mit Angestellten
- 5 Kleinunternehmer ohne Angestellte
- 6 Bauern
- 7 Vorarbeiter, qual. manuelle Berufe
- 8 unqual. manuelle Berufe, Landarb.

### Äquivalenzeinkommen:

- 1 4671 Fr. oder mehr
- 2 3331-4670 Fr.
- 3 2501-3330 Fr.
- 4 0 -2500 Fr.

### Definitionen und Bemerkungen

Die Frage lautete:

«Wie häufig kommen Sie bei Ihrer Arbeit, sei es im Beruf oder bei Haus- und Gartenarbeit, ins Schwitzen?»

Die Frage konnte mit «sehr häufig», «häufig», «gelegentlich», «selten», «sehr selten», «nie» oder «keine Antwort» beantwortet werden.

Als bei der Arbeit körperlich inaktiv wurde bezeichnet, wer die Frage mit selten, sehr selten oder nie beantwortete.

### 5.5.7 Körperliche Inaktivität insgesamt

**Der Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischem Status und körperlicher Aktivität insgesamt variierte je nach Sozialschichtindikator und Geschlecht. Während höhere Bildung und höhere berufliche Position bei den Frauen mit abnehmender Inaktivität einhergingen, waren gut gebildete Männer und solche aus höheren Berufsgruppen körperlich weniger aktiv als weniger gebildete bzw. als Männer aus tieferen Berufsschichten. Im Gegensatz dazu waren Männer mit höherem Einkommen tendenziell aktiver. Bei den Frauen korrelierte das Einkommen nicht mit der körperlichen Aktivität.**

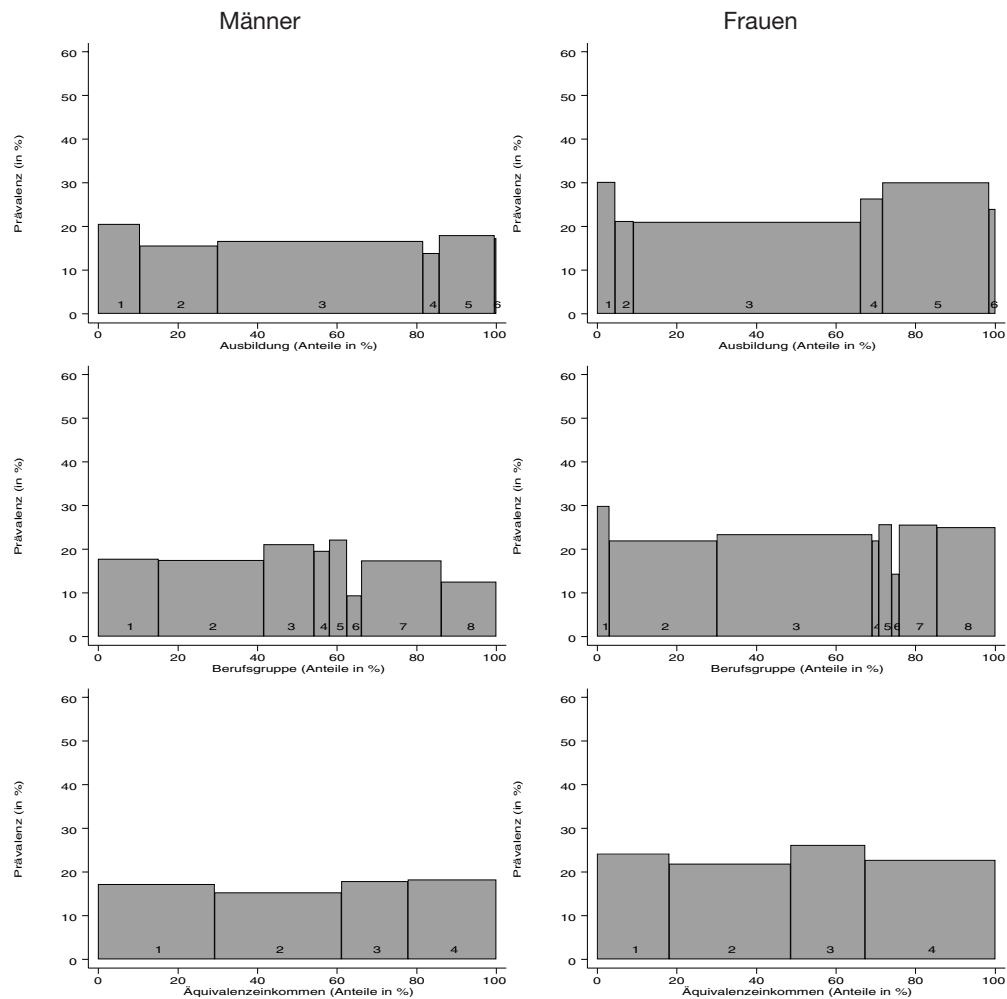
Es ist bekannt, dass sich regelmässige körperliche Betätigung positiv auf die Gesundheit auswirkt. Bei verschiedenen Krankheiten wie Herzinfarkt, Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, Osteoporose, Darmkrebs und anderen nimmt das Risiko bei regelmässiger körperlicher Betätigung ab. Zudem ermöglicht körperliche Betätigung auch soziale Kontakte und kann eine positive Wirkung auf das psychische Wohlbefinden haben.

Als körperlich inaktiv betrachtet werden mussten 23,8% der Frauen und 16,9% der Männer. Mit dem Alter war körperliche Inaktivität bei beiden Geschlechtern zunehmend häufiger und erreichte bei den über 75-jährigen Frauen einen maximalen Anteil von 67%.

Je nach Indikator des sozio-ökonomischen Status und nach Geschlecht waren die Gradienten (siehe Abschnitt 3.4) unterschiedlich gerichtet. Während zunehmende **Bildung** bei den Frauen mit abnehmender körperlicher Inaktivität einherging, waren gebildete Männern weniger häufig aktiv als weniger Gebildete. Die Akademiker waren am häufigsten inaktiv. Bei den Frauen waren es ebenfalls die Akademikerinnen, aber auch die Frauen mit nur obligatorischer Schulbildung. Das Bildungs-Profil war bei den Frauen mit Ausnahme der Gruppe ohne Ausbildung U-förmig, bei den Männern mit Ausnahme der Gruppe mit allgemeiner Ausbildung auf Sekundärstufe ebenfalls. Die Situation beim **Beruf** war ähnlich wie bei der Bildung. Frauen aus höheren Berufsgruppen waren tendenziell körperlich aktiver als Frauen aus tieferen Berufsgruppen. Männer in höherer beruflicher Position hingegen waren häufiger inaktiv. Der Zusammenhang zwischen körperlicher Inaktivität und Bildung war bei den Frauen stärker als derjenige mit dem Beruf; bei den Männern war der Zusammenhang mit dem Beruf stärker. Bäuerinnen und Bauern bildeten jeweils die körperlich aktivste Berufsgruppe. Das Berufs-Profil war bei den Frauen nicht monoton, bei den Männern mit Ausnahme der Bauern umgekehrt U-förmig. Das **Einkommen** hatte bei den Frauen keinen Zusammenhang mit der körperlichen Aktivität, bei den Männern einen geringen. Männer mit tieferem Einkommen waren tendenziell häufiger körperlich inaktiv als Männer mit höherem Einkommen.

Diese Gesundheits-Dimension war in der **ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung** nicht ausgewertet worden.

## Körperliche Inaktivität insgesamt



### Ausbildung:

- 1 Hochschule
- 2 Höhere Berufsausbildung
- 3 Berufslehre
- 4 Maturität o. ähnliches
- 5 Obligatorische Schule
- 6 Ohne Ausbildung, unbestimmt

### Berufsgruppe:

- 1 höh. Führungskräfte, freie Berufe
- 2 höh. nichtmanuelle Berufe
- 3 Büroangestellte
- 4 Kleinunternehmer mit Angestellten
- 5 Kleinunternehmer ohne Angestellte
- 6 Bauern
- 7 Vorarbeiter, qual. manuelle Berufe
- 8 unqual. manuelle Berufe, Landarb.

### Äquivalenzeinkommen:

- 1 4671 Fr. oder mehr
- 2 3331-4670 Fr.
- 3 2501-3330 Fr.
- 4 0 -2500 Fr.

### Definitionen und Bemerkungen

Als «körperlich inaktiv» wird bezeichnet, wer in der Freizeit und bei der Arbeit körperlich inaktiv ist (s. Fragen zu körperlicher Inaktivität in der Freizeit (Abschnitt 5.5.5) und körperlicher Inaktivität bei der Arbeit (Abschnitt 5.5.6)).



### 5.5.8 Übergewicht

**Mässiges und starkes Übergewicht war bei Personen mit tieferem sozio-ökonomischem Status deutlich häufiger als bei höherem Status. Die Gradienten waren für alle drei sozio-ökonomischen Indikatoren nachweisbar. Bei den Frauen fanden sich die grössten Unterschiede zwischen den verschiedenen Bildungsgruppen, bei den Männern zwischen den Berufsgruppen.**

Unter-, Normal- oder Übergewicht wurde auf Grund der Angaben zu Grösse und Gewicht bestimmt. Da in Befragungen das eigene Gewicht tendenziell eher unterschätzt wird, vor allem von übergewichtigen Personen, dürfte der Anteil übergewichtiger Personen hier etwas unterschätzt werden.

Übergewicht resultiert aus einem Ungleichgewicht zwischen Energiezufuhr und körperlicher Aktivität. Es kann damit als indirekter Hinweis auf das Gesundheitsverhalten betrachtet werden. Übergewicht führt zu einem gehäuften Auftreten verschiedener Erkrankungen wie Bluthochdruck, Zuckerkrankheit und Gelenkproblemen.

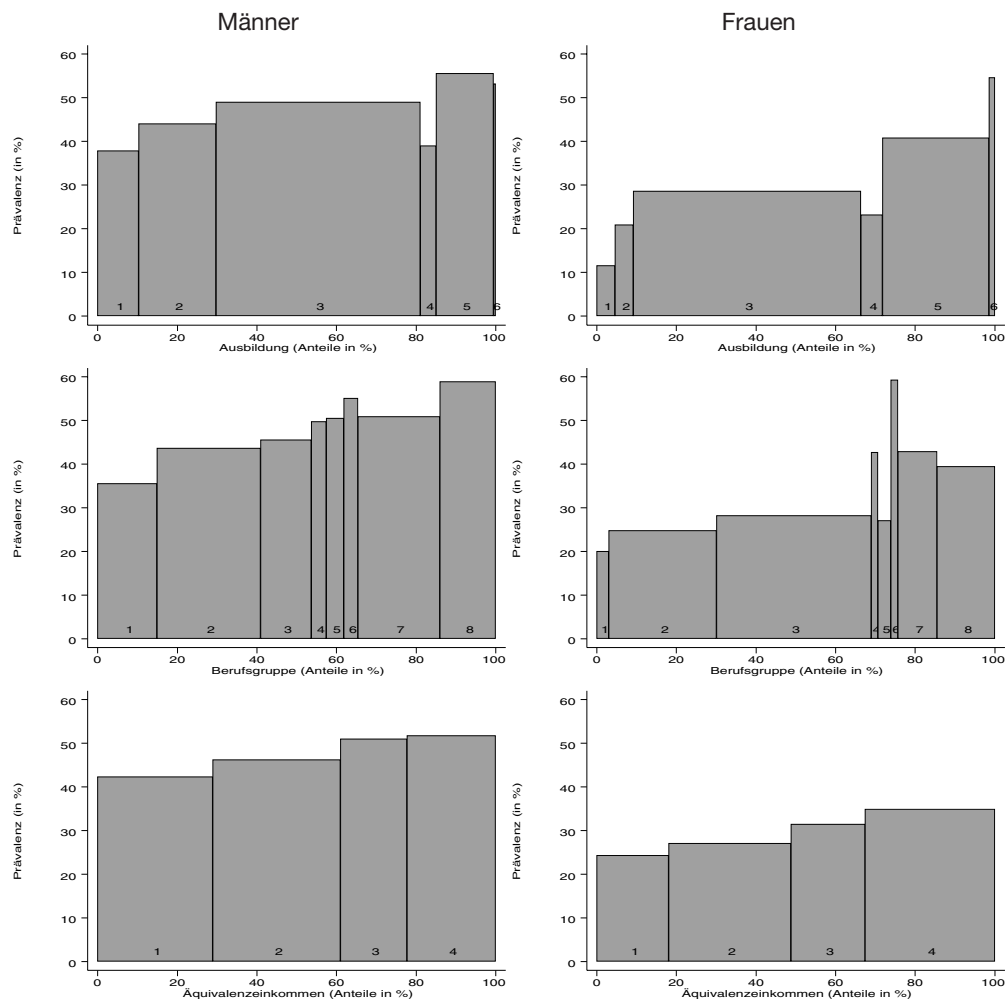
Als übergewichtig mussten aufgrund dieser Befragung 30,7% der Frauen und 47,4% der Männer bezeichnet werden, als stark übergewichtig 7,8% der Frauen und 7,7% der Männer. Bei beiden Geschlechtern fand sich eine kontinuierliche Zunahme mit dem Alter, bei den Frauen bis zu 74 Jahren, bei den Männern bis zu 64 Jahren. Bei noch höherem Alter sinkt die Prävalenz des Übergewichts wieder. Für starkes Übergewicht war die Prävalenz in allen Altersklassen deutlich tiefer, die Verteilung auf die verschiedenen Altersklassen jedoch ähnlich.

Bei den Frauen hing Übergewicht, und vor allem starkes Übergewicht, stark mit dem sozio-ökonomischen Status zusammen. Bei den Männern war dieser Zusammenhang bei starkem Übergewicht ebenfalls ausgeprägt, bei mässigem Übergewicht etwas weniger stark. Zwischen den **Bildungsgruppen** fanden sich bei den Frauen die grössten Unterschiede, sowohl bezüglich mässigem als auch bezüglich starkem Übergewicht. Mässiges Übergewicht nahm mit abnehmender Bildung zu, wobei bei beiden Geschlechtern die Befragten mit Bildung auf sekundärer Stufe durch eine relativ tiefe Prävalenz auffielen. Starkes Übergewicht hing noch stärker mit der Bildung zusammen. Mit Ausnahme der Gruppen mit allgemeiner Ausbildung auf sekundärer Stufe war der Trend bei beiden Geschlechtern monoton. Der **Beruf** hing bei den Männern am stärksten mit Übergewicht zusammen, der Gradient (siehe Abschnitt 3.4) war jedoch auch bei den Frauen stark. Bäuerinnen und Bauern fielen durch häufiges Übergewicht auf. Das Berufs-Profil war bei den Frauen nicht monoton, bei den Männern mit Ausnahme der Bauern monoton. Mit zunehmendem **Einkommen** sank die Prävalenz von leichtem und starkem Übergewicht kontinuierlich. Der Trend war bei beiden Geschlechtern monoton.

In der **ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung** wurden 21,5% der Frauen und 39% der Männer als übergewichtig bezeichnet, 4,6% der Frauen und 5,9% der Männer als stark übergewichtig. Die Häufigkeit des Übergewichts scheint also zwischen 1992 und 1997 zugenommen zu haben. Aufgrund von lediglich zwei Befragungen kann jedoch noch nicht von einem Trend gesprochen werden, es könnten auch andere Effekte diesen Unterschied verursachen (M. Eichholzer, B. Bisig, F. Gutzwiller, J. Lüthy, 2000). Veränderungen mit dem Alter waren bei den Männern 1992/93 nicht nachweisbar, bei den Frauen wurde die Zunahme erst bei Frauen ab 50 Jahren festgestellt.

Entsprechende Sozialschicht-Gradienten konnten für starkes Übergewicht ebenfalls nachgewiesen werden, mässiges Übergewicht war nicht untersucht worden. Von den untersuchten Gesundheitsvariablen zeigte starkes Übergewicht in der ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung den stärksten Zusammenhang zum sozio-ökonomischen Status. Bei den Frauen waren 1992/93 alle Gradienten deutlich ausgeprägter als 1997, bei den Männern nur der Gradient zwischen den Bildungsgruppen. Bei beiden Geschlechtern war jedoch die Prävalenz von starkem Übergewicht 1997 deutlich höher.

## Übergewicht



### Ausbildung:

- 1 Hochschule
- 2 Höhere Berufsausbildung
- 3 Berufslehre
- 4 Maturität o. ähnliches
- 5 Obligatorische Schule
- 6 Ohne Ausbildung, unbestimmt

### Berufsgruppe:

- 1 höh. Führungskräfte, freie Berufe
- 2 höh. nichtmanuelle Berufe
- 3 Büroangestellte
- 4 Kleinunternehmer mit Angestellten
- 5 Kleinunternehmer ohne Angestellte
- 6 Bauern
- 7 Vorarbeiter, qual. manuelle Berufe
- 8 unqual. manuelle Berufe, Landarb.

### Äquivalenzeinkommen:

- 1 4671 Fr. oder mehr
- 2 3331-4670 Fr.
- 3 2501-3330 Fr.
- 4 0 -2500 Fr.

### Definitionen und Bemerkungen

Ob jemand übergewichtig ist, hängt nicht nur vom Gewicht, sondern auch von der Grösse der betreffenden Person ab. Als Mass gilt der sogenannte «Body-Mass-Index» (BMI), der diese beiden Grössen berücksichtigt. Er wird folgendermassen berechnet:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Gewicht in kg}}{(\text{Körpergrösse in m})^2}$$

Mässiges oder leichtes Übergewicht besteht ab einem BMI von 25. Ein BMI von 30 oder mehr bedeutet starkes Übergewicht.

## 5.6 Weitere ausgewählte Bereiche von öffentlichem Interesse

### 5.6.1 Versicherungsklasse

**Personen mit tieferem sozio-ökonomischem Status waren deutlich häufiger nur allgemein versichert als Personen mit höherem Status. Die Gradienten bezüglich Versicherungsklassen waren für alle drei Sozialschicht-Indikatoren stark. Bei den Frauen zeigte das Einkommen den stärksten Zusammenhang zur Versicherungsklasse, bei den Männern die Berufsgruppe. Mit Ausnahme der Personen in unqualifizierten manuellen Berufen waren Männer in allen Sozialschichten häufiger allgemein versichert als Frauen.**

Seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes im Jahre 1996 ist die Krankenversicherung in der Schweiz obligatorisch. Darin eingeschlossen ist die Spitalbehandlung in der allgemeinen Abteilung. Zusatzversicherungen für die halbprivate und private Abteilung können auf freiwilliger Basis abgeschlossen werden, sind jedoch vor allem für Frauen und ältere Personen teuer. Zudem können beim Abschluss von Zusatzversicherungen Vorbehalte auf vorbestehenden Erkrankungen gemacht werden, was sich vor allem bei älteren Menschen auswirkt.

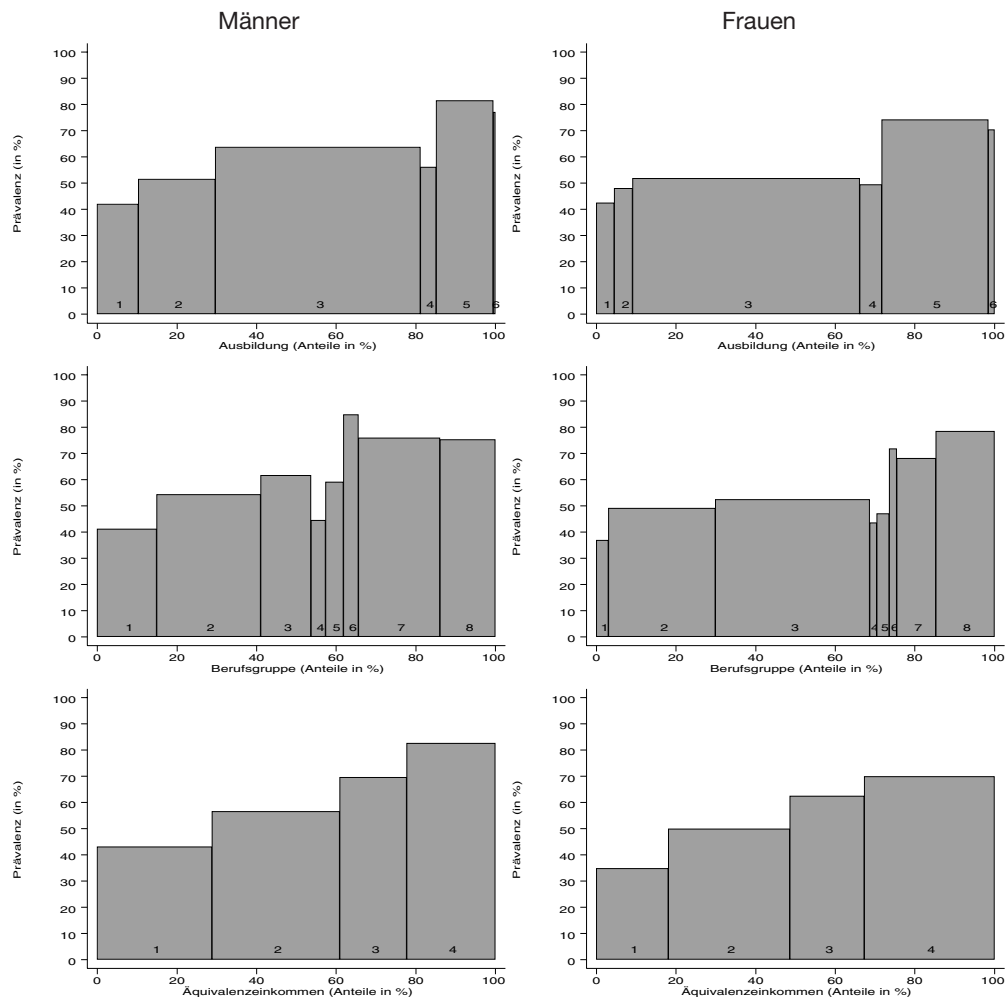
57,5% der Frauen und 61,8% der Männer gaben an, allgemein versichert zu sein. Der Anteil allgemein versicherter Personen nahm bis zum Alter von 54 Jahren ab, dann wieder zu. Personen aus den tiefsten und den höchsten Altersgruppen waren somit häufiger als Personen mittleren Alters nur allgemein versichert. Bis zum Alter von 64 Jahren waren Frauen häufiger zusatzversichert als Männer, im höheren Alter kehrte sich dieses Verhältnis um.

Personen in den tieferen sozio-ökonomischen Gruppen waren häufiger nur allgemein versichert als Personen aus höheren Gruppen. Die Gradienten (siehe Abschnitt 3.4) waren für alle drei Indikatoren zum sozio-ökonomischen Status stark. Der stärkste Gradient fand sich bei den Frauen zwischen den Einkommensklassen, bei den Männern zwischen den Berufsgruppen. Auch zwischen den **Bildungsgruppen** zeigten sich starke Gradienten. Personen mit höherer Bildung waren seltener allgemein versichert als Personen mit tieferer Bildung. Bei beiden Geschlechtern waren Personen mit nur obligatorischer Schulbildung am häufigsten allgemein versichert, gefolgt von Personen ohne Ausbildung. Mit Ausnahme derjenigen mit einer allgemeinen Ausbildung auf Sekundarstufe und der Gruppe ohne Ausbildung war das Bildungs-Profil bei beiden Geschlechtern monoton. Auch zwischen **Beruf** und Versicherungsklasse zeigte sich ein starker Zusammenhang. Bei den Frauen waren diejenigen in unqualifizierten manuellen Berufen am häufigsten allgemein versichert, bei den Männern waren es die Bauern. Das Berufs-Profil war bei beiden Geschlechtern nicht monoton. Das **Einkommen** hing ebenfalls stark mit der Versichertenklasse zusammen. Mit abnehmendem Einkommen stieg der Anteil der allgemein Versicherten bei beiden Geschlechtern stetig an.

In der **ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung** gaben 44,5% der Frauen und 47,8% der Männer an, allgemein versichert zu sein, also deutlich weniger als 1997. Die Zunahme der allgemein versicherten Personen dürfte in Zusammenhang mit den in den letzten Jahren stark gestiegenen Krankenkassenprämien stehen. Abgesehen von diesem Unterschied zeigen die beiden Erhebungen Ähnliches.

Auch 1992/93 waren die Gradienten bei allen untersuchten Indikatoren zum sozio-ökonomischen Status bei beiden Geschlechtern stark, und Personen mit tieferem sozio-ökonomischem Status waren überdurchschnittlich häufig nur allgemein versichert. Auch 1992/93 fanden sich bei den Frauen die grössten Unterschiede zwischen den Einkommensklassen, bei den Männern zwischen den Bildungsgruppen. Die relativen Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen bei den Männern waren 1992 deutlich höher als 1997, alle anderen Gradienten waren 1992/93 und 1997 ähnlich. Wegen der Zunahme der nur allgemein Versicherten zwischen 1992/93 und 1997 sind die Gradienten jedoch nur bedingt vergleichbar.

## Allgemein Versicherte



### Ausbildung:

- 1 Hochschule
- 2 Höhere Berufsausbildung
- 3 Berufslehre
- 4 Maturität o. ähnliches
- 5 Obligatorische Schule
- 6 Ohne Ausbildung, unbestimmt

### Berufsgruppe:

- 1 höh. Führungskräfte, freie Berufe
- 2 höh. nichtmanuelle Berufe
- 3 Büroangestellte
- 4 Kleinunternehmer mit Angestellten
- 5 Kleinunternehmer ohne Angestellte
- 6 Bauern
- 7 Vorarbeiter, qual. manuelle Berufe
- 8 unqual. manuelle Berufe, Landarb.

### Äquivalenzeinkommen:

- 1 4671 Fr. oder mehr
- 2 3331-4670 Fr.
- 3 2501-3330 Fr.
- 4 0 -2500 Fr.

### Definitionen und Bemerkungen

Die Frage lautete:

«Können Sie mir jetzt noch sagen, wie Sie versichert sind, wenn Sie ins Spital müssen? Ist das...  
...allgemeine Abteilung/halbprivate Abteilung/private Abteilung?»

Weitere mögliche Antworten waren «weiss nicht», und «keine Antwort».

Gezählt wurde, wer angab, allgemein versichert zu sein.

## 5.6.2 Arbeitsunfähigkeit

**Der Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischem Status und Arbeitsunfähigkeit war für die einzelnen Sozialschicht-Indikatoren unterschiedlich. Während gesundheitlich bedingte Abwesenheit vom Arbeitsplatz mit zunehmender Bildung weniger häufig angegeben wurde, war dies in höheren Berufskategorien häufiger der Fall. Mit zunehmendem Einkommen waren Frauen seltener, Männer hingegen häufiger aus gesundheitlichen Gründen vom Arbeitsplatz abwesend. Die Bildung zeigte den stärksten Zusammenhang zu gesundheitlich bedingter Arbeitsunfähigkeit.**

Die Frage nach Arbeitsunfähigkeit wurde nur denjenigen gestellt, die vorher angegeben hatten, sie seien in den letzten vier Wochen während mindestens einem Tag aus gesundheitlichen Gründen nur eingeschränkt leistungsfähig gewesen.

Absenzen vom Arbeitsplatz können als ein indirektes Zeichen für Krankheiten betrachtet werden. Persönliche Faktoren, sozialer Druck, aber auch die wirtschaftliche Situation und Angst vor einem Arbeitsplatzverlust bei Krankheit dürften aber auch einen Einfluss darauf haben, wie häufig jemand vom Arbeitsplatz fernbleibt. Abwesenheiten können auch ein Zeichen von übermässiger Arbeitsbelastung sein. Dabei ist die Kombination von hoher Arbeitsintensität mit geringem Kontrollspielraum für die betroffenen Personen besonders belastend (R. Karasek, T. Theorell, 1990).

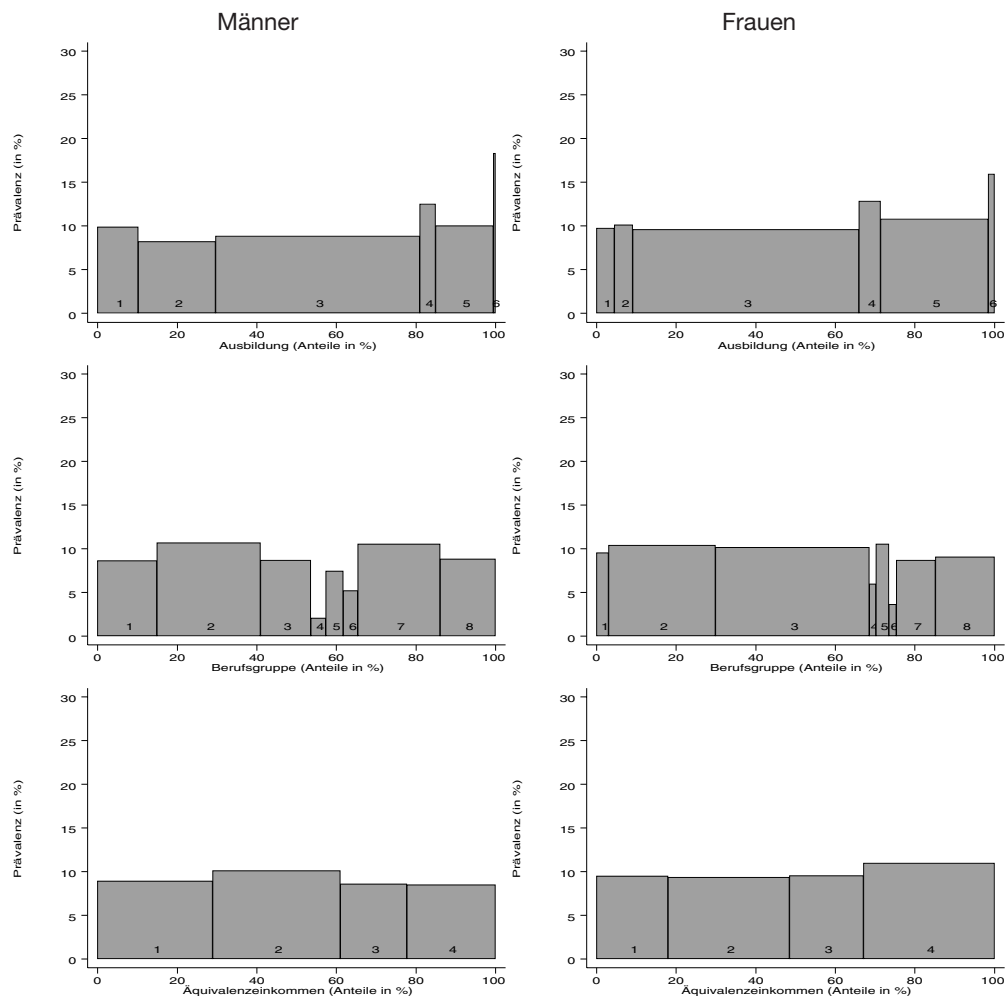
10,1% der Frauen und 9,3% der Männer gaben an, sie seien in den letzten vier Wochen während mindestens einem Tag nicht arbeitsfähig gewesen. Die unter 55-jährigen Frauen und die unter 44-jährigen Männer waren häufiger arbeitsunfähig als die älteren Befragten.

Bei beiden Geschlechtern zeigten sich zwischen den **Bildungsgruppen** die grössten Unterschiede. Mit abnehmender Bildung wuchs die Häufigkeit von Abwesenheiten vom Arbeitsplatz. Bei beiden Geschlechtern gaben die Personen mit nur obligatorischer Schulbildung am häufigsten krankheitsbedingte Abwesenheiten von der Arbeit an. Das Bildungs-Profil war bei den Frauen nicht monoton, bei den Männern mit Ausnahme der Gruppe mit nur obligatorischer Schulbildung U-förmig. Bezüglich **Beruf** zeigten die Gradienten (siehe Abschnitt 3.4) in die andere Richtung: In den höheren Berufsgruppen wurden häufiger gesundheitsbedingte Abwesenheiten von der Arbeit gemeldet. Der Zusammenhang war bei den Frauen stärker als bei den Männern. Auffallend selten gaben Bauern und Bäuerinnen sowie Kleinunternehmer und -unternehmerinnen mit Angestellten gesundheitlich bedingte Arbeitsunfähigkeit an. Der Gradient bei den Frauen war mässig, bei den Männern gering, das Berufs-Profil bei den Männern und bei den Frauen nicht monoton. Der Zusammenhang zwischen **Einkommen** und Arbeitsunfähigkeit variierte zwischen den Geschlechtern. Während bei den Frauen krankheitsbedingte Abwesenheiten bei tiefem Einkommen häufiger waren, kamen diese bei den Männern mit hohem und tiefem Einkommen weniger häufig vor. Der Gradient war bei den Frauen mässig, bei den Männern gering. Der Einkommens-Trend war bei den Frauen nahezu monoton, bei den Männern umgekehrt U-förmig.

In der **ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung** hatten 10,3% der Befragten eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens einem Tag in den vier Wochen vor der Befragung angegeben.

1992/93 waren nahezu alle Gradienten negativ, das heisst in den oberen sozio-ökonomischen Gruppen waren Abwesenheiten vom Arbeitsplatz häufiger als in den tieferen Gruppen. Die grössten Gradienten fanden sich bei Männern und Frauen zwischen den Bildungsgruppen.

## Arbeitsunfähigkeit



### Ausbildung:

- 1 Hochschule
- 2 Höhere Berufsausbildung
- 3 Berufslehre
- 4 Maturität o. ähnliches
- 5 Obligatorische Schule
- 6 Ohne Ausbildung, unbestimmt

### Berufsgruppe:

- 1 höh. Führungskräfte, freie Berufe
- 2 höh. nichtmanuelle Berufe
- 3 Büroangestellte
- 4 Kleinunternehmer mit Angestellten
- 5 Kleinunternehmer ohne Angestellte
- 6 Bauern
- 7 Vorarbeiter, qual. manuelle Berufe
- 8 unqual. manuelle Berufe, Landarb.

### Äquivalenzeinkommen:

- 1 4671 Fr. oder mehr
- 2 3331-4670 Fr.
- 3 2501-3330 Fr.
- 4 0 -2500 Fr.

### Definitionen und Bemerkungen

Die Frage lautete folgendermassen:

«Und wieviele Tage haben Sie nicht zur Arbeit gehen können oder sind Sie nicht arbeitsfähig gewesen (z.B. im Haushalt) während den letzten 4 Wochen?»

Die Frage konnte mit «nie» oder der Anzahl Tage beantwortet werden.

Als arbeitsunfähig galt, wer an mindestens einem Tag in den vier Wochen vor der Befragung nicht zur Arbeit gehen konnte oder nicht arbeitsfähig war.

### 5.6.3 Lärmexposition am Wohnort

**Personen mit tieferem sozio-ökonomischem Status waren tendenziell häufiger Lärmbelastungen ausgesetzt als Personen mit höherem Status. Die Gradienten waren gering bis mässig. Frauen und Männer fühlten sich in ihrer Wohnung etwa gleich häufig durch Lärm gestört. Die Unterschiede bei den Frauen waren nur gering, bei den Männern zwischen den verschiedenen Bildungs- und Berufsgruppen mässig. Männer berichteten mit steigendem Einkommen etwas häufiger über Lärmstörungen.**

Mit dieser Frage wurden subjektiv empfundene Lärmbelastungen in der Wohnung, unabhängig von der Art der Schallquelle, erfasst. Die gleiche Schallquelle und der gleiche Lärmpegel werden von verschiedenen Personen unterschiedlich wahrgenommen. Eltern beispielsweise empfinden den «Lärm» spielender Kinder wahrscheinlich weniger störend als ältere Menschen, die selber keine Kinder gehabt haben.

Lärm entsteht durch verschiedene Schallquellen. Stark verbreitet sind heute Schall-Immissionen durch den Strassen- und Luftverkehr. Auch die Industrie verursacht bei gewissen Arbeiten hohe Schallpegel. Lärm kann verschiedene gesundheitliche Folgen haben. Hörschäden können vorübergehend sein, bei häufiger und starker Lärmexposition jedoch auch bleibend. Als Lärm empfundene Geräusche können die Lebensqualität stark beeinträchtigen. Wiederholte störende Lärmbelastungen verursachen Stress-Reaktionen. Wichtig sind durch Nachtlärm bedingte Schlafstörungen, die chronische Ermüdungszustände hervorrufen können (H.-U. Wanner, 1993).

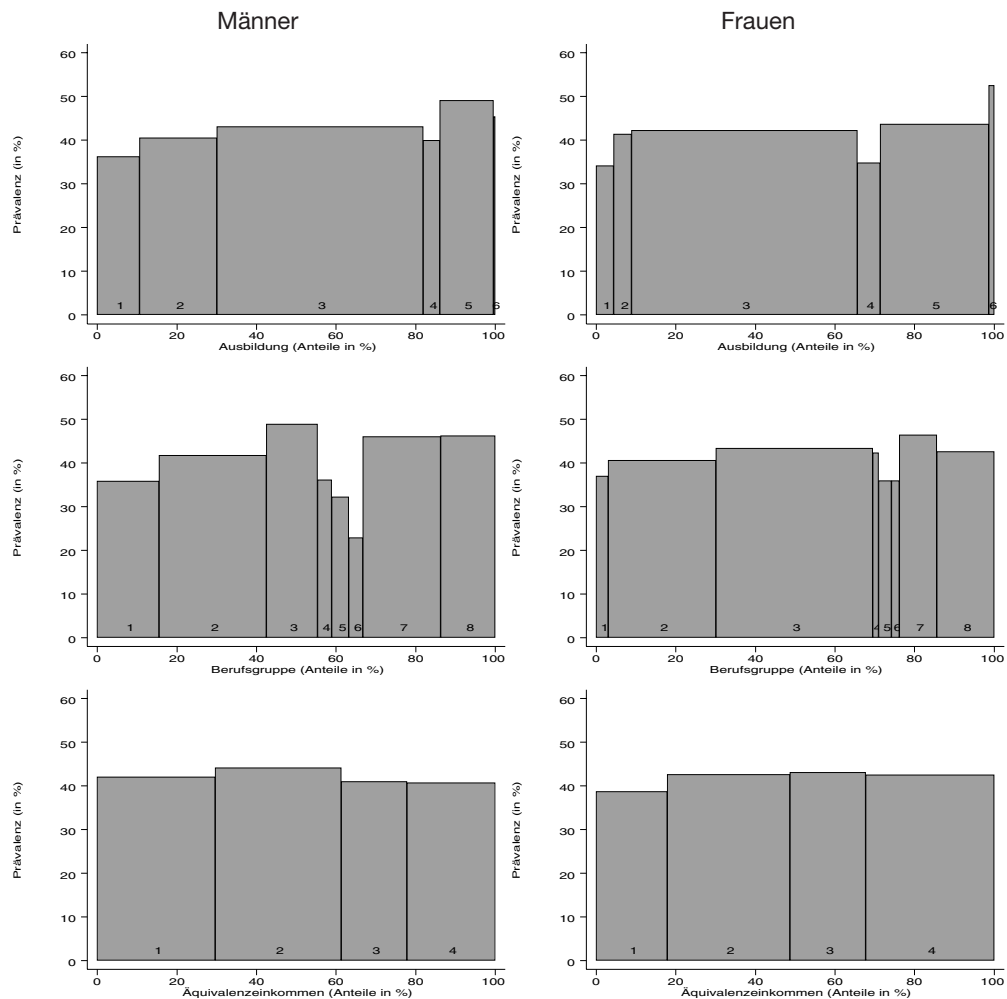
41,9% der Frauen und 42,2% der Männer gaben an, sie fühlten sich in ihrer Wohnung häufig durch Lärm gestört. Während sich ältere Männer von Lärm häufiger gestört fühlten als jüngere, waren bei den Frauen die unteren Altersklassen stärker betroffen.

Von den Sozialschicht-Indikatoren zeigte die **Bildung** bei beiden Geschlechtern den stärksten Zusammenhang zum Umgebungslärm. Der Zusammenhang war bei Männern stärker als bei Frauen. Personen mit tieferer Bildung fühlten sich in ihrer Wohnung häufiger durch Umgebungslärm gestört als besser Gebildete. Etwas mehr als die Hälfte der Frauen mit nur obligatorischer Schulbildung fühlte sich zuhause durch Lärm gestört. Das Bildungs-Profil war bei beiden Geschlechtern monoton, mit Ausnahme der Personen mit allgemeiner Bildung auf Sekundarstufe. Der Zusammenhang zum **Beruf** war bei beiden Geschlechtern etwas schwächer, aber gleich gerichtet. Personen aus tieferen Berufsgruppen fühlten sich häufiger durch Lärm gestört als die übrigen. Auffallend waren die Bauern und vor allem die Bäuerinnen, die sich deutlich seltener durch Lärm gestört fühlten. Das Profil war bei beiden Geschlechtern nicht monoton. Während sich Frauen mit höherem **Einkommen** seltener durch Lärm gestört fühlten, war es bei den Männern umgekehrt. Der Einkommens-Gradient (siehe Abschnitt 3.4) war bei beiden Geschlechtern jedoch gering. Das Profil war bei den Frauen mit Ausnahme der untersten Einkommensklasse monoton, bei den Männern war es umgekehrt U-förmig.

In der **ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung** hatten 44,4% der Frauen und 42,8% der Männer eine Störung durch Umgebungslärm angegeben. Altersunterschiede konnten keine wesentlichen nachgewiesen werden.

Der Gradient zwischen den Bildungsgruppen bei den Frauen war mässig, bei allen anderen Indikatoren zum sozio-ökonomischen Status gering. Die Gradienten waren unterschiedlich gerichtet. Der Gradient zwischen den Bildungsgruppen bei den Männern war 1997 deutlich grösser als 1992.

## Lärmexponierte am Wohnort



### Ausbildung:

- 1 Hochschule
- 2 Höhere Berufsausbildung
- 3 Berufslehre
- 4 Maturität o. ähnliches
- 5 Obligatorische Schule
- 6 Ohne Ausbildung, unbestimmt

### Berufsgruppe:

- 1 höh. Führungskräfte, freie Berufe
- 2 höh. nichtmanuelle Berufe
- 3 Büroangestellte
- 4 Kleinunternehmer mit Angestellten
- 5 Kleinunternehmer ohne Angestellte
- 6 Bauern
- 7 Vorarbeiter, qual. manuelle Berufe
- 8 unqual. manuelle Berufe, Landarb.

### Äquivalenzeinkommen:

- 1 4671 Fr. oder mehr
- 2 3331-4670 Fr.
- 3 2501-3330 Fr.
- 4 0 -2500 Fr.

### Definitionen und Bemerkungen

Die Frage stammt aus dem schriftlichen Fragebogen und lautete folgendermassen:

«Wie steht es mit Störungen in Ihrer Wohnung? Gibt es häufig oder regelmässig Störungen, die Sie persönlich als lästig empfinden?»

Die möglichen Antworten waren:

- a) Verkehrslärm (Auto, Bahn, Flugverkehr)
- b) Lärm durch Industrie und Gewerbe
- c) Lärm von Leuten oder Kindern, die nicht zum eigenen Haushalt gehören
- d) Verkehrsabgase
- e) Industrieabgase / Gestank
- f) landwirtschaftliche Belästigung
- g) andere Störungen

Die Befragten wurden aufgefordert, alle zutreffenden Antworten anzukreuzen. Angegeben werden hier die Personen, die eine oder mehrere der Antworten a) – c) angekreuzt haben.



## 6 Diskussion

Die vorliegende Arbeit zeigt ein weiteres Mal, dass bedeutsame gesundheitliche Unterschiede zwischen den sozialen Schichten existieren – auch in der Schweiz, einem Land, das weltweit zu den Ländern mit der höchsten Lebenserwartung gehört, dessen Gesundheitswesen gut ausgebaut ist und dessen Bewohner alle Zugang zum Gesundheitswesen haben (B. Bisig, M. Bopp, Ch. E. Minder, 2001). Trotz einer enormen Verbesserung im Gesundheits-Zustand der Schweizer Bevölkerung im 20. Jahrhundert – die Lebenserwartung der Frauen stieg in diesem Jahrhundert um über 30 Jahre, diejenige der Männer um knapp 30 Jahre – sind diese Unterschiede auch heute noch nachweisbar.

### 6.1 Hauptergebnisse

Die in diesem Bericht präsentierten Ergebnisse der zweiten Schweizerischen Gesundheitsbefragung zeigen, dass in der Schweiz ein Zusammenhang zwischen dem sozio-ökonomischen Status einer Person – hier mittels Bildung, Beruf und Einkommen bestimmt – und gesundheitlichen Aspekten besteht. In der überwiegenden Mehrheit der untersuchten Bereiche – allgemeine Gesundheit, körperliches und psychisches Befinden, Inanspruchnahme von medizinischen und nicht-medizinischen Leistungen aus gesundheitlichen Gründen, Gesundheitsverhalten und Störung durch Lärm – sind Personen mit tieferem sozio-ökonomischem Status benachteiligt. Einzig für Mandel- und Blinddarmentfernungen, körperliche Inaktivität bei der Arbeit und übermässigen Alkoholkonsum bei den Frauen fanden wir für alle drei Indikatoren des sozio-ökonomischen Status eine stärkere Benachteiligung bei den höheren sozialen Schichten.

Die Wichtigkeit dieser Ergebnisse ergibt sich daraus, dass eine Benachteiligung der sozio-ökonomisch weniger gut Gestellten auch zu klinisch manifesten Gesundheitsstörungen, Krankheiten und frühem Tod führt (siehe auch nächsten Abschnitt).

#### 6.1.1 Selbst beurteilte Gesundheit

Zwischen der selbst beurteilten Gesundheit und dem sozio-ökonomischen Status zeigte sich von allen hier untersuchten gesundheitsrelevanten Variablen bei den Männern der stärkste, bei den Frauen der drittstärkste Zusammenhang. Bei beiden Geschlechtern waren die Unterschiede zwischen den Bildungsklassen am stärksten ausgeprägt. Personen mit tieferem sozio-ökonomischem Status fühlten sich deutlich häufiger gesundheitlich schlecht als Personen mit höherem Status. Unabhängig vom Geschlecht war die Prävalenz schlechter selbst beurteilter Gesundheit in der untersten sozio-ökonomischen Gruppe mehr als doppelt so hoch wie in der höchsten. Bei einer mittleren Prävalenz von 15% bei den Männern und 20% bei den Frauen war dieser Gradient (siehe Abschnitt 3.4) bedeutsam. Dies um so mehr, als eine schlechte selbst beurteilte Gesundheit Voraussagekraft hat für spätere Erkrankungen und für eine erhöhte Sterblichkeit (V. L. Wilcox, S. V. Kasl, E. L. Idler, 1996 / E. L. Idler, Y. Benyamini, 1997).

#### 6.1.2 Körperliches Befinden

Auch zwischen körperlichem Befinden und sozio-ökonomischem Status war ein starker Zusammenhang nachzuweisen. Starke körperliche Beschwerden, Rückenschmerzen und Behinderungen und Funktionseinschränkungen im Alter waren bei Personen mit tieferem sozio-ökonomischem Status deutlich häufiger als bei höherem sozio-ökonomischem Status. Die grössten Unterschiede in körperlichen Beschwerden, Rückenschmerzen und Behinderungen im Alter fanden sich bei beiden Geschlechtern zwischen den verschiedenen Bildungsklassen.

### 6.1.3 Psychisches Befinden

Der Zusammenhang zwischen dem sozio-ökonomischen Status und dem psychischen Befinden war bei den beiden Geschlechtern unterschiedlich. Bei den Frauen zeigte sich ein klarer Zusammenhang zwischen psychischem Befinden und sozio-ökonomischem Status. Bei allen untersuchten Dimensionen zum psychischen Befinden – schlechte Stimmungslage, mangelndes Kontrollgefühl über das eigene Leben, Fehlen einer Vertrauensperson und Schlafstörungen – waren Frauen mit tieferem sozio-ökonomischem Status häufiger betroffen als Frauen mit höherem Status. Von allen untersuchten Gesundheitsvariablen in diesem Bericht zeigte das Fehlen einer Vertrauensperson bei den Frauen den zweitstärksten Gradienten. Von schlechter Stimmungslage und Schlafstörungen waren jedoch auch Akademikerinnen überdurchschnittlich häufig betroffen, und Frauen in höheren Führungspositionen hatten überdurchschnittlich häufig keine Vertrauensperson. Bei den Männern waren diese Zusammenhänge je nach Gesundheits-Dimension unterschiedlich. Bei einzelnen Dimensionen waren Männer mit höherem sozio-ökonomischem Status häufiger betroffen, die Gradienten waren jedoch nie stark. Insgesamt waren aber auch bei den Männern diejenigen mit tieferem sozio-ökonomischem Status häufiger von schlechtem psychischem Befinden betroffen. Wie bei den Frauen war auch bei den Männern schlechtes psychisches Befinden nicht nur in den tiefen, sondern auch in den obersten Klassen überdurchschnittlich häufig, unabhängig vom sozio-ökonomischen Indikator.

### 6.1.4 Inanspruchnahme von medizinischen und von Hilfe-Leistungen

Je nach Art der Leistung des Gesundheitswesens zeigten sich unterschiedliche Zusammenhänge zum sozio-ökonomischen Status einer Person. Bei beiden Geschlechtern waren Arztbesuche und Spitalaufenthalte, ärztlich verschriebene Medikamente und Hilfeleistungen bei tieferem sozio-ökonomischem Status häufiger, parallel zu den in diesen Gruppen häufiger vorkommenden gesundheitlichen Problemen. Mit wenigen Ausnahmen (Hilfe von Verwandten und Bekannten, Hilfe insgesamt bei den Frauen und Hilfe durch Spitex bei den Männern) waren alle Gradienten gering bis mässig. Blinddarm- und Mandelentfernung wurden bei beiden Geschlechtern häufiger von Personen mit höherem sozio-ökonomischem Status angegeben. Präventive Massnahmen – Gebärmutterhals-Abstrich und Mammografie – wurden von Frauen mit höherem sozio-ökonomischem Status ebenfalls häufiger angegeben.

### 6.1.5 Gesundheitsverhalten

Bei den gesundheitlich relevanten Verhaltensweisen zeigten sich bei Männern und Frauen unterschiedliche Zusammenhänge zum sozio-ökonomischen Status. Bezüglich Rauchen zeigte sich bei den Frauen nur ein Zusammenhang zum Einkommen, nicht jedoch zu Bildung und beruflicher Position: Frauen mit höherem Einkommen rauchten tendenziell häufiger als solche mit tieferem Einkommen. Bei den Männern war dieser Zusammenhang schwach, zeigte aber in die gleiche Richtung wie bei den Frauen. Demgegenüber rauchten mit abnehmender Bildung respektive abnehmender beruflicher Position mehr Männer. Die Sozialschicht-Gradienten bezüglich übermässigem Alkoholkonsum waren bei den beiden Geschlechtern gegenläufig. Während Frauen mit zunehmender Bildung, beruflicher Position und Einkommen häufiger übermässigen Alkoholkonsum angaben, waren es bei den Männern diejenigen mit tieferem sozio-ökonomischem Status. Gegenläufige Gradienten zwischen den Geschlechtern fanden sich auch für die körperliche Aktivität. Während Frauen mit tieferem sozio-ökonomischem Status eher berichteten, sie seien körperlich inaktiv, waren es bei den Männern diejenigen mit höherem Status. Übergewicht war bei beiden Geschlechtern unter Personen mit tieferem sozio-ökonomischem Status häufiger.

### 6.1.6 Einige auffällige Gruppen von Befragten

Akademikerinnen und Akademiker. Akademikerinnen fielen oft durch unerwartet hohe Prävalenzen von Beschwerden und Inanspruchnahme auf. Dies gilt für starke körperliche Beschwerden,

schlechtes psychisches Befinden, Schlafstörungen, Konsum von Medikamenten mit Suchtpotential, Spitalaufenthalte und Konsum von ärztlich verschriebenen Medikamenten. Gebärmutterhals-Abstriche wurden demgegenüber relativ selten angegeben. Die Akademiker gaben ebenfalls relativ häufig ein schlechtes psychisches Befinden an. Zudem wurde von ihnen häufiger als erwartet ein Gefühl geringer Kontrolle über das eigene Leben berichtet. Häufig waren auch das Fehlen einer Vertrauensperson, Arztbesuche, Hilfe von Verwandten oder Bekannten, Rauchen und übermässiger Alkoholkonsum.

**Bäuerinnen und Bauern.** Die Bäuerinnen und Bauern fallen bei einem Teil der untersuchten Gesundheits-Dimensionen durch eine für ihren sozio-ökonomischen Status unerwartet hohe oder tiefe Prävalenz auf. Zudem kommt es oft vor, dass die Befunde für Bauern und Bäuerinnen entgegengesetzt sind. Starke körperliche Beschwerden beispielsweise gaben unerwartet viele Bauern und unerwartet wenige Bäuerinnen an, desgleichen Rückenschmerzen. Die Bauern sind diejenige Berufsgruppe, die am häufigsten Behinderungen im Alter angab. Die psychische Befindlichkeit der Bauern und Bäuerinnen hingegen schien besser zu sein, als auf Grund ihrer sozialen Position zu erwarten wäre. Arztbesuche waren bei beiden Geschlechtern eher selten, Bauern nahmen jedoch häufig Hilfe von Verwandten oder Bekannten in Anspruch. Bäuerinnen gaben zudem auffällig selten eine Mammografie an. Beide Geschlechter rauchten auffällig wenig. Während die Prävalenz von übermässigem Alkoholkonsum bei den Bauern durchschnittlich war, war sie bei den Bäuerinnen sehr tief. Als Ganzes zeigt sich hier (in Umrissen) ein durchaus eigenständiger, sich von anderen Berufsgruppen unterscheidender Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Präventive Anstrengungen im Milieu der Bauern sind darum massgeschneidert und unter Beizug der Beteiligten zu planen.

**Kleinunternehmerinnen und Kleinunternehmer mit und ohne Angestellte.** Auch diese Gruppe fällt in verschiedenen Gesundheits-Dimensionen auf, sei es durch unerwartet hohe oder tiefe Prävalenzen. Sie bilden keine homogene Gruppe, finden sich doch Unterschiede in Symptommhäufigkeiten sowohl zwischen den Geschlechtern, als auch in beiden Geschlechtern zwischen denjenigen mit und ohne Angestellten. Die Männer in diesen Berufsgruppen schätzten ihre Gesundheit relativ selten als schlecht ein, gaben im Alter jedoch häufig Beschwerden und Behinderungen an. Das Gesundheitssystem nahmen sie weniger häufig als erwartet in Anspruch. Die Frauen hingegen gaben selten Beschwerden und Behinderungen im Alter an. Die Prävalenz von gesundheits-schädigenden Verhaltensweisen war tendenziell höher als erwartet. Die Kleinunternehmer und -unternehmerinnen mit Angestellten gaben wenig krankheitsbedingte Abwesenheiten vom Arbeitsplatz an. Auch hier zeigt sich eine eigenständige Lebensart mit eigenem Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Für präventive Anstrengungen gilt hier sinngemäss dasselbe, was oben für die Bauern gesagt wurde.

### **6.1.7 Resultate nach Geschlecht und Alter**

Zwischen den Geschlechtern waren klare Prävalenz-Unterschiede vorhanden. So war die Prävalenz von gesundheitlichen Problemen wie schlechter selbst beurteilter Gesundheit, Rückenschmerzen, starken körperlichen Beschwerden und schlechtem psychischem Befinden bei Frauen durchwegs höher als bei Männern. Auch nahmen Frauen medizinische und andere Hilfe-Leistungen häufiger in Anspruch als Männer. Gesundheitsschädigendes Verhalten wie Rauchen, übermässiger Alkoholkonsum und Übergewicht waren jedoch häufiger bei den Männern.

Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersklassen waren, je nach Gesundheits-Dimension, zum Teil ausgeprägt. Mit Ausnahme des schlechten psychischen Befindens waren körperliche und psychische Beschwerden in den höheren Altersklassen häufiger als in den tieferen. Dementsprechend wurden medizinische und andere Hilfe-Leistungen in den höheren Altersklassen häufiger in Anspruch genommen, wobei Spitalaufenthalte und Verwandtenhilfe auch bei den 25- bis 34-jährigen Frauen überdurchschnittlich häufig waren.

## 6.2 Limitationen

Limitationen der präsentierten Ergebnisse ergeben sich aus den Daten, den Indikatoren für den sozio-ökonomischen Status und dem Mass für die Ungleichheit in der Gesundheit.

### 6.2.1 Daten

Durch die Art der Befragung - ein Telefoninterview mit Personen aus Privathaushalten, gefolgt von einer schriftlichen Befragung - sind gewisse Gruppen wie beispielsweise Drogenkonsumenten und institutionalisierte Personen in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung untervertreten bzw. ausgeschlossen. Die Resultate sind daher nur für mindestens 25-jährige Personen mit festem, privatem Wohnsitz in der Schweiz mit fixem Telefon-Anschluss, die eine der Landessprachen verstehen, repräsentativ. Auch war die Teilnahme-Quote von 69% nicht hoch genug, um Verzerrungen der Ergebnisse ganz ausschliessen zu können. Falls in der Tat die Teilnahme sowohl von sozio-ökonomischen Faktoren als auch von gesundheitlichen Aspekten abhing, so entstand eine Verzerrung der Resultate durch Selektion. Da über die nicht teilnehmenden Personen keine weiteren Informationen zur Verfügung stehen, kann dies nicht ausgeschlossen werden. Dieser Verdacht wird dadurch bestärkt, dass gewisse Fragen des schriftlichen Teils von Personen mit tieferem sozio-ökonomischem Status seltener beantwortet wurden. Auch in der ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung war festgestellt worden, dass unter den Personen, die den zugeschickten Fragebogen nicht retournierten, mehr Ausländer und mehr Personen ohne oder mit nur obligatorischer Schulbildung waren. Zudem konnte man beobachten, dass Personen mit besserer selbst beurteilter Gesundheit den Fragebogen eher zurücksandten als Personen mit schlechterer Gesundheit (Bundesamt für Statistik, 1997). Aus diesen Gründen vermuten wir, dass ein allfälliger Selektions-Bias in der vorliegenden Studie eher zu einer Unter- als zu einer Überschätzung der sozialen Ungleichheit in der Gesundheit führte.

Weiter sind fehlende Werte bei den sozio-ökonomischen Indikatoren und Gesundheits-Variablen problematisch. Bei den Frauen fehlen je 9% der Angaben zur Berufsgruppe und zum Einkommen. Auch dies führt vermutlich zu einer Unterschätzung der sozialen Ungleichheiten. Mehr als 5% der Frauen beantworteten auch die Fragen zu Fähigkeiten der Lebensbewältigung (9%) und zum Gebärmutterhals-Abstrich (17%) nicht. Bei beiden Fragen waren es vor allem ältere Frauen und Frauen mit tieferem sozio-ökonomischem Status, welche nicht antworteten.

Die hier berichteten Resultate basieren auf den Angaben der Befragten. Dass diese von verschiedenen Faktoren beeinflusst werden können, ist bekannt. Bei gewissen Fragen – vor allem solchen mit sozial erwünschten beziehungsweise nicht erwünschten Antworten wie gesundheitsschädigendem Alkoholkonsum oder Übergewicht – dürften die erhobenen Prävalenzen von gesundheitlich problematischen Zuständen Unterschätzungen darstellen. Auf die Richtung der Gradienten dürfte dies jedoch keinen Einfluss haben, währenddem deren Stärke durch dieses Verhaltensmuster eher reduziert wird. Für die Fragen zur Befindlichkeit und zum Vorhandensein von Symptomen dürften die Antworten jedoch recht verlässlich sein.

Der Interpretation von Unterschieden in den Prävalenzen der Gesundheits-Dimensionen zwischen der ersten und der zweiten Schweizerischen Gesundheitsbefragung sind Grenzen gesetzt. Die Gesundheitsbefragung befindet sich noch in der Einführungsphase, was zu teilweise unterschiedlichen Fragestellungen und Befragungsabläufen führte. Insbesondere das Einkommen wurde auf eine andere Weise erfragt. Die Einkommensquotile wurden gegenüber 1992 neu berechnet. Bei den Daten von 1992 sind auch die 15 bis 24-jährigen mit eingeschlossen, diese wurden 1997 jedoch ausgeschlossen. Aus diesem Grund können Unterschiede zwischen den beiden Gesundheits-Befragungen nicht zuverlässig in zeitlich bedingte, methodische und zufällige Komponenten aufgetrennt werden.

## 6.2.2 Indikatoren für den sozio-ökonomischen Status

In dieser Studie wurden die klassischen Indikatoren zum sozio-ökonomischen Status einer Person – Bildung, Beruf und Einkommen – verwendet.

Probleme ergaben sich vor allem bei den Indikatoren Beruf und Einkommen. Bei den Berufen war eine Hierarchisierung nötig, welche nicht einfach vorzunehmen war. Die Bauern beispielsweise bilden eine sehr heterogene Gruppe und weisen berufliche Belastungen auf, die nur teilweise mit der sozialen Stellung dieses Berufs korrelieren. Auch ist z.B. nicht klar, wer nun die sozial höhere Position hat, Kleingewerbler ohne Angestellte oder Bauern. Glücklicherweise gehören diese Berufe irgendwo in die Mitte der Berufs-Skala, was den Einfluss einer allfälligen Umordnung begrenzt. Ähnliche, jedoch weniger gravierende Probleme stellten sich bei den Bildungsklassen.

Beim Einkommen ergeben sich sowohl definitorische Schwierigkeiten (was gehört genau dazu?) wie auch das Problem, dass das Einkommen oft nur ungenau beziffert werden kann. Beides zieht falsche Zuordnungen von Personen zu Einkommensklassen nach sich. Sofern diese nicht systematisch auftreten, führen solche Fehlklassierungen tendenziell zu einer Unterschätzung der Stärke eines Zusammenhanges zwischen Einkommen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Unsere Resultate zeigen deutlich, dass Bildung, Beruf und Einkommen nicht in jedem Falle denselben Zusammenhang mit der Gesundheit aufweisen. So nimmt z.B. die Arbeitsunfähigkeit bei Frauen mit abnehmender Bildung und abnehmendem Einkommen zu, mit abnehmender beruflicher Position jedoch ab. Dies erschwert eine Interpretation und verlangt nach detaillierterer Analyse, die den Rahmen dieses Berichtes sprengen würde. Zwischen den drei sozio-ökonomischen Indikatoren fanden wir bei einem Vergleich über alle hier untersuchten Gesundheitsdimensionen Korrelationen zwischen 0.3 und 0.4 (Spearman's Rho), was unterschiedliche Zusammenhänge mit den Gesundheitsdimensionen durchaus zulässt. Ungeklärt ist auch die Frage, welcher der drei klassischen Indikatoren den konsistentesten bzw. bedeutsamsten Zusammenhang mit spezifischen Gesundheitsdimensionen hat.

Der Stellenwert und die Limitationen der hier verwendeten Status-Indikatoren im heutigen Diskurs zum Thema soziale Ungleichheit und Gesundheit werden zum Beispiel in Mielck (2000) ausführlich diskutiert.

## 6.2.3 Mass für die Ungleichheit in der Gesundheit

Auf die problematischen Aspekte des RII als Mass für die Ungleichheit in der Gesundheit wurde bereits in Kapitel 3.4 eingegangen.

## 6.3 Einbettung der Befunde in die Literatur

Auch in der reichen Schweiz besteht ein starker Zusammenhang zwischen dem sozio-ökonomischen Status einer Person und deren Anfälligkeit für gesundheitliche Probleme. Die Gesundheit von Personen mit tieferem sozio-ökonomischem Status ist schlechter als diejenige von Personen mit höherem Status. Dieser Befund aus früheren Studien (H. Bucher, F. Gutzwiller et al., 1987/H. Bucher, 1985/P. Lehmann, C. Mamboury, Ch. E. Minder, 1990/Th. Abelin, V. Beer, F. Gurtner, 1998/A. Witschi, Ch. Junker, Ch. E. Minder, 2000) konnte auch in der vorliegenden Untersuchung bestätigt werden. Ob dieser Zusammenhang kausal ist, und wenn ja, welches die beeinflusste und welches die beeinflussende Grösse ist, kann mit einer Querschnittsstudie wie der Schweizerischen Gesundheitsbefragung streng genommen nicht beantwortet werden.

Im Black-Report (D. Black, J. N. Morris, C. Smith, P. Townsend, 1992) werden vier mögliche Erklärungen für den Zusammenhang zwischen dem sozio-ökonomischen Status und der Gesundheit diskutiert. Erstens, die Befunde sind zufällig oder Artefakte, es besteht also kein kausaler Zusammenhang. Zweitens die Hypothese der sozialen Selektion: gesunde Menschen steigen sozial auf, kranke

steigen ab; drittens die Beeinflussung des Gesundheitszustandes durch die sozio-ökonomische Situation. Als vierte mögliche Erklärung wird ungünstigeres Gesundheits-Verhalten in den tieferen sozio-ökonomischen Gruppen diskutiert.

Ein zufälliger Zusammenhang kann heute ausgeschlossen werden. Heute werden vor allem zwei Hypothesen diskutiert: dass der sozio-ökonomische Status den Gesundheitszustand beeinflusst und umgekehrt. Es stimmt wohl, dass bei kranken Menschen die Gefahr eines sozialen Abstiegs grösser ist als bei gesunden, und dass gesunde Menschen einen sozialen Aufstieg eher schaffen als kranke. Heute wird jedoch die Beeinflussung des Gesundheitszustandes durch den sozio-ökonomischen Status einer Person als weitaus wichtiger betrachtet (A. Mielck, 2000). Dabei wird eine indirekte Beeinflussung des Gesundheitszustandes durch den sozio-ökonomischen Status postuliert: der soziale Status einer Person – also deren Bildung, Beruf und Einkommen – beeinflusst Umstände, die ihrerseits einen Einfluss auf den Gesundheitszustand haben. Diskutiert werden physische und psychische Belastungen am Arbeitsplatz – wichtig scheinen dabei vor allem hohe Anforderung bei geringem Handlungsspielraum (sog. job-strain, R. Karasek, T. Theorell, 1990) und hohe berufliche Verausgabung bei niedrigen Belohnungschancen (sog. berufliche Gratifikationskrise, J. Siegrist, 1995) – die Bewältigungs- und Erholungsmöglichkeiten eines Individuums (beispielsweise soziale Unterstützung) sowie das Gesundheitsverhalten und die medizinische Versorgung, welche alle durch den sozialen Status einer Person beeinflusst werden und ihrerseits einen Einfluss auf den Gesundheitszustand einer Person haben (A. Mielck, 2000).

Neuere Ergebnisse belegen zudem, dass die sozio-ökonomische Position nicht nur die eigene Gesundheit, sondern auch die Gesundheit und damit die sozialen Chancen der nachfolgenden Generation beeinflusst. (Barker 1991, Mielck 2000). Aus der Beobachtung, dass die Gesundheit von Kindern von der sozio-ökonomischen Position der Eltern abhängt, wird gefolgert, dass wichtige Aspekte der Gesundheit von Erwachsenen schon vor der Geburt beziehungsweise in der frühen Kindheit festgelegt werden. Dies erklärt zum Teil die alte Beobachtung, dass der Bildungsstand, die berufliche Position und das Einkommen von Kindern häufig mit dem der Eltern vergleichbar ist (A. Mielck, 2000).

## 6.4 Umsetzung, Konsequenzen

Ziel 2 der WHO im Rahmen des Programmes «Gesundheit 21» (WHO Regionalbüro für Europa, 1999) ist es, die Gesundheit von benachteiligten Gruppen deutlich zu verbessern. Die vorliegenden Resultate zeigen, dass dies auch für die Schweiz ein wichtiges, noch unerreichtes Ziel, ist.

Dabei ist die «absolut gleiche Gesundheit für alle» weder ein erreichbares noch ein erstrebenswertes Ziel. In unserer Gesellschaft sollten jedoch alle Menschen, unabhängig von ihrer sozialen Schicht, gute Möglichkeiten und Chancen haben, ihre Gesundheit zu bewahren oder wiederherzustellen. Es ist klar, dass dieses Ziel nicht alleine durch Massnahmen im Gesundheitswesen erreicht werden kann, sondern nur in Kombination mit Massnahmen in anderen Bereichen, wie beispielsweise besserer Integration von Ausländern, stärkerer Unterstützung und Entlastung von Eltern kleiner Kinder in finanzieller Not, offenem Zugang zu qualitativ hochstehender Ausbildung und adäquater Entlohnung, um nur einige Beispiele zu nennen.

Auf dieser Ebene bieten sich einige erfolversprechende Möglichkeiten an. Geht man davon aus, dass die Bildung weitgehend den Beruf und damit auch das Einkommen einer Person bestimmt, und dass diese Faktoren einen Zusammenhang mit der Gesundheit haben, so kann die Wichtigkeit von möglichst guten Bildungschancen nicht genug betont werden. Eine längerfristig wirksame Massnahme wäre somit die Förderung der Bildung bei den sozial weniger gut Gestellten. Dabei genügt es nicht, dass der Zugang zu einer guten Ausbildung nominal allen offensteht. Vielmehr braucht es innovative Massnahmen, um die Kinder aus bildungsfernen Schichten zu integrieren. Dieser Ansatz wird auch durch die vorliegende Untersuchung gestützt, in der für viele Gesundheitsdimensionen der Zusammenhang zur Bildung der stärkste war. Weiter gehören dazu eine Finanz-

politik, die Familien und insbesondere Alleinerziehende stützt und entlastet. In den letzten Jahren hat sich die Struktur von Familien grundlegend geändert. Familien mit nur einem Elternteil beispielsweise sind heute viel häufiger als früher. Diesem Umstand sollte in der Sozialpolitik Rechnung getragen werden, indem beispielsweise alleinerziehende Mütter sowohl Unterstützung bei der Kinderbetreuung erhalten, z.B. durch Bereitstellung von Krippenplätzen, als auch die nötige finanzielle Unterstützung. Sofort umsetzbar wären auch weiter gehende Massnahmen im Umwelt-Schutz, um spezifisch Personen mit tieferem Einkommen vor Lärm- und Schadstoff-Immissionen zu schützen.

Die Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahre 1996, welches als wichtiges Ziel die Stärkung der Solidarität enthält, war ein Schritt in Richtung Verringerung der sozialen Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung. Die Grundversicherung ist heute obligatorisch. Sie ist zugänglich für alle – d.h. auch für wenig bemittelte Menschen. Die Versicherer können niemandem eine Grundversicherung verweigern, wie das vor Einführung des Gesetzes möglich war (European Observatory on Health Care Systems, 2000). Da ein weiteres wichtiges Ziel des KVG – die Kosten im Gesundheitswesen in den Griff zu bekommen – bisher nicht realisiert werden konnte, sind auf verschiedenen Ebenen Diskussionen zur Reform des schweizerischen Gesundheitswesens in Gang. Es ist wichtig, in dieser Diskussion den Grundgedanken der Solidarität nicht zu vergessen.

Weitere Massnahmen zur Reduktion der sozio-ökonomisch bedingten Unterschiede in der Gesundheit werden im «Acheson-Report» (D. Acheson, 1999) vorgeschlagen. Die in diesem Bericht formulierten Empfehlungen betreffen vor allem die strukturelle Ebene. Hohe Priorität hat dabei die Förderung der Gesundheit und die Verminderung der gesundheitlichen Benachteiligung von Frauen mit niedrigem Sozialstatus im gebärfähigen Alter, Schwangeren und Kleinkindern. Im Bericht werden Empfehlungen in verschiedenen Lebensbereichen formuliert. Darunter finden sich Massnahmen zur Reduktion von Einkommensunterschieden, zur Verbesserung der Ausbildung von Kindern aus benachteiligten Gruppen und Massnahmen im Arbeitsbereich. Die Stossrichtung ist dabei, dass politische Entscheide, welche einen Einfluss auf die Gesundheit haben könnten, bezüglich ihrer Wirkung auf die soziale Ungleichheit in der Gesundheit überprüft werden. Hauptziel der Massnahmen ist es, den Circulus vitiosus von frühkindlicher Benachteiligung, daraus folgenden Gesundheitsproblemen und niedrigem Sozial-Status zu durchbrechen.

## 6.5 Abschliessende Bemerkungen

Auch in der Schweiz gibt es bedeutende soziale Ungleichheiten in der Gesundheit. Die Gesundheit von Personen mit tieferem sozio-ökonomischem Status muss daher mit geeigneten Massnahmen verbessert werden. Dazu drängen sich strukturelle Veränderungen auf, die Kosten verursachen. Andererseits erhöht eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der weniger gesunden Bevölkerungsgruppen deren Produktivität und spart Kosten im Gesundheits- und Sozialwesen. In diesem Zusammenhang ist auch eine im Herbst 2000 publizierte Studie des Staatssekretariates für Wirtschaft (Seco) zu erwähnen, welche die volkswirtschaftlichen Kosten für die vielfach strukturell bedingten Stress-Symptome bei Arbeitnehmern auf über 4 Milliarden Franken jährlich schätzt (Staatssekretariat für Wirtschaft, 2000).

Die massive Zunahme der Lebenserwartung im 20. Jahrhundert, welche zu einem grossen Teil auf strukturelle Verbesserungen beispielsweise der Ernährung, der Hygiene sowie der Wohnbedingungen, zurückzuführen ist, lässt die Hoffnung zu, dass im kommenden Jahrhundert auch die schlechtere Gesundheit und die erhöhte Sterblichkeit von Personen mit tieferem sozio-ökonomischem Status dem Niveau von Personen mit höherem sozio-ökonomischem Status angenähert werden können.

## 7 Verdankungen

An dieser Arbeit haben einige Personen mit gearbeitet, deren Hilfe wir gerne verdanken. Verbesserungsvorschläge und konstruktive Kritik erhielten wir von Th. Abel, M. Battaglia, R. Calmonte, T. Eckert und St. Niemann. B. Mäder und Th. Myint danken wir für die Schreibarbeiten. Ebenso verdanken wir die finanzielle Unterstützung des Bundesamtes für Statistik (Projekt «Bericht zu sozialer Ungleichheit und Gesundheit aufgrund der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997» vom April 2000).



# Literaturliste

- Abelin Th, Beer V, Gurtner F** (Hrsg.). Gesundheit der Betagten in der Schweiz. Bern: Haupt, 1998
- Acheson D.** Independent Inquiry into Inequalities in Health: Report. London: The Stationary Office, 1999
- Acsadi GY, Nemeskeri J.** History of human life span and mortality. Budapest: Adademiai Kiado, 1970
- Barker D.** The foetal and infant Origins of Inequalities in Health in Britain. J Publ Health Medicine 1991; 13: 64-68
- Bisig B, Bopp M, Minder ChE.** Sozio-ökonomische Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. in: Mielck A, Bloomfield K (Hrsg.). Sozialepidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim und München: Juventa, 2001
- Black D., Morris JN, Smith C, Townsend P.** Inequalities in Health. The Black Report. Harmondsworth: Penguin Books, New Edition 1992
- Bodenmann A, Ackermann-Liebrich U, Paccaud F, Spuhler T.** Soziale Unterschiede in der vor- und nachgeburtlichen Sterblichkeit: Schweiz 1979-1985. Soz Präventivmed 1990; 35(3): 102-107
- Bosma H, Dike van de Mheen H, Mackenbach JP.** Social class in childhood and general health in adulthood: questionnaire study of contribution of psychological attributes. BMJ 1999;38:18-22
- Bucher H.** Gesundheit und soziale Ungleichheit in der Schweizer Bevölkerung. Dissertation. 1985, Universität Basel
- Bucher H, Gutzwiller F et al.** Gesundheitsverhalten und soziale Ungleichheit in der Schweizer Bevölkerung. Ergebnisse aus der SOMIPOPS-Studie. Schweiz. med. Wschr. 1987;117: 1583-1590
- Bundesamt für Statistik** (Hrsg.) Bevölkerung und Gesellschaft im Wandel. Bericht zur demographischen Lage der Schweiz. Bern, 1996
- Bundesamt für Statistik.** Schweizerische Gesundheitsbefragung. Statistische Methoden der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/93. BFS, Bern 1997
- Bundesamt für Statistik** (Hrsg.) Statistisches Jahrbuch der Schweiz 1999. Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung, 1998 (a)
- Bundesamt für Statistik.** Schweizerische Gesundheitsbefragung. Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz. Detailergebnisse der 1. Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/93. Neuchâtel, 1998 (b)
- Bundesamt für Statistik.** Pressemitteilung Nr. 108/1998 vom 27. November 1998, 1998 (c)
- Bundesamt für Statistik.** Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997. Indikatoren (Doc. 3.6). Neuenburg, 2000 (a)
- Bundesamt für Statistik.** Schweizerische Gesundheitsbefragung. Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997. BFS, Neuchatel, 2000 (b)
- Eichholzer M, Bisig B, Gutzwiller F, Lüthy J.** Aktuelle Ernährungsprobleme in der Schweiz. Resultate der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997. Mitt Lebensm Hyg 91, 251-273, 2000
- European Observatory on Health Care Systems** (edit). Health Care Systems in Transition. Switzerland 2000. 2000

**Flückiger Y.** Folgen des aktuellen Wandels der Arbeit. in: Ch. Suter (Hrsg.). Sozialbericht 2000. Zürich: Seismo, 2000

**Foppa I, Noack H, Minder ChE:** The Relation of Reported Symptoms to Social, Individual, and Behavioral Indicators of Ill-Health: Is the Number of Reported Symptoms a Unique General Dimension of Ill-Health? *J Clin Epidemiol* 48(7):941-948, 1995

**Grotjahn A.** Soziale Pathologie. Berlin: August Hirschwald, 1912

**Gutzwiller F, Leu RE, Schulz HR, Schroter R, Zemp E.** The Swiss Health Survey Project (SOMIPOPS): an example of a data collection effort from various sources. *Soz Präventivmed.* 1985;30(2):76-9

**Gutzwiller F, Wydler H, Jeanneret O.** Prävention und Gesundheitsförderung. in: F. Gutzwiller, O. Jeanneret (Hrsg): Sozial- und Präventivmedizin Public Health. Bern: Hans Huber, 1996

**Hart CL, Smith GD, Hole DJ, Hawthorne VM.** Alcohol consumption and mortality from all causes, coronary heart disease, and stroke: results from a prospective cohort study of Scottish men with 21 years of follow up. *BMJ* 1999;318: 1725-1729

**Hemingway H, Shipley M, Macfarlane P, Marmot M.** Impact of socioeconomic status on coronary mortality in people with symptoms, electrocardiographic abnormalities, both or neither; the original Whitehall study 25 year follow up. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54(7): 510-516

**Hornung R.** Arzneimittelverwendung und -missbrauch. in: W. Weiss (Hrsg.). Gesundheit in der Schweiz. Zürich: Seismo Verlag, 1993

**Idler L, Benyamini Y.** Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J of Health and Social Behavior* 1997; 38(March): 21-37

**Karasek R, Theorell T.** Healthy Work. Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life. New York: Basic Books, 1990

**Kunst AE, Mackenbach JP.** Die Messung sozio-ökonomisch bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa, 1996

**Lehmann P, Mamboury C, Minder ChE.** Health and Social Inequities in Switzerland. *Soc Sci Med* 1990; 31/3: 369-386

**Leu R, Burri St, Priester T.** Lebensqualität und Armut in der Schweiz. Bern: Paul Haupt Verlag, 1997

**Marmot MG, Adelstein AM, Robinson N, Rose GA.** Changing social-class distribution of heart disease. *BMJ* 1978; Oct 21; 1109-1112

**Meyer PC, Suter Ch.** Soziale Netze und Unterstützung. in: W. Weiss. Gesundheit in der Schweiz. Zürich: Seismo Verlag, 1993

**Mielck A.** «Soziale Medizin». Die Diskussion zu Beginn des 20. Jahrhunderts. in: Mielck A. Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland. Opladen: Leske + Budrich, 1994 (a)

**Mielck A.** «Gesundheitliche Ungleichheit» als Thema von Forschung und Gesundheitspolitik. in: Mielck A. Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland. Opladen: Leske & Budrich, 1994 (b)

**Mielck A.** Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Hans Huber, 2000

**Minder ChE.** Socio-economic Factors and Mortality in Switzerland. *Soz Präventivmed* 1993; 38: 313-328.

- Mosse M, Tugendreich G.** Krankheit und soziale Lage. München: J. F. Lehmanns Verlag, 1913
- Murray CJ, Lopez AD.** Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 1997;349: 1436-1442
- Pharma Information.** Das Gesundheitswesen in der Schweiz. Leistungen, Kosten, Preise. Basel: Pharma Information, 1999
- Rimm EB, Klatsky A, Grobbee D, Stampfer MJ.** Review of moderate alcohol consumption and reduced risk of coronary heart disease: is the effect due to beer, wine, or spirits? *BMJ* 1996; 312: 731-736
- Rubenstein LZ, Josephson KR, Robbins AS.** Falls in the nursing home. *Ann Int Med* 1994;121(6): 442-451
- Schär B, Vuille JC, Westkämper R.** Argumente und Grundlagen für eine kontinuierliche Erfassung sozialer Unterschiede in der Gesundheit der Schweizer Kinder. *Soz.-Präventivmed.* 1999; 44: 193-203
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (Hrsg.)** Zahlen und Fakten zu Alkohol und anderen Drogen 1999.
- Siegrist J.** Medizinische Soziologie. München: Urban & Schwarzenberg, 1995
- Staatssekretariat für Wirtschaft.** Die Kosten von Stress in der Schweiz. Eine Bestandesaufnahme. Präsentation vom 12.9.2000. [www.seco.admin.ch/pm\\_md\\_publ/publ/STRESS.pdf](http://www.seco.admin.ch/pm_md_publ/publ/STRESS.pdf)
- Suter Ch (Hrsg.)**. Sozialbericht 2000. Zürich: Seismo, 2000
- U.S. Preventive Services Task Force.** Guide to clinical preventive services 2<sup>nd</sup> edition. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996
- Vereinigung Schweizerischer Krebsregister.** Krebs in der Schweiz. Fakten, Kommentare. Bern, Schweizerische Krebsliga, 1998
- Wagstaff A, Paci P, van Doorslaer E.** On the Measurement of Inequalities in Health. *Soc Sci Med* 1991;33;545-557
- Wanner HU.** Lärm. in: W. Weiss (Hrsg). Gesundheit in der Schweiz. Zürich: Seismo Verlag, 1993
- Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa (Hrsg):** Einzelziele für «Gesundheit 2000». Kopenhagen 1985
- Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa.** Europäische Schriftenreihe «Gesundheit für alle», Nr. 6. Gesundheit 21. Das Rahmenkonzept «Gesundheit für alle» für die Europäische Region der WHO. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation, 1999
- Wilcox VL, Kasl SV, Idler EL.** Self-rated health and physical disability in elderly survivors of a major medical event. *J of Gerontology: Social Sciences* 1996; 51B (2): S96-S104
- Winkler D.** Rückenschmerzen; Verbreitung und Risikofaktoren. Universität Bern, Dissertation, 1998
- Witschi A, Junker Ch, Minder ChE.** Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/93. Interner Bericht des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern, ISBN 3-9065-1913-2, 2000.

# Tabellenanhang

## Erläuterung zu den Tabellen

Tabelle S. 106 f. listet die Prävalenzen der Gesundheitsdimensionen in Prozenten nach Geschlecht und Altersklassen auf.

Die Tabellen S.108 f. und S.110 f. listen die Prävalenzen der Gesundheitsdimensionen sowie die SII und RII in Prozenten nach Ausbildung, Beruf und Einkommen für Männer bzw. Frauen auf.

Die Tabellen S. 112 f. (Männer) und S. 114 f. (Frauen) stellen vergleichbare Grössen mit den Werten aus dem Jahr 1992 dar.

Die Indikatoren zum sozio-ökonomischen Status und die Gesundheitsdimensionen werden in Abschnitt 3.3 sowie im Kapitel 5 erläutert.

Eine ausführliche Beschreibung des SII (slope index of inequality) und des RII (relative index of inequality) findet sich in Abschnitt 3.4.

Beim Vergleich der Tabellen von 1997 mit denjenigen von 1992 sind bezüglich der sozio-ökonomischen Indikatoren einige Unterschiede zu beachten.

So wurde 1997 die Bildungsklasse «ohne Ausbildung, unbestimmt» neu geschaffen.

Bei den Berufen wurden die Kleinunternehmer von 1992 für die neuen Auswertungen in Kleinunternehmer mit bzw. ohne Angestellte aufgeteilt.

Das (Äquivalenz-)Einkommen wurde auch 1992 schon in Quartile eingeteilt, mit entsprechend eigenen Quartilsgrenzen.

**Prävalenzen (in%) der Gesundheitsdimensionen nach Geschlecht und Alter, SGB-97, 25-jährig und älter**

		Anteil	Selbstbeurteilte Gesundheit	Starke körperliche Beschwerden	Starke Rücken- oder Kreuzschmerzen	Behinderungen und Einschränkungen im Alter <sup>*)</sup>	Momentane Stimmungslage	Kontrolle über das eigene Leben <sup>**)</sup>	Fehlen einer Vertrauensperson	Schlafstörungen	Arztbesuche	Spitallaufenthalte	Einnahme ärztlich verordneter Medikamente	Gebärmutterhals-Abstrich	Mammografie	Entfernung der Mandeln	
<b>Geschlecht</b>																	
	Männer	47,7	15,3	8,8	7,7	15,1	22,3	24,9	6,3	6,1	40,0	12,5	24,9				30,3
	Frauen	52,3	20,4	16,8	14,0	15,1	24,7	30,7	6,9	10,4	49,9	13,7	32,6	82,5	37,5		33,2
	Gesamt		18,0	13,0	11,0	15,1	23,6	27,8	6,6	8,4	45,2	13,1	28,9	82,5	37,5		31,8
<b>Altersklassen</b>																	
	Männer																
	25-34 J.	23,2	9,3	7,1	6,4		29,0	20,4	4,3	4,2	30,8	6,8	8,0				29,6
	35-44 J.	23,3	12,9	7,6	8,1		28,0	28,9	4,9	5,1	34,1	8,5	10,5				32,9
	45-54 J.	20,4	13,8	9,8	8,9		20,9	26,7	6,0	6,2	37,6	12,8	21,7				36,2
	55-64 J.	15,2	17,3	10,3	8,7		19,0	29,5	9,1	7,0	43,3	13,9	32,3				26,3
	65-74 J.	11,1	21,4	8,9	8,8	10,1	11,4	20,4	8,6	7,1	56,1	20,7	48,9				27,8
	75 J. +	6,9	27,9	11,6	3,6	21,9	15,1		7,4	10,2	54,8	22,0	63,8				22,2
	Frauen																
	25-34 J.	21,5	10,6	11,2	10,1		31,8	26,3	3,4	5,9	47,4	17,0	15,1	83,8	14,2		29,8
	35-44 J.	20,8	15,8	16,0	12,7		28,6	30,9	5,9	8,3	41,8	11,2	19,9	90,6	33,3		35,6
	45-54 J.	18,9	18,8	15,9	14,1		21,6	30,7	7,3	10,0	46,9	11,3	27,1	90,4	56,6		38,2
	55-64 J.	14,1	24,0	19,3	15,5		19,8	34,8	8,2	12,2	53,0	12,6	40,5	87,2	57,6		36,6
	65-74 J.	13,6	31,8	21,2	17,2	8,6	20,5	32,1	10,0	16,2	59,3	13,8	56,5	75,3	42,8		29,8
	75 J. +	11,1	37,7	24,3	19,8	24,0	18,6		10,4	16,7	64,8	17,9	72,5	45,1	23,7		24,3
		<sup>*)</sup> siehe Abschnitt 3.3.3 <sup>**)</sup> siehe Abschnitt 3.6 Die Definitionen der Gesundheits-Dimensionen finden sich in Kapitel 5 im jeweiligen Abschnitt.															

**Prävalenzen (in%) der Gesundheitsdimensionen nach Geschlecht und Alter, SGB-97, 25-jährig und älter**

Entfernung des Blinddarms	Leistungen der Spitex	Hilfe von Verwandten und Bekannten	Hilfe der Spitex oder von Verwandten und Bekannten	Rauchen	Starkes Rauchen	Gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum	Alkoholkonsum in gesundheits-schädlichem Ausmass	Einnahme von Medikamenten mit Suchtpotential	Körperliche Inaktivität in der Freizeit	Körperliche Inaktivität bei der Arbeit	Körperliche Inaktivität insgesamt	Übergewicht	Starkes Übergewicht	Versicherungsklasse	Arbeitsunfähigkeit	Lärmexposition am Wohnort**)
19,0	1,3	5,3	6,0	37,1	14,7	8,0	3,5	6,4	37,7	40,2	16,9	47,4	7,7	61,8	9,3	42,2
29,1	4,3	12,6	14,7	26,6	9,2	5,0	1,0	11,5	47,3	41,5	23,8	30,7	7,8	57,5	10,1	41,9
24,3	2,9	9,1	10,5	31,6	11,8	6,4	2,2	9,1	42,8	40,9	20,5	38,8	7,8	59,5	9,7	42,0
11,4	0,1	4,7	4,8	45,2	18,0	7,2	3,3	3,1	27,1	38,4	8,3	31,7	5,6	75,1	9,6	41,3
16,5	0,2	4,1	4,3	44,3	20,8	8,0	3,4	5,3	31,1	37,7	11,3	40,8	4,5	65,9	11,8	40,7
20,8	0,1	5,0	5,1	40,6	17,8	9,8	3,5	4,2	37,5	35,7	15,0	56,1	8,6	50,5	8,7	39,0
22,6	0,3	3,0	3,2	30,8	10,2	8,1	4,1	5,6	40,1	35,4	16,0	61,3	11,9	53,5	9,2	43,7
25,4	1,7	5,5	6,3	24,5	6,1	8,2	4,5	8,1	45,4	44,4	22,3	59,1	11,2	54,7	7,2	46,9
25,3	10,3	13,5	18,9	19,8	3,9	6,0	2,4	20,6	66,0	62,3	50,3	45,4	7,2	66,5	6,7	
14,8	2,8	13,5	15,1	35,7	10,0	3,8	0,8	4,8	35,7	38,4	13,2	16,9	4,0	67,1	12,6	44,1
22,8	2,7	12,5	13,5	35,9	13,3	5,1	0,9	5,4	40,4	35,4	17,6	23,1	5,5	56,5	11,4	39,7
32,4	1,8	8,6	9,6	28,9	11,7	5,4	1,0	10,3	42,3	35,5	17,8	31,1	7,0	48,1	10,9	43,0
40,7	4,0	9,2	10,8	20,7	8,1	5,8	1,0	12,5	47,4	38,7	22,4	44,2	13,4	48,9	7,0	40,5
40,8	5,4	10,9	13,7	11,4	2,8	4,2	1,3	20,3	62,8	46,2	33,1	47,4	12,6	60,1	7,2	41,8
37,8	15,7	27,6	35,0	6,6	2,1	6,1	1,0	31,8	82,3	74,7	67,2	37,7	9,3	67,2	7,7	

\*) siehe Abschnitt 3.3.3  
 \*\*) siehe Abschnitt 3.6  
 Die Definitionen der Gesundheits-Dimensionen finden sich in Kapitel 5 im jeweiligen Abschnitt.

**Prävalenzen (in%) der Gesundheitsdimensionen nach Ausbildung, Berufsgruppe und Einkommen, SGB-97, Männer, 25-jährig und älter**

Indikator des sozio-ökonomischen Status	Anteil der sozio-ökonomischen Gruppe	Selbstbeurteilte Gesundheit	Starke körperliche Beschwerden	Starke Rücken- oder Kreuzschmerzen	Behinderungen und Einschränkungen im Alter <sup>*)</sup>	Momentane Stimmungslage	Kontrolle über das eigene Leben <sup>**)</sup>	Fehlen einer Vertrauensperson	Schlafstörungen	Arztbesuche	Spitalkaufenthalte	Einnahme ärztlich verordneter Medikamente	Entfernung der Mandeln
<b>Ausbildung</b>													
Hochschule	10,3	9,4	6,8	6,2	9,2	25,0	26,4	6,1	4,9	41,6	11,9	23,7	37,2
Höhere Berufsausbildung	19,3	10,9	7,9	5,8	10,2	21,5	21,4	4,5	5,8	35,0	11,4	24,5	35,0
Berufslehre	51,3	14,6	8,0	7,2	14,7	21,3	24,6	6,0	5,8	40,9	12,5	26,2	29,7
Maturität o. ähnliches	4,0	16,8	10,0	8,3	10,9	19,8	25,8	5,6	6,8	40,0	9,9	20,0	28,3
Obligatorische Schule	14,6	26,6	13,8	12,4	23,6	23,3	29,1	9,9	8,1	42,7	14,4	24,7	22,6
Ohne Ausbildung, unbestimmt	0,6	24,8	21,7	8,9	0,0	57,8	24,2	20,6	21,3	50,7	24,0	24,5	18,8
SII		17,6	6,8	6,5	14,5	-0,1	5,1	4,8	3,3	6,2	3,0	0,5	-16,0
RII		115,4	76,8	84,4	96,8	-0,5	20,6	76,7	53,6	15,3	23,8	1,9	-52,8
<b>Berufsgruppe</b>													
Höhere Führungskräfte, freie Berufe	14,4	9,9	5,5	4,2	10,8	26,7	18,7	5,8	5,6	37,7	10,9	24,7	39,5
Höhere nichtmanuelle Berufe	25,1	12,9	9,2	7,2	12,7	21,8	24,9	5,3	6,6	39,1	12,5	24,7	32,8
Büroangestellte	12,3	15,2	8,4	6,6	13,7	22,4	28,6	6,2	6,3	39,1	9,9	26,0	33,1
Kleinunternehmer mit Angestellten	3,6	6,4	6,2	7,4	21,4	16,3	29,7	4,5	6,0	35,7	17,1	12,7	37,8
Kleinunternehmer ohne Angestellte	4,3	11,2	13,6	6,6	30,6	17,3	22,3	12,7	8,3	32,5	16,3	24,4	29,7
Bauern	3,6	17,4	10,8	11,5	37,7	20,6	23,6	5,5	5,2	34,2	15,0	23,9	22,1
Qualifizierte manuelle Berufe, Vorarbeiter	19,9	18,6	8,4	9,2	12,0	23,0	25,8	5,9	4,9	43,0	14,1	24,8	24,0
Unqualifizierte manuelle Berufe, Landarbeiter	13,6	21,4	12,2	10,7	19,6	21,5	29,7	7,9	7,6	42,9	11,8	26,1	23,8
MISSING	3,4	22,4	11,2	8,4	15,9	19,9	26,5	11,3	6,1	47,0	13,4	33,2	32,4
SII		12,4	5,0	6,5	8,9	-3,9	9,1	2,3	0,5	5,7	2,3	0,8	-18,5
RII		83,0	55,9	84,0	58,0	-17,3	36,1	36,6	8,0	14,4	18,3	3,1	-60,9
<b>Äquivalenzeinkommen</b>													
4671+	27,6	10,5	7,8	5,6	8,9	22,9	22,4	6,4	6,2	38,3	10,1	24,5	34,8
3331-4670	30,6	13,8	7,7	7,1	17,6	21,6	24,3	6,4	6,0	40,6	13,5	25,7	31,7
2501-3330	15,9	17,2	8,9	9,4	11,3	22,5	24,2	5,8	5,4	40,9	12,8	25,1	29,3
0-2500	21,3	18,7	10,3	9,0	15,0	25,4	31,5	6,4	6,3	39,8	13,3	24,4	25,4
MISSING	4,6	27,1	16,0	12,3	31,5	14,8	21,8	10,3	8,1	48,5	14,9	23,6	21,1
SII		11,4	3,3	5,1	5,5	2,9	10,4	-0,3	-0,2	2,3	4,0	-0,1	-12,2
RII		78,4	38,8	68,3	41,6	12,6	41,4	-4,3	-2,5	5,8	32,4	-0,3	-39,7
<b>Gesamtprävalenz</b>		15,3	8,8	7,7	15,1	22,3	24,9	6,3	6,1	40,0	12,5	24,9	30,3
<sup>*)</sup> siehe Abschnitt 3.3.3 <sup>**)</sup> siehe Abschnitt 3.6 Die Definitionen der Gesundheits-Dimensionen finden sich in Kapitel 5 im jeweiligen Abschnitt.													

**Prävalenzen (in%) der Gesundheitsdimensionen nach Ausbildung, Berufsgruppe und Einkommen, SGB-97, Männer, 25-jährig und älter**

Entfernung des Blinddarms	Leistungen der Spitex	Hilfe von Verwandten und Bekannten	Hilfe der Spitex oder von Verwandten und Bekannten	Rauchen	Starkes Rauchen	Gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum	Alkoholkonsum in gesundheits-schädlichem Ausmass	Einnahme von Medikamenten mit Suchtpotential	Körperliche Inaktivität in der Freizeit	Körperliche Inaktivität bei der Arbeit	Körperliche Inaktivität insgesamt	Übergewicht	Starkes Übergewicht	Versicherungskategorie	Arbeitsunfähigkeit	Lärmexposition am Wohnort**)
22,0	0,5	5,7	5,9	35,1	9,4	8,8	3,4	5,5	32,0	56,2	20,5	37,8	5,1	42,0	9,9	36,2
19,4	0,8	4,4	5,2	30,1	10,2	6,1	2,9	6,2	31,2	46,4	15,6	44,0	6,2	51,5	8,2	40,5
18,4	1,5	5,1	5,8	38,0	15,9	7,5	3,1	6,6	37,7	37,4	16,6	49,0	8,0	63,8	8,8	43,1
18,4	2,9	6,8	9,2	38,5	14,3	9,5	2,7	5,6	31,0	46,3	13,8	39,0	3,6	56,1	12,5	39,9
19,0	1,3	5,9	6,4	45,5	21,8	12,4	6,4	8,2	53,3	27,9	17,9	55,6	11,1	81,5	10,0	49,1
7,6	0,0	6,5	6,5	48,1	21,5	11,9	5,4	6,7	36,1	22,4	17,2	53,2	8,4	77,0	18,3	45,4
-3,1	1,3	1,2	1,7	15,3	13,8	5,1	2,9	2,3	20,7	-26,5	-1,1	15,3	5,2	38,4	1,9	11,1
-16,3	101,3	23,8	28,1	40,9	92,7	62,1	81,0	34,2	55,0	-66,0	-6,7	32,3	68,7	62,6	20,4	26,0
19,0	0,4	4,1	4,4	32,2	9,8	6,8	2,7	5,3	30,5	54,2	17,7	35,5	4,0	41,1	8,6	35,8
19,5	1,5	5,8	6,7	36,1	12,7	7,3	2,9	5,8	30,8	48,2	17,5	43,7	5,8	54,2	10,7	41,8
18,3	2,1	5,6	6,7	37,4	16,0	7,3	3,1	6,8	39,0	45,7	21,0	45,5	7,3	61,6	8,7	48,9
28,1	0,0	2,4	2,4	36,5	18,7	8,6	2,8	1,1	44,8	40,2	19,5	49,8	6,4	44,4	2,0	36,1
18,9	0,0	2,2	2,2	40,1	24,3	12,4	5,7	9,1	43,4	36,7	22,1	50,5	7,4	59,0	7,4	32,2
21,1	1,6	8,3	8,7	24,3	7,9	8,3	2,9	6,1	61,2	12,0	9,3	55,1	7,9	84,8	5,2	22,8
16,7	1,0	5,7	6,2	38,9	16,0	9,7	5,3	6,8	43,8	32,9	17,3	50,9	9,9	75,8	10,5	46,0
18,7	1,4	4,8	5,3	43,3	19,6	6,4	3,1	7,7	40,4	24,8	12,4	58,9	11,4	75,3	8,8	46,2
19,6	0,5	5,9	6,2	36,7	11,6	8,6	2,5	8,6	38,6	43,3	16,5	46,0	8,3	63,2	10,5	46,3
-1,8	0,4	0,5	0,2	9,7	9,9	1,7	2,1	2,6	18,7	-35,3	-4,3	23,7	8,5	41,9	-0,5	8,8
-9,3	34,2	8,8	3,8	26,3	66,7	21,2	59,5	40,9	49,4	-87,4	-25,2	50,2	113,2	68,1	-5,5	20,9
20,7	1,1	4,9	5,9	36,8	15,4	7,8	3,3	5,3	31,2	49,5	17,2	42,3	5,3	43,0	8,9	42,0
19,0	1,5	4,7	5,4	38,2	14,8	7,4	3,3	6,6	36,0	39,5	15,3	46,2	7,0	56,5	10,1	44,1
16,2	1,0	4,4	5,0	37,6	15,1	7,5	3,7	6,0	38,6	36,0	17,8	51,0	7,4	69,5	8,6	41,0
18,5	1,2	5,9	6,5	34,6	13,7	10,3	4,6	8,0	47,8	32,3	18,2	51,7	10,9	82,6	8,5	40,7
16,9	1,4	10,5	10,8	41,7	16,7	6,1	2,8	8,5	37,2	37,5	15,0	53,0	12,5	79,1	9,2	38,4
-4,0	0,0	0,9	0,4	-2,4	-1,9	2,7	1,6	2,9	20,7	-22,9	1,8	13,4	6,8	52,6	-0,9	-2,3
-21,0	3,3	17,8	6,5	-6,6	-12,8	33,2	43,2	45,5	55,1	-56,9	10,5	28,5	91,7	86,8	-9,9	-5,5
19,0	1,3	5,3	6,0	37,1	14,7	8,0	3,5	6,4	37,7	40,2	16,9	47,4	7,7	61,8	9,3	42,2

\*) siehe Abschnitt 3.3.3  
 \*\*) siehe Abschnitt 3.6  
 Die Definitionen der Gesundheits-Dimensionen finden sich in Kapitel 5 im jeweiligen Abschnitt.



**Prävalenzen (in %) der Gesundheitsdimensionen nach Ausbildung, Berufsgruppe und Einkommen, SGB-97, Frauen, 25-jährig und älter**

Indikator des sozio-ökonomischen Status	Anteil der sozio-ökonomischen Gruppe	Selbstbeurteilte Gesundheit	Starke körperliche Beschwerden	Starke Rücken- oder Kreuzschmerzen	Behinderungen und Einschränkungen im Alter <sup>*)</sup>	Momentane Stimmungslage	Kontrolle über das eigene Leben <sup>**)</sup>	Fehlen einer Vertrauensperson	Schlafstörungen	Arztbesuche	Spitallaufenthalte	Einnahme ärztlich verordneter Medikamente	Gebärmutterhals-Abstrich	Mammografie	Entfernung der Mandeln	
<b>Ausbildung</b>																
Hochschule	4,5	10,6	15,0	10,5	8,1	31,0	27,2	3,8	11,7	42,2	19,9	34,5	83,6	50,0	38,7	
Höhere Berufsausbildung	4,6	13,7	10,9	9,7	13,7	25,3	27,2	3,4	4,2	46,6	9,4	29,1	87,9	35,4	42,0	
Berufslehre	56,7	17,8	15,7	13,2	11,8	22,8	28,2	5,3	9,9	49,1	13,5	31,5	86,1	37,3	36,3	
Maturität o. ähnliches	5,4	14,8	12,5	8,9	15,8	25,6	30,4	8,0	9,0	46,4	12,7	30,2	85,3	38,2	35,9	
Obligatorische Schule	27,2	28,3	21,0	18,1	17,9	28,3	36,5	11,7	12,4	54,3	14,2	35,9	72,6	38,8	25,9	
Ohne Ausbildung, unbestimmt	1,6	39,7	19,2	21,0	41,5	36,9	44,5	7,0	11,3	56,0	19,5	38,3	58,1	40,9	10,6	
SII		20,7	9,1	9,2	14,1	6,5	14,1	10,8	4,6	10,8	0,7	6,6	-21,3	-1,0	-20,3	
RII		101,8	54,2	65,3	93,6	25,7	46,1	154,0	44,5	21,7	4,8	20,0	-25,9	-2,6	-60,9	
<b>Berufsgruppe</b>																
Höhere Führungskräfte, freie Berufe	2,8	17,1	11,1	10,6	3,3	22,7	25,9	8,1	7,8	52,4	14,3	36,5	85,6	50,5	48,8	
Höhere nichtmanuelle Berufe	24,5	15,6	14,5	12,7	14,4	24,1	28,3	5,3	8,2	48,6	11,9	30,5	85,8	37,4	39,0	
Büroangestellte	35,3	18,3	16,3	13,4	11,4	21,9	30,4	6,0	10,3	48,2	13,9	30,5	85,2	38,6	33,6	
Kleinunternehmer mit Angestellten	1,5	23,7	19,0	18,9	0,0	24,1	23,5	12,8	12,2	49,5	19,4	42,7	76,9	34,3	35,0	
Kleinunternehmer ohne Angestellte	2,9	19,8	15,4	10,6	0,0	23,1	16,5	4,0	11,2	42,6	12,0	29,3	91,6	54,5	39,3	
Bauern	1,7	21,0	10,2	10,8	16,5	22,5	27,3	4,0	9,6	42,3	18,3	31,1	78,9	27,1	23,9	
Qualifizierte manuelle Berufe, Vorarbeiter	9,1	27,0	18,3	18,3	12,1	25,7	33,7	9,8	13,7	53,0	16,2	38,1	76,8	38,6	26,9	
Unqualifizierte manuelle Berufe, Landarbeiter	13,6	25,6	20,9	15,9	15,3	30,2	36,3	9,0	12,2	54,6	15,4	34,7	77,0	33,9	28,1	
MISSING	8,6	25,1	15,0	15,3	22,5	33,3	34,7	12,3	9,5	54,3	14,3	36,1	69,4	36,4	26,1	
SII		13,3	7,4	5,2	1,9	5,6	7,0	4,3	6,0	5,1	4,7	5,6	-10,4	-4,1	-16,5	
RII		67,7	44,8	37,3	14,8	23,2	23,4	64,2	57,8	10,2	34,0	17,5	-12,4	-10,8	-48,3	
<b>Äquivalenzeinkommen</b>																
4671+	16,0	13,0	13,5	10,4	10,3	22,0	25,5	3,9	10,0	46,8	11,6	30,1	85,7	38,0	40,0	
3331-4670	27,1	18,1	15,4	13,1	13,2	23,7	29,0	4,5	9,6	49,2	13,7	32,2	86,1	39,5	33,5	
2501-3330	16,6	20,6	16,2	12,8	10,9	25,2	30,9	7,7	12,0	52,2	13,6	31,9	83,3	38,7	34,1	
0-2500	29,2	22,8	20,0	17,1	16,4	26,9	33,6	8,7	11,3	49,6	14,9	33,8	80,7	36,4	33,2	
MISSING	11,1	28,6	16,4	14,2	22,0	29,1	34,8	14,5	9,1	53,6	14,0	36,5	70,8	37,0	23,6	
SII		12,2	8,6	8,3	7,1	6,5	10,3	7,2	2,5	3,5	3,7	4,2	-7,7	-3,2	-6,6	
RII		63,6	51,7	60,2	53,1	26,3	34,2	113,7	23,3	7,1	26,9	13,1	-9,2	-8,4	-19,0	
<b>Gesamtprävalenz</b>		20,4	16,8	14,0	15,1	24,7	30,7	6,9	10,4	49,9	13,7	32,6	82,5	37,5	33,2	
<sup>*)</sup> siehe Abschnitt 3.3.3 <sup>**)</sup> siehe Abschnitt 3.6 Die Definitionen der Gesundheits-Dimensionen finden sich in Kapitel 5 im jeweiligen Abschnitt.																

**Prävalenzen (in %) der Gesundheitsdimensionen nach Ausbildung, Berufsgruppe und Einkommen, SGB-97, Frauen, 25-jährig und älter**

Entfernung des Blinddarms	Leistungen der Spitex	Hilfe von Verwandten und Bekannten	Hilfe der Spitex oder von Verwandten und Bekannten	Rauchen	Starkes Rauchen	Gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum	Alkoholkonsum in gesundheits-schädlichem Ausmass	Einnahme von Medikamenten mit Suchtpotential	Körperliche Inaktivität in der Freizeit	Körperliche Inaktivität bei der Arbeit	Körperliche Inaktivität insgesamt	Übergewicht	Starkes Übergewicht	Versicherungsklasse	Arbeitsunfähigkeit	Lärmexposition am Wohnort**)
29,8	3,5	8,6	10,5	19,5	3,0	8,5	1,9	9,5	42,7	58,3	30,1	11,5	2,4	42,4	9,7	34,1
25,9	3,0	14,4	16,1	30,7	8,2	9,7	4,3	6,8	35,6	48,6	21,1	20,9	8,2	47,9	10,1	41,4
29,9	4,6	12,0	14,1	26,6	9,2	5,0	0,8	10,8	43,7	39,2	21,0	28,6	6,6	51,8	9,6	42,3
27,2	3,8	10,8	13,4	24,0	7,8	5,3	0,3	12,8	47,7	46,0	26,4	23,1	5,7	49,4	12,8	34,8
29,8	3,7	13,7	15,6	27,5	11,4	3,7	0,7	14,3	59,5	41,6	30,1	40,8	11,6	74,2	10,8	43,7
19,0	8,5	17,3	22,6	23,1	7,2	5,1	0,6	13,8	61,9	35,8	23,9	54,6	8,5	70,4	15,9	52,5
-0,7	-0,1	3,3	3,7	1,5	5,0	-4,4	-1,6	7,2	27,8	-4,9	11,0	27,2	8,0	37,7	2,7	4,7
-2,3	-1,3	26,3	25,5	5,7	53,5	-87,4	-164,6	62,1	57,9	-11,8	45,5	88,3	102,8	65,7	26,7	11,3
39,1	3,6	7,9	10,2	28,0	7,9	7,8	2,9	15,9	46,1	59,7	29,9	20,0	4,5	36,8	9,5	37,0
29,0	3,3	12,5	14,1	25,9	7,4	5,7	1,5	10,4	42,1	43,6	21,9	24,8	6,0	49,0	10,4	40,6
29,8	4,3	11,5	13,5	27,9	9,3	4,8	0,5	11,0	44,9	41,1	23,3	28,2	7,0	52,5	10,2	43,3
31,7	1,0	3,4	3,4	30,6	18,3	15,1	2,1	3,8	60,3	36,5	22,0	42,7	7,6	43,5	5,9	42,3
35,6	5,4	7,1	10,9	32,9	11,7	4,8	1,0	9,7	43,3	48,4	25,6	27,1	9,1	47,0	10,5	35,9
23,8	6,6	14,5	19,9	8,1	3,2	0,8	0,1	11,6	56,7	16,2	14,3	59,2	8,6	71,7	3,6	35,9
27,2	5,2	14,1	16,6	29,2	9,4	2,8	0,6	14,0	54,5	37,8	25,6	42,8	12,3	68,2	8,7	46,4
28,5	4,0	15,7	18,0	25,4	12,7	4,9	0,9	11,5	53,9	37,2	24,9	39,5	11,5	78,5	9,1	42,6
28,7	5,5	12,8	14,9	22,8	9,2	3,6	1,1	17,0	57,1	46,5	28,4	35,5	7,0	63,9	12,9	37,3
-2,7	1,5	3,5	4,6	0,1	5,6	-2,2	-1,2	1,0	15,3	-12,1	2,2	22,8	7,7	34,9	-2,2	3,9
-9,2	37,2	28,2	31,9	0,5	59,2	-44,1	-127,1	9,2	32,7	-29,4	9,3	73,9	97,3	61,8	-22,4	9,3
32,0	3,9	8,4	10,4	27,2	9,9	7,7	1,4	9,4	41,9	49,0	24,0	24,3	5,3	34,8	9,5	38,7
29,3	3,8	11,8	13,8	28,2	8,5	5,5	1,2	10,0	44,5	41,4	21,8	27,0	6,8	49,8	9,3	42,6
31,6	3,4	12,4	14,3	27,4	9,5	4,5	0,7	10,9	48,7	41,2	26,1	31,4	7,7	62,4	9,5	43,0
28,8	5,1	15,4	17,6	24,0	8,6	3,7	0,6	13,2	49,4	37,3	22,7	34,9	10,3	69,9	11,0	42,5
24,3	5,3	12,7	15,3	21,5	7,3	3,6	0,8	14,8	57,2	41,7	28,5	37,0	8,4	65,0	11,4	42,8
-2,8	1,7	8,6	8,9	-5,3	-0,9	-4,8	-1,1	5,3	10,2	-13,1	-0,1	14,7	6,6	45,6	2,2	3,7
-9,5	40,4	69,2	61,3	-19,8	-10,1	-94,3	-114,8	47,5	22,1	-31,7	-0,4	49,2	84,5	81,4	22,2	8,7
29,1	4,3	12,6	14,7	26,6	9,2	5,0	1,0	11,5	47,3	41,5	23,8	30,7	7,8	57,5	10,1	41,9

\*) siehe Abschnitt 3.3.3  
 \*\*) siehe Abschnitt 3.6  
 Die Definitionen der Gesundheits-Dimensionen finden sich in Kapitel 5 im jeweiligen Abschnitt.

**Prävalenzen (in %) der Gesundheitsdimensionen nach Ausbildung, Berufsgruppe und Einkommen, SGB-92, Männer**

Indikator des sozio-ökonomischen Status	Selbst beurteilte Gesundheit: weniger als gut	Starke körperliche Beschwerden	Starke Rückenschmerzen	Behinderung im Alter	Schlechte psychische Befindlichkeit	Schlechte Kontrolle über das eigene Leben
<b>Ausbildung</b>						
Hochschule	10,5	8,2	5,0	18,2	26,7	19,4
Höhere Berufsausbildung	8,5	12,6	8,6	23,5	29,2	15,4
Maturität o. ähnliches	10,4	10,9	9,3	19,1	26,8	25,6
Berufslehre	15,1	13,3	8,6	26,8	25,5	18,3
Obligatorische Schule	19,1	16,1	11,1	29,9	35,8	28,1
SII	12,3	6,7	4,5	12,3	4,1	6,0
RII	89,5	52,3	52,6	47,2	14,6	30,8
<b>Berufsgruppe</b>						
Höhere Führungskräfte, freie Berufe	8,6	9,4	4,8	23,4	25,2	10,6
Höhere, nichtmanuelle Berufe	10,5	10,4	7,5	18,0	25,9	20,2
Büroangestellte	15,4	13,2	8,3	18,7	30,5	19,7
Kleinunternehmer	9,5	14,4	7,6	28,8	26,3	24,3
Bauern	14,6	19,0	15,2	30,1	22,4	11,1
Qualifizierte manuelle Berufe, Vorarbeiter	17,9	13,4	9,8	32,2	27,5	20,4
Unqualifizierte manuelle Berufe, Landarbeiter	16,0	15,3	9,8	30,9	28,5	20,5
SII	10,4	7,0	1,5	16,4	3,7	9,1
RII	76,1	54,6	41,4	62,7	13,1	46,7
<b>Äquivalenzeinkommen</b>						
Über SFr. 4200.-	10,9	10,9	7,0	15,5	27,9	15,3
SFr. 3001.- bis 4200.-	10,5	11,2	7,6	18,0	26,0	20,0
SFr. 2001.- bis 3000.-	12,9	11,4	8,1	26,3	27,0	21,1
Bis SFr. 2000.-	17,3	15,1	10,4	26,5	31,6	24,2
SII	8,5	5,1	4,4	15,7	4,4	11,7
RII	62,2	40,0	51,2	60,0	15,9	60,0
<b>Gesamtprävalenz</b>	13,7	12,8	8,5	26,1	27,9	19,5

**Prävalenzen (in %) der Gesundheitsdimensionen nach Ausbildung, Berufsgruppe und Einkommen, SGB-92, Männer**

Fehlen einer Vertrauensperson	Schlafstörungen	Arztbesuch innerhalb von 3 Monaten	Häufigkeit von Spitalaufenthalten	Tabakkonsum (Anteil Raucher)	Körperliche Aktivität während der Freizeit	Starkes Übergewicht	Krankenkassenklasse: allgemein Versicherte	Arbeitsunfähigkeit	Störung durch Lärm Zuhause
3,6	4,3	33,9	6,1	30,8	71,9	3,1	26,2	1,7	44,5
4,4	3,5	43,5	10,2	33,8	74,0	5,1	36,0	2,6	44,7
5,4	6,1	43,7	8,2	35,8	70,0	3,4	29,7	0,5	45,0
6,2	5,4	44,8	10,5	40,0	65,9	6,4	53,4	0,9	42,7
9,5	7,3	44,7	13,2	40,2	55,5	10,4	64,4	1,1	42,9
5,9	3,7	8,7	5,8	12,0	-20,0	6,9	44,5	-1,7	-3,1
97,3	66,7	19,7	56,8	33,3	-61,4	117,0	93,1	-141,2	-7,2
3,1	4,3	41,8	5,4	29,2	73,2	4,1	26,7	1,0	42,2
4,2	4,6	40,7	10,0	33,9	71,5	3,8	37,4	1,9	43,2
6,9	5,7	48,2	11,0	39,6	68,5	5,1	43,6	0,9	49,6
5,7	6,9	42,7	13,6	41,8	65,3	5,4	40,7	0,4	29,4
5,3	5,1	36,9	9,1	32,9	68,0	10,4	76,8	0,2	32,5
8,1	5,9	44,9	11,6	39,5	63,2	8,2	62,0	0,8	42,9
8,0	6,6	46,6	11,9	36,6	64,1	8,5	56,6	1,0	46,2
6,0	2,8	5,9	5,2	7,8	-12,6	6,8	37,9	-0,8	2,0
97,8	50,6	13,4	50,6	21,6	-38,6	115,3	79,2	-63,9	4,6
5,2	6,2	44,2	10,0	36,0	72,3	4,0	33,3	1,5	43,7
3,6	3,8	45,5	10,5	37,0	70,4	4,4	40,9	1,2	42,7
7,5	4,9	44,0	9,6	36,3	64,8	6,5	51,8	1,5	41,4
7,3	6,5	43,1	11,6	37,3	63,3	8,3	60,0	1,1	43,4
3,8	0,4	-1,7	1,6	1,4	-13,4	6,0	37,6	-0,4	-1,3
62,6	6,7	-3,8	15,8	4,0	-41,0	102,2	78,6	-33,7	-3,0
6,1	5,6	44,1	10,2	36,1	67,4	5,9	47,8	1,2	42,8

**Prävalenzen (in %) der Gesundheitsdimensionen nach Ausbildung, Berufsgruppe und Einkommen, SGB-92, Frauen**

Indikator des sozio-ökonomischen Status	Selbst beurteilte Gesundheit: weniger als gut	Starke körperliche Beschwerden	Starke Rückenschmerzen	Behinderung im Alter	Schlechte psychische Befindlichkeit	Schlechte Kontrolle über das eigene Leben	Fehlen einer Vertrauensperson	Schlafstörungen
<b>Ausbildung</b>								
Hochschule	11,1	17,0	9,1	9,3	29,4	26,0	6,6	5,2
Höhere Berufsausbildung	16,3	18,4	13,0	23,1	31,5	19,2	5,5	8,5
Maturität o. ähnliches	14,7	20,2	8,5	29,6	30,9	27,1	5,1	9,0
Berufslehre	15,4	19,2	12,0	20,5	30,4	21,5	4,6	8,9
Obligatorische Schule	21,9	22,7	15,9	22,9	35,9	27,3	9,6	11,8
<b>SII</b>	10,1	5,6	7,0	2,0	7,0	3,6	5,5	5,4
<b>RII</b>	59,7	27,9	56,3	8,9	21,4	15,5	93,9	54,1
<b>Berufsgruppe</b>								
Höhere Führungskräfte, freie Berufe	12,6	18,2	9,4	18,8	28,1	15,6	6,1	8,1
Höhere, nichtmanuelle Berufe	15,6	20,2	12,5	23,7	31,6	22,3	4,5	8,3
Büroangestellte	16,2	20,1	11,9	15,3	31,7	22,7	5,8	10,3
Kleinunternehmer	10,2	19,6	8,7	10,4	25,5	14,8	6,1	9,6
Bauern	11,6	14,0	9,6	27,4	36,5	24,3	7,1	8,9
Qualifizierte manuelle Berufe, Vorarbeiter	22,2	28,3	16,2	24,4	37,9	24,0	7,3	13,4
Unqualifizierte manuelle Berufe, Landarbeiter	19,2	19,2	13,4	25,2	35,1	26,6	6,9	10,6
<b>SII</b>	5,2	1,0	1,3	5,8	5,5	0,7	2,8	3,7
<b>RII</b>	30,8	4,8	10,1	26,4	16,9	2,8	48,4	36,9
<b>Äquivalenzeinkommen</b>								
Über SFr. 4200.-	12,2	18,0	9,9	15,5	28,2	20,5	4,1	8,6
SFr. 3001.- bis 4200.-	12,8	21,4	14,3	18,0	33,4	22,6	4,3	8,8
SFr. 2001.- bis 3000.-	16,5	20,1	12,5	26,3	34,6	24,5	5,5	10,0
Bis SFr. 2000.-	20,3	22,2	13,4	26,5	33,8	26,0	8,1	12,1
<b>SII</b>	11,6	4,6	3,2	15,7	6,3	7,3	5,7	5,0
<b>RII</b>	68,7	22,6	25,7	60,0	19,1	31,4	98,0	49,8
<b>Gesamtprävalenz</b>	16,9	20,2	12,4	22,0	32,8	23,3	5,8	10,0

**Prävalenzen (in %) der Gesundheitsdimensionen nach Ausbildung, Berufsgruppe und Einkommen, SGB-92, Frauen**

Arztbesuch innerhalb von 3 Monaten	Spitalaufenthalte	Gebärmutterhals-Abstrich	Mammografie	Tabakkonsum (Anteil Raucher)	Körperliche Aktivität während der Freizeit	Starkes Übergewicht	Krankenkassenklasse: allgemein Versicherte	Arbeitsunfähigkeit	Störung durch Lärm Zuhause
65,1	10,6	72,9	31,8	18,6	69,9	2,1	22,4	2,2	46,6
53,3	11,1	82,9	30,6	25,1	65,5	2,0	37,6	3,0	43,7
56,9	12,7	84,2	33,9	21,5	67,8	1,5	33,5	2,5	39,0
55,0	13,9	79,9	29,1	25,3	60,7	4,0	41,5	1,6	44,3
55,9	12,1	69,5	29,8	29,6	49,3	8,1	59,0	1,1	47,2
-1,9	0,6	-14,9	-2,5	9,6	-23,8	8,2	35,3	-2,0	5,0
-3,4	5,0	-19,5	-8,6	39,6	-61,0	177,9	79,4	-110,0	11,3
58,9	10,7	75,9	29,1	21,1	69,8	3,2	24,6	1,3	40,2
54,6	12,7	79,2	31,3	22,2	63,2	2,5	36,6	1,9	46,0
55,7	13,2	79,2	29,3	28,7	61,1	4,5	41,3	1,7	45,6
54,1	7,9	83,3	29,8	22,8	58,1	1,2	42,9	2,1	38,4
44,0	19,5	67,9	19,8	6,4	55,7	6,9	64,0	1,4	39,2
59,0	12,5	70,3	28,4	28,9	55,5	4,7	54,3	2,4	46,3
54,8	13,5	73,7	28,9	21,8	58,1	7,2	52,3	1,8	43,8
-0,1	0,3	-7,6	-4,1	-1,7	-9,2	5,7	25,3	0,3	-1,2
-0,1	2,2	-10,0	-14,1	-7,1	-23,6	124,2	56,9	13,8	-2,7
56,7	10,7	84,5	29,8	27,0	64,9	2,5	24,8	2,5	45,3
55,2	12,0	83,7	29,4	23,5	65,3	3,4	34,0	1,6	44,9
54,4	14,1	77,6	28,8	25,4	59,6	5,1	48,4	2,0	44,2
55,4	14,9	71,0	28,0	23,7	58,0	6,1	56,4	1,4	45,8
-1,4	5,7	-19,4	-2,5	-3,2	-10,5	5,0	43,0	-1,2	0,5
-2,6	45,0	-25,3	-8,5	-13,2	-26,9	107,7	96,6	-65,7	1,1
55,3	12,7	76,5	29,1	24,2	60,9	4,6	44,5	1,8	44,4

## Publikationsprogramm BFS

Das Bundesamt für Statistik (BFS) hat – als zentrale Statistikstelle des Bundes – die Aufgabe, statistische Informationen breiten Benutzerkreisen zur Verfügung zu stellen.

Die Verbreitung der statistischen Information geschieht gegliedert nach Fachbereichen (vgl. Umschlagseite 2) und mit verschiedenen Mitteln:

### Diffusionsmittel

Individuelle Auskünfte

Kontakt  
N° à composer

032 713 60 11  
info@bfs.admin.ch

### Moyen de diffusion

Service de renseignements individuels

Das BFS im Internet

www.statistik.admin.ch

L'OFS sur Internet

Medienmitteilungen zur raschen Information der Öffentlichkeit über die neusten Ergebnisse

www.news-stat.admin.ch

Communiqués de presse: information rapide concernant les résultats les plus récents

Publikationen zur vertieften Information (zum Teil auch als Diskette/CD-Rom)

032 713 60 60  
order@bfs.admin.ch

Publications: information approfondie (certaines sont disponibles sur disquette/CD-Rom)

Online-Datenbank

032 713 60 86  
www.statweb.admin.ch

Banque de données (accessible en ligne)

Nähere Angaben zu den verschiedenen Diffusionsmitteln liefert das laufend nachgeführte Publikationsverzeichnis im Internet unter der Adresse [www.statistik.admin.ch](http://www.statistik.admin.ch) >> News >> Neuerscheinungen.

La Liste des publications mise à jour régulièrement, donne davantage de détails sur les divers moyens de diffusion. Elle se trouve sur Internet à l'adresse [www.statistique.admin.ch](http://www.statistique.admin.ch) >> Actualités >> Nouvelles publications.

## Gesundheit

Im Fachbereich 14 Gesundheit erscheinen folgende Publikationen:

- Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz: Detaillier-  
ergebnisse der 1. Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/  
93 (Bestell-Nr. 213-9303)
- Schweizerische Gesundheitsbefragung: Gesundheit und Ge-  
sundheitsverhalten in der Schweiz 1997 (Bestell-Nr. 213-9701)
- Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997. Erste Ergebnisse  
(Leporello 42871/1)
- Schweizerische Gesundheitsbefragung: Standardtabellen 1997
- Ambulante Suchtberatung 2000: Statistik der ambulanten  
Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich  
(Bestell-Nr. 229-0000)
- StatSanté 1/2002. Informationen über das Projekt «Statistik der  
stationären Betriebe des Gesundheitswesens», erschienen in  
der Reihe «BFS aktuell» (Bestell-Nr. 344-0201)
- StatSanté 2/2002. Resultate zu den Gesundheitsstatistiken in  
der Schweiz (Bestell-Nr. 516-0202)
- Kosten des Gesundheitswesens: Methoden, detaillierte Ergeb-  
nisse und Entwicklung 1995-1999 (Bestell-Nr. 026-9900)

STATINF, die Online-Datenbank des BFS, vermittelt Angaben aus dem Gesundheitsindikatorenprogramm der WHO bezogen auf die Kantone.

## Santé

La série des publications consacrées à la santé (domaine 14) comprend les fascicules suivants:

- Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse: Résul-  
tats détaillés de la première enquête suisse sur la santé 1992/  
93 (N° de commande 213-9304)
- Enquête suisse sur la santé: Santé et comportements vis-à-vis  
de la santé en Suisse 1997 (N° de commande 213-9702)
- Enquête suisse sur la santé 1997. Premiers résultats (dépliant  
42871/2)
- Enquête suisse sur la santé: Troubles mentaux et psycholo-  
giques dans la population suisse (N° de commande 213-9704)
- Enquête suisse sur la santé: Tableaux standards 1997
- Prise en charge ambulatoire des problèmes de dépendance en  
2000: Statistique du traitement et de l'assistance ambulatoires  
dans le domaine de l'alcool et de la drogue  
(N° de commande 229-0000)
- StatSanté 1/2002. Informations sur le projet «Statistiques des  
établissements de santé» (soins intra-muros), parues dans la  
série «Actualités OFS» (N° de commande 344-0201)
- StatSanté2/2002. Résultats des statistiques suisses de la san-  
té (N° de commande 515-0202)
- Coûts du système de santé: Méthodologie, résultats détaillés et  
évolution depuis de 1995 à 1999 (N° de commande 026-9900)

STATINF, la banque de données de l'OFS, fournit les informations tirées du programme d'indicateurs sanitaires de l'OMS relative aux cantons.

---

Dieser Bericht zeigt das Ausmass der gesundheitlichen Unterschiede zwischen den verschiedenen Bildungs-, Berufs- und Einkommensklassen.

Die Grundlage dafür ist die zweite Schweizerische Gesundheitsbefragung des Bundesamtes für Statistik, welche 1997 mit 13'004 in der Schweiz wohnhaften Personen durchgeführt wurde. Für diesen Bericht wurden die Angaben der mindestens 25-jährigen Befragten analysiert. Ihre Angaben zu Gesundheitszustand und gesundheitlichem Befinden, zur Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems und zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Lebensstilen werden in Beziehung gesetzt zu ihren sozio-ökonomischen Merkmalen Bildung, Beruf und Einkommen.

Der Bericht steht im Zusammenhang mit der gesamteuropäischen Strategie der Weltgesundheitsorganisation WHO «Gesundheit 21». Ziel 2 der erwähnten Strategie lautet: «Bis zum Jahr 2020 sollte das Gesundheitsgefälle zwischen den sozio-ökonomischen Gruppen in den einzelnen Ländern durch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit von benachteiligten Gruppen in allen Mitgliedstaaten um mindestens ein Viertel verringert werden» (WHO Regionalbüro für Europa, 1999). Soziale Ungleichheiten in der Gesundheit waren auch im vorhergehenden Programm der WHO, «Gesundheit für alle im Jahr 2000» (WHO Regionalbüro für Europa, 1985), ein überaus wichtiges Thema.

Dieser Bericht richtet sich ebenso an beruflich im Gesundheitswesen Tätige wie auch an ein breites Publikum.

Le présent rapport met en évidence les disparités qui existent dans le domaine de la santé entre les différents groupes de la population en fonction de la formation, de la profession et du revenu.

Il se fonde sur les résultats de la deuxième enquête suisse sur la santé, que l'Office fédéral de la statistique a réalisée en 1997 auprès de 13'004 personnes domiciliées en Suisse. Ont été analysées les données concernant les personnes interrogées de 25 ans ou plus. Les informations qu'elles ont fournies à propos de leur état de santé, notamment subjectif, de leur consommation de prestations médicales, ainsi que de leurs comportements et de leurs modes de vie susceptibles d'influer sur la santé ont été mises en relation avec certains caractères socio-économiques (formation, profession et revenu).

Ce rapport s'inscrit dans la droite ligne de la politique de la Santé 21 pour la Région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le but 2 de cette politique est ainsi formulé: «D'ici 2020 l'écart de santé entre groupes socioéconomiques dans les pays devrait être réduit d'au moins un quart dans tous les Etats membres en améliorant nettement le niveau de santé des groupes défavorisés» (OMS, Bureau régional de l'Europe, 1999). Les inégalités sociales en matière de santé étaient aussi un thème central du programme précédent de l'OMS, intitulé «Santé pour tous d'ici l'an 2000» (OMS, Bureau régional de l'Europe, 1985).

Le présent rapport paraît en allemand avec un condensé en français.

---