

14

Gesundheit

213-0706

Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 2007

Schweizerische Gesundheitsbefragung

150
jahre BFS
ans OFS
anni UST
years FSO



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Statistik BFS

Neuchâtel, 2010

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

- 0** Statistische Grundlagen und Übersichten
- 1** Bevölkerung
- 2** Raum und Umwelt
- 3** Arbeit und Erwerb
- 4** Volkswirtschaft
- 5** Preise
- 6** Industrie und Dienstleistungen
- 7** Land- und Forstwirtschaft
- 8** Energie
- 9** Bau- und Wohnungswesen
- 10** Tourismus
- 11** Mobilität und Verkehr
- 12** Geld, Banken, Versicherungen
- 13** Soziale Sicherheit
- 14** Gesundheit
- 15** Bildung und Wissenschaft
- 16** Kultur, Medien, Informationsgesellschaft, Sport
- 17** Politik
- 18** Öffentliche Verwaltung und Finanzen
- 19** Kriminalität und Strafrecht
- 20** Wirtschaftliche und soziale Situation der Bevölkerung
- 21** Nachhaltige Entwicklung und Disparitäten auf regionaler und internationaler Ebene

Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 2007

Schweizerische Gesundheitsbefragung

Bearbeitung Renaud Lieberherr, Jean-François Marquis,
Marco Storni, Gabriele Wiedenmayer

Redaktionelle Mitarbeit: David Altwegg

Herausgeber Bundesamt für Statistik (BFS)

Herausgeber: Bundesamt für Statistik (BFS)
Auskunft: Marilina Galati-Petrecchia, BFS, Sektion Gesundheit der Bevölkerung, Tel. 032 713 65 62
E-Mail: Marilina.Galati@bfs.admin.ch
Autorin/Autoren: Renaud Lieberherr, Jean-François Marquis, Marco Storni, Gabriele Wiedenmayer
Redaktionelle Mitarbeit: David Altwegg
Realisierung: DIAM/PP
Vertrieb: Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel
Tel. 032 713 60 60 / Fax 032 713 60 61 / E-Mail: order@bfs.admin.ch
Bestellnummer: 213-0706
Preis: Fr. 12.– (exkl. MWST)
Reihe: Statistik der Schweiz
Fachbereich: 14 Gesundheit
Originaltext: Deutsch und Französisch
Übersetzung: Sprachdienste BFS
Titelgrafik: BFS; Konzept: Netthoevel & Gaberthüel, Biel; Foto: Uwe Bumann – Fotolia.com
Grafik/Layout: BFS
Copyright: BFS, Neuchâtel 2010
Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung –
unter Angabe der Quelle gestattet
ISBN: 978-3-303-14136-6

Inhaltsverzeichnis

Das Wichtigste in Kürze	6	4	Gesundheitsdienste, informelle Hilfe und Vorsorge	45	
1	Einleitung	8	4.1	Ambulante und stationäre Versorgung	45
2	Gesundheitszustand	9	4.2	SPITEX und informelle Hilfe	52
2.1	Selbst wahrgenommene Gesundheit und dauerhafte Probleme	9	4.3	Vorsorge- und Früherkennungs- untersuchungen	54
2.2	Körperliche Beschwerden	10	5	Arbeit, Wohnen und Gesundheit	60
2.3	Chronische Krankheiten	12	5.1	Gesundheitsgefährdende Arbeits- bedingungen und Gesundheit	60
2.4	Risikofaktoren für Herz-Kreislauf- Erkrankungen	14	5.2	Wohnbedingungen und Gesundheit	67
2.5	Psychische Gesundheit	16	6	Methoden	71
2.6	Zeitweilige Beeinträchtigung der Aktivitäten	20	6.1	Bildung der Stichprobe	71
2.7	Behinderungen, Beeinträchtigungen	21	6.2	Durchführung der Befragung	71
2.8	Soziales Wohlbefinden	25	6.3	Kontrolle der Repräsentativität und Gewichtungsverfahren	72
3	Gesundheitsverhalten	29			
3.1	Körperliche Aktivität	29			
3.2	Ernährung	31			
3.3	Tabak	35			
3.4	Alkohol	38			
3.5	Illegale Drogen	41			
3.6	Medikamente	43			

Vorwort

Eine gute Gesundheit ist zentral für die Lebensqualität. Wer nicht gesund ist, steht bei der Einrichtung seiner sozialen und materiellen Welt vor grossen Herausforderungen. Denn Gesundheit ist weit mehr als ein funktionierendes Organsystem.

Das Bundesamt für Statistik feiert 2010 sein 150-jähriges Bestehen. Seit seiner Gründung im Jahr 1860 hat sich die Volksgesundheit erheblich gewandelt. Damals dominierten eine hohe Kindersterblichkeit, infektiöse Krankheiten und Seuchen das Krankheitsgeschehen. Häufige Todesursachen waren Tuberkulose oder Typhus. Heute führen Herz-Kreislaufkrankungen sowie Krebs die Liste an, und als zentrale Gesundheitsprobleme gelten Bluthochdruck, Übergewicht und Diabetes. Mitverantwortlich für deren Entstehung ist unsere Lebensweise, insbesondere Bewegungsmangel, zu reichliche oder ungesunde Nahrungsaufnahme und übermässiger Konsum von Genussmitteln. Aber auch die gestiegene Lebenserwartung spielt eine Rolle, treten viele dieser sogenannten Zivilisationskrankheiten erst in einem höheren Alter auf.

Parallel dazu hat sich seit Mitte des 19. Jahrhunderts die Gesundheitsversorgung grundlegend verändert. Die Möglichkeiten von Ärzten und Spitälern waren damals begrenzt. So führten Wundinfektionen wegen mangelnder Hygiene zu zahlreichen Todesfällen und technisch unterstützte Diagnoseverfahren gab es noch kaum. Demgegenüber steht uns heute ein vielfältiges und flächendeckendes Angebot einer modernen Spitzenmedizin zur Verfügung. Kehrseite davon sind hohe Kosten – die Gesundheitsausgaben beanspruchen über ein Zehntel des Bruttoinlandprodukts und belasten zunehmend die Budgets der öffentlichen und privaten Haushalte. Die Politik sieht sich heute daher vor dem Dilemma, die Gesundheit zu verbessern und gleichzeitig Kostensteigerungen zu vermeiden.

Um dieser Herausforderung gewachsen zu sein, braucht es verlässliche Entscheidungsgrundlagen. Das Bundesamt für Statistik hat eine umfassende Datengrundlage über das Gesundheitswesen aufgebaut. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung leistet hierzu einen wichtigen Beitrag. Diese Statistik gehört zu den grossen Bevölkerungsbefragungen des Bundes und findet alle fünf Jahre statt. Sie erfasst sämtliche Aspekte der Gesundheit, vom Gesundheitszustand über die Versorgung mit medizinischen Leistungen bis hin zu den individuellen Verhaltensweisen und Lebensverhältnissen.

Die vorliegende Publikation gibt einen Überblick über die wichtigsten Ergebnisse der Befragung von 2007. Das Bundesamt für Statistik leistet damit einen fundierten Beitrag zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in der Schweiz.

Neuchâtel, Oktober 2010



Dr. Jürg Marti
Direktor

Das Wichtigste in Kürze

Wie gesund ist die Bevölkerung? Welche Verhaltensweisen sind relevant für die Gesundheit und welche Auswirkungen haben sie auf diese? Wie wird das Gesundheitssystem durch die Bevölkerung genutzt? Welche gesundheitlichen Risiken bestehen in der Arbeitswelt und im Wohnbereich? Diese Fragen strukturieren den vorliegenden Bericht, der die Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 präsentiert.

Gesundheitszustand

87% der Bevölkerung geht es nach eigener Aussage gesundheitlich gut oder sehr gut. Bei den Personen ab 75 Jahren beträgt dieser Anteil noch 65%. Dabei ist ein Bildungsgradient festzustellen: 72% der Personen ohne nachobligatorischen Schulabschluss schätzen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein gegenüber 93% derjenigen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe.

Ein Grossteil der Bevölkerung leidet über einen Zeitraum von vier Wochen hinweg unter körperlichen Beschwerden wie Rückenschmerzen (43%), allgemeiner Schwäche (42%), Kopfschmerzen (36%) oder Einschlafstörungen (35%). Frauen sind häufiger betroffen als Männer.

16% der Bevölkerung leiden innerhalb eines Zeitraums von vier Wochen **unter mittleren oder starken psychischen Belastungen.** Am stärksten betroffen sind jüngere Frauen im Alter von 25 bis 34 Jahren (23%). Je niedriger der Bildungsstand, desto höher ist der Anteil der Personen mit starken psychischen Belastungen. 5% der Bevölkerung weisen im Laufe eines Jahres die Symptome einer klinischen Depression auf.

Die körperliche Funktionsfähigkeit verschlechtert sich mit dem Alter, insbesondere ab 75 Jahren. Fast jede zweite Person in dieser Altersgruppe (die Personen in Heimen sind dabei nicht berücksichtigt) berichtet von Einschränkungen bei den Aktivitäten rund um Haushalt (Essen zubereiten, Einkäufe usw.) und mehr als jede dritte ist im sensorischen oder motorischen Bereich ein-

geschränkt. Ein Zehntel der Personen ab 75 Jahren hat Schwierigkeiten bei den persönlichen Verrichtungen (baden oder duschen, sich an- und ausziehen usw.). Der Anteil der übergewichtigen Personen hat sich zwischen 2002 und 2007 stabilisiert (37%), nachdem er zuvor seit 1992 (30%) regelmässig gestiegen war. Männer sind deutlich häufiger betroffen als Frauen (44% gegenüber 25%). 8% der Bevölkerung sind adipös.

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

Zwei von fünf Personen üben in ihrer Freizeit eine körperliche Aktivität entsprechend den Empfehlungen aus. Männer sind etwas aktiver als Frauen (43% gegenüber 39%), vor allem in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen. Der Anteil der aktiven Personen ist zwischen 2002 und 2007 von 36% auf 41% gestiegen.

Frauen achten mehr auf ihre Ernährung als Männer (77% gegenüber 63%). Es sind regionale Unterschiede zwischen der französischen Schweiz (insgesamt 55%), der Deutschschweiz (76%) und der italienischen Schweiz (71%) auszumachen. Deutlich mehr Frauen als Männer essen mindestens einmal pro Tag Obst oder Gemüse (83% gegenüber 68%). Als Hindernis für eine gesunde Ernährung sehen 56% der Frauen, dass gesundes Essen relativ teuer sei, während 55% der Männer ihre Vorlieben für gutes Essen nennen.

Der Anteil der Rauchenden ist bei den Männern grösser als bei den Frauen (32% gegenüber 24%). Bei den Männern ist der Raucheranteil bei den 25- bis 34-Jährigen am höchsten (43%), mit zunehmendem Alter sinkt er. Bei den Frauen rauchen rund 30% der 15- bis 54-Jährigen, anschliessend ist dieser Anteil rückläufig. Innerhalb von zehn Jahren ist der Anteil der Rauchenden um 5 Prozent gesunken, bei den Männern etwas mehr als bei den Frauen. Der Anteil der Nichtraucher, die mindestens eine Stunde pro Tag dem Rauch anderer ausgesetzt sind (Passivrauchen) ist in den letzten fünf Jahren deutlich zurückgegangen (von 27% auf 16%).

6% der Männer und 5% der Frauen weisen einen Alkoholkonsum auf, der ein mittleres oder hohes Gesundheitsrisiko darstellt. Demgegenüber konsumieren 65% der Bevölkerung Alkohol weitgehend risikoarm und 17% leben abstinent. Rund ein Viertel der jungen Männer im Alter von 15–24 Jahren trinkt sich mindestens einmal pro Monat einen Rausch an.

Gesundheitsdienste, informelle Hilfe und Früherkennung von Krankheiten

Vier von fünf Personen suchen im Laufe eines Jahres einen Arzt oder eine Ärztin auf; zwei Drittel der Befragten konsultieren mindestens einmal einen Allgemeinpraktiker, ein Drittel einen Spezialarzt. Die durchschnittliche Anzahl Konsultationen pro Jahr steigt mit dem Alter an, hauptsächlich als Folge einer erhöhten Besuchsfrequenz beim Hausarzt.

65% der Bevölkerung konsultieren innert Jahresfrist mindestens einmal einen Zahnarzt, 46% gehen zur Dentalhygiene, 31% zum Optiker und 16% in die Physiotherapie. Frauen lassen sich doppelt so häufig wie Männer komplementärmedizinisch behandeln (31% gegenüber 15%).

12% der Bevölkerung benötigen im Laufe eines Jahres mindestens eine stationäre Spitalbehandlung. Die durchschnittliche Anzahl Hospitalisierungstage pro Einwohner verdreifacht sich zwischen den 45- bis 54-Jährigen und den Personen ab 75 Jahren.

Die Inanspruchnahme der SPITEX-Dienste steigt ab dem 75. Lebensjahr stark an: 8% der Männer und 17% der Frauen in dieser Altersgruppe greifen darauf zurück. Auch Hilfen von nicht-professionellen Personen wie Verwandten, Freunden und Nachbarn werden in diesem Alter häufiger benötigt (9% der Männer und 24% der Frauen).

Vorsorgeuntersuchungen für Herz-Kreislaufkrankheiten sind weit verbreitet: 84% der 55- bis 64-jährigen Personen lassen im Laufe eines Jahres ihren Blutdruck und 57% ihren Cholesterinspiegel messen. In den höheren Altersklassen ist dieser Anteil noch grösser.

Die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen variiert stark je nach Krebsart. 30% der Personen ab 40 Jahren haben mindestens einmal im Leben den Hämo-cult-Test (Untersuchung des Stuhls auf Blut) zur Früherkennung von Darmkrebs machen lassen. 66% der Männer im Alter von 60–69 Jahren haben mindestens einmal eine Untersuchung zur Früherkennung von Prostatakrebs in Anspruch genommen. Einer Mammografie zur Früherkennung von Brustkrebs unterzogen sich 80% der Frauen zwischen 50 und 69. Bei einem Viertel der Frauen in dieser Altersgruppe fand die letzte Untersuchung in den vergangenen 12 Monaten statt. Schliesslich wurde bei acht von zehn Frauen ab 20 Jahren schon einmal ein Gebärmutterabstrich zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs durchgeführt. Bei der Hälfte der Frauen zwischen 30 und 60 Jahren lag die letzte Untersuchung höchstens ein Jahr zurück.

Arbeit, Wohnen und Gesundheit

43% der erwerbstätigen Personen sind am Arbeitsplatz mindestens drei physischen Risikofaktoren, 33% mindestens drei psychosozialen Risikofaktoren ausgesetzt. 13% der Erwerbstätigen haben Angst, ihre Arbeitsstelle zu verlieren. Je niedriger der Bildungsstand desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit, solchen Risikofaktoren ausgesetzt zu sein. Der Gesundheitszustand von Personen mit ungünstigen Arbeitsbedingungen ist tendenziell schlechter. So ist der Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als nicht gut erachten, bei den Erwerbstätigen, welche Angst vor dem Verlust ihrer Arbeitsstelle haben, doppelt so hoch wie bei jenen, die diese Furcht nicht haben.

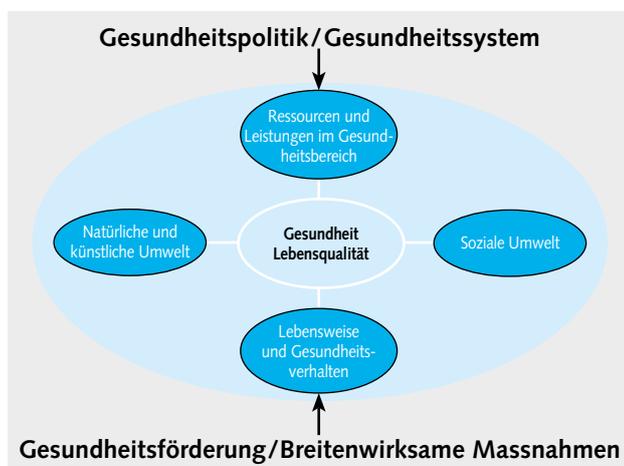
Jede zweite Person wird bei sich zu Hause mindestens durch eine Störung im Wohnumfeld belastet. Die häufigsten Störungen sind Verkehrslärm und -abgase (ein Drittel der Personen) sowie Lärmbeeinträchtigungen durch Leute oder Kinder, die nicht zum eigenen Haushalt gehören (nahezu ein Fünftel der Personen). Schlafstörungen treten als häufigstes Gesundheitsproblem in Zusammenhang mit Störungen im Wohnumfeld auf.

1 Einleitung

Im vorliegenden Bericht präsentiert das Bundesamt für Statistik die Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007. Ziel des Berichts ist eine umfassende Darstellung des Gesundheitszustands der Bevölkerung der Schweiz und dessen Einflussfaktoren.

Der Schweizerischen Gesundheitsbefragung liegt ein ganzheitliches und dynamisches Gesundheitsmodell zugrunde (G1). Die Gesundheit einer Person hängt nicht nur von ihren individuellen Voraussetzungen und Veranlagungen ab, sondern auch ganz wesentlich von ihrer (ökologischen, sozialen und kulturellen) Umwelt, ihren Lebens- und Verhaltensweisen und den Leistungen des Gesundheitssystems.

Vereinfachtes Modell des Gesundheitsbegriffs G1



Dieses Gesundheitsmodell strukturiert den vorliegenden Bericht¹. Das Kapitel 2 vermittelt ein Bild der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit der Bevölkerung. Kapitel 3 erfasst die als gesundheitsrelevant geltenden Verhaltensweisen: körperliche Aktivität, Ernährungsgewohnheiten sowie der Konsum von Alkohol,

Tabak und Drogen. Kapitel 4 beschreibt die Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste (und die ergänzende Rolle der informellen Hilfe) und der Vorsorgeuntersuchung. Kapitel 5 schliesslich analysiert zwei Dimensionen des sozialen Umfelds – Arbeit und Wohnen – und deren Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand.

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) wird seit 1992 alle 5 Jahre vom Bundesamt für Statistik durchgeführt. Im Jahr 2007 wurden 18'760 Personen befragt. Die Daten sind repräsentativ für die ständige (ausländische und schweizerische) Wohnbevölkerung ab 15 Jahren, die in Privathaushalten mit Telefonanschluss lebt². Personen, die in sozialmedizinischen Einrichtungen wohnen (Alters- und Pflegeheime, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen usw.) wurden von der Befragung ausgeschlossen. Die Gesundheit der älteren Personen, die in Institutionen leben, ist Gegenstand einer gesonderten Erhebung.

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung liefert eine Fülle von Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung, die Verhaltensweisen und das soziale Umfeld, die einen Einfluss auf die Gesundheit haben können, sowie über die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. Sie ist in vielen Fällen die einzige Quelle, die repräsentative Daten auf nationaler Ebene zu diesen Themen bereitstellt. Überdies erlaubt sie die Beobachtung von Entwicklungen im Zeitverlauf, was besonders nützlich ist, um die Wirkung gesundheitspolitischer Massnahmen – insbesondere im Bereich Prävention oder Gesundheitsförderung – beurteilen zu können. Aus diesen Gründen ist die Schweizerische Gesundheitsbefragung ein unerlässliches Instrument zur Planung und Evaluation der Gesundheitspolitik.

¹ Grundlage des Berichts sind die Standardtabellen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (BFS (2009): Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007: Standardtabellen. Interaktive Applikation auf CD-ROM. Neuchâtel). In den Standardtabellen werden zentrale Fragen aus allen Themenbereichen nach Altersgruppen und Geschlecht, sowie nach Bildungsniveau und Sprachregion der Befragten dargestellt. Wenn möglich, werden auch Zeitreihen abgebildet.

² Vgl. Kap.6 zum Thema Methoden.

2 Gesundheitszustand

Das biomedizinische Gesundheitskonzept befasste sich lange Zeit fast ausschliesslich mit den negativen Aspekten von Gesundheit, d.h. mit Krankheit in ihren verschiedenen Formen. Demgegenüber definiert die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Gesundheit als «ein Zustand des völligen körperlichen, geistig-seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen»³. Der Sinn dieser Definition lässt sich auch in alltagssprachlichen Ausdrücken für gute Gesundheit wiederfinden, die von «in Form» oder gut aufgelegt sein, arbeitsfähig und in der Lage sein, den täglichen Aufgaben und Verpflichtungen nachzukommen, über seelische Ausgeglichenheit bis hin zu der Fähigkeit, sein Leben zu bewältigen und gute soziale Kontakte und Beziehungen zu pflegen, reichen. Dieses Kapitel befasst sich mit einigen dieser Facetten der Gesundheit der Bevölkerung.

2.1 Selbst wahrgenommene Gesundheit und dauerhafte Probleme

Die selbst wahrgenommene Gesundheit umfasst implizit die verschiedenen Dimensionen der Gesundheit: körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden. Zahlreiche Längsschnittstudien⁴ haben gezeigt, dass sie eine hohe Vorhersagekraft in Bezug auf Sterblichkeit oder schwere Erkrankungen besitzt. Sie ist deshalb ein guter Indikator für den Gesundheitszustand der Bevölkerung insgesamt.

³ Präambel der WHO-Verfassung, die anlässlich der Weltgesundheitskonferenz vom 19.–22. Juni 1946 in New York verabschiedet, am 22. Juli 1946 von den Repräsentanten von 61 Ländern unterzeichnet (amtliche Dokumente der Weltgesundheitsorganisation, Nr. 2, S. 100) und am 7. April 1948 in Kraft gesetzt wurde. Diese Definition der WHO ist seither unverändert geblieben.

⁴ Rakowsky, W et al, (1993): Self-assessments of Health and Mortality Among Older Persons, *Research on Aging*, 15/1: 92–116; Wolinsky FD, Johnson RJ (1992): Perceived Health Status and Mortality among Older men and Women, *Journal of Gerontology*, 46: 304–312.

Messung der selbst wahrgenommenen Gesundheit

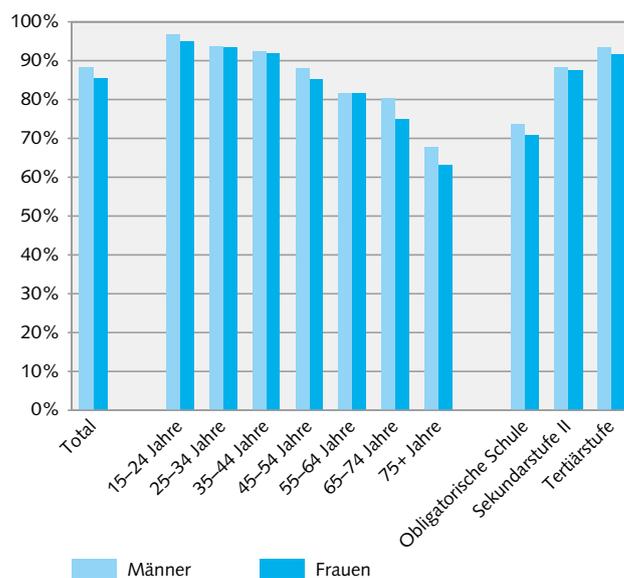
Der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand wurde mit der Frage: «Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?» erhoben. Fünf mögliche Antworten von «sehr gut» bis «sehr schlecht» standen zur Auswahl. Die Frage gehört zum «Minimalmodul» – *Minimum European Health Modul (MEHM)* – einem Bestandteil des «Europäischen Gesundheitserhebungssystems», das vom statistischen Amt der Europäischen Union (Eurostat) eingeführt wurde, um internationale Vergleiche zu ermöglichen.

87% der Bevölkerung ab 15 Jahren sind nach eigener Aussage bei «guter» oder «sehr guter» Gesundheit. Dieser Anteil ist bei den Männern (88%) etwas höher als bei den Frauen (85%) (G2.1). Die **selbst wahrgenommene Gesundheit** verschlechtert sich mit dem Alter: 96% der 15- bis 24-Jährigen schätzen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein, verglichen mit 65% der 75-Jährigen und Älteren. Differenzen finden sich auch nach Bildungsstand: 93% mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe fühlen

Guter oder sehr guter selbst wahrgenommener Gesundheitszustand, 2007

Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 2.1



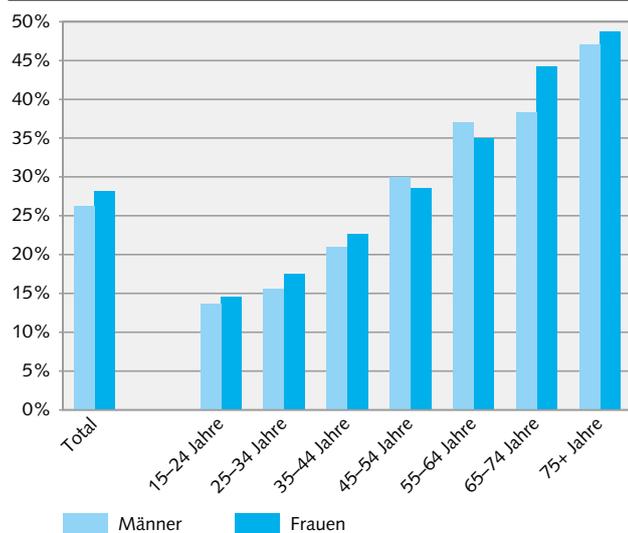
© Bundesamt für Statistik (BFS)

sich gut oder sehr gut, gegenüber 72% der Personen ohne nachobligatorische Ausbildung. Dieser Gradient ist in allen Altersgruppen festzustellen. Der Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand selbst als (sehr) gut bezeichnen, hat sich seit der ersten Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992 leicht erhöht (von 84% auf 87%). Diese positive Entwicklung ist bei Männern und Frauen zu beobachten.

27% der Bevölkerung haben **«eine dauerhafte Krankheit oder ein dauerhaftes gesundheitliches Problem»**⁵. Frauen und Männer sind etwa zu gleichen Teilen betroffen. Der Anteil der Personen mit einem dauerhaften Gesundheitsproblem nimmt mit dem Alter zu: er steigt von 14% bei den 15- bis 24-Jährigen, auf 36% bei den 55- bis 64-Jährigen und auf 48% bei den 75-Jährigen und Älteren (G2.2). Auch hier ist ein Bildungsgradient festzustellen: Ein Drittel der Personen ohne nachobligatorische Ausbildung berichtet über ein chronisches Gesundheitsproblem, gegenüber einem Viertel der Personen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe. In den Altersgruppen von 25–54 Jahren sind diese Unterschiede stärker ausgeprägt. Personen in der Deutschschweiz waren häufiger von einem chronischen Gesundheitsproblem betroffen als jene in der französischen und italienischen Schweiz (28% bzw. 24%).

Dauerhaftes Gesundheitsproblem, 2007
Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten
ab 15 Jahren

G 2.2



© Bundesamt für Statistik (BFS)

⁵ Diese Frage ist ebenfalls Bestandteil des MEHM. Antwortmöglichkeiten: «Ja» oder «Nein».

2.2 Körperliche Beschwerden

Die hier betrachteten körperlichen Beschwerden haben im Wesentlichen Symptomcharakter, können aber im Alltag dennoch stark beeinträchtigend sein (z.B. Rückenschmerzen). Sie können psychosoziale Ursachen haben (Stress).

Rücken- oder Kreuzschmerzen sind die häufigsten körperlichen Beschwerden: 43% der Bevölkerung leiden «ein bisschen» oder «stark» darunter. Das Gefühl von allgemeiner Schwäche, Müdigkeit oder Energielosigkeit ist ebenfalls weit verbreitet (42%). Über ein Drittel leiden unter Kopfschmerzen und Einschlafstörungen. Die übrigen körperlichen Beschwerden kommen (deutlich) bei weniger als 20% vor.

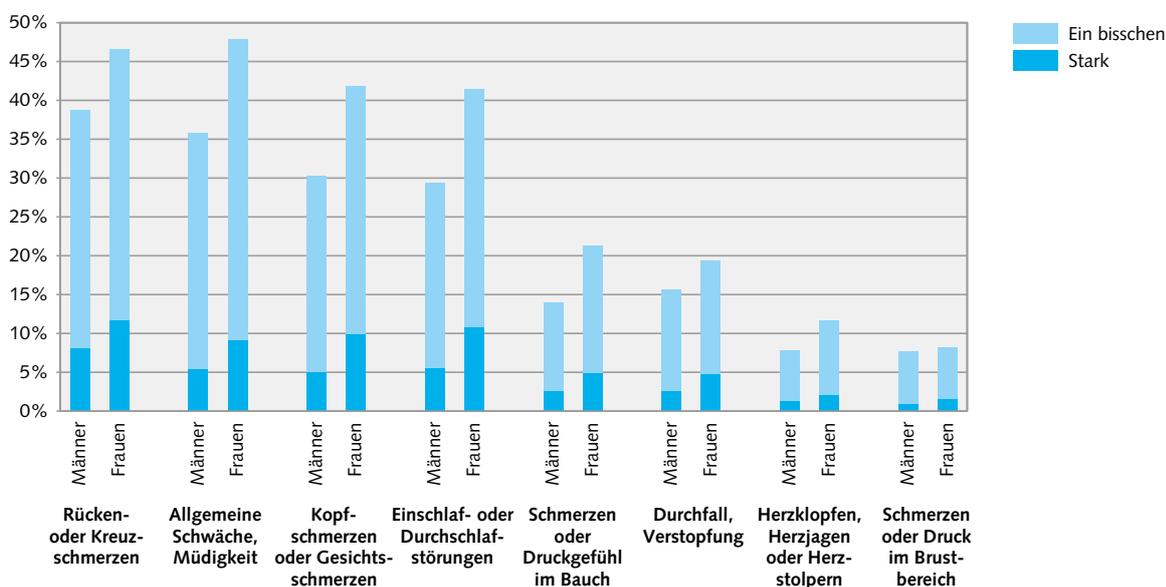
Die Intensität dieser Beschwerden ist meist mässig hoch, die Mehrzahl der Betroffenen leidet nach eigenem Bekunden lediglich «ein bisschen» darunter. Einzig im Falle der Rücken- oder Kreuzschmerzen vermelden 10% «starke» Beschwerden. Die Prävalenz und die Intensität der körperlichen Beschwerden sind bei den Frauen durchwegs höher als bei den Männern (G2.3).

Körperliche Beschwerden treten im Alter unterschiedlich stark auf. So steigt mit dem Alter die Häufigkeit von Rücken- oder Kreuzschmerzen, Durchfall oder Verstopfung, Einschlaf- oder Durchschlafstörungen, Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern sowie Schmerzen oder Druck im Brustbereich an, während die Prävalenz von allgemeiner Schwäche, Müdigkeit, Energielosigkeit, Schmerzen oder Druckgefühl im Bauch sowie von Kopfschmerzen abnimmt. Z.B. verdoppelt sich der Anteil der Personen mit Einschlaf- oder Durchschlafstörungen zwischen der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen und den 75-Jährigen und Älteren (von 25% auf 50%). Demgegenüber geht der Anteil der Personen, die unter Kopfschmerzen leiden, stark zurück: von 44% in der jüngsten Alterskategorie auf 18% bei den Ältesten.

Körperliche Beschwerden, 2007

Innerhalb von vier Wochen,
Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 2.3



© Bundesamt für Statistik (BFS)

Prävalenz: Mass der Auftretenshäufigkeit einer Krankheit

Unter der Prävalenz einer bestimmten Erkrankung versteht man den Prozentsatz der Bevölkerung, der in einem bestimmten Moment an dieser Krankheit leidet. Die Prävalenz kann «zu einem Zeitpunkt», «über einen Zeitraum hinweg» (z.B. Anteil Erkrankungsfälle innerhalb von 12 Monaten) oder «in der Lebenszeit» (Anteil Personen, die mindestens einmal in ihrem Leben an einer Erkrankung leiden) gemessen werden. Die Prävalenz berücksichtigt alle Erkrankungsfälle im Referenzzeitraum, im Unterscheid zur Inzidenz, welche die Anzahl der Neuerkrankungen in einer Bevölkerungsgruppe in einem bestimmten Zeitraum angibt.

Messung der körperlichen Beschwerden

Die Personen geben an, ob sie in den vergangenen vier Wochen unter den acht nachstehend genannten Beschwerden litten: «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». Die möglichen Antworten waren: «überhaupt nicht», «ein bisschen» und «stark». Beschwerden, die im Zusammenhang mit Fieber – d.h. mit einer akuten Erkrankung – auftraten, wurden nicht berücksichtigt.

Die oben erwähnten acht Beschwerden wurden zu einem Indikator zusammengefasst, der ihr Ausmass repräsentiert: Von **starken körperlichen Beschwerden** wird demnach gesprochen, wenn die Intensität in mindestens vier Fällen hoch ist (Antwort: «stark»).

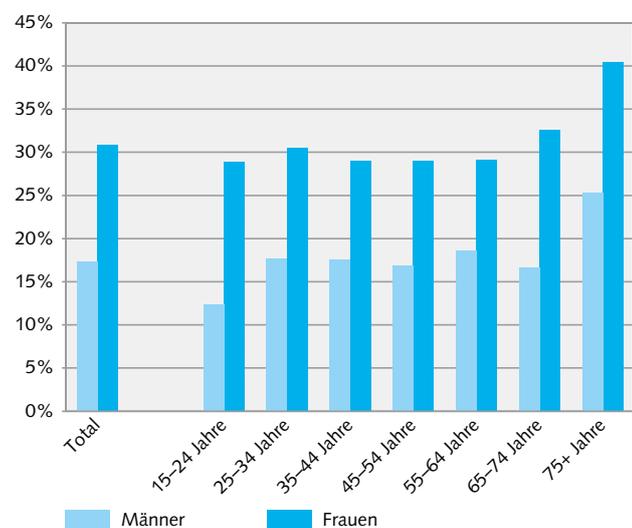
Gelenk- oder Gliederschmerzen sind ebenfalls relativ häufige körperliche Beschwerden: 32% der Männer und 36% der Frauen waren innerhalb von vier Wochen davon betroffen. Die Schmerzen sind bei 7% der Männer und bei 10% der Frauen stark. Der Alterseffekt tritt dabei deutlich zutage: Der Anteil der Betroffenen steigt von einem Viertel unter den 15- bis 24-Jährigen auf die Hälfte bei den Personen ab 75 Jahren.

Der Indikator zu starken körperlichen Beschwerden zeigt, dass diese bei den Frauen stärker verbreitet sind als bei den Männern (31% bzw. 17%). Die Prävalenz starker körperlicher Beschwerden ist bei den Frauen bis zum Alter von 64 Jahren und bei den Männern bis zum Alter von 74 Jahren relativ stabil. Danach steigt sie stark an (G2.4), was als Folge des altersabhängig unterschiedlich häufigen Auftretens einzelner Beschwerden betrachtet werden kann.

Indikator starke körperliche Beschwerden, 2007

Innerhalb von vier Wochen, Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 2.4



© Bundesamt für Statistik (BFS)

Personen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe leiden deutlich seltener (20%) unter starken körperlichen Beschwerden als Personen ohne nachobligatorische Ausbildung (32%). Zwischen den drei Sprachregionen sind keine Unterschiede auszumachen.

Die Prävalenz starker körperlicher Beschwerden ist zwischen 1992 und 2007 stabil geblieben (24%), ebenso wie die Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

2.3 Chronische Krankheiten

Chronische Krankheiten (Herzkrankheiten, Schlaganfall, Krebs, chronische Atemwegserkrankungen, Diabetes usw.) sind dauerhafte, nicht ansteckende Krankheiten mit in der Regel langsamem Verlauf. Laut WHO sind sie weltweit die Haupttodesursache und für 60% aller Todesfälle verantwortlich⁶. Chronische Krankheiten haben, soweit sie nicht zum Tod führen, erhebliche Auswirkungen auf den Alltag der Betroffenen und auf ihren Bedarf nach medizinischer Versorgung.

Ärztliche Behandlung chronischer Krankheiten

Folgende vierzehn chronischen Krankheiten wurden in der Befragung erhoben: Migräne, Asthma, Diabetes, Arthrose oder Arthritis, Magengeschwür oder Zwölffingerdarmgeschwür, Osteoporose, chronische Bronchitis oder Emphysem, hoher Blutdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Nierenerkrankung oder Nierensteine, Krebs oder Geschwulst, Heuschnupfen oder andere Allergien sowie Depression. Für jede wurde erfasst, ob die Befragten vor den letzten 12 Monaten oder innerhalb der letzten 12 Monate deswegen in ärztlicher Behandlung waren, ob die Behandlung noch andauerte oder ob keine Behandlung stattgefunden hatte.

Die chronischen Krankheiten lassen sich entsprechend der Häufigkeit, wie sie im Verlaufe des Lebens von Ärzten behandelt werden mussten, in drei grosse Gruppen einteilen: 1. Bluthochdruck, Heuschnupfen und Arthrose, mit Prävalenzen zwischen 15% und 11%; 2. Depression, Asthma und Migräne (zwischen 8% und 6%), und 3. Krebs/Geschwulst, Nierenerkrankungen, chronische Bronchitis, Diabetes, Osteoporose, Magengeschwür, Herzinfarkt und Schlaganfall (zwischen 4% und 1%). Behandlungen wegen Nierenerkrankungen, Diabetes und Herzkrankheiten sind bei Männern häufiger als bei Frauen, während es sich bei Arthrose, Depression, Migräne, Osteoporose und Krebs/ Tumoren genau umgekehrt verhält (G2.5).

15% der Bevölkerung sind im Laufe ihres Lebens bereits einmal wegen **hohem Blutdruck** ärztlich behandelt worden; 10% sind deswegen noch in Behandlung.

Ebenfalls relativ weit verbreitet sind Behandlungen wegen **Heuschnupfen und anderen Allergien** (14%). Der Anteil der Personen, die sich wegen Heuschnupfen und anderen Allergien ärztlich behandeln lassen, nimmt mit dem Alter regelmässig ab, von 19% der 15- bis 24-Jährigen auf 8% der Personen ab 75 Jahren.

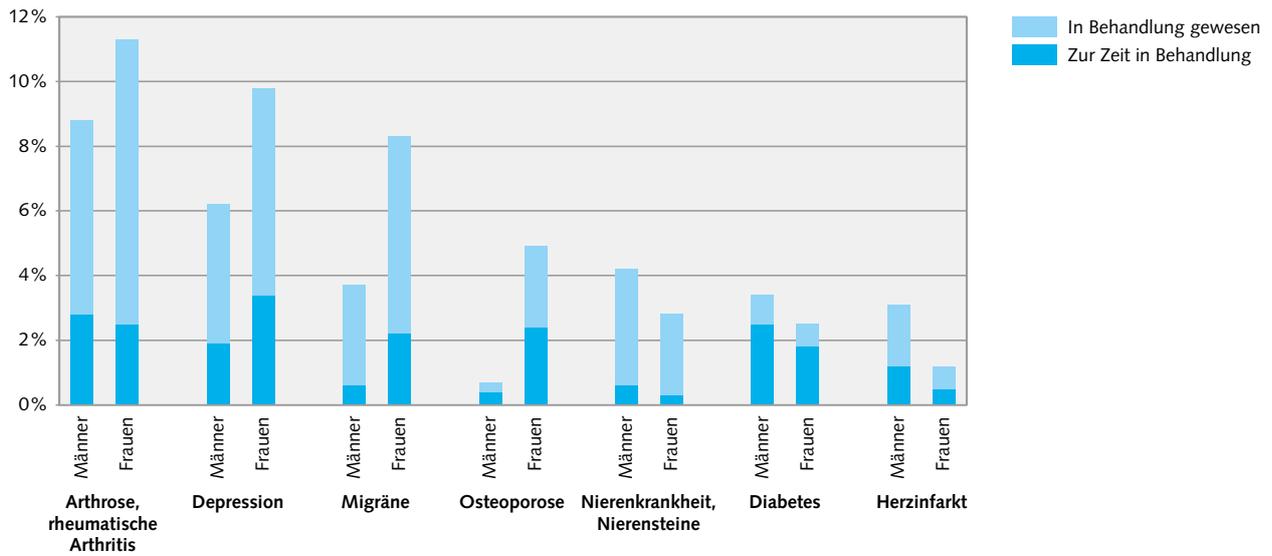
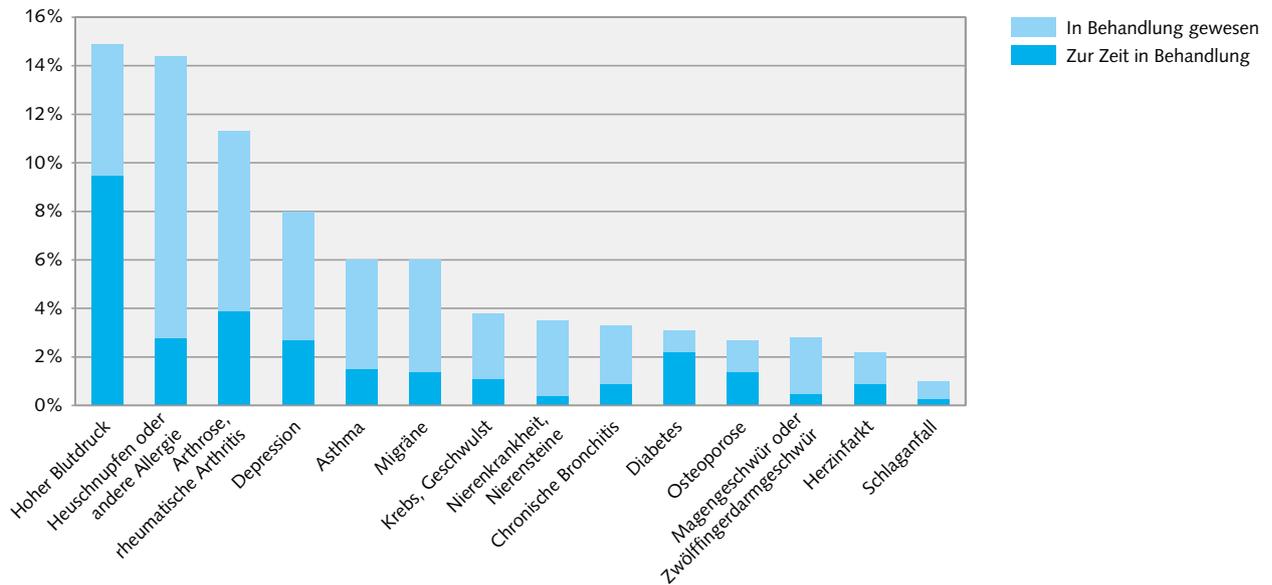
Frauen haben doppelt so häufig wie Männer Behandlungen wegen **Migräne** in Anspruch genommen (8% bzw. 4%). Wie im Falle von Heuschnupfen und anderen Allergien sind sie bei den jüngsten Personen verbreiteter (15- bis 24-Jährige: 6%) als bei den Ältesten (3% bei den Personen ab 75 Jahren).

11% der Bevölkerung waren oder sind noch in Behandlung wegen **Arthrose**. Frauen (14%) sind stärker betroffen als Männer (9%). Die Prävalenz dieser Behandlungen nimmt mit dem Alter stark zu: von unter 5% der bis 44-Jährigen auf 39% der ab 75-Jährigen.

⁶ www.who.int/topics/chronic_disease/fr/.

Behandlungen wegen chronischer Erkrankungen, 2007
Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 2.5



© Bundesamt für Statistik (BFS)

2.4 Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen waren 2007 in der Schweiz für 37% der Todesfälle verantwortlich. Sie sind die häufigste Todesursache, vor Krebs und Demenz⁷. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung liefert Informationen, die Aufschluss geben über die Verteilung einiger entscheidender Risikofaktoren. In diesem Abschnitt werden die Daten zu Übergewicht, Bluthochdruck und hohen Cholesterinwerten (Hypercholesterinämie) präsentiert. Die Themen Bewegungsmangel und Rauchen werden in Kapitel 3 behandelt. Die Prävalenz einiger Vorsorgeuntersuchungen wird in Kapitel 4 erörtert.

2.4.1 Übergewicht

Übergewicht und insbesondere Adipositas haben weltweit so stark zugenommen, dass die WHO von einer Pandemie spricht. Sie stellen ein grosses Problem für die Gesundheit der Bevölkerung dar, da sie zahlreiche Begleiterkrankungen und eine erhöhte vorzeitige Sterblichkeit zur Folge haben⁸. Übergewicht ist insbesondere mit einem grösseren Risiko für erhöhten Blutdruck verbunden, der wiederum einen Hauptrisikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen darstellt.

Die Schweiz gehört weltweit zu den Ländern mit dem niedrigsten Anteil an übergewichtigen Personen⁹: 37% der Bevölkerung gelten als übergewichtig, 8% davon sind adipös. Diese Anteile sind in den drei Sprachregionen ähnlich hoch. Männer leiden deutlich öfters unter Übergewicht (einschliesslich Adipositas) wie Frauen (46% respektive 29%). Die Prävalenz von Übergewicht nimmt bis ins Pensionsalter deutlich zu. Während die Zunahme bei den Frauen kontinuierlich verläuft (G2.6), ist bei den Männern ein sprunghafter Anstieg zwischen der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen (15%) und jener der 25- bis 34-Jährigen (39%) zu beobachten.

Bei den Frauen nähert sich der Anteil der Übergewichtigen erst ab 65 Jahren jenem der Normalgewichtigen an. Bei den Männern erfolgt diese Annäherung bereits mit 35 Jahren, anschliessend übersteigt der Anteil der Übergewichtigen jenen der Normalgewichtigen (G2.6).

Der Body-Mass-Index (BMI)

Die gängigste Einheit zur Messung von Übergewicht ist der Körpermassenindex (englisch: Body-Mass-Index, BMI): das Körpergewicht (in Kilogramm) geteilt durch das Quadrat der Körpergrösse (in Metern)¹⁰. Trotz seiner Schwächen (keine Unterscheidung zwischen Fett- und Muskelanteil möglich; Faktoren wie Geschlecht, ethnische oder nationale Charakteristiken, usw. werden bei der Festsetzung der Schwellenwerte ausser Acht gelassen), hat dieser Indikator den bedeutenden Vorteil, dass er Vergleiche zwischen grossen Populationen ermöglicht. Weit verbreitet ist die Unterscheidung nach den WHO-Kategorien Untergewicht (BMI unter 18,5 kg/m²), Normalgewicht (BMI 18,5–24,9 kg/m²), Übergewicht (BMI 25–29,9 kg/m²) und Adipositas (BMI über 30 kg/m²). Die Adipositas wird ihrerseits in drei Klassen unterteilt. Obschon sich die Werte der WHO auf Personen im Alter von 18–65 Jahren beziehen, werden diese Kategorien in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung auch für ältere Personen verwendet. Bei den 15–17-Jährigen wird auf die Perzentilwerte von Kromeyer-Hauschild¹¹ abgestützt, um der unterschiedlichen körperlichen Entwicklung der Jugendlichen Rechnung zu tragen.

Drei Viertel der übergewichtigen Personen unter 50 Jahren¹² möchten abnehmen; bei den adipösen Personen sind es sogar 88%. Männer möchten weniger häufig abnehmen als Frauen (71% respektive 88%).

Im Allgemeinen scheint das Gewicht kein Grund für grosse Unzufriedenheit zu sein (G2.7). Ein Unterschied zwischen Männern und Frauen ist jedoch bemerkenswert: der Anteil der Männer, die mit ihrem Gewicht zufrieden sind, ist in allen Altersgruppen höher als der Anteil an normalgewichtigen Männern; demgegenüber ist der Anteil der Frauen, die mit ihrem Gewicht zufrieden sind, bis im Alter von 64 Jahren niedriger als der Anteil an normalgewichtigen Frauen.

Der Anteil der Übergewichtigen an der Bevölkerung ist von 30% im Jahr 1992 auf 35% im Jahr 1997 und auf 37% in den Jahren 2002 und 2007 gestiegen. Er scheint sich somit nach einer Zunahme in den 1990er-Jahren seit fünf Jahren stabilisiert zu haben.

¹⁰ Aus praktischen Gründen konnten die Personen nicht gemessen und gewogen werden. Sie wurden deshalb gebeten, Grösse und Gewicht anzugeben. Die so erhobenen Werte stellen lediglich eine Annäherung an die tatsächlichen Werte dar, da die Personen nachweislich dazu tendieren, ihre Grösse zu überschätzen und ihr Gewicht zu unterschätzen. Dies führt dazu, dass der Anteil übergewichtiger Personen tendenziell unterschätzt wird. (Connor Gorber S, Tremblay M, Moher D, Gorber B (2007): A comparison of direct vs. self-report measures for assessing height, weight and body mass index: a systematic review. *Obes Rev*; 10.1111/j.1467-789X.2007.00347.x)

¹¹ Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D et al. (2001): Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben, *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 149, 807–818

¹² Die Fragen bezüglich einer Gewichtsänderung wurden nur Personen bis zum Alter von 49 Jahren gestellt.

⁷ BFS (2008): Todesursachenstatistik. Ursachen der Sterblichkeit 2005 und 2006. Neuchâtel

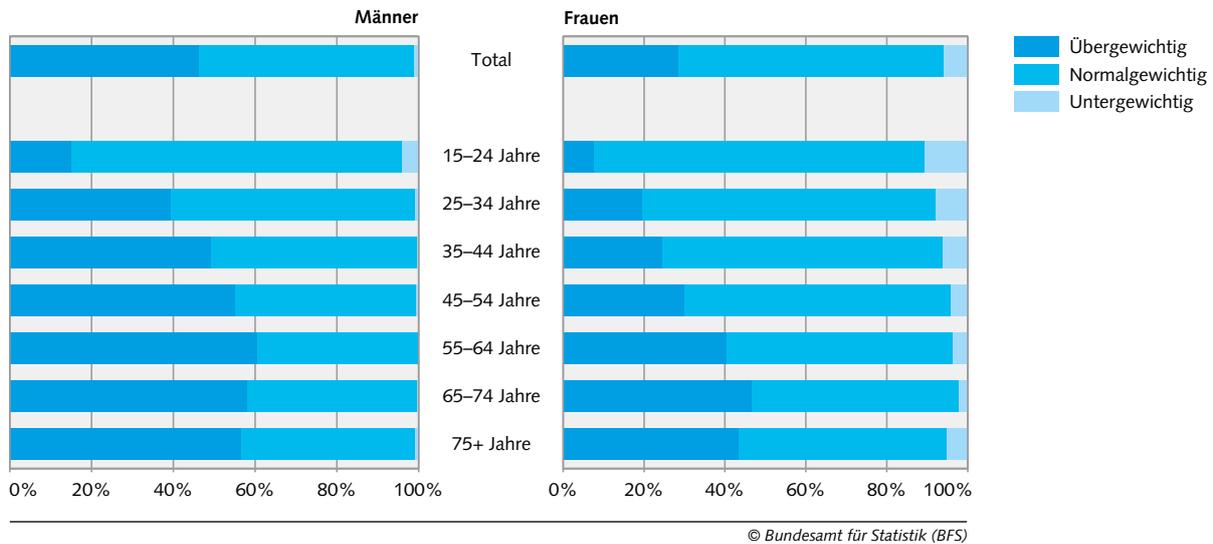
⁸ www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/index.html.

⁹ OECD (2009): Health at a Glance 2009 – OECD Indicators. Paris: OECD

Körpergewicht, 2007

Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

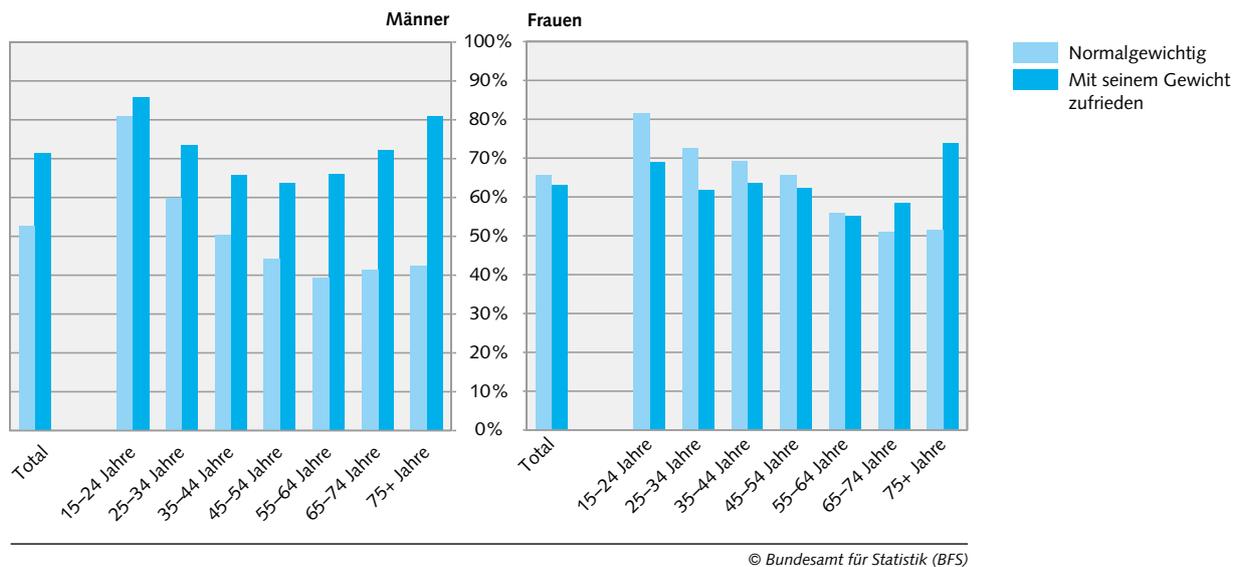
G 2.6



Körpergewicht und Zufriedenheit mit dem eigenen Gewicht, 2007

Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 2.7



2.4.2 Bluthochdruck

Von Bluthochdruck (erhöhtem Blutdruck in den Arterien) wird gesprochen, wenn bei dreifacher Messung im Laufe von mehreren Wochen stets arterielle Blutdruckwerte von mindestens 140/90 mm Hg (Millimeter Quecksilbersäule) gemessen werden.

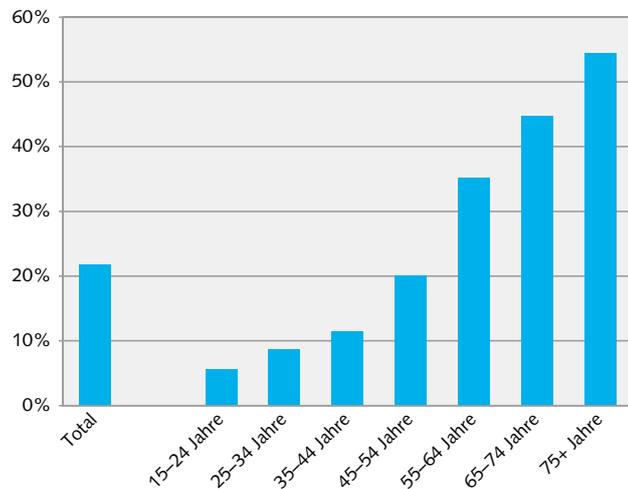
Bei 22% der Bevölkerung wurde bereits einmal Bluthochdruck ärztlich diagnostiziert (Männer: 23%; Frauen: 21%). Der Anteil der Betroffenen nimmt mit dem Alter zu (G2.8). Nahezu 4% der Bevölkerung leiden aktuell

unter zu hohem Blutdruck. 41% der Personen mit der Diagnose Bluthochdruck sind derzeit in ärztlicher Behandlung, weitere 22% sind mindestens einmal in Leben deswegen behandelt worden.

Bei Übergewicht nimmt der Anteil der Personen mit zu hohem Blutdruck deutlich zu: Beträgt der Anteil der Betroffenen unter den Normalgewichtigen 2%, sind es bei den Übergewichtigen 5% und bei den Personen mit Adipositas 10%.

Ärztliche Diagnose Bluthochdruck, 2007

Mindestens einmal im Leben, Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren **G 2.8**



© Bundesamt für Statistik (BFS)

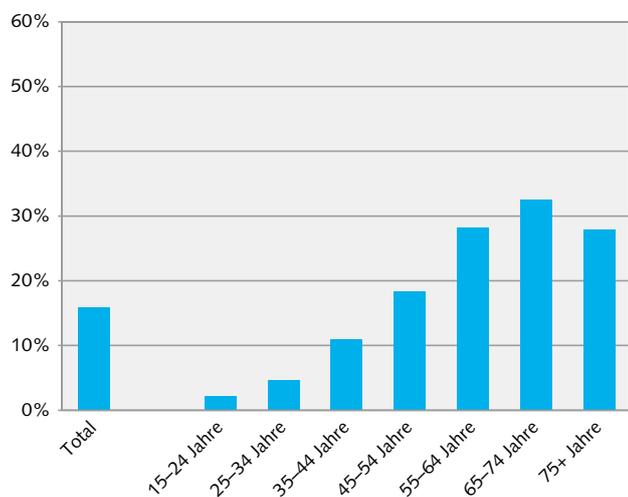
2.4.3 Erhöhter Cholesterinspiegel

Die Hypercholesterinämie – ein erhöhter Cholesterinspiegel im Blut – ist eine Stoffwechselstörung, die ein Risikofaktor für Arteriosklerose darstellt und damit eine Ursache verschiedener Herzkreislauf-Erkrankungen sein kann.

Bei 16% der Bevölkerung wurde mindestens einmal im Leben ein zu hoher Cholesterinwert ärztlich diagnostiziert (G2.9). Männer sind häufiger betroffen als Frauen (18% bzw. 14%). Die Diagnose Hypercholesterinämie nimmt mit dem Alter zu: Bis im Alter von 34 Jahren liegt sie unter 5%, steigt dann in der Altersgruppe der 35- bis

Ärztliche Diagnose erhöhter Cholesterinspiegel, 2007

Mindestens einmal im Leben, Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren **G 2.9**



© Bundesamt für Statistik (BFS)

44-Jährigen auf 10% und klettert anschliessend weiter auf ein Drittel bei den 65- bis 74-Jährigen. Insgesamt 3% haben zurzeit einen zu hohen Cholesterinwert, wobei Männer und Frauen gleichermassen betroffen sind.

2.5 Psychische Gesundheit

Psychische Gesundheit wird umschrieben als persönliches Wohlbefinden, Selbstbewusstsein, Lebenszufriedenheit, Beziehungsfähigkeit, Fähigkeit, den Alltag zu bewältigen und einer Arbeit nachgehen zu können sowie zu gesellschaftlicher Partizipation in der Lage zu sein. Psychische Gesundheit ist das Resultat eines dynamischen Prozesses, der durch personenbezogene und exogene Faktoren beeinflusst wird¹³. Sie ist Ausdruck der ständigen Wechselbeziehung zwischen den verschiedenen Anforderungen an das Individuum und den äusseren und inneren Ressourcen zu deren Bewältigung¹⁴.

Psychische Probleme sind weit verbreitet. Sie sind gekennzeichnet durch Denk-, Gefühls- und Verhaltensstörungen und/oder Störungen der Beziehung zu Mitmenschen. Sie können weit reichende Auswirkungen auf verschiedenen Ebenen haben: persönliches Leid, Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit (Änderung der physiologischen Funktionen, übermässiger Konsum von Alkohol, Tabak oder psychoaktiven Substanzen usw.) und im sozialen Bereich (zunehmende Isolierung, Fernbleiben am Arbeitsplatz).

Die psychischen Probleme umfassen ein breites Spektrum von leichten bis schweren Störungen, die von emotionalen Stresszuständen, die angemessener Behandlung bedürfen, bis hin zu eigentlichen psychischen Krankheiten reichen. Nicht jede psychische Krise ist Ausdruck einer psychischen Krankheit: Sind die Symptome nicht genügend ausgeprägt und dauerhaft, um die Kriterien einer psychischen Krankheit zu erfüllen, wird von psychischen Beschwerden oder psychischen Leiden gesprochen. So wird beispielsweise unterschieden zwischen einer depressiven Verstimmung und einer Depression, die als solche diagnostiziert wurde.

¹³ WHO/OMS (2001): Rapport sur la santé dans le monde 2001 – La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs. WHO/OMS: Genf

¹⁴ Schuler D, Rüesch P, Weiss C (2007): Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring, Arbeitsdokument 24, Obsan: Neuchâtel

2.5.1 Psychisches Wohlbefinden und psychische Belastungen

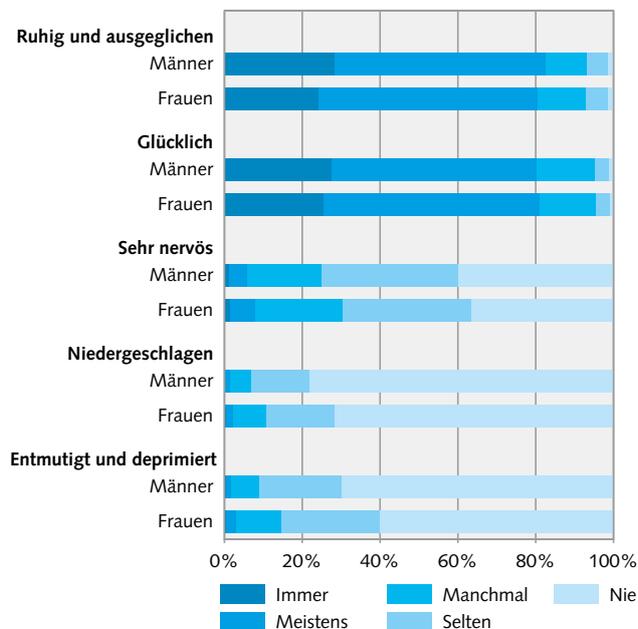
Eine grosse Mehrheit der Bevölkerung empfindet sehr viel häufiger positive als negative **Gefühle**. Über einen Zeitraum von vier Wochen hinweg waren 82% «immer» oder «meistens» ruhig und ausgeglichen, 81% fühlten sich glücklich. Diese Anteile sind bei Männern und Frauen vergleichbar (G2.10).

Das Gefühl der Ausgeglichenheit nimmt mit dem Alter etwas zu: Von 80% bei den 15- bis 24-Jährigen auf 86% bei den 75-Jährigen und Älteren. Auch ist es bei den Personen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe verbreiteter (83%) als bei den Personen ohne nachobligatorischen Schulabschluss (77%). Der Anteil der Personen, die sich glücklich fühlen, variiert kaum mit dem Alter; er steigt jedoch mit dem Bildungsstand.

Negative Gemütszustände sind eher selten: 7% der Bevölkerung fühlten sich innerhalb von vier Wochen «immer» oder «meistens» nervös, 2% verstimmt und 3% niedergeschlagen. Frauen sind stärker betroffen als Männer (G2.10). Nervosität ist verbreiteter als die beiden anderen negativen Emotionen: Lediglich 38% fühlen sich nie sehr nervös.

Gemütszustand, 2007

Innerhalb von vier Wochen, Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren **G 2.10**



© Bundesamt für Statistik (BFS)

Messung des psychischen Wohlbefindens und der psychischen Belastungen

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung ermittelt das psychische Wohlbefinden und die psychischen Belastungen anhand der fünf Fragen des MHI-5 (Mental Health Inventory). Das MHI-5 ist ein Modul des SF-36 («Medical Outcome Study Short Form 36 Item Health Survey»), einem Instrument zur Erfassung der Lebensqualität in Abhängigkeit von der psychischen Gesundheit. Das MHI-5 fragt nach der Häufigkeit von fünf Gemütszuständen innerhalb von vier Wochen - drei negativen (sich sehr nervös fühlen; sich so niedergeschlagen oder verstimmt fühlen, dass einen nichts aufmuntern kann; sich entmutigt und deprimiert fühlen) und zwei positiven (sich ruhig, ausgeglichen und gelassen fühlen und sich glücklich fühlen). Zur Auswahl standen fünf Häufigkeiten: «immer», «meistens», «manchmal», «selten», «nie».

Anhand des MHI-5 lassen sich psychische Probleme auf einer Skala von 0–100 erfassen, wobei drei Kategorien gebildet werden: Summenscores von 0–52 beschreiben «hohe» psychische Belastungen, solche von 53–72 «mittlere» psychische Belastungen, und solche von 73–100 «tiefe» psychische Belastungen. Der MHI-5 erlaubt keine präzise Diagnose, doch lässt sich auf dieser Basis der Anteil Personen in der Bevölkerung berechnen, der Symptome in genügender Zahl bzw. Intensität aufweist, um zur Risikogruppe der Personen mit schwerwiegenderen psychischen Problemen zu zählen. Psychische Belastungen sind nicht gleichzusetzen mit einer spezifischen psychischen Krankheit, wie zum Beispiel der Depression, und sie erfordern nicht immer die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen.

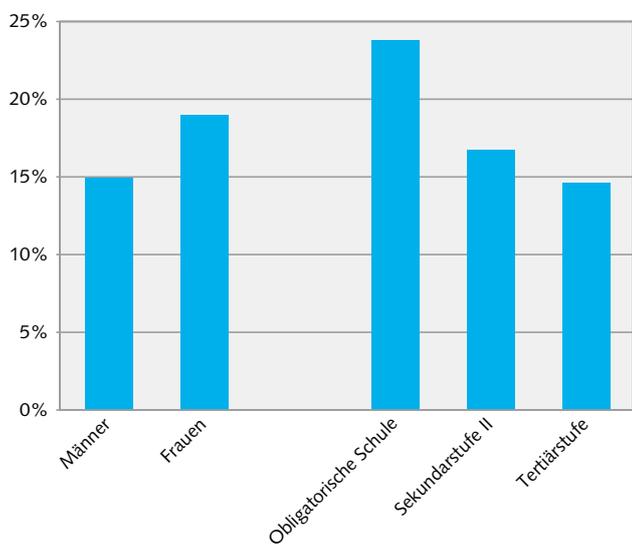
Im Jahr 2007 weisen 83% der Bevölkerung geringe, 13% mittlere und 4% hohe **psychische Belastungen** auf. Frauen berichten häufiger als Männer über mittlere oder hohe psychische Belastungen (19% bzw. 15%). Dieser geschlechtsspezifische Unterschied ist in allen Altersgruppen zu beobachten und ein weit verbreitetes Phänomen im Bereich der psychischen Gesundheit.

Psychische Belastungen hängen kaum vom Alter ab. Dagegen variieren sie je nach Bildungsstand: Personen ohne nachobligatorischen Schulabschluss weisen häufiger mittlere oder hohe psychische Belastungen auf als Personen mit einer höheren Ausbildung (G2.11).

Mittlere oder hohe psychische Belastung, 2007

Innerhalb von vier Wochen, Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 2.11



© Bundesamt für Statistik (BFS)

2.5.2 Depressive Beschwerden

Depression ist ein häufig verwendeter Begriff, der sich auf verschiedenste psychische Zustände bzw. mehr oder weniger ausgeprägte Krankheitsbilder beziehen kann. In der engeren Bedeutung des Wortes ist die Depression eine Krankheit, die grosses persönliches Leid und Scham verursacht und der Behandlung durch eine kompetente Fachperson bedarf. Die Depression («Major Depression») ist die am häufigsten auftretende Erkrankung innerhalb dieser Gruppe von psychischen Störungen. Personen, die von dieser affektiven Störung¹⁵ betroffen sind, leiden unter tiefer seelischer Not und haben erhebliche Schwierigkeiten, ihren Alltag (berufliche, soziale, erzieherische Anforderungen und andere wichtige Routinefunktionen) zu bewältigen. Die Last der Depression für die persönliche Gesundheit und für das Gesundheitswesen ist umso bedeutsamer, wenn die häufig auftretenden Begleiterkrankungen mit berücksichtigt werden.

Im Laufe eines Jahres durchleben 15% der Bevölkerung (Männer: 13%; Frauen: 16%) eine Episode von mindestens zwei Wochen Dauer, während der sie sich traurig, niedergeschlagen oder deprimiert fühlen oder ihr Interesse an den meisten Dingen verlieren, die ihnen normalerweise

¹⁵ Nach den Kriterien der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10), die mit jener des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM IV) vergleichbar ist, gehört die Depression zu den affektiven Störungen. Dazu zählen die depressiven Störungen, die bipolaren Störungen (klassische Bezeichnung: manisch-depressive Psychose), übrige affektive Störungen (bedingt durch eine Substanz oder durch allgemeine medizinische Krankheitsfaktoren).

Messung der Depression

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung erfasst die depressiven Beschwerden anhand des CIDI-SF (Composite International Diagnostic Interview Short Form). Das CIDI-SF wurde 1995 im Rahmen der WHO entwickelt.

Eine Depression (engl. «Major Depression») liegt nach CIDI-SF vor, wenn folgende drei Kriterien erfüllt sind:

- 1) das Auftreten – innerhalb eines Referenzzeitraumes von 12 Monaten – mindestens einer Episode, die von Traurigkeit, Betrübtheit oder Niedergeschlagenheit geprägt war oder in der das Interesse an den meisten Dingen (Freizeit, Arbeit oder Tätigkeiten, die normalerweise Freude bereiten) verloren ging. Diese Episode muss zudem drei Bedingungen bezüglich Dauer (während mindestens zwei Wochen hintereinander), Häufigkeit (fast an jedem Tag) und Intensität (praktisch den ganzen Tag) erfüllen. Man spricht in diesem Fall von depressiver Verstimmung oder Anhedonie (Freudlosigkeit);
- 2) das Auftreten – während dieser Episode – von mindestens vier sekundären Symptomen wie Müdigkeit, psychomotorische Hemmung, eine Appetit- oder Gewichtsveränderung, Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten oder Unentschlossenheit, Gefühle der Wertlosigkeit und Schuld, wiederkehrende Todes- oder Suizidgedanken;
- 3) und schliesslich eine Beeinträchtigung der üblichen Tätigkeiten aufgrund dieser Probleme.

Das Wort «Major» bedeutet dabei nicht, dass es sich um eine besonders schwere Depression handelt, sondern dass die depressive Episode formal bestimmt (diagnostiziert) ist, d.h. den international anerkannten Kriterien der Depression entspricht. Der Vorteil eines Standardinstruments des Typs CIDI-SF ist, dass damit Prävalenzmessungen in der breiten Bevölkerung ausserhalb des klinischen Umfeldes durchgeführt werden können.

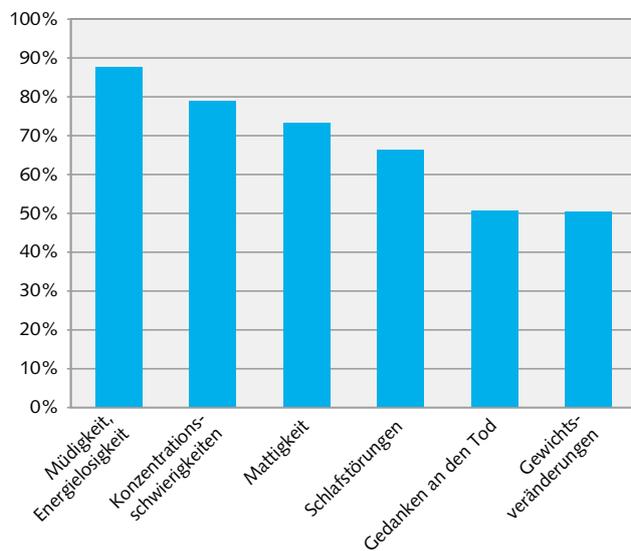
Freude bereiten. 86% der Betroffenen verspüren diese Gefühle fast an jedem Tag und bei nahezu der Hälfte von ihnen (49%) halten sie jeweils den ganzen Tag an.

Bei 6% der Bevölkerung kann von einer depressiven Verstimmung oder Anhedonie (Freudlosigkeit) gesprochen werden, da die Symptome die Voraussetzungen bezüglich Dauer (während mindestens zwei Wochen), Häufigkeit (fast an jedem Tag) und Intensität (praktisch den ganzen Tag) erfüllen. Zwischen Männern und Frauen bestehen dabei keine Unterschiede.

Das Gefühl, schwächer oder erschöpfter zu sein als üblich, ist die am häufigsten auftretende Begleitscheinung bei der depressiven Verstimmung oder der Anhedonie. Die seltensten Sekundärsymptome sind Gewichtsveränderungen und Gedanken an den Tod (G2.12). Bei nahezu der Hälfte der Betroffenen haben sich diese Probleme «stark» auf ihr Leben oder ihre Tätigkeiten ausgewirkt (G2.13). Geschlechtseffekte sind nicht festzustellen.

Sekundärsymptome bei depressiver Verstimmung oder Anhedonie (Freudlosigkeit), 2007

Bei Personen, die an depressiver Verstimmung oder Anhedonie leiden, im Laufe eines Jahres **G 2.12**



© Bundesamt für Statistik (BFS)

5% der Bevölkerung weisen die drei spezifischen Kriterien der eigentlichen Depression («Major Depression») auf. Männer und Frauen scheinen gleichermaßen betroffen zu sein. Diese Prävalenz liegt im Mittelfeld der Werte, die im Rahmen von Studien in Europa in den vergangenen Jahren ermittelt wurden (3–10%)¹⁶. In allen Altersgruppen bis 64 Jahre ist ein etwa gleicher Anteil Personen von einer eigentlichen Depression betroffen. Anschliessend ist eine leicht sinkende Prävalenz zu beobachten. Dabei zeigen sich keine Unterschiede nach dem Bildungsstand.

2.5.3 Behandlungen wegen psychischer Probleme

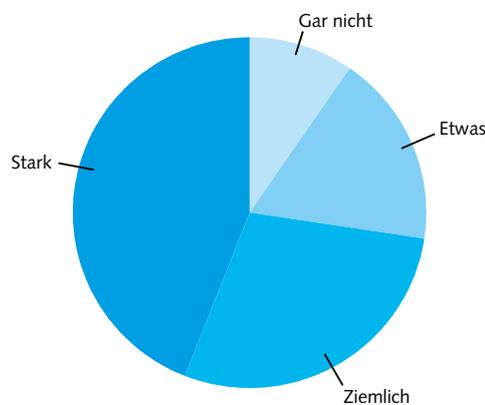
5% der Bevölkerung waren innerhalb eines Jahres in Behandlung wegen psychischer Probleme, Frauen etwas häufiger als Männer (6% gegenüber 4%). Diese Konsultationen sind bei Personen unter 25 Jahren und denjenigen über 65 Jahren weniger verbreitet als in den übrigen Altersgruppen.

Die am häufigsten konsultierten Fachleute sind Psychiater (43%) und Allgemeinpraktiker (41%), gefolgt von Psychologen/Psychotherapeuten (34%). Männer wenden sich deutlich häufiger an einen Psychiater (48%) als an einen Allgemeinpraktiker (40%) oder einen Psychologen/Psychotherapeuten (37%). Frauen suchen etwa gleich häufig einen Allgemeinpraktiker wie einen

¹⁶ Gemäss einer Meta-Analyse der Ergebnisse von 27 Untersuchungen in der Allgemeinbevölkerung zur Prävalenz der Depression im Laufe der vergangenen 12 Monate (Wittchen HU, Jacobi F (2005): Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. European Neuropsychopharmacology. 2005, 15: 357–76)

Beeinträchtigung der Aktivitäten bei depressiver Verstimmung oder Anhedonie (Freudlosigkeit)

Bei Personen, die an depressiver Verstimmung oder Anhedonie leiden, im Laufe eines Jahres **G 2.13**



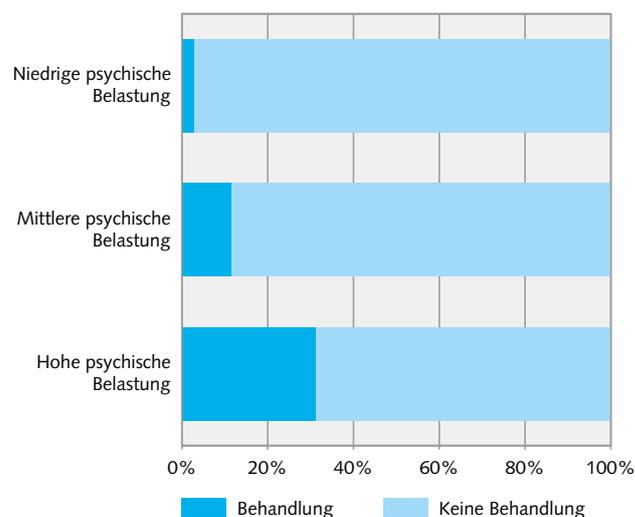
© Bundesamt für Statistik (BFS)

Psychiater auf (40%), aber ebenfalls seltener einen Psychologen oder Psychotherapeuten (31%). Jede zehnte Frau zieht zur Behandlung eines psychischen Problems eine nicht-medizinische Fachperson (Tanz- oder Maltherapeut/in, Schamane, usw.) zu Rate.

Personen, die unter mittleren oder hohen psychischen Belastungen leiden, lassen sich deutlich häufiger wegen psychischer Probleme behandeln als andere. Allerdings stellen die Personen, die sich in Behandlung begeben, eine Minderheit dar – selbst unter jenen, die über hohe psychische Belastungen berichten (G2.14).

Behandlungen wegen psychischer Probleme, nach Höhe der psychischen Belastung, 2007

Im Laufe eines Jahres, Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren **G 2.14**



© Bundesamt für Statistik (BFS)

2.5.4 Kontrollüberzeugung

Die Überzeugung, das eigene Leben und seinen Verlauf selbst bestimmen und beeinflussen zu können, hat einen grossen Einfluss auf die Gesundheit. Sie ist eine wichtige Ressource, um Alltagsprobleme und Krisen konstruktiv bewältigen zu können oder gesundheitsförderliche und präventive Aktivitäten mit Erfolg durchzuführen. Umgekehrt können das Gefühl der Ohnmacht und der Eindruck, den Ereignissen hilflos ausgeliefert zu sein, zu depressiven Verstimmungen führen.

Messung der Kontrollüberzeugung

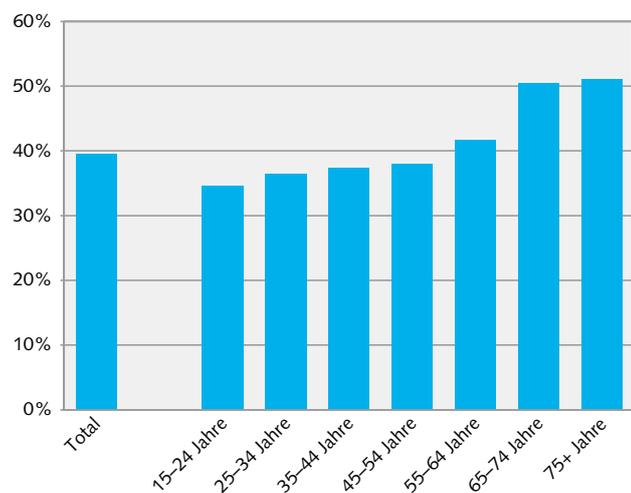
Die Kontrollüberzeugung wurde aufgrund der Antworten auf folgende vier Aussagen bestimmt: «Ich werde mit einigen meiner Probleme nicht fertig», «Ich fühle mich im Leben gelegentlich hin und hergeworfen», «Ich habe wenig Kontrolle über die Dinge, die ich erlebe» und «Oft fühle ich mich meinen Problemen ausgeliefert». Den Personen wurden vier mögliche Antworten von «stimme voll und ganz zu» bis «stimme überhaupt nicht zu» zur Auswahl gegeben. Gestützt darauf wurde ein Indikator berechnet, der drei Niveaus der Kontrollüberzeugung (stark, mittel, und schwach) unterscheidet.

Vier Fünftel der Personen haben eine starke oder mittlere Kontrollüberzeugung. Bei der Hälfte von ihnen ist diese stark. Männer sind generell überzeugter davon, ihr Leben selbst bestimmen zu können, als Frauen. Dies deckt sich mit den Befunden aus internationalen Untersuchungen. Die Kontrollüberzeugung nimmt mit dem Alter zu, insbesondere nach dem 65. Lebensjahr (G2.15).

Starke Kontrollüberzeugung, 2007

Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 2.15



© Bundesamt für Statistik (BFS)

Die Personen mit dem niedrigsten Bildungsstand (obligatorische Schule) haben seltener eine ausgeprägte Kontrollüberzeugung als jene mit einer höheren Ausbildung.

Die Überzeugung, eine gewisse Kontrolle über das eigene Leben zu haben, wirkt sich positiv auf die Gesundheit aus. So berichtet lediglich 1% der Personen mit einer starken Kontrollüberzeugung von hohen psychischen Belastungen, während dieser Anteil bei den Personen mit schwacher Kontrollüberzeugung 12% beträgt. In gleicher Weise haben sich unter den Personen mit einer starken Kontrollüberzeugung lediglich knapp 2% einmal wegen Depression ärztlich behandeln lassen, verglichen mit einem Viertel der Personen mit einer schwachen Kontrollüberzeugung. Schliesslich steigt der Anteil der Personen, die ihre Gesundheit als gut oder sehr gut einschätzen, von 78% der Personen mit schwacher Kontrollüberzeugung auf 93% der Personen mit einer starken Kontrollüberzeugung.

2.6 Zeitweilige Beeinträchtigung der Aktivitäten

Personen mit Gesundheitsproblemen (körperlicher oder psychischer Natur) können in ihrer Fähigkeit, ihren gewohnten Tätigkeiten nachzugehen, vorübergehend eingeschränkt sein. Dies kann sich insbesondere in einer zeitweiligen beruflichen oder privaten Arbeitsunfähigkeit (Haushalt) zeigen, die auch wirtschaftliche und soziale Folgen hat.

Messung der zeitweiligen Beeinträchtigung der Aktivitäten

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden zuerst gefragt: «Während wie vielen Tagen sind Sie aus gesundheitlichen Gründen in den letzten vier Wochen nur mit Einschränkungen einsatz- und leistungsfähig gewesen, so dass Sie nicht alles wie gewohnt haben machen können?» Diejenigen Personen, die nicht mit «nie» antworteten, wurden anschliessend gefragt, während wie vielen Tagen Sie in diesem Zeitraum «nicht zur Arbeit gehen konnten oder nicht arbeitsfähig waren (z.B. im Haushalt)» oder «wegen Krankheit oder Unfall im Bett bleiben mussten».

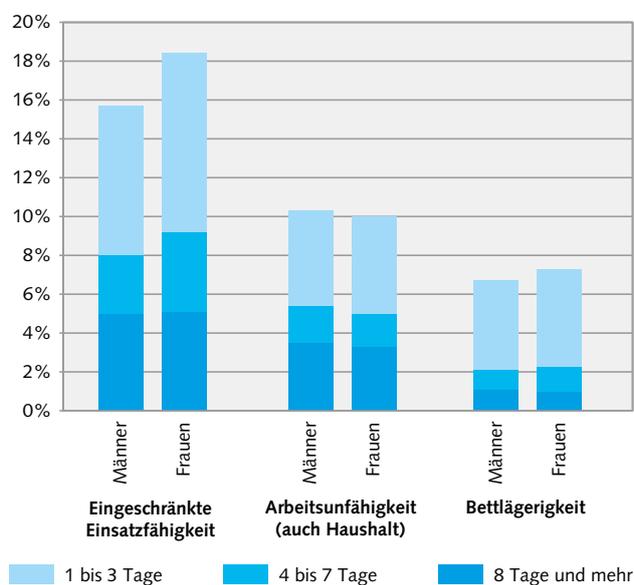
Innerhalb von vier Wochen konnten 17% der Bevölkerung wegen eines gesundheitlichen Problems während mindestens einem Tag nicht allen gewohnten Tätigkeiten nachgehen. Frauen sind etwas häufiger betroffen als Männer (18% gegenüber 16%); dieser Unterschied ist in allen Altersgruppen zu beobachten (G2.16). Die Auftrenshäufigkeit einer vorübergehenden Einschränkung

sinkt mit dem Alter bis zum 74. Lebensjahr, dann steigt sie erneut an. Bei der Hälfte der Betroffenen dauerte die eingeschränkte Leistungsfähigkeit mindestens vier Tage.

Präzisere Hinweise zum Ausmass dieser vorübergehenden Einschränkungen geben die Arbeitsunfähigkeit resp. die Bettlägerigkeit. Erstens konnten 10% der Bevölkerung wegen eines Gesundheitsproblems während mindestens einem Tag nicht zur Arbeit gehen oder den Haushalt besorgen. In der Hälfte der Fälle dauerte diese Einschränkung mindestens vier Tage. Zweitens mussten 7% wegen Krankheit oder Unfall mindestens einen Tag im Bett bleiben; ein Drittel der Betroffenen war mindestens vier Tage bettlägerig. Es sind keine nennenswerten Unterschiede zwischen Männern und Frauen zu beobachten. (G2.16)

Hochgerechnet auf das ganze Jahr ergibt sich eine mittlere Anzahl von 18 Tagen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen für beide Geschlechter. Arbeitsunfähig sind Frauen im Mittel 11 Tage und Männer 12,2 Tage, bettlägerig 4 bzw. 4,5 Tage pro Jahr.

Zeitweilige Behinderung wegen eines Gesundheitsproblems, 2007
Innerhalb von vier Wochen, Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren **G 2.16**



© Bundesamt für Statistik (BFS)

2.7 Behinderungen, Beeinträchtigungen

Mit Behinderungen oder Beeinträchtigungen wird die Unfähigkeit oder die Einschränkung bezeichnet, alltägliche Verrichtungen vorzunehmen und den Anforderungen sozialer Rollen gerecht zu werden. Die Begriffe umfassen verschiedene Dimensionen wie Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivität oder der Partizipation (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, – ICF der WHO)¹⁷, selbst wahrgenommene Behinderung, die körperliche Funktionsfähigkeit, der Bedarf nach Unterstützung bei Alltagsverrichtungen, die amtliche Anerkennung der Behinderung usw. Behinderungen oder Beeinträchtigungen können eine Einschränkung der persönlichen Autonomie zur Folge haben und Hilfe bei den alltäglichen Verrichtungen oder auch die Betreuung in einer sozialmedizinischen Institution notwendig machen. Die Frage nach den Schwierigkeiten oder dem Bedarf an Unterstützung bei der Verrichtung alltäglicher Tätigkeiten erlaubt es somit, den Pflege- und Unterstützungsbedarf der Personen zu ermitteln.

2.7.1 Langdauernde Einschränkung bei Tätigkeiten

26% der Bevölkerung waren seit mindestens sechs Monaten wegen eines Gesundheitsproblems bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt; 7% waren «stark eingeschränkt» und 19% «etwas eingeschränkt». Frauen befinden sich etwas häufiger in dieser Situation als Männer (29% gegenüber 24%). Der Anteil der Betroffenen nimmt mit dem Alter zu, von 19% bei den 15- bis 24-Jährigen auf 46% bei den 75-Jährigen und Älteren (G2.17).

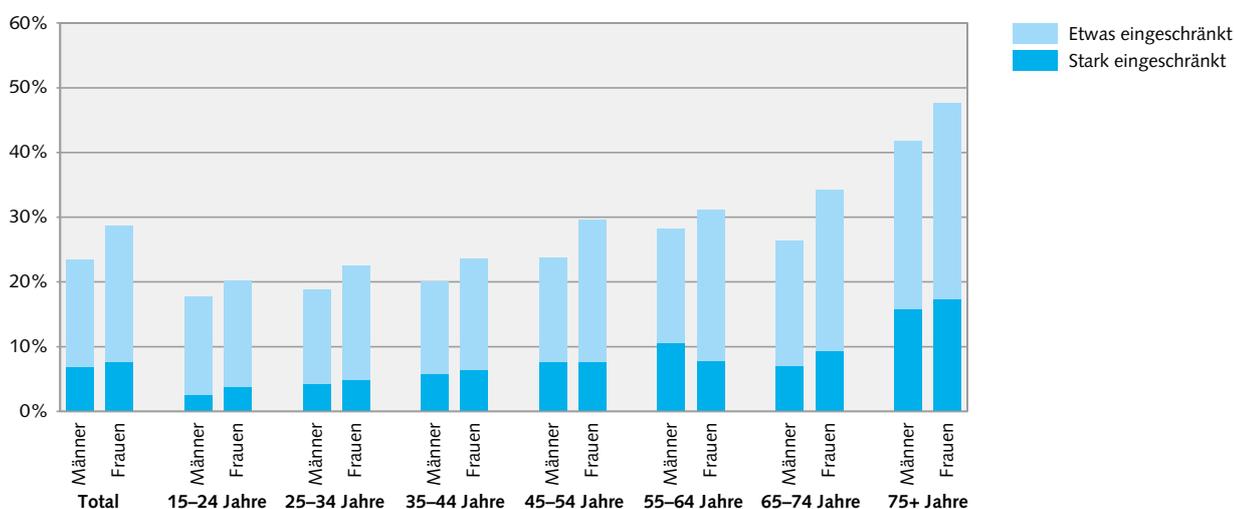
Je höher der Bildungsstand, desto geringer ist der Anteil der Betroffenen: die Quote sinkt von 35% bei den Personen ohne nachobligatorischen Schulabschluss auf 22% bei denjenigen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe. Dieser Trend ist in sämtlichen Altersgruppen zu beobachten.

¹⁷ WHO (2001): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Genf

Langdauernde Einschränkungen wegen eines gesundheitlichen Problems, 2007

Seit mindestens sechs Monaten bei Alltagstätigkeiten,
Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 2.17



© Bundesamt für Statistik (BFS)

2.7.2 Funktionale Gesundheit

Das Konzept der funktionalen Gesundheit dient dazu, die Folgen von Krankheiten, Unfällen, Missbildungen oder des Alterns auf die Funktionsfähigkeit der Menschen zu beurteilen. Dabei kann es sich um funktionelle Einschränkungen oder um Beeinträchtigungen der Aktivität handeln.

Unter **funktionellen Einschränkungen** sind Veränderungen der körperlichen, sensorischen oder geistigen Fähigkeiten zu verstehen. Im Einzelfall äussern sich diese durch Schwierigkeiten, diese Bewegungen oder Aufgaben durchzuführen: z.B. gehen, den Arm strecken, hören, sich erinnern usw. In gewissen Fällen lassen sich diese Einschränkungen kompensieren (z.B. Hörgeräte für Hörprobleme), in anderen Fällen bestehen sie trotz Einsatz von technischen Hilfsmitteln oder durch Unterstützung aus dem persönlichen Umfeld der Betroffenen weiter.

Ein Zehntel der Bevölkerung berichtet von mindestens einer körperlichen, sensorischen oder motorischen Einschränkung. Von sensorischen Einschränkungen sind 4% (Sehvermögen) bzw. 5% (Hörvermögen) betroffen.

Diese kommen etwas häufiger vor als motorische Einschränkungen (3%). In allen drei Fällen machen die Personen mit starken Einschränkungen etwas über 1% der Bevölkerung aus. Das Auftreten funktioneller Einschränkungen nimmt mit dem Alter stark zu: Der Anteil der Personen mit mindestens einer solchen Einschränkung

Messung der funktionalen Gesundheit

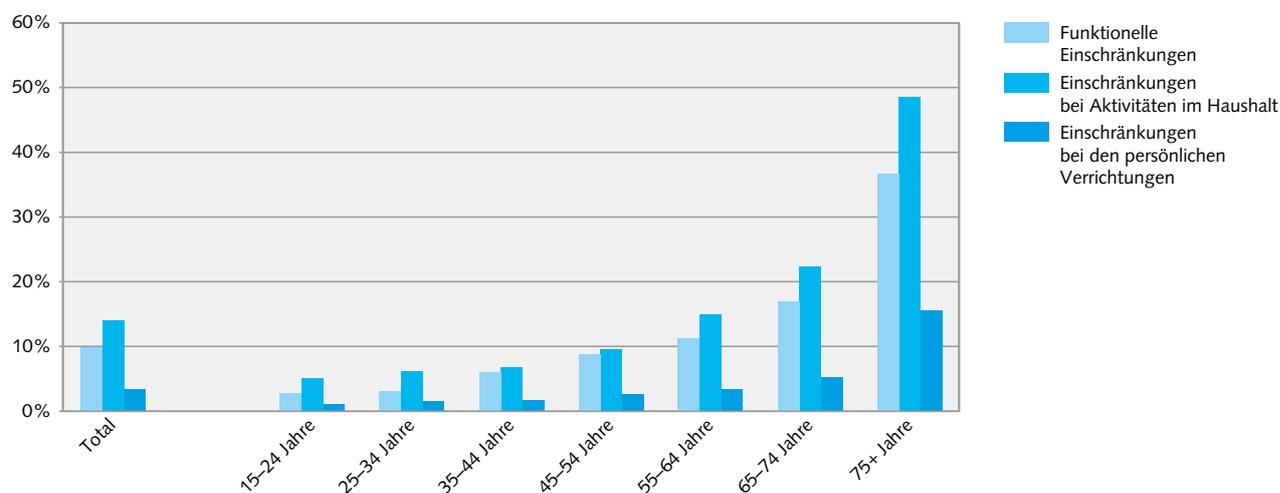
Die Schweizerische Gesundheitsbefragung erfasst zwei Aspekte der funktionalen Gesundheit:

- Die sensorischen (Sehvermögen und Gehör) und die motorischen Funktionsstörungen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden gefragt, ob sie in der Lage sind, ein Buch oder eine Zeitung zu lesen (allenfalls mit Brille oder Kontaktlinsen), einem Gespräch, an dem 2 weitere Personen teilnehmen, zu folgen (allenfalls mit Hörgerät) oder mindestens 200 Meter ohne Hilfe und ohne anzuhalten zu gehen. Es wird davon ausgegangen, dass eine funktionale Einschränkung vorliegt, wenn die Antwort «ja, mit leichten Schwierigkeiten», «ja, aber mit starken Schwierigkeiten» oder «nein» lautete. Personen ohne Einschränkungen gaben zur Antwort «ja, ohne Schwierigkeiten».
- Die Beeinträchtigungen der alltäglichen Aktivitäten wurden mit zwei Fragekomplexen ermittelt. Der erste betraf die Aktivitäten im Haushalt (Essen zubereiten, einkaufen, Wäsche waschen, leichte Hausarbeit erledigen) und diente dazu, die Einschränkungen bei «instrumentellen» alltäglichen Aktivitäten (IADL, für Instrumental Activities of Daily Living) zu erfassen. Der zweite Fragekomplex betraf persönliche Verrichtungen (essen, zu Bett gehen, sich anziehen, zur Toilette gehen, duschen) und diente dazu, die Einschränkungen bei grundlegenden Alltagsverrichtungen (ADL für Activities of Daily Living) zu ermitteln. Beide Fragekomplexe wurden aus dem Fragebogen des Europäischen Gesundheitserhebungssystems (EHSS) übernommen. Sie basieren auf dem von Katz¹⁸ entwickelten Indikator der Selbständigkeit im Alltag. Die Personen mussten bei jeder Verrichtung angeben, ob sie in der Lage sind, diese ohne Hilfe auszuführen. Von einer Einschränkung wurde überall dort ausgegangen, wo die Antwort «ja, mit leichten Schwierigkeiten», «ja, aber mit starken Schwierigkeiten» oder «nein» lautete. Personen ohne Einschränkungen gaben zur Antwort «ja, ohne Schwierigkeiten».

¹⁸ Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson B.A, Jaffe MW (1963): Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function, *Jama*, 185(12), pp. 914–919

Funktionale Gesundheit, 2007¹

Mindestens eine Einschränkung,
Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 2.18

¹ Bei den 15- bis 24-Jährigen wurden die beiden Aktivitäten «selbständig Wäsche waschen» und «sich selbständig um die Finanzen kümmern» ausgeklammert. Sie erhöhen den Anteil Personen mit Einschränkungen bei den häuslichen Aktivitäten in offensichtlich unzutreffender Weise von 5% auf 12%. Die Frage wurde zweifellos missverstanden und im Sinne einer Frage nach den Kompetenzen (Jugendliche sind nicht unbedingt für die Wäsche oder die Zahlungen zuständig) statt nach der Gesundheit interpretiert. Die 15- bis 24-Jährigen sind aufgrund der verschiedenen oben erörterten Punkte insgesamt bei guter Gesundheit.

© Bundesamt für Statistik (BFS)

steigt von weniger als 6% in den drei untersten Altersgruppen auf 37% bei den Personen ab 75 Jahren (G2.18). Die Kumulation von funktionellen Einschränkungen ist eher selten: Vier Fünftel der Betroffenen berichten nur von einer solchen Beeinträchtigung. Erst ab dem 75. Lebensjahr sind mehrfache funktionelle Einschränkungen verbreiteter (10% gegenüber 3% bis im Alter von 64 Jahren).

Einschränkungen der Aktivitäten ergeben sich in Abhängigkeit der körperlichen Verfassung einer Person und den Tätigkeiten, die diese gewöhnlich zu verrichten hat. Starke Einschränkungen können die Inanspruchnahme von SPITEX-Diensten, von Hilfe der Angehörigen oder einen Heimeintritt¹⁹ zur Folge haben.

14% der Bevölkerung weisen mindestens eine Einschränkung bei den **Aktivitäten im Haushalt** auf. Frauen sind häufiger betroffen als Männer (16% gegenüber 12%). Die Prävalenz der Einschränkungen von Aktivitäten nimmt mit dem Alter zu, von 5% bei den 15- bis 24-Jährigen auf 49% bei den 75-Jährigen und Älteren (G2.18). Sie ist viermal so hoch bei den Personen ohne nachobligatorischen Schulabschluss (31%) wie bei denjenigen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe (8%). Dieser Gradient ist in allen Altersgruppen festzustellen.

Im Schnitt bereitet jede der berücksichtigten Aktivitäten im Haushalt rund 4% der Bevölkerung Probleme. Eine Ausnahme bilden die gelegentlichen schweren Hausarbeiten (10%).

Personen in der italienischen Schweiz berichten am häufigsten über Einschränkungen bei der Verrichtung häuslicher Tätigkeiten (19% gegenüber 14% in den beiden anderen Sprachregionen).

Einschränkungen bei den **persönlichen Verrichtungen** stellen ein höheres Mass an Autonomieverlust²⁰ dar als Einschränkungen in den instrumentellen Aktivitäten. Sie betreffen 3% der Bevölkerung, wobei es kaum Unterschiede zwischen Männern und Frauen gibt. Die Häufigkeit dieser Einschränkungen nimmt mit dem Alter zu, hauptsächlich ab dem 75. Lebensjahr (G2.18). Es besteht eine grosse Kluft je nach Bildungsstand: Bei den Personen ohne nachobligatorischen Schulabschluss sind 9% betroffen, verglichen mit lediglich 2% bei denjenigen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe. Dieser Bildungseffekt bestätigt sich in allen Alterskassen, lässt jedoch ab dem 75. Lebensjahr etwas nach. Zwischen 1% und 2% der Bevölkerung bekunden bei sämtlichen persönlichen Verrichtungen Mühe.

¹⁹ Personen, die in Institutionen leben, werden in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung nicht erfasst.

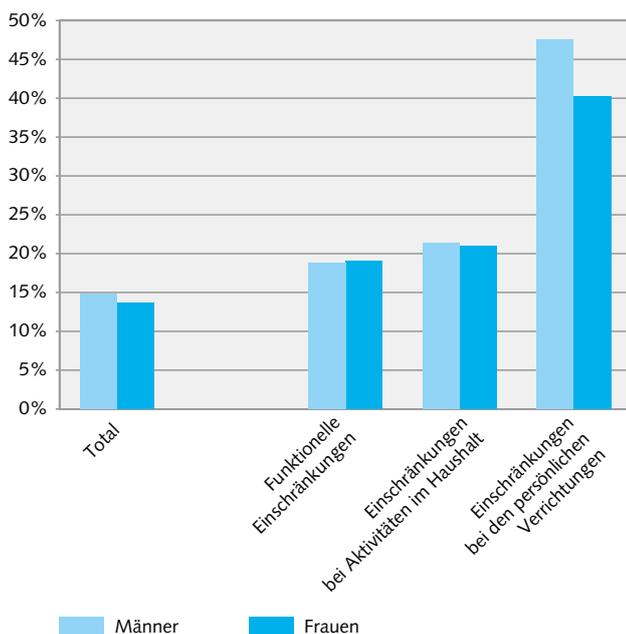
²⁰ Cambois E, Robine JM, Mormiche P (2007): Une forte baisse de l'incapacité en France dans les années 1990 ? Discussion autour des questions de l'enquête santé, Population, 62 (2), 363-386

Funktionelle Einschränkungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten decken sich zum Teil. 10% der Personen, die keine sensorischen/motorischen Probleme haben, können gewisse Tätigkeiten im Haushalt nur mit Schwierigkeiten ausführen. Bei den Personen, die ein sensorisches/motorisches Problem haben, steigt dieser Anteil auf 46% und bei jenen mit 2 oder 3 sensorischen/motorischen Problemen sogar auf 80%.

62% der Personen, die unter funktionellen Einschränkungen oder Beeinträchtigungen der Aktivitäten leiden, nehmen diese auch so wahr: 45% fühlen sich wegen ihrer Behinderung «ein bisschen» und 17% «stark» eingeschränkt. Zwischen Männern und Frauen sind keine Unterschiede auszumachen. Dieses Gefühl ist sehr viel ausgeprägter bei den Personen, die unter Einschränkungen bei den persönlichen Verrichtungen leiden (G2.19).

Gefühl, durch die eigene Behinderung stark eingeschränkt zu sein, nach funktionaler Gesundheit, 2007
Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 2.19



© Bundesamt für Statistik (BFS)

2.7.3 Hilfsbedarf

Behinderungen und Einschränkungen ziehen einen erhöhten Bedarf nach Unterstützung im Alltag nach sich. Auf welche Art und Weise dieser Bedarf erfüllt wird, hängt davon ab, ob die Betroffenen allein oder mit anderen Personen im Haushalt leben. Dies zeigt die Situation der Personen, die Beeinträchtigungen der Aktivitäten (im Haushalt oder bei den persönlichen Verrichtungen) aufweisen.

Die grosse Mehrheit (89%) der Betroffenen, die gemeinsam mit anderen Personen im Haushalt leben, können bei den für sie beschwerlichen Tätigkeiten auf Unterstützung von ihren Mitbewohnern und/oder Verwandten und Freunden, die nicht mit ihnen zusammenleben, zählen; 2% werden durch einen SPITEX-Dienst oder informell unterstützt. 9% schliesslich erhalten gar keine Hilfe.

Bei den alleinlebenden Personen können 59% auf die Hilfe von Verwandten oder Freunden zählen und 15% werden durch einen SPITEX-Dienst oder informell unterstützt. Die übrigen 26% der alleinlebenden Personen erhalten keinerlei Hilfe.

Alles in allem müssen 12% der Personen mit Beeinträchtigungen der Aktivitäten (im Haushalt oder bei den persönlichen Verrichtungen) ohne Hilfe auskommen. Das genaue Ausmass des Problems ist schwierig abzuschätzen, da eine gewisse gesellschaftliche Scheu vor dem Eingeständnis der eigenen Hilfsbedürftigkeit vorhanden sein kann. Solche Informationen sind jedoch unerlässlich, um das Ausmass des Betreuungsbedarfs von Personen mit Problemen der körperlichen Funktionsfähigkeit ermitteln zu können.

2.8 Soziales Wohlbefinden

Soziale Beziehungen und die im sozialen Netz verfügbare Unterstützung sind eine wichtige Voraussetzung für das Wohlbefinden. Umgekehrt sind häufige Einsamkeitsgefühle Merkmal eines gestörten (sozialen) Wohlbefindens. Während bestimmte soziale Ressourcen einen direkten Einfluss auf die Gesundheit haben, wirken andere vor allem indirekt, als eine Art «Puffer» in Krisensituationen^{21, 22}.

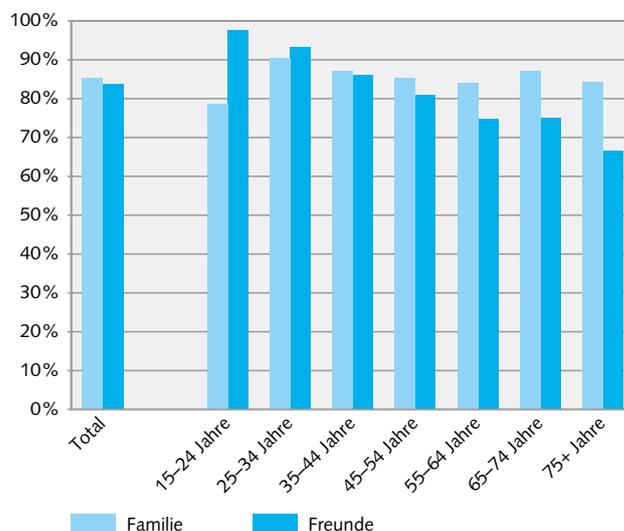
2.8.1 Soziale Beziehungen

85% der Bevölkerung haben mindestens einmal pro Woche Kontakt (Besuch oder Telefonanruf) mit ihrer **Familie**. Wöchentliche Telefonkontakte sind häufiger als Besuche (G2.20): Letztere können durch die Distanz, durch berufliche Beanspruchung usw. eingeschränkt sein.

Unter den 3% der Personen, die sehr selten oder nie Besuch von Familienmitgliedern erhalten, stehen 40% mindestens wöchentlich in telefonischem Kontakt mit ihnen. Der Anteil der Personen, die gar keinen (direkten oder telefonischen) Kontakt mit Familienmitgliedern haben, ist letztlich gering (weniger als 2%).

Soziale Kontakte nach Alter und Geschlecht, 2007
Mindestens ein Kontakt pro Woche (Besuch und/oder Telefonanruf), Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 2.21



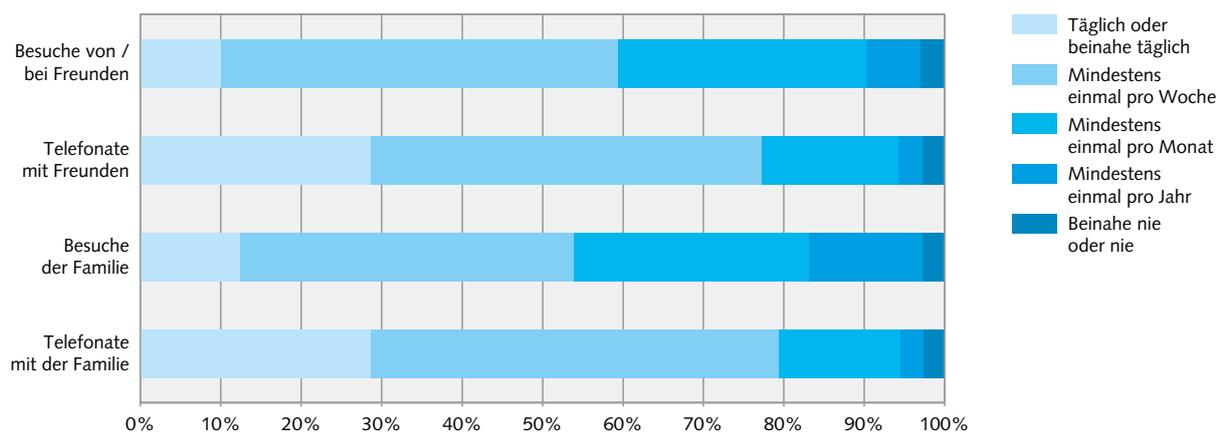
© Bundesamt für Statistik (BFS)

Frauen haben in allen Altersgruppen verhältnismässig mehr (direkten oder telefonischen) Kontakt mit ihrer Familie als Männer (88% gegenüber 82%). Der Anteil der Personen, die mindestens einmal pro Woche Kontakt (Besuch oder Telefonanruf) mit ihrer Familie haben, ist kaum altersabhängig (G2.21).

Soziale Kontakte, 2007

Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 2.20



© Bundesamt für Statistik (BFS)

²¹ Borgetto B (2004): Selbsthilfe und Gesundheit – Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven in der Schweiz und Deutschland. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Verlag Hans Huber: Bern/Göttingen/Toronto.

²² Röhrle B (1994): Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Weinheim: Beltz.

83% haben mindestens einmal pro Woche Kontakt (Besuch oder Telefonanruf) zu **Freunden oder Bekannten**, Frauen etwas häufiger (85%) als Männer (82%). Gleich wie bei der Beziehung zur Familie sind Telefonkontakte häufiger als Besuche (G2.20). Personen, die gar keinen Kontakt zu ihren Freunden oder Bekannten pflegen, sind selten (etwas über 1%). Der Anteil der Personen, die mindestens einmal pro Woche Kontakt zu Freunden oder Bekannten haben, nimmt mit dem Alter deutlich ab: von 98% bei den 15- bis 24-Jährigen auf 66% bei den Personen ab 75 Jahren (G2.21).

2.8.2 Vertrauensbeziehungen

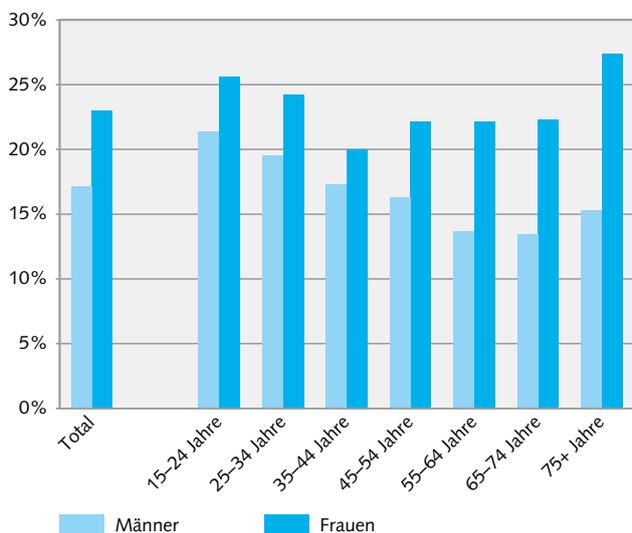
Eine der wichtigsten Komponenten des sozialen Netzes sind die Vertrauenspersonen. Das sind Personen, zu denen man eine so gute Beziehung hat, dass man über alles sprechen kann. Diese sind besonders wichtig zur Bewältigung von Krisensituationen²³. Zum allergrössten Teil verfügt die Bevölkerung (95%) über mindestens eine Person, mit der sie jederzeit über wirklich ganz persönliche Probleme reden können: 71% haben mehrere Vertrauenspersonen, 24% eine einzige (G2.22). Frauen verfügen häufiger als Männer über mehrere Vertrauenspersonen (76% gegenüber 66%). Weiter fällt auf, dass Personen in der Deutschschweiz häufiger über mehrere Vertrauenspersonen verfügen als jene in der französischen und italienischen Schweiz.

Der Anteil der Männer, die keine Vertrauensperson haben, ist etwas höher als jener der Frauen (6% bzw. 4%). Bei den Frauen nimmt dieser Anteil vor allem ab

dem 75. Lebensjahr stark zu. Bei den Männern zeichnet sich kein deutlicher altersspezifischer Trend ab. Der Anteil der Personen ohne Vertrauensperson sinkt mit steigendem Bildungsniveau: er beträgt 10% bei den Personen ohne nachobligatorischen Schulabschluss, gegenüber 3% bei denjenigen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe.

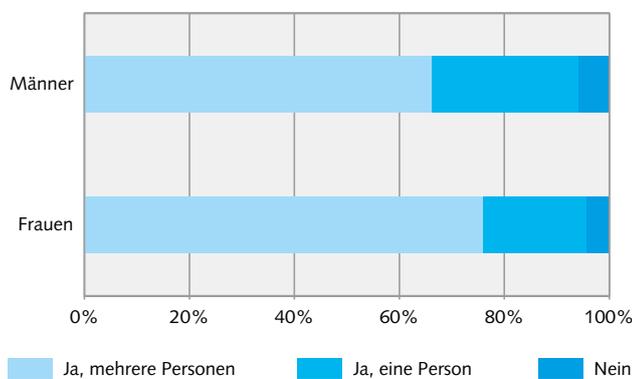
20% bedauern den Mangel einer Person, der sie sich anvertrauen können. Das sind deutlich mehr als angeben, über keine Vertrauensperson zu verfügen (5%). Frauen bedauern häufiger als Männer das Fehlen einer Vertrauensperson (23% gegenüber 17%), wobei sich dies ab dem 45. Lebensjahr noch verstärkt (G2.23).

Bedauern über das Fehlen einer Vertrauensperson, 2007
Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren G 2.23



© Bundesamt für Statistik (BFS)

Vorhandensein einer Vertrauensperson, 2007
Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren G 2.22



© Bundesamt für Statistik (BFS)

²³ Cohen S, Wills TA (1985): Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin 98(2): p. 310-357.

2.8.3 Einsamkeitsgefühl

Einsamkeitsgefühle sind der subjektive Ausdruck eines Mangels an sozialen Ressourcen resp. eines Bedürfnisses nach mehr oder nach anderen Formen von sozialen Kontakten. Wenn dieser Mangelzustand dauerhaft wird, kann er zu einer starken Belastung für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Betroffenen werden.

27% der Bevölkerung fühlen sich «manchmal» und 3% «ziemlich häufig» oder «sehr häufig» einsam. Frauen leiden in allen Altersgruppen häufiger unter Einsamkeitsgefühlen als Männer (35% gegenüber 25%) (G2.24). Jüngere Personen fühlen sich häufiger einsam als Ältere. Am niedrigsten ist der Anteil der Personen, die sich einsam fühlen, in der Altersgruppe der 65–74-Jährigen, insbesondere bei den Männern. Anschliessend nimmt die Einsamkeit zu, und zwar bei den Frauen stärker (36%) als bei den Männern (21%). Hier widerspiegelt sich wahrscheinlich die Tatsache, dass Frauen mit zunehmendem Alter immer häufiger allein leben. Je höher der Bil-

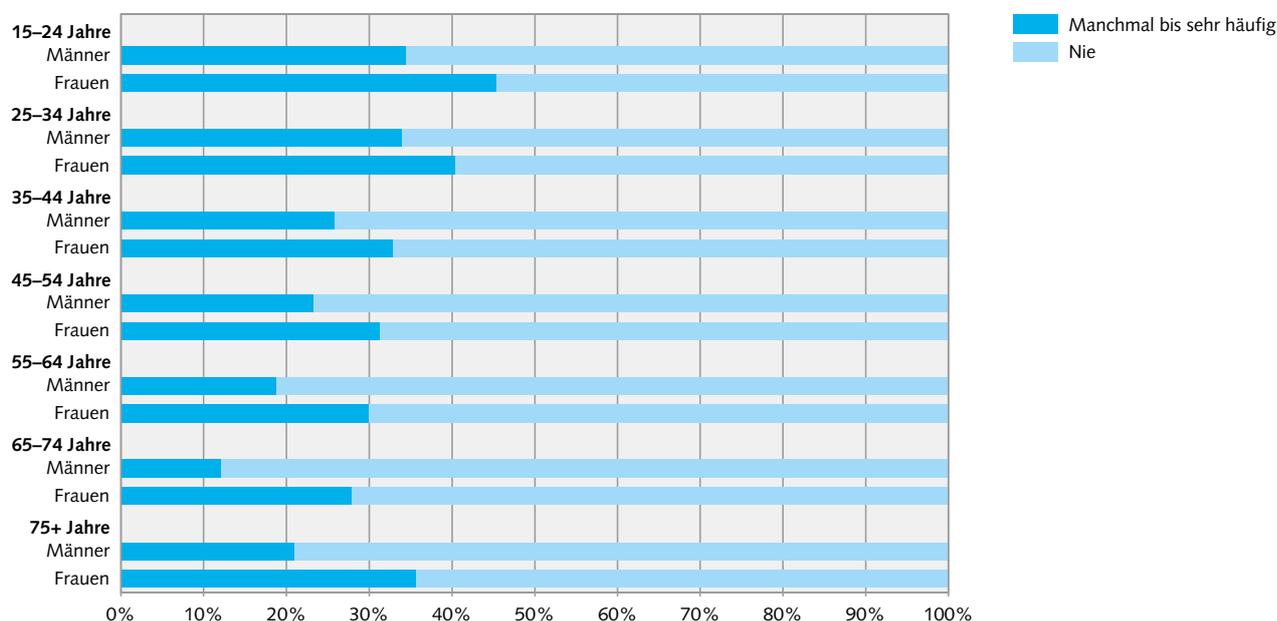
dungsstand, desto geringer die Einsamkeitsgefühle: 38% der Personen ohne nachobligatorischen Schulabschluss berichten über Einsamkeitsgefühle, verglichen mit 26% derjenigen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe. Dieser Gradient ist bei den Männern stärker ausgeprägt.

Das Gefühl der Einsamkeit variiert je nach verfügbaren sozialen Ressourcen. Lediglich 3% der Personen, die wöchentlich Kontakt mit ihrer Familie haben, fühlen sich oft einsam, verglichen mit 16% der Personen ohne Kontakt zu ihrem familiären Umfeld. Dasselbe gilt für die Kontakte zu Freunden oder Bekannten: Während ebenfalls 3% der Personen, die wöchentlich solche Kontakte pflegen, oft Einsamkeit verspüren, beträgt dieser Anteil bei den Personen ohne Kontakt zu ihren Freunden 20%. Schliesslich fühlen sich 3% der Personen, die mindestens eine Vertrauensperson haben, häufig einsam, verglichen mit 11% derjenigen, die über keine Vertrauensperson verfügen.

Einsamkeitsgefühl, 2007

Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 2.24



© Bundesamt für Statistik (BFS)

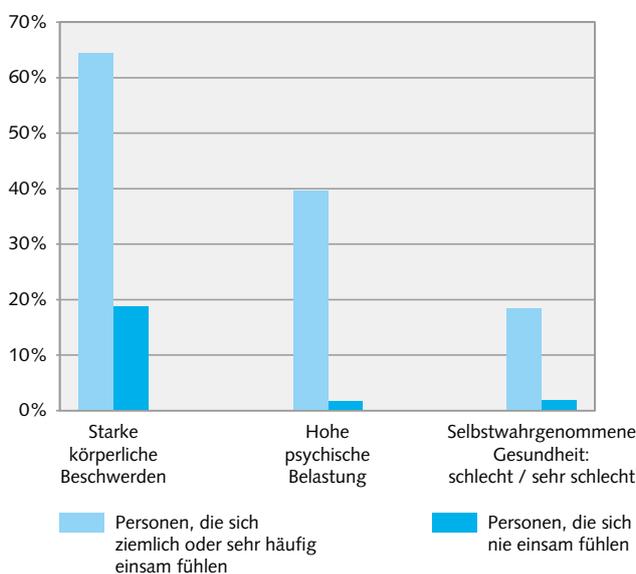
2.8.4 Soziale Beziehungen, Einsamkeit und Gesundheitszustand

Soziale Beziehungen und Einsamkeitsgefühle haben einen Einfluss auf die Gesundheit. So schätzen 87% der Personen, die wöchentlich Kontakt (Telefonanrufe oder Besuch) mit ihrer Familie haben, ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein, verglichen mit 62% der Personen, die gar keinen Kontakt zu ihrer Familie haben. Personen ohne familiäre Kontakte haben häufiger starke körperliche Beschwerden (42%) als solche mit regelmässigen familiären Kontakten (24%). Gleiches gilt für die psychischen Belastungen: Davon betroffen sind 4% der Personen, die wöchentlich Kontakt mit ihrer Familie haben, gegenüber 13% der Personen ohne familiäre Kontakte. Dieser Befund ist in allen Altersgruppen zu beobachten.

Ähnliches lässt sich in Bezug auf das Gefühl der Einsamkeit feststellen. Auffallend ist das Ausmass des Zusammenhangs im Falle der selbst wahrgenommenen Gesundheit und der psychischen Belastungen. Aber selbst der Anteil der Personen mit starken körperlichen Beschwerden ist bei den Befragten, die sich sehr häufig oder ziemlich häufig einsam fühlen, dreimal so hoch wie bei denjenigen, die sich nie einsam fühlen²⁴ (G2.25).

Gesundheitszustand nach Häufigkeit der Einsamkeitsgefühle, 2007
Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 2.25



© Bundesamt für Statistik (BFS)

²⁴ Dieses Ergebnis sagt allerdings nichts über die Richtung dieses Zusammenhangs aus. Einerseits können Drittvariablen wie die psychische Verfassung die Wahrnehmung des körperlichen Befindens und des sozialen Umfelds beeinflussen. Andererseits ist beispielsweise aus der Forschung zur Bewältigung von Krankheiten bekannt, dass das Auftreten von ernsthaften und chronischen Krankheiten zu einem schmerzhaften Verlust an wichtigen sozialen Beziehungen führen kann (Ehen, die auseinander brechen; Freunde und Bekannte, die Angst haben, über Krankheit, Behinderung oder Tod zu sprechen und sich zurückziehen etc.).

3 Gesundheitsverhalten

Einstellungen zur Gesundheit und gesundheitsbezogene Verhaltensweisen sind persönliche Ressourcen, die den Gesundheitszustand beeinflussen können. Zum gesundheitsrelevanten Verhalten gehören insbesondere körperliche Aktivität, Ernährungsverhalten, Rauchen sowie der Konsum von Alkohol, Drogen oder Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial. Wissen über besonders riskante Verhaltensweisen in bestimmten Altersgruppen erleichtert zielgerichtete präventive Massnahmen.

3.1 Körperliche Aktivität

Die gesundheitsschädigenden Wirkungen von Bewegungsmangel und einer ungenügenden körperlichen Aktivität sind seit vielen Jahren bekannt. Zahlreiche Studien belegen, dass körperliche Inaktivität das Risiko für bestimmte Krankheitsbilder erhöht.²⁵ Bereits moderat anstrengende körperliche Betätigung beugt insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen vor. Ebenso kann körperliche Bewegung der Entwicklung von Rückenbeschwerden, Diabetes, Darm- oder Brustkrebs entgegenwirken. Allerdings hat die Forschung auch gezeigt, dass körperliche Aktivitäten regelmässig ausgeübt werden müssen, damit sie gesundheitswirksam werden. Die Empfehlungen zur körperlichen Bewegung wurden so erarbeitet, dass sie von allen Bevölkerungsgruppen umgesetzt werden können, auch wenn kein Sport getrieben wird.

3.1.1 Bewegungsverhalten

Drei von fünf Personen bewegen sich in ihrer Freizeit nicht in ausreichendem Masse, um als aktiv eingestuft zu werden (G3.1). 16% der Bevölkerung bewegen sich wöchentlich weniger als 30 Minuten und gelten somit als inaktiv.

²⁵ WHO (2002): Der Europäische Gesundheitsbericht 2002, Regionale Veröffentlichungen der WHO, Europäische Schriftenreihe, Nr. 97

Messung des Bewegungsverhaltens

Aus gesundheitlicher Perspektive wird eine tägliche und «über den ganzen Tag verteilte, moderat anstrengende körperliche Betätigung» von insgesamt mindestens 30 Minuten empfohlen.²⁶ Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) erfasst über 4 Fragen zum Bewegungsverhalten das Ausmass und die Intensität der wöchentlichen körperlichen Aktivität in der Freizeit. Die Angaben zu diesen Fragen lassen sich entsprechend den Empfehlungen zum Bewegungsverhalten in drei resp. fünf verschiedene Kategorien zusammenfassen:

- **Aktive:** «Trainierte» geraten mindestens dreimal pro Woche durch körperliche Betätigung ins Schwitzen und «regelmässig Aktive» kommen während mindestens einer halben Stunde an mindestens 5 Tagen pro Woche ausser Atem. Diese Gruppe erfüllt mit ihrem Bewegungsverhalten die Empfehlungen.
- **Teilaktive:** «Unregelmässig Aktive» erreichen den empfohlenen wöchentlichen Bewegungsumfang, jedoch nicht in der empfohlenen Regelmässigkeit und «Teilaktive» üben gewisse Aktivitäten aus, erreichen aber den empfohlenen wöchentlichen Bewegungsumfang nicht.
- **Inaktive:** «Inaktive» bewegen sich weniger als ein Mal pro Woche in dem Ausmass, dass sie ins Schwitzen kommen, oder bewegen sich weniger als 30 Minuten in der Woche, so dass sie ausser Atem kommen.²⁷

Die Mehrheit der jungen Erwachsenen unter 25 Jahren bewegt sich in der Freizeit ausreichend (53%) und nur 8% gelten als inaktiv. Im hohen Alter nimmt die körperliche Aktivität ab. Gerade noch 29% gelten bei den 75-Jährigen und Älteren als aktiv, 40% müssen als inaktiv eingeschätzt werden. Vermutlich sind viele Personen in diesem Alter aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen in ihrem Bewegungsverhalten eingeschränkt. Im erwerbsfähigen Alter zwischen 25 und 64 Jahren gibt es kaum Unterschiede zwischen den einzelnen Altersgruppen. Der Anteil der ausreichend körperlich Aktiven liegt bei rund 38%, jener der Inaktiven zwischen 13% und 17%.

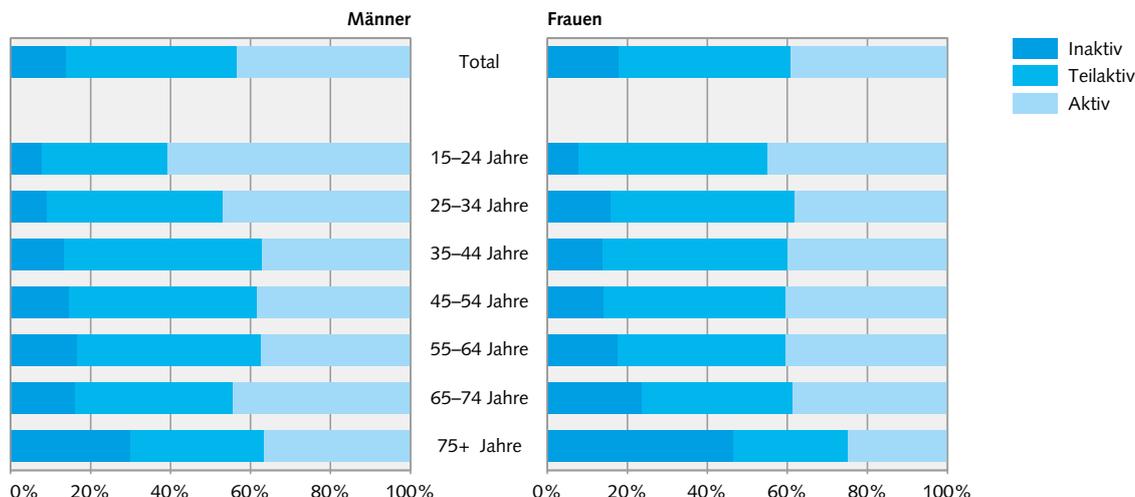
²⁶ Die gesundheitlichen Empfehlungen wurden vom Bundesamt für Sport (BASPO), dem Bundesamt für Gesundheit (BAG), der Gesundheitsförderung Schweiz und dem Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz in Anlehnung an die Richtlinien der WHO erarbeitet.

²⁷ BASPO, BAG, Gesundheitsförderung Schweiz, Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz (2006): Gesundheitswirksame Bewegung, ein Grundlegendokument. Magglingen: BASPO

Bewegungsverhalten, 2007

Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 3.1



© Bundesamt für Statistik (BFS)

Männer erfüllen etwas häufiger als Frauen die gesundheitlichen Empfehlungen zur körperlichen Bewegung (43% versus 39%). Bei den Männern sind Schwankungen zwischen den Altersgruppen festzustellen, die mit der Erwerbstätigkeit in Zusammenhang stehen: Männer sind vor allem in der Jugendzeit und nach Erreichen des Pensionierungsalters körperlich vermehrt aktiv. Bei den Frauen nimmt der Anteil der körperlich Inaktiven in der Altersphase der Familiengründung (25- bis 34-Jährige) oft zu und verringert sich anschliessend wieder.

Das Ausmass der sportlichen Betätigung ist bei Frauen und Männern insgesamt etwa gleich gross: 56% der Frauen und 58% der Männer geben an, Sport zu treiben. Unterschiede gibt es jedoch bei der Art der Bewegung: Frauen bewegen sich im Alltag öfters zu Fuss oder benützen das Fahrrad, Männer treiben dafür länger Sport.

3.1.2 Selbstbeurteilung des Bewegungsverhaltens

Das tatsächlich ausgeübte Verhalten lässt sich mit der Selbsteinschätzung vergleichen: 61% der Bevölkerung meinen, dass sie sich für ihre Gesundheit ausreichend bewegen. Bei rund der Hälfte liegt die eigene körperliche Aktivität jedoch unter den Empfehlungen. Von den Inaktiven glauben sogar noch 7%, sich in einem ausreichenden Masse zu bewegen. Vor allem ältere Personen beurteilen ihr Bewegungsverhalten als ausreichend, obschon sie gemessen an den Empfehlungen als inaktiv oder teilaktiv eingestuft werden müssen.

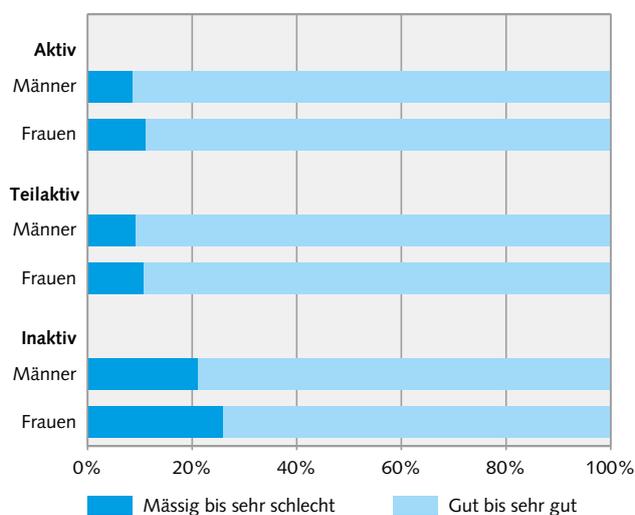
3.1.3 Zusammenhang zwischen Bewegungsverhalten und selbst wahrgenommenem Gesundheitszustand bzw. psychischen Belastung

Körperlich aktive Personen schätzen ihren eigenen Gesundheitszustand besser ein als körperlich inaktive: 90% der körperlich Aktiven oder Teilaktiven fühlen sich bei guter oder sehr guter Gesundheit, während es bei den Inaktiven noch rund drei Viertel (76%) sind (G3.2).

Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand nach der körperlichen Aktivität, 2007

Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 3.2



© Bundesamt für Statistik (BFS)

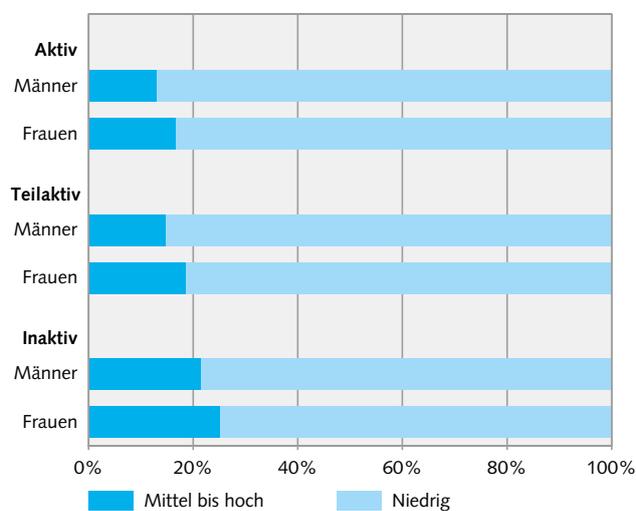
Es lässt sich jedoch nicht feststellen, ob körperliche Bewegung bzw. Inaktivität Ursache oder Folge einer guten oder schlechten Gesundheit sind.

Ebenso lässt sich ein Zusammenhang zwischen körperlicher Bewegung und psychischer Belastung erkennen. In der Gruppe der inaktiven Bevölkerung empfindet beinahe jede vierte Person psychische Belastungen, während es innerhalb der Gruppe der körperlich aktiven Bevölkerung nur 14% sind (G3.3).

Psychische Belastungen nach der körperlichen Aktivität, 2007

Im Laufe von vier Wochen, Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 3.3



© Bundesamt für Statistik (BFS)

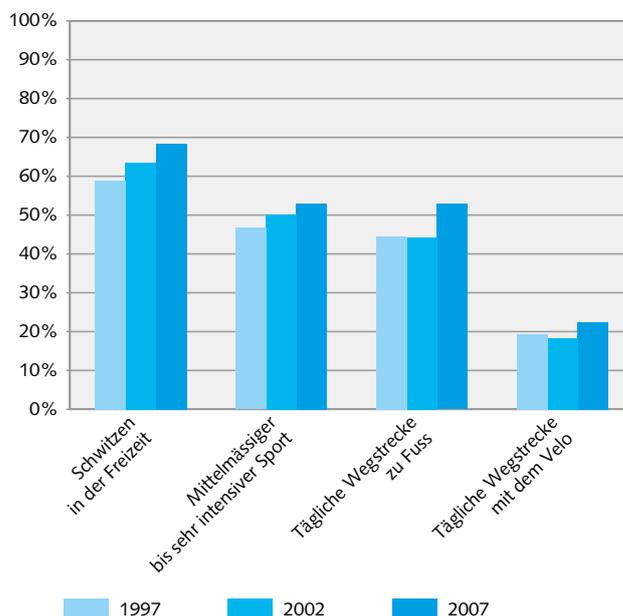
3.1.4 Entwicklung der körperlichen Aktivität

Die modernen Arbeitsbedingungen führen immer mehr zu sitzenden Tätigkeiten, so dass sich die Beschäftigten bei der Arbeit nur noch wenig oder gar nicht bewegen. Es zeigt sich jedoch eine positive Tendenz, den Bewegungsmangel auszugleichen, der aus der Arbeitswelt und dem modernen Wohnumfeld resultiert: Während sich 2002 noch 64% in ihrer Freizeit unzureichend bewegten, sind es 2007 weniger als 60%. Zugleich hat 2007 der Anteil der Personen zugenommen, die den täglichen Arbeitsweg zu Fuss oder mit dem Velo zurücklegen (G3.4).

Körperliche Aktivitäten, 1997–2007

Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 3.4



© Bundesamt für Statistik (BFS)

3.2 Ernährung

Die Essgewohnheiten stehen in engem Zusammenhang mit der Entstehung und dem Verlauf von sogenannten «Zivilisationskrankheiten» wie Übergewicht, Diabetes, Bluthochdruck oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Präventionsbemühungen, um das Bewusstsein für eine ausgewogene Ernährung zu schärfen und dem Übergewicht entgegenzuwirken, haben daher in der Schweiz und in Europa an Bedeutung gewonnen.

3.2.1 Ernährungsbewusstsein

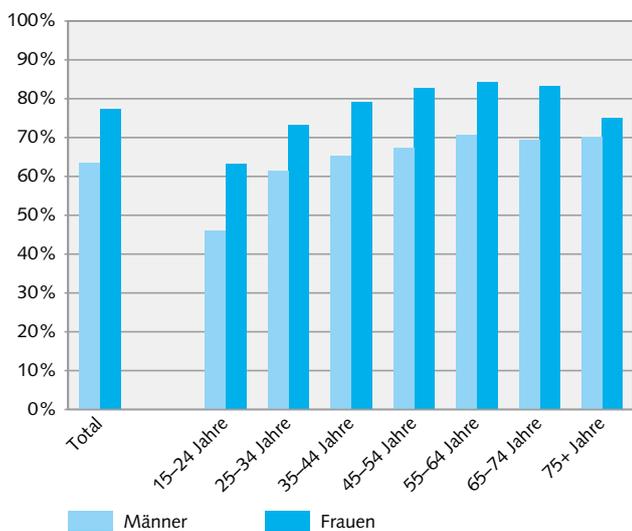
Insgesamt geben 71% an, auf bestimmte Aspekte bei ihrer Ernährung zu achten (G3.5). Dabei macht sich auch der Einfluss der unterschiedlichen Geschlechterrollen deutlich: Frauen (77%) achten mehr als Männer (63%) auf ihre Ernährung.

Nur 54% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen achten auf ihre Ernährung. Mit zunehmendem Alter erhält die Ernährung immer mehr Aufmerksamkeit, verliert dann aber im höheren Alter ab 75 Jahren wieder an Bedeutung.

Ernährungsverhalten und Essgewohnheiten sind kulturell und sozial geprägt und unterscheiden sich regional. In der Deutschschweiz (76%) und der italienischsprachigen Schweiz (71%) ist das Ernährungsbewusstsein deutlich stärker ausgeprägt als in der französischsprachigen

Ernährungsbewusstsein, 2007

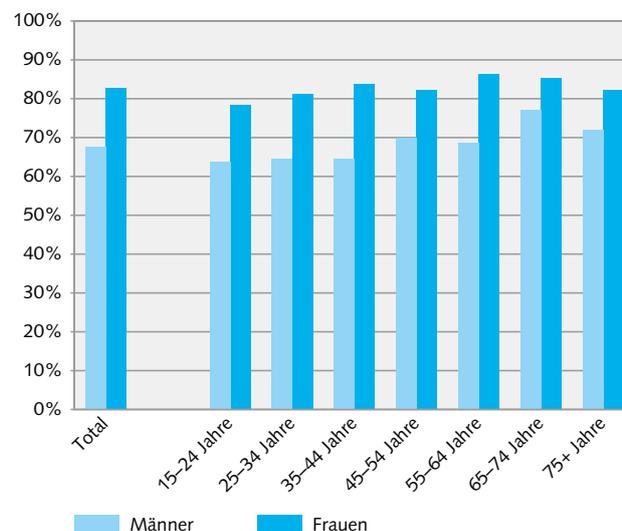
Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 3.5

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Täglicher Obst- und Gemüsekonsum, 2007

Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 3.6

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Schweiz (55%). Gleichzeitig achten Personen mit einem Schulabschluss auf Tertiärstufe (78%) deutlich mehr auf ihre Ernährung als Personen, die keine nachobligatorische Schule abgeschlossen haben (63%).

Das Gesundheitsverhalten zeigt sich auch darin, wie kompetent und sicher sich jemand in seinem Konsumverhalten fühlt, beispielsweise beim Einkauf gesunder Nahrungsmittel. Nur etwas mehr als zwei Drittel (68%) fühlen sich in ihrem Konsumverhalten sicher, über 9% fühlen sich unsicher und 23% sind unentschieden. Der Anteil der Personen, die sich sicher fühlen, steigt mit zunehmendem Alter: Bei den Personen ab 45 Jahren ist er am höchsten (72%), bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen am tiefsten (59%).

3.2.2 Ernährungsverhalten

Gemäss den Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung stellen Obst und Gemüse einen wesentlichen Bestandteil einer gesunden Ernährung dar, um die Aufnahme von Vitaminen, Mineralstoffen und sekundären Pflanzenstoffen sicherzustellen.²⁸ 75% der Bevölkerung geben an, täglich **Obst und Gemüse** zu essen (G3.6). Frauen (83%) kommen den Empfehlungen deutlich öfters nach als Männer (68%).

Zudem wird empfohlen, täglich fünf Portionen Früchte und/oder Gemüse zu sich zu nehmen. Der sogenannten «5 am Tag»-Empfehlung kommen 29% nach, Frauen (38%) beinahe doppelt so häufig wie Männer (20%). Höher Gebildete erfüllen die Empfehlungen in allen Altersgruppen besser als Personen mit niedriger Schulbildung.

Von Ernährungswissenschaftlern wird ein **Fleischkonsum** von mehr als fünfmal in der Woche als ungünstig betrachtet. Im Vergleich zu den Empfehlungen essen insgesamt 35% der Männer und 18% der Frauen zuviel Fleisch (G3.7). Mehr als ein Viertel der Männer (27%) und 12% der Frauen verzehren sogar täglich Wurstwaren oder Fleisch, verbunden mit einer hohen Zufuhr von gesättigten Fettsäuren und Cholesterin.

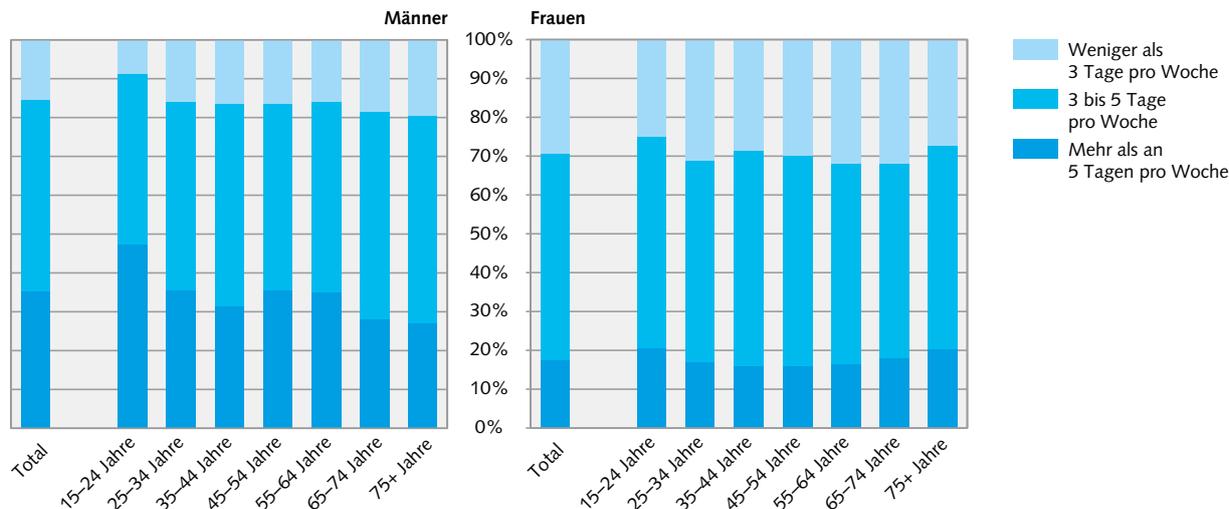
Während der häufige Fleischkonsum von mehr als fünfmal in der Woche zwischen 1992 und 2002 unter anderem infolge von Rinderwahnsinn, Salmonellengefahr und Vogelgrippe um über 7 Prozentpunkte gesunken ist, hat er sich inzwischen auf 27% stabilisiert. Zudem bestehen erhebliche regionale Unterschiede. In der italienischsprachigen Schweiz essen nur 12% zu häufig Fleisch und Wurstwaren, dagegen 28% in der deutsch- und 25% in der französischsprachigen. Die italienische Schweiz nähert sich in diesem Sinne eher der mediterranen Diät an, welche häufiger Obst und Gemüse sowie Fisch beinhaltet.

²⁸ Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (2005): Empfehlungen zum gesunden und genussvollen Essen und Trinken für Erwachsene – www.sge-ssn.ch/fileadmin/pdf/100-ernaehrungsthemen/10-gesundes_essen_trinken/Merkblatt_Lebensmittelpyramide.pdf

Häufigkeit von Fleischkonsum, 2007

Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 3.7



© Bundesamt für Statistik (BFS)

Fisch hat dank seinen wertvollen Fetten und dem hohen Eiweissanteil einen besonderen Stellenwert in der gesunden Ernährung. Daher wird geraten, ein- bis zweimal in der Woche Fisch zu essen. In der französisch- und italienischsprachigen Schweiz erfüllen rund drei Viertel der Bevölkerung ab 15 Jahren diese Empfehlung und essen zumindest einmal in der Woche Fisch, in der Deutschschweiz immerhin noch 58%. Die Entwicklung des Fischkonsums hat über die letzten Jahre kontinuierlich zugenommen, was hinsichtlich der Ernährung günstig zu bewerten ist. 1992 gaben nur 56% der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren an,

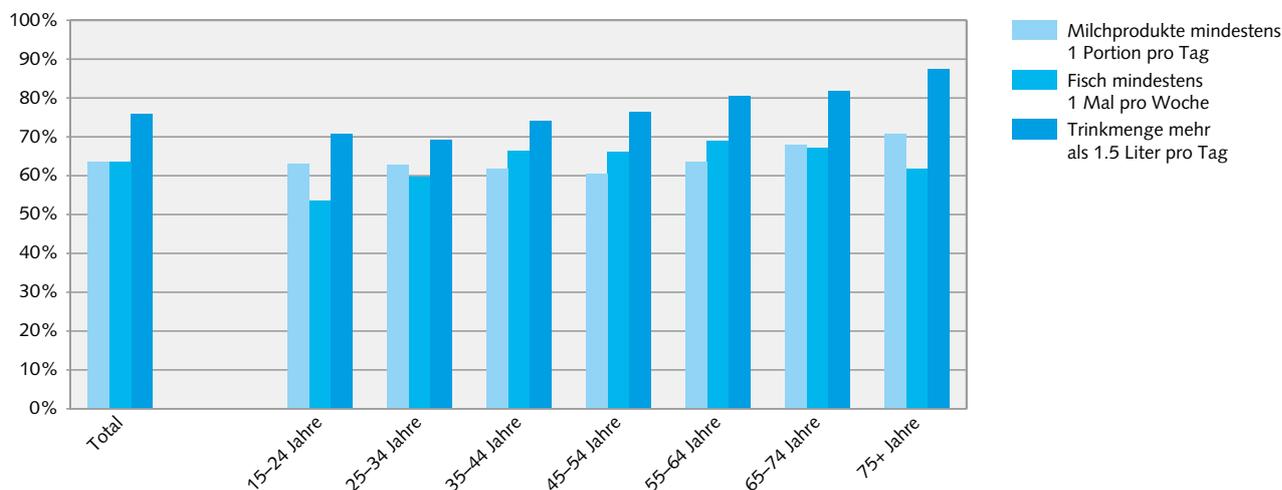
einmal in der Woche Fisch zu essen. 2007 liegt der Anteil der regelmässigen Fischkonsumenten bei rund 63% (G3.8).

Milchprodukte sind besonders wichtig im Hinblick darauf, dem Körper Calcium und Vitamine zuzuführen. Allerdings können vollfette Milchprodukte zu einer hohen Aufnahme von gesättigten Fettsäuren und damit zu Herz-Kreislauf-Krankheiten beitragen. Rund zwei Drittel der Bevölkerung trinken täglich Milch, essen Käse oder Joghurt (G3.8). Frauen konsumieren häufiger täglich Milchprodukte als Männer, ebenso ältere Menschen als jüngere. Auffallend sind wiederum die Unterschiede

Milch- und Fischkonsum sowie Flüssigkeitsaufnahme, 2007

Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 3.8



© Bundesamt für Statistik (BFS)

zwischen den Sprachregionen: In der Deutschschweiz konsumieren rund zwei Drittel (65%) täglich eine Portion²⁹ Milchprodukte oder mehr, in der französischsprachigen Schweiz 61% und in der italienischsprachigen Schweiz nur etwas mehr als die Hälfte (51%).

Die tägliche **Flüssigkeitsmenge**, die ein Erwachsener zu sich nehmen sollte, liegt bei ein bis zwei Litern nichtalkoholischer Getränke. Rund drei Viertel der Bevölkerung berücksichtigen diese Empfehlung, Frauen insgesamt leicht besser als Männer (G3.8). Ältere Personen halten sich ebenfalls häufiger an die Empfehlungen als jüngere. Bei den Personen ab 65 Jahren nehmen allerdings 6% weniger als einen Liter Flüssigkeit täglich zu sich.

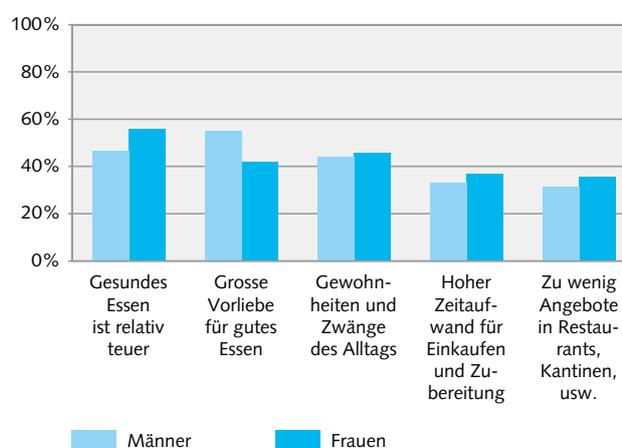
3.2.3 Hindernisse für eine gesunde Ernährung

Als Haupthindernis für eine gesunde Ernährung sehen 56% der Frauen, dass «gesundes Essen relativ teuer» sei (G3.9). Männer nennen am häufigsten ihre «Vorliebe für gutes Essen» (55%). Das trifft vor allem für Männer ab 55 Jahren zu.

Männer und Frauen zwischen 25 und 44 Jahren sehen zudem «die Gewohnheiten und Zwänge des Alltags» als Hinderungsgründe (55%). Für die jüngeren Personen zwischen 25 und 34 Jahren macht sich vor allem der «hohe Zeitaufwand für das Einkaufen und die Zubereitung» bemerkbar.

Hindernisse für eine gesunde Ernährung, 2007
Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 3.9



© Bundesamt für Statistik (BFS)

²⁹ Eine Portion entspricht etwa 200g Frischkäse/Hüttenkäse oder 30–60g Käse. Bei Milch oder Joghurt ist es etwa ein mittleres Glas voll.

3.3 Tabak

In der Schweiz können rund 15% der Todesfälle auf Folgen von Erkrankungen zurückgeführt werden, die mit dem Rauchen in Zusammenhang stehen.³⁰ Zahlreiche Krankheiten wie Herz-Kreislaufkrankungen, chronische Lungenkrankheiten wie Bronchitis und Emphysemen sowie bösartige Tumore in Lunge, Bronchien, Mundhöhle, Speiseröhre, Niere und Bauchspeicheldrüse werden durch das Rauchen verursacht oder begünstigt. Die Folgen treten meist nicht unmittelbar auf, sondern häufig erst nach etlichen Jahren.

3.3.1 Raucherinnen und Raucher

28% der Bevölkerung ab 15 Jahren rauchen, d.h. jeder dritte Mann und jede vierte Frau (G3.10). Rund die Hälfte (51%) hat nie geraucht.

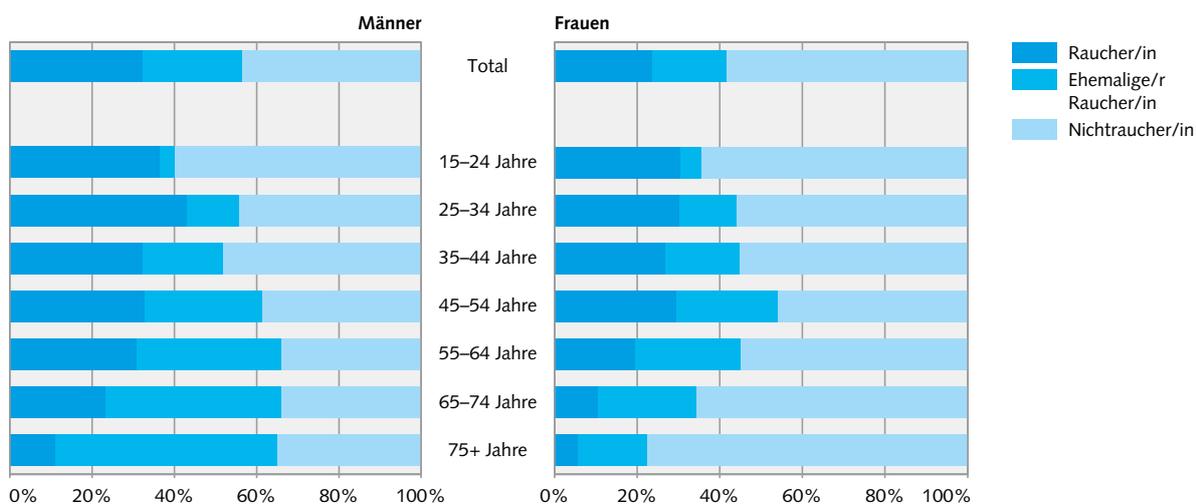
Am höchsten ist der Anteil der Raucher bei den 25 bis 34-jährigen Männern. Bei den Frauen ist der Anteil der Raucherinnen im Alter von 15 bis 54 Jahren stabil und geht erst ab 55 Jahren deutlich zurück. Bei den 75-Jährigen und Älteren sind nur noch 6% der Frauen und 11% der Männer Rauchende. Der Anteil der ehemaligen Raucher nimmt bei den Männern mit dem Alter stark zu, bei den Frauen bleibt er in den drei Altersgruppen zwischen 45 und 74 Jahren ungefähr gleich gross.

1992 betrug der Anteil aktuell Rauchender bei den Männern 37%, stieg zwischenzeitlich auf 39% und liegt 2007 bei 32% (G3.11). Auch der Anteil der Raucherinnen ist nach einem Anstieg 1997 auf 28% wieder auf das Niveau von 1992 gesunken (24%). Diese Tendenz lässt sich in allen Altersgruppen ab 25 Jahren feststellen. Bei jungen Männern und Frauen zwischen 15 und 24 Jahren liegen die Raucheranteile 2007 hingegen höher als 1992.

Tabakkonsum, 2007

Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 3.10



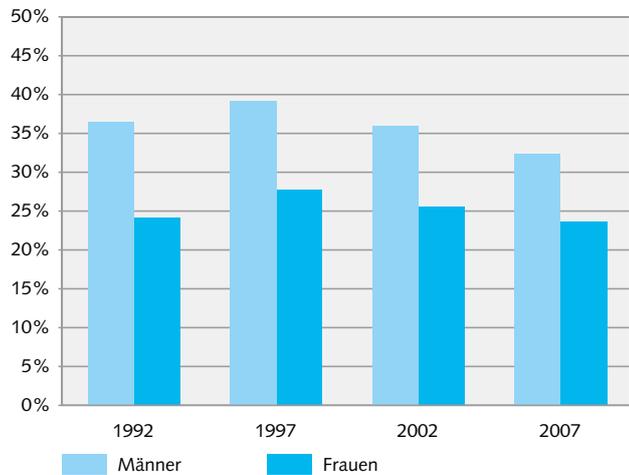
© Bundesamt für Statistik (BFS)

³⁰ BFS (2009): Tabakbedingte Todesfälle in der Schweiz. Schätzungen für die Jahre 1995 bis 2007. BFS aktuell, Neuchâtel

Rauchende 1992–2007

Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 3.11



© Bundesamt für Statistik (BFS)

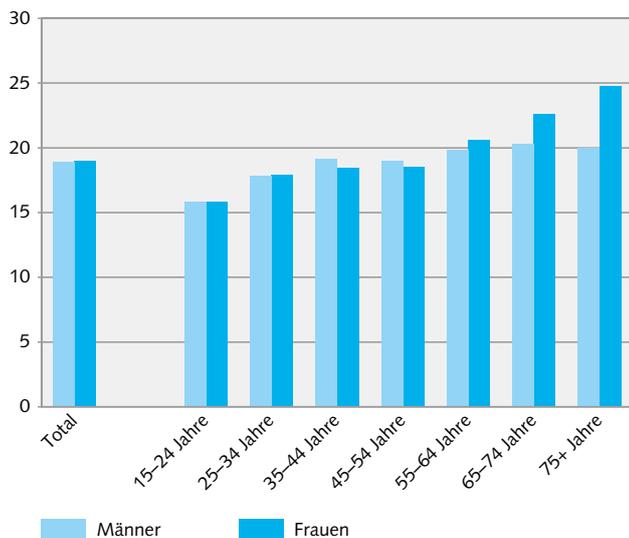
3.3.2 Beginn des Rauchens

Heranwachsende beginnen heutzutage früher mit dem Rauchen, als es die älteren Generationen damals taten. Bei den 15- bis 24-Jährigen ist das durchschnittliche Alter, in dem mit dem Rauchen angefangen wird, knapp 16 Jahre (G3.12). Die heute über 64-Jährigen waren bereits über 21 Jahre alt, als sie anfangen zu rauchen. In der französischsprachigen Schweiz beginnen die Personen früher (18,4 Jahre) zu rauchen als in der Deutschschweiz (19,1 Jahre) oder italienischsprachigen Schweiz (19,6 Jahre).

Durchschnittsalter bei Rauchbeginn

Rauchende, nach Alter im Jahr 2007

G 3.12



© Bundesamt für Statistik (BFS)

3.3.3 Nikotinabhängigkeit

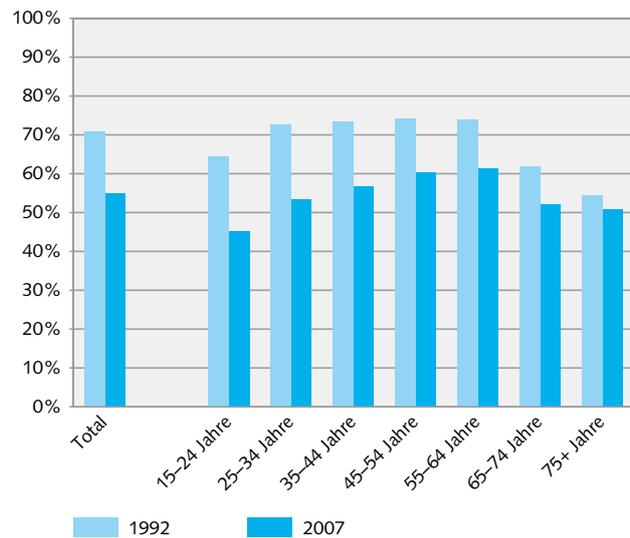
Als nikotinsüchtig gelten Personen, die mehr als 10 Zigaretten am Tag rauchen. 57% der Raucher und 52% der Raucherinnen müssen daher als süchtig betrachtet werden (G3.13).

Der Anteil der Rauchenden, die täglich mehr als ein Äquivalent von 10 Zigaretten rauchen, sinkt jedoch seit 15 Jahren kontinuierlich. 1992 galten noch über 70% der Raucherinnen und Raucher als nikotinsüchtig. Die durchschnittliche Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten ist vor allem bei den jüngeren Personen stark rückläufig. Die älteren Raucherinnen und Raucher halten demgegenüber eher an ihrem Konsumverhalten fest.

Rauchende, die mehr als 10 Zigaretten pro Tag rauchen, 1992–2007

Anteil der Rauchenden

G 3.13



© Bundesamt für Statistik (BFS)

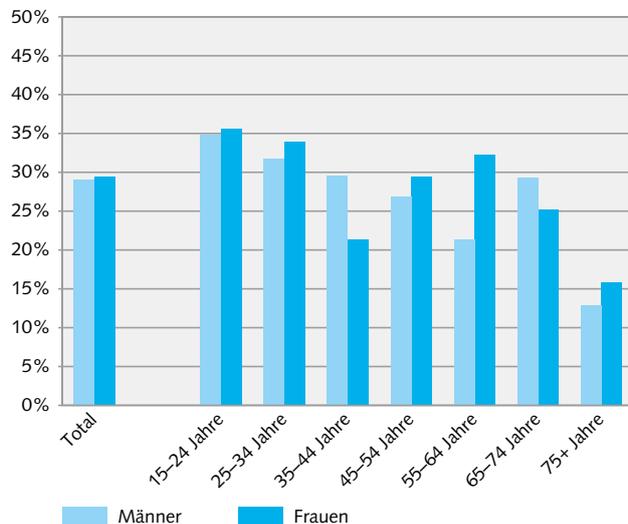
3.3.4 Mit dem Rauchen aufhören

Über 60% der Raucherinnen und Raucher würden gerne mit dem Rauchen aufhören. Dieser Anteil hat gegenüber 1992 um 7 Prozentpunkte zugenommen. Die Absicht, das Rauchen aufzugeben, wird von Männern und Frauen gleichermassen geteilt. 29% der Raucherinnen und Raucher haben im letzten Jahr einen ernsthaften aber erfolglosen Versuch unternommen, mit dem Rauchen aufzuhören, und zumindest während zwei Wochen nicht geraucht (G3.14). Die Bereitschaft, das Verhalten zu ändern, ist in jüngeren Jahren stärker ausgeprägt als im höheren Alter. Zwei Drittel der Männer ab 75 Jahren wollen ihre Gewohnheit nicht mehr umstellen. Bei den unter 25-Jährigen hat dagegen im letzten Jahr schon

Versuch, das Rauchen aufzugeben, 2007

Anteil der Rauchenden, die während des letzten Jahres für mindestens zwei Wochen mit dem Rauchen aufgehört haben

G 3.14



© Bundesamt für Statistik (BFS)

mehr als ein Drittel versucht, das Rauchen aufzugeben. Offenbar hat auch diesbezüglich die Tabakprävention eine Wirkung entfaltet: Die Tendenz ist seit 1992 klar steigend.

3.3.5 Passivrauchen

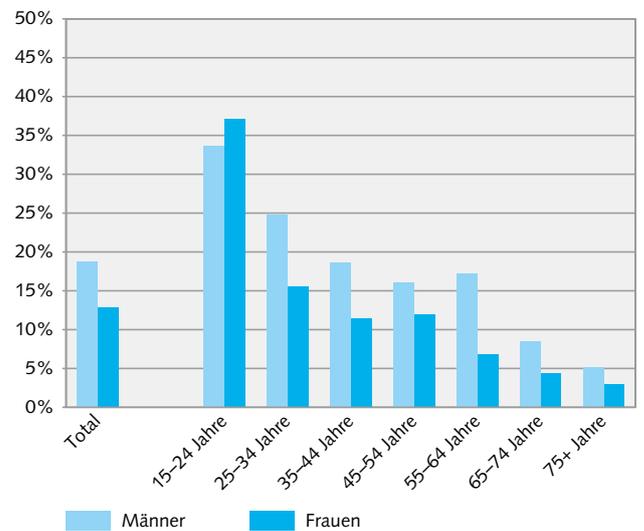
Passivrauchen schadet der Gesundheit in ähnlicher Weise wie das Rauchen selbst und kann Krankheiten wie Lungenkrebs, Herzkrankheiten, Schlaganfälle oder Atemwegserkrankungen verursachen. Ende 2005 haben die Schweizerischen Bundesbahnen ein komplettes Rauchverbot in den Zügen durchgesetzt. Der Kanton Tessin war der erste Kanton in der Schweiz, welcher 2007 in Restaurants, Cafés, Bars und Discotheken ein Rauchverbot eingeführt hat. 2009 wurde schliesslich ein Bundesgesetz zum Schutz vor dem Passivrauchen verabschiedet.³¹ Der Einfluss der ersten Massnahmen zeigt bereits Wirkung. Die Auswirkungen des neuen Bundesgesetzes lassen sich erst mit den Resultaten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 überprüfen.

³¹ Gemäss dem Bundesgesetz zum Schutz vor dem Passivrauchen müssen ab dem 1. Mai 2010 alle geschlossenen Räume, die mehreren Personen als Arbeitsplatz dienen, rauchfrei sein. Ebenfalls rauchfrei sind ab diesem Datum alle geschlossenen, öffentlich zugänglichen Räume (z.B. Einkaufszentren, Kinos, Restaurants). In diesen Räumen können Raucherräume, die mit einer ausreichenden Belüftung ausgestattet sind, eingerichtet werden. Fünfzehn Kantone (AR, BE, BL, BS, FR, GE, GR, NE, SG, SO, TI, UR, VD, VS, ZH) verfügen über eine Gesetzgebung, die über die Anforderungen des Bundesgesetzes hinausgeht.

Passivrauchen, 2007

Anteil der NichtraucherInnen, die mindestens eine Stunde pro Tag dem Rauch anderer ausgesetzt sind

G 3.15



© Bundesamt für Statistik (BFS)

Der Anteil der Nichtraucherinnen und Nichtraucher, die täglich mindestens eine Stunde dem Rauch von anderen ausgesetzt sind, ist 2007 gegenüber 2002 von 27% auf 16% gesunken. Jugendliche und junge Erwachsene sind durch ihr Freizeitverhalten deutlich stärker durch das Passivrauchen gefährdet als Erwachsene. Zwei Drittel der Heranwachsenden, die selbst nicht rauchen, geben an, täglich in Situationen zu geraten, bei denen sie den Rauch von anderen einatmen. Ein Drittel der jungen Nichtraucherinnen und Nichtraucher sind dem mindestens eine Stunde pro Tag ausgesetzt. Das betrifft insbesondere junge Frauen (G3.15).

3.4 Alkohol

In der westlichen Gesellschaft ist der Alkoholkonsum seit Jahrhunderten kulturell verankert und bildet einen festen Bestandteil des gesellschaftlichen Lebens. Der übermässige Alkoholkonsum ist gleichwohl eine Hauptursache für vorzeitige Sterblichkeit und für Schädigungen der körperlichen (insbesondere Erkrankungen der Leber und des Verdauungsapparates), der psychischen und sozialen Gesundheit. Er ist gleichzeitig eine Ursache für gewalttätiges Handeln, Unfälle, frühzeitige Behinderung, Arbeitsausfälle oder der sozialen Ausgrenzung. Einige Studien belegen, dass ein mässiger Alkoholkonsum vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen schützen kann. Der schützende Einfluss macht sich jedoch nur bei Personen im höheren Alter bemerkbar. Die negativen Konsequenzen des Alkoholkonsums verursachen deutlich mehr gesellschaftliche Kosten als illegale Drogen.³²

3.4.1 Häufigkeit des Alkoholkonsums

Die grosse Mehrheit (83%) der Bevölkerung ab 15 Jahren trinkt Alkohol (G3.16). Trotz der weiten Verbreitung kann Alkoholkonsum als eigentliche Domäne der Männer angesehen werden: Männer trinken nicht nur häufiger, sondern auch weitaus mehr Alkohol als Frauen.

70% der Männer und 45% der Frauen geben an, für gewöhnlich zumindest einmal in der Woche Alkohol zu trinken. Jeder fünfte Mann trinkt täglich Alkohol, bei den Frauen ist es jede Zehnte. Der Anteil der abstinent lebenden Frauen ist rund doppelt so hoch wie jener der Männer (23% versus 11%).

Bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist der Alkoholkonsum eher sporadisch, dafür teilweise unkontrolliert ausgeprägt. Mit steigendem Alter nimmt die Regelmässigkeit des Alkoholkonsums sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen kontinuierlich zu. Bei den Männern ab 75 Jahren sind es rund 45%, die täglich Alkohol zu sich nehmen. Bei den Frauen steigt im höheren Alter der Anteil der Abstinenter sprunghaft an (33% bei den 75-Jährigen und Älteren).

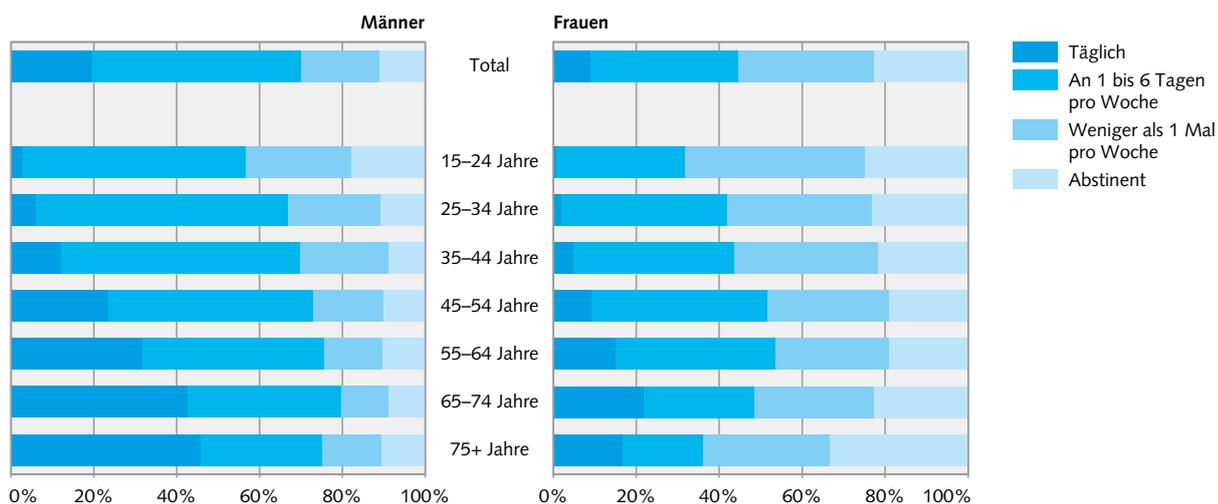
Schliesslich gibt es auffallende regionale Unterschiede (G3.17): In der italienischsprachigen Schweiz hat es sowohl anteilmässig am meisten täglich Alkohol konsumierende Personen als auch den höchsten Anteil an abstinent lebenden Personen. In der Deutschschweiz liegen die Anteile jeweils am tiefsten.

Medizinisch betrachtet gibt es kaum Unterschiede zwischen den verschiedenen Getränkearten in Bezug auf Langzeitfolgeschäden durch übermässigen Alkoholkonsum³³. Wein ist das beliebteste Getränk bei beiden

Häufigkeit von Alkoholkonsum, 2007

Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 3.16



© Bundesamt für Statistik (BFS)

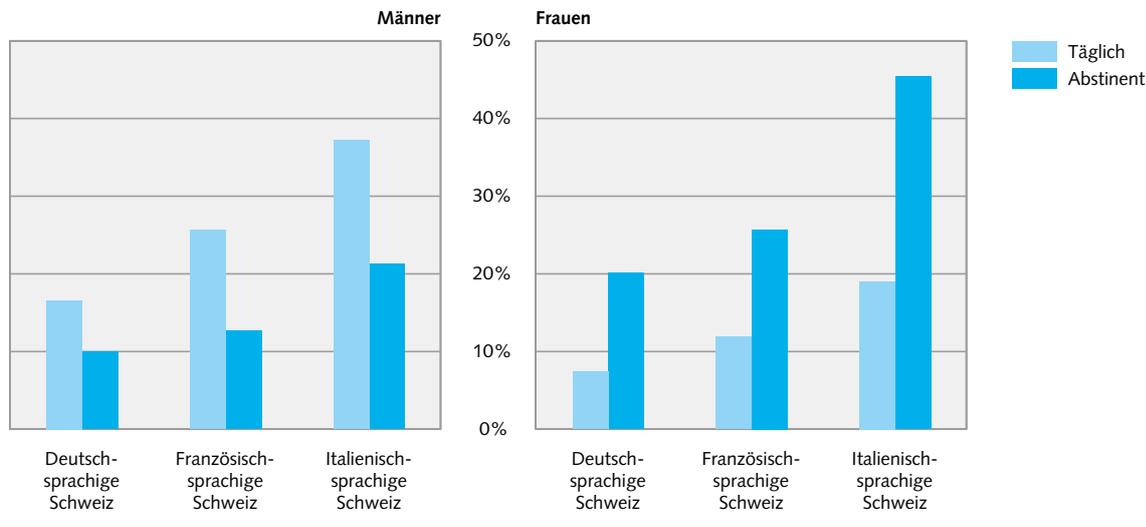
³² Die finanziellen Folgen für die Gesellschaft durch Fehlzeiten, sinkende Arbeitsleistung, alkoholbedingte Unfälle sowie direkte Krankheitskosten wurden in einer Studie der Universität Neuchâtel 2003 auf ca. 6.5 Milliarden Franken pro Jahr geschätzt. Nicht eingeschlossen sind dabei die sozialen Folgekosten eines problematischen Alkoholkonsums. Institut de recherches économiques et régionales (2003): Die sozialen Kosten des Alkoholmissbrauchs in der Schweiz. Neuenburg

³³ Babor, T. et al (Hrsg.) (2005): Alkohol – kein gewöhnliches Konsumgut. Forschung und Alkoholpolitik. Hogrefe. Göttingen.

Täglicher Alkoholkonsum und Abstinenz nach Sprachregion, 2007

Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 3.17



© Bundesamt für Statistik (BFS)

Geschlechtern. Mehr als die Hälfte (54%) der Bevölkerung trinkt zumindest einmal wöchentlich Wein (Männer 59%, Frauen 50%). 10% trinken sogar täglich Wein (Männer 13%, Frauen 9%).

3.4.2 Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum

21% aller Männer und 18% aller Frauen nehmen durchschnittliche Alkoholmengen zu sich, die gemäss den Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung (s. Kasten) ein Gesundheitsrisiko darstellen können. Ein grosser Teil dieser Personen weist aber einen Alkoholkonsum mit einem geringen Risiko auf (Männer bis 40g reiner Alkohol/Tag, Frauen bis 20g/Tag). 4% der Frauen und Männer gehen aufgrund ihres Alkoholkonsums ein mittleres Gesundheitsrisiko ein. Hoch ist dieses Risiko bei gut 1% der Frauen und knapp 2% der Männer (G3.18). Die überwiegende Mehrheit (65%) konsumiert Alkohol weitgehend risikoarm und 17% der Bevölkerung leben abstinenz.

Zwischen 1992 und 2002 ist der Anteil der Abstinenten kontinuierlich gestiegen, jedoch seither um 5 Prozentpunkte auf 17% gesunken. Vor allem bei den Frauen sowie bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind eine Abnahme der Abstinenten und eine Zunahme des gelegentlichen Konsums festzustellen. Zugleich ist seit 1997 der Anteil der Personen mit einem chronisch-risikoreichen Konsum leicht rückläufig, vor allem bei den Männern.

Feststellung von chronisch risikoreichem Alkoholkonsum

Die Fachstellen haben Grenzwerte festgelegt, ab wann ein chronischer Alkoholkonsum ein Gesundheitsrisiko darstellt. Diese werden in Gramm pro Tag konsumiertem reinen Alkohol angegeben. Die SGB hält sich bei der Einteilung in Konsumgruppen an die Grenzwerte der Weltgesundheitsorganisation (WHO).³⁴ Diese geben für Frauen und Männer unterschiedliche Alkoholmengen vor, oberhalb derer auf Dauer physische, psychische oder soziale Folgeschäden zu erwarten sind. Zusätzlich wurde die Empfehlung der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung hinzugezogen, welche Grenzwerte angibt, bei dem gesundheitsschädigende Konsequenzen weitgehend ausgeschlossen werden können.³⁵ Anhand dieser Grenzwerte lässt sich das Risiko abschätzen:

- risikoarmer Konsum: Frauen: bis 10g; Männer: bis 20g
- geringes Risiko: Frauen: 11g bis 20g; Männer: 21g bis 40g
- mittleres Risiko: Frauen: 21g bis 40g; Männer: 41g bis 60g
- erhöhtes Risiko: Frauen: mehr als 40g; Männer: mehr als 60g

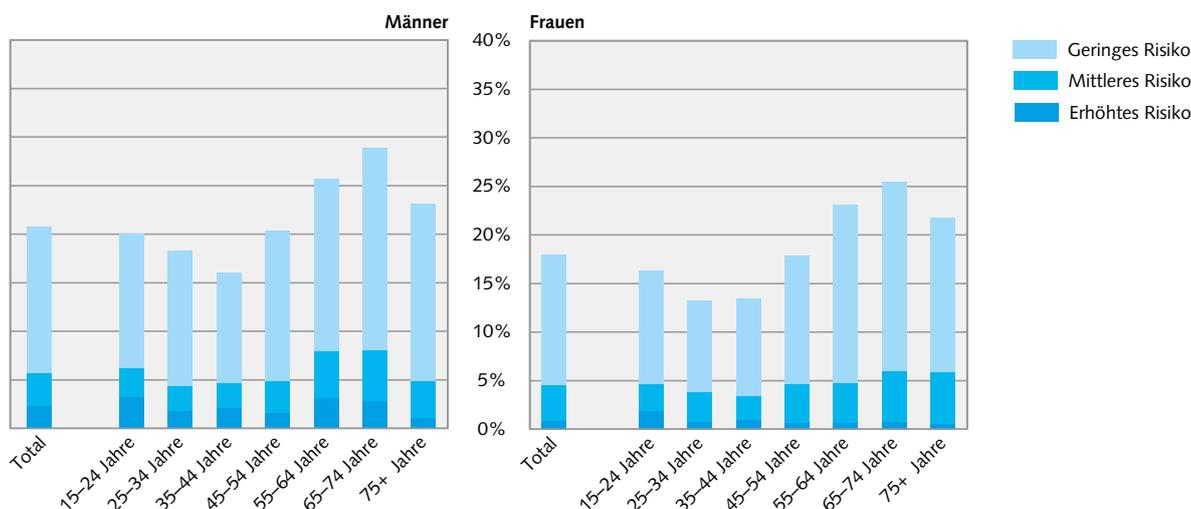
(20g reiner Alkohol entsprechen 5dl Bier, 2,5 dl Wein oder 0,6 dl Spirituosen.)

³⁴ Siehe WHO (2000): International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm. S. 52

³⁵ Merkblatt Alkohol der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung 2007: www.sge-ssn.ch/fileadmin/pdf/100-ernaehrungsthemen/40-lebensmittel/7-suessigkeiten_knabbereien/Merkblatt_Alkohol.pdf.

Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum, 2007

Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 3.18

© Bundesamt für Statistik (BFS)

3.4.3 Problematischer Alkoholkonsum

Problematischer Alkoholkonsum (siehe Kasten) kommt vor allem bei Männern zum Ausdruck (13% versus 3% bei Frauen). Regional betrachtet zeigt die französischsprachige Schweiz einen leicht höheren Anteil an problematischem Alkoholkonsum (9%) als die deutsch- oder italienischsprachige Schweiz (7% bzw. 6%).

Problematischer Alkoholkonsum

Zu Beginn der 80er-Jahre beauftragte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Expertengruppe mit der Ausarbeitung eines Instrumentes zur Früherkennung von Alkoholproblemen. Der «Alcohol Use Disorders Identification Test» (AUDIT) besteht aus 10 Fragen und soll als Früherkennungsinstrument alkoholbedingte Probleme erfassen, bevor klinisch manifeste Probleme auftreten. Diese Fragen wurden auch in der SGB gestellt. Als alkoholbedingte Probleme gelten:

- riskanter Alkoholkonsum, z.B. Rauschtrinken,
- schädlicher Konsum, welcher z.B. alkoholbedingte soziale Probleme begünstigen kann,
- Abhängigkeitssymptomatik.

Der Test diagnostiziert jedoch weder Alkoholabhängigkeit noch Alkoholmissbrauch, vielmehr beurteilt der Test allgemeine Trinkmuster. Er ist besonders geeignet, das problematische Trinkverhalten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu erfassen.³⁶

Das Trinken von so grossen Alkoholmengen, dass ein Rausch eintritt,³⁷ und dies mindestens einmal im Monat, ist die häufigste Form eines problematischen Alkoholkonsums. Problematisch ist das Rauschtrinken deshalb, weil damit insbesondere das Unfallrisiko, die Gewaltbereitschaft und die Verletzungsgefahr stark ansteigen. Das sogenannte Rauschtrinken ist vor allem bei jungen Männern verbreitet. Rund ein Viertel der jungen Männer trinkt regelmässig übermässig viel Alkohol auf einmal.

Der problematische Alkoholkonsum betrifft eher einen übermässigen Konsum von Bier als von Wein oder Spirituosen. Bier wird insbesondere von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in grösseren Mengen konsumiert, während in den höheren Altersklassen eher Wein dominiert.

³⁶ Babor T F, De La Fuente JR, Saunderson J, Grant M (1998): Audit – The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care. World Health Organization, Division of Mental Health. Geneva.

³⁷ Bei Männern mehr als 8 Gläser eines alkoholischen Getränks auf einmal, bei Frauen mehr als 6 Gläser auf einmal.

3.5 Illegale Drogen

Unter Drogen werden in der Regel psychoaktive Substanzen verstanden, die den Bewusstseinszustand, die Wahrnehmung oder das Denken verändern. Gemäss dem Betäubungsmittelgesetz ist der Besitz, Handel oder Konsum von Halluzinogenen wie Cannabis, Aufputschmitteln wie Ecstasy und Kokain oder Opiaten wie Heroin verboten. Opiate und Kokain besitzen ein erhebliches Suchtpotential und können massive Auswirkungen auf die sozialen Beziehungen des Konsumierenden haben. Cannabis gilt als weniger gefährlich. Täglicher Cannabiskonsum hat jedoch Auswirkungen auf die psychosoziale Entwicklung. Jugendliche sind daher besonders gefährdet und Cannabiskonsum kann das soziale Integrationsverhalten behindern.

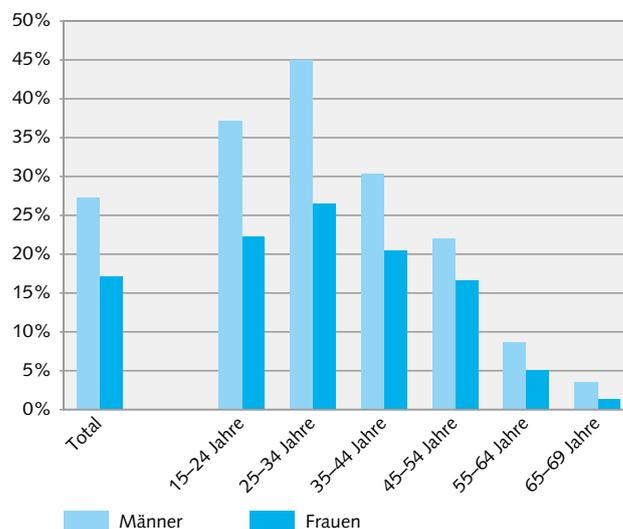
3.5.1 Prävalenz des Cannabiskonsums

Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen existieren hauptsächlich mit Cannabis.³⁸ Über 22% der Personen unter 70 Jahren haben schon einmal in ihrem Leben Cannabis geraucht (G3.19). Während mehr als jeder vierte Mann (27%) schon Erfahrungen mit Cannabis gemacht hat, liegt die Zahl bei den Frauen bei 17%. Cannabiskonsumerfahrungen finden sich zudem häufiger in den jüngeren Altersgruppen.

Cannabiskonsum, 2007

Mindestens einmal im Laufe des Lebens, Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten zwischen 15 und 69 Jahren

G 3.19



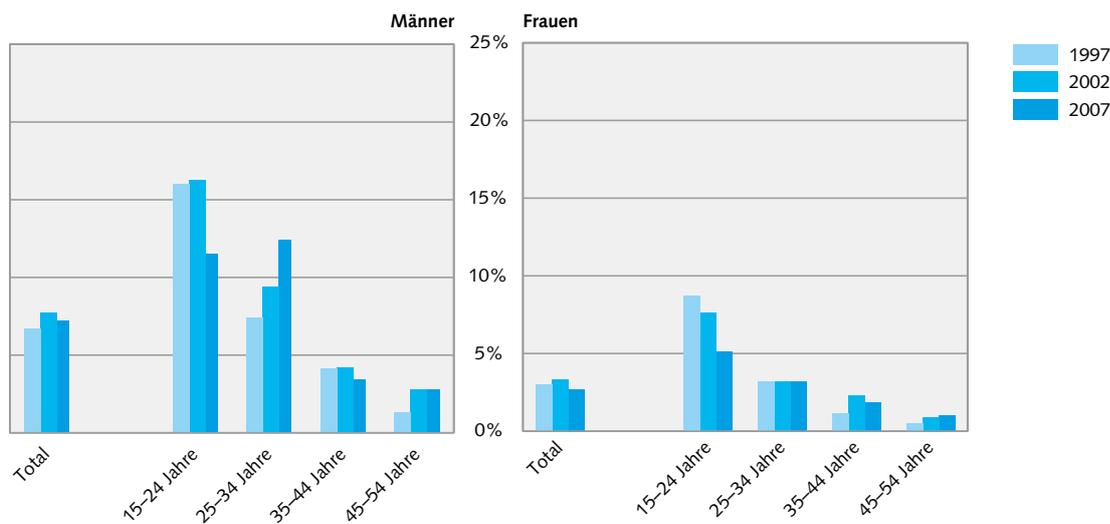
© Bundesamt für Statistik (BFS)

Cannabiskonsum ist oftmals ein zeitlich begrenztes Phänomen. Bei drei Vierteln der 15- bis 34-jährigen Personen, die angeben, schon einmal Cannabis geraucht zu haben, handelte es sich um eine vorübergehende Phase. Von den 15- bis 34-jährigen Männern konsumieren gegenwärtig 12%, von den gleichaltrigen Frauen 4% Cannabis. Mit zunehmendem Alter nehmen die Anteile der aktuell Cannabiskonsumierenden stark ab (G3.20).

Aktuell Cannabiskonsumierende, 1997–2007

Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten zwischen 15 und 54 Jahren

G 3.20



© Bundesamt für Statistik (BFS)

³⁸ Cannabis ist ein Sammelbegriff für Marihuana (Blüten und Blätter) sowie Haschisch (Cannabisharz).

Rund die Hälfte der aktuell konsumierenden Männer gibt an, zumindest einmal in der Woche Cannabis zu rauchen. In der Gruppe aller 15- bis 34-Jährigen sind dies 6%. Frauen konsumieren nicht nur anteilmässig weniger Cannabis, sie tun dies zudem auch weniger oft: 2% der 15–24-jährigen Frauen rauchen wöchentlich mindestens einmal Cannabis, bei den 25- bis 34-jährigen noch 1%.

Der Cannabiskonsum in der Schweiz ist wie auch im übrigen Europa im Laufe der 90er Jahre und zu Beginn des neuen Jahrtausends gestiegen. Seitdem hat der Anteil der aktuell Cannabiskonsumierenden insgesamt leicht abgenommen. Ein markanter Rückgang zeigt sich bei den jungen Erwachsenen. Während der Anteil von aktuell Konsumierenden unter den 15- bis 24-jährigen Männern 1997 und 2002 jeweils bei 16% lag, betrug er 2007 12%. Bei Männern zwischen 25 und 34 Jahren nimmt dagegen der Anteil der aktuell Konsumierenden immer noch zu (G3.20). Die These, dass es sich beim Cannabiskonsum um ein Jugendphänomen handelt, kann so nicht aufrecht erhalten werden.

3.5.2 Kokain und andere illegale Drogen

Kokain ist nach Cannabis die am häufigsten konsumierte illegale Droge in der Schweiz wie auch in Europa. Die jüngste Schweizerische Gesundheitsbefragung weist auf eine weitere Zunahme des Kokainkonsums hin (G3.21). Insgesamt haben über 4% der Bevölkerung zwischen 15 und 49 Jahren in ihrem Leben schon einmal Kokain konsumiert. Unter den 25- bis 34-jährigen Männern hat bei nahe jeder Zehnte schon einmal Kokain probiert. Auffallend ist dabei das Ost-West-Gefälle in der Schweiz. Der Kokainkonsum konzentriert sich stärker auf die französischsprachige Schweiz. Dort haben 7% Erfahrungen mit Kokain, doppelt so viele wie in der deutschsprachigen Schweiz.

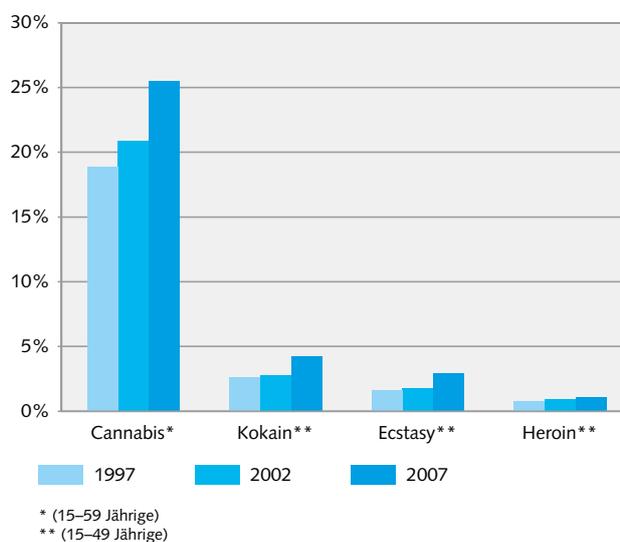
Der Ecstasy-Konsum war bis Ende der 80er Jahre in Europa relativ unbekannt. Im Kontext der Techno-Musikszene ist er jedoch seit den 90er Jahren in ganz Europa steigend, auch in der Schweiz.³⁹ Von den unter 50-Jährigen haben insgesamt 3% schon einmal Ecstasy konsumiert (G3.21). Dabei sind es vor allem jüngere Altersgruppen, die entsprechende Erfahrungen gemacht haben. 2007 sind es 5% der Männer und 2% der Frauen unter 35 Jahren.

³⁹ Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2008): Jahresbericht 2008: Stand der Drogenproblematik in Europa, Luxemburg, Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften S. 57

Konsum von illegalen Drogen. 1997–2007

Mindestens einmal im Laufe des Lebens,
Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten

G 3.21



© Bundesamt für Statistik (BFS)

Demgegenüber verbleibt der Anteil der Heroinkonsumenten beinahe auf demselben Niveau wie 1997 und 2002 (G3.21). Dies könnte unter anderem mit den Auswirkungen der Vier-Säulen-Drogenpolitik⁴⁰ zu tun haben. Während früher hauptsächlich Jugendliche und junge Erwachsene Heroin konsumierten, sind es heute eher die Personen ab 35 Jahren (1,6% der 35- bis 54-Jährigen gegenüber 0,4% der 15- bis 34-Jährigen).

⁴⁰ Die Viersäulenpolitik der Schweiz besteht aus Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression.

3.6 Medikamente

Medikamente können neben der heilenden Wirkung auch Risiken und Nebenwirkungen haben. Durch die Zulassungsbestimmungen des Schweizerischen Heilmittelinstituts (swissmedic) sollen diese weitgehend eliminiert werden. Dennoch können Arzneimittel sowohl unkontrolliert als auch nicht bestimmungsgemäss eingenommen oder falsch verschrieben werden. Gewisse Medikamente haben zudem je nach Produkt ein mehr oder weniger starkes Abhängigkeitspotential, wenn sie über einen längeren Zeitraum eingenommen werden. Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential weisen vor allem Schmerzmittel, Beruhigungsmittel, Schlafmittel oder Psychostimulantien auf.⁴¹

3.6.1 Medikamente allgemein

Der Medikamentenkonsum ist in den letzten Jahren gestiegen. Beinahe jede zweite Person ab 15 Jahren hat innerhalb einer Woche irgend ein Medikament eingenommen. 1992 lag der Anteil noch bei 38%, 1997 und 2002 bei jeweils 41% (G3.22). Der Medikamentenkonsum steigt mit dem Alter stark an, da im Alter die verstärkenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen zunehmen. Insgesamt nehmen Frauen (51%) mehr Medikamente

ein als Männer (41%). Darüber hinaus bestehen regionale Unterschiede: In der französischsprachigen Schweiz (52%) werden häufiger Medikamente genommen als in der deutsch- (45%) oder italienischsprachigen Schweiz (44%).

3.6.2 Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmittel

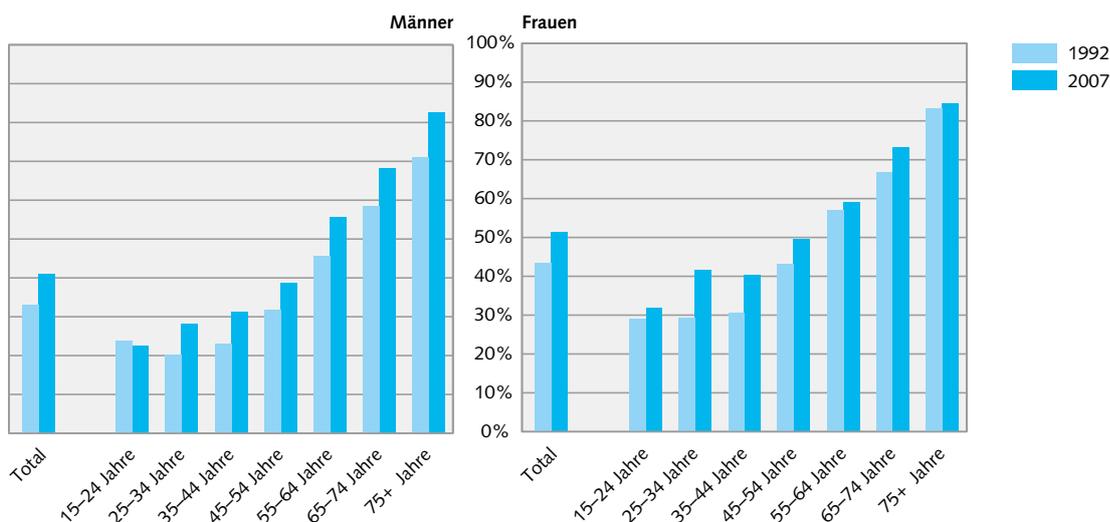
In den letzten 15 Jahren blieb der Schlaf- und Beruhigungsmittelkonsum stabil. Hingegen hat der Schmerzmittelgebrauch zugenommen.

5% der Bevölkerung nehmen mindestens einmal ein **Schlafmittel** über den Zeitraum von einer Woche ein (G3.23). Besonders im hohen Alter werden vermehrt Schlafmittel gebraucht. Auffällig ist zudem, dass Frauen beinahe doppelt so häufig wie Männer ein Schlafmittel einnehmen. Mehr als die Hälfte der Konsumentinnen und Konsumenten wendet das Schlafmittel über mindestens eine Woche hinweg täglich an. In der Regel werden die Schlafmittel von Ärztinnen und Ärzten verschrieben. Nur 14% der Personen, die ein Schlafmittel konsumiert haben, nehmen das Medikament ohne ärztliche Verschreibung ein. Geschlechterunterschiede sind dabei nicht zu erkennen. Jedoch betreiben jüngere Personen in grösserem Ausmass Selbstmedikation als ältere.

Medikamentenkonsum, 1992 und 2007

Mindestens ein Medikament im Laufe einer Woche, Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 3.22



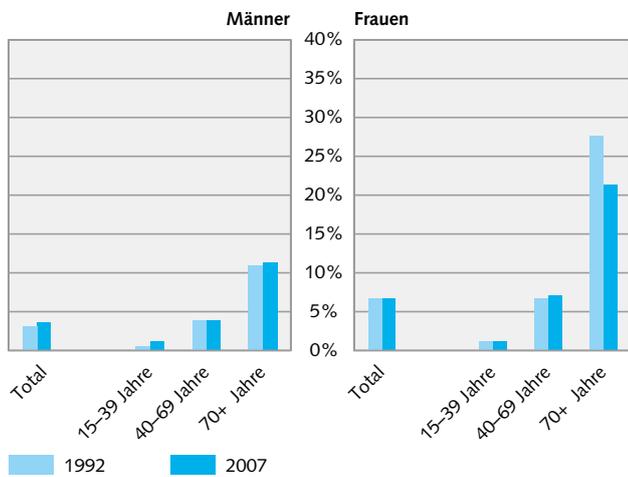
© Bundesamt für Statistik (BFS)

⁴¹ Vgl. Maffii, E. (2005): Zahlen und Fakten zum Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten in der Schweiz, 1992–2005. in Abhängigkeiten 2, 5–19.

Schlafmittelkonsum, 1992 und 2007

Mindestens einmal im Laufe einer Woche, Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 3.23



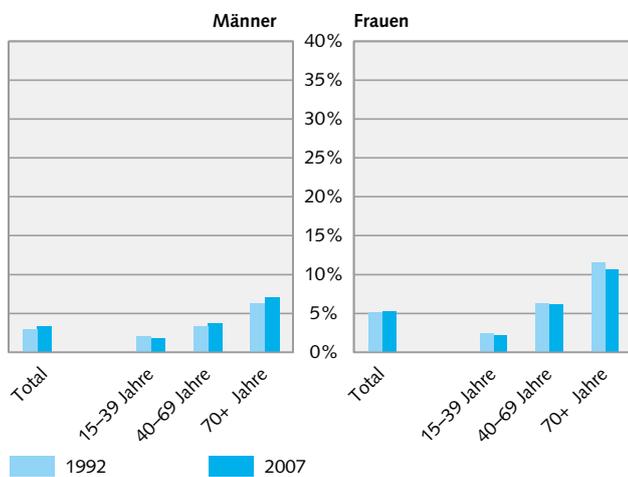
© Bundesamt für Statistik (BFS)

Beruhigungsmittel werden weniger oft konsumiert als Schlafmittel. Im Laufe einer Woche nehmen 4% der Bevölkerung ab 15 Jahren zumindest einmal ein Beruhigungsmittel (G3.24). Die allgemeinen Einnahmemuster sehen sehr ähnlich aus wie beim Schlafmittelkonsum: Frauen und ältere Personen konsumieren deutlich mehr Beruhigungsmittel. Ebenso werden Beruhigungsmittel in zwei von drei Fällen täglich eingenommen und sind grossteils ärztlich verschrieben (82%). Ein Drittel der unter 40-jährigen, die ein Beruhigungsmittel eingenommen haben, tun dies ohne ärztliche Verschreibung,

Beruhigungsmittelkonsum, 1992 und 2007

Mindestens einmal im Laufe einer Woche, Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 3.24



© Bundesamt für Statistik (BFS)

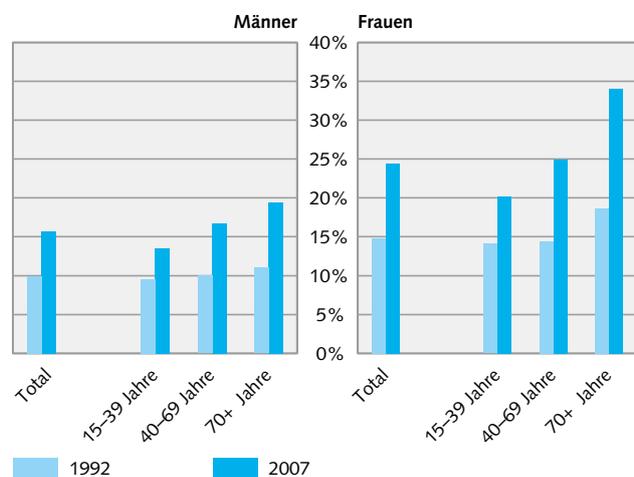
jedoch nur 13% der Personen ab 40. Insgesamt betreiben Frauen (20%) häufiger eine Selbstmedikation als Männer (13%).

Schmerzmittel werden deutlich häufiger eingenommen als Beruhigungs- und Schlafmittel: Jede fünfte Person gebraucht solche innerhalb einer Woche zumindest einmal (G3.25). Auch werden sie häufiger von Frauen konsumiert als von Männern. Der Schmerzmittelkonsum steigt mit dem Alter deutlich an, anders als 1992, als noch kaum Altersunterschiede beobachtet werden konnten. Seit 1992 hat der Anteil der Schmerzmittelkonsumentinnen und -konsumenten in allen Altersgruppen zugenommen. Bei den Personen ab 70 Jahren hat sich der Anteil der Personen, die zumindest einmal in der Woche ein Schmerzmittel genommen haben, beinahe verdoppelt. Anders als Beruhigungs- und Schlafmittel werden Schmerzmittel von beinahe der Hälfte der Konsumierenden nur einmal wöchentlich gebraucht. Rund ein Viertel nimmt das Präparat mehrmals in der Woche und ein Viertel täglich ein. Nur in etwas mehr als der Hälfte der Fälle (55%) wird das Schmerzmittel ärztlich verschrieben. Zwei Drittel der Personen unter 40 Jahren nehmen Schmerzmittel ohne vorherige Arztkonsultation ein. Ältere Personen lassen sich diese dagegen eher verschreiben. Nur 15% der Personen ab 70 Jahren konsumieren ein Schmerzmittel, welches nicht ärztlich verschrieben wurde.

Schmerzmittelkonsum, 1992 und 2007

Mindestens einmal im Laufe einer Woche, Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 3.25



© Bundesamt für Statistik (BFS)

4 Gesundheitsdienste, informelle Hilfe und Vorsorge

Medizinische und pflegerische Leistungen tragen zur Gesundheit der Bevölkerung bei. Sie werden von verschiedenen Akteuren erbracht: den ambulanten oder stationären Gesundheitsdiensten, aber auch von informellen Hilfesystemen, insbesondere von Angehörigen. Die Leistungen sind vielfältiger Natur und reichen von der kurativen Medizin über die Langzeitpflege bis hin zur Prävention und Früherkennung von Krankheiten. Die Messung der Inanspruchnahme dieser verschiedenen Leistungen ist wichtig für die Beurteilung ihrer Zugänglichkeit und für die Bedarfsplanung in diesen Bereichen.

4.1 Ambulante und stationäre Versorgung

Der Bevölkerung steht für Behandlungszwecke eine breite Palette von medizinischen und paramedizinischen Leistungen im ambulanten und stationären Bereich zur Verfügung.

4.1.1 Ärzteschaft

80% der Bevölkerung suchen innerhalb eines Jahres einen Arzt oder eine Ärztin auf. Der Anteil beträgt bei den Männern 73% und bei den Frauen 86%. Die Kon-

sultationsrate der Frauen weist kaum altersspezifische Differenzen auf, während jene der Männer ab dem 55. Lebensjahr steigt (G4.1). Der Unterschied ist in erster Linie auf die gynäkologischen Konsultationen der Frauen im Alter von 25–54 Jahren zurückzuführen. Die Arztkonsultationsrate blieb von 1992–2002 stabil (77%) und hat 2007 etwas zugelegt.

Im Schnitt wird pro Person viermal jährlich ein Arzt oder eine Ärztin konsultiert. Die Konsultationsfrequenz ist bei den Frauen höher als bei den Männern (4,5 bzw. 3,5) und steigt mit dem Alter, von 3 pro Jahr in der jüngsten auf 6 in der obersten Altersgruppe (G4.1).

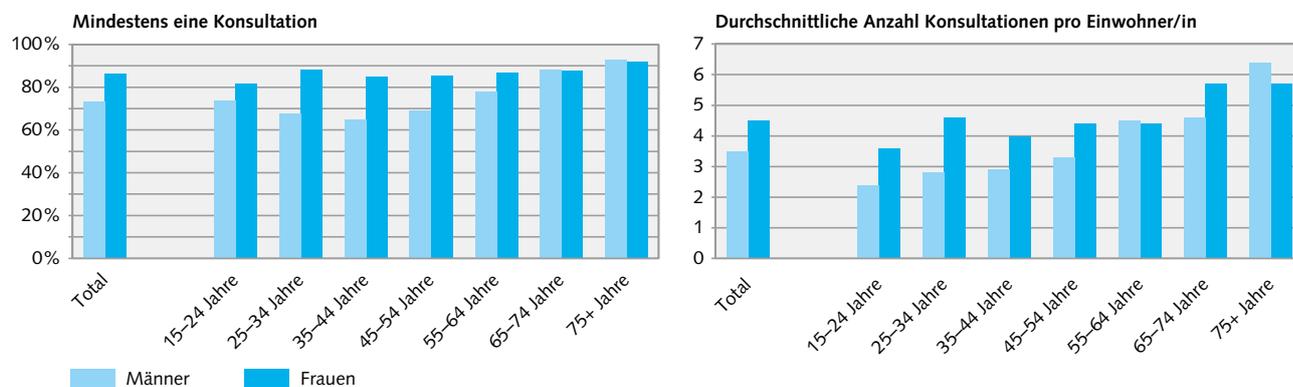
Dieser Anstieg ist vor allem auf eine Zunahme der Besuche bei Allgemeinpraktikern ab dem 65. Lebensjahr zurückzuführen. Zudem fällt auf, dass Männer ab 75 Jahren deutlich häufiger Spezialisten aufsuchen (G4.2).

Zwei Drittel der Bevölkerung konsultieren mindestens einmal pro Jahr einen Allgemeinpraktiker oder eine Allgemeinpraktikerin und ein Drittel einen Spezialisten oder eine Spezialistin. Die Arztwahl ist abhängig vom Bildungsstand. Personen ohne nachobligatorischen Schulabschluss gehen häufiger zu Allgemeinpraktikern (74%) als diejenigen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe (62%). Umgekehrt suchen Personen mit der höchsten Ausbildung häufiger Spezialisten auf (38%) als jene mit der tiefsten Ausbildung (30%).

Arztkonsultationen, 2007

Im Laufe eines Jahres, Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.1

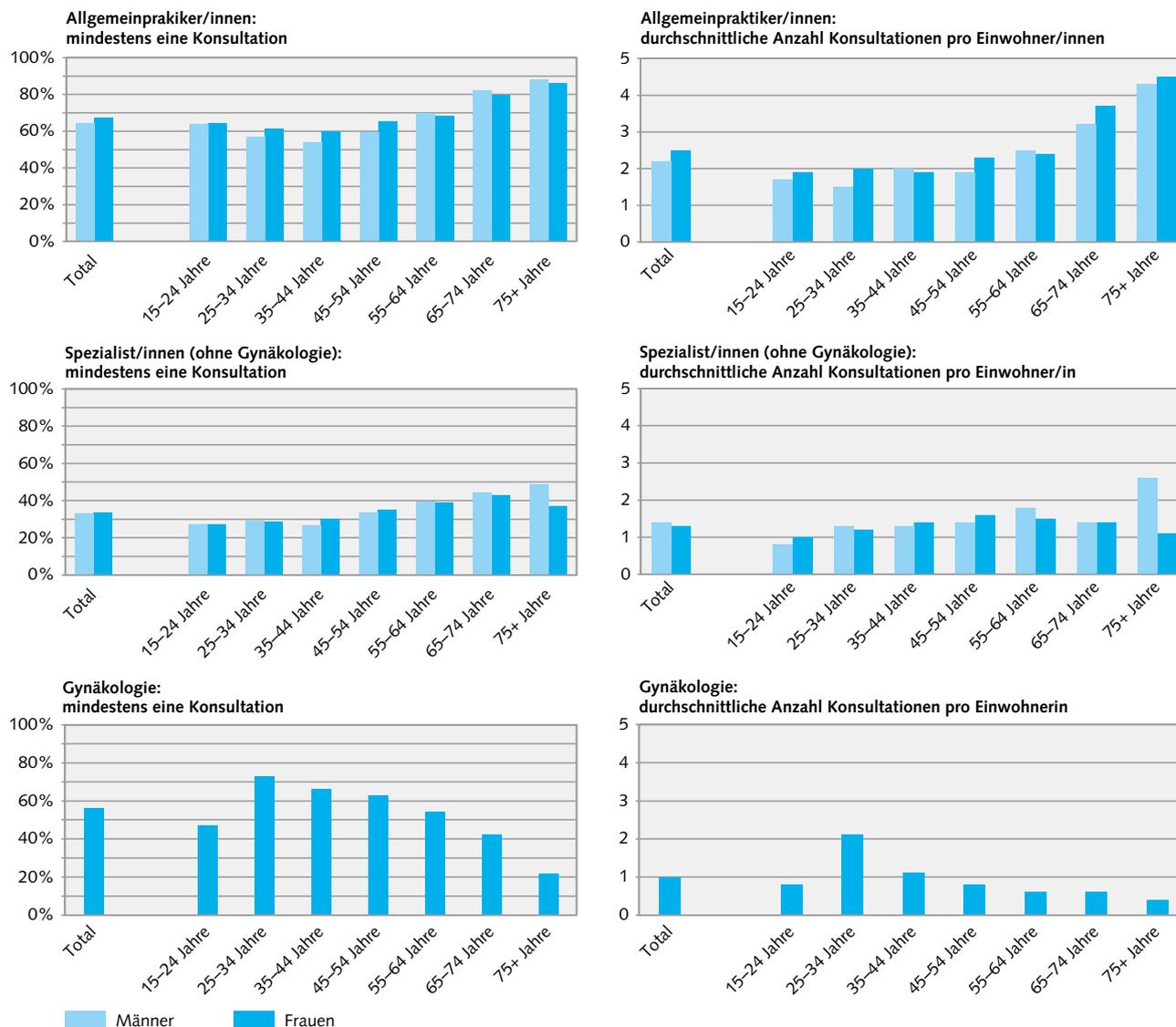


© Bundesamt für Statistik (BFS)

Konsultationen beim Allgemeinpraktiker oder Spezialisten, 2007

Im Laufe eines Jahres, Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.2



© Bundesamt für Statistik (BFS)

Seit 1997 lässt sich eine bemerkenswerte Veränderung bei den angegebenen Gründen für den Arztbesuch feststellen: Beschwerden oder Krankheit werden weniger häufig als Grund genannt (1997: 74% gegenüber 63% im Jahr 2007), während Vorsorgeuntersuchungen (21% bzw. 27%) und Impfungen (2% bzw. 5%) an Bedeutung gewonnen haben. Rund 5% der Arztbesuche erfolgen aus anderen Gründen.

Mehr als die Hälfte der Frauen ist innerhalb von 12 Monaten mindestens einmal beim Gynäkologen oder bei der Gynäkologin. In den Altersgruppen, in denen die Frauen am häufigsten Kinder gebären (25–45 Jahre), ist die Konsultationsrate am höchsten. Lediglich 41% der Frauen ohne nachobligatorischen Schulabschluss haben

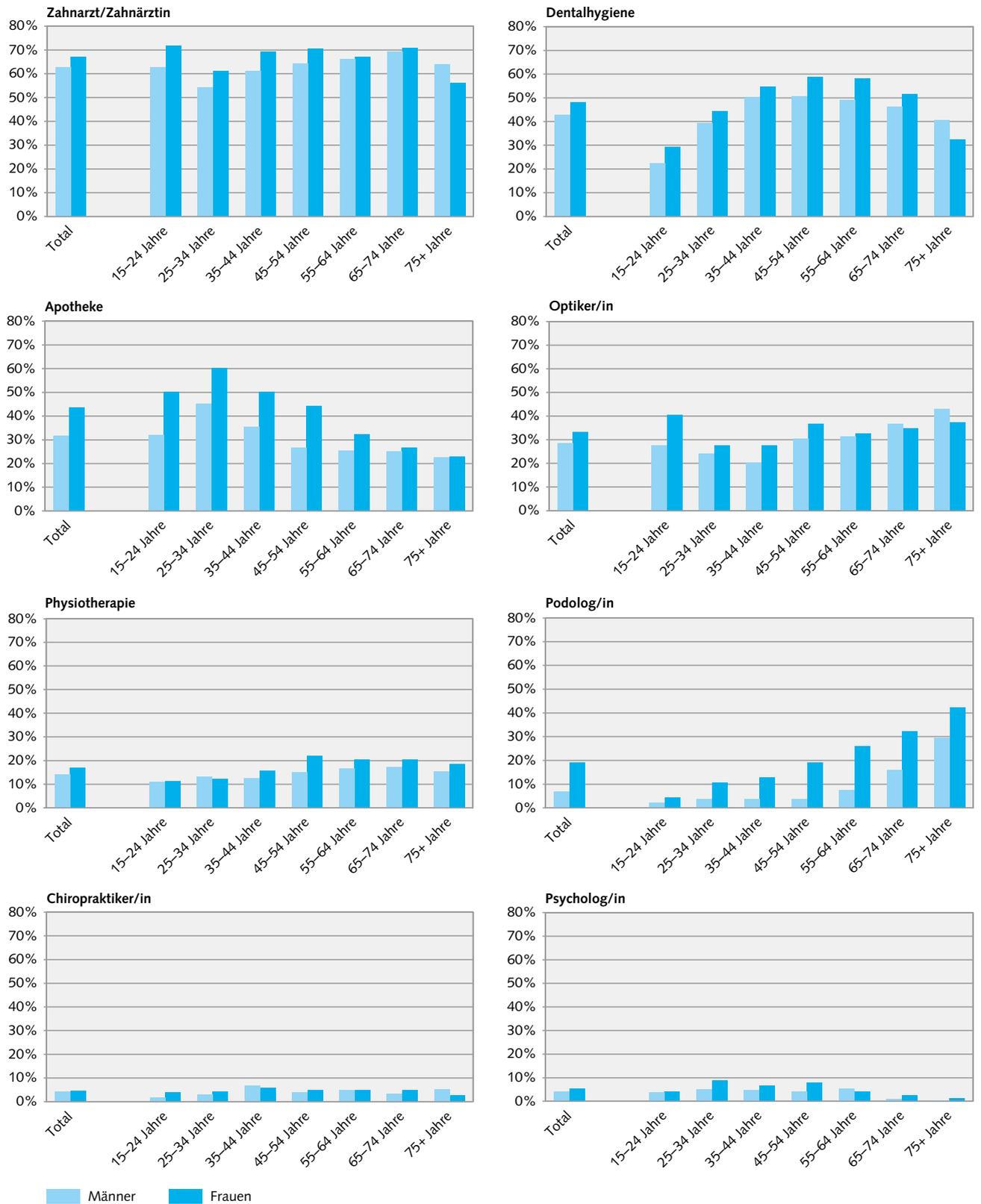
innerhalb eines Jahres einen Gynäkologen oder eine Gynäkologin aufgesucht, verglichen mit 66% derjenigen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe.

4.1.2 Zahn- und paramedizinische Leistungen

Innert Jahresfrist konsultieren 65% der Bevölkerung mindestens einmal einen Zahnarzt oder eine Zahnärztin, gefolgt von der Dentalhygiene (46%), Apotheke (38%) und dem Optiker oder der Optikerin (31%). Andere paramedizinische Leistungen werden deutlich seltener beansprucht (G4.3). Die durchschnittliche Anzahl jährlicher Konsultationen pro Patient/in ist bei den Chiropraktiker/innen und insbesondere bei den Psycholog/innen und Psychotherapeut/innen am höchsten. (G4.4).

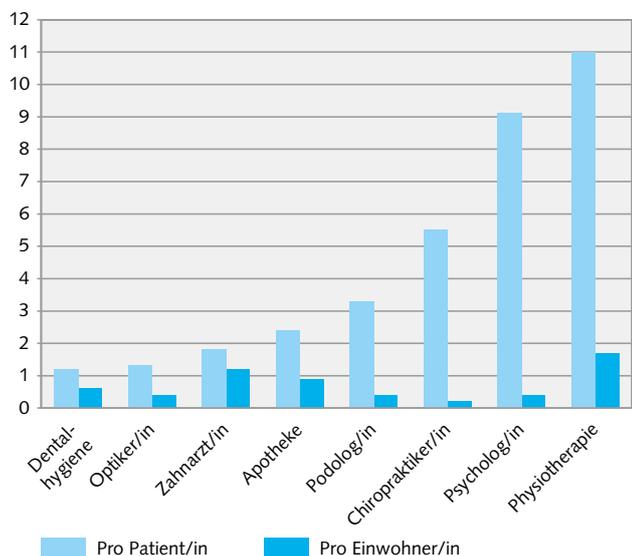
Inanspruchnahme zahn- und paramedizinischer Leistungen, 2007
 Mindestens einmal im Laufe eines Jahres,
 Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.3



Durchschnittliche Anzahl Konsultationen bei Zahnärzten oder bei paramedizinischen Fachpersonen, 2007

Im Laufe eines Jahres, Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren **G 4.4**

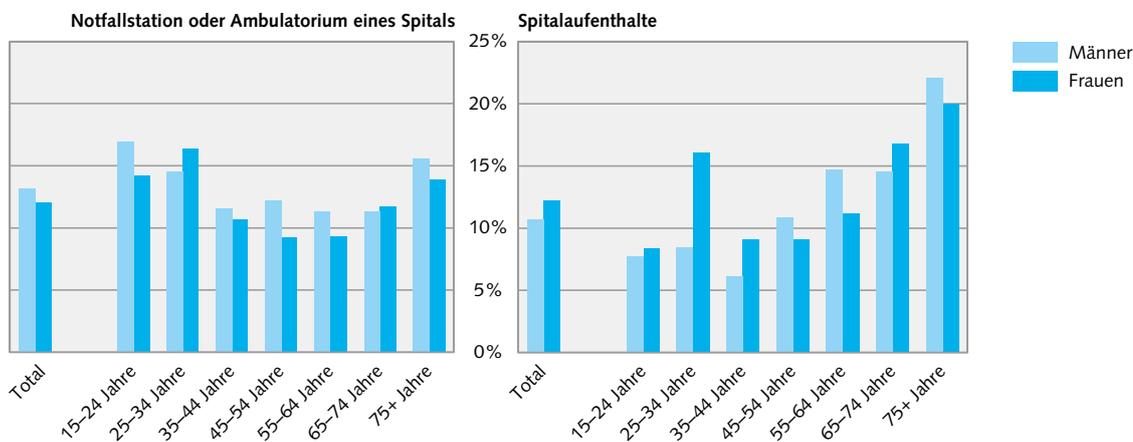


© Bundesamt für Statistik (BFS)

Frauen nehmen häufiger solche Leistungen in Anspruch als Männer. Dies zeigt sich insbesondere im Fall der Apotheken und der Fusspflege. In den beiden obersten Altersgruppen gibt es mit Ausnahme der Fusspflege und der Optiker und Optikerinnen tendenziell weniger Konsultationen. Konsultationen zum Zwecke der Zahnpflege sind seit 2002 häufiger geworden. Die Konsultationsrate der Zahnärzteschaft steigt von 62% auf 68%, jene der Dentalhygiene von 37% auf 46%. Dasselbe gilt für die Konsultationen bei Apothekerinnen und Apothekern (29% bzw. 38%).

Hospitalisierungen und ambulante Spitalbehandlungen, 2007

Mindestens einmal im Laufe eines Jahres, Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren **G 4.5**



© Bundesamt für Statistik (BFS)

4.1.3 Komplementärmedizin

23% der Bevölkerung nehmen innert Jahresfrist komplementärmedizinische Leistungen in Anspruch, Frauen doppelt so häufig (31%) wie Männer (15%). Die häufigsten Behandlungsarten sind Homöopathie (6%), Osteopathie, Akupunktur und Shiatsu/Reflexzonentherapie (je 5%) sowie die Kräutermedizin bzw. Pflanzenheilkunde (3%). Die anderen Angebote (traditionelle chinesische Medizin, autogenes Training, anthroposophische Medizin, Neuraltherapie, Bioresonanz, indische Medizin) werden nur von rund 1% in Anspruch genommen. Die höchsten Konsultationsraten finden sich bei den 25- bis 54-Jährigen, mit zunehmendem Alter tendieren diese dann nach unten. Die durchschnittliche Anzahl Konsultationen pro Patient/in und Jahr liegt zwischen 3,1 (Homöopathie) und 8,5 (autogenes Training).

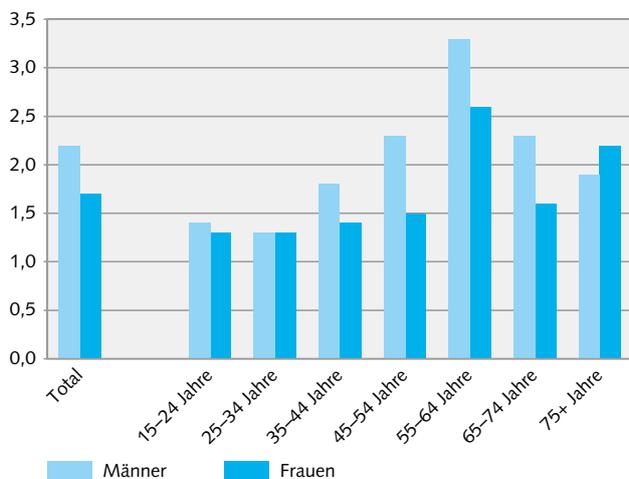
4.1.4 Hospitalisierungen und ambulante Spitalbehandlungen

Im Laufe eines Jahres lassen sich 13% der Bevölkerung ambulant oder in der Notfall-Abteilung eines Spitals oder einer Poliklinik behandeln: 8% notfallmässig, 2% nach Vereinbarung und 3% sowohl als auch. Bei 12% der Bevölkerung ist ein stationärer Aufenthalt von mindestens einer Nacht erforderlich (G4.5) und 5% suchen eine Tagesklinik oder ein Tagesspital auf.

Die ambulanten und Notfalldienste der Spitäler werden am häufigsten von den jüngsten (15- bis 34-Jährige) und ältesten (ab 75 Jahren) Personen in Anspruch genommen. Die Hospitalisierungsrate nimmt mit dem Alter zu. Bei den Frauen ist allerdings ein Spitzenwert im Alter

Durchschnittliche Anzahl stationärer Aufenthalte, 2007

Pro Patient/in im Laufe eines Jahres,
Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren **G 4.6**



© Bundesamt für Statistik (BFS)

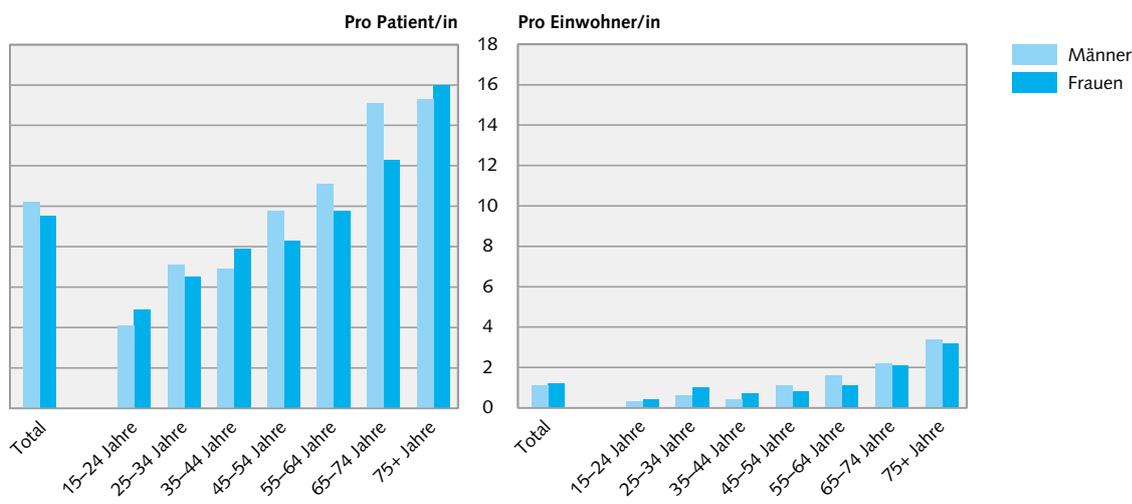
von 25–34 Jahren zu beobachten, der auf die stationären Aufenthalte im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt zurückzuführen ist.

Die hospitalisierten Personen sind innerhalb von 12 Monaten durchschnittlich 1,9-mal im Spital (G4.6), wobei der stationäre Aufenthalt im Schnitt 9,8 Tage dauert⁴². Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Patient/in nimmt mit dem Alter stark zu (G4.7). Die durchschnittliche Anzahl Hospitalisierungstage pro Einwohner (1,1) ist bei Frauen und Männern vergleichbar (G4.7).

Durchschnittliche Anzahl Hospitalisierungstage, 2007

Im Laufe eines Jahres, Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.7



© Bundesamt für Statistik (BFS)

⁴² Dieser Wert stimmt gut mit der mittleren Aufenthaltsdauer gemäss Krankenhausstatistik überein (BFS (2009): Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2007 – Standardtabellen. Definitive Resultate. Neuchâtel).

4.1.5 Operationen

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung erhebt, ob die Personen in ihrem Leben schon einmal eine Operation hatten. Dabei liegt der Fokus auf Operationen, welche normalerweise nicht notfallmässig durchgeführt werden (G4.8). Die Interpretation der Lebenszeitprävalenzraten ist komplex. Das Alter der Person kann einen Einfluss haben, da gewisse Operationen eher typisch sind für jüngere Personen (z.B. Knöcheloperationen), während andere (z.B. die Operation des Grauen Stars) eher bei älteren Menschen durchgeführt werden. Daneben kann auch die Generationenzugehörigkeit einen Einfluss haben, da sich darin auch der Wandel der Operationspraxis im Zeitverlauf widerspiegelt. Dies zeigt sich am Beispiel der Gebärmutterentfernung (Hysterektomie), die bei den über 75-jährigen Frauen seltener sind als bei den 65–74-Jährigen.

Die Operation des **Grauen Stars** ist ein Eingriff, der typischerweise bei Hochbetagten durchgeführt wird. Die Lebenszeitprävalenzrate dieser Operation ist bei den Personen ab 75 Jahren viel höher als in jedem anderen Lebensalter. Frauen lassen diesen Eingriff etwas häufiger vornehmen als Männer. Die Häufigkeit der Operation bei den über 75-Jährigen ist zwischen 2002 und 2007 gestiegen: von 25% auf 30% bei den Männern und von 29% auf 39% bei den Frauen. Der Grund dafür dürfte die veränderte medizinische Praxis sein.

Eingriffe am Herzen (z.B. Bypass) werden ebenfalls eher in relativ fortgeschrittenem Alter durchgeführt: Ihre Lebenszeitprävalenz steigt ab dem 45. Lebensjahr stark an. Männer sind deutlich häufiger betroffen als Frauen: Bei den Personen ab 75 Jahren haben 21% der Männer eine solche Operation gehabt, verglichen mit 7% der Frauen.

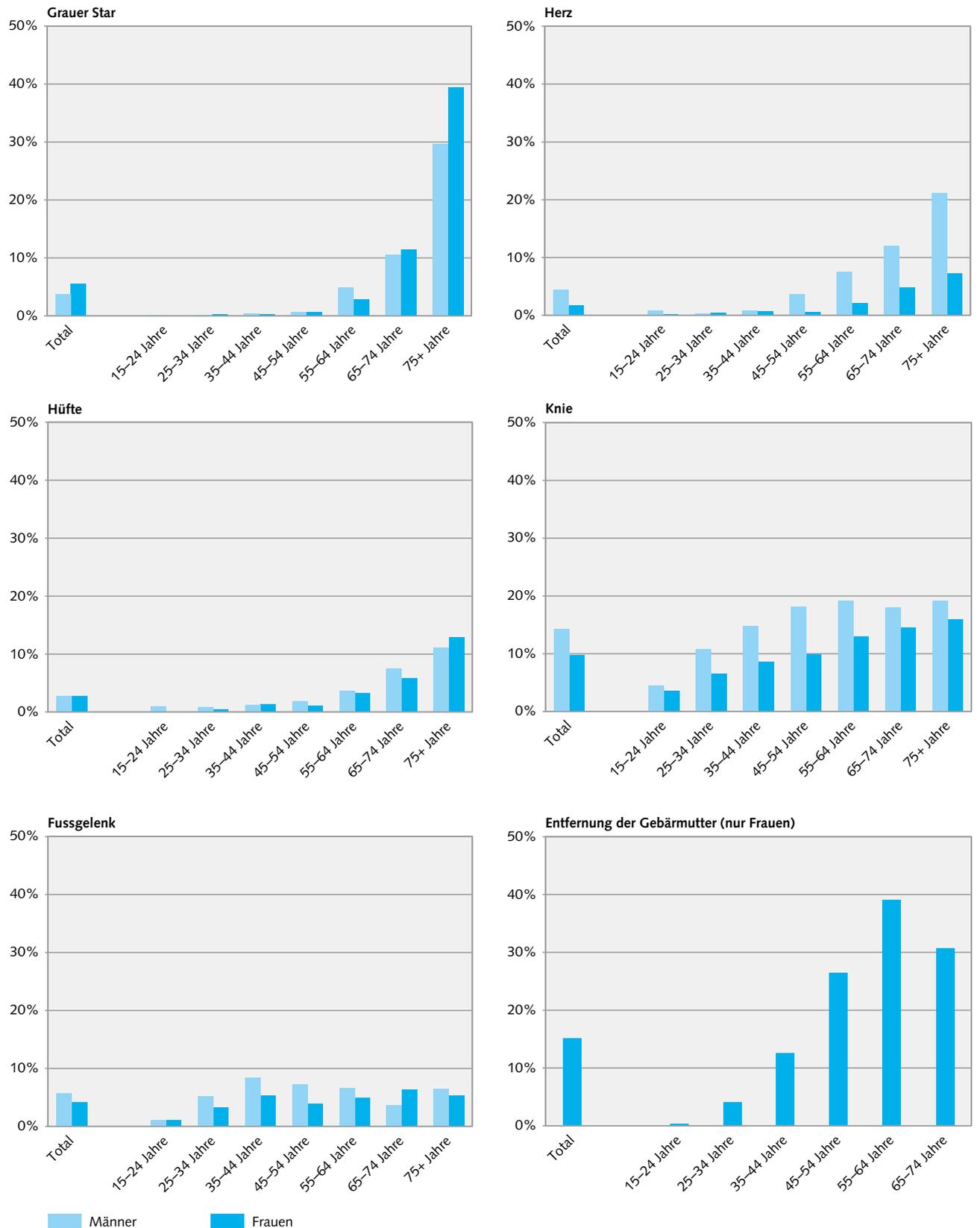
Die **Hüftersatzoperation** ist ein weiterer Eingriff, der bei älteren Personen (ab dem 55. Altersjahr) durchgeführt wird. 12% der über 75-Jährigen haben eine solche Prothese, Frauen etwas häufiger als Männer.

Knie- und Fussgelenkoperationen auf Grund von Gelenk- oder Muskelproblemen werden dagegen eher in jüngerem Alter durchgeführt. Die Lebenszeitprävalenzrate von Knöcheloperationen ändert sich nach dem 25. Altersjahr kaum mehr; jene der Knieoperationen stabilisiert sich bei den Männern ab dem 45. Lebensjahr, bei den Frauen steigt sie weiterhin langsam an. Beide Operationen werden bei Männern häufiger durchgeführt. Mögliche Erklärungen liegen in der stärkeren körperlichen Belastung am Arbeitsplatz und der unterschiedlichen Freizeitgestaltung (z.B. Fussballspielen).

Die Lebenszeitprävalenz der **Gebärmutterentfernung** (Hysterektomie) steigt zwischen dem 45. und 74. Lebensjahr stark an und geht anschliessend zurück (G4.8). Grund dafür dürfte ein Alterseffekt (die Häufigkeit der medizinischen Indikationen für einen solchen Eingriff steigt mit dem Alter) kombiniert mit einem Generationeneffekt (der Veränderungen der medizinischen Praxis widerspiegelt) sein. Zwei Fünftel der Frauen (41%), bei denen eine Hysterektomie durchgeführt wurde, gaben das Vorhandensein eines Myoms (gutartiger Tumor) als Grund für den Eingriff an. Diese Indikation ist bei Frauen im Alter von 55–64 Jahren besonders verbreitet. Die Prävalenz der Gebärmutterentfernung unterscheidet sich bei den 35- bis 64-jährigen Frauen deutlich nach dem Bildungsstand: Bei den Frauen ohne nachobligatorischen Schulabschluss beträgt sie 18%, bei den Absolventinnen einer Ausbildung auf Tertiärstufe 9%. In den oberen Altersgruppen trifft dies nicht zu.

Operationen im Laufe des Lebens, 2007
Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.8



© Bundesamt für Statistik (BFS)

4.2 SPITEX und informelle Hilfe

Ein Teil der Bevölkerung benötigt Pflege oder ist bei der Verrichtung alltäglicher Tätigkeiten auf Hilfe angewiesen. Diese Hilfeleistungen tragen zu Gesundheit und Wohlergehen dieser Menschen bei und erlauben es, bei einem Teil von ihnen den Übertritt in eine Institution (Altersheim etc.) zu vermeiden. Die erforderliche Hilfe wird zu unterschiedlichen Teilen durch professionelle SPITEX-Dienste sowie durch Angehörige, Freunde und Bekannte erbracht⁴³.

4.2.1 SPITEX

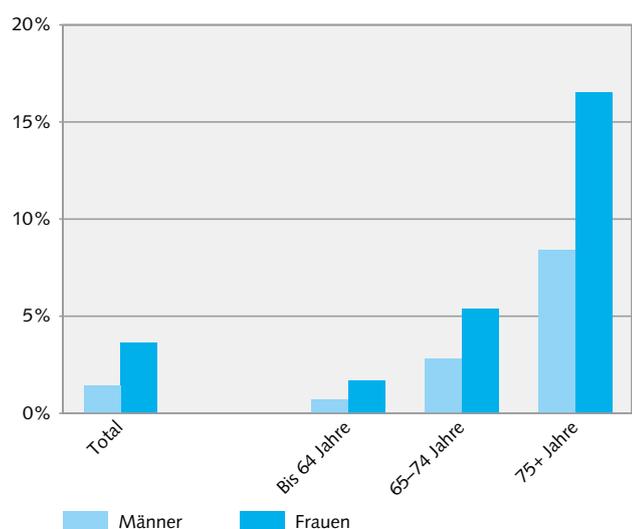
Innerhalb eines Jahres nehmen 1% der Männer und 4% der Frauen professionelle SPITEX-Dienste in Anspruch, d.h. Krankenpflege, Hauspflege, Haushaltshilfe oder Mahlzeiten- und Fahrdienst (G4.9). Unter den Personen, die einen SPITEX-Dienst brauchen, nutzen 56% diesen «regelmässig» und 44% «vorübergehend»; diese Anteile sind bei Männern und Frauen gleich gross.

Die Quote der Inanspruchnahme von SPITEX-Leistungen ist ab dem 75. Lebensjahr sehr viel höher. Diejenige der Frauen ist doppelt so hoch wie jene der Männer. Dies erklärt sich insbesondere dadurch, dass Frauen öfter alleine im Haushalt verbleiben, da ihr Partner verstorben oder in stationärer Pflege ist.

Inanspruchnahme von SPITEX-Leistungen, 2007

Im Laufe eines Jahres, Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.9



© Bundesamt für Statistik (BFS)

⁴³ Personen, die in Institutionen (z.B. Alters- und Pflegeheimen) leben, werden in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung nicht erfasst.

4.2.2 Erhaltene informelle Hilfe

8% der Bevölkerung erhalten im Laufe der vorangegangenen 12 Monate aus gesundheitlichen Gründen Hilfe von Verwandten, Bekannten oder aus der Nachbarschaft. Dieser Anteil verändert sich bis zum Alter von 74 Jahren kaum. In der obersten Altersgruppe steigt er bei den Frauen auf 45%, während er bei den Männern deutlich tiefer bleibt (21%).

Laut den Empfängerinnen und Empfängern handelt es sich bei der erhaltenen Hilfe in den meisten Fällen (mehrere Antworten möglich) um Einkäufe (71%), Hilfe im Haushalt (66%), Mahlzeiten (41%), Fahrdienste (34%) und Kranken- oder Körperpflege (29%). Das Familiennetz steht dabei im Vordergrund: Partnerinnen und Partner erbringen 50%, Töchter oder Söhne 46%, Vater oder Mutter 22% und die übrigen Familienmitglieder 27% der informellen Hilfeleistungen (Mehrfachnennungen möglich). Der Beitrag von Nachbarn, Bekannten und Freunden ist mit 36% ebenfalls signifikant.

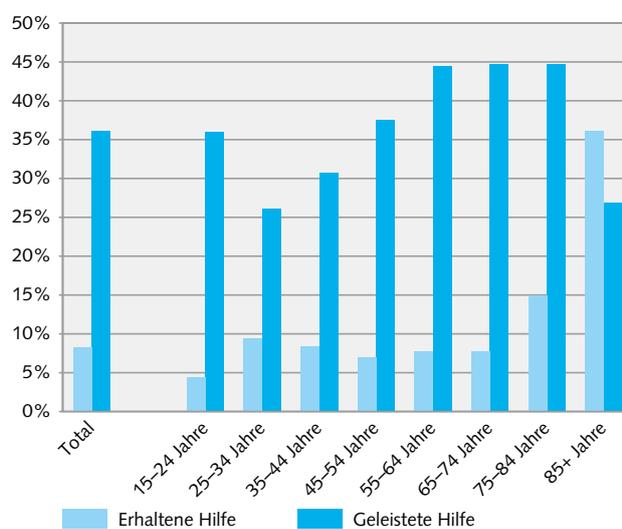
4.2.3 Geleistete informelle Hilfe

Betrachtet man die informelle Hilfe aus Sicht der Personen, die diese leisten, zeigt sich, dass 33% der Männer und 39% der Frauen regelmässig – ohne dafür bezahlt zu werden – anderen Personen helfen, indem sie z.B. Kranke, Behinderte oder Betagte besuchen, indem Sie ihnen im Haushalt helfen, Mahlzeiten bringen oder Transportdienste leisten. Der Anteil der Hilfeleistenden ist im Alter von 55 bis 84 Jahre am höchsten (G4.10).

Informelle Hilfe, 2007

Im Laufe eines Jahres, Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.10



© Bundesamt für Statistik (BFS)

Gemäss den Hilfe leistenden Personen dient die erteilte Unterstützung am meisten dazu, den Betroffenen Gesellschaft zu leisten (59%), gefolgt von Hilfe im Haushalt (51%), Einkäufen (45%), Mahlzeiten (45%) und der Hilfe bei administrativen Angelegenheiten (29%), wobei mehrere Antworten möglich waren. Geholfen wird vor allem Nachbarn, Freunden und Bekannten (48%), gefolgt von Vater und Mutter (41%), Partnerin oder Partner (38%), Tochter oder Sohn (32%) sowie anderen Familienmitgliedern (42%).

Der Vergleich zwischen empfangener und erteilter Hilfe zeigt, dass der Anteil der hilfeleistenden Personen bis im fortgeschrittenen Alter (84 Jahre) das Mehrfache desjenigen der Hilfeempfänger beträgt. Dieses Verhältnis wendet sich erst in der obersten Altersgruppe (G4.10). Unterstützung wird vor allem zwischen unterschiedlichen Generationen geleistet, häufig erhält eine Person Hilfe von mehreren Helfern.

4.2.4 SPITEX und informelle Hilfe

Professionelle Hilfe und Pflege zuhause durch SPITEX-Dienste und die informelle Hilfe durch Angehörige oder Bekannte ergänzen sich häufig. 58% der Personen, die SPITEX-Leistungen in Anspruch nehmen, erhalten zusätzlich noch informelle Hilfe⁴⁴.

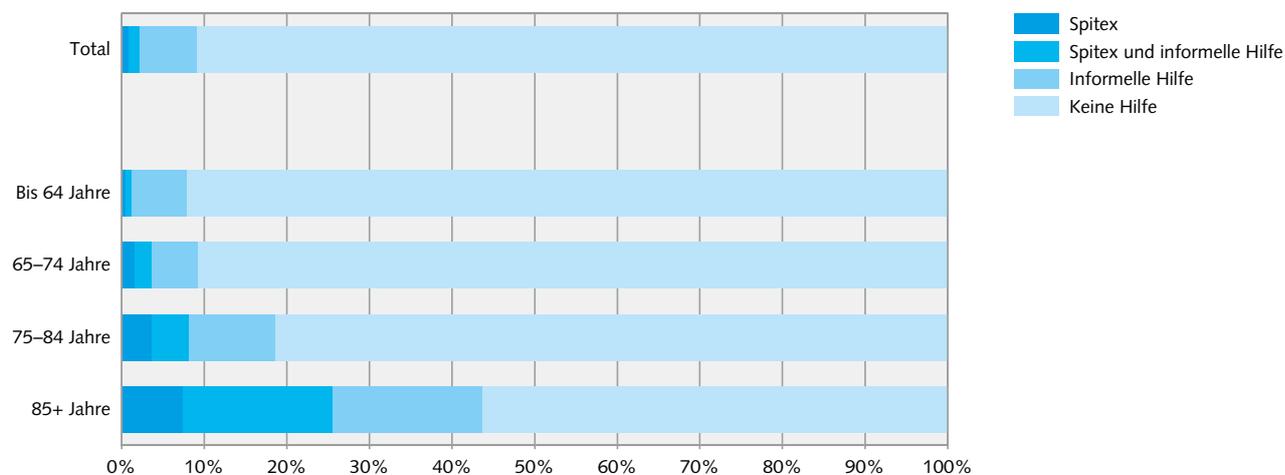
Von den Personen ab 85 Jahren erhalten 18% informelle Hilfe, 7% ausschliesslich Unterstützung durch die SPITEX und 18% beides (G4.11).

Wachsende Bedeutung kommt den SPITEX-Diensten und der informellen Hilfe zu, sobald sich die funktionale Gesundheit (vgl. Abschnitt 2.7.2) verschlechtert, insbesondere die Einschränkungen der Verrichtungen zur Körperpflege (G4.12). Zudem verschlechtert sich die Gesundheit mit zunehmendem Alter.

Informelle Hilfe und SPITEX nach Alter, 2007

Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.11



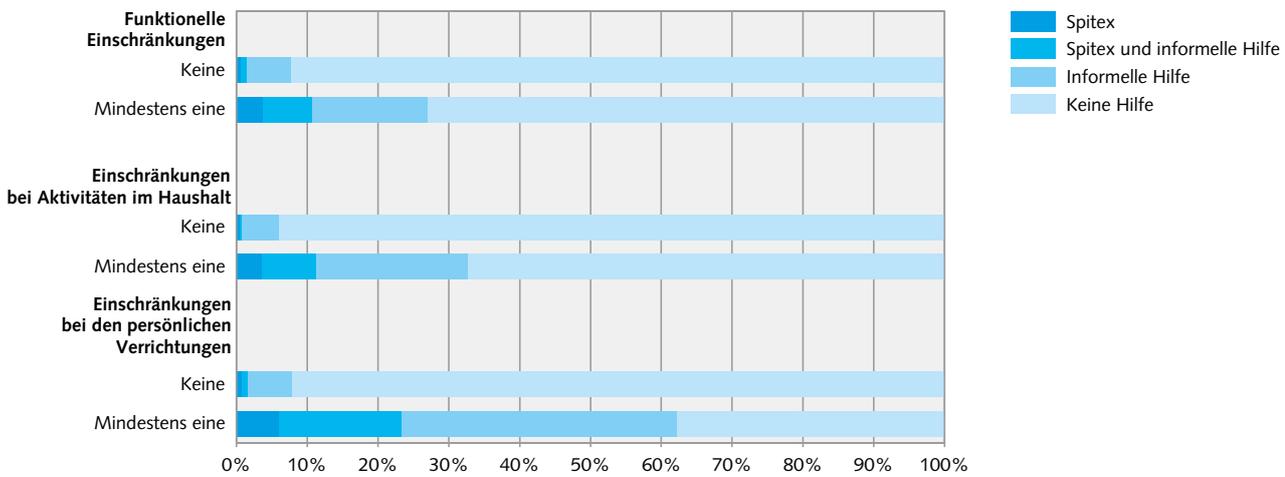
© Bundesamt für Statistik (BFS)

⁴⁴ Die Feststellung, dass professionelle SPITEX-Leistungen die informelle Hilfe nicht ersetzen, sondern ergänzen und unterstützen, wurde bereits vor einigen Jahren gemacht (Lalivie d'Épinay C, Pin S, Spini D (2001): Présentation de SWILSO-O, une étude longitudinale Suisse sur le grand âge: L'exemple de la dynamique de la santé fonctionnelle. L'Année Gérontologique:78–96)

Informelle Hilfe und SPITEX nach funktionaler Gesundheit, 2007

Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.12



© Bundesamt für Statistik (BFS)

4.3 Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen

Vorsorgeuntersuchungen richten sich vor allem auf diejenigen Krankheiten oder Risikofaktoren, die häufig sind (z.B. Bluthochdruck) oder eine lange Inkubationszeit haben (z.B. Prostatakrebs).⁴⁵ Zusätzlich muss die Krankheit in einem frühen Stadium erkennbar und behandelbar sein. Durch eine frühzeitige Behandlung können vorzeitige Todesfälle und Pflegebedürftigkeit verhindert oder hinausgezögert werden. Da eine frühzeitige Behandlung wirkungsvoller ist, können zudem Behandlungskosten eingespart werden, wobei auch die Präventionsmassnahmen mit Kosten verbunden sind.

Prävention und Vorsorgeuntersuchungen

Man unterscheidet im Wesentlichen zwischen zwei Arten der Prävention:

- Die **primäre Prävention** versucht Krankheiten zu vermeiden. Ein Beispiel sind die Impfprogramme während der Kindheit.
- Die **sekundäre Prävention (oder Vorsorge)** zielt darauf ab, eine Erkrankung oder einen Risikofaktor (z.B. Bluthochdruck) möglichst frühzeitig zu erkennen und zu behandeln.

4.3.1 Vorsorgeuntersuchungen von Herz-Kreislaufkrankheiten

Bluthochdruck, ein erhöhter Cholesterinspiegel und Diabetes sind im Alter weit verbreitete Krankheiten und Risikofaktoren. Neben einer möglichen Vererbung können sie insbesondere durch fettthaltige Ernährung, Rauchen, Alkoholkonsum, Übergewicht und Bewegungsmangel verursacht werden. Knapp die Hälfte aller Personen ab 60 Jahren gibt 2007 an, dass ein Arzt schon einmal einen zu hohen Blutdruck diagnostiziert hatte. Drei von zehn Personen in dieser Altersgruppe haben schon einmal die Diagnose auf einen zu hohen Cholesterinspiegel erhalten und bei rund jeder zehnten Person wurde Diabetes diagnostiziert.

Blutdruckmessung

Fast alle Personen ab 35 Jahren haben schon einmal ihren Blutdruck messen lassen (G4.13). Innerhalb eines Jahres lassen drei von vier Personen im Alter von 45 bis 54 Jahren und 92% der über 74-Jährigen den Blutdruck messen.

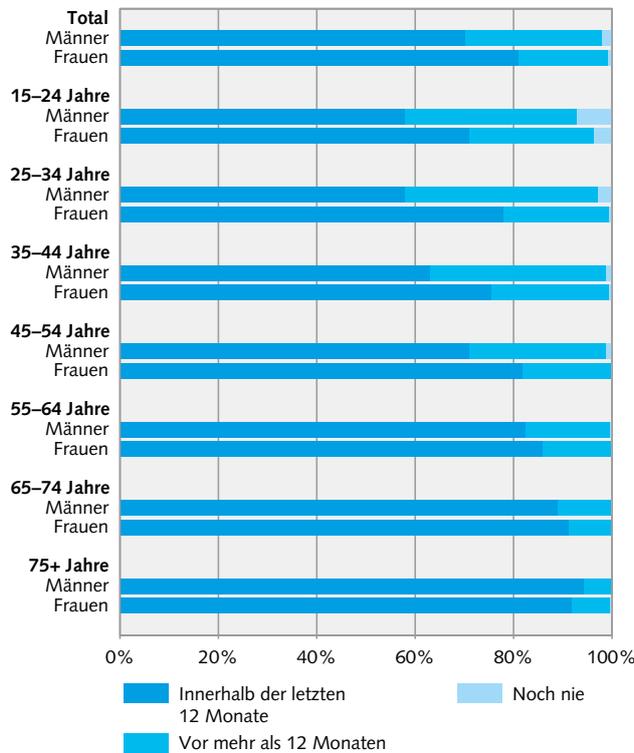
In der italienischsprachigen Schweiz liegt der Anteil mit Personen mit mindestens einer Messung innerhalb von 12 Monaten mit 82% am höchsten. Die deutsch- und die französischsprachige Schweiz haben etwas tiefere Quoten (76% bzw. 74%).

⁴⁵ Vgl. Paccaud, Fred (2007): «Prävention von Krankheiten und öffentliche Gesundheit» S. 279 in Kocher, Gerhard; Oggier, Willy (Hrsg.) (2007): «Gesundheitswesen Schweiz 2007–2009. Eine aktuelle Übersicht». Bern Huber S. 279–290

Blutdruckmessung, 2007

Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.13

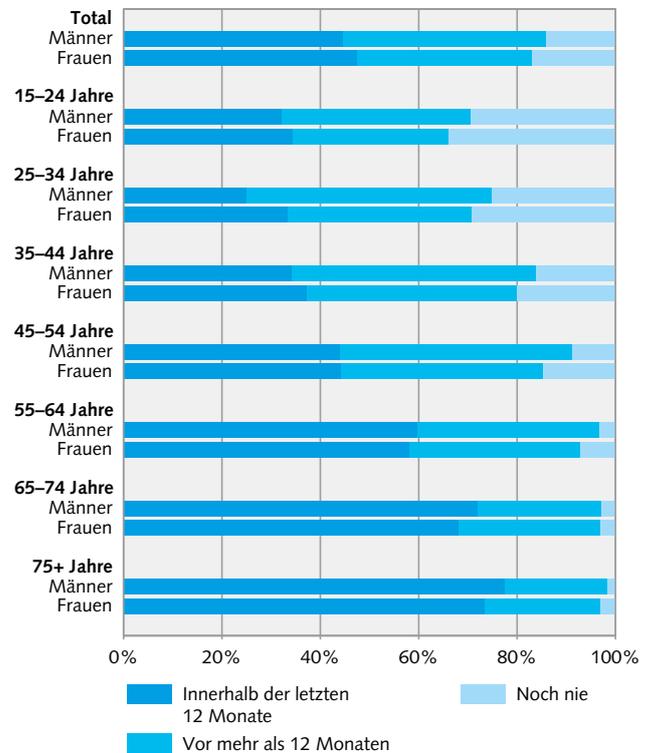


© Bundesamt für Statistik (BFS)

Cholesterinspiegelmessung, 2007

Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.14



© Bundesamt für Statistik (BFS)

Cholesterinspiegelmessung

Erhöhte Cholesterinwerte weisen auf eine Störung des Fettstoffwechsels hin und können längerfristig zu einer Arteriosklerose (Arterienverkalkung) führen, sofern sie nicht entdeckt und behandelt werden. 46% lassen innerhalb von 12 Monaten ihre Cholesterinwerte überprüfen (G.4.14). Auch dieser Test wird mit steigendem Alter deutlich häufiger durchgeführt. Rund zwei Drittel der 65-74-Jährigen haben eine Cholesterinspiegelmessung, bei den 75-Jährigen und Älteren sind es 75%. Ebenso sind Kontrolluntersuchungen häufiger, wenn ein Arzt schon einmal einen erhöhten Cholesterinspiegel diagnostiziert hat: Vier von fünf Betroffenen haben eine Messung innerhalb von 12 Monaten. Der Test wird in der italienischsprachigen Schweiz (60%) häufiger durchgeführt als in der französisch- (50%) oder deutschsprachigen Schweiz (44%).

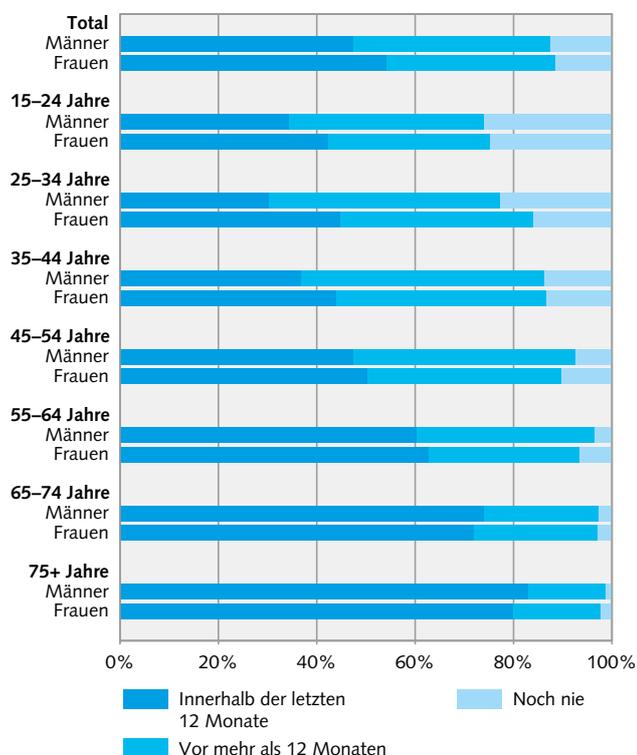
Messung der Blutzuckerwerte

93% der Personen ab 35 Jahren haben mindestens einmal eine Messung der Blutzuckerwerte durchführen lassen, mehr als der Hälfte innerhalb von 12 Monaten. Regelmässige Messungen nehmen mit dem steigenden Alter zu. Unter den Personen ab 75 Jahren lassen 77% innerhalb von 12 Monaten einen Test machen (G.4.15). Auch Blutzuckermessungen werden in der italienischsprachigen Schweiz häufiger durchgeführt als in der französisch- oder deutschsprachigen Schweiz.

Blutzuckermessung, 2007

Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.15



© Bundesamt für Statistik (BFS)

4.3.2 Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

Krebserkrankungen der Lunge, des Darms, der Brust (Frauen) oder der Prostata (Männer) sind die vier häufigsten Krebsarten und zugleich für die meisten Krebstodesfälle verantwortlich. Für diese Krebsarten gibt es Früherkennungsuntersuchungen, ausgenommen für den Lungenkrebs, der sich oft sehr schnell entwickelt. Gebärmutterhalskrebs bei den Frauen ist sehr viel seltener und verläuft weniger häufig tödlich, eignet sich aber gut für die Früherkennung. Das Risiko, an Brust-, Darm- oder Gebärmutterhalskrebs zu sterben, ist dank verbesserter Früherkennung und Therapiemöglichkeiten in den letzten Jahrzehnten geringer geworden. Weniger eindeutig zeigt sich das bei der Sterblichkeit an Prostatakrebs.

Die Früherkennungsuntersuchungen sind nicht unumstritten. Zum Beispiel liefert der sogenannte PSA-Test⁴⁶ zum Prostatakrebs häufig falsche Testergebnisse – nur bei rund einem Viertel der Männer mit erhöhtem PSA-

⁴⁶ PSA steht für «Prostata-spezifisches Antigen». Dies ist ein Eiweiss, das nur in der Prostata gebildet wird. Bei verschiedenen Erkrankungen der Prostata ist die PSA-Produktion höher, wodurch der PSA-Wert im Blut ansteigt.

Wert findet sich tatsächlich Prostatakrebs. Dies führt dazu, dass mehrheitlich unnötige Biopsien durchgeführt werden.

Darmkrebsfrüherkennung

Darmkrebs ist die dritthäufigste Todesursache unter den Krebserkrankungen und betrifft häufiger Männer als Frauen. Als Früherkennungsuntersuchungen können der Stuhl auf Blut (Hämoccult) untersucht und bei Bedarf eine Darmspiegelung durchgeführt werden. Da sich ein kolorektales Karzinom nur selten vor dem 50. Altersjahr entwickelt, werden Früherkennungsuntersuchungen eher bei älteren Personen durchgeführt.

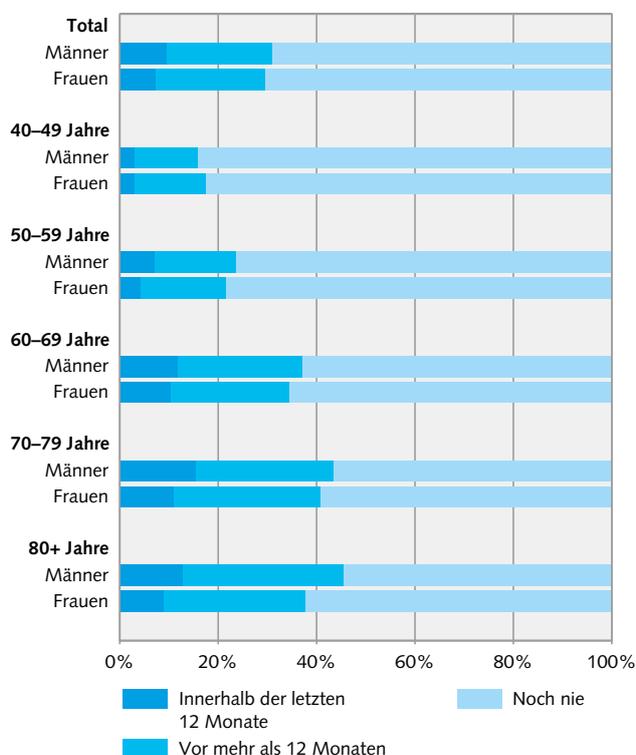
Im Verlauf von 12 Monaten lassen 8% der Bevölkerung über 40 Jahren ihren Stuhl auf Blut untersuchen und 5% eine Darmspiegelung vornehmen (G4.16 und G4.17). Der Anteil nimmt mit dem Alter zu und ist in der Altersgruppe der 70 bis 79-Jährigen am höchsten (Stuhluntersuchung 13%, Darmspiegelung 7%).

Während in der Deutschschweiz bei 46% der Personen ab 65 Jahren schon einmal eine Hämoccult-Untersuchung durchgeführt wurde, sind es in der

Untersuchung auf Blut im Stuhl (Hämoccult), 2007

Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 40 Jahren

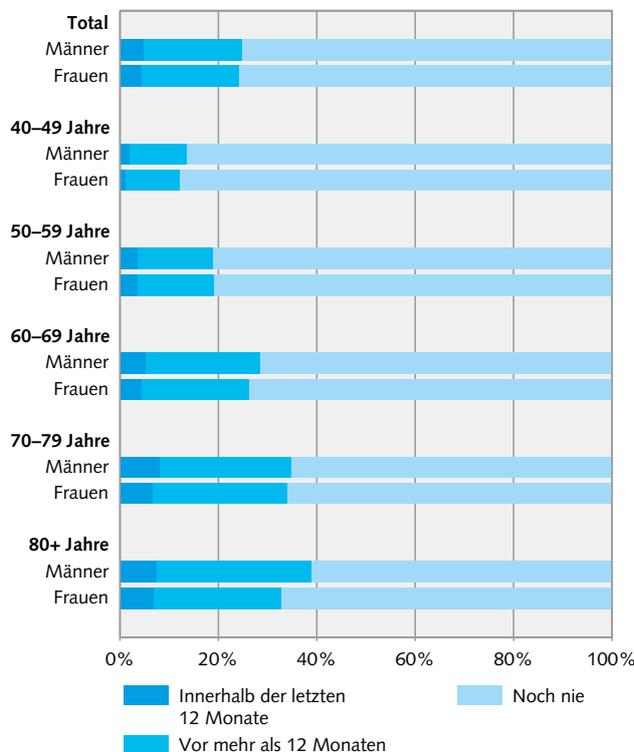
G 4.16



© Bundesamt für Statistik (BFS)

Darmspiegelung (Endoskopie), 2007
Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten
ab 40 Jahren

G 4.17



© Bundesamt für Statistik (BFS)

italienischsprachigen Schweiz 38% und in der französischsprachigen 28%. Die Darmspiegelung wird in der Regel erst bei Verdachtsmomenten angewandt. Sie ist in der Deutschschweiz ebenfalls weiter verbreitet. Jedoch sind die Unterschiede nicht gar so markant.

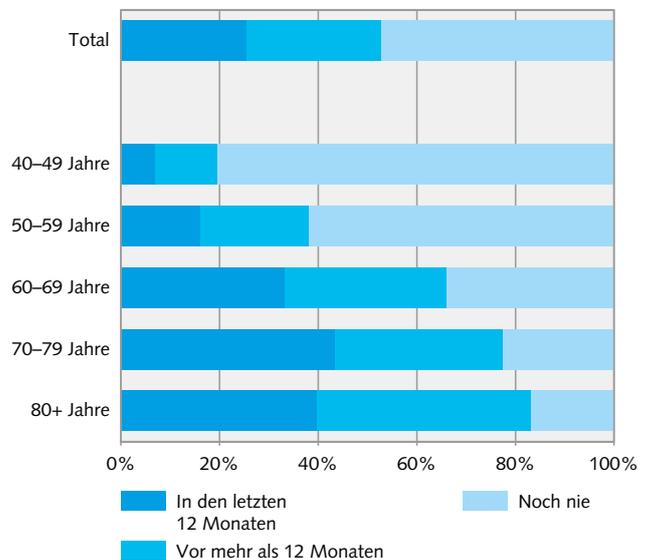
Prostatakrebsfrüherkennung

Bei den Männern ist Prostatakrebs die mit Abstand häufigste Krebsart. Da die Symptome erst spät im Krankheitsverlauf erscheinen, eignet sich Prostatakrebs besonders gut zur Früherkennung.

Früherkennungsuntersuchungen auf Prostatakrebs werden allgemein für Männer ab 50 Jahren empfohlen. Mehr als zwei Drittel sind dieser Empfehlung zumindest einmal nachgekommen (G4.18). Jeder dritte Mann ab 50 lässt innerhalb von 12 Monaten eine Untersuchung durchführen. Da Prostatakrebs typischerweise im höheren Alter auftritt, steigt die Quote mit zunehmendem Alter stark an. Ab dem 70. Altersjahr haben über 80% der Männer schon einmal eine Früherkennungsuntersuchung auf Prostatakrebs genutzt, davon etwas mehr als die Hälfte innerhalb von 12 Monaten. Im Vergleich zur Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 ist insbe-

Prostatakrebsfrüherkennung, 2007
Anteil der männlichen Bevölkerung in Privathaushalten
ab 40 Jahren

G 4.18



© Bundesamt für Statistik (BFS)

sondere bei den betagten Männern der Anteil gestiegen. Zudem deuten die Zahlen auch darauf hin, dass vermehrt regelmässige Kontrollen durchgeführt werden.⁴⁷

Brustkrebsfrüherkennung

Brustkrebs ist bei Frauen die häufigste Krebsart und die erste Todesursache unter den Krebserkrankungen. Betroffen sind vor allem Frauen nach dem Einsetzen der Wechseljahre, also etwa ab dem 50. Lebensjahr.⁴⁸

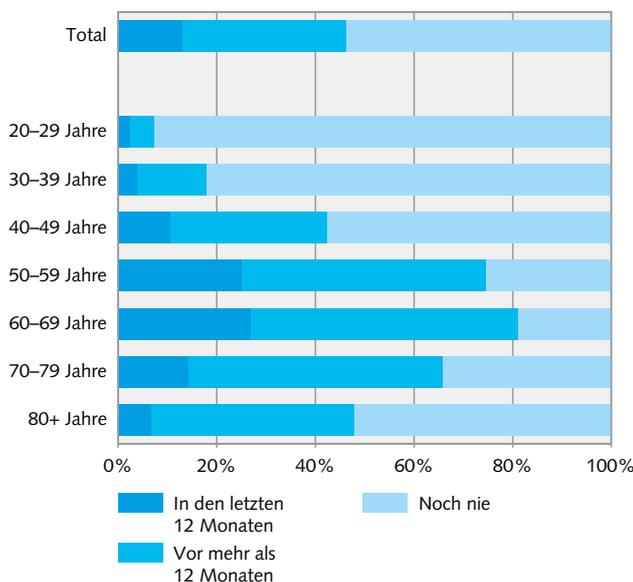
Eine Möglichkeit zur Früherkennung von Brustkrebs ist die Mammografie, eine Röntgenuntersuchung der Brust. Um effizient zu sein, sollte diese regelmässig durchgeführt werden, d.h. alle 2 bis 3 Jahre. Die Mammografie wird vor allem für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren empfohlen. Rund 80% der Frauen in dieser Altersgruppe haben schon einmal eine Mammografie machen lassen (G4.19). Bei den jüngeren und älteren Frauen ist die Mammografie weniger stark verbreitet. Im Vergleich zu 2002 hat die Tendenz zum Mammographie-Screening leicht zugenommen.⁴⁹

⁴⁷ 2002 weisen 28% der Männer ab dem 70. Altersjahr überhaupt keine Prostatauntersuchung auf. 2007 liegt der Anteil bei 18%. Zugleich ist der Anteil der Männer, die innerhalb von 12 Monaten eine Untersuchung durchführen liessen, von 31% (2002) auf 41% (2007) gestiegen.

⁴⁸ Internetportal BFS (2009): Krebsinzidenz Brustkrebs (T 14.02.02.02.C50i) www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/01/key/06/07.html

⁴⁹ Dies zeigt sich insbesondere bei den Frauen ab 70 Jahren. 2002 gab rund die Hälfte an, schon einmal eine Mammographie gemacht zu haben. Für die eigentliche Zielgruppe, die Frauen zwischen 50 und 69 Jahren stieg die Rate um 5%. Bei den Frauen zwischen 40 und 49 Jahren blieb der Anteil der Frauen hingegen bei 40%.

Mammografie (Brustkrebsfrüherkennung), 2007
 Anteil der weiblichen Bevölkerung in Privathaushalten ab 20 Jahren **G 4.19**



© Bundesamt für Statistik (BFS)

Mammografie-Screening-Programme existieren in den sechs französischsprachigen Kantonen, weshalb dort über 90% der 50- bis 69-jährigen Frauen schon einmal eine Mammographie durchführen liessen. In den anderen Kantonen wird ein Screening entweder auf eigene Initiative (20%) oder des Arztes (76%) durchgeführt und daher nur von knapp drei Viertel der 50- bis 69-jährigen beansprucht.

Noch deutlicher sind die regionalen Unterschiede bei den kürzlich durchgeführten Untersuchungen: Innerhalb von 12 Monaten hat in der Deutschschweiz jede fünfte Frau in der Zielgruppe (50–69 Jahre) eine Mammographie beansprucht, während es in der französischsprachigen Schweiz mehr als doppelt so viele (42%) sind. Im Tessin liegt die Quote dazwischen. Die kantonalen Brustkrebsfrüherkennungsprogramme verstärken zugleich den präventiven Charakter der Untersuchungen: In der französischsprachigen Schweiz wurden bei Frauen zwischen 50 und 69 Jahren nur 7% der Mammografien aufgrund von Schmerzen und Symptomen durchgeführt gegenüber 17% in der deutschsprachigen Schweiz.

Die Höhe des Bildungsabschlusses sowie die Urbanität haben ebenfalls einen Einfluss: Zum einen haben Frauen, die in städtischen Wohngebieten leben, häufiger Screening-Programme genutzt als Frauen aus ländlichen Gegenden. Zum anderen haben Frauen mit einer höheren Ausbildung häufiger an einer Untersuchung teilgenom-

men als Frauen mit einem tieferen Bildungsniveau. Mittels offiziellen Screening-Programmen liesse sich dieser Unterschied weitgehend vermindern⁵⁰.

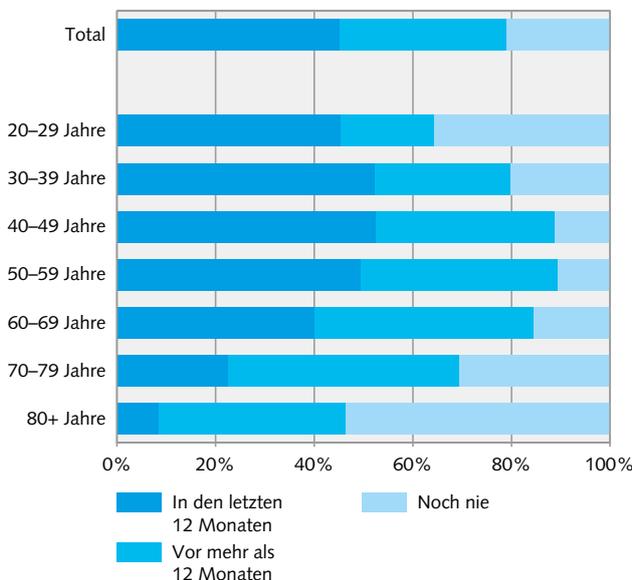
Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs

Gebärmutterhalskrebs ist aufgrund seiner langsamen Entwicklung sehr gut dazu geeignet, frühzeitig erkannt und geheilt zu werden. Dementsprechend ist die Mortalität infolge von Gebärmutterhalskrebs bei den Frauen seit den 70er Jahren stark gesunken.

Gebärmutterhalskrebs entsteht vor allem durch eine Infektion mit Humanen Papillomaviren (HPV), welche durch Geschlechtsverkehr übertragen werden. Die meisten Infektionen verursachen allerdings keine Symptome. Nur in wenigen Fällen führen sie zu einer chronischen Infektion, welche eine Vorstufe von Krebs darstellt.

Seit den 1960er Jahren wird der sogenannte Pap-Test vorgenommen, ein Gebärmutterhalsabstrich. Dieser gehört zu den Kontrolluntersuchungen beim Besuch einer Gynäkologin oder eines Gynäkologen und wird alle drei Jahre von der Krankenkasse bezahlt. In der Schweiz ist der Gebärmutterhalsabstrich weit verbreitet. Insgesamt

Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs, 2007
 Anteil der weiblichen Bevölkerung in Privathaushalten ab 20 Jahren **G 4.20**



© Bundesamt für Statistik (BFS)

⁵⁰ Bouchardy Christine, Fioretta Gérald, Neyroud-Caspar Isabelle (2009), Evaluation épidémiologique du programme genevois de dépistage du cancer du sein (1999–2006), Registre genevois des tumeurs

wurde bei 79% der Frauen, die ihre Gebärmutter noch haben, schon einmal ein Gebärmutterhalsabstrich durchgeführt, bei 45% innerhalb von 12 Monaten (G4.20). Beinahe drei Viertel der Frauen, die während eines Jahres beim Frauenarzt waren, lassen auch einen Pap-Test machen. Bei weiteren 13% liegt der Test länger zurück. Mit zunehmendem Alter nimmt die Häufigkeit von Frauenarztbesuchen und damit auch von Früherkennungsuntersuchungen ab.

Während in der Deutschschweiz 85% und im Tessin 79% der Frauen schon einmal einen Gebärmutterhalsabstrich machen liessen, sind es in der französischsprachigen Schweiz nur 61%. Frauen ohne nachobligatorischen Schulabschluss nehmen weniger oft einen Gebärmutterhalsabstrich in Anspruch als solche mit einem höheren Schulabschluss.

5 Arbeit, Wohnen und Gesundheit

Soziale Determinanten sind für die Gesundheit der Bevölkerung von grosser Bedeutung. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 gibt Aufschluss über die Bedeutung einer bestimmten Anzahl dieser Bestimmungsfaktoren, insbesondere über die Arbeits- und Wohnbedingungen.

5.1 Gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen und Gesundheit

Bei der Diskussion der Arbeitsbedingungen im Zusammenhang mit der Gesundheit wird häufig zwischen körperlichen und psychosozialen Risikofaktoren unterschieden. Körperliche Risikofaktoren sind mit der Arbeit verbundene Belastungen, die einen schädlichen Einfluss auf die Gesundheit haben können. Unter psychosozialen Risikofaktoren werden diejenigen Merkmale der Arbeits-

organisation und der zwischenmenschlichen Beziehungen am Arbeitsplatz verstanden, die sich ebenfalls auf die Gesundheit auswirken können.

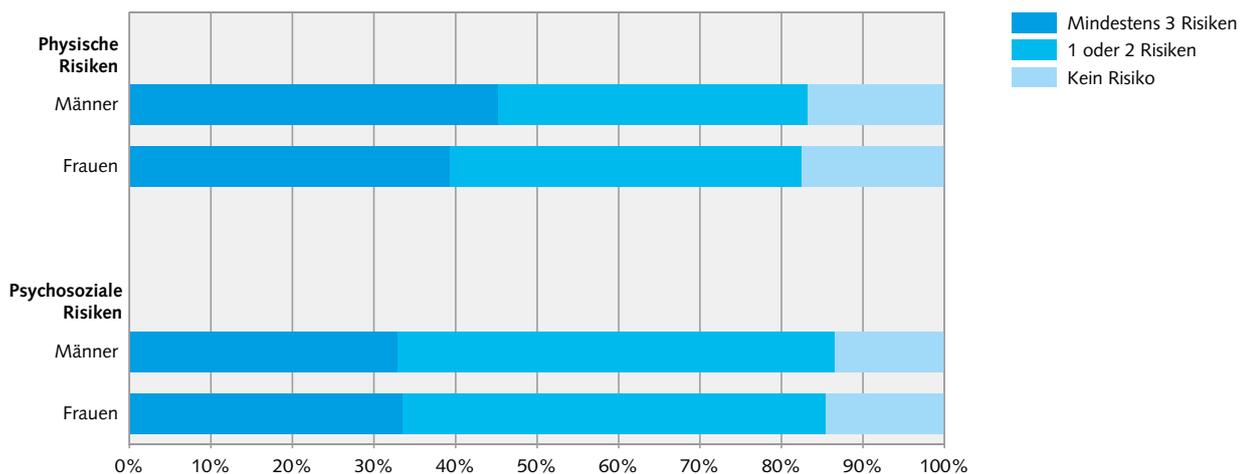
5.1.1 Gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen

Im Jahr 2007 geben 45% der Männer und 39% der Frauen unter den Erwerbstätigen an, während mindestens einem Viertel der Zeit am Arbeitsplatz drei oder mehr **physischen Risikofaktoren** ausgesetzt zu sein (G5.1)⁵¹. Lediglich 17% der erwerbstätigen Personen sind keinen körperlichen Risikofaktoren ausgesetzt. Die Exposition gegenüber körperlichen Risiken in der Arbeitswelt ist somit nach wie vor hoch. Die häufigsten körperlichen Risiken sind die *ergonomischen Risiken*. 49% der Erwerbstätigen geben an, während mindestens einem Viertel der Zeit stets die gleichen Hand- oder Armbewegungen auszuführen. 34% arbeiten mindestens ein

Physische und psychosoziale Risikofaktoren, 2007

Anteil der erwerbstätigen Personen im Alter von 15–64 Jahren

G 5.1



© Bundesamt für Statistik (BFS)

⁵¹ Die Analyse bezieht sich auf die 15- bis 64-jährigen Personen, die als Angestellte oder Selbständigerwerbende einer Erwerbstätigkeit mit einem Beschäftigungsgrad von mindestens 20% nachgehen (N=8375). Bei der Berechnung der Werte für die Exposition gegenüber den risikobehafteten Arbeitsbedingungen wurden die Antwortausfälle sowie die Antworten «weiss nicht» ausgeklammert.

Viertel der Zeit in beschwerlichen oder ermüdenden Körperhaltungen. Deutlich niedriger ist die Exposition gegenüber *biologischen/chemischen und Strahlungsrisiken*. So sind 12% der Männer und 10% der Frauen unter den Erwerbstätigen während mindestens einem Viertel der Zeit in Kontakt mit chemischen Produkten. Die Exposition gegenüber *Umgebungs- und Umwelt-risiken* liegt dazwischen. So arbeiten beispielsweise 24% der Männer und 10% der Frauen mindestens ein Viertel der Zeit unter so starker Lärmeinwirkung, dass sie sich nur mit sehr lauter Stimme mit anderen unterhalten können.

Die Exposition gegenüber mehrfachen (≥ 3) **psychosozialen Risikofaktoren** ist etwas geringer: sie betrifft 33% der erwerbstätigen Personen (G5.1). Die Risiken, die auf eine starke *psychische Beanspruchung* hinweisen, sind häufiger als jene, die eine geringe *Entscheidungsfreiheit* oder mangelnde *soziale Unterstützung* widerspiegeln. 54% der Männer und 48% der Frauen geben an, sich bei der Arbeit dauernd stark konzentrieren zu müssen. Demgegenüber berichten 34% der Männer und 42% der Frauen, sie könnten bei der Arbeit nur selten ihre eigenen Ideen umsetzen, und ein Viertel der Erwerbstätigen gibt an, nicht oft Hilfe von Kollegen erhalten zu können, wenn sie darum bitten.

Rund 46% der Männer und 36% der Frauen sprechen von sehr starker **psychischer und nervlicher Anspannung** am Arbeitsplatz. Deutlich seltener ist das Gefühl von **Angst** bei der Arbeit: rund 12% der Erwerbstätigen sind damit konfrontiert. Dieses Gefühl korreliert stärker mit den psychosozialen Belastungen als mit den körperlichen. Etwa gleich verbreitet ist die **Angst vor dem Verlust der Arbeitsstelle**, sie betrifft 13% der erwerbstätigen Personen. Im Jahr 2007 war die Erwerbslosenrate in der Schweiz (2,8% im Jahresmittel) auf dem tiefsten Stand seit dem letzten konjunkturellen Höhepunkt von 2004 (3,9%). Schliesslich berichten lediglich 7% der Erwerbstätigen von **geringer oder sehr geringer Zufriedenheit** mit ihrer Arbeit (G5.2).

Insgesamt nimmt die Exposition gegenüber risikobehafteten Arbeitsbedingungen mit zunehmendem Alter ab. Dies gilt insbesondere für die körperlichen Risikofaktoren: Der Anteil der Männer mit mindestens dreifacher Risikoexposition halbiert sich zwischen der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen (66%) und jener der 55- bis 64-Jährigen (35%) beinahe. Bei den Frauen ist der Rückgang (von 55% auf 32%) weniger ausgeprägt (G5.3). Umgekehrt steigt bei den Männern die Exposition gegenüber einer sehr starken psychischen und nervlichen Anspannung von 29% bei den 15- bis 24-Jährigen auf 51% bei den 55- bis 64-Jährigen.

Physische Risiken

In die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 (SGB) wurden erstmals die Variablen der Europäischen Erhebung über die Arbeitsbedingungen⁵² aufgenommen, die drei Ebenen körperlicher Risikofaktoren messen:

- *ergonomische Risiken*: beschwerliche oder ermüdende Körperhaltungen, Vibrationen, Tragen oder Bewegen schwerer Lasten, Stehen oder Gehen, stets gleiche Hand- oder Armbewegungen⁵³;
- *biologische/chemische und Strahlungsrisiken*: Einatmen von Rauch, Dämpfen, Pulver oder Staub, Einatmen von Dämpfen wie z.B. Lösungs- oder Verdünnungsmitteln, Umgang mit chemischen Produkten, Strahlung, Kontakt mit ansteckenden Stoffen;
- *Umgebungs- und Umweltrisiken*: Lärm, hohe oder tiefe Temperaturen.

Für die Analyse wurde ein Indikator «körperliche Risiken» gebildet, der die Exposition gegenüber diesen dreizehn Risiken während mindestens einem Viertel der Arbeitszeit⁵⁴ zusammenfasst. Es wurden drei Kategorien unterschieden: keine Exposition, Exposition gegenüber 1 oder 2 Risiken, Exposition gegenüber mindestens 3 Risiken.

Psychosoziale Risiken

Die SGB enthält sechs Fragen, die eng an den von Karasek⁵⁵ entwickelten Fragebogen angelehnt sind, einem der gängigsten Instrumente zur Analyse psychosozialer Risikofaktoren. Die Fragen decken die drei Erhebungsbereiche nach Karasek ab:

- *psychische Anforderungen*: sich dauernd stark konzentrieren müssen, nicht genug Zeit haben, um die Arbeit zu erledigen;
- *Entscheidungsfreiheit*: langweilige und eintönige Tätigkeiten ausführen, bei der Arbeit eigene Ideen umsetzen können, Pause machen wann man will;
- *soziale Unterstützung*: Hilfe von Kollegen bekommen, wenn man darum bittet.

Es wurde ein Indikator «psychosoziale Risiken» gebildet, der die Belastungen addiert und in drei Kategorien einteilt: keine Exposition, Exposition gegenüber 1 oder 2 Risiken, Exposition gegenüber mindestens 3 Risiken.

Zur Ergänzung dieser Untersuchung der psychosozialen Risiken wurden die Antworten auf die Frage zur **psychischen und nervlichen Anspannung** am Arbeitsplatz analysiert und drei weitere Aspekte der Arbeitsbedingungen berücksichtigt: Bei der Arbeit **Angst** erfahren, die **Angst vor dem Verlust der Arbeitsstelle** und die **Arbeitszufriedenheit**.

⁵² Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (2007): Vierte Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen, Dublin, 142 S.

⁵³ Es fehlt die Variable «Heben oder Bewegen von Personen», die als einzige nicht in der SGB übernommen wurde.

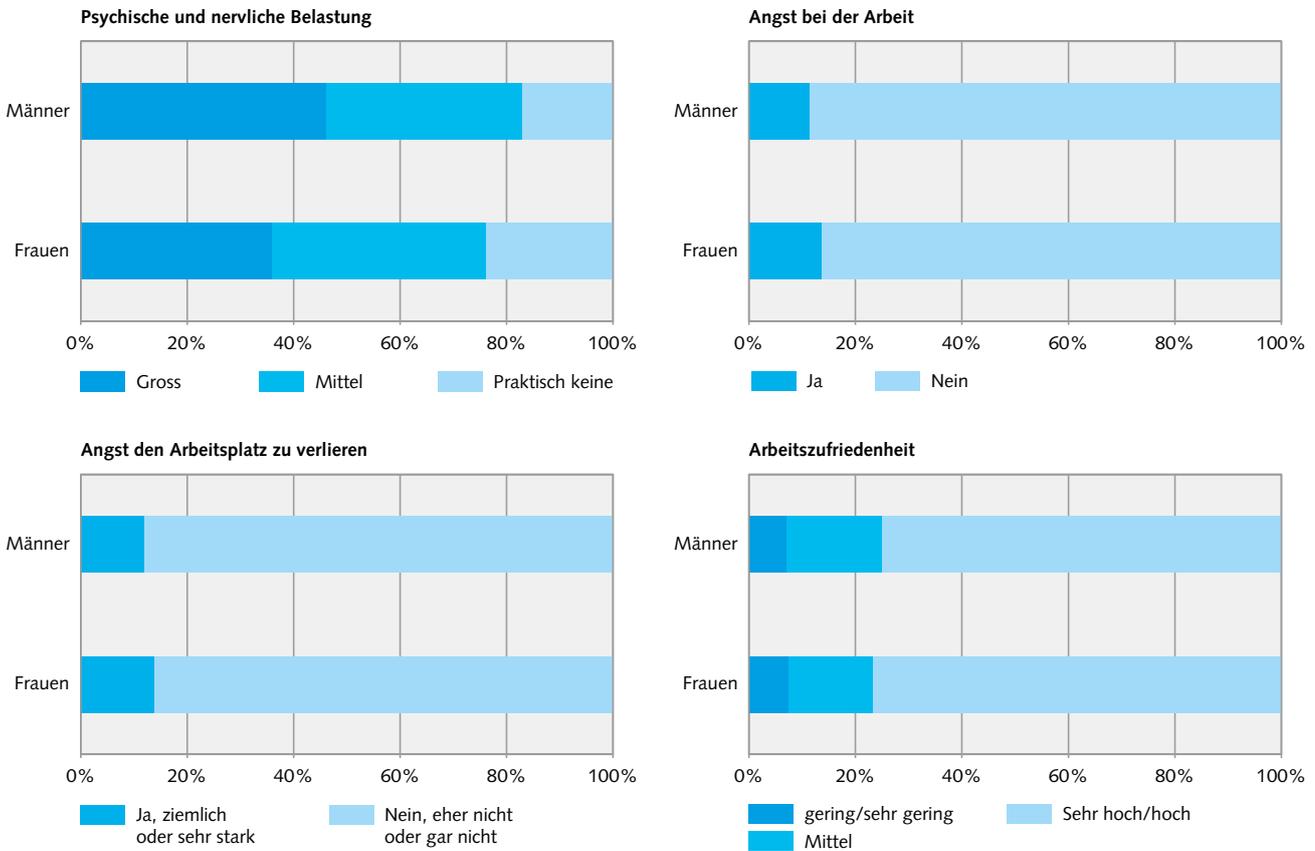
⁵⁴ Sieben mögliche Antworten von «nie» bis «die ganze Zeit» standen zur Auswahl.

⁵⁵ Cf. Karasek R., Theorell T. (1990): Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life, Basic Books, 381 p.

Weitere Risikofaktoren, 2007

Anteil der erwerbstätigen Personen im Alter von 15–64 Jahren

G 5.2

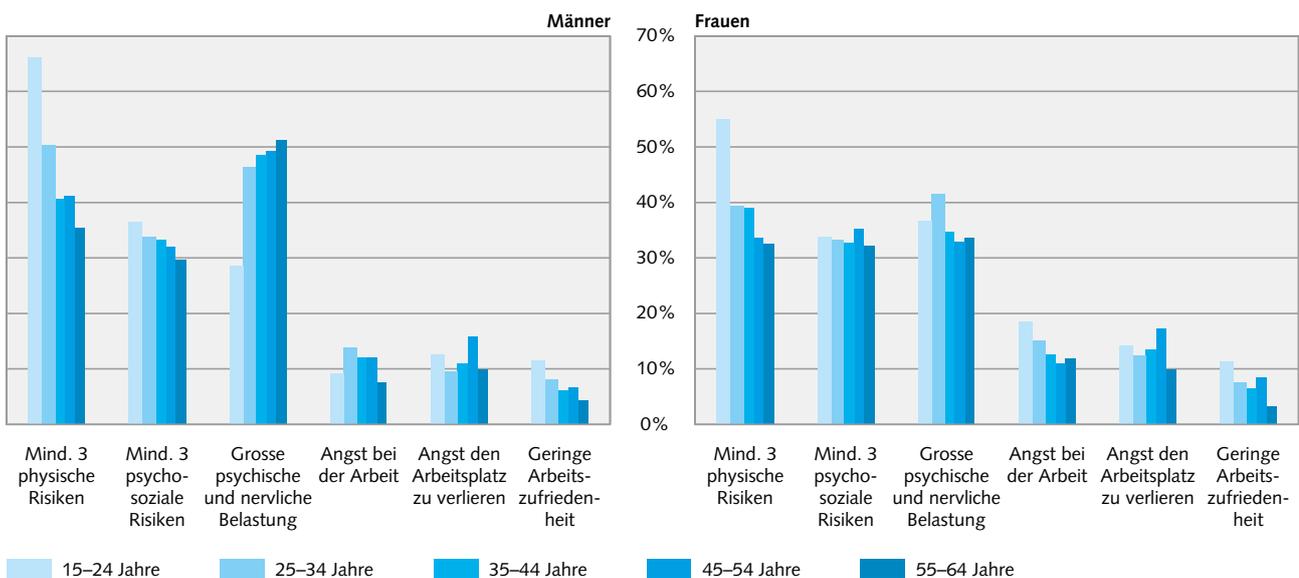


© Bundesamt für Statistik (BFS)

Gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen nach Alter, 2007

Anteil der erwerbstätigen Personen im Alter von 15–64 Jahren

G 5.3



© Bundesamt für Statistik (BFS)

Die Exposition gegenüber risikobehafteten Arbeitsbedingungen ist fast durchwegs durch einen sozialen Gradienten geprägt: je niedriger das Bildungsniveau ist, desto höher ist die Exposition. Dieser Trend ist bei den körperlichen Risiken besonders ausgeprägt: Mindestens drei Risiken ausgesetzt sind 81% der Männer ohne nachobligatorischen Schulabschluss, verglichen mit lediglich 23% derjenigen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe. Bei den Frauen betragen die entsprechenden Werte 56% und 23% (G5.4).

Die Angst am Arbeitsplatz und die psychische und nervliche Anspannung bilden diesbezüglich eine Ausnahme. Bei der Exposition gegenüber dem letztgenannten Risiko ist der soziale Gradient umgekehrt: 40% der Männer ohne nachobligatorischen Schulabschluss berichten von sehr starker psychischer und nervlicher Anspannung am Arbeitsplatz, verglichen mit 57% derjenigen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe. Bei den Frauen betragen die entsprechenden Werte 27% und 44%. Dieses Profil ist typisch für die psychosozialen Risiken, die eine starke psychische Beanspruchung widerspiegeln.

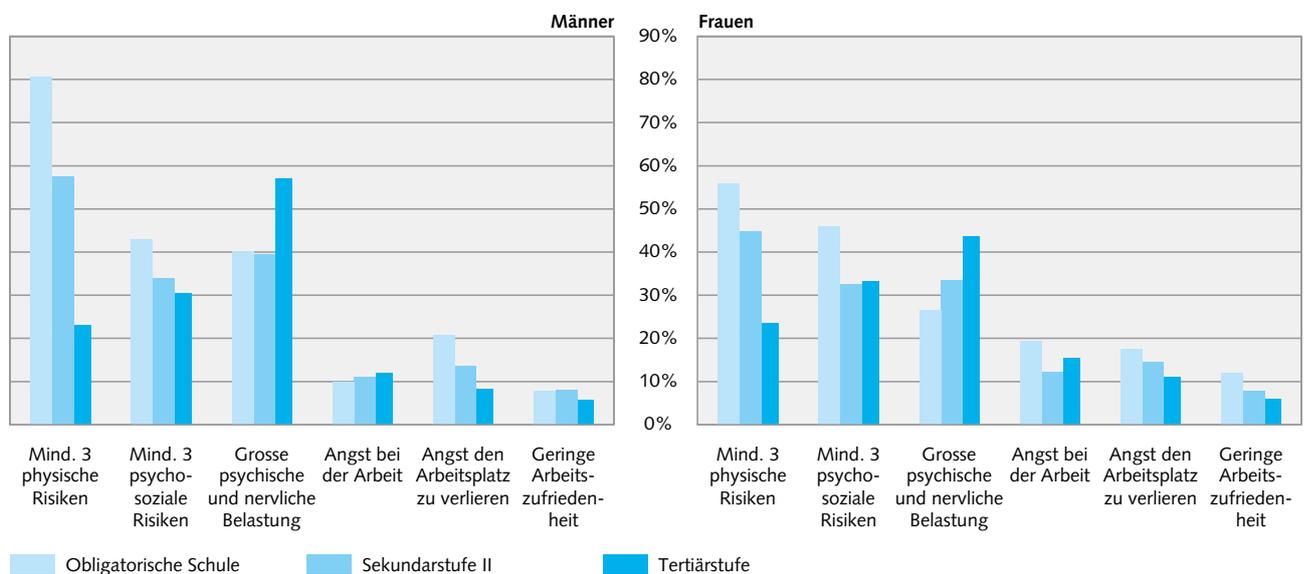
5.1.2 Gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen und Gesundheit

Insgesamt ist ein Zusammenhang zwischen der Exposition gegenüber risikobehafteten Arbeitsbedingungen und einem erhöhten Mass an genannten Gesundheitsproblemen zu erkennen. Das Ausmass dieses Zusammenhangs variiert jedoch stark nach den betrachteten Arbeitsbedingungen und dem jeweiligen Gesundheitsproblem (vgl. Kasten).

Die Belastung mit mindestens drei **physischen Risiken** (die vier von zehn Erwerbstätigen betrifft) korreliert mit einer starken Zunahme des Anteils von Personen, deren selbst wahrgenommene Gesundheit nicht gut ist. Dieser steigt von rund 3% bei den nicht exponierten Männern auf über 8% bei denjenigen, die mindestens drei körperlichen Risiken ausgesetzt sind. Bei den Frauen betragen die entsprechenden Werte 5% und 10% (G5.5a). Der Zusammenhang mit anderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist weniger ausgeprägt und im Falle des Konsums psychotroper Medikamente und der gesundheitlich bedingten Arbeitsabsenzen sogar vernachlässigbar.

Gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen nach Bildungsstand, 2007
Anteil der erwerbstätigen Personen im Alter von 15–64 Jahren

G 5.4



© Bundesamt für Statistik (BFS)

Messung des Gesundheitszustands im Zusammenhang mit den Arbeitsbedingungen

Für die Analyse des Zusammenhangs zwischen Arbeitsbedingungen und Gesundheit wurden fünf Gesundheitsindikatoren herangezogen:

- *selbst wahrgenommener Gesundheitszustand* (s. Abschnitt 2.1), der aus den Antworten auf die Frage «Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?» ermittelt wird;
- *Indikator für starke körperliche Beschwerden*, der sich aus den Antworten auf acht Fragen zu spezifischen Beschwerden zusammensetzt (s. Abschnitt 2.2), wobei zwischen starken körperlichen Beschwerden und anderen resp. keinen unterschieden wurde;
- *Indikator zur psychischen Belastung* (s. Abschnitt 2.5.1), der eine Unterscheidung zwischen tiefen psychischen Belastung einerseits und mittleren und hohen psychischen Belastungen andererseits erlaubt;
- *Indikator zum Konsum psychotroper Medikamente* (vgl. Abschnitt 3.6.2), der zwischen Personen unterscheidet, die im Laufe der vorangegangenen sieben Tage psychotrope Medikamente (Schlaf- und Beruhigungsmittel, Antidepressiva) eingenommen haben, und jenen, die keine oder nicht psychotrope Medikamente konsumiert haben;
- *Variable zur Messung der gesundheitlich bedingten Fehlzeit am Arbeitsplatz in Tagen* im Laufe der vorangegangenen vier Wochen bei Personen, die durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt waren. Es wurde unterschieden zwischen Personen mit mindestens einem Tag Fehlzeit pro Monat und den übrigen Personen.

Die Konfrontation mit mindestens drei **psychosozialen Risiken** (ein Drittel der Erwerbstätigen) geht bei den Männern einher mit einer sehr starken Zunahme von starken körperlichen Beschwerden (von 10% auf 22%) und der Symptome mittlerer bis hoher psychischer Belastungen (von 9% auf 23%). Bei den Frauen zeigt sich ein enger Zusammenhang nur mit einer erhöhten psychischen Belastung (G5.5a). Ein ähnliches Bild ergibt sich hinsichtlich der starken **psychischen und nervlichen Anspannung** am Arbeitsplatz (vier von zehn Erwerbstätigen; G5.5a).

Das Gefühl von **Angst am Arbeitsplatz** (ein Achtel der Erwerbstätigen) korreliert bei Männern und Frauen mit einem sehr starken Anstieg der Gesundheitsprobleme. Dies betrifft alle berücksichtigten Gesundheitsindikatoren (G5.5b). Nur mit gesundheitsbedingten Arbeitsabsenzen lässt sich bei den Männern kein Zusammenhang erkennen.

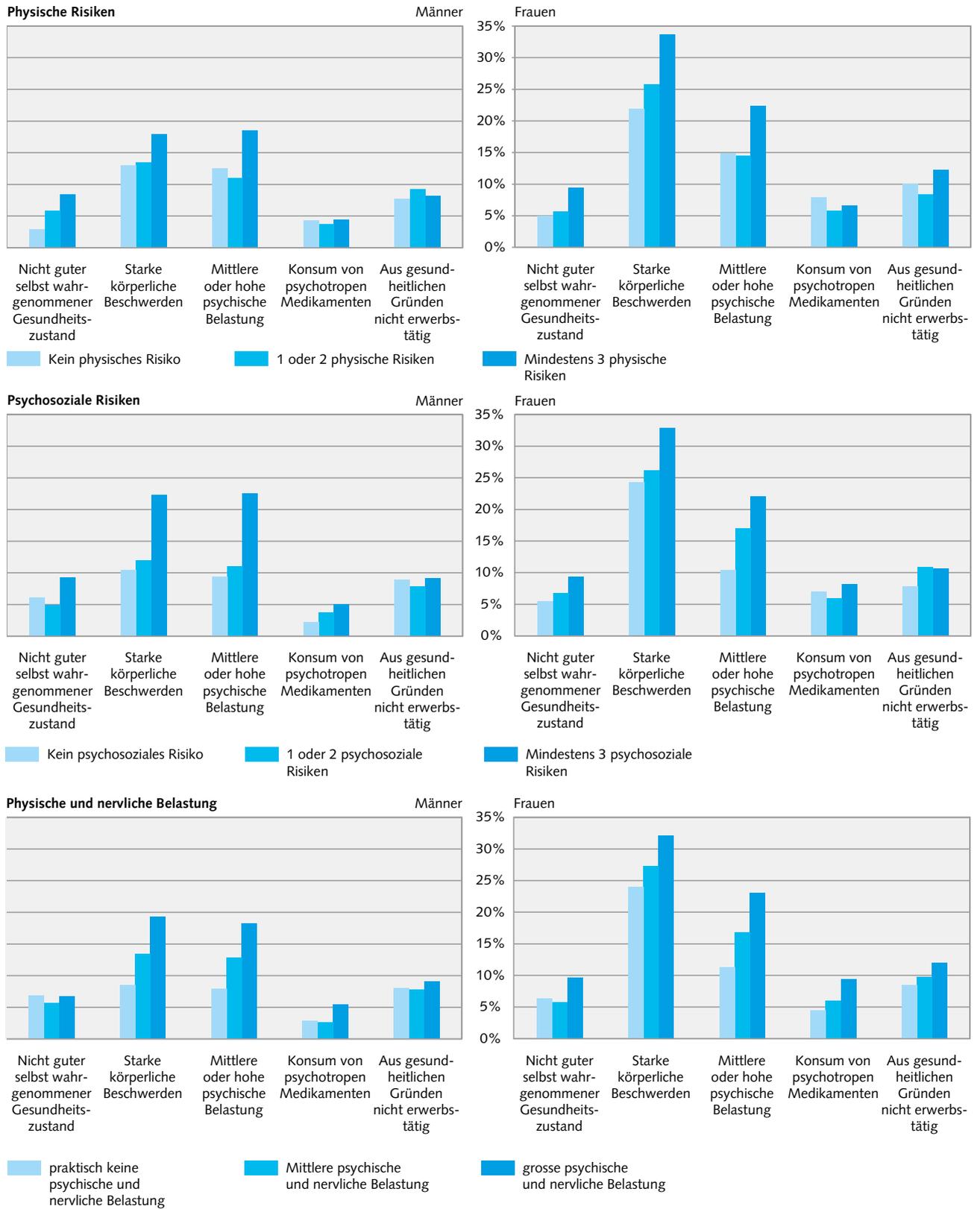
Ähnliche Zusammenhänge finden sich zwischen der **Angst vor dem Arbeitsplatzverlust** (ein Achtel der Erwerbstätigen) und den gesundheitlichen Problemen (G5.5b). Allerdings ist der Zusammenhang bei den Männern jeweils weniger stark als bei den Frauen.

Das Gefühl einer (**sehr**) **geringen Arbeitszufriedenheit** (7% der Erwerbstätigen) ist bei den Männern verknüpft mit der höchsten Zunahme von Problemen bei allen vier Gesundheitsindikatoren. Bei den Frauen zeigt sich lediglich mit der mittleren bis hohen psychischen Belastung (G.5.5b) ein Zusammenhang.

Gesundheitsprobleme nach Art der gesundheitsgefährdenden Arbeitsbedingungen, 2007

Anteil der erwerbstätigen Personen im Alter von 15–64 Jahren

G 5.5a

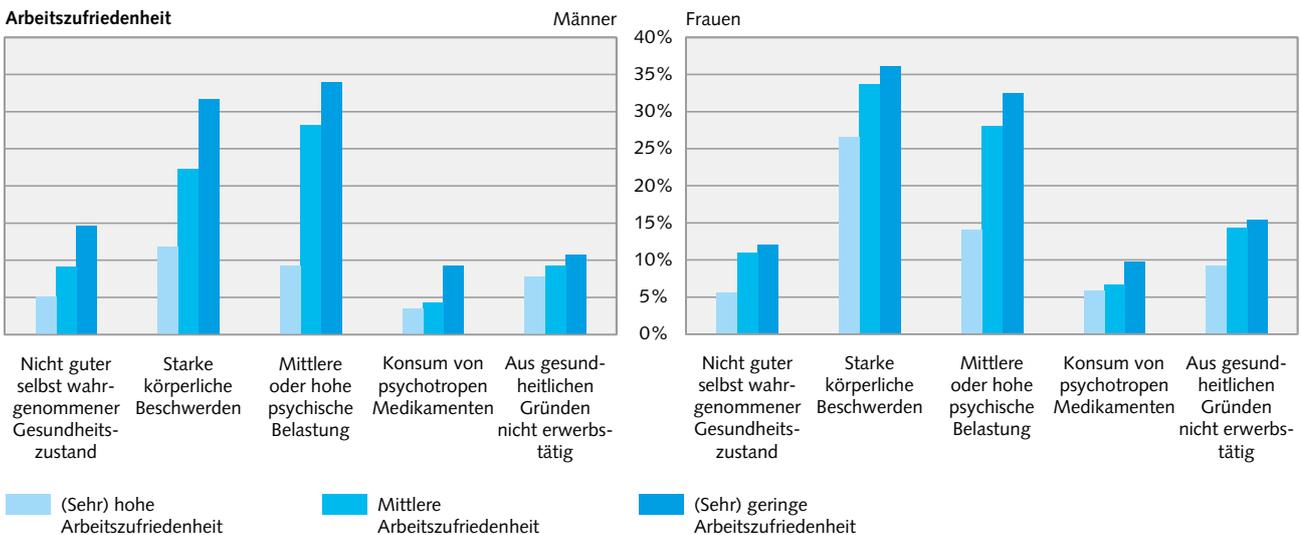
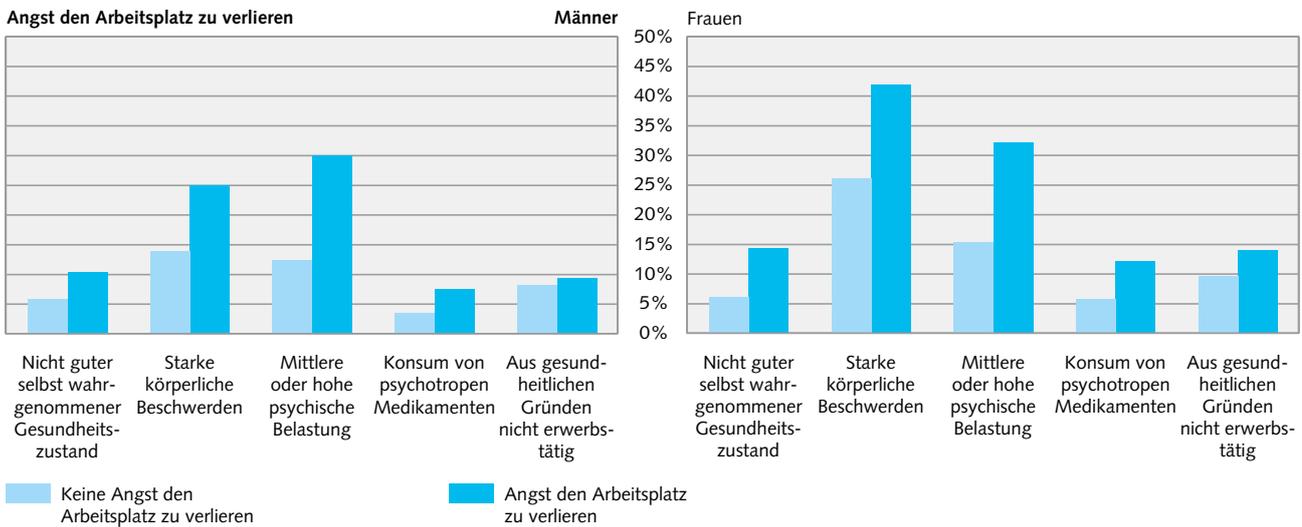
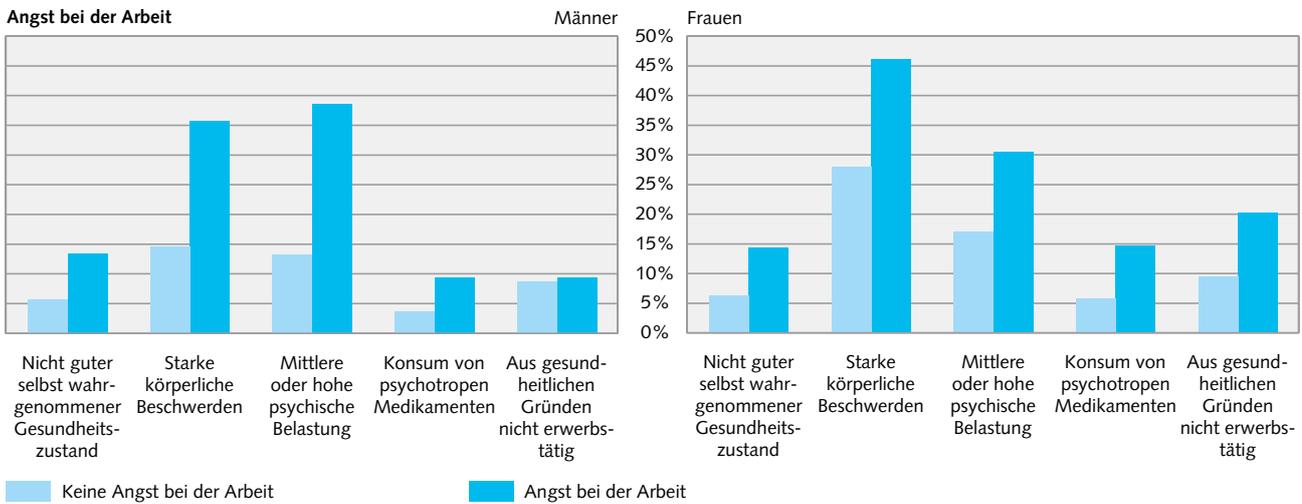


© Bundesamt für Statistik (BFS)

Gesundheitsprobleme nach Art der gesundheitsgefährdenden Arbeitsbedingungen, 2007

Anteil der erwerbstätigen Personen im Alter von 15–64 Jahren

G 5.5b



© Bundesamt für Statistik (BFS)

5.1.3 Schlussbemerkungen

Multivariate Analysen mittels logistischer Regressionen bestätigen den signifikanten Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und Gesundheitsbeeinträchtigungen bei gleichem Alter, Bildungsniveau, Beschäftigungsgrad, familialer Situation und übrigen Arbeitsbedingungen zumindest teilweise. Der Indikator der gesundheitsbedingten Absenz vom Arbeitsplatz bildet insofern eine Ausnahme, als kein signifikanter Zusammenhang besteht.

Die Risiken, die am systematischsten mit einem schlechten Gesundheitszustand verknüpft sind, betreffen das Gefühl von Angst am Arbeitsplatz (bei Frauen und Männern), die Angst vor dem Arbeitsplatzverlust (eher bei Frauen) und die Unzufriedenheit bei der Arbeit (eher bei Männern). Bei den körperlichen Risiken fällt vor allem der signifikante Zusammenhang mit einer schlechten selbst wahrgenommenen Gesundheit auf; bei den psychosozialen Risiken bzw. der Anspannung am Arbeitsplatz besteht ein Zusammenhang zu einer erhöhten psychischen Belastung.

Da es sich bei der Schweizerischen Gesundheitsbefragung um eine Querschnittsbefragung handelt, kann aus den signifikanten Zusammenhängen keine Kausalität abgeleitet werden. Die hier vorgestellten Ergebnisse decken sich jedoch mit jenen der wissenschaftlichen Literatur, die teilweise auf Längsschnittstudien und dort nachgewiesenen kausalen Beziehungen zwischen Arbeitsbedingungen und Gesundheitszustand verweist⁵⁶. So gesehen unterstützen die Daten der SGB 2007 die Erkenntnis, dass die Arbeit und die Bedingungen, unter denen diese ausgeübt wird, wichtige soziale Determinanten der Gesundheit sind.

5.2 Wohnbedingungen und Gesundheit

In Bezug auf den Zusammenhang zur Gesundheit der Bevölkerung lassen sich Wohnbedingungen auf zwei Ebenen analysieren: Erstens anhand der Merkmale des Quartiers und der Nachbarschaft. Dazu gehören verschiedene Dimensionen, die umweltbezogen, wirtschaftlich, sozial, kulturell usw. sein können. Zweitens anhand von Merkmalen zur Wohnung selbst wie verfügbarer

Raum, gesundheitliche Zuträglichkeit, Schutz vor Lärm und extremen Temperaturen⁵⁷. Die Analyse beschränkt sich im Folgenden auf die zweite Dimension. Epidemiologische Studien haben zahlreiche Zusammenhänge zwischen ungünstigen Wohnmerkmalen und einem erhöhten Risiko gesundheitlicher Beeinträchtigung (Infektionskrankheiten, chronische Erkrankungen, Unfälle, psychische Gesundheit usw.)⁵⁸ festgestellt.

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung und die Wohnbedingungen

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2007 enthält einen Satz von Fragen zum Thema Wohnen, die sich auf Störungen von aussen beziehen, welche die Wohnsituation beeinflussen können. Diese wurden zu sechs dichotomen Indikatoren zusammengefasst (nicht exponiert – exponiert)⁵⁹: a) *mindestens eine Beeinträchtigung der Wohnsituation*; b) *Lärm von Leuten oder Kindern, die nicht zum eigenen Haushalt gehören*; c) *verkehrsbedingte Störungen* (Lärm von Autos, Eisenbahn oder Flugzeugen sowie Verkehrsabgase); d) *Störungen durch Industrie und Gewerbe* (Lärm, Abgase und Gestank); e) *Störungen durch Elektromog* (Elektromagnetische Felder von Hochspannungsleitungen, Mobilfunkantennen); f) *Störungen durch die Landwirtschaft*. Die Analyse beruht auf den Antworten aller Befragungsteilnehmenden (ohne Altersbeschränkung) im Rahmen der SGB 2007, die den schriftlichen Fragebogen zum Thema Wohnverhältnisse ausgefüllt haben (N=14'393).

5.2.1 Störungen im Wohnumfeld

Die Mehrheit der Bevölkerung (52% der Männer und 55% der Frauen) gibt an, bei sich zu Hause häufig oder regelmässig mindestens einer Störung ausgesetzt zu sein (G5.6). Zwei Arten von Störungen werden bei weitem am häufigsten genannt: Lärmbelästigungen durch Leute oder Kinder, die nicht zum eigenen Haushalt gehören, betreffen Frauen etwas häufiger als Männer (20% bzw. 17%); ein Drittel der Bevölkerung fühlen sich durch den Verkehr gestört. Die übrigen Störungen sind weit weniger verbreitet (weniger als 10% respektive 5%). Mit Ausnahme der Lärmbelästigung durch Personen, die nicht zum eigenen Haushalt gehören, sind die Unterschiede zwischen Frauen und Männern statistisch nicht signifikant.

⁵⁶ Für Zusammenfassungen s. insbesondere Marmot M, Siegrist J, Theorell T (2006): Health and the psychosocial environment at work, Marmot M & Wilkinson R G (Hrsg.) (2006): Social determinants of health. Second edition, Oxford University Press, 97-130, sowie Siegrist J & Theorell T (2006): Socio-economic position and health: the role of work and employment, Siegrist J & Marmot M (2006): Social inequalities in health. New evidence and policy implications, Oxford University Press, 73-100.

⁵⁷ Stafford M., McCarthy M., (2006): Neighbourhoods, housing, and health, Marmot M. & Wilkinson R. G. (Hrsg.): Social determinants of health. Second edition, Oxford University Press, 297-317

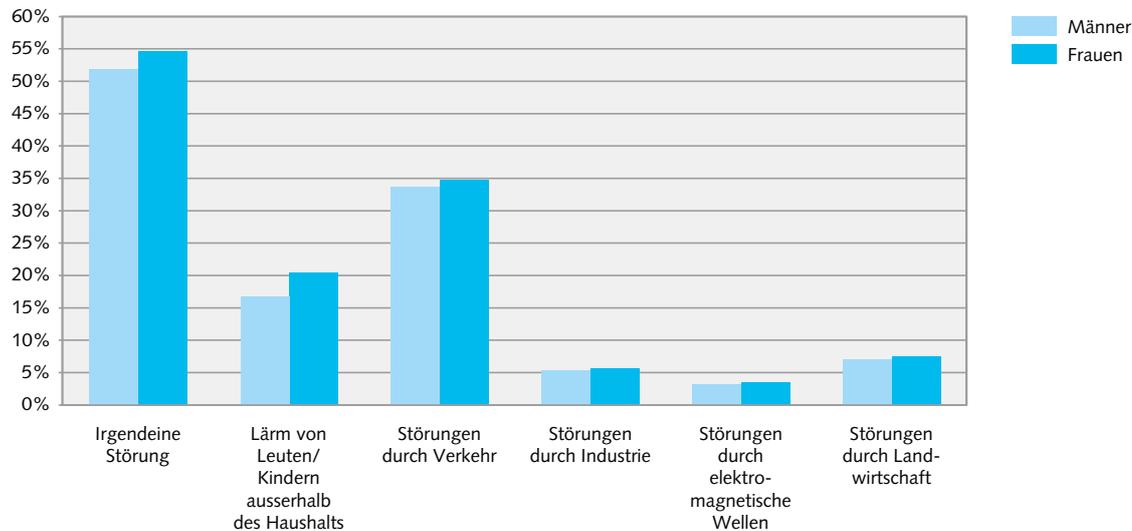
⁵⁸ Krieger J., Higgins D. L. (2002), Housing and health: time again for public health action, American Journal of public health, 2002, 92, 758-768

⁵⁹ Diese Einteilung entspricht jener von Gmel G., Rehm J. (2000), Wohn- und Arbeitssituation, BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung: Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997, Neuchâtel, 59-64

Störungen im Wohnumfeld, 2007

Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 5.6



© Bundesamt für Statistik (BFS)

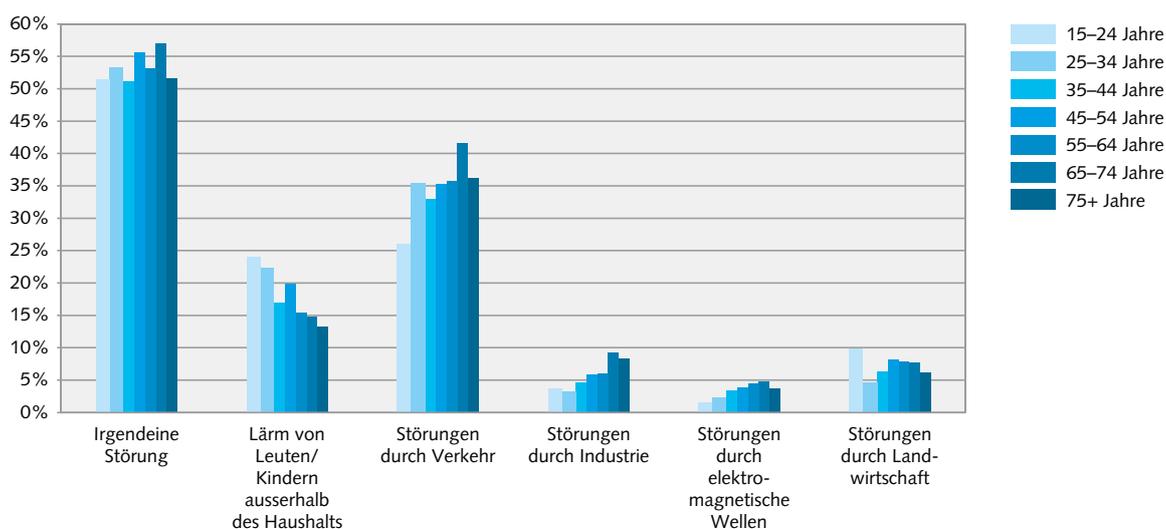
Es sind nur geringe Unterschiede in den Umweltbelastungen hinsichtlich soziodemografischen Merkmalen – insbesondere nach Bildungsstand, Haushalteinkommen oder Haushaltstyp – festzustellen⁶⁰. In Bezug auf das Alter steigt die Wahrnehmung von Störungen bis zur Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen generell an. Besonders ausgeprägt zeigt sich dies bei den verkehrsbedingten

Störungen, wo der Anteil der Personen, die sich gestört fühlen, von 26% bei den 15- bis 24-Jährigen auf 42% bei den 65- bis 74-Jährigen zunimmt. Umgekehrt geht die Lärmbelästigung von Personen und Kindern, die nicht zum eigenen Haushalt gehören, mit dem Alter kontinuierlich zurück (G5.7).

Störungen im Wohnumfeld nach Alter, 2007

Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 5.7



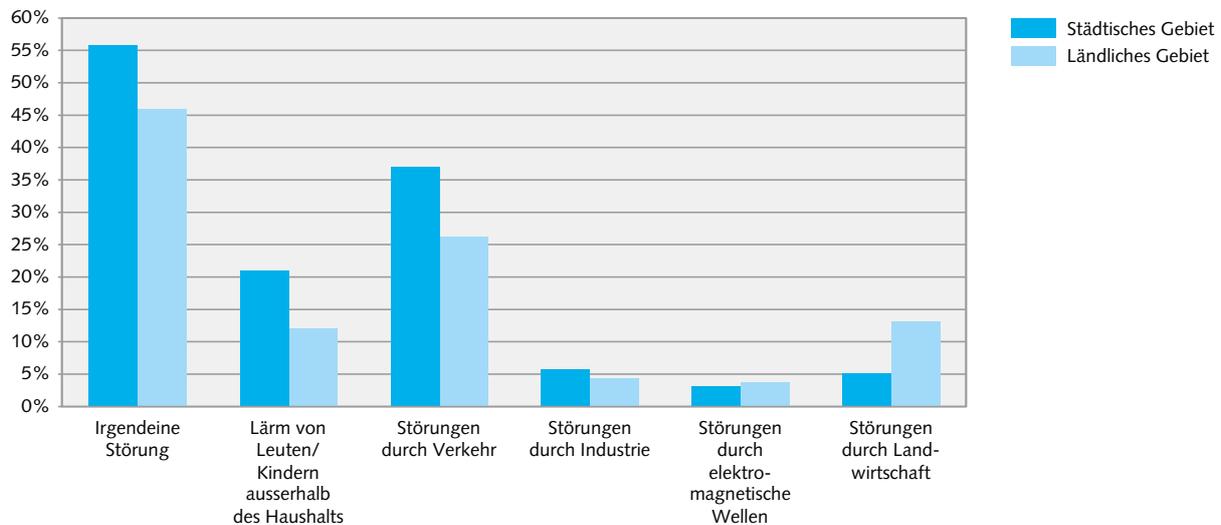
© Bundesamt für Statistik (BFS)

⁶⁰ Die Wahrnehmung und Nennung dieser Störungen variiert möglicherweise nach soziodemografischen Merkmalen, was zur Folge haben kann, dass Differenzen, die in Wirklichkeit grösser wären, geringer ausfallen.

Störungen im Wohnumfeld nach Region, 2007

Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 5.8



© Bundesamt für Statistik (BFS)

Wer auf dem Land wohnt, fühlt sich deutlich weniger in seinem Wohnumfeld gestört (G5.8), vor allem was die beiden häufigsten Arten von Störungen (Lärm von Leuten oder Kindern, die nicht zum eigenen Haushalt gehören, verkehrsbedingte Störungen) betrifft. Es erstaunt hingegen nicht, dass Störungen durch die Landwirtschaft häufiger sind.

5.2.2 Störungen im Wohnumfeld und Gesundheit

Drei Indikatoren zum Gesundheitszustand werden für diese Analyse herangezogen: selbst wahrgenommene Gesundheit, körperliche Beschwerden und psychische Belastungen (s. Kasten in Abschnitt 5.2). Zusätzlich werden starke Schlafstörungen⁶¹ in Zusammenhang mit lärmbedingten Störungen untersucht.

Die sechs Belastungen im Wohnumfeld sind verknüpft mit dem erhöhten Auftreten gesundheitlicher Probleme im Bereich der vier Gesundheitsindikatoren (G 5.9). Dieser Zusammenhang ist deutlich weniger stark als im Falle der Arbeitsbedingungen. Die Belastung durch mindestens eine Störung im Wohnumfeld lässt die Nennung gesundheitlicher Probleme um die Hälfte bis zwei Drittel (Schlafstörungen) ansteigen. Ähnlich gross ist die Wirkung von Lärmbelastigungen durch Leute oder Kinder, die nicht zum eigenen Haushalt gehören. Bei den ver-

kehrsbedingten Störungen ist der Zusammenhang geringer, abgesehen von den Schlafstörungen, deren Prävalenz um 6% bis 10% steigt.

Insgesamt gesehen sind starke Schlafstörungen das am stärksten an Belastungen im Wohnumfeld gekoppelte Gesundheitsproblem, während die psychischen Belastungen den geringsten Zusammenhang mit der Wohnsituation aufweisen.

5.2.3 Schlussbemerkungen

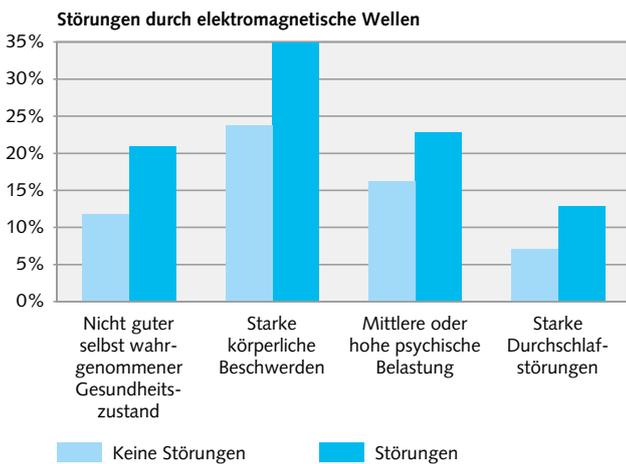
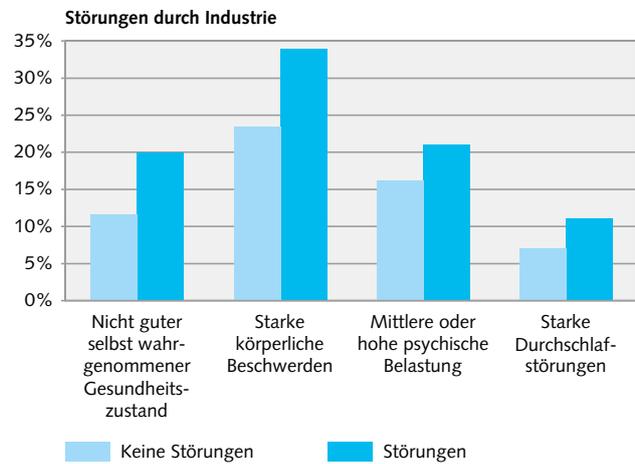
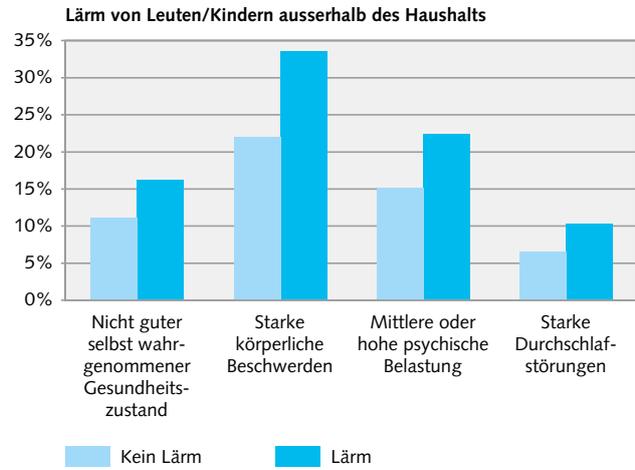
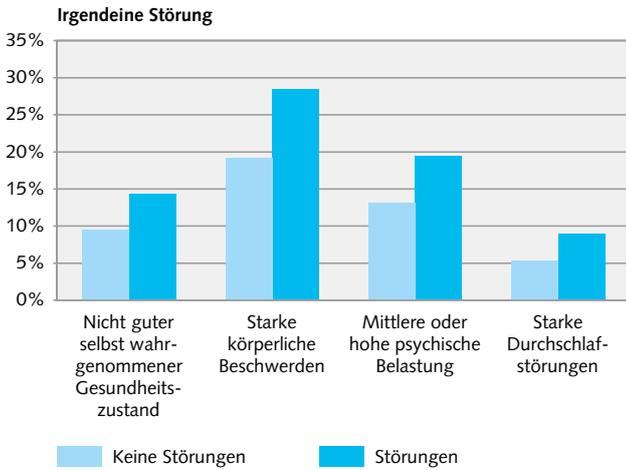
Multivariate Analysen mittels logistischer Regression zeigen, dass der Zusammenhang zwischen der Lärmexposition gegenüber Leuten oder Kindern, die nicht zum eigenen Haushalt gehören, und einem weniger guten Gesundheitszustand bei gleichem Geschlecht, Alter, Bildungsniveau, Haushaltstyp, Wohnregion und übrigen Belastungen im Wohnumfeld bei allen vier ausgewählten Gesundheitsindikatoren durchwegs signifikant ist. Bei den verkehrsbedingten Störungen ist lediglich der Zusammenhang mit körperlichen Beschwerden und Schlafstörungen signifikant. Unter den übrigen, weit weniger verbreiteten Störungen weisen lediglich jene durch Elektrosmog (Elektromagnetische Felder von Hochspannungsleitungen, Mobilfunkantennen) einen signifikanten Zusammenhang mit allen hier betrachteten Gesundheitsindikatoren auf. Für eine kausale Interpretation dieser Beziehungen sind jedoch weiterführende Analysen erforderlich⁶².

⁶¹ Diese Variable ist Bestandteil des Indikators körperliche Beschwerden (s. Abschnitt 2.2.1 oben). Die Antworten auf die Frage nach Einschlaf- oder Durchschlafstörungen in den vorangegangenen vier Wochen wurden in den beiden Kategorien «überhaupt nicht»/«ein bisschen» einerseits und «stark» andererseits zusammengefasst.

⁶² Diese Resultate decken sich mit jenen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997, was das Ausmass der Wohnbeeinträchtigungen und die beobachteten Zusammenhänge mit dem Gesundheitszustand betrifft.

Gesundheitsprobleme nach Art der Belastung im Wohnumfeld, 2007
 Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 5.9



© Bundesamt für Statistik (BFS)

6 Methoden

6.1 Bildung der Stichprobe

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) beruht auf einer **zweistufigen geschichteten Zufallsstichprobe** aus der Schweizer Wohnbevölkerung (Schweizer/innen, niedergelassene Ausländer/innen) ab einem Alter von 15, die in einem Privathaushalt mit Telefonanschluss leben.⁶³ Die Bestimmung der Zielpersonen erfolgte in **zwei Schritten**:

(1) Regionale, nach Kantonen geschichtete Stichprobe von Privathaushalten⁶⁴

Als Erstes wurden für die sieben Grossregionen der Schweiz (Genferseeregion, Espace Mittelland, Nordwestschweiz, Zürich, Ostschweiz, Zentralschweiz und Tessin) regionale Stichproben festgelegt. Diese regionalen Stichproben von insgesamt 11'700 Haushalten wurde daraufhin pro Region nach Kantonen proportional geschichtet aufgeteilt. Hinzu kamen kantonale Zusatzstichproben: 13 Kantone (AG, AR, BE, FR, GE, JU, LU, NE, SZ, TI, UR, VD, VS) und die Stadt Zürich haben von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, ihre Stichproben mit eigenen Mitteln aufzustocken und dadurch einen Stichprobenumfang zu erhalten, der ihnen zuverlässige Analysen auf kantonaler Ebene erlaubt.

In jedem Kanton wurde daraufhin die entsprechende Anzahl Privathaushalte zufällig aus dem Stichprobenregister für Haushaltserhebungen des BFS (SRH) gezogen. Die 30'179 dieser Art ausgewählten Haushalte wurden in einem Brief informiert und zur Teilnahme eingeladen (Bruttostichprobe). Die Bruttostichprobe wurde in Bezug auf ungültige Adressen (Todesfälle, Ferienwohnung, keine Privatadresse, etc.) bereinigt.

(2) Zufallsauswahl der Zielperson innerhalb des Privathaushalts

Die nach der Adressenbereinigung verbleibenden 28'319 Privathaushalte wurden per Telefon kontaktiert. Für jeden Haushalt wurden alle Mitglieder von 15 und mehr Jahren ermittelt. Anschliessend wurde eine dieser Personen zufällig für die Befragung ausgewählt. 9559 Haushalte oder ausgewählte Zielpersonen haben die Teilnahme an der Umfrage verweigert oder konnten trotz einer uneingeschränkten Anzahl von Anrufen nicht erreicht werden.

6.2 Durchführung der Befragung

Kernstück der Schweizerischen Gesundheitsbefragung bildet ein **computergestütztes telefonisches Interview CATI (Computer Assisted Telephone Interview)** mit der Zielperson mit einer Dauer von durchschnittlich 40 Minuten. Es wurde auf (Schweizer-)Deutsch, Französisch und Italienisch befragt. Für Zielpersonen, die aus bestimmten Gründen (längere Abwesenheit, Unkenntnis der Sprache, gesundheitliche Gründe, Behinderung der Kommunikationsfähigkeit) die Fragen nicht selber beantworten konnten, wurde eine Vertrauensperson gesucht, die einen Teil der Fragen für sie beantworten konnte (Proxy-Interview).

Dank einer hohen Dichte von Festnetzanschlüssen bietet sich in der Schweiz die telefonische Befragung auch heute noch als effizienteste Befragungsmethode an. Für ältere Personen eignet sich die telefonische Befragung aber unter Umständen, z.B. wegen Hörproblemen, weniger. Deshalb wurde 75-jährigen und älteren Zielpersonen angeboten, eine persönliche Befragung bei ihnen zu Hause durchzuführen (CAPI: Computer Assisted Personal Interview). Die Fragen waren die selben wie im telefonischen Interview.

Zur Ergänzung der telefonischen Fragen ist den Teilnehmern am telefonischen und am persönlichen Interview anschliessend ein schriftlicher Fragebogen

⁶³ Für ausführliche Informationen zum methodischen Vorgehen siehe BFS(2010). Enquête suisse sur la santé 2007. Plan d'échantillonnage, pondération et analyses pondérées des données.

⁶⁴ Eine Ausnahme bilden die Kantone Zürich und Bern, die in zwei bzw. drei Schichten partitioniert wurden. Insgesamt bestehen somit 29 Schichten.

zugeschickt worden. Damit konnte die Dauer des Telefoninterviews in einem vertretbaren Rahmen gehalten werden.

Sämtliche Feldarbeiten wurden vom Institut M.I.S. Trend in Lausanne in enger Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Statistik durchgeführt. Die Feldarbeiten fanden in vier saisonalen Blöcken über das ganze Jahr 2007 verteilt statt.

Aus der bereinigten Bruttostichprobe von 28'319 Privathaushalten konnten insgesamt 18'760 Personen befragt werden, 18'685 Personen mittels Telefoninterview (inbegriffen 829 Proxy-Interviews) und 75 Personen ab einem Alter von 75 Jahren in einem persönlichen Interview. Die Netto-Antwortquote beträgt somit 66% – eine im internationalen Vergleich hohe Ausschöpfung, die wesentlich zur hohen Qualität der Ergebnisse beiträgt. Die restlichen Personen (34%) verweigerten die Teilnahme, waren nicht erreichbar oder aus anderen Gründen wie Abwesenheit oder Sprachproblemen nicht befragbar. Von den 17'931 Teilnehmern am telefonischen oder am persönlichen Interview (ohne Proxy-Interviews) füllten 14'393 (80%) anschliessend den schriftlichen Fragebogen aus.

Trotz dieser hohen Antwortquote sollten die Verweigerungen genauer analysiert werden. Unterscheiden sich Personen, die eine Teilnahme abgelehnt haben, in wesentlichen Merkmalen von denjenigen, die mitgemacht haben? Sind es – im Extremfall – gesündere oder kränkere Personen, deren Antworten in der Stichprobe fehlen, so dass ein falsches Bild von der Gesundheit in der Schweiz entsteht? Diese Fragen sind ganz entscheidend für die Repräsentativität der Ergebnisse

6.3 Kontrolle der Repräsentativität und Gewichtungsverfahren

Die Zusammensetzung der Stichprobe wurde anhand bestimmter Kriterien mit den wirklichen Verhältnissen in der Bevölkerung verglichen. So lässt sich sicherstellen, dass die aufgrund der Stichprobe gewonnenen Aussagen für die Schweizer Wohnbevölkerung Gültigkeit beanspruchen können. Sofern bei diesem Vergleich Abweichungen in der Stichprobenzusammensetzung zu Tage traten, mussten diese rechnerisch ausgeglichen werden. Ebenso wurde verfahren, um regionale Disproportionalitäten in der Stichprobe zu korrigieren. Vereinfacht ausgedrückt ging es darum, die Qualität zu optimieren, mit der die Stichprobe die Gesamtpopulation abbildet.

Die Gewichtung kann dadurch einen Teil der Antwortausfälle korrigieren und verhindert damit zu starke Verzerrungen in den Analyse-Resultaten. Die Schlussgewichte, die in die verschiedenen Schätzer eingehen und mit den Daten der SGB07 geliefert werden, beziehen verschiedene Faktoren ein:

- Das Ausgangsgewicht berücksichtigt den Stichprobenplan (und damit die Wahrscheinlichkeit, in die Stichprobe gezogen zu werden) sowie einen Teil der Antwortausfälle.
- Das Korrekturgewicht für die Antwortausfälle wird durch die Modellierung besagter Antwortausfälle auf der Basis bestimmter Variablen gebildet, welche das Antwortverhalten teilweise erklären können.
- Das Kalibrierungsgewicht gewährleistet, dass die einzelnen Gruppen der Stichprobe (Geschlecht, Nationalität, Zivilstand oder Altersgruppen) ihrem tatsächlichen Wert in der Gesamtbevölkerung entsprechen.

Für die Antworten der schriftlichen Befragung wurde ein eigenes Gewicht berechnet, um diese Stichprobe mittels einer Kalibrierung möglichst genau an die telefonische Umfrage anzupassen.

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:

<i>Diffusionsmittel</i>	<i>Kontakt</i>
Individuelle Auskünfte	032 713 60 11 info@bfs.admin.ch
Das BFS im Internet	www.statistik.admin.ch
Medienmitteilungen zur raschen Information der Öffentlichkeit über die neusten Ergebnisse	www.news-stat.admin.ch
Publikationen zur vertieften Information	032 713 60 60 order@bfs.admin.ch
Online Datenrecherche (Datenbanken)	www.statdb.bfs.admin.ch

Nähere Angaben zu den verschiedenen Diffusionsmitteln im Internet unter der Adresse www.statistik.admin.ch → Dienstleistungen → Publikationen Statistik Schweiz

Gesundheit

- **Arbeit und Gesundheit: Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007**, BFS Aktuell, Neuchâtel 2010, 27 Seiten, gratis, Bestell-Nr. 213-0708
- **Enquête suisse sur la santé 2007: plan d'échantillonnage, pondérations et analyses pondérées des données**, Neuchâtel 2010, 68 Seiten, gratis, Bestell-Nr. 338-006 (nur auf französisch vorhanden)
- **Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007: Standardtabellen Niveau Schweiz. Interaktive Application auf CD-ROM**, Neuchâtel 2009, Basispreis Fr. 300.– (Preis für kommerzielle Nutzung auf Anfrage), Bestell-Nr. 213-0705-01
- **Übergewicht bei Erwachsenen in der Schweiz: Aspekte einer multifaktoriellen Problematik. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002**, StatSanté 3/2007, Neuchâtel, 43 Seiten, gratis, Bestell-Nr. 515-0703
- **Bewegung, Sport, Gesundheit: Fakten und Trends aus den Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002**, StatSanté 1/2006, Neuchâtel, 26 Seiten, gratis, Bestell-Nr. 515-0601
- **Ernährungsgewohnheiten in der Schweiz: Stand und Entwicklungen auf der Grundlage der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1992, 1997 und 2002**, StatSanté 2/2005, Neuchâtel, 31 Seiten, gratis, Bestell-Nr. 515-0502
- **Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1992–2002**, Neuchâtel 2005, 93 Seiten, Fr. 14.–, Bestell-Nr. 213-0206
- **Schweizerische Gesundheitsbefragung: Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. Eine Spezialauswertung der Gesundheitsbefragung 1997**, Neuchâtel 2002, 115 Seiten, Fr. 16.–, Bestell-Nr. 213-9707

In dieser Publikation werden die wichtigsten Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 vorgestellt. Das Augenmerk wird dabei auf vier Themen gerichtet: die körperliche, psychische und soziale Gesundheit der Bevölkerung, die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und Präventivmedizin sowie gesundheitsgefährdende Arbeits- und Wohnbedingungen. Die Ergebnisse werden zudem mit jenen der vorangehenden Befragungen verglichen. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung wurde seit 1992 vier Mal durchgeführt (1992, 1997, 2002, 2007).

Bestellnummer

213-0706

Bestellungen

Tel.: 032 713 60 60

Fax: 032 713 60 61

E-Mail: order@bfs.admin.ch

Preis

Fr. 12.– (exkl. MWST)

ISBN 978-3-303-14136-6