



Gesundheit

1290-1200

Gesundheitsstatistik 2012

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

Gesundheitsstatistik 2012

Bearbeitung Sektion Gesundheit

Herausgeber Bundesamt für Statistik (BFS)

Herausgeber: Bundesamt für Statistik (BFS)
Auskunft: E-Mail: gesundheit@bfs.admin.ch, Tel. 058 463 67 00
Projektoberleitung: Ulrich Wagner (ver.), Marco D'Angelo
Projektleitung: Jean-François Marquis
Konzept und Redaktion: David Altwegg, Jean-François Marquis
Autorinnen/Autoren: David Altwegg, Tania Andreani, Sylvie Berrut, Pascale Gazareth, Eveline Hüttner, Martine Kaeser, Renaud Lieberherr, Michael Lindner, Jean-François Marquis, Raymond Rossel, Elodie Roy, Giovanni Teotino, Natascha Wyss
Lektorat: Walter Weiss
Karten: ThemaKart, BFS
Vertrieb: Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel
Tel. 058 463 60 60 / Fax 058 463 60 61 / E-Mail: order@bfs.admin.ch
Bestellnummer: 1290-1200
Preis: Fr. 23.– (exkl. MWST)
Reihe: Statistik der Schweiz
Fachbereich: 14 Gesundheit
Originaltext: Deutsch und Französisch
Übersetzung: Sprachdienste BFS
Titelgrafik: BFS; Konzept: Netthoewel & Gaberthüel, Biel; Foto: © Uwe Bumann – Fotolia.com
Grafik/Layout: Sektion DIAM, Prepress / Print
Copyright: BFS, Neuchâtel 2012
Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung –
unter Angabe der Quelle gestattet
ISBN: 978-3-303-14178-6

Korrigierte Version vom Dezember 2016
Die Grafik G4.54 und der dazugehörige Text (S. 52 und S. 53)
wurden aufgrund eines Fehlers in den Daten korrigiert.

Inhaltsverzeichnis

| | | | |
|---|----|---|-----|
| Vorwort | 5 | 4.4 Behinderung | 54 |
| Das Wichtigste in Kürze | 7 | 4.5 Unfälle | 57 |
| 1 Einleitung | 11 | 4.6 Reproduktive Gesundheit | 59 |
| 2 Rahmenbedingungen | 13 | 4.7 Gesundheit spezifischer Bevölkerungsgruppen | 62 |
| 3 Gesundheitsdeterminanten | 16 | 4.7.1 Neugeborene | 62 |
| 3.1 Einkommen und soziale Einbettung | 16 | 4.7.2 Jugendliche von 11 bis 15 Jahren | 63 |
| 3.2 Beschäftigung und Arbeitsbedingungen | 17 | 4.7.3 Ältere Personen | 65 |
| 3.3 Natürliche Umwelt | 20 | 4.7.4 Migrantinnen und Migranten | 67 |
| 3.4 Wohnbedingungen | 20 | 5 Gesundheitssystem | 71 |
| 3.5 Gesundheitsverhalten | 21 | 5.1 Spitäler | 71 |
| 3.5.1 Körperliche Aktivität | 21 | 5.2 Pflegeheime | 76 |
| 3.5.2 Ernährung | 22 | 5.3 Spezialisierte Institutionen | 79 |
| 3.5.3 Tabak | 24 | 5.4 Ambulante Versorgung | 80 |
| 3.5.4 Alkohol | 25 | 5.5 Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex) | 83 |
| 3.5.5 Illegale Drogen | 26 | 5.6 Informelle Hilfe | 85 |
| 4 Gesundheitszustand und Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen | 28 | 5.7 Beschäftigung und Berufe im Gesundheitsbereich | 86 |
| 4.1 Lebenserwartung und Gesundheit | 28 | 5.8 Kosten des Gesundheitssystems | 88 |
| 4.2 Physische Gesundheit | 35 | 6 Finanzierung des Gesundheitswesens | 90 |
| 4.2.1 Herz-Kreislauf-Erkrankungen | 35 | 7 Anhang | 93 |
| 4.2.2 Diabetes | 39 | 7.1 Abkürzungen | 93 |
| 4.2.3 Übergewicht | 40 | 7.2 Glossar | 94 |
| 4.2.4 Krebs | 41 | 7.3 Erhebungen und Statistiken im Gesundheitsbereich | 98 |
| 4.2.5 Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (Bewegungsapparat) | 46 | 7.4 Bibliografie | 100 |
| 4.2.6 Infektionskrankheiten und Krankheiten des Atmungssystems | 48 | | |
| 4.3 Psychische Gesundheit | 50 | | |

Vorwort

Die Gesundheit hat im Leben der einzelnen Menschen wie auch für das staatliche Handeln einen hohen Stellenwert. Die direkt dafür aufgewendeten Mittel nehmen stetig zu. 2010 entsprachen sie 10,9% des Bruttoinlandsprodukts (BIP).

Die Entwicklung unseres Gesundheitssystems und dessen Finanzierung sind wichtige politische Themen. Tragen die Investitionen in diesem Bereich wirklich dazu bei, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern? Welches sind die Krankheiten, die in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen haben und die besondere Aufmerksamkeit erfordern? Inwiefern tragen Präventionsmassnahmen, Umweltstandards oder die Entwicklung des Arbeitsrechts dazu bei, ein gesundheitsförderndes Umfeld zu schaffen? Wer bezahlt welchen Anteil der Gesundheitsausgaben?

Eine sachgerechte und wirksame Gesundheitspolitik muss sich auf verlässliche Entscheidungsgrundlagen stützen können. Das Bundesamt für Statistik trägt massgeblich dazu bei, indem es einen Grossteil der Daten in diesem Bereich bereitstellt. Es koordiniert die Gesundheitsstatistiken innerhalb des Bundes in Zusammenarbeit mit den Kantonen. Bis anhin gab es kein Übersichtswerk

über alle in der Schweiz verfügbaren statistischen Daten zu diesem Thema. Die vorliegende Publikation schliesst diese Lücke. Die folgenden Seiten geben Aufschluss über die wichtigsten Daten zum Gesundheitsstatus der Bevölkerung und zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, zu den Rahmenbedingungen und Determinanten, welche diese beeinflussen, zum Gesundheitssystem, zu dessen Kosten und zu den Finanzierungsmodalitäten. Wir hoffen, damit einen Beitrag zum besseren Verständnis unseres Gesundheitssystems zu leisten.

Neuchâtel, Dezember 2012

Dr. Jürg Marti
Direktor

Das Wichtigste in Kürze

Die Gesundheit hat im Leben der einzelnen Menschen wie auch beim staatlichen Handeln einen hohen Stellenwert. Die vorliegende Publikation gibt einen Überblick über die verfügbaren Daten zur Gesundheit der Bevölkerung, zu den die Gesundheit beeinflussenden Determinanten, zum Gesundheitssystem sowie über dessen Kosten und Finanzierung.

Gesundheitsdeterminanten

| | | |
|--------------------------------------|---|-------|
| Einkommen und soziale Einbettung | Ausreichendes Einkommen und soziale Einbettung beeinflussen die Möglichkeit, ein gesundes Leben führen zu können und Zugang zum Gesundheitssystem zu haben. Im Jahr 2010 waren 14% der Bevölkerung in privaten Haushalten ab 16 Jahren armutsgefährdet und beinahe 6% von materieller Entbehrung betroffen. | S. 16 |
| Beschäftigung und Arbeitsbedingungen | Arbeitsunsicherheit, Arbeitslosigkeit und schlechte Arbeitsbedingungen erhöhen das Risiko physischer oder psychischer Beeinträchtigungen und das Unfallrisiko. Im Jahr 2007 hatten 14% der Arbeitnehmenden im Alter von 25 bis 64 Jahren nach eigenen Angaben Angst davor, ihre Stelle zu verlieren. | S. 17 |
| Störungen im Wohnumfeld | Im Jahr 2007 gaben 53% der Bevölkerung an, Störungen in ihrem Wohnumfeld ausgesetzt zu sein. Am häufigsten erwähnt wurden verkehrsbedingte Störungen und Lärm von nicht zum eigenen Haushalt gehörenden Personen und Kindern. | S. 20 |
| Körperliche Aktivität | Regelmässige körperliche Betätigung gilt als gesundheitsfördernd. 41% der Bevölkerung bewegten sich 2007 während ihrer Freizeit im empfohlenen Ausmass. Dieser Anteil hat sich gegenüber 2002 (36%) erhöht. | S. 21 |
| Ernährung | Eine unausgewogene Ernährung kann das Risiko für die Entwicklung von Übergewicht, Krebs, Diabetes, Bluthochdruck oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöhen. Bei den Frauen achtet ein grösserer Anteil auf die Ernährung als bei den Männern (2007: 77% gegenüber 63%). Sie essen auch häufiger als Männer mindestens einmal täglich Früchte und/oder Gemüse (83% gegenüber 68%). | S. 22 |
| Tabak | Rauchen ist ein Hauptrisikofaktor für Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen sowie verschiedene Krebsarten (Lungen-, Speiseröhrenkrebs usw.). Rund 15% der Todesfälle in der Schweiz sind auf Erkrankungen in Zusammenhang mit dem Rauchen zurückzuführen. Bei den Männern ist der Raucheranteil höher als bei den Frauen (2007: 32% bzw. 24%). Den höchsten Raucheranteil weisen die 25- bis 34-jährigen Männer auf. | S. 24 |
| Alkohol | Übermässiger Alkoholkonsum zählt zu den wichtigsten Ursachen für Beeinträchtigungen der Gesundheit und für vorzeitige Sterblichkeit. 6% der Männer und 5% der Frauen gingen im Jahr 2007 aufgrund ihres Alkoholkonsums ein mittleres oder hohes Gesundheitsrisiko ein. Der Anteil der Personen, die aufgrund einer akuten Alkoholvergiftung klinisch behandelt werden mussten, ist zwischen 2002 und 2010 gestiegen, vor allem bei den 15- bis 24-Jährigen. | S. 25 |

Gesundheitszustand

| | | |
|------------------------------------|---|-------|
| Lebenserwartung | Die Lebenserwartung bei Geburt betrug 2010 für Männer 80,2 Jahre und für Frauen 84,6 Jahre. Sie hat sich seit 1876 verdoppelt und gehört zu den höchsten weltweit. Die Lebenserwartung variiert je nach sozialem Status. In den 1990er-Jahren betrug sie für einen 30-jährigen Mann ohne nachobligatorischen Schulabschluss 73,3 Jahre, verglichen mit 80,4 Jahren für einen Gleichaltrigen mit Hochschulabschluss. | S. 28 |
| Selbst wahrgenommene Gesundheit | Im Jahr 2007 bezeichneten 87% der Bevölkerung ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut. Dieser Anteil verringerte sich mit dem Alter, betrug aber bei den Personen ab 75 Jahren immer noch 65%. | S. 30 |
| Herz-Kreislauf-Erkrankungen | Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die häufigste Todesursache, vor allem bei hochbetagten Personen. Im Alter von 45–64 Jahren sterben nahezu dreimal mehr Männer daran als Frauen (1106 gegenüber 347). Diese Differenz ist zu einem grossen Teil auf die Todesfälle durch akuten Myokardinfarkt und andere ischämische Herzkrankheiten zurückzuführen. Zwischen 1995 und 2010 haben sich die standardisierten Sterbeziffern für Myokardinfarkt und für Schlaganfall halbiert. | S. 35 |
| Diabetes und Übergewicht | Diabetes ist eine chronische Erkrankung, die insbesondere das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöht. Im Jahr 2007 hatten Ärztinnen und Ärzte bei 5% der Bevölkerung Diabetes diagnostiziert, wobei dieser Anteil mit dem Alter ansteigt. Der Anteil der Personen mit Übergewicht, einem weiteren Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, hat sich in der Schweiz zwischen 2002 und 2007 bei 37% stabilisiert. | S. 39 |
| Krebs | Krebs ist insgesamt die zweithäufigste Todesursache, im Alter von 45–84 Jahren die häufigste. Vier von zehn Personen erkranken im Laufe ihres Lebens an Krebs. Prostatakrebs beim Mann und Brustkrebs bei der Frau machen zusammen mit Lungen- und Dickdarmkrebs über 50% der neu diagnostizierten Tumoren aus. Die Heilungschancen bei kindlichen Krebserkrankungen haben sich stark verbessert: von weniger als 20% im Jahr 1950 auf heute 80%. | S. 41 |
| Erkrankungen des Bewegungsapparats | Erkrankungen des Bewegungsapparats sind der zweithäufigste Hospitalisierungsgrund (14% des Totals). Die Implantation von Prothesen hat zwischen 2002 und 2010 stark zugenommen: Bei den Hüftprothesen um 37% und bei den Knieprothesen um 98%. | S. 46 |
| Psychisches Wohlbefinden | Die grosse Mehrheit der Bevölkerung empfindet sehr viel häufiger positive Gefühle wie Ausgeglichenheit oder Glück, als negative wie Niedergeschlagenheit oder starke Nervosität. 5% der Bevölkerung waren 2007 wegen psychischer Probleme in Behandlung. | S. 50 |
| Behinderungen | Im Jahr 2007 waren 26% der Bevölkerung seit mindestens sechs Monaten wegen eines Gesundheitsproblems bei normalen Alltagstätigkeiten (Arbeit, Haushalt) eingeschränkt. In den meisten Fällen handelte es sich um geringfügige Einschränkungen: Lediglich 7% der Bevölkerung waren nach eigenen Angaben stark eingeschränkt. Häufigkeit und Schweregrad der Einschränkungen nahmen mit dem Alter zu. | S. 54 |
| Unfälle | Unfälle sind eine der häufigsten Ursachen für vorzeitige Sterblichkeit und ein bedeutender Hospitalisierungsgrund. Am meisten Personen verletzen sich bei Unfällen im Haus oder in der Freizeit sowie beim Sport (im Zeitraum 2006–2010 im Schnitt 605'560 bzw. 308'200 pro Jahr). Im Jahr 2010 wurden bei Strassenverkehrsunfällen 90'000 Personen verletzt und 327 getötet. Zudem wurden 267'000 Erwerbstätige Opfer eines Arbeitsunfalls. | S. 57 |
| Säuglingssterblichkeit | Nachdem die Säuglingssterblichkeit während Jahrzehnten stark gesunken ist, hat sie sich bei 4 bis 4,5 im ersten Lebensjahr verstorbenen Kindern pro 1000 Lebendgeburten stabilisiert. Hauptsächlich betroffen sind Säuglinge mit sehr tiefem Geburtsgewicht und deutlich zu früh Geborene. So machen Geburten vor der 28. Schwangerschaftswoche 0,3% der Lebendgeburten, aber 45% der Säuglingstodesfälle aus. | S. 62 |
| Personen ab 65 Jahren | 8% der ab 65-Jährigen (109'197) hatten im Jahr 2010 einen längeren Aufenthalt (mindestens dreissig Tage) in einer sozialmedizinischen Institution, d.h. einem Alters- und Pflegeheim, absolviert. Dieser Anteil steigt mit dem Alter stark an. Personen in Alters- und Pflegeheimen sind viel häufiger von funktionalen Einschränkungen (des Seh-, Hör-, Geh- oder Sprechvermögens) und von Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten (sich waschen, sich anziehen, essen usw.) betroffen als Personen in Privathaushalten. 53% der Personen in Alters- und Pflegeheimen leiden an Demenz, Depressionen oder beidem. | S. 65 |

Gesundheitssystem

| | | |
|-------------------------------------|--|-------|
| Spitäler | Im Jahr 2010 stellten 299 Spitalunternehmen (an 482 Standorten) 38'852 Betten zur Verfügung, was im Schnitt einer Versorgung mit 4,9 Betten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht. Die verfügbaren Betten verteilten sich zu 63% auf Akutspitäler, zu 19% auf psychiatrische Kliniken und zu 18% auf Rehabilitations- und geriatrische Kliniken. Das Bettenangebot ist zwischen 2000 und 2010 um 12,8% gesunken. | S. 71 |
| Alters- und Pflegeheime | In 1523 Alters- und Pflegeheimen standen 2010 insgesamt 90'116 Beherbergungsplätze zur Verfügung. Dies entspricht 67,8 Plätzen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner ab 65 Jahren. | S. 76 |
| Spezialisierte Institutionen | Die 768 spezialisierten Institutionen für die Betreuung von Personen mit Behinderungen, Suchtproblemen oder psychosozialen Problemen zählten 2010 rund 27'100 Beherbergungsplätze und 24'300 Plätze für Externe. | S. 79 |
| Ärzte- und Zahnärzteschaft | Im ambulanten Sektor praktizierten 2011 insgesamt 16'232 Ärztinnen und Ärzte. Ausserdem wurden 4123 praktizierende Zahnärztinnen und Zahnärzte gezählt. 80% der Bevölkerung hatten 2007 innerhalb von zwölf Monaten mindestens einmal einen Arzt und 65% einen Zahnarzt aufgesucht. | S. 80 |
| Spitex | Im Jahr 2010 erbrachten 1162 Spitex-Dienstleister (Non-Profit-Organisationen, gewinnorientierte Unternehmen sowie selbstständige Krankenpflegerinnen und -pfleger) Leistungen für 245'636 Klientinnen und Klienten, 47% davon waren 80 Jahre alt und älter. | S. 83 |
| Beschäftigung im Gesundheitsbereich | Im Jahr 2008 arbeiteten 541'800 Personen im Gesundheitssektor. Dies entspricht 13,5% aller Beschäftigten. Darin enthalten sind die Beschäftigten in der Pharmaindustrie und im medizintechnischen Apparatebau. Die Beschäftigung im Gesundheitsbereich wies zwischen 1985 und 2008 ein anhaltendes und starkes Wachstum auf (3,1% pro Jahr), gegenüber 0,9% in der Gesamtwirtschaft. | S. 86 |
| Kosten des Gesundheitssystems | Die Kosten des Gesundheitssystems betragen 2010 insgesamt 62,5 Milliarden Franken, was pro Kopf monatlich 661 Franken entspricht. Davon entfielen 45% auf die stationäre Versorgung (Akutversorgung, Rehabilitation, Langzeitpflege), 33% auf die ambulante Versorgung und 12% auf den Kauf von Medikamenten und Gesundheitsgütern. Der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt (BIP) ist zwischen 1990 und 2010 von 7,9% auf 10,9% gestiegen. | S. 88 |

Finanzierung des Gesundheitssystems

| | | |
|---------------------------|---|-------|
| Finanzierung nach Regimes | Im Jahr 2010 finanzierten die Sozialversicherungen 41,8% der Gesundheitsausgaben, wobei die obligatorische Krankenversicherung (KVG) alleine schon 35,2% beisteuerte. Zweitwichtigstes Finanzierungsregime waren mit einem Anteil von 25,1% die Privathaushalte. Die öffentliche Hand kam für 19% der Rechnung auf. | S. 90 |
| Finanzierung nach Quellen | Bei Betrachtung der Finanzierungslast für die drei zentralen Wirtschaftsakteure (öffentliche Hand, Unternehmen, Haushalte) zeigt sich folgendes Bild: Die Haushalte finanzierten 2010 einschliesslich der Prämien für Krankenversicherungen 61,3% der Gesundheitskosten, die öffentliche Hand 31,8% und die Unternehmen mittels Beiträgen an die Sozialversicherungen 6,9%. | S. 91 |

1 Einleitung

Unsere Gesundheit hängt von vielen Faktoren wie dem sozialen Umfeld, der natürlichen Umwelt, den Arbeitsbedingungen, der Qualität des Wohnumfelds, den gesundheitsrelevanten Gewohnheiten und Verhaltensweisen und nicht zuletzt den genetischen Merkmalen ab. Ist sie beeinträchtigt, nehmen wir die Leistungen der Ärzteschaft oder anderer Gesundheitsfachpersonen in Anspruch, die im Rahmen eines breiten Spektrums von Einrichtungen angeboten werden. Voraussetzung dafür ist, dass die Infrastrukturen und entsprechend qualifiziertes Personal vorhanden sind und deren Finanzierung durch die verschiedenen betroffenen Akteure gesichert ist. Der Gesundheitssektor ist somit ein komplexes Gefüge, das in einer mehr oder weniger engen Beziehung mit einer Vielzahl von demografischen, sozialen, wirtschaftlichen, politischen, kulturellen und umweltbezogenen Merkmalen einer Gesellschaft steht. Um dieses Gefüge in einer verständlichen Form zu präsentieren, bedarf es daher einer klaren Struktur. Das Bundesamt für Statistik (BFS) hat zu diesem Zweck ein Gliederungsschema der Gesundheitsstatistik entwickelt. Das Schema beruht auf vier Pfeilern – den Determinanten der Gesundheit, dem Gesundheitszustand der Bevölkerung, der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und dem Gesundheitssystem – sowie auf deren Wechselwirkungen untereinander und

mit den Rahmenbedingungen (G1.1). Dieses Schema bildet die Grundlage für die Strukturierung des vorliegenden Berichts.

Aufbau des Berichts

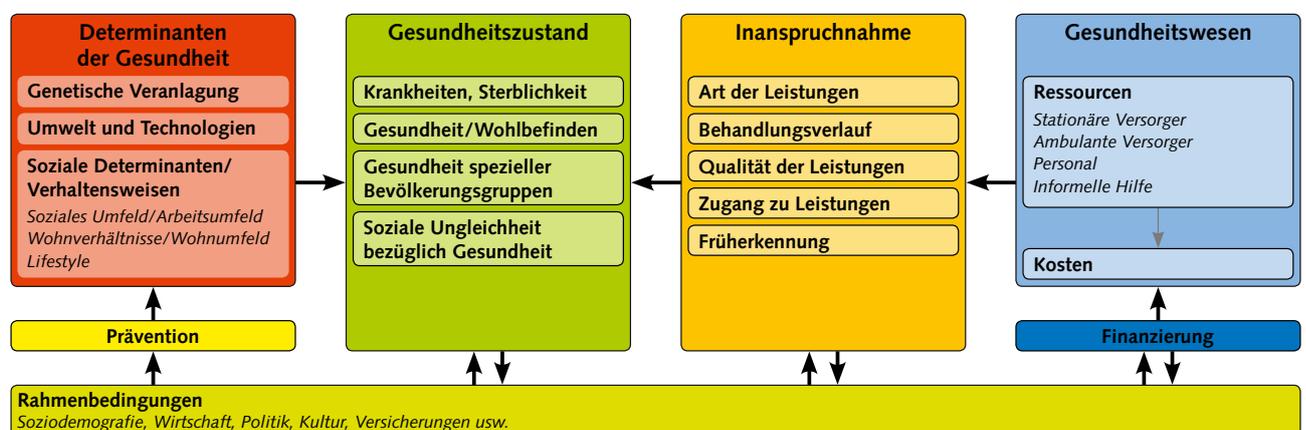
Der vorliegende Bericht gliedert sich in fünf Kapitel, die sich nacheinander mit den Rahmenbedingungen, den Gesundheitsdeterminanten, der Gesundheit der Bevölkerung und der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen, dem Gesundheitssystem und schliesslich mit dessen Finanzierung befassen. Im Anhang finden sich eine Liste der Abkürzungen, ein Glossar, eine Quellenübersicht sowie ein Literaturverzeichnis.

Auf zwei Pfeiler des Gliederungsschemas der Gesundheitsstatistik wird im Folgenden weniger detailliert eingegangen:

- Die Gesundheitsdeterminanten umfassen potenziell das gesamte soziale Umfeld und die natürliche Umwelt. Diese im Einzelnen zu beschreiben, würde den Rahmen dieser Publikation sprengen. Zudem ist nur ein Teil dieser Determinanten und ihrer möglichen Zusammenhänge mit dem Gesundheitszustand durch landesweite Statistiken dokumentiert. Daher werden im entsprechenden Kapitel lediglich einige Schlüsselthemen beleuchtet.

Strukturschema der Gesundheitsstatistik

G 1.1



- Die Daten zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen sind lückenhaft. Wie beim stationären Bereich soll in den kommenden Jahren auch für die ambulante Versorgung (z.B. Privatpraxen von Ärztinnen und Ärzten und weiteren Gesundheitsfachpersonen) – die bei Weitem am stärksten nachgefragt ist – eine umfassende Statistik erstellt werden. Gegenwärtig fehlen noch immer die entsprechenden Daten, um Behandlungsverläufe oder die Qualität der Versorgung systematisch zu dokumentieren. Aus diesen Gründen wird der Inanspruchnahme im Bericht kein eigenes Kapitel gewidmet. Die Daten zu den stationären Aufenthalten, welche Informationen über die Morbidität oder die Früherkennung liefern, wurden in das Kapitel über den Gesundheitszustand der Bevölkerung aufgenommen. Die übrigen verfügbaren Daten zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen finden sich im Kapitel über das Gesundheitssystem. Mit dem weiteren Ausbau der bestehenden Statistiken dürfte sich die Ausgangslage bei künftigen Ausgaben dieses Berichts ändern.

Darstellung der Daten

Sofern nicht anders erwähnt, beziehen sich sämtliche Daten auf das Gebiet der Schweiz und deren Wohnbevölkerung. Es konnten bis im September 2012 publizierte Daten berücksichtigt werden, welche sich auf das Jahr 2010 (bei gewissen Erhebungen auf 2011) beziehen. Ansonsten stammen die Daten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung aus dem Jahr 2007. Die Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 werden in die nächste Ausgabe dieses Berichts einfließen. Die Daten der abgebildeten Grafiken stehen in elektronischer Form im Statistikportal des BFS zur Verfügung (www.statistik.ch → Themen → 14-Gesundheit → Publikationen) verfügbar.

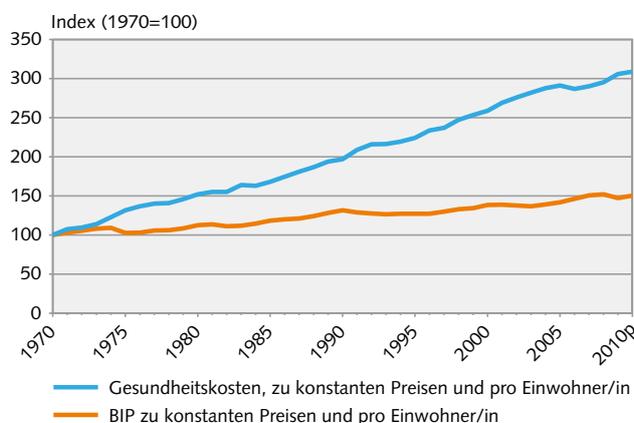
2 Rahmenbedingungen

Die Entwicklung des Gesundheitsstatus der Bevölkerung und die Veränderungen im Gesundheitssystem erfolgen in einem Rahmen, der insbesondere durch das wirtschaftliche Umfeld, den soziodemografischen Wandel sowie durch die Gesundheits- und Sozialpolitik der kantonalen und Bundesbehörden geprägt ist.

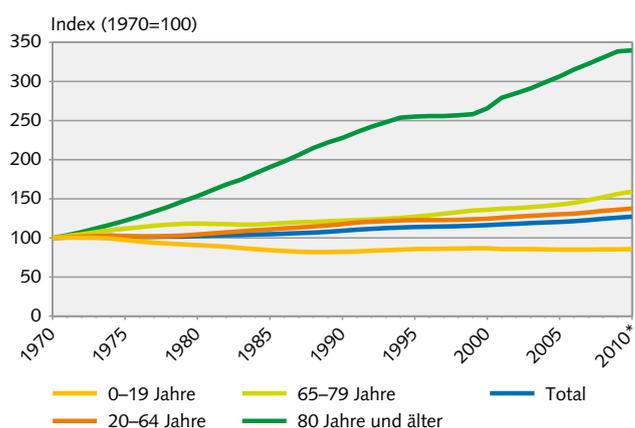
Das Bruttoinlandprodukt (BIP) pro Kopf und zu konstanten Preisen ist seit 1970 um nahezu 50% gestiegen (G2.1). Der zunehmende Wohlstand einer Gesellschaft erlaubt es dieser, einen wachsenden Anteil ihrer Ressourcen für Güter und Dienstleistungen einzusetzen, die zur Verbesserung des Lebensstandards und der Gesundheit der Bevölkerung beitragen. In den vergangenen vier Jahrzehnten haben sich die Gesundheitsausgaben pro Kopf verdreifacht (> Kapitel 5.8). Die Erhöhung des Lebensstandards und die Verbesserung der durch das Gesundheitssystem garantierten Versorgung wirkten sich positiv auf den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung aus, was sich namentlich im kontinuierlichen Anstieg der Lebenserwartung zeigt (> Kapitel 4.1). Diese Entwicklung dürfte im Gegenzug die Steigerung der Produktivkraft der Gesellschaft unterstützt und damit zur Finanzierung des Gesundheitssystems beigetragen haben.

Grösse und Struktur der Bevölkerung wirken sich massgeblich auf das Volumen der beanspruchten Leistungen des Gesundheitssystems. Zwischen 1970 und 2010 stieg die Wohnbevölkerung der Schweiz um ein Viertel, von 6,2 auf 7,9 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner (G2.2). Auch die Bevölkerungsstruktur hat sich verändert: Die Zahl der Personen ab 80 Jahren stieg fast um das Dreieinhalbfache, jene der 65- bis 79-Jährigen um das Eineinhalbfache. Im gleichen Zeitraum verringerte sich die Zahl der unter 20-Jährigen um 15%. Der steigende Anteil älterer Personen lässt sich auf zwei Effekte zurückführen: Zum einen ist er eine Folge der geburtenstarken Jahrgänge der Nachkriegsjahre, gefolgt vom Rückgang der Geburten nach 1970 (sog. «Kohorteneffekt»). Zum anderen nimmt die Lebenserwartung infolge besserer Gesundheit stetig zu. Der wachsende Anteil älterer Personen an der Bevölkerung geht einher mit der zunehmenden Bedeutung der chronischen Erkrankungen und mit Veränderungen der Nachfrage im Bereich der Gesundheitsversorgung.

Wirtschaftliche Rahmenbedingungen **G 2.1**



Bevölkerungsbestand nach Altersgruppe **G 2.2**

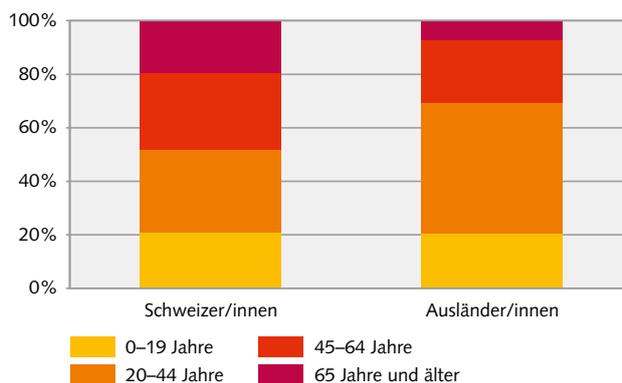


* Ab 2010: Neue Definition der ständigen Wohnbevölkerung, die zusätzlich Personen im Asylprozess mit einer Gesamtaufenthaltsdauer von mindestens 12 Monaten umfasst.
Quelle: BFS, ESPOP und STATPOP © BFS

Im gleichen Zeitraum (1970–2010) nahm die ausländische Wohnbevölkerung stärker zu als die Zahl der Schweizerinnen und Schweizer (+76% gegenüber +18%). Diese Differenz ist seit Anfang der 1990er-Jahre besonders ausgeprägt. Die ausländische Wohnbevölkerung ist deutlich jünger als die schweizerische (G2.3). 49% der Bevölkerung mit ausländischem Pass sind 20–44 Jahre alt, jedoch nur 31% der Schweizerinnen und Schweizer. Umgekehrt liegt der Anteil der Personen ab 65 Jahren in der Bevölkerung schweizerischer Nationalität bei 20%, gegenüber 7% in der ausländischen Wohnbevölkerung. Die Zuwanderung stärkt somit diejenigen Altersgruppen der Bevölkerung, die in der Regel bei besserer Gesundheit sind. Allerdings ist Migration in gewissen Fällen auch mit Merkmalen wie einem niedrigeren Bildungsstand, schwierigeren Arbeits- oder Lebensbedingungen oder auch mangelnden Kenntnissen der Landessprachen assoziiert, welche sich negativ auf den Gesundheitszustand auswirken oder eine Zugangsbarriere zur gesundheitlichen Versorgung darstellen können (> Kapitel 4.7.4).

Der generelle Anstieg des Bildungsniveaus ist ein weiterer markanter Trend (G2.4). Diese Entwicklung, die ab den 1980er-Jahren besonders deutlich feststellbar ist, verbesserte die Voraussetzungen für den Aufbau von Gesundheitskompetenzen und die Beachtung von Präventionskampagnen.

Altersgruppen nach Staatsangehörigkeit, 2010 G 2.3



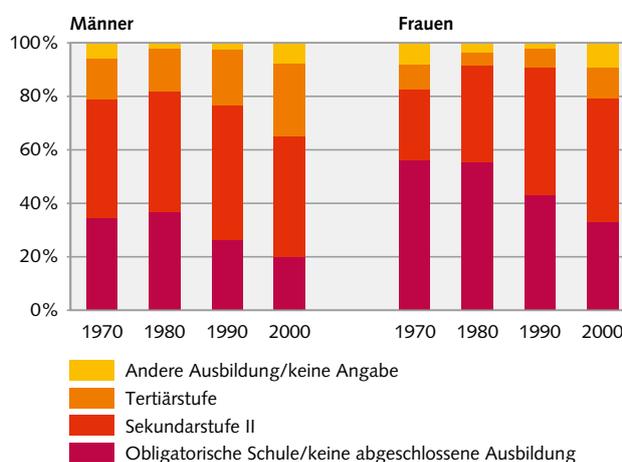
Quelle: BFS, STATPOP

© BFS

Bildungsniveau der Bevölkerung

25-jährige und ältere Personen

G 2.4



Quelle: BFS, Volkszählung

© BFS

Im föderalistischen System der Schweiz haben die Kantone traditionell weitreichende Kompetenzen im Bereich der Steuerung, Aufsicht und Finanzierung des Gesundheitswesens. Der regulatorische Einfluss des Bundes ist in drei Sektoren spürbar:

- Die Absicherung der Bevölkerung gegen die (hauptsächlich finanziellen) Risiken von gesundheitlichen Beeinträchtigungen wurde durch eine Reihe von Bundesgesetzen erweitert. 1960 trat die Invalidenversicherung in Kraft. 1984 wurde die Absicherung gegen Unfallfolgen auf alle Erwerbstätigen ausgedehnt. Mit der Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahr 1996 wurde die Krankenversicherung schliesslich für obligatorisch erklärt. Sie garantiert der gesamten Bevölkerung im Krankheitsfall den Zugang zu einem gleichen Paket von Leistungen. Dieses Sozialversicherungsgefüge gewährleistet Zugang zur Gesundheitsversorgung nach dem Prinzip, dass dieser durch finanzielle Hindernisse nicht eingeschränkt werden darf, mit der bekannten Ausnahme der nicht inbegriffenen zahnärztlichen Versorgung.
- Das KVG und dessen anschliessende Revisionen haben die Funktionsweise des Gesundheitssystems verändert: die Aufteilung der Finanzierung zwischen den verschiedenen Direktzahlenden, die Voraussetzungen für die Tätigkeit der Leistungserbringer sowie die Rolle der Versicherer. Verfolgt werden zwei Ziele: Einerseits soll die Solidarität unter den Versicherten gestärkt werden. Dazu tragen das Obligatorium, die einheitliche Prämie, die volle Freizügigkeit zwischen den Krankenkassen, der Risikoausgleich und insbesondere die individuelle Prämienverbilligung für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen bei. Andererseits soll die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen gedämpft werden. Der 2004 eingeführte Tarif für ambulant erbrachte ärztliche Leistungen (Tarmed) ist ein Schritt in diese Richtung. Die Anfang 2012 in Kraft getretene neue Spitalfinanzierung, die auf der Einführung schweizweiter Fallpauschalen beruht, soll den Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern fördern und dadurch zur Eindämmung des Kostenwachstums beitragen.
- Schliesslich verfügt der Bund über Kompetenzen im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Dazu gehören neben der Überwachung der übertragbaren Krankheiten, der Lebensmittelsicherheit, dem Strahlenschutz, der Chemikalienkontrolle und den Steuern auf Alkohol und Tabak auch die Gesundheitsförderung und die Prävention.

3 Gesundheitsdeterminanten

Eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Zu erwähnen sind insbesondere Bevölkerungsstruktur und Bildungsstand (> Kapitel 2), Einkommen und soziale Integration, Lebens- und Arbeitsbedingungen, natürliche Umwelt, Gesundheitsverhalten und kulturelle Gewohnheiten (> Kapitel 3), aber auch der Zugang zur Gesundheitsversorgung und die genetische Veranlagung. Diese Determinanten interagieren miteinander und sind in vielfältiger Weise mit dem Gesundheitszustand verflochten. So haben zum Beispiel das Alter und das Geschlecht, aber auch der soziale Status einen Einfluss auf die Verhaltensweisen (körperliche Bewegung, Ernährung usw.), die ihrerseits wiederum Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Zwischen diesen Faktoren und der Gesundheit kann allerdings auch ein umgekehrter Zusammenhang bestehen, etwa wenn gesundheitliche Probleme das Risiko sozialer Armut erhöhen oder Verhaltensänderungen zur Folge haben.

Aus Platzgründen ist es nicht möglich, einen vollständigen Überblick über alle Gesundheitsdeterminanten zu geben. Zudem decken die verfügbaren statistischen Daten nur einen Teil davon ab. Daher werden in diesem Kapitel zunächst vier Beispiele von sozialen und umweltbezogenen Determinanten kurz vorgestellt und anschliessend einige der zentralen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen detaillierter beschrieben.

3.1 Einkommen und soziale Einbettung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) kommt in ihrem Bericht zu den sozialen Gesundheitsdeterminanten zum Schluss, dass die sozialen Ungleichheiten ein Hauptgrund gesundheitlicher Ungleichheit sind (WHO 2009). Um diesen Zusammenhang zu beschreiben, spricht sie von einem sozialen Gradienten, der durch verschiedene Einflussfaktoren wie das Einkommen (>s. unten), die Arbeitsbedingungen (> Kapitel 3.2) oder auch das gesundheitsrelevante Verhalten (> Kapitel 3.5) bestimmt wird.

Sozialer Gradient

Die WHO spricht von einem sozialen Gradienten, um den umgekehrten Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheitszustand zu beschreiben. Unter den Indikatoren, die zur Bestimmung des sozioökonomischen Status dienen können (Einkommen, sozioprofessionelle Herkunft, Bildungsstand usw.) bietet der Bildungsstand den Vorteil, dass er in der Regel systematisch dokumentiert ist. Deshalb wird ihm im Folgenden der Vorzug gegeben.

Ausreichendes Einkommen und soziale Einbettung sind eine wichtige Voraussetzung, um ein gesundes Leben führen zu können und Zugang zum Gesundheitssystem zu haben. Die Lebensumstände der von Armut betroffenen Personen sind besonders prekär, und ihr Zugang zu gewissen Gesundheitsdienstleistungen kann eingeschränkt sein.

2010 waren 7,6% der Bevölkerung ab 16 Jahren einer erheblichen Armutsgefährdung ausgesetzt (G3.1). Wenn der Schwellenwert der Armutsgefährdung betrachtet wird, steigt dieser Anteil sogar auf 14%. Von erheblicher materieller Entbehrung betroffen waren 1,8% der Bevölkerung.

Armutsgefährdung und materielle Entbehrung

Als armutsgefährdet gelten Personen in Haushalten mit finanziellen Ressourcen, die deutlich unter dem üblichen Einkommensniveau liegen. Die *Armutsgefährdungsschwelle* wird bei 60% des verfügbaren Medianäquivalenzeinkommens angesetzt. Letzteres errechnet sich, indem vom Bruttohaushaltseinkommen die Sozialversicherungsbeiträge, Steuern, obligatorischen Krankenkassenprämien und regelmässigen Transferzahlungen an andere Haushalte abgezogen werden. Zusätzlich wird der Haushaltsgrösse Rechnung getragen. Die Grenze für *erhebliche Armutsgefährdung* wird bei 50% des verfügbaren Medianäquivalenzeinkommens angesetzt. Eine Situation *materieller Entbehrung* wird definiert als finanziell bedingter Mangel von mindestens drei der folgenden neun Elemente: in der Lage sein, unerwartete Ausgaben in der Höhe von 2000 Franken zu tätigen; in der Lage sein, eine Woche Ferien pro Jahr weg von zu Hause zu finanzieren; in der Lage sein, jeden zweiten Tag eine fleisch- oder fischhaltige Mahlzeit (oder vegetarische Entsprechung) zu essen; in der Lage sein, die Wohnung ausreichend zu heizen; keine Zahlungsrückstände haben; im Besitz einer Waschmaschine sein; im Besitz eines Farbfernsehers sein; im Besitz eines Telefons sein; im Besitz eines Autos sein. Von *erheblicher materieller Entbehrung* wird bei einem Mangel von mindestens vier der neun Elemente gesprochen.

2009 hatten die 20% der Bevölkerung mit dem geringsten Einkommen im Schnitt ein viermal niedrigeres verfügbares Äquivalenzeinkommen als die 20% mit dem höchsten Einkommen. Diese Ungleichheit hat seit 2001 tendenziell leicht zugenommen, der Anstieg ist statistisch jedoch nicht signifikant.

3.2 Beschäftigung und Arbeitsbedingungen

Arbeitsunsicherheit, Arbeitslosigkeit und schlechte Arbeitsbedingungen erhöhen das Risiko physischer oder psychischer Beeinträchtigungen und das Unfallrisiko (> Kapitel 4.5). 2007 hatten unter den Arbeitnehmenden im Alter von 25 bis 64 Jahren 13% der Männer und 15% der Frauen Angst davor, ihre Stelle zu verlieren. Im gleichen Jahr waren 2,9% der Männer und 4,5% der Frauen ab 15 Jahren erwerbslos im Sinne der Internationalen Arbeitsorganisation. Am grössten war die Angst vor dem Arbeitsplatzverlust bei den 40- bis 54-Jährigen. Die höchste Erwerbslosenquote wiesen junge Männer (bis 25 Jahre) und Frauen unter 40 Jahren auf.

Mit dem zunehmenden Gewicht des Tertiärsektors und dem Wandel der Produktionsprozesse hat sich auch die Art der Risiken verändert, denen Menschen am Arbeitsplatz ausgesetzt sein können. Die Risiken im Zusammenhang mit dem physischen Arbeitsumfeld (Nässe, Lärm, extreme Temperaturen, Staub, giftige Dämpfe) sind seltener geworden. Demgegenüber haben die gewöhnlich mit Stress assoziierten psychosozialen Belastungen an Bedeutung gewonnen.

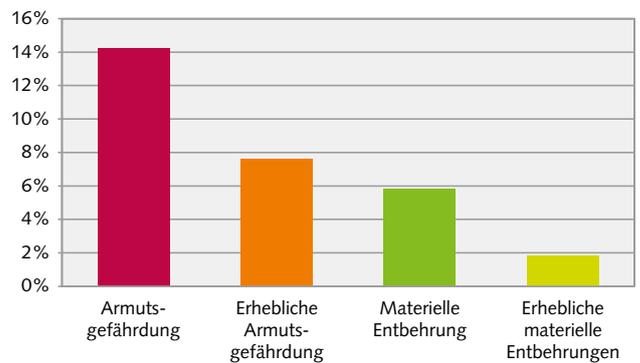
Unter den physischen Risiken stehen die ergonomischen Risiken heute an erste Stelle (G3.2). Männer und Frauen sind in etwa gleich stark exponiert, mit Ausnahme der Vibrationen, die in den männerdominierten Branchen der Industrie und der Bauwirtschaft stärker verbreitet sind. Männer sind auch häufiger anderen physischen Risiken ausgesetzt, wobei der Umgang mit eventuell ansteckenden Stoffen eine Ausnahme bildet. Diese kommen hauptsächlich bei den Berufen im Gesundheitsbereich vor, in denen Frauen in der Überzahl sind.

Psychosoziale Risiken sind von der Ausgestaltung der Arbeitsorganisation und den zwischenmenschlichen Beziehungen am Arbeitsplatz abhängig. Hohe psychologische Anforderungen verbunden mit einer geringen Entscheidungsfreiheit und geringer sozialer Unterstützung bilden die Konstellation mit den höchsten Gesundheitsrisiken (Karasek & Theorell 1990). Männer sind häufiger als Frauen hohen psychischen Anforderungen ausgesetzt (G3.3). Das Gegenteil gilt für den Mangel an Entscheidungsfreiheit.

Armutsgefährdung und materielle Entbehrungen, 2010

Bevölkerung in Privathaushalten ab 16 Jahren

G 3.1



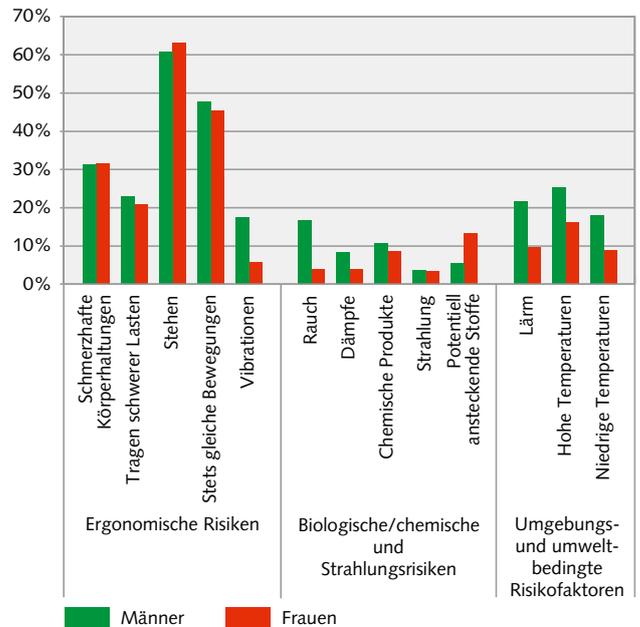
Quelle: BFS, SILC

© BFS

Physische Risiken, 2007

Arbeitnehmende von 25 bis 64 Jahren

G 3.2



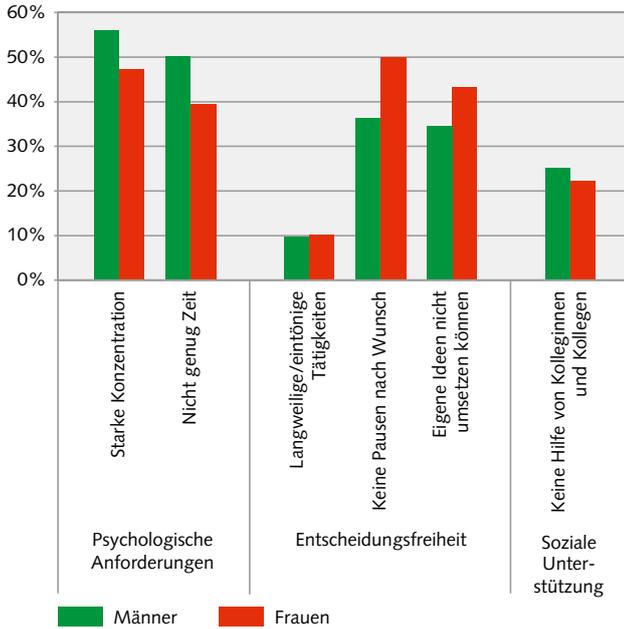
Quelle: BFS, SGB

© BFS

Psychosoziale Risiken, 2007

Arbeitnehmende von 25 bis 64 Jahren

G 3.3



Quelle: BFS, SGB

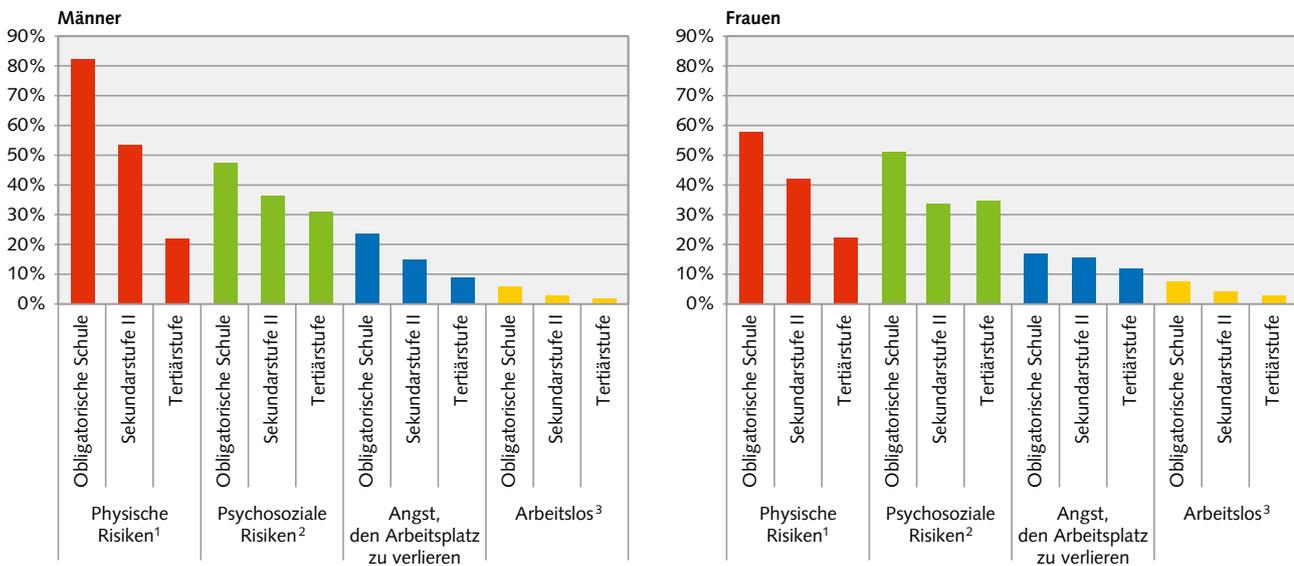
© BFS

Weniger gebildete Menschen sind häufiger arbeitsbedingten Risiken ausgesetzt als besser gebildete (G3.4). Dieser umgekehrte Zusammenhang ist bei den Männern stärker ausgeprägt als bei den Frauen. Bei den psychosozialen Risiken ist dieser Gradient deutlich schwächer.

Eine insgesamt hohe Arbeitsbelastung kann Ursache eines Ungleichgewichts zwischen Berufs- und Privat- und/oder Familienleben sein (Work-Life-Imbalance), welches sich schädlich auf die Gesundheit auswirkt (Hämmig 2009). Die höchste Belastung verzeichneten 2010 Eltern mit Kindern unter 15 Jahren, insbesondere solche mit Kindern unter 7 Jahren (G3.5). Die Arbeitsbelastung hat gegenüber 1997 zugenommen. Zudem können Merkmale der Anstellung (Flexibilität, Verantwortungsstufe, Arbeitsweg) zu diesem Ungleichgewicht beitragen.

Arbeitsrisiken und Arbeitsunsicherheit nach Bildungsniveau, 2007

G 3.4



¹ Mindestens drei physische Risiken. Arbeitnehmende von 25–64 Jahren

² Mindestens drei psychosoziale Risiken. Arbeitnehmende von 25–64 Jahren

³ Gemäss ILO 15-jährige und ältere Personen

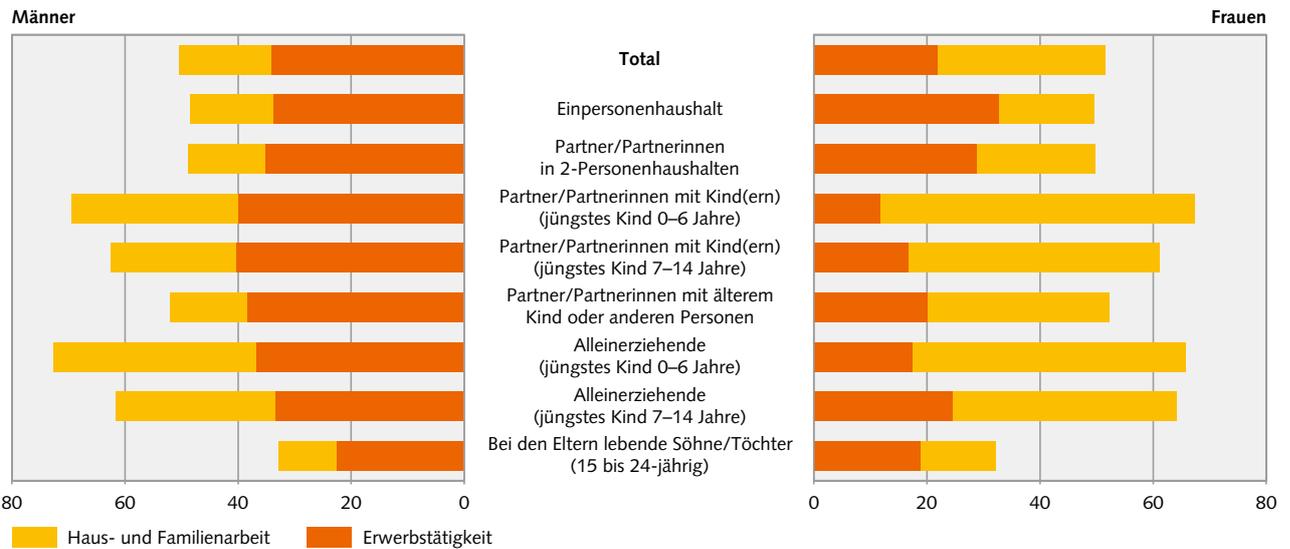
Quelle: BFS, SGB

© BFS

Erwerbstätigkeit und Haus-/Familienarbeit, 2010

Durchschnittlicher Aufwand in Stunden pro Woche, nach Familiensituation

G 3.5



Quelle: BFS, SAKE

© BFS

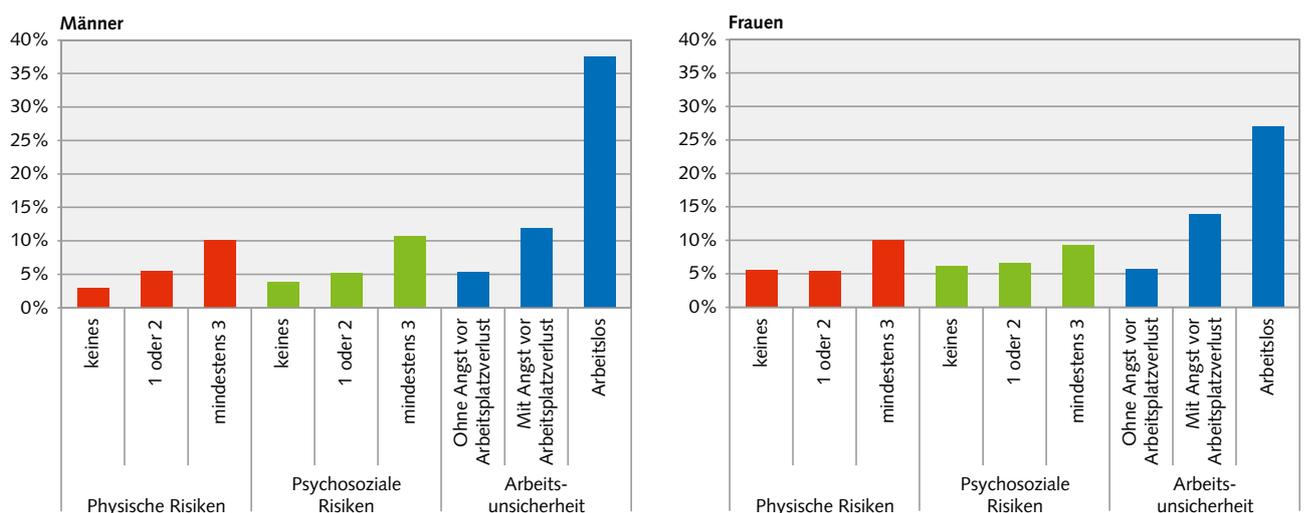
Personen, die am Arbeitsplatz physischen oder psychosozialen Risiken ausgesetzt sind, schätzen ihre Gesundheit als weniger gut ein als Personen, die bei ihrer Arbeit keine Risiken antreffen (G3.6). Dieser Zusammenhang ist bei den Männern stärker als bei den Frauen. Personen, die Angst vor einem Arbeitsverlust haben oder erwerbslos

sind, bewerten ihren Gesundheitszustand am häufigsten als nicht gut. Arbeitsunsicherheit kann negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Umgekehrt kann aber ein schlechter Gesundheitszustand auch das Risiko eines Arbeitsplatzverlustes erhöhen.

Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand nach Arbeitsbedingungen oder Arbeitsunsicherheit, 2007

Nicht guter selbst wahrgenommener Gesundheitszustand. Arbeitnehmende oder Arbeitslose von 25 bis 64 Jahren

G 3.6



Quelle: BFS, SGB

© BFS

3.3 Natürliche Umwelt

Die Verschmutzung von Luft, Wasser und Boden, Strahlung, Lärm oder extreme Wettersituationen (z.B. länger dauernde Hitzewellen) sind Faktoren, welche die Gesundheit negativ beeinflussen können. Die Luftverschmutzung ist heute einer der zentralen umweltbedingten Faktoren, welche die Gesundheit beeinträchtigen. Sie kann zu Erkrankungen der Atemwege (chronischer Husten, Bronchitis, Asthmaschübe), Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen. Zwar hat die Belastung durch Feinstaub (PM10), der tief in die Lunge eindringen kann, aufgrund strengerer einschlägiger Vorschriften abgenommen. Trotzdem wurden die Grenzwerte in den Städten, Agglomerationen und entlang stark befahrener Strassen regelmässig überschritten (G3.7). Hohe Feinstaubkonzentrationen entstehen insbesondere bei winterlichen Inversionslagen, während der sich Luftschadstoffe in bodennahen Luftschichten anreichern (Wintersmog). Auch das bodennahe Ozon kann Atemwegentzündungen verursachen. Der Ozon-Immissionsgrenzwert wurde regelmässig überschritten.

Hauptquelle krebsfördernder Luftbelastung im Hausinnern ist das Radon, ein natürlich im Boden gebildetes farb- und geruchloses Gas. Radon gilt nach dem Rauchen als zweithäufigste Ursache von Lungenkrebs. Das Gas dringt durch Ritzen im Boden sowie durch Risse in Beton und Mauern in die Gebäude ein. Erhöhte Radonkonzentrationen treten vor allem in den Kantonen Tessin und Graubünden, in den Karstregionen des Jurabogens sowie in gewissen Teilen des Wallis auf (K3.1).

3.4 Wohnbedingungen

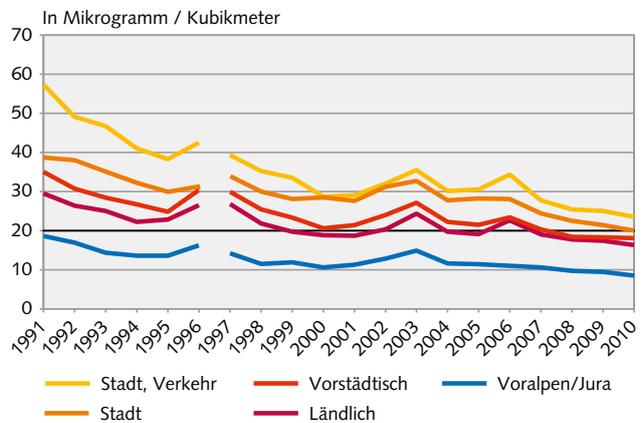
Verschiedene Merkmale des Wohnumfelds (Lärmbelastung, Luftverschmutzung, hygienische Mängel, räumliche Enge usw.) können negative Auswirkungen auf die physische oder psychische Gesundheit der exponierten Personen haben.

2007 gab etwas mehr als die Hälfte der Männer und Frauen ab 15 Jahren in Privathaushalten an, Störungen in ihrem Wohnumfeld ausgesetzt zu sein (G3.8). Am häufigsten genannt wurden verkehrsbedingte Störungen (34% der Personen) und Lärm von Personen und Kindern,

Feinstaub-Konzentration

PM10-Konzentration, Jahresmittelwerte¹
(vor 1997 berechnet aus TSP Schwebestaub)

G 3.7



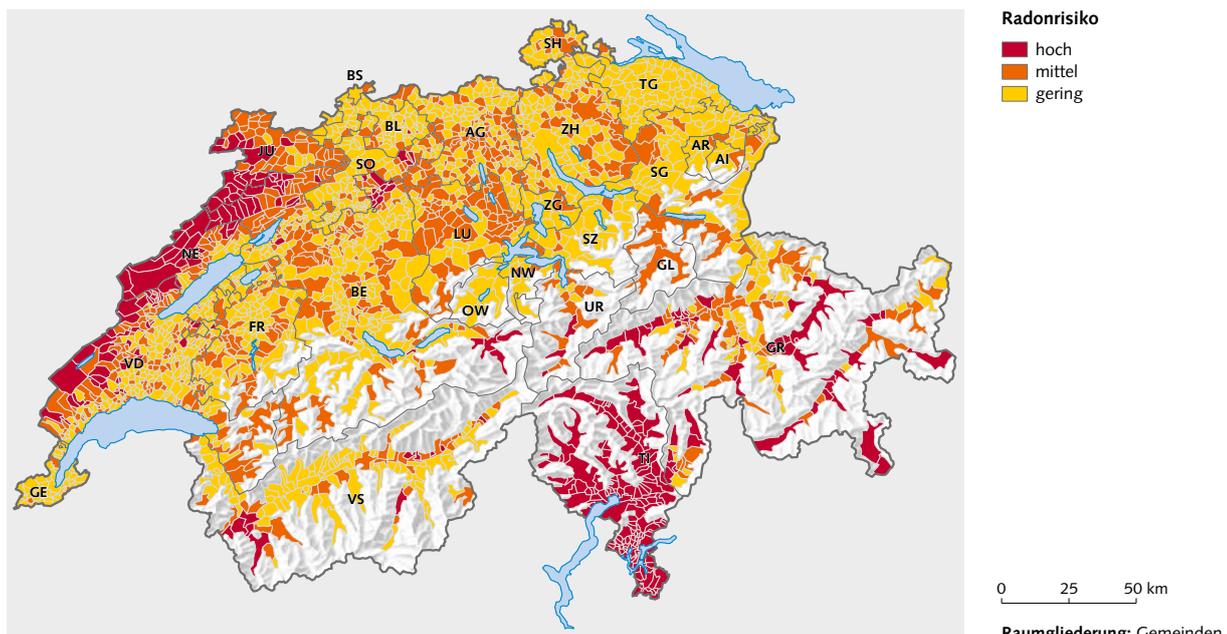
¹ Grenzwert Schweiz: Jahresmittel 20 µg/m³

Quelle: BAFU, NABEL-Messprogramm

© BFS

Radonkonzentration, 2011

K 3.1



Quelle: BAG

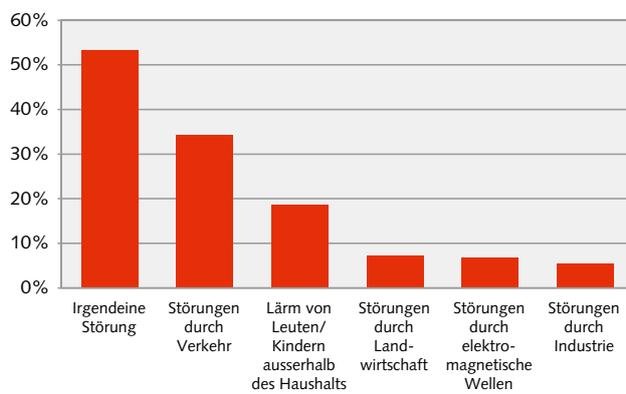
© BFS, ThemaKart, Neuchâtel 2012

die nicht zum eigenen Haushalt gehören (17% der Männer und 20% der Frauen). Die Exposition gegenüber solchen Störungen war mit einem weniger guten selbst bewerteten Gesundheitszustand gekoppelt (G3.9). Dieser Zusammenhang bleibt auch dann bestehen, wenn man berücksichtigt, dass die Qualität des Wohnumfelds eng mit dem sozioökonomischen Status verknüpft ist, der seinerseits eine einflussreiche Gesundheitsdeterminante darstellt (> Kapitel 3.1).

Belastungen im Wohnumfeld, 2007

Von den befragten Personen angegebene Belastungen. Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 3.8



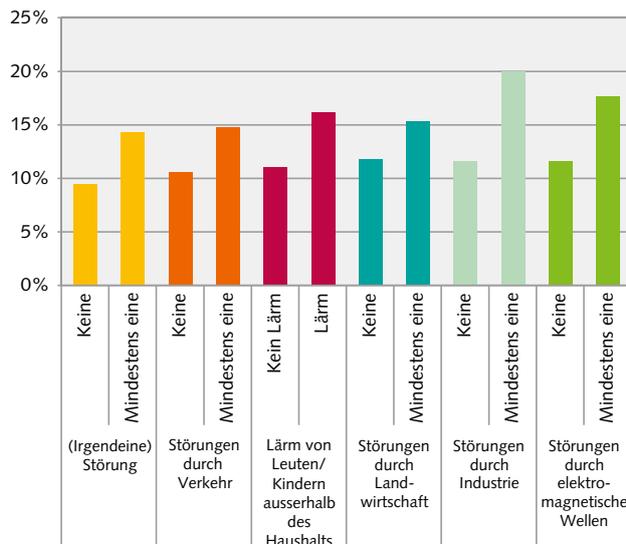
Quelle: BFS, SGB

© BFS

Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand nach Art der Belastung im Wohnumfeld, 2007

Nicht guter selbst wahrgenommener Gesundheitszustand. Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 3.9



Quelle: BFS, SGB

© BFS

3.5 Gesundheitsverhalten

3.5.1 Körperliche Aktivität

Regelmässige körperliche Betätigung gilt als gesundheitsfördernd. Sie kann insbesondere zur Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, der Entwicklung von Diabetes, Rückenbeschwerden sowie Darm- oder Brustkrebs beitragen. Zudem hilft sie, die Entstehung von Übergewicht zu verhindern. Allerdings müssen körperliche Aktivitäten regelmässig ausgeübt werden, damit sie gesundheitswirksam sind.

Messung des Bewegungsverhaltens

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) gibt Auskunft über Ausmass und Intensität der wöchentlichen körperlichen Aktivität in der Freizeit. Dabei werden folgende Personengruppen unterschieden:

- **Aktive** geraten mindestens dreimal pro Woche durch körperliche Betätigung ins Schwitzen oder kommen an mindestens fünf Tagen pro Woche während mindestens einer halben Stunde ausser Atem. Diese Gruppe erfüllt die vom Bundesamt für Sport (BASPO) und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) erarbeiteten «Empfehlungen zu gesundheitswirksamer Bewegung» vollumfänglich.
- **Teilaktive** erreichen entweder den empfohlenen wöchentlichen Bewegungsumfang, jedoch nicht in der empfohlenen Regelmässigkeit, oder sie üben gewisse Aktivitäten aus, erreichen aber den empfohlenen wöchentlichen Bewegungsumfang nicht.
- **Inaktive** bewegen sich weniger als einmal pro Woche in dem Ausmass, dass sie ins Schwitzen kommen oder bewegen sich weniger als dreissig Minuten pro Woche so, dass sie ausser Atem kommen.

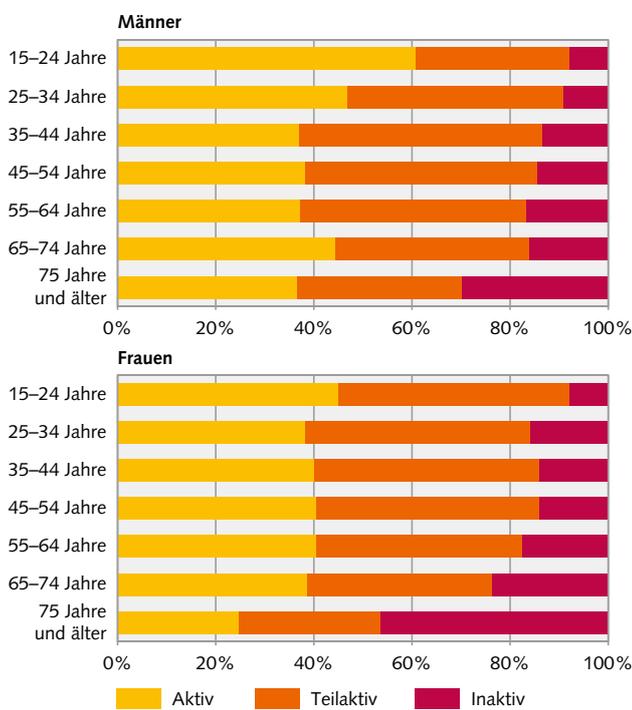
Zwei von fünf Personen bewegten sich 2007 in ihrer Freizeit in ausreichendem Masse, um als aktiv eingestuft zu werden. Demgegenüber bewegten sich 16% der Bevölkerung weniger als 30 Minuten pro Woche und gelten somit als inaktiv.

Die Mehrheit der jungen Erwachsenen unter 25 Jahren bewegte sich in ihrer Freizeit ausreichend (53%) und nur 8% waren inaktiv (G3.10). Im erwerbsfähigen Alter zwischen 25 und 64 Jahren gab es kaum Unterschiede zwischen den einzelnen Altersgruppen. Männer waren in ihrer Freizeit etwas häufiger als Frauen körperlich aktiv (43% gegenüber 39%). Je tiefer der Bildungsstand, desto höher war der Anteil der in ihrer Freizeit inaktiven Personen (G3.11). 64% der Männer und 59% der Frauen hielten 2007 ihre körperlichen Aktivitäten für ausreichend, obschon diese nur bei 43% respektive 39% tatsächlich den Empfehlungen entsprachen. Diese Überschätzung

nimmt mit dem Alter zu. Dabei ist erwiesen, dass – insbesondere bei älteren Personen – selbst eine wenig intensive, aber regelmässig ausgeübte körperliche Betätigung gesundheitsfördernd ist.

2007 gaben 57% der Bevölkerung an, Sport, Gymnastik oder Fitness zu betreiben. 30% taten dies während 3 oder mehr Stunden pro Woche, 24% während 1–3 Stunden und 3% weniger als eine Stunde lang. Männer übten diese Aktivitäten etwas häufiger als Frauen länger als 3 Stunden pro Woche aus (35% respektive 25%), vor allem im Alter von 15–34 Jahren.

Körperliche Aktivität nach Altersklasse, 2007
Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren **G 3.10**



Quelle: BFS, SGB © BFS

Demgegenüber waren Frauen nach eigenen Angaben häufiger als Männer zu Fuss unterwegs zur Arbeit, um einzukaufen oder auszugehen (59% gegenüber 46%). Der Anteil der Bevölkerung, die in ihrer Freizeit körperlich aktiv ist, hat sich zwischen 2002 und 2007 von 36% auf 41% erhöht. Dieser Trend zeigte sich bei verschiedenen Arten körperlicher Betätigung.

3.5.2 Ernährung

Die Ernährungsgewohnheiten sind für die Gesundheit der Bevölkerung wichtig. Eine unausgewogene Ernährung kann insbesondere das Risiko für die Entwicklung von Übergewicht, Krebs, Diabetes, Bluthochdruck oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöhen.

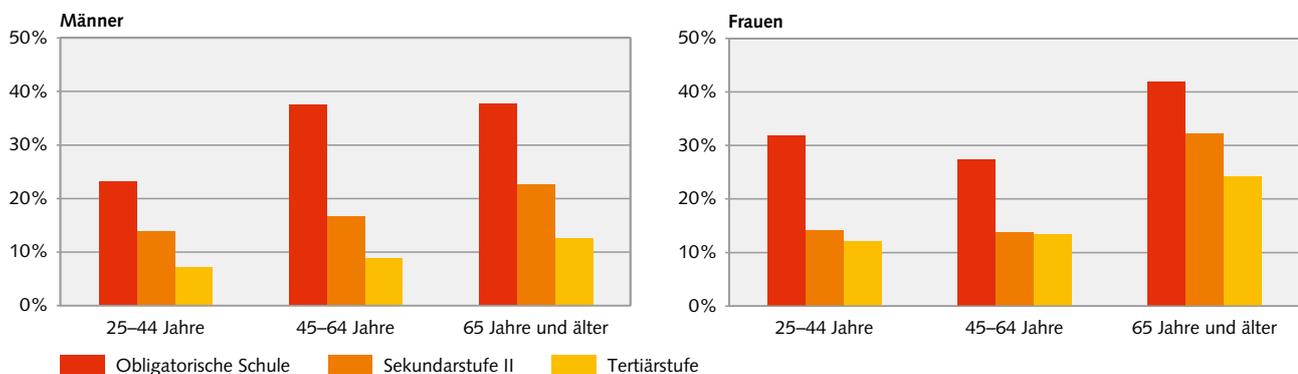
Ernährungsbewusstsein

71% der Bevölkerung gaben 2007 an, auf bestimmte Aspekte ihrer Ernährung zu achten (G3.12). Dieses Bewusstsein war bei den Männern etwas weniger ausgeprägt (63%) als bei den Frauen (77%). Auch bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen war es weniger verbreitet (54%). Personen mit einem Bildungsabschluss auf Tertiärstufe (78%) achteten mehr auf ihre Ernährung als Personen, die keine nachobligatorische Schule abgeschlossen haben (63%). In nahezu drei Viertel der Fälle war das Ernährungsbewusstsein Teil eines allgemeinen Bestrebens nach einem gesundheitsverträglichen Lebensstil.

Ernährungsverhalten

Obst und Gemüse sind ein wesentlicher Bestandteil einer gesunden Ernährung, da sie für die Versorgung mit Vitaminen, Mineralstoffen und Ballaststoffen sorgen. 76% der Bevölkerung gaben an, täglich Obst und Gemüse

Körperliche Inaktivität nach Bildungsniveau, 2007
Bevölkerung in Privathaushalten ab 25 Jahren **G 3.11**



Quelle: BFS, SGB © BFS

zu essen (G3.13), wobei Frauen dies deutlich häufiger taten als Männer (83% gegenüber 68%). Die Schweizerische Gesellschaft für Ernährung empfiehlt im Rahmen der Schweizer Lebensmittelpyramide, täglich fünf Portionen Früchte und/oder Gemüse zu sich zu nehmen. Frauen kamen dieser Empfehlung in jeder Altersgruppe beinahe doppelt so häufig nach wie Männer (38% gegenüber 20%). In allen Altersgruppen erfüllten höher Gebildete die Empfehlungen besser als Personen mit niedrigerem Bildungsstand.

Ernährungsfachleute raten davon ab, mehr als fünfmal pro Woche Fleisch zu essen. Gemessen an diesen Empfehlungen konsumierten 35% der Männer und 17% der Frauen zu viel Fleisch. 27% der Männer und 12% der Frauen verzehrten sogar täglich Wurstwaren oder Fleisch, was mit einer erheblichen Zufuhr von gesättigten Fettsäuren und Cholesterin verbunden ist. Allerdings hat sich der Anteil der Personen, die nicht mehr als fünfmal pro Woche Fleisch essen, zwischen 1992 und 2002 um 7 Prozentpunkte erhöht und danach bei 73% stabilisiert. Geraten wird ferner, ein- bis zweimal in der Woche Fisch zu essen. Der Anteil der Personen, die nach eigenen Angaben einmal wöchentlich Fisch essen, ist zwischen 1992 und 2007 von 56% auf 63% gestiegen.

Milchprodukte sind besonders wichtig für die Kalzium- und Vitaminversorgung. Allerdings können vollfette Milchprodukte zu einer hohen Zufuhr von gesättigten Fettsäuren beitragen, welche die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen begünstigen. Nahezu zwei Drittel der Bevölkerung konsumierten 2007 täglich Milch, Käse oder Joghurt. Während bei den 15- bis 24-Jährigen mehr Männer als Frauen täglich Milchprodukte konsumierten, verhielt es sich bei den Personen ab 65 Jahren genau umgekehrt.

Die tägliche Flüssigkeitsmenge, die ein Erwachsener zu sich nehmen sollte, liegt bei ein bis zwei Litern nicht-alkoholischer Getränke. Rund drei Viertel der Bevölkerung befolgten diese Empfehlung, Frauen insgesamt etwas besser als Männer. Ältere Personen hielten sich etwas häufiger daran als jüngere.

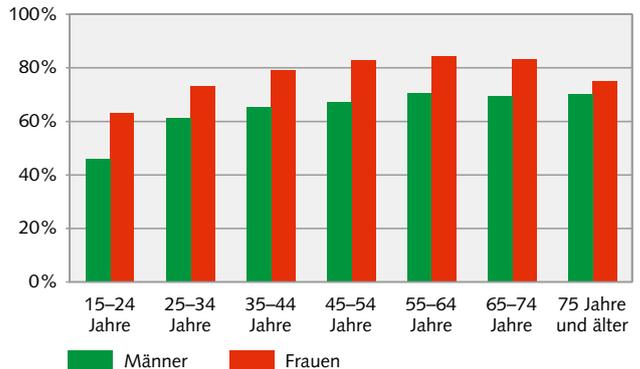
Hindernisse für eine gesunde Ernährung

Als Haupthindernis für eine gesunde Ernährung machten 56% der Frauen geltend, dass diese «relativ teuer» sei (G3.14). Männer nannten am häufigsten ihre «Vorliebe für gutes Essen» (55%). Dies traf vor allem für Männer ab 55 Jahren zu. Männer und Frauen zwischen 25 und 44 Jahren gaben häufig «die Gewohnheiten und Zwänge des Alltags» als Hinderungsgründe an (56%).

Ernährungsbewusstsein, 2007

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 3.12



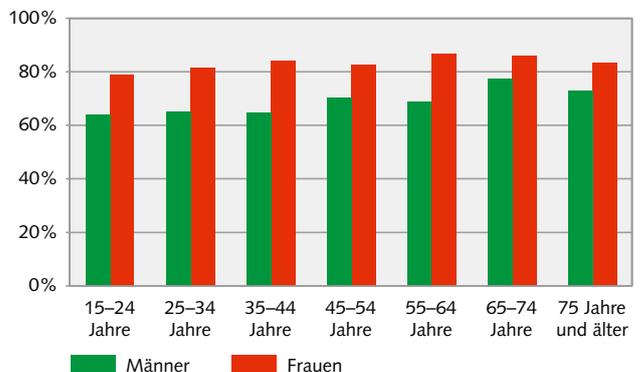
Quelle: BFS, SGB

© BFS

Täglicher Obst- und Gemüsekonsum, 2007

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 3.13



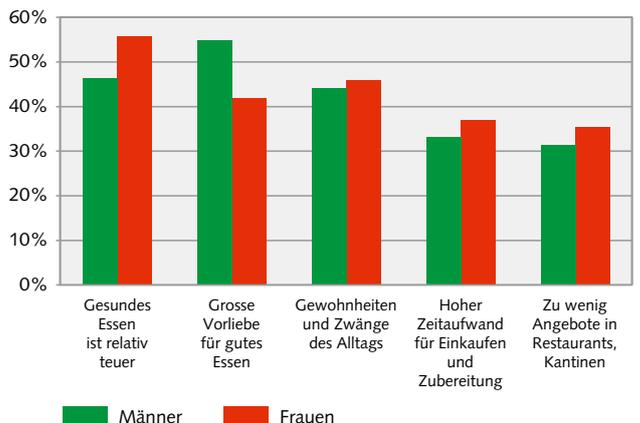
Quelle: BFS, SGB

© BFS

Hindernisse für eine gesunde Ernährung, 2007

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 3.14



Quelle: BFS, SGB

© BFS

3.5.3 Tabak

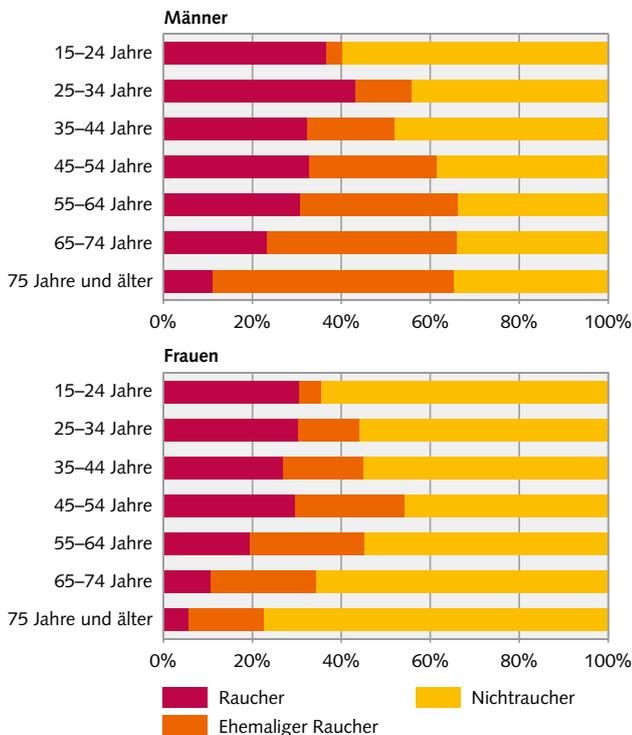
Rauchen ist ein Hauptrisikofaktor für die Entstehung zahlreicher Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Atemwegerkkrankungen (Bronchitis, Emphysem) sowie bösartige Tumore der Lunge, Bronchien, Mundhöhle, Speiseröhre, Nieren und Bauchspeicheldrüse. Rund 15% der Todesfälle in der Schweiz können auf Erkrankungen zurückgeführt werden, die mit dem Rauchen in Zusammenhang stehen.

28% der Bevölkerung rauchten im Jahr 2007, 32% der Männer und 24% der Frauen (G3.15). Rund die Hälfte (51%) hat nie geraucht. Am höchsten war der Anteil der Rauchenden bei den 25- bis 34-jährigen Männern. Der Anteil der ehemaligen Rauchenden nahm bei den Männern mit dem Alter stark zu. Bei den Frauen blieb er in den Altersgruppen zwischen 45 und 74 Jahren relativ stabil und ging anschliessend zurück. Der Anteil der Raucherinnen und Raucher hat sich seit 1997 um 5 Prozentpunkte verringert. Dieser Trend war vor allem bei den Personen im Alter von 15–54 Jahren zu beobachten. Bei den Personen ab 55 Jahren lag der Raucheranteil auf ähnlichem Niveau wie 1992.

Tabakkonsum, 2007

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 3.15



Quelle: BFS, SGB

© BFS

57% der Raucher und 52% der Raucherinnen rauchten 2007 mindestens 10 Zigaretten pro Tag. 1992 lagen diese Anteile noch bei 74% respektive 66%. Der Anteil der Personen, die mindestens 10 Zigaretten pro Tag rauchen, war vor allem in den jüngeren Altersklassen stark rückläufig (G3.16).

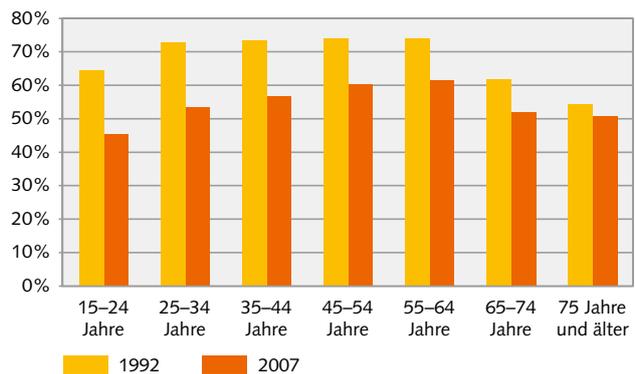
2007 gaben über 60% der Raucherinnen und Raucher an, sie würden gerne mit dem Rauchen aufhören. Dieser Anteil hat gegenüber 1992 um 7 Prozentpunkte zugenommen, bei den Männern stärker als bei den Frauen. 29% der Raucherinnen und Raucher hatten im Vorjahr einen ernsthaften aber erfolglosen Versuch unternommen, das Rauchen aufzugeben, während dem sie mindestens zwei Wochen auf das Rauchen verzichteten.

Passivrauchen schadet der Gesundheit in ähnlicher Weise wie das Rauchen selbst. Jugendliche und junge Erwachsene sind dem Passivrauchen deutlich stärker

Rauchende, die mindestens 10 Zigaretten pro Tag rauchen

Anteil der Raucherinnen und Raucher

G 3.16



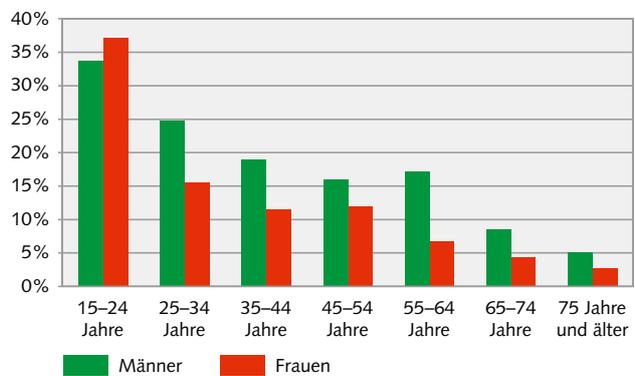
Quelle: BFS, SGB

© BFS

Passivrauchen, 2007

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

G 3.17



Quelle: BFS, SGB

© BFS

ausgesetzt als Erwachsene. Zwei Drittel der Heranwachsenden, die selbst nicht rauchen, gaben an, täglich in Situationen zu geraten, bei denen sie den Rauch anderer einatmen. Ein Drittel der jungen Nichtraucherinnen, insbesondere junge Frauen, waren dem mindestens eine Stunde pro Tag ausgesetzt (G3.17).

3.5.4 Alkohol

Übermäßiger Alkoholkonsum ist eine Hauptursache für vorzeitige Sterblichkeit und für Beeinträchtigungen der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit. Er erhöht das Risiko von Unfällen und Verletzungen, von Gewaltbereitschaft, frühzeitiger Behinderung, Arbeitsausfällen und sozialer Ausgrenzung.

Die überwiegende Mehrheit (83%) der Bevölkerung ab 15 Jahren trank im Jahr 2007 Alkohol. Männer tranken häufiger und weitaus mehr Alkohol als Frauen. 70% der Männer und 45% der Frauen konsumierten nach eigenen Angaben mindestens einmal in der Woche Alkohol (G3.18). Jeder fünfte Mann trank täglich Alkohol, bei den Frauen war es jede zehnte. Der Anteil der abstinent lebenden Frauen war rund doppelt so hoch wie jener der Männer (23% gegenüber 11%). Bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen war der Alkoholkonsum eher sporadisch, dafür teilweise unkontrolliert. Mit steigendem Alter nimmt die Regelmässigkeit des Alkoholkonsums kontinuierlich zu. Seit 1992 hat sich der Anteil der Personen, die täglich Alkohol trinken, verringert. Dafür nahm der gelegentliche Alkoholkonsum anteilmässig zu (G3.19).

Insgesamt 21% der Männer und 18% der Frauen nahmen regelmässige Alkoholmengen zu sich, die ein Gesundheitsrisiko darstellen können (G3.20). 6% der Männer und 5% der Frauen gingen aufgrund ihres Alkoholkonsums ein mittleres oder hohes Gesundheitsrisiko ein. Der Anteil der Personen mit einem chronisch risikoreichen Konsum ist seit 1997 leicht rückläufig, vor allem bei den Männern.

Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum

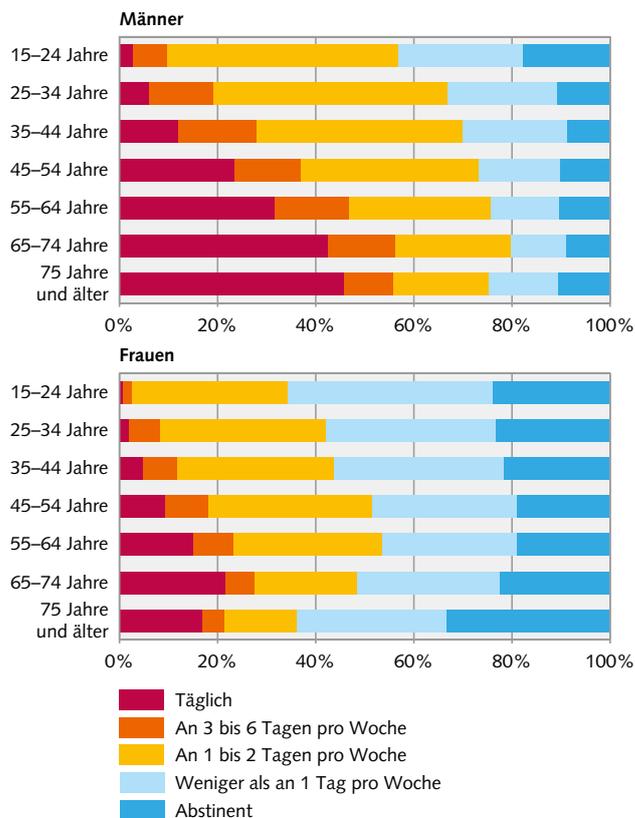
Gestützt auf Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden für den chronischen Alkoholkonsum folgende Grenzwerte in Gramm pro Tag konsumiertem reinen Alkohol festgelegt:

- 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 5 dl Bier, 2,5 dl Wein oder 0,6 dl Spirituosen)

Alkoholkonsum nach Alter, 2007

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 3.18



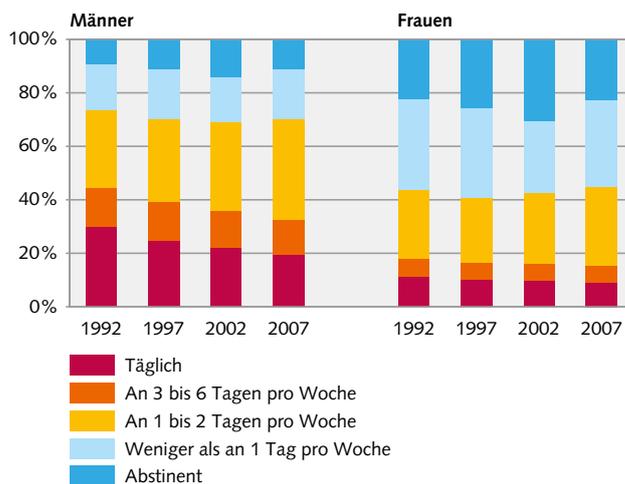
Quelle: BFS, SGB

© BFS

Alkoholkonsum

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 3.19



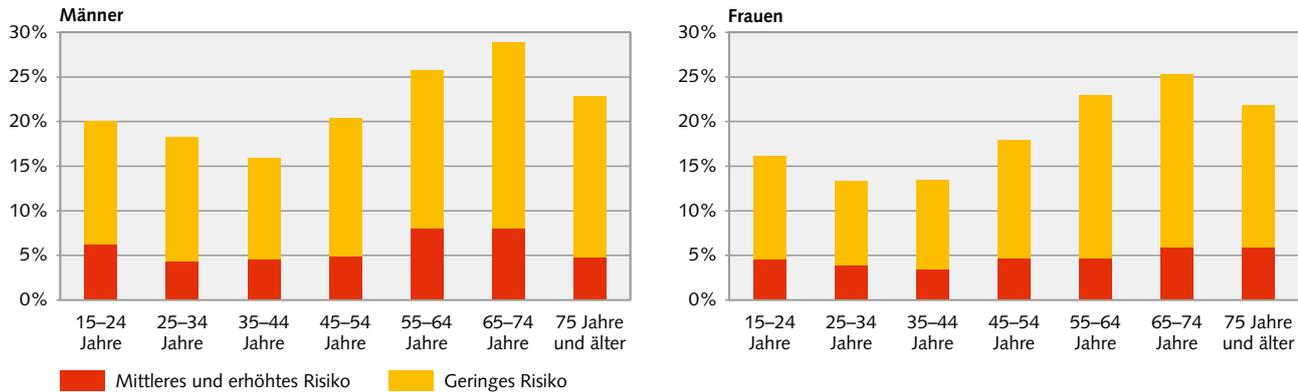
Quelle: BFS, SGB

© BFS

Regelmässiger risikoreicher Alkoholkonsum, 2007

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

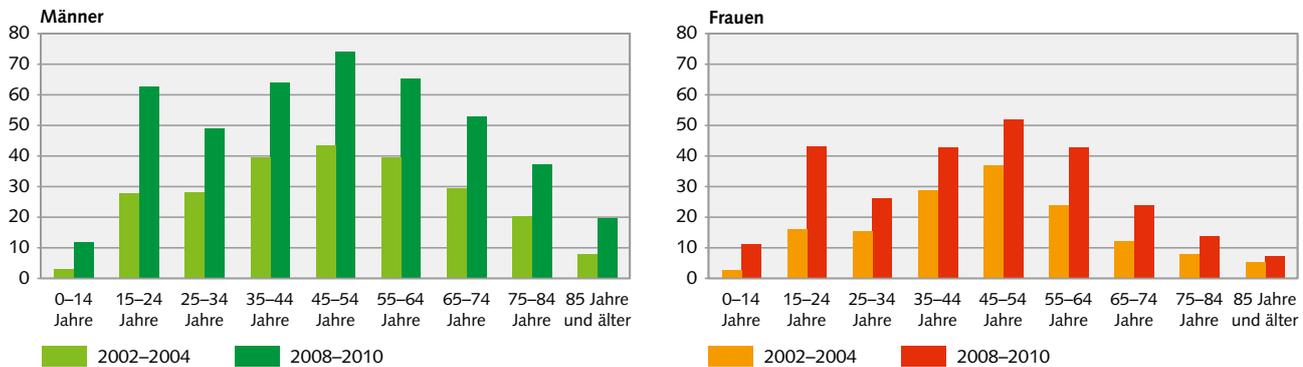
G 3.20



Wegen einer akuten Intoxikation durch Alkohol hospitalisierte Personen

Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 3.21



Das Trinken von so grossen Alkoholmengen, dass ein Rausch eintritt, und dies mindestens einmal pro Monat, kam bei Männern häufiger vor als bei Frauen (5% gegenüber 2%). Besonders davon betroffen waren junge Männer im Alter von 15 bis 24 Jahren (14%). Der Anteil der Personen, die aufgrund einer akuten Alkoholvergiftung klinisch behandelt werden mussten, ist zwischen 2002 und 2010 gestiegen, vor allem bei den 15- bis 24-Jährigen (G3.21). Der problematische Alkoholkonsum betraf eher einen übermässigen Konsum von Bier als von Wein und Spirituosen. Bier wurde insbesondere von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in grösseren Mengen konsumiert, während in den höheren Altersklassen eher Wein dominierte.

3.5.5 Illegale Drogen

Unter Drogen werden 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 Kokain oder Ecstasy oder Opiaten wie Heroin verboten. Der Konsum von Opiaten und Kokain birgt ein erhebliches Suchtpotenzial und kann massive Auswirkungen auf die Gesundheit und die sozialen Beziehungen der Konsumierenden haben. Regelmässiger Cannabiskonsum kann eine körperliche und psychische Abhängigkeit hervorrufen und Auswirkungen auf die psychosoziale Entwicklung der Betroffenen haben.

Cannabis ist bei Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen am häufigsten. 2007 gaben 27% der Männer und 17% der Frauen unter 70 Jahren an, schon einmal Cannabis geraucht zu haben. Cannabiskonsum ist oftmals ein zeitlich begrenztes Phänomen. Bei drei Viertel der 15- bis 34-Jährigen, die schon einmal Cannabis geraucht haben, handelte es sich um eine vorübergehende Phase. Von den 15- bis 34-jährigen Männern konsumierten zur Zeit der Befragung 12% Cannabis (G3.22), 46% davon mindestens einmal in der Woche. Die entsprechenden Werte bei den Frauen betragen 4% und 26%. Bei den 35- bis 54-Jährigen lag der Anteil der Personen, die zum damaligen Zeitpunkt Cannabis konsumierten, deutlich tiefer (2%). Seit 1997 ist der Anteil der Cannabiskonsumierenden unter den 15- bis 24-Jährigen gesunken (von 12% auf 8%), während er bei den 25- bis

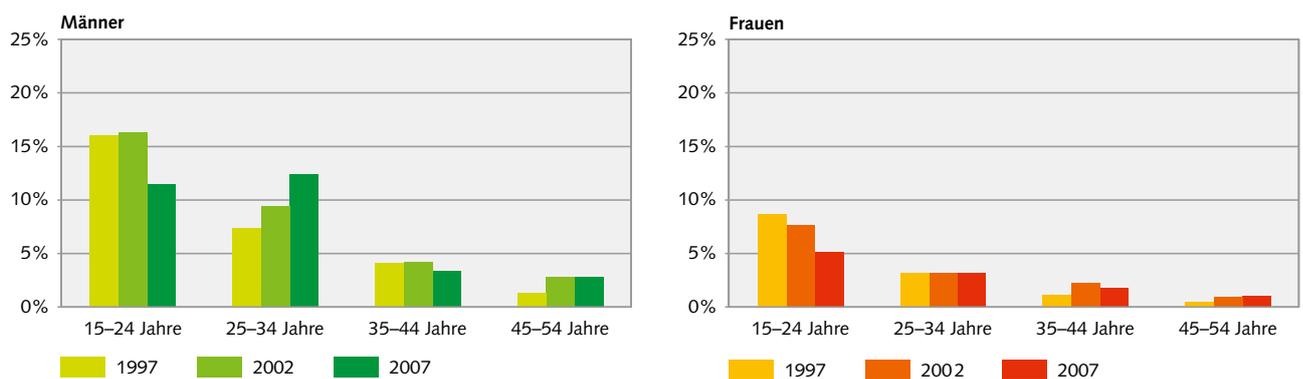
34-Jährigen weiter zugenommen hat. Die Hypothese, dass es sich beim Cannabiskonsum um ein Jugendphänomen handelt, kann daher nicht aufrecht erhalten werden.

Kokain ist nach Cannabis die am häufigsten konsumierte illegale Droge. 2007 hatten über 4% der Bevölkerung im Alter von 15–49 Jahren in ihrem Leben schon einmal Kokain konsumiert (G3.23). Unter den 25- bis 34-jährigen Männern betrug dieser Anteil nahezu ein Zehntel. Der Konsum von Ecstasy hat sich mit dem Aufkommen der Techno-Musikszene seit den 1990er-Jahren verbreitet. 2007 hatten 3% der unter 50-Jährigen schon einmal Ecstasy konsumiert. Dabei waren es vor allem die 25- bis 34-Jährigen, die entsprechende Erfahrungen gemacht haben (2007: 7% der Männer und 3% der Frauen). Der Anteil der Heroinkonsumierenden ist stabil.

Aktuell Cannabiskonsumierende

Bevölkerung in Privathaushalten zwischen 15 und 54 Jahren

G 3.22



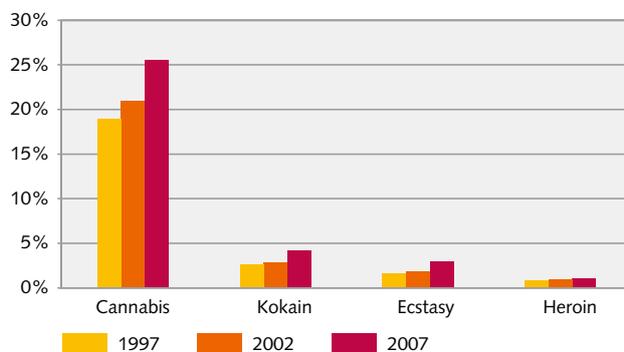
Quelle: BFS, SGB

© BFS

Konsum von illegalen Drogen

Mindestens einmal im Laufe des Lebens
Bevölkerung in Privathaushalten*

G 3.23



* Für Cannabis: 15–59 Jahre; für Kokain, Heroin und Ecstasy: 15–49 Jahre

Quelle: BFS, SGB

© BFS

4 Gesundheitszustand und Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen

4.1 Lebenserwartung und Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert Gesundheit als Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. Dies bedeutet eine Abkehr von der mehrheitlich negativen Gesundheitsdefinition, bei der Gesundheit als Nichtvorhandensein von Krankheit oder Behinderung verstanden wird.

Heute besteht ein weitgehender Konsens, dass zur individuellen Gesundheit die folgenden Dimensionen gehören:

- ein wahrgenommenes körperliches und psychisches Wohlbefinden oder Gleichgewicht;
- soziales Wohlbefinden, Arbeitsfähigkeit und soziale Integration;
- körperliche und geistige Funktions- und Leistungsfähigkeit («Fitness»);
- die Fähigkeit zu erfolgreicher Auseinandersetzung mit der physischen und sozialen Umwelt («Coping»);
- das Potenzial zur Aufrechterhaltung des Wohlbefindens bzw. der Wiederherstellung nach Gesundheitsproblemen oder reduzierter Leistungsfähigkeit;
- die Fähigkeit zur vollen Entfaltung körperlicher, geistiger und sozialer Potenziale;
- die Fähigkeit, dem eigenen Leben einen Sinn zu geben.

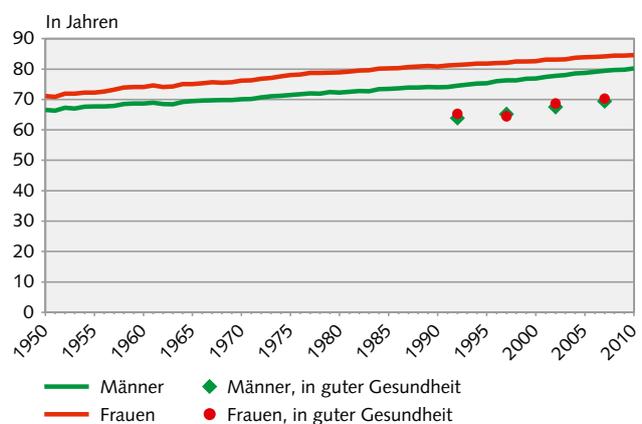
Die folgenden Ausführungen beziehen sich in erster Linie auf die ersten drei Dimensionen, während für die restlichen nur ausnahmsweise Daten verfügbar sind. Das Kapitel 4.1 bietet eine Übersicht. Die Kapitel 4.2 bis 4.7 präsentieren detailliertere Daten zu mehreren Dimensionen körperlicher und psychischer Gesundheit sowie zum Gesundheitszustand einzelner Bevölkerungsgruppen.

Lebenserwartung und Sterblichkeit

Im Jahr 2010 betrug die Lebenserwartung bei Geburt 80,2 Jahre für die Männer und 84,6 Jahre für die Frauen. Sie gehört damit zu den höchsten weltweit. Sie hat sich seit 1876 verdoppelt und zeigt bis heute einen stetigen Aufwärtstrend. Zwischen 2000 und 2010 ist die Lebenserwartung bei Geburt für die Männer um weitere 3,3 Jahre und für die Frauen um weitere 2 Jahre gestiegen (G4.1). Ende des 19. und in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts trug der Rückgang der Kindersterblichkeit massgeblich zu dieser Entwicklung bei. Seit einigen Jahrzehnten ist die Kindersterblichkeit kaum mehr rückläufig, dafür nimmt die Lebenserwartung in den höheren Altersgruppen zu.

Die Lebenserwartung in guter Gesundheit verbindet die Informationen zur Sterblichkeit mit jenen über den selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand für jede Altersklasse. Im Jahr 2007 betrug die Lebenserwartung in guter Gesundheit 69,4 Jahre für die Männer und 70,3 Jahre für die Frauen (G4.1). Die geringe Differenz zwischen den Geschlechtern bedeutet, dass die Frauen

Lebenserwartung und Lebenserwartung in guter Gesundheit, bei Geburt G 4.1



Quelle: BFS, BEVNAT, ESPOP und SGB

© BFS

die ihnen verbleibenden zusätzlichen Lebensjahre zu einem grossen Teil mit einer beeinträchtigten Gesundheit verbringen. Im Zeitraum von 15 Jahren hat die Lebenserwartung in guter Gesundheit stärker zugenommen als die Lebenserwartung insgesamt: 5,5 Jahre für die Männer und 5 Jahre für die Frauen (gegenüber 4,9 Jahre bzw. 2,8 Jahre).

Der Anstieg der Lebenserwartung geht mit einer Verringerung der Sterblichkeit einher. Die altersstandardisierte Sterberate ist zwischen 1970 und 2010 um mehr als die Hälfte zurückgegangen (G4.2). Massgeblich zu dieser Entwicklung beigetragen hat die um zwei Drittel

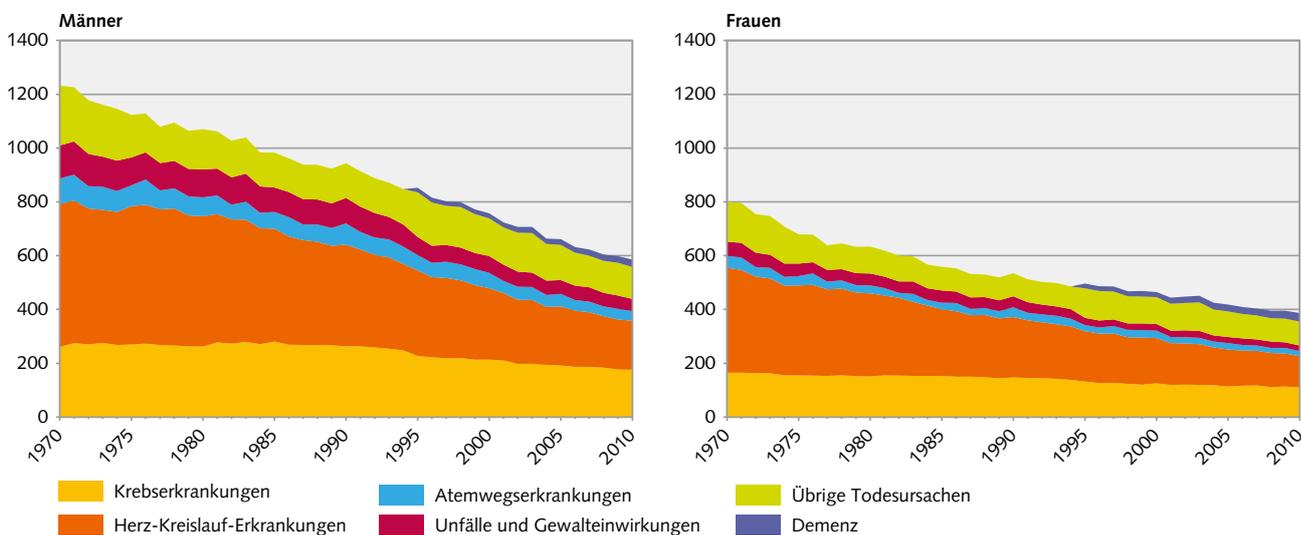
reduzierte Sterberate an Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Demgegenüber sank die Krebssterberate um knapp ein Drittel.

Im Zuge dieser Entwicklungen hat sich das Sterbealter der Menschen stark verändert. 1950 waren 44% der Männer und 34% der Frauen zum Zeitpunkt ihres Todes unter 65 Jahre alt. Im Jahr 2010 lagen die entsprechenden Anteile bei 20% bzw. 11% (G4.3). Umgekehrt verstarben 1950 lediglich gut 1% der Männer und 3% der Frauen mit 90 oder mehr Jahren, verglichen mit 14% bzw. 31% im Jahr 2010. Die meisten Menschen sterben fortan im Alter von über 80 Jahren. Trotz

Standardisierte Sterberate

Pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 4.2

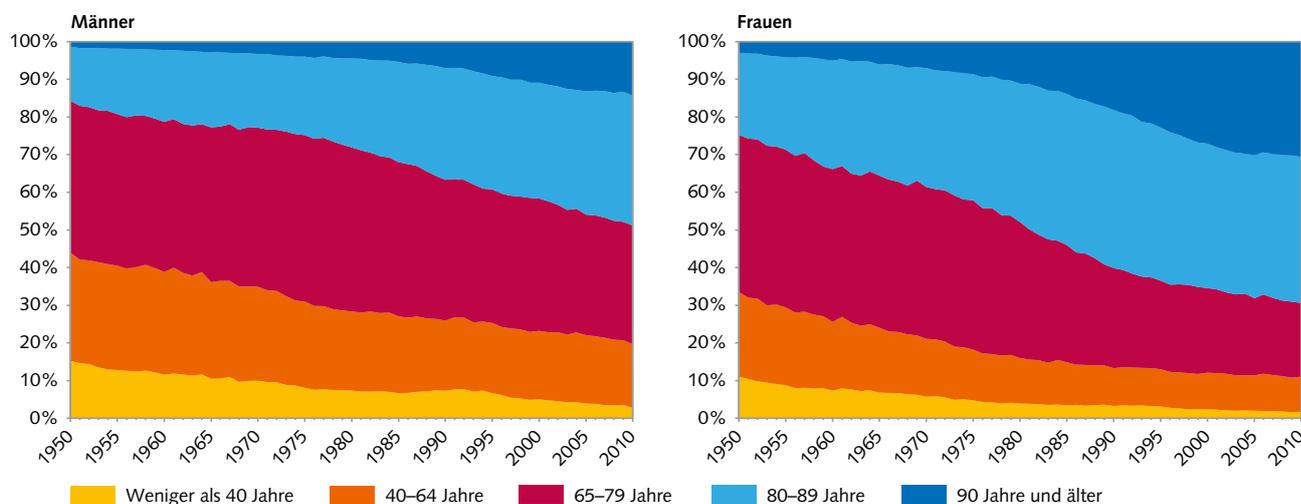


Quelle: BFS, TU

© BFS

Alter beim Tod

G 4.3



Quelle: BFS, BEVNAT

© BFS

dieser Entwicklung und dem starken Rückgang der Kindersterblichkeit (> Kapitel 4.7.1) ist die Sterblichkeit im ersten Lebensjahr nach wie vor vergleichsweise hoch (G4.4).

Der soziale Status, hier ausgedrückt durch den Bildungsstand, hat einen beträchtlichen Einfluss auf den Gesundheitszustand. In den 90er-Jahren konnte ein 30-jähriger Mann mit einem niedrigen Bildungsniveau, d.h. ohne nachobligatorischen Schulabschluss, in der Deutschschweiz mit einer Lebenserwartung von

73,3 Jahren rechnen, verglichen mit 80,4 Jahren für einen Gleichaltrigen mit Hochschulabschluss (G4.5). Bei den Frauen war die Differenz geringer (81,5 Jahre bzw. 85,1 Jahre). Ein Vergleich des Einflusses des sozialen Status auf die Sterblichkeit nach Altersklasse zeigt, dass sich die Differenz mit dem Alter verringert, vor allem bei den Männern, aber nicht verschwindet (Spoerri 2006).

Selbst wahrgenommene Gesundheit

Sechs von sieben Personen ab 15 Jahren in Privathaushalten bezeichneten 2007 ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut (für die Personen in Alters- und Pflegeheimen > Kapitel 4.7.3). Lediglich 3% schätzten ihre Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht ein. Der Anteil der Personen mit einer guten selbst empfundenen Gesundheit verringerte sich mit dem Alter, insbesondere ab 75 Jahren (G4.6). Der Bildungsstand spielte eine bedeutende Rolle, vor allem bei den Männern im Alter von 45–64 Jahren (G4.7). Über ein Viertel der Bevölkerung litt nach eigenen Angaben an einer dauerhaften Krankheit oder einem dauerhaften gesundheitlichen Problem (G4.8). Der Anteil der betroffenen Personen nahm mit dem Alter stetig zu, ohne signifikante Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Ein erhöhter Anteil fand sich auch unter den 25- bis 54-jährigen Personen mit einem niedrigen Bildungsstand.

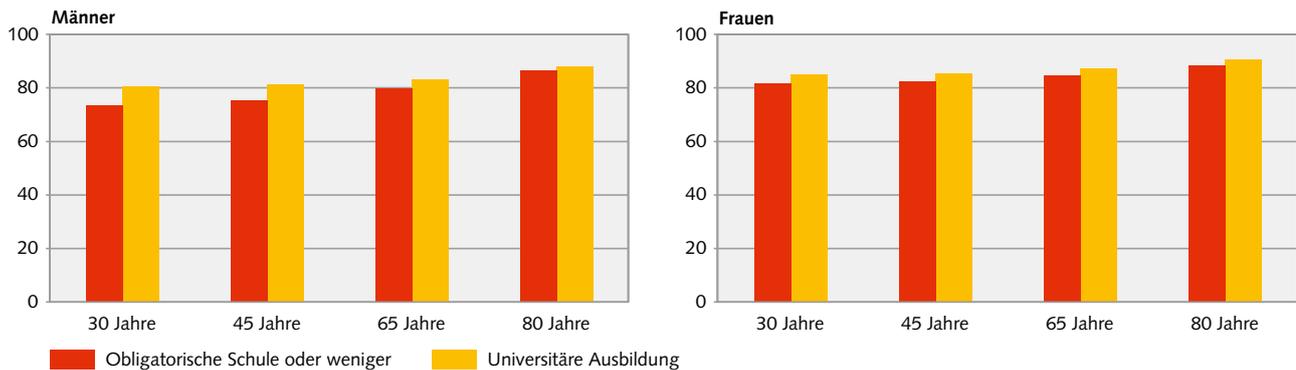
Sterberate nach Alter, 2010
pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner, logarithmische Skala **G 4.4**



Quelle: BFS, BEVNAT © BFS

Lebenserwartung nach Alter und Bildungsniveau, 1990–1997
In Jahren

G 4.5

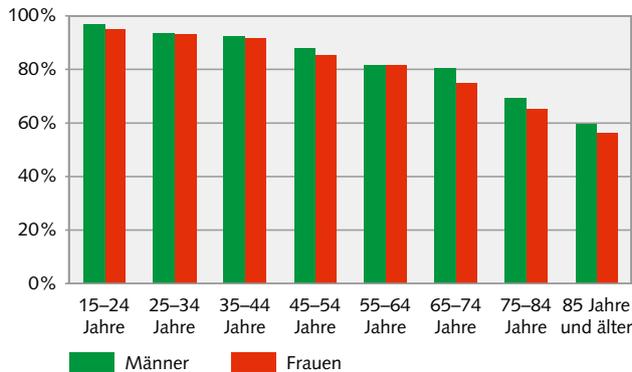


Quelle: SNC © BFS

Guter bis sehr guter selbst wahrgenommener Gesundheitszustand nach Alter, 2007

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.6



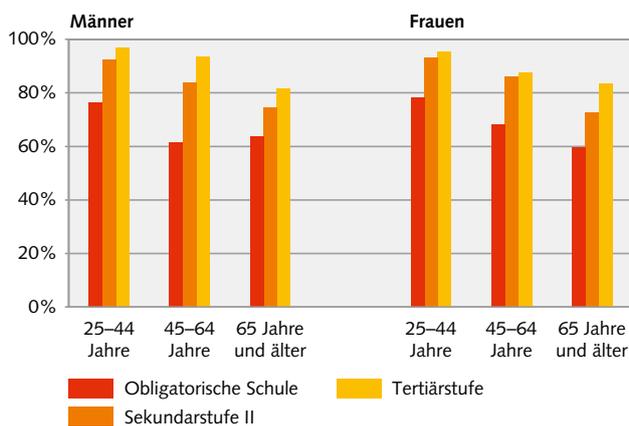
Quelle: BFS, SGB

© BFS

Guter bis sehr guter selbst wahrgenommener Gesundheitszustand nach Bildungsniveau, 2007

Bevölkerung in Privathaushalten ab 25 Jahren

G 4.7



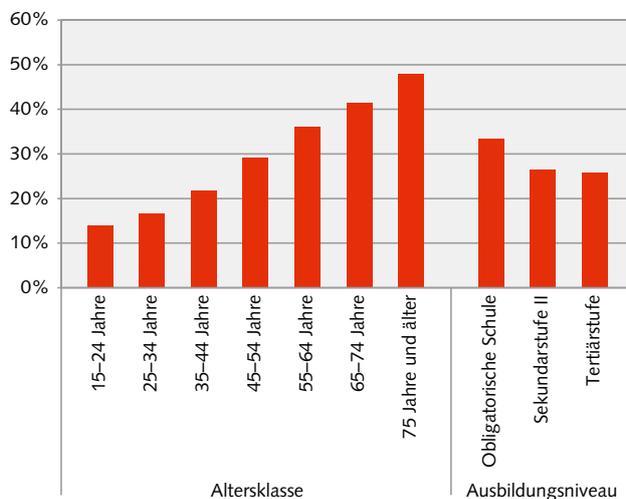
Quelle: BFS, SGB

© BFS

Dauerhaftes gesundheitliches Problem, 2007

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.8



Quelle: BFS, SGB

© BFS

31% der Frauen und 17% der Männer litten 2007 an starken körperlichen Beschwerden (siehe Kasten). Der Anteil der betroffenen Bevölkerung war bis 64 Jahre relativ stabil und nahm danach zu (G4.9). Personen mit niedrigem Bildungsstand berichteten deutlich häufiger über starke körperliche Beschwerden als Personen mit einem Hochschulabschluss (32% gegenüber 20%). Der Ursprung dieser Erkrankungen ist teilweise mit psychosozialen Merkmalen der Lebensbedingungen wie z.B. Stress verbunden. Rücken- oder Kreuzschmerzen sind die häufigsten Beschwerden: 39% der Männer und 46% der Frauen leiden «ein bisschen» oder «stark» daran (G4.10).

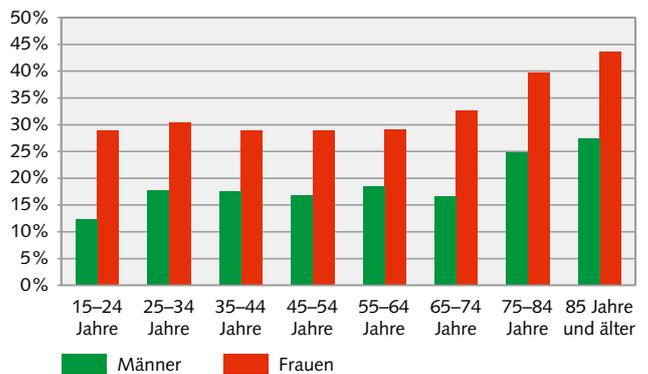
Starke körperliche Beschwerden

Von starken körperlichen Beschwerden wird gesprochen, wenn eine Person angibt, im Zeitraum von vier Wochen mit starker Intensität an mindestens vier der nachstehenden Beschwerden gelitten zu haben: «Rücken- oder Kreuzschmerzen», «allgemeine Schwäche», «Schmerzen oder Druckgefühl im Bauch», «Durchfall, Verstopfung oder beides», «Einschlaf- oder Durchschlafstörungen», «Kopfschmerzen, Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen», «Herzklopfen, Herzjagen oder Herzklopfen». Beschwerden, die im Zusammenhang mit Fieber auftraten, werden nicht berücksichtigt, sondern als akute Erkrankung betrachtet.

Starke körperliche Beschwerden, 2007

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

G 4.9



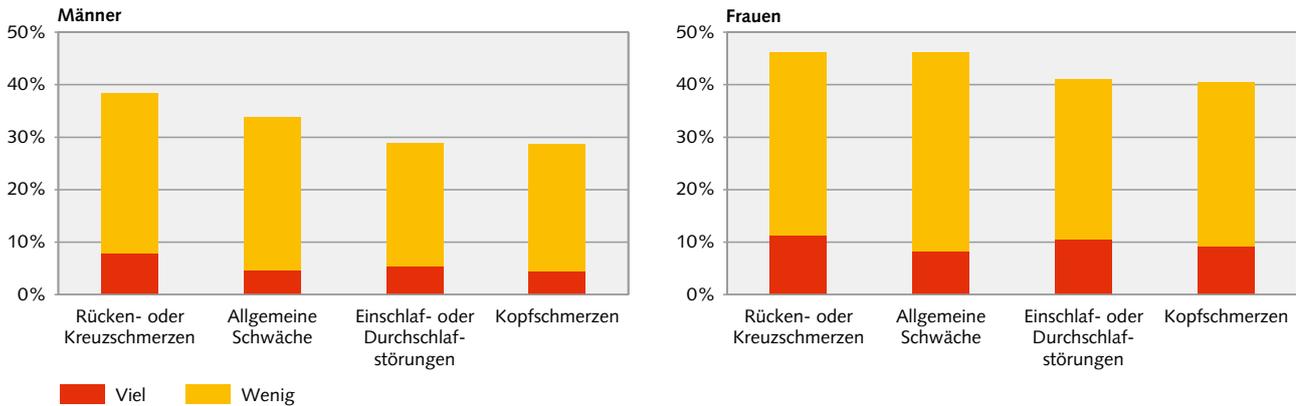
Quelle: BFS, SGB

© BFS

Körperliche Beschwerden, 2007

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

G 4.10



Quelle: BFS, SGB

© BFS

Frauen berichteten häufiger über mittlere oder hohe psychische Belastungen als Männer (19% gegenüber 15%). Zudem liess sich ein starker sozialer Gradient feststellen, vor allem bei den Personen im Erwerbsalter (G4.11). Im Gegensatz zu den dauerhaften Gesundheitsproblemen und den körperlichen Beschwerden nahmen die Symptome psychischer Belastung mit dem Alter eher ab.

in Privathaushalten lebenden Bevölkerung ab 15 Jahren während mindestens eines Tages innerhalb von vier Wochen nicht zur Arbeit gehen oder ihre gewohnte Tätigkeit, wie z.B. den Haushalt besorgen, ausüben. Bei der Hälfte der Betroffenen dauerte die eingeschränkte Leistungsfähigkeit mindestens vier Tage. Personen mit niedrigem Bildungsstand berichteten häufiger über Beeinträchtigungen von mindestens vier Tagen Dauer (G4.12).

Symptome psychischer Belastung

Der anhand der international verwendeten Messmethode «Mental Health Inventory» erstellte Indikator «psychischen Belastung» erfasst die Lebensqualität in Abhängigkeit der psychischen Gesundheit. Dabei wird die Häufigkeit von fünf Gemütszuständen innerhalb von vier Wochen ermittelt (sich sehr nervös fühlen; sich so niedergeschlagen und verstimmt fühlen, dass einen nichts aufmuntern kann; sich entmutigt und deprimiert fühlen; sich ruhig, ausgeglichen und gelassen fühlen; sich glücklich fühlen).

Diagnostizierte Gesundheitsprobleme

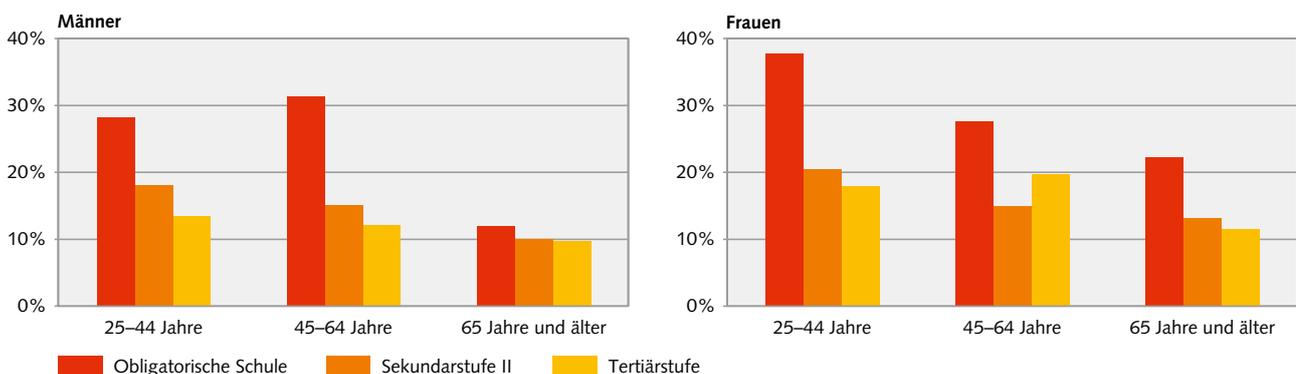
Über die diagnostizierten gesundheitlichen Probleme der Bevölkerung («objektive Gesundheit») sind keine systematischen und umfassenden Daten vorhanden. Die einzigen hierzu verfügbaren Daten, die von Fachpersonen des Gesundheitswesens bereitgestellt werden, betreffen die Todesursachen und die Diagnosen im Zusammenhang mit Krankenhausaufenthalten. Bei einer Nutzung dieser Daten ist deshalb zu berücksichtigen, dass diese lediglich eine Teilansicht des epidemiologischen Bildes der Bevölkerung vermitteln. Denn erstens werden die

Gesundheitsprobleme können die Verrichtung gewohnter Tätigkeiten beeinträchtigen (Angaben zu Behinderungen > Kapitel 4.4). Im Jahr 2007 konnten 10% der

Mittlere oder hohe psychische Belastung, 2007

Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten ab 25 Jahren, innerhalb von vier Wochen

G 4.11



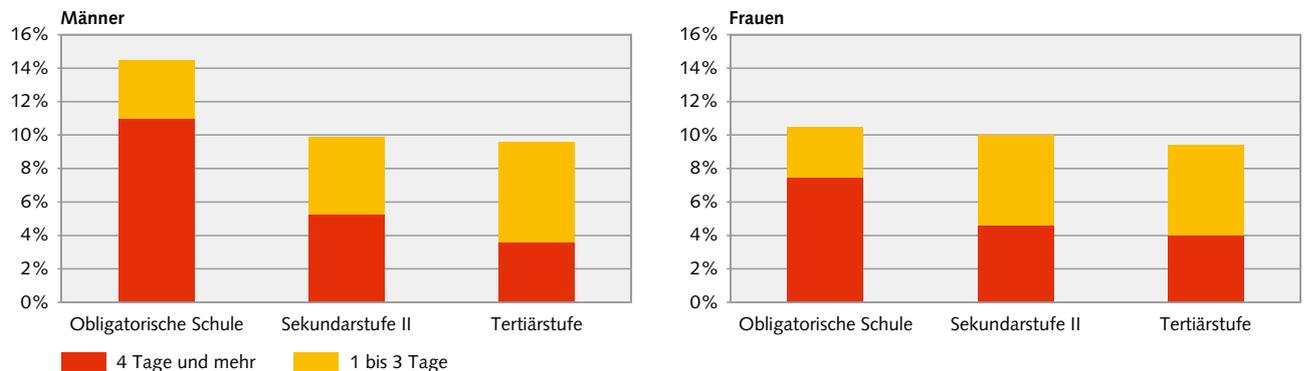
Quelle: BFS, SGB

© BFS

Vorübergehende Unfähigkeit, aus gesundheitlichen Gründen einer Erwerbstätigkeit nachzugehen oder Haushaltsarbeiten auszuüben, 2007

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren, innerhalb von vier Wochen

G 4.12



Quelle: BFS, SGB

© BFS

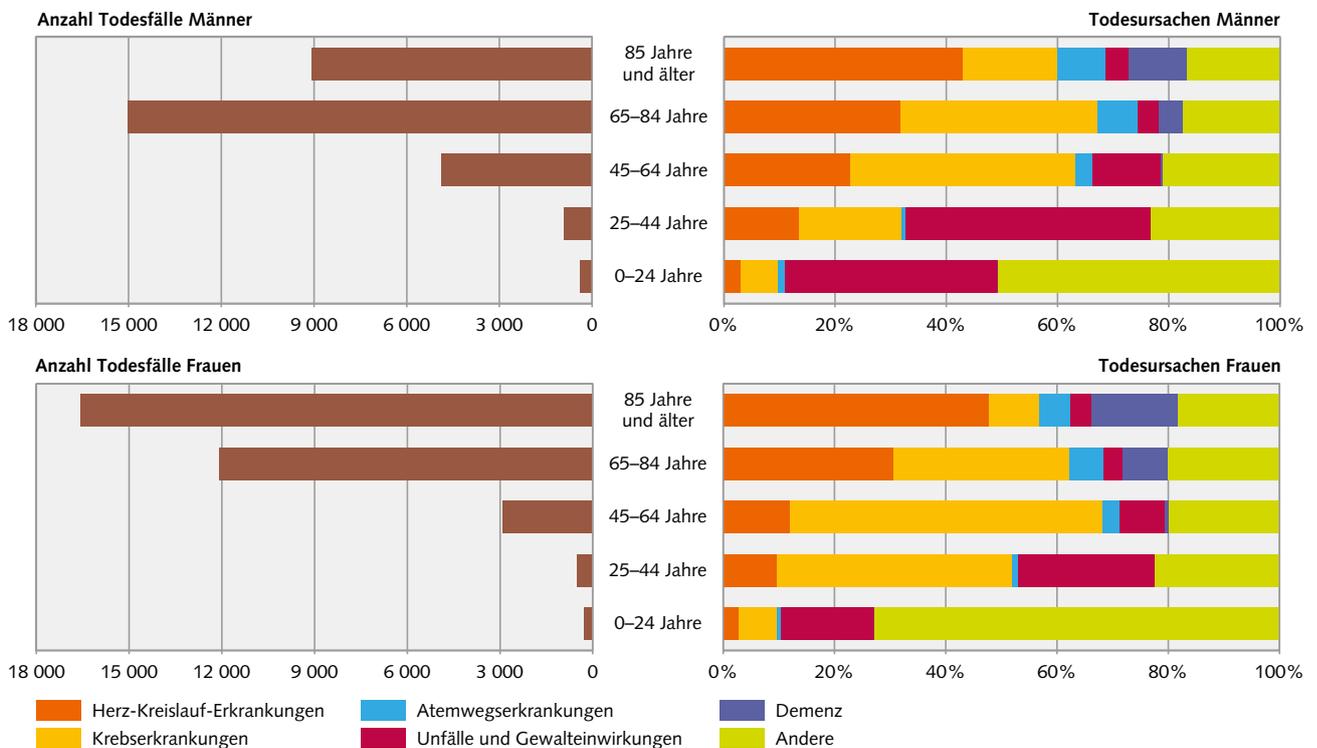
meisten Krankheiten ambulant oder ohne Einbezug einer Gesundheitsfachperson behandelt und Spitalaufenthalte erfolgen eher bei schweren Gesundheitsproblemen, und zweitens sind die im Laufe des Lebens erlittenen Krankheiten häufig nicht identisch mit der Todesursache.

Über 80% der Todesfälle lassen sich auf vier Krankheitsgruppen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Krankheiten des Atmungssystems und

Demenz) sowie Unfälle und andere Gewalteinwirkungen zurückführen (G4.13). Bei den hochbetagten Personen (ab 85 Jahren) überwiegen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen klar, während Krebs die häufigste Todesursache bei Personen zwischen 45 und 84 Jahren ist. Krebsleiden stehen auch an erster Stelle der Todesfälle bei Frauen im Alter von 25–44 Jahren. Bei den Männern unter 45 Jahren sind Unfälle und andere Gewalteinwirkungen die Haupttodesursache.

Häufigste Todesursachen nach Alter, 2010

G 4.13



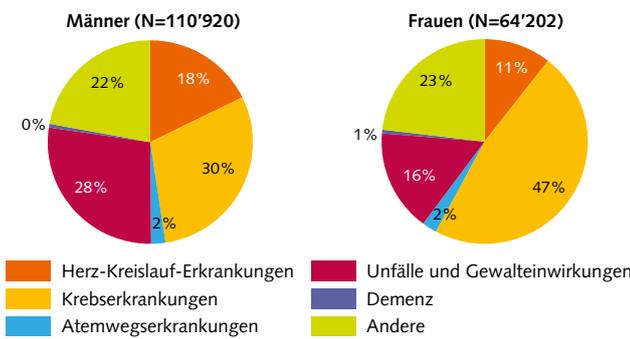
Quelle: BFS, TU

© BFS

Die relative Bedeutung dieser Krankheitsgruppen ändert sich bei Betrachtung der frühzeitigen Todesfälle (vor 70 Jahre), die anhand der Anzahl verlorener potenzieller Lebensjahre gemessen werden (G4.14). Krebs ist insgesamt die wichtigste Ursache für vorzeitigen Tod. Bei den Männern ist der Anteil der Unfälle und Gewalteinwirkung (einschliesslich Suizid) fast ebenso hoch wie jener der Krebserkrankungen. Umgekehrt sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen und vor allem Demenz deutlich seltener der Grund für vorzeitige Todesfälle.

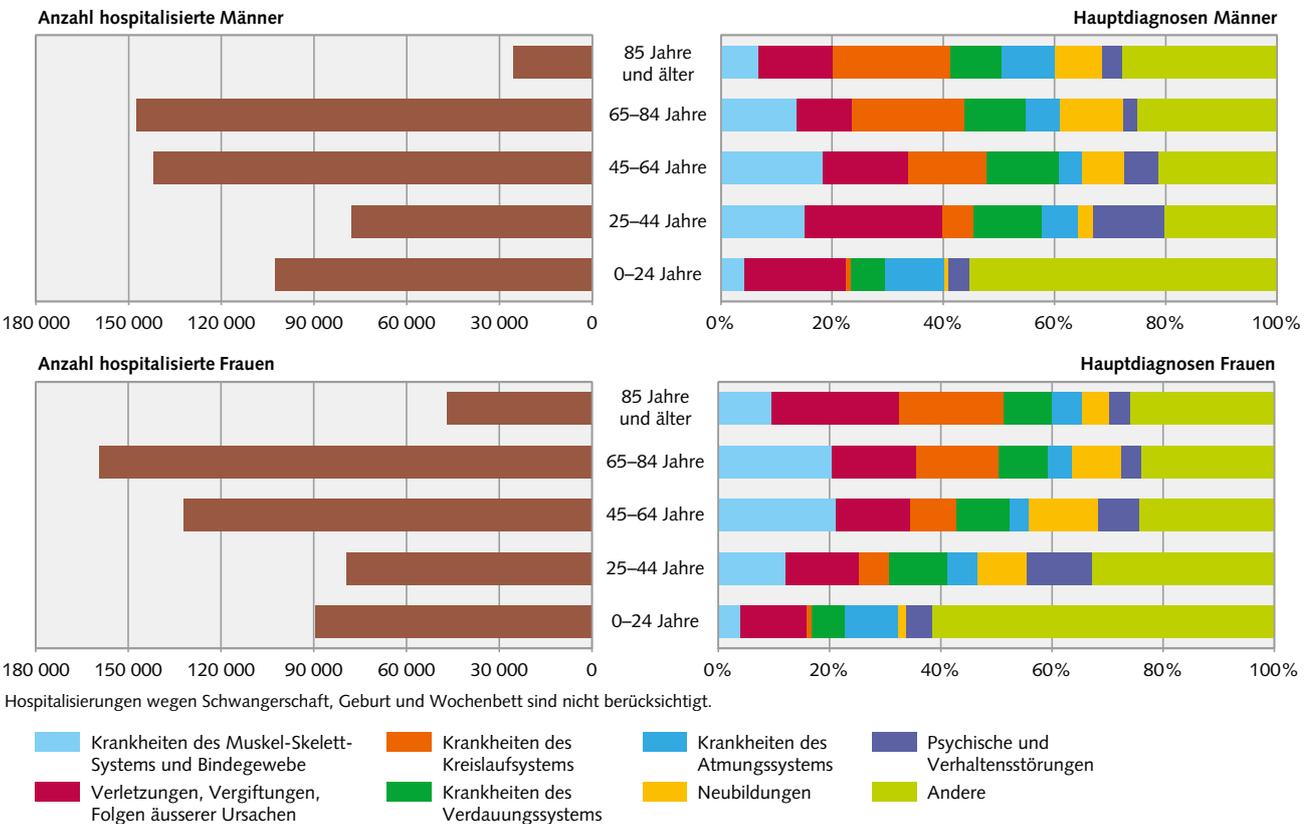
Ein anderes Bild ergibt sich bei Betrachtung der Hospitalisierungen (G4.15). Verletzungen (Unfälle) und andere äussere Ursachen sowie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sind die beiden häufigsten Gründe für einen Spitalaufenthalt (15% bzw. 14% des Totals). Hospitalisierungen infolge von Verletzungen kommen bei Männern unter 45 Jahren und Frauen ab 85 Jahren am häufigsten vor. Diese beiden Bevölkerungsgruppen haben ein erhöhtes Risiko für Verkehrs- und Sportunfälle (Männer) und für Stürze (Frauen). Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs (Neubildungen) sind der Grund für 11% bzw. 7% der Spitalaufenthalte. Dies ist deutlich weniger als der entsprechende Anteil dieser Krankheitsgruppen an den Todesursachen (35% bzw. 26%). Dies zeigt, dass der überwiegende Teil der Hospitalisierungen andere Ursachen hat als diejenigen, die zu einem Todesfall führen. Hospitalisierungen aufgrund von psychischen oder Verhaltensstörungen (6% des Totals) kommen bei Männern und Frauen am häufigsten im Alter zwischen 25 und 44 Jahren vor.

Potenziell verlorene Lebensjahre nach häufigsten Todesursachen, 2010 G 4.14



Quelle: BFS, TU © BFS

Häufigste Diagnosen für hospitalisierte Personen nach Alter, 2010 G 4.15



Quelle: BFS, MS © BFS

4.2 Physische Gesundheit

4.2.1 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Die Herz-Kreislauf-Erkrankungen umfassen sämtliche Krankheiten des Herzens und des Blutkreislaufs. Darunter fallen einerseits Krankheiten wie akuter Myokardinfarkt und Schlaganfall, die nicht sehr häufig sind, aber schwerwiegende oder sogar fatale Folgen haben können, insbesondere bei Personen mittleren Alters. Andererseits beinhalten sie Erkrankungen wie jene der Blutgefäße, die namentlich bei jüngeren Personen häufiger auftreten, aber eine deutlich günstigere Prognose aufweisen. Bei Personen im hohen Alter (ab 85 Jahren) handelt es sich häufig um eine generelle Schwächung des Herz-Kreislauf-Systems, welche nicht zwingend mit einer spezifischen Herz-Kreislauf-Erkrankung im Zusammenhang steht.

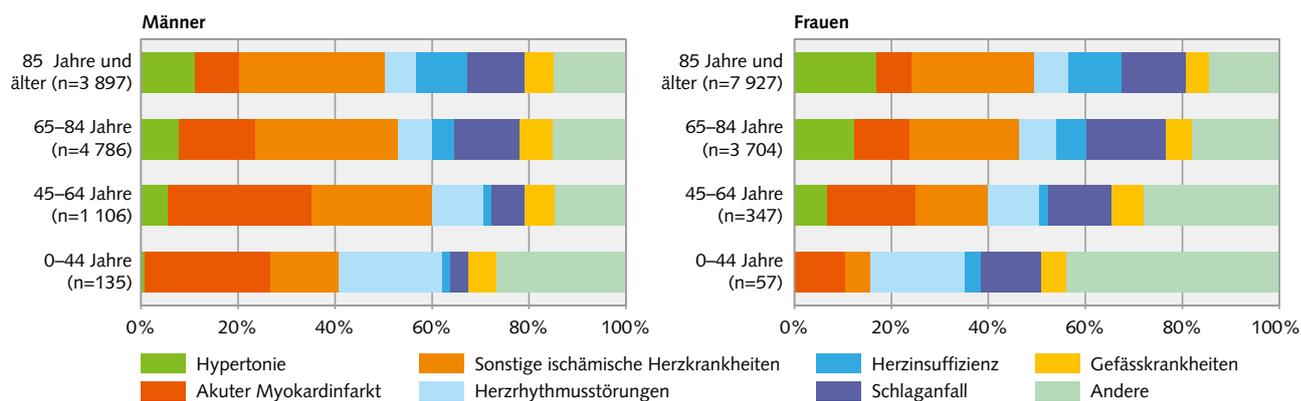
Todesfälle infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind bei Frauen um ein Fünftel häufiger als bei Männern (2010: 12'035 gegenüber 9924). Im Alter zwischen 45 und 64 Jahren ist das Geschlechterverhältnis allerdings umgekehrt, mit 1106 Todesfällen bei den Männern, verglichen mit 347 bei den Frauen (G4.16). In dieser Altersklasse überwiegen die Todesfälle durch ischämische Herzkrankheiten (einschliesslich akuter Myokardinfarkt), die bei Männern fast sechs Mal häufiger auftreten als bei Frauen (604 gegenüber 116).

Männer werden häufiger wegen einer Herz-Kreislauf-Erkrankung stationär behandelt als Frauen (2010: 67'239 gegenüber 52'335). Unter den 45–64-Jährigen befinden sich doppelt so viele Männer wie Frauen in dieser Situation und bei den Hospitalisierungen aufgrund von ischämischen Herzkrankheiten (einschliesslich akuter Myokardinfarkt) sogar vier Mal so viele (8809 gegenüber 2050). Gefässerkrankungen sind der häufigste

Todesfälle infolge Herz-Kreislauf-Erkrankungen, 2010

Anteil nach häufigsten Todesursachen und Alter

G 4.16



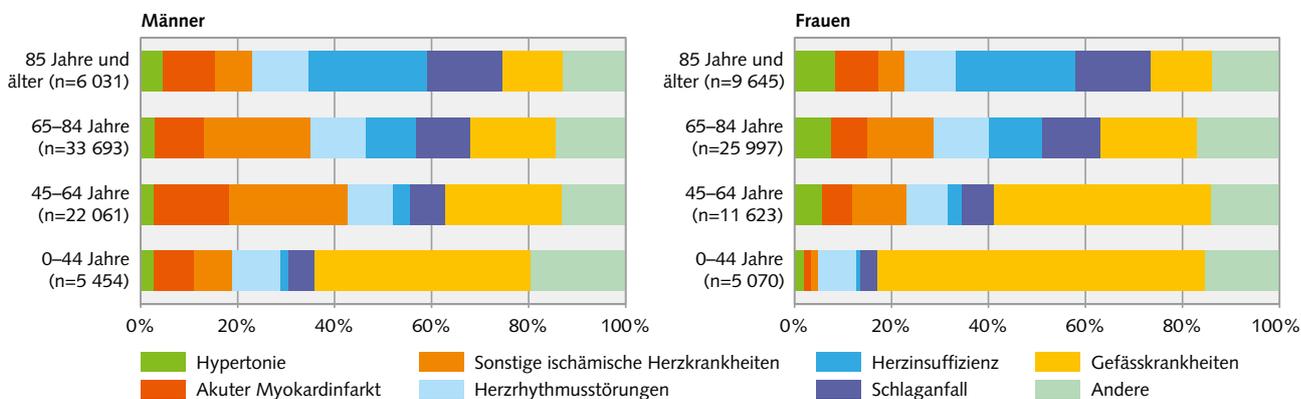
Quelle: BFS, TU

© BFS

Wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen hospitalisierte Personen, 2010

Anteil nach häufigsten Diagnosen und Alter

G 4.17

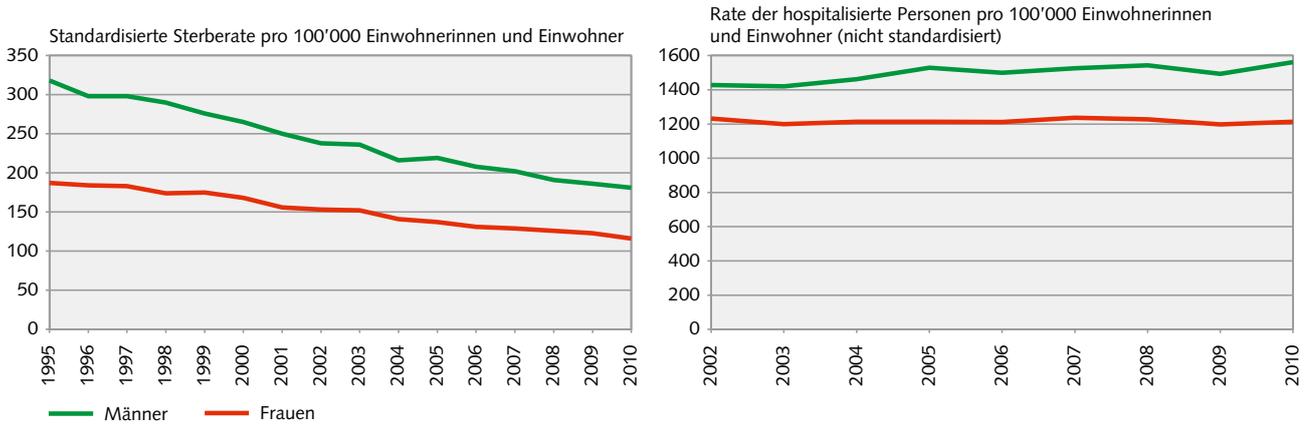


Quelle: BFS, MS

© BFS

Sterberate und Rate der hospitalisierten Personen aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

G 4.18



Quelle: BFS; TU und MS

© BFS

Hospitalisierungsgrund bei Männern unter 45 Jahren und bei Frauen unter 65 Jahren (G4.17). Der Anteil der Hospitalisierungen wegen Schlaganfalls oder wegen Herzinsuffizienz nimmt bei beiden Geschlechtern mit dem Alter stetig zu.

Die Mortalität infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist rückläufig, bei den Männern stärker als bei den Frauen (G4.18). Hingegen ist die Hospitalisierungsrate wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen zwischen 2002 und 2010 stabil geblieben und die Differenz zwischen Männern und Frauen hat sich nicht verringert.

Akuter Myokardinfarkt

Der akute Myokardinfarkt gehört zu den Krankheitsereignissen mit meist unmittelbaren und schwerwiegenden Auswirkungen auf die Gesundheit. In der überwiegenden Zahl der Fälle werden die Betroffenen in ein Spital eingeliefert oder sterben, bevor eine Hospitalisierung erfolgen

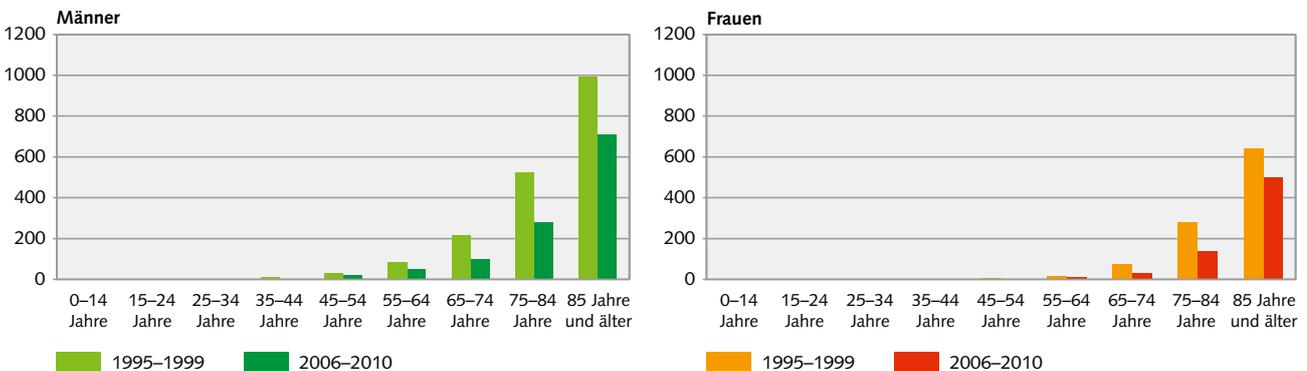
kann. Die Zahl der 2008 aufgetretenen akuten Myokardinfarkte wurde auf 13'859 geschätzt (8978 Männer und 4881 Frauen). Sie waren für 2744 Todesfälle verantwortlich (1564 Männer und 1180 Frauen). Sechs von zehn Todesfällen ereigneten sich ausserhalb des Spitals (Meyer 2007).

Die standardisierte Sterbeziffer für Myokardinfarkt hat sich zwischen 1995 und 2010 mehr als halbiert. Der stärkste Rückgang ergab sich bei beiden Geschlechtern in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen (G4.19). Diese Tendenz steht im Widerspruch zur Zunahme der herzfarktbedingten Spitalaufenthalte um über 40% zwischen 2002 und 2010. Deutlich ist diese Zunahme bei den Männern ab 45 Jahren und bei den Frauen ab 65 Jahren feststellbar (G4.20). Die divergierende Entwicklung der Sterberate und der Anzahl hospitalisierter Personen ist in erster Linie Ausdruck einer sinkenden Sterblichkeit, welche hauptsächlich auf eine verbesserte medizinische Versorgung zurückzuführen sein dürfte.

Sterberate bei akutem Myokardinfarkt

Pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 4.19



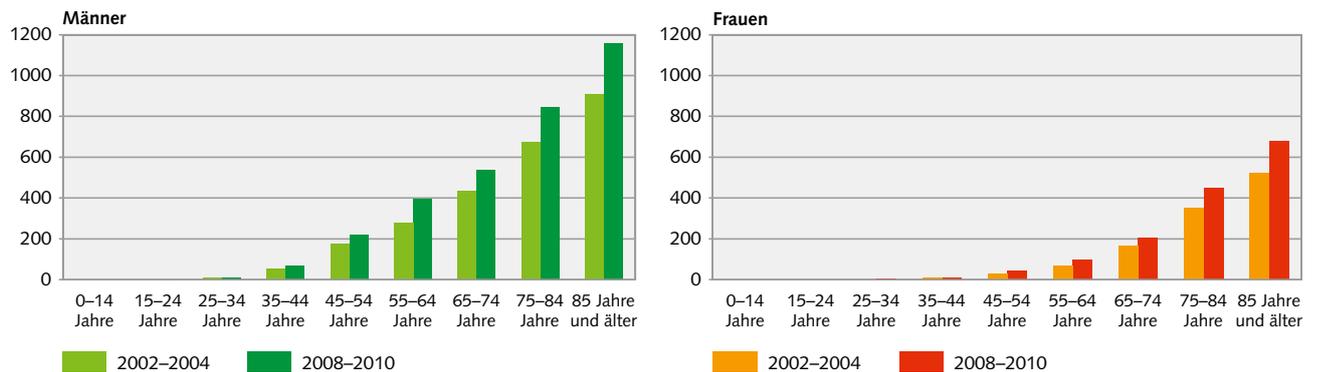
Quelle: BFS, TU

© BFS

Wegen akutem Myokardinfarkt hospitalisierte Personen

Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 4.20



Quelle: BFS, MS

© BFS

Schlaganfall

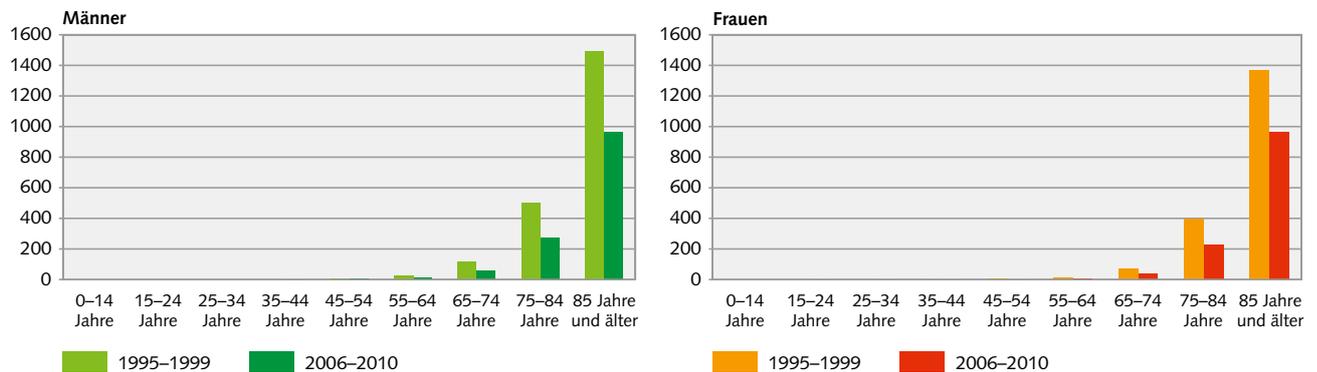
Der Schlaganfall ist wie der akute Myokardinfarkt ein schwerwiegendes Krankheitsereignis, das im Jahr 2010 insgesamt 2884 Todesfälle verursachte (1181 Männer

und 1703 Frauen). Zwischen 1995 und 2010 hat sich die standardisierte Sterbeziffer durch Schlaganfall halbiert. Erst ab dem 65. Altersjahr nahm die Sterberate durch Schlaganfall bei beiden Geschlechtern merklich zu (G4.21).

Sterberate bei Schlaganfall

Pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 4.21



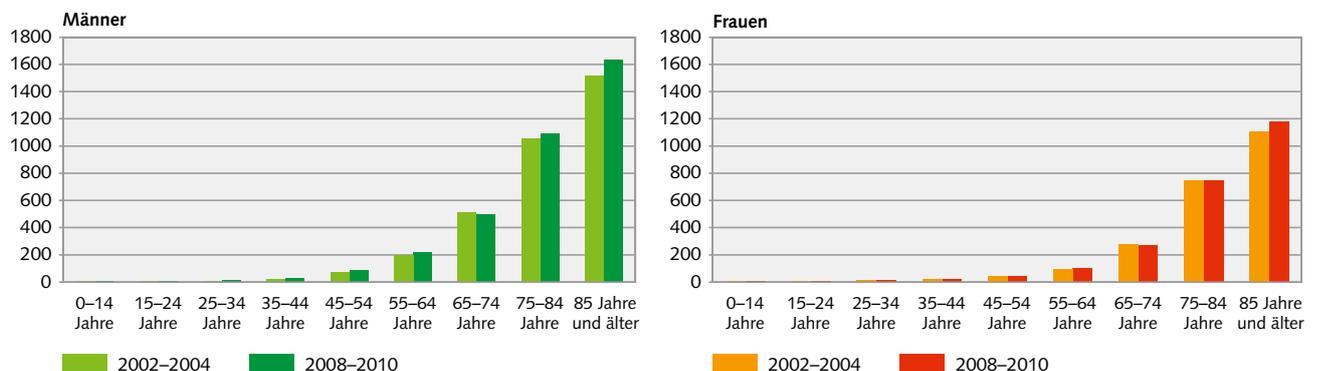
Quelle: BFS, TU

© BFS

Wegen Schlaganfall hospitalisierte Personen

Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 4.22



Quelle: BFS, MS

© BFS

Hingegen ist die Hospitalisierungsrate aufgrund von Schlaganfall zwischen 2002 und 2010 um knapp ein Fünftel gestiegen. Schlaganfall ist eine Krankheit des hohen Alters (G4.22). Im Jahr 2010 waren 46% der Männer und 64% der Frauen, die wegen eines Schlaganfalls hospitalisiert wurden, mindestens 75 Jahre alt. Beim akuten Myokardinfarkt beliefen sich die entsprechenden Anteile auf 29% und 57%.

Risikofaktoren

Haupttrisikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind das Rauchen (> Kapitel 3.5.3), Bluthochdruck, zu hoher Cholesterinspiegel im Blut (Hypercholesterinämie), Bewegungsmangel (> Kapitel 3.5.1), Diabetes (> Kapitel 4.2.2) und Übergewicht (> Kapitel 4.2.3). Der Anteil der auf das Rauchen zurückzuführenden Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen betrug 2007 schätzungsweise 26% bei den Männern (2634 Todesfälle) und 9% bei den Frauen (1166 Todesfälle; BFS 2009a).

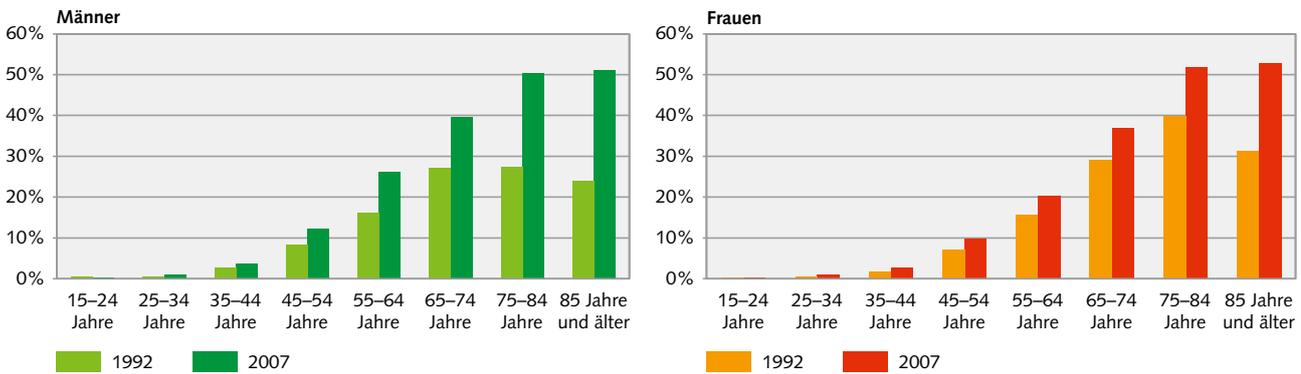
Bluthochdruck wird meistens ambulant behandelt, wobei regelmässige Kontrollen erforderlich sind: Im Jahr 2007 hatten 69% der Männer und 80% der Frauen ab 15 Jahren in Privathaushalten innerhalb von zwölf Monaten ihren Blutdruck kontrollieren lassen. Ab 65 Jahre beträgt dieser Anteil nahezu 90%. Die Therapie von Bluthochdruck erfolgt sehr häufig auch mithilfe von Medikamenten: 87% der Personen, die von Bluthochdruck berichteten, nahmen 2007 blutdrucksenkende Medikamente ein. Die medikamentöse Behandlung von Bluthochdruck nimmt mit dem Alter zu, besonders ab 45 Jahren (G4.23). Die Einnahme von blutdrucksenkenden Medikamenten hat seit 1992 zugenommen. Die Differenz ist bei den Männern ab 55 Jahren und bei den Frauen ab 65 Jahren statistisch signifikant.

Hypercholesterinämie ist eine Stoffwechselstörung. Sie wird weniger häufig kontrolliert als der Bluthochdruck: Im Jahr 2007 hatten 42% der Männer und 45% der Frauen innerhalb eines Jahres ihre Cholesterinwerte kontrollieren lassen. Der Anteil der Personen, die

Medikamente gegen Bluthochdruck

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.23



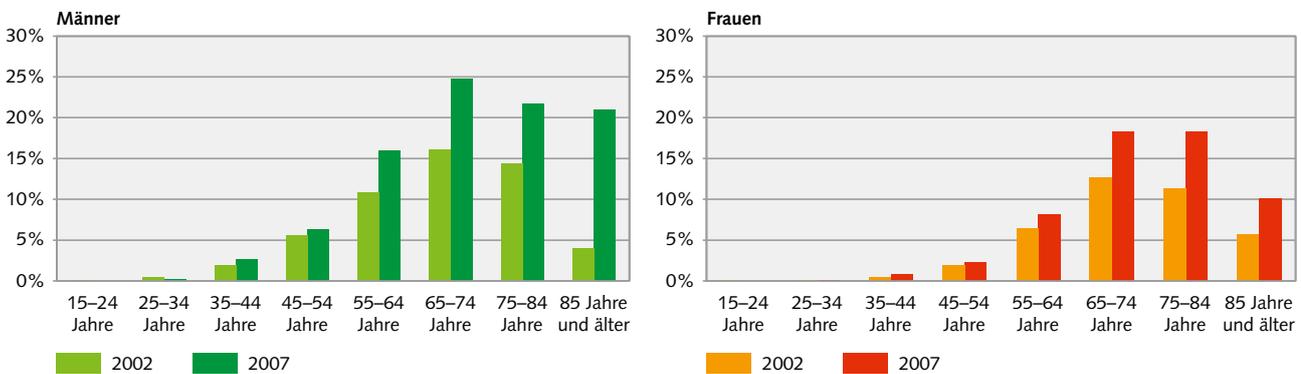
Quelle: BFS, SGB

© BFS

Medikamente gegen Cholesterin

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.24



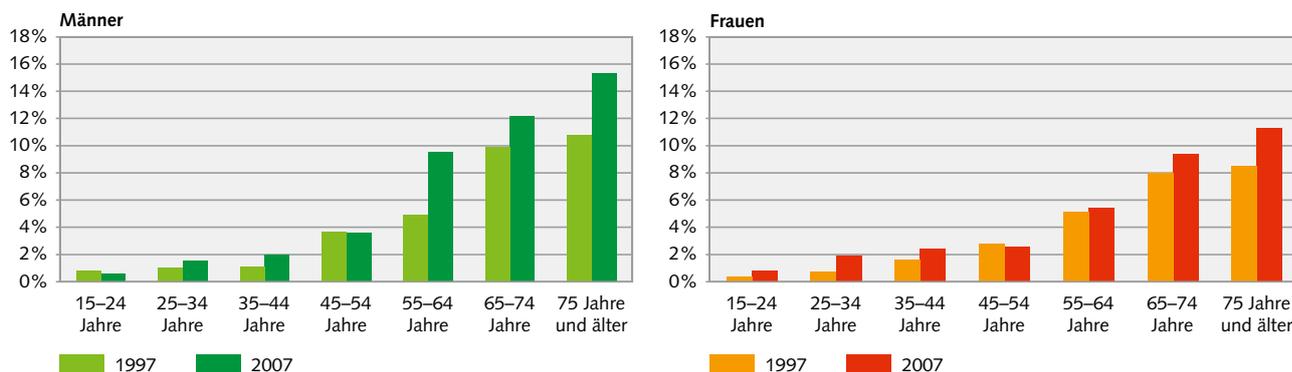
Quelle: BFS, SGB

© BFS

Personen mit Diabetes

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.25



Quelle: BFS, SGB

© BFS

cholesterinsenkende Medikamente einnehmen, steigt mit dem Alter (G4.24). Er ist deutlich niedriger als jener der Personen, die zu blutdrucksenkenden Medikamenten greifen. Die Einnahme von cholesterinsenkenden Medikamenten hat zwischen 2002 und 2007 zugenommen, vor allem unter den Personen im Alter von 65–84 Jahren.

4.2.2 Diabetes

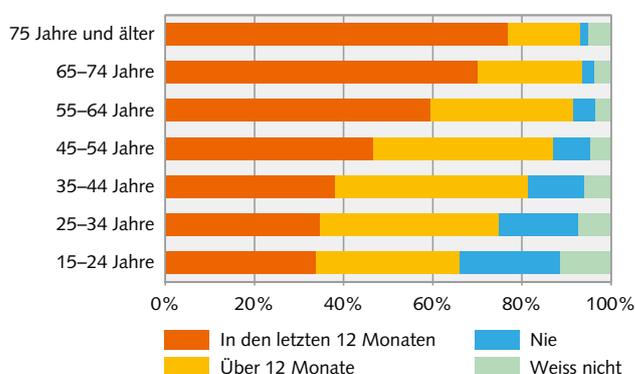
Diabetes ist ein wichtiger Risikofaktor für die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, da die Erkrankung eine Arteriosklerose der Blutgefäße begünstigt. Es gibt zwei Haupttypen von Diabetes: Der (relativ seltene) Diabetes des Typs I ist auf eine ungenügende Insulinproduktion durch die Bauchspeicheldrüse zurückzuführen. Er kann bereits in der Kindheit einsetzen und eine akute Form annehmen. Diabetes des Typs II entsteht infolge einer Insulinresistenz. Die Krankheit ist viel häufiger als Diabetes des Typs I (90–95% aller Diabetesfälle) und setzt typischerweise im fortgeschrittenen Erwachsenenalter ein. Heute findet man sie aber immer häufiger schon bei jüngeren, vorwiegend übergewichtigen Personen.

Im Jahr 2007 gaben 5% der Männer und 4% der Frauen ab 15 Jahren in Privathaushalten an, dass ihr Arzt bzw. ihre Ärztin bei ihnen Diabetes (ungeachtet des Typs) diagnostiziert habe. Der Anteil der Betroffenen steigt bei den Männern ab 45 Jahren und bei den Frauen ab 55 Jahren rasch an (G4.25). Zudem ist auch eine Zunahme der diagnostizierten Fälle innerhalb von 10 Jahren zu verzeichnen, vor allem bei den Männern. Daher sind ab einem Alter von 55 Jahren auch viel mehr Männer betroffen als Frauen. Personen mit höchstens obligatorischer Schulbildung geben zu 7,8% an, von Diabetes betroffen zu sein, während 4,1% der Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe 2 und 3,7% der Personen mit einem tertiären Bildungsabschluss dies berichten.

Diabetes-Vorsorgeuntersuchung, 2007

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.26



Quelle: BFS, SGB

© BFS

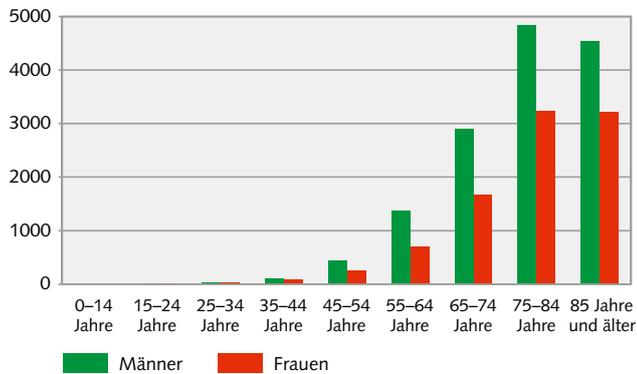
Diabetes des Typs II kann über lange Zeit hinweg symptomlos verlaufen. Die Prävention spielt daher eine wichtige Rolle. Der Anteil der Personen, die während der letzten zwölf Monate vor der Befragung ihren Blutzuckerspiegel hatten kontrollieren lassen, lag 2007 zwischen 47% bei den 45- bis 54-Jährigen und 77% bei den Personen ab 75 Jahren (G4.26). Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen waren unerheblich.

Hospitalisierungen wegen Diabetes des Typs I (als Hauptdiagnose) sind selten (2010: 1098 Personen). Allerdings wird Diabetes des Typs I im Rahmen von Hospitalisierungen auch aus anderen Gründen diagnostiziert. Dies war 2010 bei weiteren 2441 Personen der Fall. Spitalaufenthalte wegen Diabetes des Typs I traten bis zum Alter von 24 Jahren am häufigsten auf. Grund dafür ist, dass diese Art von Diabetes zum Zeitpunkt ihres Auftretens häufig eine akute Form annehmen kann. Sehr viel zahlreicher sind Hospitalisierungen mit Diabetes des Typs II (2010: 56'982 Personen, darunter 56% Männer). In den meisten Fällen (53'539) ist Diabetes des Typs II jedoch

Hospitalisierte Personen mit Diabetes Typ II, 2008–2010

Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner, Haupt- und Nebendiagnosen

G 4.27



Quelle: BFS, MS

© BFS

nicht der Hauptgrund für die Spitalweisung, sondern eine Nebendiagnose. Spitalaufenthalte von Personen mit Diabetes des Typs II sind bis im Alter von 34 Jahren selten, danach steigt ihre Häufigkeit jedoch stark an (G4.27). Bei weiteren 3811 hospitalisierten Personen wurde ebenfalls Diabetes diagnostiziert, jedoch ohne nähere Angaben zum Typ, in über neun von zehn Fällen (93 %) als Nebendiagnose.

4.2.3 Übergewicht

Übergewicht wird definiert als eine übermässige Ansammlung von Fettgewebe im Körper. Seine extreme Form, die Adipositas, wurde 1997 von der WHO als Krankheit anerkannt. Übergewicht und Adipositas sind bedeutende Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, bestimmte Krebsleiden (insbesondere Brust- und Darmkrebs) sowie Erkrankungen des Bewegungsapparats wie z.B. Arthrose. Hauptursache von Übergewicht und Adipositas ist ein energetisches Ungleichgewicht zwischen Kalorienzufuhr (zu reichliche Nahrung) und -verbrauch (ungenügende körperliche Bewegung) (> Kapitel 3.5). Die gängigste Einheit zur Messung von Übergewicht und Adipositas ist der Body Mass Index (BMI).

Body Mass Index (BMI)

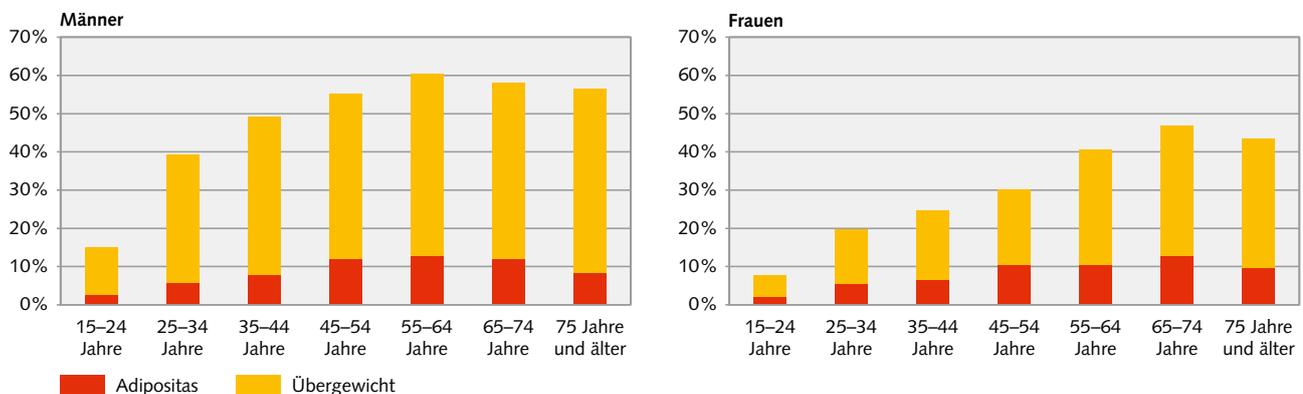
Der Body Mass Index (Körpermassenindex) berechnet sich aus dem Körpergewicht (in Kilogramm) geteilt durch die Körpergrösse (in Metern) im Quadrat. Die WHO unterscheidet für Personen ab 18 Jahren folgende Kategorien: Untergewicht (BMI < 18,5kg/m²), Normalgewicht (BMI zwischen 18,5 und 24,9 kg/m²), Übergewicht (BMI zwischen 25 und 29,9kg/m²) und Adipositas (BMI ≥ 30kg/m²).

Im Jahr 2007 litten Männer deutlich öfter an Übergewicht als Frauen (38% gegenüber 21%). Bei der Adipositas bestanden hingegen keine signifikanten Unterschiede (9% bzw. 8%). Der Anteil der übergewichtigen oder adipösen Personen stieg mit dem Alter an, bei den Männern bis 64 Jahre und bei den Frauen bis 74 Jahre. Danach verringerte er sich langsam (G4.28). Ab dem Alter von 45 Jahren ist eine Mehrheit der Männer übergewichtig oder adipös. Trotzdem gehört die Schweiz weltweit zu den Ländern mit dem niedrigsten Anteil an übergewichtigen Personen (OECD 2009).

Übergewicht und Adipositas, 2007

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.28



Quelle: BFS, SGB

© BFS

Bei der Adipositas besteht ein erheblicher sozialer Gradient (G4.29). Männer ohne nachobligatorischen Schulabschluss weisen ein doppelt so hohes Adipositas-Risiko auf wie solche mit einem Universitätsabschluss (13% gegenüber 6%). Bei den Frauen ist die Differenz noch grösser (15% bzw. 4%). Beim Übergewicht ist nur bei den Frauen ein statistisch signifikanter Unterschied zu erkennen (31% bzw. 16%). Der Anteil der Personen mit Übergewicht oder Adipositas ist zwischen 1992 und 2002 regelmässig von 30% auf 37% angestiegen und hat sich danach bis 2007 auf diesem Niveau stabilisiert. Der Anteil der adipösen Personen hat bei den Männern mit einem niedrigen Bildungsstand deutlich rascher zugenommen als bei jenen mit einem Universitätsabschluss. Bei den Frauen trifft dies nicht zu.

4.2.4 Krebs

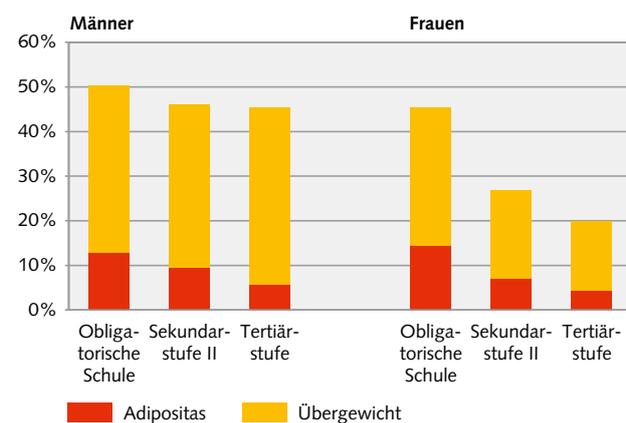
Vier von zehn Personen erkranken im Laufe ihres Lebens an Krebs. Jedes Jahr werden rund 20'000 neue Krebsdiagnosen bei Männern und 17'000 bei Frauen gestellt. Krebs kann in jedem Alter auftreten und das Erkrankungsrisiko nimmt mit dem Alter zu: Lediglich jedes zehnte Krebsleiden betrifft Personen unter 50 Jahren (G4.30). Krebs ist die zweithäufigste Todesursache, rund 8800 Männer und 7100 Frauen sterben jährlich daran.

Die häufigsten Krebsarten sind beim Mann der Prostatakrebs und bei der Frau der Brustkrebs (G4.31). Zusammen mit Lungen- und Dickdarmkrebs machen sie über 50% der jährlich neu diagnostizierten bösartigen Tumore aus. Die häufigsten Krebstodesfälle gehen beim Mann auf Lungenkrebs und bei der Frau auf Brustkrebs zurück. Die Überlebenschancen sind je nach Krebserkrankung verschieden, sie hängen von der tumorspezifischen Prognose, aber auch von der bereits erfolgten Ausbreitung zum Zeitpunkt der Entdeckung ab. Bei früh erkannten Tumoren ist die Überlebenschance meist höher.

Übergewicht und Adipositas nach Bildungsniveau, 2007

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.29



Quelle: BFS, SGB

© BFS

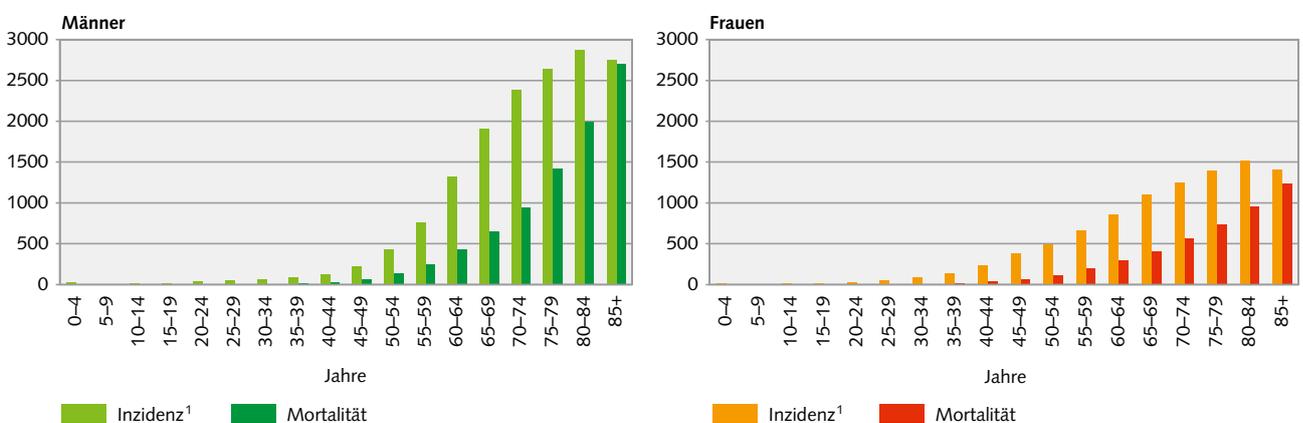
Lungenkrebs

Jedes Jahr wird bei rund 2500 Männern und 1400 Frauen Lungenkrebs neu diagnostiziert. Die 5-Jahres-Überlebensrate ist mit 14% relativ schlecht. Dies erklärt, weshalb Lungenkrebs die häufigste krebsbedingte Todesursache bei Männern (2000 Todesfälle pro Jahr) und die zweithäufigste bei Frauen (1000 Todesfälle pro Jahr) ist. Bei den Männern ist ein starker Rückgang der Zahl der Neuerkrankungen und der Mortalität zu beobachten, während bei den Frauen ein umgekehrter Trend besteht

Krebs (Total), 2005–2009

Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 4.30



¹ Neue Fälle geschätzt aufgrund der Daten der Krebsregister

Quelle: BFS, NICER und KKR, KE

© BFS

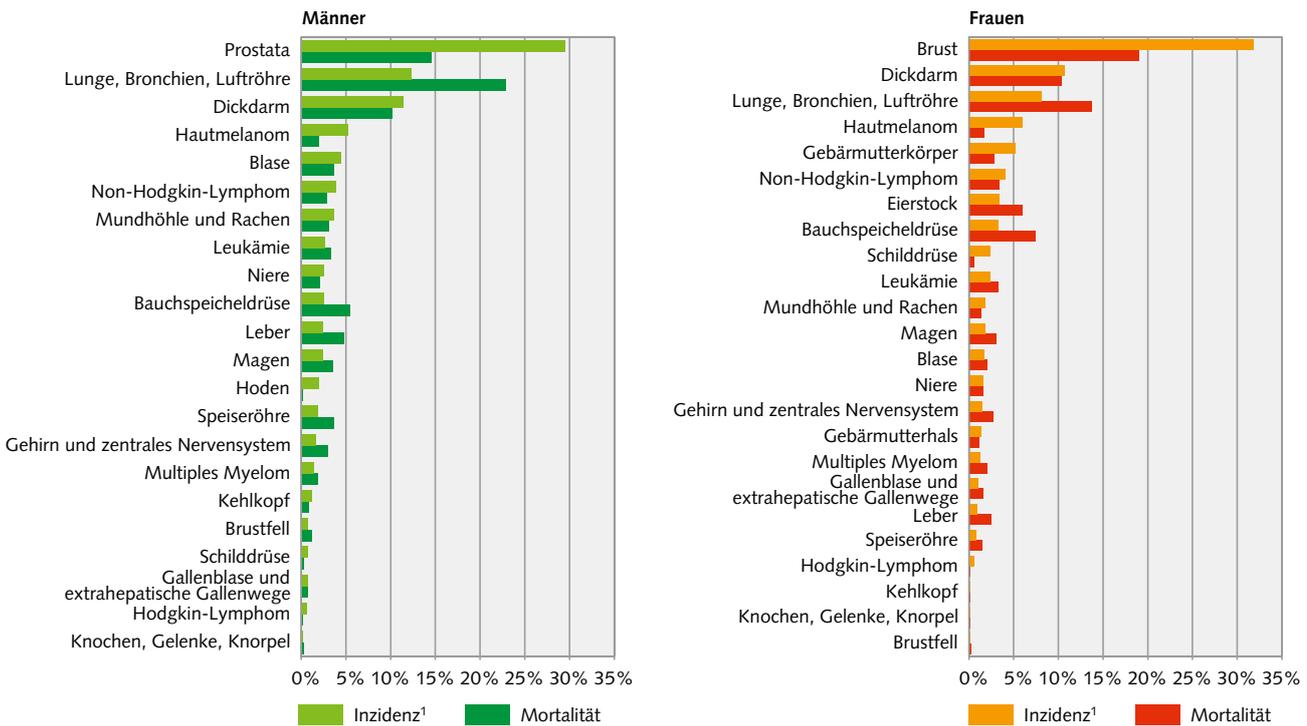
(G4.32). In mehr als 80% der Fälle ist Tabakkonsum die Ursache für Lungenkrebs. Rund 10% sind auf berufliche Tätigkeiten zurückzuführen. Bis heute fehlt eine wirksame Methode zur Früherkennung von Lungenkrebs.

Dickdarmkrebs

Jedes Jahr wird bei rund 4100 Personen Dickdarmkrebs neu diagnostiziert. Die 5-Jahres-Überlebensrate beträgt 60%. Mit jährlich rund 1600 Todesfällen ist Dickdarmkrebs die dritthäufigste Krebstodesursache. Die Neuerkrankungsraten waren zwischen 1985 und 2004 relativ stabil, in den letzten zwei Beobachtungsperioden setzte jedoch eine Abnahme ein. Die Mortalität ist allgemein im Sinken begriffen (G4.33).

Krebs nach Lokalisation, 2005–2009
Anteil nach Krebslokalisation

G 4.31



¹ Neue Fälle geschätzt aufgrund der Daten der Krebsregister

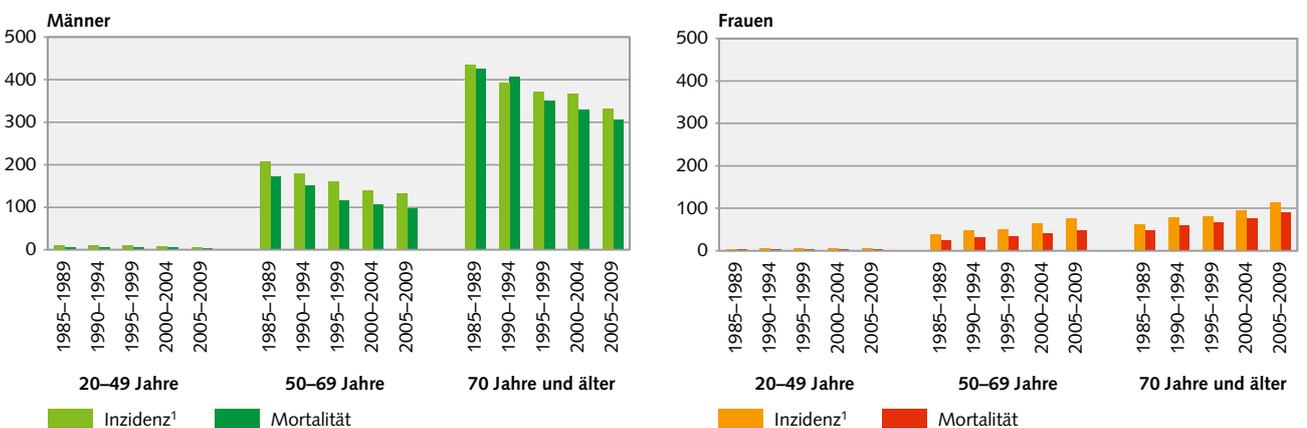
Quelle: BFS, NICER und KKR, KE

© BFS

Lungenkrebs

Rohe Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 4.32



¹ Neue Fälle geschätzt aufgrund der Daten der Krebsregister

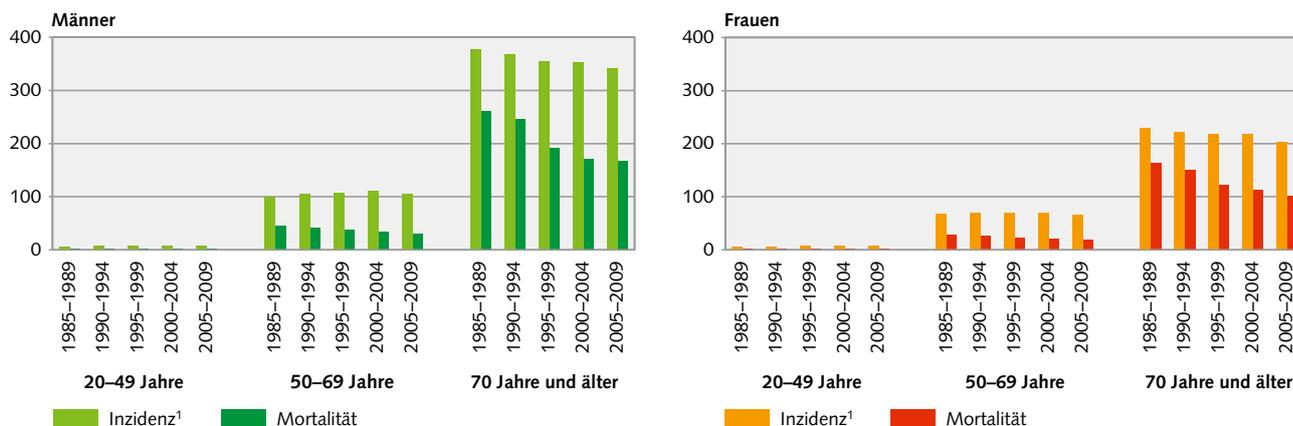
Quelle: BFS, NICER und KKR, KE

© BFS

Dickdarmkrebs

Rohe Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 4.33



¹ Neue Fälle geschätzt aufgrund der Daten der Krebsregister

Quelle: BFS, NICER und KKR, KE

© BFS

Häufiger Genuss von rotem Fleisch oder verarbeitetem Fleisch, Alkoholkonsum von mehr als ein bis zwei Gläser pro Tag, langjähriger Tabakkonsum, Übergewicht, mangelnde körperliche Bewegung und entzündliche Darmerkrankungen sind Risikofaktoren für Dickdarmkrebs. Die Früherkennung erfolgt derzeit auf Initiative der Ärztin bzw. des Arztes und zwar mittels Stuhluntersuchung auf okkultes Blut oder durch eine endoskopische Darmuntersuchung (Darmspiegelung), in der Regel zwischen 50 und 74 Jahren. Im Jahr 2007 gaben 11% der 50- bis 74-Jährigen an, sie hätten in dem Jahr vor der Befragung eine Stuhluntersuchung auf okkultes Blut vornehmen lassen, 73% davon zwecks Früherkennung.

Brustkrebs

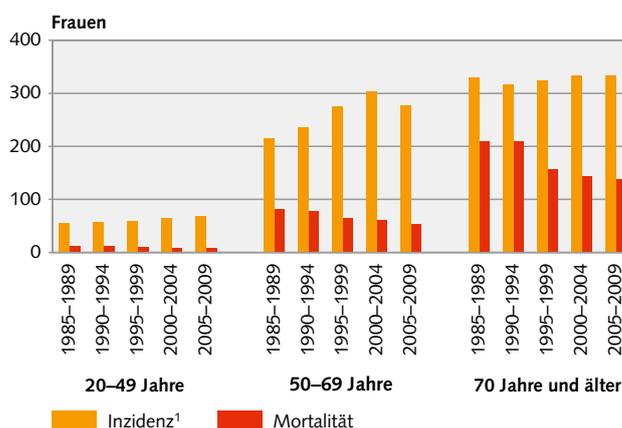
Mit 5400 Neuerkrankungen pro Jahr ist Brustkrebs die häufigste Krebsart bei Frauen. Nach jahrelangem Anstieg ist die Zahl der neuen Brustkrebsfälle in den letzten zwei Beobachtungsperioden zurückgegangen (G4.34). Die Mortalität ist seit zwanzig Jahren rückläufig. Die 5-Jahres-Überlebensrate liegt derzeit bei 82%. Allerdings sind noch immer 19% der Krebstodesfälle bei Frauen auf Brustkrebs zurückzuführen (rund 1350 Todesfälle pro Jahr).

Brustkrebs steht in Zusammenhang mit den weiblichen Geschlechtshormonen. Das Risiko erhöht sich mit der Anzahl der Menstruationszyklen (frühe erste Regelblutung, späte Menopause), bei einem hohen endogenen Hormonspiegel oder bei Adipositas nach der Menopause. Umgekehrt schützen eine erste Schwangerschaft in jungen Jahren, mehrere Geburten und das Stillen vor Brustkrebs. Die Einnahme von Hormonen (Antibabypille oder Hormonersatzpräparate)

Brustkrebs

Rohe Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 4.34



¹ Neue Fälle geschätzt aufgrund der Daten der Krebsregister

Quelle: BFS, NICER und KKR, KE

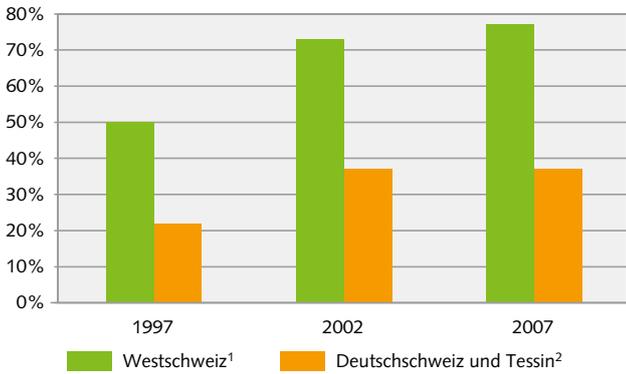
© BFS

während mehr als fünf Jahren erhöht das Risiko vorübergehend. 5 Jahre nach dem Absetzen sinkt dieses wieder auf den Normalwert.

Frauen zwischen 50 und 69 Jahren wird empfohlen, alle zwei Jahre eine Früherkennungs-Mammografie durchführen zu lassen. 78% der Frauen in dieser Altersgruppe hatten im Jahr 2007 diese Untersuchung mindestens einmal in Anspruch genommen. 47% hatten sie in den zwei Jahren vor der Befragung machen lassen, 85% davon zu Früherkennungszwecken und ohne dass Symptome vorlagen. In den sechs Kantonen, die 2007 über ein organisiertes Brustkrebs-Früherkennungsprogramm verfügten (VD, VS, GE, FR, NE, JU), hatten sich 77% der 50- bis 69-jährigen Frauen in den zwei Jahren vor der Befragung einer Mammografie unterzogen, im Vergleich zu 37% der Frauen in der übrigen Schweiz (G4.35).

Mammografie

Frauen in Privathaushalten, von 50 bis 69 Jahren die in den zwei vorangehenden Jahren eine Mammografie durchgeführt haben **G 4.35**



¹ VD, VS, GE, FR, NE, JU
² ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG, TI

Quelle: BFS, SGB © BFS

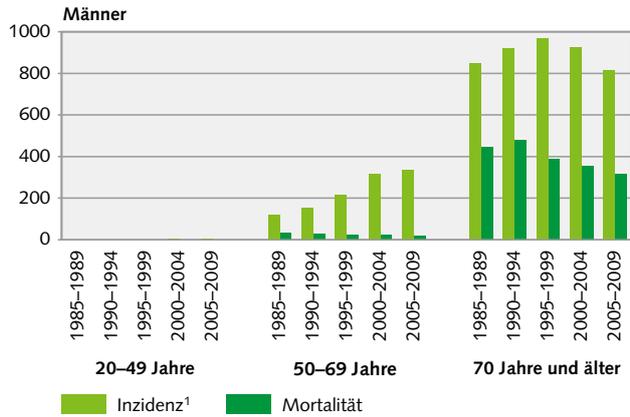
Prostatakrebs

Jedes Jahr werden rund 5900 neue Fälle von Prostatakrebs diagnostiziert, sehr selten bei Männern unter 50 Jahren (G4.36). In den letzten 25 Jahren stieg die Neuerkrankungsrate zunächst stark an, in den letzten zwei Beobachtungsperioden ist jedoch ein Rückgang zu beobachten. Die 5-Jahres-Überlebensrate beträgt 82%. Prostatakrebs ist für 15% der krebsbedingten Todesfälle bei Männern verantwortlich (rund 1300 Todesfälle pro Jahr). Die Sterberate bei Prostatakrebs ist seit Mitte der 1990er-Jahre rückläufig.

Es besteht eine Möglichkeit zur Früherkennung des Prostatakarzinoms durch Ermittlung des Prostataspezifischen Antigens (PSA) im Blut, eine Untersuchung, die in der Regel zwischen 50 und 74 Jahren durchgeführt wird. Allerdings ist nicht klar, ob dies den Verlauf der Krankheit wirksam zu beeinflussen und deren Mortalität zu senken vermag. Im Jahr 2007 gaben 25% der 50- bis 74-jährigen

Prostatakrebs

Rohe Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner **G 4.36**



¹ Neue Fälle geschätzt aufgrund der Daten der Krebsregister

Quelle: BFS, NICER und KKR, KE © BFS

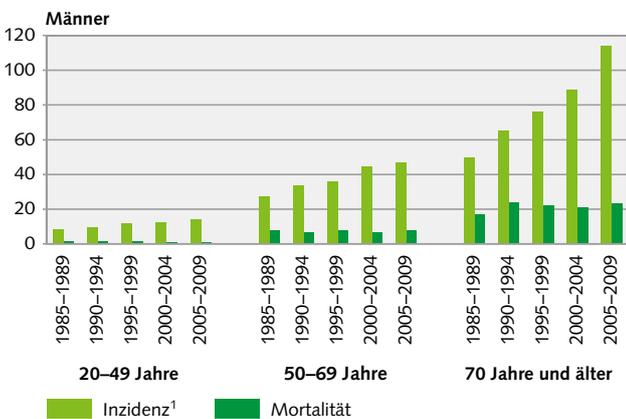
Männer an, in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung eine solche Untersuchung durchgeführt zu haben, 79% davon zwecks Früherkennung, ohne dass Symptome vorlagen.

Melanom

Jedes Jahr werden rund 2100 neue Fälle von Melanomen, einer der zwei Hauptarten von Hautkrebs, diagnostiziert. Das Melanom ist bei jungen Erwachsenen eine der häufigsten Krebsdiagnosen und trifft Männer häufiger als Frauen. Die Zahl der Neuerkrankungen hat in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen (G4.37). Mit einer 5-Jahres-Überlebensrate von mehr als 89% hat diese Krebsart eine der besten Prognosen. Hautmelanome führen jährlich zu rund 290 Todesfällen und die Sterblichkeitsrate ist seit längerem relativ stabil.

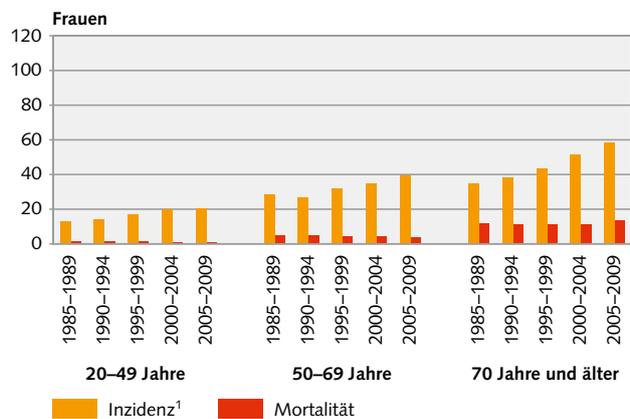
Hautmelanom

Rohe Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner **G 4.37**



¹ Neue Fälle geschätzt aufgrund der Daten der Krebsregister

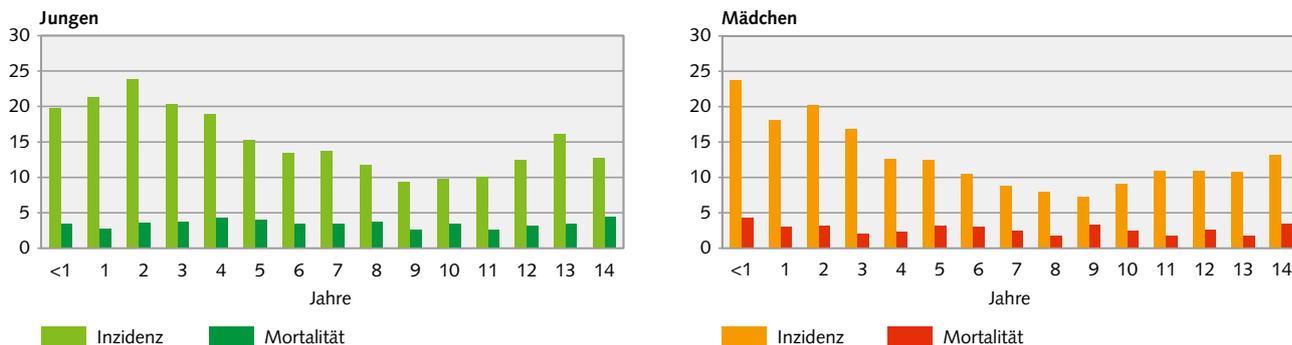
Quelle: BFS, NICER und KKR, KE © BFS



Krebs bei Kindern, 1985–2009

Rate pro 100'000 Kinder

G 4.38



Quelle: BFS und KKR, KE

© BFS

Der Hauptrisikofaktor für die Entstehung eines Melanoms ist die Exposition gegenüber ultravioletter Strahlung, insbesondere den Strahlen des Sonnenlichts, von Bräunungslampen oder Solarien. Im Jahr 2007 gaben 88% der Frauen und 79% der Männer an, sich vor Sonnenstrahlen zu schützen. Eine helle Hautfarbe und das Vorhandensein zahlreicher Muttermale sind weitere Risikofaktoren. Entsprechend wichtig ist deren Überwachung: Über ein Drittel der Personen gab 2007 an, dass sie sich schon mindestens einmal im Leben einer Hautuntersuchung unterzogen haben, Frauen etwas häufiger als Männer (36% gegenüber 33%). 10% der Bevölkerung hatten diese Untersuchung in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung vornehmen lassen.

Die Heilungschancen haben sich stark verbessert und erreichen heute 80%, während sie 1950 noch unter 20% lagen. Die Schweiz gehört zusammen mit Deutschland, Österreich und Finnland zu den Ländern mit den besten Behandlungsergebnissen. Allerdings bestehen Unterschiede zwischen den verschiedenen Tumorgruppen. Die besten Ergebnisse werden für Hodgkin-Lymphome erzielt (über 95% geheilt), schlechter sind sie für die akute myeloische Leukämie sowie für Hirntumore und Sarkome.

Krebserkrankungen bei Kindern

Lediglich 0,5% aller Tumore treten im Kindesalter (0–14 Jahre) auf. Dies entspricht jährlich rund 170 Neuerkrankungen. Diese Anzahl ist seit Anfang der 1990er-Jahre relativ stabil. Dennoch sind Krebserkrankungen wie bei den Erwachsenen die zweithäufigste Todesursache, mit durchschnittlich 30 verstorbenen Kindern pro Jahr.

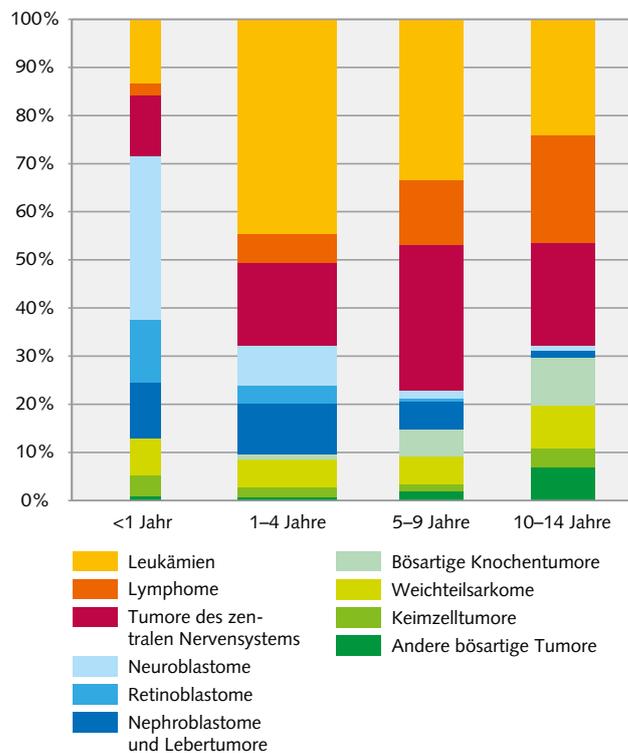
Krebserkrankungen treten im Säuglingsalter und bei 1- bis 4-jährigen Kindern häufiger auf als im frühen Schulalter (G4.38). Ab der Pubertät nimmt die Häufigkeit der Neuerkrankungen langsam wieder zu. Praktisch alle Tumorarten sind bei Knaben häufiger als bei Mädchen.

Bei Kindern werden Krebserkrankungen nicht nach der Lokalisation, sondern nach ihrer Histologie (Gewebeart) eingeteilt, entsprechend der internationalen Klassifikation der Tumore im Kindesalter, ICCG (G4.39). Am häufigsten sind Leukämien (33%), gefolgt von Tumoren des zentralen Nervensystems (21%, vor allem Hirntumore) und Lymphomen (12%).

Krebs bei Kindern nach Art und Alter, 1985–2009

Anteil nach Altersklasse

G 4.39



Die Flächen entsprechen der Anzahl Krebsfälle

Quelle: SKKR, KE

© BFS

4.2.5 Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (Bewegungsapparat)

Erkrankungen des Bewegungsapparates können neben Skelett und Muskeln auch die Sehnen, Knorpel oder Bänder betreffen. Sie können durch Krankheiten (wie Osteosklerose oder entzündliche Erkrankungen der Gelenke) oder Fehlbildungen (wie Gelenkfehlstellungen) verursacht werden, können aber – etwa im Fall von Rücken- und Gelenkleiden – auch als Folge von Unfällen oder einer Überbeanspruchung der Gelenke, z.B. durch Arbeit oder Sport, auftreten. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems können von leichten, diffusen und vorübergehenden Beschwerden bis hin zu irreversiblen Schäden führen, die einer chronischen Behinderung gleichzusetzen sind. Sie sind jedoch nur selten eine Todesursache. Erkrankungen des Bewegungsapparates können die Lebensqualität der Betroffenen stark beeinträchtigen. Sie verursachen hohe sozioökonomische Kosten und sind der zweithäufigste Hospitalisierungsgrund.

Rücken-, Gelenk- und Gliederschmerzen

Rücken-, Gelenk- und Gliederschmerzen können Symptome für Muskel-Skelett-Erkrankungen sein. 33% der Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten litten im Jahr 2007 nach eigener Aussage ein wenig und 10% stark an Rücken- oder Kreuzschmerzen (ohne Fieber). Die Häufigkeit der Schmerzen stieg mit dem Alter nur geringfügig an, ausser bei Frauen ab 65 Jahren. Der Anteil der Personen ohne nachobligatorischen Schulabschluss, die stark an Rücken- oder Kreuzschmerzen litten, ist doppelt so hoch wie jener der Personen mit Hochschulabschluss (16% gegenüber 7%). Solche Schmerzen können auch mit sozioökonomischen Faktoren und psychosozialen Problemen (Stress usw.) in Zusammenhang stehen.

Gelenk- und Gliederschmerzen sind weniger verbreitet: 32% der Personen gaben an, ein wenig oder stark daran zu leiden. 18% der Bevölkerung hatten Schmerzen in den Händen oder in den oberen Gliedmassen. Die Betroffenen führten diese beiden Arten von Schmerzen häufig auf ihre Arbeit zurück: Dies gilt für 38% der Personen mit Gelenk- und Gliederschmerzen und 50% der Personen mit Schmerzen in den Händen oder oberen Gliedmassen.

Osteoporose

Osteoporose ist eine systemische Erkrankung des Skeletts, die mit einer Verminderung der Knochenmasse und einer Verschlechterung der Knochenqualität einhergeht, verbunden mit einer erhöhten Frakturanfälligkeit. Besonders gefährdet sind Frauen nach den Wechseljahren. Im Jahr 2007 hatten 8% der Frauen ab 41 Jahren und 1% der Männer ab 51 Jahren Medikamente gegen Osteoporose eingenommen. Die Inanspruchnahme dieser Behandlung steigt mit dem Alter stark an. Die Messung der Knochendichte erlaubt die Früherkennung der Osteoporose. 26% der Frauen ab 40 Jahren und 7% der Männer ab 50 Jahren gaben an, mindestens einmal im Leben diese Untersuchung in Anspruch genommen. Die Häufigkeit dieser Kontrolle nimmt bei den Frauen mit dem Alter deutlich zu und ist im Alter von 65 bis 74 Jahren am grössten (42%). Bei den Männern ist sie dagegen stabil.

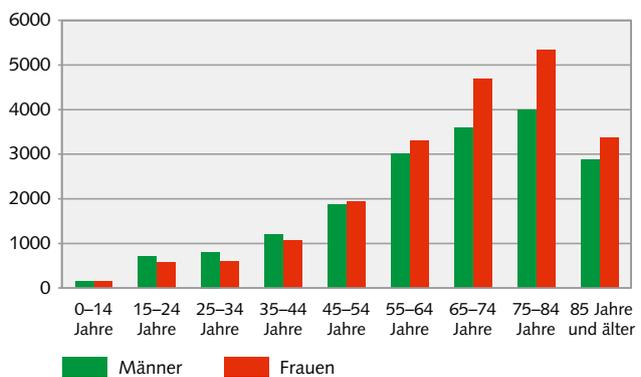
Hospitalisierungen

Im Jahr 2010 wurden 142'055 Personen (davon 45% Männer) wegen Erkrankungen des Bewegungsapparates stationär behandelt. Davon wurden 56% wegen Arthropathien und 23% wegen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens eingewiesen. Die Hospitalisierungsrate für Erkrankungen des Bewegungsapparates ist seit 2002 gestiegen (+17% bei den Männern, +24% bei den Frauen). Bis zum Alter von 44 Jahren werden Männer etwas öfter hospitalisiert als Frauen (G4.40). Ab diesem Alter wendet sich der Trend, und die Differenz vergrössert sich bis zum Alter von 84 Jahren. Ab 85 Jahren sind Hospitalisierungen wegen Schädigungen des Bewegungsapparates als Hauptursache seltener.

Wegen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems hospitalisierte Personen, 2008–2010

Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 4.40



Quelle: BFS, MS

© BFS

Arthropathien

Im Jahr 2010 wurden 79'193 Personen aufgrund einer Arthropathie stationär behandelt. Ab 45 Jahren nimmt die Hospitalisierungsrate mit dem Alter deutlich zu (G4.41). Zwischen 2002 und 2010 hat sich die Hospitalisierungsrate für Arthropathien bei Männern um 26% und bei Frauen um 30% erhöht, grösstenteils bedingt durch die zunehmende Hospitalisierungshäufigkeit von Personen ab 55 Jahren.

Arthropathien

Gelenkerkrankungen der Gliedmassen. Die häufigsten sind Arthrosen (degenerative Erkrankungen der Gelenke) und Arthritis (Gelenkentzündungen).

Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (Dorsopathien)

Im Jahr 2010 wurden 32'096 Personen aufgrund eines Rückenleidens stationär behandelt. Ab 65 Jahren werden mehr Frauen als Männer wegen Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens hospitalisiert (G4.42). Die Hospitalisierungsrate für Dorsopathien blieb zwischen 2002 und 2010 insgesamt unverändert.

Dorsopathien

Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens, z.B. Bandscheibenvorfälle, Fehlbildungen der Wirbelsäule und Bandscheibenentzündungen.

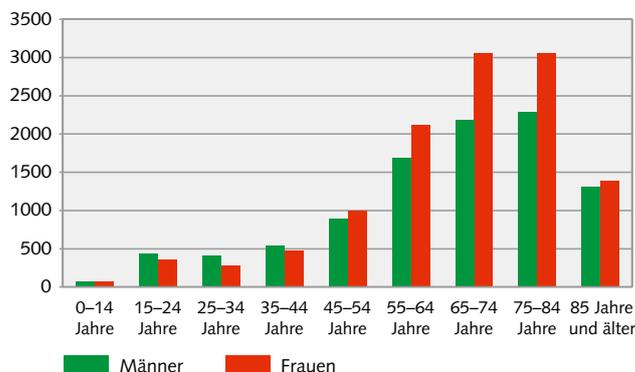
Prothesen

Erkrankungen des Bewegungsapparates können in gewissen Fällen das Ersetzen bestimmter Gelenke durch künstliche Prothesen notwendig machen. Am häufigsten ist die Implantation einer Hüftgelenkprothese, die vor allem nach einer Oberschenkelhalsfraktur angezeigt sein kann (2010: 20'931, +37% gegenüber 2002). Frauen sind häufiger betroffen (55%) (G4.43). Die Hospitalisierungsrate für Hüftprothesen nimmt mit dem Alter kontinuierlich zu, im Gegensatz zu jener für Knieprothesen. Letztere sind weniger zahlreich (15'148 im Jahr 2010), haben sich aber seit 2002 (7646) nahezu verdoppelt. 61% der Personen, die sich einem solchen Eingriff unterzogen haben, sind Frauen. Am häufigsten werden Knieprothesen im Alter von 65 bis 84 Jahren eingesetzt (G4.44).

Wegen Arthropathie hospitalisierte Personen, 2008–2010

Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 4.41



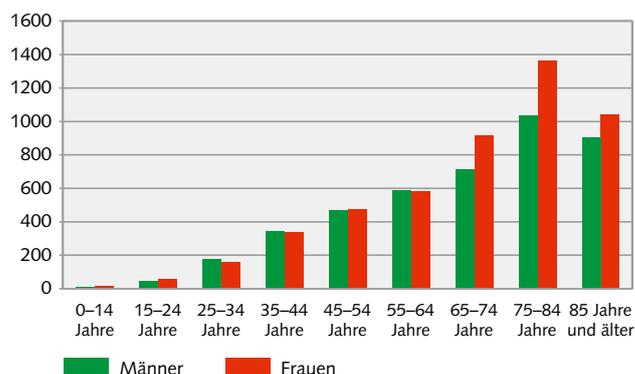
Quelle: BFS, MS

© BFS

Wegen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens hospitalisierte Personen, 2008–2010

Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 4.42



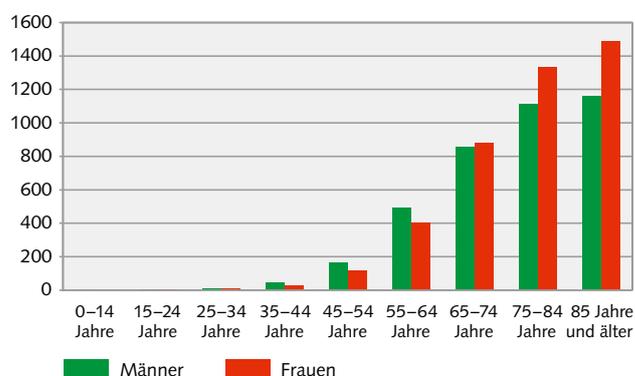
Quelle: BFS, MS

© BFS

Wegen Hüftgelenkprothesenimplantationen hospitalisierte Personen, 2008–2010

Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

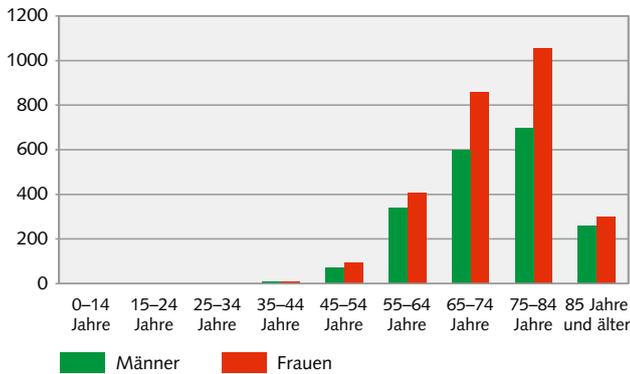
G 4.43



Quelle: BFS, MS

© BFS

Wegen Kniegelenkprothesenimplantationen hospitalisierte Personen, 2008–2010
 Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner **G 4.44**



Quelle: BFS, MS

© BFS

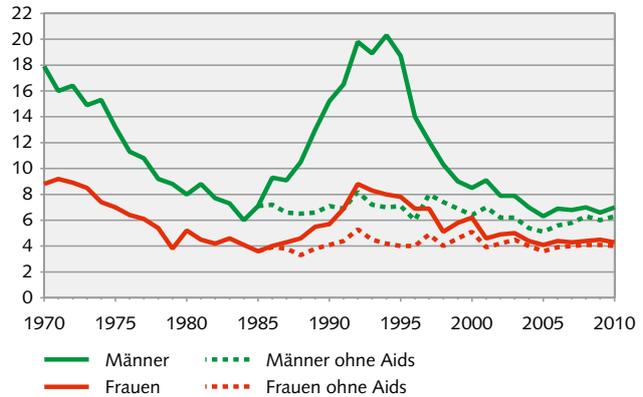
4.2.6 Infektionskrankheiten und Krankheiten des Atmungssystems

Infektionskrankheiten werden durch die Übertragung von Mikroorganismen wie Viren, Bakterien, Parasiten oder Pilzen hervorgerufen. Sie werden nach dem Erregerreservoir (Mensch, Tier, andere) und nach dem Übertragungsweg (Luft, Nahrung, Blut, sexuelle Kontakte) unterschieden. Infektionen können einen wichtigen Grund für akute Lungenkrankheiten darstellen, etwa in Form von Grippe oder Lungenentzündung. Wenn Lungenkrankheiten chronisch werden, wie bei Asthma und chronischer obstruktiver Bronchitis, sind oft auch andere Faktoren daran beteiligt, z.B. das Rauchen, die Luftverschmutzung, industrielle Schadstoffe oder Allergene.

Infektionskrankheiten

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts entfiel rund ein Fünftel der Todesfälle in der Schweiz auf Infektionskrankheiten (mehr als die Hälfte davon auf die Tuberkulose). Dank der allgemeinen Verbesserung der öffentlichen und persönlichen Hygiene, besseren Lebens-, Wohn- und Ernährungsbedingungen, Impfungen und neuen Medikamenten wie Antibiotika konnten die Auswirkungen dieser Krankheiten auf die Volksgesundheit massiv eingedämmt werden, so dass Todesfälle infolge von Infektionskrankheiten heutzutage selten geworden sind. Die standardisierte Sterberate bei Infektionskrankheiten war daher bis 1984 rückläufig (G4.45). Danach setzte im Zuge der Aids-Epidemie ein erneuter Anstieg ein, der zwischen 1992 und 1994 seinen Höhepunkt erreichte. Ohne die Aids-bedingten Todesfälle wäre die Sterblichkeit seit den frühen 1980er-Jahren stabil geblieben. Der Ausbruch der

Sterberate bei Infektionskrankheiten
 Standardisierte Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner **G 4.45**



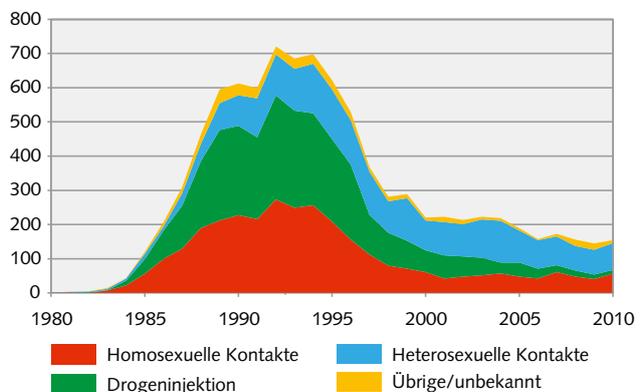
Quelle: BFS, TU

© BFS

Aids-Epidemie hat gezeigt, dass Infektionskrankheiten noch lange nicht bezwungen sind. Sie sind daher weiterhin Gegenstand einer besonderen Überwachung (Meldepflicht für Ärzteschaft und Laboratorien).

Bakterielle Magen-Darm-Infektionen (Salmonella und Campylobacter) sind bei weitem die häufigsten meldepflichtigen Infektionskrankheiten. Im Jahr 2010 wurden 7853 Neuerkrankungen gemeldet. Im gleichen Jahr verstarben 115 Personen, von denen 80% 80 Jahre alt oder älter waren, an den Folgen einer bakteriellen Magen-Darm-Infektion. Tuberkulose ist heute äusserst selten geworden, abgesehen von einigen Risikogruppen (Personen, die Drogen intravenös injizieren, HIV-/Aids-Kranke, Migrantinnen und Migranten aus Herkunftsländern, in denen die Krankheit noch verbreitet ist). Im Jahr 2010 wurden 548 Neuerkrankungen gemeldet. Die Neuerkrankungsrate nimmt seit 1980 stetig ab.

Aids
 Anzahl neuer Fälle nach Infektionsart **G 4.46**



Quelle: BAG, Übertragbare Krankheiten

© BFS

Im Jahr 2010 wurden 156 neue Fälle von Aids diagnostiziert (G4.46). Die Zahl der Neuerkrankungen an Aids stieg bis Anfang der 1990er-Jahre stark an (1992: 721 neue Fälle) und ging in der Folge ebenso deutlich zurück. Die Neuerkrankungen durch Drogeninjektion und homosexuelle Kontakte gingen rascher zurück als die durch heterosexuelle Kontakte verursachten Fälle. Infolgedessen hat sich deren Anteil am Total erhöht und beträgt seit 2003 rund die Hälfte aller Fälle. Die Entwicklung der aidsbedingten Todesfälle verlief parallel. Im Jahr 2010 starben 41 Personen an Aids, drei Viertel davon Männer.

Krankheiten des Atmungssystems

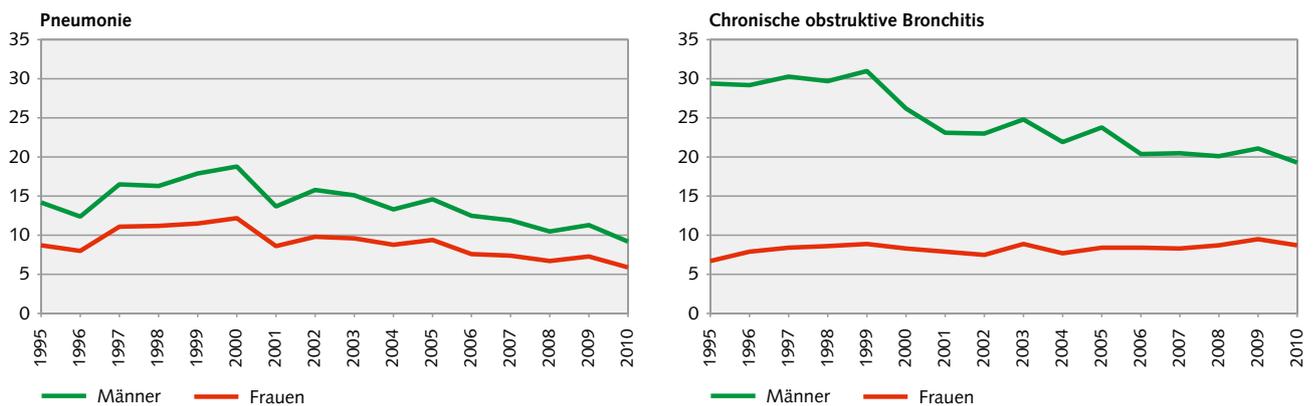
Lungenentzündung (Pneumonie) und chronisch obstruktive Bronchitis sind die beiden Erkrankungen der Atmungsorgane, die am häufigsten zum Tod führen (2010: 1131 bzw. 1813 Todesfälle). Der Schweregrad einer Pneumonie ist höher, wenn die Krankheit bei sehr jungen Kindern

oder älteren Personen auftritt. Die (bei Männern erhöhte) Sterblichkeit infolge Pneumonie ist seit 1995 rückläufig (G4.47). Knapp 80% der Personen, die 2010 an dieser Krankheit starben, erreichten ein Alter von 80 oder mehr Jahren. Die chronische obstruktive Bronchitis ist durch eine langsam fortschreitende Obstruktion der Atemwege und der Lunge gekennzeichnet. Nahezu 80% der durch eine chronische obstruktive Bronchitis verursachten Todesfälle waren 2007 auf das Rauchen zurückzuführen. Die standardisierte Sterberate der Männer ist nahezu doppelt so hoch wie jene der Frauen. Sie hat jedoch zwischen Ende der 1990er-Jahre und 2010 um gut ein Drittel abgenommen, während die Sterberate der Frauen stabil blieb. Diese unterschiedlichen Entwicklungen sind dadurch erklärbar, dass zwar mehr Männer als Frauen rauchen, der Anteil der Rauchenden bei den Frauen jedoch länger anstieg als bei den Männern (> Kapitel 3.5.3).

Sterberate für Pneumonie oder chronische obstruktive Bronchitis

Standardisierte Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 4.47



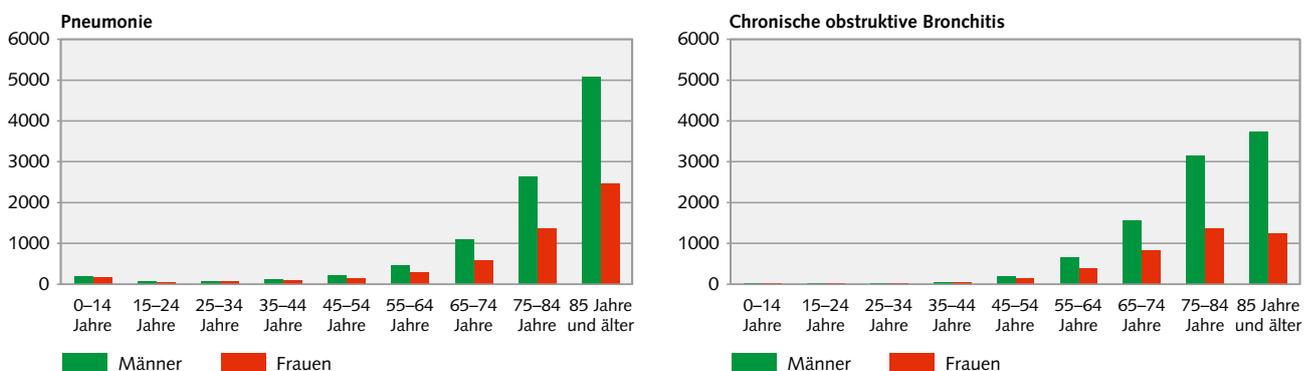
Quelle: BFS, TU

© BFS

Hospitalisierte Personen mit Pneumonie oder chronischer obstruktiver Bronchitis, 2008–2010

Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner, Haupt- und Nebendiagnosen

G 4.48



Quelle: BFS, MS

© BFS

Im Jahr 2010 wurden etwas mehr Personen wegen einer Pneumonie stationär behandelt als wegen chronischen obstruktiven Bronchitiden (31'152 bzw. 27'362). Eine Pneumonie ist dabei in den meisten Fällen (52%) der Hospitalisierungsgrund (Hauptdiagnose), während die chronische obstruktive Bronchitis in nahezu acht von zehn Fällen (77%) als Nebendiagnose im Rahmen einer Hospitalisierung aus anderen Gründen festgestellt wird. Die Hospitalisierungsrate aufgrund von Pneumonie und jene wegen chronischer obstruktiver Bronchitis steigen ab einem Alter von 55 Jahren stark an (G4.48).

4.3 Psychische Gesundheit

Psychische Gesundheit zeigt sich in emotionalem Wohlbefinden, Selbstbewusstsein, Lebenszufriedenheit, Arbeits- und Leistungsfähigkeit, in der Befähigung zu gesellschaftlicher Partizipation und in der Fähigkeit, befriedigende soziale Beziehungen aufzubauen und zu unterhalten. Psychische Gesundheit ist das Ergebnis der Mobilisierung innerer und äusserer Ressourcen, um die vielfältigen Anforderungen und Belastungen im Leben und Alltag zu bewältigen. Umgekehrt lassen sich psychische Probleme aufgrund von Denk-, Gefühls- und Verhaltensstörungen oder Störungen der Beziehungsfähigkeit zu Mitmenschen erkennen. Diese können persönliches Leid, körperliche Erkrankungen sowie die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen und soziale Isolierung nach sich ziehen.

Psychisches Wohlbefinden

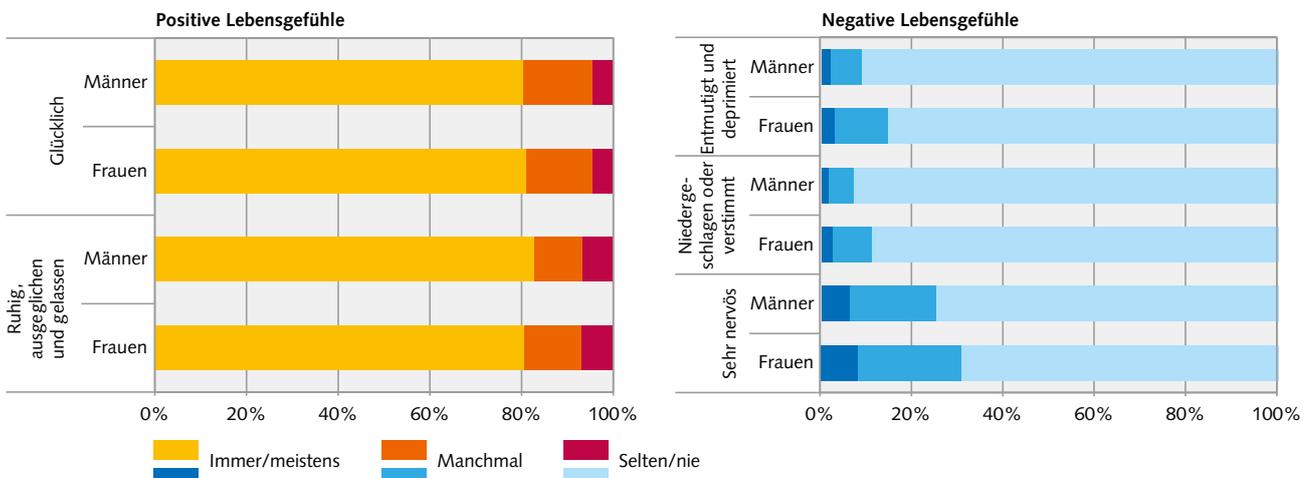
Die grosse Mehrheit der Bevölkerung empfand 2007 sehr viel häufiger positive als negative Gefühle. Die Befragten waren während der letzten vier Wochen vor der Erhebung mehrheitlich immer oder meistens «ruhig und ausgeglichen» oder «glücklich» gewesen (G4.49). Dies gilt für Frauen und Männer gleichermaßen. Bei Personen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe war emotionale Ausgeglichenheit verbreiteter (83%) als bei solchen ohne nachobligatorischen Schulabschluss (77%). Auch nahm diese mit dem Alter tendenziell zu, nämlich von 80% bei den 15- bis 24-Jährigen auf 86% bei den 75-Jährigen und älter. Negative Gemütszustände wie Entmutigung, Verstimmung oder Niedergeschlagenheit waren dagegen in allen Altersgruppen relativ selten (unter 15%). Am stärksten verbreitet war Nervosität: 30% der Frauen und 25% der Männer erlebten sich zumindest manchmal als «sehr nervös».

Wichtige Voraussetzungen für das psychische Wohlbefinden und die Verhinderung von psychischen Krankheiten sind hinreichende und tragfähige soziale Beziehungen. Denn belastende Ereignisse oder Situationen lassen sich mit Unterstützung von vertrauten Personen besser bewältigen. Wenn hingegen sozialen Beziehungen fehlen oder wenig befriedigend sind, können Einsamkeitsgefühle auftreten, was auf die Dauer zu einer Belastung für die Gesundheit werden kann. 2007 fühlten sich 27% der Bevölkerung manchmal und rund 3% häufig einsam (G4.50). Frauen empfanden in allen

Gemütszustand, 2007

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren, innerhalb von vier Wochen

G 4.49



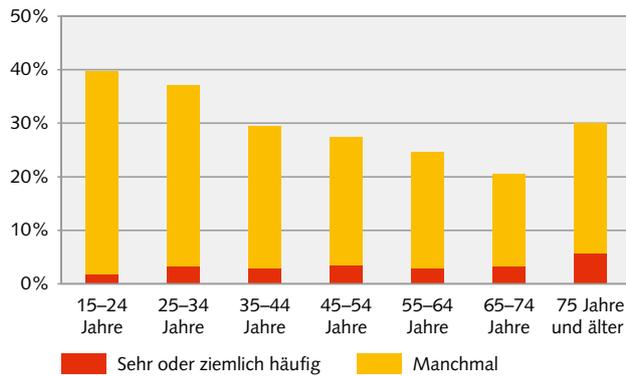
Quelle: BFS, SGB

© BFS

Gefühl von Einsamkeit, 2007

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.50



Quelle: BFS, SGB

© BFS

Altersgruppen häufiger Einsamkeitsgefühle als Männer (35% gegenüber 25%). Mit zunehmendem Alter fühlten sich weniger Personen einsam. Erst im Alter von über 75 Jahren war die Einsamkeit wieder präsenter, was mit dem Verlust des Partners respektive der Partnerin zusammenhängen dürfte. Personen mit tieferem Schulabschluss (obligatorischer Schulabschluss) fühlten sich vermehrt ziemlich oder sehr häufig einsam (7,5%) als solche mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II (2,9%) oder Tertiärstufe (2%). Einsamkeitsgefühle sind nicht zwangsläufig eine Folge von objektiven Gegebenheiten. Allerdings fühlten sich lediglich 3% der Personen mit wöchentlichem Kontakt zu ihrer Familie oft einsam, verglichen mit 16% der Personen ohne Kontakt zum familiären Umfeld. Ähnliches galt für die Kontakte zu Freunden oder Bekannten. Und von den Personen, die mindestens eine Vertrauensperson haben, fühlten sich nur 3% häufig einsam verglichen mit 11% ohne Vertrauensperson.

Um Alltagsprobleme und Krisen bewältigen zu können, ist die so genannte Kontrollüberzeugung eine weitere wichtige Ressource. Als Kontrollüberzeugung wird das Gefühl bezeichnet, das eigene Leben und seinen Verlauf selbst bestimmen zu können. Menschen, die sich dagegen den Ereignissen hilflos ausgeliefert fühlen, neigen eher zu depressiven Verstimmungen: Lediglich 1% der Personen mit starker Kontrollüberzeugung berichteten 2007 von hohen psychischen Belastungen, während der Anteil bei Personen mit schwacher Kontrollüberzeugung 12% betrug. Ebenso hatten sich unter den Personen mit starker Kontrollüberzeugung lediglich knapp 2% wegen Depressionen ärztlich behandeln lassen, verglichen mit 25% der Personen mit schwacher Kontrollüberzeugung.

Personen ohne nachobligatorischen Bildungsabschluss waren deutlich häufiger vom Risiko betroffen, nur über eine schwache Kontrollüberzeugung zu verfügen, als solche mit universitärer Bildung (28% versus 17%) (G4.51). Dass das Ausmass der Kontrollüberzeugung mit dem Bildungsniveau zunimmt, lässt sich mit der durch Bildung erworbenen besseren Kompetenz zur Lebensgestaltung sowie den grösseren Handlungsspielräumen und Entscheidungsbefugnissen in Berufen mit erhöhten Anforderungen erklären. Während sich Männer im Pensionsalter äusseren Einflüssen und Zwängen weniger ausgeliefert fühlten als jüngere, verblieb der Anteil von Frauen mit schwacher Kontrollüberzeugung in allen Altersstufen auf ähnlichem Niveau (keine signifikanten Unterschiede).

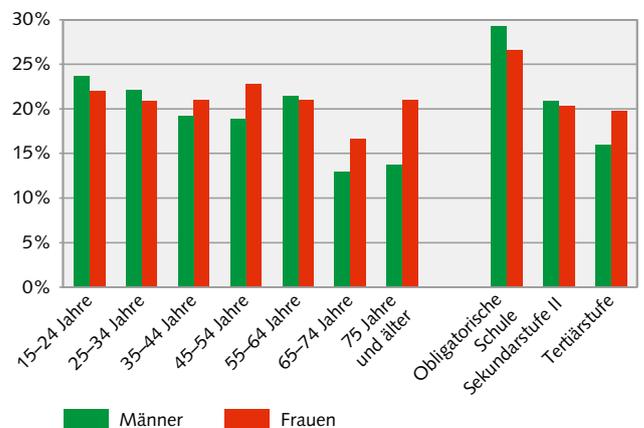
Depression

Depression ist die am häufigsten auftretende psychische Erkrankung. Sie gilt aufgrund der durch sie verursachten Krankheitslast, einschliesslich der durch sie mitbedingten somatischen Leiden, als eines der grössten Gesundheitsprobleme entwickelter Gesellschaften. Zum Krankheitsbild gehören Stimmungseinengung (Verlust der Fähigkeit zu Freude oder Trauer, fehlende Resonanz auf Aufheiterungsversuche von aussen), Antriebshemmung, Unruhe, Denkhemmung oder Schlafstörung. Während der letzten 12 Monate vor der Befragung 2007 hatten 15% aller Einwohnerinnen und Einwohner eine Phase von mindestens zwei Wochen durchlebt, in der sie sich traurig, niedergeschlagen und deprimiert fühlten oder ihr Interesse

Kontrollüberzeugung, 2007

Personen mit der geringsten Kontrollüberzeugung, nach Alter und Bildungsniveau. Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.51



Quelle: BFS, SGB

© BFS

an den meisten Dingen verloren hatten, die ihnen normalerweise Freude bereiteten. Knapp 5% aller Männer und 6% aller Frauen beschrieben ihre Situation derart, dass von einer schweren Depression (Major Depression) ausgegangen werden muss: Die Symptome zeigten sich während mindestens zwei Wochen nahezu täglich und während des ganzen Tages. Ab 65 Jahren geht das Risiko für schwere Depressionen bei beiden Geschlechtern deutlich zurück. (G4.52).

Behandlung psychischer Probleme

Wegen eines psychischen Problems begaben sich innerhalb eines Jahres 5% der Bevölkerung in Behandlung, Frauen häufiger als Männer (6% versus 4%). Bei rund einem Drittel handelte es sich um Personen mit Symptomen einer schweren Depression. Die mittleren Jahrgänge suchten am häufigsten professionelle Hilfe auf, während unter 25- und über 65-Jährige zurückhaltender waren (G4.53). Die am häufigsten konsultierten Fachleute

waren Psychiater (43%) und Allgemeinpraktiker (41%), gefolgt von Psychologen/Psychotherapeuten (34%). Männer wandten sich deutlich häufiger an Psychiater (48%) als an Allgemeinpraktiker oder Psychologen/Psychotherapeuten (40% bzw. 37%). Auch Frauen suchten Allgemeinpraktiker oder Psychiater (je 40%) häufiger auf als Psychologen oder Psychotherapeuten (31%). Jede zehnte Frau zog zur Behandlung eines psychischen Problems eine nicht medizinische Fachperson (Tanz- oder Malthérapeut, Schamane usw.) zu Rate.

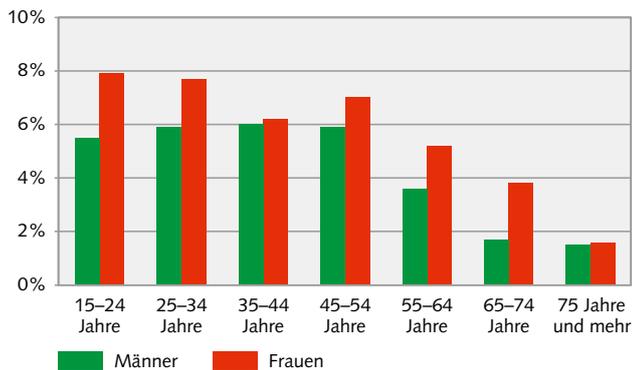
Spitalaufenthalte

Wegen psychischer und Verhaltensstörungen (siehe Kästen) wurden 2010 insgesamt 57'868 Personen hospitalisiert, was rund 5,8% aller Spitaleinweisungen entspricht. Die Hospitalisierungsrate betrug gut 740 auf 100'000 Einwohner und hat sich, abgesehen von jährlichen Fluktuationen, seit 2002 wenig verändert. Es kommt relativ häufig vor, dass die gleiche Person mehr als einmal innerhalb eines Jahres wegen psychischer und Verhaltensstörungen stationär behandelt wird.

Schwere Depression, 2007

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.52



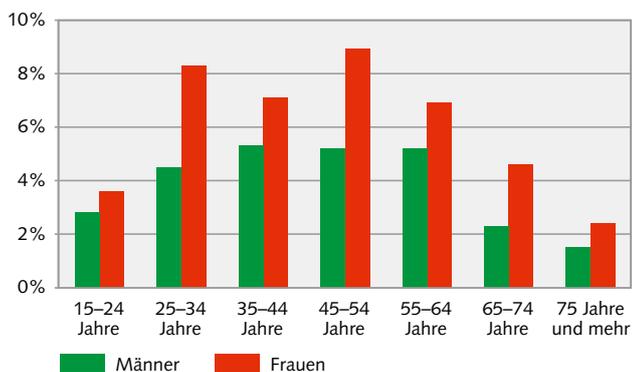
Quelle: BFS, SGB

© BFS

Behandlung infolge psychischer Probleme, 2007

Behandlungen innerhalb von 12 Monaten.
Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.53



Quelle: BFS, SGB

© BFS

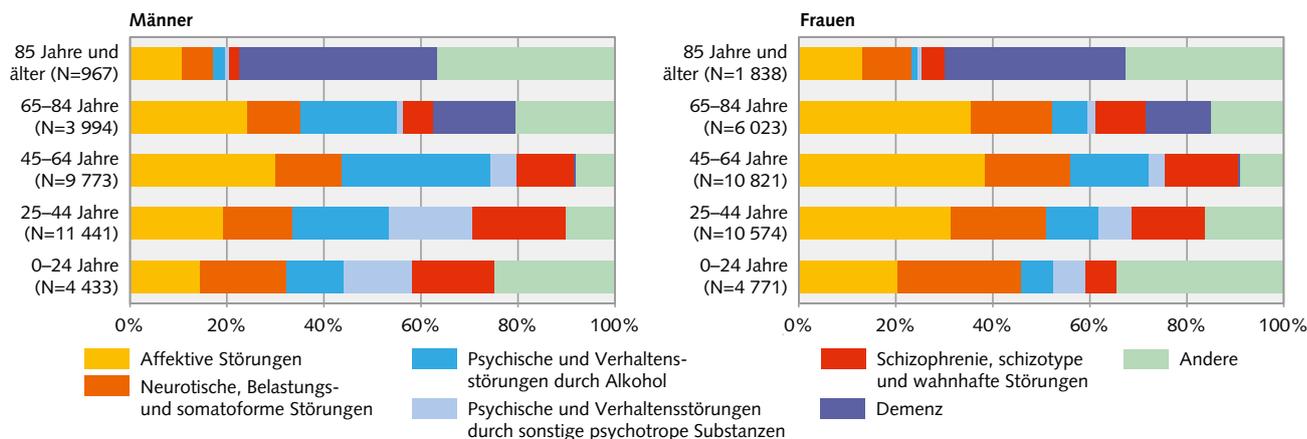
Psychische und Verhaltensstörungen

- *Affektive Störungen:* Stimmungsänderung entweder zu Depression (eventuell verbunden mit Angst) oder zu gehobener Stimmung, meist begleitet von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus.
- *Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen:* durch eigentlich ungefährliche Situationen hervorgerufene Angstgefühle, in deren Folge typische Auslösersituationen vermieden oder mit Furcht ertragen werden. Diese können Einzelsymptome wie Herzklopfen oder Schwächegefühl auslösen, häufig verbunden mit sekundären Ängsten vor dem Sterben, Kontrollverlust oder dem Gefühl, wahn-sinnig zu werden.
- *Schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen:* grundlegende Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affekte, zum Beispiel Gedankenlautwerden oder Eingebung, Wahnwahrnehmung, Kontroll- oder Beeinflussungswahn, Überschätzung des Gemachten, in der dritten Person den Patienten kommentierende Stimmen usw.
- *Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol:* verschiedenartige durch Alkoholgenuss hervorgerufene Störungen mit Erscheinungsbildern wie akute Intoxikation, Abhängigkeitssyndrome oder psychotische Störungen.
- *Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychogene Substanzen:* wie oben, aber hervorgerufen durch psychotrope Substanzen (ohne Alkohol).
- *Demenz:* Syndrom infolge Erkrankung des Gehirns mit Störungen vieler Funktionen, einschliesslich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Urteilsvermögen usw., jedoch ohne Bewusstseinstörung.

Wegen psychischer Störungen und Verhaltensstörungen hospitalisierte Personen, 2010

Anteil häufigster Diagnosen nach Alter

G 4.54



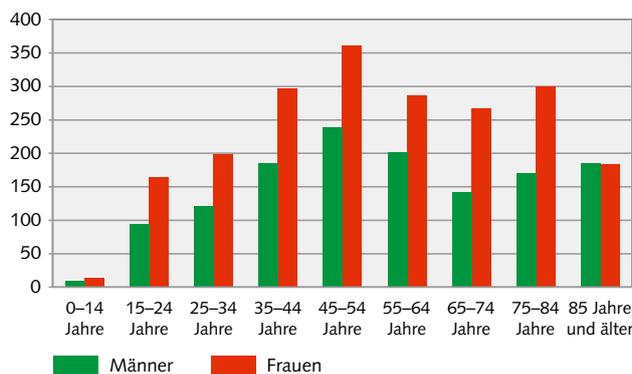
Quelle: BFS, MS

© BFS

Infolge Depression hospitalisierte Personen, 2008–2010

Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 4.55



Quelle: BFS, MS

© BFS

Häufigster Grund für einen Spitalaufenthalt infolge psychischer und Verhaltensstörungen waren affektive Störungen (27%), wobei es sich zu 85% um eine schwere Depression handelte. Am häufigsten führten affektive Störungen bei Personen zwischen 45 und 64 Jahren zu einer Spitalweisung: 38% der aus psychischen Gründen hospitalisierten Frauen und 30% der Männer litten an solchen Störungen (G4.54).

Wegen einer schweren Depression wurden 2010 insgesamt 15'068 Personen hospitalisiert. Die durchschnittliche Hospitalisierungsrate betrug bei Frauen 234 und bei Männern 148 pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner (G4.55). Frauen waren rund 1,6-mal häufiger betroffen als Männer. Die höchste Rate erreichten beide Geschlechter im Alter von 45–54 Jahren.

Bei den Männern kamen Hospitalisierungen aufgrund von Störungen im Zusammenhang mit Alkoholkonsum am häufigsten im Alter von 45 bis 64 Jahren (31%) vor (G4.54). Bei den Störungen aufgrund des Konsums anderer psychotroper Substanzen (Drogen) war dieser Anteil bei den Männern im Alter von 25 bis 44 Jahren am grössten (17%). Bei den Frauen waren diese Anteile deutlich geringer (16% bzw. 7%). Schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen lösten 13% der Aufenthalte aus. Bis ins Alter von 44 Jahren wurden Männer häufiger wegen solcher Störungen hospitalisiert als Frauen, danach waren die Frauen in der Mehrheit. Demenz betrifft vorwiegend Personen ab 65 Jahren. Bei 41% aller Männer ab 85 Jahren und 37% aller Frauen dieser Altersgruppe war dies die Hauptdiagnose.

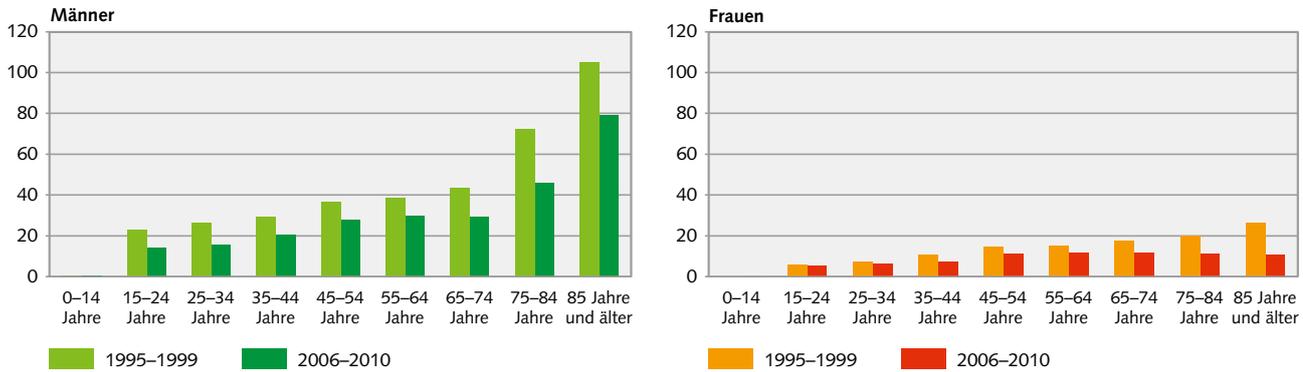
Suizid

Im Jahr 2010 starben 1004 Personen (723 Männer und 281 Frauen) durch Suizid (ohne Fälle von assistiertem Suizid). Die altersstandardisierte Sterbeziffer für Suizid ist zwischen 1995 und 2010 um 40% zurückgegangen. Bei den Männern steigt die Suizidrate mit dem Alter stark an, während die Unterschiede bei den Frauen weniger ausgeprägt sind (G4.56). Lediglich bei der Hälfte der Suizidfälle wurde 2009 eine vorhandene Begleitkrankheit angegeben (BFS 2012c). Am häufigsten wurde eine Depression genannt (56% der Begleitkrankheiten). Unter den körperlichen Krankheiten betrafen die häufigsten Nennungen Krebs (8%), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (6%) und neurodegenerative Erkrankungen (3%).

Suizid nach Alter und Geschlecht (ohne assistierten Suizid)

Anteil pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 4.56



Quelle: BFS, TU

© BFS

4.4 Behinderung

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird von Behinderung gesprochen, wenn ein gesundheitliches Problem zu einer Beeinträchtigung einer Körperfunktion oder -Struktur einer Person führt (Schädigung), die Fähigkeit zur Verrichtung gewisser Aktivitäten einschränkt (Beeinträchtigung der Aktivität) oder Tätigkeiten in ihrem sozialen Umfeld erschwert (Beeinträchtigung der Partizipation). Behinderung ist somit nicht nur ein biologisches, sondern auch ein soziales Problem, das sich stellt, wenn eine Person aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage ist, grundlegende Einrichtungen des täglichen Lebens auszuüben oder voll am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Das Risiko, von einem als behindernd erlebten Gesundheitsproblem betroffen zu sein, steigt mit dem Alter. Der natürliche Alterungsprozess vermindert die Funktionsfähigkeit des Organismus, so dass unsere letzten Lebensjahre häufig von Behinderungen begleitet sind (> Kapitel 4.7.3).

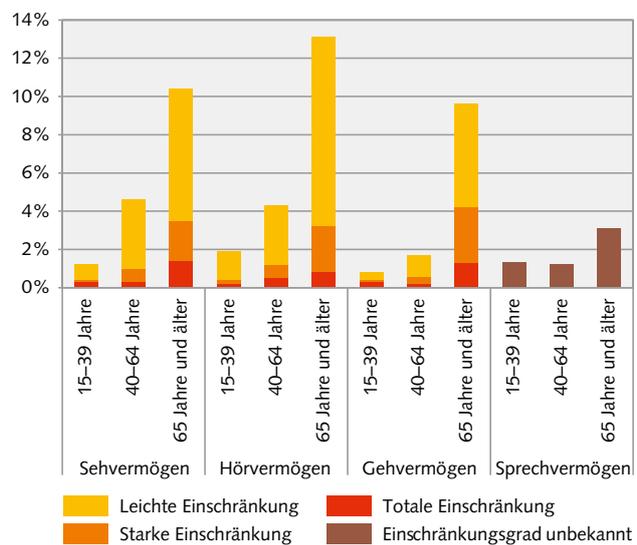
Funktionelle Einschränkungen und Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten

Im Jahr 2007 waren 11% der Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten von mindestens einer funktionellen Einschränkung in ihrem Seh-, Hör-, Geh- oder Sprechvermögen betroffen (Personen in Institutionen für Menschen mit Behinderungen und Personen in Alters- und Pflegeheimen sind darin nicht enthalten). Dieser Durchschnittswert verschleiert allerdings, dass sich die Behinderungen vor allem bei Personen von 65 Jahren und älter zeigen (G4.57). Zudem handelt es sich in allen Altersstufen mehrheitlich um leichte Behinderungen.

Funktionelle Einschränkungen, 2007

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.57



Quelle: BFS, SGB

© BFS

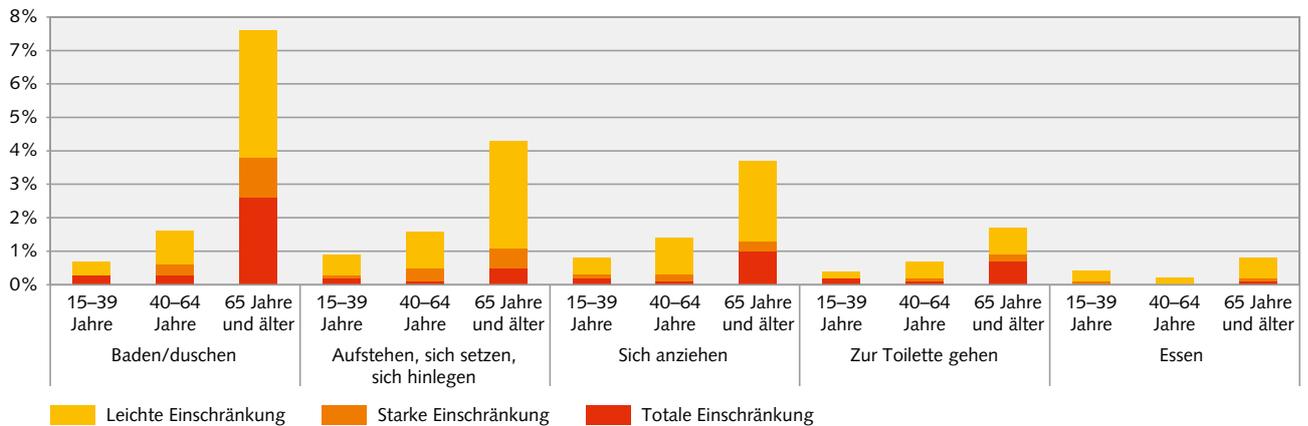
Funktionelle Einschränkungen treffen Frauen und Männer in ähnlichem Mass. Seit 1992 haben sie infolge der zunehmenden Alterung der Bevölkerung leicht zugenommen, abgesehen vom Sehvermögen, das dank der verbesserten Medizintechnik selbst im fortgeschrittenen Alter besser erhalten werden kann.

Ein deutlich geringerer Anteil der Bevölkerung (3%) ist von Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten wie baden oder duschen, aufstehen oder zu Bett gehen, sich ankleiden, essen und zur Toilette gehen betroffen. Auch in diesem Fall sind Personen ab 65 Jahren deutlich häufiger betroffen (G4.58). Frauen berichteten etwas häufiger von einer oder mehreren solchen Einschränkungen.

Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten, 2007

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 4.58



Quelle: BFS, SGB

© BFS

Messung der funktionellen Einschränkungen und der Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten

Funktionelle Einschränkungen: Die Teilnehmenden wurden gefragt, ob sie in der Lage sind, (allenfalls mit Brille) ein Buch oder eine Zeitung zu lesen (Sehvermögen), (allenfalls mit Hörgerät) einem Gespräch mit mindestens zwei Personen zu folgen (Hörvermögen), mindestens 200 Meter ohne Hilfe und ohne anzuhalten zu gehen (Gehvermögen) oder ohne Schwierigkeiten zu sprechen (Sprechvermögen).

Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten (Activities of Daily Living): Die Teilnehmenden wurden gefragt, ob sie, (ohne Hilfe) in der Lage sind, zu essen, zu Bett zu gehen, vom Bett oder von einem Sessel aufzustehen, sich an- und auszuziehen, zur Toilette zu gehen, zu baden oder zu duschen.

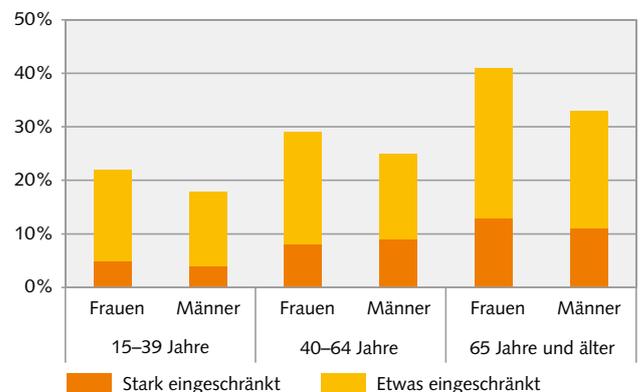
Die Antwortmöglichkeiten waren: «ja, ohne Schwierigkeiten» (nicht eingeschränkt), «ja, mit leichten Schwierigkeiten» (leicht eingeschränkt), «ja, aber mit starken Schwierigkeiten» (stark eingeschränkt) oder «nein» (totale Einschränkung). Beim Gehvermögen lauteten die möglichen Antworten: «200 Meter oder mehr» (nicht eingeschränkt), «mehr als einige Schritte, aber weniger als 200 Meter» (leicht eingeschränkt), «nur einige Schritte» (stark eingeschränkt) und «kann überhaupt nicht gehen» (totale Einschränkung).

Frauen berichteten häufiger von Aktivitätseinschränkungen seit mindestens sechs Monaten als Männer (28% gegenüber 23%). Die Differenz betraf hauptsächlich die leichten Einschränkungen. Die beobachteten Unterschiede können subjektive Komponenten (Aufmerksamkeit, die den gesundheitlichen Problemen und ihren Folgen geschenkt wird), aber auch objektive Komponenten enthalten: Frauen verrichten ein breiteres Spektrum von Tätigkeiten (in Erwerbs-, Familien- und Freiwilligenarbeit usw.) als Männer, so dass sie sich mit höherer Wahrscheinlichkeit durch ein gesundheitliches Problem in mindestens einer Aktivität eingeschränkt fühlen.

Aktivitätseinschränkungen seit mindestens sechs Monaten, 2007

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren, die aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkt ist

G 4.59



Quelle: BFS, SGB

© BFS

Beeinträchtigung der Partizipation

Gut ein Viertel der Personen (26%) waren seit mindestens sechs Monaten vor der Befragung wegen eines Gesundheitsproblems bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens wie Essen zubereiten, zur Arbeit gehen, oder bei allgemeineren Aktivitäten wie sich (weiter)bilden, Kinder erziehen oder in Vereinen mitmachen, eingeschränkt. In den meisten Fällen handelte es sich um leichte Einschränkungen: Lediglich 7% der Bevölkerung waren nach eigenen Angaben stark eingeschränkt. Häufigkeit und Schweregrad der Einschränkungen nahmen mit dem Alter zu (G4.59).

6,3% der Bevölkerung im Erwerbsalter gaben an, in vermindertem Umfang erwerbsfähig zu sein (Teilzeit- oder Nichterwerbstätigkeit aus gesundheitlichen Gründen) und 7,1% waren in der Art der Arbeit, die sie verrichten konnten, eingeschränkt (Berufswechsel). Diese Anteile stiegen mit dem Alter, hauptsächlich, was das Beschäftigungsvolumen anbelangt: Der Anteil der in vermindertem Umfang erwerbsfähigen Personen verdreifachte sich ab dem 40. Altersjahr, während jener der in der Art der Arbeit eingeschränkten Personen mehr oder weniger stabil blieb (G4.60).

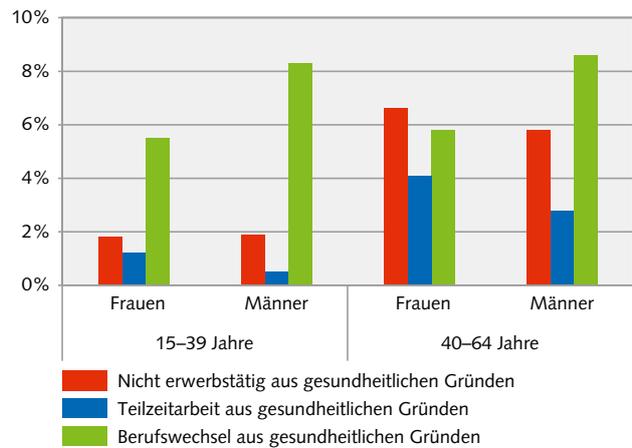
Frauen gaben häufiger als Männer an, aus gesundheitlichen Gründen teilzeiterwerbstätig zu sein, und Männer berichteten häufiger als Frauen, aus gesundheitlichen Gründen einen Berufswechsel vollzogen zu haben. Dies ist konsistent mit dem unterschiedlichen Engagement der Geschlechter in Familie und Beruf: Frauen entscheiden sich unschwer für Teilzeitarbeit als eine gängige und wertgeschätzte Form weiblichen Berufsengagements, während Männer bestrebt sind, ihre volle Integration in den Arbeitsmarkt durch einen Berufswechsel zu erhalten.

Invalidität

4,2% der 15- bis 64-Jährigen in Privathaushalten bezogen 2007 nach eigenen Angaben eine Invalidenrente (G4.61). Daraus geht hervor, dass ihre Fähigkeit, durch Erwerbsarbeit ihren Lebensunterhalt zu verdienen oder sich als Hausmann/Hausfrau zu betätigen, in erheblichem Mass eingeschränkt ist – laut Statistik der Invalidenversicherung (IV) beläuft sich der Anteil der Bezügerinnen und Bezüger einer Invalidenrente, einschliesslich Personen in stationären Einrichtungen, auf 5,1%. In der gleichen Altersgruppe bezogen weniger als ein Prozent der Personen eine Hilflosenentschädigung, die zeigt, dass sie bei den persönlichen Verrichtungen (sich waschen, sich anziehen usw.) stark eingeschränkt sind. Diese Anteile steigen mit dem Alter, wobei die Zunahme im Falle der Hilflosigkeit erst ab 65 Jahren (und vor allem ab 85 Jahren) augenfällig wird.

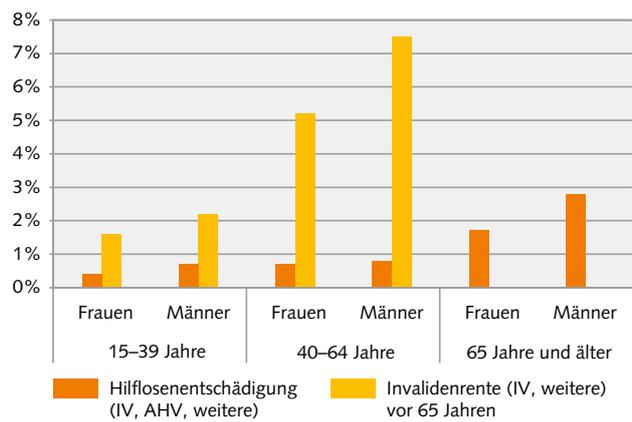
Unterschiede sind auch zwischen den Geschlechtern auszumachen, wobei diese aufgrund der geringen Fallzahl in der Stichprobe jedoch selten statistisch signifikant sind. Sie zeigen den gleichen Trend wie die Sozialversicherungsregister, wonach Frauen weniger häufig Invaliditätsleistungen beziehen als Männer. Der Unterschied dürfte darauf zurückzuführen sein, dass Frauenarbeit weniger gut versichert ist als Männerarbeit, und dass Frauen eher bereit sind, auf Leistungen zu verzichten (BFS 2009b). Bei den Hilflosenentschädigungen dürften

Einschränkungen in der Erwerbstätigkeit, 2007
Bevölkerung in Privathaushalten von 15 bis 64 Jahren **G 4.60**



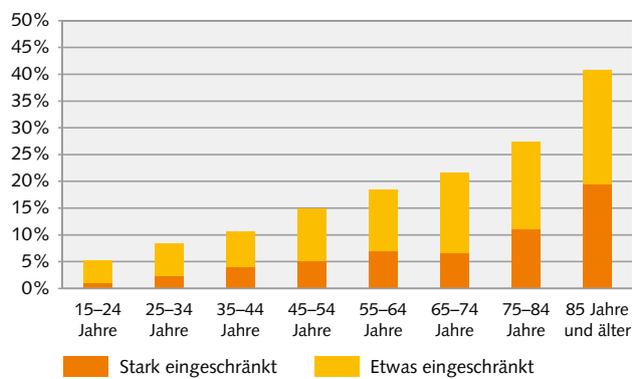
Quelle: BFS, SGB © BFS

Invaliditätsleistungen, 2007
Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren **G 4.61**



Quelle: BFS, SGB © BFS

Menschen mit Behinderungen, 2007
Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren **G 4.62**



Quelle: BFS, SGB © BFS

die Gründe für die Differenz darin liegen, dass bei älteren Paaren die Hilflosigkeit der Frau häufiger den gemeinsamen Eintritt in ein Heim zur Folge hat, als wenn der Mann seine persönlichen Verrichtungen nicht mehr selbstständig ausführen kann.

Menschen mit Behinderungen

14% der Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten gelten nach der Definition des Behindertengleichstellungsgesetzes (BehiG) als behindert. Dies entspricht rund 850'000 Personen (G4.62). Der Einfluss von Alter und Geschlecht ist ähnlich wie bei mindestens sechs Monate andauernden Einschränkungen der Aktivitäten, die ein Bestandteil der Definition von Behinderung sind.

Art der Behinderung

Mehr als drei Viertel der Personen mit Behinderungen in Privathaushalten gaben als Ursache ihrer Aktivitätseinschränkung einen körperlichen Grund an (G4.63). Probleme mit psychischen, gemischten oder anderen Ursachen (z.B. Sinnesbehinderungen) betreffen somit lediglich eine Minderheit. Ein umgekehrtes Bild ergibt sich bei Betrachtung der Personen in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen: Lediglich 11% von ihnen wiesen eine körperliche Behinderung auf, während die Mehrheit Personen mit geistiger (55%) oder psychischer Behinderung (20%) waren. Daraus geht klar hervor, dass die institutionelle Betreuung bei geistiger Behinderung die Regel, bei körperlicher Behinderung hingegen die Ausnahme ist.

4.5 Unfälle

Unfälle zählen zu den Hauptursachen vorzeitiger Sterblichkeit und sind ein bedeutender Hospitalisierungsgrund (> Kapitel 4.1). Da sie grundsätzlich vermeidbar sind, stellen sie eine zentrale Herausforderung für öffentliche Gesundheit und Prävention dar. In Abhängigkeit des Unfallhergangs werden gewöhnlich die vier Unfallkategorien «Arbeit», «Verkehr», «Sport» sowie «Haus und Freizeit» unterschieden.

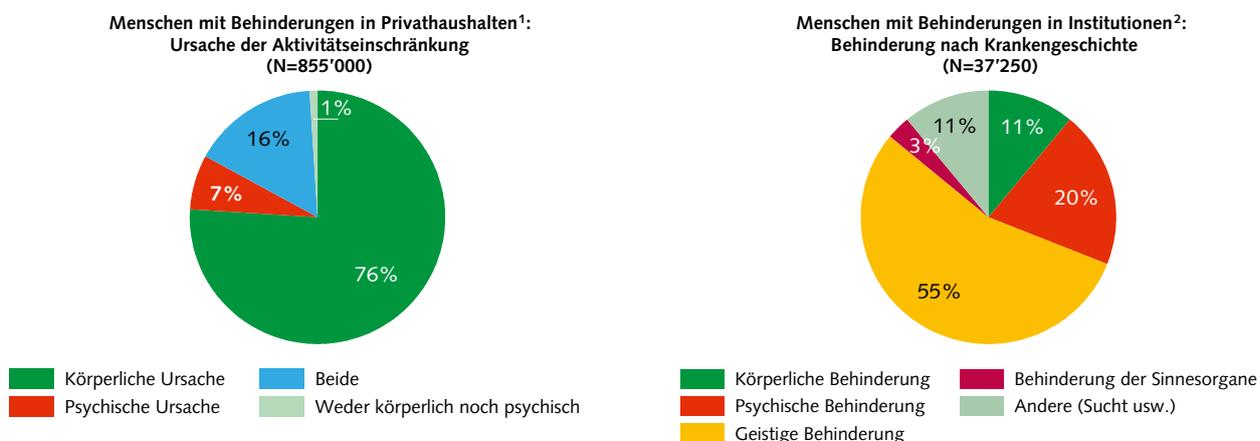
Arbeitsunfälle

Im Jahr 2010 wurden nahezu 267'000 Erwerbstätige Opfer eines Arbeitsunfalls (berücksichtigt sind nur die der Unfallversicherung gemeldeten Fälle). Dies sind beinahe 84'000 weniger als 1991 (G4.64), obschon die Zahl der (Teilzeit- und Vollzeit-)Erwerbstätigen im gleichen Zeitraum um 11% angestiegen ist. Der Rückgang erklärt sich durch strukturelle Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt (Rückgang der Beschäftigung im sekundären Sektor, der ein höheres Unfallrisiko aufweist, sowie Zunahme der Beschäftigung im Dienstleistungssektor) und durch Auswirkungen von Präventionsmassnahmen.

Männer wurden 2010 mehr als dreimal häufiger Opfer von Berufsunfällen als Frauen (205'004 gegenüber 61'835). Ein Teil dieser Differenz ist auf den höheren Beschäftigungsgrad der Männer und deren stärkere Vertretung in den Branchen mit den höchsten Berufsunfallrisiken, wie etwa dem Baugewerbe, zurückzuführen. Die

Behinderungsart, 2007

G 4.63

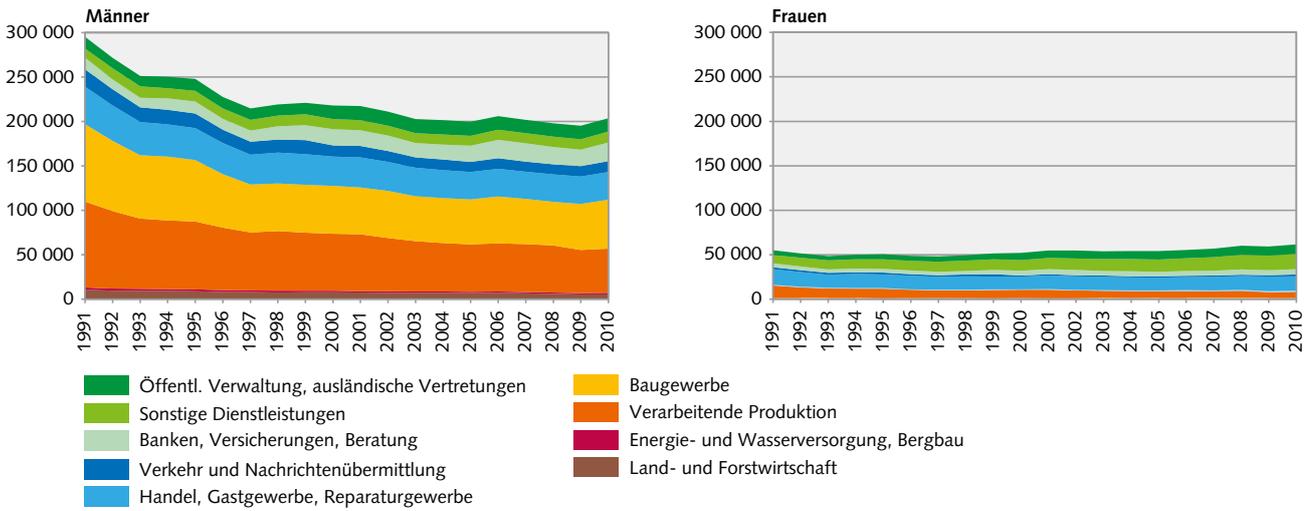


¹ Personen ab 15 Jahren, die ein dauerhaftes Gesundheitsproblem haben und die seit mindestens sechs Monaten bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens (stark oder etwas) eingeschränkt sind

² Anzahl Klientinnen und Klienten jährlich (eine Person kann mehrere Klienten/Klientinnen darstellen), ohne Altersbegrenzung

Berufsunfälle nach Wirtschaftszweig

G 4.64



Quelle: SSUV

© BFS

Zahl der Berufsunfälle von Frauen ist seit 1990 um 13% gestiegen, während sich die Erwerbsbeteiligung der Frauen im gleichen Zeitraum um 21% erhöht hat.

Aus der Todesursachenstatistik ist nicht ersichtlich, welche Todesfälle durch einen Arbeitsunfall verursacht wurden. Im Jahr 2009 erkannten die Unfallversicherungen 85 Todesfälle durch Berufsunfall an (dazu kommen 103 Todesfälle infolge einer anerkannten Berufskrankheit).

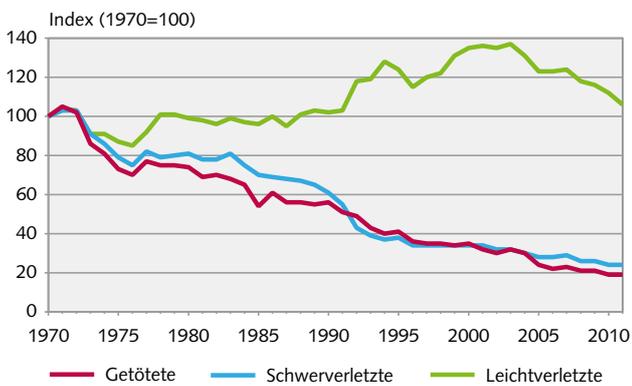
Strassenverkehrsunfälle

Im Jahr 2010 verzeichnete die Polizei 19'609 Strassenverkehrsunfälle mit Personenschaden. Dabei wurden 327 Personen getötet, 4458 Personen schwer und 19'779 leicht verletzt. Schätzungen zur Gesamtzahl der (polizeilich erfassten und nicht erfassten) Strassenverkehrsunfälle beziffern die Zahl der im Jahr 2010 Verletzten auf 90'000, darunter rund 85% Leichtverletzte (BFU 2012).

Die Zahl der getöteten und schwer verletzten Verkehrsteilnehmer geht seit Beginn der 1970er-Jahre kontinuierlich zurück (G4.65). Diese stetige Verbesserung der Sicherheit im Strassenverkehr ist der Umsetzung eines Pakets von rechtlichen, technischen und erzieherischen Massnahmen zuzuschreiben. Dazu gehören Geschwindigkeitsbeschränkungen, die Senkung der Blutalkoholhöchstwerte, das Gurtenobligatorium, technische Verbesserungen bei den Fahrzeugen, Verbesserungen des Strassennetzes und der Ausbau der Verkehrserziehung. Junge Erwachsene und – noch ausgeprägter – Personen fortgeschrittenen Alters haben ein erhöhtes Risiko, durch einen Strassenverkehrsunfall getötet zu werden. Männer sind dreimal stärker gefährdet, auf Schweizer Strassen umzukommen, als Frauen. Am grössten ist der Unterschied zwischen 20 und 24 Jahren.

Verunfallte im Strassenverkehr

G 4.65



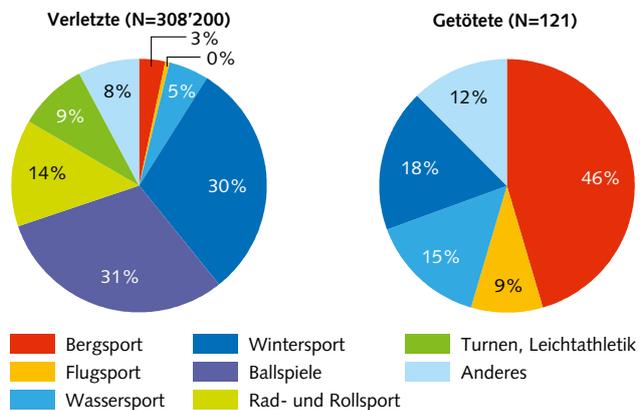
Quelle: BFS, ASTRA, Strassenverkehrsunfälle

© BFS

Bei Sportunfällen verletzte und getötete Personen

Jährlicher Durchschnitt zwischen 2006 und 2010

G 4.66



Quelle: BFU, STATUS

© BFS

Sportunfälle

Zwischen 2006 und 2010 verletzten sich jedes Jahr im Mittel rund 308'200 Personen bei Sportunfällen. 54% der Opfer dieser Unfälle waren jünger als 25 Jahre, 32% zwischen 26- und 45-jährig. Die meisten Verletzungen gab es bei Ballspielen und insbesondere beim Fussball (94'560 bzw. 56'480 Unfälle) sowie beim Wintersport (93'820) (G4.66). Die meisten Todesopfer forderte der Bergsport: Von den durchschnittlich 121 in der Schweiz wohnhaften Personen, die zwischen 2006 und 2010 pro Jahr bei sportlichen Aktivitäten im Inland getötet wurden, kamen 55 beim Bergsport ums Leben.

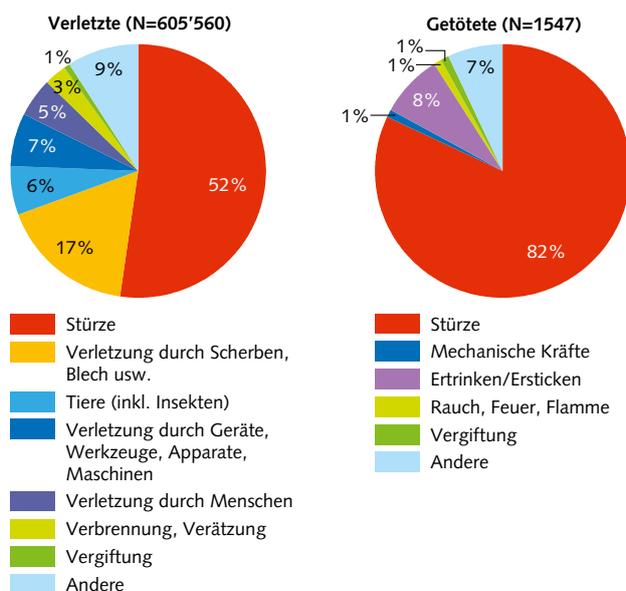
Unfälle in Haus und Freizeit

Am meisten Personen verletzen sich bei Unfällen im Haus oder in der Freizeit, nämlich zwischen 2006 und 2010 im Schnitt jährlich 605'560 Personen. 45% der Opfer dieser Unfälle waren unter 25 Jahre alt, 14% waren 65 Jahre alt und älter. 52% der Unfälle wurden durch Stürze verursacht (G4.67). Dieser Anteil stieg mit dem Alter und belief sich bei den Personen ab 65 Jahren auf 85% (> Kapitel 4.7.3 für Stürze bei älteren Personen). Stürze machten zudem 82% der Todesursachen bei Haus- und Freizeitunfällen aus (2009: 1547 Getötete).

Bei Haus- und Freizeitunfällen verletzte und getötete Personen

Verletzte Personen: Jährlicher Durchschnitt zwischen 2006 und 2010; getötete Personen: 2009

G 4.67



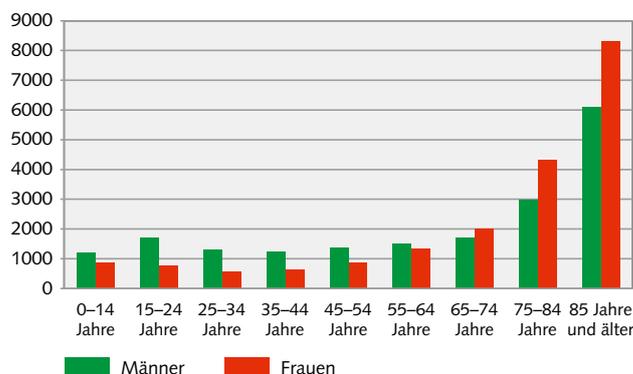
Quelle: BFU, STATUS

© BFS

Wegen eines Unfalls hospitalisierte Personen, 2008–2010

Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 4.68



Quelle: BFS, MS

© BFS

Hospitalisierungen

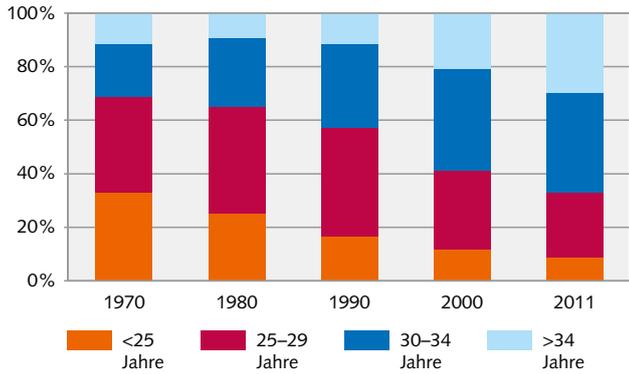
Im Jahr 2010 wurden 124'690 Personen infolge eines Unfalls hospitalisiert. Ab 65 Jahren tendiert die Hospitalisierungsrate stark aufwärts und Frauen sind häufiger betroffen (G4.68). Stürze sind ein wichtiger Grund für diese Spitaleinweisungen. Bis im Alter von 64 Jahren werden Männer häufiger unfallbedingt hospitalisiert. Junge 15- bis 24-jährige Männer, die einem erheblichen Sport- und Verkehrsunfallrisiko unterliegen, weisen einen deutlich erhöhten Anteil an Hospitalisierten auf.

4.6 Reproduktive Gesundheit

Die reproduktive Gesundheit ist ein wichtiger Aspekt der Gesundheit von Frauen im gebärfähigen Alter. Ein guter Verlauf der Schwangerschaft und der Geburt haben zudem einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit der Neugeborenen (> Kapitel 4.7.1) und somit auf jene während des ganzen Lebens sowie auch auf die Kosten des Gesundheitssystems.

Heutzutage bringen Frauen in ihrem Leben durchschnittlich 1,5 Kinder zur Welt. Jede fünfte Frau bleibt kinderlos. Dieser Anteil steigt im Laufe der Generationen und mit zunehmendem Bildungsstand der Frauen an. Hinzu kommt, dass Frauen immer später Mütter werden: Während 1970 noch ein Drittel der Geburten auf Frauen unter 25 Jahren entfiel, waren es 2011 weniger als ein Zehntel. Im gleichen Zeitraum hat sich der Anteil der Geburten bei Frauen ab 35 Jahren praktisch verdreifacht und beträgt heute rund 30% aller Gebärenden (G4.69). Im internationalen Vergleich gehört die Schweiz damit

Lebendgeburten nach Alter der Mutter **G 4.69**



Quelle: BFS, BEVNAT

© BFS

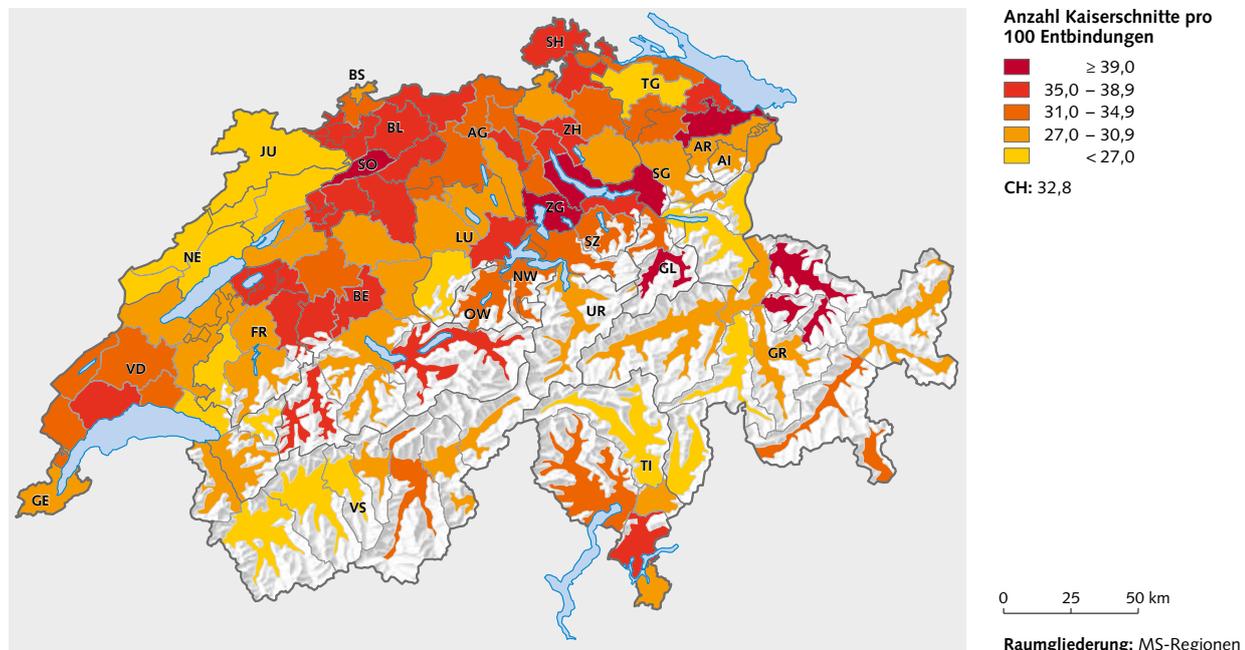
zu den europäischen Ländern mit einem der höchsten Durchschnittsalter der Mütter bei der Geburt des ersten Kindes (2011: 30,4 Jahre). Wenn Frauen ihre Kinder später bekommen, hat das unter anderem eine Abnahme der Fruchtbarkeit oder eine Zunahme bestimmter Risiken wie spontane Zwillingsschwangerschaften oder Chromosomenanomalien zur Folge. Im Jahr 2007 gaben 2,9% der Frauen zwischen 15 und 49 Jahren an, schwanger zu sein.

Fast alle Geburten (97%) erfolgen im Spital. Die übrigen finden in einem Geburtshaus, zuhause oder im Ausland statt. Zwei Drittel der Spitalgeburten sind vaginale Geburten, darunter ein Sechstel Saugglocken- oder Zangengeburt. Ein Drittel der Geburten erfolgt per Kaiserschnitt. Der Anteil der Kaiserschnittgeburten in Schweizer Spitälern ist in den vergangenen zehn Jahren regelmässig gestiegen, von 22,7% im Jahr 1998 auf 32,8% im Jahr 2010. Die Kaiserschnittquote ist je nach Region unterschiedlich hoch. Während sie im Jura bei 19,4% lag, erreichte sie in anderen Kantonen der Schweiz gut das Doppelte (K4.1).

Auch die Zahl der Frauen, die im Rahmen der medizinisch unterstützten Fortpflanzung Methoden der extrauterinen Befruchtung in Anspruch nehmen, steigt seit 2004 kontinuierlich an, gleich wie die Zahl der Kinder, die infolge solcher Verfahren geboren werden (G4.70). Im Jahr 2010 wurden mindestens 2% der Kinder im Zuge solcher Behandlungen geboren. Dieser Anstieg steht im Zusammenhang mit dem zunehmend höheren Alter der Mütter bei der Geburt und der damit verbundenen Abnahme der Fruchtbarkeit.

Kaiserschnittquote, 2010

K 4.1



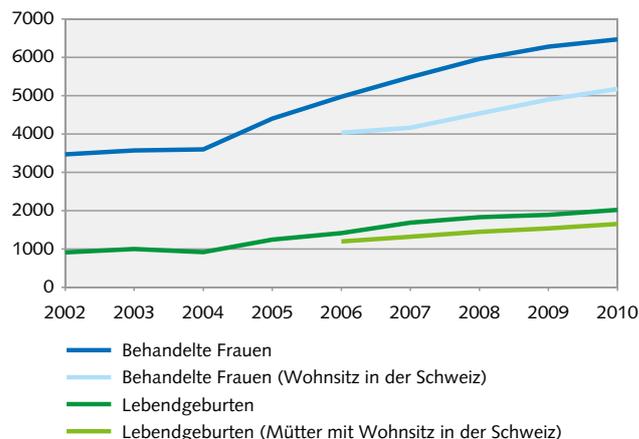
Quelle: BFS, MS

© BFS, ThemaKart, Neuchâtel 2012

Empfängnisverhütung ist in der Schweiz weit verbreitet. 73% der Frauen und 69% der Männer in der sexuell aktiven Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 49 Jahren benutzten 2007 ein Verhütungsmittel oder gaben an, dass ihr Partner bzw. ihre Partnerin ein solches benutzt (G4.71). Bei den Frauen war die Pille das am häufigsten verwendete Verhütungsmittel (17% der sexuell aktiven Frauen zwischen 15 und 49 Jahren nahmen diese), gefolgt von der Spirale (13%). 30% der sexuell aktiven Männer zwischen 15 und 49 Jahren benutzten nach eigenen Angaben Präservative. 4% der Frauen und 6% der Männer hatten sich unterbinden lassen. Die Unterbindung betrifft vor allem Personen ab 35 Jahren. 3,4% der 15- bis 49-jährigen Frauen mussten sich einer Gebärmutterentfernung (Hysterektomie) unterziehen. Bei den ab 50-Jährigen erhöhte sich diese Zahl auf 28%.

Gynäkologische Untersuchungen dienen insbesondere dazu, den PAP-Abstrich (zur Früherkennung der Vorstufen von Gebärmutterhalskrebs) durchzuführen und die Gesundheit der Geschlechtsorgane der Frau zu kontrollieren. Über die Hälfte der Frauen hatte im Jahr 2007 innerhalb der letzten zwölf Monate vor der Befragung einen Frauenarzt oder eine Frauenärztin aufgesucht (G4.72). Am häufigsten nahmen Frauen unter 40 Jahren gynäkologische Konsultationen in Anspruch, während lediglich ein Drittel der Frauen ab 60 Jahre von einem Frauenarztbesuch in den vergangenen zwölf Monaten berichtete. Neun von zehn Frauen, die im Laufe eines Jahres nur einmal beim Frauenarzt oder bei der Frauenärztin waren, liessen Vorsorgeuntersuchungen oder einen Check-up machen. Mehrmalige Konsultationen in einem Jahr standen meist im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft, Geburt oder dem Wiedereinsetzen der Menstruation. Weiter fällt auf, dass die Häufigkeit von Frauenarztbesuchen mit der Höhe des Bildungsstandes der Frauen anstieg. Diese Alters- und Bildungseffekte zeigten sich auch bei der Inanspruchnahme des PAP-Abstrichs.

Medizinisch unterstützte Fortpflanzung¹ G 4.70

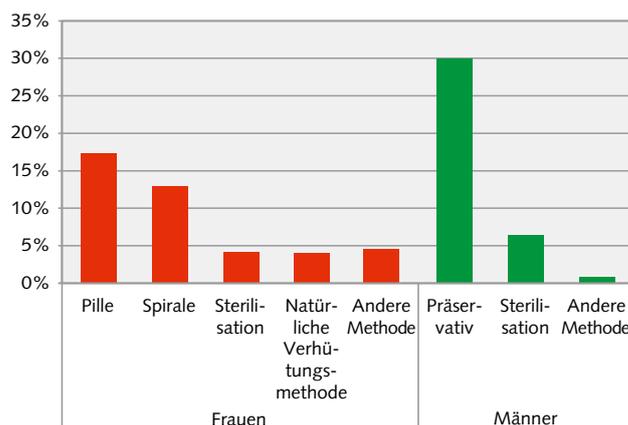


¹ Methoden der Befruchtung ausserhalb des Mutterleibes

Quelle: BFS, StatLPMA

© BFS

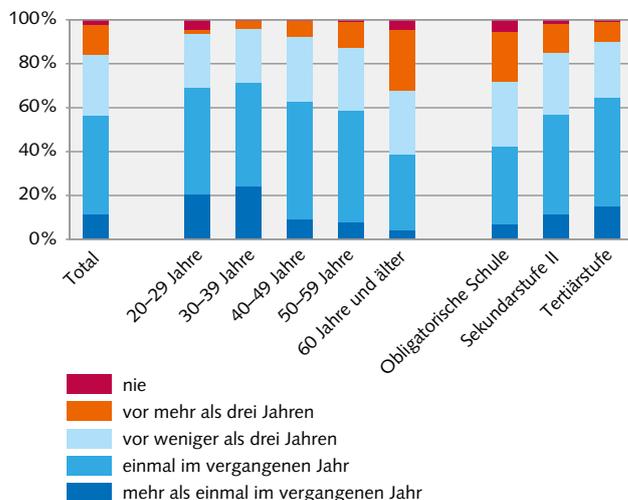
Anwendung von Verhütungsmethoden, 2007 G 4.71
Sexuell aktive Frauen und Männer zwischen 15 und 49 Jahren



Quelle: BFS, SGB

© BFS

Frauenarztbesuch, 2007 G 4.72



Quelle: BFS, SGB

© BFS

4.7 Gesundheit spezifischer Bevölkerungsgruppen

4.7.1 Neugeborene

Der Gesundheitszustand der Kinder bei der Geburt hat einen entscheidenden Einfluss auf ihre Überlebenschancen in den ersten Lebensmonaten sowie auf ihre künftige Gesundheit. Die Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr hat sich nach einem über Jahrzehnte hinweg stark sinkenden Trend seit einigen Jahren zwischen 4 und 4,5 verstorbenen Kindern pro 1000 Lebendgeburten stabilisiert (G4.73). Diese Todesfälle konzentrieren sich zunehmend auf die ersten Stunden und Tage nach der Geburt. Von den 305 Todesfällen von Kindern im ersten Lebensjahr, die 2011 registriert wurden, ereigneten sich nahezu 60% in den ersten 24 Stunden nach der Geburt. Säuglinge mit sehr tiefem Geburtsgewicht und deutlich zu früh Geborene (was oft zusammenhängt) waren besonders stark betroffen. So machten Geburten vor der 28. Schwangerschaftswoche 0,3% der Lebendgeburten aber 45% der Säuglingstodesfälle aus.

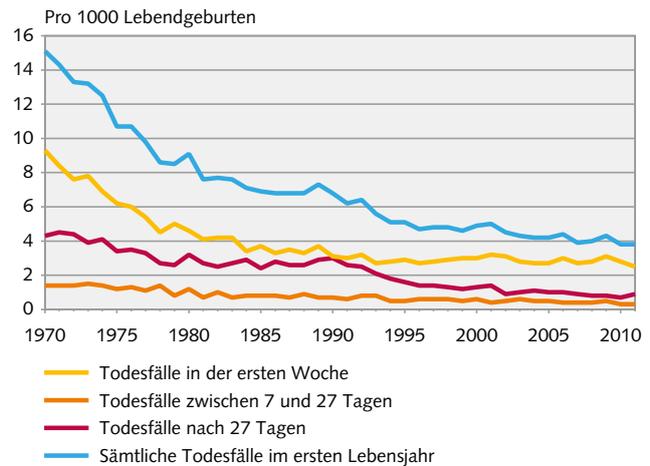
Im Jahr 2011 wurden 7,2% der Kinder zu früh, d.h. vor der 37. Schwangerschaftswoche, geboren. Eine Frühgeburt kann sich spontan aufgrund zahlreicher Risikofaktoren ereignen (Bluthochdruck, Infektion bei der Mutter, vorzeitiges Platzen der Fruchtblase, sehr junge oder ältere Mutter, Tabakkonsum usw.). Sie kann aber auch aus medizinischen Gründen eingeleitet werden, wenn eine Fortsetzung der Schwangerschaft mehr Risiken birgt als eine Frühgeburt. Bei den Mehrlingsgeburten besteht ein erhöhtes Risiko für Frühgeburten: Deren 60% erfolgen vorzeitig. Ein Vergleich der Verteilung der Geburten nach Gestationsalter zeigt, dass bei Mehrlingen die Geburt drei bis vier Wochen früher erfolgt als bei Einlingen (G4.74).

Der Anteil der Mehrlingsgeburten beträgt heute über 35 pro 1000 Lebendgeburten (d.h. 18 von 1000 Schwangerschaften). Dies entspricht einer Zunahme um 75% gegenüber 1970. Diese Entwicklung lässt sich mit dem höheren Alter der Mütter bei der Geburt und der häufigeren Inanspruchnahme der Fortpflanzungsmedizin erklären (> Kapitel 4.6).

Der Anteil Neugeborener mit geringem Gewicht ist ebenfalls im Steigen begriffen und die Zahl der Lebendgeburten von Neugeborenen mit einem Gewicht unter 1000g hat sich innerhalb von 30 Jahren nahezu verdreifacht (G4.75). Mehrlinge sind bei der Geburt leichter als Einlinge (Mittelwert 2011: 2311 g gegenüber 3332 g), wobei die Geburten von Kindern mit sehr geringem Gewicht sowohl bei den einfachen als auch bei den

Säuglingssterblichkeit

G 4.73



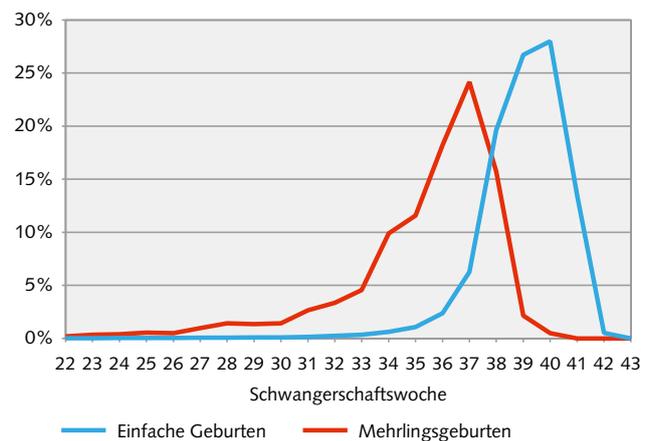
Quelle: BFS, BEVNAT

© BFS

Einfache Geburten und Mehrlingsgeburten, 2011

Verteilung der Geburtstypen nach Schwangerschaftswoche

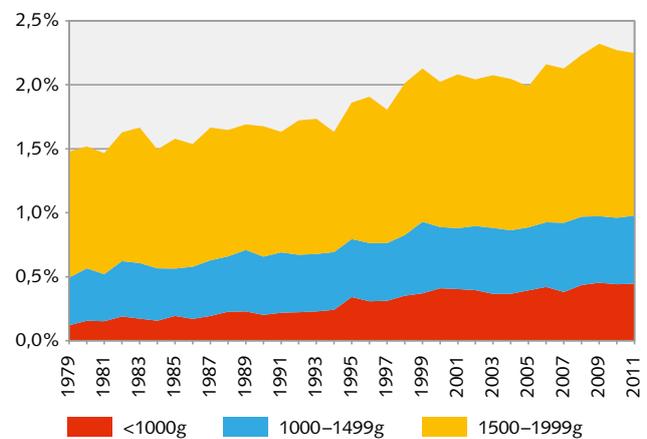
G 4.74



Quelle: BFS, BEVNAT

© BFS

Lebendgeborene mit niedrigem Geburtsgewicht G 4.75



Quelle: BFS, BEVNAT

© BFS

Mehrlingsgeburten zunehmen. Zu früh geborene Kinder sind zudem leichter als termingerecht geborene (2011: 2280 g gegenüber 3375g). Das Gewicht der Kinder steigt zwischen der 22. und 32. Schwangerschaftswoche im Mittel um 130 g pro Woche und in jeder darauffolgenden Woche um rund 230–250 g.

Angeborene Fehlbildungen und Chromosomenanomalien betreffen etwa jede fünfzigste Geburt, ähnlich viel wie in anderen europäischen Ländern (T4.1). Anhand von Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft können einige von ihnen vorzeitig erkannt werden, was in manchen Fällen zu einem Schwangerschaftsabbruch führt. Dadurch geht die Zahl der bei der Geburt verzeichneten angeborenen Fehlbildungen und Chromosomenanomalien, die für rund ein Viertel der Todesfälle von Kindern im ersten Lebensjahr verantwortlich sind, zurück.

T4.1 Einige Fehlbildungen bei Lebendgeborenen, 2010

Festgestellt bei der Geburt (Spitäler und bestimmte Geburtshäuser)

| Fehlbildungen und Chromosomenanomalien | Anzahl Fälle | Anteil der betroffenen Neugeborenen |
|--|--------------|-------------------------------------|
| Angeborener Herzfehler | 341 | 1/232 |
| Bei Knaben: Mündung der Harnröhre auf der Unterseite des Penis (Hypospadias) | 155 | Knaben: 1/261 |
| Obere Harnröhrenspaltung (Epispadias) | 27 | 1/2928 |
| Lippenspalte und/oder Gaumenspalte | 90 | 1/878 |
| Down-Syndrom (Trisomie 21) | 77 | 1/1026 |
| Edwards-Syndrom (Trisomie 18) oder Patau-Syndrom (Trisomie 13) | 9 | 1/8782 |
| Offener Rücken (Spina bifida) | 13 | 1/6080 |

Quelle: BFS, MS

© BFS

4.7.2 Jugendliche von 11 bis 15 Jahren

Das Erwachsenwerden bringt wichtige körperliche und psychologische Veränderungen und einen tiefgreifenden Wandel der sozialen Beziehungen – vor allem mit den Eltern und Gleichaltrigen – mit sich. Während die meisten Jugendlichen diese Zeit gut meistern, werden andere mit gesundheitlichen Problemen konfrontiert oder entwickeln gesundheitlich problematische Verhaltensweisen.

93% der Jungen und 90% der Mädchen im Alter von 11–15 Jahren beurteilten im Jahr 2010 ihren Gesundheitszustand als gut oder ausgezeichnet. 90% der Jungen und 84% der Mädchen derselben Altersklasse berichteten von einer hohen Lebenszufriedenheit, was ein gewisses Wohlbefinden erkennen lässt. Der Anteil der Mädchen mit einem guten oder ausgezeichneten Gesundheitszustand

bzw. einer hohen Lebenszufriedenheit nahm mit dem Alter ab. Dies trifft auch auf die Jungen zu, wenn auch weniger deutlich. 87% der Jugendlichen aus weniger wohlhabenden Familien beurteilten ihre eigene Gesundheit als gut oder ausgezeichnet, gegenüber 93% der Jugendlichen aus sehr wohlhabenden Familien. Bei der Lebenszufriedenheit öffnete sich die Schere noch weiter (75% gegenüber 90%).

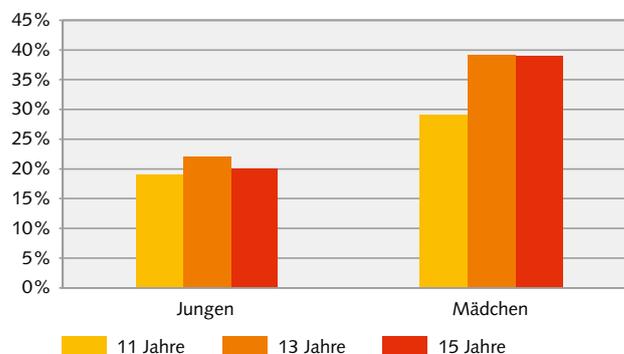
Häufige und mehrfach genannte Beschwerden psychosomatischer Natur (Kopfschmerzen, Bauch- oder Rückenschmerzen, Schwindel, Einschlafstörungen, depressiv, nervös, gereizt oder schlecht gelaunt sein) können ein Hinweis auf Beeinträchtigungen der Gesundheit oder des seelischen Gleichgewichts sein. 21% der 11- bis 15-jährigen Jungen und 36% der gleichaltrigen Mädchen litten mehrmals pro Woche an mindestens zwei der genannten Beschwerden. Der Anteil der betroffenen Mädchen nahm zwischen 11 und 13 Jahren deutlich zu und stabilisierte sich anschliessend (G4.76). Jugendliche, die regelmässig an mehreren der aufgeführten Beschwerden litten, berichteten deutlich weniger häufig von einem guten oder ausgezeichneten Gesundheitszustand als solche, die an keiner der genannten Beschwerden litten (81% gegenüber 96%). Analoges gilt für die Nennung einer hohen Lebenszufriedenheit (72% gegenüber 93%).

Die Beurteilung des eigenen Körperbildes ist für das Selbstbewusstsein der Jugendlichen sehr wichtig und kann verfrühte Praktiken der Gewichtskontrolle mit potenziell negativen Folgen für die körperliche und psychische Gesundheit auslösen. Ausserdem erhöht Übergewicht in diesem Alter das Risiko, auch im Erwachsenenalter an Übergewicht oder Adipositas zu leiden.

Nennung von psychosomatischen Beschwerden bei 11- bis 15-jährigen, 2010

Mindestens zwei Beschwerden* mehrmals pro Woche über sechs Monate hinweg

G 4.76

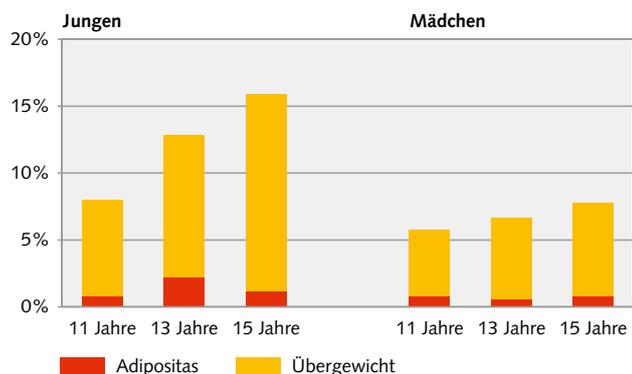


* Aus einer Liste von acht Beschwerden: Kopfschmerzen, Bauch- oder Rückenschmerzen, Schwindel, Einschlafstörungen, traurig, nervös, gereizt oder schlecht gelaunt sein

Quelle: Sucht Schweiz, HBSC

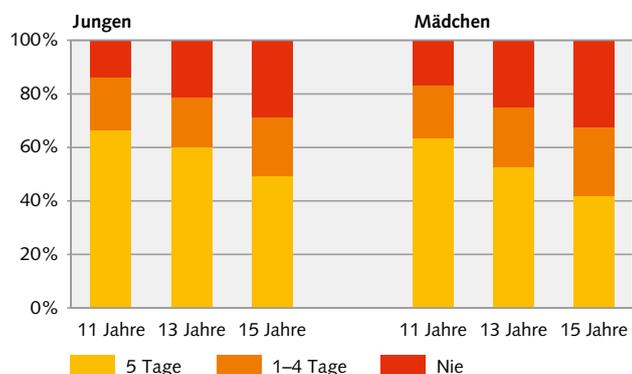
© BFS

Übergewicht und Adipositas bei 11- bis 15-jährigen Jugendlichen, 2010 G 4.77



Quelle: Sucht Schweiz, HBSC © BFS

Frühstücksgewohnheiten an Schultagen bei 11- bis 15-jährigen Jugendlichen, 2010 G 4.78



Quelle: Sucht Schweiz, HBSC © BFS

Zehn Prozent der Jugendlichen im Alter von 11–15 Jahren waren 2010 übergewichtig und eine sehr kleine Minderheit (1%) litt an Adipositas. Jungen waren deutlich häufiger übergewichtig als Mädchen (G4.77). 32% der Jungen und 47% der Mädchen mit Übergewichtig gaben an, eine Diät zu machen. Weitere 40% der übergewichtigen Jugendlichen machten zwar keine Diät, waren aber der Meinung, dass sie dies tun sollten, um Gewicht zu verlieren. Aber nicht nur Jugendliche mit Übergewicht griffen zu Praktiken der Gewichtskontrolle: Selbst 8% der Jungen und 15% der Mädchen im Alter von 11–15 Jahren, die normal- oder untergewichtig waren, hielten nach eigenen Angaben gerade Diät. Bei den 15-jährigen Mädchen erreichte dieser Anteil bereits 17%.

Eine ausgewogene Ernährung ist für die Gesundheit und Entwicklung von Jugendlichen im Wachstum besonders wichtig. Jugendliche, die nicht frühstücken, neigen eher dazu, tagsüber ballaststoffarme und fettreiche Snacks zu essen. 42% der 11- bis 15-jährigen Jungen und 48% der gleichaltrigen Mädchen nahmen 2010 nicht an jedem Schultag ein Frühstück ein (G4.78). 42% der Jugendlichen im Alter von 11–15 Jahren verzehrten jeden Tag Gemüse und 43% Obst. 31% griffen täglich zu Schokolade oder Süssigkeiten und 27% konsumierten zuckerhaltige Getränke. Täglicher Konsum zuckerhaltiger Getränke war bei Jungen verbreiteter als bei Mädchen (30% gegenüber 24%).

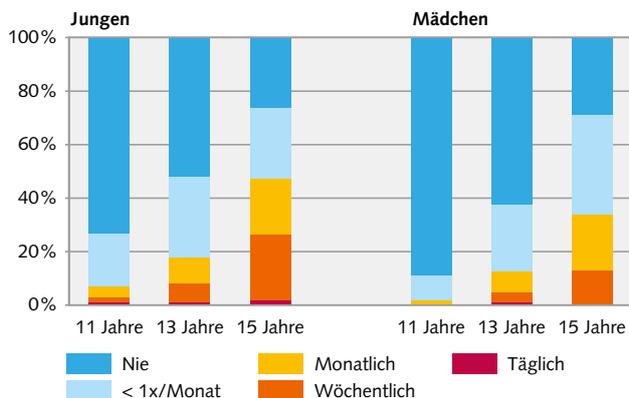
Regelmässige körperliche Aktivität hat einen günstigen Einfluss auf die Gesundheit der Jugendlichen und erhöht die Wahrscheinlichkeit, auch im Erwachsenenalter aktiv zu bleiben. 77% der Jungen und 60% der Mädchen übten in ihrer Freizeit während mindestens zwei Stunden pro Woche eine sportliche Betätigung aus. Der Anteil der Jugendlichen, die überhaupt keinen Sport trieben, nahm mit dem Alter zu (von 4% bei den 11-Jährigen auf 10% bei den 15-Jährigen).

Jugendliche sind deutlich anfälliger für die schädlichen Wirkungen von Alkohol als Erwachsene: Bereits eine geringe Menge Alkohol kann das Bewusstsein verändern, wodurch sich das Unfallrisiko erhöht und die Tendenz zu Risikoverhalten zunimmt. Vier Fünftel der 11- bis 15-jährigen Jugendlichen tranken nie (55%) oder nur gelegentlich (26%) Alkohol (G4.79). Der Anteil der Jugendlichen mit wöchentlichem, als problematisch zu betrachtenden Alkoholkonsum reichte von 2% bei den 11-Jährigen bis 19% bei den 15-Jährigen. Jungen griffen generell deutlich häufiger zum Alkohol als Mädchen. 19% der 15-jährigen Jugendlichen waren in dem Monat vor der Befragung mindestens einmal betrunken gewesen.

Rauchen hat negative kurzfristige Auswirkungen auf die Gesundheit der Jugendlichen (verminderte Leistungsfähigkeit der Lungen, Husten, erhöhtes Risiko von Atemwegkrankungen) und führt zu einer Nikotinabhängigkeit. Hinzu kommt, dass das Rauchen häufig im Zusammenhang mit anderen Risikoverhalten steht (insbesondere Konsum von Alkohol oder illegalen Drogen). 63% der 11- bis 15-jährigen Jungen und 71% der gleichaltrigen Mädchen hatten 2010 nie geraucht. Der Anteil der Jugendlichen, die mindestens einmal wöchentlich rauchten, nahm mit dem Alter stark zu: von weniger als 1% der 11-Jährigen auf 4% der 13-Jährigen und 17% der 15-Jährigen.

Alkoholkonsum bei 11- bis 15-jährigen Jugendlichen, 2010

G 4.79



Quelle: Sucht Schweiz, HBSC

© BFS

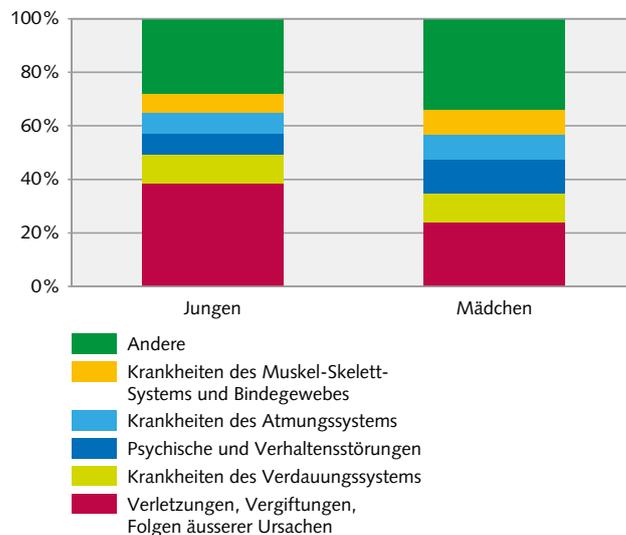
Im Jahr 2010 begaben sich 16'500 Jugendliche im Alter von 11–15 Jahren in Spitalbehandlung. Dies entspricht 4,1% der Jungen und 3,7% der Mädchen dieser Altersgruppe. Häufigster Grund für eine Hospitalisierung waren Verletzungen durch äussere Ursachen wie Unfälle, insbesondere bei Jungen (G4.80). Dies unterstreicht die Bedeutung von Unfällen für die Gesundheit der Jugendlichen in diesem Alter: 53% der Jungen und 43% der Mädchen im Alter von 11–15 Jahren waren 2010 nach eigenen Angaben derart verletzt, dass sie medizinisch behandelt werden mussten.

Todesfälle im Alter von 11–15 Jahren sind äusserst selten (> Kapitel 4.1, G4.4). Zwischen 2006 und 2010 verstarben im Schnitt jährlich 30 Jungen und 20 Mädchen dieser Altersgruppe. Unfälle und Todesfälle durch Gewalteinwirkung (darunter Suizide) waren für 47% der Todesfälle von Jungen und für 34% jener der Mädchen in diesem Alter verantwortlich. Krebs ist die zweithäufigste Todesursache (16% bei den Jungen und 24% bei den Mädchen). Von 1995–1999 und 2006–2010 ist die Zahl der Todesfälle von 11- bis 15-Jährigen um 41% gesunken. Diese Entwicklung ist im Wesentlichen auf die Abnahme der unfallbedingten Sterblichkeit (-59%) zurückzuführen. Die durch Krebs verursachten Todesfälle verringerten sich dagegen lediglich um 13%.

Hospitalisierungen von 11- bis 15-jährigen Jugendlichen, 2010

Anteil der Hauptdiagnosen

G 4.80



Quelle: BFS, MS

© BFS

4.7.3 Ältere Personen

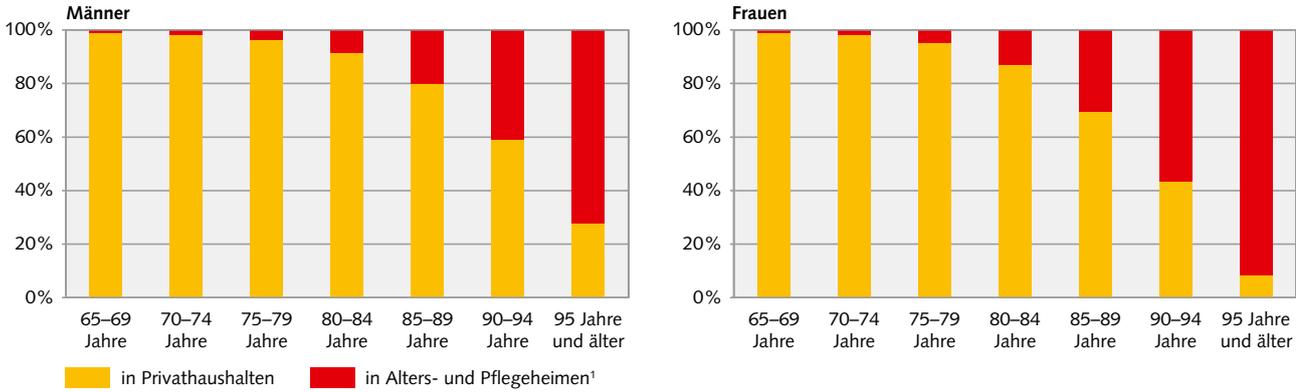
Die Lebenserwartung steigt seit Jahrzehnten an. Im Jahr 2010 waren 17% der Bevölkerung (1,3 Millionen) 65-jährig oder älter. Allerdings bestanden bei den älteren Personen grosse Unterschiede hinsichtlich ihres Gesundheitszustands, nicht nur nach Alter und Geschlecht, sondern auch nach dem Lebensort. 8% der 65-Jährigen oder Älteren (109'197) hatten 2010 einen längeren Aufenthalt (von mindestens dreissig Tagen) in einer sozialmedizinischen Institution, d.h. in einem Alters- und Pflegeheim verbracht. Der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen stieg mit dem Alter stark an (G4.81). Bis zum Alter von 80 Jahren war das Geschlechterverhältnis ausgewogen, danach überwogen die Frauen. Drei Viertel der Personen in Alters- und Pflegeheimen waren Frauen (73%).

Personen in Alters- und Pflegeheimen waren bei ihren alltäglichen Verrichtungen doppelt so häufig wegen eines Gesundheitsproblems leicht oder stark eingeschränkt wie Personen in Privathaushalten (83% gegenüber 37%). Bei den Personen in Privathaushalten nahmen die Einschränkungen mit dem Alter zu. Frauen waren zwischen 65 und 74 Jahren stärker betroffen als Männer (34% gegenüber 26%). In Alters- und Pflegeheimen wird der Anteil von Personen die von solchen Einschränkungen betroffen sind, nicht vom Alter oder Geschlecht beeinflusst (G4.82). Dies erstaunt insofern nicht, als gerade starke Einschränkungen zu den Hauptgründen für einen Heimeintritt gehören, und zwar unabhängig vom Alter.

Lebensort nach Alter, 2010

Bevölkerung ab 65 Jahren

G 4.81



¹ Anzahl Personen, die sich 2010 mindestens 30 Tage in einem Alters- oder Pflegeheim aufgehalten haben

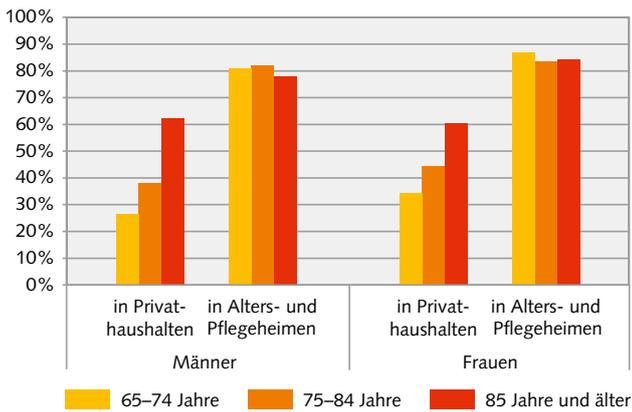
Quelle: BFS, SOMED und STATPOP

© BFS

Aktivitätseinschränkungen seit mindestens 6 Monaten bei Betagten, 2007 und 2008/09

Bevölkerung ab 65 Jahren, die aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkt ist

G 4.82



Quelle: BFS, SGB und EGBI

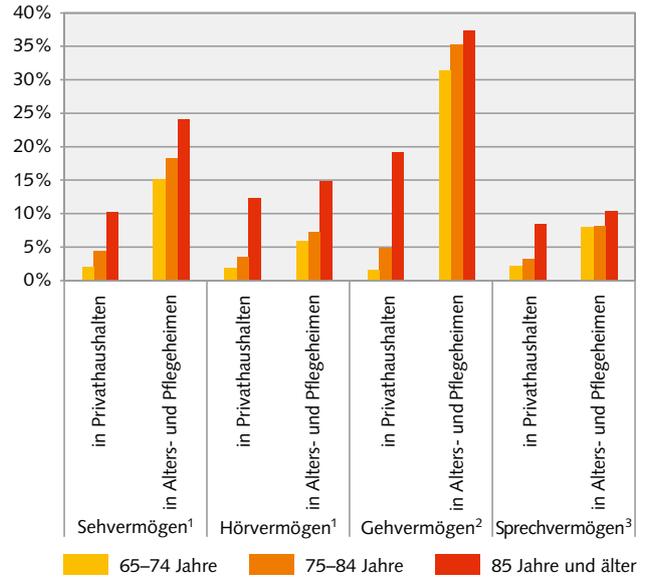
© BFS

Funktionelle Einschränkungen (des Seh-, Hör-, Geh- oder Sprechvermögens) sind bei Personen in Alters- und Pflegeheimen häufiger als bei Personen in Privathaushalten (> Kapitel 4.4). Im Alter am meisten verbreitet sind Schwierigkeiten beim Gehen: 36% der Personen in Alters- und Pflegeheimen und 4% der in Privathaushalten lebenden Betagten konnten nicht oder lediglich ein paar Schritte allein gehen (G4.83). In Alters- und Pflegeheimen unterscheiden sich die Anteile der von solchen Einschränkungen betroffenen Personen in der Regel nicht signifikant nach Alter oder Geschlecht, allerdings litten jüngere Betagte deutlich seltener an einer erheblichen oder vollständigen Einschränkung des Hörvermögens als ältere (6% gegenüber 15%).

Funktionelle Einschränkungen bei Betagten, 2007 und 2008/09

Bevölkerung ab 65 Jahren

G 4.83



¹ Totale oder starke Einschränkung

² Kann nicht alleine gehen, oder nur ein paar Schritte

³ Einschränkunggrad unbekannt

Quelle: BFS, SGB und EGBI

© BFS

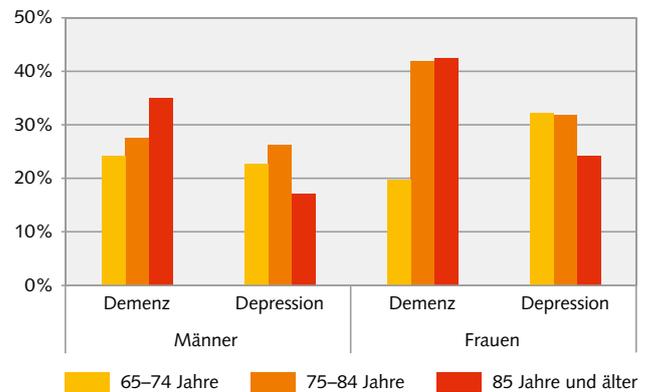
Eine Einschränkung bei den Alltagsaktivitäten liegt vor, wenn jemand Schwierigkeiten hat, ohne fremde Hilfe grundlegende Verrichtungen wie essen, sich ankleiden, zur Toilette gehen, sich waschen, aufstehen, sich hinsetzen oder zu Bett gehen zu bewältigen. 67% der Personen in Alters- und Pflegeheimen waren bei mindestens einer dieser Aktivitäten eingeschränkt und benötigten in erheblichem Masse Hilfe, verglichen mit 3% der Personen in Privathaushalten. Unterschiede nach dem Geschlecht bestanden keine. Während unter den Personen in Alters- und Pflegeheimen keine signifikanten Unterschiede nach Altersgruppen festgestellt werden konnten, stieg der Anteil unter den in Privathaushalten lebenden Betagten von weniger als 1% bei den 65- bis 74-Jährigen auf 12% bei den 85-Jährigen und Älteren. Am meisten Schwierigkeiten bereitete den älteren Menschen die Körperpflege (75% der Personen in Alters- und Pflegeheimen und 4% der Betagten in Privathaushalten), gefolgt von Problemen beim Ankleiden (53% der Personen in Alters- und Pflegeheimen und 1% jener in Privathaushalten).

Stürze sind eine häufige Unfallursache, vor allem bei älteren Personen (> Kapitel 4.5). 39% der in Alters- und Pflegeheimen und 25% der in Privathaushalten lebenden Betagten sind innerhalb eines Jahres gestürzt. Dass sich Stürze in Alters- und Pflegeheimen nicht viel häufiger ereignen als in Privathaushalten, dürfte auf die ständige Anwesenheit des Pflegepersonals und eine altersgerechte Ausstattung der Räumlichkeiten zurückzuführen sein (Cavalli 2002). 21% der in Alters- und Pflegeheimen und 9% der in Privathaushalten lebenden Betagten stürzten im Laufe eines Jahres mehrmals. Stürze in Alters- und Pflegeheimen führten in knapp einem Drittel der Fälle (32%) zu Frakturen. Wer unter den Personen in Alters- oder Pflegeheimen Sehprobleme hat, weist ein doppelt so hohes Sturzrisiko auf, wer an Schwindel leidet oder beim Gehen auf einen Stock angewiesen ist, ein anderthalbfaches.

Die Mehrheit der Personen in Alters- und Pflegeheimen sind von psychischen Erkrankungen betroffen: 28% leiden an Demenz, 15% an Depressionen und 10% an beiden Erkrankungen zugleich. Frauen sind häufiger von Demenz und Depressionen betroffen als Männer (G4.84). Die Quote der von Demenz betroffenen Frauen verdoppelt sich zwischen der ersten und zweiten Altersgruppe und stabilisiert sich danach. Bei den Männern erfolgt der markanteste Anstieg später. Die Häufigkeit der Depression entwickelt sich ab dem 85. Altersjahr bei beiden Ge-

Demenz und Depression bei Betagten in Alters- und Pflegeheimen, 2008/09

Bevölkerung ab 65 Jahren, die in einem Alters- und Pflegeheim lebt **G 4.84**



Quelle: BFS, EGBI

© BFS

schlechtern eher rückläufig. Möglicherweise wird der Depression weniger Beachtung geschenkt, sobald eine Diagnose für Demenz vorliegt.

4.7.4 Migrantinnen und Migranten

2008 stellte die Bevölkerung mit Migrationshintergrund, d.h. zugewanderte Personen und solche mit zugewanderten Eltern (Angehörige der 2. Generation), 30,6% der ständigen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren. Zwei Drittel davon waren ausländische Staatsangehörige, ein Drittel hatte die schweizerische Staatsangehörigkeit erlangt. Wichtig zu wissen ist, ob dieser Bevölkerungsteil mit besonderen Problemen hinsichtlich Gesundheitszustand und Zugang zur Gesundheitsversorgung konfrontiert ist. Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist sehr heterogen, namentlich was die Altersstruktur, die Lebensbedingungen im Herkunftsland, die Kultur, die Aufenthaltsdauer und den aufenthaltsrechtlichen Status, den Bildungsstand und den ausgeübten Beruf, das Einkommen sowie allfällige Diskriminierungserfahrungen in der Schweiz betrifft. Dabei handelt es sich um Merkmale, die einflussreiche Gesundheitsdeterminanten darstellen. Die im Folgenden präsentierten Daten beziehen sich auf acht ausländischen Nationalitäten (Deutschland, Österreich, Frankreich, Italien, Portugal, Türkei, Serbien und Kosovo), was nahezu zwei Drittel der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung entspricht. Sie dürfen daher nicht auf die gesamte Migrationsbevölkerung übertragen werden, vor allem nicht auf Personen mit besonders prekärem aufenthaltsrechtlichen Status (Asylsuchende, Sans-Papiers).

Gesundheitszustand

Mit Ausnahme der deutschen, österreichischen und französischen Staatsangehörigen schätzten die Personen ausländischer Nationalität ihre eigene Gesundheit weniger oft als gut oder sehr gut ein (G4.85). In der jüngsten Alterskategorie (bis 35 Jahre) bestanden allerdings kaum Unterschiede. Die Differenz nahm mit dem Alter zu, bei den Frauen stärker als bei den Männern. Allerdings wird die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands durch kulturelle Wertesysteme beeinflusst, was die Interpretation der Unterschiede zwischen Nationalitäten erschwert. Es zeigte sich aber, dass sich ausländische Staatsangehörige im Laufe eines Jahres häufiger in Behandlung begaben.

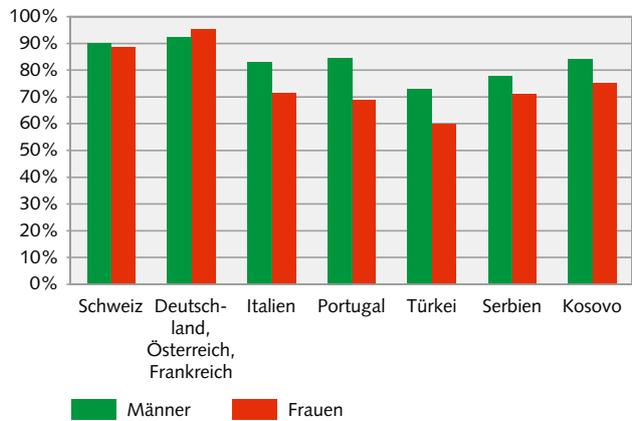
Bei den Männern wiesen die Portugiesen, Kosovaren und Serben den geringsten Anteil an Personen auf, die angaben, an einem dauerhaften gesundheitlichen Problem zu leiden (G4.86). Dies galt insbesondere für die jüngste Altersgruppe (unter 35 Jahre). Umgekehrt verhielt es sich bei den Frauen türkischer Nationalität: Sie wiesen in den höheren Altersgruppen (ab 35 Jahre) signifikant höhere Anteile auf als die Schweizerinnen.

Der Anteil der ausländischen Frauen (insbesondere Türkinnen), die innerhalb von zwölf Monaten vor der Befragung aufgrund einer Depression in ärztlicher Behandlung waren, war ab 35 Jahren deutlich höher als jener der Schweizerinnen (G4.87). Anders verhielt es sich bei den Deutschen, Österreicherinnen, Französischen und Kosovarinnen. Bei den Männern war die Behandlungshäufigkeit aufgrund von Depressionen bei den Türken deutlich erhöht, allerdings nur in der Alterskategorie der 35- bis 49-Jährigen.

Das Risiko, an Übergewicht, insbesondere an Adipositas, zu leiden, ist für Personen der betrachteten ausländischen Nationalitäten besonders hoch (G4.88). Eine Ausnahme bilden die deutschen, österreichischen und französischen Staatsangehörigen.

Guter bis sehr guter selbst wahrgenommener Gesundheitszustand nach Staatsangehörigkeit, 2007 und 2010

Bevölkerung in Privathaushalten zwischen 17 und 74 Jahren **G 4.85**

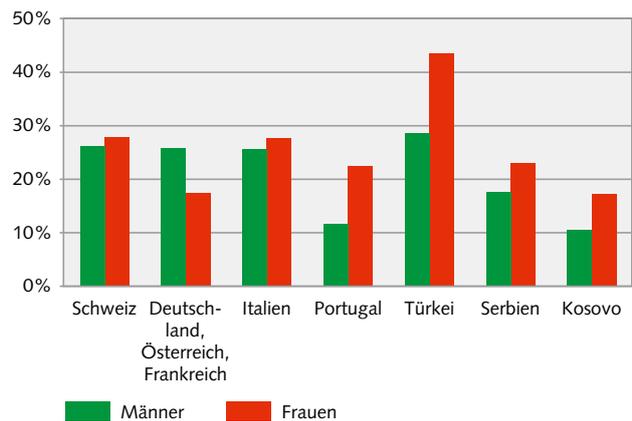


Quelle: BAG, GMMII; BFS, SGB

© BFS

Dauerhaftes gesundheitliches Problem nach Staatsangehörigkeit, 2007 und 2010

Bevölkerung in Privathaushalten zwischen 17 und 74 Jahren **G 4.86**



Quelle: BAG, GMMII; BFS, SGB

© BFS

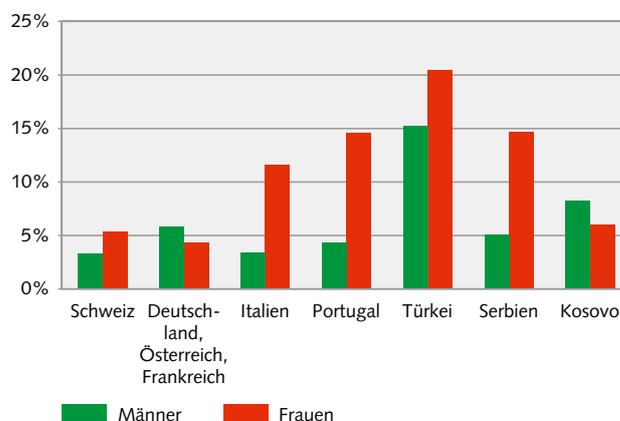
Aufgrund obiger Indikatoren zeigt sich für die ausgewählten Bevölkerungsgruppen folgendes Bild:

- Personen aus Deutschland, Österreich und Frankreich haben ein sozioökonomisches Profil, das am ehesten jenem der schweizerischen Staatsangehörigen gleicht. Auch ihr Gesundheitszustand kommt demjenigen der Schweizerinnen und Schweizer am nächsten.
- 20% der portugiesischen und 9% der kosovarischen Staatsangehörigen leben seit weniger als drei Jahren in der Schweiz. Die Kosovarinnen und Kosovaren weisen zudem das niedrigste Durchschnittsalter auf (36,2 Jahre gegenüber 44,2 Jahre für die Schweizerinnen und Schweizer). Dies könnte auch der Grund dafür sein, weshalb diese Bevölkerungsgruppen – insbesondere die Männer – trotz ihres insgesamt tiefen Bildungsniveaus relativ selten an dauerhaften gesundheitlichen Problemen leiden. Dies widerspiegelt das bekannte Phänomen, wonach zuwandernde Personen häufig jung und gesund sind (healthy migrant effect). Der Gesundheitszustand der älteren, seit langem in der Schweiz ansässigen Migrantinnen und Migranten ist dagegen deutlich weniger gut.
- Am ungünstigsten fällt die Gesundheitsbilanz der türkischen Staatsangehörigen aus, vor allem jene der Frauen. Sie berichten am häufigsten, in ihrem Herkunftsland Folter oder Gewalt (15%) und in der Schweiz Diskriminierungen erfahren zu haben (31%). Ihr Durchschnittsalter ist vergleichsweise hoch (39,1 Jahre) und ihre Erwerbsbeteiligung zählt zu den niedrigsten unter den verglichenen Nationalitäten (54%). Die türkischen Staatsangehörigen gehören überdies zu den Personen, die am häufigsten angeben, nur über schlechte bis mittelmässige Kenntnisse einer Landessprache zu verfügen (43%). Ausserdem stuften sie das Niveau der sozialen Unterstützung am tiefsten ein.

Behandlung wegen Depression nach Staatsangehörigkeit, 2007 und 2010

Bevölkerung in Privathaushalten zwischen 17 und 74 Jahren innerhalb eines Jahres

G 4.87



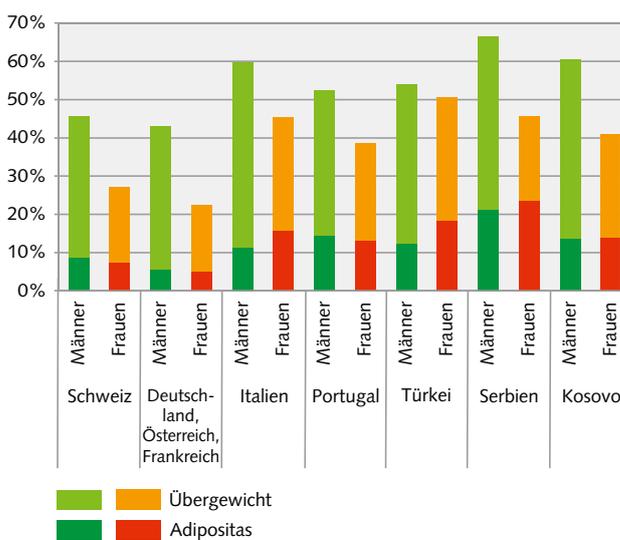
Quelle: BAG, GMMII; BFS, SGB

© BFS

Übergewicht und Adipositas nach Staatsangehörigkeit, 2007 und 2010

Bevölkerung in Privathaushalten zwischen 17 und 74 Jahren

G 4.88



Quelle: BAG, GMMII; BFS, SGB

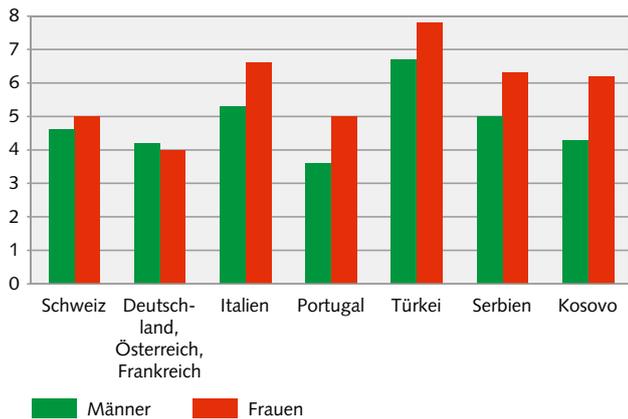
© BFS

Zugang zur Gesundheitsversorgung

Bezüglich des Anteils der Personen, die über den Zeitraum eines Jahres hinweg mindestens einmal in ärztlicher Behandlung waren, gibt es in der Regel keinen signifikanten Unterschied nach Nationalität. Eine Ausnahme bilden die kosovarischen Staatsangehörigen, die eine deutlich niedrigere Konsultationsrate aufwiesen (53% der Männer und 46% der Frauen, verglichen mit 72% der Männer und 86% der Frauen schweizerischer Nationalität). Portugiesischen Männer begaben sich pro Jahr seltener in ärztliche Behandlung. Umgekehrt wiesen die türkischen Frauen eine signifikant erhöhte durchschnittliche Zahl von Arztkonsultationen pro Patientin bzw. Patient auf (G4.89).

Arztkonsultationen nach Staatsangehörigkeit, 2007 und 2010

Durchschnittliche Anzahl pro Patient oder Patientin innerhalb eines Jahres.
Bevölkerung in Privathaushalten zwischen 17 und 74 Jahren **G 4.89**

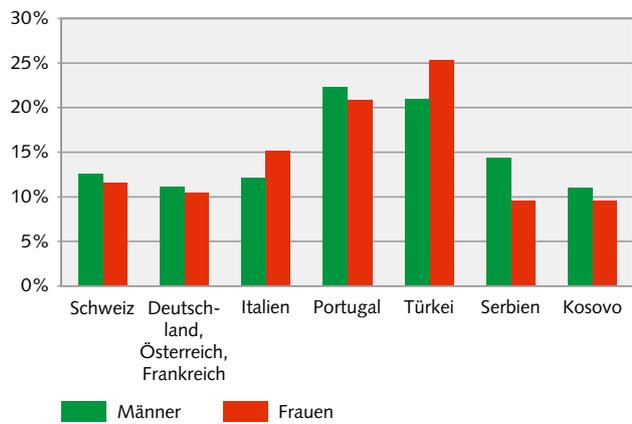


Quelle: BAG, GMMII; BFS, SGB © BFS

Portugiesische und türkische Staatsangehörige suchten beinahe doppelt so oft wie Schweizerinnen und Schweizer Spitalnotfallstationen, Spitalambulatorien oder Polikliniken auf (G4.90). Bezüglich der Anzahl der aufgrund von nicht voraussehbaren Notfällen erfolgten Konsultationen pro Patientin bzw. Patient bestehen jedoch keine signifikanten Unterschiede, ausser bei den portugiesischen Frauen.

Konsultationen in einer Notfallstation, einem Spitalambulatorium oder einer Poliklinik nach Staatsangehörigkeit, 2007 und 2010

Bevölkerung in Privathaushalten zwischen 17 und 74 Jahren innerhalb eines Jahres **G 4.90**



Quelle: BAG, GMMII; BFS, SGB © BFS

5 Gesundheitssystem

Die institutionelle Gesundheitsversorgung unterscheidet zwischen Leistungserbringern im ambulanten und stationären Bereich. Zu letzteren zählen die stationären Abteilungen in Spitälern (Krankenhäuser für allgemeine Pflege und Spezialkliniken), Pflegeheime für Betagte und so genannte «spezialisierte Institutionen» (Heime für Personen mit Behinderungen, mit psycho-sozialen oder mit Suchtproblemen). Das grösste Angebot stellten dabei 2010 die Pflegeheime mit rund 90'000 Betten bereit, gefolgt von Spitälern mit rund 40'000 Betten. In spezialisierten Institutionen stehen rund 27'000 Wohnplätze zur Verfügung.

Der ambulante Bereich setzt sich aus einer Vielzahl unterschiedlicher Leistungsanbieter zusammen. Dazu gehören insbesondere die nicht stationären Angebote in Spitälern, die ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Privatpraxen, die Pflege- oder Hebammendienste für zu Hause sowie diverse paramedizinische Angebote (Physio- und Ergotherapie, Osteopathie, Chiropraxis, Transportdienste, medizinische Labors usw.). Weniger klar eingrenzbar und nur schwierig erfassbar bleiben die vielseitigen Angebote im alternativmedizinischen und beraterischen Bereich (zum Beispiel traditionelle chinesische Medizin, Körpertherapien und Massagen, Paartherapien) und werden hier nicht weiter behandelt. Eine weitere, eigene Kategorie im Gesundheitssystem bildet der Detailhandel. Eine Rolle spielen hier vor allem die Apotheken, Drogerien und Verkaufsstellen von medizinischen Apparaten (für Brillen, Hörgeräte, Gehhilfen etc.). Aufgrund der Datenlage werden nachfolgend nur einzelne dieser Bereiche behandelt.

5.1 Spitäler

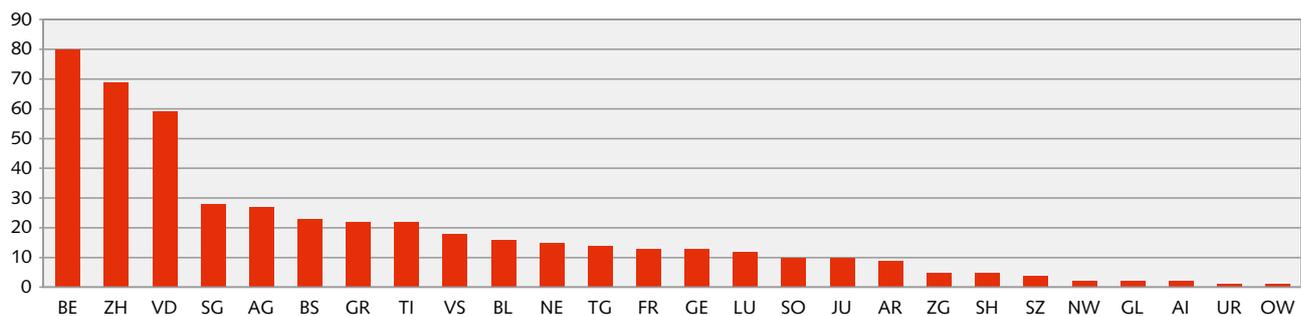
2010 wurden 299 Unternehmen gezählt, welche an 482 Standorten stationär behandelten. Besonders viele Standorte haben die bevölkerungsreichen Kantone Bern, Zürich und Waadt (G5.1).

Von den 121 Spitalunternehmen für allgemeine Pflegediensten 30 der Zentrumsversorgung (Universitätsspitäler und grosse Kantonsspitäler) und 91 der Grundversorgung (Regionalspitaler und andere kleinere Spitäler). Bei 84 handelte es sich um öffentliche oder subventionierte private Unternehmen und bei 37 um nicht subventionierte private. Die Anzahl der Unternehmen hat zwischen 2000 und 2010 um 34,6% abgenommen (G5.2). Dieser Rückgang lässt sich teils auf Fusionen von Spitälern ab 2010, teils auf Änderungen der statistischen Methoden zurückführen. Die Angaben für 2010 sind daher nur beschränkt mit früheren Werten vergleichbar. Ein Hinweis darauf ist auch, dass die Bettenzahlen in der gleichen Periode bedeutend weniger stark gesunken sind.

Zu den 179 Spezialkliniken, 6,3% weniger als noch 2000, gehörten 50 psychiatrische Kliniken, 41 Rehabilitationskliniken und 88 sonstige Kliniken. 72 dieser Kliniken waren öffentlich oder subventionierte private und 107 nicht subventionierte Unternehmen.

Spitalbetriebe nach Kanton, 2010

G 5.1



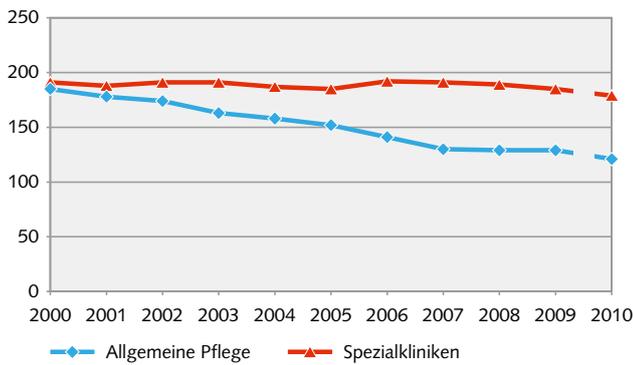
Quelle: BFS, KS

© BFS

Spitalunternehmen für allgemeine Pflege und Spezialkliniken

Anzahl Spitäler

G 5.2



Zeitreihenbruch ab 2010: Revision der Erhebung

Quelle: BFS, KS

© BFS

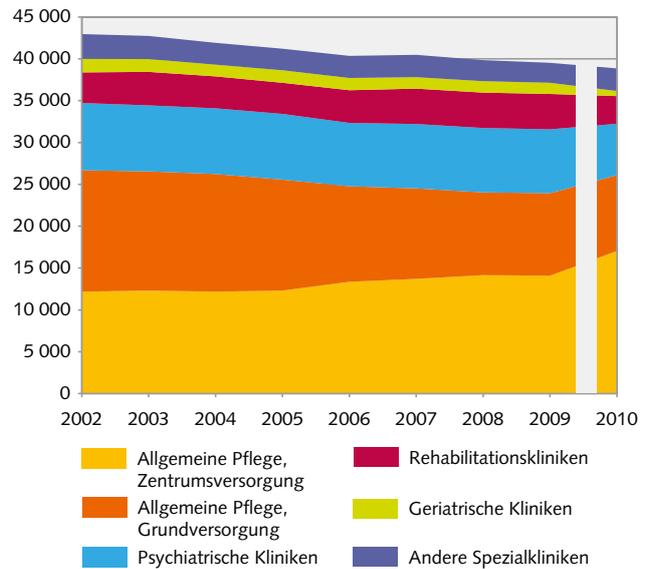
Bettenangebot

2010 standen 38'852 Betten für die stationäre Versorgung zur Verfügung (ohne Betten für Neugeborene), was einer Versorgung mit 4,9 Betten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht (G5.3). Allerdings schwankt dieser Wert je nach Kanton zwischen 2,0 (Schwyz) und 11,2 (Basel-Stadt) (K5.1). Zwischen 2000 und 2010 ist das Bettenangebot um 12,8% gesunken. Die 2010 rund 39'000 verfügbaren Betten verteilten sich zu 63% auf Akutspitäler, zu 19% auf psychiatrische Kliniken und zu 18% auf Rehabilitations- und geriatrische Kliniken.

Verfügbare Spitalbetten nach Betriebstyp

Anzahl Betten

G 5.3



Zeitreihenbruch ab 2010: Revision der Erhebung

Quelle: BFS, KS

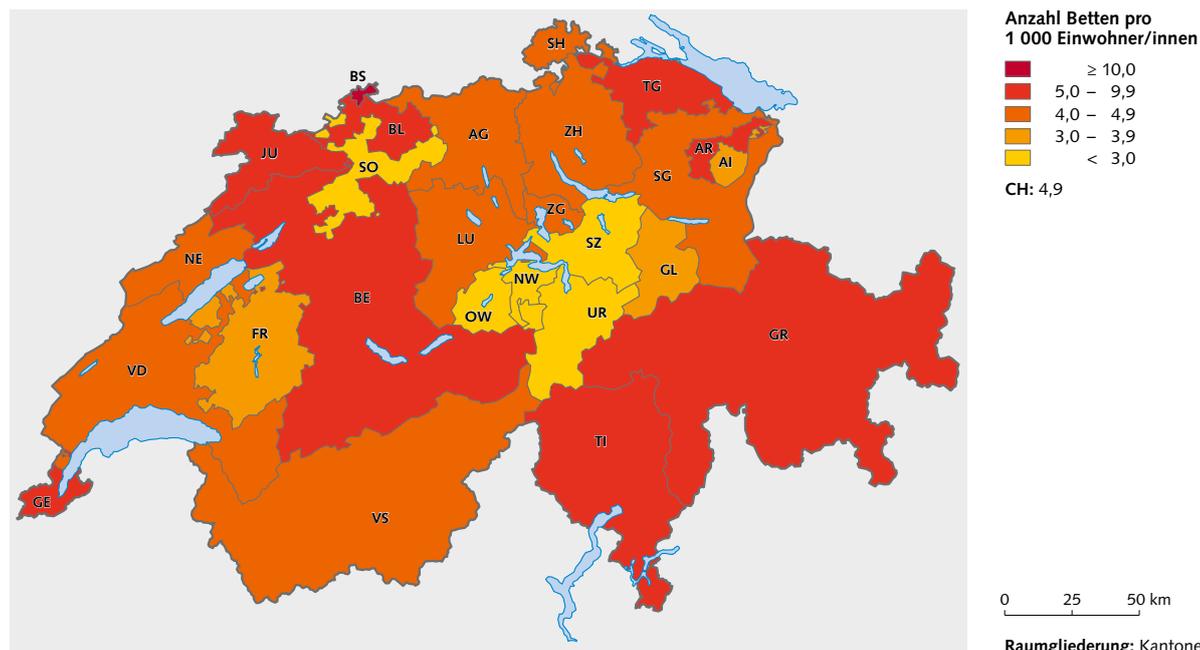
© BFS

Beschäftigte

2010 arbeiteten in Spitälern insgesamt 175'336 Personen im Umfang von 139'252 Vollzeitäquivalenten, 79% davon in Spitälern der allgemeinen Pflege. Seit 2000 nahm die Anzahl Vollzeitäquivalente um 21% zu, was auch auf

Spitalbetten, 2010

K 5.1



Quelle: BFS, KS

© BFS, ThemaKart, Neuchâtel 2012

die Ausweitung der ambulanten Spitalbehandlungen zurückgeführt werden kann. Das Personal setzt sich aus 14% Ärzten, 43% Pflegepersonal, 13% anderen medizinischen Fachpersonen sowie 30% Personen in zentralen Diensten (Administration 14%, Hauswatsdienste und Transport 13%, technische Dienste 3%) zusammen. Während das Geschlechterverhältnis in der Ärzteschaft eher ausgeglichen ist (G5.4), sind in der Pflege und in den anderen medizinischen Fachbereichen vor allem Frauen tätig (83% in der allgemeinen Pflege und 76% in Spezialkliniken).

Pro Spitalbett werden für die Pflege durchschnittlich 3,0 Vollzeitstellen eingesetzt. Allerdings bestehen grössere kantonale Unterschiede (K5.2): Am höchsten ist mit 3,8 das Pflegeverhältnis in Uri, am tiefsten mit 2,1 im Wallis und im Tessin.

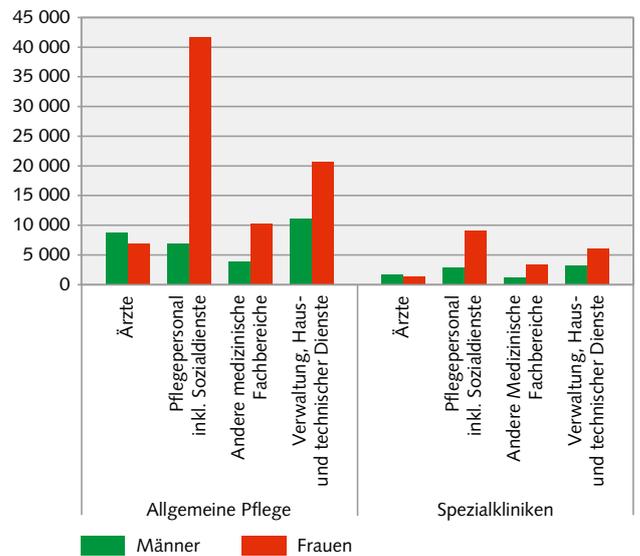
Inanspruchnahme

2010 wurden 1'257'233 Hospitalisierungen registriert, der grösste Teil davon in Akutspitälern als Folge von akuten Krankheiten oder Unfällen. 5,1% der Fälle betrafen psychiatrische Abteilungen in Spitälern oder psychiatrische Kliniken und 6,9% die übrigen Kategorien, hauptsächlich Rehabilitations- und geriatrische Kliniken (G5.5). Anzumerken bleibt, dass eine Person, die wiederholt hospitalisiert wurde, auch mehrfach gezählt wird. Zusammen entsprach dies 17'071 Fällen

Beschäftigte in Spitälern nach Funktion und Geschlecht, 2010

In Vollzeitäquivalenten

G 5.4



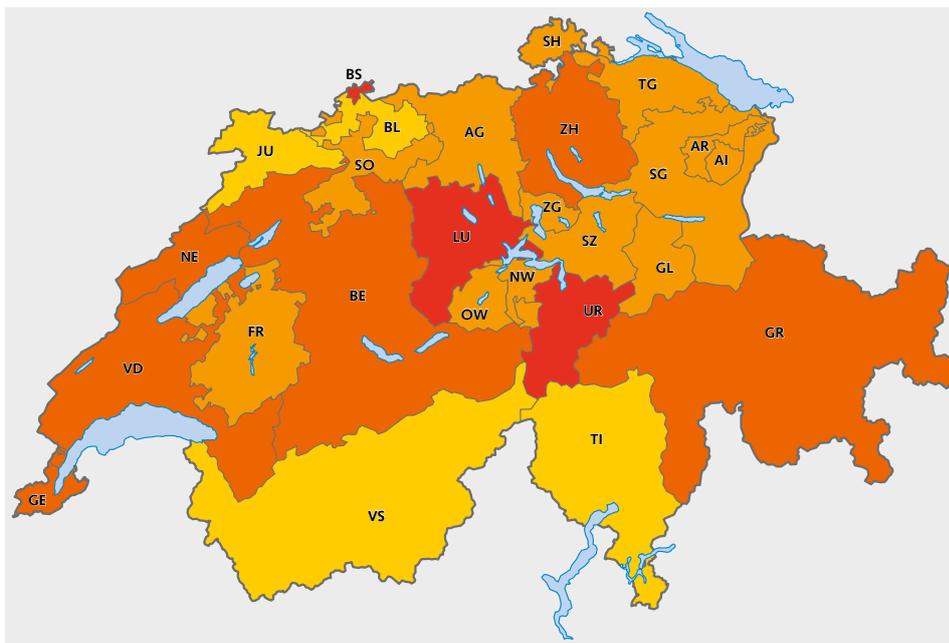
Quelle: BFS, KS

© BFS

pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Zu 83% handelte es sich um Personen mit Wohnsitz im eigenen Kanton, zu 14% um solche aus anderen Kantonen und zu 3% um im Ausland wohnhafte Personen.

Pflegepersonal pro Spitalbett, 2010

K 5.2



Anzahl Beschäftigte* pro Spitalbett, in Vollzeitäquivalenten

- ≥ 4,0
- 3,5 – 3,9
- 3,0 – 3,4
- 2,5 – 2,9
- < 2,5

CH: 3,0

* Berücksichtigt werden das Pflegepersonal, die Ärzteschaft sowie das Personal anderer medizinischer Fachbereiche, die am 31.12. in Betrieben für allgemeine Pflege angestellt waren. Spezialkliniken werden nicht einbezogen.

0 25 50 km

Raumgliederung: Kantone

Quelle: BFS, KS

© BFS, ThemaKart, Neuchâtel 2012

Weitaus die höchste Hospitalisierungsrate haben die Spitäler in Basel-Stadt (33'146 Fälle pro 100'000 Einwohner) gehabt, wobei nur 57% der Fälle aus dem eigenen Kanton stammten (G5.6). Umgekehrt «exportierte» Basel-Stadt nur wenige Fälle in andere Kantone. Dies weist auf eine ausgeprägte Zentrumsfunktion der baselstädtischen Spitäler hin. Am höchsten war der Anteil der behandelten Fälle von ausserkantonalen Personen allerdings in Appenzell Ausserrhoden (62%), was sich mit dem grossen Angebot an Rehabilitationskliniken und chirurgischen Spezialkliniken erklären lässt. Zu den Kantonen mit einem relativ hohen Anteil der ausserhalb des Kantons behandelten Kantonseinwohner gehörten Appenzell Innerrhoden, Basel-Landschaft, Solothurn, Schwyz, Obwalden, Appenzell Ausserrhoden, Nidwalden, Uri und Jura.

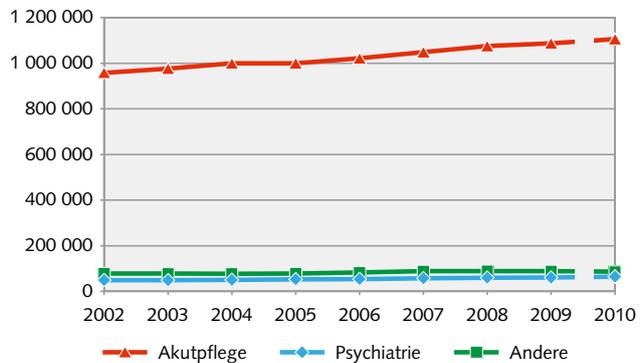
Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Akutspitälern betrug 2010 6,7 Tage, verglichen mit noch 9,1 Tagen acht Jahre früher. In der Psychiatrie wurden durchschnittlich 40 Tage verbracht und in Rehabilitations- oder geriatrischen Kliniken 16,3 Tage (G5.7). Ein Teil der Personen

wurde mehrmals hospitalisiert, in 2010 ungefähr ein Viertel (G5.8). Am häufigsten war der Anteil der Mehrfachhospitalisierungen in der Altersklasse 85 Jahre und älter.

In Spitälern behandelte Fälle

Anzahl Fälle

G 5.5



Zeitreihenbruch ab 2010: Revision der Erhebung

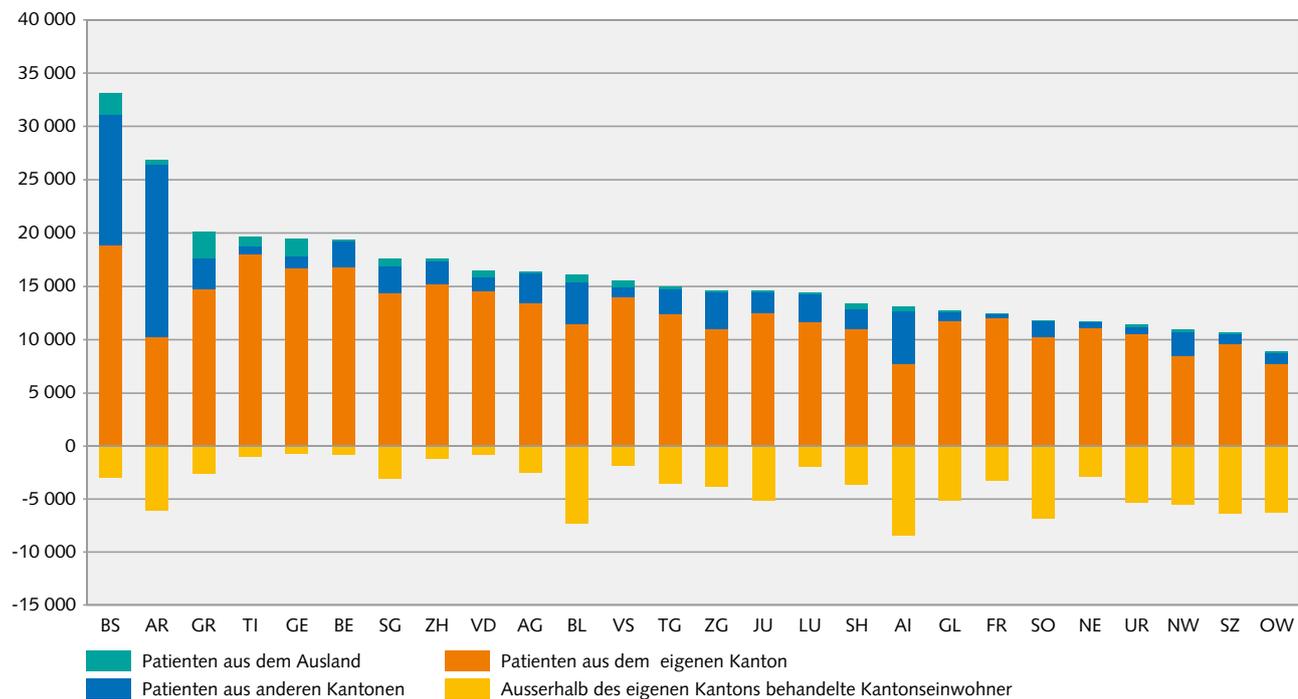
Quelle: BFS, KS

© BFS

Hospitalisierungsrate nach Kanton, 2010

Fälle pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 5.6



Quelle: BFS, MS

© BFS

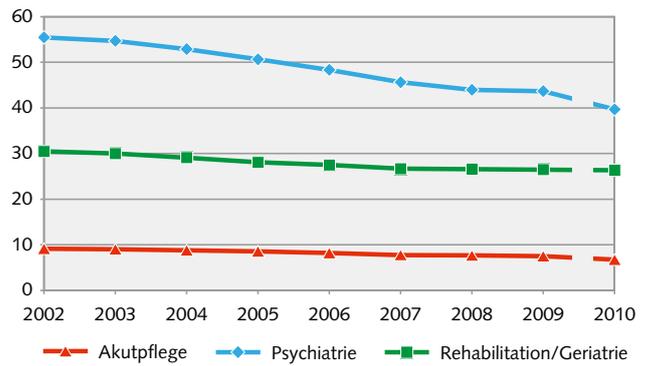
Kosten

Ein Tag im Spital kostete 2010 1228 Franken, wobei dieser Wert je nach Klinikart und behandelter Krankheit beträchtlich schwanken kann. So betragen die Durchschnittswerte für Akutspitäler 1620 Franken, für psychiatrische Kliniken 598 Franken und für Rehabilitations- oder geriatrische Kliniken 545 Franken. Die grössten Kostensteigerungen waren in Akutspitälern zu verzeichnen, nämlich um 32% seit 2002 (G5.9).

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Spitälern

In Tagen

G 5.7



Zeitreihenbruch ab 2010: Revision der Erhebung

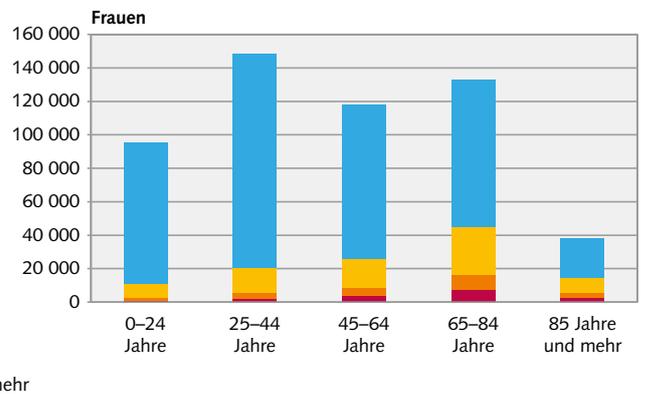
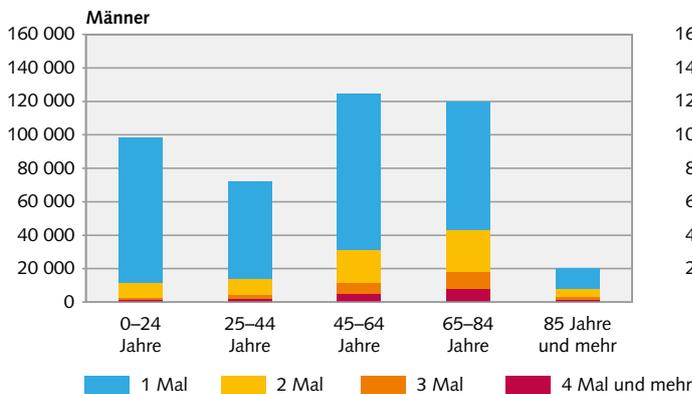
Quelle: BFS, KS

© BFS

Mehrfachhospitalisierungen, 2010

Anzahl Patientinnen und Patienten, nach Alter und Anzahl Hospitalisierungen im Verlauf des Jahres

G 5.8



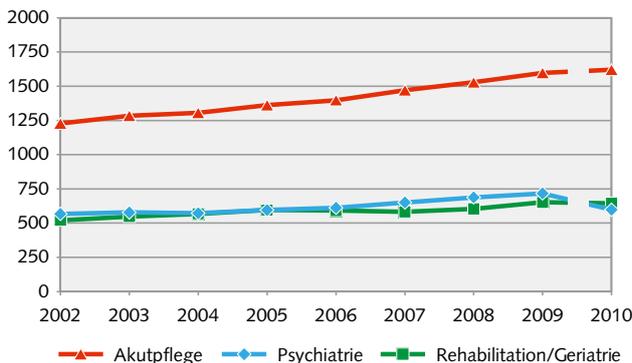
Quelle: BFS, MS

© BFS

Durchschnittskosten in Spitälern

In Franken pro Tag und Patientin bzw. Patient

G 5.9



Zeitreihenbruch ab 2010: Revision der Erhebung

Quelle: BFS, KS

© BFS

5.2 Pflegeheime

Pflegeheime dienen der somatischen Geriatrie für Personen mit altersbedingten physischen Beschwerden oder der Psychogeriatric für psychisch beeinträchtigte ältere Menschen. Sie bieten Leistungen in den Bereichen Unterkunft, Verpflegung, Pflege und Alltagsgestaltung an. Pflegeheime und spezialisierte Institutionen (> Kapitel 5.3) werden auch unter dem Begriff «sozialmedizinische Institutionen» zusammengefasst. Altersheime, die keine medizinisch-pflegerischen Leistungen erbringen, werden in den folgenden Ausführungen nicht berücksichtigt.

Insgesamt wurden 2010 1523 Pflegeheime gezählt, davon 601 privat finanzierte Institutionen ohne staatliche Subventionen, 467 subventionierte private Institutionen und 455 öffentliche Institutionen. Die Anzahl der im Durchschnitt pro Heim angebotenen Plätze betrug 58, wobei die Spannweite von knapp einem Dutzend Beherbergungsplätzen bis hin zu Grossbetrieben mit bis zu 410 Plätzen und nahezu spitalähnlicher Infrastruktur reichte. Private Betriebe ohne Subventionen sind in der Regel kleiner (im Mittel 50 Plätze) als solche mit Subventionen (58 Plätze) oder öffentliche Pflegeheime (70 Plätze).

Platzangebot

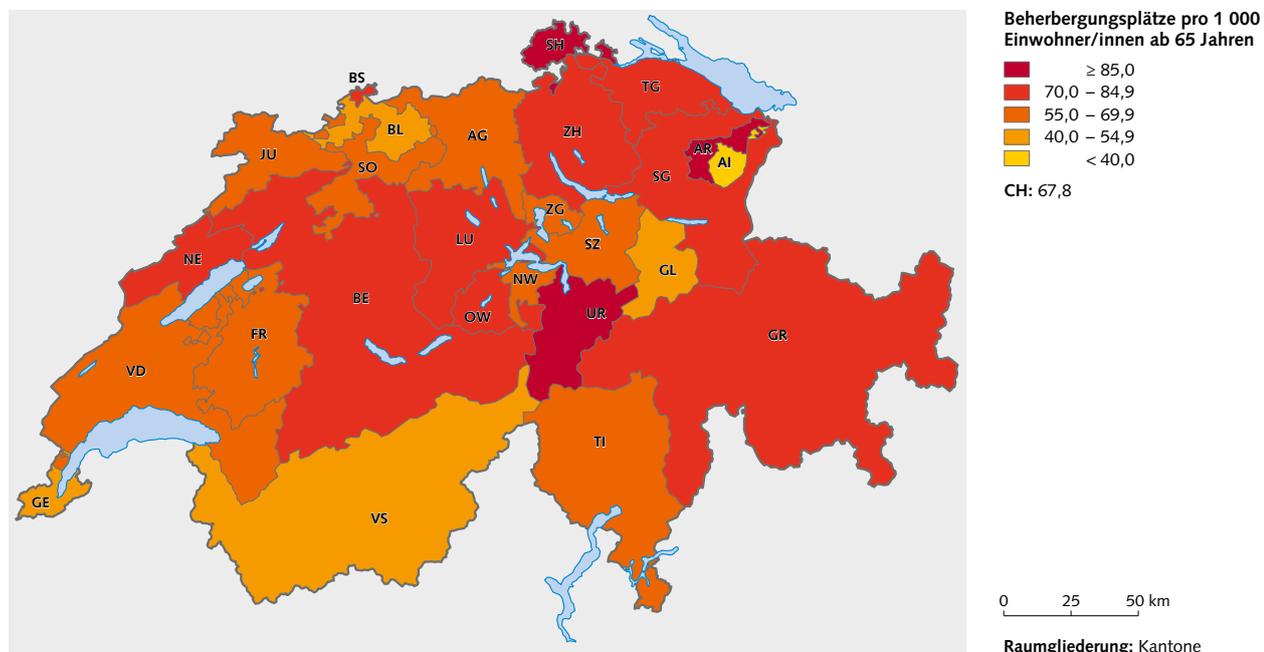
2010 standen 90'116 Pflegeheimplätze zur Verfügung, 11% mehr als noch 2000. Dies entspricht 67,8 Plätzen auf tausend Einwohner von 65 Jahren oder älter. Die Versorgung mit Pflegeheimplätzen weist jedoch je nach Kanton beträchtliche Unterschiede auf und reicht von 22 (Appenzell Innerrhoden) bis 93 (Uri) Pflegeplätzen pro tausend Einwohner (K5.3).

Beschäftigte

2010 arbeiteten 112'400 Personen in Pflegeheimen, wobei der Frauenanteil bei 85% lag. In Vollzeitäquivalenten gemessen betrug die Beschäftigung allerdings nur 77'860 Stellen, was auf einen hohen Anteil von Teilzeit arbeitenden Personen hinweist. Der mittlere Beschäftigungsgrad der Frauen lag mit 71,5 Stellenprozenten deutlich tiefer als jener von Männern (80 Stellenprozent). Seit 2006 ist das Beschäftigungsvolumen um 13,5% angestiegen, etwas stärker bei Männern (+16,4%) als bei Frauen (+12,8%). Zwei Drittel der Arbeitsleistung wird für die Pflege und Alltagsgestaltung eingesetzt und knapp ein Drittel für den Hausdienst und technischen Dienst (G5.10). Die ärztlichen Behandlungen

Plätze in Pflegeheimen, 2010

K 5.3



Quelle: BFS, SOMED

© BFS, ThemaKart, Neuchâtel 2012

werden in der Regel durch externe Ärzte erbracht, weshalb fest angestellte Ärzte nur gerade 0,1% der Belegschaft ausmachen. Zwischen den Geschlechtern gibt es eine deutliche Rollenteilung: Frauen arbeiten vornehmlich in der Pflege und Alltagsbewältigung, Männer im Hausdienst.

Die Intensität der Betreuung beträgt im schweizerischen Mittel 0,58 Stellen pro Beherbergungsplatz (K5.4). Ein relativ hohes Pflegeverhältnis hat der Kanton Freiburg mit 0,76 Stellen, ein relativ tiefes die Kantone Glarus (0,34) und Appenzell Ausserrhoden (0,37).

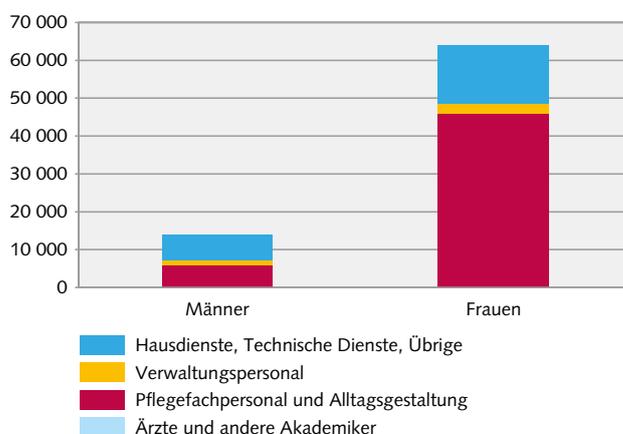
Inanspruchnahme

2010 nahmen insgesamt 136'428 Personen Leistungen von Pflegeheimen in Anspruch. Die rund 3000 externen Klientinnen und Klienten, die ausschliesslich die Tagesstruktur benutzen, sind in diesen Zahlen nicht enthalten. 57% aller Klientinnen und Klienten waren über 84 Jahre alt (G5.11). Bei den unter 75-jährigen handelte es sich mehrheitlich um chronisch kranke Menschen, wobei dort das Geschlechterverhältnis nahezu ausgeglichen war. Mit zunehmendem Alter sind die Frauen jedoch mehr und mehr übervertreten. Dies lässt sich insbesondere darauf

Beschäftigte in Pflegeheimen nach Berufsgruppen und Geschlecht, 2010

In Vollzeitäquivalenten

G 5.10



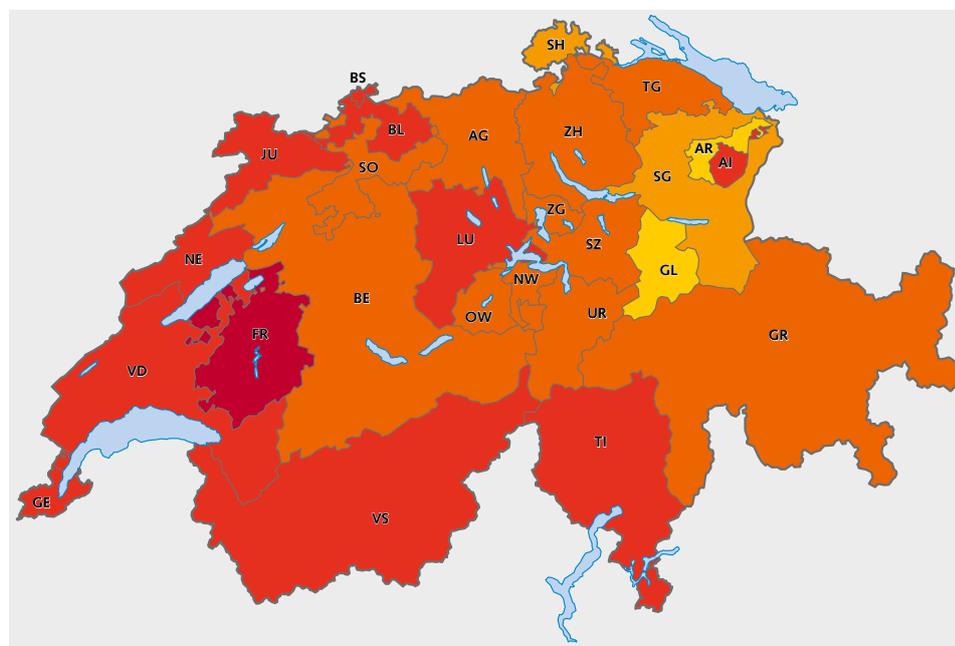
Quelle: BFS, SOMED

© BFS

zurückführen, dass die erstverstorbenen Lebenspartner mehrheitlich Männer sind und von ihren Partnerinnen zuhause gepflegt werden können, während die länger lebenden Frauen häufiger auf institutionelle Pflege angewiesen sind.

Personal der Pflegeheime, 2010

K 5.4



Anzahl Beschäftigte* pro Beherbergungsplatz, in Vollzeitäquivalenten

- ≥ 0,70
- 0,60 – 0,69
- 0,50 – 0,59
- 0,40 – 0,49
- < 0,40

CH: 0,58

* Berücksichtigt werden das Personal im Bereich Pflege und Alltagsgestaltung sowie die in Pflegeheimen angestellte Ärzteschaft.

0 25 50 km

Raumgliederung: Kantone

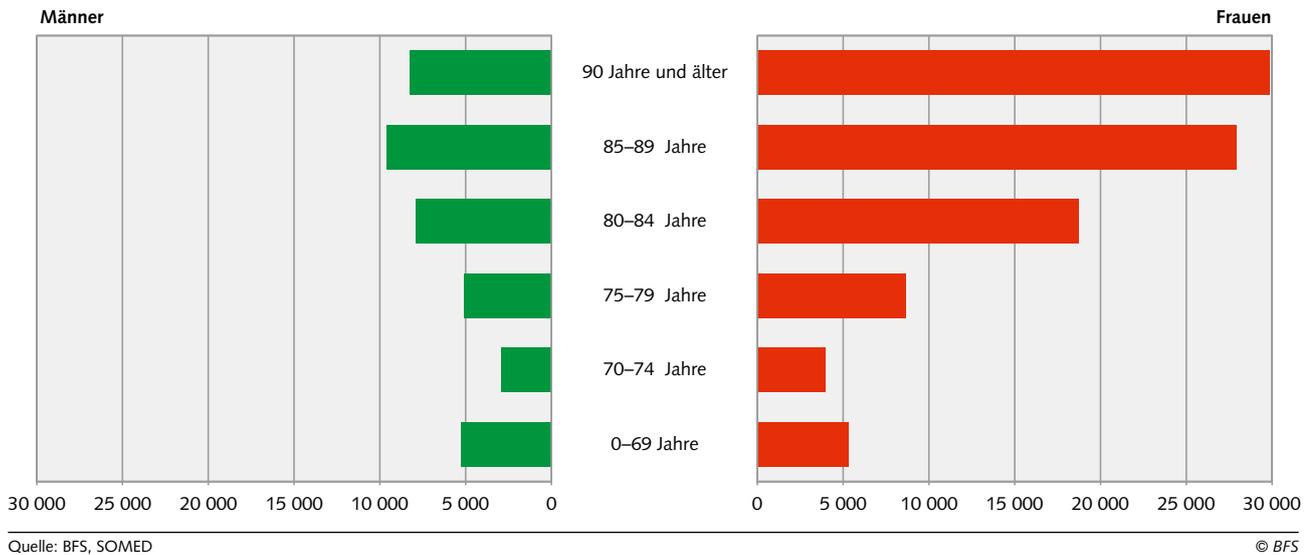
Quelle: BFS, SOMED

© BFS, ThemaKart, Neuchâtel 2012

Klientinnen und Klienten in Pflegeheimen, 2010

Anzahl nach Altersklasse

G 5.11



Dauer der Aufenthalte in Pflegeheimen, 2010

Heimaustritte 2010

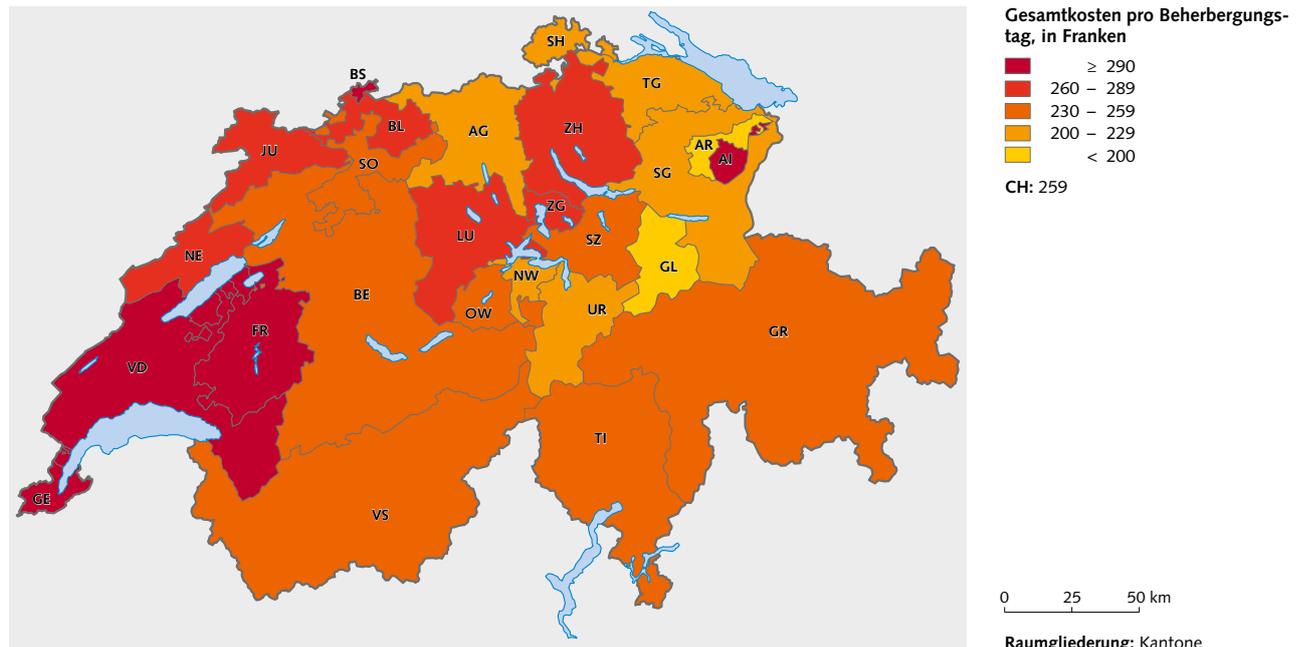
G 5.12



35% der Personen, die 2010 in einem Pflegeheim wohnten, verliessen dieses im gleichen Jahr wieder. In einem Drittel der Fälle handelte es sich um Kurzaufenthalte, z.B. nach einem Spitalaustritt oder zur Entlassung pflegender Angehöriger. Die durchschnittliche Dauer dieser befristeten stationären Aufenthalte betrug 31 Tage. Bei den Langzeitaufenthalten, die im Jahr 2010 durch Austritt endeten, betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei den Männern 761 Tage und bei den Frauen 1102 Tage. Der Anteil der Personen, die mindestens 5 Jahre im Pflegeheim gewohnt hatten, belief sich bei den Männern auf 12% und bei den Frauen auf 21% (G5.12).

Kosten

Pro Beherbergungstag entstanden 2010 Gesamtkosten von durchschnittlich 259 Franken. Je nach Kanton bestanden allerdings beträchtliche Unterschiede, welche von 181 Franken (Glarus) bis 381 Franken (Genf) reichten (K5.5). Die Pflegeleistungen werden teilweise von der obligatorischen Krankenversicherung (KVG) übernommen. Der Restbetrag wird durch die öffentliche Hand, die Klientinnen und Klienten sowie die bedarfsabhängigen Sozialleistungen (Ergänzungsleistungen AHV, IV) finanziert.



Quelle: BFS, SOMED

© BFS, ThemaKart, Neuchâtel 2012

5.3 Spezialisierte Institutionen

Bei spezialisierten Institutionen handelt es sich um Heime und Tagesstrukturen, welche auf die Betreuung von Personen mit Behinderungen, Suchtproblemen oder psychosozialen Problemen spezialisiert sind. Hierzu zählen unterschiedliche Einrichtungen wie Internate beziehungsweise Sonderschulheime für Kinder, Heime mit geschützten Arbeitsplätzen für behinderte Erwachsene oder Berufsintegrationsmassnahmen für Suchtabhängige. Spezialisierte Institutionen und Pflegeheime (> Kapitel 5.2) werden auch unter dem Begriff «sozialmedizinische Institutionen» zusammengefasst.

Die überwiegende Mehrheit (78%) der spezialisierten Institutionen hatte privatrechtlichen Status und erhielt staatliche Subventionen. Bei 8% handelte es sich um Institutionen mit öffentlich-rechtlichem Status und bei 14% um wirtschaftlich unabhängige private Einrichtungen. Stärker vertreten waren letztere bei den Institutionen für Suchtprobleme (20%) und solchen für psychosoziale Probleme (24%).

Infrastruktur

2010 standen insgesamt rund 27'100 Wohnplätze (mit und ohne Tagesbeschäftigung) und 24'300 Tagesplätze zur Verfügung. Der überwiegende Teil des Angebots richtet sich an Personen mit Behinderungen (für Erwachsene 85% der Wohn- und 93% der Tagesplätze). Bei den Tagesangeboten für Erwachsene handelte es sich mehrheitlich um geschützte Werkstätten, bei jenen für Minderjährige um Sonderschulen.

Innerhalb von fünf Jahren hat das Angebot für Erwachsene an Wohn- und Tagesplätzen einen Zuwachs von 18% erfahren. Die Zunahme konzentriert sich auf die Tagesplätze: Jene für Suchtprobleme nahmen um 59%, jene für Behinderungen um 34% und solche für psychosoziale Probleme um 6% zu. Bei den Wohnplätzen wurden demgegenüber lediglich für Behinderte 12% mehr geschaffen, während jene in Institutionen für Suchtkranke um 15% abgebaut wurden. Bei letzteren zeigt sich demnach eine klare Tendenz, ambulante Strukturen zu bevorzugen. Die Angebote für Minderjährige blieben im gleichen Zeitraum konstant, die Wohnstrukturen nahmen leicht zu (+2%) und die Tagesangebote ab (-1,3%).

Beschäftigte

In spezialisierten Institutionen waren 2010 Personen im Umfang von 31'530 Vollzeitäquivalenten beschäftigt, was einem Wachstum seit 2006 von 17% entspricht. Die Zusammensetzung nach Funktionen blieb in den fünf Jahren etwa konstant: Bei 70% handelte es sich um pädagogische und therapeutische Fachleute, bei 20% um Mitarbeitende in der Verwaltung und bei 10% um Personal von Werkstätten.

Inanspruchnahme

In spezialisierten Institutionen wurden 2010 50'264 Fälle betreut, 80% im Zusammenhang mit einer Behinderung, 11% mit psychischen und 9% mit Suchtproblemen. Die Anzahl der betreuten Personen lag allerdings tiefer, denn eine Person kann pro Kalenderjahr mehr als eine Dienstleistung in Anspruch nehmen.

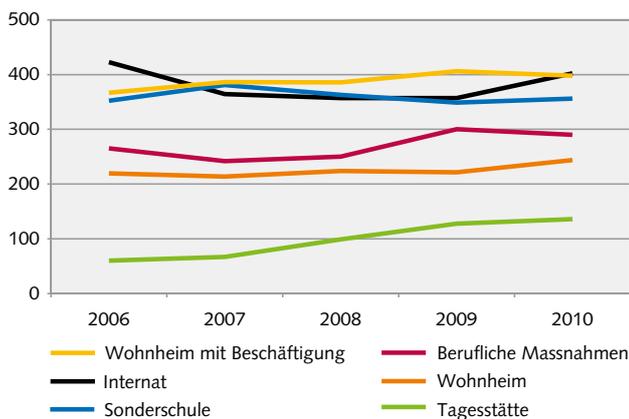
Kosten

Die höchsten Kosten pro Tag verursachten 2010 die Erwachsenenheime mit einem Beschäftigungsangebot (398 Franken), die Internate für Kinder (401 Franken) und die Sonderschulen (356 Franken) (G5.13). Weit günstiger waren die Tagesstätten für Erwachsene (131 Franken pro Tag), doch waren dort in den letzten Jahren die Kostensteigerungen besonders gross (Verdoppelung).

Durchschnittskosten in spezialisierten Institutionen

Franken pro Tag und nach Art des Platzes

G 5.13



Quelle: BFS, SOMED

© BFS

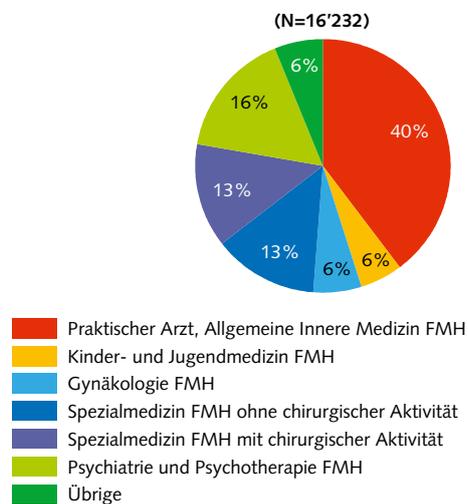
5.4 Ambulante Versorgung

Die ärztliche Grundversorgung in Praxen wurde 2011 durch 6448 Generalistinnen und Generalisten (mit Facharzttitel in Allgemeine Innere Medizin sowie praktische Ärztinnen und Ärzte) und 877 Ärztinnen und Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin sichergestellt (G5.14). Zusammengefasst weist die Grundversorgung eine Ärztedichte von durchschnittlich 92 pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner auf, wobei die Spannweite von 62 (Kanton Freiburg) bis 139 (Kanton Basel-Stadt) reicht (G5.15).

Ambulant praktizierende Ärztinnen und Ärzte, 2011

Nach Hauptfachgebiet

G 5.14



Quelle: FMH, Ärztestatistik

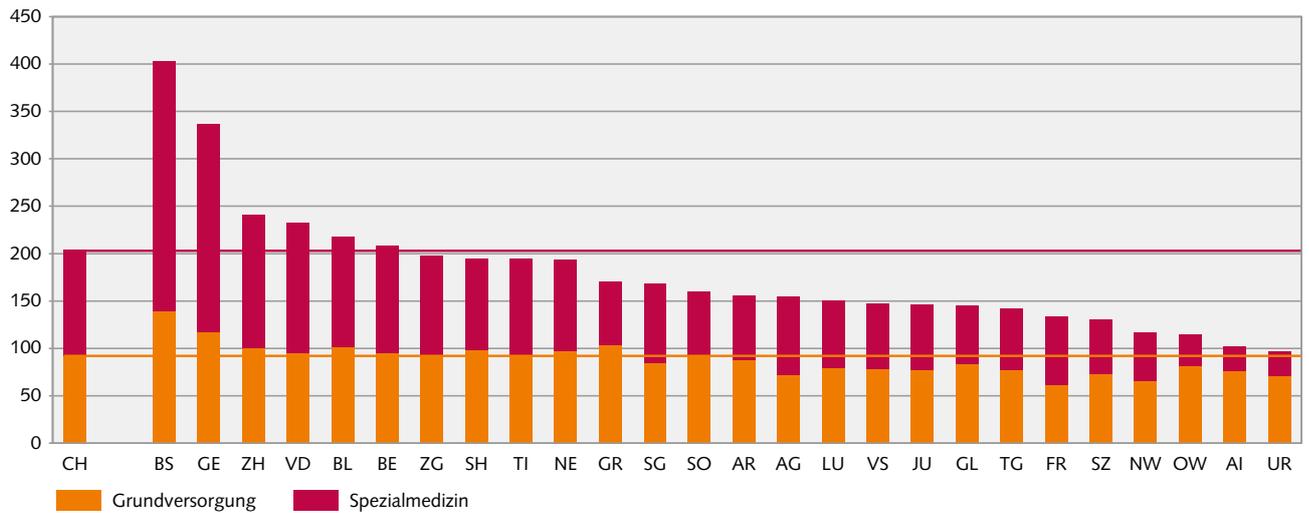
© BFS

Die Spezialmedizin teilt sich in eine Vielzahl von Fachrichtungen auf. Am stärksten ist die Psychiatrie vertreten, gefolgt von der Gynäkologie. Mit 112 pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner liegt die durchschnittliche Dichte der Spezialärzte rund 20% über dem Wert der Grundversorger. Besonders hoch ist die Spezialistendichte in Kantonen mit Universitätsspitalern. Sonst ist sie nur in fünf Kantonen (AG, BL, FR, TI, ZG) höher als in der Grundversorgung. Der Umstand, dass die Ärztedichte auf der Basis von Personen statt von Vollzeitäquivalenten berechnet wurde, könnte jedoch zu einer Überbewertung der Ärztedichte in Städten führen, da dort Teilzeitbeschäftigte in Gruppenpraxen tendenziell häufiger anzutreffen sind als anderswo.

Dichte der ambulant praktizierenden Ärztinnen und Ärzte nach Kantonen, 2011

Anzahl Praktizierende pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 5.15



Grundversorgung: Ärztinnen und Ärzte mit Facharzttitel in Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie praktische Ärztinnen und Ärzte

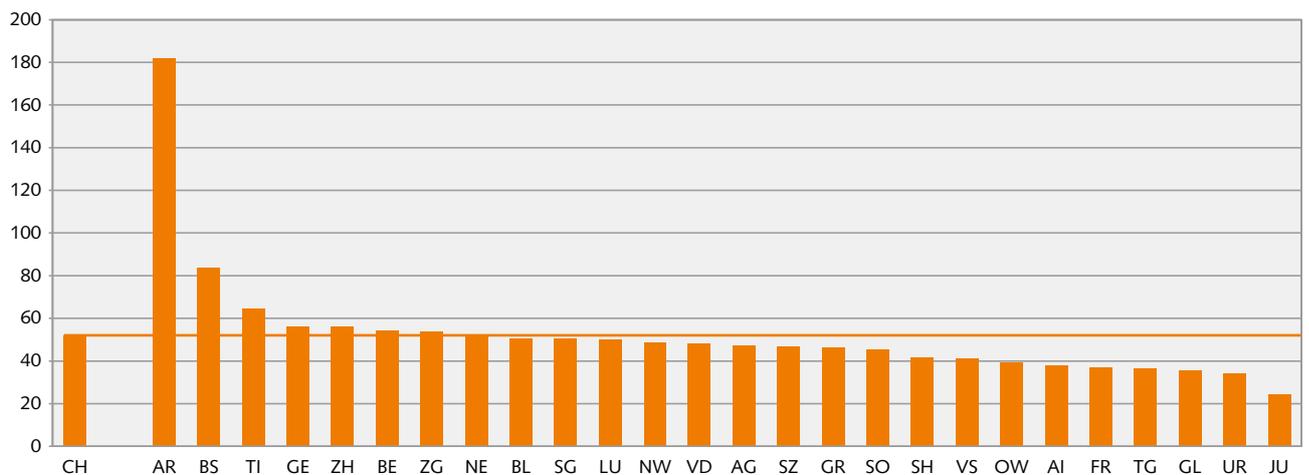
Quelle: FMH, Ärztestatistik

© BFS

Dichte der ambulant praktizierenden Zahnärztinnen und Zahnärzte nach Kantonen, 2011

Anzahl Praktizierende pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 5.16



Quelle: SSO

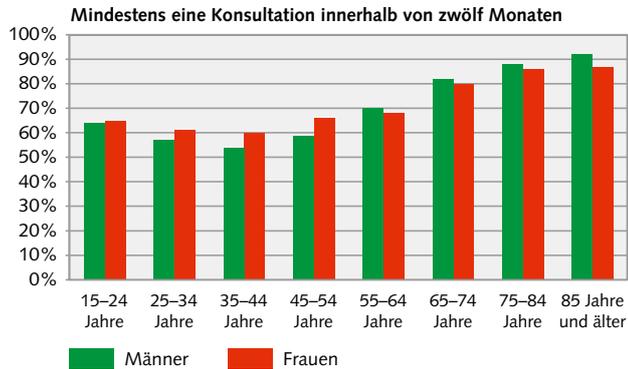
© BFS

Für die zahnmedizinische Versorgung zeichnen 2011 4123 Zahnärztinnen und Zahnärzte verantwortlich, beziehungsweise pro 100'000 Einwohner und Einwohnerinnen durchschnittlich 52. Auffallend hoch ist die Zahnärztedichte im Kanton Appenzell Ausserrhoden, da dort auch Zahnärztinnen und Zahnärzte mit kantonaler Zulassung praktizieren dürfen (G5.16).

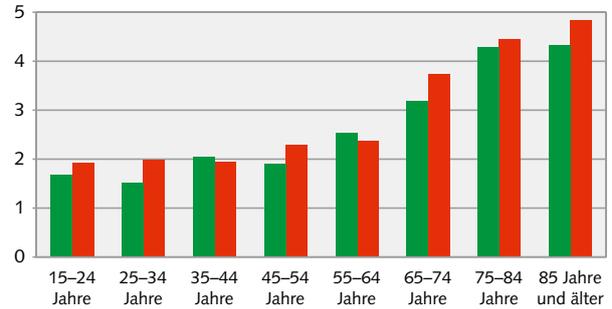
Konsultationen bei Generalistinnen und Generalisten, 2007

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 5.17



Durchschnittliche Anzahl Konsultationen pro Jahr und Einwohner bzw. Einwohnerin



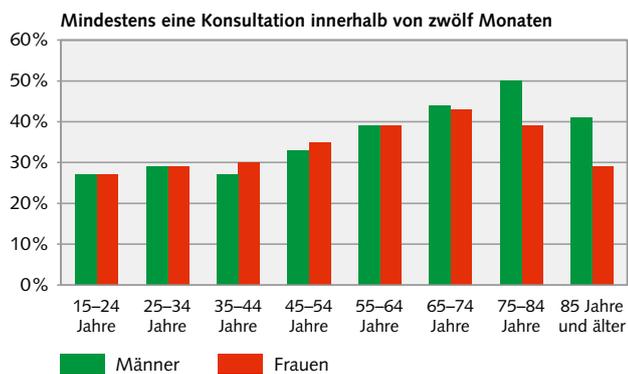
Quelle: BFS, SGB

© BFS

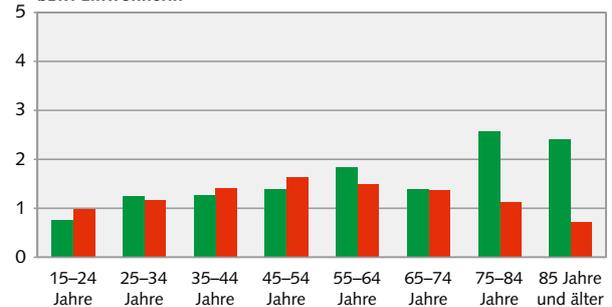
Konsultationen bei Spezialistinnen und Spezialärzten (ohne Gynäkologie), 2007

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 5.18



Durchschnittliche Anzahl Konsultationen pro Jahr und Einwohner bzw. Einwohnerin



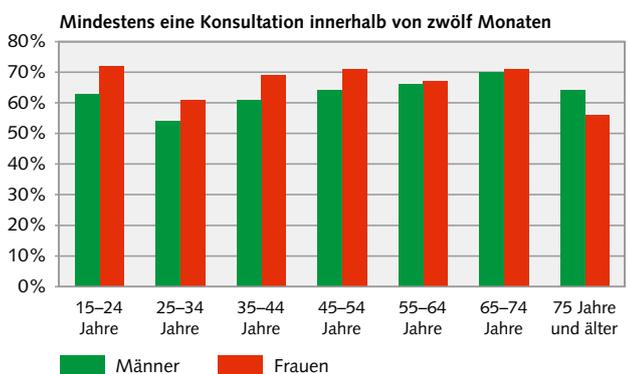
Quelle: BFS, SGB

© BFS

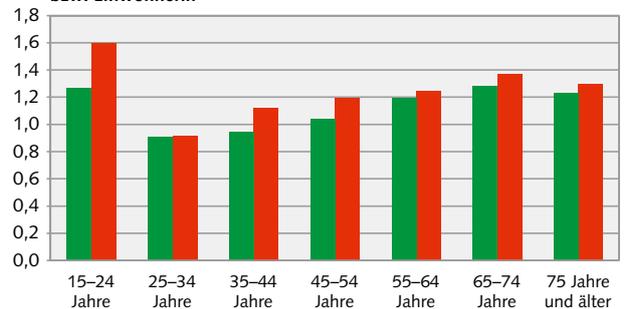
Konsultationen bei Zahnärztinnen und Zahnärzten, 2007

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 5.19



Durchschnittliche Anzahl Konsultationen pro Jahr und Einwohner bzw. Einwohnerin



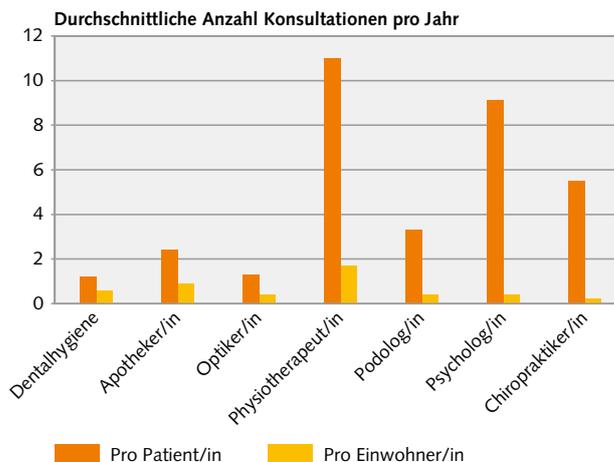
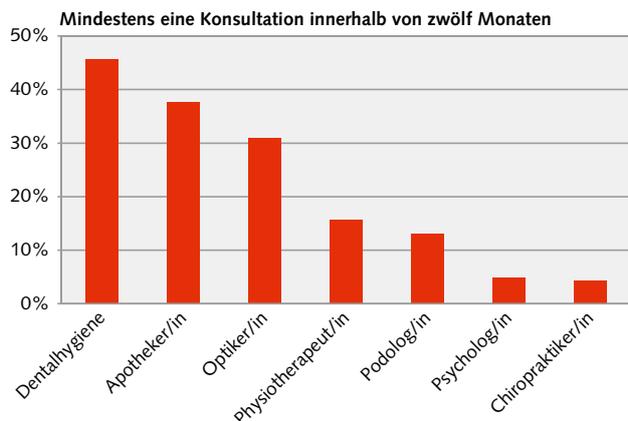
Quelle: BFS, SGB

© BFS

Konsultation bei weiteren Leistungserbringern, 2007

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 5.20



Quelle: BFS, SGB

© BFS

Inanspruchnahme

73% der Männer und 86% der Frauen suchten innerhalb von zwölf Monaten mindestens einmal eine Arztpraxis auf. Die Differenz ist vor allem auf gynäkologische Untersuchungen zurückzuführen (> Kapitel 4.6). Zwei Drittel der Bevölkerung haben mindestens einmal eine Generalistin oder einen Generalisten aufgesucht, wobei die Anzahl der Konsultationen mit steigendem Alter rasch zunimmt (G5.17). Ein Drittel war bei einem Spezialisten oder einer Spezialistin (hier ohne Gynäkologie), ohne dass sich dort das Alter wesentlich auf die Besuchshäufigkeit auswirkt (G5.18). Personen ohne nachobligatorischen Schulabschluss suchten häufiger Generalisten auf als solche mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe (74% versus 62%), dafür seltener die Praxis von Spezialisten (30% versus 38%).

Ein Zahnarzt oder eine Zahnärztin wurde von 65% der Bevölkerung mindestens einmal innert Jahresfrist aufgesucht (G5.19), von Personen ohne nachobligatorischen Schulabschluss seltener als von solchen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe (55% versus 66%). Des Weiteren wurden von fast der Hälfte der Bevölkerung Leistungen einer Dentalhygienikerin oder eines Dentalhygienikers beansprucht.

Häufig werden auch Apotheken für eine medizinische Beratung aufgesucht (G8.20). Seltener ist die Inanspruchnahme von chiropraktischen, physiotherapeutischen oder psychotherapeutischen Diensten. Nur bei der Fusspflege (Podologie) gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Deren Dienste werden von Frauen fast dreimal so häufig beansprucht wie von Männern (19% versus 7%).

5.5 Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex)

Zu den Kernaufgaben der Spitex gehören die «pflege-rischen Leistungen» gemäss Krankenpflege- Leistungs-verordnung (KLV), die «hauswirtschaftlichen/sozialbetreuerischen Leistungen» (HWS) sowie der Mahlzeitendienst. Die Mehrheit der Organisationen bietet zudem weitere Leistungen an wie Sozialdienste, Elternberatung, therapeutische Dienstleistungen, Fahrdienste und Notrufsysteme.

Bei den 2010 erfassten 1162 Dienstleistern handelte es sich zu 53% um privat oder öffentlich-rechtliche Non-Profit-Organisationen sowie zu 32% um selbstständige Krankenpflegerinnen und -pfleger. Die restlichen 15% waren gewinnorientierte private Unternehmen. Wenn allerdings die Vollzeitäquivalente betrachtet werden, lag der Anteil der Non-Profit-Organisationen mit 88% deutlich höher, während die gewinnorientierten Unternehmen lediglich 10% und die selbstständigen Krankenpflegerinnen und -pfleger 2% ausmachten.

Beschäftigte

Für die direkten Dienstleistungen vor Ort stehen 15'683 Vollzeitstellen zur Verfügung, was 2 Vollzeitstellen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht (K5.6). In den westlichen Landesteilen ist die Versorgungsdichte generell höher als in der übrigen Schweiz. Eine besonders hohe Versorgungsdichte weisen die Kantone Genf, Basel-Stadt, Waadt und Jura mit gut 3 Vollzeitstellen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner auf.

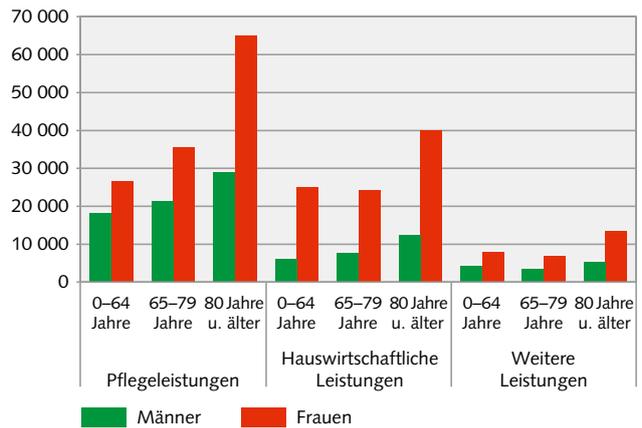
Inanspruchnahme

Die Spitex-Organisationen betreuten 2010 245'636 Klientinnen und Klienten und erbrachten dabei Leistungen im Umfang von rund 16 Millionen Stunden. Bei 64% handelt es sich um Pflege, bei 34% um hauswirtschaftliche oder sozialbetreuerische und bei 2% um sonstige Leistungen (z.B. Sozialdienst, Fahrdienste, Notrufsysteme, usw.) (G5.21). Da Frauen mehrheitlich jünger sind als ihre Lebenspartner und zudem eine höhere Lebenserwartung haben, werden Männer häufiger von ihren Lebenspartnerinnen betreut als umgekehrt. Die durch Spitex-Organisationen erbrachten Pflegeleistungen werden daher bis ins Alter von 79 zu 61% und ab 80 Jahren zu 69% von Frauen in Anspruch genommen. Bei den hauswirtschaftlichen Leistungen wirkt sich obiges Phänomen, aber auch die traditionelle Rollenteilung, noch stärker aus: Der Frauenanteil lag bei der jüngsten Altersklasse bei 81% und jener bei den zwei anderen bei rund 76%.

Jeder Bezug einer Leistungskategorie generiert einen Fall. Pro Person wurden so durchschnittlich 1,3 Fälle verrechnet (Total 352'334 Fälle). Pro Pflegeleistungsfall betrug der durchschnittliche Zeitaufwand 2010 zwischen 40 Stunden (0–64 Jahre) und 63 Stunden (80 Jahre und

älter), bei hauswirtschaftlichen Leistungen zwischen 36 und 55 Stunden (G5.22). Die Anzahl der pro Fall geleisteten Arbeitsstunden hat sich seit 2002 nicht wesentlich verändert. Dies lässt sich auf die Limitierung der Stundenzahl durch die Krankenkassen und Subventionsgeber zurückführen.

Von Spitex-Organisationen betreute Fälle, 2010
Anzahl nach Art der Leistung und Alter G 5.21

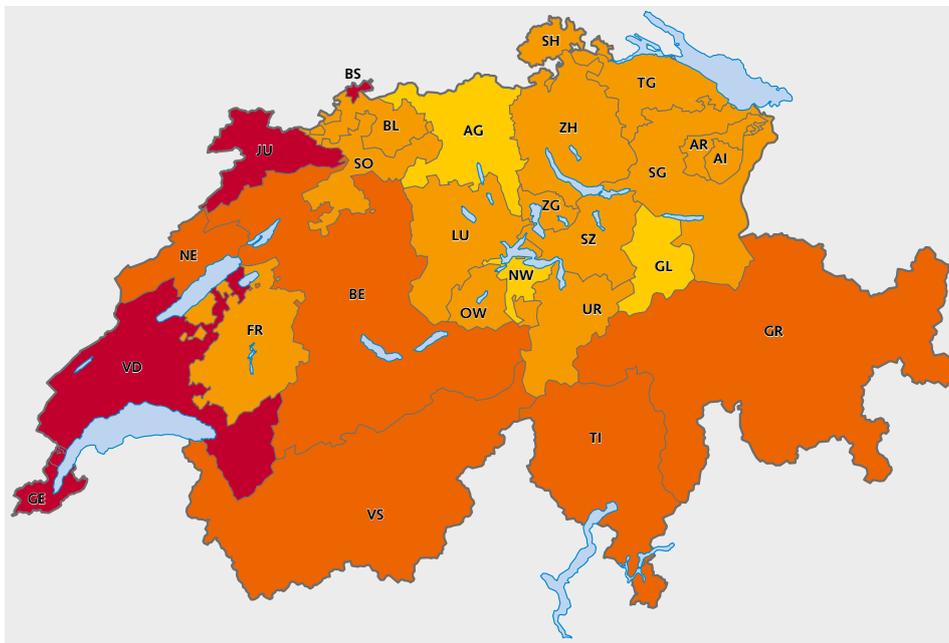


Quelle: BFS, SPITEX

© BFS

Spitex-Personal, 2010

K 5.6



Anzahl Beschäftigte pro 1 000 Einwohner/innen, in Vollzeitäquivalenten

- ≥ 3,0
- 2,4 – 2,9
- 1,8 – 2,3
- 1,2 – 1,7
- < 1,2

CH: 2,0

0 25 50 km

Raumgliederung: Kantone

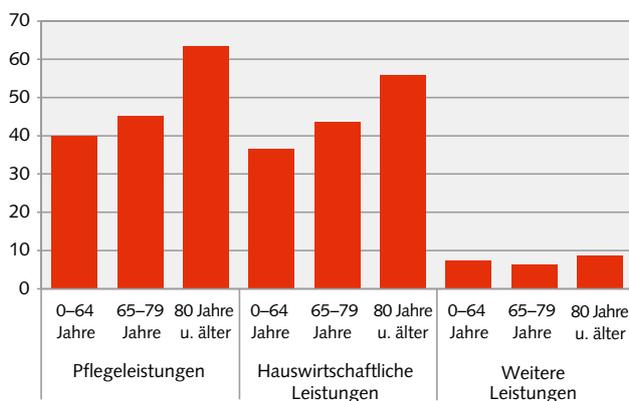
Quelle: BFS, SPITEX

© BFS, ThemaKart, Neuchâtel 2012

Zeitaufwand von Spitex-Organisationen nach Leistungsart und Altersklasse, 2010

Stunden je Fall

G 5.22



Quelle: BFS, SPITEX

© BFS

Finanzierung

Die öffentliche Hand (Kantone und Gemeinden) kommt für 45% der Kosten für Spitex-Leistungen auf, die Grundversicherung übernimmt 38% (Leistungen gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung) und der Rest wird durch andere Quellen (von Klientinnen und Klienten übernommene hauswirtschaftliche/sozialbetreuerische Hilfe und Mahlzeiten, Mitgliederbeiträge, Spenden usw.) finanziert. Für eine Stunde wurden 2010 im Durchschnitt aller Leistungsarten 99 Franken verrechnet, während dieser Wert im Jahr 2000 noch bei 80 Franken lag.

5.6 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 ermöglichen in einigen Fällen, einen Übertritt in eine Institution (z.B. Alters- und Pflegeheim) zu vermeiden. Neben den professionellen Spitex-Diensten (> Kapitel 5.5) tragen die Angehörigen, Freunde und Bekannten – zu unterschiedlichen Anteilen – zur benötigten Hilfe bei.

Erhaltene informelle Hilfe

Im Jahr 2007 erhielten 8% der Bevölkerung im Laufe der vorangegangenen 12 Monate aus gesundheitlichen Gründen Hilfe von Verwandten, Bekannten oder der Nachbarschaft. Bis zu einem Alter von 74 blieb dieser Anteil nahezu unverändert (G5.23). In den obersten beiden Altersgruppen stieg er dann stark an und erreichte bei den Frauen ab 85 Jahren 45%, während er bei den gleichaltrigen Männern deutlich tiefer blieb (21%). Frauen erhielten nach eigenen Angaben mehr Hilfe als Männer, vor allem ab 75 Jahren.

Laut den Empfängerinnen und Empfängern handelte 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 stand dabei im Vordergrund: 52% der informellen Hilfeleistungen wurden durch die Partnerin bzw. den Partner, 46% durch die Kinder, 22% durch die Eltern und 27% durch die übrige Familienmitglieder erbracht (Mehrfachnennungen möglich). Der Beitrag von Nachbarn, Bekannten und Freunden ist mit 36% ebenfalls signifikant.

Geleistete informelle Hilfe

Im Jahr 2007 erbrachten 33% der Männer und 39% der Frauen regelmässig – ohne dafür bezahlt zu werden – Hilfeleistungen für andere Personen, indem sie z.B. Kranke, Menschen mit Behinderungen oder Betagte besuchten, ihnen im Haushalt halfen, Mahlzeiten brachten oder Transportdienste leisteten. Der Anteil der Hilfeleistenden ist im Alter von 55–84 Jahren am höchsten (G5.23).

Gemäss den Hilfe leistenden Personen diente die erteilte Unterstützung am häufigsten dazu, den Betroffenen Gesellschaft zu leisten (61%), gefolgt von Hilfe im Haushalt (52%), Einkäufen (47%), Mahlzeiten zubereiten (32%) und der Hilfe bei administrativen Angelegenheiten (29%), wobei mehrere Antworten möglich waren. Geholfen wird vor allem Nachbarn, Freunden und Bekannten (49%), gefolgt von Vater oder Mutter (43%), (Ehe-)Partnerin oder (Ehe-)Partner (39%), Tochter oder Sohn (33%) sowie anderen Familienmitgliedern (43%). Der Anteil der Hilfe leistenden Personen beträgt bis im fortgeschrittenen Alter (84 Jahre) das Mehrfache desjenigen der Hilfeempfängerinnen und -empfänger.

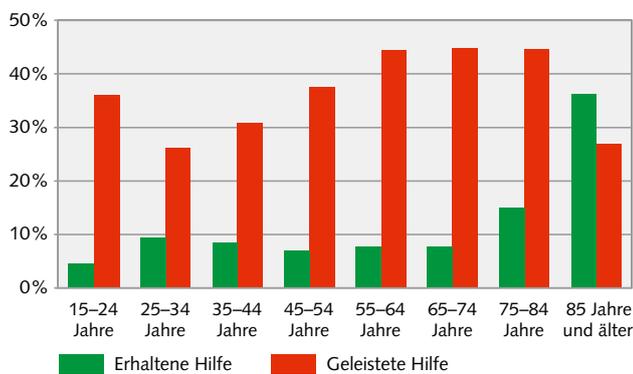
Informelle Hilfe und Spitex

Professionelle Hilfe und Pflege zuhause durch Spitex-Dienste sind kein Ersatz für informelle Hilfe: 58% der Personen, die Spitex-Leistungen in Anspruch nehmen, erhalten zusätzlich noch informelle Hilfe. Der Anteil der Personen, die neben den Spitex-Leistungen gleichzeitig noch informelle Hilfe erhalten, stieg von 1% der unter 65-Jährigen auf 18% der Personen in der obersten Altersgruppe (G5.24).

Informelle Hilfe, 2007

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren, innerhalb eines Jahres

G 5.23



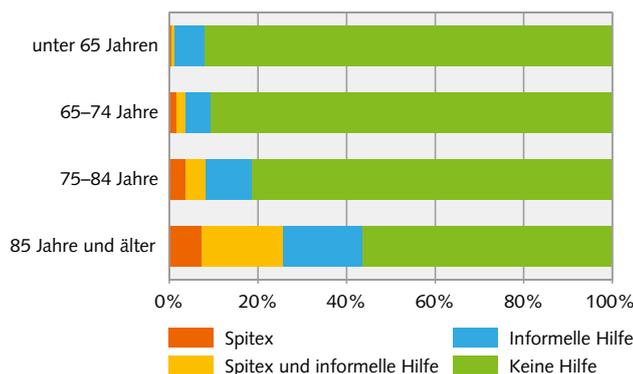
Quelle: BFS, SGB

© BFS

Informelle Hilfe und Spitex-Dienste nach Alter, 2007

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren

G 5.24



Quelle: BFS, SGB

© BFS

5.7 Beschäftigung und Berufe im Gesundheitsbereich

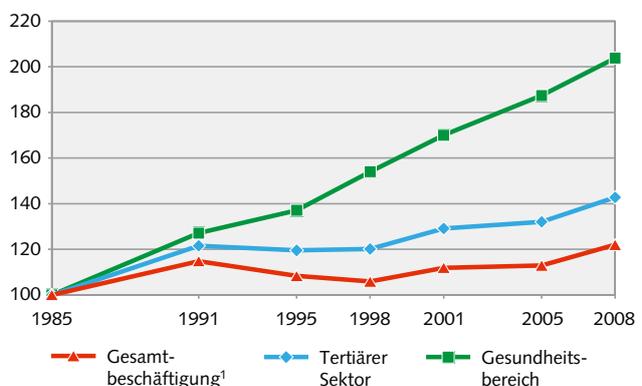
Der Gesundheitssektor zählte 2008 insgesamt 541'800 Erwerbstätige, was einem Anteil von 13,5% der Gesamtbeschäftigung entspricht. Die in der exportorientierten Industrie für die Herstellung von Medikamenten und medizintechnischen Apparaten beschäftigten Personen sind dabei mitberücksichtigt. Mit einer durchschnittlichen jährlichen Zuwachsrate von 3,1% zwischen 1985 und 2008 weist die Beschäftigung im Gesundheitsbereich ein anhaltendes und starkes Wachstum auf. Zum Vergleich: Die Beschäftigung im gesamten tertiären Sektor nahm lediglich um 1,6% und jene in der Gesamtwirtschaft um 0,9% pro Jahr zu (G5.25).

Die Beschäftigung im Gesundheitsbereich zeichnet sich traditionell durch einen hohen Frauenanteil aus: Dieser belief sich 2008 auf 71,8%, verglichen mit einem Frauenanteil an der Gesamtbeschäftigung von 43,5% und an der Beschäftigung im tertiären Sektor von 51,2% (G5.26). Der Zuwachs gegenüber 2001 (71,3%) ist geringfügig. Der Anteil der Beschäftigten ausländischer Nationalität liegt nahe beim gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt. Er stieg im Zeitraum 2001-2008 von 23,0% auf 24,4%, wobei in den Krankenhäusern und im ambulanten Sektor eine Stabilisierung, in Industrie, Handel und Administration hingegen eine deutliche Zunahme zu verzeichnen war. Teilzeitarbeit ist im Gesundheitsbereich seit Langem stärker verbreitet als in den anderen Wirtschaftssektoren (47,8% der Beschäftigten gegenüber 30,8% in der Gesamtwirtschaft). Sie hat sich im Zeitraum 2001-2008 von 45,4% auf 47,8% erhöht, während der durchschnittliche Beschäftigungsgrad bei 79% stabil blieb.

Beschäftigung im Gesundheitsbereich und in der gesamten Wirtschaft

Index 1985=100

G 5.25



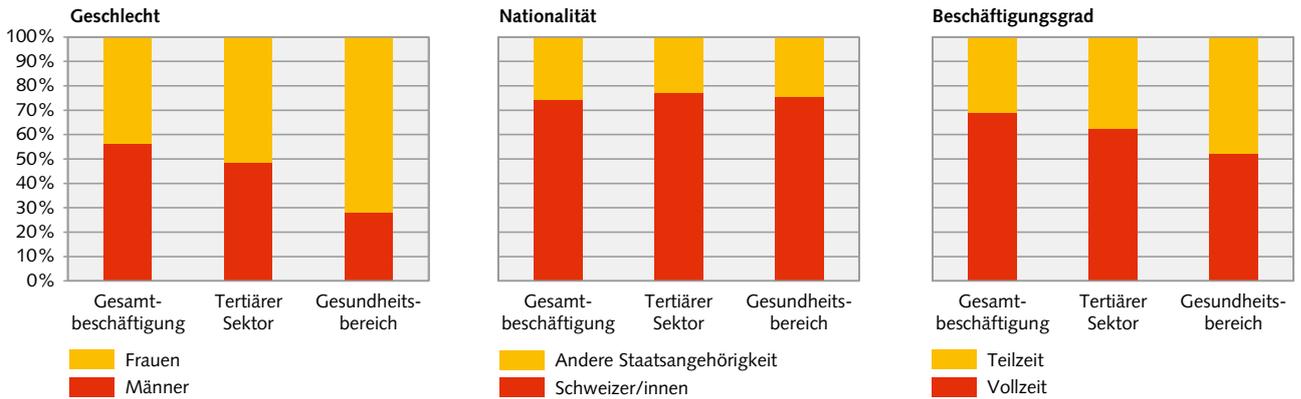
¹ Sekundärer und tertiärer Sektor, ohne primären Sektor

Quelle: BFS, BZ

© BFS

Beschäftigung im Gesundheitsbereich nach Geschlecht, Nationalität und Beschäftigungsgrad, 2008

G 5.26



Quelle: BFS, BZ

© BFS

Beschäftigung nach Tätigkeitsbereich

Die Krankenhäuser, die sozialmedizinischen Institutionen (Alters- und Pflegeheime, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen) und der ambulante Sektor stellen zusammen drei Viertel der Beschäftigten im Gesundheitswesen (419'000) (G5.27). Der Anteil des Sektors Industrie und Handel mit Gesundheitsgütern (Arzneimittel und therapeutische Geräte) beträgt 20% (106'000 Beschäftigte). Auf den Binnenkonsum dieser Gesundheitsgüter entfallen jedoch lediglich 12% der gesamten Gesundheitsausgaben. Die Differenz widerspiegelt die stark exportorientierte Ausrichtung der pharmazeutischen Industrie und der Hersteller medizinisch-technischer Geräte.

Das durchschnittliche jährliche Beschäftigungswachstum im Zeitraum 2001–2008 betrug in den Krankenhäusern 2,1%, in den sozialmedizinischen Institutionen 3,4% und im ambulanten Sektor 1,8%, verglichen mit lediglich 1,5% im gesamten tertiären Sektor. Die pharmazeutische und medizintechnische Industrie legte mit einem

jährlichen Beschäftigungszuwachs von 4,4% eine bemerkenswerte Dynamik an den Tag. Die Kranken- und Unfallversicherer (14'300 Beschäftigte) wiesen mit 0,8% die geringste und die Organisationen zur Förderung der Gesundheit (2500 Beschäftigte) mit 5,6% die höchste Zunahme im oben erwähnten Zeitraum auf.

Ärzterschaft und Zahnärzteschaft

Die Zahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte hat seit 1990 stark zugenommen und die Ärztedichte ist von 295 pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner auf 387 im Jahr 2009 gestiegen (G5.28). Bei den Zahnärztinnen und Zahnärzten verlief die Zunahme geringer und unregelmässig (48 pro 100'000 Einwohner im Jahr 1990, 52 im Jahr 2009).

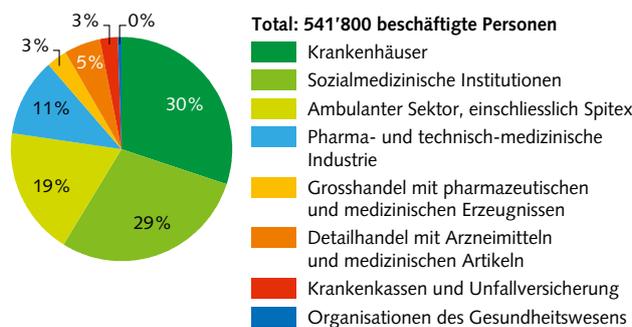
Ärztinnen/Ärzte und Zahnärztinnen/Zahnärzte

Index der Anzahl Ärztinnen/Ärzte und Zahnärztinnen/Zahnärzte auf 100'000 Einwohner/innen, 1990 = 100

G 5.28

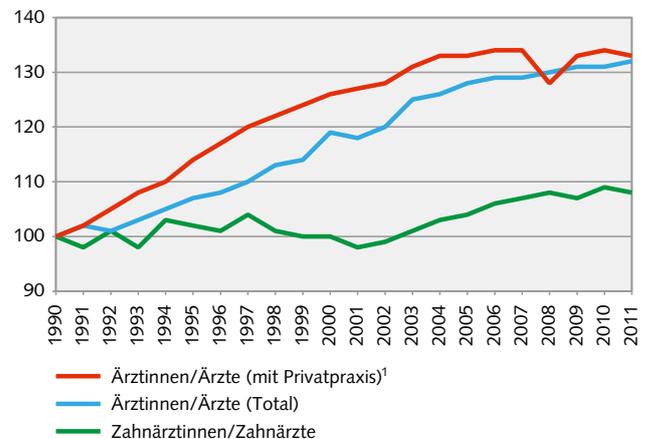
Beschäftigung im Gesundheitsbereich nach Sektoren, 2008

G 5.27



Quelle: BFS, BZ

© BFS



¹ Ab 2008 Ärztinnen/Ärzte im ambulanten Sektor, neues Konzept der Ärztestatistik der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)

Quelle: FMH und SSO

© BFS

Diese beiden Berufszweige haben sich im Laufe des letzten Jahrzehnts stark feminisiert. Der Anteil der Frauen an der berufstätigen Ärzteschaft machte 2000 noch 29% aus, 2010 waren es 36%. Die Zahlen zu den von den universitären Hochschulen vergebenen Diplomen und Abschlüssen sprechen eine noch deutlichere Sprache. Während im Jahr 2000 erst 45% der humanmedizinischen und 34% der zahnmedizinischen Diplome an Frauen verliehen wurden, waren die Frauen 2010 bereits in der Mehrzahl (61% der Diplome in Humanmedizin und 63% solcher in Zahnmedizin).

Die Zuwanderung trägt seit mehreren Jahren in erheblichem Mass dazu bei, den Bedarf an Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz zu decken. Indikatoren wie die Anzahl ausländischer Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern (2008: 40%) und die Zahl der Spitalärztinnen und -ärzte mit einem von der FMH anerkannten ausländischen Diplom (2008: 30%) zeugen von der Bedeutung dieser Entwicklung.

5.8 Kosten des Gesundheitssystems

Die Kosten für die vom Gesundheitswesen erbrachten Leistungen betragen 2010 62,5 Milliarden Franken, was 10,9% des Bruttoinlandprodukts entsprach (nach BIP-Revision vom Juni 2012). Seit 1995 sind sie im Durchschnitt um 3,8% pro Jahr gewachsen, wobei die Wachstumsrate zwischen 1,4% (2006) und 6,4% (2001) schwankte. Bei allen Leistungsarten war ein nahezu ununterbrochenes Wachstum beobachtbar (G5.29), und die prozentuale Aufteilung zwischen den einzelnen Leistungsarten hat sich kaum verändert. Erwähnenswert ist lediglich die Umschichtung von rund 2% der Gesundheitskosten aus der stationären in die ambulante Behandlung, vor allem in die ambulante Spitalbehandlung. Der Kostenanteil für ambulante Spitalleistungen an den Gesamtkosten hat sich daher in 15 Jahren von 3,7% auf 7,8% verdoppelt.

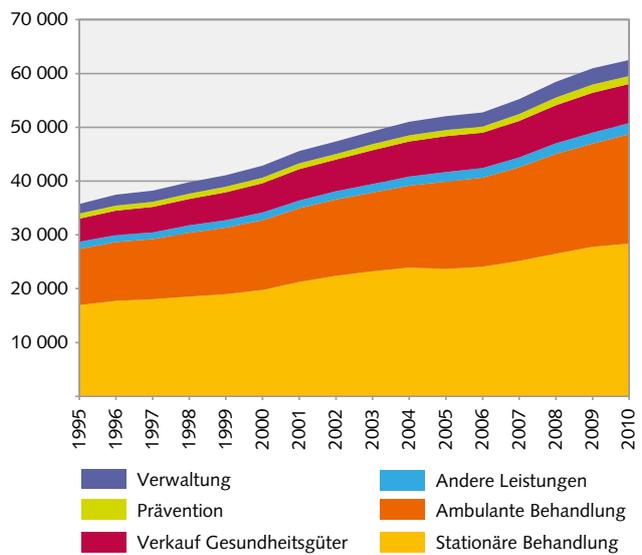
Gesundheitskosten pro Kopf

2010 entfielen auf jede in der Schweiz wohnhafte Person Gesundheitskosten von monatlich 661 Franken (G5.30). Die beiden Leistungsarten stationäre Behandlung (300 Franken) und ambulante Behandlung (215 Franken) machen dabei über drei Viertel der Gesamtkosten aus.

Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten

In Millionen Franken

G 5.29



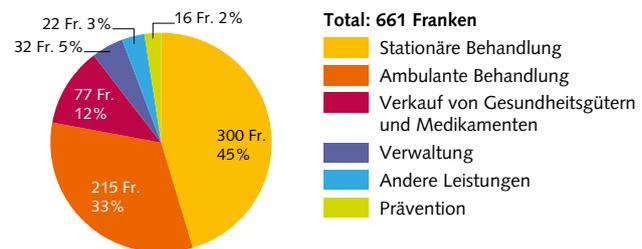
Quelle: BFS, COU

© BFS

Gesundheitsausgaben pro Einwohnerin und Einwohner, 2010

In Franken pro Monat

G 5.30



Quelle: BFS, COU

© BFS

Gesundheitskosten nach Alter und Geschlecht

Die Gesundheitskosten steigen mit zunehmendem Alter stark an (G5.31), weshalb die 60-jährigen und älteren Personen gleich hohe Kosten verursachen wie die unter 60-jährigen, obwohl erstere 2010 nur 22,6% der Gesamtbevölkerung ausmachten. Noch ausgeprägter ist dieser Effekt im hohen Alter: Personen ab 75 Jahren verursachen 30% der Gesundheitskosten, während ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung nur 8,0% beträgt. Daraus darf allerdings nicht gefolgert werden, dass das Kostenwachstum vor allem auf die zunehmende Alterung der Bevölkerung zurückzuführen sei. Weit aus der grösste Teil der Gesundheitskosten fällt nämlich unabhängig vom Alter im letzten halben Lebensjahr an. Das heisst, mit höherer Lebenserwartung nehmen auch die Anzahl Jahre in guter Gesundheit (und daher mit vergleichsweise tiefen Gesundheitskosten) zu.

Frauen verursachten 57,9% und Männer 42,1% der Gesundheitskosten. In den einzelnen Altersklassen ergibt sich aber jeweils ein unterschiedliches Bild: Bei Kindern und Jugendlichen bis 15 Jahren haben Mädchen rund 15% geringere Gesundheitskosten als Knaben, was durch eine allgemein schwächere Konstitution (zum Beispiel Säuglingssterblichkeit) und grösseren Unfallhäufigkeit von Knaben erklärt werden kann. Mit Eintritt ins gebärfähige Alter steigen die Gesundheitskosten der Frauen infolge von Schwangerschaften und Geburten stark an. In der Altersklasse 31 bis 35 ist der Kostenunterschied zwischen den Geschlechtern deshalb am grössten, liegt doch auch das häufigste Alter gebärender Mütter (32 Jahre) in dieser Altersklasse. Anschliessend nimmt die Differenz zwischen den Geschlechtern mit steigendem Alter wieder ab. Erst ab dem Alter 70 überwiegen die Kosten der Frauen wegen deren zahlenmässigen Dominanz erneut.

Gesundheitskosten im gesamtwirtschaftlichen Kontext

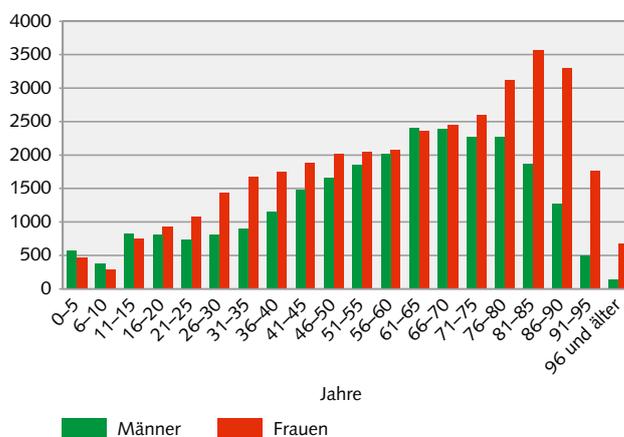
Für die gesamtwirtschaftliche Beurteilung der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ist das Verhältnis der Gesundheitskosten zum Bruttoinlandprodukt (BIP) der bevorzugte Indikator. Bedingt durch niedriges Wirtschaftswachstum während der 90er-Jahre stieg dieser Indikator von 7,9% (1990) auf 11,0% im Jahr 2004. Von 2005 bis 2008 wuchs das Bruttoinlandprodukt wieder stärker als die Gesundheitskosten, weshalb der Anteil am BIP 2007 wieder auf 10,6% sank. Die Konjunkturschwäche von 2009 führte dazu, dass mit 11,0% wieder das alte Maximum erreicht wurde. Die genannten Zahlen berücksichtigen bereits die im Jahr 2012 vorgenommene Revision der Daten zum Bruttoinlandprodukt ab 1990.

In der Rangfolge der OECD-Länder, basierend auf dem Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP, steht die Schweiz an siebter Stelle (G5.32). Allerdings ist auch die Lebenserwartung in der Schweiz mit 81,7 Jahren die zweithöchste (nach Japan mit 82,4 Jahren) und der Index der verlorenen potentiellen Lebensjahre der fünftniedrigste. Die OECD bescheinigt denn auch der Schweiz ein für jeden zugängliches, qualitativ hochwertiges und leistungsstarkes Gesundheitssystem. Andererseits verweist sie auch auf andere OECD-Länder, die mit einem geringeren Ressourceneinsatz gleichwertige Leistungen im Gesundheitswesen erbringen (OECD 2011).

Gesundheitskosten nach Altersklasse und Geschlecht, 2010

In Millionen Franken

G 5.31



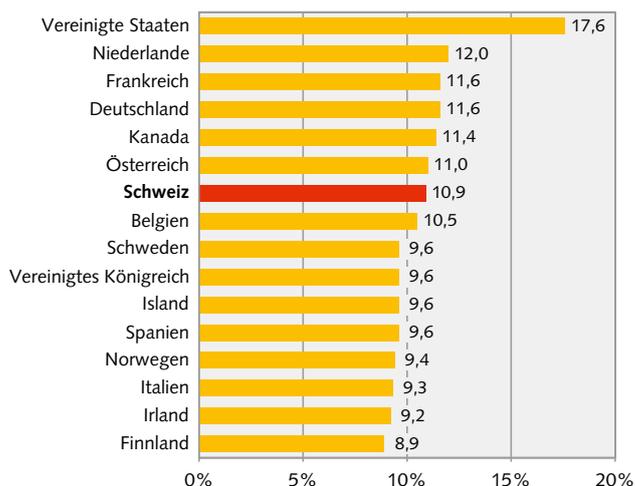
Quelle: BFS, COU

© BFS

Gesundheitsausgaben in OECD-Ländern, 2010

Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandprodukt

G 5.32



Quelle: OECD, BFS

© BFS

6 Finanzierung des Gesundheitswesens

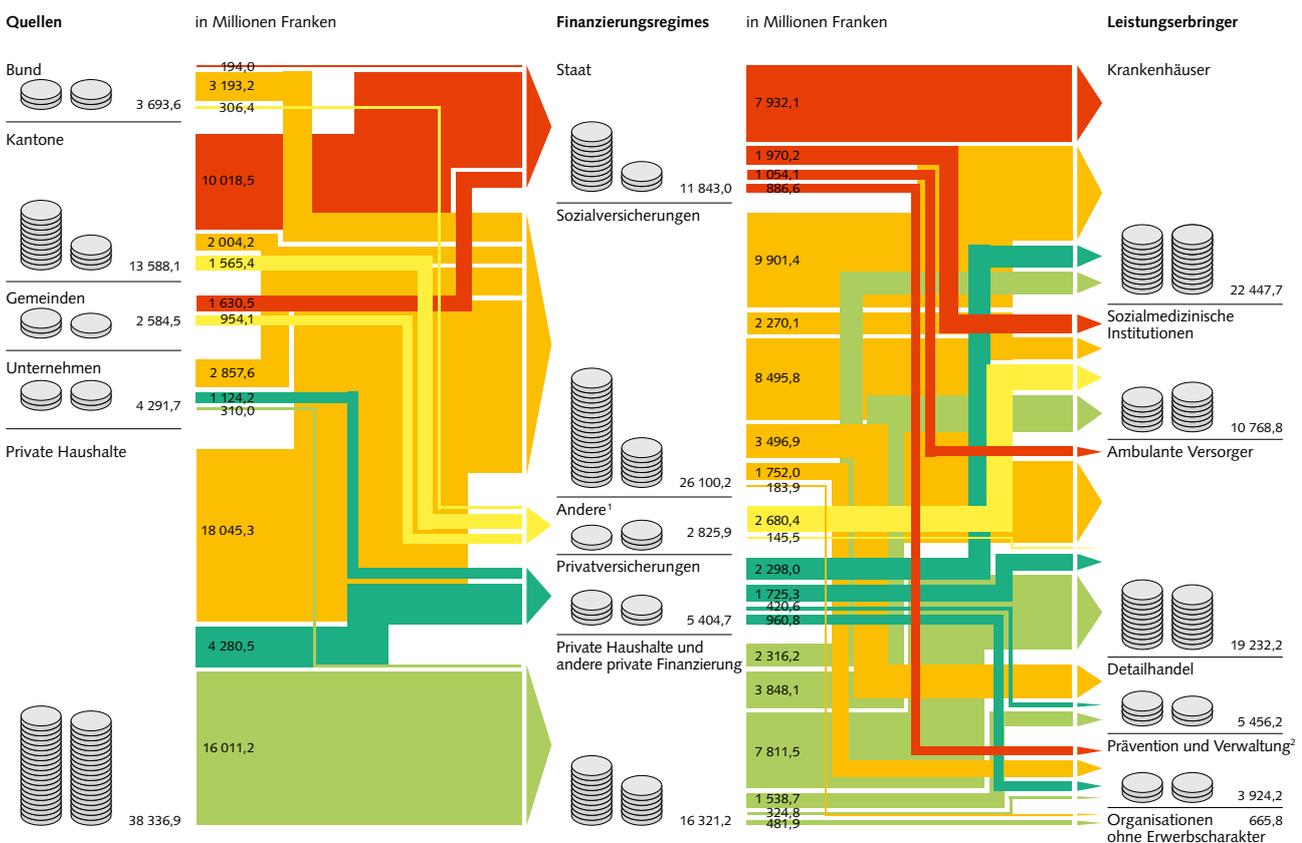
Die Institutionen des Gesundheitswesens erhalten die Mittel für die Erbringung ihrer Leistungen von unterschiedlichster Seite, insbesondere von den Kantonen und Gemeinden, Sozial- und Privatversicherungen sowie den Privathaushalten. Die Versicherungsgesellschaften refinanzieren sich aber ihrerseits bei den Privathaushalten (mittels Versicherungsprämien, Franchisen und Selbstbehalten), bei den Unternehmen oder durch staatliche Prämienbeiträge. Daher spielt es eine Rolle, an welcher Stelle solcher verketteter Zahlungsflüsse die Analyse ansetzt.

Finanzierung durch Finanzierungsregimes

Bei der Analyse der Finanzierungsregimes wurden die vorläufigen Kostenträger betrachtet, welche den Leistungserbringern ihre Leistungen bezahlen. Den Löwenanteil von 41,8% bezahlten 2010 die Sozialversicherungen, welche die obligatorische Krankenversicherung, die Unfallversicherung, die AHV und IV sowie die Militärversicherung umfassen (G6.1). Die obligatorische Krankenversicherung (auf der Basis

Finanzierung der Gesundheitsausgaben nach Quellen und nach Regimes, 2010

G 6.1



¹Ergänzungsleistungen AHV, IV; Alters- und Pflegehilfe, kantonal geregelt

²Staat und Versicherer

Quelle: BFS, COU

© BFS

des Krankenversicherungsgesetzes KVG) steuerte dabei alleine schon 35,2% bei. Zweitwichtigstes Finanzierungsregime waren mit einem Anteil von 25,1% die Privathaushalte, dies in Form von Zahlungen für Leistungen, die von den Sozial- oder Privatversicherungen nicht übernommen werden (Out-of-Pocket-Zahlungen) sowie von Kostenbeteiligungen (Franchisen und Selbstbehalte).

Die öffentlichen Haushalte hatten 2010 einen Anteil 19% an den Finanzierungsregimes, wobei die Kantone die Hauptlast trugen (16,0%). Diese vergeben Subventionen an die Krankenhäuser, sozialmedizinische Institutionen oder Spitex-Einrichtungen und erbringen Dienstleistungen zu Gunsten der Bevölkerung (öffentliches Gesundheitswesen, Prävention und Rettungsdienste). Eine weit geringere Rolle spielten hingegen mit 8,6% die Privatversicherungen, mit 4,5% die bedarfsabhängigen Sozialleistungen (hauptsächlich Ergänzungsleistungen AHV/IV) sowie mit 1,0% die «anderen privaten Finanzierungen» in Form von Spenden oder Legaten an Organisationen ohne Erwerbscharakter.

Je nach Leistungskategorie können sich die Finanzierungsanteile jedoch stark unterscheiden (G6.2): Der Anteil der Finanzierung durch die Privathaushalte ist bei der

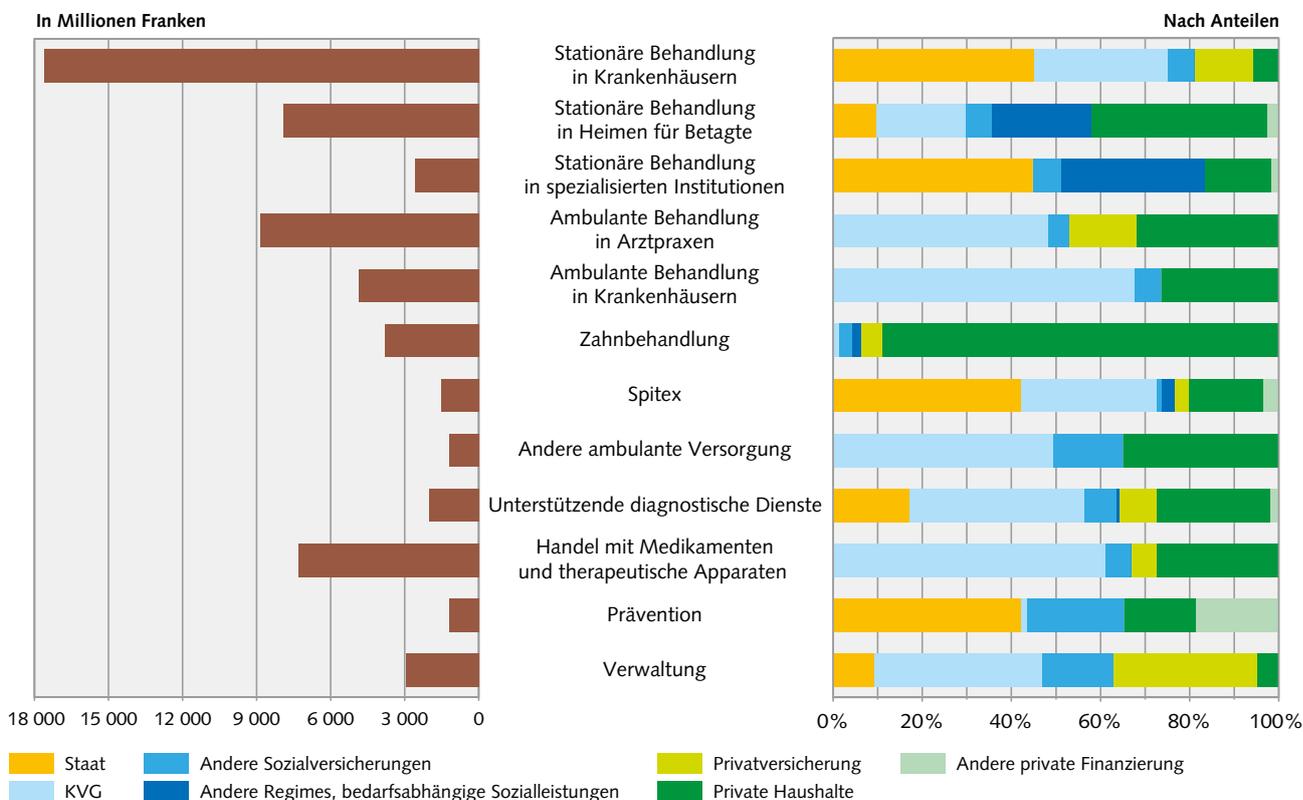
Zahnbehandlung am grössten. Während die stationäre Versorgung weitgehend durch den Staat und die obligatorische Krankenversicherung abgedeckt wird, muss die ambulante Versorgung (durch Krankenhäuser, Ärzte oder andere Dienstleister) mit Ausnahme der Spitex ohne staatliche Beihilfen auskommen. Sie erhält dafür bedeutende Mittel von anderen Sozialversicherungen sowie von den Privatversicherungen (auf der Grundlage des Versicherungsvertragsgesetzes VVG).

Finanzierung nach Quellen

Bei der Analyse der Finanzierung nach Quellen wird untersucht, welchen Anteil an den Lasten des Gesundheitswesens die drei Sektoren im Wirtschaftskreislauf einer Volkswirtschaft, also Staat, Unternehmen und Privathaushalte, letztendlich tragen. Dabei werden die Prämien für die (obligatorische und privaten) Krankenversicherungen den einzelnen Haushalten zugerechnet, während Transferleistungen wie die Prämienverbilligung, die Sozialhilfe sowie die Ergänzungsleistungen und Hilflosenentschädigung der AHV und IV beim Staat (Bund, Kantone) verbucht werden.

Finanzierung der Gesundheitsausgaben nach Finanzierungsregimes und Leistungsarten, 2010

G 6.2



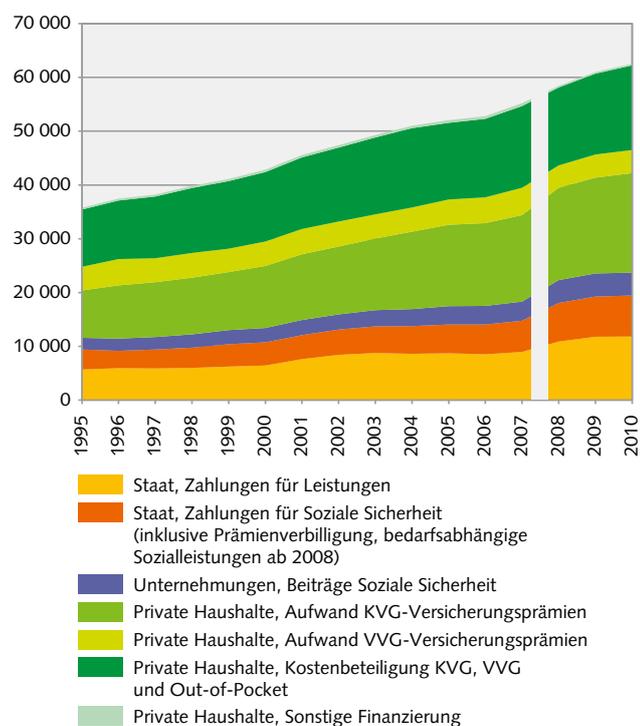
Quelle: BFS, COU

Bei dieser Betrachtungsweise finanzierten 2010 die Haushalte 61,3% und die öffentliche Hand 31,8% der Gesundheitskosten (G6.3). Die Unternehmen kommen für Beiträge an die Unfallversicherung und an die Finanzierung der AHV/IV auf (Unternehmen führen Arbeitgeber-, Arbeitnehmer- sowie Selbständigerwerbendenanteile an die Sozialversicherungen ab), was zu einem Finanzierungsanteil von 6,9% führte. Anteilsmässig haben sich die Lasten in der Periode 1995 bis 2010 nur wenig verändert: Der Finanzierungsanteil des Staates wuchs um einen Prozentpunkt, während die Unternehmungen und Haushalte jeweils rund einen halben Prozentpunkt weniger bezahlten.

Finanzierung der Gesundheitsausgaben nach Finanzierungsquellen

In Millionen Franken

G 6.3



Zeitreihenbruch ab 2008, Teilrevision bezüglich der Finanzierung

Quelle: BFS, COU

© BFS

7 Anhang

7.1 Abkürzungen

| | | | |
|------------|--|----------|--|
| ASTRA | Bundesamt für Strassen | KKR | Kantonale Krebsregister |
| BAFU | Bundesamt für Umwelt | KS | Krankenhausstatistik |
| BAG | Bundesamt für Gesundheit | KVG | Bundesgesetz über die Krankenversicherung |
| BASPO | Bundesamt für Sport | MS | Medizinische Statistik |
| BEVNAT | Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung | NICER | National Institut für Krebsepidemiologie und Registrierung |
| BFS | Bundesamt für Statistik | OECD | Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) |
| BFU | Beratungsstelle für Unfallverhütung | SAKE | Schweizerische Arbeitskräfteerhebung |
| BIP | Bruttoinlandprodukt | SGB | Schweizerische Gesundheitsbefragung |
| BMI | Body Mass Index | SILC | Einkommen und Lebensbedingungen in der Schweiz |
| BSV | Bundesamt für Sozialversicherungen | SKKR | Schweizer Kinderkrebsregister |
| BZ | Betriebszählung | SNC | Swiss National Cohort |
| COU | Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens | SOMED | Statistik der sozialmedizinischen Institutionen |
| EGBI | Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen | SPITEX | Hilfe und Pflege zu Hause |
| ESPOP | Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (1981–2010) | SSO | Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft |
| FMH | Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte | SSUV | Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherung |
| GMM II | Zweites Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung | StatLPMA | Statistik der medizinisch unterstützten Fortpflanzung |
| HBSC | Health Behaviour in School-Aged Children Study (Studie über die gesundheitlichen Verhalten der Kinder im schulpflichtigen Alter) | STATPOP | Statistik der Bevölkerung und der Haushalte |
| HIV / AIDS | Humane Immundefizienz-Virus-Infektion/ Erworbenes Immunschwäche-Syndrom | TU | Todesursachenstatistik |
| IV | Invalidenversicherung | VGR | Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung |
| KE | Krebsepidemiologie | WHO | World Health Organisation (Weltorganisation der Gesundheit) |

7.2 Glossar

Altersstandardisierte Rate oder standardisierte Rate

Ein zusammenfassendes Mass der Rate, die in einer Bevölkerung verzeichnet würde, wenn diese eine Standardaltersstruktur hätte. Die Standardisierung ist nötig, um die Mortalität von Bevölkerungen miteinander vergleichen oder deren Entwicklung über einen längeren Zeitraum hinweg verfolgen zu können, indem die mit der Altersstruktur der Bevölkerung verbundenen Auswirkungen (z.B. der demografischen Alterung) ausgeschaltet werden. Meist wird dafür die internationale oder die europäische Standardpopulation herangezogen.

Ambulante Behandlung im Spital

Weniger als 24 Stunden dauernde Untersuchung oder Behandlung ohne Bettaufenthalt in einer Einrichtung zur stationären Behandlung. Dialysen und Bestrahlungen gelten als ambulante Behandlungen.

Äquivalenzeinkommen

Um den Unterschieden in Bezug auf Haushaltsgrösse und -zusammensetzung Rechnung zu tragen, wird das Haushaltseinkommen durch die dem Haushalt entsprechende «Äquivalenzgrösse» dividiert. Diese wird ermittelt, indem die einzelnen Personen des Haushalts gewichtet werden: Die erste erwachsene Person mit 1,0, die zweite und jede weitere ab 14 Jahren mit 0,5 sowie jedes Kind unter 14 Jahren mit 0,3 (entspricht der neuesten OECD-Äquivalenzskala). Die «Äquivalenzgrösse» des Haushalts ergibt sich aus der Summe dieser Gewichte.

Armutsgefährdung

Auf internationaler Ebene ist die Berechnung von Armutsgefährdungsquoten üblich, die sich an «relativen» Schwellenwerten bemessen. Als armutsgefährdet gelten Personen in Haushalten mit einem Einkommen (ohne Vermögen), das deutlich unter dem üblichen Einkommensniveau des betreffenden Landes liegt. Die Armutsgefährdungsschwelle wird von der Europäischen Union bei 60% des verfügbaren Medianäquivalenzeinkommens angesetzt. Von erheblicher Armutsgefährdung wird gesprochen, wenn die Grenze bei 50% des verfügbaren Medianäquivalenzeinkommens liegt.

Beschäftigung in Vollzeitäquivalenten

Die Beschäftigung in Vollzeitäquivalenten resultiert aus der Umrechnung des Arbeitsvolumens (gemessen als Beschäftigte oder Arbeitsstunden) in Vollzeitbeschäftigte. Die Beschäftigung in Vollzeitäquivalenten ist definiert als das Total der geleisteten Arbeitsstunden dividiert durch das Jahresmittel der Arbeitsstunden, die durch Vollzeitbeschäftigte erbracht werden.

Bildungsniveau

Das erreichte Bildungsniveau kann in drei Hauptkategorien eingeteilt werden: obligatorische Schule (in der Regel neun Schuljahre auf der Primarstufe und der Sekundarstufe I), Sekundarstufe II (berufsorientierte Ausbildungsgänge, die mit einem Diplom oder eidgenössischen Fähigkeitsausweis abschliessen, sowie allgemein bildende Ausbildungsgänge mit gymnasialer Maturität oder in einer Fachmittelschule) und Tertiärstufe (universitäre Hochschulen, Fachhochschulen, höhere Berufsbildung).

Bruttohaushaltseinkommen

Das Bruttohaushaltseinkommen fasst die Einkommen sämtlicher Mitglieder eines Privathaushalts zusammen. Dazu gehören die Bruttolöhne (vor den Sozialabzügen), die Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit, die Renten, die Zinsen, die Überweisungen von anderen Haushalten, die Naturalbezüge aus dem eigenen Betrieb, die Naturalleistungen des Arbeitgebers, die Produkte aus dem eigenen Garten usw..

Bruttoinlandprodukt (BIP)

Das BIP ist ein Mass für die wirtschaftliche Leistung einer Volkswirtschaft im Laufe eines Jahres. Es misst den Wert der im Inland hergestellten Waren und Dienstleistungen, soweit diese nicht als Vorleistungen für die Produktion anderer Waren und Dienstleistungen verwendet werden – also die so genannte Wertschöpfung. Das BIP wird zu laufenden und zu konstanten Preisen eines bestimmten Jahres berechnet. Zu konstanten Preisen wird die reale Wirtschaftsentwicklung im Zeitablauf frei von Preiseinflüssen dargestellt.

Durchschnittliche Hospitalisierungsdauer

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer wird berechnet, indem die Anzahl Pflage tage durch die Anzahl Hospitalisierungen dividiert wird.

Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten

Die Personen wurden gefragt, ob sie in der Lage sind, (ohne Hilfe) folgende Verrichtungen auszuführen: a) essen b) zu Bett gehen, vom Bett oder von einem Sessel aufstehen, c) sich ankleiden und ausziehen, d) zur Toilette gehen und e) baden oder duschen. Die Antwortmöglichkeiten waren: «ja, ohne Schwierigkeiten» (nicht eingeschränkt), «ja, mit leichten Schwierigkeiten» (leicht eingeschränkt), «ja, aber mit starken Schwierigkeiten» (stark eingeschränkt) oder «nein» (vollständig eingeschränkt).

Endoskopie

Untersuchung von Körperhöhlen oder Hohlorganen mit Hilfe eines Endoskops, d.h. eines flexiblen, schlauchförmigen Instruments, das über ein Objektiv und eine Lichtquelle verfügt.

Erwerbslose (gemäss ILO)

Als Erwerbslose gemäss ILO gelten Personen im Alter von 15–74 Jahren, die in der Referenzwoche nicht erwerbstätig waren, die in den vier vorangegangenen Wochen aktiv eine Arbeit gesucht haben und die für die Aufnahme einer Tätigkeit verfügbar wären. Diese Definition entspricht den Empfehlungen des Internationalen Arbeitsamtes (ILO) und der Definition von EUROSTAT.

Geburtszange (Forceps)

Zangenförmiges Instrument mit zwei Blättern (Löffeln) am Vorderteil, die den Kindskopf umfassen, um die Extraktion des Kindes bei gewissen Entbindungen zu unterstützen.

Franchise

Im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) ist die Franchise der jährliche Betrag, welcher der bzw. die Versicherte selber übernehmen muss und bis zu welchem der Versicherer keine Leistungen rückvergütet. Die Mindestfranchise beträgt 300 Franken pro Jahr für Erwachsene. Die Krankenversicherer können auch höhere Franchisen (bis 2500 Franken) anbieten.

Fünf-Jahres-Überlebensrate

Anteil der Patientinnen und Patienten, die fünf Jahre nach Diagnose z.B. ihrer Krebserkrankung noch leben, berechnet unter Berücksichtigung der altersspezifischen Mortalität der Gesamtbevölkerung.

Funktionale Einschränkungen

Die Personen wurden gefragt, ob sie in der Lage sind, (allenfalls mit Brille) ein Buch oder eine Zeitung zu lesen oder fernzusehen (Sehvermögen), (allenfalls mit Hörgerät) einem Gespräch mit mindestens zwei Personen zu folgen (Hörvermögen), allein ohne Hilfe und ohne anzuhalten zu gehen (Gehvermögen) oder ohne Schwierigkeiten zu sprechen (Sprechvermögen). Die Antwortmöglichkeiten waren: «ja, ohne Schwierigkeiten» (nicht eingeschränkt), «ja, mit leichten Schwierigkeiten» (leicht eingeschränkt), «ja, aber mit starken Schwierigkeiten» (stark eingeschränkt) oder «nein» (totale Einschränkung). Beim Gehvermögen lauteten die möglichen Antworten: «200 Meter oder mehr» (nicht eingeschränkt), «mehr als einige Schritte, aber weniger als 200 Meter» (leicht eingeschränkt), «nur einige Schritte» (stark eingeschränkt) und «kann überhaupt nicht gehen» (totale Einschränkung). Beim Sprechvermögen lauteten die Antwortmöglichkeiten «ja» oder «nein».

Grossregionen

Die Schweiz ist zu statistischen Zwecken in sieben Grossregionen unterteilt: Genferseeregion (Waadt, Wallis, Genf), Espace Mittelland (Bern, Freiburg, Solothurn, Neuenburg, Jura), Nordwestschweiz (Basel-Stadt, Basel-Landschaft, Aargau), Zürich (Zürich), Ostschweiz (Glarus, Schaffhausen, Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, St. Gallen, Graubünden, Thurgau), Zentralschweiz (Luzern, Uri, Schwyz, Obwalden, Nidwalden, Zug), Tessin (Tessin).

Hauptdiagnose und Nebendiagnose(n)

Im Rahmen der medizinischen Statistik der Krankenhäuser ist die Hauptdiagnose als derjenige Zustand definiert, der am Ende des Spitalaufenthalts als Diagnose feststeht und der Hauptanlass für die Behandlung und Untersuchung der Patientin bzw. des Patienten war. Komorbiditäten werden in Form von Nebendiagnosen dokumentiert. Die Kodierung der Diagnosen erfolgt nach Krankheitsgruppen und spezifischen Organen, welche in 21 Kapitel eingeordnet sind (Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, ICD-10).

Hormonersatztherapie

Behandlung mit Geschlechtshormonen, in der Regel zur Linderung von Wechseljahrsbeschwerden.

Hospitalisierungsrate

Die Hospitalisierungsrate entspricht der Anzahl behandelte Personen oder Behandlungsfälle im Wohnkanton im Verhältnis zur Bevölkerung des Kantons.

Inzidenz

Anzahl der Neuerkrankungsfälle bezogen auf eine bestimmte Krankheit in einer bestimmten Population innerhalb eines bestimmten Zeitraums. Die Inzidenz wird im Allgemeinen als Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner pro Jahr ausgedrückt.

Ischämische Herzkrankheiten

Die ischämischen Herzkrankheiten umfassen einen Komplex von Störungen und Krankheitsbildern infolge einer Unterbrechung oder Beeinträchtigung der Durchblutung der Herzmuskulatur, denen in der Regel eine Atherosklerose der Koronararterien zugrundeliegt. Sie manifestieren sich durch verschiedene Syndrome: akute Koronarsyn-drome und Myokardinfarkt, Angina pectoris, chronische ischämische Herzkrankheit mit Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen oder auch plötzlicher Tod.

Komorbidität

Eines oder mehrere zusätzlich zu einer Grunderkrankung vorliegende Krankheits- oder Störungsbilder.

Kongenital

Bei der Geburt vorhanden und durch intrauterine Einflüsse erworben.

Lebenserwartung

Durchschnittliche Zahl der zu erwartenden (weiteren) Lebensjahre eines Menschen unter Berücksichtigung der aktuellen altersspezifischen Sterbeziffer.

Lebenserwartung bei guter Gesundheit

Durchschnittliche Zahl der (bei Geburt) zu erwartenden Lebensjahre in guter Gesundheit. Eine gute Gesundheit wird definiert als das Freisein von Aktivitätseinschränkungen (bei Alltagsaktivitäten) und das Freisein von Behinderungen. Der Indikator verbindet Informationen über Mortalität und Morbidität. Er reagiert sehr empfindlich auf methodische Veränderungen, selbst auf sehr geringfügige.

Mammografie

Röntgenuntersuchung der Brust zur Früherkennung von Brustkrebs.

Materielle Entbehrung

Anhand der materiellen Entbehrung kann die soziale Ausgrenzung in absoluten Zahlen gemessen werden, dies im Unterschied zur Armutgefährdung, die auf einer relativen Schwelle basiert. Eine Situation materieller Entbehrung wird definiert als finanziell bedingter Mangel von mindestens drei der folgenden neun Elemente: in der Lage sein, unerwartete Ausgaben in der Höhe von 2000 Franken zu tätigen; in der Lage sein, eine Woche Ferien pro Jahr weg von zu Hause zu finanzieren; in der Lage sein, jeden zweiten Tag eine fleisch- oder fischhaltige Mahlzeit (oder vegetarische Entsprechung) zu essen; in der Lage sein, die Wohnung ausreichend zu heizen; keine Zahlungsrückstände haben; im Besitz einer Waschmaschine sein; im Besitz eines Farbfernsehers sein; im Besitz eines Telefons sein; im Besitz eines Autos sein. Von *erheblicher* materieller Entbehrung wird bei einem Mangel von mindestens vier der neun Elemente gesprochen.

Median

Der Median oder Zentralwert teilt die (nach Grösse geordneten) Beobachtungswerte in zwei gleich grosse Hälften. Die eine Hälfte der Werte liegt über, die andere unter dem Median. Im Gegensatz zum arithmetischen Mittel wird der Median nicht durch Extremwerte beeinflusst.

Medizinisch unterstützte Fortpflanzung (PMA)

Medizinische Methoden, die es Paaren ermöglichen sollen, ein Kind zu bekommen. Dazu gehören insbesondere die Stimulierung des Eisprungs, die künstliche Insemination (mit Spermia des Partners oder eines Spenders) und die In-vitro-Fertilisation.

Melanom

Neben den Karzinomen eine der beiden Hauptarten von Hautkrebs. Melanome entstehen in den Melanozyten, den pigmentbildenden Zellen der Haut.

Menschen mit Behinderungen

Personen, die ein dauerhaftes Gesundheitsproblem haben und die bei Alltagsaktivitäten nach eigenen Angaben (etwas oder stark) eingeschränkt sind.

Mortalität

Anzahl Todesfälle in einer bestimmten Bevölkerung in einem bestimmten Zeitraum (oder aufgrund einzelner Todesursachen).

Okkultes Blut

Von blossen Auge nicht sichtbares Blut im Stuhl. Der Test auf okkultes Blut ist eine Screening-Methode zur Darmkrebs-Früherkennung.

Potenziell verlorene Lebensjahre

Indikator der vorzeitigen Mortalität. Die Zahl bezieht sich auf alle Sterbefälle, die vor Erreichen eines bei 70 Jahren angesetzten theoretischen Sterbealters erfolgen. Sie berechnet sich aus der Differenz zwischen dem effektiven Sterbealter der vorzeitig verstorbenen Personen und dem Alter 70, kumuliert für die ganze Bevölkerung. Der Indikator kann auch als Quote ausgedrückt werden.

Pränatalscreening/-diagnostik

Medizintechnische Untersuchungen am ungeborenen Kind (Embryo oder Fötus) zur frühzeitigen Erkennung allfälliger schwerer Erkrankungen oder Fehlbildungen. Dabei wird zwischen Ultraschalluntersuchungen und genetischen Analysen unterschieden.

Prostata-spezifisches Antigen (PSA)

Von der Prostata produziertes Protein, das im Blut des Mannes vorliegt. Prostatakrebs, aber auch eine akute Entzündung der Prostata und gutartige Tumoren können zu einer Erhöhung des PSA-Wertes führen.

Saugglocke (Vakuumextraktor)

Kunststoff- oder Metallsaugglocke, die auf den kindlichen Kopf aufgesetzt wird, um die Extraktion des Kindes bei gewissen Entbindungen zu unterstützen.

Screening

Verfahren zur Identifikation noch asymptomatischer Krankheiten bei einer scheinbar gesunden «Zielpopulation» anhand von Tests, Untersuchungen oder anderen in grossem Massstab anwendbaren Methoden.

Selbstbehalt

Im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) haben die Versicherten 10% der die Franchise übersteigenden Kosten selbst zu tragen, wobei der Selbstbehalt pro Kalenderjahr auf 700 Franken für Erwachsene und 350 Franken für Kinder unter 18 Jahren limitiert ist.

Sozialer Gradient

Die WHO spricht von einem sozialen Gradienten, um den umgekehrten Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheitszustand zu beschreiben, wobei sozial benachteiligte Personen in der Regel eine weniger gute Gesundheit haben.

Stationäre Behandlung

Behandlung, Untersuchung oder Pflege während mindestens 24 Stunden mit Bettaufenthalt in einem Krankenhaus. Notfälle, die zu einer Hospitalisierung führen, Verlegungen in ein anderes Spital und Todesfälle innerhalb von weniger als 24 Stunden gelten ebenfalls als stationäre Behandlungen.

Todesursache

Für den Tod einer Person massgebendes Grundleiden oder äussere Ursache. Die Kodierung der Todesursachen erfolgt nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10).

Trisomie

Chromosomenanomalie, bei der mindestens ein Chromosom nicht paarweise, sondern dreifach vorliegt. Bei der häufigsten Trisomie, der sogenannten Trisomie 21 (Down-Syndrom), ist das 21. Chromosom dreifach vorhanden.

Verfügbares Haushaltseinkommen

Das verfügbare Haushaltseinkommen wird berechnet, indem die obligatorischen Transferausgaben, d.h. Sozialversicherungsbeiträge (AHV/IV, BVG, ALV, Unfall, usw.), Steuern, Krankenkassenprämien für die Grundversicherung (KVG) und regelmässige Transferzahlungen zwischen den Haushalten (z.B. zu leistende Unterhaltsbeiträge) vom Bruttohaushaltseinkommen abgezogen werden.

7.3 Erhebungen und Statistiken im Gesundheitsbereich*

* Wenn nicht anders angegeben, durch das Bundesamt für Statistik (BFS) realisiert

Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (COU)

Die Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (COU) ist eine Synthese aus sämtlichem verfügbarem Zahlenmaterial zur Schätzung der Geldströme rund um die Produktion, den Konsum und die Finanzierung von Gütern und Dienstleistungen des schweizerischen Gesundheitswesens während eines Jahres. Die Kosten werden nach Leistungserbringern und Leistungen aufgeschlüsselt und die Finanzierung wird nach Finanzierungsregimes und Finanzierungsquellen analysiert. Die Statistik wird jährlich produziert. Die Daten sind ab 1995 verfügbar, ein Teil wurde bis 1960 neu berechnet. Die Aufschlüsselung der Daten zur Finanzierung wurde ab 2008 teilweise revidiert, was die Vergleichbarkeit mit früheren Jahren erschwert.

Zweites Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMMII)

Das zweite Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMMII) ist eine Stichprobenerhebung aus dem Jahr 2010. Sie wurde vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) durchgeführt und diente dazu, Informationen über die Unterschiede zwischen den Personen schweizerischer Herkunft und der Bevölkerung mit Migrationshintergrund hinsichtlich ihres Gesundheitszustands, ihres Gesundheitsverhaltens und ihres Zugangs zum Gesundheitssystem zu sammeln. Das Monitoring basiert auf einer Erhebung bei einer Stichprobe von Staatsangehörigen aus vier Nationen (Portugal, Türkei, Serbien und Kosovo) im Alter von 17–74 Jahren sowie von Personen im Asylprozess aus Sri Lanka und Somalia. Die Erhebung wurde in Form von Telefoninterviews in der Muttersprache der befragten Personen durchgeführt. Der Vergleich mit der Schweizer Bevölkerung erfolgte anhand der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007. Ein erstes, analog konzipiertes Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung fand im Jahr 2004 statt.

Krebsepidemiologie (KE)

Die Krebsepidemiologie (KE) ist eine Synthesestatistik. Sie liefert Informationen zum Stand und zur Entwicklung der Krebssterblichkeit und der Krebsneuerkrankungen in der Schweiz insgesamt und nach Krebslokalisation. Die

Daten zur Sterblichkeit basieren auf der Todesursachenstatistik. Jene zur Inzidenz stützen sich für die 0- bis 15-jährigen Kinder auf die Daten des 1976 gegründeten Schweizer Kinderkrebsregisters (SKKR) und im Übrigen auf die Daten der 15 kantonalen und interkantonalen Krebsregister, die vom Nationalen Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung (NICER) zusammengezogen und auf die ganze Schweiz hochgerechnet werden. Die Krebsregister decken folgende Kantone ab: AG (seit 2011), BS/BL (1981), FR (2006), GE (1970), GR/GL (1989/92), JU (2005), LU (2010), NE (1974), OW/NW (2011), SG/AR/AI (1980), TG (2011), TI (1996), UR (2011), VD (1974), VS (1989), ZG (2011) und ZH (1980). Die Statistik wird jährlich produziert. Die Daten sind beim NICER ab 1983 und beim BFS ab 1998 verfügbar.

Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) ist eine Stichprobenerhebung. Seit 2010 ist sie ein Bestandteil der thematischen Erhebungen der Volkszählung. Die SGB liefert Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung, die Verhaltensweisen und das soziale Umfeld, die einen Einfluss auf die Gesundheit haben können, über die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und über die Versicherungsverhältnisse. Sie ist in vielen Fällen die einzige Quelle, die repräsentative Daten auf nationaler Ebene zu diesen Themen bereitstellt. Befragt wird die ständige Wohnbevölkerung ab 15 Jahren, die in Privathaushalten mit Telefonanschluss lebt. Die Datenerhebung erfolgt als telefonisches Interview, dem sich ein schriftlicher Fragebogen anschliesst. Die SGB wird alle fünf Jahre durchgeführt. Die Daten sind ab 1992 verfügbar. Die jüngsten verfügbaren Daten stammen aus dem Jahr 2007 (18'760 befragte Personen).

Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (EGBI)

Die Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (EGBI) ist eine Stichprobenerhebung. Sie liefert Informationen über den Gesundheitszustand, die allgemeinen Lebensbedingungen und die Betreuung der Personen ab 65 Jahren, die seit mindestens 30 Tagen in einer sozialmedizinischen Einrichtung oder in einem Altersheim leben. Damit ergänzt sie die im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung bei den Privathaushalten erhobenen Daten. Mit den Personen, die selbst antworten konnten (rund die Hälfte), wurde ein persönliches Interview durchgeführt. Zusätzlich füllte das Pflegepersonal einen schriftlichen Fragebogen über die Person aus. Für die Personen, die

nicht selbst befragt werden konnten, füllte das Pflegepersonal einen erweiterten Fragebogen aus. Die EGBI wurde erstmals 2008/09 bei rund 3100 Personen durchgeführt. Bis anhin wurde noch keine Periodizität festgelegt.

Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC)

Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) – Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern – ist eine internationale Untersuchung unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Sie basiert auf nationalen Stichprobenerhebungen, die bei Schülerinnen und Schülern im Alter von 11 bis 15 Jahren (5.–9. Klasse der obligatorischen Schule) durchgeführt werden, um Informationen zu deren Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Lebensumständen zu erhalten. Die Befragung erfolgt durch Ausfüllen eines Fragebogens während einer Unterrichtsstunde (45 Minuten). In der Schweiz führt Sucht Schweiz die Studie im Auftrag des BAG durch. Die Erhebung findet alle vier Jahre statt. Die Daten sind ab 1986 verfügbar. Die Daten für das Jahr 2010 beruhen auf einer Stichprobe von etwas über 10'000 Schülerinnen und Schülern aus rund 600 Klassen in der ganzen Schweiz.

Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX)

Die Statistik der Hilfe und Pflege zuhause (SPITEX) ist eine obligatorische Vollerhebung. Erfasst werden gemeinnützige privatrechtliche und öffentlich-rechtliche Organisationen, sowie ab 2010 private gewinnorientierte Organisationen und selbstständige Pflegefachpersonen, welche Hilfe und Pflege zuhause anbieten. Erhoben werden Informationen über die Rechtsform der Organisationen, das Dienstleistungsangebot, das Tätigkeitsgebiet, die Anzahl und Struktur der Beschäftigten und der Klientinnen und Klienten sowie die Betriebsrechnung. Die Erhebung wird seit 2007 vom Bundesamt für Statistik (BFS) durchgeführt, zuvor war das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) dafür zuständig. Die Erhebung erfolgt jährlich. Die Daten sind ab 1998 verfügbar.

Todesursachenstatistik (TU)

Die Todesursachenstatistik (TU) ist eine Vollerhebung und basiert auf den Angaben der Zivilstandsämter (Zivilstandsregister) und der die Todesfälle meldenden Ärzte. Sie liefert einen Überblick über das Sterbegeschehen und die Ursachen der Sterblichkeit in der Schweiz. Die Erhebung erfolgt jährlich. Die Daten sind ab 1876 verfügbar.

Krankenhausstatistik (KS)

Die Krankenhausstatistik (KS) ist eine obligatorische Vollerhebung zur Beschreibung der Infrastruktur und der Aktivitäten der Schweizer Spitäler nach folgenden Gesichtspunkten: Krankenhaustyp, angebotene und erbrachte Dienstleistungen, Infrastruktur, Beschäftigung und Betriebsrechnung. Die Erhebung erfolgt jährlich. Die Daten sind ab 1997 verfügbar. Die Erhebung wurde 2010 revidiert, was die Vergleichbarkeit mit früheren Jahren erschwert.

Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)

Die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen ist eine obligatorische Vollerhebung zur Beschreibung der Infrastruktur und der Tätigkeit folgender Betriebe: Alters- und Pflegeheime, Institutionen für Menschen mit Behinderungen und für Suchtkranke sowie Betriebe zur Behandlung von Personen mit psychosozialen Problemen. Erhoben werden Informationen über die Infrastruktur, die Dienstleistungen, die Struktur der betreuten Klientinnen und Klienten sowie des Betreuungspersonals und die Betriebsrechnung. Die Erhebung erfolgt jährlich. Die Daten sind ab 1997 verfügbar.

Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser ist eine obligatorische Vollerhebung. Erfasst werden soziodemografische Informationen (Alter, Geschlecht und Wohnregion der Patienten), administrative Daten wie die Versicherungsart sowie medizinische Informationen zu den Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) und Behandlungen. Die Erhebung wird jährlich realisiert und von jedem Krankenhaus bzw. von jeder Klinik durchgeführt. Die Daten sind ab 1998 verfügbar. Wenn in dieser Publikation von Diagnosen gesprochen wird, bezieht sich dies – sofern nicht anders angegeben – ausschliesslich auf die Hauptdiagnosen.

Statistik der medizinisch unterstützten Fortpflanzung (StatLPMA)

Die Statistik der medizinisch unterstützten Fortpflanzung (StatLPMA) ist eine obligatorische Vollerhebung. Sie erfasst die Anzahl der Behandlungen mit Methoden der medizinisch unterstützten Fortpflanzung sowie die Zahl der daraus resultierenden überzähligen Embryonen. Zudem informiert sie über das Ergebnis der Behandlungen und den Ausgang der Schwangerschaften. Die Statistik basiert auf den Angaben der meldenden Ärzte. Die Erhebung erfolgt jährlich. Die Daten sind ab 2002 verfügbar.

7.4 Bibliografie

- BAG/BFM (2011), Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Schlussbericht, Bern
- BFS (2007), Beschäftigte im Gesundheitswesen. Fakten und Trends auf der Basis der Betriebszählungen von 1995 bis 2005, Neuchâtel
- BFS (2008), Von Generation zu Generation. Entwicklung der Todesursachen 1970 bis 2004, Neuchâtel
- BFS (2009a), Tabakbedingte Todesfälle in der Schweiz. Schätzung für die Jahre 1995 bis 2007, Neuchâtel
- BFS (2009b), Behinderung hat viele Gesichter. Definitionen und Statistiken zum Thema Menschen mit Behinderungen, Neuchâtel
- BFS (2010a) Spitalaufenthalte 2008. Ausgewählte Ergebnisse, Neuchâtel
- BFS (2010b), Gesundheit der Neugeborenen 2008. Frühgeburten, Mehrlingsschwangerschaften und Wachstumsretardierung, Neuchâtel
- BFS (2010c), Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 2007. Schweizerische Gesundheitsbefragung, Neuchâtel
- BFS (2010d), Arbeit und Gesundheit: Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007, Neuchâtel
- BFS (2011a) Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. Detaillierte Ergebnisse 2008 und jüngste Entwicklung, Neuchâtel
- BFS (2011b), Betagte Personen in Institutionen. Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim 2008/09, Neuchâtel
- BFS (2011c), Spitex-Statistik 2010, Neuchâtel
- BFS (2012a), Krebsepidemiologie. Hautmelanom: Bestandesaufnahme und Prävention, Neuchâtel
- BFS (2012b), Totgeburten und Säuglingssterblichkeit 2003-2010. Entwicklungen, Todesursachen und Risikofaktoren, Neuchâtel
- BFS (2012c), Todesursachenstatistik 2009. Sterbehilfe (assistierter Suizid) und Suizid in der Schweiz, Neuchâtel
- BFS (2012d), Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. Finanzierung der Gesundheitsleistungen für die Wohnbevölkerung, Neuchâtel
- BFS (2012e), Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen. Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (2008/09), Neuchâtel
- BFS, NICER, SKKR (2011), Krebs in der Schweiz. Stand und Entwicklung von 1983 bis 2007, Neuchâtel
- BFS/BAFU (2011), Umwelt Schweiz 2011, Neuchâtel
- BFU (2012), Status 2012. Statistik der Nichtberufsunfälle und des Sicherheitsniveaus in der Schweiz, Bern
- Cavalli, Stefano (2002), Vieillards à domicile, vieillards en pension: une comparaison, Lausanne
- Hämmig, Oliver & Bauer, Georg (2009), «Work-life imbalance and mental health among male and female employees in Switzerland», *International Journal of Public Health* 54, pp. 88–95
- Karasek, Robert & Theorell Töres (1990), *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*, New York
- Meyer, Katharina, Simmet, Anja, Junker, Christoph (2007), «Acute myocardial infarction and associated deaths in Switzerland – an approach to estimating incidence», *Kardiologische Medizin*, 10, pp. 279–284
- OECD (2009): *Gesundheit auf einen Blick 2009*, OECD-Indikatoren, Paris
- OECD, WHO (2011), *Examens de l'OCDE des systèmes de santé: Suisse 2011*, Paris
- Oncosuisse (2011), *Nationales Krebsprogramm für die Schweiz 2011–2015*, Bern
- Spöerri, Adrian, et al. (2006), «Educational inequalities in life expectancy in the German speaking part of Switzerland between 1990 and 1997: Swiss National Cohort», *Swiss Medical Weekly* 136, pp.145–148
- UVG (2011), *Unfallstatistik UVG 2011*, Luzern
- WHO (2009), *Comblent le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé: rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé*, Genève

Publikationsprogramm BFS

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

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

Diffusionsmittel

Individuelle Auskünfte

Das BFS im Internet

Medienmitteilungen zur raschen Information der Öffentlichkeit über die neusten Ergebnisse

Publikationen zur vertieften Information

Online-Datenrecherche (Datenbanken)

Kontakt

058 463 60 11

info@bfs.admin.ch

www.statistik.admin.ch

www.news-stat.admin.ch

058 463 60 60

order@bfs.admin.ch

www.stattab.bfs.admin.ch

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

Gesundheit

Spitex-Statistik 2011, Neuchâtel 2012, 4 Seiten, Gratis, Bestellnummer: 1026-1100-05

Die Situation der Menschen mit Behinderung in sozialen Einrichtungen, Neuchâtel 2012, 4 Seiten, Gratis, Bestellnummer: 1316-1200-05

Gesundheit von Betagten im Alters- und Pflegeheimen, Neuchâtel 2012, 42 Seiten, 11 Franken, Bestellnummer: 1209-1200

Die Finanzierung des Gesundheitswesens 2008-2010, Neuchâtel 2012, 4 Seiten, Gratis, Bestellnummer: 992-1200

Krebsepidemiologie. Hautmelanom: Bestandesaufnahme und Prävention, Neuchâtel 2012, 4 Seiten, Gratis, Bestellnummer: 1267-0800

Sterbehilfe (assistierter Suizid) und Suizid in der Schweiz, Neuchâtel 2012, 4 Seiten, Gratis, Bestellnummer: 1257-0900

Totgeburten und Säuglingssterblichkeit 2003-2010. Entwicklungen, Todesursachen und Risikofaktoren, Neuchâtel 2012, 4 Seiten, Gratis, Bestellnummer: 262-1000-05

Die vorliegende Publikation gibt einen Überblick über das Thema Gesundheit. Sie behandelt die Rahmenbedingungen und die Determinanten, die den Gesundheitszustand beeinflussen, die Gesundheit der Bevölkerung, die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen, das Gesundheitssystem sowie dessen Kosten und Finanzierung. Die Daten der abgebildeten Grafiken stehen in elektronischer Form im Statistikportal des BFS zur Verfügung (www.statistik.ch → Themen → 14-Gesundheit → Publikationen).

Bestellnummer

1290-1200

Bestellungen

Tel.: 058 463 60 60

Fax: 058 463 60 61

E-Mail: order@bfs.admin.ch

Preis

Fr. 23.– (exkl. MWST)

ISBN 978-3-303-14178-6